T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

142464

ROMATOİD ARTRİTLİ HASTALARIN ÖZ-BAKIM GÜCÜNÜN BELİRLENMESİ

Zehra ATCI

Hacettepe Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetmeliğinin
İç Hastalıkları Hemşireliği Programı İçin Öngördüğü
YÜKSEK LİSANS TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır.

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. NURAN AKDEMİR

ANKARA

2004

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne

Bu çalışma Jürimiz tarafından İç Hastalıkları Hemşireliği Programında Bilim Uzmanlığı Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Nuran Akdemir
(Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu)

Üye: Prof. Dr. Gülümser Kubilay
(Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu)

Üye: Doç. Dr. Kafiye Eroğlu
(Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu)

Üye: Doç. Dr. Hatice Fesçi
(Gazi Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu)

Üye: Öğr. Gör. Dr. Sevgisun Kapucu (Yılmazer)
(Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu)

ONAY:

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Hakan Orer
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Yazar, bu çalışmanın gerçekleşmesinde katkıları nedeniyle aşağıda adı geçen kişi ve kuruluşlara içtenlikle teşekkür eder.

Yazar, bu çalışmada danışmanlık yapan Sn. Prof. Dr. Nuran Akdemir'e, çalışmanın istatistiksel analizlerinde görüşlerine başvurduğu Sn. Dr. İlker Etikan ve Ar. Gör. Jale Karatay'a, araştırmanın yürütülmesi için gerekli izni veren Ankara Üniversitesi İbni Sina Hastanesi Başhekimliği yetkililerine, Fizik Tedavi Anabilim Dalı Başkanı ile İmmunoloji ve Romatoloji Anabilim Dalı Başkanına, Romatoid Artrit İzlem Polikliniği ile İmmunoloji Polikliniği'nde çalışan tüm personele, her konuda destek olan aile ve arkadaşlarına içtenlikle teşekkür eder.

ÖZET

Atcı, Z., Romatoid Artritli Hastaların Öz-Bakım Gücünün Belirlenmesi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Programı Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara, 2003. Bu çalışma romatoid artritli hastaların öz-bakım gücünü belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak, Ankara Üniversitesi İbni Sina Hastanesinde yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini 96 hasta oluşturmuştur. Araştırmada, anket formu ve Öz-Bakım Gücü Ölçeği kullanılmıştır. Polikliniğe gelen hastalara, anket formu hastanede uygulanmış, Öz-Bakım Gücü Ölçeği evde yanıtlanmak üzere verilmiştir. Öz-Bakım Gücü Ölçeği, hastadan birkaç gün sonra, kontrol edilerek teslim alınmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 10.0 paket programı kullanılmış; veri istatistiklerinin hesaplanmasında, İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi, Tek Yönlü Varyans Analizi, Kruskal Wallis Varyans Analizi, LSD (Least Significance Difference=En Küçük Önemli Fark Yöntemi) ve Benferroni Düzeltmeli Mann Whitney U Testi kullanılmıştır. Yapılan çalışma sonucunda, örnekleme alınan hastaların öz-bakım gücü puan ortalaması 98.58±16.84 olarak bulunmuştur. İstatistiksel olarak, eğitim durumu, ağrı yaşama sıklıkları ve sabah tutukluğu ile öz-bakım gücü puan ortalamaları arasındaki fark önemlidir ($p \leq 0.05$). Hastaların %57.3'ü ağrıyı, %53.1'i yorgunluğu, %47.9'u sabah tutukluğunu, %15.6'sı eklemlerde ısı artışını, %10.4'ü iştahsızlığı her zaman yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Hastalardan, hastalığına ilişkin eğitim aldığını ifade eden grubun öz-bakım gücü puan ortalamasının, kısmen eğitim alan ya da almadığını ifade edenlere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Romatoid artritli hastalarda öz-bakım gücünün artırılmasına yönelik bakım, danışmanlık ve hasta eğitimi ile ilgili önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Romatoid Artrit, Öz-Bakım Gücü, Hemşirelik

ABSTRACT

Atcı, Z., To Determine Self-Care Agency in Rheumatoid Arthritis Patients. Hacettepe University Health Science Institute Master of Science Thesis in Medical Nursing, Ankara, 2003. This study is designed as a descriptive research and is undertaken at Ankara University Ibni Sina Hospital. The study sample concerned 96 rheumatoid arthritis patients. In the study, a questionnaire and Self-Care Agency Scale are used. The questionnaire is filled out at polyclinic. The scale is filled by patients at their home and has taken back in few days after controlled. The results are evaluated in SPSS statistical program. The Independent-Samples T Test, One-Way ANOVA, Kruskal Wallis Test, LSD (Least Significant Difference), Benferroni Mann Whitney U Test are used for statistical analysis. In this study, the patients' self-care agency mean point is 98.58±16.84. The mean point between Self-Care Agency and educational levels, pain and morning stiffness frequencies are statistically significant ($p \leq 0.05$). The patients which complained 57.3% for pain, 53.1% for fatigue, 47.9% for morning stiffness, 15.6% for fever at articulations, 10.4% for lack of appetite, admitted to experience these symptoms always. The patients who had education on disease have higher mean point of Self-Care Agency. Patient care, counselling and disease education are the ways which can be suggested to support self-care in rheumatoid arthritis patients.

Key words: Rheumatoid Arthritis, Self-Care Agency, Nursing Care

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI.....iii
TEŞEKKÜR.....iv
ÖZET.....v
ABSTRACT.....vi
İÇİNDEKİLER DİZİNİ.....vii
SİMGELER VE KISALTMALAR.....viii
ÇİZELGELER DİZİNİ.....ix
GİRİŞ.....1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....1
1.2. Araştırmanın Amacı.....4
KONU İLE İLGİLİ TEORİK BİLGİLER.....5
2.1. Romatoid Artrit.....5
2.1.1. Romatoid Artritle İlgili İstatistikler.....5
2.1.2. Romatoid Artritin Fizyopatolojisi.....5
2.1.3. Romatoid Artritte Belirti ve Bulgular.....6
2.1.4. Romatoid Artritte Tanı.....7
2.1.5. Romatoid Artritin Prognozu.....7
2.1.6. Romatoid Artritte Tedavi ve Hemşirelik Bakımı.....8
2.2. Romatoid Artritte Öz-Bakım.....9
BİREYLER VE YÖNTEM.....13
3.1. Araştırmanın Şekli.....13
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....13
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi.....14
3.4. Verilerin Toplanması.....14
3.4.1. Veri Toplama Formlarının Hazırlanması.....14
3.4.2. Veri Toplama Aracının Ön Uygulaması.....15
3.4.3.Veri Toplama Araçlarının Uygulaması.....15
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi.....16
3.6. Araştırmanın Etik Yönü.....17
BULGULAR VE TARTIŞMA.....18
SONUÇ VE ÖNERİLER.....44

KAYNAKLAR.....48
ÖZGEÇMİŞ.....54
EKLER
Ek 1. Anket Formu
Ek 2. Öz-Bakım Gücü Ölçeği
Ek 3. İzin Yazısı

SİMGELER VE KISALTMALAR:

RA	: Romatoid Artrit
ACR	: (American College Of Rheumatism) Amerikan Romatizma Birliği
RF	: Romatoid Faktör
NSAİİ	: Non Steroid Anti İnflamatuar İlaçlar
DMARD's	: Disease Modifying Antirheumatic Drugs (Hastalığı Modifiye Edici İlaçlar)

ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge 1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri.....18
Çizelge 2. Hastaların Hastalıklarına İlişkin Özellikleri.....20
Çizelge 3. Hastaların Öz-Bakım Gücü Puan Ortalamaları.....24
Çizelge 4. Hastaların Öz-Bakım Gücü Ölçeği'ni Dolduran Kişilere Göre Öz-Bakım Gücü Puan Ortalamalarının Dağılımı.....25
Çizelge 5. Hastaların Yaşlarına Göre Öz-Bakım Gücü Puan Ortalamalarının Dağılımı.....26
Çizelge 6. Hastaların Cinsiyetlerine Göre Öz-Bakım Gücü Puan Ortalamalarının Dağılımı..... 28
Çizelge 7. Hastaların Eğitim Düzeylerine Göre Öz-Bakım Gücü Puan Ortancalarının Dağılımı 30
Çizelge 8. Hastaların Hastalık Sürelerine Göre Öz-Bakım Gücü Puan Ortancalarının Dağılımı.....32
Çizelge 9. Hastaların Romatoid Artrit Dışındaki Sorunların Varlığına Göre Öz-Bakım Gücü Puan Ortalamalarının Dağılımı.....33
Çizelge 10.a. Hastaların Yaşadıkları Semptomların Dağılımı.....34
Çizelge 10.b. Hastaların Yaşadıkları Semptomlara Yönelik Uygulamaları.....34
Çizelge 11. Hastaların Ağrı Yaşama Sıklıklarına Göre Öz-Bakım Gücü Puan Ortancalarının Dağılımı. 36
Çizelge 12. Hastaların Yorgunluk Yaşama Sıklıklarına Göre Öz-bakım Gücü Puan Ortancalarının Dağılımı. 38
Çizelge 13. Hastaların Sabah Tutukluğu Yaşama Sıklıklarına Göre Öz-bakım Gücü Puan Ortalamalarının Dağılımı..... 40
Çizelge 14. Hastaların İştahsızlık Yaşama Sıklıklarına Göre Öz-Bakım Gücü Puan Ortalamalarının Dağılımı 41
Çizelge 15. Hastaların Hastalıklarına İlişkin Eğitim Alma Durumlarına Göre Öz-Bakım Gücü Puan Ortalamalarının Dağılımı.....42

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Kronik hastalıklar, dünyada ve ülkemizde önemli sağlık sorunlarından biri haline gelmiştir. Bu hastalıklar, uzun süreli gözlem, kontrol ve bakımı gerektirmesi, bireylerde kalıcı yetersizlik ve sakatlıklara neden olması, hasta birey, ailesi ve ülke açısından çeşitli sorunlara yol açması nedeni ile önem kazanmıştır (Bilir, 2001; Ehrlich-Jones, 2001; Nolan, 2001, Akdemir ve Birol, 2003).

Kronik romatizmal hastalıklardan romatoid artrit, eklem sıvısının inflamasyonu ile eklemde ve eklem dışı dokularda kalıcı fonksiyon bozukluklarına yol açmaktadır. Romatoid artrit, çoğunlukla sinsi başlaması, tanı konduğunda hastada gelişmiş olan fonksiyon kayıpları nedeni ile sakatlığa yol açan hastalıklardan birisidir (WHO, 1992; Lankveld ve ark., 1998). Diğer kronik hastalıklarda olduğu gibi romatoid artritin erken tanısı, hastalığa bağlı değişikliklerin geciktirilmesi, hastaya ve topluma maliyeti açısından önemlidir.

Romatoid artrit, en sık görülen inflamatuar romatizmal hastalıklardan biridir (Kadayıfçı ve Karaaslan, 1998; Akdemir ve Birol, 2003). Dünyada romatoid artrit prevalansı genel olarak %1'dir (WHO 1992; *Special Article*, 1996; Dilşen, 1996,; March ve Lapsley, 2001). Ancak bazı yerli Amerikan kabilelerinde %5 gibi daha yüksek görülme hızları bildirilmiştir (Andreoli ve ark., 2000). Hastalığın Türkiye'deki durumuna ilişkin yeterli bilgiye ise ulaşılamamıştır. Ayrıca, Sağlık Bakanlığı'nın istatistik yıllıklarında en çok ölüme neden olan 150 hastalık içinde romatoid artrite yer verilmemiştir.

Romatoid artrit, 1985 ve öncesinde genelde prognozu iyi bir hastalık olarak tanımlanırken yapılan çalışmalar ile, hastalığın morbidite ve mortalitesinin yüksek olduğu gösterilmiştir. Bu hastalık, üç damarın tıkalı olduğu koroner arter hastalığı, diyabetes mellitus ve serebrovasküler hastalık ile karşılaştırılabilecek düzeyde bir mortalite nedenidir (Griffith, 2002; Gordon ve ark., 2002). Romatoid artritle birlikte görülen kalp-damar hastalıkları, hipertansiyon, diyabetes mellitus gibi hastalıklar, hastalarda mortaliteyi artırmaktadır. Ayrıca, romatoid artrit dışında başka bir kronik hastalığa sahip hastalar, birden fazla kronik bir hastalıkla yaşamak durumunda kalmakta; öz-bakım ve yaşam kaliteleri daha fazla etkilenmektedir (Chehata ve ark., 2001; McEntegart ve ark., 2001; Toprak ve ark., 2002).

Romatoid artrit, daha çok 20-50 yaşları arasında görülür (Kadayıfçı ve Karaaslan, 1998). Hastalığın erken yaşlarda ortaya çıkması, hastalıkla birlikte yaşam süresini ve hastalığa bağlı komplikasyonların görülme sıklığını artırmaktadır. Örneğin, romatoid artritli hastaların, 10 yıl sonra %35-50'sinde, 20 yıl sonra %50-75'inde işleri ile ilgili özürlülük gelişerek hastalar işi bırakmak ya da iş değiştirmek durumunda kalmaktadır (Pincus, 1984).

Romatoid artritli hastaların genel olarak en sık yaşadığı semptomlar, eklem ağrısı, sabah tutukluğu, yorgunluk ve iştahsızlıktır (Kadayıfçı ve Karaaslan, 1998).

Eklem ağrısı, hastaların günlük yaşamlarını etkileyen en önemli semptomdur. Ağrı, narkotik analjezik kullanımını gerektirebilecek boyutta olabilmektedir. Hastalar, ağrı nedeniyle bazı aktiviteleri yerine getirmekten kaçınarak sosyal yaşamlarını kısıtlayabilmektedirler. Gallagher ve arkadaşlarının çalışmasında, sosyal aktivite ile ağrı arasında orta düzeyde korelasyon olduğu; hastaların yaklaşık yarısında, boş zaman aktivitelerinin ağrı nedeniyle olumsuz etkilendiği bildirilmektedir (Gallagher ve ark., 2000). Hastaların ağrı nedeniyle daha az aktivitede bulunmaları daha hareketsiz bir yaşam biçimi geliştirmelerine neden olmaktadır. Bu durum geçici olarak ağrıyı azaltabilmekte; ancak hareketsizliğe bağlı olarak eklemlerde tutukluk ve fonksiyon bozukluğunu artırabilmektedir.

Sabah tutukluğu genellikle bir saatten uzun süren, hastanın eklem hareketlerini kısıtlayan, aktivitelerini yerine getirmesini engelleyen bir durumdur; eklemler hareket ile zaman içinde normal aktivitelerine döner (Taal ve ark., 1997; Ward, 1999). Sabah tutukluğu süresi, hastalığın alevli dönemlerinde, birkaç saati bulabilmektedir. Tutukluk süresince hastalar, bardağı tutmakta, giysilerini giymekte ya da yataktan kalkmak gibi aktivitelerde zorlanabilmektedir.

Hastaların yaşadığı diğer bir semptom yorgunluktur. Hastalarda yorgunluk, hastaların günlük aktivitelerini yerine getirmesini engellemektedir (Riemsma ve ark., 1998). Hastaların aktiviteleri ile enerji düzeylerini ayarlamaları gerekmektedir. Bunun için aktiviteler arasına uygun araların konularak hastanın dinlenmesinin sağlanması yararlı olabilmektedir.

İştahsızlık, diğer bir semptom olup beraberinde kilo kaybı ve anemi görülmektedir. Hastalarda, ilaçların gastrointestinal sisteme yönelik yan etkilerinin

kontrol altına alınmasının, yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanmasının iştahsızlığın kontrolünde önemli olduğu düşünülmektedir.

Hastalarda, öz-bakımı ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerden birisi de eklemlerde oluşan geriye dönüşsüz değişikliklerdir. Bu değişiklikler, etkilenen eklemlerde hareket kısıtlılığına neden olmaktadır. Hareketlerde kısıtlılık gelişen hastalar için, evin banyo, mutfak, tuvalet, merdiven gibi bölümlerinde hastanın destek alacağı değişikliklerin yapılması, baston ve yürüteç gibi harekete yardımcı aletlerin kullanımı, günlük yaşamı kolaylaştırmaktadır. Hastanın günlük yaşamında daha kolay hareket etmesini sağlayan değişiklikler ile aletlerin, hasta/aile ve ülke ekonomisine maliyeti, romatoid artritle ilgili başka bir sorundur (Argon, 1991; Fitzpatrick ve ark., 1991).

Hastaların günlük hareketlerini kolaylaştıran evdeki değişiklikler ile aletlerin etkili kullanılabilmesi için hastanın bunlara uyumunu sağlamada, hasta eğitimine gereksinim doğmaktadır. Hastaların eklemlerindeki fiziksel değişiklikler ve yardımcı alet kullanma durumunda kalması, beden imajı ile ilgili sorunlara da yol açabilmektedir (Argon, 1991; Fitzpatrick ve ark., 1991, Evers A.W.M., 1997; Astın J.A., ve ark., 2002).

Eklemlerde ağrı, tutukluk gibi semptomlar ile fiziksel kısıtlılıklar sadece bireyin günlük aktivitelerini değil, kişinin aile içindeki rollerini yerine getirmesini de engellemekte; çevresiyle sosyal ilişkilerini olumsuz etkileyebilmektedir (Evers, 1997; Lankveld ve ark., 1998, Griffith ve Carr, 2001; Wolfe ve ark., 2001).

Romatoid artritli hastalar, ağrı, yorgunluk, tutukluk ve iştahsızlık gibi semptomlarla başetmeye çalışırken bunun yanında eklemlerde oluşan geriye dönüşsüz kısıtlılık ve deformiteler nedeniyle hem bireysel günlük aktiviteleri hem de psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunlarıyla başetmeye çalışmaktadırlar. Romatoid artritli hastaların bakımından sorumlu hemşirelerin bütüncül yaklaşım ile hastaların bakım gereksinimlerini saptamaları ve sorunların ekip anlayışı ile çözümlenmesi gerekmektedir. Hastaların yerine getiremedikleri ya da zorlandıkları öz-bakım gereksinimlerinde hastanın desteklenmesi önemlidir (Ryan, 1996; Evers,1997; Helliwell, 1999; Strahl ve ark., 2000 Kennedy ve Rogers, 2001; Suurmeijer ve ark., 2001; Üstün ve Köse, 2002). Bunun yanında, hasta eğitimi ve rehabilitasyonunun

planlanması ile hastaların öz-bakım güçlerinin geliştirilmesi ve yaşam kalitelerinin korunması mümkün olabilir.

Toplumumuzda yaşayan romatoid artritli hastaların öz-bakım gücünün saptanması ve öz-bakım aktivitelerinin tanımlanması ile bu alandaki hemşirelik uygulamalarına katkıda bulunulabileceği düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, romatoid artrit hastalarının öz-bakım gücünün belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

2. KONU İLE İLGİLİ TEORİK BİLGİLER

2.1. Romatoid Artrit

2.1.1 Romatoid Artritle İlgili İstatistikler

Romatoid artrit, Dünya genelinde nüfusun ortalama %1'ini etkilemekle beraber değişik toplumlarda farklılıklar gösterebilmektedir. Batı toplumlarında sıklığı yaklaşık % 0.5-1 olarak belirlenmiştir (Kadayıfçı ve Karaaslan, 1998; *Romatizma Bülteni*, 2001).

Romatoid artritin görülüş sıklığı kırsal bölgedeki Güney Afrika yerlilerinde % 0.1, Çin'de % 0.3, Japonya'da % 0.06 ve bazı Kızılderili toplumlarında % 5'tir ve Amerika Birleşik Devletleri'nde 18 yaş ve üstü yetişkin nüfusun % 1 ini etkilemekte, yaklaşık 2.1 milyon kişide görülmektedir (Dilşen, 1996).

Romatoid artritli hastaların % 80'i 30-50 yaş arasındadır. Genç erişkinlerin hastalığı olarak görülmekle beraber her yaşta görülebilir (Black ve Matassarin, 1993; *Romatizma Bülteni*, 2001).

Birçok otoimmun hastalık gibi RA (romatoid artrit) kadınlarda daha sık görülmekte, aynı zamanda daha şiddetli seyretmektedir. Kadın/erkek görülme oranı 2-4/1 arasında değişmekte ve yaş ilerledikçe görülüş sıklığı açısından cinsiyet farklılığı azalmaktadır (Dilşen, 1996; Kadayıfçı ve Karaaslan, 1998).

Hastalığın ülkemizdeki durumuna bakıldığında RA, 2001 yılına ait, Devlet İstatistik Enstitüsü'nün yayını olan istatistik yıllığında, 'seçilmiş 50 nedene bağlı ölümler' içerisinde yer almamıştır. Hastalığın ülkemizde görülme sıklığına ilişkin veriye de rastlanamamıştır (Türkiye İstatistik Yıllığı 2000, 2001).

Ülkemizde romatoid artrite ilişkin istatistikler sınırlıdır. Sağlık İstatistik Yıllığı'nda (1987-1994) romatoid artrit ve ilgili istatistikler, "Romatoid Artrit Ve İlgili Afetler" başlığı altında yer almıştır; bu kaynağa göre 1994 yılında taburcu olanların sayısı 170, ölen sayısı 0, yatılan gün sayısı 3,769, ortalama hastanede kalış süresi 22,2 gün olarak belirtilmiştir (Sağlık İstatistik Yıllığı, 1997).

2.1.2. Romatoid Artritin Fizyopatolojisi

Romatoid artrit öncelikle sinovyal eklemleri tutan, kronik, inflamatuar ve sistemik bir hastalıktır. Bu hastalıkta başlatıcı etken tam olarak bilinmemekte; olası

nedenin T lenfositlerinin birtakım özgül antijenik uyarılar almasıyla ilgili olduğu düşünülmektedir. Eklem sinovyal dokusunda inflamasyon (sinovit) ve proliferasyon söz konusudur. Bu durum çevredeki dokularda (kıkırdak, kemik, ligament) patolojik değişikliklere ve şekil bozukluklarına neden olur. Sonuçta, etkilenen eklemlerde, kıkırdak harabiyeti, kemik erozyonları, tendon rüptürleri ve eklem deformiteleri gelişir (Maletzki ve Stegmayer-Petry, 1995; Carson-DeWitt, 1999; Andreoli T.E ve ark., 2000).

2.1.3. Romatoid Artritte Belirti ve Bulgular

Romatoid artritin başlama şekli bireyden bireye değişebilir ve hastaların çoğunda (%55-70) sinsi bir başlangıç söz konusudur. Yorgunluk, halsizlik, yaygın kas iskelet ağrıları, ilk fakat spesifik olmayan yakınmalardır. Hastaların %8-15'inde belirtilerin kısa sürede ve şiddetli bir şekilde ortaya çıktığı akut başlangıçlı tipi görülür. Geç başlangıçlı hastalık tipi 60 yaş üzeri kişilerde ve genellikle erkeklerde görülür (Carson-DeWitt, 1999; Andreoli T.E ve ark., 2000).

Eklemlerde, inflamasyon belirtilerinden ısı artışı, şişlik ve duyarlılık genellikle vardır; bazen hafif kızarıklık tabloya eşlik edebilir. Tipik olarak el ve ayakların küçük eklemleri simetrik olarak tutulur. Genellikle büyük eklemler daha sonra semptom vermeye başlar. Dirsekler, omuzlar, dizler ayak bilekleri ve çene eklemi sık olarak tutulan büyük eklemlerdendir. Çene ekleminin tutulum belirtisi çiğnemede güçlük ve ağrıdır. Kalça eklemi tutulumu seyrektir. Servikal vertebralar dışındaki vertebralar genellikle tutulmaz (Kadayıfçı ve Karaaslan, 1998; Andreoli T.E ve ark., 2000).

Özellikle el sırtı, göğüs ve uyluk ön yüz kaslarında kas güçsüzlüğü ve atrofisi en sık görülen görülen en sık belirtidir. Bunların dışında birçok eklem dışı bulgu da mevcuttur. Bunlardan deri altı nodülleri hastaların %30 unda görülür. Diğer eklem dışı bulgular çeşitli organ ve sistemlerde ortaya çıkar. Eklem dışı bulgular, kalp, akciğerler, dolaşım sistemi, gastrointestinal sistem, böbrek ve üriner sistem, nöromüsküler sistem, cilt, göz gibi organ ve sistemlerde görülür. Bunun dışında sistemik lupus eritematozus, poliarteritis nodoza, miyestenia gravis, insüline bağımlı diyabet gibi bazı hastalıklar romatoid artritle birlikte bulunabilen hastalıklardır (Dilşen,1996; Kadayıfçı ve Karaaslan, 1998; Giriffith, 2001; Kroot ve ark., 2001).

2.1.4. Romatoid Artritte Tanı

Romatoid artritli hastalarda tanı koymada Amerikan Romatizma Birliği'nin 1987 RA sınıflandırma kriterlerlerinden yararlanılır (Kadayıfçı ve Karaaslan, 1998). Bu kriterler :

- Sabah tutukluğu (en az 1 saat)
- Romatoid nodül
- En az 3 eklemde artrit
- Romatoid Faktör (RF) pozitifliği
- El eklemlerinde artrit
- Radyolojik bulgular
- Simetrik artritdir.

Tanı için 4 kriterin varlığı yeterlidir ve ilk 4 maddedeki belirtiler en az 6 hafta devam etmiş olmalıdır. Bu kriterler dışında tanı koymada romatoid faktör, eritrosit sedimantasyon hızı gibi labaratuvar testleri ile radyografik yöntemlerden de yararlanılır (Arnett F.C., ve ark., 1988, Dilşen,1996; *Romatizma Bülteni*, 2001; Yazıcı ve ark., 2001).

2.1.5. Romatoid Artritin Prognozu

Romatoid artrit, eklemlerdeki kronik sinovit, eklem kıkırdağının ve kemiğin ilerleyici hasarına yol açarken, oluşan yapısal hasar zamanla hastanın günlük fonksiyonlarında farklı derecelerde kayıplara neden olur (Swezey, 1993; Kadayıfçı ve Karaaslan, 1998; Fadıloğlu, 2002).

Romatoid artrit, 1985 ve öncesinde genelde prognozu iyi bir hastalık olarak tanımlanırken daha sonra yapılan çalışmalar, hastalığın morbidite ve mortalitesinin yüksek olduğunu göstermiştir. Romatoid artrit, önemli bir morbidite ve sakatlık nedeni olmasının yanında, üç damarın tıkalı olduğu koroner arter hastalığı veya Hodgkin hastalığı, diyabetes mellitus ve serebrovasküler hastalık ile karşılaştırılabilecek düzeyde bir mortalite nedenidir (Griffith ve Carr, 2002; Gordon, 2002). Tutulan eklem sayısının fazla oluşu, beraberinde kardiyovasküler hastalıkların bulunması ve hastanın eğitim düzeyinin düşüklüğü gibi sosyodemografik özellikler romatoid artritte erken mortalite için önemli nedenler içinde sayılabilir (Katz 1998, Chehata 2001, McEntegart ve ark., 2001; *Romatizma Bülteni*, 2001).

2.1.6. Romatoid Artritte Tedavi ve Hemşirelik Bakımı

Romatoid artritte tedavinin amacı, hastada ağrı ve inflamasyonun giderilerek deformitelerin önlenmesi, hastanın fonksiyonel durumunun korunması, uzun dönem komplikasyonların önlenmesi, ilaç yan etkilerinin en aza indirilmesi ve hastanın yaşam kalitesinin yükseltilmesidir (Black ve Matassarin, 1993; Dilşen,1996; Wolfe ve ark., 2001). Bu amaca ulaşmak için, gerekli becerilere sahip meslek mensuplarının bir ekip halinde çalışmaları gerekmektedir.

Romatoloji ekibinde hemşirenin görevleri şunlardır: (Black, 1993; Hill, 1995; Ryan, 1996; Argon 2003):

- Hastanın genel bakımı ve rahatlığının sağlanması,
- Hasta ve yakınlarının eğitimi,
- Gerekli önlemlerin alınarak hastanın ağrısının giderilmesi (yatak istirahati, atel ve ilaçlar gibi),
- Deformitelerin önlenmesi,
- Hastanın durumundaki gelişmenin ya da gerilemenin dikkatle izlenmesi,
- Hastayı destekleme, cesaretlendirme, psikolojik durumunun değerlendirilmesi,
- Rehabilitasyon programının uygulanmasıdır.

Romatoid artrit tedavisinde birçok tedavi yönteminin birlikte kullanılması gerekebilmektedir. Romatoid artrit tedavisinde kullanılan yöntemler şunlardır (Kadayıfçı ve Karaaslan, 1998; Andreoli ve ark., 2000; *Romatizma Bülteni*, 2001; Yazıcı ve ark., 2001):

1. Dinlenme ve egzersiz: Hastanın hastalık aktivitesiyle uyumlu, yaş ve işine uygun egzersiz ve dinlenme önerilmektedir.
2. İlaç tedavileri
    a) Analjezikler ve NSAİİ'ler
    b) Kortikosteroidler
    c) Disease Modifying Antirheumatic Drugs (DMARD's): Antimalaryal ilaçlar, altın tuzları, d-penisilamin, sulfazalindir.

Romatoid artritin uzun dönemdeki etkilerinin 1980'lerde tanımlanmaya başlaması ile hastalığın kontrolünde, DMARD grubu ilaçlarla daha erken ve agresif tedavi biçimi benimsenmiştir. Bu doğrultuda DMARD grubuna yeni ve daha az toksisitesi olan ilaçlar eklenmiştir. Sulfazalin ve metotreksat 1980'lerin başında,

siklosporin 1990'ların başında, leflunomide, etanercept ve infliximab 1990'ların sonunda tedaviye katılmıştır. Etanercept ve infliximab'ın pahalı olması, tedavinin maliyetini artırmaktadır. Bir hastanın yıllık "etanercept" ilaç masrafı 12 bin dolar dolayındadır (*Special Article*, 1996; Sokka ve ark., 1999; Griffith ve Carr, 2001).

3. Fizik tedavi ve rehabilitasyon: Fizik tedavi uygulamalarının amacı, ağrının azaltılması, eklem hareket açıklığının ve kas gücünün artırılması, eklem deformitelerinin önlenmesi, günlük yaşam aktivitelerinin sağlanması, hastanın eski ya da yeni işine adaptasyonudur.
4. Cerrahi yöntemler: Bu uygulamalar içinde tendon tamirleri, sinir dekompresyonu, sinovektomi, protez gibi uygulamalar yer alır.
5. Hasta ve ailesinin eğitimi, hastaya psikolojik destek sağlanması: Hastaya psikolojik destek sağlanması ve hasta eğitimi kronik hastalıkların yönetiminde önemli işlevi olan hemşirelik girişimlerindendir. Romatoid artrit gibi kronik hastalığa sahip bireylerin hastalıklarını tanıma, hastalığın prognozu, tedavi ve yan etkilerini, komplikasyonlarını bilme, rehabilitasyon sürecine katılmaya gereksinimleri vardır. Ayrıca, hastaların öz-bakımlarını sürdürmeleri ve hastalığa uyumları için hasta eğitimi etkili bir şekilde planlanmalı, uygulanmalı ve hastalar izlenmelidir ().

2.2. Romatoid Artritte Öz-Bakım

Öz-bakım kavramı, Orem'in (1959) Genel Hemşirelik Teorisi'nden gelişmiştir. Öz-bakım, bireyin yaşamını, sağlığını ve iyiliğini sürdürmek için sağlık etkinliklerini yerine getirmesi ya da gerçekleştirmesi olarak tanımlanmaktadır (Lukkarinen ve Hentinen, 1997; Nahcivan, 1994). Bu teoriye göre bireyler kendi sağlıkları ile ilgili durumlarda daha aktif ve daha katılımcı bir roldedirler. Bireyler sağlıkları ile ilgili tüm sorumluluğu sağlık personeli ya da diğer bireylere bırakmamakta, bu konuda çaba sarf eden ve sağlık durumunu araştıran, geliştiren, değerlendiren konumundadırlar.

Öz-bakım gücü (Self-Care Agency), bireyin yaşamı, sağlığı ve iyilik durumunu sürdürmek için sağlık etkinliklerini başlatma ve uygulama yeteneğidir (Lukkarinen ve Hentinen, 1997).

Bireyin sahip olduğu öz-bakım gücü/yeteneği ile öz-bakım gereksinimleri arasında bir denge vardır. Bazen bireyin öz-bakım gücü/yeteneği öz-bakım

gereksinimlerini karşılamada yetersiz kalır ve denge bozulur. Bu duruma "öz-bakım yetersizliği/açığı" (self-care deficit) denir. Kişinin öz-bakım gereksinimlerini yerine getirmesini engelleyen güçlükler söz konusu olduğunda sağlık personelinin yardımını istemeleri doğaldır (Kara, 2001).

Öz-bakım gereksinimlerini üç grupta incelemek olasıdır (Nahcivan, 1994):

1- Evrensel Öz-Bakım Gereksinimleri: Kişilerin günlük yaşamlarını devam ettirmek için gerekli hava, beslenme, su, boşaltım, kişisel özgürlük, tehlikeden korunma gibi temel gereksinimlerdir.

2- Gelişimsel Öz-Bakım Gereksinimleri: İnsan yaşamında gelişimsel dönemlerin (bebeklik, adölesan, yetişkinlik, gebelik gibi) gereksinimleri ve bu dönemleri olumsuz etkileyebilecek eğitim eksikliği, sosyal sorunlar, uygun olmayan yaşam koşulları gibi durumların sağlığa olumsuz etkilerini azaltmayı ve gerekli bakımın sağlanmasını içerir.

3- Sağlıktan Sapma Durumunda Öz-Bakım Gereksinimleri: Kişilerin yaşadığı yaralanma, hastalık gibi durumlarda ortaya çıkan tıbbi yardıma gereksinim duyma, tedavinin uygulanması ve hastalığa uyumu ile ilgili öz-bakım gereksinimleridir.

Kronik hastalıklarda sadece etkilenen organ ya da sistemde değil, diğer organ ve sistemlerde de komplikasyonlar gelişebilmektedir. Bu hastalıklar için "sağlıktan sapma durumu" geçici bir dönem olmayıp yaşam boyu devam etmekte, bu nedenle kronik hastalığı olan hastalar yaşam boyu öz-bakım güçlerini etkileyecek durumlarla karşı karşıya kalabilmektedirler. Kronik hastalığı olan bireylerin sağlıklı bireylere göre düzenli birtakım ilaç ve tedavileri uygulamaları, kontrole gitmeleri, hastalıklarına uygun yaşam şeklini benimsemeleri gerekmektedir. Ayrıca bu kişiler için sağlıklı kişilere göre artmış mortalite ve morbidite riski söz konusudur.

Yurtdışı yayınlarda, romatoid artrit ve öz-etkililik durumunu araştıran birçok çalışmaya ulaşılmıştır. Öz-etkililik kavramının öz-bakım kavramına yakınlığı nedeniyle, bu çalışmada öz-etkililik kavramına da yer verilmesinin yararlı olacağı düşünülmüştür.

Öz-etkililik "bireyin belli bir eylemi başarıyla yapma veya olayları kontrol edebilme algısı ya da yargısı" ya da "bireyin belirli bir performans düzeyini başarma kapasitesine ilişkin yargısı" olarak tanımlanmaktadır. Bireyleri sağlığa zarar veren olumsuz davranışlardan koruyup sağlığı geliştiren olumlu davranışlar kazandırmaya çalışan hemşirelerin, bireyin davranışları üzerinde davranış sürecini kontrol ederek etkili olan bu bilişsel-algısal faktöre ilişkin bilgisinin olması önemlidir (Katz, 1998; Brekke ve ark., 2001; Fadıloğlu, 2002; Üstün ve Köse, 2002). Öz-etkililik kavramına göre, hasta gerekli bilgi, fiziksel yeteneğe sahip olduğunda kendini yönetme yeteneklerini kullanarak sağlığı ile ilgili olumlu kararları alma ve uygulama becerisini gösterebilir. Bu süreçte hemşire, hem eğitici hem de yönetici fonksiyonlarını yerine getirir.

Romatoid artritli hastalarda eklem ve eklem dışı organlarda oluşan patolojiler, kişilerin temel yaşam gereksinimleri olan yeme-içme, giyinme, boşaltım gibi gereksinimlerini karşılamasını engelleyebilir; hastayı başkasına bağımlı olma durumuna götürebilir. Bu durumda hemşirenin görevleri, hastanın yerine getiremediği gereksinimlerine yardım etmek, daha çok aktiviteyi kendi başına yapması için teşvik etmek ve hastaya gerekli zamanı tanımak, kişinin evde yardıma gereksinimi varsa bu kişilerin eğitimi, ev ortamının hastanın fizik güçlüklerine yönelik düzenlenmesinde danışmanlık, yardımcı araç-gereç kullanılması durumunda bu araç-gerecin kullanımı ile ilgili eğitim, doğru şekilde kullanımının izlenmesi, hastanın düzenli kontrollerine gelmesini sağlamak ve evde izlemini yapmaktır (Black ve Matassarin, 1993).

Romatoid artritli hasta, genellikle yaşamının en verimli olduğu yetişkinlik çağında kronik bir hastalıkla karşı karşıya kalır. Fiziksel özürlülüğe götüren bu hastalık kişilerin evlilik, iş, arkadaşlık ve akrabalık ilişkilerini tehdit edebilmekte; kişide psikolojik hastalıkların görülmesine ve sosyal izolasyona neden olabilmektedir (Hill, 1995; Evers, 1997; Plach ve ark., 2003).

Romatoid artrit, kadınlarda erkeklere göre 2-3 kat daha fazla görülür. Gebe kalmayı düşünen RA'li bir hastanın doktoru ile işbirliği yapması, hamile kalması için uygun dönemin birlikte karar verilmesi gerekir. Romatoid artrit kronik bir hastalık olduğu için uzun dönem kullanılması zorunlu ilaçlar fetüsun durumunu olumsuz etkileyebilir. Bu konuda önerilen yaklaşım, hastalığın alevli döneminde

hamile kalınmaması (ilaçlarını kesmek durumunda kalacağı için) şeklindedir. Hemşirenin bu hastalarda aile planlama yöntemleri, hastanın kullandığı ilaçlar ve fetüse olası yan etkileri ile ilgili eğitim yapması gereklidir. Ayrıca hemşire, bireylerin psikolojik durumunu değerlendirmeli, sosyal güçlüklerini tanımlamalı; hasta birey yaşlı ise yaşlılığın getirdiği güçlükler açısından da izlemeli ve değerlendirmelidir (Karaaslan, 2001; *Romatizma Bülteni*, 2001).

Literatürde, artritli hastaların, hastalıklarına yönelik öz-bakım girişimleri ile ilgili çalışmalar bulunmaktadır. Bu çalışmalarda, hastaların gerçekleştirdiği öz-bakım aktiviteleri, reçetelenmiş ilaçları kullanma, beslenme ve diyet önerilerine uyma, egzersiz ve dinlenme, soğuk veya sıcak uygulama, masaj, bitkisel çay ve ilaçları kullanma, stresi azaltma ve rahatlama tekniklerini kullanma, hastalığa karşı gelişen duygu ve psikolojik tepkileri yönetme, hastalık veya semptomlara yönelik herhangi bir girişimde bulunmama olarak belirtilmiştir (Carson-DeWitt, 1999; Strahl ve ark., 2000; Ehrlich-Jones, 2001; İbrahim ve ark., 2001).

Romatoid artrit, kronik bir hastalık olarak hastaların birçok yaşam alanlarında farklı etkilere yol açmaktadır. Ülkemizde romatoid artrite ilişkin istatistiksel çalışmaların yapılması ve hastaların bu hastalıktan nasıl etkilendiğinin saptanması ile romatoid artrite ilişkin sorunlara yönelik daha uygun çözümler üretilebileceği düşünülmektedir.

3. BİREYLER VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma romatoid artrit tanısıyla izlenen hastaların öz-bakım gücünün belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Ankara ili Büyükşehir Belediye sınırları içindeki Ankara Üniversitesi İbni Sina Hastanesi Romatoid Artrit İzlem Polikliniği ile İmmünoloji Polikliniklerinde yapılmıştır.

Araştırmada, romatoid artrit hastalarının izlendiği bir polikliniğin olması ve yeterli hasta sayısına daha kolay ulaşılabilmesi nedeni ile Ibni Sina Hastanesi tercih edilmiştir. Romatoid Artrit İzlem Polikliniği'nde hastalar, haftada iki gün öğleden sonra muayene edildiği için; öğleden önce muayenenin yapıldığı İmmunoloji Polikliniği ikinci poliklinik olarak seçilmiştir.

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne bağlı iki hastane ve bir kalp merkezi bulunmaktadır. İbni Sina Hastanesi 1985'te hizmete açılmıştır. Hastanenin yatak sayısı 1265 olup, 31 yataklı gündüz onkolojik tedavi ünitesi ve 31 yataklı hemodiyaliz ünitesi ile toplam yatak sayısı 1327'dir. İbni Sina Hastanesi, 15 ana bilim dalı ve 9 bilim dalından oluşmakta; 22 dalda poliklinikleri ile günde yaklaşık 1600 hastaya hizmet vermektedir (Erden, 2003).

Romatoid Artrit İzlem Polikliniği, Fizik Tedavi Polikliniği içerisinde yer almakta olup Fizik Tedavi doktorları, Çarşamba günleri 13.30-16.00 saatleri arasında hasta muayenesi, Pazartesi günleri 13.30-16.00 saatleri arasında hasta kontrolü yapmaktadırlar. Bu poliklinikte bir veya iki doktor ile bir sekreter hizmet vermektedir. Fizik Tedavi Polikliniği'nde ise çalışan bir hemşire bulunmaktadır.

İmmünoloji Polikliniği hafta içi her gün 8.30-12.00 ile 13.30-17.00 arasında, rotasyonla çalışan bir doktor ve bir sekreterle hizmet vermektedir. İmmünoloji Polikliniği'nden sorumlu iki hemşire bulunmaktadır. Bu hemşireler, immünoloji polikliniği ile birlikte altı poliklinikten sorumludur.

Poliklinikte çalışan hemşireler, polikliniklerin genel düzeni, muayene ve tetkikler için gerekli araçların sağlanması, kan alma gibi görevleri yürütmektedirler.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini, Ankara Üniversitesi Romatoid Artrit İzlem Polikliniği ile İmmünoloji Polikliniği'ne muayeneye gelen romatoid artritli hastalar oluşturmuştur. Bu polikliniklerde romatoid artritli hastaların tam sayısına ulaşılamadığı için çalışmanın örnekleminde kesitsel örnekleme yöntemi kullanılmıştır.

Araştırmanın uygulaması, 1.4.2002 - 30.7.2002 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Belirtilen süre içinde, Romatoid Artrit İzlem Polikliniği'nden 67 hasta ile, İmmünoloji Polikliniğinden 29 hasta (toplam 96 hasta) araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Örnekleme romatoid artritten önce başka bir kronik hastalık tanısı almamış hastalar ile evde Öz-bakım Ölçeği'ni doldurabileceğini ifade eden hastalar alınmıştır.

3.4. Verilerin Toplanması

3.4.1. Veri Toplama Formlarının Hazırlanması

Veri toplamada iki araçtan yararlanılmıştır. Bunlar:

1. Anket Formu:

Araştırmada kullanılan anket formu (Bkz. EK 1), literatürden yararlanılarak hazırlanmıştır (Hill, 1995; Argon, 2003; Andersson ve ark, 1999; Kara ve Fesci, 2000; Ehrlich-Jones, 2001; Griffith ve Carr, 2001). Anketin ön-uygulamasından sonra gerekli değişiklikler yapılarak, anket formu son şeklini almıştır. Anket formunda, tanıtıcı özellikler olarak yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, çalışma statüsü, sosyal güvencesi, gelirin gideri karşılama durumu, yaşadığı yer, birlikte yaşadığı kişiler yer almıştır.

Hastalarda öz-bakım gücünü etkileyen farklı değişkenler (psikolojik, sosyal, ekonomik, fiziksel) söz konusudur. Romatoid artritli hastalarda fiziksel fonksiyonların etkilenmesine bağlı psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunlar ortaya çıkabildiği için anket formunda, öz-bakımla ilişkisi olduğu düşünülen semptomlara yer verilmiştir.

2. Öz-bakım Gücü Ölçeği (Self-Care Agency Scale):

Kearney ve Fleischer tarafından 1979'da geliştirilen öz-bakım ölçeğinin (ESCA=Exercise of Self Care Agency) İngilizce orijinalinde 43 ifade bulunmaktadır.

Nahçıvan tarafından sağlıklı gençlerde geçerlik ve güvenirlik yapılarak Türk toplumuna uyarlanmış olup ölçeğin Türkçe formu, 35 ifadeden oluşmaktadır (Nahcivan, 1994). 1995 yılında Pınar tarafından Öz-Bakım Gücü ölçeğinin yeniden geçerlilik ve güvenirliği yapılarak, kronik hastalarda çalışmaya uygunluğu değerlendirilmiştir. Çalışmanın birinci aşamasında araştırmacı tarafından yetersiz bulunan bir ifade ölçekten çıkartılmış ve Öz-Bakım Gücü Ölçeği'nin madde sayısı 34'e indirilmiştir. Ölçekten alınabilecek maksimum puan 136'dır ve bu puan öz-bakım gücünün en yüksek seviyesini ifade eder. Pınar tarafından kronik hastalıklarda geçerlik ve güvenirliği yapılan ölçeğin test-tekrar test güvenirlik katsayısı (r) 0.80, Cronbach's alpha değeri 0.89 dur (Pınar, 1996). Araştırmamızda, öz-bakım gücü bu ölçek ile değerlendirilmiştir. Bu ölçekten bireylerin kendi kendilerine bakma yeteneklerini değerlendirmek amacı ile yararlanılmaktadır. Öz-Bakım Gücü Ölçeği (Bkz. EK 2), ölçeği Türkiye'de uygulayan, geçerlik ve güvenirliğini yapan Doç. Dr. Rukiye Pınar'dan sözel izin alınarak kullanılmıştır.

3.4.2. Veri Toplama Aracının Ön Uygulaması

Anket formunun ön uygulaması, Mart 2002'de, 13 romatoid artritli hasta üzerinde araştırmacı tarafından Ankara Üniversitesi İbni Sina Hastanesi Romatoid Artrit İzlem Polikliniği'nde gerçekleştirilmiştir. Ön uygulama sonrası anket formunda gerekli değişiklikler yapılarak yeniden düzenlenmiştir. Ön uygulamanın yapıldığı 13 hasta, örneklem kapsamına alınmamıştır.

3.4.3. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Araştırma, kurumdan yazılı izin (Bkz. EK 3) alındıktan sonra 1.4.2002-30.7.2002 tarihleri arasında yapılmış; anket formu araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Öz-Bakım Gücü Ölçeği, hastalara muayeneye geldiklerinde evde yanıtlanmak üzere verilmiş, birkaç gün sonra gelecekleri kontrolde getirmeleri rica edilmiştir.

Hastaların poliklinikte muayene için sıra beklemeleri, ölçeğin doldurulması için hastanede uygun ortamın olmaması ve polikliniğe gelen araştırma sınırlılıklarına uyan tüm hastaları alabilmek amacıyla ölçeğin evde doldurulmasına karar verilmiştir. Araştırmacı tarafından, hastalara ölçekle ilgili bilgi verilmiştir. Hastaların araştırmayı kabul etmesi ve ölçeği evde doldurabileceğini ifade etmeleri durumunda ölçek, hastalara teslim edilmiştir.

Kullanılan Öz-Bakım Gücü Ölçeği Likert tipi bir ölçek olup bireylerin ölçeği kendisinin doldurması daha uygundur. Ancak ülkemizde okur-yazar grubu da dikkate alarak ve daha fazla hasta sayısına ulaşmak amacıyla okur-yazar olmayan grup da araştırma kapsamına alınmıştır. Okur-yazar olmayan 18 hasta, araştırma öncesi, bir yakınının ölçekteki soruları kendisine okuyabileceğini ve yanıtlarını forma işaretleyebileceğini ifade etmiştir. İstatistiksel olarak, yakını (n=18) ve hastanın kendisi tarafından (n=78) doldurulan ölçeklerin puan ortalamalarının değerlendirilmesi, Çizelge 4.4'de verilmiştir.

Öz-Bakım Gücü Ölçeği, hastalar kontrole geldiklerinde soruların yanıtlanıp yanıtlanmadığı ve formun doğru işaretlenip işaretlenmediği açısından araştırmacı tarafından kontrol edilerek geri alınmıştır.

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 10.0 paket programı kullanılmış, veri istatistiklerinin hesaplanmasında, İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi, Mann Whitney U Testi, İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi, Kruskal Wallis Varyans Analizi, LSD (Least Significance Difference=En Küçük Önemli Fark Yöntemi) ve Benferroni Düzeltmeli Mann Whitney U Testi kullanılmıştır.

Bu çalışmada gruplardaki denek sayılarının birbirine yakın olmaması nedeniyle bazı istatistiksel analizlerde nonparametrik test kullanılmış; bu yüzden öz-bakım gücü puan ortalaması, ortanca, minimum ve maksimum puanlarla ifade edilmiştir.

Öz-bakım Gücü Ölçeği, 5 Likert tiplidir. Ölçeğin değerlendirmesinde, "Beni hiç tanımlamıyor" yanıtına "0" puan, "beni pek tanımlamıyor" yanıtına "1", "fikrim yok" yanıtına "2", "beni biraz tanımlıyor" yanıtına "3", "beni çok tanımlıyor" yanıtına "4" puan verilir. İfadelerin 8'i (3,6,9,13,19,22,26 ve 31) negatif olarak değerlendirilir ve puanlama tersine döndürülür.

Araştırmada kullanılan *bağımsız değişkenler,* Yaş, Cinsiyet, Eğitim Durumu, Meslek, Sosyal Güvencesi, Gelir Düzeyi, Yaşadığı Yer, Birlikte Yaşadığı Kişiler, Hastalık Süresi, Romatoid Artrit Dışındaki Hastalığın Varlığı, İlaçlarını Düzenli Kullanma Durumu, Hastalıkla İlgili Semptomlar, Ağrı Düzeyi, Sabah Tutukluğu Süreleri, Hastalığı İle İlgili Eğitim Alma Durumu'dur.

Araştırmada kullanılan *bağımlı değişken,* Öz-Bakım Gücü Puanı'dır.

Bu çalışmada, Öz-Bakım Gücü Ölçeği'nin iç tutarlılık katsayısı araştırmacı tarafından, Cronbach's α =0.87 olarak saptanmıştır.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar n=96 bireyden elde edilen verilerle sınırlıdır.

3.6. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılması için Ankara Üniversitesi İbni Sina Hastanesi Başhekimliği'nden yazılı izin, İmmunoloji Polikliniği'nde uygulama yapmak için İmmünoloji ve Romatoloji Anabilim Dalı Başkanı'ndan sözel izin alınmıştır. Romatoid Artrit İzlem Polikliniği'nde uygulama yapmak için, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Başkanı'ndan sözel izin alınmış ve Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bölümü doktor ekibine araştırma ile ilgili sözlü sunum yapılmıştır. Araştırmaya katılan hastalara araştırmanın amacı ile ilgili bilgi verilmiştir ve hastaların sözlü izinleri alınmıştır.

4. BULGULAR ve TARTIŞMA

Bu bölümde araştırma kapsamına alınan 96 hastaya ilişkin tanıtıcı özellikler, hastalıklarına ilişkin tanıtıcı bilgiler, hastaların öz-bakım gücü puan ortalamaları ile ilgili bulgular ve tartışmalar yer almaktadır.

Çizelge 4.1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri

Tanıtıcı Özellikler	Sayı	%
Yaş		
24-40	18	18.8
41-57	48	50.0
58-82	30	31.2
Cinsiyet		
Kadın	79	82.3
Erkek	17	17.7
Eğitim Durumu		
Okuryazar Değil	18	18.8
Okuryazar	10	10.4
İlkokul Mezunu	35	36.5
Ortaokul Mezunu	7	7.3
Lise Mezunu	13	13.5
Yüksekokul/Üniversite Mezunu	13	13.5
Çalışma Statüsü		
Memur	13	13.5
Ev Hanımı	60	62.5
Emekli	17	17.7
Diğer (1)	6	6.3
Sosyal Güvencesi		
Var	95	99.0
Yok	1	1.0
Halen Yaşadığı Yer		
İl	81	84.4
İlçe	10	10.4
Köy	5	5.2
Birlikte Yaşadığı Kişiler		
Yalnız	9	9.4
Çekirdek Aile	73	76.0
Geniş Aile	14	14.6
Gelirin Sağlık Giderlerini Karşılama Durumu (2)		
Karşılıyor	40	41.7
Kısmen Karşılıyor	40	41.7
Karşılamıyor	16	16.6
Toplam	96	100.0

(1) Diğer: Serbest meslek sahibi, işçi
(2) Gelirin sağlık giderini karşılama durumu ile ilgili yanıtlar hasta ifadeleridir.

Çizelge 4.1'de araştırma kapsamına alınan hastaların tanıtıcı özellikleri yer almaktadır.

Çizelge incelendiğinde, araştırmaya katılan hastaların %50'sinin 41-57 yaşlar arasında, %82.3'ünün kadın, %36.5'inin ilkokul mezunu, %62.5'inin ev hanımı, %99'unun sosyal güvenceye sahip olduğu, %84.4'ünün bir il merkezinde yaşadığı, %76'sının çekirdek aile, %41.7'sinin gelirlerinin sağlık giderlerini karşıladığı ya da kısmen karşıladığı görülmektedir. Hastaların gelirlerinin sağlık giderlerini karşılama durumları ile ilgili yanıtları hasta ifadesi olduğu için ve gruplardaki denek sayılarının birbirine yakın olmaması nedeniyle öz-bakım gücü ile ilgili istatistiksel değerlendirme yapılmamıştır.

Örnekleme alınan hastaların büyük kısmını, literatürde de yer aldığı şekilde, kadınlar oluşturmaktadır (Swezey, 1993; Yazıcı ve ark., 2001). Kadın hastaların fazla olması, hastaların çalışma statüsü gruplarına göre sınıflandırmasında ev hanımı olanların oranının yüksek çıkmasına neden olmuş olabilir.

Çizelge 4.2. Hastaların Hastalıklarına İlişkin Özellikleri

Hastalık Özellikleri	Sayı	%
Romatoid Artrit Dışındaki Sağlık Sorunlarının Varlığı (n=96)		
Var	68	70.8
Yok	28	29.2
Romatoid Artrit Dışındaki Sağlık Sorunları (n=68) (1)		
KOAH	5	7.3
DM	13	19.1
HT	33	48.5
Osteoporoz	15	22.0
Anemi	3	4.4
Mide Yakınmaları	10	14.7
Akciğer Tutulumu	6	8.8
Diğer Hastalıklar (2)	35	51.4
Romatoid Artrit Süresi (n=96)		
1-3 yıl	20	20.8
4-6 yıl	16	16.7
7-10 yıl	27	28.2
11-19 yıl	20	20.8
20-31 yıl	13	13.5
İlaçlarını Düzenli Kullanma Durumu (n=96)		
İlaç Kullanmıyor	3	3.1
Düzenli Kullanıyor	81	84.4
Düzenli Kullanmıyor	12	12.5
Kullandığı İlaçlar (n=93) (3)		
NSAİİ	82	88.1
DMARD	67	72.0
Kortikosteroid	26	27.9
Diğer İlaçlar (4)	58	62.3
Ağrı Düzeyleri (n=96)		
Ağrı Yok	7	7.3
Hafif Ağrı	25	26.0
Orta Şiddette Ağrı	38	39.6
Şiddetli Ağrı	16	16.7
Çok Şiddetli Ağrı	8	8.3
Dayanılmaz Ağrı	2	2.1
Sabah Tutukluğu Süreleri (n=96)		
Sabah Tutukluğu Yok	7	7.3
1 Saate Kadar (≤59 dakika)	25	26.0
1-2 Saat Arası (60-119 dakika)	38	39.6
2-3 Saat Arası (120-179 dakika)	16	16.7
3-4 Saat Arası (180-239 dakika)	8	8.3
4 Saat ve Üzeri (>=240 dakika)	2	2.1

Çizelge 4.2. Hastaların Hastalıklarına İlişkin Özellikleri (Devam)

Hastalık Özellikleri	Sayı	%
Hastalığı İle İlgili Eğitim Alma Durumu (5) (n=96)		
Alan	23	24.0
Kısmen Alan	50	52.0
Almayan	23	24.0
Hastalığı İle İlgili Eğitim Aldığı Konular (6) (n=73)		
Hastalık	39	53.42
Tedavi	69	94.52
Egzersiz	39	53.42
Eğitim Aldığı Kişi (7) (n=73)		
Doktor	69	94.52
Hemşire	2	2.73
Fizyoterapist	17	23.28
Diğer (8)	5	6.8
Aldıkları Eğitimi Yeterli Bulma Durumu (9) (n=73)		
Yeterli	21	28.76
Kısmen Yeterli	51	69.8
Yetersiz	1	1.5

(1) Hastaların bir kısmı, birden fazla hastalığa sahiptir.

(2) Diğer hastalıklar şunlardır: Bel fıtığı, böbrek taşı, guatr, kadın hastalıkları, alerji, egzema, kalp damar hastalıkları (kapak hastalığı, hiperlipidemi, aritmi, koroner arter), depresyon, hemoroid, skleroderma, glokom, göz kuruluğu, behçet hastalığı, sistemik lupus eritematozus.

(3) Hastaların bir kısmı, birden fazla ilaç kullanmaktadır.

(4) Diğer ilaçlar:Hipertansiyon, diabetes mellitus, osteoporoz, guatr, kadın hastalıkları, depresyon, kalp damar sorunları ve bağ dokusu hastalıklarına yönelik ilaçlar

(5) Kısmen eğitim alma: Hasta hastalığı, tedavi ve egzersizle ilgili bir veya iki konuda eğitim almış ise kısmen eğitim almış olarak değerlendirilmiştir.

(6) Hastalar, birden fazla konuda eğitim almışlardır.

(7) Hastalar, birden fazla kişiden eğitim almışlardır.

(8) Diğer: Hastalar, yakınları, kitap, broşür

(9) Hasta ifadelerine göre değerlendirilmiştir.

Çizelge 4.2.'de araştırmaya katılan hastaların hastalık özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır.

Çizelge incelendiğinde, hastaların %70.8'ünün romatoid artrit dışında başka bir hastalığı olup; bu hastalıklar içinde en önemli oranı (%48.5) hipertansiyon oluşturmaktadır.

Romatoid artrit ile ilgili yayınlarda, romatoid artrit hastalığına başka kronik hastalıkların eşlik edebildiği; ya da romatoid artritin tedavisine bağlı hipertansiyon, diyabetes mellitus, osteoporoz gibi hastalıklar gelişebildiği belirtilmektedir (Kroot , ve ark., 2001; McEntegart ve ark., 2001; Laheij, 2003).

Hastaların %28.2'si 7-10 yıl hastalık süresine sahiptir. Romatoid artritli hastalarda hastalık süresinin artması ile birlikte hastalığa bağlı komplikasyonların görülmesi, ilaç yan etkilerinin ortaya çıkması riski artmakta; kronik hastalığa bağlı kişinin öz-bakım gücü ile yaşam kalitesini olumsuz etkileyen durumlarla daha fazla karşılaşılmaktadır.

Hastaların %84.4'ü ilaçlarını düzenli kullanmakta, %3.1'i ilaçsız izlenmektedir. Örnekleme alınan hastaların yüksek oranda (%84.4) ilaçlarını düzenli kullandığını ifade etmeleri olumlu bir sonuçtur ve bu davranışın geliştirilmesinde tedaviye ilişkin verilen eğitimin etkisinin olabileceği düşünülmektedir.

Çizelgeye göre, romatoid artrit tedavisi olarak, hastaların %88.1'i NSAİİ'leri, %72'si DMARD türü ilaçları, %27.9'u steroid, %62.3'ü diğer ilaçları kullanmaktadırlar. Hastaların "diğer ilaçlar" olarak gruplanan ilaçlar içinde, romatoid artrit dışındaki hastalıklar nedeniyle kullandığı ilaçlar yer almaktadır.

Literatür incelendiğinde, DMARD türü ilaçların ya tek başına veya daha çok kombine olarak kullanıldığı dikkat çekmektedir (Dilşen, 1996; Yazıcı ve ark., 2001). Bu araştırmada da hastaların %72'si DMARD türü ilaç kullanmaktadır. NSAİİ türü ilaçlar hastaların ağrı, sabah tutukluğu gibi semptomlarını iyileştirmede kullanılan ilaçlardır ve çalışmadaki hasta grubunda yüksek oranda (%88.1) tercih edilmektedir.

Çizelgeden anlaşılacağı üzere, hastaların %39.6'sı orta şiddette ağrı hissettiklerini, %39.6'sı 1-2 saat arası sabah tutukluğu yaşadıklarını belirtmiştir.

Hastaların %52'si hastalığı ile ilgili kısmen eğitim aldığını, %94.52'si tedavi ile ilgili eğitim aldığını, %94.52'si bu eğitimi doktordan aldığını belirtmiştir. Hastaların %69.8'i verilen eğitimi kısmen yeterli bulduğunu belirtmiştir. Hastaların eğitimi yeterli bulma durumları ile gruplar arasındaki denek sayısının birbirine yakın olmaması nedeniyle öz-bakım gücü ile ilgili istatistiksel değerlendirme yapılmamıştır.

Çizelge 4.3. Hastaların Öz-Bakım Gücü Puan Ortalamaları (n=96)

Öz-BakımGücüPuanOrtalaması ($\bar{X}$=98.58)	Sayı	%	SH	S
$\leq \bar{X}$	46	47.9	1.71	16.84
$> \bar{X}$	50	52.1		

Çizelge 4.3.'de hastaların öz-bakım gücü puanlarının ortalamasının altında ve üzerindeki puanların, sayı ve yüzdelik değerleri ile standart hata, standart sapma değerleri verilmiştir.

Çizelgeye göre hastaların öz-bakım gücü puan ortalaması 98.58 olarak bulunmuş olup hastaların puan aralığı 48-129 arasındadır.

Çalışmamıza göre hastaların %47.9'unun öz-bakım gücü puanı ortalamanın altında, %52.1'inin öz-bakım gücü puanı ortalamanın üzerindedir. Romatoid artritli hastaların yaşamakta oldukları eklemlerde ağrı, tutukluk ile iştahsızlık ve yorgunluk semptomları bu hastaların yaşam kalitesini düşürmekte; bireysel gereksinimlerini yerine getirmelerini olumsuz etkilemektedir. Bunun dışında hastalığın prognozuna bağlı ortaya çıkan kas-iskelet sistemine ait kalıcı deformiteler, ilerleyen dönemde hastada özürlülük gelişmesine; hastalarda fiziksel fonksiyonların değişik boyutlarda olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır. Romatoid artritli hastaların öz-bakım gücünün değerlendirilmesi ile bireysel bakımları ile ilgili uygun planlamaların yapılabileceği düşünülmektedir.

Ailinger ve Dear, romatoid artritli hastaların öz-bakım gücünü inceledikleri çalışmalarında, Öz-Bakım Gücü Ölçeğinin orijinal hali (43 ifadeye sahip) kullanılmıştır. Ölçekten alınan puanların ortalaması 158±11 olarak bulunmuş; hastalar 130-178 arasında puan almış; araştırmacıların yorumuna göre hastaların %63'ünün orta düzeyde öz-bakım gücüne sahip olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmada hastaların öz-bakım gücü puan ortalamasının daha yüksek bulunması, ölçeğin orijinalinin kullanılması (daha fazla madde sayısına sahip), kültürel farklılıklar ve gelişmiş bir ülke olarak ABD'de hasta eğitiminin daha organize ve yaygın uygulanıyor olmasından kaynaklanmış olabilir (Ailinger ve Dear, 1993).

Çizelge 4.4. Hastaların Öz-Bakım Gücü Ölçeği'ni Dolduran Kişilere Göre Öz-Bakım Gücü Puan Ortalamalarının Dağılımı

	Öz-Bakım Gücü Puan Ortalamaları					
Ölçeği Dolduran Kişi	**n**	$\bar{X}$	**S**	**SH**	**t***	**p**
Kendisi	78	100.64	16.48	1.86	-2.56	0.012
Yakını	18	89.66	15.86	3.73		
Toplam	96	98.58	16.84	1.71		

* İki Ortalama Arasında Farkın Önemlilik Testi

Çizelge 4.4.'de, hastaların Öz-bakım Gücü Ölçeği'ni kendileri ve yakınlarının doldurmalarına göre öz-bakım gücü puan ortalamalarının dağılımları verilmiştir.

Araştırmanın örneklemine alınan hastalardan okur-yazar olmayan hastalar, ölçeğin okunması ve işaretlenmesinde yakınlarından yardım almışlardır. Diğer eğitim düzeylerine sahip hastalar, ölçeği kendileri doldurmuştur.

Ölçeği kendisi ve yakınlarının doldurmalarına göre hastaların öz-bakım gücü puan ortalamaları arasındaki fark önemlidir ($p \leq 0.05$). Ölçeği kendisi dolduran hastaların öz-bakım gücü puan ortalaması, yakını dolduran hastaların öz-bakım gücü puan ortalamasından yüksektir. Hastaların eğitim düzeylerine göre öz-bakım gücü puan ortancaları arasındaki farkın önemli bulunduğu çizelgede (Çizelge 4.7.) olduğu gibi, bu çizelgede de puan ortalamaları arasındaki fark önemli bulunmuştur. Eğitim düzeyindeki artmanın, öz-bakım gücünü olumlu etkilediği düşünülmektedir.

Çizelge 4.5. Hastaların Yaşlarına Göre Öz-Bakım Gücü Puan Ortalamalarının Dağılımı

		Öz-Bakım Gücü Puan Ortalaması				
Yaş	n	$\bar{X}$	S	SH	F*	p
24 - 40	18	102.11	12.66	2.98	0.77	0.466
41-57	48	96.62	17.50	2.52		
58+	30	99.60	17.99	3.28		
Toplam	96	98.58	16.84	1.71		

* Tek Yönlü Varyans Analizi

Çizelge 4.5.'de, hastaların yaşlarına göre öz-bakım gücü puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir.

Hastaların yaş dağılımlarına göre öz-bakım gücü puan ortalamalarına bakıldığında 41-57 yaş aralığındaki hastaların öz-bakım gücü puan ortalaması en düşük, 24-40 yaş aralığındakilerin puan ortalamaları ise en yüksek düzeydedir. Hastaların yaşlarına göre öz-bakım gücü puan ortalamaları arasında fark önemsiz bulunmuştur ($p>0.005$).

Ailinger ve Dear, romatoid artritli, Can ve Durna, kemoterapi uygulanan, Bakoğlu ve Yetkin, hipertansiyonlu hastaların öz-bakım güçleri ile ilgili çalışmalarında, hastaların yaşlarına göre öz-bakım gücü puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir dağılım ya da ilişki saptamamıştır. (Ailinger ve Dear, 1993; Can ve Durna, 1998; Bakoğlu ve Yetkin A., 2000)

Kara ve Fesçi'nin (2000) tip 1 diyabet hastalarının öz-bakım gücünü inceledikleri çalışmalarında, yaş artışına paralel olarak öz-bakım gücü puanlarının azaldığı saptanmıştır (Kara ve Fesci, 2000)

Bu çalışmada örnekleme alınan hastalardan 41-57 yaş aralığındaki hastaların öz-bakım gücü puanı en düşük düzeyde bulunmuştur. Bunun olası nedeni bu yaş aralığında menopoz, emeklilik gibi sağlık ve sosyal yaşamda değişimlerin yaşanması olabilir.

Young ve arkadaşlarının, RA'li hastaların 5 yıl içinde işi bırakma nedenlerini araştırdıkları çalışmalarında, romatoid artrite bağlı nedenlerden işi bırakan hastaların daha çok yaşlı hastalar olduğunu saptamışlardır (Young ve ark.,

2002). Aynı araştırmacıların erken dönem romatoid artritli hastalarda 5 yıl içinde gelişen özürlülük düzeylerini araştırdıkları çalışmalarında, fonksiyonel kayıp daha çok 60 yaş ve üzeri grupta gelişmiştir (Young ve ark., 2000)

Kişiler yaşlandıkça fiziksel fonksiyonları olumsuz etkilenmekte ve kronik hastalıkların görülme sıklığı artmaktadır. (Young ve ark., 2000; Wolfe ve ark., 2001). Fiziksel fonksiyonları bozulan hastaların, kişisel bakımlarını yerine getirmede zorlanmaları nedeniyle yardımcı araç kullanmaları, kişinin rahat hareket edeceği ev ve işyeri düzenlenmeleri gerekebilmektedir. Ayrıca, hastalar günlük yaşam aktivitelerinde başkasına bağımlı duruma gelebilmekte; öz-bakımlarını yerine getirmede zorlanmakta ve öz-bakım güçleri olumsuz etkilenmektedir.

Çizelge 4.6. Hastaların Cinsiyetlerine Göre Öz-Bakım Gücü Puan Ortalamalarının Dağılımı

		Öz-bakım Gücü Puan Ortalaması				
Cinsiyet	**n**	$\bar{X}$	**S**	**SH**	**t***	**p**
Erkek	17	104.11	13.17	3.19	1.503	0.136
Kadın	79	97.39	17.37	1.95		
Toplam	96	98.58	16.84	1.71		

* İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi

Çizelge 4.6'ya göre, araştırmaya katılan hasta grubunda erkeklerin öz-bakım gücü puan ortalaması, kadınlarınkinden daha yüksektir. Hastaların cinsiyete göre öz-bakım gücü puan ortalamaları arasındaki fark önemsizdir ($p>0.05$).

Benzer şekilde Bakoğlu ve Yetkin'in, hipertansiyonlu hastaların, Sayan ve Erci'nin, çalışan kadınların öz-bakım güçleri ile ilgili çalışmalarında, kadınların öz-bakım gücü puanı daha düşük bulunmuştur (Bakoğlu ve Yetkin, 2000; Sayan ve Erci, 2001).

Nahcivan'ın geçerlik ve güvenirlik çalışmasında, Lukkarinen ve Hentinen'in koroner kalp hastalığı olan hastaların öz-bakım güçleri ile ilgili çalışmasında ise, kadınların öz-bakım gücü puanları daha yüksek bulunmuştur (Nahcivan, 1994; Lukkarinen ve Hentinen, 1997).

Algıer ve arkadaşlarının, romatolojik hastalıkları olan bireylerin yaşam kalitesini araştırdıkları çalışmalarında, kadın hastaların yaşam kaliteleri erkeklerden daha düşük bulunmuştur (Algıer ve ark., 2002).

Young ve arkadaşlarının, erken dönem romatoid artritli hastalarda, 5 yıl içinde gelişen özürlülük düzeyinin araştırıldığı çalışmaya göre, hastaların 5 yıl sonunda fonksiyonel kayıplarının %9.4'ten %16'ya çıktığı; fonksiyonel kaybın daha çok kadınlarda geliştiği saptanmıştır (Young ve ark., 2000).

O'Neill ve Morrow'un, kronik hastalığı olan kadınların semptom deneyimlerini inceledikleri çalışmalarında, kadınların daha çok semptom yaşadığını, fiziksel sağlık durumlarının daha kötü olduğunu belirtmişlerdir. Bunun olası nedeni olarak, kadınların sağlık sistemine daha geç ve daha hasta durumunda başvurmaları, erkeklere göre semptom kontrolü ve yorumunda cinsiyete bağlı farklılıkların

olmasıdır. Kadın hastalarda, buna bağlı olarak mortalite ve morbiditenin daha yüksek olduğunu ifade etmişlerdir (O'Neill ve Marrow, 2001).

Yukarıda yer verilen araştırma sonuçlarının ışığında, bu araştırmada kadın hastaların öz-bakım güçlerinin daha düşük düzeyde bulunma nedeni, kadın hastaların yaşam kalitesinin daha düşük düzeyde olabileceği, ayrıca kadınlarda daha fazla özürlülük gelişme riski taşımaları, bunun yanında hastalığa bağlı semptomların algılanması ve ele alınışında cinsiyete bağlı farklılıklar olabileceğidir.

Çizelge 4.7. Hastaların Eğitim Düzeylerine Göre Öz-Bakım Gücü Puan Ortancalarının Dağılımı

		Öz-Bakım Gücü Puan Ortancası				
Eğitim Düzeyi	**n**	**Ortanca****	**Min**	**Max**	**x^2 ***	**p**
Okur-yazar değil	18	92	57	118	13.65	0.008
Okur-yazar	10	94	48	127		
İlkokul	35	99	66	125		
Orta/Lise	20	100	87	129		
Üniversite	13	115	89	127		
Toplam	96	99.5	48	129		

* Kruskal Wallis Testi

** İstatistiksel değerlendirmede, gruptaki hasta sayılarının düşük olması nedeniyle nonparametrik test kullanılmış, dağılımın ortancaları verilmiştir.

Öz-bakım gücü puanı için: Bonferroni Düzeltmeli Mann Whitney U Testi, 1-5 fark önemli ($p=0.031$), diğer gruplar için fark önemsiz ($p>0.05$)

Çizelge 4.7'de hastaların eğitim düzeylerine göre öz-bakım gücü puan ortancalarının dağılımı verilmiştir.

Hastaların eğitim düzeyi ile öz-bakım gücü puan ortancalarına bakıldığında, hastaların eğitim düzeyi arttıkça öz-bakım gücü puanlarının arttığı görülmektedir. Eğitim durumu ile öz-bakım gücü puanları arasında fark istatistiksel olarak önemli bulunmuş ($p\leq0.05$); bu farkın okur-yazar olmayan grupla üniversite mezunları arasında olduğu saptanmıştır.

Benzer şekilde Bakoğlu ve Yetkin (2000), Ailinger ve Dear (1993), Kara ve Fesci (2000), Lukkarinen ve Hentinen'in (1997) çalışmalarında hastaların eğitim düzeyinin artması ile öz-bakım gücü puanları artmaktadır.

Can ve Durna'nın kemoterapi uygulanan hastalarda yan etkilerin kontrolüne yönelik eğitimin öz-bakım davranışlarına olan etkisini değerlendirdikleri çalışmalarında, hastalarda eğitim düzeyi arttıkça semptomlara yönelik öz-bakım girişimleri artmakta, yakınmalar azalmaktadır (Can ve Durna, 1998). Bu çalışmada eğitim düzeyinin artması yakınmaları azaltmakta, öz-bakım gücünü artırmaktadır.

Yukarıda yer verilen araştırmalarda sözü edilen kronik hastalıklardan hipertensiyon, kanser, koroner arter, diyabetes mellituslu hastaların öz-bakım güçleri

değerlendirilmiş; eğitim düzeyinin artmasına paralel olarak öz-bakım güçlerinin arttığı saptanmıştır. Sözü edilen kronik hastalıklardaki sonuçlar, romatoid artritli hastaların bu çalışmadaki sonuçları açısından, hastaların eğitim düzeyi ve öz-bakım güçleri açısından benzerlik göstermektedir.

Algıer ve arkadaşlarının, romatolojik hastalıkları olan bireylerin yaşam kalitelerini araştırdıkları çalışmalarında, eğitim düzeyinin yükselmesine paralel olarak yaşam kalitesi de yükselmektedir (Algıer ve ark., 2002).

Katz'ın romatoid artritli hastaların eğitim düzeyleri ve öz-bakım girişimlerini ele aldığı çalışmasında, örgün eğitim süresi 13 yıl ve yukarı olan hastaların, öz-bakım girişimleri açısından diğer gruba göre daha iyi durumda oldukları saptanmıştır (Katz, 1998).

Eğitim düzeyinin artması ile kişilerin bilgiye ulaşma, bilgiyi kullanma, sağlık kaynaklarını daha fazla araştırma ve öz-saygılarının artması nedenleriyle öz-bakım gücünün artması söz konusu olabilir.

Çizelge 4.8. Hastaların Hastalık Sürelerine Göre Öz-Bakım Gücü Puan Ortancalarının Dağılımları**

		Öz-Bakım Gücü Puan Ortancaları				
Hastalık Süresi	**n**	**Ortanca**	**Min**	**Max**	**x^2 ***	**p**
1-3 yıl	20	99.5	75	127	1.17	0.892
4-6 yıl	16	93	73	126		
7-10 yıl	27	100	66	129		
11-19 yıl	20	99	71	124		
20+ yıl	13	103	48	120		
Toplam	96	99.5	48	129		

* Kruskal Wallis testi

** İstatistiksel değerlendirmede, gruptaki hasta sayılarının düşük olması nedeniyle nonparametrik test kullanılmış, dağılımın ortancaları verilmiştir.

Çizelge 4.8.'de, hastaların hastalık sürelerine göre öz-bakım gücü puan ortancalarının dağılımı verilmiştir.

Çizelgeye bakıldığında, öz-bakım puanları açısından en düşük durumda olan grubun, 4-6 yıl hastalık süresine sahip hastalar olduğu görülmektedir. Hastaların hastalık sürelerine göre öz-bakım gücü puan ortancaları arasında fark önemsizdir ($p>0.05$).

Benzer şekilde Bakoğlu ve Yetkin'in, hipertansiyonlu hastaların öz-bakım gücünü değerlendirdiği çalışmalarında, hastalık sürelerine göre öz-bakım güçleri açısından gruplar arası fark önemsiz bulunmuştur (Bakoğlu ve Yetkin, 2000).

Ailinger ve Dear, çalışmalarında, hastalık süresi ile öz-bakım gücü puanı arasında negatif ilişki olduğunu saptamıştır ($r = -0.25$). Hastaların hastalık süresi arttıkça öz-bakım gücü puanları azalmaktadır (Ailinger ve Dear, 1993).

Algıer ve arkadaşları, romatolojik hastalığı olan hastaların yaşam kalitesini araştırdıkları çalışmalarında, hastaların hastalık süresi arttıkça yaşam kalitelerinin azaldığını saptamışlardır (Algıer ve ark., 2002).

Kronik hastalığı olan kişiler, tanıdan itibaren hastalığın getirdiği fiziksel, psikolojik, sosyo-ekonomik etkilerle başetmeye çalışırlar. Başetme düzeyi, hastanın eğitim, sosyal, ekonomik, psikolojik özelliklerine göre kişiden kişiye değişebilmektedir. Ancak genel olarak artan hastalık süresi ile fiziksel kayıplar ve komplikasyon görülme sıklığının arttığını, bu yüzden hastaların öz-bakımları ile ilgili daha çok sorun yaşadıkları düşünülmektedir.

Çizelge 4.9. Hastaların Romatoid Artrit Dışındaki Sorunların Varlığına Göre Öz-Bakım Gücü Puan Ortalamalarının Dağılımı

		Öz-Bakım Gücü Puan Ortalamaları				
RA Dışında Sorunların Varlığı	**n**	$\bar{X}$	**S**	**SH**	**t ***	**p**
Var	68	98.27	17.22	2.08	0.274	0.785
Yok	28	99.32	16.16	3.05		
Toplam	96	98.58	16.84	1.71		

*İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi

Çizelge 4.9.'da hastaların romatoid artrit dışındaki sorunların durumuna göre öz-bakım gücü puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir.

Çizelgeye göre, romatoid artrit dışında hastalığın varlığına göre öz-bakım gücü puan ortalamaları arasında farkın önemsiz olduğu görülmekte ($p>0.05$) olup; romatoid artrit dışında başka hastalığı olanların öz-bakım gücü puan ortalaması daha düşük bulunmuştur.

Barlow ve arkadaşlarının, hastalık etkilerine yönelik başetme yöntemlerinin öğretildiği çalışmalarına katılan osteoartrit ve romatoid artritli hastaların, %55'inin irritabl barsak sendromu ve kalp rahatsızlıkları gibi başka bir sağlık probleminin olduğu saptanmıştır (Barlow ve ark., 2001).

Plach ve arkadaşlarının romatoid artritli kadın hastalarda, sosyal rollerin psikolojik duruma etkileri ile ilgili çalışmalarında, araştırmaya katılan 56 hastanın %35'inde osteoporoz, %31'inde gastrointestinal yakınmalar, %21'inde hipertansiyon, %27'sinde dolaşım problemleri, %19'unda anemi, %19'unda katarakt saptanmıştır (Plach ve ark., 2003).

Algıer ve arkadaşlarının, romatolojik hastalıkları olan bireylerde yaşam kalitesini araştırdıkları çalışmalarında, romatolojik hastalığa ek başka bir hastalığı olanların yaşam kaliteleri daha düşük bulunmuştur (Algıer ve ark., 2002).

Romatoid artrit, hastaların fiziksel fonksiyonlarını bozmakta, öz-bakım aktivitelerini gerçekleştirmelerini engellemektedir. Romatoid artrit dışı gelişen hastalıkların erken tanı ve tedavisi ile hastaların öz-bakım güçlerinin daha fazla olumsuz etkilenmesinin engelleneceği düşünülmektedir.

Çizelge 4.10.a. Hastaların Yaşadıkları Semptomların Dağılımları

Semptomlar	Semptomları Yaşama Sıklıkları							
	Her Zaman		Ara Sıra		Hiç		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Ağrı	55	57.3	35	36.3	6	6.3	96	100.0
Yorgunluk	51	53.1	36	37.5	9	9.4	96	100.0
Sabah Tutukluğu	46	47.9	17	17.7	33	34.4	96	100.0
Eklemlerde Isı Artışı	15	15.6	48	50.0	33	34.4	96	100.0
İştahsızlık	10	10.4	30	31.3	56	58.3	96	100.0

Çizelge 4.10.b. Hastaların Yaşadıkları Semptomlara Yönelik Uygulamaları

Semptomlar	Semptomlara Yönelik Uygulamalar (n=96) (1)						
	İlaç Kullanma	Sıcak Uygulama	Soğuk Uygulama	Egzersiz	Masaj	Dinlenme	Bitki Çayı
	Sayı %	Sayı %	Sayı %	Sayı %	Sayı %	Sayı %	Sayı %
Ağrı	83 86.5	16 16.7	13 13.5	27 28.1	14 14.6	- -	- -
Yorgunluk	3 3.1	- -	- -	- -	1 1.0	46 47.9	- -
Sabah Tutukluğu	25 26.0	2 2.1	1 1.0	18 18.8	1 1.0	- -	- -
Eklemlerde Isı Artışı	15 15.6	2 2.1	8 8.3	2 2.1	2 2.1	- -	- -
İştahsızlık	5 5.2	- -	- -	- -	- -	- -	1 1.0

(1) Hastalar, semptomlara yönelik birden fazla uygulama belirtmişlerdir.

Çizelge 4.10.a.'da hastaların yaşadıkları semptomlar, Çizelge 4.10.b.'de semptomlara yönelik yaptıkları uygulamalara yer verilmiştir.

Çizelgeden anlaşılacağı üzere, hastaların yarısı ve yaklaşık yarısı (%55, %51, %46) ağrı, yorgunluk, sabah tutukluğunu her zaman yaşamaktadır. Eklemlerde ısı artışı ve iştahsızlık daha az yaşanan semptomlardır.

Hastaların %86.5'i ağrı kontrolünde, %26'sı sabah tutukluğunun kontrolünde, %15.6'sı eklemlerde ısı artışının kontrolünde, %5.2'si iştahsızlığın kontrolünde ilaç kullanmaktadır. Sabah tutukluğu olan hastaların %18'i bu semptomun kontrolünde egzersizi kullanmaktadır. Sıcak ve soğuk uygulama hastaların ağrının kontrolünde kullandıkları diğer yöntemlerdir. Hastaların %16.7'si sıcak, %13.5'i soğuk uygulamayı tercih etmektedir. Çizelgede hastaların %14.6'sının ağrı kontrolünde masaj uygulamasını tercih ettikleri görülmekte, ayrıca masajı sıklıkla ağrı için uyguladığı, hastaların yarısının yorgunluğa yönelik olarak "dinlenmeyi" uyguladığı görülmektedir.

Hastalar, hastalığın kontrol altına alınması için, DMARD türü ilaçlar, hastalık semptomlarına yönelik olarak NSAİİ türü ilaçları kullanmaktadırlar. Araştırmaya katılan hastaların ağrı, yorgunluk ve sabah tutukluğu gibi önemli üç semptomla yaşamlarını sürdürmeye çalıştıkları, semptomlarla çok iyi başedemedikleri, ilaç dışı yöntemleri çok fazla tercih etmedikleri görülmektedir. Semptomlarla yeterli başedememe nedenleri içinde hastaların ilaçları ile ilgili bilgi eksikliğinin olması, ilaç dışı yöntemleri ve kullanım şekillerini bilmemesi gibi faktörlerin etkili olabileceği düşünülmektedir.

Çizelge 4.11. Hastaların Ağrı Yaşama Sıklıklarına Göre Öz-Bakım Gücü Puan Ortancalarının Dağılımı**

		Öz-Bakım Gücü Puan Ortancaları				
Ağrı Yaşama Sıklığı	**Sayı**	**Ortanca**	**Min**	**Max**	**x^{2}***	**p**
Her zaman	55	96.0	48	125	9.82	0.007
Ara sıra	35	107.0	71	129		
Hiç	6	92.0	77	126		
Toplam	96	99.5	48	129		

* Kruskal Wallis testi

** İstatistiksel değerlendirmede, gruptaki hasta sayılarının birbirine yakın olmaması nedeniyle nonparametrik test kullanılmış, dağılımın ortancaları verilmiştir.
Özbakım Gücü Puanı İçin: Bonferroni Düzeltmeli Mann Whitney U Testi, 1-2 fark önemli ($p=0.002$), diğer gruplar için fark önemsiz ($p>0.05$)

Çizelge 4.11.'de, hastaların ağrı yaşama sıklıklarına göre öz-bakım gücü puan ortancalarının dağılımı verilmiştir.

Ağrı yaşama sıklıklarına göre öz-bakım gücü puan ortancaları arasında farkın önemli olduğu, bu farkın ağrıyı her zaman ve ara sıra yaşayan denekler için önemli olduğu saptanmıştır ($p\leq0.05$). Ağrı yaşama sıklıklarına göre her zaman ağrı yaşayan hastaların öz-bakım gücü puanı, ara sıra yaşadığını ifade eden hastalara göre daha düşüktür.

Reginster'ın artritle ilgili yayınında yer verdiği ve ABD'de yapılmış olan yaşam kalitesi ile ilgili araştırmada, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin alt ölçeklerinden fiziksel fonksiyon ve ağrı düzeyleri açısından, kas-iskelet hastalığı olan hastaların, gastrointestinal, kardiyovasküler, kronik akciğer hastalığı olan hastalara göre en kötü düzeyde oldukları saptanmıştır (Reginster, 2002).

Strahl ve arkadaşlarının, romatoid artritli hastaların fiziksel fonksiyon durumu, ağrı ile ilgili anksiyete, başetme, öz-etkililik çalışmalarında, ağrı nedeniyle yaşanan anksiyetenin, hastaların günlük aktivitelerini (ev içi ve dışı), etkilediği belirtilmektedir. Araştırmaya göre, ağrıya bağlı sempatik uyarı kişinin duygusal ve ruhsal durumunu etkilemekte, bu yüzden hastalar ağrıyı ortadan kaldırmak için aktivitelerini ertelemekte veya bu aktiviteleri yerine getirmekten kaçınmaktadır. Bunun sonucunda hastalar sosyal yaşamlarını kısıtlamak durumunda kalmaktadırlar. Ayrıca semptomlarla pasif başetmenin (örneğin, ağrının inkarı, ağrıdan kaçış

davranışları), hastalığın kontrol altına alınmasını zorlaştırdığı, daha büyük fiziksel fonksiyon bozukluklarına neden olduğu; semptomlarla iyi başetmenin ise, hastanın yaşam kalitesini artırdığı ifade edilmiştir (Strahl ve ark., 2000).

Andersson ve arkadaşlarının, kronik ağrısı olan bireylerin sağlık hizmetlerine başvurma durumlarının araştırıldığı çalışmalarında, yoğun ağrı yaşama, düşük sosyo-ekonomik durum, yaşlılık ve depresyon hastaların doktora başvurma sıklığını etkileyen nedenler arasındadır. Araştırmaya göre kadınlar, erkeklere göre ağrı kontrolünde daha fazla analjezik ve sedatif kullanmaktadır (Andersson ve ark., 1999).

Gallagher ve arkadaşlarının çalışmasında, kronik hastalıklarda görülen ağrının hastaların fiziksel, psikoloji, ve sosyal iyilik durumları üzerinde önemli olumsuz etkilerinin olduğunu, hastaların yaşam kalitelerini olumsuz etkilediğini belirtmişlerdir. Aynı çalışmada, yüksek düzeyde ağrı yaşadığını ifade eden hastaların sağlıklarını daha kötü düzeyde buldukları, daha fazla tıbbi durumla karşı karşıya kaldıkları, fiziksel olarak daha kötü durumda oldukları, psikolojik olarak daha depresif oldukları, doktor ve diğer sağlık personeline daha fazla başvurdukları ifade edilmiştir (Gallagher ve ark., 2000).

Literatürde ağrı, romatoid artritli hastalar için en önemli semptomdur. Ağrı düzeyinin artması günlük yaşam aktivitelerini etkileyerek hastanın yaşam kalitesi ve öz-bakım gücünü etkiler. Hastaların ağrıyla baş etmelerinin sağlanması ve ağrı deneyimleme sıklığının azaltılmasının öz-bakım gücünü artıracağı ve yaşam kalitesini iyileştireceği söylenebilir.

Çizelge 4.12. Hastaların Yorgunluk Yaşama Sıklıklarına Göre Öz-Bakım Gücü Puan Ortancalarının Dağılımı**

		Öz-Bakım Gücü Puan Ortancaları				
Yorgunluk Yaşama Sıklığı	**n**	**Ortanca**	**Min.**	**Max**	**x^{2*}**	**p**
Her Zaman	51	101.0	48	127	0.04	0.97
Ara Sıra	36	96.5	68	129		
Hiç	9	94	57	127		
Toplam	96	99.5	48	129		

* Kruskal Wallis testi
** İstatistiksel değerlendirmede, örneklem normal dağılmadığı ve gruptaki hasta sayıları nedeniyle nonparametrik test kullanılmıştır.

Çizelge 4.12.'de, hastaların yorgunluk yaşama sıklıklarına göre öz-bakım gücü puan ortancalarının dağılımı verilmiştir.

Çizelgeye göre, yorgunluk yaşama sıklığı arttıkça hastaların öz-bakım gücü ortancaları artmaktadır. Hastaların yorgunluk yaşama sıklıklarına göre öz-bakım gücü puan ortancaları arasında fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Riemsma ve arkadaşlarının (1998), romatoid artrit hastalarında yorgunluğu değerlendirdikleri çalışmalarında, hastalıkla baş etme, sosyal ilişkileri sürdürme ile ilgili olumlu düşüncelere sahip hastaların daha az yorgunluk yaşadıkları saptanmıştır. Bu araştırmaya göre yorgunluk, yüksek oranda (%37) ağrı, başetme ile ilgili inançlar, sorunla ilgili yardım alma ve sosyal destekle ilişkili bulunmuştur (Riemsma ve ark., 1998).

Suurmeijer ve arkadaşlarının (2001), 1 yıllık RA hastaları üzerinde yaptığı yaşam kalitesi ile ilgili çalışmaya Norveçli, Fransız ve Hollanda'lı hastalar dahil edilmiştir. Araştırma sonuçlarına göre, Norveçli hastaların yaşam kalitesi düzeyi diğer iki gruptan daha düşük bulunmuştur. Fransız hastalar daha fazla ağrı ve yorgunluk bildirmişlerdir. Burada, hastaların ağrı ve yorgunluk algı düzeylerinin ülkelere göre değiştiği görülmektedir. Çalışmada, fazla yorgun hisseden hastalarda, daha fazla ağrı ve özürlülük geliştiği saptanmıştır. Kendini daha fazla yorgun

hisseden hastaların benlik saygılarının daha düşük, psikolojik durumlarının daha kötü, boş zaman aktivitelerinin, bağımsızlık ve uyum kapasitelerinin daha düşük olduğu bulunmuştur (Suurmeijer ve ark., 2001).

Yukarıda verilen araştırma sonuçları değerlendirildiğinde, yorgunluğun fiziksel fonksiyonlar ve hastalık süresi gibi hastalık ile ilgili faktörlerden etkilendiği, yorgunluğun hastalarda daha fazla ağrı, özürlülük gibi sonuçlara neden olabildiği, yorgunluğun sadece fiziksel fonksiyonlar ile değil, hastaların hastalıkla ilgili başetme durumu, psikolojik durumu, sosyokültürel durumlar ile de ilgili olduğu düşünülmektedir.

Çizelge 4.13. Hastaların Sabah Tutukluğu Yaşama Sıklıklarına Göre Öz-Bakım Gücü Puan Ortalamalarının Dağılımı

		Öz-Bakım Gücü Puan Ortalamaları				
Sabah Tutukluğu Yaşama Sıklığı	**n**	$\bar{X}$	**S**	**SH**	**F***	**p**
Her Zaman	46	99.69	18.00	2.65	5.50	0.005
Ara Sıra	17	87.23	15.88	3.85		
Hiç	33	102.87	13.08	2.27		
Toplam	96	98.58	16.84	1.71		

* Tek Yönlü Varyans Analizi
Özbakım Gücü Puanı İçin:LSD (En Küçük Fark testi, 1-2 fark önemli (p=0.008),1-3 fark önemsiz (p>0.05), 2-3 fark önemli (p=0.002)

Çizelge 4.13.'de, hastaların sabah tutukluğu yaşama sıklıklarına göre öz-bakım gücü puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir.

Hastaların sabah tutukluğu yaşama sıklıkları ile öz-bakım gücü puan ortalamaları arasında fark önemli bulunmuş ($p \leq 0.05$).; bu farkın her zaman sabah tutukluğu yaşayan grup ile ara sıra sabah tutukluğu yaşayan grup arasında ve ara sıra sabah tutukluğu yaşayan grup ile hiç sabah tutukluğu yaşamayan gruplar arasında olduğu görülmektedir. Çizelgede görüldüğü gibi, çalışmamızda sabah tutukluğu hiç yaşamayanların öz-bakım gücü en yüksek düzeyde (102.87) bulunmuştur.

Ward'ın 175 ankilozan spondilitli hastanın yaşam kalitesi ile ilgili çalışmasında, hastalar, yaşam kalitelerini en çok etkileyen faktörler arasında en yüksek oranda tutukluk (%90.2), ağrı (%83.1), yorgunluk (%62.4), uyku problemleri (%54.1) ve görünümle ilgili sorunları (%50.6) ifade etmişlerdir (Ward, 1999).

Romatizmal hastalığı olan hastalarda, sabah tutukluğu, hastaların öz-bakımlarını yerine getirmelerini engelleyen önemli bir semptomdur. Bu çalışmada sabah tutukluğu ile öz-bakım gücü puan ortalamaları arasındaki fark önemli bulunmuştur. Romatoid artritli hastalarda, sabah tutukluğu süresinin ve bu süre içinde hangi aktiviteleri yerine getiremediğinin saptanması ve tutukluğa yönelik hemşirelik girişimlerinin planlanmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

Çizelge 4.14. Hastaların İştahsızlık Yaşama Sıklıklarına Göre Öz-Bakım Gücü Puan Ortalamalarının Dağılımı

		Öz-Bakım Gücü Puan Ortalamaları				
İştahsızlık Yaşama Sıklığı	**n**	$\bar{X}$	**S**	**SH**	**F***	**p**
Her Zaman	10	101.60	10.73	3.39	0.193	0.824
Ara Sıra	30	98.70	18.16	3.31		
Hiç	56	97.98	17.18	2.29		
Toplam	96	98.58	16.84	1.71		

* Tek Yönlü Varyans Analizi

Çizelge 4.14.'de, hastaların iştahsızlık yaşama sıklıklarına göre öz-bakım gücü puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir.

Hastaların iştahsızlık yaşama sıklıklarına göre öz-bakım gücü puan ortalamaları arasındaki fark önemsizdir ($p>0.05$). Hastalarda iştahsızlık sıklığı arttıkça öz-bakım gücü puan ortalamaları artmakta; ancak puanlar arasında fazla farklılık olmadığı görülmektedir. İştahsızlığı her zaman yaşayan hastaların öz-bakım gücü puan ortalamasının daha yüksek oluşunun nedeni, bu hastaların sosyo-ekonomik ya da eğitim durumlarının daha iyi düzeyde olması gibi öz-bakım gücünü olumlu etkileyen bir duruma sahip olmaları olabilir.

Laheij, kardiyovasküler hastalığı olan hastaların gastrointestinal sorunlarını ele aldığı çalışmasında, hastalar, romatoid artritli hastalarda olduğu gibi salisilat türevi ilaçları da kullanmaktadır. Bu çalışmada, gastrointestinal yakınmaları olan hastaların (%10-19) öz-bakımını yerine getirme, (%52-70) günlük rutinlerini gerçekleştirmede zorluk, (%20-41) anksiyete ve depresyon yaşadıkları saptanmıştır (Laheij, 2003).

İştahsızlık, hastalıkla ilgili fiziksel bir sorun olabileceği gibi, depresyon gibi psikolojik sorunlarda da yaşanan bir semptomdur. Gastrointestinal yakınmalardan biri olan iştahsızlığın, romatoid artritli hastaların fiziksel, psikolojik sorunlar yaşamasına neden olabileceği, bu semptomun hasta yaşamındaki etkilerinin anlaşılması için iştahsızlık nedenlerinin değerlendirilmesinin önemli olabileceği düşünülmektedir.

Tablo 4.15. Hastaların Hastalıklarına İlişkin Eğitim Alma Durumlarına Göre Öz-Bakım Gücü Puan Ortalamalarının Dağılımı

		Öz-Bakım Gücü Puan Ortalaması			
Eğitim Alma Durumu	**n**	$\bar{X}$	**S**	**SH**	**F* p**
Evet	23	103.3	18.30	3.81	2.045 0.135
Kısmen	50	95.4	15.68	2.21	
Hayır	23	100.7	17.03	3.55	
Toplam	96	98.5	16.84	1.71	

* Tek Yönlü Varyans Analizi

Çizelge 4.15'de, hastaların hastalıklarına ilişkin eğitim alma durumlarına göre öz-bakım gücü puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir.

Çizelge 4.15'e göre eğitim aldığını ifade eden grubun öz-bakım gücü puanı daha yüksektir. Hastaların hastalıklarına ilişkin eğitim alma durumlarına göre öz-bakım gücü puan ortalamaları arasında fark önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Helliwell ve arkadaşlarının, hasta eğitimi ve yaşam kalitesi ile ilgili araştırmasına alınan hastalardan, eğitim alan grupta, 12 ay sonunda, kontrol grubuna göre hastalıkla ilgili bilgileri açısından belirgin fark görülmüştür. Helliwell çalışmasında, hasta eğitiminin ağrı ve özürlülüğü azalttığını belirtmiştir (Helliwell ve ark., 199).

Lorig ve arkadaşları, artritli hastalarda hasta eğitimi ile ilgili çalışmalarında, hasta eğitiminin, hastalıkla başetme becerisini geliştirdiğini; hastaların hastalıklarıyla ilgili bilgi edinmeden kendi bakımlarına katılmalarının mümkün olmadığını belirtmişlerdir (Lorig ve ark., 1993).

Barlow ve arkadaşlarının, artritli hastaların kişisel hastalık yönetimi (Arthritis Self-Management Programme) ile ilgili kurslarının uzun dönem etkilerini araştırdıkları çalışmalarında, örnekleme osteoartritli ve romatoid artritli hastalar alınmıştır. Artrite yönelik öz-etkililik ölçeğinin (Arthritis Self-Efficacy) alt ölçeklerinden ağrı, bilişsel semptom yönetimi alanlarında, eğitim öncesi döneme göre 4. ve 12. aylarda sonuçlar üzerinde belirgin olumlu etkiler görülmüştür. Bu olumlu etkiler içinde hastaların doktorla iletişimimin gelişmesi, gevşeme hareketlerini uygulamaya devam etmesi yer almıştır. Ağrı, yorgunluk ve anksiyete

düzeylerinde ilk 4 ayda belirgin düşüş, 4-12 ay içinde ise farklılık olmadığı saptanmıştır (Barlow ve ark., 1998).

Birol ve arkadaşlarının (1997) hasta eğitiminde hemşirelerin karşılaştığı güçlüklerine yönelik çalışmalarında, hemşirelerin %72.6'sı, çalıştığı klinikte hasta eğitimi yaptığını ifade etmiştir. Hasta eğitiminde kendini yeterli bulan hemşire oranı %59.7'dir. Kendini hasta eğitimi konusunda yeterli hissetmeyen hemşirelere bunun nedeni sorulduğunda, yanıt olarak en yüksek oranda (%61.3), hemşirelerin hasta eğitimi konusunda bilgisini yetersiz hissetmesi ile ilgili olduğu görülmüştür (Birol ve ark., 1997).

Yukarıda yer verildiği gibi, hasta eğitimi ile ağrı, özürlülük gibi fiziksel sorunlar azaltılabilmekte ve hastalıkla başetme gibi olumlu tutumlar geliştirilebilmektedir. Bunun yanı sıra hemşirelerin eğitim verme rolünü yerine getirirken, bilgi düzeyleri ve deneyimlerinin etkili olduğu da gözardı edilmemelidir.

Romatoid artritli hastaların tedavi ve bakımları ile ilgili eğitim almaları, öz-bakım ve yaşam kaliteleri açısından yararlı olmaktadır. Ülkemizde, romatoid artritli hastalarla çalışan hemşirelerin, bu hastaların bakımları ve hasta eğitim gereksinimleri ile ilgili bilgilenmeleri ve hasta eğitimini, hasta bakımının bir parçası olarak yerine getirmeleri gerekmektedir.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. SONUÇLAR

Araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıda verilmiştir.

5.1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri: Örnekleme alınan hastaların %50'sinin 41-57 yaşlar arasında, %82.3'ünün kadın, %62.5'inin ev hanımı, %36.5'i ilkokul mezunu, %99'unun sosyal güvenceye sahip olduğu, %84.4'ünün bir il merkezinde yaşadığı, %76'sının çekirdek aile, %41.7'sinin gelirin sağlık giderlerini karşıladığı ya da kısmen karşıladığı saptanmıştır (Çizelge 4.1).

5.2. Hastaların Hastalıklarına İlişkin Özellikleri: Örnekleme alınan hastaların %70.8'ü romatoid artrit dışında başka bir hastalığa sahiptir. Romatoid artrit dışı hastalıklar içinde en çok görülen (%48.5) hastalık hipertansiyondur. Hastaların %28.2'si 7-10 yıl, RA ile beraber yaşamakta; %88.1'i NSAİİ ilaçları, %72'si DMARD türü ilaçları, %27.9'u steroid, %62.3'ü diğer ilaçları kullanmaktadırlar. Hastaların diğer ilaçları arasında, romatoid artrit dışındaki hastalıkları nedeniyle kullandıkları ilaçları yer almaktadır. Hastaların %39.6'sı orta şiddette ağrı hissettiklerini, %39.6'sı 1-2 saat arası sabah tutukluğu yaşadıklarını belirtmiştir. Hastaların %52'si hastalığı ile ilgili kısmen eğitim aldığını, %71.8'i tedavi ile ilgili eğitim aldığını, %94.52'si bu eğitimi doktordan aldığını, %69.8'i verilen eğitimi kısmen yeterli ya da yetersiz bulduğunu belirtmiştir (Çizelge 4.2).

5.3. Hastaların Öz-Bakım Gücü Puan Ortalamaları: Hastaların öz-bakım gücü puan ortalaması 98.58 olarak bulunmuş olup hastaların puan aralığı 48-129 arasındadır. Hastaların %47.9'unun öz-bakım gücü ortalama puanı ortalamanın altında, %52.1'inin öz-bakım gücü puanı ortalamanın üzerindedir (Çizelge 4.3).

5.4. Hastaların Öz-Bakım Gücü Ölçeği'ni Dolduran Kişilere Göre Öz-Bakım Gücü Puan Ortalamalarının Dağılımı: Ölçeği kendisi ve yakınlarının doldurmalarına göre hastaların öz-bakım gücü puan ortalamaları arasındaki fark önemlidir ($p \leq 0.05$)(Çizelge 4.4).

5.5. Hastaların Yaşlarına Göre Öz-Bakım Gücü Puan Ortalamalarının Dağılımı: Örnekleme alınan hastaların yaş dağılımlarına göre öz-bakım gücü puan ortalamalarına bakıldığında 41-57 yaş aralığındaki hastaların öz-bakım gücü ortalaması en düşük, 24-40 yaş aralığındakilerin puanları ise en yüksek düzeydedir.

Hastaların yaşlarına göre öz-bakım gücü puan ortalamaları arasında fark önemsizdir ($p>0.05$)(Çizelge 4.5).

5.6. Hastaların Cinsiyetlerine Göre Öz-Bakım Gücü Puan Ortalamalarının Dağılımı: Erkeklerin öz-bakım gücü puan ortalaması, kadınların puan ortalamasından daha yüksektir. Hastaların cinsiyete göre öz-bakım gücü puan ortalamaları arasındaki fark önemsizdir ($p>0.05$) (Çizelge 4.6).

5.7. Hastaların Eğitim Düzeylerine Göre Öz-Bakım Gücü Puan Ortancalarının Dağılımı: Hastaların eğitim düzeyi arttıkça öz-bakım gücü puanları artmaktadır. İstatistiksel olarak eğitim durumu ile öz-bakım gücü puan ortancaları arasında fark önemlidir ($p\leq0.05$) (Çizelge 4.7).

5.8. Hastaların Hastalık Sürelerine Göre Öz-bakım Gücü Puan Ortancalarının Dağılımı: Yapılan bu çalışmaya göre, hastalık süresi ile öz-bakım gücü puan ortancaları açısından en düşük durumda olan grubun, 4-6 yıl hastalık süresine sahip hastalar olduğu; hastalık sürelerine göre öz-bakım gücü puan ortalamaları puan ortalamaları arasında fark önemsiz olduğu saptanmıştır ($p\leq0.05$) (Çizelge 4.8).

5.9. Hastaların Romatoid Artrit Dışındaki Sorunların Varlığına Göre Öz-bakım Gücü Puan Ortalamalarının Dağılımı: Romatoid artrit dışı hastalığı olanların öz-bakım gücü puan ortalamaları daha düşüktür. Romatoid artrit dışında hastalığın varlığına göre öz-bakım gücü puan ortalamaları arasında fark önemsizdir ($p\leq0.05$) (Çizelge 4.9).

5.10.a. Hastaların Yaşadıkları Semptomların Dağılımı: Hastaların yarısı ve yaklaşık yarısı (%55, %51, %46) ağrı, yorgunluk, sabah tutukluğunu her zaman yaşamaktadır. Eklemlerde ısı artışı ve iştahsızlık daha az yaşanan semptomlardır (Çizelge 4.10a).

5.10.b. Hastaların Yaşadıkları Semptomlara Yönelik Uygulamaları: Hastaların %86.5'i ağrı kontrolünde, %26'sı sabah tutukluğunun kontrolünde, %15.6'sı eklemlerde ısı artışının kontrolünde, %5.2'si iştahsızlığın kontrolünde ilaç kullanmaktadır. Sabah tutukluğu olan hastaların %18'i bu semptomun kontrolünde egzersizi kullanmaktadır. Hastaların ağrı kontrolünde %16.7'si sıcak, %13.5'i soğuk, %14.6'sı masaj uygulamayı tercih etmektedir (Çizelge 4.10b).

5.11. Hastaların Ağrı Yaşama Sıklıklarına Göre Öz-Bakım Gücü Puan Ortancalarının Dağılımı: Hastaların ağrı yaşama sıklıklarına göre her zaman ağrı

yaşayan hastaların öz-bakım gücü puan ortancaları, ara sıra yaşadığını ifade eden hastalara göre daha düşüktür. Ağrı yaşama sıklıklarına göre öz-bakım gücü ortancaları arasında fark istatistiksel olarak önemli olup bu fark ağrıyı her zaman ve ara sıra yaşayan denekler için önemlidir ($p \leq 0.05$) (Çizelge 4.11).

5.12. Hastaların Yorgunluk Yaşama Sıklıklarına Göre Öz-bakım Gücü Puan Ortancalarının Dağılımı: Yorgunluk Yaşama Sıklığı arttıkça hastaların öz-bakım gücü ortancaları artmaktadır. Hastaların yorgunluk yaşama sıklıklarına göre öz-bakım gücü puan ortancaları arasındaki fark önemsizdir ($p \leq 0.05$) (Çizelge 4.12).

5.13. Hastaların Sabah Tutukluğu Yaşama Sıklıklarına Göre Öz-bakım Gücü Puan Ortalamalarının Dağılımı: Örnekleme alınan hastalar içinde sabah tutukluğu hiç yaşamayanların öz-bakım gücü puan ortalaması en yüksek (102.87) bulunmuştur. Araştırmada, sabah tutukluğu ile öz-bakım gücü puan ortalamaları arasında fark önemli bulunmuş; her zaman sabah tutukluğu yaşayan grup ile ara sıra sabah tutukluğu yaşayan grup arasında ve ara sıra sabah tutukluğu yaşayan grup ile hiç sabah tutukluğu yaşamayan grup arasında fark önemlidir ($p \leq 0.05$) (Çizelge 4.13).

5.14. Hastaların İştahsızlık Yaşama Sıklıklarına Göre Öz-Bakım Gücü Puan Ortalamalarının Dağılımı : Hastalarda iştahsızlık görülme sıklığı arttıkça öz-bakım gücü puan ortalamaları azalmakta; iştahsızlığı her zaman yaşadığını ifade edenlerde öz-bakım gücü puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Hastaların iştahsızlık yaşama sıklıklarına göre öz-bakım gücü puan ortalamaları arasında fark önemsizdir ($p > 0.05$)(Çizelge 4.14).

5.15. Hastaların Hastalıklarına İlişkin Eğitim Alma Durumlarına Göre Öz-bakım Gücü Puan Ortalamalarının Dağılımı: Örnekleme alınan hastalardan eğitim aldığını ifade eden grubun öz-bakım gücü puanı daha yüksek olduğu, hastaların hastalıklarına ilişkin eğitim alma durumlarına göre öz-bakım gücü puan ortalamaları arasında farkın önemsiz olduğu bulunmuştur ($p > 0.05$) (Çizelge 4.15).

5.2. ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

5.2.1. Romatoid artrit hastalığı ve öz-bakım gücü ile ilgili alanda araştırma eksikliği söz konusudur. Buna yönelik olarak:

- Romatoid artritli hastalarda sosyoekonomik durum, çalışma hayatı ve özürlülük,
- Romatoid artritli hastalarda görülen başka hastalıklar ve öz-bakım gücüne etkisi,
- Romatoid artritte yaşanan semptomlar, semptomlara yönelik hastaların uygulamaları (tıbbi uygulamalar ve alternatif tıp uygulamaları),

konularında araştırma yapılarak alandaki bilgi ve veri eksiğinin kapatılması,

5.2.2. Araştırmaya göre yorgunluk, iştahsızlık gibi semptomlar sadece romatoid artrit nedeniyle değil, farklı fiziksel, sosyal ve psikolojik etkenler nedeniyle de ortaya çıkmaktadır. Bu semptomların görülme sıklığının azaltılması için hastayla işbirliği yapmak ve bütüncül bakım çerçevesinde ele almak; hastaların hastalık, tedavi ve evde bakımları ile ilgili eğitim gereksinimlerinin saptanması, bireysel ve grup eğitiminin kurumsal verilen bir hizmet haline gelmesi,

5.2.3. Hastaların hastalıklarına ilişkin bilgi düzeylerinin saptanması ve öz-bakım gücüne etkisi ile ilgili araştırma yapılması önerilmiştir.

KAYNAKLAR:

1. ....., 2001, "Romatoid Artrit: Erken Tanı ve Tedavi İçin Ne Yapmalıyız?",Romatizma Bülteni, Sayı:1,2-5,8
2. ....., 1992, Rheumatic Diseases, WHO Technical Report Series-816 , Geneva, 1-15
3. ....., 1997, Türkiye Sağlık İstatistik Yıllığı 1987-1994, Sağlık Bakanlığı,192
4. ....., 2001, Türkiye İstatistik Yıllığı 2000, Devlet İstatistik Enstitüsü Matbaası, Ankara, 107
5. Ailinger R.L., Dear M.R., 1993, "Self-Care Agency In Persons with Rheumatoid Arthritis", Arthritis Care&Research, , 134-41
6. Akdemir N., Birol L., 2003, İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, Vehbi Koç Vakfi SANERC Yayın No:2, İstanbul, 193-200
7. Algıer L. ve ark., 2002, "Romatolojik Sorunu Olan Hastalarda Yaşam Kalitesi", 4. Ulusal İç Hastalıkları Kongre Kitabı, 25-29 Eylül 2002, 183
8. Andersson, HI., ve ark., 1999, "Impact Of Chronic Pain On Health Care Seeking, Self Care, and Medication. Results From A Population-Based Swedish Study", J Epidemiol Community Health, 53, 8, 503-9
9. Andreoli T.E., ve ark., Çeviri Editörü: Muzaffer Tuzcu, 2000, Cecil Essentials Of Medicine-Türkçesi, W.B. Saunders Company, USA, 4. Edisyon, 594-597
10. Argon G., 1991, "Romatoid Artritlilerde Fonksiyonel Yetersizlik, Sosyal Destek Ve Depresyon İlişkisinin İncelenmesi", Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 7,2,1-15
11. Argon G., Ed: Çiçek Fadıloğlu, 2003, Kronik Hastalıklarda Bakım 2, 2. Ege Dahili Tıp Günleri, Meta Basım Matbaacılık Hizmetleri, İzmir, 35-49
12. Arnett F.C., ve ark., 1988, "The American Rheumatism Association 1987 Revised Criteria For The Classification Of Rheumatoid Arthritis", Arthritis&Rheumatism, 31,3, 315-24
13. Astın J.A., ve ark., 2002, "Psychological İnterventions For Rheumatoid Arthritis: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials", Arthritis Care & Research, 47,3,291-302

14. Bakoğlu E., Yetkin A., 2000, "Hipertansiyonlu Hastaların Öz-Bakım Gücünün Değerlendirilmesi", Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik YO Dergisi, 4,1, 41-9
15. Barlow, J.H., ve ark., 2001, "The Perils And Pitfalls Of Comparing UK And US Samples Of People Enrolled İn An Arthritis Self-Management Program: The Case Of The Center For Epidemiological Studies-Depression Scale", Arthritis Care & Research, 45, 77-80
16. Bilir N., 2001, "Kronik hastalıklar, Kalp Hastalıkları", Yeni Türkiye Dergisi, 7, 39, Semih Ofset, 953-61
17. Birol L., ve ark., 1997, "Hemşirelerin Hasta Eğitiminde Karşılaştıkları Güçlüklerin Saptanması", Hacettepe Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 4,2, 65-70
18. Black J.M., Matassarin E., 1993, Medical Surgical Nursing, W.B. Saunders Company, 4. Edition,USA, 594-609
19. Brekke M., ve ark., 2001, "Self-Efficacy And Health Status İn Rheumatoid Arthritis: A Two-Year Longitudinal Observational Study", Rheumatology, 40,387-392
20. Can G., Durna Z.,1998, "Kemoterapi Uygulanan Hastalarda Yan Etkilerin Kontrolüne Yönelik Eğitimin Öz-Bakım Davranışlarına Olan Etkisinin Değerlendirilmesi", 5. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kongre Kitabı, 2-4 Temmuz 1997, D.E.Ü. Rektörlüğü Matbaası, İzmir, 267-79
21. Carson-Dewitt R., ve ark.,1999, The Gale Encyclopedia Of Medicine, ...
22. Chehata J.C., ve ark., 2001, "Mortality İn Rheumatoid Arthritis: Relationship To Single And Composite Measures Of Disease Activity", Rheumatology, 40, 447-52
23. Dilşen N., Ed: Yaşar Karaaslan, 1996, Klinik Romatoloji, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 86-112
24. Ehrlich-Jones L.S., 2001, "Self Care Behavior Of African-American Elderly With Arthritis", University Of İllinois, http://wwwlib.umi.com/dissertations/preview_all/3033410
25. Erden H., 2003, "Türkiye'de Yeniden Yapılanma Sürecinde Kamuya Ait Sağlık Kuruluşlarının Stratejik Politika Alternatifleri", Gazi Ü. Sosyal

Bilimler Enstitüsü, Hastane İşletmeciliği Bilim Dalı, Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara,

26. Evers A.W.M., 1997, "Determinants Of Psychological Distress And İts Course İn The First Year After Diagnosis İn Rheumatoid Arthritis Patients", Journal Of Behavioral Medicine, 20,5, 489-504
27. Fadıloğlu Ç., 2002, Kronik Hastalıklarda Bakım, 1. Ege Dahili Tıp Günleri "Kronik Hastalıklarda Bakım Kursu Kitapçığı", İzmir, 8, 10, 46
28. Fitzpatrick, R., ve ark., 1991, "Social Support, Disability And Depression: A Longitudinal Study Of Rheumatoid Arthritis", Soc. Sci. Med., 33,5,605-611
29. Gallagher R.M., ve ark., 2000, "Chronic Pain: Sources Of Late-Life Pain And Risk Factors For Disability", Geriatrics, 55, 9, 40-7
30. Gordon M-M., ve ark., 2002,"Can İntervention Modify Adverse Lifestyle Variables İn A Rheumatoid Population? Results Of A Pilot Study", Annals Of The Rheumatic Diseases, 61, 1, 66-4
31. Griffith J., Carr A., 2001, "What İs The İmpact Of Early Rheumatoid Arthritis On The İndividual?", Best Practice & Research Clinical Rheumatology, 15,1, 77-90
32. Helliwell P.S., ve ark., 1999, "A 12-Month Randomized Controlled Trial Of Patient Education On Radiographic Changes And Quality Of Life İn Early Rheumatoid Arthritis", Rheumatology, 38, 303-8
33. Hill, J.M., 1995, "Patient Education İn Rheumatic Disease", Nursing Standard, 9(25), 25-8
34. Ibrahim S.A., ve ark., 2001, "Variation In Perceptions Of Treatment And Self-Care Practices In Elderly With Osteoarthritis: A Comparison Between African American and White Patients", Arthritis Care & Research, 45:340-45
35. Kara B., 2001, "Öz-bakım Tanımı Ve Kavramsal Yönü", Sendrom, Temmuz, 105-8
36. Kara B.,Fesçi H., 2000, "Tip 1 Diabet Hastalarının Öz-bakım Gücünün İncelenmesi", Sendrom, Nisan, 28-35
37. Karaaslan Y., 2001, "Gebelik ve Romatizmal Hastalıklar", Progress, 2,6, 169-172

38. Karaaslan Y., Ed: Abdurrahman Kadayıfçı, Yaşar Karaaslan, 1998, İç Hastalıkları El Kitabı, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 419-433
39. Katz P.P., 1998, "Education And Self-Care Activities Ammong Persons With Rheumatoid Arthritis", Soc Sci Med, 46,8,1057-66
40. Kennedy A., Rogers A., 2001, "İmproving Self-Management Skills: A Whole Systems Approach",British Journal Of Nursing, 10,11,734-7
41. Kroot E-J., ve ark., 2001, "Chronic Comorbidity İn Patients With Early Rheumatoid Arthritis: A Descriptive Study", The Journal Of Rheumatology, 28,7,1511-1517
42. Laheij R.J.F., 2003, "The Impact of Gastrointestinal Symptoms On Health Status In Patients With Cardiovascular Disease", Aliment Pharmacol. Ther., 17, 881-5
43. Lankveld W.G.J.M. ve ark., 1998, "Predictors of Changes in Observed Dexterity During One Year in Patients With Rheumatoid Arthritis", British J of Rheumatology, 37, 733-9
44. Lorig K.R., ve ark., 1993, "Evidence Suggesting That Health Education For Self-Management İn Patients With Chronic Arthritis Has Sustained Health Benefits While Reducing Health Care Costs", Arthritis & Rheumatism, 36,4, 439-46
45. Lukkarinen H., Hentinen M., 1997, "Self-Care Agency And Factors Related To This Agency Among Patients With Coronary Heart Disease", International Journal Of Nursing Studies, 34, 4, 295-304
46. Maletzki W., Stegmayer-Petry A., 1995, Ed: Prof. Dr. Ertuğrul Göksoy, Hasta Bakımı,Yüce Yayınları A.Ş., İstanbul,477-9
47. March L., Lapsley H., 2001, "What Are The Costs To Society And The Potential Benefits From The Effective Management Of Early Rheumatoid Arthritis?", Best Practice& Research Clinical Rheumatology, 15,1, 171-185
48. McEntegart A., ve ark., 2001, "Cardiovascular Risk Factors, İncluding Thrombotic Variables, in a Population With Rheumatoid Arthritis", Rheumatology, 40,640-4
49. Nahcivan N.Ö., 1994, "Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması: Öz-Bakım Gücü Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması", Hemşirelik Bülteni, 7,33,109-19

50. O'Neill E.S., Morrow L.L., 2001, "The Symptom Experience Of Women With Chronic İllness", Journal Of Advanced Nursing, 33,2, 257-268
51. Pınar R., 1996, Diabetes Mellituslu Hastalarda Öz-Bakım Gücü ve Öz-Bakım Gücünü Etkileyen Sosyodemografik Faktörlerin İncelenmesi, Türk Diyabet Yıllığı 1995-1996, 11, 1248-53
52. Pincus T., ve ark., 1984, "Severe Functional Declines, Work Disability, And İncreased Mortality İn Seventy-Five Rheumatoid Arthritis Patients Studied Over Nine Years", Arthritis & Rheumatism, 27, 8,864-872
53. Plach S. K., ve ark., 2003, "Relationship of Social Role Quality To Psychological Well-Being In Women With Rheumatoid Arthritis", Research In Nursing & Health,26, 190-202
54. Reginster, J.Y., 2002, "The Prevalance And Burden Of Arthritis", Rheumatology, 41 (Suppl. 1),3-6
55. Riemsma, R. P., ve ark., 1998, "Fatigue İn Rheumatoid Arthritis: The Role Of Self-Efficacy And Problematic Social Support", Britisih Journal Of Rheumatology, 37, 10, 1042-6
56. Ryan S., 1996, "Living With Rheumatoid Arthritis: A Phenomenological Exploration", Nursing Standard, 10,41,45-8
57. Sayan A., Erci B., 2001, "Çalışan Kadınların Sağlığı Geliştirici Tutum ve Davranışları ile Öz-Bakım Gücü Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi", Atatürk Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 4,2,
58. Sokka, Tuulikki, ve ark.,1999, "Mortality İn Early "Sawtooth" Treated Rheumatoid Arthritis Patients During The First 8-14 Years", Scandavian Journal Of Rheumatology, 28, 282-7
59. *Special Article*, 1996, "Guidelines For The Management Of Rheumatoid Arthritis", Arthritis & Rheumatism, 39,713-722
60. Strahl, C., ve ark.,2000, "The Role Of Pain Anxiety, Coping, And Pain Self-Efficacy İn Rheumatoid Arthritis Patient Functioning", Behaviour Research And Therapy, 38, 863-873
61. Suurmeijer, Th.P.B.M., ve ark., 2001, "Qualitey Of Life Profiles In The First Years Of Rheumatoid Arthritis", Arthritis Care & Research, 45, 111-121

62. Swezey R.L., 1993, Arthritis And Allied Conditions, A Textbook of Rheumatology, ABD, 797-803
63. Taal E1, ve ark., 1997, "Which Priorities Have Rheumatoid Arthritis Patients For Their Health Status İmprovement?", 40, 9, 231
64. Toprak İ., ve ark., 2002, Yaşlı Sağlığı, T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara,43-4
65. Üstün B., Köse A., 2002, Hemşireliğin Kavramsal Çerçevesi II, İzmir,
66. Ward M. M., 1999, "Health-Related Quality Of Life İn Ankylosing Spondylitis: A Survey Of 175 Patients", Arthritis Care & Research, 12, 4, 247-55
67. Wolfe F. ve ark., 2001, "Consensus Recommmendations For The Assessment And Treatment Of Rheumatoid Arthritis", The Journal Of Rheumatology, 28,6,1423-1430
68. Wolfe F., ve ark., 2001, "Evaluating Severity And Status İn Rheumatoid Arthritis",The Journal Of Rheumatology, 28, 6, 1453-1462
69. Yazıcı Y. ve ark., 2001,Modern Tıp Seminerleri Dizisi,Güneş Kitabevi Yayınları, Ankara,7-14
70. Young A., ve ark., 2002, "Which Patients Stop Working Because Of Rheumatoid Arthritis? Results Of Five Years' Follow Up İn 732 Patients From The Early RA Study (ERAS)", Annals Of The Rheumatic Diseases, 61, 4, 335-6
71. Young, A. ve ark., 2000, "How Does Functional Disability İn Early Rheumatoid Arthritis Affect Patients And Their Lives? Results Of 5 Years Of Follow-Up 732 Patients From The Early Ra Study (ERAS)", Rheumatology,39,603-11

ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı, 1977 yılı Konya doğumludur. İlk, ortaokul ve liseyi aynı ilde tamamlamıştır. Üniversite öğrenimini 1995-1999 yılları arasında Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'nda yapmıştır. Araştırmacı 2000 yılında, Pamukkale Üniversitesi'nde göreve başlamış, aynı yıl YÖK Kanunu'nun 35. maddesi ile lisansüstü öğrenimini görmek üzere Hacettepe Üniversitesi'nde görevlendirilmiştir. Halen, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda araştırma görevlisi olarak çalışmaktadır.

EKLER

EK:1

ROMATOİD ARTRİTLİ HASTALARIN ÖZ-BAKIM GÜCÜNÜN BELİRLENMESİ

ANKET FORMU

Hasta protokol no: Denek no:

Hasta adı soyadı: Telefon no:

1. Ne kadar süredir romatoid artrit hastasısınız?

2. Romatoid artrit dışında başka bir hastalığınız var mı?
   a) Var
   b) Yok (4. soruya geçiniz)

3. Romatoid artrit dışındaki hastalığınız nedir?
   a) Hipertansiyon
   b) Diyabetes Mellitus
   c) Osteoporoz
   d) Diğer:

4. Kullandığınız ilaçlar nelerdir?

5. İlaçlarınızı düzenli kullanıyor musunuz?
   a) Evet
   b) Hayır

6. Cinsiyetiniz:
   a) Erkek
   b) Kadın

7. Yaşınız:....

8. Eğitim Durumunuz:
   a) Okur-yazar değil
   b) Okur-yazar
   c) İlkokul mezunu
   d) Ortaokul mezunu
   e) Lise mezunu
   f) Üniversite/yüksekokul mezunu

9. Çalışma statüsü:
   a) Öğrenci
   b) Memur
   c) İşçi
   d) Serbest meslek sahibi
   e) Ev hanımı
   f) Emekli
   g) Diğer:

10. Sosyal güvencesi:
    a) Var
    b) Yok

11. Geliriniz hastalığınızla ilgili harcamalarınızı karşılıyor mu?
    a) Evet
    b) Kısmen
    c) Hayır

12. Halen yaşadığınız yer:
    a) İl
    b) İlçe
    c) Köy

13. Birlikte yaşadığınız kişiler:
    a) Yalnız
    b) Çekirdek aile
    c) Geniş aile
    d) Diğer:...

14. Günlük yaşantınızda romatoid artritle ilgili yaşadığınız bazı belirtiler aşağıda verilmiştir. Bunları ne sıklıkta yaşadığınızı ve bunlara yönelik uygulamalarınızı belirtiniz.

Romatoid Artritle İlgili Semptomları Yaşama Sıklığı ve Semptomlara Yönelik Uygulamalar

Semptomlar	Semptomları Yaşama Sıklığı			Semptomlara Yönelik Uygulamaları					
	Her Zaman	Ara Sıra	Hiç	İlaç	Sıcak Uygulama	Soğuk Uygulama	Egzersiz	Masaj	Diğer
Eklemlerde Ağrı									
Yorgunluk									
Sabah Tutukluğu									
İştahsızlık									
Eklemlerde Isı Artışı									

15. Eklemlerdeki ağrı düzeyinizi belirtiniz:
0: Ağrı yok
1: Hafif ağrı
2: Orta şiddette ağrı
3: Şiddetli ağrı
4: Çok şiddetli ağrı
5: Dayanılmaz ağrı

16. Eklemlerde sabah tutukluğunu ne kadar süre yaşadığınızı belirtiniz:
..... Dakika ya da .....Saat

17. Hastalığınıza ilişkin bilgi aldınız mı?
    a. Evet
    b. Kısmen
    c. Hayır

18. 17. Soruya yanıtınız "evet" ya da "kısmen" ise size hangi konularda bilgi aldınız?
    a. Hastalıkla ilgili
    b. Tedavi ile ilgili
    c. Evde bakımla ilgili
    d. Diğer

19. Bu bilgiyi kimden aldınız?
    a. Doktor
    b. Hemşire
    c. Fizyoterapist
    d. Diğer:...

20. Bu bilgilendirmeyi yeterli buluyor musunuz?
    a. Evet
    b. Kısmen
    c. Hayır

EK 2. ÖZ-BAKIM GÜCÜ ÖLÇEĞİ

AÇIKLAMA: Aşağıda, insanların kendi sağlıklarına karşı tutumları hakkında 34 ifade bulunmaktadır. Lütfen her ifadeyi dikkatle okuyunuz ve sizi en doğru biçimde tanımlayan ifadeyi işaretleyeniz. İyi ya da kötü fikir yoktur. Bazı ifadeleri cevaplamak zor gelirse, karar verebilmek için size en yakın gelen şıkkı işaretleyiniz. Duygularınızı en iyi ifade eden açıklamanın karşısındaki bölüme (X) işareti koyunuz. Her cümleyi cevapladığınızdan emin olunuz.

	Beni hiç tanımlamıyor	Beni pek tanımlamıyor	Fikrim yok	Beni biraz tanımlıyor	Beni çok tanımlıyor
1. Eğer sağlığım söz konusu ise bazı alışkanlıklarımı memnuniyetle bırakabilirim.	( )	( )	( )	( )	( )
2. Kendimi beğeniyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
3. Sağlığımla ilgili ihtiyaçlarımı istediğim gibi karşılamak için yeterli enerjiye genellikle sahip değilim.	( )	( )	( )	( )	( )
4. Sağlığımın kötüye gittiğini hissettiğim zaman, ne yapmama gerektiğini biliyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
5. Sağlıklı kalmak için ihtiyacım olan şeyleri yapmaktan gurur duyarım.	( )	( )	( )	( )	( )
6. Kişisel ihtiyaçlarımı ihmal etmeye meyilliyim.	( )	( )	( )	( )	( )
7. Yeni projelere başlamaktan hoşlanırım.	( )	( )	( )	( )	( )
8. Benim için yararlı olacağını bildiğim şeyleri yapmayı çoğunlukla ertelerim.	( )	( )	( )	( )	( )
9. Hasta olmamak için bazı önlemler alırım.	( )	( )	( )	( )	( )
10. Sağlığımın daha iyi olmasına çaba gösteririm.	( )	( )	( )	( )	( )
11. Dengeli beslenirim.	( )	( )	( )	( )	( )
12. Beni rahatsız eden konularda fazla bir şey yapmadan sürekli yakınırım.	( )	( )	( )	( )	( )
13. Sağlığıma dikkat etmek için daha iyi korunma yolları araştırırım.	( )	( )	( )	( )	( )
14. Sağlığımın çok daha iyi bir düzeye ulaşacağına inanıyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
15. Sağlığımı korumak için yapılan çabaların tümünü hakettiğime inanıyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
16. Kararlarımı sonuna kadar uygularım	( )	( )	( )	( )	( )
17. Vücudumun nasıl çalıştığını anlıyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
18. Sağlığımla ilgili kişisel kararlarımı nadiren uygularım.	( )	( )	( )	( )	( )

	Beni hiç tanımlamıyor	Beni pek tanımlamıyor	Fikrim yok	Beni biraz tanımlıyor	Beni çok tanımlıyor
19. Kendimle dostum.	( )	( )	( )	( )	( )
20. Kendime iyi bakarım	( )	( )	( )	( )	( )
21. Sağlığımın daha iyi olması benim için tesadüfi bir durumdur.	( )	( )	( )	( )	( )
22. Düzenli olarak istirahat ederim ve beden hareketleri yaparım.	( )	( )	( )	( )	( )
23. Çeşitli hastalıkların nasıl meydana geldiğini ve ne çeşit etkileri olduğunu öğrenmek isterim.	( )	( )	( )	( )	( )
24. Yaşam bir zevktir.	( )	( )	( )	( )	( )
25. Aile içindeki görevlerimi yeterince yerine getiremiyorum	( )	( )	( )	( )	( )
26. Kendi davranışlarımın sorumluluğunu üstlenirim.	( )	( )	( )	( )	( )
27. Yıllar geçtikçe daha sağlıklı olmak için gereken şeylerin farkına vardım.	( )	( )	( )	( )	( )
28. Sağlıklı kalmak için ne çeşit yiyecekler yemem gerektiğini biliyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
29. Vücudumun çalışması ile ilgili herşeyi öğrenmeye ilgi duyuyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
30. Bazen hastalandığımda, rahatsızlıklarımı önemsemez ve geçmesini beklerim.	( )	( )	( )	( )	( )
31. Kendime bakmak için bilgilenmeye çalışırım.	( )	( )	( )	( )	( )
32. Ailemin değerli bir üyesi olduğumu hissediyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
33. Son sağlık kontrolümün tarihini hatırladığım gibi, gelecek sağlık kontrolümün tarihini de biliyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
34. Kendimi ve ihtiyaçlarımı oldukça iyi anlarım.	( )	( )	( )	( )	( )

T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANELERİ
İbn-ı Sina Hastanesi Başhekimliği

Kısım :.....

Dosya No. :.....Sayı :..116.....

Konu :.....

.....

Ankara
11./01./2002

Hacettepe Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü'ne

İlgi: 04 Ocak 2002 tarih ve 135-202 sayılı yazınız.

Enstitünüz İç Hastalıkları Hemşireliği Programı yüksek lisans öğrencisi Zehra Atçı'nın, Hastanemizde yapmak istediği tez çalışması hakkındaki ilgi yazınız incelenmiş olup, adı geçenin söz konusu talebi uygun görülmüştür.

Bilgilerinize saygılarımla rica ederim.

Prof.Dr.A.Mehmet DEMİRTAŞ
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
İbn-i Sina Hastanesi Başhekimi

M.Y.

Stok No. 5 D.M. 7-01 40.000