

T.C.
AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ROMATOİD ARTRİTLİ HASTALARDA UYKU KALİTESİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

SİBEL KİPER

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


DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. Nihal SUNAL

2008- AFYONKARAHİSAR

KABUL VE ONAY

Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı,
Yüksek Lisans Programı Çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma,
aşağıdaki jüri tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 12.08.2008


Yrd.Doç. Dr. Nihal SUNAL

ÜYE

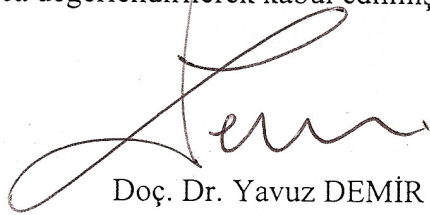

Doç. Dr. Serap DEMİR

ÜYE


Yrd.Doç. Dr. Neşe DEMİRTÜRK

ÜYE

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans programı öğrencisi Sibel KİPER'in " Romatoid Artritli Hastalarda Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi" başlıklı tez çalışması 12./08/2008 günü, saat: 11.00. Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca değerlendirilerek kabul edilmiştir.


Doç. Dr. Yavuz DEMİR
Enstitü Müdürü

ÖNSÖZ

Çalışmamın başlangıcından bugüne kadar bilgi, birikim ve yardımlarını esirgemeyen, çalışmama rehberlik eden sayın hocam Yrd.Doç.Dr. Nihal SUNAL'a teşekkürü bir borç bilirim.

Ayrıca bana sürekli destek olan sevgilimi aileme, anket uygulamamda yardımcı olan Sayın Uz.Dr. Sema YILMAZ'a, çalışmaya katılan tüm hastalara, Konya Meram Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dahiliye Servisi'nde görev yapan değerli çalışma arkadaşlarıma ve gösterdikleri ilgi ve sağladıkları izin nedeniyle Konya Meram Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimisi sayın Prof.Dr. Dursun ODABAŞI'na yardımlarından dolayı teşekkür ederim.

SİBEL KİPER

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	II
ÖNSÖZ	III
İÇİNDEKİLER	IV
KISALTMALAR	VII
TABLolar	IX
ŞEKİLLER	XI
ÖZET	XII
SUMMARY	XIII
1.GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımlanması.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. ROMATOİD ARTRİT	4
2.1.1. Epidemiyoloji.....	4
2.1.2. Etiyoloji	5
2.1.2.1.Enfeksiyöz ajanlar	5
2.1.2.2.Cinsiyet ve Hormonal Sistem	6
2.1.2.3.Isı şok proteinleri(HSP)	6
2.1.2.4.Genetik.....	7
2.1.2.5.Romatoid Faktör(RF)	7
2.1.2.5.1.Romatoid Faktörün pozitif olduğu hastalıklar	8
2.1.3. Patogenez.....	8
2.1.4. Tanı Kriterleri	11
2.1.4.1.Romatoid Artritin Ayırıcı Tanısı.....	12
2.1.5.Klinik Bulgular ve Prognoz.....	12
2.1.6. Eklem Bulguları	14
2.1.6.1.Spesifik Eklem Bulguları.....	15
2.1.7. Ekstraartiküler Semptom Ve Bulgular	17
2.1.8. Laboratuvar Bulguları	21
2.1.9. Radyolojik Bulgular	22
2.1.9.1.Derece Radyolojik bulgular	23
2.1.10. Tedavi.....	23

2.1.10.1. Nonfarmakolojik Tedavi.....	24
2.1.10.2. Farmakolojik Tedavi.....	25
2.1.10.3.CERRAHİ TEDAVİ.....	29
2.2.UYKU	30
2.2.1.Uygunun Tanımı ve Özellikleri	30
2.2.2.Uygunun Fazları.....	31
2.2.2.1.Yavaş Dalga Uyku – NREM	31
2.2.2.2.Hızlı Uyku Devresi – REM Uyku.....	33
2.2.3.Uyku Gereksinimi	35
2.2.4. Uygunun Fizyolojisi	36
2.2.5. Uygunun İşlevi.....	37
2.2.6.Uykuyu Etkileyen Etmenler	37
2.2.6.1. Yaş.....	37
2.2.6.2.Cinsiyet	38
2.2.6.3. Hastalıklar	38
2.2.6.4. Alkol ve Diğer Uyarıcılar	38
2.2.6.5. İlaç Kullanımı.....	39
2.2.6.6. Yaşam Biçimi.....	39
2.2.6.7.Egzersiz ve Yorgunluk	39
2.2.6.8. Anksiyete ve Stres	40
2.2.6.9.Diyet	40
2.2.6.10.Çevre.....	40
2.2.6.11. Huzursuz Bacak(Restless Leg) Sendromu	41
2.7.UYKU BOZUKLUKLARI	42
2.7.1.Dissomnialar	43
2.7.1.1. Primer İnsomnia	44
2.7.1.2. Primer Hipersomnia.....	45
2.7.1.3. Klein- Levin Sendromu	45
2.7.1.4. İdiyopatik Hipersomnia	45
2.7.1.5. Narkolepsi	46
2.7.1.6. Solunum İle İlişkili Uyku Bozuklukları	46
2.7.1.7. Sirkadiyen Ritm Uyku Bozuklukları	48
2.7.1.8. Başka Türü Adlandırılmayan Dissomnialar	48

2.7.2.Parasomnia.....	49
2.7.2.1.Kabus Bozukluğu	49
2.7.2.2.Uyku Terörü.....	50
2.7.2.3.Uyurgezerlik(Somnambulizm).....	51
2.7.3. Diğer Parasomnialar	51
2.7.3.1.REM uykusu davranış bozuklukları	51
2.7.3.2.Uyku Paralizi.....	52
2.7.3.3.Sleep Starts (Hypnic Jerks).....	53
2.7.3.4.Uykuda Konuşma	53
2.7.3.5.Uyku Bruksizmi.	53
2.7.3.6.Uyku Enürezisi.....	53
2.8.UYKU HİJYENİNE YÖNELİK DÜZENLEMELER.....	54
3. GEREÇ VE YÖNTEM	55
3.1. Araştırmanın Şekli	55
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	55
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	55
3.3.1. Araştırmanın Evreni	55
3.3.2. Araştırmanın Örneklemi.....	55
3.4. Araştırmanın Değişkenleri	55
3.5. Verilerin Toplanması.....	56
3.5.1. Veri Toplama Araçlarının Tanıtılması	56
3.5.1.1. Sosyodemografik Form	56
3.5.1.2. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ).....	56
3.5.2. Veri Toplama Aracının Uygulanması	61
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi.....	61
4. BULGULAR	62
5.TARTIŞMA.....	86
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	97
KAYNAKLAR.....	100
EKLER.....	114
EK 1: Hasta Tanıtım Soru Formu.....	114
EK 2: Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi.....	115

KISALTMALAR

ARA	: Amerikan Romatizma Derneği
AZA	: Azotioprin
BDE	: Beck Depresyon Envanteri
BKI	: Beden Kitle İndeksi
COX-2	: Siklooksijenaz – 2
CPAP	: Continuous Positive Airway Pressure (Sürekli Pozitif Basıncılı Hava Veren Cihaz)
SSS	: Santral Sinir Sistemi
CPPD	: Calcium Pyrophosphate Dihydrate Deposition Disease(Kalsiyum Pirofosfat Birikimi Hastalığı)
CRP	: C – reaktif protein
DİF	: Distal İnterfalangial Eklem
DMARD’S	: Disease Modifying Antirheumatic Drugs(Hastalığı Modifiye Edici İlaçlar)
DM	: Diabetes Mellitus
D – Pen	: D – Penisilamin
EBV	: Ebstein – Barr virüsü
EEG	: Elektro-ensefalografi
EMG	: Elektromiyografi
EOG	: Elektrooculografi
ESR	: Eritrosit Sedimantasyon Hızı
FMF	: Familial Mediterranean Fever (Ailesel Akdeniz Ateşı)
GH	: Growth Hormon (Büyüme Hormonu)
GIS	: Gastrointestinal Sistem
HBS	: Huzursuz Bacak Sendromu
HAD	: Hastane Anksiyete ve Depresyon lçeği
HCQ	: Hidrosiklorokin
HLA	: İnsan Lökosit Antijeni
HT	: Hipertansiyon

VIII

ICSD	:	The International Classification Of Sleep Disorders(Uluslar arası Uyku Bozuklukları Sınıflaması)
Ig G	:	İmmünglobulin G
IL 1	:	İnterlökin 1
MKF	:	Metakarpofalangial Eklem
MTF	:	Metatarsofalangial Eklem
MTX	:	Metotreksat
NREM	:	Non- Rapid Eye Movement(Yavaş Göz Hareketleri)
NSAII	:	Nonsteroid Antiinflamatuvar İlaçlar
OSAS	:	Obstrüktif Uyku Apne Sendromu
PİF	:	Proksimal İnterfalangial Eklem
PMNL	:	Polimorfonükleer lökosit
PUKİ	:	Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi
RA	:	Romatoid Artrit
RAS	:	Retiküler Aktive Edici Sistem
REM	:	Rapid Eye Movement (Hızlı Göz Hareketleri)
RF	:	Romatoid Faktör
RUDB	:	REM Uykusu Davranış Bozukluğu
SLE	:	Sistemik Lupus Eritematozus
SSZ	:	Sulfasalazin
TNF - &	:	Tümör Nekrozis Faktör Alfa
UPUH	:	Uykuda Periyodik Uzun Hareketleri

TABLOLAR

Tablo 1	: NREM ve REM Uykularının Karşılaştırılması	34
Tablo 2	: Yaşa Göre Uykunun Evrelerinin Dağılımı.....	38
Tablo 3	: Araştırmaya Katılan Hasta ve Kontrol Grubunun Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	62
Tablo 4	: Araştırmaya Katılan Hasta ve Kontrol Grubunun Yaş ve BKİ Değişkenlerine Göre İncelenmesi.....	64
Tablo 5	: Araştırmaya Katılan Romatoid Artritli Bireylerin Hastalığına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı	64
Tablo 6	: Araştırmaya Katılan Hasta ve Kontrol Grubunun Uyku Kalitesinin Dağılımı	65
Tablo 7	: Araştırmaya Katılan Bireylerin Uyku Kalitesi Bileşenlerinin Puan Dağılımı	65
Tablo 8	: Hasta ve Kontrol Grubu İçin Uyku Kalitesi Bileşenleri Ortalama Puanlarının Cinsiyet Gruplarıyla Karşılaştırılması.....	66
Tablo 9	: Hasta ve Kontrol Grubu İçin Uyku Kalitesi Bileşenleri Ortalama Puanlarının Cinsiyet Gruplarıyla Karşılaştırılması.....	67
Tablo 10	: Hasta ve Kontrol Grubu İçin Uyku Kalitesi Bileşenleri Ortalama Puanlarının Yaş Gruplarıyla Karşılaştırılması	68
Tablo 11	: Hasta ve Kontrol Grubu İçin Uyku Kalitesi Bileşenleri Ortalama Puanlarının Yaş Gruplarıyla Karşılaştırılması	69
Tablo 12	: Hasta ve Kontrol Grubu İçin Uyku Kalitesi Bileşenleri Ortalama Puanlarının Medeni Durum İle Karşılaştırılması	70
Tablo 13	: Hasta ve Kontrol Grubu İçin Uyku Kalitesi Bileşenleri Ortalama Puanlarının Medeni Durum İle Karşılaştırılması	71
Tablo 14	: Hasta ve Kontrol Grubu İçin Uyku Kalitesi Bileşenleri Ortalama Puanlarının Eğitim Durumu İle Karşılaştırılması.....	72
Tablo 15	: Hasta ve Kontrol Grubu İçin Uyku Kalitesi Bileşenleri Ortalama Puanlarının Eğitim Durumu İle Karşılaştırılması.....	73
Tablo 16	: Hasta ve Kontrol Grubu İçin Uyku Kalitesi Bileşenleri Ortalama Puanlarının Meslek İle Karşılaştırılması.....	74
Tablo 17	: Hasta ve Kontrol Grubu İçin Uyku Kalitesi Bileşenleri Ortalama Puanlarının Meslek İle Karşılaştırılması.....	75

Tablo 18	: Hasta ve Kontrol Grubu İçin Uyku Kalitesi Bileşenleri Ortalama Puanlarının Aylık Gelir İle Karşılaştırılması	76
Tablo 19	: Hasta ve Kontrol Grubu İçin Uyku Kalitesi Bileşenleri Ortalama Puanlarının Aylık Gelir İle Karşılaştırılması	77
Tablo 20	: Hasta ve Kontrol Grubu İçin Uyku Kalitesi Bileşenleri Ortalama Puanlarının Düzenli Olarak Egzersiz Yapma İle Karşılaştırılması	78
Tablo 21	: Hasta ve Kontrol Grubu İçin Uyku Kalitesi Bileşenleri Ortalama Puanlarının Düzenli Olarak Egzersiz Yapma İle Karşılaştırılması	79
Tablo 22	: Hasta ve Kontrol Grubu İçin Uyku Kalitesi Bileşenleri Ortalama Puanlarının Sigara İçme Durumu İle Karşılaştırılması.....	80
Tablo 23	: Hasta ve Kontrol Grubu İçin Uyku Kalitesi Bileşenleri Ortalama Puanlarının Sigara İçme Durumu İle Karşılaştırılması	81
Tablo 24	: Hasta ve Kontrol Grubu İçin Uyku Kalitesi Bileşenleri Ortalama Puanlarının Alkol Kullanma Durumu İle Karşılaştırılması	82
Tablo 25	: Hasta ve Kontrol Grubu İçin Uyku Kalitesi Bileşenleri Ortalama Puanlarının Alkol Kullanma Durumu İle Karşılaştırılması	83
Tablo 26	: RA'li Hastaların Uyku Kalitesi Bileşenleri İle Hastalık Süresi Arasındaki İlişkinin Dağılımı.....	83
Tablo 27	: RA'li Hastaların Uyku Kalitesi Bileşenleri İle Eşlik Eden Hastalıklar Arasındaki İlişkinin Dağılımı.....	84
Tablo 28	: RA'li Hastaların Uyku Kalitesi Bileşenleri İle Düzenli Olarak İlaç Kullanma Durumu Arasındaki İlişkinin Dağılımı	84
Tablo 29	: RA'li Hastaların Uyku Kalitesi Bileşenleri İle Düzenli Olarak Kontrollere Gelme Durumu Arasındaki İlişkinin Dağılımı	85
Tablo 30	: RA'li Hastaların Uyku Kalitesi Bileşenleri İle Hastalıkla Baş Etmede Destek Kişilerin Varlığı Durumu Arasındaki İlişkinin Dağılımı	85

ŞEKİLLER

Şekil 1: Normal Uyku Döngüsü34

ÖZET

Günümüzde tıp ve teknolojideki gelişmelere paralel olarak, kronik hastalık insidansı artmış olup, Türkiye'deki ölüm nedenleri arasındaki ilk üç nedenin ise kronik hastalıklar nedeniyle olduğu görülmektedir. Kronik inflamatuvar eklem hastalıklarından biri olan Romatoid Artrit, etiyolojisi tam olarak bilinmeyen ve başlıca sinoviyal eklemleri tutan, tüm ırk ve etnik gruplarda görülebilen, ciddi deformite ve sakatlıklara yol açabilen sistemik bir hastalıktır.

Bu çalışma, Romatoid Artrit(RA) hastalarında uyku kalitesini değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırma, Ağustos 2007- Aralık 2007 tarihleri arasında Konya Meram Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Romatoloji polikliniğine gelen RA tanısı almış 150 hasta ve sağlıklı 150 kontrol grubu üzerinde uygulanmıştır. Veri toplama aracı olarak, Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği ve araştırmacı tarafından hazırlanan hasta tanıtım formu kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, Ki-kare testi, Student t testi, One-way Anova ve Tukey- post hoc analiz yöntemleri uygulanmıştır.

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre, uyku sorunu yaşayan RA'li hastaların toplam PUKİ puanı 10.42 ± 3.65 , kontrol grubunun ise toplam PUKİ puanı 5.28 ± 3.43 'tür. Buna göre RA hastalarının kontrol grubuna göre uyku kalitelerinin kötü olduğu saptanmıştır.

Çalışma kapsamındaki RA'li bireylerin cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, meslek, aylık gelir, egzersiz yapma, sigara içme ve eşlik eden hastalık değişkenleri ile uyku kalitesi bileşenleri arasında anlamlı bir ilişki bulunurken($p<0.05$); yaş, alkol kullanma, hastalık yılı, ilaç kullanma, kontrollere gelme ve destek kişilerin varlığı değişkenleriyle uyku kalitesi bileşenleri arasındaki ilişki ise anlamsız bulunmuştur($p>0.05$).

Sonuç olarak ; Romatoid artritli hastaların uyku kalitesinin kötü olduğu ve uyku kalitesini olumsuz etkileyen bazı faktörlerin bulunduğu saptanmış olup, hemşirelerin hastaların uyku düzeni alışkanlıklarını ve uyku sorununa neden olabilecek fiziksel ve psiko sosyal sorunları değerlendirmeleri ve buna yönelik girişimlerde bulunmaları önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Romatoid Artrit, uyku sorunu, uyku kalitesi, hemşirelik.

SUMMARY

The incidence of the chronic diseases has increased in parallel to medical and technological development and it is seen that in Turkey the first three reasons of the deaths are chronic diseases. Rheumatoid Arthritis, which is one of the chronic inflammation joint diseases, is a systemic disease leading to serious deformations and disabilities and holding main synovial joints, is not well known, and can be seen in all race and ethnical groups.

This study was made descriptive as far sleep quality in RA patients. This survey was carried out on 150 patients and 150 control groups who visited Rheumatology policlinic in Konya Education and Research Hospital between August 2007- December 2007. Pittsburgh Sleep Quality Scale and Patient Identification Form which were prepared by the researcher were used for data collection. For the statistical analysis of data point, percentage, mean, standart deviation, chi-square(X^2) test, Independent Samples t-test, One-way Anova and Tukey-post hoc analysis were used.

According to the results of the study, the average Pittsburgh Sleep Quality (PSQI) scores of the patients with Rheumatoid Arthritis was 10.42 ± 3.65 and of control group was 5.28 ± 3.43 . As a result, it was found that the sleep quality of RA patients is worse than the control group.

In the study population, age, marital status, educational status, jobs, regularly exercising habits, smoking habits, accompanying illnesses of the patients were found to be related to the sleep quality. Sex, BMI, monthly income, medical treatment and regular control of treatment, alcohol abuse, the existence of the people supporting dealt with the illness, the period of suffering from the illness were not related with the sleep quality.

Consequently, it has been found that the sleep quality of patients with RA is bad and there are some factors which are correlated negatively. We suggest that nurses should evaluate the patients sleeping habits and the physical and psychosocial problems that can cause sleeping problems and take precautions for these.

Key Words: Rheumatoid Arthritis (RA), sleeping problem, quality of sleeping, nursing.

1.GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımlanması

Günümüzde tıp ve teknolojiadaki hızlı gelişmelere paralel olarak, insanın beklenen yaşam süresinde artış olmuş, yaşam süresinin uzaması, çevresel faktörlerin değişmesi, yaşam biçimindeki değişiklikler gibi nedenlerle kronik hastalık insidansı artmış olup, dünyada ve Türkiye’de önemli bir sağlık sorunu haline gelmiştir (1,2). Amerika’da nüfusun %50’sinde bir ya da daha fazla kronik hastalık bulunmaktadır. Türkiye’de hastanelere yatan hastaların üçte biri kronik hastalıklar nedeniyle yatmakta ve ölüm nedenleri incelendiğinde ilk üç nedenin kronik hastalıklar olduğu görülmektedir(3). Kronik hastalıklar; uzun süreli gözlem, kontrol ve bakımı gerektirmesi, geriye dönüşsüz patolojik değişikliklere neden olması, bireylerde kalıcı yetersizlik, sakatlık ya da hareket kısıtlılıklarına yol açabilmesi nedeniyle, günlük yaşam aktivitelerinde değişiklik ya da zorluk, hasta birey, ailesi ve ülkesi açısından, çeşitli özelliklerde sorunlara yol açabilmektedir(1,4).

Kronik inflamatuvar eklem hastalıklarından biri olan Romatoid artrit(RA), bir çok eklemi tutabilen, kronik seyirli, etiyolojisi bilinmeyen, sistemik, iltihabi bir otoimmün hastalıktır. Eklem tutulumu, şekil bozukluğu yaparak zaman içinde ciddi deformite ve sakatlıklara yol açabilmektedir. Sıklıkla alevlenmelerle seyrederek ve tedaviye rağmen kronikleşerek erken mortalite ve yüksek oranda morbiditeye, fonksiyon kaybı nedeniyle hastanın hayat kalitesinin yitimine, ekonomik kayba neden olur. Hastaların yaklaşık olarak %30’u RA ortaya çıkışının 10. yılında çalışamaz hale gelirler ve diğer insanlara bağımlı hale gelirler(5,6).

Hastalık sadece kas ve iskelet sisteminde kısıtlı kalmayıp akciğerler, kalp-damar sistemi, bağışıklık sistemi, sinir sistemi gibi hayati önemi bulunan sistemleri de etkileyerek, hastaların yaşam sürelerini kısaltmaktadır(7,8).

En sık görülen iltihabi hastalıkların başında gelen Romatoid Artrit prevalansı, tüm toplumlarda %0.5 ile %1 arasında bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda, yıllık insidansın 1000 kişide 0.2-0.4 arasında değiştiği bildirilmiştir. Hastalık kadınlarda erkeklere göre 2-3 kat daha fazla görülür. Ancak ileri yaşlarda her iki cinsten de görülme sıklığının eşitlendiği bildirilmektedir(9).

Etiyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte genetik, hormonal ve enfeksiyöz ajanlar gibi risk faktörleri üzerinde durulmaktadır. Ayrıca oral kontraseptiflerin RA

riskini azalttığı(10), nulliparitenin ise RA riskini arttırdığı bildirilmiştir. RA'in hamilelikte remisyona girip postpartum dönemde alevlendiği iyi bilinen bir durumdur. Sosyoekonomik durum, eğitim ve psikolojik durumlarında predispozan faktörler olabileceği düşünülmektedir(6,9).

Romatoid artritli hastalar tarafından en sık yakınılan belirtiler arasında eklem ağrısı, eklemlerde şişlik, sabah tutukluğu, yorgunluk, iştahsızlık ve uyku bozuklukları gelmektedir(11-13). Uyku düzeninde bozulmanın en sık görüldüğü hastalıklardan biri de Romatoid artrittir. Uyku insanoğlunun temel gereksinimlerinden birisidir ve yaşamın önemli bir kısmını kapsamaktadır. Romatoid artritli hastalarda başlıca görülen uyku sorunları; uykuya başlama ve sürdürmede güçlük, gündüz uyuklamalarının olması, uykuya dalamama, geceleri uykularının sürekli bölünmesi gibi durumlardır(14 - 17).

Romatoid artritli hastalarda genel olarak fizyolojik ve psikososyal sorunların uyku problemlerine neden olduğu düşünülmektedir. Romatoid artritli hastalarda özellikle ağrıya bağlı olarak uyku sorunları görülmektedir. Uyku sorunlarına neden olan psikolojik problemler arasında ise anksiyete ve depresyon gelmektedir. Hastalarda anksiyete ve depresyon gelişmesindeki sebepler ise; hastalığın geriye dönüşümsüz, kronik, ilerleyici, ciddi deformite ve sakatlıklar oluşturması ile bireylerin baş etmede yaşadıkları güçlükler, bağımsızlıklarının kaybı, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede yetersizlik, iş kaybı, aile içi rollerde değişiklikler, ekonomik ve sosyal sorunlar gibi durumlar nedeniyledir (15 - 22).

Uykusuzluk problemi yaşayan Romatoid artritli bireylerin, günlük yaşamlarında ve genel sağlık alanlarında daha çok sorunları olduğu, giderek yaşam kalitesinin düştüğü ve zaman/enerji yönünden daha çok yardım aramaya yöneldikleri görülmektedir(16,18 - 21).

Hemşirelik, uyku gereksinimlerini de içeren, temel insan gereksinimlerinin karşılanmasını sağlayan bir meslektir. Hastaların uyku kalitesinin bilinmesi ve değerlendirilmesi, uyku problemlerine müdahale etme sorumluluğu taşıyan hemşirelerin konuya dikkatlerini çekme yönünden önemli olur. Uyku sorunlarına yönelik yapılan girişimler uykusuzluk ve bunun sonucunda gelişebilecek sorunların ve ciddi boyuttaki uyku bozukluklarının önlenmesini sağlayacaktır(23,24).

Ülkemizde Romatoid Artritli hastalarda uyku kalitesini değerlendirmeye yönelik araştırmalara rastlanmamıştır. Bu çalışmanın ilerleyen zamanlarda Romatoid artritli hastalarda uyku problemlerine yönelik yapılacak çalışmalara ışık tutacağı ve hemşirelik girişimlerine yardımda bulunacağı kanısındayız.

1.2. Araştırmanın Amacı

Planlanan bu çalışmada; Romatoid Artritli hastaların uyku kalitesinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. ROMATOİD ARTRİT

Günümüzde en sık görülen inflamatuvar eklem hastalıklarından birisi olan Romatoid Artrit(RA), etiyojisi tam olarak bilinmeyen ve başlıca sinoviyal eklemleri tutan, tüm ırk ve etnik gruplarda görülebilen, ciddi deformite ve sakatlıklara yol açabilen, kronik, sistemik bir hastalıktır. RA sıklıkla alevlenmelerle seyrederek ve tedaviye rağmen kronikleşerek erken mortalite ve yüksek oranda morbiditeye neden olmaktadır. Sosyal, psikolojik ve ekonomik boyutu da oldukça önemli bir hastalıktır(5,6).

Özellikle sinovyal eklemleri ve sinovyal özellikteki tendon kılıflarını etkilediğinden başlıca sinovyum hastalığı olarak tanımlanmaktadır(25).

2.1.1. Epidemiyoloji

RA dünyanın her tarafında görülmekle birlikte prevalansı çeşitli toplumlarda % 0.3-5 arasında değişmekte ve giderek artmaktadır. ABD ve Kanada da kadınlarda RA prevalansı %1 civarında olup, erkeklerden 3-4 kat daha siktir. Literatürde Çin'in Kinmen adasında RA insidansı %0.3 iken, Arizona'daki Pima yerlilerinde %5.3 gibi yüksek insidanslarda yayınlanmıştır. Aborjin yerlileri üzerinde yapılan bir çalışmada ise, hiç RA vakası görülmemiştir. Merkez ve Güney Avrupa da prevalans %0.5 ile %1 arasında iken , Kuzey Avrupa'da daha yüksektir. İsveç'te Goteborg'da 79 yaşındaki popülasyonda RA prevalansı %10'dur. İnsidans oranları her iki cinste yaşla beraber artış göstermektedir. 35 yaşın altındaki popülasyonda %0.3 iken, 65 yaş üzerinde %10'dur. İngiltere ve Gallerde yapılan bir nüfus çalışmasında kadınlarda yıllık RA insidansı 1970 ile 1972 ve 1980 ile 1981 yılları arasında her 1000 kişi 1 yıla göre yılda 3.3 olgudan 2.6 olguya düşmüştür. Bu bulgular son on yıl içerisinde kadınlarda RA insidansının azaldığını göstermektedir(12). RA ile ilgili yapılan bazı çalışmalarda ise 2.9-9/10000 gibi bir insidans bulunmuştur. İnsidans erkeklerde 45 yaşından sonra artmaktadır, kadınlarda ise 45 yaşına kadar artmakta daha sonra bir plato çizip 75 yaşından sonra düşmektedir(26,27).

RA genellikle genç erişkinlerin hastalığı olmakla birlikte tüm yaşlarda ortaya çıkabilir. Birçok otoimmün hastalıkta olduğu gibi kadınlarda daha sık ve erkeklere

göre 2-3 kat daha fazla görülür. Ancak ileri yaşlarda her iki cinstede görülme sıklığının eşitlendiği bildirilmektedir(9). Oral kontraseptiflerin RA riskini azalttığı(10), nulliparitenin ise RA riskini artırdığı bildirilmiştir. RA'in hamilelikte remisyona girip postpartum dönemde alevlendiği iyi bilinen bir durumdur(6,9). Birinci derece akrabaları arasında bir RA'li bulunan bir kişide RA gelişme riski, genel topluma göre 16 kez artmış bulunmaktadır. RA'li bir kişinin birinci derece akrabaları arasında hastalık bulunma sıklığı ise %10 kadardır. Monozigot ikizlerde %30, dizigot ikizlerde %5 RA görülme riski vardır(26).

2.1.2. Etiyoloji

RA çevresel, kalıtsal ve hormonal faktörlerin etkileşimi ile geliştiği düşünülen kesin nedeni tam olarak bilinmeyen bir hastalıktır. Ancak bazı hazırlayıcı faktörler suçlanmaktadır.

Etiyolojide suçlanan belli başlı faktörler şunlardır: Enfeksiyöz ajanlar, genetik faktörler, immün sistem bozukluğu, travma, stres, cinsiyet, endokrin, metabolik, çevresel, nutrisyonel ve psikososyal faktörler(8,9,25,28).

Sigara içimi romatoid artrit etiyojisinde rol oynayan kanıtlanabilmiş tek çevresel faktör olarak saptanmıştır. Genetik olmayan faktörler büyük ihtimalle artrit oluşumunu tetikleyen başlangıç uyarısını (artritojenik uyarı) yaparlar. Genetik faktörler ise hastalığın nihai görünüşünü belirler. Hastalık kendiliğinden sınırlı, kronik veya eroziv olabilir. Romatoid artritte genetik faktörlerin %15 oranında, genetik olmayan faktörlerin ise %85 oranında etkili olduğu tahmin edilmektedir(12).

2.1.2.1.Enfeksiyöz ajanlar: Enfeksiyöz ajanlar, üzerinde en çok durulan etiyojik faktör olmakla birlikte, bugüne kadar elde edilen bilgiler, etiyojideki rollerini kanıtlamada yetersizdir. Romatoid artrit için olası mikrobiyal patogenezi için iki hipotez ortaya konmuştur. İlkinde, enfeksiyöz organizma hastalığın sadece erken evresinde mevcut olup daha sonra immün sistem tarafından ortadan kaldırılmaktadır. Ancak bir kez uyarıldıktan sonra immün sistem cevabı artmakta ve eklem içerisinde bulunan başka "kendi" antijenlerine yönelmektedir. İkinci hipotezde ise, eklem içerisindeki uzun süreli enfeksiyon doku hasarına neden olan kronik inflamasyona yol açmaktadır(12). RA etiopatogenezinde en çok araştırılan viral ajan, Epstein-Barr virüsüdür(EBV). RA'lı hastaların EBV ile enfekte B hücre sayıları ve anti-EBV

antikor titreleri sağlıklılarından yüksektir. Yine bu hastalarda EBV'ye karşı sitotoksik T lenfosit yanıtları sağlıklılara göre azalmıştır. Bir diğer bulgu EBV'ye ait "gp110" adlı bir proteinle HLA DR4 antijenik bağlanma bölgesi arasında 5 aminoasitlik çapraz reaksiyondur. Ortak epitopu taşıyan hastaların bu çapraz reaksiyon nedeniyle EBV'ye tolerans gösterdikleri ve bu toleransın hastalık etiopatogenezini etkilediği öne sürülmüştür. Etiyolojide suçlanan virüsler arasında Human T hücre lenfotrofik virüs Tip1, Hepatit B virüsü, Rubella, Parvovirüs B19 sayılabilir. Streptokoklar, Difterioidler, Mycoplasma ve Mycobacteria ise etiyolojide suçlanan bakterilerdir (6,9,25,28).

2.1.2.2.Cinsiyet ve Hormonal Sistem: Romatoid artrit hastalarında hipotalamo-hipofiz-adrenal aks fonksiyonu, prolaktin sekresyonu ve seks hormon salınımında anormallikler saptanmıştır. Nörolojik sistemdeki nöropeptitler immün cevap ve hormonal homeostazı etkiler. Romatoid artritli hastalarda ölçülen bazal kortizol düzeyi normal iken sirkadiyen paternlerinin bozulduğu, kortizol düzeyi ile hastalık aktivitesi arasında belirgin ilişki olduğu, cerrahi gibi bir stres sonrasında kortizol düzeyinde yükselme olmadığı saptanmıştır(29).

RA, kadınlarda daha sık görülmekte ve daha şiddetli seyretmektedir. Doğum yapmamışlarda RA gelişme riski 2-3 kat daha fazladır. Hamilelikte RA'lı hastalar % 75'e varan oranda iyileşme ve remisyona gösterir. Ancak, hamilelik sonrası olguların % 80-90'ında olay tekrar alevlenmektedir. Östrojenler, T hücrelerinin antijen stimülasyonu etkisini baskılar, T hücre supresör aktiviteyi azaltır. Progesteron ise T hücre supresör aktiviteyi artırır, fakat lenfosit proliferatif etki gösteren antijeni inhibe eder. Testesteron, T hücre supresör aktiviteyi artırır, fakat sitotoksik hücre aktivitesini inhibe eder(12,30). Kadınlarda RA'e daha duyarlı olmaları, hastalık sürecinin hamilelikten etkilenmesi, oral kontraseptif kullanımının ciddi hastalık insidansını azaltması, seks hormonlarının hastalık patogenezinde rolleri olabileceğini akla getirmektedir(29).

2.1.2.3. Isı şok proteinleri(HSP): Isı şok proteinlerinin de artritlerde rolü olduğu düşünülmektedir. Bu proteinler strese karşı tüm hücrelerde oluşan protein ailesidir. Görevleri arasında, proteinlerin intrasellüler translokasyonlarını kolaylaştırma ve sonuç olarak da ısı, bakteri ve oksijen radikalleri gibi etkenlerden hücreleri korumaları vardır. Bunlar major bakteriyel antijenlerdir ve T hücreleri ile

reaksiyona girerler. Bakteriyel ısı şok proteinleri insan ısı şok proteinleri ile homologtur. İnsan ve bakteriyel ısı şok proteinleri arasındaki bu benzerlikten dolayı, enfeksiyöz bir ajanın ısı şok proteininin süper antijen gibi görev yaptığı, reaktif T hücrelerini tetiklediği ve immün cevabı arttırdığı şeklinde bir hipotez ileri sürülmüştür(9,25,28).

2.1.2.4.Genetik: Bazı otoimmün hastalıklarda genetik yapının rolü açık bir şekilde ortaya konmuştur. RA'da genetik yatkınlığın olduğunu gösteren birçok veri vardır. Örneğin; RA, Seropozitif bireylerin birinci derece akrabalarında yaklaşık dört kat daha fazla görülmektedir. Monozigotik ikizlerde romatoid artrit oluşmasının relatif riski, akrabalık ilişkisi olmayanlara göre 12 ile 65 kat daha fazladır. Oysa genlerinin %50 kadarını paylaşan dizigotik ikizlerde sadece 2-17 kat bir risk artımı söz konusudur(12). Bu fark romatoid artrit gelişimindeki genetik temele işaret etmektedir. RA'da genetik yatkınlığın yaklaşık %30-50'sinden HLA bölgesi sorumludur. Bununla beraber HLA ile RA arasındaki ilişkinin özellikleri henüz tam olarak anlaşılmış değildir. RA ile HLA DR4 arasındaki ilişki, bu bölgede tanımlanmış en güçlü ilişkidir. Moleküler yöntemlerle HLA alellerinin belirlenebilmesi sayesinde, RA'le ilişkili bulunan farklı HLA-DR alellerinin belirlenebilmesi sayesinde, RA'le ilişkili bulunan farklı HLA-DR alellerinin b zincirinin 3'üncü çok değişken bölgesinde, 70-74. pozisyonlarda bulunan aminoasitlerin ortak bir dizini paylaştığı görülmüştür. Ortak epitop olarak isimlendirilen bu bölgenin, RA'te genetik yatkınlığa neden olabileceği düşünülmektedir(31).

HLA DR4'ün RA'e katkısının hastalığa yatkınlıktan çok, hastalığın kronikleşmesi ve erezyon gelişimi üzerine etkili olduğu da iddia edilmiştir. Homozigot olarak DR4 alellerini taşımak ağır hastalık gelişme riskini artırmaktadır. Özellikle DR1 0401/0404 alellerini heterozigot olarak taşıyanlarda hastalığın ağır seyretme riskinin en yüksek olduğu gösterilmiştir(36).

2.1.2.5.Romatoid Faktör(RF): İlk kez 1940 yılında Waaler, romatoid artritli hastaların serumlarında IgG antikorları ile duyarlılaştırılmış kırmızı kan hücrelerini aglutine eden bir faktör gözlemiştir. Bunu takiben bu faktör romatoid faktör (RF) olarak isimlendirilmiştir(32). Romatoid faktör, Ig G molekülünün Fc fragmanına karşı oluşan genelde Ig M tipinde antikorlardır. Standart laboratuvar testlerinde

sağlıklı bireylerde serumda %5-10 oranında pozitif saptanabilir. Romatoid faktör başlangıç döneminde hastaların %70'inde pozitifdir. Başlangıçtan itibaren varolan yüksek titrede RF pozitifliği ağır bir klinik seyir göstergesidir. Romatoid faktörler antijen-antikor kompleksini dolaşımdan veya diğer sıvılardan temizleyerek konak defansında rol alırlar. Buna zıt olarak ise kompleman ve inflamatuvar hücre aktivasyonunu artırabildikleri de tesbit edilmiştir. Yani RF sinovitin artmasına neden olur. Ancak etiolojide primer rolü olduğunu söylemek zordur. Romatoid faktörü kodlayan genler hakkında araştırmalar yapılmaktadır ve bu genlerin MHC'e ilaveten RA'e yatkınlığı artırdığı düşünülmektedir(33).

2.1.2.5.1. Romatoid Faktörün pozitif olduğu hastalıklar

- **Romatizmal hastalıklar;** RA, SLE, skleroderma, mikst konektif bağ dokusu hastalıkları (MBDH), sjögren sendromu, juvenil romatoid artrit, psöriatik artrit, gut
- Viral enfeksiyonlar;** AIDS, enfeksiyöz mononükleaz, hepatit, influenza, aşılama
- Paraziter enfeksiyonlar;** Tripanozomiazis, malarya, şistozomiazis, filariazis
- Kronik bakteriyel enfeksiyonlar;** Tüberküloz, lepra, sifiliz, brusella, subakut bakteriyel endokardit, salmonella
- Kanserler;** Lenfoma, lösemi, myelom, kemoterapi ve radyoterapi sonrası
- Diğer hiperglobulinemik durumlar;** Kriyoglobulinemi, karaciğer hastalığı, sarkoidoz vs(34,35).

RA'ya spesifik olmamasına rağmen RF pozitifliği RA'nın prognozunun belirlenmesinde önemli bir belirteçtir. RF varlığı daha aktif hastalıkla ve kemik erezyonlarının gelişmesi ile ilişkilidir(32).

2.1.3. Patogenez

RA'nın en belirgin histolojik özelliği, sinoviyal hipertrofi ve hiperplazi ile birlikte artiküler yüzeyleri örten granülasyon dokusu(pannus) varlığıdır(36).

Romatoid sinovit iki farklı evrede görülür:

- 1- Eksudatif faz:** Sinoviyal intima hücreleri ve mikro dolaşımdaki değişikliklere bağlı olarak plazma proteinleri ve hücresel elemanların eklem boşluğuna geçişi ile karakterizedir.
- 2- Kronik inflamatuvar faz:** Subsinoiyumda mononükleer hücre infiltrasyonu ile karakterizedir.

Genelde her iki faz bir arada bulunur. Ancak analizi kolaylaştırmak için şu sırada incelenir.

a) Sinovit Başlangıcı

RA’te mikrovasküler hasar ve sinoviyal hücre proliferasyonunun ilk lezyonlar olduğu düşünülmektedir. Yine erken dönemde ödem ve anjiogenez görülmektedir. Polimorfonükleer lökosit (PMNL)’ler bazı vakalarda bulunur ve sinoviyum yüzeyinde izole odacıklar şeklindedir. Plazma hücreleri nadiren görülür. Küçük kan damarları inflamatuvar hücreler ve organize tromboz ile oblitere olmuştur. Ancak bu bulguların hiçbiri RA için özgün değildir ve diğer inflamatuvar sinovitlerde de görülebilir(36,38).

b) İmmünolojik faktörler sonucu oluşan inflamatuvar cevap safhası

Bu dönemde histopatolojik görünüm hastalığının kronikliğine bağlı olarak değişiklik gösterir. Normalde 1-3 sıra olan intima hücreleri hiperplazik hale gelmiştir ve 6-10 sıra şeklinde ışık mikroskopisinde gözlenir. RA’te sinoviyumun makrofajlar, lenfositler, plazma hücreleri ve daha az oranda nötrofillerle infiltre olması sinoviyum yapısında önemli değişikliklere yol açar. İntimal tabakanın hiperselülaritesi RA’te kronik sinovyal inflamasyonun en belirgin bulgusudur. Erken dönem RA’te sık görülen PMNL’ler nadiren bulunur. Mononükleer hücre infiltrasyonu T ve B hücreleri, plazma hücreleri ve makrofajları içerir. Kronik fazda artmış damar sayısı önemli bir bulgudur(6,37).

c) Kronik Granülatöz Cevap(Pannus)

Kronik RA, kıkırdak, tendon, ligament ve kemik dokusunda destrüksiyon ile karakterizedir. Bu hasar pannus ve sinoviyal dokudaki enzimler tarafından birlikte oluşturulur. Majör destrüktif eleman pannus dokusudur. Pannus, eklem hattındaki sinoviyal hücrelerin alta doğru genişlemesi şeklinde görülür ve patolojik olarak stromal bağ dokusu hücreleri özellikle fibroblastlar ve yeni kan damarlarından oluşan tümör benzeri bir dokudur. RA patogenezindeki temel görüş, T hücreleri aracılığıyla oluşan enflamasyonun pannus gelişimine neden olduğu, pannusunda eklem destrüksiyonu yaptığı şeklindedir(39).

Günümüzde RA’in mikroorganizma kökenli antijene karşı T hücre yanıtıyla başladığı düşünülmektedir. Eklem inflamasyonunu uyaran antijenlerin doğası tam olarak bilinmemektedir. Hastalığı başlatmaktan sorumlu olan antijen sinovyal

membranda dendritik hücreler, makrofajlar veya bazen fibroblastlar ile endotelial hücreler gibi antijen takdim edici hücreler tarafından işleme sokulur. İşleme sokulan antijen, sınıf II molekülü ile birleştirilerek hücre yüzeyine gönderilir. Antijen sunan hücreler hücre yüzeyindeki sınıf II molekülüne bağlı antijeni spesifik T lenfositlere(CD4) sunarak bu hücreleri aktive ederler. Aktivasyonun olabilmesi için T hücrelerinin antijen sunan hücreler üzerinde sunulan antijeni tanınması ve aynı zamanda monosit makrofaj tarafından IL 1 salınması gerekmektedir(6,25,36).

Aktif T hücreleri sitokinleri üretir. Sitokinlerin bazıları aktif T lenfositlerden, bazıları aktif makrofajlardan, bir kısmı ise fibroblastlar, dendritik hücreler, endotelial hücrelerden salınırlar. Bu sitokinlerin aktivitesi sinovyal doku enflamasyonu, sinovyal proliferasyon, kıkırdak ve kemik hasarı gibi romatoid sinovitin bir çok özelliğinden sorumludur.

RA'de esas rol oynayan sitokinler IL 1 ve TNF α 'dır. IL 1, TNF α 'ya göre daha fazla eklem hasarına neden olur. Fibroblastların çoğalması, kollojen yapımı ve kemik resorpsiyonu da IL 1 varlığında artar. TNF α düzeyleri ise eklem enflamasyon göstergeleriyle paralellik gösterir.

Kıkırdak hasarı ve ilerleyen eklem hasarı, aktive fibroblast benzeri sinoviosit, doku makrofaj ve kondrositler tarafından salgılanan metalloproteinazlar ve serin proteazları içeren enzimler ile oluşur. Hücre aktivasyonu sinovyal makrofaj ile salgılanan TNF α , IL 6 ve granülosit makrofaj koloni stimulan faktör gibi enflamatuvar sitokinler ile oluşturulur(6,25,36).

Özet olarak, bugün için bilinmeyen başlatıcı bir etkenin eklem ulaşması ve inflamatuvar cevabı başlatması ile perikapiller bölgede mononükleer hücre infiltrasyonu olur. Makrofajların patogeni fagosite ederek lenfositlere sunması ile de lokal antikor üretimi başlar. Oluşan antikorlarla antijenlerin sinoviyal sıvıda, sinoviyal dokuda ve kıkırdakta etkileşmesi sonucu ekstravasküler immünkompleksler ortaya çıkar. Bu komplekslerin kompleman sistemini aktive etmesi ile oluşan vasküler permeabilite artışı serum proteinleri ve hücresel elemanların eksudasyonuna neden olur. Bunun sonucu olarak da, PMNL'ler, kıkırdağa yakın bir pozisyonda veya sinoviyal sıvıda serbest kalarak, IgG ve C3b yüzey reseptörleri ile immün kompleksleri fagosite ederler. Bu fagositoz sonucu ortaya çıkan lizozomal proteinazlar ve diğer biyolojik aktif mediatörler kıkırdak matriksi, kollajen ve elastik

dokularda hasara yol açar. Ancak bütün bu bilgilere karşın, değişik nedenlerden dolayı RA'teki doku hasarı ile immün yanıt sonucu oluşan inflamasyon arasında direkt bir ilişki olmadığı yolunda görüşlerde vardır(6,25,36).

2.1.4. Tanı Kriterleri

RA bazen ekstraartiküler bulgular ile ortaya çıkmasına rağmen, genellikle eklemlerde başlayan inflamatuvar sinovit ile kendini gösterir. Sinovit tanısı sinoviyal sıvı analizi, radyolojik inceleme veya biyopsi ile konabilir. Ancak genellikle RA tanısı klinik olarak konur. RF pozitifliği veya diğer laboratuvar bulguları RA için özgün değildir. Yine belirli bir süre geçmeden RA tanısı konulmamalıdır. Çünkü ilk haftalarda simetrik sinoviyal inflamasyon ve serolojik bulgular olmayabilir. Bu nedenle RA tanısı, klinik ve laboratuvar bulguların varlığı ve yokluğundan oluşan kombinasyonlara dayanılarak oluşturulan tanı kriterlerine göre yapılmaktadır. RA tanısı için günümüzde 1987 ARA kriterleri kullanılmaktadır. Yedi kriterden en az dört tanesinin bulunması ile RA tanısı konulmaktadır. Bu kriterler özellikle yerleşmiş RA hastalarını içeren klinik çalışmalarda kullanılan en iyi kriterler olarak kabul görmektedir(36,40).

ARA tarafından 1987 yılında revize edilmiş RA tanı kriterleri

- 1- Eklemlerde veya eklem çevresinde en az bir saat süren sabah tutukluğu
- 2- Doktor tarafından gözlemlenen 3 veya daha fazla eklem bölgesinde artrit varlığı(PİF, MKF, El bileği, diz- dirsek- topuk ve MTF eklem bölgelerinde)
- 3- El eklemlerinde artrit(PİF, MKF, El bileği)
- 4- Simetrik artrit
- 5- Romatoid nodül varlığı
- 6- Hasta serumunda RF pozitifliği
- 7- El ve/veya el bileği eklemlerinde radyolojik periartiküler osteopeni ve/veya erezyonlar

* 1'den 4'e kadar olan kriterler en az 6 hafta süreyle devam etmeli

** RA tanısı için 4 veya daha fazla kriterin olması gerekmektedir(36).

2.1.4.1.Romatoid Artritin Ayırıcı Tanısı

RA tüm artrit yapan romatolojik hastalıklarla karıştırılabilir. Hastalığın erken döneminde RA tanısı koymak zordur. Doğru tanıya ulaşmada geç kalınmasının nedenleri; az sayıda eklem tutulumu, asimetrik tutulum, intermittan artralji yakınmaları, sadece konstitüsyonel yakınmaların bulunması ve RF negatifliği gibi RA için tipik olmayan bulgularla başlayabilmesidir. Kliniklere poliartrit semptomları ile gelen hastaların az bir kısmı RA'dır. RA ayırıcı tanısında en sık karşılaşılan hastalıklar;

- 1- Bağ dokusu hastalıkları (özellikle SLE başta olmak üzere, skleroderma, polimyozit, vaskülitler, mikst bağ dokusu hastalığı, polimyalgia rheumatica)
- 2- Seronegatif spondiloartritler (Ankilozan spondilit, reaktif artrit, reiter sendromu, psöriatik artrit),
- 3- Osteoartroz
- 4- Erişkin still hastalığı
- 5- Kalsiyum pirofosfat birikimi hastalığı (CPPD)
- 6- Gut
- 7- Viral artritler (Hepatit B, rubella gibi).
- 8- Ayrıca fibromyalji, kronik yorgunluk sendromu, hipertrofik pulmoner osteoartropati, miksödem, akut romatizmal ateş, sarkoidoz, FMF, multisentrik retikülohistiositoz, hemoglobinopatiler, hemofilik artropati, hemokromatozis, hiperlipoproteinemiler, glukokortikoid kesilme sendromu, oral kontraseptif kullanımına bağlı artrit, paraneoplastik sendromlar da göz önüne alınmalıdır(34).

2.1.5.Klinik Bulgular ve Prognoz

RA'in başlama şekli hastadan hastaya farklılık göstermesine rağmen en tipik başlangıç şekli %70 oranında birkaç hafta ve hatta aya yayılmış hafif bir ateşin de eşlik ettiği halsizlik, yorgunluk, kilo kaybı ve bir veya bir kaç küçük eklemdede ağrı ile karakterize sinsi bir başlangıcın söz konusu olmasıdır. Bu süre içerisinde eklem ağrısı dışında hastaların önemli bir yakınması, uyku veya uzun süren bir istirahat sonrası, eklemler ve eklemlerin çevrelerinde oluşan ve sabah tutukluğu olarak tanımlanan sertlik hissidir. Sabah tutukluğu, hekime, eklem ağrısının iltihabi karakterde olduğunu anlatan önemli bir bulgudur. Aktif hastalıkta bir saatten uzun

sürer, hatta günün geç saatlerine kadar devam edebilir. Süresi dışında derecesi ve vücutta dağılımı da önemlidir. Hastalar, giderek günlük işlerini yapmada aşırı zorlandıklarını ve eklem fonksiyonlarının azaldığını fark ederler. Klinik, başta el ve ayak eklemleri olmak üzere bir çok eklemden simetrik şişliklerinin gelişmesi ile tamamlanır(11-13,41).

Hastalık ilerledikçe tutulan eklem sayısı da yavaş yavaş artar. Hastaların % 25 kadarı akut başlangıç gösterir. Başlangıçta tek veya az sayıda eklemi tutar, şekli ise daha çok genç kadınlarda görülür ve RF negatiftir. Sistemik başlangıç, orta yaşlı erkeklerde daha sıktır. Hastalarda ateş, anemi, plörezi, perikardit, döküntü gibi eklem dışı klinik bulgular görülebilir.

Palindromik başlangıç, ortalama iki-üç gün süren, düzensiz aralıklarla tekrarlayan, akut mono veya oligoartiküler artrit ile karakterizedir. Polimiyaljik başlangıç, ileri yaştaki kişilerde görülür. Sabah tutukluğu ile omuz ve kalça çevrelerinde ağrı ön plandadır. Zaman içinde eklem bulgularının yerleşmesi ile tanı konulur(11).

RA hastalığının aktivitesine göre erken, ilerleyici ve geç hastalık olarak sınıflandırılır.

a) Erken hastalık ; Klinik olarak eklem harabiyeti henüz yoktur, radyolojik olarak kemik ve kırıkta yıkımı görülmez. Hastalığı bu evrede yakalamak çok önemlidir. Çünkü erken evrede inflamasyon yoğundur. Kemik erzyonu oluşum hızı fazladır, daha sonra platoya ulaşır. Yine bu dönemde remisyon daha çok oluşur. Hastaların bir kısmı bu evrede kalır, diğerlerinde ise ilerlemeye devam eder. Bu evrede bazı parametrelerin varlığı prognozun iyi olmadığını gösterir. Bunlar;

- Kadın cinsiyet
- Sinsi başlangıç ve simetrik hastalık tablosu
- Radyolojik erozyonların erken ortaya çıkması
- Yüksek ESH, trombositoz, eozinofili
- Hastanın kendine yardımı reddetmesi ve negatif tutulumu
- Düzgün ve yeterli süre temel tedavinin verilmemesi
- Özellikle uzun etkili ilaçlara cevap alınmaması
- Kontrol edilemeyen inatçı poliartrit
- Yüksek titrede RF pozitifliği

- İmmün kompleks varlığı
- Yüksek riskli HLA alellerinin varlığı
- Ekstraartiküler bulguların varlığı(30,34).

b) İlerleyici hastalık; Tedaviye rağmen hastalık aktivitesi devam eder. İnatçı poliartrite ilaveten radyolojik olarak yaygın kemik erezyonları vardır. Sonuçta destrüktif, sakatlık gelişen tablodur(30,34).

c) Geç hastalık; Kesin eklem hasarının olduğu ve bazı komplikasyonların eşlik ettiği evreyi tanımlar. Olguların çoğunda hastalık süresi uzundur. Hasar oranı hastalığın şiddetini yansıtır(30,34).

2.1.6. Eklem Bulguları

Sabah tutukluğu: Eklemlerde tutukluk hem RA'in hem de diğer inflamatuvar artritlerin en temel semptomlarından biridir. RA'deki sabah tutukluğundan sinovyum ve eklem çevresi yapılarındaki ödemin sorumlu olduğu düşünülmektedir. Sabah tutukluğu genellikle klinik olarak tutulan eklemlerde belirgindir ve süresi sinovyal inflamasyonun derecesi ile ilişkilidir(11,31,37).

Sinoviyal inflamasyon: Ağrılı, şiş ve sıcak eklemler genellikle inflamatuvar sinovitin en aktif fazında görülür. Genel klinik tabloyu ağrı, tutulan eklemlerde hassasiyet, hareketle ağrı, şişme, deformite ve eklem hareketlerinin kısıtlanması oluşturur. Ağrı, RA'li bir çok hastanın en önemli problemidir ve tedavinin en önemli hedeflerindedir. Eklem hassasiyeti direk palpasyonla tespit edilir. Genişlemiş sinoviyal membran, eklem çevresi bağlar ve destekleyici yapılar ağrıya duyarlı en önemli bölgelerdir. İnflamasyonun devamı ile zaman içinde eklem ve destekleyici yapılarda hasarlanma ve buna bağlı eklem deformitesi gelişebilir. Kıkırdak kaybı ve periartiküler kemikte erezyon yapısal hasarın karakteristik bulgularıdır(11,31,37).

Eklem deformitesi: RA'te eklem deformitesi çeşitli mekanizmalarla oluşur. Hepsinde ortak olan, sinovitle olan ilişki ve hastanın eklemine ağrıyı en az hissettiği pozisyonda tutmaya çalışmasıdır. Herhangi bir eklemde bozukluk olsun olmasın, uzun süre hareketsiz pozisyonda tutulması fonksiyonda kayba sebep olur. Bundan tendon kısalması ve eklem kapsülünde kontraksiyonun sorumlu olduğu düşünülmektedir. Spazm ve kısalma metakarpofalangeal(MKF) eklemlerde fleksiyon ve tarsal pronasyona yol açar. Eklemleri stabilize eden bağlar ciddi inflamasyon

sonucu zayıflayabilirler. Böylece MKF eklemlerde subluksasyon unlar deviasyon gözlenebilir.

RA'deki inflamasyon sıklıkla tendon kılıflarının iltihabına da sebep olur. Bu nedenle tendon kılıflarında kalınlaşma, tendon nodülleri ve tendon rüptürleri de sıkça görülen deformitelerdendir(11,31,37).

2.1.6.1.Spesifik Eklem Bulguları:

Boyun omurları: RA'te torakal ve bel omurlarının tutulumu oldukça nadirdir fakat boyun omurları daha sık tutulur. Romatoid artritli hastaların üçte birinde görülen servikal vertebra tutulumu, korkutucu komplikasyonlara yol açabilmesi açısından önem taşır. Başlıca klinik belirtisi boyun ağrısı ve hareket kısıtlılığıdır. C1'in transvers bağı, C2'nin odontoid cisminin stabilitesini sağladığından, burada oluşacak sinovit ciddi bir C1-C2 instabilitesine neden olur. Odontoid cisimdeki eroziv değişiklikler ile ligamanlarda laksisite veya rüptür, servikal myopatiye neden olabilir. Ani hareket veya bir travmada özellikle trafik kazalarında başın gidip gelmesi sonucu hemi veya tetraparezi gibi nörolojik komplikasyonlar ve ani ölüm görülebilir. RA'te daha nadir olarak temporomandibuler eklem, sternoklavikular eklem, akromioklavikular eklem tutulumu da saptanabilir(11,31,37).

Omuzlar: Omuzlar sık tutulan eklemlerden biridir. Omuzda sadece sinoviyum değil, klavikula distal ucu, bursalar, rotator kaf, boyun ve göğüsteki değişik kaslarda da etkilenir. Omuz eklem kapsülünün rotator manşon altında yer alması nedeniyle sinoviyal sıvı artışını değerlendirmek kolay değildir. Eklem hareketinin kaybı, omuz ekleminin aktif artrit sürecinden etkilendiğini gösteren bir bulgudur. Hastalar ağrıları nedeniyle eklem kullanımını azalttıklarından kolayca donuk omuz sendromu gelişebilir. Rotator kaf tutulumu morbiditenin önemli nedenlerinden biridir. Rotator kafta zayıflık ve yırtıklar sonucu süperior subluksasyon da sıktır(11,31,37).

Dirsekler: Dirsek inflamasyonun en kolay tesbit edildiği eklemlerden biridir. Sık tutulan bu eklemlerde ağrı ve şişlik dışında ekstansiyon kusuru ilk belirtilerden biridir. Eklem posterolateralinden unlar sinir geçer ve bu bölgedeki sinovite bağlı olarak gelişebilen bası nöropatisi 4-5'inci parmağın fleksör kaslarında zayıflığa neden olabilir. Hastalarda olekronon bursa tutulumu sıktır. Bursanın kendinde olabileceği gibi unlanın ekstansör yüzü boyunca da romatoid nodüller gelişebilir(11,31,37).

El bileği: Bilekte çeşitli deformiteler gelişebilir. RA'te el bileği, MKF ve PİF eklemler sık olarak tutulurken, DIP eklemler genellikle etkilenmez. Erken dönemde, tenosinovitler, proksimal interfalangeal eklemlerin iç ġeklinde (fusiform) Őiřmeleri, ulnar stiloid çevresinin Őiřmesi ile bu bölgenin düzleşmesi görölür. Bir diğer erken dönem bulgusu, karpal tünel sendromudur (parmaklarda yanma, karıncalanma). Hastalığın ilerlemesi sonucu klasik geç dönem deformiteleri gelişir. Bunlar; el sırtının kas atrofisi sonucu iç bükey bir görünümler kazanması, metokarpofalangeal eklemlerde subluksasyon, parmakların metokarpofalangeal eklemlerden itibaren unlar tarafa doğru çarpılmaları (ulnar deviasyon), proksimal interfalangeal eklemlerde hiperekstansiyon ve distal interfalangeal eklemlerde fleksiyon ile kendini belli eden kuğu boynu deformitesi veya bunun tam tersi olan düğme iliği deformitesi ve baş parmakta Z deformitesi olarak tanımlanan Şekil bozukluklarıdır. Ayrıca ekstansör tendonlarda gevşeme ve/veya kopma sonucu düşük parmaklar görölabilir(11,31,37).

Parmaklar: RA'te MKF ve proksimal interfalangial eklem(PİF) tutulumu sık olmakla beraber distal interfalangial(DİF) eklem tutulumu nadirdir. Düğme iliği deformitesi, eş zamanlı olarak PİF'lerde fleksiyon ve DİF'lerde hiperekstansiyon Şeklinde tanımlanabilir. Bu deformiteden ekstrensek ekstansör tendonun zayıflaması ve lateral bandların palmar yöne doğru yer değiştirmesi sorumludur. Benzer Şekilde MKF eklem fleksörlerinin kontraksiyonu sonucu MKF eklemlerde fleksiyon kontraktür, PİF'lerde hiperekstansiyon, DİF'lerde fleksiyon ile tanımlanan kuğu boynu deformitesi de RA'te görölen deformitelerdendir (11,31,37).

Kalça: Gerçek kalça sinovitinde ağrı kalça alt kısımlarında olur. Eklem derinde olduğundan palpasyonla distansiyon ve sinoviyal kalınlaşmayı saptamak zordur. Hareketle ve yük binmesi ile ağrı oluşması ve hareket kısıtlılığı kalça eklemine tutulumunu gösterir. Kıkırdak harabiyeti oluşursa diğer eklemlerden daha hızlı ilerleme gösterir(11,31,37).

Diz: Sık tutuldukları gibi hastaların %15 kadarında ilk tutulan eklemlerdir. Sinoviyal efüzyon ve kalınlaşma diz muayenesiyle kolayca tesbit edilebilir. Erken belirti olarak kuadriseps atrofisi ve ekstansiyon kısıtlılığı gelişebilir. Yine fleksiyon deformitesi , genu varum, genu valgum gibi deformiteler ve popliteal bölgede Baker kisti saptanabilir. Bu kistin yırtılması veya rüptürü tromboflebiti düşündüren semptomlara

yol açar. Eklem içine uygulanacak bir kortizon enjeksiyonu ile kolayca tedavi edilebilecek bu komplikasyon, tromboflebit geçirdiğinden şüphe edilen artritli hastalarda düşünülmelidir. Ultrasonografi, ayırıcı tanıda oldukça yararlıdır(11,31,37). **Ayak ve Ayak bileği:** Ayaklar, hastaların %20'sinde ilk tutulan eklemlerdir. Yük taşımaları nedeni ile bu eklemlerin tutulması üst taraf eklemlerine göre daha fazla ağrı ve hareket kısıtlılığına yol açar. Metatarsal eklemlerin tutulması sonucu ayak ön kısmında genişleme, hallux valgus ve çekiç parmak şeklinde deformiteler geç dönem belirtileridir. Ayak statığının bozulması sonucu gelişen kallus, bunyon ve kronik fistüller yürümeyi oldukça zorlaştırır. Ayak bileği tutulumunun klinik bulgusu malleol etrafında şişliktir. Aşıl ve retrokalkeneal bursit genelde aşıl tendonunda nodüllerle beraberdir ve spontan tendon rüptürlerine neden olabilir. Sinovite bağlı tarsal tünel sendromu gelişebilir(11,31,37).

2.1.7. Ekstraartiküler Semptom Ve Bulgular

Kaslar: RA'te kasların klinik olarak etkilenmesi genelde hafif derecededir. Daha çok hasta eklemlere yakın kaslarda atrofi şeklindedir. Kas atrofisi en çok interosseoz ve kuadrisepste olur. Kas içerisinde romatoid nodüller gözlenebilir. En sık kortizon ve daha seyrek olarak antimalaryal ilaç kullanımına bağlı myopati, artık neredeyse terk edilen bir ilaç olan d-penisilamin ile gelişen polimyozit görülebilir(11,37,39,42).

Kemikler: Kemik tutulumu daha çok tutulan eklemler arasında olup, periartiküler osteoporoz, kistik değişiklikler ve destrüksiyon(artritis mutilans) şeklindedir. Osteoporoz; hastalık aktivitesi, inaktivasyon ve steroid kullanımına bağlı olarak gelişen bir komplikasyondur. Hastalığın kendisi, hem eklem çevrelerinde (periartiküler) hem de genel osteoporoz yapmaktadır. Genel olarak 6 ay süre ile günde 5 mg prednizolon kullanımının osteoporoza yol açtığı ve steroid kesildiğinde bu olayın geri dönebileceği kabul gören bir inanıştır(11,37,39,42).

Deri: Romatoid nodül sık görülen bir deri bulgusudur. Hastalık süresince herhangi bir zamanda %25-50 oranında görülebilir. Nodülü olan tüm hastalar RF pozitifdir. RF negatif olan hastalarda ise seyrek görülür. Nodüller subkutandır. Büyüklükleri ile hastalık aktivitesi arasında bir ilişki vardır. Ağrısız, sert, bir kaç mm'den bir kaç cm'ye kadar değişen boyutta ve sıklıkla alttaki periosta yapışık bazen hareketli şişliklerdir. Her yerde olabilir ancak sıklıkla olekranon gibi basınç noktaları, ön kol

ekstansör yüzeyi, aşil tendonu ve iskiümde görülür. Yine vaskülitik lezyonlar, deri atrofisi, palmar eritem, Raynaud Fenomeni, hiperpigmentasyon da RA'te deri bulgusu olarak saptanabilir. Hastalığın seyrini değiştiren ilaçlar ile tedavi sırasında hastalık aktivitesinde gerilemeye paralel olarak ufalır ve hatta kaybolabilirler. Ancak, methotrexate ile tedavi sırasında hastalık aktivitesi gerilese bile bilinmeyen bir nedenle nodüllerde büyüme ve sayıca artış olabilmektedir(11,37,39,42).

Göz: Kuru göz şeklinde kendini belli eden keratokonjunktivitis sicca ve kserostomi en sık görülen göz bulgusudur. Hastalığın geç dönemlerinde görülür ancak hastalık şiddeti ile bir ilişki göstermez. Tedavisi semptomatiktir. Gözde ani kızarma ve ağrı yapan ancak nadiren vizyonu etkileyen episklerit, nodüler veya diffüz olabilir. Bazı vakalarda sklerit gelişebilir ve prognozu kötüdür. Sklera boyunca koroide doğru erozyon yapıp skleromalazi perforans gelişip körlüğe neden olabilir. Nadiren üveit görülebilir ve genelde anterior üveit(iridosiklit) şeklindedir. Yine kortikosteroidlere bağlı posterior subkapsüler katarakt, klorokine tedavisine bağlı keratopati ve retinopati ve altın tedavisine bağlı keratopati gelişebilir. Romatoid artrit tedavisinde kullanılan ilaçlarda çeşitli göz komplikasyonlarına yol açmaktadırlar. Bunlara örnek olarak katarakt ve glokom yapabilen steroidler, keratopati ve retinopati yapabilen antimalaryal ilaçlar örnek verilebilir(11,37,39,42).

Sinir sistemi : RA'li hastalarda nörolojik yakınmalar oldukça sıktır ve bazen artiküler semptomlarla karışabilir. Sıklıkla periferik nöropati gelişir. Nöropati gelişme insidansı %1.2 ila %9.8'dır. Nörolojik bulgular şu şekilde sınıflandırılabilir.

1- Servikal instabiliteye bağlı miyelopati

2- Periferik nöropatiler

a) Tuzak nöropatiler: Sinovit veya tenosinovit kompresyonuna femoral sinir, fibula başında peroneal sinir ve ayak bileğinde posterior tibial sinir ve MTF'de interdigital sinir baskıya uğrayabilir.

b) İlaçlara bağlı nöropati: Altın ve klorokine bağlı olarak gelişebilir.

c) Simetrik sensoriyal polinöropati

d) Simetrik sensorimotor polinörit: Daha çok düşük ayak ve el tablosuna neden olur. Bu hastalarda belirgin arterit bulguları ve yüksek titrede RF pozitifliği vardır. Prognoz kötüdür.

e) Mononörit

f) Mononöritis multipleks

3- Santral sinir sisteminin diğer lezyonları: Vaskülit veya romatoid nodüller sonucu değişik tablolar şeklinde ortaya çıkabilir(11,42,43).

Kalp: Romatoid artrit, kalpte vaskülit, nodül gelişimi, serozit, fibroz ve valvülit sonucu çeşitli belirti ve bulgulara yol açabilir. RA'li hastaların otopsilerinde yüksek oranda(%50) perikardit olduğu ve asemptomatik hastaların ekokardiyografilerinde %50 oranında perikardial anormallikler ve efüzyon tespit saptanmaktadır. Ancak, semptomatik perikardit nadirdir. Bu tablo çoğu zaman erkek seropozitif hastalarda akut olarak gelişir. Bazı hastalarda konstrüktif perikardit sonucu sağ kalp yetmezliği ve periferik ödem gelişebilir. Romatoid nodüllere bağlı lezyonlar miyokard ve kapaklarda görülebilir. Klinik bulguları ise kapak disfonksiyonları, emboli, iletim defektleri, koroner arterit, bazen de kardiomyopatidir. Tüm aortayı tutan granümatöz aortit, aort yetmezliği, aort dilatasyonu gelişebilir. Endokarda da daha çok subendokardiyal bölgede valveler nodül ve vegetasyonlar görülebilir (11,37,39,42,43).

Akciğer tutulumu: Romatoid artritte akciğer ve plevra tutulumu sık görülmekle birlikte birçok vakada klinik olarak belirgin değildir. Ayrıca, RA'te akciğer hastalığı görülme insidansı uzun etkili ajanların erken kullanımı ile birlikte artış göstermektedir. En fazla görülen akciğer tutulumu şekli olan plörezi, genellikle asemptomatiktir. Romatoid artrit süresi ve hastalığın şiddeti ile ilişkisizdir. Spontan olarak gerileyebilir. Parankimal tutulum için en klasik örnek, diffüz interstisyel fibrozdur. Tanıda uygulanan yöntemle bağlı olarak hastaların %20'sinde tespit edilebilir. Plörezinin aksine, geç ortaya çıkar ve erkek, seropozitif ve nodülü bulunan hastalarda daha sık görülür. Kliniği, idiopatik akciğer fibrozu ile aynıdır. Akciğer tutulumunu seyrek görülen diğer şekillerine örnek olarak, hızlı ilerleyen ve kötü seyirli obliteratif bronşiolit, kömür tozları ile çalışan işçilerde görülen pulmoner nodül ve pnömokonyoz ile karakterize Caplan sendromu ve romatoid vaskülit sonucu gelişen nadir ve ağır prognozlu izole pulmoner arterit sayılabilir. Romatoid artrit tedavisinde kullanılan methotrexate, parenteral altın ve d-penicillamine gibi ilaçların da çeşitli ağırlıkta akciğer komplikasyonlarına yol açabileceği daima akılda tutulmalıdır(11,37,39,42,43).

Vasküler sistem: Geç dönemde ortaya çıkan bir komplikasyondur, erken dönemde görülmesi kötü prognoz işaretidir. Kadın –erkek oranı eşittir ve sıklıkla %1’den azdır. RA’te obliteratif kapillerit ve venülit, subakut arterit ve venülit, nekrotizan arterit şeklinde olabilir ve en çok kas, sinir, kalp ve gastrointestinal sistem damarlarını tutar. Klinikte ise Raynaud Fenomeni, değişik deri ve tırnak lezyonları, deri ülserleri ve gangrenler şeklinde bulgu verebilir. Vasa nervorumların tutulması sonucu distal sensoryal nöropati, daha seyrek olarak sensorimotor nöropati ve mononöritis multiplex görülür. Vaskülitli vakaların çoğu seropozitifdir ve serum kompleman seviyeleri de düşüktür. Bu hastalarda kanda kriyoimmünglobülinler ve arterlerde IgG, IgM, C3 depositleri de saptanabilir(11,37,39,42,43).

Gastrointestinal sistem: RA’e özgün bir anormallik yoktur. Ancak Sjögren sendromlu hastalarda kserstomia ve romatoid vaskülitli hastalarda iskemik komplikasyonlar görülebilir. RA’li hastalarda nonsteroidlere bağlı oluşan gastrit ve peptik ülser de morbidite ve mortalitenin önemli bir nedenidir(11,37,39,42,43).

Karaciğer: Romatoid artritinin aktif dönemlerinde transaminaz ve alkali fosfataz yüksek bulunabilir. Methotrexate, leflunomide ve non steroidler gibi ilaçların kullanımına bağlı olarak gelişen karaciğer patolojileri daha sık ve klinik açıdan daha önemlidir(11,37,39,42,43).

Renal sistem: RA’te lupusa zıt olarak glomerulonefrit yoktur veya nadirdir. İlaçlara veya amiloidoza bağlı olarak proteinüri gelişebilir. Antiinflamatuvar ilaçlara bağlı interstisyal tutulum ve sonuçta papiller nekroz gelişebilir. Siklosporine bağlı kronik tübüler interstisiyel nefrit, altın ve penisilamine bağlı olarak ise nefrotik sendrom olabilir. Yine sekonder amiloidoza bağlı olarak da nefrotik sendrom gelişebilir(11,37,39,42,43).

Hematopoetik sistem: RA’te anemi oldukça sık bir bulgudur. Hastaların çoğu nonsteroidal antiinflamatuvar ilaçlar gibi ülser yapıcı ilaçlar aldıklarından kronik hastalık anemisi gelişir. Bunlar demir tedavisine yanıt vermezler. Demir eksikliği anemisi ise gastrointestinal kanamalar sonucu oluşur. Pernisiyöz anemi ise folik asit yetmezliği veya ilaç tedavisine sekonder kemik iliği supresyonu sonucu gelişir. Hipersplenizme bağlı olarak eritrositlerin dalakta sekestre olmaları sonucu ise Felty sendromuna bağlı anemi gelişmektedir.

RA'li hastalarda ayrıca immünosüpresif ve sitotoksik ilaçlar sonucu veya altın, penisilamin, salazopirin tedavisine bağlı trombositopeni görülebilir(11,37,39,42,43).

2.1.8. Laboratuvar Bulguları

RA için spesifik bir laboratuvar testi yoktur. Genellikle ölçülen Romatoid Faktör(RF) IgG'nin Fc kısmına bağlanan IgM molekülünden meydana gelir. Standart laboratuvar testlerinde serumda %5-10 oranında normal sınırlarda saptanabilir. RF başlangıç döneminde hastaların %70'inde pozitifdir. Başlangıçtan itibaren varolan yüksek titrede RF pozitifliği ağır bir klinik seyir göstergesidir. Antinükleer antikorlar da RA'li hastaların serumlarında %15-20 oranında gözlenebilir. RA'li hastaların çoğunda kronik hastalık anemisi vardır. Daha çok normokrom veya hipokrom normositer anemi gözlenir. Serum demir ve demir bağlama kapasitesi düşüktür. Hastaların üçte birinde kemik iliğinde demir depoları azalmış veya kaybolmuştur. Artmış eritropoietin seviyeleri saptanabilir. Yine normal transferin seviyeleri ve artmış plazma volümü tespit edilebilir. Demir eksikliği anemisinde ise serum demiri düşük, demir bağlama kapasitesi yüksektir. Beyaz küre sayıları genelde normaldir, ancak şiddetli hastalığı olanlarda ve alevlenmelerde lökositoz saptanabilir. Lökopeni ve trombositopeni ise Felty sendromuna veya ilaçlara bağlı olarak oluşabilir. Artmış trombosit sayısı ise daha çok artmış hastalık aktivitesini gösterir. Formül genelde normaldir ancak akut vakalarda PMNL'ler fazla olabilir. Eritrosit sedimentasyon hızı(ESH) ve C-reaktif protein(CRP) RA'li hastalarda genellikle yüksektir. Hastalarda belirli bir süre içinde hastalık aktivitesi ölçümünde ESH ve CRP kullanılır fakat hastalarda bu değerler oldukça farklılık gösterebilir. Yine hastalık aktivitesine bağlı olarak fibrinojen, haptoglobulin ve serum amiloid A proteininde de artışlar saptanabilir. Rutin olarak yapılan karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri bir komplikasyon veya ilaç yan etkisi olmadıkça genellikle normal sınırlar içindedir. Serum kolesterol seviyeleri azalmıştır, ancak lipid seviyeleri genellikle normaldir. Riboflavin, folat, pridoksin, askorbik asit, vitamin A, vitamin E gibi vitaminler, RA'te genelde azalmış olarak, Vit. B12 değerleri ise genelde artmış olarak saptanır(39,44).

Aktif hastalık sırasında sinoviyal sıvı artar. Sinoviyal sıvı açık sarı, hafif bulanık, viskozitesi düşük ve eksuda karakterindedir. Lökosit sayısı mm³'te 5-50 bin

arasında değişir ve çoğunluğunu nötrofiller oluşturur. Aktif vakalarda ragosit(RA hücre) denen IgG+antiIgG(RF)'den(45) oluşan immün kompleksleri fagosite etmiş polimorfonükleer lökositler saptanabilir. Serumda olmadığı halde sinoviyal sıvıda RF saptanabilir. Genellikle sinoviyal sıvıdaki glukoz düzeyi serumdan dūřüktür ve protein miktarı %3-5 mg üzerindedir. Musin pıhtı testi bozuktur.

Erken dönemde radyografide yumuşak doku şişliği ve periartiküler osteoporoz gözlenebilir. Kartilaj pannus bileşiminde geç dönemde marjinal erezyonlar gözlenir. Hastalık ilerledikęe eklem aralığı kaybolur ve deformiteler gelişir. El ve ayak radyografileri diagnostik olarak sık kullanılır(37,39,44-46).

2.1.9. Radyolojik Bulgular

RA'te radyolojik bulgular daha çok eklemleri ilgilendirir. Romatoid artritli hastaların radyolojik incelemesi hastalığın tanısı, takibi, tedaviye cevabı ve cerrahinin gerekliliğinin değerlendirilmesinde önemlidir. Bunları erken ve geç dönem olarak iki grupta incelemek mümkündür. Erken dönemdeki değişiklikler:

- 1) Yumuşak doku şişliği
- 2) Periartiküler(jukstaartiküler)osteoporoz
- 3) Periostit
- 4) Eklem aralığında daralma
- 5) Erozyonlar(yüzeyel erezyonlar ve psödokistler)

Geç dönemdeki değişiklikler ise şunlardır:

- 1) Eklem yüzeyindeki belirgin düzensizlik
- 2) Subluksasyonlar
- 3) Genel osteoporoz
- 4) Eklem deformiteleri
- 5) Dejeneratif değişiklikler
- 6) Destruktif değişiklikler
- 7) Kemik ankilozu(5,12,25,47).

Bu erken ve geç dönem bulguları her eklem bölgesinde ayrı özellikler gösterebilir. Örneğin, subluksasyonlar daha çok MKF, MTF ve atlanto aksiyal eklemlerde, kemik ankilozu karpal ve tarsal eklemlerde ve destrüktif değişiklikler el bileği, MKF, MTF ve PİF eklemlerinde(arthritis mutilans) veya koksofemoral eklemdede(protrüzyo asetabuli) görülür.

Erozyonların erkenden görülmesi agresiv bir hastalık belirtisidir ve agresiv bir tedaviyi uygulamayı gerektirir. Erozyonların radyolojik bulguları, hemen hemen 5 yıldan uzun süreli takibi olan her hastada görülür ve erozyondaki ilerleme de 20 yıla kadar sürer. Radyolojik çalışmalar, eklem hasarının genellikle ilk iki yıl içinde geliştiğini göstermiştir.

RA komplikasyon ve ekstraartiküler tutulumlarının tanısı veya eklemlerin daha iyi incelenmesi amacıyla nadir de olsa BT ve MR gibi daha ileri görüntüleme yöntemlerine ihtiyaç duyulabilir(5,12,25,47).

2.1.9.1.Derece Radyolojik bulgular

0 - Normal eklem

I- Osteoporoz ve yumuşak doku değişiklikleri (hafif-orta sinovit-periartiküler yumuşak doku şişlikleri), ancak eklemden erozyon yok

II- Osteoporoz, hafif-orta eroziv değişiklikler, hafif-orta eklem aralığı daralması (<1 mm)

III -Osteoporoz, ciddi eklem aralığı daralması (>1 mm)

IV- Subluksasyon veya ankiloz (12).

2.1.10. Tedavi

RA, tedavisi büyük bir titizlik ve beceri isteyen hastalıklardan biridir. RA kesin bir tedavisi olmamakla birlikte asla kontrol altına alınamayan bir hastalık olarak nitelendirilemez(25). Kronik bir hastalık olan RA tedavisinde temel amaç, ağrı ve inflamasyonun giderilmesi, normal, fonksiyonel bağımsız bir yaşam sağlanmasıdır. Son zamanlarda ilaç tedavisi, fizik tedavi ve rehabilitasyon ve ortopedik cerrahi alanlarındaki büyük ilerlemeler RA tedavisinde büyük başarılar sağlamıştır. Her hasta ayrı bir tedavi şeması içinde değerlendirilmelidir. Son yıllarda ağırlık kazanan düşünce, hastalık kısa sürede destrüktif hale geldiği için erkenden agresif bir tedavi uygulanması şeklindedir. Özellikle ilk 2 yılın tedavi açısından önemi büyüktür. Bu süre iyi izlenilmediğinde, hastalıkta geriye dönüşsüz değişikliklerin gerçekleşme olasılığı çok yüksek olur. Onun için her kronik hastalıkta olduğu gibi hasta ve ailesinin hastalık hakkında bilgilendirilmesi ve tedavi motivasyonlarının sağlanması oldukça önemlidir(6,38,41).Buna göre RA tedavisi:

1. Hasta ve ailesinin eğitimi
2. Hastanın işbirliğini ve motivasyonunu sağlamak ve psikolojik destek
3. Uğraşı terapisi
4. Diyet
5. Destekleyici tedaviler
6. İstirahat ve Egzersiz
7. Fizik tedavi ve rehabilitasyon
8. İlaç tedavisi
9. Cerrahi yöntemler şeklinde sıralanmaktadır.

Pek çok kronik hastalıkta olduğu gibi, depresyon gibi psikiyatrik problemlerin de olaya eklenebileceği ve tedaviye uyum sorunu yapabileceği akıldan çıkarılmamalıdır(6,38,41).

2.1.10.1. Nonfarmakolojik Tedavi

a)Hasta ve Ailesinin Eğitimi

Romatoid artrit optimal tedavisi ilaç tedavisi ile sınırlı değildir. Hasta ve ailesinin, hastalık, hastalığın normal seyri, eklem koruma prensipleri, fiziksel ve psikolojik streslerle başa çıkma yolları, kullanılan medikal tedaviler ve bunların komplikasyonları konusunda eğitilmesi gerekir(38).

b)Egzersiz

Eklem fonksiyonunun korunmasında fizik tedavi ve egzersizin de önemli yeri vardır. Hastalığın her döneminde hafif veya yoğun bir egzersiz uygulamak gerekir. Egzersizler duruma göre aktif veya pasif olarak günde birkaç kez yapılır. Egzersizden amaç kontraktürleri önlemek, deformite gelişimini engellemek, eklem fonksiyonunu korumak, atrofileri önlemek, günlük yaşam aktivitelerinin sorunsuz yapılabilmesini sağlamak ve genel kondüsyonu artırmaktır(48).

c) İstirahat

Özellikle akut dönemde lokal eklem istirahati ya da genel bir istirahat gerekebilir, ancak uzun süreli istihattan kaçınılmalıdır. İnflamasyon ve ağrıyı azaltmak için soğuk uygulama ve çeşitli elektroterapi modalitelerinden yararlanılabilir(38).

d) Diyet

RA'lı hastaların diyet durumu da sıklıkla göz ardı edilmektedir. Yapılan bir çalışmada, RA hastalarının %26'sının sağlıklı bireylere göre, vücut beden indeksi, triceps cilt kalınlığı, serum albumin, transferin, çinko, retinol bağlayıcı protein ve folik asit gibi parametreler göz önünde bulundurularak yapılan değerlendirmede önemli bir kısmında malnütrisyon olduğu gözlenmiştir. RA hastaları arasında malnütrisyonu olan hastaların daha yüksek ESR ve CRP değerleri gösterdikleri bilinmektedir. Kronik bir hastalık olması nedeni ile dengeli, şişmanlatmayacak, mideyi koruyucu, ateroskleroza yol açmayacak, araşidonik asit prekürsörlerinden fakir bir diyetin, prostoglandin ve lökotrienlerde azalma yapabileceği düşünülebilir. Bu mantıktan yola çıkılarak balık yağında bol bulunan eikasopentaenoik asitten zengin bir diyetle yapılan çalışmada, hastaların halsizlik ve hassas eklem sayılarında düzelmeler olduğu gözlenmiştir(31).

e) Fizik Tedavi Modaliteleri

Ağrıyı azaltmak amacıyla ısı modaliteleri, hidroterapi ve elektroterapi uygulanabilir(38).

f) Ortez ve Yardımcı Cihazlar

Ağrıyı azaltmak, deformite gelişimini engellemek veya deformiteyi düzeltmek için splintler, mobilizasyonu sağlamak amacıyla yardımcı cihazlar verilebilir(38).

2.1.10.2. Farmakolojik Tedavi

Romatoid artrit tedavisinin hedefi en sonunda tam bir klinik remisyona sağlamaktır, fakat bu nadiren sağlanabilir. ARA'nın RA için remisyona kriterleri şunlardır:

ARA'nın RA için klinik remisyona kriterleri

Aşağıdaki kriterlerden 5'inin en az 2 ay süre ile gerçekleşmesi gerekir.

1. 15 dakikayı aşmayan sabah tutukluğu
2. Yorgunluk olmaması
3. Ağrılı eklem olmaması
4. Hassas eklem ya da hareket sırasında eklem ağrısı olmaması
5. Eklemlerde veya tendon kılıflarında yumuşak doku şişliği olmaması
6. ESH'nin kadınlarda 30, erkeklerde 20mm/saati geçmemesi

Dışlama: Aktif vaskülit, perikardit, plörit, miyozit veya RA'e bağlı kilo kaybı veya ateş olmaması gerekir.

Remisyon sağlamak için kullanılan farmakolojik tedavi; nonsteroid antiinflatuvar ilaçlar(NSAİİ), hastalığı modifiye edici yavaş etkili ilaçlar, lokal ve sistemik uygulanabilen kortikosteroidlerden oluşacak en etkili kombinasyonu belirlemekle olur(49).

a) Nonsteroid Antiinflatuvar İlaçlar

Romatoid artrit başlangıç tedavisinde eklem ağrısı ve şişliğini azaltmak ve eklem fonksiyonlarını düzeltmek için salisilatlar, diğer NSAİİ'lar veya selektif bir siklooksijenaz-2 (COX-2) inhibitörleri yer alır. Bu ajanların analjezik ve antiinflatuvar özellikleri vardır ancak hastalığın gidişatını ve eklem destrüksiyonunu önleyemezler. Bu nedenle RA tedavisinde tek başına kullanılmazlar. En sık kullanılan NSAİİ'lar tolmetin, naproksen, ibuprofen, diklofenak, indometazin, COX-2 selektif olan etodolak, nimesulid, meloksikam ve COX-2 spesifik rofekoksib, selekoksib'dir.

Yeni COX-2 selektif inhibitörleri konvaksiyonel NSAİİ'lara göre daha az gastrointestinal yan etkilere sahipken etkinlikleri eşdeğerdir. NSAİİ tedavisinden yarar görecekt fakat ciddi gastrointestinal olay riski taşıyan RA hastalarına düşük dozda prednizolon, nonasetile bir salisilat, spesifik COX-2 inhibitörü ya da gastroprotektif ajanların(yüksek dozda H2 bloker, proton pompa inhibitörü veya mizoprostol gibi prostaglandin analogları) NSAİİ'lara kombine edilmesi önerilir. Ancak NSAİİ ve düşük doz H2 blokerin rutin kullanımı önerilmemektedir. Çünkü asemptomatik RA hastalarında gastrointestinal komplikasyon riskinin tek başına NSAİİ kullananlardan daha yüksek olduğu gösterilmiştir(50,51).

b) Glukokortikoidler

Düşük doz oral glukokortikoidler (< 10 mg/gün prednizon veya eşdeğeri) ve lokal glukokortikoid enjeksiyonları aktif RA'lı hastaların semptomlarından kurtulmasında çok etkilidir, fonksiyonel durumda hızla düzelmeye yaparlar. Genel kanı uzun etkili ilaçların etkisi çıkınca steroid dozunu azaltarak kesmektir. Son çalışmalar düşük doz steroidin eklem hasarını yavaşlattığı ve bu nedenle modifiye edici potansiyellerinin olduğunu göstermektedir. Bir veya birkaç eklemden alevlenme

olduğunda eklem içi ve çevre dokulara lokal steroid enjeksiyonu güvenle kullanılabilir. Etkisi dramatik ancak geçicidir(50).

c) Hastalık Modifiye Edici Ajanlar

Tüm RA hastaları tanı konulduktan sonra en geç 3 ay içinde temel bir modifiye edici ilaç tedavisi alınmalıdır. En yaygın kullanılanları; hidroklorokin (HCQ), sulfasalazin(SSZ), metotreksat(MTX), leflunomid, etanercept ve infliximab'dır. Daha az olarak azotioprin(AZA), D-penisilamin (D-Pen), altın tuzları, minosiklin ve siklosporin'dir. Modifiye edici ajanlar eklem semptom ve bulgularını kontrol altına alır, fonksiyonel durum ve yaşam kalitesinde değişiklik yapar ve radyolojik erozyonların gelişimini yavaşlatır.

Modifiye edici ilaç seçimini etkileyen bir çok faktör vardır: ilacın özellikleri (etkinlik, kullanım kolaylığı, izlem, maliyet, yararı görülene kadar geçen süre, yan etkiler gibi), hastaya ait faktörler(komorbid hastalıklar, RA'in şiddeti, tedaviye uyum olasılığı gibi) ve ayrıca hekimin ilacı uygulama ve izleme konusunda duyduğu güven kadar önemlidir(50,51).

d) Metotreksat

Bir folik asid antagonisti olduğundan DNA sentezi ve hücre bölünmesini bloke eder. RA tedavisinde düşük doz metotreksat kullanımı giderek artmaktadır. RA'te kullanılan doz hastadan hastaya değişmekle birlikte haftada 7.5 – 15 mg (ortalama 10mg)'dır. Bu doz, haftada bir, tek doz olarak verilebileceği gibi 3'e bölünerek 12 saat arayla 3 doz olarak da verilebilir. Etkisi birkaç hafta içinde başlar ve 2-3 ay içinde belirginleşir. Tedavi sırasında kan tablosunun ve karaciğer testlerinin izlenmesi gerekir. RA'te altına benzer hastalık modifiye edici etki gösterdiği ve erozyon gelişimini yavaşlattığı ileri sürülmektedir. Altın ve penisilamine oranla daha iyi tolere edilir(50-52).

e) Hidroklorokin ve Sulfasalazin

Hidroklorokin ve SSZ orta şiddette erken RA'li hastalarda semptomatik yararlı etkileri gösterilmiştir. Klorakinin etkisi 6 ay gibi uzun bir dönem sonunda çıkar, tek başına kullanımları radyolojik erozyonları önleyemez. Raş, abdominal kramplar, diare gibi yan etkileri olabilir. 6 mg/kg dozu aşıldığında retinal toksisite riski artar, hastalar rutin göz muayenesinden geçirilmelidir.

Sulfosalazin, HCQ'den daha hızlı etki eder. Etkisi 1-2 ayda başlar. Radyolojik progresyonu yavaşlatır. Genellikle iyi tolere edilir. Mide bulantısı ve karın ağrısı ilk aylarda olabilir, bu nedenle doz kademeli olarak arttırılmalıdır. Lökopeni nadir ancak ciddi bir yan etkisidir, periyodik laboratuvar tetkikleri yapılması gerekir(50,51).

f) Leflunomid

Leflunomid özellikle MTX'ı tolere edemeyen veya MTX'a yeterli cevap alınamayan hastalarda kullanılmaktadır. Romatoid artrit aktivitesi ve radyolojik progresyonu azaltmada MTX ile benzer etki bulunmuştur. Tam doz MTX'a yanıt alınamayanlarda leflunomid ve MTX kombinasyonu yararlı olabilir. Leflunomid'in yarı ömrü enterohepatik sirkülasyona girdiği için uzundur. Obstrüktif biliyer hastalık, karaciğer hastalığı, viral hepatitler, ciddi immün yetmezlik, yetersiz doğum kontrol yöntemi uygulayanlar ve rifampin tedavisi alanlarda kontrendikedir(50,51).

g) Anti – Tümör Nekroz Faktör - α Tedavisi

Son dönemde selektif olarak sitokinleri bloke edici ajanları RA tedavisinde etkinliği gösterilmiştir. Bunlardan etanercept; rekombinant solubl TNF- Fc füzyon proteini, infliximab ise şimerik anti- TNF monoklonal antikorudur. Erken RA'li hastalarda ve diğer modifiye edici tedavileri başarısız olmuş aktif RA'li hastalarda denenebilir. Yine etanercept ve infliximab'ın tek başına MTX yetersiz gelmiş hastalarda MTX ile kombinasyonlarının etkileri gösterilmiştir. Ciddi enfeksiyon ve malignensi riskinde artış gösterilemediyse de kullanımlarında dikkatli olunmalıdır(50,51).

h)Kombine Tedavi

Tek bir modifiye edici ajanla yapılan konvansiyonel tedavi genellikle klinik semptomları kontrol altına alma ve hastalık progresyonunu önlemede yetersizdir. Son yıllarda yapılan çalışmalarda kombinasyon terapilerinin RA kontrolünde önemli rol oynadığı gösterilmiştir ve "step-up" yaklaşımının yerini "step-down" almıştır. MTX+ siklosporin yalnız MTX'dan daha etkili ancak yan etki gelişimi daha fazladır. MTX+HCQ+SSZ kombinasyonu yan etki artışı olmaksızın daha etkili bulunmuştur. Infliximab, etanercept veya leflunomid'in MTX'la kombine edildiği çalışmalarda oldukça yararlı etkileri bulunmuştur(50,51).

2.1.10.3.Cerrahi Tedavi

Hastalığın herhangi bir döneminde ortopedik, sinir veya rekonstrüktif cerrahi gerekebilir. Tutulan eklemlerdeki problemlere ve deformitelere yönelik tendon tamirleri, sinir dekompresyonları, sinovektomi, osteotomiler, kemik rezeksiyonları, artrodez ve eklem protezleri gibi cerrahi uygulamalar yapılabilir(38,53).

2.2.UYKU

2.2.1.Uygunun Tanımı ve Özellikleri

Yirminci yüzyılın ortalarına kadar uyku pasif bir dönem olarak tanımlanmıştır. Uyanıklık, SSS'nin aktif olarak uyarılmışlığı ile ilişkilendirilirken, uyku, uyanıklığın ortadan kalkmasıyla oluşan pasif bir dönem olarak tanımlanmıştır. İlerleyen dönemlerde ise uygunun pasif ve monoton bir süreç olmaktan çok, kendi içinde belli bir düzeni olan aktif ve değişken bir süreç olduğu anlaşılmıştır(54).

Uyku, mental ve biyolojik aktivitenin geçici, kısmi ve periyodik olarak durması şeklinde tarif edilebileceği gibi, 24 saatlik sirkadyen endojen ritim içinde kişinin duysal veya diğer bir stimulusla uyarılıp uyandırılabilmesi gelip geçici bir bilinçsizlik dönemi olarak da tanımlanabilir. Bu tanıma göre uyku doğal ve geri dönüşümlü olması nedeni ile ölüm ve komadan ayrılmaktadır(55).

Uyku, organizmanın dinlenmesini sağlayan bir hareketsizlik hali olmasının yanında, tüm vücudu yaşama yeniden hazırlayan bir yenilenme dönemi olup, bireylerin yaşam kalitesini ve sağlığını etkileyen temel ve vazgeçilmez günlük yaşam aktivitelerinden biridir.

Uyku konusunda iki farklı görüş bulunmaktadır:

- Uyku, organizmanın fizyolojik değil, uyumsal bir yanıtıdır.
- Uyku, organizmanın ve zihnin yenilediği, onarıldığı, geliştiği bir dönem olup organizma için temel bir gereksinimdir.

Çoğunlukla kabul gören görüş ikincisidir(1).

Uykuyu açıklamaya çalışan eski görüşlere göre; uyku edilgen, onarım ve yenileme görevi olan bir süreç gibi düşünülmekteydi, günümüzde ise bu düşünce uygunun, serebral etkinliğin görüldüğü, dinamik bir süreç olduğu yönünde değişmektedir. Freud da bu konu ile ilgili olarak, zihnin uykuda da çalıştığını bunun da kanıtının düşler olduğunu söylemiştir(56).

1875 yılında İskoç fizyolog Richard Caton tavşan beyininde elektriksel ritimlerin varlığını göstermiştir. Uyku konusunda ilk gelişmeler ise 1923 yılında Hans Berger'in insan beyin dalgalarını kaydettiği(EEG) ve uyku ile uyanıklık arasındaki farkları gösterdiği çalışmalardan sonra hızlanmıştır. Uykuda EEG aktivitesi ile ilgili ilk tanımlamalar ise 1937 yılında Loomis ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Bu araştırmacılar uykuyu A,B,C,D,E harfleriyle adlandırdıkları 5 farklı evreye ayırmışlar, A'dan E'ye doğru uygunun giderek derinleştiğini öne

sürmüşlerdir. Ancak REM döneminin hangi evrede gerçekleştiğini saptayamamışlardır. Aserinsky ve Kleitman 1952 yılında, kendilerinin ve ailelerinin katılımıyla gerçekleştirdikleri araştırmalarda,90-120 dk aralıklarla ortaya çıkan uykuda hızlı göz hareketi potansiyelini ortaya koydular. Buna Rapid Eye Movement(REM) adını verdiler. Aynı dönemde Michel Jouvet' te uykunun REM evresinde kas gerginliğinin diğer uyku evrelerine oranla azaldığını ve tam bir tonüs kaybı oluşarak, kasların tamamen gevşediğini bildirmiştir Bundan sonra çalışmalarda REM ve Non-REM dönemleri ve fizyolojik fenomenler ayrı incelenmeye başlanmış, bu dönemlerin biyolojik ve psikolojik bileşenleri tanımlanmıştır. Bunların içinde, rüyaların %80'nin REM döneminde yaşandığı gibi bilgilere ulaşılmıştır. Sonraki dönemlerde de araştırmalar sürmüş, uykunun nasıl oluştuğu, uykuda ortaya çıkan değişimler, narkolepsi gibi tanısı uyku çalışmalarıyla konulabilen, uyku apnesi gibi uykuda ortaya çıkan hastalıklar tanımlanmıştır. 1968 yılında Rechtschaffen ve Kales'in editörlüklerini yaptığı 12 araştırmacı ise insan uyku evrelerinin standart terminoloji, teknik ve skorlama el kitabını hazırlamışlardır. Uyku evrelemesinde halen bu grubun belirlediği prensipler esas alınmaktadır. Buna göre uyku iki ana bölüm ve 5 evreden oluşmaktadır(54).

2.2.2.Uykunun Fazları

Uykuda birbirini periyodik olarak izleyen iki değişim dönemi vardır. Bunlar REM ve NonREM (NREM) dönemleridir. Uyumak üzere gözleri kapamak ile tam uykuya geçmek arasındaki döneme uykuya dalmanın **latent dönemi** adı verilir. Bu latent dönemden sonra değişim dönemleri başlar.

2.2.2.1.Yavaş Dalga Uykusu – NREM

Normal uyku, NREM ile başlar ve basamak basamak en derin dönemine ulaşır, sonra NREM 4.3.2. olmak üzere geriye doğru döner ve birey NREM 1'e dönmek ya da uyanmak yerine REM evresine girer. NREM bir günlük uykunun büyük bölümünü oluşturur ve son derece dinlendirici, göz devinimlerinin olmadığı, sakin ve senkronize bir uykudur. NREM EEG'deki değişikliklere göre dört evreye ayrılır. 1. ve 2. evreye yüzeysel yavaş dalga uykusu, 3. ve 4. evreye ise derin yavaş dalga uykusu adı verilir(1,54,55).

1.Evre (A Devresi): İlk uyanıklıktan uykuya geçiş dönemidir. Bu devre yarı uyku halini temsil eder, gözleri kapalıdır, sükunet hali hakimdir ve Alfa aktivitesi uykuya dalışla kaybolur ve polimorf, teta frekansında bir faaliyete dönüşür. EEG'de santral

bölgelerde asimetrik olabilen verteks “sharp” ları bu dönem için karakteristiktir. Uykunun bu ilk evresi, gece içinde zaman zaman tekrar ortaya çıkarak, tüm gece uykusunun %2-5’ini oluşturur. EOG’de de yavaş göz hareketleri gözlenebilir. 1. dönemin sonuna doğru, 2. dönemde de rastlanan verteks keskin dalgaları görülebilir(1,54,55).

2. Evre (B Devresi): Gerçek uykunun başladığı ilk devredir. Kortikal bioelektrik aktivite daha yavaşlamıştır. EMG’de kas tonüsü azalmıştır. Kas gerginliği 1. evreye oranla biraz daha azalır.EOG’de göz hareketleri ortadan kalkmaktadır. EEG’de bu faza özgü grafiksel elemanlar ortaya çıkar. K kompleksleri yaklaşık yarım saniye süreli, temel aktiviteden daha yüksek amplitüdü yavaş dalga kompleksleridir. Uyku iğleri, oldukça sinüzoidal yüksek frekanslı kısa süreli biyoelektrik aktivitelerdir. Bunlar K komplekslerinin önünde ve arkasında olabildikleri gibi bağımsız olarak da görülebilir. Tüm uyku süresinin %44-45’ini oluşturur(1,54,55).

3.Evre (C Devresi): Uykunun tamamen oluştuğu derin bir uyku devresidir. Bu devrede kas tonusu daha önceki evrelere göre daha da düşmüştür. EEG’de hakim frekans deltaya doğru kaymaya başlamıştır(1,54,55).

4.Evre (D ve E Devresi): Bu devrenin tipik özelliği EEG’de yüksek voltajlı ve yavaş frekanslı delta dalgalarının görülmesidir. O nedenle bu devredeki uykuya **delta uykusu** da denir. Büyük ve yavaş dalgaların hakim olduğu bu evrede kanda büyüme hormonu düzeyinin en fazla olduğu görülmüştür. GH salgısındaki artışla birlikte protein sentezi artmakta, metabolizma yavaşlamakta, kardiyovasküler sistem ve solunum sistemindeki fizyolojik aktivitelerde genel olarak bir azalma dikkati çekmektedir. Bu durum anabolik olayların söz konusu evrede yoğun olduğunu düşündürmektedir. E Devresinde de derin uyku oluşur ve bu devre gecenin erken saatlerinde gerçekleşir, 10-15 dakika kadar kısa sürelidir. Daha sonra uykunun derinliği azalır ve ilk REM uykusu dönemine girilir. Tüm gece uykusunun %20-25’ini oluşturur.

NREM döneminde; arteriyel kan basıncı düşer, nabız ve solunum sayısı azalır, iskelet kasları gevşer, bazal metabolizma hızı %10-30 azalır ve vücut ısısı düşer.

Yavaş dalga uykusu yeterince uyunmadığı ya da ortadan kaldırıldığı durumlarda ise insanların fiziksel anlamda dinlenemedikleri dikkati çekmektedir (1,54,55).

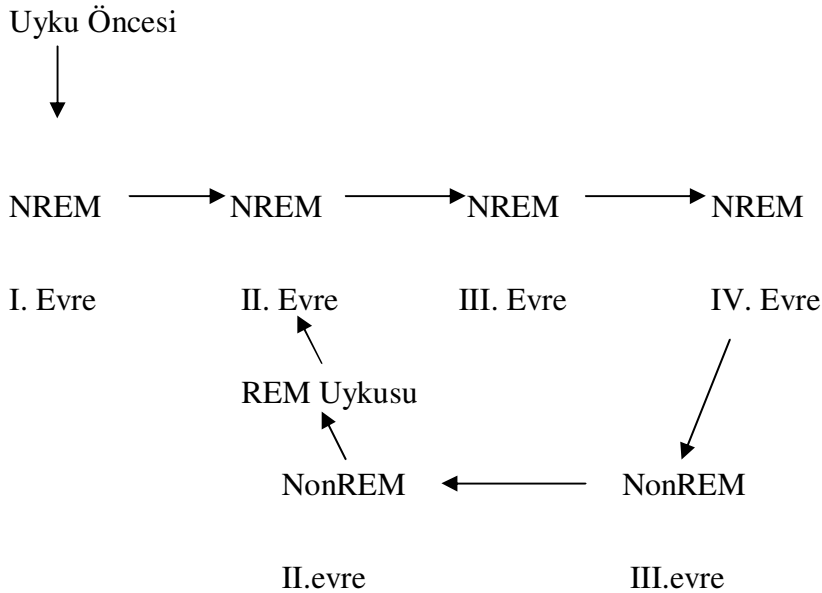
2.2.2.2.Hızlı Uyku Devresi – REM Uykusu

REM uykusu hafif bir korteks uykusu olup, uyanıklığa çok yakın bir dönemdir. Arka beyin uykusu derin ve yavaş dalgaların görüldüğü desenkronize bir uykudur. Arka beyin uykusunun derinleşmesi ve ön beyin uykusunun hafifleşmesi sırasında bilateral olarak hızlı göz hareketleri olur. Bu nedenle bu döneme REM (Rapid Eye Movement Sleep) uykusu dönemi adı verilir ve bir gecelik uykudaki REM uykusu, toplam 1,5-2 saattir. REM uykusu, genel olarak gece uykusunun %15-25'ini oluşturur ve rüyalar bu dönemde görülür yada bu dönemde görülen rüyalar uyanınca hatırlanır. Uyku başlangıcında süratle yüzeysel uykudan derin uykuya geçilir. Genellikle uykuya daldıktan sonra yarım saat içinde NREM döneminin en derin basamağı olan dördüncü basamağa girilir. Daha sonra uykunun derinliği azalır ve ilk REM dönemine geçilir. Gece içinde normal bir yetişkin 3-5 kez REM dönemi yaşar. Bu periyotlar kendilerini uyku boyunca yaklaşık 70-90 dakikada bir tekrarlarlar. Kişi bu devreyi yaşamazsa ya da sürekli uyanırsa sinirlilik, korkaklık gelişir ve kişi anksiyete ya da depresyona girer. REM döneminde ise otonom sinir sistemi aktivasyonu oluşmakta, buna bağlı olarak respiratuvar, kardiyak ve kan basıncında düzensizlikler izlenmektedir. REM dönemindeki interkostal adalelerin inhibisyonuna bağlı olarak akciğer volümünde azalma görülebilir. Bu mekanik düzensizlik tam anlaşılma olmamakla beraber, bu değişiklikten kan oksijen saturasyonu kolaylıkla etkilenebilmekte ve hipoksemi oluşabilmektedir. REM dönemindeki adele aktivasyon azalması bazı üst solunum yolu kaslarında da görülmekte, sekonder olarak havayolu kollapsı, darlıkları veya tıkanmaları oluşmaktadır. Özellikle genioglossus ve medial pterigoid kasların inaktivasyonuna bağlı olarak mandibulanın retrüzyonu ve dilin rolapsusu oluşabilmektedir. Bu durum kolaylıkla üst solunum yolu obstrüksiyonuna neden olabilir .

REM uykusu ruhsal dinlenmenin gerçekleşmesini sağlar. Normal ve sağlıklı bir uyku için hem bu dönemlerin belli bir sıra izlemesi, hem de her dönemin gece boyu toplamının belli bir miktara ulaşması gerekmektedir(1,54,55).

Tablo 1: NREM ve REM Uykularının Karşılaştırılması (57)

Özellik	NREM Uykusu	REM Uykusu
EEG	Eş zamanlı K kompleksleri, iğcikler, delta dalgaları	Düşük voltajlı, kesik dalgalar
EOG	Yavaş ya da çok ağır hareketler	Patlayıcı, hızlı hareketler
EMG	Kısmi gevşeme	Kaslarda atoni
Kan Basıncı	Azalmış ya da sabit	Değişken
Kalp atım hızı	Azalmış ya da sabit	Değişken
Kardiyak output	Azalmış	Azalmış
Beyin ısısı	Azalmış	Artmış
Solunum hızı	Azalmış	Değişken
Zihinsel süreçler	Kavramsal, soyut, nadir rüya	Algısal, sık rüya
Patoloji	Uykuda korku bozukluğu, panik atak	Kabus boz., davranış bozukluğu



Şekil 1: Normal uyku döngüsü (Potter P.A., Perry A.G., Damentals of nursing, Third Edition, 1993, Philedelpia, Mosby Year Book, s. 1149). (23).

2.2.3.Uyku Gereksinimi

Uyku, organizma için yemek yeme, su içme, nefes alma gibi vazgeçilmez bir zorunluluktur. Aç ve susuz yaşamak nasıl mümkün değilse, uyumadan yaşamak da mümkün değildir. Yeterli uyku süresi kişiden kişiye göre değişir ve esasen genetik olarak getirilen bir özelliktir. Erişkin insanlarda bu süre 4 ile 11 saatleri arasında değişmektedir. Uyku için en düşük sınır ise 5 saattir. Yeni doğanda 20-22 saat, çocukta 10-12 saat, 60 yaş ve üzeri için ise 5-6 saat uyku normal kabul edilir(54,58).

Yeni doğan, ilk üç aylık dönemde günün yaklaşık 16-18 saatini uykuda geçirir. Bebekler polifazik bir uyku düzeni içinde, gece ve gündüz eşit sayıda olmak üzere, birçok kez uyanır, tekrar uyurlar. Üç aylıktan itibaren bebek daha seyrek uyanmaya başlar. Bebek altı aylık olduğunda uyku ihtiyacı 12 saate iner, gündüzleri daha uzun süre uyanık kalabilir. Okul öncesi dönemde uyku, erişkin dönemdeki bifazik özelliğini kazanır ve çocuk gün içinde sadece bir kez öğleden sonra uyur. İlerleyen dönemlerde uyku, monofazik olarak tanımlanan 24 saatte bir kez uyunan gece uykusuna dönüşür. Yenidoğanın uykusunun yarısı REM döneminden oluşurken, bu oran gittikçe azalır, okul çağında erişkin düzeyi olan %20-25 oranına düşer(54,58).

Yetişkinlerde uyku süresi 6-8 saattir. Bireysel farklılıklar görülebilir. Yetişkinlerde gündüz uykusu nadirdir ve tüm uykunun ortalama %20'si REM uykusudur. Günlük stresler, aile ve iş ortamındaki sorunlar uykusuzluğa neden olabilir ve bireyler kolaylıkla uyku ilaçlarını kullanmaya başlarlar. Yaşın ilerlemesiyle birlikte uykuda geçen süre azalmaya, uykusuzluk da daha ciddi bir sorun olmaya başlar. Özellikle kadınlarda menapozal semptomlar uykusuzluğu daha da arttırabilmektedir(54,58).

Yaşlılıkta uykunun derinliği ve süresi etkilenir. Yaşlılarda, genellikle bir ve ikinci dönem uykunun oranı artar. 3. dönem aynı kalırken 4. dönem uyku %15 ila %30 arasında yaşla birlikte azalır. REM uykusunun gece uykusunda dağılımı değişir, gecenin her üç bölümüne eşit olarak dağılır. İlk REM uykusunun latensi kısalmır. REM uykusunda uyanmalar gençlere göre daha siktir. Gece uyanmalarının sayısı yaşla birlikte artmaya başlar. Ayrıca ışık, gürültü ve ısı değişikliklerinde daha çabuk uyanılır. Sonuçta toplam uyanıklık süresi artar(54,58).

Türkiye’de yapılmış olan çalışmalarda toplumun büyük çoğunluğunun (%75) 7-8 saat arasında uyuma alışkanlığına sahip olduğu, bunların sadece %10’unun, 6 saatin altında bir uykuyla hayatını sürdürdüğü, yaşlı insanların sabah erkenden uyaadıklarını, hatta bunların %25’lik bir bölümünün sabah 5’te uyanıp bir daha uyuamadıkları sonuçları elde edilmiştir.

Sağlıklı bir uyku da süreden daha çok uykunun kalitesi önemlidir. Kısacası; Kişinin sabah kalktığında kendini dinlenmiş ve dinç hissettiği, gün boyunca da konsantrasyon eksikliği ve yorgunluk hissetmeden, işlevlerini aksatmaksızın yerine getirebildiği uyku miktarı(süresi) onun için yeterlidir. Alışkanlıklar, iklim, sosyal yaşantı, yaşam şekli, beslenme, bireysel özellikler ve hastalıklar uykuda olumlu ya da olumsuz değişikliklere neden olmaktadır(54,58).

2.2.4. Uykunun Fizyolojisi

Hipokrat’a göre uyku, kanın, dolayısıyla ısının vücudun derinliklerine doğru akışıyla oluşur. Aristo ise uykunun besinlerin sindirilmesi sonucu başladığını ifade etmiştir. Uyku periferik sinir, endokrin, kardiyovasküler, solunum ve kas sistemindeki değişiklikler ile sağlanan bir dizi biyolojik basamakları içerir(54).

Uyku, aktif bir inhibisyon sürecidir. Retiküler aktive edici sistem (RAS), uyanıklık süresince yorulmakta ve bir süre sonra inaktif hale gelmektedir. Uykunun doğal siklusunu kontrol etmede retiküler aktive edici sistem ve bulber senkronize edici bölge beraber çalışmaktadır.

RAS, uyanıklıkla ilişkili kortikal aktivitelerin yanında refleks ve istemli hareketlerin oluşumunu da sağlar ve uyku esnasında vücudun periferinden ve serebral korteksten gelen bazı uyarınları algılayabilir ve bu durumda uyanıklık haline geçer. Uyarınlara azalması sistemin aktivasyonunu azaltmaktadır. Ağrı, gürültü, basınç gibi dışarıdan gelen uyarınlara RAS’ı uyarır ve vücudun uykudan uyanıklığa geçmesine neden olur. Bulber senkronize edici bölgenin aktivitesinin artması uykuyu başlatır. Yani retiküler aktive edici sistemin aktivitesinin azalması ve bulber senkronize edici bölgenin aktivasyonunun artması uyanıklıktan uyku sürecine geçici sağlamaktadır(58).

2.2.5. Uykunun İşlevi

Çalışmalar, uykunun vücudu dinlendirme ve ertesi güne hazırlama işlevinin yanında enerji tasarrufu(enerji biriktirme), büyüme(büyüme hormonu en fazla uykuda salgılanır ve çocuklarda büyümeyi sağlar), hücrelerin yenilenmesi, organizmanın onarımı, hafıza, türe has özelliklerin öğrenilmesini sağlayan genetik hafızanın programlanması, yeni bilgilerin öğrenilmesi-kalıcı hale getirilmesi ve özellikle bazı canlılarda ortama uyum sağlanması ve tehlikelerden korunma işlevlerinin bulunduğunu göstermektedir(1,54,55). Uzun süre uyanıklık, genellikle zihinde ilerleyici bir işlev bozukluğuna ve bazen de sinir sisteminin anormal davranış özelliklerinin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Uykusuzluğun uzadığı dönemlerde huzursuzluk ve hatta psikotik belirtiler görülebilir. Bu nedenle, uykunun henüz açıklanmamış bir nedenle hem santral sinir sisteminin normal etkinlik düzeyini korumasına yardımcı olduğu, hem de santral sinir sisteminin farklı bölümleri arasındaki normal dengeyi koruduğu varsayılmaktadır. İnsanlar uyku ve dinlenme dönemlerinde fiziksel ve mental olarak rahatlık hissederler. Yapılan çalışmalar Non-REM uykusunun fiziksel, REM uykusunun ise mental iyilik sağladığını göstermektedir. REM uykusu öğrenme, bellek, ruhsal denge ve sosyal uyum için önemlidir. Stres ve yeni bazı deneyimler yaşamak REM uykusuna olan gereksinimi artırır. Birey yeterli REM uykusu uyuyamazsa, gün içinde gergin ve anksiyeteli olur(58).

2.2.6.Uykuyu Etkileyen Etmenler

Birçok fizyolojik, ruhsal ve çevresel etken uykunun kalitesini ve süresini bozar. Bu etkenler aşağıdaki başlıklarla incelenebilir:

2.2.6.1. Yaş:

Yaşamın erken dönemlerinde zamanın çoğu uykuda geçer. Ancak, yaşın ilerlemesiyle birlikte uyku gereksinimi de azalır. Yaşlılar gençlere göre uykuya dalmada daha fazla zamana gereksinim duyarken, gece daha çabuk ve sık uyanırlar. Normalde yetişkinlerde ortalama 10-30 dk olan uykuya dalma süresinin yaşlılarda 1 saat veya daha uzun sürdüğü bilinmektedir(54,55,58).

Tablo 2: Yaşa göre uykunun evrelerinin dağılımı

Uyku evreleri	Çocuk	Genç erişkin	Yaşlı
Uyanık	5<	5	5>
REM	20-25	20-25	20-25
NonREM-1	2-5<	2-5	2-5>
NonREM-2	45-55	45-55	45-55>
NonREM-3	3-8>	3-8	3-8<
NonREM-4	10-15>	10-15	0
Toplam(saat)	10-12 saat	8-10 saat	6-8 saat

2.2.6.2.Cinsiyet

Yapılan çalışmalar kadınların erkeklere göre daha fazla uyku sorunu yaşadıklarını göstermektedir. Kadınların daha fazla uyku sorunu yaşamalarına rağmen erkeklerden daha fazla uyudukları belirlenmiştir(54,55,58).

2.2.6.3. Hastalıklar

Hasta bireyler, sağlıklı bireylere göre daha fazla uykuya ihtiyaç duyarlar. Hastalık hem fiziksel hem de psikolojik bir stres etkenidir ve uyku düzenini etkiler. Genellikle ağrıya neden olan, fiziksel rahatsızlıklar yaratan ya da morali etkileyen ve anksiyete, depresyon gibi problemlere yol açan çoğu hastalık uyku problemlerine neden olmaktadır. Özellikle çeşitli solunum sistemi, kardiyovasküler sistem, gastrointestinal sistem ve endokrin sistem rahatsızlıkları olan birçok hasta uyku problemi çekmekte ve gece boyunca sık sık uyanmaktadırlar. (astım, anjina, konjestif kalp yetmezliği, duodonal ülser, reflü, diyabet, beslenme sorunları, fiziksel travmalar, enfeksiyonlar, tümörler, hipoglisemi, karaciğer ve böbrek yetmezlikleri vb..) Bu durumda uyku fazlarında değişikliklere neden olmaktadır. Örneğin hipertiroidizmde bireyin uykuya dalması için uzun zaman ihtiyacı vardır.

Ruhsal hastalıklardan obsesif kompulsif bozukluk, panik bozukluk, mani ve demans uyku kalitesinde şiddetli bozukluk oluşturan durumlardır(54,55,58-60).

2.2.6.4. Alkol ve Diğer Uyarıcılar

Az veya orta miktarda alkol alınması başlangıçta uyku verici etki yapar; özellikle uykuya dalmayı kolaylaştırır. Ancak zamanla uykunun bölünmesine, uyku evreleri arasındaki geçişlerin artmasına, NonREM 4 ve REM uykusunda azalmaya

neden olur. Geceleri sürekli uyanma ve uykuya dalmada güçlük yaşama durumları oluşturmaktadır. Bu nedenle bireyler, fiziksel ve ruhsal olarak yeterince dinlenemedikleri için ertesi gün sinirlilik, yorgunluk gibi durumlardan şikayet ederler.

Sigara içme, çay, kahve, kakao, çikolata gibi kafein içeren içeceklerin fazla miktarda alınması uykuya dalmayı zorlaştırır ve bireyin gece uyanmasına neden olabilir(54,55,58,60).

2.2.6.5. İlaç Kullanımı

Bazı ilaçların kullanılması uykunun kalitesini bozduğu gibi uyku için önerilen bazı ilaçlar da yararlarından çok yeni problemlere neden olabilir. Hipnotikler , derin uyku fazlarına ulaşmada bölünme, gün içinde aşırı uyuşukluk, enerji azalmasına; diüretikler, noktüriye; beta-blokerler, gece kabuslarına; benzodiazepinler uyku zamanının artmasına, gün içinde uyumaların artmasına neden olabilirler. Narkotikler(Morfin) REM uykusunu bastırır ve gün boyu uykulu olmaya neden olur(54,55,58,60).

2.2.6.6. Yaşam Biçimi

Bireylerin yaşam biçimi uyku düzenini ve uyku kalitesini etkiler. Vardiyalı çalışma sistemi uyku sorunlarının yaşanmasına neden olan en önemli durumlardan biridir. Bireylerin vardiya şeklinde çalışması, alışılmamış bir ağır iş performansı ile çalışmak, gece saatlerindeki aktivitelere katılmak uyku düzenini bozabilir ve değişen uyku programına uyum sağlaması zorlaşır. Gece çalışan bireylerde bir iki hafta sonra biyolojik saatte kayma olur. Yapılan çalışmalar gece çalışan bireylerin uyku öncesi ve sonrası performanslarının ve uyku kalitelerinin bozuk olduğunu göstermiştir (54,55,58,60-63).

2.2.6.7.Egzersiz ve Yorgunluk

Gün içerisinde gerçekleştirilen fiziksel egzersiz bireyin yorulmasına ve çoğu kez daha kolay uykuya dalmasına neden olmaktadır. Sürekli spor yapanlar daha iyi uyurlar. Fakat düzensiz yapılan egzersizler ise uykunun bozulmasına neden olur. Egzersiz sırasında bedende serotonin salgılanması ile derin dinlenme ve delta uykusunun düzenlenmesi sağlanır.

Sabah erken saatlerde ve yatmadan önce yapılan egzersizler uykuya bir yarar sağlamaz. Uyku için en uygun egzersiz zamanı, öğleden sonra ve akşam üzeridir.

Aşırı yorgunluk durumlarında REM uykusunun ilk evresi kısalırken, kişi dinlendikçe REM evreleri uzamaya başlar(54,55,58,64-66).

2.2.6.8. Anksiyete ve Stres

Günlük yaşamdaki anksiyete ve stres uykusuzluğun en sık rastlanan sebebidir. Stresler bireyin gergin olmasına neden olmakta bireyin uykuya dalmasını güçleştirirken, çabuk uyanmasına da neden olabilmektedir . Emeklilik, fiziksel yetersizlik, hastalık, ölüm ya da ekonomik güvencenin olamayışı bireyde anksiyete ve depresyona neden olabilmektedir. Bu yaşanan emosyonel streslerde uyku düzenini bozmaktadır(19,54,55,58-60).

2.2.6.9.Diyet

İyi beslenme alışkanlığı nedeni ile sağlıklı olan bireyler, rahat uyurlar. Gece fazla ağır yemek yemek sindirim güçlüğü nedeni ile uykunun bölünmesine neden olur. Belli yiyecek ve içeceklerin alımının uykuyu etkilediği bilinmektedir. Protein içeren yiyecekler uykuya dalmayı kolaylaştırır. Bu nedenle uykusuzluk sorunu olan bireylere yatmadan önce küçük porsiyonlarda protein içeren gıdalar verilebilir. Karbonhidratlarda serotonin düzeyini etkileyerek kişide sakinlik ve rahatlığa neden olmaktadır. Kilo alma ve vermede uyku düzenini etkilemektedir. Kilo verme uyku süresinin kısalmasına, kilo alımı ise uyku süresinin uzamasına neden olmaktadır(54,55,58,60).

2.2.6.10.Çevre

Çevre, uykuya dalmayı kolaylaştırabileceği gibi bazen de uykuyu engelleyici bir faktör olabilmektedir. Gürültü uyku ile yakından ilişkilidir. Gürültülü ortamlarda uyku yüzeyseldir, uyku süresi azalır. Bazı insanlar uyumak için sessiz bir ortamı tercih ederken bazıları ise hafif bir müzik sesine gereksinim duyabilirler.

Oda sıcaklığı da uykuyu etkiler. Oda sıcaklığı 24(santigrat derecede)den fazla olması sık uyanmaya ve REM uykusunda azalmaya, 12 (santigrat derece)den düşük olması da görülen rüyaların içeriğinin olumsuz olmasına neden olarak uykunun kalitesini bozar.

Yatılan yatağın boyutu, sertliği, tek ya da çift kişi ile yatmak da uyku kalitesini etkileyen etmenlerdir. Özellikle yaşlı bireyler için çevrenin ve yatağın güvenli olması önemlidir. Bazı insanlar uyumak için karanlık ortamı tercih ederken, özellikle çocuklar loş ışıkta daha kolay uyuyabilirler(54,55,58,60).

2.2.6.11. Huzursuz Bacak(Restless Leg) Sendromu

HBS, ilk kez 1685'te Thomas Willis tarafından tanımlanmış, ilk vaka bildirimini ise 1945 yılında Ekbom tarafından yapılmıştır. Huzursuz bacak sendromu (HBS), ekstremitelerde özellikle de bacaklarda tarifi mümkün olmayan anormal bir duyum, bir çeşit dizestezi ile karakterize bir hastalıktır. Bu anormal duyum karşı konulması mümkün olmayan hareket etme ihtiyacı ve motor huzursuzluğa neden olur(67).

Semptomlar genellikle bacaklarda, nadiren de kollarda, iki taraflı, simetrik çoğunlukla geceleri oluşur, uzun süreli hareketsizlik durumlarında kötüleşip, hareketle düzelir. Hastalık aralıklı olarak alevlenir ve uzun süreli asemptomatik dönemler olabilir. Semptomların istirahat halinde ortaya çıkması ve/veya artması ve hareket ile rahatlaması hastalık için tipik ve tanı koydurucudur. Yaşlanma ile görülme sıklığı artan bir hastalık olduğu bildirilmekle birlikte, son yıllarda özellikle çocukluk çağında da görülüyor olması hastalığın şimdiye kadar az tanınıyor olması veya tanı koymanın gecikmesi şeklinde yorumlamaktadır. Walters ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, hastaların %1.5'inde 20 yaşından önce ilk semptomların ortaya çıktığı belirtilmektedir. Montplaisir ve arkadaşları ise HBS semptomlarının ortalama başlangıç yaşını 27 olarak bildirmekte, bununla birlikte hastaların %13'ünde semptomların 10 yaşından önce ortaya çıktığına dikkat çekmektedirler(67). Ayrıca HBS semptomları gebeliğin özellikle ilk aylarında belirgin olarak artar ve hatta gebelik bu hastalığın ortaya çıkmasına neden olabilir. Gebelikte HBS görülme sıklığı %11-13 olarak bildirilmektedir. Ailesel geçiş %25-50 oranında ve otozomal dominant şeklindedir. Bu ailelerde hastalığın semptomlarının izleyen nesillerde daha erken yaşta başladığı belirtilmiştir. Huzursuz bacak sendromlu hastaların %94'ünde hem uykuya dalma hem de sürdürmede zorluk, %84.7'sinde sadece uykuya dalmakta zorluk, %86'sında ise sadece uykuyu sürdürmede zorluk yaşadığı, (%80'ninde de uykuda periyodik uzuv hareketleri (UPUH)nin oldukça sık görüldüğü tespit edilmiştir(67).

2.7.UYKU BOZUKLUKLARI

Uyku ömrümüzün üçte birini yaşadığımız, gizemleri henüz çözülmemiş bir süreçtir. Uyku sürecinde yaşanan herhangi bir aksaklığın, bireylerin genel sağlık durumları ve gündelik yaşamları üzerinde doğrudan etkilere yol açabileceği bir gerçektir. Toplumun yaklaşık %90'ı hayatının bir döneminde uykusuzluk problemiyle karşılaşmakta, üçte biri haftanın birkaç gecesini istediği gibi uyuyamadan geçirmekte, her 100 kişiden en az beşi solunum problemleri nedeniyle uykusunu alamadan uyanmakta, birçoğu ertesi gün uyuklamasına engel olamamakta ve %40'ı horlamaktadır. Uykusuzluk problemleri nedenleri arasında ise cinsiyet, yaş, gelir düzeyi, eğitim düzeyi, kültürel özellikler, sigara ya da alkol kullanımı, bireylerde mevcut diğer hastalıklar gibi pek çok faktörün rolü olduğu bilinmektedir(54,68).

San Marino'da yaklaşık 6000 kişide yapılan anket çalışmasında toplumdaki 20 yaş üstündekilerin %19'u uykusuzluktan yakınmakta, kadınlarda orta yaşın geçilmesiyle bu oran %40'a, erkeklerde ise %20'ye ulaştığı sonucu elde edilmiştir. Fransa'da yapılan benzer bir çalışma, uykusuzluk oranlarının genel olarak %62'ye kadar yükseldiğini, Fransızların %11'inin hemen hemen her gece uyku ilacı alarak uyuduğunu göstermektedir. ABD'de bireylerin hayatlarının belli bir döneminde uykusuzluktan şikayetçi olduklarını bildirenlerin oranı %90'dır. Uykusuzluk çekenlerin %35'i de uzun süreli ve ciddi boyutlarda olmak üzere uykusuzluğu halen yaşadıklarını kaydettiler. Türkiye'de Çanakkale çevresinde yapılan bir ankette katılan 5000 kişinin %28'inin uykusuzluktan şikayetçi olduğu, %10'ununda üç haftadan uzun süreyle veya haftada üç gece veya daha fazla sıklıkta uykusuzluk çektiğini göstermiştir. Türkiye'de de uzun süreli uykusuzluk çekenlerin %10'u uyku ilacı veya benzeri maddeler kullanarak uyumaya çalışmaktalar(54).

Son yıllarda uyku bozuklukları ele alınırken farklı tablolar tanımlanmış, bozukluklar sınıflandırılmıştır. 1991 yılında yayınlanan "The International Classification Of Sleep Disorders" (ICSD) en yaygın kullanılan sınıflandırmadır. DSM-IV sınıflandırmasına benzerlik gösterse de daha geniş kapsamlıdır. İki sınıflandırmaya göre tanı grupları:

DSM-IV Sınıflandırılması

Dissomnialar	Primer insomnia Primer hipersomnia Narkolepsi Solunumla ilişkili uyku bozukluğu Sirkadiyen ritm uyku bozukluğu Başka türlü adlandırılmayan dissomnia
Parasomnialar	Kabus bozukluğu Uyku terörü bozukluğu Uyurgezerlik bozukluğu Başka türlü adlandırılmayan parasomnia

ICSD Sınıflaması

Dissomnialar	İntrensek uyku bozuklukları Ekstrensek uyku bozuklukları Sirkadiyen uyku bozuklukları
Parasomnialar	Uyanma bozuklukları Uyku – uyanıklık geçiş bozuklukları Genelde REM uykusu ile ilişkili parasomnialar Diğer parasomnialar(59,69,70).

2.7.1.Dissomnialar

Dissomnialar, uykunun miktarı, kalitesi, zamanlamasında değişmelerle karakterize olan fazla uyuma ya da uykunun başlama ya da devamına ilişkin bozukluklar olarak tanımlanmaktadır(71).

2.7.1.1. Primer İnsomnia

DSM-IV'te insomnia; En az bir ay süren ve dinlendirici olmayan uyku şeklinde tanımlanmaktadır. Uykunun işlevi ve yapısı dikkate alındığında insomnia, kişilerin yeterli süre ve zaman diliminde uyuyamadığı için dinlenemediği ve yeni bir güne hazır olmadığı durumlar olarak tanımlanır. En yaygın uyku sorunudur. İnsanların %50'si yaşamlarının bir dönemlerinde uykusuzluktan yakınmaktadır. Bu insanların yarısının, sorunun çok ciddi boyutta olduğunu ifade etmeleri, uykusuzluğun önemli ve oldukça yaygın bir sorun olduğunun bir göstergesidir (58,59).

Genetik ve çevresel faktörler insomnianın gelişmesinde önemlidir. İnsomniada etkili bir diğer faktörde yaştır; çocuklukta insomnia genelde sirkadyen ritmin kayma anormalliğine bağlanır, genç hastadaki değişik uyku güçlükleri düzensiz uyku programı ve zayıf uyku hijyeni ile ilişkilidir. Yetişkinlerdeki insomnia kadınlarda daha yaygındır, yaşla birlikte insomnia sıklığı artarmaktadır. Yaşlılarda zayıf uykunun bir çok farklı nedeni vardır. 60 yaşın üzerindeki insanların yarısından fazlasında minör derecede uyku apnesi ve uyku myoklonusu vardır, genellikle asemptomatiktir, fakat bu iki durumda insomniaya katkıda bulunur. Bazı demansı olan yaşlılarda 3. ve 4. NonREM uyku basamağında kayıp görülmüştür, bu kişilerde sık gece uyanmaları, bazende uykunun geceden gündüze kayması görülebilir(54,72,73).

USA' da yapılan bir araştırmada insanların yaklaşık 1/ 3 ünün bir önceki haftada uykuya dalma veya uykuyu sürdürmede günlük yaşadığını göstermiştir. Türkiye'de yapılmış bir çalışmada, genel popülasyonun %22'sinin insomnia yakınmasının bulunduğu saptanmıştır. Bunların %50'si uykuya dalma, %44'ü uykuyu sürdürme güçlüğü tanımlanırken, %6'sı hiç uyumadıklarını ifade etmişlerdir. İnsomniaların %45.9'u, genel popülasyonun ise %10'u kronik bir şekilde uykusuzluktan yakınmaktadır(58). Subjektif olarak insomniden yakınanları , objektif insomniası olanlardan ayırt etmek güçtür. Yetersiz uykudan yakınan kişilerin % 10-12 sinde polisomnografik kayıtlamalarda ve detaylı uyku incelemelerinde herhangi bir patoloji saptanamaz , bunlar pseudo-insomni olarak adlandırılır. İnsomniak kişilerin objektif uyku ölçümlerinde ; toplam ile 3. ve 4. Non REM uykusunda azalma, azalmış uyku verimi (yatakta uykusuz geçen sürede artma) , uzamış uyku

latansı (yatma zamanı ile uykunun başlama zamanı) ,sabahları erken uyanma saptanmıştır(54).

Kronik insomnia özellikle yaşlı kimselerde ve kadınlarda görülmektedir. Kronik insomnia nedenleri arasında; ülser ağrısı, eklem ve kas hastalıkları, parkinsonizm, gece dispnesi, hipertiroidizm ya da hipotiroidizm, depresyon, aşırı anksiyete, alkol kullanımı sayılabilir(59,71).

2.7.1.2. Primer Hipersomnia

Türk toplumunda genel popülasyonun %14'ü hipersomniadan yakınmaktadır. Bu olgularında %32'si kilo fazlalığı göstermektedir. DSM-IV tanı ölçütleri dikkate alındığında bir aydan uzun süredir devam eden, gündelik yaşamın gidişini etkileyen, gece yeterince uyumasına karşın gündüzleri uyumak zorunda hissedenler hipersomniyalı olarak tanımlanabilir.

Bazı endokrin ve metabolik hastalıklarda, depresyon gibi ruhsal sorunlarda ya da alkol ve madde kullanımlarında görülebilen bir durumdur(58,71).

2.7.1.3. Kleine- Levin Sendromu

Periyodik olarak ortaya çıkan hipersomnia, mental bozukluklar ve hiperfaji, hiperseksüalite gibi davranış bozuklukları ile karakterize bir hastalıktır. Ergenlik döneminde başlayan, erkeklerde daha çok görülen ve erişkinlikte azalarak kaybolan bir tablodur. Belirtilerin her hastada ve her atakla birlikte olması şart değilse de, aşırı uykululuk dışındaki belirtiler az veya çok her hastada görülür. Bu tabloda hastalar sürekli yatar, günlük toplam uyku süreleri 16-18 saati bulur. Uyumadıkları zamanlarda hastalar uykulu olarak dolaşır, bu sırada anormal miktarlarda yemek yerler. Genellikle birkaç günlük depresif dönemden sonra aniden başlar, ve nöbet sırasında hastanın uyandırılması neredeyse imkansız gibidir. Çoğu zaman başladığı gibi sonlanmakta ve hasta aylar boyunca olağan günlük yaşamına dönmektedir. Standart bir tedavisi olmamakla birlikte bazı olgularda lityum karbonatın etkili olduğu bildirilmiştir(54,71).

2.7.1.4. İdiyopatik Hipersomnia

Genellikle 20'li yaşlarda başlamakla birlikte her yaşta görülebilmektedir. Hastaların, hemen hemen sürekli denebilecek biçimde uzun süre uyudukları, sabah dinlenmeden kalktıkları, gündüzleri de farklı sürelerde uyusalar da dinlenmedikleri dikkati çekmektedir.

Bu hastalarda etkinliği gösterilmiş bir tedavi modeli olmamakla birlikte antidepresanlar kullanılabilmektedir(71).

2.7.1.5. Narkolepsi

Uyanıklıkta uyku atakları ve katalepsi, uyku- uyanıklık geçişi sırasında da uyku paralizisi ve hipnagogik halüsinasyonlarla belirli bir bozukluktur. Genellikle 10-20 yaşları arasında görülen, aşırı gündüz uyuklaması ile karakterize bir durumdur. Sıklıkla tembellik ve zor durumlardan kaçma olarak yanlış değerlendirilir. Yaygınlığı %0.04-0.09 arasında değişir. Aile hikayesi pozitif olanlarda bu oran %10'a kadar yükselir. İmmün sistemle ilgili olduğu da bildirilmektedir. Her iki cinste de eşit olarak görülür İlk başlayan bulgu gündüz 10-30 dk süren uyku ataklarıdır. Atak sayısı 1-8 arasındadır. Katalepsi %70 oranında eşlik eder. Kas tonusunda düşme ile birlikte parsiyel veya kompleks paralizisi mevcuttur. Gülme, kızgınlık, ani heyecan ile ortaya çıkabilir. Katalepsi esnesında derin tendon refleksleri alınamaz, planter refleks ekstansör olabilir(55,71).

Etyolojisi tam bilinmemekle birlikte kafa travması, multipl skleroz, tümör, diabetes insipitus, hipertiroidizm ve vasküler hastalıklarda görülebilir. EEG'de Non-REM ve REM değişmiştir. Uyku REM ile başlamaktadır. Tedavide gündüz uykuları için stimölan ilaçlar; metilfenidat, ritalin veya amfetamin tercih edilir. Katalepsi ve diğer semptomlar için trisiklik ilaçlar kullanılabilir. Tam tedavisi olmadığı için hastalığın gidişi izah edilmeli ve araç kullanırken dikkatli olunması tavsiye edilmelidir(55).

2.7.1.6. Solunum İle İlişkili Uyku Bozuklukları

Uyku sırasında solunumla ilişkili bozukluklar oldukça ağır komplikasyonları olan, yeterince tanınmayan ve yaygın sorunlardır.

Uyku Apnesi; Periferik ya da santral faktörlerin etkisiyle ortaya çıkan ve uyku sırasında 10 saniyeden uzun süren solunum durmasıdır. Uyku apnesi sendromu tanısı için 1 saatlik uykuda 5 taneden fazla apne bulunması koşulu aranmaktadır(58,71).

Erişkin popölasyonda prevalansı %1-10 arasında bulunmaktadır. Uyku apnesi, yaşlılarda, erkeklerde ve şişman kişilerde daha yaygın olarak görölmektedir. Hastaların tümünde yüksek sesle horlama ve gündüzleri uykuya aşırı eğilim bulunmaktadır. Uyku apne sendromunun görölme sıklığı yaşla artar. Ancoli – Israel tarafından yapılan çalışmalarda görölme sıklığı yaşlı erkeklerde %28'e, kadınlarda

ise %19'a yükseldiği gösterilmiştir(74). Kadınlarla erkekler arasındaki fark ise kadınlarda menapoz döneminin başlamasıyla birlikte azalır, kadınlarda da erkekler kadar sık görülmeye başlanır(54,71).

Üç tip uyku apnesi tanımlanmıştır. Bunlar obstrüktif, santral ve miks uyku apnesidir. Obstrüktif apnede; üst solunum bölgesinde hava geçişini güçleştiren faktörlerin rol oynadığı bilinmektedir. Bu hastalardaki uyku çalışmalarında üst solunum bölgesinde hava akımı durmakta, diafragmatik bölgede aktivite sürmektedir. Santral tip apnede; solunum, santral mekanizmalar tarafından durdurulduğu için uyku kaydında üst solunum bölgesinde olduğu gibi diafragmatik aktivitelerde ortadan kalkmaktadır. Mikst apnelerde; santral olarak başlayan apne, obstrüktif gibi devam edebilmektedir(54,55,71,75,76).

American Sleep Disorders Association Uyku Bozuklukları Sınıflamasına göre; OSAS, "Uyku sırasında tekrarlayan üst solunum yolu obstrüksiyonu epizodları ve sıklıkla kan oksijen saturasyonunda azalma ile karakterize bir sendromdur. şeklinde tanımlanmaktadır(77).

OSAS ile ilgili ilk çalışma 1983 yılında Lavie tarafından 1502 işçiye uygulanmış ve 300 kişide anket sonuçları OSAS ile uyumlu bulunmuştur. Anket sonuçlarına göre seçilenlerden 78 kişi polisomnografi uygulandığında OSAS prevalansı %2.7 olarak hesaplanmıştır.

OSAS, her iki cinste, tüm ırk, yaş, sosyoekonomik düzey ve etnik gruplarda görülebilen ve en sık karşılaşılan uyku bozukluklarından biridir. ABD'de 30-65 yaş grubunda 12 milyon kişinin OSAS'lı olduğu ve bunların yaklaşık %25'inin orta veya ağır dereceli hastalığa sahip olduğu tahmin edilmektedir(77). OSAS terimi 1973 yılında, Stanford Üniversitesi'nde uyku kliniği kuran, Guilleminault ve ark. tarafından tıp literatürüne girmiştir. 1978 yılında Tilkian ve ark., OSAS'daki hemodinamik ve ritm bozukluklarını yayınlamışlardır(78).

Obstrüktif uyku apne sendromu, hipertansiyon başta olmak üzere, başka hastalıkları olan kişilerde daha sık görülür. HT dışında, kalp yetmezliği, kronik akciğer hastalığı, şişmanlık, DM, sinir sistemi hastalıkları olan insanlarda da uykuda solunum bozukluklarına daha sık rastlanır(54,76,77).

OSAS tanısı konan bir hastada; hazırlayıcı faktörlerin ortadan kaldırılması, farmakolojik tedavi, cerrahi tedavi, ağız içi aperey ve CPAP gibi tedavi

seçeneklerinden biri ya da birkaçı birlikte uygulanabilir. Hazırlayıcı faktörlere yönelik tedavide ise; kilo verme, alkol, hipnotik ilaçlar ve sigaranın bırakılması, supin pozisyonunun verilmesi ve eşlik eden tıbbi sorunların tedavisi şeklinde sıralanabilir(71,76,77,79).

2.7.1.7. Sirkadiyen Ritm Uyku Bozukluğu

Sirkadiyen ritm, aydınlık ve karanlığa göre ayarlanan endojen bir düzenlemedir. Değişen güneş doğuş-batış saatlerine göre yeni düzenlemeler yapılmaktadır(58).

Sirkadiyen ritm uyku bozuklukları, farklı tablolar şeklinde kendini göstermektedir.

1. **Gecikmeli Uyku Evresi Tipi:** Uykuya dalma ve uyanma saatlerinin sürekli bir biçimde geç olmasıdır(71).
2. **Değişen Mesai Saatleri Tipi:** Gece mesaisi ya da mesai saatlerinin sık değişmesiyle birlikte asıl uyku dönemi sırasında uykusuz ya da asıl uyanıklık dönemi sırasında uykulu olmasıdır(71).
3. **“Jet Lag” Tipi:** Hareket edilen noktaya varılan nokta arasındaki saat farkları nedeniyle uzun uçuşlar sonrasında ortaya çıkan uyku problemlerini kapsar. Uçuş sonrası varılan noktada kalma süresi, katedilen mesafe, seyahatin doğuya veya batıya doğru olması alınacak önlemlerde belirleyicidir. Bir hastalık olmamakla birlikte sirkadiyen ritm düzensizliği oluşu nedeniyle üzerinde durulmaktadır. Performansı etkileyen, çoğu zaman gastrointestinal belirtilerinde eklendiği geçici bir tablodur. Belirtilerin şiddeti, birim zamanda geçilen dilim miktarı ve bireyin yapısıyla ilişkilidir. Kısa süreli benzodiazepin kullanılabileceği gibi, bulunulan bölgede olabildiğince güneş ışığı almak önerilebilir(54,58,71).
4. **Belirlenmemiş Tip:** Belirlenmemiş tipler arasında, öne kaymış uyku evresi, uyku uyanıklık örüntüsü 24 saat olmayan, düzensiz uyku uyanıklık örüntüsü ya da diğer belirlenmemiş örüntüler yer almaktadır (71).

2.7.1.8. Başka Türü Adlandırılmayan Dissomnialar

Başka türlü adlandırılmayan dissomnia grubunda, özgül tanı ölçümlerini karşılamayan insomnialar, hipersomnialar ya da sirkadiyen ritim bozuklukları yer almaktadır.

1. **Restless Legs(RLS):** Huzursuz bacak sendromu, bacaklarda anormal duyuyla nitelenen sensorimotor, kronik bir bozukluktur. Patofizyolojisinde, özellikle demir metabolizması ve dopaminerjik sistem bozuklukları saptanmıştır. Uluslar arası Huzursuz Bacaklar Sendromu Çalışma Grubu(IRLSSG) tanı kriterlerine göre; özellikle bacaklarda olmak üzere ekstremitelerde zorunlu hareket ettirme isteği ile beraber adlandırılmayan motor huzursuzluk hissini bulunması, bu semptomların istirahat sırasında ve belirgin olarak geceleri artması ve aktive ile azalması tanı koydurucudur. Hastaların yaklaşık 1/3'ünde pozitif aile öyküsü vardır ve otozomal dominant geçişlidir. Ameliyat, doğum, menstrüasyon gibi kanamalı dönemlerde, metabolik bozukluklarda ve antidepresan ilaç kullanımında yakınmalar artmaktadır(71,80-82).
2. **İdiyopatik Periyodik Bacak ve Kol Hareketleri:** UPHB ilk kez 1953 yılında Symonds tarafından “nocturnal myoklonus” adı ile tanımlanmış, hareketlerin periyodik karakteri ve elektromiyografi bulgularını gösteren ilk elektrofizyolojik çalışma Lugaresi ve ark. tarafından 1965 yılında yapılmıştır(67). Özellikle alt ekstremitelerde ortaya çıkan, yineleyici ve düşük amplitüdlü, kısa süreli atmalar şeklinde kendini göstermektedir. Hareketler tipik olarak ayak başparmağının dorsifleksiyonu ile birlikte, çoğunlukla buna eşlik eden ayak bileği, diz bazen de kalçanın parsiyel fleksiyonu şeklindedir. Bu hareketler uykunun başlangıcında yoğunken, 3. , 4. dönemde ve REM'de azalmaktadır(67,71,81).

2.7.2.Parasomnia

Parasomnia, uykuda uyku dönemiyle eş zamanlı davranış ve fizyolojik alanlarda değişimler/bozulmaları kapsamaktadır. Bu bozukluklar, SSS aktivasyonunun otonomik sinir sistemi veya iskelet kaslarına aktarılması ile ortaya çıkan bozukluklar olarak tanımlanmaktadır. Parasomniaların çocuklukta sık görülürken erişkinlik döneminde büyük bir azalış göstermesi, bu bozuklukların SSS matürasyonu ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir(58,71).

2.7.2.1.Kabus Bozukluğu

Her yaşta ortaya çıkabilen, en yaygın olarak 3-5 yaşları arasında görülen, genellikle REM döneminde ve uykunun ikinci yarısında bir dış uyaran olmaksızın

uyanmaya yol açan, kompleks, mental içerikli, korkutucu ve anksiyete uyandıran rüyalarıdır. Yetişkinlerde sebep şizofreni, posttravmatik stres, depresyon veya amfizem, astım gibi bozukluklar veya REM suprese edici ilaç kullanımı olabilir. Kabus bozukluğu genel popülasyonda yaklaşık %5 oranında rastlanmaktadır. Uykudan korku ve anksiyete ile uyanırlar, rüya içeriğini hatırlar, uyandıklarında çok az konfüzyon veya dezoryantasyon içindedirler. Epizod geçtikten sonra uykuya dalarlar. Tabloya çoğunlukla insomnia eşlik etmektedir. Hipnotik ilaçların uzun süre kullanımından sonra aniden kesilmesiyle ortaya çıkan yoksunluk dönemlerinde muhtemelen REM reboundu sonucu, kabus bozukluğu görülebilmektedir. Kabus bozuklukları, uyku terörü bozukluğu ve epilepsiden ayırt edilmelidir. Kabus bozukluğu, REM'le ilişkili olduğu için gecenin her döneminde görülebilmekte, terör bozukluğu ise daha çok, derin uykunun yoğun olduğu ilk 2 saatte ortaya çıkmaktadır. Epilepsi ise uyanıklıkta da görülmesi ve EEG ile ayırt edilebilir. Kabusların ilaçla tedavisi genellikle gerekmez. Çocukların teselli edilmesi, gerekiyorsa beraber yatılması, korku ve çatışmaya sebep olan nedenlerin bulunup giderilmesi çoğunlukla yeterli olur. İleri yaşlarda tedavisinde antidepresanlar, anksiyolitik ilaçlar, relaksasyon terapisi ve psikoterapi uygun olur(54,55,58,71).

2.7.2.2.Uyku Terörü

Uykunun ilk saatlerinde, derin uyku döneminde (faz 3 ve 4) oluşan, çılgık atma ve ağlamanın eşlik ettiği, yoğun korku ile birlikte otonomik ve davranışsal değişikliklerle belirli bir bozukluktur. Birkaç dk sürer ve hiç hatırlanmayabilir. Uyku terörü epizodlarının çoğu, uykunun ilk 90 dakikası içinde ortaya çıkar.

Uyku terörünün yaygınlığı, çocuklarda %1-6 olup, en çok 5-7 yaşları arasında görülmektedir. Adölesan dönemlerde epizodların sıklığı azalmaya başlar.aile hikayesi pozitifdir. Erkeklerde daha siktir. Erişkinlerde prevelans %1 altındadır. Uyku teröründe belirgin bir bir motor aktivite vardır. Sık olarak uyurgezerlik epizodu ile devam eder. Epizodlar, ürkmüş bir şekilde yatağa oturarak, ani çılgık atma ve küçük sesler çıkarma ile birden derin uykudan uyanarak başlar, hasta konfü ve ajitedir. Tabloya, pupil dilatasyonu, terleme, taşikardi, takipne gibi otonomik aktiviteler eşlik eder. Panik ve korku yoğun olduğunda, hasta yataktan çıkmaya, kaçmaya kalkışabilir. Ani motor hareketler yaralanmalara yol açabilir. Epizodlar

genellikle 15 dakika içinde tam bir uyanıklık hali oluşturmaksızın yatıştır. Hasta yatağa geri dönerek uykusuna devam edebilir. Genelde gecede bir epizod görülür. Tedavide, psikoterapi, hipnotikler, benzodiazepinler ve antidepresanlar kullanılabilir(55,58,71).

2.7.2.3.Uyurgezerlik(Somnambulizm)

Yavaş dalga uykusu sırasında ortaya çıkan ani motor aktivite ile belirlidir. Uykunun başlangıcından sonraki ilk saatlerde, yaklaşık 10 dakika süreyle ortaya çıkar. Bu sırada hastanın uyandırılması güçtür ve tabloya amnezi eklenir. Çocukların %25-30'unda uyurgezerlik epizodları görülür. 12 yaş civarında en yüksek görülme sıklığına ulaşır, sonra giderek azalır. 15 yaşından sonra nadiren görülür. Yetişkinlerde prevalansı yaklaşık %1'dir. Yetişkinlerde görülenlerin çoğu çocuklukta başlayıp devam eden olgulardır. Uyurgezerlikte ailesel yatkınlık belirgindir. Epilepsi, SSS enfeksiyonları, travma ve enürezisle birlikte olabilir. Epizodlarda yatakta oturmaya başlar, genellikle boş anlamsız yüz ifadesi, etrafta bulunan nesnelere kayıtsızlık vardır. Uyurgezerler, gecenin genellikle ilk yarısında, uyuduktan yaklaşık 1-2 saat sonra kalkıp dolaşmaya başlarlar. Bazı hastalarda uykuda dolaşma her gece olduğu halde, bazılarında daha çok stresli günlerin ardından veya uykusuz kalındığında ortaya çıkar. Hastalar dolaşırken uyanıkmiş gibi davranırlar. Bu sırada odadan çıkabilir, merdivenleri inip, dışarı çıkabilirler. Uyandırılmazlarsa kendi başlarına yataklarına geri döner, uyumaya devam eder ve sabah hiçbirşey hatırlamazlar. Tedavide benzodiazepinler ve seratonin geri alım inhibitörleri kullanılabilir. Kazadan koruyucu tedbirlerin alınması ve psikoterapi önerilebilir(55,58,71).

2.7.3. Diğer Parasomnialar:

2.7.3.1.REM uykusu davranış bozuklukları: RUDB etkili ve canlı rüyalara eşlik eden, uyku esnasında görülen dramatik, sıklıkla şiddet içeren motor davranışlar olarak tanımlanmıştır. Genellikle orta yaş ve yaşlı erkeklerde, gecenin son 1/3'lük kısmında, REM uykusunda atoninin geçici kaybı ile birlikte, motor aktivitelerin oluşması ile karakterize bir bozukluktur(71).

Hastalar genellikle etkili, şiddet içeren, korkutucu, tekrarlayan rüyalarla bağlantılı hareketli uyku davranışları yakınması ile hekime başvururlar. Davranışlar bağırma, küfretme, yumruklama, tekmeleme, yataktan atlama, sürünme, yürüme, koşma şeklinde olabilir. Bu davranışlar hastanın kendisinin ya da eşinin yaralanması ile sonuçlanabilmektedir. Rüyanın başlaması genellikle uykunun ilk 90. dakasıdır ve bu ilk REM periyodu ile uyumlu bir zamandır. Ancak sabah uyanmanın hemen öncesinde de görülebilir. Ekstremitte sıçramaları her gece görülebilirken, ataklar 1-2 haftada bir ile arka arkaya 10 gecede 3-4 kez de ortaya çıkabilmektedir. Hastalar genellikle eşlerinin bağırması ile uyanırlar ve bilinçleri açık, oryante olarak gördükleri farkındadırlar. Davranışlarda sıklıkla hatırlanan rüya ile uyuma göstermektedir. Akut ve geçici formu toksik ve metabolik nedenlerle, kronik formu ise idiyopatik ya da nörolojik hastalıkların bir semptomu olarak ortaya çıkabilir(55,83).

Klonazepam tedavisi RUDB olgularının büyük kısmında semptomların şiddetini ve süresini oldukça belirgin olarak azaltmaktadır. İlacın kesilmesi hızla semptomların geri dönmesine neden olmaktadır. Klonazepam etkisiz olduğunda desipramin ya da imipramin, karbamazepin, klonidin ve L-dopa denenebilir. İlaç tedavisi yanında yatak ve yatak odasında zarar görmeyi azaltıcı önlemler de alınmalıdır(83).

2.7.3.2.Uyku Paralizi: Narkolepsinin kardinal bulgusudur. Uykuya dalarken (hipnagogik) ya da uyanırken (hipnopompik) ortaya çıkan, genellikle anksiyete ve ölüm korkusunun eşlik ettiği, istemli hareketleri yapamama ile karakterize bir bozukluktur. Uykunun başlangıcında veya bitiminde gövde ve ekstremitte kaslarında kısa süreli paralizi gelişebilir. Ergenlik döneminde oldukça yaygın görülmesine karşın erişkinlikte nadiren rastlanmaktadır. Yaygınlığı %50'dir. Her iki cinste de görülebilir. Sıklıkla tedavi gerektirmez. L- triptofan, trisiklik antidepresanlar ve hipnoz tedavide kullanılabilir. Ayırıcı tanıda narkolepsi göz önünde bulundurulmalıdır(55,71).

2.7.3.3.Sleep Starts (Hypnic Jerks): Uyku başlangıcında bazen kol ve başı da içine alan genellikle bacaklarda ani kısa süreli kasılmalarla karakterizedir. Genellikle anksiyete ile ilişkilidir(71).

2.7.3.4.Uykuda Konuşma: Uyku sırasında kendiliğinden, farkında olmadan sesler çıkarma veya konuşmalarla karakterize bir tablodur. Uykunun ilk saatlerinde, derin uyku sırasında ortaya çıkmaktadır(71).

2.7.3.5.Uyku Bruksizmi: Masseter kasının ritmik aktivitesidir. Üst ve alt çene dişleri birbirine değeri. Hastalar uykunun yüzeysel dönemlerinde 3-5 sn süreyle dişlerini gıcırdatırlar. Çocuk ve genç erişkinlerde görülür. Gündüz olanı stresle birlikte iken, gece olanın psikişik faktörlerle ilişkisi yoktur. Uykunun her evresinde görülebilmekle birlikte 2. fazda daha sıktır. Şiddetli vakalarda REM uykusunda da oluştuğu bildirilmektedir. Erişkin dönemde toplumun %10-20'sinin problemidir. Tedavide mekanik alet, protez ve anksiyolitikler faydalıdır. Ağır vakalarda cerrahi girişim denir(55,71).

2.7.3.6.Uyku Enürezisi: Mesane kontrolünü kazanan bireylerde faz 3 ve 4 esnasında istemsiz olarak miksiyon yapılmasıdır. Genellikle yavaş dalga uykusu sırasında görülmektedir. Gece altını ıslatma çocukluk döneminde sık rastlanan ve çoğunlukla normal kabul edilen bir durumdur. 3-4 yaşındaki çocukların %25'i, 8 yaşındaki çocukların ise %10'u uykuda altlarını ıslatmaya devam ederler. 18 yaşına geldiklerinde %1 oranına iner. Ailevi özelliği vardır. Genetik geçişin tek genle ve resesif olduğu bildirilmektedir. Uykuda idrar kaçıran çocukların ebeveynlerinde de %75 oranında aynı tür rahatsızlığa rastlanır. Tedavide eğitim gereklidir. Organik lezyon yoksa mesane kapasitesini artırıcı egzersizler, sıvı kısıtlaması, gece uyandırma ve psikoterapi uygulanır(55,71).

2.8.UYKU HİJYENİNE YÖNELİK DÜZENLEMELER

Uyku ve dinlenme ile ilgili belirlenen girişimlerin amacı, uyku sonrası bireyin kendisini enerjik hissetmesi, düzenli uyku periyodu kurabilmesi, bireyin uykusunu engelleyen etkenleri tanımlayabilmesi ve uyku sorununa neden olan etkenleri ortadan kaldıracak davranışlar edinmesidir(58). Bireylerin sağlıklı bir uyku uyumaları için yapmaları gereken girişimler şunlardır:

- Uyku gelmeden yatağa yatılmamalıdır.
- Yattıktan sonra 20-30dk içinde uykuya dalınamazsa yataktan kalkmalı ve uyku gelinceye kadar bazı gevşetici egzersizler yapılmalıdır. Yatakta uyumaya çalışılmamalıdır.
- Yatak sadece uyumak amacıyla kullanılmalı, kitap okumak veya tv seyretmek gibi aktivitelerinden kaçınılmalıdır
- Sabahları uyanınca yataktan çıkılmalıdır. Biraz daha dinlenmek amacıyla uyumaya devam etmek dinlendirici olmadığı gibi uyku ritmini de bozabilmektedir.
- Her zaman aynı saatte kalkılmalıdır. Uyku ritminin kurulması için belirli saatler arasında ve kişinin sirkadiyen ritmine göre uyuyabilmesi en sağlıklı yoldur. Gece ne kadar az uyunmuş olursa olsun sabahları hep aynı saatte kalkmalı, yorgunluk bahane edilerek yataktan kalkma süresi uzatılmamalıdır.
- Gündüzleri uyumamalıdır. Çok yorgunluk hissedilse bile gündüz kestirmelerinden kesinlikle kaçınılmalıdır.
- Düzenli egzersiz yapılmalıdır. Ancak, akşam saatlerinde heyecan oluşturacak aktivitelerden kaçınılmalıdır.
- Yatak odası ses, ışık, ısı yönünden korunmuş olmalıdır.
- Akşam yemeği hafif olmalı ve yatma saatine yakın yenmemelidir.
- Çok aç ya da tok olunmamalıdır.
- Kafeinli, alkollü, kolalı içeceklerden ve tütün kullanımından kaçınılmalıdır.
- Doktorun bilgisi olmadan kesinlikle uyku ilacı alınmamalıdır(58,71,73).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma Romatoid Artritli hastalarda uyku kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Konya Meram Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin Romatoloji polikliniği'nde yapılmıştır. Bu hastanenin seçilme nedeni hastanede Romatoloji polikliniğinin bulunması ve yüksek bir hasta potansiyeline sahip olmasıdır. Araştırma Ağustos 2007- Aralık 2007 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

3.3.1. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Konya Meram Eğitim ve Araştırma Hastanesi Romatoloji polikliniğine gelen hastalar oluşturmuştur. Romatoloji polikliniği'nin 2007 yılında hizmet vermeye başlaması nedeniyle evrendeki birey sayısı belirlenememiş olup, araştırmanın evrenine Ağustos 2007- Aralık 2007 tarihleri arasında Romatoloji polikliniğine muayeneye gelen RA tanısı alan 150 hasta ve sağlıklı 150 kişilik kontrol grubu alınmıştır.

3.3.2. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örneklemine Ağustos 2007- Aralık 2007 tarihinde Romatoloji polikliniğine muayeneye gelen ve araştırmaya katılmayı kabul eden RA tanısı almış 150 hasta ve sağlıklı 150 kişilik kontrol grubu araştırmaya alınmıştır.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Hastaların uyku kalitesi puanları bağımlı değişken olarak alınmıştır. Hastaların sosyo -demografik özellikleri ve hastalıkla ilgili sorular (yaş, cinsiyet, kilo, boy, medeni durum, eğitim durumu, mesleği, aylık net geliri, sosyal güvencesi, nerede yaşadığı, eşlik eden hastalığın varlığı, kullandığı ilaçlar, ilaçlarını kullanma durumu, kontrollere gelme durumu, egzersiz yapma durumu, hastalık süresi , hastalıkla baş etmede destek eden kişilerin varlığı, sigara ve alkol kullanma durumu ve gündüz uyuklamalarının olup olmadığı) bağımsız değişken olarak alınmıştır.

3.5. Verilerin Toplanması

Araştırmada bilgi toplama yöntemi olarak anket kullanılmıştır. Uygulanan anket iki bölümden oluşmuştur.

3.5.1. Veri Toplama Araçlarının Tanıtılması

Veri toplama aracı olarak Sosyo-demografik Form(Ek I) ve Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi(Ek II) kullanılmıştır.

Sosyodemografik form, hastaların sosyodemografik özellikleri ve hastalıklarına ilişkin bilgileri; Uyku durumunu belirlemek için kullanılan soru formu(PUKİ) ise hastaların son bir ay içindeki uyku durumuna ilişkin bilgileri kapsamaktadır. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi ölçeği, uyku kalitesini belirlemek için kullanılmıştır.

3.5.1.1. Sosyodemografik Form

Bu anket formunda kişilerin sosyo-demografik özelliklerini ve hastalıkla ilgili bilgilerini (yaş, cinsiyet, kilo, boy, medeni durum, eğitim durumu, mesleği, aylık net geliri, sosyal güvencesi, nerede yaşadığı, eşlik eden hastalığın varlığı, kullandığı ilaçlar, ilaçlarını kullanma durumu, kontrollere gelme durumu, egzersiz yapma durumu, hastalık süresi, hastalıkla baş etmede destek eden kişilerin varlığı, sigara ve alkol kullanma durumu ve gündüz uyuklamalarının olup olmadığı) içeren sorular yer almaktadır.

3.5.1.2. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ)

Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ), 1989 yılında Buysel ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olup(84,85), geçerlilik ve güvenilirlik çalışması araştırmacılar tarafından yapılmıştır. Türkiye’de ise geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Ağargün ve ark.(1996) tarafından yapılmıştır(86).

Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi sayesinde uyku kalitesinin güvenilir, geçerli ve standart bir ölçümü sağlanabilmektedir. “Uykusu iyi olanlar(good sleepers)” ve “Uykusu kötü olanlar (poor sleepers)” arasında istenilen düzeyde güvenilir bir ayırım yapılabilmektedir.

Ölçek toplam 24 soru içerir, bu soruların 19’u kendini değerlendirme(self-rated) sorusudur. 5 tanesi ise bireyin eş veya bir oda arkadaşı tarafından yanıtlanır. Bu 5 soru yalnız klinik bilgi için kullanılır ve puanlamaya katılmaz. Kendini değerlendirme sorularından 19.soru bir oda arkadaşının ya da eşin bulunup

bulunmadığı ile ilgilidir ve ölçeğin toplam ve bileşen puanlarının saptanmasında dikkate alınmaz. Uyku kalitesini saptayan ölçek soruları, uyku kalitesi ile ilgili değişik faktörleri içerir. Bu sorular, uyku süresini, uyku latensini ve uyku ile ilgili özel problemlerin sıklık ve şiddetini saptamak içindir. Puanlanan 18 madde, 7 bileşen puanı şeklinde gruplandırılmıştır. Bileşenlerin bazıları tek bir maddeden oluşmakta, bazıları ise birkaç maddenin gruplandırılması ile elde edilmektedir.

Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi'nin 7 bileşeni vardır:

1. Öznel uyku kalitesi (bileşen 1)
2. Uyku latensi (bileşen 2)
3. Uyku süresi (bileşen 3)
4. Alışılmış uyku etkinliği (bileşen 4)
5. Uyku bozukluğu (bileşen 5)
6. Uyku ilacı kullanımını (bileşen 6)
7. Gündüz işlev bozukluğu (bileşen 7)

Tek bir sorunun puanı ile belirtilen bileşenler, bileşen 1 (soru 6), bileşen 3 (soru 4) ve bileşen 6 (soru 7)dır. Bileşen 2 puanı, soru 2 ve 5a; bileşen 4 puanı, soru 8 ve 9 puanlarının toplamından elde edilmektedir.

Her bileşen 0-3 arasında puanla değerlendirilir. Bu bileşen puanlarının toplamı ölçek puanını verir. Toplam puan 0-21 arasındadır. Toplam ölçek puanın yüksek oluşu uyku kalitesinin kötü olduğunu gösterir. Ölçek uyku bozukluğu olup olmadığını ya da uyku bozukluklarının yaygınlığını göstermez. Ancak toplam puanın 5 ve üzerinde olmasının kötü uyku kalitesini gösterdiği belirtilmektedir. Başka bir deyişle veriler toplamda uyku kalitesi iyi (0-4 puan), uyku kalitesi kötü(5-21 puan) olarak sınıflandırılır. Farklı grupların puanları karşılaştırılarak yorumlanır.

Ölçeğin doldurulması ortalama 5-10dk, puanlaması ise yaklaşık 5 dakika sürer.

PITTSBURG UYKU KALİTESİ İNDEKSİNİN PUANLAMASI

Bileşen 1: Öznel uyku kalitesi soru 6'nın puanlaması ile elde edilir. (Ek 2, soru 6).

<u>Cevap</u>	<u>Bileşen puanı</u>
Çok iyi	0
Oldukça iyi	1
Oldukça kötü	2
Çok kötü	3

Bu değerlendirme sonucunda bileşen 1 puanı elde edilmektedir.

Bileşen 2: Uyku latansı soru 2 ve soru 5a'nın puanlaması ile elde edilir. (Ek 2, soru 6).

Soru 2 için:

<u>Cevap</u>	<u>Puan</u>
< 15 dakika	0
16-30 dakika	1
31-60 dakika	2
>60 dakika	3

Buradan soru 2'nin puanı elde edilir.

Soru 5a için:

<u>Cevap</u>	<u>Puan</u>
Hiç	0
Haftada birden az	1
Haftada bir veya iki kez	2
Haftada üç veya daha fazla	3

Buradan soru 5a'nın puanı elde edilir. Daha sonra soru 2 ve soru 5a'nın puanları toplanır ve aşağıdaki gibi değerlendirme yapılır.

<u>Soru 2 ve soru 5a'nın toplamı</u>	<u>Bileşen puanı</u>
0	0
1-2	1
3-4	2
5-6	3

Böylece elde edilen puan ile bileşen 2 puanı bulunmuştur.

Bileşen 3: Uyku süresi soru 4'ün puanlaması ile elde edilir. (Ek 2, soru 4).

<u>Cevap</u>	<u>Puan</u>
≥ 7 saat	0
6-7 saat	1
5-6 saat	2
< 5 saat	3

Bu değerlendirme sonucunda bileşen 3 puanı elde edilmiştir.

Bileşen 4: Alışılmış uyku etkinliği soru 1, soru 3 ve soru 4 ile hesaplanır. (Ek 2, soru 1, soru3 ve 4).

Yatma saati(soru 1) ile kalkma saati(soru 3) arasındaki süre hesaplanarak yatakta geçirilen süre bulunur. Daha sonra soru 4 ile uyuma saatlerinin süresi saptanır ve aşağıdaki gibi alışılmış uyku etkinliği hesaplanır.

$$\text{Alışılmış Uyku Etkinliği (\%)} = \frac{\text{Uyuma saatlerinin süresi}}{\text{Yatakta geçen saatlerin süresi}} \times 100$$

<u>Alışılmış Uyku Etkinliği</u>	<u>Bileşen 4 puanı</u>
$< \% 85$	0
$\% 75-84$	1
$\% 66-75$	2
$\% 65$	3

Alışılmış uyku etkinliği yukarıdaki gibi puanlandıktan sonra bileşen 4 puanı elde edilmiştir.

Bileşen 5: Uyku bozukluğu soru 5b-j'nin puanlaması ile elde edilir. Soru 5b,c,d,e,f,g,h,i,j soruları aşağıdaki gibi puanlanır.

<u>Cevap</u>	<u>Puan</u>
Hiç	0
Haftada birden az	1
Haftada bir veya iki kez	2
Haftada üç veya daha fazla	3

Daha sonra soru 5b-5j puanları toplanarak tekrar aşağıdaki gibi puanlanır.

<u>Soru 5b-5j toplamı</u>	<u>Bileşen 5 puanı</u>
0	0
1-9	1
10-18	2
19-21	3

Bu değerlendirme sonucunda bileşen 5 puanı elde edilir.

Bileşen 6: Uyku ilacı kullanımı soru 7'nin puanlaması ile elde edilir. (Ek 2, soru 7).

<u>Cevap</u>	<u>Bileşen 6 Puanı</u>
Hiç	0
Haftada birden az	1
Haftada bir veya iki kez	2
Haftada üç veya daha fazla	3

Bu değerlendirme sonucunda bileşen 6 puanı elde edilir.

Bileşen 7: Gündüz işlev bozukluğu soru 8 ve soru 9 puanlamasıyla elde edilmiştir. (Ek 2, soru 8 ve 9).

Soru 8 için:

<u>Cevap</u>	<u>Puan</u>
Hiç	0
Haftada birden az	1
Haftada bir veya iki kez	2
Haftada üç veya daha fazla	3

Bu değerlendirme sonucunda soru 8 puanı elde edilmiştir.

Soru 9 için:

<u>Cevap</u>	<u>Puan</u>
Hiç problem oluşturmadı	0
Yalnızca çok az problem oluşturdu	1
Bir dereceye kadar problem oluşturdu	2
Çok büyük problem oluşturdu	3

Bu değerlendirme sonucunda soru 9 puanı elde edilmiştir.

Soru 8 ve soru 9 puanları toplandıktan sonra aşağıdaki gibi değerlendirme yapılır.

<u>Soru 8 ve soru 9'un toplamı</u>	<u>Bileşen 7 puanı</u>
0	0
1-2	1
3-4	2
5-6	3

Bu değerlendirme sonucunda 7. bileşen puanı elde edilmiştir.

Tüm bu değerlendirmeler sonucunda 1,2,3,4,5,6,7 puanları toplanarak Global Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (Global PSQI) puanı bulunur.

3.5.2. Veri Toplama Aracının Uygulanması

Araştırma yapılan kurumdan araştırma öncesi yazılı, örneklem kapsamına alınan hastalardan da araştırmacının amacı açıklanarak sözel izin alınmıştır. Sosyo-demografik form ve Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi(PUKİ) formu araştırmacı tarafından hastalara sorularak doldurulmuştur. Her bir anketin doldurulması 10 dakika sürmüştür.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada Pittsburg uyku kalitesi ölçeğinin standart değerlendirilmesi yapılarak elde edilen veriler, SPSS 13.0 istatistik paket programında bilgisayara aktarılarak veri tabanı oluşturulmuştur. Verilerin değerlendirilmesinde ortalama, standart sapma, sayı, yüzde, Ki-kare testi, Student t- testi, One-way Anova ve Tukey Post-hoc analiz yöntemleri kullanılmıştır. $p < 0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Tablo 3 : Hasta ve Kontrol Grubunun Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Değişkenler	Hasta		Kontrol		Toplam		p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Cinsiyet							
Kadın	118	51.8	110	48.2	228	100	0.279
Erkek	32	44.4	40	55.6	72	100	
Yaş Grupları							
44 yaş altı	48	47.5	53	52.5	101	100	0.606
45-54 yaş arası	50	48.5	53	51.5	103	100	
55 yaş ve üzeri	52	54.2	44	45.8	96	100	
Medeni Durum							
Evli	120	51.1	115	48.9	235	100	0.468
Bekar	10	38.5	16	61.5	26	100	
Boşanmış/Eşi ölmüş	20	51.3	19	48.7	39	100	
Eğitim Durumu							
Okur-yazar değil	19	57.6	14	42.4	33	100	0.000*
İlkokul-Ortaokul	110	68.8	50	31.3	160	100	
Lise	15	21.7	54	78.3	69	100	
Üniversite	6	15.8	32	84.2	38	100	
Meslek							
Memur	15	23.4	49	76.6	64	100	0.000*
Ev hanımı	111	65.7	58	34.3	169	100	
İşçi	11	35.5	20	64.5	31	100	
Emekli	13	36.1	23	63.9	36	100	
Aylık Gelir							
Asgari ücret altında	24	75.0	8	25.0	32	100	0.003*
Asgari ücret üstünde	126	47.0	142	53.0	268	100	
Sosyal Güvence							
Emekli sandığı	25	39.1	39	60.9	64	100	0.071
Bağkur	21	67.7	10	32.3	31	100	
S.S.K	96	50.8	93	49.2	189	100	
Yeşil kart	8	50.0	8	50.0	16	100	
Yaşadığı Yer							
Konya – Merkez	55	45.1	67	54.9	122	100	0.106
Konya'ya bağlı ilçeler	81	51.3	77	48.7	158	100	
Konya'ya bağlı kasaba/köy	14	70.0	6	30.0	20	100	
Düzenli Egzersiz Yapma							
Evet	33	61.1	21	38.9	54	100	0.07
Hayır	117	47.6	129	52.4	246	100	
Sigara İçme							
İçen	27	30.3	62	69.7	89	100	0.000*
İçmeyen	123	58.3	88	41.7	211	100	
Alkol Kullanma							
Kullanıyor	6	30.0	14	70.0	20	100	0.064
Kullanmıyor	144	51.4	136	48.6	280	100	
Toplam	150	50	150	50	300	100	

Tablo 3 incelendiğinde, araştırma kapsamına alınan bireylerden hasta grubunun %78.7'si kadın, %21.3'ü erkeklerden oluşurken; kontrol grubunun %73.3'ü kadın, %26.7'si erkeklerden oluşmaktadır. Hasta grubunun %33.3'ü 45-54 yaş grubunda, % 34.7'si 55 yaş ve üzeri grupta yer alırken; kontrol grubunun %35.3'ü 45-54 yaş grubunda, % 29.4'ü ise 55 yaş ve üzeri grupta yer aldığı görülmektedir. Araştırma kapsamına alınan hasta grubunun %73.3'ü ilkokul-ortaokul mezunu, % 12.7'si okur-yazar değil iken; kontrol grubunun %36.0'ı lise mezunu, % 33.3'ü ilkokul-ortaokul mezunudur. Araştırma kapsamına alınan hasta ve kontrol grubunun büyük çoğunluğu evli, ev hanımı, aylık geliri asgari ücretin üzerinde ve sosyal güvence türü SSK'dır. Araştırma kapsamına alınan hasta ve kontrol grubunun yaşadıkları yer sorulduğunda ise büyük çoğunluğunun Konya'ya bağlı ilçelerde yaşayan bireylerden oluştuğu saptanmıştır. Araştırma kapsamına alınan hasta grubunun sigara ve alkol alışkanlıkları incelendiğinde, hastaların %82.0'mın sigara içmediği ve %96.0'mın alkol kullanmadığı; kontrol grubunun ise %58.7'sinin sigara içmediği ve % 90.7'sinin alkol kullanmadığı belirlenmiştir. Araştırma kapsamına alınan hasta grubunun % 78.0'ı, kontrol grubunun ise % 86.0'ı egzersiz yapmadıklarını belirtmişlerdir. Tablo 3'de Romatoid Artritli hastaların çoğunluğunu kadınların oluşturduğu gözlenirken, hasta ve kontrol grubu arasında cinsiyet, yaş grupları, medeni durum, sosyal güvence, yaşadığı yer, alkol kullanma ve egzersiz yapma arasında bir fark saptanmamış($p > 0.05$), RA'li bireylerin eğitim düzeyi, mesleği, aylık geliri ve sigara içme arasında ise sağlıklı bireylere göre anlamlı ölçüde bir fark bulunmuştur($p < 0.05$).

Tablo 4: Hasta ve Kontrol Grubunun Yaş ve BKİ Değişkenlerine Göre İncelenmesi

	Hasta Grubu	Kontrol Grubu	p
YAŞ	49.5733 ± 12.44173	47.5067 ± 12.42251	0.151
BKİ(kg/m ²)	27.2534 ± 4.91185	22.7699 ± 3.30890	0.000*

Hasta grubunun yaş ortalaması 49.57 ± 12.44 iken, kontrol grubunun yaş ortalaması 47.50 ± 12.42 'dir. Hasta grubu ile kontrol grubu arasında yaş ortalaması bakımından bir fark saptanmamıştır ($p > 0.05$). Hasta grubun BKİ ortalaması 27.25 ± 4.91 iken, sağlıklı grubun BKİ ortalaması 22.76 ± 3.30 'dur. Sağlıklı bireylerin beden kitle indeksinin hasta bireylere göre anlamlı olarak düşük olduğu saptanmıştır. ($p < 0.01$).

Tablo 5: Bireylerin Hastalığına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı

Değişkenler	Sayı	%
Hastalık Süresi (n=150)		
1-5 yıl	71	47.3
6-10 yıl	34	22.7
11 yıl ve üzeri	45	30.0
Eşlik Eden Hastalık		
Endokrin Sistem Hastalıkları*	54	36.0
Metabolik Sistem Hastalıkları**	42	28.0
Kan Hastalıkları***	14	9.3
Yok	40	26.7
İlaçlarını Düzenli Kullanma Durumu		
Evet	143	95.3
Hayır	7	4.7
Kontrollere Düzenli Gelme Durumu		
Evet	137	91.3
Hayır	13	8.7
Destek Kişilerin Olma Durumu		
Evet	115	76.7
Hayır	35	23.3
Toplam	150	100

*HT, Diabet ** Obezite *** Anemi

Tablo 5 incelendiğinde, araştırma kapsamına alınan Romatoid Artritli bireylerin % 30.0'ı 11 yıl ve daha uzun süreli bu hastalığa sahip olduğunu, % 73.3'ü Romatoid Artrite ek bir hastalığının olduğunu ve bunu %36.0 ile endokrin sistem hastalıkları, %28.0 ile metabolik sistem hastalıkları ve %9.3 ile kan hastalıklarının oluşturduğunu, hastaların %95.3'ünün ilaçlarını düzenli olarak kullandığını ve % 91.3'ünün ise kontrollere düzenli olarak geldiklerini ifade ettikleri saptanmıştır. Hastaların hastalıkları nedeniyle kendilerine destek olan birilerinin varlığı sorulduğunda ise % 76.7'si evet cevabını vermişlerdir.

Tablo 6: Hasta ve Kontrol Grubunun Uyku Kalitesinin Dağılımı

Değişkenler	Hasta Grubu (n=150)		Kontrol Grubu (n= 150)		Toplam		P
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Uyku Kalitesi							0.000*
İyi	12	11.5	92	88.5	104	100	
Kötü	138	70.4	58	29.6	196	100	
Toplam	150	50	150	50	300	100	

Araştırmaya katılan hasta grubunun % 70.4'ünün uyku kalitesinin kötü olduğu, kontrol grubunun ise % 29.6'sının uyku kalitesinin kötü olduğu saptanmıştır. Hasta grubunun sağlıklı bireylere göre uyku kalitesinin anlamlı ölçüde düşük olduğu saptanmıştır(p<0.01).

Tablo 7: Uyku Kalitesi Bileşenlerinin Puan Dağılımı

Uyku Bileşenleri	Hasta Grubu (n=150)	Kontrol Grubu (n=150)	P
Öznel Uyku Kalitesi	1.95 ± 0.81	1.07 ± 0.64	0.000*
Uyku Latensi	2.02 ± 0.81	1.08 ± 0.85	0.000*
Uyku Süresi	1.96 ± 0.88	0.92 ± 0.85	0.000*
Alışılmış Uyku Etkinliği	1.14 ± 1.07	0.22 ± 0.56	0.000*
Uyku Bozukluğu	1.90 ± 0.55	1.16 ± 0.63	0.000*
Uyku İlacı Kullanımı	0.09 ± 0.46	0.10 ± 0.45	0.802
Gündüz İşlev Bozukluğu	1.34 ± 0.68	0.72 ± 0.80	0.000*
Toplam PUKİ	10.42 ± 3.65	5.28 ± 3.43	

Tablo 7 'de RA hastalarının ve kontrol grubunun son bir ay içindeki toplam PUKİ puanı ve alt bileşenlerinin puanları gösterilmektedir. Tablodan görüldüğü gibi hasta grubunun toplam PUKİ puanı 10.42 ± 3.65 olduğu ve kötü uykuya sahip olduğu saptanmıştır. (toplam PUKİ puanı > 5). Kontrol grubunun toplam PUKİ puanı ise 5.28 ± 3.43'tür. Kontrol grubunda toplam PUKİ puanı 5'in üzerinde olduğu için kötü uyku kalitesine sahiptir ama RA'li hastaların toplam PUKİ puanı ile karşılaştırıldığında daha iyi uykuya sahip oldukları görülmektedir. Hasta ve kontrol grubu uyku kalitesi bileşenleri puan dağılımı incelendiğinde öznel uyku kalitesi, uyku latensi, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği, uyku bozukluğu ve gündüz işlev bozukluğu bileşenleri arasında anlamlı ölçüde bir fark saptanmıştır(p<0.05). Uyku ilacı kullanımı yönünden ise anlamlı bir fark bulunmamıştır(p>0.05).

Hastaların uyku latensinin kötü bulunması hastaların gece uykuya dalmakta güçlük çektiklerini ve uykuya dalma sürelerinin uzun olduğunu, uyku süresinin,

alışılmış uyku etkinliğinin kötü olması hastaların yeterli uyumadıklarını göstermektedir. Uyku bozukluğu bileşeninin kötü olması ise hastaların uyku sorunu yaşadıklarını gösteren önemli bir bulgudur.

Tablo 8: Hasta ve Kontrol Grubu İçin Uyku Kalitesi Bileşenleri Ortalama Puanlarının Cinsiyet Gruplarıyla Karşılaştırılması

Cinsiyet	Gruplar	Öznel Uyku Kalitesi	Uyku Latensi	Uyku Süresi	Alışılmış Uyku Etkinliği	Uyku Bozukluğu	Uyku İlacı Kullanımı	Gündüz İşlev Bozukluğu
Kadın	Hasta (n = 118)	2.04±0.74	2.06 ± 0.81	1.99 ± 0.87	1.18 ± 1.11	1.95 ± 0.54	0.11 ± 0.51	1.39 ± 0.65
	Kontrol (n = 110)	1.06 ± 0.65	1.11 ± 0.83	0.93 ± 0.85	0.20 ± 0.54	1.17 ± 0.64	0.09 ± 0.34	0.65 ± 0.74
	p	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.744	0.000
Erkek	Hasta (n=32)	1.62 ± 0.97	1.84 ± 0.80	1.87 ± 0.94	1.00 ± 0.91	1.71 ± 0.58	0.03 ± 0.17	1.12 ± 0.75
	Kontrol (n=40)	1.10 ± 0.63	1.00 ± 0.93	0.87 ± 0.85	0.25 ± 0.63	1.15 ± 0.62	0.15 ± 0.66	0.90 ± 0.92
	p	0.007	0.000	0.000	0.000	0.000	0.328	0.271

Tablo 8’de uyku kalitesi bileşenlerinin cinsiyet faktörleri ile karşılaştırılması yer almaktadır. Hasta grubundaki kadın bireylerin kontrol grubundaki kadın bireylere göre uyku kalitesi bileşen ortalamaları daha yüksektir. Kadınlarda öznel uyku kalitesi, uyku latensi, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği, uyku bozukluğu ve gündüz işlev bozukluğu bileşenleri yönünden anlamlı bir fark bulunmuştur($p < 0.05$). Erkek cinsiyet faktörü göz önüne alındığında ise yine hasta grubun uyku kalitesi bileşen ortalamaları kontrol grubuna göre daha yüksektir. Erkeklerde öznel uyku kalitesi, uyku latensi, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği ve uyku bozukluğu bileşenleri yönünden fark anlamlı bulunmuştur($p < 0.05$).

Tablo 9 : Hasta ve Kontrol Grubunun Uyku Kalitesi Bileşenleri İle Cinsiyet Arasındaki İlişkinin Dağılımı

Cinsiyet	Gruplar	Öznel Uyku Kalitesi	Uyku Latensi	Uyku Süresi	Alışılmış Uyku Etkinliği	Uyku Bozukluğu	Uyku İlacı Kullanımı	Gündüz İşlev Bozukluğu
Hasta	Kadın (n = 118)	2.04±0.74	2.06 ± 0.81	1.99 ± 0.87	1.18 ±1.11	1.95 ±0.54	0.11 ±0.51	1.39 ±0.65
	Erkek (n =32)	1.62 ±0.97	1.84 ± 0.80	1.87 ± 0.94	1.00 ±0.91	1.71 ±0.58	0.03 ±0.17	1.12 ±0.75
	p	0.010	0.169	0.511	0.387	0.032	0.400	0.045
Kontrol	Kadın (n=32)	1.06 ±0.65	1.11 ± 0.83	0.93 ± 0.85	0.20 ±0.54	1.17±0.64	0.09± 0.34	0.65±0.74
	Erkek (n=40)	1.10 ±0.63	1.00 ± 0.93	0.87 ± 0.85	0.25 ±0.63	1.15 ±0.62	0.15 ±0.66	0.90 ±0.92
	p	0.762	0.458	0.699	0.697	0.848	0.480	0.098

Tablo 9’da uyku kalitesi bileşenleri ile cinsiyet arasındaki ilişki incelendiğinde, öznel uyku kalitesi, uyku bozukluğu ve gündüz işlev bozukluğu yönünden anlamlı bir fark bulunmuş($p<0.05$), uyku latensi, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği ve uyku ilacı kullanımı yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır($p>0.05$). Kadınların uyku kalitesi bileşenlerinden erkeklere göre daha yüksek puan alarak uyku kalitelerinin daha kötü olduğu görülmektedir. Kontrol grubunun uyku kalitesi bileşenleri ile cinsiyet arasındaki ilişkisine bakıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p >0.05$).

Tablo 10: Hasta ve Kontrol Grubunun Uyku Kalitesi Bileşenleri Ortalama Puanlarının Yaş Gruplarıyla Karşılaştırılması

Yaş	Gruplar	Öznel Uyku Kalitesi	Uyku Latensi	Uyku Süresi	Alışılmış Uyku Etkinliği	Uyku Bozukluğu	Uyku İlacı Kullanımı	Gündüz İşlev Bozukluğu
44 yaş altı	Hasta (n = 48)	1.77 ±0.83	1.81 ± 0.84	1.79 ± 0.94	1.08 ±1.00	1.79 ±0.58	0.10 ±0.51	1.31 ±0.68
	Kontrol (n =53)	1.11 ±0.66	1.03 ± 0.89	0.92 ± 0.87	0.20 ±0.49	1.16± 0.64	0.16 ±0.54	0.77± 0.80
	P	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.537	0.000
45-54 yaş arası	Hasta (n=50)	2.14± 0.75	2.12 ± 0.79	2.06 ± 0.81	1.06± 1.13	1.96 ±0.49	0.04 ±0.19	1.28 ±0.67
	Kontrol (n=53)	1.11 ±0.64	1.09 ± 0.83	0.86 ± 0.87	0.24 ±0.61	1.18 ±0.65	0.03 ±0.27	0.66 ±0.80
	P	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.962	0.000
55 yaş ve üzeri	Hasta (n = 52)	1.94 ±0.82	2.11 ± 0.78	2.03 ± 0.88	1.28 ±1.09	1.96 ±0.59	0.13 ±0.59	1.42 ±0.69
	Kontrol (n =44)	0.97 ±0.62	1.13 ± 0.85	0.97 ± 0.82	0.20 ±0.59	1.13 ±0.63	0.11 ±0.49	0.72 ±0.81
	P	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.853	0.000

Tablo 10’da uyku kalitesi bileşenleri ile yaş grupları arasındaki ilişkiye bakılmıştır. 44 yaş altı, 45-54 yaş arası ve 55 yaş ve üzeri hasta grubunun kontrol grubuna göre uyku kalitesi bileşenleri ortalama puanları daha yüksek bulunmuştur. Öznel uyku kalitesi, uyku latensi, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği, uyku bozukluğu ve gündüz işlev bozukluğu bileşenleri yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmış($p < 0.005$), uyku ilacı kullanımı yönünden ise istatistiksel olarak fark anlamsız bulunmuştur($p > 0.05$).

Tablo 11: Hasta ve Kontrol Grubunun Uyku Kalitesi Bileşenleri Ortalama Puanlarının Yaş Gruplarıyla Karşılaştırılması

Yaş	Gruplar	Öznel Uyku Kalitesi	Uyku Latensi	Uyku Süresi	Alışılmış Uyku Etkinliği	Uyku Bozukluğu	Uyku İlacı Kullanımı	Gündüz İşlev Bozukluğu
Hasta	44 yaş altı (n = 48)	1.77 ±0.83	1.81 ± 0.84	1.79 ± 0.94	1.08 ±1.00	1.79 ±0.58	0.10 ±0.51	1.31 ±0.68
	45-54 yaş arası (n=50)	2.14 ±0.75	2.12 ± 0.79	2.06 ± 0.81	1.06 ±1.13	1.96 ±0.49	0.04 ±0.19	1.28 ±0.67
	55 yaş ve üzeri(n= 52)	1.94 ±0.82	2.11 ± 0.78	2.03 ± 0.88	1.28 ±1.09	1.96 ±0.59	0.13 ±0.59	1.42 ±0.69
	p	0.079	0.101	0.252	0.502	0.227	0.587	0.544
Kontrol	44 yaş altı (n= 53)	1.11 ±0.66	1.03 ± 0.89	0.92 ± 0.87	0.20 ±0.49	1.16 ±0.64	0.16 ±0.54	0.77 ±0.80
	45-54 yaş arası (n=53)	1.11 ±0.64	1.09 ± 0.83	0.86 ± 0.87	0.24 ±0.61	1.18 ±0.65	0.03 ±0.27	0.66 ±0.80
	55 yaş ve üzeri (n= 44)	0.97 ±0.62	1.13 ± 0.85	0.97 ± 0.82	0.20 ±0.59	1.13 ±0.63	0.11 ±0.49	0.72 ±0.81
	p	0.506	0.852	0.823	0.922	0.923	0.321	0.769

Tablo 11 incelendiğinde uyku kalitesi bileşenleri ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır($p>0.05$). 55 yaş ve üzeri bireylerin 44 yaş altı bireylere göre öznel uyku kalitesi, uyku latensi, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği, uyku bozukluğu, uyku ilacı kullanımı ve gündüz işlev bozukluğu puan ortalaması daha yüksek olup, uyku kalitelerinin daha kötü olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunun uyku kalitesi bileşenleri ile yaş grupları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır($p > 0.05$).

Tablo 12: Hasta ve Kontrol Grubunun Uyku Kalitesi Bileşenleri Ortalama Puanlarının Medeni Durumla Karşılaştırılması

Medeni Durum	Gruplar	Öznel Uyku Kalitesi	Uyku Latensi	Uyku Süresi	Alışılmış Uyku Etkinliği	Uyku Bozukluğu	Uyku İlacı Kullanımı	Gündüz İşlev Bozukluğu
Evli	Hasta (n = 120)	2.00 ±0.79	2.05 ± 0.81	2.02 ± 0.88	1.15 ±1.10	1.89 ±0.54	0.02 ±0.15	1.34 ±0.67
	Kontrol (n=115)	1.04 ±0.66	1.05 ± 0.84	0.85 ± 0.80	0.19 ±0.54	1.16 ±0.63	0.03 ±0.18	0.70 ±0.79
	p	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.661	0.000
Bekar	Hasta (n=10)	1.80 ±1.03	1.80 ± 0.91	1.40 ± 0.96	0.80 ±0.42	1.70 ±0.67	0.50 ±1.08	1.30 ±0.67
	Kontrol (n=16)	1.12 ±0.61	1.00 ± 0.96	1.06 ± 1.06	0.25 ±0.44	1.06 ±0.68	1.06 ±0.68	0.87 ±0.80
	p	0.047	0.047	0.423	0.005	0.028	0.750	0.178
Eşi ölmüş Boşanmış	Hasta (n = 20)	1.75 ±0.78	1.90 ± 0.78	1.90 ± 0.78	1.30 ±1.12	2.10 ±0.55	0.30 ±0.92	1.35 ±0.74
	Kontrol (n =19)	1.21 ±0.53	1.36 ± 0.83	1.21 ± 0.91	0.36 ±0.76	1.26 ±0.65	0.31 ±0.82	0.68 ±0.88
	p	0.017	0.047	0.016	0.005	0.000	0.955	0.015

Tablo 12 incelendiğinde evli hastaların evli kontrollere göre uyku kalitesi bileşenleri ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Öznel uyku kalitesi, uyku latensi, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği, uyku bozukluğu ve gündüz işlev bozukluğu yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur($p < 0.05$). Bekarlarda ise öznel uyku kalitesi, uyku latensi, alışılmış uyku etkinliği ve uyku bozukluğu bileşenleri yönünden istatistiksel bir fark bulunmuştur($p < 0.05$). Eşi ölmüş/boşanmış grupta ise uyku ilacı kullanımı yönünden bir fark bulunmamıştır($p > 0.05$).

Tablo 13: Hasta ve Kontrol Grubunun Uyku Kalitesi Bileşenleri Ortalama Puanlarının Medeni Durumla Karşılaştırılması

Medeni Durum	Gruplar	Öznel Uyku Kalitesi	Uyku Latensi	Uyku Süresi	Alışılmış Uyku Etkinliği	Uyku Bozukluğu	Uyku İlacı Kullanımı	Gündüz İşlev Bozukluğu
Hasta	Evli (n = 120)	2.00 ±0.79	2.05 ± 0.81	2.02 ± 0.88	1.15 ±1.10	1.89 ±0.54	0.02 ±0.15	1.34 ±0.67
	Bekar (n =10)	1.80 ±1.03	1.80 ± 0.91	1.40 ± 0.96	0.80 ±0.42	1.70 ±0.67	0.50 ±1.08	1.30 ±0.67
	Boşanmış/ eşi ölmüş (n= 20)	1.75 ±0.78	1.90 ± 0.78	1.90 ± 0.78	1.30 ±1.12	2.10 ±0.55	0.30 ±0.92	1.35 ±0.74
	p	0.371	0.493	0.093	0.489	0.147	0.01	0.981
Kontrol	Evli (n=115)	1.04 ±0.66	1.05 ± 0.84	0.85 ± 0.80	0.19 ±0.54	1.16 ±0.63	0.03 ±0.18	0.70 ±0.79
	Bekar (n= 16)	1.12 ±0.61	1.00 ± 0.96	1.06 ± 1.06	0.25 ±0.44	1.06 ±0.68	1.06 ±0.68	0.87 ±0.80
	Boşanmış / Eşi ölmüş (n = 19)	1.21 ±0.53	1.36 ± 0.83	1.21 ± 0.91	0.36 ±0.76	1.26 ±0.65	0.31 ±0.82	0.68 ±0.88
	p	0.551	0.304	0.187	0.442	0.654	0.010	0.716

Tablo 13 incelendiğinde, uyku ilacı kullanımı yönünden evli olanların bekar ve boşanmış/eşi ölmüş bireylere göre uyku kalitelerinin daha iyi olduğu saptanmıştır($p<0.05$). Öznel uyku kalitesi, uyku latensi, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği, uyku bozukluğu ve gündüz işlev bozukluğu yönünden fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur($p>0.05$). Kontrol grubunda ise uyku ilacı kullanımı yönünden anlamlı bir fark saptanmış ($p<0.05$), öznel uyku kalitesi, uyku latensi, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği, uyku bozukluğu ve gündüz işlev bozukluğu yönünden fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur($p>0.05$).

Tablo 14: Hasta ve Kontrol Grubunun Uyku Kalitesi Bileşenleri Ortalama Puanlarının Eğitim Durumlarıyla Karşılaştırılması

Eğitim Durumu	Gruplar	Öznel Uyku Kalitesi	Uyku Latensi	Uyku Süresi	Alışılmış Uyku Etkinliği	Uyku Bozukluğu	Uyku İlacı Kullanımı	Gündüz İşlev Bozukluğu
Okur-yazar değil	Hasta (n = 19)	2.00 ±0.74	2.15 ± 0.76	2.00 ± 0.81	0.94 ±1.22	2.26 ±0.45	0.31 ±0.94	1.57 ±0.60
	Kontrol (n =14)	1.07 ±0.47	1.28 ± 0.91	0.78 ± 0.97	0.35 ±0.84	1.21 ±0.80	0.28 ±0.82	0.92 ±0.91
	p	0.000	0.006	0.000	0.131	0.000	0.925	0.020
İlkokul Ortaokul	Hasta (n=110)	2.07 ±0.78	2.08 ± 0.82	2.02 ± 0.89	1.27 ±1.09	1.90 ±0.55	0.04 ±0.31	1.40 ±0.63
	Kontrol (n=50)	1.10 ±0.73	1.14 ± 0.85	0.96 ± 0.87	0.16 ±0.58	1.20 ±0.78	0.10 ±0.36	0.68 ±0.81
	p	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.335	0.000
Lise	Hasta (n = 15)	1.13 ±0.63	1.53 ± 0.74	1.53 ± 0.91	0.73 ±0.70	1.46 ±0.51	0.00 ±0.00	0.80 ±0.67
	Kontrol (n =54)	0.94 ±0.65	1.00 ± 0.82	0.83 ± 0.77	0.22 ±0.50	1.09 ±0.52	0.07 ±0.32	0.51 ±0.69
	p	0.325	0.027	0.004	0.002	0.017	0.387	0.167
Üniversite	Hasta (n = 6)	1.66 ±0.81	1.66 ± 0.51	1.83 ± 0.75	0.50 ±0.54	1.83 ±0.40	0.50 ±0.83	0.66 ±0.81
	Kontrol (n =32)	1.25 ±0.50	1.06 ± 0.91	1.06 ± 0.91	0.25 ±0.50	1.21 ±0.49	0.09 ±0.53	1.03 ±0.82
	p	0.104	0.127	0.060	0.281	0.007	0.126	0.325

Tablo 14 incelendiğinde, okur-yazar olmayan ve ilkokul- ortaokul mezunu hasta grubunun kontrol grubundaki bireylerden uyku kalitesi bileşenleri puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmış, hasta ve kontrol grubu karşılaştırıldığında okur-yazar olmayanlarda alışılmış uyku etkinliği ve uyku ilacı kullanımı dışında diğer bileşenlerde anlamlı bir fark saptanmıştır($p < 0.05$). İlkokul-ortaokul mezunlarında ise sadece uyku ilacı kullanımı dışında diğer bileşenlerde anlamlı bir fark saptanmıştır($p < 0.05$). Lise ve üniversite mezunu hasta ve kontrol grubundaki bireylerin okur-yazar olmayan ve ilkokul-ortaokul mezunu bireylerden daha iyi uyku kalitesine sahip oldukları görülmektedir.

Tablo 15: Hasta ve Kontrol Grubunun Uyku Kalitesi Bileşenleri Ortalama Puanlarının Eğitim Durumlarıyla Karşılaştırılması

Eğitim Durumu	Gruplar	Öznel Uyku Kalitesi	Uyku Latensi	Uyku Süresi	Alışılmış Uyku Etkinliği	Uyku Bozukluğu	Uyku İlacı Kullanımı	Gündüz İşlev Bozukluğu
Hasta	Okur-yazar değil (n = 19)	2.00 ±0.74	2.15 ± 0.76	2.00 ± 0.81	0.94 ±1.22	2.26 ±0.45	0.31 ±0.94	1.57 ±0.60
	İlkokul-Ortaokul (n =14)	2.07 ±0.78	2.08 ± 0.82	2.02 ± 0.89	1.27 ±1.09	1.90 ±0.55	0.04 ±0.31	1.40 ±0.63
	Lise (n= 15)	1.13 ±0.63	1.53 ± 0.74	1.53 ± 0.91	0.73 ±0.70	1.46 ±0.51	0.00 ±0.00	0.80 ±0.67
	Üniversite (n= 6)	1.66 ±0.81	1.66 ± 0.51	1.83 ± 0.75	0.50 ±0.54	1.83 ±0.40	0.50 ±0.83	0.66 ±0.81
	p	0.000	0.052	0.235	0.087	0.000	0.013	0.000
Kontrol	Okur-yazar değil (n = 14)	1.07 ±0.47	1.28 ± 0.91	0.78 ± 0.97	0.35 ±0.84	1.21 ±0.80	0.28 ±0.82	0.92 ±0.91
	İlkokul-Ortaokul (n =50)	1.10 ±0.73	1.14 ± 0.85	0.96 ± 0.87	0.16 ±0.58	1.20 ±0.78	0.10 ±0.36	0.68 ±0.81
	Lise (n= 54)	0.94 ±0.65	1.00 ± 0.82	0.83 ± 0.77	0.22 ±0.50	1.09 ±0.52	0.07 ±0.32	0.51 ±0.69
	Üniversite (n = 32)	1.25 ±0.50	1.06 ± 0.91	1.06 ± 0.91	0.25 ±0.50	1.21 ±0.49	0.09 ±0.53	1.03 ±0.82
	P	0.202	0.682	0.598	0.692	0.768	0.474	0.024

Tablo 15 incelendiğinde, eğitim düzeyine göre uyku kalitesi bileşenleri incelendiğinde, öznel uyku kalitesi, uyku bozukluğu, uyku ilacı kullanımı ve gündüz işlev bozukluğu yönünden anlamlı bir fark bulunmuştur($p < 0.05$). Bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan Tukey-post hoc ileri analizinde; en fazla okur-yazar olmayanlarla, ilkokul-ortaokul mezunu bireylerden oluştuğu saptanmıştır. Uyku latensi, uyku süresi ve alışılmış uyku etkinliği arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır($p > 0.05$). Bireylerin eğitim seviyesi düştükçe uyku kalitelerinin de düştüğü gözlenmektedir. Kontrol grubunda ise gündüz işlev bozukluğu ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmış($p < 0.05$), öznel uyku kalitesi, uyku latensi, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği, uyku bozukluğu, uyku ilacı kullanımı yönünden fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur($p > 0.05$).

Tablo 16: Hasta ve Kontrol Grubunun Uyku Kalitesi Bileşenleri Ortalama Puanlarının Mesleklerle Karşılaştırılması

Meslek	Gruplar	Özel Uyku Kalitesi	Uyku Latensi	Uyku Süresi	Aşırı Uyku Etkinliği	Uyku Bozukluğu	Uyku İlacı Kullanımı	Gündüz İşlev Bozukluğu
Memur	Hasta (n = 15)	1.33 ±0.81	1.66 ± 0.72	1.80 ± 0.77	0.66 ±0.61	1.66 ±0.48	0.20 ±0.56	0.73 ±0.70
	Kontrol (n =49)	1.04 ±0.70	1.04 ± 0.88	0.91 ± 0.86	0.28 ±0.54	1.12 ±0.52	0.08 ±0.44	0.81 ±0.83
	P	0.181	0.016	0.001	0.024	0.001	0.403	0.728
Ev hanımı	Hasta (n=111)	2.08 ±0.74	2.09 ± 0.81	2.01 ± 0.86	1.21 ±1.13	1.97 ±0.54	0.09 ±0.50	1.44 ±0.62
	Kontrol (n=58)	1.08 ±0.65	1.15 ± 0.83	0.89 ± 0.87	0.20 ±0.61	1.25 ±0.73	0.12 ±0.37	0.63 ±0.74
	P	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.775	0.000
İşçi	Hasta (n = 11)	1.45 ±0.82	1.54 ± 0.52	1.81 ± 0.98	1.09 ±0.94	1.54 ±0.52	0.00 ±0.00	1.18 ±0.60
	Kontrol (n =20)	1.15 ±0.48	1.05 ± 0.88	1.05 ± 0.82	0.10 ±0.30	1.05 ±0.60	0.10 ±0.44	0.65 ±0.74
	P	0.203	0.102	0.028	0.000	0.030	0.468	0.052
Emekli	Hasta (n = 13)	2.00 ±1.00	2.23 ± 0.92	1.84 ± 1.14	1.15 ±1.06	1.92 ±0.64	0.00 ±0.00	1.30 ±0.85
	Kontrol (n =23)	1.04 ±0.63	1.04 ± 0.87	0.86 ± 0.86	0.21 ±0.67	1.13 ±0.62	0.13 ±0.62	0.78 ±0.95
	P	0.001	0.001	0.007	0.003	0.001	0.460	0.109

Tablo 16 incelendiğinde ev hanımlarının oluşturduğu hasta grubu ve emeklilerin oluşturduğu hasta grubunun kontrol gruplarına göre uyku kalitesi bileşenlerinden daha yüksek puanlar aldıkları ve uyku kalitelerinin kötü olduğu belirlenmiştir. İşçi ve memurlarınsa ev hanımı ve memurlara göre uyku kalitesi bileşenlerinden aldıkları puanlarla daha iyi uyku kalitesine sahip oldukları saptanmıştır.

Tablo 17: Hasta ve Kontrol Grubunun Uyku Kalitesi Bileşenleri Ortalama Puanlarının Mesleklerle Karşılaştırılması

Meslek	Gruplar	Öznel Uyku Kalitesi	Uyku Latensi	Uyku Süresi	Alışılmış Uyku Etkinliği	Uyku Bozukluğu	Uyku İlacı Kullanımı	Gündüz İşlev Bozukluğu
Hasta	Memur (n = 15)	1.33 ±0.81	1.66 ± 0.72	1.80 ± 0.77	0.66 ±0.61	1.66 ±0.48	0.20 ±0.56	0.73 ±0.70
	Ev Hanımı (n=111)	2.08 ±0.74	2.09 ± 0.81	2.01 ± 0.86	1.21 ±1.13	1.97 ±0.54	0.09 ±0.50	1.44 ±0.62
	İşçi (n= 11)	1.45 ±0.82	1.54 ± 0.52	1.81 ± 0.98	1.09 ±0.94	1.54 ±0.52	0.00 ±0.00	1.18 ±0.60
	Emekli (n= 13)	2.00 ±1.00	2.23 ± 0.92	1.84 ± 1.14	1.15 ±1.06	1.92 ±0.64	0.00 ±0.00	1.30 ±0.85
	p	0.001	0.040	0.697	0.327	0.029	0.631	0.002
Kontrol	Memur (n = 49)	1.04 ±0.70	1.04 ± 0.88	0.91 ± 0.86	0.28 ±0.54	1.12 ±0.52	0.08 ±0.44	0.81 ±0.83
	Ev Hanımı (n =58)	1.08 ±0.65	1.15 ± 0.83	0.89 ± 0.87	0.20 ±0.61	1.25 ±0.73	0.12 ±0.37	0.63 ±0.74
	İşçi (n= 20)	1.15 ±0.48	1.05 ± 0.88	1.05 ± 0.82	0.10 ±0.30	1.05 ±0.60	0.10 ±0.44	0.65 ±0.74
	Emekli (n = 23)	1.04 ±0.63	1.04 ± 0.87	0.86 ± 0.86	0.21 ±0.67	1.13 ±0.62	0.13 ±0.62	0.78 ±0.95
	p	0.925	0.898	0.902	0.666	0.541	0.965	0.664

Tablo 17’de RA’li bireylerin mesleklerine göre uyku kalitesi bileşenleri incelendiğinde, öznel uyku kalitesi, uyku latensi, uyku bozukluğu ve gündüz işlev bozukluğu arasında anlamlı bir fark saptanmıştır($p<0.05$). Yapılan ileri analizde bu farkın en çok ev hanımlarından kaynaklandığı belirlenmiştir. Uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği ve uyku ilacı kullanımı arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır($p>0.05$). Kontrol grubunun uyku kalitesi bileşenleri ile meslekleri arasındaki fark ise istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur($p>0.05$).

Tablo 18: Hasta ve Kontrol Grubunun Uyku Kalitesi Bileşenleri Ortalama Puanlarının Aylık Gelirle Karşılaştırılması

Aylık Gelir	Gruplar	Öznel Uyku Kalitesi	Uyku Latensi	Uyku Süresi	Alışılmış Uyku Etkinliği	Uyku Bozukluğu	Uyku İlacı Kullanımı	Gündüz İşlev Bozukluğu
Asgari Ücret Altında	Hasta (n = 24)	2.12 ±0.74	2.12 ± 0.74	1.54 ± 0.83	1.33 ±1.12	1.95 ±0.46	0.12 ±0.61	1.50 ±0.65
	Kontrol (n =8)	1.25 ±0.46	1.12 ± 0.99	1.12 ± 0.64	0.25 ±0.70	1.37 ±0.91	0.00 ±0.00	0.25 ±0.46
	P	0.004	0.005	0.208	0.017	0.024	0.572	0.000
Asgari Ücret Üstünde	Hasta (n=126)	1.92 ±0.82	2.00 ± 0.82	2.04 ± 0.87	1.11 ±1.06	1.89 ±0.57	0.08 ±0.43	1.30 ±0.68
	Kontrol (n=142)	1.06 ±0.65	1.08 ± 0.85	0.90 ± 0.86	0.21 ±0.56	1.15 ±0.62	0.11 ±0.46	0.74 ±0.81
	P	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.647	0.000

Tablo 18 incelendiğinde, asgari ücret altındaki hasta grubunun kontrol grubuna göre öznel uyku kalitesi, uyku latensi, alışılmış uyku etkinliği, uyku bozukluğu ve gündüz işlev bozukluğu yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p < 0.05$). Asgari ücret üzerinde olan hasta grubunda kontrol grubuna göre uyku kalitesi puan ortalamaları daha yüksektir. Asgari ücret üzerindeki uyku kalitesi bileşenlerinden uyku ilacı kullanımı dışındaki diğer bileşenler anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$).

Tablo 19: Hasta ve Kontrol Grubunun Uyku Kalitesi Bileşenleri Ortalama Puanlarının Aylık Gelirle Karşılaştırılması

Aylık Gelir	Gruplar	Öznel Uyku Kalitesi	Uyku Latensi	Uyku Süresi	Alışılmış Uyku Etkinliği	Uyku Bozukluğu	Uyku İlacı Kullanımı	Gündüz İşlev Bozukluğu
Hasta	Asgari Ücret Altında (n = 24)	2.12 ±0.74	2.12 ± 0.74	1.54 ± 0.83	1.33 ±1.12	1.95 ±0.46	0.12 ±0.61	1.50 ±0.65
	Asgari Ücret Üstünde (n= 126)	1.92 ±0.82	2.00 ± 0.82	2.04 ± 0.87	1.11 ±1.06	1.89 ±0.57	0.08 ±0.43	1.30 ±0.68
	p	0.261	0.493	0.010	0.356	0.623	0.719	0.212
Kontrol	Asgari Ücret Altında (n=8)	1.25 ±0.46	1.12 ± 0.99	1.12 ± 0.64	0.25 ±0.70	1.37 ±0.91	0.00 ±0.00	0.25 ±0.46
	Asgari Ücret Üstünde (n=142)	1.06 ±0.65	1.08 ± 0.85	0.90 ± 0.86	0.21 ±0.56	1.15 ±0.62	0.11 ±0.46	0.74 ±0.81
	p	0.429	0.897	0.488	0.878	0.345	0.493	0.089

Tablo 19’da RA’li bireylerin aylık gelirine göre uyku kalitesi bileşenleri incelendiğinde, uyku süresi yönünden anlamlı bir fark bulunurken($p<0.05$), öznel uyku kalitesi, uyku latensi, alışılmış uyku etkinliği, uyku bozukluğu, uyku ilacı kullanımı ve gündüz işlev bozukluğu yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır($p>0.05$). Asgari ücret üstünde aylık geliri bulunan RA’li bireylerin uyku kalitesi puanları asgari ücret altında aylık geliri olan RA’li bireylere göre düşük olarak bulunmuştur. Kontrol grubunun uyku kalitesi bileşenleri ile aylık gelirleri arasındaki fark ise istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur($p>0.05$).

Tablo 20: Hasta ve Kontrol Grubunun Uyku Kalitesi Bileşenleri Ortalama Puanlarının Egzersiz Yapma Durumunun Karşılaştırılması

Egzersiz Yapma	Gruplar	Öznel Uyku Kalitesi	Uyku Latensi	Uyku Süresi	Alışmış Uyku Etkinliği	Uyku Bozukluğu	Uyku İlacı Kullanımı	Gündüz İşlev Bozukluğu
Yapıyor	Hasta (n = 33)	1.84 ±1.06	2.00 ± 0.79	1.90 ± 0.87	1.12 ±1.11	1.72± 0.57	0.00 ±0.00	1.18 ±0.84
	Kontrol (n =21)	1.00 ±0.70	0.95 ± 0.92	0.71 ± 0.84	0.23 ±0.53	1.19± 0.67	0.04 ±0.21	0.80 ±0.87
	P	0.002	0.000	0.000	0.001	0.003	0.213	0.126
Yapmıyor	Hasta (n=117)	1.98 ±0.73	2.02 ± 0.82	1.98 ± 0.89	1.15 ±1.07	1.95 ±0.54	0.11 ±0.52	1.38 ±0.62
	Kontrol (n=129)	1.08 ±0.63	1.10 ± 0.85	0.95 ± 0.85	0.21 ±0.57	1.16 ±0.63	0.11 ±0.47	0.70 ±0.79
	P	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.958	0.000

Tablo 20 incelendiğinde, egzersiz yapan hasta grubunun kontrol grubuna göre uyku kalitesi bileşenleri puan ortalamaları yönünden daha yüksek bulunmuştur. Uyku ilacı kullanımı ve gündüz işlev bozukluğu dışındaki bileşenler yönünden anlamlı bir fark saptanmıştır($p<0.05$). Egzersiz yapmayan grupta ise uyku ilacı kullanımı dışındaki bileşenler yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır($p<0.05$).

Tablo 21: Hasta ve Kontrol Grubunun Uyku Kalitesi Bileşenleri Ortalama Puanlarının Egzersiz Yapma Durumunun Karşılaştırılması

Egzersiz Yapma	Gruplar	Öznel Uyku Kalitesi	Uyku Latensi	Uyku Süresi	Alışılmış Uyku Etkinliği	Uyku Bozukluğu	Uyku İlacı Kullanımı	Gündüz İşlev Bozukluğu
Hasta	Yapıyor (n = 33)	1.84 ±1.06	2.00 ± 0.79	1.90 ± 0.87	1.12 ±1.11	1.72± 0.57	0.00 ±0.00	1.18 ±0.84
	Yapmıyor (n =117)	1.98 ±0.73	2.02 ± 0.82	1.98 ± 0.89	1.15 ±1.07	1.95 ±0.54	0.11 ±0.52	1.38 ±0.62
	P	0.404	0.874	0.674	0.878	0.037	0.196	0.133
Kontrol	Yapıyor (n=21)	1.00 ±0.70	0.95 ± 0.92	0.71 ± 0.84	0.23 ±0.53	1.19± 0.67	0.04 ±0.21	0.80 ±0.87
	Yapmıyor (n=129)	1.08 ±0.63	1.10 ± 0.85	0.95 ± 0.85	0.21 ±0.57	1.16 ±0.63	0.11 ±0.47	0.70 ±0.79
	P	0.577	0.442	0.236	0.875	0.855	0.519	0.584

Tablo 21 incelendiğinde RA'li bireylerde düzenli olarak egzersiz yapma ile uyku kalitesi bileşenleri arasında uyku bozukluğu yönünden anlamlı bir fark saptanmıştır($p<0.05$). Düzenli olarak egzersiz yapan RA'li bireylerin yapmayanlara oranla uyku bozukluğu değeri daha düşüktür. Öznel uyku kalitesi, uyku latensi, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği, uyku ilacı kullanımı ve gündüz işlev bozukluğu yönünden ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır($p>0.05$). Kontrol grubunun uyku kalitesi bileşenleri ile düzenli olarak egzersiz yapma arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur($p>0.05$).

Tablo 22: Hasta ve Kontrol Grubunun Uyku Kalitesi Bileşenleri Ortalama Puanlarının Sigara İçme Durumuyla Karşılaştırılması

Sigara İçme	Gruplar	Öznel Uyku Kalitesi	Uyku Latensi	Uyku Süresi	Ahşılmış Uyku Etkinliği	Uyku Bozukluğu	Uyku İlacı Kullanımı	Gündüz İşlev Bozukluğu
İçiyor	Hasta (n = 27)	1.55 ±0.93	1.74 ± 0.85	1.81 ± 0.92	1.03 ±0.89	1.66 ±0.55	0.11 ±0.42	1.11 ±0.69
	Kontrol (n =62)	1.25 ±0.65	1.32 ± 0.97	1.12 ± 0.81	0.25 ±0.65	1.19 ±0.80	0.19 ±0.62	0.88 ±0.90
	P	0.088	0.057	0.001	0.000	0.007	0.533	0.256
İçmiyor	Hasta (n=123)	2.04 ±0.76	2.08 ± 0.79	2.00 ± 0.87	1.17 ±1.11	1.95 ±0.54	0.08 ±0.47	1.39 ±0.67
	Kontrol (n=88)	0.94 ±0.61	0.92 ± 0.73	0.77 ± 0.85	0.19 ±0.49	1.14 ±0.49	0.04 ±0.25	0.60 ±0.70
	P	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.435	0.000

Tablo 22’de uyku kalitesi bileşenleri ile sigara içme arasındaki ilişki incelenmiştir. Sigara içen ve içmeyen hasta grubunun sigara içen ve içmeyen kontrol grubuna göre uyku kalitesi puan ortalamaları daha yüksektir. Sigara içenlerde uyku ilacı ve gündüz işlev bozukluğu dışındaki bileşenler arasında anlamlı bir fark bulunmuştur($p<0.05$). Sigara içmeyenlerde ise uyku ilacı kullanımı dışındaki bileşenlerde anlamlı bir fark saptanmıştır($p<0.05$).

Tablo 23: Hasta ve Kontrol Grubunun Uyku Kalitesi Bileşenleri Ortalama Puanlarının Sigara İçme Durumuyla Karşılaştırılması

Sigara İçme	Gruplar	Öznel Uyku Kalitesi	Uyku Latensi	Uyku Süresi	Alışılmış Uyku Etkinliği	Uyku Bozukluğu	Uyku İlacı Kullanımı	Gündüz İşlev Bozukluğu
Hasta	İçiyor (n = 27)	1.55 ±0.93	1.74 ± 0.85	1.81 ± 0.92	1.03 ±0.89	1.66 ±0.55	0.11 ±0.42	1.11 ±0.69
	İçmiyor (n=123)	2.04 ±0.76	2.08 ± 0.79	2.00 ± 0.87	1.17 ±1.11	1.95 ±0.54	0.08 ±0.47	1.39 ±0.67
	p	0.005	0.049	0.327	0.561	0.013	0.828	0.054
Kontrol	İçiyor (n=62)	1.25 ±0.65	1.32 ± 0.97	1.12 ± 0.81	0.25 ±0.65	1.19 ±0.80	0.19 ±0.62	0.88 ±0.90
	İçmiyor (n=88)	0.94 ±0.61	0.92 ± 0.73	0.77 ± 0.85	0.19 ±0.49	1.14 ±0.49	0.04 ±0.25	0.60 ±0.70
	p	0.003	0.004	0.012	0.491	0.667	0.047	0.032

Tablo 23'te RA'li bireylerde sigara içme ile uyku kalitesi bileşenleri incelendiğinde, öznel uyku kalitesi, uyku latensi ve uyku bozukluğu yönünden anlamlı bir fark saptanmışken($p<0.05$), uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği, uyku ilacı kullanımı ve gündüz işlev bozukluğu yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır($p>0.05$). Kontrol grubunda ise sigara içme ile uyku kalitesi bileşenleri incelendiğinde, öznel uyku kalitesi, uyku latensi, uyku süresi, uyku ilacı kullanımı ve gündüz işlev bozukluğu yönünden fark istatistiksel olarak anlamlı bulunurken($p<0.05$), alışılmış uyku etkinliği ve uyku bozukluğu yönünden fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur($p>0.05$).

Tablo 24: Hasta ve Kontrol Grubunun Uyku Kalitesi Bileşenleri Ortalama Puanlarının Alkol Kullanma Durumuyla Karşılaştırılması

Alkol Kullanma	Gruplar	Öznel Uyku Kalitesi	Uyku Latensi	Uyku Süresi	Alışılmış Uyku Etkinliği	Uyku Bozukluğu	Uyku İlacı Kullanımı	Gündüz İşlev Bozukluğu
Kullanıyor	Hasta (n = 6)	2.00 ±0.89	1.66 ± 0.81	1.83 ± 1.16	1.50 ±1.22	1.66± 0.51	0.33 ±0.81	1.33 ±0.81
	Kontrol (n =14)	1.07 ±0.61	0.92 ± 0.91	0.92 ± 0.82	0.28 ±0.61	1.00 ±0.78	0.21 ±0.80	0.85 ±1.09
	P	0.015	0.106	0.063	0.008	0.074	0.766	0.355
Kullanmıyor	Hasta (n=144)	1.95 ±0.81	2.03 ± 0.81	1.97 ± 0.87	1.13 ±1.07	1.91 ±0.56	1.95 ±0.81	2.03 ±0.81
	Kontrol (n=136)	1.07 ±0.65	1.10 ± 0.85	0.91 ± 0.86	0.21 ±0.56	1.18 ±0.62	0.09 ±0.40	0.70 ±0.77
	P	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.811	0.000

Tablo 24 incelendiğinde, alkol kullanan hasta grubunun uyku kalitesi puan ortalamalarının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Alkol kullananlarda öznel uyku kalitesi ve alışılmış uyku etkinliği bileşenleri yönünden anlamlı bir fark bulunmuştur($p<0.05$). Alkol kullanmayan bireylerde uyku ilacı kullanımı dışındaki bileşenler de anlamlı bir fark saptanmıştır($p<0.05$).

Tablo 25: Hasta ve Kontrol Grubunun Uyku Kalitesi Bileşenleri Ortalama Puanlarının Alkol Kullanma Durumuyla Karşılaştırılması

Alkol Kullanma	Gruplar	Öznel Uyku Kalitesi	Uyku Latensi	Uyku Süresi	Alışılmış Uyku Etkinliği	Uyku Bozukluğu	Uyku İlacı Kullanımı	Gündüz İşlev Bozukluğu
Hasta	Kullanmıyor (n = 6)	2.00 ±0.89	1.66 ±0.81	1.83 ± 1.16	1.50 ±1.22	1.66± 0.51	0.33 ±0.81	1.33 ±0.81
	Kullanmıyor (n =14)	1.95 ±0.81	2.03 ±0.81	1.97 ± 0.87	1.13 ±1.07	1.91 ±0.56	1.95 ±0.81	2.03 ±0.81
	P	0.887	0.280	0.708	0.414	0.285	0.201	0.981
Kontrol	Kullanmıyor (n=144)	1.07 ±0.61	0.92 ±0.91	0.92 ± 0.82	0.28 ±0.61	1.00 ±0.78	0.21 ±0.80	0.85 ±1.09
	Kullanmıyor (n=136)	1.07 ±0.65	1.10 ±0.85	0.91 ± 0.86	0.21 ±0.56	1.18 ±0.62	0.09 ±0.40	0.70 ±0.77
	P	0.991	0.471	0.969	0.650	0.307	0.350	0.504

Tablo 25 incelendiğinde RA'li bireylerin alkol kullanma ile uyku kalitesi bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır(p>0.05). Kontrol grubunun alkol kullanma durumu ile uyku kalitesi bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır(p>0.05).

Tablo 26: RA'li Hastaların Uyku Kalitesi Bileşenleri İle Hastalık Süresi Arasındaki İlişkinin Dağılımı

Hastalık Süresi	1-5 yıl (71)	6-10 yıl (34)	11 yıl ve üzeri (45)	p
Uyku Bileşenleri				
Öznel Uyku Kalitesi	1.90 + 0.81	1.85+ 0.92	2.11 + 0.71	0.289
Uyku Latensi	1.97 + 0.84	1.91 + 0.83	2.17 + 0.74	0.283
Uyku Süresi	1.87 + 0.86	1.91 + 0.96	2.15 + 0.85	0.228
Alışılmış Uyku Etkinliği	1.02 + 1.01	1.20 ± 1.06	1.28 + 1.17	0.420
Uyku Bozukluğu	1.84 + 0.55	1.88 + 0.53	2.02 + 0.58	0.243
Uyku İlacı Kullanımı	0.14 + 0.56	0.08 ± 0.51	0.02 + 0.14	0.415
Gündüz İşlev Bozukluğu	1.32 + 0.64	1.29 ± 0.71	1.40 ± 0.71	0.766

Tablo 26 incelendiğinde, hastalık süresi ile uyku kalitesi bileşenleri arasında istatistiksel olarak bir fark saptanmamıştır(p>0.05). 11 yıl ve üzeri RA hastalığı bulunan bireylerin ise puanlarının yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 27 : RA'li Hastaların Uyku Kalitesi Bileşenleri İle Eşlik Eden Hastalıklar Arasındaki İlişkinin Dağılımı

Eşlik Eden Hastalık	Endokrin Sistem Hast. (54)	Metabolik Sistem hast. (42)	Kan Hast. (19)	Yok (40)	p
Uyku Bileşenleri					
Öznel Uyku Kalitesi	2.14 ± 0.76	2.14 ± 0.64	1.78 ± 0.80	1.55 ± 0.90	0.001*
Uyku Latensi	2.27 ± 0.76	2.09 ± 0.79	1.71 ± 0.82	1.70 ± 0.79	0.002*
Uyku Süresi	2.31 ± 0.79	2.02 ± 0.84	1.42 ± 1.01	1.62 ± 0.80	0.000*
Alışılmış Uyku Etkinliği	1.33 ± 1.14	1.11 ± 1.08	1.07 ± 1.07	0.95 ± 0.95	0.387
Uyku Bozukluğu	2.07 ± 0.60	2.00 ± 0.44	1.78 ± 0.42	1.62 ± 0.54	0.001*
Uyku İlacı Kullanımı	0.09 ± 0.44	0.09 ± 0.48	0.14 ± 0.53	0.07 ± 0.47	0.975
Gündüz İşlev Bozukluğu	1.46 ± 0.60	1.50 ± 0.67	1.42 ± 0.75	0.97 ± 0.65	0.001*

Tablo 27 incelendiğinde eşlik eden hastalıklar ile uyku kalitesi bileşenleri arasında, öznel uyku kalitesi, uyku latensi, uyku süresi, uyku bozukluğu ve gündüz işlev bozukluğu yönünden fark anlamlı bulunurken ($p < 0.01$), alışılmış uyku etkinliği ve uyku ilacı kullanımı yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0.05$). Eşlik eden hastalıklar arasında endokrin sistem ve metabolik sistem hastalıklarının en yüksek puanları aldıkları görülmektedir.

Tablo 28: RA'li Hastaların Uyku Kalitesi Bileşenleri İle Düzenli Olarak İlaç Kullanma Durumu Arasındaki İlişkinin Dağılımı

İlaç Kullanma	Kullanıyorum (143)	Kullanmıyorum (7)	P
Uyku Bileşenleri			
Öznel Uyku Kalitesi	1.94 ± 0.82	2.14 ± 0.69	0.530
Uyku Latensi	2.02 ± 0.82	1.85 ± 0.69	0.590
Uyku Süresi	1.97 ± 0.88	1.71 ± 0.95	0.442
Alışılmış Uyku Etkinliği	1.13 ± 1.08	1.42 ± 0.97	0.480
Uyku Bozukluğu	1.90 ± 0.56	1.85 ± 0.37	0.811
Uyku İlacı Kullanımı	0.08 ± 0.45	0.28 ± 0.75	0.267
Gündüz İşlev Bozukluğu	1.32 ± 0.67	1.57 ± 0.78	0.361

Tablo 28 incelendiğinde ilaç kullanma durumu ile uyku kalitesi bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 29: RA’li Hastaların Uyku Kalitesi Bileşenleri İle Düzenli Olarak Kontrollere Gelme Durumu Arasındaki İlişkinin Dağılımı

Kontrollere Gelme	Evet (137)	Hayır (13)	P
Uyku Bileşenleri			
Öznel Uyku Kalitesi	1.95 ± 0.80	1.92 ± 0.95	0.889
Uyku Latensi	2.02 ± 0.82	2.00 ± 0.70	0.927
Uyku Süresi	1.95 ± 0.86	2.07 ± 1.11	0.640
Alışılmış Uyku Etkinliği	1.13 ± 1.10	1.23 ± 0.72	0.769
Uyku Bozukluğu	1.92 ± 0.56	1.69 ± 0.48	0.149
Uyku İlacı Kullanımı	0.10 ± 0.48	0.00 ± 0.00	0.454
Gündüz İşlev Bozukluğu	1.33 ± 0.67	1.38 ± 0.76	0.806

Tablo 29 incelendiğinde kontrollere gelme ile uyku kalitesi bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır($p>0.05$).

Tablo 30: RA’li Hastaların Uyku Kalitesi Bileşenleri İle Hastalıkla Baş etmede Destek Kişilerin Varlığı Durumu Arasındaki İlişkinin Dağılımı

Destek Kişilerin Varlığı	Evet (115)	Hayır (35)	P
Uyku Bileşenleri			
Öznel Uyku Kalitesi	1.93 ± 0.83	2.02 ± 0.74	0.534
Uyku Latensi	2.01 ± 0.79	2.02 ± 0.89	0.944
Uyku Süresi	1.96 ± 0.90	1.97 ± 0.82	0.971
Alışılmış Uyku Etkinliği	1.13 ± 1.11	1.20 ± 0.96	0.739
Uyku Bozukluğu	1.91 ± 0.55	1.88 ± 0.58	0.801
Uyku İlacı Kullanımı	0.10 ± 0.50	0.05 ± 0.33	0.603
Gündüz İşlev Bozukluğu	1.31 ± 0.65	1.42 ± 0.77	0.383

Tablo 30 incelendiğinde hastalıkla baş etmede destek kişilerin varlığı ile uyku kalitesi bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır($p>0.05$).

5. TARTIŞMA

Kronik inflamatuvar eklem hastalıklarından biri olan Romatoid Artrit(RA), etiyojisi tam olarak bilinmeyen ve başlıca sinoviyal eklemleri tutan, eklem dışı dokularda kalıcı fonksiyon bozukluklarına yol açan, sinsi bir şekilde başlayan, tanı konulduğu zaman kişide gelişmiş fonksiyon kayıpları nedeniyle ciddi deformite ve sakatlıklara yol açabilen, kronik, sistemik bir hastalıktır. Erken mortalite ve yüksek oranda morbiditeye neden olmaktadır.

Romatoid Artrit, günümüzde bireylerde kalıcı yetersizlik ve sakatlığa neden olması, bireylerin ölüm nedenleri arasında olan bir hastalık olması, hasta birey, ailesi ve toplum açısından çeşitli sorunlara neden olması yönünden dikkat çekmektedir.

Çalışma kapsamımıza alınan bireylerden hasta grubunun %78.7'si kadın, %21.3'ü erkeklerden oluşurken; kontrol grubunun %73.3'ü kadın, %26.7'si erkeklerden oluşmaktadır. Hasta grubunun %33.3'ü 45-54 yaş grubunda, % 34.7'si 55 yaş ve üzeri grupta yer alırken; kontrol grubunun %35.3'ü 45-54 yaş grubunda, % 29.4'ü ise 55 yaş ve üzeri grupta yer aldığı görülmektedir. Hasta grubunun yaş ortalaması 49.57 ± 12.44 iken, kontrol grubunun yaş ortalaması 47.50 ± 12.42 'dir. Hasta grubun BKİ ortalaması 27.25 ± 4.91 iken, sağlıklı grubun BKİ ortalaması ise 22.76 ± 3.30 'dur. Araştırma kapsamına alınan hasta grubunun %73.3'ü ilkökul-ortaokul mezunu, % 12.7'si okur-yazar değil iken, kontrol grubunun %36.0'ı lise mezunu, % 33.3'ü ilkökul-ortaokul mezunudur.

Araştırma kapsamına alınan hasta ve kontrol grubunun büyük çoğunluğu evli, ev hanımı, aylık geliri asgari ücretin üzerinde ve sosyal güvence türü SSK'dır. Araştırma kapsamına alınan hasta ve kontrol grubunun yaşadıkları yer sorulduğunda ise büyük çoğunluğunun Konya'ya bağlı ilçelerde yaşayan bireylerden oluştuğu saptanmıştır.

Araştırma kapsamına alınan hasta grubunun sigara ve alkol alışkanlıkları incelendiğinde, hastaların %82.0'mın sigara içmediği ve %96.0'mın alkol kullanmadığı, kontrol grubunun ise %58.7'sinin sigara içmediği ve % 90.7'sinin alkol kullanmadığı belirlenmiştir. Araştırma kapsamına alınan hasta grubunun % 78.0'ı, kontrol grubunun ise % 86.0'ı egzersiz yapmadıklarını belirtmişlerdir.

Araştırma kapsamına alınan Romatoid Artritli bireylerin % 30.0'ı 11 yıl ve daha uzun süreli bu hastalığa sahip olduğunu, % 73.3'ü Romatoid Artrite ek bir

hastalığının olduğunu ve bunu %36.0 ile endokrin sistem hastalıkları, %28.0 ile metabolik sistem hastalıkları ve %9.3 ile kan hastalıklarının oluşturduğunu, hastaların %95.3'ünün ilaçlarını düzenli olarak kullandığını ve % 91.3'ünün ise kontrollere düzenli olarak geldiklerini ifade ettikleri saptanmıştır. Hastaların hastalıkları nedeniyle kendilerine destek olan birilerinin varlığı sorulduğunda ise % 76.7'si evet cevabını vermişlerdir.

Araştırmaya katılan hasta grubunun % 70.4'ünün uyku kalitesinin kötü olduğu, kontrol grubunun ise % 29.6'sının uyku kalitesinin kötü olduğu saptanmıştır. Hasta grubunun sağlıklı bireylere göre uyku kalitesinin anlamlı ölçüde düşük olduğu saptanmıştır($p < 0.01$).

Araştırmamızda Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksinden hasta grubunun aldığı toplam PUKİ puanı 10.42 ± 3.65 'tir ve kötü uykuya sahip oldukları saptanmıştır. (toplam PUKİ puanı > 5). Kontrol grubunun toplam PUKİ puanı ise 5.28 ± 3.43 'tür. Kontrol grubunda toplam PUKİ puanı 5'in üzerinde olduğu için kötü uyku kalitesine sahiptir ama RA'li hastaların toplam PUKİ puanı ile karşılaştırıldığında daha iyi uykuya sahip oldukları görülmektedir. Hasta ve kontrol grubu uyku kalitesi bileşenleri puan dağılımı incelendiğinde öznel uyku kalitesi, uyku latensi, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği, uyku bozukluğu ve gündüz işlev bozukluğu bileşenleri arasında anlamlı ölçüde fark saptanmıştır($p < 0.05$). Uyku ilacı kullanımı yönünden ise anlamlı fark bulunmamıştır($p > 0.05$).

Hastaların uyku latensinin kötü bulunması hastaların gece uykuya dalmakta güçlük çektiklerini ve uykuya dalma sürelerinin uzun olduğunu, uyku süresinin ve alışılmış uyku etkinliğinin kötü olması, hastaların yeterli uyumadıklarını göstermektedir. Uyku bozukluğu bileşeninin kötü olması ise hastaların uyku sorunu yaşadıklarını gösteren önemli bir bulgudur.

Yapılan çalışmalarda Romatoid artritli hastalarda genel olarak fizyolojik ve psikososyal sorunların uyku problemlerine neden olduğu düşünülmektedir. Romatoid artritli hastalarda özellikle ağrıya bağlı olarak uyku sorunları görülmektedir. Romatoid artritli hastalarda başlıca görülen uyku sorunları arasında ise uykuya başlama ve sürdürmede güçlük, uykuya dalamama, geceleri uykularının sürekli bölünmesi, sabah erkenden uyanma, gün boyunca uykulu olma ve uykusuzluğa bağlı olarak yorgunluk gibi durumlardır (14 – 22).

Yapılan çalışmalarda Fransa'da nüfusun %62'si, ABD'de %90'ı, Türkiye'de de %28'i uyuyamamaktan şikayet etmektedir. Bu sonuçlara göre insanların büyük çoğunluğunun uykusuzluk problemi yaşadıkları ve sabahları yataklarından dinlenmemiş olarak kalktıkları söylenebilir(54). Bixler ve arkadaşlarının genel popülasyonda yaptıkları bir çalışmada ise uyku problemlerinin sıklığının %14-42 arasında olduğu saptanmıştır(87).

Uran(88), ile Fadiloğlu ve ark.(89) huzurevinde kalan yaşlı bireylerde; Görgülü(90), KOAH hastalarında; Şen(91), menopoz kadınında; Şekerci(92) hastanede görev yapan sağlık personelinin uyku kalitesi ile ilgili yaptıkları çalışmalarında, araştırma kapsamına aldıkları bireylerin uyku kalitelerinin kötü olduklarını bulmuşlardır (toplam PUKİ puanı > 5). Çalışmamızda da literatürle benzer şekilde kronik bir hastalık olan RA'da uyku kalitesinin düşük olduğu saptanmıştır.

Araştırmaya katılan RA'li bireylerin cinsiyete göre uyku kalitesi bileşenleri arasındaki ilişki incelendiğinde, öznel uyku kalitesi, uyku bozukluğu ve gündüz işlev bozukluğu yönünden anlamlı bir fark bulunmuştur. Kadınların uyku kalitesi bileşenlerinden erkeklere göre daha yüksek puan alarak uyku kalitelerinin daha kötü olduğu görülmektedir. Kontrol grubunun uyku kalitesi bileşenleri ile cinsiyet arasındaki ilişkiye bakıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Yapılan bazı çalışmalarda da kadınlarda uyku sorunlarının erkeklerden daha sık görüldüğü belirtilmektedir(90-94). Çalışmamız literatürle benzerlik taşımaktadır.

Kadınlarda uyku sorunlarının erkeklere göre daha sık görülmesi uyku ritmindeki ve ruhsal durumdaki değişikliklere kadınların daha duyarlı olması nedeniyle olabilmektedir. Toplumsal normlar gereği kadınların ev-çocuk-eş üçgenindeki sorumluluklarının fazla olması, aile içindeki geleneksel rollerini devam ettirmek zorunda kalmaları, evlilikle ilgili daha çok sorun yaşamaları ve daha fazla yaşam biçimi değişikliği yapmak zorunda kalmaları ile yaşadıkları anksiyeteden şeklinde açıklayabiliriz.

Cinsiyet ile ilgili yapılmış diğer çalışmalarda ise erkeklerin kadınlara göre daha çok uyku problemi yaşadıkları sonucuna varılmıştır(95,96). Bunun nedeni

olarak da erkeklerin uyku sorununa neden olabilen faktörlere karşı toleranslarının daha düşük olduğu düşünülebilir.

RA'li hastaların ve kontrol grubunun yaş grupları ile uyku kalitesi bileşenleri arasındaki ilişki istatistiksel olarak incelendiği zaman anlamlı bir fark saptanmamıştır($p>0.05$). Ancak RA'li 55 yaş ve üzeri bireylerin 44 yaş altı bireylere göre öznel uyku kalitesi, uyku latensi, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği, uyku bozukluğu, uyku ilacı kullanımı ve gündüz işlev bozukluğu puan ortalaması daha yüksek olup, uyku kalitelerinin daha kötü olduğu belirlenmiştir. Yaş ilerledikçe RA'li bireylerin uyku kalitesinin bozulduğu söylenebilir. Yapılan bazı çalışmalarda da yaş ilerledikçe uyku kalitesinin bozulduğu saptanmıştır(97,98,99).

Chui ve ark. tarafından 1999 yılında yapılan çalışmada yaşlıların %75'i uyku bozukluğundan yakınmaktadır(100). Uykusuzluk yakınması ise %38'dir. Maggi ve ark. tarafından 1998 yılında yapılan çalışmada yaşlılarda uykusuzluk sıklığını erkeklerde %36, kadınlarda %54 bulunmuştur(101). Pallesan ve ark. 2002 yılında yaşlı uykusuzların uyku problemi olmayanlara göre kaygı, anksiyete düzeyinde yükseklik bulmuşlardır. Anksiyete düzeyindeki yüksekliğe ilaveten somatizasyon, obsesif- kompulsiyon ve depresyon ölçümlerinde de yükseklik saptamışlardır(102). Yapılan bir başka çalışmada ise, 1000 kişinin katıldığı toplum tabanlı bir araştırmada 18 yaş üstü nüfusun %36'sının son zamanlarda bir uyku yakınması olduğunu saptanmıştır.

Uykunun yaşla bozulmasının nedenleri arasında ise daha çok tıbbi hastalıklar, depresyon, ölüm korkusu, demans ve sosyal destek kaybı gösterilmektedir(103).

Çalışmamızda RA'li hastaların ve kontrol grubunun medeni duruma göre uyku kalitesi bileşenleri incelendiği zaman uyku ilacı kullanımı yönünden evli olanların bekar ve boşanmış/eşi ölmüş bireylere göre uyku kalitelerinin daha iyi olduğu saptanmıştır($p<0.05$).

Yapılan bazı çalışmalarda uyku gereksiniminin evrensel olmasına bağlı medeni durumun uyku kalitesini etkilemediğini destekleyen çalışma sonuçları bulunmaktadır(90,91,93,94,104). Uyku bozuklukları ile yapılan bazı çalışmalarda da evlilik hayatında karşılaşılan zorluklara bağlı uyku sorunları ya da bozukluklarının sık görüldüğü belirtilmektedir.

Öztürk'ün araştırmasında dul olan kadınların %62.8'inde uyku problemlerinin olduğu görülmüştür(105). Bu durum kadınlarda boşanmaya ya da eşin kaybedilmesine bağlı yüksek düzeyde anksiyete yaşamalarının yanında ekonomik ve sosyal belirsizliklerin olmasına bağlanmaktadır.

RA'li hastaların eğitim düzeylerine göre uyku kalitesi bileşenleri incelendiğinde, öznel uyku kalitesi, uyku bozukluğu, uyku ilacı kullanımı ve gündüz işlev bozukluğu yönünden anlamlı bir fark bulunmuştur($p<0.05$). Kontrol grubunda ise sadece gündüz işlev bozukluğu ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır($p<0.05$). RA'li hastalarda bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan ileri analizde; en fazla okur-yazar olmayanlarla, ilkokul-ortaokul mezunu bireylerden oluştuğu saptanmıştır. Bireylerin eğitim seviyesi düştükçe uyku kalitelerinin de düştüğü gözlenmektedir. Uran(88) huzurevinde kalan yaşlılarda; Görgülü(90) KOAH hastalarında; Öztürk(105), hastanede yatan yetişkin hastalarda yaptıkları çalışmada çalışmamızla benzer sonuçlar bulmuşlardır. Çalışmamız bu sonuçlarıyla literatürle benzerlik göstermektedir.

Karagözoğlu ve ark. tarafından yapılan çalışmada da uyku alışkanlığındaki değişim ile eğitim düzeyi arasındaki ilişki istatistiksel olarak önemli bulunmuş ancak uyku alışkanlığında değişme olanların büyük çoğunlukla ve önemli düzeyde lise ve üzeri mezunu olduğu görülmüştür(95).

Yapılan bir çalışmada eğitim düzeyi daha iyi olan bireylerin fiziksel ve mental sağlıklarının daha iyi olduğu ve buna bağlı olarak da uyku kalitelerinin daha iyi olduğu belirtilmektedir(106). Bunun nedeni hastaların eğitim düzeyi arttıkça hastalığa ve yapılan tedaviye uyumlarının artması, gelişen semptomları daha iyi kontrol edebilmeleri, öz-bakım güçlerinin artması, bilgiye ulaşma ve kullanma gibi durumlar nedeniyle daha az sorun ve uyku problemi yaşamaları şeklinde açıklanabilir.

Bireylerin mesleklerine göre uyku kalitesi bileşenleri incelendiğinde, öznel uyku kalitesi, uyku latensi, uyku bozukluğu ve gündüz işlev bozukluğu arasında anlamlı bir fark saptanırken($p<0.05$), kontrol grubunun uyku kalitesi bileşenleri ile meslekleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur($p>0.05$). Yapılan ileri analizde RA'li hastalarda bu farkın en çok ev hanımlarından

kaynaklandığı belirlenmiştir. Örnekleme alınan hastaların büyük kısmını, literatürde de yer aldığı gibi kadınlar oluşturmaktadır(107,108). Bu fark ev hanımlarının uyku kalitesinin diğer meslek gruplarından daha kötü olmasına bağlıdır. Bunun nedeni RA'lı hastaların büyük kısmını kadınların oluşturmasının yanı sıra, kadınların çocuk nedeniyle gece uykularından sık sık uyanmaları ve evdeki sorumluluklarının fazla olması gibi durumlar olabilir. Çalışmamız literatürle benzerlik göstermektedir (88,93,94,109).

Yapılan bazı çalışmalarda da, vardiya sistemi ile çalışan bireylerin uykusuzluk problemi yaşadıkları, vardiyaların sık değişmesi ve gün içindeki düzensiz çalışmaların uyku sağlığını bozduğunu ve vardiyalı çalışanların depresyona daha yatkın ve bağışıklık sistemlerinin diğer çalışanlara göre daha zayıf olduğu saptanmıştır. Vardiyalı çalışma şekli, iş kazalarının oluşumunu da ciddi anlamda etki etmektedir(62,104). Özellikle vardiyalı ya da gece çalışmaları üzerine yapılan son araştırmalarda, bireyin gündüz performansı, zamanlama, uyku miktarı, melatonin sekresyonunun en yüksek değeri ve işte uyku eğilimi arasında yakın ilişki bulunduğu vurgulanmaktadır. Bir çalışmada, gündüz çalışan, hızlı değişen vardiyalarla çalışan ve devamlı gece çalışan hemşirelerin iş performansı açısından karşılaştırıldığında ilk iki grupta performans yüksek ve aynı kalırken, devamlı gece çalışanlarda düşük bulunmuştur(62,63).

RA'li bireylerin aylık gelirine göre uyku kalitesi bileşenleri incelendiğinde, uyku süresi yönünden anlamlı bir fark bulunurken($p<0.05$), kontrol grubunun uyku kalitesi bileşenleri ile aylık gelir arasındaki fark ise istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Asgari ücret üstünde aylık geliri bulunan RA'li bireylerin uyku kalitesi bileşenlerinin puanları asgari ücret altında aylık geliri olan RA'li bireylere göre düşük olarak bulunmuştur. Bunda asgari ücret üzerinde aylık geliri olanların sayısının yüksek olması şeklinde yorumlanabilir.

Yapılan bazı çalışmalarda sosyo-ekonomik durumun uyku kalitesini olumlu yönde etkilediği sonuçlarına varılmıştır(92,106). Bunun nedeni olarak da sosyo-ekonomik düzeyi iyi olanların daha iyi yaşam şartlarına sahip olmasına bağlı olabileceğini ve sosyo-ekonomik düzeyin düşük olmasının bireylerin yaşadıkları kaygının yüksek olmasına ve buna bağlı olarak da uyku problemlerinin ortaya çıkmasına neden olabileceğini öne sürmüşlerdir.

Çalışmamızda RA'li hastalarda düzenli olarak egzersiz yapma ile uyku kalitesi bileşenleri incelendiğinde uyku bozukluğu yönünden anlamlı bir fark saptanmışken($p<0.05$), kontrol grubunun uyku kalitesi bileşenleri ile düzenli olarak egzersiz yapma arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur($p>0.05$). Düzenli olarak egzersiz yapan RA'li bireylerin yapmayanlara oranla uyku bozukluğu değeri daha düşüktür. Düzenli olarak egzersiz yapılmamasının uyku kalitesini bozduğu saptanmıştır. Bu sonuç Şekerci'nin çalışmasıyla benzer sonuçlar göstermektedir(92).

Bilinçli egzersiz uygulamaları kan basıncını düşürür, denge kaybedip düşme riskini ve yaralanma risklerini azaltır, vücudun kas ve kemik kütlesi kaybını yavaşlatır, esneklik artar, denge ve hareket yeteneğini geliştirir, ideal kilonun korunması sağlanır, uyku düzenini sağlar, kişiyi gerginlik ve stresten uzaklaştırır, sağlıklı ve uzun bir yaşam sunar(110).

Erarslan'ın 2001'de Van'da yaptığı çalışmada egzersizin uyku kalitesini arttırdığı, uykuya dalmayı kolaylaştırdığı, uykunun devamlılığını sağladığı, gece yarısı uyanma sıklığının azaldığını bulmuştur(111). Finlandiya'da yapılan bir çalışmada hem akut, hem de kronik egzersizin uykuyu olumlu yönde etkilediği bildirilmiştir(112).

King ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada egzersiz aktivitesinin uzun süreli devam ettirilmesinin önemi ortaya konulmuş, 16 hafta süreyle uygulanan orta şiddette egzersizin spor yapmayan sağlıklı erkek ve kadınlarda öznel uyku kalitesini artırdığı ancak bu etkinin ilk 8 haftalık süre içinde ortaya çıkmadığı, daha sonra belirginleştiği vurgulanmıştır(113).

Vardar ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada spor yapan ergen kızların spor yapmayan akranlarına göre gecede yaklaşık 50dk daha fazla uyuduklarını ortaya çıkışlardır(65).

Orta derecede uyku yakınmaları olan 45 yaşlıya uygulanan egzersiz programı sonrasında kişilerin uyku durumları Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi ile incelenmiş ve önemli iyileşme saptanmıştır.

Çalışmamızda RA'li sigara içme ile uyku kalitesi bileşenleri incelendiğinde, öznel uyku kalitesi, uyku latensi ve uyku bozukluğu yönünden anlamlı bir fark saptanmışken($p<0.05$), alkol kullanma ile uyku kalitesi bileşenleri arasında

istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır($p>0.05$). Kontrol grubunun ise sigara içme ile uyku kalitesi bileşenleri incelendiğinde, öznel uyku kalitesi, uyku latensi, uyku süresi, uyku ilacı kullanımı ve gündüz işlev bozukluğu yönünden fark istatistiksel olarak anlamlı bulunurken($p<0.05$), alkol kullanma durumu ile uyku kalitesi bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır($p>0.05$).

Görgülü'nün KOAH'lı hastalarda yaptığı çalışmada, sigaranın uyku kalitesini etkilemediği bulunmuştur(90).Yapılan araştırmalarda sigaranın, uyku sorunları ve bozukluklarının gelişmesinde önemli bir risk faktör olduğu ve sigara içenlerin uyku kalitelerinin içmeyenlere göre kötü olduğu belirtilmektedir(114,115). Sigara uykuya dalmada güçlüğü ve uykunun bölünmesine neden olabilir. Bu durumun, sigaranın içinde bulunan nikotinin uyarıcı etkisine, gece boyunca olan yoksunluğa, uykudaki solunum sorunlarının içmeyenlere göre daha sık olmasına bağlı olabilir.

Ohayon ve ark. ları da uyku sorunlarına neden olan risk faktörleri arasında alkolün de yer aldığını ifade etmiştir(116). Çalıyurt çalışmasında, sigara kullanımı ile uyku kalitesi arasında düşük bir korelasyon saptamış, sigara kullanımının PUKİ değerlerini yükselttiğini bulmuştur(104). Uran'ın huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılar üzerinde yaptığı çalışmada, huzurevinde ve evde yaşayan yaşlıların sigara içenlerle – bırakmış olanlar arasında yapılan istatistiği değerlendirmede anlamlı bir fark saptamıştır. Huzurevinde kalan yaşlıların uyku kalitesi daha kötü bulunmuştur(88). Araştırma grubundaki kişilerin sigara ve alkol kullanma durumlarının az olması, çalışma grubundaki kişilerin çoğunluğunun bayanlardan oluşması, toplumsal yapı içinde kadının alkollü içki kullanmasının hoş karşılanmaması, alkollü içkinin fazla yeri olmaması ve toplumsal normlardan dolayı olabilir.

RA'li hastalarda hastalık süresi ile uyku kalitesi bileşenleri arasında istatistiksel olarak bir fark saptanmamıştır($p>0.05$). 11 yıl ve üzeri RA hastalığı bulunan bireylerin ise puanlarının yüksek olduğu görülmektedir. Müzdarip olma yılı ilerledikçe bireylerin uyku kalitesi de bozulduğu söylenebilir. Bu sonuç Görgülü'nün sonuçlarıyla benzerlik gösterirken(90), Arslan'ın sonuçlarıyla zıttır(94).

Literatürde RA'in kronik ve ilerleyici olması, hastalık semptomlarının ataklar halinde alevlenme göstermesi, atakların sıklığının artmasına bağlı olarak hastaların uyku sorunları yaşadıkları belirtilmektedir(14,16,17,22).

Algier ve ark.larının, romatolojik hastalıkları olan bireylerin yaşam kalitesini araştırdıkları çalışmalarında, kadın hastaların yaşam kaliteleri erkeklerden daha düşük bulunmuştur(117).

Young ve ark.larının, erken Romatoid artritli hastalarda, 5 yıl içinde gelişen özürülük düzeyinin araştırıldığı çalışmaya göre, hastaların 5 yıl sonunda fonksiyonel kayıplarının %9.4'ten %16'ya çıktığı; fonksiyonel kaybın daha çok kadınlarda geliştiği saptanmıştır(118).

Çalışmamızda eşlik eden hastalıklar ile uyku kalitesi bileşenleri arasında, öznel uyku kalitesi, uyku latensi, uyku süresi, uyku bozukluğu ve gündüz işlev bozukluğu yönünden anlamlı bir fark saptanmıştır($p<0.01$). Bu sonuç Fadiloğlu'nun(89) huzurevinde kalan yaşlılarda; Görgülü'nün(90), KOAH hastalarında; Şekerci'nin(92), hastanede görev apan sağlık personelinde yaptıkları çalışmalarla benzerlik taşımaktadır.

Romatoid artrit ile ilgili yayınlarda, Romatoid Artrit hastalığına başka kronik hastalıkların eşlik edebildiği, ya da Romatoid artrit tedavisine bağlı HT, DM, osteoporoz gibi hastalıklar gelişebileceği belirtilmektedir.

Literatürde RA'lı hastalarda komorbidite oranı %49-56 arasında değişmektedir. Gabriel ve ark. RA'lı hastalarda %58 oranında, Berkanovic ve ark. ise %54 oranında komorbid hastalık görüldüğünü bildirmişlerdir(119, 120).

Keskin ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada 134 hastadan 64(%48) hastada komorbid hastalık tespit edilmiştir. En sık rastlanan komorbid hastalıklar sırasıyla HT(%11,2), peptik ülser(% 7.5), kronik pulmoner hastalık(%7.5), DM(%6.7) ve osteoporoz(%3.7) olarak belirlenmiştir(121).

Barlow ve arkadaşlarının, hastalık etkilerine yönelik baş etme yöntemlerinin öğretildiği çalışmalarına katılan osteoartrit ve Romatoid artritli hastaların, %55'inin irritabl barsak sendromu ve kalp rahatsızlıkları gibi başka bir sağlık probleminin olduğu saptanmıştır(122).

Planch ve ark. Romatoid artritli kadın hastalarda, sosyal rollerin psikolojik duruma etkileri ile ilgili çalışmalarında, araştırmaya katılan 56 hastanın %35'inde

osteoporoz, %31'inde GIS yakınmalar, %21'inde HT, %27'sinde dolaşım problemleri, %19'unda anemi, %19'unda katarakt saptanmıştır(123).

RA'li hastalarda ilaç kullanma durumu ile uyku kalitesi bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır($p>0.05$). Atıcı'nın Romatoid artritli hastaların öz-bakım güçlerinin belirlenmesi için yaptığı çalışmada, hastaların %84.4'ünün ilaçlarını düzenli kullandıkları belirlenmiştir(124). Örnekleme alınan hastaların yüksek oranda ilaçlarını düzenli olarak kullandıklarını ifade etmeleri olumlu bir sonuçtur. Bu tedavinin olumlu olarak devam etmesinin bir göstergesi olabilir.

Çalışmamızda RA'li hastalarda kontrollere gelme ile uyku kalitesi bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır($p>0.05$).

RA'li hastalarda hastalıkla baş etmede destek kişilerin varlığı ile uyku kalitesi bileşenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır($p>0.05$). Bu sonuç Görgülü'nün sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir(90).

Romatoid artritli hasta, genellikle yaşamının en verimli olduğu yetişkinlik çağında kronik bir hastalıkla karşı karşıya kalır. Fiziksel özürüllüğe götüren bu hastalık kişilerin evlilik, iş, arkadaşlık ve akrabalık ilişkilerini tehdit edebilmekte, kişide psikolojik hastalıkların görülmesine ve sosyal izolasyona neden olabilmektedir. (125,126).

Psikiyatrik değerlendirmeler romatizmal hastalardaki depresif hastalık prevalansının %45 dolayında olduğunu göstermektedir. Karasu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada RA'lı hastaların %33.8'inde depresyon saptanmıştır(127).

RA'da anksiyetenin de depresyon kadar sık bir bozukluk olduğu El-Miedany ve ark. tarafından bildirilmiştir(128). Araştırmacılar çalışmalarında depresyon oranını %66.2, anksiyete oranını %70 olarak saptamışlardır.

Murphy ve ark. HAD ölçeğini kullanarak yaptıkları çalışmada ort. HAD depresyon skorunu 7 olarak bulmuşlar ve HAD'a göre depresyon belirtilerinin hastalarının %17'sinde mevcut olduğunu bildirmişlerdir(125).Ülkemizde yapılan bir çalışmada depresyon ölçeği olarak BDE kullanılmış ve depresyon oranı %33.8 olarak bildirilmiştir(19).

Wright ve ark.'larının yaş ve depresyon ile ilişkili buldukları çalışmalarının sonuçlarına göre, genç ve henüz yeni hastalanmış vakalarda depresyon, uzun süre tedavi almış vakalardan çok daha belirgin olarak bulunmuştur(126).

Bu durumda hastaların hastalığını kabullenmesi, yaşam şeklini uygun şekilde modifiye etmesi, korku ve belirsizlik duygularından kurtulması, kullanılmayan yeteneklerini geliştirmesi ve yaşam kalitesini artırmasına yönelik girişimlerin desteklenmesi, hastaların aileleriyle birlikte ele alınarak birincil destek sistemlerinin oluşturulması önerilebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

Romatoid Artritli hastaların uyku kalitelerinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

Çalışma kapsamına alınan bireylerden hasta grubunun %78.7'si kadın, %21.3'ü erkeklerden oluşurken; kontrol grubunun %73.3'ü kadın, %26.7'si erkeklerden oluşmaktadır. Hasta grubunun %33.3'ü 45-54 yaş grubunda, % 34.7'si 55 yaş ve üzeri grupta yer alırken; kontrol grubunun %35.3'ü 45-54 yaş grubunda, % 29.4'ü ise 55 yaş ve üzeri grupta yer aldığı görülmektedir. Hasta grubunun yaş ortalaması 49.57 ± 12.44 iken, kontrol grubunun yaş ortalaması 47.50 ± 12.42 'dir. Hasta grubun BKİ ortalaması 27.25 ± 4.91 iken, sağlıklı grubun BKİ ortalaması ise 22.76 ± 3.30 'dur.

Araştırma kapsamına alınan hasta grubunun %73.3'ü ilkokul-ortaokul mezunu, % 12.7'si okur-yazar değil iken, kontrol grubunun %36.0'ı lise mezunu, % 33.3'ü ilkokul-ortaokul mezunudur.

Araştırma kapsamına alınan hasta ve kontrol grubunun büyük çoğunluğu evli, ev hanımı, aylık geliri asgari ücretin üzerinde ve sosyal güvence türü SSK'dır. Araştırma kapsamına alınan hasta ve kontrol grubunun yaşadıkları yer sorulduğunda ise büyük çoğunluğunun Konya'ya bağlı ilçelerde yaşayan bireylerden oluştuğu saptanmıştır.

Araştırma kapsamına alınan hasta grubunun sigara ve alkol alışkanlıkları incelendiğinde, hastaların %82.0'mın sigara içmediği ve %96.0'mın alkol kullanmadığı, kontrol grubunun ise %58.7'sinin sigara içmediği ve % 90.7'sinin alkol kullanmadığı belirlenmiştir. Araştırma kapsamına alınan hasta grubunun % 78.0'ı, kontrol grubunun ise % 86.0'ı egzersiz yapmadıklarını belirtmişlerdir. Araştırmaya alınan hasta grubunun %68.7'si, kontrol grubunun ise % 50.6'sı gündüz uyuklama durumlarının olduğunu ifade etmişlerdir.

Araştırma kapsamına alınan Romatoid Artritli bireylerin % 30.0'ı 11 yıl ve daha uzun süreli bu hastalığa sahip olduğunu, % 73.3'ü Romatoid Artrite ek bir hastalığının olduğunu ve bunu %36.0 ile endokrin sistem hastalıkları, %28.0 ile metabolik sistem hastalıkları ve %9.3 ile kan hastalıklarının oluşturduğunu, hastaların %95.3'ünün ilaçlarını düzenli olarak kullandığını ve % 91.3'ünün ise

kontrollere düzenli olarak geldiklerini ifade ettikleri saptanmıştır. Hastaların hastalıkları nedeniyle kendilerine destek olan birilerinin varlığı sorulduğunda ise % 76.7'si evet cevabını vermişlerdir.

Romatoid artritli hastaların çoğunluğunu kadınların oluşturduğu gözlenirken, hasta ve kontrol grubu arasında cinsiyet, medeni durum, alkol kullanma ve egzersiz yapma arasında bir fark saptanmamış($p>0.05$), eğitim düzeyi, meslek, aylık gelir, sigara içme ve gündüz uyuklama durumu arasında ise anlamlı olarak bir fark saptanmıştır($p<0.05$).

Araştırmaya katılan hasta grubunun % 70.4'ünün uyku kalitesinin kötü olduğu, kontrol grubunun ise % 29.6'sının uyku kalitesinin kötü olduğu saptanmıştır. Hasta grubunun sağlıklı bireylere göre uyku kalitesinin anlamlı ölçüde düşük olduğu saptanmıştır($p<0.01$).

Araştırmamızda Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksinden hasta grubunun aldığı toplam PUKİ puanı 10.42 ± 3.65 'tir ve kötü uykuya sahip oldukları saptanmıştır. (toplam PUKİ puanı > 5). Kontrol grubunun toplam PUKİ puanı ise 5.28 ± 3.43 'tür. Kontrol grubunda toplam PUKİ puanı 5'in üzerinde olduğu için kötü uyku kalitesine sahiptir ama RA'li hastaların toplam PUKİ puanı ile karşılaştırıldığında daha iyi uykuya sahip oldukları görülmektedir. Hasta ve kontrol grubu uyku kalitesi bileşenleri puan dağılımı incelendiğinde öznel uyku kalitesi, uyku latensi, uyku süresi, alımlı uyku etkinliği, uyku bozukluğu ve gündüz işlev bozukluğu bileşenleri arasında anlamlı ölçüde fark saptanmıştır($p<0.05$). Uyku ilacı kullanımı yönünden ise anlamlı fark bulunmamıştır($p>0.05$).

Çalışma kapsamındaki RA'li bireylerin cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, meslek, aylık gelir, egzersiz yapma, sigara içme, gündüz uyuklama ve eşlik eden hastalık değişkenleri ile uyku kalitesi bileşenleri arasında anlamlı bir fark bulunurken($p<0.05$); yaş, alkol kullanma, hastalık yılı, ilaç kullanma, kontrollere gelme ve destek kişilerin varlığı değişkenleriyle uyku kalitesi bileşenleri arasındaki fark ise anlamsız bulunmuştur($p>0.05$).

Araştırma kapsamındaki kontrol grubunun ise medeni durum, eğitim düzeyi ve sigara içme değişkenleri ile uyku kalitesi bileşenleri arasında bir fark bulunurken($p<0.05$); cinsiyet, yaş grupları, meslek, aylık gelir, egzersiz yapma, alkol kullanma ve gündüz uyuklama değişkenleri ile uyku kalitesi bileşenleri arasındaki fark ise anlamsız bulunmuştur($p>0.05$).

6.2. ÖNERİLER

Araştırmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Hemşirelerin, hastaların uyku sorunlarını ve nedenlerini saptayabilmeleri için uyku izleme ve değerlendirme formlarını kullanmaları,
- Ağrı, RA'lı hastalarda fiziksel ve psikolojik sıkıntılar oluşturarak uyku problemlerine neden olduğundan ağrı ile baş etme yöntemleri öğretilmeli,
- Uyku kalitesi kötü olan RA'lı hastalara, ortaya çıkan problemlerle baş etme yeteneklerinin kazandırılması ya da geliştirilmesi konusunda psikiyatrik yardım ve danışmanlık verilmeli,
- Romatoid artritte yaşanan semptomlar, semptomlara yönelik hastaların uygulamaları konusundaki bilgi eksikliklerinin kapatılmasına yönelik eğitim programlarının oluşturulmasının yararlı olacağı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

- 1-** Akdemir N., Birol L.(2003). İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Vehbi Koç Vakfı SANERC Yayın No: 2, İstanbul, 193-200.
- 2-** Dünya Sağlık Raporu(1997). 21. Yüzyılda Yaşam Herkese Ortak Bakış Özet Rapor. B. Metin(ed.) Ankara: Sağlık Bakanlığı, Dış İlişkiler Dairesi Başkanlığı.
- 3-** Önal, EA.(nd). Kronik Hastalıkların Epidemiyolojisi. Elde edilme tarihi: Kasım 14, 2007. [www. publichealth.pitt.edu/supercoursePPT/ 4011-5001/4141.ppt](http://www.publichealth.pitt.edu/supercoursePPT/4011-5001/4141.ppt)
- 4-** Bilir N. (2001). “Kronik Hastalıkları, Kalp Hastalıkları” Yeni Türkiye Dergisi, 7,39. Semih Ofset, 953- 961.
- 5-** Holber P(1998): Rheumatoid arthritis:history. Rheumatology. İkinci baskı. Klippel JH, Dieppe PS(eds). Mosby, London,
- 6-** Zvaifler NJ(1993): Etiology and Pathogenesis of Rheumatoid Arthritis: Arthritis and Allied Conditions. Onikinci Baskı. Mc Carty DJ, Koopman WJ(eds). Lea and Febiger, Pennsylvania, s: 723-736.
- 7-** Wong J., Romey D., Singh G. (2001). Long-term Morbidity, Mortality and Economics of Rheumatoid Arthritis. Arthritis & Rheumatism. 44(12): 2746-2749.
- 8-** Symmons D.P.M. (2005). Looking back: Rheumatoid Arthritis – Etiology, Occurrence and Mortality. Rheumatology. 44(4): 14-17.
- 9-** Wildier RL.(1993). Rheumatoid Arthritis, epidemiology, pathology and pathogenesis. In: Schumcher RH(eds). Primer on the Rheumatic Diseases. Arthritis Foundation, Atlanta, 86-89.

- 10-** Dugowson CE, Koepsal TD, Voigth LF, et al. (1991). Rheumatoid Arthritis In Women: Incidence rate in group-health cooperative., Seattle, Washington, 1987-1989. *Arthritis Rheum* 34: 1502-1507,
- 11-** Hamuryudan V. (2003). Romatoid Artrit. Romatolojik Hastalıklar Sempozyum Dizisi. No: 34. s: 19-29.
- 12-** Özsoy M.H., Altınel L., Başarır K., Çavuşoğlu A.T., Dinçel V.E. (2006). Romatoid Artritte Eklem Hastalığının Patogenezi. *Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği Dergisi*. 5:(3-4). 101-110.
- 13-** Mevorach D, Paget SA. Rheumatoid Arthritis. Paget SA, Gibofsky A, Beary JF III(eds). (2000) *Manuel of Rheumatology and Outpatient Orthopedic Disorders*. Lippincott Williams&Wilkins, Fourth Edition, 192-229.
- 14-** Drewes ve ark. (1998). Sleep In Rheumatoid Arthritis: A Comparison With Healthy Subjects and Studies of Sleep/Wake Interactions. *British Journal of Rheumatology*. 37: 71-81.
- 15-** Bourguignan C., Labyak SE, Taibi D. (2003). Investigating Sleep Disturbances in Adults With Rheumatoid Arthritis. *Holist Nurs Pract*. 17(5): 241-249.
- 16-** Mahowald MW., Mahowald ML., Bundlie SR., et al. (1989). Sleep fragmentation in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*. 32(8): 974- 983.
- 17-** Treharne GJ., Lyons AC., Hale ED., et al. (2007). Sleep disruption frequency in rheumatoid arthritis: Perceived stres predicts poor outcome over one year. *Musculoskeletal Care*. 5(1): 51-64.
- 18-** Eds.(1999). Pain and Sleep Disturbances With Special Reference to Fibromyalgia and Rheumatoid Arthritis. *Rheumatology*. 38: 1035-1044.

- 19-** Altan ve ark. (2004). Romatoid Artritli Hastalarda Anksiyete ve Depresyon. Romatizma Dergisi. 19(1): 7-13.
- 20-** Drewes A., Arendt-Nielsen L.(2001). Pain and Sleep in Medical Diseases: Interactions and Treatment Possibilities A review. Sleep Research Online. 4(2): 67-76.
- 21-** Ancoli S.(2006). The Impact and Prevalance of Chronic Insomnia and Other Sleep Disturbances Associated With Chronic Illness. The American Journal of Manage Care. 12(8): 221-229.
- 22-** Moldofsky H. (2001). Sleep and pain. Sleep Medicine Reviews. 5(5): 387-398.
- 23-** Merritt SL(1993). Sleep, In “Fundamentals Of Nursing” ed. PA Potter, AG Perry, Third Edition, 1128-1150.
- 24-** Ertekin Ş. (1998). Hastanede Yatan Hastalarda Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı. Sivas.
- 25-** Harris Ed. (1993). Clinical features of rheumatoid arthritis. In: Kelley WN, Harris ED, Ruddy S, Sledge Ce(eds). Textbook of Rheumatology. WE Saunders, Philadelphia, 874-911.
- 26-** Wolheim FA(1998). Rheumatoid arthritis – the clinical picture. In: Isenbenberg DA, ed. Oxford textbook of Rheumatology. ss:1004.
- 27-** Ertenli İ. (1999). Yaşlılık ve Romatoid Artrit. V. Ege Romatoloji Günleri: Yaşlılık ve Romatizmal Hastalıklar Kongre Kitabı. 51-58.

- 28-** Harris ED.(1993). Etiology and pathogenesis of rheumatoid arthritis. In: Kelley WN, Harris ED, Ruddy S, Sledge CB(eds). Textbook of Rheumatology. WB Saunders, Philadelphia. 833- 873.
- 29-** Felson TD. (1993). Epidemiology of the rheumatic diseases. In: Mc Carty DJ, Kopman WJ(eds). Arthritis and Allied Conditions. Lea and Febiger, Philadelphia, 17-49.
- 30-** Ergin S. (2000). Romatoid Artrit ve Sjögren Sendromu. Beyazova M., Gökçe – Kutsal Y.(eds). Fiziksel Tıp Ve Rehabilitasyon. Cilt: 2. Güneş Kitabevi Ltd Şti, Ankara; 1549-1576.
- 31-** Gül A.G. , Yavuz K.Ş. (2002). Romatoid Artrit eklem bulguları. Hamuryudan(ed) Romatoid Artrit. MD yayıncılık. Ankara. 1-6: 16-19.
- 32-** Chen PP, Fong S., Carson DA. (1987). Rheumatoid Factor. Rheum Dis Clin N Am; 13: 545-568.
- 33-** Cutolo M., Serriolo B., Accardo S(1995): Androgens in rheumatoid arthritis. Rheumatology in Europe; suppl 2: 211-214.
- 34-** John D Issacs, Larry W Moreland(eds). (2003). Romatoid Artrit. 1. Baskı, AND Danışmanlık, Eğitim, Yayıncılık ve Organizasyon Ltd. Şti. İstanbul.
- 35-** Firestein GS. (2001).Etiology and pathogenesis of rheumatoid arthritis. In: Ruddy S, Harris ED, Sledge CB(eds). Kelley's Textbook of Rheumatology. Sixth ed, Philadelphia, WB Saunders, 921-966.
- 36-** Amen PC, Edwothy SM, Bloch DA, Mc Shane DJ, Fries JF, Cooper NS.(1988). The American Rheumatism Association 1987 criteria for the classification of rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum. 31: 315-324.

- 37-** Anderson U.(1993). Rheumatoid arthritis, clinical and laboratory features. In: Schumacher RH(ed). Primer on the Rheumatic Diseases. Arthritis Foundation, Atlanta, 90-95.
- 38-** Mc Carty D. (1993). Treatment of Rheumatoid Arthritis. In: Mc Carty DJ, Kopman WJ(eds). Arthritis and Allied Conditions. Lea and Febiger, Philadelphia, 877-886.
- 39-** Baum J, Zwiilich SH, Ziff M. (1993). Laboratory Findings in Rheumatoid Arthritis. In: Mc Carty DJ, Kopman WJ(eds). Arthritis and Allied Conditions. Lea and Febiger, Philadelphia, 841-860.
- 40-** Hochberg MC, Chang RW, Dwash I. (1992). The American College of Rheumatology 1991 revised criteria for the classification of global functional status in rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum 35(5): 498-502.
- 41-** Haris ED Jr. (2001).Treatment of rheumatoid arthritis. In: Ruddy S, Haris ED Jr, Sledge Js(eds). Kelley's Textbook of Rheumatology. Sixth ed, Pennsylvania, W.B. Saunders, 1001-1022.
- 42-** Matteson EL. (2003). Extra- articular features of rheumatoid arthritis and systemic involvement. In: Hochberg MC, Silman AJ, Smolen JS, Weinblatt ME, Weisman MH(eds). Rheumatology. Third ed, Spain, Mosby, 781-792.
- 43-** Bacon PA. (1993). Extra-articular rheumatoid arthritis. In: Mc Carty DJ, Kopman WJ(eds). Arthritis and Allied Conditions. Lea and Febiger, Philadelphia, 811-840.
- 44-** Lipsky PE. (2001). Rheumatoid arthritis laboratory findings. In: Braunwald E et al. Harrison's 15th Principles of internal medicine, New York, Mc Grow Hill: ss:1928-1937.

- 45-** Schrohenloher RE, Bridges SL, Kopman WJ Jr. (1997). Rheumatoid Factor. In: Kopman WJ(ed). Arthritis and Allied Conditions. 13th(ed): Pennsylvania, Williams and Wilkins, 1109-1130.
- 46-** Blackburn WD, Chatham WW. Jr. (1997). Laboratory findings in rheumatoid arthritis. In: kopman WJ(ed). Arthritis and Allied Conditions. 13th ed, Pennsylvania, Williams and Wilkins, 1089- 1102.
- 47-** Wordsworth P, Pile K. (1994). Rheumatoid Arthritis. Etiology. In: Klppel JH, Dieppe PA(eds). Rheumatology, Mosby Year Book Europa Limited, section 3, 8.1-8.10.
- 48-** Lyngverg KK, Ronsing BU, Nawrocki A, et al. (1994). Safe and effective isokinetic knee extension training in rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum, 37: 623.
- 49-** American College Of Rheumatology Subcommittee on Rheumatoid Arthritis Guidelines. Guidelines for the Management of Rheumatoid Arthritis 2002 Update. Arthritis Rheum 2002; 46:328-346.
- 50-** Simon LS, Yocum D. (2000). New and future drug therapies for rheumatoid arthritis. Rheumatology, 39(suppl 1): 36-42.
- 51-** Williams HJ. (1993). Rheumatoid Arthritis, Treatment. In: Schumacher RH(ed). Primer on the Rheumatic Diseases. Arthritis Foundation, Atlanta, 96-99.
- 52-** Ersoy Y. (2002). Metotreksat ve Diğer Sitotoksik İlaçlar. Göksoy T(ed). Romatizmal Hastalıkların Tanı ve Tedavisi. I. Baskı- İstanbul: Yüce Yayın,; 907-926.
- 53-** Semble EL. (1995). Rheumatoid Arthritis: New Approaches for Its Evaluation and Management. Arch Phys Med and Rehabil; 76: 190-201.

- 54-** Kaynak H.(2001). Uyku Uyuyamamak mı, Uyanamamak mı? Milliyet Yayınları. 53-54.
- 55-** Abdulkadiroğlu Z., Bayramoğlu F., İlhan N.(1997). Uyku ve Uyku Bozuklukları. Genel Tıp Dergisi. 7(3): 161-6.
- 56-** Mueller J, Flynn FG, Fields HL. (1995). Brain&Behaviour. In: Goldman HH. Review of General Psychiatry. 4th edition. Lebanon, Typopress.. p: 53-55.
- 57-** Clark CP, Moore PPJ, Seifritz E. et al.(2003). Uyku Bozuklukları İçinde “Psikiyatri Tanı ve Tedavi” ed. By S. Birsöz, T. Karaman, 430-440, Güneş Kitabevi, Ankara.
- 58-** Ay F., ve ark.(2008). Temel Hemşirelik “ Kavramlar, İlkeler ve Uygulamalar” İstanbul Medical Yayıncılık, 2.Baskı. 410-420.
- 59-** Öztürk O.(2001). Uyku Bozuklukları. Ruh Sağlığı Bozuklukları. 8.Baskı. Nobel Kitabevi, Ankara. 479-485.
- 60-** Vural H., Doğan Ş., Şalk S. ve ark. (1998). Uyku ve Dinlenme Gereksinimi. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Hemşirelik Yüksekokulu Ders Notları Gata Basımevi, Ankara, 296-314.
- 61-** Ağargün M.Y., ve ark.(1996). Gece Vardiyasında Çalışan Hemşirelerde Öznel Uyku Kalitesi. Van Tıp Dergisi. 3(1).
- 62-** Ardıç S. (2001). Uyku Hastalıkları ve Trafik-İş Kazaları. Toraks Dergisi. 2(3): 91-98.
- 63-** Camkurt M.(2007). İşyeri Çalışma Sistemi ve İşyeri Fiziksel Faktörlerinin İş Kazaları Üzerindeki Etkisi. TÜHİS İş Hukuku ve İktisat Dergisi. 20(6)-21(1). 80-106.

- 64-** Eraslan Z.(2001). Egzersizin Uyku Bozukluğu Üzerindeki Etkisi. Bilim Uzmanlığı Tezi. Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi.
- 65-** Vardar S., Öztürk L., Vardar E., Kurt C. (2005). Ergen Sporcu Kızlarda Egzersiz Yoğunluğu ve Öznel Uyku Kalitesi İlişkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 6: 154-162.
- 66-** Vardar S.(2005). Egzersiz ve Uyku İlişkisi Tam Olarak Biliniyor mu? Genel Tıp Dergisi. 15(4): 173-177.
- 67-** Kaynak D.(2007). İnsomni Yakınması Ardında Yatan Uyku Bozuklukları; Huzursuz Bacak Sendromu ve Uykuda Periyodik Hareket Bozukluğu (Derleme). Nöropsikiyatri Arşivi. 44: 95-100.
- 68-** Clainborne E. Reeder, Meg Franklin, Thomas J. Bramley(2007). Current Landscape of Insomnia in Managed Care. Am J Manag Care. 13: 112-116.
- 69-** Kayalı M.(2001). Uyku ve Uyku Bozuklukları. Yüksel N. Ruhsal Hastalıklar. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı. 2.Baskı , Ankara: 360-380.
- 70-** Köktürk O.(2001). Uyku Bozuklukları sınıflaması ve ayırıcı tanısı. Tüberküloz ve Toraks Dergisi. 49(1): 175- 182.
- 71-** Özgen F.(2001). Uyku ve Uyku Bozuklukları. Psikiyatri Dünyası. 5: 41-48.
- 72-** Sütçigil L., Aydın H., Özgen F., Cöngöloğlu E., Yazıhan N.(2005). İnsomniada Uyku Örüntüsünün Özellikleri. Gülhane Tıp Dergisi. 47: 159-163.
- 73-** Göктаş K., Özkan İ.(2006). Yaşlılarda Uyku Bozuklukları. Türk Geriatri Dergisi. 9(4): 226-233.

- 74-** Acoli- Israel S, Roth T. (1999). Characteristics of insomnia in the United States: results of the 1991 National Sleep Foundation Survey. *Sleep*; 22 (Suppl 2): 347-353.
- 75-** Karadağ M., Ursavaş A.(2007). Dünya’da ve Türkiye’de Uyku Çalışmaları. *Akciğer Arşivi*. 8: 62- 64.
- 76-** Marta A. Goncalves, Teresa Paiva, Elizabeth Ramos et al.(2004). Obstructive Sleep Apnea Syndrome, Sleepiness and Quality of Life. *Chest*. 125; 2091-2096.
- 77-** Köktürk O.(1998). Uykuda Solunum Bozuklukları. Tarihçe, tanımlar, hastalık spektrumu ve boyutu. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*. 46(2): 187- 192.
- 78-** Tilkian AG. (1976). Hemodynamics in sleep induced apnea: Studies During Wakefulness and Sleep. *Ann Intern Med.*; 85: 714.
- 79-** Papila İ., Acioğlu E.(2005). Obstrüktif Uyku Apne Sendromu. *Klinik Gelişim*. 18(1): 42-50.
- 80-** Yüksel G., ve ark.(2006). Huzursuz Bacak Sendromu: Klinik ve Demografik Değerlendirme. *Parkinson Hastalığı ve Hareket Bozuklukları Dergisi*. 9(2): 94-103.
- 81-** Hız F., ve ark.(2005). Huzursuz Bacak Sendromu ve Uykuda Periyodik Hareket Bozukluğu Olgu Sunumu. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 42(1-2-3-4):29-33.
- 82-** Acar S., Gencer A.(2005). Huzursuz Bacak Sendromunda Güncel Tedavi. *Romatizma Dergisi*. 20(2): 59-65.
- 83-** Öztura İ.(2002). REM Uyku Davranış Bozukluğu ve Demans. *Demans Dergisi*. 2: 111-114.

- 84-** Buysse DJ., Reynolds CF 3rd, Monk TH, et al.(1989). The Pittsburgh Sleep Ouality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res*; 28: 193-213.
- 85-** Smyth C. (1999). The Pittsburgh Sleep Ouality Index. (PSQI). [http:// www.Hartfordign.org/ publications/trythis/issue06.pdf](http://www.Hartfordign.org/publications/trythis/issue06.pdf).
- 86-** Ağargün M.Y., Kara H., Anlar O. (1996). Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi'nin Geçerliliği ve Güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 7(2): 107-115.
- 87-** Bixler EO, Kales A, VelaBueno A, Jacoby JA, Scarones S, Soldatos CR. (1982). Nocturnal Myoclonus and Nocturnal Myoclonic Activity in the normal population. *Res Commun Chem Pathol Pharmacol*. 36(1): 129-140.
- 88-** Uran G. (2001). Kırsal Kesimde Evde ve Huzurevlerinde Kalan 60 Yaş Üzeri Yaşlılarda Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi İle Uyku Kalitelerinin Karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Ankara.
- 89-** Fadiloğlu Ç., İlkbay Y., Yıldırım Y.(2006). Huzurevinde Kalan Yaşlılarda Uyku Kalitesi. *Türk Geriatri Dergisi*. 9(3): 165-169.
- 90-** Görgülü Ü. (2003). Koah Hastalarında Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi. Bilim Uzmanlığı Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Anabilim Dalı. Ankara.
- 91-** Şen Y.(2005). Menopoz Kadında Uyku Kalitesinin Saptanması ve Uyku Kalitesini Bozan Etkenlerin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Afyonkocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Dalı. Afyon.

- 92-** Şekerci K.(2005). Hastanede Görev Yapan Sağlık Personelinin Uyku Kalitesi ve Etkileyen Faktörler. Yüksek Lisans Tezi. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Elazığ.
- 93-** Ertekin Ş. (1998). Hastanede Yatan Hastalarda Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı. Sivas.
- 94-** Arslan S.(2005). Kanserde Uyku Sorunlarının Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Konya.
- 95-** Karagözoğlu Ş., Çabuk S., Tahta Y., Temel F.(2007). Hastanede Yatan Yetişkin Hastaların Uykusunu Etkileyen Bazı Faktörler. Toraks Dergisi. 8(4): 234-240.
- 96-** Vitiello MV, Larsen LH, Moe KE. (2004). Age-related sleep change. Gender and estrogen effects on the subjective-objective sleep quality relationships of healthy, noncomplaining older men and women. J Psychosom Res; 56: 503-10.
- 97-** Humm C., (2001). "Sleep Patterns in Older People", Nursing Times, 97; 36: 40-41.
- 98-** Cohen D. et al.(1995). "Sleep Disturbances in the Institutionalized Aged" American Geriatrics Society. 43;79-82.
- 99-** Buysse DJ., Reynolds CF 3rd, Monk TH, et al.(1991). Quantification of subjective sleep quality in healthy elderly men and women using the Pittsburgh Sleep Quality Index. (PSQI). Sleep; 14: 331-338.
- 100-** Chiu HF, Leung T, Lam LC, et al. (1999). Sleep problems in Chinese elderly in Hong Kong. Sleep; 22(6): 717- 726.

- 101-** Maggi S, Langlois JA, Minicuci N, et al. (1998). Sleep complaints in community-dwelling older persons; prevalence, associated factors and reported causes. *J Am Geriatr Soc*; 46(2): 161- 168.
- 102-** Pallesen S, Nordhus İH, Kvale G, et al. (2002). Psychological characteristics of elderly insomniacs. *Scand J Psychol*; 43(5): 425- 432.
- 103-** Berlin RM(1984). Management of Insomnia in Hospitalized Patients, *Annals of Internal Medicine*, 100(3): 398-404.
- 104-** Çalıyurt O.(1998). Sirkadiyen Uyku Uyanıklık Düzenini Etkileyen İş ve Çalışma Gruplarında Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı. Edirne.
- 105-** Öztürk M.(2003). Hastanede Yatan Yetişkin Hastaların Uyku Gereksinimlerini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı. Adana.
- 106-** Moore P.J. ve ark. (2002). “ Socioeconomic Status and Health: The Role of Sleep” *Psychosom Med*, March-April, 64,2, 337-344.
- 107-** Swezey R.L., (1993). *Arthritis and Allied Conditions. A Textbook of Rheumatology*, ABD, 797-803.
- 108-** Yazıcı ve ark. (2001). *Modern Tıp Seminerleri Dizisi. Güneş Kitabevi Yayınları*, Ankara. 7-14.
- 109-** Kabukçu N.(2000). Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine Menopoz Nedeni İle Başvuran Kadınların Sağlık Sorunlarının ve Etki Eden Faktörlerin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Adana.

- 110-** Zorba E., ve ark.(2004). 65-85 Yaş Arasındaki Yaşlılarda 10 Haftalık Antreman Programının Bazı Fiziksel Uygunluk Parametrelerine Etkisinin Araştırılması. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 18(4): 229-234.
- 111-** Eraslan Z.(2001). Egzersizin Uyku Bozukluğu Üzerindeki Etkisi. Bilim Uzmanlığı Tezi. Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi.
- 112-** Vuori I, Urganen H, Hasan J, et al.(1988). Epidemiology of exercise effects on sleep. Acta Physiol Scand ; 133(Suppl 574), 3-7.
- 113-** King AC, Oman RF, Brassington GS, et al.(1997). Moderate-intensity exercise and self-rated quality of sleep in older adults. A randomized Controlled Trial. JAMA; 277: 32-7.
- 114-** Lexcen, F.J. ve Hicks, R.A., (1993) “ Does Cigarette Smoking Increase Sleep Problems?” Percet. Mot. Skills, 77, 1,16-18.
- 115-** Altıntaş H., ve ark.(2006). HÜTF Dönem Dört Öğrencilerinin Uyku Bozukluklarının ve Uykululuk Hallerinin Epworth Uykululuk Ölçeği İle Değerlendirilmesi. Sted Dergisi. 15(7): 11-120.
- 116-** Ohayon M.M. ve ark, (2001). “ Risk Factors for sleep Bruxism In The General Population”, Chest, 119(1): 53-69.
- 117-** Algier L. ve ark. (2002). “ Romatolojik Sorunu Olan Hastalarda Yaşam Kalitesi” 4. Ulusal İç Hastalıkları Kongre Kitabı, 25-29 Eylül 2002, 183.
- 118-** Young A. Et al(2000). “ How Does Functional Disability In Early Rheumatoid Arthritis Affect Patients And Their Lives? Results Of 5 Years Of Follow-up 732 Patients From The Early RA Study (ERAS)”, Rheumatology, 39, 603- 611.

- 119-** Gabriel SE, Crawson CS, Q' Fallon WM. (1999). Comorbidity in arthritis. *J Rheumatol*; 26: 2475- 2479.
- 120-**Berkanovic E, Hurwicz ML. (1990). Rheumatoid arthritis and comorbidity. *J Rheumatol*; 17: 888- 892.
- 121-** Keskin D., Borman P., Yağcı İ., Bodur H(2007). Comorbidity In Patients With Rheumatoid Arthritis. *J. PMR Sci.* 3: 76-79.
- 122-** Barlow J.H. et al(2001). "The Perils and Pitfalls Of Comparing UK and Us Samples Of People Enrolled İn An Arthritis Self-Management Program: The Case Of The Center For Epidemiological Studies-Depression Scale" , *Arthritis Care& Research*, 45; 77-80
- 123-** Plach S.K., et al.(2003). " Relationship of Social Role Quality To Psychological Well-Being In Women With Rheumatoid Arthritis.", *Research In Nursing& Health*, 26, 190-2002.
- 124-** Atcı Z.(2004). Romatoid Artritli Hastaların Öz-Bakım Gücünün Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı . Ankara
- 125-** Murhy H, Dickens C, Creed F et al. (1999). Depression, illness perception and coping in rheumatoid arthritis. *J Psychosom Res*; 46: 155-164.
- 126-** Wrigt GE, Parker JC, Smarr KL, et al. (1998). Age, depressive symptoms and rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*; 41(2): 298-305
- 127-** Karasu R., Ataman Ş., Kumbasar H., Soykan A. (2002). Romatoid Artritli hastalarda depresyon. *Romatoloji Tıbbi Rehabilitasyon Dergisi*; 13(4): 219-227.
- 128-** El-Miedany YM, El Rasheed AH. (2002). Is Anxiety a more common disorder than depression in rheumatoid arthritis? *Joint Bone Spine*; 69: 300-306.

EK 1: HASTA TANITIM FORMU

1. Cinsiyetiniz: () Kadın () Erkek
2. Yaşınız :.....
3. Kilonuz :..... ve Boyunuz:..... BKI:
4. Medeni durumunuz:
 ()Evlili ()Bekar () Boşanmış/Eşi ölmüş
5. Eğitim durumunuz :
 ()Okur-yazar değil () Lise mezunu
 ()İlkokul-ortaokul mezunu () Üniversite mezunu
6. Mesleğiniz :
 ()Memur ()Ev hanımı
 ()İşçi () Diğer “ emekli”
7. Aylık ortalama net geliriniz?
 ()Asgari ücret altında () Asgari ücret üstünde
8. Sosyal güvenceniz nedir?
 ()Emekli sandığı () Bağkur
 ()Yeşil kart () SSK
9. Nerede yaşıyorsunuz?
 ()Konya-Merkez
 () Konya'ya bağlı ilçeler
 () Konya-Merkeze bağlı kasaba/köyler
10. Egzersiz yapıyor musunuz?
 ()Evet ()Hayır
11. Sigara kullanıyor musunuz?
 ()Kullanıyor ()Kullanmıyor
12. Alkol kullanıyor musunuz?
 ()Kullanıyor ()Kullanmıyor
- (Romatoid Artrit hastası iseniz cevaplayınız.)**
13. Kaç yıldır Romatoid Artrit hastasıınız?
 ()1-5 yıl ()5-10 yıl ()10-15 yıl ()15 yıl ve üzeri
14. RA dışında eşlik eden hastalıklarınız var mı?
 ()Evet{belirtiniz.....}
 ()Hayır
15. Kullandığımız ilaçlar nelerdir?(belirtiniz.....)
16. İlaçlarınızı düzenli alıyor musunuz?
 ()Evet ()Hayır
17. Kontrollere düzenli geliyor musunuz?
 ()Evet ()Hayır
18. Hastalığınız ile baş etmede size destek olan kişiler var mı?
 ()Evet ()Hayır

EK 2: PITTSBURGH UYKU KALİTESİ İNDEKSİ

İsim:

Tarih:

Yaş:

Açıklamalar:

Aşağıdaki sorular yalnızca geçen ayki alışkanlıklarınızla ilgilidir. Cevaplarınız geçen ay içindeki gün ve gecelerin çoğuna uyan en doğru karşılığı belirtmelidir. Lütfen tüm soruları cevaplayınız.

1. Geçen ay geceleri genellikle ne zaman yattınız?

GENEL YATIŞ SAATİ:.....

2. Geçen ay, geceleri uykuya dalmanız genellikle ne kadar zaman (dakika olarak) aldı?

DAKİKA:.....

3. Geçen ay, sabahları genellikle ne zaman kalktınız?

GENEL KALKIŞ SAATİ:.....

4. Geçen ay, geceleri kaç saat gerçekten uyudunuz? (Bu süre yatakta geçirdiğiniz süreden farklı olabilir.)

BİR GECEDEKİ UYKU SÜRESİ:.....SAAT.

Aşağıdaki sorunların her biri için en uygun cevabı seçiniz. Lütfen tüm soruları cevaplandırınız.

5. Geçen ay, aşağıdaki durumlarda belirtilen uyku problemlerini ne sıklıkla yaşadınız?

(a) 30 dakika içinde uykuya dalamadığınız oluyor mu?

{ }geçen ay { }haftada { }haftada bir { }haftada üç
boyunca hiç birden az veya iki kez veya daha fazla

(b) Gece yarısı veya sabah erkenden uyandıığınız oluyor mu?

{ }geçen ay { }haftada { }haftada bir { }haftada üç
boyunca hiç birden az veya iki kez veya daha fazla

(c) Lavaboya gitmek üzere kalkmak zorunda kaldığınız oluyor mu?

{ }geçen ay { }haftada { }haftada bir { }haftada üç
boyunca hiç birden az veya iki kez veya daha fazla

(d) Rahat bir şekilde nefes alıp veremediğiniz oluyor mu?

{ }geçen ay { }haftada { }haftada bir { }haftada üç
boyunca hiç birden az veya iki kez veya daha fazla

(e) Öksürdüğünüz veya gürültülü bir şekilde horladığınız oluyor mu?

{ }geçen ay { }haftada { }haftada bir { }haftada üç
boyunca hiç birden az veya iki kez veya daha fazla

(f) Aşırı derecede üşüdüğünüz oluyor mu?

{ }geçen ay { }haftada { }haftada bir { }haftada üç
boyunca hiç birden az veya iki kez veya daha fazla

(g) Aşırı derecede sıcaklık hissettiğiniz oluyor mu?

{ }geçen ay { }haftada { }haftada bir { }haftada üç
boyunca hiç birden az veya iki kez veya daha fazla

(h) Kötü rüyalar gördüğünüz oluyor mu?

{ }geçen ay { }haftada { }haftada bir { }haftada üç
boyunca hiç birden az veya iki kez veya daha fazla

(i) Ağrı duyduğunuz oluyor mu?

{ }geçen ay { }haftada { }haftada bir { }haftada üç
boyunca hiç birden az veya iki kez veya daha fazla

(j)Diğer neden(ler) lütfen belirtiniz.....

(k) Geçen ay bu neden(ler)den dolayı ne kadar sıklıkla uyku problemi yaşadınız?

{ }geçen ay { }haftada { }haftada bir { }haftada üç
boyunca hiç birden az veya iki kez veya daha fazla

6. Geçen ay, uyku kalitenizi bütünüyle nasıl değerlendirebilirsiniz?

{ }Çok iyi
{ }Oldukça iyi
{ }Oldukça kötü
{ }Çok kötü

7. Geçen ay, uyumanıza yardımcı olması için ne kadar sıklıkla uyku ilacı(reçeteli ya da reçetesiz) aldınız?

{ }geçen ay { }haftada { }haftada bir { }haftada üç
boyunca hiç birden az veya iki kez veya daha fazla

8. Geçen ay, araba sürerken, yemek yerken veya sosyal bir aktivite esnasında ne kadar sıklıkla uyanık kalmak için zorlandınız?

{ }geçen ay { }haftada { }haftada bir { }haftada üç
boyunca hiç birden az veya iki kez veya daha fazla

9. Geçen ay, bu durum işlerinizi yeteri kadar istekle yapmanızda ne derecede problem oluşturdu?

{ }Hiç problem oluşturmadı.
{ }Yalnızca çok az bir problem oluşturdu.
{ }Bir dereceye kadar problem oluşturdu.
{ }Çok büyük bir problem oluşturdu.

10. Bir yatak partneriniz veya oda arkadaşınız var mı?

{ }Bir yatak partneri veya oda arkadaşı yok.
{ }Diğer odada bir yatak partneri veya oda arkadaşı var.
{ }Partner aynı odada fakat aynı yatakta değil.
{ }Partner aynı yatakta.

11. Eğer bir oda arkadaşınız veya yatak partneriniz varsa ona geçen ay aşağıdaki durumları ne kadar sıklıkla yaşadığınızı sorun.

(a) Gürültülü horlama

{ }geçen ay { }haftada { }haftada bir { }haftada üç
boyunca hiç birden az veya iki kez veya daha fazla

(b) Uykuda iken nefes alıp vermeler arasında uzun aralıklar

{ }geçen ay { }haftada { }haftada bir { }haftada üç
boyunca hiç birden az veya iki kez veya daha fazla

(c) Uyurken bacaklarda seğirme veya sıçrama

{ }geçen ay { }haftada { }haftada bir { }haftada üç
boyunca hiç birden az veya iki kez veya daha fazla

(d) Uyku esnasında uyumsuzluk veya şaşkınlık

{ }geçen ay { }haftada { }haftada bir { }haftada üç
boyunca hiç birden az veya iki kez veya daha fazla

(e) Uyurken olan diğer huzursuzluklarınız lütfen belirtiniz.....

{ }geçen ay { }haftada { }haftada bir { }haftada üç
boyunca hiç birden az veya iki kez veya daha fazla

Teşekkürler