T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tez Yöneticisi
Prof. Dr. Özgül EROL

ROMATOİD ARTRİTLİ KADIN HASTALARDA AĞRI, FONKSİYONEL SAĞLIK DURUMU VE BEDEN İMAJININ DEĞERLENDİRİLMESİ

(Yüksek Lisans Tezi)

Hakan ŞEN

Referans no: 1039776

EDİRNE – 2023

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tez Yöneticisi
Prof. Dr. Özgül EROL

ROMATOİD ARTRİTLİ KADIN HASTALARDA AĞRI, FONKSİYONEL SAĞLIK DURUMU VE BEDEN İMAJININ DEĞERLENDİRİLMESİ

(Yüksek Lisans Tezi)

Hakan ŞEN

EDİRNE – 2023

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez sürecimde ilgi, görüş, önerileri, bilgi ve deneyimleri ile bana her konuda yardımcı olan tez danışmanım, değerli hocam Prof.Dr. Özgül EROL ‘a

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Hakan EMMUNGİL’e

Romatoloji Servisi Sorumlu Hemşiresi Ayşe Gökçe IŞIKLI’ya, İnfüzyon Hemşiresi Fatma ÖNÜT’e ve tüm klinik hemşirelerine,

Yüksek lisans eğitimim boyunca bana yapmış oldukları katkıları ve destekleri için Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Elemanlarına teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ 1

GENEL BİLGİLER 3

ROMATOİD ARTRİT TANIMI 3

ROMATOİD ARTRİT EPİDEMİYOLOJİSİ 3

ROMATOİD ARTRİT FİZYOPATOLOJİSİ 4

ROMATOİD ARTRİT ETİYOLOJİSİ VE RİSK FAKTÖRLERİ 4

ROMATOİD ARTRİT BELİRTİ VE BULGULARI 5

ROMATOİD ARTRİT'TE TANI 7

ROMATOİD ARTRİT TEDAVİSİ 9

ROMATOİD ARTRİT'TE HEMŞİRELİK BAKIMI 16

ROMATOİD ARTRİT'TE AĞRI, FONKSİYONEL SAĞLIK DURUMU VE BEDEN İMAJI 17

GEREÇ VE YÖNTEM 20

BULGULAR 25

TARTIŞMA 37

SONUÇ ve ÖNERİLER 41

ÖZET 43

SUMMARY 44

KAYNAKLAR 46

TABLOLAR LİSTESİ 54

ÖZGEÇMİŞ 55
EKLER

SİMGE VE KISALTMALAR

ACPA : Anti Citrullinated Protein Antibody

ACR : American College of Rheumatology

AZA : Azatioprin

BMD : Becker Musküler Distrofi

CQ : Klorokin

CRP : C-Reaktif Protein

DMARD : Disease Modifying Anti-Rheumatic Drugs

EBV : Epstein-Barr Virüsü

ESH : Eritrosit Sedimentasyon Oranı

EULAR : European League Aganist Rheumatism

HCQ : Hidroksiklorokin

İF : İnterfalangeal

LEF : Leflunomid

MKF : Metakarpofalangeal

MTF : Metatarsofalangeal

MTX : Metotrexat

NSAİİ : Non-Steroid Anti-İnflmatuar İlaçlar

PIF : Proksimal Interfalangeal

PPI : Proton Pompa İnhibitörü

RA : Romatoid Artrit

RF : Romatoid Faktör

SSZ : Sülfasalazin

GİRİŞ VE AMAÇ

Romatoid artrit (RA) nedeni tam olarak belli olmayan, genellikle periferik sinoviyal eklemleri tutan, sistemik belirgilerin görüldüğü, akut olmayan, inflamatuvar, otoimmün bir hastalıktır (1).

Dünya üzerindeki RA prevalansında farklılık görülmektedir. Fransa' da % 0,31, İtalya' da % 0,48, İsveç' de % 0,77, Finlandiya' da % 0,8 ve İngiltere' de %0,85 olduğu belirtilmiştir (2,3). Ülkemizde görülen RA prevalansı %0,56, kadın hastalardaki prevalansı % 0,89 olduğu belirtilmiştir (4,5).

Romatoid artritte tedavi görülmesine rağmen, kronikleşerek erken ölümlere ve büyük bir oranda morbiditeye yol açan bir hastalıktır. Ayrıca işlev kaybı olması nedeniyle yaşam konforunda azalmaya yol açan bir hastalıktır (6). Sıklıkla 20-50 yaşlar aralığında ve kadınlarda erkeklere oranla üç kat daha çok görüldüğü, araştırmalara göre kadınlarda görülme insidansında gözle görülür bir artış mevcuttur (7).

Tüm kronik hastalıklarda görüldüğü gibi RA hastalarında da, yaşam konforunun azaldığı, psikolojik, fizyolojik ve ekonomik sıkıntıların da meydana çıktığı görülmektedir (8).

Romatoid artrit hastalığında, hastalığın seyrinin ilerlemesine bağlı olarak fiziksel deformiteler ve ağrılar olabilmektedir (9). Sinovyal inflamasyona bağlı eklem tutulumlarında hastaların hareketlerinde azalmalar olup günlük işlerini yapamaz hale gelebilirler ve başka birilerinin ihtiyacına gereksinim duyabilirler (10).

Romatoid artrit (RA) hastalarında eklemde görülen deformiteler sebebi ile ruhsal ve sosyal çöküntüler oluşabilmekte ve kişinin beden imajı algısı değişebilmektedir (11,12). Hastaların beden imajında değişim olması kişinin artık normal yaşam konforundan çıkacağını

düşünmesine, kendini yetersiz hissetmesine sebep olmaktadır. Tüm bunlar hastada benlik saygısının azaldığını da açıklamıştır (13).

Romatoid artritli hastaların fiziksel, psikolojik ve sosyal iyilik durumlarını değerlendirmeye yönelik yapılan ağrı, fonksiyonel sağlık durumu ve beden imajının değerlendirilmesine ilişkin çalışmalar romatoid artritli hastalarda sağlık davranışlarının kazandırılması ve geliştirilmesi ile hastalığa uyumun artmasına rehber olacaktır. Bu çalışmanın amacı romatoid artrit tanısı almış olan kadınlarda ağrı, fonksiyonel sağlık durumu ve beden imajının değerlendirilmesidir.

GENEL BİLGİLER

ROMATOİD ARTRİT TANIMI

Romatoid artrit sebebi belli olmayan, çok fazla sistem veya eklemde etkisini gösteren otoimmun inflamatuar, kronik bir rahatsızlıktır (14).

Romatoid artrit yalnız eklemlerin zararına yol açan rahatsızlık olmayıp diğer organlara da zarar verebilecek özelliklere sahip bir hastalıktır. Romatoid artrit hastalarında eklemlerde şişlik, ağrı, işlev kaybı görülebilmektedir. Bu nedenle hastalarda fiziksel, sosyal, psikolojik sorunlar meydana gelebilmektedir (15).

Romatoid artrit (RA), hastalarına tarih öncesinde karşılaşılmış olsa da hastalık 19. yüzyıl başında fark edildiği bilinmektedir. Augustin J. Landré-Beauvais 1800'lerde hasta muayenelerinde saptadıkları ile bugün romatoid hastalığı ile ilişkili olduğu düşünülen eklemlerde ağrı, tutukluk ve enflamatuvar gibi bulguları ilk kez söyleyen kişidir (16).

1958'de ilk sınıflandırmayı yapan Amerikan Romatizma Birliğidir (ARA) (17). Günümüzde tanı koyarken, Amerikan Romatoloji Derneği (ACR) ve Avrupa Romatizma Birliği (2010) tanı kriterleri dikkate alınmaktadır (18).

ROMATOİD ARTRİT EPİDEMİYOLOJİSİ

Dünya genelinde RA %1 oranında görülmekle birlikte, kadın hastalardaki oranı erkeklerden 2-3 kat daha yüksektir (19). Ülkemizde genel popülasyonda RA prevalansı % 0,56, kadınlarda ise prevelans % 0,89 olarak bildirilmiştir (4,5).

Romatoid artrit prevalansı, güneyden kuzey bölge ülkelerine doğru bir yükseliş göstermektedir. Fransa % 0,31, İtalya % 0,48, İsveç % 0,77, Finlandiya % 0,8 ve İngiltere % 0,85 prevelans bildirilmiştir (2,3). Amerika'da 2004-2014 yılları arasında yapılan bir

epidemiyolojik çalışmada, 1,3 milyon bireyin RA tanısı aldığı ve bu tanının yaygınlığının sürekli olarak artış gösterdiği belirtilmiştir (20).

ROMATOİD ARTRİT FİZYOPATOLOJİSİ

Romatoid artrit, farklı yapıda bir patofizyolojiye sahiptir (21). Otoantikorların varlığı durumunda belirti ve bulguların daha şiddetli olduğu bilinmekte ve bu durum eklemlerdeki hasar ve mortalite artışla ilişkili olduğu belirtilmektedir (22,23). Bu duruma neden olarak fazla sayıda komplemanların aktivasyonuna sebep olan antisitrülinlenmiş protein antikorların (ACPA) sitrülinli antijenle immün kompleksleri oluşturup sonrasında romatoid faktörle (RF) bağlanması olarak ifade edilmektedir (24). Eklemlerin tutulumları başlamadan, serum sitokinin ve ACPA konsantrasyonları ile epitop çeşitlilikleri yükselmektedir. ACPA, IgG, IgA ve IgM izotipininde olabilmektedir. ACPA üretiminden sorumlu B hücrelerinin sinovyum ve dolaşım da bulunduğu belirtilmektedir (25). ACPA makrofajları aktifleştirip immün kompleksin oluşumunu sağlamaktadır. Ayrıca Fc-reseptörinin birleşmesiyle osteoklastların aktivasyonunu sağladığı bilinmektedir. Diğer taraftan kemik kaybı artışı ile sitrülinlenmiş membranları vimentine bağlayarak patojenik olabilmektedir. RF, makrofajların ve sitokinlerin aktivasyonlarını indüksiyon mekanizmasında ACPA'dan daha çok doğrudan bulunmaktadır. Bu antikorlar, RF'le etkileşimi olan immün kompleksler oluşturup inflamatuvar veya yıkıcı etkileri kuvvetlendirebilmektedir (26).

ROMATOİD ARTRİT ETİYOLOJİSİ VE RİSK FAKTÖRLERİ

Romatoid artritin nedeni kesin olarak bilinememektedir. Tarihi sürece bakıldığında Waaler ile Rose'un 1940'da Romatoid Faktör (RF)'ü keşfetmesi ile RA'nın patogenezinde otoimmünitenin neden olduğu belirlenmiştir (27). Hastalık oluşumunda kalıtım, immün disregülasyonu, cinsiyet, ağız ve diş sağlığı, beslenme, kilo kontrolü, hormonal değişkenler, sigara, enfeksiyon gibi çevresel faktörlerin rol oynadıkları düşünülmektedir (28). Romatoid artritli kişilerin kalıtımsal faktörlerinin %15, kalıtımsal olmayan faktörlerinin %85 gibi bir yüksek oranda etkin olduğu öngörülmektedir (14). Romatoid artrit hastalarında genetik faktörlerin çevresel faktörlere oranla daha çok rolü olduğu düşünülmektedir (29).

Romatoid artritli kişilerin birinci dereceden yakınlarının hemen hemen %10'ununda bu hastalık olduğu saptanmıştır (30,31). İkizlerde ise tek yumurta ikizlerinde görülme sıklığı %15, çift yumurta ikizlerinde ise %4 olduğu gözlenmiştir. İkizler arası romatoid artrit olup-olmamaları çoğunlukla çevresel nedenlere bağlanmıştır (31).

Kadınlarda romatoid artrit hastalığı erkeklere oranla daha sık izlenmekte olup, bu duruma hormonal farklılığın neden olduğu düşünülmektedir. Sinoviyal hücrelerde ve immün sistem hücrelerinde östrojen reseptörleri bulunmaktadır. Bu reseptörlerin polimorfizminin romatoid artrit hastalığı gelişimine neden olduğu düşünülmektedir (32). Aynı zamanda erken ilk adet yaşı ya da düzensiz adet döngüsü olan kadınlarda, romatoid artrit hastalığının görülme riskinin daha yüksek olduğu düşünülmektedir (33).

Menopoz öncesi kadınlarda romatoid artritin daha sık görülmesinin, hastalığın hormonal unsurlardan ne kadar çok etkilendiğinin bir kanıtıdır. Bu arada romatoid artritin semptomların, gebelik halinde azaldığı, lohusalık döneminde tekrardan artması, hormonsal reaksiyonların varlığını daha da kuvvetlendirmektedir. Bu hastalıkta gebelik, koruyucu bir haldir. Oral kontraseptifler, hastalığın oluşma sürecini, ilerleyişi ile şiddetinde azalmaya neden olabilir fakat hastalıktan korunma gibi bir etkiye sahip değildir. Sigara kullanımı daha fazla risk oluşturmakla birlikte, yüksek tuz tüketimi ve obezitenin de RA gelişim riskini arttırdığı belirtilmiştir (34).

Enfeksiyöz ajanlar; hastalığın gelişim sürecinde etkili olabileceği düşünülen ana nedenlerden biridir. Epstein-Barr virüsü (EBV), parvovirüs ve bakteriyel olarak Mycoplasma ve Proteus da romatoid artritin ilerleyişi bakımından risk faktörü olarak belirtilmiştir (35).

Hava kirliliğinin kişilerde RA gelişme riskini yükselttiği yapılan çalışmalarda vurgulanmaktadır. Tekstil tozlarına maruz kalma, silica, asfalta ve maden tozlarına uzun süreli maruz kalma romatoid artrit görülme riskini arttırdığı saptanmıştır (34). Sigara kullanımı romatoid artrit hastalığında en önemli risk faktörü olduğu bildirilmiştir. Yapılan bir çalışmada sigara kullanımı ile ortaya çıkan seropozitiflik arasında anlamlı bir bağlantı görülmüştür (36). Prognostik faktörlerini belirtilmek istendiğinde; kadın, cinsiyet, romatoid faktör, seropozitiflik, anti CCP'nin (anti-siklik sitrülinat peptit) yüksekliği, sigara kullanımı ve ailede romatoid artritli bireyin bulunması şeklinde belirlenebilir. Eklem dışındaki bulgularda, eğitim seviyesinin düşüklüğü, CD4 pozitif ölçüm sonuçları kötü prognoz gibi nedenler olduğu belirtilmiştir (37).

ROMATOİD ARTRİT BELİRTİ VE BULGULARI

Romatoid artritin ilk evreleri ile klinik dönemdeki seyri farklılık gösterir. Romatoid artritin klinik belirti ve bulguları;

- Sistemik belirtiler,
- Eklemler ile ilgili belirtiler,
- Eklemler haricindeki belirtiler olmak üzere üç şekilde ele alınmaktadır.

Sistemik belirtiler; eklemlerde sıcaklık, kilo kaybı, anemi, miyalji, yorgunluk hali ve ateş olarak ele alınmaktadır (38).

Eklemler ile ilgili belirtiler; bireyler genellikle eklemlerde görülen ağrı, tutukluk, ani alevlenmeler ve yorgunluk belirtileriyle hastaneye gelmektedirler. Eklemlerdeki görülen radyolojik görüntülerde; eroziv değişiklikler, şekil bozuklukları sebebine bağlı ulnar deviasyonlar, kuğu boyun, düğme ilik (Boutonniere deformite- PİF fleksiyon, DİF hiperekstansiyon) görülmektedir. Tendonlarda tutulum sebebiyle sinir sıkışmasının oluşturduğu karpal tünel sendromu bulunmaktadır (39, 40, 41). RA'ya bağlı eklemlerdeki bulgular Tablo 1'de ve RA' da ki eklem dışındaki bulgular Tablo 2'de bulunmaktadır.

Tablo 1. RA'nın görülme sıklığına göre eklemlerin tutulumu (41)

Tutulan eklemler	**Görülme sıklıkları (%)**
MKF, PİF	%91
El bileklerinde	%78
Omuzlarda	%65
Dizlerde	%64
Ayak bileklerinde	%50
Ayaklarda	%43
Dirseklerde	%38
Para artiküler bölgelerde	%27
Kalçalarda	%17
Temporomandibular eklemlerde	%8
Servikal omurgada	%4
Sternoklaviküler eklemlerde	%2

MKF: Metakarpofalangeal, **PIF:** Proksimal Interfalangeal

Tablo 2. Eklem Dışı Tutulumlar (42)

Tutulma Yerleri	Bulgular
Deride	Romatoid nodül, Palmar eritemler, Deride lezyon, Vaskülit
Solunum Tutulumunda	Plörezi, İntertisyel Akciğer fibrozu, Bronşiyolit, Arterit, Akciğer romatizmal nodüller
Dolaşım Tutulumunda	Perikardit, Mitral Valvülopati, İleti bozuklukları, Miyokardit, Koroner vaskülit
Gözde	Keratokonjiktivitis sikka, Sklerit, Skleromalazi perforan
Nörolojik Tutulumda	Bası nöropatileri, Periferal nöropati
Kaslarda	Güçsüzlük ve atrofiler
Kemiklerde	Osteeopeni
Hematolojik Tutulumda	Felty sendromu, anemi, lenfoma
Böbrek Tutulumunda	Amiloidoz
Diğer	Psikosomatik yakınmalar

ROMATOİD ARTRİT'TE TANI

Romatoid artrit teşhisi koyulabilmesi için; hastalık öyküsü, fizik muayene, kan testleri, radyografiler, eklemlerden sıvı ve doku örnekleri alınması gerekmektedir (14,43).

Romatoid artritli bireylerde %75-85 seviyesinde romatoid faktör olarak tanımlanan otoantikor, yüksek düzeyde bulunmaktadır. Anti-CCP de romatoid faktörün yanında tanılamada kullanılmaktadır. Laboratuvar sonuçlarında Anti CCP ile romatoid faktörün hassaslıkları uyumludur fakat Anti- CCP'nin özgüllüğü romatoid faktöre oranla daha fazladır (4). Romatoid artrit tanısı koyulurken RF' ye göre hareket edilmemelidir çünkü sağlıklı bireylerde bile yüksek olabildiği durumlarla karşılaşılabilmektedir. Farklı enfeksiyon ile karaciğer rahatsızlıklarında da yüksek görülebilir. Kişilerde romatoid faktör ile Anti-CCP pozitifliği olabilmektedir. Fakat romatoid faktör sonucu negatif olan bireylerde Anti-CCP sonucu pozitif geldiği görülebilmektedir. Eğer RF sonucu negatif sonuçlanmış olsa dahi kişi eklem ağrısı şikayeti olursa Anti-CCP'nin değerlendirilmesi gerektiği belirlenmiştir (44).

Amerikan Romatoloji Derneği (ACR) tarafından ilk olarak 1958 yılında yayınlanan ilk kriterler 1987'de düzeltilmiştir. 2010 yılında ise Romatoid Artrit Amerikan Romatoloji Derneği / Avrupa Romatizma Birliği tarafından bugün kullanılan kriterler yayımlanmıştır. Tablo 2'de Romatoid Artrit Amerikan Romatoloji Derneği (ACR) / Avrupa Romatizma Birliği (EULAR) tanı kriterleri ortaya koyulmuştur (18). Tanı kriterlerinde eklemlerdeki tutulum, seroloji, akut

faz reaktanı ile belirti ve bulguların süreleri için puanlama yapılır. Bireye mutlaka romatoid artrit tanısı konabilmesi için 6-10 aralığında puanın alınması gerekmektedir. Tanılama kriterlerinin özellikleri Tablo 3'te belirtilmiştir (18,46).

Tablo 3. Romatoid Artrit American College of Rheumatology (ACR) / European League Against Rheumatism (EULAR) 2010 Sınıflandırma Kriterleri (18,46)

Puan	A. Eklem Tutulumu[c]
0	1 büyük eklem[d]
1	2-10 büyük eklem
2	1-3 küçük eklem (eşlik eden büyük eklem tutulumu olsun veya olmasın)[e]
3	4-10 küçük eklem (eşlik eden büyük eklem tutulumu olsun veya olmasın)
5	5 >10 eklem (en az biri küçük eklem)[f]
Puan	B. Seroloji (Tanı için en az bir (+) test sonucu gereklidir)[g]
0	Negatif RF ve negatif ACPA
2	Düşük-pozitif RF veya düşük-pozitif ACPA
3	Yüksek-pozitif RF veya yüksek-pozitif ACPA
Puan	C. Akut Faz Reaktanları (Tanı için en az bir anormal test sonucu gereklidir)[h]
0	Normal CRP veya normal ESH
1	Anormal CRP veya anormal ESH
Puan	D. Semptom Süresi[i]
0	6 haftadan az
1	6 haftadan daha uzun süredir var

Toplam: ≤ 6 olmalı. Hastanın RA tanısı alabilmesi için tablodaki kriterlerdeki puanlamadan 10 üzerinden 6 veya 6 dan daha yüksek puan alması gerekmektedir.
RF: Romatoid Faktör, **ACPA:** Anti siklik sitrüline protein antijeni, **CRP:** C-reaktif protein, **ESH:** Eritrosit Sedimentasyon Oranı.

Tablo 4. Romatoid Artrit Sınıflama Kriterleri Açıklamaları

a	Bu kriterler hastalığın yeni prezente olduğu bireylere dönüktür. Romatoid artritin tipik eroziv artriti olup da 2010 kriterlerini daha öncesinde sağlıyorsa yine de romatoid artrit olarak kabul edilir. Uzun zamandır bu hastalığa sahip olduğu halde hastalığı aktif bulunmayan fakat bulunan sistem kayıtlarında 2010 şartlarını sağladığı belirlenen kişiler RA olarak tanımlanabilir.
b	Ayırt edici tanı kişiden kişiye farklılık gösterir. Fakat lupus, PSA ve gut unutulmamalıdır. Ayırt edici tanıda kişiye konulacak tanı konusunda emin değilse bir romatologdan yardım istenmelidir.
c	Eklem tutulumu ile belirtilen durum fizik muayene esnasında rastgele bir eklemde şişlik ya da duyarlılığın var olmasıdır. Bu durum görüntüleme teknikleri ile sinovite ait kanıt varlığı ile de bulunabilir. DİF, 1. Karpometakarpal ve 1. MTF eklem değerlendirmenin dışında tutulur. Eklem dağılımı tutulan eklemlerin yerlerine ve sayısına göre kategorilendirilir. Eklem tutulum paterni mümkün olan en üst kategoride ele alınmalıdır.
d	Büyük Eklemler: Omuz, Dirsek, Kalça, Diz, Ayak Bileği
e	Küçük Eklemler: MKF(Metakarpofalangeal), PİF(Proksimalinterfalangeal), 2.3.4.5.MTF (Metatarsofalangeal), Başparmak İF (İnterfalangeal) ve El Bileği

Tablo 4. (devamı) Romatoid Artrit Sınıflama Kriterleri Açıklamaları

f	Buradaki sınıflandırmada bulunan eklemler arasından bir tanesi küçük eklem olmalıdır. Diğer eklemler; temporomandibuler, akromiyoklaviküler, sternoklaviküler gibi herhangi bir yerde spesifik olarak bulunmayan diğer eklemle dâhil büyük, ek olarak küçük eklemlerin rastgele bir kombinasyonudur.
g	Negatif Sonuç: İstenilen değer aralığının üst değerinin altında bir değerde bulunmasıdır. Düşük Pozitif Sonuç: Normal değer aralığının üst değerinden yüksek fakat üst değerin 3 katından daha küçük değerde bulunmasıdır. Yüksek Pozitif Sonuç: Normal değer aralığının üst değerinin 3 katından daha yüksek bir değerde bulunmasıdır. Laboratuvar romatoid faktörü yalnızca pozitif veya negatif olarak açıklıyorsa, sonucun düşük pozitif olduğu belirlenir. *ACPA: ANTİ Sitrüllenmiş Protein Antikoru
h	Laboratuvarın belirlemiş olduğu referans değerleri baz alınarak normal veya anormal değerler belirlenir. CRP: C Reaktif Protein. ESH: Eritrosit Sedimantasyon Hızı
i	Semptom Süresi: Fizik muayene esnasında etkilendiği belirlenen eklemlerdeki sinovite ait ağrı, şişlik, duyarlılık gibi sinovit semptomlarının kişi tarafından aktarılan süredir.
j	Puan 6'dan düşük olduğunda RA tanısı konulamayan kişilerin semptomları ilerleyen zamanda artarak şartları sağladığında tanı alabilir.

Romatoid artrit tanılı hastalarda hastalığın devamı ve tedavisi için görüntüleme önemli bir yer almaktadır. Hastaların kimisinde önce ayak veya ayak bileklerinde tutulum, bazı hastalarda ise el veya el bileklerinde tutulum görülebilmektedir. Radyolojik incelemede eroziv yapılar, osteofit, deformite, kist, poliartikül osteoporozu ve sinovitleri açıklamaktadır(35,45).

Romatoid artrit tanısı alan hastalardan alınan sinovyal sıvının araştırılması genel de önemli değildir. Bazı durumlarda bazı eklemlerde orantısız biçimde şişme ya da rahatsızlık olabilmektedir. Böyle bir durum oluştuğunda enfeksiyonları ya da kristal artropatilerini tespit etmek için artrosentez işlemi uygulanmalıdır (14). RA'da eklem sıvısı inflamatuvardır. Görünümü bulanıktır. Lökosit sayısında yükselme, akışkanlıkta azalış ile müsin pıhtısı kötüleşmiştir. Poliformonükleer lökosit egemenliğine sahiptir. Eklemlerin direkt grafilerinde yumuşak doku şişliği, eklem aralığında daralma, periartiküler osteoporoz, erozyonlar ve ileri dönemlerde deformiteler bulunmaktadır. Serum içinde olmasa bile sinovyal sıvıda RF bulunabilir (14).

ROMATOİD ARTRİT TEDAVİSİ

Tedavide hedef, ağrıyı azaltmak, inflamasyonu yok etmek, kişinin günlük yaşam aktivitelerine devam edebilmesini sağlamak, kötü giden prognozu azaltmak, oluşabilecek deformiteleri ve sakatlıkları önlemektir (47,48).

Romatoid artrit tedavisinde kullanılan ilaçlar; non-steroid anti-inflmatuar ilaçlar (NSAİİ), kortikosteroid ilaçlar, hastalık modifiye edici ilaçlar (Disease Modifying Antirheumatic Drugs -DMARD) olmak üzere üç kategoride ele alınır (35,49,50,51).

NSAİİ (Non-Steroid Anti-inflamatuar İlaçlar

Romatoid artrit de tedaviye yardımcı olarak en sık kullanılan ilaç grubu; ibuprofen, diklofenak, intometozin, ketoprofen, tolmetin ve asetil salisilik asit gibi kısa yarılanma ömrü olan ve tenoksikam gibi uzun yarılanma ömrü olan ilaçlardır. Bu ilaçlar RA' nın farmakolojik tedavisinde tek başına kullanılmamaktadır. Bu ilaçlar hastalığı modifiye eden bir ilaçla birlikte kullanılmaktadır. Siklooksijenaz enzimini baskılayarak prostoglandin oluşumunu engeller ve tedaviye uygun ortamı oluşturur. Bu ilaçların kullanımından kaynaklı yan etkileri; gastrik ülserler, gastrointestinal kanamalar, karın ağrısı gibi nedenler oluşabilmektedir (49,52,53).

Kortikosteroidler

Romatoid artritin tedavisinde; kortikosteroidler, oral, intravenöz ve intraartiküler enjeksiyonlar yoluyla hastalara uygulanır. Daha çok kortikosteroidlerin tercih edilmesinin nedeni inflamasyon belirtilerinin güvenilir ve daha kısa sürede azaltmasıdır (49,52,53). Kortikosteroidler romatoid artrit tedavisinde, ağrı yönetiminde, inflamasyon belirti ve bulgusu olmayan hastalarda rutin kullanılmamalıdır. Uzun zamanlı kortikosteroid kullanımı ile birlikte oluşabilecek yan etkiler; zayıf yara iyileşmesi, kilo alımı, katarakt, hiperglisemi, hipertansiyon, sıvı tutulumu, adrenal supresyon, osteoporoz, mide ülseri, GIS kanama, glokom ve artan enfeksiyon riski olarak belirtilmiştir. Hastaların romatoid artrit tedavisi sırasında düzenli olarak kemik mineral yoğunluğunun takip edilmesinin gerekliliği bildirilmiştir. Kortikosteroidlerin, DMARD gibi bazı etkileri bulunmaktadır. Kortikosteroidlerin hastalarda eklem hasarında yavaşlamaya, inflamasyonun azalmasına ve iyileşme oranında artışların meydana gelmesinde etkili olduğu belirtilmiştir (52,54,55).

Avrupa Romatizma Birliği (EULAR), kortikosteroid tedavisi alan bireylerin hastalığı yönetimi için aşağıdaki on maddelik tavsiyeyi sunmuşlardır (56).

1. Kişiye glukokortikoid tedavisine başlamadan önce tedavinin olumlu ve olumsuz etkileri, kişiye aktarılmalıdır.

2. Hastaya uygulanan tedavide ilk doz, uzun süreli dozaj ve doz azaltma, hastalık aktivitesine, risk faktörlerine, altta yatan romatizmal hastalığa ve hastanın bireysel duyarlılığına bağlıdır.

3. Kişiye glukokortikoid tedavisi başlanacağı zaman, yan etkiler ve yan etkilerin nelere sebep olabileceği araştırılmalı ve değerlendirilmelidir. Yan etkiler arasında hipertansiyon, diyabet, enfeksiyonların varlığı, katarakt veya glokom varlığı, yeni kırıklar, peptik ülser, dislipidemi yer almaktadır.

4. Uzun süreli tedavi planlanıyorsa, glukokortikoid dozu en alt seviyede belirlenmeli ve düşük hastalık aktivitesine karşılık dikkatli olunmalıdır. Glukokortikoid tedavisine devam edilmesi için gereken nedenler sürekli takip altında olmalıdır.

5. Tedavi esnasında hastalar, hastanın riski, glukokortikoid dozu ve zamanına bağlı olarak vücut ağırlığı, kan basıncı, periferik ödem, kalp yetmezliği, serum lipidleri, kan ve/veya idrar glikozu ve oküler basınç açısından takip edilmelidir.

6. Hastaya günde 7,5 mg'den fazla prednizon başlanılması durumunda ve üç aydan fazla prednizon ile devam edilecekse hastaya D vitamini ve kalsiyum desteği sağlanmalıdır. Glukokortikoid nedeni ile oluşabilecek osteoporoz riskinin en aza indirgemede bifosfonatlarla antiresorptif uygulanabilir. Kemik-mineral yoğunluğu (BMD) ölçümü mutlaka yapılmalıdır.

7. Glukokortikoidler ve NSAİİ'ler ile tedavi olan kişilere proton pompa inhibitörü ya da misoprostol tarzında ilaçlar başlanılmalıdır.

8. Ameliyat olacak bireyin bir aydan daha uzun süre glukokortikoid tedavi alması, potansiyel adrenal yetmezliğin üstesinden gelebilmek için perioperatif süreçte gerekli olan glukokortikoid replasmanı ile tedavi edilmelidir.

9. Glukokortikoidlerin, hamilelik zamanında anne ve bebek için ekstra herhangi bir risk barındırmamaktadır.

10. Glukokortikoid tedavisi gören çocukların, doğrusal gelişme için düzenli ve sık aralıklarla takip edilmeli, büyüme bozukluğunun olması durumunda büyüme hormonunun değişimi planlanmalıdır.

Hastalık Modifiye Edici Antiromatizmal İlaçlar (DMARD: Disease Modifying Anti-Rheumatic Drugs)

Disease Modifying Anti-Rheumatic Drugs, hastalığı modifiye edici ilaçlar olarak bilinmektedir. Bu grup ilaçlar, hastalığın etkinliğini denetim altına alarak, romatoid faktör ve akut faz proteinlerinin serum konsantrasyonlarının eksiltilmesi, eklem tahribatının en aza indirgenmesinde önemli bir etkiye sahiptir. Eklem ve hareket rahatlılığını, fonksiyonu ve bütünlüğünün korunması, eklem ağrılarının en aza indirgenmesi gibi etkilere sahip olması

bakımından romatoid artrit tanısına sahip kişilerin gündelik yaşamına devam ettirmelerinde önemli bir etkiye sahiptir. DMARD'lar yavaş etkili ilaçlardır (49,52).

Romatoid artrit tedavilerinde en çok kullanılan Hastalık Modifiye Edici Antiromatizmal İlaçlar; Metotrexat (MTX), hidroksiklorokin (HCQ), klorokin (CQ), leflunomid (LEF) ve sülfasalazindir (SSZ). Romatoid artrit tedavisinde daha az kullanılan DMARD'lar; azatioprin (AZA), minosiklin, D-penisilamin, siklosporin ve altın tuzlarıdır. DMARD'ların birbirlerinden farklı etkileri ve yan etkileri bulunmamaktadır. Bireyler, DMARD'ların yan etkileri ve tedavilerine verdikleri yanıtlar bakımından sık aralıklarla takip edilmelidir (49).

Hidroksiklorokinin (HCQ), kolay uygulanması, düşük maliyeti, yan etkisinin az olması ve hamilelik durumunda olan güvenilirliği ile romatoid artrit tedavisinde kullanılmasında etkili olan nedenleridir. En sık kullanılan günlük dozu oral yoldan 200 ile 400 mg'dir. Retinopati en sık görülen yan etkisidir. Retinopati, yüksek ilaç dozuyla alakalıdır. Retinal toksisitenin altı ayda bir göz muayenesiyle takip edilmesi gerekmektedir (49,57).

Sülfasalazin (SSZ), sülfapiridin ile salisilat maddelerinin birleşimidir. Salisilat içeriğine bağlı antiinflamatuar etkinliğine ek olarak, metotreksata benzer immünomodülatör etkinliğe sahiptir. SSZ genellikle başka DMARD'la birlikte kullanılabilmektedir. İlacın başlangıç dozu sıklıkla oral yoldan günde iki kez 500 mg şeklindedir. Her hafta 500 mg artışla birlikte günde 2-3 gram kadar uygulanabilmektedir. İlacın yan etkileri, ilaç başlangıcından itibaren ilk aylarda bulantı, iştahsızlık, kusma, dispepsi, karın ağrısı, baş ağrısı ve baş dönmesi şeklinde olabilmektedir. Doz arttıkça şikayetler artabilmektedir (49,57).

Altın tuzları, ülkemizde bulunmamaktadır. Altın tuzları antimikrobiyal özelliktedir. İltihapta baskılanma, immün tepkimelerinde farklılık ve enzim inhibisyonu gibi niteliklere sahiptir. Auranofin tedavisinde 3 mg'lik oral tabletlerin günde 2 defa alınması biçimindedir. İntramuskuler altın tedavisine 10 mg'lık başlangıç dozu ile başlanır haftalık artışlar olmaktadır. Enjeksiyonlar ikinci hafta için 25 mg'lıkdır. İkinci doz uygulandıktan sonra her hafta 50 mg uygulanır. Toplam dozun 1000 mg olana kadar süreç devam eder. Sonrasında doza karar verilir. Bu doz sonunda tedaviye yanıt olup olmadığı değerlendirilir. Tedaviye cevap vermiyorsa ilaç bırakılır. Tedaviden olumlu geri dönüş alınırsa enjeksiyona 2-3 haftada bir olacak şekilde devam edilir. Klinik iyileşme olduğunda cevaba göre aylık 50 mg'lik dozlar ile tedavi sürdürülür. İntramuskuler yapılan altın tuzlarında yan etki olma olasılığı yüksektir. Yan etkiler arasında trombositopeni, lökopeni, proteinüri, döküntü, nefrotik sendrom ve stomatit görülmektedir. Kemik iliği depresyonu, böbrek yetmezliği ve pnömoni daha az karşılaşılan yan etkiler arasındadır (49).

D-penisilamin oral yol ile kullanılır. Metotrexat, HCQ, azatiopürin ve enjekte edilebilen altınla benzer etkidedir. Auranofinden daha fazla etkiye sahiptir. Kullanmaya başladıktan 3 ile 6 ay arasında etki eder. Ülkemizde bulunmamaktadır. Diğer ülkelerde 125 mg, 150mg, 250 mg ve 300 mg'lik oral formları bulunmaktadır. Yan etkileri; döküntü, kaşıntı, tat bozuklukları, stomatit, alopesi ve Gİ problemlerdir. Nadir görülen yan etkileri; otoimmun sendromlar, kemik iliği depresyonu ve nefrotik sendromdur (49,58).

Romatoid artrit tedavisinde azatiopürin, siklofosfamid, metotreksat ve leflunomid immünosupresifler grubunda kullanılmaktadır (49).

Azatiopürin (AZT), Türkiye'de 25 mg ve 50 mg oral formu ile 50 mg flakon şeklinde bulunmaktadır. Yan etkileri kusma, bulantı, böbrek yetersizliği, hipersensitivite reaksiyonları, karın ağrısı ve kemik iliği depresyonu olarak görülmektedir (49,57).

Siklofosfamid, romatoid artrit tedavisinde oluşabilecek yan etkileri ile diğer ilaç opsiyonlarının oluşması ile çok sık kullanılmamaktadır. Bundan dolayı diğer tedavilere direnç gösteren ve vaskülit ile devam eden romatoid artritte kullanılmaktadır. Ülkemizde 50 mg'lik tablet, 500 mg-1gr'lik flakon şeklinde kullanılmaktadır. Komplikasyonları; ishal, kemik iliğinin baskılanması, bulantı-kusma, saç dökülmeleri, mesane kanseri ile hemorajik sistitdir (49,57,58).

Metotreksat, RA tedavisinde en sık kullanılan ve de en sık başvurulan ilaç grubudur. Sıklıkla tek başına kullanılmaktadır. Bazı durumlarda başka ilaçlar ile birlikte kullanılmaktadır. Metotreksat, folik asit antagonistidir (20). İlk aylarda etkisini göstermeye başlamaktadır. Hastaların ilaçtan memnuniyet durumları iyi olduğu için ilacı kullanmaya devam etme oranları da yüksektir. Bireylerde 5 sene sonra metotreksata devam etme oranı %50'dir. Diğer DMARD'larda bu oran %20 civarında kalmıştır. MTX romatoid artrit hastalarında radyolojik erozyonların ilerlemesini azaltmaktadır. Ülkemizde 2.5 mg oral formu, 10 mg, 15mg, 20 mg ve 25 mg subkutan uygulama formu bulunmaktadır. Hastalarda en çok görülen komplikasyonları; ishal, iştahsızlık, oral aft, kusma ve bulantıdır. MTX ile birlikte, tedaviye her gün 1mg folik asit olacak şekilde düzenlenmesi komplikasyon oluşumunun azalmasında etkili olmaktadır (49,57).

Leflunomid, primidin sentez inhibitörüdür. Yükleme dozu üç gün süre ile oral yoldan 100 mg'lık tablet formudur. İdame dozu 20 mg/gündür. En sık görülen yan etkileri; diyare, dispepsi, bulantı, kusma gibi gastrointestinal yakınmalardır. Karaciğer üzerine yan etkisi çok fazladır. Hastaların %5-10'unda karaciğer enzimlerinde artışa neden olmaktadır fakat sıklıkla doz azaltılınca ya da ilaç kesilince karaciğer enzimleri normale dönmektedir (49,58).

Biyolojik Ajanlar

Romatolojik hastalıklarda hastalığın ilerlemesini azaltmak için kullanılır. DMARD'lara cevap vermeyen şiddetli rahatsızlıkları olan bireylerde ya da DMARD'larla beraber uygulanmaktadır (49).

TNF inhibitörleri romatoid artritin belirti ve bulgularını en aza indirger ve vakalarda kemik erozyonlarının progresyonunu yavaşlatır. Fakat hastalığın remisyonunu hiçbiri sağlayamaz. Genellikle ilaçlar bırakıldıktan sonra eklem belirti ve bulguları devam eder (49).

İnfliksimab kimerik, anti TNF-α monoklonal antikorudur. Antikor, kg başına 3 ile 10 mg olacak şekilde 8 haftada bir IV yoldan uygulanır. Önerilen doz rejimi ilk uygulamadan sonra (0. hafta) 2. ve 6. haftalarda ve sonrasında ise 8 haftada bir infüzyonlar şeklinde planlanmaktadır. Doz hesabı kg başına 3 mg'dir. Hastalarda gözle görülür fayda sağlanamazsa, doz arttırılmasına ya da doz aralığının azaltılmasına gidilir (22). 8 ile 9,5 gün yarı ömrü bulunmaktadır (18). Ülkemizde 100 mg flakon şeklinde bulunmaktadır (49,59).

Etanersept, iki p75 (tip II) TNF reseptörünü IgG'nin Fc kısmına bağlayan dimerik bir füzyon yapısıdır. Ortalama olarak 102 saat yarı ömrü bulunmaktadır. Etkinliği 2 haftadan itibaren başlamakta, 3 aya kadar artarak devam eder. Ülkemizde 25 mg flakon şeklinde bulunmaktadır. Her hafta 50 mg şeklinde veya haftada 2 defa 25 mg şeklinde subkutan enjeksiyon olarak uygulanmaktadır (49).

Adalimumab, TNF-α'ya karşın etkilidir. Tamamen insan kaynaklı bir monoklonal antikordur. Bu rekombinan insan IgG1 monoklonal antikorunun en önemli avantajı daha az immünojenik olmasıdır. Yarı ömrü daha uzundur.14 gün yarı ömrü bulunmaktadır. 2 haftada bir subkutan enjeksiyon olarak 40 mg dozu uygulanır ya da bazı hastalarda haftada bir uygulanabilir (49).

Avrupa Romatizma Birliği (EULAR), RA'lı bireyler için biyolojik ajanların kullanım rehberlerini paylaşmıştır. Yapılan planlamalar biyolojik tedavilerin bireylerin tedavisini planlamasında yol gösterici rolündedir (60).

1.Kişi romatoid artrit tanısı aldığı andan itibaren hemen DMARD'lar ile tedavi başlamalıdır.

2.Romatizmal hastalıkların tedavilerinde ki amaç; bireylerde hastalık aktivitesinin az olmasıdır.

3.Hastalığı devam eden bireylerde 1-3 ay aralığında hasta monitörize edilmelidir. Tedavinin başlamasıyla birlikte 3. ayda herhangi bir ilerleme gözlemlenmediyse ya da 6. ayda amaca varılamamışsa tedaviyi tekrardan düzenlemek gerekmektedir.

4. Metotreksat (MTX) RA'lı bireylerde, ilk evrede tedavide etkinliği olmalıdır.

5.MTX kontrendikasyonu sülfasalazin ya da leflunomid tedavi planlanmasına eklenen ilk ilaçlar olmalıdır.

6.DMARD alan hastalarda monoterapi veya kombine olarak csDMARD'lar yer almalıdır (steroid eklenmesinden bağımsız olarak).

7.Mono veya kombine csDMARD'lar ile beraber düşük doz glukokortikoid tedavisi 6. aya kadar başlangıç tedavisinin bir parçası olarak yer almalıdır, fakat klinik olarak mümkün olan en kısa zaman zarfında indirgenmelidir.

8.Uygulanan ilk DMARD tedavisi ile amaca varılamamışsa;

-Kötü prognostik faktörler varlığını göstermiyorsa; başka bir csDMARD tedavisi planlanmalıdır.

-Kötü prognoz var ise; ekstra bir biyolojik DMARD eklenmelidir.

9. MTX ve/veya diğer konvansiyonel sentetik DMARD tedavisine gereken cevabı veremeyen bireylerde, glukokortikoidten bağımsız olarak, biyolojik DMARD'lar (antiTNF'ler, abatacept veya tocilizumab, ve bazı koşullarda rituximab) MTX ile birlikte kullanılmalıdır.

10.Uygulanan ilk biyolojik DMARD'a cevap alamadığımız hastalara başka bir biyolojik DMARD başlanılmalıdır; ilk anti-TNF'e cevap alamadığımızda diğer ikinci bir biyolojik anti-TNF başlanılmalıdır.

11. Biyolojik tedavilere cevap alamıyorsak tofasitinib uygulanabilir.

12.Glukokortikoid tedavisi bırakıldıktan sonra sürekli remisyon eşlik ediyorsa, DMARD'lar azaltılabilir. Devamlı remisyonda csDMARD dozu da azaltılabilir.

13. Tedavinin tekrar planlanması gerekirse remisyon dışında faktörlerde göz önünde bulundurulmalıdır (60).

Non- Farmakolojik Tedaviler

Romatoid artrit hastaları tarafından en sık tercih edilen non-farmakolojik tedavi yöntemleri; akupunktur, masaj, bitkiler ve homeopatidir (61). Ülkemizde yapılan araştırmalarda en çok kullanılan non-farmakolojik tedavi yöntemleri; bitkisel kaynaklı yiyecek ve içecekler, dua, masaj, dini uygulamalar, vitamin alımı, hacamat ve özel diyetler yer almaktadır (62).

ROMATOİD ARTRİT'TE HEMŞİRELİK BAKIMI

Romatizmal hastalıklarda hemşirelik bakımı; hemşirelik bakımının yanı sıra hastalarda oluşan ağrının yönetimi, hastaların hastalıklarıyla ilgili eğitim, tıbbi tedavi ve gözlem, fonksiyonel sağlık durumunun artırılması, doku bütünlüğünün korunması ve günlük yaşama aktivitelerin desteklenmesidir (63).

Romatoid artrit tanısı almış hastanın hemşirelik yaklaşımında hastanın hastalığına, tedaviye ve ilaçlara uyum göstermesi çok önemlidir. Bu nedenle öncelikle hasta bu açıdan değerlendirilmeli ve uyumunu ya da uyumsuzluğunu etkileyen unsurlar tespit edilmelidir. RA'lı kişiler ile yakınlarının sorunları ve bakım hizmetleri konusunda hemşireler, hemşirelik tanısı koyarak ve bu tanılara uygun girişimler üreterek, bireylerin gereksinimlerin karşılanması gerektiği bildirilmektedir (64).

Romatoid artritli hastalara hastalık hakkında ve hastalık süreci ile ilgili eğitim planlandığında, eğitim konusunda; romatoid artrit patolojileri, semptomları, tanı koymada kullanılan testler, RA tedavileri, kullanılan ilaçlar, ilaçların oluşturabileceği yan etkiler, ilaçların nasıl kullanılacağı, hastaların ağrı ile baş etme yöntemleri, fiziksel aktivitenin yararları, egzersizlerin önemleri, yürüyüş aktiviteleri hastalık sürecinde gevşeme tekniklerinin önemi ve öğretilmesi, kötü düşüncelerden uzaklaşma, stresi yönetebilme, kilo kayıplarını önlemek için düzenli beslenme, yorgunluk kontrolü gibi eğitimler planlanmalıdır. Hastaların kendi öz bakımlarını sürdürebilmeleri açısından onlara yardımcı olabilecek materyaller ile ilgili eğitimler planlanmalıdır. Duş için uzun saplı duş fırçası, saçın taranması ve ağız içi bakıma uygun uzun-kalın sapı olan diş fırçası, ayakkabı giymek için çekecek ve bağcıklı ayakkabılar yerine bağcıksız ayakkabılar tercih edilmelidir. Günlük hayatta kişilerin objelere ulaşması kolaylaştırılmalıdır. Yemek yaparken kapak açıcıları, besinleri kavrayabilmeyi ve kesebilmesi konusunda yardımcı olan malzemelerle kişinin özgürce ve rahatça yaşayabilmesi için hastalara yardımcı olunmalıdır (14,65,66).

Romatoid artrit'te başlıca hemşirelik tanıları şunlardır: (14,65)

- Fiziksel harekette bozulma
- Akitivite intoleransı
- Kronik ağrı
- Beden imajında bozulma
- Evdeki sorumluluklarını sürdürmede yetersizlik
- Etkisiz bireysel/aile içi baş etme
- Özbakım eksikliği sendromu

- Cinsel örüntülerde azalma
- Bilgi eksikliği
- Ümitsizlik
- Enfeksiyon riski
- Travma riski

ROMATOİD ARTRİT'TE AĞRI, FONKSİYONEL SAĞLIK DURUMU VE BEDEN İMAJI

Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği'ne (International Association for the Study of Pain=IASP) göre ağrı, organik bir nedenle ilişkili olan ya da olmayan, vücudun herhangi bir yerinden başlayan, kişinin geçmişteki tecrübeleri ile alakalı, sensoryal, duyusal, sevimli olmayan bir histir (67). Romatolojik rahatsızlıklarda en önemli semptom ağrıdır. Kişilerin sağlık kuruluşlarına gitmesinde ki birincil şikayet romatizmal ağrıdır. Ağrı sınıflandırırken zamanına veya nörofizyolojik niteliklerine göre ayrılır (68).

Ağrı üç sınıfa ayrılır. Nöropatik ağrı, nonsiseptif ağrı ve psikojenik ağrı olarak sınıflandırılır (10). Nörofizyolojik niteliklerine göre ağrı ise iki gruba ayrılır bunlar; non-siseptif ağrı ve nöropatik ağrıdır. Non-siseptif ağrı kendi içinde somatik ağrı ve visseral ağrı olarak, nöropatik ağrı; periferik ve santral ağrı olarak sınıflandırılır. Ağrının zamanına göre sınıflandırıldığında; akut ağrı, kronik ağrı ve sürekli ağrı olmak üzere üç alt başlıkta incelenmektedir. Akut ağrı da, kişinin sempatik sinir sistemi uyarılmıştır ve bu duruma bağlı olarak kişinin huzursuzluğu olmaktadır. Bireyin ağrı durumunun altı aydan daha fazla devam etmesi kronik ağrı olarak ifade edilir. Romatizmal hastalıklarda ağrı, kronik ağrı sorunlarının en fazla görüldüğü hastalıklar arasındadır. En fazla kanser hastalarında ve terminal dönemdeki hastalarda görülen ağrı sürekli ağrıdır. Sürekli ağrı ısrarcıdır ve hastaların ağrılarını azaltmak için genelde narkotik ilaç grubundaki analjezikler kullanılır (10,68).

Romatizmal hastalıklarda oluşan spontan ağrı, inflamatuar süreçte etkili olan afferent sinirlerin, omurilik ve üst merkezlerde oluşturduğu aşırı duyarlılıkla ilişkilidir. RA'lı bireylerde ağrı, çoğunlukla sabahları, fazla süren dinlenmelerle birlikte artış göstermekte, eklem sertliğiyle beraber hissedilmektedir (69). Ağrı, eklemin bulunduğu alanda veya yayılım gösterdiği distal alanda hissedilebilir. RA'lı bireylerde periartiküler ligament, genişlemiş sinovyal membran ile destek yapılar, ağrının en şiddetli hissedildiği dokulardır (70).

Hastalığın ilerlemesiyle sinovyal inflamasyon yüzünden ağrı ve eklem tutulumlarına neden olarak hareketleri azalmaya başlar. Romatoid artritli bireyler, günlük yaşamsal aktivitelerini yapamamakta, yardımcı araçlara ve kişilere ihtiyaç duymaktadır (30).

Romatoid artrit erken evresinden başlayarak hastalık boyunca birçok seviyede işlev kayıplarına sebep olabilmektedir. Hastaların günlük yaşam aktiviteleri, mesleki aktiviteleri ve öz bakım becerileri etkilenmektedir. RA'lı hastaların fonksiyonel sağlık durumlarını etkileyen etmenler; sosyodemografik nitelikler, hastalık belirti ve bulguları, eklemlerde şekil bozukluğu, ağrı, yorgunluk, hastalık aktivitesi, uygulanan tedavi ve ilaçların yan etkileri olarak belirtilmektedir (71). Günlük yaşam aktivitelerindeki kısıtlılıklar kişiden kişiye farklılıklar gösterebilmektedir. Bu aktiviteler kişinin bağımlı ve bağımsız olma durumunu etkilemektedir. Hareket, temizlik, giyinip soyunma, kişisel bakım, beslenme gibi diğer aktiviteler de ağrı, eklemlerde şekil bozukluğu, bağımlılık, hastalık aktivitesi, kullanılan ilaçlar ve sosyodemografik özellikler gibi çeşitli etmenlerden etkilendiği belirtilmiştir (64).

Bireylerin kronik hastalıkta bağımlılığa sebep olan ve yaşam aktivitelerini azaltan durumlardan dolayı yaşam kalitesini bu sebeplerden dolayı enine boyuna değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır. RA'nın izlenmesi, hastalığın çok boyutlu etkilerinin ve hasta sonuçlarının değerlendirilmesinde sağlık durumu, fonksiyonel yeterlilik ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi önerilir. RA tedavisinin hedefleri; kişinin ağrısını azaltmak, bireyin bağımsızlık durumunu arttırmak, işlevsel yetersizliğini azaltmak, yaşamsal aktivitesinin kısıtlamamak, tedavinin komplikasyonlarını en aza indirgemek, hastalık durumunun kişisel yaşamındaki olumsuz etkileri azaltmak ve kaliteli yaşamasını sürekli arttırılmasını sağlamaktır (72,73).

Romatoid artrit, deformitelerin görülmesi sebebiyle beden imajı ve benlik saygısının değişimi gibi psikolojik durumlarla yakından ilişkilidir ve bu ilişki kliniksel bakımdan önemlidir (74). Beden imajı, kişinin kendi kafasında vücudun şeklini ve görselliğini oluşturduğu bir yapıdır. Bireyin sosyal etkileşimleriyle ilişkilidir. Kişilik saygısı, kişinin kendini kabullenmesi, saygı göstermesi, inanması, güvenmesi şeklinde açıklanan, duygu, düşünce ve hareketlerin şekil almış halidir (75). Benlik saygısı ve beden imajı seviyelerinin psikolojik ve fizyolojik hastalıklara karşı dayanma gücünü etkilediği, düşük benlik saygısı ve beden imajına sahip kişilerin pozitif geri bildirimi reddettikleri, tedavide işbirliği yapmadıkları gözlemlenmiştir (75). Düşük benlik saygısı ve düşük beden imajına sahip kişilerin kendilerini daha çabuk bunalıma sokabilmektedirler (74). Üstelik düşük benlik saygısı ve beden imajına sahip kişilerin, kendilerine olan inancının azalmasına, sosyal ilişkilerin bozulmasına ve

hastalıkla savaşmayı bırakmasına sebep olması bakımından da çok önemlidir. Romatoid artritli bireylerde, mental sağlığın ve sağlık davranış biçimlerinin saptanmasında beden imajı ve benlik saygısının araştırmasında kliniksel bakımdan da yararlı ve önemli olacaktır (76).

GEREÇ VE YÖNTEM

ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ

Kesitsel ve tanımlayıcı nitelikteki bu araştırmanın amacı, romatoid artrit tanısı almış olan kadınlarda ağrı, fonksiyonel sağlık durumu ve beden imajının değerlendirilmesidir.

ARAŞTIRMA SORULARI

- Romatoid artritli kadınların ağrı düzeyi, fonksiyonel sağlık durumu ve beden imajı nasıldır?
- Romatoid artritli kadınların fonksiyonel sağlık durumu, beden imajı ve ağrı düzeyleri arasında ilişki var mıdır?
- Romatoid artritli kadınların sosyodemografik ve hastalık özellikleri ile fonksiyonel sağlık durumu, beden imajı ve ağrı düzeyleri arasında fark var mıdır?

ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırma Mart 2021 – Eylül 2021 tarihleri arasında Edirne ilindeki bir üniversite hastanesinin romatoloji klinik ve polikliniklerinde yapıldı.

ARAŞTIRMANIN EVRENİ

Araştırmanın evrenini araştırmanın yapıldığı tarihlerde, Edirne ilindeki bir üniversite hastanesinin Romatoloji klinik ve polikliniklerine başvuran RA'lı hastalar oluşturmaktadır.

ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Araştırma kapsamına romatoid artrit tanısı almış ve tedavi gören 145 kadın hasta alınmıştır. Araştırma örnekleminin belirlenmesinde G*Power 3.1.9.4 programı kullanıldı. İstatistiksel hesaplama sonucunda α hata =% 5, güç (1 - β) =% 95, etki büyüklüğü dikkate alındığında, örnekleme alınması gereken en az kişi sayısı 145 olarak planlanmıştır.

ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ

Bağımsız Değişkenler

Araştırmaya katılan kadın hastaların sosyodemografik ve hastalık durumuyla ilişkili tanımlayıcı özellikleri

Bağımlı Değişkenler

Araştırmaya katılan romatoid artritli kadınların sağlık değerlendirme anketi, beden imajı ölçeği ve ağrı ölçeğinden aldıkları puanlar.

ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLME KRİTERLERİ

Araştırma kapsamına;

- En az 1 yıldır romatoid artrit tanısı alan,
- 18 yaşından büyük,
- Kadın olan,
- Türkçe bilen,
- Görüşmeyi engelleyecek herhangi bir sağlık sorunu olmayan,
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olan hastalar alınmıştır.

ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLMEME KRİTERLERİ

- Araştırma kapsamına;
- 18 yaşından küçük,
- Görüşmeyi engelleyecek herhangi bir sağlık sorunu olan,
- İletişim güçlüğü yaşayan,
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmayan hastalar alınmamıştır.

VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırma verileri, hastaların sosyodemografik ve hastalığa ilişkin özelliklerini içeren "Hasta Bilgi Formu" (Ek 1), "Sağlık Değerlendirme Anketi" (Ek 2), "Beden İmajı Ölçeği" (Ek 3) ve "Visual Analog Skala" (Ek 4) kullanılarak toplandı.

Hasta Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından oluşturulan "Hasta Bilgi Formu" hastaların yaş, boy, kilo, beden kitle indeksi, eğitim durumu, medeni durum, çocuk sayısı, meslek, evde yaşadığı kişiler gibi sosyo-demografik özelliklerinin yanı sıra klinik tanı süresi, RA tedavisi, eşlik eden kronik hastalık varlığı gibi hastalığa ilişkin soruların yer aldığı toplam 12 sorudan oluşmaktadır.

Stanford Sağlık Değerlendirme Anketi (Health Assessment Questionnaire(HAQ))

1980 yılında Fries ve ark. tarafından geliştirilmiştir (77). Ölçeğin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği 2004 yılında Küçükdeveci ve ark. tarafından yapılmıştır (78). Ölçek, 8 bölüm şeklinde 20 maddeden oluşmakta ve günlük yaşamdaki fonksiyonel durumu değerlendirmektedir. Her madde 0-3 arası puanlanmaktadır (0: rahatça yapıyorum; 1: biraz zorlukla yapıyorum; 2: çok zorlukla yapıyorum; 3: hiç yapamıyorum). Ayrıca puanlamada yardımcı alet kullanımı ve başka bir kişiden istenen yardım da dikkate alınmaktadır. Yardımcı bir cihaz kullanılıyorsa puan en az 1,bir kişininin yardımı gerekiyorsa puan en az 2, hem cihaz hemde bir kişi yardımı gerekiyorsa da puan 3 olmaktadır. Ölçeği oluşturan bölümler, giyinip-kuşanma, doğrulma, yemek yeme, yürüme, hijyen, uzanma, kavrama ve günlük işler şeklinde olup, her bölüm iki veya üç madde içermektedir. Her bölüm ayrı ayrı puanlanmakta olup, 8 bölümün puan ortalaması alınarak 0-3 arasında değişebilen tek bir HAQ puanı belirlenmektedir. Bölümlerin puanlanmasında, o bölümü oluşturan maddeler içindeki en yüksek puan, bölüm puanı olarak kabul edilmektedir. Küçükdeveci ve ark. tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılan ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.97 olarak bildirilmiş olup ölçek kullanım izni alınmıştır (Ek7). Çalışmamızda Cronbach alfa değeri 0,96 bulunmuştur.

Beden İmajı Ölçeği

Hastalarda beden imajı doyum düzeyini belirlemek üzere Secord ve Jourard tarafından 1953 yılında geliştirilmiştir (79). Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması Hovardaoğlu tarafından (1989) yapılmış ve Cronbach alfa değeri 0,91 olarak saptanmıştır (80). Bu çalışmada cronbach alfa değeri 0,94 olarak bulunmuştur.

Ölçek 5 dereceli likert tipi cevaplanan 40 maddeyi içermekte olup, her bir madde bir organ ya da vücudun bir bölümünü (kol, bacak, yüz gibi) ya da bir işlevi (cinsel faaliyet düzeyi gibi) tanımlamaktadır. Bunlar "Hiç beğenmiyorum", "Beğenmiyorum", "Kararsızım", "Beğeniyorum" ve" Çok beğeniyorum" şeklinde ifade edilmiş olup, her bir madde 1" den 5" e kadar değişen puanlar almakta ve 1 en düşük durumu gösterirken 5 en yüksek durumu göstermektedir. Kesme noktası olmayan ölçeğin toplam puanı 40 ile 200 arasında değişmektedir. Alınan puanın yüksekliği beden hoşnutluk düzeyinin yüksekliğini gösterir. Ölçek kullanım izni Hovardaoğlu'ndan alınmıştır (Ek7).

Visual Analog Skala (VAS)

Huskisson (1974) tarafından geliştirilen bu skala, sayıları içeren ve ağrının derecelendirilmesinde kullanılan bir formdur (81). Bir ucunda ağrısızlık, diğer ucunda olabilecek en şiddetli ağrı yazan, 10 cm'lik bir cetvel üzerinde hasta kendi ağrısını işaretler. VAS ın ağrı şiddeti ölçümünde diğer tek boyutlu ölçeklere göre daha duyarlı ve güvenilir olduğu belirtilmektedir.

ARAŞTIRMANIN ETİK İLKELERİ

Araştırmanın yapılabilmesi için Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 29.03.2021 tarih ve 08/16 no'lu (Ek 5) etik kurul izni alındı. Ayrıca, araştırma verilerinin toplandığı Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezinden (Ek 6) yazılı izin alındı. Araştırmaya gönüllü olarak katılan hastalara İnsan Hakları Helsinki Bildirgesine uygun olarak, araştırmanın amacı hakkında açıklama yapıldı ve katılımın gönüllü olduğu, katılımcıların kişisel bilgi ve gizliliğinin korunacağı bilgisi verildi.

VERİLERİN TOPLANMASI

Veriler, Mart 2021 – Eylül 2021 tarihleri arasında Edirne ilindeki bir üniversite hastanesinin Romatoloji klinik ve polikliniklerinde, RA tanısı ile tedavi gören, araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan hastalar ile Hasta Bilgi Formu, Sağlık Değerlendirme Anketi, Beden İmajı Ölçeği ve Visual Analog Skala kullanılarak yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır.

VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package For Social Sciences) for Windows 22.0 programı kullanılarak değerlendirildi. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntem olarak sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanıldı. Ayrıca verilerin analizinde grupların dağılım özelliklerine göre; Mann Whitney U testi, Bağımsız İki Örneklem T testi, Kruskal-Wallis testi, Tek Yönlü Anova testi, Korelasyon Analizleri gibi istatistiksel yöntemler kullanıldı.

BULGULAR

1 Mart 2021 – 30 Eylül 2021 tarihleri arasında, romatoid artrit tanılı 145 kadın hasta ile yapılan araştırmada, hastalarla yüz yüze görüşme sonrasında ortaya çıkan verilerin dağılımı değerlendirilmesi sonucu oluşan bulgular:

- Kişisel, hastalığın ve tedavinin özelliğine göre dağılımı,
- Kişisel özelliklerin ölçek puanları ile karşılaştırılması,

KİŞİSEL, HASTALIĞIN VE TEDAVİNİN ÖZELLİĞİNE GÖRE DAĞILIMI

Tablo 5.Hastaların sosyodemografik ve hastalığa ilişkin özelliklerinin dağılımları (n=145)

	Frekans (n) / ort± S.S.	Yüzde (%) / Ort. (min. - maks.)
Eğitim Durumları		
Okur Yazar	4	2,8
İlköğretim	71	49
Ortaöğretm	50	34,5
Üniversite Mezunu	12	8,3
Okuma Yazma Bilmeyen	8	5,5
Medeni Durum		
Evli	128	88,3
Bekar	17	11,7
Çocuk Sayısı		
Hayır	9	6,2
Evet	136	93,8
1	29	20
2	66	45,5
3	32	22,1
4	6	4,1
5	3	2,1
Meslek Durumu		
Ev Hanımı	109	75,2
Memur	12	8,3
Emekli	10	6,9
İşçi	10	6,9
Diğer	4	2,8
Birlikte		
Yalnız	13	9
Eşim	100	69
Eşim Ve Çocuklarım	27	18,6
Çocuklarım	3	2,1
Diğer	2	1,4
İlaçlar		
İlaç Kullanmıyorum	2	1,4
Kortikosteroid	25	17,2
DMARD	61	42,1
Kortikosteroid+DMARD	33	22,8
Biyolojik Ajan	24	16,6
Kronik Hastalık		
Evet	87	60
Hayır	58	40
Evet İse;		
DM	9	10,3
HT	33	37,9
DM+HT	26	29,9
Tiroid Hastalıkları	16	18,4
KOAH	3	3,4
Yaş (yıl)	54,54 ± 9,42	55 (24 - 75)
Tanı Süresi RA (yıl)	11,83 ± 8,23	10 (1 - 43)
BKİ(kg/m^2)	27,81±4,80	27,59(17,06-54,69)

Ort: ortalama, **SS:** standart sapma, **ort:** ortanca, **min:** minimum, **maks:** maksimum, **BKİ:** Beden Kitle İndeksi

Tablo 5'de hastaların bireysel özelliklerindeki dağılım incelenmiştir. Tabloda bulunan verilere bakıldığında; araştırmaya katılan 145 romatoid artritli kadın hastaların yaş ortalaması 54.54 ± 9.42 yıl ve yaşların 24 ile 75 yaş arasında değiştiği, hastaların %88.3'ünün evli olduğu gözlemlenmiştir. Hastaların boy ortalaması 162.37 ± 4.69 cm ve boyların 150cm ve 175 cm arasında değiştiği gözlemlenmiştir. Hastaların kilo ortalaması 73.35 ± 11.83 kg ve kiloların 49 ile 140 kilo arasında değiştiği gözlemlenmiştir. Hastaların eğitim düzeyleri incelendiğinde %49 ilkokul, %34.5 lise ve %8.3'nün üniversite mezunu olduğu saptanmıştır. Hastaların meslek durumu incelendiğinde en çok %75.2 oran ile ev hanımı olduğu gözlemlenmiştir. Çocuk sayısı incelendiğinde en çok %45.5 oran ile 2 çocuğu, %22.1 ile 3 çocuk sahibi oldukları gözlemlenmiştir. Hastaların birlikte sorusu yanıtları incelendiğinde en çok %69 oranla eşim yanıtlarını verdikleri gözlemlenmiştir. Hastaların kullandıkları ilaçlar incelendiğinde en çok %42.1 oran ile DMARD kullanımı, %60'ının kronik hastalığı olduğu gözlemlenmiştir. Kronik hastalığı olan hastaların en çok % 37.9 oran ile HT hastalığı ve %29.9 ile DM+HT olduğu saptanmıştır. Hastaların romatoid artrit tanı sürelerinin ortalaması 11.83 ± 8.23 yıl ve en az 1 yıl en çok 43 yıldır romatoid artrit hastası oldukları gözlemlenmiştir.

Tablo 6. Ölçek puanlarına ait tanımlayıcı istatistikler (n=145)

	Min-maks.	**Ort. ± SS**
VAS	(0-10)	4,69 ± 1,91
Beden İmajı Ölçeği Toplam Puanı	(40-200)	93,37 ± 25,14
Stanford Sağlık Değerlendirme Ölçeği Toplam Puanı	(0-3)	1,12 ± 0,79
Giyinmek, Kuşanmak	(0-6)	0,84 ± 0,82
Doğrulmak	(0-6)	0,89 ± 0,94
Yemek Yemek	(0-9)	1,08 ± 0,99
Yürümek	(0-6)	1,13 ± 0,95
Hijyen	(0-9)	0,88 ± 0,91
Uzanmak	(0-6)	1,14 ± 0,97
Kavramak	(0-9)	1,54 ± 1,07
Günlük İşler	(0-9)	1,2 ± 0,97

Ort: ortalama **SS:** standart sapma, **min:** minimum, **maks:** maksimum

Hastaların VAS ortalama değeri 4,69 olarak elde edilmiştir. Beden İmajı Ölçeği Toplam Puanı ortalama değeri 93,37 olarak elde edilmiştir. Stanford Sağlık Değerlendirme Ölçeği Toplam Puanı ortalama değeri 1,12 olarak elde edilmiştir. Giyinip Kuşanma ortalama değeri 0,84'dür. Doğrulma ortalama değer 0,89 olarak bulunmuştur. Yemek Yeme ortalama değeri 1,08 olarak elde edilmiştir. Yürüme ortalama değeri 1,13'tür. Hijyen ortalama değeri 0,88'dir. Uzanma ortalama değeri 1,14'dür. Kavrama ortalama değeri 1,54'dür. Günlük İşler ortalama değeri 1,2 olarak bulunmuştur (Tablo 6).

Tablo 7. Ölçek puanları ile nicel demografik özellikler arasındaki ilişkinin incelenmesi (n=145)

	Yaş		BKİ		Tanı Süresi	
	r	p	r	p	r	p
Beden İmajı Ölçeği Toplam Puanı	0,247	**0,003**	0,068	0,413	0,185	**0,026**
S.S.D Ölçeği Toplam Puanı (HAQ)	0,364	**0,000**	0,111	0,185	0,269	**0,001**
Giyinip Kuşanma	0,213	**0,010**	0,065	0,440	0,215	0,090
Doğrulma	0,408	**0,000**	0,105	0,210	0,275	**0,001**
Yemek Yeme	0,313	**0,000**	0,061	0,467	0,207	**0,013**
Yürüme	0,349	**0,000**	0,171	**0,040**	0,245	**0,003**
Hijyen	0,165	**0,048**	0,069	0,408	0,209	**0,012**
Uzanma	0,346	**0,000**	0,096	0,253	0,265	**0,001**
Kavrama	0,305	**0,000**	0,073	0,382	0,147	0,077
Günlük İşler	0,373	**0,000**	0,116	0,166	0,282	**0,001**

r: Spearman's rho korelasyon katsayısı, **S.S.D:** Stanford Sağlık Değerlendirme, **BKİ:** Bedensel Kitle İndeksi, **HAQ:** Health Assessment Questionnaire

KİŞİSEL ÖZELLİKLERİN ÖLÇEK PUANLARI İLE KARŞILAŞTIRILMASI

Romatoid artritli kadın hastalarda yaş ile beden imajı ölçeği toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki bulunmuştur (r=0,247; p=0,003). Yaş ile stanford sağlık değerlendirme ölçeği toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki belirlendi (r=0,364; p=0,000). Yaş ile stanford sağlık değerlendirme ölçeği alt grupları olan, giyinip kuşanma (r=0,213; p=0,01), yemek yeme (r=0,313; p=0,000), yürüme (r=0,349; p=0,000), hijyen (r=0,165; p=0,048), uzanma (r=0,346; p=0,000), kavrama (r=0,305; p=0,000), günlük işler (r=0,373; p=0,000) istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki bulunmuştur. Doğrulma puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü orta şiddette bir ilişki belirlendi (r=0,408; p=0,000). Yaş arttıkça hastaların beden imajından memnun oldukları, stanford sağlık değerlendirme ölçeği puanının arttığı bundan dolayı şikayetlerin arttığı bulunmuştur (Tablo 7).

Beden kitle indeksi ile beden imajı ölçeği toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p=0,413). BKİ ile stanford sağlık değerlendirme ölçeği (p=0,185), giyinip kuşanma (p=0,44), doğrulma (p=0,21), yemek yeme (p=0,467), hijyen (p=0,408), uzanma (p=0,253), kavrama (p=0,382), günlük işler (p=0,166) arasında anlamlı bir

ilişki bulunmamıştır. Fakat BKİ ile yürüme puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü çok zayıf bir ilişki bulunmuştur (r=0,171; p=0,04) (Tablo 7).

Tanı süresi ile beden imajı ölçeği toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü çok zayıf bir ilişki bulunmuştur (r=0,185; p=0,026). Tanı süresi ile stanford sağlık değerlendirme ölçeği toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki bulunmuştur (r=0,269; p=0,001). Tanı süresi ile stanford sağlık değerlendirme ölçeği alt grupları olan, doğrulma (r=0,275; p=0,001), yemek yeme (r=0,207; p=0,013), yürüme (r=0,245; p=0,003), hijyen (r=0,209; p=0,012),uzanma (r=0,265; p=0,001), günlük işler (r=0,282; p=0,001) istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki bulunmuştur. Fakat giyinip kuşanma (p=0,09), kavrama (p=0,077) puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 7).

Tablo 8. Hastaların eğitim durumuna göre ölçek puanlarının karşılaştırılması (n=145)

	Okur Yazar Ort.(min-maks)	İlköğretim Mezunu Ort.(min-maks)	Lise Mezunu Ort.(min-maks)	Üniversite Mezunu Ort.(min-maks)	Okur Yazar Değil Ort.(min-maks)	Test ist.	p*
B.İ.Ö.T.P	128,5 (95 - 168)^{a}	94 (44 - 148)^{ab}	88 (40 - 133)^{ab}	78,5 (40 - 135)^{b}	93,5 (56 - 168)^{ab}	12,651	**0,013**
S.S.D.Ö.T.P.	1,86 (1 - 2,71)^{a}	1,29 (0 - 3)^{a}	0,71 (0 - 2,43)^{b}	0,36 (0 - 2)^{b}	1,5 (0,57 - 3)^{a}	24,336	**<0,001**
Giyinip Kuşanma	1,5 (0 - 2)^{ab}	1 (0 - 3)^{a}	0 (0 - 2)^{b}	0 (0 - 2)^{ab}	1,5 (0 - 3)^{ab}	14,512	**0,006**
Doğrulma	1,5 (1 - 2)^{ab}	1 (0 - 3)^{a}	0 (0 - 2)^{b}	0 (0 - 1)^{b}	1,5 (0 - 3)^{ab}	18,490	**0,001**
Yemek Yeme	1,5 (1 - 3)^{ab}	1 (0 - 3)^{a}	1 (0 - 3)^{b}	0 (0 - 2)^{ab}	1,5 (0 - 3)^{ab}	15,696	**0,003**
Yürüme	2 (1 - 3)^{a}	1 (0 - 3)^{a}	1 (0 - 3)^{b}	0 (0 - 1)^{c}	2 (0 - 3)^{a}	23,972	**<0,001**
Hijyen	2 (1 - 3)^{a}	1 (0 - 3)^{a}	0 (0 - 2)^{b}	0 (0 - 2)^{b}	1 (0 - 3)^{ab}	21,098	**<0,001**
Uzanma	2 (1 - 3)^{ab}	1 (0 - 3)^{a}	1 (0 - 3)^{b}	1 (0 - 3)^{ab}	1,5 (0 - 3)^{ab}	18,142	**0,001**
Kavrama	2,5 (1 - 3)^{ab}	2 (0 - 3)^{ab}	1 (0 - 3)^{a}	1 (0 - 3)^{a}	2,5 (1 - 3)^{b}	14,007	**0,007**
Günlük İşler	1,5 (1 - 3)^{ab}	2 (0 - 3)^{a}	1 (0 - 3)^{b}	0,5 (0 - 2)^{b}	2 (0 - 3)^{ab}	20,265	**<0,001**

*Kruskall Wallis H testi, ortanca (min. – maks.), **a-c:** Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur**. B.İ.Ö.T.P.:** Beden İmajı Ölçeği Toplam Puanı, **S.S.D.Ö.T.P.:** Stanford Sağlık Değerlendirme Ölçeği Toplam Puanı.

Hastaların eğitim durumlarına göre beden imajı ölçeği toplam puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlılık belirlendi (p=0,013). Eğitim durumuna göre stanford sağlık değerlendirme ölçeği toplam puanı istatistiksel açıdan anlamlılık bulundu (p<0,001). Stanford sağlık değerlendirme ölçeği alt grupları olan, giyinip kuşanma (p=0,006), doğrulma (p=0,001), yemek yeme (p=0,003), yürüme (p<0,001), hijyen (p<0,001), uzanma (p=0,001), kavrama (p=0,007), günlük işler (p<0,001) arasında istatistiksel açıdan anlamlılık bulundu. Sadece okuryazar olanların beden imajı ölçeği puanı daha fazla bulunmuştur. Stanford sağlık değerlendirme ölçeği toplam puanına göre üniversite mezunlarının sağlık durumunun daha iyi olduğu belirlenmiştir. Sadece okur yazar olanların ise sağlık durumunun daha kötü olduğu bildirilmiştir (Tablo 8).

Tablo 9. Hastaların medeni duruma göre ölçek puanlarının karşılaştırılması (n=145)

	Evli Ort.(min-maks)	Bekar Ort.(min-maks)	Test ist.	p*
Beden imajı ölçeği toplam puanı	91,5 (40 - 168)	102 (44 - 168)	865,0	0,170
Stanford Sağlık Değerlendirme Ölçeği Toplam Puanı	1,07 (0 - 3)	1,14 (0 - 3)	962,5	0,439
Giyinik Kuşanmak	1 (0 - 3)	1 (0 - 3)	884,5	0,178
Doğrulmak	1 (0 - 3)	1 (0 - 3)	940,0	0,332
Yemek Yemek	1 (0 - 3)	1 (0 - 3)	930,0	0,306
Yürümek	1 (0 - 3)	1 (0 - 3)	926,0	0,297
Hijyen	1 (0 - 3)	1 (0 - 3)	1004,0	0,582
Uzanmak	1 (0 - 3)	1 (0 - 3)	1009,5	0,613
Kavramak	1 (0 - 3)	2 (0 - 3)	946,5	0,368
Günlük İşler	1 (0 - 3)	1 (0 - 3)	1023,0	0,677

*Kruskall Wallis H testi, ortanca (min. – maks.)

Hastaların medeni duruma göre beden imajı ölçeği toplam puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlılık belirlenmedi (p=0,170). Medeni duruma göre stanford sağlık değerlendirme ölçeği toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0,439). Stanford sağlık değerlendirme ölçeği alt grupları olan, giyinip kuşanma (p=0,178), doğrulma (p=0,332), yemek yeme (p=0,306), yürüme (p=0,297), hijyen (p=0,582), uzanma (p=0,613), kavrama (p=0,368), günlük işler (p=0,677) arasında istatistiksel açıdan anlamlılık belirlenmedi. Beden imajı ölçeği toplam puanına göre bekar kadınların evli kadınlara oranla beden imajı toplam puanı yüksek bulunmuştur ancak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0,170) (Tablo 9).

Tablo 10. Hastaların meslek durumuna göre ölçek puanlarının karşılaştırılması (n=145)

	Ev Hanımı Ort.(min-maks)	Memur Ort.(min-maks)	Emekli Ort.(min-maks)	İşçi Ort.(min-maks)	Diğer Ort.(min-maks)	Test ist.	p*
B.İ.Ö. Toplam Puanı	93 (40 - 168)	80 (44 - 135)	97,5 (76 - 168)	93 (40 - 114)	68 (40 - 118)	7,468	0,113
S.S.D.Ö. Toplam Puanı	1,29 (0 - 3)^{a}	0,36 (0 - 2)^{b}	1,5 (0 - 2,71)^{a}	0,36 (0 - 1,86)^{b}	0 (0 - 0,86)^{b}	25,092	**<0,001**
Giyinmek Kuşanmak	1 (0 - 3)^{a}	0 (0 - 2)^{b}	1 (0 - 2)^{ab}	0 (0 - 2)^{ab}	0 (0 - 1)^{ab}	14,288	**0,006**
Doğrulmak	1 (0 - 3)^{a}	0 (0 - 1)^{b}	1 (0 - 3)^{a}	0 (0 - 1)^{b}	0 (0 - 1)^{ab}	22,413	**<0,001**
Yemek Yemek	1 (0 - 3)^{ab}	0 (0 - 2)^{a}	2 (0 - 3)^{b}	0 (0 - 2)^{ab}	0 (0 - 1)^{ab}	14,924	**0,005**
Yürümek	1 (0 - 3)^{a}	0 (0 - 1)^{b}	1 (0 - 3)^{ab}	0 (0 - 1)^{b}	0 (0 - 1)^{ab}	25,968	**<0,001**
Hijyen	1 (0 - 3)	0 (0 - 2)	1 (0 - 3)	0 (0 - 2)	0 (0 - 0)	12,392	0,051
Uzanmak	1 (0 - 3)	0 (0 - 3)	2 (0 - 3)	0,5 (0 - 2)	0 (0 - 1)	14,875	0,051
Kavramak	2 (0 - 3)^{ab}	1 (0 - 2)^{c}	2,5 (0 - 3)^{a}	1 (0 - 3)^{bc}	0 (0 - 1)^{c}	17,601	**0,001**
Günlük İşler	1 (0 - 3)^{a}	0 (0 - 2)^{b}	1,5 (0 - 3)^{a}	0 (0 - 2)^{b}	0 (0 - 1)^{b}	21,503	**<0,001**

*Kruskall Wallis H testi, ortanca (min. – maks.), **a-c:** Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur. **B.İ.Ö:** Beden İmajı Ölçeği, **S.S.D.Ö:** Stanford Sağlık Değerlendirme Ölçeği

Hastaların meslek durumlarına göre beden imajı ölçeği toplam puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlılık belirlenmedi (p=0,113). Eğitim durumlarına göre stanford sağlık değerlendirme ölçeği toplam puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlılık bulundu (p<0,001). Stanford sağlık değerlendirme ölçeği alt grupları olan, giyinip kuşanma (p=0,006), doğrulma (p<0,001), yemek yeme (p=0,005), yürüme (p<0,001), kavrama (p=0,001), günlük işler (p<0,001) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Fakat hijyen (p=0,051), uzanma (p=0,051) puanı arasında istatistiksel açıdan fark bulunmadı (Tablo 10).

Tablo 11. Hastaların kullandığı ilaçlara göre ölçek puanlarının karşılaştırılması (n=145)

	Kortikosteroid Ort.(min-maks)	DMARD Ort.(min-maks)	Kortikosteroid+DMARD Ort.(min-maks)	Biyolojik Ajan Ort.(min-maks)	Test ist.	p*
B.İ.Ö Toplam Puanı	93 (50 - 145)	92 (44 - 142)	94 (40 - 168)	92,5 (40 - 168)	1,453	0,693
S.S.D.Ö Toplam Puanı	1,29 (0 - 3)	0,86 (0 - 2,43)	1,14 (0 - 3)	1,07 (0 - 3)	2,350	0,503
Giyinmek Kuşanmak	1 (0 - 3)	1 (0 - 3)	1 (0 - 3)	1 (0 - 3)	1,563	0,668
Doğrulmak	1 (0 - 3)	1 (0 - 3)	1 (0 - 3)	1,5 (0 - 3)	4,642	0,200
Yemek Yemek	1 (0 - 3)	1 (0 - 3)	1 (0 - 3)	1 (0 - 3)	1,775	0,620
Yürümek	1 (0 - 3)	1 (0 - 3)	1 (0 - 3)	1 (0 - 3)	4,697	0,174
Hijyen	1 (0 - 3)	1 (0 - 3)	1 (0 - 3)	1 (0 - 3)	1,765	0,623
Uzanmak	1 (0 - 3)	1 (0 - 3)	1 (0 - 3)	1 (0 - 3)	2,798	0,424
Kavramak	2 (0 - 3)	1 (0 - 3)	2 (0 - 3)	1 (0 - 3)	2,007	0,571
Günlük İşler	1 (0 - 3)	1 (0 - 3)	1 (0 - 3)	1 (0 - 3)	3,032	0,387

*Kruskall Wallis H testi, ortanca (min. – maks.) **B.İ.Ö:** Beden İmajı Ölçeği, **S.S.D.Ö:** Stanford Sağlık Değerlendirme Ölçeği.

Hastaların kullanılan ilaçlara göre beden imajı ölçeği toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0,693). Kullanılan ilaçlara göre stanford sağlık değerlendirme ölçeğinin toplam puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlılık bulunmamıştır (p=0,503). Stanford sağlık değerlendirme ölçeği alt grupları; giyinip kuşanma (p=0,668), doğrulma (p=0,200), yemek yeme (p=0,620), yürüme (p=0,174), hijyen (p=0,623), uzanma (p=0,424), kavrama (p=0,571), günlük işler (p=0,387) puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 11).

Tablo 12. Hastaların kronik hastalık durumuna göre ölçek puanlarının karşılaştırılması (n=145)

	Evet		Hayır		Test ist.	p
	Ort. ± S.S.	**Ortanca (min. - maks)**	**Ort. ± S. S**	**Ortanca (min. - maks)**		
B.İ.Ö Toplam Puanı	97,62 ± 26,4	93 (40 - 168)	87 ± 21,82	87 (40 - 144)	1991,5	**0,032***
S.S.D.Ö Toplam Puanı	1,24 ± 0,79	1,29 (0 - 3)	0,93 ± 0,75	0,86 (0 - 3)	2,398	**0,018****
Giyinmek Kuşanmak	0,9 ± 0,86	1 (0 - 3)	0,76 ± 0,76	1 (0 - 3)	2335,0	0,414*
Doğrulmak	1,01 ± 0,96	1 (0 - 3)	0,71 ± 0,88	0 (0 - 3)	2069,5	0,051*
Yemek Yemek	1,24 ± 1,06	1 (0 - 3)	0,83 ± 0,84	1 (0 - 3)	1986,5	**0,022***
Yürümek	1,25 ± 0,92	1 (0 - 3)	0,95 ± 0,96	1 (0 - 3)	2050,5	**0,046***
Hijyen	0,94 ± 0,91	1 (0 - 3)	0,78 ± 0,92	0 (0 - 3)	2243,5	0,229*
Uzanmak	1,3 ± 0,99	1 (0 - 3)	0,9 ± 0,89	1 (0 - 3)	1936,0	**0,013***
Kavramak	1,76 ± 1,09	2 (0 - 3)	1,22 ± 0,96	1 (0 - 3)	1816,5	**0,003***
Günlük İşler	1,3 ± 0,94	1 (0 - 3)	1,05 ± 1	1 (0 - 3)	2152,5	0,118*

*Mann Whitney U testi, **Bağımsız iki örnek t testi, **ort:** ortalama s.s:standart sapma, **B.İ.Ö:** Beden İmajı Ölçeği, **S.S.D.Ö:** Stanford Sağlık Değerlendirme Ölçeği.

Hastaların kronik hastalık durumuna göre beden imajı ölçeği toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p=0,032). Kronik hastalık durumuna göre stanford sağlık değerlendirme ölçeği toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p=0,018). Stanford sağlık değerlendirme ölçeği alt grupları; doğrulma (p=0,051), yemek yeme (p=0,022), yürüme (p=0,046), uzanma (p=0,013), kavrama (p=0,003) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Fakat giyinip kuşanma (p=0,414), hijyen (p=0,229), günlük işler (p=0,118) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 12).

Tablo 13. Hastaların sosyodemografik özelliklere göre VAS skorunun karşılaştırılması (n=145)

	Ort. ± S. S	Ortanca (min. - maks)	Test ist.	p
Eğitim Durumu				
Okur Yazar	6 ± 1,83	6 (4 - 8)ab		
İlköğretim	4,99 ± 1,86	5 (0 - 9)a		
Ortaöğretim	4,26 ± 1,59	4 (0 - 7)ab	17,152	**0,002***
Üniversite Mezunu	3,25 ± 1,42	3 (1 - 6)b		
Okuma Yazma Bilmeyen	6,25 ± 2,87	7 (1 - 10)a		
Medeni Durum				
Evli	4,65 ± 1,86	5 (0 - 10)	1180	0,566**
Bekar	5 ± 2,24	5 (1 - 8)		
Meslek Durumu				
Ev Hanımı	4,94 ± 1,9	5 (0 - 10)b		
Memur	3,33 ± 1,15	3 (2 - 6)a		
Emekli	4,5 ± 1,35	4 (3 - 8)ab	14,433	**0,006***
İşçi	4,4 ± 2,37	4 (1 - 8)ab		
Diğer	3 ± 1,83	3 (1 - 5)ab		
İlaçlar				
Kortikosteroid	5,16 ± 1,72	5 (2 - 9)		
DMARD	4,21 ± 1,48	4 (1 - 8)	7,752	0,051*
Kortikosteroid+DMARD	4,88 ± 2,15	5 (1 - 10)		
Biyolojik Ajan	4,83 ± 2,3	5 (0 - 9)		
Kronik Hastalık				
Evet	4,9 ± 1,99	5 (0 - 9)	2195,5	0,179**
Hayır	4,38 ± 1,75	5 (0 - 10)		

*Kruskall Wallis H testi, **Mann Whitney U testi, **a-b:** Aynı harfe sahip kategoriler arasında fark yoktur.
Ort: ortalama **S.S:** standart sapma.

Eğitim durumuna göre VAS ağrı skoru arasında istatistiksel açıdan anlamlılık belirlendi (p=0,002). Bu farklılık; ilköğretim mezunu olanlar ve okuma yazma bilmeyenler ile üniversite mezunu olanlar arasındaki farklılıktan kaynaklanmaktadır. Medeni duruma göre VAS ağrı skoru arasında istatistiksel açıdan anlamlılık belirlenmedi (p=0,566). Meslek durumuna göre VAS ağrı skoru ortanca değeri arasında istatistiksel açıdan anlamlılık bulundu (p=0,006). Bu farklılık ev hanımı olanlar ile memur olanlar arasındaki farklılıktan kaynaklanmaktadır. İlaç kullanımına göre ve kronik hastalık durumuna göre VAS ağrı skoru istatistiksel açıdan anlamlılık belirlenmedi (p=0,051).

Tablo 14. Hastaların nicel demografik özellikleri ile VAS skoru arasındaki ilişkinin incelenmesi (n=145)

	r	p
Yaş(yıl)	0,285	**0,001**
BKİ (kg/m^2)	0,074	0,374
Tanı Süresi(yıl)	0,245	**0,003**

r: Spearman's rho korelasyon katsayısı. **VAS:** Visual Analog Scala, **BKİ:** Beden Kitle İndeksi

Hastaların VAS skoru ile yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki bulundu (r=0,285; p=0,001). Hastaların yaşı ilerledikçe VAS ağrı skorları da artmaktadır. VAS skoru ile boy (p=0,739), VAS skoru ile kilo (p=0,307), VAS skoru ile BKİ (p=0,374) arasında istatistiksel açıdan anlamlılık belirlenmedi. Hastaların tanı süreleri ile VAS ağrı skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki bulunmuştur (r=0,245; p=0,003). Hastaların RA tanı sürelerinin ilerlemesiyle VAS ağrı skorları da artmaktadır.

TARTIŞMA

Çalışmaya dahil edilen 145 romatoid artritli kadın hastanın yaş ortalaması 54.54 ± 9.42 yıl olup %88.3'ü evli, %49'u ilköğretim mezunu ve %75.2'si ev hanımıdır. Hastaların %60'ının kronik hastalığı olduğu ve en sık görülen kronik hastalıkların %37.9 oran ile hipertansiyon ve %29.9 ile hipertansiyon ile birlikte diyabet olduğu saptanmıştır. Hastaların romatoid artrit tanı süresi ortalaması 11.83 ± 8.23 yıldır (Tablo 5). Ruhaila ve Chong (2018) tarafından çoğunluğunu kadınların (%88.4) oluşturduğu romatoid artrit tanılı hastalar ile yapılan çalışmada yaş ortalaması 51.98 ± 11.22 yıl olarak bulunmuştur (82). Vollenhoven ve Ronald (2016) tarafından yapılmış araştırmada romatoid artritin, tüm yaş grubunda görülmesiyle beraber en fazla 45-65 yaş aralığında görüldüğü bildirilmiştir (83). Pehlivan ve ark. (2015) tarafından yapılan romatoid artritli hastalarda özbakım gücü ve etkileyen faktörlerin değerlendirildiği çalışmada hastalarda yaş ortalamasının 53.61 ± 13.98 yıl olduğu, %64.7' sinin kadın, %44.9'unun ilköğretim mezunu ve %79.4'ünün evli olduğu bildirilmiştir (51). Ji ve ark. (2017) tarafından RA'lı hastaların ile fonksiyonel yetersizlik ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelendiği çalışmada hastaların yaş ortalaması 54.9 ± 11.9 yıl ve %79.2'sinin çalışmadığı saptanmıştır (84). Yıldız'ın (2020) çalışmasında RA'lı kadınların yaş ortalaması 56.46 ± 11.88 yıl, %65.6'sının ilkokul mezunu, %87.5'nin evli, %93.8'nin çocuk sahibi olduğu ve %84.4'nün çalışmadığı bildirilmiştir (85). Bu araştırmada yer alan hastaların sosyodemografik özelliklerinin romatoid artrit tanılı hastalarla yapılan diğer çalışmalarda yer alan hastaların sosyodemografik özellikleri ile benzerlik gösterdiğini söyleyebiliriz.

Tiroid hastalıkları ile romatizmal hastalıklar arasındaki ilişkiyi açıklamaya yönelik araştırmalar sürmektedir. İnflamatuar sitokinlerin tiroid fonksiyonlarında patolojik bir role

sahip olabileceği belirtilmektedir. Joshi ve ark.'nın (2016) yaptıkları bir çalışmada, 52 romatoid artritli bireylerin %38.4'ünde hipotiroidizm olduğu görülmüştür (86). Bu araştırmada da bireylerin %18.4'ünde tiroid ile ilgili sağlık sorunları olduğu tespit edilmiştir.

Romatoid artrit hastalığı, hastaların günlük yaşam aktivitelerini, konforunu, becerilerini ve sosyal yaşantısını olumsuz yönde etkileyecek romatizmal bir hastalıktır (87,88). Hastanın yaşam konforunun azalması ile tedaviye duyduğu ihtiyaç da artmaktadır (89). Bu çalışmada RA'lı kadınların giyinip kuşanmak, doğrulmak, yemek yemek, yürümek, hijyenik gereksinimleri karşılamak, uzanmak, kavramak, günlük işler gibi pek çok alanda zorlandığı saptanmıştır. Tokem ve ark.'nın (2007) romatoid artritli bireylerin öz-bakımı ile fonksiyonel sağlık durumu arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada, özbakımı daha iyi olan bireylerin sağlık durumlarının da daha iyi olduğu tespit edilmiştir (90). Chen ve Wang (2007) romatoid artritli bireylerde fiziksel işlevler ile öz bakım arasındaki ilişkiyi değerlendirdikleri çalışmada özbakımı iyi olan bireylerde fiziksel fonksiyon bozukluğunun daha az olduğu saptanmıştır (91). Barlow ve ark.(1999) RA tanısı alan bireylerin, hastalığın her döneminde fonksiyonel bozukluklara bağlı zorluklar yaşadığını bildirmiştir. Bu zorluklar genellikle ev temizliği yapma, öz bakım ihtiyaçlarını giderme, kendi kendine giyinip soyunma, oturup kalkma gibi işlevlerde zorlanma olarak ortaya çıkmakta ve hastanın günlük yaşamında ve genel konforunda bir kısıtlanma meydana getirmektedir (92). Hastalığın başlangıcı ve ilerleyen dönemlerinde bireylerin yaşam konforu üzerindeki etkilerini inceleyen çalışmalar bulunmaktadır. Whalley ve ark. (1997) romatoid artrite bağlı olarak hastaların duygu durumunun, günlük yaşam konforunun, hobilerinin ve sosyal aktivitelerinin günlük yaşamını olumsuz yönde etkileyebileceğini belirtmiştir (93). Gurjar ve ark. (2018) tarafından yapılan romatoid artritli hastalara hastalık yönetimine ilişkin verilen eğitimin etkisinin incelendiği araştırmada eğitim alan bireylerin bilgi düzeyinin arttığı, Özbakım davranışlarının ve genel sağlık durumlarının iyileştiği saptanmıştır (94). Bu çalışmada RA'lı hastaların günlük yaşamlarında, fonksiyonel durumlarında zorlandıkları bulgusu literatürde yer alan diğer çalışma sonuçlarıyla da desteklenmektedir.

Çalışmamızda romatoid artritli hastaların %60'ının başka bir kronik hastalığının bulunduğu, kronik hastalığı olanlar arasında %37.9 oran ile en çok hipertansiyon,%29.9 ile hem diyabet hem hipertansiyon olduğu görülmüştür. Tekin (2007) yapmış olduğu çalışmada RA'lı bireylerin %43'ünün hipertansiyon tanısına sahip olduğu saptanmıştır. Hamuryudan'ın (2005) yapmış olduğu çalışmada ise RA tanısı almış olan bireylerin organlarında tutulum görülmesinin

başka akut olmayan hastalıkların da görülebileceği anlamına gelmekte olduğu bildirilmiştir (30, 35).

Yıldız'ın (2020) çalışmasında sağlık değerlendirme anketi (HAQ) puan ortalaması 0.46 ± 0.42, Rahim ve ark'nın (2018) çalışmasında 1.00 ± 0.77 olarak bildirilmiştir (85,95). Bizim çalışmamızda sağlık değerlendirme anketi puan ortalaması 1,12 ± 0,79 olarak belirlenmiş olup hastaların günlük aktivitelerini biraz zorlanarak ve yardımcı bir araç gereç kullanarak yaptıkları belirlenmiştir.

Bu çalışmada, kronik hastalığı olmayanların kronik hastalığı olanlara göre beden imajının daha iyi olduğu bulunmuştur. Hindistan ve Ergüney'in (2008) yapmış olduğu araştırmada romatoid artrit hastalığı dışında ek bir hastalığı bulunmayan bireylerde benlik saygısının ve beden imaj algısının daha iyi olduğu bildirilmiştir (96). Kurt ve ark.'nın (2013) yapmış olduğu çalışmada RA'lı bireylerin tanı süresinin artmasıyla vücudundaki değişimler ile beden hoşnut seviyeleri ve benlik saygısında azalmalar olduğu bildirilmiştir (97).

Hakkinen ve ark.'nın (2005) araştırmasında klinik belirtilerin işlevsel durum üzerindeki etkileri incelenmiştir. İşlevsellik üzerine en çok etkiyi gösteren ağrı ve eklemlerde sınırlama olduğu görülmüştür (98). Altındağ ve ark.'nın (2007) çalışmasında romatolojik tanı alan vakaların tedavisinde ki hedef; hasta üzerindeki ağrıyı en aza indirgemek ve hastanın yaşam konforunu en üst düzeye çıkartmaktır (99).

Hindistan ve Ergüney'in (2008) çalışmasında romatizmal hastalıklar sonrası oluşan tutulumlar neticesinde oluşan ağrı ilerleyen süreçlerde işlevsel kaybın olmasına ve yaşam konforunun bozulmasına sebep olmaktadır (96). Scoot ve ark.'nın (2005) araştırmasında, genellikle hastalığın sonraki süreçlerinde devamlı ağrı ve eklem hasarlarının hastanun işlevsel kaybına ve yaşam konforunun bozulmasına sebep olduğu tespit edilmiştir (100). Çalışmamızda yaş ve tanı süresi ilerledikçe ağrı seviyelerinin arttığı belirlenmiştir. Ağrı seviyesinin yükselmesi yaşam kalitesini olumsuz etkilemiştir.

Akkaya'nın (2015) araştırmasında, hastaların %78,6'sında ağrı hissettiği belirlenmiştir (101). Pehlivan ve ark.'nın (2015), bireyler üzerinde yaptıkları araştırmada bireylerin %91.9 oranında ağrı hissettikleri tespit edilmiştir (51). Çalışma sonucumuz ve diğer çalışma sonuçları paralellik göstermektedir.

Fauci ve ark.'nın (2013) çalışmasında romatoid artrit hastalığında en sık ve en belirgin görülen semptom ağrıdır (102). Keefe ve ark.'nın (1989) çalışmasında, romatoid artrit hastalığında kişilerde hastalığın ilerlemesiyle birlikte birçok sorunlara neden olduğu tespit edilmiştir. Romatoid artrit hastalarında en önemli hemşirelik bakımı, kişinin duyduğu ağrıyı en

aza indirgemek ve eklem hasarını azaltmak, hemşirelik bakımının temelini oluşturur. Ağrıyı en aza indirgemek veya ağrıyı kontrol altına almanın yolları bilimsel çalışmalardan faydalanmaktır (103). Çalışma sonucumuzda ve diğer çalışmalarda da RA'lı hastaların en önemli ve en yaygın belirtisinin ağrı olduğu belirlenmiştir.

Miaskowski ve ark.'nın (2004) ağrının kontrol altında tutulması hakkında inceledikleri bir araştırmada, bireylere kişisel bakım açısından hemşirelik bakımının ağrıyı en aza indirgemede faydalı olduğu belirlenmiştir (104). Shariff ve ark.'nın (2009) çalışmasında kişisel bakımın romatoid artritli vakalarda ağrıyı en aza indirgediği tespit edilmiştir (105).

Smedstad ve ark.'nın (1996) romatoid artrit hastalarının erken döneminde ağrının hastaları psikolojik ve fiziksel yönden olumsuz yönde etkilediği tespit edilmiştir (106). Sokka,(2000) Macejova (1999) ve Sarzi-putti(2002) romatoid artrit hastalarında ağrının kişinin işlevsellik düzeyini olumsuz yönde etkileyen en önemli belirti ve bulgu olduğu gözlemlenmiştir (107,108,109). Çalışmamızda da hastaların ağrısının fonksiyonel yaşamını etkilediği belirlenmiştir.

Delen'in (2016) çalışmasında RA'lı bireylerin günlük aktivitelere katılmaları, hastaların hem ağrılarında hem de gösterdiği semptomlarda azalma olduğu görülmüştür (110). Çalışmamızda, çalışan kadınların çalışmayan kadınlara göre daha az ağrı hissettiğini bildirmişlerdir. Altan ve ark.'nın (2004) romatoid artritin hastalar üzerindeki etkileri, sosyal yaşantısı, benlik algısının azalması ile oluşan ağrılar, fonksiyon bozuklukları gibi olumsuzluklar hasta üzerinde psikolojik bir harabiyet vermekle birlikte iyilik halini de azaltmaktadır (111).

SONUÇ ve ÖNERİLER

Araştırmada RA'lı kadınların ağrı, fonksiyonel sağlık durumu ile beden imajının değerlendirildiği bu çalışmada;

- Hastaların, yaş ortalaması 54.54 ± 9.42 yıl, %88.3'ünün evli, %49'nun ilköğretim mezunu, %69'nun eşi ile birlikte yaşadığı (Tablo 5),
- Hastaların %42.1 ile DMARD kullanımı,%60'ının kronik hastalığa sahip olduğu bunların %37.9'nun HT, %29,9'nun DM+HT tanısı almış, RA tanı sürelerinin 11.83 ± 8.23 yıl olduğu (Tablo 5),
- Romatoid artritli kadınların okuryazar olanların beden imajından daha hoşnut oldukları, üniversite mezunlarının beden imajının daha düşük olduğu (Tablo 8),
- Romatoid artritli kadınların okuryazar olanların günlük yaşamdaki fonksiyonel sağlık durumlarının daha düşük olduğu, üniversite mezunu olanların daha iyi sağlıkta olduğu (Tablo 8),
- Romatoid artritli emekli kadınların sağlık değerlendirme anketi puanının yüksek olduğu gözlemlenmiş, diğer meslek grubunda bulunan kadınların sağlık değerlendirme anketi puanının daha düşük olduğu bundan dolayı diğer meslek grubunun daha sağlıklı olduğu (Tablo 10),
- Romatoid artritli hastalardan kronik hastalığı olanların, kronik hastalığı olmayanlara göre beden imajının daha iyi olduğu ve kronik hastalığı olmayanların kronik hastalığı olanlara göre sağlık değerlendirme anketine göre sağlığının daha iyi olduğu (Tablo 12),
- Romatoid artritli hastaların yaşı ilerledikçe beden imajının iyileştiği belirlenmiştir. Hastaların tanı süresi arttıkça, beden imajının da iyileştiği gözlemlenmiştir (Tablo 7).

- Romatoid artritli hastalar arasında okuma yazma bilmeyenlerin ağrı düzeyinin üniversite mezunu olanlara göre daha yüksek olduğu (Tablo 13),
- Meslek durumuna göre incelendiğinde ev hanımlarının ağrısının daha fazla olduğu, diğer meslek grubundaki kadınların daha az ağrısının olduğu (Tablo 13),
- Romatoid artritli hastalarda yaş arttıkça ağrı düzeyinin arttığı, tanı süresi de arttıkça ağrısının arttığı saptanmıştır (Tablo 14).
- Romatoid artritli hastaların beden imajını pek beğenmedikleri, günlük aktiviteleri zorlanarak yaptıkları ve fonksiyonel sağlık durumlarının kötü olduğu saptanmıştır.

ÖNERİLER

Araştırmada elde edilen sonuçlar neticesinde;

- Romatoid artrit tanısı almış bireylerde ağrı, fonksiyonel sağlık durumu ve beden imajının geçerliliği ve güvenilirliği yapılmış anketler kullanılarak hemşireler tarafından değerlendirilmesi,
- Hastaların romatoid artrit tanısı aldığından itibaren hemşireler tarafından hemşirelik tanısı koyularak gerekli bakımın planlanması gerektiği,
- Romatoid artritli bireylerde ağrı şiddetinin değerlendirilmesi ve hastalara ağrıyla baş etme metodlarının öğretilmesi,
- Romatoid artritli hastalara yaşam aktivitesi, fonksiyonel sağlık durumuna yönelik eğitimin hemşireler tarafından eğitim materyalleri kullanılarak düzenli aralıklarla planlanmalı,
- Romatoid artritli kadınların günlük yaşama aktif katılımlarının desteklenmesi önerilmektedir.

ÖZET

Bu araştırma romatoid artritli kadın hastalarda ağrı, fonksiyonel sağlık durumu ve beden imajının değerlendirilmesi amacıyla planlandı.

Araştırma Mart 2021-Eylül 2021 tarihleri arasında romatoid artrit tanısı almış 145 kadın hasta ile Edirne ilindeki bir üniversite hastanesinin romatoloji servisi ve polikliniğinde yürütüldü. Veriler hastaların sosyo-demografik özelliklerini içeren 'Hasta Bilgi Formu', 'Sağlık Değerlendirme Anketi' ,'Beden İmajı Ölçeği', 'VAS' ağrı skalası kullanılarak elde edildi. Veriler IBM SPSS V23 programında tanımlayıcı istatistiksel yöntemler (ortalama, standart sapma, frekans, yüzde, minimum, maksimum) ve Mann Whitney U testi, Kolmogorov-Smirnov, Shapiro-wilk testleri, Kruskall Wallis H testi, Dunn testi, Spearman's rho korelasyon katsayısı kullanılarak analiz edildi. İstatistiksel olarak $p<0,05$ olan değerler anlamlı kabul edildi.

Hastaların yaş ortalaması 54.54 ± 9.42 yıl, %88,3'ünün evli, %49'nun ilköğretim mezunu, %75.2' sinin ev hanımı oldukları saptandı. Hastaların tanı süresi 11.83 ± 8.23 yıl olup, %42.1 ile DMARD kullanımı, %60'ının kronik hastalığa sahip olduğu ve en fazla % 37.9 ile hipertansiyon hastalığı görüldüğü gözlemlenmiştir.

Romatoid artritli hastaların ağrı, fonksiyonel sağlık durumu ve beden imajının yaş, tanı süresi, eğitim durumu, meslek, kronik hastalıklar ve kullandığı ilaçlar gibi değişkenlerden etkilendiği belirlendi ($p<0,05$). Bu sonuçlar doğrultusunda hemşirelerin romatoid artritli bireylerde fonksiyonel sağlık durumu, beden imajı ve ağrıyı değerlendirmesi ve hastalara bu yakınmalar arasındaki ilişkiyi dikkate alarak bakım sunmaları önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Romatoid Artrit, ağrı, fonksiyonel sağlık durumu, beden imajı

EVALUATION OF PAIN, FUNCTIONAL HEALTH STATUS AND BODY IMAGE OF FEMALE PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS

SUMMARY

This study was planned to evaluate pain, functional health status and body image in female patients with rheumatoid arthritis.

The study was conducted with 145 female patients diagnosed with rheumatoid arthritis between March 2021 and September 2021 in the rheumatology service and outpatient clinic of a university hospital in Edirne. The data were obtained using the 'Patient Information Form', 'Health Assessment Questionnaire', 'Body Image Scale' and 'VAS' pain scale, which includes the socio-demographic characteristics of the patients. Data were collected using descriptive statistical methods (mean, standard deviation, frequency, percentage, minimum, maximum) and Mann Whitney U test, Kolmogorov-Smirnov, Shapiro-wilk tests, Kruskall Wallis H test, Dunn test, Spearman's rho correlation coefficient in IBM SPSS V23 program analyzed. Statistically $p<0,05$ values were considered significant.

The mean age of patients was 54.54 ± 9.42 years, %88.3 were married, %49 were primary school graduates, and %75.2 were housewives. The diagnosis period of the patients was 11.83 ± 8.23 years, it was observed that %42.1 had DMARD use, %60 had chronic disease, and maximum %37.9 had hypertension.

It was determined that pain, functional health status and body image of patients with rheumatoid arthritis were affected by variables such as age, duration of diagnosis, educational

status, occupation, chronic diseases and medications ($p<0,05$). In line with these results, it is recommended that nurses evaluate functional health status, body image and pain in individuals with rheumatoid arthritis and provide care to patients by considering the relationship between these complaints.

Keywords: Rheumatoid Arthritis, pain, functional health status, body image

KAYNAKLAR

1. Akkoç N. Türkiye'de romatizmal hastalıkların epidemiyolojisi ve diğer ülkelerle karşılaştırılması. RAED Dergisi. 2010;2:1-8.

2. Silva JAP, Woolf AD. Rheumatology in Practice. Springer-Verlag London Limited, 2010. p.19.4-19.22.

3. Rossini M, Rossi E, Bernardi D, Viapiana O, Gatti D, Idolazzi L. et al. Prevalence and incidence of rheumatoid arthritis in Italy. Rheumatol Int 2014;34(5):659-64.

4. Yılmaz S. Romatoid Artrit. Çınar Fİ, Çınar M, Yılmaz S, Erdem H (Editörler). Romatoloji Hemşireliği ve Klinik Uygulamalar. İstanbul: Deomaed Yayıncılık; 2016,s.53-6.

5. Tuncer T, Gilgil E, Kaçar C, Kurtaiş Y, Kutlay Ş, Bütün B. ve ark. Prevalence of rheumatoid arthritis and spondyloarthritis in Turkey: A nationwide study. Arch Rheumatol 2018;33(2):128-13.

6. Cojocaru M, Cojocaru IM, Silosi I, Vrabie CD, Tanasescu R. Extra-articular Manifestations in Rheumatoid Arthritis. Maedica (Bucur). 2010;5(4):286-91.

7. Stack RJ, Sahni M, Mallen CD, Raza K. Symptom complexes at the earliest phases of rheumatoid arthritis: a synthesis of the qualitative literature. Arthritis Care Res (Hoboken). 2013;65(12):1916-26.

8. Smith HS, Smith AR, Seidner P. Painful rheumatoid arthritis. Pain Physician. 2011;14(5):427-58.

9. Vivar N, Van Vollenhoven RF. Advances in the treatment of rheumatoid arthritis. F1000Prime Rep. 2014;6:31.

10. Gök MZ, Özdemir L. Romatoid artritte ağrı ve yorgunluğun yönetiminde aromaterapi ve refleksolojinin kullanımı. HEAD 2016; 13(1):44-9.

11. Collins JK, Propert DS. A developmental study of body recognition in adolescent girls. Adolescence. 1983;18(72):767-74.

12. Örsel S, Canpolat B, Akdemir A, Ozbay H. Diyet yapan ve yapmayan ergenlerin kendilik algısı, beden imajı ve beden kitle indeksi açısından karşılaştırılması. Türk Psikiyatri Dergisi 2004; 15(1): 5-15.

13. Kelleci M, Doğan S. Bedensel Hastalıkla Birlikte Depresyonu Olan Hastalara Hemşirelerin Yaklaşımlarının İncelenmesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2001; 2(3): 161-8.

14. Tan M. Eklem ve Bağ Dokusu Hastalıkları ve Bakım. Durna Z (Editör). İç Hastalıkları Hemşireliği. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık; 2013. s.497-524.

15. Ryan S. Psychological effects of living with rheumatoid arthritis. Nurs Stand. 2014;29(13):52-9.

16. Entezami P, Fox DA, Clapham PJ, Chung KC. Historical perspective on the etiology of rheumatoid arthritis. Hand Clin. 2011;27(1):1-10.

17. Tahtasız M. Romatoid Artritli Hastalarda Doku ve Renkli Doppler Ekokardiografi Bulguları (tez). Diyarbakır: Dicle Üniversitesi, Tıp Fakültesi; 2009.

18. Kay J, Upchurch KS. ACR/EULAR 2010 rheumatoid arthritis classification criteria. Rheumatology (Oxford). 2012; p. 51.

19. Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. Assessment and Management of Patients with Rheumatic Disorders. In: Brunner & Suddorth's Texbook of Medical- Surgical Nursing. Twelfth Edition. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia: 2010.1631-46.

20. Hunter TM, Boytsov NN, Zhang X, Schroeder K, Michaud K, Araujo AB. Prevalence of rheumatoid arthritis in the United States adult population in healthcare claims databases, 2004-2014. Rheumatol Int 2017;37(9):1551-7.

21. Smolen JS, Aletaha D, McInnes IB. Rheumatoid arthritis published correction appears in Lancet. 2016;22:388.

22. van Gaalen FA, van Aken J, Huizinga TW, Schreuder GM, Breedveld FC, Zanelli E, et al. Association between HLA class II genes and autoantibodies to cyclic citrullinated peptides (CCPs) influences the severity of rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum 2004;50(7):2113-21.

23. Gonzalez A, Icen M, Kremers HM, Crowson CS, Davis JM, Therneau TM, et al. Mortality trends in rheumatoid arthritis: the role of rheumatoid factor. J Rheumatol 2008;35(6):1009-14.

24. Anquetil F, Clavel C, Offer G, Serre G, Sebbag M. IgM and IgA rheumatoid factors purified from rheumatoid arthritis sera boost the Fc receptor- and complement-dependent effector functions of the disease-specific anti-citrullinated protein autoantibodies. J Immunol. 2015;15:194(8):3664-74.

25. Rombouts Y, Willemze A, van Beers JJ, Shi J, Kerkman PF, van Toorn L, et al. Extensive glycosylation of ACPA-IgG variable domains modulates binding to citrullinated antigens in rheumatoid arthritis. Ann Rheum Dis. 2016;75(3):578-85.

26. Sokolove J, Johnson DS, Lahey LJ, Wagner CA, Cheng D, Thiele GM et al. Rheumatoid factor as a potentiator of anti-citrullinated protein antibody-mediated inflammation in rheumatoid arthritis. Arthritis Rheumatol. 2014;66(4):813-21.

27. Waaler E. On the occurrence of a factor in human serum activating the specific agglutintion of sheep blood corpuscles. 1939. APMIS. 2007;115(5):422-38.

28. Ergin S. Romatoid artrit. Beyazova M, G.Kutsal Y. (Editörler).Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon. Ankara: Ayrıntı Basım Yayın ve Matbaacılık;2016.s. 1803-17.

29. Uzun H. Romatoid Artritli Hastalarda Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi (tez).Ankara: Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2013.

30. Tekin M. Romatoid Artritli Hastalarda Tedavi Uyumunu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi Ve Uyum Artırma Önerileri (tez). İstanbul: Göztepe Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği; 2007.

31. Turgutalp F. Romatoid Artritli Hastalarda Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2011.

32. Takagi H, Ishiguro N, Iwata H, Kanamono T. Genetic association between rheumatoid arthritis and estrogen receptor microsatellite polymorphism. J Rheumatol. 2000;27(7):1638-42.

33. Karlson EW, Mandl LA, Hankinson SE, Grodstein F. Do breast-feeding and other reproductive factors influence future risk of rheumatoid arthritis? Results from the Nurses' Health Study. Arthritis Rheum. 2004;50(11):3458-67.

34. Alpízar-Rodríguez D, Finckh A. Environmental factors and hormones in the development of rheumatoid arthritis. Semin Immunopathol. 2017;39(4):461-8.

35. V. Hamuryudan. Romatoid artrit içinde. Yazıcı H, Hamuryudan V, Sonsuz A (Editörler).Cerrahpaşa İç Hastalıkları. İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık;2007.s.966-76.

36. Padyukov L, Silva C, Stolt P, Alfredsson L, Klareskog L. A gene-environment interaction between smoking and shared epitope genes in HLA-DR provides a high risk of seropositive rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum. 2004;50(10):3085-92.

37. Can AG, Günendi Z. Romatoid artritte prognostik faktörler. Romatizma 2008;23(2):60-2.

38. Dilşen N. Romatoid artrit. Ökten A, Atamer T, Büyüköztürk T, Dilmener M, Erzengin F, Kaysı A(Editörler).İç Hastalıkları. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri;2007.s.2709-10.

39. Altınkesen E. Erken ve Geç Dönem Romatoid Artritli Hastalarda Semptomlar, Fonksiyonel Durum Ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İliskinin İncelenmesi (tez). İzmir: D.E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü;2006.

40. T.Göksoy. Romatizmal hastalıkların tanı ve tedavisi. Göksoy T(Editör).İstanbul: Tavaslı Matbaacılık; 2002.

41. Harunlar T. Romatoid Artritli Hastalarda Anti TNF ve DMARD Tedavi Sonuçlarının Hastalık ve İyileşme Kriterlerine Göre Karşılaştırılması (tez). Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2009.

42. Boz M, Ülgen E, Ergüney M, Ünalan N, Pişkinpaşa, E. Romatoid artritte eklem dışı belirtiler. İstanbul Med J.2006;1:26-31.

43. Kılıç SP.Eklem ve bağ dokusu hastalıkları. Ovayolu N, Ovayolu Ö (Editörler). Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutlarıyla Kronik Hastalıklar. Adana: Çukurova Nobel Tıp Kitabevi; 2016. s.394-404.

44. Sertpoyraz F, Köse Ş, Öztürk Y. Romatoid artritli hastalarda romatoid faktör ve anti-ccp ilişkisi. Tepecik Eğit Hast Derg. 2013; 23(2): 93-6.

45. Memiş S. Romatizmal hastalıklar. Karadakovan A, Aslan EF(Editörler). Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Adana: Nobel Tıp Kitabevi; 2011.s.1381-4.

46. Aletaha D, Neogi T, Silman AJ, Funovits J, Felson DT, Bingham CO et al. 2010 rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative [published correction appears in Ann Rheum Dis. 2010;69(9):1580-8.

47. Demirel A, Kırnap M. Romatoid artrit tedavisinde geleneksel ve güncel yaklaşımlar. Sağlık Bilimleri Dergisi. 2010; 19(1):74-84.

48. Acıcı S. Romatoid Artritli Hastaların Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Bağımlılık Durumlarına Göre Stresle Baş Etme Yöntemleri (tez). Bolu: Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü;2010.

49. Savran Y, Akkoç N. Romatoid artrit tedavisi. Dahili Tıp Bilimleri Dergisi.2005; 12(4): 167-74.

50. O'Dell JR, Haire CE, Erikson N, Drymalski W, Palmer W, Eckhoff'unGarwood PJ et al. Treatment of rheumatoid arthritis with methotrexate alone, sulfasalazine and hydroxychloroquine, or a combination of all three medications. N Engl J Med. 1996;334(20):1287-91.

51. Pehlivan S, Ersoy S, Ugan Y, Fadıloğlu Ç. Romatoid artritli hastalarda özbakım gücü ve etkileyen faktörler. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2015;31(1):27-38.

52. Svensson B, Boonen A, Albertsson K, van der Heijde D, Keller C, Hafström I. Low-dose prednisolone in addition to the initial disease-modifying antirheumatic drug in patients with early active rheumatoid arthritis reduces joint destruction and increases the remission rate: a two-year randomized trial. Arthritis Rheum. 2005;52(11):3360-70.

53. Fresko İ. Romatoid artrit ve seronegatif spondartritlerin tedavi prensipleri. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Romatoloji Hastalıkları Sempozyum Dizisi, 2003;34: 55-61.

54. Mert H. Romatoid artrit ve bakım yönetimi. Özer S (Editör). Olgu Senaryolarıyla İç Hastalıkları Hemşireliği. İstanbul: İstanbul Medikal Sağlık ve Yayıncılık; 2019. s.595-602.

55. Weisman MH. Rheumatoid arthritis. Wallace DJ (Ed.). New York: Oxford University Press; 2011.

56. Hoes JN, Jacobs JW, Boers M, Boumpas D, Buttgereit F, Caeyers N. et al. EULAR evidence-based recommendations on the management of systemic glucocorticoid therapy in rheumatic diseases. Ann Rheum Dis. 2007;66(12):1560-67.

57. Yurdakul S. Uzun etkili ilaçlar. Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences 2006; 2(25):52-59.

58. Top C, Terekeci H. Romatoid artrit tedavisinde hastalığı modifiye eden anti-romatizmal ilaçlar. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2008; 28:387-398.

59. Güzel R. Romatoid artrit ve dmard'lar. Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi 2008; 54(1):25-30.

60. Çefle A, Keser G, Terzioğlu E, Ertenli İ, İnanç N, Coflan F. ve ark. Türkiye romatoloji derneği romatoid artrit ulusal tedavi önerileri. RAED Dergisi 2018;10(2):81–4.

61. Karadağ A. Romatizmal Hastalıklarda Alternatif Tıp ve Tamamlayıcı Tedavi Yöntemleri (tez). Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2012.

62. Solak Ö, Ulaşlı AM, Çevik H, Dikici A, Devrimsel G, İnal EE ve ark. Romatizmal hastalıklarda tamamlayıcı ve alternatif tıp yöntemlerine başvuru. Kocatepe Tıp Dergisi 2015;16:116-21.

63. Akdemir N, Akyar İ, Görgülü Ü. Dünyada ve ülkemizde romatoloji ve romatoloji hemşireliği. Türkiye Klinikleri J Nursing Sci 2010; 2(1):48-56.

64. S, Özgür YF, Yıldız H, Dalkılıç HE, Pehlivan Y. Romatolojik hastalıklarda sosyal destek ve bakım veren yükü. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 018;44(1):19-25.

65. Birol L, Tokem Y. Eklem ve bağ dokusu hastalıkları ve hemşirelik bakımı. Akdemir N, Birol L (Editörler). İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı'nda. Ankara: Akademisyen Kitabevi; 2020. s.969-1015.

66. Özkaraman A, Özer S, Alpaslan GB. Romatoid artritli bir vakanın hemşirelik bakımında roy adaptasyon modelinin kullanımı. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2012;1(3):138-52.

67. Breivik H. International Association for the Study of Pain: update on WHO-IASP activities. J Pain Symptom Manage. 2002;24(2):97-101.

68. Korkan EA, Uyar M. Ağrı kontrolünde kanıt temelli yaklaşım: Refleksoloji. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2014;5:9-14.

69. Aletaha D, Ward MM, Machold KP, Nell VP, Stamm T, Smolen JS. Remission and active disease in rheumatoid arthritis: defining criteria for disease activity states. Arthritis Rheum 2005;52(9):2625-36.

70. Grassi W, De Angelis R, Lamanna G, Cervini C. The clinical features of rheumatoid arthritis. Eur J Radiol 1998;27(1):18-24.

71. Ceceli E, Öken Ö, Kısaoğlu S, Yorgancıoğlu R. Romatoid artritte kietel fonksiyonel indeksi. Fiziksel Tıp 2000; 3(2-3):131-4.

72. Pollard L, Choy EH, Scott DL. The consequences of rheumatoid arthritis: quality of life measures in the individual patient. Clin Exp Rheumatol2005;23(39):43-52.

73. Garip Y. Functional assessment measures in rheumatologic disorders. World J Rheumatol 2014;4(2):6-13.

74. Monaghan SM, Sharpe L, Denton F, Levy J, Schrieber L, Sensky T. Relationship between appearance and psychological distress in rheumatic diseases. Arthritis Rheum. 2007;57(2):303-9.

75. Jorge RT, Brumini C, Jones A, Natour J. Body image in patients with rheumatoid arthritis. Mod Rheumatol. 2010;20(5):491-5.

76. Macsween A, Brydson G, Fox KR. Physical self perceptions of women with rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum. 2004;51(6):958-63.

77. Fries JF, Spitz P, Kraines RK, Holman H. Measurement of patient outcome in arthritis. Arthritis Rheum 1980;23: 137– 45

78. Küçükdeveci AA, Sahin H, Ataman S, Griffiths B, Tennant A. Issues in cross-cultural validity: example from the adaptation, reliability, and validity testing of a Turkish version of the Stanford Health Assessment Questionnaire. Arthritis Care Res. 2004;51(1):14–9.

79. Secord PF, Jourard SM. The appraisal of body-cathexis: Body-Cathexis And The Self. J Consult Psychol 1953; 17: 343-7.

80. Hovardaoğlu S.Vücut algısı ölçeği. Psikiyatri, Psikoloji, Psikofarmakoloji Dergisi-Journal of Psychiatry Psychology psychopharmacology. 1992; 1(1): 11–26.

81. Scott J, Huskisson EC. Graphic representation of pain. Pain 1976;2: 175–84.

82. Ruhaila AR, Chong HC. Self-reported symptoms of depression, anxiety and stress among patients with Rheumatoid Arthritis in a Malaysian rheumatology centre - prevalence and correlates. Med J Malaysia. 2018;73(4):226-2.

83. Vollenhoven RF, Ronald F. Biologics for the Treatment of Rheumatoid Arthritis, ADIS, Stockholm,2016.

84. Ji J, Zhang L, Zhang Q, Yin R, Fu T, Li L et al. Functional disability associated with disease and quality-of-life parametersin Chinese patients with rheumatoid arthritis.Health Qual Life Outcomes.2017;15(1):89.

85. Yıldız İ.Romatoid Artritli Kadınlara Hastalık Yönetimine İlişkin Verilen Eğitimin Yaşam Kalitesi ve Anksiyete Depresyon Üzerine Etkisi.(tez). Edirne:Trakya Üniversitesi;2020.

86. Joshi P, Agarwal A, Vyas S, Kumar R. Prevalence of hypothyroidism in rheumatoid arthritis and its correlation with disease activity. Trop Doct. 2016; 47(1): 6–10

87. Katz PP. The impact of rheumatoid arthritis on life activities. Arthritis Care Res. 1995;8(4):272-8.

88. Griffith J, Carr A. What is the impact of early rheumatoid arthritis on the individual?. Best Pract Res Clin Rheumatol. 2001;15(1):77-90.

89. Salaffi F, Stancati A. Disability and quality of life of patients with rheumatoid arthritis: assessment and perspectives. Reumatismo. 2004;56(1):87-106.

90. Tokem Y, Akyol AD, Argon G. The relationship between disability and self-care agency of Turkish people with rheumatoid arthritis. J Clin Nurs. 2007;16(3A):44-50.

91. Chen SY, Wang HH. The relationship between physical function, knowledge of disease, social support and self-care behavior in patients with rheumatoid arthritis. J Nurs Res. 2007;15(3):183-92.

92. Barlow JH, Williams B, Wright CC. Instilling the strength to fight the pain and get on with life': learning to become an arthritis self-manager through an adult education programme. Health Educ Res. 1999;14(4):533-44.

93. Whalley D, McKenna SP, de Jong Z, van der Heijde D. Quality of life in rheumatoid arthritis. Br J Rheumatol. 1997;36(8):884-8.

94. Gurjar NR, Thomas KT, Tiwari M.Effectiveness of supportive educational intervention on knowledge, self-care behavior, disease activity and health status among arthritis patients. International Journal of Research in Orthopaedics 2018;4(5):771.

95. Rahim RA, Cheng CH.Self-reported symptoms of depression, anxiety and stress among patients with rheumatoid arthritis in Malaysian rheumatology centre-prevalence and correlates.Med J Malaysia 2018;73(4):226-32.

96. Hindistan S, Ergüney S. Romatoid artritli hastalara verilen eğitimin ağrı düzeylerine, psikolojik belirtilerine ve yardım arama tutumlarına etkisi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008;11: 69-76.

97. Kurt E, Özdilli K, Yorulmaz H.Romatoid artritli hastalarda beden imajı ve benlik saygısı. Nöropsikiyatri Arşivi 2013;50: 202-8

98. Häkkinen A, Kautiainen H, Hannonen P, Ylinen J, Arkela-Kautiainen M, Sokka T. Pain and joint mobility explain individual subdimensions of the health assessment questionnaire (HAQ) disability index in patients with rheumatoid arthritis. Ann Rheum Dis. 2005;64(1):59-63.

99. Altındağ Ö, Altındağ A, Soran N, Tabur H.Romatoid artrit ve osteoartrit hastalarında yetiyitimi ve depresyon. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2007; 17: 24-9.

100. Scott DL, Smith C, Kingsley G. What are the consequences of early rheumatoid arthritis for the individual? Best Pract Res Clin Rheumatol. 2005;19(1):117-36.

101. Akkaya F. Romatoid Artrit Hastalarında Yalnızlık, Sosyal Destek Ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi.(tez). Erzurum: Atatürk Üniversitesi; 2015.

102. Fauci A, Langford C. Harrison's Rheumatology. McGraw-Hill Education.2013;3:345-9.

103. Keefe FJ, Brown GK, Wallston KA, Caldwell DS. Coping with rheumatoid arthritis pain: catastrophizing as a maladaptive strategy. Pain. 1989;37(1):51-6.

104. Miaskowski C, Dodd M, West C, Schumacher K, Paul SM, Tripathy D et al. Randomized clinical trial of the effectiveness of a self-care intervention to improve cancer pain management. J Clin Oncol. 2004;22(9):1713-20.

105. Shariff F, Carter J, Dow C, Polley M, Salinas M, Ridge D.Mind and body management strategies for chronicpain and rheumatoid arthritis. Qual Health Res.2009;19(8):1037-49.

106. Smedstad LM, Moum T, Vaglum P, Kvien TK. The impact of early rheumatoid arthritis on psychological distress. A comparison between 238 patients with RA and 116 matched controls. Scand J Rheumatol. 1996;25(6):377-82.

107. Sokka T, Kankainen A, Hannonen P. Scores for functional disability in patients with rheumatoid arthritis are correlated at higher levels with pain scores than with radiographic scores. Arthritis Rheum. 2000;43(2):386-9.

108. Macejová Z, Nagyová I, Szilasiová A, Kovarová M, Spisák B. Pain and rheumatoid arthritis. Vnitr Lek. 1999;45(6):359-63.

109. Sarzi-Puttini P, Fiorini T, Panni B, Turiel M, Cazzola M, Atzeni F. Correlation of the score for subjective pain with physical disability, clinical and radiographic scores in recent onset rheumatoid arthritis. BMC Musculoskelet Disord 2002;3:18.

110. Delen M. Romatoid artritli hastalarda skapular diskinezinin hastalık aktivitesi, yaşam kalitesi ve engel seviyesine etkisi (tez). Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2016.

111. Altan L, Bingöl Ü, Sağırkaya Z, Sarandöl A, Yurtkuran M. Romatoid artritli hastalarda anksiyete ve depresyon. Romatizma. 2004; 19(1):7-13.

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Romatoid artritte görülme sıklığına göre eklem tutulumları 6
Tablo 2. Eklem dışı tutulumlar 7
Tablo 3. Romatoid Artrit American College of Rheumatology (ACR) / European League Against Rheumatism (EULAR) 2010 Sınıflandırma Kriterleri 8
Tablo 4. Romatoid Artrit Sınıflama Kriterleri Açıklamaları 8
Tablo 5. Hastaların sosyodemografik özelliklere ait tanımlayıcı istatistikler..... 26
Tablo 6. Ölçek puanlarına ait tanımlayıcı istatistikler 27
Tablo 7. Ölçek puanları ile nicel demografik özellikler arasındaki ilişkinin incelenmesi..... 28
Tablo 8. Hastaların eğitim durumuna göre ölçek puanlarının karşılaştırılması..... 30
Tablo 9. Hastaların medeni duruma göre ölçek puanlarının karşılaştırılması 31
Tablo 10. Hastaların meslek durumuna göre ölçek puanlarının karşılaştırılması..... 32
Tablo 11. Hastaların kullandığı ilaçlara göre ölçek puanlarının karşılaştırılması 33
Tablo 12. Hastaların kronik hastalık durumuna göre ölçek puanlarının karşılaştırılması 34
Tablo 13. Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre VAS skorunun karşılaştırılması.... 35
Tablo 14. Hastaların nicel demografik özellikleri ile VAS skoru arasındaki ilişkinin incelenmesi 36

ÖZGEÇMİŞ

EKLER

EK 1- Hasta Bilgi Formu

EK 2- Sağlık Değerlendirme Anketi

EK 3- Beden İmajı Ölçeği

EK 4-Visual Analog Scala (VAS)

EK 5- Etik Kurul İzni

EK 6- Kurum izinleri

EK 7- İzin Metni

EK-1

ANKET FORMU

Katılımcının Tanımlayıcı Özellikleri

1-Yaşınız: .....

2-Boyunuz: .....

3- Kilonuz: .....

4-Beden Kitle İndeksi:.....

5-Eğitim Durumu: 1( )Okur-Yazar 2( )İlköğretim Mezunu

3( )Ortaöğretim-Lise Mezunu 4( )Üniversite Mezunu 5( )Okuma Yazma Bilmeyen

6-Medeni Durum:

1( ) Evli 2( )Bekar

7-Çocuk Sayısı.....

8-Mesleğiniz:

1( ) Ev Hanımı 2( ) Öğrenci 3( )Memur 4( ) Emekli

5( )İşçi 6( ) Diğer .....

9-Birlikte yaşadığınız kişiler:.

1( )Yalnız 2( )Eşim 3( ) Eşim ve çocuklarım 4( )Çocuklarım
5( )Diğer.....

10- Kaç yıldır Romatoid Artrit hastasısınız:.....yıl..

11-Romatoid artrit için kullandığınız ilaçlar .....

12- Başka bir kronik hastalığınız (şeker hastalığı, tansiyon yüksekliği, felç, böbrek hastalığı vs.) var mı?

1( ) Hayır

2( ) Evet ise lütfen belirtiniz. .....

EK 2

Sağlık Değerlendirme Anketi

Health Assessment Questionnaire (HAQ)

Hastanın Adı Soyadı: _____ Tarih: ____/____/_____

Geçtiğimiz hafta boyunca yaptığınız günlük aktivitelerinizle ilgili olarak durumunuza en iyi uyan cevabı işaretleyiniz.

	Rahatça Yapıyorum	Biraz Zorlanarak Yapıyorum	Çok zor Yapıyorum	Hiç Yapamıyorum
Giyinip Kuşanma				
Ayakkabı bağlamak ve düğme iliklemek dâhil, kendiniz giyinebiliyor musunuz?	❑0	❑1	❑2	❑3
Saçınızı yıkayabiliyor musunuz?	❑0	❑1	❑2	❑3
Doğrulma				
Düz bir sandalyeden kalkabiliyor musunuz?	❑0	❑1	❑2	❑3
Yatağa yatıp, kalkabiliyor musunuz?	❑0	❑1	❑2	❑3
Yemek Yeme				
Etinizi kesebiliyor musunuz?	❑0	❑1	❑2	❑3
Dolu bir fincanı veya bardağı ağzınıza götürebiliyor musunuz?	❑0	❑1	❑2	❑3
Yeni bir süt veya meyve suyu kutusunu açabiliyor musunuz?	❑0	❑1	❑2	❑3
Yürüme				
Dışarıda, düz bir zemin üzerindeyürüyebiliyor musunuz?	❑0	❑1	❑2	❑3
Beş basamak merdiven çıkabiliyor musunuz?	❑0	❑1	❑2	❑3
Hijyen				
Kendi kendinize yıkanıp, kurulanabiliyor musunuz?	❑0	❑1	❑2	❑3
Küvette banyo yapabiliyor musunuz?	❑0	❑1	❑2	❑3
Tuvalete oturup kalkabiliyor musunuz?	❑0	❑1	❑2	❑3
Uzanma				
Başınızın biraz üzerinde duran 2,5 kilo ağırlığındaki bir nesneye (örneğin şeker torbası gibi) uzanıp, nesneyi aşağıya indirebiliyor musunuz?	❑0	❑1	❑2	❑3
Eğilip yerden bir giysiyi alabiliyor musunuz?	❑0	❑1	❑2	❑3
Kavrama				
Araba kapılarını açabiliyor musunuz?	❑0	❑1	❑2	❑3
Daha önceden açılmış olan kavanoz kapaklarını açabiliyor musunuz?	❑0	❑1	❑2	❑3
Muslukları açıp kapatabiliyor musunuz?	❑0	❑1	❑2	❑3
Günlük İşler				
Günlük işlere koşturup, alışveriş yapabiliyor musunuz?	❑0	❑1	❑2	❑3
Arabaya binip inebiliyor musunuz?	❑0	❑1	❑2	❑3
Yerleri süpürme veya bahçe işleri gibi günlük işleri yapabiliyor musunuz?	❑0	❑1	❑2	❑3

Not: Yardımcı bir cihaz kullanılıyorsa puan en az 1, bir kişinin yardımı gerekiyorsa puan en az 2, hem cihaz hem de bir kişi yardımı gerekiyorsa da puan 3 olarak işaretlenmelidir. Test skoru, **toplam skorun işaretlenen soru adedine bölünmesi ile hesaplanır.** En fazla 3 olabilir. Yüksek puan düşük sağlık durumunu gösterir.

Fries JF, Spitz P, Kraines RG, Holman HR Arthritis Rheum. 1980 Feb;23(2):137-45

ftronline

Test Skoru (0-3): _____

EK 3

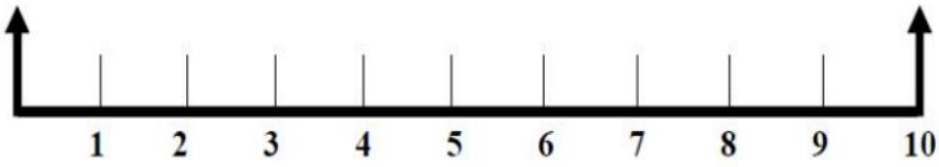
	Çok beğeniyorum	Oldukça beğeniyorum	Kararsızım	Pek beğenmiyorum	Hiç beğenmiyorum
1. Saçlarım	.....	.....	.....	.....	.....
2. Yüzümün rengi	.....	.....	.....	.....	.....
3. İştahım	.....	.....	.....	.....	.....
4. Ellerim	.....	.....	.....	.....	.....
5. Vücudumdaki kıl dağılımı	.....	.....	.....	.....	.....
6. Burnum	.....	.....	.....	.....	.....
7. Fiziksel görünümüm	.....	.....	.....	.....	.....
8. İdrar dışkı düzenim	.....	.....	.....	.....	.....
9. Kas kuvvetim	.....	.....	.....	.....	.....
10. Belim	.....	.....	.....	.....	.....
11. Enerji düzeyim	.....	.....	.....	.....	.....
12. Sırtım	.....	.....	.....	.....	.....
13. Kulaklarım	.....	.....	.....	.....	.....
14. Başım	.....	.....	.....	.....	.....
15. Çenem	.....	.....	.....	.....	.....
16. Vücut yapım	.....	.....	.....	.....	.....
17. Profilim	.....	.....	.....	.....	.....
18. Boyum	.....	.....	.....	.....	.....
19. Duyularımın keskinliği	.....	.....	.....	.....	.....
20. Ağrıya dayanıklılığım	.....	.....	.....	.....	.....
21. Omuzlarımın genişliği	.....	.....	.....	.....	.....
22. Kollarım	.....	.....	.....	.....	.....
23. Göğüslerim	.....	.....	.....	.....	.....
24. Gözlerimin şekli	.....	.....	.....	.....	.....
25. Sindirim sistemi	.....	.....	.....	.....	.....
26. Kalçalarım	.....	.....	.....	.....	.....
27. Hastalığa direncim	.....	.....	.....	.....	.....
28. Bacaklarım	.....	.....	.....	.....	.....
29. Dişlerimin şekli	.....	.....	.....	.....	.....
30. Cinsel gücüm	.....	.....	.....	.....	.....
31. Ayaklarım	.....	.....	.....	.....	.....
32. Uyku düzenim	.....	.....	.....	.....	.....
33. Sesim	.....	.....	.....	.....	.....
34. Sağlığım	.....	.....	.....	.....	.....
35. Cinsel faaliyetlerim	.....	.....	.....	.....	.....
36. Dizlerim	.....	.....	.....	.....	.....
37. Vücudumun duruş şekli	.....	.....	.....	.....	.....
38. Yüzümün şekli	.....	.....	.....	.....	.....
39. Kilom	.....	.....	.....	.....	.....
40. Cinsel organlarım	.....	.....	.....	.....	.....

EK 4

Visual Analog Skala (VAS)

Ölçekte: Ağrı şiddetiniz 1'den başlayarak 10'a kadar puanlandırılmıştır. Başlangıç çizgisi hiç ağrınız olmadığını, 10 numara ise dayanılmaz şiddette ağrınız olduğunu göstermektedir. Şu anda hissettiğiniz ağrı şiddetini en iyi gösterdiğini düşündüğünüz rakamı işaretleyiniz.

Şu anda hissetiğiniz ağrı şiddetinizi aşağıdaki ölçek üzerinden işaretleyiniz.



Ağrım yok derecede

Dayanılmaz

EK 5

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTF-BAEK 2021/113	
	PROTOKOL ADI	Romatoid Artritli Kadın Hastalarda Ağrı, Fonksiyonel Sağlık Durumu ve Beden İmajının Değerlendirilmesi	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Prof. Dr. Özgül EROL	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası

Tarih:29.03.2021

KARAR BİLGİLERİ	**Karar No:08/16** Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi Prof. Dr. Özgül EROL'un sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Yüksek Lisans Öğrencisi Hakan ŞEN'in tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş; araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmediği koşullarda ve veri toplanacak yerlerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.
ETİK KURUL BİLGİLERİ	
ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-BAEK Yönergesi

ÜYELER

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Dr. Öğr. Üyesi Fatma Gülsüm ÖNAL Başkan	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	E H	E H	
Prof. Dr. Hakan GÜRKAN Başkan Yardımcısı	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E (H)	(E) H	
Doç. Dr. Selçuk KORKMAZ Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. BiyoistatistikA.D.	K	E H	E H	
Prof. Dr. Mehmet Erdal VARDAR Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	K	E H	E H	
Prof. Dr. Hasan ÜMİT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E (H)	(E) H	
Dr. Öğr. Üyesi Oktay KAYA Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Galip EKUKLU Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Filiz TÜTÜNCÜLER KÖKENLİ Üye	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D	K	E (H)	(E) H	
Öğr. Gör. Dr. Sinan ATEŞ Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E H	(E) H	
Prof. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	E H	(E) H	
Prof. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Serhat OĞUZ Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E H	E H	
Avukat Emine NURLU Üye		T.Ü. Rektörlüğü	K	E (H)	(E) H	
Emekli Öğretmen Sinan SEÇKİN Üye		Serbest Üye	E	E (H)	(E) H	

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Ahmet TEZEL
Dekan a.
Dekan Yrd.

EK 6

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : E-37864143-302.14.03-75877 25.06.2021
Konu : İzleme

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İlgi : Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğünün 24/06/2021 tarih ve E.-75091 sayılı yazısı.

Anabilim Dalınız yüksek lisans programı öğrencisi Hakan ŞEN'in "Romatoid Artritli Kadın Hastalarda Ağrı, Fonksiyonel Sağlık Durumu ve Beden İmajının Değerlendirilmesi" başlıklı tez çalışmasını Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Romatoloji Polikliniğinde yapma talebinin uygun görüldüğüne ilişkin ilgi yazı ektedir.

Bilgilerinizi ve adı geçen öğrencinin bilgilendirilmesi hususunda gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Tammam SİPAHİ
Enstitü Müdürü

Ek:Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğünün Yazısı.

T.C.
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
Dahili Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlığı
İç Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı

Sayı : E-30804820-600-74739 23.06.2021
Konu : Tez Çalışması (Hakan ŞEN)

SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 17.06.2021 tarihli ve 600-E.71477 sayılı yazı

İlgi yazı ekinde belirtilen çalışmanın Romatoloji Bilim Dalımızda yapılması uygun bulunmuştur. Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Hüseyin Ahmet TEZEL
Anabilim Dalı Başkanı

T.C.
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
Dahili Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlığı
İç Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı

Sayı : E-30804820-600-74520 23.06.2021
Konu : Tez Çalışması (Hakan ŞEN)

İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İlgi : 21.06.2021 tarihli ve 600-E.72717 sayılı yazı

ilgili çalışmanın Romatoloji polikiniğinde yapılmasında sakınca bulunmamaktadır saygılarımla

Doç. Dr. Hakan EMMUNGİL
Romatoloji Bilim Dalı Başkanı

EK 7



sağlık değerlendirme anketi kullanım izni Gelen Kutusu ×

HAKAN ŞEN 20 Ara 2022 18:12 (8 gün önce)
Alıcı: ayse.kucukdeveci

Sayın hocam merhaba
Ben Hakan Şen, Trakya Universitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisiyim.Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini yapmış olduğunuz 'Stanford Health Assessment Questionnaire' ölçeğini, 'Romatoid Artritli Kadın Hastalarda Ağrı,Fonksiyonel Sağlık Durumu ve Beden İmajının Değerlendirilmesi' olarak planladığımız çalışmada kullanmak istiyoruz.Ölçeği kullanmamıza izin verirseniz çok seviniriz.Teşekkür ederim. Saygılarımla...

Ayşe Küçükdeveci 18:14 (2 saat önce)
Alıcı: ben

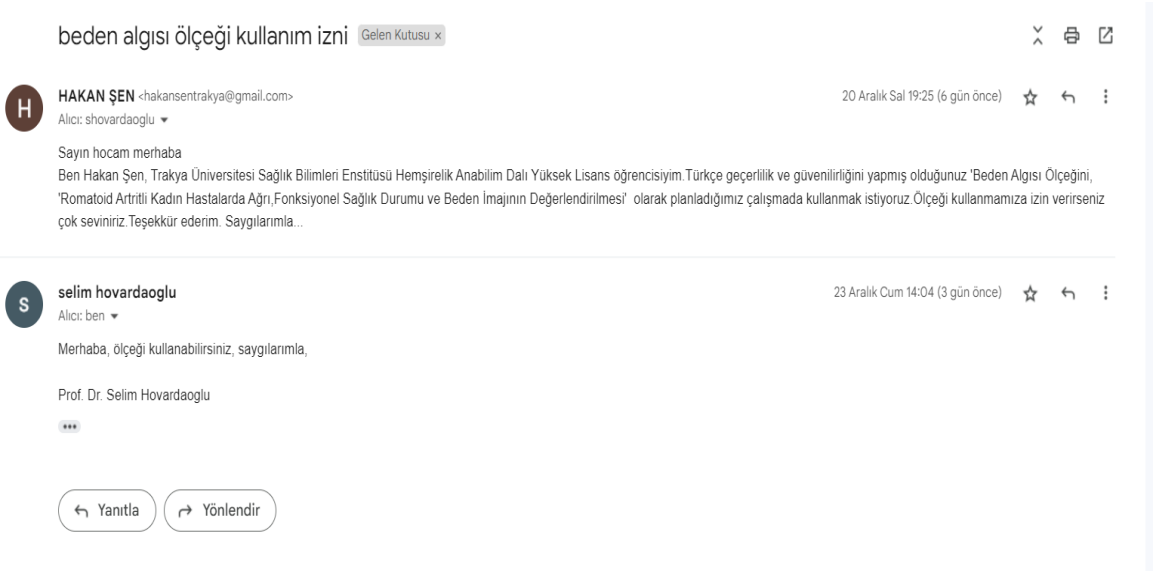
Sayın Hakan Şen,

Türkçe'ye adaptasyonunu yaptığımız Sağlık Değerlendirme Anketini (HAQ) çalışmanızda kullanabilirsiniz. Ekte ölçeği ve ilgili makalemizi yolluyorum.
Çalışmanızda başarılar dilerim.

Ayşe Küçükdeveci

Prof. Dr. Ayşe A. Küçükdeveci
Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı
İbni Sina Hastanesi, Kat 4, Samanpazarı, 06230 Ankara
Tel:
Faks:

Windows'u Etkinleştir
Windows'u etkinleştirmek için Ayarlar'a gidin.



beden algısı ölçeği kullanım izni Gelen Kutusu ×

HAKAN ŞEN <hakansentrakya@gmail.com> 20 Aralık Sal 19:25 (6 gün önce)
Alıcı: shovardaoglu

Sayın hocam merhaba
Ben Hakan Şen, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisiyim.Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini yapmış olduğunuz 'Beden Algısı Ölçeğini, 'Romatoid Artritli Kadın Hastalarda Ağrı,Fonksiyonel Sağlık Durumu ve Beden İmajının Değerlendirilmesi' olarak planladığımız çalışmada kullanmak istiyoruz.Ölçeği kullanmamıza izin verirseniz çok seviniriz.Teşekkür ederim. Saygılarımla...

selim hovardaoglu 23 Aralık Cum 14:04 (3 gün önce)
Alıcı: ben

Merhaba, ölçeği kullanabilirsiniz, saygılarımla,

Prof. Dr. Selim Hovardaoglu

Yanıtla Yönlendir