ROMATOİD ARTRİTLİ BİREYLERDE ÖZBAKIM DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİNİN TÜRKÇE GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİ

BERNA CAFER

YÜKSEK LİSANS TEZİ

(İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ)

DANIŞMAN

PROF. DR. YASEMİN TOKEM

İKİNCİ DANIŞMAN

DR. ÖĞR. ÜYESİ FİLİZ ÖZEL

İZMİR-2018
ROMATOİD ARTRİTLİ BİREYLERDE ÖZBAKIM DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİNİN TÜRKÇE GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİ

BERNA CAFER

YÜKSEK LİSANS TEZİ

(İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ)

DANİŞMAN

PROF. DR. YASEMİN TOKEM

İKİNCİ DANİŞMAN

DR. ÖĞR. ÜYESİ FİLİZ ÖZEL

İZMİR-2018
KABUL VE ONAY SAYFASI

Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürüne


Tez Savunma Tarihi : 15/03/2018

Tez Danışmanı : Prof.Dr. Yasin TOKEM
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Üye : Prof.Dr. Servet AKAR
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi

Üye : Doç. Dr. Esra ÖKSEL
Ege Üniversitesi Hemsirelik Fakültesi

ONAY : Bu Yüksek Lisans tezi, Enstitü Yönetim Kurulu'na belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve kabul edilmiştir.

Prof.Dr. Ahmet KOYU
Enstitü Müdürü
ÖNSÖZ

Araştırmam ve yüksek lisans süresince katkılarını ve tüm manevi desteğini her zaman hissettığimin sevgili hocam ve danışmanım Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekan Yardımcısı ve Hemşirelik Bölüm Başkanı Sayın Prof. Dr. Yasemin TOKEM’e,

Araştırmamın her döneminde deneyimlerinden faydalandığım, her türlü bilgi ve yardımcılarım esirgemeyen ikinci danışmanım Kastamonu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölüm Başkanı Sayın Dr. Öğr. Üyesi Filiz ÖZEL’e,

Lisans ve yüksek lisans öğrenimim boyunca deneyimlerinden ve bilgilerini benimle paylaşan İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı Sayın Doç. Dr. Elif ÜNSAL AVDAL’a,

Araştırma boyunca değerli maddi ve manevi katkıları için İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı ve Eğitim Sorumlusu Sayın Prof. Dr. Servet AKAR’a

Meslek eğitimim boyunca her zaman maddi ve manevi desteğini gördüğüm sevgili hocam Sayın Öğr. Gör.Fatma İLTUŞ’a,

Her zaman yanında olan, beni yağdırmış ve yorulduğum zamanlarda elimden tutan, destekleyen babam Uzm Dr. Erol Cafer, annem Hörü Cafer ve kız kardeşim Eliz Cafer’e,

Tez veri toplama aşamasında tüm yardımları için İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Romatoloji polikliniği çalışanları Hemşire Nazmiye BAŞ TOMAŞ, Hemşire Filiz KOÇ, Figen BAŞ ve hekimlerine,

Hayatımın şekillendiği, ilk öğrencisi olduğum üniversite yaşamının bana en büyük hediyesi canım arkadaşım Çism Çetin’e ve yardımcı esirgemeyen tüm arkadaşlarımıma,

Teşekkür ediyorum. İyi ki Varsınız.

Berna CAFER, İzmir, 2018
# İÇİNDEKİLER

<table>
<thead>
<tr>
<th>Sayfa No</th>
<th>Sayfa No</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>i</td>
<td>iii</td>
</tr>
<tr>
<td>ii</td>
<td>iii</td>
</tr>
<tr>
<td>iii</td>
<td>vii</td>
</tr>
<tr>
<td>viii</td>
<td>xiv</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### BÖLÜM I

**GİRİŞ** .................................................................................................................. 1

1.1. Araştırma Konusu ................................................................................................. 1

1.2. Araştırma Amacı .................................................................................................. 3

1.3. Hipotezler ............................................................................................................... 3

1.4. Araştırma Önemi .................................................................................................. 3

1.5. Araştırma Sınırlılıkları ....................................................................................... 4

### BÖLÜM II

**GENEL BİLGİLER** .................................................................................................. 5

2.1. Romatoid Artrit Tanımı ......................................................................................... 5

2.2. Romatoid Artrit Epidemiyolojisi ........................................................................ 5

2.3. Romatoid Artrit’ in Etiyolojisi ve Risk Faktörleri .............................................. 7

2.4. Romatoid Artrit’ in Patofizyolojisi ...................................................................... 8

2.5. Romatoid Artrit’ in Belirtili ve Bulguları .............................................................. 11

2.6. Romatoid Artrit’ in Tanısı ................................................................................... 14

2.7. Romatoid Artrit’ in Tedavisi ................................................................................ 19

2.7.1. Nonsteroid Antiinflamatuar İlaçlar (NSAİİ)...................................................... 19

2.7.2. Kortikosteroidler ............................................................................................... 20

2.7.3. Hastalığı Modifiye Edici İlaçlar (DMARD’LAR) .............................................. 21

2.7.4. Non- Farmakolojik Tedaviler .......................................................................... 24
BÖLÜM III

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

3.3. Araştırma Evreni ve Örneklemi

3.4. Araştırmaya Dâhil Olma/Olmama Kriterleri

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

3.6. Veri Toplama Araçları

3.6.1. Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu (EK-1)

3.6.2. Self-Care Behaviour Scale (SCBS)- Özbakım Davranışları Ölçeği (EK-2)

3.6.3. Multidimensional Health Assessment Questionnaire (MDHAQ) - Çok Boyutlu Sağlık Değerlendirme Anketi (EK-3)

3.7. Kullanılan Yöntemler

3.7.1. Ölçeğin Dil Geçerliği Çalışmaları

3.7.2. Ölçeğin İçerik (Kapsam) Geçerliği Çalışmaları

3.7.3. Ölçeğin Güvenirlik Çalışmaları

3.8. Veri Toplama Süreci

3.9. Süre Ve Olanaklar

3.10. Verilerin Değerlendirilmesi ve Analizi

3.11. Araştırma Etiği

BÖLÜM IV

BULGULAR

4.1. “Özbakım Davranışları Ölçeği”nin Dil Eşdeğerliğinin Sağlanmasına Yönelik Çalışmalara Ait Çalışmalar

4.2. “Özbakım Davranışları Ölçeği”nin Güvenirlik Ve Geçerlik Analizlerine Ait Bulgular
4.2.1. “Özbakım Davranışları Ölçeği”nin Güvenirlik Analizleri.............................. 47
4.2.1.1. “Özbakım Davranışları Ölçeği”nin Zamana Göre Değişmezliğinin
Değerlendirilmesi .................................................................................................................. 49
4.2.1.2. “Özbakım Davranışları Ölçeği”nin İç Tutarlılık Analizleri....................... 50
4.3. “Özbakım Davranışları Ölçeği’nin” Geçerlilik Analizleri .................................. 54
4.3.1. “Özbakım Davranışları Ölçeği”nin Kapsam Geçerliliğinin Değerlendirilmesi
.................................................................................................................................................. 54
4.3.2. “Özbakım Davranışları Ölçeği’nin” Yapı Geçerliğinin Değerlendirilmesi 54
4.4. Hastaların Tanıtcı Özelliklerine İlişkin Bulgular .............................................. 56
4.4.1. Çalışmaya Katılan Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri ....................... 56
4.4.2. “Özbakım Davranışları Ölçeği” Toplam Puan Ortalamaları ile
Sosyodemografik Değişkenleri Arasındaki İlişki ......................................................... 66

BÖLÜM V
TARTIŞMA .......................................................................................................................... 80
5.1. Özbakım Davranışları Ölçeği’nin Dil Eşdeğerliğinin Sağlanmasına Yönelik
Çalışmaların Değerlendirilmesi ............................................................................................ 80
5.2. “Özbakım Davranışları Ölçeği’nin Geçerlilik Ve Güvenirlik Analiz
Sonuçlarının Değerlendirilmesi ......................................................................................... 80
5.2.1. “Özbakım Davranışları Ölçeği”nin Güvenirlik Analizlerinin
Değerlendirilmesi .................................................................................................................. 81
5.2.1.1. “Özbakım Davranışları Ölçeği”ne Verilen Yanıtların Madde
Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklerinin Değerlendirilmesi .............................................. 81
5.2.1.2. “Özbakım Davranışları Ölçeği”nin Zamana Karşı Değişmezliğinin
Değerlendirilmesi .................................................................................................................. 81
5.2.1.3. “Özbakım Davranışları Ölçeği”nin İç Tutarlılık Analizlerinin
Değerlendirilmesi .................................................................................................................. 82
5.2.1.3.1. Madde Analizlerinin Değerlendirilmesi ............................................................... 82
5.2.1.3.2. Cronbach Alpha Katsayılarnın Değerlendirilmesi ............................................... 82
5.2.2. “Özbakım Davranışları Ölçeği”nin Geçerlilik Analizlerinin
Değerlendirilmesi .................................................................................................................. 84
5.2.2.1. “Özbek Davranışları Ölçeği”nin Yapı-Kavram Geçerliliğinin Değerlendirilmesi .......................................................... 84

5.2.3. “Özbek Davranışları Ölçeği”nin Toplam Puan Dağılımını Değerlendirilmesi .......................................................................................... 85

5.3. “Özbek Davranışları Ölçeği”nin Toplam Puan Ortalamaları İle Sosyodemografik Özellişer Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi .......... 86

BÖLÜM VI
SONUÇ VE ÖNERİLER .......................................................................................................................... 90

6.1. SONUÇ .............................................................................................................................................. 90

6.2. ÖNERİLER ....................................................................................................................................... 92

BÖLÜM VII
ÖZET ...................................................................................................................................................... 93

CHAPTER VII
ABSTRACT ............................................................................................................................................. 95

KAYNAKLAR ......................................................................................................................................... 97

EKLER
EK-1 Tanıtıcı Bilgi Formu ................................................................................................................................ 110

EK-2 Özbek Davranışları Ölçeği ............................................................................................................. 112

EK-3 Çok Boyutlu Sağlık Değerlendirme Anketi .................................................................................. 114

EK-4 Self Care Behaviour Scale ........................................................................................................... 116

EK-5 Özbek Davranışları Ölçeği Araştırma Kullanım İzni .............................................................. 118

EK-6 Çok Boyutlu Sağlık Değerlendirme Anketi İzni ........................................................................... 119

EK-7 Etk Kurul İzni ............................................................................................................................... 120

EK-8 Kurum İzin Belgesi ......................................................................................................................... 121

EK-9 Çalışmaya Katılım Onam Belgesi ................................................................................................. 123

EK-10 Romatoid Ve Yaşam Broşürü ................................................................................................... 126

Özgeçmiş .................................................................................................................................................. 127
KISALTMALAR DİZİNİ

SCBC: Self-Care Behaviour Scale

ÖBDÖ: Özbakım Davranışları Ölçeği

RA: Romatoid Artrit

ANTİ-CCP: Anti-Siklik Sitrülinat Peptitler

TNF-A: Tümör Nekroz Alfa

MKF: Metakarpofalangeal

MTF: Metatarsofalangeal

PIF: Proksimal İnterfalangeal

RF: Romatoid Faktör

ACR: American College Of Rheumatology

EULAR: European League Against Rheumatism

ARA: American Rheumatism Association

NSAİİ: Nonsteroid Antiinflamatuar İlaçlar

DMARD: Disease-Modifying Antirheumatics Drugs

MTX: Metotreksat

MDHAQ: Multidimensional Health Assessment Questionnaire

TAT: Tamamlayıcı Alternatif Tedaviler

HAQ: Health Assessment Questionnaire

MWU: Mann Whitney U

SS: Standart Sapma
### TABLOLAR DİZİNİ

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tablo No</th>
<th>Sayfa No</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Tablo 1:</strong> Romatoid Artrit Patofizyolojisi</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Tablo 2:</strong> Eklem Dışı Tutulmalar</td>
<td>14</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Tablo 3:</strong> Romatoid Artrit American College of Rheumatology (ACR) / European League Against Rheumatism (EULAR) 2010 Sınıflandırma Kriterleri</td>
<td>16</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Tablo 4:</strong> Romatoid Artrit Sınıflama Kriterleri Açıklamaları</td>
<td>17</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Tablo 5:</strong> American Rheumatism Association Fonksiyonel Sınıflandırma Sistemi</td>
<td>18</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Tablo 6:</strong> DMARD Sınıflandırılması</td>
<td>21</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Tablo 7:</strong> American College of Rheumatology (ACR) Düzelme Veya Yanıt Kriterleri</td>
<td>22</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Tablo 8:</strong> European League Against Rheumatism (EULAR) Biyolojik Ajan Kullanım Önerileri</td>
<td>23</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Tablo 9:</strong> Ölçeğin Güvenirlik Analizleri İçin Yapılan İşlemler</td>
<td>41</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Tablo 10:</strong> Ölçeğin Geçerlik Analizleri İçin Yapılan İşlemler</td>
<td>41</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Tablo 11:</strong> “Özbakım Davranışları Ölçeği”nin Madde Puanlarının Tanımlayıcı Özellikleri</td>
<td>47</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Tablo 12:</strong> “Özbakım Davranışları Ölçeği”nden Aldığı Toplam Puanların Değerlendirilmesi</td>
<td>48</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Tablo 13:</strong> “Özbakım Davranışları Ölçeği”nin Test-Tekrar Test Puanlarının Korelasyon Analizi Sonuçları</td>
<td>49</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Tablo 14: “Özbakım Davranışları Ölçeği”nin Cronbach Alpha Güvenirlik Katsayları
Tablo 15: “Özbakım Davranışları Ölçeği”nin Madde Ters Puanlama Sonrası Cronbach Alpha Güvenirlik Katsayları
Tablo 16: “Özbakım Davranışları Ölçeği”nin Madde Toplam Puan Korelasyonları
Tablo 17: “Özbakım Davranışları Ölçeği” Yarı Test Güvenirlik Analizleri Sonuçları
Tablo 18: “Özbakım Davranışları Ölçeği”nin Faktör Analiz Sonuçları
Tablo 19: Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımları
Tablo 20: Çalışmaya Katılan Hastaların Hastalık ve Tedavi Süresi
Tablo 21: Çalışmaya Katılan Bireylerin Hastalık Hakkında Eğitim Alma Yakınları ile Paylaşma Ve Eklem Şekil Bozuklukları Durumu
Tablo 22: Çalışmaya Katılan Hastaların Başka Hastalık Varlığına Göre Dağılımı
Tablo 23: Hastaların İlaç Kullanımlarına Göre Dağılımı
Tablo 24: Çalışmaya Katılan Hastaların Sabah Tutukluk Durumu
Tablo 25: Hastaların Sabah Tutukluğu Süresi
Tablo 26: Çalışmaya Katılan Hastaların Son Bir Hafta İçindeki Ağrı Değerleri
Tablo 27: Hastaların Son Bir İçinde Yaşadıkları Yorgunluk Değerleri
Tablo 28: Çalışmaya Katılan Bireylerin İyilik Haline İlişkin Bulgularının Dağılımı
Tablo 29: Çalışmaya Katılan Bireylerin Genel İyilik Haline İlişkin Puan Ortalamasının Dağılımı
Tablo 30: Hastaların Çalışma Durumları
Tablo 31: Hastaların Meslek Durumları ................................................................. 65
Tablo 32: Çalışmaya Katılan Bireylerin “Özbakım Davranısları Ölçeği” Toplam Puan Ortalamağın Yaş Gruplarına Göre Dağılımı ...................................................... 66
Tablo 33: Çalışmaya Katılan Bireylerin “Bireylerde Özbakım Davranısları Ölçeği” Toplam Puan Ortalamaların Cinsiyete Göre Dağılımı .............................................. 67
Tablo 34: Çalışmaya Katılan Bireylerin “Özbakım Davranısları Ölçeği” Toplam Puan Ortalamaların Medeni Durum Göre Dağılımı ...................................................... 68
Tablo 35: Çalışmaya Katılan Bireylerin “Özbakım Davranısları Ölçeği” Toplam Puan Ortalamalarının Yaşadığı Yere Göre Dağılımı ...................................................... 69
Tablo 36: Çalışmaya Katılan Bireylerin “Özbakım Davranısları Ölçeği” Toplam Puan Ortalamalarının Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı ...................................... 70
Tablo 37: Çalışmaya Katılan Bireylerin “Özbakım Davranısları Ölçeği” Toplam Puan Ortalamalarının Mesleklerine Göre Dağılımı ...................................................... 71
Tablo 38: Çalışmaya Katılan Bireylerin “Özbakım Davranısları Ölçeği” Toplam Puan Ortalamalarının Gelir Durumuna Göre Dağılımı ...................................................... 72
Tablo 39: Çalışmaya Katılan Bireylerin “Özbakım Davranısları Ölçeği” Toplam Puan Ortalamalarının Aile Durumuna Göre Dağılımı ...................................................... 72
Tablo 40: Çalışmaya Katılan Bireylerin “Özbakım Davranısları Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Çocuk Varlığına Göre Dağılımı ...................................................... 73
Tablo 41: Çalışmaya Katılan Bireylerin “Özbakım Davranısları Ölçeği” Toplam Puan Ortalamalarının Aileden Bakım Alma Durumuna Göre Dağılımı ...................................................... 73
Tablo 42: Çalışmaya Katılan Bireylerin “Özbakım Davranısları Ölçeği” Toplam Puan Ortalamalarının Ek Hastalık Varlığına Göre Dağılımı ...................................................... 74
Tablo 43: Çalışmaya Katılan Bireylerin “Özbakım Davranısları Ölçeği” Toplam Puan Ortalamalarının Hastalık Süresine Göre Dağılımı ...................................................... 74
| Tablo 44: Çalışmaya Katılan Bireylerin “Özbakım Davranışları Ölçeği” Toplam Puan Ortalamalarının Tedavi Süresine Göre Dağılımı | 75 |
| Tablo 45: Çalışmaya Katılan Bireylerin “Özbakım Davranışları Ölçeği” Toplam Puan Ortalamalarının Hastalıkları Hakkında Eğitim Alma Durumuna Göre Dağılımı | 75 |
| Tablo 46: Çalışmaya Katılan Bireylerin “Özbakım Davranışları Ölçeği” Toplam Puan Ortalamalarının Hastalıkları Hakkında Yakınıları ile Paylaşma Durumuna Göre Dağılımı | 76 |
| Tablo 47: Çalışmaya Katılan Bireylerin “Özbakım Davranışları Ölçeği” Toplam Puan Ortalamalarının Eklemlerinde Şekil Bozukluğu Durumuna Göre Dağılımı | 76 |
| Tablo 48: Çalışmaya Katılan Bireylerin “Özbakım Davranışları Ölçeği” Toplam Puan Ortalamalarının Çok Boyutlu Hastalık Değerlendirme Anketine Göre Dağılımı | 77 |
| Tablo 49: Çalışmaya Katılan Bireylerin “Özbakım Davranışları Ölçeği” Toplam Puan Ortalamalarının Ağrı Düzeylerine Göre Dağılımı | 77 |
| Tablo 50: Çalışmaya Katılan Bireylerin “Özbakım Davranışları Ölçeği” Toplam Puan Ortalamalarının Sabah Tutukluk Durumuna Göre Dağılımı | 78 |
| Tablo 51: Çalışmaya Katılan Bireylerin “Özbakım Davranışları Ölçeği” Toplam Puan Ortalamalarının Sabah Tutukluk Süresine Göre Dağılımı | 78 |
| Tablo 52: Çalışmaya Katılan Bireylerin “Özbakım Davranışları Ölçeği” Toplam Puan Ortalamalarının Yorgunluk Skoruna Göre Dağılımı | 79 |
| Tablo 53: Çalışmaya Katılan Bireylerin “Özbakım Davranışları Ölçeği” Toplam Puan Ortalamalarının Çalışma Durumlarına Göre Dağılımı | 79 |
ŞEKİLLER DİZİNİ

<table>
<thead>
<tr>
<th>Şekil No</th>
<th>Sayfa No</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Resim 1</strong>: Romatoid Artritte Görülen El Deviyasyonları</td>
<td>11</td>
</tr>
</tbody>
</table>
BÖLÜM I

GİRİŞ

1.1. Araştırmanın Konusu

Romatoid artrit (RA) neden bilinmeyen, kronik seyir izleyen, birden fazla eklemi ve sistemi etkileyen otoimmun inflamatuar bir romatizmal hastalıktır (1).

Romatoid artrit tedavisinin amacı; hastanın remisyonu sağlamak, ağrıyi azaltmak, komplikasyonları ve yan etkileri engellemek, bireyin günlük yaşam aktiviteleri yerine getirebilecek duruma getirmek, semptom yönetimi ve kötü prognozu önlemektir (2).


Romatoid artrit; farklı oranlarda olmakla birlikte tüm ırklarda görülmektedir. Ülkemizde farklı bölgelerde yapılan çalışmalarda da farklı sonuçlar edinilmiştir.
Dünya prevalansı % 0,8 olarak (% 0,2-2,1) saptanmıştır (5). 2013 yılı Sağlık İstatistiklerine göre romatoid artrit; 15 yaş ve üzeri bireylerde hastalık/sağlık sorunu yaşadıklarını belirtenlerin cinsiyet ve yerleşim yerine göre dağılım verilerine göre erkeklerde % 5,3 kadınlarda 12,7 toplamda ise % 9,1 bulunmuştur (6).


Özbakım kısaca, yaşamı, sağlığı ve iyilik halini devam ettirmek için bireyler tarafından başlatılan ve gerçekleştirilen tüm etkinlikler’ şeklinde tanımlanmakla birlikte hemşirelik kuramcısı Orem’e göre özbakım; ‘bireyin, sürekli yaptığı, sağlık profesyonelleri tarafından kontrol altında olan, uygun ve amaçlı davranışların kendi kendine yaptığı etkinlikler olarak belirtilmiştir (8, 9). Özbakım davranışları ise bireyin kendisi ve hastalığı için yaptığı tüm aktiviteleri olarak tanımlanmaktadır.

Romatoid artritte özbakım; ilaç tedavileri uygulayabilme, yan etkileri tanıyabilme/ yönetebilme, acil durumları bilme ve yönetebilme, hekim kontrollerine gitme, günlük aktiviteleri ve meslek yaşamını bağımsız olarak yapabilme, bireyin kendisine uygun olarak ortak kararlaştırılan spor aktivitesini yapabilme, beslenme önerilerine uymak sayılabilir.

Romatoid artrit kronik, uzun süreli ilaç kullanımı gerektiren, yan etkileri olan ve bireyin günlük yaşamını kısıtlayan bir hastalık olup, özbakım yetersizliğine neden olabilir. Bu hastaların özbakım davranışlarının uygun ve etkin bir şekilde uygulanması hastayı olumlu etkileyebilir. Özbakım davranışlarını yerine getirmek; hastanın
sorumluluğu olmakla birlikte; bunun etkin bir şekilde yerine getirilmesine destek olunması sağlık profesyonellerinin sorumluluğundadır. Bu nedenle romatoid artrit bireylerin öz bakım davranışlarını ne kadar ve ne düzeyde yerine getirebildikinin tanılanması ve gerekli durumlarda öz bakım davranışlarının desteklenmesi önem taşımaktadır. Literatür incelendiğinde özellikle romatoid artritli hastaların öz bakım ve günlük yaşam gereksinimlerini ne kadarını yerine getirebildiklerine dair veriler yetersizdir (10). Bunun için gerekli olan öz bakım davranışlarını değerlendirecek ölçeklerin geliştirilmesi ve hastalarda kullanılması önemlidir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı; Öz bakım Davranışları Ölçeği (ÖBDÖ)/Self-Care Behaviour Scale (SCBC)’nin Türk romatoid artritli hasta popülasyonunda öz bakım davranışlarını ne düzeyde yerine getirdiklerini ölçümede geçerli ve güvenilir bir araç olup olmadığını sınanmasıdır.

1.3. Hipotezler

H1: Öz bakım Davranışları Ölçeği Türk romatoid artritli hastalarda öz bakım davranışlarını gerçekleştirmeye düzeyini ölçmede geçerli bir araçtır.

H2: Öz bakım Davranışları Ölçeği Türk romatoid artritli hastalarda öz bakım davranışlarını gerçekleştirmeye düzeyini ölçmede güvenilir bir araçtır.

1.4. Araştırmanın Önemi

Romatoid artrit tedavisinde birden fazla ilaç seçeneği, hastanın tedaviye cevabı ve hastanın bu tedaviye uyumunu içeren bir çerçeveye sahiptir. Medikal tedavi önemli bir yer tutmakla birlikte, tek başına yeterli değildir. Özellikle hastanın tedavisine katılımını sağlamak remisyonun uzun süreli sağlanmasında etkilidir. Bireyin günlük ve meslek yaşamı öz bakım davranışlarının kazandırılması ile ilgilidir. Bu
davranışların kazandırılması ve gerekli eğitimin verilmesi hastalığın ve ilaçların istenmeyen etkilerinin azaltılmasında yardımcı olur.

Romatoid artrit dışında birçok kronik hastalık üzerine özbakım davranışları ölçekleri oluşturulmuş ve hastalar üzerinde test edilmiştir. Romatoid artritli hastalarda özbakım davranışlarını ne düzeyde yerine getirdiklerini saptamak için ölçek geliştirmek, geliştirilen ölçekleri ülkemizde kullanılabilir hale getirmek ve hastalarda uygulamak gerekmektedir. Romatoid artrit üzerine bu çalışmaya birlikte bu alandaki boşluğun doldurulması amaçlanmaktadır.

1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın tez merkezli oluşu ve süre kısıtlılığı olması araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmuştur.
BÖLÜM II

GENEL BİLGİLER

2.1. Romatid Artrit Tanımı

Romatoid artrit, (RA) nedeni bilinmeyen, kronik seyir izleyen, birden fazla eklemleri ve sistemleri etkileyen otoimmun inflamatuar romatizmal hastalıktr (1).


2.2. Romatoid Artrit Epidemiyolojisi

Romatoid artrit; farklı oranlarda olmakla birlikte tüm ırklarda görülmektedir. Ülkemizde farklı bölgelerde yapılan çalışmalar da farklı sonuçlar edinmiştir. Dünya prevelansı % 0,8 olarak (% 0,2-% 2,1) saptanmıştır (5).

Dünya prevelansı incelendiğinde İtalya’ da yapılan bir çalışmadada prevans oranları ‘‘Aktif romatoid artrit, remisyondaki romatoid artrit ve doğrulanmış romatoid artrit’’ olmak üzere 3 prevelans tespit edilmiştir (11). Bunlar sırasıyla % 0,32, % 0,09 ve % 0,38’ dir. Diğer ülkelerde bakıldığında İspanya’ da % 0,5, (12) Fransa’ da % 0,3-% 0,5 (13) , Yunanistan’dan % 0,3- % 0,5 (14) , İngiltere’ de % 0,8-% 1,1 (15) , Finlandiya ‘ da % 0,8 (16) ve İsveç’ten % 0,5- % 0,8 (17) oranları bulunmaktadır. İspanya’nın özerk bölgesi Katalonya ‘ da yapılan araştırmada ise standardize edilmiş
prevelans % 0,2 oranında bulunmuştur (18). Danimarka’da yapılan başka bir çalışmada toplam örneklemle göre prevelans % 0,26 bulunmuştur. Çalışmada aynı zamanda kadın ve yaşlılarda daha yüksek prevelans bulunduğu belirtilmiştir (19). Sırbistan’dan prevelans erkeklere % 0,16 kadınlarda % 0,51 tespit edilmiş olup standardize edildiğinde % 0,35 bulunmuştur (20). Bir çalışmada ise Aborjinlerde hiç romatoid artrit vakası görülmediği rapor edilmiştir (21).

Türkiye’de ilk prevelans çalışması İstanbul’da yapılmıştır. Ancak bu çalışma bölgesel kalmıştır. Bu çalışmada prevelans değeri % 0,22 bulunmuştur (22). İzmir’de yapılan çalışma prevelans kadınlarda % 0,77 iken erkeklere % 0,15 oranında bulunmuştur. Ancak bu değerler yaşa göre standardize edilince sonuç % 0,36 olarak belirtilmiştir (23). Antalya’da % 0,38, Karadeniz bölgesinde ise genel popülasyonda %1 olarak bulunmuştur (24, 25). Bu çalışmada da İzmir’de yapılan çalışmaya benzer olarak kadınlardaki oran daha yüksek bulunmuştur (%1,6).

2013 yılı Sağlık İstatistiklerine göre romatoid artrit; 15 yaş ve üzeri bireylerde hastalık/sağlık sorunu yaşadıklarını belirten kişilerin cinsiyet ve yerleşim yerine göre dağılım verilerine göre erkeklere %5,3; kadınlarda % 12,7; toplamda ise % 9,1 bulunmuştur. 15 yaş ve üzeri bireylerde hekim tarafından hastalık/sağlık sorunlarının arasında romatoid artrit teşhisinde cinsiyet ve yerleşim yerine göre dağıılma bakıldığında ise erkeklere % 4,2 kadınlarda % 11,4 toplamda ise % 7,9 oranında tespit edilmiştir (6).


Romatoloji alanında uzman sayısının az olması ve buna bağlı uzmanlara geç ulaşım; tanımın gecikmesine ve gereksiz sağlık harcamasına sebep olmaktadır. Aynı zamanda bireylerin hastalık yönetimi de güçleşmektedir (27).
2.3. Romatoid Artrit’in Etiyolojisi ve Risk Faktörleri

Romatoid artrit sebebi tam olarak bilinmemektedir. Bazı teoriler üzerinde durulmuştur. Çevresel, genetik, hormonal ve enfeksiyoz gibi değişkenlerin değişime sebep olduğu düşünülmektedir.

Genetik çerçevede ailede romatoid artrit öyküsü bulunan akrabası olanlarda romatoid artrit görülme sıklığı arttığı gözlenmiştir. Aynı zamanda ikiz olan bireylerde ikiz olmayanlara göre 4 kat fazla görülme sıklığının fazla olması yine genetik yakınlık düşündüğünü desteklemektedir (5).

Çok etkenli sinoviti başlatmak için muhtemelen genetik açıdan duyarlı konaklarda çok sayıda farklı faktör etkileşir. Mekanizma başladıguna, süreç sonunda kendi kendini sürdürecek hale gelir (28). Özellikle HLA DR1 ve DR4 allerleri ile romatoid artrit ilişkilendirilmiştir. Türkiye’de yapılan bir çalışmada da romatoid artritli hastalar ile kontrol grubu karşılaştırıldığında romatoid artritli bireylerde bu allellerin olduğu bildirilmiştir (29).

Cinsiyete bakıldığında kadın cinsiyetinde görülme sıklığının erkeklerde görülme sıklığından 3 kat fazla olduğu bildirilmiştir. Ancak kadınların gebeliklerinde remisyona girmeleri östrojenin romatoid artrit üzerine etkisini düşündürülmüştür ve östrojen ve progesteron etkisi araştırılmaya başlanmıştır. Bu iki hormon T hücre aktivasyonunda Th1 yanıtı baskılarken Th2 yanıtı destekler ve bu durum Th2 yanıtı inflamasyonun lehine olup hastalığın remisyonda seyretmesini sağladığı savunulmuştur (30). Romatoid artritin kilolu kadınlarda daha sık görülüğü de bildirilmiştir (31).

Romatoid artrit oluşumunda virüs ve enfeksiyonlar da suçlanmıştır. (Rubella, parvovirus 19, Escherichia Coli, sitomeglovirüs) (32). Romatoid artrit için sorumlu herhangi bir organizma tespit edilmemiştir ancak önemli bulgular, hastalığın bir enfeksiyon tarafından tetiklenebileceğini düşündürmektedir. suçlanan virüslerden biri ise Epstein-Barr (EBV) virüsüdür. Sebebi ise benzer aleller taşmasına bağlıdır (33).

2.4. Romatoid Artrit’ in Patofizyolojisi

Romatoid artritte T lenfositleri, iki ayrı faz oluşuracak olan Th1 ve Th2 yanıtının reaksiyonundan sorumlu durlar. Th1 yanısı; inflamatuar yanıt oluşturan sitokinleri salgılarken, Th2 yanısı ise antiinflamatuar yanıt destekleyen sitokin üretiminden sorumludur. Yeni geliştirilen tedaviler, Th1 yanısı inhibe edici, Th2 hücre stimülasyonunu destekleyici niteliktedir. Ancak tedavi rejimlerinde Th2 aktivitesini artırıcı bir çalışma yoktur. Bu yüzden Th1 yanısı üzerine çalışmalar artırılmıştır (36).


Eklem ve kemik hasarına ağrı ve şişlik eklenir. Birey meslek ve günlük yaşantısına devam etmekte zorlanır.
İlk uyarı oluşturan mekanizma bilinmemektedir. Mekanizma şu şekildedir.

1. T lenfostileri uyarılır, sitokinler makrofajları uyararak proinflamatuar sitokinlerin salınımını uyarır

2. Bu mediyatörler osteoklast aktivasyonu, matriks proteinlerinin üretiminin artışı sinoviyumdaki damarlarda geçirgenlik artışına neden olur.

3. B hücrelerin uyarımı sonucu immun kompleks oluşumu başlar.

4. Aynı zamanda makrofaj aktıvasyonu ile fibrobast, kondrositler ve sinoviyal hücre uyarımı ile bölgesel göç başlar.

5. İki mekanizma kemik ve eklemden yıkımı ve enfleksyon sonucu pannus oluşumuna sebep olur (Tablo 1).
Tablo 1: Romatoid Artrit Patofizyolojisi

- Tümör Nekroz Faktör (a)
- Interlıkin 1 (b)
- Polimorfonükleer Lökositler (c)
- Metalloproteinaz (d)
- Osteoklast (e)
- Prostoglandin 2 (f)

- Antijen → CD4 T Hücre → Sitokin → B Hücresi
- Monosit → TNFα → IL-1β → MMPs → OC → PGE₂

- Romatoid Faktör
  - IgM-IgG İmmünkompleks
  - PMN⁶
- Prostoglandinler
  - Lökotrienler
  - Lизозomal Enzimler
  - Reaktif Oksijenler
- Kemik Kıkırdak Erozyonu
  - PANNUS

- Ekmek Ağışı ve Şişlik Semptomları

⁶ Tümor Nekroz Faktör, ¹ Interlıkin 1, ² Polimorfonükleer Lökositler, ³ Metalloproteinaz,
⁴ Osteoklast, ⁵ Prostoglandin 2
2.5. Romatoid Artrit’ in Belirti ve Bulguları

Romatoid artritin en belirgin belirtisi, eklemlerde görülen şişliklerdir. Hastalığın belirgin enfeksiyon bulgularında ateş, halsizlik gibi belirtilere ek olarak kilo kaybı, yorgunluk da eklenmektedir (5). Laboratuvar bulgularında C-reaktif protein (CRP) de yüksek seyretmektedir.

Romatoid artrit belirgin özelliklerinden biri ve hastaların en çok şikâyet ettiği belirti sabah tutuklukudur. Sabah tutukluğu, uyku ve uzun süreli istirahat sonrası eklemlerdeki sertlik durumudur. Tutukluğun süresi bireyden bireye değişmekle beraber 30-60 dakika sürebilir (38). Tutukluklar Metakarpofalangeal (MKF), metatarsofalangeal (MTF) ve proksimal interfalangeal (PIF) eklemlerde görülür. Eklem tutulumları genellikle simetriktr. İntervertebral eklemler nadiren etkilenir (37).

İlerleyen zamanlarda şişlikler şekil bozukluklarına ve deformitelere ve şekil bozuklukları hareket kısıtlılıklarına neden olur. Eklemlerde belirgin şişlik ve hareket sırasında hassasiyet vardır.

Resim 1: Romatoid Artritte Görenden El Deviyyasyonları

(http://slideplayer.biz.tr/slide/2860551/)
Geç dönem romatoit artrit vakalarında veya tedavi almayan hastalarda kuğu boynu deformitesi, unlar deviyasyon, düğme ilği deformitesi görülür (Resim 1).

Bireylerde Romatoid Faktör (RF) ve Anti siklik sitrüllenmiş peptid (Anti-CCP) pozitifliği görülmektedir. Ancak RF (-) saptanan kişilerde Anti-CCP pozitif saptandığı bildirilmiştir. Eğer RF (-) sonuçlanmış olsa bile birey ekle ağrısı şikayeti varsa Anti-CCP araştırılması gerekliği vurgulanmıştır (39).

Romatoid Artrit eklem dışı tutulumların da görüldüğü bir hastalıktır. Geniş bir damar ve kan yumağına sahip olan akciğerler romatoid artritten etkilenen bölgelerdir. Özellikle intertisyel akciğer hastalığın erkeklerde daha sık görüldüğü belirtilmiştir (40).

En sık görülen nörolojik tutulumlar lezyon, tuzak nöropati, polinöropati, mononöropati ve periferik nöropati şeklindedir (41).

Kalp üzerine tutulumlar sık görülmekle olup en sık görülen şekli perikardittir. Buna ek olarak; miyokard ve damar tutulumları da görülmektedir (42). Araştırmalarda romatoid artrit hastalarının mortalite sebepleri arasında en fazla kardiyovasküler sorunlar ve kardiyovasküler enfeksiyonlar olduğu gösterilmiştir (43).


Romatoid artritte böbreklerin etkilenmesi; gelişen amiloidoz sebebiyle oluşur. Çalışmalarda amiloidoz gelişen romatoid artritli vakalar olduğu bildirilmiştir (45). Bunun yanında kullanılan ilaçların yan etkisinden kaynaklı börek hasarları da gösterilmiştir.
Nadir ancak hayatı tehdit edici bir komplikasyon olan Felty sendorumu, %1 oranında görülmektedir. Splenomegalı, başlıca belirtisi olduğundan romatoid artritli bireyde göz önünde tutulması gereken belirtilerdendir (46). İştahsızlık, ateş, lükopeni, deride pigmentasyon artışını ve bacak ülserleri de belirtileri olarak sayılabilir (47). Romatoid artritte karaciğer tutulumu Felty sendromuna hepatomegali ile kendini göstermekle birlikte daha çok ilaç advers etkisine bağlı olarak karaciğerde hasar görülmektedir (44).

Ayrıca tedavi başlangıcında ağrı yönetimi ve hafif semptomları yönetmek için kullanılan Non-Steroid Anti-İnflamatuar İlaçlar (NSAIİ) ve glukokortikoidler osteoporoz riskinde artışa sebep olmaktadır.

Çalışmalar romatoid artrit hastalarında depresyon sıklığının fazla olduğunu belirtmişlerdir (48). Neden olarak uzun süreli tedavi gerekliği, ağrı yaşanması, sosyal izolasyona maruz kalması ve yaşanan olumsuzluklara karşı yaşanan anksiyetenin depresyona zemin oluşturduğu düşünülmüştür (49). Araştırmalara göre romatoid artritli hastaların ağrı düzeyleri ile şişlik ve hassas eklem varlığının; depresyon ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (50).

2.6. Romatoid Artrit’in Tanısı

Tanılama için laboratuar tetkikleri, hastanın kliniği ve muayenesine ek olarak görüntüleme yöntemleri uygulanmalıdır. Romatoid artrit hastalarında %75-85 oranında RF olarak adlandırılan otoantikor yüksek saptanmaktadır. Bu faktörün yanı sıra tanılamada Anti-CCP de kullanılmaktadır. Laboratuar değerlerinde Anti CCP ve RF’nin duyarılıkları benzer olmasına karşın Anti- CCP’nin özgüllüğü RF’ye göre daha yüksektir (52).

Tanıda RF’ye göre hareket etmek doğru değildir. Sağlıklı bireylerde dağ yüksek ölçüldüğü görülmüştür. Çeşitli enfeksiyon ve karaciğer hastalıklarında da yüksek çıkabilir. Bireylerde RF ve Anti-CCP pozitifliği görülmektedir. Ancak RF (-)
saptanan kişilerde Anti-CCP pozitif saptandığı bildirilmiştir. Eğer RF (-) sonuçlanmış olsa bile birey eklem ağrısı şikayeti varsa Anti-CCP araştırılması gerekliliği vurgulanmıştır (39).

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

1. En az bir eklende klinik olarak saptanmış kesin sinoviti (şişlik) olan a

2. Bu sinoviti açıklayacak başka bir hastalığın olmadığı hastalar b bu kriterlerin hedef popülasyonudur

<table>
<thead>
<tr>
<th>Puan</th>
<th>A.Eklem Tutulumu c</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>0</td>
<td>1 büyük eklem d</td>
</tr>
<tr>
<td>1</td>
<td>2-10 büyük eklem</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>1-3 küçük eklem (eşlik eden büyük eklem tutulumu olsun veya olmasın)e</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>4-10 küçük eklem (eşlik eden büyük eklem tutulumu olsun veya olmasın)</td>
</tr>
<tr>
<td>5</td>
<td>&gt;10 eklem (en az biri küçük eklem) f</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Puan</th>
<th>B.Seroloji (Tanı için en az bir (+) test sonucu gereklidir) g</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>0</td>
<td>Negatif RF ve negatif ACPA</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>Düşük-pozitif RF veya düşük-pozitif ACPA</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>Yüksek-pozitif RF veya yüksek-pozitif ACPA</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Puan</th>
<th>C.Akut Faz Reaktanları (Tanı için en az bir anormal test sonucu gereklidir) h</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>0</td>
<td>Normal CRP veya normal ESH</td>
</tr>
<tr>
<td>1</td>
<td>Anormal CRP veya anormal ESH</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Puan</th>
<th>D.Semptom Süresi i</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>0</td>
<td>6 haftadan az</td>
</tr>
<tr>
<td>1</td>
<td>6 haftadan daha uzun süredir var</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Toplam: ≤ 6 olmalı

Hastaya kesin romatoid artrit tanısı konması için yukarıdaki kategorilere ait puanlarının 6/10 ve üzeri olması gereklidir j
Tablo 4: Romatoid Artrit Sınıflama Kriterleri Açıklamaları

| a | Bu kriterler hastalığın yeni prezente olduğu kişilere yöneliktir. Ek olarak romatoid artritin tipik eroziv artriti olup da 2010 kriterlerini daha öncesi de dolduruyor idiyse ve mevcut mevcut kayıtlarda 2010 kriterlerini doldurduğu tespit edilen hastalar da romatoid artrit olarak kabul edilebilir. |
| b | Ayrıca tani hastadan hastaya değişlik gösterir, yine de SLE, PsA ve Gout akılda tutulmalıdır. Ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulacak hastalıklar net değilse bir Romatologdan konsultasyon istenmelidir. |
| c | Eklemlerin değerlendirilmesi için bir eklemden ait olan olarak çıkarılmalıdır. Bu durum görüntüleme teknikleri ile sinovite ait kantartlaştırılabilir. |
| d | Büyük Eklemler: Omuz, Dirsek, Kalça, Diz, Ayak Bileği |
| e | Küçük Eklemler: MKF (Metakarpofalangeal), PIF (Proksimalinterfalangeal), 2.3.4.5. MTF (Metatarsofalangeal), Başparmak İF (Interfalangeal) ve El Bileği |
| f | Bu kategoride tutulan eklemlerden en az biri küçük eklem olmalıdır. Diğer eklemler temporomandibüler, akromiyoklaviküler, sternoklaviküler gibi herhangi bir yerde spesifik olarak listelenmemiş diğer eklemlere dâhil olmalıdır. |
| h | Normal veya anormal değerler laboratuvarın referans değerleri baz alınarak tespit edilir. CRP: C Reaktif Protein. ESH: Eritrosit Sedimantasyon Hızı |
| i | Semptom Süresi: Muayene sırasında etkilediği tespit edilen eklemlerdeki sinovite ait ağrı, şişlik, hassasiyet gibi sinovit semptomlarının hasta tarafından bildirilmesi süresidir |
| j | Puani 6’nın altında kaldıgı için romatoid artrit tanısı konamayan hastaların bulguları zamanla birikerek kriterleri karşıladığı tani konabilir. |
Erken tanılama ve eklemlerin durumunu izlemek için görüntüleme yöntemleri uygulanabilir. Manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ve ultrason (USG) gibi yöntemler kullanılarak ekleme dejenerasyonunu görüntüleme de ve ayırıcı tanılamada etkili bir yöntem olduğu savunulmuştur (53).

Tanılama için hastanın günlük yaşam aktivitelerinin ve meslek yaşantısının ne kadar yapabildiği ve günlük hayatını ne kadar etkilendiği de önemlidir. Bu yüzden American Rheumatism Association (ARA), romatoid artrit hastaları için fonksiyonel evreleme hazırlamıştır. Evreleme Tablo 5’te belirtilmiştir.

Tablo 5: American Rheumatism Association (ARA) Fonksiyonel Sınıflandırma Sistemi

| Evre 1: Günlük yaşam aktivitelerinin tümünü yapabilir (kendine bakım, mesleki, meslek dışı) |
| Evre 2: Günlük kendine bakım ve mesleki aktiviteleri tamamen yapabilir ancak meslek dışı aktiviteleri yapamaz. |
| Evre 3: Günlük kendine bakım aktivitelerini yapabilir ancak mesleki ve meslek dışı aktiviteleri yapamaz. |
| Evre 4: Günlük kendine bakım, mesleki ve meslek dışı aktiviteleri gerçekleştiremez. |

2.7. Romatoid Artrit’ı in Tedavisi

Romatoid artritte tedavinin amacı; hastanın remisyonu sağlamak, ağrıyi azaltmak, komplikasyonları ve yan etkileri engellemek, bireyin günlük yaşam aktiviteleri yerine getirebilecek duruma getirmek, semptom yönetimi ve kötü prognozu önlemektir. Romatoid artrit tedavisinde geleneksel ve yeni yaklaşımlar uygulanmaktadır. Günümüzde hiçbir ilaç grubu tek başına remisyon sağlayamamaktadır. Romatoid artrit tedavisinde kullanılan ilaçlar (2):

1. Nonsteroid antiinflamatuar ilaçlar (NSAİİ)
2. Kortikosteroidler
3. İmmunsupresif İlaçlar
4. Hastalığı modifiye edici ilaçlar (DMARD)

Gelişen teknoloji ile birlikte romatoid artrit hastalığının patogenezi daha iyi anlaşılmıştır. Bunun üzerine daha etkili ve yeni ilaçlar üretimi olmuştur. Bu grup ilaçlar “Biyolojik Ajanlar” veya “Biyolojik DMARD” (Disease-modifying antirheumatic drugs) olarak adlandırılır. Bu ilaçlar hastalığın remisyonunu sağladıkları gibi bireyin yaşam aktivitelerine devam etmesinde de yardımcı olmaktadır. Özellikle geleneksel tedaviyeye direnç gösteren romatoid artrit oğularının tedavisinde kullanılmaya başlanmıştır.

2.7.1. Nonsteroid Antiinflamatuar İlaçlar (NSAİİ)

Nonsteroid Antiinflamatuar İlaçlar (NSAİİ), kısa ömürlü olup antiinflamatuar etkisi yanını analjezik etkisi ile avantaj sağlar. Örnek olarak asetil salisilik asit, diklofenak, ibuprofen, indometazin ve ketoprofen verilebilir. İlaçlar prostaglandin sentezlenmesini sağlayan COX-1 (Siklooksijenaz-1) ve COX-2 (Siklooksijenaz-2) inhibe ederek etkilerini gösterir (2). Ancak NSAİİ eklem hasarını engelleyememektedir.
Kullanımlarına göre NSAİ’ler oral, intravenöz, intramusküler ve topikal yolla uygulanır. Hastalık sürecinde NSAİ kullanımını açısından çalışmalar incelendiğinde bulunan veriler şu şekildedir (55):

1. Hareket açıklığı, ağrı derecesi ve hareket durumu dikkate alındığında osteoartrit tedavisinde bütün NSAİ plasebodan üstündür.
2. Farklı NSAII etkileri arasında belirgin fark bulunmamıştır.
3. İlaçların etkileri ve dozları hastadan hastaya değişiklik gösterir.
4. İlaç seçimi büyük oranda hasta ve doktora, tecrübe ve yan etkilerine bağlıdır. Değiştirmeden önce ilaçlar en az 2-4 hafta kullanılmalıdır.

İlaçların antiinflamatuar ve analjezik etkileri yanında advers etkileri vardır. Peptik ülser, hazımsızlık, epigastrik ağrı ve bulantu kusma sık görülen gastrointestinal yan etkilerindendir.


2.7.2. Kortikosteroidler


Kortikosteroidlerin yan etkileri; dermatolojik sorunlar, yara iyileşmesinde, immunsupresyonun baskılanması, enfeksiyonlara yakınlık, ödem, hipertansiyon, aydende yüzü, akne, ciltte yağlanma ve incelme, glukoz metabolizmasında bozukluk ve obezite şeklinde sıralanabilir (56). Steroid tedavisinde tedavinin dozları yavaş yavaş azaltularak kesilmesi gerekligi unutulmamalıdır.
2.7.3. Hastalığı Modifiye Edici İlaçlar (DMARD’LAR)


**Tablo 6: DMARD Sınıflandırılması**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Hastalığı modifiye edici ilaçlar (DMARD’ler)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>A) Sentetik DMARD’lar (sDMARD’lar)</td>
</tr>
<tr>
<td>i. Konvansiyonel sentetik DMARD’lar</td>
</tr>
<tr>
<td>1. Metotreksat</td>
</tr>
<tr>
<td>2. Leflunomid</td>
</tr>
<tr>
<td>3. Sülfasalazin</td>
</tr>
<tr>
<td>4. Antimalaryal ilaçlar (Hidroksiklorokin, klorokin)</td>
</tr>
<tr>
<td>5. Tofacitinb</td>
</tr>
<tr>
<td>B) Biyolojik DMARD’lar</td>
</tr>
<tr>
<td>i. Tümör nekrozis faktör-α blokerleri</td>
</tr>
<tr>
<td>1. Etanercept</td>
</tr>
<tr>
<td>2. Adalimumab</td>
</tr>
<tr>
<td>3. İnfliximab</td>
</tr>
<tr>
<td>4. Golimumab</td>
</tr>
<tr>
<td>5. Sertolizumab pegol</td>
</tr>
<tr>
<td>ii. Abatasept</td>
</tr>
<tr>
<td>iii. Rituximab</td>
</tr>
<tr>
<td>iv. Tocilizumab</td>
</tr>
<tr>
<td>v. Anakinra</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Demirel, A., & Kırnap, M. Romatoid Artrit Tedavisinde Geleneksel Ve Güncel Yaklaşımlar Traditional and Up-to-date Treatment in Rheumatoid Arthritis (2).
Biyolojik ajanların yan etkileri; lenfoma görülmesinde artış, tüberküloz, üst solunum yolu enfeksiyonları, deri enfeksiyonları, anafaktik reaksiyonlar, sitopeni, hiperlipidemi, hepatit sicaklığında artış, kalp yetmezliği ve demiyalizan hastalıklar görülebilir. Anti-TNF kullanan bireyler üzerinde yapılan bir çalışmada en çok korkulan yan etkilerin kanser ve tüberküloz oluşumu olduğu ortaya konulmuştur (57).

Biyolojik ajanlar, uzun süreli DMARD tedavisine direnç göstermiş, remisyona alınmamayan hastalarda uygun bir tedavidir. European League Against Rheumatism (EULAR) romatoid artrit tanıları alan her hastanın kontrendikasyonu yoksa hemen bir DMARD tedavisi başlanmasını önermektedir. Eğer 6 ayda remisyon sağlanamıyorsa biyolojik ajanlara geçilmesi vurgulanmıştır. Remisyondaki hastaların DMARD tedavisi devam edilmesi gerektiktedir (58). Hasta remisyon durumunu ölçebilmek için uluslararası American College of Rheumatology (ACR) yanıt kriterleri kullanmalıdır.

**Tablo 7: American College of Rheumatology (ACR) Düzelme Veya Yanıt Kriterleri**

1. Şiş eklem sayısı
2. Hassas eklem sayısı
3. Aşağıdaki 5 değerlendirmeden en az üçünde düzelme olmalı
   a) Hastanın hastalık aktivitesinin genel olarak değerlendirilmesi
      (Hastanın kendini değerlendirmesi 10 cm’lik visüel analog ölçüğü ile yapılır)
   b) Doktorun hastalık aktivitesini genel değerlendirmesi
   c) Hastanın ağrısını değerlendirilmesi
   d) Akut faz reaktanları (Eritrosit sedimantasyon hızı: C-reaktif protein)
   e) Dizabilite değerlendirilmesi

ACR 20, 50, 70 yukarıdaki kriterlede % 20, 50, 70 iyileşmeyi ifade eder
European League Against Rheumatism, romatoid artrit hastaları için biyolojik ajan kullanım rehberi yayınlamıştır. Bu öneriler biyolojik tedavi alan hastaların tedavi rejimini planlama sırasında rehber niteliğindedir (Tablo 8).

**Tablo 8: European League Against Rheumatism Biyolojik Ajan Kullanım Önerileri**

1. Romatoid artrit tanısı konulmadan DMARD'lar ile tedaviye başlanmalıdır.
2. Romatoid artrit tedavisinde hedef, her hastada remisyon veya düşük hastalık aktivitesi olmalı.
4. Aktif romatoid artritli hastalarda METOTREKSAT (MTX) ilk basamak tedavi stratejisinin bir parçası olmalıdır.
5. MTX kontrendikasyonunda (veya erken intoleransda) sülfasalazin veya leflunomid (ilk) tedavi stratejisinde düşünülmelidir.
6. DMARD alan hastalarda monoterapi VEYA kombinasyon olarak csDMARD'lar kullanmalıdır.
7. Mono veya kombinasyoncsDMARD'lar ile birlikte düşük doz glukokortikoid tedavisi 6. aya kadar başlangıç tedavisinin bir parçası olarak düşünülmelidir.
8. İlk DMARD stratejisi ile hedefe ulaşılamamışsa, kötü prognostik faktörler varsa; bir biyolojik DMARD eklenmesi düşünülebilir.
9. MTX ve/veya diğer konvansiyonel sentetik DMARD'lar ile etkili yanıt veren hastalarda, biyolojik DMARD'lar (anti-TNF'ler, abatacept veya tocilizumab) MTX ile beraber başlanmalıdır.
10. İlk biyolojik DMARD'a yanıt veren hastalarda başka bir biyolojik DMARD kullanmalıdır; ilk anti-TNF'ye yanıt veren hastalarda ikinci başka bir biyolojik anti-TNF veya başka etki mekanizmalı bir biyolojik ajan olabilir.
13. Tedavinin yeniden ayarlanması gerektiğiinde hastalık aktivitesinden başka faktörler de örneğin yapısal hasarın progresyonu, komorbiditeler ve güvenlik konuları göz önünde tutulmalıdır.
Gerekli durumlarda biyolojik ajanlar değişebilir. Değişim sebebi bireylerin uyum gösterememesi veya birey üzerinde etki etmemesi olabilir. Çok Boyutlu Sağlık Değerlendirme Anketi (MDHAQ) ile verilerin toplandığı bir araştırmada; romatoid artrit hastalarının bir kısmının (%20) ilaçların hasta üzerine etki etmemesi sebebiyle biyolojik ajan değişimi uygun görüldüğü tespit edilmiştir (60).

2.7.4. Non-Farmakolojik Tedaviler


Genel anlamda, romatoid artrit hastaları tarafından en çok kullanılan TAT yöntemleri akupunktur, masaj, bitkiler ve homeopatidir (61). Ulkemizde yapılan çalışmalararda en sık kullanılan TAT yöntemleri sıralaması; bitkisel kaynaklı, dua, dini uygulamalar, masaj uygulama, vitaminler alımı, özel diyetler şeklindedir (62).

Yapılan araştırmalarda romatoid artrit hastaları bulunan çoğu hastanın herhangi bir TAT yöntemi kullandıkları bildirilmiştir (63,64). Başka bir çalışmada ise TAT kullanım oranı % 76 bulunmuştur. Aynı çalışmada termal terapi uygulandığı ve kullanıldığı görülmüştür (65). Kore’de yapılan bir çalışma da ise; konu hakkında eğitimli bir hemşire tarafından toplanan veriler işığında; çoğu hastanın bir tamamlayıcı alternatif bir yöntem kullandığı ve fayda gördüğü belirtilmiştir. Çalışmada hekime danışılmadan kullanılanların olduğu ve fayda görullen bir yöntem doktorlar tarafından tedaviye eklenmesi gerektiğini görenmektedir (66).

Yapılan bir çalışmada hemşirelerin de klinikte yatan romatolojik hastaların ağrı yönetimi için farmakolojik tedavi yanında non-farmakolojik yöntemleri (masaj, dikkati, başka yöne çekme, pozisyon vb.) kullandıkları saplanmıştır (67). TAT’ın
sıklıkla kullanıldığı Çin’de yapılan bir derlemede romatoid artritli bireylerin ek olarak akupunktur, masaj gibi uygulamaların faydalı olacağını savunulmuştur (68).


Hastalık, kaza, sakatlık gibi durumlarda; fiziki, mental ve sosyal açıdan sağlığı iyileştirmek, rehabilitasyon sağlamak amacıyla günlük yaşam aktivitelerini içeren bir yaklaşım olan ergoterapinin etkinliği bir çalışmada; romatoid artritli hastaların progresyonunda pozitif sonuçlar rapor edilmiştir (73). İş ugraş terapilerinin de günlük işlerinin desteklenmesi açısından önemi de belirtilmiştir (74). Romatoid artritli hastalarda fonksiyonel durumun düzeltmesinde mesleki terapinin etkinliğinin etkinliği bir çalışmada bireylerin el işlevlerinde artış olduğu ve bu artışın günlük işlerini yerine getirmeye fayda sağladığı gösterilmiştir (75). Başka bir çalışmada aerobic egzersizin uyku kalitesine etkisi incelenmiş ve egzersizlerin uyku kalitesini yükselttiği belirtilmiştir (76).

Çeşitli yağlar kullanılarak ve masaj yapılarak uygulanan aromaterapi; romatoid artritli hastalara uygulanmıştır. Kim ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada bitki yağlarının karışımlı uygulandığı hastalarda ağrı ve depresyon düzeylerinin azaldığı ancak kontrol grubu ile yaşam memnuniyet düzeyleri arasında bir fark bulunmadığı belirtilmiştir (76). Başka bir çalışmada ise aromaterapi; eklem ağrısı, hassasiyet ve eklemlerdeki şişliklerde etkili olduğu savunulmuştur (77).

Bedendeki enerji noktalarına bası yapılarak uygulanan refleksoloji uygulamaları romatoid artritli hastalarda izlenmiştir. Kadın hastalar üzerinde yapılan bir araştırmada ise ayak bölgesine uygulanan refleksoloji uygulaması sonrası ayak ağrısında azalma, yorgunluk ve uyku hijyeninde düzelve belirlenmiştir (78). Metin ve
Özdemir’in yaptığı çalışmalarında refleksoloji ve masaj etkinlikleri karşılaştırılmıştır. Her iki uygulamanın da ağrıyi azalttığı belirtilmiştir. Literatür incelendiğinde çoğu TAT yöntemleri girişimlerinin uygulanan hemşirelik girişimlerine benzer olduğu görülmektedir (79,80).

Tamamlayıcı alternatif tedavi yöntemlerinin romatoid artritin sebep olduğu olumsuzluklar üzerinde etkili olduğunu gösteren çalışmalar belirtilse de, kanıta dayalı az ve kısıtlı alanda çalışmalar mevcuttur. Bu yüzden etkinlikleri ve güvenirlığı kesin olmadığı belirtilmiştir (81, 82).

2.8. Romatoid Artritte Hemşirelik Bakımı

Romatoloji hastalarında hemşirelik bakımı; temel hemşirelik bakımı yanında ağrı yönetimi, hasta eğitimi, tıbbi tedavi ve izlem, fiziksel gücün desteklenmesi ve arttırılması, doku bütünlüğün korunması ve günlük yaşamı aktüel aktivitelerin desteklenmesini de barındırmaktadır (83).

Hemşirelik yönetiminde tanılama, uygulama, değerlendirme ve hasta eğitimi yer almaktadır.

Tanılamada, bireyin yaş, cinsiyeti, geçmişi, hastalık öyküsü, herhangi bir kronik hastalık varlığı, hastalıkın seyri, süresi, belirtileri ayrıntılı olarak alınmalıdır. Bireyin özellikle hastalığın başlangıcında baş etme durumu ve baş etme mekanizması sorgulanmalı bu açıdan desteklenmelidir.


Romatoid artrit eklem dışında organ tutulumlarının da görüldüğü bir hastalıktır. Bireyler hastalık hakkında bilgilendirilmeli ve gerekli tetkikleri
yapıtırmaları konusunda eğitilmelidirler (85). Yapılan bir çalışmada romatoid artritli bireylerin hastalıkları konusunda bilgi düzeylerinin düşük olduğu bildirilmiştir (86).

Hemşirelerin bakım verirken uygulamaları esnasında ve eğitim verirken model ve kuram kullanılması; romatoid artritli bireylerde de önerilmiş ve yararlı olduğu görülmüştür (87).

Bireylerin hastalığa, tedaviye ve ilaçlara karşı uyum göstermesi gerekmektedir. Bu nedenle psikolojik tanılama yapılmalı ve uyumunu etkileyen faktörler belirlenmelidir. Romatoid artritli bireylerin ve yakın/bakım verenlerin; sorun ve bakım gereksinimleri açığa hemşirelerin tanı ve girişimleri ureterek, bireylerin gereksinimlerin karşılanması gerektiğini savunulmuştur (88).

Tanılamada sonrasında romatoid artritli hasta için hemşirelik tanıları şu şekildedir (89):

- Konfördaki Bozulma: Ağrı
- Bulanık
- Teropatik Rejimi Etkisiz Yönetme
- Beslenmede Dengesizlik: Gereksinimden az beslenme
- Sıvı Volum Dengesizliği
- Aktivite İntoleransı
- Fiziksel Mobilitede Bozulma
- Özbakım Eksikliği Sendromu
- Solunum Örüntüsünde Bozulma / Solunum Örüntüsünde Bozulma Riski
- Uyku Örüntüsünde Bozulma
- Yorgunluk
- Bilgi Eksikliği
- Beden İmgesinde Rahatsızlık
- Düşün Benlik Saygısı
- Güçsüzlik / Güçsüzlik Riski
- Anksiyete
- Etkisiz Bireysel Baş Etme
- Cinsel Öröntülerinde Etkisizlik
Girişimler bireye özgü olmakla birlikte uygulamalar sonrası bireyle beraber değerlendirilmelidir. Etkisiz girişimlerden vazgeçilerek yeni girişimler uygulanmalı ve tekrar değerlendirilmelidir. Bireyin duyguları ve düşüncecilerine de göz önünde bulundurularak bir planlama yapılmalıdır.


1. Temel bilgi düzeyi,
2. Hastanın değerlendirilmesi,
3. Tedavi planının oluşturulması,
4. Tedavi planının uygulanması,
5. Hasta eğitimi,
6. Araştırma.

1. Temel Bilgi Düzeyi

Romatoloji Hemşiresi;

- Romatoloji alanındaki hastalık, süreç ve uygulama prensileri hakkında bilgi sahibi olmalı.
- Romatizmal hastalığı olan bireylerin aşağıda belirtilen karşılaşabileceği problemleri tanılayabilmeli ve yönetebilmeli
  - Ağrı Yönetimi
  - Konforda Değişim: Eklem Tutukluluğu
  - Özbekim
  - Fiziksel Aktivite (Ambulasyon)
Bireylerin; kişilik özellikleri, aile dinamikleri ve etnokültürel çeşitliliğinin hastalık algısı ve özbakım becerileri üzerindeki etkilerinin farkında olmalı

Hasta problemlerin yönetiminde diğer disiplinlerle etkin şekilde işbirliği yapabilme becerisine sahip olmalı

Sağlık bakım politikaları; planlama ve geliştirme konusunda bilgili ve yeterli olmalı

2. Hasta Değerlendirme

Romatoloji Hemşiresi;

Çeşitli romatizmal hastalıklar ile ilişkili semptomları ve fonksiyonel engelleri tanılayabilmeli

Romatolojik sorunları taklit edebilecek olası ayırıcı tanıların farkına varabilmeli

Hastanın mevcut belirtileri ile bağlantılı olarak ayırıcı tanıların farkında olabilmeli

Akut veya kronik ağrı, eklem tutukluğu ve yorgunluk belirtilerini ayrırt edebilmeli

Geçmiş ve mevcut ilaç rejimlerini, ilaçların yan etki ve beklenmeyen etkisi ile ilaçların etkileşimini ve etkinliğini değerlendiribilmeli.

Romatizmal hastalıklarla ilişkili ağrı, yorgunluk, tutukluk ve diğer semptomların algılanmasına katkıda bulunabilecek uyku, enerji, hareketlilik, duruş, beslenme, kişilerarası ilişkiler ve genel sağlık gibi faktörleri belirleyebilmeli.

Hastanın davranış değişikliklerini gözlemleyebilmeli ve davranış değişikliklerinin hastalık üzerine etkilerini tespit edebilmeli

Hasta sorunlarını ele almaya yardımcı olan önleyici veya terapötik uygulamaları belirleyebilmeli
- Hastanın sorununu değerlendirmek için uygun bir fiziksel muayene yapabilmeli
  - Çeşitli romatizmal hastalıkların süreçleriyle ilişkili bulguları tanılayabilmeli
  - Hastalık sürecini gösterebilecek psikolojik ve fiziksel göstergeleri tanılayabilmeli
  - Sağlıkta normalden sapmaları tanılayabilmeli
  - Ağrı, tutukluk ve yorgunluk belirtilerini ayırt edebilmeli
- Fiziksel muayene, x-ışınları ve laboratuvar testlerinden elde edilen bilgilerden kapsamlı bir veri tabanı derleyebilmeli ve kayıt edebilmeli

3. Tedavi Planı Geliştirme

Romatoloji Hemsiresi;

- Hastanın hastalık süreçlerine hitap edebilecek uygun yönetim stratejileri geliştirebilmeli
- Hasta problemlerinin yönetimi için uygun olan farmakolojik ve farmakolojik olmayan yöntemlerini hakkında bilgi sahibi olabilmeli
- Hastalık progressyonunuzu izleyebilmeli, farmakolojik tedavide rehberlik etmek için gerekli laboratuvar parametrelerini anlayabilmeli ve değerlendirebilmeli
- İlaç rejimlerini izlemek için belirlenmiş bir toksisite taraşı tarama protokolü geliştirmeli ve uygulayabilmeli
- Uygun fonksiyonel değerlendirme ölçeklerinden yararlanabilmeli
- Kronik hastalık durumlarıyla ilgili ağrı algılama, beden imaji ve depresyon gibi konuları psikolojik faktörlerini anlayabilmeli
- Bakım planına katılmak için hastanın yetenek ve motivasyonunu değerlendirebilmeli
- Hasta veya ailesi (destek sistemi) için uygun öğretim yöntemlerini seçebilmeli
- Kronik hastalıkları baş etmesine etki edebilecek aile dinamikleri, iletişim tarzları ve kültürel farklılıkların önemine duyarlılık gösterebilmeli
- Bireyin fiziksel fonksiyonunu korumak veya iyileştirmek için gerekken uygun önleyici ve terapötik önlemleri belirleyebilmeli
- Bakımın geliştirebilmesi için hekimler, hemşireler, diyetisyenler, sosyal hizmet uzmanları, psikologlar, mesleki terapistler, fizik tedavi uzmanları ve toplumsal kurumlar ile işbirliği yapabilmeli
- Hasta ve ailesi (destek sistem) ile bağlantılı olarak davranışsal sonuçlar ortaya koyabilmeli

4. Tedavi Planı Uygulama

Romatoloji Hemşiresi;
- Hastaya özel hastalık süreçlerini belirleyebilmek için gerekli olan uygun yönetim stratejilerini uygulayabilmeli
- Özbakım ilkelerini öğretebilmeli ve uygulayabilmeli
- Fonksiyonel değerlendirme ölçeklerini yorumlayabilmeli
- Hasta veya ailesi (destek sistemi) ile işbirliği içinde hasta sorunlarını gidermek için davranışsal sonuçlar oluşturabilmeli
- Günlük yaşam aktivitelerinin yürütülmesi için gerekli olan uygun cihazların güvence altında alınmasına yardımcı olabilmeli
- Fiziksel fonksiyonu korumak veya iyileştirmek için gerekli önleyici ve tedavi edici önlemleri kullanabilmeli
- Kapsamlı bir eğitim program planlayabilmeli ve uygulayabilmeli
- Hastalarda uygulanan kanıtlanmamış tedavilerin etkisini gözlemleyebilmeli
- Birey ve bireyin ailesine kronik hastalık ile hastalığın kişilerarası ilişkiler üzerine etkileri konusunda danışmanlık sağlayabilmeli
- Hastanın yaşam kalitesini korumak ve yükseltmek için gerekken fiziksel, psikolojik, manevi, mesleki ve ekonomik yardımı toplumsal kaynaklara erişebilmeli
- Bakımın geliştirebilmesi için hekimler, hemşireler, diyetisyenler, sosyal hizmet uzmanları, psikologlar, mesleki terapistler, fizik tedavi uzmanları ve toplumsal kurumlar ile işbirliği yapabilmeli
• Bakım planını etkinliğini hastanın sonuçlarını standartlar ile karşılaştırmak etkinliğini değerlendirebilmeli
• Bakım planında hastanın durumunda değişiklikleri tanıyabilmeli ve uygun değişiklikler yaparak bunlara yanıt verebilmeli

5. Hasta Eğitimi

Romatoloji Hemşiresi;

• Eğitim gereksinimleri ve öğrenmeye hazır olma durumunu açısından hastayı veya ailesini (destek sistemini) değerlendirebilmeli
• Hastanın sağlık bakım gereksinimleri öncelik sıralaması yapabilmeli
• Hastanın fiziksel, psikososyal ve gelişim ihtiyaçlarını içeren kapsamlı bir eğitim planı hazırlayabilmeli
• Hasta popülasyonuna göre uygun öğrenme ilkelerini uygulayabilmeli
• İlaçlar, problem çözme, iletişim becerileri, stres yönetimi, baş etme mekanizmaları ve güvenlik konuları ile ilgili hasta ve aile (destek sistemini) eğitebilmeli
• Eğitim düzeylerini tamamlayan toplumsal kaynaklara erişebilmeli ve bunların farkında olabilmeli
• Hastanın veya ailesini (destek sisteminin) sağlık sistemini uygun bir şekilde kullanabilme yeteneğini değerlendirirebilmeli
• Eğitimsel girişimlerin davranışsal sonuçlarını değerlendirebilmeli

6. Araştırma

Romatoloji Hemşiresi;

• Romatoloji ve romatoloji hemşireliği uygulamaları hakkında literatür bilgilerine sahip olmalı
• Uygulama ile ilgili konularda literatürü değerlendirebilmeli
• Araştırma bulgularını uygulamaya aktarabilmeli
• Klinik araştırmayı başlatabilmeli ve araştırmaya katkıda bulunabilmeli
• Araştırma bulgularını profesyonel Yayınlarla meslektâşları ile paylaşabilmeli
2.9. Özbakım


Orem’in kürmanının merkezinde hasta bireyin gereksinimleri ve bu gereksinimlerin karşılanmasında rol alan hemşirenin aktiviteleri vardır. Eğer birey ihtiyaçlarını kısmen ya da tamamen gidermekte sorun yaşıyorsa yapılan bakım; özbakımdır (95). Özbakımın yerine getirebilen birey, özbakım gereksinimi olmaz. Ancak gerekli fizyolojik gereksinimi olan durumlarda hemşirelerin özbakım ajani rolü üstlenmesi gerekir (96).

Hemşire; özbakım rolü ile birlikte sağlığını yükseltmeyeye, hastanın rehabilitasyona ve sağlığa kavuşmasına yardımcı olur. Orem’e göre hemşire; bireylerin sağlıklı yaşam durumlarında, bireyin sağlığını yükseltmeye amaclayan bir sağlık profesyonelidir. Hemşire; bireyin gereksinime özel girişim planlar ve uygular. Bu girişimler; danışmanlık, fizyolojik ve psikolojik destek sağlama, eğitim verme ve sağlık profesyonelleri (diyetisyen, fizyoterapist, iş uğras terapisti, hekim vs) ile iş birliği içinde bulunma şeklinde sayılabilir. Girişimler sonrası birey ile bir değerlendirme yapar. İyileşme sağlanmışsa uygulama devam eder. Eğer iyileşme yetersiz ise yeni uygulamalar ve girişimler eklenir veya başka girişimlere geçilir (94).

Orem’ göre özbakım bireylerin gereksinimlerine göre üçe ayrılmıştır;

1. Evrensel Özbakım Gereksinimleri: Bireyin gelişimi için genel gereksinimlerden barınma, hava, su, beslenme, uyku, sosyal hayat, boştalm, dinlenme vb. sayılabilir.
2. Sağlıklıdan Sapmalardaki Özbakım Gereksinimleri:
Bu gereksinim 3 şekilde belirtilmiştir.
   a) Bireyin fiziksel yapısı bozulunca (ödem, enfeksiyon, skar oluşumu)
   b) Bireyde fiziksel işlevler bozulunca (menapoz, fraktür)
   c) Davranışlarının değişmesine neden olanlar (aşırı yemek yeme, aşırı alkol alma)

3. Gelişimsel Özbakım Gereksinimleri: Büyüme gelişme dönemlerinin hızlı olduğu dönemlerde (adolesanlık, puberte, yenidoğan) ek olarak


Hastaların, özbakımlarını geçerleştirmek için yaptıkları tüm etkinliklere de “özbakım davranışları” şeklinde tanımlanmaktadır. Özbakım davranışları, olumlu sağlık sonuçları için önemli bir unsurdur (105). Özbakım davranışları içerisinde; tıbbi tedaviye uyum, yan etkileri bilme ve yönetebilme, mesleki ve günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme vardır (94).


Romatoid artritli hastaların özbakım davranışları içerisinde yer alan hekim kontrolüne gitme, günlük aktiviteleri ve meslek yaşamını bağımsız olarak yapabilme, bireyin kendisine uygun olarak ortak kararlaştırılan spor aktivitesini yapabilme, beslenme önerilerine uymak sayılabilir.

Romatoid artritli bireylerde yapılan bir araştırmada özbakım davranışlarının içerisinde yer alan hekim kontrolüne gitme ve tedavi protokollerini izleme gibi parametrelerin bireyleri motive eden faktörlerden olduğunu belirtilmiştir (108). Ancak literatür incelendiğinde özellikle romatoid artritli hastaların özbakım ve günlük yaşam gereksinimlerinin ne kadarını yerine getirebilebildiklerine dair veriler yetersizdir (10).
3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma; Özbakım Davranışları Ölçeği (ÖBDÖ)'nin Türk romatoid artritli hasta popülasyonunda güvenirlik ve geçerliğini test etmek amacı ile tanımlayıcı ve metodolojik tipte planlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı


3.3. Araştırma Evreni ve Örneklemi

Belirtilen tarihler arasında romatoloji kliniği ve romatoloji polikliniğine başvuran tüm romatoid artritli hastalar araştırma evrenini, araştırmaya katılmayı kabul eden ve araştırmaya dahil olma kriterlerine uyan 119 romatoid artritli birey araştırma örneklemini oluşturmuştur.
3.4. Araştırmaya Dâhil Olma/Olmama Kriterleri

Araştırmaya dâhil olma kriterleri:
- Bir romatolog tarafından Romatoid Artrit tanısı konulmuş olması
- 6 aydan fazla süredir Romatoid Artrit açısından izleniyor olması
- Bireyin araştırmaya katılmasına rıza göstermesi
- Bireyin 18 yaşından büyük olması
- Bireyin herhangi bir işitsel-görsel veya zihinsel engelin olmaması
- Bireyin Türkçe konuşabilmesi

Araştırmaya dâhil olmama kriterleri:
- 6 aydan az sürede Romatoid Artrit açısından izleniyor olması
- Bireyin gebe olması

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişken: Özbakım Davranış Ölçeği Puanı

Bağimsız Değişken: Bireylerin yaşı, eğitimi, cinsiyeti, medeni durumu, hastalık yılı, tutukluk süresi, çocuk sayısı, çalışma durumu, sağlık değerlendirme anketi (MDHAQ) puanı, ağrı, yorgunluk, tutukluk düzeyleri

3.6. Veri Toplama Araçları:

3.6.1. Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu (EK-1)

Hasta tanıtıcı formu hastanın bireylerin demografik verileri ve hastalığına ilişkin sistematik verileri elde etmek amacıyla araştırmacılar tarafından literatür desteğiyle hazırlanmış bir formdur. İçeriğinde hasta sosyodemografik özellikler (yaş, cinsiyet, yaşadiği yer, eğitim durumu ...) ve hastanın hastalık öyküsüne ait bilgiler yer almıştır.
3.6.2. Self-Care Behaviour Scale (SCBS)- Özbakım Davranısları Ölçeği/ ÖBDÖ (EK-2)


3.6.3. Multidimensional Health Assessment Questionnaire (MDHAQ) - Çok Boyutlu Sağlık Değerlendirme Anketi (EK-3)

3.7. Kullanılan Yöntemler

3.7.1. Ölçeğin Dil Geçerliği Çalışmaları

Özbakım Davranışları Ölçeği’nin Türk romatoid artritli hasta populasyonunda özbakım davranışlarını ne düzeyde yerine getirdiklerini ölçmede geçerli ve güvenilir bir araç olup olmadığını sınavması için öncelikle dil geçerliliği test edilmiştir.

- Ölçeğin öncelikle orijinal halı olan İngilizceden Türkçeye çevirisi hem Türkçe hem de İngilizceyi iyi derece bilen, daha önce ölçeği görmemiş üç kişi tarafından yapılmıştır.
- Türkçe çevrilen ölçeği hem Türkçe hem de İngilizceyi iyi derece bilen, daha önce ölçeği görmemiş üç kişi tarafında tekrar İngilizceye çevrilmesi sağlanmıştır.
- Farklı kişiler tarafından Türkçe ve İngilizceye çevrilen metinlerin karşılaştırılması yapılmış ve aynı olup olmadığı kontrol edilmiştir.
- Kontrol edilen Ölçeğin değerlendirilmesinden sonra görüşleri alınmak üzere uzmana gönderilmiştir.
- Uzman görüşleri alınıp gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra son şekli verilmiştir.
- Tüm aşamalardan geçen Ölçeğin en son hali hastalar için kullanılmak üzere işleme alınmıştır.

3.7.2. Ölçeğin İçerik (Kapsam) Geçerliği Çalışmaları

Ölçeğin dil geçerliği yapıldıktan sonra içerik geçerliğini belirlenmesi için dört klinisyen ve altı akademisyen olmak üzere on uzmana gönderilmiştir, uzman görüşleri doğrultusunda forma son hali verilmiştir. Bu çalışmaya alınan bireylere uygulanmıştır.
3.7.3. Ölçeğin Güvenirlik Çalışmaları


Ölçeğin güvenirlilik ve geçerlilik çalışmaları için yapılan işlemler Tablo 9 ve Tablo 10’da gösterilmiştir (116).
### Tablo 9: Ölçeğin Güvenirlik Analizleri İçin Yapılan İşlemler

<table>
<thead>
<tr>
<th>Güvenirlik Yöntemi</th>
<th>Güvenirlik Analizi İçin Yapılan İşlemler</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>“Zamana Göre Değişmezlik”</td>
<td>• Pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı hesaplama</td>
</tr>
<tr>
<td>“Test- Tekrar Test Yöntemi”</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>“İç Tutarlık”</td>
<td>• Cronbach Alpha katsayısı hesaplama</td>
</tr>
<tr>
<td>“İç Tutarlık Katsayısı”</td>
<td>• Madde- toplam korelasyon katsayısı için Pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı hesaplama</td>
</tr>
<tr>
<td>“Madde Analizi”</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Tablo 10: Ölçeğin Geçerlik Analizleri İçin Yapılan İşlemler

<table>
<thead>
<tr>
<th>Geçerlik Yöntemi</th>
<th>Geçerlik Analizi İçin Yapılan İşlemler</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>“Kapsam Geçerliği”</td>
<td>• Uzman görüşü alma</td>
</tr>
<tr>
<td>“Yapı-Kavram Geçerliği”</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Faktör Analizi Çözümlemesi</td>
<td>• Doğrulayıcı faktör analizi (Confirmatory factor analysis)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• Faktör yapısının belirlenmesinde temel bileşenler yöntemi</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>• (Principal components analysis) Ortogonal varimax rotasyonu</td>
</tr>
<tr>
<td>''Bilinen Grupların karşılaştırılması’’</td>
<td>• Romatoid Artritli hastaların yaş grupları, cinsiyetleri, medeni durumları, eğitimleri, hastalık yılı, ek kronik hastalık durumu, ilaç kullanımı ile ölçekten alınan toplam puan ortalamalarının istatistiksel olarak karşılaştırılmasını değerlendirme</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
3.8. Veri Toplama Süreci

### 3.9. Süre Ve Olanaklar

<table>
<thead>
<tr>
<th>Araştırma Takvimi</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Araştırma Süreci</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Konunun Belirlenmesi ve İlgili Literatürlerin Taranması</td>
</tr>
<tr>
<td>Tez Araştırma Taslağının Hazırlanması</td>
</tr>
<tr>
<td>Tez Önerisinin Verilmesi</td>
</tr>
<tr>
<td>Araştırma Etik Kurul Onayı ve Kurum İzinlerinin Alınması</td>
</tr>
<tr>
<td>Verilerin Toplanması</td>
</tr>
<tr>
<td>Verilerin Analizi</td>
</tr>
<tr>
<td>Tezin Yazılması, Sonlandırılması ve Sunumu</td>
</tr>
</tbody>
</table>
3.10. Verilerin Değerlendirilmesi ve Analizi:

Elde edilen veriler, SPSS 13.0 de bilgisayar ortamında kodlanmıştır ve istatistiksel analizde; sayı ve yüzde analizi kullanılmıştır. Örneklem, normal dağılım gösterdiğinde parametrik test olan bağımsız T testi; normal göstermediğinde ise parametrik olmayan testlerden Mann Whitney U testi ile analiz edilmiştir. Verilerin analizinde p<0,05 düzeyinde anlamlılık aranmıştır.

3.11. Araştırma Etiği:

Özbakım Davranışları Ölçeği’nin geçerlilik güvenirlik çalışması için orijinal ölçeğin yazarlarından elektronik posta yoluyla izin istenmiştir. Ölçek yazarı ölçeğin Türkçe'ye geçerlilik güvenirlik çalışmalarının Türkiye’ de yürütülmesine izin vermiştir.

MDHAQ ölçeğin Türkçe versiyonun kullanılmasına dair yazarından elektronik posta yoluyla izin alınmıştır.

BÖLÜM IV

BULGULAR

Araştırmadan elde edilen bulgular dört başlık altında verilmiştir.

1. “Özbakım Davranışları Ölçeği’nin” dil eşdeğerliğinin sağlanmasına yönelik çalışmalar ait bulgular.

2. “Özbakım Davranışları Ölçeği’nin” güvenirlik ve geçerlik analizlerine ait bulgular.

3. “Özbakım Davranışları Ölçeği’nin” kapsam geçerliliğine yönelik analizlerine ait bulgular.

4. Araştırmaya kabul eden hastaların tanıtımcı bilgilerine yönelik bulgular.

4.1. “Özbakım Davranışları Ölçeği’nin Dil Eşdeğerliğinin Sağlanmasına Yönelik Çalışmalara Ait Çalışmalar

Özbakım Davranışları Ölçeği’nin öncelikle dil geçerliliği test edilmiştir.

- Ölçeğin öncelikle orijinal hali olan İngilizceden Türkçe'ye çevirisi hem Türkçe hem de İngilizceyi iyi derece bilen, ölçeği daha önce görmemiş üç kişi tarafından yapılmıştır.
- Türkçe'ye çevrilen ölçeğin, hem Türkçe hem de İngilizceyi iyi derece bilen, daha önce ölçeği görmemiş üç kişi tarafından tekrar İngilizceye çevrilmesi sağlanmıştır.
- Farklı kişiler tarafından Türkçe ve İngilizceye çevrilen metinlerin karşılaştırılması yapılmış olup, aynı olup olmadığı kontrol edilmiştir.
- Kontrol edilen ölçeğin değerlendirilmesinden sonra görüşlerini almak üzere on uzmanına gönderilmiştir.
- Uzman görüşleri alınıp gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra son şekli verilmiştir.
- Tüm aşamalardan geçen ölçeğin en son hali hastalar için kullanılmak üzere işleme alınmıştır.

Ölçeğin uygulanacağı örneklem sayısı olarak; ölçek madde sayısının 5-10 oranında hastaya uygulanması önerilmektedir (117). Ölçeğin son hali verildikten sonra ölçek madde sayısının 7 katı olarak şeklinde çalışmaya katılmayı kabul eden 119 romatoid artritli birey araştırma örneklemını oluşturmuş ve ölçek uygulanmıştır. Çalışma dâhiline alınan her hastaya ‘Romatoid Artrit ve Yaşam’ başlıklı eğitim verilmiş olup, eğiticinin devamlılığının sağlanması için hazırlanan eğitim broşürü verilmiştir.

4.2. “Özbakım Davranışları Ölçeği’nin Güvenirlik Ve Geçerlik Analizlerine Ait Bulgular

Bu bölümde ÖBDÖ’nün güvenirlik ve geçerlilik ölçümlerine ilişkin bulgular yer almaktadır.

Güvenirlik ve geçerlilik çalışmalarında uzman görüşü alma, dil geçerliliği uygulama gibi işlemler önce yapıyoy olsa da; öncelik her zaman güvenirlik çalışmalarındadır. Güvenirir olmayan bir ölçeğin geçerliliği test etmek sağlıklı olamayacaktır. Bu yüzden ilk olarak güvenirilik ile ilgili bulgulara yer verilecektir.
4.2.1. “Özbakım Davranışları Ölçeği”nın Güvenirlik Analizleri

Bu bölümde ÖBDÖ maddelerine verilen yanıtların sonuçları, iç tutarlık analizlerine yönelik bulgular yer almaktadır.

Tablo 11:  “Özbakım Davranışları Ölçeği”nin Madde Puanlarının Tanımlayıcı Özellikleri

<table>
<thead>
<tr>
<th>Madde</th>
<th>Frekans (yüzdelik)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Hiç (0)</td>
</tr>
<tr>
<td>Madde 1</td>
<td>101(84,9)</td>
</tr>
<tr>
<td>Madde 2</td>
<td>105(88,2)</td>
</tr>
<tr>
<td>Madde 3</td>
<td>99(83,2)</td>
</tr>
<tr>
<td>Madde 4</td>
<td>71(59,7)</td>
</tr>
<tr>
<td>Madde 5</td>
<td>19(13,4)</td>
</tr>
<tr>
<td>Madde 6</td>
<td>76(66,4)</td>
</tr>
<tr>
<td>Madde 7</td>
<td>79(66,4)</td>
</tr>
<tr>
<td>Madde 8</td>
<td>70(58,8)</td>
</tr>
<tr>
<td>Madde 9</td>
<td>52(43,7)</td>
</tr>
<tr>
<td>Madde 10</td>
<td>33(27,7)</td>
</tr>
<tr>
<td>Madde 11</td>
<td>59(49,6)</td>
</tr>
<tr>
<td>Madde 12</td>
<td>95(79,8)</td>
</tr>
<tr>
<td>Madde 13</td>
<td>1(0,8)</td>
</tr>
<tr>
<td>Madde 14</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Madde 15</td>
<td>7(5,9)</td>
</tr>
<tr>
<td>Madde 16</td>
<td>72(60,5)</td>
</tr>
<tr>
<td>Madde 17</td>
<td>76(63,9)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tablo 12: “Özbakım Davranışları Ölçeği”nden Aldığı Toplam Puanların Değerlendirilmesi

<table>
<thead>
<tr>
<th>Özbakım Davranışları Puanları</th>
<th>N</th>
<th>Minimum</th>
<th>Maksimum</th>
<th>Ortalama</th>
<th>Standart Sapma</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>119</td>
<td>9</td>
<td>51</td>
<td>25,87</td>
<td>7,81</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tablo 12’de ÖBDÖ’ye bireylerin verdiği puanlardan elde edilen en düşük, en yüksek puanlar, puan ortalaması ve standart sapma değerleri yer almaktadır. Tabloda gösterildiği gibi ölçekten elde edilen toplam puan ortalamaları 9 ile 51 puan arasında değişmektedir. Tüm ölçek puan ortalamaları ise 25,87± 7,81 şeklinde bulunmuştur.
4.2.1.1. “Özbakım Davranışları Ölçeği”nin Zamana Göre Değişmezliğinin Değerlendirilmesi

Ölçeğin zamana göre değişmezliği için Pearson momentler çarpımı korelasyonu kullanılmıştır. Tablo 13'te ölçeğin test –tekrar test puan ortalamaları arasında korelasyonu gösteren analiz verileri sunulmuştur.

Tablo 13: “Özbakım Davranışları Ölçeği”nin Test-Tekrar Test Puanlarının Korelasyon Analizi Sonuçları

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>N</th>
<th>R</th>
<th>p</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ön Test</td>
<td>30</td>
<td>0,74</td>
<td>0,000</td>
</tr>
<tr>
<td>Son Test</td>
<td>30</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tablo 13’te ÖBDÖ’nün zamana göre değişmezliğinin tespiti için test- tekrar test istatistik verileri gösterilmiştir. Test- tekrar test uygulaması için araştırmaya katılmayı, telefonunu verilmesini, kendine ulaşılmasını kabul eden ve arandığı vakitte ulaşılabilen ilk 30 hastaya ulaşılmıştır. Gelen uzman görüşü doğrultusunda romatoid artrit hastalığına özgü durumlar nedeniyle test- tekrar test süresi 24-72 saat aralığına indirgenmiştir. Yapılan Pearson momentler çarpımı sonucuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon saptanmıştır (r:0,74 p:0,00).
4.2.1.2. “Özbakım Davranışları Ölçeği”’nin İç Tutarlılık Analizleri

İç tutarlılığın tespiti için ÖBDÖ’nün Cronbach alpha katsayısı hesaplanması ve madde analizleri sonuçları verilmiştir.

- “Özbakım Davranışları Ölçeği”’nin Cronbach Alpha Katsayısı Hesaplaması

Tablo 14: “Özbakım Davranışları Ölçeği”’nin’Cronbach Alpha Güvenirlik Katsayıları

<table>
<thead>
<tr>
<th>Örneklem Sayısı (N)</th>
<th>Madde Sayısı</th>
<th>Cronbach Alpha Değeri</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Özbakım Davranışları Ölçeği</td>
<td>119</td>
<td>17</td>
</tr>
</tbody>
</table>

İç tutarlılığını değerlendirmek için ÖBDÖ’nün cronbach alpha değeri analiz sonuçları Tablo 14’te verilmiştir. Buna göre cronbach alpha değeri 0, 657 şeklinde bulunmuştur.

Türkçe geçerlilik güvenirlik çalışmalarını esnasında ÖBDÖ’nün 1.madde (Sıcak su havuzuna girme), 2.madde (Vücutumun bazı bölgelerine sıcak uygulama) ve 3.maddenin (Eklem koruyucu, destekleyici veya sabitleyici (atel) kullanma) ters puanlanması yapılarak tekrar Cronbach alpha değeri hesaplanmıştır. Bunun sebebi; uzman görüşleri doğrultusunda ilk 3 maddenin romatoid artrit hastalık seyrinde olumsuz etkiye neden olabileceğini idi. Ters puanlama sağlanan ilk 3 madde ile tekrar hesaplanan Cronbach alpha değeri Tablo 15’de gösterilmiştir.
Tablo 15: “Özbakım Davranışları Ölçeği”nin Madde Ters Puanlama Sonrası Cronbach Alpha Güvenirlik Katsayları

<table>
<thead>
<tr>
<th>Örneklem Sayısı (N)</th>
<th>Madde Sayısı</th>
<th>Cronbach Alpha Değeri</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Özbakım Davranısları Ölçeği</td>
<td>119</td>
<td>17</td>
</tr>
</tbody>
</table>

• “Romatoid Artritli Bireylerde Özbakım Davranısları Ölçeği’nin” Madde Analizi Hesaplaması
  Özbakım davranışları ölçeği toplam madde korelasyonu ile her bir sorunun korelasyonu Tablo 16’da gösterilmiştir.
Tablo 16: “Özbekim Davranışları Ölçeği”nin Madde Toplam Puan Korelasyonları

| Madde 1 | 25,62 | 57,78 | 0,28 | 0,64 |
| Madde 2 | 25,70 | 58,39 | 0,31 | 0,64 |
| Madde 3 | 25,50 | 58,91 | 0,11 | 0,65 |
| Madde 4 | 22,65 | 58,40 | 0,08 | 0,66 |
| Madde 5 | 23,63 | 56,79 | 0,12 | 0,66 |
| Madde 6 | 24,76 | 51,80 | 0,27 | 0,64 |
| Madde 7 | 25,13 | 54,69 | 0,27 | 0,64 |
| Madde 8 | 24,92 | 51,80 | 0,41 | 0,62 |
| Madde 9 | 24,72 | 53,69 | 0,32 | 0,63 |
| Madde 10 | 24,18 | 49,52 | 0,50 | 0,60 |
| Madde 11 | 24,76 | 50,91 | 0,45 | 0,61 |
| Madde 12 | 25,38 | 55,88 | 0,24 | 0,64 |
| Madde 13 | 22,23 | 59,70 | 0,06 | 0,66 |
| Madde 14 | 22,09 | 60,69 | 0,00 | 0,66 |
| Madde 15 | 22,85 | 60,19 | -0,03 | 0,68 |
| Madde 16 | 24,83 | 49,92 | 0,43 | 0,61 |
| Madde 17 | 25,02 | 51,15 | 0,42 | 0,61 |

Tablo 16’da ÖBDÖ’nün madde toplam puan korelasyonları ve gerekli durumda ölçekten madde çıkarıldığında hesaplanacak Cronbach Alpha değeri gösterilmiştir. Cronbach Alpha değerleri 0,60 ile 0,68 arasında değişmektedir. Madde korelasyon değerleri 0,00-0,50 arasında yer almaktadır.
Yarı Test Güvenirlik Analizi

Tablo 17’de ÖBDÖ’nün iç tutarlılığı için yarı test güvenirliliği analiz sonuçları belirtilmiştir.

Tablo 17: “Özbek Döşmanlıklar Ölçeği” Yarı Test Güvenirlik Analizleri Sonuçları

<table>
<thead>
<tr>
<th>İkinci Yarı Arası Korelasyon Değeri</th>
<th>0,484</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Guttman Split – Half Katsayısı</td>
<td>0,652</td>
</tr>
<tr>
<td>Spearman – Brown Katsayısı</td>
<td>0,653</td>
</tr>
<tr>
<td>1. Yarı (ilk 9 madde) Alpha Değeri</td>
<td>0,450</td>
</tr>
<tr>
<td>2. Yarı (Sonraki 8 madde) Alpha Değeri</td>
<td>0,530</td>
</tr>
<tr>
<td>Kişi sayısı (N)</td>
<td>119</td>
</tr>
</tbody>
</table>

ÖBDÖ’nün yarı test güvenirlik sonuçları Tablo 17’de gösterilmiştir. Birinci partin (1,2,3,4,5,6,7,8,9) Cronbach Alfa değeri 0,450; ikinci partin (10,11,12,13,14,15,16,17) Cronbach Alfa değeri 0,530; iki part arasındaki korelasyon ise 0,484 olarak saptanmıştır. Spearman- Brown katsayısı 0,653 ve Guttman Split-Half katsayısı 0,652 olarak bulunmuştur.
4.3. “Özbakım Davranışları Ölçeği’nin” Geçerlilik Analizleri

Özbakım Davranışları Ölçeği’nin geçerli bir ölçek olabilmesi için kapsam ve yapı geçerliliği yapılmıştır.

4.3.1. “Özbakım Davranışları Ölçeği’nin Kapsam Geçerliliğinin Değerlendirilmesi


4.3.2. “Özbakım Davranışları Ölçeği’nin’’ Yapı Geçerliğinin Değerlendirilmesi

Yapı geçerliliği yapılmak üzere ÖBDÖ’nün değerlendirilmesi için faktör analizi yapılmıştır.

- Faktör Analizi

ÖBDÖ’nün analizi için Temel Bileşenler Analizi (Principal Component Analysis) ve Varimax rotasyon yöntemi kullanılmıştır. Analiz sonuçları Tablo 18’de gösterilmiştir.
Yapı geçerliliği için ÖBDÖ üzerinde Temel Bileşenler Analizi (Principal Components Analysis) ve Varimax yöntemi kullanılmıştır. Temel bileşenler analizi sonucunda 6 bileşen ile değişkenliğin % 61,268’i açıklanmaktadır.

Yapılan analizler sonucunda Kaiser-Meyer Olkin (KMO) katsayısı ve Barlet testi sonucu ($X^2= 528,55; p=0,00$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bulunmuştur. Her bir faktör tarafından bulunan Kaiser-Meyer Olkin (KMO) varyans değeri % 0,602 olarak tespit edilmiştir.
4.4. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde; araştırmaya katılan bireylerin sosyodemografik özellikleri ve hastalık aktivitesi ile Özbakım Davranışları Ölçeği toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki incelenmiştir.

4.4.1. Çalışmaya Katılan Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri

Tablo 19: Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımları

<table>
<thead>
<tr>
<th>TANICI BİLGİLER</th>
<th>Frekans (N)</th>
<th>Yüzdelik (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Yaş Grupları:</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>18-31</td>
<td>11</td>
<td>9,2</td>
</tr>
<tr>
<td>32-45</td>
<td>33</td>
<td>27,7</td>
</tr>
<tr>
<td>46-59</td>
<td>41</td>
<td>34,5</td>
</tr>
<tr>
<td>60-74</td>
<td>34</td>
<td>28,6</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Cinsiyet:</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Kadın</td>
<td>99</td>
<td>83,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Erkek</td>
<td>20</td>
<td>16,8</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Medeni Durum:</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Evli</td>
<td>96</td>
<td>80,7</td>
</tr>
<tr>
<td>Bekar</td>
<td>23</td>
<td>19,3</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Yaşadığı Yer Durumu:</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Köy</td>
<td>3</td>
<td>2,5</td>
</tr>
<tr>
<td>İlçe</td>
<td>6</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>Şehir</td>
<td>26</td>
<td>21,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Büyükşehir</td>
<td>84</td>
<td>70,6</td>
</tr>
<tr>
<td>Toplam</td>
<td>100</td>
<td>100</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Tablo 19: Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımları (devamı)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Meslek Durumu</th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ev hanımı</td>
<td>69</td>
</tr>
<tr>
<td>İşçi</td>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td>Öğrenci</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Serbest Meslek</td>
<td>13</td>
</tr>
<tr>
<td>Emekli</td>
<td>14</td>
</tr>
<tr>
<td>Çalışmıyor</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Memur</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Toplam</strong></td>
<td><strong>119</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Araştırmaya katılan hastaların yaş gruplarına bakıldığında, % 34,5 ile en fazla orana sahip olan grubun 46-59 yaş aralığı olduğu görülmüştür. Yaş dağılımı 50,60 ± 13,79 aralığında değişmektedir (Tablo 19).

Hastaların % 83,2’si kadınlardan, % 16,8’i erkeklerden oluşmaktadır. Hastaların medeni durumları incelendiğinde % 80,7 si evli, % 19,3 ‘ü ise bekârdır. Yaşadığı yer oranına bakıldığında; en fazla % 70,6 ile büyükşehir olup, % 21,8’ şehir, % 5’i ilçe ve % 2,5 ‘i köye yaşadığı tespit edilmiştir. Meslek durumu incelendiğinde; % 58 ile en fazla ev hanımı olduğu belirlenmiştir (Tablo 19).
Tablo 19: Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımları (devamı)

<table>
<thead>
<tr>
<th>TANITICI BİLGİLER</th>
<th>Frekans (N)</th>
<th>Yüzdelik (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Eğitim Düzeyi:</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Okuryazar değil</td>
<td>9</td>
<td>7,6</td>
</tr>
<tr>
<td>İlköğretim</td>
<td>76</td>
<td><strong>63,9</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Ortaöğretim</td>
<td>21</td>
<td>17,6</td>
</tr>
<tr>
<td>Yükseköğretim ve üstü</td>
<td>13</td>
<td>10,9</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Gelir Durumu:</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Gelir giderden az</td>
<td>92</td>
<td><strong>77,3</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Gelir giderden denk</td>
<td>27</td>
<td>22,7</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Sağlık Güvence Durumu:</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Var</td>
<td>117</td>
<td><strong>98,3</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Yok</td>
<td>3</td>
<td>1,7</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Aile Durumu:</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Çekirdek aile</td>
<td>111</td>
<td><strong>93,3</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Geniş aile</td>
<td>7</td>
<td>5,9</td>
</tr>
<tr>
<td>Yalnız</td>
<td>1</td>
<td>0,8</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Çocuk Varlığı:</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Var</td>
<td>96</td>
<td><strong>80,7</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Yok</td>
<td>23</td>
<td>19,3</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Aileden Bakım Alma Durumu:</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Evet</td>
<td>88</td>
<td><strong>73,9</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Hayır</td>
<td>31</td>
<td>26,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Toplam:</td>
<td>119</td>
<td>100</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Eğitim düzeyi kategorisi incelendiğinde; % 63,9 ile “ilköğretim”, % 10,9 ’u “yükseköğretim ve üstü”, % 1,6’sı “ortaöğretim” mezunu olup % 17,6’sı ise okuryazar değildir (Tablo 19).

Gelir durumu kategorisinde ise % 77,3 ile “gelir giderden az”, % 22,7’si “gelir gidere denk” olarak tespit edilmiştir (Tablo 19).

Bireyler; sağlık güvence durumunun sorgulandığında % 98,3’unun “var” cevabı verirken % 1,7’sinin “yok” cevabı vermiştir (Tablo 19).
Bireylerin % 93,3 ile “çekirdek aile” ile yaşarken % 5,9’u “geniş aile” ile % 0,8’i “yalnız” yaşadığı saptanmıştır (Tablo 19).

Çocuk varlığı kategorisinde % 80,7 ile “var”, % 19,3 ‘ü ise “yok” cevabını verdiği belirlenmiştir (Tablo 19).

Aileden bakım alma durumu kategorisinde % 73,9 ile “evet” % 26,1 ‘inin “hayır” cevabını verdiği görülmüştür (Tablo 19).

Tablo 20: Çalışmaya Katılan Hastaların Hastalık ve Tedavi Süresi

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>N</th>
<th>Minimum</th>
<th>Maksimum</th>
<th>Ortalama</th>
<th>SS</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Hastalık Süresi (yıl)</td>
<td>119</td>
<td>0,5</td>
<td>43</td>
<td>12,27</td>
<td>9,04</td>
</tr>
<tr>
<td>Tedavi Süresi (yıl)</td>
<td>119</td>
<td>0,5</td>
<td>38</td>
<td>10,72</td>
<td>8,37</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Bireylerin hastalık süresi 6 ay ile 43 yıl arasında değişmekte olup ortalaması 12,27 ± 9,04 aralığında olduğu tespit edilmiştir. Hastaların tedavi süresi ise 6 ay ile 38 yıl arasında olup 10,72 ± 8,37 aralığındadır (Tablo 20).
Tablo 21: Çalışmaya Katılan Bireylerin Hastalığı Hakkında Eğitim Alma Yakınları İle Paylaşma Ve Eklem Şekil Bozuklukları Durumu

<table>
<thead>
<tr>
<th>TANITICI BİLGİLER</th>
<th>(N)</th>
<th>Yüzdelik(%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Hastalık Hakkında Eğitim Alma Durumu:</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Evet</td>
<td>52</td>
<td>43,7</td>
</tr>
<tr>
<td>Hayır</td>
<td>67</td>
<td>56,3</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Yakınlar ile Paylaşma Durumu:</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Evet</td>
<td>108</td>
<td>90,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Hayır</td>
<td>11</td>
<td>9,2</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Eklemlerdeki Şekil Bozukluğu Durumu:</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Evet</td>
<td>75</td>
<td>62,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Hayır</td>
<td>45</td>
<td>37,8</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Toplam</strong></td>
<td>119</td>
<td>100</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Araştırmaya katılan hastaların % 43,7’sinin hastalığı hakkında bir eğitim aldığı; % 56,3’ün hastalığı hakkında herhangi bir eğitim almadığı tespit edilmiştir (Tablo 21).

Hastaların çoğunluğunun (% 90,8) hastalığı hakkında yakınıları ile paylaşımada bulunduğunu belirlenmiştir (Tablo 21).

Romatoid artritte önemli bir belirti olan bireylerde eklemlerinde şekil bozukluğu durumu incelemiştirinde % 62,2’sinin eklemlerinde şekil bozukluğu olduğu belirlenmiştir (Tablo 21).
Tablo 22: Çalışmaya Katılan Hastaların Başka Hastalık Varlığında Göre Dağılımı

<table>
<thead>
<tr>
<th>TANITICI BİLGİLER</th>
<th>(N)</th>
<th>Yüzdelik (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Hastalık Varlığı:</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Evet</td>
<td>67</td>
<td>56,3</td>
</tr>
<tr>
<td>Hayır</td>
<td>52</td>
<td>43,7</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Hastalık Türleri:</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Endokrin Sistemi Hastalıkları</td>
<td>31</td>
<td>30,01</td>
</tr>
<tr>
<td>Kalp Damar Sistemi Hastalıkları</td>
<td>36</td>
<td>34,95</td>
</tr>
<tr>
<td>Hematolojik Sistemi Hastalıkları</td>
<td>5</td>
<td>4,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Solunum Sistemi Hastalıkları</td>
<td>7</td>
<td>6,7</td>
</tr>
<tr>
<td>Psikiyatrik Hastalıkları</td>
<td>5</td>
<td>4,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Nörolojik Hastalıklar</td>
<td>4</td>
<td>3,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Ürolojik Hastalıkları</td>
<td>3</td>
<td>2,9</td>
</tr>
<tr>
<td>Gastrointestinal Sistemi Hastalıkları</td>
<td>4</td>
<td>3,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Diğer (planter fasiit, herni)</td>
<td>3</td>
<td>2,9</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Toplam:</strong></td>
<td>103</td>
<td>100</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Araştırmaya katılan hastaların %56,3’ünde başka hastalıklar da bulunmaktadır. Ek hastalık olarak görülen rahatsızlıklar ‘Kalp damar sistemi hastalıkları’ ( % 34,95) olarak tespit edilmiştir (Tablo 22).
Tablo 23: Hastaların İlaç Kullanımlarına Göre Dağılımı

<table>
<thead>
<tr>
<th>TANITICI BİLGİLER</th>
<th>(N)</th>
<th>Yüzdelik (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>İlaç Kullanımı:</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Evet</td>
<td>116</td>
<td>97,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Hayır</td>
<td>3</td>
<td>2,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Toplam:</td>
<td>119</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>Kullanılan İlaç Grupları</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Analjezik</td>
<td>23</td>
<td>8,6</td>
</tr>
<tr>
<td>Steroidler</td>
<td>59</td>
<td>21,9</td>
</tr>
<tr>
<td>DMARD</td>
<td>124</td>
<td>46,1</td>
</tr>
<tr>
<td>Biyolojik Ajan</td>
<td>56</td>
<td>20,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Diğer</td>
<td>7</td>
<td>2,6</td>
</tr>
<tr>
<td>Toplam:</td>
<td>269</td>
<td>100</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Araştırmaya katılan hastaların büyük çoğunluğu (% 97,5) ilaç kullanımı tespit edilmiştir. Bu ilaçlardan en çok kullanıma sahip olan ilacın % 46,1 oran ile “DMARD” olduğu bulunmuştur. Bireylerin % 8,6’sı analjezik, % 21,9’u steroid, % 20,8 ‘i biyolojik ajan ve % 2,6’sı diğer ilaçlar kullanımı saptanmıştır (Tablo 23).

Tablo 24: Çalışmaya Katılan Hastaların Sabah Tutukluk Durumu

<table>
<thead>
<tr>
<th>TANITICI BİLGİLERİ</th>
<th>(N)</th>
<th>Yüzdelik (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Sabah Tutukluğu:</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Evet</td>
<td>79</td>
<td>66,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Hayır</td>
<td>40</td>
<td>33,6</td>
</tr>
<tr>
<td>Toplam:</td>
<td>119</td>
<td>100</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Araştırmaya katılan hastaların % 66,4’ü sabah tutukluğu hissettiklerini belirtmişlerdir (Tablo 24).
Tablo 25: Hastaların Sabah Tutukluğu Süresi

<table>
<thead>
<tr>
<th>TANITICI BİLGİLERİ</th>
<th>N</th>
<th>Min (dk)</th>
<th>Max (dk)</th>
<th>Ortalama</th>
<th>SS</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Tutukluk Süresi:</strong></td>
<td>78</td>
<td>1</td>
<td>1200</td>
<td>76,05</td>
<td>156,73</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Araştırmaya katılan sabah tutukluğu yaşayan hastalar en az 1 dakika en çok 1200 dakika bu durumu yaşadıklarını belirtmişlerdir. Ortalama tutukluk süresi 76,05 dakika olup bu süre 76,05 ± 156,73 arasında değişmektedir (Tablo 25).

Tablo 26: Çalışmaya Katılan Hastaların Son Bir Hafta İçindeki Ağrı Değerleri

<table>
<thead>
<tr>
<th>TANITICI BİLGİLERİ</th>
<th>N</th>
<th>Min</th>
<th>Max</th>
<th>Ortalama</th>
<th>SS</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Son bir hafta içerisinde hissedilen ağrı şiddeti:</strong></td>
<td>119</td>
<td>0</td>
<td>10</td>
<td>3,33</td>
<td>3,15</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tablo 26’da araştırmaya katılan hastalara son bir hafta içinde deneyimledikleri ağrı değerleri için verdikleri visüel ağrı ölçeği üzerinde puan sonuçları gösterilmiştir. Sonuçlar incelendiğinde son bir hafta içerisinde hissedilen ağrı şiddeti ortalaması 3,33 ± 3.15 arasında olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 27: Hastaların Son Bir Hafta İçinde Yaşadıkları Yorgunluk Değerleri

<table>
<thead>
<tr>
<th>TANITICI BİLGİLERİ</th>
<th>N</th>
<th>Minimum</th>
<th>Maksimum</th>
<th>Ortalama</th>
<th>SS</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Yorgunluk Hissi:</strong></td>
<td>119</td>
<td>0</td>
<td>10</td>
<td>4,87</td>
<td>3,47</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tablo 27’de araştırmaya katılan hastalara son bir hafta içinde deneyimledikleri yorgunluk değerleri için verdikleri yorgunluk ölçeği sonuçları gösterilmiştir. Analizler sonucu son bir hafta içerisinde hissedilen yorgunluk düzeyi ortalaması 4,87 ± 3.47 olarak belirlenmiştir (Tablo 27).
Tablo 28: Çalışmaya Katılan Bireylerin İyilik Haline İlişkin Bulgularının Dağılımı

<table>
<thead>
<tr>
<th>İyilik hali (son 2 hafta)</th>
<th>(N)</th>
<th>Yüzdelik (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Çok daha kötü</td>
<td>7</td>
<td>5,9</td>
</tr>
<tr>
<td>kötü</td>
<td>16</td>
<td>13,4</td>
</tr>
<tr>
<td>aynı</td>
<td>25</td>
<td>21</td>
</tr>
<tr>
<td>iyi</td>
<td>64</td>
<td>53,8</td>
</tr>
<tr>
<td>çok iyi</td>
<td>7</td>
<td>5,9</td>
</tr>
<tr>
<td>Toplam</td>
<td>119</td>
<td>100</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Araştırmaya katılan hastaların son iki haftaya göre iyilik hali sorgulandığında % 53,8’i, kendilerini iki hafta öncesine göre “iyi” hissettikleri tespit edilmiştir. Bu sonucun yanında % 5,9’u çok daha kötü, % 13,4’ü kötü, % 21’i aynı ve % 5,9’u ise çok iyi hissettiğini belirtmişlerdir (Tablo 28).

Tablo 29: Çalışmaya Katılan Bireylerin Genel İyilik Haline İlişkin Puan Ortalamasının Dağılımı

<table>
<thead>
<tr>
<th>TANITICI BİLGİLERİ</th>
<th>(N)</th>
<th>Min</th>
<th>Max</th>
<th>Ortalama</th>
<th>SS</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Genel İyilik Hali</strong></td>
<td>119</td>
<td>0</td>
<td>10</td>
<td>4,23</td>
<td>2,43</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Araştırmaya katılan bireylerin genel olarak iyilik halleri sorgulandı. Ölçekte 0 değeri “çok iyi” 10 değeri “çok kötü” göstermekle olup çalışmaya katılan bireylerin genel iyilik hali puan ortalaması 4,23 ± 2,43 olarak hesaplanmıştır (Tablo 29).
Tablo 30: Hastaların Çalışma Durumları

<table>
<thead>
<tr>
<th>TANITICI BİLGİLERİ</th>
<th>(N)</th>
<th>Yüzdelik (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Çalışma Durumu:</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Çalışıyor /Öğrenci</td>
<td>34</td>
<td>28,6</td>
</tr>
<tr>
<td>Çalışmıyor</td>
<td>79</td>
<td><strong>66,4</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Hastalık nedeniyle çalışmıyor</td>
<td>6</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Toplam:</strong></td>
<td>119</td>
<td><strong>100</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tablo 30’da analizler için yetersiz örneklem sayılarından dolayı (n<5) bazı gruplar birleştirilmiştir. Birleştirilen gruplara göre çalışmaya katılan bireylerin % 66,4’ü herhangi bir işe çalışmamaktadır.

Tablo 31: Hastaların Meslek Durumları

<table>
<thead>
<tr>
<th>TANITICI BİLGİLERİ</th>
<th>(N)</th>
<th>Yüzdelik (%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Çalışma Durumu:</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Evet, tam gün</td>
<td>27</td>
<td>22,7</td>
</tr>
<tr>
<td>Evet, yarım gün</td>
<td>3</td>
<td>2,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Emekli</td>
<td>14</td>
<td>11,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Öğrenci</td>
<td>4</td>
<td>3,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Ev hanımı</td>
<td>63</td>
<td><strong>52,9</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Hastalığından dolayı çalışamıyor</td>
<td>6</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>Diğer</td>
<td>2</td>
<td>1,7</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Toplam:</strong></td>
<td>119</td>
<td><strong>100</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Çalışma durumları incelendiğinde araştırmaya katılan bireylerin % 52,9’u ev hanımı, % 11,8’i emekli, % 3,4’ü öğrenci ve % 1,7’si diğer olarak tespit edilmiştir. Bireylerin % 5’i hastalığından dolayı çalışamadığı saptanmıştır. Çalıştığını belirten hastaların % 22,7’si tam gün, % 2,5’ ise yarım gün çalışanları belirlenmiştir (Tablo 31).
4.4.2. “Özbakım Davranışları Ölçeği” Toplam Puan Ortalamaları ile Sosyodemografik Değişkenleri Arasındaki İlişki

Tablo 32: Çalışmaya Katılan Bireylerin “Özbakım Davranışları Ölçeği” Toplam Puan Ortalamalarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

<table>
<thead>
<tr>
<th>Yaş Grupları</th>
<th>N</th>
<th>Ortalama</th>
<th>SS</th>
<th>F*</th>
<th>p</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Özbakım Davranışları Puanları</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>18-31</td>
<td>11</td>
<td>29,27</td>
<td>3,01</td>
<td>0,978</td>
<td>0,42</td>
</tr>
<tr>
<td>32-45</td>
<td>33</td>
<td>24,75</td>
<td>1,37</td>
<td>0,91</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>46-59</td>
<td>41</td>
<td>26,12</td>
<td>0,91</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>60 ve üstü</td>
<td>34</td>
<td>25,55</td>
<td>1,53</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Toplam</td>
<td>119</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

* F: Anova Testi

Bireylerin özbakım ölçeğine verdiği cevapların toplamına bakıldığında, araştırmaya katılan bireylerin 11’i 18-31 yaş grubuna, 33’ü 32-45 yaş grubuna, 41’i 46-59 yaş grubuna, 34’si 60 yaş ve üzeri yaş grubuna aittir. 18-31 yaş grubunun ortalaması 29,27±3,01’tir. 32-45 yaş grubunun ortalaması 24,75±1,37’dur. 46-59 yaş grubunun ortalaması 26,12±0,91’dir. 60 ve üstü yaş grubunda puan ortalaması 25,55±1,53’tür (Tablo 32).

Tablo 32’de çalışmaya katılan bireylerin yaş gruplarına göre ÖBDÖ’den aldıkları puan ortalamaları incelenmiştir. Bireylerin yaş grupları ile ölçek toplam puan ortalamaları ile yapılan analiz sonucu istatistiksel bir fark bulunamamıştır (p:0,42; p>0,05).
Tablo 33: Çalışmaya Katılan Bireylerin “Özbakım Davranışları Ölçeği” Toplam Puan Ortalamalarının Cinsiyete Göre Dağılımı

<table>
<thead>
<tr>
<th>Cinsiyet</th>
<th>N</th>
<th>Min</th>
<th>Max</th>
<th>Ortalama</th>
<th>SS</th>
<th>MWU*</th>
<th>p</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Özbakım Davranışları Puanları</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Kadın</td>
<td>99</td>
<td>12</td>
<td>51</td>
<td>26,42</td>
<td>0,76</td>
<td>704</td>
<td>0,04</td>
</tr>
<tr>
<td>Erkek</td>
<td>20</td>
<td>9</td>
<td>44</td>
<td>23,15</td>
<td>1,86</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Toplam</td>
<td>119</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

*MWU: Mann Whitney U

Tablo 33’te çalışmaya katılan bireylerin ÖBDÖ’den aldıkları puan ortalamalarının cinsiyete göre dağılımı gösterilmiştir. Bireylerin özbakım ölçeğine verdiği cevapların toplam puanları incelendiğinde, araştırmaya katılan kadınların (n=99) ölçek için en düşük puanı 12, en yüksek puanı 51 bulunmuştur. Kadınların verdiği puanların dağılımı 26,42 ± 0,76 arasındadır. Çalışmaya katılan erkeklerin (n=20) ise ölçek için verdikleri en düşük puan 9 iken; en yüksek puan 44 idi. Erkeklerin verdiği puanların dağılımı 23,15 ± 1,86 arasındadır.

Varyanslar normal dağılmadığı için Mann-Whitney U testi yapılmıştır. Analiz sonucu bireylerin ÖBDÖ’den aldıkları puan ortalamaları kadınlarda 26,42 ± 0,76 erkeklerde 23,15±1,86 olarak saptanmıştır. Yapılan analiz sonucu cinsiyete göre ÖBDÖ’den aldıkları puan ortalamaları ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p:0,04; p< 0,05).
Tablo 34: Çalışmaya Katılan Bireylerin “Özbakım Davranışları Ölçeği” Toplam Puan Ortalamalarının Medeni Durum Göre Dağılımı

<table>
<thead>
<tr>
<th>Medeni Durum</th>
<th>N</th>
<th>Ortalama</th>
<th>SS</th>
<th>MWU*</th>
<th>p</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Evli</td>
<td>96</td>
<td>25,72</td>
<td>0,79</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Bekâr</td>
<td>23</td>
<td>26,47</td>
<td>1,64</td>
<td>1044,5</td>
<td>0,68</td>
</tr>
<tr>
<td>Toplam</td>
<td>119</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

*MWU: Mann Whitney U

Tablo 34’te çalışmaya katılan hastaların meslek grupları ile ÖBDÖ toplam puan ortalamaları incelenmiştir. Yapılan analizler sonucunda, ÖBDÖ toplam puan ortalamaları ile meslek arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (p:0,68; p>0,05).
Tablo 35: Çalışmaya Katılan Bireylerin Bireylerde “Özbakım Davranısları Ölçeği”
Toplam Puan Ortlamalarının Yaşadığı Yere Göre Dağılımı

<table>
<thead>
<tr>
<th>Yaşadığı Yer</th>
<th>N</th>
<th>Ortalama</th>
<th>SS</th>
<th>KW*</th>
<th>p</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Özbakım Davranısları Puanları</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Köy</td>
<td>3</td>
<td>26,33</td>
<td>4,91</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>İlçe</td>
<td>6</td>
<td>33,33</td>
<td>2,06</td>
<td>8,95</td>
<td>0,03</td>
</tr>
<tr>
<td>Şehir</td>
<td>26</td>
<td>23,5</td>
<td>1,33</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Büyükşehir</td>
<td>84</td>
<td>26,05</td>
<td>0,87</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Toplam</td>
<td>119</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

* KW: Kruskal-Wallis Testi

Tablo 35’te çalışmaya katılan bireylerin yaşadıkları yere göre ÖBDÖ’den aldıkları puan ortalamaları incelenmiştir. Yapılan analizler sonucunda hastaların medeni durumlarına göre, ÖBDÖ’den alınan toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p:0,03; p<0,05).

Bu farklılığı hangi grup ya da grupların yaptığı bulabilmek için Mann-Whitney U testleri yapılmıştır. Köy ve ilçe gruplarının özbakım ölçeği puanlarının ortalamaları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p:0,381; p>0,05). Köy ve şehir gruplarının özbakım ölçeği puanlarının ortalamaları arasındaki ilişkiye bakıldığında anlamlı fark bulunmamıştır (p:0,610, p>0,05). Köy ve büyükşehir gruplarının özbakım ölçeği puanlarının ortalamaları arasındaki ilişkiye bakıldığında anlamlı fark bulunmamıştır (p:0,939, p>0,05). İlçe ve şehir gruplarının özbakım ölçeği puanlarının ortalamaları arasındaki ilişkiye bakıldığında, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p:0,002; p<0,05). İlçe ve büyükşehir gruplarının özbakım ölçeği puanlarının ortalamaları arasındaki ilişkiye bakıldığında, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p:0,012, p<0,05). Şehir ve büyükşehir gruplarının özbakım ölçeği puanlarının ortalamaları arasındaki ilişkiye bakıldığında, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p:0,182; p>0,05).
Tablo 36: Çalışmaya Katılan Bireylerin “Özbakım Davranışları Ölçeği” Toplam Puan Ortalamalarının Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı

<table>
<thead>
<tr>
<th>Eğitim Düzeyi</th>
<th>N</th>
<th>Ortalama</th>
<th>SS</th>
<th>KW*</th>
<th>P</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Özbakım Davranışları Puanları</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Okuryazar değil</td>
<td>9</td>
<td>25,88</td>
<td>1,52</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>İlköğretim</td>
<td>76</td>
<td>24,09</td>
<td>0,88</td>
<td>15,322</td>
<td>0,00</td>
</tr>
<tr>
<td>Ortaöğretim</td>
<td>21</td>
<td>28,38</td>
<td>1,32</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Yükseköğretim ve üstü</td>
<td>13</td>
<td>32,23</td>
<td>2,52</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Toplam</strong></td>
<td>11</td>
<td>29,95</td>
<td>1,73</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

*KW: Kruskal-Wallis Testi

Tablo 36’da çalışmaya katılan bireylerin eğitim durumlarına ile ÖBDÖ puan ortalamaları arasında ilişki incelenmiştir. Bireylerin eğitim durumları ile ÖBDÖ puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmaktadır (p:0,00; p<0,05).

Bu farklığı hangi grup ya da grupların yaptığını bulabilmek için Mann Whitney U testleri yapılmıştır. Okuryazar olmayan ve ilköğretim gruplarının öz bakım ölçüleri puanlarının ortalamaları arasındaki ilişkiye bakıldığında, istatistiksel olarak anımlı farklı bulunmuştur (p:0,213; p>0,05). Okuryazar değil ve ortaöğretim gruplarının öz bakım ölçüleri puanlarının ortalamaları arasındaki ilişkiye bakıldığında, istatistiksel olarak anımlı farklı bulunmuştur (p:0,226; p>0,05). Okuryazar olmayan ve yüksekokşögretim ve üstü gruplarının öz bakım ölçüleri puanlarının ortalamaları arasındaki ilişkiye bakıldığında, istatistiksel olarak anımlı farklı bulunmuştur (p:0,126; p>0,05). İlköğretim ve ortaöğretim gruplarının öz bakım ölçüleri puanlarının ortalamaları arasındaki ilişkiye bakıldığında, istatistiksel olarak anımlı farklı bulunmuştur (p:0,005; p<0,05). İlköğretim ve yüksekokşögretim ve üstü gruplarının öz bakım ölçüleri puanlarının ortalamaları arasındaki ilişkiye bakıldığında, istatistiksel olarak anımlı farklı bulunmuştur (p:0,00; p<0,05). Orta öğretim ve yüksekokşögretim ve üstü gruplarının öz bakım ölçüleri puanlarının ortalamaları arasındaki ilişkiye bakıldığında istatistiksel olarak anımlı farklı bulunamamıştır (p:0,246; p>0,05).
Tablo 37: Çalışmaya Katılan Bireylerin “Özbakım Davranışları Ölçeği” Toplam Puan Ortalamalarının Mesleklerine Göre Dağılımı

<table>
<thead>
<tr>
<th>Meslek</th>
<th>N</th>
<th>Ortalama</th>
<th>SS</th>
<th>KW*</th>
<th>p</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Özbakım Davranışları Puanları</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Ev hanımı</td>
<td>69</td>
<td>25,71</td>
<td>0,88</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>İşçi</td>
<td>11</td>
<td>23,63</td>
<td>1,59</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Öğrenci</td>
<td>4</td>
<td>39</td>
<td>5,13</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Serbest meslek</td>
<td>14</td>
<td>24,26</td>
<td>1,44</td>
<td>8,868</td>
<td>0,17</td>
</tr>
<tr>
<td>Emekli</td>
<td>13</td>
<td>26,61</td>
<td>2,64</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Çalışmıyor</td>
<td>3</td>
<td>19,66</td>
<td>6,06</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Memur</td>
<td>5</td>
<td>31,8</td>
<td>4,68</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Toplam</strong></td>
<td>119</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

*KW: Kruskal-Wallis Testi

Bireylerin özbakım ölçeğine verdiği cevapların toplamına bakıldığında, araştırmaya katılan bireylerin 69’u ev hanımı, 11’i işçi, 4’ü öğrenci, 14’ü serbest meslek, 13’ü emekli, 3’ü çalışmıyor ve 5’i memur grubuna aittir. Ev hanımı grubunun ortalaması 25,7±0,88’dir. İşçi grubunun ortalaması 23,6±1,59’dur. Öğrenci grubunun ortalaması 39±5,13’tür. Serbest meslek grubunun ortalaması 24,2±1,44’dur. Emekli grubunun ortalaması 26,6±2,64’tür. Çalışmıyor grubunun ortalaması 19,6±6,06’dır. Memur grubunun ortalaması 31,8±4,68’dir (Tablo 37).

Tablo 37’de çalışmaya katılan bireylerin mesleki durumları ile ÖBDÖ aldığı toplam puan ortalamaları incelenmiştir. Yapılan analiz sonucu bireylerin mesleki durumlarına göre ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel bir fark bulunamamıştır (p:0,17; p>0,05).
Tablo 38: Çalışmaya Katılan Bireylerin “Özbakım Davranışları Ölçeği” Toplam Puan Ortalamalarının Gelir Durumuna Göre Dağılımı

<table>
<thead>
<tr>
<th>Gelir Durumu</th>
<th>N</th>
<th>Ortalama</th>
<th>SS</th>
<th>MWU*</th>
<th>p</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Özbakım Davranışları Puanları</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Gelir giderden az</td>
<td>92</td>
<td>24,94</td>
<td>0,81</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Gelir giderden denk</td>
<td>27</td>
<td>29,03</td>
<td>1,36</td>
<td>831,5</td>
<td>.000</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Toplam</strong></td>
<td>119</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

*MWU: Mann Whitney U

Tablo 38’de çalışmaya katılan bireylerin gelir durumu ile ÖBDÖ toplam puan ortalamaları gösterilmiştir. Yapılan analizler sonucunda ÖBDÖ toplam puan ortalamaları ile gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p:0,000; p<0,05).

Tablo 39: Çalışmaya Katılan Bireylerin “Özbakım Davranışları Ölçeği” Toplam Puan Ortalamalarının Aile Durumuna Göre Dağılımı

<table>
<thead>
<tr>
<th>Aile Durumu</th>
<th>N</th>
<th>Ortalama</th>
<th>SS</th>
<th>MWU*</th>
<th>p</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Özbakım Davranışları Puanları</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Çekirdek aile</td>
<td>111</td>
<td>24,94</td>
<td>0,81</td>
<td>0,383</td>
<td>0,54</td>
</tr>
<tr>
<td>Geniş aile</td>
<td>7</td>
<td>29,03</td>
<td>1,36</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Yalnız</td>
<td>1</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Toplam</strong></td>
<td>119</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

*MWU: Mann Whitney U

Tablo 39’da çalışmaya katılan bireylerin aile durumu ile ÖBDÖ toplam puan ortalamaları gösterilmiştir. Yapılan analizler sonucunda ÖBDÖ toplam puan ortalamaları ile aile durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (p:0,54; p>0,05).
Tablo 40: Çalışmaya Katılan Bireylerin “Özbakım Davranışları Ölçeği” Toplam Puan Ortalamalarının Çocuk Varlığına Göre Dağılımı

<table>
<thead>
<tr>
<th>Çocuk Varlığı</th>
<th>N</th>
<th>Ortalama</th>
<th>SS</th>
<th>MWU*</th>
<th>p</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Özbakım Davranışları Puanları</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Var</td>
<td>96</td>
<td>25,66</td>
<td>0,79</td>
<td>1044,5</td>
<td>0,68</td>
</tr>
<tr>
<td>Yok</td>
<td>23</td>
<td>26,73</td>
<td>1,69</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Toplam</strong></td>
<td>119</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**MWU: Mann Whitney U**

Tablo 40’da çalışmaya katılan bireylerin aile durumu ile ÖBDÖ toplam puan ortalamaları gösterilmiştir. Yapılan analizler sonucunda ÖBDÖ toplam puan ortalamaları ile aile durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (p:0,68; p>0,05).

Tablo 41: Çalışmaya Katılan Bireylerin “Özbakım Davranışları Ölçeği” Toplam Puan Ortalamalarının Aileden Bakım Alma Durumuna Göre Dağılımı

<table>
<thead>
<tr>
<th>Aileden Bakım Alma Durumu</th>
<th>N</th>
<th>Ortalama</th>
<th>SS</th>
<th>MWU*</th>
<th>p</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Özbakım Davranışları Puanları</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Evet</td>
<td>88</td>
<td>25,45</td>
<td>0,80</td>
<td>1235</td>
<td>0,43</td>
</tr>
<tr>
<td>Hayır</td>
<td>31</td>
<td>27,06</td>
<td>1,51</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Toplam</strong></td>
<td>119</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**MWU: Mann Whitney U**

Tablo 41’de çalışmaya katılan bireylerin aileden bakım alma durumu ile ÖBDÖ toplam puan ortalamaları gösterilmiştir. Yapılan analizler sonucunda ÖBDÖ toplam puan ortalamaları ile aileden bakım alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (p:0,43; p>0,05).
Tablo 42: Çalışmaya Katılan Bireylerin “Özbakım Davranışları Ölçeği” Toplam Puan Ortalamalarının Ek Hastalık Varlığına Göre Dağılımı

<table>
<thead>
<tr>
<th>Başka Hastalık Varlığı</th>
<th>N</th>
<th>Ortalama</th>
<th>SS</th>
<th>MWU*</th>
<th>pp</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Özbakım Davranışları Puanları</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Evet</td>
<td>67</td>
<td>26,46</td>
<td>0,82</td>
<td>1436,5</td>
<td>0,10</td>
</tr>
<tr>
<td>Hayır</td>
<td>52</td>
<td>25,11</td>
<td>1,24</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Toplam</strong></td>
<td>119</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

*MWU: Mann Whitney U

Tablo 42’de çalışmaya katılan bireylerin ek hastalık varlığı ÖBDÖ toplam puan ortalamaları gösterilmiştir. Yapılan analizler sonucunda ÖBDÖ toplam puan ortalamaları ile ek hastalık varlığı arasında istatistiksel olarak anlamalı bir fark bulunamamıştır (p:0,10; p>0,05).

Tablo 43: Çalışmaya Katılan Bireylerin “Özbakım Davranışları Ölçeği” Toplam Puan Ortalamalarının Hastalık Süresine Göre Dağılımı

<table>
<thead>
<tr>
<th>Hastalık Süreleri (yıl)</th>
<th>N</th>
<th>Ortalama</th>
<th>SS</th>
<th>KW*</th>
<th>p</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Özbakım Davranışları Puanları</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>0-14</td>
<td>80</td>
<td>25,975</td>
<td>0,93</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>15-29</td>
<td>31</td>
<td>25,7742</td>
<td>1,09</td>
<td>0,178</td>
<td>0,91</td>
</tr>
<tr>
<td>30-44</td>
<td>7</td>
<td>25,8571</td>
<td>3,49</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Toplam</strong></td>
<td>118</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

*KW: Kruskal-Wallis Testi

Tablo 43’de çalışmaya katılan bireylerin hastalık süresi ile ÖBDÖ toplam puan ortalamaları gösterilmiştir. Yapılan analizler sonucunda ÖBDÖ toplam puan ortalaması ile hastalık süresi arasında istatistiksel olarak anlamalı bir fark bulunamamıştır (p:0,91; p>0,05).
Tablo 44: Çalışmaya Katılan Bireylerin “Özbakım Davranışları Ölçeği” Toplam Puan Ortalamalarının Tedavi Süresine Göre Dağılımı

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tedavi Süreleri (yıl)</th>
<th>N</th>
<th>Ortalama</th>
<th>SS</th>
<th>F*</th>
<th>p</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Özbakım Davranışları Puanları</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>0-9</td>
<td>62</td>
<td>25,69</td>
<td>1,01</td>
<td>0,075</td>
<td>0,97</td>
</tr>
<tr>
<td>10-19</td>
<td>35</td>
<td>25,8</td>
<td>1,38</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>20-29</td>
<td>17</td>
<td>26,70</td>
<td>1,39</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>30 ve üstü…</td>
<td>5</td>
<td>25,8</td>
<td>4,90</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Toplam</td>
<td>119</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

*F: Anova Testi*

Tablo 44’te çalışmaya katılan bireylerin tedavi süresi ile ÖBDÖ toplam puan ortalamaları gösterilmiştir. Yapılan analizler sonucunda ÖBDÖ toplam puan ortalamaları ile tedavi süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (p:0,97; p>0,05).

Tablo 45: Çalışmaya Katılan Bireylerin “Özbakım Davranışları Ölçeği” Toplam Puan Ortalamalarının Hastalıkları Hakkında Eğitim Alma Durumuna Göre Dağılımı

<table>
<thead>
<tr>
<th>Hastalık Hakkında Eğitim Alma Durumu</th>
<th>N</th>
<th>Ortalama</th>
<th>SS</th>
<th>MWU*</th>
<th>p</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Özbakım Davranışları Puanları</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Evet</td>
<td>52</td>
<td>27,15</td>
<td>1,11</td>
<td>1461</td>
<td>0,13</td>
</tr>
<tr>
<td>Hayır</td>
<td>67</td>
<td>24,88</td>
<td>0,92</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Toplam</td>
<td>119</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

*MWU: Mann Whitney U*

Tablo 45’te çalışmaya katılan bireylerin hastalıkları hakkında eğitim alma durumları ile ÖBDÖ toplam puan ortalamaları gösterilmiştir. Yapılan analizler sonucunda ÖBDÖ toplam puan ortalamaları ile hastalıkları hakkında eğitim alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (p:0,13; p>0,05).
Tablo 46: Çalışmaya Katılan Bireylerin “Özbakım Davranışları Ölçeği” Toplam Puan Ortalamalarının Hastalıkları Hakkında Yakınları ile Paylaşma Durumuna Göre Dağılımı

<table>
<thead>
<tr>
<th>Yakınları ile Paylaşma Durumu</th>
<th>N</th>
<th>Ortalama</th>
<th>SS</th>
<th>MWU*</th>
<th>p</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Özbakım Davranışları Evet</td>
<td>108</td>
<td>26,06</td>
<td>0,72</td>
<td>454</td>
<td>0,19</td>
</tr>
<tr>
<td>Hayır</td>
<td>11</td>
<td>24</td>
<td>3,03</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Toplam</td>
<td>119</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

*MWU: Mann Whitney U

Tablo 46’da çalışmaya katılan bireylerin hastalıkları hakkında yakınlarıyla paylaşma durumları ile ÖBDÖ toplam puan ortalamaları gösterilmiştir. Yapılan analizler sonucunda ÖBDÖ toplam puan ortalamaları ile hastalıkları hakkında yakınları ile paylaşma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (p:0,19; p>0,05).

Tablo 47: Çalışmaya Katılan Bireylerin “Özbakım Davranışları Ölçeği” Toplam Puan Ortalamalarının Eklemlerinde Şekil Bozukluğu Durumuna Göre Dağılımı

<table>
<thead>
<tr>
<th>Eklemlerde Şekil Bozukluğu Durumu</th>
<th>N</th>
<th>Ortalama</th>
<th>SS</th>
<th>MWU*</th>
<th>p</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Özbakım Davranışları Evet</td>
<td>74</td>
<td>24,78</td>
<td>0,91</td>
<td>1295</td>
<td>0,04</td>
</tr>
<tr>
<td>Hayır</td>
<td>45</td>
<td>27,66</td>
<td>1,11</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Toplam</td>
<td>119</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

*MWU: Mann Whitney U

Tablo 47’de çalışmaya katılan bireylerin eklemlerinde şekil bozukluğu durumları ile ÖBDÖ toplam puan ortalamaları gösterilmiştir. Yapılan analizler sonucunda ÖBDÖ toplam puan ortalamaları ile hastalıkları hakkında eklemler şekil bozukluğu durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p:0,04; p<0,05).
Tablo 48: Çalışmaya Katılan Bireylerin “Özbakım Davranısları Ölçeği” Toplam Puan Ortalamalarının Çok Boyutlu Hastalık Değerlendirme Anketine Göre Dağılımı

<table>
<thead>
<tr>
<th>MDHAQ Puanı</th>
<th>N</th>
<th>Ortalama</th>
<th>SS</th>
<th>MWU*</th>
<th>p</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Özbakım Davranısları Puanları</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>0-4</td>
<td>103</td>
<td>26,34</td>
<td>0,77</td>
<td>443</td>
<td>0,10</td>
</tr>
<tr>
<td>5 ve üzeri…</td>
<td>12</td>
<td>22,41</td>
<td>1,60</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Toplam</strong></td>
<td>119</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

*MWU: Mann Whitney U

Tablo 48'de çalışmaya katılan bireylerin “Çok Boyutlu Hastalık Değerlendirme Anketi” ile ÖBDÖ toplam puan ortalamaları gösterilmiştir. Yapılan analizler sonucunda ÖBDÖ toplam puan ortalamaları ile “Çok Boyutlu Hastalık Değerlendirme Anketi” arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (p:0,10; p>0,05).

Tablo 49: Çalışmaya Katılan Bireylerin “Özbakım Davranısları Ölçeği” Toplam Puan Ortalamalarının Ağrı Düzeylerine Göre Dağılımı

<table>
<thead>
<tr>
<th>N</th>
<th>Ortalama</th>
<th>SS</th>
<th>X2*</th>
<th>p</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>119</td>
<td>3,33</td>
<td>3,11</td>
<td>-0,021</td>
<td>0,71</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Kendal’s Tau Analizi

Tablo 49'da çalışmaya katılan bireylerin ağrı düzeyleri ile ÖBDÖ toplam puan ortalamaları gösterilmiştir. Yapılan analizler sonucunda ÖBDÖ toplam puan ortalamaları ile ağrı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (p:0,71; p>0,05).
Tablo 50: Çalışmaya Katılan Bireylerin “Özbakım Davranışları Ölçeği” Toplam Puan Ortalamalarının Sabah Tutukluk Durumuna Göre Dağılımı

<table>
<thead>
<tr>
<th>Sabah Sertliği Durumu</th>
<th>N</th>
<th>Ortalama</th>
<th>SS</th>
<th>MWU*</th>
<th>p</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Özbakım Davranısları Puanları</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Evet</td>
<td>79</td>
<td>25,34</td>
<td>0,89</td>
<td>1381</td>
<td>0,26</td>
</tr>
<tr>
<td>Hayır</td>
<td>40</td>
<td>26,92</td>
<td>1,18</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Toplam</td>
<td>119</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

*MWU: Mann Whitney U*

Tablo 50’de çalışmaya katılan bireylerin sabah tutukluk durumu ile ÖBDÖ toplam puan ortalamaları gösterilmiştir. Yapılan analizler sonucunda ÖBDÖ toplam puan ortalamaları ile sabah tutukluk durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (p:0,26; p>0,05).

Tablo 51: Çalışmaya Katılan Bireylerin “Özbakım Davranısları Ölçeği” Toplam Puan Ortalamalarının Sabah Tutukluk Süresine Göre Dağılımı

<table>
<thead>
<tr>
<th>Sabah tutukluk süresi</th>
<th>N</th>
<th>Ortalama</th>
<th>SS</th>
<th>X2*</th>
<th>p</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>78</td>
<td>76,05</td>
<td>156,73</td>
<td>-0,010</td>
<td>0,90</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Kendal’s Tau Analizi*

Tablo 51’de çalışmaya katılan bireylerin sabah tutukluk süresi ile ÖBDÖ toplam puan ortalamaları gösterilmiştir. Yapılan analizler sonucunda ÖBDÖ toplam puan ortalamaları ile sabah tutukluk süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (p:0,90; p>0,05).
Tablo 52: Çalışmaya Katılan Bireylerin “Özbakım Davranışları Ölçeği” Toplam Puan Ortalamalarının Yorgunluk Skoruna Göre Dağılımı

<table>
<thead>
<tr>
<th>Yorgunluk hissi</th>
<th>N</th>
<th>Ortalama</th>
<th>SS</th>
<th>X2*</th>
<th>p</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>119</td>
<td>4,87</td>
<td>3,47</td>
<td>0,041</td>
<td>0,52</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Kendal’s Tau Analizi

Tablo 52’de çalışmaya katılan bireylerin yorgunluk skoruna ile ÖBDÖ toplam puan ortalamaları gösterilmiştir. Yapılan analizler sonucunda ÖBDÖ toplam puan ortalamaları ile yorgunluk skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (p:0,52; p>0,05).

Tablo 53: Çalışmaya Katılan Bireylerin “Özbakım Davranışları Ölçeği” Toplam Puan Ortalamalarının Çalışma Durumlarına Göre Dağılımı

<table>
<thead>
<tr>
<th>Çalışma Durumu Grupları</th>
<th>N</th>
<th>Ortalama</th>
<th>SS</th>
<th>KW*</th>
<th>p</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Özbakım Davranışları Puanları</strong></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Çalışıyor</td>
<td>34</td>
<td>25,55</td>
<td>1,49</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Çalışmıyor</td>
<td>79</td>
<td>26,09</td>
<td>0,87</td>
<td>0,303</td>
<td>0,85</td>
</tr>
<tr>
<td>Hastalık nedeniyle çalışıyor</td>
<td>6</td>
<td>24,66</td>
<td>1,58</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Toplam</strong></td>
<td>119</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

*KW: Kruskal-Wallis Testi

Tablo 53’te çalışmaya katılan bireylerin çalışma durumları ile ÖBDÖ toplam puan ortalamaları gösterilmiştir. Yapılan analizler sonucunda ÖBDÖ toplam puan ortalamaları ile çalışma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (p:0,85; p>0,05).
5.1. Özbakım Davranısları Ölçeği’nin Dil Eşdeğerliğinin Sağlanmasına Yönelik Çalışmaların Değerlendirilmesi


5.2. “Özbakım Davranısları Ölçeği”’nin Geçerlilik Ve Güvenirlik Analiz Sonuçlarının Değerlendirilmesi

Araştırma için karar verilen veya geliştirilen ölçeğin kapsam geçerliliği aşaması geçildikten sonra sıradaki işlem geçerlilik ve güvenirliliğin test edilmesidir. Ölçülmesi istenen özelliğin bir başka koşul veya özelliğe müdahale olmadan doğru ölçebilmesi “geçerlilik” ; ölçülmesi istenen özelliğin ne kadar doğru ölçüyü ya da hatalı ölçmesi “güvenirlilik” olarak adlandırılır (120).
5.2.1. “Özbakım Davranışları Ölçeği”nin Güvenirlik Analizlerinin Değerlendirilmesi

Bir ölçek içindeki maddelerin ne kadar benzer olduğunun ölçülmesi; ölçek içindeki bir maddenin bir özelliğinin ne kadar doğru ölçebildiğinin göstergesi “güvenirlik” kavramı ile açıklanmaktadır. Öncelik her zaman güvenirlilikte olduğu unutulmamalıdır. Çünkü güvenilir olmayan bir ölçeğin geçerliliği bir değeri bulunmamaktadır (121).

Özbakım Davranışları Ölçeği’ne verilen cevapların, zamana karşı değişmezliği ve iç tutarlılık analizleri tartışılacaktır.

5.2.1.1. “Özbakım Davranışları Ölçeği”ne Verilen Yanıtların Madde Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklerinin Değerlendirilmesi


5.2.1.2. “Özbakım Davranışları Ölçeği”nin Zamana Karşı Değişmezliğinin Değerlendirilmesi

Test- tekrar test yöntemi; aynı ölçeğin araştırırmaya katılan bireylere birden fazla kez bir süre aralığı içinde tekrar uygulanmasıdır. Bu uygulama için aralıklı ve aralıksız yöntem olmak üzere iki yöntem bulunmaktadır (122). Bu araştırımda aralıksız yöntem
kullanılarak ölçeğin zamana göre değişmezliği için 30 hastaya uygulanmıştır. Uzman görüşü sonucu tekrar test süresi 24-72 saat aralığına indirgenmiştir. Elde edilen sonuçlarda istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( r:0,74; p:0,00 ).

5.2.1.3. “Özbakım Davranışları Ölçeği”nin İç Tutarlılık Analizlerinin Değerlendirilmesi

Özbakım Davranışları Ölçeği güvenirlik çalışmasında iç tutarlılık analizlerinden madde analizi ve Cronbach Alpha Güvenirlik Katsayısı değerlendirilmiştir.

5.2.1.3.1. Madde Analizlerinin Değerlendirilmesi

Özbakım Davranışları Ölçeği’nin madde toplam puan korelasyonları ve gerekli durumda ölçekten madde çıkarıldığında hesaplanacak Cronbach Alpha değeri göstermiştir. Madde korelasyon değerleri 0,00-0,50 arasında yer almaktadır.

Özbakım Davranışları Ölçeği’nin madde toplam puan korelasyonları sonucuna göre hiçbir madde ölçekten çıkarılmamıştır.

5.2.1.3.2. Cronbach Alpha Katsayılarnın Değerlendirilmesi


Cronbach katsayısı;

0,80-1,00 → Mükemmel
0,70-0,79 → Yüksek
0,50-0,69 → Orta
0,00-0,49 → Kabul edilemez (114)
Özbakım Davranışları Ölçeği'nin Türk romatoid artritli bireylerde Cronbach Alpha değeri 0,657 bulunmuştur. Bu değer ölçeğin orta düzeyde güvenilir olduğunu göstergesidir (114).

Ancak uzman görüşleri doğrultusunda ÖBDÖ’nün Türkçe geçerlilik güvenirlik çalışmaları esnasında 1.madde (Sıcak su havuzuna girme), 2.madde (Vücudumun bazı bölgelerine sıcak uygulama) ve 3.maddenin (Eklem koruyucu, destekleyici veya sabitleyici (atel) kullanma) ters puanlanması yapılarak tekrar Cronbach alpha değeri hesaplanmıştır. Bunun sebebi; uzman görüşleri doğrultusunda ilk 3 maddenin romatoid artrit hastalık seyrinde olumsuz etkiye neden olabileceğini idi. Araştırma kapsamında hastalarla yapılan görüşmelerde de bireylerin sıcak uygulama (% 84,9), sıcak su havuzuna girme (% 88,2) ve eklem sabitleyici kullanma (% 83,2) gibi davranışlardan özellikle kaçındıkları ve uygulamadıklarını araştırmacı tarafından gözlemlenmiş. Bu da uzman görüşleri ile paralellik göstermektedir. Tekrar puanlanan Cronbach Alpha değeri 0,558 bulunmuştur. Bulunan bu değer orta düzeyde güvenilir bir ölçek olduğunu göstergesidir.


Yapılan güvenirlik analizleri sonucunda ÖBDÖ’nün SCBS ölçüğü Türk romatoid artritli hastalarda özgakım davranışlarını ne düzeyde gerçekleştirdiklerini ölçmek için “güvenir bir araçtır” hipotezi (H2) kabul edilmiştir.
5.2.2. “Özbakım Davranışları Ölçeği”nin Geçerlilik Analizlerinin Değerlendirilmesi

5.2.2.1. “Özbakım Davranışları Ölçeği”nin Yapı-Kavram Geçerliliğinin Değerlendirilmesi

Araştırılan ölçeğin, yapı-kavram geçerliliği faktör analizi ve bilinen grupların karşılaştırılması yöntemleri kullanılmıştır.

Faktör analizi, birbiriyle ilişkili birden fazla değişkenin bir araya getirilerek daha az sayıda kavramsal yapıda yeni değişkenlerin elde edilmesini sağlayan bir istatistik yöntemidir (125).

Özbakım davranışları ölçeğinin yapı geçerliliği için Temel Bileşenler Analizi (Principal Components Analysis) ve Varimax yöntemi kullanılmıştır. Temel bileşenler analizi sonucunda 6 bileşen ile değişkenliğin %61,268’i açıklanmıştır.

Özbakım Davranışları Ölçeği’ne yapılan güvenirlilik analizleri sonucunda ÖBDÖ’nin SCBS ölçeği Türk romatoid artritli hastalarda özbağım davranışlarını ne düzeyde gerçekleştirdiklerini ölçmek için “geçerli bir araçtır” hipotezi (H1) kabul edilmiştir.
5.2.3. “Özbek Davranışları Ölçeği”nin Toplam Puan Dağlımunu Değerlendirilmesi

Araştırmaya katılan kişilerin özbakım ölçeğine verdiği cevapların toplam skorları bulunduğunda en düşük 9, en yüksek 51 puan hesaplanmıştır ve bireylerin puan ortalamaları 25,87±7,81 olarak bulunmuştur.

Orijinal ölçeği kullandığı Nadrian ve ark (2010) yaptığı çalışmada da ölçek toplam puan ortalamaları 32,3±8,6 olarak bildirilmiştir (109).

Bizim çalışmamızdaki özbakım puan ortalamaları orijinal ölçege göre daha düşük bulunmuştur.

Orijinal ölçekten farklı olarak Türkçe geçerlilik güvenirlik çalışmaları esnasında 1.madde (Sıcak su havuzuna girme), 2.madde (Vücudumun bazı bölgelerine sıcak uygulama) ve 3.maddenin (Eklem koruyucu, destekleyici veya sabitleyici (atel) kullanma) hastalığın rejimini negatif etkileyeceği düşüncesinden kaynaklı olarak negatif puanlama yapılmıştır. Bu nedenle elde edilen toplam puan ortalamasının orijinal ölçeğe göre düşük çıktığı düşünülmektedir.

Yaş ortalaması incelendiğinde orijinal çalışmanın ortalaması 45,5 iken mevcut araştırmada 50,60’tır. Hastaların yaş ortalamalarının daha yüksek olması; yetersizlikleri arttırmış olup ölçek puanının daha az olması sonucu doğurmuş olduğu düşünülmektedir.

Hastalık süre ortalamaları incelendiğinde orijinal çalışmada bu sürenin 3 yıl olduğu belirtilmiştir. Mevcut araştırmada bu süresinin ortalaması 12 olduğunu gösterilmiştir. Bu sürenin artışı; puan ortalamalarının daha düşük olmasına sebep olduğu düşünülmektedir.
5.3. “Özbek Davranışları Ölçeği”nin Toplam Puan Ortalamağın
İle Sosyodemografik Özellikler Arasındaki İlişkinin
Değerlendirilmesi

Araştırmaya katılan bireylerin yaş gruplarına göre ÖBDÖ’den aldıkları puan ortalamaları incelenmiştir. Bireylerin yaş grupları ile ÖBDÖ toplam puan ortalamaları ile yapılan ANOVA analiz sonucu istatistiksel bir fark bulunamamıştır (p:0.42; p>0.05). Araştırmaya katılan bireylerin yaş grupları ile ÖBDÖ toplam puan ortalamaları arasında bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin cinsiyete göre ÖBDÖ’den aldıkları puan ortalamaları incelenmiştir. Kadınların verdiği puanların dağılımı 26,42 ± 0,76 arasındadır. Erkeklerin verdiği puanların dağılımı 23,15 ± 1,86 arasındadır. Kadın bireylerin öz bakım davranış puanları erkek bireylere göre daha yüksektir. Yapılan analiz sonucu cinsiyete göre ÖDBÖ’den aldıkları puan ortalamaları ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamli bir fark bulunmuştur (p:0,04; p< 0,05).


Araştırmaya katılan bireylerin medeni durumlarına göre ÖDBÖ’den aldıkları puan ortalamaları incelenmiştir. Yapılan analizler sonucunda, ÖDBÖ toplam puan...
ortalamaları ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (p:0,68; p>0,05).

Araştırmaya katılan bireylerin yaşadığı yere göre ÖDBÖ’den aldıkları puan ortalamaları incelenmiştir. Yapılan analizler sonucunda, ÖDBÖ toplam puan ortalamaları ile yaşadığı yer arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p:0,03; p<0,05).

Bu farklılığı hangi grup ya da grupların yaptığını bulabilmek için Mann-Whitney U testleri yapılmıştır. Köy ile ilçe, şehir ve büyükşehir grupları ile şehir ve büyükşehir gruplarının özbakım ölçeği puanlarının ortalamaları ile arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamda bulunmamıştır (p:0,381; p>0,05, p:0,610, p>0,05, p:0,939, p>0,05, p:0,182; p>0,05). İlçe ile şehir ve büyükşehir gruplarının özbakım ölçeği puanlarının ortalamaları ile arasındaki ilişki bakıldığında, istatistiksel olarak anlamda fark bulunmuştur (p:0,002; p<0,05, p: 0,012; p<0,05).

Romatóid artroiti bireylerin yaşam kalitesinin incelendiği bir tez çalışmasında Sağlık Değerlendirme Anketi Özürülük İndeksi (HAQ-DI) ile fiziksel fonksiyonları incelenmiştir. Çalışmaya göre kırsal bölgede yaşayan bireylerin şehirde yaşayan bireylere göre daha kötü fiziksel aktiviteye sahip oldukları belirtilmiştir (130). Şehir ve büyükşehir sağlık olanaklarının diğer yerleşkelere göre daha fazla olması bu sonucun etkilenmesine sebep olduğu düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan bireylerin eğitim durumuna göre ÖBDÖ puan ortalamaları incelenmiştir. Yapılan analizler sonucunda, ÖBDÖ toplam puan ortalamaları ile eğitim durum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p:0,00; p<0,05).

Bu farklılığı hangi grup ya da grupların yaptığını bulabilmek için Mann Whitney U testleri yapılmıştır. Okuryazar olmayan ile ilköğretim, ortaöğretim, yüksekoğretim ve üstü grupları ile orta öğretim ile yüksekoğretim ve üstü gruplarının özbakım ölçeği puanlarının ortalamaları ile arasındaki ilişki bakıldığında, istatistiksel olarak anlamda fark bulunamamıştır (p:0,213; p>0,05, p:0,226; p>0,05, p:0,226; p>0,05, p:0,126; p>0,05, p: 0,246; p>0,05). İlköğretim ile ortaöğretim ve yüksekoğretim ve üstü gruplarının özbakım ölçeği puanlarının ortalamaları arasındaki
ilişkiye bakıldığında, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p:0.005; p<0.05, p:0.00; p<0.05).


Araştırmaya katılan bireylerin gelir durumuna göre ÖBDÖ’den aldıkları puan ortalamaları incelemiştir. Yapılan analizler sonucunda ÖBDÖ toplam puan ortalamaları ile gelir durum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p:0.00; p<0.05). Bu durumun yapılacağın sağlık harcamalarının daha fazla ve sağlığa ulaşılabilirliği daha kolay olması, gelir durumunun iyı olması ile açıklanabilmektedir.

Albers ve ark. (1999) sosyoekonomik durumların romatoid artritli hastaları üzerinde olan etkisinin araştırdıkları çalışmada; bireylerin çoğunluğunu (% 89) gelir durum, işe çalışma, gün içinde dinlenme, ev ve ev dışı aktiviteleri konularından en az birinden etkilendiği belirtilmiştir (133).

Araştırmaya katılan bireylerin eklem şekil bozukluk durumuna göre ÖBDÖ’den aldıkları puan ortalamaları incelenmiştir. Yapılan analizler sonucunda, ÖBDÖ toplam puan ortalamaları ile eklem şekil bozukluk durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p:0.04; p<0.05).

Yapılan araştırma eklem şekil bozukluğu varlığının yaşam kalitesini etkilediği belirtilmiştir (131). Bireylerin eklem şikayetlerinin varlığı ile günlük yaşam aktivitelerinin yapılabilirliği arasında negatif ilişki olduğu ve bunun bireyin öz bakım davranışlarına etkisi olduğu düşünülümektedir.
Hastaların mesleği, aile tipi, çocuk varlığı, aileden bakım alma durumuna, ek hastalıktan varlığına, hastalık ve tedavi sürelerine, hastalık hakkında eğitim alma durumuna ve yakınları ile hastalık hakkında yakınlarla paylaşılma durumuna göre ÖBDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (p>0,05).

Aynı zamanda hastaların sağlık değerlendirme anket (MDHAQ) puanı, ağrı puanı, sabah tutukluk durumu ve süreleri, yorgunluk puanı, iki hafta öncesine göre iyilik durumu, genel his puanları ve çalışma durumları ile ÖBDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak bir fark bulunamamıştır (p>0,05).
BÖLÜM VI

SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇ

Özbakım Davranışları Ölçeği’ nin Türk toplumu için geçerlilik ve güvenirliliğin sınanması amacıyla yapılan araştırma sonuçları aşağıda belirtilmiştir.

Güvenirlik çalışmalarına sonuçlarına göre;

- Özbakım Davranışları Ölçeği’ nin zamana karşı değişmezliğini belirlemek için araştırmaaya katılmayı, telefonunun verilmesini, kendine ulaşılmasını kabul eden ve arandığı vakitte ulaşılabilen ilk 30 hastaya uygulanmıştır. İkinci uygulama uzman görüşü dahilinde karar alınan ilk uygulama 24-72 saat arasında yapılmıştır. Elde edilen korelasyon sonuçunun r:0,74 olduğu saptanmıştır (Tablo 13).

- Özbakım Davranışları Ölçeği’ nin toplam madde korelasyon değerleri incelendiğinde; toplam madde korelasyon değerlerinin 0,00-0,50 arasında yer almaktadır. Madde analizi sonucunda ölçeğin madde toplam korelasyonuna göre Cronbach Alpha değerleri 0,60 ile 0,68 arasında değişmektedir. Ölçekten hiçbir madde çıkarılmamıştır (Tablo 16).

- Özbakım Davranışları Ölçeği’ nin orijinal değerlerine sadak kalınarak bulunan Cronbach Alpha değeri 0,675 bulunmuştur (Tablo 14). Aynı zamanda uzman görüşleri sonucunda ilk 3 madde ters puanlanarak elde edilen Cronbach Alpha değeri 0,558 saptanmıştır (Tablo 15).
Özbakım Davranışları Ölçeği’’nin yarı test güvenilirlik sonuçlarına göre; birinci partin (1,2,3,4,5,6,7,8,9) Cronbach Alfa değeri 0,450; ikinci partin (10,11,12,13,14,15,16,17) Cronbach Alfa değeri 0,530; iki part arasındaki korelasyon ise 0,484 olarak saptanmıştır. Spearman- Brown katsayısı 0,653 ve Guttman Split-Half katsayısı 0,652 olarak bulunmuştur (Tablo 17).

Yapılan güvenirlilik analizleri sonucunda Özbakım Davranışları Ölçeği’nin güvenirliliğinin orta düzeyde olduğu saptanma birlikte; Türk romatoid artritli hastalarda özbağım davranışlarını ne düzeyde gerçekleştirdiklerini ölçmek için “güvenilir bir araçtır” hipotezi (H2) kabul edilmiştir.

Geçerlilik çalışmaları sonuçlarına göre:

Özbakım Davranışları Ölçeği’’nin yapı geçerliliği için Temel Bileşenler Analizi (Principal Components Analysis) ve Varimax yöntemi kullanılmıştır. Temel bileşenler analizi sonucunda altı bileşen ile değişkenliğin %61,268 olarak açıklanmaktadır (Tablo 18).

Yapılan geçerlilik analizler sonucunda kabul edilebilir düzeyde olduğu saptanmıştır. Özbakım Davranışları Ölçeği’ne yapılan güvenirlilik analizleri sonucunda ÖBDÖ’nün SCBS ölçeği Türk romatoid artritli hastalarda özbağım davranışlarını ne düzeyde gerçekleştirdiklerini ölçmek için “geçerli bir araçtır” hipotezi (H1) kabul edilmiştir.

Sonuç olarak; H1 ve H2 hipotezleri kabul edilerek “Özbakım Davranışları Ölçeği” Türk toplumu için orta düzeyde geçerli ve güvenilir bir ölçek olmasına karşın; ölçek içinde yer alan maddelerin hastalar tarafından yanlış anlaşıl劳务派遣 mahal vermemesi için ölçeğin kullanılmasını önerilmesine karar verilmiştir.
6.2. ÖNERİLER

- Uyarlaması yapılan ölçeğin daha büyük örneklem içeren hasta gruplarında tekrar uygulanması,
- Ölçeğin daha geniş zamanda ve farklı hastalık tanıları bireylerde uygulanmasının sağlanması,
- Romatoid artritli bireylerin öz bakım davranışları ve hemşirelik bakımı alma düzeylerinin saptanması,
- Romatizmal hastalıklar, öz bakım davranışları, hemşirelik bakımı ve romatoloji hemşireliği hakkındaki literatürdeki eksiklikler açısından bu konuda çalışmalar yapılarak literatüre kazandırılmasız,
- Romatoid artritli hastalarda öz bakım davranışları hakkında yeni ölçek geliştirilmesi önerilmektedir.
BÖLÜM VII

ÖZET

“ROMATOİD ARTRİTLİ BİREYLERDE ÖZBAKIM DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ”NİN TÜRKÇE GEÇERLİK VE GÜVENİRLİĞİ ÇALIŞMASI

Bu araştırmanın amacı; Özbakım Davranışları Ölçeği (ÖBDÖ)/Self-Care Behaviour Scale (SCBC)’nin Türk romatoid artritli hasta popülasyonunda özbakım davranışlarını ne düzeyde yerine getirdiklerini ölçmede geçerli ve güvenilir bir araç olup olmadığını sınanmasıdır.

Araştırma 1 Şubat - 30 Ağustos 2017 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinin romatoloji polikliniğine başvuran ve araştırmaya dâhil edileme kriterlerine uyan 119 romatoid artritli bireyle gerçekleştirilmiştir. Araştırmada veri toplama araçları olarak ÖBDÖ ve MDHAQ kullanılmıştır. Dil geçerliliği için ölçeğin Türkçeden İngilizceye ve geri çevirisi yapılmıştır. Çevirisi yapılan ölçek maddelerinin kapsam geçerliliği için 10 uzman görüşü alınarak ölçeğin son hali verilmiş ve bu form hastalara uygulanmıştır.

Araştırmanın etik boyutu ile ilgili olarak ölçeğin orijinalinin kullanımı için yazanın yazılı izin alınmış, çalışmanın yürütülmesi için etik kurul ve kurum izni alınmış ve araştırmaya katılan hastalardan yazılı onam alınmıştır.

Ölçeğin orijinal değerlerine sadık kalılarak iç tutarlık analizi için Cronbach Alpha değeri 0,675 bulunmuştur. Aynı zamanda uzman görüşleri sonucunda ilk 3 madde ters puanlanarak edilen Cronbach Alpha değeri 0,558 saptanmıştır.

Ölçeğin zamana göre değişmezliği tespiti için Test- tekrar test uygulaması için araştırmaya katılmayı, telefonunu verilmesini ve kendine ulaşılmasını kabul eden ve
arandığı vakitte ulaşılabilen ilk 30 hastaya ulaşılmıştır. Uzman görüşü sonucu tekrar test süresi 24-72 saat aralığına indirgenmiştir. Elde edilen sonuçlarda istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. (r:0,74; p:0,00).

Self-Care Behaviour Scale’ın yapılan geçerlik ve güvenirlik analizleri sonucunda Türk toplumu için orta düzeyde güvenir ve geçerli bir ölçek olduğu saptanmakla birlikte; ölçekte yer alan maddelerin hastaların öz bakımları ile ilgili yanlış anlamalara sebep olabileceği ve bu nedenle öz bakım davranışlarını daha geçerli ve güvenir bir şekilde ölçebilecek Türkçe bir ölçeğin geliştirilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Self-Care Behaviour Scale, romatoid artrit, geçerlilik, güvenirlik, öz bakım
CHAPTER VII

ABSTRACT

VALIDITY AND RELIABILITY STUDY OF THE TURKISH VERSION OF “SELF CARE BEHAVIOURS SCALE ON PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS”

The aim of this research is; Self-Care Behaviors Scale (SCBC) of the Turkish population of patients with rheumatoid arthritis to measure what they had fulfilled their level of self-care behavior is to test whether there is a valid and reliable tools.

This study was conducted with 119 patients with rheumatoid arthritis who applied to the rheumatology polyclinic of a university hospital in İzmir between 1 February and 31 August 2017. In this study, ÖBDÖ and MDHAQ were utilized as a data collection tools. SCBC's language, scope, structure validity and reliability studies have been carried out. For validity of language, first, English was translated to Turkish, then Turkish was translated to English vice versa. For the scope validity, 10 expert opinions were taken and the put into final form. After the translation was completed, the study applied to the patients.

For the ethical dimension of the research, written permission was obtained from the author for the use of the original, the ethics committee and the institution were granted permission to conduct the study and the written consent was obtained from the patients participating in the survey.

The Cronbach Alpha value for internal consistency analysis was found to be 0.675, by sticking the original values of the scale. At the same time, as a result of the
expert opinions, the Cronbach Alpha value was obtained 0.558 by reverse scoring the first 3 items.

Test-retest was performed to demonstrate the time-invariance of the scale. This study was conducted with the first 30 patients who were accepted to participate in this study, who accepted to be reached, who gave their contact information, and who were available when called. With the expert opinion, the test time is reduced to 24-72 hours. The results obtained were statistically significant (r:0.74; p:0.00).

As a result of the validity and reliability analyzes performed on the Self-Care Behaviours Scale, it was determined that it is a moderately reliable and valid scale for the Turkish society. Besides, it is recommended to develop a Turkish scale because some subjects on the scale may lead to misunderstandings about the self-care of patients. Thanks to the new scale which will be developed, self-care behaviors can be measured more effectively and reliably.

**Key Words:** Self-Care Behavior Scale, rheumatoid arthritis, validity, reliability, self-care
KAYNAKLAR


2. Demirel, A., & Kırnap, M.(2010) Romatoid Artrit Tedavisinde Geleneksel Ve Güncel Yaklaşımlar Traditional And Up-To-Date Treatment İn Rheumatoid Arthritis.19(1) 74-84


Turkey/Turkiye'nin Guneydogu Anadolu Bolgesinde Tersiyer Bir Merkezdeki Romatoid Artritli Hastalarda Hla-Drb1 Alel Dagilimi. Turkish Journal of Physical Medicine And Rehabilitation, 59(2), 123-128


56. Fresko İ. (1999). İ.Ü. Cerrahpaşa Tip Fakültesi Sırekli Tip Eğitimi Etkinlikleri. 45-54


EKLER

EK-1

TANITICI BİLGİ FORMU

1. Cinsiyetiniz?
   a. Kadın b. Erkek

2. Yaşınız? ..........

3. Medeni Durumunuz?
   a. Evli b. Bekâr

4. Yaşadığı Yer?
   a. Köy b. İlçe c. Şehir d. Büyükşehir

5. Mesleğiniz? ______________

6. Eğitim Düzeyiniz?
   a. Okul yazar değil  b. İlköğretim  c. Ortaöğretim  d. Yükseköğretim ve üstü

7. Gelir Durumunuz?
   a. Gelir giderden az   b. Gelir gidere denk   c. Gelir giderden fazla

8. Sağlık güvenceniz var mı?
   a. Var b. Yok

9. Aile tipinizi nedir?
   a. Çekirdek aile   b. Geniş aile

10. Çocuğunuz var mı?
   a. Var b. Yok

11. Aile üyelerinden bakım alıyor musunuz?
   a. Evet b. Hayır
12. Başka hastalığınız var mı?
   a. Hayır  b. Evet ................ (Adını yazınız)

13. Hastalığınızın süresi (yıl) ..............

14. Ne kadar süredir tedavi görüyorunuz?...........

15. Hastalığınız hakkında herhangi bir eğitim aldınız mı?
   a. Evet  b. Hayır

16. Hastalığınızı yakınlarınız ile paylaşıyor musunuz?
   a. Evet  b. Hayır

17. Eklemlerinizde şekil bozukluğu var mı?
   a. Evet  b. Hayır

18. İlaç kullanıyor musunuz?
   a. Evet  b. Hayır

19. İlaç kullanıyorsanız aşağıdaki ilaç gruplarından hangileri? (birden fazla işaretlenebilir)
   a. Analjezikler
   b. Steroidler
   c. DMARDS
   d. Biyolojik Ajanlar
   e. Diğer
   (Belirtiniz:..............................................................)
ÖZBAKIM DAVRANİŞLARI ÖLÇEĞİ

Geçen yıl, artritiniz için aşağıdaki aktiviteleri düzenli olarak ne sıklıkta yaptınız? (ayda en az bir defa yapılan aktiviteler düzenli olarak kabul edilmelidir)

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Her Zaman</th>
<th>Çok Sık</th>
<th>Bazen</th>
<th>Çok Az</th>
<th>Hiç</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. sıcak su havuzuna girme</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2. vücudumun bazı bölgelerine sıcak uygulama</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3. eklem koruyucu, destekleyici veya sabitleyici (atel) kullanma</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4. doktorunuza danışmadan ilaç dozlarını ve alış saatlerini değiştirme</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5. günlük rutin işleri ve çalışma programını kendine uygun hale getirme</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>6. gıda takviyesi, vitamin alma veya özel besinler tüketme</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>7. belirli gıdalardan sakınma</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>8. masaj uygulama</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Numera</td>
<td>Aktivite Description</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>--------</td>
<td>------------------------------------------------------------------------------------</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>9.</td>
<td>Hastahığını düşünmemek için televizyon izlemek, kitap okumak gibi faaliyetler yapma</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>10.</td>
<td>Sevdiğim insanlarla konuşma</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>11.</td>
<td>Stres kontrolüne yardımcı olacak yöntemler kullanma</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>12.</td>
<td>Meditasyon gibi gevşeme tekniklerini kullanma</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>13.</td>
<td>İlaçlarınızı düzenli olarak ve reçete edildiği şekilde kullanma</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>14.</td>
<td>Düzenli olarak doktor kontrolüne gitme</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>15.</td>
<td>Dinlenme</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>16.</td>
<td>Egzersiz yapma</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>(su egzersizleri dahil)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>17.</td>
<td>Egzersiz yapmışsınız;gende kaç dakikalık egzersiz yaptınız?</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>30 dakikadan fazla 30 dakika 20 dakika 10 dakika Hiç</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

113
**EK-3**

**ÇOK BOYUTLU SAĞLIK DEĞERLENDİRME ANKETİ**

1. Aşağıdaki belirtilenleri yapabiliyor musunuz? Lütfen işaretleyiniz ( )

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Hiç Zorlanmadan</th>
<th>Biraz Zor</th>
<th>Çok Zor</th>
<th>Yapamıyorum</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>a. Ayakkabı bağlamak ve düğme iliklemek dahil olmak üzere giyinebiliyor musunuz?</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>b. Yatağa yatıp kalkabiliyor musunuz?</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>c. Dolu bir bardağı ağızınıza götürebiliyor musunuz?</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>d. Düz yolda yürüyebiliyor musunuz?</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>e. Tüm vücudunuzu yıkayıp durulayabiliyor musunuz?</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>f. Yerde bulunan bir elbiseyi eğilip alabiliyor musunuz?</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>g. Muslukları açıp kapatabiliyor musunuz?</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>h. Arabaya binip inebiliyor musunuz?</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>i. 1 kilometre yürüyebiliyor musunuz?</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>j. Sportif aktivitede bulunabiliyor musunuz?</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

2. Son bir hafta içinde ne kadar ağrınız olduğunu aşağıdaki çizelgede belirtiniz:

![Ağrı Cezmesi](image)

AĞRISIZ OLABİLECEK EN ŞİDDETLİ AĞRI

3. Sabah kalktığınızda 'sabah sertliği’, tutukluğu hissediyor musunuz?

[ ] Evet  [ ] Hayır

Eğer evetse, kaç saat ya da dakika sürüyor?  Saat:_____  Dakika_____
4. Son bir hafta içinde normalden ne kadar daha fazla yorgunluk hissi yaşadınız? Lütfen aşağıdaki çizelgede belirtiniz:

YORGUNLUK HİSSİ YOK                        YORGUNLUK ÇOK ÖNEMLİ BİR PROBLEM

5. Bu gün iki hafta öncesine göre kendinizi nasıl hissediyorsunuz?

☐ Çok iyi          ☐ İyi              ☐ Aynı              ☐ Kötü              ☐ Çok dahakötü

6. Hastalık ve diğer sağlık durumlarının sizi genel nasıl etkilediğiniizi göz önüne alarak, kendinizi genel olarak şu anda nasıl hissediyorsunuz? Lütfen aşağıdaki çizelgede belirtiniz:

ÇOK İYİ                                      ÇOK KÖTÜ

7. Şu anda çalışıyor musunuz?

☐ Evet, tam gün     ☐ Evet, yarım gün     ☐ Emekli   ☐ Öğrenci
☐ Ev hanımı         ☐ Hastalığından dolayı çalışmiyorum.
☐ Diğer __________
**EK-4**

**SELF CARE BEHAIOUR SCALE (ORIGINAL FORM)**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Activity</th>
<th>Always</th>
<th>Very often</th>
<th>Sometimes</th>
<th>Almost Never</th>
<th>Never</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Used a heated pool, a hot shower</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Applied heat to parts of your body</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Used joint protection, bracing or splinting</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Rested</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Adjusted your daily routine or work schedule</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Taken food supplements, vitamin or eaten special foods</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Avoided certain foods</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Used massage</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Done other things such as watching TV or reading to take your mind off your arthritis (distraction)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Question</td>
<td>Options</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>-------------------------------------------------------------------------</td>
<td>---------</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Talked with persons who are sympathetic</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Used methods to help control stress</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Used relaxation methods such as meditation</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Taken your drugs regularly and based on your prescription</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Visited your physician regularly</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Changed the dosage of your drugs or the time of taking them without informing your physician</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Exercised (including water exercise)</td>
<td>More than 30 minutes</td>
<td>30 minutes</td>
<td>20 minutes</td>
<td>10 minutes</td>
<td>Never</td>
</tr>
<tr>
<td>If you exercise, how much minutes do you exercise per day</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
EK-5

ÖZBAKIM DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ ARAŞTIRMA KULLANIM İZNI
ÇOK BOYUTLU SAĞLIK DEĞERLENDİRME ANKETİ İZNİ
EK-7

ETİK KURUL İZNI

İZMİR KÂTIM ÇELEBI ÜNİVERSİTESİ GİRİŞIMSEL OLMAYAN KLINİK ARAŞTıRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi 35360 Karaburun / İZMİR
Tel: 0232 245 04 38 --- 0 232 244 44 44 / 1234 Fax: 0 232 245 04 38 E-posta: lkccelik@gmail.com

Doç. Dr. Yasemin TOKEM
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü
İş Hastalıkları Hemşireliği ABD

Kurucu: No: 16
Tarih: 18.1.2017


Doç. Dr. Orhan GÖKALP
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi
GİRİŞIMSEL OLMAYAN KLINİK ARAŞTıRMALAR

gk kurulu Başkanı
EK-8

KURUM İZİN BELGESİ

(Sayfa-1)
EK-8
KURUM İZİN BELGESİ
(Sayfa-2)
ÇALIŞMAYA KATILIM ONAM BELGESİ

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU  (Retrospektif Çalışmalarda Doldurulmayacak*)

[LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ!...]
Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istediğinizi anlammanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgür iradenizle vermeniz gerekmektedir.

1. ARAŞTIRMAYA İLGİLİ BİLGİLER:
Araştırmının Adı: Romatoid Artritli Bireylerde Öz bakım Davranışları Ölçeğinin Türkçe Geçerlik ve Güvenirliği Çalışması
Araştırmının İçeriği: Türk romatoid artritli bireylerde Öz bakım Davranışları Ölçeği’nin geçerli ve güvenilir bir araç olup olmadığını inceleyen bir anket çalışmasıdır.
Araştırmının Amacı: Bu araştırmının amacı; romatoid artritli hasta popülasyonunda “Self-Care Behaviour Scale’in” Türkçe geçerlik ve güvenirliğinin test edilmesidir.
Araştırmının Öngörülen Süresi: Araştırmının 1 Şubat-31 Ağustos 2017 tarihleri arasında yürütülmesi planlanmaktadır.

Araştırmaya Katılması Beklenen Gönüllü Sayısı: 100 romatoid artritli birey
Araştırmada İzlenecek Uygulamalar ve Tedavi: Bu araştırmada, hastalık ve öz bakım davranışlarına ilişkin anket uygulaması yer almaktadır. Araştırma kapsamında herhangi bir tedavi uygulaması bulunmamaktadır.

2. ARAŞTIRMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR: Ölçeğin Türkçe geçerli ve güvenilir bir araç olduğuna belirlenirse romatoid artritli hastaların hastalık yönetiminde öz bakım davranışlarını ne düzeyde gerçekleştirdiklerini ölçen bir araç olarak uygulama kazandırılabilir. Böylelikle hastanelerde yatan hasta birimlerinde ve poliklinik hizmetlerinde sağlık kontrolörlerinde kullanılabilir.

3. GÖNÜLLÜNÜN UYGULAMA SIRASINDA KARŞILAŞABİLECEĞİ RİSKLER VE RAHATSIZLIKLER: Bu araştırmada, karşılaşılabilecek risk ve rahatsızlık yoktur.

4. GÖNÜLLÜLER İÇİN ARAŞTIRMADAN BEKLENEN TİBBİ YARAR: Bu araştırmada, romatoid artritli bireylerin uygun hastalık yönetimlerinin gerçekleştirilmesi ile hastalık alevlenmelerinin önlenmesi/azaltılması, poliklinik kontrollerine uyumun artması,
tekrarlı hastaneye yatışların önlenmesi ve uygun özbakım davranışlarının kazandırılması beklenen yararlar olacaktır.

5. GEBELİK: Bu araştırmanın gebelik üzerinde olumsuz bir etkisi yoktur. Bununla birlikte; araştırmanın kapsamında ele alınan özbakım davranışlarının gebe romatoid artritlilerde farklılıklar gösterbileceği gerekçesi ile gebeler çalışma kapsamında dışında tutulacaktır.

6. ARAŞTIRMAYA SEÇENEK OLAN GİRİŞİMLER YA DA TEDAVİLER KONUSUNDA BİLGİLENDİRİLME: Bu araştırmada girişim veya tedavi uygulanmayacağı için seçenek yöntemler bulunmamaktadır.

7. ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILMA DURUMLARI
Bu araştırmadan çıkmak istediğinizdende veya araştırmadaki veri toplama anketlerinin eksik doldurduğu nedeniyle araştırma dışında bırakılacaktır.

8. ARAŞTIRMA KAPSAMINDAKİ GİDERLERİN KARŞILANMASI
Yapılacak her tür tetkik, fizik muayene ve diğer araştırma masrafları size veya güvencesi altında bulunduğu resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşu ödetilmeyecektir.

9. ARAŞTIRMAYA KATILMA DURUMUNDA HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?
Bu araştırmada, yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

10. ARAŞTIRMA SÜRESİNCÊ ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN İRTİBAT
Uygulama süresi boyunca araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istemeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınızı için ya da araştırma dışı bir ilaç almak durumunda kaldıgnızda aşağıdaki doktor ile irtibat kurabilirsiniz.

Yüksek Hemşire Berna CAFER  Telefon: 05434197031

11. ZARARLARIN KARŞILANMASI:
Bu araştırmada, herhangi bir zararla karşılaşmağı öngörülmemeekte.

12. GÖNÜLLÜLÜK, ARAŞTIRMAYI REDDETME VE ARAŞTIRMADAN ÇEKİLME ÇIKARILMA:
a. Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama altında olmaksizin gönüllü olarak katılmıştır.
b. Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi.
c. Sorumlu araştırmacı / doktora haber vermek kaydıla, hiçbir gerekçe göstermeksin istedigim anda bu çalışmamdan çekilebileceğim bilincindeyim. Bu çalışmaya katılmayı reddetmem ya da sonradan çekilmem halinde hiçbir sorumluluk altına girmediğimi ve bu durumun şimdi ya da gelecekte gerekсинim duyduğum tibbi bakımı hiçbir biçimde etkilemeyeceğini biliyorum.
d. Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı / doktor ya da destekleyen kuruluş, çalışma programının gereklerini yerine getirmekedeki ihmalim nedeniyle ya da almakta olduğum tibbi...
bakımın kalitesini yükseltmek amacıyla, benim onayımı almadan beni çalışma kapsamında çıkarabilir.

13. GİZLİLİK:

14. ÇALIŞMAYA KATILMA ONAYI:

Bu formun imzalı bir kopyası bana verildi.

Gönüllünün Adı- Soyadı:
Yaş ve Cinsiyeti:
İmzası:
Adresi (varsay telefon ve/veya fax numarası):
........................................................................................................................................
Tarih:

Velayet ya da vesayet altında bulunulanlar için;

Veli ya da Vasının Adı- Soyadı:
İmzası:
Adresi (varsay telefon ve/veya fax numarası):
Tarih:

Açıklamaları Yapan Araştırmacı- Doktorun

Adı- Soyadı:
İmzası:
Tarih:

Onam alma işleminde başından sonuna kadar tanılk eden kuruluş görevlisinin

Adı- Soyadı:
İmzası:
Görevi:
Tarih:
EK-10

ROMATOİD VE YAŞAM BROŞÜRÜ

ROMATOİD ARTİRT VE YAŞAM

Prof. Dr. Yasemin TOKEM
Yrd. Doç. Dr. Filiz ÖZEL
Hems. Berna CAFER

İzmir-2017
ÖZGEÇMİŞ