ROMATOİD ARTRİT HASTALARINDA YALNIZLIK, SOSYAL DESTEK VE YAŞAM KALİTESİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ

Fadime AKKAYA

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Emine KIYAK

Yüksek Lisans Tezi - 2015

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ROMATOİD ARTRİT HASTALARINDA YALNIZLIK, SOSYAL DESTEK VE YAŞAM KALİTESİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ

Fadime AKKAYA

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Emine KIYAK

ERZURUM
2015

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

ROMATOİD ARTRİT HASTALARINDA YALNIZLIK, SOSYAL DESTEK VE YAŞAM KALİTESİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ

Fadime AKKAYA

Tez Savunma Tarihi : **11.12.2015**

Tez Danışmanı : Doç. Dr. Emine KIYAK

Jüri Üyesi : Doç. Dr. Elanur YILMAZ KARABULUTLU

Jüri Üyesi : Yrd. Doç. Dr. Esra OKSEL

Onay

Bu çalışma yukarıdaki jüri tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Yavuz Selim SAĞLAM
Enstitü Müdürü

Yüksek Lisans Tezi
ERZURUM-2015

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR ..... **III**

ÖZET ..... **IV**

ABSTRACT ..... **V**

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ ..... **VI**

TABLOLAR DİZİNİ ..... **VII**

1. GİRİŞ **1**

2. GENEL BİLGİLER **4**

2.1. Romatoid Artrit'in Tanımı 4

2.2. Romatoid Artrit'in Epidemiyolojisi 4

2.3. Romatoid Artrit'in Etiyolojisi ve Risk Faktörleri 5

2.4. Romatoid Artrit'in Patofizyolojisi 6

2.5. Romatoid Artrit'in Belirti ve Bulguları 7

2.6. Romatoid Artrit'in Tanısı 8

2.7. Romatoid Artrit'in Tedavisi 10

2.8. Romatoid Artritte Yalnızlık 12

2.9. Romatoid Artritte Sosyal Destek 13

2.10. Romatoid Artritte Yaşam Kalitesi 14

2.11. Romatoid Artritte Hemşirelik Bakımı 17

3. MATERYAL VE METOT **20**

3.1. Araştırmanın Şekli 20

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman 20

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 20

3.4. Araştırma Verilerinin Toplanması 20

3.4.1. Anket Formu (EK-III) 21

3.4.2. UCLA- Yalnızlık Ölçeği (EK-IV) 21
3.4.3. Aileden Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (EK-V) 21
3.4.4. Romatoid Artrit Yaşam Kalitesi Ölçeği (RAQoL) (EK-VI) 22
3.5. Araştırmanın Uygulanması 22
3.6. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi 22
3.7. Araştırmanın Etik Yönü 23
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları 23
4. BULGULAR 24
5. TARTIŞMA 33
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 37
KAYNAKLAR 39
EKLER 55
EK-I. ÖZGEÇMİŞ 55
EK-II. ETİK KURUL SONUÇ FORMU 56
EK-III. ANKET FORMU 57
EK-IV. UCLA YALNIZLIK ÖLÇEĞİ 59
EK-V. AİLEDEN ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ (ASD/AL) 60
EK-VI. ROMATOİD ARTRİT YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ 61
EK-VII. BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU 62
EK-VIII. HASTANE İZİN YAZISI 63
EK-IX. BİLİMSEL ARAŞTIRMA PROJELERİ PROTOKOLÜ 64

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans tezi olarak yaptığım bu çalışmayı, değerli bilgi ve katkıları ile yöneten, tezimin her aşamasında yardımlarını esirgemeyen değerli hocam Doç. Dr. Emine KIYAK'a en derin saygı ve şükranlarımı sunarım.

Tezimin veri toplama aşamasında yardımlarını esirgemeyen Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi Fizik Tedavi ve Romatoloji Polikliniğindeki tüm personele ve araştırmaya katılan bütün hastalara,

Tezimin istatistikleri aşamasındaki yardımları için Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Yrd. Doç. Dr. Cantürk ÇAPIK'a,

Hayatımın her aşamasında olduğu gibi yüksek lisansım sırasında da her türlü destekleriyle yanımda olan ve sıkıntılarımı paylaşan canım aileme

Atatürk Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri (BAP-2013/278)'ne

Desteklerinden dolayı teşekkürlerimi sunarım.

Fadime AKKAYA

ÖZET

Romatoid Artrit Hastalarında Yalnızlık, Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi

Amaç: Araştırma romatoid artritli hastalarda yalnızlık, sosyal destek ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapıldı.

Materyal ve Metot: Tanımlayıcı olarak yapılan bu araştırma, Erzurum İli Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi Fizik Tedavi ve Romatoloji Polikliniğine Haziran 2014-Ocak 2015 tarihlerinde gelen 182 romatoid artrit hastasında yapıldı. Verilerin toplanmasında; Yalnızlık, Aileden Algılanan Sosyal Destek ve Romatoid Artrit Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesinde; güç analizi, korelasyon analizi, t testi ve varyans analizi kullanıldı.

Bulgular: Eğitim, bakım alma, hastalığını paylaşma, eklem şekil bozukluğu, aktivitelerin etkilenmesi ve ağrı durumunun yalnızlığı, aile tipi, eklem şekil bozukluğu, aktivitelerin etkilenmesi, ruh hali ve ağrının sosyal desteği, eğitim, bakım alma, hastalığını paylaşma, hareket kısıtlılığı, eklem şekil bozukluğu, aktivitelerin etkilenmesi, ağrı, tutukluk, yorgunluk ve uyku bozukluğunun yaşam kalitesini anlamlı bir şekilde etkilediği bulundu ($p<0.05$). Yalnızlık puanı ile sosyal destek puanı arasında $r=-0.339$ düzeyinde negatif yönlü, yalnızlık puanı ve yaşam kalitesi puanı arasında $r=0.257$ düzeyinde pozitif yönlü anlamlı ilişki bulundu. Sosyal destek puanı ile yaşam kalitesi puanı arasında ise $r=-0.286$ düzeyinde negatif yönlü ilişki bulundu.

Sonuç: İlköğretim mezunu, bakım almayan, hastalığını paylaşmayan, eklem şekil bozukluğu olan, aktiviteleri etkilenen ve ağrısı olan hastaların daha fazla yalnızlık yaşadıkları, geniş ailede yaşayan, eklem şekil bozukluğu olan, aktiviteleri etkilenen, ağrısı, tutukluğu ve ruh hali etkilenen hastaların sosyal desteklerinin daha az olduğu tespit edildi. İlköğretim mezunu, bakım almayan, hastalığını paylaşmayan, aktiviteleri etkilenen, hareket kısıtlılığı, eklem şekil bozukluğu, ağrısı, tutukluğu, yorgunluğu ve uyku bozukluğu olan hastaların yaşam kalitesinin daha düşük olduğu tespit edildi. Hastalarda yalnızlık arttıkça sosyal desteğin azaldığı ve yaşam kalitesinin düştüğü, sosyal destek arttıkça yaşam kalitesinin yükseldiği bulundu.

Anahtar Kelimeler: Romatoid artrit, sosyal destek, yalnızlık, yaşam kalitesi.

ABSTRACT

Determining the Effective Factors upon Loneliness, Social Support, and Life Quality among Rheumatoid Arthritis Patients

Aim: This study was conducted in order to determine the effective factors upon loneliness, social support, and life quality among rheumatoid arthritis patients.

Material and Method: This descriptive study was conducted with 182 rheumatoid arthritis patients coming to Physiotherapy and Rheumatology Polyclinic, Atatürk University Research Hospital in Erzurum Province between June 2014 and January 2015. Loneliness, Perceived Social Support (Family), and Rheumatoid Arthritis Quality of Life Questionnaire were used in order to collect of data. Power analysis, correlation analysis, t test, and analysis of variance have been used in order to assess the data.

Results: It was found that education, receiving care, sharing the disease, joint deformities, affected daily activities and pain significantly affected loneliness; family type, joint deformities, affected daily activities, psychological state, and pain significantly affected social support; education, receiving care, sharing the disease, movement restriction, joint deformities, affected daily activities, pain, stiffness, fatigue and sleep disorders significantly affected quality of life ($p<0.05$). There was a negative correlation at the level of $r=-0.339$ between loneliness and social support scores and a positive correlation at the level of $r=0.257$ between loneliness and life of quality scores. A negative correlation at the level of $r=-0.286$ between social support and quality of life scores was found.

Conclusion: Patients, who were primary school graduate, did not receive care, did not share their disease, had joint deformities, whose daily activities were affected and who had pain, experienced more loneliness; whereas patients who lived in extended families, had joint deformities, whose daily activities were affected, who had pain and stiffness and whose psychological state was affected received less social support. Patients who were primary school graduates, did not receive care, did not share their disease, whose daily activities were affected, who had movement restriction, joint deformities, pain, stiffness, fatigue and sleep disorder had lower quality of life. As loneliness of the patients increased, the social support reduced and their life quality decreased; whereas, as social support increased, their life quality increased.

Key Words: Rheumatoid Arthritis, social support, loneliness, quality of life.

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ACPA : Anti-citrullinated protein antibody

ACR : Amerikan Romatoloji Birliği

(American Collage of Rheumatology)

Anti-CCP : Anti-siklik sitrüllin peptid

CRP : C-reaktif protein

DMARD : Hastalık modifiye edici antiromatizmal ilaçlar

ESR : Eritrosit sedimantasyon hızı

EULAR : Avrupa Romatizma İle Mücadele Kurumu

(European League Against Rheumatism)

HLA-DRB1 : Human lökosit antijen

MTX : Metotreksat

RA : Romatoid Artrit

RAQoL : Romatoid artritte yaşam kalitesi

(The Rheumatoid Arthritis Quality of Life)

RF : Romatoid faktör

ROM : Range of motion

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo No **Sayfa No**

Tablo 4.1. Hastaların Demografik Özellikleri (n=182)..... 24

Tablo 4.2. Hastaların Hastalık Durumları ile İlgili Bazı Özelliklerin Dağılımları (n=182)..... 25

Tablo 4.3. Hastaların Ölçeklerden Aldıkları Puanların ve Ölçeklerin İç Tutarlılık Katsayılarının Dağılımları 26

Tablo 4.4. Hastaların Yalnızlık, Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesi Ölçek Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki..... 26

Tablo 4.5. Hastaların Sosyo-Demografik Verilerine Göre Yalnızlık Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=182)..... 27

Tablo 4.6. Yalnızlık Puan Ortalaması ile Yaş ve Hastalık Süresi Arasındaki İlişki..... 28

Tablo 4.7. Hastaların Sosyo-Demografik Verilerine Göre Sosyal Destek Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=182)..... 28

Tablo 4.8. Sosyal Destek Puan Ortalaması ileYaş ve Hastalık Süresi Arasındaki İlişki 30

Tablo 4.9. Hastaların Sosyo-Demografik Verilerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=182)..... 30

Tablo 4.10. Yaşam Kalitesi Puan Ortalaması ile Yaş ve Hastalık Süresi Arasındaki İlişki 32

1. GİRİŞ

Romatoid artrit (RA), sakatlığa yol açan, eklemleri etkileyen, kronik, otoimmün bir hastalıktır.[1] Eklemlerde tutukluk, ağrı, yorgunluk ve fonksiyonel bozukluklar nedeniyle hastaların psikolojik durumunu, fiziksel ve sosyal fonksiyonlarını olumsuz yönde etkilemektedir.[2]

RA dünyada yaygın olarak görülmekte ve tüm ırkları etkilemektedir.[3] Her yaşta ortaya çıkmakla beraber daha çok 35-60 yaşlarında, kadınlarda erkeklere oranla 2-4 kat daha fazla görülmektedir.[4-6] Prevalansı yaş ile birlikte artmakta ve yaş ilerledikçe cinsiyetler arasındaki fark azalmaktadır.[7, 8] RA'lı bir kişi için yaşam beklentisi ortalama 5 yıl kısalabilmektedir.[9]

RA ile ilgili insidans çalışmaları azdır ve çoğunlukla hastane kayıtlarına dayanmaktadır. Buna karşılık prevalansı dünyanın farklı bölgelerinde araştırılmış ve değişik bölge ve ırklarda farklı prevalans oranları bildirilmiştir. Dünya genelinde RA prevalansının %0.2-%1 olduğu belirtilmektedir.[3, 10, 11] Yapılan çalışmalarda RA sıklığının Güney Avrupa Ülkelerinden İspanya'da %0.5,[12] Fransa'da %0.3-0.5,[13] İtalya'da %0.3-0.5,[14] Yunanistan'da %0.3-0.7,[15] Yugoslavya'da %0.2[16] olduğu, Kuzey Avrupa Ülkelerinden İngiltere'de %0.8-1.1,[17] Finlandiya'da %0.8,[18] İsveç'de %0.5-0.8[19] olduğu bildirilmektedir. Kuzey Amerika'da görülme sıklığı Pima ve Chippewa'da yaklaşık %1, Kızılderililerde %5 olduğu bildirilmiştir.[20] Afrika ülkelerinden Kinshasada yapılan popülasyon çalışmasında, RA prevalansı %0.6-%0.9 olarak bulunmuştur.[21]

Yapılan çalışmalarda %0.2-%0.3 oranı ile Çin, Japonya, Yunanistan'ın kuzeybatısı, kırsal Afrika ve Akdeniz ülkelerinde az görüldüğü, %1 oranı ile Kızılderili ve Alaska yerli topluluklarında daha fazla görüldüğü belirtilmektedir.[20]

Ülkemizde yapılan çalışmalarda RA prevalansının İstanbul'da %0.22[22], İzmir'de %0.36[23], Antalya'da %0.35[24] ve Karadeniz'de %0.35 [25, 26] olduğu belirtilmektedir.

2013 Sağlık İstatistikleri Yıllığında; Türkiye'de RA morbiditesi kadınlarda %11.4, erkeklerde %4.2, toplamda %7.9 olduğu belirtilmiştir.[27]

RA'nın tedavisinde genellikle multidisipliner bir sağlık ekibi tarafından farmakolojik ve nonfarmakolojik tedavi yaklaşımları kullanılmaktadır.[28, 29] Tedavinin amacı; ağrı ve inflamasyonu azaltmak, eklem hasarını ve eklem dışı tutulumları önlemek, tedavinin yan etkilerini en aza indirmek, hasta eğitimi yapmak, remisyonu sağlamak ve yaşam kalitesini yükseltmektir.[30-32]

RA, hastaların günlük yaşamını olumsuz etkileyen kronik bir hastalıktır.[33] Hastaların yaşam kalitesindeki bozulmanın genel nüfusa oranla çok daha fazla olduğu belirtilmektedir.[34] Yapılan çeşitli araştırmalarda, hastaların yaşam kalitesinin düşük olduğu,[35, 36] günlük yaşam aktivitelerini yapamama durumunun,[37, 38] uyku sorunlarının,[39] ağrının,[40, 41] ağrı ve yorgunluğun[42, 43] yaşam kalitesini düşürdüğü belirtilmektedir.

Yalnızlığın romatizmal hastalıklarda sık görüldüğü,[44] yalnızlıkta ailenin rolünün büyük olduğu ve düşük sosyal destekle yalnızlık düzeyinin arttığı belirtilmektedir.[45] Romatizmal hastalıklarda genç, eğitim düzeyi düşük ve çalışmayan hastaların sosyal desteklerinin az olduğu ve yalnızlık düzeyinin fazla olduğu belirtilmektedir.[44]

Romatizmal hastalıklarda sosyal desteğin fiziksel ve ruhsal sağlığa katkılarının olduğu belirtilmektedir.[46] RA hastalarının işlevsel kayıplar, eklem ağrıları, deformasyonlar, beden imajı bozuklukları, emosyonel durum bozukluğu ve bağımlı olma gibi nedenlerle profesyonel yardıma ihtiyaç duydukları saptanmıştır. Yardım arayan bu hastaların stresli olayların etkisinde daha fazla kalan, olumlu olayları daha az yaşayan, aile yakınları ile sosyal katılımı düşük olan hastalar olduğu belirtilmiştir.[47] RA'lı hastalara aile üyelerinden destek sağlanması, ihtiyaç duydukları destek biçimlerinin keşfedilmesi, hastalığın neden olduğu sorunlar ile başa çıkmak için sosyal

desteğin gerekli olduğu belirtilmektedir.[48] Algılanan sosyal destek ne kadar yüksek ise olumsuz ruh hali ve stres faktörünün o kadar azaldığı belirtilmektedir.[49] Yunanlı RA hastaları ile yapılan bir çalışmada, sosyal desteğin kalitesinin hastalık aktivitesi, demografik faktörler ve toplumsal bütünleşmenin ötesinde yaşam kalitesini artırdığı ortaya çıkmıştır.[50] McCarron'un çalışmasında gelişmiş sosyal destek, artan bilgi ve öz yeterlilik ile katılımcıların güçlendirilmesi sağlanmış ve katılımcıların yaşam kalitesinde iyileşme saptanmıştır.[33]

RA hastalarının hastalık ve neden olduğu sakatlıkla başa çıkmak için aile üyelerinin sosyal desteğine ihtiyaç duydukları, bu konuda hemşirelerin ailelere destek sağlamaları, bilgi vermeleri ve rehberlik etmeleri gerektiği belirtilmektedir.[48] RA tedavisinde hemşirenin en önemli rollerinden birisi bakımdır. Hemşire RA hastasının bakımında hasta ve ailesine profesyonel destek sağlar.[51] Hemşirelerin RA'lı hastalara özgün tedavi ve bakım olanaklarının yanı sıra, bilgi vermeleri, öneride bulunmaları, hastalığını anlamalarına yardım etmeleri, hastalık yönetimine aktif katılmaları, hastaların daha az yetersizlik yaşamaları ve yaşam kalitelerini yükseltmeleri için son derece önemlidir.[52]

RA tedavisinde önemli bir ekip üyesi olan hemşirenin hastaların yalnızlık, sosyal destek, yaşam kalitesi ve etkileyen faktörleri belirleyerek gerekli bakımın planlanması ve uygulanmasıyla hastalara profesyonel bir destek sağlayacağı düşünülmektedir.

Bu araştırma romatoid artritli hastalarda yalnızlık, sosyal destek ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapıldı.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Romatoid Artrit' in Tanımı

Romatoid artrit (RA), sinoviyal dokudaki patolojik değişikliklerle karakterize, etiyolojisi tam olarak bilinmeyen otoimmün bir hastalıktır.[8] RA sinsi başlayan, kronik gidiş gösteren, sakatlığa ve deformitelere yol açan sistemik tutulumlu inflamatuar bir eklem hastalığıdır. [30, 53-55]

Vücuttaki diğer organları da etkileyebilen RA sadece bir eklem rahatsızlığı olarak görülmemektedir.[7] Ağrı, özürlülük, duygusal, fiziksel, sosyal ve ekonomik sorunlara da yol açabilmektedir.[2, 56]

2.2. Romatoid Artrit' in Epidemiyolojisi

RA dünyada yaygın olarak görülmekte ve tüm ırkları etkilemektedir.[3] Her yaşta ortaya çıkmakla beraber daha çok 35-60 yaşlarında, kadınlarda erkeklere oranla 2-4 kat daha fazla görülmektedir.[4-6] Prevalansı yaş ile birlikte artmakta ve yaş ilerledikçe cinsiyetler arasındaki fark azalmaktadır.[7, 8] RA'lı bir kişi için yaşam beklentisi ortalama 5 yıl kısalabilmektedir.[9]

RA ile ilgili insidans çalışmaları azdır ve çoğunlukla hastane kayıtlarına dayanmaktadır. Buna karşılık prevalansı dünyanın farklı bölgelerinde araştırılmış ve değişik bölge ve ırklarda farklı prevalans oranları bildirilmiştir. Dünya genelinde RA prevalansın %0.2-%1 belirtilmektedir.[3, 10, 11] Yapılan çalışmalarda RA sıklığının Güney Avrupa Ülkelerinden İspanya'da %0.5,[12] Fransa'da %0.3-0.5,[13] İtalya'da %0.3-0.5,[14] Yunanistan'da %0.3-0.7,[15] Yugoslavya'da %0.2[16] olduğu, Kuzey Avrupa Ülkelerinden İngiltere'de %0.8-1.1,[17] Finlandiya'da %0.8,[18] İsveç'de %0.5-0.8[19] olduğu bildirilmektedir. Kuzey Amerika'da görülme sıklığı Pima ve Chippewa'da yaklaşık %1, Kızılderililerde %5 olduğu bildirilmiştir.[20] Afrika ülkelerinden Kinshasada yapılan popülasyon çalışmasında, RA prevalansı %0.6-%0.9 olarak bulunmuştur.[21]

Yapılan çalışmalarda %0.2-%0.3 oranı ile Çin, Japonya, Yunanistan'ın kuzeybatısı, kırsal Afrika ve Akdeniz ülkelerinde az görüldüğü, %1 oranı ile Kızılderili ve Alaska yerli topluluklarında daha fazla görüldüğü belirtilmektedir.[20]

Ülkemizde yapılan çalışmalarda RA prevalansının İstanbul'da %0.22[22], İzmir'de %0.36[23], Antalya'da %0.35[24] ve Karadeniz'de %0.35 [25, 26] olduğu belirtilmektedir. İzmir, Antalya ve Karadeniz'de yapılan çalışmalara dayanarak Türkiye'de RA prevalansı %0.36 olup diğer Akdeniz ülkelerinde bildirilen sıklık oranlarına benzerlik göstermektedir.[10, 11]

2013 Sağlık İstatistikleri Yıllığında; Türkiye'de RA morbiditesi kadınlarda %11.4, erkeklerde %4.2, toplamda %7.9 olduğu, RA'nın bel ağrısı ve hipertansiyondan sonra üçüncü sırada hastalık/sağlık sorunu olduğu bildirilmektedir.[27]

2.3. Romatoid Artrit' in Etiyolojisi ve Risk Faktörleri

RA'nın sebebi tam olarak bilinmemekle[54] beraber, risk faktörlerinin yaş, cinsiyet, şiş eklem sayısı ve C-reaktif protein (CRP) seviyesi, otoantikorlar, çevresel faktörler ve genetik faktörler olduğu bilinmektedir.[55, 57-61]

RA her yaşta ortaya çıkmakla beraber daha çok 35-60 yaşlarında, kadınlarda erkeklere oranla 2-4 kat daha fazla görülmektedir.[4-6, 8, 62, 63] Yapılan araştırmalarda kadınlarda artan vücut kitle indeksi ile RA yüksek riskli, emzirme durumu ve oral kontraseptifler ile RA düşük riskli olarak ilişkilendirilmiştir.[55, 57, 64]

RA'da şiş eklem sayısı ve CRP seviyeleri inflamasyon düzeyini ve sıklıkla sinovit ilerlemesini ifade etmektedir. Poliartritin olması ve 50 mg/dl üzerindeki CRP'nin 5 kat daha fazla kötü hastalık prognozuyla ilişkili olduğu bildirilmektedir.[60]

Yapılan çalışmalarda, RA tanısı konmadan yaklaşık 2 ile 4 yıl öncesinde hastaların önemli bir kısmında anti-CCP (%30-50) ve RF (%20-50, IgM-RF, IgA-RF) pozitifliği saptanmıştır.[64-67]

Otoimmün bir hastalık olan RA için sigara ve HLA-DRB1 genotipleri arasında yapılan bir çalışmada çarpıcı düzeyde gen-çevre etkileşimi seropozitifliği görülmektedir.[61]

Sigara içme, romatoid faktör (RF) ve anti sitrulin protein antikor (ACPA) tepkisinin varlığı ile ilişkili, özellikle RA gelişimi için en önemli çevresel bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir [64, 68, 69] Buna karşın yapılan bir çalışmada uzun vadeli orta düzeyde alkol tüketimi RA riskini azaltmaktadır.[70]

RA'da ikiz kardeşler, birinci derece akrabalar ve HLA-DRB1 ortak epitop allelleri genetik yatkınlıkta rol almaktadır.[4, 60, 61, 64] Arnavutluğun başkenti Tirana'da yapılan bir çalışmada genetik faktörler kadınlarda %60, erkeklerde %45 sorumlu bulunmaktadır.[71]

Günümüzde, romatoid artritin önlenmesi için birincil müdahale olarak değiştirilebilir risk faktörleri olan obezite ve sigara kullanımından kaçınılması gerektiği desteklenmelidir.[61] İkincil müdahale olarak, pozitif aile öyküsü olanlarda epidemiyolojik ve genetik faktörlerin değerlendirilmesi için uygun bireyler tespit edilebilir.[72] Üçüncül müdahale olarak da eklem harabiyetinden kaçınmak için erken tanı sonrası yapılan tedaviler etkili olmaktadır.[64]

Özetle, kadın cinsiyette olmak, 50 mg/dl üzerindeki CRP seviyeleri, poliartrit mevcudiyeti, sigara kullanımı ve HLA-DRB1 taşıyıcılığı gibi risk faktörlerine sahip hastalar RA'ya doğru gidişatın gelişiminde ortak risk faktörleridir.[4-6, 8, 62, 63, 59, 60, 64]

2.4. Romatoid Artrit' in Patofizyolojisi

RA'da inflamasyonun;

1. Sinovit (eklem şişliği) gelişmesi,
2. Pannus formu (yangısal sıvı),
3. Ankiloz oluşması (oynar eklemlerin hareket yeteneğinin kaybolması),

4. Doku kalsifikasyonu (bir dokunun kemikleşmesi) şeklinde dört aşaması vardır.[9, 73]

RA'da otoimmün reaksiyon öncelikle sinoviyal dokuda meydana gelir. T hücrelerine antijen sunumu olur. T ve B hücre çoğalmasıyla sinovyal membranda ve küçük eklemlerde ağrı, sertlik ve yorgunluk ile bağlantılı olarak şişme görülür.[9, 56, 73]

Fagositoz eklem içinde enzimler üretir. Enzimler kollajen yıkımına, sinovyal sıvıda hücre çoğalmasına ve sonuçta pannüs oluşumuna neden olmaktadır. Pannüs kıkırdağı yok eder ve kemiği aşındırır.[9, 73]

Sıcak, şiş, dökülmeler, ağrı ve olası romatoid nodüller ile eklem yüzeylerinde ve eklem hareketlerinde kayıp vardır. Sinovit, erken pannüs işgali, kondrosit aktivasyonu ve proteinaz ile kıkırdağın bozulması fiziksel bulgu ve belirtilerinin şiddetinde artmaya sebep olur.[9, 73]

Kas lifleri dejeneratif değişikliklere uğrarlar. Subkondral kemik erozyonu, kıkırdak pannüs işgali, kondrosit çoğalması, bağların gevşekliği ile ortak istikrarsızlık, kontraktür, ROM, sistemik komplikasyonlar azalmıştır. Tendon ve bağ esnekliği ve kasılma gücü kaybolur.[9, 73]

2.5. Romatoid Artrit' in Belirti ve Bulguları

RA'nın başlama şekli hastadan hastaya farklılık göstermekle beraber hastaların büyük çoğunluğunda sinsi başlangıç söz konusudur. Bu süre içerisinde hafif bir ateş, şişlik, halsizlik, yorgunluk, sabah tutukluğu, kilo kaybı ve bir veya birkaç küçük eklemde ağrı vardır.[74]

Eklem belirtileri, bütün eklemlerde görülmekle beraber, en sık el ve el bilekleri, ayaklar, dirsek ve diz eklemlerinde ortaya çıkarken sakroiliak ve servikal vertebra dışında kalan omurgayı tutmaz.[4, 8]

Eklem dışı belirtiler daha şiddetli hastalığı olan hastalarda görülmekle birlikte

nadiren artrit başlamasından önce de ortaya çıkabilir. Eklem dışı belirtiler, deri altı nodülleri, iç organlardaki (visseral) nodüller, kalp tutulumu, akciğer tutulumu, göz tutulumu, nörolojik tutulum, romatoid vaskülit, felty sendromu, amiloidoz, osteoporoz, karaciğer tutulumu ve renal tutulumdur.[75]

Deri altı nodülleri, hastaların yaklaşık %30'unda ortaya çıkar ve genelde basınca maruz kalan bölgelerde gelişir.

İç organlardaki (visseral) nodüller, başta akciğer, skleralar, larinks ve kalp olmak üzere birçok organda görülebilirler. Genelde deri altı nodülleriyle beraber görülür.

Kalp tutulumu, kalpte vaskülit, nodül gelişimi, serozit, fibroz ve valvulit gibi çeşitli belirti bulgulara yol açabilir. En sık görülen şekli perikarditttir.

Felty sendromu, uzun süreli hastalığı olanlarda daha sık görülür. Hastaların yaklaşık %1'inde oluşabilir. Felty sendromu eklem inflamasyonu geriledikten sonra da görülebilir.

Akciğer tutulumu, rutin kontroller sırasında %1, otopside %50'ye ulaşan bir sıklıkta görülür. RA'nın süresi ve hastalığın şiddeti ile ilişkisizdir.

Göz tutulumu, en sık görülen göz bulgusu kuru gözdür. Hastalığın geç dönemlerinde görülür ancak hastalık şiddeti ile bir ilişki göstermez.

Romatoid vaskülit, geç dönemde görülen bir komplikasyondur, erken dönemde görülmesi kötü prognoza işarettir.[4, 7, 8, 75]

2.6. Romatoid Artrit' in Tanısı

Günümüzde RA tanısı için klinik ve laboratuvar bulgulara dayanılarak oluşturulan tanı kriterleri kullanılmaktadır.[76]

ACR tarafından 1958 yılında tanımlanan kriterler 1987 yılında revize edilmiş ve bugün 2010 ACR/EULAR romatoid artrit (RA) tanı kriterleri yayınlanmıştır.[76] Bu çalışmalarda, 1987 tanı kriterlerine göre sınıflandırılamamış veya erken artrit olarak tanı

almış hastaların yaklaşık üçte biri 2010 tanı kriterleri baz alındığında RA tanısı almıştır.[77, 78]

Romatoid artrit (RA)'nın tanı kriterlerinde taranması gereken hedef popülasyonunda;

1. Klinik olarak en az bir eklemde saptanmış sinovit (şişlik),
2. Başka bir hastalıkla açıklanamayan sinovit mevcudiyeti olmalıdır.

RA tanı kriterlerinde; eklem tutulumu, seroloji, akut faz parametreleri ve semptomatik süre esas alınmaktadır.[54]

Tutulan eklem sayısı, semptomatik sürenin 6 hafta öncesi ve sonrası önemli olmakla beraber, serolojik olarak RF ve ACPA pozitifliği, akut faz parametrelerinden de CRP ve ESR sonuçlarına dikkat edilerek puanlama yapılmaktadır.[76, 79]

Eklem tutulumu bir büyük eklemde ise 0 puan, 2-10 büyük eklemde ise 1 puan, eşlik eden büyük eklem tutulumu olsun veya olmasın 1-3 küçük eklemde ise 2 puan, eşlik eden büyük eklem tutulumu olsun veya olmasın 4-10 küçük eklemde ise 3 puan, en az biri küçük eklem olmak üzere 10 veya daha fazla eklem tutulumu var ise 5 puan almaktadır.

Seroloji sınıflama için en az bir test sonucu gereklidir. Negatif RF ve negatif ACPA 0 puan, düşük-pozitif RF veya düşük-pozitif ACPA 2 puan, yüksek-pozitif RF veya yüksek-pozitif ACPA'ya 3 puan verilmektedir.

Akut faz parametreleri sınıflandırması için de en az bir test sonucu gereklidir. Normal CRP veya normal ESR 0 puan, anormal CRP veya anormal ESR'ye 1 puan verilmektedir.

Semptomatik sürede ise 6 haftadan kısa süreli ise 0 puan, 6 hafta ve 6 haftadan fazla süreli ise 1 puan verilmektedir.

Yapılan bu puanlama sonucunda skorun ≥6/10 olması RA tanısı için gerekli olmaktadır.[76, 79]

Avrupa Romatizma İle Mücadele Kurumu (EULAR) tarafından; bir veya birden fazla eklemde artriti mevcut hastaların, semptomlar (eklemde şişlik, ağrı, kızarıklık) başladıktan sonraki 6 hafta içerisinde bir romatolog tarafından görülmesi önerilmektedir.[80]

2.7. Romatoid Artrit' in Tedavisi

RA'nın tedavisinde genellikle multidisipliner sağlık ekibi tarafından farmakolojik ve nonfarmakolojik tedavi yaklaşımları kullanılmaktadır.[28, 29] Tedavinin amacı; ağrı ve inflamasyonu azaltmak, eklem hasarını ve eklem dışı tutulumları önlemek, tedavinin yan etkilerini en aza indirmek, hasta eğitimi yapmak, remisyonu sağlamak ve yaşam kalitesini yükseltmektir.[30-32]

RA tanılı hastaların hedef kontrol seviyesine gelip gelmediğini gösteren ve tedaviye cevabını anlamamıza yardımcı Romatoid Faktör (RF) ve anti-siklik sitrüllin peptid (anti-CCP) seviyeleri, hastalık aktivite indeksleri, akut faz göstergeleri (ESR, CRP) ve radyolojik eklem hasarı gibi birtakım prognostik parametreler vardır. [32, 79]

RA yönetimi için 2010 EULAR önerileri sentetik ve biyolojik hastalık modifiye edici antiromatizmal ilaçlar (DMARD) güncellendi. DMARD'lar sentetik (sDMARD) ve biyolojik (bDMARD) diye iki gruba ayrılmaktadır. sDMARD' lar konvansiyonel sentetik csDMARD ve targeted sentetik tsDMARD diye, bDMARD' lar ise biyolojik orjinatör boDMARD ve biyosimilar bsDMARD diye ayrılır.

EULAR önerilerine göre ;

1. RA tanısı konulur konulmaz derhal DMARD'lar ile tedaviye başlanmalıdır.
2. RA tedavisinde hedef yapısal hasarın önlenmesi ve fonksiyonel düzelme için her hastada remisyon ve düşük hastalık aktivitesi sağlanmalıdır.

3. Eğer tedavinin başlangıcından itibaren 3. ayda hiçbir iyileşme yoksa veya 6. ayda hedefe ulaşılamamışsa tedavi yeniden düzenlenmelidir.
4. Aktif RA'lı hastalarda metotreksat (MTX) ilk basamak tedavi stratejisinin bir parçası olmalıdır.
5. MTX kontrendikasyonunda veya erken intoleransta sülfasalazin veya leflunomid ilk tedavi stratejisinde düşünülmelidir.
6. DMARD naif hastalarda monoterapi veya kombine olarak (steroid eklenmesinden bağımsız olarak) csDMARD'lar kullanılmalıdır.
7. Mono veya kombine csDMARD'lar ile birlikte düşük doz glikokortikoid tedavisi 6.aya kadar başlangıç tedavisinin bir parçası olarak düşünülmelidir, ancak klinik olarak mümkün olan en kısa sürede azaltılmalıdır.
8. İlk DMARD stratejisi ile hedefe ulaşılamamışsa; DMARD dirençli hastalarda;
9. Kötü prognostik faktörler yoksa; başka bir csDMARD tedavi stratejisi düşünülebilir.
10. Kötü prognoatik faktörler varsa; bir biyolojik DMARD eklenmesi düşünülmelidir.
11. MTX ve/veya diğer konvansiyonel sentetik DMARD stratejilerine yetersiz yanıt veren hastalarda, glukokortikoid olsun olmasın, biyolojik DMARD'lar (antiTNF'ler, abatacept veya tocilizumab ve bazı koşullarda rituximab) MTX ile beraber başlanmalıdır.
12. İlk biyolojik DMARD'a yanıt vermeyenlerde başka bir biyolojik DMARD kullanılmalıdır; ilk anti TNF'ye yanıt vermeyenlerde ikinci biyolojik başka bir anti TNF veya başka etki mekanizmalı bir biyolojik kullanılabilir.
13. Biyolojik tedaviye yanıt yoksa tofasitinib kullanılabilir.

14. Eğer glukokortikoidler kesildikten sonra da kalıcı remisyon devam ediyorsa ve özellikle de csDMARD ile kombinasyon varsa, bDMARD'ların azaltılması düşünülebilir.
15. Kalıcı uzun süreli remisyonda, hasta ve hekimin ortak kararı ile csDMARD dozunun da dikkatli azaltılması düşünülebilir.
16. Tedavinin yeniden ayarlanması gerektiğinde hastalık aktivitesinden başka faktörler de örneğin, yapısal hasarın progresyonu, komorbiditeler ve güvenlik konuları göz önünde tutulmalıdır.

Sonuçlar;

RA'nın başarılı tedavisi için stratejiler gereklidir.

Hedef; remisyon veya düşük hastalık aktivitesini sağlamaktır.

MTX (monoterapi veya sentetik DMARD'larla kombine) ilk basamak tedavidir.

İlk basamakta biyolojikler ile kombinasyon önerilmemektedir.

Biyolojikler genellikle DMARD'lar ile beraber kullanılmalıdır. (MTX kullanılamıyorsa tosilizumad monoterapi olarak kullanılabilir.)

Bazı RA hastalarında biyolojiklerin azaltılması mümkün olabilir.[30]

2.8. Romatoid Artritte Yalnızlık

Yalnızlık genel olarak "sosyal ilişkilerdeki yoksunluk ve yetersizlikten kaynaklanan, bireyi memnun etmeyen, psikolojik bir durum" olarak tanımlanmaktadır.[81] Yalnızlık evrensel olup yaş, cinsiyet, ırk, sınıf ayrımı olmaksızın her birey yaşamlarının bir kesitinde yalnızlık yaşayabilmektedir.[82] Yalnızlık, duygulara sık sık depresif belirtilerle eşlik etmesine rağmen yalnızlığın altında yatan şey tam olarak bilinmemektedir.[83] Öz' ün[82] aktardığına göre; Rook ise yalnızlığı; "bireyin başkaları tarafından anlaşılmadığını ve reddedildiğini hissettiğinde, başkalarından uzaklaşıp yabancılaştığında ya da sosyal bütünleşme ve duygusal yakınlık sağlayan etkinliklerde

uygun sosyal eşlerin bulunmayışı ile ortaya çıkan bir duygusal rahatsızlık durumudur" olarak tanımlamıştır.

RA eklem problemleri, ağrı, yorgunluk, tutukluk ve sertlik gibi yaygın belirtilere yol açmaktadır. Yalnızlık, romatizmal hastalıklarda sık görülmektedir. Romatizmal hastalıklarda yapılan bir çalışmada yalnızlığın genç olanlarda, eğitim düzeyi düşük olanlarda ve çalışmayan kişilerde daha fazla olduğu bulunmuştur.[44]

Hollanda ve Mısır'da kültürler arası çalışmada RA'lı olan kadınlar arasında yalnızlık düzeyleri ölçülmüş ve Mısır'da yalnızlık varyansı %36 ile daha kötü bulunmuştur. Bu durum anksiyete ve depresyonla doğru orantılı olarak görülmüştür. Ayrıca olumsuz sosyal desteğin yüksek olmasının da yalnızlık düzeyini artırdığı saptanmıştır. Hollanda'da yalnızlık varyansı %35 bulunmuş, hastalarda olumlu sosyal desteğin az oluşu, sakatlığın yüksek derecede olması, hastalık süresi ve yaş ile doğru orantılı olarak değiştiği saptanmıştır. Her iki ülkede de algılanan yalnızlıkta ailenin rolünün büyük olduğu ve düşük sosyal destekle yalnızlık düzeyinin arttığı saptanmıştır.[45]

2.9. Romatoid Artritte Sosyal Destek

Sosyal destek, güç bir durum içindeki bireye aile, arkadaş, komşular ve kurumdan sağlanan fiziksel ve psikolojik bir yardım olarak tanımlanır. Stresli olaylar ve sürekli zorlukların olumsuz etkisi ile başa çıkma oranıdır. Sosyal destek bireylerin sevgi, bağlılık, sevilme, güvenlik, benlik saygısı ve bir gruba ait olma gibi temel sosyal gereksinimlerini karşılar; fiziksel ve psikolojik sağlığı olumlu yönde etkiler.[84, 85]

Romatoid artrit (RA), hayatlarının en verimli dönemlerinde insanları etkileyen kronik sistematik bir hastalıktır. RA fiziksel ve ekonomik açıdan öte, hastaları psikolojik ve duygusal olarak da etkileyerek ciddi sonuçlar oluşturmaktadır.[86]

Aile üyeleri ailenin hasta üyesine bakım verme konusunda önemli rol almış olsalar da, kültürel ve ekonomik şartların değişmesiyle bakım verenin rolü zorlaşmıştır. Bu rolün seyri bakım gerektiren hastalığın seyri ile belirlenmektedir.[87] RA'lı hastalara aile üyelerinden destek sağlamak, ihtiyaç duydukları destek biçimlerini keşfetmek, RA kronikliği ve sakatlığı ile başa çıkmak için sosyal destek gerekmektedir.[48] Algılanan sosyal destek ne kadar yüksek ise negatif ruh hali ve stres faktörü o kadar azalmaktadır.[49] Yunanlı RA hastaları ile yapılan bir çalışmada, sosyal desteğin kalitesinin hastalık aktivitesi, demografik faktörler ve toplumsal bütünleşmenin ötesinde yaşam kalitesini artırdığı ortaya çıkmıştır.[50] Romatizmal hastalıkları olan hastalar ile yapılan başka bir çalışmada, sosyal destek alan hastaların fiziksel ve ruhsal sağlığına katkılarının olduğu saptanmıştır.[46]

RA'lı hastalar işlevsel kayıpları, eklem ağrıları, deformasyonları, beden imajı bozuklukları, olumsuz ruhsal durumları ve bağımlılık gereksinimleri nedeniyle profesyonel yardıma ihtiyaç duymaktadırlar. Yapılan araştırmada RA'lı hastalara verilen eğitim sonrası ağrı düzeylerinde düşme, yardım arama tutumlarında ve psikolojik belirtilerinde azalma olduğu tespit edilmiştir.[47]

RA hastalarının hastalık ve neden olduğu sakatlıkla başa çıkmak için aile üyelerinin sosyal desteğine ihtiyaç duydukları ve hemşirelerin de ailelere duygusal destek sağlamaları, bilgi vermeleri ve rehberlik etmeleri gerektiği yapılan çalışmalarda belirtilmiştir.[48]

2.10. Romatoid Artritte Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi; yaşam koşulları içinde elde edilebilecek kişisel doyumun düzeyini etkileyen, hastalıklara ve günlük yaşamın fiziksel, psikolojik ve toplumsal etkilerine verilen kişisel tepkileri gösteren bir kavramdır.[88] Yaşam kalitesinin içinde kültür, değer yargıları, kişinin konumu, amaçları bulunur. Birçok kronik hastalık ve

yetersizlik durumunda olduğu gibi romatoid artrit (RA)'lı bireylerde de tedavi edici girişimlerin amacı; sadece semptomları ve fonksiyonel durumu düzeltmek değil aynı zamanda hastanın yaşam kalitesini de artırmaktır.[89, 90]

RA, hastaların yaşamını olumsuz etkileyen kronik bir hastalıktır.[33] RA'lı hastalarda, istihdam kaybına bağlı ekonomik sorunlar, sosyal izolasyon, stres, sakatlığa bağlı bağımlılık ile depresyon gibi sorunlar oldukça sık görülür.[35] Bunun sonucunda RA'lı hastaların yaşam kaliteleri olumsuz yönde etkilenir.[35, 37]

Yapılan bir çalışmada, RA'nın özellikle ilerleyen dönemlerinde ağrı, yorgunluk, depresyon ve eklem bozulmalarına, bu durumunda sakatlığa ve yaşam kalitesinde düşmeye sebep olduğu bulunmuştur.[91]

RA'lı hastaların yaşam kalitesindeki bozulmanın genel nüfusa oranla çok daha fazla olduğu belirtilmektedir.[34] RA hastalarının yaşam kalitesine hastalık aktivitesinden çok fonksiyonel durum ve sağlık durumunun eşlik ettiği görülmektedir. Yapılan çalışmalarda RA tedavisinde ağrı ve hastalık aktivitesi kontrol altına alınırken, fonksiyonel durumun iyileştirilmesinin esas alındığı belirtilmektedir.[92]

RA, çalışma gibi günlük faaliyetlerin üzerinde etkisi olan kronik inflamatuar bir hastalıktır. RA'lı hastalarda verimlilik kaybının kişi, iş ve klinik faktörlerle ilişkili olduğu bulunmuştur.[34, 93] Son zamanlarda RA hastaları hastalık izni kullanarak çalışma saati ve iş verimliliği kaybına sebep olmaktadırlar.[94] Bu hastalar erken yaşta kalıcı sakatlık durumu nedeniyle iş gücü kaybı, iş değişikliği yapma, çalışma saatlerinde ve iş veriminde azalma gibi sorunlar yaşamaktadırlar. Bu sorunlar hastada rol kaybına, sosyal ve ekonomik kayıplara yol açarak yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır.[74, 95-97] Hastanın işten uzaklaştırılması yerine iş katılımının sağlanması toplumsal rolleri yerine getirmesine katkı sağlayarak yaşam kalitesinin artmasına sebep olmaktadır.[33, 93]

RA fiziksel ve ekonomik açıdan olduğu kadar psikolojik ve duygusal olarak da hastaları etkileyerek ciddi sonuçlara neden olmaktadır. RA'lı hastalarda başta depresyon ve anksiyete olmak üzere ruhsal bozuklukların genel popülasyona oranla sık görüldüğü bildirilmektedir.[98] Yapılan çalışmalarda medikal tedavinin yanı sıra mental sağlığın da takip edilmesi gerektiği belirtilmektedir. Mental sağlık ve fiziksel fonksiyonun bir arada sorunlu olması sosyal fonksiyonları olumsuz etkilemekte ve yaşam kalitesinde önemli sorunlar oluşturmaktadır.[36] Yapılan çalışmalarda daha fazla biyolojik DMARD (hastalık modifiye edici antiromatizmal ilaçlar) yetmezliği öyküsü olan ağır etkilenmiş RA hastaları için fiziksel ve ruhsal sağlığın iyileştirilmesi gerektiği belirtilmektedir.[34, 93] Bununla beraber hastalarda fiziksel ve duygusal boyutların yanı sıra ağrı, genel sağlık, fonksiyonel ve çalışma durumunun da yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği bildirilmektedir.[41] RA ve fibromiyalji hastalarının yaşam kalitelerinin karşılaştırıldığı çalışmada RA hastalarının mental sağlığını ağrı, yorgunluk, depresif semptomlar ve düşük eğitim seviyesinin etkilediği saptanmıştır.[99]

Yapılan çalışmalarda RA'da tedaviye rağmen ağrı, yorgunluk, fiziksel fonksiyon, depresyon, psikolojik faktörler, eklem bozulmaları hastalarda sakatlığa ve yaşam kalitesinde düşmeye sebep olmaktadır.[42, 91]

Son zamanlarda yapılan çalışmalarda aile geliri, eğitim düzeyi ve erkek cinsiyet gibi sosyokültürel farklılıkların stresli olaylarla başa çıkmak için sosyal destek kullanımı olsun veya olmasın yaşam kalitesine etkileri olduğu gösterilmiştir.[50]

Hastalara hastalığın özellikleri, nedenleri ve tedavisi hakkında ayrıntılı bilgi verilmesi, tıbbi tedaviye uyumun, diyetin ve düzenli egzersizin öneminin vurgulanması ve hastalığı ile nasıl baş edebileceğinin öğretilmesi, diğer bir anlatımla hastanın eğitilmesi çok önemlidir.[100] RA'lı hastaların tedavi ve bakımları ile ilgili eğitim almaları ağrı, özürlülük gibi fiziksel sorunları azaltabilmekte, hastalıkla baş etme gibi olumlu

tutumlar geliştirebilmekte, öz bakım ve yaşam kaliteleri açısından yararlı olmaktadır.[47, 101] Bu şekilde bir hasta eğitimi; uygulanan tedavinin başarısını artırmak, fonksiyonel yeterliliği sağlamak ve yaşam kalitesini artırmak açısından önem taşımaktadır.[100] Eğer RA; iyi kontrol altında tutulursa hastaların yaşam kaliteleri artabilir, erken ölüm riskleri azalabilir, bireylerin üretken kalmaları sağlanabilir.[102]

2.11. Romatoid Artritte Hemşirelik Bakımı

Romatoid Artrit (RA), eklem harabiyeti ve deformitesi ölçüsünde engellilik ve fonksiyonel kayıplara yol açmaktadır. RA'nın fiziksel etkileri, hastaların ruhsal ve sosyal rollerde değişiklikler yaşamasına neden olmaktadır.[74]

Hastalara hastalığın özellikleri, nedenleri ve tedavisi hakkında ayrıntılı bilgi verilmesi, tıbbi tedaviye uyumun, diyetin ve düzenli egzersizin öneminin vurgulanması ve hastalığı ile nasıl baş edebileceğinin öğretilmesi, diğer bir anlatımla hastanın eğitilmesi çok önemlidir.[100]

Yapılan araştırmada RA'lı hastalara verilen eğitim sonrası ağrı düzeylerinde düşme, yardım arama tutumlarında ve psikolojik sorunlarında azalma olduğu belirtilmektedir.[47] Hemşirelerin RA'lı hastalara özgün tedavi ve bakım olanaklarının yanı sıra, bilgi ve öneride bulunmaları için zaman ayırmaları, onların hastalıklarını anlamaları ve hastalık yönetimine katılmaları, hastaların daha az yetersizlik yaşamaları ve kaliteli bir yaşam düzeyine ulaşmaları için son derece önemlidir.[52, 103]

RA'lı hastalarda yorgunluk, ağrı, uyku bozukluğu, benlik saygısı ve cinsel fonksiyon bozuklukları da sık görülmektedir.[104-106] Hemşire yorgunluğa yönelik aktivite planlaması yapmalı, ağrıya yönelik ağrı yönetim modelleri kullanmalı, uyku hijyeninin sağlanması konusunda nonfarmakolojik yöntemlerle hastaya profesyonel destek vermeli, genel psikososyal sorunlara yönelik danışmanlık yapmalı, hastalar cinsel

fonksiyon bozukluğu hakkında bilgilendirilmeli ve kişiye özel tedavi ve eğitim programları planlamalıdır.[104-106]

RA ağrı, eklem yıkımı ve fonksiyonlarda azalmaya sebep olarak hastaların bakım alma ihtiyacını artırmaktadır.[51] RA tedavisinde önemli bir ekip üyesi olan hemşirenin rollerinden birisi bakımdır. Hemşire RA hastasının bakımında hasta ve ailesine profesyonel destek sağlar. Aynı zamanda hemşire tedavi seçenekleri konusunda araştırma yapma, gelişen tedavileri takip etme, hasta danışmanlığı yapma, hastalara tedaviler hakkında eğitim verme, hastanın bilinçli kararlar verip kendine bakım ve sorumluluk alma konularında da rol almaktadır.[51] Hemşire hasta bakımında, ilaç güvenliğini ve etkinliğini izlemede diğer sağlık çalışanlarının hastayı sevk etmesinde ve eklem aspirasyonu, enjeksiyonu gibi muayene ve prosedürleri gerçekleştirmede sorumludur. Ayrıca hasta sonuçlarını iyileştirmek, hastalık aktivitesine uygun şekilde tedavi ve takip etme sorumlulukları da vardır.[51]

Hastaların romatoloji kliniklerinden rahatça faydalanması ve gelişen uygulama ihtiyaçlarının karşılanması ancak geliştirilen stratejiler tarafından sağlanabilir. Yüksek kalitede bakım sağlamak için sağlık dağıtım sisteminin gelişmesi gerekmektedir.[107] Tokem'in vaka yönetimi uyguladığı RA hastalarında yetersizlik düzeyleri ve yaşam kalitesinde artma olduğu saptanmış, sağlık bakım maliyetlerinde bir miktar azalma ve hasta memnuniyetinde bir miktar artma olduğu saptanmıştır.[108]

RA'da tedavi, iltihabı azaltarak ilerleyici eklem hasarını önlemeye odaklanmıştır. Yeni tedaviler ve enflamatuar sürecin daha iyi anlaşılması, uygun şekilde önlenmesi ve ilerleyici bozulmanın en aza indirilmesi RA'yı yönetmek için önemlidir.[51] Artritli bireylerde fonksiyonel yetersizliğin azaltılması ve yaşam kalitesinin düzeltilmesi, tıbbi tedavinin yanında, hasta birey ile profesyonel sağlık ekibi arasındaki iletişimin iyi olması ve iyi bir hasta yönetiminin planlanması ile mümkün olabilir.[109]

Biyolojikler, RA inflamatuar yanıtta önemli ilaç sınıfında yer almaktadır ve RA yönetiminde uzmanlaşmış personele ihtiyaç vardır.[74] ABD'de önümüzdeki on yılda romatoloji hizmetlerine olan talebin artacağını göstermektedir.[110] Romatoloji hemşirelerinin hastalarına uygulama sorumluluklarının arttığını göstermektedir. Çoğu RA tanısı alan hastaların tedavi ve hastalık aktivite tedbirlerini kullanarak rahat yaşam süreceği görülmektedir.[107]

Bu hastalar için bir çok psikososyal faktörlerin tanınması gerekir. RA ile başa çıkma ve uyum iyileştirilmesi ile hastanın algıladığı stres azaltılabilir.[33] Hemşirenin görevi hastayı ve aileyi desteklemek, bilgilendirmek ve rehberlik etmektir.[48, 111,] Hemşire RA hastalarında, hastalığın remisyonunun sağlanmasında gerekli olan tedavinin yapılmasında, remisyonun sürdürülmesinde, semptom ve belirtilerin azaltılmasında, hastalık aktivitesini ölçen skalaların kullanılmasında, hastaya hastalık hakkında bilgi verilmesinde önemli rollere sahiptir.[112]

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma RA hastalarında yalnızlık, sosyal destek ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırmanın verileri, Erzurum İli Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi Fizik Tedavi ve Romatoloji Polikliniğinde toplandı. Haziran 2014-Ocak 2015 tarihleri arasında gelen ve romatoid artrit tanısı konan hastalar ile yapıldı.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Erzurum İli Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi Fizik Tedavi ve Romatoloji Polikliniğine Haziran 2014-Ocak 2015 tarihleri arasında gelen ve ulaşılabilen 202 RA hastası oluşturdu. Bu 202 hastadan 20 hasta çeşitli nedenlerle (araştırmaya katılımı kabul etmeme, dil bilmeme vs.) araştırma dışı bırakıldı. Araştırmanın örneklemini bu tarihlerde gelen, araştırmaya alınma kriterlerine uyan 182 RA hastası oluşturdu.

Örneklemin yeterliliğini belirlemek için yapılan güç analizinde 0.05 önemlilik düzeyinde %95 güven aralığında etki büyüklüğü 0.55, güç 0.95 olarak belirlendi. Bu değer örneklemin yeterli olduğuna işaret etmektedir.

Araştırmaya alınma kriterleri:

- 18 yaşından büyük olmak,
- Fizik Tedavi ve Romatoloji Polikliniğine gelen RA hastası olmak.

3.4. Araştırma Verilerinin Toplanması

Araştırma verilerinin toplamasında;

- Anket formu (EK III)
- Yalnızlık ölçeği (UCLA) (EK IV)

- Aileden algılanan sosyal destek ölçeği (EK V)
- Romatoid artrit yaşam kalitesi ölçeği (RAQoL) (EK VI) kullanıldı.

3.4.1. Anket Formu (EK-III)

Anket formu araştırmacı tarafından literatür bilgileri doğrultusunda[2, 3, 8, 55, 62] hazırlanan, hastaların sosyo demografik ve klinik özelliklerini belirleyen 23 sorudan oluşmuştur.

3.4.2. UCLA- Yalnızlık Ölçeği (EK-IV)

UCLA-Yalnızlık Ölçeği, bireylerin yalnızlık durumlarını değerlendirmek için Russel, Peplau ve Fergison[113] tarafından geliştirilen ölçeğin ülkemizde Demir[114] tarafından geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır. Dörtlü likert tip ölçek üzerinden sosyal ilişkilerle ilgili duygu ve düşüncelerin ne sıklıkta yaşandığı değerlendirilmektedir. Ölçekte 10'u ters 10'u düz olarak kodlanmış toplam 20 madde bulunmaktadır. 1,4,5,6,8,9,10,15,16,19,20. sorularda birey işaretlediğinin tersi puan alır. Her bir madde için en yüksek puan 80, en düşük puan 20'dir. Yalnızlık puanı 20-80 arasında değişir, puan yükseldikçe yalnızlık durumu artar, puan azaldıkça yalnızlık durumu azalır.[114]

3.4.3. Aileden Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (EK-V)

Pracidona ve Heller tarafından geliştirilen, Sorias tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan ölçeğin Türkçe çevirisi ve geçerlilik çalışması Eskin[115] tarafından yapılmıştır. Ölçekte "evet, hayır ve bilmiyorum" yanıt seçeneklerinden oluşan 20 madde bulunmaktadır. Algılanan sosyal desteği gösteren tepki, her madde için 1 olarak puanlanmaktadır. Bilmiyorum seçeneğine puan verilmemektedir. Ölçekte 3, 4, 6, 16, 19 ve 20. maddeler ters ifadelerdir. Bu sorularda hayır seçeneğine 1 puan verilmektedir. Elde edilen puanlar 0-20 arasında değişmekte, puanlar yükseldikçe sosyal destek artmaktadır.[115]

3.4.4. Romatoid Artrit Yaşam Kalitesi Ölçeği (RAQoL) (EK-VI)

RA'lı bireylerin yaşam kalitesini tanılamak için De Jong, Van Der Heijde, McKenna ve Whalley[116] tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Kutlay[117] tarafından yapılmıştır. Ölçek, RA'lı bireylerde kullanım için ve hastaların kendilerinin doldurmalarına uygun olacak şekilde geliştirilmiştir. 30 sorudan oluşan ölçekte; sorular "evet-1" ve "hayır-0" olarak puanlanır. Elde edilen puanlar 0-30 arasında değişmekte ve yüksek skorlar kötü yaşam kalitesini göstermektedir.[117]

3.5. Araştırmanın Uygulanması

Ön uygulama: Erzurum ili Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi Fizik Tedavi ve Romatoloji Polikliniğine Nisan 2014'te başvuran 20 hasta ile yapıldı. Ön uygulama sonucuna göre anket formunda gerekli düzenlemeler yapılarak anket formuna son hali verildi.

- Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi Fizik Tedavi ve Romatoloji Polikliniğine gelen romatoid artrit hastalarıyla araştırmacı poliklinikte tanıştı.
- Araştırmacı çalışmanın kapsamı ve uygulaması hakkında hastaya bilgi verdi.
- Araştırmacı tarafından araştırmaya katılmayı kabul eden hastaların yazılı ve sözlü onamları alındı.
- Araştırmanın verileri araştırmaya katılmayı kabul eden hastalarla yüz yüze görüşülerek toplanıldı.

3.6. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde; yüzdelik, ortalama, güç analizi, korelasyon analizi, t testi ve varyans analizi kullanıldı.

3.7. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya katılan hastalardan yazılı ve sözlü onam alındı (EK-VII). Araştırma için Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesin'den etik kurul izni (EK-II) ve Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinden yazılı izin alındı. (EK-VIII).

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmanın verileri Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi Fizik Tedavi ve Romatoloji Polikliniğine gelen 182 romatoid artrit hastası ile sınırlıdır.

4. BULGULAR

Bu bölümde hastaların genel tanıtıcı özellikleri verildikten sonra yalnızlık, sosyal destek ve yaşam kalitesi puan ortalamalarını etkileyen faktörler incelenmiştir.

Tablo 4.1. Hastaların Demografik Özellikleri (n=182)

Demografik Özellikler		**n**	**%**
Cinsiyet	Kadın	134	73.6
	Erkek	48	26.4
Yaş		**Ort.**	**SS**
	Min: 18, Max: 70	43.53	13.19
		N	**%**
Medeni Durum	Evli	154	84.6
	Bekâr	28	15.4
Eğitim Durumu	İlköğretim	117	64.3
	Lise	37	20.3
	Üniversite	28	15.4
Gelir Durumu	Gelir az	52	28.6
	Gelir gidere eşit	123	67.6
	Gelir fazla	7	3.8
Sağlık Güvencesi	Var	174	95.6
	Yok	8	4.4
Aile Tipi	Çekirdek aile	135	74.2
	Geniş Aile	47	25.8
Çocuk	Var	145	79.7
	Yok	37	20.3
Konum	Büyükanne/baba	18	9.9
	Baba	26	14.3
	Anne	107	58.8
	Çocuk	23	12.6
	Diğer	8	4.4

Tablo 4.1'de görüldüğü gibi hastaların %73.6'sı kadın ve yaş ortalaması 43.53±13.19 olup, yaşlar 18-70 arasında değişmektedir. Hastaların %84.6'sının evli olduğu, %64.3'ünün ilköğretim düzeyinde eğitim aldığı ve %67.6'sının gelirinin giderine eşit olduğu bulundu. Hastaların %95.6'sının sağlık güvencesi bulunmakta, %74.2'si çekirdek ailede yaşamakta, %79.7'sinin çocuk sahibi olduğu ve %58.8'inin anne olduğu bulundu.

Tablo 4.2. Hastaların Hastalık Durumları ile İlgili Bazı Özelliklerin Dağılımları (n=182)

Özellikler		**Ort.**	**SS**
Hastalık Süresi (yıl)	Min:1, Max:45	2.97	1.31
		n	**%**
Aile Üyelerinden Bakım Alma Durumu	Evet	117	64.3
	Hayır	65	35.7
Başka Hastalık	Var	73	40.1
	Yok	109	59.9
Hastalığını Yakınlarıyla Paylaşma Durumu	Evet	179	98.4
	Hayır	3	1.6
Hareket Kısıtlılığı	Var	129	70.9
	Yok	53	29.1
Eklem Şekil Bozukluğu	Var	73	40.1
	Yok	109	59.9
Günlük Yaşam Aktivitelerini Etkileme	Etkiliyor	144	79.1
	Etkilemiyor	38	20.9
Ağrı	Var	143	78.6
	Yok	39	21.4
Tutukluk	Var	137	75.3
	Yok	45	24.7
Ruh Halini Etkileme	Etkiliyor	129	70.9
	Etkilemiyor	53	29.1
Yorgunluk	Var	158	86.8
	Yok	24	13.2
Uyku Bozukluğu	Var	112	61.5
	Yok	70	38.5
İlaç Kullanma	Evet	137	75.3
	Hayır	45	24.7
Hangi İlaç (N=136)	Biyolojik	6	4.4
	DMARD	47	34.6
	Analjezik	40	29.4
	Kortizon	28	20.6
	Diğer	15	11.0

Tablo 4.2'de görüldüğü gibi hastaların hastalık süresi ortalama 2.97±1.31 yıldır. Katılımcıların %64.3'ü aile üyelerinden bakım almaktadır. Hastaların %98.4'ü hastalığını paylaşabilmekte, %70.9'unun hareket kısıtlılığı bulunmakta, %79.1'inin günlük yaşam aktiviteleri etkilenmektedir. Hastaların %78.6'sında ağrı, %75.3'ünde

tutukluk, %86.8'inde yorgunluk, %61.5'inde uyku bozukluğu bulunmakta ve %70.9'unda hastalık ruh halini etkilemektedir. Hastaların %75.3'ü ilaç kullanmakta ve kullanılan ilaç %34.6 ile DMARD'dır. Hastaların %59.9'unun eklem şekil bozukluğu ve başka hastalığı bulunmamaktadır.

Tablo 4.3. Hastaların Ölçeklerden Aldıkları Puanların ve Ölçeklerin İç Tutarlılık Katsayılarının Dağılımları

	n	**Min**	**Max**	**Ort**	**SS**	**Cronbach α**
Yalnızlık	182	21	76	38.62	12.26	0.89
Sosyal Destek	182	0	20	15.78	4.20	0.89
Yaşam Kalitesi	182	0	30	15.19	7.77	0.92

Tablo 4.3'de görüldüğü gibi hastalar yalnızlık ölçeğinden ortalama 38.62±12.26, sosyal destek ölçeğinden 15.78±4.20, yaşam kalitesi ölçeğinden 15.19±7.77 puan almışlardır. Ölçeklerin Cronbach α kat sayılarına bakıldığında, yalnızlık ölçeğinin 0.89, sosyal destek ölçeğinin 0.89, yaşam kalitesi ölçeğinin 0.92 olduğu görüldü.

Tablo 4.4. Hastaların Yalnızlık, Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesi Ölçek Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

	Yalnızlık	**Sosyal Destek**	**Yaşam Kalitesi**
Yalnızlık	-	r= -0.339**	r= 0.257**
	-	p= **0.000**	p= **0.001**
Sosyal Destek	r= -0.339**	-	r= -0.286**
	p= **0.000**	-	p= **0.000**
Yaşam Kalitesi	r= 0.257**	r= -0.286**	-
	p= **0.001**	p= **0.000**	-

Tablo 4.4'de görüldüğü gibi yalnızlık puanı ile sosyal destek puanı arasında r= -0.339 düzeyinde negatif yönlü, yaşam kalitesi puanı arasında r=0.257 düzeyinde pozitif yönlü anlamlı ilişki bulundu ($p<0.05$). Sosyal destek puanı ile yaşam kalitesi arasında=-0.286 düzeyinde negatif yönlü ilişki bulundu ($p<0.05$).

Tablo 4.5. Hastaların Sosyo-Demografik Verilerine Göre Yalnızlık Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=182)

Değişkenler		n	Ort.	SS	Önemlilik
Cinsiyet	Kadın	134	39.26	12.80	U=2898.000
	Erkek	48	36.85	10.56	p= 0.310
Medeni Durum	Evli	154	39.11	12.24	U=1755.000
	Bekâr	28	35.88	12.25	p= 0.118
Eğitim Durumu	İlköğretim	117	40.54	12.72	X^2_{KW}=9.158
	Lise	37	35.57	11.46	p= **0.010**
	Üniversite	28	34.63	9.62	
Aile Tipi	Çekirdek aile	135	37.79	11.60	U=2788.500
	Geniş Aile	47	41.00	13.85	p= 0.217
Aile Üyelerinden Bakım Alma Durumu	Evet	117	37.42	12.20	U=3010.000
	Hayır	65	40.76	12.16	p= **0.020**
Başka Hastalık	Var	73	38.12	12.19	U=3810.500
	Yok	109	38.95	12.36	p= 0.628
Hastalığını Yakınlarıyla Paylaşma Durumu	Evet	179	38.29	12.03	U=53.500
	Hayır	3	58.33	11.37	p= **0.017**
Hareket Kısıtlılığı	Var	129	38.82	12.61	U=3369.00
	Yok	53	38.11	11.48	p= 0.878
Eklem Şekil Bozukluğu	Var	73	42.64	13.50	U=2748.500
	Yok	109	35.92	10.60	p= **0.000**
Günlük Yaşam Aktivitelerini Etkileme	Etkiliyor	144	39.33	12.24	U=2167.500
	Etkilemiyor	38	35.89	12.11	p= **0.049**
Ağrı	Var	143	40.08	12.82	U=1856.00
	Yok	39	33.26	8.05	p= **0.001**
Tutukluk	Var	137	39.24	12.27	U=2625.00
	Yok	45	36.73	12.16	p= 0.135
Ruh Halini Etkileme	Etkiliyor	129	39.03	11.88	U=3076.000
	Etkilemiyor	53	37.62	13.20	p= 0.288
Yorgunluk	Var	158	38.75	12.39	U=1799.500
	Yok	24	37.75	11.62	p= 0.688
Uyku Bozukluğu	Var	112	40.00	13.49	U=3504.500
	Yok	70	36.42	9.69	p= 0.229
İlaç Kullanma	Evet	137	38.72	12.62	U=3067.500
	Hayır	45	38.30	11.23	p= 0.961

Tablo 4.5'de hastaların sosyo-demografik verilerine göre yalnızlık ölçek puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Tabloda görüldüğü gibi cinsiyet, medeni durum, aile tipi, başka hastalığın olma durumu, hareket kısıtlılığı, tutukluk, ruh halini etkileme durumu, yorgunluk, uyku bozukluğu ve ilaç kullanma durumu yalnızlık puan ortalamasını istatistiksel olarak etkilemedi ($p>0.05$). Eğitim durumu, aile üyelerinden bakım alma durumu, hastalığını yakınlarıyla paylaşma durumu, ağrı, eklem şekil bozukluğu ve günlük yaşam aktivitelerini etkileme durumu ise istatistiksel olarak yalnızlık puan ortalamasını etkiledi ($p<0.05$). Eğitim durumundaki yalnızlık puanının hangi eğitim seviyesinden kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde ilköğretim mezunlarında anlamlı olarak diğer eğitim seviyelerinden yüksek yalnızlık puan ortalaması olduğu belirlendi ($p<0.05$). Aile üyelerinden bakım almayanların, hastalığını yakınlarıyla paylaşmayanların, ağrısı olanların, eklem şekil bozukluğu olanların ve günlük yaşam aktiviteleri etkilenenlerin yalnızlık puan ortalaması daha yüksek bulundu ($p<0.05$).

Tablo 4.6. Yalnızlık Puan Ortalaması ile Yaş ve Hastalık Süresi Arasındaki İlişki

	Yaş	**Hastalık süresi**
Yalnızlık Puan	r= 0.023	r= 0.100
Ortalaması	p= 0.756	p= 0.178

Tablo 4.6'da görüldüğü gibi yaş ve hastalık süresi ile yalnızlık puan ortalaması arasında istatistiksel olarak ilişki tespit edilmedi ($p>0.05$).

Tablo 4.7. Hastaların Sosyo-Demografik Verilerine Göre Sosyal Destek Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=182)

Değişkenler		**n**	**Ort.**	**SS**	**Önemlilik**
Cinsiyet	Kadın	134	16.07	4.06	U= 2674.500
	Erkek	48	14.98	4.51	p= 0.082
Medeni Durum	Evli	154	15.88	4.22	U= 1859.500
	Bekâr	28	15.21	4.12	p= 0.244

Tablo 4.7. (Devamı)

Eğitim Durumu	İlköğretim	117	15.90	4.06	X^2_{KW}= 0.405 p= 0.817
	Lise	37	15.51	4.56	
	Üniversite	28	15.64	4.42	
Aile Tipi	Çekirdek aile	135	16.16	4.20	U= 2398.00 p= **0.012**
	Geniş Aile	47	14.68	4.05	
Aile Üyelerinden Bakım Alma Durumu	Evet	117	15.80	4.10	U= 3762.00 p= 0.905
	Hayır	65	15.74	4.40	
Başka Hastalık	Var	73	16.05	4.12	U= 3688.00 p= 0.401
	Yok	109	15.60	4.26	
Hastalığını Yakınlarıyla Paylaşma Durumu	Evet	179	15.80	4.19	U= 225.500 p= 0.632
	Hayır	3	14.33	5.13	
Hareket Kısıtlılığı	Var	129	15.45	4.34	U= 2947.500 p= 0.142
	Yok	53	16.58	3.75	
Eklem Şekil Bozukluğu	Var	73	14.73	4.71	U= 3080.50 p= **0.009**
	Yok	109	16.49	3.67	
Günlük Yaşam Aktivitelerini Etkileme	Etkiliyor	144	15.51	4.21	U= 2114.00 p= **0.030**
	Etkilemiyor	38	16.82	4.05	
Ağrı	Var	143	15.31	4.44	U= 2026.500 p= **0.008**
	Yok	39	17.49	2.51	
Tutukluk	Var	137	15.31	4.25	U= 2057.00 p= **0.001**
	Yok	45	17.22	3.71	
Ruh Halini Etkileme	Etkiliyor	129	15.30	4.33	U= 2529.00 p= **0.006**
	Etkilemiyor	53	16.94	3.65	
Yorgunluk	Var	158	15.48	4.28	U= 1179.500 p= 0.003
	Yok	24	17.75	3.04	
Uyku Bozukluğu	Var	112	15.47	4.44	U= 3592.00 p= 0.0339
	Yok	70	16.27	3.76	
İlaç Kullanma	Evet	137	15.54	4.46	U= 2837.500 p=0.421
	Hayır	45	16.51	3.19	

Tablo 4.7'de hastaların sosyo-demografik verilerine göre sosyal destek ölçek puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Tabloda görüldüğü gibi cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, aile üyelerinden bakım alma durumu, başka hastalığın olma durumu, hastalığını yakınlarıyla paylaşma durumu, hareket kısıtlılığı, yorgunluk, uyku bozukluğu ve ilaç kullanma durumu sosyal destek puan ortalamasını istatistiksel olarak etkilemedi ($p>0.05$). Aile tipi, eklem şekil bozukluğu durumu, günlük yaşam aktivitelerini etkileme durumu, ağrı, tutukluk ve ruh halinin etkilenme durumu ise istatistiksel olarak sosyal destek puan ortalamasını etkiledi ($p<0.05$). Çekirdek ailede yaşayanların, eklem şekil bozukluğu olmayanların, günlük yaşam aktiviteleri

etkilenmeyenlerin, ağrısı olmayanların, tutukluğu olmayanların ve ruh hali etkilenmeyenlerin sosyal destek puan ortalaması daha yüksek bulundu ($p<0.05$).

Tablo 4.8. Sosyal Destek Puan Ortalaması ile Yaş ve Hastalık Süresi Arasındaki İlişki

	Yaş	**Hastalık süresi**
Sosyal Destek Puan Ortalaması	r= 0.080	r= -0.008
	p= 0.286	p= 0.912

Tablo 4.8'de görüldüğü gibi yaş ve hastalık süresi ile sosyal destek puan ortalaması arasında istatistiksel olarak ilişki tespit edilmedi ($p>0.05$).

Tablo 4.9. Hastaların Sosyo-Demografik Verilerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=182)

Değişkenler		**n**	**Ort.**	**SS**	**Önemlilik**
Cinsiyet	Kadın	134	15.37	7.55	t= 0.524
	Erkek	48	14.69	8.39	p= 0.601
Medeni Durum	Evli	154	15.52	7.74	t= 1.336
	Bekâr	28	13.39	7.80	p= 0.183
Eğitim Durumu	İlköğretim	117	16.74	7.89	F= 7.802
	Lise	37	13.41	7.28	p= **0.001**
	Üniversite	28	11.07	5.81	
Aile Tipi	Çekirdek aile	135	14.63	7.60	t= -1.665
	Geniş Aile	47	16.81	8.08	p= 0.098
Aile Üyelerinden Bakım Alma Durumu	Evet	117	14.20	7.60	t= 2.350
	Hayır	65	16.98	7.80	p= **0.020**
Başka Hastalık	Var	73	15.82	8.14	t= 0.895
	Yok	109	14.77	7.51	p= 0.372
Hastalığını Yakınlarıyla Paylaşma Durumu	Evet	179	15.02	7.68	t= -2.386
	Hayır	3	25.67	6.66	p= **0.018**
Hareket Kısıtlılığı	Var	129	16.40	7.63	t= 3.375
	Yok	53	12.25	7.35	p= **0.001**
Eklem Şekil Bozukluğu	Var	73	17.38	8.06	t= 3.194
	Yok	109	13.72	7.23	p= **0.002**
Günlük Yasam Aktivitelerini Etkileme	Etkiliyor	144	16.58	7.57	t= 5.007
	Etkilemiyor	38	9.92	6.12	p= **0.00**

Tablo 4.9. (Devamı)

Ağrı	Var	143	16.52	7.44	t= 4.653
	Yok	39	10.33	7.04	p= **0.00**
Tutukluk	Var	137	16.47	7.34	t= 4.023
	Yok	45	11.31	7.80	p= **0.00**
Ruh Halini Etkileme	Etkiliyor	129	15.81	7.88	t= 1.672
	Etkilemiyor	53	13.70	7.33	p= 0.096
Yorgunluk	Var	158	16.22	7.50	t= 4.867
	Yok	24	8.42	5.94	p= **0.00**
Uyku Bozukluğu	Var	112	17.26	7.84	t= 4.811
	Yok	70	11.89	6.43	p= **0.00**
İlaç Kullanma	Evet	137	15.85	7.99	t= 2.023
	Hayır	45	13.18	6.72	p= 0.045

Tablo 4.9'da hastaların sosyo-demografik verilerine göre yaşam kalitesi ölçek puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Tabloda görüldüğü gibi cinsiyet, medeni durum, aile tipi, başka hastalığın olma durumu, ruh halini etkileme durumu ve ilaç kullanma durumu yaşam kalitesi puan ortalamasını istatistiksel olarak etkilemedi ($p>0.05$). Eğitim durumu, aile üyelerinden bakım alma durumu, hastalığını yakınlarıyla paylaşma durumu, hareket kısıtlılığı, eklem şekil bozukluğu, günlük yaşam aktivitelerini etkileme durumu, ağrı, tutukluk, yorgunluk ve uyku bozukluğu istatistiksel olarak yaşam kalitesi puan ortalamasını etkiledi ($p<0.05$). Eğitim durumundaki yaşam kalitesi puanının hangi eğitim seviyesinden kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analizde ilköğretim mezunlarında anlamlı olarak diğer eğitim seviyelerinden yüksek yaşam kalitesi puan ortalaması olduğu belirlendi ($p<0.05$). Aile üyelerinden bakım almayanların, hastalığını yakınlarıyla paylaşmayanların, hareket kısıtlılığı olanların, eklem şekil bozukluğu olanların, günlük yaşam aktiviteleri etkilenenlerin, ağrısı, tutukluğu, yorgunluğu ve uyku bozukluğu olanların yaşam kalitesi puan ortalaması daha yüksek bulundu ($p<0.05$).

Tablo 4.10. Yaşam Kalitesi Puan Ortalaması ile Yaş ve Hastalık Süresi Arasındaki İlişki

	Yaş	**Hastalık süresi**
Yaşam Kalitesi Puan Ortalaması	r= 0.109	r= 0.087
	p= 0.144	p= 0.241

Tablo 4.10'da görüldüğü gibi yaş ve hastalık süresi ile yaşam kalitesi puan ortalaması arasında istatistiksel olarak ilişki tespit edilmedi ($p>0.05$).

5. TARTIŞMA

Romatoid artritli hastalarda yalnızlık, sosyal destek ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler aşağıdaki literatür bilgileri ışığında tartışılmıştır.

Çalışmamızda hastaların yalnızlık puan ortalaması 38.62±12.26, sosyal destek puan ortalaması 15.78±4.20 ve yaşam kalitesi puan ortalaması 15.19±7.77 olarak bulundu. UCLA-Yalnızlık ölçeğinde toplam puan 20 ile 80 arasında değişmekte, puanlar yükseldikçe yalnızlık durumunun arttığı,[114] Aileden Algılanan Sosyal Destek ölçeğinde puanlar 0 ile 20 arasında değişmekte toplam puan yükseldikçe sosyal desteğin arttığı[115] ve Romatoid Artrit Hastalarında Yaşam Kalitesi (RAQoL) ölçeğinde toplam puan 0 ile 30 arasında değişmekte ve puan yükseldikçe yaşam kalitesinin düştüğü belirtilmektedir.[117] Hastaların yalnızlık yaşadığını, sosyal desteğin iyi olduğunu ve yaşam kalitesinin orta düzeyde olduğunu söyleyebiliriz. Çalışmamıza katılan RA hastalarının yalnızlık durumu arttıkça sosyal desteğin azaldığı (negatif ilişki), yalnızlık durumu arttıkça yaşam kalitesinin düştüğü (pozitif ilişki) ve sosyal destek arttıkça yaşam kalitesinin yükseldiği (negatif ilişki) tespit edildi. Çalışmamızla benzer şekilde; Mansoury ve ark.'nın[45] romatoid artritli hastalarda yaptığı çalışmada sosyal desteğin azalmasıyla yalnızlık düzeyinin artırdığı saptanmıştır. Kool ve ark.[44] romatizmal hastalıkları olan hastalarda sosyal desteğin artmasıyla yalnızlık düzeyinin azaldığını saptamışlardır. RA'lı hastalarda kaliteli sosyal desteğin yaşam kalitesini yükselttiği belirtilmiştir.[50] McCarron'un[33] çalışmasında gelişmiş sosyal destek ile RA hastalarının yaşam kalitesinde iyileşme olduğu saptanmıştır. Baloğlu'nun[43] çalışmasında algılanan sosyal desteğin yaşam kalitesini etkilediği bulunmuştur.

Çalışmamızda hastaların eğitim düzeyinin yalnızlığı etkilediği, ilköğretim düzeyinde eğitim alanların yalnızlığının daha fazla olduğu, yaşın ise yalnızlığı etkilemediği bulundu. Kool ve ark.[44] eğitim düzeyi düşük ve genç olan romatizmal

hastalarda yalnızlık düzeyinin fazla olduğunu bulmuşlardır. Eğitim düzeyi düşük olanların yalnızlığının fazla olması, hastaların baş etme mekanizmalarıyla ilgili yetersiz bilgiye sahip olmalarıyla bağdaştırılabilir.

Çalışmamızda hastaların eğitim düzeyi, yaş ve hastalık süresinin sosyal desteği etkilemediği bulunurken, Kool ve ark.'nın[44] çalışmasında eğitim düzeyi düşük ve genç olan hastaların sosyal desteklerinin az olduğu bulunmuştur. Mansoury ve ark.[45] Hollanda'da RA'lı hastalarda düşük sosyal desteğin yaş ve hastalık süresi ile doğru orantılı olduğunu belirtmişlerdir. Eğitim düzeyinin, yaşın ve hastalık süresinin sosyal desteği etkilememiş olması hastalarımızın kültürel yapısıyla ilgili olabilir.

Çalışmamızda geniş ailede yaşayanların sosyal desteğinin az olduğu bulundu. Fallatah[48], RA hastalarının aile üyelerinin sosyal desteğine ihtiyaç duyduklarını belirtmiştir. Özellikle geniş ailede yaşayan RA hastalarının aile üyelerinin sosyal desteği güçlendirme konusunda bilgilendirilme gereksinimi olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda aile üyelerinden bakım alan hastaların yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu bulundu. Karakeçi[118] çalışmasında, RA'lı hastaların bakım almalarının önemli olduğunu belirtmiştir. Hastaların birlikte yaşadığı aile üyelerinin olması, günlük yaşamda yardım gereksinimlerini karşılayacak ya da onları destekleyecek anlamına gelmez. Günlük yaşam aktiviteleri yerine getirilen hastaların yaşam kaliteleri artacaktır.

Çalışmamızda günlük yaşam aktiviteleri ve ruh hali etkilenmeyen hastaların sosyal desteğinin önemli bir şekilde fazla olduğu bulundu. Kool ve ark.[46] romatizmal hastalıklarda sosyal destek almanın hastaların fiziksel ve ruhsal sağlığına katkısının olduğunu belirtmişlerdir. RA hastaları, özellikle hastalığın atak yaptığı dönemde günlük yaşam aktivitelerini yapmakta güçlük çekerler. Günlük yaşam aktivitelerini yapabilme durumunun artırılması ve ruh halinin etkilenmemesi için hastalara destek verilmelidir.

Çalışmamızda ağrısı ve yorgunluğu olan hastaların yaşam kalitesinin anlamlı bir şekilde düşük olduğu bulundu. Benzer şekilde romatoid artritli hastalarda yapılan çeşitli çalışmalarda; ağrısı olanların,[40,41] ağrı ve yorgunluğu olanların[42,43] ve yorgunluğu olanların[119] yaşam kalitesinin düşük olduğu bulunmuştur. Ağrı ve yorgunluk sadece hastaların değil sağlıklı insanların da yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyen semptomlardır.

Çalışmamızda hastaların ruh halinin etkilenme durumunun yaşam kalitesini etkilemediği bulundu. Ancak Pollard ve ark.[42] RA'lı hastalarda psikolojik faktörlerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediğini tespit etmişlerdir.

Çalışmamızda günlük yaşam aktiviteleri etkilenen hastaların yaşam kalitesinin önemli bir şekilde düşük olduğu bulundu. Benzer şekilde Pehlivan ve ark.[38] da RA gibi romatizmal hastalıkların günlük yaşam aktivitelerini olumsuz yönde etkilediğini ve yaşam kalitesini düşürdüğünü belirtmişlerdir. Pool ve ark.'nın[37] çalışmasında günlük yaşam aktivitelerini yapabilme durumunun yaşam kalitesini etkilediği bulunmuştur. Bu durum çalışma sonucunu destekler niteliktedir.

Çalışmamızda uyku bozukluğu olan hastaların yaşam kalitesinin anlamlı bir şekilde düşük olduğu bulundu. Günaydın ve ark.[119] da RA'lı hastalarda uyku bozukluğu yaşayanların düşük yaşam kalitesine sahip olduklarını bulmuşlardır. Yücel ve ark.[39] RA'lı hastaların büyük çoğunluğunda kötü uyku kalitesinin yanı sıra yaşam kalitesinin de düşük olduğunu tespit etmişlerdir. Yapılan çalışmalar bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Uyku bozukluğu, hastaların basit işlerde bile zorlanmalarına sebep olur. Hastaların uyku sorunu arttıkça yardım gereksinimi de artar. Bu nedenle uyku bozukluğu olan hastaların yaşam kaliteleri düşüktür.

Çalışmamızda hareket kısıtlılığı olan hastaların yaşam kalitesinin önemli bir şekilde düşük olduğu bulundu. Çalışmamızla benzer şekilde Kaya[120]'nın çalışmasında

RA'lı hastalarda görülen aktivite intoleransının, fiziksel harekette bozulmanın ve yürümede yetersizliğin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği bulunmuştur. Hareket kısıtlılığı hastaların günlük yaşamlarını olumsuz yönde etkileyerek yaşam kalitesini düşürür.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Romatoid artritli hastalarda yalnızlık, sosyal destek ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılan araştırma sonuçları aşağıda verilmiştir.

Hastaların %73.6'sı kadın olup, yaş ortalaması 43.53±13.19'dur. Hastaların %84.6'sının evli, %64.3'ünün ilköğretim mezunu ve %67.6'sının gelirinin giderine eşit olduğu bulundu. Hastaların hastalık süresi ortalama 2.97±1.31 yıldır. Hastaların %64.3'ü aile üyelerinden bakım almaktadır. Hastaların %70.9'u hareket kısıtlılığı, %75.3'ü tutukluk ve %78.6'sı ağrı yaşadığı tespit edildi.

İlköğretim düzeyinde eğitim alan, aileden bakım almayan, hastalığını yakınlarıyla paylaşmayan, eklem şekil bozukluğu olan, günlük yaşam aktiviteleri etkilenen ve ağrısı olan hastaların önemli ölçüde yalnızlık yaşadıkları tespit edildi. Geniş ailede yaşayan, eklem şekil bozukluğu olan, günlük yaşam aktiviteleri etkilenen, ağrısı, tutukluğu olan ve psikolojik durumu etkilenen hastaların sosyal desteklerinin önemli ölçüde az olduğu tespit edildi. İlköğretim mezunu olanların, aileden bakım almayanların, hastalığını yakınlarıyla paylaşmayanların, günlük yaşam aktiviteleri etkilenenlerin, hareket kısıtlılığı, eklem şekil bozukluğu, ağrısı, tutukluğu, yorgunluğu ve uyku bozukluğu olan hastaların yaşam kalitesinin önemli bir şekilde düşük olduğu tespit edildi. Hastalarda yalnızlık arttıkça sosyal desteğin azaldığı ve yaşam kalitesinin düştüğü, sosyal destek arttıkça yaşam kalitesinin yükseldiği bulundu.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

Geniş ailede yaşayan RA'lı hastaların sosyal desteklerini artırmak için aile üyeleri hastalık hakkında bilgilendirilmelidir.

Özellikle ilköğretim mezunu olan, aile üyelerinden bakım almayan ve hastalığını yakınlarıyla paylaşamayan RA'lı hastaların yalnızlığını azaltmak ve yaşam kalitesini yükseltmek için destek kaynakları artırılmalı, benzer hastalığı olan bireylerden oluşan

gruplara yönlendirilmeli, hastalıkla ilgili eğitim verilmeli, hastalıkla başa çıkma becerisi artırılmalı ve hastalığa uyumun geliştirilmesi sağlanmalıdır.

Özellikle eklem şekil bozukluğu olan, günlük yaşam aktiviteleri etkilenen ve ağrısı olan hastaların yalnızlığını azaltmak, sosyal desteğini artırmak ve yaşam kalitesini yükseltmek için bu gruptaki hastaların özel olarak ele alınması ve daha fazla desteklenmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Picerno V, Ferro F, Adinolfi A, Valentini E, Tani C, Alunno A. One year in review: the pathogenesis of rheumatoid arthritis. *Clinical and experimental rheumatology*, 2015, 33: 551.
2. Ryan S. Psychological effects of living with rheumatoid arthritis. *Nursing Standart (Royal College of Nursing (Great Biritain))*, 2014: 29(13):52-9.
3. Ovayolu OU, Ovayolu N, Karadag G. The relationship between self-care agency, disability levels and factors regarding these situations among patients with rheumatoid arthritis. *Journal of clinical nursing*, 2012, 21: 101-110.
4. Hamuryudan V. *Romatoid Artrit*. 1. Baskı. İstanbul, Medikal Yayıncılık, 2007: 966-974.
5. Gabriel SE, Crowson CS, Kremers HM, Doran MF, Turesson C, O'Fallon WM, Matteson EL. Survival in rheumatoid arthritis: a population-based analysis of trends over 40 years. *Arthritis & Rheumatism*, 2003, 48: 54-58.
6. Crowson CS, Matteson EL, Myasoedova E, Michet CJ, Ernste FC, Warrington KJ, Davis III JM, Hunder GG, Therneau TM, Gabriel SE. The Lifetime Risk of Adult-Onset Rheumatoid Arthritis and Other Inflammatory Autoimmune Rheumatic Diseases. *Arthritis & Rheumatism*, 2011, 63: 633-639.
7. Hamuryudan V. Romatoid Artrit. İçinde:İliçin G, Biberoğlu K, Süleymanlar G, Ünal S (editörler). *İç Hastalıkları*, Ankara, Güneş Kitabevi, 2003: 2702-2712.
8. Lipsky PE. Romatoid Artrit. İçinde: Soy M (Çeviri editörü). Fauci AS, Langford CA (editörler). *Harrison Romatoloji*, 5. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2007: 85-103.
9. Wolters Kluwer Health LWW. *Pathophysiology made incredibly visual!* 2. Baskı. 2012: 166-167.

10. Akkoç N, Akar S. Epidemiology of rheumatoid arthritis in Turkey. *Clin Rheumatol*, 2006, 25: 560-561.
11. Akkoç N. Türkiye'de romatizmal hastalıkların epidemiyolojisi ve diğer ülkelerle karşılaştırılması. *RAED dergisi*, 2010, 2: 1-8.
12. Carmona L, Villaverde V, Hernández-García C, Ballina J, Gabriel R, Laffon A, Group ES. The prevalence of rheumatoid arthritis in the general population of Spain. *Rheumatology (Oxford, England)*, 2002, 41: 88.
13. Guillemin F, Saraux A, Guggenbuhl P, Roux C, Fardellone P, Le Bihan E, Cantagrel A, Chary-Valckenaere I, Euller-Ziegler L, Flipo R. Prevalence of rheumatoid arthritis in France: 2001. *Annals of the rheumatic diseases*, 2005, 64: 1427.
14. Salaffi F, De Angelis R, Grassi W, MArche PP. Prevalence of musculoskeletal conditions in an Italian population sample: results of a regional community-based study. I. The MAPPING study. *Clinical and experimental rheumatology*, 2005, 23: 819.
15. Andrianakos A, Trontzas P, Christoyannis F, Dantis P, Voudouris C, Georgountzos A, Kaziolas G, Vafiadou E, Pantelidou K, Karamitsos D. Prevalence of rheumatic diseases in Greece: a cross-sectional population based epidemiological study. The ESORDIG Study. *Rheumatology*, 2003, 30: 1589.
16. Stojanović R, Vlajinac H, Palić-Obradović D, Janosević S, Adanja B. Prevalence of rheumatoid arthritis in Belgrade, Yugoslavia. *Rheumatology*, 1998, 37: 729.
17. Alamanos Y, Drosos A. Epidemiology of adult rheumatoid arthritis. *Autoimmun Rev*, 2005, 4: 130.

18. Aho K, Kaipiainen-Seppanen O, Heliovaara M, Klaukka T. Epidemiology of rheumatoid arthritis in Finland. *Seminars in Arthritis Rheumatism*, 1998, 27: 325-334.

19. Soderlin M, Borjesson O, Kautiainen H, Skogh T, Leirisalo-Repo M. Annual incidence of inflammatory joint diseases in a population based study in southern Sweden. *Annals of the rheumatic diseases*, 2002, 61: 911.

20. Ferucci ED, Templin DW, Lanier AP. Rheumatoid arthritis in American Indians and Alaska Natives: a review of the literature. *Seminars in Arthritis Rheumatism*, 2005, 34: 662-667.

21. Malemba JJ, Mbuyi-Muamba JM, Mukaya J, Bossuyt X, Verschueren P, Westhovens R. The epidemiology of rheumatoid arthritis in Kinshasa, Democratic Republic of Congo-a population-based study. *Rheumatology (Oxford)*, 2012, 51: 1644-1647.

22. Yenal O, Lav I, Bilecen L. Epidemiological study on the infectious rheumatic syndrome in Turkey. II. Occurrence of rheumatoid arthritis in the Sagmalcilar district of Istanbul. Influencing of various factors and tuberculosis. *Zeitschrift für Rheumaforschung*, 1968, 27: 215.

23. Akar S, Birlik M, Gurler O, Sari I, Onen F, Manisali M, Tirpan K, Demir T, Meral M, Akkoc N. The prevalence of rheumatoid arthritis in an urban population of Izmir-Turkey. *Clinical and experimental rheumatology*, 2004, 22: 416.

24. Kacar C, Gilgil E, Tuncer T, Bütün B, Urhan S, Arıkan V, Dündar Ü, Öksüz M, Sünbüloğlu G, Yıldırım Ç. Prevalence of rheumatoid arthritis in Antalya, Turkey. *Clinical rheumatology*, 2005, 24: 212-214.

25. Capkin E, Cakırbay H, Karkucak M, Topbas M, Serdaroğlu M, Guler M, Tosun M. Prevalence of rheumatoid arthritis in the eastern Black Sea region of Turkey. *International journal of rheumatic diseases*, 2010, 13: 380-384.

26. Madenci E, Güler M, Tosun M, Çakirbay H. Prevalence of rheumatoid arthritis in a sample of the Turkish population. *The Pain Clinic*, 2002, 14: 325-330.

27. Symmons DP. Epidemiology of rheumatoid arthritis: determinants of onset, persistence and outcome. *Best Pract Res Clin Rheumatol*, 2002, 16: 707-22.

28. Kalyoncu U, Akkoç N, Direskeneli H, Gül A, Keser G, Kiraz S, Pay S, Terzioğlu E, Hamuryudan V. Romatoid artritte hedefe yönelik tedavi (T2T): Türkiye Çalışma Grubu önerileri. *RAED Dergisi*, 2013, 5: 35-40.

29. Balaban B, Tan AK, Alaca R. Romatoid artrit tedaviisnde non-farmakolojik yaklaşımlar. *Romatizma*, 2002: 17:48-55.

30. Josef S Smolen, Robert Landewé, Ferdinand C Breedveld, Maya Buch, Gerd Burmester, Maxime Dougados, Paul Emery, Cécile Gaujoux-Viala, Laure Gossec, Jackie Nam, Sofia Ramiro, Kevin Winthrop, Maarten de Wit, Daniel Aletaha, Neil Betteridge, Johannes W J Bijlsma, Maarten Boers, Frank Buttgereit, Bernard Combe, Maurizio Cutolo, Nemanja Damjanov, Johanna M W Hazes, Marios Kouloumas, Tore K Kvien, Xavier Mariette, Karel Pavelka, Piet L C M van Riel, Andrea Rubbert-Roth, Marieke Scholte-Voshaar, David L Scott, Tuulikki Sokka-Isler, John B Wong, Heijde Dvd. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2013 update. *Smolen JS, et al. Ann Rheum Dis*, 2014: 73:492-509.

31. McColl GJ, Szer J, Wicks IP. Sustained remission, possibly cure, of seronegative arthritis after high-dose chemotherapy and syngeneic hematopoietic stem cell transplantation. *Arthritis & Rheumatism*, 2005, 52: 3322-3322.
32. Durham C, Fowler T, Donato A, Smith W, Jensen E. Pain management in patients with rheumatoid arthritis. *The Nurse practitioner*, 2015, 40: 38-43.
33. McCarron A. An exploration of the perceived effects of a support group for individuals with rheumatoid arthritis. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 2014.
34. Gerhold K, Richter A, Schneider M, Bergerhausen H-J, Demary W, Liebhaber A, Listing J, Zink A, Strangfeld A. Health-related quality of life in patients with long-standing rheumatoid arthritis in the era of biologics: data from the German biologics register RABBIT. *Rheumatology*, 2015, 300: 51.
35. Reinseth L, Espnes G. Women with rheumatoid arthritis: non-vocational activities and quality of life. *Scandinavian journal of occupational therapy*, 2007, 14: 108.
36. Turgutalp F. Romatoid Artritli Hastalarda Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizik Tedavi Ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı. Edirne: Trakya Üniversitesi, 2011.
37. Poole J, Chiappisi H, Cordova J, Sibbitt Jr W. Quality of life in American Indian and White women with and without rheumatoid arthritis. *The American journal of occupational therapy: official publication of the American Occupational Therapy Association*, 2007, 61: 280.
38. Pehlivan S, Ovayolu Ö, Ovayolu N, Pehlivan Y, Onat A. Romatolojik sorunu olan hastalarda yaşam kalitesi ve bazı semptomlarla ilişkisi. *Gaziantep Tıp Dergisi*, 2010, 16: 10-14.

39. Yücel SÇ, Tokem Y, Korhan EA, Çalbay S. Investigation into sleep and quality of life in patients with rheumatoid arthritis. *International Journal of Human Sciences*, 2014, 11: 457-468.

40. Lisitsyna T, Vel'tishchev D, Gerasimov A, Seravina O, Kovalevskaia O, Novikov A, Aleksandrova E, Tallerova A, Kovalenko L. Perception of pain in rheumatoid arthritis: relation to inflammation, psychic disorders, functional status, and quality of life. *Klinicheskaia meditsina*, 2013, 91: 54.

41. Corbacho MI, Dapueto JJ. Assessing the functional status and quality of life of patients with rheumatoid arthritis. *Revista brasileira de reumatologia*, 2010, 50: 31-43.

42. Pollard L, Choy E, Scott D. The consequences of rheumatoid arthritis: quality of life measures in the individual patient. *Clinical and experimental rheumatology*, 2005, 23: 43.

43. Baloğlu HHH. Romatoid Artrit Hastalarında Sağlık İle İlgili Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp Ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı. Tıpta Uzmanlık tezi, Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi, 2010.

44. Kool M, Geenen R. Loneliness in patients with rheumatic diseases: the significance of invalidation and lack of social support. *The Journal of psychology*, 2012, 146: 229.

45. El-Mansoury T, Taal E, Abdel-Nasser A, Riemsma R, Mahfouz R, Mahmoud J, El-Badawy S, Rasker J. Loneliness among women with rheumatoid arthritis: a cross-cultural study in the Netherlands and Egypt. *Clinical rheumatology*, 2008, 27: 1109.

46. Kool MB, van Middendorp H, Lumley MA, Bijlsma JW, Geenen R. Social support and invalidation by others contribute uniquely to the understanding of physical and mental health of patients with rheumatic diseases. *J Health Psychol*, 2013, 18: 86-95.

47. 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: 72-76.

48. Fallatah F, Edge D. Social support needs of families: the context of rheumatoid arthritis. *Applied nursing research: ANR*, 2015, 28: 180-185.

49. Smyth J, Zawadzki M, Santuzzi A, Filipkowski K. Examining the effects of perceived social support on momentary mood and symptom reports in asthma and arthritis patients. *Psychology & health*, 2014, 29: 813.

50. Pitsilka D, Kafetsios K, Niakas D. Social support and quality of life in patients with rheumatoid arthritis in Greece. *Clinical and experimental rheumatology*, 2015, 33(1): 27-33.

51. Lesko M, Young M, Higham R. Managing inflammatory arthritides: Role of the nurse practitioner and physician assistant. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 2010, 22: 382.

52. Hardware B, Lacey EA, Shewan J. Towards the development of a tool to assess educational needs in patients with arthritis. *Clinical Effectiveness in Nursing*, 2004, 8: 111-117.

53. Özkaraman A, Özer S. Romatoid artritli bir vakanın hemşirelik bakımında roy adaptasyon modelinin kullanımı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2012, 1(3): 138-149.

54. Yıldırım R, Yazıcı Y. Romatoid artritte erken tedavi. *RAED dergisi*, 2012, 4(2): 59-67.

55. Sparks JA, Chen C-Y, Hırakı LT, Malspeıs S, Costenbader KH, Karlson EW. Contributions of familial rheumatoid arthritis or lupus and environmental factors to risk of rheumatoid arthritis in women: a prospective cohort study. *Arthritis Care Research*, 2014: 66(10):1438-1446.

56. Gibofsky A. Overview of epidemiology, pathophysiology, and diagnosis of rheumatoid arthritis. *The American journal of managed care*, 2012, 18: 295.

57. Lu B, Hiraki L, Sparks J, Malspeis S, Chen C, Awosogba J, Arkema E, Costenbader K, Karlson E. Being overweight or obese and risk of developing rheumatoid arthritis among women: a prospective cohort study. *Annals of the rheumatic diseases*, 2014, 73: 1914.

58. Naranjo A, Khan NA, Cutolo M, Lee S-S, Lazovskis J, Laas K, Pandya S, Sokka T. Smoking cessation advice by rheumatologists: results of an international survey. *Rheumatology*, 2014, 53: 1825-1829.

59. Council SC. A Gene–Environment Interaction Between Smoking and Shared Epitope Genes in HLA–DR Provides a High Risk of Seropositive Rheumatoid Arthritis. *Arthritis & Rheumatism*, 2004, 50: 3085-3092.

60. Huizinga TW, van der Helm-van Mil A. A quantitative approach to early rheumatoid arthritis. *Bulletin of the NYU hospital for joint diseases*, 2011, 69: 116.

61. 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 and rheumatism*, 2004, 50: 3085.

62. Alam SM, Kidwai AA, Jafri SR, Qureshi BM, Sami A, Qureshi HH, Mirza H. Epidemiology of rheumatoid arthritis in a tertiary care unit, Karachi, Pakistan. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 2011, 61: 123-126.

63. Sun J, Liu DW, Liu ZS, Li W, Li GK, Zhang JW. Epidemiology of rheumatoid arthritis in middle-aged and elderly population in Luohe City, Henan Province. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi*, 2013, 93: 3309-3311.

64. Fırestein GS. Romatoid Artritin Etiyoloji ve Patogenezi. Çeviri: Bülent Seçkin, Başaran P. İçinde: Arasıl T (Çeviri editörü). Edward D. Harris, Ralp C. Budd, Mark C.Genovese, Gary S. Firestein, John S. Sargent, Clement B. Sledge (editörler). *Kelley Romatoloji*, Ankara, Öncü Basımevi, 2006: 996.

65. Çiftci İH, Aşık G, Toktaş H, Çufalı D, Dündar Ü, Karakece E. An analysis of laboratory characteristics of patients with suspected rheumatoid arthritis. *Archives of Rheumatology*, 2013, 28: 027-031.

66. Berglin E, Johansson T, Sundin U, Jidell E, Wadell G, Hallmans G, Rantapää-Dahlqvist S. Radiological outcome in rheumatoid arthritis is predicted by presence of antibodies against cyclic citrullinated peptide before and at disease onset, and by IgA-RF at disease onset. *Annals of the rheumatic diseases*, 2006, 65: 453-458.

67. Nielen MM, van Schaardenburg D, Reesink HW, Van de Stadt RJ, van der Horst-Bruinsma IE, de Koning MH, Habibuw MR, Vandenbroucke JP, Dijkmans BA. Specific autoantibodies precede the symptoms of rheumatoid arthritis: a study of serial measurements in blood donors. *Arthritis & Rheumatism*, 2004, 50: 380-386.

68. Naranjo A, Khan N, Cutolo M, Lee S, Lazovskis J, Laas K, Pandya S, Sokka T, group Q-R. Smoking cessation advice by rheumatologists: results of an international survey. *Rheumatology (Oxford, England)*, 2014, 53: 1825.

69. Klareskog L, Malmström V, Lundberg K, Padyukov L, Alfredsson L. Smoking, citrullination and genetic variability in the immunopathogenesis of rheumatoid arthritis. *Seminars in immunology*, 2011, 23: 92.

70. Lu B, Solomon D, Costenbader K, Karlson E. Alcohol consumption and risk of incident rheumatoid arthritis in women: a prospective study. *Arthritis & rheumatology (Hoboken, NJ)*, 2014, 66: 1998.

71. Duraj V, Tafaj A, Backa T. Epidemiology of rheumatoid arthritis in tirana, Albania. *Mater Sociomed*, 2013, 25: 96-7.

72. Sparks J, Chen C, Jiang X, Askling J, Hiraki L, Malspeis S, Klareskog L, Alfredsson L, Costenbader K, Karlson E. Improved performance of epidemiologic and genetic risk models for rheumatoid arthritis serologic phenotypes using family history. *Ann Rheum Dis*, 2014.

73. Bare BG, Smeltzer SC. *Brunner and Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing*. 10 Baskı. USA, Lippincott Williams & Wilkins, 2003: 1621-1623.

74. Furfaro N. New therapeutic options in rheumatoid arthritis: a focus on interleukin-6 blockade. *Journal of infusion nursing: the official publication of the Infusion Nurses Society*, 2011, 34: 107.

75. Turkıewıcz AM, Moreland LW. Romatoid Artrit. İçinde: Dinç A (Çeviri editörü). Barlett SJ (editör). *Romatizmal Hastalıklarda Klinik Tedavi*, Clinical Care in the Rheumatic Diseases, 3. Baskı. Romatoloji Araştırma ve Eğitim Derneği Yayınları, 2007: 159-160.

76. Aletaha D, Neogi T, Silman AJ, Funovits J, Felson DT, Bingham CO, Birnbaum NS, Burmester GR, Bykerk VP, Cohen MD. 2010 rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. *Arthritis & Rheumatism*, 2010, 62: 2569-2581.

77. Krabben A, Huizinga T, van der Helm-van Mil A. Undifferentiated arthritis characteristics and outcomes when applying the 2010 and 1987 criteria for rheumatoid arthritis. *Annals of the rheumatic diseases*, 2012, 71: 238.

78. van der Linden M, Knevel R, Huizinga T, van der Helm-van Mil A. Classification of rheumatoid arthritis: comparison of the 1987 American College of Rheumatology criteria and the 2010 American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism criteria. *Arthritis and rheumatism*, 2011, 63: 37.

79. Hafström I, Engvall I-L, Rönnelid J, Boonen A, van der Heijde D, Svensson B. Rheumatoid factor and anti-CCP do not predict progressive joint damage in patients with early rheumatoid arthritis treated with prednisolone: a randomised study. *BMJ Open*, 2014, 4.

80. Combe B, Landewe R, Lukas C, Bolosiu H, Breedveld F, Dougados M, Emery P, Ferraccioli G, Hazes J, Klareskog L. EULAR recommendations for the management of early arthritis: report of a task force of the European Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics (ESCISIT). *Annals of the rheumatic diseases*, 2007, 66: 34.

81. Alkan S, Sezgin A. Yetişkin hastalarda yalnızlık. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 1998, 2: 1.

82. Öz F. *Sağlık Alanında Temel Kavramlar, 2.* Baskı. Ankara, Mattek Matbaacılık, 2010: 37-46.

83. Vanhalst J, Luyckx K, Raes F, Goossens L. Loneliness and depressive symptoms: the mediating and moderating role of uncontrollable ruminative thoughts. *The Journal of psychology*, 2012, 146: 259.

84. Cohen S, Wills T. Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological bulletin*, 1985, 98: 310.

85. Gunuc S, Dogan A. The relationships between Turkish adolescents' Internet addiction, their perceived social support and family activities. *Computers in Human Behavior*, 2013, 29: 2197-2207.

86. Allam A, Kostova Z, Nakamoto K, Schulz PJ. The Effect of Social Support Features and Gamification on a Web-Based Intervention for Rheumatoid Arthritis Patients: Randomized Controlled Trial. *Journal of medical Internet research*, 2015, 17.

87. Zarit SH. Family care and burden at the end of life. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 2004, 170: 1811.

88. Akdeniz C, Aydemir Ö, Akdeniz F, Gülseren Ş, Kültür S. Sağlık düzeyi ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması ve güvenilirliği. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 1999, 9: 104-108.

89. Callahan L, Pincus T. Formal education level as a significant marker of clinical status in rheumatoid arthritis. *Arthritis and rheumatism*, 1988, 31: 1346.

90. Danao LL, Padilla GV, Johnson DA. An English and Spanish quality of life measure for rheumatoid arthritis. *Arthritis care & research*, 2001, 45: 167-173.

91. Scott D, Smith C, Kingsley G. What are the consequences of early rheumatoid arthritis for the individual? *Best practice & research. Clinical rheumatology*, 2005, 19: 117.

92. Kaya T, Karatepe AG, Günaydın R, Türkmen G, Özbek G. Romatoid Artritli Hastalarda Yaşam Kalitesi: Hastalık Aktivitesi, Fonksiyonel Durum ve Sağlık Durumu ile İlişkisi. *Romatizma/Rheumatism*, 2007, 22: 119-122.

93. van Vilsteren M, Boot CR, Knol DL, van Schaardenburg D, Voskuyl AE, Steenbeek R, Anema JR. Productivity at work and quality of life in patients with rheumatoid arthritis. *BMC musculoskeletal disorders*, 2015, 16: 107.

94. Zhang W, Anis A. The economic burden of rheumatoid arthritis: beyond health care costs. *Clinical rheumatology*, 2011, 30: S25.

95. Ahlstrand I, Björk M, Thyberg I, Börsbo B, Falkmer T. Pain and daily activities in rheumatoid arthritis. *Disability and rehabilitation*, 2012, 34: 1245-1253.

96. Boonen A, Severens J. The burden of illness of rheumatoid arthritis. *Clinical rheumatology*, 2011, 30: 3-8.

97. Lundkvist J, Kastäng F, Kobelt G. The burden of rheumatoid arthritis and access to treatment: health burden and costs. *The European journal of health economics: HEPAC: health economics in prevention and care*, 2008, 8: 49.

98. Rogers H, Brotherton H, Olivera PS, Segura DM, Peña AM. Depressive and anxiety symptoms and social support are independently associated with disease-specific quality of life in Colombian patients with rheumatoid arthritis. *Revista brasileira de reumatologia*, 2015.

99. Salaffi F, Sarzi-Puttini P, Girolimetti R, Atzeni F, Gasparini S, Grassi W. Health-related quality of life in fibromyalgia patients: a comparison with rheumatoid

arthritis patients and the general population using the SF-36 health survey. *Clinical and experimental rheumatology*, 2009, 27: S67.

100. Hammond A. Patient education in arthritis: helping people change. *Musculoskeletal care*, 2003, 1: 84.
101. Atcı Z. Romatoid Artritli Hastaların Özbakım Gücünün Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği. Yüksek Lisans tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2004.
102. Pugner KM, Scott DI, Holmes JW, Hieke K. The Costs of Rheumatoid Arthritis: An International Long-term View. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 2000, 29: 305-320.
103. Christiaens G. Independent nursing interventions for pain management. *Home Health Care Management & Practice*, 2003, 15: 212-214.
104. Kurt E, Özdilli K, Yorulmaz H. Romatoid artrit'li hastalarda beden imajı ve benlik saygısı. *Nöropsikiyatri Arşivi Dergisi*, 2013, 50: 202-208.
105. Kiper S, Sunal N. Romatoid Artritli Hastalarda Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 2009, 10: 33-39.
106. Hız Ö, Deveci S. Romatizmal Hastalıklarda Cinsel Fonksiyon Bozukluğu. http://www.aktuelpsikoloji.com/romatizmal-hastaliklarda-cinsel-fonksiyon-bozuklugu-8125h.htm. 01.09.2012.
107. Solomon D, Bitton A, Fraenkel L, Brown E, Tsao P, Katz J. Roles of Nurse Practitioners and Physician Assistants in Rheumatology Practices in the US. *Arthritis care & research*, 2014, 66: 1108.
108. Tokem Y, Argon G, Keser G. Case management in care of Turkish rheumatoid arthritis patients. *Rehabilitation Nursing*, 2011, 36: 205-213.

109. Lillegraven S, Kvien T. Measuring disability and quality of life in established rheumatoid arthritis. *Best practice & research. Clinical rheumatology*, 2007, 21: 827.

110. Deal C, Hooker R, Harrington T, Birnbaum N, Hogan P, Bouchery E, Klein-Gitelman M, Barr W. The United States rheumatology workforce: supply and demand, 2005-2025. *Arthritis and rheumatism*, 2007, 56: 722.

111. Madigan A, FitzGerald O. Multidisciplinary patient care in rheumatoid arthritis: evolving concepts in nursing practice. *Baillière's best practice & research. Clinical rheumatology*, 1999, 13: 661.

112. Salt E, Crofford L. Rheumatoid arthritis: new treatments, better outcomes. *The Nurse practitioner*, 2012, 37: 16.

113. Russell D, Peplau L, Ferguson M. Developing a measure of loneliness. *Journal of personality assessment*, 1978, 42: 290.

114. Demir A. UCLA yalnızlık ölçeğinin geçerlik ve güvenirliği. *Psikoloji dergisi*, 1989, 7: 14-18.

115. Eskin M. Reliability of the Turkish version of the Perceived Social Support from Friends and Family scales, Scale for Interpersonal Behavior, and Suicide Probability Scale. *Journal of clinical psychology*, 1993, 49: 515.

116. de Jong Z, van der Heijde D, McKenna S, Whalley D. The reliability and construct validity of the RAQoL: a rheumatoid arthritis-specific quality of life instrument. *British journal of rheumatology*, 1997, 36: 878.

117. Kutlay S, Küçükdeveci A, Gönül D, Tennant A. Adaptation and validation of the Turkish version of the Rheumatoid Arthritis Quality of Life Scale. *Rheumatology international*, 2003, 23: 21.

118. Karakeçi ES. Romatoid Artritli Hastalarda, Ailede Bakıma Yardımcı Kişinin Yük Ve Sorumluluklarının Sorgulanması Ve Hastalık Şiddeti İle İlişkisi. Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp Ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı. Uzmanlık tezi, Elazığ: Fırat Üniversitesi, 2010.
119. Günaydın R, Demirhan AA, Koç A, Kaya T. Romatoid Artritli Hastalarda Yorgunluğun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, 2009, 29: 911.
120. Kaya N. Romatoid Artritli Bireylerde Sağlığa İlişkin Yaşam Kalitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Doktora tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2002.

EKLER

EK-I. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler	
Adı Soyadı:	Fadime AKKAYA
Doğum tarihi:	15.02.1989
Doğum yeri:	Erzurum
Medeni hali:	Bekar
Uyruğu:	T.C.
Adres:	Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, 25240 ERZURUM
Tel:	0543 514 97 55
Faks:	
E-mail:	f.akkaya_89@hotmail.com
Eğitim	
Lise:	Mehmet Akif Ersoy Anadolu Lisesi (2006)
Lisans:	Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi (2006-2010)
Yüksek lisans:	Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı (2012-…)
Doktora:	
Yabancı Dil Bilgisi	
Üye Olunan Mesleki Kuruluşlar	
Romatoloji Hemşireleri Derneği (2013-2015)	
İlgi Alanları ve Hobiler	
Fotoğrafçılık	

EK-II. ETİK KURUL SONUÇ FORMU

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ 2009	**ETİK KURUL SONUÇ FORMU**	ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ ERZURUM 1957

Araştırmanın Adı: "Romatoid Artrit Hastalarında Yalnızlık, Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi "

Araştırmanın Yürütülmesi Uygundur	(X)
Düzenlemeler Yapıldıktan Sonra Yürütülmesi Uygundur	( )
Araştırmanın Yürütülmesi Uygun Değildir	( )

Açıklamalar (Uygun değil ya da düzeltme gerekiyorsa): Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurulu'nun 10.10.2013 tarihinde yapılan toplantısında "Romatoid Artrit Hastalarında Yalnızlık, Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi" konulu Doç.Dr.Emine KIYAK ve Fadime AKKAYA'nın çalışması etik açıdan uygun bulunmuştur.

Prof.Dr. Mehtap TAN
Başkan

Doç.Dr.Fatma GÜDÜCÜ TÜFEKÇİ
Başkan Yrd.

Doç.Dr. Ayda ÇELEBİOĞLU
Üye

Doç.Dr.Nadiye ÖZER
Üye

Doç.Dr. Elanur YILMAZ KARABULUTLU
Sekreter/Raportör

EK-III. ANKET FORMU

1. **Cinsiyetiniz?**
   a. Kadın b. Erkek
2. **Yaşınız? ……**
3. **Medeni durumunuz nedir?**
   a. Evli b. Bekar
4. **Eğitim düzeyiniz?**
   a. İlköğretim b. Lise c.Üniversite
5. **Gelir durumunuz?**
   a. Gelir az b. Gelir gidere eşit c. Gelir fazla
6. **Sağlık güvenceniz var mı?**
   a. Var b. Yok
7. **Aile tipiniz nedir?**
   a. Çekirdek aile b. Geniş aile
8. **Çocuğunuz var mı?**
   a. Var b. Yok
9. **Aile içindeki konumunuz?**
   a. B.anne/ B.baba b. Baba c. Anne d. Çocuk e. Diğer
10. **Aile üyelerinden bakım alıyor musunuz?**
    a. Evet b. Hayır
11. **Başka bir hastalığınız var mı?**
    a. Var b. Yok
12. **Hastalığınızın süresi (yıl)……**
13. **Hastalığınızı yakınlarınızla paylaşabiliyor musunuz?**
    a. Evet b. Hayır
14. **Hareket kısıtlılığınız var mı?**
    a. Var b. Yok
15. **Eklemlerinizde şekil bozukluğunuz var mı?**
    a.Var b. Yok
16. **Hastalığınız günlük yaşam aktivitelerinizi etkiliyor mu?**
    a. Etkiliyor b. Etkilemiyor
17. **Ağrınız var mı?**
    a.Var b. Yok
18. **Tutukluğunuz var mı?**
    a.Var b.Yok
19. **Hastalığınız ruh halinizi etkiliyor mu?**

a.Etkiliyor b.Etkilemiyor

20. Yorgunluğunuz var mı?

a.Var b.Yok

21. Uyku bozukluğunuz var mı?

a.Var b. Yok

22. İlaç kullanıyor musunuz?

a.Evet b. Hayır

23. Kullanıyorsanız aşağıdakilerden hangisini kullanıyorsunuz?

a. Biyolojikler
b. DMARD'lar
c. Analjezikler
d. Kortizon
e. Diğer….

EK-IV. UCLA YALNIZLIK ÖLÇEĞİ

		Hiç uygun değil	Nadiren uygun	Bazen uygun	Sık sık uygun
1	Kendimi çevredeki diğer insanlarla uyum içinde hissediyorum				
2	Arkadaşım yok				
3	Başvurabileceğim hiç kimse yok				
4	Kendimi yalnız hissetmiyorum				
5	Kendimi bir arkadaş grubunun parçası gibi hissediyorum				
6	Çevremdeki insanlarla bir çok ortak yönüm var				
7	Artık hiç kimseyle samimi değilim				
8	İlgilerim ve fikirlerim çevremdekilerce paylaşılmıyor				
9	Dışa dönük bir insanım				
10	Kendimi yakın hissettiğim insanlar var				
11	Kendimi toplum dışı bırakılmış hissediyorum				
12	Sosyal ilişkilerim yüzeyseldir				
13	Hiç kimse beni gerçekten iyi tanımıyor				
14	Kendimi diğer insanlardan soyutlanmış hissediyorum				
15	İstediğim zaman arkadaş bulabilirim				
16	Beni gerçekten anlayan insanlar var				
17	Bu kadar dışa itilmiş olmaktan ötürü mutsuzum				
18	Çevremde insanlar var fakat benimle değiller				
19	Konuşabileceğim insanlar var				
20	Derdimi söyleyebileceğim insanlar var				

EK-V. AİLEDEN ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ (ASD/AL)

		Evet	Hayır	Bilmiyorum
1	Ailem bana gereğince manevi destek olur			
2	Neyi nasıl yapacağım konusunda ailemden faydalı öğütler alırım			
3	Pek çok insan ailesine benim aileme olduğumdan daha yakındır			
4	Ailemde kendime yakın hissettiğim kişilere bir derdimi açtığımda bunun onları rahatsız ettiği fikrine kapılıyorum			
5	Ailem fikirlerimi duymaktan hoşlanır			
6	Ailemdeki kişilerle ilgi alanlarımız büyük ölçüde çakışır			
7	Ailemdeki bazı kişilerin sorunları olduğunda veya danışmak amacıyla bana başvururlar			
8	Ailemin duygusal desteğine güvenirim			
9	Ailemde, bir derdim olduğu zaman sonradan komik kaçacağını düşünmeden gidebileceğim bir kişi var			
10	Ailemle çeşitli konulardaki düşüncelerimizi birbirimize açık açık söyleriz			
11	Ailem benim kişisel gereksinimlerime karşı duyarlıdır			
12	Ailemdeki kişiler duygusal desteğe ihtiyaçları olduğunda bana başvururlar			
13	Ailem sorunlarımı çözmede bana yardımcı olurlar			
14	Bazı aile fertleriyle aramda karşılıklı derin bir ilişki vardır			
15	Ailemdeki kişiler neyi nasıl yapacakları konusunda benden faydalı fikirler edinirler			
16	Ailemdeki kişilere sırlarımı açmak beni rahatsız eder			
17	Aile fertleri tarafından aranan biriyimdir			
18	Ailem problemlerini çözmede onlara yardımcı olduğumu düşündüklerini sanıyorum			
19	Ailemdeki hiç kimseyle diğer insanların ailesindeki kişilerle olan ilişkisi kadar, yakın bir ilişkim yok			
20	Ailemin çok daha farklı olmasını isterdim			

EK-VI. ROMATOİD ARTRİT YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

		Evet (1)	Hayır (0)
1	İstediğimden daha erken yatmak zorunda kalıyorum		
2	İnsanların bana dokunmasından korkuyorum		
3	Sevdiğim rahat ayakkabılar bulmak zordur		
4	Sağlık durumum nedeniyle kalabalıktan kaçınıyorum		
5	Zorlukla giyinirim		
6	Alışverişe gitmek için yürümekte zorlandığını seziyorum		
7	Evle ilgili işler çok zamanımı alır		
8	Bazen tuvaleti kullanmakta sorunlarım oluyor (Bazen tuvaleti kullanmakta zorlanıyorum)		
9	Sıklıkla engellendiğimi hissediyorum		
10	Yaptığım şeyi bırakarak dinlenmek zorunda kalıyorum		
11	Bıçak ve çatalı kullanmakta zorlanıyorum		
12	Dikkatimi toplamakta zorlandığımı anlıyorum		
13	Bazen sadece tek başıma kalmak istiyorum		
14	Bir hayli uzağa yürümekte zorlandığımı düşünüyorum		
15	İnsanlarla tokalaşmaktan kaçınmaya çabalıyorum		
16	Sıklıkla moralim bozuktur		
17	Ailemle ve arkadaşlarımla olan aktivitelerimde eklemlerim güçsüz kalır		
18	Duş almada / banyo yapmada problemlerim var		
19	Bazen, sağlık durumum nedeniyle ağlarım		
20	Sağlık durumum gidebileceğim yerleri kısıtlar		
21	Herhangi bir şeyi yaparken yorulduğumu hissederim		
22	Diğerlerine bağımlı hissediyorum		
23	Sağlık durumum her zaman aklımdadır		
24	Sıklıkla kendime sinirlenirim		
25	Dışarı çıkmak ve insanları görmek çok büyük çaba gerektirir		
26	Geceleri kötü bir şekilde uyurum		
27	Yakın olduğum kişilerin bakımını zor buluyorum		
28	Durumumu kontrol edemediğimi hissediyorum		
29	Fiziksel temastan kaçınıyorum		
30	Giyebildiğim giysilerde kısıtlıyım		

EK-VII. BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

GÖNÜLLÜLERİN BİLGİLENDİRİLMESİ VE RIZASININ ALINMASI PROTOKOLÜ

Tarih: …….

BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesini gereken metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon no, faks no):

Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya velisinin Adı, İmzası, Adresi (varsa telefon no, faks no)

Açıklamaları yapan araştırmacının

Adı :

İmzası:

Rıza alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin Adı, İmzası, Görevi:

EK-VIII. HASTANE İZİN YAZISI

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkez Müdürlüğü

Sayı : 45361945-03/ 11481 **Erzurum** : 08.11.2013

Konu: Tez Çalışması

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

İLGİ: 07.11.2013 tarih ve 2594-22724 sayılı yazı.

İlgi sayılı yazınızla Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü yüksek lisans öğrencisi Fadime AKKAYA **"Romotoid Artrit Hastalarında Yalnızlık, Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi"** konulu çalışmasını hastanemizde yapması başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Necip BECİT
BAŞHEKİM

ASLI GİBİDİR

Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastaneleri Yazı İşleri Bürosu
Tel: 0442 3446765-64 Fax: 0442 2361301

EK-IX. BİLİMSEL ARAŞTIRMA PROJELERİ PROTOKOLÜ

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
BİLİMSEL ARAŞTIRMA PROJELERİ PROTOKOLÜ

Proje Türü:	Lisansüstü Öğrenim Araştırma Projesi	**BAP Proje No:**	2013/278
1-PROJENİN ADI	Romatoid Artrit Hastalarında Yalnızlık, Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi		

2-PROJE PERSONELİ:	Unvanı - Adı ve Soyadı	Telefon (İş)
Proje Yürütücüsü	Doç. Dr. Emine KIYAK	(442) 231 30 41
Araştırmacılar	Hemşire Fadime AKKAYA	0 543 514 97 55

3-PROJENİN BÜTÇESİ

Makine Teçhizatın Tanımı	1 adet Projeksiyon Makinası 1 Adet Sunu Kumandası 1 adet DVD Okuyucu 1 adet Ekran Kartı 4 adet Mause 2 adet Flash Bellek

	Fiyatı (TL.)
03.2-Tüketime Yönelik Mal ve Malzeme Alımları	720 TL
03.3-Yolluklar	
03.5-Hizmet Alımları	1650 TL
03.7-Menkul Mal, Gayri Maddi Hak Alım Bakım ve Onarım Giderleri	
03.8-Gayri Menkul Mal Bakım Ve Onarım Giderleri	
06.1-Mamul Mal Alımları (**Makine Teçhizat**)	1965TL
TOPLAM ÖDENEK	**4.335 TL**

4-PROJENİN GELİŞİMİ :

1. Projenin Başlama Tarihi : **30/12/2013**	4. I.Rapor Tarihi : ...../...../	Sonuç :	..... (+ / -)
2. Projenin Bitiş Tarihi : **30 / 06 /2014**	5. II.Rapor Tarihi : ...../...../	Sonuç :	..... (+ / -)
3. Proje Süresi : **6 Ay**	6. III.Rapor Tarihi : ...../...../	Sonuç :	..... (+ / -)
	7. IV.Rapor Tarihi : ...../...../	Sonuç :	..... (+ / -)
	8.Nihai Rapor Tarihi: **30 / 06 /2014/**	Sonuç :	..... (+ / -)

5-İLGİLİ BİRİM:	**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**		
	Unvanı - Adı ve Soyadı	İmza	Tarih
Proje Yöneticisi:	Doç. Dr. Emine KIYAK		23.01.2014
Bölüm Başkanı:	Prof. Dr. Mehtap TAN		23.01.2014
Dekan:	Prof. Dr. Türkan PASİNLİOĞLU		27.01.2014

6-BAP BİRİMİ			
	Unvanı - Adı ve Soyadı	İmza	Tarih
BAP Koordinatörü	**Prof.Dr. Yunusemre ÖZKANLAR**		05.02.2014

7-PROJENİN UYGULANMASI :

1. Bu proje 2547 sayılı YÖK Kanununun 4684 sayılı Kanunla değişik 58.maddesi gereğince, Bilimsel Araştırma Projeleri Hakkında Yönetmelik çerçevesinde yürütülür.
2. Proje süresinde ve harcama fasıllarında Rektörlük onayı alınmadan değişiklik yapılamaz.
3. Proje Yöneticisi her 6 ayın sonunda gelişme raporu vermekle yükümlüdür.
4. Projelerden alınan teçhizat tüm öğretim üyelerinin kullanımına açıktır.
5. Bir ay geçtiği halde gelişme raporu verilmemiş veya süresi bitmiş olup süre uzatımı talebinde bulunulmamış projeler iptal edilir. Bakiye paralar, Dekanlıklar veya Yüksekokul Müdürlüklerince önerilecek ve BAP Komisyonunca kabul edilecek yeni projelere tahsis edilir veya diğer projelere aktarılır.
6. Bu protokol tek sayfa olacak şekilde hazırlanmalıdır.

O L U R
06../04/2013