T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ROMATOİD ARTRİT TANISI İLE İZLENEN BİREYLERİN KRONİK HASTALIK ÖZYÖNETİMİ, HASTALIK AKTİVİTESİ VE KİNEZYOFOBİ DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

DENİZ GÖL

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Programı

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ARALIK/2024

T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
GÜLHANE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ROMATOİD ARTRİT TANISI İLE İZLENEN BİREYLERİN KRONİK HASTALIK ÖZYÖNETİMİ, HASTALIK AKTİVİTESİ VE KİNEZYOFOBİ DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Deniz GÖL

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Ayla DEMİRTAŞ

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ

ARALIK/2024

BEYAN

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmasında;

- Mevcut tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu,
- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmasında yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Mevcut tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Deniz GÖL

Tez Savunma Tarihi

17/12/2024

ÖZET

GÖL, Deniz. Romatoid Artrit Tanısı ile İzlenen Bireylerin Kronik Hastalık Özyönetimi, Hastalık Aktivitesi ve Kinezyofobi Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara 2024.

Amaç: Bu çalışmada romatoid artrit tanılı bireylerin, kronik hastalık özyönetimi, hastalık aktivitesi ve kinezyofobi düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı nitelikte olan bu çalışmaya, 25 Kasım 2023 – 22 Şubat 2024 tarihleri arasında 304 birey dahil edilmiştir. Çalışma verileri; tanıtıcı ve tıbbi özelliklerine ilişkin veri toplama formu, Romatoid Artrit Hastalık Aktivite Endeksi-5 (RADAI-5), Tampa Kinezyofobi Ölçeği (TKÖ) ve Kronik Hastalık Özyönetim Ölçeği (KHÖY) ile toplanmıştır. Veriler Pearson Korelasyon Katsayısı, Bağımsız Örneklem T Testi, ANOVA ve Tukey testi ile analiz edilmiş, bağımlı değişkenler için Çoklu Doğrusal Regresyon modeli kullanılmıştır.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması 47,27±11,76 yıl olup, %83,6'sı kadındır. KHÖY alt boyutlarının ortalama puanları: Kendini Damgalama (KD) 2,28±0,91, Damgalamayla Baş Etme (DBE) 3,39±0,82, Sağlık Bakım Etkinliği (SBE) 3,90±0,94 ve Tedaviye Uyum (TU) 4,28±0,79'dur. RADAI-5 sonuçlarına göre katılımcıların %42,4'ünün orta düzeyde (4,55±2,15) hastalık aktivitesi, TKÖ sonuçlarına göre %81,91'inin yüksek düzeyde (44,41±7,46) kinezyofobi yaşadığı belirlenmiştir. Kinezyofobi ile hastalık aktivitesi arasında orta düzeyde pozitif bir ilişki (r=0,300) saptanmıştır. Çoklu regresyon analizine göre KD alt boyutunu hastalık aktivitesi ve kinezyofobi (R^2=0,321), DBE'yi sigara kullanımı ve egzersiz (R^2=0,054), SBE'yi tanı süresi ve hastalık aktivitesi (R^2=0,095), TU'yu ise ameliyat öyküsü d(R^2=0,052) değişkeninin etkilediği tespit edilmiştir.

Sonuç: Bu çalışmada RA tanılı bireylerin özyönetimlerinde kendini damgalama düzeylerinin hastalık aktivitesi ve kinezyofobi düzeylerinden, damgalama ile baş etme düzeylerinin sigara kullanım öyküsü ve egzersiz yapma durumundan, sağlık bakım etkinliği düzeylerini hastalık aktivitesi ve tanı süresinden, tedavi uyum düzeyinin ise ameliyat öyküsü değişkeninden

etkilendiği belirlenmiştir. Hastalık aktivite düzeylerinin orta düzeyde olduğu ve yüksek düzeyde kinezyofobi yaşadıkları, hastalık aktivitesi arttıkça kinezyofobinin de arttığı saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Hastalık aktivitesi, hastalık öz-yönetimi, hemşirelik bakımı, kinezyofobi, romatoid artrit

ABSTRACT

GÖL, Deniz. An Examination of the Relationship Between Chronic Disease Self-Management, Disease Activity, and Kinesiophobia Levels in Individuals Diagnosed with Rheumatoid Arthritis. Gülhane Institute of Health Sciences, Department of Internal Medicine Nursing, Master's Thesis, Ankara, 2024.

Objective: This study aimed to examine the relationship between chronic disease self-management, disease activity, and kinesiophobia levels in individuals diagnosed with rheumatoid arthritis (RA).

Materials and Methods: This descriptive and correlational study included 304 individuals between November 25, 2023, and February 22, 2024. Data were collected using a demographic and clinical characteristics data collection form, the Rheumatoid Arthritis Disease Activity Index-5 (RADAI-5), the Tampa Scale for Kinesiophobia (TSK), and the Chronic Disease Self-Management Scale (CDSMS). The data were analyzed using Pearson Correlation Coefficient, Independent Samples T-Test, ANOVA, and Tukey's test, while multiple linear regression models were applied for dependent variables.

Results: The participants had a mean age of 47.27±11.76 years, with 83.6% being female. The mean scores of CDSMS sub-dimensions were: Self-Stigma (SS) 2.28±0.91, Coping with Stigma (CS) 3.39±0.82, Health Care Efficacy (HCE) 3.90±0.94, and Treatment Adherence (TA) 4.28±0.79. Based on RADAI-5 results, 42.4% of participants exhibited moderate disease activity levels (4.55±2.15), while TSK results revealed that 81.91% experienced high levels of kinesiophobia (44.41±7.46). A moderate positive correlation was found between kinesiophobia and disease activity (r=0.300). Multiple regression analysis showed that SS was influenced by disease activity and kinesiophobia (R^2=0.321), CS by smoking status and exercise (R^2=0.054), HCE by disease duration and disease activity (R^2=0.095), and TA by surgical history (R^2=0.052).

Conclusion: This study determined that self-stigma levels in RA patients' self-management were influenced by disease activity and kinesiophobia, while coping with stigma was affected by smoking history and exercise. Health care efficacy was associated with disease activity and

disease duration, and treatment adherence was linked to surgical history. Moderate levels of disease activity and high levels of kinesiophobia were observed, with an increase in disease activity correlating with an increase in kinesiophobia.

Keywords: Disease activity, disease self-management, nursing care, kinesiophobia, rheumatoid arthritis.

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca kişisel ve mesleki gelişimime katkı sunan; çalışmanın planlanması ve yürütülmesinde başından sonuna kadar çok değerli bilgi ve deneyimleriyle yol gösterici olan ve rehberlik eden; daima örnek aldığım, sabrı, sevgisi ve anlayışıyla desteğini hep hissettiğim çok değerli hocam ve tez danışmanım sayın Doç. Dr. Ayla Demirtaş'a,

Yüksek lisans eğitimim boyunca kıymetli bilgi ve tecrübeleriyle yanımda olan Gülhane Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı değerli hocam sayın Prof. Dr. Fatma İlknur Çınar'a, değerli hocalarım sayın Dr. Öğr. Üyesi Emine Özer Küçük ve sayın Dr. Öğr. Üyesi Betülay Kılıç'a,

Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Romatoloji Ana Bilim Dalı Başkanı saygıdeğer Prof. Dr. Şaziye Şule Apraş Bilgen'e ve kıymetli Romatoloji polikliniği uzman doktorlarına, hemşirelerine ve sekreterlerine,

Çalışmamın istatistiksel analiz süreçlerinde bilgi, deneyim ve görüşleriyle değerli katkılarıyla ve tüm süreçte destekleyen Ömer Kaplan'a,

Değerli zamanlarını ayırarak çalışmaya katılan ve çalışmanın gerçekleştirilmesinde esas katkıları olan çok değerli Romatoid Artrit tanısı ile izlenen bireylere,

Hayatımın her döneminde her konuda beni cesaretlendiren, her zaman ve her koşulda yanımda olup beni motive eden ve hiç yalnız bırakmayan kıymetli arkadaşlarım Alara Seren Aksungur, Kardelen Tercan, Sıla Kurtaal ve Emin Can Gürtekin'e,

Yüksek lisans sürecimin başından beri beni destekleyen, cesaretlendiren ve yanımda olan kıymetli Bölüm 75 Dahiliye ekibime,

Varlıklarıyla bana güç veren, tüm eğitim ve iş hayatım boyunca bana olan sonsuz inançları, koşulsuz sevgileri, sabırları ve destekleriyle, yürümeyi seçtiğim her yolda, her koşulda yanımda olan annem Firdevs Göl, babam Hüseyin Göl ve kardeşim Gökhan Göl'e,

Sonsuz saygı, sevgi ve teşekkürlerimi borç bilirim.

Deniz GÖL

İÇİNDEKİLER

ÖZET iv
ABSTRACT vi
TEŞEKKÜR viii
İÇİNDEKİLER ix
ÇİZELGE LİSTESİ xii
KISALTMALAR xiii
1. GİRİŞ 1
1.1. PROBLEM TANIMI VE ÖNEMİ 1
1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI 3
2. GENEL BİLGİLER 5
2.1. ROMATOİD ARTRİT 5
2.1.1. Romatoid Artrit Epidemiyolojisi 5
2.1.2. Romatoid Artrit Etiyolojisi ve Risk Faktörleri 6
2.1.3. Romatoid Artrit Fizyopatolojisi 8
2.1.4. Romatoid Artrit Belirti ve Bulguları 9
2.1.5. Romatoid Artrit'te Tanılama 9
2.1.6. Romatoid Artrit'te Tedaviye Genel Yaklaşım 11
2.1.6.1. Romatoid artrit ve non-farmakolojik yaklaşım 11
2.1.6.2. Romatoid artrit'te farmakolojik yaklaşım: 12
2.2. KRONİK HASTALIK ÖZ YÖNETİMİ 13
2.4. KİNEZYOFOBİ 15
2.4.1. Romatoid Artrit ve Kinezyofobi 16
2.5. ROMATOİD ARTRİT VE HEMŞİRELİK BAKIMI 16
3. GEREÇ ve YÖNTEM 21
3.1. ARAŞTIRMANIN TÜRÜ 21
3.2. ARAŞTIRMA SORULARI 21
3.3. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN 21
3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ, ÖRNEKLEMİ 22
3.5. ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLME VE DIŞLANMA KRİTERLERİ 22
3.6. ARAŞTIRMA VERİ TOPLAMA ARAÇLARI 23
3.6.1. Tanıtıcı ve Tıbbi Özelliklerine İlişkin Veri Toplama Formu (EK-4) 23

3.6.2. Kronik Hastalık Özyönetim Ölçeği (KHÖY) (EK-5) 23
3.6.3. Romatoid Artrit Hastalık Aktivite Endeksi-5 (RADAI-5) (EK-6) 24
3.6.4. Tampa Kinezyofobi Ölçeği (TKÖ) (EK-7) 25
3.7. VERİ TOPLAMA ARAÇLARININ UYGULANMASI 25
3.8. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN ANALİZİ 26
3.9. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI 26
3.10. ÇIKAR ÇATIŞMASI 27
3.11. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ 27
4. BULGULAR 29
5. TARTIŞMA 43
5.1. ROMATOİD ARTRİT TANISI İLE İZLENEN BİREYLERİN BAZI TANITICI VE TIBBİ ÖZELLİKLERİ İLE İLGİLİ TARTIŞMA 43
5.2. ROMATOİD ARTRİT TANISI İLE İZLENEN BİREYLERİN KRONİK HASTALIK ÖZYÖNETİMİ, HASTALIK AKTİVİTE DÜZEYİ VE KİNEZYOFOBİ DURUMLARININ TARTIŞILMASI 45
5.3. ROMATOİD ARTRİT TANISI İLE İZLENEN BİREYLERİN KRONİK HASTALIK ÖZYÖNETİMİ ALT BOYUT PUANLARININ TANITICI VE TIBBİ ÖZELLİKLERİNE GÖRE TARTIŞILMASI 47
5.3.1. Kendini Damgalama 48
5.3.2. Damgalamayla Baş Etme 49
5.3.3. Sağlık Bakım Etkinliği 50
5.3.4. Tedavi Uyumu 51
5.4. ROMATOİD ARTRİT TANISI İLE İZLENEN BİREYLERDE KRONİK HASTALIK ÖZ YÖNETİMİ, HASTALIK AKTİVİTESİ VE KİNEZYOFOBİ ARASINDAKİ İLİŞKİLERİN TARTIŞILMASI 52
5.4.1. Kendini Damgalama, Hastalık Aktivitesi ve Kinezyofobi İlişkisi 52
5.4.2. Damgalamayla Baş Etme, Hastalık Aktivitesi ve Kinezyofobi İlişkisi 52
5.4.3. Sağlık Bakım Etkinliği, Hastalık Aktivitesi ve Kinezyofobi İlişkisi 53
5.4.4. Tedavi Uyumu, Hastalık Aktivitesi ve Kinezyofobi 53
5.4.5. Hastalık Aktivitesi ve Kinezyofobi İlişkisi 54
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 57
7. KAYNAKÇA 59

8. EKLER 77
EK-1. ETİK KURUL ONAYI 77
EK-2. ÖLÇEK İZİNLERİ 78
EK-3. AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU 79
EK-4. HASTALARIN TANITICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN VERİ TOPLAMA FORMU 81
EK-5. KRONİK HASTALIK ÖZ YÖNETİM ÖLÇEĞİ (KHÖY)'NİN TÜRKÇE VERSİYONU 83
EK-6. ROMATOİD ARTRİT HASTALIK AKTİVİTE ENDEKSİ – 5 (RADAİ-5) 'İN TÜRKÇE VERSİYONU 84
EK-7. TAMPA KİNEZYOFOBİ ÖLÇEĞİ (TKÖ)'NİN TÜRKÇE VERSİYONU 85
9. ÖZGEÇMİŞ 86

ÇİZELGE LİSTESİ

Çizelge 2.1. Amerikan Romatoloji Derneği (ACR), 1987 romatoid artrit sınıflandırma kriterleri 10
Çizelge 2.2. Romatoid artrit sınıflandırma kriterleri 11
Çizelge 4.1. Romatoid artrit tanısı ile izlenen hastaların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı (n= 304) 30
Çizelge 4.2. Romatoid artrit tanısı ile izlenen hastaların tıbbi özelliklerine göre dağılımı (n= 304) 31
Çizelge 4.3. Romatoid artrit tanısı ile izlenen bireylerin ölçek puan ortalamaları (n= 304) 32
Çizelge 4.4. Romatoid artrit tanısı ile izlenen bireylerin tanıtıcı özelliklere göre kronik hastalık öz yönetim ölçeğinin alt boyut puan farklılıkları (n=304) 33
Çizelge 4.5. Romatoid artrit tanısı ile izlenen hastaların tıbbi özelliklere göre kronik hastalık öz yönetim ölçeğinin alt boyut puanlarının farklılıkları (n=304) 35
Çizelge 4.6. Kronik hastalık öz yönetim ölçeği, romatoid artrit hastalık aktivite endeksi-5, tampa kinezyofobi ölçeği puanları ile bazı tıbbi değişkenler arasındaki ilişkiler (n=304) 37
Çizelge 4.7. Romatoid artrit tanısı ile izlenen bireylerin hastalık öz yönetimi ile ilişkili yordayıcı faktörlerin incelenmesi (n= 304) 39

KISALTMALAR

Bu araştırmada kullanılan kısaltmalar, açıklamaları ile birlikte aşağıda belirtilmiştir.

ACR : Amerikan Romatoloji Derneği (American College of Rheumatology)

CDAI : Klinik Hastalık Aktivite İndeksi (Clinical Disease Activity Index)

DAS-28 : Hastalık Aktivite Skoru-28 (Disease Activity Score -28)

DİF : Distal İnterfalangeal Eklem

DMARD : Hastalık Modifiye Edici Antiromatizmal İlaçlar (Disease-Modifying Antirheumatic Drug)

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)

EULAR : Avrupa Romatoloji Dernekleri Birliği (Eurpean League Against Rheumatism / European Alliance of Associations for Rheumatology)

GBD : Küresel Hastalık Yükü (Global Burden of Disease)

KHÖY : Kronik Hastalık Öz Yönetimi

MKF : Metakarpofalangeal Eklem

MMP : Matriks Metalloproteinaz

MTF : Metatarsofalangeal Eklem

NSAİİ : Non-Steroidal Antiinflamatuvar İlaçlar

PİF : Proksimal İnterfalangeal Eklem

RA : Romatoid Artrit

RADAI-5 : Romatoid Artrit Hastalık Aktivite Endeksi-5 (Rheumatoid Arthritis Disease Activity Index – 5)

SDAI : Basitleştirilmiş Hastalık Aktivite İndeksi (Simple Disease Activity Index)

TKÖ : Tampa Kinezyofobi Ölçeği

TNF : Tümör Nekroze Edici Faktör

1. GİRİŞ

1.1. PROBLEM TANIMI VE ÖNEMİ

Romatoid Artrit (RA), kesin nedeni tam olarak bilinemeyen, özellikle küçük eklemleri etkileyen, simetrik poliartrit ile karakterize kalıcı eklem deformiteleri oluşturan, inflamatuar ve progresif seyirli bir otoimmün hastalıktır (1). RA, epidemiyolojik olarak ırk, cinsiyet, etnik köken ve yaş ayırt edilmeksizin dünya genelinde sık görülen bir hastalıktır (2). Global RA prevalansının yaklaşık %0,5 ila %1 arasında (3), yerel prevelansının ise %0,6 ile %0,57 arasında olduğu bildirilmiştir (4).

Hastalığın seyri, bireylerin fiziksel, psikolojik ve sosyal işlevselliğini sınırlayarak günlük yaşam aktivitelerini zorlaştırır. Bu bağlamda, kronik hastalık özyönetimi, RA tanısı ile izlenen bireylerin hastalıkla etkin bir şekilde başa çıkmalarını sağlayan kritik bir yetkinliktir. Kronik hastalıkların öz yönetiminde gösterilen bu adaptasyon için kendini damgalama, damgalama ile baş etme stratejileri, sağlık bakım etkinliği ve tedaviye uyum gibi unsurlar oldukça temel bir rol üstlenmektedir. Bu faktörler, bireyin topluma uyum sağlama kapasitesinin daha iyi kavranmasında kritik bir rol oynar ve özyönetimin temel göstergeleri arasında yer alır (5,6). Avrupa Romatizma Birliği (European League Against Rheumatism, EULAR) önerileri dahil olmak üzere RA tanılı bireylerin öz yönetiminin sağlanmasının bireylerin fiziksel, psikolojik ve sosyal işlevselliğinde iyileşmeler sağladığı güncel literatürlerde bildirilmiştir (7,8,9,10).

Araştırmalar, hastalık aktivitesinin etkin bir şekilde kontrol edilebildiğinde, RA'lı bireylerin fiziksel fonksiyonlarını ve özyönetim becerilerini geliştirdiğini göstermektedir (8,11,12). RA tanısı ile izlenen bireylerde hastalık aktivitesi, inflamasyonun ciddiyetini ve hastalığın ilerleme düzeyini belirleyen önemli bir göstergedir (13). Bu durum, bireylerin fiziksel ve psikolojik kapasitelerini etkileyerek hastalığın öz yönetimini etkilemektedir.

Romatoid artrit tanılı bireylerde kinezyofobinin sıklıkla yaşandığı belirtilmektedir (14). Kinezyofobi (hareket korkusu), geçmiş ağrı deneyimleri doğrultusunda ağrılı yaralanma ve tekrarlayan ağrı durumuna karşı aşırı duyarlılık nedeniyle fiziksel harekete karşı gelişen bir korku ve kaçınma durumudur (15). Romatoid artritli bireylerin epizodlar halinde alevlenme ve remisyon döngüleri içinde geçen hastalık süreçleri, kronik eklem ağrıları ve tahrip edici tutulumlar, kinezyofobi gelişimini muhtemel bir durum haline getirmektedir (14,16). Kinezyofobisi olan bireyler fiziksel hareketin ağrıya neden olacağına dair bir inanç geliştirdiğinde, uzun vadede fiziksel hareketten kaçınma eğilimi gösterirler. Bu kaçınma, eklem kontraktürleri, kas ve kuvvet kaybı, mobilitede azalma gibi fiziksel etkilerin yanı sıra depresyon ve anksiyete gibi psikolojik sorunlara yol açabilir. Bu fiziksel ve psikolojik etkiler, kişilerin damgalama, tedaviye uyumunda ve sağlık bakımında etkin olma gibi birçok faktör üzerinde etki ederek, uzun vadede hastalıklarıyla ilgili özyönetim durumlarında değişikliklere yol açabilmektedir (17,18).

Literatürde RA tanısı ile izlenen bireylerde hastalık aktivitesi ile kinezyofobiyi etkileyen faktörleri inceleyen çalışmalar (14,16,19,20) ve RA dışında başka kronik hastalığa sahip bireylerde özyönetimin incelendiği çalışmalar (21,22,23,24) bulunmaktadır. Ancak RA tanısı ile izlenen bireylerde kronik hastalık öz yönetimi, hastalık aktivitesi ve kinezyofobiyi bir arada inceleyen ve arasındaki ilişkiye bakan çalışmaya rastlanmamıştır.

Bu nedenle çalışmada, RA tanılı bireylerde kronik hastalık özyönetimi, hastalık aktivitesi ve kinezyofobi durumlarının incelenmesi amaçlanmıştır. Ayrıca bu çalışma ile, RA tanısı ile izlenen bireylerin günlük yaşamlarını etkileyen hastalık aktivitesi ve kinezyofobi gibi faktörlerin özyönetim üzerindeki yordayıcılığını detaylı olarak ortaya koymayı ve bu sayede bireysel ihtiyaçlara yönelik tedavi, rehabilitasyon ve bakım yaklaşımlarının geliştirilmesine katkıda bulunmayı amaçlamaktadır.

1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu çalışmada romatoid artrit hastalığına sahip bireylerin, kronik hastalık özyönetimi, hastalık aktivitesi ve kinezyofobi düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. ROMATOİD ARTRİT

Romatoid Artrit; sebebi tam olarak belirlenemeyen, küçük eklemler başta olmak üzere, eklem deformitelerinin poliartrik ve bilateral simetrik şekilde görülmesi ile karakterize, inflamatuar ve erozif seyirli bir otoimmün hastalıktır (American College of Rheumatology-ACR,1987).

2.1.1. Romatoid Artrit Epidemiyolojisi

Romatoid artrit tüm etnik köken ve ırkları etkileyen, global düzeyde en sık görülen romatolojik hastalıklardan biridir. Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre, 2019 yılında dünya genelinde yaklaşık 18 milyon kişinin RA hastalığıyla mücadele ettiği tahmin edilmiştir. Bu hastaların %70'i kadındır ve bu kadınların %55'i 55 yaş üzerindedir (25). Global düzeyde 1990 ile 2019 yılları arasında yaşa göre standardize edilmiş RA insidansı 100.000 kişi başına %12.21'den %13.00'e yükselmiştir (26). Bu konuda yapılmış bir meta-analize göre, RA'nın global prevalansı %0,46 olarak bildirilmiş ve bu oranın son on yılda tanı yöntemlerindeki gelişmeler ve yaşam süresinin uzaması gibi faktörlere bağlı olarak artış göstermiş olabileceği bildirilmiştir (3). Bu hastalığın prevalansı coğrafi olarak farklılık göstermektedir. Kuzey Amerika ve Kuzey Avrupa gibi gelişmiş bölgelerde daha yüksek prevalans oranları gözlenirken, Asya ve Afrika gibi bölgelerde bu oranlar daha düşüktür (27).

Türkiye'de RA prevalansı üzerine yapılan çalışmalarda, hastalığın coğrafi ve genetik çeşitliliğe bağlı olarak farklılıklar gösterdiği vurgulanmıştır. Tuncer ve arkadaşlarının (2018) araştırmasına göre, Türkiye genelinde RA prevalansı %0,57 olarak bulunmuştur (4). Coğrafi bölgelere göre, Karadeniz Bölgesi'nde en yüksek, Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde ise en düşük prevalans oranları kaydedilmiştir (28).

Geleceğe yönelik öngörüler, 2030 yılına kadar yaşlanan nüfus ve yaşam tarzı değişiklikleri nedeniyle RA tanısı ile izlenen birey sayısının artacağını ve 2050 yılında

dünya genelinde yaklaşık 31,7 milyon kişinin RA ile yaşayacağını göstermektedir (29,30).

2.1.2. Romatoid Artrit Etiyolojisi ve Risk Faktörleri

Hastalığın etiyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte, genetik faktörler, cinsiyet, ileri yaş, beslenme, viral ve bakteriyel enfeksiyonlar, sigara kullanımı RA hastalarında artmış mortaliteyle ilişkilendirilmiştir (31,32,33).

Genetik yatkınlık, RA oluşumunda belirleyici bir faktördür. RA'nın genetik geçişlilik oranı seropozitif bireyler için %40 ila %65 arasında ve seronegatif bireyler için %20 civarındadır (34). Özellikle ailede birinci derece yakınlarda Seropozitif RA öyküsü olması durumunun hastalığın görülme riskini 3 kat arttırmaktadır (35). HLA-DRB1 geni, RA ile en sık ilişkilendirilen genetik öğedir. Aynı DNA'ya sahip tek yumurta ikizlerinde, hastalık benzerliğinin yaklaşık %15, çift yumurta ikizlerinde %5 olduğu görülmüştür ancak hastalığa olan genel eğilim, genetik faktörlerin etkisiyle %66'ya kadar artabilmektedir (36).

Risk faktörü olarak kadın cinsiyeti, hamilelik gibi hormonal aktivite ile ilişkili faktörlere dayalı olarak 2,5-3 kat erkeklere kıyasla daha fala görülmektedir (31). Menapozdan sonra ya da ooferektomi sonrası düşük östrojen seviyesi, cinsiyet hormonlarının dengesini değiştiren malignensiler artan RA riski ile ilişkilendirilmiştir (37,38). Hamilelik döneminde genellikle kadınların remisyon halinde seyretmesi, hamilelik sonrası dönemde ise şiddetli alevlenme epizodlarının görülmesi; hormonların RA üzerinde etkisi olduğunu göstermektedir (39). RA tanısı olan erkeklerin, RA tanısı olmayan erkeklere kıyasla testesteron seviyesinin düşük olduğu görülmüş ve bu sebeple testesteron hormonunun belli bir oranda koruyucu olabileceği düşünülmüştür. Bu doğrultuda oral kontraseptif kullanan kadınlarda RA risk seviyesinin azaltılmasına ve hastalık oluşumunu önleyebileceği öne sürülmüştür (40). Yapılan bir kohort çalışmasında oral kontraseptif kullanımının RA riskini azalttığı, menopoz sonrası hormon tedavisinin ise RA riskini artırabileceği belirtilmiştir (41).

İleri yaş, bağışıklık sistemindeki yaşlanma süreçleri (immünosenesans) nedeniyle RA için önemli bir risk faktörüdür. Bu süreçte T ve B hücre fonksiyonları azalır, timus atrofisi ve telomer kısalması gibi değişiklikler otoimmün hastalık riskini artırır (42). Ayrıca yaşlanmaya bağlı olarak "inflam-aging" adı verilen kronik düşük düzeyli inflamasyon gelişir ve bu durum RA'nın başlamasına zemin hazırlar (43).

Bireylerde beslenmeyi etkileyen değişkenlerin bağırsak florası ve mikrobiotasının RA oluşumu ile ilişkili olduğunu gösteren kanıtlı çalışmalar bulunmaktadır (44,45). Özellikle akdeniz diyeti gibi anti-inflamatuar özelliklere sahip modeller, bağırsak mikrobiyotasını iyileştirerek RA semptomlarını hafifletebilir, hastalık aktivitesini azaltabilir ve CRP seviyelerini düşürdüğü bilinmektedir. Poliansature yağ asitleri ve lif gibi besinler koruyucu, kırmızı et ve aşırı tuz tüketimi ise zararlı etkiler göstermektedir (46). Obezite görülen bireylerde diğer riskli ve obez olmayan bireylere kıyasla daha erken yaşlarda RA görülebilmektedir (47). Obezite, düşük dereceli kronik inflamasyon durumu (inflam-aging) ile karakterize olup, visseral yağ dokusundan salgılanan sitokinler (TNF-α, IL-6) inflamatuar süreçleri tetikleyerek RA gelişimine zemin hazırlar. Ayrıca, adipoz dokudan salınan leptin ve adiponektin gibi adipokinler bağışıklık sistemi üzerinde doğrudan etkili olup otoimmün süreçleri tetikleyebilmekte ve bu mekanizmalar RA'nın etiyopatogenezinde önemli bir rol oynayabilmektedir (48,49).

RA risk faktörlerinde; Epstein-Barr, Rubella, Hepatit virüsleri, Mycoplasma Proteus türleri ve SARS-CoV-2 gibi enfeksiyöz ajanlar, bağışıklık toleransını bozarak ve otoimmün yanıtları tetikleyerek RA gelişiminde önemli bir rol oynadığı bildirilmiştir ancak bu antijenlerin RA patogenezindeki etkisi tam olarak bilinmemektedir (50,51,52).

Sigara kullanımı ve asbest, silika, kömür gibi solunum yollarını tahriş eden maddelere maruziyet, akciğerlerde sitrülizasyonu tetikleyerek RA riskini artırmaktadır. Özellikle işyerlerinde kristalize silikaya maruziyetin RA riskini anlamlı şekilde artırdığı ve sigara ile birleştiğinde bu riskin 18 katına kadar çıktığı bildirilmiştir (53,54). Sigara kullanımı 20 paket/yıl sigara içenlerde risk belirgin şekilde artmış; kadınlarda RA riski 1-3 kat, erkeklerde ise 2 kat daha yüksek bulunmuştur. Sigara

süresi ve miktarı önemli faktörler olsa da sigara geçmişi her iki cinsiyet için de RA riskini artırır (55). Kömür madenciliği gibi tozlu işlerde çalışan bireylerde RA oranları yükselirken, kadınlarda mesleki olmayan temizlik işleri ve talk kullanımı gibi silika kaynaklarının risk oluşturduğu saptanmıştır (56). Ayrıca, çocuklukta pasif sigara maruziyetinin RA riskini %24 oranında artırdığı rapor edilmiştir (57).

2.1.3. Romatoid Artrit Fizyopatolojisi

Romatoid artrit eklem ve kıkırdak tahribatı, ciddi deformiteler, sakatlık ve hatta ölüme yol açabilen ve eklem dışında birçok sistemi etkileyebilen bir patogenezi bulunmaktadır (58). Patofizyolojisine yönelik birçok farklı mekanizma olduğu kabul edilse de hepsinin belli bir süreçten sonra ortak bir yolakta aynı klinik tabloyu oluşturmaktadır. En belirgin genetik yatkınlık belirteci sayılan HLA-DR4 ve HLA-DR1 genetik yatkınlıklarının epigenetik modifikasyonlar ve çevresel faktörlerle etkileşimi sonucu bağışıklık sisteminin sitrüline proteinleri (vimentin, tip II kollajen, histonlar, fibrin, fibronektin, Epstein-Barr nükleer antijen 1, α-enolaz) "yabancı" olarak algılamasıyla başlayan ve bu sebeple bir dizi karmaşık otoimmün reaksiyonun başlamasına sebep olduğu düşünülmektedir (2,59). Zamanla çevresel etkenler tarafından uyarılma eşiği artan sinoviumda oluşan bu aktivitede Romatoid Faktör (RF) antikorları ve en büyük Immünoglobulin olan IgG ile birlikte immünkompleks oluşumunu başlatır ve eklemlerdeki hücreler arası dolaşımda tıkanmalar meydana gelir (60). CD4+ T hücreleri ve makrofajlar TNF-α, IL-1 ve IL-2 gibi proinflamatuar sitokinlerin aşırı salınımını arttırması, reaktif oksijen türlerinin (ROS) serbest kalmasına ve eklem kondrositlerinin tahribatına neden olur (61,62). Normalde eklem koruyucu olarak çalışan fibroblast benzeri sinoviyositler (FLS), matris metalloproteinaz (MMP) üreterek kıkırdak yıkımına yol açar, osteoklast aktivitesini artırır ve kemik erozyonunu tetikler (62). Oluşan proinflamediatörlerin artması ve inflamasyonun sürdürülmesiyle birlikte eklemlerin kemik yapısındaki erozyon ilerler ve eklemlerde pannus adı verilen sinoviumda kalın hiperplazik bir skar dokusu oluşumuna neden olurlar (63,64). Oluşan pannuslar kemik ve kıkırdak dokusunda harabiyete sebep olarak eklem aralığını daraltıp, ankiloza ve eklem hareketlilik işlevini yapamaz derecede hasarına yol açar (60,65). Neoangiyogenez ve artan vasküler geçirgenlik inflamatuar ajanların diğer eklemlere ve sistemlere yayılmasını sağlarken,

ilerleyen evrelerde kas, tendon ve ligamentlerde geri dönüşü olmayan işlev kaybına yol açar (65,66).

2.1.4. Romatoid Artrit Belirti ve Bulguları

Romatoid artrit, otoimmün bir hastalık olarak sinoviyal membran, sinoviyal sıvı ve ilgili kemiklerde iltihaplanma ile kendini gösterir. Bu süreç, eklem ve kıkırdak dokuların tahribatına, deformitelere ve eklemlerin fonksiyonel kaybına yol açar. Hastalığın temel klinik belirtisi genellikle simetrik poliartrittir ve sıklıkla el, bilek, ayak, diz ve kalça gibi eklemleri etkiler. El ve bileklerde, metakarpofalangeal (MKF) ve proksimal interfalangeal (PIF) eklemler en sık tutulan bölgelerdir. Bu bölgelerde sinovial hiperplaziye ek olarak karpal tünel sendromu, kuğu boynu deformitesi (PIF hiperekstansiyon, distal interfalangeal fleksiyon) ve düğme ilik deformitesi (PIF fleksiyon, distal interfalangeal hiperekstansiyon) gibi karakteristik şekil bozuklukları gözlenir. Ayak eklemlerinde ise halluks valgus, plantar subluksasyon ve tarsal tünel sendromu gibi deformiteler dikkat çeker (67,68,69).

Romatoid artrit sadece eklemleri değil, eklem dışı organları da etkileyebilir. Akciğer tutulumu en yaygın ekstrartiküler tutulum olup interstisyel akciğer hastalığı, plevral effüzyon ve pulmoner hipertansiyon gibi sorunlara yol açabilir. Ciltte romatoid nodüller, gözde keratokonjunktivitis sikka ve vaskülit sık görülen bulgulardır. Ayrıca, kardiyak, gastrointestinal, hematolojik ve nörolojik tutulumlar hastalığın yaygın sistemik etkilerindendir (70,71,72).

Hastalık aktivitesine bağlı olarak yorgunluk, kilo kaybı, düşük dereceli ateş ve depresyon gibi genel konstitüsyonel bulgular da sık görülür. Ağrı ve sabah tutukluğu, RA'nın belirgin bulguları arasında yer alırken, ilerleyen dönemde inflamasyonun neden olduğu sistemik etkiler bireylerin yaşam kalitesini olumsuz etkiler (73,74).

2.1.5. Romatoid Artrit'te Tanılama

RA'da fizik muayene tanı aşamasında önemli bir araçtır. Bilateral simetrik tutulum, etkilenen eklemler ve sayısı, hassasiyet, şişlik, pannuslar ve romatoid

nodüller gibi bulgular ayırıcı tanıda önemli bulgulardır. Kesin tanı için fizik muayene ile birlikte, görüntüleme teknikleri, laboratuvar bulguları, sinovial sıvı analizleri incelenir. Ayrıca hastada ekstrartiküler ve konstitüsyonel bulgulara dikkat edilmesi, kapsamlı bir muayene edilmesi doğru tanı için önemlidir (32). ACR, ilk kez 1987'de RA için 7 farklı tanılama kriteri içeren klasifikasyon kriterleri (Çizelge 2.1) yayınlamıştır. Ancak erken dönem RA'larda, tedaviye erken başlanmasından fayda görebilecek olan bireylerin belirlenmesinde yetersiz kaldığı düşünülmüştür (75,76). Hastalığın erken dönemlerde sinsi ve heterojen seyirli olması ve erken başlanan tedavinin uzun vadelerde en iyi sonuçlar elde etmede güçlü kanıtlar sunması sebebiyle, tedavinin erken başlatılmasını kolaylaştırmak için 2010 yılında ACR ve Avrupa Romatizma Birliği (EULAR) ile birlikte oluşturulan ortak bir komite, RA için tanılama ve klasifikasyon kriterlerini güncellemişlerdir (Çizelge.2.2) (77). Bu kriterler eklem tutulumları, seroloji, akut faz yanıtının varlığı ve semptomların süresi gibi 4 farklı kategoride bir skorlama sistemi şeklinde düzenlenmiştir. 10 üzerinden 6 ya da üzeri puan alan hastalar "Kesin RA" olarak sınıflandırılmıştır (77,78). Düzenlenen bu sınıflandırma kriterlerine göre tablonun kesin ve hızlı tanı için uygulanabileceği hedef kitlede en az bir sinovit bulgusu olmalı ve bu sinoviti açıklayacak başka bir tanı olmamalıdır (79).

Çizelge 2.1. Amerikan Romatoloji Derneği (ACR), 1987 romatoid artrit sınıflandırma kriterleri (Jarrett ve Quinn, 2008)

Amerikan Romatoloji Derneği (ACR), 1987. RA Sınıflandırma Kriterleri	
1. Sabah Tutukluluğu	60 dakika veya daha uzun süren sabah tutukluluğu
2. 3 veya Daha Fazla Eklemde Artrit	En az üç eklem bölgesinde (PIF, MKF, MTF, bilek, dirsek, diz, ayak bileği) yumuşak dokuda şişlik veya sıvı miktarında artış
3. El Ekleminde Olan Artrit	Bilek, MKF ve PIF eklemlerinin en az birinde şişlik
4. Simetrik Artrit Görünümü	Bilateral simetrik paternli olarak aynı eklemlerde tutulum
5. Romatoid Nodül Görünümü	Kemik çıkıntıları ve esktansör yüzeylerde, deri altında nodül oluşumu
6. Romatoid Faktör Değeri	Anormal Serum RF Değeri
7. Radyografik Görüntülemelerde Değişiklikler	El ve Bilek grafilerinde RA ile karakterize Değişiklikler

MKF: Metakarpofalangeal Eklem
MTF: Metatarsofalangeal Eklem
PİF: Proksimal İnterfalangeal Eklem
RF: Romatoid Faktör

Çizelge 2.2. Romatoid artrit sınıflandırma kriterleri (Akdemir ve Birol, 2020; Taylor, 2020)

2010 ACR/EULAR ROMATOİD ARTRİT SINIFLANDIRMA KRİTERLERİ	
1. Eklem Tutulumu	**1 büyük eklem 0** **2-10 büyük eklem 1** **1-3 küçük eklem 2** **4-10 küçük eklem 3** **>10 eklem (en az 1 küçük eklem)**
2. Seroloji	**Negatif RF ve Negatif ACPA 0** **Düşük RF ve Düşük ACPA Pozitifliği 2** **Yüksek RF ve ACPA Pozitifliği 3**
3. Akut Faz Yanıtı	**Normal CRP ve Normal ESH 0** **Anormal CRP ve Anormal ESH 1**
4. Semptom Süresi	**<6 hafta 0** **>6 hafta 1**

Hedef popülasyonda en az ≥1 belirgin ve başka bir hastalıkla açıklanamayan eklem sinoviti bulgusu olmalıdır.
Skor ≥6 Romatoid Romatoid Artrit tanısı için anlamlı kabul edilir.
ACPA: Anti Siklik Sitrüline Protein Antijeni
CRP: C-Reaktif Protein
ESH: Eritrosit Sedimentasyon Oranı
RF: Romatoid Faktör

2.1.6. Romatoid Artrit'te Tedaviye Genel Yaklaşım

Hastalığın önlenmesi birincil, ikincil, üçüncül ve klinik koruma stratejilerine dayanır. Bu stratejiler, patolojik süreçlerin engellenmesi, hasarın sınırlandırılması ve komplikasyonların azaltılmasını hedefler (2,80). RA tedavisinde amaç, inflamasyonu kontrol altına alarak kalıcı hasarı önlemek, ağrıyı azaltmak, fonksiyonelliği korumak ve yaşam kalitesini artırmaktır. Erken tanı ve tedavi, progresif süreci yavaşlatmada ve remisyona ulaşmada kritik öneme sahiptir (60,63). 2021 ACR kılavuzu, RA'nın farmakolojik yönetimi için yedi güçlü ve 37 şartlı öneri sunmuş, bireyselleştirilmiş "hedefe yönelik tedavi" stratejisini vurgulamıştır. Bu yaklaşım, farmakolojik ve non-farmakolojik yöntemleri birleştirerek etkili sonuçlar hedefler (2,81).

2.1.6.1. Romatoid artrit ve non-farmakolojik yaklaşım: Romatoid artrit için rehabilitasyon programları, kas gücünü ve kütlesini koruma, eklem ağrısı ve şişliğini azaltma, kas-iskelet sistemi fonksiyonlarını iyileştirme, kardiyovasküler riski düşürme, yaşam kalitesini artırma ve depresyon gibi sorunların yönetimine destek olma gibi çok yönlü hedeflere sahiptir (81). Non-farmakolojik yaklaşımlar arasında

beslenme değişiklikleri, fizik tedavi, yoga, meditasyon, masaj, su terapisi ve iş uğraş terapisi gibi yöntemler yer alır. Bu yöntemler, farmakolojik tedaviyi destekler şekilde uygulanmalıdır. ACR'nin 2022 kılavuzu, rehabilitasyon ve bütünleyici müdahalelerin önemine dikkat çekerken, EULAR önerileri de tedavisi zor RA (D2TRA- Difficult-to-Treat Rheumatoid Arthritis) tanısı ile izlenen bireylerde multidisipliner yaklaşımların daha etkin sonuçlar verdiğini belirtmiştir (82,83).

2.1.6.2. Romatoid artrit'te farmakolojik yaklaşım:

Romatoid artrit tedavisinde farmakolojik yaklaşım, hastalığın seyrini değiştirmeyi, eklem hasarını önlemeyi ve semptomları kontrol altına alarak yaşam kalitesini artırmayı amaçlar. Tedavi planı, ACR'nin 2021 kılavuzlarına göre bireyselleştirilerek oluşturulur ve temel olarak dört ana ilaç grubuna dayanır: hastalık modifiye edici antiromatizmal ilaçlar (DMARD), non-steroidler, kortikosteroidler ve immünosüpresif/immünomodülatör ilaçlardır (84,85). DMARD'lar, otoimmün aktiviteyi baskılayarak hastalığın remisyona girmesine yardımcı olur. Sentetik DMARD'lar konvansiyonel sentetik (örneğin, metotreksat, leflunomid) ve hedefe yönelik sentetik (JAK inhibitörleri) olarak ikiye ayrılırken, biyolojik DMARD'lar TNF inhibitörleri (örneğin, adalimumab, etanercept) ve non-TNF inhibitörleri (örneğin, abatacept, tocilizumab) olarak sınıflandırılır. Biyolojik DMARD'lar arasında biyolojik orijinli (boDMARD) ve biyosimilar (bsDMARD) ilaçlar bulunur; bsDMARD'lar uygun maliyetiyle dikkat çeker. DMARD'lar genellikle glukokortikoidlerle kombine edilir, çünkü bu ilaçlar etkilerini genellikle 6 hafta ile 6 ay arasında gösterir (13,80,86). Non-steroid antiinflamatuar ilaçlar (NSAİİ) inflamasyonu ve ağrıyı azaltarak semptomları hafifletir. Ancak, COX enzimlerini inhibe ederek etki gösteren bu ilaçlar, gastrointestinal ve renal toksisite gibi yan etkiler nedeniyle yalnızca kısa süreli kullanılmalıdır (62,87). Kortikosteroidler ise antiinflamatuar ve immünsüpresif etkileriyle hızlı semptom kontrolü sağlar. DMARD'ların etkisi başlayana kadar köprü tedavi olarak veya aktif seyreden RA'da destek tedavisi olarak kullanılır. Ancak uzun süreli kullanımları osteoporoz, enfeksiyon riski, metabolik ve gastrointestinal komplikasyonlara yol açabilir (85,88). İmmünosüpresif ve immünomodülatör ilaçlar, bağışıklık sistemini baskılayarak otoimmün reaksiyonları kontrol altına alır. Azatioprin, siklofosfamid ve siklosporin A

gibi ilaçlar bu gruba dahildir. Bu ilaçlar, bağışıklık sistemini düzenleyerek tedaviye katkıda bulunur (87,89).

2.2. KRONİK HASTALIK ÖZ YÖNETİMİ

Kronik hastalıkları genellikle yavaş ve progresif seyirli, tıbbi olarak tamamen tedavi edilemeyen ve uzun süreli bakım gerektiren, günlük yaşam aktivitelerini sınırlandıran durumlar olarak tanımlamaktadır. Bu hastalıkların yönetimi, hastalığın şiddetini azaltmak ve bireyin işlevselliğini en üst düzeye çıkarmak için düzenli takip ve destek gerektirmektedir (90). Kronik hastalıkların sürekli tedavi ve bakım gerektirmesi ve tam olarak kür olamaması 'hastalık yönetimi' kavramını ortaya çıkarmıştır. Hastalık yönetiminin temel hedefi, bireyin uygun tedavi ve takipleri düzenli bir şekilde yürüterek hastalığıyla birlikte yaşamayı öğrenmesi ve hastalığın progrese olmasını yavaşlatarak morbidite ve mortalite oranlarını en düşük seviyede tutmaktır (91).

Kronik hastalık yaşayan bireyler, genellikle mevcut olan hastalıkları ile ilgili günlük hayatlarında karar verici durumda ve kendi kendilerini yönetme eğilimindedir. Öz yönetimin sağlanması, bu kişilerin kronik hastalık durumlarıyla en iyi yaşam kalitesine ulaşmalarını destekler. Hastaların, kendi hastalıklarının tedavisine aktif olarak katılmaları durumunda sağlık sonuçlarında önemli iyileşmelerin görüleceğine dair çeşitli bulgular mevcuttur (8). Kendi kendine yönetim, bireylerin kronik hastalıklarının yönetiminde sadece eğitimle sınırlı kalmayıp, hastaya kendinle ilgili sorumluluğunu vurgulayarak hastalıklarıyla ilgili karşılaştıkları zorlukları aktif bir şekilde belirleme ve çözme, sağlıklı yaşam tarzı davranışlarını benimseme ve sürdürme kendisiyle ilgili pozitif tutumlar geliştirmesine destekleyici olabilir (83).

Öz yönetim becerileri genellikle bireylerin mevcut hastalığın tedavi sürecini, fiziksel ve psikososyal etkilerini ve yaşam tarzı değişikliklerini yapabilme adaptasyonu olarak kabul edilir. Bu sebeple kronik hastalıkların öz yönetiminde gösterilen bu uyum için kendini damgalama, damgalama ile baş etme stratejileri, sağlık bakım etkinliği ve tedaviye uyum gibi unsurlar oldukça önemli yer tutmaktadır (5). Damgalama, kronik bir hastalığa sahip bir kişinin, bu hastalık nedeniyle ayrımcılığa

maruz kalması ve bu ayrımcılığı içselleştirmesi olarak tanımlanır. Kendini damgalama, toplumdaki olumsuz yargıların bireyin kendisine yöneltilmesi anlamına gelirken, damgalamayla başa çıkma ise bireyin bu olumsuz yargıların yarattığı stresle başa çıkmasına yardımcı olan stratejileri geliştirme yeteneğidir. Sağlığın bakım etkinliği, bireyin sağlığını etkili bir şekilde yönetebilmesi için gereken eylem planlarını uygulama becerisini ifade ederken, tedaviye uyum ise sağlık profesyonellerinin önerdiği tedavi planlarını düzenli bir şekilde takip edebilme yeteneğidir. (6).

Romatoid artrit tanılı bireylerde hastalık öz yönetimi, semptomların kontrol altına alınması, hastalığın ilerlemesinin yavaşlatılması ve yaşam kalitesinin artırılması açısından kritik bir öneme sahiptir. Literatürde öz yönetim programlarının ağrı, eklem sertliği ve yorgunluk gibi semptomları azalttığı, fiziksel işlevselliği ve öz-yeterliği artırdığı bildirilmiştir (8). Psikososyal destek ve hasta eğitimi, bireylerin stres, depresyon, anksiyete ve damgalama gibi faktörlerle başa çıkmasına olanak sağlayabilmektedir (7). Öz yönetim, bireylerin bağımsızlıklarını koruyarak günlük yaşamlarını daha kolay sürdürmelerine ve klinik ziyaretlere olan bağımlılıklarını azaltmalarına olanak tanır. Bu nedenle, RA'da öz yönetim, hastaların sağlık sonuçlarını ve yaşam kalitesini iyileştiren önemli bir yaklaşımdır (92). Öz yönetim becerilerini kazanan bireyler, sorunları çözdüklerinde kendilerine olan güvenleri artarak hastalığa ve kendilerine olan bakış açılarını iyileştirebilir ve hastalıklarıyla yaşamaya adapte olup günlük yaşam içinde mevcut olabilecek en optimal düzeyde yer almalarına olanak sağlar. (93). Bu nedenle kronik hastalığa sahip bireylerin hastalık öz yönetim seviyesinin belirlenmesi, özyönetimi etkileyen faktörlerin belirlenmesi ve ona yönelik multidisipliner çözüm ve öneriler geliştirilmesi önem arz etmektedir (94).

2.3. HASTALIK AKTİVİTESİ

Romatoid artritte hastalık aktivitesi, hastalığın mevcut durumda ne kadar aktif olduğunu, yani iltihaplanma seviyesini ve bunun eklemler ve genel sağlık üzerindeki etkilerini ifade eder. Hastalık aktivitesi, genellikle hastalığın semptomlarının şiddeti ve sıklığı, eklem hasarı riski ve hastanın yaşam kalitesi üzerindeki etkileriyle değerlendirilir. Bu durum hem klinik hem de laboratuvar bulguları kullanılarak ölçülür (95). Romatoid artritte hastalık aktivitesini kontrol altında tutmak, hastalığın

ilerlemesini önlemek ve yaşam kalitesini artırmak açısından kritik öneme sahiptir. Hastalık aktivitesinin kontrolü, eklem hasarının ilerlemesini yavaşlatır ve inflamasyonu baskılayarak fonksiyon kaybını engeller (96). Hastalık aktivitesinin düzenli değerlendirilmesi, tedavi planlarının bireysel ihtiyaçlara göre uyarlanmasını sağlar ve uzun vadeli eklem koruması ile yaşam kalitesinin artırılmasını destekler (97). İlgili literatürler, RA tanılı bireylerde hastalık aktivitesinin etkin kontrolünün, fiziksel fonksiyonların iyileştirilmesine ve özyönetim becerilerinin gelişmesine katkı sağladığını göstermektedir (8,11,12).

2.4. KİNEZYOFOBİ

İlk kez Kori ve arkadaşları tarafından kullanılan 'kinezyofobi' terimi; tekrarlayan ağrı, yaralanma oluşturan durumlar ve ağrıya karşı savunmasızlık hissi gibi sebeplerle oluşan fiziksel aktivite ve hareket etmeye yönelik aşırı irrasyonel korku olarak tanımlanmıştır (98,99). Diğer fobilerde çoğunlukla bireyler korkularının mantıksız oluşunun farkındadırlar. Ancak, kinezyofobisi olan kişiler, hareketten kaçınmanın mantıklı ve koruyucu olduğunu düşünürler (100,101). Kişilerin daha önceki yaşadığı ağrı ya da yaralanma gibi deneyimlerinden dolayı, tekrar bu deneyimlerin yaşanmasına sebep olabilecek etkenlerin varlığı, hatta yokluğunda bile, kişilerin hissettiği bir subjektif gerçek olmayan korku ve kaçınma davranışıdır (15,18). Ayrıca ağrı ve yaralanma deneyimi ile birlikte bireydeki mevcut olan hastalık semptomlarının daha da ilerlemesi gibi istenmeyen durumlara yönelik travma tepkisi gösterebilirler. Bu sebeple herhangi bir fiziksel aktivite ve hareket etmeye yönelik aşırı hassasiyet göstererek kaçınma davranışı sergilerler. Bu durumda kişilerin günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak sürdürebilmelerini zorlaştırarak yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Depresyon, benlik algısında bozulma gibi birçok psikolojik sorun ile birlikte kinezyofobinin getirdiği kısıtlı hareketlilik, kullanmama sendromu neden olarak eklem kontraktürleri, kas kayıpları gibi fiziksel hasarlara da yol açabilmektedir (102).

2.4.1. Romatoid Artrit ve Kinezyofobi

Romatoid artrit genellikle eklemleri etkileyen idiopatik, kronik, otoimmün bir hastalıktır. Çoğunlukla akut alevlenme dönemlerinde eklemlerde aşırı hassasiyet, şişlik ve ağrı semptomlarını yoğun olarak yaşarlar (2). İnsanı biyolojik, psikolojik ve sosyolojik açılardan ele alan modellerde sıkça üzerinde durulan konulardan biri, tüm odağın ağrıda olması sonucu ağrıyı abartma ve felaketleştirme eğilimidir. Bu eğilim, ağrı algısının en önemli psikolojik etmenlerindedir ve ilerleyen dönemlerde kinezyofobi gelişmesine neden olabilir (18,99,100). Alevlenme dönemi geçmişi olan özellikle ağrı deneyimi olan bu bireyler, herhangi bir fiziksel hareketi yeniden ağrı oluşturabilecek bir tehdit olarak algılayabilir ve bu travma tepkisi sebebiyle oluşan bilişsel düzeydeki değişiklikler kişiyi tehdit olarak algıladığı her türlü fiziksel hareketten kaçınmaya itebilir (100,102,103) Romatoid artrit tanılı bireylerde kinezyofobi sık görülen bir durumdur. Yapılan bir çalışmada, RA tanılı bireylerde kinezyofobi prevalansı değerlendirilmiş ve ağrı düzeyi, hastalık aktivitesi, fonksiyonel kapasite, eklemlerde hareket açıklığı ve kas gücünün kinezyofobi üzerinde etkili olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca, kinezyofobinin düşme korkusu ve depresyon ile de bağlantılı olabileceği, dolayısıyla biyopsikososyal fonksiyonlar üzerinde olumsuz etkiler yaratabileceği belirtilmiştir. Bu nedenle, RA tsnılı bireylerde kinezyofobinin değerlendirilmesi ve bu duruma yönelik spesifik tedavi ve bakım yaklaşımlarının geliştirilmesi, bireylerin yaşam kalitesini artırmak açısından önemli görünmektedir (14).

2.5. ROMATOİD ARTRİT VE HEMŞİRELİK BAKIMI

Romatolojik hastalığı olan bireylerin bakımının standart haline getirilmesi, bireylerin eğitilmesi ve semptomların kontrolü ile yönetiminde hemşireler merkezi bir rol oynamaktadır (104). Bu bağlamda, hemşirelerin bilgi ve becerileri, hastaların yaşam kalitesini artırmada, hastalık prognozunun iyileştirilmesi ve hastalığın tam remisyona ulaşılmasında farmakolojik yaklaşımlar ile birlikte hemşirelik bakım yönetimi önemli hale gelmektedir. Bakımdaki temel amaç; ağrı bulgusunu yönetmek, hastalığın neden olabileceği komplikasyonları önlenmek, bireyin günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmesine destek olmak ve yaşam kalitesini yükseltmektir. (60).

Romatoid artritte hemşirelik bakımı, RA tanılı bireyleri; hastalıkları hakkında bilgilendirmek, tıbbi tedavi ve gözlem süreçlerini yürütmek, fonksiyonel sağlık durumlarını iyileştirmek, doku bütünlüğünü korumak, günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak sürdürebilmelerini desteklemek, biyopsikososyal açıdan destek sağlamak gibi çeşitli önemli görevleri de kapsamaktadır (60,105).

Bu bağlamda RA tanısı ile izlenen bireyler için olası planlanabilecek başlıca hemşirelik tanıları şu şekildedir; kronik ağrı, fiziksel harekette bozulma, aktivite intoleransı / aktivite intoleransı riski, yorgunluk, uyku örüntüsünde bozulma, beden imajında bozulma, öz bakımda yetersizlik, etkisiz bireysel/ailesel baş etme, sağlık bakımını sürdürmede etkisizlik, aile içi rol performansını sürdürmede etkisizlik, cinsel örüntüde bozulma, ümitsizlik, bilgi eksikliği, enfeksiyon riski, düşme riski ve sosyal izolasyon riskidir (105,106)

EULAR 2012'de yayımladığı kılavuzda ilk kez romatoloji hemşirelerinin rolüne ilişkin tavsiyeleri içeren önerileri olmuştur. EULAR 2018'de ise bazı ilkelerin üzerinde durularak önemi vurgulanmıştır. Bu ilkeler ve öneriler, hemşirelerin romatolojik hastalıklara sahip bireylerin bakımındaki rolünü vurgulamakta ve bu bakımı iyileştirmek için rehberlik sağlamaktadır. Bu kapsayıcı 3 prensip şu şekildedir (107);

- ***Sağlık Ekibinde Hemşirelerin Rolü:*** Multidisipliner ekip çalışmasının önemi,

- ***Kanıta Dayalı Bakım:*** Bilimsel araştırmalarla desteklenen bakım uygulamalarına dayalı hareket edilmesi gerektiği,

- ***Ortak Karar Alma:*** Hastaların bakım sürecine aktif katılımının önemi vurgulanmıştır (107).

Bu üç prensip doğrultusunda 8 öneri sunulmuştur;

- ***Hasta Eğitimi:*** Bireysel ihtiyaçlara dayalı eğitim programlarının geliştirilmesi.

- ***Hasta Memnuniyeti:*** Hemşirelerin katkısının hasta bakım kalitesini artırdığına dair kanıtlar.

- ***Hastalara Hızlı Erişim:*** Hemşirelerin, hastaların ihtiyaçlarına hızlı yanıt verme yeteneklerinin geliştirilmesi.

- ***Hastalık Yönetimi:*** Tedavi sürecinde rehberlik sağlanması.

- ***Bakımın Verimliliği:*** Hemşirelerin, maliyet-etkin bakım sağlama yeteneklerinin altı çizilmiştir.

- ***Psikososyal Destek:*** Hastaların ruh sağlığına yönelik destek sunulması.

- ***Öz Yönetimin Teşvik Edilmesi:*** Hastaların kendi sağlıklarını yönetmeleri konusunda rehberlik edilmesi.

Sürekli Eğitim: Hemşirelerin bilgi ve becerilerinin geliştirilmesi için yapılandırılmış eğitim programları (108,109).

EULAR önerileri, romatoloji hemşirelerinin rolünün ne kadar kapsamlı ve önemli olduğunu göstermektedir. Hemşireler, romatoid artrit tanılı ve diğer romatolojik hastalıklara sahip bireylerin tedavi süreçlerinde aktif bir rol alarak onların yaşam kalitesini artırmaya ve hastalık prognozunun yönetilmesine önemli katkıda bulunmaktadır (108,109).

2020 yılında Tayvan'da yapılan yarı deneysel bir araştırmada, hemşire liderliğinde altı aylık periyodda yürütülen bir hastalık yönetimi programı, RA tanılı bireylerde hastalık aktivite skorlarında azalma, depresyon seviyelerinde düşüş ve özbakım becerilerinde artış görülmüştür (8). Bir diğer çalışmada yine benzer şekilde hemşire liderliğinde yürütülen hasta eğitimleri ve takiplerini içeren hastalık yönetim süreci çalışmasında, 5 yıl boyunca takip edilen RA'lı bireylerde öz yeterlilik seviyelerinde artış olduğu ve öz yönetim yeteneklerinin geliştiği gözlenmiştir (110). Bu doğrultuda, hemşirelerin liderlik ettiği ve doğrudan aktif rol aldığı müdahalelerin, bakımın planlanması, bakımın sağlanması ve geliştirilmesinde profesyonel katkılar sunduğu belirlenmiştir (111). Nitel bir araştırmanın bulgularına göre, RA tanılı

bireylerin biyomedikal bilgiye sahip olan hemşirelerle paylaştıkları hastalık süreçleri ile ilgili sorunların, hasta merkezli bakımı teşvik ettiği ve hastaların sorunlarının daha fazla önemsendiğini hissettikleri gözlemlenmiştir. Ayrıca, bu etkileşimler sonucunda RA'lı bireylerin hastalıklarıyla ilgili bilinmeyen durumların ortaya çıkarıldığı ve bakımın geliştirilmesinde önemli olduğu görülmüştür (112).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN TÜRÜ

Bu araştırma, tanımlayıcı ve ilişki arayıcı bir çalışma olarak yapılmıştır.

3.2. ARAŞTIRMA SORULARI

- Romatoid Artrit tanısı ile izlenen bireylerin tanıtıcı ve tıbbi özellikleri nasıldır?

- Romatoid Artrit tanısı ile izlenen bireylerin kronik hastalık özyönetimi, hastalık aktivite ve kinezyofobi düzeyleri nasıldır?

- Romatoid Artrit tanısı ile izlenen bireylerin hastalık özyönetimi ile tanıtıcı ve tıbbi özellikleri arasındaki ilişki nasıldır?

- Romatoid Artrit tanısı ile izlenen bireylerin kronik hastalık özyönetimi, hastalık aktivitesi ve kinezyofobi arasındaki ilişki nedir?

- Romatoid Artrit tanısı ile izlenen bireylerin hastalık özyönetimi, hastalık aktivitesi ve kinezyofobi arasındaki ilişkinin gücü ve yönü nasıldır?

3.3. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN

Araştırma Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Romatoloji Polikliniğinde yapılmıştır. Poliklinik, Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi 9 nolu kapı 1. Katta bulunmaktadır. 8 muayene odası, 1 ultrasonografi ve minimal girişimsel işlemlerin yapıldığı oda, 1 çalışma/eğitim odası ve bir gündüz tedavi ünitesi bulunmaktadır. Gündüz Tedavi ünitesi poliklinikten ayrı olup, 7 nolu kapı D katında bulunmaktadır. Poliklinikte toplamda 7 romatoloji yandal uzmanı hekim, 8 yandal uzmanlık eğitimi alan hekim, 7 hemşire, 4 sekreter ve her ay rotasyoner olarak güncellenmekte olan kıdemli/ara kıdemli dahiliye asistanları ve intörn hekimler çalışmaktadır. Bu polikliniğe yılda ortalama 41.000 hasta gelmektedir. Araştırma için planlanan hasta

görüşmelerinin çoğunluğu, hafta içi 09.00-18.00 saatleri aralığında poliklinik bekleme salonunda yapılmıştır.

3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ, ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın Evreni: Araştırmanın evrenini Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Romatoloji Polikliniği'ne 25 Kasım 2023 – 22 Şubat 2024 tarihleri arasında başvuran romatoid artrit tanılı bireyler oluşturmuştur.

Araştırmanın Örneklemi: Araştırmanın örneklemini ise bu bireyler arasından araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan ve araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden 304 birey oluşturmuştur. Bu örneklem, polikliniğe gelen henüz muayene olmamış RA tanısı ile izlenen bireylerden seçilmiştir. Gündüz tedavi ünitesinde tedavi almak için gelen ve çalışma odasına eğitim için gelen, araştırma kriterlerini karşılayan bireyler de dahil edilmiştir.

İdeal Örneklem Büyüklüğü: Araştırmanın örneklem büyüklüğünün hesaplanması için güç analizi yapılmıştır. İncelenen benzer literatür (113) doğrultusunda 0.05 Tip-1 hata ile %90 güce ait hesaplamada minimum örneklem sayısı 280 bulunmuştur. Araştırmanın veri kaybı ihtimali ve gücünün artması açısından bu araştırma 304 birey ile tamamlanmıştır. Ulaşılan bu örneklem büyüklüğü, gereksinimlerin üzerinde olup, sonuçların istatistiksel açıdan güçlü ve genellenebilir olmasını sağlamaktadır.

3.5. ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLME VE DIŞLANMA KRİTERLERİ

***Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri*:**

- 2010 ACR/EULAR klasifikasyon kriterlerine göre Romatoid Artrit tanısı almış olmak.
- En az bir yıldır Romatoid Artrit tanısı ile takip ediliyor olmak.
- 18-65 yaş arasında olmak.

- Türkçe okuma yazma bilmek.

Araştırmadan Dışlanma Kriterleri:

- Sekonder gelişmiş ya da daha önceden tanılanmış başka bir romatolojik hastalığı olması (sjögren, ankilozan spondilit, sistemik lupus eritematozus, osteoartrit).

- Herhangi bir iletişim engeli olması (görme, işitme vb.).

3.6. ARAŞTIRMA VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmanın verileri; tanıtıcı ve tıbbi özelliklerine ilişkin veri toplama formu, Kronik Hastalık Özyönetim Ölçeği, Romatoid Artrit Hastalık Aktivite Endeksi-5 ve Tampa Kinezyofobi Ölçeği ile elde edilmiştir.

3.6.1. Tanıtıcı ve Tıbbi Özelliklerine İlişkin Veri Toplama Formu (EK-4)

Form 18 sorudan oluşmaktadır. Soruların 11 tanesi tanıtıcı/sosyodemografik, 7 tanesi tıbbi özelliklere ilişkin sorulardır. Formun soruları literatür bilgisine dayanarak (14,113,114,115).

3.6.2. Kronik Hastalık Özyönetim Ölçeği (KHÖY) (EK-5)

Kronik Hastalık Özyönetim Ölçeği, kronik hastalıklara sahip bireylerin semptom yönetimi ve genel sağlık bakımını etkin şekilde yönetme becerilerini belirlemek amacıyla kullanılmakta olup kendini damgalama, damgalamayla baş etme, sağlık bakım etkinliği ve tedaviye uyum gibi konularda hangi alanlarda destek ihtiyaçları olduğunu göstermek için uygulanmıştır. Ngai ve arkadaşları tarafından 2020 yılında geliştirilmiştir. Cronbach Alpha katsayısını 0,798 – 0.836 arasında bulunmuştur (6). 2021 yılında Öztürk ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlik güvenirliği yapılmıştır ve alt boyutlarının Cronbach Alpha katsayıları sırasıyla 0,87; 0,85; 0,82 ve 0,78 olarak bulunmuştur (94).

Ölçek 21 madde ve 4 alt boyuttan oluşmaktadır. Alt boyutlar "Kendini Damgalama (7 madde)", "Damgalamayla Baş Etme (5 madde)", "Sağlık Bakım Etkinliği (4 madde)" ve "Tedavi Uyumu (5 madde)" şeklindedir. Ölçek maddeleri 5'li likert tipinde hazırlanmış olup (1 = Asla; 2 = Nadiren; 3 = Ortalama; 4 = Oldukça sık; 5 = Her Zaman) hasta için en uygun seçenek işaretlenmiştir. 4. alt boyuttaki 5 soru ters kodlanmıştır ve toplam skor aritmetik ortalama yöntemi ile hesaplanmaktadır. Ölçekten alınan toplam skor 5'e öz yönetimin arttığını, 1'e doğru azaldıkça öz yönetimin azaldığını göstermektedir.

Ngai ve arkadaşları (2020) ölçeğin her bir alt boyutunun (tedaviye uyum, sağlık bakım etkinliği, kendini damgalama ve damgalamayla baş etme) bağımsız faktörler olarak analiz edilmesi gerektiği önerilmiştir. Ölçeğin geçerliliği ve model uyumu, her bir alt boyutun farklı bir öz yönetim becerisini ölçtüğünü gösterir ve toplam puan yerine, alt boyutların ayrı ayrı değerlendirilmesi daha sağlıklı kabul edilmiştir (6,94). Bu nedenle her bir boyut ayrı ayrı incelenmiştir. Bu çalışmadaki alt boyutların Cronbach Alpha katsayıları ise sırasıyla 0,849; 0,724; 0,823; 0,850 şeklinde bulunmuştur.

3.6.3. Romatoid Artrit Hastalık Aktivite Endeksi-5 (RADAI-5) (EK-6)

Romatoid Artrit Hastalık Aktivite Endeksi-5, RA tanısı ile izlenen bireylerin genel romatizmal şikayetlerine göre (ağrı, şişlik, sabah sertliği gibi), hastalığının aktivite düzeyini hızlı bir şekilde eklem muayenesi olmadan tespit etmek amacıyla kullanılmaktadır. Basit, kısa ve maliyet etkin olduğu için hastaların genel durumu hakkında hızlı bilgi alınması ile durum değerlendirilmesi hem klinik takibi hem de araştırmalarda kolaylık sağlamaktadır. Leeb ve arkadaşları tarafından 2008 yılında RADAI ölçeğinin basitleştirilmiş hali olarak geliştirilmiştir ve ölçeğin Cronbach-alfa değeri 0,917 bulunmuştur (116). 2017 yılında Sunar ve arkadaşları tarafından bu ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirliği yapılmıştır ve Cronbach-alfa değeri 0.910 bulunmuştur (117).

Ölçek romatizmal şikayetlere göre 5 soru şeklinde hazırlanmış olup 0 ile 10 arasında Görsel Analog Skalada (VAS) skorlanarak son 6 aydaki romatizmal

hastalığın boyutunu değerlendirmektedir. Toplam puan beş sorunun aritmetik ortalaması şeklinde hesaplanır. 0.0–1.4 arasındaki değerler remisyona, 1.6–3.0 ila düşük hastalık aktivitesine, 3.2–5.4 ila orta hastalık aktivitesine, 5.6 ve daha büyük değerler yüksek hastalık aktivitesine karşılık gelir (116,117)). Bu çalışmada Cronbach Alpha katsayısı 0,865 bulunmuştur.

3.6.4. Tampa Kinezyofobi Ölçeği (TKÖ) (EK-7)

Tampa Kinezyofobi Ölçeği, bireylerin hareket ve fiziksel aktiviteye yönelik korkularını ve bu korkuların ağrı algılarıyla ilişkisini değerlendirmek amacıyla kullanılmaktadır. Bu çalışmada romatoid artrit tanısı ile izlenen bireylerin kinezyofobi düzeylerinin belirlenmesi için bu ölçek kullanılmıştır. Kinezyofobi ölçeği, 1995'te Vlaeyen ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir ve Crohnbach Alpha katsayısı 0.77 bulumuştur (99). Yılmaz ve arkadaşları tarafından 2011'de Türkçe versiyonu test-tekrar test güvenirliği yapılmıştır. Çalışmanın test-tekrar test güvenirliği ICC (Intraclass Correlation Coefficient, Sınıf İçi Korelasyon Katsayısı) ile bakılmış olup, ICC 0.806 (% 95 CI - 0.720-0.867) olarak bulunmuştıur (118). Ölçekte 4'lü likert puanlaması olan (1= Kesinlikle katılmıyorum, 2= Katılmıyorum, 3=Katılıyorum, 4= Tamamen katılıyorum) 17 soru yer almaktadır. 4, 8, 12 ve 16. maddeler ters kodlu olmak üzere toplam skor 17 ile 68 arasında değişir. Vlaeyen ve arkadaşları (1995) eşik değeri olarak 37 değerini belirlemiş olup, 17-37 puan düşük kinezyofobi, 38-68 puan yüksek kinezyofobi olarak değerlendirilmiştir (99). Bu çalışmada Cronbach Alpha katsayısı 0,802 bulunmuştur.

3.7. VERİ TOPLAMA ARAÇLARININ UYGULANMASI

Araştırma, 25 Kasım 2023 – 22 Şubat 2024 tarihleri arasında romatoloji polikliniğine gelen RA tanısı ile izlenen bireylerle yapılmıştır. Bireylere doktor muayenesi öncesi veya sonrasında veri toplama formları uygulanmıştır. Bireylere önce çalışma ile ilgili yüz yüze bilgi verilmiş ve çalışmaya katılmayı kabul eden bireylerin bilgilendirilmiş onamı olarak alındıktan sonra kriterleri karşılayan bireylerin anket doldurmaları sağlanmıştır. Anketler araştırmacı gözleminde poliklinik çalışma odasında veya bekleme salonunda yapılmış olup; hastaların ortalama anket doldurma

süreleri yaklaşık 10-20 dakika sürmüştür. Veri toplama sırasında fiziksel olarak anket doldurmasına engel olan (gözlüğünün yanında olmaması, el ekleminde ağrı/deformite sebebiyle kalem tutmakta zorlanması) bireylere anket soruları okunarak verdikleri yanıtlar araştırmacı tarafından anket formuna kaydedilmiştir. Bu çalışmada gönüllü katılımcılara herhangi bir tıbbi girişim uygulanmamıştır.

3.8. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN ANALİZİ

Analizler IBM SPSS Statistics 26 paket programında yapılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken kategorik değişkenler için sıklıklar (sayı, yüzde), sayısal değişkenler için ise tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma) verilmiştir. Sayısal değişkenlerin normallik varsayımları için çarpıklık ve basıklık katsayıları incelenmiş ve katsayıların ±2 aralığında olması nedeniyle değişkenlerin normal dağıldığı görülmüştür. Bu nedenle çalışmada parametrik olan istatistiksel yöntemlerden yararlanılmıştır. İki bağımsız sayısal değişken arasındaki ilişkiler Pearson Korelasyon Katsayısı ile yorumlanmıştır. İki bağımsız grup arasındaki farklılıklar Bağımsız Örneklem T Testi ile ikiden fazla bağımsız grup arasındaki farklılıklar ise Tek Yönlü Varyans Analizi (One-Way ANOVA) ile kontrol edilmiştir. Tek Yönlü Varyans Analizi (One-Way ANOVA) sonucunda farklılık çıkması durumunda farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için Tukey testi kullanılmıştır. Bir bağımlı sayısal değişken üzerinde birden fazla bağımsız değişkenin etkisinde Çoklu Doğrusal Regresyon modeli kullanılmıştır. Analizlerde istatistiksel anlamlılık 0,05 düzeyinden yorumlanmıştır.

3.9. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Çalışmanın örneklemi, belirtilen zaman diliminde tek merkezli olarak Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Romatoloji Polikliniğine başvuran, çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan bireylerle sınırlıdır. Bu durum, elde edilen bulguların farklı bölgelerdeki popülasyonlara genellenebilirliğini sınırlayabilir. Bunun yanı sıra, kullanılan anket ve ölçeklerin öz bildirimlere dayanması, yanıt yanlılığı riskini artırma potansiyeline sahiptir.

3.10. ÇIKAR ÇATIŞMASI

Bu araştırmaya katkıda bulunan kişiler arasında çalışmayı etkileyebilecek herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

3.11. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırma, SBA23/221 araştırma kodu ile Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Araştırma Etik Kurulu tarafından 21.11.2023 tarihinde (2023/07 oturum sayısı) değerlendirilmiş olup (karar sayısı 2023/07-45), etik açıdan uygun bulunmuştur. Etik kurul onayının alınmasının ardından araştırmanın Romatoloji Anabilim dalı polikliniğinde yürütülebilmesi için, Hacettepe Üniversitesi Başhekimliği ve İç Hastalıkları Anabilim dalı ve Romatoloji Anabilim dalı birimlerinden gerekli idari izinler tamamlanmıştır. Çalışmaya dahil edilen bireylere önce sözlü olarak çalışma açıklanıp daha sonrasında aydınlatılmış onam formu okutularak sözlü ve yazılı onamları alınmıştır.

4. BULGULAR

Araştırmanın bu kısmında 304 RA tanısı ile izlenen bireylerden alınan araştırma verilerinin istatiksel analizi sonucunda elde edilen bulgulara yer verilmiştir. Elde edilen bulgular; bireylerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı Çizelge 4.1 de, tıbbi özelliklerine göre dağılımı ise Çizelge 4.2 de yer almaktadır. Diğer çizelgelerde ise araştırma verileri sırasıyla;

Çizelge 4.3 Romatoid artrit tanısı ile izlenen bireylerin ölçek puan ortalamaları

Çizelge 4.4 Romatoid artrit tanısı ile izlenen bireylerin tanıtıcı özelliklere göre kronik hastalık öz yönetim ölçeğinin alt boyut puan farklılıkları

Çizelge 4.5 Romatoid artrit tanısı ile izlenen hastaların tıbbi özelliklere göre kronik hastalık öz yönetim ölçeğinin alt boyut puanlarının farklılıkları

Çizelge 4.6 Kronik hastalık öz yönetim ölçeği, romatoid artrit hastalık aktivite endeksi-5, tampa kinezyofobi ölçeği puanları ile bazı tıbbi değişkenler arasındaki ilişkiler

Çizelge 4.7 Romatoid artrit tanısı ile izlenen bireylerin hastalık öz yönetimi ile ilişkili yordayıcı faktörlerin incelenmesi şeklindedir.

Çizelge 4.1. Romatoid artrit tanısı ile izlenen hastaların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı (n= 304)

Tanıtıcı Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş (Ort±SS=47,27±11,76)		
20-49 Yaş	143	47,0
50-64 Yaş	161	53,0
Cinsiyet		
Kadın	254	83,6
Erkek	50	16,4
Medeni Durum		
Evli	228	75,0
Bekar	76	25,0
Eğitim Durumu		
İlköğretim	114	37,5
Lise	80	26,3
Üniversite ve Üzeri	110	36,2
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	111	36,5
Çalışmıyor	193	63,5
Algılanan Gelir Durumu		
Gelir Giderden Çok	78	25,7
Gelir Gidere Eşit	146	48,0
Gelir Giderden Az	80	26,3
Yaşadığı Yer		
Büyükşehir/Şehir	266	87,5
Kasaba/Köy	38	12,5
Birlikte Yaşanılan Kişiler		
Eş ve Çocuk	218	68,4
Aile (Anne, Baba, Kardeşler	53	19,1
Yalnız	33	12,5
Yaşadığı Binada Asansör Varlığı		
Var	172	56,6
Yok	132	43,4
Sigara Öyküsü		
Evet	84	72,4
Hayır	220	27,6

Ort:Ortalama, SS: Standart Sapma

Çizelge 4.1 incelendiğinde çalışmaya katılan bireylerin; %53'ünün 50-64 yaş grubunda, yaş ortalamasının 47,27±11,76 olduğu, %83,6'sının kadın ve %75'inin evli olduğu görülmektedir. Bireylerin %37,5'inin eğitim düzeyi ilköğretim, %36,2'sinin eğitim düzeyi üniversite ve üzeri olduğu görülmüştür. Bireylerin %63,5'i çalışmadığını, %48'i gelir durumunu gelir gidere eşit olarak algıladığını ifade etmiştir. Bireylerin %87,5'i büyükşehir/şehirde ve %68,4'ü eş ve çocukları ile yaşamaktadır. Yaşadığı evin özelliklerine göre %56,6'sının yaşadığı binada asansör bulunduğu saptanmıştır. Katılımcıların %72,4'ü sigara kullanmamaktadır.

Çizelge 4.2. Romatoid artrit tanısı ile izlenen hastaların tıbbi özelliklerine göre dağılımı (n= 304)

Özellikler	**Ort±SS**	
Beden Kitle İndeksi (BKİ)	26,86±5,51	
RA Tanı Süresi (yıl)	13,00±8,84	
Tıbbi Özellikler	**Sayı (n)**	**Yüzde (%)**
Beden Kitle İndeksi		
Zayıf (<18.5)	7	2,3
Normal Kilolu (18.5–24.9)	113	37,2
Fazla Kilolu (25.0–29.9)	107	35,2
Obezite (30.0–40.0)	77	25,3
Ameliyat Öyküsü		
Hayır	115	37,8
Evet	125	41,1
Eklem ve Mobiliteyi Etkileyen Ameliyat Öyküsü*	64	21,1
Egzersiz Yapma Durumu		
Evet	174	57,2
Hayır	130	42,8
RA Sebepli Hastaneye Yatış Durumu		
Evet	96	31,4
Hayır	208	68,4
Komorbid Hastalık Varlığı		
Var	218	71,7
Yok	86	28,3
Hastalık Türü (n=218)**		
Kardiyovasküler Hastalıklar (hipertansiyon, koroner arter hastalığı)	140	64,2
Endokrin Hastalıklar (diabetus mellitus, hipotiroidi, hipertiroidi)	114	52,3
Solunum Sistemi Hastalıkları (astım, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, uyku apnesi)	38	12,5
Diğer (hiperlipidemi, gastrit, crohn hastalığı, demir ve folik asit eksikliği, latent tüberküloz, inme öyküsü, böbrek yetmezliği)	128	64,2
Kullanılan İlaçlar (n=301)**		
sDMARDs	269	88,5
bDMARDs	142	53,3
İmmünomodülatörler	11	3,6
Kortikosteroidler ve Non-Steroidler	245	80,6
Diğer İlaçlar (Proton Pompa İnhibitörü, Asetil Salisilik Asit, Statin Grupları, Demir, D vitamini ve Folik Asit Preparatları)	231	76,0

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma,
*: Total kalça ve diz protezi, üst ve alt ekstremite fraktür onarımları gibi işlemlerdir.
**: Katılımcılar bu sorularda birden fazla cevap vermiştir.
csDMARDs: Konvensiyonel Sentetik DMARD ilaç grubu olan ilaçlardır.
bDMARDs: Biyolojik DMARD ilaç grubu olan ilaçlardır.

Çizelge 4.2 incelendiğinde çalışmaya katılan bireylerin; beden kitle indeksi ortalamaları 26,86±5,51 bulunmuş olup, %37,2'sinin normal kilolu ve %35,2'sinin fazla kilolu olduğu görülmüştür. Bireylerin ortalama tanı süresi 13,00±8,84 yıldır ve %54,9'unun tanı süresi 10 yıldan daha uzun olduğu bulunmuştur. Bireylerden %21,1'i eklem ve mobiliteyi etkileyen ameliyat öyküsü olmak üzere, toplam %62,2 sinin

ameliyat öyküsü olduğu tespit edilmiştir. Eklem ve mobiliteyi etkileyen ameliyatlar grubuna total kalça ve diz protezi, üst ve alt ekstremite fraktür onarımlarıdır. Bireylerden %57,2'sinin egzersiz yaptığı görülmüştür. Bireylerden %68,4'ü RA sebepli hastaneye yatışı olmadığı ve %71,7'sinde RA dışında başka bir komorbid hastalığı olduğu tespit edilmiştir. Bireylerden RA dışında başka hastalığı olanların %64,2'sinin kardiyovasküler ve diğer hastalıklara sahip olduğu görülmüştür. Bireylerin kullandığı ilaçlar incelendiğinde sırasıyla; %88,5 sentetik DMARD'lar, %80,6 Kortikosteroid/Non-streoid ilaçlar ve %76 diğer ilaçlar görülmektedir. Tüm örneklem grubundan (n=304) 73 birey diğer ilaç kullanmamakta, 6 birey RA ilaçlarından hiçbirini kullanmamakta, 3 birey hiç ilaç kullanmamaktadır.

Çizelge 4.3. Romatoid artrit tanısı ile izlenen bireylerin ölçek puan ortalamaları (n= 304)

Ölçekler	Ort±SS	Medyan	Min	Max
Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği				
Kendini Damgalama	2,28±0,91	2,14	1	5
Damgalamayla Baş Etme	3,39±0,82	3,40	1	5
Sağlık Bakım Etkinliği	3,90±0,94	4,00	1	5
Tedaviye Uyum	4,28±0,79	4,60	1	5
Romatoid Artrit Hastalık Aktivite Endeksi- 5	4,55±2,15	4,40	0	10
Tampa Kinezyofobi Ölçeği	44,41±7,46	44,00	17	68

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma,
Min: Ölçeklerden alınabilecek en düşük değerler verilmiştir.
Max: Ölçeklerden alınabilecek en yüksek değerler verilmiştir.

Çizelge 4.3 verilerine göre çalışmaya katılan bireylerin KHÖY ölçeğinin 4 alt boyutuna ilişkin bulgular verilmiştir; Kendini Damgalama alt boyutu puanlarının ortalaması ve standart sapması 2,28±0,91 (min:1, max:5) iken, Damgalamayla Baş Etme alt boyutu puanları 3,39±0,82 (min:1, max:5), Sağlık Bakım Etkinliği alt boyutu puanları 3,90±0,94 (min:1, max:5) ve Tedavi Uyumu alt boyutu puanları ise 4,28±0,79 (min:1, max:5) olduğu görülmüştür. Çalışmadaki diğer ölçeklerde ise bireylerin; RADAİ-5 puanlarının ortalaması ve standart sapması 4,55±2,15 (min:0, max:10) iken, TKÖ puanları 44,41±7,46 (min:17, max:68) şeklinde bulunmuştur. Çalışmada 249 kişi kesme çizgisi >37 üzerinde puan almış olup yüksek kinezyofobi yaşadığı, 55 kişi ≤ 37 puan alarak düşük kinezyofobi yaşadığı görülmüştür. Bu çalışmada 304 bireyin %81,91'inin yüksek düzeyde kinezyofobi yaşadığı ve %42,4'ünün orta düzeyde hastalık aktivitesi yaşadığı tespit edilmiştir.

Çizelge 4.4. Romatoid artrit tanısı ile izlenen bireylerin tanıtıcı özelliklere göre kronik hastalık öz yönetim ölçeğinin alt boyut puan farklılıkları (n=304)

Tanıtıcı Özellikler	**KD**	**DBE**	**SBE**	**TU**
	Ort±SS	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**
Yaş				
20-49 Yaş	2,20±0,83	3,32±0,82	3,92±0,86	4,28±0,78
50-64 Yaş	2,35±0,97	3,45±0,81	3,89±1,00	4,28±0,81
t;p	-1,431;0,153	-1,436;0,152	0,321;0,748	0,047;0,963
Cinsiyet				
Kadın	2,34±0,92	3,38±0,81	3,90±0,93	4,29±0,78
Erkek	1,96±0,78	3,42±0,88	3,93±1,01	4,24±0,83
t;p	2,711;**0,007***	-0,307;0,759	-0,181;0,856	0,433;0,666
Medeni Durum				
Evli	2,30±0,89	3,38±0,80	3,83±0,96	4,26±0,80
Bekar	2,23±0,96	3,41±0,87	4,12±0,84	4,33±0,76
t;p	0,578;0,564	-0,315;0,753	-2,328;**0,021***	-0,619;0,536
Eğitim Düzeyi				
İlköğretim (1)	2,47±0,93	3,31±0,81	3,85±0,92	4,34±0,85
Lise (2)	2,33±0,93	3,36±0,91	3,78±0,97	4,27±0,68
Üniversite ve Üzeri (3)	2,04±0,82	3,49±0,75	4,05±0,92	4,23±0,81
F;p	6,509;**0,002***	1,576;0,208	2,153;0,118	0,585;0,558
Fark (Tukey)**	1>3	-	-	-
Çalışma Durumu				
Çalışıyor	2,18±0,86	3,37±0,85	3,90±0,99	4,17±0,75
Çalışmıyor	2,34±0,93	3,40±0,80	3,90±0,91	4,35±0,81
t;p	1,480;0,140	0,292;0,770	-0,003;0,998	1,893;0,059
Gelir Durumu				
Gelir Giderden Fazla	2,27±0,94	3,38±0,75	3,93±1,00	4,15±0,78
Gelir Gidere Eşit	2,25±0,87	3,46±0,86	3,93±0,94	4,35±0,85
Gelir Giderden Az	2,33±0,95	3,26±0,80	3,82±0,88	4,29±0,67
F;p	0,187;0,830	1,580;0,208	0,404;0,668	1,559;0,212
Yaşadığı Yer				
Büyükşehir/Şehir	2,27±0,91	3,39±0,82	3,93±0,93	4,29±0,77
Kasaba/Köy	2,36±0,88	3,37±0,83	3,74±0,98	4,19±0,95
t;p	-0,576;0,565	0,153;0,878	1,167;0,244	0,712;0,477
Birlikte Yaşanılan Kişiler				
Eş ve Çocuklar	2,32±0,89	3,39±0,81	3,83±0,96	4,26±0,81
Aile	2,24±1,02	3,43±0,87	4,14±0,80	4,29±0,80
Yalnız	2,06±0,79	3,33±0,80	3,98±0,93	4,37±0,62
F;p	1,181;0,308	0,175;0,840	2,386;0,094	0,268;0,765
Yaşadığı Binada Asansör Varlığı				
Var	2,24±0,92	3,44±0,84	3,93±0,89	4,21±0,85
Yok	2,32±0,89	3,32±0,79	3,87±1,00	4,37±0,70
t;p	-0,771;0,441	1,210;0,227	0,609;0,543	-1,674;0,095
Sigara Öyküsü				
Hayır	2,32±0,90	3,47±0,81	3,93±0,90	4,28±0,80
Evet	2,17±0,93	3,18±0,80	3,84±1,03	4,27±0,76
t;p	1,320;0,188	2,716;**0,007***	0,765;0,445	0,120;0,904

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma
*: $p<0,05$
**: Post-Hoc Tukey Testi
t: Bağımsız Örneklem T Testi
F: Tek Yönlü Varyans Analizi
KD: Kendini Damgalama
DBE: Damgalamayla Baş Etme
SBE: Sağlık Bakım Etkinliği
TU: Tedaviye Uyum

Çizelge 4.4'de Kronik Hastalık Özyönetim Ölçeği alt boyutlarına göre incelenmiştir. Uygulanan istatistiksel analizler sonucunda çalışmaya katılan bireylerin; Kendini Damgalama puanları cinsiyet, eğitim düzeyi değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Buna göre; kadınların Kendini Damgalama puanları erkeklere göre, eğitim düzeyi ilköğretim olan kişilerin Kendini Damgalama puanları eğitim düzeyi üniversite ve üzeri olan kişilere göre anlamlı derecede daha fazla olduğu bulunmuştur ($p<0,05$).

Damgalamayla Baş Etme puanlarında ise medeni durum değişkeninde istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmüştür ($p<0,05$). Buna göre; sigara kullanmayan bireylerin Damgalamayla Baş Etme puanları sigara kullanan bireylerin Damgalamayla Baş Etme puanlarından daha fazladır ($p<0,05$).

Sağlık Bakım Etkinliği puanlarında ise medeni durum değişkeninde istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmüştür ($p<0,05$). Buna göre; bekar bireylerin Sağlık Bakım Etkinliği puanları evli bireylere göre daha fazladır ($p<0,05$).

Tedaviye Uyum alt boyutunda ise tanıtıcı özelliklere göre anlamlı farklılık görülmemiştir ($p >0,05$).

Çizelge 4.5. Romatoid artrit tanısı ile izlenen hastaların tıbbi özelliklere göre kronik hastalık öz yönetim ölçeğinin alt boyut puanlarının farklılıkları (n=304)

Tıbbi Özellikler	**KD**	**DBE**	**SBE**	**TU**
	Ort±SS	**Ort±SS**	**Ort±SS**	**Ort±SS**
Tanı Süresi				
1-10 Yıl	15,40±6,23	16,66±4,14	14,99±3,89	21,14±4,40
10 Yıldan Fazla	16,39±6,44	17,16±4,05	16,12±3,57	21,62±3,55
t;p	-1,350;0,178	-1,055;0,292	-2,63;**0,009***	-1,049;0,295
Beden Kitle İndeksi				
(1) Zayıf-Normal Kilolu (<18 ve 18.5–24.9)	2,16±0,88	3,42±0,87	3,97±0,88	4,25±0,81
(2) Fazla Kilolu (25.0–29.9)	2,25±0,88	3,37±0,78	3,96±0,94	4,25±0,77
(3) Obezite (30.0–40.0)	2,49±0,97	3,36±0,79	3,72±1,01	4,36±0,78
F;p	3,123;**0,045***	0,131;0,878	2,034;0,133	0,537;0,585
Fark (Tukey)**	3>1			
Ameliyat Öyküsü				
Evet (1)	2,21±0,90	3,32±0,79	3,76±0,97	4,17±0,81
Eklem ve Mobiliteyi Etkileyecek Bir Ameliyat (2)	2,38±0,93	3,48±0,82	4,02±0,98	4,52±0,66
Hayır (3)	2,29±0,90	3,41±0,85	4,00±0,86	4,26±0,82
F;p	0,695;0,500	0,932;0,395	2,642;0,073	4,175;**0,016***
Fark (Tukey)**	-	-	-	2>3
Egzersiz Yapma Durumu				
Evet	2,28±0,92	3,50±0,72	4,01±0,94	4,32±0,73
Hayır	2,28±0,90	3,23±0,91	3,75±0,91	4,22±0,87
t;p	0,013;0,989	2,767;**0,006***	2,413;**0,016***	1,061;0,290
RA Sebepli Hastaneye Yatış				
Evet	2,47±0,97	3,51±0,86	3,88±0,93	4,30±0,73
Hayır	2,19±0,86	3,33±0,80	3,92±0,94	4,27±0,82
t;p	-2,426**;0,016***	-1,724;0,086	0,352;0,725	-0,264;0,792
Komorbid Hastalık Varlığı				
Var	2,29±0,93	3,42±0,80	3,89±0,97	4,28±0,79
Yok	2,24±0,85	3,31±0,87	3,95±0,85	4,28±0,79
t;p	-0,404;0,686	-0,984;0,326	0,521;0,603	-0,017;0,987

Ort: Ortalama, SS: Standart sapma
*: p<0,05 **: post-hoc Tukey testi
t: Bağımsız Örneklem T Testi
F: Tek Yönlü Varyans Analizi
r: Pearson Korelasyon Katsayısı
KD: Kendini Damgalama
DBE: Damgalamayla Baş Etme
SBE: Sağlık Bakım Etkinliği
TU: Tedaviye Uyum

Çizelge 4.5 ‘da hastaların tıbbi özelliklerine göre Kronik Hastalık Özyönetim Ölçeği alt boyutlarına ait veriler verilmiştir. Bu analiz sonucunda çalışmaya katılan bireylerin; Kendini Damgalama puanları BKİ, RA sebepli hastaneye yatış değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği görülmüştür ($p<0,05$). Obezite olanların Kendini Damgalama puanları, zayıf-normal kilolu olanlardan daha fazla; RA sebepli hastane yatış öyküsü olan bireylerin Kendini Damgalama puanları, RA sebepli hastaneye yatmamış olanlara göre daha fazla olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Bu çalışmada BKİ sınıflandırılmasına göre zayıf kategorisinde 9 birey bulunduğu için normal kilolu ve zayıf olan bireyler istatistiksel olarak anlamlılık açısından aynı değişken içine dahil edilmiştir.

Çalışmadaki bireylerin Damgalamayla Baş Etme puanları egzersiz yapma durumu değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Buna göre; egzersiz yapan bireylerin Damgalamayla Baş Etme puanları egzersiz yapmayan bireylerin Damgalamayla Baş Etme puanlarından istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla olduğu görülmüştür.

Sağlık Bakım Etkinliği alt boyutunda ise tanı süresine ve egzersiz yapma durumuna göre anlamlı farklılıklar görülmüştür. Buna göre; tanı süresi 10 yıldan fazla olanların Sağlık Bakım Etkinliği puanları tanı süresi 10 yıldan daha az olanlara göre anlamlı derecede fazla olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Egzersiz yapan hastaların Sağlık Bakım Etkinliği puanları egzersiz yapmayanların Sağlık Bakım Etkinliği puanlarından istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla olduğu görülmüştür ($p<0,05$).

Bir diğer alt boyut olan Tedavi Uyumu puanları ameliyat öyküsü değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ($p<0,05$). Buna göre; eklem ve mobiliteyi etkileyecek bir ameliyat öyküsü olan hastaların Tedavi Uyumu puanları hiç ameliyat öyküsü olmayanların Tedavi Uyumu puanlarından daha fazladır ($p<0,05$).

Çizelge 4.6. Kronik hastalık öz yönetim ölçeği, romatoid artrit hastalık aktivite endeksi-5, tampa kinezyofobi ölçeği puanları ile bazı tıbbi değişkenler arasındaki ilişkiler (n=304)

		5	4	3	2	1	d	c	b	a
a) KD	**r**	0,026	**0,160****	0,046	**0,508****	**0,373****	-0,253**	-0,196**	-0,084	1,000
	p	0,655	**0,005**	0,427	**<0,001**	**<0,001**	0,000	0,001	0,146	
b) DBE	**r**	0,108	0,021	0,079	-0,039	-0,086	0,136*	0,440**	1,000	
	p	0,059	0,713	0,171	0,502	0,136	0,017	0,000		
c) SBE	**r**	**0,138***	-0,051	0,022	-0,103	**-0,249****	0,181**	1,000		
	p	**0,016**	0,373	0,708	0,073	**<0,001**	0,002			
d) TU	**r**	0,061	0,071	0,050	**-0,121***	**-0,115***	1,000			
	p	0,290	0,216	0,383	**0,034**	**0,046**				
1) RADAI- 5	**r**	-0,027	**0,253****	**0,217****	**0,300****	1,000				
	p	0,643	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**					
2) TKÖ	**r**	0,067	**0,189****	**0,185****	1,000					
	p	0,244	**0,001**	**0,001**						
3) Yaş	**r**	**0,276****	**0,423****	1,000						
	p	**<0,001**	**<0,001**							
4) BKİ	**r**	0,018	1,000							
	p	0,750								
5) Tanı Süresi	**r**	1,000								
	p	0,026								

r: Pearson Korelasyon Katsayısı
*: p<0,05
**: p<0,01
a, b, c, d: Kronik Hastalık Özyönetim Ölçeği alt boyutlarıdır.
KD: Kendini Damgalama
DBE: Damgalamayla Baş Etme
SBE: Sağlık Bakım Etkinliği
TU: Tedaviye Uyum,
RADAI- 5: Romatoid Artrit Hastalık Aktivite Endeksi-5
TKÖ: Tampa Kinezyofobi Ölçeği
BKİ: Beden Kitle İndeksi

Çizelge 4.6 incelendiğinde uygulanan korelasyon analizleri sonucunda çalışmaya katılan bireylerin: KHÖY alt boyutu olan Kendini Damgalama puanları ile RADAI-5 ölçek puanları arasında istatiksel olarak anlamlı orta düzeyde pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır (r=0,373). Kendini Damgalama puanları ile TKÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı orta düzeyde pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır (r=0,508). Kendini Damgalama puanları ile BKİ arasında istatistiksel olarak anlamlı düşük düzeyde pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır (r=0,160).

KHÖY alt boyutu olan Sağlık Bakım Etkinliği puanları ile RADAI-5 ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düşük düzeyde negatif yönlü ilişki bulunmaktadır (r=-0,249). Sağlık Bakım etkinliği puanları ile tanı süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı düşük düzeyde pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır (r=0,138).

KHÖY alt boyutu olan Tedavi Uyumu puanları ile RADAI-5 ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düşük düzeyde negatif yönlü ilişki bulunmaktadır (r=-0,115). Tedavi Uyumu puanları ile TKÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düşük düzeyde negatif yönlü ilişki bulunmaktadır (r=-0,121).

RADAI-5 puanları ile TKÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı orta düzeyde pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır (r=0,300). RADAI- 5 ölçek puanları ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı düşük düzeyde pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır (r=0,217). RADAI- 5 ölçek puanları ile BKİ arasında istatistiksel olarak anlamlı düşük düzeyde pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır (r=0,253).

TKÖ puanları ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı düşük düzeyde pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır (r=0,185). TKÖ puanları ile BKİ arasında istatistiksel olarak anlamlı düşük düzeyde pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır (r=0,189).

Yaş ile BKİ arasında istatistiksel olarak anlamlı orta düzeyde pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır (r=0,423).

Yaş ile tanı süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı düşük düzeyde pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır (r=0,276).

Çizelge 4.7. Romatoid artrit tanısı ile izlenen bireylerin hastalık öz yönetimi ile ilişkili yordayıcı faktörlerin incelenmesi (n= 304)

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişkenler	β	St. Hata	St. β	t	p	VIF
Kendini Damgalama	Cinsiyet (Kadın)						
	Erkek	-0,173	0,122	-0,071	-1,422	0,156	1,078
	Eğitim Düzeyi (İlköğretim)						
	Lise	-0,001	0,112	0,000	-0,005	0,996	1,295
	Üniversite ve Üzeri	-0,051	0,112	-0,027	-0,454	0,650	1,538
	BKİ (Zayıf-Normal Kilolu)						
	Fazla Kilolu	-0,061	0,104	-0,032	-0,584	0,560	1,315
	Obezite	-0,044	0,120	-0,021	-0,367	0,714	1,439
	RA Sebepli Hastaneye Yatış (Evet)						
	Hayır	0,115	0,095	0,059	1,206	0,229	1,042
	RADAI-5	0,096	0,022	0,227	4,340	**<0,001***	1,192
	TKÖ	0,051	0,006	0,421	8,073	**<0,001***	1,179
	Model İstatistikleri	*F=17,436* ***p=0,000**** *R^2=0,321* *Düzeltilmiş R^2=0,303 Durbin Watson=2,246*					
Damgalama ile Baş Etme	Sigara Öyküsü (Evet)						
	Hayır	-0,282	0,104	-0,155	-2,724	**0,007***	1,017
	Egzersiz Yapma (Evet)						
	Hayır	-0,246	0,094	-0,149	-2,610	**0,010***	1,031
	RADAI-5	-0,019	0,023	-0,051	-0,858	0,391	1,124
	TKÖ	-0,003	0,007	-0,027	-0,453	0,651	1,120
	Model İstatistikleri	*F=4,227* ***p=0,002**** *R^2=0,054* *Düzeltilmiş R^2=0,041 Durbin Watson=2,195*					
Sağlık Bakım Etkinliği	Medeni Durum (Evli)						
	Bekar/Boşanmış	0,128	0,124	0,059	1,037	0,301	1,073
	Tanı Süresi (1-10 Yıl)						
	10 Yıldan Fazla	0,254	0,105	0,135	2,415	**0,016***	1,023
	Egzersiz Yapma (Evet)						
	Hayır	-0,155	0,107	-0,082	-1,450	0,148	1,043
	RADAI-5	-0,091	0,026	-0,209	-3,517	**0,001***	1,162
	TKÖ	-0,004	0,007	-0,034	-0,589	0,556	1,115
	Model İstatistikleri	*F=6,243* ***p=0,000**** *R^2=0,095* *Düzeltilmiş R^2=0,080 Durbin Watson=2,036*					
Tedavi Uyumu	Ameliyat Öyküsü (Hayır)						
	Evet	-0,073	0,101	-0,046	-0,725	0,469	1,243
	Eklem ve Mobiliteyi Etkileyecek Bir Ameliyat	0,295	0,122	0,152	2,422	**0,016***	1,247
	RADAI-5	-0,033	0,022	-0,089	-1,494	0,136	1,113
	TKÖ	-0,012	0,006	-0,110	-1,856	0,064	1,106
	Model İstatistikleri	*F=4,316* ***p=0,003**** *R^2=0,052* *Düzeltilmiş R^2=0,040 Durbin Watson=2,039*					

*: p<0,05
β: Regresyon Katsayısı
St. β: Standardize Regresyon Katsayısı
VIF: Varience İnflation Faktor (Varyans Genişletme Faktörü)
RADAI- 5: Romatoid Artrit Hastalık Aktivite Endeksi-5
TKÖ: Tampa Kinezyofobi Ölçeği

Çizelge 4.7 incelendiğinde:

Cinsiyet, Eğitim Düzeyi, BKİ, RA sebepli hastaneye yatış durumu, RADAI-5 ve TKÖ puanlarının Kendini Damgalama puanlarına etkisini incelemek amacıyla kurulan çoklu doğrusal regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlı bir modeldir (F=17,436 p<0,001). Kurulan modelde otokorelasyon ve çoklu bağlantı sorunu yoktur (DW=2,246 VIF<5). Kurulan model ile Kendini Damgalama puanlarındaki değişimin %30,3'ü açıklanmaktadır (Düzeltilmiş R2=0,303). RADAI-5 puanlarındaki 1 birimlik artış Kendini Damlama puanlarında 0,096 artışa neden olmaktadır (β=0,096). TKÖ puanlarındaki 1 birimlik artış Kendini Damlama puanlarında 0,051 artışa neden olmaktadır (β=0,051).

Sigara öyküsü, egzersiz yapma durumu, RADAI-5 ve TKÖ puanlarının Damgalama ile Baş Etme puanlarına etkisinin incelemek amacıyla kurulan çoklu doğrusal regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlı bir modeldir (F=4,227 p<0,001). Kurulan modelde otokorelasyon ve çoklu bağlantı (multicollinearity) sorunu yoktur (DW=2,195 VIF<5). Kurulan model ile Damgalama ile Baş Etme puanlarındaki değişimin %4,1'i açıklanmaktadır (Düzeltilmiş R2=0,041). Sigara öyküsü olmayanların Damgalama ile Baş Etme puanları sigara öyküsü olanlardan 0,282 daha azdır (β=-0,282). Egzersiz yapmayanların Damgalama ile Baş Etme puanları egzersiz yapanlardan 0,246 daha azdır (β=-0,246).

Medeni durum, tanı süresi, egzersiz yapma durumu, RADAI-5 ve TKÖ puanlarının Sağlık Bakım Etkinliği puanlarına etkisini incelemek amacıyla kurulan çoklu doğrusal regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlı bir modeldir (F=6,243 p<0,001). Kurulan modelde otokorelasyon ve çoklu bağlantı (multicollinearity) sorunu yoktur (DW=2,036 VIF<5). Kurulan model ile Sağlık Bakım Etkinliği puanlarındaki değişimin %8'i açıklanmaktadır (Düzeltilmiş R2=0,080). Buna göre tanı süresi 10 yıldan fazla olan bireylerin Sağlık Bakım Etkinliği puanları tanı süresi 1-10 yıl olanlardan 0,254 daha fazladır (β=0,254). RADAI-5 puanları 1 birim arttığında Sağlık Bakım Etkinliği puanları 0,091 azalmaktadır (β=-0,091).

Ameliyat öyküsü, RADAI-5 ve TKÖ puanlarının Tedavi Uyumu puanlarına etkisinin incelemek amacıyla kurulan çoklu doğrusal regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlı bir modeldir (F=4,316p<0,001). Kurulan modelde otokorelasyon ve çoklu bağlantı

(multicollinearity) sorunu yoktur (DW=2,039 VIF<5). Kurulan model ile Tedavi Uyumu puanlarındaki değişimin %4'ü açıklanmaktadır (Düzeltilmiş R2=0,040). Eklem ve Mobiliteyi Etkileyecek Bir Ameliyat geçiren bireylerin Tedavi Uyumu puanları ameliyat öyküsü olmayan kişilerden 0,295 daha fazladır (β=0,295).

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada, RA tanısı ile izlenen bireylerin tanıtıcı ve tıbbi özellikleri, kronik hastalık öz yönetimi, hastalık aktivite düzeyleri ve kinezyofobi düzeyleri, aralarındaki ilişkileri kapsamlı bir şekilde değerlendirilmiştir. Literatür incelendiğinde bu çalışma tasarımına tamamıyla benzer çalışmalara rastlanmamıştır. Bu nedenle en yakın kriterlerde olan çalışmaların sonuçları incelenmiş, benzer ve farklı yönleri tartışılarak genel çıkarımlarda bulunulmuştur. Tartışma aşağıda belirtilen başlıklar halinde yapılmıştır.

5.1. ROMATOİD ARTRİT TANISI İLE İZLENEN BİREYLERİN BAZI TANITICI VE TIBBİ ÖZELLİKLERİ İLE İLGİLİ TARTIŞMA

Bu çalışmada cinsiyet parametresi incelendiğinde çoğunluğun kadın (%83,6) olduğu görülmektedir. Amerikan Romatoloji Derneği (ACR) ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından sağlanan verilere göre, RA tanısı ile izlenen hastaların yaklaşık %75-80'i kadın, %20-25'i ise erkektir (25). Türkiye'de yapılan çalışmalarda, RA tanısı ile izlenen hastaların yaklaşık %80'inin kadın, %20 sinin erkek olduğu bildirilmiştir (119,120). Bu oranlar, RA'nın kadınlarda erkeklere kıyasla 3-4 kat daha yaygın olduğunu göstermektedir. Bu çalışmadaki kadın RA tanısı ile izlenen hastaların fazla olması hem uluslararası hem de ulusal literatürdeki verilerle uyumlu olarak RA'nın kadınlarda daha yaygın olduğunu desteklemektedir.

Bu çalışmadaki bireylerin yaş ortalaması 47,27±11,76 olup %53'ü 50-64 yaş grubundadır. RA'in orta yaşlarda daha çok görülmesinin en belirgin sebepleri bağışıklık sisteminde yaşlanma (immünosenesans) ve kronik inflamasyon (inflam-aging) dur. Bunun gibi fizyolojik değişimlerin orta yaşlarda başladığı bildirilmektedir(42,43,121). ACR ve DSÖ (2023) 'ne göre RA hastalığının en sık orta yaşlarda görüldüğü ve RA'nın dünya genelinde 40-60 yaş arasında daha yaygın olduğu raporlanmıştır. Türkiye'de yapılan bir çalışmada, RA tanısı alan bireylerin yaş ortalaması 49,2 olarak bildirilmiştir (122). Baysalhan (2021) 'ın RA tanısı ile izlenen bireylerde kinezyofobi ile ilgili yaptığı çalışmada yaş ortalamaları 56,1±9,3 olduğu(14), Kınıklı ve arkadaşlarının (2018) RA tanısı ile izlenen bireylerde hareket etme korkusunun belirleyicileri ile ilgili çalışmada ise 56,01±11,51 olduğu bildirilmiştir(123). Bu çalışmadaki yaş bulgusu literatürle benzerdir.

Obezitenin, visseral yağ dokusunun artışıyla birlikte proinflamatuar sitokinlerin (TNF-α, IL-6) ve adipokinlerin (leptin, adiponektin) salınımını artırarak düşük dereceli kronik inflamasyon (inflam-aging) ve bağışıklık sistemindeki dengesizliklere yol açarak otoimmün süreçleri tetikleyip RA riskini artırdığı bilinmektedir (48,49). Bu çalışmada bireylerin BKİ ortalaması 26,86±5,51 bulunmuş olup DSÖ (2000)'nün BKİ sınıflandırmasına göre 'fazla kilolu' olarak değerlendirilmiştir. Ancak bulgulara bakıldığında bu bireylerin %37,2'sinin 'normal kilolu', %35,2'sinin 'fazla kilolu' olduğu görülmüştür (124). Bulgularımızda yaş arttıkça BKİ'nin de anlamlı olarak arttığı görülmüştür, bu durum yaş aldıkça metabolik hızın düşmesi, fiziksel aktivite seviyelerinin azalması ve vücut kompozisyonundaki değişiklikler, özellikle kas kütlesinin azalması ve yağ dokusunun artması gibi sebeplerden kaynaklandığı için beklenen bir bulgudur (125). Çalışmadaki RA tanısı ile izlenen bireylerin BKİ ve yaş ilişkileri, ilgili literatürlerle benzerdir.

Bu çalışmadaki bireylerin %72,4'ü sigara kullanmamaktadır. Güncel bildirilen DSÖ (2023) ve TÜİK (2022) raporlarına göre dünya genelinde sigara kullanımı prevelansı %17, Türkiye'de ise %28,3'dür (126,127). Literatürde (128,129,130) RA tanılı bireylerin sigara içme oranlarının genel popülasyona göre daha düşük olduğuna dair kanıtlar bulunmakta olup, sonuçlarımız literatür ile tutarlıdır.

Çalışmamızdaki RA tanısı ile izlenen bireylerin %21,1'i eklem ve mobilizasyonu etkileyen ameliyat (total kalça ve diz protezi, üst ve alt ekstremite fraktür onarımları) olmak üzere, %62,2'sinin ameliyat öyküsü olduğu bulunmuştur. Bu durumda, ameliyat öyküsü olan her üç RA tanısı ile izlenen bireyden biri eklem ve mobilizasyonu etkileyen bir ameliyat geçirdiği görülmektedir. Literatürde de benzer bulgular mevcuttur. Yoon ve arkadaşlarının (2022) çalışmasında (131), RA tanısı ile izlenen bireylerde kalça ve diz protezi cerrahilerinin yaygın olduğu ve diz ekleminin en sık cerrahi müdahale gerektiren eklem olduğu belirtilmiştir. Shourt ve arkadaşları (2012) ise kalça ve diz protezlerinin sık uygulandığını ve bu cerrahilerin genellikle hastalığın ilerleyen dönemlerinde gerektiğini bildirmiştir (132). Bu bulgular, çalışmamızın verileriyle büyük ölçüde benzerlik göstermektedir. RA tanısı ile izlenen bireylerin kemik deformasyonlarının fazla olması nedeniyle bu tip ameliyatlara daha fazla maruz kaldıkları görülmektedir.

Bu çalışmadaki katılımcıların %57,2'sinin egzersiz yaptığı, %42,8'nin hiç egzersiz yapmadığı görülmüştür. Sokka ve arkadaşları (2008)'nın çalışmasında dünya genelinde RA hastalarının %45'inin düzenli egzersiz yapmadığı, Larsson ve arkadaşları (2016)'nın çalışmasında ise RA hastalarının %35,2'sinin fiziksel olarak inaktif olduğu rapor edilmiştir(102,133). Yerel çalışmalar da benzer sonuçlar sunmaktadır. Özcan (2014) ile Erdoğan ve Atalay (2011) 'ın araştırmalarında, RA tanısı ile izlenen bireylerde egzersiz alışkanlıklarının düşük olduğu ve fiziksel inaktivitenin yaygın olduğu belirtilmiştir (134,135). Ancak bu çalışmada ilgili literatüre kıyasla egzersiz yapanların oranının yapmayanlara göre daha yüksek bulunması, RA hastalarında egzersiz alışkanlığının teşvik edilmesine yönelik stratejilerin, bireysel farkındalığın ve öz yönetim gücünün artmış olabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca çalışmadaki bireylerin %81,91'nin yüksek düzeyde kinezyofobi yaşadığı düşünüldüğünde bu oldukça iyi bir sonuçtur.

5.2. ROMATOİD ARTRİT TANISI İLE İZLENEN BİREYLERİN KRONİK HASTALIK ÖZYÖNETİMİ, HASTALIK AKTİVİTE DÜZEYİ VE KİNEZYOFOBİ DURUMLARININ TARTIŞILMASI

Kronik hastalıkların öz yönetiminde kendini damgalama, damgalama ile baş etme stratejileri, sağlık bakım etkinliği ve tedaviye uyum gibi unsurlar oldukça önemlidir (Ngai vd., 2021). Bu çalışmadaki RA tanılı bireylerin KHÖY ölçeğinin alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; Kendini Damgalama 2,28±0,91 (min:1, max:5) iken, Damgalamayla Baş Etme alt boyutu puanları 3,39±0,82 (min:1, max:5), Sağlık Bakım Etkinliği alt boyutu puanları 3,90±0,94 (min:1, max:5) ve Tedavi Uyumu alt boyutu puanları ise 4,28±0,79 (min:1, max:5) olduğu tespit edilmiştir.

RA tanısı ile izlenen bireylerde Kendini Damgalama; öz saygı ve hastalık yönetimi üzerinde olumsuz etkiler yaratmaktadır. Araştırmalar (136,137,138), RA tanısı ile izlenen bireylerin belirgin oranlarda damgalama görüldüğünü ve bunun depresyon, anksiyete, uyku bozuklukları ve hastalık aktivitesiyle ilişkili olduğunu bildirmektedir. Ayrıca, düşük eğitim seviyesi, şiddetli ağrı ve uzun süreli sabah sertliği gibi faktörlerin damgalamayı artırdığı belirtilmiştir (139). Bu bulgular, RA tanılı bireylerde damgalamanın hastalık yönetiminde dikkate alınması gereken kritik bir faktör olduğunu vurgulamaktadır. Bu çalışmada, RA tanısı ile izlenen bireylerde Kendini Damgalama ortalama puanlarına bakıldığında (2,28±0,91),

bireylerin hastalıklarına karşı kendilerini daha az olumsuz yargıladıklarını ve kendilik değerlerinin korunduğunu yorumu yapılabilir. Bu da bireylerin hastalıkla başa çıkma becerilerini ve kendilik algılarını olumlu etkileyebilir. Ancak Damgalama ile Baş Etme puanlarına bakıldığında (3,39±0,82), damgalama konusunda ek desteğe ihtiyaç duyabilecekleri sonucu çıkarılabilir.

Romatoid artrit hastalarında Sağlık Bakım Etkinliği ve Tedaviye Uyum, tedavi sonuçlarının iyileştirilmesi ve remisyon sağlanmasında temel bir rol oynamaktadır. Literatürde (140,141,142), tedaviye uyumun genellikle düşük olduğu ve bu durumun anksiyete, depresyon, ilaç yan etkileri, maliyet ve eğitim seviyesi gibi faktörlerden etkilendiği belirtilmektedir. Bununla birlikte, öz yeterliliğin artırılması ve hastanın sağlık hizmeti vericileriyle iletişiminin güçlendirilmesi, tedaviye uyumu olumlu yönde etkileyen önemli unsurlar olarak öne çıkmaktadır (143,144). Bu çalışmada, RA tanısı ile izlenen bireylerin Sağlık Bakım Etkinliği (3,90±0,94) ve Tedavi Uyum (4,28±0,79) puanlarının literatürde belirtilen düşük uyum oranlarına kıyasla yüksek olduğu yorumu yapılabilir. Bu durum, çalışmadaki örneklem grubunun tedavi uyumu konusunda daha fazla bir özyönetim becerisine sahip olduğunu düşündürmektedir. Ayrıca yüksek tedaviye uyum seviyeleri, hastaların tedaviye bağlılıklarının güçlü olduğunu ve semptom yönetiminde başarılı olduklarını göstermekte, bu da literatürdeki genel eğilimlere yeni bir perspektif sunmaktadır. Bu çalışmanın sonuçları, sağlık bakım etkinliğinin ve tedaviye uyumun artırılmasının hem tedavi etkinliğini hem de hastaların yaşam kalitesini iyileştirebileceğini desteklemektedir.

Hastalık aktivitesi, RA tanısı ile izlenen bireylerde hastalığın ne kadar aktif olduğunu, eklemlerdeki şişlik, hassasiyet, sabah tutukluğu, ağrı gibi klinik parametrelerin yoğunluğunu ve sıklığını gösteren bir ölçüm ifadesi olduğu için hastalık aktivitesi ne kadar yüksekse, tanısı ile izlenen bireylerin alevlenme döneminde olduğu; ne kadar düşükse, remisyon durumuna daha yakın olduğu yorumu yapılabilir (145). Bu çalışmada, RA tanısı ile izlenen bireylerin %42,4'ünün orta düzeyde hastalık aktivitesi gösterdiği tespit edilmiştir. Bu sonuç, RA tanısı ile izlenen bu bireylerin önemli bir kısmının semptom yönetiminde henüz tam bir remisyon sağlayamadığını, ancak ciddi alevlenme tablolarının da olmadığını göstermektedir. Literatüre bakıldığında, Baysalhan (2021) çalışmasında DAS-28 ölçeğiyle değerlendirdiği RA tanısı ile izlenen bireylerde orta düzeyde hastalık aktivitesi tespit etmiştir (14). Erdik ve Arkadaşları (2023), DAS-28 ölçeği kullanılarak yaptığı retrospektif analizde, RA tanısı ile izlenen bireylerin

%37'sinde orta düzeyde hastalık aktivitesi tespit etmişlerdir (146). Benzer şekilde, Dissanayake ve Arkadaşları (2022), CDAI ve DAS-28 ile değerlendirilen prospektif bir çalışmada, bireylerin %29,3'ünde orta düzeyde hastalık aktivitesi semptomları olduğunu bulmuşlardır (147). Bu çalışmalar, hastalık aktivitesi ölçümlerinde orta düzeyde aktivitenin yaygın olduğunu ve bu çalışma bulgularının ilgili literatürle tutarlı olduğunu göstermektedir.

Romatoid artrit gibi alevlenme ve remisyon döngüleri içinde geçen kronik hastalıklarda, eklemlerdeki inflamasyon, şişlik ve hareketle kötüleşen eklem ağrıları, hastalarda geçmiş ağrı deneyimlerine bağlı olarak kinezyofobi (hareket korkusu) gelişmesine yol açabilir. Bu durumda, bireyler ağrıya sebep olabileceği endişesiyle hareket etmekten kaçınabilirler (17,18). Bu çalışmadaki RA tanısı ile izlenen bireylerin %81,91'inin yüksek düzeyde kinezyofobi yaşadıkları sonucuna ulaşılmıştır. Bu bulgu, literatürde RA tanısı ile izlenen bireylerde bildirilen kinezyofobi olgularıyla tutarlılık göstermektedir. Lööf ve arkadaşları (2015) RA tanısı ile izlenen bireylerin, kinezyofobi değerlendirilmesini modifiye korkudan kaçınma anketi ile değerlendirmişlerdir ve yüksek düzeyde kinezyofobi görüldüğünü bildirmişlerdir (18). Yıldırım (2023) tarafından yapılan çalışmada RA hastalarında kinezyofobi oranı %77,4 olarak bulunmuş ve hastalık aktivitesi ile güçlü bir ilişki tespit edilmiştir (20). Baysalhan (2021) ise RA hastalarında kinezyofobi oranının %70 olduğunu ve bunun kas gücü, eklem hareket açıklığı, depresyon ve düşme korkusu ile ilişkilendirildiğini ortaya koymuştur (14). Aykut ve Karakoyun (2017), RA hastaları ile benzer şekilde diz osteoartritli hastalarda %85,7 kinezyofobi bulduklarını bildirmiş, ağrı, depresyon ve yaşam kalitesi ile bağlantılı olduğunu vurgulamışlardır (148). Baday ve Ekinci (2022), RA tanısı ile izlenen bireylerde kinezyofobi görüldüğünü rapor etmiş ve bu durumun depresyon, ağrı ve fonksiyonel durum ile ilişkili olduğunu belirtmiştir (149). Bu bulgular, RA tanısı ile izlenen bireylerde kinezyofobinin yaygın olduğunu ve birçok fiziksel ve psikolojik faktörle bağlantılı olabileceğini göstermektedir.

5.3. ROMATOİD ARTRİT TANISI İLE İZLENEN BİREYLERİN KRONİK HASTALIK ÖZYÖNETİMİ ALT BOYUT PUANLARININ TANITICI VE TIBBİ ÖZELLİKLERİNE GÖRE TARTIŞILMASI

Çalışmadaki RA tanısı ile izlenen bireylerin, istatistiksel olarak anlamlılık ve ilişki bulunan tanıtıcı ve tıbbi özelliklerine göre KHÖY alt boyutları incelenmiştir.

5.3.1. Kendini Damgalama

RA tanısı ile izlenen bireylerin KHÖY ölçeği alt boyutlarına göre incelendiğinde kadınların erkeklere göre kendilerini daha fazla damgaladıkları tespit edilmiştir. Kadınların kendini damgalama oranlarının erkeklere kıyasla daha yüksek olmasının nedenleri arasında toplumsal cinsiyet rolleri ve beklentileri olabilir. Kadınlar sağlık sorunları karşısında daha fazla duygusal ve sosyal baskı hissedebilir. (150). Ayrıca, kadınlar sağlık hizmetlerine daha aktif erişim sağlayarak hastalıkları konusunda daha fazla farkındalık geliştirebilir ve bu da damgalama algılarını artırabilir (151). Kadınlar, duygusal ifadeye ve sosyal destek arayışına daha yatkın olduklarından, kadınların hastalıkla ilgili duygusal tepkileri daha yoğun olabilir (152).

Bu çalışmada, BKİ değeri yüksek olan RA tanısı ile izlenen bireylerin kendilerini daha fazla damgaladığı görülmüştür. Ayrıca daha spesifik olarak obezite kriterlerinde olan bireylerin zayıf-normal kilolu olan bireylere göre Kendini Damgalama puanlarının da daha fazla olduğu görülmüştür. Benzer şekilde, Bakır ve Zengin'in (2023) diyabet tanısı ile izlenen bireyler ile yaptığı çalışmada bu çalışma ile benzer sonuçlar bulmuştur (153). Kendini Damgalama, bireylerin bedenleri ile ilgili fiziksel değişimlere yönelik olumsuz algılarını artırarak ve öz-saygıyı azaltarak, sağlıklı yaşam alışkanlıklarını zorlaştırabilir. RA'nın neden olduğu hareket kısıtlılığı, inflamasyon ve steroid kullanımı kilo alımını teşvik ederken, depresyon ve anksiyete bu döngüyü pekiştirebilir. Kendini Damgalama davranışı depresyona sebep olarak yaşam kalitesini ve hastalık sürecini etkileyen önemli etmenlerden biridir (154). Baysalhan (2021), depresyon ve BKİ arasında pozitif bir ilişki olduğunu bildirmiştir (14). Bu durum RA hastalarının psikososyal durumlarını etkileyen faktörlerin fiziksel sağlıklarıyla bağlantılı olduğunu ortaya koymaktadır.

Bu çalışmada RA tanısı ile izlenen bireylerden eğitim düzeyi ilkokul olanların, üniversite ve üzeri olanlara göre kendini daha fazla damgaladığı, eğitim seviyesinin Kendini Damgalama düzeyini etkilediği tespit edilmiştir. Literatürde de (23,155,156) benzer şekilde eğitim düzeyi yüksek olan bireylerin damgalama oranlarının daha düşük olduğu, hastalık hakkında daha kapsamlı bir anlayışa sahip olduklarını ve hastalık değişiklikleriyle daha iyi başa çıkmalarını sağladığı bildirilmiştir. Eğitim düzeyinin Kendini Damgalama üzerinde belirleyici bir faktör olduğu, daha yüksek eğitim seviyesine sahip bireylerin hastalık hakkında daha bilinçli

olmaları sayesinde damgalama algısını azaltarak hastalıkla daha etkili başa çıkabildikleri görülmektedir.

Bu çalışmada RA nedeniyle hastaneye yatış öyküsü olan bireylerin, yatış öyküsü olmayanlara kıyasla daha fazla Kendini Damgalama davranışı gösterdiği bulunmuştur. Benzer şekilde, bir çalışmada (157), RA hastalarında hastaneye yatış geçmişinin özellikle sosyal ve duygusal alanlarda damgalama düzeyini artırdığı bildirilmiştir. Koudeláková ve arkadaşlarının yaptığı (2024) bu araştırmada, RA nedeniyle hastaneye yatışın bireylerde "zayıflık" algısını pekiştirerek damgalama hissini artırdığı ve bunun tedavi uyumunu olumsuz yönde etkilediği belirtilmiştir (157). RA tanısı ile izlenen bireylerin hastaneye yatma sebepleri arasında; alevlenme dönemi, organ tutulumları, ciddi enfeksiyonlar, sekonder gelişen hastalık tanılama işlemleri, eklem cerrahileri ve ortopedik müdahaleler gibi sebepler yer almaktadır (158,159,160). Bu bağlamda, hastanede tedavi görmüş RA tanısı ile izlenen bireylerin, hastalıklarının ciddiyetini daha net bir şekilde fark etmeleri ve semptomlarının daha belirgin hale gelmesi nedeniyle kendilerini daha fazla damgalanmış hissedebileceği anlaşılmaktadır.

5.3.2. Damgalamayla Baş Etme

KHÖY ölçeğinin Damgalamayla Baş Etme alt boyutu puanlarında sigara kullanmayan bireylerin, sigara kullananlara göre damgalanmayla daha iyi baş ettikleri bulunmuştur. Güncel literatür, sigara içmenin RA tanısı ile izlenen bireylerde inflamasyonu artırarak hastalık şiddetini kötüleştirdiğini (137) ve depresyon, anksiyete gibi psikolojik sorunları artırarak Damgalamayla Baş Etme becerilerini olumsuz etkilediğini göstermektedir (44). Sigara içmeyen bireylerin daha yüksek öz-yeterlik seviyelerine sahip olması, damgalamayla daha etkili baş etmelerine katkıda bulunur (161). Ayrıca, sigara içen hastaların tedaviye yanıt verme oranlarının daha düşük olduğu belirtilmiştir (162). Bu bulgular, sigara kullanımının azaltılmasının RA yönetiminde hem fiziksel hem de psikolojik faydalar sağlayabileceğini ortaya koymaktadır.

Bu çalışmada RA tanısı ile izlenen bireylerden egzersiz yapanların, hiç egzersiz yapmayan bireylere göre Damgalamayla Baş Etme becerilerinin daha iyi olduğu tespit edilmiştir. Kurulan regresyon modelinde ise bu bulgu nicel olarak gösterilmiştir. Azeez ve arkadaşları (2020) çalışmasında, düzenli egzersizin RA tanısı ile izlenen bireylerde kognitif

işlevleri iyileştirdiği, bunun da bireylerin yaşam kalitesini ve hastalıkla başa çıkma becerilerini artırdığı belirtilmiştir. Ayrıca egzersizin yorgunluk ve ağrıyı azaltarak öz-yeterlik duygusunu güçlendirdiğini ve bu durumun bireylerin damgalamayla daha etkili baş etmelerine olanak tanıdığını belirtmişlerdir (163). Akram ve arkadaşlarının (2021) sistematik incelemesi, fiziksel aktivitelerin genel yaşam kalitesini artırdığını ve kognitif işlevlerde iyileşme sağladığını göstermiştir (164). Bu iyileşmeler, bireylerin kendine olan güvenini artırarak hastalığın getirdiği olumsuz öz algılarla baş etmelerine olanak tanıyabilir. Böylece egzersiz, sadece fiziksel ve psikolojik sağlık için değil, aynı zamanda bireylerin damgalama algısını azaltmada da etkili bir araç olarak değerlendirilebileceğini düşündürmektedir.

5.3.3. Sağlık Bakım Etkinliği

Bu çalışmada, bekar RA tanısı ile izlenen bireylerin Sağlık Bakım Etkinliği'nin evli olanlara göre daha iyi olduğu bulunmuştur. Benzer şekilde, Aytap ve Özer (2021) 'in kronik hastalığı olan bireylerle yaptığı çalışmada ve Uslu (2023) 'nun kronik kalp hastalarıyla yaptığı araştırmada, bekar bireylerin özyönetim becerilerinin daha iyi olduğu rapor edilmiştir (21,165). Doumen ve arkadaşları (2021) ile Köprülüoğlu ve arkadaşları (2022)'nin çalışmaları, bireylerin sağlık durumlarına yönelik algılarının ve öz-yeterlik düzeylerinin sosyal destek mekanizmalarıyla yakından ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (166,167). Evli bireylerde eşlerden alınan desteğin sağlık yönetimine olumlu katkılar sağlarken, aynı zamanda sosyal ve duygusal stres faktörlerinin bu süreci zorlaştırabileceği vurgulanmıştır. Bekar RA tanısı ile izlenen bireylerin daha yüksek Sağlık Bakım Etkinliği puanlarına sahip olması ise bireysel bağımsızlık ve kendi kendine sorumluluk alma eğilimleriyle açıklanabilir. Bu bulgular, RA yönetiminde bireylerin yaşam tarzlarının ve sosyal destek mekanizmalarının sağlık yönetimi üzerindeki etkilerinin dikkate alınmasının önemini göstermektedir.

Bu çalışmada, RA tanısı ile izlenen bireylerden tanı süresi 10 yıldan fazla olanların, tanı süresi 1-10 yıl olanlara göre Sağlık Bakım Etkinliği'nin daha iyi olduğu tespit edilmiştir. Kurulan regresyon modelinde ise bu bulgu nicel olarak da gösterilmiştir. Bu durumda bireylerin tanıları ile geçen sürede, RA hastalığına yönelik farkındalık kazandıkları, deneyimlerinin arttığı ve bu durumun sağlık bakımını daha etkin bir şekilde yönetmelerine olanak sağladığı görülmektedir. Benzer şekilde, Doumen ve arkadaşları (2021), erken RA döneminde olan bireylerde tedaviye erken yanıtın uzun vadeli öz-yeterliği artırdığını ve tanı süresinin sağlık

yönetimi üzerinde belirgin bir etkisi olduğunu bildirmiştir (166). Bektaş ve Uysal'ın (2024) kronik hastalığa sahip bireylerle yaptığı çalışmasında ise tanı süresi ile Sağlık Bakım Etkinliği arasında negatif bir ilişki bulunmuş, ancak bu örneklemin yalnızca %3,18'inin romatolojik hastalıklardan oluşan heterojen bir grup olduğu belirtilmiştir (168).

5.3.4. Tedavi Uyumu

Bu çalışmada, RA tanısı ile izlenen bireylerin eklem ve mobilizasyonu etkileyebilecek ameliyat öyküsü olanların, hiç ameliyat öyküsü olmayanlara göre tedaviye uyumlarının daha iyi olduğu görülmüştür. Kurulan regresyon modelinde ise bu bulgu nicel olarak gösterilmiştir. Literatür bu bulguyu destekler niteliktedir. Örneğin, Jugel ve arkadaşları (2022), Tedavi Uyumu'nun, ilaç gerekliliğine olan inanç ve tedaviye dair kaygılarla ilişkili olduğunu, bu farkındalığın cerrahi gibi ciddi sağlık deneyimlerinden sonra güçlenebileceğini bildirmiştir(169). Benzer şekilde, Postnikova ve arkadaşları (2022), uzun süreli RA tanısı ile izlenen bireylerde tıbbi desteğe güvenin ve kortikosteroid kullanımının tedavi uyumunu artırdığını, bu sürecin karmaşık sağlık geçmişi olan bireylerde daha belirgin olduğunu vurgulamıştır (141). Mohamadzadeh ve arkadaşlarının (2023) çalışması ise ciddi sağlık olaylarının tedaviye bağlılık üzerinde olumlu etkiler yaratabileceğini bildirmiştir (142). Bu bağlamda, eklem ve mobilizasyonu etkileyen ameliyatların sonrasında, zaten mevcut olan RA hastalığına ait şikayetlerine ek olarak, postoperatif dönemde yaşanan ağrı, hareket kısıtlılığı ve günlük aktivitelerdeki zorluklar, hastalığın ciddiyetine dair farkındalığı güçlendirebilir ve bireyleri ileride benzer şeyleri yaşamamak için tedaviye daha sıkı bağlı kalmaya yönlendirebilir. Ayrıca, ameliyat sürecinde sağlık çalışanlarının sağladığı bilgilendirme ve destek, bireylerin tedaviye olan güvenini ve motivasyonunu artırabilir. Bu durum, bireylerin tedavi planlarını daha dikkatli uygulamalarına katkı sağlayabilir.

5.4. ROMATOİD ARTRİT TANISI İLE İZLENEN BİREYLERDE KRONİK HASTALIK ÖZ YÖNETİMİ, HASTALIK AKTİVİTESİ VE KİNEZYOFOBİ ARASINDAKİ İLİŞKİLERİN TARTIŞILMASI

5.4.1. Kendini Damgalama, Hastalık Aktivitesi ve Kinezyofobi İlişkisi

Bu çalışmada RA tanısı ile izlenen bireylerin hastalık aktivitesi arttıkça, kendilerini daha fazla damgaladıkları görülmüştür. Bu durumda bireylerin eklem şikâyetlerinin yoğunluğu, şişlik, ağrı ve sabah tutukluluğu gibi hastalık aktivitesini gösteren bulguların fazlalığı, bireylerde kendilerini damgalama düzeyini artırdığı belirlenmiştir. Literatürde bu ilişkiyi destekleyen yayınlar bulunmaktadır (38, 136, 137 139, 170). Kurulan regresyon modelinde aynı ilişkinin olduğu nicel olarak doğrulanmıştır. Bu durum, hastalık aktivitesinin yalnızca fiziksel değil, bireylerin özalgısı üzerinde etkili olduğunu göstermektedir.

Kendini Damgalama alt boyutunun kinezyofobi ile arasındaki ilişkiye bakıldığında, bireylerin kinezyofobi düzeyleri arttıkça, Kendini Damgalama düzeylerinin de arttığı tespit edilmiştir. RA tanısı ile izlenen bireylerde, fiziksel hareketten kaçınma durumunun Kendini Damgalama ile ilişkili olması beklenen bir bulgudur. Hareketten kaçınma, kronik ağrı ve yetersizlik hissini artırarak bireyin sosyal izolasyon ve damgalama algısının güçlenmesine yol açabilir. Literatürde (148, 171), kinezyofobi seviyelerinin ağrı şiddeti ve düşük öz-yeterlilikle ilişkili olduğunu ve bu durumun bireylerin kendini damgalama algısını artırdığı bildirilmiştir. Aynı ilişkiyi incelemek için kurulan çoklu doğrusal regresyon modelinde bu durum, kinezyofobi ve Kendini Damgalama arasındaki anlamlı ilişkiyi ortaya koymaktadır. Orta düzeydeki pozitif korelasyonu destekleyen bu regresyon analizi, hareket korkusunun bireyin Kendini Damgalama algısı üzerinde doğrudan anlamlı bir etkisi olduğunu göstermektedir. Bu nedenle hemşireler, hareket korkusunu azaltmaya yönelik müdahalelerde bulunup, bireylerin hem fiziksel hem de psikososyal iyilik halini desteklemeli ve yaşam kalitesini arttırmalıdır.

5.4.2. Damgalamayla Baş Etme, Hastalık Aktivitesi ve Kinezyofobi İlişkisi

Damgalamayla Baş Etme alt boyutunda hastalık aktivitesi ve kinezyofobi ile yapılmış analizlerde ilişki görülmemiştir. Damgalamayla Baş Etme'nin sosyal destek, öz-yeterlik ve

psikolojik dayanıklılık gibi psikososyal faktörlerden daha fazla etkilendiği (5,6), bu nedenle biyolojik ve klinik değişkenlerin etkisinin sınırlı kalmış olabileceği düşünülmektedir.

5.4.3. Sağlık Bakım Etkinliği, Hastalık Aktivitesi ve Kinezyofobi İlişkisi

Bu çalışmadaki RA tanısı ile izlenen bireylerin hastalık aktivitesi arttıkça, Sağlık Bakım Etkinliği'nin düştüğü tespit edilmiştir. Bu durumda, hastalığa ait eklem bulguları ve şikayetlerin artışıyla bireylerin sağlığını yönetme, hastalık ve tedavi hakkında bilgi sahibi olma, kendine iyi bakma, sağlık hizmetlerini etkili kullanma ve bakım süreçlerini yönetme kapasitelerinin azaldığı görülmektedir. Bu ilişki, hastalık aktivitesinin artmasının bireylerin hastalık özyönetimini olumsuz etkileyebileceğini ve daha fazla desteğe ihtiyaç duyulabileceğini göstermektedir. Hastalık aktivitesinin yalnızca fiziksel durumları değil, aynı zamanda bireylerin sağlık davranışlarını ve öz-yönetim becerilerini de olumsuz etkilediği görülmektedir. Literatürde (172,173,174), RA tanılı bireylerde yüksek hastalık aktivitesinin ve ağrı seviyelerinin, bireylerin Sağlık Bakım Etkinliğini olumsuz yönde etkilediği gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Kinezyofobi ve Sağlık Bakım Etkinliği arasında ise bir ilişki tespit edilmemiştir.

5.4.4. Tedavi Uyumu, Hastalık Aktivitesi ve Kinezyofobi

Bu çalışmada RA tanısı ile izlenen bireylerin hastalık aktivitesi ve kinezyofobinin Tedavi Uyumu ile düşük düzeyde negatif yönlü ilişkisi görülürken, kurulan regresyon modelinde ilişki görülmemiştir. Bunun sebebi düşük düzeydeki korelasyonun, bağımlı değişkenler ile güçlü bir ilişki bulunmadığından ve regresyon modelinde anlamlı bir etki gösterememiş olabilir. Korelasyon ve çoklu doğrusal regresyon analizleri arasındaki bu farklılık, tedavi uyumunu etkileyen faktörlerin karmaşık ve çok boyutlu olduğunu ortaya koymaktadır. Hastalık aktivitesi ve kinezyofobi, Tedavi Uyumu'nu etkileyen başka değişkenler aracılığıyla tedavi uyumuna etki ediyor olabilir. İlişkilerin daha net anlaşılması için Tedavi Uyumu'nu etkileyen daha güçlü başka faktörleri (örneğin, sosyal destek, depresyon düzeyi, sağlık okuryazarlığı gibi) dahil ederek daha kapsamlı analizlerin yapılmasının faydalı olacağı öngörülmektedir.

5.4.5. Hastalık Aktivitesi ve Kinezyofobi İlişkisi

Literatürde hastalık aktivitesi ve kinezyofobi arasında ilişki sıkça incelenmiş bir ilişkidir. Hastalık aktivitesinin yüksek olduğu durumlarda, eklem ağrısı, sabah tutukluğu ve fiziksel hareketlerdeki kısıtlılıklar, bireylerin hareket etme konusundaki güvenini sarsabilmektedir (14,175).

Bu çalışmada, RA tanısı ile izlenen bireylerde hastalık aktivitesi ve kinezyofobi düzeyi arasındaki ilişkiye bakıldığında; hastalık aktivitesi arttıkça kinezyofobi seviyelerinin de orta düzeyde arttığı tespit edilmiştir. Baysalhan (2021) 'ın çalışmasında RA ve kinezyofobi ilişkisi incelenmiş ve bu çalışmanın bulgularıyla benzer şekilde hastalık aktivite düzeyi ve kinezyofobi arasında pozitif bir ilişki bulduğunu bildirmiştir (14). Kınıklı ve arkadaşları (2018), RA tanısı ile izlenen bireyler ile yaptığı çalışmada ağrı ve kinezyofobi arasında pozitif ilişki olduğunu bildirmiştir (123). Baday ve Ekinci (2022) RA tanısı ile izlenen bireylerde sabah tutukluluğu arttıkça kinezyofobi skorlarının da arttığını bildirmiştir (149). Bu durumda hastaların hastalık aktivitesi, ağrı, şişlik, tutukluluk ve hassasiyet gibi eklem bulguları arttıkça hareket etmeye yönelik kaçınma davranışının da arttığı görülmektedir.

Yıldırım'ın (2023) çalışmasında SLE ve RA tanısı ile izlenen bireyler arasında kinezyofobi karşılaştırılması yapılmış ve RA tanısı ile izlenen bireylerin, SLE tanısı ile izlenen bireylerden 2,2 kat daha fazla kinezyofobi yaşadığı gösterilmiştir. Yıldırım, RA tanısıyla izlenen bireylerde SLE tanısıyla izlenen bireylere göre daha fazla kinezyofobi yaşamasını, RA tanılı bireylerde daha fazla eklem tutulumu görüldüğü için hareket etme korkusu olabileceği ile ilişkilendirmiştir (20). Benzer şekilde Selçuk ve arkadaşlarının (2018) yaptığı çalışmada ise ankilozan spondilit ve RA tanısı ile izlenen bireylerle kinezyofobi düzeyleri değerlendirilmiş, RA'lerin ankilozan spondilit tanısı ile izlenen bireylere göre daha yüksek kinezyofobi yaşadığı bildirilmiştir (176). Bu üç hastalığın farklı otoimmün profillere sahip olmasına rağmen, kinezyofobi sorununun ortak bir problem olduğunu ve RA tanısıyla izlenen bireylerin bu konuda daha çok dikkat edilmesi gereken grup olduğunu ortaya koymaktadır.

Bu çalışmaların aksine Özlü ve Leblebicier (2022) remisyondaki RA tanısıyla izlenen bireylerle kinezyofobi üzerine çalışmış ve aralarında anlamlı bir ilişki bulunmadığını bildirmiştir (19). Ancak bu bulgu, hastalık aktivitesinin düşük olduğu durumlarda kinezyofobi

düzeylerinin de azaldığını ve aktif şikayetlerin varlığıyla birlikte kinezyofobinin arttığını desteklemektedir. Bu doğrultuda kinezyofobinin hastalık aktivitesi ile doğrudan ilişkisi olduğunu ve hastalık yönetimini doğrudan etkileyen bir faktör olduğunu göstermektedir.

İlgili literatür, bu çalışmanın bulguları ile tutarlı olup, RA tanısı ile izlenen bireylerde hastalık aktivitesi ve kinezyofobi arasındaki pozitif ilişkiyi desteklemektedir. Bu bağlamda, hastalık aktivitesinin kontrol altına alınması ve etkili ağrı yönetimi, RA tanısı ile izlenen bireylerin kinezyofobi düzeyini azaltarak hastalık öz yönetim becerilerini geliştirebilir. Bu nedenle, kinezyofobiyi azaltmaya yönelik stratejilerin, hastalık yönetimi protokollerine entegre edilmesi, bireylerin kendi tedavi süreçlerine daha etkin katılım göstermelerine ve öz yönetim becerilerinin artmasına katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma sonuçlarına göre;

- KHÖY'nin alt boyut ortalamalarına göre Kendini Damgalama düzeyleri 2,28±0,91, Damgalama ile Baş Etme düzeyleri 3,39±0,82, Sağlık Bakım Etkinliği düzeyleri 3,90±0,94 ve Tedavi Uyumu düzeyleri 4,28±0,79 olduğu tespit edilmiştir.
- RA tanılı bireylerin %42,4'ünün orta düzeyde hastalık aktivitesi (4,55±2,15) ve %81,91'inin yüksek düzeyde kinezyofobi (44,41±7,46) yaşadığı tespit edilmiştir.
- Hastalık aktivitesi arttıkça, kinezyofobi düzeylerinin de arttığı saptanmıştır.
- BKİ arttıkça hastalık aktivitesi, kinezyofobi, yaş ve tanı süresi düzeylerinin de arttığı tespit edilmiştir.
- Hastalık aktivitesi ve kinezyofobinin, Sağlık Bakım Etkinliği ve Tedavi Uyumu alt boyutları üzerinde sınırlı etkisi olduğu saptanmıştır.
- Hastalık aktivitesi ve kinezyofobi düzeyleri arttıkça, Kendini Damgalama puanlarının da arttığı belirlenmiştir.
- Sigara öyküsü olmayan ve egzersiz yapan bireylerin Damgalama ile Baş Etne düzeylerinin daha iyi tespit edilmiştir.
- Tanı süresi 10 yıldan daha fazla olan bireylerin Sağlık Bakım Etkinliğinin daha fazla olduğu belirlenmiştir. Ayrıca hastalık aktivitesi arttıkça, sağlık bakım etkinliğinin azaldığı tespit edilmiştir.
- Eklem ve mobiliteyi etkileyen bir ameliyat öyküsü olan bireylerin Tedavi Uyumu'nun daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Sonuçlar doğrultusunda öneriler şu şekildedir;

- Romatoid artrit tanılı bireylere hastalık aktivitesinin kontrol altına alınması için multidisipliner bir yaklaşımla, etkili farmakolojik ve non-farmakolojik semptom yönetimi sağlanmalı ve hastalık semptomlarıyla baş etmelerini kolaylaştıracak, özyönetimleri destekleyecek eğitimler ve girişimler planlanmalıdır.

- Romatoid artrit tanılı bireyler kinezyofobi açısından değerlendirilmeli, hareket korkusunu azaltmaya yönelik kapsamlı eğitimler, düşük yoğunluklu egzersizler, bilişsel

davranışçı terapiler, destek grupları, güvenli çevre düzenlemeleri ve motivasyonel danışmanlık sağlanmalıdır.

- RA tanısı ile izlenen bireylerde öz yönetimlerini iyileştirmeye yönelik ve hastalık aktivitesi ile kinezyofobiyi azaltma ve müdahale içerikli araştırmaların yapılması önerilmektedir.

7. KAYNAKÇA

1. Entezami, P., Fox, D. A., Clapham, P. J., & Chung, K. C. (2011). Historical perspective on the etiology of rheumatoid arthritis. *Hand clinics*, *27*(1), 1–10. https://doi.org/10.1016/j.hcl.2010.09.006
2. Radu AF, Bungau SG. Management of Rheumatoid Arthritis: An Overview. Cells. 2021 Oct 23;10(11):2857. doi: 10.3390/cells10112857. PMID: 34831081; PMCID: PMC8616326
3. Almutairi, K., Nossent, J., Preen, D., Keen, H., & Inderjeeth, C. (2021). The global prevalence of rheumatoid arthritis: a meta-analysis based on a systematic review. *Rheumatology international*, *41*(5), 863–877. https://doi.org/10.1007/s00296-020-04731-0
4. Tuncer, T., Gilgil, E., Kaçar, C., Kurtaiş, Y., Kutlay, Ş., Bütün, B., Yalçin, P., Akarirmak, Ü., Altan, L., Ardiç, F., Ardiçoğlu, Ö., Altay, Z., Cantürk, F., Cerrahoğlu, L., Çevik, R., Demir, H., Durmaz, B., Dursun, N., Duruöz, T., Erdoğan, C., … Guillemin, F. (2018). Prevalence of Rheumatoid Arthritis and Spondyloarthritis in Turkey: A Nationwide Study. *Archives of rheumatology*, *33*(2), 128–136. DOI: 10.5606/ArchRheumatol.2018.6480
5. Ngai, S. S. Y., Jiang, S., Cheung, C. K., Wang, L., & Tang, H. Y. (2021). Trust in mutual aid group members, self-management of chronic illness, and well-being among young patients with chronic illness in Hong Kong. *Children and Youth Services Review*, *130*, 106240.
6. Ngai, SSY., Cheung, CK., Ng, YH., Tang, HY., Ngai, HL., Wong, KHC. Development and validation of the chronic illness selfmanagement (CISM) scale: Data from a young patient sample in Hong Kong. Children and Youth Services Review, 2020;114-105077. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105077
7. Vermaak, V., Briffa, N.K., Langlands, B. *et al.* Evaluation of a disease specific rheumatoid arthritis self-management education program, a single group repeated measures study. *BMC Musculoskelet Disord* 16, 214 (2015). https://doi.org/10.1186/s12891-015-0663-6
8. Shao, J. H., Yu, K. H., & Chen, S. H. (2021). Effectiveness of a self-management program for joint protection and physical activity in patients with rheumatoid arthritis: A randomized controlled trial. *International journal of nursing studies*, *116*, 103752. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103752
9. Nikiphorou, E., Santos, E., Marques, A., Böhm, P., Bijlsma, J., Daien, C., Esbensen, B., Ferreira, R., Fragoulis, G., Holmes, P., McBain, H., Metsios, G., Moe, R., Stamm, T., De Thurah, A., Zabalan, C., Carmona, L., & Bosworth, A. (2021). 2021 EULAR recommendations for the implementation of self-management strategies in patients with inflammatory arthritis. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 80, 1278 - 1285. https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2021-220249.

10. MacIver, A., Hollinger, H., & Carolan, C. (2021). Tele-health interventions to support self-management in adults with rheumatoid arthritis: a systematic review. *Rheumatology International*, 41, 1399 - 1418. https://doi.org/10.1007/s00296-021-04907-2.
11. Spijk-de Jonge, M. J., Manders, S. H. M., Huis, A. M. P., Elwyn, G., van de Laar, M. A. F. J., van Riel, P. L. C. M., & Hulscher, M. E. J. L. (2021). Co-Design of a Disease Activity Based Self-Management Approach for Patients with Rheumatoid Arthritis. *Mediterranean journal of rheumatology*, *32*(1), 21–30. https://doi.org/10.31138/mjr.32.1.21
12. El Miedany, Y., Palmer, D., Abu-Zaid, M. H., et al. (2023). Disease-agnostic self-management program: Impact on disease activity and health-related quality of life measures for patients living with chronic inflammatory arthritis. *Annals of the Rheumatic Diseases, 82*, 490. https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2023-eular.490
13. Aletaha, D., & Smolen, J. S. (2018). Diagnosis and Management of Rheumatoid Arthritis: A Review. *JAMA*, *320*(13), 1360–1372. https://doi.org/10.1001/jama.2018.13103
14. Baysalhan Öztürk, İ., Garip, Y., Sivas, F., Parlak Özden, M., & Bodur, H. (2021). Kinesiophobia in rheumatoid arthritis patients: Relationship with quadriceps muscle strength, fear of falling, functional status, disease activity, and quality of life. *Archives of Rheumatology, 36*(3), 427–434. https://doi.org/10.46497/ArchRheumatol.2021.8535
15. Bergsten, L, C., Lundberg, M., Lindberg, P., & Elfving, B. (2012). Change in kinesiophobia and its relation to activity limitation after multidisciplinary rehabilitation in patients with chronic back pain. *Disability and rehabilitation*, *34*(10), 852–858. https://doi.org/10.3109/09638288.2011.624247
16. Gürüs, T. (2023). *Romatoid artrit hastalarında görülen kinezyofobinin normal popülasyonla karşılaştırılması / Comparison of Kinesiophobia in Rheumatoid Arthritis Patients with Normal Population* (tıpta uzmanlık tezi). Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı.
17. Knapik, A., Saulicz, E., & Gnat, R. (2011). Kinesiophobia - introducing a new diagnostic tool. *Journal of human kinetics*, *28*, 25–31. https://doi.org/10.2478/v10078-011-0019-8
18. Lööf, H., Demmelmaier, I., Henriksson, E. W., Lindblad, S., Nordgren, B., Opava, C. H., & Johansson, U. B. (2015). Fear-avoidance beliefs about physical activity in adults with rheumatoid arthritis. *Scandinavian journal of rheumatology*, *44*(2), 93–99. https://doi.org/10.3109/03009742.2014.932432
19. Özlü, A., & Akdeniz Leblebicier, M. (2022). Does remission in rheumatoid arthritis bring kinesiophobia, quality of life, fatigue, and physical activity closer to normal?. *Archives of rheumatology*, *37*(4), 603–612. https://doi.org/10.46497/ArchRheumatol.2022.9552

20. Yıldırım, N. (2023). Comparison of kinesiophobia in patients with rheumatoid arthritis and systemic lupus erythematosus. *European Review for Medical & Pharmacological Sciences*, *27*(23).
21. Uslu, N. (2023). *Kronik kalp yetersizliği hastalarına verilen sağlık davranışlarını geliştirme eğitiminin kronik hastalık öz yönetimi ve hastalık semptomları üzerine etkisinin değerlendirilmesi* (Yüksek lisans tezi). Yeditepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı.
22. Kara, B. (2023). *Aleksitiminin kronik hastalık öz yönetimi üzerine olası etkisi* (Yüksek lisans tezi). Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye.
23. Saygılı, Z. (2023). *Kronik hastalık öz yönetiminin, sağlık kontrol odağı ile ilişkisi: Diyabet hastaları üzerine çalışma* (Yüksek lisans tezi). Kırıkkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı.
24. Çelik, M. (2024). *Yaşlı bireylerde yaşam kalitesi ile kronik hastalık öz yönetimi arasındaki ilişki ve sağlık hizmetlerinden beklentileri: Erzincan ili örneği* (Yüksek lisans tezi). Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hamidiye Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Sanat Yönetimi Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye.
25. WHO, 2023 Rheumatoid Arthritis. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/Rheumatoid-arthritis Erişim Tarihi: 03.09.2024
26. Yang, W., Xu, Y., Lin, J., Liu, J., Tan, Y., Chen, J., & Wang, X. (2023). Global, regional and national burden of rheumatoid arthritis, and attributable risk factors from 1990 to 2019: update from the Global Burden of Disease 2019 study. *Clinical and experimental rheumatology*, *41*(7), 1516–1527. https://doi.org/10.55563/clinexprheumatol/h9lvvc
27. Zou, W., Fang, Y., Xu, D., & Zhu, Y. (2023). Increasing global burden of rheumatoid arthritis: an epidemiological analysis from 1990 to 2019. *Archives of medical science : AMS*, *19*(4), 1037–1048. https://doi.org/10.5114/aoms/162629
28. Zlatković-Švenda, M., Saraux, A., Tuncer, T., Dadoniene, J., Miltiniene, D., Gilgil, E., Stojanović, R., & Guillemin, F. (2021). Rheumatoid arthritis and spondyloarthritis prevalence in four European countries – A comparative study. *Serbian Archives of Medicine*, 149(5), 303-310. https://doi.org/10.2298/SARH210530063Z
29. GBD 2021 Rheumatoid Arthritis Collaborators (2023). Global, regional, and national burden of rheumatoid arthritis, 1990-2020, and projections to 2050: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet. Rheumatology*, *5*(10), e594–e610. https://doi.org/10.1016/S2665-9913(23)00211-4

30. Cai, Y., Zhang, J., Liang, J., Xiao, M., Zhang, G., Jing, Z., Lv, L., Nan, K., & Dang, X. (2023). The Burden of Rheumatoid Arthritis: Findings from the 2019 Global Burden of Diseases Study and Forecasts for 2030 by Bayesian Age-Period-Cohort Analysis. *Journal of clinical medicine*, *12*(4), 1291. https://doi.org/10.3390/jcm12041291
31. Favalli, E. G., Biggioggero, M., Crotti, C., Becciolini, A., Raimondo, M. G., & Meroni, P. L. (2019). Sex and Management of Rheumatoid Arthritis. *Clinical reviews in allergy & immunology*, *56*(3), 333–345. https://doi.org/10.1007/s12016-018-8672-5
32. Lin, Y. J., Anzaghe, M., & Schülke, S. (2020). Update on the Pathomechanism, Diagnosis, and Treatment Options for Rheumatoid Arthritis. *Cells*, *9*(4), 880. https://doi.org/10.3390/cells9040880
33. Ayan, G., & Hamuryudan, V. (2020). Romatoid artrit hastalarında mortalite. *Ulusal Romatoloji Dergisi*, 12(2), 57-63. https://doi.org/10.4274/raed.galenos.2020.36855
34. Kłodziński, Ł., & Wisłowska, M. (2018). Comorbidities in rheumatic arthritis. *Reumatologia*, *56*(4), 228–233. https://doi.org/10.5114/reum.2018.77974
35. Kronzer, V. L., & Davis, J. M., 3rd (2021). Etiologies of Rheumatoid Arthritis: Update on Mucosal, Genetic, and Cellular Pathogenesis. *Current rheumatology reports*, *23*(4), 21. https://doi.org/10.1007/s11926-021-00993-0
36. Scherer, H. U., Häupl, T., & Burmester, G. R. (2020). The etiology of rheumatoid arthritis. *Journal of autoimmunity*, *110*, 102400. https://doi.org/10.1016/j.jaut.2019.102400
37. McCarthy, M., & Raval, A. P. (2020). The peri-menopause in a woman's life: a systemic inflammatory phase that enables later neurodegenerative disease. *Journal of neuroinflammation*, *17*(1), 317. https://doi.org/10.1186/s12974-020-01998-9
38. Zhang, X., Qiao, P., Guo, Q., Liang, Z., Pan, J., Wu, F., Wang, X., & Zhang, L. (2022). High Follicle-Stimulating Hormone Level Associated With Risk of Rheumatoid Arthritis and Disease Activity. *Frontiers in endocrinology*, *13*, 862849. https://doi.org/10.3389/fendo.2022.862849
39. Gerardi, M. C., Crisafulli, F., García-Fernandez, A., Lini, D., et al (2022). Stopping bDMARDs at the beginning of pregnancy is associated with disease flares and preterm delivery in women with rheumatoid arthritis. *Frontiers in pharmacology*, *13*, 887462. https://doi.org/10.3389/fphar.2022.887462
40. Amini, L., Kalhor, M., Haghighi, A., Seyedfatemi, N., & Hosseini, F. (2018). Effect of oral contraceptive pills on rheumatoid arthritis disease activity in women: A randomized clinical trial. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran*, *32*, 61. https://doi.org/10.14196/mjiri.32.61
41. Hadizadeh, F., Johansson, T., Johansson, Å., Karlsson, T., & Ek, W. E. (2024). Effects of oral contraceptives and menopausal hormone therapy on the risk of rheumatoid arthritis: a

prospective cohort study. *Rheumatology (Oxford, England)*, *63*(8), 2101–2108. https://doi.org/10.1093/rheumatology/kead513

42. Duggal, N., Raza, K., Sharma-Oates, A., Rivera, N., Padyukov, L., Pratt, A., Niemantsverdriet, E., Van Der Helm-Van Mil, A., Jones, S., & Lord, J. (2022). Ab0034 Investıgatıng The Role Of Accelerated Immunesenescence In The Pathogenesıs Of Rheumatoıd Arthrıtıs. *Annals of the Rheumatic Diseases*. https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2022-eular.4896.
43. Romão, V. C., & Fonseca, J. E. (2021). Etiology and Risk Factors for Rheumatoid Arthritis: A State-of-the-Art Review. *Frontiers in medicine*, *8*, 689698. https://doi.org/10.3389/fmed.2021.689698
44. Liu, H. Y., Liu, Q. H., Li, Z. R., Deng, C. S., Zhang, X. P., & Wan, L. H. (2024). The cognitive appraisal path of stroke knowledge, coping traits, family functioning and stigma among stroke patients: A moderated parallel mediation model. *Journal of clinical nursing*, *33*(3), 1048–1061. https://doi.org/10.1111/jocn.16909
45. Lee Y. H. (2022). Causal association of gut microbiome on the risk of rheumatoid arthritis: a Mendelian randomisation study. *Annals of the rheumatic diseases*, *81*(1), e3. https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2019-216747
46. Dourado, E., Ferro, M., Sousa Guerreiro, C., & Fonseca, J. E. (2020). Diet as a Modulator of Intestinal Microbiota in Rheumatoid Arthritis. *Nutrients*, *12*(11), 3504. https://doi.org/10.3390/nu12113504
47. Hedström, A. K., Klareskog, L., & Alfredsson, L. (2019). Interplay between obesity and smoking with regard to RA risk. *RMD open*, *5*(1), e000856. https://doi.org/10.1136/rmdopen-2018-000856
48. Moroni, L., Farina, N., & Dagna, L. (2020). Obesity and its role in the management of rheumatoid and psoriatic arthritis. *Clinical Rheumatology*, 39, 1039-1047. https://doi.org/10.1007/s10067-020-04963-2.
49. Garza-Cisneros, A., Colunga-Pedraza, I., Galarza-Delgado, D., Azpiri-Lopez, J., Rodriguez-Romero, A., Balderas-Palacios, M., García-Heredia, A., Guajardo-Jauregui, N., Cárdenas, A., & Alvarado, D. (2022). AB0296 Relatıonshıp Between Obesıty And Acute Phase Reactants In Rheumatoıd Arthrıtıs. *Annals of the Rheumatic Diseases*. https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2022-eular.3427.
50. Hassan, A., Mohammed, A., & Adel, A. (2020). icrobial Infections Associated with Rheumatoıd Arthritis Patients in Babylon Provınce-Iraq. 7, 1067-1069 DOI: 10.31838/jcr.07.13.180
51. Manukyan, N., Vardanyan, V., Ginosyan, K., Sargsyan, A., & Mardoyan, S. (2022). AB1107 COVID-19 Infection May Be Trigger For Development of Immune-Mediated Diseases

(IMDs). *Annals of the Rheumatic Diseases*. https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2022-eular.1585.

52. Nakamura, H., Nagasawa, Y., Kobayashi, H., Tsukamoto, M., Takayama, T., & Kitamura, N. (2022). Successful Treatment of SARS-CoV-2 Vaccination-related Activation of Rheumatoid Arthritis with Positive Findings for Epstein-Barr Virus. *Internal medicine (Tokyo, Japan)*, *61*(13), 2073–2076. https://doi.org/10.2169/internalmedicine.9433-22
53. Boudigaard, S. H., Schlünssen, V., Vestergaard, J. M., Søndergaard, K., Torén, K., Peters, S., Kromhout, H., & Kolstad, H. A. (2021). Occupational exposure to respirable crystalline silica and risk of autoimmune rheumatic diseases: a nationwide cohort study. *International journal of epidemiology*, *50*(4), 1213–1226. https://doi.org/10.1093/ije/dyaa287
54. Kronzer, V., & Sparks, J. (2022). Occupational inhalants, genetics and the respiratory mucosal paradigm for ACPA-positive rheumatoid arthritis. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 82, 303 - 305. https://doi.org/10.1136/ard-2022-223286
55. Kang, J., Jeong, S. H., Lee, K., Park, N., Jung, H., Lee, K., & Ju, J. H. (2020). Exacerbation of symptomatic arthritis by cigarette smoke in experimental arthritis. *PloS one*, *15*(3), e0230719. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0230719
56. Schmajuk, G., Trupin, L., Yelin, E., & Blanc, P. D. (2019). Prevalence of Arthritis and Rheumatoid Arthritis in Coal Mining Counties of the United States. *Arthritis care & research*, *71*(9), 1209–1215. https://doi.org/10.1002/acr.23874
57. Nguyen, Y., Salliot, C., Mariette, X., Boutron-Ruault, M., & Seror, R. (2021). OP0012 Associatıon Between Passive Smoking In Childhood and Adulthood, and Rheumatoid Arthritis: Results From The French E3n-Epic Cohort Study. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 80, 7-8. https://doi.org/10.1136/ANNRHEUMDIS-2021-EULAR.1260.
58. İmren, Y., & Yüce, A. (2022). Eklem fizyolojisi ve eklem hastalıklarının patofizyolojik temelleri. *TOTBİD Dergisi*, 21, 487-491. https://doi.org/10.5578/totbid.dergisi.2022.67
59. Díaz-González, F., & Hernández-Hernández, M. V. (2023). Rheumatoid arthritis. Artritis reumatoide. *Medicina clinica*, *161*(12), 533–542. https://doi.org/10.1016/j.medcli.2023.07.014
60. Birol, L., & Tokem, Y. (2020). Eklem ve bağ dokusu hastalıkları ve hemşirelik bakımı. In N. Akdemir & L. Birol (Editör), *İç hastalıkları ve hemşirelik bakımı*. (Ünite 15 Bölüm 1) Ankara: Akademisyen Kitabevi A.Ş.
61. Torres, A., Pedersen, B., Cobo, I., Ai, R., Coras, R., Murillo-Saich, J., Nygaard, G., Sanchez-Lopez, E., Murphy, A., Wang, W., Firestein, G. S., & Guma, M. (2022). Epigenetic Regulation of Nutrient Transporters in Rheumatoid Arthritis Fibroblast-like Synoviocytes. *Arthritis & rheumatology (Hoboken, N.J.)*, *74*(7), 1159–1171. https://doi.org/10.1002/art.42077

62. Mert, H. (2019). Romatoid Artrit Bakımı ve Yönetimi. (Ed.), Olgu Senaryolarıyla İç Hastalıkları Hemşireliği içinde (s:591-603) ve İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevleri
63. Smolen, J. S., Aletaha, D., & McInnes, I. B. (2016). Rheumatoid arthritis. *Lancet (London, England)*, *388*(10055), 2023–2038. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30173-8
64. Lin, Y. J., Anzaghe, M., & Schülke, S. (2020). Update on the Pathomechanism, Diagnosis, and Treatment Options for Rheumatoid Arthritis. *Cells*, *9*(4), 880. https://doi.org/10.3390/cells9040880
65. Wu, D., Luo, Y., Li, T., Zhao, X., Lv, T., Fang, G., Ou, P., Li, H., Luo, X., Huang, A., & Pang, Y. (2022). Systemic complications of rheumatoid arthritis: Focus on pathogenesis and treatment. *Frontiers in immunology*, *13*, 1051082. https://doi.org/10.3389/fimmu.2022.1051082
66. Firestein, G., Guma, M. (2024). Pathogenesis of rheumatoid arthritis. UptoDate Review. Erişim Tarihi 27.03.2024
67. Dilşen, N., Büyüköztürk, K., Atamer, T., ve diğerleri. (2007). Romatoid artrit. *İç Hastalıkları*. Nobel Tıp Kitabevleri, 2709-2010.
68. Hamuryudan, V. (2007). Romatoid Artrit. İstanbul: Medikal Yayıncılık.
69. Scott, D. L., Wolfe, F., & Huizinga, T. W. (2010). Rheumatoid arthritis. *Lancet (London, England)*, *376*(9746), 1094–1108. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60826-4
70. Cojocaru, M., Cojocaru, I. M., Silosi, I., Vrabie, C. D., & Tanasescu, R. (2010). Extra-articular Manifestations in Rheumatoid Arthritis. *Maedica*, *5*(4), 286–291.
71. Altındal, M. (2013). *Sekonder amiloidozu ve böbrek tutulumu olan hastalarda prognozu etkileyen faktörler*. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Ünitesi, Uzmanlık Tezi.
72. Ramos-Remus, C., Duran-Barragan, S., & Castillo-Ortiz, J. D. (2012). Beyond the joints: neurological involvement in rheumatoid arthritis. *Clinical rheumatology*, *31*(1), 1–12. https://doi.org/10.1007/s10067-011-1841-z
73. Doğan, İ., Gök, K., Apaydın, H., & Armağan, B. (2022). Evaluation of Quality of Life Scales According to Disease Activity in Rheumatoid Arthritis. Acıbadem Univ. Sağlık Bilim. Derg. , 13(3), 374-378. https://doi.org/https://doi.org/10.31067/acusaglik.1032580.
74. Pope J. E. (2020). Management of Fatigue in Rheumatoid Arthritis. *RMD open*, *6*(1), e001084. https://doi.org/10.1136/rmdopen-2019-001084
75. Jarrett S, Quinn MA, Emery P. The evidence for early ıntervention In rheumatoid arthritis. International Journal of Advances In Rheumatology. 2003; 1(2):42-51.
76. Gibofsky A. Epidemiology, pathophysiology, and diagnosis of rheumatoid arthritis: A Synopsis. Am J Manag Care. 2014 May;20(7 Suppl):S128-35. PMID: 25180621.

77. Taylor P. C. (2020). Update on the diagnosis and management of early rheumatoid arthritis. *Clinical medicine (London, England)*, *20*(6), 561–564. https://doi.org/10.7861/clinmed.2020-0727
78. Aletaha, D., Neogi, Tet., et al. (2010). 2010 rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. *Annals of the rheumatic diseases*, *69*(9), 1580–1588. https://doi.org/10.1136/ard.2010.138461
79. Wasserman A. M. (2011). Diagnosis and management of rheumatoid arthritis. *American family physician*, *84*(11), 1245–1252.
80. Kerschbaumer, A., Sepriano, A., et al. (2022). Efficacy of synthetic and biological DMARDs: a systematic literature review informing the 2022 update of the EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 82, 95 - 106. https://doi.org/10.1136/ard-2022-223365.
81. Roodenrijs NMT, Hamar A, Kedves M, Nagy G, van Laar JM, van der Heijde D, Welsing PMJ. Pharmacological and non-pharmacological therapeutic strategies in difficult-to-treat rheumatoid arthritis: a systematic literature review informing the EULAR recommendations for the management of difficult-to-treat rheumatoid arthritis. RMD Open. 2021 Jan;7(1):e001512. doi: 10.1136/rmdopen-2020-001512
82. Majnik J, Császár-Nagy N, Böcskei G, Bender T, Nagy G. Non-pharmacological treatment in difficult-to-treat rheumatoid arthritis. Front Med (Lausanne). 2022 Aug 29;9:991677. doi: 10.3389/fmed.2022.991677.
83. England, B. R. (2023). Clinical manifestations of rheumatoid arthritis UpToDate Review. 2024 Erişim Tarihi 27.03.2024.
84. Fraenkel, L., Bathon, J. M., England, B. R., et al. (2021). 2021 American College of Rheumatology Guideline for the Treatment of Rheumatoid Arthritis. *Arthritis care & research*, *73*(7), 924–939. https://doi.org/10.1002/acr.24596
85. Kolasinski SL, Neogi T, Hochberg MC, Oatis C, Guyatt G, Block J., et al 2021 American College of Rheumatology Guideline for the Treatment of Rheumatoid Arthritis. Arthritis Care Res (Hoboken). 2022 Feb;74(2):161-177. doi: 10.1002/acr.24625
86. Bywall, K. S., Kihlbom, U., Hansson, M., Falahee, M., Raza, K., Baecklund, E., & Veldwijk, J. (2020). Patient preferences on rheumatoid arthritis second-line treatment: a discrete choice experiment of Swedish patients. *Arthritis research & therapy*, *22*(1), 288. https://doi.org/10.1186/s13075-020-02391-w
87. Çınar, F. İ., Çınar, M., Yılmaz, S., & Erdem, H. (Eds.). (2016). *Romatoloji hemşireliği ve klinik uygulamalar*. İstanbul: Deomed Yayıncılık,

88. Bullock, J.; Rizvi, S.A.A.; Saleh, A.M.; Ahmed, S.S.; Do, D.P.; Ansari, R.A.; Ahmed, J. Rheumatoid arthritis: A brief overview of the treatment. *Med. Princ. Pract.* **2019**, *27*, 501–507.

89. Torres, A., Pedersen, B., Cobo, I., Ai, R., Coras, R., Murillo-Saich, J., Nygaard, G., Sanchez-Lopez, E., Murphy, A., Wang, W., Firestein, G. S., & Guma, M. (2022). Epigenetic Regulation of Nutrient Transporters in Rheumatoid Arthritis Fibroblast-like Synoviocytes. *Arthritis & rheumatology (Hoboken, N.J.)*, *74*(7), 1159–1171. https://doi.org/10.1002/art.42077

90. CDC, 2020. https://search.cdc.gov/search/?query=rheumatoid%20arthritis%202020&dpage=1 Erişim Tarihi: 12.07.2024.

91. Durna, Z., & Oğuz, G. (2018). Kronik hastalıklar ve yönetimi. *Turkiye Klinikleri Internal Medicine Nursing-Special Topics, 4*(2), 1-10.

92. Luo, W., Zhang, X., & Ren, K. (2020). Self-Management in Patients with Rheumatoid Arthritis. IntechOpen. doi: 10.5772/intechopen.91047

93. Perez-Benzo, G. M., Muellers, K., Chen, S., Liu, B., Bagiella, E., O'Conor, R., Wolf, M. S., Wisnivesky, J. P., & Federman, A. D. (2021). Identifying Behavioral Phenotypes in Chronic Illness: Self-Management of COPD and Comorbid Hypertension. *Patient education and counseling*, *104*(3), 627–633. https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.08.025

94. Öztürk, Y. E., Yeşildal, M., Arık, Ö. & Fidan, Y. (2021). Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeğinin Türkçe Geçerlilik Güvenilirliği. Journal of Academic Value Studies, 7(3), 375-381. http://dx.doi.org/10.29228/javs.52376

95. Aletaha, D., Neogi, Tet., et al. (2010). 2010 rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. *Annals of the rheumatic diseases*, *69*(9), 1580–1588. https://doi.org/10.1136/ard.2010.138461

96. Böhler, C. (2016). Rheumatoid arthritis: the influence of disease activity on clinical and serological parameters.

97. Smolen, J. S. et al. (2020) EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2019 update. Annals of the Rheumatic Diseases, (doi: 10.1136/annrheumdis-2019-216655).

98. Kori, SH,. (1990). Kinesiophobia: a new view of chronic pain behavior. *Pain Manage*, *3*, 35-43.

99. Vlaeyen, J. W., & Linton, S. J. (1995). Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: A state of the art. *Pain*, 85(3), 317-332. https://doi.org/10.1016/0304-3959(95)00242-3

100. Lethem, J., Slade, P. D., Troup, J. D. G., & Bentley, G. (1983). Outline of a fear-avoidance model of exaggerated pain perception—I. *Behaviour research and therapy*, *21*(4), 401-408.

101. Desrosiers M. (2018). *KINAP Évaluation de la kinésiophobie; Guide de l'intervenant.* Québec: Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale.
102. Larsson, C., Ekvall Hansson, E., Sundquist, K., & Jakobsson, U. (2016). Kinesiophobia and its relation to pain characteristics and cognitive affective variables in older adults with chronic pain. *BMC geriatrics*, *16*, 128. https://doi.org/10.1186/s12877-016-0302-6
103. Edwards, R. R., Cahalan, C., Mensing, G., Smith, M., & Haythornthwaite, J. A. (2011). Pain, catastrophizing, and depression in the rheumatic diseases. *Nature Reviews Rheumatology*, *7*(4), 216-224.
104. Bednarek, A., Klepacz, R., & Bodys-Cupak, I. E. (2023). The Role of the Nurse in the Care and Management of Patients with Rheumatic Diseases Arising from the Current EULAR Recommendations: A Literature Review. *Healthcare*, *11*(17), 2434. https://doi.org/10.3390/healthcare11172434
105. Akyar, İ. (2015). Romatoloji Hemşireliği Rol ve Sorumluluklara Genel Bakış. F, Çınar., M, Çınar., S, Yılmaz ve H, Erdem. (Ed.), Romatoloji Hemşireliği ve Klinik Uygulamalar içinde (s. 1-6). İstanbul: Deomed Yayıncılık
106. Akdemir, N. (Ed.). (2021). *İç hastalıkları ve hemşirelik bakımı*. Akademisyen Kitabevi.
107. Bech, B., Primdahl, J., van Tubergen, A., Voshaar, M., Zangi, H. A., Barbosa, L., Boström, C., Boteva, B., Carubbi, F., Fayet, F., Ferreira, R. J. O., Hoeper, K., Kocher, A., Kukkurainen, M. L., Lion, V., Minnock, P., Moretti, A., Ndosi, M., Pavic Nikolic, M., Schirmer, M., … van Eijk-Hustings, Y. (2020). 2018 update of the EULAR recommendations for the role of the nurse in the management of chronic inflammatory arthritis. *Annals of the rheumatic diseases*, *79*(1), 61–68. https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2019-215458
108. Barbosa, L., Ramiro, S., Santos, M. J., & Canas Da Silva, J. (2013). Applicability of the EULAR recommendations on the role of the nurse in the management of chronic inflammatory arthritis in Portugal. *Acta reumatologica portuguesa*, *38*(3), 186–191.
109. van Eijk-Hustings, Y., van Tubergen, A., et al … EULAR (2012). EULAR recommendations for the role of the nurse in the management of chronic inflammatory arthritis. *Annals of the rheumatic diseases*, *71*(1), 13–19. https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2011-200185
110. Grønning, K., Rannestad, T., Skomsvoll, J. F., Rygg, L. Ø., & Steinsbekk, A. (2014). Long-term effects of a nurse-led group and individual patient education programme for patients with chronic inflammatory polyarthritis - a randomised controlled trial. *Journal of clinical nursing*, *23*(7-8), 1005–1017. https://doi.org/10.1111/jocn.12353
111. Sweeney, A. T., Flurey, C. A., McCabe, C. S., Robson, J. C., Richards, P., & Ndosi, M. (2023). Nurse-led care for people with early rheumatoid arthritis: Interview study with

thematic analysis. *Musculoskeletal care*, *21*(4), 1651–1661. https://doi.org/10.1002/msc.1844

112. Primdahl, J., Wagner, L., Holst, R., Hørslev-Petersen, K., & the AMBRA Study Group. (2012). The impact on self-efficacy of different types of follow-up care and disease status in patients with rheumatoid arthritis—A randomized trial. *Patient Education and Counseling, 88*(1), 121–128. https://doi.org/10.1016/j.pec.201
113. Yentür, Bağlan S. (2015). *Sistemik lupus eritematozuslu hastalarda fiziksel aktivite seviyesi ile hastalık aktivitesi, yorgunluk, depresyon, ağrı, yaşam kalitesi ve kinezyofobi arasındaki ilişki* [Yüksek lisans tezi, Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı]
114. Yıldız, F. (2020). *Romatoid artritli hastalarda osteosarkopeninin kinezyofobi ve yaşam kalitesine etkisi* [The effect of osteosarcopenia on kinesiophobia and quality of life in patients with rheumatoid arthritis] (Yüksek lisans tezi). Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı.
115. Gökkaya, T. (2020). *Romatoid artrit hastalarında kinezyofobi sıklığı ve kinezyofobi etyolojisinde santral sensitizasyonun rolü* (Uzmanlık Tezi). Trakya Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı.
116. Leeb, B. J. (2008). Patient-centered RA disease activity assessment by a modified RADAI. *Journal of Rheumatology*.
117. Sunar, I., Yilmaz Tasdelen, O., Garip Cimen, Y., & Bodur, H. (2017). Translation and validation of the Turkish language version of the Rheumatoid Arthritis Disease Activity Index-5. *International journal of rheumatic diseases*, *20*(12), 2012–2019. https://doi.org/10.1111/1756-185X.12371
118. Yilmaz, Ö. T., Yakut, Y., Uygur, F., & Uluğ, N. (2011). Tampa Kinezyofobi Ölçeği'nin Türkçe versiyonu ve test-tekrar test güvenirliği. *Fizyoterapi Rehabilitasyon*, *22*(1), 44-9.
119. Evecen Erişmiş, Ö., Yalçın Kehribar, D., & Özgen, M. (2020). Erken Başlangıçlı Romatoid Artrit Hastaları ile Geç Başlangıçlı Romatoid Artrit Hastalarının Karşılaştırılması. *Firat Tip Dergisi*, *25*(4).
120. Balcı, M. A., & Akyol, L. (2022). Assessment Of The Effect of DMARD Use on The Mortality of Patients with Rheumatoid Arthritis. *Assessment*, *14*(2), 58-65.
121. Takanashi, S., Takeuchi, T., & Kaneko, Y. (2022). Effects of Aging on Rheumatoid Factor and Anticyclic Citrullinated Peptide Antibody Positivity in Patients With Rheumatoid Arthritis. *The Journal of Rheumatology*, 50, 330 - 334. https://doi.org/10.3899/jrheum.220526.

122. Durmaz, Y., & Hizmetli, S. (2021). Romatoid Artrit Tedavisinde Güncel Yaklaşım. *Turkiye Klinikleri Physical Medicine Rehabilitation-Special Topics*, *14*(1), 1-7.

123. Kınıklı, G. İ., Deniz, H. G., Karahan, S., Ateş, A., Turgay, M., & Kınıklı, G. (2018). Predictors of fear of movement in patients with rheumatoid arthritis. *Fizyoterapi Rehabilitasyon*, *29*(2), 11-17.

124. https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/body-mass-index E.T: 12.9.2024

125. Özenoğlu, A., Gün, B., Karadeniz, B., Koç, F., Bilgin, V., Bembeyaz, Z., & Saha, B. S. (2021). Yetişkinlerde beslenme okuryazarlığın sağlıklı beslenmeye ilişkin tutumlar ve beden kütle indeksi ile ilişkisi. *Life Sciences*, *16*(1), 1-18.

126. Dünya Sağlık Örgütü. (2023). *Dünya genelinde tütün kullanım raporu*. Dünya Sağlık Örgütü https://www.who.int/news/item/31-07-2023-seven-out-of-10-people-protected-by-at-least-one-tobacco-control-measure Erişim Tarihi 10.11.2024

127. Türkiye İstatistik Kurumu. (2022). *Türkiye Sağlık Araştırması, 2022*. TÜİK. https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Saglik-Arastirmasi-2022-49747 Erişim Tarihi 10.11.2024

128. Ahmed, T., Yalakki, L., & Moss, K. (2015). Smoking prevalence in an established cohort of rheumatoid arthritis patients in a large UK teaching hospital. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 74, 1025-1026.

129. Villarreal, L., Cabrera, M., Santos-Moreno, P., & Buitrago-Garcia, D. (2019). Prevalence of tobacco and alcohol consumption in patients with rheumatoid arthritis. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 78, 2144.

130. Chen, N., Fong, D., & Wong, J. (2023). Health and economic burden of low back pain and rheumatoid arthritis attributable to smoking in 192 countries and territories in 2019. *Addiction*. https://doi.org/10.1111/add.16404.

131. Yoon, H., Seok, S., Oh, H., Ha, J., Park, S., & Park, S. (2022). Joint Replacement Surgery in Patients with Rheumatoid Arthritis in South Korea: Analysis of a Large National Database. *Clinics in Orthopedic Surgery*, 15, 395 - 401. https://doi.org/10.4055/cios21274.

132. Shourt, C., Crowson, C. S., Gabriel, S. E., & Matteson, E. L. (2012). Orthopedic surgery among patients with rheumatoid arthritis 1980–2007: A population-based study focused on surgery rates, sex, and mortality. *The Journal of Rheumatology, 39*(3), 481-485. https://www.jrheum.org/content/39/3/481

133. Sokka, T., Häkkinen, A., Kautiainen, H., Maillefert, J. F., Toloza, S., Mørk Hansen, T., Calvo-Alen, J., Oding, R., Liveborn, M., Huisman, M., Alten, R., Pohl, C., Cutolo, M., Immonen, K., Woolf, A., Murphy, E., Sheehy, C., Quirke, E., Celik, S., Yazici, Y., … QUEST-RA

Group (2008). Physical inactivity in patients with rheumatoid arthritis: data from twenty-one countries in a cross-sectional, international study. *Arthritis and rheumatism*, *59*(1), 42–50. https://doi.org/10.1002/art.23255

134. Özcan, A. (2014). Romatoid artrit hastalarında egzersiz programlarının etkileri [Yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi]. Hacettepe Üniversitesi Açık Erişim. https://openaccess.hacettepe.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/11655/1644/ddc84232-b7d5-421a-8fba-c66d5f410123.pdf?sequence=1
135. Erdoğan, M., & Atalay, N. (2011). Romatoid Artritte Nöromüsküler Elektrik Stimülasyonunun Kas Kuvveti ve Fonksiyonellik Üzerine Etkileri. *Journal of Physical Medicine and Rehabilitation Sciences*, 14(2), 89-96.
136. Corker, E., Henderson, R. C., Lempp, H., & Brown, J. S. (2016). Internalised stigma in people with rheumatoid arthritis: A cross-sectional study to establish the psychometric properties of the ISMI-RA. *BMC Musculoskeletal Disorders, 17*(1), 244. https://doi.org/10.1186/s12891-016-1089-5
137. Rouached, L., Hannech, E., Bouden, S., Tekaya, A. B., Tekaya, R., Mahmoud, I., ... & Abdelmoula, L. (2023). Ab0211 Assessment Of Stıgmatızatıon In Rheumatoıd Arthrıtıs Usıng The Stıgma Scale For Chronıc Illnesses-Short Form (Sscı-8). *Annals of the Rheumatic Diseases* ;82:1289.
138. Liu, H. Y., Liu, Q. H., Li, Z. R., Deng, C. S., Zhang, X. P., & Wan, L. H. (2024). The cognitive appraisal path of stroke knowledge, coping traits, family functioning and stigma among stroke patients: A moderated parallel mediation model. *Journal of clinical nursing*, *33*(3), 1048–1061. https://doi.org/10.1111/jocn.16909
139. Han, Z. Y., Chen, Y., Chen, Y. D., Sun, G. M., Dai, X. Y., Yin, Y. Q., & Geng, Y. Q. (2023). Latent characteristics and influencing factors of stigma in rheumatoid arthritis: A latent class analysis. *Medicine*, *102*(23), e34006. https://doi.org/10.1097/MD.0000000000034006
140. Bemt, B., Zwikker, H., & Ende, C. (2012). Medication adherence in patients with rheumatoid arthritis: a critical appraisal of the existing literature. *Expert Review of Clinical Immunology*, 8, 337 - 351. https://doi.org/10.1586/eci.12.23.
141. Postnikova, P., Kovalenko, P., Dydykina, I., Aboleshina, A., & Lila, A. (2022). Analysis of adherence to treatment in patients with rheumatoid arthritis. *Modern Rheumatology Journal*. https://doi.org/10.14412/1996-7012-2022-4-40-45.
142. Mohamadzadeh, D., Assar, S., Pournazari, M., Soufivand, P., & Soleymani, M. (2023). Adherence to treatment and associated factors in rheumatoid arthritis patients: a cross-sectional study from Iran.. *Reumatismo*, 75 1. https://doi.org/10.4081/reumatismo.2023.1540.

143. Oshotse, C., Zullig, L., Bosworth, H., Tu, P., & Lin, C. (2018). Self-Efficacy and Adherence Behaviors in Rheumatoid Arthritis Patients. *Preventing Chronic Disease*, 15. https://doi.org/10.5888/pcd15.180218.

144. Egorova, E., Nikitina, N., & Rebrov, A. (2020). AB0187 Assessment Of Adherence To Treatment Of Patıents Wıth Rheumatoıd Arthrıtıs (Ra). *Annals of the Rheumatic Diseases*, 79, 1389-1389. https://doi.org/10.1136/ANNRHEUMDIS-2020-EULAR.1780.

145. Tanwar, V., Singh, H., Saini, A., Sukhija, G., Arora, S., & Kalra, A. (2019). Rheumatoid Arthritis Disease Activity Index-5: an easy and effective way of monitoring patients with rheumatoid arthritis. *Egyptian Rheumatology and Rehabilitation*, 46, 269 - 277. https://doi.org/10.4103/err.err_16_19.

146. Erdik, N., Güneysu, C., Türk, S., Yavuzbilge, G., Karataş, D., Unan, M., & Gönüllü, E. (2023). AB0473 The Efficacy Of Methotrexate Monotherapy Strategy Chosen As Fırst-Lıne Dmard Therapy In Patıents Wıth Newly Dıagnosed Rheumatoıd Arthrıtıs: Retrospectıve Evaluatıon Of Sıngle Tertıary Center Experıence. *Annals of the Rheumatic Diseases*. https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2023-eular.1886.

147. Dissanayake, K., Jayasinghe, C., Wanigasekara, P., Dissanayake, J., & Sominanda, A. (2022). Validity of clinical disease activity index (CDAI) to evaluate the disease activity of rheumatoid arthritis patients in Sri Lanka: A prospective follow up study based on newly diagnosed patients. *PLOS ONE*, 17. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0278285.

148. Aykut Selçuk, M., & Karakoyun, A. (2020). Is There a Relationship Between Kinesiophobia and Physical Activity Level in Patients with Knee Osteoarthritis?. *Pain medicine (Malden, Mass.)*, *21*(12), 3458–3469. https://doi.org/10.1093/pm/pnaa180

149. Baday-Keskin, D., & Ekinci, B. (2022). The relationship between kinesiophobia and health-related quality of life in patients with rheumatoid arthritis: a controlled cross-sectional study. *Joint Bone Spine*, *89*(2), 105275

150. Corrigan P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *The American psychologist*, *59*(7), 614–625. https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.7.614

151. Schwarz, N. (2015). Metacognition. In M. Mikulincer, P. R. Shaver, E. Borgida, & J. A. Bargh (Eds.), *APA handbook of personality and social psychology, Vol. 1. Attitudes and social cognition* (pp. 203–229). American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/14341-006

152. Thoits P. A. (2011). Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. *Journal of health and social behavior*, *52*(2), 145–161. https://doi.org/10.1177/0022146510395592

153. Bakır, G. G., & Zengin, N. (2023). Diyabetli bireylerde kronik hastalık öz yönetimi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. *5*(1), 9-17. https://doi.org/10.33308/2687248X.202351289

154. Panjrattan, C., Chauhan, V. S., Nath, S., Singh, K. R., Banyal, N., & Bajwa, M. K. (2023). Depression among rheumatoid arthritis patients and barriers to seeking professional help: An observational study. *Industrial psychiatry journal*, *32*(Suppl 1), S136–S140. https://doi.org/10.4103/ipj.ipj_222_23

155. Zhang, Y., Shen, B., Meng, W., Gao, B., Wang, T., & Geng, Y. (2024). Correlation of internalized stigma with self-esteem, social support and coping styles in patients with rheumatoid arthritis: A cross-sectional study. *Japan Journal of Nursing Science*.

156. Yan, M. H., Fan, Y. Y., & Zhang, J. E. (2022). Stigma, self-efficacy and late toxicities among Chinese nasopharyngeal carcinoma survivors. *European Journal of Cancer Care (Engl)*, **31**(1), e13528. https://doi.org/10.1111/ecc.13528

157. Koudeláková L, Kohanová D, Bartoníčková D, Škopík D, Kisvetrová H. Perceived health-related quality of life and selected characteristics of inpatients with rheumatic diseases. Central European Journal of Nursing and Midwifery. 2024;15(2):1090-1099. doi: 10.15452/cejnm.2024.15.0006.

158. Kannayiram, S. S., Guraya, A., Muojieje, C. C., Nair, K. M., Idolor, O. N., Odion, J., Aihie, O. P., & Sanwo, E. (2020). An Analysis of Rheumatoid Arthritis Hospitalizations. *Cureus*, *12*(12), e12344. https://doi.org/10.7759/cureus.12344

159. Peña, M., Quirós-Donate, J., Pérez Fernández, E., Crespí-Villarías, et al. (2020). Cardiovascular comorbidities are common in rheumatoid arthritis patients: Results from a Portuguese cohort. *Annals of the Rheumatic Diseases, 79*(Suppl 1), 433.

160. Domínguez-Casas, L., Rodriguez Cundin, P., Dierssen-Sotos, T., Vegas-Revenga, N., Corrales, A., González-Gay, M., & Blanco, R. (2022). Serious infections-related hospitalization in rheumatoid arthritis. *Annals of the Rheumatic Diseases*. https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2022-eular.3059

161. Buitenhuis, A. H., Hagedoorn, M., & Tuinman, M. A. (2021). Self- and other-efficacy are related to current smoking during a quit attempt: a daily diary study in single-smoking couples. *Psychology & Health*, *38*(5), 591–601. https://doi.org/10.1080/08870446.2021.1978443

162. Hoz, J., Amaya-Amaya, J., Molano-González, N., Gutiérrez-Infante, F., Anaya, J., & Rojas-Villarraga, A. (2013). FRI0055 The influence of cigarette smoking on disease activity and joint erosions in rheumatoid arthritis: a systematic review and meta-analysis.. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 72, A387 - A387. https://doi.org/10.1136/ANNRHEUMDIS-2013-EULAR.1182.

163. Azeez, M., Clancy, C., O'Dwyer, T., Lahiff, C., Wilson, F., & Cunnane, G. (2020). Benefits of exercise in patients with rheumatoid arthritis: a randomized controlled trial of a patient-specific exercise programme. *Clinical rheumatology*, *39*(6), 1783–1792. https://doi.org/10.1007/s10067-020-04937-4

164. Akram, A., Georgiou, P., Shi, W., Proute, M. C., Serhiyenia, T., Pradeep, R., Kerolos, M. E., Kothur, N., & Khan, S. (2021). Impact of Change in Lifestyle and Exercise on Cognitive Function in Patients With Rheumatoid Arthritis: A Systematic Review. *Cureus*, *13*(9), e18268. https://doi.org/10.7759/cureus.18268

165. Aytap, F., & Özer, Z. (2021). Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Depresyon Riski ile Hastalık Öz Yönetimi Arasındaki İlişki ve Etkileyen Faktörler. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care, 15(2), 212-222.

166. Doumen, M., De Cock, D., Pazmino, S., Bertrand, D., Joly, J., Westhovens, R., & Verschueren, P. (2021). Treatment response and several patient-reported outcomes are early determinants of future self-efficacy in rheumatoid arthritis. *Arthritis research & therapy*, *23*(1), 269. https://doi.org/10.1186/s13075-021-02651-3

167. Köprülüoğlu, M., Naz, I., Dağ, B., & Akar, S. (2022). POS1473-HPR- The relationship between physical activity level and exercise self-efficacy, body awareness, and fatigue severity in rheumatoid arthritis: A cross-sectional and pilot study. *Annals of the Rheumatic Diseases, 81*(Suppl 1). https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2022-eular.1043

168. Bektaş, G., & Uysal, N. (2024). Kronik hastalığı olan bireylerde öz yönetim ve sağlık arama davranışlarının belirlenmesi: Tanımlayıcı araştırma. *Turkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences, 16*(1), 207-218. **doi:** 10.5336/nurses.2023-99287

169. Jugel, C., Baerwald, C., & Seifert, O. (2022). AB0244 Medıcatıon Adherence And Belıefs About Medıcatıon In Patıents Wıth Rheumatoıd Arthrıtıs.. *Annals Of The Rheumatic Diseases*. https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2022-eular.618.

170. Van Alboom, M., De Ruddere, L., Kindt, S., Loeys, T., Van Ryckeghem, D., Bracke, P., Mittinty, M. M., & Goubert, L. (2021). Well-being and Perceived Stigma in Individuals With Rheumatoid Arthritis and Fibromyalgia: A Daily Diary Study. The Clinical journal of pain, 37(5),349–358. https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000929

171. Enzin, F., Dikici, İ. C., & Tülüce, D. (2023). The relationship between kinesiophobia and adaptation to illness in different chronic illnesses. *Chronic Illness*, 17423953231221837.

172. Gong, G., & Mao, J. (2016). Health-related quality of life among Chinese patients with rheumatoid arthritis: the predictive roles of fatigue, functional disability, self-efficacy, and social support. *Nursing research*, *65*(1), 55-67.

173. Peters, M., Potter, C., Kelly, L., & Fitzpatrick, R. (2019). Self-efficacy and health-related quality of life: a cross-sectional study of primary care patients with multi-morbidity. *Health and Quality of Life Outcomes*, 17. https://doi.org/10.1186/s12955-019-1103-3.

174. Martinez-Calderon, J., Meeus, M., Struyf, F., & Luque-Suarez, A. (2020). The role of self-efficacy in pain intensity, function, psychological factors, health behaviors, and quality of life in people with rheumatoid arthritis: a systematic review. *Physiotherapy theory and practice*, *36*(1), 21-37.

175. Karaca, N. B., Arin-Bal, G., Sezer, S., Kelesoglu Dincer, A. B., Kinikli, G., Boström, C., & Kinikli, G. I. (2024). Physical Activity, Kinesiophobia, Pain Catastrophizing, Body Awareness, Depression and Disease Activity in Patients With Ankylosing Spondylitis and Rheumatoid Arthritis: A Cross-Sectional Explorative Study. *Musculoskeletal care*, *22*(4), e1953. https://doi.org/10.1002/msc.1953

176. Selçuk, M. A., Çakıt, M. O., Gümrük Aslan, S., Mert, E., Şahingöz Bakırci, E., & Duyur Çakıt, B. (2018). Ankiloza spondilitli hastalarda kinezyofobinin hastalık aktivitesi ve fonksiyonel duruma etkisi [The effects of kinesiophobia on disease activity and functional status in patients with ankylosing spondylitis]. *Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi (Medical Journal of Ankara Training and Research Hospital), 51*(3), 180–185.

8. EKLER

EK-1. ETİK KURUL ONAYI

Tarih: 30/11/2023 10:56
Sayı: E-16969557-050.01.04-00003219238

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ARAŞTIRMA ETİK KURULU

KURUL KARARI

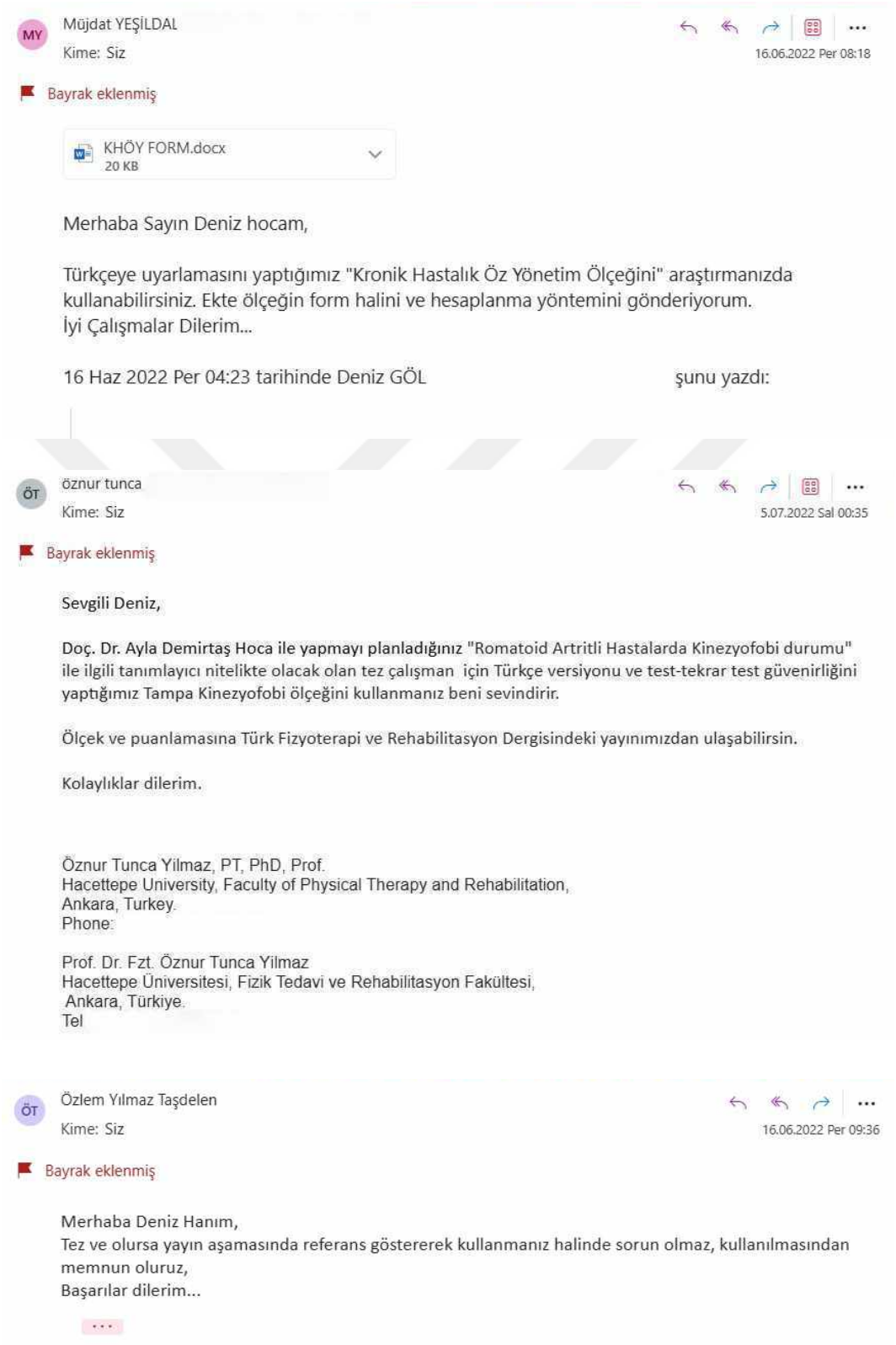
OTURUM TARİHİ	OTURUM SAYISI	KARAR SAYISI
21.11.2023	2023/07	2023/07-45
Araştırma Numarası : SBA 23/221	**Değerlendirme Tarihi :** 24.10.2023	

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Fakültesi öğretim üyelerinden Doç. Dr. Ayla DEMİRTAŞ'ın sorumlu araştırmacı olduğu, Deniz GÖL'ün yüksek lisans tezi olan, SBA 23/221 kayıt numaralı ***"Romatoid Artritli Hastalarda Kinezyofobinin Kronik Hastalık Özyönetimine Etkisinin İncelenmesi"*** başlıklı araştırma önerisi gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, idari izinlerin tamamlanması kaydı ile 22 Kasım 2023 – 22 Şubat 2024 tarihleri arasında geçerli olmak üzere etik açıdan **uygun bulunmuştur**.

Çalışma tamamlandığında sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin Etik Kurulumuza gönderilmesi gerekmektedir.

Prof. Dr. Nüket PAKSOY ERBAYDAR Kurul Başkanı	Prof. Dr. Güzide Burça AYDIN Kurul Üyesi	Prof. Dr. Mehmet Özgür UYANIK Kurul Üyesi	Prof. Dr. Ayşe KİN İŞLER Kurul Üyesi
Prof. Dr. Burcu Balam DOĞU Kurul Üyesi	Prof. Dr. Tolga YILDIRIM Kurul Üyesi	Prof. Dr. İpek GÜRBÜZ Kurul Üyesi	**İZİNLİ** Prof. Dr. Betül ÇELEBİ SALTIK Kurul Üyesi
Doç. Dr. Merve BATUK Kurul Üyesi	Doç. Dr. Gülten IŞIK KOÇ Kurul Üyesi	Dr. Öğr. Üyesi Melike Hacer ÖZKAN Kurul Üyesi	Dr. Öğr. Üyesi Müge DEMİR Kurul Üyesi
Dr. Öğr. Üyesi Burcu Ersöz ALAN Kurul Üyesi	**İZİNLİ** Av. Buket ÇINAR Kurul Üyesi		

EK-2. ÖLÇEK İZİNLERİ



MY Müjdat YEŞİLDAL
Kime: Siz
16.06.2022 Per 08:18

Bayrak eklenmiş

KHÖY FORM.docx
20 KB

Merhaba Sayın Deniz hocam,

Türkçeye uyarlamasını yaptığımız "Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeğini" araştırmanızda kullanabilirsiniz. Ekte ölçeğin form halini ve hesaplanma yöntemini gönderiyorum.
İyi Çalışmalar Dilerim...

16 Haz 2022 Per 04:23 tarihinde Deniz GÖL şunu yazdı:

ÖT öznur tunca
Kime: Siz
5.07.2022 Sal 00:35

Bayrak eklenmiş

Sevgili Deniz,

Doç. Dr. Ayla Demirtaş Hoca ile yapmayı planladığınız "Romatoid Artritli Hastalarda Kinezyofobi durumu" ile ilgili tanımlayıcı nitelikte olacak olan tez çalışman için Türkçe versiyonu ve test-tekrar test güvenirliğini yaptığımız Tampa Kinezyofobi ölçeğini kullanmanız beni sevindirir.

Ölçek ve puanlamasına Türk Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Dergisindeki yayınımızdan ulaşabilirsin.

Kolaylıklar dilerim.

Öznur Tunca Yilmaz, PT, PhD, Prof.
Hacettepe University, Faculty of Physical Therapy and Rehabilitation,
Ankara, Turkey.
Phone:

Prof. Dr. Fzt. Öznur Tunca Yilmaz
Hacettepe Üniversitesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Fakültesi,
Ankara, Türkiye.
Tel

ÖT Özlem Yılmaz Taşdelen
Kime: Siz
16.06.2022 Per 09:36

Bayrak eklenmiş

Merhaba Deniz Hanım,
Tez ve olursa yayın aşamasında referans göstererek kullanmanız halinde sorun olmaz, kullanılmasından memnun oluruz,
Başarılar dilerim...

EK-3. AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Değerli Katılımcı;

'Romatoid Artrit Tanısı ile İzlenen Bireylerde Hastalık Özyönetimi, Hastalık Aktivitesi Kinezyofobi Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi' başlıklı bu araştırma, Sağlık Bilimleri Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı tarafından yapılmaktadır. Araştırma Romatoid Artritli Hastalarda Kinezyofobinin kronik hastalık özyönetimine etki düzeyinin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır. Sizin yanıtlarınızdan elde edilecek sonuçlarla hasta bireylerin tüm yönleriyle ele alınmasını sağlayarak ve özyönetimini geliştirmeye yönelik tüm profesyonel sağlık bakım vericilerinin ortak yaklaşımlar oluşturmasına fayda sağlayabilecektir. Böylelikle bu çalışmanın tamamlanması doğrultusunda romatoid artritli hastaların bakımının geliştirilmesi, eksiklerin giderilmesi planlanabilecektir. Bu nedenle soruların tümüne ve içtenlikle cevap vermeniz önemlidir.

Çalışmaya katılmanız gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmanın yürütülmesi ve yayınlanma aşamaları dahil olmak üzere hiçbir basamakta kişisel bilgileriniz hiçbir kişi veya kurum ile paylaşılmayacak ve gizliliği sağlanacaktır ve sadece araştırma kullanılacaktır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilirsiniz veya anketi doldururken istemezseniz son verebilirsiniz.

Bu forma adınızı ve soyadınızı yazmayınız.

Veri toplama formumuz 4 bölümden oluşmaktadır. 61 soruluk, 15-30 dakika zamanınızı alacak bu çalışmada yanıtlarınızı, soruların altında yer alan seçenekler arasından uygun olanı kutucuğu işaretleyerek ya da açık uçlu sorularda sorunun altında bırakılan boşluğa yazarak belirtiniz. Birden fazla seçenek işaretleyebileceğiniz sorularda, size uygun gelen bütün seçenekleri işaretleyiniz. Eğer sorunun yanıtları arasında "diğer" seçeneği mevcutsa ve yanıtınız var olan seçenekler arasında yer almıyorsa, bu durumda yanıtınızı diğer seçeneğindeki boşluğa yazınız. Sorularımızı yanıtladığınız için teşekkür ederiz.

Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıdaki kişiler ile iletişim kurabilirsiniz:

Sorumlu Araştırmacı Doç. Dr. Ayla Demirtaş

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Öğretim Üyesi

Telefon:

e-Mail:

Yardımcı Araştırmacı Deniz GÖL

Sağlık Bilimleri Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi

Telefon:

e-Mail:

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız aşağıdaki kutucuğu X ile işaretleyiniz ve devam ediniz.

☐ **Kabul ediyorum**.

EK-4. HASTALARIN TANITICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN VERİ TOPLAMA FORMU

1- Doğum Tarihiniz? (yıl)
2- Cinsiyetiniz?
o Kadın
o Erkek
3- Boyunuz ve Kilonuz Nedir?

4- Medeni Durumunuz Nedir?
o Evli
o Bekar
o Boşanmış
5- Evinizde kimlerle Yaşıyorsunuz?
o Eş ve çocukları
o Yakınları
o Yalnız
o Sosyal kurum
6- Yaşadığınız yer?
o Büyükşehir
o Şehir
o Kasaba
o Köy
7- Yaşadığınız binada kaçıncı katta oturuyorsunuz ve merdiven/asansör durumu?
……
o Merdiven
o Asansör
o Merdiven ve asansör
8- Eğitim Düzeyiniz nedir?
o İlk öğretim
o Lise
o Üniversite ve üstü
9- Mesleğiniz?
…….
10- Çalışma Durumunuz? (evet ise haftalık kaç saat, hayır ise ne kadar süredir çalışmıyorsunuz)
o Çalışıyor, haftalık ……. saat
o Çalışmıyor / emekli, …….

11- Gelir Durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

- Gelir giderden az
- Gelir gidere eşit
- Gelir giderden fazla

12- Daha önce ameliyat oldunuz mu? (olduysanız hangi ameliyat/ameliyatlar)

- Evet ….……..
- Hayır

13- Sigara öyküsü

- Evet ……. Paket/gün
- Hayır

Düzenli egzersiz yapıyor musunuz?

- Hiç
- Ayda 1 kez
- Haftada 1-2 kez
- Haftada en az 3 kez ve üzeri

14- Ne zaman Romatoid Artrit tanısı aldınız?

……..

15- Romatoid Artrite eşlik eden başka hastalığınız var mı? (varsa belirtiniz)

- Hayır
- Evet, …….

16- Şu an aktif olarak kullandığınız ilaçlar nelerdir?

17- Romatoid Artrit için daha önce hiç hastaneye yattınız mı?(evet ise ne kadar süre)

- Evet, …….
- Hayır

EK-5. KRONİK HASTALIK ÖZ YÖNETİM ÖLÇEĞİ (KHÖY)'NİN TÜRKÇE VERSİYONU

Kronik Hastalık Öz Yönetim Ölçeği		1 = Asla 2 = Nadiren; 3 = Ortalama; 4 = Oldukça sık; 5 = Her Zaman				
Kendini Damgalama	1.Hastalığımdan dolayı sosyal ortamlarda utanç duyarım	1	2	3	4	5
	2.Hastalığımdan dolayı kendimi diğerlerinden farklı hissediyorum	1	2	3	4	5
	3.Hastalığımdan dolayı başkalarına yük olmaktan endişe duyarım	1	2	3	4	5
	4.Hastalığımdan dolayı diğerlerine karşı yabancılaşmış hissediyorum	1	2	3	4	5
	5.Hastalığımdan dolayı başkalarının düşüncelerinden endişe duyuyorum	1	2	3	4	5
	6. Hastalığımdan bahsetmemek için arkadaş edinmekten kaçınıyorum	1	2	3	4	5
	7.Hastalığımın belirtileri karşısında şaşırıyorum	1	2	3	4	5
Damgalamayla Baş Etme	1.Üzgün hissetmekten kaçınabilirim.	1	2	3	4	5
	2.Kötü düşünceleri durdurabilir ve kendimi sinirlendirmekten kaçınabilirim.	1	2	3	4	5
	3.Durumu nasıl iyileştireceğimi planlayabilir ve harekete geçebilirim	1	2	3	4	5
	4.Neyin değiştirilebileceğini veya değiştirilemeyeceğini kavrayabilirim.	1	2	3	4	5
	5.Arkadaşlarımdan ve ailemden destek isteyebilirim	1	2	3	4	5
Sağlık Bakın Etkinliği	1.Kendi sağlığımı yönetebiliyorum	1	2	3	4	5
	2.Kendime iyi bakabilirim.	1	2	3	4	5
	3.Hastalığım hakkında net bilgiye sahibim	1	2	3	4	5
	4.Tedavi yöntemi hakkında net bilgiye sahibim	1	2	3	4	5
Tedavi Uyumu	1.İlacı/tedaviyi unutur veya ihmal ederim *	1	2	3	4	5
	2.Meşgul olduğum zaman ilaç almayı veya tedaviyi hatırlamakta zorlanırım*	1	2	3	4	5
	3.Kontrol için doktorun önerdiği zamanı unutuyor veya görmezden geliyorum*	1	2	3	4	5
	4.Okulda, işte veya dışarıdayken ilaçları almayı aksatıyorum*	1	2	3	4	5
	5.İlacı almak/tedavi olmak için başkasının hatırlatmasına ihtiyaç duyuyorum*	1	2	3	4	5

- Ters kodlanan madde

EK-6. ROMATOİD ARTRİT HASTALIK AKTİVİTE ENDEKSİ – 5 (RADAİ-5) 'İN TÜRKÇE VERSİYONU

APPENDIX II
RADAI-5 (Turkish Form)

Hasta ismi:

Sayın hasta;

Bu anket romatizmal hastalığınızın boyutunu tam olarak tespit etmek amaçlıdır. Lütfen romatizmal şikayetlerinize ilişkin aşağıdaki soruları cevaplayınız. Lütfen hiçbir soruyu cevapsız bırakmayınız.

Lütfen aşağıdaki 5 soru için 0 ile 10 arasındaki bir sayıyı işaretleyiniz.

1 Son 6 ay boyunca iltihaplı eklem hastalığınız (artritiniz) ne kadar aktifti?

Hiç aktif değildi	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Son derece aktifti

2 Eklemlerinizin basıya hassasiyeti ve şişliği açısından eklem hastalığınız (artritiniz) bugün ne kadar aktif?

Hiç aktif değil	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Son derece aktif

3 Bugün eklem ağrınız (artritiniz) ne kadar şiddetli?

Ağrı yok	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dayanılmaz ağrı

4 Şu anki sağlık durumunuzu nasıl tarif edersiniz?

Çok iyi	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Çok kötü

5 Dün sabah uyandığınızda eklemleriniz (elleriniz) tutulmuş muydu? Cevabınız evet ise bu tutukluk ne kadar sürdü?

Tutukluk yoktu	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Bütün gün sürdü

EK-7. TAMPA KİNEZYOFOBİ ÖLÇEĞİ (TKÖ)'NİN TÜRKÇE VERSİYONU

Lütfen, her soruda kendinize en uygun olan kutucuğu işaretleyiniz (*her soruda yalnızca bir kutucuğu işaretleyiniz*). *Teşekkür ederiz.*

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
1. Egzersiz yaparsam kendi kendimi sakatlarım diye kaygılanıyorum.	☐	☐	☐	☐
2. Ağrımla baş etmeye çalışacak olsam, ağrım artar.	☐	☐	☐	☐
3. Ağrımdan dolayı vücudum bana tehlikeli derecede yanlış giden bir şeyler olduğunu söylüyor.	☐	☐	☐	☐
4. Egzersiz yaparsam sanki ağrım hafifleyecekmiş gibi geliyor.	☐	☐	☐	☐
5. İnsanlar benim tıbbi sorunlarımı yeterince ciddiye almıyorlar.	☐	☐	☐	☐
6. Başıma gelen bu olay nedeni ile vücudum hayat boyu risk altında olacak.	☐	☐	☐	☐
7. Ağrımın olması her zaman, vücudumu sakatladığım/bir problemim olduğu anlamına gelir.	☐	☐	☐	☐
8. Sırf bazı şeylerin ağrımı artırıyor olması, onların tehlikeli oldukları anlamına gelmez.	☐	☐	☐	☐
9. Kendimi kazara sakatlamaktan korkuyorum.	☐	☐	☐	☐
10. Ağrının artmasını engellemenin en basit ve güvenli yolu gereksiz hareketler yapmaktan kaçınmaktır.	☐	☐	☐	☐
11. Vücudumda tehlike arz eden bir şey olmasaydı, bu kadar çok ağrı hissetmezdim.	☐	☐	☐	☐
12. Ağrıma rağmen, fiziksel olarak aktif olsaydım, durumum daha iyi olurdu.	☐	☐	☐	☐
13. Ağrı, kendimi sakatlamamam için egzersizi ne zaman bırakmam gerektiği konusunda bana sinyal verir.	☐	☐	☐	☐
14. Benim durumumda olan birinin, fiziksel olarak aktif olması pek güvenli değildir.	☐	☐	☐	☐
15. Normal insanların yaptığı her şeyi yapamam, çünkü çok kolay sakatlanırım.	☐	☐	☐	☐
16. Bazı şeyler çok fazla ağrıya neden olsa bile, bunların gerçekte tehlikeli olduklarını düşünmem.	☐	☐	☐	☐
17. Hiç kimse ağrı hissederken egzersiz yapmak zorunda olmamalı.	☐	☐	☐	☐

9. ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Deniz GÖL
İletişim adresi:
Yabancı dili: İngilizce

II-Eğitimi

2013-2018 Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
2010-2013 Balıkesir Gönen Anadolu Lisesi
2009-2010 Balıkesir Bandırma Ayyıldız Anadolu Lisesi
2001-2009 Balıkesir Edincik İlköğretim-Ortaöğretim Okulu

III- Ünvanları

2018: Hemşire

IV- Mesleki Deneyimi

2018 Aralık – Halen: Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastaneleri, Dahiliye Kliniği, Klinik Hemşiresi

V- Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

Türk Hemşireler Derneği, Onkoloji Hemşireliği Derneği, Romatoloji Hemşireliği Derneği

VI- Bilimsel İlgi Alanları Yayınları

DEMİRTAŞ Ayla., GÖL, Deniz. (2021). *Covid-19 Pandemi Sürecinin Kanser Yönetimine Etkisi.* 3. Uluslararası 4. Ulusal Onkoloji Hemşireliği Kongresi. (Özet Bildiri) (Yayın No: 7260020)

VII- Diğer Bilgiler

Kök Hücre Nakli Hemşireliği Kursu, Ekim 2022.