

TC.  
EGE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

165530

ROMATOİD ARTRİTLİ BİREYLERİN BAKIMINDA  
VAKA YÖNETİMİ MODELİNİN ETKİLİLİĞİNİN İNCELENMESİ

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI PROGRAMI

DOKTORA TEZİ

Araş.Gör.Yasemin B. TOKEM

DANIŞMAN  
Prof.Dr. Gülümser ARGON

İZMİR-2005

## DEĞERLENDİRME KURULU ÜYELERİ

**Başkan : Prof. Dr. Gülümser ARGON**

**(Danışman)**

**Üye : Prof. Dr. Çiçek FADİLOĞLU**

**Üye : Prof. Dr. Gökhan KESER**

**Üye : Prof. Dr. Ayfer KARADAKOVAN**

**Üye : Yard.Doç. Dr. M. Tuncay DURUÖZ**

Doktora Tezinin kabul edildiği tarih: .....5.10.2005.....

## ÖNSÖZ

*Mesleki eğitim sürecimde ve araştırmamın her aşamasında değerli katkılarını ve desteğini gördüğüm danışmanım Sayın Prof.Dr. Gülümser ARGON'a;*

*Mesleki eğitim sürecimde her anlamda katkısını, desteğini ve ilgisini esirgemeyen İç Hastalıkları Hemşireliği AD Başkanı Sayın Prof.Dr.Çiçek FADİLOĞLU'na;*

*Araştırmamın şekillenmesi ve yürütülmesinde her zaman desteği ile arkamda olan ve bir dönem tez jürimde yer alan değerli hocamız Sayın Prof.Dr.Gürbüz GÜMÜŞDİŞ'e;*

*Önerileriyle çalışmalarına ışık tutan, çalışmamın yürütülmesinde değerli katkıları olan ve tez jüri üyesi Sayın Prof.Dr.Gökhan KEŞER'e;*

*Araştırmamın uygulanmasına olanak ve katkı sağlayan Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Romatoloji Bilim Dalı öğretim üyelerinden başta Sayın Prof.Dr.Eker DOĞANAVŞARĞİL ve Sayın Yard.Doç.Dr. Vedat İNAL olmak üzere tüm öğretim üye ve elemanlarına; araştırmaya aktif katılımlarından dolayı İç Hastalıkları Kliniği'nde görevli tüm hemşire meslektaşlarıma, tüm Romatoid Artritli hastalarıma;*

*Her zaman manevi destekleriyle yanımda olduklarını hissettiğim Araş.Gör.Yasemin KUZELİ YILDIRIM'a ve Ar.Gör.Şebnem ÇINAR'a; kısıtlı zamanında bilgisini benimle paylaşan Ar.Gör.Medet KORKMAZ'a ve tüm İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üye ve Elemanlarına;*

*Bana olan desteğini kelimelerle ifade edemeyeceğim eşim Tamer TOKEM'e ve en yorgun anlarımda bile neşe ve gülümseme kaynağım oğlum MERT'ime;*

*TEŞEKKÜR EDERİM...*

*İzmir / 2005*

*Araş. Gör. Yasemin TOKEM*

# İÇİNDEKİLER

	<u>SAYFA</u>
ÖNSÖZ .....	ii
İÇİNDEKİLER .....	iii
ŞEKİLLER DİZİNİ .....	xi
TABLolar DİZİNİ .....	xii
GRAFİKLER DİZİNİ .....	xvi
<b>Bölüm 1</b>	
<b>1.Giriş</b>	
1.1.Araştırmanın Konusu.....	1
1.2.Araştırmanın Amacı .....	3
1.3.Hipotezler .....	4
1.4. Araştırmanın Önemi .....	5
1.5. Sınırlılıklar .....	7
1.6.Tanımlar .....	7
1.7.Genel Bilgiler .....	8
1.7.1. Romatoid Artrit .....	8
1.7.1.1.Tanım .....	8
1.7.1.2. Epidemiyoloji .....	8
1.7.1.3. Risk Faktörleri Ve Etyoloji .....	9
1.7.1.4. Patofizyoloji .....	11
1.7.1.5. Klinik Bulgular.....	12
1.7.1.6. Tanı.....	15
1.7.1.7. Laboratuvar Bulguları.....	16
1.7.1.8. Ayırıcı Tanı.....	17



1.7.1.9. Tedavi .....	18
1.7.1.9.1.Farmakolojik Yönetim .....	19
1.7.1.9.2.İlaç Tedavisine Oluşan Yanıtın Değerlendirilmesi.....	29
1.7.2. Romatoid Artrit Ve Yetersizlik .....	31
1.7.2. 1.Yetersizliği Etkileyen Faktörler.....	32
1.7.3.Romatoid Artritte Fonksiyonel Sınıflama .....	33
1.7.4.Romatoid Artrit Ve Hasta Memnuniyeti.....	35
1.7.4.1.Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler .....	36
1.7.5.Romatoid Artrit Ve Yaşam Kalitesi .....	38
1.7.5.1.Yaşam Kalitesi Ölçüm Araçları .....	40
1.7.6.Romatoid Artrit Ve Maliyet .....	44
1.7.6.1.Romatoid Artritte Ve Diğer Kronik Hastalıklarda Maliyet Araştırmaları .....	46
1.7.7.Vaka Yönetimi .....	50
1.7.7.1.Vaka Yönetiminin Süreç Basamakları .....	54
1.7.7.2.Romatoid Artritli Hastanın Bakımında Vaka Yönetimi	57
1.7.7.3.Vaka Yönetiminin Temel Bileşenleri .....	59
1.7.7.3.1.Bakım Planı .....	59
1.7.7.3.1.1.Hemşirelik Sürecinin Aşamaları .....	60
1.7.7.3.2.Bakım Protokolleri .....	61
1.7.7.3.2.1.Bakım Protokollerinin Potansiyel Yararları .....	62
1.7.7.3.2.2.Varyans .....	63
1.7.7.4. Finansal Analiz .....	64

1.7.8.Romatoid Artritte Hemşirelik Yönetimi .....	65
1.7.9.Romatoid Artritte Hasta Eğitimi.....	68

## **BÖLÜM 2**

### **GEREÇ VE YÖNTEM**

2.1. Araştırmanın Tipi .....	71
2.2.Kullanılan Gereçler .....	71
2.3.Kullanılan Yöntem Ve Yöntemler .....	80
2.3.1.Vaka Yönetimi Uygulanmayan Grup .....	80
2.3.2.Vaka Yönetimi Uygulanan Grup .....	81
2.3.2.1.Deney Grubuna RA Bakım Protokolünün Uygulanması.....	84
2.3.2.2.Vaka Yönetimi Uygulanan Gruba Soru Formlarının Uygulanması.....	86
2.3.2.3.Ekip Toplantıları .....	87
2.3.2.4.Vaka Yönetimi Uygulanan Gruba Verilen Eğitim Programı..	87
2.4. Araştırmanın Yeri Ve Zamanı .....	89
2.5. Araştırmanın Evreni .....	89
2.6.Araştırmada Örneklem .....	90
2.7.Araştırmanın Bağımlı Ve Bağımsız Değişkenleri .....	90
2.8.Veri Toplama Yöntemi Ve Süresi .....	91
2.9.Verilerin Analizi Ve Değerlendirme Teknikleri .....	91
2.10.Süre Ve Olanaklar .....	93
2.11.Etik Açıklamalar .....	93

## **BÖLÜM 3**

### **BULGULAR**

3.1.Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımları .....	95
3.2. Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımları .....	99
3.3.Ölçüm Zamanlarına Göre Bazı Hastalık Özelliklerine İlişkin Bulgular .....	107
3.3.1.Hastaların Ağrı Düzeylerine İlişkin Bulgular .....	107
3.3.2. Hastaların Sabah Tutukluğu Sürelerine İlişkin Bulgular .....	109
3.3.3.Hastaların Fonksiyonel Sınıflamalarına İlişkin Bulgular.....	111
3.4.Hastaların Yetersizlik Düzeylerine İlişkin Bulguları .....	113
3.5.Hastaların Memnuniyet Düzeylerine İlişkin Bulgular .....	131
3.6.Hastaların Yaşam Kalitesi Puanlarına İlişkin Bulgular .....	139
3.7.Hastaların Hastanedeki Yatış Sürelerine İlişkin Bulgular .....	157
3.8.Hastalığın Maliyetine İlişkin Bulgular .....	158
3.9.Hastaların Altıncı Ayda Sağlık Durumlarını Değerlendirmelerine İlişkin Bulgular .....	166
3.10.Vaka Yönetimi Sürecine Katılan Sağlık Bakım Personelinin Vaka Yönetimine İlişkin Görüşleri .....	178

## **BÖLÜM 4**

### **TARTIŞMA**

4.1.Hastaların Bazı Sosyo-Demografik Ve Tanıtıcı Özelliklerinin İncelenmesi .....	180
--	-----

4.2.Hastaların Hastalık Özelliklerinin İncelenmesi .....	183
4.2.1.Hastaların Tanı Yıllarına Göre Dağılımlarının İncelenmesi ....	183
4.2.2. Hastaların Etkilenen Eklem Bölgelerine Ve Deformite Varlığına Göre Dağılımlarının İncelenmesi .....	183
4.2.3.Hastaların Yatışta Ölçülen Ağrı Puanlarına Göre Dağılımlarının İncelenmesi .....	184
4.2.4.Hastaların Yatışta Ölçülen Sabah Tutukluğu Sürelerine Göre Dağılımlarının İncelenmesi .....	185
4.2.5.Hastaların Fonksiyonel Sınıflarına Göre Dağılımlarının İncelenmesi .....	186
4.2.6.Hastaların Ek Bir Hastalığa Sahip Olma Durumlarının İncelenmesi .....	186
4.2.7.Hastaların Kullandıkları İlaçlara Göre Dağılımlarının İncelenmesi .....	188
4.2.8.Hastaların Hastaneye Yatış Nedenlerine Göre Dağılımlarının İncelenmesi .....	189
4.3.Ölçüm Zamanlarına Göre Bazı Hastalık Özelliklerine İlişkin Bulguların İncelenmesi .....	190
4.3.1.Hastaların Ağrı Düzeylerine İlişkin Bulguların İncelenmesi ....	188
4.3.2. Hastaların Sabah Tutukluğu Sürelerine İlişkin Bulguların İncelenmesi .....	193
4.3.3.Hastaların Fonksiyonel Sınıflarının İncelenmesi .....	195
4.4.Hastaların Yetersizlik Düzeylerine İlişkin Bulguların İncelenmesi.....	196

4.4.1.Hastaların Yetersizlik Puanlarının Bağımsız Değişkenlere Göre İncelenmesi .....	198
4.5.Hastaların Memnuniyet Düzeylerine İlişkin Bulguların İncelenmesi.....	201
4.5.1. Hastaların Hastane Bakımından Duydukları Memnuniyet Düzeylerinin İncelenmesi .....	201
4.5.2.Hastaların Üçüncü Ve Altıncı Aydaki Poliklinik Memnuniyet Düzeylerinin İncelenmesi .....	204
4.5.3.Hastaların Hastane Bakımından Duydukları Memnuniyet Düzeylerinin Bağımsız Değişkenlere Göre İncelenmesi .....	205
4.6.Hastaların Yaşam Kalitelerine İlişkin Bulguların İncelenmesi ....	206
4.6.1.Hastaların Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Bağımsız Değişkenlere Göre Dağılımlarının İncelenmesi .....	209
4.7.Hastaların Hastanede Yatış Sürelerine İlişkin Bulguların İncelenmesi .....	212
4.8. Hastalığın Maliyetine İlişkin Bulguların İncelenmesi .....	214
4.8.1.Hastaların Toplam Sağlık Bakım Maliyetlerinin Bağımsız Değişkenlere Göre Dağılımlarının İncelenmesi.....	218
4.9. Hastaların Altıncı Ayda Sağlık Durumlarını Değerlendirmelerine İlişkin Bulguların İncelenmesi.....	220
4.9.1.Hastaların Altıncı Aydaki Sağlık Durumlarını Değerlendirmelerinin İncelenmesi.....	220

4.9.2.Hastaların Altıncı Aydaki Sağlık Durumlarından Duydukları Memnuniyet Düzeylerinin İncelenmesi.....	220
4.9.3.Son Altı Ayda Sıklıkla Yaşanan Semptomların İncelenmesi .	222
4.9.4. Hastaların Son Altı Ay İçinde Yaşadıkları Aktivite Sınırlılıklarına Ve Günlerine Göre Dağılımlarının İncelenmesi .....	224
4.9.5.Hastaların İlaç Bırakma Ve Yan Etki Yaşama Durumlarına Göre Dağılımlarının İncelenmesi .....	226
4.9.6.Hastaların Son 6 Ay İçinde Hastaneye Başvuru Şekli Ve Dağılımlarının İncelenmesi .....	227
4.9.7.Hastaların Hastalıklarıyla Başa Çıkma Düzeylerinin İncelenmesi.....	228
4.10.Vaka Yönetimi Sürecine Katılan Sağlık Bakım Personelinin Vaka Yönetimine İlişkin Görüşlerinin İncelenmesi .....	230
<b>BÖLÜM 5</b>	
<b>SONUÇ VE ÖNERİLER</b>	
5.1.Sonuçlar .....	233
5.2.Öneriler .....	249
<b>BÖLÜM 6</b>	
6.1.Özet .....	252
6.2.Summary .....	254

## **BÖLÜM VII**

7.1.Yararlanılan Kaynaklar.....	257
---------------------------------	-----

### **EKLER**

EK-I: Romatoid Artritli Bireylere Özgü Veri Toplama Formu .....	276
EK-II: Sağlık Değerlendirme Anketi (HAQ).....	282
EK-III: Romatoid Artrit Yaşam Kalitesi Ölçeği (RAQoL).....	316
EK IV: A. Hasta Memnuniyeti Anketi.....	318
EK V: Romatoid Artritli Bireylerde Maliyet Ölçümü Ön Tanılama Formu .....	320
EK VI: Romatoid Artrit Bakım Protokolü .....	321
EK VII: Varyans Kod Kayıt Formu .....	323
EK VIII: Vaka Yönetimi Ekip Toplantısı Formu.....	324
EK-IX: Vaka Yönetimi Sürecini Değerlendirme Formu .....	325
EK-X: Hasta Eğitim Kitapçığı "Romatoid Artritle Yaşamak" .....	
EK-XI: Hemşire Eğitim Kitapçığı "Romatoid Artrit Hemşirelik Yönetimi".....	
EK-XII: Etik Kurul İzin Yazısı .....	326
EK-XIII: Kurum İzin Yazısı .....	327
EK-XIV: Yazılı Onam Formu .....	328
ÖZGEÇMİŞ .....	329

## ŞEKİLLER DİZİNİ

	<b>SAYFA</b>
Şekil 1: Normal Eklem Ve Romatoid Artritli Eklem .....	12
Şekil 2: RA'li Hastaların Yönetiminde Günümüz Yaklaşımı .....	18
Şekil 3 : Yaşam Kalitesinin Boyutları .....	39
Şekil 4: Vaka Yönetiminin Hedefi, Süreci Ve Uygulama Stratejileri .....	55
Şekil 5: Vaka Yönetiminin Bileşenleri.....	60
Şekil 6 : Hemşirelik Sürecinin Aşamaları .....	61





## TABLolar DİZİNİ

	<b>SAYFA</b>
Tablo 1 :RA Patogenezinin Evrelendirilmesi .....	13
Tablo 2 :RA'da Eklem Dışı Tutulum .....	15
Tablo 3 : RA Tanı Kriterleri (ARA 1987) .....	16
Tablo 4 : RA Tedavisinde Kullanılan NSAll'ın En Sık Görülen Yan Etkileri .....	20
Tablo 5: RA'te Kullanılan İlaçların Güç Ve Toksikite Profili .....	27
Tablo 6: RA Tedavisinde Kullanılan Hastalığı Düzenleyici Antiromatizmal İlaçların Dozu, Maliyeti Ve Etkilerinin Görüldüğü Süre .....	28
Tablo 7 : ACR 20 (%20 düzelme=ACR 20)Yanıt Verme İndeksi .....	29
Tablo 8 : ACR Romatoid Artrit Remisyon Kriterleri .....	29
Tablo 9: RA'li Hastalarda Hastalık Aktivitesi Ve Hasarının Değerlendirilmesi .....	30
Tablo 10: ACR Fonksiyonel Sınıflaması .....	34
Tablo 11: Romatoid Artrite İlişkin Maliyet Türleri .....	45
Tablo 12: Ağrı Şiddetini Puana Çevirme Cetveli .....	74
Tablo 13: Araştırma Planı .....	92
Tablo 14 : Araştırmanın Uygulama Takvimi .....	94
Tablo 15: Deney Ve Kontrol Grubundaki Hastalara İlişkin Bazı Sosyo- Demografik Özelliklerin Dağılımları .....	95
Tablo 16:Hastaların Tanı Yıllarına Göre Dağılımları .....	99
Tablo 17: Hastaların Etkilenen Eklem Bölgelerine Ve Deformite Varlığına Göre Dağılımları .....	100

Tablo 18: Hastaların Yatışta Ölçülen Ağrı Puanlarına Göre Dağılımları .....	100
Tablo 19:Hastaların Yatışta Ölçülen Sabah Tutukluğu Sürelerine Göre Dağılımları .....	101
Tablo 20: Hastaların Fonksiyonel Sınıflarına Göre Dağılımları .....	101
Tablo 21: Hastaların Ek Bir Hastalığa Sahip Olma Durumlarına Göre Dağılımları .....	102
Tablo 22: Hastaların Kullandıkları İlaçlara Göre Dağılımları .....	104
Tablo 23:Hastaların Hastaneye Yatış Nedenlerine Göre Dağılımları..	106
Tablo 24: Hastaların Taburculukta, Üçüncü Ve Altıncı Aylardaki Fonksiyonel Sınıflamalarının Dağılımları .....	112
Tablo 25: Hastaların Yatışta Ölçülen Yetersizlik Puan Ortalamalarının Dağılımları .....	113
Tablo 26: Hastaların Ölçüm Zamanlarına Göre Yetersizlik Puan Ortalamalarının Dağılımları .....	114
Tablo 27: Bağımsız Değişkenlere ve Ölçüm Zamanlarına Göre Hastaların Yetersizlik Puan Ortalamalarının Dağılımları .....	116
Tablo 28: Hastaların Hastane Bakımından Duydukları Memnuniyet Puanlarına Göre Dağılımları .....	131
Tablo 29: Hastaların Üçüncü Ve Altıncı Ay Poliklinik Memnuniyet Puanlarına Göre Dağılımları.....	132
Tablo 30: Hastaların Hastane Bakımından Duydukları Memnuniyet Düzeylerinin Bağımsız Değişkenlere Dağılımları .....	134

Tablo 31:Hastaların Hastaneye Yatışta Ölçülen Yaşam Kalitesi Puanlarının Dağılımları .....	139
Tablo 32:Hastaların Ölçüm Zamanlarına Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımları .....	139
Tablo 33: Bağımsız Değişkenlere ve Ölçüm Zamanlarına Göre Hastaların Yaşam Kalitesi Puanlarının Dağılımları .....	142
Tablo 34: Hastaların Hastanedeki Yatış Günlerine Göre Dağılımları..	157
Tablo 35:Hastaların Toplam Sağlık Bakım Maliyetlerinin Dağılımları..	158
Tablo 36: Bağımsız Değişkenlere Göre Hastaların Toplam Sağlık Bakım Maliyetlerinin Dağılımları .....	159
Tablo 37: Hastaların Altıncı Aydaki Sağlık Durumlarını Değerlendirmelerine Göre Dağılımları .....	166
Tablo 38:Hastaların Altıncı Aydaki Sağlık Durumlarından Duydukları Memnuniyet Düzeylerine Göre Dağılımları .....	167
Tablo 39: Hastaların Son 6 Ayda Yaşadıkları Semptomlara Göre Dağılımları .....	169
Tablo 40 :Hastaların Son Altı Ay İçinde Yaşadıkları Aktivite Sınırlılıklarına ve Günlerine Göre Dağılımları .....	173
Tablo 41:Hastaların İlaç Bırakma Ve Yan Etki Yaşama Durumlarına Göre Dağılımları .....	175
Tablo 42: Hastaların Son 6 Ay İçinde Hastaneye Başvuru Şekli Ve Dağılımları .....	176

Tablo 43:Hastaların Hastalıklarıyla Başa Çıkma Puanlarına Göre Dağılımları .....	177
Tablo 44:Vaka Yönetimi Sürecine Katılan Sağlık Bakım Personelinin Vaka Yönetimine İlişkin Görüşlerinin Dağılımları .....	178



## GRAFİKLER DİZİNİ

### SAYFA

Grafik 1:Deney Ve Kontrol Grubundaki Hastaların Yatış, Taburculuk, Üçüncü Ve Altıncı Aylardaki Ağrı Puanlarının Dağılımları .....	107
Grafik 2 :Hastaların Ölçüm Zamanlarına Göre Sabah Tutukluğu Sürelerinin Dağılımları .....	109



## BÖLÜM 1

### 1.GİRİŞ

#### 1.1.ARAŞTIRMANIN KONUSU

Romatizmal hastalıklar; tüm dünya nüfusunu yaklaşık %15 oranında etkileyen ve yetersizliğe neden olan hastalıklar arasında ilk sırada yer alan bir hastalık grubudur (51,63,78,99). 1998 yılında Dünya Sağlık Örgütü tarafından yayınlanan rapora göre; tüm dünyada yaklaşık 355 milyon artritli kişi bulunmaktadır. Özellikle ABD’de yapılan artrit çalışma sonuçlarına göre; artrit prevalansının 2020 yılında 60 milyona ulaşarak %18.2’ye çıkacağı bildirilmektedir. (78,140).

Romatizmal hastalıklar içinde önemli yer tutan ve tüm dünya nüfusunun yaklaşık %1’ini etkileyen Romatoid Artrit (RA) ise; eklemlerin inflamasyonu ile karakterize, eklem ve eklem dışı bulgular gösteren kronik, ağrılı, ilerleyici sürece sahip bir bozukluktur (22). Amerika’da her 6 kişiden birinin RA’li olduğu belirtilirken (34), Almanya’da yaklaşık 800.000 (50), İngiltere’de 600.000 (35, 62); Türkiye’de ise yaklaşık 500.000 kişinin (114) RA’li olduğu bildirilmektedir. RA; her yıl 9 milyondan fazla hekime başvurmaya ve 250.000’den fazla hastaneye yatışlara sebep olmaktadır (54). Otuz yıl öncesine kadar (1985); genelde prognozu iyi bir hastalık olarak tanımlanan RA’in, yapılan çalışmalar sonucunda yüksek düzeyde morbidite ve mortaliteye neden olduğu gösterilmiştir (103). Son yıllarda yapılan çalışma sonuçları ise; RA’in erken ölümlere neden olarak inme, diyabetes mellitus, koroner arter hastalığı (üç damarı tutan) ve Hodgkin hastalığı kadar sağkalım oranlarını önemli düzeyde etkilediği gerçeğinin altını çizmektedir (62).

Romatoid artrit; süregen, ilerleyici ve eklemlerde hasar yapıcı özellikleri nedeniyle bireylerde çeşitli derecelerde fiziksel yetersizlikler oluşmakta, ve sonuçta önemli sosyal ve ekonomik kayıplara neden olmaktadır. Bu tanıya sahip kişilerin önemli bir bölümünün çalışma, ev işi yapma, okula gitme gibi aktivitelerinde kısıtlılıklar yaşadığı bildirilmektedir. Tanı koyulmasından itibaren 10 yıl içinde hastaların önemli bir bölümü çalışamaz duruma gelmektedir (103). RA'le ilişkili yıllık maliyetin yarısı, üretkenliğin kaybı nedeniyle oluşmaktadır. Üretkenliğin kaybının topluma maliyetinin ise genç RA'li hastalarda daha fazla olduğu bildirilmektedir (63).

Lapsley ve ark. (2002); RA'lı hastalarla yaptıkları çalışmalarında, hastaların RA'le ilişkili olarak yıllık ortalama 1.513 dolar harcamada bulduklarını bildirmektedir. Yapılan bir araştırmada ise RA'li hastaların yıllık tıbbi harcamalarının yaklaşık 8.500 dolar olduğu gösterilmiştir. (54). Getirdiği bu ekonomik yükün yanında psikososyal kayıplar da dikkate alındığında ve hastanın kendisinin, ailesinin ve toplumun durumu düşünüldüğünde, hastalığın oluşturduğu etkilerin boyutları ve bu hastaların rehabilitasyonunun önemi daha iyi anlaşılabilir. Kronik ve uzun sürede yetersizliğe neden olmasına bağlı olarak romatoid artrit; bireyin ve ailesinin fiziksel, emosyonel ve sosyal iyilik durumlarını yani yaşam kalitelerini büyük oranda olumsuz olarak etkilemektedir (51). RA'li hastalar temel özbakım, iş, eğlence ve ev aktivitelerini yaparken sabah katılığı ve ağrı gibi eklemlerle ilişkili şikayetlerin yanı sıra psikososyal fonksiyonlarını hızlı bir şekilde kötüleştiren halsizlik ve yorgunluğa da sahiptirler (80). Bu nedenle RA'li kişilerin en büyük endişeleri; günlük yaşam aktivitelerini yapma güçlüğü, yetersiz ve diğerlerine bağımlı olma korkusu, ağrı ve rol performansında değişikliklere yol açarak

öz-saygının kaybolmasıdır (58). RA; özellikle geç tanındığında ve iyi tedavi edilmediğinde, kişilerin başkalarına bağımlı yaşam sürmelerine neden olmaktadır (116). Lapsley'in araştırmasında (2002) artritli hastaların %57'sinin aile, arkadaş veya yakınlarından yardım aldıkları bildirilmektedir. Ailinger ve Dear'in çalışmasında (1997) romatoid artritli hastalar, hastalıkları nedeniyle en sık etkilenen öz-bakım alanlarından 3'ünü sırasıyla; aktivite-istirahat, normalliğin sürdürülmesi ve tehlikelerden korunma olarak belirtmişlerdir (1). Hastaların %83'ünde aktivite ve istirahat arasında dengeyi sürdürmede büyük sorunlar olduğu bildirilmiştir. Yaşanan bu sorunların nedenleri; ağrılı hareket, uykunun bozulması veya tedaviye/günlük aktivitelerine karşı dayanıklılığın olmaması olarak sıralanmıştır.

RA kronik bir hastalık olması nedeniyle birey üzerine hastalığın fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik etkilerinin ortaya konulması, bu etkilerin nasıl azaltılabileceği konusunda hastaya/aileye yardımcı olunması ve sağlık bakım ekibi üyelerinin ve bu ekibin üyelerinden biri olan hemşirenin sorumlulukları arasında bulunmaktadır.

## **1.2.ARAŞTIRMANIN AMACI:**

Romatoid artrit; bireylerde fonksiyonel kısıtlılıklara, potansiyel olarak önemli yan etkilere sahip olan ilaçların uzun süre kullanılmasıyla fizyolojik sorunlara, üretken yaş grubunda iş kaybına ve bunlarla ilişkili olarak ekonomik ve psikososyal sorunlara neden olarak, bireyin tüm yaşam boyutlarında önemli problemler yaşamasına yol açmaktadır.

Kaynakları etkin şekilde kullanarak; hasta bakım hizmetlerini iyileştirmek ve maliyet etkin bakım sağlamak, bakım kalitesini yükseltmek, işbirliği ve



koordinasyonu sağlamak amacı ile uygulanan vaka yönetimi modelinin, kronik hastalıkların yönetiminde etkili bir model olduğu bildirilmektedir (21).

Bu düşüncelerden yola çıkılarak planlanan bu çalışmada; romatoid artritli bireylerin bakımında vaka yönetimi modelinin etkililiğinin; bireylerin yetersizlik düzeyi, yaşam kalitesi, hasta memnuniyeti ve direkt maliyet boyutlarında ölçülerek saptanması amaçlanmıştır.

### **1.3.HİPOTEZLER**

**H 1:** Vaka yönetimi uygulanan romatoid artritli bireylerin yetersizlik düzeyleri ile vaka yönetimi uygulanmayan romatoid artritli bireylerin yetersizlik düzeyleri arasında fark vardır.

**H 2:** Vaka yönetimi uygulanan romatoid artritli bireylerin bakımdan duydukları memnuniyet düzeyleri ile vaka yönetimi uygulanmayan romatoid artritli bireylerin bakımdan duydukları memnuniyet düzeyleri arasında fark vardır.

**H 3:** Vaka yönetimi uygulanan romatoid artritli bireylerin yaşam kalitesi puan ortalamaları ile vaka yönetimi uygulanmayan romatoid artritli bireylerin yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında fark vardır.

**H 4:** Romatoid artritli bireylerde vaka yönetimi maliyet etkilidir.

#### 1.4. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

RA'in klinik seyri, kendini sınırlayabilen hafif hastalık formundan, birkaç yıl içinde hızla ilerleyerek kişide fonksiyonel yetersizliğe yol açabilen şiddetli hastalık formuna kadar değişebilmektedir. RA'in sonucu, genellikle mortalite, radyografik hasar ve fonksiyonel yetersizlik skorları ile tanımlanır, ancak son zamanlarda RA'in psikolojik ve sosyo-ekonomik boyutları da bu konu ile ilgili yapılan araştırmaların veri tabanlarına dahil edilmeye başlanmıştır.

RA'li hastaların yönetimi çok yönlü bir yaklaşım gerektirir. Bireyin yaşam kalitesini olumsuz etkileyen tüm etkilerin azaltılması ve semptomların kontrol altına alınması gerekmektedir. Bunun için, kompleks yan etkilere sahip ilaç tedavileri konusunda bilinçlenme, hastalığın bireysel yönetimini yapabilme, dinlenme ve egzersiz önerilerine uyma, başkalarına bağımlı olmalarını önleyecek destek araçların sağlanması ve kullanılması gibi hastanın kendini yeterli kılabilecek davranış ve tutumların hastaya kazandırılması hedeflenmelidir. Bu girişimler doğrultusunda RA'li hastalara erken dönemde, bütüncül ve bireysel bir yaklaşım sergilenmesi; hastanın hastalık yönetimini kazanmasına yardımcı olarak bireyin yaşamı üzerinde hastalığın oluşturacağı olumsuz etkilerle uygun ve etkili şekilde baş etmesi sağlanabilir. Bu anlamda multidisipliner ve interdisipliner ekip yaklaşımının amacı; yaşamlarını mümkün olduğunca normal ve en iyi fonksiyonel düzeyde sürdürme konusunda hastalara yardımcı olmaktır. Temel amaçları başarabilmede ve bütüncül yaklaşım tarzını sunabilmede kullanılan bakım yaklaşımlarından biri *vaka yönetimi* modelidir.

Sağlık sektörünün giderek daha pahalı hale gelmesi ülkelerin sağlık harcamalarının her geçen yıl artmasına neden olmaktadır. Sağlık alanındaki bu yüksek maliyetler nedeniyle yeni maliyet etkin arayışlar, yeni kavramlar oluşturulmaya çalışılmaktadır. Amerika'da ve Avrupa ülkelerinde son derece titiz maliyet etkinliği analizleri yapılmakta ve bunlara yönelik önlemler ortaya konmaya çalışılmaktadır. Bu çalışmalardan biri olarak da "vaka yönetimi"nden söz edilmektedir.

Vaka yönetimi; bakımı geliştirmek ve maliyeti kontrol altına almak amacıyla yüksek riskli ve yüksek maliyetli hedef hasta gruplarına verilen bakımı koordine etmek için kullanılan bir süreçtir (115). Hemşirelik vaka yönetimi ise; sağlık bakım hizmetlerini sağlayan ve koordine eden, dinamik ve sistematik işbirlikçi bir yaklaşımdır. Barry ve ark.(1998) tarafından hemşire vaka yöneticisi kullanılarak uygulanan ve "Romatizmal Hastalıklar İyilik Programı" olarak adlandırılan bir program; romatoid artritli hastalara uygulanmış; ve hastaların %77'si uygulanan programın hastalıklarına bakış şeklini değiştirdiğini belirtmiştir. Çalışmaya katılan tüm hastalar bakımlarını yöneten hemşire vaka yöneticisine güven duyduklarını; hastaların büyük çoğunluğu ise vaka yöneticisi hemşirenin başatme becerilerinin gelişimi, edindikleri bilgiyi harekete geçirmede motivasyon kazanma, desteklenme, dinlenilme, duygularını önemseme konusunda önemli katkıları olduğunu ifade etmişlerdir. Aynı çalışmada vaka yönetiminin, öz-yeterlilikle ilgili sonuçlar üzerinde olumlu etkiler sağlamanın yanı sıra RA'li hastaların hastanede kalma sürelerini de %34 azalttığı bildirilmiştir (21). Vaka yönetimi modelinin uygulanması ile RA'li hastaların kaliteli bakım alma, hastalık yönetimlerini en iyi düzeyde kazanarak hastalık aktivitesini ve komplikasyon gelişimi riskini

azaltma, dolayısıyla da hastalıkla ilgili harcamalarda azalma sağlanması, hasta ve ailesinin, sağlık profesyonellerinin ve genelde de toplumun bakım yüklerinin (fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik yönden) azalmasına katkıda bulunulabileceği düşünülmektedir.

### **1.5. SINIRLILIKLAR**

Araştırmanın sınırlılıkları;

1. Çalışma kapsamına alınan hastaların RA tanısı almış olması ve Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Romatoloji Kliniği'ne yatarak tedavi görmesi,
2. Araştırmanın yürütülmesinde zaman sınırlamasının bulunması ve RA'li hastaların hastaneye yatma oranlarının düşük olması gibi nedenlerle örneklem sayısının az olması,
3. İndirekt ve psikososyal maliyetlerin değil, direkt maliyetlerin ölçülmüş olmasıdır.

### **1.6.TANIMLAR**

**VAKA YÖNETİMİ:** Uygun zaman sürecinde ve uygun kaynakların etkili bir şekilde kullanılmasıyla istenen sonuçları başarmaya odaklanan bir hasta bakımı verme sistemidir **(33)**.

**HASTA MEMNUNİYETİ:** Hastaların ideal bakımdan beklentileri ile aldıkları bakımı algılamaları arasındaki etkileşimin bir sonucu olarak; hastaların, bilişsel ve emosyonel reaksiyonlarını değerlendirmeleridir **(70)**. Bakımın kalitesini gösteren temel ölçütlerden biri olarak kabul edilmektedir.

**YAŞAM KALİTESİ:** Yaşam koşulları içinde elde edilebilecek kişisel doyumun düzeyini etkileyen hastalıklara ve günlük yaşamın fiziksel, psikolojik ve toplumsal etkilerine verilen kişisel tepkileri gösteren bir kavramdır (3).

**MALİYET:** Kullanılan tüm kaynaklar için harcanan paradır. **Direkt Maliyet:** Ürün ya da hizmetleri sağlamada kullanılan ve direkt olarak hasta bakımı ile ilgili olan harcamalardır (9).

## **1.7.GENEL BİLGİLER**

### **1.7.1. ROMATOİD ARTRİT**

#### **1.7.1.1.Tanım:**

Romatoid artrit; etyolojisi tam olarak belli olmayan, kronik olarak küçük, periferik eklemleri tutan, deformitelerle seyreden; yanı sıra sistemik bulgular gösteren, ciddi düzeyde olumsuz fiziksel, psikolojik, emosyonel, sosyal ve ekonomik sonuçlara yol açan inflamatuvar bir hastalıktır (55, 90).

#### **1.7.1.2. Epidemiyoloji:**

Romatoid artrit tüm dünyada farklı şiddet ve insidanslarda görülmekle birlikte 1970 ve 1980'li yıllarda yapılan çalışma sonuçlarına göre toplam nüfusta görülme sıklığı %1-2'dir (Bu oranlar Amerika prevalanslarına uygundur). Avrupa'da son yıllarda yapılan çalışmaların bazılarında %0,5'in altında rakamlar bildirilmektedir (7,55).

Herhangi bir yaşta ortaya çıkmakla ve 30-50 yaşlar arasında en sık görülmekle birlikte **(148)** bu oranın yaşla artarak 55 yaş üzeri kadınlarda %5'e kadar çıktığı bildirilmektedir. Kadın/erkek oranı 3:1'dir **(55,88)**.

Amerikada Minnesota'da 1955-1964 yılları arasında 83/100.000 olan kadınlardaki RA insidansının 1985-1994 yılları arasında 40/100.000'lara düştüğü; İngiltere'de yapılan çalışmalarda da bu oranların benzer olduğu bildirilmektedir (34/100.000). İlerleyen yıllarda kadınlardaki RA insidansındaki bu azalmanın nedeni olarak; oral kontraseptif kullanımının artması ve bunun RA oluşumuna karşı koruyucu etkisi gösterilmektedir **(130)**

Bazı kaynaklarda, RA'e ilişkin prevalans tahminlerinin 3/1.000-15/1.000 arasında değiştiği göstermektedir **(148)**. Havsa'da (Edirne/Türkiye) yapılan romatolojik hastalıklar prevalans çalışmasında kesin RA sıklığı 1,3:1000 olarak saptanmıştır. **(94)**

Ülkemizde RA epidemiyolojisi ile ilgili oldukça kısıtlı sayıda veri bulunmaktadır. İzmir Narlıdere ve Balçova bölgesinde 2887 kişiyle yüzyüze görüşme yöntemiyle yapılan bir çalışmada 20 yaş üzerindeki popülasyonda RA kaba prevalansı %0,49 olarak bulunmuştur. Yaş ve cinsiyete göre düzeltme yapıldığında genel popülasyondaki prevalans %0,36 olarak hesaplanmıştır. Bu oran Yunanistan ve İtalya gibi Akdeniz ülkelerinde bildirilen prevalans oranlarına benzerdir. **(2,7)**

### **1.7.1.3. Risk Faktörleri Ve Etyoloji:**

Romatoid artrit ile ilişkili belli başlı risk faktörleri olarak kadın cinsiyeti, pozitif Romatoid Faktör (RF), aile öyküsü, HLA-DR4 ve DR1 mevcudiyeti, çocuk doğurmamış olmak sayılmaktadır. **(124,126)**

RA'in sebebi halen çok iyi bilinmemekle birlikte olası etyolojiler olarak şunlar bildirilmektedir: Enfeksiyonlar, genetik faktörler, otoimmünite ve diğer faktörler.

**A) Enfeksiyon:** Bugüne kadar RA etyolojisinde rol oynadığına inanılan herhangi bir mikroorganizma ortaya çıkarılamamıştır. Ancak insanlarda birçok bakteri, virüs ya da spiroketler poliartrit oluşturabilir. Günümüzde halen RA sürecini tetikleyebilecek Epstein-Barr virüs, parvovirus ve mycobakteria gibi belirli enfeksiyöz patojenlerin olasılığını incelemek için araştırmalar devam etmektedir (55,56)

**B) Otoimmünite:** RA; IgG'ye karşı oluşan antikorların varlığı ile karakterizedir. Belli bir virüs tanımlanmasa da, bir virüs gibi antijenik bir uyaran anormal IgG oluşumuna yol açabilir. IgG'leri bozan bu antikorlar romatoid faktör olarak bilinir ve eklemlerde, kan damarlarında, plevrada biriken immün kompleksleri oluşturmak için IgG ile birleşirler. Komplement aktive olur ve inflamatuvar yanıt oluşur. Nötrofiller inflamasyon alanına göç eder ve eklem kartilajını, kan damarlarını, plevranın alt membranlarını hasara uğratabilecek proteolitik enzimleri salgılar. Eklem değişiklikleri; inatçı immünolojik aktiviteyle sonuçlanan inflamatuvar hücrelerin ve mediyatörlerin varlığı ile kronik inflamasyonla karakterizedir. Süzülen makrofajlar aktive olur ve interlökin-1, interlökin-6, tümör nekroz faktör ve koloni stimulan faktörü içeren çeşitli sitokinleri salgılar. Bu sitokinlerin aktivasyonu; sinovyal dokunun inflamasyonu, sinoviyal proliferasyon, kartilaj ve kemik hasarını ve RA'nın sistemik bulgularını kapsayan romatoid sinovitin bir çok özelliğini açıklamaktadır.

**C) Genetik faktörler:** Hastalığa genetik bir eğilim olabileceğine dair kanıtlar mevcuttur. HLA-DR4 olarak bilinen human lökosit antijen (HLA)'nın prevalans artışı RA'li kişilerin %65'inde oluşur. Bu gruptaki kişilerin RA ile hastalandıkları görülmektedir. Beyaz ırktan olan ve romatoid artrit saptanan hastalarda HLA-DR4'e oldukça sık rastlanır. RA, HLA-DR4'ün bazı belirli alt grupları ile de ilişkilidir (HLA-Dw4 ve HLA-Dw14). HLA antijeninin varlığı ve belki de diğer genetik faktörlerin hastalık sürecini başlatan bir virüs gibi tanımlanamayan çevresel antijenlerin genetik duyarlılığı artırması olasıdır.

**D) Diğer faktörler:** Metabolik ve biyomekanik anormallikler, besinsel ve çevresel faktörler, mesleki ve psikososyal etkiler hastalığının oluşumunda veya sebep olmasında bir parça rol oynayabilir. Ancak bu belirtilenler tamamen kanıtlanmış değildir (45, 79, 125).

#### **1.7.1.4. Patofizyoloji:**

RA sistemik bir hastalık olarak kabul edilmekle birlikte hastalığın karakteristik özelliği sinovya ve fonksiyonlarındaki bozulmadır. RA patolojisi 4 evrede incelenebilir:

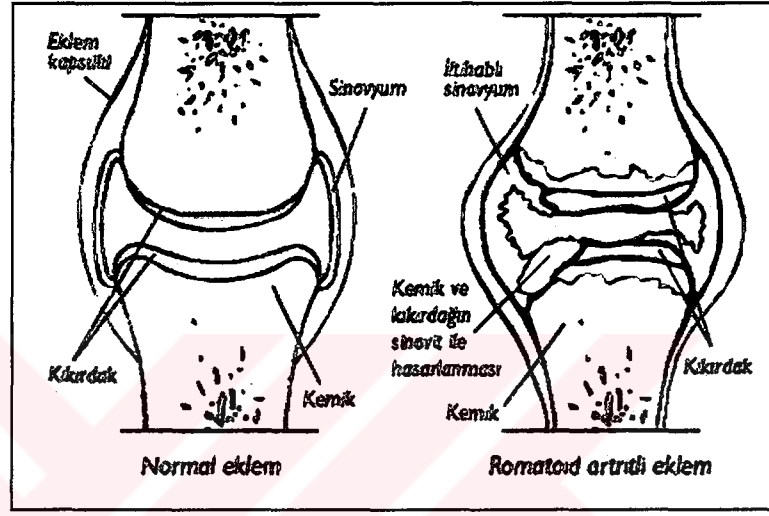
**1.Evre:** Bilinmeyen etyolojik faktör eklem inflamasyonunu veya sinovitis başlatır. Bu evrede sinoviyal membranlarda şişlik ve aşırı sinoviyal sıvı üretimi vardır.

**2.Evre:** Sinovyum ve kartilajın bağlantı yerlerinde pannus (inflamatuvar dokunun granülasyonu) oluşur. Pannus; artiküler kartilajın yüzeyine de yayılır ve sonunda eklem kapsülüne ve subkondrial kemiğe yayılır.



**3.Evre:** Sert, fibröz bağ dokusu pannusun yerini alır, eklem boşluğunu kapatır. Fibröz ankilozis eklem hareketinin hareketlerinin azalmasına, deformiteye ve eklemleri açamamaya neden olur.

**4.Evre:** Fibröz doku kalsifiye olduğu zaman, kemik ankilozisi tüm eklem hareketliliği ile sonuçlanabilir.



**Şekil 1: Normal Eklem Ve Romatoid Artritli Eklem**

(Kaynak: [www.tip2000.com/aktualite/images/ra\\_kucuk.gif](http://www.tip2000.com/aktualite/images/ra_kucuk.gif))

Ayrıca; Amerikan Romatoloji Derneği (ACR) RA patogenezini evrelerine göre içerdiği belirti ve bulgularla tanımlamıştır (Tablo 1). Bu evreler Tablo 1'de gösterilmektedir.

#### 1.7.1.5. Klinik Bulgular:

Hastalık, olguların %75 kadarında yavaş ve sinsi olarak başlar. Haftalar veya aylar süren bir süreçte; artraljiler, sabah tutukluğu ve eklemlerde şişlikler oluşur. Tutulan eklem sayısı da yavaş yavaş artar. Özellikle de el eklemlerinin tutulması başı çeker. Hastalığın %25 kadarı, akut veya subakut başlangıç gösterir (56).

**Tablo 1 :RA Patogenezinin Evrelendirilmesi**

<b>Evre (E)</b>	<b>Belirtiler</b>	<b>Bulgular</b>
<b>Evre 1:</b> T hücrelerine antijen sunumu	-Yok	-Yok. X-ray normal.
<b>Evre 2:</b> T ve B hücre proliferasyonu, sinovya anjiojenez	-Halsizlik, sabah tutukluğu	-Küçük eklemlerde, bilek ve dizlerde ağrı veya şişlik. -X-ray normal
<b>Evre 3:</b> Sinovyal sıvıda polimorf nüveli lökosit birikimi, sinovyal zar proliferasyonu	-Halsizlik, güçsüzlük, sabah tutukluğu, eklem ağrısı, şişlik	-İllik, şiş eklemler, artmış sinovyal ısı, nodül, yumuşak dokuda proliferasyon, sınırlı ROM, X-rayde yumuşak doku şişliği
<b>Evre 4:</b> Pannus invazyonu, kondrosit aktivasyonu, enzim aktivasyonu	-Evre 3'deki belirtiler devam eder	Evre 3'deki bulgulara ek olarak periartiküler osteopeni, MRI'da proliferatif pannus
<b>Evre 5:</b> Subkondral kemik erozyonu, kırıkdağa pannusun invazyonu, ligaman yapılarında tutuluş	-Evre 3'deki belirtilere ek olarak fonksiyon kaybı, deformiteler	-Evre 3'teki bulgulara ek olarak instabilite. - Fleksiyon kontraktürleri, eklem dışı tutuluşlar. X-rayde erozyonlar ve eklem aralığında daralma

*Kaynak: Solakoğlu, S.; (1995); "Romatoid Artrit: Klinik Özellikleri, Tanı Ve Tedavisi"; Literatür, Cilt:22; S:435.*

**a) Eklem hasarı:**

RA; genellikle küçük eklemleri veya küçük ve büyük eklemleri tutan bir poliartrit olarak ortaya çıkar. Hastalığın erken döneminde, ağrı ve enflamasyonun diğer temel belirtileri (ısı artışı, şişlik, fonksiyon kaybı ve olasılıkla etkilenen eklemlerde eritem) mevcut olmasına karşın hasar ve deformiteye rastlanmaz. Hastalık aktivitesi kontrol edilemez ise enflamasyon diğer eklemlere de yayılarak deformite ve eklem instabilitesine yol açan, kademeli şekilde geri dönüşsüz doku hasarı meydana getirir. Uzun dönemde en ciddi bozukluk daha büyük ve vücudun ağırlığını taşıyan eklemlerde hasar gelişmesidir. Altay ve ark. yaptıkları çalışmalarında; romatoid artritli

hastalarda hastalık süresi arttıkça tutulan eklem sayısının da arttığını belirtmektedirler

Diğer sinoviyal dokularda da sıklıkla enflamasyon gelişir. Tendon kılıflarında da benzer olaylar meydana gelebilir, ciddi disfonksiyon ve rüptür gelişebilir. RA'e tipik deformiteler (parmakların ulnar deviasyonu, başparmakta Z deformitesi, kuğu boynu ve düğme iliği deformiteleri gibi) tendon hasarı veya tendonların yerinden oynamasına bağlı olarak gelişir. Palpasyonla sıklıkla tendonlarda kalınlaşma ve nodüller saptanır.

*Omurga-* RA ön planda periferik eklemleri tutar, bununla birlikte boyun omurgalarının diskovertebral eklemleri de sıklıkla etkilenir. bu etkilenim sonucu atlantoaksiyal subluksasyonlar gelişerek omurilikte sıkışmaya neden olabilir. Servikal subluksasyonun en erken ve en sık rastlanan belirtisi oksipital bölgeye doğru yayılım gösteren ağrıdır. Paresteziler, el fonksiyonlarında azalma, duyu kaybı, yürüme bozukluğu, idrar retansiyonu veya idrar inkontinansı görülebilen diğer semptomlardır.

Dizde efüzyon popliteal (Baker) kistlere neden olabilir. Bu da rüptüre olarak yaygın ağrıya neden olabileceği gibi baldırda şişmeye yol açarak derin ven trombozunu taklit edebilir.

#### **b) Eklem dışı belirtiler:**

Romatoid artrit eklem dışı belirtilerine de sık rastlanır. RA'nın temel bulgusu kronik, simetrik poliartrit olmakla birlikte eklem dışı patolojilere de yol açar (Tablo 2)(103). Etkilediği tüm sistemlere ilişkin eklem dışı belirtiler tablo 2'de özetlenmiştir.

**Tablo 2:RA'da Eklem Dışı Tutulum**

Sistemik	Ateş, lenfadenopati, kilo kaybı, yorgunluk
Kalp	Perikardit, miyokardit, koroner vaskülit, kalp kapakçıklarında nodül gelişimi
Akciğer	Plörit, nodül, interstisyel akciğer hastalığı, bronşiolitis obliterans, arterit
Periferik sinirler	Tuzak nöropatileri (karpal tünel sendromu vb.), periferik nöropati, mononöritis multipleks
Deri	Palmar eritem, deri altında nodüller, vaskülit
Göz	Episklerit, sklerit, koroid ve retinada nodüller
Hematolojik	Felty sendromu (RA+splenomegali+lökopeni), anemi
Diğer	Sjögren sendromu, amiloidoz

*Kaynak: Gümüşiş G., (1999); "Romatoid Artrit" ; İçinde: Gümüşiş G., Doğanavşargil E.; Klinik Romatoloji; Deniz Matbaası; İstanbul; s.269-278.*

#### **1.7.1.6. Tanı:**

RA'te erken tanı, etkili olan tedavilere zamanında başlanması ve alınacak önlemler açısından oldukça önemlidir. Belirtilerin başlamasından itibaren ilk 6 aylık süre erken dönem olarak adlandırılabilir. Hastanın iyi bir anamnez vermesi, yakınmalarını iyi bir şekilde anlatabilmesi büyük önem taşımaktadır.

Çok yönlü bir hastalık olan RA'nın tanısını kolaylaştırmak ve bir standarda bağlamak amacıyla American Rheumatology Association (ARA)'nın oluşturduğu tanı kriterleri oldukça yol göstericidir (Tablo 3).

Hastaların hekime başvurma nedenlerinin başında, sabahları uykudan kalktığında oluşan yakınmaları gelmektedir. Hastalar sabahları ellerini rahat kullanamadıklarını, tutukluk hissettiklerini, ayaklarının üzerine basmada zorlandıklarını, son zamanlarda kendilerini yorgun ve halsiz hissettiklerini belirtirler. Özellikle el parmaklarında ağrı ve şişlik olduğunu ve ellerini zor

kapatabildiklerini ifade ederler. Hastaların %70-80'i yavaş ve sinsi başlayan ve yukarıda belirtilen özellikleri gösteren bir başlangıca sahiptir ve başlangıç belirtileri günlerden çok, haftalara ve aylara yayılmıştır (56).

**Tablo 3: RA Tanı Kriterleri (ARA 1987)\***

<ol style="list-style-type: none"><li>1. Eklemler ve çevresinde tam düzelmeden önce en az 1 saat süren sabah tutukluğu**</li><li>2. Hekim tarafından 3 veya daha fazla eklem bölgesinde yumuşak doku şişmesinin (artrit) gözlenmesi**</li><li>3. Proksimal interfalangeal, metakarpofalangeal veya el bileği eklemlerinde şişme**</li><li>4. Simetrik artrit**</li><li>5. Deri altında nodüller</li><li>6. Pozitif romatoid faktör testi</li><li>7. El veya el bileğinde radyolojik olarak erozyon veya periartiküler osteopeni</li></ol>
<p>* Dört veya daha fazla kriteri sağlayan hastalar RA olarak sınıflandırılır. ** En az 6 hafta süreyle bulunması gerekir.</p>
<p>(Kaynak: <sup>1</sup> Ergin S.:(2000) "Romatoid Artrit Ve Sjögren Sendromu"; İçinde: Beyazova,M. Gökçe-Kutsal Y. Fiziksel Tıp Ve Rehabilitasyon-Cilt:2-; Güneş Kitabevi, Ankara, s:1551. <sup>2</sup> Akıncı Tan A. Romatoid Artritte Yaşam Kalitesi Ve Fonksiyonel Değerlendirme., RA Olgu Serisi 6; MD Yayıncılık, Ankara, 2004, s: 15.</p>

#### **1.7.1.7. Laboratuvar Bulguları:**

**a) Romatoid Faktör (RF):** IgG'nin Fc fragmanındaki antijenik determinantlara karşı oluşan antikörleri tanımlar. RA'li hastaların serumunda %75-80 pozitif bulunur. Ancak tek başına RF'ün olumluluğuna dayanılarak RA tanısı konamaz.

**b) C-Reaktif Protein (CRP):** RA'de akut faz cevabın direkt bir ölçümüdür. Hastalık aktivitesi açısından ESH'dan daha duyarlı olduğu kabul edilmiştir. Aktiviteyi belirleyen en uygun göstergedir.

**c) Anti-streptolizin (ASO):** Streptokok enfeksiyonlarından 1-4 hafta sonra ortaya çıkan antikorlardır. Sadece geçirilmiş bir streptokok enfeksiyonunu gösterir. Tanıyı desteklemek amacıyla değerlendirilir. Romatizmal hastalıklar açısından tanı koymak için çok da gerekli olan bir test değildir.

**d)Eritrosit sedimentasyon hızı (ESH):** ESH; akut faz cevabını değerlendirmede en yaygın kullanılan bir laboratuvar testidir ve eritrositlerin çökme hızını yansıtır. Kadınlarda 0-20mm/saat; erkeklerde 0-15 mm/saat normal değerlerdir. Romatolojide hastalıkların tanısından çok hastalık aktivitesinin takibinde faydalıdır. 30 mm/saat üstündeki değerler aktiviteye işaret eder. Bazen 100 mm/saat değerlerine kadar yükselebilir. Ancak nonspesifik bir testtir ve eritrositlerin şekil, sayı, büyüklüğünü etkileyen durumlardan (örneğin anemi, yaşlanma) etkilenebileceği unutulmamalıdır. Normal değerlerde bulunması hastalığın aktif olmadığını göstermez.

**e)Tam kan sayımı (Hemogram):** Hastalarda %50 oranında anemi görülür. RA remisyona girerse anemi de düzelir. (45,55)

#### **1.7.1.8. Ayırıcı Tanı:**

RA'in diğer bağ doku hastalıklarından ayrılması gereklidir. Sistemik lupus eritematozus, Sjögren sendromu, polimiyaljiya romatika, spondartrit, fibromiyalji, sarkoidoz tanı aşamasında RA'ten ayırt edilmesi gereken bağ doku hastalıklarıdır. (56)

### 1.7.1.9. Tedavi:

RA'nın yönetimi ve ilaç tedavisinin izlemi konusundaki rehberler ilk kez 1996 yılında geliştirilmiştir. Bu zamandan günümüze RA tedavisinde büyük gelişmeler kaydedilmiştir. (54). Tüm bunlara karşın RA'in tam olarak ortadan kaldırılması mümkün olamamaktadır. Bu nedenle RA'in prognozu ve uzun dönem sonuçlarının başarısı ancak medikal, rehabilitatif ve cerrahi tedavilerin uygun yerde ve uygun zamanda kullanılmasına bağlıdır. Tüm tedavi seçeneklerindeki gelişmelere karşın, hastalığın seyri sırasında tüm fazlarda yetersizlik riski vardır. Bu nedenle RA'li hastalarda tedavideki amaç; bir yandan medikal tedavilerle hastalığı baskılamak ve ilerlemesini durdurmak, diğer yandan da kişinin ihtiyaç ve sorunlarına en üst düzeyde cevap vermeyi amaçlayan rehabilitasyonu gerçekleştirmek olmalıdır. Hastalığın medikal tedavisi yanında mutlaka ağrı, yorgunluk, fonksiyonel kısıtlılık, fiziksel, mental ve sosyal yetersizlik gibi temel problemlere yani, "yaşam kalitesi"ne yönelik tedavi prensipleri de uygulanmalıdır.

<b>Deneysel İlaçlar</b>	<b>Cerrahi</b>	<b>Steroidler</b>
<b>Hastalığı Düzenleyici Antiromatizmal İlaçlar</b>		
<b>Nonsteroid Antiinflamatuvar İlaçlar, Eğitim, ve Fizyoterapi, Mesleki Terapi, Psikososyal Terapi</b>		

### **Şekil 2: RA'li Hastaların Yönetiminde Günümüz Yaklaşımı**

(Kaynak: Meyer CL. "Nursing Care of Clients with Connective Tissue Disorders"; In: Black J.M.; Matasarrin-Jacobs E.; Medical-Surgical Nursing Clinical Management for Continuity Of Care; Fifth Edition, Philadelphia; 1997:p:661)



RA yönetiminde yeni felsefe; RA'li hastaların fonksiyonlarını sürdürmek için hastalığın erken evrelerinden itibaren multidisipliner bir bakımın sağlanmasıdır (91)(Şekil 2).

#### **1.7.1.9.1.Farmakolojik yönetim:**

RA'in tıbbi tedavisinde, nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar, temel etkili ilaçlar (metotreksat, antimalaryaller, altın tuzları, azatioprin, sulfasalazin, leflunomide, etanercept, infliximab), kortikosteroidler (sistemik, intraartiküler) kullanılan belli başlı ilaçlardır.

#### **1. Non-Steroid Antiinflamatuvar İlaçlar (NSAİ):**

NSAİ'ler, genelde her RA hastasında uzun süreli olarak kullanılmalarına karşın, hastalığın seyrini değiştirmezler. İnflamasyona sebep olan prostoglandin sentezini önleyerek inflamasyon ve ağrıya karşı etkili olurlar (145).

NSAİ'lar plazma yarılanma ömürlerine göre 2 gruba ayrılırlar: A.Yarılanma ömrü 12 saat ve daha az olanlar: Aspirin, diklofenak, etodolak, ibuprofen, indometasin, ketoprofen, tiaprofenik asit gibi ilaçlar bu gruba girerler, kısa etkilidirler. Aspirin NSAİ olması karşın, bugün için RA tedavisinde kullanılan bir ilaç değildir. B. Yarılanma ömrü 12 saat ve üzerinde olanlar: Azapropazon, fenilputazon, piroksikam, tenoksikam gibi ilaçlar bu gruba girerler, uzun etkilidirler.

NSAİ'in en sık görülen yan etkileri mide üzerine olan etkileridir. Gastrik prostoglandinlerin koruyucu etkilerinin ortadan kalkmasına bağlı



olarak ortaya çıkar. Gastrik problemlerin oluşmasını engellemek veya en aza indirmek için mutlaka NSAİI kullanılması gerekirse daha çok COX-2 inhibisyonu yapanları tercih etmek ya da kullanılan NSAİI'la birlikte mide koruyucu olarak H2 reseptör antagonisti, proton pompa inhibitörü gibi ilaçlar kullanmak uygun bir yaklaşımdır. NSAİI kullanırken yan etkileri takip etmek için periyodik aralıklarla kan sayımı ve kreatinin bakılması tavsiye edilmektedir (8,45,145).

NSAİI'a ilişkin diğer yan etkiler şu şekilde sıralanabilir (8).

**Tablo 4 : RA Tedavisinde Kullanılan NSAİI'ın En Sık Görülen Yan Etkileri**

ETKİLENEN SİSTEM	YAN ETKİLER	ETKİLENEN SİSTEM	YAN ETKİLER
Gastro-intestinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Gastroözefagial reflü</li> <li>➤ Erozyonlar</li> <li>➤ Peptik ülser</li> <li>➤ Hemoraji ve perforasyon</li> <li>➤ İnce ve kalın barsak ülserasyonu</li> </ul>	Renal	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Serum kreatininde geçi artma</li> <li>➤ Hiponatremi</li> <li>➤ Akut böbrek yetmezliği</li> <li>➤ İnterstisyel nefrit</li> <li>➤ Hiperkalemi</li> <li>➤ Analjezik nefropatisi</li> </ul>
Hepatik	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Transaminazlarda artma</li> <li>➤ Hepatoselüler hasar</li> <li>➤ Kolestaz</li> </ul>	Hematolojik	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Trombositopeni</li> <li>➤ Nötropeni</li> <li>➤ Eritroid aplazisi</li> <li>➤ Hemolitik anemi</li> </ul>
Kutanöz	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Fotosensitivite</li> <li>➤ Eritema multiforme</li> <li>➤ Ürtiker</li> <li>➤ Toksik epidermal nekroliz</li> </ul>	Solunum sistemi	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Bronkospazm</li> <li>➤ Pnömonitis</li> </ul>
Santral sinir sistemi			<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Baş ağrısı</li> <li>➤ Baş dönmesi</li> <li>➤ Kişilik değişimi</li> <li>➤ Aseptik menenjit</li> </ul>

(Kaynak: Aksu, K.; "Romatoid Artritte İlaç Tedavisi"; İlaç ve Tedavi Dergisi; Cilt:13; Sayı 7; 2000; s:323-335)

2. **Kortikosteroidler:** RA tedavisinde kortikosteroidler; enflamasyonu ve immün yanıtı azaltmak amacıyla kullanılır. Temel etkili ilaçların etkilerinin başlaması için en az 4-6 haftalık bir süre gereklidir. Bu süre içinde hastanın yakınmalarını kontrol altına almak ve enflamatuvar yanıtı baskılamak için ek tedaviler gereklidir. Bu durumda NSAİl'lar başlansa bile semptomları azaltmaya yeterli olamayabilir. Bu geçiş döneminde enflamasyonu baskılamak için en sık kullanılan ajanlar kortikosteroidlerdir. Köprü tedavisi de denilen bu tedavi şeklinde kortikosteroidler düşük dozda başlanır ve olabilecek minimal doza inilerek kesilir.

Kortikosteroidlerin eklem içi enjeksiyon olarak yapılması eklemden geçici olarak inflamasyonun baskılanmasına yardımcı olabilir ve küçük eklemlerin akut inflamasyonunda çok etkilidir. Olası bir enfeksiyon durumunda steroid enjeksiyonu uygulanmamalıdır (90).

Kortikosteroidlerin RA'teki en önemli yan etkisi osteoporozdur. Gelişen bu osteoporozun en önemli nedenleri; osteoblastik aktivitenin inhibe olması, barsaklardan kalsiyum emiliminin azalması, böbreklerden kalsiyum kaybının artması ve sonuçta hipokalsemi gelişmesi, hipokalsemiye cevap olarak artan paratiroid hormonun osteoklastik aktiviteyi arttırmasıdır.

RA tedavisinde kortikosteroidleri kullanırken dikkat edilmesi gereken noktalar şunlardır:

- Osteoporoz riski altındaki hastalara mevcut tedaviye ek olarak kalsiyum desteği yapılmalıdır.

- Kortikosteroid tedavisi nedeniyle hipertansiyon oluşabileceği için diyet tuzsuz olmalıdır.
- Kortikosteroidler hipertrigliseridemi ve hiperkolesterolemiye yol açarak ateroskleroza hızlandırabilirler.
- Kortikosteroidler insülini antagonize ederek hiperglisemiye ve hiperinsülinemiye yol açabilirler. Gizli diyabetin ortaya çıkmasına, var olan diyabetin regülasyonunun bozulmasına neden olabilirler.
- Uzun süreli kortikosteroid kullanımı sonrası ilacın kesilmesi düşünülürse "kortikosteroid kesilme sendromu" denilen ve Addison hastalığına benzer klinik bir tablo oluşmasına neden olmaması için ilacın kesilmesi yavaş olarak yapılmalıdır. Son derece ciddi bir tablo olan bu klinik tabloda sürrenaller, uzun süre egzojen olarak verilen kortikosteroidin etkisiyle baskılanır. İlaç uygun şekilde kesilmediğinde sekonder sürrenal yetmezliği tablosu gelişir. Bu tabloda kusma, bulantı, hipotansiyon, ateş, hipoglisemi, hiperkalemi ve hiponatremi ortaya çıkmaktadır.
- Hastaya kortikosteroid tedavisinin önemi çok iyi anlatılmalı, ilacı doktordan habersiz bırakmaması üzerinde önemle durulmalıdır. (45,90)

### 3. Temel etkili ilaçlar:

Bu grup ilaçlar RA progresyonunu azaltan, hastalığı remisyona sokan ilaçlar olarak kabul edilmekte ve aşağıdaki ilaçları içermektedir.

a) *Methotreksat (MTX)*: MTX, bir antimetabolittir, DNA sentezi ve hücre bölünmesinde etkisi olan pürin sentezinde görev alan bir enzim olan dihidrofolat redüktaz (DHFR) enzimini inhibe eder. Tablet, oral solüsyon veya IM enjeksiyon şeklinde kullanılır. Bu ilaç kullanımına bağlı olarak en sık yan etki gelişen sistem gastrointestinal sistemdir. Bulantı, kusma, karın ağrısı şeklindeki yakınmalar sıklıkla ortaya çıkar. Bu yakınmalar çoğunlukla folik asit desteği ile azalır veya kaybolur. Fakat bazı durumlar bu desteğe rağmen yakınmalar geçmeyebilir. MTX kullanımında görülen en ciddi yan etkilerden biri de hepatotoksisitedir. Bunun en sık görülen şekli, rutin kontrollerde transaminazların artmasıdır. Bu durumda MTX dozu azaltılır veya kesilir ya da kısa süre sonra kontrol KC fonksiyon testleri alınır. MTX'in daha az olarak görülen yan etkileri arasında viral enfeksiyonlara (özellikle herpes zoster ve parvovirüs B19) zemin hazırlaması vardır. MTX'in tüm yan etkilerinde folik asit replasmanı yapılması gerekmektedir. Diğer yandan, folik asit replasmanı yan etki gelişme şansını azaltmaktadır (8,45,145).

b) *Antimalaryal ilaçlar*:

Diğer temel etkili ilaçlara göre daha az yan etki yaptığı ve oluşabilecek yan etkiyi kolay, erken tanıma olanağı olduğu için yaygın olarak kullanılmaktadır. Günümüzde klorokin, hidroklorokin ve kinakrin olmak üzere 3 çeşit antimalaryal, antiromatizmal etkileri

nedeniyle kullanılmaktadır. İdame tedavide GIS yan etkilerini minime indirmek için ilaçların tok karına ve gece alınması önerilmektedir. Klorokin, ülkemizde Sıtma Savaş Dispanserlerinden temin edilmektedir.

Antimalaryaların en önemli yan etkisi göz üzerine olanıdır. Tedavinin ilk aylarında görülen etkide; gözde uçuşmalar ve bulanık görme şeklinde yakınmalar ortaya çıkabilir. Bu etkiler kornea anteriorunda lineer depolanmaya ve akomodasyon kusuruna bağlıdır. Bu semptomlar, ilaç kesilince veya azaltılınca kaybolur. Uzun süreli kullanımlarda gözde körlüğe yol açabileceği için antimalaryal ilaçların takibinde, 6 ayda bir göz hastalıkları uzmanı mauyenesi ve görme alanı kontrolü önerilmektedir.

c) *Sulfasalozin*: RA'de kullanılan Sulfazolinlerin etkisi 4–6 haftada başlar. Tabletlerin tok alınması ve toplam dozun gün içerisinde yayılması tavsiye edilir. Tedaviye başladıktan sonraki ilk 4-6 hafta içinde hemogram, KC ve böbrek fonksiyon testlerinin yapılması önerilmektedir. Hastalarda yaklaşık %1-5 oranında nötropeni görülür. Bunun yanı sıra en sık görülen yan etkileri GIS üzerine olan yan etkileridir.

d) *D-Penisilamin (DPA)*: RA tedavisinde ilk sıralarda tercih edilen bir ilaç değildir. Toksik bir ilaç olduğu için sık laboratuvar kontrolleri ile izlem (kan, idrar gibi) gerektirir. En ciddi yan etkisi hematolojik etkileridir (lökopeni, trombositopeni, aplastik anemi). Bu durumlarda ilaç hemen kesilmelidir.

e) *Altın tuzları*: Yüzyılı aşkın bir süredir tıbbın içinde olan altın tuzları romatolojide en sık RA'te kullanılır. Altın tuzlarının oral ve IM kullanılan formları vardır. Oral olarak kullanılan Aurofin'in GIS'ten emilimi %30 kadardır. Bu nedenle IM kullanıma göre hem yararı, hem yan etkileri daha azdır. IM kullanımda yarılanma ömrü 1 hafta kadar olduğu için enjeksiyonlar haftada bir yapılır. IM kullanımda raş, hipotansiyon, deri döküntüleri gibi allerjik reaksiyonlar oluşabilir. En sık olarak enjeksiyon sonrasında karşılaşılan flashing, bulantı ve halsizliktir. Altın tuzları RA'in ilk aşamalarında ve ilerlemiş hastalığı ve sinoviti olmayan RA'te kullanımı önerilmemektedir.

f) *Azatiyoprin*: Uzun dönem malignite, enfeksiyon riski ve ilaç etkileşimlerinin diğer temel etkili ilaçlara göre daha fazla olması nedeniyle pek tercih edilmemesine karşın, özellikle extraartiküler bulguların tedavisinde tercih edilen bir ajandır. İmmünoşüpresyon yapması nedeniyle RA'te etkili olmaktadır. Antikor yapımını ve antikora bağımlı hücreşel immün yanıtı baskılar.

g) *Sikloşporin A*: RA'de tedaviye dirençli olgularda kullanılması önerilir. En önemli yan etkisi nefrotoksik etkisidir.

h) *Siklofosamid*: Çok az sıklıkta RA'te temel etkili ilaç olarak kullanılmaktadır. RA'te kullanım nedeni immünoşüpresif olmasındandır. Uzun dönemde kullanımını kısıtlayan en önemli faktör malignite (özellikle non-Hodgkin lenfoma ve mesane kanseri) gelişim riskini arttırmasıdır. Oral veya IV olarak kullanılır. Tedavi

öncesinde mutlaka bazal laboratuvar incelemeleri yapılmalıdır. Sonrasında da ayda bir kontroller devam etmelidir (8,45).

i) *Leflunamid*: Son yıllarda yeni kullanılmaya başlanan bir ilaçtır. Do novo pirimidin sentezini engelleyerek etkisini gösterir. Kontrollü çalışmalarda MTX kadar etkili olduğu ve daha az karaciğer yan etkisine yol açtığı gösterilmiştir. Bulantı ve saç dökülmesine yol açabilir. 4-6 haftada bir karaciğer fonksiyon testlerinin takip edilmesi gerekir (145).

j) *Etanercept*: TNF alfanın eklem inflamasyonunda önemli rol oynadığı bilinmektedir. Yapılan çalışmalarda MTX'la aynı derecede hastalığı kontrol altına aldığı ve yeni RA hastalarında erozyonları engellediği gösterilmiştir. Ancak enfeksiyon riskini artırdığı saptanmıştır. Özellikle açık yara varlığında veya herhangi bir enfeksiyon durumunda ilaç hemen kesilmelidir. İlaç enjeksiyon olarak kullanılır. İlacın en büyük sınırlılığı bir sağlık profesyoneli tarafından uygulanması gerekliliğidir. Son zamanlarda ilaç firmaları hastanın kendisinin ilacı uygulayabilmesi için uygun formda (hazır enjektör içinde ve uygulama rehberi ile birlikte) piyasaya sunumda bulunmaktadır. Bu doğrultuda sağlık profesyonelleri hastaya enjeksiyon uygulama tekniği konusunda hasta eğitimi ve demonstrasyonlar planlamalıdır. (145)

k) *Infliximab (Remicade)*: Bir monoklonal TNF alfa antikorudur. MTX'ın yetersiz olduğu aktif RA'li hastalarda fiziksel fonksiyonları geliştirmek için kullanılmaktadır. İlacın yeni erozyonların oluşumunu önlediği gösterilmiştir. Tedavisi esnasında oluşabilecek

en önemli durum; ciddi düzeydeki enfeksiyonlardır. Aktif enfeksiyon ve tekrarlayıcı enfeksiyonların varlığında ve konjestif kalp yetmezliği durumlarında kullanımı konusunda dikkatli olunmalıdır (112). Infliximab tedavisinin en sınırlayıcı yanı, parenteral uygulama nedeniyle bir sağlık profesyoneli tarafından uygulanması gerekliliğidir. İlacın uygulaması; başlangıçta 0., 2, ve 6. haftalarda ve daha sonra ise 8 haftada bir IV verilir (68,145).

RA'li hastaların kullandıkları ilaçlara devam edememelerinin en önemli üç sebebi; istenen sonucu elde edememe, klinik olarak tanılanan veya subjektif nitelikteki yan etkiler (tedavi ile ilişkili belirti ve bulgular) ve laboratuvar anormallikleridir.

**Tablo 5: RA'te Kullanılan İlaçların Güç Ve Toksikite Profili**

Potansiyel toksisite	Hafif RA	Orta RA	Ağır RA	Tedavisi çok güç olan RA
Düşük	Hidroksiklorokin Sulfasalazine	Hidroksiklorokin Sulfasalazine Steroidler (kısa süreli) Penicillamine Parenteral altın	Steroidler (kısa süreli) Parenteral altın	Steroidler (kısa süreli) Parenteral altın
Orta	NSAIDs	NSAIDs MTX Azatioprine	NSAIDs MTX* Azatioprine Leflunamide Kombinasyon tedavisi	NSAIDs MTX* Azatioprine Leflunamide Kombinasyon tedavisi
Oldukça yüksek			Günlük steroidler	Günlük steroidler
Yüksek			Siklosporine	Siklosporine Biolojikler: ▪ Infliximab, ▪ Etanercept

\*25 mg üzeri parenteral doz olarak düşünülmelidir.

Kaynak: Guidelines For The Management Of Rheumatoid Arthritis 2002 Update; Arthritis&Rheumatism, 46(2)328-346.



Tablo 5'de RA ciddiyetine bağılı olarak kullanımı tercih edilen ilaçlar ve toksisite oluşturma güçlerine ilişkin bilgiler bulunmaktadır.

RA'in ömür boyu süren bir hastalık olması nedeniyle tedavisinde birkaç temel etkili ilaç veya kombine ilaçlar yer alır (10). Tablo 6'da RA tedavisinde kullanılan bazı hastalığı düzenleyici temel etkili ilaçlar, kullanım dozları, etki süreleri ve maliyetleri gösterilmektedir.

**Tablo 6:RA Tedavisinde Kullanılan Hastalığı Düzenleyici Antiromatizmal İlaçların Dozu, Maliyeti Ve Etkilerinin Görüldüğü Süre**

İlaç	Etki Süresi	Dozu	Yıllık İlaç Maliyeti (USD)
Hidroksiklorokin	2-6 ay	İki günde 200 mg	1.056
Sulfasalozine	1-3 ay	Günde 2-3 kez, 1000 mg	509-763
Methotraxate	1-2 ay	Oral:7.5-20 mg/hafta Enjektabl:7.5-20 mg/hafta	697-1.859 419-806
Leflunomide	4-12 hafta	Eğer tolere edilirse günde tek doz, 20 mg/gün; aksi taktirde 10 mg/gün	2.938
Etanercept	Birkaç günden 12 haftaya	Haftada iki kez, 25 mg, SC	15.436
Azathioprine	2-3 ay	50-150 mg/gün	579- 1.737
D-penisillamine	3-6 ay	250-750 mg/gün	865-2.595
Altın, oral	4-6 ay	Günde iki kez 3 mg	1.622
Altın, intramüsküler	3-6 ay	2-4 haftada bir 25-50 mg, IM	198 (Enjeksiyon uygulaması maliyete dahil değildir)
Minosiklin	1-3 ay	İki günde bir 100 mg	2.592
Siklosporine	2-4 ay	2.5-4 mg/kg/gün	4.432-8.859

*Kaynak:Guidelines For The Management Of Rheumatoid Arthritis 2002 Update; Arthritis&Rheumatism, 46(2):331*

### 1.7.1.9.2. İlaç Tedavisine Oluşan Yanıtın Değerlendirilmesi

RA'te uygulanan tedaviye oluşan yanıtı (hastalık aktivitesini) ölçmede en sık kullanılan kriterlerden biri "American College of Rheumatology (ACR)"nin hastalık aktivitesi ölçütü (Disease activity measure)'dür. ACR tarafından oluşturulan tedaviye yanıt verme kriterleri olarak; Tablo 6'da gösterilen "ACR 20 Yanıt Verme İndeksi" gösterilmektedir (84).

**Tablo 7 : ACR 20 (%20 düzelme=ACR 20) Yanıt Verme İndeksi**

1. Ağrılı eklem sayısında %20'den fazla azalma olmalı
  2. Şiş eklem sayısında %20'den fazla azalma olmalı
- Bu ikisini; aşağıdakilerden en az 3 tanesi desteklemelidir.
3. Artrit durumunun hasta tarafından global değerlendirilmesi
  4. Artrit durumunun doktor tarafından global değerlendirilmesi
  5. Ağrının hasta tarafından değerlendirilmesi (VAS)
  6. SDA fonksiyon kaybı indeksi (HAQ)
  7. Akut faz reaktanları: ESH veya C-Reaktif protein (CRP)

*Kaynak: Malaviya A. (2003). Outcome Measures In Rheumatoid Arthritis. APLAR Journal of Rheumatology, 6:180.*

Romatoid artrit tedavisinin tüm amacı olayı remisyona sokabilmektir. 1980'li yıllarda ACR tarafından geliştirilen remisyon kriterleri Tablo 8'de sıralanmıştır (84).

**Tablo 8 : ACR Romatoid Artrit Remisyon Kriterleri\***

1. Sabah tutukluğu 15 dakikayı geçmemelidir
  2. Halsizlik, yorgunluk olmamalıdır
  3. Eklem ağrısından yakınmamalıdır
  4. Fiziksel bakıda palpasyonda veya hareketle duyarlılık bulunmamalıdır
  5. Eklem ve tendonlarda yumuşak doku şişliği olmamalıdır
  6. Sedimantasyon kadın hastalarda 30 mm/saat, erkek hastalarda 20 mm/saat geçmemelidir.
- \*En az 2 ay boyunca yukarıdakilerden 5 veya daha fazlasının olması gereklidir.*

*Malaviya A. (2003). Outcome Measures In RA. APLAR J Rheumatolog, 6:181.*

**Tablo 9: RA'li Hastalarda Hastalık Aktivitesi Ve Hasarının Değerlendirilmesi**

- **Subjektif**
  - Eklem ağrısının derecesi
  - Sabah sertliğinin süresi
  - Yorgunluğun süresi
  - Fonksiyon kısıtlılığı
- **Fizik inceleme**
  - Aktif olarak enflamasyonlu eklemler (hassas ve şiş eklem sayısı)
  - Mekanik eklem problemleri: Hareket kaybı, krepitus, güçsüzlük, eklemi düzleştirememe ve/veya deforme
  - Eklem dışı bulgular
- **Laboratuvar**
  - Eritrosit sedimentasyon hızı
  - Romatoid faktör\*
  - Tam kan sayımı\*\*
  - Elektrolit düzeyleri\*\*
  - Karaciğer enzim düzeyleri [AST (aspartate amino transferase), ALT (alanine aminotransferaze) ve albümin]\*\*
  - C reaktif protein düzeyi
  - Kreatinin düzeyi\*\*
  - İdrar analizi\*\*
  - Sinovyal sıvı analizi\*\*\*
  - Dışkı analizi\*\*
- **Diğer**
  - Standardize anketler kullanılarak fonksiyonel durum veya yaşam kalitesi tanılamaları
  - Hekimin hastalık aktivitesini global tanılaması
  - Hastanın hastalık aktivitesini global tanılaması
- **Radyografi**
  - Etkilenen eklemlerin radyografileri\*\*\*\*

\* : Sadece tanıyı koymak için başlangıçta yapılır. Eğer negatif gelirse hastalık oluşuktan sonra 6-12 ayda tekrarlanabilir.

\*\* : İlaçlara başlamadan önce organlardaki fonksiyon bozukluklarını tanılamak için temel veri sağlamak amacıyla yapılır.

\*\*\* :Diğer hastalıkları ekarte etmek için gerektiğinde ilk başlangıçta yapılır. Hastalık alevlenmeleri esnasında septik artrit dışlamak için tekrarlanabilir.

\*\*\*\*: Hastalık prognozunu ve tedaviye yanıtı izlemek için başlangıçta temel veri sağlamaya yardım eder.

*Kaynak: Guidelines For The Management Of Rheumatoid Arthritis 2002 Update; Arthritis&Rheumatism Vol:46; No:2; pp:330.*

## 1.7.2. ROMATOİD ARTRİT VE YETERSİZLİK

Yetersizlik; birey için önemli olan aktiviteleri yapma yeteneğinde azalma, fonksiyon kaybı anlamına gelmektedir. Yetersizlik; sinovitis, sinovyal sıvı değişiklikleri, eklem aralığının daralması, kıkırdak dokuda yıkım, osteoporoz ve kaslarda atrofik değişikliklerin sonucunda oluşan eklem deformiteleri nedeniyle gelişmektedir (62). Romatolojide ifade edilen yetersizlik; birincil olarak eklem deformitesi veya kas hasarının direkt bir sonucu değil, ağrı nedeniyle hareket etmekten kaçınma ve kas gücündeki azalma nedeniyledir. Kalıcı bir yetersizlik kaçınılmaz bir şekilde ağrı ile bağlantılıdır. (121)

RA'li hastalarda yetersizlik oranının; normal popülasyonla karşılaştırıldığında 4-15 kat daha fazla olduğu bildirilmektedir. (62). Yapılan cross-sectional çalışmalarda yetersizlik insidansı %50-72 arasında olarak saptanmıştır (35,62). RA'li bir hastanın her ayın 6.8 gününü aktivitelerinde kısıtlılıklar yaşayarak, her ayın 2.5 gününü ise işinde (çalışan hastalar ve öğrenciler) kayıp yaşayarak geçirdiği bildirilmektedir. Hastaların %42'sinin tanı konulduktan sonraki 3 yıl içinde çalışmada yetersiz olmaya başladıkları ve %80'inin tanıdan 20 yıl sonra orta veya şiddetli düzeyde yetersiz hale geldikleri belirtilmektedir (35). Barlow (2002), Kutlay (2003), Van den Hout (2003)'un RA'li hastalarla yaptığı çalışmada hastaların yetersizliklerinin orta düzeyde olduğu saptanmıştır (20, 74, 139).

Günümüzde yapılan tahminler, uzmanlaşmış bir klinikte takibi yapılan hastaların 10 yıl içerisinde 1/3'ünün orta-ağır derecede engelli, 1/3'ünün hafif derecede engelli olacağı ve geriye kalan üçte birinin ise normal yaşamlarını sürdürecekleri şeklindedir (126). Günlük yaşam aktivitelerinde 5-6 aktivitede

yetersizliği olan hastaların hastaneye yatış oranları çok yüksektir, hekime başvurma sayıları daha fazladır (32).

RA'te yetersizlik ölçümünde en sık kullanılan araç; Health Assessment Questionnaire (HAQ-Sağlık Değerlendirme Anketi)'dir. Hastaların yetersizlik düzeyleri romatoloji literatüründe genellikle bu anketin sonuçları ile tartışılır. HAQ skorlarının düşük olması yetersizliğin az, yüksek olması ise yetersizliğin fazla olduğunu ifade etmektedir. (26)

### 1.7.2. 1.Yetersizliği etkileyen faktörler:

Çeşitli demografik faktörlerin yetersizlik düzeyini etkileyebileceği belirtilmektedir. Birçok çalışmada ilerlemiş yaş, kadın olma, düşük gelir seviyesine ve düşük eğitim seviyesine sahip olmanın, HAQ skorlarının artmasına, böylelikle de daha fazla yetersiz olmaya yol açtığı bildirilmektedir. Aynı zamanda bazı çalışmalarda genetik faktörlerin (DR4 pozitifliği gibi) HAQ skorlarını artırdığı gösterilmiştir. Yine bazı çalışmalarda yaşam olaylarının hastaların yetersizlik düzeylerinin artmasına yol açtığına ilişkin sonuçlar bildirilmiştir. Ancak bu çalışmaların sayısı oldukça azdır, ve diğer çalışmalarda desteklenen bir sonuç gibi gözükmemektedir. (121).

Ağrı, depresyon, yorgunluk gibi hastalık aktivitesiyle ilgili çeşitli ölçümlerin yetersizlik düzeyini etkilediği, RA'li hastalarda sıklıkla görülen bu semptomların yetersizlik düzeyinde artışa neden olduğu belirtilmektedir. Bazı çalışmalarda, RA prognozunda sürekli inflamasyon olması durumu ile yüksek HAQ skorları arasında ilişki saptandığı belirtilmektedir. (121).

Tedavi, yetersizlik üzerinde önemli etkiye sahiptir. Yıllarca şikayetlerini dikkate almayıp sağlık bakımı almayı geciktiren hastaların sıklıkla kısa sürede yetersiz hale geldikleri bildirilmektedir. Düzenli aralarla bakım almayıp

arasına hekime giden hastaların da aynı sonuçla karşılaşma olasılıkları artmaktadır. Ward ve ark.(1993) çalışmasında 282 RA hastasının 10 yıllık doktor randevuları ve bununla ilişkili HAQ skorları karşılaştırılmıştır. Bunun sonucunda doktor randevularını düzenli olarak takip eden RA'li hastaların yıllık HAQ skoru artışı; düzenli olarak doktor randevularına gelmeyen hastalardan daha düşük bulunmuştur. Bu çalışmanın sonucu, kronik hastalığa sahip olan bireylerin düzenli doktor kontrollerine vermeleri gereken önemi ve uzun vadede elde edilecek kazanımları iyi bir şekilde vurgulamaktadır (121).

Tedavide ilaç seçimi de yetersizlik düzeyini etkilemektedir. Yavaş etkili antiromatizmal ilaç alan hastaların HAQ skorlarının daha yavaş yükseldiği saptanmıştır. Bu konuya ilişkin yapılan uzun süreli çalışmalarda 5 yıldan daha fazla antiromatizmal ilaç kullanan hastaların fonksiyon düzeylerinde gelişme olduğunu, bu gelişmenin de 1-2. yılda maksimal düzeyde olduğu gösterilmiştir (121)

### **1.7.3.ROMATOİD ARTRİTTE FONKSİYONEL SINIFLAMA**

Romatizmal hastalıklarda yetersizliğin sınıflandırılması ve değerlendirilmesi için belirlenmiş kriterler ve kullanılan ölçütler bulunmaktadır. Fonksiyonel değerlendirme ölçütlerinin çoğu, aynı zamanda yaşam kalitesi ölçütleridir. Çünkü yaşam kalitesini belirleyen en önemli parametre kişinin fonksiyonel durumudur. Fonksiyonel yetersizlikteki bozuklukların sağ kalım oranlarının önemli bir belirleyicisi olduğu saptanmıştır (5).

RA'li hastalarda fonksiyonel durumun sınıflandırılmasında American College of Rheumatology tarafından yenilenmiş kriterler kullanılmaktadır (5, 21, 91).

**Tablo 10: ACR Fonksiyonel Sınıflaması**

---

**Fonksiyonel sınıf I:** Normal günlük yaşam aktivitelerini tam olarak yapabiliyor (öz-bakım, mesleki ve mesleki olmayan aktiviteler).

---

**Fonksiyonel sınıf II :** Normal öz-bakım aktivitelerini yapabiliyor ancak mesleki olmayan aktiviteleri yapamıyor.

---

**Fonksiyonel sınıf III :** Normal öz-bakım aktivitelerini yapabiliyor ancak mesleki ve mesleki olmayan aktiviteleri yapamıyor

---

**Fonksiyonel sınıf IV:** Normal öz-bakım, mesleki ve mesleki olmayan aktiviteleri gerçekleştiriyor.

---

**Olağan günlük aktiviteler;** giyinme, beslenme, banyo yapma, kendine çeki düzen verme ve tuvaleti içerir.

**Mesleki olmayan** (eğlence ve/veya boş vakit) ve **mesleki** (iş, okul, ev işleri) aktiviteler; hastanın isteklerine bağlı ve yaşa, cinsiyete özeldir.

---

*Kaynak: Akıncı Tan A. (2004). Romatoid Artritte Yaşam Kalitesi Ve Fonksiyonel Değerlendirme, RA Olgu Serisi 6; MD Yayıncılık, Ankara, s: 19.*

RA'li bireylerin fonksiyonel durumlarının iyi düzeyde sürdürülmesi ve böylelikle düşük oranda yetersizlik yaşamaları; başarılı bir hastalık yönetimi sağlamaları ile mümkün olabilir. Bunu başarmak için öncelikle hasta birey ve profesyonel bir sağlık ekibi arasında işbirlikçi bir iletişimin olması ve iyi bir hasta eğitiminin planlanması gerektiği belirtilmektedir. (60)



#### 1.7.4.ROMATOİD ARTRİT VE HASTA MEMNUNİYETİ

Son yıllarda sağlık bakımının değerlendirilmesinde sıklıkla yer alan hasta memnuniyeti; sağlık hizmetlerinde maliyetin giderek artması nedeniyle var olan kaynakların doğru kullanımına karar vermek için gerekli bir kanıt ve bakım kalitesinin önemli bir belirleyicisi olarak kullanılmaya başlamıştır. Memnuniyet; yaşam tarzı, geçmiş deneyimler, gelecekte beklenenler ve bireysel/toplumsal değerleri içeren birçok faktör ile ilişkili karmaşık bir kavram olması nedeniyle; farklı kişilerce ve hatta aynı kişiler tarafından farklı zamanlarda farklı şekilde tanımlanabilmektedir (146). Sıklıkla; *hasta memnuniyeti*; hastaların ideal bakımdan beklentileri ile verilen bakımı algılamaları arasındaki etkileşimin bir sonucu olarak, hastaların bilişsel ve emosyonel reaksiyonlarını değerlendirmeleri olarak tanımlanır. Sağlık bakım profesyonellerinden bakımları ve tedavileri konusunda öneri alan hastaların, memnuniyet ve bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu belirtilmektedir, aynı zamanda hastalar sıklıkla memnun oldukları sağlık kuruluşuna gitmeyi tercih ettikleri için memnuniyet düzeylerinin yüksek çıktığı bildirilmektedir. (70).

Hasta memnuniyeti ölçümleriyle ortaya konan sonuçlar şu şekilde sıralanmaktadır (146):

- Memnun olan hastalar sağlık hizmeti sunanlarla ilişkilerini sürdürürler.
- Hasta memnuniyetsizliğine yol açan faktörlerin tanımlanmasıyla sistemin zayıf yönleri belirlenir.
- Memnuniyet düzeyi yüksek olan hastalar tedavi planlarını daha iyi takip ederler.



### 1.7.4.1.Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler

Hasta memnuniyetini etkileyen faktörler üç grupta incelenebilir (146):

1. **Hastaya İlişkin Faktörler:** Bireyin geçmiş deneyimleri, arkadaşları/ailesi aracılığıyla edindiği bilgiler, yazılı/görsel basın aracılığı ile edindiği beklentiler, yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, sosyal statüsü, sağlık durumu, tanısı, hastanın kendi sağlık durumunu algılayışı hasta memnuniyetini etkileyebilmektedir.
2. **Hizmet Verenlere İlişkin Faktörler:** Sağlık personelinin kişilik özellikleri, gösterilen nezaket, şefkat, ilgi ve anlayış, profesyonel tutumları, bilgi ve becerilerini sunma biçimleri, özellikle hasta-hemşire ilişkisi hasta memnuniyeti üzerinde önemli rol oynamaktadır. Bu kapsamda; hasta memnuniyetini etkileyen en önemli faktörler olarak, iletişim ve hastayı yeterli bilgilendirme olduğu ifade edilmektedir.
3. **Çevresel Veya Kurumsal Faktörler:** Hastanenin ulaşılabilirliği, ortamı, çalışma saatleri, otopark, temizlik, yiyecek hizmetlerinin kalitesi gibi konular çevresel ve kurumsal faktörleri içermektedir. Hastanelerin fiziksel veya sosyal yönden sağlayacağı rahatlık memnuniyeti artırmaktadır.

Hemşirelik bakımı; sağlık bakımından hastaların duyduğu memnuniyetin tanımlanmasında önemli bir faktördür. Hemşirelik bakımı ile ilgili memnuniyet, ilk kez 1975 yılında Risser tarafından "ideal hemşirelik bakımı ile hastanın gerçekte almış olduğu hemşirelik bakımının birbiri ile uyumu" şeklinde tanımlanmıştır (146). Hemşirelik bakımının teorik temeli Henderson'un hemşirelik modeline dayanır ve bu model hemşirelik bakımının nasıl bireysel

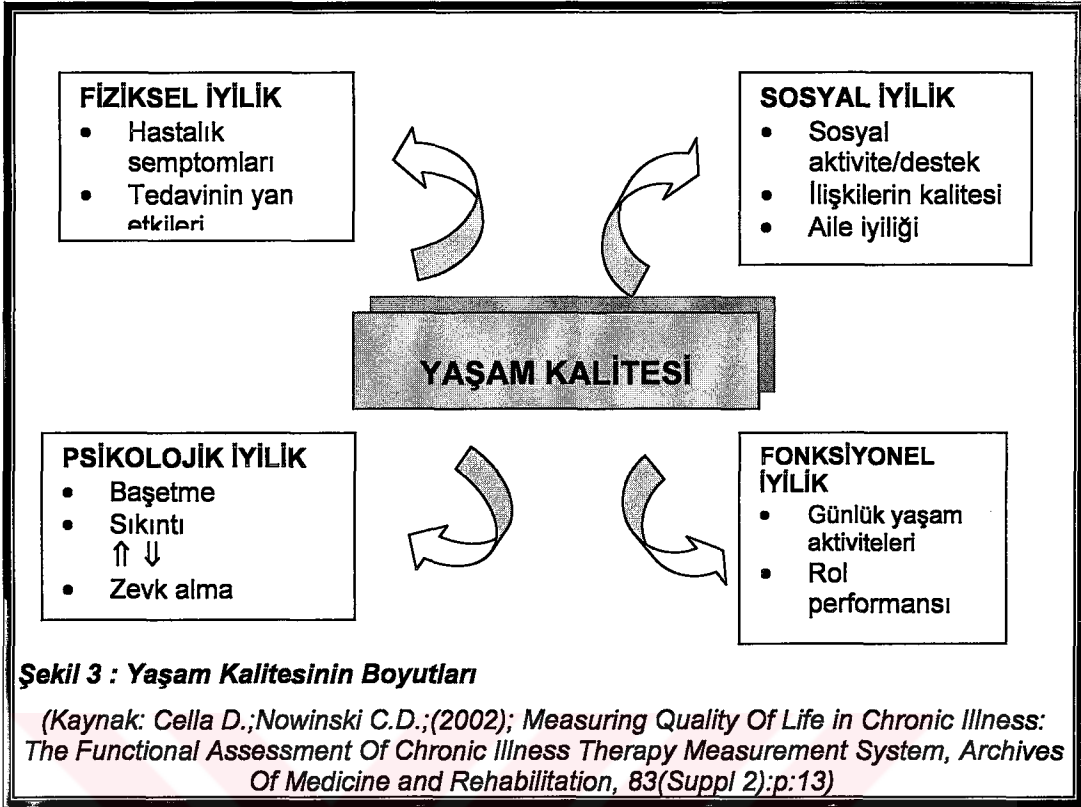
merkezli olması gerektiğini tanımlar. Bakımın bireysel temelde olması insan doğasına uygun olmasıyla da özdeşleşir. Tüm insanlar aynı gereksinimlere sahiptir, fakat her bireyin kendi gereksinimleri sadece kendine özgüdür. Hemşire açısından bu duruma en önemli yaklaşım; bireylere özgü gereksinimlerin tanımlanması ve bunların karşılanmasına yönelik girişimlerin planlanıp uygulanmasıdır. Hastaların bireysel gereksinimlerinin ve beklentilerinin karşılanması; bakımdan duyulan memnuniyetin artırılmasında anahtar bir role sahiptir (70). Romatoid artrit gibi kesin tedavisi olmayan kronik hastalığı olan bireyler sık sık hastalık süreçlerini anlamaya çalışmaksızın mevcut sınırlılıklarını kabul etmede zorluk yaşarlar. Bu nedenle hastalar tedavilerini yerine getirmede ve izlemede yetersizlikle karşılaştıklarında genel olarak memnuniyetsizlik duyarlar. RA'li bireylerin bireysel gereksinimlerine yönelik uygulanan girişimler yoluyla hastalara kendi hastalıklarını yönetebilme yeteneklerinin kazandırılması ve hastaların bu süreçten duydukları memnuniyetin ölçülmesi ihtiyacı bulunmaktadır.

### 1.7.5.ROMATOİD ARTRİT VE YAŞAM KALİTESİ

Son yıllarda özellikle kronik yetersizlik durumlarında yaşam kalitesinin tanınması; gerek sağlık alanında araştırma ve epidemiyolojik incelemeler gerekse de klinik uygulamalarda bir sonuç ölçümü olarak giderek artan bir şekilde önem kazanmaktadır (76).

İlk kez 2. Dünya Savaşı'ndan sonra sözcük dağarcığına eklenen yaşam kalitesi terimi; farklı şekillerde tanımlanmaktadır. Yaşam kalitesi; yaşam doyumu, öznel iyi olma, mutluluk, işlevsel yeterlilik, sosyal iyilik gibi bileşenlerden oluşmaktadır. Bazı yazarlar yaşam kalitesini iki komponenti olan iyilik hali olarak ifade etmişlerdir. Bu komponentlerden birincisi fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik halini temsil eden günlük faaliyetleri yürütebilme yeteneği; ikincisi ise işlev görme ve hastalıkların kontrolünün düzeyi ile ortaya çıkan hasta doyumu olarak belirtilmiştir. Yaşam kalitesi ile ilgili diğer bir tanım; bireyin yaşamdan ve kişisel iyilik hali denen genel durumdan sağladığı doyumun bir bütün olarak algılanmasıdır. Bazı kaynaklarda ise hastanın beklentileri ile erişebildiklerinin arasındaki uçurumun olabildiğince az olması şeklinde de tanımlanmaktadır (47, 64). Yaşam kalitesi ile ilgili kaynaklarda en yaygın kullanılan tanım; "Yaşam koşulları içinde elde edilebilecek kişisel doyumun düzeyini etkileyen hastalıklara ve günlük yaşamın fiziksel, psikolojik ve toplumsal etkilerine verilen kişisel tepkileri gösteren bir kavram" şeklindedir. Yaşam kalitesinin içinde kültür, değer yargıları, kişinin konumu, amaçları bulunur (3).

Yaşam kalitesinin içerdiği boyutlar genel olarak fiziksel, fonksiyonel, sosyal ve psikolojik faktörlere odaklanır (Şekil 3). Çünkü bireyin fiziksel durumu psikososyal fonksiyonlarını büyük oranda etkilemektedir (31).



Yaşam kalitesi ölçümünün amaçları şunlardır:

1. *Hasta Bireylerle İlgili Karar Verme:* Yaşam kalitesi ölçümü, klinik kararları verirken çok daha önemli olmaktadır. Hekimler tedavi sürecinde hastayla ilgili tedavi kararlarını vermek durumundadırlar. Sağlık çalışanları tedavi seçeneklerinin planlanmasında, yaşam kalitesini değerlendirmek için yaşam kalitesi ölçümlerini kullanırlar.
2. *Belli Grupların Gereksinimlerinin Tanımlanması:* Belli bir popülasyonda yaşam kalitesinin ölçümü hastalık düzeyinin ötesinde bu popülasyondaki eğilimlerinin değerlendirilmesi ve kaynakların nasıl yerleştirileceğinin belirlenmesinde; sağlık ve sosyal politikaların uzun dönemdeki etkilerini değerlendirmede politikacılara yardımcı olur.
3. *Sonuç Araştırmaları:* Tıbbi ve hemşirelik girişimlerinin sonuçları, genellikle hastalığın belirti/ bulguları ve fonksiyonel durum üzerine odaklanır. Yaşam

kalitesi sonuçları hastaların tedaviden aldıkları yararları ve memnuniyeti gösteren geniş bir bakış açısı sağlar.

4. *Politika Geliştirme:* Yaşam kalitesi değişiklikleri, sağlık bakım hizmetlerindeki değişikliklerin nüfus üzerindeki etkisini izlemeye yardımcı olabilir.
5. *Endüstriyel Perspektif:* Farmakoloji endüstrisi ve düzenleyicileri ilaçları veya araçları geliştirmek ve pazarlamak için karar vermede ve çeşitli tedavi seçeneklerinin göreceli yararlarını değerlendirmede yaşam kalitesi bilgisini kullanabilirler.

Sağlık bakımında elde edilen sonuçlar 3 nedene bağlıdır. Bunlar; hastaların ne kadar uzun yaşadığı (sağkalım), hastaların ne kadar iyi yaşadığı (yaşam kalitesi) ve maliyetin ne kadar olduğudur (8, 31). Birçok toplumda, kronik hastalığa sahip hastaların kaliteli bir yaşamdan çok, daha uzun bir yaşam sürmesi tercih edilmektedir. Son yıllarda bu eğilim, daha kaliteli bir yaşama doğru kaymaktadır. Bu bağlamda; hastaların yaşam kalitelerinin ortaya konması, yaşam kalitesini arttırmaya yönelik girişimlerin uygulanması, ve bu girişimlerin sonuçlarının değerlendirilmesi sağlık profesyonellerinin birincil görevleri arasında yer almaktadır.

#### **1.7.5.1.Yaşam Kalitesi Ölçüm Araçları**

Sağlıkta yaşam kalitesini ölçen araçlar; genel ve özel araçlar olmak üzere iki gruptur.

1. **Genel araçlar:** Hastalık veya bozukluk durumuna bakmaksızın girişimler ve durumlar karşısında benzerlik ve farklılıkları ortaya

koyarak, herhangi bir gruptaki sağlık durumunun çeşitli y6nlerini saptamak için kullanılır.

2. **Hastalığa spesifik araçlar:** Belli bir hastalık veya durumu hedef alırlar ve b6ylelikle de o hastalığa ilişkin olarak genel araçlardan daha iyi bir 6l6m sağlarlar (104).

Son yıllarda yaşam kalitesine y6nelik olan anketler; romatoloji alanında da klinik çalışmalarda kullanıma girmiştir. Romatoloji hastalarında yaşam kalitesi 6l6m6 için en sık kullanılan araçlar olarak Arthritis Impact Measurement Scale (AIMS), Nottingham Health Profile (NHP), Sickness Impact Profile (SIP), EuroQoL ve Medical Outcomes Trust-Short Form 36 (MOS-SF.36) sayılabilir. Bu t6r araçlar farklı amaçlar için geliştirilmiş olsa da genel olarak hepsi de yaşam kalitesini 6len araçlar olarak sunulmaktadır. AIMS; yaşam kalitesinin artrite 6zg6 boyutlarını; SIP, hastalığın fiziksel ve psikososyal boyuttaki etkilerini; NHP; EuroQoL, ve MOS-SF.36 genel sağlıkla ilgili yaşam kalitesi 6l6m6n6 içermektedir. Romatoid artrite 6zg6 yaşam kalitesi araçlarının yokluğunda bu genel 6l6mler klinik araştırmalarda sonuç 6l6mleri olarak kullanılmakta idi. Bununla birlikte, bu t6r araçlar sorgulanan alanla ilişkili olmayan maddeleri de içermektedir. RA hastalarında genel yaşam kalitesi 6l6mlerinin kullanılmasıyla, bu hasta grubu için 6nemli olan alanların g6z ardı edilmesi olasılığı ortaya çıkmaktadır. Bu sonuç ise, kullanılan araçların zayıf g6venirliğe sahip olmasına y6nelik sınırlılıkları da beraberinde getirmektedir (38).

Yaşam kalitesi 6l6m6nde kullanılan yeni yaklaşımlardan biri; gereksinimlere dayalı modelin kullanılmasıdır. Hunt ve McKenna (1992) tarafından tanımlanan “*gereksinimlere dayalı yaşam kalitesi modeli*”ndeki

teorik temelini; "yaşamsal gereksinimlerini karşılamak için bireyin kendi yetenekleri ve kapasitesi doğrultusunda yaşam kalitesini kazanması" olarak belirtilmektedir (38). Bu modelde; gereksinimlere konsantre olarak yaş, cinsiyet, medeni durum veya çalışma durumu gözetmeksizin, yaşam kalitesini ölçmek için kullanılan ifadelerin hastalarla daha çok ilişkili olduğu düşünülmektedir. Ayrıca, bireysel gereksinimler universal olduğundan dolayı, hatta benzer olmayan kültürlerde farklı şekillerde bu gereksinimler karşılanabilse de; uygun araç kullanımıyla ölçüm sorunları ortaya çıkmayabilir. Gereksinimler modeli; günümüzde kullanılan hastalığa spesifik yaşam kalitesi araçlarının çoğunun temelini oluşturmaktadır.

Romatoid Artrit Yaşam Kalitesi Ölçeği (RAQoL)'nin gelişmesinde Hunt ve McKenna'nın modeli uygulanmıştır. Bu model; "yaşam kalitesi"ni RA'li bireyin kendi gereksinimlerini karşılamak için hastanın kendi yetenekleriyle çakışan boyutu olarak tanımlar. RA'e özgü yaşam kalitesini ölçmek amacıyla geliştirilen araçlar; yaşam kalitesini yeterli düzeyde tanılamak için bu tanıya sahip bireylerin yaşadıklarını sorgulayan, hastalığa özel, güvenilir, geçerli, klinik çalışmalarda uygulanan girişimleri ve uygulamaları takiben yaşam kalitesindeki değişikliklere yanıt veren durumları değerlendirmeye olan gereksinim sonucunda oluşturulan araçlardır (38, 74)

Birçok kronik hastalık ve yetersizlik durumunda olduğu gibi romatoid artritli bireylerde de tedavi edici girişimlerin amacı; sadece semptomları ve fonksiyonel durumu düzeltmek değil aynı zamanda hastanın yaşam kalitesini arttırmaktır. RA; kronik inflamatuvar bir hastalıktır, fizyolojik, psikolojik, sosyal sonuçlara sahiptir ve yetersizliğe yol açar (27,104). Bu nedenle birey üzerinde hastalığın etkilerinin bilinmesi gerekliliği vardır. (104). Eğer RA; iyi

kontrol altında tutulursa hastaların yaşam kaliteleri artabilir, erken ölüm riskleri azalabilir, bireylerin üretken kalmaları sağlanabilir (35). Meszaros ve ark. (2003) çalışmasında RA'li hastaların yaşam kalitelerinin düşük olduğunu bildirmektedir (89). Novik ve arkadaşları tarafından Petersburg Romatoloji Merkezi'nde (Rusya) 64 RA'li hastanın tedavi öncesi ve sonrası yaşam kalitelerini incelenmiş ve tedavi öncesinde-sonrasında yapılan ölçümler sonucunda; rol-fiziksel alan en düşük, sosyal alan en yüksek olarak puanlanmıştır (104). Barlow ve ark (2002) RA'li hastalarda anksiyete ve depresyon düzeylerinin yüksek olduğunu saptamışlardır. Aynı çalışmada hastaların psikolojik durumlarını olumsuz etkileyen en önemli semptomların ağrı, yorgunluk ve yetersizlik olduğu bildirilmiştir. (20)



### 1.7.6.ROMATOİD ARTRİT VE MALİYET

Kas iskelet bozuklukları; günümüzde yetersizliğe yol açan hastalıklar arasında ilk sırada, işten ayrılmaya neden olan hastalıklar arasında kalp hastalıklarından sonra ikinci sırada yer almaktadır. RA'te ilerleyici eklem hasarı ve inflamasyon alevlenmeleriyle oluşan kronik süreç; yetersizlik oluşturmaktan sorumlu olan en önemli etkidir. Yetersizlik de yaşam kalitesi, çalışma kapasitesi, aile içi katılım ve sosyal aktiviteler üzerinde ciddi kısıtlılıklar oluşturmaktadır. RA'in ekonomik bedelinin de yüksek olduğu, birçok maliyet analizi amaçlı yapılan çalışmalarda rapor edilmektedir. Yetersizlik ve hastalığın klinik ciddiyeti de maliyetin önemli belirleyicileridir. Yetersizlik düzeyinin artması maliyetin yükselmesine yol açmaktadır (14, 32, 62, 86,109).

Maliyet; kullanılan tüm kaynaklar için harcanan para olarak tanımlanmaktadır (129). RA'in ve tedavisinin hasta, aile ve toplum üzerinde oluşturduğu maliyetler; 3 ana başlık altında incelenebilir (Tablo 11) (86).

#### 1. Direkt maliyetler :

Direkt maliyetler yapılan gerçek ödemeleri kapsar ve ölçülebilir maliyetlerdir. Bunlar aşağıdaki harcamaları içermektedir.

- Tıbbi ve tıbbi olmayan harcamalar
- Tedavi, hastane, ulaşım, yardımcı araç ve gereçler için yapılan harcamalar.

#### 2. İndirekt maliyetler :

İndirekt maliyetler; direkt olarak ödenmeyen fakat kaynak kaybına neden olan maliyetlerdir. İndirekt maliyetlerin ölçülmesi daha zordur ve aşağıdaki harcamaları içerir.

- Hasta ve bakım verenlerin işten kaybettikleri zaman
- Erken ölümler nedeniyle üretkenliğin kaybı

**Tablo 11: Romatoid Artrite İlişkin Maliyet Türleri**

<b>1.Direkt maliyetler</b>	<p>*Hastane yatış masrafları; Poliklinik/Ayaktan tedavi edilen klinik masrafları, ayaktan cerrahi, acil servise başvuru masrafları, tanısal ve/veya tedavi edici prosedürler (radyolojik görüntülemeler, laboratuvar testleri), rehabilitasyon ünitelerine başvurular,</p> <p>* Hekim vizitlerinin masrafları, diğer sağlık profesyonellerine yapılan başvuruların masrafları (diyetisyen, psikolog, mesleki terapist, fizyoterapist),</p> <p>*Huzurevi</p> <p>*Ambulans</p> <p>*Tıbbi araç gereçler,</p> <p>*Yardımcı araç ve gereçler,</p> <p>*İlaçlar (uygulama, takip ve toksisite)</p> <p>* Ulaşım maliyetleri</p> <p>*Evde bakım için yapılan harcamalar</p>
<b>2.İndirekt maliyetler</b> (morbidite ve ölüm nedeniyle)	<p>*Çalışan hastalarda üretkenlik kaybı (yetersizlik ve hastalık nedeniyle sık izin alma/ işten ayrılma)</p> <p>*Bakım verenlerin üretkenlik kaybı (Hastaya bakmak durumunda kalarak çalışmama)</p> <p>*Aile gelirinde azalma</p>
<b>3.Psikososyal maliyetler</b>	<p>*Mortalite (yaşamın erken kaybedilmesinin değeri)</p> <p>*Morbidite (ağrı ve acı çekme, yetersizlik, psikolojik sorunlar)</p>

*Kaynak: <sup>1</sup>Rat AC. Boissier MC. Rheumatoid Arthritis: Direct And Indirect Costs. Joint Bone Spine 2004;71;520*

*<sup>2</sup>March L.; (2001) "What Are The Costs to Society and The Potential Benefits From The Effective Management of Early Rheumatoid Arthritis?"; Best Practise&Research Clinical Rheumatology; Vol:15; No:1; pp:173.*

### 3. Psikososyal (farkedilmeyen) maliyetler:

Psikososyal maliyetlerin ödemesi yapılmaz, fakat hastaların, ailelerin ve arkadaşların yaşam kalitesi kaybolur. Ölçülmesi ve mali değerinin belirlenmesi çok zordur.

- Bu tür maliyetler; ağrı, yetersizlik, öz-güvenin kaybı, depresyon, anksiyete ve ilişkiler üzerine olan etkileri içermektedir.

#### 1.7.6.1. Romatoid Artrit ve Diğer Kronik Hastalıklarda Maliyet Araştırmaları

RA'li hastalar yıllarca izlenmesi gereken hastalardır; bu nedenle topluma olduğu kadar bireysel olarak hastaya da önemli düzeyde ekonomik yük oluşturmaktadır. RA'li bireyler yaş ve cinsiyet olarak normal nüfusla karşılaştırıldığında; 3 kat daha fazla direkt tıbbi harcamalara, 2 kat daha fazla hastaneye yatma oranına ve 10 kat daha fazla iş yetersizliğine sahiptir **(35,54)**. Yetersizlik ve iş kaybıyla ilişkili indirekt maliyetlerin hastalıkla ilişkili olarak belirtilen direkt maliyetlerden 3 kat daha fazla olduğu tahmin edilmektedir **(54)**. Toplum üzerinde indirekt maliyetlerin tam olarak ölçülmesi, parasal değerlerinin tahmin edilmesiyle sağlanabilir **(86)**.

Arthritis Foundation'a göre; RA gibi kas iskelet bozukluklarının; tıbbi bakım, maaş ve üretkenliğin kaybı gibi indirekt maliyetler dikkate alındığında Amerika Birleşik Devletler'i ekonomisine maliyetinin her yıl yaklaşık 65 milyar dolar olduğu belirtilmektedir. Virginia eyaletinde 1999'da birincil neden olarak artrit ve ilişkili hastalıklar nedeniyle hastaneye yatış sayısı 15,833'tür. Her

hastaneye yatışın ortalama maliyeti yaklaşık 17,000 dolar olduğu bildirilmektedir (140).

Amerika'da RA'li bir hastanın tedavi harcamalarının yıllık 20.000 dolardan daha fazla olabilmesine karşın (özellikle diz ve kalça replasmanı gerektiren hastalarda), tıbbi harcamalara ilişkin bu rakamların ortalama 5.700-8.500 dolar olduğu bildirilmektedir (35). İngiltere'de 1992 yılında yapılan bir hastalıkla ilişkili maliyet çalışmasında RA'in yıllık maliyetinin 1.256 milyar sterlin olduğu ve bu miktarın %52'sinin RA'in neden olduğu yetersizlikten kaynaklanan iş kaybı ile oluştuğu belirtilmiştir (35). İndirekt maliyetlerin, genç hastalarda daha fazla olduğu bildirilmektedir. Hastalığın toplam ekonomik yükünün yüksek olması, büyük oranda hastalıktan etkilenen kişi sayısının fazla olmasıyla orantılıdır. (62)

Literatür incelemelerine göre hastalığın süresi, aktifliği, hastaların yaşı, cinsiyeti; hastaların sağlık bakım hizmetlerinden yararlanma düzeyi ve sıklığı; hastalığa ilişkin maliyeti etkileyen faktörler olarak sıralanmıştır. Örneğin, hastanın hastalık süresi ve fonksiyonel yetersizliği arttıkça, yıllık maliyetin arttığı bildirilmektedir. Bunlara ilaveten hastanın erkek olması ve üretken yaşta RA tanısına sahip olması da indirekt maliyetler üzerine etkili olmaktadır (35, 54).

Bu konuya ilişkin yapılan çalışmalarda (35);

- Hastalığın şiddeti ve/veya hastanın yaşı arttığı zaman direkt maliyetlerin arttığı (genellikle sağlık bakımı harcamaları);
- İndirekt maliyetlerin genç hastalarda daha fazla olduğu (üretkenliğin kaybı sonucu topluma olan maliyeti);

- Hastalık şiddeti arttıkça yetersizliğin daha fazla olduğu, bunun sonucu olarak RA maliyetinin arttığı;
- Fonksiyonel durumu bozulan aktif hastalıklı hastaların sağlık bakım sistemlerine olan taleplerinin arttığı,
- Eklem replasmanı cerrahisi gerektiren hastaların %5'inin toplam maliyetlerin %25'inden fazlasını oluşturduğu;
- Yetersizliğe sahip olan RA'li hastaların tüm sağlık bakım sistemlerinde en pahalı bakımı aldıkları yönünde bulgular ortaya konmuştur.

RA'in maliyeti bazı kronik hastalıklarla karşılaştırıldığında birçok hastalığın maliyetine yakın veya daha fazla olduğu görülmektedir. Örneğin; Amerika'da osteoporozun yönetiminin yıllık ortalama 17 milyar dolar (72), astımın 1990 yılındaki yıllık ortalama maliyetinin 6,2 milyar dolar (ABD'de) (22), Japonya'da Kronik obstrüktif akciğer hastalığının (KOA) toplam yıllık maliyetinin 6,8 milyar dolar (96) olduğu belirtilmiştir. Amerika'da artritinin yıllık tıbbi ve sosyal maliyetleri toplamının yaklaşık 65 milyar dolar olduğu ifade edilmektedir (93). Osteoporoza yapılan harcama miktarının içinde osteoporoz nedeniyle oluşan kırıkların maliyetleri de dahildir ve büyük bir miktar kalça kırıklarının tıbbi ve cerrahi yönetimine, rehabilitasyonuna harcanmaktadır (72).

Kronik hastalıklardaki direkt maliyetlerin; osteoporoz tedavisi alanlarda 6,259 dolar, meme kanseri tedavisi alanlarda 13,925 dolar, kardiyovasküler hastalığı olanlarda 12,550 dolar olduğu saptanmıştır. Bu oranların seçilen randomize örneklem grubundan yaklaşık 3-6 kat daha fazla olduğu ifade edilmektedir (120). Japonya'da orta/ciddi düzeyde KOA'ı olan her hasta için

direkt maliyetlerin yıllık ortalama oranı 2.958 dolar olduğu, yıllık toplam direkt maliyetlerin ise; 1,4 milyar dolar olduğu tahmin edilmektedir. (96). Türkiye'de astımlı hastalarla yapılmış bir çalışmada hastaların direkt maliyetleri incelenmiş ve yıllık kişi başına 1500 dolar düzeyinde bulunmuştur. Bu çalışmaya göre astım hastalığının şiddeti arttıka maliyetin de arttığı, direkt tıbbi giderlerin %81 gibi büyük bir kısmını ise ilaç giderlerinin oluşturduğu bildirilmiştir (22). ABD'de Virginia eyaletindeki hastane verilerine göre (1999) RA'in toplam hastane maliyetlerinin 6869,5 dolar olduğu belirtilmektedir (140).

Ynetilmiş bakım sistemlerinde bakımın maliyeti, hizmetin kalitesi ile eş tutulduğundan dolayı hemşire, hastanın klinik ve sosyal problemlerinin farkında olmasının yanı sıra maliyet yönetimini de bakım sürecine dahil etmelidir. Hizmetlerin, ekipmanların ve tıbbi malzemelerin uygun kullanımı; maliyet sınırlaması kadar kaliteli bakım vermeyi başarmada anahtar role sahiptir.

RA'li bireylerde maliyet-etkin bakım uygulanmasıyla ortaya konacak olası yararların şunlar olduğu belirtilmektedir (86):

1. Yetersizliğin nlenmesi,
2. Ağrı düzeyinde azalma,
3. Yaşam kalitesinin sürdürülmesi,
4. Analjezik kullanma gereksiniminin azalması,
5. Çalışmanın, aile içi rollerin ve üretkenliğin korunması,
6. Eklem replasmanı ve diğer ortopedik cerrahilerde azalma.

Romatoloji alanındaki gelişmeler ve dünya ülkelerinin değişen sağlık ve ekonomik modelleri yetersizliğe neden olan tüm kronik hastalıklarda

olduğu gibi; RA'te de maliyet etkin arayışlara yönelmelerine neden olmaktadır. Bu nedenle maliyet etkinliğini ortaya koyabilecek araştırmalara gereksinim olduğu belirtilmektedir.

### 1.7.7.VAKA YÖNETİMİ

The Case Management Society of Amerika (CMSA) vaka yönetimini; *“İletişim ve kaliteli maliyet etkin sonuçları arttırmak için uygun kaynaklar yoluyla bireyin sağlık gereksinimlerini karşılamak için hizmetleri ve alternatifleri tanılayan, planlayan, uygulayan, koordine eden, takip eden ve değerlendiren işbirlikçi bir süreç”* olarak tanımlamaktadır (97,143). Çeşitli kaynaklarda kullanılan ortak tanımda ise vaka yönetimi *“uygun zaman sürecinde ve uygun kaynakların etkili bir şekilde kullanılmasıyla istenen sonuçları başarmaya odaklanan bir hasta bakımı verme sistemi”* olarak ifade edilmektedir. (33, 149). Vaka yönetiminin ana amacı; düşük maliyetle kaliteli bir sağlık bakım hizmeti sunmaktır (36).

Vaka yönetimi uygulaması aşağıdaki hedefleri içermektedir.

1. Daha kısa süreli hastanede kalma,
2. Kaynakları etkin, uygun kullanma,
3. Beklenen sonuçları başarma,
4. İşbirlikçi uygulama,
5. Sürekli olarak bakımın koordinasyonunu sağlama,
6. Hasta bakım sürecini, iş akışını ve sonuçları değerlendirme (107).

Hastane temelli vaka yönetimi sürecinin yüksek maliyetli, yoğun sağlık hizmeti için hastaneye yatan ve uzun süre hastanede kalışlara neden olan yüksek risk grubundaki hastalara uygulanması önerilmektedir. Özellikle

toplumda sık görülen, kronik olarak tekrarlı yatışlar gerektiren ve bakım maliyeti yüksek olan hastalığa sahip bireylerin öncelikli olarak ele alınması gerektiği bildirilmektedir. Literatürde genellikle; miyokard infarktüsünde, diyabetes mellitusta, Koroner Bypass Cerrahisinde, Cerrahi branşlardaki hastane yatışı gerektiren bir çok cerrahi girişim ve hastalıkta, inmede hastane vaka yönetiminin kullanıldığı bildirilmektedir (16, 17, 21, 36, 39, 50, 107 ).

Vaka yönetimi; en iyi klinik ve maliyet sonuçlarını başarmaya odaklanır. Bu amaçla da; bakımın koordinasyonu, sahip olunan kaynakların yönetimi, sonuçların yönetimi ve hastalığın yönetiminin sağlanması; vaka yönetiminin başarı ile yürütülmesinde kullanılan uygulama stratejileri olduğu belirtilmektedir (53). Bu kapsamda son 20-30 yıldır yeni gelişmekte olan vaka yönetimi kapsamında hastaların takibi ve çeşitli hizmetlerin koordine edilmesinden sorumlu olan bir sağlık bakım personeli (vaka yöneticisi) aynı zamanda hastanın savunucusu, sözcüsü olarak da işlev görür (53). RA'de hastalık sürecini baskılamak ve fonksiyonel yeterliliği sürdürmek için RA'li hastanın bakımının multidisipliner bir yaklaşım gerektirdiği bildirilmektedir (101). Bu anlamda; vaka yönetimi RA'li hastaların bakımında uygun bir model olabilir.

Vaka yönetimi süreci "vaka yöneticisi" tarafından organize edilir. Hekim, hemşire, sosyal hizmet uzmanı gibi sağlık profesyonelleri vaka yöneticisi olabilir. 1970-1980'li yıllarda Amerikan sosyal güvenlik kurumlarından olan Medicare ve Medicaid'in hemşire vaka yöneticilerini kullanarak resmi anlamda hemşirelerin vaka yönetiminde aktif olmalarının öncüsü olmuştur. Literatürde vaka yönetimine ilişkin yapılan çalışmalarda vaka yöneticisi olarak hekim ve hemşirenin görev aldığı sıklıkla



bildirilmektedir. Bu çalışmaların çoğunluğunda ise, hemşire vaka yöneticilerinin kullanıldığı dikkati çekmektedir. Hemşireler tarafından uygulanan vaka yönetiminin akut ve kronik durumları içeren birçok çalışmada etkin olduğu gösterilmiştir (87). Başarılı olmak için ekip içindeki tüm disiplinlerin arasında güçlü bir bağlantının olması esastır. Bu bağlantıya hastaların kendilerinden ve sponsor organizasyonlardan alınan desteğin de güç vereceği bildirilmektedir (44). Hastaların bireysel yönetimlerinin kazandırılmasından yola çıkarak; uygulanan hastane vaka yönetiminde; bakımı koordine etmek, hastanın sahip olduğu kaynakları etkin kullanmak, en iyi klinik ve maliyet sonuçlarına ulaşmak ve hastanın hastalık yönetimini kazanmasına yardımcı olmak üzere çalışılmalıdır (53).

Vaka yönetimi ile ilgili yapılan birçok çalışmada; hastane vaka yönetiminin etkililiği; organizasyonel-düzye ve hasta-düzye sonuçları ile verilmiştir. Bu sonuçlar; her yatışta hastaneye yatış süresinin kısalması, her yatışta maliyetlerin azalması, hasta ve aile memnuniyetinin artması, multidisipliner ekibin iş memnuniyetinin artması, hemşireler arasında gurur duygusunun artması, vaka yöneticilerinin işbirliği ve otonomisinin artması, hemşirelerin iş stresinin azalması ve iş doyumlarının artması olarak sıralanmıştır (115). Ancak Goode (1995); çalışmasında multidisipliner ekibin otonomisinin kendi çalışmasında gelişme göstermediğini bildirmiş; bu sonucu ise personel arasında önceden var olan işbirliğinin yüksek düzeyde olması ile açıklamıştır (115).

Kapsamlı vaka yönetimi programları; koroner kalp hastalığı tanısı olan hastaların kardiyovasküler risk faktörlerini azaltmış, konjestif kalp yetmezliği nedeniyle hastaneye yatan hastaların tekrar hastaneye yatış oranlarını

düşürmüştür. DeBusk, Miller, Superko ve ark. (1994) yaptıkları çalışmalarında akut miyokard infarktüsülü hastalara vaka yönetimi modelinin uygulanmasının koroner risk faktörlerinin değiştirilmesinde rutin bakıma göre daha etkili olduğunu bildirmişlerdir (39). Tosun'un çalışmasında (2004) miyokard infaktüsü geçiren hastalara uygulanan vaka yönetiminin hastaların yatış sürelerini kısalttığı, hasta memnuniyetini artırdığı saptanmıştır (137).

Kronik hastalıklarda holistik yaklaşım ve holistik hastalık yönetimi; hastalığın prognozu ve sonuçları üzerinde önemli etkilere sahiptir. Hemşire vaka yönetimi modeli RA'li hastaların interdisipliner tedavi planını koordine etmek için tersiyer bir bakım sunan eğitim hastanesinin romatoloji ünitesinde uygulanmış ve girişim sonucunda hastaların özyeterliliklerinde artış sağlandığı bildirilmiştir (21).

Barry ve ark (1998) yaptıkları çalışmada; hemşire vaka yöneticisi kullanımının romatoid artritli bireylerde özyeterlilik duygusunu geliştirdiğini ve vaka yönetimi modeli ile verilen bakımdan hastaların memnuniyet duyduklarını bildirmişlerdir (21).

Aubert ve ark. (1999) diyabetik hastalarda primer bakıma dayalı vaka yönetimi programlarının, Hemogloblin A1c değerlerinde anlamlı bir azalma ve hasta bireylerin sağlıklarında ilerleme olduğunu bildirmiştir (17).

Kalp yetmezliği olan yaşlılara uygulanan hemşire vaka yönetiminde hastaların yaşam kalitesi ve fonksiyonel durumlarının kontrol grubuna göre daha iyi olduğu, ancak iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmadığı bildirilmiştir (107).

### 1.7.7.1.Vaka Yönetiminin Süreç Basamakları

Vaka yönetiminde uygulanan süreç basamakları, hemşirelik süreci ile benzerdir. Bu benzerlik nedeni ile hemşireler vaka yönetimi sürecinin basamaklarını daha kolay yürütebilmektedirler. ABD’de “*National Task Force on Case Management*” tarafından geliştirilen vaka yönetim modelinde süreç aşamaları;

■Tanılama

■Planlama

■Uygulama

■Koordinasyon

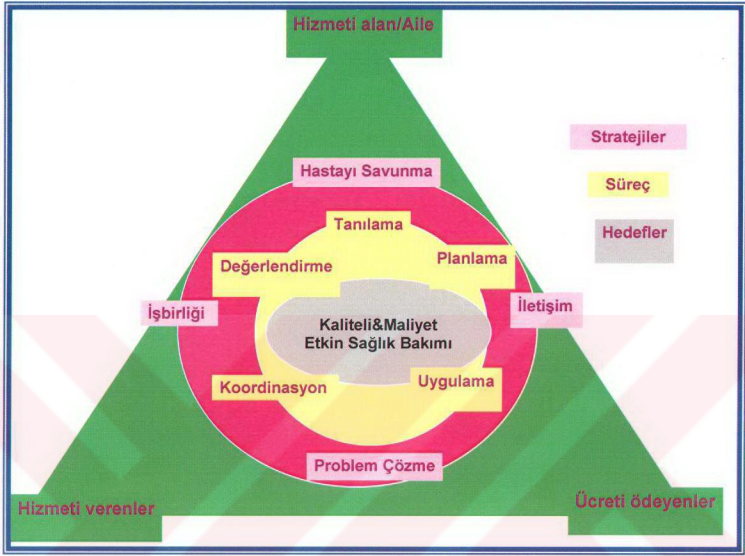
■Değerlendirme olarak belirtilmiştir (**Şekil 4**).

#### 1. Tanılama

Tanılama aşamasında hastadan veri toplanır. Veri toplamada kaynak olarak hasta görüşmeleri, tıbbi kayıtlar, aile görüşmeleri, ev ziyaretleri, hekim toplantıları, tedavi ekibi ile yapılan görüşmelerden yararlanılır.

Bireyin yetenekleri, sınırlılıkları, psikososyal durumu, başetme becerileri, bugüne kadar aldığı ve bundan sonra alması planlanan tıbbi tedavi, şu anda almakta olduğu tedavi planı (ilaçlar dahil), sağlık ve iş öyküsü konularını içeren sistematik ve ayrıntılı tüm bilgiler toplanır. Hastanın yanı sıra ailenin de durumu, ev halkı içinde bulunan kişi sayısı ve her birinin rolü, ekonomik kaynakları, mevcut veya geliştirilebilir destek sistemleri, bu destek sistemleri içinde bireylerin baş etme düzeyleri, eve kolay ulaşma veya ev güvenliği gibi çevresel sorunlar dikkate alınmalıdır.

Tedavi ve bakıma yönelik hedefler; hasta ile birlikte ortaya konulmalıdır. Böylece; katılım ve uyum desteklenebilir.



**Şekil 4: Vaka Yönetiminin Hedefi, Süreci ve Uygulama Stratejileri**

(Kaynak: McCollom PL, Sager D. *Rehabilitation Nursing Process and Application*, 1996, p:103)

## 2. Planlama

Planlama aşaması tüm hastalık süreci boyunca bireylerin gereksinimlerini karşılamak için gerekli olan girişimleri belirlemeyi kapsar. Yapılan plan; sürece katılanların (hasta, aile, bakım verenler) neler yapmaları gerektiğini/işlevlerini tanımlamalıdır.

### 3. Uygulama-Koordinasyon

Uygulama ve koordinasyon aşamasında; tanılama ve planlama aşamasında belirlenen sağlık bakım gereksinimlerini karşılamak için vaka yöneticisi etkin bir şekilde (gerekli hizmetleri kullanarak ve koordine ederek) çalışır. Uygulama aşamasındaki aktivitelerde olması gereken; düzenli bir program çerçevesinde işbirliği, görüşme ve iletişim yoluyla sağlık bakımı sunanlar veya hizmetlerle hasta ve aile arasındaki bağlantıyı kurmaktır.

### 4. Değerlendirme

Vaka yönetimi sürecinin tüm aşamaları devam eden değerlendirmeler yoluyla izlenir, güncelleştirilir, tekrar yapılandırılır ve değiştirilir. Sürecin değerlendirme aşaması; hastanın durumundaki değişiklikler nedeniyle dinamik bir aşamadır. Değerlendirme; kalite güvenliği için bir temel ve planlanan sonuçlarla karşılaştırma sağlar. (87)

Vaka yöneticisi hemşire; multidisipliner ekibinin bir parçası olarak (internal vaka yöneticisi) veya hastanın sigorta şirketinin görevlendirmesiyle (eksternal vaka yöneticisi) vaka yönetimi sürecini gerçekleştirir. Vaka yönetimi hastanelerde, yataklı ve ayaktan hizmet veren rehabilitasyon merkezlerinde, evde bakım ortamlarında, sigorta şirketlerinde ve özel poliklinik ortamlarında uygulanabilir (30, 97).

Vaka yönetiminin etkililiği hasta sonuçları (hasta ve aile memnuniyeti) ve kurumsal sonuçlar (yatış maliyeti, hastanede yatış süresi, ekibin iş memnuniyeti gibi) ile ölçülür (87).

### 1.7.7.2. Romatoid Artritli Hastanın Bakımında Vaka Yönetimi

Vaka yönetimini oluşturan temel öge, "ekip"tir. Literatürde "ekip" kavramı; ortak bir amaç doğrultusunda uzmanlıklarını birbiriyle paylaşmak üzere bir araya gelmiş olan, her biri farklı bilgi ve beceriye sahip üyelerin oluşturduğu grup olarak tanımlanmaktadır. Amaç, değişik elemanların, farklı bilgi ve yeteneklerini ekip içinde bir araya getirerek daha fazla bilgiyi kullanma olanağına sahip olmak ve hastanın gereksinimlerini ve isteklerini en iyi şekilde karşılamaktır. Multidisipliner ekip yaklaşımının RA'li hastaların en iyi düzeyde hastalık yönetimini sağlamalarında etkili ve yararlı olduğu belirtilmektedir. Tüm hastalar farklı sağlık profesyonellerinden oluşan bir ekip (romatolog hekim, pratisyen hekim, uzman hemşire, fizyoterapist, mesleki terapist, diyetisyen, podiyatrist, eczacı ve sosyal çalışmacı) tarafından bakım almalıdır (85).

Vaka yönetimindeki ekip üyelerinin kendilerine özgü görev tanımları bulunmaktadır. Hasta, hastaneye yatışın ilk gününde vaka yönetimi ekibi tarafından değerlendirilir. Vaka yönetimi ekibini; romatoloji hekimi, klinik hemşiresi (var ise; romatoloji klinik hemşiresi), vaka yöneticisi hemşire, fizyoterapist, sosyal çalışmacı, diyetisyen oluşturur. Ekibi oluşturan profesyonellerin görev tanımları şu şekilde yapılandırılır.

- b. Romatoloji hekimi: Romatoloji hastasının *primer tedavi sorumluluğunu* üstlenen ekip üyesidir. Hastanın fizik muayenesini yapar, ilaç tedavisini planlar, tedaviye yanıtı değerlendirir, gerektiğinde hastanın tıbbi problemleri için konsültasyon ister. Hastanın taburculuğuna karar verir.

- c. Klinik hemşiresi (Romatoloji klinik hemşiresi): Hastanın primer bakım sorumluluğunu üstlenen ekip üyesidir. Klinik ortamda hastanın bakımını yapar, tedavisini uygular.
- d. Vaka yöneticisi hemşire: Hastanın yakın (ağrının azaltılması, hastanın eğitilmesi, öz-bakım aktivitelerine yardım, yorgunluğun kontrol altına alınması, hasta ve ailesine emosyonel destek) ve uzak dönemdeki (hastanın düzenli egzersiz yapması, öz-bakım aktivitelerini yapabilmesi, hastanın bireysel olarak semptom yönetimini yapabilmesi, tedavi planını yönetebilme potansiyeline sahip olması, düzenli kontrolleri aksatmaması, hasta ve ailenin hastalığa uyumunun artırılması) eğitim ve bakım hedeflerini başarma sorumluluklarını üstlenen ve bu sorumlulukları hastalara kazandırma adına işlev gören ekip üyesidir.

Aynı zamanda vaka yöneticisi hemşire; bakımın sürekliliğini sağlamak, sağlık bakım kaynaklarını uygun ve etkin kullanmak amacı ile veri toplama, sorunları ile tanılama, amaç belirleme, uygun girişimleri planlama, uygulama ve elde edilen sonuçları değerlendirmeyi içeren **bakım planını** (hemşirelik süreci) oluşturur. Oluşturulan plan bireysel içeriklidir ve her hastaya özgü sorunları tanımlar. Sorunlar; fiziksel, psikolojik, sosyal, mesleki boyutları içerebilir.

- e. Fizyoterapist: Hastalığın oluşturduğu hasar ve deformite sonucu bozulan hareketlerin restorasyonu, hastaya yardımcı araçların kullanımını öğretme, oluşabilecek daha ileri

yetersizlikleri hareket tedavisi ile önleme, egzersiz ve aktivite toleransını artırma ile ilişkili girişimleri yürüten ekip üyesidir.

- f. Diyetisyen: Hastanın beslenme gereksinimleri üzerinde durur. Genellikle; hastaya özgü uygun beslenme hedeflerini belirleme, uygun menü seçimine yardım etme, hasta/ailenin uygun menü oluşturabilme yeteneğini kazanma ve bunlara yönelik eğitim sağlama diyetisyenin temel sorumlulukları dahilindedir.
- g. Sosyal Çalışmacı: Sosyal çalışmacının görev alanları; uygun sosyal servisler ve hizmetler hakkında hastaya bilgi sağlamanın yanısıra hasta/ailenin barınma, ulaşım, sosyal güvence ve finansal sorunların çözüm önerilerini araştırmak ve sunmak gibi temel sorumlulukları içermektedir.

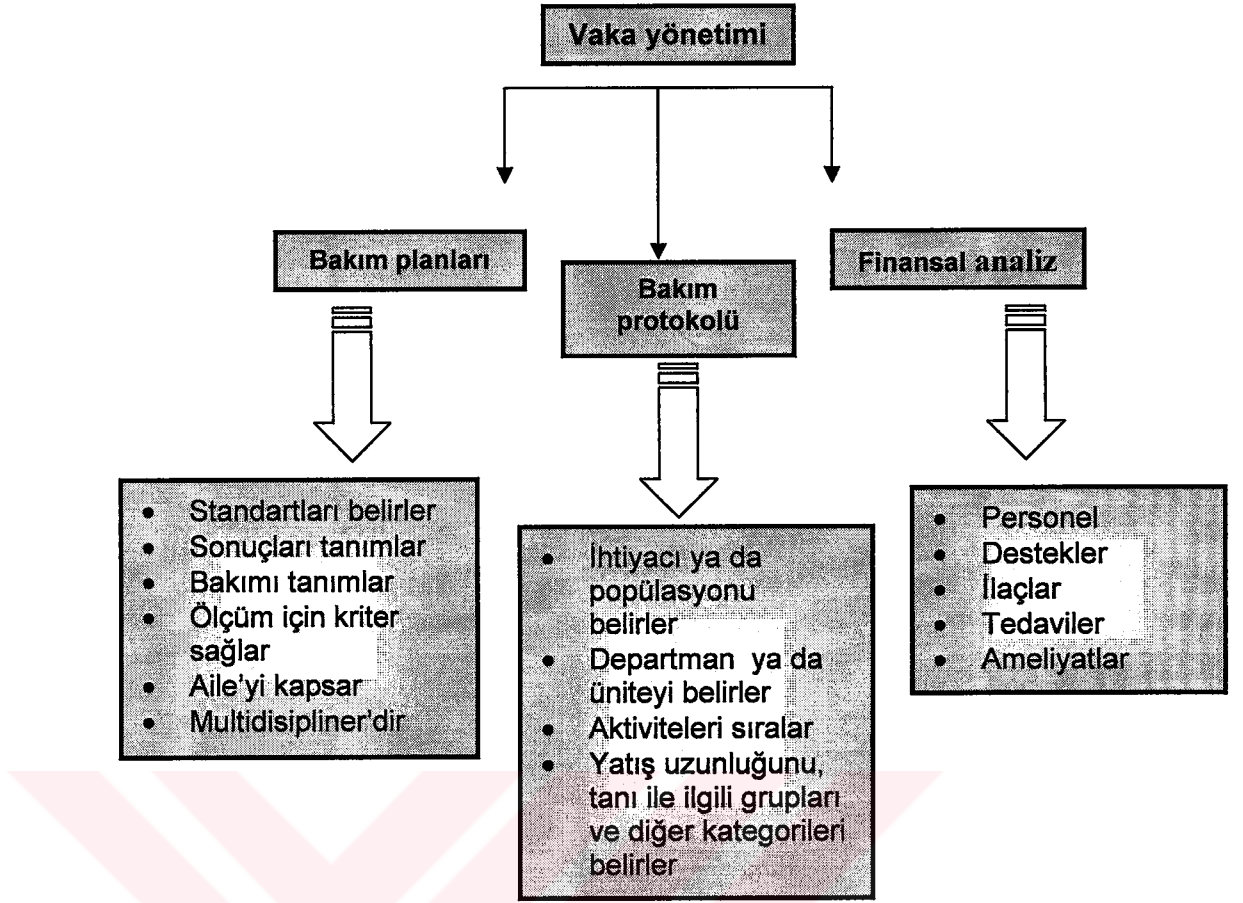
### 1.7.7.3.Vaka Yönetiminin Temel Bileşenleri

Vaka yönetiminin temel bileşenleri Şekil 5'de gösterilmektedir.

#### 1.7.7.3.1.Bakım Planı:

Bakım planı (hemşirelik süreci); sağlıklı/hasta bireyin sağlık bakım gereksinimlerinin tanımlanması ve bireye özgü bakım verilmesinde kullanılan sistematik bir yöntemdir ve hemşirelik uygulamalarının temelini oluşturur. (24) Bakım planı, vaka yönetiminin özüdür ve 5 aşamadan oluşur. Bunlar; veri toplama, tanılama, planlama, uygulama ve değerlendirme aşamalarıdır (**Şekil 6**) (24).



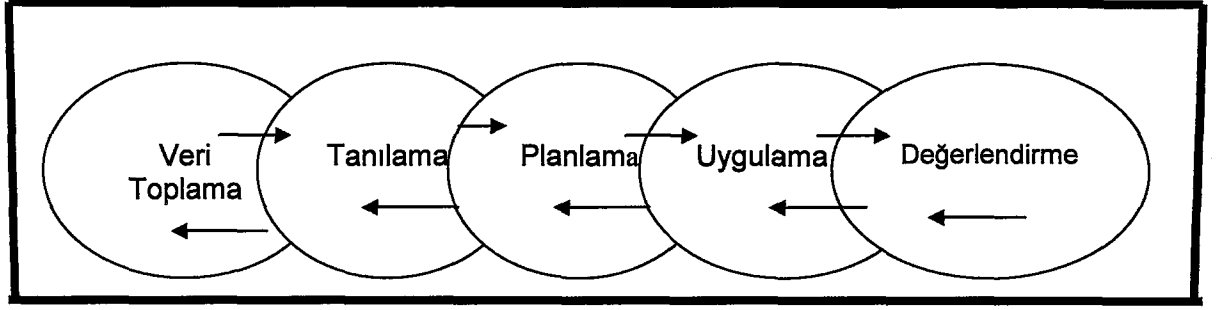


**Şekil 5: Vaka Yönetiminin Bileşenleri**

(Kaynak: Daş,Z.; (1999)“Vaka Yönetimi Ve Bakım Protokolü”; Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1999:3 (2); 11-17)

#### 1.7.7.3.1.1.Hemşirelik Sürecinin Aşamaları:

- Veri toplama (Assessing):** Bu aşamada hastanın/bireyin bakımına temel oluşturacak veriler toplanır, yani bireyin ilk değerlendirmesi yapılır.
- Tanılama (Diagnosis):** Toplanan veriler analiz edilerek ve yorumu yapılarak hemşirelik tanısı oluşturulur.
- Planlama (Planning):** Bireyin gereksinimlerine yönelik uygulanacak hemşirelik girişimleri planlanır.
- Uygulama (Implementation):** Bakım planı uygulamaya konur.
- Değerlendirme (Evaluation):** Uygulanan planın, yapılan girişimlerin bireyin sorununa çözüm getirip getirmediğine bakılarak değerlendirilir.



### Şekil 6: Hemşirelik Sürecinin Aşamaları

(Kaynak: Birol, L. Hemşirelik Süreci, 2002, 5. Baskı; Etki Matbaacılık; İzmir)

Hemşirelik süreci birbiri ile yakından ilgili ve bağlantılıdır. Her aşamanın başarısı bir önceki aşamanın doğruluğuna bağlıdır. Örneğin; doğru olmayan verilere dayanarak doğru tanı koymak olası değildir (24).

Kliniğine yatan her bir hasta için hazırlanan bakım planı hasta taburcu olana dek devam eder, bununla birlikte hasta ve ailenin eğitimi hastanede yatışın ilk günlerinden başlayarak taburculuk sonrası evde hastalık yönetimi stratejilerini de içererek devam eder.

#### 1.7.7.3.2. Bakım Protokolleri:

Bakım protokolü (BP); ortak bakım planı, klinik yollar (clinical pathway), kritik pathway, bakım haritası, beklenen iyileşme haritaları (anticipated recovery maps) olarak da adlandırılmaktadır. BP, hastanın kalıcı tıbbi kayıtlarının bir parçası olup multidisipliner bir klinik yönetim aracıdır (33,36). Belli bir tanısı olan hastaların bakım planını ana hatlarıyla gösteren bir form, bir klinik uygulama haritası olarak da tanımlanmaktadır (149). Multidisipliner bir araç olan (36) BP; kapsamlı bakım/girişim kategorileri, zaman çizelgesi, multidisipliner girişimler ve beklenen hasta sonuçlarından oluşan dört komponenti içermektedir (106). Genellikle bakım/girişim kategorileri; tanılama ve izlem, konsültasyonlar, testler ve prosedürler, tedavi, beslenme, aktivite,

hasta eğitimi ve taburculuk planlama gibi bölümleri içerir ve zaman çizelgeli bir tablo veya kart şeklinde hazırlanır (36 106) .

Sağlık bakımında ilk kez 1980'lerde geliştirilen ve uygulanan BP'leri; bakım kalitesini geliştirirken maliyeti azaltma metodu olarak ortaya çıkmıştır.

Bakım protokollerinin oluşturulmasının amaçları;

- Sağlık bakım ekibinin tüm üyelerinin önceliklerini içine alan hasta merkezli klinik bir sistem geliştirerek, hasta bakımına işbirlikçi ve multidisipliner yaklaşım yoluyla klinik uygulama kalitesini ilerletmek;
- Klinik sürecin uygulanacağı alanları belirleme, hastane sağlık bakımı verme sistemleri içerisinde uyumsuzlukları ortadan kaldırma, mevcut klinik sistemlerin etkinliğini ve yeterliliğini geliştirmede stratejiler planlama ve yürütme, belirli rehberler doğrultusunda hastanede ortalama kalış süresini sürdürme, klinik ve hemşirelik dokümantasyonlarını entegre etme ve kullanım için uygun hale getirme, bakım verenler, hasta ve yakınları arasında daha iyi bir iletişimle hasta memnuniyetini artırma yoluyla hastalara maliyet etkin sağlık bakımı vermektir (149).

Vaka yöneticileri zaman ve maliyet etkin hasta bakımı vermeyi garanti altına almak için bakım protokollerini kullanırlar.

#### **1.7.7.3.2.1.Bakım Protokollerinin Potansiyel Yararları**

Bakım protokollerinin potansiyel yararları şu şekilde sıralanabilir.

1. Hasta bakımının devamlılığını ve tutarlılığını sürdürebilecek standardize bakım ve hizmetlerin planlanması,
2. Multidisipliner işbirliği,

3. Maliyetin azalması: ekipman, hizmet ve yardımcı araçlar,
4. Kaynakların etkin ve etkili kullanılması,
5. Hasta eğitim aracı,
6. Hasta memnuniyetinin artması,
7. Programda kalış sürelerinin tahmin edilmesi ve hizmetlerin yoğunluğunun tahmini,
8. Formların, çizelgelerin azalması,
9. Hasta, vaka yöneticisi ve hizmetleri sağlayanlar arasındaki iletişimin artması,
10. Uyuşmazlıkların ortadan kalkmasının yanı sıra bakım sonuçları, artırılmış kaliteli hizmetlerin ölçülmesidir.

#### **1.7.7.3.2.2.Varyans**

BP'de listelenen aktiviteler ve kategorilerden sapma durumları varyans olarak adlandırılır (115). Varyanslar pozitif veya negatif olabilir. Örneğin; Hastanın hastalık süreci BP'den daha hızlı bir şekilde iyileşebilir ve beklenenden daha erken taburcu olabilir. Bu pozitif bir varyanstır. Hastanın sürecinin planlandığı gibi olmaması ve beklenen süreden daha geç taburcu olması negatif varyans olarak adlandırılır. (106,143)

Önerilen BP'dan olan sapmalar varyans kayıtlarına kaydedilir. Varyanslar izlenmezse bakım protokolleri basit bir kontrol listesi düzeyinde kalır. Elde edilen sonuçlar multidisipliner ekip toplantılarında incelenir. İstenmeyen (beklenmeyen) hasta sonuçlarına neden olan varyanslar tartışılır ve bir hareket planı geliştirilir ve uygulanır (143)

BP'de meydana gelen varyansa 4 temel faktör neden olmaktadır:

1. **Hasta ya da ailesi ile ilgili faktörler:** Hasta istemediği için yapılamayan işlem/girişim hastadan kaynaklanan bir varyanstır.
2. **Sağlık personeli ile ilgili faktörler:** Hasta bakımında görev alan personelle ilişkili sorunlardır. Elinde yeterli malzeme bulunmasına karşın yine de hastanın bakım veya tedavisinin personelden kaynaklanan nedenlerle yapılmaması bu tür bir varyansa örnektir.
3. **Sağlık kurumu yada sistemle ilgili faktörler:** Hastanenin işleyişi ile ilgili sorunlardan kaynaklanan varyanslardır.
4. **Toplumla ilgili faktörler:** Ulaşım imkanlarının yetersiz olması veya evde bakımla ilgili sorunların olması toplumla ilgili faktörler arasındadır (36).

#### 1.7.7.3.3.Finansal Analiz

Vaka yönetimi süreci bakım protokolleri ve planların yanı sıra girişim ve hizmetlerin maliyetlerinin saptanmasını da kapsamaktadır. Hizmet veren personel, hastaya sağlanan destek hizmetler, ilaç maliyeti, tedavi ve ameliyatlara ilişkin harcamaların analiz edilerek, hastalığın hastaya/aileye, topluma oluşturduğu yük ortaya konmaya çalışılır. Finansal analizlerin yapılması sağlık politikalarının oluşturulması ve geliştirilmesinde yol gösterici olarak kullanılabilir.

### 1.7.8.ROMATOİD ARTRİTTE HEMŞİRELİK YÖNETİMİ

Romatoid artritli hastanın tanılanması; bunun yeni bir durum veya daha önceden beri süregelen bir durum olup olmamasına göre değişmektedir (90).

Yeni RA tanısı konulmuş bir hastada tanılama; semptomlar, hastanın tedavi şekli, hastalığın yaşamını nasıl etkilediği, hastalık ve tedavi konusundaki sahip olduğu bilgi üzerine odaklanmalıdır. Aynı zamanda; hastalar ilerleyici olarak güçten düşürücü bir hastalıkla karşı karşıya olduklarından dolayı baş etme mekanizmalarının tanılama aşamasında değerlendirilmesi önemlidir (90,91).

Daha önceden RA tanısı almış olan hastalarda fonksiyonel yeteneklerdeki değişiklikler, deformiteler ve tedaviye olan tolerans değerlendirilmelidir. Bu hastalarda hem tedaviye uyumlarının hem de hastalıkla ve hastalığın yarattığı tüm değişikliklerle baş etme yeteneklerini devamlı olarak değerlendirilmesi önemlidir (90).

RA'li bir hastadaki fiziksel tanılama; inflamasyon bulguları, deformite veya normal hareketlerin kısıtlılığı açısından tüm eklemlerin muayenesini kapsar. Artrit; sistemik bir hastalık olduğundan dolayı, sadece eklemlerin değil hastanın tüm sistemlerinin incelenmesi ve muayenesi gerekmektedir. Artritin olası olarak etkileyebileceği organlar; kalp, akciğerler, kan damarları, gözler ve periferik sinirlerdir. Rutin kontrollerde bu sistemlere ilişkin kontrol muayene ve tetkiklerinin yapılması konusunda hastanın bilgilendirilmesi önem taşımaktadır.

RA'li tüm hastalarda psikososyal tanılama yapılması da gereklidir; çünkü hastalık hastanın tüm yaşamını etkiler. Hastalığın etkisi ve hastanın bu etkilerle nasıl başettiği hemşirenin tanılanması gereken yaşamsal alanlardır.

RA gibi kronik hastalıklarda, hastanın yeni yaşam şekline uyum göstermesi ve zorluklarıyla baş etmesi gerekmektedir **(79, 90, 91)**.

Bu doğrultuda RA'li hastadan önemli sağlık bilgileri ve fonksiyonel sağlık örüntülerinden oluşan subjektif veriler ve sistemik muayeneyi de kapsayan objektif veriler toplanarak hastaya bireysel hemşirelik tanıları saptanır.

Bu kapsamda RA'li bir bireyde saptanabilecek hemşirelik tanıları şunları içermektedir:

1. Ağrı,
2. Fiziksel Harekette Bozulma,
3. Yorgunluk,
4. Beden Gereksiniminden Az Beslenme,
5. Eklem Deformiteleri Gelişmesi Riski,
6. Beden İmajında Bozulma/Riski,
7. Tedavi Edici Rejimi Etkisiz Yönetme/Riski,
8. Aile Sürecinde Değişme,
9. Özbakımda Eksiklik (Kısmi-Tam),
10. Etkisiz Baş Etme Riski: Bireysel **(12, 79, 90,91)**.

Tanılama aşamasından sonra her hemşirelik tanısına ilişkin beklenen sonuçlar belirtilir. Romatoid artritli bir hastadaki hemşirelik uygulamalarına yönelik beklenen sonuçlar genel olarak şu şekilde sıralanmaktadır:

1. Hastanın memnun edici düzeyde ağrısı hafifleyecek,
2. Etkilenen eklemlerin fonksiyonel yeteneklerinin kaybı en az düzeyde olacak,

3. Hasta, beden gereksinimi karşılayacak düzeyde beslenebilecek,
4. Hastada eklem deformitesi gelişme riski en az düzeyde tutulacak,
5. Tedavi rejimini planlama ve uygulamaya hastanın katılım göstermesini sağlanacak,
6. Hastada pozitif düşünce sürdürülecek,
7. Hasta özbakımını olası en üst düzeyde gerçekleştirecek ve gerçekleştirmesine yardımcı olunacak (12, 79, 90,91).

Hemşire, RA'li hastalara uygulanan girişimlerin sonucunu değerlendirerek beklenen sonuçlara ulaşıp ulaşılmadığını saptamalıdır. Beklenen sonuçlara ulaşılması, planlanan ve uygulanan girişimlerin başarılı olduğunun göstergesidir. Değerlendirme sonucunda beklenen sonuca ulaşamadı ise; planlanan girişimler tekrar gözden geçirilmeli, farklı girişimlerin uygulanmasının etkinliği tartışılmalı ve uygulanmalıdır. Değerlendirme tekrar eden bir süreçtir, uygulanan her girişimin sonucu (olumlu/olumsuz) tekrar değerlendirilmelidir.



### 1.7.9.ROMATOİD ARTRİTTE HASTA EĞİTİMİ

Romatoid artritli bireylerde eğitim büyük önem taşımaktadır. Hastanın hastalığı hakkındaki bilgi düzeyi; hastanın kendi bakımına aktif katılımını ve yaşam kalitesini doğrudan etkilemektedir. Callahan ve Pincus'un (1998) çalışmasında düşük eğitim düzeyine sahip RA'li hastaların klinik durumlarının daha ciddi olduğu saptanmıştır (27). Hastanın sahip olduğu eğitim düzeyi ne olursa olsun, planlanan eğitimler bireysel nitelikte olmalı ve ağrı yönetimi, ilaçlar, eklem koruma teknikleri, enerji tasarrufu teknikleri, egzersiz, hastalık süreci ve baş etme stratejilerini içermelidir. Romatoid artritli bireylerde eğitim gereksinimini belirlemek amacıyla geliştirilmiş araçlardan biri Lineker ve ark.tarafından geliştirilen "Romatoid Artrit Bilgi Anketi (Rheumatoid Arthritis Knowledge Questionnaire)"dir. Bu anket yoluyla; RA'li hastanın/hastaların eğitim gereksinimleri ortaya konabileceği ve bireyselleştirilmiş bir eğitim programının yürütülmesinin hastanın hastalık bilgisi üzerine önemli katkı sağlayabileceği belirtilmektedir (81).

Yetişkin eğitimi prensipleri dikkate alınarak; eğitimin sürekli ve interaktif olması, akılda kalıcılığını pekiştirmek için yazılı ve görsel eğitim materyallerini (eğitici broşürler, kitapçıklar gibi) içermesi önerilmektedir. Hasta eğitiminde kullanılması amacıyla geliştirilen eğitim materyallerinin hastalara, hastalık süreci ve yönetimi konularında eğitim vermek amacıyla aşağıdaki konuları kapsamalıdır (79).

- Romatoid artrit nedir?
- Nasıl başlar? Eklemleri nasıl etkiler?
- Tedavi öğeleri nelerdir?
- Ağrı yönetimi; Ağrı, stres, başetme

- Egzersiz, eklem koruma teknikleri
- Yorgunluk ve başatme
- Sıcak ve soğuk terapiler
- Dinlenme ve transfer
- Beslenme
- İlaç yönetimi (ilacın doğru uygulanması, ilaçların yan etkilerinin bilinmesi, sık sık tıbbi ve laboratuvar takiplerinin yapılması)
- Günlük yaşamda pratik yaklaşımlar, genel sağlık önlemleri.

Eğitim; hasta hastaneye yattığı andan itibaren başlar, ancak taburculuk ile son bulmaz. Hastanede yatış süresi boyunca ve taburculuğa hazırlık aşamasında; hasta ile hastalığı, tedavisi, sosyal destek sistemleri (varlığı-yokluğu) ile ilgili değerlendirme yapılmalıdır. Hastanın evde bakımda karşılaşıacağı güçlükler, bakım verenlerin durumu ve karşılaştıkları problemler, hastanın ilaç ve hastalıkla ilgili semptomları yönetebilme kapasitesi değerlendirilerek taburculuk sonrası devam eden bir eğitim planlanmalıdır.

Son yıllarda hastaların bilgi alma, danışma ve yönlendirilme gereksinimlerinin karşılanması için telefonla yardım hatları kurulmaktadır. Bu tarzda sunulan hizmetler hastanın eğitimi kapsamında ele alınmaktadır. Oluşan soruna yönelik uygun zamanda, uygun yönlendirme ve girişimlerin yapılmasının (acil durumlar dahil) hastanın sağlık durumuna olumlu etkisi tartışılmaz bir gerçektir. Hughes ve ark. (2002) romatoid artritli hastaların ayaktan tedavisinde telefonla verilen hizmetlerin etkinliğinin incelendiği

çalışmalarında; hastaların %95'inin bu hizmetten memnun olduklarını saptamışlardır. Bu nedenle telefonla yardım hizmetlerinin ayaktan tedavi olan hastaların aldıkları bakımın kalitesini arttırmaya yardımcı olacağı belirtilmektedir. Burada dikkat edilecek konu; telefon yardımı verecek olan kişinin romatoloji alanında uzman olması gerektiğidir. (65).

Hastalık hakkında yeterli bilgiye sahip olunmaması hastalık yönetiminin iyi yapılmamasına, dolayısıyla da ilaç yan etkilerinin oluşmasına, hastalık aktivitesinin artmasına/kontrol edilememesine, tekrar hastaneye yatışlara neden olur. Hemşirenin romatoloji hastasının eğitimindeki rolü, hastaya/aileye hastalık bilgisi ve ortaya çıkan sorunlarla baş edebilme becerilerini kazandırmaktır.

## BÖLÜM 2

### GEREÇ VE YÖNTEM

#### 2.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Araştırma, romatoid artritli bireylerin bakımında vaka yönetimi modelinin kullanılmasının hastaların yetersizlik düzeyi, yaşam kalitesi, hastalığa ilişkin maliyet düzeyi ve hasta memnuniyeti üzerine olan etkisinin incelenmesi amacıyla deneysel olarak planlanmıştır.

#### 2.2.KULLANILAN GEREÇLER

Araştırmada kullanılan veri toplama araçları şunlardır:

- 1. Romatoid Artritli Bireylere Yönelik Veri Toplama Formu (EK I):** RA'li bireylerin demografik verileri, fonksiyonel sağlık örüntülerine göre hastanın tanılanması ve hastalığına ilişkin sistematik verileri elde etmek ve bakım planına temel oluşturmak amacı ile araştırmacı tarafından literatür desteğiyle hazırlanmış bir formdur. Kendi içinde 3 bölümden oluşmaktadır. **1.Bölüm:** Hastaya ilişkin demografik özellikler, özgeçmiş ve soygeçmişin sorgulanmasını içerir. **2.Bölüm:** Fonksiyonel sağlık örüntüleri çerçevesinde bireyin sağlık tanılmasını içerir. **3.Bölüm:** Sistemlere ilişkin semptomların varlığının/ yokluğunun sorgulanmasını içermektedir.
- 2. Sağlık Değerlendirme Anketi (Health Assessment Questionnaire-HAQ) (EK II):** Fries (1978) tarafından geliştirilen HAQ; artritli bireylerin

yetersizlik, ağrı, ilaç yan etkileri ve hastalık maliyetlerini saptamayı amaçlayan 4 boyuttan oluşmaktadır (26).

**a) Yetersizlik İndeksi:** Romatoloji alanında yapılan çalışmalarda yetersizliğin ölçülmesinde, sıklıkla yetersizlik indeksi (HAQ-Disability Index) başlı başına bir ölçüm aracı olarak kullanılmaktadır. İndeksin farklı dillerde ve şartlarda geçerliliği ve güvenilirliği gösterilmiştir. Test-retest korelasyonları 0.87-0.95 arasında puanlanmıştır (26).

HAQ-Yetersizlik İndeksi'nin Türkçeye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Küçükdeveci ve ark. (2004) tarafından yapılmıştır. İndeksin iç tutarlılığı yüksek (Cronbach alfa:0,97) olarak saptanmış ve Türk toplumunda kullanım için geçerli ve güvenilir olduğu bildirilmiştir (75).

Yetersizlik indeksinde yer alan 8 kategori; a. Giyinip kuşanma, kendine çeki düzen verme, b. Doğrulma, c. Yemek yeme, d. Yürüme, e. Hijyen f., Uzanma g. Kavrama, h. Günlük işlerdir. Bu kategorilerin her biri için hastalar aktiviteleri yapmada sahip oldukları zorluk derecesini bildirir. Yetersizlik soruları "Geçen Hafta" ifadesi ile sorulur. Sorulara verilen cevaplar 4'lü likert tipi ölçekleme ile puanlanır: Hiçbir zorluk olmadan (0), Biraz zorlukla (1), Çok fazla zorlukla (2), İş yapmada yetersiz (3). (5, 26)

HAQ-Yetersizlik İndeksindeki maddelerin her biri yardım türünün ne olduğunu kaydetmek için (yardımcı araçları/gereçler, başka kişiden yardım alma gibi) bir bölüm içermektedir. Bu bölümde hangi aktivite için, ne tür bir yardım alındığının belirtilmesi istenir. Eğer hasta yardım almıyorsa/yardımcı araç, gereç kullanmıyorsa bu bölümde işaretleme yapılmaz.

**Yetersizlik İndeksinin Hesaplanması:** Yetersizlik indeksinin hesaplaması HAQ skora rehberi doğrultusunda yapılmıştır (26). İndeks; standart yetersizlik indeksi ve alternatif yetersizlik indeksi olmak üzere 2 şekilde hesaplanır. Bu çalışmada standart yetersizlik indeksinin hesaplaması kullanılmıştır.

**Standart indeks hesaplaması:** Herhangi bir aktivite için hasta; diğer kişilerin ya da araçların yardımına gerek duyuyorsa bu kategorideki skor 0 veya 1 olduğunda 2'ye çıkarılır. Örn. Giyinme kategorisindeki en yüksek skor "1" ise ve hasta giyinirken yardımcı araç kullandığını söylüyorsa, hesaplanan kategori puanı "2" olur. Tüm kategorilerdeki elde edilen skorların toplamı hesaplanır ve tüm yanıtlanan kategori sayısına bölünür. Bu skorlar 0-3 arasında bir değer alır. HAQ-Yetersizlik indeksinden alınan skorlar 0-1,0:hafif yetersizlik düzeyi; 1,1-2,0: orta düzeyde yetersizlik, 2,1-3:ağır düzeyde yetersizlik olarak sınıflandırılır (26).

**b) Ağrı ölçeği:** Ağrı skalası; artrit ile ilişkili ağrının varlığı veya yokluğu ve onun şiddetini saptamak için oluşturulmuştur. Ağrı ile ilgili sorular GEÇEN HAFTA ifadesi ile sorulur. Amaç, geçen hafta boyunca genellikle ağrılarının ne kadar olduğu konusunda hastalardan bilgi sağlamaktır.

Ağrı skorlaması; HAQ skora rehberi doğrultusunda yapılmıştır. Ağrı, uzunluğu 15 cm'ye standardize olan visüel analog skala üzerinde ölçülür. Skala; bir ucunda "ağrı yok-0" ve diğer ucunda "çok şiddetli ağrı-10" ile belirtilir. Hastalar çizgi üzerinde herhangi bir yere işaret koyarak ağrılarının şiddetini göstermeleri için yönlendirilir. İşaretlenen yere göre 0 (sıfır) ile 3 (üç) arasında puan elde edilir. Bireyin puanını saptamak için milimetrik bir cetvelle, işaretin çizgi üzerinde sol tarafından (0 -sıfır-,

başlangıç alınarak) mesafe ölçülür ve 0.2 ile çarpılır, santimetre sayısı uygun puana dönüştürülür, 0'dan 3'e kadar bir değer verilir. (Tablo: 12 )

**Tablo 12: Ağrı Şiddetini Puana Çevirme Cetveli**

Ölçüm (cm)=Puan	Ölçüm (cm)=Puan
0=0.0	7.8 - 8.2=1.6
0.1-0.7=0.1	8.3 - 8.7=1.7
0.8-1.2=0.2	8.8 - 9.2=1.8
1.3-1.7=0.3	9.3 - 9.7=1.9
1.8-2.2=0.4	9.8-10.2=2.0
2.3-2.7=0.5	10.3-10.7=2.1
2.8-3.2=0.6	10.8-11.2=2.2
3.3-3.7=0.7	11.3-11.7=2.3
3.8-4.2=0.8	11.8-12.2=2.4
4.3-4.7=0.9	12.3-12.7=2.5
4.8-5.2=1.0	12.8-13.2=2.6
5.3-5.7=1.1	13.3-13.7=2.7
5.8-6.2=1.2	13.8-14.2=2.8
6.3-6.7=1.3	14.3-14.7=2.9
6.8-7.2=1.4	14.8-15.0=3.0
7.3-7.7=1.5	

**c)İlaç Yan Etkileri ve Sağlık Durumuna İlişkin Algılamalar:**

Semptomların görülme sıklığı; son 6 ay içinde meydana gelen semptomlar, durumlar ve yan etkiler hakkında sorularak saptanır. İlaçlarla bildirilen yan etkilerin verileri; yan etkilerin şiddetini, ilacın bırakılıp bırakılmadığını, ve hasta açısından ilacın yan etkilerinin önemini içerir. Aynı zamanda bu bölümde hastaların sağlık durumlarına ilişkin algılamaları da sorgulanır.

Hastaların genel sağlık durumlarını değerlendirmeye ilişkin verdikleri yanıtlar likert tipi ölçeklendirme ile puanlanmaktadır (1:Mükemmel; 5:Kötü). Düşük skorlar; hastaların sağlık durumlarını daha iyi olarak değerlendirdiklerini ifade etmektedir.

Hastaların sağlıklarından duydukları memnuniyetin değerlendirilmesinde verdikleri yanıtlar likert tipi ölçeklendirme ile puanlanmaktadır (1:Çok Memnunum; 5:Hiç Memnun Değilim). Elde edilen düşük skorlar, hastaların sağlık durumlarından daha memnun olduklarını ifade etmektedir.

Hastaların hastalıklarıyla ne kadar iyi düzeyde başa çıkabildiklerinin değerlendirilmesinde verdikleri yanıtlar likert tipi ölçeklendirme ile puanlanmaktadır (1: Çok İyi Düzeyde; 10: Çok Kötü Düzeyde). Elde edilen düşük skorlar, hastaların hastalıkları ile daha iyi düzeyde başa çıkabildiklerini göstermektedir.

**d) Maliyet:** Soru formu içerisinde maliyetler; direkt ve indirekt olarak iki grupta incelenir. Direkt maliyetler; hastanede kalma, cerrahi uygulanması, huzurevi bakımı, hekim ve diğer sağlık personeline yapılan ziyaretler, ek olarak alınan ilaçlar, laboratuvar testleri, röntgen, yardımcı araç-gereçler, kişisel bakıma yardım, ulaşım ve tıbbi bakımla ilişkili her bir maliyeti kapsamaktadır. Araştırmamızda sadece direkt maliyetlerin incelenmesini amaçladığı için, indirekt maliyet hesaplamaları kapsam dışı tutulmuştur.

Bu araştırmada hastaların maliyetleri iki aşamada incelenmiştir.

*Birinci aşama;* hastaların hastanede yatışları boyunca uygulanan girişimlerin maliyetleridir. Bunlar hastanın hastanede yattığı süre boyunca yapılan konsültasyonlar, radyolojik ve laboratuvar incelemeleri, ilaç harcamaları, uygulanan girişimlere yönelik harcamalar (enjeksiyon, damaryolu, aşı, pansuman, müdahale, sarf



malzemeleri), hastane yatak ücretini (refakat dahil) içermektedir. Hasta klinikten taburcu olduktan sonra bir kopyasının hasta dosyasına da konduğu "Hesap Özeti"; sekreterlikten alınarak araştırma dosyasına işlenmiştir.

*İkinci aşamada* ise; hastaların son 6 ay içinde almış oldukları sağlık bakım maliyetleri hesaplanmıştır. Bu süreçte hastaların hekim vizitlerinin sayısı, uygulanan radyolojik ve laboratuvar testlerinin sayısı sorgulanmış ve alınan bu hizmetlerin maliyetlerinin hesaplanmasında; 16 Ağustos 2005 itibari ile Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Döner Sermayesi tarafından belirlenen fiyatlar temel alınmıştır.

Hastaların maliyet hesaplamalarında güncel literatür ile karşılaştırma yapılabilmesi ve maliyet bilgilerinin gelecekte yapılacak çalışmalara veri tabanı oluşturması amacıyla döviz cinsinden karşılığı hesaplanmıştır. 26 Ağustos 2005 tarihi itibariyle Türkiye Cumhuriyeti Merkez Bankası Döviz Kuru (150) esas alınarak elde edilen YTL cinsinden maliyetler USD cinsinden maliyetlere çevrilmiştir (1 ABD Doları=1,359 YTL).

HAQ'nun ilk iki bölümü, genellikle hasta tarafından doldurulur. Yetersizlik indeksi ve ağrı skalasının uygulanması 5 dakika, HAQ'nun tamamının uygulanması yaklaşık 20-30 dakika sürmektedir. Bu çalışmada, formun ilk iki bölümünü hastaların doldurması istenmiştir. Ancak araştırmacının okumasını isteyen hastaların ve eklem ağrısı/tutukluğu nedeniyle elinde/parmaklarında kavrama güçlüğü olan hastaların formları araştırmacı tarafından doldurulmuştur. Formun ilk 2 bölümü deney ve kontrol grubundaki hastalara hastaneye yatışın ilk

günü, hastaneden taburcu olmadan hemen önce, taburculuğun üçüncü ve altıncı ayında uygulanmıştır. Formun tamamı ise (ilaç yan etkileri ve maliyet dahil) taburculuktan sonraki altıncı ayda doldurulmuştur.

3. **Romatoid Artrit Yaşam Kalitesi Ölçeği (EK III) (Rheumatoid Arthritis Quality of Life Scale-RAQoL)**: RA'li bireylerin yaşam kalitesini tanılamak için De Jong, Van Der Heijde, McKenna ve Walley (1997) tarafından geliştirilen ölçek; fizyolojik, psikolojik ve sosyal boyutları içermektedir (38).

Araç; ilk kez Hollanda ve İngiltere'de Dutch ve İngilizce dillerinde oluşturulmuştur. Ölçekte, maddeler arası iç tutarlılık cronbach alfası 0.85 olarak saptanmıştır. Bu değer aracın klinik kullanımı için uygun bir değer olduğu ifade edilmektedir. *Test-retest güvenilirliği* için Spearman korelasyon katsayısı Hollanda'da 0.90, İngiltere'de 0.94 olarak hesaplanmıştır. *Yapı geçerliliği kapsamında* ölçeğin İngilizce versiyonu NHP (Nottingham Health Profile) ile karşılaştırılmış ve aşağıdaki sonuçlar saptanmıştır: Fiziksel hareket: 0.87; Enerji düzeyi: 0.80; Ağrı:0.77; Duygusal reaksiyonlar:0.66; Sosyal izolasyon:0.62; Uyku: 0.59. Bu sonuçlara dayanarak RAQoL ile fiziksel hareket, enerji düzeyi ve ağrı bölümleri arasında korelasyon olduğu belirtilmektedir. (38)

RAQoL farklı dillerde adaptasyonu yapılmış ve bu versiyonlarının klinik uygulama ve çalışmalarda kullanımının uygun olduğu bildirilmiştir. Danimarka (135), İsveç (43), Kanada (95), Hollanda (38) Türkiye'de (74) RAQoL'nin kullanımının geçerli ve güvenilir olduğu saptanmıştır. Ölçeğin Türkçeye uyarlanması ve geçerlik, güvenilirlik çalışmaları Kutlay ve ark. (2003) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin iç tutarlılığı yüksek (Cronbach

alfa:0.95), test-retest güvenilirliği iyi (Spearman korelasyon katsayısı:0.87) olarak saptanmıştır. Bu haliyle ölçeğin Türk toplumu için kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu belirtilmiştir. (74).

RAQoL; RA'li bireylerde kullanım için ve hastaların kendilerinin doldurmalarına uygun olacak şekilde geliştirilmiştir. 30 sorudan oluşan ölçekte; sorular "evet -1" ve "hayır-0" olarak puanlanır. Elde edilen puanlar 0-30 arasında değişmekte ve yüksek skorlar kötü yaşam kalitesini göstermektedir. RAQoL'nin hasta tarafından doldurulması yaklaşık 6 dakika sürmektedir.

RAQoL, deney ve kontrol grubundaki hastalara hastaneye yatışın ilk günü, taburcu olmadan önce, taburculuğun üçüncü ve altıncı ayında uygulanmıştır.

4. **Hasta Memnuniyeti Soru Formu (EK IV):** Araştırmaya katılan hastaların verilen tedavi ve bakım hizmetlerinden duydukları memnuniyeti ölçmek amacıyla araştırmacı tarafından literatür desteği ile hazırlanmıştır. İki bölümden oluşan formda; ilk bölüm (A.Hasta Memnuniyeti), hastanın hastanede yattığı süre içerisinde sağlık bakım personelinden aldığı hizmetten duyulan memnuniyet ve genel memnuniyet boyutlarını içermektedir. Form; doktorlardan (9), hemşirelerden (13) ve genel bakımdan duyulan memnuniyeti (11) sorgulayan toplam 33 sorudan oluşmaktadır. İkinci bölümde (B. Poliklinik Hizmetleri Memnuniyet Ölçüm Aracı); hastanın poliklinik hizmetlerinden duyduğu memnuniyet düzeyini saptamak amacıyla 7 soru bulunmaktadır.

Form A ve Form B'deki sorulara verilen yanıtlar; 5'li Likert tipi puanlama ile hesaplanır (Çok memnunum 1, Memnunum 2, Ne

memnunum, ne memnun değilim 3, Memnun değilim 4, Hiç memnun değilim 5). Form A'da 33 soru bulunması nedeniyle elde edilen puanlar 33-165 arasında değişmekte, Form B'de 7 soru bulunması nedeniyle elde edilen puanlar 7-45 arasında değişmektedir. Soru formundan elde edilen en düşük puan, en iyi düzeyde memnuniyeti ifade etmektedir.

Hasta Memnuniyeti Soru Formu (EK-IV); araştırmadaki hastalara uygulanmadan önce; soruların ifade edilmedeki uygunluğu, anlaşılabilirliğini test etmek için hastanede yatan ve poliklinik kontrollerine gelen 10 hastaya pilot çalışma amacıyla uygulanmıştır. Bu pilot çalışma sonrası forma son şekli verilmiştir. EK-IV'ün A Soru Formu; hasta hastaneden taburcu olmadan önce; B Soru Formu taburculuk sonrası üçüncü ve altıncı aydaki poliklinik kontrollerinde hastalara uygulanmıştır. Formu hastaların tek başlarına doldurmaları istenmiştir, ancak okuma konusunda yardım isteyen ve eklem ağrısı/tutukluğu nedeniyle elinde/parmaklarında kavrama güçlüğü bulunan bazı hastalara araştırmacı tarafından destek olunmuştur.

- 5. Romatoid Artritli Bireylerde Maliyet Ön Tanılama Formu (EK V):** RA'li bireylerin son altı ayda almış oldukları sağlık bakım maliyetlerini ölçmek amacıyla araştırmacı tarafından literatür desteği kullanılarak geliştirilmiştir. Maliyet Ön Tanılama Aracı; 8 maddelik bir ön tanılama formundan sonra hastanın kullandığı ilaç tedavileri (NSAİİ, hastalığı düzenleyici ilaçlar vb), aldığı profesyonel bakım (Romatoloji hekimi ziyaretleri, göz konsültasyonu, vb), izlem istekleri (biyokimya ve mikrobiyolojik tetkikler, EKG, vb.), bireysel fonksiyonları yapabilmeye yararlanan yardımcı araçlar (Splint, vb.), hastanede yattığı gün sayısı

gibi boyutların kayıtlarını içermektedir. Taburcu olurken hastalara verilen bu forma, altı ay içinde almış/yararlanmış oldukları sağlık bakım hizmetlerini kayıt etmeleri istenmiştir. Üçüncü ve altıncı aydaki kontrollerde araştırmacı tarafından bu formdaki alınan hizmetlerin kayıtları, hasta dosyasına işlenmiştir.

## **2.3.KULLANILAN YÖNTEM VE YÖNTEMLER**

Romatoid artrit (RA) tanısı ile Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Romatoloji Birimine yatan, araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar; yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi ve fonksiyonel düzeylerine göre eş tutularak kontrol ve deney grubu olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. Kontrol grubuna alınan hastalara rutin klinik bakım, deney grubuna alınan hastalara vaka yönetimi süreci uygulanmıştır.

### **2.3.1.Vaka Yönetimi Uygulanmayan Grup**

Kontrol grubuna alınan hastalara klinik rutini aynen uygulanmıştır. Hastanın yatışının ilk günü hasta ile tanışılarak çalışmaya katılım ve anket formlarının uygulanması konusunda sözel ve yazılı onam alınmıştır. Aynı zamanda çalışmaya katılımı desteklemesi amacıyla kontrol grubunda bulunan hastalara, hazırlanmış olan hasta eğitim kitapçığı verilmiştir. Yatışın ilk gününde kontrol grubundaki hastalara EK I (Demografik Özellikler Formu), EK-II (Yetersizlik İndeksi Ve Ağrı Ölçeği), EK-III (RAQoL ölçeği) soru formları uygulanmıştır. Taburcu olmadan önce ise; EK-II, EK-III, EK IV (A Formu) formları uygulanmış, taburculuk sonrası dönemde alacakları ilaç, tıbbi yardım, uygulanan testler veya hastaneye yatma

durumlarını kayıt edebilmeleri için hastalara EK-V (Maliyet Ön Tanılama Formu) verilmiştir. Bu formdaki veriler poliklinik kontrollerinde görülerek hasta dosyalarına araştırmacı tarafından işlenmiştir. Aynı zamanda taburculuktan sonraki üçüncü ve altıncı aylarda poliklinik randevularında, EK-II (6.ay kontrolde Full HAQ), EK-III ve EK-IV (B Formu) doldurulmuştur. (Tablo 13)

### **2.3.2.Vaka Yönetimi Uygulanan Grup**

Deney grubuna alınan hastalara vaka yönetimi sürecinin uygulanmasında aşağıda sıralanan araçlardan yararlanılmıştır.

- 1. Romatoid Artrit Bakım Protokolü (EK VI):** Araştırma kapsamında, RA'li hastanın tedavi ve bakımını yürüten tüm ekip üyelerinin ortak girişimlerinin belirtildiği günlük ve haftalık olarak şema şeklinde düzenlenen girişim listelerini içeren bir formdur. Bu form; literatürde belirtildiği gibi, tüm ekip üyelerinin kendilerine ait girişimleri aynı form üzerinde görmelerine imkan tanıyacak biçimde oluşturulmuştur. Bakım Protokolü (Ortak Bakım Planı) oluşturulurken; araştırmacı tarafından ilgili literatür incelemesi yapılmış, artrit ile ilişkili yurtdışında kullanılan bakım protokolleri incelenmiş, çalışma kapsamında kullanılmak üzere taslak bir ortak bakım planı oluşturulmuştur. Ortak bakım planının taslağı geliştirilirken; bakım protokolü geliştirmede belirtilen temel adımlar izlenmiştir. Protokoller multidisipliner ekip tarafından kullanılan araçlardır, bu nedenle hazırlanan bu taslak, klinik rutinini iyi bilen bir romatoloji uzmanı, klinik sorumlu ve servis hemşiresi tarafından gözden geçirilmiş, öneriler doğrultusunda romatoloji ünitesinde bakım verilen RA'li hastalara

uygulanmak üzere son şekli verilmiştir. Bu süreç, yaklaşık bir ay sürmüştür. Bakım protokolü; doktor, hemşire, diyetisyen ve vaka yöneticisinin yapması gereken uygulamaları içermektedir ve vaka yönetimi sürecinin uygulanmasında bir araç olarak deney grubu hastalarında kullanılmıştır.

Geliştirilen RA bakım protokolünde yer alan girişimler 7 boyutu içermektedir. (1) Tanılama/İzlem; (2) Konsültasyonlar; (3) Laboratuvar/Radyolojik testler; (4) İlaçlar; (5) Aktivite; (6) Beslenme; (7) Hasta/Aile Eğitimi.

2. **Varyans Kayıt Formu (EK VII):** Ortak bakım planında belirtilen günde uygulanamayan girişimlerin nedenlerinin sınıflandığı ve kayıt edildiği bir formdur. İlgili literatür çerçevesinde araştırmacı tarafından geliştirilen bu formda; hastaya, sağlık personeline ve kuruma ilişkin olmak üzere varyansa yol açan faktörler ve kodları bulunmaktadır.

3. **Vaka Yönetimi Ekip Toplantısı Formu (EK-VIII):** Deney grubunda yer alan her bir RA'li birey için yapılan vaka yönetimi toplantılarında toplantı gündemi ve toplantı bitiminde alınan kararların kayıtlı hale gelmesini sağlamak amacıyla araştırmacı tarafından oluşturulan bir formdur. Ayrıca form; yapılan toplantının tarihi, kaçınıcı toplantı olduğu ve toplantıya katılan ekip üyelerinin kimler olduğunu belirten bölümleri içermektedir. Bu form, her bir toplantı sonrası vaka yöneticisi tarafından doldurulmuştur.

4. **Vaka Yönetimi Sürecini Değerlendirme Formu(EK-IX):** Vaka yönetimine katılan ekip üyelerinin vaka yönetimi sürecine ilişkin görüşlerini, öneri/eleştirilerini öğrenmeyi amaçlayan 4 soruyu içermektedir. Araştırma bitiminde vaka yönetimi toplantılarına katılan tüm ekip üyelerine (hekim, hemşire, diyetisyen) bu form verilerek yanıtlamaları istenmiştir.

5. **Hasta Eğitim Kitapçığı (EK-X):** Romatoid artritli bireylere eğitim vermede kullanılmak üzere **“Romatoid Artritle Yaşamak”** adlı bir eğitim kitapçığı hazırlanmıştır. Literatür bilgileri ışığında, danışman öğretim üyelerinin rehberliğinde araştırmacı tarafından geliştirilen bu kitapçığın içeriğini; romatoid artrit tanımı; belirti ve bulguları; tanı kriterleri; tedavi amaçları; ilaç etkileri, yan etkileri ve ilacın kullanımı boyunca dikkat edilmesi gereken önemli noktalar; dinlenme ve egzersizin önemi; eklem koruma teknikleri; ağrı ve yorgunluk yönetimi stratejileri; RA'le günlük yaşamda başa çıkmada yararlı olabilecek prensipler oluşturmaktadır.

Hastalıkları hakkında bilgi edinmenin her hastanın hakkı olmasından yola çıkılarak araştırmaya katılan tüm kontrol ve deney grubundaki hastalara bu kitapçık verilmiştir. Kontrol grubundaki hastalara hastalıkları hakkında öğrenmek istedikleri ve araştırmacıya yönelttikleri sorular araştırmacı tarafından yanıtlanmıştır. Deney grubundaki hastalara ise; kitapçık içeriğinde bulunan tüm konular bakım protokolü çerçevesinde sistematik, (yatıştan itibaren taburculuğa kadar, daha önceden belirlenen plan çerçevesinde) interaktif olarak anlatılmıştır.



## **6. Hemşire Eğitim Kitapçığı “Romatoid Artrit ve Hemşirelik Yönetimi”**

**(EK XI):** Romatoloji ünitesinde görev yapmakta olan klinik hemşirelerine; RA hastalığı, hemşirelik yönetimi ve vaka yönetimi hakkında genel bilgi sağlamak amacıyla literatür desteği doğrultusunda hazırlanmıştır.

Deney grubuna dahil edilen hastalara vaka yönetimi uygulamasına başlamadan önce; 2 aylık bir süreçte; Romatoid Artrit Bakım Protokolü ve bunun uygulamada kullanımı ve romatoid artritli hastaların hemşirelik yönetimi konusunda bilgi vermek üzere İç Hastalıkları Kliniği bünyesinde görev yapan tüm klinik hemşirelerine (Romatoloji ünitesinde rotasyonla ve nöbet yöntemi ile çalışılması nedeniyle tüm hemşirelere) eğitim programları düzenlenmiştir. 22 Temmuz 2004, 11 Ağustos 2004 ve 7 Eylül 2004 tarihlerinde olmak üzere 3 kez yapılan eğitim ve bilgilendirme toplantıları İç Hastalıkları Anabilim Dalına ait olan Vehbi Göksel Anfisi’nde gerçekleştirilmiş olup; bu toplantılarda, toplam 35 hemşireye eğitim verilmiştir.

### **2.3.2.1. Deney Grubuna RA Bakım Protokolünün Uygulanması:**

**0.GÜN:** Hastanın kliniğe yattığı ilk gün 0. gün olarak kabul edilmiştir.

**1.GÜN:** Yatışın 1.günü hasta ile tanışılarak araştırmaya katılım için sözel ve yazılı onam alınmıştır. Ortak bakım planının içeriğinde bulunan 7 boyut doğrultusunda (EK-VI) girişimler uygulanmıştır. Bu uygulamalar hastanın doktoru, servis hemşiresi, vaka yöneticisi hemşire ve diyetisyene ait aktiviteleri içermektedir.

Hastanın demografik özelliklerini, fonksiyonel sağlık örüntüleri doğrultusunda sağlık tanılmasını ve hastalığa ilişkin sistem

sorgulamalarını tanılamak ve sonraki görüşmelere temel oluşturması için RA'li Bireylere Özgü Veri Toplama Formu (EK-I), yetersizlik durumunu tanılamak için Sağlık Değerlendirme Anketi (EK-II) ve RAQoL Yaşam Kalitesi Ölçeği (EK-III) doldurulmuştur.

**2.GÜN:** Yatışın 0. ve 1. gününde uygulanan girişimlerden sonra deney grubunda bulunan hastalarda 2. günde vaka yönetimi ekibini oluşturan ekip üyeleri ile (romatoloji asistanı, romatoloji klinik hemşiresi, vaka yöneticisi hemşire gerektiğinde diğer sağlık bakım profesyonelleri ) ilk ekip toplantısı yapılmıştır. Toplantının içeriği ve toplantı sonucunda hasta ile ilgili yapılan görüşme sonuçları EK-VIII'ye (Ekip Toplantı Formu) kaydedilmiştir. Bu toplantı sonrasında ortaya konulan sorunlar ve yapılması planlanan girişimlerin, aynı zamanda hasta bakım planının oluşturulmasına katkı sağlaması amaçlanmıştır.

**3-5. GÜN:** Günlük ağrı ve yorgunluk değerlendirmeleri, tamamlanması gereken konsültasyonlar, testler, tedavi uygulamaları ve planlanan eğitimler bugünlerde yürütülmüştür.

**6-11.GÜN:** EK-VI'da belirtilen kategorilerdeki girişimler yürütülmüştür. Haftada bir gün ekip toplantısı yapılmıştır.

**12-23.GÜN** (Taburculuk tarihine kadar): EK-VI'da belirtilen kategorilerdeki girişimler yürütülmüştür. Haftada bir gün ekip toplantısı yapılmıştır.

RA Bakım Protokolünde (EK VI) belirtilen girişim kategorilerinin, belirtilen günde uygulanamaması veya daha erken uygulanması ve bunların nedenleri gibi durumlar EK-VII (Varyans Kayıt Formu)'ya kaydedilmiştir.

### 2.3.2.2.Vaka Yönetimi Uygulanan Gruba Soru Formlarının Uygulanması:

Yatışın ilk gününde deney grubundaki hastalara EK I, EK-II (Yetersizlik indeksi ve ağrı ölçeği), EK-III formları uygulanmıştır. Taburcu olmadan önce ise; EK-II (Yetersizlik İndeksi Ve Ağrı Ölçeği), EK-III, EK IV (A Formu) formları uygulanmış, taburculuk sonrası dönemde alacakları ilaç, tıbbi yardım, uygulanan testler veya hastaneye yatma durumlarını kayıt edebilmeleri için EK-V (Maliyet Öntanımlama Formu) verilmiştir. Bu formdaki veriler poliklinik kontrollerinde görülerek hasta dosyalarına araştırmacı tarafından işlenmiştir. Aynı zamanda taburculuktan sonraki üçüncü ve altıncı aylarda poliklinik randevularında, EK-II (6.ay kontrolde Full HAQ), EK-III ve EK-IV (B Formu) doldurulmuştur. (Tablo 13)

Deney grubundaki RA'li hastalara verilen bakım kalitesini geliştirmek, memnuniyeti arttırmak ve hemşireler arasında bakıma yönelik iletişimi ortak paydada buluşturmak için vaka yöneticisi tarafından **hasta bakım planı** hazırlanmış ve planının uygulanmasında, değerlendirilmesinde hemşirelerin katılımı sağlanmıştır.

Araştırmadaki deney grubu hastalarına başlamadan önce ünite görevli hemşire ve doktorlara araştırmanın amacı ve yöntemi hakkında bilgi verilmiştir. Klinikte görev yapan hemşire ve hekimlerin sık rotasyona tabi olmaları ve araştırma süresinin uzun olması nedeni ile farklı hekim ve hemşirelerle çalışılmak durumunda kalınmıştır. Bu nedenle deney grubuna alınan her hastanın hekimi ve hemşiresi ile gerektiğinde tek tek görüşülmüş ve çalışmanın amacı, yöntemi anlatılmıştır.

### **2.3.2.3.Ekip Toplantıları:**

Periyodik aralıklarla yapılan ekip toplantılarına hastanın asistan doktoru, bakımından sorumlu hemşiresi ve vaka yöneticisi olarak araştırmacı katılmıştır. Hastadan sorumlu öğretim üyesi eşliğinde yapılan günlük vizitlere hastanın asistan doktoru, vaka yöneticisi düzenli olarak katılmıştır. Hastanın bakımından sorumlu hemşire; vizit sonrasında vaka yöneticisi tarafından yeni alınan tedavi, inceleme ve bakım kararları hakkında bilgilendirilmiştir (yoğun hasta bakımı ve tedavilerin zamanında uygulanması gerekliliği nedeniyle hastanın hemşiresi çoğu zaman vizitlere katılamamıştır).

Deney grubundaki hastalara yatışın ilk günlerinde haftada 1 olmak üzere; hasta hastanede yattığı süre boyunca 1-2 haftada bir, ekip üyelerinin kararlaştırdığı periyotlarla ekip toplantıları tekrarlanmıştır.

Araştırmacının romatoloji ünitesinde öğrenci stajları için uygulamaya çıkması, hasta vizitlerine sıklıkla katılması, 12 ay süreyle kontrol grubundaki hastaları izlemesi, mesai saatleri içerisinde uygulamalara aktif olarak katılması gibi faktörler; romatoloji ünitesindeki personel ile iletişimi artırıcı rol oynamıştır. Bu durumun, vaka yönetimi modeli uygulanan hasta grubunun uygulamaları sırasında, araştırmacının uygulamaları yönlendirebilmesine ve vaka yöneticisi rolünü gerçekleştirebilmesine katkısı olduğu düşünülmektedir.

### **2.3.2.4.Vaka Yönetimi Uygulanan Gruba Verilen Eğitim Programı:**

Deney grubu hastalarında oluşturulan bireysel bakım planı ve eğitim hedefleri her hastanın kendisine özgü olarak hazırlanmıştır. Eğitim hedeflerini

ortaya koymada araştırmacı tarafından hazırlanan eğitim kitapçığındaki temel konular esas alınmakla birlikte hastaların hastalık yılına, tanı aldığı süreye, hastalık evresine, fonksiyonel sınıflamasına ve hastalığı hakkındaki mevcut hastalık bilgisi düzeyine yönelik olarak planlanmıştır. Literatürde de bildirildiği gibi yeni ve eski tanıya sahip olan hastaların eğitim gereksinimleri arasında farklılıklar olabilmektedir. Yeni tanı alan hastaların eğitim gereksinimleri daha çok hastalık bilgisi, semptom yönetimi ve hastalığa uyum çabalarına yönelik olmakla birlikte; eski tanıya sahip olan hastalarda ise yetersizliği azaltmaya yönelik çabalar (farmakolojik ve non-farmakolojik girişimler, fizyoterapi vs.), günlük yaşam aktivitelerinde yardımcı araç kullanımı gibi konulara yönelik olmaktadır. Deney grubundaki RA'li bireylerin araştırma süresince şu konularda yeterli hale gelmeleri amaçlanmıştır. Bu konular aynı zamanda Hasta eğitim kitapçığında da yer verilen konuları kapsamaktadır.

- RA tanımını yapabilmesi,
- RA'in belirti ve bulgularını sayabilmesi,
- RA için önemli tanı kriterlerini sayabilmesi,
- RA tedavisinin amaçlarını söyleyebilmesi,
- RA tedavisinde doktor tarafından önerilen ilaçların kullanım amaçlarını, etkilerini, yan etkilerini ve ilacı kullanırken dikkat edilmesi gereken önemli noktaları söyleyebilmesi,
- RA'li bireylerin beslenmeye ilişkin olası sorunlarının olabileceğini bilmesi ve çözüm önerilerini sıralayabilmesi,
- RA'te dinlenmenin önemini bilmesi,
- RA'te egzersizin önemini bilmesi,
- Eklem koruma tekniklerini öğrenmesi ve uygulayabilmesi,

- Artritle yaşamayı kabul ettiğini ifade etmesi,
- RA'le başa çıkmada günlük yaşamda kendisine yardımcı olacak prensipleri sayabilmesi,
- Ağrı yönetimi stratejilerini bilmesi ve uygulaması,
- Yorgunluk yönetimi stratejilerini bilmesi ve uygulaması.

#### **2.4. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI**

Araştırma; Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi (İzmir) Romatoloji Kliniği'nde yürütülmüştür. İç Hastalıkları AD bünyesinde 8 yatak kapasiteli yataklı birimi ve İç Hastalıkları Polikliniği bünyesinde yer alan Romatoloji Polikliniği ile tüm romatoloji hastalarına tanı, tedavi ve bakım hizmetleri verilmektedir. Romatoloji Biriminde yatan hastaların tedavi ve bakımlarından birincil olarak sorumlu romatoloji klinik hemşiresi bulunmamaktadır. Bu nedenle bu birimde yatarak tedavi gören romatoloji hastalarının tedavi ve bakım hizmetleri İç Hastalıkları Birimi'nde görev yapmakta olan klinik hemşireleri tarafından yerine getirilmektedir. Araştırma; 9 Kasım 2003 – 8 Ağustos 2005 tarihleri arasında Romatoloji Ünitesinde, hafta içi 08:30-16:30 mesai saatleri içerisinde yürütülmüştür.

#### **2.5. ARAŞTIRMANIN EVRENİ**

Araştırmanın evrenini; Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Romatoloji Bilim Dalı'nda yatarak tedavi gören tüm RA'li hastalar oluşturmuştur.

## **2.6.ARAŞTIRMADA ÖRNEKLEM**

Araştırmanın örneklemini; belirtilen evren içinden, belirlenen kriterlere uyan, araştırmaya katılmayı kabul eden RA'li hastalar oluşturmuştur.

Hastaların araştırmaya dahil edilmesi için belirlenen kriterler şunlardır:

1. RA tanısı almış olması,
2. 18 yaşından büyük olması,
3. En az okur-yazar düzeyde veya ilkokul düzeyinde eğitim seviyesine sahip olması,
4. Görme ve işitme probleminin olmaması, sözel iletişim kurabilmesi,
5. Her hangi bir psikiyatrik probleme sahip olmaması.

Araştırmanın yürütüldüğü tarihler arasında Romatoloji ünitesine toplam 38 RA'li hasta yatmıştır. Bu hastalardan yaşı 16'nın altında olması nedeniyle 2 hasta, tanısının farklılaşması nedeniyle 4 hasta, ileri derecede yaşlı olması ve ciddi komorbid hastalıklarının bulunması nedeniyle 1 hasta, çalışmanın 3. ayında kalp yetmezliğinden ex olması nedeniyle 1 hasta, klinikte yatarken ex olması nedeniyle 1 hasta olmak üzere toplam 9 hasta araştırma kapsamı dışında tutulmuştur. Çalışma; 15 kontrol, 14 deney olmak üzere 29 Romatoid artritli hasta ile sonuçlandırılmıştır.

## **2.7.ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ**

Araştırmanın bağımlı değişkenleri; hastanın yetersizliği, yaşam kalitesi, memnuniyet düzeyi ve direkt maliyettir.

Araştırmanın bağımsız değişkenleri hastanın yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, medeni durumu, çalışma durumu, sosyal güvencesi, gelir durumu, hastalık yılı, fonksiyonel sınıfı ve hastaya verilen eğitimidir.

## **2.8.VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ VE SÜRESİ**

Romatoid artrit (RA) tanısı ile Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Romatoloji Birimine yatan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi ve fonksiyonel düzeylerine göre eş tutularak kontrol ve deney grubu olmak üzere iki gruba ayrılmıştır.

Tablo 13'de her iki gruptaki hastalara uygulanan girişim listesi bulunmaktadır. Hastalara hastanede yatarken uygulanan anket formlarından HAQ, RAQoL, Hasta Memnuniyet Anketi (Form B) üçüncü ve altıncı ayda hastalara uygulanarak araştırmanın veri toplama aşaması sonlandırılmıştır.

## **2.9.VERİLERİN ANALİZİ VE DEĞERLENDİRME TEKNİKLERİ**

Araştırmadan elde edilen veriler özel bir bilgisayarda Statistical Package for Social Science 10.0 (SPSS) paket programında analiz edilmiştir.

Hastalara ilişkin demografik ve tanıtıcı bilgiler sayı ve yüzde olarak belirtilmiştir. Deney ve kontrol grubundaki hastaların demografik özellikleri açısından benzer bir dağılım gösterip göstermediklerini belirlemek amacı ile **Levene's testi** (varyansların homojenliği testi) yapılmıştır.

Deney ve kontrol grubundaki hastalara ilişkin puanlar arasındaki farklar denek sayısının düşük olması nedeniyle nonparametrik bir test olan Mann-Whitney U testi kullanılarak analiz edilmiştir.



**Tablo 13: Araştırma Planı**

DENEY GRUBU (n:14)	KONTROL GRUBU (n:15)
Hastaneye Yatış: 0. Gün <b><u>Yatışın 1.Günü: TANIŞMA</u></b> *Çalışma için onam alma *Anketlerin Uygulanması	Hastaneye Yatış: 0. Gün <b><u>Yatışın 1.Günü: TANIŞMA</u></b> *Çalışma için onam alma *Anketlerin Uygulanması
<b><u>Yatışın 2. Günü:</u></b> *Ekip Toplantısı (romatoloji hekimi, romatoloji klinik hemşiresi, vaka yönetici hemşire, diyetisyen, hasta) *Ekip toplantısı doğrultusunda bireysel bakım planı hazırlama *RA bakım protokolünün uygulamaya konması	<b>RUTİN KLİNİK UYGULAMA VE BAKIMIN SAĞLANMASI</b>
*Bireysel bakım planı doğrultusunda Planlanmış Hasta Eğitiminin (Eğitim materyalleri kullanılarak) verilmesi	*Hasta eğitimi (Eğitim materyali kullanılarak)
<b><u>Yatışın 6-22.Günlerinde:</u></b> *Ekip Toplantıları (periyodik aralarla) *Taburculuk Planlama	<b>TABURCULUK</b>
*Üçüncü Ay Kontrol (Soru Formlarının Uygulanması)	*Üçüncü Ay Kontrol (Soru Formlarının Uygulanması)
*Altıncı ay Kontrol (Soru Formlarının Uygulanması)	*Altıncı ay Kontrol (Soru Formlarının Uygulanması)

Grupların kendi içlerinde ölçüm zamanları açısından fark olup olmadığını test etmek için Friedman testi; fark olduğu durumlarda ileri analiz için Bonferroni düzeltmeli Wilcoxon Signed Ranks Testi yapılmıştır.

Deney ve kontrol gruplarından elde edilen ortalamalar ile bazı bağımsız değişkenler arasındaki etkileşimler; Mann Whitney U ve Kruskal Wallis analizleri kullanılarak test edilmiştir.

## **2.10.SÜRE VE OLANAKLAR**

Araştırmanın yürütülmesi ile ilgili zaman takvimi Tablo 14'de sunulmuştur.

## **2.11.ETİK AÇIKLAMALAR**

Araştırmanın yapılabilmesi için Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Etik Kurulundan yazılı izin alınmıştır **(EK-XII)**.

Araştırmanın uygulanabilmesi için Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliği'nden ve Romatoloji Bilim Dalı'ndan yazılı izin alınmıştır **(EK XII)**.

Araştırma kapsamına alınan hastalara araştırmanın amacı, uygulama yöntemi ve elde edilmesi planlanan sonuçlar hakkında gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra sözel ve yazılı onam alınmıştır **(EK XIII)**.

**Tablo 14: Araştırmanın Uygulama Takvimi**

SÜRE	Haziran 2003	Temmuz 2003	Ağustos 2003	Eylül 2003	Ekim 2003	Kasım 2003	Aralık 2003	Ocak 2004	Şubat 2004	Mart 2004	Nisan 2004	Mayıs 2004	Haziran 2004	Temmuz 2004	Ağustos 2004	Eylül 2004	Ekim 2004	Kasım 2004	Aralık 2004	Ocak 2005	Şubat 2005	Mart 2005	Nisan 2005	Mayıs 2005	Haziran 2005	Temmuz 2005	Ağustos 2005	Eylül 2005	
Öneri Sınava	X																												
Araştırmanın Uygulanması İçin Hazırlık Aşaması		X	X	X																									
Araştırma Verilerinin Toplanması					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Hemşire Eğitimleri																													
Araştırma Verilerinin Analizi																													
Yorumlanması																													
Araştırmanın Yazımı																													
Araştırmanın Basımı																													

**BÖLÜM 3**  
**BULGULAR**

**3.1.HASTALARIN TANITICI ÖZELLİKLERİNE GÖRE DAĞILIMLARI**

**Tablo 15: Deney Ve Kontrol Grubundaki Hastalara İlişkin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerin Dağılımları**

	Deney Grubu		Kontrol Grubu		TOPLAM		Levene Test
	n	%	n	%	n	%	
<b><u>Yaş Grubu</u></b>							
29-39	2	14,30	1	6,70	10	10,30	t:0,406 p:0,688
40-49	2	14,30	2	13,30	4	13,80	
50-59	5	35,70	6	40,00	11	37,90	
60-69	2	14,30	3	20,00	5	17,20	
70-79	3	21,40	3	20,00	6	20,70	
<b><u>Yaş Ortalaması:</u></b>	$\bar{X}:55,85 \pm 13,72$		$\bar{X}:57,40 \pm 12,18$		$\bar{X}:56,65 \pm 12,73$		
<b><u>Cinsiyet</u></b>							
Kadın	13	92,90	14	93,30	27	93,10	t:-0,049 p:0,961
Erkek	1	7,10	1	6,70	2	6,90	
<b><u>Eğitim Durumu</u></b>							
İlköğretim	11	78,60	12	80,00	23	79,30	t:-0,091 p:0,928
Lise/üniversite	3	21,40	3	20,00	6	20,70	
<b><u>Medeni Durum</u></b>							
Evli	9	64,30	9	60,00	18	62,10	
Bekar/ Dul	5	35,70	6	40,00	11	37,90	
<b><u>Sosyal Güvence</u></b>							
Emekli Sandığı	11	78,60	12	80,00	23	79,30	
Bağ-Kur/SSK	3	21,40	2	13,30	5	17,20	
Ücretli	-		1	6,70	1	3,40	
<b>TOPLAM</b>	14	100,0	15	100,0	29	100,0	

**Tablo 15'in Devamı**

	Deney Grubu		Kontrol Grubu		TOPLAM	
	n	%	n	%	n	%
<b><u>Çalışma Durumu</u></b>						
Çalışmıyor	13	92,90	12	80,00	25	86,20
Çalışıyor	1	7,10	3	20,00	4	13,80
<b><u>Gelir Durumu</u></b>						
Gelir Az	5	35,70	7	46,70	12	41,40
Gelir gider denk	5	35,70	6	40,00	11	37,90
Gelir Fazla	4	28,60	2	13,30	6	20,70
<b><u>Aile İçindeki</u></b>						
<b><u>Konum</u></b>						
Anne	7	50,00	8	53,30	15	51,70
Çocuk	1	7,10	1	6,70	2	6,90
B.anne	5	35,70	2	13,30	7	24,10
Yalnız	1	7,10	3	20,00	4	13,80
Kardeş	-		1	6,70	1	3,40
<b><u>Bakımından sorumlu kişi</u></b>						
Kendi	9	64,30	10	66,70	19	65,50
Eşi	1	7,10	-		1	3,40
Çocuğu	3	21,40	4	26,70	7	24,10
Kardeşi	-		1	6,70	1	3,40
Annesi	1	7,10	-		1	3,40
<b>TOPLAM</b>	<b>14</b>	<b>100,0</b>	<b>15</b>	<b>100,0</b>	<b>29</b>	<b>100,0</b>

Tablo15'de araştırma kapsamındaki hastaların bazı sosyo-demografik özellikleri gösterilmektedir. Deney grubunda yer alan hastaların %14,30'u 29-39; %14,30'u 40-49, %35,70'i 50-59, %14,30'u 60-69, %21,40'ı 70-79 yaş grubunda ve yaş ortalamalarının  $55,85 \pm 13,72$  olduğu saptanmıştır. Kontrol grubundaki hastaların ise; % 7,70'i 20-29, % 13,30'u 40-49, %40,00'ı 50-59,



%20,00'ı 60-69, % %20,00'ı 70-79 yaş grubunda olduğu saptanmış olup; yaş ortalaması  $57,40 \pm 12,18$ 'dir. Levene testi sonucunda deney ve kontrol grubundaki hastaların yaş grupları bakımından homojen bir dağılım gösterdiği saptanmıştır (t:0,406;  $p > 0,05$ ) (Tablo 15).

Deney grubundaki hastaların %92,90'ı kadın, %7,10'u erkek; kontrol grubundaki hastaların %93,30'u kadın, %6,70'i erkektir. Yapılan Levene testi sonucunda; deney ve kontrol gruplarının cinsiyet bakımından homojen bir dağılım gösterdiği saptanmıştır (t:-0,049;  $p > 0,05$ ) (Tablo 15).

Deney grubunda ilköğretim düzeyinde eğitime sahip olanların oranı %78,60, lise/üniversite düzeyinde eğitime sahip olanların oranı %21,40; kontrol grubunda ilköğretim düzeyinde eğitime sahip olanların oranı %80,00, lise/üniversite düzeyinde eğitime sahip olanların oranı %20,00 olarak saptanmıştır. Levene testi sonucunda deney ve kontrol gruplarının eğitim durumları bakımından homojen bir dağılım gösterdiği saptanmıştır (t:-0,091;  $p > 0,05$ ).

Hastaların medeni durumlarına göre dağılımları incelendiğinde; deney grubundaki hastaların % 64,30'unun evli, %21,40'ının bekar/dul olduğu; kontrol grubundaki hastaların %60,00'inin evli, %40,00'inin bekar/dul olduğu saptanmıştır. Deney grubundaki hastaların %78,60'ının Emekli Sandığı, % 21,40'ının Bağ-Kur/SSK'ya bağlı olduğu; kontrol grubundaki hastaların %80,00'inin Emekli Sandığı, % 13,30'unun Bağ-Kur/SSK'ya bağlı olduğu, % 6,70'inin ise herhangi bir sosyal güvencesinin olmadığı saptanmıştır. Çalışma durumlarına göre incelendiğinde; deney grubundaki hastaların %92,90'ının çalışmadığı (ev hanımı, emekli, işsiz), %7,10'unun çalıştığı (serbest meslek); kontrol grubundaki hastaların %80,00'inin çalışmadığı (ev hanımı, emekli,

işsiz), %20,00'ının çalıştığı (memur, serbest meslek) saptanmıştır. Deney grubundaki hastaların %35,70'inin gelir düzeyinin az, %35,70'inin gelir giderinin eşit, %28,60'ının gelirinin fazla olduğu saptanmıştır. Kontrol grubundaki hastaların ise; %46,70'inin geliri az, %40,00'ının gelir gideri eşit, %13,30'unun gelirinin fazla olduğu görülmüştür.

Deney grubundaki hastaların %50,00'sinin aile içindeki konumunun anne, %7,10'unun çocuk, %35,70'inin büyükanne olduğu, %7,10'unun yalnız yaşadığı; kontrol grubundaki hastaların ise, %53,30'unun anne, %6,70'inin çocuk, %13,30'unun büyükanne olduğu, %20,00'ının yalnız ve %6,70'inin kardeşi ile birlikte yaşadığı saptanmıştır. Bakımından sorumlu kişiler incelendiğinde; deney grubundaki hastaların %64,30'unu kendisi, %7,10'u eşi, %21,40'ı çocuğu, %7,10'u annesi olarak bildirirken; kontrol grubundaki hastaların %66,70'i kendisi, %26,70'i çocuğu, %6,70'i ise kardeşi olarak ifade etmiştir (Tablo 15).

### 3.2. HASTALARIN HASTALIK ÖZELLİKLERİNE GÖRE DAĞILIMLARI

**Tablo 16:Hastaların Tanı Yıllarına Göre Dağılımları**

TANI YILI	Deney Grubu		Kontrol Grubu		TOPLAM	
	n	%	n	%	n	%
1-10 Yıl	7	50,00	4	26,70	11	37,90
11-20 Yıl	3	21,40	11	73,30	14	48,30
21-30 Yıl	-	-	-	-	-	-
31-45 Yıl	4	28,60	-	-	4	13,80
<b>TOPLAM</b>	14	100,0	15	100,0	29	100,0
$\bar{x}$	16,14±13,86		12,86±5,20		14,44±10,27	

Tablo 16' de gösterildiği gibi, deney grubundaki hastaların %50,00'i 1-10 yıl, %21,40'ı 11-20 yıl, %28,60'ı 31-45 yıl arası RA'li hasta olup; tanı yılı ortalaması  $\bar{X}$ :16,14±13,86'dır. Kontrol grubundaki hastaların % 26,70'si 1-10 yıl, %73,30'u 11-20 yıl arası RA'li hasta olup; tanı yılı ortalaması  $\bar{x}$ :12,86±5,20 olarak saptanmıştır.

Tablo 17'de deney ve kontrol grubundaki hastaların etkilenen eklem bölgelerine göre dağılımları incelendiğinde; deney grubundaki hastaların %7,10'unun üst ekstremitelerinin, %7,10'unun alt ekstremitelerinin, %85,70'inin ise hem alt hem de üst ekstremitelerinin RA hastalığından etkilenmiş olduğu saptanmıştır. Kontrol grubundaki hastaların ise, %6,70'inin üst ekstremitelerinin, %13,30'unun alt ekstremitelerinin, %80,00'inin hem alt hem de üst ekstremitelerinin RA hastalığından etkilenmiş olduğu görülmektedir.



**Tablo 17: Hastaların Etkilenen Eklem Bölgelerine Ve Deformite Varlığına Göre Dağılımları**

ETKİLENEN EKLEM BÖLGELERİ	Deney Grubu		Kontrol Grubu		TOPLAM	
	n	%	n	%	n	%
Üst extremité	1	7,10	1	6,70	2	6,90
Alt extremité	1	7,10	2	13,30	3	10,30
Üst ve alt extremité	12	85,70	12	80,00	24	82,80
<b>DEFORMİTE VARLIĞI</b>						
Var	6	42,90	9	60,00	15	51,70
Yok	8	57,10	6	40,00	14	48,30
<b>TOPLAM</b>	14	100,0	15	100,0	29	100,0

Deformite oluşma durumlarına bakıldığında; deney grubundaki hastaların %42,90'ının deformitesi olduğu, %57,10'unun deformitesinin olmadığı saptanmıştır. Bu oranların kontrol grubundaki dağılımı %60,00 deformite var, %40,00 deformite yok şeklindedir (Tablo 17).

**Tablo 18: Hastaların Yatışta Ölçülen Ağrı Puanlarına Göre Dağılımları**

Ağrı Puanı	Deney Grubu			Kontrol Grubu		
	n	$\bar{x}$	SD	n	$\bar{x}$	SD
<b>YATIŞ</b>	14	1,65	0,521	15	1,90	0,844

U:78,50 p:0,247 p>0,05

Tablo 18'de deney ve kontrol grubundaki hastaların hastaneye yatışta ölçülen ağrı puanlarına göre dağılımları görülmektedir. Deney grubundaki hastaların hastaneye yatışta ölçülen ağrı puanı ortalaması  $\bar{x}$ :1,65±0,521, kontrol grubundaki hastaların  $\bar{x}$ :1,90±0,844 olarak saptanmıştır. İki grup

arasındaki ağrı puan ortalamaları arasındaki fark Mann Whitney U testi ile incelenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (U:78,50; p>0,05).

**Tablo 19:Hastaların Yatışta Ölçülen Sabah Tutukluğu Sürelerine Göre Dağılımları**

Sabah Tutukluğu Süresi (Dakika)	Deney Grubu			Kontrol Grubu		
	n	$\bar{x}$	SD	n	$\bar{x}$	SD
<b>YATIŞ</b>	14	130,00	59,743	15	118,00	58,700

U:91,00 p:,535 p>0,05

Tablo 19'da deney ve kontrol grubundaki hastaların hastaneye yatışta ölçülen sabah tutukluğu sürelerine göre dağılımları gösterilmiştir. Deney grubundaki hastaların hastaneye yatış esnasındaki sabah tutuklukları  $\bar{x}$ :130,00±59,743 dakika (Min:60; Max:240); kontrol grubundaki hastaların ise  $\bar{x}$ :118,00±58,700 dakika (Min:40; Max:240) olarak saptanmıştır. İki grup arasındaki fark, Mann Whitney U testi ile incelenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (U:91,00; p>0,05).

**Tablo 20: Hastaların Fonksiyonel Sınıflarına Göre Dağılımları**

FONKSİYONEL SINIFLAMA	Deney Grubu		Kontrol Grubu		Levene test
	n	%	n	%	
Sınıf I	1	7,10	-		t:0,678 p:0,503
Sınıf II	4	28,60	3	20,00	
Sınıf III	5	35,70	8	53,30	
Sınıf IV	4	28,60	4	26,70	
<b>TOPLAM</b>	<b>14</b>	<b>100,0</b>	<b>15</b>	<b>100,0</b>	p>0,05

Hastaların hastaneye yatışta tanılanan fonksiyonel sınıflamalarına göre dağılımı incelendiğinde; deney grubundaki hastaların %7,10'unun fonksiyonel sınıf I, %28,60'ının sınıf II, %35,70'sinin sınıf III, %28,60'sinin sınıf IV olduğu saptanmıştır. Kontrol grubundaki hastaların %20,00'i fonksiyonel sınıf II, %53,30'ü sınıf III, %26,70'i sınıf IV olarak saptanmıştır. Grupların fonksiyonel sınıflamalarına göre homojen olup olmadıkları Levene testi ile incelendiğinde; homojen bir dağılım göstermiş olduğu saptanmıştır (t:0,678; p>0,05) (Tablo 20).

Tablo 21'de hastaların RA'ten başka bir hastalığa sahip olma durumları, sahip oldukları ek hastalıkların sayılarının ve türlerinin dağılımları gösterilmektedir. Deney grubundaki hastaların %21,40'ının RA'ten başka ek bir hastalığa sahip olmadığı, %14,30'unun bir hastalığa, %50,00'inin iki hastalığa, %14,30'unun üç hastalığa sahip oldukları saptanmıştır. Kontrol grubundaki hastaların ise %6,40'ının RA'ten başka ek bir hastalığı olmadığı, %26,70'inin bir hastalığa, %33,50'inin iki hastalığa, %33,30'unun üç hastalığa sahip olduğu saptanmıştır.

**Tablo 21: Hastaların Ek Bir Hastalığa Sahip Olma Durumlarına Göre Dağılımları**

EK HASTALIK	Deney Grubu		Kontrol Grubu		TOPLAM	
	n	%	n	%	n	%
Ek Hastalık Yok	3	21,40	1	6,70	4	13,80
Bir Hastalık	2	14,30	4	26,70	6	20,70
İki Hastalık	7	50,00	5	33,50	12	41,40
Üç Hastalık	2	14,30	5	33,30	7	24,10
<b>TOPLAM</b>	<b>14</b>	<b>100,0</b>	<b>15</b>	<b>100,0</b>	<b>29</b>	<b>100,0</b>

**Tablo 21'in Devamı**

EK HASTALIK*	Deney Grubu		Kontrol Grubu		TOPLAM	
	n	%	n	%	n	%
Osteoporoz	8	34,78	8	27,59	16	30,76
Hipertansiyon	5	21,74	5	17,24	10	19,24
Diabetes Mellitus	3	13,04	4	13,79	7	13,46
Kalp hast.**	3	13,04	3	10,34	6	11,53
Solunum sist.hast.***	-		2	6,89	2	3,85
Skleroderma	1	4,35	1	3,44	2	3,85
Shögren	1	4,35	2	6,89	3	5,76
Böbrek hast.****	1	4,35	2	6,89	3	5,76
FMF	1	4,35	-		1	1,93
Gl sist.hast.	-		1	3,44	1	1,93
Malignite	-		1	3,44	1	1,93
<b>TOPLAM</b>	<b>23</b>	<b>100,0</b>	<b>29</b>	<b>100,0</b>	<b>52</b>	<b>100,0</b>

\*Hastalar 1'den fazla ek tanıya sahiptir.

\*\*Koroner arter hastalığı, kalp yetmezliği, kalp kapak hastalıkları, ritim bozuklukları

\*\*\*KOAİ, astım.

\*\*\*\*Üremi, amiloidosis.

Tablo 21'de gösterildiği gibi RA'e eşlik eden hastalıklar incelendiğinde; deney grubundaki hastalarda %34,78 oranında osteoporoz, %21,74 hipertansiyon, %13,04 diabetes mellitus, %13,04 kalp hastalığı, %4,35 skleroderma, % 4,35 shögren, %4,35 böbrek hastalığı, %4,35 FMF olduğu görülürken, kontrol grubundaki hastalarda % 27,59 osteoporoz, %17,24 hipertansiyon, %13,79 diabetes mellitus, %10,34 kalp hastalığı, %6,89 solunum sistemi hastalığı, %3,44 skleroderma, %6,89 shögren, %6,89



bmbrek hastalığı, %3,44 gastrointestinal sistem hastalığı, %3,44 malignite olduğu saptanmıştır.

**Tablo 22: Hastaların Kullandıkları İlaçlara Göre Dağılımları**

<b>İLAÇ GRUPLARI</b>	<b>Deney Grubu</b>		<b>Kontrol Grubu</b>		<b>TOPLAM</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b><u>Temel Etkili İlaçlar</u></b>						
Kullanmıyor	3	21,40	3	20,00	6	20,70
Bir ilaç	6	42,90	8	53,30	14	48,30
İki ilaç	5	35,70	3	20,00	8	27,6
Üç ilaç	-	-	-	-	-	-
Dört ilaç	-	-	1	6,70	1	3,40
<b><u>Antiosteoporoz ilaç</u></b>						
Kullanıyor	9	64,3	9	60,00	18	62,10
Kullanmıyor	5	35,7	6	40,00	11	37,90
<b><u>Analjezik</u></b>						
<b><u>/Antienflamatuvar</u></b>						
Kullanıyor	13	92,90	9	60,00	22	75,90
Kullanmıyor	1	7,10	6	40,00	7	24,10
<b><u>Kortikosteroidler</u></b>						
Kullanıyor	13	92,90	10	66,70	23	79,30
Kullanmıyor	1	7,10	5	33,30	6	20,70
<b>TOPLAM</b>	<b>14</b>	<b>100,0</b>	<b>15</b>	<b>100,0</b>	<b>29</b>	<b>100,0</b>

Tablo 22'de deney ve kontrol grubundaki hastaların hastanede yattıkları süre boyunca hastalıklarına ilişkin kullanmış oldukları ilaçların dağılımı gösterilmektedir.

Deney grubundaki hastaların %21,40'ı temel etkili ilaç kullanmaz iken, %42,90'ı bir temel etkili ilaç, %35,70'i iki temel etkili ilaç kullandığı

saptanmıştır. Bu gruptaki hastaların %64,30'u antiosteoporoz ilaç kullanmakta, %35,70'i ise kullanmamaktadır. Analjezik/antiinflamatuvar ilaç kullanan hastaların oranı %92,90, kullanmayan hastaların oranı ise %7,10'dur. Deney grubundaki hastaların büyük bir oranı (%92,90) kortikosteroid tedavi almakta, %7,10'u ise (1 hasta) kortikosteroid tedavi almamaktadır.

Kontrol grubundaki hastaların %20,00'i temel etkili ilaç kullanmazken, %53,30'unun bir temel etkili ilaç, %20,00'inin iki temel etkili ilaç, %6,70'inin ise dört temel etkili ilaç kullandığı saptanmıştır. Bu gruptaki hastaların %60,00'i antiosteoporoz ilaç kullanmakta, %40,00'i ise kullanmamaktadır. Analjezik/antiinflamatuvar ilaç kullananların oranı %60,00, kullanmayanların oranı ise %40,00'dir. Kontrol grubundaki hastaların %66,70'i kortikosteroid tedavi alırken, %33,30'u ise kortikosteroid tedavi almamaktadır.

**Tablo 23: Hastaların Hastaneye Yatış Nedenlerine Göre Dağılımları**

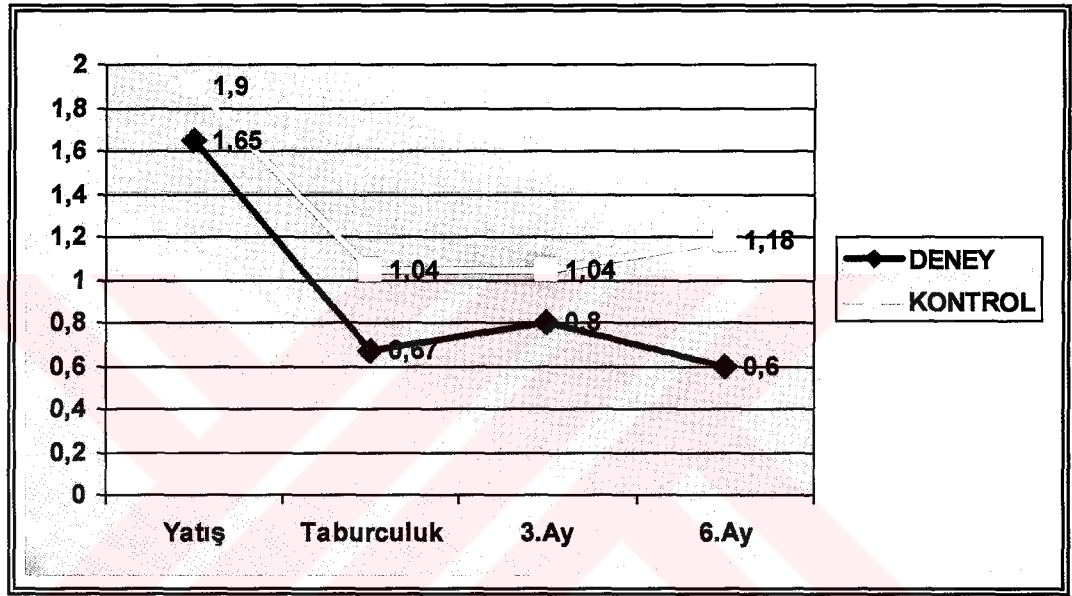
YATIŞ NEDENİ	Deney Grubu		Kontrol Grubu		TOPLAM	
	n	%	n	%	n	%
Hastalık alevlenmesi	11	78,70	11	73,30	22	75,90
İlaç yan etkisi	1	7,10	3	20,00	4	13,80
TNF ilaç uygulaması	1	7,10	1	6,70	2	6,90
Enfeksiyon	1	7,10	-	-	1	3,40
<b>TOPLAM</b>	<b>14</b>	<b>100,0</b>	<b>15</b>	<b>100,0</b>	<b>29</b>	<b>100,0</b>

Tablo 23'de deney ve kontrol grubundaki hastaların hastaneye yatış nedenleri gösterilmektedir. Buna göre; deney grubundaki hastaların %78,70 oranla hastaneye yatış nedeni olarak hastalık alevlenmesi olduğu saptanmıştır. Diğer nedenler %7,10 oranlarıyla ilaç yan etkisi, TNF ilaç uygulaması ve enfeksiyon olarak sıralanmıştır. Kontrol grubundaki hastaların hastaneye yatış nedenleri olarak ise; %73,30 hastalık alevlenmesi, %20,00 ilaç yan etkisi, %6,70 TNF ilaç uygulaması olduğu saptanmıştır (Tablo 23).

### 3.3.ÖLÇÜM ZAMANLARINA GÖRE BAZI HASTALIK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

#### 3.3.1.Hastaların Ağrı Düzeylerine İlişkin Bulgular

**Grafik 1:Deney Ve Kontrol Grubundaki Hastaların Yatış, Taburculuk, Üçüncü Ve Altıncı Aylardaki Ağrı Puanlarının Dağılımları**



Grafik 1’de deney ve kontrol grubundaki hastaların ölçüm zamanlarına göre ağrı puan ortalamaları gösterilmektedir.

Deney grubundaki hastaların taburculukta ölçülen ağrı puan ortalaması  $0,67 \pm 0,426$ ; üçüncü ayda  $\bar{x}:0,80 \pm 0,451$ ; altıncı ayda  $\bar{x}:0,60 \pm 0,478$  olarak hesaplanmıştır. Deney grubundaki hastaların ölçüm zamanlarına göre ağrı puan ortalamaları arasında fark olup olmadığı Friedman testi ile araştırıldığında; istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (F:21,569; p:0,00; p<0,05). Farkın hangi zaman periyodundan kaynaklandığını saptamak üzere yapılan Bonferroni düzeltmeli Wilcoxon



Signed Ranks testi sonucunda alfa anlamlılık düzeyi 0,025 olarak alındığında; hastaların yatış ile taburculukta (Z:-3,300; p:0,001); yatış ile üçüncü ayda (Z:-0,237; p:0,001); yatış ile altıncı ayda (Z:-3,077; p:0,002) ölçülen ağrı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (**p<0,025**). Buna karşın; deney grubundaki hastaların taburculuk ile üçüncü ay (Z:-1,594; p:0,111); taburculuk ile altıncı ay (Z:-0,252; p:0,801), üçüncü ay ile altıncı ayda (Z:-1,126; p:0,260) ölçülen ağrı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (**p>0,025**).

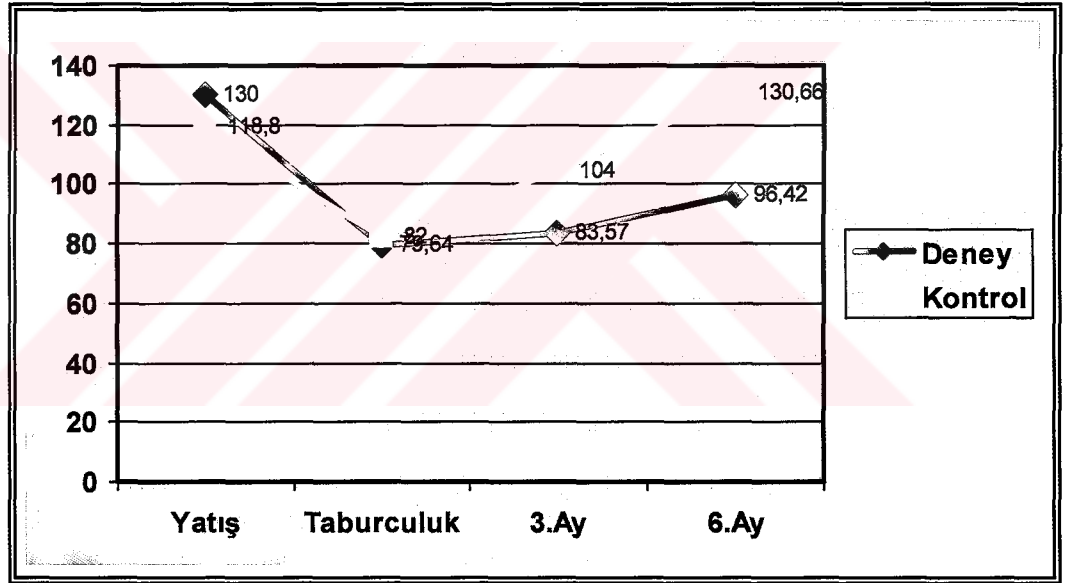
Kontrol grubundaki hastalarda ağrı puanı ortalaması taburculukta  $\bar{x}$ :1,04±0,456; üçüncü ayda  $\bar{x}$ :1,04±0,461; altıncı ayda  $\bar{x}$ :1,18±0,639 olarak hesaplanmıştır. Kontrol grubundaki hastaların ölçüm zamanlarına göre ağrı puan ortalamaları arasında fark olup olmadığı Friedman testi ile araştırıldığında; istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (F:13,349; p:0,004; **p<0,05**). Farkın hangi zaman periyodundan kaynaklandığını saptamak üzere yapılan Bonferroni düzeltilmeli Wilcoxon Signed Ranks testi sonucunda, alfa anlamlılık düzeyi 0,025 olarak alındığında; hastaların yatış ile taburculukta (Z:-3,185; p:0,001), yatış ile üçüncü ayda (Z:-2,557; p:0,011) ölçülen ağrı puanı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (**p<0,025**). Buna karşın hastaların yatış ile altıncı ayda (Z:-3,077; p:0,035); taburculuk ile üçüncü ayda (Z:-0,313; p:0,755), taburculuk ile altıncı ayda (Z:-0,566; p:0,572), üçüncü ay ile altıncı ayda (Z:-1,568; p:0,117) ölçülen ağrı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (**p>0,025**).

Deney ve kontrol gruplarında ölçüm zamanları bakımından ağrı puan ortalamaları arasında fark olup olmadığı Mann Whitney U testi ile analiz

edildiğinde; taburculukta (U:59,50; p:0,046) ve altıncı ayda (U:42,00; p:0,006) ölçülen ağrı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (p<0,05). Deney ve kontrol grubundaki hastaların yatışta (U:78,50; p:0,247) ve üçüncü ayda (U:73,50; p:0,168) ölçülen ağrı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05).

### 3.3.2. Hastaların Sabah Tutukluğu Sürelerine İlişkin Bulgular

**Grafik 2:Hastaların Ölçüm Zamanlarına Göre Sabah Tutukluğu Sürelerinin Dağılımları**



Grafik 2'de deney ve kontrol grubundaki hastaların sabah tutukluğu süresi ortalamalarının ölçüm zamanlarına göre dağılımları gösterilmektedir.

Deney grubundaki hastaların taburculukta ölçülen sabah tutukluğu süresi  $\bar{x}$ :79,64±31,284 dakika (Min:40; Max:120), üçüncü ay kontrolde  $\bar{x}$ :83,57±41,064 dakika (Min:30; Max:180), altıncı ay kontrolde ise  $\bar{x}$ :96,42±71,748 dakika (Min:30; Max:300) olarak saptanmıştır.

Deney grubundaki hastaların sabah tutukluğu süresi ortalamaları arasında ölçüm zamanları bakımından fark olup olmadığı Friedman testi ile incelendiğinde; istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (F:11,387; p:0,010; p<0,05). Farkın hangi zaman periyodundan kaynaklandığını ortaya koymak için yapılan analiz sonucunda; yatış ile taburculukta (Z:-2,944; p:0,003) ve yatış ile üçüncü ayda (Z:-2,226; p:0,024) belirlenen sabah tutukluğu süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (p<0,025). Hastaların yatış ile altıncı ay (Z:-1,425; p:0,154), taburculuk ile üçüncü ay (Z:-0,418; p:0,676), taburculuk ile altıncı ay (Z:-0,405; p:0,686); üçüncü ay ile altıncı ay (Z:-0,736; p:0,461) arasında ölçülen sabah tutukluğu süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,025).

Kontrol grubundaki hastaların taburculukta değerlendirilen sabah tutukluğu süresi  $\bar{x}$ :82,00±35,091 dakika (Min:30; Max:120), üçüncü ay kontrolde  $\bar{x}$ :104,00± 55,394 dakika (Min:30; Max:270), altıncı ay kontrolde ise  $\bar{x}$ :130,66±67,025 dakika (Min:60; Max:240) olduğu saptanmıştır (Grafik 2).

Kontrol grubundaki hastaların ölçüm zamanlarına göre sabah tutukluğu süresi ortalamaları arasında fark olup olmadığı Friedman Testi ile analiz edildiğinde, istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (F:14,712; p:0,002; p<0,05). Farkın hangi zaman periyodundan kaynaklandığını saptamak için yapılan Bonferroni Düzeltmeli Wilcoxon Signed Ranks testi sonucunda alfa önemlilik düzeyi 0,025 olarak alındığında; yatış ile taburculuk (Z:-2,955; p:0,003), taburculuk ile altıncı ay (Z:-2,797; p:0,005) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (p<0,025). Diğer yandan; yatış ile üçüncü ay (Z:-1,453; p:0,146); yatış ile

altıncı ay (Z:-1,016; p:0,310), taburculuk ile üçüncü ay (Z:-1,921; p:0,055), üçüncü ay ile altıncı ay (Z:-1,866; p:0,062) arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0,025).

Deney ve kontrol grupları arasında ölçüm zamanları bakımından fark olup olmadığı Mann Whitney U testi ile incelendiğinde; hastaneye yatışta (U:91,00; p:0,535), taburculukta (U:100,00; p:0,822), üçüncü ayda (U:80,50; p:0,253) ve altıncı ayda (U:65,50; p:0,073) ölçülen sabah tutukluğu süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0,05).

### **3.3.3. Hastaların Fonksiyonel Sınıflamalarına İlişkin Bulgular**

Deney grubundaki hastaların hastaneden taburcu olurken değerlendirilen fonksiyonel sınıflamasında; %7,10'unun sınıf I, %28,60'ının sınıf II, %42,90'ının sınıf III, %21,40'ının sınıf IV olduğu saptanmıştır. Üçüncü ayda yapılan değerlendirmede; deney grubundaki hastaların %7,10'u sınıf I, %42,90'ı sınıf II, %28,60'ı sınıf III, %21,40'ı sınıf IV olarak; altıncı ayda ise; %7,10'u sınıf I, %35,70'i sınıf II, %41,40'ı sınıf III, %21,40'ı sınıf IV olarak saptanmıştır (Tablo 24).

Kontrol grubundaki hastaların hastaneden taburcu olurken değerlendirilen fonksiyonel sınıflamasında; %26,70'inin sınıf II, %60,00'inin sınıf III, %13,30'unun sınıf IV olduğu saptanmış, sınıf I'de yer alan hasta olmamıştır. Üçüncü ayda yapılan değerlendirmede; hastaların ise %6,70'inin sınıf I, %13,30'unun sınıf II, %46,70'inin sınıf III, %33,30'unun sınıf IV olduğu; altıncı ayda ise, hastaların %6,70'i sınıf I, %13,30'u sınıf II, %46,70'i sınıf III, %33,30'u sınıf IV olduğu saptanmıştır (Tablo 24).





### 3.4.HASTALARIN YETERSİZLİK DÜZEYLERİNE İLİŞKİN BULGULARI

Tablo 25'de deney ve kontrol grubu hastalarının yatışta ölçülen yetersizlik puan ortalamalarına göre dağılımları görülmektedir.

**Tablo 25: Hastaların Yatışta Ölçülen Yetersizlik Puan Ortalamalarının Dağılımları**

Yetersizlik Puan Ortalaması (HAQ:0-3)	Deney Grubu			Kontrol Grubu		
	n	$\bar{x}$	SD	n	$\bar{x}$	SD
Yatış	14	1,26	0,649	15	1,42	0,684

U: 91,00 p:0,541 p>0,05

Deney grubundaki hastaların yatışta ölçülen yetersizlik puan ortalaması  $1,26 \pm 0,649$ ; kontrol grubundaki hastaların ise  $\bar{x}:1,42 \pm 0,684$  olarak saptanmıştır. İki grup arasında fark olup olmadığı Mann Whitney U testi ile analiz edilmiş ve istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (U:91,00; p>0,05).

Tablo 26'da deney ve kontrol grubundaki hastaların ölçüm zamanlarına göre yetersizlik puan ortalamalarının dağılımları verilmiştir.

Deney grubundaki hastaların hastaneden taburcu olurken ölçülen yetersizlik puan ortalaması  $\bar{x}:0,79 \pm 0,605$ ; üçüncü ayda  $\bar{x}:0,91 \pm 0,706$ ; altıncı ayda ise  $\bar{x}:0,86 \pm 0,670$  olarak saptanmıştır. Deney grubundaki hastaların (n:14) kendi içinde ölçüm zamanları arasındaki fark Friedman testi ile incelenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F:12,541; p<0,05).

**Tablo 26: Hastaların Ölçüm Zamanlarına Göre Yetersizlik Puan Ortalamalarının Dağılımları**

Yetersizlik Puan Ortalaması (HAQ:0-3)	Deney Grubu			Kontrol Grubu			U	p
	n	$\bar{x}$	SD	n	$\bar{x}$	SD		
Taburculuk	14	0,79	0,605	15	1,28	0,733	63,00	0,067
Üçüncü Ay	14	0,91	0,706	15	1,32	0,512	59,50	<b>0,045*</b>
Altıncı Ay	14	0,86	0,670	15	1,31	0,477	59,00	<b>0,047*</b>

\*p<0,05

Farkın hangi zaman periyotlarından kaynaklandığı Bonferroni Düzeltmeli Wilcoxon Signed Ranks testi ile incelendiğinde; yatış ile taburculukta (Z:-3,297; p:0,001), yatış ile üçüncü ayda (Z:-3,109; p:0,002), yatış ile altıncı ayda (Z:-3,040; p:0,002) ölçülen yetersizlik puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (**p<0,025**). Diğer yandan; deney grubundaki hastalarda taburculuk ile üçüncü ayda (Z:-1,014; p:0,311), taburculuk ile altıncı ayda (Z:-0,549; p:0,583); üçüncü ay ile altıncı ayda (Z:-0,863; p:0,388) ölçülen yetersizlik puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0,025).

Kontrol grubundaki hastalarda, hastaneden taburcu olurken ölçülen yetersizlik puan ortalaması  $\bar{x}$ :1,28±0,733 olarak saptanmıştır. Yetersizlik puan ortalaması; üçüncü ayda yapılan değerlendirmede  $\bar{x}$ :1,32±0,512; altıncı ayda ise,  $\bar{x}$ :1,31± 0,477 olarak saptanmıştır. Kontrol grubundaki hastaların (n:15) kendi içinde ölçüm zamanları arasında yetersizlik puan ortalamaları arasında fark olup olmadığı Friedman testi ile incelenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (F:0,673; p>0,05).

Deney ve kontrol grubundaki hastaların yetersizlik puan ortalamaları arasında ölçüm zamanlarına göre fark olup olmadığı tek tek incelendiğinde; üçüncü ayda (U:59,50; p:0,045) ve altıncı ayda (U:59,00; p:0,047) ölçülen yetersizlik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Buna karşın; deney ve kontrol grubu hastaları arasında yatışta (U:91,00; p:0,541) ve taburculukta (U:63,00; p:0,067) ölçülen yetersizlik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 26).







Tablo 27'in Devamı

YETERSİZLİK PUANI	TABURCULUK				UÇUNCÚ AY				ALTINCI AY										
	DeneY Grubu n	$\bar{X}$	SD	Kontrol Grubu n	$\bar{X}$	SD	DeneY Grubu n	$\bar{X}$	SD	Kontrol Grubu n	$\bar{X}$	SD	DeneY Grubu n	$\bar{X}$	SD	Kontrol Grubu n	$\bar{X}$	SD	
<b>Sosyal Güvence</b> Emekli Sandığı Bağ-Kur/SSK Ücretli	11	0,77	0,61	12	1,18	0,76	11	0,83	0,54	12	1,28	0,54	11	0,83	0,56	12	1,26	0,47	
	3	0,85	0,68	2	1,94	0,42	3	1,21	1,27	2	1,54	0,45	3	0,97	1,14	2	1,54	0,45	
	-	-	-	1	1,12	0	-	-	0	1	1,46	0	1	-	-	1	0,87	0	
	U:16,500; p:1,000				KW:2,342; p:0,307				U:15,000; p:0,815				KW:0,133; p:0,936				U:13,000; p:0,585		
<b>Gelir Durumu</b> Gelir az Gelir gider eşit Gelir fazla	5	0,82	0,79	7	1,24	0,83	5	1,10	1,00	7	1,38	0,58	5	1,00	0,86	7	1,30	0,51	
	5	0,78	0,63	6	1,51	0,59	5	0,87	0,65	6	1,44	0,24	5	0,95	0,67	6	1,44	0,23	
	4	0,75	0,43	2	0,73	0,77	4	0,74	0,39	2	0,79	0,77	4	0,58	0,43	2	0,97	0,98	
	KW:0,387; p:0,824				KW:2,087; p:0,352				KW:0,111; p:0,946				KW:1,462; p:0,481				KW:1,007; p:0,604		
<b>Hastalık Yılı</b> 1-10 Yılı 11-20 Yılı 21-30 Yılı 31-45 Yılı	7	0,44	0,33	4	1,61	0,60	7	0,52	0,29	4	1,42	0,10	7	0,45	0,18	4	1,48	0,22	
	3	0,90	0,62	11	1,16	0,76	3	1,23	1,20	11	1,29	0,59	3	1,08	1,00	11	1,25	0,53	
	4	1,30	0,43	-	-	-	4	1,38	0,43	-	-	-	4	1,43	0,49	-	-	-	
	KW:5,101; p:0,078				KW:1,091; p:0,296				KW:5,833; p:0,054				KW:0,273; p:0,601				KW:6,062; p:0,048*		
<b>Fonksiyonel</b> Sınıf Sınıf I Sınıf II Sınıf III Sınıf IV	1	0,24	0	-	-	-	1	0,32	0	1	0,24	0	1	0,32	0	1	0,28	0	
	4	0,74	0,26	4	0,93	0,89	6	0,68	0,30	2	0,82	0,59	5	0,54	0,18	2	0,92	0,56	
	6	0,53	0,62	9	1,16	0,43	4	0,68	0,57	7	1,41	0,30	5	0,72	0,52	7	1,39	0,39	
	3	1,55	0,29	2	2,50	0,77	3	1,90	0,77	5	1,62	0,37	3	1,84	0,63	5	1,57	0,21	
	KW:7,250; p:0,064				KW:5,326; p:0,070				KW:6,486; p:0,090				KW:5,953; p:0,114				KW:6,545; p:0,088		
<b>TOPLAM</b>	14	0,79	0,60	15	1,28	0,73	14	0,91	0,70	15	1,32	0,50	14	0,86	0,67	15	1,31	0,47	

\*p<0,05

Tablo 27’de hastaların ölçüm zamanlarına göre yetersizlik puan ortalamalarının bağımsız değişkenlere göre dağılımı gösterilmektedir.

Hastaların **taburculukta** ölçülen **yetersizlik puanlarının yaş gruplarına** göre dağılımları incelenmiştir. Deney grubunda 29-39 yaş grubunda olan hastaların yetersizlik puan ortalaması 0,91, 40-49 yaş grubunda  $\bar{x}$ :0.28, 50-59 yaş grubunda  $\bar{x}$ :1.04, 60-69 yaş grubunda  $\bar{x}$ :0.56, 70-79 yaş grubunda  $\bar{x}$ :0.77 olarak saptanmıştır. Deney grubundaki hastaların yaş gruplarına göre yetersizlik puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (KW:2,971; p:0,563). Kontrol grubundaki hastalarda ise 29-39 yaş grubunda olan hastaların yetersizlik puanı  $\bar{x}$ :1.52, 40-49 yaş grubunda  $\bar{x}$ :0.83, 50-59 yaş grubunda  $\bar{x}$ :1.41, 60-69 yaş grubunda  $\bar{x}$ :0.97, 70-79 yaş grubunda  $\bar{x}$ :1.55 olarak saptanmıştır. Kontrol grubundaki hastaların yaş gruplarına göre yetersizlik puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (KW:2,067; p:0,723) ( $p>0,05$ ) (Tablo 27).

Hastaların **taburculukta** ölçülen **yetersizlik puanlarının cinsiyetlerine** göre dağılımları incelenmiştir. Deney grubunda cinsiyeti kadın olan hastaların yetersizlik puanı  $\bar{x}$ :0.72, erkek olan hastaların  $\bar{x}$ :1.59 olarak saptanmıştır. Deney grubundaki hastaların cinsiyetlerine göre yetersizlik puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (U:2,00; p:0,263). Kontrol grubundaki hastalarda cinsiyeti kadın olan hastaların yetersizlik puan ortalaması  $\bar{x}$ :1.26, erkek olan hastaların  $\bar{x}$ :1,52 olarak saptanmıştır. Kontrol grubundaki hastaların cinsiyetlerine göre yetersizlik puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (U:5,00; p:0,643) ( $p>0,05$ ) (Tablo 27).

Hastaların **taburculukta** ölçülen **yetersizlik puanlarının eğitim düzeylerine** göre dağılımları incelenmiştir. Deney grubunda ilköğretim düzeyinde eğitime sahip olan hastaların yetersizlik puanı  $\bar{x}$ :0.71, lise/üniversite düzeyinde  $\bar{x}$ :1.06 olarak saptanmıştır. Deney grubundaki hastaların eğitim düzeylerine göre yetersizlik puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (U:11,00; p:0,391). Kontrol grubundaki hastalarda ilköğretim eğitim seviyesine sahip olan hastaların yetersizlik puanı  $\bar{x}$ :1.33, lise/üniversite düzeyinde olan hastaların  $\bar{x}$ :1,06 olarak saptanmıştır. Kontrol grubundaki hastaların eğitim düzeylerine göre yetersizlik puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (U:14,00; p:0,564) ( $p>0,05$ ) (Tablo 27).

Hastaların **taburculukta** ölçülen **yetersizlik puanlarının medeni durumlarına** göre dağılımları incelenmiştir. Deney grubunda evli olan hastaların yetersizlik puanı  $\bar{x}$ :0.59, bekar/dul olan hastaların  $\bar{x}$ :1.14 olarak saptanmıştır. Deney grubundaki hastaların medeni durumlarına göre yetersizlik puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (U:14,50; p:0,285). Kontrol grubundaki hastalarda ise evli olan hastaların yetersizlik puanı  $\bar{x}$ :0.84, bekar/dul olan hastaların  $\bar{x}$ :1.93 olarak saptanmıştır. Kontrol grubundaki hastaların medeni durumlarına göre yetersizlik puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (U:4,00; p:0,007;  $p<0,05$ ) (Tablo 27). Kontrol grubunda evli olan hastaların yetersizlik puanlarının, bekar/dul olan hastalardan daha düşük olduğu görülmüştür.

Hastaların **taburculukta** ölçülen **yetersizlik puanlarının çalışma durumlarına** göre dağılımları incelenmiştir. Deney grubunda çalışan

hastaların yetersizlik puanı  $\bar{x}$ :0.24, çalışmayan hastaların  $\bar{x}$ :0.83 olarak saptanmıştır. Deney grubundaki hastaların çalışma durumlarına göre yetersizlik puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (U:1,50; p:0,214). Kontrol grubundaki çalışan hastaların yetersizlik puanı  $\bar{x}$ :1.07, çalışmayan hastaların  $\bar{x}$ :1,33 olarak saptanmıştır. Kontrol grubundaki hastaların çalışma durumlarına göre yetersizlik puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (U:15,00; p:0,665) ( $p>0,05$ ) (Tablo 27).

Hastaların **taburculukta** ölçülen **yetersizlik puanlarının sosyal güvencelerine** göre dağılımları incelenmiştir. Deney grubunda sosyal güvencesi emekli sandığı olan hastaların yetersizlik puanı  $\bar{x}$ :0.77, Bağ-Kur/SSK olan hastaların  $\bar{x}$ :0.85 olarak saptanmıştır. Deney grubundaki hastaların sosyal güvencelerine göre yetersizlik puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (U:16,500; p:1,00). Kontrol grubundaki sosyal güvencesi emekli sandığı olan hastaların yetersizlik puanı  $\bar{x}$ :01.18, Bağ-Kur/SSK olan hastaların  $\bar{x}$ :1.94, sosyal güvencesi olmayan hastaların ise  $\bar{x}$ :1,12 olarak saptanmıştır. Kontrol grubundaki hastaların sosyal güvencelerine göre yetersizlik puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (KW:2,342; p:0,307) ( $p>0,05$ ) (Tablo 27).

Hastaların **taburculukta** ölçülen **yetersizlik puanlarının gelir durumlarına** göre dağılımları incelenmiştir. Deney grubunda geliri düşük olan hastaların yetersizlik puanı  $\bar{x}$ :0.82, geliri eşit olan hastaların  $\bar{x}$ :0.78, geliri fazla olan hastaların  $\bar{x}$ :0,75 olarak saptanmıştır. Deney grubundaki hastaların gelir durumlarına göre yetersizlik puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel



olarak anlamlı bulunmamıştır (KW:0,387; p:0,824). Kontrol grubundaki geliri düşük olan hastaların yetersizlik puanı  $\bar{x}$ :1.24, geliri eşit olan hastaların  $\bar{x}$ :1,51, geliri fazla olan hastaların  $\bar{x}$ :0,73 olarak saptanmıştır. Kontrol grubundaki hastaların gelir durumlarına göre yetersizlik puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (KW:2,087; p:0,352) ( $p>0,05$ ) (Tablo 27).

Hastaların **taburculukta** ölçülen **yetersizlik puanlarının hastalık yıllarına** göre dağılımları incelenmiştir. Deney grubundaki hastalık yılı 1-10 yıl olan hastaların yetersizlik puanı ortalaması  $\bar{x}$ :0.44, 11-20 yıl olan hastaların  $\bar{x}$ :0,90, 31-45 yıl olan hastaların  $\bar{x}$ :1.30 olarak saptanmıştır. Deney grubundaki hastaların hastalık yıllarına göre yetersizlik puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (KW:5,101; p:0,078). Kontrol grubundaki hastalık yılı 1-10 yıl olan hastaların taburculukta saptanan yetersizlik puan ortalaması  $\bar{x}$ :1,61, 11-20 yıl olan hastaların  $\bar{x}$ :1,16 olarak belirlenmiştir. Kontrol grubundaki hastaların hastalık yıllarına göre yetersizlik puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (KW:1,091; p:0,296) ( $p>0,05$ ) (Tablo 27 ).

Hastaların **taburculukta** ölçülen **yetersizlik puanlarının fonksiyonel sınıflarına** göre dağılımları incelenmiştir. Deney grubundaki fonksiyonel sınıfı I olan hastaların yetersizlik puanı ortalaması  $\bar{x}$ :0,24, fonksiyonel sınıfı II olan hastaların  $\bar{x}$ :0,74, fonksiyonel sınıfı III olan hastaların  $\bar{x}$ :0.53, fonksiyonel sınıfı IV olan hastaların ise  $\bar{x}$ :1,55 olarak saptanmıştır. Deney grubundaki hastaların fonksiyonel sınıflarına göre yetersizlik puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (KW:7,250; p:0,064). Kontrol grubundaki fonksiyonel sınıf II olan hastaların taburculukta saptanan

yetersizlik puan ortalaması  $\bar{x}$ :0,93, fonksiyonel sınıf III olan hastaların  $\bar{x}$ :1,16, fonksiyonel sınıf IV olan hastaların  $\bar{x}$ :2.50 olarak belirlenmiştir. Kontrol grubundaki hastaların fonksiyonel sınıflarına göre yetersizlik puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (KW:5,326; p:0,070) ( $p>0,05$ ) (Tablo 27).

Hastaların **üçüncü ayda ölçülen yetersizlik puanlarının yaş gruplarına** göre dağılımları incelenmiştir. Deney grubunda 29-39 yaş grubunda olan hastaların yetersizlik puan ortalaması  $\bar{x}$ :1.49, 40-49 yaş grubunda  $\bar{x}$ :0.25, 50-59 yaş grubunda  $\bar{x}$ :1.09, 60-69 yaş grubunda  $\bar{x}$ :0.51, 70-79 yaş grubunda  $\bar{x}$ :0.96 olarak saptanmıştır. Deney grubundaki hastaların yaş gruplarına göre yetersizlik puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (KW:6,514; p:0,164). Kontrol grubundaki hastalarda ise 29-39 yaş grubunda olan hastaların yetersizlik puanı  $\bar{x}$ :1.29, 40-49 yaş grubunda  $\bar{x}$ :1,13, 50-59 yaş grubunda  $\bar{x}$ :1.58, 60-69 yaş grubunda  $\bar{x}$ :1,08, 70-79 yaş grubunda  $\bar{x}$ :1.20 olarak saptanmıştır. Kontrol grubundaki hastaların yaş gruplarına göre yetersizlik puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (KW:2,479; p:0,648) ( $p>0,05$ ) (Tablo 27).

Hastaların **üçüncü ayda ölçülen yetersizlik puanlarının cinsiyetlerine** göre dağılımları incelenmiştir. Deney grubunda kadın olan hastaların yetersizlik puanı  $\bar{x}$ :0.78, erkek olan hastaların  $\bar{x}$ :2.67 olarak saptanmıştır. Deney grubundaki hastaların cinsiyetlerine göre yetersizlik puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (U:0,00; p:0,107). Kontrol grubundaki hastalarda ise kadın olan hastaların yetersizlik puan ortalaması  $\bar{x}$ :1.33, erkek olan hastaların  $\bar{x}$ :1,52 olarak

saptanmıştır. Kontrol grubundaki hastaların cinsiyetlerine göre yetersizlik puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (U:5,00; p:0,643) ( $p>0,05$ ) (Tablo 27).

Hastaların **üçüncü ayda ölçülen yetersizlik puanlarının eğitim düzeylerine** göre dağılımları incelenmiştir. Deney grubunda ilköğretim düzeyinde eğitime sahip olan hastaların yetersizlik puanı  $\bar{x}$ :0.73, lise/üniversite düzeyinde  $\bar{x}$ :1.58 olarak saptanmıştır. Deney grubundaki hastaların eğitim düzeylerine göre yetersizlik puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (U:5,00; p:0,073). Kontrol grubundaki hastalarda ilköğretim eğitim seviyesine sahip olan hastaların yetersizlik puanı  $\bar{x}$ :1.36, lise/üniversite düzeyinde olan hastaların  $\bar{x}$ :1,18 olarak saptanmıştır. Kontrol grubundaki hastaların eğitim düzeylerine göre yetersizlik puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (U:15,50; p:0,718) ( $p>0,05$ ) (Tablo 27).

Hastaların **üçüncü ayda ölçülen yetersizlik puanlarının medeni durumlarına** göre dağılımları incelenmiştir. Deney grubunda evli olan hastaların yetersizlik puanı  $\bar{x}$ :0.64, bekar/dul olan hastaların  $\bar{x}$ :1.42 olarak saptanmıştır. Deney grubundaki hastaların medeni durumlarına göre yetersizlik puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (U:10,00; p:0,096;  $p>0,05$ ). Kontrol grubunda evli olan hastaların yetersizlik puanı  $\bar{x}$ :1,07, bekar/dul olan hastaların  $\bar{x}$ :1.70 olarak saptanmıştır. Kontrol grubundaki hastaların medeni durumlarına göre yetersizlik puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (U:6,00; p:0,013;  $p<0,05$ ). (Tablo 27). Kontrol grubundaki evli



olan hastaların yetersizlik puanları bekar/dul olanlardan daha düşük olarak saptanmıştır.

Hastaların **üçüncü ayda ölçülen yetersizlik puanlarının çalışma durumlarına** göre dağılımları incelenmiştir. Deney grubunda çalışan hastaların yetersizlik puanı  $\bar{x}$ :0.32, çalışmayan hastaların  $\bar{x}$ :0.96 olarak saptanmıştır. Deney grubundaki hastaların çalışma durumlarına göre yetersizlik puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (U:2,00; p:0,264). Kontrol grubundaki çalışan hastaların yetersizlik puanı  $\bar{x}$ :1.01, çalışmayan hastaların  $\bar{x}$ :1,40 olarak saptanmıştır. Kontrol grubundaki hastaların çalışma durumlarına göre yetersizlik puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (U:10,00; p:0,248) ( $p>0,05$ ) (Tablo 27).

Hastaların **üçüncü ayda ölçülen yetersizlik puanlarının sosyal güvencelerine** göre dağılımları incelenmiştir. Deney grubunda sosyal güvencesi emekli sandığı olan hastaların yetersizlik puanı  $\bar{x}$ :0.83, Bağ-Kur/SSK olan hastaların  $\bar{x}$ :1.21 olarak saptanmıştır. Deney grubundaki hastaların sosyal güvencelerine göre yetersizlik puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (U:15,000; p:0,815). Kontrol grubundaki sosyal güvencesi emekli sandığı olan hastaların yetersizlik puanı  $\bar{x}$ :1.28, Bağ-Kur/SSK olan hastaların  $\bar{x}$ :1.54, sosyal güvencesi olmayan hastaların ise  $\bar{x}$ :1,46 olarak saptanmıştır. Kontrol grubundaki hastaların sosyal güvencelerine göre yetersizlik puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (KW:0,133; p:0,936) ( $p>0,05$ ) (Tablo 27).

Hastaların **üçüncü ayda ölçülen yetersizlik puanlarının gelir durumlarına** göre dağılımları incelenmiştir. Deney grubunda geliri düşük olan hastaların yetersizlik puanı  $\bar{x}$ :1.10, geliri eşit olan hastaların  $\bar{x}$ :0.87, geliri fazla olan hastaların  $\bar{x}$ :0,74 olarak saptanmıştır. Deney grubundaki hastaların gelir durumlarına göre yetersizlik puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (KW:0,111; p:0,946). Kontrol grubundaki geliri düşük olan hastaların yetersizlik puanı  $\bar{x}$ :1.38, geliri eşit olan hastaların  $\bar{x}$ :1,44, geliri fazla olan hastaların  $\bar{x}$ :0,79 olarak saptanmıştır. Kontrol grubundaki hastaların gelir durumlarına göre yetersizlik puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (KW:1,462; p:0,481) (p>0,05) (Tablo 27).

Hastaların **üçüncü ayda ölçülen yetersizlik puanlarının hastalık yıllarına** göre dağılımları incelenmiştir. Deney grubundaki hastalık yılı 1-10 yıl olan hastaların yetersizlik puanı ortalaması  $\bar{x}$ :0.52, 11-20 yıl olan hastaların  $\bar{x}$ :1.23, 31-45 yıl olan hastaların  $\bar{x}$ :1.38 olarak saptanmıştır. Deney grubundaki hastaların hastalık yıllarına göre yetersizlik puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (KW:5,833; p:0,054). Kontrol grubundaki hastalık yılı 1-10 yıl olan hastaların üçüncü ayda saptanan yetersizlik puan ortalaması  $\bar{x}$ :1.42, 11-20 yıl olan hastaların  $\bar{x}$ :1,29 olarak belirlenmiştir. Kontrol grubundaki hastaların hastalık yıllarına göre yetersizlik puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (KW:0,273; p:0,601) (p>0,05) (Tablo 27 ).

Hastaların **üçüncü ayda ölçülen yetersizlik puanlarının fonksiyonel sınıflarına** göre dağılımları incelenmiştir. Deney grubundaki fonksiyonel sınıfı I olan hastaların yetersizlik puanı ortalaması  $\bar{x}$ :0,32, fonksiyonel sınıfı II olan

hastaların  $\bar{x}$ :0,68, fonksiyonel sınıfı III olan hastaların  $\bar{x}$ :0.68, fonksiyonel sınıfı IV olan hastaların  $\bar{x}$ :1,90 olarak saptanmıştır. Deney grubundaki hastaların fonksiyonel sınıflarına göre yetersizlik puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (KW:6,545; p:0,088). Kontrol grubundaki fonksiyonel sınıf I olan hastaların üçüncü ayda saptanan yetersizlik puan ortalaması 0,24, fonksiyonel sınıf II olan hastaların  $\bar{x}$ :0.82, fonksiyonel sınıf III olan hastaların  $\bar{x}$ :1,41, fonksiyonel sınıf IV olan hastaların  $\bar{x}$ :1.62 olarak belirlenmiştir. Kontrol grubundaki hastaların fonksiyonel sınıflarına göre yetersizlik puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (KW:5,953; p:0,114) ( $p>0,05$ ) (Tablo 27).

Hastaların altıncı ayda ölçülen yetersizlik puanlarının yaş gruplarına göre dağılımları incelenmiştir. Deney grubunda 29-39 yaş grubunda olan hastaların yetersizlik puan ortalaması 1.31, 40-49 yaş grubunda  $\bar{x}$ :0.28, 50-59 yaş grubunda  $\bar{x}$ :1.00, 60-69 yaş grubunda  $\bar{x}$ :0.47, 70-79 yaş grubunda  $\bar{x}$ :1.00 olarak saptanmıştır. Deney grubundaki hastaların yaş gruplarına göre yetersizlik puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (KW:5,549; p:0,235). Kontrol grubundaki hastalarda ise 29-39 yaş grubunda olan hastaların yetersizlik puanı  $\bar{x}$ :1.49, 40-49 yaş grubunda  $\bar{x}$ :0.94, 50-59 yaş grubunda  $\bar{x}$ :1.62, 60-69 yaş grubunda  $\bar{x}$ :0.77, 70-79 yaş grubunda  $\bar{x}$ :1.43 olarak saptanmıştır. Kontrol grubundaki hastaların yaş gruplarına göre yetersizlik puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (KW:7,733; p:0,102) ( $p>0,05$ ) (Tablo 27).

Hastaların altıncı ayda ölçülen yetersizlik puanlarının cinsiyetlerine göre dağılımları incelenmiştir. Deney grubunda cinsiyeti kadın olan hastaların

yetersizlik puanı  $\bar{x}$ :0.75, erkek olan hastaların  $\bar{x}$ :2.30 olarak saptanmıştır. Deney grubundaki hastaların cinsiyetlerine göre yetersizlik puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (U:0,00; p:0,106). Kontrol grubunda kadın olan hastaların yetersizlik puan ortalaması  $\bar{x}$ :1.30, erkek olan hastaların  $\bar{x}$ :1,52 olarak saptanmıştır. Kontrol grubundaki hastaların cinsiyetlerine göre yetersizlik puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (U:5,00; p:0,643) ( $p>0,05$ ) (Tablo 27).

Hastaların **altıncı ayda ölçülen yetersizlik puanlarının eğitim düzeylerine** göre dağılımları incelenmiştir. Deney grubunda ilköğretim düzeyinde eğitime sahip olan hastaların yetersizlik puanı  $\bar{x}$ :0.70, lise/üniversite düzeyinde  $\bar{x}$ :1.47 olarak saptanmıştır. Deney grubundaki hastaların eğitim düzeylerine göre yetersizlik puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (U:4,00; p:0,051;  $p\leq 0,05$ ). Deney grubunda ilköğretim düzeyine eğitime sahip olan hastaların yetersizlik düzeylerinin lise/üniversite eğitimine sahip olan hastalardan daha düşük olarak saptanmıştır. Kontrol grubundaki hastalarda ise ilköğretim eğitim seviyesine sahip olan hastaların yetersizlik puanı  $\bar{x}$ :1.36, lise/üniversite düzeyinde olan hastaların  $\bar{x}$ :1,12 olarak saptanmıştır. Kontrol grubundaki hastaların eğitim düzeylerine göre yetersizlik puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (U:18,00; p:0,470;  $p>0,05$ ) (Tablo 27).

Hastaların **altıncı ayda ölçülen yetersizlik puanlarının medeni durumlarına** göre dağılımları incelenmiştir. Deney grubunda evli olan hastaların yetersizlik puanı  $\bar{x}$ :0.59, bekar/dul olan hastaların  $\bar{x}$ :1.36 olarak

saptanmıştır. Deney grubundaki hastaların medeni durumlarına göre yetersizlik puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (U:10,00; p:0,095). Kontrol grubundaki hastalarda ise evli olan hastaların yetersizlik puanı  $\bar{x}$ :1,17, bekar/dul olan hastaların  $\bar{x}$ :1.52 olarak saptanmıştır. Kontrol grubundaki hastaların medeni durumlarına göre yetersizlik puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (U:16,00; p:0,195) ( $p>0,05$ ) (Tablo 27).

Hastaların **altıncı ayda ölçülen yetersizlik puanlarının çalışma durumlarına** göre dağılımları incelenmiştir. Deney grubunda çalışan hastaların yetersizlik puanı  $\bar{x}$ :0.32, çalışmayan hastaların  $\bar{x}$ :0.90 olarak saptanmıştır. Deney grubundaki hastaların çalışma durumlarına göre yetersizlik puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (U:2,00; p:0,263). Kontrol grubundaki çalışan hastaların yetersizlik puanı  $\bar{x}$ :1.22, çalışmayan hastaların  $\bar{x}$ :1,33 olarak saptanmıştır. Kontrol grubundaki hastaların çalışma durumlarına göre yetersizlik puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (U18,00; p1,00) ( $p>0,05$ ) (Tablo 27).

Hastaların **altıncı ayda ölçülen yetersizlik puanlarının sosyal güvencelerine** göre dağılımları incelenmiştir. Deney grubunda sosyal güvencesi emekli sandığı olan hastaların yetersizlik puanı  $\bar{x}$ :0.83, Bağ-Kur/SSK olan hastaların  $\bar{x}$ :0.97 olarak saptanmıştır. Deney grubundaki hastaların sosyal güvencelerine göre yetersizlik puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (U:13,00; p:0,585). Kontrol grubundaki sosyal güvencesi emekli sandığı olan hastaların yetersizlik puanı  $\bar{x}$ :1.26, Bağ-Kur/SSK olan hastaların  $\bar{x}$ :1.54, sosyal güvencesi olmayan

hastaların ise  $\bar{x}$ :0.87 olarak saptanmıştır. Kontrol grubundaki hastaların sosyal güvencelerine göre yetersizlik puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (KW:4,425; p:0,109) ( $p>0,05$ ) (Tablo 27).

Hastaların altıncı ayda ölçülen yetersizlik puanlarının gelir durumlarına göre dağılımları incelenmiştir. Deney grubunda geliri düşük olan hastaların yetersizlik puanı  $\bar{x}$ :1.00, geliri eşit olan hastaların  $\bar{x}$ :0.95, geliri fazla olan hastaların  $\bar{x}$ :0,58 olarak saptanmıştır. Deney grubundaki hastaların gelir durumlarına göre yetersizlik puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (KW:1,007; p:0,604). Kontrol grubundaki geliri düşük olan hastaların yetersizlik puanı  $\bar{x}$ :1.30, geliri eşit olan hastaların  $\bar{x}$ :1,44, geliri fazla olan hastaların  $\bar{x}$ :0,97 olarak saptanmıştır. Kontrol grubundaki hastaların gelir durumlarına göre yetersizlik puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (KW:0,300; p:0,861) ( $p>0,05$ ) (Tablo 27).

Hastaların altıncı ayda ölçülen yetersizlik puanlarının hastalık yıllarına göre dağılımları incelenmiştir. Deney grubundaki hastalık yılı 1-10 yıl olan hastaların yetersizlik puanı ortalaması 0.45, 11-20 yıl olan hastaların  $\bar{x}$ :1.08, 31-45 yıl olan hastaların  $\bar{x}$ :1.43 olarak saptanmıştır. Deney grubundaki hastaların hastalık yıllarına göre yetersizlik puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (KW:6,062; p:0,048;  $p<0,05$ ). Altıncı ayda deney grubundaki farkın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak için yapılan Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney U testi sonucunda; deney grubunda 1-10 yıl arasında hastalık yılına sahip olan hastaların yetersizlik puan ortalamalarının, 31-45 yıl hastalık yılına sahip olan

hastalardan daha düşük olduğu saptanmıştır (U:0,00; p:0,008; **p<0,016**). Kontrol grubundaki hastalık yılı 1-10 yıl olan hastaların altıncı ayda saptanan yetersizlik puan ortalaması  $\bar{x}$ :1.48, 11-20 yıl olan hastaların  $\bar{x}$ :1,25 olarak belirlenmiştir. Kontrol grubundaki hastaların hastalık yıllarına göre yetersizlik puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (KW:0,426; p:0,514; p>0,05) (Tablo 27 ).

Hastaların **altıncı ayda ölçülen yetersizlik puanlarının fonksiyonel sınıflarına** göre dağılımları incelenmiştir. Deney grubundaki fonksiyonel sınıfı I olan hastaların yetersizlik puanı ortalaması  $\bar{x}$ :0,32, fonksiyonel sınıfı II olan hastaların  $\bar{x}$ :0,54, fonksiyonel sınıfı III olan hastaların  $\bar{x}$ :0.72, fonksiyonel sınıfı IV olan hastaların ise  $\bar{x}$ :1,84 olarak saptanmıştır. Deney grubundaki hastaların fonksiyonel sınıflarına göre yetersizlik puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (KW:6,545; p:0,088). Kontrol grubundaki fonksiyonel sınıf I olan hastaların altıncı ayda saptanan yetersizlik puan ortalaması  $\bar{x}$ :0,28, fonksiyonel sınıf II olan hastaların  $\bar{x}$ :0.92, fonksiyonel sınıf III olan hastaların  $\bar{x}$ :1,39, fonksiyonel sınıf IV olan hastaların  $\bar{x}$ :1.57 olarak belirlenmiştir. Kontrol grubundaki hastaların fonksiyonel sınıflarına göre yetersizlik puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (KW:5,554; p:0,135) (p<0,05) (Tablo 27).



### 3.5.HASTALARIN MEMNUNİYET DÜZEYLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

**Tablo 28: Hastaların Hastane Bakımından Duydukları Memnuniyet Puanlarına Göre Dağılımları**

PUAN (1-5)	Deney Grubu			Kontrol Grubu			U	p
	n	$\bar{X}$	SD	n	$\bar{X}$	SD		
Hastane Bakımından Memnuniyet	14	1,99	0,498	15	2,04	0,469	91,00	0,540
<b>MEMNUNİYET ALT BOYUTLARI</b>								
Genel Hizmetler Alt Boyutu	14	2,23	0,385	15	2,18	0,553	100,0	0,826
Hekim Alt Boyutu	14	1,57	0,573	15	1,69	0,444	83,0	0,332
Hemşire Alt Boyutu	14	2,08	0,681	15	2,10	0,636	89,0	0,484
<b>TOPLAM</b>	14	1,99	0,498	15	2,04	0,469	<b>p&gt;0,05</b>	

Tablo 28’de hastaların memnuniyet puan ortalamalarının deney ve kontrol grubuna göre dağılımları gösterilmiştir.

Deney grubundaki hastaların hastane bakımından duydukları memnuniyet puan ortalamaları  $1,99\pm 0,498$  olarak saptanmıştır. Memnuniyet alt boyutlarına göre puan ortalamaları incelendiğinde; genel hizmetlerden duyulan memnuniyet puanı  $\bar{x}:2,23$ , hekim alt boyutundan duyulan memnuniyet puanı  $\bar{x}:1,57$ , hemşire alt boyutundan duyulan memnuniyet puanı  $\bar{x}:2,08$  olarak saptanmıştır.

Kontrol grubundaki hastaların hastane bakımından duydukları memnuniyet puan ortalaması  $2,04\pm 0,469$  olarak saptanmış olup; memnuniyet



alt boyutlarına göre dağılımları genel hizmetler alt boyutundan duyulan memnuniyet  $\bar{x}$ :2,18, hekim alt boyutundan duyulan memnuniyet  $\bar{x}$ :1,69, hemşire alt boyutundan duyulan memnuniyet  $\bar{x}$ :2,10 olarak sıralanmıştır.

Deney ve kontrol grupları arasındaki memnuniyet puan ortalamaları arasındaki fark Mann Whitney U testi ile analiz edildiğinde; aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (U:91,00;  $p>0,05$ ) (Tablo 28).

Deney ve kontrol grubundaki hastaların memnuniyet alt boyutlarına göre aralarında fark olup olmadığı analiz edildiğinde; **genel hizmetler, hekim ve hemşire alt boyutlarından** aldıkları memnuniyet puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (U:100,0; U:83,00; U:89,00;  $p>0,05$ ) (Tablo 28).

**Tablo 29: Hastaların Üçüncü Ve Altıncı Ay Poliklinik Memnuniyet Puanlarına Göre Dağılımları**

POLİKLİNİK MEMNUNİYETİ (1-5)	Deney Grubu			Kontrol Grubu			U	p
	n	$\bar{x}$	SD	n	$\bar{x}$	SD		
Üçüncü ay	14	1,98	0,583	15	2,20	0,460	U:77,0	p: ,207
Altıncı ay	14	1,88	0,543	15	2,23	0,475	U:53,0	p: ,022*

\* $p<0,05$

Tablo 29'da araştırma kapsamındaki hastaların poliklinik kontrollerinden duydukları memnuniyete ilişkin puan ortalamalarının dağılımı gösterilmektedir.

Hastaların üçüncü ay poliklinik kontrollerine ilişkin memnuniyet puan ortalaması; deney grubundaki hastalarda  $\bar{x}$ :1,98±0,583, kontrol grubundaki

hastalarda  $\bar{x}:2,20\pm0,460$ 'dır. Deney ve kontrol grubundaki hastaların üçüncü ay poliklinik randevularından duydukları memnuniyet puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (U:77,0;  $p>0,05$ ).

Hastaların altıncı ay poliklinik kontrollerine ilişkin memnuniyet puan ortalaması, deney grubundaki hastalarda  $\bar{x}:1,88\pm0,543$ ; kontrol grubundaki hastalarda  $\bar{x}:2,23\pm0,475$  olarak saptanmıştır. Deney ve kontrol grubundaki hastaların altıncı ay poliklinik randevularından duydukları memnuniyet puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu (U:53,0;  $p<0,05$ ) saptanmıştır (Tablo 29 ).

Tablo 30'da hastaların bağımsız değişkenlere göre memnuniyet düzeylerinin dağılımı görülmektedir.

Hastaların hastane bakımından duydukları **memnuniyet puanlarının yaş gruplarına** göre dağılımları incelenmiştir. Deney grubundaki hastaların yaş gruplarına göre memnuniyet puanları incelendiğinde; 29-39 yaş grubunda  $\bar{x}:2,33$ ; 40-49 yaş grubunda  $\bar{x}:1,83$ , 50-59 yaş grubunda  $\bar{x}:2,11$ , 60-69 yaş grubunda  $\bar{x}:1,89$ , 70-79 yaş grubunda  $\bar{x}:1,85$  saptanmıştır. Deney grubundaki hastaların yaş gruplarına göre memnuniyet puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (KW:6,061;  $p:0,195$ ). Kontrol grubundaki hastaların yaş gruplarına göre memnuniyet puanlarının dağılımları incelendiğinde; 29-39 yaş grubunda  $\bar{x}:1,53$ ; 40-49 yaş grubunda  $\bar{x}:2,21$ , 50-59 yaş grubunda  $\bar{x}:2,31$ ; 60-69 yaş grubunda  $\bar{x}:2,03$ ; 70-79 yaş grubunda  $\bar{x}:1,83$  olduğu saptanmıştır.

**Tablo 30: Hastaların Hastane Bakımından Duydukları Memnuniyet Düzeylerinin Bağımsız Değişkenlere Dağılımları**

	Deney Grubu				Kontrol Grubu			
	n	$\bar{X}$	SD		n	$\bar{X}$	SD	
<b>Yaş Grupları</b>								
29-39	2	2,33	0	KW:6,061 p:0,195	1	1,53	0,70	KW:1,552; p:0,817
40-49	2	1,83	0,150		2	2,21	0,285	
50-59	5	2,11	0,571		6	2,31	0,233	
60-69	2	1,89	0,638		3	2,03	0,600	
70-79	3	1,85	0,580		3	1,83	0,594	
<b>Cinsiyet</b>								
Kadın	13	1,97	0,508	U:0,00; p:0,105	14	2,12	0,382	U:2,500 p:0,295
Erkek	1	2,33	0		1	1,03	0	
<b>Eğitim Düzeyi</b>								
İlköğretim	11	1,99	0,546	U:12,00; p:0,481	12	2,11	0,414	U:17,00; p:0,885
Lise/üniversite	3	2,00	0,307		3	1,79	0,675	
<b>Medeni Durum</b>								
Evli	9	1,84	0,386	U:11,50; p:0,140	9	2,20	0,302	U:16,00; p:0,192
Dul/Bekar	5	2,21	0,598		6	1,75	0,610	
<b>Çalışma Durumu</b>								
Çalışıyor	1	2,10	0,551	U:3,00; p:0,383	3	2,03	0	U:13,500; p:0,514
Çalışmıyor	13	1,96	0,551		12	2,04	0,488	
<b>Sosyal Güvence</b>								
Emekli Sandığı	11	2,12	0,459	KW:0,496; p:0,481	12	2,10	0,404	KW:4,840; p:0,089
Bağ-Kur/SSK	3	1,34	0,192		2	1,83	0,731	
Ücretli	-	-	-		1	1,72	0	
<b>Gelir Durumu</b>								
Gelir az	5	2,04	0,546	KW:2,106; p:0,349	7	1,93	0,510	KW:0,842; p:0,656
Gelir gider eşit	5	2,03	0,501		6	1,91	0,515	
Gelir fazla	4	1,69	0,471		2	2,34	0,284	
<b>Hastalık Yılı</b>								
1-10 Yıl	7	2,09	0,377	KW:1,078; p:0,299	4	2,25±,209		U:18,00; p:0,600
11-20 Yıl	3	1,96	0,547		11	1,69±,716		
21-30 Yıl	-	-	-		-	-		
31-45 Yıl	4	1,93	0,535		-	-		
<b>Fonksiyonel Sınıf</b>								
Sınıf I	1	2,03	0	KW:6,977; p:0,073	-	-		KW:2,242; p:0,326
Sınıf II	4	1,89	0,481		4	2,25	0,467	
Sınıf III	6	1,90	0,304		9	2,23	0,071	
Sınıf IV	3	2,24	0,813		2	1,60	0,598	
<b>TOPLAM</b>	14	1,99	0,498		15	2,04	0,469	

p>0,05

Kontrol grubundaki hastaların yaş gruplarına göre memnuniyet puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (KW:1,552; p:0,817) ( $p>0,05$ ) (Tablo 30).

Hastaların hastane bakımından duydukları **memnuniyet puanlarının cinsiyetlerine** göre dağılımları incelenmiştir. Deney grubundaki kadın hastaların memnuniyet puan ortalaması  $\bar{x}$ :1.97, erkek hastaların ise  $\bar{x}$ :2.33'dür. Deney grubundaki hastaların cinsiyetlerine göre memnuniyet puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (U:0,00; p:0,105). Kontrol grubundaki kadın hastaların memnuniyet puan ortalaması  $\bar{x}$ :2.12, erkek hastaların  $\bar{x}$ :1.03 olarak saptanmıştır. Kontrol grubundaki hastaların cinsiyetlerine göre memnuniyet puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (U:2,500; p:0,295) ( $p>0,05$ ) (Tablo 30).

Hastaların hastane bakımından duydukları **memnuniyet puanlarının eğitim düzeylerine** göre dağılımları incelenmiştir. Deney grubundaki ilköğretim mezunu hastaların memnuniyet puan ortalaması 1.99, lise/üniversite mezunu olanların  $\bar{x}$ :2.00 olup; kontrol grubundaki hastalarda ilköğretim mezunu olanların  $\bar{x}$ :2.11, lise/üniversite olanların  $\bar{x}$ :1.79 olarak saptanmıştır. Kontrol grubundaki hastaların eğitim düzeylerine göre memnuniyet puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (U:17,00; p:0,885) ( $p>0,05$ ) (Tablo 30).

Hastaların hastane bakımından duydukları **memnuniyet puanlarının medeni durumlarına** göre dağılımları incelenmiştir. Deney grubundaki evli hastaların memnuniyet puan ortalaması  $\bar{x}$ :1.84, dul/bekar olan hastaların  $\bar{x}$ :2.21'dir. Deney grubundaki hastaların medeni durumlarına göre

memnuniyet puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (U:11,50; p:0,140). Kontrol grubundaki evli hastaların memnuniyet puan ortalaması  $\bar{x}$ :2.20, dul/bekar olan hastaların  $\bar{x}$ :1.75 olarak saptanmıştır. Kontrol grubundaki hastaların medeni durumlarına göre memnuniyet puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (U:16,00; p:0,192) ( $p>0,05$ ) (Tablo 30).

Hastaların hastane bakımından duydukları **memnuniyet puanlarının çalışma durumlarına** göre dağılımları incelenmiştir. Deney grubundaki çalışan hastaların memnuniyet puanı ortalaması  $\bar{x}$ :2.10, çalışmayan hastaların  $\bar{x}$ :1.96 olarak saptanmıştır. Deney grubundaki hastaların çalışma durumlarına göre memnuniyet puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (U:3,00; p:0,383). Kontrol grubundaki çalışan hastaların memnuniyet puan ortalaması  $\bar{x}$ :2.03, çalışmayanların  $\bar{x}$ :2.04 olarak belirlenmiştir. Kontrol grubundaki hastaların çalışma durumlarına göre memnuniyet puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (U:13,50; p:0,514) ( $p>0,05$ ) (Tablo 30 ).

Hastaların hastane bakımından duydukları **memnuniyet puanlarının sosyal güvencelerine** göre dağılımları incelenmiştir. Deney grubundaki sosyal güvencesi Emekli Sandığı olan hastaların memnuniyet puanı  $\bar{x}$ :2.12, Bağ-Kur/SSK olanların  $\bar{x}$ :1.34 olarak saptanmıştır. Deney grubundaki hastaların sosyal güvencelerine göre memnuniyet puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (U:12,00; p:0,481). Kontrol grubundaki sosyal güvencesi Emekli Sandığı olan hastaların memnuniyet puan ortalaması  $\bar{x}$ :2.10, Bağ-Kur/SSK olanların  $\bar{x}$ :1.83, ücretli olan hastaların  $\bar{x}$ :1.72 olarak belirlenmiştir. Kontrol grubundaki hastaların sosyal

güvencelerine göre memnuniyet puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (KW:4,840; p:0,089) ( $p>0,05$ ) (Tablo 30).

Hastaların hastane bakımından duydukları **memnuniyet puanlarının gelir durumlarına** göre dağılımları incelenmiştir. Deney grubundaki gelir düzeyi düşük olan hastaların memnuniyet puanı ortalaması  $\bar{x}$ :2.04, gelir gider durumu eşit olan hastaların  $\bar{x}$ :2.03, geliri fazla olan hastaların  $\bar{x}$ :1.69 olarak saptanmıştır. Deney grubundaki hastaların gelir durumlarına göre memnuniyet puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (KW:2,106; p:0,349). Kontrol grubundaki geliri düşük olan hastaların memnuniyet puan ortalaması  $\bar{x}$ :1.93, gelir gideri eşit olan hastaların  $\bar{x}$ :1.91, geliri fazla olan hastaların ise  $\bar{x}$ :2.34 olarak belirlenmiştir. . Kontrol grubundaki hastaların gelir durumlarına göre memnuniyet puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (KW:0,842; p:0,656) ( $p>0,05$ ) (Tablo 30).

Hastaların hastane bakımından duydukları **memnuniyet puanlarının hastalık yıllarına** göre dağılımları incelenmiştir. Deney grubundaki hastalık yılı 1-10 yıl olan hastaların memnuniyet puanı ortalaması  $\bar{x}$ :2.09, 11-20 yıl olan hastaların  $\bar{x}$ :1.96, 31-45 yıl olan hastaların  $\bar{x}$ :1.93 olarak saptanmıştır. Deney grubundaki hastaların hastalık yıllarına göre memnuniyet puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (KW:1,078; p:0,299). Kontrol grubundaki hastalık yılı 1-10 yıl olan hastaların memnuniyet puan ortalaması  $\bar{x}$ :2.25, 11-20 yıl olan hastaların  $\bar{x}$ :1.69 olarak belirlenmiştir. Kontrol grubundaki hastaların hastalık yıllarına göre

memnuniyet puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (U:18,00; p:0,600) ( $p>0,05$ ) (Tablo 30).

Hastaların hastane bakımından duydukları **memnuniyet puanlarının fonksiyonel sınıflarına** göre dağılımları incelenmiştir. Deney grubundaki fonksiyonel sınıfı I olan hastaların memnuniyet puanı ortalaması  $\bar{x}$ :2.03, fonksiyonel sınıfı II olan hastaların  $\bar{x}$ :1.89, fonksiyonel sınıfı III olan hastaların  $\bar{x}$ :1.90, fonksiyonel sınıfı IV olan hastaların ise  $\bar{x}$ :2.24 olarak saptanmıştır. Deney grubundaki hastaların fonksiyonel sınıflarına göre memnuniyet puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (KW:6,977; p:0,073). Kontrol grubundaki fonksiyonel sınıf II olan hastaların memnuniyet puanı  $\bar{x}$ :2.25, fonksiyonel sınıf III olan hastaların  $\bar{x}$ :2.23, fonksiyonel sınıf IV olan hastaların  $\bar{x}$ :1.60 olarak belirlenmiştir. Kontrol grubundaki hastaların fonksiyonel sınıflarına göre memnuniyet puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (KW:2i242; p:0,326) ( $p>0,05$ ) (Tablo 30).



### 3.6.HASTALARIN YAŞAM KALİTELERİNE İLİŞKİN BULGULAR

**Tablo 31:Hastaların Hastaneye Yatışta Ölçülen Yaşam Kalitesi Puanlarının Dağılımları**

YAŞAM KALİTESİ PUANI	Deney Grubu			Kontrol Grubu			U	p
	n	$\bar{x}$	SD	n	$\bar{x}$	SD		
Yatış	14	20,71	5,966	15	18,66	6,019	U: 79.50	p:0,264

Deney grubundaki hastaların hastaneye yatışta saptanan yaşam kalitesi puanı  $\bar{x}$ :20,71±5,966; kontrol grubundaki hastaların ise  $\bar{x}$ :18,66±6,019'dur. Deney ve kontrol grubunda hastaneye yatışta saptanan yaşam kalitesi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (U:79,50; p:0,264; p>0,05) (Tablo 31).

**Tablo 32:Hastaların Ölçüm Zamanlarına Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımları**

YAŞAM KALİTESİ PUANI	Deney Grubu			Kontrol Grubu			
	n	$\bar{x}$	SD	n	$\bar{x}$	SD	
Taburculuk	14	10,57	5,034	15	11,20	5,157	U:100,5 p:0,843
Üçüncü ay	14	10,21	4,245	15	13,80	5,659	U:59,50 p:0,046*
Altıncı ay	14	9,57	5,814	15	14,20	3,783	U:46,50 p:0,006*

\*p<0,05

Tablo 32'de araştırma kapsamındaki hastaların ölçüm zamanlarına göre yaşam kalitesi puan ortalamalarının dağılımı gösterilmektedir.

Deney grubundaki hastaların yaşam kalitesi puan ortalamaları taburculukta  $\bar{x}$ :10,57±5,034, üçüncü ayda  $\bar{x}$ :10,21±4,245, altıncı ayda  $\bar{x}$ :9,57±5,814 olarak saptanmıştır. Deney grubundaki hastaların kendi içinde yaşam kalitesi puan ortalamaları bakımından ölçüm zamanları arasında fark olup olmadığı Friedman testi ile incelendiğinde; istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F:21,916; p<0,05). Farkın hangi zaman periyodundan kaynaklandığı Bonferroni düzeltmeli Wilcoxon Signed Ranks testi ile incelenmiş ve yatış ile taburculukta (Z:-3,185; p:0,001), yatış ile üçüncü ayda (Z:-3,078; p:0,002), ve yatış ile altıncı ayda (Z:-3,182; p:0,001) ölçülen yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (p<0,025). Diğer yandan; deney grubundaki hastaların taburculuk ile üçüncü ayda (Z:-0,079; p:0,937), taburculuk ile altıncı ayda (Z:-0,879; p:0,379); üçüncü ay ile altıncı ayda (Z:-0,787; p:0,431) ölçülen yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki fark, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0,025).

Kontrol grubundaki hastalarda yaşam kalitesi puanları taburculukta  $\bar{x}$ :11,20±5,157, üçüncü ayda  $\bar{x}$ :13,80±5,659, altıncı ayda ise  $\bar{x}$ :14,20±3,783 olarak saptanmıştır. Kontrol grubundaki hastaların kendi içinde yaşam kalitesi puan ortalamaları bakımından ölçüm zamanları arasında fark olup olmadığı Friedman testi ile incelenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F:24,918; p<0,05). Farkın hangi zaman periyodundan kaynaklandığı saptamak için yapılan ileri analizde; yatış ile taburculukta (Z:-3,416; p:0,001), yatış ile üçüncü ayda (Z:-2,446; p:0,014), yatış ile altıncı ayda (Z:-2,593;

p:0,010) ve taburculuk ile altıncı ayda (Z:-2,829; p:0,005) ölçülen yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (**p<0,025**). Kontrol grubundaki hastaların taburculuk ile üçüncü ayda (Z:-1,813; p:0,070) ve üçüncü ay ile altıncı ayda (Z:-0,859; p:0,390) ölçülen yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki fark, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0,025).

Deney ve kontrol grupları arasında ölçüm zamanlarına göre yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında fark incelendiğinde; üçüncü ayda (U:59,50; **p:0,046**) ve altıncı ayda (U:46,50; **p:0,006**) ölçülen yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (**p<0,05**) (Tablo 32). Deney ve kontrol grupları arasında yatışta (U:79,50; p:0,264) ve taburculukta (U:100,5; p:0,843) ölçülen yaşam kalitesi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0,05) (Tablo 31, Tablo 32).

**Tablo 33: Bağımsız Değişkenlere ve Ölçüm Zamanlarına Göre Hastaların Yaşam Kalitesi Puanlarının Dağılımları**

	TABURCULUK						ÜÇÜNCÜ AY						ALTINCI AY							
	n	$\bar{X}$	SD	n	$\bar{X}$	SD	n	$\bar{X}$	SD	n	$\bar{X}$	SD	n	$\bar{X}$	SD	n	$\bar{X}$	SD		
<b>Yaş grupları</b>																				
29-39 yaş	2	15,50	3,53	1	7,00	0	2	14,00	8,48	1	13,00	0	2	13,50	4,94	1	11,0	0		
40-49 yaş	2	8,50	2,12	2	5,50	0,70	2	7,00	2,82	2	6,50	2,12	2	2,00	2,82	2	10,00	4,24		
50-59 yaş	5	11,40	7,26	6	14,16	5,26	5	11,60	3,20	6	17,00	5,96	5	11,20	7,59	6	15,33	3,88		
60-69 yaş	2	9,00	4,24	3	8,00	2,64	2	6,50	4,94	3	10,00	0	2	9,00	2,82	3	13,00	3,46		
70-79 yaş	3	8,33	1,15	3	13,36	4,16	3	10,00	1,00	3	16,33	4,16	3	9,66	2,08	3	17,00	1,00		
		KW:2,921; p:0,571				KW:7,890; p:0,096				KW:3,893; p:0,421				KW:10,670; p:0,031*				KW:6,285; p:0,179		
<b>Cinsiyet</b>																				
Kadın	13	10,00	4,74	14	11,50	5,21	13	9,46	3,30	14	13,85	5,86	13	9,00	5,62	14	14,42	3,81		
Erkek	1	18,00	0	1	7,00	0	1	20,00	0	1	13,00	0	1	17,00	0	1	11,00	0		
		U:1,00; P:0,168				U:3,00; P:0,350				U:0,00; P:0,105				U:1,00; p:0,171				U:2,00; p:0,243		
<b>Eğitim Düzeyi</b>																				
İlköğretim	11	8,72	2,37	14	12,50	4,94	11	9,00	3,28	12	15,08	5,36	11	9,09	5,95	12	15,16	3,38		
Lise/üniversite	3	17,33	7,02	1	6,00	1,00	3	14,66	5,03	3	8,66	4,04	3	11,33	6,02	3	10,33	3,05		
		U:3,00; p:0,034*				U:2,50; p:0,024*				U:5,00; p:0,072				U:4,00; p:0,041*				U:11,50; p:0,058		
<b>Medeni Durum</b>																				
Evli	9	10,55	5,65	9	11,55	5,24	9	9,00	3,87	9	14,77	6,96	9	7,11	3,75	9	14,11	3,75		
Dul/Bekar	5	10,60	4,27	6	10,66	5,46	5	12,40	4,39	6	12,33	2,80	5	14,00	6,59	6	14,33	4,17		
		U:21,00; p:0,840				U:24,00; p:0,721				U:11,50; p:0,140				U:7,00; p:0,038*				U:24,00; p:0,721		
<b>Çalışma Durumu</b>																				
Çalışıyor	13	13,00	0	12	10,66	8,14	13	8,00	0	12	11,33	5,68	13	10,00	0	12	12,00	5,56		
Çalışmıyor	1	10,38	5,18	3	11,33	4,65	1	10,38	4,36	3	14,41	5,72	1	9,53	6,05	3	14,75	3,30		
		U:2,000; p:0,259				U:13,50; p:0,512				U:3,00; p:0,383				U:15,00; p:0,662				U:11,50; p:0,344		
<b>TOPLAM</b>	14	10,57	5,03	15	11,20	5,15	14	10,21	4,24	15	13,80	5,65	14	9,57	5,81	15	14,20	3,78		

\*p<0,05

Tablo 33'in Devamı

YAŞAM KALİTESİ PUANI	TABURCULUK				ÜÇÜNCÜ AY				ALTINCI AY							
	n	Deney Grubu X	SD	Kontrol Grubu X	n	Deney Grubu X	SD	Kontrol Grubu X	n	Deney Grubu X	SD	Kontrol Grubu X	n	Deney Grubu X	SD	Kontrol Grubu X
Sosyal Güvence Emekli Sandığı Bağ-Kur / SSK Ücretli	11	9,54	5,04	10,75	12	10,18	2,85	13,41	12	13,41	5,86	13,41	12	9,09	6,12	14,25
	3	14,33	3,21	14,50	2	10,33	8,73	18,00	2	18,00	4,24	18,00	3	10,33	8,73	15,50
	1	-	0	10,00	1	-	0	10,00	1	10,00	0	10,00	1	-	0	11,00
		<b>U:3,00; p:0,034*</b>		<b>KW:1,57; p:0,456</b>		<b>U:13,00; p:0,584</b>		<b>KW:2,990; p:0,224</b>		<b>U:12,50; p:0,532</b>		<b>KW:1,780; p:0,409</b>				
<b>Gelir Durumu</b> Gelir az Gelir gider eşit Gelir fazla	5	11,80	3,83	12,28	7	11,80	4,81	14,71	7	14,71	7,31	14,71	5	13,60	6,80	13,57
	5	7,20	1,64	9,50	6	9,40	1,51	13,00	6	13,00	4,42	13,00	5	7,00	4,84	13,83
	4	13,25	7,45	12,50	4	9,25	6,13	13,00	2	13,00	4,24	13,00	4	7,75	3,30	14,20
		<b>KW:5,56; p:0,062</b>		<b>KW:1,211; p:0,546</b>		<b>KW:0,451; p:0,798</b>		<b>KW:0,706; p:0,703</b>		<b>KW:3,026; p:0,220</b>		<b>KW:2,420; p:0,298</b>				
<b>Hastalık Yılı</b> 1-10 yıl 11-20 yıl 21-30 yıl 31-45 yıl	7	8,71	2,36	11,75	4	9,00	3,10	13,25	4	13,25	2,50	13,25	7	6,57	3,45	14,25
	3	12,00	6,00	11,00	3	11,00	8,54	14,00	11	14,00	6,54	14,00	3	11,66	5,03	14,18
	4	12,75	7,63	-	4	11,75	1,70	-	-	-	-	-	4	13,25	7,88	-
		<b>KW:0,476; p:0,490</b>		<b>U:20,50; p:0,843</b>		<b>KW:0,210; p:0,646</b>		<b>U:21,00; p:0,895</b>		<b>KW:1,893; p:0,169</b>		<b>U:21,50; p:0,947</b>				
<b>Fonk. sınıf</b> Sınıf I Sınıf II Sınıf III Sınıf IV	1	13,00	0	-	1	8,00	0	10,00	1	10,00	0	10,00	1	10,00	0	17,00
	4	7,75	2,87	10,00	6	9,00	3,94	9,00	2	9,00	5,65	9,00	5	6,60	4,03	10,50
	6	9,16	1,16	10,88	4	9,00	2,94	16,57	7	16,57	6,65	16,57	5	10,00	8,09	14,42
	3	16,33	8,62	15,00	3	15,00	4,58	12,60	5	12,60	2,70	12,60	3	13,66	2,88	14,80
	<b>KW:4,703; p:0,195</b>		<b>KW:0,922; p:0,631</b>		<b>KW:4,802; p:0,187</b>		<b>KW:4,480; p:0,214</b>		<b>KW:5,200; p:0,158</b>		<b>KW:1,580; p:0,663</b>					
<b>TOPLAM</b>	14	10,57	5,03	11,20	15	10,21	4,24	13,80	15	13,80	5,65	13,80	14	9,57	5,81	14,20

\*p&lt;0,05



Tablo 33'de hastaların bağımsız değişkenlere göre yatış, taburculuk, üçüncü ay ve altıncı aydaki yaşam kalitesi puan ortalamalarının dağılımı gösterilmiştir.

Hastaların **taburculukta** ölçülen **yaşam kalitesi puanlarının yaş gruplarına** göre dağılımları incelenmiştir. Deney grubundaki hastaların yaş gruplarına göre yaşam kalitesi puanları incelendiğinde; 29-39 yaş grubunda  $\bar{x}$ :15.50; 40-49 yaş grubunda  $\bar{x}$ :8.50, 50-59 yaş grubunda  $\bar{x}$ :11.40, 60-69 yaş grubunda  $\bar{x}$ :9.00, 70-79 yaş grubunda  $\bar{x}$ :8.33 saptanmıştır. Deney grubundaki hastaların yaş gruplarına göre yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (KW:2,921; p:0,571). Kontrol grubundaki hastaların yaş gruplarına göre yaşam kalitesi puanlarının dağılımları incelendiğinde; 29-39 yaş grubunda  $\bar{x}$ :7.00; 40-49 yaş grubunda  $\bar{x}$ :5.50, 50-59 yaş grubunda  $\bar{x}$ :14.16; 60-69 yaş grubunda  $\bar{x}$ :8.00; 70-79 yaş grubunda  $\bar{x}$ :13.36 olduğu saptanmıştır. Kontrol grubundaki hastaların yaş gruplarına göre yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (KW:7,890; p:0,096) (  $p>0,05$ ) (Tablo 33).

Hastaların **taburculukta** ölçülen **yaşam kalitesi puanlarının cinsiyetlerine** göre dağılımları incelenmiştir. Deney grubundaki kadın hastaların yaşam kalitesi puan ortalaması  $\bar{x}$ :10.00, erkek hastaların ise  $\bar{x}$ :18.00 olduğu saptanmıştır. Deney grubundaki hastaların cinsiyetlerine göre yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (U:1,00; p:0,168). Kontrol grubundaki kadın hastaların yaşam kalitesi puan ortalaması  $\bar{x}$ :11.50, erkek hastaların  $\bar{x}$ :7.00 olduğu saptanmıştır. Kontrol grubundaki hastaların cinsiyetlerine göre yaşam kalitesi puan

ortalamları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (U:3,00; p:0,350) ( $p>0,05$ ) (Tablo 33).

Hastaların **taburculukta ölçülen yaşam kalitesi puanlarının eğitim düzeylerine** göre dağılımları incelenmiştir. Deney grubundaki ilköğretim mezunu hastaların yaşam kalitesi puan ortalaması  $\bar{x}$ :8.72, lise/üniversite mezunu olanların  $\bar{x}$ :17.33'dür. Deney grubundaki hastaların eğitim düzeylerine göre yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (U:3,00; p:0,034;  $p<0,05$ ). İlköğretim mezunu olan hastaların yaşam kalitelerini daha iyi olarak algıladıkları belirlenmiştir. Kontrol grubundaki hastalarda yaşam kalitesi puanı ortalaması ilköğretim mezunu olanlarda  $\bar{x}$ :12.50, lise/üniversite olanlarda  $\bar{x}$ :6.00 olarak saptanmıştır. Kontrol grubundaki hastaların eğitim düzeylerine göre yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (U:2,500; p:0,024;  $p<0,05$ ) (Tablo 33). Kontrol grubundaki lise/üniversite mezunu olan hastaların yaşam kalitelerini daha iyi algıladıkları görülmüştür.

Hastaların **taburculukta ölçülen yaşam kalitesi puanlarının medeni durumlarına** göre dağılımları incelenmiştir. Deney grubundaki evli hastaların yaşam kalitesi puanı  $\bar{x}$ :10.55, dul/bekar olan hastaların  $\bar{x}$ :10,60'dır. Deney grubundaki hastaların medeni durumlarına göre yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (U:21,00; p:0,840). Kontrol grubundaki evli hastaların  $\bar{x}$ :11.55, dul/bekar olan hastaların  $\bar{x}$ :10,66 olarak saptanmıştır. Kontrol grubundaki hastaların medeni durumlarına göre yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (U:24,00; p:0,721) ( $p>0,05$ ) (Tablo 33).



Hastaların **taburculukta ölçülen yaşam kalitesi puanlarının çalışma durumlarına** göre dağılımları incelenmiştir. Deney grubundaki çalışan hastaların yaşam kalitesi puanı ortalaması  $\bar{x}$ :13.00, çalışmayan hastaların  $\bar{x}$ :10.38 olarak saptanmıştır. Deney grubundaki hastaların çalışma durumlarına göre yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (U:2,00; p:0,259). Kontrol grubundaki çalışan hastaların yaşam kalitesi puan ortalaması  $\bar{x}$ :10.66, çalışmayanların  $\bar{x}$ :11.33 olarak belirlenmiştir. Kontrol grubundaki hastaların çalışma durumlarına göre yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (U:13,50; p:0,512) ( $p>0,05$ ) (Tablo 33).

Hastaların **taburculukta ölçülen yaşam kalitesi puanlarının sosyal güvencelerine** göre dağılımları incelenmiştir. Deney grubundaki sosyal güvencesi Emekli Sandığı olan hastaların yaşam kalitesi puanı  $\bar{x}$ :9.54, Bağ-Kur/SSK olanların  $\bar{x}$ :14.33'dür. Hastaların sosyal güvencelerine göre yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (U:3,00; p:0,034;  $p<0,05$ ). Emekli Sandığı sosyal güvencesine sahip olan hastaların yaşam kalitelerini daha iyi olarak algıladıkları belirlenmiştir. Kontrol grubundaki sosyal güvencesi Emekli Sandığı olan hastaların yaşam kalitesi puan ortalaması  $\bar{x}$ :10.75, Bağ-Kur/SSK olanların  $\bar{x}$ :14.50, ücretli olan hastaların  $\bar{x}$ :10.00 olarak belirlenmiştir. Kontrol grubundaki hastaların sosyal güvencelerine göre yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (KW:1,57; p:0,456;  $p>0,05$ ) (Tablo 33 ).

Hastaların **taburculukta ölçülen yaşam kalitesi puanlarının gelir durumlarına** göre dağılımları incelenmiştir. Deney grubundaki gelir düzeyi

düşük olan hastaların yaşam kalitesi puanı  $\bar{x}$ :11.80, gelir gider durumu eşit olan hastaların  $\bar{x}$ :7.20, geliri fazla olan hastaların  $\bar{x}$ :13.25 olarak saptanmıştır. Deney grubundaki hastaların gelir durumlarına göre yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (KW:5,56; p:0,062). Kontrol grubundaki geliri düşük olan hastaların yaşam kalitesi puan ortalaması  $\bar{x}$ :12.28, gelir gideri eşit olan hastaların  $\bar{x}$ :9.50, geliri fazla olan hastaların ise  $\bar{x}$ :12.50 olarak belirlenmiştir. Kontrol grubundaki hastaların gelir durumlarına göre yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (KW:1,211; p:0,546) (p>0,05) (Tablo 33 ).

Hastaların **taburculukta ölçülen yaşam kalitesi puanlarının hastalık yıllarına** göre dağılımları incelenmiştir. Deney grubundaki hastalık yılı 1-10 yıl olan hastaların yaşam kalitesi puanı ortalaması  $\bar{x}$ :8.71, 11-20 yıl olan hastaların  $\bar{x}$ :12.00, 31-45 yıl olan hastaların  $\bar{x}$ :12,75 olarak saptanmış ve hastaların hastalık yıllarına göre yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (KW:0,476; p:0,490). Kontrol grubundaki hastalık yılı 1-10 yıl olan hastaların yaşam kalitesi puan ortalaması  $\bar{x}$ :11.75, 11-20 yıl olan hastaların  $\bar{x}$ :11.00 olarak belirlenmiştir. Hastaların hastalık yıllarına göre yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (U:20,50; p:0,843) (p>0,05) (Tablo 33 ).

Hastaların **taburculukta ölçülen yaşam kalitesi puanlarının fonksiyonel sınıflarına** göre dağılımları incelenmiştir. Deney grubundaki fonksiyonel sınıfı I olan hastaların yaşam kalitesi puanı  $\bar{x}$ :13.00, fonksiyonel sınıfı II olan hastaların  $\bar{x}$ :7.75, fonksiyonel sınıfı III olan hastaların  $\bar{x}$ :9.16,

fonksiyonel sınıfı IV olan hastaların ise  $\bar{x}$ :16.33 olarak saptanmıştır. Deney grubundaki hastaların fonksiyonel sınıflarına göre yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (KW:4,703; p:0,195). Kontrol grubundaki fonksiyonel sınıf II olan hastaların yaşam kalitesi puan  $\bar{x}$ :10.00, fonksiyonel sınıf III olan hastaların  $\bar{x}$ :10.88, fonksiyonel sınıf IV olan hastaların  $\bar{x}$ :15,00 olarak belirlenmiştir. Kontrol grubundaki hastaların fonksiyonel sınıflarına göre yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (KW:0,922; p:0,631) ( $p>0,05$ ) (Tablo 33).

Hastaların **üçüncü ayda ölçülen yaşam kalitesi puanlarının yaş gruplarına** göre dağılımları incelenmiştir. Deney grubundaki hastaların yaş gruplarına göre yaşam kalitesi puanları incelendiğinde; 29-39 yaş grubunda  $\bar{x}$ :14.00; 40-49 yaş grubunda  $\bar{x}$ :7.00, 50-59 yaş grubunda  $\bar{x}$ :11.60, 60-69 yaş grubunda  $\bar{x}$ :6.50, 70-79 yaş grubunda  $\bar{x}$ :10.00 saptanmıştır. Deney grubundaki hastaların yaş gruplarına göre yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (KW:3,893; p:0,421;  $p>0,05$ ). Kontrol grubundaki hastaların yaş gruplarına göre yaşam kalitesi puanlarının dağılımları incelendiğinde; 29-39 yaş grubunda  $\bar{x}$ :13.00; 40-49 yaş grubunda  $\bar{x}$ :6.50, 50-59 yaş grubunda  $\bar{x}$ :17.00; 60-69 yaş grubunda  $\bar{x}$ :10.00; 70-79 yaş grubunda  $\bar{x}$ :16.33 olduğu saptanmış ve yaş gruplarına göre; yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (KW:10,670; p:0,031;  **$p<0,05$** ) (Tablo 33). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını incelemek için yapılan Bonferroni Düzeltmeli Mann Whitney U testi sonucunda; 60-69 yaş grubundaki hastaların yaşam

kalitelerini, 50-59 yaş grubundaki hastalardan daha iyi algıladıkları saptanmıştır (U:0,00;  $p<0,018$ ;  $p\leq0,01$ ).

Hastaların **üçüncü ayda ölçülen yaşam kalitesi puanlarının cinsiyetlerine göre dağılımları** incelenmiştir. Deney grubundaki kadın hastaların yaşam kalitesi puanı  $\bar{x}$ :9.46, erkek hastaların ise  $\bar{x}$ :20.00 olarak saptanmış ve aralarındaki fark; istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (U:0,00;  $p:0,105$ ). Kontrol grubundaki kadın hastaların yaşam kalitesi puan ortalaması  $\bar{x}$ :13.85, erkek hastaların  $\bar{x}$ :13.00 olduğu saptanmıştır. Kontrol grubundaki hastaların cinsiyetlerine göre; yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (U:6,00;  $p:0,815$ ) ( $p>0,05$ ) (Tablo 33).

Hastaların **üçüncü ayda ölçülen yaşam kalitesi puanlarının eğitim düzeylerine göre dağılımları** incelenmiştir. Deney grubundaki ilköğretim mezunu hastaların yaşam kalitesi puanı  $\bar{x}$ :9.00, lise/üniversite mezunu olanların  $\bar{x}$ :14.66'dır. Deney grubundaki hastaların eğitim düzeylerine göre; yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (U:5,00;  $p:0,072$ ;  $p>0,05$ ). Kontrol grubundaki hastalarda ilköğretim mezunu olanların  $\bar{x}$ :15.08, lise/üniversite olanların  $\bar{x}$ :8.66 olarak saptanmıştır. Kontrol grubundaki hastaların eğitim düzeylerine göre; yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki fark incelendiğinde; istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (U:4,00;  $p:0,041$ ;  $p<0,05$ ) (Tablo 33). Lise/üniversite mezunu olan hastaların yaşam kalitelerini, ilköğretim mezunu olan hastalardan daha iyi olarak algıladıkları belirlenmiştir.

Hastaların **üçüncü ayda ölçülen yaşam kalitesi puanlarının medeni durumlarına göre dağılımları** incelenmiştir. Deney grubundaki evli hastaların

yaşam kalitesi puan ortalaması  $\bar{x}$ :9.00, dul/bekar olan hastaların  $\bar{x}$ :12.40 olarak saptanmıştır. Deney grubundaki hastaların medeni durumlarına göre; yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki fark incelendiğinde; istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (U:11,50; p:0,140). Kontrol grubundaki evli hastaların yaşam kalitesi puan ortalaması  $\bar{x}$ :14.77, dul/bekar olan hastaların  $\bar{x}$ :12.33 olarak saptanmıştır. Kontrol grubundaki hastaların medeni durumlarına göre; yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (U:21,00; p:0,721) ( $p>0,05$ ) (Tablo 33).

Hastaların **üçüncü ayda ölçülen yaşam kalitesi puanlarının çalışma durumlarına** göre dağılımları incelenmiştir. Deney grubundaki çalışan hastaların yaşam kalitesi puanı ortalaması  $\bar{x}$ :8.00, çalışmayan hastaların  $\bar{x}$ :10.38 olarak saptanmış ve aralarındaki fark; istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (U:3,00; p:383). Kontrol grubundaki çalışan hastaların yaşam kalitesi puan ortalaması  $\bar{x}$ :11.33, çalışmayanların  $\bar{x}$ :14.41 olarak belirlenmiştir. Kontrol grubundaki hastaların çalışma durumlarına göre; yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (U:15,00; p:0,662) ( $p>0,05$ ) (Tablo 33 ).

Hastaların **üçüncü ayda ölçülen yaşam kalitesi puanlarının sosyal güvencelerine** göre dağılımları incelenmiştir. Deney grubundaki sosyal güvencesi Emekli Sandığı olan hastaların yaşam kalitesi puanı ortalaması  $\bar{x}$ :10.18, Bağ-Kur/SSK olanların  $\bar{x}$ :10.33 olarak saptanmış ve aralarındaki fark, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (U:13,00; p:0,584). Kontrol grubundaki sosyal güvencesi Emekli Sandığı olan hastaların yaşam kalitesi puan ortalaması  $\bar{x}$ :13.41, Bağ-Kur/SSK olanların  $\bar{x}$ :18.00, ücretli olan

hastaların  $\bar{x}$ :10.00 olarak belirlenmiştir. Kontrol grubundaki hastaların sosyal güvencelerine göre; yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (KW:2,99; p:0,224) ( $p>0,05$ ) (Tablo 33 ).

Hastaların **üçüncü ayda ölçülen yaşam kalitesi puanlarının gelir durumlarına** göre dağılımları incelenmiştir. Deney grubundaki gelir düzeyi düşük olan hastaların yaşam kalitesi puanı  $\bar{x}$ :11.80, gelir gider durumu eşit olan hastaların  $\bar{x}$ :9.40, geliri fazla olan hastaların  $\bar{x}$ :9,25 olarak saptanmıştır. Deney grubundaki hastaların gelir durumlarına göre; yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (KW:0,451; p:0,798). Kontrol grubundaki geliri düşük olan hastaların yaşam kalitesi puanı  $\bar{x}$ :14.71, gelir gideri eşit olan hastaların  $\bar{x}$ :13.00, geliri fazla olan hastaların ise  $\bar{x}$ :13.00 olarak belirlenmiştir. Kontrol grubundaki hastaların gelir durumlarına göre; yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (KW:0,706; p:0,703) ( $p>0,05$ ) (Tablo 33 ).

Hastaların **üçüncü ayda ölçülen yaşam kalitesi puanlarının hastalık yıllarına** göre dağılımları incelenmiştir. Deney grubundaki hastalık yılı 1-10 yıl olan hastaların yaşam kalitesi puanı  $\bar{x}$ :9.00, 11-20 yıl olan hastaların  $\bar{x}$ :11.00, 31-45 yıl olan hastaların  $\bar{x}$ :11,75 olarak saptanmıştır. Deney grubundaki hastaların hastalık yıllarına göre yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (KW:0,210; p:0,646). Kontrol grubundaki hastalık yılı 1-10 yıl olan hastaların yaşam kalitesi puan ortalaması  $\bar{x}$ :13.25, 11-20 yıl olan hastaların  $\bar{x}$ :14.00 olarak belirlenmiştir. Kontrol grubundaki hastaların hastalık yıllarına göre yaşam

kalitesi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (U:21,00; p:0,895) ( $p>0,05$ ) (Tablo 33 ).

Hastaların **üçüncü ayda ölçülen yaşam kalitesi puanlarının fonksiyonel sınıflarına** göre dağılımları incelenmiştir. Deney grubundaki fonksiyonel sınıfı I olan hastaların yaşam kalitesi puanı ortalaması  $\bar{x}$ :8.00, fonksiyonel sınıfı II olan hastaların  $\bar{x}$ :9.00, fonksiyonel sınıfı III olan hastaların  $\bar{x}$ :9.00, fonksiyonel sınıfı IV olan hastaların ise  $\bar{x}$ :15,00 olarak saptanmıştır. Deney grubundaki hastaların fonksiyonel sınıflarına göre yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (KW:4,802; p:0,187). Kontrol grubundaki fonksiyonel sınıf I olan hastaların yaşam kalitesi puan ortalaması  $\bar{x}$ :10.00, fonksiyonel sınıf II olan hastaların  $\bar{x}$ :9.00, fonksiyonel sınıf III olan hastaların  $\bar{x}$ :16.57, fonksiyonel sınıf IV olan hastaların  $\bar{x}$ :12.60 olarak belirlenmiştir. Kontrol grubundaki hastaların fonksiyonel sınıflarına göre yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (KW:4,480; p:0,214) ( $p>0,05$ ) (Tablo 33).

Hastaların **altıncı ayda ölçülen yaşam kalitesi puanlarının yaş gruplarına** göre dağılımları incelenmiştir. Deney grubundaki hastaların yaş gruplarına göre yaşam kalitesi puanları incelendiğinde; 29-39 yaş grubunda  $\bar{x}$ :13.50; 40-49 yaş grubunda  $\bar{x}$ :2.00, 50-59 yaş grubunda  $\bar{x}$ :11.20, 60-69 yaş grubunda  $\bar{x}$ :9.00, 70-79 yaş grubunda  $\bar{x}$ :9.66 saptanmıştır. Deney grubundaki hastaların yaş gruplarına göre yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (KW:2,727; p:0,604). Kontrol grubundaki hastaların yaş gruplarına göre yaşam kalitesi puanlarının dağılımları incelendiğinde; 29-39 yaş grubunda  $\bar{x}$ :11.00; 40-49 yaş grubunda



$\bar{x}$ :10.00, 50-59 yaş grubunda  $\bar{x}$ :15.33; 60-69 yaş grubunda  $\bar{x}$ :13.00; 70-79 yaş grubunda  $\bar{x}$ :17.00 olduğu saptanmıştır. Kontrol grubundaki hastaların yaş gruplarına göre yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (KW:6,285; p:0,604) (Tablo 33).

Hastaların **altıncı ayda ölçülen yaşam kalitesi puanlarının cinsiyetlerine** göre dağılımları incelenmiştir. Deney grubundaki kadın hastaların yaşam kalitesi puanı  $\bar{x}$ :9.00, erkek hastaların ise  $\bar{x}$ :17.00 olduğu saptanmıştır; iki grup arasındaki puan ortalamaları arasındaki fark; istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (U:1,00; p:0,171). Kontrol grubundaki kadın hastaların yaşam kalitesi puan ortalaması  $\bar{x}$ :14.42, erkek hastaların  $\bar{x}$ :11.00 olduğu saptanmıştır. Kontrol grubundaki hastaların cinsiyetlerine göre yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (U:2,00; p:0,243) (Tablo 33).

Hastaların **altıncı ayda ölçülen yaşam kalitesi puanlarının eğitim düzeylerine** göre dağılımları incelenmiştir. Deney grubundaki ilköğretim mezunu hastaların yaşam kalitesi puanı ortalaması 9.09, lise/üniversite mezunu olanların  $\bar{x}$ :11.33'dür. Deney grubundaki hastaların eğitim düzeylerine göre yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (U:11,50; p:0,435). Kontrol grubundaki hastalarda ilköğretim mezunu olanların yaşam kalitesi puan ortalaması  $\bar{x}$ :15.16, lise/üniversite olanların  $\bar{x}$ :10.33 olarak saptanmıştır. Kontrol grubundaki hastaların eğitim düzeylerine göre yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (U:5,00; p:0,058) ( $p>0,05$ ) (Tablo 33).

Hastaların **altıncı ayda ölçülen yaşam kalitesi puanlarının medeni durumlarına** göre dağılımları incelenmiştir. Deney grubundaki evli hastaların yaşam kalitesi puan ortalaması 7.11, dul/bekar olan hastaların  $\bar{x}$ :14,00 olarak saptanmıştır. Deney grubundaki hastaların medeni durumlarına göre yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (U:7,00; p:0,038; **p<0,05**). Deney grubundaki evli olan hastalar yaşam kalitelerini daha iyi olarak algılamaktadırlar. Kontrol grubundaki evli hastaların yaşam kalitesi puanı ortalaması  $\bar{x}$ :14.11, dul/bekar olan hastaların  $\bar{x}$ :14.33 olarak saptanmıştır. Kontrol grubundaki hastaların medeni durumlarına göre yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (U:24,00; p:0,721) ( $p>0,05$ ) (Tablo 33).

Hastaların **altıncı ayda ölçülen yaşam kalitesi puanlarının çalışma durumlarına** göre dağılımları incelenmiştir. Deney grubundaki çalışan hastaların yaşam kalitesi puanı ortalaması  $\bar{x}$ :10.00, çalışmayan hastaların  $\bar{x}$ :9.53 olarak saptanmıştır. Deney grubundaki hastaların çalışma durumlarına göre yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (U:5,00; p:0,709). Kontrol grubundaki çalışan hastaların yaşam kalitesi puan ortalaması  $\bar{x}$ :12.00, çalışmayanların  $\bar{x}$ :14.75 olarak belirlenmiştir. Kontrol grubundaki hastaların çalışma durumlarına göre yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (U:11,50; p:0,344) ( $p>0,05$ ) (Tablo 33 ).

Hastaların **altıncı ayda ölçülen yaşam kalitesi puanlarının sosyal güvencelerine** göre dağılımları incelenmiştir. Deney grubundaki sosyal güvencesi Emekli Sandığı olan hastaların yaşam kalitesi puanı ortalaması  $\bar{x}$ :9.09, Bağ-Kur/SSK olanların  $\bar{x}$ :10.33 olarak saptanmış ve hastaların sosyal

güvencelerine göre yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (U:12,50; p:0,532). Kontrol grubundaki sosyal güvencesi Emekli Sandığı olan hastaların yaşam kalitesi puan ortalaması  $\bar{x}$ :14.25, Bağ-Kur/SSK olanların  $\bar{x}$ :15.50, ücretli olan hastaların  $\bar{x}$ :11.00 olarak belirlenmiştir. Kontrol grubundaki hastaların sosyal güvence durumlarına göre yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (KW:1,78; p:0,409) ( $p>0,05$ ) (Tablo 33 ).

Hastaların **altıncı ayda ölçülen yaşam kalitesi puanlarının gelir durumlarına** göre dağılımları incelenmiştir. Deney grubundaki gelir düzeyi düşük olan hastaların yaşam kalitesi puanı ortalaması  $\bar{x}$ :13.60, gelir gider durumu eşit olan hastaların  $\bar{x}$ :7.00, geliri fazla olan hastaların  $\bar{x}$ :7.75 olarak saptanmıştır. Deney grubundaki hastaların gelir durumlarına göre yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (KW:3,026; p:0,220). Kontrol grubundaki geliri düşük olan hastaların yaşam kalitesi puanı  $\bar{x}$ :13.57, gelir gideri eşit olan hastaların  $\bar{x}$ :13.83, geliri fazla olan hastaların ise  $\bar{x}$ :14.20 olarak belirlenmiştir. Kontrol grubundaki hastaların gelir durumlarına göre yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (KW:2,42; p:0,298) ( $p>0,05$ ) (Tablo 33 ).

Hastaların **altıncı ayda ölçülen yaşam kalitesi puanlarının hastalık yıllarına** göre dağılımları incelenmiştir. Deney grubundaki hastalık yılı 1-10 yıl olan hastaların yaşam kalitesi puanı ortalaması  $\bar{x}$ :6.57, 11-20 yıl olan hastaların  $\bar{x}$ :11.66, 31-45 yıl olan hastaların  $\bar{x}$ :13,25 olarak saptanmıştır. Deney grubundaki hastaların hastalık yıllarına göre yaşam kalitesi puan

ortalamları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (KW:1,893; p:0,169). Kontrol grubundaki hastalık yılı 1-10 yıl olan hastaların yaşam kalitesi puan ortalaması  $\bar{x}$ :14.25, 11-20 yıl olan hastaların  $\bar{x}$ :14.18 olarak belirlenmiştir. Kontrol grubundaki hastaların hastalık yıllarına göre yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (U:21,50; p:0,947) ( $p>0,05$ ) (Tablo 33 ).

Hastaların **altıncı ayda ölçülen yaşam kalitesi puanlarının fonksiyonel sınıflarına** göre dağılımları incelenmiştir. Deney grubundaki fonksiyonel sınıfı I olan hastaların yaşam kalitesi puanı ortalaması  $\bar{x}$ :10.00, fonksiyonel sınıfı II olan hastaların  $\bar{x}$ :6.60, fonksiyonel sınıfı III olan hastaların  $\bar{x}$ :10.00, fonksiyonel sınıfı IV olan hastaların ise  $\bar{x}$ :13.66 olarak saptanmıştır. Deney grubundaki hastaların fonksiyonel sınıflarına göre yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (KW:5,200; p:0,158). Kontrol grubundaki fonksiyonel sınıf I olan hastaların yaşam kalitesi puan ortalaması  $\bar{x}$ :17.00, fonksiyonel sınıf II olan hastaların  $\bar{x}$ :10.50, fonksiyonel sınıf III olan hastaların  $\bar{x}$ :14.42, fonksiyonel sınıf IV olan hastaların  $\bar{x}$ :14.80 olarak belirlenmiştir. Kontrol grubundaki hastaların fonksiyonel sınıflarına göre yaşam kalitesi puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (KW:1,58; p:0,663) ( $p>0,05$ ) (Tablo 33).

### 3.7.HASTALARIN HASTANEDEKİ YATIŞ SÜRELERİNE İLİŞKİN BULGULAR

**Tablo 34: Hastaların Hastanedeki Yatış Günlerine Göre Dağılımları**

YATIŞ GÜNLERİ	Deney Grubu		Kontrol Grubu	
	n	%	n	%
6-14 Gün	8	57,20	5	33,30
15-21 Gün	3	21,50	3	20,00
22-28 Gün	1	7,10	4	26,70
29-35 Gün	1	7,10	3	20,00
36-42 Gün	1	7,10	-	-
<b>TOPLAM</b>	<b>14</b>	<b>100,0</b>	<b>15</b>	<b>100,0</b>
<b>YATIŞ GÜNÜ ORTALAMASI</b>	$\bar{X}:16,00\pm9,080$		$\bar{X}:20,60\pm7,808$	

U:64,00 p:0,073 p>0,05

Tablo 34'de deney ve kontrol grubundaki hastaların yatış günlerine göre dağılımları gösterilmektedir. Deney grubundaki hastaların %57,1'i 6-14 gün, %21,4'ü 15-21 gün, %7,1'i 22-28 gün, %7,1'i 29-35 gün, %7,1'i 36-42 gün yatış süresine sahip iken, bu oranlar kontrol grubunda %33,3'ü 6-14 gün; %20,0'i 15-21 gün, %26,7'si 22-28 gün, %20,0'i 29-35 gün olarak sıralanmıştır.

Deney grubundaki hastaların hastanede yatış günü ortalaması  $\bar{X}:16,00\pm11,661$  gün; kontrol grubundaki hastaların  $\bar{X}:20,60\pm7,808$  gün dür. Yapılan Mann Whitney U testi sonucu, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (U:64,00; p>0,05) (Tablo 34).

### 3.8.HASTALIĞIN MALİYETİNE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 35'de araştırma kapsamındaki hastaların hastane ve 6 aylık sağlık bakım maliyetleri ortalamalarının dağılımları gösterilmiştir.

**Tablo 35: Hastaların Toplam Sağlık Bakım Maliyetlerinin Dağılımları**

MALİYET (YTL)	Deney Grubu			Kontrol Grubu			
	n	$\bar{x}$	SD	n	$\bar{x}$	SD	
Hastane	14	1151,33	652,79	15	1403,48	917,40	U: 90,00 p:0,513
6 Aylık	14	113,91	49,82	15	194,60	135,55	U: 67,50 P:0,101
<b>TOPLAM</b>	<b>14</b>	<b>1265,25</b>	<b>660,03</b>	<b>15</b>	<b>1598,09</b>	<b>852,97</b>	U: 80,00 p:0,275

$p>0,05$

Hastane yatış maliyeti; deney grubunda  $\bar{x}$ :1151,33±652,79 YTL (847,18 USD), kontrol grubunda  $\bar{x}$ :1403,48±917,40 YTL (1032,72 USD) olduğu saptanmıştır. Her iki grubun hastane maliyetleri açısından aralarında fark olup olmadığı Mann Whitney U testi ile incelenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (U:90,00;  $p>0,05$ ) (Tablo 35).

Tablo 35'de araştırma kapsamındaki hastaların taburculuktan sonraki 6 aylık sağlık bakım maliyetleri incelendiğinde; deney grubunda  $\bar{x}$ :113,91±49,82 YTL (83,81 USD); kontrol grubunda  $\bar{x}$ :194,60±135,55 YTL (143,19) olduğu görülmektedir. Her iki grup arasında 6 aylık sağlık bakım maliyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (U:67,50;  $p>0,05$ ).







**Tablo 36'nın Devamı**

MALİYET (YTL)	DENEY GRUBU				KONTROL GRUBU			
	n	$\bar{x}$	SD		n	$\bar{x}$	SD	
<b>Sosyal Güvence</b>								
Emekli Sandığı	11	1041,30	602,77	U:8,00	12	1376,82	973,52	KW:3,86
Bağ-Kur/SSK	3	1554,79	801,57	p:0,186	2	1978,12	29,95	p:0,145
Ücretli		-			1	574,48	0	
<b>Gelir Düzeyi</b>								
Gelir az	5	1841,79	442,18		7	1262,04	455,09	
Gelir gider eşit	5	1066,48	692,57	KW:6,28	6	2139,87	960,73	KW:4,01
Gelir fazla	4	793,04	265,31	p:0,043*	2	1148,91	1171,71	P:0,134
<b>Hastalık yılı</b>								
1-10 yıl	7	1262,65	604,45	KW:0,01	4	1776,44	1487,97	U:22,00
11-20 yıl	3	1258,87	995,70	P:0,909	11	1533,23	580,52	p:1,00
21-30 yıl		-				-		
31-45 yıl	4	1274,59	704,23			-		
<b>Fonksiyonel düzey</b>								
Sınıf I	1	1934,99	0			-		
Sınıf II	4	613,82	130,01	KW:7,20	4	1376,45	592,4	KW:0,02
Sınıf III	6	1477,63	419,3	p:0,066	9	1415,85	717,9	p:0,87
Sınıf IV	3	1483,78	884,0		2	2128,79	1202,21	
<b>TOPLAM</b>	14	1151,33	652,79		15	1403,48	917±40	

\*p<0,05

Hastaların toplam sağlık bakım maliyetlerinin yaş gruplarına göre dağılımları incelenmiştir. Deney grubundaki hastaların yaş gruplarına göre toplam sağlık bakım maliyetleri incelendiğinde; 29-39 yaş grubunda  $\bar{x}$ :2168.06; 40-49 yaş grubunda  $\bar{x}$ :1198.23, 50-59 yaş grubunda  $\bar{x}$ :1091.03, 60-69 yaş grubunda  $\bar{x}$ :687.74, 70-79 yaş grubunda  $\bar{x}$ :1383.44 saptanmıştır.

Deney grubundaki hastaların yaş gruplarına göre toplam sağlık bakım maliyeti ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (KW:4,72; p:0,317). Kontrol grubundaki hastaların yaş gruplarına göre toplam sağlık bakım maliyetlerinin dağılımları incelendiğinde; 29-39 yaş grubunda  $\bar{x}$ :2597.87; 40-49 yaş grubunda  $\bar{x}$ :1338.88, 50-59 yaş grubunda  $\bar{x}$ :1207.20; 60-69 yaş grubunda  $\bar{x}$ :1367.98; 70-79 yaş grubunda  $\bar{x}$ :2449.52 olduğu saptanmıştır. Kontrol grubundaki hastaların yaş gruplarına göre toplam sağlık bakım maliyeti ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (KW:5,76; p:0,217) (Tablo 36).

Hastaların **toplam sağlık bakım maliyetlerinin cinsiyetlerine** göre dağılımları incelenmiştir. Deney grubundaki kadın hastaların toplam sağlık bakım maliyeti ortalaması  $\bar{x}$ :1066.27, erkek hastaların ise  $\bar{x}$ :2257.16 olduğu saptanmıştır. Deney grubundaki hastaların cinsiyetlerine göre toplam sağlık bakım maliyeti ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (U:0,00; p:0,107). Kontrol grubundaki kadın hastaların toplam sağlık bakım maliyetleri ortalaması  $\bar{x}$ :1326.38, erkek hastaların  $\bar{x}$ :2482.90'dır. Kontrol grubundaki hastaların cinsiyetlerine göre toplam sağlık bakım maliyeti ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (U:1,00; p:0,165) (**p<0,05**) (Tablo 36).

Hastaların **toplam sağlık bakım maliyetlerinin eğitim düzeylerine** göre dağılımları incelenmiştir. Deney grubundaki ilköğretim mezunu hastaların toplam sağlık bakım maliyetleri  $\bar{x}$ :1013,79, lise/üniversite mezunu olanların  $\bar{x}$ :1655,66'dır. Deney grubundaki hastaların eğitim düzeylerine göre toplam sağlık bakım maliyeti ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (U:7,00; p:0,139). Kontrol grubundaki hastalarda

ilköğretim mezunu olanların toplam sağlık bakım maliyeti  $\bar{x}$ :1340.11, lise/üniversite olanların  $\bar{x}$ :1656.96 olarak saptanmıştır. Kontrol grubundaki hastaların eğitim düzeylerine göre toplam sağlık bakım maliyeti ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (U:14,00; p:0,564) ( $p>0,05$ ) (Tablo 36).

Hastaların **toplam sağlık bakım maliyetlerinin medeni durumlarına** göre dağılımları incelenmiştir. Deney grubundaki evli hastaların toplam sağlık bakım maliyetleri ortalaması  $\bar{x}$ :1961.48, dul/bekar olan hastaların  $\bar{x}$ :1493.08 olarak saptanmıştır. Deney grubundaki hastaların medeni durumlarına göre toplam sağlık bakım maliyeti ortalamaları arasındaki fark; istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (U:11,00; p:0,125). Kontrol grubundaki evli hastaların toplam sağlık bakım maliyetleri  $\bar{x}$ :1025.97, dul/bekar olan hastaların  $\bar{x}$ :1969.75'dir. Kontrol grubundaki hastaların medeni durumlarına göre toplam sağlık bakım maliyeti ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (U:12,00; p:0,770) ( $p<0,05$ ) (Tablo 36).

Hastaların **toplam sağlık bakım maliyetlerinin çalışma durumlarına** göre dağılımları incelenmiştir. Deney grubundaki çalışan hastaların toplam sağlık bakım maliyetleri ortalaması  $\bar{x}$ :21725.65, çalışmayan hastaların  $\bar{x}$ :1107.16 olarak saptanmıştır. Deney grubundaki hastaların çalışma durumlarına göre toplam sağlık bakım maliyeti ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (U:3,00; p:0,385) Kontrol grubundaki çalışan hastaların toplam sağlık bakım maliyetleri ortalaması  $\bar{x}$ :1193.80, çalışmayanların  $\bar{x}$ :1455.90 olarak belirlenmiştir. Kontrol grubundaki hastaların çalışma durumlarına göre toplam sağlık bakım maliyeti

ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (U:13,00; p:0,470) ( $p>0,05$ ) (Tablo 36 ).

Hastaların **toplam sağlık bakım maliyetlerinin sosyal güvencelerine** göre dağılımları incelenmiştir. Deney grubundaki sosyal güvencesi Emekli Sandığı olan hastaların toplam sağlık bakım maliyetleri ortalaması  $\bar{x}$ :1041,30, Bağ-Kur/SSK olanların  $\bar{x}$ :1554.79 olarak saptanmıştır. Deney grubundaki hastaların sosyal güvencelerine göre toplam sağlık bakım maliyeti ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (U:8,00; p:0,186) Kontrol grubundaki sosyal güvencesi Emekli Sandığı olan hastaların toplam sağlık bakım maliyetleri ortalaması  $\bar{x}$ :1376,82, Bağ-Kur/SSK olanların  $\bar{x}$ :1978.12, ücretli olan hastaların  $\bar{x}$ :5.74 olarak belirlenmiştir. Kontrol grubundaki hastaların sosyal güvencelerine göre toplam sağlık bakım maliyeti ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (KW:4,01; p:0,134) ( $p>0,05$ ) (Tablo 36 ).

Hastaların **toplam sağlık bakım maliyetlerinin gelir durumlarına** göre dağılımları incelenmiştir. Deney grubundaki gelir düzeyi düşük olan hastaların toplam sağlık bakım maliyetleri ortalaması  $\bar{x}$ :1841.79, gelir gider durumu eşit olan hastaların  $\bar{x}$ :1066.48, geliri fazla olan hastaların  $\bar{x}$ :793.04 olarak saptanmıştır. Deney grubundaki hastaların gelir durumlarına göre toplam sağlık bakım maliyeti ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (KW:6,28; p:0,043;  $p<0,05$ ). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını incelemek için yapılan Bonferroni Düzeltmeli Mann Whitney U testi sonucunda; gelir düzeyi düşük olan hastalarla gelir düzeyi fazla olan hastalar arasındaki toplam sağlık bakım maliyetleri ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olarak saptanmıştır (U:0,000; p:0,014;

$p < 0,016$ ). Bu sonuç; gelir düzeyi düşük olan hastaların toplam sağlık bakım maliyetlerinin, gelir düzeyi fazla olan hastalardan istatistiksel olarak daha yüksek olduğu göstermektedir. Kontrol grubundaki geliri düşük olan hastaların toplam sağlık bakım maliyetleri ortalaması  $\bar{x}:1262.04$ , gelir gideri eşit olan hastaların  $\bar{x}:2139.87$ , geliri fazla olan hastaların ise  $\bar{x}:1148.91$  olarak belirlenmiştir. Kontrol grubundaki hastaların gelir durumlarına göre toplam sağlık bakım maliyeti ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (KW:4,01; p:0,134;  $p > 0,05$ ) (Tablo 36).

Hastaların **toplam sağlık bakım maliyetlerinin hastalık yıllarına** göre dağılımları incelenmiştir. Deney grubundaki hastalık yılı 1-10 yıl olan hastaların toplam sağlık bakım maliyetleri ortalaması  $\bar{x}:1262.65$ , 11-20 yıl olan hastaların  $\bar{x}:1258.87$ , 31-45 yıl olan hastaların  $\bar{x}:1274.59$  olarak saptanmıştır. Deney grubundaki hastaların tanı yıllarına göre toplam sağlık bakım maliyeti ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (KW:0,01; p:0,909). Kontrol grubundaki hastalık yılı 1-10 yıl olan hastaların toplam sağlık bakım maliyetleri ortalaması  $\bar{x}:1776.44$ , 11-20 yıl olan hastaların  $\bar{x}:1533.23$  olarak belirlenmiştir. Kontrol grubundaki hastaların tanı yıllarına göre toplam sağlık bakım maliyeti ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (U:22,00; p:1,00) ( $p > 0,05$ ) (Tablo 36).

Hastaların **toplam sağlık bakım maliyetlerinin fonksiyonel sınıflarına** göre dağılımları incelenmiştir. Deney grubundaki fonksiyonel sınıfı I olan hastaların toplam sağlık bakım maliyetleri ortalaması  $\bar{x}:1934.99$ , fonksiyonel sınıfı II olan hastaların  $\bar{x}:613.82$ , fonksiyonel sınıfı III olan hastaların  $\bar{x}:1477,63$ , fonksiyonel sınıfı IV olan hastaların ise  $\bar{x}:1483.784$

olarak saptanmıştır. Deney grubundaki hastaların fonksiyonel sınıflarına göre toplam sağlık bakım maliyeti ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (KW:7,200; p:0,066). Kontrol grubundaki fonksiyonel sınıf II olan hastaların toplam sağlık bakım maliyetleri ortalaması  $\bar{x}$ :1376.45, fonksiyonel sınıf III olan hastaların  $\bar{x}$ :1415.85, fonksiyonel sınıf IV olan hastaların  $\bar{x}$ :2128.79 olarak belirlenmiştir. Kontrol grubundaki hastaların fonksiyonel sınıflarına göre toplam sağlık bakım maliyeti ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (KW:0,02; p:0,87) ( $p>0,05$ ) (Tablo 36).



### 3.9.HASTALARIN ALTINCI AYDA SAĞLIK DURUMLARINI DEĞERLENDİRMELERİNE İLİŞKİN BULGULAR

**Tablo 37:Hastaların Altıncı Aydaki Sağlık Durumlarını Değerlendirmelerine Göre Dağılımları**

Sağlığın Değerlendirilmesi	DENEY		KONTROL	
	n	%	n	%
Mükemmel (1)	-	-	-	-
Çok iyi (2)	5	35,70	1	6,70
İyi (3)	6	42,90	3	20,00
Orta (4)	2	14,30	8	53,30
Kötü (5)	1	7,10	3	20,00
<b>TOPLAM</b>	<b>14</b>	<b>100,0</b>	<b>15</b>	<b>100,0</b>
$\bar{x}$	2,92±0,916		3,86±0,833	

U:47,00 p:0,008\* p<0,05\*

Tablo 37'de Sağlık Değerlendirme Anketi kapsamında altıncı ayda hastalara yöneltilen "Şu anki sağlığınız için ne diyebilirsiniz?" sorusuna hastaların vermiş olduğu yanıtların dağılımı gösterilmiştir. Sağlık durumlarını; deney grubundaki hastaların %35,70'i çok iyi, % 42,90'ı iyi, % 14,30'u orta, %7,10'u kötü olarak bildirirken; kontrol grubundaki hastaların %6,70'i çok iyi, %20,00'i iyi, %53,30'u orta, %20,00'i kötü olarak belirtmiştir.

Hastaların genel sağlık durumlarını değerlendirmede verdikleri yanıtlar incelenmiş ve deney grubundaki hastaların puan ortalamaları  $\bar{x}$ :2,92±0,916; kontrol grubundaki hastaların puan ortalamaları  $\bar{x}$ :3,86±0,833 olarak saptanmıştır. Deney ve kontrol grubundaki hastaların puan ortalamaları arasındaki fark, Mann Whitney U testi ile analiz edilmiş ve istatistiksel olarak



anlamli olduğu saptanmıştır (U:47,00; p<0,05). Deney grubundaki hastalar genel sağlık durumlarını kontrol grubundaki hastalardan daha iyi olarak bildirmişlerdir.

**Tablo 38:Hastaların Altıncı Aydaki Sağlık Durumlarından Duydukları Memnuniyet Düzeylerine Göre Dağılımları**

Sağlık Durumundan Memnun Olma	DENEY		KONTROL	
	n	%	n	%
Çok memnunum (1)	2	14,30	1	6,70
Biraz memnunum (2)	9	64,30	7	46,70
Ne memnunum, Ne de değilim (3)	1	7,10	2	13,30
Biraz memnun değilim (4)	2	14,30	3	20,00
Hiç memnun değilim (5)	-		2	13,30
<b>TOPLAM</b>	<b>14</b>	<b>100,0</b>	<b>15</b>	<b>100,0</b>
<b>Memnuniyet Puan Ortalaması</b>	<b><math>\bar{x}</math>:2,21±0,892</b>		<b><math>\bar{x}</math>:2,86±1,245</b>	

**U:73,50      p:0,130      p>0,05**

Tablo 38'de Sağlık Değerlendirme Anketi kapsamında altıncı ayda hastalara yöneltilen "şimdiki sađlığınızdán ne kadar memnunsunuz?" sorusuna hastaların vermiş olduğu yanıtların dağılımını gösterilmiştir.

Deney grubundaki hastaların sağlık durumlarından duydukları memnuniyet durumları incelendiğinde; % 14,30 çok memnun, %64,30 biraz memnun, %14,30 biraz memnun değil, %7,10'u ne memnun ne de memnun değil olarak oranlanırken; bu grupta sağlık durumundan hiç memnun olmayan hasta bulunmamaktadır.

Kontrol grubundaki hastaların sağlık durumlarından duydukları memnuniyet durumları incelendiğinde; %6,70'inin çok memnun, %46,70'inin

biraz memnun, %20,00'inin biraz memnun olmadığı, %13,30'unun hiç memnun olmadığı, %13,30'unun da ne memnun ne de memnun değil olarak sıralandığı görülmektedir.

Hastaların sağlıklarından duydukları memnuniyeti değerlendirmelerine yönelik verilen yanıtlar incelendiğinde; deney grubundaki hastaların puan ortalamaları  $\bar{x}:2,21\pm0,892$ ; kontrol grubundaki hastaların ise  $\bar{x}:2,86\pm1,245$  olarak saptanmıştır. Deney ve kontrol grupları arasındaki puan ortalamaları arasındaki fark Mann Whitney U testi ile analiz edilmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (U: 73,50; p:0,130; p>0,05) (Tablo 38 ).



**Tablo 39: Hastaların Son Altı Ayda Yaşadıkları Semptomlara Göre Dağılımları**

SEMPTOMLAR	DENEY				KONTROL			
	Var		Yok		Var		Yok	
<b>Baş, Kulak, Burun Boğaz, Göz</b>	n	%	n	%	n	%	n	%
Bulanık görme	1	7,10	13	92,90	2	13,30	13	86,70
Kulakta çınlama	-		14	100,0	3	20,00	12	80,00
İşitme gücüğü	-		14	100,0	-		15	100,0
Ağızda yaralar	1	7,10	13	92,90	4	26,70	11	73,30
Tat kaybı/değişiklikleri	-		14	100,0	-		15	100,0
Baş ağrısı	8	57,10	6	42,90	9	60,00	6	40,00
Baş dönmesi	8	57,10	6	42,90	8	53,30	7	46,70
Ateş	6	42,90	8	57,10	4	26,70	11	73,30
<b>Gastrointestinal Kanal</b>								
İştah kaybı	1	7,10	13	92,90	4	26,70	11	73,30
Bulantı	5	35,70	9	64,30	8	53,30	7	46,70
Kusma	2	14,30	12	85,70	2	13,30	13	86,70
Mide yanması	7	50,00	7	50,00	9	60,00	6	40,00
Hazımsızlık/geğirme	5	35,70	9	64,30	10	66,70	5	33,30
Üst karın bölgesinde ağrı	4	28,60	10	71,40	8	53,30	7	46,70
Karaciğer sorunları	2	14,30	12	85,70	3	20,00	12	80,00
Alt karın bölgesinde ağrı	-		14	100,0	-		15	100,0
İshal	1	7,10	13	92,90	2	13,30	13	86,70
Konstüpasyon	7	50,00	7	50,00	9	60,00	6	40,00

**Tablo 39'un Devamı**

SEMPTOMLAR	DENEY		KONTROL	
	Var	Yok	Var	Yok
<b>GÖĞÜS, AKCİĞERLER VE KALP</b>	n %	n %	n %	n %
Göğüs ağrısı	1 7,10	13 92,90	1 6,70	14 93,30
Nefes darlığı	2 14,30	12 85,70	8 53,30	7 46,70
Hırıltılı solunum	1 7,10	13 92,90	1 6,70	14 93,30
<b>KAS-İSKELET</b>				
Eklemler ağrısı	13 92,9	1 7,1	14 93,3	1 6,7
Eklemler şişliği	10 71,4	4 28,6	12 80,0	3 20,0
Bel ağrısı	6 42,9	8 57,1	9 60,0	6 40,0
Kas ağrısı	8 57,1	6 42,9	10 66,7	5 33,3
Boyun ağrısı	7 50,00	7 50,00	8 53,3	7 46,7
Kaslarda güçsüzlük	7 50,00	7 50,00	11 73,3	4 26,7
<b>NÖROLOJİK VE PSİKOLOJİK</b>				
Depresyon (Keder, hüzün, can sıkıntısı)	6 42,90	8 57,10	9 60,00	6 40,00
Uykusuzluk	10 71,40	4 28,60	10 66,70	5 33,30
Sinirlilik	6 42,90	8 57,10	10 66,70	5 33,30
Yorgunluk	9 64,30	5 35,70	12 80,00	3 20,00
Düşünme veya hatırlamada güçlük	2 14,30	12 85,70	4 26,70	11 73,30
<b>CİLT</b>				
Kolay berelenme, morarma	3 21,40	11 78,60	6 40,00	9 60,00
Ürtiker veya kırmızı lekeler	-	14 100,0	1 6,70	14 93,30
Kaşınıtı	2 14,30	12 85,70	3 20,00	12 80,00
Kızarıklık, isilik	1 7,10	13 92,00	6 40,00	9 60,00

Tablo 39'da hastaların son 6 ayda yaşadıkları semptomlara göre dağılımları verilmiştir.

Deney grubundaki hastalar **baş, kulak, burun, boğaz ve gözle** ilgili olarak en sıklıkla yaşadıkları 3 semptomu %57,1 başağrısı, %57,1 başdönmesi ve %42,9 ateş olarak belirtmişlerdir. Kontrol grubundaki hastalar ise; en sık yaşadıkları 3 semptom olarak %60 başağrısı, %53,3 başdönmesi, %26,7 oranla ateş ve ağızda yaralar bildirmiştir.

Deney grubundaki hastaların **gastrointestinal sistem** ile ilgili en sıklıkla belirttiği 3 semptom %50,0 oranında mide yanması ve konstüpsiyon, %35,7 oranla bulantı ve hazımsızlık/geğirme, %28,6 oranla da üst karın bölgesinde (mide) ağrı/rahatsızlıktır. Kontrol grubundaki hastaların bu alanda en fazla yaşadıklarını bildirdikleri semptomlar ise; %66,7 oranında hazımsızlık/geğirme, %60 mide yanması ve konstüpsiyon, %53,3 oranında bulantı ve üst karın bölgesinde ağrı olmuştur.

**Göğüs, akciğerler ve kalp** ile ilgili olarak deney grubundaki hastalar en fazla olarak %14,3 oranında nefes darlığı yaşadıklarını, %7,1'i ise (1'er hasta) göğüs ağrısı ve hırıltılı solunum bildirmişlerdir. Kontrol grubundaki hastalarda ise dağılım; %53,3 nefes darlığı, %6,7'si (1'er hasta) göğüs ağrısı ve hırıltılı solunum şeklindedir.

Deney grubundaki hastalar **kas-İskelet sistemi** ile ilgili olarak en sıklıkla %92,9'u eklem ağrısı, %71,4 eklem şişliği, %57,1'i ise kas ağrısı yaşamışlardır. Kontrol grubundaki hastalar ise; %93,3 eklem ağrısı, %80,0 eklem şişliği, %73,3 kaslarda güçsüzlük yaşadıklarını bildirmişlerdir.

Deney grubundaki hastaların **nörolojik ve psikolojik** alanda yaşadıkları en sık semptomlar sırasıyla %71,4 uykusuzluk, %64,3 yorgunluk,

%42,9 oranında depresyon (can sıkıntısı, keder, hüzn) ve sinirlilik olarak sıralanmıştır. Kontrol grubundaki hastaların en sık bildirdiği semptomlar %80,0 oranında yorgunluk, %66,7 sinirlilik ve uykusuzluk, %60,0 depresyon olarak sıralanmıştır.

Deney grubundaki hastaların cilt ile ilgili en sıklıkla %21,4 kolay berelenme/yaralanma, %14,3 kaşıntı, %7,1 oranda kızarıklık/isilik bildirmişlerdir. Kontrol grubundaki hastaların cilt ile ilgili en sık yaşadıkları semptomlar %40 oranında kolay berelenme/morarma ve kızarıklık, %20,0 kaşıntı ve %6,7 ürtiker olarak bildirilmiştir.





**Tablo 40:Hastaların Son Altı Ay İçinde Yaşadıkları Aktivite Sınırlılıklarına ve Günlerine Göre Dağılımları**

<u>Günlük Aktiviteleri</u>	Deney Grubu		Kontrol Grubu	
	n	%	n	%
Sınırlamayan	5	35,70	4	26,70
Sınırlayan	9	64,30	11	73,30
<b><u>Sınırlanan Gün Sayısı</u></b>				
10-19 Gün				
20-29 Gün	3	33,30	3	27,20
30-39 Gün	4	44,50	3	27,20
40-49 Gün	2	22,20	4	36,50
		-	1	9,10
<b>TOPLAM</b>	<b>9</b>	<b>100,0</b>	<b>11</b>	<b>100,0</b>
<b>Ortalama Sınırlanan Gün</b>	$\bar{x}$ :18,88	SD: 7,81 (Min:10; Max:30)	$\bar{x}$ :23,63	SD:10,97 (Min:10; Max:45)
U:36,50      p:0,303      p>0,05				
<b><u>Günlük Aktivitelerinde Tamamen Kısıtlılık</u></b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Yaşayan	9	64,30	9	60,00
Yaşamayan	5	35,70	6	40,00
<b><u>Tamamen Kısıtlanan Günler</u></b>				
1-10 Gün	3	33,30	4	44,50
11-20 Gün	5	55,60	2	22,20
21-30 Gün	1	11,10	3	33,30
<b>TOPLAM</b>	<b>9</b>	<b>100,0</b>	<b>9</b>	<b>100,0</b>
<b>Ortalama Tamamen Kısıtlılık Yaşanan Gün</b>	$\bar{x}$ :14,50	SD:7,97 (Min:10; Max:30)	$\bar{x}$ :16,66	SD:10,60 (Min:5; Max:30)
U:43,50      p:,900      p>0,05				
<b>TOPLAM</b>	<b>14</b>	<b>100,0</b>	<b>15</b>	<b>100,0</b>



Araştırma kapsamındaki hastaların hastalıkları nedeniyle son 6 ay içinde normal günlük aktivitelerini sürdürmede (ev işi, günlük yaşam aktiviteleri gibi) kısıtlılık yaşayıp yaşamadıkları sorgulanmıştır (Tablo 40 ).

Deney grubundaki hastaların son 6 ay içinde %35,70'inin günlük aktivitelerinde sınırlamalar yaşamadıkları, %64,30'unun ise sınırlamalar yaşadıkları saptanmıştır. Sınırlama yaşadıklarını bildiren hastaların; %33,30'u 10-19 gün, %44,50'i 20-29 gün, %22,20'si 30-39 gün sınırlılık yaşadıkları belirlenmiştir.

Kontrol grubundaki hastaların son 6 ay içinde % 26,70'inin günlük aktivitelerinde sınırlamalar yaşamadıkları, %73,30'u ise sınırlamalar yaşadıkları saptanmıştır. Sınırlama yaşadıklarını bildiren hastaların %27,20'si 10-19 gün, %27,20'si 20-29 gün, %36,50'si 30-39 gün, %9,10'u 40-49 gün sınırlılık yaşadıkları belirlenmiştir.

Deney grubunda hastaların günlük aktivitelerini sınırladıkları ortalama gün sayısı  $\bar{x}$ :18,88±7,81 gün iken, kontrol grubunda  $\bar{x}$ :23,63±10,97 gün olarak saptanmıştır. İki grup arasındaki fark Mann Whitney U testi ile incelendiğinde; istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (U:36,50;p>0,05) (Tablo 40 ).

Hastalara hastalıkları nedeniyle son 6 ay içinde günlük aktivitelerini tamamen kısıtlılık yaşayıp yaşamadıkları sorulduğunda; deney grubunda tamamen kısıtlılık yaşamadıklarını bildirenlerin oranı ise %35,70; tamamen kısıtlılık yaşadıklarını bildirenlerin oranı ise %64,30'dur. Tamamen kısıtlılık yaşadıklarını bildiren deney grubu hastalarının tamamen kısıtlılık yaşadıkları gün sayısı, %33,30'ı 1-10 gün, %55,60'ı 11-20 gün, %11,10'u 21-30 gün saptanmıştır.

Kontrol grubundaki hastaların %40,0'ı tamamen kısıtlılık yaşamadıklarını bildirirken, tamamen kısıtlılık yaşadıklarını bildirenlerin oranı %60,00'tir. Tamamen kısıtlılık yaşadıklarını bildiren kontrol grubu hastalarının tamamen kısıtlılık yaşadıkları gün sayısı, %44,50'i 1-10 gün, %22,20'i 11-20 gün, %33,30'u 21-30 gün saptanmıştır.

Deney grubunda hastalıkları nedeniyle günlük aktivitelerini tamamen yapamadıkları ortalama gün sayısı  $\bar{x}$ :14,50±7,97 gün; kontrol grubunda  $\bar{x}$ :16,66±10,60 gün olarak bulunmuştur. İki grup arasındaki fark Mann Whitney U testi ile incelenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (U:43,50; p>0,05) (Tablo 40).

**Tablo 41:Hastaların İlaç Bırakma Ve Yan Etki Yaşama Durumlarına Göre Dağılımları**

İlaç Kullanımı	Deney Grubu				Kontrol Grubu			
	Evet		Hayır		Evet		Hayır	
	n	%	n	%	n	%	n	%
İlaç bırakma	3	21,40	11	78,60	4	26,70	11	73,30
<u>Nedeni:</u>								
İlaç Yan Etkisi Yaşama	2	14,30	12	85,70	4	26,70	11	73,30
İlaç Değişikliği	1	7,10	13	92,90	-	-	-	-

Hastalara son altı ay içinde kullandığı ilaçlarla ilgili olarak; herhangi bir nedenle ilaç bırakıp bırakmadığı sorulmuştur. Deney grubundaki hastaların % 21,40'ı kullanmakta olduğu bir ilacı bıraktığını, %78,60'ı ise kullanmakta olduğu bir ilacı bırakmadığını bildirmiştir. İlaç bırakma nedenleri

incelendiğinde; 2 hastanın ilaç yan etkisi, 1 hastanın hekim kontrolünde ilaç değişikliği nedeniyle kullanmakta olduğu ilacı bıraktığı belirlenmiştir. Kontrol grubundaki hastaların %26,70'i kullanmakta olduğu bir ilacı bıraktığını, %73,30'u ise bırakmadığını bildirmiştir. İlacı bırakma nedenleri incelendiğinde; 4 hastanın ilaç yan etkileri nedeniyle kullanmakta olduğu ilacı bırakmış olduğu saptanmıştır (Tablo 41).

**Tablo 42: Hastaların Son Altı Ay İçinde Hastaneye Başvuru Şekli Ve Dağılımları**

Poliklinik Dışı Hastaneye Başvuru	Deney Grubu		Kontrol Grubu	
	Evet n %	Hayır n %	Evet n %	Hayır n %
Hastaneye Başvuru	2 14,30	12 85,70	5 33,33	10 66,67
<u>Başvuru Nedeni:</u>				
Cerrahi Operasyon	1 7,15	13 92,85	2 13,34	13 86,66
Hastalık Alevlenmesi	-	-	1 6,66	14 93,33
Acil Servise Başvuru	1 7,15	13 92,85	2 13,34	13 86,66
Ortalama Hekime Başvuru Sayısı	$\bar{x}:2,00\pm1,10$		$\bar{x}:3,26\pm1,57$	

Tablo 42'de hastaların son 6 ay içinde poliklinik hizmetleri dışında hastaneye başvuru şekillerine göre dağılımları gösterilmiştir. Deney grubunda poliklinik hizmeti dışında hastaneye başvuran hastaların oranı %14,30, hastaneye başvurmayanların oranı %85,70 olarak saptanmıştır. Başvuru

nedenleri incelendiğinde; 1 hastanın cerrahi operasyon nedeniyle hastaneye yattığı, 1 hastanın acil servise başvurduğu belirlenmiştir.

Kontrol grubunda poliklinik hizmeti dışında hastaneye başvuran hastaların oranı %33,33, hastaneye başvurmayanların oranı %66,67 olarak saptanmıştır. Başvuru nedenleri incelendiğinde; 2 hastanın cerrahi operasyon ve 1 hastanın hastalık alevlenmesi nedeniyle hastaneye yattığı, 2 hastanın acil servise başvurduğu belirlenmiştir.

Hastaların son altı ay içinde hekime başvuru sayısı incelendiğinde; deney grubundaki hastaların ortalama  $\bar{x}$ :2,00±1,109, kontrol grubundaki hastaların ise, ortalama  $\bar{x}$ :3.26±1,57 olarak bulunmuştur.

**Tablo 43:Hastaların Hastalıklarıyla Başa Çıkma Puanlarına Göre Dağılımları**

<u>Baş Çıkma</u>	Deney Grubu			Kontrol Grubu		
	n	$\bar{x}$	SD	n	$\bar{x}$	SD
Baş Çıkma Düzeyi	14	4,85	1,994	15	5,80	1,897

U:77,00 p:,215 p>0,05

Araştırma kapsamındaki hastalara RA hastalığı ile ne kadar iyi düzeyde baş edebildikleri sorulduğunda; deney grubundaki hastaların  $\bar{x}$ :4,85±1,99; kontrol grubundaki hastaların  $\bar{x}$ :5,50±1,89 düzeyinde hastalıkla baş edebildikleri saptanmıştır. Deney ve kontrol grupları arasında baş etme düzeyi puan ortalamaları karşılaştırıldığında; istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (U:77,00; p>0,05) (Tablo 43).

### 3.10.VAKA YÖNETİMİ SÜRECİNE KATILAN SAĞLIK BAKIM PERSONELİNİN VAKA YÖNETİMİNE İLİŞKİN GÖRÜŞLERİ

Vaka yönetimi uygulanan hastalara bakım veren sağlık bakım personelinin vaka yönetimi sürecine ilişkin görüşlerinin dağılımları Tablo 44'de gösterilmektedir.

**Tablo 44:Vaka Yönetimi Sürecine Katılan Sağlık Bakım Personelinin Vaka Yönetimine İlişkin Görüşlerinin Dağılımları**

<b>Ekip içi işbirliği</b>	<b>Evet</b>		<b>Kısmen</b>		<b>Hayır</b>		<b>Toplam</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
HEKİM	-		5	100,0	-		5	100,0
HEMŞİRE	5	83,30	1	16,70	-		6	100,0
DİYETİSYEN	-		1	100,0	-		1	100,0
<b>TOPLAM</b>	<b>5</b>	<b>41,70</b>	<b>7</b>	<b>58,70</b>	<b>-</b>		<b>12</b>	<b>100,0</b>

<b>İş Yüğü</b>	<b>Artırıyor</b>		<b>Etkilemiyor</b>		<b>Azaltıyor</b>		<b>Toplam</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
HEKİM	-		5	41,70	-		5	100,0
HEMŞİRE	-		6	50,00	-		6	100,0
DİYETİSYEN	-		1	8,30	-		1	100,0
<b>TOPLAM</b>	<b>-</b>		<b>12</b>	<b>100,0</b>	<b>-</b>		<b>12</b>	<b>100,0</b>

Sağlık bakım çalışanlarının "Vaka yönetimi süreci ekip işbirliğini artırıyor mu?" sorusuna verdikleri yanıtlar incelendiğinde; 58,3'ü kısmen, %41,7'si evet şeklinde yanıtlamışlardır. Vaka yönetiminin ekip işbirliğini artırdığını ifade edenlerin tümü (%41,7) hemşiredir.

Tablo 44'de vaka yönetiminin uygulanmasının iş yükünü nasıl etkilediğine ilişkin soruya verilen yanıtların ise %100 oranla "etkilemiyor" şeklinde olduğu görülmektedir.



## BÖLÜM 4

### TARTIŞMA

#### 4.1.HASTALARIN BAZI SOSYO-DEMOGRAFİK VE TANITICI ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMESİ

Araştırma kapsamındaki hastaların bazı sosyo-demografik özellikleri incelenmiş ve deney grubunda yer alan hastaların en sıklıkla %35,70'inin 50-59 yaş grubunda; kontrol grubundaki hastaların ise en sıklıkla %40,00 oranda 50-59 yaş grubunda olduğu saptanmıştır. Deney grubundaki hastaların yaş ortalaması  $\bar{x}$ :55,85±13,72; kontrol grubundaki hastaların yaş ortalaması  $\bar{x}$ :57,40±12.18'dir. Levene testi sonucunda deney ve kontrol gruplarının yaş grupları bakımından homojen bir dağılım gösterdiği saptanmıştır (t:0,406; p>0,05) (Tablo 15).

Deney grubundaki hastaların %92,90'ının, kontrol grubundaki hastaların %93,30'unun kadın olduğu saptanmış olup; gruplarının cinsiyet bakımından homojen bir dağılım gösterdiği görülmüştür (t:-0,049; p>0,05) (Tablo 15).

RA'in özellikle en fazla görüldüğü yaşlar olarak 50-55 yaş ve kadın cinsiyette oluşması hastalığın karakteristik özellikleri arasında yer almaktadır. RA'in kadınlarda görülme sıklığı erkeklerden daha fazladır (Oran 3:1'dir) **(55)**. McIntosh'un çalışmasında İngiltere'de RA'in prevalansı erkeklerde 2,06/1.000, kadınlarda 6.94/1.000 olarak saptanmış ve kadın- erkek oranı 3:1



olarak bildirilmiştir (88). Bu çalışmadaki hastaların büyük çoğunluğunu; 50-55 yaş grubunun ve kadın hastaların oluşturması nedeniyle, araştırma örnekleminin, RA'in karakteristik özelliklerini yansıttığı söylenebilir.

Hastaların eğitim düzeylerine göre dağılımları incelendiğinde; deney ve kontrol grubundaki hastaların büyük oranının ilköğretim düzeyinde eğitime sahip olduğu (deney grubu:%78,60; kontrol grubu:%80,00) saptanmıştır. Levene testi sonucunda deney ve kontrol gruplarının eğitim durumları bakımından homojen bir dağılım gösterdiği saptanmıştır (t:-0,091; p>0,05) (Tablo 15). Araştırma kapsamındaki hastaların büyük çoğunluğunun 50 yaş üzerinde ve kadın olmaları dikkate alınır; bu eğitim düzeyi belirtilen yaş gruplarında beklenen bir dağılım gibi gözükmektedir.

Medeni duruma göre dağılımlar incelendiğinde; deney grubundaki hastaların büyük çoğunluğunun evli (% 64,30), %21,40'ının bekar/dul olduğu; kontrol grubundaki hastaların %60,00'inin evli, %40,00'inin bekar/dul olduğu saptanmıştır (Tablo 15).

Deney ve kontrol grubundaki hastaların büyük oranda Emekli Sandığı sosyal güvencesine sahip olduğu (deney grubu: %78,60; kontrol grubu:%80,00) saptanmıştır (Tablo 15).

Çalışma durumlarına göre incelendiğinde; deney grubundaki hastaların %92,90'ının, kontrol grubundaki hastaların ise %80,00'inin çalışmadığı saptanmıştır (Tablo 15). Hastaların büyük çoğunluğunun kadın olması, 50 yaş ve üzerinde olması, kronik hastalığa sahip olması gibi faktörlerin hastaların çalışmama durumlarına katkı sağladığı düşünülmektedir.

Deney grubundaki hastaların %35,70'inin gelir düzeyinin az, %35,70'inin gelir giderinin eşit, %28,60'ının gelirinin fazla olduğu; kontrol

grubundaki hastaların ise; %46,70'inin gelirinin az, %40,00'inin gelir giderinin eşit, %13,30'unun gelirinin fazla olduğu saptanmıştır (Tablo 15).

Deney grubundaki hastaların %50,00'sinin, kontrol grubundaki hastaların %53,30'unun aile içindeki konumunun anne olduğu saptanmıştır (Tablo 15). Araştırma kapsamına alınan hastaların büyük çoğunluğunun kadın olmasına paralel olarak bu role sahip hastaların oranı yüksek bulunmuştur.

Bakımından sorumlu kişiler incelendiğinde; deney grubundaki hastaların %64,30'unun, kontrol grubundaki hastaların %66,70'inin bakımından kendisinin sorumlu olduğu belirlenmiştir (Tablo 15).



## **4.2.HASTALARIN HASTALIK ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMESİ**

### **4.2.1.Hastaların Tanı Yıllarına Göre Dağılımlarının İncelenmesi**

Deney grubundaki hastaların %50,00'i 1-10 yıl, %21,40'ı 11-20 yıl, %28,60'ı 31-45 yıl arası RA'li hasta olup; tanı yılı ortalaması  $\bar{x}$ :16,14±13,86'dır. Kontrol grubundaki hastaların % 26,70'si 1-10 yıl, %73,30'u 11-20 yıl arası RA'li hasta olup; tanı yılı ortalaması  $\bar{x}$ :12,86±5,20 olarak saptanmıştır (Tablo 16). Bilindiği gibi RA, kronik bir hastalıktır ve yaşam boyu devam etmektedir. Bu nedenle araştırma örnekleminde yer alan deney ve kontrol grubu hastalarının büyük çoğunluğunun 10 yıl ve üzerinde bir süredir RA tanısına sahip olduğu saptanmıştır.

### **4.2.2. Hastaların Etkilenen Eklem Bölgelerine Ve Deformite Varlığına Göre Dağılımlarının İncelenmesi**

Deney ve kontrol grubundaki hastaların en fazla oranla hem alt hem de üst extremitelerinin RA hastalığından etkilenmiş olduğu saptanmıştır (Deney grubu:%85,70; kontrol grubu:80,00) (Tablo 17).

Araştırma kapsamındaki hastaların büyük çoğunluğunun el bileği, el parmakları, ayak bileği, ayak parmakları, diz, kalça, omuz gibi eklemlerinin etkilendiği görülmüştür. Hem alt hem de üst extremitelerin etkilenmesi hastaların daha fazla yetersizlik yaşamalarına yol açmaktadır. Yetersizlik puanını elde etmek için kullanılan HAQ-Yetersizlik indeksinde yer alan sorular tüm günlük yaşam aktivitelerini kapsayan sorulardır. Dolayısıyla etkilenen eklem sayısının, bölgesinin artmasının hastaların yetersizlik

düzeyleri, yaşam kaliteleri üzerinde olumsuz etkilere sahip olabileceği düşünülmektedir.

Hastaların deformite oluşma durumları incelendiğinde; deney grubundaki hastaların %42,90'unda, kontrol grubundaki hastaların %60,00'inde deformite olduğu saptanmıştır (Tablo 17).

Romatoid artrit en sık görülen kollagen doku hastalıklarından biri olması, eklemlerde kalıcı hasar bırakması ve fonksiyonel yetersizliklere yol açması bakımından, takibi ve tedavisi önemli bir hastalıktır (133). RA'de el deformasyonlarının genellikle ilk iki yıl içinde ortaya çıktığı ve hızla gelişebileceği belirtilmektedir (42). Juvenil romatoid artrit olan hastaların %25'inde deformite geliştiği, ve tutulan eklem sayısı ile deformite arasında yakın ilişki olduğu bildirilmektedir (15). Araştırma kapsamındaki hastaların tanı yılları incelendiğinde; büyük çoğunluğunun 10 yıl ve üzerinde RA'li olduğu, bu nedenle deformite oluşumu oranının fazla olabileceği düşünülmektedir. Her iki grupta da yer alan hastalardan bazılarında RA tanısı çocukluk döneminde konmuştur. Bu hastaların aynı zamanda deformiteleri de olduğu saptanmıştır.

#### **4.2.3.Hastaların Yatışta Ölçülen Ağrı Puanlarına Göre Dağılımlarının İncelenmesi**

Deney ve kontrol grubundaki hastaların hastaneye yatışta ölçülen ağrı puanlarına göre dağılımları incelenmiştir. Deney grubundaki hastaların hastaneye yatışta ölçülen ağrı puanı ortalaması  $\bar{x}$ :1,65±0,521, kontrol grubundaki hastaların  $\bar{x}$ :1,90±0,844 olarak saptanmıştır. İki grup arasındaki

ağrı puan ortalamaları arasındaki fark incelenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (U:78,50;  $p>0,05$ ) (Tablo 18).

Barlow (1999), Kutlay ve ark. (2003), Tijhuis ve ark. (2001) alışmalarında RA'li hastaların orta düzeyde ağrı yaşadıkları saptanmıştır (19, 74, 136). Bu alışma sonucunda hastaların ağrı puanlarının orta düzeyde olduğu saptanmıştır ve bu sonuç; literatürde bildirilen diğer çalışma sonuçları ile paralellik göstermektedir.

#### **4.2.4.Hastaların Yatışta lülen Sabah Tutukluğu Sürelerine Göre Dağılımlarının İncelenmesi**

Deney ve kontrol grubundaki hastaların hastaneye yatışta ölçülen sabah tutukluğu sürelerine göre dağılımları incelenmiş ve deney grubundaki hastaların hastaneye yatış esnasındaki sabah tutuklukları  $\bar{x}$ :130,00 $\pm$ 59,743 dakika (Min:60; Max:240); kontrol grubundaki hastaların ise  $\bar{x}$ :118,00 $\pm$ 58,700 dakika (Min:40; Max:240) olarak saptanmıştır. İki grup arasındaki fark; istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (U:91,00;  $p>0,05$ ) (Tablo 19).

Kutlay ve ark. (2003) RA'li hastalarla yaptıkları çalışmada sabah tutukluğu süresini RA'li hastalarda 44,3 dakika, Alderson'un çalışmasında 87 dakika, Argon'un çalışmasında hastaların %63,33'ünde 45 dakikanın altında olarak saptanmıştır (9, 11, 74). Bu çalışmada hastaneye yatışta saptanan sabah tutukluğu süresi literatürde bildirilen srelerden çok daha yüksek olarak saptanmıştır. Bu bulgunun; hastaların hastalık alevlenmesi sonucu hastaneye yatmış olmaları ve RA hastalığına ilişkin semptom ve bulguların en yoğun yaşandığı bir periyotta bu değişkenin ölçülmüş olmasının bir sonucu olduğu düşünülmektedir.

#### **4.2.5.Hastaların Fonksiyonel Sınıflarına Göre Dağılımlarının İncelenmesi**

Hastaların hastaneye yatışta tanılanan fonksiyonel sınıflamalarına göre dağılımı incelendiğinde; deney grubundaki hastaların %7,10'unun fonksiyonel sınıf I, %28,60'ının sınıf II, %35,70'sinin sınıf III, %28,60'sının sınıf IV olduğu saptanmıştır. Kontrol grubundaki hastaların %20,00'i fonksiyonel sınıf II, %53,30'ü sınıf III, %26,70'i sınıf IV olarak saptanmıştır. Grupların fonksiyonel sınıflamalarına göre homojen bir dağılım göstermiş olduğu saptanmıştır (t:0,678; p>0,05) (Tablo 20).

Araştırma kapsamında yer alan deney ve kontrol grubu hastalarının büyük çoğunluğunun fonksiyonel sınıf III kapsamında sınıflandığı görülmektedir. Bu bulguya göre; hastaneye yatışta; deney ve kontrol grubu hastalarının günlük öz-bakım aktivitelerini yapabilir, ancak mesleki ve mesleki olmayan aktiviteleri yapamaz durumda oldukları ifade edilebilir.

#### **4.2.6.Hastaların Ek Bir Hastalığa Sahip Olma Durumlarının İncelenmesi**

Hastaların RA'ten başka bir hastalığa sahip olma durumları incelendiğinde; deney grubundaki hastaların %21,40'ının RA'ten başka ek bir hastalığa sahip olmadığı, %14,30'unun bir hastalığa, %50,00'inin iki hastalığa, %14,30'unun üç hastalığa sahip oldukları saptanmıştır. Kontrol grubundaki hastaların ise %6,40'ının RA'ten başka ek bir hastalığı olmadığı, %26,70'inin bir hastalığa, %33,50'inin iki hastalığa, %33,30'unun üç hastalığa sahip olduğu saptanmıştır (Tablo 21).

RA'e eşlik eden hastalıklar incelendiğinde; en fazla oranla deney grubundaki hastalarda %34,78 oranında osteoporoz, %21,74 hipertansiyon,

%13,04 diabetes mellitus, %13,04 kalp hastalığı; kontrol grubundaki hastalarda % 27,59 osteoporoz, %17,24 hipertansiyon, %13,79 diabetes mellitus, %10,34 kalp hastalığı olduğu saptanmıştır (Tablo 21).

Diabet, hipertansiyon, osteoporoz, KAH gibi mortaliteye yol açan bir çok hastalık RA'e eşlik edebilmektedir. RA tedavisinde kullanılan ilaçların ve kronik inflamasyonun neden olduğu komorbid durumların yönetimi için harcanan miktar, direkt tıbbi maliyetlerin %43'ünü oluşturmaktadır (109).

Araştırma kapsamındaki deney ve kontrol grubu hastalarında RA hastalığına en sık eşlik eden hastalığın osteoporoz (%34,78; %27,59 oranlarında) olduğu saptanmıştır (Tablo 21). Osteoporoz; RA'in önemli eklem dışı komplikasyonlarından biridir. Bazı kaynaklarda RA'ya eşlik eden osteoporoz sıklığının %2,4-64 gibi geniş oranlar arasında değiştiği bildirilmektedir (105). RA'li hastalarda osteoporoz riskini artıran faktörlerden en önemlileri; şiddetli hastalık aktivitesi, ileri yaş ve kötü fonksiyonel durumdur (61). Ancak; RA'in yüksek oranda kadın nüfusu etkilemesi, en sık olduğu yaşların kadınların postmenapozal dönemlerine rastlaması, kadınların daha sedanter yaşam sürmeleri, RA'li hastaların uzun süreli kortikosteroid kullanmaları gibi faktörler dikkate alındığında yüksek oranda osteoporoz gelişimi kaçınılmaz gibi görünmektedir. Tüm faktörlerin de etkisi ile RA'li kadınlar normal popülasyona oranla 2 kat daha fazla osteoporoz riskine sahiptir (61). Parker ve ark. yaptığı çalışmada RA'li hastalardaki osteoporoz sıklığı lomber omurgada %35,1 ve femur boynunda %32,4 olarak saptanmış, ancak geçmişte kortikosteroid kullanımı ile osteoporoz arasında bir ilişki bulunmamıştır (105). Bu araştırmanın uygulandığı süre içerisinde, kontrol grubunda izlenen bir hastada; ileri düzeyde osteoporozu bulunmasından



kaynaklanan vertebrada kırık gelişimi saptanmış ve izlemin 5. ayında hastaya cerrahi operasyon endikasyonu konmuştur.

Araştırma kapsamındaki hastaların %11,53'ünde kalp hastalıkları bulunmaktadır. RA'te en sık ölüm nedeni kardiyovasküler hastalıklardır. Özellikle sigara içimi bu riski daha da artırabilmektedir (59,142). Araştırmanın uygulandığı süre içinde, izlemi yapılan hastalardan biri kalp yetmezliği nedeniyle ex olmuş, 1'i ritim bozukluğu, 1'i kalp kapak hastalığı tanıları ile izlenmiştir. Bir hastaya ise hastanede yatışı boyunca kardiyak fonksiyonlarındaki bozulma nedeniyle Kardiyoloji konsültasyonları yapılmıştır. RA'li hastalarda sıklıkla oluşabilecek kardiyovasküler hastalıklar nedeniyle kalp ve dolaşım sistemine ilişkin semptomların erken tanınması ve uygun yönetiminin önemi büyüktür.

Çalışma kapsamında deney grubundaki hastalarda %21,74 hipertansiyon, %13,04 diabetes mellitus; kontrol grubundaki hastalarda %17,24 hipertansiyon, %13,79 diabetes mellitus tanısına sahip oldukları saptanmıştır (Tablo 21). RA'li hastalarda oluşan HT, DM gibi hastalıklar aynı zamanda uzun süreli kortikosteroid kullanımı sonucunda da ortaya çıkabilmektedir (19).

#### **4.2.7. Hastaların Kullandıkları İlaçlara Göre Dağılımlarının İncelenmesi**

RA tedavisinde en sık kullanılan ilaçlar; hastalığı modifiye edici ilaçlar, steroid olmayan antiinflamatuvar ilaçlar, kortikosteroidler, biyolojik ajanlar ve kombinasyon tedavileridir (6, 52, 117).

Araştırma kapsamındaki hastaların kullandıkları ilaçlar incelendiğinde; deney grubundaki hastaların %42,90'ının bir temel etkili ilaç, %35,70'inin iki

temel etkili ilaç kullandığı saptanmıştır. Bu gruptaki hastaların %64,30'u antiosteoporoz ilaç, %92,90'ı analjezik/antienflamatuvar ilaç kullanmakta, %92,90'ı kortikosteroid tedavi almakta olduğu saptanmıştır (Tablo 22).

Kontrol grubundaki hastaların %53,30'u bir temel etkili ilaç, %20,00'i iki temel etkili ilaç, %6,70'i dört temel etkili ilaç kullandığı saptanmıştır. Bu gruptaki hastaların %60,00'ı antiosteoporoz ilaç, %60,00'ı analjezik/antienflamatuvar ilaç kullanmakta, %66,70'i ise kortikosteroid tedavi almaktadır (Tablo 22).

Hastaların sahip oldukları ek tanılara yönelik kullanmakta olduğu ilaçlar bu kapsama alınmamıştır. Araştırma kapsamındaki hastalar KAH, kalp ritim bozuklukları, HT, DM, KOAH, astıma yönelik ilaçlar da kullanmaktadırlar.

#### **4.2.8.Hastaların Hastaneye Yatış Nedenlerine Göre Dağılımlarının İncelenmesi**

Araştırma kapsamına alınan deney ve kontrol grubundaki hastaların hastaneye yatış nedenleri incelendiğinde; deney grubundaki hastaların %78,70 oranıyla hastaneye yatış nedeni olarak hastalık alevlenmesi olduğu saptanmıştır. Diğer nedenler %7,10 oranlarıyla ilaç yan etkisi, TNF ilaç uygulaması ve enfeksiyon olarak sıralanmıştır. Kontrol grubundaki hastaların hastaneye yatış nedenleri olarak ise; %73,30 hastalık alevlenmesi, %20,00 ilaç yan etkisi, %6,70 TNF ilaç uygulaması olduğu saptanmıştır (Tablo 23).

### 4.3.ÖLÇÜM ZAMANLARINA GÖRE BAZI HASTALIK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN İNCELENMESİ

#### 4.3.1.Hastaların Ağrı Düzeylerine İlişkin Bulguların İncelenmesi

Deney grubundaki hastaların yatışta ölçülen ağrı puan ortalaması  $\bar{x}:1,65\pm0,521$ , taburculukta  $\bar{x}:0,67\pm0,426$ ; üçüncü ayda  $\bar{x}:0,80\pm0,451$ ; altıncı ayda  $0,60\pm0,478$  olarak hesaplanmıştır. Bu gruptaki hastaların ağrı düzeyleri hastaneye yatışta orta düzeyde iken, taburculuk, üçüncü ay ve altıncı aylarda ağrının hafif düzeye düştüğü görülmektedir. Deney grubundaki hastaların ölçüm zamanlarına göre ağrı puan ortalamaları arasında fark olduğu saptanmış (F:21,569;  $p<0,05$ ) ve farkın hangi zaman periyodundan kaynaklandığı incelendiğinde; yatış ( $\bar{x}:1,65$ ) ile taburculukta ( $\bar{x}:0,67$ ); yatış ( $\bar{x}:1,65$ ) ile üçüncü ayda ( $\bar{x}:0,80$ ); yatış ( $\bar{x}:1,65$ ) ile altıncı ayda ( $\bar{x}:0,60$ ) ölçülen ağrı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ( $p<0,025$ ). Buna karşın; deney grubundaki hastaların taburculuk ( $\bar{x}:0,67$ ) ile üçüncü ay ( $\bar{x}:0,80$ ); taburculuk ( $\bar{x}:0,67$ ) ile altıncı ay ( $\bar{x}:0,60$ ); üçüncü ay ( $\bar{x}:0,80$ ) ile altıncı ayda ( $\bar{x}:0,60$ ) ölçülen ağrı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,025$ ) (Grafik 1).

Kontrol grubundaki hastalarda ağrı puanı ortalaması yatışta  $\bar{x}:1,90\pm0,844$ , taburculukta  $\bar{x}:1,04\pm0,456$ ; üçüncü ayda  $\bar{x}:1,04\pm0,461$ ; altıncı ayda  $\bar{x}:1,18\pm0,639$  olarak hesaplanmıştır. Bu gruptaki hastaların hastaneye yatıştaki ağrı seviyesi orta düzeyde (ancak şiddetli ağrıya yakın) saptanmış olup, taburculukta, üçüncü ayda ve altıncı ayda ağrı şiddeti orta düzeyde devam etmekte olduğu görülmektedir (Grafik 1). Kontrol grubundaki

hastaların ölçüm zamanlarına göre ağrı puan ortalamaları arasında fark olduğu saptanmış (F:13,349;  $p<0,05$ ) ve farkın hangi zaman periyodundan kaynaklandığı incelendiğinde; yatış ( $\bar{x}:1,90$ ) ile taburculukta ( $\bar{x}:1,04$ ); yatış ( $\bar{x}:1,90$ ) ile üçüncü ayda ( $\bar{x}:1,04$ ) ölçülen ağrı puanı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p<0,025$ ). Buna karşın hastaların yatış ( $\bar{x}:1,90$ ) ile altıncı ayda ( $\bar{x}:1,18$ ); taburculuk ( $\bar{x}:1,04$ ) ile üçüncü ayda ( $\bar{x}:1,04$ ); taburculuk ( $\bar{x}:1,04$ ) ile altıncı ayda ( $\bar{x}:1,18$ ); üçüncü ay ( $\bar{x}:1,04$ ) ile altıncı ayda ( $\bar{x}:1,18$ ) ölçülen ağrı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,025$ ).

Kutlay ve ark. (2003) RA'li hastalarla yaptıkları çalışmada VAS ile ölçtükleri ağrı düzeyini Türk RA'li hastalarda orta düzeyde ( $\bar{x}:4,98$ ) olarak bildirmişlerdir (Kutlay 2003). Van den Hout ve ark (2003) hastanede multidisipliner hasta bakımı, multidisipliner günlük bakım, romatolog ve hemşire practitioner koordineli ayaktan bakım uygulanan maliyet etkili hasta bakım grubunun ağrı puanlarını VAS (0-10) ile ölçmüşler ve ağrı puanını orta düzeyde ( $\bar{x}:5,9$ ) saptamışlardır (139). Ofluoğlu'nun çalışmasında (2005) RA'li ve fibromiyaljili hastaların ağrı düzeyleri (VAS:0-10) karşılaştırılmış; FM'li hastalarda ağrı düzeyi  $\bar{x}:6,1$  saptanırken; RA'li hastalarda ağrı düzeyi FM'li hastalardan daha yüksek ( $\bar{x}:6,5$ ) olarak bulunmuştur (98). Barlow'un çalışmasında RA'li hastalarda ağrı düzeyi 5,34 (VAS:0-10) olarak bildirilmiştir (19). Bu çalışmada; deney ve kontrol grubundaki hastaların ağrı düzeyleri diğer çalışma bulguları ile paralellik göstermektedir.

Maha'tın çalışmasında (1997); hastaların ağrı düzeyleri arttıkça günlük yaşam aktivitelerini yapmada zorluk durumlarının arttığı, özellikle kadın hastalarda ağrı düzeyi arttıkça daha fazla stresör algıladıkları bildirilmektedir

(83). Aynı zamanda hastalık süresinin artışıyla birlikte hastaların ağrı skorlarının da kötüleştiği diğer çalışmalarda bildirilmektedir (69). Deney ve kontrol gruplarında ölçüm zamanları bakımından ağrı puan ortalamaları arasında fark olup olmadığı incelenmiş ve taburculukta (U:59,50; p:0,046) ve altıncı ayda (U:42,00; p:0,006) ölçülen ağrı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (p<0,05). Alderson'un çalışmasında eğitim öncesi ağrı skoru 1,60 iken eğitim sonrası 6.ay izlemde 1,32 olarak saptanmıştır (9). Bu çalışmadan elde edilen bulgular Alderson'un çalışması ile paralellik göstermektedir. Deney grubundaki hastaların taburculukta ve altıncı ayda kontrol grubu hastalarından daha az düzeyde ağrı deneyimlemeleri; planlı, sistematize ve interaktif verilen hasta eğitiminin etkinliği olarak düşünülmektedir.

Lambert'in çalışmasında iyilik hali&ağrı arasında ilişki olduğu saptanmıştır (69). Bu çalışmada vaka yönetimi uygulanan grupta; vaka yöneticisi hemşire tarafından hastalara sağlanan sosyal destek ve baş etmeye yardımın; hastaların ağrı düzeylerinin azalmasına katkı sağladığı düşünülmektedir.

Araştırma kapsamındaki hastaların ağrı düzeylerinin literatürde bildirilenler ile genellikle paralel olduğu görülmektedir. Ağrı düzeyi orta olarak bildirilmesine karşın, RA hastalığının en belirgin semptomu olan eklem ağrısı hastalar tarafından en çok rahatsızlık olarak algılanan ve en fazla ifade edilen semptom olmuştur. Ağrının tek başına direkt olarak kısıtlılık yaratan bir faktör (48) ve RA'li hastalardaki en yaygın semptom (69) olduğu birçok kaynakta bildirilmektedir. Bu nedenle RA'li hastalarda ağrı yönetimi büyük önem taşımaktadır. Hemşirelik bakımının; hastaların ağrı düzeyi, fonksiyonel

sınırlılıkları ve yaşam kalitesi üzerine odaklanmasının gerekliliği birçok literatürde üzerinde önemle durulan bir konudur (69, 79,91).

#### **4.3.2. Hastaların Sabah Tutukluğu Sürelerine İlişkin Bulguların İncelenmesi**

Deney ve kontrol grubundaki hastaların sabah tutukluğu süresi ortalamalarının ölçüm zamanlarına göre dağılımları incelenmiştir.

Deney grubundaki hastaların taburculukta ölçülen sabah tutukluğu süresi  $\bar{x}$ :79,64±31,284 dakika (Min:40; Max:120), üçüncü ay kontrolde  $\bar{x}$ :83,57±41,064 dakika (Min:30; Max:180), altıncı ay kontrolde ise  $\bar{x}$ :96,42±71,748 dakika (Min:30; Max:300) olarak saptanmıştır (Grafik 2). Deney grubundaki hastaların ölçüm zamanları bakımından sabah tutukluğu süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (F:11,387; p<0,05). Deney grubundaki hastaların yatış ( $\bar{x}$ :130,0) ile taburculukta ( $\bar{x}$ :79,64); yatış ( $\bar{x}$ :130,0) ile üçüncü ayda ( $\bar{x}$ :83,57) belirlenen sabah tutukluğu süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (p<0,025). Deney grubundaki hastaların yatış ( $\bar{x}$ :130,0) ile altıncı ay ( $\bar{x}$ :96,42); taburculuk ( $\bar{x}$ :79,64) ile üçüncü ay ( $\bar{x}$ :83,57); taburculuk ( $\bar{x}$ :79,64) ile altıncı ay ( $\bar{x}$ :96,42); üçüncü ay ( $\bar{x}$ :83,57) ile altıncı ayda ( $\bar{x}$ :96,42) ölçülen sabah tutukluğu süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,025).

Kontrol grubundaki hastaların taburculukta değerlendirilen sabah tutukluğu süresi  $\bar{x}$ :82,00±35,091 dakika (Min:30; Max:120), üçüncü ay kontrolde  $\bar{x}$ :104,00± 55,394 dakika (Min:30; Max:270), altıncı ay kontrolde ise  $\bar{x}$ :130,66±67,025 dakika (Min:60; Max:240) olduğu saptanmıştır (Grafik 2).

Kontrol grubundaki hastaların ölçüm zamanlarına göre sabah tutukluğu süresi ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (F:14,712;  $p<0,05$ ). Yapılan ileri analiz sonucunda; yatış ( $\bar{x}$ :118,00) ile taburculuk ( $\bar{x}$ :82,00); taburculuk ( $\bar{x}$ :82,00) ile altıncı ayda ( $\bar{x}$ :130,66) ölçülen sabah tutukluğu süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ( $p<0,025$ ). Diğer yandan; yatış ( $\bar{x}$ :118,00) ile üçüncü ay da ( $\bar{x}$ :104,00); yatış ( $\bar{x}$ :118,00) ile altıncı ayda ( $\bar{x}$ :130,00); taburculuk ( $\bar{x}$ :82,00) ile üçüncü ayda ( $\bar{x}$ :104,00); üçüncü ay ( $\bar{x}$ :104,00) ile altıncı ayda ( $\bar{x}$ :130,00) ölçülen saba tutukluğu süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,025$ ).

Deney ve kontrol grupları arasında ölçüm zamanları bakımından fark olup olmadığı Mann Whitney U testi ile incelendiğinde; hastaneye yatışta (U:91,00), taburculukta (U:100,00), üçüncü ayda (U:80,50) ve altıncı ayda (U:65,50) ölçülen sabah tutukluğu süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Kutlay ve ark. (2003) RA'li hastalarla yaptıkları çalışmada sabah tutukluğu süresini Türk RA'li hastalarda 44,3 dakika olarak bildirmişlerdir (74). Sabah tutukluğu süresi Alderson'un çalışmasında 87 dakika (9), Argon'un çalışmasında hastaların %63,33'ünde 45 dakikanın altında (11) olduğu saptanmıştır. Deney grubunda saptanan sabah tutukluğu süreleri taburculuk ve sonrası dönemlerde (üçüncü ve altıncı ayda) kontrol grubundaki hastalardan daha düşük bulunmuştur. Ancak Alderson'un çalışma bulgularına benzer olan bu sonuçlar; literatürde bildirilen diğer sonuçlardan daha yüksektir.



### 4.3.3.Hastaların Fonksiyonel Sınıflarının İncelenmesi

Deney ve kontrol grubundaki hastaların ölçüm zamanlarına göre fonksiyonel sınıfları incelendiğinde; taburculukta deney grubundaki hastalar en fazla oranla %42,9'u sınıf III, üçüncü ayda %42,9'u sınıf II, altıncı ayda %41,4'ü sınıf III olarak değerlendirilmiştir. Kontrol grubundaki hastalar taburculukta en fazla oranla %60,0'ı sınıf III, üçüncü ayda %46,7'si sınıf III, altıncı ayda yine %46,7'si sınıf III olarak değerlendirilmiştir (Tablo 24).

Bazı çalışmalarda RA'li hastalarda fonksiyonel yetersizliğin erken geliştiği ve zamanla daha da kötüleştiği (69), fonksiyonel yetersizliğin artmasının/kötüleştirmesinin hastalık maliyetini artırdığı bildirilmektedir (109).

Farklı çalışmalarda ise; fonksiyonel yetersizliğin ve ağrının artmasının; başetme stratejileri ve öz yeterlilik üzerine olumsuz etkileri olduğu bildirilmiştir (127). Bu nedenle RA'li hastaların tanılanması ve girişimlerin planlanmasında fonksiyonel sınıfın değerlendirilmesi önem taşımaktadır.

#### 4.4.HASTALARIN YETERSİZLİK DÜZEYLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN İNCELENMESİ

Deney grubundaki hastaların yatışta ölçülen yetersizlik puan ortalaması  $\bar{x}:1,26\pm0,649$ ; kontrol grubundaki hastaların ise  $\bar{x}:1,42\pm0,684$  olarak saptanmıştır. İki grup arasında yatışta ölçülen yetersizlik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (U:91,00;  $p>0,05$ ) (Tablo 25). Deney ve kontrol grubundaki hastaların yatışta sahip oldukları yetersizliklerinin “orta” düzeyde olduğu saptanmıştır. Hastaların yatışta ölçülen yetersizlik düzeyleri arasında fark olmaması; araştırma örnekleminin homojen bir dağılım gösterdiği şeklinde yorumlanabilir.

Taburculuktaki yetersizlik puan ortalaması deney grubunda  $\bar{x}:0,79$ ; kontrol grubunda  $\bar{x}:1,28$  olarak saptanmıştır. İki grup arasında taburculukta ölçülen yetersizlik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (U:63,00;  $p>0,05$ ) (Tablo 26).

Üçüncü ayda ölçülen yetersizlik puanları deney grubunda  $\bar{x}:0,91$ ; kontrol grubunda  $\bar{x}:1,32$  olarak saptanmıştır. İki grup arasında üçüncü ayda ölçülen yetersizlik puanları arasındaki fark; istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (U:59,50;  $p<0,05$ ) (Tablo 26).

Altıncı ayda ölçülen yetersizlik puan ortalaması deney grubundaki hastalarda  $\bar{x}:0,86$ ; kontrol grubundaki hastalarda  $\bar{x}:1,31$  olarak saptanmıştır. İki grup arasında altıncı ayda ölçülen yetersizlik puanları arasındaki fark; istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (U:59,00;  $p<0,05$ ) (Tablo 26).

Bu sonuçlara göre; deney grubundaki hastalar hastaneye yatışta ve taburculukta orta düzeyde yetersiz; üçüncü ve altıncı ayda hafif düzeyde yetersiz olarak sınıflanırken, kontrol grubundaki hastalar ise; yatışta,

taburculukta, üçüncü ve altıncı ayda orta düzeyde yetersiz olarak sınıflanmıştır. Bu bulgular doğrultusunda; deney grubundaki hastaların üçüncü ve altıncı aydaki yetersizlik düzeylerinin kontrol grubundaki hastalardan daha iyi olduğu görülmektedir. Bu sonuç; araştırmanın birinci hipotezi olan *“Vaka yönetimi uygulanan romatoid artritli bireylerin yetersizlik düzeyleri ile vaka yönetimi uygulanmayan romatoid artritli bireylerin yetersizlik düzeyleri arasında fark vardır”* hipotezini desteklemektedir. Vaka yönetimi uygulanan hastaların girişim sonrası orta-uzun vadede yetersizlik düzeylerinde olumlu bir gelişme vardır. Vaka yönetimi uygulanan gruptaki hastalara verilen eğitimin olumlu bir sonuç yaratmasıyla birlikte; bu gruptaki hastaların hastalık semptomlarını daha iyi yönetebildikleri, GYA'ni yapmada eğitimle verilen uygun stratejileri daha etkili kullanabildikleri; böylelikle de daha az yetersizlik deneyimledikleri söylenebilir.

Barlow ve ark. (2002) çalışmasında RA'li hastalarda orta düzeyde yetersizlik (HAQ:1,62) saptanmıştır (20). Kutlay ve ark. (2003) RA'li hastalarla yaptıkları çalışmada HAQ yetersizlik skorunu Türk hastalarda 1,31; İngiliz hastalarda 1,16 olarak bildirmişlerdir (74). Van den Hout ve ark (2003) yaptıkları çalışmada; hastanede multidisipliner hasta bakımı, multidisipliner günlük bakım, romatolog ve hemşire practitioner koordineli ayaktan bakım uygulanan maliyet etkili hasta bakım grubunun yetersizlik puanları 1,40 olarak saptanmıştır. (139). Yapılan bir çalışmada HAQ skoru 1,69 (119); bir diğer çalışmada HAQ:1,38, eğitim programı sonrası 6.ay izlemde HAQ:1,23 (9) olarak saptanmıştır.

Bu çalışmada saptanan yetersizlik skoru diğer çalışmalarda bildirilen HAQ skorlarından (Kutlay'ın çalışması dışında) daha düşüktür. Ancak Kutlay'

ve ark. çalışmasının Türk hastalarla yapıldığı dikkate alırsa bildirilen yetersizlik puanı kontrol grubundaki hastalarla benzer, deney grubundaki hastalardan yüksek olduğu görülmektedir. Çalışmada vaka yönetimi uygulanan gruptaki hastaların özellikle taburculuk, üçüncü ve altıncı aydaki yetersizlik puanları daha düşük olarak bulunmuştur. Alderson'un çalışmasında da romatizmal hastalığı olan hastalara uygulanan eğitim programının yetersizlik ve ağrıyı anlamlı düzeyde azalttığı bildirilmektedir. Sağlanan bu azalmanın 6 aylık izlem periyodunda da korunduğu belirtilmiştir (9). Bu çalışmanın bulguları Alderson'un bulguları ile paralellik göstermektedir.

DeBusk, Miller, Superko ve ark. (1994) miyokard infarktüsünden sonra koroner risk faktörlerini değiştirmek için uygulanan vaka yönetiminin hastaların fonksiyonel kapasitelerini artırdığını ve LDL-kolesterol seviyelerini düşürdüğünü bildirmiştir (39). Psikiyatri hastalarında uygulanan intensive vaka yönetiminin tedavide etkinliği artırdığı ve fonksiyonlarda klinik olarak anlamlı düzelmeye yol açtığı bildirilmiştir (67). Bu çalışmada da vaka yönetimi uygulanan gruptaki üçüncü ve altıncı ayda yetersizlik düzeylerinde görülen iyileşmenin uygulanan vaka yönetimi sürecinin orta-uzun vadede yetersizlik üzerine olan olumlu etkileri olarak düşünülebilir.

#### **4.4.1.Hastaların Yetersizlik Puanlarının Bağımsız Değişkenlere Göre İncelenmesi**

Hastaların taburculukta, üçüncü ayda ve altıncı ayda ölçülen yetersizlik puanları ile bağımsız değişkenler arasındaki fark incelenmiştir.

**Üçüncü ayda; kontrol grubunda hastaların medeni durumlarına göre yetersizlik puan ortalamaları** arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (U:6,00; **p<0,05**) (Tablo 27). Kontrol grubundaki evli olan hastaların yetersizlik puanları ( $\bar{x}$ :1,07) bekar/dul olanlardan ( $\bar{x}$ :1,70) daha düşük olarak saptanmıştır. Evli olan hastaların kendilerini daha yeterli olarak hissettikleri saptanmıştır.

**Altıncı ayda; deney grubundaki hastaların eğitim düzeylerine göre yetersizlik puan ortalamaları** arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (U:4,00; **p≤0,05**) (Tablo 27). Deney grubunda ilköğretim düzeyine eğitime sahip olan hastaların yetersizlik düzeylerinin ( $\bar{x}$ :0,70) lise/üniversite eğitimine sahip olan hastalardan ( $\bar{x}$ :1,47) daha düşük olarak saptanmıştır. Bu sonuç; deney grubundaki hastalara uygulanan girişimin ilköğretim mezunu olan hastaların yetersizlik düzeyleri üzerinde etkili olduğunu düşündürmektedir.

**Altıncı ayda; deney grubundaki hastaların hastalık yıllarına göre yetersizlik puan ortalamaları** arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (KW:6,062; **p<0,05**). Hastalık yılı 1-10 yıl arası olan hastaların yetersizlik puan ortalamalarının ( $\bar{x}$ :0,45), hastalık yılı 31-45 yıl arasında olan hastalardan ( $\bar{x}$ :1,43) daha düşük olduğu saptanmıştır (U:0,00; **p<0,016**) (Tablo 27). RA; kronik ve bireylerde deformiteler oluşturması nedeniyle; daha uzun süreli hastalık yılına sahip olan hastalarda daha fazla yetersizlik oluşturmaktadır. Elde edilen bu sonuç; daha fazla hastalık süresine sahip olan hastaların daha fazla yetersiz olmaları durumunu destekler niteliktedir. Daha az hastalık yılına sahip olan hastalar deney grubuna uygulanan girişimlerin de etkisi ile daha az yetersizlik yaşamakta olduğu düşünülmüştür.

Deney ve kontrol grubundaki hastaların ölçüm zamanlarına göre diğer bağımsız değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Siegert ve ark. (1984) çalışmalarında yaşın yetersizlik üzerinde etkili olmadığını bildirmişlerdir (123) .



## 4.5.HASTALARIN MEMNUNİYET DÜZEYLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN İNCELENMESİ

### 4.5.1. Hastaların Hastane Bakımından Duydukları Memnuniyet Düzeylerinin İncelenmesi

Deney ve kontrol grubundaki hastalarda hastane bakımından duydukları memnuniyet “iyi” düzeyde saptanmıştır (Deney:  $\bar{x}$ :1,99; Kontrol:  $\bar{x}$ :2,04). Yapılan analizde bu iki grubun memnuniyet düzeyleri arasında istatistiksel olarak önemli bir fark saptanmamıştır. Bu sonuç; araştırmanın ikinci hipotezi olan *“Vaka yönetimi uygulanan romatoid artritli bireylerin bakımdan duydukları memnuniyet düzeyleri ile vaka yönetimi uygulanmayan romatoid artritli bireylerin bakımdan duydukları memnuniyet düzeyleri arasında fark vardır”* hipotezini desteklememektedir. Ancak; deney grubundaki hastaların memnuniyet düzeylerinin kontrol grubundaki hastalardan daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Deney ve kontrol grubundaki hastaların hastanede kaldıkları süre içerisinde genel hizmetlerden, hekimden ve hemşireden duydukları memnuniyet düzeyleri açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bu alanlarda her iki grup hastanın memnuniyet düzeyi “iyi (memnunum)” düzeyde puanlanmıştır. Ancak vaka yönetimi uygulanan gruptaki hastaların puan ortalamaları, vaka yönetimi uygulanmayan gruptaki hastalardan daha düşük (daha memnun) olduğu görülmektedir (Tablo 28).

Deney grubundaki hastaların hekim alt boyutundan aldıkları memnuniyet puan ortalaması  $\bar{x}$ :1,57; kontrol grubundaki hastaların  $\bar{x}$ :2.18 olduğu saptanmıştır. Deney ve kontrol grubundaki hastaların hekim alt



boyutundan aldıkları memnuniyet puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Bidhaut-Russell ve ark. (2002) RA'li hastaların primer bakım hekiminden duydukları memnuniyetin yüksek düzeyde olduğunu saptamışlardır (23). Bu çalışmanın bulguları da hastaların hekimlere ilişkin hizmetten "memnun" olduğunu göstermektedir. Bu sonuç; literatür bilgileri ile paraleldir.

Deney grubundaki hastaların hemşire alt boyutundan aldığı memnuniyet puan ortalaması  $\bar{x}$ :2,08; kontrol grubundaki hastaların  $\bar{x}$ :2.10 olduğu saptanmıştır. Deney ve kontrol grubundaki hastaların hemşire alt boyutundan aldıkları memnuniyet puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Özbaşaran'ın çalışmasında (2000) hastalara bakım veren hemşirelerin büyük oranda gülyüzlü davrandıkları, mahremiyetlerine önem verildiği saptanmıştır (102). Okumuş ve ark. (1995) dahiliye ve cerrahi kliniklerinden taburcu olan hastalarla yaptıkları memnuniyet çalışmasında, hastaların %88'inin hemşirelik bakımından memnun oldukları bildirilmiştir. En çok memnun oldukları alanlar; hemşirelerin gülyüz, hoşgörü, mahremiyete saygı, ağrı kontrolü ve hemşireye her zaman ulaşabilme olarak belirtilmiştir (100).

Bazı çalışmalarda ise; hastaların hemşirelerin yardımcı olma, bilgili olma, saygılı olma, empati yapabilme gibi durumlarda hemşirelerden memnun olmadıkları bildirilmektedir (147). Hemşirelerin tedavi dışında hastalarla konuşmaya zaman ayırmalarına ilişkin puan; Özbaşaran'ın çalışmasında düşük bulunmuştur. Hemşirelerin iş merkezli, iş bitirmeye yönelik çalıştıkları belirtilmekte, buna neden olarak rutin işlerin çok zaman

alması, hasta sayısının fazla olması, iletişim güçlüğü ve hemşire sayısının yetersiz olmasını göstermektedirler (102).

Ryan ve ark (2003) RA'li hastaların sağlık bakımı alırken (tedavi, konsültasyon, vizit gibi durumlarda); semptomlar ve bakımın yönetilmesi hakkında bilgi paylaşımı, hastalık süreçleri hakkında geri bildirimler alma, kendilerine güven verilmesi, destek olunması ve bilgi sağlanmasını istediklerini bildirmektedir (119). Hastaların bu isteklerinin karşılanması aynı zamanda aldıkları bakımdan memnun olmalarını sağlamaktadır. İngiltere'de yapılan çalışmada birçok romatoloji ünitesinde uzman hemşirelerin RA'li hastaların yönetiminde anahtar rol oynadıkları ve genellikle bu hemşirelerin hastalara, hemşire konsültasyonları yaptıklarını bildirmektedir. Hastaların bu hemşirelerden yukarıda sayılan semptom ve bakım yönetimi hakkında bilgi paylaşımı, hastalık süreci bilgisi, güven duyma, destek alma konusunda beklentilere sahip oldukları bildirilmiştir. Ayrıca hastalar hekimlerden beklentilerinden farklı olarak hemşirelerin psikolojik durumlarda kendilerine yol gösterici olmalarını bekledikleri ifade edilmiştir. Bir çalışmada romatoloji hemşiresinin etkisi; hastaların bilgi düzeylerinde artma ve hem fiziksel hem de psikolojik durumlarında sağlanan düzelme ile ortaya konmuştur (119). Tosun (2004) miyokard infarktüsü hastalara uygulanan vaka yönetiminin hasta memnuniyetini artırdığını bildirmiştir (137). Bu çalışmada her iki grup arasında anlamlı bir fark saptanmamış olmasına karşın; deney grubundaki hastaların puan ortalamalarının biraz daha iyi düzeyde olduğu görülmektedir. Bu durum deney grubuna uygulanan vaka yönetiminin hasta memnuniyeti üzerinde yarattığı olumlu etki ile açıklanabilir.

Deney grubundaki hastaların genel hizmetler alt boyutundan aldıkları memnuniyet puan ortalaması  $\bar{x}$ :2,23; kontrol grubundaki hastaların  $\bar{x}$ :2.18 olduğu saptanmıştır. Deney ve kontrol grubundaki hastaların genel hizmetler alt boyutundan aldıkları memnuniyet puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Tablo 28). Genel hizmetlerden memnuniyet, diğer alt alanlardan daha düşük olarak bulunmuştur. Genel hizmetler içinde sorgulanan tuvalet ve banyoların temiz olması, odanın fiziksel durumu, yemeklerin durumu, ziyaret saatlerinin uygunluğu gibi alanlar hastalar tarafından fazla memnun olunamayan alanlar olarak ifade edilmiştir. Bunu etkileyen en önemli faktörlerden biri, araştırmanın yapıldığı tarihler içerisinde İç Hastalıkları ünitesinde tamir ve tadilat işlemlerinin yapılmasıdır. Bu esnada hastalara ait olan tuvalet ve banyolar kapatılarak diğer birimlere yönlendirme yapılmıştır. Zaten günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede sınırlılıklar, hareket etmede yürümede zorluklar yaşayan hastalar bu durumdan oldukça olumsuz etkilenmiştir. Bu nedenle soru formundaki bu hizmetlerle ilgili maddelerin “memnun değilim” şeklinde puanlandığı düşünülmektedir.

#### **4.5.2.Hastaların Üçüncü Ve Altıncı Aydaki Poliklinik Memnuniyet Düzeylerinin İncelenmesi**

Hastaların üçüncü ay poliklinik kontrollerine ilişkin memnuniyet puan ortalaması deney grubundaki hastalarda  $\bar{x}$ :1,98; kontrol grubundaki hastalarda  $\bar{x}$ :2,20 olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 29). Ancak deney grubundaki

hastaların üçüncü ay poliklinik hizmetlerinden memnuniyet düzeyleri kontrol grubundaki hastalardan daha yüksek olarak saptanmıştır.

Hastaların altıncı ay poliklinik kontrollerine ilişkin memnuniyet puan ortalaması deney grubundaki hastalarda  $\bar{x}$ :1,88; kontrol grubundaki hastalarda  $\bar{x}$ :2,23 olup, aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0,05$ ) (Tablo 29). Altıncı ayda deney grubundaki hastaların memnuniyet düzeyleri kontrol grubundaki hastalardan daha yüksek olarak bulunmuştur.

Kanada'da Manitoba'da yaşayan bireylerle yapılan bir çalışmada; bireylerin son 12 ayda almış oldukları hastane hizmetlerinden %83 oranında çok veya biraz çok düzeyde memnun oldukları, %91 oranında hekimlerden aldıkları hizmetten memnun oldukları saptanmıştır (28). Bu çalışmanın bulguları, literatür bilgileri ile paraleldir. Çalışma grubundaki hastaların, aldıkları poliklinik hizmetlerinden memnun olduğu gözlenmiştir.

#### **4.5.3.Hastaların Hastane Bakımından Duydukları Memnuniyet Düzeylerinin Bağımsız Değişkenlere Göre İncelenmesi**

Hastaların hastanede almış oldukları bakımdan duydukları memnuniyet ile bağımsız değişkenler arasındaki fark incelendiğinde; hastaların yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, medeni durumu, çalışma durumu, sosyal güvencesi, gelir durumu, hastalık yılı ve fonksiyonel sınıfının memnuniyet düzeyi üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturmadığı saptanmıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 30). Bazı çalışmalarda ileri yaş, erkek cinsiyet ve fiziksel-mental sağlığın iyi olmasının hasta memnuniyeti oranlarıyla pozitif bir ilişkiye sahip olduğu bildirilmektedir (23).

#### 4.6.HASTALARIN YAŞAM KALİTELERİNE İLİŞKİN BULGULARIN İNCELENMESİ

Hastaların ölçüm zamanlarına göre yaşam kalitesi puan ortalamaları incelenmiştir. Deney grubundaki hastaların hastaneye yatışta saptanan yaşam kalitesi puan ortalaması  $\bar{x}$ :20,71; kontrol grubundaki hastaların ise  $\bar{x}$ :18,66'dır. Deney ve kontrol grubunda hastaneye yatışta saptanan yaşam kalitesi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (U:79,50;  $p>0,05$ ) (Tablo 31). Bu sonuç; hastaneye yatışta her iki gruptaki hastaların yaşam kaliteleri bakımından homojen bir dağılım gösterdiğine işaret etmektedir.

Hastaların taburculukta ölçülen yaşam kaliteleri puan ortalamaları incelendiğinde; deney grubundaki hastaların  $\bar{x}$ :10,57; kontrol grubundaki hastaların ise  $\bar{x}$ :11,20 olarak saptanmış olup; iki grup arasındaki fark, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (U:100,5;  $p>0,05$ ) (Tablo 32).

Hastaların üçüncü ayda ölçülen yaşam kaliteleri puan ortalamaları incelendiğinde; deney grubundaki hastaların  $\bar{x}$ :10,21; kontrol grubundaki hastaların ise  $\bar{x}$ :13,80 olarak saptanmış olup; iki grup arasındaki fark, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (U:59,50;  $p<0,05$ ) (Tablo 32).

Hastaların altıncı ayda ölçülen yaşam kaliteleri puan ortalamaları incelendiğinde; deney grubundaki hastaların  $\bar{x}$ :9,57; kontrol grubundaki hastaların ise  $\bar{x}$ :14,20 olarak saptanmış olup; iki grup arasındaki fark, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (U: 46,50;  $p<0,05$ ) (Tablo 32).

Elde edilen bu sonuçlar; araştırmanın üçüncü hipotezi olan "*Vaka yönetimi uygulanan romatoid artritli bireylerin yaşam kalitesi puan*

*ortalamları ile vaka yönetimi uygulanmayan romatoid artritli bireylerin yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında fark vardır” hipotezini desteklemektedir.*

Araştırma kapsamındaki hastaların ortalama RAQoL puanı hastaneye yatışta deney grubunda düşük yaşam kalitesi, kontrol grubunda orta düzeyde yaşam kalitesi olarak saptanmıştır. Hastaların hastaneye yatma nedenleri incelendiğinde %69.0 oranla hastalık aktivasyonu ilk sırada yer almaktadır. Bu durum hastaların hastaneye yatışta ölçülen yaşam kalitesinin düşük düzeyde ve düşük düzeye yakın çıkmasına neden olarak gösterilebilir. Hastaların uygun tedavi ve bakım aldıktan sonraki yaşam kalitelerinin iyi olması ve sonraki dönemlerde de bu iyi düzeyi sürdürmeleri daha çok önem taşımaktadır. Nitekim vaka yönetimi uygulanan gruptaki hastaların hastaneden taburcu olurken ölçülen yaşam kalitesi puanı ortalamaları iyi düzeyde ( $\bar{x}$ :9,57) yaşam kalitesine sahip olarak taburcu olduklarını göstermektedir (Tablo 32). Vaka yönetimi uygulanan gruptaki hastaların taburculuktan sonraki üçüncü ay ( $\bar{x}$ :10,21) ve altıncı ayda ( $\bar{x}$ :9,57) ölçülen RAQoL puanları düzeyi daha da iyileşerek devam ederken, kontrol grubundaki hastalarda olumsuz yönde değişim olduğu görülmektedir (Tablo 32). Sağlık Değerlendirme Anketi'nde de saptandığı gibi 6 aylık periyotta kontrol grubundaki hastalardan 3 hasta (deney grubunda 1 hasta) hastaneye tekrar yatmış, bu yatışlardan 2'si cerrahi müdahale geçirmek amacıyla olmuş (deney grubunda 1 hastaya cerrahi müdahale uygulanmıştır), 1 hasta ise kırık deneyimi yaşamıştır (deney grubunda kırık deneyimi yaşayan hasta bulunmamaktadır). Kontrol grubunda bu süreçlerde ölçülen yaşam kalitelerinin kötü düzeyde saptanmasında bu faktörlerin rolü olabileceği düşünülmüştür. Öte yandan; deney grubundaki hastaların üçüncü ve altıncı

aydaki yaşam kalitesi düzeylerini istikrarlı bir şekilde sürdürmelerinin vaka yönetiminin olumlu etkisi nedeniyle olduğu düşünülebilir.

Amerika'da artritli hastalarla yapılan birçok çalışma sonucunda; RA'li hastaların da içinde bulunduğu artritli hasta populasyonunun yaşam kalitesinin düşük olduğu saptanmıştır (66, 93, 132, 140). Dilşen (2004) çalışmasında romatizmal hastalıklar içerisinde yer alan osteoartroz ve osteoporozlu hastaların yaşam kalitesini düşük olarak saptamıştır (40). Gür ve ark. RA'li hastaların yaşam kalitesinin osteoartritli hastalardan daha kötü olduğunu bildirmektedir (57). Bu çalışma grubundaki hastaların yaşam kalitelerinin literatürde saptanan oranlardan daha iyi düzeyde olması, uygulanan vaka yönetiminin etkililiği olarak düşünülebilir.

Kutlay ve ark. (2003) RA'li hastalarla yaptıkları çalışmada ortalama RAQoL puanının Türk hastalarda 17,58; İngiliz hastalarda 14,0 olduğunu bildirmişlerdir (74). Van den Hout ve ark (2003) yaptığı çalışmada hastanede multidisipliner hasta bakımı, multidisipliner günlük bakım, romatolog ve hemşire practitioner koordineli ayaktan bakım uygulanan maliyet etkili hasta bakım grubunun yaşam kaliteleri araştırılmıştır. Maliyet etkin bakım uygulanan grupların RAQoL puan ortalaması  $\bar{x}$ :16,4 olarak saptanmıştır (139). Bu çalışmadaki hastaların RAQoL puanları (3. ve 6.ay) Kutlay ve ark. bildirdiği puanlardan daha düşüktür. Bu sonuç; çalışma örneklemindeki hastaların yaşam kalitesinin diğer çalışmalarda bildirilen sonuçlardan daha iyi olduğunu göstermektedir.



#### 4.6.1.Hastaların Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Bağımsız Değişkenlere Göre Dağılımlarının İncelenmesi

Hastaların taburculukta, üçüncü ayda ve altıncı ayda ölçülen yaşam kalitesi puanları ile bağımsız değişkenler arasındaki fark incelenmiştir.

**Taburculukta deney grubundaki hastaların eğitim düzeylerine göre yaşam kalitesi** puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (U:3,00;  $p<0,05$ ). İlköğretim mezunu olan hastaların yaşam kalitelerini ( $\bar{x}$ :8,72) lise/üniversite mezunu olan hastalardan ( $\bar{x}$ :17,33) daha iyi olarak algıladıkları belirlenmiştir. Kontrol grubundaki hastaların eğitim düzeylerine göre yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (U:2,500;  $p<0,05$ ). Kontrol grubundaki lise/üniversite mezunu olan hastaların ( $\bar{x}$ :6,00) yaşam kalitelerini ilköğretim mezunu olan hastalardan ( $\bar{x}$ :12,50) daha iyi algıladıkları saptanmıştır (Tablo 33). Deney grubunda uygulanan girişimin ilköğretim mezunu olan hastaların yaşam kaliteleri üzerinde olumlu bir etki yarattığı saptanmıştır. Bu sonuç; ilköğretim mezunu olan hastaların verilen eğitimi daha etkin bir şekilde kullanabildiklerini düşündürmektedir.

**Taburculukta deney grubundaki hastaların sosyal güvencelerine göre yaşam kalitesi** puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (U:3,00;  $p:0,034$ ;  $p<0,05$ ). Emekli Sandığı sosyal güvencesine sahip olan hastaların yaşam kalitelerini ( $\bar{x}$ :9,54) Bağ-Kur/SSK güvencesi olan hastalardan ( $\bar{x}$ :14,33) daha iyi olarak algıladıkları belirlenmiştir (Tablo 33 ).

**Üçüncü ayda kontrol grubundaki hastaların yaş gruplarına göre yaşam kalitesi** puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark

olduğu saptanmıştır (KW:10,670;  $p<0,05$ ) (Tablo 33). Yapılan analiz sonucunda kontrol grubundaki 60-69 yaş grubundaki hastaların yaşam kalitelerini ( $\bar{x}$ :10,00), 50-59 yaş grubundaki hastalardan ( $\bar{x}$ :17,00) daha iyi algıladıkları saptanmıştır (U:0,00;  $p\leq 0,01$ ). Bu sonuç; 60-69 yaş grubundaki hastaların yaşam kalitesinin ölçülen fiziksel, psikolojik, sosyal boyutlarındaki beklentilerinin az olması, bu nedenle de yaşam kalitelerini daha iyi düzeyde algıladıkları şeklinde yorumlanmaktadır.

**Üçüncü ayda kontrol grubundaki hastaların eğitim düzeylerine göre; yaşam kalitesi** puan ortalamaları arasındaki fark incelendiğinde; istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (U:4,00;  $p<0,05$ ) (Tablo 33). Lise/üniversite mezunu olan hastaların yaşam kalitelerini ( $\bar{x}$ :8,66), ilköğretim mezunu olan hastalardan ( $\bar{x}$ :15,08) daha iyi olarak algıladıkları belirlenmiştir.

**Altıncı ayda deney grubundaki hastaların medeni durumlarına göre yaşam kalitesi** puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (U:7,00;  $p<0,05$ ) (Tablo 33). Deney grubundaki evli olan hastalar yaşam kalitelerini ( $\bar{x}$ :7,11) bekar/dul olan hastalardan ( $\bar{x}$ :14,00) daha iyi olarak algılamaktadırlar. Bu durum evli olan hastaların aile içi rolleri ve sosyal destek sistemlerini iyi düzeyde kullanabilmelerinin bir sonucu olarak yorumlanmaktadır. Deney grubuna uygulanan eğitim kapsamında hastaların sosyal destek sistemlerini etkin bir şekilde kullanma ve yönlendirmeye yönelik stratejiler üzerinde önemle durulmuştur.

Jacobsson ve ark. (2002) ęalıřmasında ağrı, tutukluk, fonksiyonel sınırlılık ve ileri yaşın yaşam kalitesini azalttığını saptamıştır (69). Tjihuis (2001) ve ark. ęalıřmasında kadın RA'li hastaların yaşam kalitelerinin erkek hastalardan daha kötü olduğunu bildirmektedir. Erkek hastalarda RAQoL

$\bar{x}$ :13,3 iken kadın hastalarda bu skorun  $\bar{x}$ :17,4 olduğu gösterilmiştir **(136)**. Ancak bu çalışma sonucunda ortaya konan bulgular, diğer çalışma bulgularını desteklememektedir.



#### 4.7.HASTALARIN HASTANEDE YATIŞ SÜRELERİNE İLİŞKİN BULGULARIN İNCELENMESİ

Hastaların hastanede yatış süreleri incelendiğinde; deney grubundaki hastaların %57,1'i 6-14 gün, %21,4'ü 15-21 gün, %7,1'i 22-28 gün, %7,1'i 29-35 gün, %7,1'i 36-42 gün yatış süresine sahip iken, bu oranlar kontrol grubunda %33,3'ü 6-14 gün; %20,0'ı 15-21 gün, %26,7'si 22-28 gün, %20,0'ı 29-35 gün olarak sıralanmıştır. Deney ve kontrol gruplarındaki hastaların yatış süreleri ortalamaları; deney grubunda  $\bar{x}$ :16,00 gün, kontrol grubunda  $\bar{x}$ :20,60 gün olduğu saptanmış ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (U:64,00;  $p>0,05$ ) (Tablo 34). Deney grubu hastalarının yatış süresi literatürde bildirilen sürelerle benzer, kontrol grubundaki hastaların yatış süresi ise biraz daha uzun olarak bulunmuştur. Hastaların hastanede kalış sürelerinin uzun olmasında bazı sosyal endikasyonların (hastaların yalnız yaşaması gibi) etkisi olmuştur.

Rat (2004); yetersizlik puanı yüksek olan hastaların daha fazla hastaneye yattıklarını saptamıştır (109). RA'li hastaların akut bakım hastanelerinde ortalama yatış süresi 7,8-16,3 gün olarak bildirilmiştir. Hastanede yatış süresi, yüksek eğitim düzeyi ile ilişkili bulunmuş ve yüksek eğitimlilerin hastanede daha uzun süre yattığı saptanmıştır (109).

Tosun'un çalışmasında miyokard infarktüsülü hastalara uygulanan vaka yönetiminin hastaların hastanede yatış süresini kısalttığı saptanmıştır. Vaka yönetimi uygulanan grupta yatış süresi 5,47 gün, uygulanmayan grupta ise 6.32 gün olarak bildirilmiştir (137). Transüretral prostatektomi için geliştirilen bakım protokolünün uygulanmasından sonra hastanede kalma süresinin

anlamalı bir şekilde 5,9'dan 5,0 güne düştüğü ve hastaneye yatış oranının yine anlamalı bir şekilde %17'e düştüğü bildirilmiştir. **(30,149)**.



#### 4.8. HASTALIĞIN MALİYETİNE İLİŞKİN BULGULARIN İNCELENMESİ

Araştırma kapsamındaki hastaların hastane maliyeti  $\bar{x}$ :1281,75 YTL (943,15 USD)'dir. Bu oranın dağılımı deney grubunda  $\bar{x}$ :1151,33 YTL (847,18 USD), kontrol grubunda  $\bar{x}$ :1403,48 YTL (1032,72 USD) şeklindedir. Her iki grubun hastane maliyetleri açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (U:90,00;  $p>0,05$ ) (Tablo 35).

Araştırma kapsamındaki hastaların taburculuktan sonraki 6 aylık sağlık bakım maliyetleri  $\bar{x}$ :155,65YTL (114,53 USD) olarak saptanmıştır (Tablo 35). Bu maliyetlerin dağılımı deney grubunda  $\bar{x}$ :113,91YTL (83,81 USD); kontrol grubunda  $\bar{x}$ :194,60 YTL (143,19 USD) olduğu görülmektedir. Her iki grup arasında 6 aylık sağlık bakım maliyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (U:67,50;  $p>0,05$ ).

Hastaların hem hastane hem de 6 aylık maliyet sonuçları; deney grubundaki hastalarda  $\bar{x}$ :1265,25±660,03 YTL (931,00 USD); kontrol grubunda ise  $\bar{x}$ :1598,09±852,97 YTL (1175,92 USD) olarak hesaplanmıştır. Her iki grup arasında saptanan maliyet ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (U:80,00;  $p>0,05$ ) (Tablo 35). Bu sonuç; araştırmanın dördüncü hipotezi olan "*Romatoid artritli bireylerde vaka yönetimi maliyet etkilidir*" hipotezini desteklememektedir. Ancak deney grubundaki hastaların toplam sağlık bakım maliyetleri kontrol grubundaki hastalardan biraz daha düşük olarak saptanmıştır. Bunun nedeninin hasta sayısının azlığı olabileceği ve daha fazla örneklem sayısı ile çalışmanın yürütülmesi durumunda bu farkın anlamlı düzeyde çıkabileceği düşünülmektedir.

Toplam sağlık bakım maliyetleri içinde hastanede yatışın maliyeti diğer alınan sağlık bakım hizmetlerinden daha fazla bir orana sahiptir. Ruof ve ark. alışmasında (2004) RA'li hastaların 1 yıllık mikro maliyet analizleri yapılmış ve hastanede yatışların maliyeti tanısal ve terapötik prosedürlerden sonra ikinci sırada olarak saptanmıştır **(118)**. Bu çalışmada hastaların 6 aylık süreçteki sağlık bakım harcamaları dikkate alındığı için; bu harcamalar toplam sağlık bakım maliyetleri içinde daha az bir oranı oluşturmaktadır. Bu nedenle hastane yatışlarının maliyetlerinin daha fazla olduğu saptanmıştır.

1998 yılında; RA'in, ABD'de toplam yıllık maliyetinin 14 milyar dolar olduğu hesaplanmıştır. Bu oranla RA'li hastaların tedavisinin sağlık bakım sistemi içerisinde büyük bir ekonomik paya sahip olduğu belirtilmektedir. RA'li bir hastanın direkt maliyetinin, RA hastası olmayan bir hastanın tedavisinden 3 kat daha fazla olduğu; RA'in yaşam süresindeki direkt ve indirekt maliyeti diğer hastalıklarla karşılaştırıldığında daha yüksek olduğu bildirilmektedir. RA'in maliyetinin motorlu araç kazalarının maliyetinden 5 kat daha fazla olduğu ifade edilmektedir **(41)**.

RA'in toplam ortalama yıllık tıbbi maliyeti 5720 dolar olarak bulunmuştur. En ciddi hastalık düzeyi, en kısa hastalık süresi ve en genç yaş ortalaması olan bir RA popülasyonunda en yüksek maliyet 11.503 dolar olarak saptanmıştır **(86)**. Toplam tıbbi maliyetlerin %8-24'ünü ilaç harcamaları, %8-21'ini hekim vizitleri, % 17-88 arasında ise hastane yatışlarının oluşturduğu belirtilmektedir **(86)**.

Bir çok farklı çalışmada direkt maliyetlerin her yıl her RA'li hasta için 1,812-11,792 Euro arasında değiştğini, ve tüm toplam maliyetlerin yarısından daha fazlasını direkt maliyetlerin oluşturduğu bildirilmiştir. Yelin



(1999) direkt maliyetleri her yıl her hasta için 10,400 Euro olarak bildirmiştir **(109)**. Yelin'in çalışmasında bildirdiği direkt maliyetler günlük bazda hesaplandığında (10,400 Euro/365 gün) (1 Euro=1.21 USD); 28.49 Euro/gün (34,47 USD/gün) olduğu görülmektedir. Bu çalışmada saptanan direkt sağlık bakım maliyetleri günlük bazda hesaplandığında; deney grubunda 6.93 USD, kontrol grubunda 8,75 USD'dir. Bu çalışmada deney ve kontrol gruplarında ortaya konan günlük bazda maliyetler; Yelin'in bildirdiği direkt maliyetlerin dörtte biri, beşte biri kadardır. Bu çalışma kapsamındaki hastaların sağlık bakım maliyetlerinin yurt dışında yapılan çalışmalarda bildirilen maliyetlerden daha düşük çıkması; ülkemizdeki sağlık bakımının ucuz olması ile ilişkilendirilebilir. Örneğin; Pugh ve ark (2001) kalp yetmezliği tanısı olan hastalarda vaka yönetiminin uygulanması sonucunda elde edilen maliyetleri ölçtükleri çalışmalarında, bir hekimin konsültasyon ücreti 40 USD olarak bildirilirken **(107)**; bu çalışmada konsültasyon ücreti hastanede yatan hasta için 7 YTL (5,03 USD), poliklinikte hekim muayene ücreti 15 YTL (11,03 USD) üzerinden hesaplanmıştır.

Fransa'da multidisipliner bakım alan 20 RA'li hasta ile yapılan çalışmada hastalar aylık periyotta izlenmişlerdir. İlk hastaneye yatış ve altıncı ay arasındaki sağlık bakım maliyetlerinde azalma olduğu saptanmıştır **(109)**. Bu çalışmada saptanan altı aylık maliyet toplamının hastane yatış maliyetinden daha düşük çıktığı sonucu literatür bulguları ile paralellik göstermektedir.

Girard et al. (2002) çalışmalarında RA'li hastaların son 12 ayda sağlık bakım sistemleriyle en az 1 kez iletişim kurduğunu ve son 1 ay içerisinde artrit olmayan kişilerle/hastalarla karşılaştırıldığında daha fazla sağlık bakım

hizmeti almak için başvurduğunu bildirmişlerdir. Sağlık bakımı kullanım çeşitleri; hastanede yatış, reçete yazdırma, genel ve spesifik ayaktan bakım alma olarak saptanmıştır. Sağlık bakımı kullanım durumunu etkileyen faktörler olarak hastalığın durumunu, çalışma durumu ve yaş sıralanmıştır **(49)**. Araştırma kapsamındaki hastaların son altı ayda aldıkları hizmetlerin dağılımlarına bakıldığında; genel olarak kontrol amaçlı romatoloji veya diğer bir polikliniğe başvurma, hastalık semptomlarının artmasına bağlı hekime başvurma, ilaç reçete ettirme, hekim tarafından istem yapılan laboratuvar, radyoloji ve hastanın izleminde yapılması gereken rutin kontroller (göz, nöroloji, göğüs) olduğu görülmüştür. Ruof ve ark (2004) RA'li hastaların en fazla oranda kullandıkları sağlık bakım hizmetlerini inceleyen çalışmalarında; hastaların kullandıkları hizmetlerin büyük bir bölümünün (~%60 gibi) tanısal ve terapötik prosedürler/testler olduğunu saptamışlardır **(118)**.

Vaka yönetimi farklı ortamlarda uygulanmış, dolayısıyla farklı sonuçların araştırılması hedeflenmiştir. 298 evsiz kronik alkoliklerde (Seattle/ABD) uygulanan vaka yönetiminin hastalara daha yararlı etkileri olduğu bildirilmiştir. KBY'li hastalarda uygulanan vaka yönetimi sonucunda hastaların daha fazla vizite geldikleri saptanmış ve yıllık direkt maliyetlerin 89.355 dolar (hasta başına/484 dolar) olduğu bildirilmiştir **(67)**.

Çin'de şizofreni hastalarına uygulanan vaka yönetiminin klinik göstergelerde anlamlı iyileşmeler gösterdiği, girişim uygulanan grupta daha yüksek maliyet saptandığı (daha fazla ev vizitleri ve daha fazla poliklinik ziyareti yapıldığından dolayı) bildirilmiştir. Sonuç olarak vaka yönetiminin Hong Kong'da daha maliyetli olduğu (5 aylık sürede hasta başına 3600

dolar), buna karşın hastaların psikolojik durumunda, fonksiyon düzeyinde ve hasta memnuniyetinde daha fazla artış olduğu ifade edilmiştir (67).

Son altı ay içinde cerrahi müdahale için diğer kliniklere veya hastanelere yatan hastaların hastane maliyetleri; çalışma kapsamına dahil edilmemiştir. Bunun nedeni olarak; deney ve kontrol grubundaki birer hastanın başka hastanelerde yatmış olmasıdır. Bu hastaların maliyet kayıtlarına ulaşılamadığı için son 6 ayda herhangi bir nedenle hastaneye tekrar yatan diğer hastaların maliyet kayıtları da kapsam dışı bırakılmış, sadece yukarıda belirtilen hizmetlerin maliyetleri hesaplanmıştır.

#### **4.8.1.Hastaların Toplam Sağlık Bakım Maliyetlerinin Bağımsız Değişkenlere Göre Dağılımlarının İncelenmesi**

Hastaların toplam sağlık bakım maliyetleri ortalaması ile bağımsız değişkenler arasındaki fark incelenmiştir.

Hastaların **toplam sağlık bakım maliyetlerinin gelir durumlarına göre dağılımları** incelenmiştir. Deney grubundaki hastaların gelir durumlarına göre toplam sağlık bakım maliyeti ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (KW:6,28;  $p<0,05$ ). Yapılan analiz sonucunda; gelir düzeyi düşük olan hastalar ile gelir düzeyi fazla olan hastalar arasındaki toplam sağlık bakım maliyetleri ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (U:0,000;  $p<0,016$ ). Bu sonuç; gelir düzeyi düşük olan hastaların toplam sağlık bakım maliyetlerinin, gelir düzeyi fazla olan hastalardan istatistiksel olarak daha yüksek olduğu göstermektedir. Gelir düzeyi düşük olan hastaların genel sağlık durumlarının daha kötü

olması nedeniyle daha fazla sağlık bakım hizmeti aldıkları; bu nedenle de daha fazla sağlık harcamasında buldukları düşünölmüştür.

Hastaların toplam sağlık bakım maliyetleri ile diğer bağımsız değişkenler arasındaki istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Yapılan bir çalışmada RA'in ilk 6 ayında toplam maliyetlerin en fazla oranda olduğu bildirilmekle birlikte, hastalık süresi arttıkça direkt maliyet düzeyinin de arttığı belirtilmektedir (109). Bu çalışmada elde edilen sonuçlar; bildirilen çalışmalardan farklı olarak hastalık yılı ile maliyet arasında bir etkileşim olmadığını göstermektedir.

Yapılan bir çalışmada; kadın olma, genç yaş, kısa hastalık süresi, yüksek eğitim düzeyi ve yetersiz olmanın maliyeti artırdığı saptanmıştır. Aynı zamanda yetersizlik ile hastalık maliyeti arasında güçlü bir ilişki saptandığı, ağrı, fonksiyonel durum, hastalık süresi ve kendini iyi hissetme ile maliyet arasında güçlü bir ilişki olduğu; yaşlı olmanın hastanede yatarak tedavi olma ile ilgili maliyetleri artırdığı bildirilmiştir (109).

## 4.9. HASTALARIN ALTINCI AYDA SAĞLIK DURUMLARINI DEĞERLENDİRMELERİNE İLİŞKİN BULGULARIN İNCELENMESİ

### 4.9.1. Hastaların Altıncı Aydaki Sağlık Durumlarını Değerlendirmelerinin İncelenmesi

Sağlık Değerlendirme Anketi kapsamında altıncı ayda hastalara yöneltilen "Şu anki sağlığınız için ne diyebilirsiniz?" sorusuna deney grubundaki hastaların %35,70'i çok iyi, % 42,90'ı iyi, % 14,30'u orta, %7,10'u kötü olarak saptanırken; kontrol grubundaki hastalarda %6,70 çok iyi, %20,00 iyi, %53,30 orta, %20,00 kötü olarak sıralanmıştır (Tablo 37).

Deney grubundaki hastaların sağlık durumlarını değerlendirmelerine ilişkin puan ortalamaları  $\bar{x}$ :2,92; kontrol grubundaki hastaların ise ortalamaları  $\bar{x}$ :3,86 olarak saptanmıştır ve iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (U:47,00; p<0,05) (Tablo 37). Deney grubundaki hastalar genel sağlık durumlarını kontrol grubundaki hastalardan daha iyi olarak bildirmişlerdir.

Amerika'da Illinois eyaletinde yapılan araştırmada artritli bireylerin bir ayın 6,4 gününde fiziksel sağlıklarının kötü olduğu bildirilmiştir (66).

Hastaların sağlık durumlarını nasıl algıladıkları birçok durumda kullanılan standart ölçeklerden daha değerli bilgiler vermektedir. Hastaların psikolojik anlamda kendilerini iyi hissetmeleri birçok fizyolojik semptomları daha hafif olarak yaşamalarını/algılamalarını sağlamaktadır. Bu anlamda vaka yönetimi uygulanan gruptaki hastaların sağlık durumlarını "iyi" olarak algılamaları ve bu şekilde ifade etmeleri olumlu bir sonuç olarak değerlendirilmektedir.

#### 4.9.2.Hastaların Altıncı Aydaki Sağlık Durumlarından Duydukları Memnuniyet Düzeylerinin İncelenmesi

Sağlık Değerlendirme Anketi kapsamında altıncı ayda hastalara yöneltilen “Şimdiki sağlığınızdaki ne kadar memnunsunuz?” sorusuna verilen yanıtların dağılımları incelenmiştir. Deney grubundaki hastaların % 14,30'u çok memnun, %64,30'u biraz memnun, %14,30'u biraz memnun değil, %7,10'u ne memnun ne de memnun değil olarak oranlanırken; bu grupta sağlık durumundan hiç memnun olmayan hasta bulunmamaktadır (Tablo 38).

Kontrol grubundaki hastaların sağlık durumlarından duydukları memnuniyet durumları incelendiğinde; %6,70'inin çok memnun, %46,70'inin biraz memnun, %20,00'inin biraz memnun olmadığı, %13,30'unun hiç memnun olmadığı, %13,30'unun da ne memnun ne de memnun değil olarak sıralandığı görülmektedir (Tablo 38).

Hastaların sağlık durumlarından duydukları memnuniyet değerlendirilmiş ve deney grubundaki hastaların puan ortalamaları  $\bar{x}$ :2,21; kontrol grubundaki hastaların ise  $\bar{x}$ :2,86 olarak saptanmıştır. Deney ve kontrol grupları arasındaki puan ortalamaları arasındaki fark; istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (U: 73,50;  $p>0,05$ ) (Tablo 38).

Deney grubundaki hastaların büyük bir oranı (%64,30; 9 hasta) sağlık durumlarından duydukları memnuniyeti “biraz memnunum” şeklinde bildirirken; kontrol grubundaki hastalar da %46,70 (7 hasta) oranında “biraz memnunum”, %20,00 (3 hasta) oranında “ne memnunum ne de memnun değilim” olarak bildirmişlerdir. Kontrol grubundaki 2 hastanın taburculuktan sonraki dönemde yapılan altıncı ay değerlendirmesinin cerrahi sonrası döneme rastladığına dikkat çekmek gerekmektedir. Diğer hasta ise hastalık

alevlenmesi tekrarladığı için bu dönemde sağlığından memnun olmadığını bildirmiştir. Deney grubundaki hastaların ise büyük çoğunluğunun sağlıklarından memnun olduğu saptanmıştır.

#### 4.9.3.Son Altı Ayda Sıklıkla Yaşanan Semptomların İncelenmesi

Hastaların en sıklıkla yaşadıklarını bildirdikleri semptomlar şöyle sıralanmıştır.

Deney grubundaki hastalar **baş, kulak, burun, boğaz ve göz** ile ilgili olarak en fazla oranla; baş ağrısı (%57,1), baş dönmesi (%57,1) ve yüksek vücut sıcaklığı (%42,9); kontrol grubundaki hastalar ise; baş ağrısı (%60), baş dönmesi, (%53,3), yüksek vücut sıcaklığı (%26,7), ağızda yaralar (%26,7) olduğunu bildirmiştir (Tablo 39).

Hastalarda sıklıkla ortaya çıkan semptomlardan biri baş ağrısı olarak saptanmıştır. Baş ağrısı, birçok farklı nedenden kaynaklanabileceği gibi RA tedavisine ilişkin kullanılan bazı ilaçların (Enbrel gibi) yan etkisi olarak da (%17 gibi) ortaya çıkabileceği bildirilmektedir. Aynı şekilde yüksek vücut sıcaklığı da enfeksiyon habercisi veya ilaçlara karşı oluşan reaksiyon durumunda ortaya çıkabilmektedir. Enbrel kullanan hastalarda yan etki olarak enfeksiyon; %35'lerde bildirilmektedir (**144**).

Deney grubundaki hastaların **gastrointestinal kanal** ile ilgili en sıklıkla yaşadıklarını belirttiği 3 semptom; mide yanması (%50,0) ve konstüpsiyon (%50,0), bulantı (%35,7), hazımsızlık/geçirme (%35,7), üst karın bölgesinde (mide) ağrı/rahatsızlık (%28,6); kontrol grubundaki hastalarda ise hazımsızlık/geçirme (%66,7), mide yanması (%60) ve konstüpsiyon (%60), bulantı (%53,3), üst karın bölgesinde ağrı (%53,3) olmuştur.



RA'li hastaların ağrı semptomunu kontrol altına almak için kullandıkları analjezik/antiinflamatuvar ilaçların yan etkileri sıklıkla gastrontestinal semptom bulguları olarak kendini göstermektedir. Gastroözefagial reflü, erozyonlar, peptik ülser gibi yan etkileri olabilen bu ilaç grubu, hastaların sıklıkla deneyimlediği GİS semptomlarına yol açmaktadır (8).

Deney grubundaki hastalarda **göğüs, akciğerler ve kalp** ile ilgili en fazla olarak %14,3 oranında kontrol grubundaki hastalar ise %53,3 oranında nefes darlığı yaşadıkları saptanmıştır. Her iki grupta da göğüs ağrısı ve hırıltılı solunum yaşadığını bildiren birer hasta olmuştur. RA tanısı ile izlenen hastalarda gelişen dispne, ortopne, pozisyonel substernal ağrı, çarpıntı gibi kalple ilgili belirtiler kardiyak tutulumu düşündürmelidir (46)

Deney grubundaki hastalarda **kas-iskelet sistemi** ile ilgili en sıklıkla eklem ağrısı (%92,9), eklem şişliği (%71,4), kas ağrısı (%57,1); kontrol grubundaki hastalar ise; eklem ağrısı (%93,3), eklem şişliği (%80), kaslarda güçsüzlük (%73,3) bildirilmiştir.

Utah eyaletinde artritli hastaların son 12 ay içinde %89,3 oranında eklem ağrısı, sızısı ve şişliği yaşadıklarını ve bu semptomların son bir ayda yaşanan semptomlar arasında ilk sırada yer aldığı bildirilmiştir (131). RA hastalığının belli başlı karakteristik niteliği özellikle eklem üzerine olan semptomlardır. Bu nedenle hastaların büyük oranda eklem semptomları yaşamaları hastalığın özelliği ile paraleldir.

Deney grubundaki hastaların **nörolojik ve psikolojik** alanda yaşadıkları en sık 3 semptom sırasıyla; uykusuzluk (%71,4), yorgunluk (%64,3), depresyon (%42,9) ve sinirlilik (%42,9) sıralanırken; kontrol

grubundaki hastalarda yorgunluk (%80), sinirlilik (%66,7) ve uykusuzluk (%66,7), depresyon (%60) sıralanmıştır.

RA'li hastaların depresyon duygusunu çok sıklıkla yaşadıklarını ve hastaların bunun nedenini açıklamadıklarını bildirmektedir (141). Alderson (1999) inflamatuvar artritli olan hastalarda depresyon düzeyinin yüksek olarak saptandığını bildirmiştir (9). Barlow et al. hastalık süresi 1 yıldan az olan RA'li hastalarda depresyon görülme oranını %22 olarak saptamıştır (19). Argon (1991) ise, RA'li hastaların %22'sinin depresyon belirtisi gösterdiğini ve depresyon belirtisi gösteren bu hastaların hepsinin de kadın olduğunu bildirmiştir (11). Depresyon, araştırma kapsamındaki hastaların da sık yaşadığı semptomlar arasında bulunmaktadır.

Deney grubundaki hastalarda ciltle ilgili en sık yaşandığı bildirilen semptomlar; kolay berelenme/yaralanma (%21,4), kaşıntı (%14,3), kızarıklık (%7,1); kontrol grubundaki hastalarda kolay berelenme/morarma (%40) ve kızarıklık (%40), kaşıntı (%20) en çok yaşanan semptomlar olarak sıralanmıştır.

#### **4.9.4. Hastaların Son Altı Ay İçinde Yaşadıkları Aktivite Sınırlılıklarına ve Günlerine Göre Dağılımlarının İncelenmesi**

Araştırma kapsamındaki hastaların hastalıkları nedeniyle son 6 ay içinde normal günlük aktivitelerini sürdürmede (ev işi, günlük yaşam aktiviteleri gibi) kısıtlılık yaşayıp yaşamadıkları sorgulanmıştır.

Deney grubundaki hastaların son 6 ay içinde %35,70'inin günlük aktivitelerinde sınırlamalar yaşamadıkları, %64,30'unun ise sınırlamalar yaşadıkları saptanmıştır. Sınırlama yaşadıklarını bildiren hastaların;

%33,30'u 10-19 gün, %44,50'i 20-29 gün, %22,20'si 30-39 gün sınırlılık yaşadıkları belirlenmiştir (Tablo 40).

Kontrol grubundaki hastaların son 6 ay içinde % 26,70'inin günlük aktivitelerinde sınırlamalar yaşamadıkları, %73,30'u ise sınırlamalar yaşadıkları saptanmıştır. Sınırlama yaşadıklarını bildiren hastaların %27,20'si 10-19 gün, %27,20'si 20-29 gün, %36,50'si 30-39 gün, %9,10'u 40-49 gün sınırlılık yaşadıkları belirlenmiştir (Tablo 40).

Deney grubunda hastaların günlük aktivitelerini sınırladıkları ortalama gün sayısı  $\bar{x}$ :18,88 gün iken, kontrol grubunda  $\bar{x}$ :23,63 gün olarak saptanmıştır. İki grup arasındaki fark; istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (U:36,50;  $p>0,05$ ) (Tablo 40).

Hastalara hastalıkları nedeniyle son 6 ay içinde günlük aktivitelerini tamamen kısıtlılık yaşayıp yaşamadıkları sorulduğunda; deney grubunda tamamen kısıtlılık yaşamadıklarını bildirenlerin oranı ise %35,70; tamamen kısıtlılık yaşadıklarını bildirenlerin oranı ise %64,30'dur. Tamamen kısıtlılık yaşadıklarını bildiren deney grubu hastalarının tamamen kısıtlılık yaşadıkları gün sayısı, %33,30'ı 1-10 gün, %55,60'ı 11-20 gün, %11,10'u 21-30 gün saptanmıştır (Tablo 40).

Kontrol grubundaki hastaların %40,0'ı tamamen kısıtlılık yaşamadıklarını bildirirken, tamamen kısıtlılık yaşadıklarını bildirenlerin oranı %60,00'tir. Tamamen kısıtlılık yaşadıklarını bildiren kontrol grubu hastalarının tamamen kısıtlılık yaşadıkları gün sayısı, %44,50'i 1-10 gün, %22,20'i 11-20 gün, %33,30'u 21-30 gün saptanmıştır (Tablo 40).

Deney grubunda hastalıkları nedeniyle günlük aktivitelerini tamamen yapamadıkları ortalama gün sayısı  $\bar{x}$ :14,50 gün; kontrol grubunda  $\bar{x}$ :16,66

gün olarak bulunmuştur. İki grup arasındaki fark; istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (U:43,50;  $p>0,05$ ) (Tablo 40).

Amerika'da Illinois eyaletindeki artritli bireylerin bir ay içerisinde 5,6 gün artrit semptomları nedeniyle günlük işlerini yapamadıkları, bir ayın 8,5 gününü artrit ağrıları ile geçirdikleri bildirilmektedir **(66)**. Hastaların yaklaşık %50'sinin tanıdan 10 yıl sonra çalışamayacak durumda oldukları bildirilmektedir **(86)**. Literatürde bir aylık sürece ilişkin verilen bu rakamlar 6 aya oranlandığında aktivitelerin sınırlandığı gün sayısı yaklaşık 33 gün gibi ortaya çıkmaktadır. Bu çalışmanın sonucunda ortaya konan bulgularda bu oran daha düşük saptanmıştır. Bu çalışma kapsamında yer alan hastaların büyük çoğunluğunun kadın olması, çalışmıyor olması gibi faktörler bu sonucu ortaya çıkarmış olabilir.

#### **4.9.5.Hastaların İlaç Bırakma Ve Yan Etki Yaşama Durumlarına Göre Dağılımlarının İncelenmesi**

Hastalara son 6 ay içinde kullandığı ilaçlarla ilgili olarak; ilaç bırakıp bırakmadığı ve ilacı bırakma nedeni sorulmuştur. Deney grubundaki hastaların % 21,40'ı kullanmakta olduğu bir ilacı bıraktığını, %78,60'ı ise kullanmakta olduğu bir ilacı bırakmadığını bildirmiştir. İlacı bıraktığını ifade eden hastaların ilacı bırakma nedeni olarak ilaç yan etkisi yaşama (2 hasta) ve ilaç değişikliği (1 hasta) saptanmıştır. Bırakılan ilaçların hekim kontrolünde olduğu özellikle belirtilmiştir. Kontrol grubundaki hastaların %26,70'i kullanmakta olduğu bir ilacı bıraktığını, %73,30'u ise bırakmadığını bildirmiştir. Kullanmakta olduğu ilacı bıraktığını ifade eden hastaların ilacı bırakma nedeni olarak ilaç yan etkisi bildirilmiştir (4 hasta) (Tablo 41).

#### 4.9.6.Hastaların Son 6 Ay İçinde Hastaneye Başvuru Şekli Ve Dağılımlarının İncelenmesi

Hastaların son 6 ay içinde poliklinik hizmetleri dışında hastaneye başvuru Őekilleri incelendiğinde; deney grubunda 2 hasta, kontrol grubunda ise 5 hasta olduğu saptanmıştır. Deney grubunda hastaneye başvurduğunu bildiren hastaların 1'i cerrahi operasyon nedeniyle yatış, 1'i ise acil servise başvuru olduğunu ifade etmiştir.

Kontrol grubunda hastaneye başvurduğunu bildiren hastaların 2'si cerrahi operasyon ve 1'i hastalık alevlenmesi nedeniyle yatış, 2'i ise acil servise başvuru olduğunu ifade etmiştir (Tablo 42).

Yapılan bir cohort çalışmasında son 12 ay içinde RA'li hastaların %39'unun hastaneye yattığı bildirilmiş ve bu oran kontrol grubu hastalarından daha yüksek bulunmuştur. Fransa'da yapılan diğer bir çalışmada ise; hastaların %35'inin son 12 ay içinde tekrar hastaneye yattığı belirtilmiştir. Amerika'da yapılan çalışmalarda bu oran %19 olarak bildirilmiştir (109). Bu çalışmada elde edilen sonuçlar; literatürde bildirilen oranlardan daha düşüktür. Bu sonuç; araştırma örneklemini oluşturan hastaların yetersizlik düzeylerinin literatürde bildirilen oranlardan daha düşük olması ile ilişkilendirilebilir. Ayrıca hastaneye yatış oranlarının daha sağlıklı ortaya konulabilmesi için büyük örneklemlerle çalışılmasının daha uygun olacağı düşünülmektedir.

ABD'de yapılan bir çalışmada, hastaneye yatan hastaların %10'undan daha azının RA hastalığından dolayı yattığı, RA'in sebep olduğu diğer durumların ise daha fazla oranda yatışlara neden olduğu bildirilmiştir. Bunların başında RA'in uzun dönem etkileri nedeniyle oluşan cerrahi ile ilgili

yatışlar (eklem replasman cerrahisi) geldiği ve bu oranında % 81 olduğu bildirilmektedir (109). Bu çalışma grubundaki hastaneye yatan hastaların büyük çoğunluğunun hastaneye yatış sebebi; RA'in komplikasyonları nedeniyle konulan cerrahi müdahale endikasyonu olmuştur. Bu durum literatürde bildirilen bulgularla paraleldir.

Hastaların son 6 ay içinde hekime başvuru sayısı incelendiğinde; deney grubundaki hastalarda ortalama  $\bar{x}$ :2,00; kontrol grubundaki hastalarda ise  $\bar{x}$ :3.26 olarak bulunmuştur (Tablo 42).

Rat ve ark. (2004) RA'li hastaların her yıl ortalama 7-20 arasında, Yelin ise 10-12 arasında hekim ziyareti gerçekleştirdiklerini bildirmektedir. Bu ziyaretlerin 2-6,5'ünü romatolog ziyaretleri oluşturmaktadır (109). Bu çalışmadaki hastaların ortalama hekim ziyareti diğer çalışmalarda bildirilen oranlardan daha düşük olarak saptanmıştır. Araştırma süresindeki altı aylık periyotta elde edilen bu verilerin daha geniş örneklemelerde tekrarlanması ile daha güvenilir sonuçlar elde edileceği düşünülmektedir.

#### **4.9.7.Hastaların Hastalıklarıyla Başa Çıkma Düzeylerinin İncelenmesi**

Araştırma kapsamındaki hastalara RA ile ne kadar iyi düzeyde baş edebildikleri sorulduğunda; hastalıkla baş etme puan ortalaması deney grubundaki hastalarda  $\bar{x}$ :4,85; kontrol grubunda ise  $\bar{x}$ :5,50 olarak bulunmuştur. Bu sonuç; araştırma kapsamındaki hastaların RA ile orta düzeyde baş edebildiklerini göstermektedir. Deney ve kontrol grupları arasında baş etme düzeyi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (U:77,00; p>0,05) (Tablo 43). Ancak deney grubundaki hastaların baş etme düzeyleri orta düzeyin üstünde (iyiye yakın),

kontrol grubundaki hastaların baş etme düzeyleri orta düzeyin altında (kötüye yakın) olduğu görülmektedir.

RA'li hastaların algıladıkları stresörlerin başında ağrı gelmektedir. Harekette sınırlılıklar, günlük yaşam aktivitelerini yapmada zorluklar, çaresizlik, diğerlerine bağımlı olma, özgüvenin kaybı, sosyal aktivitelerde bozulma, aile ilişkilerinde bozulma, iş performansında güçlükler ve tedavinin verdiği rahatsızlık algılanan diğer stresörler olarak sıralanmıştır. Hastaların baş etme stratejileri incelendiğinde; aile ilişkilerinde bozulma, tedavinin verdiği rahatsızlık ve özgüvenin tehdidi stresörlerine karşılık kaçamak baş etme stratejilerinin kullanıldığı bildirilmiştir **(83)**.

Kronik hastalığı olan 16 yaşlı hasta ile (KOA, kalp yetmezliği, kanser) çalışan 13 vaka yöneticisi hemşire; 2 hafta ile 2 yıl süreyle bu hastalara vaka yönetimi sürecini uygulamışlardır. Çalışma sonucunda hasta-vaka yöneticisi hemşire arasında oluşan iletişimlerini incelemişlerdir. Hastaların vermiş olduğu yanıtlar; kendileri için daha çok şeyler yapmayı ve gerektiğinde yardım kabul etmeyi öğrendikleri şeklinde olmuştur. Güçlü kişilerarası ilişkiler kurarak motivasyonlarının yüksek olduğunu, yeni şeyler düşünme ve harekete geçmede daha aktif olduklarını, sağlıklarını daha iyi sürdürdüklerini bildirmişlerdir **(77)**.



#### 4.10.VAKA YÖNETİMİ SÜRECİNE KATILAN SAĞLIK BAKIM PERSONELİNİN VAKA YÖNETİMİNE İLİŞKİN GÖRÜŞLERİNİN İNCELENMESİ

Vaka yönetimi sürecinin değerlendirilmesinde vaka yönetimi sürecine katılan sağlık bakım üyeleri ile görüşülmüş ve geri bildirimleri paylaşılmıştır. Sağlık bakım çalışanlarına “vaka yönetimi süreci ekip işbirliğini artırıyor mu?” diye sorulduğunda 58,3’ü kısmen, %41,7’si evet şeklinde yanıtlamışlardır. Vaka yönetiminin ekip işbirliğini artırdığını ifade edenlerin tümü (%41,7) hemşiredir (Tablo 44). Hemşirelerin klinik içerisinde az sayıda çalışıyor olmalarından ve hastanın tedavilerinin uygulanmasının çok fazla zamanlarını alıyor olmasından kaynaklanan nedenlerle düzenli olarak hasta vizitlerine katılamamaktadırlar. Vaka yöneticisi hemşirenin hasta vizitlerinde bulunması, vizit kararlarını, hastanın durumundaki değişiklikleri, istemlerde yapılan değişiklikleri hastanın hemşiresi ile paylaşması; ekip toplantıları yoluyla hasta hakkında sağlık bakım profesyonellerinin bir arada paylaşımında bulunmaları hemşirelerin “ekip işbirliğini artırıyor” yanıtını vermelerine neden olduğu düşünülmektedir. Vaka yönetimi süreci ile ilgili olarak hemşirelerin verdikleri yanıtlar; aslında hemşirelerin hasta ve hastalığın yönetiminde aktif rol almak istedikleri; ancak eleman yetersizliği nedeniyle çok sayıda hastaya bakım vermek zorunda olmaları, rutin işlerin çok zamanlarını alması gibi nedenlerle hastalara bu anlamda zaman ayıramadıklarını göstermektedir. Yapılan ekip toplantıları ile ilgili hemşireler ve doktorlar tarafından verilen yanıtlardan bazıları şunlardır:

*“Ekip toplantılarında hasta ile ilgili neler yapacağımızı kararlaştırdığımızda bunu nöbet değişimlerinde arkadaşarımla paylaşıyorum” (Hemşire)*

*“Hastanın hastalığı ile ilgili diğer sağlık bakım üyelerinden bilgi almak, gerektiğinde kendi bildiklerimi onlarla paylaşmak hoşuma gidiyor. Daha az sayıda hastaya bakım verip hepsi için bunları yapabilesek...” (Hemşire)*

*“Bu tür girişimlerin yapılmasının her hasta için gerekli olduğunu düşünüyorum” (Hemşire)*

*“Bilgi paylaşımı için bir fırsat. Daha önce böyle bir toplantıya katılmamıştım. Hoşuma gitti” (Hemşire)*

*“Bir kez toplantıya katıldım. Hastaya karşı kendimi daha çok sorumlu hissettim” (Hemşire)*

*“Hasta ile ilgili bilgileri hemşirelerin de paylaşmak istemesi güzel. Hastanın bakımına olumlu katkısı olabilir. Ancak bu toplantılara fazla zaman ayıramıyoruz” (Doktor)*

*“Tüm çalışanların işbirliği ve iletişim içinde olması iyi” (Doktor)*

*“Daha önce böyle bir toplantıya hiç katılmadım. Değişik geldi” (Doktor)*

*“Hastaların fiziksel durumlarının yanı sıra psikolojik durumlarına dikkat çekilmesi hasta adına olumlu bir yaklaşım. En azından romatoloji hastası için bu önemli. Hastanın oğlunun hastanede yattığını ve bu yüzden üzgün olduğunu sizlerden öğrendim” (Doktor)*

Vaka yönetiminin uygulanmasının iş yükünü nasıl etkilediğine ilişkin soruya verilen cevap ise %100 oranla “etkilemiyor” şeklinde olmuştur (Tablo 44). Vaka yönetimi sürecine katılan hemşire ve hekimler sorumlu olduğu diğer hastaların tedavi ve bakımlarını da yürütmektedir. Bu nedenle haftada bir yapılan ekip toplantısı, onların uygun olduğu gün ve saate göre düzenlendiği için fazladan zamanlarını almamakta, bu nedenle de iş yüklerini artırıcı bir faktör olarak değerlendirilmemektedir. RA’li hastaların klinikteki sirkülasyonu çok sık değildir. Bu nedenle Romatoloji ünitesinde bazen bir RA’li hasta, en fazla da 2-3 RA’li hasta aynı anda yatıyor olmaktadır. Dolayısıyla bir ya da iki hastanın haftada bir ekip toplantısı yapılması fazla zaman ayrılmasını gerektirmemektedir. Bu nedenle sürece katılan sağlık bakım personelinin “vaka yönetimi süreci iş yükünü etkilemiyor” şeklinde yanıt verdiği düşünülmüştür.

Vaka yönetimi sürecine katılan sağlık bakım personeli sürecin uygulanması ile ilgili olumlu yönler olarak; hasta hakkında daha fazla bilgiye sahip olma; hastaya bakım sağlayan herkesin girişimler hakkında bilgi sahibi olması; iş merkezli değil, hasta merkezli olmaya yönelmesi; hastanın semptomlarını rahatça bildirmesi açısından cesaretlendirilmesi; hastanın eğitim alıyor olması; süreklilik kazandığı takdirde güzel bir paylaşım ortamı yaratabileceği şeklinde sıralanmıştır.

## BÖLÜM 5

### SONUÇ VE ÖNERİLER

#### 5.1.SONUÇLAR

- ❖ Deney grubunda yer alan hastaların %14,30'u 29-39; %14,30'u 40-49, %35,70'i 50-59, %14,30'u 60-69, %21,40'ı 70-79 yaş grubunda ve yaş ortalamalarının  $55,85 \pm 13,72$  olduğu saptanmıştır. Kontrol grubundaki hastaların ise; % 7,70'i 20-29, % 13,30'u 40-49, %40,00'ı 50-59, %20,00'ı 60-69, % %20,00'ı 70-79 yaş grubunda olduğu saptanmış olup; yaş ortalaması  $57,40 \pm 12,18$ 'dir. Levene testi sonucunda deney ve kontrol grubundaki hastaların yaş grupları bakımından homojen bir dağılım gösterdiği saptanmıştır (t:0,406;  $p > 0,05$ ) (Tablo 15).
- ❖ Deney grubundaki hastaların %92,90'ı kadın, %7,10'u erkek; kontrol grubundaki hastaların %93,30'u kadın, %6,70'i erkektir. Yapılan Levene testi sonucunda; deney ve kontrol gruplarının cinsiyet bakımından homojen bir dağılım gösterdiği saptanmıştır (t:-0,049;  $p > 0,05$ ) (Tablo 15).
- ❖ Deney grubunda ilköğretim düzeyinde eğitime sahip olanların oranı %78,60, lise/üniversite düzeyinde eğitime sahip olanların oranı %21,40; kontrol grubunda ilköğretim düzeyinde eğitime sahip olanların oranı %80,00, lise/üniversite düzeyinde eğitime sahip olanların oranı %20,00 olarak saptanmıştır. Levene testi sonucunda deney ve kontrol gruplarının

eğitim durumları bakımından homojen bir dağılım gösterdiği saptanmıştır (t:-0,091; p>0,05) (Tablo 15).

- ❖ Deney grubundaki hastaların % 64,30'unun evli, %21,40'ının bekar/dul olduğu; kontrol grubundaki hastaların %60,00'inin evli, %40,00'inin bekar/dul olduğu saptanmıştır (Tablo 15).
- ❖ Deney grubundaki hastaların %78,60'ının Emekli Sandığı, % 21,40'ının Bağ-Kur/SSK'ya bağlı olduğu; kontrol grubundaki hastaların %80,00'inin Emekli Sandığı, % 13,30'unun Bağ-Kur/SSK'ya bağlı olduğu, % 6,70'inin ise herhangi bir sosyal güvencesinin olmadığı saptanmıştır (Tablo 15).
- ❖ Deney grubundaki hastaların %92,90'ının çalışmadığı (ev hanımı, emekli, işsiz), %7,10'unun çalıştığı (serbest meslek); kontrol grubundaki hastaların %80,00'inin çalışmadığı (ev hanımı, emekli, işsiz), %20,00'inin çalıştığı (memur, serbest meslek) saptanmıştır (Tablo 15).
- ❖ Deney grubundaki hastaların %35,70'inin gelir düzeyinin az, %35,70'inin gelir giderinin eşit, %28,60'ının gelirinin fazla olduğu saptanmıştır. Kontrol grubundaki hastaların ise; %46,70'inin geliri az, %40,00'inin gelir gideri eşit, %13,30'unun gelirinin fazla olduğu görülmüştür (Tablo 15).
- ❖ Deney grubundaki hastaların %50,00'sinin aile içindeki konumunun anne, %7,10'unun ocuk, %35,70'inin büyükanne olduğu, %7,10'unun yalnız yaşadığı; kontrol grubundaki hastaların ise, %53,30'unun anne, %6,70'inin ocuk, %13,30'unun büyükanne olduğu, %20,00'inin yalnız ve %6,70'inin kardeşi ile birlikte yaşadığı saptanmıştır (Tablo 15).
- ❖ Bakımından sorumlu kişiler incelendiğinde; deney grubundaki hastaların %64,30'unu kendisi, %7,10'u eşi, %21,40'ı çocuğu, %7,10'u annesi

olarak bildirirken; kontrol grubundaki hastaların %66,70'i kendisi, %26,70'i çocuğu, %6,70'i ise kardeşi olarak ifade etmiştir (Tablo 15).

❖ Deney grubundaki hastaların %50,00'i 1-10 yıl, %21,40'ı 11-20 yıl, %28,60'ı 31-45 yıl arası RA'li hasta olup; tanı yılı ortalaması  $\bar{x}$ :16,14±13,86 olarak saptanmıştır. Kontrol grubundaki hastaların %26,70'si 1-10 yıl, %73,30'u 11-20 yıl arası RA'li hasta olup; tanı yılı ortalaması  $\bar{x}$ :12,86±5,20 olarak saptanmıştır (Tablo 16).

❖ Deney grubundaki hastaların %7,10'unun üst ekstremitelerinin, %7,10'unun alt ekstremitelerinin, %85,70'inin ise hem alt hem de üst ekstremitelerinin; kontrol grubundaki hastaların ise, %6,70'inin üst ekstremitelerinin, %13,30'unun alt ekstremitelerinin, %80,00'inin hem alt hem de üst ekstremitelerinin RA hastalığından etkilenmiş olduğu saptanmıştır (Tablo 17).

❖ Deney grubundaki hastaların %42,90'ının deformitesi olduğu, %57,10'unun deformitesinin olmadığı; kontrol grubundaki hastaların %60,00'inin deformitesinin olduğu, %40,00 deformitesinin olmadığı saptanmıştır (Tablo 17).

❖ Deney grubundaki hastaların hastaneye yatışta ölçülen ağrı puanı ortalaması  $\bar{x}$ :1,65±0,521, kontrol grubundaki hastaların  $\bar{x}$ :1,90±0,844 olarak saptanmıştır. İki grup arasındaki ağrı puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (U:78,50; p>0,05) (Tablo18).

❖ Deney grubundaki hastaların hastaneye yatış esnasındaki sabah tutuklukları  $\bar{x}$ :130,00±59,743 dakika (Min:60; Max:240); kontrol grubundaki hastaların ise  $\bar{x}$ :118,00±58,700 dakika (Min:40;

Max:240) olarak saptanmıştır. İki grup arasındaki fark, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (U:91,00;  $p>0,05$ ) (Tablo 19).

❖ Deney grubundaki hastaların hastaneye yatışta tanılanan fonksiyonel sınıflamasında; %7,10'unun fonksiyonel sınıf I, %28,60'ının sınıf II, %35,70'sinin sınıf III, %28,60'sinin sınıf IV olduğu saptanmıştır. Kontrol grubundaki hastaların %20,00'i fonksiyonel sınıf II, %53,30'ü sınıf III, %26,70'i sınıf IV olarak saptanmıştır. Grupların fonksiyonel sınıflama bakımından homojen bir dağılım göstermiş olduğu saptanmıştır (t:0,678;  $p>0,05$ ) (Tablo 20).

❖ Deney grubundaki hastaların %21,40'ının RA'ten başka ek bir hastalığa sahip olmadığı, %14,30'unun bir hastalığa, %50,00'inin iki hastalığa, %14,30'unun üç hastalığa sahip oldukları saptanmıştır. Kontrol grubundaki hastaların ise %6,40'ının RA'ten başka ek bir hastalığı olmadığı, %26,70'inin bir hastalığa, %33,50'inin iki hastalığa, %33,30'unun üç hastalığa sahip olduğu saptanmıştır (Tablo 21).

❖ Deney grubundaki hastalarda %34,78 oranında osteoporoz, %21,74 hipertansiyon, %13,04 diabetes mellitus, %13,04 kalp hastalığı, %4,35 skleroderma, % 4,35 shögren, %4,35 böbrek hastalığı, %4,35 FMF olduğu görülürken, kontrol grubundaki hastalarda % 27,59 osteoporoz, %17,24 hipertansiyon, %13,79 diabetes mellitus, %10,34 kalp hastalığı, %6,89 solunum sistemi hastalığı, %3,44 skleroderma, %6,89 shögren, %6,89 böbrek



hastalığı, %3,44 gastrointestinal sistem hastalığı, %3,44 malignite olduğu saptanmıştır (Tablo 21).

❖ Deney grubundaki hastaların %21,40'ı temel etkili ilaç kullanmadığı, %42,90'ı bir temel etkili ilaç, %35,70'i iki temel etkili ilaç kullandığı; %64,30'unun antiosteoporoz ilaç; %92,90'ının analjezik/ antienflamatuvar ilaç kullandığı; %92,90'ının kortikosteroid tedavi aldığı saptanmıştır. Kontrol grubundaki hastaların %20,00'i temel etkili ilaç kullanmadığı, %53,30'unun bir temel etkili ilaç, %20,00'inin iki temel etkili ilaç, %6,70'inin ise dört temel etkili ilaç kullandığı; %60,00'inin antiosteoporoz ilaç; %60,00'inin Analjezik/ antienflamatuvar ilaç kullandığı; %66,70'inin kortikosteroid tedavi aldığı saptanmıştır (Tablo 22).

❖ Deney grubundaki hastaların hastaneye yatış nedeni olarak %78,70 hastalık alevlenmesi, %7,10 ilaç yan etkisi, %7,10 TNF ilaç uygulaması ve %7.10 enfeksiyon olduğu saptanmıştır. Kontrol grubundaki hastaların hastaneye yatış nedenleri %73,30 hastalık alevlenmesi, %20,00 ilaç yan etkisi, %6,70 TNF ilaç uygulaması olduğu saptanmıştır (Tablo 23).

❖ Deney grubundaki hastaların taburculukta ölçülen ağrı puan ortalaması  $\bar{x}$ :0,67±0,426; üçüncü ayda  $\bar{x}$ :0,80±0,451; altıncı ayda  $\bar{x}$ :0,60±0,478 olarak saptanmış ve ölçüm zamanlarına göre ağrı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (F:21,569; **p<0,05**). Deney grubundaki hastaların yatış ile taburculukta (Z:-3,300; p:0,001); yatış ile üçüncü ayda (Z:-0,237; p:0,001); yatış ile altıncı ayda (Z:-3,077; p:0,002)

ölçülen ağrı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ( $p<0,025$ ).

Kontrol grubundaki hastalarda ağrı puanı ortalaması taburculukta  $\bar{x}:1,04\pm0,456$ ; üçüncü ayda  $\bar{x}:1,04\pm0,461$ ; altıncı ayda  $\bar{x}:1,18\pm0,639$  olarak saptanmış ve ölçüm zamanlarına göre ağrı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ( $F:13,349$ ;  $p<0,05$ ). Kontrol grubundaki hastaların yatış ile taburculukta ( $Z:-3,185$ ;  $p:0,001$ ), yatış ile üçüncü ayda ( $Z:-2,557$ ;  $p:0,011$ ) ölçülen ağrı puanı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p<0,025$ ).

Deney ve kontrol gruplarında ölçüm zamanları bakımından ağrı puan ortalamaları arasında fark incelenmiş olup; taburculukta ( $U:59,50$ ;  $p:0,046$ ) ve altıncı ayda ( $U:42,00$ ;  $p:0,006$ ) ölçülen ağrı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Deney ve kontrol grubundaki hastaların yatışta ( $U:78,50$ ;  $p:0,247$ ) ve üçüncü ayda ( $U:73,50$ ;  $p:0,168$ ) ölçülen ağrı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Grafik 1).

- ❖ Deney grubundaki hastaların taburculukta ölçülen sabah tutukluğu süresi  $\bar{x}:79,64\pm31,284$  dakika (Min:40; Max:120), üçüncü ay kontrolde  $\bar{x}:83,57\pm41,064$  dakika (Min:30; Max:180), altıncı ay kontrolde ise  $\bar{x}:96,42\pm71,748$  dakika (Min:30; Max:300) olarak saptanmış olup (Grafik 2); ölçüm zamanlarına göre sabah tutukluğu süresi ortalamaları arasında fark; istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $F:11,387$ ;  $p<0,05$ ). Buna göre; deney

grubundaki hastaların yatış ile taburculukta (Z:-2,944; p:0,003) ve yatış ile üçüncü ayda (Z:-2,226; p:0,024) belirlenen sabah tutukluğu süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (**p<0,025**).

Kontrol grubundaki hastaların taburculukta değerlendirilen sabah tutukluğu süresi  $\bar{x}$ :82,00±35,091 dakika (Min:30; Max:120), üçüncü ay kontrolde  $\bar{x}$ :104,00± 55,394 dakika (Min:30; Max:270), altıncı ay kontrolde ise  $\bar{x}$ :130,66±67,025 dakika (Min:60; Max:240) olduğu saptanmış (Grafik 2); ölçüm zamanlarına göre sabah tutukluğu süresi ortalamaları arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F:14,712; **p<0,05**). Buna göre; kontrol grubundaki hastaların yatış ile taburculuk (Z:-2,955; p:0,003), taburculuk ile altıncı ay (Z:-2,797; p:0,005) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (p<0,025).

Deney ve kontrol grupları arasında ölçüm zamanları bakımından; hastaneye yatışta (U:91,00; p:0,535), taburculukta (U:100,00; p:0,822), üçüncü ayda(U:80,50; p:0,253) ve altıncı ayda (U:65,50; p:0,073) ölçülen sabah tutukluğu süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0,05).

- ❖ Deney grubundaki hastaların taburculukta değerlendirilen fonksiyonel sınıflamasında; %7,10'unun sınıf I, %28,60'ının sınıf II, %42,90'ının sınıf III, %21,40'ının sınıf IV olduğu saptanmıştır. Üçüncü ayda yapılan değerlendirmede; deney grubundaki hastaların %7,10'u sınıf I, %42,90'ı sınıf II, %28,60'ı sınıf III, %21,40'ı sınıf IV olarak; altıncı ayda ise; %7,20'u sınıf I, %35,70'i

sınıf II, %35,70'i sınıf III, %21,40'ı sınıf IV olarak saptanmıştır (Tablo 24).

Kontrol grubundaki hastaların hastaneden taburcu olurken değerlendirilen fonksiyonel sınıflamasında; %26,70'inin sınıf II, %60,00'inin sınıf III, %13,30'unun sınıf IV olduğu saptanmış, sınıf I'de yer alan hasta olmamıştır. Üçüncü ayda yapılan değerlendirmede; hastaların ise %6,70'inin sınıf I, %13,30'unun sınıf II, %46,70'inin sınıf III, %33,30'unun sınıf IV olduğu; altıncı ayda ise, hastaların %6,70'i sınıf I, %13,30'u sınıf II, %46,70'i sınıf III, %33,30'u sınıf IV olduğu saptanmıştır (Tablo 24).

❖ Deney grubundaki hastaların yatışta ölçülen yetersizlik puan ortalaması  $\bar{x}:1,26\pm0,649$ ; kontrol grubundaki hastaların ise  $\bar{x}:1,42\pm0,684$  olarak saptanmıştır. İki grup arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (U:91,00;  $p>0,05$ ) (Tablo 25).

❖ Deney grubundaki hastaların hastaneden taburcu olurken ölçülen yetersizlik puan ortalaması  $\bar{x}:0,79\pm0,605$ ; üçüncü ayda  $\bar{x}:0,91\pm0,706$ ; altıncı ayda ise  $\bar{x}:0,86\pm0,670$  olarak saptanmış olup; yetersizlik puan ortalamalarına göre ölçüm zamanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F:12,541;  $p<0,05$ ). Deney grubundaki hastaların; yatış ile taburculukta (Z:-3,297;  $p:0,001$ ), yatış ile üçüncü ayda (Z:-3,109;  $p:0,002$ ), yatış ile altıncı ayda (Z:-3,040;  $p:0,002$ ) ölçülen yetersizlik puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir vardır ( $p<0,025$ ) (Tablo 26).

Kontrol grubundaki hastalarda, hastaneden taburcu olurken ölçülen yetersizlik puan ortalaması  $\bar{x}:1,28\pm0,733$ ; üçüncü ayda yapılan değerlendirmede  $\bar{x}:1,32\pm0,512$ ; altıncı ayda yapılan değerlendirmede  $\bar{x}:1,31\pm 0,477$  olarak saptanmış olup; yetersizlik puanları bakımından ölçüm zamanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (F:0,673;  $p>0,05$ ) (Tablo 26).

Deney ve kontrol grubundaki hastaların yetersizlik puan ortalamaları arasında fark analiz edilmiş ve üçüncü ayda (U:59,50;  $p:0,045$ ) ve altıncı ayda (U:59,00;  $p:0,047$ ) ölçülen yetersizlik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p<0,05$ ) (Tablo 26). Bu sonuç; araştırmanın birinci hipotezi olan *“Vaka yönetimi uygulanan romatoid artritli bireylerin yetersizlik düzeyleri ile vaka yönetimi uygulanmayan romatoid artritli bireylerin yetersizlik düzeyleri arasında fark vardır”* hipotezini desteklemektedir. Vaka yönetimi uygulanan hastaların girişim sonrası orta-uzun vadede yetersizlik düzeylerinde olumlu bir gelişme vardır.

- ❖ Hastaların taburculukta, üçüncü ayda ve altıncı ayda ölçülen yetersizlik puanları ile bağımsız değişkenler arasındaki fark incelendiğinde; deney grubundaki hastalarda altıncı ayda ölçülen yetersizlik puan ortalamaları ile eğitim düzeyleri (U:4,00;  $p\leq0,05$ ) ve hastalık yılları (KW:6,062;  $p<0,05$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (Tablo 27).

Kontrol grubundaki hastalarda üçüncü ayda ölçülen yetersizlik puan ortalamaları ile medeni durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (U:6,00;  $p < 0,05$ ) (Tablo 27).

- ❖ Deney grubundaki hastaların hastane bakımından duydukları memnuniyet puan ortalamaları  $\bar{x}:1,99 \pm 0,498$ ; kontrol grubundaki hastaların hastane bakımından duydukları memnuniyet puan ortalaması  $\bar{x}:2,04 \pm 0,469$  olarak saptanmıştır. Deney ve kontrol grupları arasındaki memnuniyet puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (U:91,00;  $p > 0,05$ ) (Tablo 28). Bu sonuç; araştırmanın ikinci hipotezi olan *“Vaka yönetimi uygulanan romatoid artritli bireylerin bakımdan duydukları memnuniyet düzeyleri ile vaka yönetimi uygulanmayan romatoid artritli bireylerin bakımdan duydukları memnuniyet düzeyleri arasında fark vardır”* hipotezini desteklememektedir.
- ❖ Deney ve kontrol grubundaki hastaların memnuniyet alt boyutlarına göre; genel hizmetler, hekim ve hemşire alt boyutlarından aldıkları memnuniyet puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (U:100,0; U:83,00; U:89,00;  $p > 0,05$ ) (Tablo 28).
- ❖ Hastaların üçüncü ay poliklinik kontrollerine ilişkin memnuniyet puan ortalaması; deney grubundaki hastalarda  $\bar{x}:1,98 \pm 0,583$ , kontrol grubundaki hastalarda  $\bar{x}:2,20 \pm 0,460$ 'dır. Deney ve kontrol grubundaki hastaların üçüncü ay poliklinik randevularından duydukları memnuniyet puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (U:77,0;  $p > 0,05$ ) (Tablo 29).

- ❖ Hastaların altıncı ay poliklinik kontrollerine ilişkin memnuniyet puan ortalaması, deney grubundaki hastalarda  $\bar{x}$ :1,88±0,543; kontrol grubundaki hastalarda  $\bar{x}$ :2,23±0,475 olarak saptanmıştır. Deney ve kontrol grubundaki hastaların altıncı ay poliklinik randevularından duydukları memnuniyet puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (U:53,0;  $p<0,05$ ) (Tablo 29).
- ❖ Hastaların memnuniyet puanlarının bağımsız değişkenlerle olan etkileşimi incelenmiş ve hastaların yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, medeni durumu, çalışma durumu, sosyal güvenceleri, gelir durumu, hastalık yılları ve fonksiyonel sınıfları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir etkileşim saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).
- ❖ Deney grubundaki hastaların hastaneye yatışta saptanan yaşam kalitesi puanı  $\bar{x}$ :20,71±5,966; kontrol grubundaki hastaların ise  $\bar{x}$ :18,66±6,019'dur. Deney ve kontrol grubunda hastaneye yatışta saptanan yaşam kalitesi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (U:79,50;  $p:0,264$ ;  $p>0,05$ ) (Tablo 31).
- ❖ Deney grubundaki hastaların yaşam kalitesi puan ortalamaları taburculukta  $\bar{x}$ :10,57±5,034, üçüncü ayda  $\bar{x}$ :10,21±4,245, altıncı ayda  $\bar{x}$ :9,57±5,814 olarak saptanmıştır. Deney grubundaki hastaların kendi içinde yaşam kalitesi puan ortalamaları bakımından ölçüm zamanları arasında fark olup olmadığı incelendiğinde; istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F:21,916;  $p<0,05$ ). Deney grubundaki hastalarda; yatış ile taburculukta (Z:-



3,185; p:0,001), yatış ile üçüncü ayda (Z:-3,078; p:0,002), ve yatış ile altıncı ayda (Z:-3,182; p:0,001) ölçülen yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (p<0,025).

Kontrol grubundaki hastalarda yaşam kalitesi puanları taburculukta  $\bar{x}$ :11,20±5,157, üçüncü ayda  $\bar{x}$ :13,80±5,659, altıncı ayda ise  $\bar{x}$ :14,20±3,783 olarak saptanmıştır. Kontrol grubundaki hastaların kendi içinde yaşam kalitesi puan ortalamaları bakımından ölçüm zamanları arasında fark olup olmadığı incelenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F:24,918; p<0,05). Kontrol grubu hastalarında yatış ile taburculukta (Z:-3,416; p:0,001), yatış ile üçüncü ayda (Z:-2,446; p:0,014), yatış ile altıncı ayda (Z:-2,593; p:0,010) ve taburculuk ile altıncı ayda (Z:-2,829; p:0,005) ölçülen yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (p<0,025).

- ❖ Deney ve kontrol grupları arasında ölçüm zamanlarına göre yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında fark incelendiğinde; üçüncü ayda (U:59,50; p:0,046) ve altıncı ayda (U:46,50; p:0,006) ölçülen yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (p<0,05) (Tablo 32). Bu sonuç; araştırmanın üçüncü hipotezi olan "*Vaka yönetimi uygulanan romatoid artritli bireylerin yaşam kalitesi puan ortalamaları ile vaka yönetimi uygulanmayan romatoid artritli bireylerin yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında fark vardır*" hipotezini desteklemektedir.

- ❖ Deney ve kontrol grubundaki hastaların taburculukta, üçüncü ayda ve altıncı ayda ölçülen yaşam kalitesi puanları ile bağımsız değişkenler arasındaki fark incelendiğinde; deney grubundaki hastaların taburculukta ölçülen yaşam kalitesi puan ortalamaları ile eğitim düzeyleri arasında (U:3,00;  $p<0,05$ ); sosyal güvenceleri arasında (U:3,00;  $p<0,05$ ) istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır.

Kontrol grubundaki hastaların üçüncü ayda ölçülen yaşam kalitesi puan ortalamaları ile yaş grupları arasında (KW:10,670;  $p<0,05$ ); eğitim düzeyleri arasında (U:4,00;  $p<0,05$ ); altıncı ayda ölçülen yaşam kalitesi puan ortalamaları ile medeni durumları arasında (U:7,00;  $p<0,05$ ) istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır.

- ❖ Deney grubundaki hastaların %57,1'i 6-14 gün, %21,4'ü 15-21 gün, %7,1'i 22-28 gün, %7,1'i 29-35 gün, %7,1'i 36-42 gün yatış süresine sahip iken, bu oranlar kontrol grubunda %33,3'ü 6-14 gün; %20,0'i 15-21 gün, %26,7'si 22-28 gün, %20,0'i 29-35 gün olarak sıralanmıştır (Tablo 34).
- ❖ Deney grubundaki hastaların hastanede yatış günü ortalaması  $\bar{x}$ :16,00±11,661 gün; kontrol grubundaki hastaların  $\bar{x}$ :20,60±7,808 gün dür. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (U:64,00;  $p>0,05$ ) (Tablo 34).
- ❖ Hastane yatış maliyeti; deney grubunda  $\bar{x}$ :1151,33±652,79 YTL (847,18 USD), kontrol grubunda  $\bar{x}$ :1403,48±917,40 YTL (1032,72 USD) olduğu saptanmıştır. Her iki grubun hastane maliyetleri

açısından aralarındaki fark; istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (U:90,00;  $p>0,05$ ) (Tablo 35).

- ❖ Hastaların taburculuktan sonraki 6 aylık sağlık bakım maliyetleri deney grubunda  $\bar{x}$ :113,91±49,82 YTL (83,81 USD); kontrol grubunda  $\bar{x}$ :194,60±135,55 YTL (143,19) olduğu saptanmıştır. Her iki grup arasında; 6 aylık sağlık bakım maliyetleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (U:67,50;  $p>0,05$ ) (Tablo 35).
- ❖ Hastaların toplam sağlık bakım maliyetleri; deney grubundaki hastalarda  $\bar{x}$ :1265,25±660,03 YTL (931,00 USD); kontrol grubunda ise  $\bar{x}$ :1598,09±852,97 YTL (1175,92 USD) olarak hesaplanmıştır. Her iki grup arasında saptanan maliyet ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (U:80,00;  $p>0,05$ ) (Tablo 35). Bu sonuç; araştırmanın dördüncü hipotezi olan *“Romatoid artritli bireylerde vaka yönetimi maliyet etkilidir”* hipotezini desteklemektedir.
- ❖ Deney ve kontrol grubundaki hastaların toplam sağlık bakım maliyetleri ortalaması ile bağımsız değişkenler arasındaki fark incelendiğinde; yalnızca deney grubundaki hastaların gelir durumlarına göre toplam sağlık bakım maliyeti ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (KW:6,28;  $p<0,05$ ). Grupların toplam sağlık bakım maliyetleri ortalaması ile diğer bağımsız değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

- ❖ Deney ve kontrol grubundaki hastaların genel sağlık durumlarını algılamaları değerlendirildiğinde; deney grubundaki hastalarda  $\bar{x}$ :2,92; kontrol grubundaki hastaların ise  $\bar{x}$ :3,86 olarak saptanmış ve iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (U:47,00;  $p<0,05$ ) (Tablo 37).
- ❖ Deney ve kontrol grubundaki hastaların sağlık durumlarından duydukları memnuniyet puan ortalamaları incelendiğinde; deney grubundaki hastaların puan ortalamaları  $\bar{x}$ :2,21; kontrol grubundaki hastaların ise  $\bar{x}$ :2,86 olarak saptanmış ve iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (U:73,50;  $p>0,05$ ) (Tablo 38).
- ❖ Deney grubunda hastaların günlük aktivitelerini sınırladıkları ortalama gün sayısı  $\bar{x}$ :18,88 gün, kontrol grubunda  $\bar{x}$ :23,63 gün olarak saptanmış ve iki grup arasındaki fark; istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (U:36,50;  $p>0,05$ ) (Tablo 40 ).
- ❖ Deney grubunda hastalıkları nedeniyle günlük aktivitelerini tamamen yapamadıkları ortalama gün sayısı  $\bar{x}$ :14,50 gün; kontrol grubunda  $\bar{x}$ :16,66 gün olarak bulunmuş ve iki grup arasındaki fark; istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (U:43,50;  $p>0,05$ ) (Tablo 40).
- ❖ Deney grubundaki hastaların % 21,40'ı kullanmakta olduğu bir ilacı bıraktığını, %78,60'ı ise kullanmakta olduğu bir ilacı bırakmadığını bildirmiştir. Kontrol grubundaki hastaların %26,70'i kullanmakta olduğu bir ilacı bıraktığını, %73,30'u ise bırakmadığını bildirmiştir (Tablo 41).

- ❖ Son 6 ay içinde deney grubunda hastaneye yatan 1 hasta (%7,1), kontrol grubunda ise 3 hasta (%20,0) olduğu saptanmıştır. Bu hastalardan deney grubunda 1 hasta (%7,1), kontrol grubunda 2 hastanın (%13,3) hastaneye yatış nedeni cerrahi müdahaledir (Tablo 42).
- ❖ Son 6 ay içinde hekime başvuru sayısı deney grubundaki hastalarda  $\bar{x}$ :2,00; kontrol grubundaki hastalarda  $\bar{x}$ :3.26 olarak saptanmıştır (Tablo 42).
- ❖ Deney ( $\bar{x}$ :4,85) ve kontrol ( $\bar{x}$ :5,50) grubundaki hastaların hastalıkla başa çıkma puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (U:77,00;  $p>0,05$ ) (Tablo 43).
- ❖ Vaka yönetimi sürecine katılan sağlık bakım personelinin 58,3'ü vaka yönetimi sürecinin "kısmen" ekip işbirliğini artırdığını bildirmiştir (Tablo 44).
- ❖ Vaka yönetimi sürecine katılan sağlık bakım personelinin %100'ü vaka yönetimi uygulanmasının iş yükünü etkilemediğini bildirmiştir (Tablo 44).

## 5.2. ÖNERİLER

Araştırmadan elde ettiğimiz sonuçlar doğrultusunda;

1. Romatoloji hastalarının bakımının multidisipliner olarak planlanmasını ve vaka yönetimi uygulamasının yaygınlaştırılmasını,
2. Vaka yöneticisi olarak uzman hemşirelerin görevlendirilmesini ve bu hemşirenin hastaların bakımında hastaya/aileye ve diğer sağlık bakım personeline rehber olmasını,
3. Klinikteki rutin hasta bakımına hemşire vizitlerinin yerleştirilmesini,
4. Hasta eğitimi tüm ekibin sorumluluğu olmakla birlikte hemşirelerin standart bir eğitim programı oluşturmalarını (hastalık bilgisi, ilaç bilgisi, hastalık yönetimi, baş etme stratejileri, aktivite-istirahat-egzersiz kapsamında) ve bu programı hasta hastaneye yattığından itibaren hastaya ve aileye planlı bir şekilde uygulamalarını,
5. Hastalarda potansiyel ilaç yan etkilerinin erken dönemde ortaya konması, hastalık alevlenme dönemlerinin erken tanınması, RA'e sekonder komplikasyonların ve hastalıkların erken tanınmasında romatoloji hemşirelerinin "*Semptom Sorgulama Panosu*"nu kullanarak, bu doğrultuda hastaların bakım ve tedavilerini yönlendirmelerini,
6. Belirli periyotlarla hastaların tedavi ve bakımlarının seyrinin tüm ekip üyeleri ile paylaşılması için ekip toplantılarının yapılmasını,
7. Romatoloji hastalarının bakım ve takip rutinine hemşireler tarafından uygulanan vital bulgular kapsamında uygun değerlendirme formları/ölçekleri kullanılarak ağrı, yorgunluk, sabah tutukluğu gibi romatizmal hastalıklara özgü günlük değerlendirmelerin yapılmasını,

8. RA'ten başka nedenlerle hastanenin diğer kliniklerinde yatan RA'li hastaların ve/veya romatoloji hastalarının primer hastalıklarına özgü bakımlarının planlanabilmesi ve uygulanabilmesi için konsültan romatoloji hemşiresi olmasını,
9. Hastaneye yatışta, taburculukta ve taburculuk sonrası periyodik aralıklarla uygun ölçekler kullanarak hastaların yaşam kalitesi, yetersizlik düzeylerinin değerlendirilmesini ve elde edilen sonuçların gelecekte planlanacak girişimler için temel veri tabanı oluşturmasını,
10. RA'li hastaların günlük yaşam aktivitelerinde enstrümanla bağımsızlığı artırıp, diğer kişilere olan bağımlılığı azaltmak için yardımcı araç-gereç kullanımının yaygınlaştırılmasını,
11. RA'li hastalara ev ziyaretlerinin planlanmasını ve evde hastalık yönetimi ilkelerinin, yardımcı araç-gereç kullanımının uygulamalı olarak gösterilmesini,
12. Romatizmal hastalığı olan hastalara grup eğitimlerinin planlanmasını,
13. Yurt dışında birçok örneği olan toplum temelli destekleyici organizasyonların kurulmasını, (ABD'de "Arthritis Care" ve "Arthritis Research Campaign" gibi romatizmal hastalığı olan hastalara/ailelere ve bu alanda hizmet veren sağlık bakım personeline destek olma, artrit ile ilgili araştırmalara/eğitime fon sağlama, eğitici materyallere finansman sağlama amaçlı kurulan sivil toplum örgütleri gibi)
14. RA ve diğer romatizmal hastalıklara ve bu hastalıkların hastaya/aileye ve topluma olan yükleri konusunda toplumun duyarlılığını arttırmak için "Eylem Planları"nın hazırlanmasını ve yerel, bölgesel ve ülke çapında paylaşımının sağlanmasını,



15. RA'li bireylere uygulanan vaka yönetimi modelinin daha geniş örneklerde tekrarlanmasını,
16. RA'li bireylerin hastaneye yatış dışında maliyetlerinin 12 aylık dönemde indirekt maliyetleri de içeren mikroanaliz maliyet hesaplama yöntemlerinin kullanıldığı araştırmaların yapılmasını önermekteyiz.



## BÖLÜM 6

### 6.1.ÖZET

#### ROMATOİD ARTRİTLİ BİREYLERİN BAKIMINDA VAKA YÖNETİMİ MODELİNİN ETKİLİLİĞİNİN İNCELENMESİ

Bu araştırmanın amacı; romatoid artritli (RA) bireylerin bakımında vaka yönetimi modelinin etkililiğinin; bireylerin yetersizlik düzeyi, yaşam kalitesi, hasta memnuniyeti ve direkt maliyet boyutlarında ölçülerek saptanmasıdır ve deneysel olarak planlanmıştır.

Araştırma; Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Romatoloji Bilim Dalında 9 Kasım 2003-8 Ağustos 2005 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan hastalardan 29'u (14 deney, 15 kontrol) araştırma örneklemini oluşturmuştur. Kontrol grubundaki hastalara klinikteki rutin hasta bakımı; deney grubundaki hastalara vaka yönetimi bakım verme modeli uygulanmıştır. Araştırmada veri toplama araçları olarak; Hasta Veri Toplama Formu, Sağlık Değerlendirme Anketi, Romatoid Artrit Yaşam Kalitesi Ölçeği, Hasta Memnuniyeti Soru Formu kullanılmıştır. Deney grubundaki hastalara vaka yönetimi sürecinin uygulanmasında, RA Bakım Protokolü, Varyans Kayıt Formu, Ekip Toplantı Formu, Hasta Eğitim Kitapçığı kullanılmıştır. Araştırmanın uygulanması için etik kurul izni ve kurumdan yazılı izin, araştırmaya katılan hastalardan bilgilendirilmiş sözel ve yazılı onam alınmıştır.

Deney ve kontrol grubundaki hastaların üçüncü ve altıncı ayda ölçülen yetersizlik puanları arasında; ve üçüncü ayda ve altıncı ayda ölçülen yaşam kalitesi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Deney ve kontrol grubundaki hastaların hastaneden memnuniyet düzeyleri arasında ve toplam sağlık bakım maliyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Sonuç olarak; vaka yönetimi uygulanan RA'li hastaların 6 aylık periyotta yetersizlik düzeylerinde ve yaşam kalitelerinde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde gelişmeler olduğu; toplam sağlık bakım maliyetlerinde bir miktar azalma ve hasta memnuniyetinde bir miktar artma olduğu saptanmıştır. Bu sonuç doğrultusunda; RA'li hastaların bakımında hastane vaka yönetiminin, bir bakım verme modeli olarak etkili olduğu söylenebilir.

## **6.2.SUMMARY**

### **EXAMINING THE EFFECT OF CASE MANAGEMENT MODEL IN CARE OF PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS**

Aim of the study is establish the effectiveness of case management model on disability level, quality of life, patient satisfaction and direct costs in care of patients with rheumatoid arthritis (RA). The study was planned as experimentally.

The study carried out between November 9, 2003-August 8, 2005 in Rheumatology Department, Ege University, Hospital of Medical School, Izmir, Turkey. Sample of the research consisted of twenty-nine patients;14 patients in experimental group, 15 patients in control group. It was administered routine clinic patient care in the control group, and case management care delivery model in the experimental group. As the data collection instrument was used Patient Data Collection Form, Health Assessment Questionnaire, Rheumatoid Arthritis Quality of Life Scale, Patient Satisfaction Questionnaire. RA Care Protocol Form, Variance Record Form, Team Session Form, Patient Education Booklet was used in application of case management model to patients with RA.

For application and carried out of the research, it was gotten permission Ethics Committee and written consent from institution, informed and written consent from patients who participated to the research.

It was found a statistically significant difference between disability scores measured at third and at sixth month; and quality of life score

measured at third and at sixth month in patients of the experimental and control group ( $p < 0,05$ ). It wasn't found a statistically significant difference between satisfaction scores and between total health care costs of the experimental and control group ( $p > 0,05$ ).

Consequently; with case management which was administered in care of patients with RA; disability level, quality of life of patients was significantly improved. Also, total health care costs was decreased; patient satisfaction was increased. This results; it was supported that hospital case management is a effective care delivery model in care of patients with RA.



## BÖLÜM 7

### YARARLANILAN KAYNAKLAR

1. Ailinger R.L.; Dear M.R.; (1997). An Examination Of The Self-Care Needs Of Clients With Rheumatoid Arthritis. *Rehabilitation Nursing* 22(3):135-140.
2. Akar S. Birlik M. Gurler O. et al. (2004). The Prevalence of rheumatoid arthritis in urban population of Izmir-Turkey. *Clin Exp Rheumatol*. Jul-Aug;22(4):416-20.
3. Akdeniz C. Aydemir Ö. Akdeniz F. Ve ark (1999) Sağlık Düzeyi Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması Ve Güvenirliği. *Bull Clin Psychopharmacol; (Klinik Psikofarmakoloji Bülteni)*; 9(2):104-108.
4. Akgül A. (1997). Tıbbi Araştırmalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri "SPSS Uygulamaları". Yükseköğretim Kurulu Matbaası, Ankara.
5. Akıncı Tan A. (2004). Romatoid Artritte Yaşam Kalitesi Ve Fonksiyonel Değerlendirme, *RA Olgu Serisi 6*; MD Yayıncılık, Ankara, s: 9-26.
6. Akil M, Amos RS. (1999). Romatoid Artrit:Tedavi. *Romatolojinin ABC'si*, İkinci Baskı,;s:44-47.
7. Akkoç N. (2004). Romatoid Artrit Prevelansı. *ROMATOLOJİ 2004*, Kongre Program Kitabı, 31 Ekim-3 Kasım, s:22. Antalya.
8. Aksu, K. (2000). Romatoid Artritte İlaç Tedavisi; *İlaç ve Tedavi Dergisi*; 13(7):323-335.

9. Alderson M., Star L., Gow S., Moreland J. (1999). The Program For Rheumatic Independent Self-Management: A Pilot Evaluation. *Clin Rheumatol*:18; 283-292.
10. Aletaha D., Smolen JS. (2002). Laboratory Testing In Rheumatoid Arthritis Patients Taking Disease-Modifying Antirheumatic Drugs: Clinical Evaluation And Cost Analysis, *Arthritis & Rheumatism (Arthritis Care&Research)* 47 (2;April 15):181-8.
11. Argon G. (1991) Romatoid Artritlerde Fonksiyonel Yetersizlik, Sosyal Destek Ve Depresyon İlişkinin İncelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 7(2);1-15.
12. Argon G. (2003). Romatoid Artrit Ve Hemşirelik Bakımı, İçinde:Edit. Fadiloğlu Ç. Kronik Hastalıklarda Bakım II, Meta Basım Matbaacılık, İzmir, 35-49.
13. Arthritis And Health Related to Quality Of Life. [www.hopkins-arthritis.com.jhmi.edu/mngmut/golçhtml](http://www.hopkins-arthritis.com.jhmi.edu/mngmut/golçhtml) (Erişim tarihi: 01.03.2003)
14. Arvidson NG. (2003). Disease Activity in Rheumatoid Arthritis. Acta Universitatis Upsaliensis, Sweden, Doctoral Thesis. [http://www.diva-portal.org/diva/getDocument?urn\\_nbn\\_se\\_uu\\_diva-3373-1\\_\\_fulltext.pdf](http://www.diva-portal.org/diva/getDocument?urn_nbn_se_uu_diva-3373-1__fulltext.pdf) (Erişim Tarihi:12.6.2003)
15. Atalay S. (2005) Juvenil Romatoid Artrit. [www.medicine.ankara.edu.tr/](http://www.medicine.ankara.edu.tr/) (Er.Tar.23,08.2005)
16. Aubert RE., Herman WH., Waters J., et al. (1998). Nurse Case Management To Improve Glycemic Control In Diabetic Patients In A Health Maintenance Organization. A Randomized, Controlled Trial. *Ann Intern Med.* Oct 15;129(8):605-12



17. Aubert RE., Waters J., Herman WH. (1999). Diabetes Case Management. *Annals of Internal Medicine*, 130(10):863.
18. Bahar Z. (2002). Verilerin Çözümlemesinde İstatistiksel Yöntemler. İçinde: Editör Erefe İ. Hemşirelikte Araştırma İlke, Süreç ve Yöntemleri Odak Ofset, İstanbul, 189-250.
19. Barlow JH., Cullen LA., Rowe IF., (1999). Comparison Of Knowledge And Psychological Well-Being Between Patients With A Short Duration ( $\leq 1$  Year) And Patients With More Established Rheumatoid Arthritis ( $\geq 10$  Years Duration). *Patient Education And Counseling*: 38; 195-203.
20. Barlow, JH.; Cullen LA.; Rowe IF.; (2002) "Educational Preferences, Psychological Well-Being and Self-Efficacy Among People with Rheumatoid Arthritis"; *Patient Education and Counseling*; 46:11-19.
21. Barry J., Mcquade C., Livingstone T. (1998). Using Nurse Case Management To Promote Self-Efficacy in Individuals with Rheumatoid Arthritis. *Rehabilitation Nursing*, 23(6-Nov/Dec):300-4.
22. Beyhun NE., Çilingiroğlu N., (2004). Hastalık Maliyeti Ve Astım. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 52(4):386-92.
23. Bidaut-Russell M., Gabriel SE., Scott CG., et al. (2002). Determinants Of Patient Satisfaction In Chronic Illness. *Arthritis & Rheumatism (Arthritis Care&Research)* 47(5;October 15):494-500.
24. Birol, L. (2002). Hemşirelik Süreci, , 5. Baskı; Etki Matbaacılık; İzmir.
25. Bouchet C., Guilleman F., Briancon S., (1995). Comparison Of 3 Quality Of Life Instruments In Longitudinal Study Of Rheumatoid Arthritis. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 43(3):250-258.

26. Bruce B., Fries J., (2003). The Stanford Health Assessment Questionnaire: A Review Of Its History, Issues, Progress And Documentantation. *J Rheumatology*, 30: 167-78.
27. Callahan LF., Pincus T., (1998). Formal Education Level As A Significant Marker Of Clinical Status In Rheumatoid Arthritis. *Arthritis and Rheumatism*, 31(11):1346-57.
28. Canadian Health Survey 2003: Manitoba's Health Indicator Report, Patient Satisfaction and Quality of Care Received:page 53-55.
29. Carey RG., Seibert JH.:(1993). A Patient Survey System To Measure Quality Improvement: Questionnaire Reliability And Validity. *Medical Care*; 31(9):834-45.
30. Case Management. [www.llv.edu/lluma/nursing/casemanagement.html](http://www.llv.edu/lluma/nursing/casemanagement.html)  
(erişim tarihi: 04.02.2003)
31. Cella D., Nowinski C.J.; (2002) Measuring Quality of Life in Chronic Illness: The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy Measurement System. *Archives of Physical Medicine And Rehabilitation*; 83 (Suppl:2):S10-S17.
32. Chan L., Beaver S., McLehose MS., et al. (2002). Disability And Health Care Costs In The Medicare Population. *Arch Phys Med Rehabil*, 83;1196-1201.
33. Chimmer N., Easterling A. (1993). Colloborative Practise Through Nursing Case Management. *Rehabilitation Nursing*, 18(4, July/Aug):226-30.
34. Conti RM., (2002). Chapter 2: Case Management And Home Health Care"; in: Martinson I.M.; Widmer, A.G.; Portillo C.J.; Home Health

- Care Nursing, Second Edition; W.B. Saunders Company, Philadelphia; pp:14-18.
35. Cost Of Rheumatoid Arthritis. [www.jr2.ac.uk /bandolier/boorth/Arthritis /Racosts.html](http://www.jr2.ac.uk/~bandolier/boorth/Arthritis/Racosts.html) (Erişim Tarihi:20.5.2003)
36. Daş Z., (1999). Vaka Yönetimi Ve Bakım Protokolü. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 3 (2); 11-17.
37. Davis P. Busch AJ. Lowe JC. et al. (1994) Evaluation of A Rheumatoid Arthritis Patients Education Program: Impact on Knowledge and Self-Efficacy. *Patient Education Counseling* Aug;24(1):3-7.(Abstract)
38. De Jong Z., Van Der Heijde D., Mckenna S.P., Whalley D.; (1997) The Reliability and Construct Validity of The RAQoL: A Rheumatoid Arthritis-Specific Quality of Life Instrument. *British Journal of Rheumatology*, 36:878-83.
39. De Busk RF., Miller NH., Superko R., et al. (1994) A case management system for coronary risk factor modification after acute myocardial infarction. *Annals of Internal Medicine*, 120(9):721-29.
40. Dilşen G. (2004). Osteoartritli Ve Osteoporozlu Hastalarda Yaşam Kalitesi. *1.Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu Özet Kitabı* 8-10 Nisan, İzmir s:100.
41. Doyle JJ. (2001) Economic And Quality Of Life Impact Of Rheumatoid Arthritis. *Managed Care*, 10 (7;July):15-18.
42. Duruöz T. (2004). Romatoid Elin Rehabilitasyonu. *ROMATOLOJİ 2004. 31 Ekim-3 Kasım, Antalya. Kongre Program Metinleri Kitabı* s:36-37.

43. Eberhardt K., Duckberg S., Larsson BM., et al. (2002). Measuring health related quality of life in patients with rheumatoid arthritis- reliability, validity, and responsiveness of a Swedish version of RAQoL. *Scand J Rheumatol*, 31(1):6-12.
44. Edworthy SM.; (2000) How Important is Patient Self-Management?. *Baillière's Clinical Rheumatology*, 14(4)705-14.
45. Ergin S., (2000). Romatoid Artrit Ve Sjögren Sendromu. İçinde: Beyazova, M.; Gökçe-Kutsal Y.; Fiziksel Tıp Ve Rehabilitasyon- Cilt:2-; Güneş Kitabevi, Ankara, s:1549-73.
46. Ertenli İ., Kiraz S., (2003) Romatizmal Hastalıklar Ve Kardiyovasküler Sistem. *Türk Kardiyoloji Seminerleri*, Nisan, s;216.
47. Fidaner C. (2005) Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kavramı: Bir Giriş Denemesi. [www.bayar.edu.tr/~saykad/g\\_fidaner1.html](http://www.bayar.edu.tr/~saykad/g_fidaner1.html) (Erişim Tarihi: 20.8.2005)
48. Fransen J., Uebelhart D., Stucki G., et al. (2002). The ICIDH-2 As A Framework For The Assessment Of Functioning And Disability In Rheumatoid Arthritis. *Ann Rheum Dis*, March;61(3):225-31.(Abstract)
49. Girard F., Guilleman F., Novella JL., Valckenaere I., et al. (2002) Health-Care Use By Rheumatoid Arthritis Patients Compared With Non-Arthritic Subjects. *Rheumatology (Oxford)* Feb;41(2):167-75. (Abstract)
50. Goodwin BA.,(1999). Home Cardiac Rehabilitation for Congestive Heart Failure: A Nursing Case Management Approach. *Rehabilitation Nursing*, 24(4-July/Aug):143-7.

51. Gordon M.M.; Thompson R.; Madhok R.; Capell H.A.; (2002). Can Intervention Modify Adverse Lifestyle Variables in A Rheumatoid Population? Results Of A Pilot Study. *Annual Rheumatoid Disorders*, 61:66-9.
52. Gökçe-Kutsal Y. Romatizmal Hastalıkların Sınıflandırılması, Romatoid Artrit Fizyopatolojisi ve Rehabilitasyonu. <http://www.medinfo.hacettepe.edu.tr/ders/TR/D3/9/3180.pdf> (Er Tar. 25.08.2005)
53. Grech E. (2002). Case Management: A Critical Analysis Of The Literature. *Int J Psychosocial Rehabilitation*, 6:89-98.
54. Guidelines For The Management Of Rheumatoid Arthritis 2002 Update; *Arthritis&Rheumatism*, 46(2):328-46.
55. Gümüşdiş G. (1999). Romatoid Artrit. *İçinde: Gümüşdiş G., Doğanavşargil E.; Klinik Romatoloji; Deniz Matbaası; İstanbul; s.269-278.*
56. Gümüşdiş G.; (2001) Romatoid Artrit 100 Soru-100 Yanıt; Meta Basım; İzmir.
57. Gür A., Nas K., Çevik R., et al. (2000). The Quality Of Life Status Of Patients With Rheumatoid Arthritis And Osteoarthritis. *Dicle Tıp Dergisi (Journal of Medical School)* 27(1):41-6.
58. Hammond A., Lincoln N., Sutcliffe L., (1999). A Crossover Trial Evaluating And Educational-Behavioral Joint Protection Programme For People With Rheumatoid Arthritis. *Patient Education And Counseling*; 37;19-32.

59. Harrison BJ, Silman AJ. (2000). Does Smoking Influence Disease Outcome In Patients With Rheumatoid Arthritis? *J Rheumatol* :27:569-70.
60. Harvey A.R. (2003). The Meaning Of Disability. Arthritis Research Campaign Preventing And Managing Chronic Diseases. No:11. [http://www.arc.org.uk/about\\_arth/med\\_reports/series4/ip/6511/6511.htm](http://www.arc.org.uk/about_arth/med_reports/series4/ip/6511/6511.htm) (Erişim Tarihi: 12,04,2005)
61. Haugeberg G, Uhlig T, Falch JA., et al. (2000). Bone Mineral Density And Frequency Of Osteoporosis In Female Patients With RA. *Arthritis Rheum*, 43: 522-30.
62. Health Economic Issues-The Impact Of Severe RA. <http://web.rheum.bham.ac.uk/tnf-funding/chapter2.htm> (Er.Tar. 20.10.204)
63. Healthy People 2010. Part 2: Arthritis, Osteoporosis And Chronic Back Conditions. [www.iowapublichealth.org/xr/ASPX/RecordId.11399/rx/lphiRecordDetails.htm](http://www.iowapublichealth.org/xr/ASPX/RecordId.11399/rx/lphiRecordDetails.htm) - 15k
64. Holmes S. (2005) Assessing The Quality Of Life-Reality Or Impossible Dream? A Discussion Paper. *Int J Nursing Studies*, 42;495-501.
65. Hughes RA, Carr ME, Huggett A, Thwaites CEA., (2002). Review Of The Function Of A Telephonehelpline in The Treatment of Outpatients With Rheumatoid Arthritis. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 61(4):341-5.
66. Illinois BRFSS Data Breakdowns. [www.idph.state.il.us/pdf/arthritisdataooklet03.pdf](http://www.idph.state.il.us/pdf/arthritisdataooklet03.pdf) (Erişim Tarihi: 13.2.2005)
67. Impacts of Case Management. VA Boston Health Care System, VA Technology Assessment Program Short Report July-2000. [http://www.va.gov/vatap/pubs/ta\\_short\\_7\\_00.pdf](http://www.va.gov/vatap/pubs/ta_short_7_00.pdf) (Erişim Tarihi: 16.05.2005).

68. Infiximab Ürün Onay Bilgileri. <http://www.fda.gov/cder/biologics/products/inflcen022702.htm> (Er.Tar:02.08.2005)
69. Jakobsson U., Hallberg IR., (2002). Pain And Quality Of Life Among Older People With Rheumatoid Arthritis And/Or Osteoarthritis: A Literature Review. *J Clinical Nursing*, July;11(4):430-43.
70. Johansson P., Oleni M., Fridlund B. (2002). Patient Satisfaction With Nursing Care in The Context Of Health Care: A Literature Study. *Scandinavian Journal Caring Science*, 16:337-44.
71. Jones L. (1998). Chapter 31: Rehabilitation Case Management. *In*: Chin P., Finocchiaro D., Rosebrough A., Rehabilitation Nursing Practise, McGraw-Hill Companies, Newyork, pp:705-711.
72. Keen RW. (2003). Burden Of Osteoporosis And Fractures. *Curr Osteoporos Rep. Sep*;1(2):66-70.
73. Kinsman L. (2004). Clinical Pathway Compliance And Quality Improvement. *Nursing Standart (Art & Science)*, January 14, 18(18):33-5.
74. Kutlay S., Küçükdeveci A., Gönül D., Tennant A.,(2003). Adaptation And Validation Of The Turkish Version Of The Rheumatoid Arthritis Quality Of Life Scale. *Rheumatol Int*, 23:21-6.
75. Küçükdeveci A., Şahin H., Ataman Ş., Griffiths B., Tennant A. (2004). Issues In Cross-Cultural Validity: Example From The Adaptation, Reliability And Validity Testing Of A Turkish Version Of The Stanford Health Assessment Questionnaire. *Arthritis&Rheumatism (Arthritis Care&Research)*, 51 (1):14-9.



76. Kvien TK., Kasa S., Smedstad LM., (1998). Performance of the Norwegian SF-36 Health Survey in patients with RA. A Comparison Of The Sf-36 With Disease-Specific Measures. *J Clin Epidemiol*, 51(11), 1077-86.
77. Lamb GS., Stempel JE. (1994). Nurse Case Management From The Client's View: Growing As Insider-Expert. *Nursing Outlook*, January/February:7-13.
78. Lawrence RC., (1998). Estimates Of The Prevalence Of Arthritis And Selected Musculoskeletal Disorders in The United States. *Arthritis&Rheumatism*, 41(5):778-99.
79. Lewis, SM., Collier IC., Heitkemper MM., (1996). Medical Surgical Nursing Assesment and Management of Clinical Problems, Mosby-Year Book, Philadelphia, Fourth Edition.
80. Lindqvist E., Saxne T., Geborek P., Eberhardt K., (2002). Ten Year Outcome In A Cohort Of Patients With Early Rheumatoid Arthritis: Health Status, Disease Process, And Damage. *Annual Rheumatism Disorders*, 61:1055-59.
81. Lineker SC, Badley EM, Hughes EA, Bell MJ., (1997). Development Of An Instrument To Measure Knowledge In Individuals With RA: The ACREU Rheumatoid Arthritis Knowledge Questionnaire. *J Rheumatol*, Apr;24(4):647-53.
82. Madigan A.; Fitzgerald O. (1999). Multidisciplinary Patient Care in Rheumatoid Arthritis: Evolving Concepts in Nursing Practise. *Baillière's Clinical Rheumatology*, 13(4):661-74.

83. Mahat G. (1997). Perceived Stressors And Coping Strategies Among Individuals With Rheumatoid Arthritis. *J Advanced Nursing*, 25:1144-50.
84. Malaviya A. (2003). Outcome Measures in Rheumatoid Arthritis. *APLAR Journal of Rheumatology*, 6:178-83.
85. Management Of Early Rheumatoid Arthritis: A National Clinical Guideline. (2000). *Scottish Intercollegiate Guidelines Network, SIGN Publication*, December N:48. [www.sign.ac.uk/pdf/sign48.pdf](http://www.sign.ac.uk/pdf/sign48.pdf). (Erişim Tarihi:25.7.2003)
86. March L. (2001). What Are The Costs to Society and The Potential Benefits From The Effective Management of Early Rheumatoid Arthritis?. *Best Practise&Research Clinical Rheumatology*, 15(1):171-85.
87. McCollom P.L.; Sager D.; (1996). Chapter 8: Case Management. *In: Hoeman S.P.; Rehabilitation Nursing Process and Application*, 2. Edition, St.Louis:101-13.
88. McIntosh E. (1996). The Cost Of Rheumatoid Arthritis. *British Journal Rheumatology*, Aug;35 (8):781-90.(Abstract)
89. Meszarus A. Vincze Z. (2003). Analysis Of Quality Of Life Among Patients With Bronchial Asthma Or Rheumatoid Arthritis. *Orv Hetil.* Mar 2;144(9):423-7.
90. Meyer CL. (1993). Chapter 26: Nursing Care of Clients with Connective Tissue Disorders.; *In: Black J.M.; Matasarrin-Jacobs E.; Luckmann And Sorenson's Medical-Surgical Nursing A Psychophysiologic Approach*; Fourth Edition, Philadelphia:593-609.

91. Meyer CL. (1997). Chapter 26: Nursing Care of Clients with Connective Tissue Disorders"; *In: Black J.M.; Matasarrin-Jacobs E.; Medical-Surgical Nursing Clinical Management For Continuity Of Care; Fifth Edition, Philadelphia, 653-74.*
92. Montgomery P., Bratton G.N., (1992). The Effects of An Inpatient Arthritis Rehabilitation Program on Self-Assessed Functional Ability. *Rehabilitation Nursing, 17(6):306-310.*
93. National Arthritis Action Plan: A Public Health Strategy. United States America. <http://www.cdc.gov/ncccdphp/pdf/naap.pdf> (Erişim Tarihi:13.03.2005)
94. Necati Ç., On P., Derviş E., ve ark. (2004). Havsa'da Romatolojik Hastalıkların Prevelansı: İlk Değerlendirmeler. ROMATOLOJİ 2004, Kongre Bildiri Özet Kitabı, 31 Ekim-3 Kasım, Antalya, s:5.
95. Neville C., Whalley D., McKenna S., Le Comte M., Fortin PR. (2001). Adaption And Validation Of Rheumatoid Arthritis Quality Of Life Scale For Use in Canada. *J Rheumatol, 28(7): 1505-10.*
96. Nishimura S. Zaher C. (2004) Cost impact of COPD in Japan: Opportunities and Challenges? *Respirology, Nov;9(4);466-73.*
97. Nurse Case Manager. <http://www.wsib.on.ca/wsib/wsibsite.nsf/Public/HealthNurseCaseManagers> (Er.tar:7.9.2003)
98. Ofluoğlu D., Berker N., Güven Z., et al. (2005). Quality Of Life In Patients With Fibromyalgia Syndrome And Rheumatoid Arthritis. *Clinical Rheumatology , 1068-1073.*
99. Oğuz H. (1995). Romatizmal Hastalıkların Rehabilitasyonu. *İçinde: Oğuz H. Tıbbi Rehabilitasyon, Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. şti; 697-712.*

100. Okumuş H. Akçay H. Karayurt Ö. Demircan G. (1995). Bir Kalite Güvenlik Programı Ölçütü: Hasta Memnuniyetinin Değerlendirilmesi. *Uluslar Arası Kalite Maliyet Ve Hemşirelik Sempozyum Kitabı*, 3-5 Kasım, İzmir, 177-83.
101. Oliver S. (2000). Functional Performance in Rheumatoid Arthritis. *Prof Nurse*, Oct;16(1):827-9. (Abstract)
102. Özbaşaran F. (2000). Hastanede Yatan Yetişkin Hastaların Verilen Hemşirelik Bakımına İlişkin Memnun Olma Durumlarının İncelenmesi. I.Uluslararası&8.Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, 29 Ekim-2 Kasım, Antalya, s:382-8.
103. Özkalıpçı G., (2001). Hikaye-i Romatoid Artrit. "R" Üç Aylık *Romatoloji Ve Hareket Kültürü Dergisi*, Sayı:1: 4-11.
104. Padilla G. Berkanovic E. Louie J. et al. Quality of life-Rheumatoid arthritis scale. [www.mapi-research-inst.com/pdf/art/qol20-8.pdf](http://www.mapi-research-inst.com/pdf/art/qol20-8.pdf) (erişim tarihi: 13.2.2005)
105. Paker N., Soy D., Kesiktaş N, ve ark. (2004). Uzun Süreli Romatoid Artriti Olan Hastalarda Osteoporoz. *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*, 50 (3):29-33.
106. Poirrier GP., Oberleitner MG., (1999). Clinical Pathway İn Nursing. A Guide To Managing Care From Hospital To Home. Library of Congress Cataloging. Springhouse, p:2-8.
107. Pugh L.C.; Havens D.S.; Xie S. et al. (2001) Case Management for Elderly Persons with Heart Failure; The Quality of Life and Cost Outcomes; *MEDSURG Nursing*, 10(2): 71-7.

108. Ramos-Remus C., Salcedo-Rocha A.L., Prieto-Parra R.E., Galvan-Villegas F., (2000). How Important Is Patient Education?. *Baillière's Clinical Rheumatology*, 14(4):689-703.
109. Rat AC. Boissier MC. (2004). Rheumatoid Arthritis: Direct And Indirect Costs. *Joint Bone Spine*,:71;518-24.
110. Rawl S.M.; Easton K.L.; Kwiatkowski S.; Zemen D.; Burczyk B.; (1998). Effectiveness of A Nurse-Managed Follow-Up Program for Rehabilitation Patients After Discharge. *Rehabilitation Nursing*, 23(4): 204-9.
111. Reisine S.T., Grady K.E., Goodenow C., Fifield J., (1989). Work Disability Among With Rheumatoid Arthritis. *Arthritis&Rheumatism*; 32(5):538-43.
112. Remicade. [www.drugs.com/remicade.html](http://www.drugs.com/remicade.html) (Er.Tar. 28,6,2005)
113. Rheumatoid Arthritis. [www.tip2000.com/aktualite/images/ra\\_kucuk.gif](http://www.tip2000.com/aktualite/images/ra_kucuk.gif)
114. Rheumatoide Arthritis, Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V. (Alman Romatizma Birliği Derneği Romatoid Artrit Aydınlatma Broşürleri) Nisan-2002.
115. Roggenkamp S., White K.,(2001). Is Hospital Case Management A Rationalized Myth?. *Social Science&Medicine*, 53:1057-66.
116. Romatoid Artrit Tedavisinde Önemli Gelişmeler.  
<http://msnntv.com/news/191652.asp?cp1=1> (er.tarihi:09.12.2002)
117. Romatoid artrit medikal tedavisi. [www.med.adu.edu.tr/akademik/bolumler/ftr/ra\\_tedavi.htm](http://www.med.adu.edu.tr/akademik/bolumler/ftr/ra_tedavi.htm) (Er.Tar.23,08.2005)
118. Ruof J., Huelsemann JL., Mittendorf T., et al. (2004). Patient-Reported Health Care Utilization In Rheumatoid Arthritis:What Level Of Detail Is Required? *Arthritis&Rheumatism*, 51(5);774-81.

119. Ryan S., Hassell A., Dawes P., Kendall S., (2003). Control Perceptions In Patients With Rheumatoid Arthritis: The Impact Of The Medical Consultation. *Rheumatology*, 42:135-40.
120. Sasser AC., Rousculp MD., Birnbaum HG., et al: (2005) Economic Burden Of Osteoporosis, Breast Cancer And Cardiovascular Disease Among Postmenopausal Women In An Employed Population. *Womens Health Issues* May-June;15 (3):97-108. (Abstract)
121. Scott DL., Pugner K., Kaarela K., et al: (2000). The Links Between Joint Damage And Disability In Rheumatoid Arthritis. *Rheumatology*, 39:122-132.
122. Shanahan EM., Smith M.D., (1999). Rheumatoid Arthritis, Disability And The Workplace. *Baillière's Clinical Rheumatology*;13(4):675-88.
123. Siegert CE., Vleming LJ., Vandenbroucke JP., Cats A., (1984). Measurement Of Disability In Dutch Rheumatoid Arthritis. *Clin Rheumatol*, Sep;3(3):305-9 (Abstract).
124. Silman AJ., Pearson JE., (2002). Epidemiology And Genetics Rheumatoid Arthritis. *Arthritis Res*, 4(Suppl 3):265-72 (Abstract).
125. Solakoğlu S., (1995). Romatoid Artrit: Klinik Özellikleri, Tanı Ve Tedavisi. *Literatür*, 22: 431-8.
126. Spector TD., MacGregor AJ., (1999). Epidemiology Of Rheumatic Diseases. *ABC of Rheumatology*, Second Edition. BMJ Books, p:82-6.
127. Strahal C., Kleinknecht RA., Dincl DL.. (2000). The Role Of Pain Anxiety, Coping, And Pain Self-Efficacy In Rheumatoid Arthritis Patient Functioning. *Behaviour Research and Therapy*, 38:863-73.

128. Sümbüloğlu K., Sümbüloğlu V. (1987). Biyoistatistik, 5.Baskı, Özdemir Yayıncılık, Ankara.
129. Swansburg R.C.; (1996). Management And Leadership for Nurse Managers, Second Edition, Boston.p:176.
130. Symmons DP. (2002). Epidemiology Of Rheumatoid Arthritis: Determinats Of Onset, Persistence And Outcome. *Best Practice&Research Rheumatology*, 16(5); 707-22.
131. Taal E. Rasker JJ. Seydel ER. Wiegman O. (1993). Health Status, Adherence With Health Recommendations, Self-Efficacy And Social Support In Patients With Rheumatoid Arthritis. *Patient Education Counseling*, May;20 (2-3):63-76. (Abstract)
132. Tanner R., Bullough R., (2003). Utah's BRFSS Arthritis Follow-Up Survey Report. Utah Department Of Health Bureau Of Health Promotion, Utah Arthritis Program. <http://health.utah.gov/arthritis> (Erişim Tarihi: 13.2.2005).
133. Taştekin N., Tuna H. Kokino S. (2003). Romatoid Artritli Hastalarda Ayakta Görülen Deformiteler ve Pedobarografik Değerlendirme. *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*, Ocak Sayısı. [www.ftr.org.tr](http://www.ftr.org.tr)
134. The National Center On Physical Activity And Disability-Rheumatoid Arthritis and Exercise.; Department Of Disability And Human Development ([www.ncpad.org/whtpprs/pdf](http://www.ncpad.org/whtpprs/pdf)) erişim tarihi: 20.5.2003
135. Thorsen H., Hansen TM., McKenna SP., Sorenson SF., Whalley D. (2001). Adaption Into Danish Of The Stanford Health Assessment Questionnaire And The Rheumatoid Arthritis Quality Of Life Scale. *Scand J Rheumatol*, 30(2):103-9.



136. Tjihuis GJ. De Jong Z. Zwinderman H. et al. (2001). The Validity Of The Rheumatoid Arthritis Quality Of Life (RAQoL) Questionnaire. *Rheumatology*, 40:1112-19.
137. Tosun N. Akbayrak N. (2004). Akut Miyokard Infarktüsü Geçiren Hastaların Bakımında Vaka Yönetimi Modelinin Uygulanması. *Hemşirelik Forumu*, Eylül-Ekim; 1-11.
138. Van Campen C., Sixma H.J., Kerssens J.J., Peters L., Rasker J.J.; (1998). Assessing Patients' Priorities and Perceptions of The Quality of Health Care: The Development of The Quote-Rheumatic-Patients Instrument. *British Journal of Rheumatology*; 37:362-368.
139. Van den Hout WB, Tjihuis GH, Hazes JMW et al. (2003) Cost Effectiveness And Cost Utulity Analysis Of Multidisciplinary Care in Patients With Rheumatoid Arthritis: A Randomised Comparison Of Clinical Nurse Specialist Care, Inpatient Team Care And Day Patient Team Care. *Annals of Rheumatic Diseases* Apr;62(4):308-15.
140. Virginia Arthritis Action Plan (VAAP) 2001-2005. internet adresi
141. Whalley D, Mc Kenna S.P., De Jong Z., Van Der Heijde D., (1997). Quality of Life in Rheumatoid Arthritis. *British Journal of Rheumatology*, 36:884-8.
142. Wolfe F. (2000). The Effect Of Smoking On Clinical, Laboratory, And Radiographic Status in RA. *J Rheumatol*:27:630-7.
143. The Case Manager. [www.rncasemanager.com/case\\_manager\\_resorces\\_related\\_links.htm](http://www.rncasemanager.com/case_manager_resorces_related_links.htm) (Erişim Tarihi:12.1.2005)
144. Wyeth İlaçları Enbrel Tanıtım Broşürü 2004.

145. Yazıcı Y. Erkan D. (2002). Günümüzde Romatoid Artrit Tedavisi. *Romatoid Artrit Olgu Serisi 1*. MD Yayıncılık, Ankara, s:15-25.
146. Yılmaz M.; (2001). Sağlık Bakım Kalitesinin Bir Ölçütü:Hasta Memnuniyeti; *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*; 5(2);69-74.
147. Yurt S.Olgun N. (2000). Bir Devlet Hastanesindeki Hastaların Hemşirelik Hizmetlerinden Aldıkları Doyumun Belirlenmesi. I.Uluslararası&8.Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, 29 Ekim-2 Kasım, Antalya, s:531-5.
148. Rheumatoid Arthritis; Aggressive Treatment Can Mitigate Damage. [www.cra.ucalgary.ca/arthritis/handbook/2-RA.pdf](http://www.cra.ucalgary.ca/arthritis/handbook/2-RA.pdf) (Erişim Tarihi: 13.3.2004)
149. Clinical Patways [www.cgh.com.sg/doctors\\_hc\\_professionals/](http://www.cgh.com.sg/doctors_hc_professionals/) (Erişim Tarihi:11.10.2004)
150. Türkiye Cumhuriyeti Merkez Bankası Döviz Kurları [www.tcmb.gov.tr](http://www.tcmb.gov.tr) (Erişim Tarihi:26.8.2005)

## EKLER



**EK-I****ROMATOİD ARTRİTLİ BİREYLERE ÖZGÜ VERİ TOPLAMA FORMU**

Görüşme Tarihi:

( Yatış tarihi: )

Adı Soyadı:	Yaş: ...		
Adres:	Cinsiyet: 1.Kadın 2. Erkek		
Telefon: Ev:	İşyeri:	Cep tel:	
Eğitim durumu:	-Medeni durum:		
Meslek :	-Evde birlikte yaşadığı kişiler:		
Çalışma durumu/saat:	-Aile içindeki konumu: <input type="checkbox"/> B.anne/B.baba <input type="checkbox"/> Baba <input type="checkbox"/> Anne		
Sosyal güvence:	<input type="checkbox"/> Çocuk <input type="checkbox"/> Diğer		
Gelir durumu:	-Bakımdan sorumlu olan kişi: <input type="checkbox"/> Kendi <input type="checkbox"/> Eş <input type="checkbox"/> Çocuk <input type="checkbox"/>		
a) Gelir giderden az	Diğer		
b) Gelir gidere denk			
c) Gelir giderden fazla			
<b>Hastanın yakınması:</b> <b>Hastalık öyküsü:</b>			
<b>Özgeçmişi</b> Geçirdiği hastalıklar/kaza/ameliyat: Mevcut kronik hastalık: <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Kalp Hast. <input type="checkbox"/> Nörolojik Hast. <input type="checkbox"/> Böbrek Hast. <input type="checkbox"/> Diğer Allerji öyküsü: Alışkanlıkları: Sigara içimi: Hiç sigara içtiniz mi? <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H Evet ise → <input type="checkbox"/> Devam <input type="checkbox"/> Bıraktım Alkol almı: <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H Evet ise → Ne kadar Hangi sıklıkta Kullandığı ilaçlar:			
1.	5.		
2.	6.		
3.	7.		
4.	8.		
<b>Aile öyküsü</b>	<b>Yaş</b>	<b>Önemli hastalık</b>	<b>Ölüm nedeni</b>
Anne			
Baba			
Kardeşler:			

## FONKSİYONEL SAĞLIK ÖRÜNTÜLERİ

### 1.Sağlığın algılanması-Sağlığın yönetim biçimi:

- Başlıca yakınmanız:
- RA tanısının konulma zamanı:
- RA'den başka herhangi bir kronik hastalık: *Var ise;.....*
- Daha önce hastaneye yatış deneyimi: .... *Evet ise; Yatış sayısı: ....*  
*Yatış nedeni: ...*  
*Yatış süresi: ...*
- Şu anda uygulanan tedavi: \*Tedavi yok \*İlaç tedavisi \*Fizik tedavi \*Diğer
- Şu anda RA ile ilgili kullandığınız ilaçlar(Adı) .....
- RA dışında Dr.tarafından önerilen ve kullandığınız ilaçlar: .....

### 2.Beslenme ve Metabolik Durum:

- Boy: Kilo: (VKİ {kilo/boy<sup>2</sup>}: .....
- Son 6 ayda kilo kaybı:
- Son 6 ayda kilo alma:
- Uygulanan özel bir diyet:
- İştah durumu:  İyi  Orta  Kötü
- Ağız mukozası:  Normal  Stomatit  Hiperemik  Kanama
- Ağız kokusu:  Var  Yok

### 1. Boşaltım Şekli:

- Defekasyon (şekli, sıklığı, özelliği):  
 Normal  Diyare  Konstpasyon  
 Melena  Müküs
- Defekasyon sıklığı: ...../gün
- İdrar boşaltım durumu:  
 Normal  Dizüri  İnkontinans  Oligüri  Polütri
- İdrar yapma gereksinimini karşılama biçimi  
 Tuvalet  Sürgü/ördek  Üriner katater  Diğer

### 2. Aktivite-Egzersiz Şekli:

- Fizik Bulgular: *Kan basıncı: Solunum: Nabız: Beden ısısı:*
- Ekstremitelerin hareket yeteneği:  
 Normal  Kontraktür  Ampütasyon
- Dolaşım/duyu azalması ya da kaybı
- Basınç altında kalan bölgeler:  
 Baş  Skapula  Sakrum bölgesi  Dirsek  Ayak topukları

(Hastanın günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilme düzeyinin belirlenmesi için Sağlık Tanılama Anketi'nin 1. ve 2. sayfalarına bakınız...)

## RA'NIN FONKSİYONEL SINIFLANDIRMASI

(American College of Rheumatology tarafından yenilenmiş kriterler)

- Fonksiyonel sınıf I:** Normal günlük yaşam aktivitelerini tam olarak yapabiliyor (öz-bakım, mesleki ve mesleki olmayan aktiviteler).
- Fonksiyonel sınıf II:**Normal öz-bakım aktivitelerini yapabiliyor ancak mesleki olmayan aktivitelerde kısıtlılık var.
- Fonksiyonel sınıf III:** Normal öz-bakım aktivitelerini yapabilir ancak mesleki ve mesleki olmayan aktivitelerde kısıtlılık var.
- Fonksiyonel sınıf IV :** Normal öz-bakım, mesleki ve mesleki olmayan aktiviteleri yapma yeteneğinde kısıtlılık var.

**Normal günlük aktiviteler;** giyinme, beslenme, banyo yapma, kendine çeki düzen verme ve tuvaleti içerir.  
**Mesleki olmayan (eğlence ve/veya boş vakit) ve mesleki (iş, okul, ev işleri) aktiviteler;** hastanın isteklerine bağlı ve yaşa, cinsiyete özeldir

### 3. Uyku-İstirahat

Normal bir gecede kaç saat uyuyorsunuz? .....saat/gece

Uykuyu kesintiye uğratan bir durum var mı?  Var  Yok

Uykuya başlama bir problem var mı?  Var  Yok

Rahat uyumak ve gevşemek için kullanılan yöntem:  Var  Yok

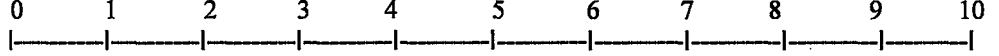
Var ise;  Banyo/ılık duş alma  Kitap okuma  İlaç

TV seyretme  Sıcak içecekler  Müzik/radyo dinleme

Diğer

### YORGUNLUK TANILAMASI:

\*Gün boyunca yaşadığınız yorgunluğun düzeyi (şiddeti) nedir?



Hiç yorgun  
değilim

Çok yorgunum

\*Gün içinde yorgunluğunuz gittikçe kötüleşir mi?

\*Yaşamınızda isteksizlik, umutsuzluk duygularınız var mı?

\*Yorgunluğunuz aile ve arkadaş ilişkilerinizi olumsuz etkiliyor mu?

### 4. Bilişsel-Algılama şekli

İşitme güçlüğü: İşitme cihazı kullanıyor mu?

Görme bozukluğu: Gözlük kullanıyor mu?

Dokunma/hissetme:

Koku alma yeteneği:

Tat alma yeteneği:

Konsantre olma/dikkatini toplama problemi:

En kolay öğrenme şekli? Öğrenmede zorluk:

Karar verme yeteneği:

Hafıza? Son günlerde herhangi bir değişiklik var mı?

### 5. Kendini algılama, Kavrama Şekli:

Algılanan herhangi bir korku ve tehlike:

Ruhsal durumda değişiklik- depresif, meraklı:

Enerjisini kendine yöneltme yeteneği-hareketsizlik:

Durumun kontrolü dışında olduğunu hissetme:

Beden bilinci? Bireysel kimliği:

### 6. Rol-ilişki şekli

Rolünü yerine getirme yeteneği, mesleği:

Evlilik durumu:

Herhangi bir kişilerarası ilişki zorluğu var mı?

Yaşamında önemli olan kişiler

Aileye ilişkin herhangi bir zorluğu var mı?

Kendine zarar verme riski var mı?

Diğerlerine yönelik zarar verme riski var mı?

### 7. Cinsellik-üreme:

Cinsel yaşamda değişiklik: Doyumlu/doyumsuz:

Kontraseptif kullanımı:

Menstrasyon öyküsü:

Gebelik:

### 8. Stres ile Başetme/Tolere etme durumu

Hastanın algıladığı stresörler/yaşam zorlukları:

Yakın geçmişte yaşanan önemli yaşam değişiklikleri:

Stresörlerle başetme şekli:

Stresörlerle başetmede kullanılan kaynaklar:

Sahip olunan aile desteğinin algılanma düzeyi: Yok: Az: Biraz: Çok:

**9. İnanç ve Değerler Şekli:**  
Yaşam hakkındaki inanç ve değerleri:  
Dini inançları ve dinin kendisi için önemi:  
Yararlı dini uygulamaları:

### SİSTEMLERİN SORGULANMASI

#### SOLUNUM

- Nefes darlığı  
 Öksürük  
 Balgam çıkarma  Evet ise; niteliği:  
 Hemoptizi  
 Tbc öyküsü  
 Göğüste yanma hissi  
Göğüs ve solunumla ilgili bir yakınma:

#### KALP VE DOLAŞIM SİSTEMİ

- Çaba dispnesi  
 Gece gelen dispne  
 Ortopne  
 Göğüste ağrı: İstirahatte:  
Süresi:  
Yayılması:  
İlaça yanıtı:  
 Ödem  
 Siyanoz  
 Venöz bozukluk  
 Hipertansiyon öyküsü  
 Senkop  
 Ekstremitelerde renk değişikliği (Raynaud vb.)  
 Ekstremitelerde çaba ile ağrı (kladikasyon)

#### GASTROİNTESTİNAL

- Karın ağrısı Evet ise;  
Yeri,yayılması:  
Yemeklerle ilgisi:  
 Sarılık  
 Bulantı:  
 Splenomegali (Felty's send.):  
 Hazımsızlık  
 Defekasyon sayısı/sıklığı  
 Konstüpsiyon  
 İshal  
 Melena  
 Hematemez

#### GENİTOÜRİNER

- Disüri  
 Noktüri  
 Pollaküri  
 İnkontinans  
 Hematüri  
 Poliüri  
 Oligüri  
 Polidipsi:  
 Vajinal akıntı  
 Menstrüel durum  
 Libido  
 Üretritis (Akıntı vb.)  
 Geçirdiği genitoüriner hastalıklar  
 Penil veya genital tülser

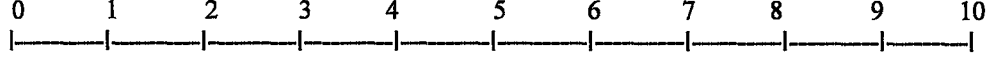
#### KAS-İSKELET

- Eklem ağrısı:  Var  Yok  
Tutulan eklem sayısı:  
Eklemlerin dağılım şekli:  
 El parmakları  Diz  
 Dirsek  El bileği  
 Kalça  Omuz  
 Vertebra  Diğer  
Deformite:  Var  Yok  
Raynaud fenomeni:  Var  Yok  
Sabah tutukluğu:  Var  Yok  
Süresi:  
Kas ağrısı-güçsüzlüğü:  Var  Yok  
Osteoporoz:  Var  Yok  
Bouchard nodülleri:  Var  Yok



## AĞRI TANILAMASI:

### Siddeti:



Hiç ağrı yok

Çok şiddetli ağrı

### Lokalizasyonu:

Ağrı nerede?

Hangi eklemleri etkiliyor?

Ağrı tek tarafta mı; her iki tarafta mı?

### Süresi:

Bu ağrı ne zamandan beri var?

Bu ağrı ani ve şiddetli bir şekilde mi yoksa yavaş ve hafif olarak mı başladı?

Ağrı tekrarlıyor mu?

Gittikçe şiddetleniyor mu?

Ağrı ısrarla devam ediyor mu yoksa gidip geliyor mu?

### Siddetlendiren Faktörler:

Ağrıyı başlatan nedir?

Ağrıyı kötüleştiren durumlar nelerdir?

Ağrı kötüleştiğinde eklemlerinizi hareket ediyor mu?

### Hafifleten Faktörler:

Ağrınızı neler azaltır?

Eklemlerinizdeki ağrıyı azaltmak için istirahat ettiriyor musunuz?

Rahat ettiğiniz pozisyonlar var mı?

İlaçlar ağrınızı azaltıyor mu?

Ağrıyı azaltmada sıcak / soğuk uygulama yardımcı oluyor mu?

### Diğer:

Eklemlerinizde eklenen başka bulgular var mı?

Eklemlerinizde şiş veya kırmızı veya hassas mı?

Herhangi bir hissizlik var mı?

Eklemlerinizi kıvrılabiliyor musunuz ya da doğrultabiliyor musunuz?

Eklemlerinizde katılaşma oluyor mu?

Hareket ağrıya neden oluyor mu?

Normal aktiviteleriniz için eklemlerinizi kullanabiliyor musunuz?

### DERİ

Kaşıntı

Kuruluk

Döküntüler

Tırnaklar

Deri altı nodülleri

Solukluk

Ödem

Diğer:

### ENDOKRİN

Diyabet *Evet ise;*

DM yönelik tedavi alıyor mu?  Almıyor

Diyet  Oral antidiyabetik  İnsülin

Hipertroidi

Hipotroidi

### NÖROLOJİK

Tremor

İnme

Bayılma

Ekstremitelerde parestezi

Ekstremitelere yayılan ağrı

### PSİKOSOSYAL

Davranışsal problemler

Stres:

Keder:

Üzüntü:

Aile içi tartışma:

Başta çıkma:  İyi

Orta

Zayıf

İhtiyaç duyduğunuzda size bakım veren birileri var mı?  Evet

Hayır

**LABORATUVAR İNCELEMELERİ****Tam kan sayımı:**

Hb:

Htc:

Lökosit:

Eritrosit:

Trombosit:

ASO:

CRP:

RF:

Eritrosit sedimantasyon hızı:

ANA

Anti-DNA

**Biyokimya İncelemeleri:**

AKŞ:

BUN:

T.Kolesterol:

Na:

K:

Ca:

Cl:

T.Protein:

**EK-II****SAĞLIK DEĞERLENDİRME ANKETİ**

Adı Soyadı: \_\_\_\_\_

Tarih: \_\_\_\_\_

Bu ankette hastalığınızın günlük yaşamdaki bazı hareketlerinizi, aktivitelerinizi nasıl etkilediğini öğrenmek istiyoruz. Ekleme istediğiniz düşünceleriniz varsa, lütfen sayfanın arkasına yazınız veya bana söyleyiniz.

**GEÇTİĞİMİZ HAFTA BOYUNCA** yaptığınız günlük aktivitelerinizde ilgili olarak durumunuza en iyi uyan cevabı işaretleyiniz.

	Hiç zorluk çekmeden yapıyorum 0	Biraz zorlukla yapıyorum 1	Çok zorlukla yapıyorum 2	Hiç yapamıyorum 3
<b>1. GİYİNİP KUŞANMA</b> -Ayakkabı bağlamak ve düğme ilikleme dahil, kendi kendinize giyinebiliyor musunuz? -Saçınızı yıkayabiliyor musunuz?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>2. DOĞRULMA</b> -Düz bir sandalyeden kalkabiliyor musunuz? -Yatağa yatıp kalkabiliyor musunuz?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>3. YEMEK YEME</b> -Etinizi kesebiliyor musunuz? -Dolu bir fincanı veya bardağı ağzınıza götürürebiliyor musunuz? -Yeni bir karton süt veya meyva suyu kutusunu açabiliyor musunuz?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>4. YÜRÜME</b> -Dışarıda, düz zemin üzerinde yürüyebiliyor musunuz? -Beş basamak merdiven çıkabiliyor musunuz?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Yukarıda sorulan aktiviteleri yaparken genelde kullandığınız yardımcı alet veya gereç varsa lütfen işaretleyiniz.

- Baston
- Yürüteç
- Koltuk değneği
- Tekerlekli sandalye
- Özel yapılmış gereçler

- Giyinme için kullanılan araçlar (düğme çengeli, fermuar çekici, uzun saplı ayakkabı çekeceği vs.)
- Özel yapılmış sandalye
- Diğer (Lütfen belirtiniz .....

Aşağıdaki aktiviteler için genelde BAŞKA BİR KİŞİDEN YARDIM istiyor musunuz? Yardım istediğiniz aktivite varsa lütfen işaretleyiniz.

- Giyinip kuşanma
- Doğrulma

- Yürüme
- Yemek yeme

**GEÇTİĞİMİZ HAFTA BOYUNCA** yaptığınız günlük aktivitelerinizle ilgili olarak durumunuza en iyi uyan cevabı işaretleyiniz.

	Hiç zorluk çekmeden yapıyorum 0	Biraz zorlukla yapıyorum 1	Çok zorlukla yapıyorum 2	Hiç yapamıyorum 3
<b>6. HİJYEN</b>				
- Kendi kendinize yıkanıp kurulanabiliyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Küvette banyo yapabiliyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Tuvalete oturup kalkabiliyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>7. UZANMA</b>				
- Başınızın biraz üzerinde duran 2.5 kilo ağırlığındaki bir nesneye (örn. şeker torbası gibi) uzanıp, nesneyi aşağıya indirebiliyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Eğilip yerden bir giysiyi alabiliyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>7. KAVRAMA</b>				
- Araba kapılarını açabiliyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Daha önceden açılmış olan kavanoz kapaklarını açabiliyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Muslukları açıp kapatabiliyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>8. GÜNLÜK İŞLER</b>				
- Günlük işlere koşturup, alışveriş yapabiliyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Arabaya binip inebiliyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Yerleri süpürme veya bahçe işleri gibi işleri günlük işleri yapabiliyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bu aktiviteleri yaparken genelde kullandığınız **yardımcı alet veya gereç** varsa lütfen işaretleyin:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Yükseltilmiş tuvalet oturağı                      | <input type="checkbox"/> Banyo küveti tutamağı                      |
| <input type="checkbox"/> Küvet oturağı veya sandalyesi                     | <input type="checkbox"/> Bir yere uzanmak için uzun saplı gereçler  |
| <input type="checkbox"/> Kavanoz açacağı (önceden açılmış kavanozlar için) | <input type="checkbox"/> Banyoda kullanmak için uzun saplı gereçler |
|  | <input type="checkbox"/> Diğer (Belirtiniz.....)                    |

Aşağıdaki aktiviteler için genelde **başka bir kişiden yardım** istiyor musunuz? Yardım istediğiniz aktivite varsa lütfen işaretleyiniz.

- Hijyen  
 Uzanma  
 Elle kavrama ve bir şeyleri açma  
 Günlük işler (ev işleri, alışveriş)

**Biz aynı zamanda hastalığınızdan dolayı ağrıdan etkilenip etkilenmediğinizi de öğrenmek istiyoruz.**

**GEÇEN HAFTA İÇİNDE hastalığınız nedeniyle olan ağrınız ne kadardı?**

**LÜTFEN AĞRININ ŞİDDETİNİ GÖSTERMEK İÇİN ÇIZGI ÜZERİNDE ( I ) OLARAK İŞARETLEYİN.**

AĞRI YOK	ŞİDDETLİ AĞRI
0	100

**1. SON 6 AY İÇİNDE** herhangi bir araştırmaya katıldınız mı?

- Hayır  
 Evet-Artrit ilacı çalışmasına İlacın adı: .....  
 Evet-Başka bir ilaç çalışmasına İlacın adı: .....  
 İlacın adını bilmiyorum

**2. Genelde, şu anki sağlığınız için ne diyebilirsiniz?**

- Mükemmel  Çok iyi  İyi  Orta  Kötü

### SEMPTOMLAR

**SON 6 AY BOYUNCA** sağlığınızla ilgili olan maddelerin her birini işaretleyiniz.

**Eğer yoksa burayı işaretleyiniz:**

#### BAŞ, GÖZLER, KULAKLAR, BURUN, AĞIZ VE BOĞAZ:

- Bulanık görme  
 Kulaklarda çınlama  
 İşitme güçlüğü  
 Ağızda yaralar  
 Tat kaybı, tat değişiklikleri  
 Baş ağrısı  
 Baş dönmesi  
 Ateş

#### GÖĞÜS, AKCİĞERLER VE KALP:

- Göğüs ağrısı  
 Solunum güçlüğü  
 Wheezing (astım)

#### GASTROİNTESTİNAL KANAL:

- İştah kaybı  
 Bulantı  
 Mide yanması  
 Hazımsızlık veya geğirme  
 Üst karın (Mide) bölgesinde ağrı veya rahatsızlık  
 Karaciğer problemleri, tipi:.....  
 Alt karın bölgesinde (kolon) ağrı veya kramplar  
 Diyare (sıklığı, barsak hareketleri, şiddeti)  
 Konstüpsiyon  
 Siyah veya katrana benzer defekasyon (demir alımından kaynaklanmayan)  
 Kusma

#### KAS-ISKELET:

- Eklem ağrısı  
 Eklem şişliği  
 Sırt ağrısı  
 Kas ağrısı  
 Boyun ağrısı  
 Kas güçsüzlüğü  
 Eğer varsa sabah katılığı  
\_\_\_\_\_(saat/dakika) Sabah katılığı ne kadar sürer?

#### NÖROLOJİK VE PSİKOLOJİK:

- Depresyon  
 Uykusuzluk  
 Sinirlilik  
 Yorgunluk  
 Düşünme veya hatırlamada güçlük

#### CİLT:

- Kolay berelenme  
 Ürtiker (kurdeşen) veya ciltte kabarıklık  
 Kaşıntı  
 Kızarıklık, isilik

**YALNIZCA KADINLAR:**  Gebe misiniz?

#### DİĞER:

Başka yakınma varsa belirtiniz.....



## İLAÇLAR

1. SON 6 AY İÇİNDE herhangi bir ilaç aldınız mı?

Evet

Hayır

Aldığınız her bir ilaç için tüm boşlukları tamamlayın. Eğer ilacı nadiren ya da gerektiği zaman alıyorsanız, aldığınız her ayın gün sayısını tahminen boşlukları doldurunuz. Aspirini yazacaksanız, normal veya enterik kaplı olup olmadığını lütfen belirtin.

En son kolon olan "GENEL MEMNUNİYET" için; ilacın hem etkinliğini hem de yan etkilerini düşünerek 0-10 arasındaki puanlarda değişen ölçek üzerinde artrit tedavisi olarak her bir ilaçtan duyduğunuz memnuniyet puanını yazın. Skala üzerinde "0" tamamen memnuniyetsizliği; "10" ise oldukça memnun olmayı ifade eder.

AĞIZ YOLUYLA ALINAN ARTRİT İLAÇLARI (hem reçeteli hem reçetesiz) SEYREK OLARAK VEYA GEREKTİĞİ ZAMAN ALINAN İLAÇLAR	Günde alınan hap sayısı	Herbir hapın Mg.	İlacı hala alıyorsanız BURAYI İŞARETLEYİ N (3)	İlacı son 6 ay dışında aldığınız ayların sayısı	Eğer son 6 ayda başladıysanız veya bıraktıysanız; Ayını ve yılını belirtin.		Artrit tedavinizden duyduğunuz memnuniyet (0-tamamen memnun değilim; 10- oldukça memnunum)
					Başlama	Bırakma	

Eğer Kortikosteroid alıyorsanız, nasıl alıyorsunuz? (örn:gün aşırı/ günde bir/günde iki/ diğer)

ENJEKSİYON VEYA DAMAR İÇİ YOLLA ALINAN İLAÇLAR (Örn; altın tuzu enjeksiyonları, steroid enjeksiyonları, Enbrel, Remicade)	Son 6 aydaki toplam tedavileri n sayısı	İlacı hala alıyorsanız BURAYI İŞARETLE YİN (3)	İlacı son 6 ay dışında aldığınız ayların sayısı	Eğer son 6 ayda başladıysanız veya bıraktıysanız; Ayını ve yılını belirtin.		Artrit tedavinizden duyduğunuz memnuniyet (0-tamamen memnun değilim; 10- oldukça memnunum)
				Başlama	Bırakma	

DİĞER İLAÇLAR Diğer tıbbi durumlarınız için SON 6 AY İÇİNDE aldığınız (hem reçeteli hem reçetesiz) diğer tüm ilaçları belirtiniz SEYREK VEYA GEREKTİĞİNDE ALINAN İLAÇLAR DAHİL	Her gün alınan ilaç sayısı	Her hapın mg.	İlacı hala alıyorsanız BURAYI İŞARETLEYİ N (3)	İlacı son 6 ay dışında aldığınız ayların sayısı	Eğer son 6 ayda başladıysanız veya bıraktıysanız; Ayını ve yılını belirtin.	
					Başlama	Bırakma

Ek ilaçlarınız varsa, lütfen anketin sonundaki düşünceler bölümünü kullanın.

2. Ara sıra aldığınız ağrı ilaçlarınızla ilgili deneyimlerinizi öğrenmek istiyoruz. "Ara sıra kullanmak" ilacı 6 ay içinde en az iki tablet aldığınız fakat bir aydan daha fazla bir dönemde ilacı almadığınız anlamına gelmektedir. Başağrısı ve hafif sızı/ağrılarda seyrek olarak aspirin, asetominofen ve ibuprofen kullanımınız hakkında bilgi edinmek istiyoruz.

**ASPIRİN (Ecopirin, Babyprin, Coraspin, vb.)**

**1997-2005**

**SON 6 AY**

- Şu zaman süreçlerinde seyrek olarak aspirin aldınız mı?  Evet  Hayır  Evet  Hayır
- Eğer evet ise; normal bir ayda kaç gün aspirin aldınız? \_\_\_\_\_
- İlacı aldığınız günlerde ortalama olarak bir günde kaç tablet aldınız? \_\_\_\_\_
- Eğer aspirini ara sıra alıyorsanız, onu niçin alırsınız?
- Başağrısı  Kas sızıları ve ağrıları  Menstrasyon krampları  Diğer, Belirtin.....
- Seyrek olarak aspirin aldığınız zaman, herhangi bir yan etki oldu mu?  Evet  Hayır
- Evet ise; oluşan yan etki ne türde idi? \_\_\_\_\_

**ASETOMİNOFEN (Tylol, Parol, Minoset vb.)**

**1997-2005**

**SON 6 AY**

- Şu zaman süreçlerinde seyrek olarak asetominofen aldınız mı?  Evet  Hayır  Evet  Hayır
- Eğer evet ise; normal bir ayda kaç gün asetominofen aldınız? \_\_\_\_\_
- İlacı aldığınız günlerde ortalama olarak bir günde kaç tablet aldınız? \_\_\_\_\_
- Eğer asetominofeni ara sıra alıyorsanız, onu niçin alırsınız?
- Başağrısı  Kas sızıları ve ağrıları  Menstrasyon krampları  Diğer, Belirtin.....
- Seyrek olarak asetominofen aldığınız zaman, herhangi bir yan etki oldu mu?  Evet  Hayır
- Evet ise; oluşan yan etki ne türde idi? \_\_\_\_\_

**İBUPROFEN (İbufren, Artril vb.)**

**1997-2005**

**SON 6 AY**

- Şu zaman süreçlerinde seyrek olarak ibuprofen aldınız mı?  Evet  Hayır  Evet  Hayır
- Eğer evet ise; normal bir ayda kaç gün ibuprofen aldınız? \_\_\_\_\_
- İlacı aldığınız günlerde ortalama olarak bir günde kaç tablet aldınız? \_\_\_\_\_
- Eğer ibuprofeni ara sıra alıyorsanız, onu niçin alırsınız?
- Başağrısı  Kas sızıları ve ağrıları  Menstrasyon krampları  Diğer, Belirtin.....
- Seyrek olarak ibuprofen aldığınız zaman, herhangi bir yan etki oldu mu?  Evet  Hayır
- Evet ise; oluşan yan etki ne türde idi? \_\_\_\_\_



3. Sebebi ne olursa olsun, SON 6 AY BOYUNCA ARTRİT İLAÇLARINDAN herhangi birini bıraktınız mı?  Evet  Hayır

Yanıtınız evet ise; bıraktığınız ilacın ne olduğunu, niçin bıraktığınızı aşağıdaki boşluğa lütfen yazınız ve şu anda bıraktığınız ilacın yerine almakta olduğunuz ilacı belirtiniz.

Bıraktığınız ilacın adı Lütfen yazınız	Bıraktıysanız niçin?	Bıraktığınız ilacın yerine başka bir ilaç başladınız mı?		Evet ise; hangi ilaç? Lütfen yazınız
		Evet	Hayır	
1.	<input type="checkbox"/> İşe yaramadı <input type="checkbox"/> Yan etkileri <input type="checkbox"/> Diğer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	<input type="checkbox"/> İşe yaramadı <input type="checkbox"/> Yan etkileri <input type="checkbox"/> Diğer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	<input type="checkbox"/> İşe yaramadı <input type="checkbox"/> Yan etkileri <input type="checkbox"/> Diğer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	<input type="checkbox"/> İşe yaramadı <input type="checkbox"/> Yan etkileri <input type="checkbox"/> Diğer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Hali hazırda ilaçlarınızı liste halinde belirtmiş olmanıza karşın, lütfen belli ilaç çeşitleriniz hakkında ilave bilgi gerektiren aşağıdaki maddeleri cevaplayınız.

4. **SON 6 AY İÇİNDE**, her hangi bir "sağlıklı besin" türü ilaveleri aldınız mı? (Örn. glukosamine, chondroitin, vitamin, herballer)  Evet  Hayır

Eğer evet ise; aşağıdaki tabloda bunlar hakkında bilgi verir misiniz?

İlaveler	Günde alınan tablet sayısı	Her tabletin Mg (veya ünitesi)	Son 6 ayda bunları kullandığınız ayların sayısı	Hala almaya devam ediyorsanız lütfen ( 3 ) işaretleyiniz

5. a) **SON 6 AY İÇİNDE** eklemlerinize aşağıdaki enjeksiyonlardan herhangi biri yapıldı mı?

Yapılmadı  Synvisc (Hylan G-F20)  Hyalgan (Sodium Hyaluronate)  Bilmiyorum

b) Yukarıdaki ilaçlar hangi eklemimize enjekte edildi?  Hiçbirine  
 Her iki dizime  
 Tek dizime  
 Diğer, Belirtiniz: \_\_\_\_\_

c) Her iki dizinizi de dikkate alarak, yapılan toplam enjeksiyon sayısı kaçtır? \_\_\_\_\_

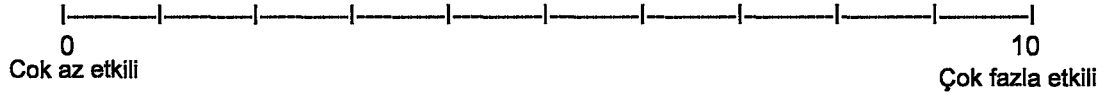
6. Artritiniz için hiç ASETOMİNOFEN kullandınız mı?  Evet  Hayır

a. Evet ise; artritinizin tedavisinde asetominofenden ne kadar memnun olduğunuzu; 0 ile 10 arasında skala üzerinde gösteriniz.

"0" tam olarak memnun olmadığınız; "10" ise oldukça memnun olduğunuz anlamına gelir.



b. Asetominofen ile olan deneyiminizle anti-inflamatuvar ilaçlarla (örn. ibuprofen, naprosyn, Lodine, celebrex gibi) olan deneyiminizi karşılaştırmak istiyoruz. Sadece asetominofenin etkinliğini düşünerek cevaplandırın.



c. Şimdi, her bir ilaç türünde yaşadığınız hem etkinlik hem de her bir yan etkileri düşünerek, lütfen aldığınız antiinflamatuvar ilaçlara karşılık asetominofenden duyduğunuz MEMNUNİYETİ karşılaştırın. Asetominofen kullanımından ne kadar memnunsunuz?



7. SON 6 AY İÇİNDE, Coumadin (Warfarin) aldınız mı?  Evet  Hayır

8. SON 6 AY İÇİNDE aşağıdaki ilaçlardan herhangi birini aldınız mı?  Evet  Hayır

Evet ise; aldığınız her bir ilacın ay sayısını belirtiniz.

İLAÇLAR	Son 6 ay dışında aldığınız ayların sayısı
Vitamin D ilaveleri	
Kalsiyum	
Flor	
Östrojen (kadınlarda hormon replasman tedavisi	
Osteoporoz ilaçları, Belirtiniz:	

## İLAÇ YAN ETKİLERİ

**SON 6 AYDA** ilaçlarınızdan kaynaklanan her hangi bir yan etki(ler) yaşadınız mı?  Evet

Hayır

**EVET İSE; SADECE BU BÖLÜMÜN GERİ KALANINI TAMAMLAYIN.**

### YÖNERGELER:

1. Yan etkiye/etkilere sebep olan ilacın adını yazın.
2. İlacı bırakıp bırakmadığınızı belirtin.
3. Her bir ilacın yan etkisini /etkilerini sıralayın. 3.sayfaya geri dönerek orada belirtilen semptomlara/yan etkilere bakmayı isteyebilirsiniz. Beyaz kan hücre sayısında azalma, idrarda protein, düşük trombosit sayısı, böbrek problemleri, anemi, karaciğer problemleri gibi herhangi bir anormal laboratuvar bulgusunu da lütfen belirtin.
4. Her bir yan etkinin şiddetini işaretleyin.
5. **Lütfen 0-10 arasında skala üzerinde işaretleme yaparak yan etkinin ne kadar önemli olduğunu gösterin, belirtin. "0" hiç önemli değil; "10" çok önemli'yi ifade etmektedir.**
6. eğer daha fazla yere gerek duyarsanız, lütfen bu anketin arkasını kullanın.

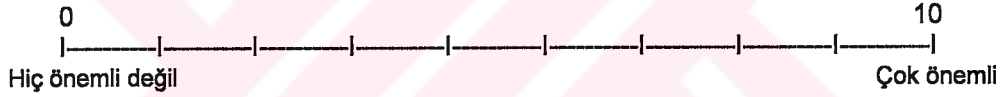
A. (1) İLACIN ADI: \_\_\_\_\_

(2) Yan etkisi nedeniyle bu ilacı bıraktınız mı?  Evet  Hayır

(3) YAN ETKİSİNİ YAZIN \_\_\_\_\_

(4) Yan etkinin ŞİDDETİ  Hafif  Orta  Şiddetli

(5) Bu yan etki sizin için ne kadar önemli idi?



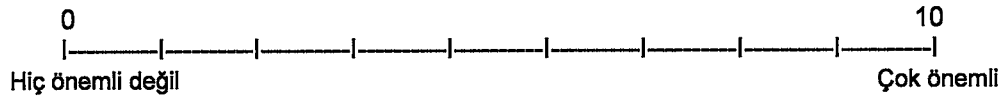
B. (1) İLACIN ADI: \_\_\_\_\_

(2) Yan etkisi nedeniyle bu ilacı bıraktınız mı?  Evet  Hayır

(3) YAN ETKİSİNİ YAZIN \_\_\_\_\_

(4) Yan etkinin ŞİDDETİ  Hafif  Orta  Şiddetli

(5) Bu yan etki sizin için ne kadar önemli idi?



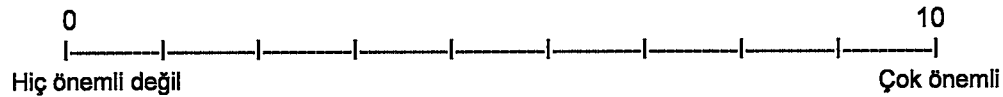
C. (1) İLACIN ADI: \_\_\_\_\_

(2) Yan etkisi nedeniyle bu ilacı bıraktınız mı?  Evet  Hayır

(3) YAN ETKİSİNİ YAZIN \_\_\_\_\_

(4) Yan etkinin ŞİDDETİ  Hafif  Orta  Şiddetli

(5) Bu yan etki sizin için ne kadar önemli idi?



D (1) İLACIN ADI: \_\_\_\_\_

(2) Yan etkisi nedeniyle bu ilacı bıraktınız mı?  Evet  Hayır

(3) YAN ETKİSİNİ YAZIN \_\_\_\_\_

(4) Yan etkinin ŞİDDETİ  Hafif  Orta  Şiddetli

(5) Bu yan etki sizin için ne kadar önemli idi?

0 10

Hiç önemli değil Çok önemli

---

E. (1) İLACIN ADI: \_\_\_\_\_

(2) Yan etkisi nedeniyle bu ilacı bıraktınız mı?  Evet  Hayır

(3) YAN ETKİSİNİ YAZIN \_\_\_\_\_

(4) Yan etkinin ŞİDDETİ  Hafif  Orta  Şiddetli

(5) Bu yan etki sizin için ne kadar önemli idi?

0 10

Hiç önemli değil Çok önemli

---

F. (1) İLACIN ADI: \_\_\_\_\_

(2) Yan etkisi nedeniyle bu ilacı bıraktınız mı?  Evet  Hayır

(3) YAN ETKİSİNİ YAZIN \_\_\_\_\_

(4) Yan etkinin ŞİDDETİ  Hafif  Orta  Şiddetli

(5) Bu yan etki sizin için ne kadar önemli idi?

0 10

Hiç önemli değil Çok önemli

---

G. (1) İLACIN ADI: \_\_\_\_\_

(2) Yan etkisi nedeniyle bu ilacı bıraktınız mı?  Evet  Hayır

(3) YAN ETKİSİNİ YAZIN \_\_\_\_\_

(4) Yan etkinin ŞİDDETİ  Hafif  Orta  Şiddetli

(5) Bu yan etki sizin için ne kadar önemli idi?

0 10

Hiç önemli değil Çok önemli

---

**6. SON 6 AY İÇİNDE** her hangi bir doktora veya diğer sağlık çalışanına görüldünüz mü?  
 Evet  Hayır

(BU SORU; HASTANEDE BİR HASTA OLARAK BULUNDUĞUNUZ DURUMU KAPSAMAZ.)

Evet ise; aşağıdakileri doldurun.

	Son 6 ay içindeki ziyaretlerin sayısı
Romatolog.....	_____
Dahiliyeci.....	_____
Aile hekimi (Genel pratisyen).....	_____
Nurse practitioner/hekim yardımcısı.....	_____
Gastroenterolog.....	_____
Ürolog/Proctolog.....	_____
Genel cerrah veya ortopedist.....	_____
Podiyatrist (Ayak doktoru).....	_____
Chiropractor (masaj uzmanı).....	_____
Fizyoterapist veya mesleki terapist.....	_____
Diğer doktorlar (dermatolog veya diğerleri).....	_____
Lütfen Belirtiniz:_____	_____

Diğer sağlık çalışanları (Sosyal çalışmacı veya diğerleri)

\_\_\_\_\_

Tanısal prosedürler

**7. SON 6 AY İÇİNDE** her hangi bir tanısal testler ve tedaviler yapıldı mı?  Evet  Hayır

(HASTANEDE BİR HASTA OLARAK BULUNDUĞUNUZDA YAPILAN İŞLEMLERİ KAPSAMAZ)

Evet ise; aşağıdaki doldurun.

	Testlerin sayısı	Uygulanan vücut bölümü
Röntgen (göğüs, mide veya barsaklar, eklemler, vb).....	_____	_____
Nükleer tıbbi taramalar (kemik taraması) veya manyetik rezonans görüntüleme (MRI).....	_____	_____
Bilgisayarlı Tomografi (BT) taraması.....	_____	_____
Kan testleri (kan alınma zamanlarının sayısı).....	_____	_____
İdrar testleri.....	_____	_____
Endoskopi (gastroskopi).....	_____	_____
Kolonoskopi .....	_____	_____
Diğer testler, lütfen belirtiniz:.....	_____	_____

## TIBBİ DURUMLAR

**1. SON 6 AY İÇİNDE** her hangi bir tıbbi problem tanısı konuldu mu?  E (Evet)  H (Hayır)

Evet ise, lütfen aşağıdakileri işaretleyin:

Yüksek kan basıncı	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	Akciğer problemleri	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H
Kalple ilgili diğer durumlar	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	Katarakt	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H
Stroke (İnme)	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	Ülser/mide problemleri	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H
Depresyon	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	Astım	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H
Akil (ruhsal) hastalıkları	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	Karaciğer problemleri	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H
Diyabet (şeker hast.)	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	Tiroid veya endokrin problemler	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H
Kanser	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	Nörolojik problemler (nöbet, parkinson vb.)	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H
Alkol veya ilaç problemleri	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H		

**2. Artrit kalp ve dolaşım problemleri riskini etkileyebileceği için hiç bu durumlarla ilgili herhangi bir problem yaşayıp yaşamadığınızı bilmek istiyoruz. Cevabınız problemlerin bazı çeşitlerinin artritli hastalarda çok veya az sıklıkta oluşup oluşmadığını belirlemede bizlere yardımcı olacaktır.**

Aşağıdaki problemlerden herhangi biri sizde hiç oldu mu?

Kalp Krizi / Miyokard İnfarktüsü	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	Yıl: _____
Angina (kalp hastalığı nedeniyle göğüs ağrısı)	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	Yıl: _____
Koroner Arter Bypass Cerrahisi (KABC)	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	Yıl: _____
Balon Angioplasti	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	Yıl: _____
Kalp Kateterizasyonu	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	Yıl: _____
Konjestif Kalp Yetmezliği (KKY)	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	Yıl: _____
Günümüzde tedavi edilmekte olan KKY	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	Yıl: _____
Kalp Kapak Problemleri	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	Yıl: _____

**3. SON 6 AY İÇİNDE** herhangi bir **ENFEKSİYONUNUZ** oldu mu? (SOĞUK ALGINLIĞI VEYA GRİP DAHİL DEĞİL)

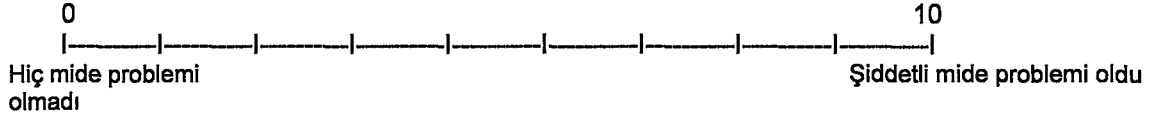
Evet  Hayır

**LÜTFEN ACIL SERVİS VE POLİKLİNİK ZİYARETLERİNİ DAHİL EDİN.**

Evet ise; aşağıdakileri yanıtlayın:

	Enfeksiyonların sayısı	Acil servis veya poliklinik ziyaretlerinin sayısı	Hastaneye yatış sayısı
<input type="checkbox"/> Septisemi (sepsis, kan yayımlı enfeksiyon)			
<input type="checkbox"/> Pnömoni			
<input type="checkbox"/> Zona (herpes zoster)			
<input type="checkbox"/> Kemik/eklem enfeksiyonu (osteomyelit, septik eklem, enfekte yapay eklem)			
<input type="checkbox"/> Cilt enfeksiyonları (enfekte cilt ülserleri, sellülit, enfekte nodüller)			
<input type="checkbox"/> İdrar yolu enfeksiyonları/böbrek enfeksiyonu			
<input type="checkbox"/> Mesane enfeksiyonu			
<input type="checkbox"/> Diğer, belirtiniz...			

4. Geçen hafta içinde **MİDENİZİ**le ilgili (örn.bulantı, mide yanması, ağrı, gaz sancısı) ne kadar sıkıntınız oldu? Aşağıdaki çizgi üzerinde yerini işaretleyiniz:



Eğer herhangi bir mide probleminiz olduysa, bu probleminiz belli bir ilaç veya ilaçlarla bağlantılı mıydı?

Evet   
Hayır

Evet ise; hangi ilaç(lar)? \_\_\_\_\_

5. a. **GEÇEN 6 AY İÇİNDE**, ülserinizin olduğu BİR HEKİM TARAFINDAN size söylendi mi?

(mide veya duodenal ülser)  Evet

Hayır

b. Ülserinizi teşhis etmek için doktorunuz aşağıdakilerden hangisini kullandı? İşaretleyin...

Endoskopi  Röntgen  Semptomlarınızla ilgili olarak söyledi

Teşhis tarihi: \_\_\_\_\_

6. **GEÇEN 6 AY İÇİNDE**, size; **KIRILAN KEMİĞİNİZ**, omurga veya vertebrada kırık, belkemiğinde kırık, vertebrada çökme oldu mu ya da "röntgende kırık" olduğu söylendi mi?

Evet  Hayır

Evet ise; lütfen aşağıdakileri doldurun:

Hangi kemiğiniz kırıldı?	Kırık nasıl meydana geldi?	Kırık hangi ayda oldu?
_____	_____	_____
_____	_____	_____

7. **SON 6 AY İÇİNDE**; size; **OSTEOPOROZ**, kemiklerde incelmeye, veya kemiklerde kalsiyum eksikliği olduğu söylendi mi?

Evet  Hayır

8. **SON 6 AY İÇİNDE**; böbrek veya böbreklerle ilgili konulmuş bir tanınız oldu mu? (idrar yolu veya böbrek enfeksiyonları hariç)

Evet  Hayır

Evet ise; aşağıdaki soruları cevaplayınız...

a. Sahip olduğunuz böbrek veya böbreklerle ilgili probleminiz ne türdendi? \_\_\_\_\_

b. Bu probleminiz nedeniyle hiç hastaneye yattınız mı?  Evet   
Hayır

c. **SON 6 AY İÇİNDE** böbrek diyalizi oldunuz mu?  Evet   
Hayır

9. **SON 6 AY İÇİNDE**; herhangi türde **TÜMÖR VEYA KANSER** olduğunuz size söylendi mi?  Evet  Hayır

Evet ise; Özelliği ne idi?  Benign (İyi huylu)  Malign (Kötü huylu)

Çeşidi? (Örn; lösemi, lenfoma, akciğer

vb.) \_\_\_\_\_



10. Herhangi tipte bir kanser tanısını hiç aldınız mı?

Evet

Hayır

Evet ise; Çeşidi? \_\_\_\_\_

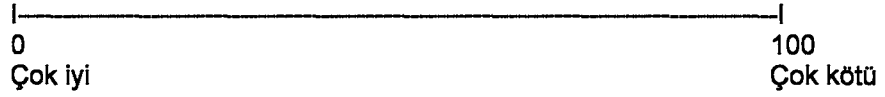
Hangi yılda tanı kondu? \_\_\_\_\_

Çeşidi? \_\_\_\_\_

Hangi yılda tanı kondu? \_\_\_\_\_

### SAĞLIK DURUMU

1. Artritinizin sizi etkilediği tüm yönleri düşünerek; aşağıdaki çizgi üzerinde işaret koyarak sağlık durumunuzu nasıl puanlarsınız?



2. ŞİMDİKİ SAĞLIĞINIZDAN ne kadar memnunsunuz?

Çok memnunum (1)

Biraz memnun değilim (4)

Biraz memnunum (2)

Hiç memnun değilim (5)

Ne memnunum ne de değilim (3)

3. Boyunuz kaç? \_\_\_\_\_ cm

4. Kaç kilosunuz? \_\_\_\_\_ kg

### SAĞLIK DAVRANIŞLARI

1 Hiç sigara içtiniz mi?

Hayır

Evet

Evet ise; Ne zaman içmeye başladınız? (yıl): \_\_\_\_\_

Ortalama olarak, günde kaç paket sigara içtiniz? \_\_\_\_\_ paket

Şimdi sigara içiyor musunuz?

Hayır.

Hayır ise; Sigarayı ne zaman bıraktınız? (yıl): \_\_\_\_\_

Evet

2. Düzenli olarak alkollü içkiler kullanır mısınız?

Evet  Hayır

Evet ise; genellikle normal bir günde ne kadar içersiniz?

\_\_\_\_\_ Bira (1 defa= 12 oz. Teneke kutu veya şişe)

\_\_\_\_\_ Şarap (1 defa= 6 oz. bardak)

\_\_\_\_\_ Sert likör, kokteyl veya likör (1 defa= 1.5 oz. likör)

3. Normal bir hafta boyunca, aşağıdaki her bir aktiviteye harcadığınız toplam zaman (bütün hafta boyunca) ne kadardır?

Eğer hiç zaman ayırmıyorsanız burayı işaretleyin:

	<i>Her hafta ayrılan süre (dakika)</i>
Gerdirici veya kuvvetlendirici egzersiz.....	_____
Egzersiz için yürümek.....	_____
Yüzme veya suyla ilgili egzersiz.....	_____
Bisiklete binme (sabit, egzersiz bisikleti dahil).....	_____
Diğer aerobik egzersiz ekipmanları (merdiven çıkma veya kayak aletleri).....	_____
Diğer aerobik egzersizleri, Belirtiniz:.....	_____

#### **BİLGİ BİRİKİMİ, KAZANIMLAR**

1. World Wide Web (www) giriyor musunuz? Evde?  Evet  Hayır  
İşte?  Evet  Hayır

Evet ise; son 6 ay boyunca , İnternet'e / Web'e ne sıklıkta girdiniz?

Her gün veya neredeyse her gün  Haftada 2-3  Ayda 3-4

Nadiren

E-mail'iniz var mı?  Evet  Hayır

Evet ise; son 6 ay içinde, e-mailinizi ne sıklıkta kontrol ettiniz?

Her gün veya neredeyse her gün  Haftada 2-3  Ayda 3-4

Nadiren

Seçmeniz istenirse, anketlerinizi nasıl doldurmayı tercih edersiniz?

E-mail yoluyla  Web sitesi yoluyla

2. Sahip olduğunuz sosyal güvencenizin niteliği nedir? İşaretleyiniz.

- Sosyal güvence yok
- Emekli Sandığı
- Bağ-Kur
- SSK
- Özel sigorta
- Yeşilkart
- Diğer .....

**ÇALIŞMA DURUMU**

1. Şu anda sizi en iyi tanımlayan kategori aşağıdakilerden hangisidir?

Ücretli çalışma: meslek \_\_\_\_\_

Görevi \_\_\_\_\_

Çalışma saati/hafta \_\_\_\_\_

Kişisel yıllık kazancı-yaklaşık olarak \_\_\_\_\_ (Toplam olarak eve giren

gelir değil)

Emekli

Ev hanımı

Öğrenci

Çalışmaya yetersiz

İş arıyor

Hastalık nedeniyle ayrı: Meslek \_\_\_\_\_

İzinde: Meslek \_\_\_\_\_

Diğer (belirtiniz): \_\_\_\_\_

2. SON 6 AY İÇİNDE; SAĞLIĞINIZ NEDENİYLE normal mesleki olmayan aktivitelerinizde (ev işi, okul dahil) sınırlandırma veya azalmanın olduğu günler var mı?

Evet  Hayır

Evet ise; kaç gün? \_\_\_\_\_

3. SON 6 AY İÇİNDE, SAĞLIĞINIZ NEDENİYLE normal işle ilgili olmayan aktivitelerinizi yapmak için TAMAMEN YETERSİZ olduğunuz günler var mı?  Evet

Hayır

Evet ise; kaç gün? \_\_\_\_\_

***EĞER İŞİNİZ YOKSA, ÇALIŞMIYORSANIZ, ANKETİ BURADA SONLANDIRINIZ.  
ÇALIŞIYOR İSENİZ, LÜTFEN 4-8. SORULARI YANITLAYINIZ....***

4. SON 6 AY İÇİNDE; SAĞLIĞINIZ NEDENİYLE işinize gidemediğiniz herhangi bir gün oldu mu?  Evet

Hayır

Evet ise; kaç gün? \_\_\_\_\_

**5. SON 6 AY İÇİNDE; SAĞLIĞINIZ NEDENİYLE** işiniz ile ilgili görevlerinizi yapamadığınız herhangi bir gün var mı?  Evet

Hayır

Evet ise; kaç gün? \_\_\_\_\_

**6. SON 6 AY İÇİNDE SAĞLIĞINIZ NEDENİYLE** çalışmayı bıraktığınız veya başladığınız oldu mu?

Evet

Hayır

Evet ise; lütfen işaretleyin.

Çalışmayı bırakma: Ne zaman? \_\_\_\_\_ Artritiniz nedeniyle miydi?  Evet

Hayır

Çalışmaya başlama: Ne zaman \_\_\_\_\_ Artritiniz nedeniyle miydi?  Evet

Hayır

**7. SON 6 AY İÇİNDE SAĞLIĞINIZ NEDENİYLE,** çalışma saatleriniz değiştirdiniz mi?

Evet

Hayır

Evet ise; lütfen işaretleyin.

Saatlerde artış Artritiniz nedeniyle miydi?  Evet

Hayır

Saatlerde azalma Artritiniz nedeniyle miydi?  Evet

Hayır

**8. SON 6 AY İÇİNDE,** doktorunuzu, fizyoloğunuzu veya diğer sağlık profesyonellerini ziyaret etmek için işinizden ücretsiz izinli oldunuz mu?

Evet  Hayır

Evet ise; kaç saat izinli idiniz? \_\_\_\_\_ saat/son 6 ay

**DÜŞÜNCELER:**

---

---

---

---

---

---

---

---

**HEALTH ASSESSMENT QUESTIONNAIRE®**  
**Stanford University School of Medicine**  
**Division of Immunology & Rheumatology**

Name \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

In this section we are interested in learning how your illness affects your ability to function in daily life. Please feel free to add any comments on the back of this page.

Please check the response which best describes your usual abilities OVER THE PAST WEEK:

	<u>Without ANY</u> <u>difficulty</u> <sup>0</sup>	<u>With SOME</u> <u>difficulty</u> <sup>1</sup>	<u>With MUCH</u> <u>difficulty</u> <sup>2</sup>	<u>UNABLE</u> <u>to do</u> <sup>3</sup>
<b>DRESSING &amp; GROOMING</b>				
Are you able to:				
-Dress yourself, including tying shoelaces and doing buttons?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Shampoo your hair?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>RISING</b>				
Are you able to:				
-Stand up from a straight chair?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Get in and out of bed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>EATING</b>				
Are you able to:				
-Cut your meat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Lift a full cup or glass to your mouth?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Open a new milk carton?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>WALKING</b>				
Are you able to:				
-Walk outdoors on flat ground?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Climb up five steps?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Please check any AIDS OR DEVICES that you usually use for any of these activities:

- |                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Cane       | <input type="checkbox"/> Devices used for dressing (button hook, zipper pull, loop shoe horn, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Walker     | <input type="checkbox"/> Built up or special utensils   |
| <input type="checkbox"/> Crutches   | <input type="checkbox"/> Special or built up chair  |
| <input type="checkbox"/> Wheelchair | <input type="checkbox"/> Other (Specify: _____)   |

Please check any categories for which you usually need HELP FROM ANOTHER PERSON:

- |  |                                  |
|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Dressing and Grooming | <input type="checkbox"/> Eating  |
| <input type="checkbox"/> Arising               | <input type="checkbox"/> Walking |

Please check the response which best describes your usual abilities **OVER THE PAST WEEK:**

	<u>Without ANY difficulty<sup>0</sup></u>	<u>With SOME difficulty<sup>1</sup></u>	<u>With MUCH difficulty<sup>2</sup></u>	<u>UNABLE to do<sup>3</sup></u>
<b>HYGIENE</b>				
Are you able to:				
-Wash and dry your body?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Take a tub bath?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Get on and off the toilet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>REACH</b>				
Are you able to:				
-Reach and get down a 5-pound object (such as a bag of sugar) from just above your head?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Bend down to pick up clothing from the floor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>GRIP</b>				
Are you able to:				
-Open car doors?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Open jars which have been previously opened?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Turn faucets on and off?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>ACTIVITIES</b>				
Are you able to:				
-Run errands and shop?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Get in and out of a car?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Do chores such as vacuuming or yardwork	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Please check any **AIDS OR DEVICES** that you usually use for any of these activities:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Raised toilet seat                      | <input type="checkbox"/> Bathtub bar                         |
| <input type="checkbox"/> Bathtub scat                            | <input type="checkbox"/> Long-handled appliances for reach   |
| <input type="checkbox"/> Jar opener (for jars previously opened) | <input type="checkbox"/> Long-handled appliances in bathroom |
|  | <input type="checkbox"/> Other (Specify: _____)              |

Please check any categories for which you usually need **HELP FROM ANOTHER PERSON:**

- |                                  |  |
|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Hygiene | <input type="checkbox"/> Gripping and opening things |
| <input type="checkbox"/> Reach   | <input type="checkbox"/> Errands and chores          |

re also interested in learning whether or not you are affected by pain because of your illness.

**much pain have you had because of your illness IN THE PAST WEEK:**

PLACE A VERTICAL (|) MARK ON THE LINE TO INDICATE THE SEVERITY OF THE PAIN

\_\_\_\_\_ SEVERE PAIN  
100

ave you participated in any clinical trials in the PAST 6 MONTHS?

- No
- Yes - trial of an arthritis medicine      Name of medicine \_\_\_\_\_
- Yes - trial of another type of medicine      Name of medicine \_\_\_\_\_
- Don't know the name of the medicine

n general, would you say your current health is:

- Excellent       Very Good       Good       Fair       Poor

**SYMPTOMS**

Please check any items which apply to your health during the **PAST 6 MONTHS**. If none, check here:

**HEAD, EYES, EARS, NOSE, MOUTH AND THROAT:**

- Blurred vision
- Ringing in ears
- Hearing difficulties
- Mouth sores
- Loss, change in taste
- Headache
- Dizziness
- Fever

**MUSCULOSKELETAL:**

- Joint pain
- Joint swelling
- Low back pain
- Muscle pain
- Neck pain
- Weakness of muscles
- If you are stiff in the morning  
\_\_\_\_\_ (hr/min) how long does the stiffness last?

**CHEST, LUNGS AND HEART**

- Chest pain
- Shortness of breath
- Wheezing (asthma)

**NEUROLOGIC AND PSYCHOLOGIC**

- Depression
- Insomnia
- Nervousness
- Tiredness (Fatigue)
- Trouble thinking or remembering

**GASTROINTESTINAL TRACT:**

- Loss of appetite
- Nausea
- Heartburn
- Indigestion or belching
- Pain or discomfort in upper abdomen(stomach)
- Liver problems, kind \_\_\_\_\_
- Pain or cramps in lower abdomen (colon)
- Diarrhea (frequent, explosive watery bowel movements, severe)
- Constipation
- Black or tarry stools (not from iron)
- Vomiting

**SKIN:**

- Easy bruising
- Hives or welts
- Itching
- Rash

FEMALES ONLY -  Are you pregnant?

**OTHER**

- Any others? (specify) \_\_\_\_\_



**INDICATIONS**

the PAST 6 MONTHS have you taken any medications?

Yes  No

Please complete ALL THE BLANKS ON THE LINE for any medications that you have taken. If a medication is taken occasionally or as needed, please estimate the number of days per month you have taken it. IF RECORDING ASPIRIN, please regular or enteric coated.

In the last column "OVERALL SATISFACTION", considering both effectiveness and side effects, please rate your satisfaction with each drug as a treatment for your arthritis on a scale of 0 - 10 where "0" means you were Totally dissatisfied "10" means you were Extremely satisfied.

ARTHRITIS MEDICATIONS TAKEN BY MOUTH (both prescription and over-the- counter) INCLUDE OCCASIONAL or AS NEEDED MEDICATIONS	Number of pills per day	Mg. Per Pill	Still taking  PLEASE CHECK (✓)	Number of months out of last 6 months on drug	If Started or Stopped in Last 6 Months.		Overall Satisfaction as a Treatment for your arthritis [ 0 - Totally dissatisfied to 10 - Extremely satisfied]
					List month and year Started	Stopped	

If you are taking Prednisone, how are you taking it? (e.g. every other day/once per day/twice per day/other) \_\_\_\_\_

MEDICATIONS TAKEN BY INJECTION OR IN VEIN (IV)  (e.g. gold salt injections, corticoid injections, Enbrel, Infliximab)	Total Number of Treatments in the Last 6 Months	Still Taking  PLEASE CHECK (✓)	Number of Months out of Last 6 Months on Drug	If Started or Stopped in Last 6 Months, List Month and Year		Overall Satisfaction as a Treatment For Your Arthritis [ 0 - Totally dissatisfied to 10 - Extremely satisfied]
				Started	Stopped	

OTHER MEDICATIONS Please list all other medications (both prescription and over-the- counter) you have taken in the PAST 6 MONTHS for any other medical condition. INCLUDE OCCASIONAL or AS NEEDED MEDICATIONS	Number of Pills Per Day	Mg. Per Pill	Still Taking  PLEASE CHECK (✓)	Number of Months out of Last 6 Months on Drug	If Started or Stopped in Last 6 Months, List Month and Year	
					Started	Stopped

For additional medications, please use the comment section at the end of the questionnaire

We are interested in finding out about your experience with pain medications taken on an occasional basis. "Occasional use" means you take at least a couple of tablets in 6 months, but you do not take the medication daily for periods of more than a month. We would like to find out about occasional use of aspirin (e.g., Bayer, Ecotrin, Bufferin), acetaminophen (e.g., Tylenol), and ibuprofen (e.g., Advil, Motrin) for headaches and minor aches and pains.

<b>ASPIRIN (e.g., Bayer, Ecotrin, Bufferin)</b>	<u>1990 - 1998</u>	<u>Past 6 months</u>
Have you taken aspirin on an occasional basis during this time period?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
If yes, how many days in a typical month do you take it?	_____	_____
On the days when you are taking it, on average, how many tablets do you take?	_____	_____
When you take aspirin occasionally, why do you take it?		
<input type="checkbox"/> Headaches <input type="checkbox"/> Muscle aches and pains <input type="checkbox"/> Menstrual cramps <input type="checkbox"/> Other, specify _____		
When you take aspirin occasionally, do you have any side effects?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
If yes, what types of side effects have you had?	_____	

<b>ACETAMINOPHEN (e.g., Tylenol)</b>	<u>1990 - 1998</u>	<u>Past 6 months</u>
Have you taken acetaminophen on an occasional basis during this time period?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
If yes, how many days in a typical month do you take it?	_____	_____
On the days when you are taking it, on average, how many tablets do you take?	_____	_____
When you take acetaminophen occasionally, why do you take it?		
<input type="checkbox"/> Headaches <input type="checkbox"/> Muscle aches and pains <input type="checkbox"/> Menstrual cramps <input type="checkbox"/> Other, specify _____		
When you take acetaminophen occasionally, do you have any side effects?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
If yes, what types of side effects have you had?	_____	

<b>IBUPROFEN (e.g., Advil, Motrin)</b>	<u>1990 - 1998</u>	<u>Past 6 months</u>
Have you taken ibuprofen on an occasional basis during this time period?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
If yes, how many days in a typical month do you take it?	_____	_____
On the days when you are taking it, on average, how many tablets do you take?	_____	_____
When you take ibuprofen occasionally, why do you take it?		
<input type="checkbox"/> Headaches <input type="checkbox"/> Muscle aches and pains <input type="checkbox"/> Menstrual cramps <input type="checkbox"/> Other, specify _____		
When you take ibuprofen occasionally, do you have any side effects?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
If yes, what types of side effects have you had?	_____	

Did you stop taking any **ARTHRITIS MEDICINES** during the **PAST 6 MONTHS**, regardless of reason?  Yes  No

If Yes, please tell us below what medicines you stopped, why you stopped, and tell us about the medicine you are now taking instead. (These medications should also be listed on the Medication page)

Name of Drug or Stopped  Please Print	If Stopped Why?  (X all that apply)	Did You Start Another Medicine to Replace it?		If Yes, Which Medicine?  Please Print
		Yes	No	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Didn't work</li> <li>• Side Effects</li> <li>• Other</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Didn't work</li> <li>• Side Effects</li> <li>• Other</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Didn't work</li> <li>• Side Effects</li> <li>• Other</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Didn't work</li> <li>• Side Effects</li> <li>• Other</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Although you have already listed your medications, please answer the following items which request additional information about certain kinds of medications.

In the **PAST 6 MONTHS**, have you taken any "health food" type supplements? (Examples: glucosamine, chondroitin, vitamins, herbs)  Yes  No

If Yes, please tell us about them in the table below:

Supplement	Number of Tablets per Day	Mg. (or Units) per Tablet	Number of Months Taken in Last 6 Months	If Still Taking Please Check (√)

a. Have you had any of the following injections in your joints in the **PAST 6 MONTHS**? We are interested in injections of a new material, similar to natural joint fluid, that acts as a lubricant and shock absorber for the joints.

None  Synvisc (Hylan G-F20)  Hyalgan (Sodium Hyaluronate)  Don't Know

b. Which joints were injected with the above drug?

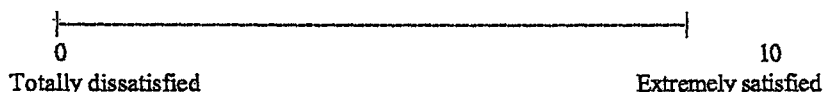
None  
 Both Knees  
 One Knee  
 Other<sup>s</sup>, Specify \_\_\_\_\_

c. What is the total number of injections you have had, counting both knees? \_\_\_\_\_

Have you EVER used ACETAMINOPHEN (Tylenol) for your arthritis?  Yes  No

- a. If Yes, please indicate on a scale of 0 to 10, how satisfied you were with acetaminophen as a treatment for your arthritis.

“0” means you were totally dissatisfied and “10” means you were extremely satisfied.



- b. We would like you to compare your experience with acetaminophen (Tylenol) to your experience with anti-inflammatory drugs (such as ibuprofen, Naprosyn, Relafen, Lodine, Celebrex, Daypro, etc.). Thinking only about the effectiveness of acetaminophen, was it:



- c. Now, taking into consideration both effectiveness AND any side effects that you experienced with either type of drug, please compare your OVERALL SATISFACTION with acetaminophen to that of anti-inflammatory drugs you have taken. Was the acetaminophen:



In the PAST 6 MONTHS, have you taken Coumadin (Warfarin) ?  Yes  No

Have you taken any of the following medications in the PAST 6 MONTHS ?  Yes  No

If Yes, indicate number of months for each medication you have taken.

Medication	Number of Months Taken Out of Past 6 Months
Vitamin D supplements	
Calcium	
Fluoride	
Estrogens (female hormone replacement therapy)	
Osteoporosis drugs, specify: _____	

**REPORT SIDE EFFECTS**

Did you have any side effect(s) from your medication in the PAST 6 MONTHS  Yes  No

COMPLETE THE REST OF THIS SECTION ONLY IF YOU HAVE SAID YES.

**DIRECTIONS:**

Write in the name of the drug causing the side effect(s).

Indicate whether you stopped the drug.

List side effect(s) for each drug. You may want to refer back to page 3. Please list any abnormal laboratory findings such as: low white blood count, protein in urine, low platelets, kidney problems, anemia, liver problems.

Check the severity of each side effect.

Please indicate how important the side effect was to you by making a mark on the scale from 0 to 10, where 0 is Not At All and 10 is Very Much.

If you need more room, please use the back of this questionnaire.

---

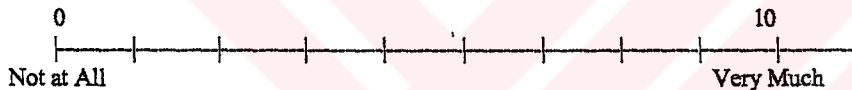
1) DRUG NAME \_\_\_\_\_

(2) Did you STOP the drug because of a side effect?  Yes  No

(3) LIST SIDE EFFECT \_\_\_\_\_

(4) SEVERITY of side effect  mild  moderate  severe

(5) How important was this side effect to you?



---

(1) DRUG NAME \_\_\_\_\_

(2) Did you STOP the drug because of a side effect?  Yes  No

(3) LIST SIDE EFFECT \_\_\_\_\_

(4) SEVERITY of side effect  mild  moderate  severe

(5) How important was this side effect to you?



---

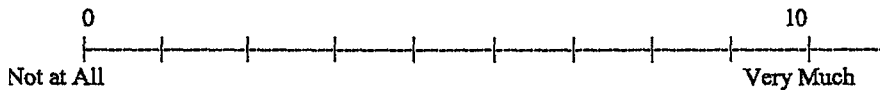
2. (1) DRUG NAME \_\_\_\_\_

(2) Did you STOP the drug because of a side effect?  Yes  No

(3) LIST SIDE EFFECT \_\_\_\_\_

(4) SEVERITY of side effect  mild  moderate  severe

(5) How important was this side effect to you?





---

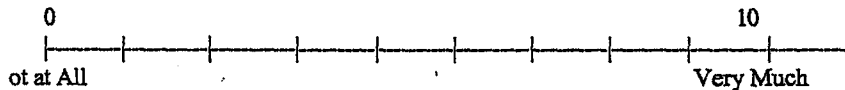
(1) DRUG NAME \_\_\_\_\_

(2) Did you STOP the drug because of a side effect?  Yes  No

(3) LIST SIDE EFFECT \_\_\_\_\_

(4) SEVERITY of side effect  mild  moderate  severe

(5) How important was this side effect to you?



---

(1) DRUG NAME \_\_\_\_\_

(2) Did you STOP the drug because of a side effect?  Yes  No

(3) LIST SIDE EFFECT \_\_\_\_\_

(4) SEVERITY of side effect  mild  moderate  severe

(5) How important was this side effect to you?



---

(1) DRUG NAME \_\_\_\_\_

(2) Did you STOP the drug because of a side effect?  Yes  No

(3) LIST SIDE EFFECT \_\_\_\_\_

(4) SEVERITY of side effect  mild  moderate  severe

(5) How important was this side effect to you?



---

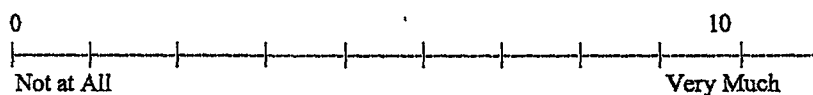
(1) DRUG NAME \_\_\_\_\_

(2) Did you STOP the drug because of a side effect?  Yes  No

(3) LIST SIDE EFFECT \_\_\_\_\_

(4) SEVERITY of side effect  mild  moderate  severe

(5) How important was this side effect to you?



**CAL HISTORY**

Are you interested in your use of health care providers in the **PAST 6 MONTHS**. Please include **ALL** visits.

In the **PAST 6 MONTHS** did you stay in the hospital overnight for any reason?  Yes  No

If Yes, please describe each hospitalization visit:

Reason for hospitalization	Hospital (City, State)	Admission Date (Month, Year)	Number of Nights in Hospital	Was this a Medical or Surgical Stay?

Were any of these hospitalizations related to a side effect from any of your medications?  Yes  No

-If Yes, which hospitalization(s) and which medication(s): \_\_\_\_\_

In the **PAST 6 MONTHS** have you had any outpatient surgery or procedures?  Yes  No

If Yes, please list:

Surgery/Procedure	Doctor's Name	Location and Address (Hospital, Doctor's Office)	Date (Month, Year)	Was this a Medical or Surgical Visit?

In the **PAST 6 MONTHS** have you been to a hospital Emergency Room?  Yes  No  
Do not include "after hour clinics" or "urgent care centers"

-If Yes, how many visits? \_\_\_\_\_

In the **PAST 6 MONTHS** were you a patient in a nursing or convalescent home or live-in rehabilitation center?  Yes  No

-If Yes, for how many days? \_\_\_\_\_ Days



Have you seen any doctors or any other health workers in the PAST 6 MONTHS?  Yes  No  
 DO NOT INCLUDE ANY WHILE A PATIENT IN THE HOSPITAL.

-If Yes, please complete

NUMBER of visits  
 In Last 6 Months

Rheumatologist..... \_\_\_\_\_  
 Internist \_\_\_\_\_  
 Family physician (general practitioner)..... \_\_\_\_\_  
 Nurse practitioner/physician assistant ..... \_\_\_\_\_  
 Gastroenterologist..... \_\_\_\_\_  
 Urologist/proctologist..... \_\_\_\_\_  
 General or orthopedic surgeon..... \_\_\_\_\_  
 Podiatrist (foot doctor) ..... \_\_\_\_\_  
 Chiropractor..... \_\_\_\_\_  
 Physical or occupational therapist..... \_\_\_\_\_  
 Other doctors (dermatologist or others) \_\_\_\_\_  
 Please specify:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Other Health Workers (Social worker or others)  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Diagnostic Procedures**

Have you had any diagnostic tests or treatments in the PAST 6 MONTHS?  Yes  No

DO NOT INCLUDE ANY THAT WERE DONE WHILE YOU WERE A PATIENT IN THE HOSPITAL

-If Yes, please complete the following.

	NUMBER of tests	Part of body
X-Rays (chest, stomach or bowels, joints, etc.)	_____	_____
Nuclear Medicine Scans (Bone scan) or Magnetic Resonance Imaging (MRI) .....	_____	_____
CT Scan.....	_____	_____
Blood tests (Number of times blood was drawn)	_____	_____
Urine tests.....	_____	_____
Endoscopy (Gastroscopy) .....	_____	_____
Colonoscopy .....	_____	_____

Other tests, please specify \_\_\_\_\_

**MEDICAL CONDITIONS**

Have you been diagnosed with any **NEW** medical problems in the **PAST 6 MONTHS**?  Yes  No  
 If yes, please complete the following:

- |                          |  |  |  |
|--------------------------|--|--|--|
| High blood pressure      | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Lung problem                           | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| Other Heart Conditions   | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Cataract                               | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| Stroke                   | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Ulcers/stomach problems                | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| Depression               | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Asthma                                 | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| Mental Illness           | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Liver Problems                         | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| Diabetes                 | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Thyroid or Endocrine problems          | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| Cancer                   | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Neurological problems (e.g., seizures, |  |
| Alcohol or drug problems | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Parkinson's)                           | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |

We are interested in finding out if you have ever had certain kinds of heart and circulation problems, since arthritis may affect the risk of these conditions. Your answers will help us determine whether some types of problems occur more or less frequently in patients with arthritis.

Have you ever had any of the following problems?

- |   |  |             |
|---|--|-------------|
| Heart attack / myocardial infarction (MI) | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Year: _____ |
| Angina (chest pain due to heart disease)  | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Year: _____ |
| Coronary Artery Bypass Surgery (CABG)     | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Year: _____ |
| Balloon Angioplasty                       | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Year: _____ |
| Heart Catheterization                     | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Year: _____ |
| Congestive Heart Failure (CHF)            | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Year: _____ |
| CHF currently being treated               | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Year: _____ |
| Heart Valve Problem                       | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Year: _____ |

Have you had any **INFECTIONS** in the **PAST 6 MONTHS**? **DO NOT INCLUDE COLDS OR FLU**  Yes  No

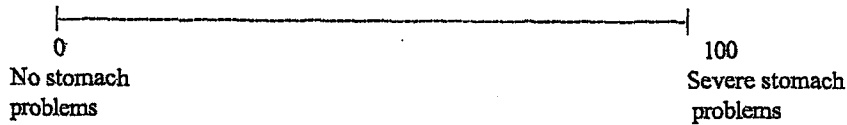
PLEASE INCLUDE EMERGENCY ROOM AND OUT-PATIENT VISITS

-If Yes, please answer the following:

	Number of Infections	Number of emergency room or out-patient visits	Number of times admitted to the hospital
<input type="checkbox"/> Septicemia (Sepsis, blood stream infection)	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Pneumonia	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Shingles (Herpes zoster)	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Bone/Joint Infection (osteomyelitis, septic joint, infected artificial joint)	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Skin infections (infected skin ulcer, Cellulitis, infected nodules)	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Urinary tract infection/Kidney infection	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Bladder infection	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Other, specify	_____	_____	_____

i. How much trouble have you had with your **STOMACH** (i.e., nausea, heartburn, bloating, pain, etc.) in the past week?

Place a mark on the line below:



If you had any stomach problems, were they related to a specific drug or drugs?  Yes  No

If yes, what drug(s)? \_\_\_\_\_

a. **IN THE PAST 6 MONTHS**, have you been told **BY A PHYSICIAN** that you had an ulcer?  
(a stomach or duodenal ulcer)  Yes  No

b. Which of the following did he/she use to diagnose your ulcer? (Mark all that apply)

- Endoscopy       X-ray       Talking to you about your symptoms

Date of diagnosis \_\_\_\_\_

In the **PAST 6 MONTHS**, have you had a **BROKEN BONE (FRACTURE)**, fractures of the spine or vertebrae, broken back, collapsed vertebrae, or been told you had a "fracture on x-ray"?

Yes  No

If yes, please complete:

What bone was broken?

How did fracture occur?

What month did it occur?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

In the **PAST 6 MONTHS**, have you been told that you had **OSTEOPOROSIS**, thinning of the bones, or lack of calcium in your bones?

Yes  No

In the **PAST 6 MONTHS** have you been diagnosed with a kidney or renal problem (do not include urinary tract or kidney infections)?

Yes  No

-If Yes, please answer questions a - c

a. What kind of kidney or renal problem did/do you have? \_\_\_\_\_

b. Were you ever hospitalized for this problem?  Yes  No

c. Did you have kidney dialysis in the **PAST 6 MONTHS**?  Yes  No

In the PAST 6 MONTHS have you been told that you have any kind of TUMOR OR CANCER?  Yes  No

-If yes, was it:  Benign  malignant

What kind? (for example: leukemia, lymphoma, lung) \_\_\_\_\_

Have you EVER been diagnosed with any kind of cancer?  Yes  No

-If Yes, What kind? \_\_\_\_\_ What year was it diagnosed? \_\_\_\_\_

What kind? \_\_\_\_\_ What year was it diagnosed? \_\_\_\_\_

### HEALTH STATUS

Considering all the ways that your arthritis affects you, rate how you are doing on the following scale by placing a mark on the line.



How satisfied are you with your HEALTH NOW?

- Very satisfied<sup>1</sup>  Somewhat dissatisfied<sup>4</sup>  
 Somewhat satisfied<sup>2</sup>  Very dissatisfied<sup>5</sup>  
 Neither satisfied or dissatisfied<sup>3</sup>

How tall are you? \_\_\_\_\_ Feet \_\_\_\_\_ Inches

How much do you weigh? \_\_\_\_\_ Pounds

### HEALTH BEHAVIORS

Have you ever smoked cigarettes?

- No  
 Yes, If yes, what year did you start smoking? \_\_\_\_\_

On average, how many packs per day have you smoked? \_\_\_\_\_ packs

Do you smoke now?

- No, If No, what year did you stop smoking? \_\_\_\_\_  
 Yes

Do you regularly drink alcoholic beverages?  Yes  No

If Yes, how many drinks do you usually have in a typical day?

\_\_\_\_\_ Beer (1 drink = 12 oz. can or bottle)  
\_\_\_\_\_ Wine (1 drink = 6 oz. glass)  
\_\_\_\_\_ Hard liquor, cocktails, or cordial (1 drink = 1 1/2 oz. liquor)

During a typical week, how much total time (for the entire week) do you spend on each of the following?

If none, check here:

**MINUTES PER WEEK**

Stretching or strengthening exercise	_____
Walk for exercise	_____
Swimming or aquatic exercise	_____
Bicycling (including stationary, exercise bikes)	_____
Other aerobic exercise equipment (stair climber or skiing machines)	_____
Other aerobic exercise, Specify _____	_____

**BACKGROUND**

Do you have access to the World Wide Web? At home?  Yes  No  
At work?  Yes  No

If yes, during the past six months, about how often did you logon to the Internet / Web?

Daily or almost daily  2-3 times per week  3-4 times per month  Occasionally

Do you have e-mail?  Yes  No

If yes, during the past six months, about how often did you check your e-mail?

Daily or almost daily  2-3 times per week  3-4 times per month  Occasionally

If given a choice, how would you prefer to fill out your questionnaire?

By US mail  On a web site

What type(s) of HEALTH INSURANCE do you have?  
(Please check all that apply)

- None
- Medicaid / Medi-Cal (State Assistance)
- Medicare Part A (Medicare insurance for hospital care)
- Medicare Part B (Medicare insurance for physician visits and other non-hospital care)
- Medicare/HMO (Insurance for people with Medicare who select to join a health maintenance organization, HMO)

Name of HMO: \_\_\_\_\_

- Medigap Insurance (Additional insurance for people covered by Medicare. Medigap policies generally pay the Medicare deductibles and co-insurance.)
- Medicare Disability Insurance
- Other public assistance Insurance
- Traditional Insurance (Insurance where you may see any physician you choose. Many traditional insurance policies require you to pay coinsurance (a percentage of the charges for each visit) and/or a deductible)

Name: \_\_\_\_\_

- Health Maintenance Organization (HMO) (Insurance where you must see a primary care physician to receive care. In most cases, the primary care physician must authorize visits to specialists or other providers. Primary care physicians are chosen from a list of physicians affiliated with the organization. In most cases, HMOs charge a small copayment for each visit, but have no deductible.)

Name: \_\_\_\_\_

- Preferred Provider Organization (PPO) (Insurance where you may see any physician you choose, but you pay a different amount depending on whether or not the physician is affiliated with the organization and whether or not you are referred by your primary care physician)

Name: \_\_\_\_\_

- Champus / VA
- Federal Employees Health Benefit Program

**EMPLOYMENT STATUS**

Which one of the following categories best describes you at this time?

- Working for pay: Occupation \_\_\_\_\_  
Job duties \_\_\_\_\_  
Hours/week \_\_\_\_\_  
Personal yearly earnings - nearest thousand (optional) \_\_\_\_\_  
(NOT TOTAL HOUSEHOLD INCOME) I
- Retired
- Homemaker
- Student
- Disabled
- Looking for work
- On sick leave: Occupation \_\_\_\_\_
- On vacation: Occupation \_\_\_\_\_
- Other (Specify): \_\_\_\_\_

In the PAST 6 MONTHS have there been days when you have had to CUT DOWN or LIMIT your usual non-employment activities (including housework, school) BECAUSE OF YOUR HEALTH?  Yes  No

If yes, how many days? \_\_\_\_\_

IN THE PAST 6 MONTHS have there been days when you have been COMPLETELY UNABLE to carry out your usual non-employment activities BECAUSE OF YOUR HEALTH?  Yes  No

If yes, how many days? \_\_\_\_\_

**IF YOU ARE NOT EMPLOYED, PLEASE SKIP TO THE LAST PAGE**

**IF YOU ARE EMPLOYED, PLEASE ANSWER QUESTIONS 4-8**

IN THE PAST 6 MONTHS have you missed any days of work BECAUSE OF YOUR HEALTH?

Yes  No

If yes, how many days? \_\_\_\_\_

In the PAST 6 MONTHS have there been any days when you were not able to do your regular work tasks BECAUSE OF YOUR HEALTH?

Yes  No

If Yes, how many days? \_\_\_\_\_



6. IN THE PAST 6 MONTHS have you stopped or started working **BECAUSE OF YOUR HEALTH?**  Yes  No

If Yes, please check (✓):

Stopped working: When? \_\_\_\_\_ Was it due to your arthritis?  Yes  No

Started working: When? \_\_\_\_\_ Was it due to your arthritis?  Yes  No

7. IN THE PAST 6 MONTHS have you changed your **HOURS** of work **BECAUSE OF YOUR HEALTH?**  Yes  No

If Yes, please check (✓):

Increased hours Was it due to your arthritis?  Yes  No

Decreased hours Was it due to your arthritis?  Yes  No

8. In the **PAST 6 MONTHS** have you taken unpaid time off from work to visit your doctor, a psychologist, or other health professional?  Yes  No

-If yes, how many hours have you taken off? \_\_\_\_\_ hours/past 6 months

COMMENTS:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## EK-III

## ROMATOİD ARTRİT YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ (RAQoL)

	EYET 1	HAYIR 0
1. İstediğimden daha erken yatmak zorunda kalıyorum		
2. İnsanların bana dokunmasından korkuyorum		
3. Sevdiğim rahat ayakkabılar bulmak zordur		
4. Sağlık durumum nedeniyle kalabalıktan kaçınıyorum		
5. Zorlukla giyinirim		
6. Alışverişe gitmek için yürümekte zorlandığımı seziyorum		
7. Evle ilgili işler çok zamanımı alır.		
8. Bazen tuvaleti kullanmakta sorunlarım oluyor (bazen tuvaleti kullanmakta zorlanıyorum)		
9. Sıklıkla engellendiğimi hissediyorum		
10. Yaptığım şeyi bırakarak dinlenmek zorunda kalıyorum		
11. Bıçak ve çatalı kullanmakta zorlanıyorum		
12. Dikkatimi toplamakta zorlandığımı anlıyorum		
13. Bazen sadece tek başıma kalmak istiyorum		
14. Bir hayli uzağa yürümekte zorlandığımı düşünüyorum		
15. İnsanlarla tokalaşmaktan kaçınmaya çabalıyorum		
16. Sıklıkla moralim bozuktur		
17. Ailemle ve arkadaşarımla olan aktivitelerimde eklemlerim güçsüz kalır.		
18. Duş almada/banyo yapmada problemlerim var		
19. Bazen, sağlık durumum nedeniyle ağlarım		
20. Sağlık durumum gidebileceğim yerleri kısıtlar		
21. Herhangi bir şeyi yaparken yorulduğumu hissederim		
22. Diğerlerine bağımlı hissediyorum		
23. Sağlık durumum her zaman aklımdadır.		
24. Sıklıkla kendime sinirlenirim		
25. Dışarı çıkmak ve insanları görmek çok büyük çaba gerektirir		
26. Geceleri kötü bir şekilde uyurum		
27. Yakın olduğum kişilerin bakımını zor buluyorum		
28. Durumumu kontrol edemediğimi hissediyorum		
29. Fiziksel temastan kaçınıyorum.		
30. Giyebildiğim giysilerde kısıtlıyım.		
<b>TOPLAM PUAN</b>		

EK-III

RHEUMATOID ARTHRITIS QUALITY OF LIFE (RAQOL)

	YES 1	NO 0
1. I have to go to bed earlier than I would like to		
2. I'm afraid of people touching me		
3. It's difficult to find comfortable shoes that I like		
4. I avoid crowds because of my condition		
5. I have difficulty dressing		
6. I find it difficult to walk to the shops		
7. Jobs about the house take me a long time		
8. I sometimes have problems using the toilet		
9. I often get frustrated		
10. I have to keep stopping what I am doing to rest		
11. I have difficulty using a knife and fork		
12. I find it hard to concentrate		
13. Sometimes I just want to be left alone		
14. I find it difficult to walk very far		
15. I try to avoid shaking hands with people		
16. I often get depressed		
17. I'm unable to join in activities with my family or friends		
18. I have problems taking a bath/shower		
19. I sometimes have a good cry because of my condition		
20. My condition limits the places I can go		
21. I feel tired whatever I do		
22. I feel dependent on others		
23. My condition is always on my mind		
24. I often get angry with myself		
25. It's too much effort to go out and see people		
26. I sleep badly at night		
27. I find it difficult to take care of the people I am close to		
28. I feel that I'm unable to control my condition		
29. I avoid physical contact		
30. I'm limited in the clothes I can wear		

**EK-IV****A. HASTA MEMNUNİYETİ ANKETİ**

	Çok memnunu m	Memnunu m	Ne memnunu m ne de memnun değilim	Memnun değilim	Hiç memnun değilim
	1	2	3	4	5
1. Doktorun bana verdiği açıklamalardan					
2. Sorularıma yanıt vermede hemşirelerin istekli davranmasından					
3. Hemşirelerin benim gereksinimlerimin farkında olmasından					
4. Bir sorun ile karşılaştığımda hemşirelere ulaşmanın kolay olmasından					
5. Doktorum tarafından bana yeterince zaman ayrılmasından					
6. Doktorların beni dinlemelerinden ve anlamalarından					
7. Bulduğum odanın, yatağın rahat olmasından					
8. Odanın havalandırma imkanlarından					
9. Doktorların bize gösterdikleri nezaket düzeyinden (kibar, nazik ve güleryüzlü)					
10. Doktorların tedavim gereği odama gelme sıklıklarından					
11. Doktorların uyguladıkları tedavi, tetkik, ilaçlar ve hastalığım hakkında beni bilgilendirmelerinden					
12. Hemşirelerin beni dinlemeleri ve anlamalarından					
13. Bir sorun olduğunda doktoruma ulaşabilme kolaylığından					
14. Hemşirelerin bana gösterdikleri nezaket düzeyinden (kibar, nazik ve güleryüzlü)					
15. Hemşirelerin tedavim hakkında bana yeterince bilgi vermelerinden					
16. Ne kadar meşgul olursa olsun hemşirelerin bana zaman ayırmalarından					
17. Hemşirelerin mesleklerinde yeterli olmalarından					
18. Doktorlar ve hemşirelerin bir ekip olarak birlikte iyi çalışmalarından					
19. Çalışanların genel olarak yardımsever, benim güven içerisinde olduğumu hissettirecek şekilde davranmalarından					
20. Durumum ve tedavim hakkında hemşirelerin bana verdikleri bilgi miktarından					
21. Hemşirelerin beni bir birey olarak tedavi etmesinden					
22. Hemşirelerin endişelerimi ve					

meraklarımı dinlenmesinden					
23. Tuvalet ve banyonun özelliklerinden (temizlik, sıcak su vb.)					
24. Yatak takımlarının temizliğinden, değiştirilme sıklığından					
25. İhtiyaç olduğunda yakınlarım ile kolayca görüşebilme imkanından					
26. Hastanede kaldığım süre içerisinde günlük aktivitelere yardımcı olunmasından (yeme içme, temizlik, boşaltım, hareket)					
27. Taburcu işlemlerinin açık ve kolay anlaşılır olmasından					
28. Doktorumun taburcu olduktan sonraki bakımım konusunda beni bilgilendirmesinden					
29. Hemşirelerin taburcu olduktan sonraki bakımım konusunda beni bilgilendirmelerinden					
30. Verilen yemek hizmetlerinden (genel)					
31. Doktorların bana verdikleri bakımdan (genel)					
32. Hemşirelerin bana verdikleri bakımdan (genel)					
33. Hastanede yattığım süre içinde almış olduğum bakımdan (genel)					

## B. POLİKLİNİK HİZMETLERİNDEN MEMNUNİYET ÖLÇÜM ANKETİ

	Çok memnunun	Memnunun	Ne memnunun ne de memnun değilim	Memnun değilim	Hiç memnun değilim
	1	2	3	4	5
1. Randevu tarihlerinin bana uygun şekilde düzenlenmesinden/ verilmesinden					
2. Muayene olabilmek için geçen süreden					
3. Tetkik sonuçlarını doktora göstermenin kolay olmasından					
4. Hizmet veren tıbbi personelin ilgili olmasından (doktor, hemşire)					
5. Tetkik, ilaç, hastalık, tedavi hakkında bana yeterli bilgi verilmesinden					
6. Sorularıma yeterli ve anlaşılır cevap alabilmekten					
7. Genel olarak poliklinik hizmetlerinden					

EK-V

**ROMATOİD ARTRİTLİ BİREYLERDE  
MALİYET ÖLÇÜMÜ ÖN TANILAMA FORMU**

1. Adı, Soyadı:

1. Yaş:

2. Sosyal Güvence nedir?:

3. RA dışında herhangi bir kronik hastalık var mı?  Evet  Hayır

4. Evet ise; kronik hastalığa yönelik kullanılan ilaçlar nelerdir?

5. RA nedeniyle hastada oluşan mevcut komplikasyon var mı?

6. Var ise; belirtiniz....

7. Hastanın fonksiyonel sınıflaması nedir? (Veri toplama formunda saptanan fonksiyonel sınıflamayı yazınız)

<i>KULLANDIĞI İLAÇLAR</i>	<i>DOZAJ</i>	<i>KULLANIM AMACI</i>	<i>FİYATI/MALİYETİ</i>	<i>DÜŞÜNCELER</i>

<i>PROFESYONEL BAKIM</i>	<i>SIKLIK</i>	<i>AMAÇ</i>	<i>MALİYET</i>	<i>DÜŞÜNCELER</i>

<i>EKİPMAN</i>	<i>AMAÇ</i>	<i>TAMİR ETME / YENİDEN ALMA</i>	<i>MALİYET</i>	<i>DÜŞÜNCELER</i>

<i>HASTANEYE YATMA TARİHİ</i>	<i>YATTIĞI GÜN SAYISI</i>	<i>TOPLAM YATAK ÜCRETİ</i>	<i>DÜŞÜNCELER</i>

## E-K-VI

TANI:

## ROMATOİD ARTRİT BAKIM PROTOKOLÜ

HASTA ADI:  
YAŞ:  
YATIŞ TARİHİ:

	1.GÜN	2.GÜN	3.GÜN	4.GÜN	5.GÜN	6-10.GÜN	11-16.GÜN	
<b>TANILAMA İZLEMİ</b>	<input type="checkbox"/> Subjektif Veriler <input type="checkbox"/> Objektif Veriler <input type="checkbox"/> Ekip Üyelerinin Bireysel Tanımlamaları <input type="checkbox"/> Ağrı Tanılaması (VAS) <input type="checkbox"/> Yorgunluk Tanılaması (VAS) <input type="checkbox"/> Fonksiyonel Durum Tanılaması	<input type="checkbox"/> Ağrı Tanılaması <input type="checkbox"/> Yorgunluk Tanılaması <input type="checkbox"/> Ekip Toplantısı	<input type="checkbox"/> Ağrı tanılaması <input type="checkbox"/> Yorgunluk tanılaması	<input type="checkbox"/> Ağrı tanılaması <input type="checkbox"/> Yorgunluk tanılaması	<input type="checkbox"/> Ağrı tanılaması <input type="checkbox"/> Yorgunluk tanılaması <input type="checkbox"/> Ekip toplantısı	<input type="checkbox"/> Ağrı tanılaması <input type="checkbox"/> Yorgunluk tanılaması <input type="checkbox"/> Ekip toplantısı	<input type="checkbox"/> Ağrı tanılaması <input type="checkbox"/> Yorgunluk tanılaması <input type="checkbox"/> Ekip toplantısı	
<b>KONSÜLTASYONLAR</b>	<input type="checkbox"/> Diyetisyen	<input type="checkbox"/> 1.gün istenen laboratuvar testlerinin tamamlanması	<input type="checkbox"/> Göz kons. <input type="checkbox"/> Fizik tedavi kons. <input type="checkbox"/> Ortopedi kons.	<input type="checkbox"/> 3.Günde yapılan konsültasyonların tamamlanması	<input type="checkbox"/> Gerekli olan konsültasyonlara devam	-	-	
<b>LABORATUVARI/RADYOLOJİK TESTLER</b>	<input type="checkbox"/> Hemogram <input type="checkbox"/> Rutin biyokimya <input type="checkbox"/> İdrar analizi <input type="checkbox"/> Eit+ el bileği, ayak+- ayak bileği grafisi <input type="checkbox"/> Diğer eklem grafileri <input type="checkbox"/> PA Akçağır Grafisi	<input type="checkbox"/> NSAIDs <input type="checkbox"/> Kortikosteroidler <input type="checkbox"/> DMARDS <input type="checkbox"/> Destek Tedavi <input type="checkbox"/> Antisteporoz tedavi	<input type="checkbox"/> NSAIDs <input type="checkbox"/> Kortikosteroidler <input type="checkbox"/> DMARDS <input type="checkbox"/> Destek Tedavi <input type="checkbox"/> Antisteporoz tedavi	<input type="checkbox"/> NSAIDs <input type="checkbox"/> Kortikosteroidler <input type="checkbox"/> DMARDS <input type="checkbox"/> Destek Tedavi <input type="checkbox"/> Antisteporoz tedavi	<input type="checkbox"/> NSAIDs <input type="checkbox"/> Kortikosteroidler <input type="checkbox"/> DMARDS <input type="checkbox"/> Destek Tedavi <input type="checkbox"/> Antisteporoz tedavi	<input type="checkbox"/> NSAIDs <input type="checkbox"/> Kortikosteroidler <input type="checkbox"/> DMARDS <input type="checkbox"/> Destek Tedavi <input type="checkbox"/> Antisteporoz tedavi	<input type="checkbox"/> NSAIDs <input type="checkbox"/> Kortikosteroidler <input type="checkbox"/> DMARDS <input type="checkbox"/> Destek Tedavi <input type="checkbox"/> Antisteporoz tedavi	<input type="checkbox"/> NSAIDs <input type="checkbox"/> Kortikosteroidler <input type="checkbox"/> DMARDS <input type="checkbox"/> Destek Tedavi <input type="checkbox"/> Antisteporoz tedavi
<b>İLAÇLAR</b>	<input type="checkbox"/> NSAIDs <input type="checkbox"/> Kortikosteroidler <input type="checkbox"/> DMARDS <input type="checkbox"/> Destek Tedavi <input type="checkbox"/> Antisteporoz tedavi	<input type="checkbox"/> NSAIDs <input type="checkbox"/> Kortikosteroidler <input type="checkbox"/> DMARDS <input type="checkbox"/> Destek Tedavi <input type="checkbox"/> Antisteporoz tedavi	<input type="checkbox"/> NSAIDs <input type="checkbox"/> Kortikosteroidler <input type="checkbox"/> DMARDS <input type="checkbox"/> Destek Tedavi <input type="checkbox"/> Antisteporoz tedavi	<input type="checkbox"/> NSAIDs <input type="checkbox"/> Kortikosteroidler <input type="checkbox"/> DMARDS <input type="checkbox"/> Destek Tedavi <input type="checkbox"/> Antisteporoz tedavi	<input type="checkbox"/> NSAIDs <input type="checkbox"/> Kortikosteroidler <input type="checkbox"/> DMARDS <input type="checkbox"/> Destek Tedavi <input type="checkbox"/> Antisteporoz tedavi	<input type="checkbox"/> NSAIDs <input type="checkbox"/> Kortikosteroidler <input type="checkbox"/> DMARDS <input type="checkbox"/> Destek Tedavi <input type="checkbox"/> Antisteporoz tedavi	<input type="checkbox"/> NSAIDs <input type="checkbox"/> Kortikosteroidler <input type="checkbox"/> DMARDS <input type="checkbox"/> Destek Tedavi <input type="checkbox"/> Antisteporoz tedavi	
<b>AKTİVİTE</b>	-	-	-	-	-	-	-	
<b>BESLENME</b>	<input type="checkbox"/> Tuzsuz <input type="checkbox"/> Obes ise; düşük kalorili <input type="checkbox"/> <i>Bübrek fonksiyon bozukluğu var ise; potasyumdan fakir, protein alımı hastanın durumuna göre ayarlanmış diyet</i>	<input type="checkbox"/> Belirlenen beslenme programına devam	<input type="checkbox"/> Belirlenen beslenme programına devam	<input type="checkbox"/> Belirlenen beslenme programına devam	<input type="checkbox"/> Belirlenen beslenme programına devam	<input type="checkbox"/> Belirlenen beslenme programına devam	<input type="checkbox"/> Belirlenen beslenme programına devam	
<b>HASTA/AİLE EĞİTİMİ</b>	<input type="checkbox"/> Ünite kurallarının tanıtımı <input type="checkbox"/> Hasta ve aile tanıtılması	<input type="checkbox"/> Hastalık ve ilaç tedavisi için eğitimsel materyal paylaşımı	<input type="checkbox"/> Eklem anatomisi <input type="checkbox"/> Eklemlerde artritlik değişiklikler	<input type="checkbox"/> Eklem koruma teknikleri <input type="checkbox"/> Enerji tasarruf teknikleri <input type="checkbox"/> Tedavide korizyon kullanımını var ise; konuya ilişkin eğitim	<input type="checkbox"/> Bireysel yönetim (özbakım ve ilaç tedavileri)	<input type="checkbox"/> Bireysel yönetim (özbakım ve ilaç tedavileri)	<input type="checkbox"/> Pekleştirilmesi gereken veya hastanın gereksindiği konularda eğitime devam	



TANI:		ROMATOID ARTRIT BAKIM PROTOKOLÜ			HASTA ADI:
		17-22.GÜN	23-28.GÜN	29-34.GÜN	YAŞ:
TANILAMA İZLEMİ	<input type="checkbox"/> Ağrı Tanılaması	<input type="checkbox"/> Ağrı Tanılaması	<input type="checkbox"/> Ağrı Tanılaması	<input type="checkbox"/> Ağrı Tanılaması	
	<input type="checkbox"/> Yorgunluk Tanılaması	<input type="checkbox"/> Yorgunluk Tanılaması	<input type="checkbox"/> Yorgunluk Tanılaması	<input type="checkbox"/> Yorgunluk Tanılaması	
KONSÜLTASYONLAR	<input type="checkbox"/> Ekip Toplantısı	<input type="checkbox"/> Ekip Toplantısı	<input type="checkbox"/> Ekip Toplantısı	<input type="checkbox"/> Ekip Toplantısı	
	-	-	-	-	
LABORATUVAR/ RADYOLOJİK TESTLER	-	-	-	-	
	-	-	-	-	
ILAÇLAR	<input type="checkbox"/> (G) NSAİDs	<input type="checkbox"/> (G) NSAİDs	<input type="checkbox"/> (G) NSAİDs	<input type="checkbox"/> (G) NSAİDs	
	<input type="checkbox"/> Kortikosteroidler	<input type="checkbox"/> Kortikosteroidler	<input type="checkbox"/> Kortikosteroidler	<input type="checkbox"/> Kortikosteroidler	
AKTİVİTE	<input type="checkbox"/> (G) DMARDS	<input type="checkbox"/> (G) DMARDS	<input type="checkbox"/> (G) DMARDS	<input type="checkbox"/> (G) DMARDS	
	<input type="checkbox"/> Destek Tedavi	<input type="checkbox"/> Destek Tedavi	<input type="checkbox"/> Destek Tedavi	<input type="checkbox"/> Destek Tedavi	
	<input type="checkbox"/> Antisteporoze tedavi	<input type="checkbox"/> Antisteporoze tedavi	<input type="checkbox"/> Antisteporoze tedavi	<input type="checkbox"/> Antisteporoze tedavi	
	-	-	-	-	
BESLENME	<input type="checkbox"/> Belirlenen beslenme programına devam	<input type="checkbox"/> Belirlenen beslenme programına devam	<input type="checkbox"/> Belirlenen beslenme programına devam	<input type="checkbox"/> Belirlenen beslenme programına devam	
	-	-	-	-	
HASTA İLE EĞİTİMİ	<input type="checkbox"/> Pekleştirilmesi gereken veya hastanın gereksindiği konularda eğitime devam	<input type="checkbox"/> Pekleştirilmesi gereken veya hastanın gereksindiği konularda eğitime devam	<input type="checkbox"/> Pekleştirilmesi gereken veya hastanın gereksindiği konularda eğitime devam	<input type="checkbox"/> Pekleştirilmesi gereken veya hastanın gereksindiği konularda eğitime devam	
	-	-	-	-	

## EK VII

## VARYANS KOD KAYIT FORMU

VARYANS KODU	TARİH	KAYIT GÜNÜ	UYGULANAN GİRİŞİM	İMZA

## VARYANSA NEDEN OLAN FAKTÖR KODLARI

A. HASTAYA İLİŞKİN	B. SAĞLIK PERSONELİNE İLİŞKİN	C. KURUMA İLİŞKİN
<ol style="list-style-type: none"> <li>Şiddetli ağrı</li> <li>Hastada komplikasyon gelişmesi</li> <li>Allerji</li> <li>Hareket kısıtlılığı</li> <li>Uygulanacak girişimleri reddetme</li> <li>Bakıma ilişkin karar vermede güçlük</li> <li>Ekonomik yetersizlikler</li> <li>Destek azlığı/yokluğu (sosyal ağ ile ilgili)</li> <li>Diğer</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Hasta verilerinin eksik ya da geç toplanması</li> <li>İstern değişikliklerinin zamanında yapılmaması</li> <li>Tedaviyi yürüten hekimin değişmesi</li> <li>Belirlenen girişimlerin uygulanmaması</li> <li>Girişimlere geç karar verme</li> <li>Hastaya eğitim verememe</li> <li>Konsültasyonları geç istenmesi</li> <li>Konsültan hekimin zamanında gelmemesi</li> <li>Kayıtların uygun tutulmaması</li> <li>Yetersiz iletişim</li> <li>Diğer</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Kliniğin yoğun olması</li> <li>Personel yetersizliği</li> <li>Araç/gereç, uygun ekipman eksikliği</li> <li>Bazı birimlerin hafta sonu çalışmaması</li> <li>Sosyal güvenlik kurumları ve tedaviyi yürüten kurum arasındaki sorunlar</li> </ol>

**EK-VIII**

**VAKA YÖNETİMİ EKİP TOPLANTISI FORMU**

Hasta Adı Soyadı:

Tarih:../../200

Yatış Günü :

.....Toplantı

Toplantıya katılan ekip üyeleri:

1)

2)

3)

4)

**TOPLANTI GÜNDEMİ:**

**ALINAN KARARLAR:**

**Vaka yöneticisi**

## EK-IX

### VAKA YÖNETİMİ SÜRECİNİ DEĞERLENDİRME FORMU

1.Vaka yönetiminin ekip içinde işbirliğini sağladığını / artırdığını düşünüyor musunuz?

2. Vaka yönetimi sürecinde periyodik olarak hasta ile ilgili toplantıların yapılmasının yararlı olduğunu düşünüyor musunuz?

3. Vaka yönetiminin uygulanması çalışanın iş yükünü;

Artırıyor

Etkilemiyor

Azaltıyor

4. Vaka yönetimi modelinin uygulanması ile ilgili;

Olumlu yönler?

Olumsuz yönler?

EK XII

T.C.  
EGE ÜNİVERSİTESİ  
HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU  
(BİLİMSEL ETİK KURULU)

SAYI :B.30.2.EGE.0.82.00.00-62

Bornova /İZMİR

KONU :Araştırma hk.

30.07.2003

HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE

Yüksekokulumuz İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı tarafından Prof.Dr.Gülümser ARGON ve Arş.Gör.Yasemin TOKEM'in Eylül 2003 – Haziran 2004 tarihleri arasında yapmayı planladıkları "**Romatoid Artritli Bireylerin Bakımında Vaka Yönetimi Modelinin Etkinliğinin İncelenmesi**" konulu araştırması 30.07.2003 tarihinde **Bilimsel Etik Kurulu** tarafından incelenmiş ve "**Araştırmanın Yürütülmesi Uygun**" bulunmuştur.

Gereğinin yapılmasını arz ederim.

Prof.Dr. Ayla BAYIK  
Bilimsel Etik Kurulu Başkanı



E.Ö.HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU	
Yazı İşleri	
Kayıt Tarihi	30.07.03
Kayıt No	1006
İlgili Birim	



EK XIII

T.C  
EGE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Hastane Başhekimliği

Hemş. Hizmet. Yönetimi  
SAYI : B.30.2.EGE.0.1H.00.04/H- 260  
KONU :

16.3.2004

EGE ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU  
MÜDÜRLÜĞÜNE,

**İLGİ:** 2916 sayılı ve 17.09.2003 tarihli yazınız.

Yüksekokulunuz İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyelerinden Prof. Dr. Gülümser ARGON ve Arş. Gör. Yasemin TOKEM'in "Romatoid Artritli Bireylerin Bakımında Vaka yöntemi Modelinin Etkinliğinin İncelenmesi" konulu araştırmayı 01 Ekim 2003-31 Haziran 2004 tarihleri arasında Romatoloji Bilim Dalında uygulama yapması Başhekimliğimizce uygun bulunmuştur. Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

16.3.04  
758

  
Prof. Dr. Geylani ÖZOK  
Başhekim

Öğretim Üyesi  
16/3/04



**EK XIV**  
**ÇALIŞMAYA KATILIM ONAM FORMU**

Sayın; .....

Bu çalışma; romatoid artritli bireylerin bakımında ekip toplantıları ve bireysel eğitim yoluyla uygulanacak olan vaka yönetiminin etkililiğini incelemeyi amaçlamaktadır. Bu doğrultuda; romatoid artritli bireylerin hastalıklarını yönetebilmede kendi kendilerine yeter hale gelebilmeleri, hastalıklarıyla uygun bir şekilde baş edebilmeleri ve hastalıklarını en ekonomik (en ucuz) şekilde yönetebilmeleri yoluyla yaşam kalitelerinin yükseltilmesi ve bakımdan aldıkları memnuniyetin artırılması hedeflenmektedir. Bu çalışmaya katılmak sizin isteğinize bağlıdır. Sizlerden elde edilen bilgiler gizli tutulacak ve araştırma sonuçları sizlerle paylaşılacaktır. Sizlerden alacağımız olumlu ve olumsuz geri bildirimler bizim için yönlendirici nitelik taşıyacak ve kendimizi bu doğrultuda geliştirmemizi sağlayacaktır. Çalışmanın herhangi bir aşamasında katılımı durdurmak veya devam etmek sizin arzuunuza bağlıdır.

Katılımınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Çalışmaya katılmayı kendi isteğimle kabul ediyorum.

Adı soyadı:

Tarih.

İmza:



## ÖZ GEÇMİŞ

1970 yılında Denizli'de doğdu.

İlk ve orta öğrenimini Denizli'de, lise öğrenimini Balıkesir'de tamamladı. 1989 yılında Ege Hemşirelik Yüksekokul'unda öğrenimine başladı ve aynı yıl İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde hemşire olarak göreve başladı. Bu hastanedeki 12 yıllık hizmet süresince Acil Servis (6 yıl), Ortopedi ve Travmatoloji (2 yıl), Kardiyoloji (4 yıl) kliniklerinde klinik hemşiresi olarak görev yaptı. 1993 yılında Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'ndan mezun oldu. Eylül 1995 tarihinde Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği'nde yüksek lisans programına başladı. Yüksek Lisans tezini Ocak 1999 yılında başarı ile vererek "Bilim Uzmanı" ünvanını aldı. Eylül 2000 yılında Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün açmış olduğu İç Hastalıkları Hemşireliğinde Doktora programına başladı. 16 Ocak 2002 tarihinde Ege Üniversitesi Rektörlüğü Sağlık Bilimleri Enstitüsü kadrosunda olmak üzere E.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu'na Araştırma Görevlisi olarak atandı. 4 Kasım 2002'de Doktora Yeterlilik, 23 Haziran 2003'te Doktora Tez Önerisi sınavına girdi. Halen E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü kadrosunda Araştırma Görevlisi olarak çalışmakta olup, evli ve bir çocuk annesidir.