

**T.C.**  
**HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ**  
**LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**



**ROMATOİD ARTRİTLİ HASTALARDA PLANLI  
DAVRANIŞ TEORİSİNE GÖRE UYGULANAN HEMŞİRE  
DANIŞMANLIĞININ AĞRI, YORGUNLUK VE  
FONKSİYONEL DURUMA ETKİSİ**

**KERİMAN AYTEKİN KANADLI**

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI  
DOKTORA PROGRAMI**

**GAZİANTEP**

**2023**



**T.C.**  
**HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ**  
**LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**



**ROMATOİD ARTRİTLİ HASTALARDA PLANLI  
DAVRANIŞ TEORİSİNE GÖRE UYGULANAN HEMŞİRE  
DANIŞMANLIĞININ AĞRI, YORGUNLUK VE  
FONKSİYONEL DURUMA ETKİSİ**

**KERİMAN AYTEKİN KANADLI**

Hasan Kalyoncu Üniversitesi  
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü  
Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin  
Hemşirelik Anabilim Dalı'nın  
Hemşirelik Doktora Programı İçin Öngördüğü

**DOKTORA TEZİ**

olarak hazırlanmıştır.

**TEZ DANIŞMANI**

**Prof. Dr. Nermin OLGUN**

**GAZİANTEP**

**2023**



**LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**  
**DOKTORA TEZ KABUL VE ONAY FORMU**

**Hemşirelik** Anabilim Dalı Doktora Programı öğrencisi **Keriman AYEKİN KANADLI** tarafından hazırlanan “**Romatoid Artritli Hastalarda Planlı Davranış Teorisine Göre Uygulanan Hemşire Danışmanlığının Ağrı, Yorgunluk ve Fonksiyonel Duruma Etkisi**” başlıklı tez, **10/01/2023** tarihinde yapılan savunma sınavı sonucu **başarılı** bulunarak jürimiz tarafından **Doktora Tezi** olarak kabul edilmiştir.

<b><u>Görevi</u></b>	<b><u>Unvanı, Adı ve Soyadı</u></b>	<b><u>Kurumu/Üniversitesi</u></b>	<b><u>İmzası:</u></b>
<b>Tez Danışmanı</b>	Prof. Dr. Nermin OLGUN	Hasan Kalyoncu Üniversitesi	
<b>Jüri Başkanı</b>	Prof. Dr. Nuran TOSUN	Hasan Kalyoncu Üniversitesi	
<b>Jüri Üyesi</b>	Doç. Dr. Ayşe ÖZKARAMAN	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi	
<b>Jüri Üyesi</b>	Doç. Dr. Emine KIR BİÇER	Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi	
<b>Jüri Üyesi</b>	Dr. Öğr. Üyesi Sezer AVCI	Hasan Kalyoncu Üniversitesi	

**Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu kararı ile onaylanmıştır.**

Prof. Dr. M.Serhat YENİCE  
Enstitü Müdürü

## **TEZ BİLDİRİMİ**

Bu tezdeki bütün bilgilerin etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde edildiğini ve tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada bana ait olmayan her türlü ifade ve bilginin kaynağına eksiksiz atıf yapıldığını bildiririm.

## **DECLARATION PAGE**

I hereby declare that all information in this document has been obtained and presented in accordance with academic rules and ethical conduct. I also declare that, as required by these rules and conduct, I have fully cited and referenced all material and results that are not original to this work.

Keriman AYTEKİN KANADLI

Tarih: 10.01.2023

## TEŞEKKÜR

Doktora eğitimime başladığım ilk günden itibaren yol gösterici, samimi yaklaşımlarıyla beni destekleyen; deneyimi, bilgisi, enerjisi ile her zaman motive eden, kişisel gelişimimde ve akademik hayatımda emeği olan; azimli ve akademik duruşu ile her zaman örnek aldığım ve alacağım çok kıymetli danışman hocam Prof. Dr. Nermin OLGUN'a,

Doktora eğitimim süresince içten, sıcak yaklaşımları, engin bilgileri, deneyimleri ile her zaman yol gösterici olan, Tez İzlem Jürimde bulunarak değerli görüş ve bildirimleri ile katkı sağlayarak tezimi zenginleştiren değerli hocam Prof. Dr. Nuran TOSUN'a,

Tez Savunma jürimde bulunarak destek ve katkılarını esirgemeyen kıymetli hocalarım, Doç. Dr. Emine KIR BİÇER ve Dr. Öğr. Üyesi Sezer Avcı'ya,

Tez hasta eğitim kitapçığıma katlı sağlayan, kıymetli zamanını ayırarak Tez Savunma jürimde bulunan, engin deneyimleri, önerileri ile tezime değer katan değerli hocam Doç. Dr. Ayşe ÖZKARAMAN'a,

Tez hasta eğitim kitapçığıma uzman görüşü aşamasında değerli zamanlarını ayırarak katkı sağlayan; Prof. Dr. Fatma İlknur ÇINAR, Doç. Dr. Esra ÖKSEL, Prof. Dr. Hayal GÜLER, Uz. Diyetisyen Sinem NERGİSOĞLU, Hemşire Dilşen ÇEVİRGEN'e,

Tez uygulamasını gerçekleştirdiğim HMKU Hastanesi yönetimi, tez sürecinde desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen kıymetli hocam romatoloji uzmanı Dr. Öğretim Üyesi Gezmiş KİMYON, Romatoloji Bilim Dalında görev yapan hocalar, asistan hekimler, romatoloji hemşiresi, otomasyon personelleri ile tez çalışmama katılarak bana inanan, güvenen ve destek olan tüm romatoid artrit tanılı hastalara,

Doktora eğitimim boyunca beni destekleyen, her zaman yanımda olan canım arkadaşlarım, Öğr. Gör. Selva Ezgi AŞKAR, Öğr. Gör. Yasemin SAZAK ve SHU Songül KANADLI'ya,

Bana her zaman güvenerek, yanımda olan, her zorlukta birbirimize tutunarak yeniden güçlendiğimiz Canım Aileme ve tanıdığım ilk günden beri yürekten yaklaşımları ile her anlamda beni destekleyen eşimin ailesi iken benim de ailem olan Kanadlı Ailesi'ne,

Hayatıma girdiği ilk günden itibaren varlığıyla beni güçlendiren, eğitimim boyunca sabır ve fedakarlıkla her anlamda destekleyen sevgili eşim Uz. Dr. Hasan KANADLI'ya ve bu zorlu süreçte annelerine umut, sevgi dolu sıcacık yaklaşımları ile güç veren canım yavrularım Ahmet Hakan ile Ali Deniz'e ve adını sayamadığım herkese;

*Sonsuz Teşekkürlerimi ve Saygılarımı Sunarım...*

**Keriman AYTEKİN KANADLI**  
**Gaziantep - 2023**

**HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ  
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**ROMATOİD ARTRİTLİ HASTALARDA PLANLI DAVRANIŞ  
TEORİSİNE GÖRE UYGULANAN HEMŞİRE DANIŞMANLIĞININ  
AĞRI, YORGUNLUK VE FONKSİYONEL DURUMA ETKİSİ**

**Keriman AYTEKİN KANADLI**

**DOKTORA TEZİ**

**Danışman  
Prof. Dr. Nermin OLGUN**

**ÖZET**

Bu araştırma romatoid artritli hastalarda, Planlı Davranış Teorisine'ne göre motivasyonel görüşmelerle uygulanan hemşire danışmanlığının; bireylerin ağrı, yorgunluk ve fonksiyonel durumuna etkisini değerlendirmek amacıyla yapıldı. Araştırma, Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi romatoloji polikliniğinde, Ocak 2022-Temmuz 2022 tarihleri arasında yürütüldü. Randomize kontrollü olarak yapılan deneysel araştırma toplam 82 romatoid artrit hastası ile tamamlandı. Girişim grubundaki hastalara ön görüşmede eğitim verilerek, Planlı Davranış Teorisine dayalı motivasyonel görüşme doğrultusunda 12 hafta boyunca hemşire danışmanlığı hizmeti verildi. Hasta verilerinin elde edilmesinde; Hasta Tanıtım Formu, McGill Ağrı Ölçeği Kısa Formu (MAÖ-KF), Bristol Romatoid Artrit Yorgunluğu Çok Boyutlu Anketi (BRAAF-MDQ), Stanford Sağlık Değerlendirme Ölçeği (HAQ) ve Davranış Değişikliği Kontrol Listesi kullanıldı. Verilerin analizi SPSS programının 26.0 sürümü kullanılarak, uygun istatistiksel yöntemlere göre yapıldı. Araştırmaya katılan hastaların çoğunun kadın, evli, ilkokul mezunu olduğu saptandı. Girişim grubundaki hastaların uygulama öncesi yüksek olan ağrı, yorgunluk ve sağlık değerlendirme puan ortalamalarının, uygulama sonrasında anlamlı düzeyde azaldığı görülürken, kontrol grubunda anlamlı bir değişiklik olmadığı saptandı. Planlı davranış teorisine dayalı motivasyonel görüşme doğrultusunda uygulanan hemşire danışmanlığının romatoid artritli hastalarının ağrı, yorgunluk ve fonksiyonel durumu yönetmede etkili bir girişim olduğu görüldü. Romatoloji hemşirelerinin, romatoid artritli hastaların eğitim ve izleminde teoriye/modele dayalı, motivasyonel görüşmelerle danışmanlık hizmeti sunmaları önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Hemşirelik, Romatoid artrit, Planlı Davranış Teorisi, Danışmanlık, Tele İzlem

**HASAN KALYONCU UNIVERSITY  
GRADUATE EDUCATION INSTITUTE  
DEPARTMENT OF NURSING**

**NURSE COUNSELING OF APPLIED ACCORDING TO THE THEORY  
OF PLANNED BEHAVIOR IN PATIENTS WITH RHEUMATOİD ARTHRİTİS  
EFFECT ON PAIN, FAILURE AND FUNCTIONAL STATUS**

**Keriman AYTEKIN KANADLI**

**DOCTORAL THESIS**

**TIREDNESS**

**Advisor**

**Prof. Dr. Nermin OLGUN**

**ABSTRACT**

This study was to evaluate the effect of pain, fatigue and functional status of in patients with rheumatoid arthritis aimed to determine the effect of nurse counseling applied with motivational interviews according to Planned Behavior Theory. The research was carried out in Hatay Mustafa Kemal University Health Practice and Research Hospital, rheumatology outpatient clinic, between January 2022 and July 2022. The research was conducted as a randomized controlled experimental study and was completed with 82 rheumatoid arthritis patients. After the patients in the intervention group were trained in the preliminary interview, nurse counseling was provided for 12 weeks in line with the motivational interview based on the Planned Behavior Theory. In obtaining patient data; Patient Description Form, McGill Pain Scale Short Form (MAS-SF), Bristol Rheumatoid Arthritis Fatigue Multidimensional Questionnaire (BRAFF-MDQ), Stanford Health Assessment Scale (HAQ), and Behavior Change Checklist were used. Data analysis was performed using SPSS version 26.0 according to appropriate statistical methods. It was determined that most of the patients participating in the study were female, married and primary school graduates. While it was observed that the pain, fatigue and health evaluation mean scores of the patients in the intervention group, which were high before the application, decreased significantly after the application, there was no significant change in the control group. It was seen that the nurse counseling applied in line with the motivational interview based on the theory of planned behavior was an effective intervention in managing the pain, fatigue and functional status of patients with rheumatoid arthritis. It is recommended that rheumatology nurses provide counseling services with motivational interviews based on theory/model in the education and follow-up of patients with rheumatoid arthritis.

**Keywords:** Nursing, Rheumatoid arthritis, Planned Behavior Theory, Counseling, Telemonitoring

## İÇİNDEKİLER

<b>TEZ BİLDİRİMİ</b> .....	<b>iii</b>
<b>TEŞEKKÜR</b> .....	<b>iv</b>
<b>ÖZET</b> .....	<b>v</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>vi</b>
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>vii</b>
<b>ŞEKİL DİZİNİ</b> .....	<b>x</b>
<b>TABLO DİZİNİ</b> .....	<b>xi</b>
<b>KISALTMALAR VEYA SİMGELER LİSTESİ</b> .....	<b>xii</b>
<b>1. GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>
1.1. Konunun Önemi ve Problemin Tanımı	1
1.2. Araştırmanın Amacı	4
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>5</b>
2.1. Romatoid Artrit Tanımı ve Epidemiyolojisi	5
2.2. Romatoid Artritin Fizyopatolojisi	5
2.3. Romatoid Artritin Etiyolojisi ve Risk Faktörleri	6
2.4. Romatoid Artritin Belirti ve Bulguları	6
2.5. Romatoid Artritte Ağrı, Yorgunluk ve Fonksiyonel Yeterlilik	7
2.5.1. Ağrı	7
2.5.2. Yorgunluk	7
2.5.3. Fonksiyonel yeterlilik	8
2.6. Romatoid Artritte Tanı	8
2.7. Romatoid Artritin Tedavisi	9
2.8. Romatoid Artritte Hemşirelik Bakımı	11
2.9. Kavramsal Çerçeve	12
2.9.1. Hemşire Danışmanlığı	12
2.9.2. Tele Hemşirelik Uygulaması	13
2.9.3. Motivasyonel Görüşme Tekniği	15
2.9.4. Planlı Davranış Teorisi	16
<b>3. GEREÇ ve YÖNTEM</b> .....	<b>22</b>
3.1. Araştırmanın Tipi	22
3.2. Araştırmanın Hipotezleri	22
3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	22
3.4. Araştırmanın Etik Yönü	22
3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	23
3.6. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	23
3.7. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri	23
3.8. Araştırmadan çıkarılma kriterleri;	24

3.9. Randomizasyon	24
3.10. Veri Toplama Gereçleri	25
3.11. Hasta Tanıtım Formu	25
3.12. Hastalık Aktivite Skoru	26
3.13. McGill Ağrı Ölçeği Kısa Formu	26
3.14. Bristol Romatoid Artrit Yorgunluğu Çok Boyutlu Anketi	26
3.15. Stanford Sağlık Değerlendirme Ölçeği	27
3.16. Davranış Değişikliği Kontrol Listesi	28
3.17. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	28
3.18. Eğitim Materyalinin Hazırlanması	29
3.18.1. Romatoid Artrit Hasta Eğitim Kitapçığı İçerik Başlıkları	29
3.18.2. Eğitim Materyalinin Okunabilirliği	29
3.18.3. Eğitim Materyalinin Anlaşılabilirliği	29
3.18.4. Eğitim Materyalinin Tasarımı ve İçerik Geçerliliği	30
3.19. Ön Uygulama	30
3.20. Araştırmanın Uygulanması	30
3.20.1. Kontrol Grubu Uygulama	33
3.20.2. Girişim Grubu Uygulama	33
3.21. Tez Çalışması Takvimi	35
3.22. Tez İzleme Komitesi Toplantıları	36
3.23. Verilerin İstatistiksel Analizi	37
<b>4. BULGULAR</b>	<b>38</b>
4.1. Çalışmaya Katılan Hastaların Tanıtıcı Özellikleri	38
4.2. Hastaların Girişim ve Kontrol Grubunda Ağrı, Yorgunluk ve Sağlık Değerlendirme Ölçek Puanlarına İlişkin Bulgular	46
4.3. Girişim Grubu Hastalarının Davranış Değişikliği Kontrol Listesi ve Hemşire Danışmanlığı Görüşlerine İlişkin Bulgular	54
<b>5. TARTIŞMA</b>	<b>57</b>
5.1. Girişim ve Kontrol Grubu Hastalarının Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgularının Tartışılması	57
5.2. Girişim ve Kontrol Grubu Hastalarının Ağrı, Yorgunluk ve Sağlık Değerlendirme Ölçek Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması	58
5.2.1. Hastaların McGill Ağrı Ölçeği Kısa Formu Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması	59
5.2.2. Bristol Romatoid Artrit Yorgunluğu Çok Boyutlu Anketi Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması	61
5.2.3. Katılımcıların Stanford Sağlık Değerlendirme Ölçeği Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması	63

5.3. Girişim Grubu Hastalarının Hemşire Danışmanlığı Görüşlerinin Tartışılması 67

<b>6. SONUÇLAR ÖNERİLER</b> .....	69
6.1. Sonuç	69
6.2. Öneriler	69
6.3. Sınırlılıklar	70
<b>7. KAYNAKÇA</b> .....	71
<b>8. EKLER</b> .....	81

Ek-1. Enstitü Yönetim Kurulu Kararı

Ek-2. Kurum İzni

Ek-3. Etik Kurul İzni

Ek-4. Ölçek Kullanım İzinleri

Ek-5. Katılımcı Onam Formları

Ek-6. Randomizasyon Listesi

Ek-7. Hasta Tanıtım Formu

Ek-8. McGill Ağrı Ölçeği Kısa Formu

Ek-9. Bristol Romatoid Artrit Yorgunluğu Çok Boyutlu Anketi

Ek-10. Stanford Sağlık Değerlendirme Ölçeği

Ek-11. Davranış Değişikliği Kontrol Listesi

Ek-12. Romatoid Artrit Hasta Eğitim Kitapçığı

Ek-13. Eğitim Kitapçığı Okunabilirlik Formülü

Ek-14. Eğitim Kitapçığı Görüşüne Başvurulan Uzman Listesi

Ek -15. Motivasyonel Görüşme Teknikleri Eğitim Sertifikası

Ek-16. Romatoid Artritli Hastalara Planlı Davranış Teorisine Göre Verilecek

Hemşire Danışmanlığı Eğitim Planı

Ek-17. Telefon Hasta Görüşme Planı

Ek-18. İntihal Raporu

Ek-19. Kısa Özgeçmiş

## ŞEKİL DİZİNİ

Şekil 2.1. Planlanmış Davranış Modeli.....	18
Şekil 2.2. Planlı Davranış Teorisi Diyagramı.....	19
Şekil 3.1. CONSORT Akış Şeması .....	25
Şekil 3.2. Eğitimin Kavramsal Yapısı.....	28
Şekil 3.3. Araştırma Uygulama Akış Şeması.....	32
Şekil 3.4. Girişim Grubuna Uygulanan Telefon Görüşmeleri.....	35
Şekil 3.5. Tez Çalışması Takvimi.....	36

## TABLO DİZİNİ

Tablo 2.1. Romatoid Artrit Sınıflandırma Kriterleri .....	9
Tablo 4.1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri (n=82).....	38
Tablo 4.2. Girişim ve Kontrol Gruplarının Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	40
Tablo 4.3. Girişim Kontrol Gruplarının Yaşam Tarzı Özelliklerinin Karşılaştırılması..	42
Tablo 4.4. Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Hastalık Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	43
Tablo 4.5. Girişim ve Kontrol Gruplarının Hastalık Yönetme Davranışlarının Karşılaştırılması.....	45
Tablo 4.6. Girişim ve Kontrol Gruplarının Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	46
Tablo 4.7. Girişim ve Kontrol Gruplarının Ağrı, Yorgunluk ve Sağlık Değerlendirme Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	47
Tablo 4.8. Girişim ve Kontrol Grubu McGill Ağrı Ölçeği Kısa Formu Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	48
Tablo 4.9. Girişim ve Kontrol Grubunu Mevcut Ağrı İndeksi Öntest ve Sontest Puanlarının Karşılaştırılması.....	49
Tablo 4.10. Ağrı Ölçeği Puanları ANKOVA Analiz Değerlerinin Dağılımı.....	50
Tablo 4.11. Ağrı Ölçeği Puanları Regresyon Eğimlerinin Eşitliğine İlişkin Bulgular...50	
Tablo 4.12. Girişim ve Kontrol Gruplarının Yorgunluk Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	51
Tablo 4.13. Girişim ve Kontrol Gruplarının Sağlık Değerlendirme Anketi Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	52
Tablo 4.11. Ağrı, Yorgunluk ve Sağlık Değerlendirme Ölçek Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki.....	53
Tablo 4.12. Girişim Grubu Davranış Değişikliği Kontrol Listesi Puanlarının Karşılaştırılması.....	54
Tablo 4.13. Girişim Grubunun Hemşire Danışmanlığına İlişkin Görüşlerinin Dağılımı.....	56

## KISALTMALAR VEYA SİMGELER LİSTESİ

<b>ACR</b>	Amerikan Romatoloji Derneği-American College of Rheumatology
<b>ACPA</b>	Anti Sitrülinize Protein Antikoru
<b>BRAF-MDQ</b>	Bristol Romatoid Artrit Yorgunluğu Çok Boyutlu Anketi
<b>DAS28</b>	Hastalık Aktivite Skoru-Disease Activity Score
<b>DMARD</b>	Hastalık Modifiye Edici Antiromatizmal İlaçlar-Disease Modifying Anti-Rheumatismal Drugs
<b>DSÖ</b>	Dünya Sağlık Örgütü
<b>EULAR:</b>	Avrupa Romatizma Birliği-European League Against Rheumatism
<b>GİS</b>	Gastrointestinal Sistem
<b>HAQ</b>	Stanford Sağlık Değerlendirme Ölçeği
<b>HCQ</b>	Hidroksiklorokin
<b>HT</b>	Hipertansiyon
<b>HMKÜ</b>	Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi
<b>IgG</b>	İmmunglobulin
<b>IL-1</b>	İnterlökin 1
<b>MAÖ-KF</b>	McGill Ağrı Ölçeği Kısa Formu
<b>MTX</b>	Metotreksat
<b>MG</b>	Motivasyonel Görüşme
<b>NICE</b>	İngiltere Ulusal Sağlık ve Klinik Enstitüsü- National Institute of Health and Clinical Excellence
<b>NSAİİ</b>	Nonsteroid Antiinflamatuvar İlaçlar
<b>PDT</b>	Planlı Davranış Teorisi- Theory of Planned Behavior
<b>RA</b>	Romatoid Artrit
<b>RF</b>	Romatoid Faktör
<b>RKÇ</b>	Randomize Kontrollü Çalışma
<b>Szp</b>	Sulfasalazin
<b>SPSS</b>	Statistical Package for the Social Sciences
<b>TNF</b>	Tümör Nekroz Faktörü
<b>TG</b>	Telefon Görüşmesi
<b>Vb.</b>	Ve Benzeri
<b>Vd.</b>	Ve Diğerleri

# 1. GİRİŞ

## 1.1. Konunun Önemi ve Problemin Tanımı

Romatoid artrit (RA) dünyada en sık görülen kronik inflamatuvar eklem hastalıklarındandır (Macıver vd., 2021). Hemen her yaş ve cinsiyetteki bireyi etkileyebilmekle birlikte, kadınlarda erkeklere oranla üç kat daha fazla görülmektedir (Lin vd., 2020). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından RA prevalansının %0,3 ile %1 arasında olduğu bildirilmiştir (Sezgin ve Bektas, 2022). Hastalığın nedeni tam olarak bilinmemesine rağmen genetik, çevresel ve hormonal faktörlerin RA oluşma riskini arttırdığı bildirilmektedir (Almutairi vd., 2021; Croia vd., 2019; Lin vd., 2020).

RA genel olarak el ve ayak küçük eklemlerinde sinsice başlayan, kronik ve ilerleyici inflamatuvar bir romatizma hastalığıdır (Kalav ve Bektaş, 2018; Lin vd., 2020; Sezgin ve Bektas, 2022). RA hastaları, hastalık ve tedavi sürecinde birçok semptomla ve ilerleyen süreçte eklem dışı tutulumlarla baş etmek zorunda kalmaktadırlar (Doğan vd., 2022; Sezgin ve Bektas, 2022). RA tedavisinde yaşanan gelişmeler, hastaları fiziksel ve psikolojik olarak olumlu şekilde etkilemiş olmasına karşın yorgunluk, ağrı, azalmış fiziksel aktivitede zorlanma gibi sorunlarının devam ettiği görülmüştür (Macıver vd., 2021).

RA'da ağrı; hastanın hareketlerini kısıtlayarak günlük aktivitelerini ve iş verimliliğini olumsuz etkilemekte, desteğe muhtaç hale gelmesine neden olabilmektedir (Cao vd., 2020; Karlsson vd., 2019). Hastalarda ağrı şikayeti diğer belirtilerden önce başlayarak psikolojik sıkıntı, uyku bozuklukları, yorgunluk gibi sorunların gelişmesine zemin hazırlamaktadır (Loof ve Johansson, 2019; Zaidel vd., 2021). RA'lı hastayı en fazla rahatsız eden ve yetersizlik yaratan diğer bir semptom da yorgunluktur (Bakan vd., 2022; Gök Metin ve Özdemir, 2016). Etiyolojisi tam olarak bilinmeyen yorgunluğun hastalık aktivitesi ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (Gök Metin ve Özdemir, 2016). Ağrı ve yorgunluk hastanın günlük yaşam aktivitelerini, mental fonksiyonlarını, sosyal ve aile süreçlerini olumsuz etkilemektedir (Bakan vd., 2022; Sezgin ve Bektas, 2022). RA'nın genel bulguları hastanın işlevsel bozukluk yaşamasına günlük yaşam aktivitelerinde zorlanmasına neden olabilmektedir (Bakan vd., 2022; Beider vd., 2021; Kalav ve Bektaş, 2018). Bu durum hastanın ilerleyen süreçte geri dönüşü olmayan

yapısal hasarlar nedenli fonksiyonel yetersizlikleri ile sonuçlanabilmektedir (Bakan vd., 2022; Mochizuki vd., 2022; Rosa-Gonçalves vd., 2018). Fonksiyonel yetersizliğin yarattığı işlev kaybı hastanın tüm yaşamını olumsuz etkileyerek topluma da mali yük getirebilmektedir (Rosa-Gonçalves vd., 2018; Shim vd., 2018).

Yapılan çalışmalarda RA'nın erken dönemde tanılanması ve etkili tedavinin planlanarak hastanın yakından takip edilmesi önerilmektedir (Akdemir ve Birol, 2020; Kwok vd., 2022). RA'da tanı; klinik, laboratuvar ve/veya görüntüleme ile birlikte konur (Lin vd., 2020). Tedavide yalnızca farmakolojik yaklaşıma dayanan tek bir hedefe odaklanmanın yeterli olmadığı, hastada psikososyal etkilenimlerin kronik ağrı, artan hasar ile birlikte fiziksel yetersizliklere neden olabileceği de göz ardı edilmemelidir (Lahiri vd., 2022). Bu anlamda RA'da tedavi amaçları ağrının giderilmesi, enflamasyonun azaltılması, yan etkilerin engellenmesi, fonksiyonel yeterliliğin ve yaşam biçiminin devam ettirilmesine yöneliktir (Akdemir ve Birol, 2020; Kwok vd., 2022). Literatürde de kabul gördüğü şekliyle tedavi amaçlarına erişmede, multidisipliner ekip anlayışla yaklaşılmalı ve diğer sağlık uzmanlarından destek alınmalıdır (Lahiri vd., 2022). Hastalık prognozunun iyileşmesi ve hastaların remisyonunun sağlanmasında medikal tedavi ile birlikte hemşirelik bakım yönetimi önemli bir yere sahiptir (Akdemir ve Birol, 2020). Son dönemde romatoloji hemşireleri multidisipliner ekibin önemli bir parçası haline gelmiştir. Hatta birçok ülkede klinik uzman romatoloji hemşiresi hastanın hastalık aktivitesini değerlendirilerek, romatologların rutin olarak yaptığı eklem enjeksiyonları ve reçete yazma gibi görevleri de yapabilir hale gelmiştir (Wang vd., 2018).

Kronik inflamatuvar artritli hastalar, hastalığın yarattığı dalgalanmalarla baş etmek zorunda kaldığından, hastalıklarını doğru yönetme becerisi kazanmada desteğe ve eğitime ihtiyaçları vardır (Gronning vd., 2022). Avrupa Romatizma Birliği (European League Against Rheumatism, EULAR) hemşirelerin, eğitim ve konsültasyonlar yoluyla hastalık aktivitesini kontrol etmek, semptomları azaltmak ve hasta tarafından bildirilen sonuçları iyileştirmek için kapsamlı hastalık yönetimine katılması gerektiğini savunur (Kwok vd., 2022). RA'da hemşirelik bakım yönetiminde amaç; ağrının giderilmesi, yorgunluğun azaltılması, fiziksel hareketliliğin artırılması, öz bakım yönetiminin geliştirilmesi ve beden imajının iyileştirilmesidir (Akdemir ve Birol, 2020; Mert, 2019). Hemşireler hastanın güçlü yanlarını analiz etmede, zorluklarla baş etmesini sağlamada, ihtiyaçlarını belirlemede, hastalığa uyumunu desteklemede ve

kanıta dayalı hemşirelik müdahalelerinde aktif rol oynarlar (Sezgin ve Bektas, 2022). RA hastasının sürekli, koordineli takip ile edilerek sağlık hizmeti ve danışmanlık hizmeti alması sağlanmalıdır (Liu vd., 2020). Hemşirenin danışman rolü, eğitici ve iletişim-koordinatörlük rolüyle bütünleşen bir roldür (Aydemir Gedük, 2018; Larsson vd., 2014). Bu rolüyle hemşire hasta ve ailesine hastalık yönetiminin önemi konusunda farkındalık sağlama, hastalığın yarattığı sorunlar ile baş edebilmede, kaynak kullanımına yönlendirme ve kanıta dayalı güncel bilgiye ulaşma konularında yardımcı olmaktadır (Aydemir Gedük, 2018).

Son dönemde, RA prevalansı nedenli ayaktan tedavi hizmetinin artması, hastaların sağlık sisteminden yeni taleplerinin olması ve romatolog eksikliği gibi problemler ortaya çıkmıştır (de Thurah vd., 2018). Bu anlamda EULAR, romatizmal hastalıklarda hastanın öz yönetimini geliştirmede, RA hastalarında tele-sağlığın faydalı olacağını belirtmektedir (Maciver vd., 2021). Tele hemşirelik müdahaleleri ile hastanın randevu sıklığının/sayısının azaltılarak sağlık kontrollerinin sağlanmasının günlük yaşamlarını ve öz bakımlarını yönetmesine olumlu katkı sağlayacağı düşünülmektedir (de Thurah vd., 2018). Hastanın hastalığa uyum sağlayarak yönetilmesine rehberlik etmek için de uygun bir teorik çerçevenin kullanılması önerilmiştir (Rich vd., 2015). Hemşirelikte kuram ve modellerin kullanımı; uygulamaların standardize edilmesine, eksikliklerin giderilmesine yardımcı olmaktadır (Şahin vd., 2020). Kronik hastalıklarda uygun sağlık davranışlarının benimsenmesi kritik öneme sahiptir. Literatürde davranış değişikliği ve hastalığa uyumun sağlanmasında model/teori kullanımının etkili olduğu gösterilmiştir (Paul vd., 2022; Rich vd., 2015). Bu noktada uyum davranışlarını tahmin etmek için kullanılan teorilerden biri de Planlı Davranış Teorisi'dir (Ajzen, 1991). Planlı Davranış Teorisi (PDT), sağlık davranışı teorileri arasında tutumların davranışı nasıl etkilediği ile ilgili son dönemlerin en etkili teorilerindendir (Brooks vd., 2017; Paul vd., 2022). PDT çalışmalarının büyük bir kısmı davranıştan çok davranışsal niyetin tahmi edilmesi üzerinde durmuştur, subjektif norm ve algılanan davranışın kontrolünün birleşimi de davranışa niyet etme ile sonuçlanır. Bu doğrultuda davranış üzerinde yeterli kontrolün olması durumunda, bireylerin olanak ortaya çıktığında niyetlerini gerçekleştirmesi beklenir (Bosnjak vd., 2020).

Literatürde, standart romatoloji pratiğinde psikolojik/davranışsal müdahalelerin önemini vurgulayan kanıtların gün geçtikçe arttığı görülmüştür (Georgopoulou vd., 2016). Romatolojik hastalık tedavisindeki gelişmelere rağmen RA hastasının hastalık ile

tedavi sürecinde yaşadığı sorunlar devam etmekte, yaşam kalitesi olumsuz etkilenmektedir. Bu anlamda RA hastasının hastalığını etkin yönetme becerisi kazanmasında PDT doğrultusunda motivasyonel görüşmelerle verilecek hemşire danışmanlığının etkili olacağı düşünülmektedir. Bununla birlikte planlı olarak verilecek hemşire danışmanlık hizmetinin RA hastasının ağrı, yorgunluk şikayetlerinin azalmasına ve günlük yaşam aktivitelerini etkileyen fonksiyonel durumunu etkin yönetmesine yardımcı olunacağı ön görülmektedir.

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Çalışmanın amacı, romatoid artritli hastalarda planlı davranış teorisine dayalı motivasyonel görüşme doğrultusunda uygulanan hemşire danışmanlığının ağrı, yorgunluk ve fonksiyonel duruma etkisinin değerlendirmesidir.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Romatoid Artrit Tanımı ve Epidemiyolojisi

Romatoid artrit dünyada en sık görülen kronik inflamatuvar eklem hastalığıdır (Macıver vd., 2021). Dünya nüfusunun %0.1-2'sini etkileyen RA'nın ülkemizde görülme sıklığı %0.36'dır (Almutairi vd., 2021; Mert, 2019; Tuna ve Alparslan, 2021). Romatoid artrit (RA), etiyojisi tam olarak bilinmeyen, eklemlerin iltihaplanması ile karakterize, otoimmün, kronik ve ilerleyici bir romatizma hastalığıdır (Kalav ve Bektaş, 2018; Lin vd., 2020). Hemen her yaş ve cinsiyetteki bireyi etkileyebilmekle birlikte, kadınlarda erkeklere oranla üç kat daha fazla görülmektedir (kimyon. vd., 2021; Lin vd., 2020). RA tipik olarak 'seropozitif' ve 'seronegatif' hastalık olarak adlandırılan iki alt tipe ayrılır. Seropozitiflik, otoantikorların yani Anti Sitrülinize Protein Antikoru (ACPA) ve romatoid faktör (RF) düzeylerinin yükselmelerinin varlığı olarak tanımlanır (Deane vd., 2017).

### 2.2. Romatoid Artritin Fizyopatolojisi

RA ilk olarak sinoviyal inflamasyona ve eklem harabiyetine neden olmakla birlikte herhangi bir organı da etkileyebilen multisistemik otoimmün bir hastalıktır. Eklem harabiyeti ve antikor gelişimine neden olan CD4+ yardımcı T hücrelerinin aktivasyonu, lokal inflamatuvar mediyatörlerin, sitokinlerin (tümör nekroz faktörü (TNF) ve interlökin (IL)-1 gibi) salınımı RA sürecini başlatabilmektedir. Hastaların %70-80'inde bulunduğu bilinen RF olarak isimlendirilen antikorlar ve immunglobulin (IgG) ile birleşerek immün kompleksi oluşturmaktadırlar. Oluşan bu immün kompleks ise sinoviyal membranda ya da eklem kıkırdağının yüzey tabakalarında depolanmakta, komplement aktivasyonuna ve inflamatuvar yanıtı neden olmaktadır. Nötrofiller, makrofajlar ve lenfositler inflamasyon bölgesine çekilmekte; nötrofiller ve makrofajlar immün kompleksi fagosite etmekte, böylece lizozomal enzimler salgılanmaktadır. Bu durum eklem kıkırdağına zarar vererek sinoviyal membranın kalınlaşmasına sebep olmaktadır. Devam etmekte olan inflamatuvar yanıt sürecinde sinoviyal hücreler ile subsinoviyal doku reaktif hiperplaziye uğramakta, kan akımı ve kapiller geçirgenlik artmakta ve eklemlerde ödem meydana gelmektedir. Bu süreç, sinoviyal membranda yeni kan damarları oluşmasına ve romatoid sinovitin ilerlemesi ile sonuçlanabilmektedir. İnflamasyon süreci durdurulamaz ise pannus adı verilen kalın bir skar dokusu gelişmekte, eklem yüzeylerinde ve eklem hareketinde kayıp meydana gelebilmektedir.

İlerleyen süreçte ise kas liflerinde dejeneratif değişiklikler meydana gelmekte, tendon, ligament elastikiyeti ve kasılma gücünde kayıp yaşanabilmektedir (Akdemir ve Birol, 2020; Mert, 2019).

### **2.3. Romatoid Artritin Etiyolojisi ve Risk Faktörleri**

RA etiyojisi kesin olarak bilinmemekle birlikte bazı faktörlerin hastalığın oluşma riskini arttırdığı bilinmektedir (Akdemir ve Birol, 2020). Genetik, çevresel ve hormonal faktörlerin RA gelişimine katkıda bulunduğunu gösteren kanıtlar mevcuttur (Almutairi vd., 2021; Croia vd., 2019; Lin vd., 2020). Genetiğin RA üzerinde büyük etkisinin olduğunu gösteren faktörler; birinci derece akrabalarda görülen en güçlü risklerle birlikte, ailede seropozitif RA varlığı ve ailede RA'nın genel olarak artan prevalansı gösterilmiştir (Deane vd., 2017). Çevresel ve diğer faktörler arasında; kadın cinsiyet, ileri yaş, tütün dumanına maruz kalma, mesleki toz (silika), hava kirliliği, yüksek sodyum, kırmızı et ve demir tüketimi, obezite, düşük D vitamini seviyesi gösterilmiştir (Deane vd., 2017; Mert, 2019).

### **2.4. Romatoid Artritin Belirti ve Bulguları**

RA seyrinde hastalık aktivitesi remisyon ve alevlenmelerle ilerleyebilmekte, eklem dışı organ tutulumları görülebilmektedir (Doğan vd., 2022). Erken evre RA'da ağrı, tutukluk, yorgunluk, halsizlik, şiş ve hassas eklemler gibi genel hastalık semptomları görülür (Lin vd., 2020). Kalıcı eklem hasarı ve fiziksel fonksiyon kayıplarına neden olan RA'da eklem tutulumları ile eklem dışı tutulumlar olabilmektedir (Doğan vd., 2022). Hastalığın ilerlemesi ile plevral efüzyonlar, akciğer nodülleri, interstisyel akciğer hastalığı, lenfomalar, vaskülit, keratokonjonktivit, ateroskleroz, hematolojik anormallikler, eklem şekil bozuklukları, hareket açıklığı kaybı, kemik erozyonu, kıkırdak yıkımı ve romatizmal nodüller gibi eklem dışı tutulumlar olabilmektedir (Lin vd., 2020).

Birçok farklı değerlendirme ölçeği olmasına rağmen hastalık aktivitesi sıklıkla şiş ve hassas eklem sayımlarını içeren 28 Eklem Hastalığı Aktivite Skoru (DAS-28) ile değerlendirilir. Hekim tarafından değerlendirilerek belirlenen DAS-28 skoruna göre RA hastalık takibi ve hastanın yaşam kalitesinin değerlendirilmesi açısından önemlidir (Fransen ve van Riel, 2005; Min vd., 2022). Bu skora göre romatoid artritli hastalar;

remisyon (<2,6), düşük (2,6–3,2), orta (3,2–5,1) ve yüksek (> 5,1) hastalık aktivitesine olarak gruplandırılır (Fransen ve van Riel, 2005).

## **2.5. Romatoid Artritte Ağrı, Yorgunluk ve Fonksiyonel Yeterlilik**

RA tedavisinde yaşanan gelişmeler, hastaları fiziksel ve psikolojik açıdan olumlu etkilemiş olsa da literatürde hastalarda yorgunluk, ağrı, azalmış fiziksel aktivite ve yaşam kalitesi ile ilgili sorunların devam ettiği bildirilmiştir (Maciver vd., 2021).

### **2.5.1. Ağrı**

Hastalığın ilerlemesi ile eklemi destekleyen, dengede tutan kas, bağ ve tendonlar zayıflayarak, normal işlevini yerine getiremeyecek duruma gelmektedir (Kalav ve Bektaş, 2018). Bu durum hastanın ağrı ve eklem hasarı yaşamasına neden olmaktadır (Kalav ve Bektaş, 2018). RA'lı hastalarda en yaygın görülen semptom olan ağrı; eklem patolojisinin periferik, spinal ve supraspinal ağrı sinyalleriyle etkileşiminden kaynaklanır (Cao vd., 2020). Erken evre RA hastalarının %97'sinin sağlık uzmanına başvurmada ana nedeni ağrıdır (Cao vd., 2020). Hastalarda ağrı genellikle en fazla sabah saatlerinde, uzun istirahat sonrasında artış göstermekte ve buna eklem sertliği eşlik etmektedir. RA tedavisindeki önemli gelişmelere rağmen yapılan çalışmalarda hastaların çoğunluğunun kabul edilemez ölçüde yaygın ağrı yaşadıkları görülmüştür (Cao vd., 2020; Karlsson vd., 2019). Hastalık aktivite belirleyicilerinden olan ağrı, hastalarda diğer belirtilerden önce başlayarak psikolojik sıkıntı, uyku bozuklukları, yorgunluk gibi sorunların gelişmesine ve yaşam kalitesinin azalmasına zemin hazırlamaktadır (Gök Metin ve Özdemir, 2016; Loof ve Johansson, 2019; Zaidel vd., 2021). Hastalığın ilerlemesi ile ağrı, günlük aktivitelerini ve iş verimliliğini olumsuz etkileyerek hastaları desteğe muhtaç hale getirmektedir (Cao vd., 2020; Gök Metin ve Özdemir, 2016; Karlsson vd., 2019).

### **2.5.2. Yorgunluk**

RA'lı hastayı en fazla rahatsız eden ve yetersizlik yaratan semptom yorgunluktur (Bakan vd., 2022; Gök Metin ve Özdemir, 2016). Yorgunluğun RA'da görülme sıklığı %42-90 arasında değişmektedir (Gök Metin ve Özdemir, 2016). Hastaların yarısında yorgunluk şiddetli olup, yaklaşık olarak %30-40'ında da konvansiyonel veya biyolojik hastalığı modifiye edici antiromatizmal ilaçlarla (DMARD) tedaviye rağmen devam

etmektedir (Esbensen vd., 2020; Tournadre vd., 2019). Etiyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte hastalık aktivitesi ile arasında belirgin ilişkisi olduğuna yönelik çalışmalar mevcuttur (Choy ve Dures, 2019; Gök Metin ve Özdemir, 2016). Buna ek olarak RA'da yorgunluğun; ağrı, sakatlık, uyku, depresyon, kadın cinsiyet, psikososyal faktörler, sağlık inançları, hastalık algıları ve sosyal desteğin zayıf olması ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (Bakan vd., 2022; Gao vd., 2022; Tournadre vd., 2019). Yorgunluk RA'lı hastaların yaşam kalitesini, günlük yaşam aktivitelerini, mental fonksiyonlarını, sosyal ve aile süreçlerini olumsuz etkileyen bir semptomdur (Bakan vd., 2022; Choy ve Dures, 2019; Sezgin ve Bektas, 2022).

### **2.5.3. Fonksiyonel yeterlilik**

Ağrı, sabah katılığı, yorgunluk, eklem kısıtlılığı ve şişliği gibi RA'nın genel bulguları hastanın işlevsel bozukluk yaşamasına günlük yaşam aktivitelerinde zorlanmasına neden olabilmektedir (Bakan vd., 2022; Beider vd., 2021; Kalav ve Bektaş, 2018). Hastalık erken dönemde tedavi edilemez ise geri dönüşü olmayan yapısal hasarlar nedeniyle işlevsel kayıplar yaşanabilmektedir (Bakan vd., 2022; Mochizuki vd., 2022; Rosa-Gonçalves vd., 2018). Fonksiyonel yetersizliğin neden olduğu işlev kaybı, hastanın yaşam kalitesini olumsuz etkilemekle birlikte topluma da ekonomik yük getirebilmektedir (Rosa-Gonçalves vd., 2018; Shim vd., 2018). Hastalığın yarattığı iş gücü kaybı da RA hastalarında strese, depresyona ve iş göremezlik hissine neden olabilmektedir (Kalav ve Bektaş, 2018). Özellikle, RA'lı hastaların yaklaşık %15,8'inde fonksiyonel yetersizlik vardır ve bunların %22'si, tanıdan 5 yıl sonra işlerini bırakmak zorunda kalmaktadır (Liu vd., 2020). Bu nedenle tedavinin amacı sadece remisyonun sağlanması değil, aynı zamanda hastalık sonuçlarının da en aza indirilmesi olmalıdır (Rosa-Gonçalves vd., 2018).

## **2.6. Romatoid Artrit Tanı**

Eklemlerde bilateral simetrik tutukluk, hassasiyet, şişlik, ısı değişikliği belirtilerinin varlığı ve fizik muayene RA'nın tanılanmasında önemlidir (Mert, 2019). Hastalığın tanısı, erken dönemde enfeksiyonlar, paraneoplastik durumlar gibi diğer olası hastalıkların dışlanması için klinik, laboratuvar ve gerekirse görüntüleme ile birlikte konulur (Lin vd., 2020). RA'lı hastaların sınıflandırılmasında uzun yıllar 1987'de geliştirilen Amerikan Romatoloji Derneği (American College of Rheumatology, ACR)

kriterleri kullanılmıştır. Ardından 2010 ACR ve EULAR işbirliği ile tanımlanan RA tanısına ilişkin kriterler geliştirilmiştir (Tablo 2.1.) (Akdemir ve Birol, 2020).

**Tablo 2.1. Romatoid Artrit Sınıflandırma Kriterleri**

2010 ACR/EULAR Romatoid Artrit Sınıflandırma Kriterleri
<b>1.Eklem Tutulumu:</b>
<b>1 büyük eklem 0</b> <b>2-10 büyük eklem 1</b> <b>1-3 küçük eklem 2</b> <b>4-10 küçük eklem 3</b> <b>&gt;10 eklem (en az 1 küçük eklem)</b>
<b>2. Seroloji:</b>
<b>Negatif RF ve negatif ACPA 0</b> <b>Düşük RF ve düşük ACPA pozitifliği 2</b> <b>Yüksek RF ve ACPA pozitifliği 3</b>
<b>3. Akut Faz:</b>
<b>Normal CRP ve normal Sedimentasyon 0</b> <b>Anormal CRP ve anormal sedimentasyon1</b>
<b>4. Semptom süresi:</b>
<b>&lt; 6 hafta 0</b> <b>&gt; 6 hafta 1</b> <b>Skor <math>\geq</math>6 Romatoid artrit için anlamlıdır.</b>

## 2.7. Romatoid Artritin Tedavisi

RA'da tedavi amaçları; ağrının giderilmesi enflamasyonun azaltılması, yan etkilerin tanılanması ve engellenmesi, fonksiyonel yeterliliğinin sağlanarak yaşam biçiminin devam ettirilmesidir. Tüm kılavuzlarda vurgulanan temel tedavi bileşenleri şunlardır: (a) immün modüle edici ilaçların sıralı kullanımı ile yerel uygulamaya uyarlanmış açıklanan algoritmaları takip etmek; (b) eklemlerin iltihaplanmasını ve

tahribatını azaltmak/ortadan kaldırmak için erken farmakolojik tedaviye başlamak; (c) sık kontrollerle ("sıkı kontrol") mümkün olan en düşük hastalık aktivitesini elde etmek ("hedefe göre tedavi etmek") ve (d) ortak karar verme yoluyla hastayı bakıma dahil etmek" şeklindedir (Bergsten vd., 2019).

RA'da temel amaç hastalığın erken teşhis edilmesi ve güncel etkili ilaçlarla tedaviye başlanması ve yakın takip edilmesidir (Çefle vd., 2018; Kwok vd., 2022; Smolen vd., 2016). Genel tedavi hedefi, eklem hasarını, sakatlığı, iş kaybını ve RA'nın sistemik belirtilerini önlemek için yaklaşık 6 aylık bir süre içinde ya tam remisyona ulaşmak ya da en azından hastalık aktivitesini önemli ölçüde azaltmaktır (Lin vd., 2020; Sweeney vd., 2021). İnflamasyonun kontrol altına alınabilmesinde nonsteroid antiinflamatuar ilaçlar (NSAİİ) ve kortikosteroidler kullanılmaktadır. NSAİİ'ler genellikle semptomatik tedavi için ve/veya RA tanısı konulana kadar kullanılır. Kortikosteroidler ise spesifik olmayan bağışıklık sisteminin baskılanması ve hızlı hastalık modifiye edici etkilere sahiptir, ancak ciddi yan etkileri nedeniyle uzun süreli kullanımı sınırlıdır (Akdemir ve Birol, 2020; Lin vd., 2020; Mert, 2019). Hastalık tanısı konulduktan sonra RA tedavisi genellikle birinci basamakta DMARD monoterapisi ile yapılır (Çefle vd., 2018; Lin vd., 2020). Mevcut DMARD'lar (1) konvansiyonel sentetik DMARD'lar (metotreksat (MTX), hidroklorokin, sülfasalazin, leflunomid), (2) hedefe yönelik sentetik DMARD'lar (pan-JAK- ve JAK1/2-inhibitörleri) ve (3) biyolojik DMARD'lar (TNF-alfa, IL-6 blokerleri, Rituximab, Abatacept vb.) olarak alt bölümlere ayrılır (Lin vd., 2020). Temel etkili ilaçlar hidrosiklorokin (HCQ), sulfasalazin (szp), MTX ve leflunomidtir. RA'nın erken dönem tedavisinde DMARD grubundan MTX kullanılmaktadır. MTX yavaş etkili ancak etkin antiinflamatuar ve immünsüpresif özellikte bir ilaçtır. Klinik semptomlarda günler haftalar içerisinde azalma gösterirken, hastalık üzerinde tam anlamıyla etkisi ise ilk 6 ay içerisinde ortaya çıkar. Toksik etkisi diğer ilaçlara göre daha az olan MTX bir folik asit antagonisti olduğundan hastalara düzenli folik asit verilmektedir. Gastrointestinal (GİS) yan etkileri bulantı, hazımsızlık, ülser olmakla birlikte kemik iliği baskılanması, hepatoksisite gibi ciddi yan etkileri de vardır. MTX tedavisinin yan etkilerinin laboratuvar takipleri ile kontrol edilmesi önemlidir (Akdemir ve Birol, 2020; Lin vd., 2020; Mert, 2019).

İkinci basamak tedavide hastalığın ilerleyişini azaltmak amaçlı biyolojik ajanların kullanımı tercih edilmektedir. Kötü prognoz kriterleri söz konusu olduğunda ve tek bir direnç varlığında diğer tedavi seçenekleri ile zaman kaybetmeden "biyolojik"

temel etkili ilaçlara başvurulması önerilmektedir. Bu grupta bulunan biyolojik ajanlar ise Tümör Nekrotizan Faktör inhibitörleridir (TNF-alfa inhibitörleri) (adalimumab, certolizumab, etanercept, golimumab, inflixsimab). TNF-alfa inhibitörleri de cilt reaksiyonları, baş ağrısı, hipotansiyon, ciddi enfeksiyon ve latent tüberkülozun reaktivasyonuna sebep olabilmektedir (Akdemir ve Birol, 2020; Mert, 2019).

Ayrıca düşük doz antidepresan ilaçlar (amitriptilin) da RA'da yeterli uyku düzeninin sağlanması ve ağrının yönetilmesinde önerilebilmektedir (Mert, 2019). Yetersiz ve düzensiz sağlık kontrolü; kalıcı eklem hasarı, ilerleyici fonksiyonel sakatlık ve/veya yaşam kalitesinin düşmesi ile sonuçlanabilmektedir. İlişkili olumsuz istenmeyen sonuçları en aza indirmek için RA'da tedavi; her hasta için sürekli remisyon veya düşük hastalık aktivitesini sağlayacak şekilde planlanmalıdır (Kwok vd., 2022).

## **2.8. Romatoid Artritte Hemşirelik Bakımı**

Hastalık prognozunun iyileşmesi ve hastaların remisyonunun sağlanmasında medikal tedavi ile birlikte hemşirelik bakım yönetimi önemlidir (Akdemir ve Birol, 2020). EULAR, hemşirelik desteği, eğitim ve konsültasyonlar yoluyla hastalık aktivitesini kontrol etmek, semptomları azaltmak ve hasta tarafından bildirilen sonuçları iyileştirmek için hemşirelerin kapsamlı hastalık yönetimine katılmalarını tavsiye etmektedir (Kwok vd., 2022).

Hemşire, yeni tanı alan hastada; başlanılan tedavi şekline, semptomlara ve hastanın bilgi düzeyine, tanısını daha önceden almış RA'lı hastada ise deformitelere, fonksiyonel değişimlere ve hastanın tedaviyi tolere edebilme durumuna odaklanır (Akdemir ve Birol, 2020; Kalav ve Bektaş, 2018). RA'lı hastanın hemşirelik bakım yönetiminde amaç; ağrının giderilmesi, yorgunluğun azaltılması, fiziksel hareketliliğin artırılması, öz bakım yönetiminin geliştirilmesi ve beden imajının iyileştirilmesidir (Akdemir ve Birol, 2020; Mert, 2019). Hemşireler kanıta dayalı hemşirelik müdahaleleri doğrultusunda RA'lı hastaların; güçlü yanlarını analiz ederek; zorluklarla baş etmede, ihtiyaçlarını belirlemede, hastalığa uyumda destek olurlar (Sezgin ve Bektaş, 2022). Literatürde romatoloji hemşireliğinin RA hastalarının sağlık sonuçlarını yönetme ve iyileştirmede çok önemli bir yeri olduğu bildirilmektedir (Liu vd., 2020). Kronik inflamatuvar artritli hastalar, hastalık semptomlarını ve şikayetlerini yönetebilme davranışı kazanmada eğitime ihtiyaç duyarlar (Gronning vd., 2022). Eklem koruma, ayak bakımı, egzersiz gibi daha birçok konudaki hasta eğitim girişimleri, hastaların

hastalıklarını yönetmelerine, sosyal etkileşime girmelerine ve hatta boş zamanlarını etkin geçirmelerine yardımcı olabilir (Liu vd., 2020). Buna ek olarak romatoloji hemşirelerinin hastanın hastalık hakkındaki bilgisini, işlevini, öz yeterliliğini, yaşam kalitesini olumlu etkilediğine ve kapsamlı hasta bakımı sağladığına yönelik çalışmalar mevcuttur (Bergsten vd., 2019; Mai vd., 2019). Yine benzer çalışmalarda hemşire liderliğindeki bakımın, sadece romatolog ve hekimlerle yürütülen tedavi yönetimine kıyasla hastalar üzerindeki mali yükü daha fazla azalttığı ve hastanede kalış süresi kısalttığı görülmüştür (Liu vd., 2020; Mai vd., 2019).

Hemşirenin rolüne ilişkin EULAR 2012 tavsiyeleri güncellemiş olup üç kapsayıcı ilke ve sekiz öneri ile sonuçlanmıştır. Kapsayıcı ilkeler, sağlık ekibinin bir parçası olarak hemşirenin rolünü vurgulamakta, kanıta dayalı bakım sağlamanın önemini tanımakta ve hemşirelik konsültasyonunda hastayla ortak karar vermeyi desteklemektedir. Öneriler ise romatoloji hemşiresinin; ihtiyaç temelli hasta eğitimi, bakımda memnuniyet, bakıma zamanında erişim, hastalık yönetimi, bakımın etkinliği, psikososyal destek ve öz yönetime teşvik edilmesine katkısını kapsamaktadır (Bech vd., 2020). Kronik inflamatuvar artrit yönetiminde hemşirenin rolüne ilişkin EULAR tavsiyeleri; "(1) Romatoloji hemşireleri sağlık ekibinin bir parçasıdır. (2) Romatoloji hemşireleri kanıta dayalı bakım sağlar. (3) Romatoloji hemşireliği hasta ile ortak karar vermeye dayanır." şeklindedir (Bech vd., 2020).

Nitel çalışmaların sistematik olarak incelendiği bir araştırmada hemşire liderliğindeki bakıma yönelik RA'lı hastaların görüşleri doğrultusunda (1) "Bilgi ve beceri sağlama", (2) "Kişi merkezli bir yaklaşım kullanma" ve (3) "Hastaların bakım ihtiyaçlarını karşılama" şeklinde üç ana tema belirlenmiştir. Bu doğrultuda hemşire liderliğindeki girişimlerin, bakımın planlanması ve sunumunda profesyonel anlamda katkı sağladığı görülmüştür (Sweeney vd., 2021).

## **2.9. Kavramsal Çerçeve**

### **2.9.1. Hemşire Danışmanlığı**

Zaman içerisinde sağlık hizmetlerinde hemşirenin rolü, bakımın nasıl sağlanacağından hastanın nasıl destekleneceği konusunda etkinliğe sahip bir uzman rolüne dönüşmüştür (Aydemir Gedük, 2018; Larsson vd., 2014). Hemşirenin danışman rolü; eğitici ve iletişim-koordinatörlük rolüyle bütünleşen bir roldür (Aydemir Gedük,

2018; Larsson vd., 2014). Bu rolüyle hemşire hasta ve ailesine hastalık yönetiminde farkındalık sağlama, hastalığın yarattığı sorunlar ile baş edebilme ve kanıta dayalı güncel bilgiye ulaşma konularında danışmanlık vermektedir (Aydemir Gedük, 2018). Multidisipliner ekibin bir üyesi olarak, RA'lı hastaya verilecek eğitim ve danışmanlıkta romatoloji hemşiresinin önemi vurgulanmaktadır (Lahiri vd., 2022; Spijk-de Jonge vd., 2022). EULAR kronik inflamatuvar artritli hastaların, hastalıklarının seyri boyunca tele-sağlık yolu da dahil olmak üzere hastalık eğitimi ve öz yönetim desteği alabilmeleri için bir hemşireden danışmanlık almalarını tavsiye etmektedir (Gronning vd., 2022). Literatürde RA'da hemşire danışmanlığının hastaların yaşam kalitesine olumlu etkisinin olduğuna dair çalışmalar mevcuttur (Lahiri vd., 2022).

RA hastalarının hastanede yattıkları süre boyunca aldıkları hemşirelik bakımı sınırlıdır. Hastaların taburculuk sonrası, hastalık ve tedavi yönetimine yönelik ihtiyaçları da devam etmektedir. Bu noktada sürekli, koordineli takip edilmesi, sağlık hizmeti verilmesi ve danışmanlık alması önemlidir (Liu vd., 2020). Ayrıca bireysel bakım eksikliği hastalık alevlenmelerinin erken tespitini ve zamanında yönetimini engelleyebilir (Myasoedova vd., 2019). RA, romatologdan randevu almanın zor olduğu, planlı sağlık kontrolleri arasında aniden alevlenebilir (Poggenborg vd., 2021). Hasta alevlenme dönemlerinde, danışarak yardım alabileceği bir sağlık profesyoneline ihtiyaç duyabilir. İngiltere Ulusal Sağlık ve Klinik Enstitüsü (National Institute of Health and Clinical Excellence NICE, 2018), hastaların RA yönetimi ve desteğinde romatoloji alanında eğitilmiş bir hemşireye erişiminin gerekliliğini savunmaktadır (Sweeney vd., 2021). Yapılan bir çalışmada romatoloji hemşiresinden telefon ile danışmanlık hizmeti alan hastaların kendilerini güvende hissettiklerini ve verilen bilgilerden tatmin olduklarını belirttiği görülmüştür (Arvidsson vd., 2019).

### **2.9.2. Tele Hemşirelik Uygulaması**

Tele-sağlık, ilgili bireylerin aynı yerde olmadığı durumlarda klinik bakımın sağlanması için iletişim ve bilgi teknolojilerinin kullanılması anlamına gelmektedir (de Thurah vd., 2018). Diğer bir ifadeyle tele-sağlık, uluslararası alanda sağlık hizmetlerinin sağlanması için iletişim teknolojilerinin (cep telefonları, bilgisayarlar, yazılı mesajlaşma gibi dijital teknolojiler yoluyla sağlanan müdahaleler) kullanılmasıdır (Cajas Santana ve López, 2021; Maciver vd., 2021). DSÖ, klinik hizmetlerin

devamlılığının sağlanması için sağlık personelinin tele sağlık kullanımına teşvik etmektedir (Maciver vd., 2021).

Tele-sağlığın, hastaların neredeyse tüm bakım sürecinde (teşhis, tedavi, takip) ve rehabilitasyonunda fayda sağladığı bildirilmektedir (Cajas Santana ve López, 2021). Bununla birlikte, tele-sağlığın hastaların hastane ziyaretlerini sınırlama, özel bakıma erişimi kolaylaştırma, bakımı zamanında gerçekleştirme, gider maliyetlerini azaltma, uzak veya kırsal alanlarda yaşayanların sağlık hizmet alımının devamlılığını sağlama gibi avantajları vardır (Cajas Santana ve López, 2021). Birçok kronik hastalıkta tele-sağlık müdahalelerinin etkinliğine ilişkin çalışmalar mevcuttur (Sanlitürk ve Ayaz-alkaya, 2021). Bu anlamda tele-sağlık müdahalelerinin kronik hastalıklarda etkili olduğu, zamandan tasarruf sağladığı ve hasta memnuniyetini arttırdığı görülmüştür (de Thurah vd., 2018).

Son dönemde, RA prevalansı nedeniyle ayaktan tedavi alan hasta sayısının artması, hastaların sağlık sisteminden yeni taleplerinin olması ve romatolog eksikliği gibi problemler ortaya çıkmıştır (de Thurah vd., 2018). EULAR, romatizmal hastalıklarda öz yönetimi geliştirmede tele-sağlığın faydalı olacağını belirtmektedir (Maciver vd., 2021). Tele-sağlık müdahaleleri RA'lı hastalara öz bakım yönetiminde teknolojiyi kullanarak bilgi, beceri ve destek sağlayabilir (Maciver vd., 2021). Tele hemşirelik müdahaleleri ile hastanın randevu sıklığı/sayısı azaltılarak hastanın günlük yaşamlarını ve öz bakımlarını yönetmesine destek olunur (de Thurah vd., 2018). Birçok Avrupa ülkesinde, romatoloji hemşireliği, genişletilmiş düzeyde rolleri ile tanınan bir uzmanlık alanına dönüşmüştür. Romatoloji hemşireleri hastalara öz yönetim desteği, hasta eğitimi ve danışmanlık sağlamanın yanında telefon ile destek olma rolünü de üstlenmiştir (Bech vd., 2020). Yapılan bir çalışmada farklı romatizmal hastalığı olan hastalarda tele-sağlığın uygulanabilir olduğu ve bu hizmetten hastaların memnun kaldığı saptanmıştır (de Thurah vd., 2018). Literatürde RA'lı hastaların, romatologların geleneksel/tele sağlık takibi ile hemşirelerin tele sağlık takibinden eşit derecede memnun kaldıkları saptanmıştır (Bech vd., 2020). Sistematik bir derlemede, RA'lı hastaların öz yönetim sağlamalarında tele-sağlık uygulamalarının; hastalık aktivitesi, ilaç uyumu, fiziksel aktivite ve öz-yeterlilik seviyeleri üzerinde olumlu etkilerinin olduğu bildirilmiştir (Maciver vd., 2021). Araştırmalar, modern teknolojiye alışık olan remisyondaki hastaların çevrimiçi cihazları veya cep telefonları ile öz yönetim sağlamayı olumlu karşıladıklarını göstermektedir (Maciver vd., 2021). Covid-19 pandemisinde

inflamatuvar artritli hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada da özellikle RA'da tele sağlık müdahalelerinin zamandan tasarruf sağladığı, hastalar üzerindeki mali yükü azalttığı ve hasta memnuniyetini arttırdığı bildirilmiştir. Ayrıca bu çalışma ile romatizma hastalarının çoğunluğunun ilk defa internet etkileşiminde bulunmuş olmasına karşın tele sağlığa hızlı uyum sağladıkları görülmüştür (Sandhu vd., 2021). Aynı dönemde yapılan araştırmada hastaların çoğunluğu tele tıp müdahalelerini olumlu şekilde kabul etmiş pandemi bittiğinde bu hizmetin devam etmesini istemişlerdir (Riaz vd., 2022).

### **2.9.3. Motivasyonel Görüşme Tekniği**

Motivasyonel Görüşme (MG), insanlarla değişim hakkında konuşmanın kanıta dayalı etkili bir yoludur (Palmer ve Miedany, 2018). Danışanın; yaşadığı ambivalansı keşfedip çözümlemesine yardımcı olarak davranış değişikliği sağlayan, bunun için direktiflerin kullanıldığı, danışan merkezli bir yaklaşımdır (Ögel ve Şimşek, 2021). MG'de amaç danışanın ilgi alanlarına, endişelerine odaklanmak, yaşadığı kararsızlıkları belirlemek ardından bunları çözmek için değer ve deneyimlerinden faydalanmaktır (Ögel ve Şimşek, 2021). MG ilk olarak Miller tarafından 1983'te alkol bağımlılığı danışmanlığında tanımlanmış, özellikle zorunlu tedaviye bağımlı bireylerin klasik yaklaşımlara direnç göstermeleri sonrasında oluşturulmuştur. Yöntemin kavramları ve yaklaşımları ise 1995'te Rollnick ve Miller tarafından genişletilmiştir (Ögel ve Şimşek, 2021; Palmer ve Miedany, 2018).

MG bağımsız bir müdahale olarak ya da diğer tedavilerin bir parçası olarak kullanılabilir. Genellikle bilişsel davranışçı terapi gibi diğer yaklaşımlarla birlikte kullanılabilir (Ögel ve Şimşek, 2021). MG'de değişim için motivasyonu ortaya çıkarma amaçlı açık uçlu sorular, onaylamalar, yansıtma ve özetler dahil olmak üzere bir dizi teknik kullanılır. MG'nin ruhu ortaklık, kabul, şefkat ve çağrışım olmak üzere dört ana unsura dayanmaktadır (Palmer ve Miedany, 2018). Bireyler bir değişiklik yapmanın kendileri için ne kadar önemli olduğunu bildikleri halde davranışlarını değiştirmeleri gerektiğini öngörmek her ne kadar mümkün görünse de davranış değişikliği kolay ve hızlı olmayabilir. Davranış değişikliği sağlamadaki zorluk çoğu zaman direnç, bilgi eksikliği ve tembellik gibi nedenlerden değil de motivasyon eksikliğinden kaynaklanabilmektedir. İnsanlar bazen ambivalans yani değişmeyi istemek ve istememek veya bir şeyleri yarım bırakmak arasında kararsızlık yaşayabilirler. MG işbirliğine ve empatiye dayanan kişi merkezli bir yaklaşımla

(Georgopoulou vd., 2016), bu kararsızlığın çözülmesine ve kişinin değişmek için kendi motivasyonunu ortaya çıkarmasına yardımcı olur (Georgopoulou vd., 2016; Palmer ve Miedany, 2018). Motivasyonel görüşme kişinin, sorunlarını anlamasını ve değişim yönünde harekete geçmesini sağlamak amaçlı sunulan bir yardımdır (Ögel ve Şimşek, 2021).

Sağlık profesyoneli MG ile hastanın kararsızlığının üstesinden gelmesini kolaylaştırmada, işbirlikçi, empatik bir yaklaşım sergiler. Böylece hastanın bakış açısını anlamaya ve direncini azaltmaya/kırmaya çalışır. Yapılan çalışmalarda romatoid artrit hastalarında, MG'nin tedaviye uyumdan öz yönetime kadar birçok yönüyle fayda sağladığı görülmüştür. Sonuç olarak, standart romatoloji pratiğinde psikolojik/davranışsal müdahalelerin önemini vurgulayan kanıtlar gün geçtikçe artmaktadır (Georgopoulou vd., 2016; Palmer ve Miedany, 2018). Yine bir çalışmada sistematik derleme ve meta-analizlerden elde edilen kanıtlar; MG'nin, kilo kaybı, artan fiziksel aktivite, artan meyve ve sebze tüketimi, alkol alımında azalma, yaşam kalitesi ile kişisel bakım davranışlarında iyileşme, ilaç uyumunda artma, toplam kan kolesterolü ve sistolik kan basıncında azalmada etkili olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte bu müdahalelerin kardiyovasküler hastalık, diyabet ve HIV gibi durumlarda uygulanmasına rağmen RA için de geçerli olduğu bildirilmektedir (Georgopoulou vd., 2016). Romatoid artritli hastalarda yapılan bir randomize kontrollü çalışmada motivasyonel ve davranışsal müdahalenin hastada zamanla artan fiziksel aktivitenin sürdürülmesini sağladığı ve iyileşmelere yol açtığı saptanmıştır (Knittle vd., 2015).

#### **2.9.4. Planlı Davranış Teorisi**

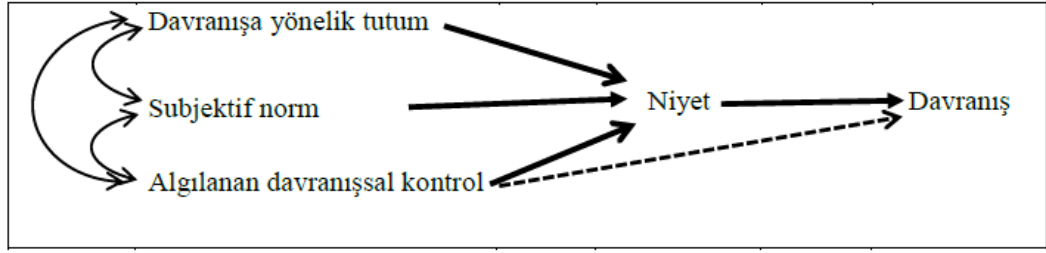
##### **2.9.4.1. Planlı Davranış Teorisinin Kapsamı**

Mantıksal Davranış Teorisi (Theory of Reasoned Action) Ajzen ile Fishbein tarafından 1977 yılında geliştirilen bir teoridir. Teoriye göre kişinin tamamen kontrolü altındaki davranışlar açıklanabilir ancak davranışların oluşma koşulları ile zaman buna uygun olmayabilir. Bu durum “Algılanan Davranışsal Kontrol” ün eksikliğini ortaya koymaktadır. Bu eksikliğin fark edilmesi ile de yeni bir teori olan “Planlı Davranış Teorisi” oluşturulmuştur. İlk kez 1985 yılında Ajzen tarafından geliştirilen PDT, insan davranışlarını açıklama ve yönlendirmeye ışık tutan son dönemlerin en etkili teorisi olarak görülmektedir (Ajzen, 1991; Brooks vd., 2017). PDT’de davranışın en önemli belirleyicisinin bireyin davranışı yapma veya yapmama niyetinin olduğunu ileri

sürülmektedir. Söz konusu davranışı gerçekleştirme niyeti ne kadar güçlüyse, davranışın gerçekleşme olasılığı da o kadar yüksektir (Ajzen, 1991). Fakat tek başına davranışı gerçekleştirme niyeti yeterli olmayabilmektedir. Yetersiz zaman, ekonomik kısıtlılıklar, bilgi, beceri ile fırsat eksikliği gibi engeller bireyin davranışa ilişkin niyetini ve davranışın uygulanabilirliğini etkileyebilmektedir. Bu engellerin üstesinden gelme becerisi PDT’de yer alan “Algılanan Davranışsal Kontrol” bileşeninin teoriye eklenmesiyle çözüme kavuşturulmuştur. Bu bileşen ile bireyin kontrolünde olan ve olmayan davranışlar ile belirli bir amaca yöneltilmiş davranışlar açıklanabilmektedir. PDT’ye göre bireyin davranışı, gerçekleştirme niyeti ile gerekli koşulların varlığı davranışın oluşma olasılığını arttırmaktadır. Buna ek olarak niyetin oluşumunda ve davranışa yansımada bireyin motivasyonu önemli bir faktör olarak görülmektedir. Birey davranışı gerçekleştirme niyetindeyse ve motivasyonu da güçlü ise vazgeçmeden davranışı gerçekleştirmek için tekrar tekrar deneyecektir. Niyet, motivasyon, yeterli kaynak ve fırsatların varlığında beklenen davranışın gerçekleştiği görülecektir (Ajzen, 1985, 1991, 2020).

#### **2.9.4.2. Planlı Davranış Teorisinin Yapısı**

PDT’nin “Davranışa Yönelik Tutum”, “Öznel (Subjektif) Norm” ve “Algılanan Davranış Kontrolü” olmak üzere üç ana bileşeni vardır (Brooks vd., 2017). PDT bileşenleri ile tanımlanan niyet te davranışların birincil belirleyicisi olarak görülür (Ajzen, 2020) (Şekil 2.1). PDT bileşenlerinin davranışsal, normatif ve kontrol inançlarından etkilendiği belirtilmektedir (Ajzen, 2020). PDT’ye göre; davranışsal inançlar; davranışın olası sonuçları hakkındaki inançlar, normatif inançlar; başkalarının normatif beklentileri hakkındaki inançlar ve kontrol inançları; kolaylaştırabilecek faktörlerin varlığı hakkındaki inançlar ya da davranışın performansını engelleme olarak açıklanmaktadır. Toplum içerisinde genel anlamda, davranışsal inançlar, davranışa karşı olumlu ya da olumsuz bir tutum üretir; normatif inançlar, algılanan sosyal baskı veya öznel norm ile sonuçlanır ve kontrol inançları, algılanan davranışsal kontrolü veya öz yeterliliği artırır. Bu doğrultuda davranışa yönelik tutumun ve öznel normun niyet üzerindeki etkileri, davranışsal kontrol algısı ile ılımlı hale getirilebilir, beklenen davranışın gerçekleşmesini sağlayabilir (Ajzen, 2020; Bosnjak vd., 2020).



(Ajzen, 1985;1991)

**Şekil 2.1. Planlanmış Davranış Modeli**

### ***Davranışa Yönelik Tutum***

Tutum, bireyin bir davranışı olumlu ya da olumsuz olarak değerlendirmesidir. Davranışa yönelik tutum, kişinin geçmiş deneyimlerinden, bilgi, algılama ve sentez özelliklerinden etkilenir. Birey, gerçekleştireceği davranışın olumlu sonuçlar getireceğine inanıyorsa, o davranışa yönelik genellikle olumlu tutumlar, davranışın daha çok olumsuz sonuçlar getireceğine inanıyorsa da o davranışa yönelik genellikle olumsuz tutumlar geliştirir. PDT boyutunda tutum; niyet ve davranış arasındaki ilişkiyi belirlemek için önemli bir yere sahiptir (Ajzen, 1991, 2020).

### ***Öznel Norm***

Öznel norm, beklenen davranışı gerçekleştirmede bireyin algıladığı sosyal baskı anlamına gelmektedir. Bireyin davranışı gerçekleştirmedeki bu algısı değer verdiği; ailesi, yakın dostları, iş arkadaşları ve davranışla ilişkili olan uzman kişilerden oluşan sosyal ağ üyelerine bağlı olarak gelişir. Bireyin önem verdiği sosyal ağının, gerçekleştireceği davranışı onaylayıp onaylamamalarına ilişkin inancı da davranışlarını etkiler. Bireyin algıladığı sosyal baskının gücü arttıkça davranışı gerçekleştirme niyeti de olumlu etkilenir. Algılanan sosyal baskı bireyin motivasyonunu arttırarak, hedeflenen davranışın gerçekleşmesini sağlar (Ajzen, 1991, 2020).

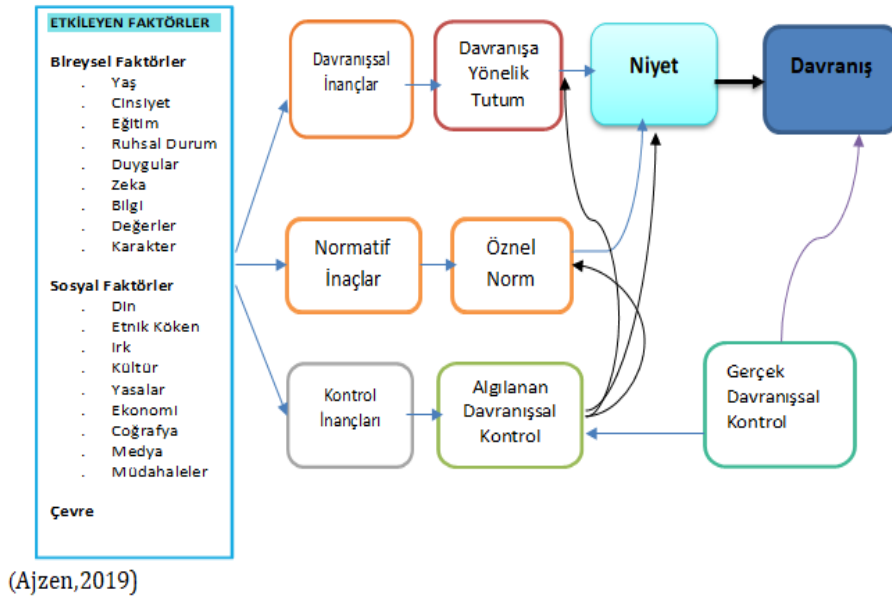
### ***Algılanan Davranışsal Kontrol***

Bireyin bir davranışı gerçekleştirme kolaylığına ya da zorluğuna dair algısı algılanan davranışsal kontrol olarak ifade edilir. PDT'nin bu bileşeninde, bireyin planlanan davranışı gerçekleştirebilmesi için gerekli olan becerilere sahip olma durumu ile mevcut engelleri aşabilecek güce yönelik algısı değerlendirilir (Ajzen, 1991, 2020; Bosnjak vd., 2020).

Ajzen'e göre davranışın gerçekleşmesinde zorluk yaratan iç ve dış engeller olabilir. Algıyı şekillendiren, bireylerin karşılaşacaklarını düşündükleri engeller ile geçmiş yaşantılarıdır. Bu doğrultuda bireyin geçmiş yaşantı deneyimleri ne kadar

olumluysa, engellerle karşılaşmama umudu ne kadar yüksekse davranışı yerine getirme niyeti de o kadar fazla olur. Algılanan davranışsal kontrolün ortaya çıkacak olan sağlık davranışı üzerinde iki sebepten kaynaklı doğrudan etkisi vardır. Birincisi, davranış üzerinde kontrol algısı fazla olan birey, niyetini sabitleyerek daha fazla dener ve kontrol algısı düşük olan bireye kıyasla daha çok gayret eder. İkincisi, davranışlarının önündeki gerçek engelleri görebilerek bunlara karşı kendini güçlendirebilir. Eğer davranışın kontrolü kendi isteğine bağlı değilse bu noktada davranışı doğrudan açıklayabilir (Ajzen, 1991; Karayağız ve Başbakkal, 2013).

PDT’de genel bir kural olarak, tutum ve öznel norm ne kadar olumluysa ve algılanan kontrol ne kadar büyükse, kişinin söz konusu davranışı gerçekleştirme niyeti o kadar güçlü olmaktadır. Bu doğrultuda davranış üzerinde yeterli ölçüde fiili kontrol verildiğinde, bireylerin fırsat olduğu anda niyetlerini gerçekleştirmeleri beklenir. Şekil. 2.2 teorinin şematik bir temsildir (Ajzen, 1991, 2020; Bosnjak vd., 2020).



Şekil 2.2. Planlı Davranış Teorisi Diyagramı

#### 2.9.4.3. Hemşirelik Uygulamalarında Model Kullanımı ve Planlı Davranış Teorisinin Önemi

Kuram/model kullanımı tüm profesyonel disiplinlerde olduğu gibi hemşirelikte de önemlidir, ancak hemşirelik disiplini için kuram; hemşireliği diğer disiplinlerden ayırarak, benzersiz bir bakış açısı kazandırmaktadır (Şahin vd., 2020). Günümüzde hemşirelik; bireye bakım vermenin ötesinde, olayları ve bireyleri geniş açıdan

gözlemleyen, bilimsel süreç ile planlayan, düzenleyen ve bakım standartları olan profesyonel bir meslek haline gelmiştir (Dağcı, 2019; Türen vd., 2019). Hemşirelik araştırmalarında teori, kuram ve model kavramları birbiri ile aynı anlamda kullanılmaktadır. Kuram, belirli kavramları çerçeve içinde görme, bu kavramları önermeler ile bilimsel yöntem yoluyla test edip doğrulama; model ise kavramlar arasında kurulan ilişkilerin şematize edilmiş hali olarak tanımlanmaktadır. Modeller; insan, çevre, sağlık ve hemşirelik kavramlarının nasıl tanımlandığını gösterir. Hemşirelik uygulamaları ve kuramları da bu kavramlar üzerine temellenip biçimlendirilmektedir (Şahin vd., 2020). Hemşirelik uygulamalarını modele dayandırmak, teorik bilgilerin hasta verileri ile ilişkilendirilmesini ve hastanın sistematik bir bakış açısıyla ele alınmasını sağlamaktadır. Bu doğrultuda kuram ve model kullanımı, hemşirelikte ortak dil, evrensel bakış açısı oluşturarak kaliteli, sistematik ve standardize edilmiş bakım verilmesine yardımcı olmaktadır (Dağcı, 2019; Şahin vd., 2020; Türen vd., 2019). Buna rağmen Türkiye’de hemşireler tarafından yapılan çalışmalarda model/kuram kullanımının sınırlı olduğu bildirilmiştir (Paul vd., 2022; Rich vd., 2015).

Literatürde davranış değişikliği ve hastalığa uyumun sağlanmasında model/kuram kullanımının etkili olduğu gösterilmiştir (Paul vd., 2022; Rich vd., 2015). Sağlık davranışı, hem sağlıklı hem de sağlıksız popülasyonlarda sağlık sonuçlarını etkilerken; sağlıklı popülasyonda, hastalıkların önlenmesinde ve sağlığın geliştirilmesinde birincil derecede önemlidir. Son dönemde küresel yükü artan kronik hastalıklarda, risk faktörlerinden kaçınmak, tedavi aramak ve takibe devam etmek için uygun sağlık davranışlarının benimsenmesi kritik öneme sahiptir. Sağlık davranışlarını hedefleyen kurama dayalı girişimlerin, kurama dayalı olmayan girişimlerden daha etkili olduğu ve sağlık davranışının temel değiştirilebilir belirleyicilerini saptamada etkili olduğu bildirilmiştir (Paul vd., 2022; Rich vd., 2015).

Davranışa uyumu tahmin etmede etkili teorilerinden olan PDT, belirli bir davranışı gerçekleştirme olasılığının belirleyicileri olarak bireysel motivasyon faktörleri ve yeteneği ile ilgili teorik yapılara odaklanır (Sari vd., 2018). PDT özellikle kronik hastalarda uyum davranışlarını tahmin etmede kullanılan günümüzün etkili teorilerdendir (Ajzen, 1991). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), uyumu “ Bir kişinin ilaç alma, diyet uygulama ve/veya yaşam tarzı değişikliklerini gerçekleştirme davranışının, bir sağlık hizmeti sağlayıcısının verdiği tavsiyelere “uyuma oranı” şeklinde

açıklamaktadır. Kronik hastalığı olan hastaların %50'sinin tedavi önerilerine uymadığı ve uyumsuzluğun önemli mortalite, morbidite ve finansal maliyetle sonuçlanabildiği bildirilmiştir. Hastanın uyum gelişimine rehberlik etmek için uygun bir teorik çerçevenin kullanılması önerilmiştir (Rich vd., 2015). PDT'nin beslenme davranışları, fiziksel aktivite, kondom kullanımı, uyuşturucu kullanımı ve sağlık tarama davranışları dahil olmak üzere daha birçok alanda sağlık niyetini ve davranışını tahmin etmede etkili olduğu bulunmuştur (Rich vd., 2015). Kronik hastalığı olan hastalarda PDT'ye dayalı yapılan uygulamaların tedavi, öz yönetim (McGuckin vd., 2012) ve düzenli fiziksel aktivite (White vd., 2012) uyumunda faydalı olduğu görülmüştür. Astım hastalarında istenen hastalık kontrolü ve tedaviye uyum seviyesinin arttırılmasında, 3 ay süresince PDT'ye dayalı hemşire tarafından uygulanan planlı eğitiminin etkili sonuç verdiği görülmüştür (Sanlitürk ve Ayaz-Alkaya, 2021). Yapılan bir meta analiz çalışmasında da PDT'nin kronik hastalığı olan hastalarda hastalığa uyuma katkı sağladığı saptanmıştır (Rich vd., 2015).

### **3. GEREÇ ve YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Tipi**

#### **3.2. Araştırmanın Hipotezleri**

H<sub>0</sub>: Romatoid artritli hastalarda PDT'ye dayalı motivasyonel görüşmelerle uygulanacak hemşire danışmanlığının hastanın ağrısına, yorgunluğunun azalmasına ve fonksiyonel durumuna olumlu yönde etkisi yoktur.

1. H<sub>1</sub>: Romatoid artritli hastalarda PDT'ye dayalı motivasyonel görüşmelerle uygulanacak hemşire danışmanlığının hastanın ağrısının azalması yönünde etkisi vardır.

2. H<sub>1</sub>: Romatoid artritli hastalarda PDT'ye dayalı motivasyonel görüşmelerle uygulanacak hemşire danışmanlığının hastanın yorgunluğunun azalması yönünde etkisi vardır.

3. H<sub>1</sub>: Romatoid artritli hastalarda PDT'ye dayalı motivasyonel görüşmelerle uygulanacak hemşire danışmanlığının hastanın fonksiyonel durumuna olumlu etkisi vardır.

#### **3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı**

Araştırma, Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi (HMKU) Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Romatoloji polikliniğinde, Ocak 2022-Temmuz 2022 tarihleri arasında yürütüldü.

#### **3.4. Araştırmanın Etik Yönü**

Araştırmaya başlamadan önce, araştırmanın yapılacağı kurumdan (EK-2) ve Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan izin alındı (Etik onay kodu: 2021/081) (EK-3). Etik kurul izni sonrasında, McGill Ağrı Ölçeği Kısa Formu (MAÖ-KF) için Prof. Dr. Yavuz Yakut'tan, Bristol Romatoid Artrit Yorgunluğu Çok Boyutlu Anketi (BRAFF-MDQ) için Arş. Gör. Fulden Sari'dan ve Stanford Sağlık Değerlendirme Ölçeği (HAQ) için Prof. Dr. Ayşe Küçükdeveci'den ölçeklerin kullanımına ilişkin izin alındı (EK-4). Araştırmada girişim ve kontrol grupları belirlendikten sonra, katılımda gönüllülük esas alındı. Bu doğrultuda araştırmaya katılmayı kabul eden hastalara araştırma ile ilgili bilgi verilerek, sözlü ve yazılı olarak onamları alındı (EK-5).

### **3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini HMKU Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Romatoloji polikliniğine RA tanısıyla başvuran hastalar, örneklemini ise dahil edilme kriterlerine uyan 90 hasta oluşturdu. Örneklem hesaplamasında G\*Power 3.1.9.4 programı kullanıldı. Örneklem belirlenmesinde öğretim üyesi olarak görev yapan bir istatistik uzmanından danışmanlık alındı. Literatürdeki çalışmalar incelenerek müdahale ve kontrol grupları arasındaki etki büyüklüğü hesaplandı (Çamur, 2020). Girişim ve kontrol grubunda incelenecek ölçeklerin etki büyüklüğünün yaklaşık 0.70 düzeyinde olacağı tahmin edildi. Girişim ve kontrol gruplarında, iki yönlü hipoteze dayalı %80 güç ve 0.05 anlamlılık düzeyi ile hesaplanan güç analizinde gruplar arasındaki farkın tespit edilebilmesi için her iki grupta en az 34 birey olmak üzere toplam 68 bireyin çalışmaya dahil edilmesi gerektiği hesaplandı. Çalışmaya devam edemeyecek veya sonrasında ulaşılamayacak bireyler olabileceği düşünülerek %10 (Drop out) oranında fazla birey ile ulaşılması gereken birey sayısının girişim grubunda 37 kontrol grubunda 37 olmak üzere 74 birey olarak hesaplandı. Çalışmaya her iki grup için toplamda 90 birey dahil edilerek, çalışma 82 katılımcı ile tamamlandı.

### **3.6. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri**

- . 18- 64 yaş yaş arasında olan,
- . En az ilkokul mezunu olan,
- . En az 6 ay önce RA tanısı almış olan,
- . Biyolojik tedaviye yeni (son 1 hafta içerisinde) başlamamış olan ve araştırmacı tarafından ilk görüşmenin yapıldığı poliklinik muayene gününde tedavisine biyolojik ajan eklenmemiş olan,
- . Cep telefonu olan ve etkin kullanabiliyor olan,
- . Türkçe iletişim kurabilen ve iletişim kurmaya engel bilişsel bir problemi olmayan,
- . Araştırmaya katılmaya gönüllü olan hastalar çalışmaya dahil edildi.

### **3.7. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri**

- . Nörolojik ve psikiyatrik bir hastalığı olan,
- . Malignitesi olan,
- . Kalp yetmezliği olan (NYHA'ya göre evre III ve IV),

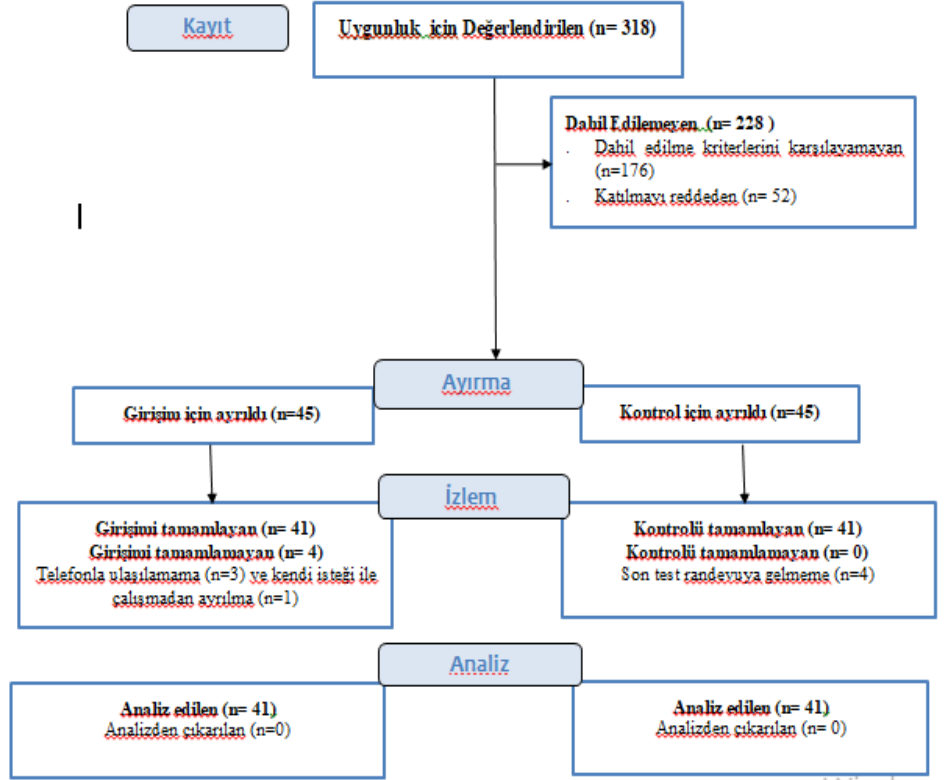
- . KOAH'ı olan,
- . Gebe olan,
- . Romatoid artrite ek inflamatuvar romatolojik hastalığı olan,

### **3.8. Araştırmadan çıkarılma kriterleri;**

- . Çalışma süresince malign ve/veya psikiyatrik hastalık tanısı alan,
- . Müdahale sırasında genel durum bozukluğu yaşayarak araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayamayan,
- . Girişim grubu için telefonla aramada en az iki defa ulaşılamayan,
- . Son test için randevuya gelmeyen,
- . Araştırmadan ayrılmayı isteyen hastalar araştırmadan çıkarıldı.

### **3.9. Randomizasyon**

Randomizasyon yöntemi olarak iki grupta eşit sayıda örneklem sağlamak amacıyla basit randomizasyon yöntemi kullanıldı. Bilgisayar ortamında (<http://randomizasyon.org/>, Erişim tarihi: 15.01.2022) web sitesi kullanılarak randomizasyon yapılarak, katılımcı listesi oluşturuldu (EK-6). Randomizasyon yöntemine başlamadan set 1'deki sayıların kontrol grubunu oluşturduğu varsayıldı, geriye kalan sayılar girişim grubunu oluşturdu. Randomizasyon listesi doğrultusunda romatoloji polikliniğine rutin kontrole gelen, dahil edilme kriterlerine uygun hastalar girişim ve kontrol gruplarına alındı. Çalışmada tekli körlleme (katılımcılar, istatistik uzmanı ve raporlama) uygulanarak istatistik uzmanı körlendi, girişim ve kontrol grubunda bulunan hastalardan randomizasyon gizlendi. Girişim grubuna yapılan uygulamalar sonlandıktan ve sontest verilerinin toplanmasının ardından katılımcılara hangi grupta yer aldıkları konusunda bilgi verildi. Araştırma verileri SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)'e girişim ve kontrol grupları belirtilmeden "1. Grup" ve "2. Grup" şeklinde kodlama yapılarak aktarıldı. Verilerin analizi bir istatistik uzmanı tarafından yapılarak, araştırma raporu yazıldı. Bu şekilde istatistik uzmanı da körlenmiş olup, istatistik ve raporlama yanlılığı kontrol edildi. Araştırmaya dahil edilen hastalara ilişkin CONSORT akış şeması Şekil 3.1.'de gösterildi.



Şekil 3.1. CONSORT Akış Şeması

### 3.10. Veri Toplama Gereçleri

Araştırma verilerinin elde edilmesinde; Hasta Tanıtım Formu, McGill Ağrı Ölçeği Kısa Formu (MAÖ-KF), Bristol Romatoid Artrit Yorgunluğu Çok Boyutlu Anketi (BRAf-MDQ), Stanford Sağlık Değerlendirme Ölçeği (HAQ) ve Davranış Değişikliği Kontrol Listesi kullanıldı.

### 3.11. Hasta Tanıtım Formu

Hastaların kişisel ve hastalığa ait bilgilerini içeren literatür ışığında oluşturulmuş soru formudur (Gök Metin ve Özdemir, 2016; Sanlitürk ve Ayaz-Alkaya, 2021; Wan vd., 2016). Formda hastanın kişisel bilgilerine yönelik (yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, alışkanlıklar vb.) 17 soru ile romatoid artrit ve sağlık durumuna ilişkin (hastalığın süresi, Hastalık Aktivite İndeksi (DAS28-Disease Activity Score) skoru, kullandığı ilaçlar, hastalığa ait yakınmalar ve yakınmalarına yönelik girişim durumu vb.) 32 olmak üzere toplamda 50 soru yer almaktadır (EK-7).

### 3.12. Hastalık Aktivite Skoru

Hastaların hastalık aktivite düzeylerinin hesaplanmasında kullanılan bir skordur. Çalışmaya katılan hastaların DAS28 skoru romatoloji hekim muayenesi doğrultusunda hesaplandı. DAS28 skoruna göre hastalık aktivite düzeyleri dört bölümde incelenir: (1) Düşük Hastalık Aktivitesi: 2,6-3,2. (2) Orta Şiddette Hastalık: 3,2-5,1. (3) Yüksek Hastalık Aktivitesi:  $\geq 5,1$  (Fransen ve van Riel, 2005).

### 3.13. McGill Ağrı Ölçeği Kısa Formu

Melzack tarafından 1987 yılında geliştirilen MAÖ-KF; ağrının duyuşsal özelliği, şiddeti ve etkisi hakkında bilgi veren bir ölçektir. Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliği 2007 yılında Yakut ve arkadaşları tarafından RA'lı hastalar üzerinde yapılmıştır. Ana bileşeni, ağrı hissi için 15 tanımlayıcı sıfattan (11 duyuşsal ve 4 algısal) oluşmaktadır. Ölçek hasta tarafından puanlama ölçeğindeki yoğunluk düzeyine göre derecelendirilir (0 = yok, 1 = hafif, 2 = orta, 3 = şiddetli). Yoğunluk sıra değerlerinin toplamından (duyuşsal, affektif ve toplam ağrı oranı= duyuşsal+algısal) olmak üzere üç tane ağrı skoru elde edilmektedir. Buna ek olarak ölçümün yapılacağı zamanda hissedilen ağrı Visuel Analog Skala (VAS) ile toplam ağrı şiddeti ise Likert skalası ile ölçülmektedir. Skalada 0=ağrı yok, 1=hafif, 2=rahatsız edici, 3=sıkıntı verici, 4=berbat, 5=dayanılmaz ağrı olarak yer almaktadır Ölçeğın Cronbach alfa ( $\alpha$ ) değeri 0.71 olarak saptanmıştır (Yakut vd., 2007). Bizim çalışmamızda Ağrı Ölçeği Kısa Formu için Cronbach alfa ( $\alpha$ ) öntest değeri 0.709, sontest değeri 0.926 bulunmuş olup, güvenilirlik katsayıları 0.70'den yüksektir ve güvenilirirdir (EK-8).

### 3.14. Bristol Romatoid Artrit Yorgunluğu Çok Boyutlu Anketi

Nicklin ve arkadaşlarının İngilizce olarak 2010 yılında geliştirdiği BRAF-MDQ, Hewlett ve arkadaşları tarafından (2011) farklı dillere uyarlanmıştır. BRAF-MDQ, RA hastalarında yorgunluğu etkisini farklı boyutlarda değerlendirmek için geliştirilmiş bir ankettir. Türkçe geçerlik güvenilirliği Sari tarafından 18-75 yaş arası (2017) romatoid artritli hastalar üzerinde uygulanarak yapılmıştır. Anket, fiziksel yorgunluğu değerlendiren 4 soru (1-4. soru), günlük yaşam aktivitelerindeki (GYA) yorgunluğu değerlendiren 7 soru (5-11. soru), bilişsel yorgunluğu değerlendiren 5 soru (12-16. soru) ve duyuşsal yorgunluğu değerlendiren 4 soru (17-20. soru) olmak üzere toplam 20 sorudan oluşmaktadır. İlk 3 soru dışındaki tüm sorular 4'lü likert (hiç, çok az, oldukça

ve çok fazla) tipindedir. Ölçekte ilk üç soru (1. Soru: 0 ile 10 arasında hesaplanan, 2. Soru: 0 ile 7 arasında hesaplanır, 3. Soru: 0 ile 2 arasında hesaplanır) dışındaki tüm sorular 0 ile 3 puan arasında hesaplanır. Toplam ölçek puanı 0 ile 70 arasında olup, ölçek puanı yüksekliği yorgunluğun arttığını gösterir. Hasta tarafından doldurulan ankette son 7 günlük yorgunluk değerlendirilmektedir. Yaşanan yorgunluk skoru ile bilişsel yorgunluk puanı ve duygusal yorgunluk puanı, toplam yorgunluk puanıdır. Bristol Romatoid Artrit Yorgunluğu Çok Boyutlu Anketi Cronbach alfa ( $\alpha$ ) değeri 0,94 olarak saptanmıştır (Sari vd., 2018). Bizim çalışmamızda için Cronbach alfa ( $\alpha$ ) öntest değeri 0.943, sontest değeri 0.926 bulunmuş olup, güvenilirlik katsayıları 0.70'den yüksektir ve güvenilirdir (EK-9).

### 3.15. Stanford Sağlık Değerlendirme Ölçeği

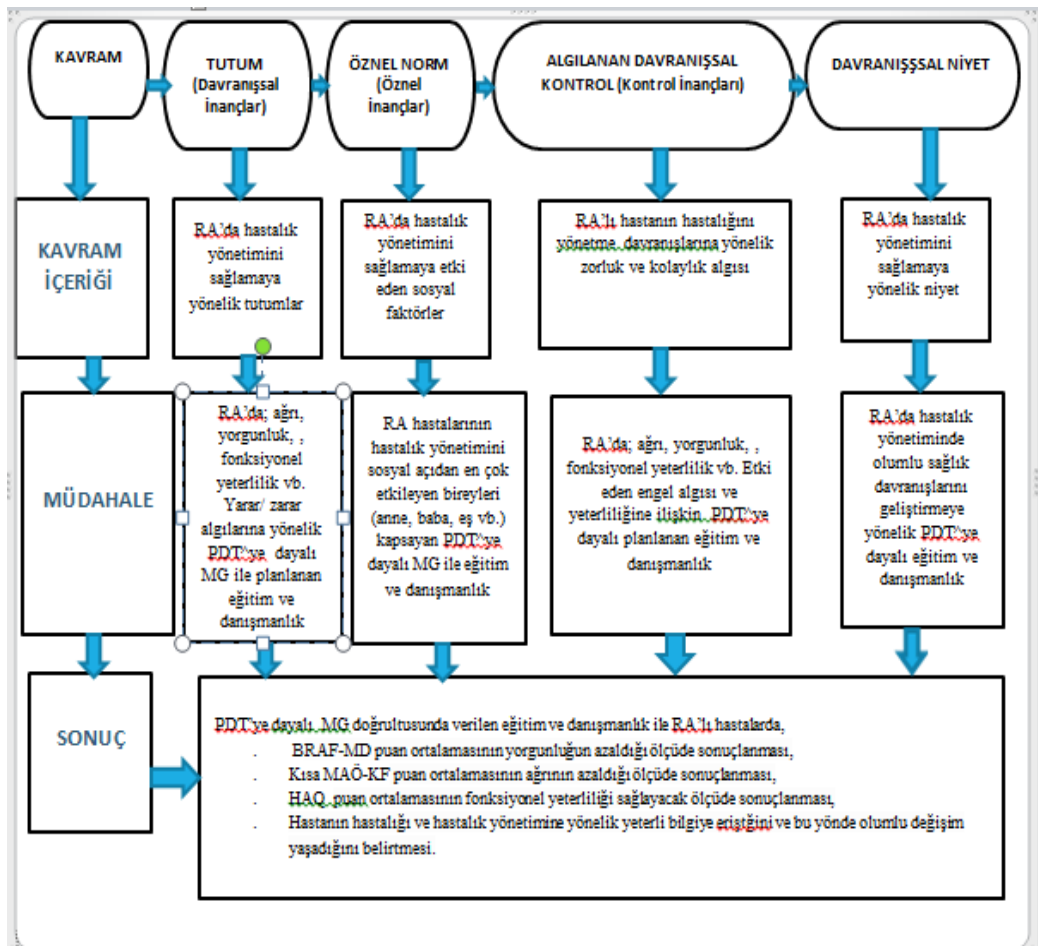
HAQ Fries ve arkadaşları tarafından 1980 yılında geliştirilen ve bireyin sağlık durumunun günlük yaşamını nasıl etkilediğini sorgulayan bir ölçektir. Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliği 2004 yılında Küçükdeveci ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Kucukdeveci vd., 2004). Ölçeğin, Türk toplumunda geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu belirlenmiştir. HAQ romatoloji hastalarının günlük yaşamındaki fonksiyonel durumunu değerlendirmek için sıklıkla kullanılan, fonksiyonel ölçüm yöntemidir. Ölçek 8 bölüm şeklinde 20 maddeden oluşmaktadır. Her madde 0-3 arası puanlanmaktadır (0=hiç zorluk çekmeden yapıyorum; 1=biraz zorlukla yapıyorum; 2= çok zorlukla yapıyorum; 3=hiç yapamıyorum). Ayrıca puanlamada yardımcı alet kullanımı ve başka bir kişiden istenen yardım da dikkate alınmaktadır. Yardımlara veya cihazlara ihtiyaç duyulduğunda 0 veya 1 olarak puanlandığında, puan 2'ye çıkmaktadır. Ölçeği oluşturan bölümler, giyinip-kuşanma, doğrulma, yemek yeme, yürüme, hijyen, uzanma, kavrama ve günlük işler şeklindedir. Her bölüm iki veya üç madde içermekte ve ayrı ayrı puanlanmaktadır. Ardından 8 bölümün puan ortalaması alınarak 0-3 arasında değişebilen tek bir HAQ puanı belirlenmektedir. Bölümlerin puanlanmasında, o bölümü oluşturan maddeler içindeki en yüksek puan, bölüm puanı olarak kabul edilmektedir. Ölçekte alınan puanın yüksek olması fonksiyonel yetersizliği göstermektedir. Ankette son 1 hafta sorgulanmakta ve hastanın belli aktivitelerdeki zorlanma durumu değerlendirilmektedir. Stanford Sağlık Değerlendirme Ölçeğinin Cronbach alfa ( $\alpha$ ) değeri 0.97 olarak bulunmuştur (Bruce ve Fries, 2003; Kucukdeveci vd., 2004). Çalışmamızda öntest Cronbach alfa ( $\alpha$ ) değeri 0.929, sontest değeri 0.926 olarak bulunmuş olup, güvenilirlik katsayıları 0.70'den yüksektir ve güvenilirdir (EK-10).

### 3.16. Davranış Değişikliği Kontrol Listesi

Araştırmacı tarafından “Romatoid Artrit Hasta Eğitim Kitapçığı” doğrultusunda hazırlanan 20 sorudan oluşan formdur. Formda hasta ile yapılan toplamda 8 telefon görüşmesinin değerlendirmesi yer almaktadır. Her telefon görüşmesi sonrasında verilen eğitimin ve danışmanlığın davranış değişikliğine etkisi puanlanarak (“0” Hayır, “1” Kısmen, “2” Evet) form doldurulmuştur (EK-11).

### 3.17. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Romatoloji polikliniğinde yürütülmüştür. Romatoloji Bilim Dalı’nda; 2 poliklinik yer almakta ve günlük ortalama 80 hasta takip edilmektedir. İlgili bilim dalında 2 öğretim üyesi, 1 araştırma görevlisi, 1 romatoloji hemşiresi ve 2 otomasyon sekreteri görev yapmaktadır.



3.18.

3.19.

3.20.

3.21.

### 3.22. Eğitim Materyalinin Hazırlanması

Çalışmada RA'lı hastalar için kullanılan hasta eğitim kitapçığı; literatür ışığında, Planlı Davranış Teorisi doğrultusunda hazırlandı. Hasta eğitim kitapçığı okunabilirlik, anlaşılabilirlik, tasarım ve iç geçerliliği açısından değerlendirildikten sonra araştırmacı tarafından son şekli verildi (EK-12). Eğitimin kavramsal yapısına şekil 3.2'de yer verildi.

#### 3.22.1. Romatoid Artrit Hasta Eğitim Kitapçığı İçerik Başlıkları

- . Romatoid Artrit Nedir?
- . Romatoid Artritin Nedeni Nedir?
- . Belirtileri Nelerdir?
- . Hastalık Seyri Nasıldır?
- . Tedavisi Nedir?
- . Yorgunlukla Nasıl Baş Edilir?
- . Egzersizin Önemi Nedir?
- . Beslenme ve Diyetin Önemi Nedir?
- . Günlük Yaşamda Nelere Dikkat Edelim?
- . Sık Sorulan Sorular?

#### 3.22.2. Eğitim Materyalinin Okunabilirliği

Eğitim kitapçığının okunabilirliğinin belirlenmesinde SMOG Okunabilirlik Formülü ile Bezirci ve Yılmaz'ın geliştirmiş olduğu Türkçe için okunabilirlik değeri kullanıldı. Bu uygulamada okunabilirlik değeri elle ya da özel geliştirilmiş olan program kullanılarak hesaplanabilmekte ve belirlenen değer, eğitim seviyesini göstermektedir (Bezirci ve Yılmaz, 2010). "Romatoid Artrit Hasta Eğitim Kitapçığı"nın okunabilirlik değeri 4.4 olarak bulundu (EK-13). Bu değere göre hasta eğitim kitapçığının ilkokul 5. Sınıf düzeyindeki bireylerin anlayabileceği düzeyde olduğu tespit edildi. Çalışmaya da bu doğrultuda en az ilkokul mezunu hastalar dahil edildi.

#### 3.22.3. Eğitim Materyalinin Anlaşılabilirliği

Eğitim kitapçığının anlaşılrlılığının saptanması için Türkçe geliştirilmiş herhangi araç bulunmamaktadır. Bu doğrultuda İşleyen ve arkadaşlarının 2005 yılında yaptıkları çalışma örnek alınarak, araştırma kapsamına alınmayan yedi bireye eğitim materyalini anlayıp anlamadıklarını ölçmek için “Size verilen eğitim materyalini anlama düzeyinizi belirlemek için aşağıdaki seçeneklerden uygun olanını işaretleyiniz?” şeklinde bir soru soruldu. Bu soruya verilen cevaplar Likert yapıda (1=Hi, 2=Biraz, 3=Orta, 4=İyi, 5=ok iyi) bir değerlendirme içermektedir (İşleyen, 2005. Erişim tarihi: 15.11.2021). Eğitim materyalini okuyan hastalardan, biri biraz anladığını, ikisi orta düzeyde anladığını, ikisi iyi anladığını ve yine ikisi çok iyi anladığını ifade etti. Anlaşılrlılık ortalaması 3.71 olarak bulundu. Eğitim materyalinin orta düzeyde anlaşılır olduğu kabul edildi.

#### **3.22.4. Eğitim Materyalinin Tasarımı ve İçerik Geçerliliği**

Eğitim materyalinin tasarım ve içerik geçerliliğine karar vermede, Sağlık Uygulama ve Araştırma hastanesinde alışan, Romatoloji bilim dalında bir ğretim yesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyonda bir ğretim yesi, bir uzman diyetisyen ile farklı kurumlarda görev yapan İç Hastalıkları Hemşireliği romatoloji alanında uzman  ğretim yesi ve Tıp Fakültesi Hastanesi’nde görevli bir romatoloji hemşiresi olmak üzere yedi uzman görüşüne başvuruldu (EK-14). Uzmanların görüşleri ve nerileri doğrultusunda eğitim materyali araştırmacı tarafından düzenlendi.

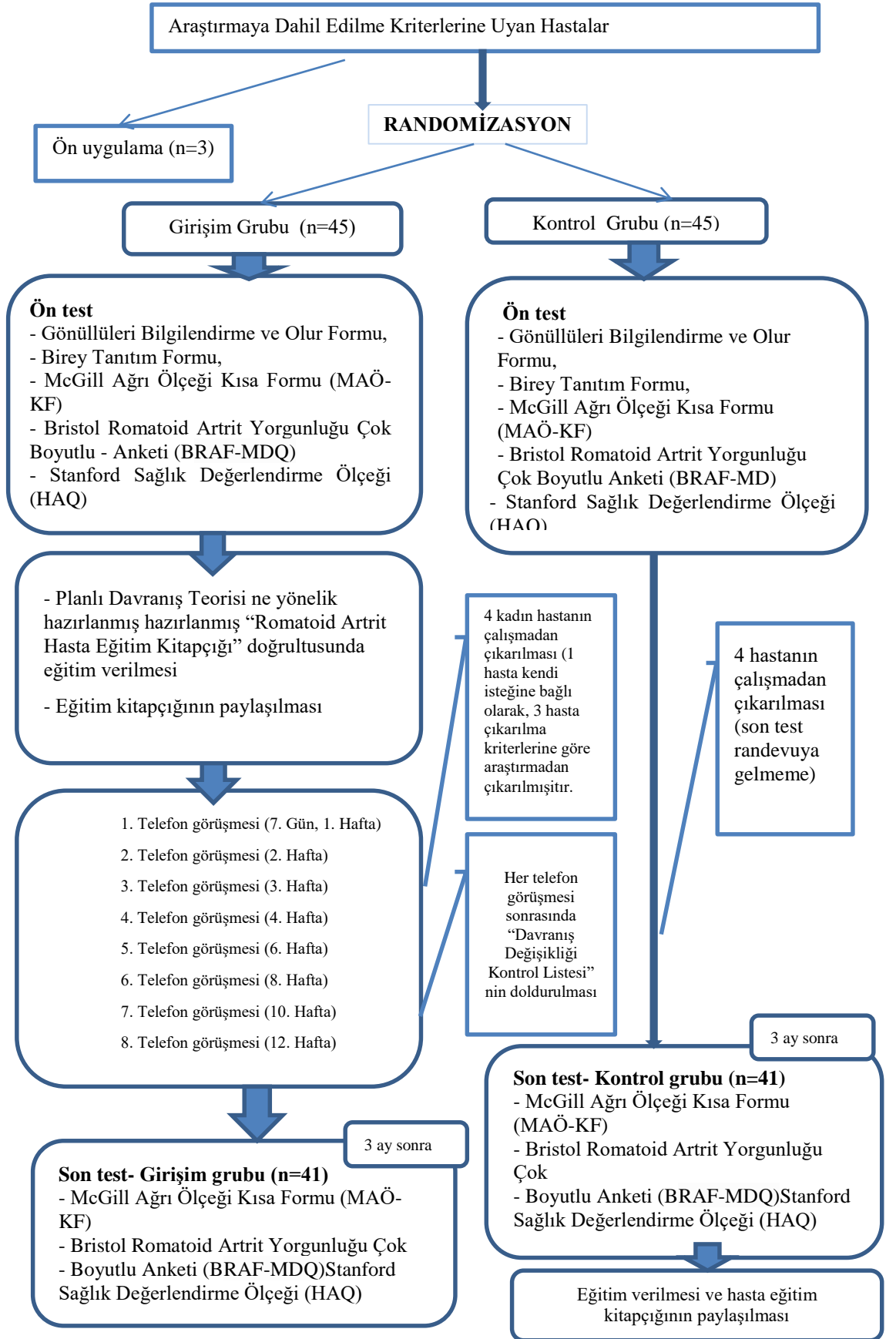
#### **3.23. n Uygulama**

Araştırmanın n uygulaması, veri toplamak için geliştirilen formların uygulanabilirliğini, anlaşılabilirliğini değerlendirmek ve araştırmanın müdahale süreci ile ilgili olası sorunlarını belirlemek amacıyla yapıldı. n uygulama, araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan  RA hastası ile yapıldı. n uygulama sonucunda veri toplama formları revize edildi ve müdahale sürecinde herhangi bir değişiklik yapılmadı. n uygulama yapılan hastalar örnekleme grubuna dahil edilmedi.

#### **3.24. Araştırmanın Uygulanması**

Araştırmada girişim ve kontrol grubundaki hastalar 12 hafta (3 ay) süre ile takip edildi (Ajzen, 2020; Sanliturk ve Ayaz-Alkaya, 2021). Hastalar 3 ay sonrasında, davranış değişikliği ve hastalık yönetimi açısından veri toplama araçları ile

değerlendirildi. Araştırmacı aldığı motivasyonel görüşme eğitimi doğrultusunda girişim grubundaki hastalarla yaptığı görüşmelerde motivasyonel görüşme tekniği kullandı (EK-15). Girişim grubundaki hastalarla iki defa yüz yüze (1 yüz yüze eğitim) ve sekiz defa telefon ile bireysel görüşme sağlanırken (eğitim ve danışmanlık), kontrol grubundaki hastalarla iki defa yüz yüze görüşülerek (son görüşmede bireysel eğitim) çalışma tamamlandı. Telefon ile yapılan eğitim ve hemşire danışmanlığı görüşmeleri araştırmacı tarafından her gün 10.00-20.00 saatleri arasında gerçekleştirildi. Belirlenen zamanda uygun olmayan veya ulaşılamayan hastalar, aynı gün uygun saatte ya da en geç bir gün sonrasında tekrar aranarak görüşme sağlandı. Hastalar ihtiyaç duydukları konularda araştırmacıyı arayarak danışmanlık aldılar. Hemşire görev tanımını aşan konularda (tedavi, diyet, egzersiz programı vb.) ilgili sağlık profesyonellerine (romatoloji hekimi, fizyoterapist, FTR uzmanı, diyetisyen vb.) danışılarak hasta bilgilendirilmiş ya da ilgili sağlık profesyonellerine/birimlere yönlendirilmiştir. Girişim ve kontrol grubundaki hastalara ilişkin “Araştırma Uygulama Akışı” Şekil 3.3’te yer almaktadır.



**Şekil 3.3. Araştırma Uygulama Akış Şeması**

### 3.24.1. Kontrol Grubu Uygulama

Kontrol grubuna dahil edilen, araştırmaya katılmayı kabul eden hastalardan sözlü ve yazılı onam alındıktan sonra, romatolog izlemine ve normal yaşantılarına (hastane rutini, günlük yaşamları) devam etmeleri istendi. Bu gruptaki hastalara ilk görüşmede; Hasta Tanıtım Formu, MAÖ-KF, BRAF-MDQ ve HAQ uygulandı. Hastalardan, görüşmeden üç ay sonra hastaneye gelmeleri istendi. Üç ay sonrasında gelen hastalara “Hasta Tanıtım Formu” dışındaki veri toplama araçları tekrar uygulandı. Bu gruptaki hastalara, hastaneye geldiklerinde araştırmacı tarafından “Romatoid Artrit Hasta Eğitim Kitapçığı” doğrultusunda, ilgili ana bilim dalının poliklinik hasta eğitim odasında, 30-35dk süresince bireysel eğitim ve ardından eğitim kitapçığı verildi.

### 3.24.2. Girişim Grubu Uygulama

Girişim grubunda olup araştırmaya katılmayı kabul eden hastalardan sözlü ve yazılı onam alındıktan sonra hastalardan, romatolog izlemine ve normal yaşantılarına (hastane rutini, günlük yaşamları) devam etmeleri istendi. Bu gruptaki hastalar ve hasta yakınları ile ilgili ana bilim dalının poliklinik hasta eğitim odasında görüşüldü. “Romatoid Artritli Hastalara Planlı Davranış Teorisine Göre Verilecek Hemşire Danışmanlığı Eğitim Planı” doğrultusunda hareket edildi (EK-16).

Girişim aşamaları 4 bölümde özetlendi:

**1. Aşama;** araştırmacının hasta ile tanışması, hastanın poliklinik eğitim odasına alınması, çalışmanın amaç ve hedeflerinin açıklanması, çalışmaya katılmayı kabul eden hastadan yazılı-sözlü onamların alınması, karşılıklı iletişim bilgilerinin paylaşılması (3-5 dk), Hasta Tanıtım Formu, MAÖ-KF, BRAF-MDQ ve HAQ veri toplama araçlarının tanıtılması, doldurulması (10-15 dk) işlemleri içerir.

**2. Aşama;** hastaya eğitim odasında “Romatoid Artrit Hasta Eğitim Kitapçığı” doğrultusunda sözel anlatım yöntemiyle 30-35 dakika süresince bireysel eğitim verilmesi, eğitim sonrasında eğitim kitapçığının paylaşılması işlemlerini içerir.

**3. Aşama;** “Romatoid Artritli Hastalara Planlı Davranış Teorisine Göre Verilecek Hemşire Danışmanlığı Eğitim Planı” rehberliğinde ilk görüşmeyi takiben, hastaya telefonla ilk bir ay haftada 1; 2. ve 3. aylarda 15 günde bir ulaşılarak eğitim ve danışmanlık hizmeti uygulanması aşamasıdır. Bu aşamada her telefon görüşmesinin sonunda planlı davranış teorisine dayalı motivasyonel görüşmeler doğrultusunda verilen

eğitim ve hemşire danışmanlığının davranışa yansımalarını değerlendirmede “Davranış Değişikliği Kontrol Listesi”nin araştırmacı tarafından doldurulması yer aldı.

**4. Aşama;** üçüncü ayın (ön görüşme, araştırmacı tarafından arama ile yapılan 8 telefon görüşmesi ve hemşire danışmanlık hizmeti alma amaçlı hasta tarafından yapılan hasta araması ortalama 3 telefon görüşmesi) sonunda hastalar hastaneye çağrıldı. Hastalarla hasta eğitim odasında yüz yüze görüşme sağlanarak MAÖ-KF, BRAF-MDQ ve HAQ veri toplama araçlarının tekrar doldurulması sağlandı, hemşirelik danışmanlık hizmetine yönelik görüşleri alınarak kayıt altına alındı. Girişim grubuna uygulanan hasta telefon görüşmeleri planı Şekil 3.4.’te görüldüğü gibidir. Hastalarla yapılan telefonla görüşmelerine ilişkin ayrıntılı görüşme içeriğine EK-17’de yer almaktadır.

**Hasta Telefon Görüşme Planı: Hastalarla yapılan görüşmeler** Çalışma öncesi hazırlanan “Romatoid Artritli Hastalara Planlı Davranış Teorisine Göre Verilecek Hemşire Danışmanlığı Eğitim Planı” doğrultusunda yapıldı. Yapılan görüşmelerde PDT doğrultusunda RA’da semptom yönetimi ve fonksiyonel yeterlilik sağlama/devamlılığına yönelik olarak motivasyonel görüşme doğrultusunda eğitim ve danışmanlık hizmeti verildi. Sorumlu araştırmacı hastayı, üç ay süresince; birinci ay haftada bir, ikinci ve üçüncü ayda 15 günde bi olmak üzere toplamda 8 defa telefonla arayarak eğitim ve danışmanlık hizmeti verdi. Hastanın, hastalığını yönetme girişimlerinde, ihtiyaç duyduğu konularda araştırmacıyı arayarak danışmanlık hizmeti alabileceği vurgulandı. Hasta ile yapılan her telefon görüşmesi sonrasında, hastanın eğitim ihtiyaçları belirlenerek, sonraki görüşme için planlama yapıldı ve “Davranış Değişikliği Kontrol Formu” dolduruldu.

**1. Telefon görüşmesi:** “Romatoid Artrit Hasta Eğitim Kitapçığı” 1 doğrultusunda verilen eğitim tekrarlandı. PDT’ye dayalı MG doğrultusunda ağrı yönetimi eğitimi verildi (Birinci görüşmeden 1 hafta sonra).

**2. Telefon görüşmesi:** PDT’ye dayalı MG doğrultusunda yorgunluk yönetimi eğitimi verildi. PDT doğrultusunda ağrı yönetiminde davranış kontrolü sorgulanarak ve pekiştirme eğitimi verildi (Birinci görüşmeden 2 hafta sonra).

**3.Telefon görüşmesi:** PDT’ye dayalı MG doğrultusunda fonksiyonel yeterliliği sağlama/devam ettirme konusunda eğitim verildi. PDT doğrultusunda ağrı ve yorgunluk yönetiminde davranış kontrolü sorgulandı ve pekiştirme eğitimi verildi (Birinci görüşmeden 3 hafta sonra).

**4.Telefon görüşmesi:** PDT’ye dayalı MG doğrultusunda ağrı, yorgunluk ve

fonksiyonel yeterliliği sağlama/devam ettirme konularında davranış kontrolü sorgulandı, PDT doğrultusunda hastalık yönetimi konusunda eğitim ve danışmanlık verildi (Birinci görüşmeden 4 hafta sonra).

**5.Telefon görüşmesi:** Hastalık yönetimi konusunda davranış kontrolü sağlandı ve PDT'ye dayalı MG doğrultusunda pekiştirme eğitimi verildi. Hastanın hastalık yönetimi ve davranış değişikliğine özgü problem yaşadığı konularda danışmanlık hizmeti verildi (Birinci görüşmeden 6 hafta sonra).

**6.Telefon görüşmesi:** Hastalık yönetimi konusunda davranış kontrolü sağlandı ve PDT'ye dayalı MG doğrultusunda pekiştirme eğitimi verildi. Hastanın hastalık yönetimi ve davranış değişikliğine özgü problem yaşadığı konularda danışmanlık hizmeti verildi (Birinci görüşmeden 8 hafta sonra).

**7.Telefon görüşmesi:** Hastalık yönetimi konusunda davranış kontrolü sağlandı ve PDT'ye dayalı MG doğrultusunda pekiştirme eğitimi verildi. Hastanın hastalık yönetimi ve davranış değişikliğine özgü problem yaşadığı konularda danışmanlık hizmeti verildi (Birinci görüşmeden 10 hafta sonra).

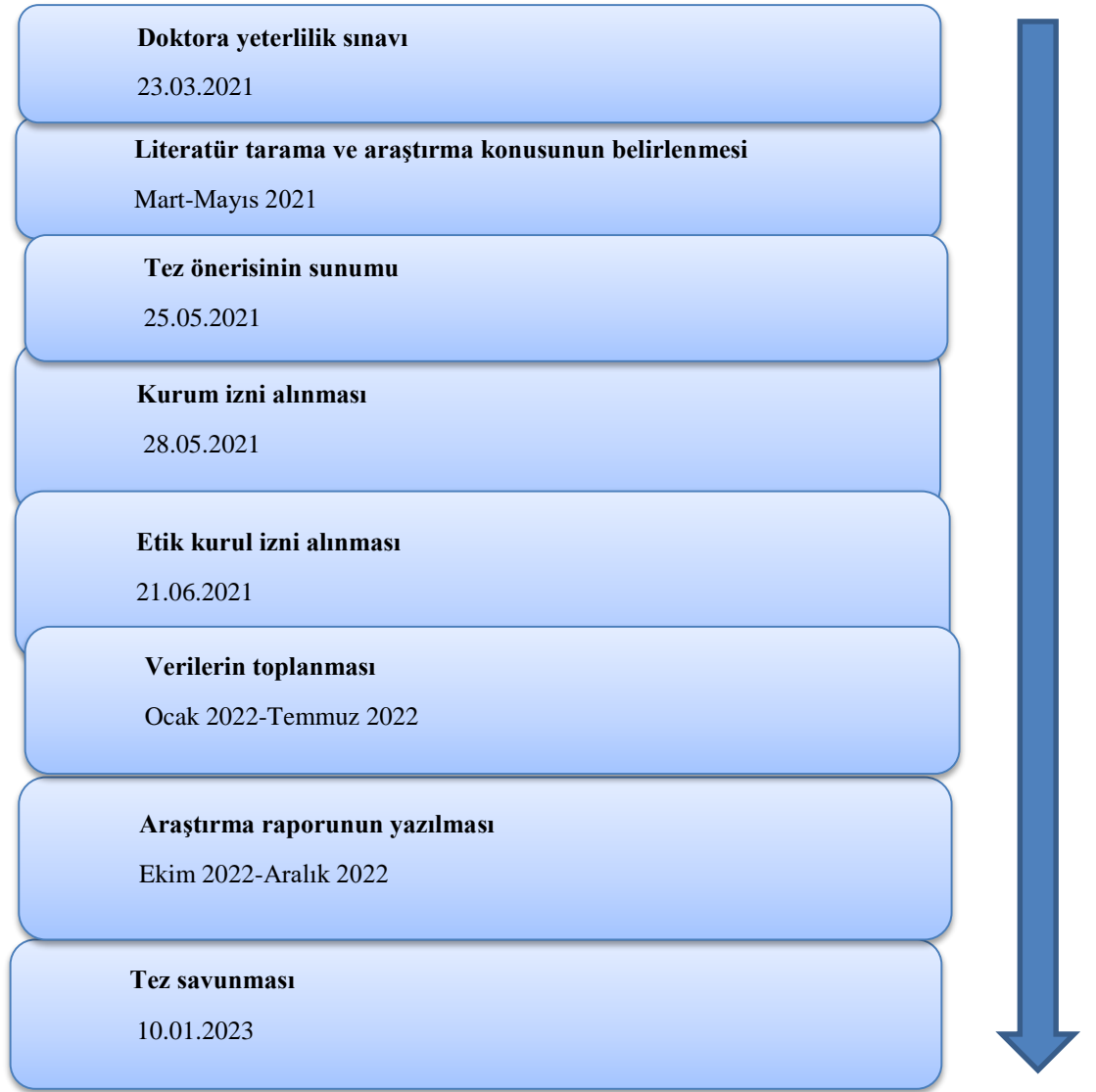
**8. Telefon görüşmesi:** Hastalık yönetimi konusunda davranış kontrolü sağlandı ve PDT'ye dayalı MG doğrultusunda pekiştirme eğitimi verildi. Hastanın hastalık yönetimi ve davranış değişikliğine özgü problem yaşadığı konularda danışmanlık hizmeti verildi (Birinci görüşmeden 12 hafta sonra), hasta hastaneye çağrıldı.

**Son Görüşme:** Sorumlu araştırmacı hastayla son görüşmeyi yüz yüze hastane ortamında yaptı ve girişimin etkinliğini değerlendirmek amaçlı hastaya yeniden ölçekler uygulandı (Birinci görüşmeden 3 ay sonrasında).

### Şekil 3.4. Girişim Grubuna Uygulanan Telefon Görüşmeleri

#### 3.25. Tez Çalışması Takvimi

Tez çalışma takvimi Hasan Kalyoncu Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'ne bağlı kalınarak oluşturuldu.



**Şekil 3.5. Tez Çalışması Takvimi**

### **3.26. Tez İzleme Komitesi Toplantıları**

Tez İzleme Komitesi Toplantıları Hasan Kalyoncu Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'ne bağlı olarak gerçekleştirildi.

1. Tez İzleme Komitesi Toplantı Tarihi: 07.12.2021
2. Tez İzleme Komitesi Toplantı Tarihi: 25.05.2022
3. Tez İzleme Komitesi Toplantı Tarihi: 14.12.2022

### 3.27. Verilerin İstatistiksel Analizi

Veri analizinde SPSS programının 26.0 sürümü kullanıldı. Demografik değişkenlere göre frekans ve yüzde dağılımı ile ölçek puanlarına ilişkin betimsel istatistikler yapıldı. İstatistiksel analizlerde ki-kare analizi, bağımsız gruplar t testi, bağımlı gruplar t testi, Wilcoxon sıralı işaretler yöntemi ile tek yönlü kovaryans analizi (ANKOVA) ve Pearson korelasyon yöntemleri kullanıldı.

Öncelikle girişim ve kontrol grubunda demografik değişkenlere göre frekans ve yüzde dağılımı verildi. Grup ile çeşitli kategorik değişkenler arasında ilişki ki-kare analiz yöntemi ile karşılaştırıldı. Bu yöntem parametrik olmayan bir yöntem olup en az iki kategoriye sahip iki kategorik değişkenin oranlarını karşılaştıran bir yöntemdir. Ölçek puanların her bir grupta normallığı çarpıklık ile basıklık değeri ile incelendi. Bu değerler  $\pm 2$  arasında ise puan dağılımı normaldir (George ve Mallery, 2010). Her bir grupta puan dağılımının normallığı sağlandığı ve veri sayısı da gruplarda yeterli olduğu için karşılaştırma yöntemlerinde parametrik yöntemler kullanıldı. Ön test ve son test ölçek puanlarının gruplar arasında karşılaştırılmasında bağımsız gruplar t testi yöntemi, her bir grubun kendi içinde öntest ve son test ölçek puanlarının karşılaştırılmasında ise bağımlı gruplar t testi yöntemi kullanıldı. Ayrıca öntest puanlarının farklı olduğu ve son test puanlarının da farklı olduğu ağrı ölçeği puanları için ANKOVA analizi yapılarak öntest puanları kontrol edilmiş ve düzeltilmiş son test puanları karşılaştırıldı. Mevcut ağrı indeksi değişkeni ile davranış değişikliği kontrol listesi maddelerinin karşılaştırılmasında ise parametrik olmayan yöntemler kullanılmış olup bunun nedeni bu değişkenlerin sürekli olmayıp sıralı ölçek türünde olmasıdır. Mevcut ağrı indeksinin her bir grupta öntest ile son test puanlarının karşılaştırılmasında Wilcoxon sıralı işaretler testi yöntemi kullanılırken, davranış değişikliği maddelerinin üç farklı değerlendirme puanları arasında farkı ise Friedman testi yöntemi ile karşılaştırıldı. Ölçek puanları arasında ilişki yöntemi de Pearson korelasyon yöntemi ile incelenmiştir. İstatistiksel analizler için  $p < .05$  manidarlık düzeyi kullanıldı.

#### 4. BULGULAR

Bu bölümde, randomizasyon ile girişim ve kontrol grubuna atanan hastalara planlı davranış teorisine göre uygulanan hemşire danışmanlığının ağrı, yorgunluk ve fonksiyonel duruma etkisine yönelik bulgulara yer verilmiştir. Bulguların sunulduğu başlıklar aşağıdaki gibidir:

- I. Çalışmaya Katılan Hastaların Tanıtıcı Özellikleri
- II. Hastaların Girişim ve Kontrol Gruplarında Ağrı, Yorgunluk ve Sağlık Değerlendirme Ölçek Puanlarına İlişkin Bulgular
- III. Girişim Grubu Hastalarının Davranış Değişikliği Kontrol Listesi ve Hemşire Danışmanlığı Görüşlerine İlişkin Bulgular

##### 4.1. Çalışmaya Katılan Hastaların Tanıtıcı Özellikleri

Tablo 4.1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri (n=82)

Değişkenler		$\bar{X} \pm SS$
Yaş (min.-max.)		49.51± 8.71 (24-63)
	<b>Grup</b>	<b>f (%)</b>
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	70 (85.4)
	Erkek	12 (14.6)
<b>Medeni Durum</b>	Evli	70 (85.4)
	Bekar/Dul/Boşanmış	12 (14.6)
<b>Aile tipi</b>	Çekirdek	78 (95.1)
	Geniş	1 (1.2)
	Yalnız	3 (3.7)
<b>Eğitim</b>	İlkokul	56 (68.3)
	İlköğretim	9 (11)
	Lise	11 (13.4)
	Lisansüstü	6 (7.3)
<b>Yaşadığı Yer</b>	İl	26 (31.7)
	İlçe	40(48.8)
	Köy/Belde	16(19.5)
<b>Çalışma</b>	Evet	13(15.9)
	Hayır	69(84.1)
<b>Meslek</b>	Serbest	8 (9.8)
	İşçi	7 (8.5)
	Memur	2 (2.4)
	Emekli	5 (6.1)
	Öğrenci	2 (2.4)
	Ev Hanımı	58 (70.7)
<b>Çalışmama Nedeni</b>	Şimdiki hastalık nedeniyle	1 (1.2)
	Hastalık dışı nedenler	68 (82.9)
	Çalışıyor	13 (15.9)

**Tablo 4.1'in devamı**

<b>Sağlık Güvencesi</b>	Yok	2 (2.4)
	Yeşil kart	17 (20.7)
	SSK	48 (58.5)
	Özel Sigorta	10 (12.2)
	Bağkur	5 (6.1)
<b>Gelir</b>	Gelir giderden az	66 (80.5)
	Gelir gidere denk	16 (19.5)
<b>Beden Kitle İndeksi</b>	Düşük kilolu	1 (1.2)
	Normal kilolu	18 (22)
	Aşırı kilolu	27 (32.9)
	Obez	36 (43.9)
<b>Sigara kullanımı</b>	Halen içiyor	18 (22)
	Bırakmış	18 (22)
	Hiç içmemiş	46 (56)
<b>Alkol kullanımı</b>	Halen içiyor	15 (18.3)
	Bırakmış	4 (4.9)
	Hiç içmemiş	63 (76.8)
<b>İlaç düzenli kullanım</b>	Evet	55 (67.1)
	Hayır	27 (32.9)
<b>İlaç yan etki</b>	Evet	51 (62.2)
	Hayır	31 (37.8)
<b>RA eğitim alma</b>	Evet	25 (30.5)
	Hayır	57 (69.5)
<b>Eğitim veren kişi</b>	Hemşire	10 (12.2)
	Doktor	15 (18.3)
	Eğitim almayan	57 (69.5)
<b>Eklemede deformite varlığı</b>	Var	34 (41.5)
	Yok	48 (58.5)
<b>RA yönetim yeterliliği</b>	Evet	20 (24.4)
	Hayır	62 (75.6)

$\bar{X}$ : Ortalama, SS: Standart sapma, f: frekans

Çalışmaya katılan hastaların çoğunluğunun kadın (%85.4), evli (%85.4), çekirdek aile tipinde (%95.1), ilkokul mezunu (%68.3) olduğu, %48.8'nin ilçede yaşadığı, %84.1'inin herhangi bir işte çalışmadığı ve % 70.7'sinin ev hanımı olduğu saptandı. Tüm hastaların %82.9'unun hastalık dışı nedenlerden kaynaklı çalışmadığı, tamamına yakınının sosyal güvencesinin olduğu (%97.6) ve %80.5'inin de gelirinin giderden az olduğu görüldü. Çoğunluğu (%43.9) obez olan hastaların yine büyük çoğunluğu ilaçlarını düzenli kullandığını (%67.1), tedavi süresince ilaç yan etkisi yaşadığını (%62.2), hiç sigara (%56) ve alkol (%76.8) kullanmadığını ifade etti. Çalışmada hastaların yarısından fazlasının (%69.5) RA konusunda hiç eğitim almadığı, eğitim alanların da %18.3'ünün doktorundan eğitim aldığı saptandı. RA hastalarının %58.5'i deformitesinin olduğunu ve %75.6'sının RA hastalığını yönetmede kendini yeterli görmediği belirlendi (Tablo 4.1).

**Tablo 4.2. Girişim ve Kontrol Gruplarının Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması**

Değişkenler		Girişim (n=41) $\bar{X} \pm SS$	Kontrol (n=41) $\bar{X} \pm SS$		
Yaş (min.-max.)		47.12±10.18 (24-63)	51.90±6.19 (32-63)		
	<b>Grup</b>	<b>f (%)</b>	<b>f (%)</b>	$\chi^2$	<b>P</b>
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	35 (85.4)	35 (85.4)	0.001	1
	Erkek	6 (14.6)	6 (14.6)		
<b>Medeni durum</b>	Evli	34(82.9)	36 (87.8)	0.390	0.532
	Bekar/Dul/Boşanmış	7 (17.1)	5 (12.2)		
<b>Aile tipi</b>	Çekirdek	39 (95.1)	39 (95.1)	1.333	0.513
	Geniş	1 (2.4)	0 (0)		
	Yalnız	1 (2.4)	2 (4.9)		
<b>Eğitim durumu</b>	İlkokul	23 (56.1)	33 (80.5)	7.321	0.062
	İlköğretim	7 (17.1)	2 (4.8)		
	Lise	6 (14.6)	5 (12.2)		
	Lisansüstü	5 (12.2)	1 (2.4)		
<b>Yaşadığı yer</b>	İl	13 (31.7)	13 (31.7)	0.001	1
	İlçe	20 (48.8)	20 (48.8)		
	Köy/Belde	8 (19.5)	8 (19.5)		
<b>Çalışma durumu</b>	Evet	12 (29.3)	1 (2.4)	11.061	<b>0.001*</b>
	Hayır	29 (70.7)	40 (97.6)		
<b>Meslek</b>	Serbest	5 (12.2)	3 (7.3)	10.975	0.052
	İşçi	6 (14.6)	1 (2.4)		
	Memur	2 (4.9)	0 (0)		
	Emekli	1 (2.4)	4 (9.8)		
	Öğrenci	2 (4.9)	0 (0)		
	Ev Hanımı	25 (61)	33 (80.5)		
<b>Çalışmama nedeni</b>	Şimdiki hastalık nedeniyle	0 (0)	1(2.4)	11.778	<b>0.003*</b>
	Hastalık dışı nedenler	29 (70.7)	39(95.1)		
	Çalışıyor	12(29.3)	1(2.4)		
<b>Sağlık güvencesi</b>	Yok	1 (2.4)	1 (2.4)	1.463	0.833
	Yeşil kart	7 (17.1)	10 (24.4)		
	SSK	26 (63.4)	22 (53.7)		
	Özel Sigorta	4 (9.8)	6 (14.6)		
	Bağkur	3 (7.3)	2 (4.9)		
<b>Gelir durumu</b>	Gelir giderden az	34 (82.9)	32 (78)	0.311	0.577
	Gelir gidere denk	7 (17.1)	9 (22)		

\*p<.05,  $\bar{X}$ : Ortalama, SS: Standart sapma, f: frekans, t: Bağımsız örneklem t testi,  $\chi^2$ : ki kare

Girişim ve kontrol gruplarının sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması tablo 4.2' de görüldüğü gibidir. Bu doğrultuda çalışmaya katılan girişim grubundaki hastaların ortalama yaşının  $47.12 \pm 10.18$ , kontrol grubundaki hastaların ise  $51.90 \pm 6.19$  olduğu görüldü. Girişim ve kontrol gruplarında bulunan kadın (%85.4) ve erkek (%14.6) hastaların oranlarının eşit olduğu ve çoğunluğunun kadın olduğu saptandı. Girişim grubundaki hastaların %82.9'unun, kontrol grubundaki hastaların %87.8'i evli, girişim(%56.1) ve kontrol (%80.5) gruplarında bulunan hastaların çoğunluğunun ilkokul mezunu olduğu ve ilçede (%48.8) yaşadığı saptandı. Çalışmaya katılan RA'lı hastaların çoğunluğunun kadın olduğu göz önüne alındığında girişim (%61) ve kontrol (%80.5) grubundaki hastaların büyük çoğunluğunun ev hanımı olduğu, her iki grupta da hastaların tamamına yakınının sosyal güvencelerinin olduğu belirlendi. Girişim grubunda hastaların %82.9'u, kontrol grubundaki hastaların da %78'i gelirinin giderinden az olduğunu belirtti.

Girişim grubundaki hastaların %70.7'sinin, kontrol grubundaki hastaların %97.6'sının herhangi bir işte çalışmadığı gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ( $p < .05$ ). Kontrol grubunda çalışmayan hastaların oranının daha yüksek olduğu bulundu. Girişim grubundaki hastaların %70.7'si ve kontrol grubunun ise %95.1'i hastalık dışındaki nedenlerden dolayı çalışmamaktaydı. Diğer sosyodemografik değişkenler ile hastaların gruplarına ilişkin oranlar arasında ise anlamlı fark olmadığı belirlendi ( $p > .05$ ).

**Tablo 4.3. Girişim Kontrol Gruplarının Yaşam Tarzı Özelliklerinin Karşılaştırılması**

Değişkenler	Grup	Girişim	Kontrol	$\chi^2$	p
		(n=41) f (%)	(n=41) f (%)		
<b>Beden Kitle İndeksi</b>	Düşük kilolu	1 (2.4)	0 (0)	5.459	0.362
	Normal kilolu	8 (19.5)	10 (24.4)		
	Kilolu	13 (31.7)	14 (34.1)		
	Aşırı kilolu	19 (46.4)	17 (41.4)		
<b>Evde birlikte yaşadığı kişi/kişiler</b>	Eş ile	4 (9.8)	10 (24.4)	3.238	0.519
	Eş ve çocukla	30 (73.2)	24 (58.5)		
	Yalnız	2 (4.9)	2 (4.9)		
	Çocuklarla	4 (9.8)	4 (9.8)		
<b>Bakım veren kişi</b>	Anne baba kardeş ile	1 (2.4)	1 (2.4)	11.269	0.08
	Eş	21 (51.2)	12 (29.3)		
	Kız evlat	10 (24.4)	17 (41.5)		
	Erkek evlat	5 (12.2)	3 (7.3)		
	Anne Baba	2 (4.9)	0 (0)		
	Bakıcı	0 (0)	1 (2.4)		
	Bakım Veren Yok	3 (7.3)	5 (12.2)		
Akraba	0 (0)	3 (7.3)			
<b>Sigara kullanımı</b>	Halen içiyor	9 (22)	9 (22)	0.309	0.857
	Bırakmış	10 (24.4)	8 (19.5)		
	Hiç içmemiş	22 (53.7)	24 (58.5)		
<b>Alkol kullanımı</b>	Halen içiyor	5 (12.2)	10 (24.4)	2.063	0.356
	Bırakmış	2 (4.9)	2 (4.9)		
	Hiç içmemiş	34 (82.9)	29 (70.7)		

\*p<.05, f: frekans, t: Bağımsız örneklem t testi,  $\chi^2$ : ki kare

Girişim ve kontrol gruplarının yaşam tarzı durumlarına yönelik bulgular Tablo 4.3'te yer almaktadır. Buna göre; girişim (%46.4) ve kontrol (%41.4) grubundaki hastaların çoğunluğunun aşırı kilolu olduğu, eşi veya çocuğuyla yaşıyor olduğunu belirlendi. Girişim grubundaki hastaların çoğunluğuna bakım veren kişinin eşleri (%51.2), kontrol grubunda ise kızlarının (%41.5) olduğu ve her iki gruptaki hastaların yarısından fazlasının sigara ile alkol kullanmadığı belirlendi.

Yaşam tarzı ile ilgili olan değişkenlerden beden kitle indeksi, evde birlikte yaşadığı kişi, bakım veren kişi, sigara ve alkol kullanma değişkenleri ile girişim ve kontrol gruplarındaki hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmedi (p>.05).

**Tablo 4.4. Girişim ve Kontrol Grubundaki Hastaların Hastalık Özelliklerinin Karşılaştırılması**

Değişkenler	Grup	Girişim Grubu	Kontrol Grubu	$\chi^2$	P
		(n=41)	(n=41)		
		f (%)	f (%)		
Hastalık Süresi		10.17±6.84	10.8±8.92	-0.361	0.719
Steroid	Evet	25 (61)	24 (58.5)	0.051	0.822
	Hayır	16 (39)	17 (41.5)		
NSAİİ	Evet	12 (29.3)	13 (31.7)	0.058	0.810
	Hayır	29 (70.7)	28 (68.3)		
Konvensiyonel DMARD	Evet	38(92.7)	39 (95.1)	0.213	0.644
	Hayır	3 (7.3)	2 (4.9)		
Biyolojik DMARD	Evet	4 (9.8)	2 (4.9)	0.719	0.396
	Hayır	37 (90.2)	39 (95.1)		
Analjezik	Evet	9 (22)	2 (4.9)	5.145	<b>0.023*</b>
	Hayır	32 (78)	39 (95.1)		
Düzenli ilaç kullanım	Evet	23 (56.1)	32 (78)	4.473	<b>0.034*</b>
	Hayır	18 (43.9)	9 (22)		
İlaç yan etkisi	Evet	30 (73.2)	21 (51.2)	4.201	<b>0.04*</b>
	Hayır	11 (26.8)	20 (48.8)		
RA eğitim alma durumu	Evet	15 (36.6)	10 (24.4)	1.439	0.23
	Hayır	26 (63.4)	31 (75.6)		
RA eğitim veren kişi	Hemşire	5 (12.2)	5 (12.2)	2.105	0.349
	Doktor	10 (24.4)	5 (12.2)		
	Eğitim Almadım	26 (63.4)	31 (75.6)		
GETAT kullanımı	Evet	22 (53.7)	10 (24.4)	7.38	<b>0.007*</b>
	Hayır	19 (46.3)	31 (75.6)		
Düzenli egzersiz	Evet	1 (2.4)	5 (12.2)	2.877	0.09
	Hayır	40 (97.6)	36 (87.8)		
GYA destek alma	Evet	24 (58.5)	16 (39)	3.124	0.077
	Hayır	17 (41.5)	25 (61)		
Eklem ağrısı	Var	40 (97.6)	38 (92.7)	1.051	0.305
	Yok	1(2.4)	3 (7.3)		
Eklemlerde şişlik	Var	38 (92.7)	33 (80.5)	2.625	0.105
	Yok	3 (7.3)	8 (19.5)		
Eklemdedeformite varlığı	Var	23 (56.1)	11(26.8)	7.235	<b>0.007*</b>
	Yok	18 (43.9)	30(73.2)		
Sabah tutukluğu	Var	37 (90.2)	34 (82.9)	0.945	0.331
	Yok	4 (9.8)	7 (17.1)		
Yorgunluk	Var	40(97.6)	40(97.6)	0.001	1
	Yok	1(2.4)	1(2.4)		
Uyku problemi	Var	34(82.9)	33(80.5)	0.082	0.775
	Yok	7(17.1)	8(19.5)		
DAS28 Skoru	Remisyon	16 (39)	8 (19.5)	4.284	0.117
	Düşük Hast. Aktivitesi	13 (31.7)	14 (34.1)		
	Orta Şiddet Hast. Aktivitesi	12 (29.3)	19 (46.3)		
Ek kronik hastalık	Yok	10 (24.4)	6 (14.6)	1.242	0.165
	Var	31 (75.6)	35 (85.4)		

\*p<.05, f: frekans, t: Bağımsız örneklem t testi,  $\chi^2$ : ki kare , GETAT : Geleneksel Tamamlayıcı Alternatif Tıp

Tablo 4.4'te girişim ve kontrol grubundaki hastaların hastalık özelliklerinin karşılaştırılması verildi. Girişim ve kontrol grubundaki hastalar arasında, analjezik kullanımı, düzenli ilaç kullanımı, ilaç yan etki görülme durumu, GETAT kullanım ve eklemde deformite varlığı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark elde edildi ( $p < .05$ ).

Kontrol grubundaki hastaların (%95.1), girişim grubuna (%78) göre daha yüksek oranda analjezik kullanmadığı belirlendi. Girişim grubunda hastaların %56.1'inin, kontrol grubunda ise hastaların %78'inin düzenli ilaç kullandığı görüldü. Her iki grupta da düzenli ilaç kullanım oranı yüksek olup kontrol grubunda düzenli ilaç kullananların sayısı girişim grubundan daha fazladır. Girişim grubunda hastaların (%73.2), kontrol grubundaki hastalara (%51.2) göre ilaç yan etkisine daha çok maruz kaldığı belirlendi. Girişim grubunda GETAT kullanım oranı daha yüksek iken kontrol grubunda ise GETAT kullanmayanların oranının daha yüksek olduğu saptandı. Ayrıca GETAT kullananlar için de girişim grubunda kullanan hastaların sayısının kontrol grubuna göre de daha yüksek olduğu bulundu. Girişim grubunda eklemde deformitesi olan hastaların oranı daha yüksek ancak kontrol grubunda ise eklemde deformite olmayanların oranı daha yüksektir. Buna ek olarak eklemde deformite varlığı içinde girişim grubundaki deformite olanların sayısı olmayanlara göre daha yüksektir.

Her iki gruptaki hastaların ortalama RA hastalık süresinin 10 yıl olduğu, DAS28 Skoruna göre hastalık aktivite düzeylerinin benzer olduğu belirlendi. Girişim grubundaki hastaların %24.4'ünde ve kontrol grubundaki hastaların % 14.6'sında RA'ya ek kronik hastalığının olduğu görüldü. Hastalık süresi, hastalık aktivite düzeyi ve ek hastalık varlığı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi ( $p > .05$ ).

**Tablo 4.5. Girişim ve Kontrol Gruplarının Hastalık Yönetme Davranışlarının Karşılaştırılması**

Değişkenler	Grup	Girişim	Kontrol	$\chi^2$	p
		f (%)	f (%)		
RA'yı yönetme girişimi	Var	35 (85.4)	39 (95.1)	2.216	0.137
	Yok	6 (14.6)	2 (4.9)		
RA'yı yönetmede yeterli hissetme algısı	Var	6 (14.6)	14 (34.1)	4.232	<b>0.04*</b>
	Yok	35 (85.4)	27 (65.9)		
RA'yı yönetmede kişi engeli	Var	27 (65.9)	25(61)	0.21	0.647
	Yok	14 (34.1)	16(39)		
RA'yı yönetmede hastaneye erişim engeli	Var	17 (41.5)	12 (29.3)	1.334	0.248
	Yok	24 (58.5)	29 (70.7)		
RA yönetmede gelir engeli	Var	27 (65.9)	27 (65.9)	0.001	1.000
	Yok	14 (34.1)	14 (34.1)		
RA'yı yönetmede yaşanan yer engeli	Var	16 (39)	18 (43.9)	0.201	0.654
	Yok	25 (61)	23 (56.1)		
RA'yı tek başına yönetebilme inancı	Var	12 (29.3)	10 (24.4)	0.248	0.618
	Yok	29 (70.7)	31 (75.6)		
RA'yı sağlık personeli desteği ile yönetme inancı	Var	38 (92.7)	40 (97.6)	1.051	0.305
	Yok	3 (7.3)	1 (2.4)		

\*p<.05 , f: frekans, t: Bağımsız örneklem t testi ,  $\chi^2$ : ki kare

Girişim ve kontrol gruplarının hastalık yönetme davranışlarının karşılaştırılması tablo 4.5'te verildi. Girişim ve kontrol grubundaki hastalar arasında RA'yı yönetmede yeterli hissetme algısı değişkeni açısından istatistiksel olarak anlamlı fark edilirken (p<.05), hastalık yönetme davranışlarına yönelik diğer değişkenler açısından anlamlı fark elde edilmedi (p>.05). Hem kontrol hem de girişim grubunda RA yönetme de yeterli hissetmeme oranının yüksek olduğu görüldü.

Girişim (%85.4) ve kontrol (%95.1) grubundaki hastaların çoğunluğunun RA hastalığını yönetme girişimlerinin olduğu görüldü. Her iki gruptaki hastaların çoğunluğu RA hastalığını yönetmede, sosyal ilişki içerisinde olunan kişiyi ve gelir düzeyi düşüklüğünü engel olarak görürken; hastaneye erişimi ve yaşanan yeri engel olarak görmediğini belirtti. Girişim grubundaki hastaların %70.7'si, kontrol grubundaki hastaların da %75.6'sı RA'yı tek başına, destek almadan yönetemeyeceğini ifade etti. Ayrıca girişim (%92.7) ve kontrol (%97.6) grubundaki hastaların tamamına yakınının RA'yı sağlık personelinin desteği ile yönetebileceğine inandığı saptandı.

#### 4.2. Hastaların Girişim ve Kontrol Grubunda Ağrı, Yorgunluk ve Sağlık Değerlendirme Ölçek Puanlarına İlişkin Bulgular

Tablo 4.6. Girişim ve Kontrol Gruplarının Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Grup	Ölçek	Zaman	En Küçük	En Büyük	X	Ss	Çarpıklık	Basıklık
Girişim	Ağrı	Öntest	17	44	33.37	6.36	-0.583	0.08
		Sontest	1	26	11.49	6.76	0.45	-0.463
	Yorgunluk	Öntest	24	70	53.34	12.76	-0.954	0.028
		Sontest	3	44	19.63	11.39	0.436	-0.767
	Sağlık Değerlendirme	Öntest	0.3	3	1.60	0.49	0.039	0.984
		Sontest	0	2	0.82	0.44	0.614	0.53
Kontrol	Ağrı	Öntest	17	38	28.49	5.93	-0.17	-0.76
		Sontest	9	41	27.41	8.23	-0.349	-0.635
	Yorgunluk	Öntest	19	70	48.29	12.99	-0.33	-0.747
		Sontest	17	70	47.95	14.80	-0.17	-1.155
	Sağlık Değerlendirme	Öntest	0.9	2.4	1.64	0.47	-0.045	-1.263
		Sontest	0.9	2.6	1.65	0.48	0.168	-0.978

Ağrı, yorgunluk ve sağlık değerlendirme ölçek puanlarının betimsel istatistikleri tablo 4.6'da yer almaktadır. Girişim grubunda ağrı, yorgunluk ve sağlık değerlendirme öntest puan ortalaması sırasıyla 33.37, 53.34 ve 1.60 olarak elde edilirken sontest puan ortalaması ise sırasıyla 11.49, 19.63 ve 0.82 olarak saptandı. Kontrol grubunda ağrı, yorgunluk ve sağlık değerlendirme sontest puan ortalaması sırasıyla 28.49, 48.29 ve 1.64 olarak elde edilirken, sontest puan ortalaması ise 27.41, 47.95 ve 1.65 olarak saptandı. Çarpıklık ile basıklık değerleri incelendiğinde  $\pm 2$  arasında olduğunda her iki grupta da hem öntest hem de sontest puanlar normal dağılım gösterdiği belirlendi.

**Tablo 4.7. Girişim ve Kontrol Gruplarının Ağrı, Yorgunluk ve Sağlık Değerlendirme Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması**

Ölçek Puanları	Grup	Ön Test	Son Test	Test değeri/ p**
		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	
McGill Ağrı Formu	Girişim (n=41)	33.37±6.36	11.49±6.76	t=18.862 <b>p=0.001#</b>
	Kontrol (n=41)	28.49±5.93	28.41±8.23	t=1.222 p=0.229
<b>Test değeri/ p***</b>		t=3.591. <b>p=0.001#</b>	t=-9.574. <b>p=0.001#</b>	
Yorgunluk Ölçeği	Girişim (n=41)	53.34±12.76	19.63±11.39	t=16.585 <b>p=0.001#</b>
	Kontrol (n=41)	48.29±12.99	47.95±14.8	t=0.268 p=0.79
<b>Test değeri/ p***</b>		t=1.775. p=0.080	t=-9.71. <b>p=0.001#</b>	
Sağlık Değerlendirme Ölçeği	Girişim (n=41)	1.6±0.49	0.82±0.44	t=12.701 <b>p=0.001#</b>
	Kontrol (n=41)	1.64±0.47	1.65±0.48	t=-0.18 p=0.858
<b>Test değeri/ p***</b>		t= -0.458. p=0.648	t=-8.158. <b>p=0.001#</b>	

\*p<0.05, #p<0.001,  $\bar{X}$ : Ortalama, SS: Standart sapma, \*\*Gruplar içi Karşılaştırma; t; Bağımsız Gruplar T Testi, \*\*\*Gruplar Arası Karşılaştırma; t; Bağımlı Gruplar T Testi

Girişim ve kontrol gruplarının ölçek değerlendirme puanlarına ilişkin bulgular tablo 4.7'de görüldüğü gibidir. Girişim grubunu oluşturan hastaların girişim öncesi ağrı ortalama puanı 33.37±6.36 iken, uygulama sonrası 11.49±6.76; yorgunluk ortalama puanı uygulama öncesi 53.34±12.76 iken, uygulama sonrası 19.63±11.39; sağlık değerlendirme ortalama puanı uygulama öncesi 1.6±0.49 iken, uygulama sonrası 0.82±0.44 olduğu belirlendi. Girişim ve kontrol grubunda ağrı (t=-9.574, p<.05), yorgunluk (t=-9.71, p<.05) ve sağlık değerlendirme (t=-8.158, p<.05) son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark elde edildi. Girişim grubunda ağrı (t=18.862, p<.05), yorgunluk (t=-16.585, p<.05) ve sağlık değerlendirme (t=12.701, p<.05) öntest ve son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark elde edildi. Girişim grubunda hastaların son test ağrı, yorgunluk ve sağlık değerlendirme puan ortalaması önteste göre daha düşüktür. Kontrol grubunda hastaların ağrı (t=1.222, p>.05), yorgunluk (t=0.268, p>.05) ve sağlık değerlendirme (t=-0.18, p>.05) öntest ve son test puan ortalamaları arasında anlamlı fark yoktur.

Girişim ve kontrol grubunda ağrı, yorgunluk ve sağlık değerlendirme öntest puanları arasında fark olup olmadığı bağımsız gruplar t testi ile analiz edildi. Bu yöntem iki grupta sürekli olan puanların karşılaştırılmasında kullanılan ve parametrik olan bir yöntemdir. Girişim ve kontrol gruplarında ağrı öntest puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark elde edildi ( $t=3.591$ ,  $p<.05$ ). Girişim grubundaki hastaların ağrı öntest puan ortalaması kontrol grubuna göre daha yüksek bulundu. Ancak girişim ve kontrol grubunda yorgunluk ( $t=1.775$ ,  $p>.05$ ) ve sağlık değerlendirme ( $t=-0.458$ ,  $p>.05$ ) öntest puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. Girişim ve kontrol grubundaki hastaların yorgunluk ve sağlık değerlendirme öntest puan ortalamalarının benzer olduğu saptandı.

Girişim ve kontrol grubunda ağrı, yorgunluk ve sağlık değerlendirme sontest puanları arasında fark olup olmadığı bağımsız gruplar t testi ile analiz edildi. Kontrol grubundaki hastaların ağrı, yorgunluk ve sağlık değerlendirme sontest puan ortalamaları girişim grubuna göre daha yüksek bulundu. Girişim ve kontrol grubunda ağrı, yorgunluk ve sağlık değerlendirme öntest ve sontest puanları arasında fark olup olmadığı bağımlı gruplar t testi ile analiz edilmiştir. Bu yöntem tek grupta iki farklı ölçümün karşılaştırılmasında kullanılan ve parametrik olan bir yöntemdir.

**Tablo 4.8. Girişim ve Kontrol Grubu McGill Ağrı Ölçeği Kısa Formu Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

Ölçek Puanları	Grup	Ön Test	Son Test	Test değeri/ p**
		$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	
Algısal alt boyut	Girişim (n=41)	8.76±1.97	3.12±1.95	t=15.839 p=0.001#
	Kontrol (n=41)	7.49±1.96	6.95±2.25	t=1.95 p=0.058
Test değeri/ p***		t= 2.918. p=0.005*	t= -8.239. p=0.001#	
Duyusal alt boyut	Girişim (n=41)	24.61±5.05	8.37±5.13	t=17.472 p=0.001#
	Kontrol (n=41)	21±5.08	20.46±6.74	t=0.755 p=0.455
Test değeri/ p***		t= 3.226. p=0.002*	t= -9.145. p=0.001#	

\*p<0.05, #p<0.001,  $\bar{X}$ : Ortalama, SS: Standart sapma, \*\*Gruplar içi Karşılaştırma; t; Bağımsız Gruplar T Testi, \*\*\*Gruplar Arası Karşılaştırma; t; Bağımlı Gruplar T Testi

Tablo 4.8.'de görüldüğü gibi girişim ve kontrol grubunda ölçek boyutlarına ilişkin öntest ve sontest puanları arasında fark olup olmadığı bağımsız gruplar t testi ile analiz edildi. Girişim ve kontrol grubunda ağrı ölçeği algısal ( $t=2.918$ ,  $p<0.05$ ) ve duyuşal ( $t=3.226$ ,  $p<0.05$ ) alt boyutlarına ilişkin öntest puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark elde edildi. Her iki grupta da girişim grubundaki hastaların algısal ve duyuşal alt boyut ortalamalarının daha yüksek olduğu saptandı. Girişim ve kontrol grubunda ağrı ölçeği algısal ( $t=-8.239$ ,  $p<0.05$ ) ve duyuşal ( $t=-9.145$ ,  $p<0.05$ ) alt boyutlarına ilişkin sontest puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark elde edildi. Her iki grupta da girişim grubundaki hastaların algısal ve duyuşal alt boyut ortalama puanlarının daha az olduğu belirlendi.

Girişim ve kontrol grubunda ölçek alt boyutları öntest ve sontest puanları arasında fark olup olmadığı bağımlı gruplar t testi ile analiz edildi. Girişim grubunda ağrı ölçeği algısal ( $t=15.839$ ,  $p<0.05$ ) ve duyuşal ( $t=17.472$ ,  $p<0.05$ ) alt boyutlarına ilişkin öntest ve sontest puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark elde edildi. Girişim grubunda hem algısal hem de duyuşal alt boyutlarına ilişkin sontest puan ortalaması önteste göre daha düşük olduğu saptandı. Kontrol grubunda ağrı ölçeği algısal ( $t=1.95$ ,  $p>0.05$ ) ve duyuşal ( $t=0.755$ ,  $p>0.05$ ) alt boyutlarına ilişkin öntest ve sontest puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi. Kontrol grubunda hastaların algısal ve duyuşal öntest ile sontest puan ortalamaları arasında fark olmadığı görüldü.

**Tablo 4.9. Girişim ve Kontrol Grubunu Mevcut Ağrı İndeksi Öntest ve Sontest Puanlarının Karşılaştırılması**

Grup	Öntest	Sontest	Z	p
	$\bar{X}\pm ss$	$\bar{X}\pm ss$		
Girişim	4.56±0.59	1.85±0.91	-5.646	<b>0.001</b> #
Kontrol	4.27±0.71	3.66±0.94	-3.731	<b>0.001</b> #

\* $p<0.05$ , # $p<0.001$ , Z: Wilcoxon sıralı işaretler testi

Tablo 4.9.'da girişim ve kontrol grubunda mevcut ağrı indeksi öntest ve sontest puanlarına yönelik bulgular yer almaktadır. Buna göre; girişim ve kontrol grubunda mevcut ağrı indeksi öntest ve sontest puanları arasında fark olup olmadığı Wilcoxon sıralı işaretler testi parametrik olmayan yöntemi kullanıldı. Mevcut ağrı indeksi sıralı veri tipinde bir değişken olup sürekli olmadığı için bu yöntem kullanıldı. Girişim grubunda ( $Z=-5.646$ ,  $p<0.05$ ) ve kontrol grubunda ( $Z=-3.731$ ,  $p<0.05$ ) mevcut ağrı indeksi

öntest ve sontest puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark elde edildi. Hem girişim hem kontrol grubunda hastaların mevcut ağrı indeks sontest puan ortalamalarının önteste göre daha düşük olduğu saptandı. Girişim grubunda mevcut ağrı indeksi puanındaki düşüş miktarının kontrol grubuna göre daha fazla olduğu belirlendi.

**Tablo 4.10. Ağrı Ölçeği Puanları ANKOVA Analiz Değerlerinin Dağılımı**

<b>Grup</b>	<b>N</b>	<b>X±ss</b>	<b>F</b>	<b>P</b>
Girişim	41	10.555±1.013	180.197	<b>0.001#</b>
Kontrol	41	29.887±1.023		

\*p<0.05, #p<.0.001

Ağrı öntest puanları kontrol edildiğinde girişim ve kontrol gruplarında ağrı son test puanları arasında fark, tek yönlü kovaryans analizi ile karşılaştırılmıştır. Sadece ağrı puanları için ANKOVA analizi yapılmış bunun nedeni girişim ve kontrol grubunda sadece ağrı öntest puanları arasında fark elde edilmiştir. Dolayısıyla bu öntest puanları kontrol edilerek düzeltilmiş sontest puanları karşılaştırılmıştır (Tablo 4.10). Bu analizde en temel varsayım grup (kontrol ve girişim) ile kovariyet (ağrı öntest puanları) arasında etkileşim olmaması gerekir ve bu regresyon eğimlerinin eşitliği olarak ifade edilir (Tabachnick ve Fidell, 2013). Eğer grup ve ağrı öntest puanları arasında olan etkileşim istatistiksel olarak anlamlı değilse gruplar arasında öntestler bakımından fark yeniden düzenlenerek kontrol edilir. Regresyon eğimlerinin eşitliği varsayımı Tablo 4.11.'de gösterilmiştir.

**Tablo 4.11. Ağrı Ölçeği Puanları Regresyon Eğimlerinin Eşitliğine İlişkin Bulgular**

<b>Etkileşim</b>	<b>F</b>	<b>P</b>
Ağrı Öntest	3.754	0.065

Ağrı öntest puanı ile grup değişkeni arasındaki etkileşim istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p>.05$ ). Dolayısıyla gruplar ağrı öntest puanları bakımından benzer düzeye getirilmiştir. Girişim ve kontrol grubunda ağrı öntest puanları kontrol altına alındığında düzeltilmiş sontest puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark elde edilmiştir ( $F=180.197$ ,  $p<.05$ ). Girişim grubunun düzeltilmiş ağrı sontest puan ortalaması kontrol grubuna göre daha düşüktür (Tablo 4.11).

**Tablo 4.12. Girişim ve Kontrol Gruplarının Yorgunluk Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

Ölçek Alt Boyut Puanları	Grup	Ön Test	Son Test	Test değeri/ p**
		$\bar{X}\pm SS$	$\bar{X}\pm SS$	
Fiziksel yorgunluk	Girişim (n=41)	18.05±3.33	8.9±4.55	t=8.234 p=0.001#
	Kontrol (n=41)	16.46±3.79	15.78±4.7	t=0 p=1
Test değeri/ p***		t= 1.973. p=0.051	t=-6.731. p=0.001#	
Günlük yaşam aktivite yorgunluğu	Girişim (n=41)	15.12±4.98	3.76±3.69	t=6.369 p=0.001#
	Kontrol (n=41)	13.07±4.42	12.59±4.97	t=-0.443 p=0.66
Test değeri/ p***		t=1.971. p=0.052	t=-9.125. p=0.001#	
Bilişsel yorgunluk	Girişim (n=41)	10.73±4.47	4.2±3.33	t=7.189 p=0.001#
	Kontrol (n=41)	10.34±3.81	11±4.1	t=-1.355 p=0.183
Test değeri/ p***		t= 0.426.p=0.672	t=-8.248. p=0.001#	
Duygusal yorgunluk	Girişim (n=41)	9.44±3.32	2.78±2.64	t=6.427 p=0.001#
	Kontrol (n=41)	8.41±3.3	8.59±3.32	t=0 p=1
Test değeri/ p***		t= 1.402. p=0.165	t=-8.755. p=0.001#	

\*p<0.05, #p<0.001,  $\bar{X}$ : Ortalama, SS: Standart sapma, \*\*Gruplar içi Karşılaştırma; t; Bağımsız Gruplar T Testi, \*\*\*Gruplar Arası Karşılaştırma, t; Bağımlı Gruplar T Testi

Tablo 4.12.'de görüldüğü gibi girişim ve kontrol grubunda yorgunluk ölçeği fiziksel yorgunluk (t=1.973, p>.05), günlük yaşam aktivitesi yorgunluğu (t=1.971, p>.05), bilişsel yorgunluk (t=0.426, p>.05) ve duygusal yorgunluk (t=1.402, p>.05) alt boyutlarına ilişkin öntest puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı. Girişim ve kontrol grubunda yorgunluk ölçeği fiziksel yorgunluk (t=-6.731, p<.05), günlük yaşam aktivitesi yorgunluğu (t=-9.125, p<.05), bilişsel yorgunluk (t=-8.248, p<.05) ve duygusal yorgunluk (t=-8.755, p<.05) alt boyutlarına ilişkin sontest puanları arasında anlamlı fark elde edildi. Girişim grubundaki hastaların son test fiziksel, günlük yaşam aktivitesi, bilişsel ve duygusal yorgunluk alt boyut puan ortalamalarının kontrol grubuna göre daha az olduğu görüldü.

Girişim grubunda yorgunluk ölçeği fiziksel yorgunluk (t=8.234, p<.05), günlük yaşam aktivitesi yorgunluğu (t=6.369, p<.05), bilişsel yorgunluk (t=7.189, p<.05) ve duygusal yorgunluk (t=6.427, p<.05) alt boyutlarına ilişkin öntest ve sontest puanları arasında anlamlı fark elde edildi. Girişim grubundaki hastaların fiziksel, günlük yaşam aktivitesi, bilişsel ve duygusal yorgunluk sontest boyut ortalamaları önteste göre daha az olduğu belirlendi.

**Tablo 4.13. Girişim ve Kontrol Gruplarının Sağlık Değerlendirme Anketi Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması**

Ölçek Puanları	Grup	Ön Test	Son Test	Test değeri/ p*
		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	
Giyinip kuşanma	Girişim (n=41)	1.41±0.71	0.49±0.64	t=8.234 p=0.001 <sup>#</sup>
	Kontrol (n=41)	1.44±0.59	1.44±0.59	t=0 p=1
Test değeri/ p***		t=-0.169. p=0.866	t= -6.993. p=0.001 <sup>#</sup>	
Doğrulma	Girişim (n=41)	1.49±0.68	0.8±0.51	t=6.732 p=0.001 <sup>#</sup>
	Kontrol (n=41)	1.51±0.51	1.49±0.51	t=0.33 p=0.743
Test değeri/ p***		t=-0.185. p=0.854	t= -6.081. p=0.001 <sup>#</sup>	
Yemek yeme	Girişim (n=41)	1.85±0.73	1.2±0.9	t=5.31 p=0.001 <sup>#</sup>
	Kontrol (n=41)	1.93±0.79	1.98±0.72	t=-0.813 p=0.421
Test değeri/ p***		t= -0.437. p=0.663	t= -4.325. p=0.001 <sup>#</sup>	
Yürüme	Girişim (n=41)	1.54±0.78	0.83±0.74	t=6.04 p=0.001 <sup>#</sup>
	Kontrol (n=41)	1.68±0.57	1.73±0.63	t=-0.813 p=0.421
Test değeri/ p***		t= -0.973. p=0.333	t= -5.94. p=0.001 <sup>#</sup>	
Hijyen	Girişim (n=41)	1.29±0.75	0.39±0.49	t=8.253 p=0.001 <sup>#</sup>
	Kontrol (n=41)	1.32±0.69	1.27±0.67	t=1.432 p=0.16
Test değeri/ p***		t= -0.154. p=0.878	t= -6.743. p=0.001 <sup>#</sup>	
Uzanma	Girişim (n=41)	1.88±0.75	1.05±0.84	t=6.369 p=0.001 <sup>#</sup>
	Kontrol (n=41)	1.76±0.83	1.78±0.82	t=0.443 p=0.66
Test değeri/ p***		t= -0.699. p=0.487	t= -3.998. p=0.001 <sup>#</sup>	
Kavrama	Girişim (n=41)	1.46±0.9	0.61±0.89	t=7.189 p=0.001 <sup>#</sup>
	Kontrol (n=41)	1.54±0.71	1.61±0.7	t=-1.355 p=0.183
Test değeri/ p***		t= -0.409. p=0.683	t= -5.642. p=0.001 <sup>#</sup>	
Günlük işler	Girişim (n=41)	1.73±0.67	1.07±0.61	t=6.427 p=0.001 <sup>#</sup>
	Kontrol (n=41)	1.85±0.73	1.85±0.69	t=0 p=1
		t= -0.789. p=0.432	t= -5.428. p=0.001 <sup>#</sup>	

\*p<0.05, <sup>#</sup>p<0.001,  $\bar{X}$ : Ortalama, SS: Standart sapma, Bağımlı Gruplar T Testi, \*\*Gruplar içi Karşılaştırma, Bağımsız Gruplar T Testi, \*\*\*Gruplar Arası Karşılaştırma

Tablo 4.13.'te görüldüğü gibi girişim ve kontrol grubunda ölçek boyutlarına ilişkin öntest puanları arasında fark olup olmadığı bağımsız gruplar t testi ile analiz edilmiştir. Girişim ve kontrol grubunda sağlık değerlendirme ölçeği giyinip kuşanma (t=-0.169, p>.05), doğrulma (t=-0.185, p>.05), yemek yeme (t=-0.437, p>.05), yürüme (t=-0.973, p>.05), hijyen (t=-0.154, p>.05), uzanma (t=0.699, p>.05), kavrama

( $t=0.683$ ,  $p>.05$ ) ve günlük işler ( $t=-0.789$ ,  $p>.05$ ) alt boyutlarına ilişkin öntest puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. Girişim ve kontrol grubundaki hastaların tüm alt boyutlara ilişkin puan ortalamasının benzer olduğu saptandı. Girişim ve kontrol grubunda sağlık değerlendirme ölçeği giyinip kuşanma ( $t=-6.993$ ,  $p<.05$ ), doğrulma ( $t=-6.081$ ,  $p<.05$ ), yemek yeme ( $t=-4.325$ ,  $p<.05$ ), yürüme ( $t=-5.94$ ,  $p<.05$ ), hijyen ( $t=-6.743$ ,  $p<.05$ ), uzanma ( $t=3.398$ ,  $p<.05$ ), kavrama ( $t=-5.642$ ,  $p<.05$ ) ve günlük işler ( $t=-5.428$ ,  $p<.05$ ) alt boyutlarına ilişkin sontest puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark elde edilmiştir. Tüm ölçek alt boyutları için kontrol grubundaki sontest puan ortalaması önteste göre daha yüksektir.

Girişim grubunda sağlık değerlendirme alt boyutları; giyinip kuşanma ( $t=8.234$ ,  $p<.05$ ), doğrulma ( $t=6.732$ ,  $p<.05$ ), yemek yeme ( $t=5.31$ ,  $p<.05$ ), yürüme ( $t=6.04$ ,  $p<.05$ ), hijyen ( $t=8.253$ ,  $p<.05$ ), uzanma ( $t=6.369$ ,  $p<.05$ ), kavrama ( $t=7.189$ ,  $p<.05$ ) ve günlük işler ( $t=6.427$ ,  $p<.05$ ) alt boyutlarına ilişkin öntest ve sontest puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark elde edildi. Girişim grubunda tüm sağlık değerlendirme alt boyutları için sontest puan ortalamaları önteste göre daha düşük olduğu bulundu.

Kontrol grubunda sağlık değerlendirme ölçeği alt boyutları; giyinip kuşanma ( $t=0$ ,  $p>.05$ ), doğrulma ( $t=0.33$ ,  $p>.05$ ), yemek yeme ( $t=-0.813$ ,  $p>.05$ ), yürüme ( $t=-0.813$ ,  $p>.05$ ), hijyen ( $t=1.432$ ,  $p>.05$ ), uzanma ( $t=-0.443$ ,  $p>.05$ ), kavrama ( $t=-1.355$ ,  $p>.05$ ) ve günlük ( $t=0$ ,  $p>.05$ ) alt boyutlarına ilişkin öntest ve sontest puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı. Kontrol grubunda tüm ölçek alt boyutları için öntest ve sontest puan ortalaması arasında fark olmadığı görüldü.

**Tablo 4.14. Ağrı, Yorgunluk ve Sağlık Değerlendirme Ölçek Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki**

	1	2	3
1.Sağlık Değerlendirme	1		
2.Ağrı	.722**	1	
3.Yorgunluk	.808**	.842**	1

\*\* $p<0.01$

Ölçek puanları arasında korelasyon değerlerinin dağılımı Tablo 4.14.'te verildi. Sağlık değerlendirme, ağrı ve yorgunluk ölçek puanları arasında ilişki Pearson korelasyon yöntemi ile incelenmiştir (Turgut ve Baykul, 2010). İlişki katsayısı 0.70 ve üzeri olduğunda ilişkinin yüksek düzeyde olduğunu belirtmiştir. Buna göre sağlık değerlendirme ile ağrı ( $r=0.722$ ) ve yorgunluk ( $r=0.808$ ) puanları arasında pozitif yönde

ve yüksek düzeyde ilişki elde edilmiştir. Sağlık değerlendirme puanları arttıkça ağrı ölçek ve yorgunluk ölçek puanları da artmaktadır. Yorgunluk ölçek puanı ile ağrı puanları arasında da pozitif yönde ve yüksek düzeyde ilişki elde edilmiştir ( $r=0.842$ ). Ağrı ölçek puanları arttıkça yorgunluk ölçek puanları da artmaktadır.

### 4.3. Girişim Grubu Hastalarının Davranış Değişikliği Kontrol Listesi ve Hemşire Danışmanlığı Görüşlerine İlişkin Bulgular

**Tablo 4.15. Girişim Grubu Davranış Değişikliği Kontrol Listesi Puanlarının Karşılaştırılması**

Maddeler	1. TG	4. TG	8. TG	$\chi^2$	P	Fark**
	$\bar{X}\pm ss$	$\bar{X}\pm ss$	$\bar{X}\pm ss$			
1. Madde: Hastalığı yönetmede sağlık personel desteği alma	1.88±0.4	2±0	2±0	8	0.018*	1. ile 2.,3. Maddeler
2. Madde: İlaçları düzenli kullanma	1.85±0.42	1.98±0.16	1.98±0.16	4.571	0.102	
3. Madde: Sağlık kontrollerini aksatmama.	1.9±0.3	2±0	1.98±0.16	6.5	0.039*	1. ile 2.,3. Maddeler
4. Madde: Sağlık personeline sormadan ilaç almama.	1.93±0.26	1.95±0.31	2±0	3.2	0.202	
5. Madde: Düzenli egzersiz yapma	0.73±0.74	1.54±0.6	1.73±0.55	36.963	.000*	1. ile 2.,3. Maddeler
6. Madde: Ağrı azlığında\yokluğunda egzersiz yapma	0.76±0.73	1.56±0.59	1.8±0.46	36.5	.000*	1. ile 2.,3. Maddeler
7. Madde: RA için sakıncalı hareketten kaçınma	0.85±0.73	1.68±0.47	1.83±0.44	38.11	.000*	1. ile 2.,3. Maddeler
8. Madde: Yorgun hissedince istirahat etme.	0.85±0.79	1.73±0.5	1.85±0.42	41.902	.000*	1. ile 2.,3. Maddeler
9. Madde: Beslenme düzenine dikkat etme.	1±0.81	1.68±0.57	1.95±0.22	41.57	.000*	1. ile 2.,3. Maddeler
10. Madde: Ağrı varlığında önerileni yapma.	1.02±0.79	1.71±0.56	1.98±0.16	39	.000*	1. ile 2.,3. maddeler
11. Madde: Duygu durum bozukluğunda GYA'ya devam etmeye çalışma	1.1±0.8	1.68±0.61	1.9±0.3	29.054	.000*	1. ile 2.,3. Maddeler

**Tablo 4.15.'in devamı**

<b>12. Madde:</b> Stres yaşadığında önerilen şekilde yönetme.	1.22±0.76	1.68±0.57	1.83±0.38	22.617	.000*	1. ile 2.,3. Maddeler
<b>13. Madde:</b> Enfeksiyönel/Bulaşıcı hastalığı olanlarla temas etmeme	1.9±0.44	1.98±0.16	2±0	2	0.368	
<b>14. Madde:</b> Normalin dışında gelişen durumda sağlık personeline danışma.	1.46±0.71	1.98±0.16	2±0	32.118	.000*	1. ile 2.,3. Maddeler
<b>15. Madde:</b> Kişisel hijyene dikkat etme.	1.78±0.53	2±0	2±0	14	0.001*	1. ile 2.,3. Maddeler
<b>16. Madde:</b> Yaşanılan alanın temizliğine/düzenine dikkat etme	1.83±0.5	1.95±0.22	2±0	7.053	0.029*	1. ile 2.,3. Maddeler
<b>17. Madde:</b> GYA elinden geldiğince kendi yapma	1.63±0.54	1.93±0.26	1.97±0.16	22.933	.000*	1. ile 2.,3. Maddeler
<b>18. Madde:</b> GYA'yı yapamadığında destek isteme.	1.56±0.63	1.8±0.4	1.95±0.22	17.055	.000*	1. ile 2.,3. Maddeler
<b>19. Madde:</b> Evde sık kullanılan alanları düzenleme	1.76±0.49	1.88±0.33	2±0	10.595	0.005*	1. ile 2.,3. Maddeler
<b>20. Madde:</b> Sigara içmeyi bırakma/içilen alanında bulunmama	1.61±0.77	1.56±0.84	1.61±0.83	1.5	0.472	

\*p<.05;\*\* Wilcoxon Sıralı İşaretler Testi,  $\chi^2$ : ki kare  $\bar{X}$ : Ortalama, SS: Standart sapma, TG: Telefon Görüşmesi, RA: Romatoid Artrit, GYA: Günlük Yaşam Aktiviteleri

Tablo 4.15.'te görüldüğü gibi girişim grubunda davranış değişikliği kontrol listesi maddelerinin 1., 4. ve 8. değerlendirme puanları arasında fark Friedman analiz yöntemi ile karşılaştırıldı. Tüm maddeler sıralama ölçek tipinde olduğunda için bu yöntem kullanıldı. Anlamlı fark çıkan ölçümler için farkın hangi ölçümler arasında olduğu ise parametrik olmayan yöntem olan Wilcoxon sıralı işaretler testi yöntemi ile karşılaştırıldı ve anlamlı çıkan sonuçlar fark sütununda gösterildi.

Girişim grubunda davranış değişikliği kontrol listesi maddelerinden 1., 3., 5., 6., 7., 8., 9., 10., 11., 12., 14., 15., 16., 17., 18. ve 19. numaralı maddeler için 1., 4. ve 8. Değerlendirme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark elde edildi (p<.05). Anlamlı çıkan tüm davranış değişikliği kontrol listesi maddeleri için 4. ve 8.

Değerlendirme puanları ile 1. Değerlendirme puanları arasında anlamlı fark elde edildi ( $p<.05$ ). Bu maddeler için 4. ve 8. Değerlendirme puanları ortalamalarının 1. Değerlendirme puanlarından daha yüksek olduğu saptandı. Ancak girişim grubunda davranış değişikliği kontrol listesi maddelerinden 2., 4., 13. ve 20. numaralı maddeler için 1., 4. ve 8. Değerlendirme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark elde edilmedi ( $p<.05$ ).

**Tablo 4.16. Girişim Grubunun Hemşire Danışmanlığına İlişkin Görüşlerinin Dağılımı**

<b>Değişkenler</b>	<b>Grup</b>	<b>f (%)</b>
<b>Hemşire danışmanlığı almaya devam etme isteği</b>	Eve	38 (92.7)
	Hayır	3 (7.3)
<b>Danışmanlık alma planı</b>	Haftada bir arama	22 (53.6)
	15 günde bir arama	15 (36.6)
	Ayda bir arama	2 (4.9)
	3 ay yeterli	2 (4.9)

F: frekans

Danışmanlık frekans dağılımı Tablo 4.16'da gösterildiği gibidir. Girişim grubundaki hastaların %92.7'si hemşire danışmanlığı almaya devam etmek istediğini belirtirken %7.3'ü almak istemediği belirtti. Girişim grubunda hemşire danışmanlık hizmeti alan hastaların yarısından fazlası (%53.6) haftada bir arama ile danışmanlık hizmeti almak istediğini belirtirken, %36.6'sı 15 günde bir arama, %4.6'sı ayda bir arama ile danışmanlık hizmeti almak istediğini, %4.9'u da aldıkları danışmanlık hizmetinin 3 ay yeterli olduğunu belirtti.

## 5. TARTIŞMA

Bu bölümde romatoid artritli hastalara planlı davranış teorisine dayalı motivasyonel görüşme doğrultusunda uygulanan hemşire danışmanlığının ağrı, yorgunluk ve fonksiyonel duruma etkisine ilişkin elde edilen bulgular üç ana başlık altında tartışılacaktır:

- I.** Girişim ve Kontrol Grubu Hastalarının Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgularının Tartışılması
- II.** Girişim ve Kontrol Grubu Hastalarının Ağrı, Yorgunluk ve Sağlık Değerlendirme Ölçek Bulgularının Tartışılması
  - Hastaların McGill Ağrı Ölçeği Kısa Formu Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması
  - Hastaların Bristol Romatoid Artrit Yorgunluğu Çok Boyutlu Anketi Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması
  - Hastaların Stanford Sağlık Değerlendirme Ölçeği Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması
- III.** Girişim Grubu Hastalarının Hemşire Danışmanlığına İlişkin Görüşlerinin Tartışılması

### 5.1. Girişim ve Kontrol Grubu Hastalarının Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgularının Tartışılması

RA hemen her yaş ve cinsiyetteki bireyi etkileyebilmekle birlikte, kadınlarda erkeklere oranla üç kat daha fazla görülmektedir (Lin vd., 2020). RA tanılı, 18-64 yaş arasında toplam 82 hastayı dahil ettiğimiz randomize kontrollü çalışmamızda; girişim grubunda yer alan hastaların, ortalama yaşı  $47.12 \pm 10.18$  ve kontrol grubundaki hastaların ise  $51.90 \pm 6.19$  olarak bulundu. Ayrıca her iki gruptaki hastaların çoğunluğunun kadın ve ilkokul mezunu olduğu tespit edildi. Literatür incelendiğinde RA'lı hastalarla yapılan çalışmalarda hastaların çoğunluğunun kadın, ilkokul mezunu, 40 ve üzeri yaş grubunda olduğu tespit edilmiştir (Kars Fertelli, 2020; Ruhaila ve Chong, 2018; Sanliturk ve Ayaz-Alkaya, 2021; Tuna ve Alparslan, 2021; Yıldız Çilengiroğlu, 2020). RA'lı hastalar, hastalık ve tedavi sürecince birçok semptom ve hatta ilerleyen süreçte eklem dışı tutulumlarla baş etmek zorunda kalabilmektedirler (Doğan vd., 2022; Sezgin ve Bektas, 2022). Çalışmamızda RA hastalarının hastalıklarına özgü eklem ağrısı, eklemlerde şişlik, sabah tutukluğu, yorgunluk, uyku

problemi yaşadığı ve çoğunluğunun ek kronik hastalığının olduğu görüldü. Ülkemizde yapılan bir tez çalışmasına katılan RA tanılı hastaların çoğunluğunun eklem ağrısı, eklemlerde şişlik, sabah tutukluğu, yorgunluk, uyku problemi şikayetlerinin olduğu ve RA dışında ek kronik hastalıklarının olduğu (%58.7) belirlenmiştir (Gürel, 2019). Literatür incelendiğinde RA hastalarının, sosyodemografik ve hastalığa yönelik özelliklerinin çalışmamızla benzer özellikte olduğu görüldü.

## **5.2. Girişim ve Kontrol Grubu Hastalarının Ağrı, Yorgunluk ve Sağlık Değerlendirme Ölçek Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması**

Kronik ve ilerleyici bir hastalık olan RA' tedavisinde, son dönemde yaşanan gelişmelere karşın hastalarda yorgunluk, ağrı, fiziksel aktivitede zorlanma gibi sıkıntıların devam ettiği görülmüştür (Maciver vd., 2021). Kronik inflamatuvar artritli hastalar, tanı anından itibaren eğitime ve desteğe ihtiyaç duyarlar (Gronning vd., 2022). Multidisipliner ekibin en etkin üyesi olarak görev yapan ve hasta ile en yakın iletişimde olan hemşirenin hastalara hastalıklarını yönetebilme davranışı kazandırmada önemli fonksiyonu vardır. Sağlık davranışı teorileri arasında tutumların davranışı nasıl etkilediği ile ilgili son dönemlerin en etkili teorilerinden biri olarak PDT gösterilmektedir (Ajzen, 1991; Brooks vd., 2017; Paul vd., 2022). Romatoloji alanında çalışan hemşirelerin eğitim ve danışmanlık girişimlerinde PDT kullanımının, hastalara RA'yı yönetme davranışı kazandıracığı ve hemşirelik uygulamalarının da standardize edilmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir. EULAR kronik inflamatuvar artritli hastaların, hastalık eğitimi ve öz yönetim desteği alabilmeleri için bir hemşireden tele sağlık yolu da dahil olacak şekilde danışmanlık almalarını tavsiye etmektedir (Gronning vd., 2022).

PDT belirli bir sağlık eyleminde bulunma niyetinin; davranışsal İnançlar (Tutum), yapmak istediği davranış konusunda diğer insanların genel algılamaları (Subjektif Norm) ve bireyin bir davranışı yerine getirmenin kolaylığı ya da zorluğuna dair algısına (Algılanan Davranış Kontrolü) bağlı olduğunu vurgular (Brooks vd., 2017). Sonuçta davranış üzerinde yeterli kontrolün olması durumunda, insanların olanak ortaya çıktığında niyetlerini gerçekleştirmesi beklenir (Bosnjak vd., 2020). RA hastasının PDT "Tutum" bileşeni doğrultusunda, ağrı, yorgunluk ve fonksiyonel yetersizliği yönetmesine etki eden davranışsal inançlarına ilişkin olumlu ve olumsuz algılarını, inançlarını değerlendirmesini sağlayarak, bu inançların avantajlı ve dezavantajlı yönlerinin farkına varması sağlandı. "Öznel Norm" bileşeni ile de RA

hastasının, hastalığını yönetmesine etki eden öznel inançlarına ilişkin sosyal destek sağlayıcılarını belirlemek ve destekçileri ile işbirliği yaparak hastalık yönetimine ilişkin uyum davranışı kazandırmaya çalışıldı. Böylece hastanın, hastalığını yönetmesine etki eden kontrol inançlarına ilişkin, inançlarını değiştirmek ve olumlu inançlarını güçlendirmede “Algılanan Davranışsal Kontrol” bileşeni kullanıldı.

Bu doğrultuda çalışmamızda hastalarla yapılan ilk görüşmede alınan veriler değerlendirildiğinde, hem girişim hem kontrol grubunda RA hastalarının çoğunluğunun ağrı, yorgunluk ve fonksiyonel yetersizlik yaşadığı belirlendi. Tüm hastaların çoğunluğu RA konusunda eğitim almadığını ifade etti. Her iki grupta da hastaların büyük bir kısmı RA’yı yönetme konusunda kendilerini yetersiz görmekteydi. Benzer oranda hastalıklarını kontrol etme inançlarının da yeterli olmadığını, hastalıklarını yönetme konusunda bir sağlık personelinden destek almak istediklerini ve yönetme yeterliliğinde engeller yaşadıklarını (bağlı olunan kişiler, sağlık kurumuna erişim, ekonomik durum yetersizliği, yaşanan yer) belirtti.

Ülkemizde yapılan bir çalışmada, RA hastalarının ağrıyla başa çıkma konusunda eğitim alma durumları sorgulanmış hem girişim (%54.5), hem kontrol (%81,8) grubundaki katılımcıların çoğunluğu eğitim almadıklarını belirtmişlerdir (Tuna ve Alparlan, 2021). İspanya’da yapılan nitel bir çalışmada da RA’lı hastalar semptom yönetimine ilişkin zorluk yaşadıklarını belirten ifadelerde bulunmuşlardır (Pedraz-Marcos vd., 2020). Poggenborg ve arkadaşlarının yakın zamanda yaptığı çalışmada da hastaların çoğu (%84) RA konusunda herhangi bir eğitim veya danışmanlık almadıklarını belirtmişlerdir (Poggenborg vd., 2021). Bu araştırmaların sonuçları bulgularımızla benzerlik göstermekle birlikte hastalık yönetiminde zorluk yaşamakta olan RA hastaların eğitim ve izlem gereksinimlerinin olduğunu da ortaya koymaktadır. Ayrıca romatoloji alanında hizmet veren hemşirelerin hasta eğitimini standart girişim haline getirmediğini ya da bu anlamda etkin olmadıklarını söyleyebiliriz.

### **5.2.1.Hastaların McGill Ağrı Ölçeği Kısa Formu Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması**

RA’da en yaygın semptom olarak görülen (Cao vd., 2020), hastalık aktivite belirleyicilerinden olan ağrı, hastalarda diğer belirtilerden önce başlayarak psikolojik sıkıntı, uyku bozuklukları, yorgunluk gibi sorunların gelişmesine ve yaşam kalitesinin azalmasına sebep olmaktadır (Gök Metin ve Özdemir, 2016; Loof ve Johansson, 2019;

Zaidel vd., 2021). Hasta ağrı kontrolü ve yönetimini sağlayamadığında GYA yerine getirmeyecek duruma gelebilmekte, iş verimliliği düşmekte ve desteğe muhtaç hale dahi gelebilmektedir (Cao vd., 2020; Gök Metin ve Özdemir, 2016; Karlsson vd., 2019).

Çalışma bulgularımızda; uygulama öncesi girişim ( $33.37 \pm 6,36$ ) ve kontrol ( $28.49 \pm 5.93$ ) gruplarında RA hastalarının ağrı düzeyleri yüksek bulundu. Girişim grubundaki hastalara 12 hafta süresince PDT'ye dayalı motivasyonel görüşme ile verilen hemşire danışmanlığının hastaları olumlu etkilediği, ağrılarının azalmasında ( $11.49 \pm 6.76$ ) önemli etkisi olduğu görüldü. Uygulama, hastaların algısal (ön test puanı:  $8.76 \pm 1.97$ , son test puanı:  $3.12 \pm 1.95$ ) ve duyuşsal ağrı (ön test puanı:  $24.61 \pm 5.05$ , son test puanı:  $8.37 \pm 5.13$ ) puanlarının da düşmesini sağladı. Ayrıca ilk aşamada dayanılmaz düzeyde ağrıları olduğunu belirten girişim grubundaki hastaların büyük bir kısmı, 12 hafta sonrasında ağrılarının hafif ve/veya rahatsız edici düzeye geldiğini ifade etti (0: ağrı yok, 1: hafif ağrı, 3: sıkıntı verici, 4: berbat, 5: dayanılmaz ağrı). *Çalışmamızın bulguları 1. H<sub>1</sub> (H<sub>1</sub>: Romatoid artritli hastalarda PDT'ye dayalı motivasyonel görüşmelerle uygulanacak hemşire danışmanlığının hastanın ağrısının azalması yönünde etkisi vardır.) hipotezini destekler ölçüdedir.*

Yapılan bir çalışmada, kronik bel ağrısı olan hastaların ağrı yönetim ve kontrol davranışı geliştirme niyetlerinin anlaşılmasında PDT kullanımının etkili olduğu görülmüştür (Jones vd., 2022). Saeedifar ve arkadaşlarının, RA tanılı (n=60) hastalar ile yaptıkları bir çalışmada, 12 hafta süresince bir model kullanılarak verilen eğitimin ve izlemin RA hastalarında ağrıyı azalttığı bildirilmiştir (Saeedifar vd., 2018). RA'lı hastalarda (n=224) bir teori doğrultusunda (öz-yeterlik teorisi) eklem koruma aktivite yönetimi programının etkinliğini belirlemek amacıyla hemşire desteği ile yapılan bir RKÇ'de uygulamaya başladıktan 6 ay sonra, hastaların fiziksel aktivite, ağrı yönetimi ve öz yönetme davranışlarında olumlu gelişme olduğu görülmüştür (Shao vd., 2021). Kronik kalça ya da diz ağrısı olan osteoartritli hastalar (n=127) ile yapılan çok merkezli bir RKÇ'de girişim grubuna hemşire tarafından ağrıyla baş etme becerileri konusunda eğitim verilmiş, kontrol grubunda geleneksel bakıma devam edilmiştir. Hastalar 12 ay sonra değerlendirildiğinde; ağrı yoğunluğu, ağrıyla başa çıkma, ağrıyı kontrol etme ağrıyı yönetebilme becerilerinde olumlu gelişmeler sağlanırken, kontrol grubunda bir değişiklik olmadığı belirtilmiştir (Broderick vd., 2014). Çalışmalarda olumlu sonuçlar elde edilmiş olmasına rağmen hemşirelik girişimlerinin teoriye/modele dayandırılmasının yanında danışmanlık hizmeti verilmesinin daha sistematik bir girişim

olacağı, RA'da en çok sıkıntı yaşanan durum olan ağrıya hastaya etkin yönetme davranışı kazandıracığı görüşündeyiz.

### **5.2.2. Bristol Romatoid Artrit Yorgunluğu Çok Boyutlu Anketi Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması**

Yorgunluk RA'lı hastayı en fazla rahatsız eden, yetersiz hissettiren durumdur (Bakan vd., 2022; Gök Metin ve Özdemir, 2016). Literatürde tedaviye uyumun tek başına yorgunluk şikayetini azaltmada yeterli olmadığı bildirilmiştir (Tournadre vd., 2019). RA'da yorgunluk şiddetinin yüksek ve süresinin uzun olması hastalarının tüm yaşamsal aktivitelerini olumsuz etkilemektedir (Bakan vd., 2022; Choy ve Dures, 2019; Sezgin ve Bektas, 2022). Kronik inflamatuvar artritli hastalarla yapılan bir çalışmada yorgunluk ile iş kaybı, yaşam kalitesi, ağrı, uyku, depresyon ve fiziksel işlevsellik arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (Esbensen vd., 2020). EULAR, RA'da hastalık düzeyinin belirlenmesinde sağlık profesyonellerine yorgunluğun değerlendirilmesini tavsiye etmiştir. Bu doğrultuda yorgunluk, RA hastalarında hastalık düzeyinin anlaşılması açısından önemli bir semptom haline gelmiştir (Gao vd., 2022).

Çalışmamızda hem girişim hem kontrol grubunun %97.6'sının yorgunluk yaşadığı belirlendi. Gao ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada RA'lı hastalarının yaklaşık olarak %80'inin yorgunluk şikayeti olduğu görülmüştür (Gao vd., 2022), Literatürde RA hastalarında yorgunluk yaşanma oranının %42-90 arasında değiştiği bildirilmiştir (Gök Metin ve Özdemir, 2016). Yapılan çalışmalarda yorgunluk şikayet düzeyinin çalışmamızdan farklı olmasının, sosyodemografik faktörler ile katılımcılara ilişkin değişkenlerden kaynaklandığını söylenebiliriz.

Araştırmamıza katılan RA hastalarının çoğunluğunun ilkökul mezunu, işsiz, gelir düzeyinin giderden az olduğu bu doğrultuda yine çoğunluğunun da yorgunluk yaşadığı görüldü. Geniş örneklem grubuyla yakın zamanda yapılan bir çalışmada da inflamatuvar artritli (RA, PsA ve SpA) hastaların düşük eğitim seviyesinde, işsiz/emekli, gelir düzeyinin düşük olduğu ve ortalamanın üzerinde yorgunluk yaşadığı saptanmıştır (Esbensen vd., 2020). RA'lı hastalarda yorgunluğu etkileyen faktörlere yönelik yapılan bir çalışmada; ikamet türü, eğitim düzeyi, sabah tutukluk süresi ve fonksiyonel durum arasındaki yorgunluk puanlarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür (Gao vd., 2022). Sosyoekonomik düzeyi düşük olan hastaların yorgunluk yönetme farkındalıklarının yetersiz olabileceği düşünülerek, sağlık profesyonellerinin

RA hastalarına uygulanacak girişimler öncesinde hastayı tanımaya yönelik sorgulama yapması gerektiği söylenebilir.

PDT'ye dayalı motive edici telefon görüşmeleri ile verilen hemşire danışmanlığının kullanıldığı çalışmamızda, girişim grubunda uygulama öncesi ortalamasının üzerinde ( $53,34 \pm 12,76$ ) olan yorgunluk düzeyinin, uygulama sonrası ( $19,63 \pm 11,39$ ) etkili düzeyde düştüğü görüldü. Kontrol grubundaki hastaların ise izlem öncesi ve sonrası yorgunluk düzeylerinde bir değişiklik olmadı. Çalışmamızda kullandığımız yorgunluk ölçeği (BRAFM-DQ) RA hastalarında yorgunluğu değerlendirmede mevcut en kapsamlı ve en çok kullanılan ölçektir (Gao vd., 2022). Ölçek puanının 0 ile 70 arasında olduğu ve ölçek puanı yüksekliği yüksek yorgunluğu göstermesi göz önüne alındığında, *girişim grubu bulgularımız 2. H<sub>1</sub> (H<sub>1</sub>: Romatoid artritli hastalarda PDT'ye dayalı motivasyonel görüşmelerle uygulanacak hemşire danışmanlığının hastanın yorgunluğunun azalması yönünde etkisi vardır.) hipotezini desteklemektedir.* Girişim grubundaki hastaların, ölçek alt boyutlarına yönelik bulgularımız değerlendirildiğinde; günlük yaşam aktivitesi yorgunluğu, bilişsel yorgunluk ve duygusal yorgunluk puan ortalamalarında da uygulama sonrasında, öncesinde göre etkili bir azalma görülürken kontrol grubunda değişiklik görülmedi. Girişim ve kontrol grubu yorgunluk (BRAFM-DQ) ölçeği alt boyutları puanları açısından son test puanları arasında anlamlı fark elde edildi.

Bakan ve arkadaşlarının (n=139) RA'lı hastalar ile yaptığı çalışmada hastaların yorgunluk ölçeği (BRAFM-DQ) puanı ortalaması  $30,80 \pm 17,37$  bulunmuştur (Bakan vd., 2022). Tanımlayıcı bir çalışmada RA hastalarının (n=269) %35'inin (Demmelmair vd., 2018) ve geniş örneklem grubu (n=962) ile yapılan çok merkezli bir RKC'de de tüm hastaların %40'ının şiddetli düzeyde yorgunluk yaşadığı belirlenmiştir (Tournadre vd., 2019). Verilen çalışma bulguları çalışmamızla benzer şekilde RA hastalarının şiddetli yorgunluk yaşadığını ortaya koymaktadır.

Mevcut çalışma verilerine bakıldığında RA hastalarında yorgunluğun nedenlerinin çok çeşitli olduğu; hastalık aktivitesi sosyal destek yetersizliği ile birlikte bilişsel, duygusal, fiziksel işlevlere bağlı yorgunluklarının yüksek düzeyde olduğu görülmüştür (Gao vd., 2022). Çin'de RA'lı hastalarla (n=243) yapılan kesitsel çalışmada yorgunluk ortalama puanının orta düzeyde olduğu ( $25.80 \pm 6.14$ ) günlük yaşam aktivitesi yorgunluğu, fiziksel yorgunluk, bilişsel yorgunluk ve duygusal yorgunluk puanlarının ortalamasının üzerinde olduğu görülmüştür (Gao vd., 2022). Yakın

zamanda, randomize kontrollü çalışmaların incelendiği sistematik ve meta-analiz çalışmasında RA hastalarına hemşire liderliğinde verilen bakımın hastaların yorgunluk şikayetlerini azalttığı bildirilmiştir (Sezgin ve Bektas, 2022). Yapılan çalışmalarda da görüldüğü üzere RA hastalarının yorgunluk düzeyleri birçok faktöre bağlı olarak değişebilmektedir. Teori ya da model temelli yaklaşımların, hastalarda yorgunluk yönetme davranışının kolay açıklanmasını sağlayarak, beklenen davranışın gelişmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

### **5.2.3. Katılımcıların Stanford Sağlık Değerlendirme Ölçeği Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması**

RA'nın genel bulguları hastanın işlevsel bozukluk yaşamasına günlük yaşam aktivitelerinde zorlanmasına neden olabilmekte (Bakan vd., 2022; Beider vd., 2021; Kalav ve Bektaş, 2018) ve hastalık kontrol edilemediğinde ilerleyen süreçte geri dönüşü olmayan fonksiyonel yetersizlikler yaşanabilmektedir (Bakan vd., 2022; Mochizuki vd., 2022; Rosa-Gonçalves vd., 2018). Fonksiyonel yetersizliğin yarattığı işlev kaybı; strese, depresyona, iş gücü kaybına yol açmakta, hastanın tüm yaşamını olumsuz etkilemekte ve topluma da mali yük getirebilmektedir (Kalav ve Bektaş, 2018; Rosa-Gonçalves vd., 2018; Shim vd., 2018). RA'da tedavinin amacı sadece remisyonu sağlamak değil, aynı zamanda hastalık sonuçlarını en aza indirmek olmalıdır (Rosa-Gonçalves vd., 2018). Bunun için de tanı anından itibaren, hastalığa uyum davranışı geliştirebilme ve yönetebilmede hastanın romatoloji alanında yeterli sağlık profesyonellerinin desteğine ihtiyacı vardır.

Çalışmamızda girişim grubundaki hastalara eğitim sonrası 12 hafta süresince PDT'ye dayalı olarak verilen telefon ile hemşire danışmanlığının hastaların fonksiyonel durumuna olumlu etkisi olduğu görüldü. Girişim grubunda RA'lı hastaların fonksiyonel durumunun değerlendirildiği sağlık değerlendirme anketinde puan ortalamalarının, ön teste göre yarı yarıya düştüğü belirlendi. Yine giyinip kuşanma, doğrulma, yemek yeme, yürüme, hijyen, uzanma, kavrama ve günlük işleri yapma davranışlarında olumlu gelişme sağlandı. Tüm ölçek alt boyutları için kontrol grubundaki sağlık değerlendirme son test puan ortalaması önteste göre daha yüksek iken ölçek alt boyutlarının puanlarında anlamlı bir fark olmadığı belirlendi. *Çalışma bulgularımız 3. H<sub>1</sub> (H<sub>1</sub>: Romatoid artritli hastalarda PDT'ye dayalı motivasyonel görüşmelerle uygulanacak hemşire danışmanlığının hastanın fonksiyonel durumuna olumlu etkisi vardır.) hipotezini desteklemektedir.*

Yıldız Çilengiroğlu'nun RA'lı kadınlara hastalık yönetimine ilişkin verilen eğitimin yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon üzerine etkisini değerlendirildiği randomize kontrollü yapılan tez çalışmasında eğitim verilen hastaların 3.ay sonunda günlük yaşamdaki fonksiyonel durumlarında bir değişiklik bulunmadığı bildirilmiştir. Buna ek olarak ta öntest ve sontest sağlık değerlendirme anketi (HAQ) puan ortalamasının değermediği görülmüştür (Yıldız Çilengiroğlu, 2020). İnflamatuvar artritli hastalara hemşire tarafından verilen hasta eğitiminin değerlendirildiği bir RKÇ'de, eğitimden 5 yıl sonra aranan hastaların öz-yönetimlerinin arttığı belirlenmiştir. Buna karşın hastalar fonksiyonel işlevlerinde kısmi de olsa yetersizlik yaşadıklarını ifade etmişlerdir (Gronning vd., 2022). Fonksiyonel yetersizlikler, etkin yönetilemeyen hastalıkların sonucu olarak uzun vadede karşımıza çıkabileceğinden, sağlıklı davranış değerikliğinin tanı anından itibaren hastalara kazandırılması elzemdir. RA'da uzun vadede işlevsel yeterliliğinin sağlanması hastanın hastalığını etkin yönetme tutum ve davranışlarına bağlıdır. Bu anlamda teori/modele dayandırılmayan eğitim ve danışmanlık girişimlerinin RA'da işlevsel yeterliliğin sürekliliğinde tek başına yeterli bir girişim olmadığı düşünölmektedir.

Çin'de, yapılan bir RKÇ'de (n=88) Omaha Sistemi kullanılarak 4 hafta süresince verilen hemşirelik bakımının RA hastalarında hastalık yönetimi, öz-yeterlilik ve fonksiyonel işlevsellikte etkili olduğu bulunmuştur (Liu vd., 2020). Araştırma bulguları çalışmamızla benzerlik göstermesine karşın uzun vadede fonksiyonel yeterliliğin sürdürülebilmesi için etkili semptom yönetme davranışı kazandırılması daha faydalı olacaktır.

Literatürde hemşire izlemi uygulanarak fonksiyonel yeterliliğin değerlendirildiği çalışmalar incelenmiştir. Kuzey Hindistan'da Covid-19 pandemi sürecinde, romatoloji kliniğinde tedavi gören hastalara (n=122) 4 hafta boyunca tele sağlık hizmeti verilmiştir. Bu uygulamanın inflamatuvar artritli hastaların işlevsel durumunu olumlu etkilediği, hastaların kendi kendine giyinme, ayakkabı bağcığı bağlama, düğme ilikleme, yatağa girip çıkma, düz zeminde yürüme, yıkanıp kurulanma, arabaya binip inme gibi rutin aktivitelerinde iyileşme sağladığı bildirilmiştir (Sandhu vd., 2021). RA hastalarında (n=294) hastalık aktivite kontrolünün sağlanması amaçlı romatologlar veya romatoloji hemşireleri tarafından gerçekleştirilen tele sağlık izlemi ile geleneksel izlemin karşılaştırıldığı 52 hafta süren çalışmada; fonksiyonel yeterlilik açısından etkili sonuçlanmış ancak gruplar arasında farklılık bulunmamıştır (de Thurah vd., 2018).

Yukarıda yer alan çalışmalar araştırma bulgularımızla benzerlik göstermesine karşın teori/modele dayandırılmayan tele izlem girişiminin sadece kısa vadede fonksiyonel yeterlilikte etkili olabileceğini düşünmekteyiz.

Literatürde RA hastalarında PDT kullanılarak hemşire danışmanlığının hastanın ağrı, yorgunluk ve fonksiyonel durumunun değerlendirildiği bir çalışmaya rastlanmamış olmakla birlikte farklı hastalık gruplarında PDT kullanılarak yapılan çalışmalar mevcuttur.

Bir meta analiz çalışmasında PDT'ye bağlı yapılan girişimlerin bireylerin sağlık davranışlarını değiştirmede etkili bir teori olduğu saptanmıştır (Steinmetz vd., 2016). Fazla kilolu ve obez kadınlarda aynı teori kullanılarak verilen eğitim ve danışmanlık hizmetinin, bireylere kilo kontrolü açısından olumlu sağlık davranışı kazandırmada etkili olduğu görülmüştür (Göger, 2022).

Literatürde kronik hastalığı olan hastalarda PDT'ye dayalı yapılan uygulamaların tedavi, öz yönetim (McGuckin vd., 2012) ve düzenli fiziksel aktivite (White vd., 2012) uyumunda faydalı olduğu görülmüştür. Buna ek PDT kullanımının hipertansiyon hastalarında öz bakım (Pourmand vd., 2020), diyabetik hastalarda ayak bakımı (Beiranvand vd., 2015) ve hemodiyaliz hastalarında tedaviye uyum (Sheikh vd., 2022) davranışı geliştirmede etkili bir teori olduğu belirlenmiştir. PDT, tip 2 diyabetlilerde, (Zomahoun vd., 2016), epilepsili erişkinlerde (Lin vd., 2016) ve astım hastalarında ilaç uyum (Sanliturk ve Ayaz-Alkaya, 2021) niyetlerinin belirlenmesinde kullanılmıştır. Kronik hastalığı olan yaşlı hastalarda ruh sağlığı problemleri (Adams vd., 2021), fibromiyaljili kadınlarda yürüyüş programına bağlı kalma (Pastor-Mira vd., 2020), obezite hastalarında beslenme ile fiziksel aktivite değiştirme (Mobasheri vd., 2022) ve sarkopenik yaşlılarda egzersizin devamlılığını sağlama (Ahmad vd., 2014) inançlarının belirlenmesinde de PDT kullanılmıştır. İranlı tıp öğrencilerinde sigara bırakma (Droomers vd., 2016), kırsalda yaşayan kadınların meme kanseri tarama (Sun vd., 2022), rahim ağzı kanseri taraması yapma (Roncancio vd., 2015), kadınlarda Human Papillomavirus aşısı alımı (Gerend ve Shepherd, 2012) niyetini etkileyen faktörlerin tahmin edilmesinde PDT kullanımının etkili olduğu bildirilmiştir. Yukarıdaki çalışmalar PDT'nin sağlığın farklı alanlarında bireylerin belirli bir davranışa ilişkin niyetlerinin belirlenmesinde, tahmininde davranış değişikliğinde faydalı bir teori olduğunu göstermektedir.

Türkiyede'ki hemşire ve ebelerin şiddete yaklaşımlarına etkisinin incelendiği bir çalışmada, PDT 'ye dayalı verilen eğitimin eş şiddetine yönelik tutum, uygulama ve bildirimini artırmada daha etkili olduğu, olumlu davranış değişikliği sağladığı görülmüştür (Koştu ve Toraman, 2022). Astım hastalarında istenen hastalık kontrolü ve tedaviye uyum seviyesinin arttırılmasında, 3 ay süresince PDT'ye dayalı uygulanan planlı eğitimin etkili sonuç verdiği görülmüştür (Sanlitürk ve Ayaz-Alkaya, 2021). Yine benzer şekilde PDT temelli MG ile yapılan eğitim girişiminin gestasyonel diyabeti olan gebelerde diyabet yönetimine fayda sağladığı saptanmıştır (Dinmez, 2022). Çalışmamızda da hasta görüşmelerinde MG tekniğinden faydalanıldı. PDT kullanılarak yapılan araştırmaların çalışma bulgularımızla paralel özellikte olduğu görüldü. Bu çalışma sonuçları farklı kronik hastalıklarda modele/teoriye dayalı olarak verilen eğitim ve bireysel danışmanlığın yaşam tarzında, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını kolaylaştırmada ve tedaviye uyumda etkili olduğunu ortaya koymaktadır.

Tele-sağlığın hastaların neredeyse tüm bakım süreçlerinde (teşhis, tedavi, takip) ve rehabilitasyonda fayda sağladığı belirtilmektedir (Cajas Santana ve López, 2021). Tele-sağlık, uluslararası alanda sağlık hizmetlerinin sağlanması için iletişim teknolojilerinin (cep telefonları, bilgisayarlar, yazılı mesajlaşma gibi dijital teknolojiler yoluyla sağlanan müdahaleler) kullanılmasıdır (Cajas Santana ve López, 2021; Maciver vd., 2021). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), klinik hizmetlerin devamlılığının sağlanmasında sağlık personelinin tele sağlık kullanımına teşvik etmektedir (Maciver vd., 2021). RA'lı hastaya hizmet sunumunda görev alacak multidisipliner ekip üyelerinden olan romatoloji hemşiresinin hastaya verilecek eğitim ve danışmanlıkta önemli bir yeri vardır (Lahiri vd., 2022; Spijk-de Jonge vd., 2022). Literatürde kronik inflamatuvar artritli hastalara tele-sağlık ta dahil olacak şekilde hemşireden danışmanlık almaları tavsiye edilmektedir (Gronning vd., 2022; Sweeney vd., 2021).

Sistematik bir derlemede, RA'lı hastaların öz yönetim sağlamalarına yönelik tele-sağlık uygulamalarının; hastalık aktivitesi, ilaç uyumu, fiziksel aktivite ve öz-yeterlilik seviyeleri gibi faktörler üzerinde olumlu etkilerinin olduğu bildirilmiştir (Maciver vd., 2021). Covid-19 pandemisinde tele sağlık girişimlerinin romatizmal hastalıkların izleminde etkili olduğu, hastaların çoğunluğunun bu hizmetten memnun kaldığı saptanmıştır (Riaz vd., 2022; Sandhu vd., 2021). Ayrıca romatizmal hastaların birçoğu ilk defa internet etkileşiminde bulunmuş olmasına rağmen tele sağlığa hızlı uyum sağlamışlardır (Sandhu vd., 2021). Literatürde farklı romatizmal hastalıkları olan

hastalarda yapılan çalışmalarda tele-sağlığın uygulanabilir olduğu ve bu hizmetten hastaların memnun kaldığı görülmüştür (Bech vd., 2020; Cajas Santana ve López, 2021; de Thurah vd., 2018; Sweeney vd., 2021). Yapılan araştırma bulguları romatizmal hastalıklarda tele izlemin olumlu etkisinden kaynaklı çalışmamızla benzerlik göstermekte birlikte tek başına davranış değişikliğinde yeterli bir girişim değildir. Buna ek olarak günümüz koşullarında artan kronik hastalıkların takibinde, tele sağlık uygulamalarının sağlık hizmetine entegre edilmesinin önemini de ortaya koymaktadır.

### **5.3. Girişim Grubu Hastalarının Hemşire Danışmanlığı Görüşlerinin Tartışılması**

Hemşirenin danışman rolü, eğitici ve iletişim-koordinatörlük rolüyle bütünleşen bir roldür (Aydemir Gedük, 2018; Larsson vd., 2014). Hemşire danışman rolüyle hasta ve ailesine hastalık yönetiminin önemi konusunda farkındalık sağlama, hastalığın yarattığı sorunlar ile baş edebilme ve kanıta dayalı güncel bilgiye ulaşma konularında danışmanlık vermektedir (Aydemir Gedük, 2018).

Çalışmamızda girişim grubundaki hastaların uygulama sonrasında hemşire danışmanlığına ilişkin görüşleri alındı. Girişim grubunda yer alan RA hastalarının tamamına yakını (%92.7) hemşire tarafından danışmanlık hizmeti almaya devam etmek istediğini belirtti. Buna ek olarak hastaların yarısından fazlası (%53.6) haftada bir, %36.6'sı 15 günde bir, çok az bir kısmı da ayda bir telefonla aranarak danışmanlık hizmeti almak istediğini ifade etti.

Sağlık alanında verilen danışmanlık hizmetlerine ilişkin farklı hastalıklarda yapılan çalışmalar mevcuttur. Romatoloji hemşiresinden danışmanlık hizmeti alan hastalar; endişelerini birisiyle tartışabildiklerinde, duygusal destek aldıklarında, kendilerini güvende hissettiklerini ve verilen bilgilerden tatmin olduklarında bunun yapıcı bir diyalog olduğunu algıladıkları bildirilmiştir (Arvidsson vd., 2019). Romatologların akut randevularına izin verildiği ve telefon aracılığıyla hemşireye erişimin olduğu açık poliklinik programının etkinliğine yönelik yapılan RKÇ çalışmasında RA hastaları 2 yıl süresince takip edilmiş ve hastaların hemşireyi sık arayarak danışmanlık aldığı buna karşın daha az randevu aldığı saptanmıştır (Poggenborg vd., 2021). Çalışmamızda da girişim grubundaki hastalar (her hasta en az 2 en fazla 6 kere) danışmak istedikleri konularda telefon ile arayarak araştırmacı ile görüşme gerçekleştirdi. Literatürde de görüldüğü üzere tele izlem hastaların desteklenmesi açısından faydalı bir yöntemdir. Hemşire tele izlem girişimlerinde

teori/model kullanımının, hemşirelerin hasta takibinde sistemli olmasına ve hastaların kalıcı davranış değişikliği sağlamasına fayda sağlayacağı söylenebilir.

Ülkemizde bazı kronik hastalıklara ilişkin hemşire eğitim ve danışmanlığının kullandığı çalışmalar mevcuttur. Ayruk'un HT'li hastalarda (n=92) yaptığı RKÇ'de 12 hafta süresince verilen eğitim ve telefon danışmanlığının, HT'li hastalarda akılcı ilaç kullanım düzeyi ile ilaç tedavisine uyumu arttırdığı, hastalık yönetimi açısından önemli göstergelerden olan kan basıncını düşürmede etkili olduğu saptanmıştır (Ayruk ve UĞUR, 2022). Başka bir RKÇ'de, Tip 2 diyabetli hastalara (n=107) 3 ay süresince sağlık okuryazarlığı düzeyine dayalı grup eğitimleri ve telefon ile danışmanlık hizmeti verilmiş, 6 ay sonrasında değerlendirme yapılmıştır. Girişim grubunda, öz yeterlilikte önemli etkisinin olduğu, bunun yüksek ve düşük sağlık okuryazarlık düzeyinde benzer şekilde sonuçlandığı görülmüştür (Ağralı ve Akyar, 2022). Birçok ülkede hemşire danışmanlık hizmetinin aktif uygulandığı bilinmektedir. Hatta bazı ülkelerde romatoloji hemşireliği uzmanlarının genellikle kendi takip kliniklerini yürüttüğü, tedavileri planladığı, sağlık eğitimi verdiği ve uygun önerilerde bulunduğu hatta bazı durumlarda ilaç reçete ettikleri bildirilmiştir (Pedraz-Marcos vd., 2020). Romatoloji alanında hizmet veren alanlarda hemşire sayısının artırılarak eğitim ve danışmanlık hizmetinin standardize edilmesinin sağlık profesyonelleri, hastalar ve ülke ekonomisi açısından faydalı olacağı düşünülmektedir. Son dönemde RA'nın prevalansı ve romatoloji uzman yetersizliği de dikkate alındığında ülkemizde de romatoloji alanında danışmanlık birimlerinin kurulması hasta takibi ve yönetimi açısından gereklilik göstermektedir.

Yapılan çalışmalardan farklı olarak, RA hastaları üzerinde yapılan bir RKÇ'de (kontrol grubu, n=75; girişim grubu, n=75); hastalık alevlenme dönemlerini yönetebilmesi amacıyla, girişim grubuna 24 ay süresince hemşireden telefonla danışmanlık hizmeti alabileceği ya da romatoloji uzmanıyla klinik hızlandırılmış bir muayene hizmeti alabileceği belirtilmiştir. Girişim grubundaki RA hastalarının sadece %32'si bir romatoloji uzmanını ziyaret etmeyi tercih etmiş, hastaların çok az bir kısmı alevlenme yönetimi konusunda telefonla hemşirelik tavsiyesi almış (%7,6) ve çoğunluğu (%76) alevlenmelerini kendi kendilerine yönetmişlerdir (Myasoedova vd., 2019). Bu çalışmada hastaların hemşire tarafından takibinin yapılmaması, alevlenme dönemlerinde hastanın aramasının beklenmesi çalışmanın dezavantajı olarak görüldü. Kronik hastalıklarda eğitim ve danışmanlık hizmetinin en az üç ay, teoriye/modele dayandırılarak yapılmasının hastalık yönetiminde etkili olacağını düşünmekteyiz.

## 6. SONUÇLAR ÖNERİLER

### 6.1. Sonuç

RA'lı hastalarda PDT'ye dayalı MG ile uygulanan hemşire danışmanlığının; girişim grubunda uygulama öncesi yüksek olan ağrı, yorgunluk ve sağlık değerlendirme puan ortalamalarının son testte anlamlı oranda azaldığı tespit edildi. Kontrol grubunda hastaların ağrı, yorgunluk ve sağlık değerlendirme öntest ve son test puan ortalamaları arasında ise anlamlı bir değişiklik olmadığı belirlendi.

Çalışmaya katılan hastaların ön testte yüksek olan ağrı, yorgunluk ve sağlık değerlendirme ölçekleri alt boyutları puan ortalamalarının, uygulama sonrası girişim grubunda anlamlı düzeyde azaldığı görüldü.

Girişim grubundaki hastalara yapılan uygulamanın son testte hastaların birçok davranışında olumlu değişim sağladığı da belirlendi.

Buna ek olarak 12 hafta süresince hemşire danışmanlığı alan girişim grubundaki RA hastalarının tamamına yakını, hemşire tarafından danışmanlık hizmeti almaya devam etmek istediklerini belirtirken, yine hastaların yarısından fazlası haftada bir hemşire tarafından telefonla aranarak danışmanlık hizmeti almak istediğini belirtti.

Sonuç olarak, RA'lı hastalarda PDT'ye dayalı MG ile uygulanan hemşire danışmanlığının etkisinin değerlendirildiği çalışmamızda; başta ağrı, yorgunluk ve fonksiyonel durum olmak üzere hastalık semptomlarını yönetme davranışı kazandırma, hastalığa uyum sağlama ve yönetmede etkili bir teori olduğu görüldü.

### 6.2. Öneriler

- RA'lı bireylere romatoloji hemşireleri tarafından uygulanacak eğitim programlarının belirli aralıklarla güncel bilgiler ışığında revize edilmesi, eğitimlerin verilmesinde yazılı, görsel materyallerin kullanılması, verilecek eğitimlerin teori veya modele dayandırılması,
- Romatoloji alanında çalışan sağlık profesyonellerinin, bireylere RA tanısı konulduğu andan itibaren, koordineli hizmet verilecek şekilde multidisipliner ekiplerin ve çalışma programlarının/planlarının oluşturulması,

- Romatoloji hastalarını, hastalığa uyumda ve hastalığı yönetmede desteklemek amaçlı, ulusal düzeyde hemşire danışmanlık hizmeti veren birimlerin kurulması, hastalara uygulanacak hizmetlerin plan/program dahilinde (belirli aralıklarla tele izlem ve yüz yüze görüşme yoluyla gerekli bilgilendirme/hatırlatmaların yapılması) yapılması,
- Romatoloji alanında hizmet sunan sağlık profesyonellerinin sağlıklı iletişim kurabilecekleri sosyal ağların oluşturulması (kanıt temelli uygulamaların, güncel araştırma sonuçlarının paylaşılarak uygulamada kullanılması),
- Romatoloji alanında hizmet sunan sağlık profesyonellerinin hasta ve hasta yakını ile iletişimlerinde motivasyonel görüşme tekniğinden faydalanmaları,
- Romatoloji alanında farklı hasta grupları ve büyük örneklemelerle PDT'ye dayalı hemşire danışmanlığına yönelik çalışmaların yapılması önerilerimiz arasındadır.

### **6.3. Sınırlılıklar**

Çalışmamamızın, HMKU Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Romatoloji polikliniğine başvurup, araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan hastalarla; belirli bir zaman aralığında yapılmış olması, uygulama sürecinde telefon kullanımına ilişkin problemleri olan (işlevsel olmayan telefon, telefon kullanım alanının uygunsuzluğu vb.) hastaların araştırmaya dahil edilmemesi çalışma sınırlılıklarımız arasında yer almaktadır.

## 7. KAYNAKÇA

Adams, C., Gringart, E., Strobel, N., & Masterman, P. (2021). Help-seeking for mental health problems among older adults with chronic disease: an application of the theory of planned behaviour. *Australian Journal of Psychology*, 73(4), 426-437. <https://doi.org/10.1080/00049530.2021.1952850>

Ağralı, H., & Akyar, İ. (2022). The effect of health literacy-based, health belief-constructed education on glycated hemoglobin (HbA1c) in people with type 2 diabetes: A randomized controlled study. *Prim Care Diabetes*, 16(1), 173-178. <https://doi.org/10.1016/j.pcd.2021.12.010>

Ahmad, M. H., Shahar, S., Teng, N. I., Manaf, Z. A., Sakian, N. I., & Omar, B. (2014). Applying theory of planned behavior to predict exercise maintenance in sarcopenic elderly. *Clin Interv Aging*, 9, 1551-1561. <https://doi.org/10.2147/CIA.S60462>

Ajzen, I. (1985). From Intentions to Actions: A Theory of Planned Behavior. In J. Kuhl & J. Beckmann (Eds.), *Action Control: From Cognition to Behavior* (pp. 11-39). Springer Berlin Heidelberg. [https://doi.org/10.1007/978-3-642-69746-3\\_2](https://doi.org/10.1007/978-3-642-69746-3_2)

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes*, 50(2), 179-211. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)

Ajzen, I. (2020). The theory of planned behavior: Frequently asked questions. *Human Behavior and Emerging Technologies*, 2(4), 314-324. <https://doi.org/10.1002/hbe2.195>

Akdemir, N., & Birol, L. (2020). İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakimi. İzmir, Turkey: Sistem Ofset, 193-196.

Almutairi, K., Nossent, J., Preen, D., Keen, H., & Inderjeeth, C. (2021). The global prevalence of rheumatoid arthritis: a meta-analysis based on a systematic review. *Rheumatol Int*, 41(5), 863-877. <https://doi.org/10.1007/s00296-020-04731-0>

Arvidsson, S., Nylander, M. L., & Bergman, S. (2019). Callers' perceptions of their contact with a rheumatology telephone helpline. *Musculoskeletal Care*, 17(1), 105-112. <https://doi.org/10.1002/msc.1374>

Aydemir Gedük, E. (2018). Hemşirelik Mesleğinin Gelişen Rollerini. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*. <https://doi.org/10.17681/hsp.358458>

Ayruk, H., & UĞUR, H. G. (2022). Hipertansiyon Hastalarına Verilen Eğitim ve Telefon Danışmanlığının İlaç Tedavisi Uyumuna ve Akılcı İlaç Kullanımına Etkisi: Tek Kör Randomize Kontrollü Çalışma İçin Çalışma Protokolü [Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü]. Yüksek Öğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi. (Tez No: 750198).

Bakan, G., Arife, A., Özdemir, ü., Karasu, U., & Taşçı, U. (2022). Romatoid Artritte Yorgunluk ve Sosyal Destegın Fonksiyonel Kapasite Üzerine Etkisi.

Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 11(2), 635-643.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.37989/gumussagbil.904349>

Bech, B., Primdahl, J., van Tubergen, A., Voshaar, M., Zangi, H. A., Barbosa, L., Bostrom, C., Boteva, B., Carubbi, F., Fayet, F., Ferreira, R. J. O., Hooper, K., Kocher, A., Kukkurainen, M. L., Lion, V., Minnock, P., Moretti, A., Ndosu, M., Pavic Nikolic, M., Schirmer, M., Smucrova, H., de la Torre-Aboki, J., Waite-Jones, J., & van Eijk-Hustings, Y. (2020). 2018 update of the EULAR recommendations for the role of the nurse in the management of chronic inflammatory arthritis. *Ann Rheum Dis*, 79(1), 61-68. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2019-215458>

Beider, S., Flohr, S., Gehlert, S., Witte, T., & Ernst, D. (2021). Erratum zu: Zusammenhang von körperlicher Aktivität mit Fatigue und Funktionskapazität bei Patienten mit rheumatoider Arthritis. *Z Rheumatol*. <https://doi.org/10.1007/s00393-021-01066-4>

Beiranvand, S., Asadizaker, M., Fayazi, S., & Yaralizadeh, M. (2015). Efficacy of an Intervention Based on the Theory of Planned Behavior on Foot Care Performance in Type II Diabetic Patients. *Jundishapur Journal of Chronic Disease Care*, 5. <https://doi.org/10.17795/jjcdc-30622>

Bergsten, U., Almedhed, K., Baigi, A., & Jacobsson, L. T. H. (2019). A randomized study comparing regular care with a nurse-led clinic based on tight disease activity control and person-centred care in patients with rheumatoid arthritis with moderate/high disease activity: A 6-month evaluation. *Musculoskeletal Care*, 17(3), 215-225. <https://doi.org/10.1002/msc.1403>

Bezirci, B., & Yilmaz, A. E. (2010). Metinlerin okunabilirliğinin ölçülmesi üzerine bir yazılım kütüphanesi ve Türkçe için yeni bir okunabilirlik ölçütü. *Dokuz Eylül Üniversitesi Mühendislik Fakültesi Fen ve Mühendislik Dergisi*, 12(3), 49-62.

Bosnjak, M., Ajzen, I., & Schmidt, P. (2020). The Theory of Planned Behavior: Selected Recent Advances and Applications. *Eur J Psychol*, 16(3), 352-356. <https://doi.org/10.5964/ejop.v16i3.3107>

Broderick, J. E., Keefe, F. J., Bruckenthal, P., Junghaenel, D. U., Schneider, S., Schwartz, J. E., Kaell, A. T., Caldwell, D. S., McKee, D., Reed, S., & Gould, E. (2014). Nurse practitioners can effectively deliver pain coping skills training to osteoarthritis patients with chronic pain: A randomized, controlled trial. *Pain*, 155(9), 1743-1754. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2014.05.024>

Brooks, J. M., Iwanaga, K., Chiu, C. Y., Cotton, B. P., Deiches, J., Morrison, B., Moser, E., & Chan, F. (2017). Relationships between self-determination theory and theory of planned behavior applied to physical activity and exercise behavior in chronic pain. *Psychol Health Med*, 22(7), 814-822. <https://doi.org/10.1080/13548506.2017.1282161>

Bruce, B., & Fries, J. F. (2003). The Stanford Health Assessment Questionnaire: a review of its history, issues, progress, and documentation. *J Rheumatol*, 30(1), 167-178. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12508408>

Cajas Santana, L. J., & López, J. G. (2021). Descripción de un servicio de telerreumatología en una institución colombiana. *Revista Colombiana de Reumatología*, 28(3), 161-170. <https://doi.org/10.1016/j.rcreu.2020.08.002>

Cao, Y., Fan, D., & Yin, Y. (2020). Pain Mechanism in Rheumatoid Arthritis: From Cytokines to Central Sensitization. *Mediators Inflamm*, 2020, 2076328. <https://doi.org/10.1155/2020/2076328>

Choy, E. H., & Dures, E. (2019). Fatigue in rheumatoid arthritis. *Rheumatology*, 58(Supplement\_5), v1-v2. <https://doi.org/10.1093/rheumatology/kez314>

Croia, C., Bursi, R., Suter, D., Petrelli, F., Alunno, A., & Puxeddu, I. (2019). One year in review 2019: pathogenesis of rheumatoid arthritis. *Clin Exp Rheumatol*, 37(3), 347-357. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31111823>

Çamur, E. (2020). Romatoid artritli bireylerde yorgunluk, uyku ve ağrının değerlendirilmesi. [Yüksek Lisans Tezi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi]. Yüksek Öğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi. (Tez No: 618795).

Çefle, A., Keser, G., Terzioğlu, E., Ertenli, İ., İnanç, N., Coşan, F., Yılmaz, N., Şahin, A., Can, M., & Hamuryudan, V. (2018). Turkish Society for Rheumatology recommendations for the management of rheumatoid arthritis. *Ulusal Romatoloji Dergisi*, 10(2), 81-84. <https://doi.org/10.2399/raed.18.18022>

Dağcı, M. (2019). Türkiye’de 2008-2018 yılları arasında model ve kuram kullanılmış hemşirelik araştırmaları: Sistematik inceleme. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*(9), 929-943. <https://doi.org/https://doi.org/10.38079/igusabder.591038>

de Thurah, A., Stengaard-Pedersen, K., Axelsen, M., Fredberg, U., Schougaard, L. M. V., Hjollund, N. H. I., Pfeiffer-Jensen, M., Laurberg, T. B., Tarp, U., Lomborg, K., & Maribo, T. (2018). Tele-Health Followup Strategy for Tight Control of Disease Activity in Rheumatoid Arthritis: Results of a Randomized Controlled Trial. *Arthritis Care Res (Hoboken)*, 70(3), 353-360. <https://doi.org/10.1002/acr.23280>

Deane, K. D., Demoruelle, M. K., Kelmenson, L. B., Kuhn, K. A., Norris, J. M., & Holers, V. M. (2017). Genetic and environmental risk factors for rheumatoid arthritis. *Best Pract Res Clin Rheumatol*, 31(1), 3-18. <https://doi.org/10.1016/j.berh.2017.08.003>

Demmelmaier, I., Pettersson, S., Nordgren, B., Dufour, A. B., & Opava, C. H. (2018). Associations between fatigue and physical capacity in people moderately affected by rheumatoid arthritis. *Rheumatol Int*, 38(11), 2147-2155. <https://doi.org/10.1007/s00296-018-4140-z>

Dinmez, G. (2022). Gestasyonel Diyabetli Kadınlarda Planlı Davranış Teorisi Temelli Eğitim Modelinin Diyabet Yönetimi ve Doğum Sonuçlarına Etkisi [Doktora

Tezi, Koç Üniversitesi]. Yüksek Öğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi. (Tez No: 728749).

Doğan, İ., Gök, K., Apaydın, H., & Armağan, B. (2022). Evaluation of Quality of Life Scales According to Disease Activity in Rheumatoid Arthritis. *Acıbadem Univ. Sağlık Bilim. Derg.*, 13(3), 374-378. <https://doi.org/https://doi.org/10.31067/acusaglik.1032580>

Droomers, M., Huang, X., Fu, W., Yang, Y., Li, H., & Zheng, P. (2016). Educational disparities in the intention to quit smoking among male smokers in China: a cross-sectional survey on the explanations provided by the theory of planned behaviour. *BMJ Open*, 6(10), e011058. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011058>

Esbensen, B. A., Stallknecht, S. E., Madsen, M. E., Hagelund, L., & Pilgaard, T. (2020). Correlations of fatigue in Danish patients with rheumatoid arthritis, psoriatic arthritis and spondyloarthritis. *PLoS One*, 15(8), e0237117. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0237117>

Fransen, J., & van Riel, P. L. (2005). The Disease Activity Score and the EULAR response criteria. *Clin Exp Rheumatol*, 23(5 Suppl 39), S93-99. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16273792>

Gao, L., Sun, Y., Pan, L., Li, Y., Yuan, J., Cui, X., & Shi, B. (2022). Current status and influencing factors of fatigue in patients with rheumatoid arthritis: A cross-sectional study in China. *Int J Nurs Pract*, 28(3), e12996. <https://doi.org/10.1111/ijn.12996>

George, D., & Mallery, M. (2010). *SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference*. 10a ed.) Boston: Pearson.

Georgopoulou, S., Prothero, L., Lempp, H., Galloway, J., & Sturt, J. (2016). Motivational interviewing: relevance in the treatment of rheumatoid arthritis? *Rheumatology*, 55(8), 1348-1356. <https://doi.org/10.1093/rheumatology/kev379>

Gerend, M. A., & Shepherd, J. E. (2012). Erratum to: Predicting Human Papillomavirus Vaccine Uptake in Young Adult Women: Comparing the Health Belief Model and Theory of Planned Behavior. *Annals of Behavioral Medicine*, 44(2), 293-293. <https://doi.org/10.1007/s12160-012-9388-z>

Göger, S. (2022). Fazla Kilolu ve Obez Kadınlarda Planlı Davranış Teorisine Göre Verilen Eğitim Ve Danışmanlık Müdahalesinin Sağlık Davranışlarına Etkisi [Doktora Tezi, Sakarya Üniversitesi]. Yüksek Öğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi. (Tez No: 734772).

Gök Metin, Z., & Özdemir, L. (2016). Romatoid Artritte Ağrı ve Yorgunluğun Yönetiminde Aromaterapi ve Refl eksolojinin Kullanımı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma*, 13(1), 44-49.

Gronning, K., Lim, S., & Bratas, O. (2022). A longitudinal study of educational needs among patients with inflammatory arthritis. *Musculoskeletal Care*, 20(1), 151-157. <https://doi.org/10.1002/msc.1575>

Gürel, N. (2019). Romatoid artritli hastalara verilen eğitimin tedaviye uyum ve fonksiyonel duruma etkisi [Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi]. Yüksek Öğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi. (Tez No: 576696).

İşleyen, F. G. (2005. Erişim tarihi: 15.11.2021). Türkçe web sitelerinde sunulan sağlık bilgisinin anlaşılabilirliği 2 Ulusal Tıp Bilimi Kongresi,

Jones, S. M. W., Sherman, K. J., Bermet, Z., Palazzo, L. G., & Lewis, C. C. (2022). Theory of Planned Behavior and Mindfulness Intentions in Chronic Low Back Pain. *Mindfulness*, 13(12), 3145-3152. <https://doi.org/10.1007/s12671-022-02022-2>

Kalav, S., & Bektaş, h. (2018). Romatoid Artrit Semptom Yönetiminde Hemşirelerin Rollerini. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 34(2), 112-130.

Karayağız, G., & Başbakkal, Z. (2013). The planned behavior theory and breastfeeding behavior (Planlı davranış teorisi ve emzirme davranışı). *Turk Clin J Nurs Sci*, 5, 28-40.

Karlsson, M. L., Elkan, A. C., & Hafstrom, I. (2019). Widespread pain and pain intensity in patients with early rheumatoid arthritis. A cross-sectional comparison between smokers and non-smokers. *Nurs Open*, 6(3), 942-947. <https://doi.org/10.1002/nop2.284>

Kars Fertelli, T. (2020). Effects of Education About Rheumatoid Arthritis and Sexuality on the Sexual Problems of Women With Rheumatoid Arthritis. *Clin Nurs Res*, 29(3), 189-199. <https://doi.org/10.1177/1054773819858493>

kimyon., G., Şentürk., S., & Keskin., A. Y. (2021). Romatoid artritli bireylere bakım. *Ankara Eğt. Arş. Hast. Derg.*, 54(3), 391-398. <https://doi.org/10.20492/aeahtd.970427>

Knittle, K., De Gucht, V., Hurkmans, E., Peeters, A., Runday, K., Maes, S., & Vlieland, T. V. (2015). Targeting motivation and self-regulation to increase physical activity among patients with rheumatoid arthritis: a randomised controlled trial. *Clin Rheumatol*, 34(2), 231-238. <https://doi.org/10.1007/s10067-013-2425-x>

Koştı, N., & Toraman, A. U. (2022). The Effect of an Intimate Partner Violence Against Women Training Program Based on the Theory of Planned Behavior on the Approaches of Nurses and Midwives: A Randomized Controlled Study. *J Interpers Violence*, 37(17-18), Np16157-np16179. <https://doi.org/10.1177/08862605211022064>

Kucukdeveci, A. A., Sahin, H., Ataman, S., Griffiths, B., & Tennant, A. (2004). Issues in cross-cultural validity: example from the adaptation, reliability, and validity testing of a Turkish version of the Stanford Health Assessment Questionnaire. *Arthritis Rheum*, 51(1), 14-19. <https://doi.org/10.1002/art.20091>

Kwok, S. K., Tang, L. M., Tsang, H. L., Chung, H. Y., Chung, M. H., Ho, C. T. K., Lau, C. S., & Cheung, T. T. (2022). Nurse-Led Consultation for Patients With Rheumatoid Arthritis at Low Disease Activity: A Randomized Noninferiority Trial. *Arthritis Care Res (Hoboken)*, 74(10), 1736-1744. <https://doi.org/10.1002/acr.24625>

Lahiri, M., Cheung, P. P. M., Dhanasekaran, P., Wong, S. R., Yap, A., Tan, D. S. H., Chong, S. H., Tan, C. H., Santosa, A., & Phan, P. (2022). Evaluation of a multidisciplinary care model to improve quality of life in rheumatoid arthritis: a randomised controlled trial. *Qual Life Res*, 31(6), 1749-1759. <https://doi.org/10.1007/s11136-021-03029-3>

Larsson, I., Fridlund, B., Arvidsson, B., Teleman, A., & Bergman, S. (2014). Randomized controlled trial of a nurse-led rheumatology clinic for monitoring biological therapy. *J Adv Nurs*, 70(1), 164-175. <https://doi.org/10.1111/jan.12183>

Lin, C. Y., Updegraff, J. A., & Pakpour, A. H. (2016). The relationship between the theory of planned behavior and medication adherence in patients with epilepsy. *Epilepsy Behav*, 61, 231-236. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2016.05.030>

Lin, Y. J., Anzaghe, M., & Schulke, S. (2020). Update on the Pathomechanism, Diagnosis, and Treatment Options for Rheumatoid Arthritis. *Cells*, 9(4). <https://doi.org/10.3390/cells9040880>

Liu, Z. C., Gao, L., Zhang, W. H., Wang, J., Liu, R. R., & Cao, B. H. (2020). Effects of a 4-week Omaha System transitional care programme on rheumatoid arthritis patients' self-efficacy, health status, and readmission in mainland China: A randomized controlled trial. *Int J Nurs Pract*, 26(4), e12817. <https://doi.org/10.1111/ijn.12817>

Loof, H., & Johansson, U. B. (2019). "A body in transformation"-An empirical phenomenological study about fear-avoidance beliefs towards physical activity among persons experiencing moderate-to-severe rheumatic pain. *J Clin Nurs*, 28(1-2), 321-329. <https://doi.org/10.1111/jocn.14606>

Maciver, A., Hollinger, H., & Carolan, C. (2021). Tele-health interventions to support self-management in adults with rheumatoid arthritis: a systematic review. *Rheumatol Int*, 41(8), 1399-1418. <https://doi.org/10.1007/s00296-021-04907-2>

Mai, A., Braun, J., Reese, J. P., Westerhoff, B., Trampisch, U., Klaassen-Mielke, R., Timmesfeld, N., Trampisch, H. J., & Krause, D. (2019). Nurse-led care versus physician-led care in the management of rheumatoid arthritis and psoriatic arthritis (StaerkeR): study protocol for a multi-center randomized controlled trial. *Trials*, 20(1), 793. <https://doi.org/10.1186/s13063-019-3808-3>

McGuckin, C., Prentice, G. R., McLaughlin, C. G., & Harkin, E. (2012). Prediction of self-monitoring compliance: application of the theory of planned behaviour to chronic illness sufferers. *Psychol Health Med*, 17(4), 478-487. <https://doi.org/10.1080/13548506.2011.630399>

Mert, H. (2019). Romatolojik Sistem Hastalıkları Bakım ve Yönetimi. Özer, S.

İç Hastalıkları Hemşireliği (1. Baskı) içinde (s. 591-599). İstanbul Medikal Sağlık ve Yayıncılık.

Min, H. K., Kim, H. R., Lee, S. H., Kang, K. Y., Park, S. H., & Kwok, S. K. (2022). Time-averaged DAS28 and HAQ predict cardiovascular disease in patients with

rheumatoid arthritis: Data from KORONA registry. *Joint Bone Spine*, 89(5), 105401. <https://doi.org/10.1016/j.jbspin.2022.105401>

Mobasheri, N., Ghahremani, L., Fallahzadeh Abarghooee, E., & Hassanzadeh, J. (2022). Lifestyle Intervention for Patients with Nonalcoholic Fatty Liver Disease: A Randomized Clinical Trial Based on the Theory of Planned Behavior. *BioMed Research International*, 2022, 3465980. <https://doi.org/10.1155/2022/3465980>

Mochizuki, T., Yano, K., Ikari, K., & Okazaki, K. (2022). Factors Associated with Five-year Deterioration of the Health Assessment Questionnaire-Disability Index in Patients with Rheumatoid Arthritis: A Retrospective Cohort Study. *Intern Med*. <https://doi.org/10.2169/internalmedicine.0651-22>

Myasoedova, E., Crowson, C. S., Giblon, R. E., McCarthy-Fruin, K., Schaffer, D. E., Wright, K., Matteson, E. L., & Davis, J. M., 3rd. (2019). Optimization of flare management in patients with rheumatoid arthritis: results of a randomized controlled trial. *Clin Rheumatol*, 38(11), 3025-3032. <https://doi.org/10.1007/s10067-019-04664-5>

Ögel, K., & Şimşek, M. (2021). *Motivasyonel Görüşme Tekniği Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları*. (1. Basım).

Palmer, D., & Miedany, Y. E. (2018). Incorporating motivational interviewing into rheumatology care. *Br J Nurs*, 27(7), 370-376. <https://doi.org/10.12968/bjon.2018.27.7.370>

Pastor-Mira, M.-A., López-Roig, S., Peñacoba, C., Sanz-Baños, Y., Lledó, A., & Velasco, L. (2020). Predicting walking as exercise in women with fibromyalgia from the perspective of the theory of planned behavior. *Women & Health*, 60(4), 412-425. <https://doi.org/10.1080/03630242.2019.1662869>

Paul, B., Kirubakaran, R., Isaac, R., Dozier, M., Grant, L., Weller, D., & collaboration, R. (2022). Theory of planned behaviour-based interventions in chronic diseases among low health-literacy population: protocol for a systematic review. *Syst Rev*, 11(1), 127. <https://doi.org/10.1186/s13643-022-02006-2>

Pedraz-Marcos, A., Palmar-Santos, A. M., Hale, C. A., Zarco-Colon, J., Ramasco-Gutierrez, M., Garcia-Perea, E., Velasco-Ripoll, T., Martín-Alarcon, J., & Sapena-Fortea, N. (2020). Living With Rheumatoid Arthritis in Spain: A Qualitative Study of Patient Experience and the Role of Health Professionals. *Clin Nurs Res*, 29(8), 551-560. <https://doi.org/10.1177/1054773818791096>

Poggenborg, R. P., Madsen, O. R., Sweeney, A. T., Dreyer, L., Bukh, G., & Hansen, A. (2021). Patient-controlled outpatient follow-up on demand for patients with rheumatoid arthritis: a 2-year randomized controlled trial. *Clin Rheumatol*, 40(9), 3599-3604. <https://doi.org/10.1007/s10067-021-05674-y>

Pourmand, G., Doshmangir, L., Ahmadi, A., Noori, M., Rezaeifar, A., Mashhadi, R., Aziminia, R., Pourmand, A., & Gordeev, V. S. (2020). An application of the theory of planned behavior to self-care in patients with hypertension. *BMC Public Health*, 20(1), 1290. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09385-y>

Riaz, M. M., Mahmood, S. B. Z., & Nasir, N. (2022). Telemedicine for Rheumatology Patients in Covid-19 Pandemic: Perspectives of Patients. *J Patient Exp*, 9, 23743735221092635. <https://doi.org/10.1177/23743735221092635>

Rich, A., Brandes, K., Mullan, B., & Hagger, M. S. (2015). Theory of planned behavior and adherence in chronic illness: a meta-analysis. *J Behav Med*, 38(4), 673-688. <https://doi.org/10.1007/s10865-015-9644-3>

Roncancio, A. M., Ward, K. K., Sanchez, I. A., Cano, M. A., Byrd, T. L., Vernon, S. W., Fernandez-Esquer, M. E., & Fernandez, M. E. (2015). Using the Theory of Planned Behavior to Understand Cervical Cancer Screening Among Latinas. *Health Educ Behav*, 42(5), 621-626. <https://doi.org/10.1177/1090198115571364>

Rosa-Gonçalves, D., Bernardes, M., & Costa, L. (2018). Quality of life and functional capacity in patients with rheumatoid arthritis • Cross-sectional study. *Reumatología Clínica (English Edition)*, 14(6), 360-366. <https://doi.org/10.1016/j.reumae.2017.03.015>

Ruhaila, A. R., & Chong, H. C. (2018). Self-reported symptoms of depression, anxiety and stress among patients with Rheumatoid Arthritis in a Malaysian rheumatology centre - prevalence and correlates. *Med J Malaysia*, 73(4), 226-232.

Saeedifar, E. S., Memarian, R., Fatahi, S., & Ghelichkhani, F. (2018). Use of the Orem self-care model on pain relief in women with rheumatoid arthritis: a randomized trial. *Electronic Physician*, 10(6), 6884-6891. <https://doi.org/10.19082/6884>

Sandhu, A., Agarwal, A., Kaur, P., Sharma, M., Sra, H., Singh, M., Jaiswal, N., Chauhan, A., Gupta, A., & Singh, M. (2021). Evaluation of Tele-rheumatology during the COVID-19 Pandemic in Asian Population: A Pilot Study. *Int J Telemed Appl*, 2021, 5558826. <https://doi.org/10.1155/2021/5558826>

Sanliturk, D., & Ayaz-Alkaya, S. (2021). The Effect of a Theory of Planned Behavior Education Program on Asthma Control and Medication Adherence: A Randomized Controlled Trial. *J Allergy Clin Immunol Pract*, 9(9), 3371-3379. <https://doi.org/10.1016/j.jaip.2021.03.060>

Sari, F., Oskay, D., & Tufan, A. (2018). Reliability, validity, and cross-cultural adaptation of the Turkish version of the Bristol Rheumatoid Arthritis Fatigue Multi-Dimensional Questionnaire. *Clin Rheumatol*, 37(6), 1465-1470. <https://doi.org/10.1007/s10067-018-4008-3>

Sezgin, M. G., & Bektas, H. (2022). The effect of nurse-led care on fatigue in patients with rheumatoid arthritis: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled studies. *J Clin Nurs*, 31(7-8), 832-842. <https://doi.org/10.1111/jocn.16003>

Shao, J. H., Yu, K. H., & Chen, S. H. (2021). Effectiveness of a self-management program for joint protection and physical activity in patients with rheumatoid arthritis: A randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud*, 116, 103752. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103752>

Sheikh, V., Barati, M., Khazaei, S., & Jormand, H. (2022). Factors related to treatment adherence behaviors among old-age hemodialysis patients in Hamadan, Iran: the application of the extended theory of planned behavior during Covid-19 pandemic. *BMC Nephrology*, 23(1), 58. <https://doi.org/10.1186/s12882-022-02694-x>

Shim, E. J., Hahm, B. J., Go, D. J., Lee, K. M., Noh, H. L., Park, S. H., & Song, Y. W. (2018). Modeling quality of life in patients with rheumatic diseases: the role of pain catastrophizing, fear-avoidance beliefs, physical disability, and depression. *Disabil Rehabil*, 40(13), 1509-1516. <https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1300691>

Smolen, J. S., Breedveld, F. C., Burmester, G. R., Bykerk, V., Dougados, M., Emery, P., Kvien, T. K., Navarro-Compan, M. V., Oliver, S., Schoels, M., Scholte-Voshaar, M., Stamm, T., Stoffer, M., Takeuchi, T., Aletaha, D., Andreu, J. L., Aringer, M., Bergman, M., Betteridge, N., Bijlsma, H., Burkhardt, H., Cardiel, M., Combe, B., Durez, P., Fonseca, J. E., Gibofsky, A., Gomez-Reino, J. J., Graninger, W., Hannonen, P., Haraoui, B., Kouloumas, M., Landewe, R., Martin-Mola, E., Nash, P., Ostergaard, M., Ostor, A., Richards, P., Sokka-Isler, T., Thorne, C., Tzioufas, A. G., van Vollenhoven, R., de Wit, M., & van der Heijde, D. (2016). Treating rheumatoid arthritis to target: 2014 update of the recommendations of an international task force. *Ann Rheum Dis*, 75(1), 3-15. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2015-207524>

Spijk-de Jonge, M. J., Weijers, J. M., Teerenstra, S., Elwyn, G., van de Laar, M. A., van Riel, P. L., Huis, A. M., & Hulscher, M. E. (2022). Patient involvement in rheumatoid arthritis care to improve disease activity-based management in daily practice: A randomized controlled trial. *Patient Educ Couns*, 105(5), 1244-1253. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.08.013>

Steinmetz, H., Knappstein, M., Ajzen, I., Schmidt, P., & Kabst, R. (2016). How Effective are Behavior Change Interventions Based on the Theory of Planned Behavior? *Zeitschrift für Psychologie*, 224(3), 216-233. <https://doi.org/10.1027/2151-2604/a000255>

Sun, Y., Yuan, J., Liu, W., Qin, B., Hu, Z., Li, J., & He, Y. (2022). Predicting Rural Women's Breast Cancer Screening Intention in China: A PLS-SEM Approach Based on the Theory of Planned Behavior. *Front Public Health*, 10, 858788. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.858788>

Sweeney, A. T., McCabe, C., Flurey, C. A., Robson, J. C., Berry, A., Richards, P., & Ndosi, M. (2021). The patient perspective of nurse-led care in early rheumatoid arthritis: A systematic review of qualitative studies with thematic analysis. *J Clin Nurs*, 30(1-2), 145-160. <https://doi.org/10.1111/jocn.15531>

Şahin, G., Buldak, C. İ., Kaya, V., Güvenç, G., & İyigün, E. (2020). Investigation of Postgraduate Theses Conducted Using Model in Nursing in Turkey: A Systematic Review. *Journal of Education and Research in Nursing*. <https://doi.org/10.5222/head.2020.60320>

Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2013). *Using multivariate statistics*, 6th edn Boston. Ma: Pearson.

Tournadre, A., Pereira, B., Gossec, L., Soubrier, M., & Dougados, M. (2019). Impact of comorbidities on fatigue in rheumatoid arthritis patients: Results from a nurse-led program for comorbidities management (COMEDRA). *Joint Bone Spine*, 86(1), 55-60. <https://doi.org/10.1016/j.jbspin.2018.06.010>

Tuna, H. I., & Alparslan, G. B. (2021). Effects of Orem's Self-Care Model of Nursing on Hand Symptoms and Life Activities in Geriatric Individuals Diagnosed with Rheumatoid Arthritis: A Pilot Study. *Res Theory Nurs Pract*. <https://doi.org/10.1891/rtnp-d-20-00093>

Turgut, M. F., & Baykul, Y. (2010). *Eğitimde ölçme ve değerlendirme (Vol. 2)*. Pegem Akademi.

Türen, S., Atakoğlu, R., KIVANÇ, M. M., & Asiye, G. (2019). Hemşirelikte kuram ve modele dayalı lisansüstü tez çalışmalarının incelenmesi. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*(11), 202-216.

Wan, S. W., He, H. G., Mak, A., Lahiri, M., Luo, N., Cheung, P. P., & Wang, W. (2016). Health-related quality of life and its predictors among patients with rheumatoid arthritis. *Appl Nurs Res*, 30, 176-183. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2015.07.004>

Wang, J., Zou, X., Cong, L., & Liu, H. (2018). Clinical effectiveness and cost-effectiveness of nurse-led care in Chinese patients with rheumatoid arthritis: A randomized trial comparing with rheumatologist-led care. *Int J Nurs Pract*, 24(1). <https://doi.org/10.1111/ijn.12605>

White, K. M., Terry, D. J., Troup, C., Rempel, L. A., Norman, P., Mummery, K., Riley, M., Posner, N., & Kenardy, J. (2012). An extended theory of planned behavior intervention for older adults with type 2 diabetes and cardiovascular disease. *J Aging Phys Act*, 20(3), 281-299. <https://doi.org/10.1123/japa.20.3.281>

Yakut, Y., Yakut, E., Bayar, K., & Uygur, F. (2007). Reliability and validity of the Turkish version short-form McGill pain questionnaire in patients with rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol*, 26(7), 1083-1087. <https://doi.org/10.1007/s10067-006-0452-6>

Yıldız Çilengiroğlu, İ. (2020). Romatoid artritli kadınlara hastalık yönetimine ilişkin verilen eğitimin yaşam kalitesi ve anksiyete depresyon üzerine etkisi [Trakya Üniversitesi].

Zaidel, C., Musich, S., Karl, J., Kraemer, S., & Yeh, C. S. (2021). Psychosocial Factors Associated with Sleep Quality and Duration Among Older Adults with Chronic Pain. *Popul Health Manag*, 24(1), 101-109. <https://doi.org/10.1089/pop.2019.0165>

Zomahoun, H. T. V., Moisan, J., Lauzier, S., Guillaumie, L., Grégoire, J. P., & Guénette, L. (2016). Predicting Noninsulin Antidiabetic Drug Adherence Using a Theoretical Framework Based on the Theory of Planned Behavior in Adults With Type 2 Diabetes: A Prospective Study. *Medicine (Baltimore)*, 95(15), e2954. <https://doi.org/10.1097/md.0000000000002954>

## 8. EKLER

### Ek-1. Hasan Kalyoncu Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Yönetim Kurulu Kararı



T.C.  
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ  
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğü

Evrak Tarih ve Sayısı: 25.01.2023-30393

Sayı : E-97105791-806.01.03-30393  
Konu : Tez konu başlığı hk (Keriman  
AYTEKİN KANADLI)

25.01.2023

#### LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Enstitü Yönetim Kurulunun 31.01.2023 tarih ve 2023/04 nolu kararına göre; tez konu başlığımız Tablo'da belirtilen şekilde uygun bulunmuş olup;  
Gereğini bilgilerinize rica ederim.

ÖĞRENCİNİN NUMARASI ADI-SOYADI	TEZ KONU BAŞLIĞI
216112564 Keriman AYTEKİN KANADLI	Romatoid Artritli Hastalarda Planlı Davranış Teorisine Göre Uygulanan Hemşire Danışmanlığının Ağrı, Yorgunluk ve Fonksiyonel Duruma Etkisi

Prof.Dr. Mahmut Serhat YENİCE  
Müdür

## **Ek-2. Kurum İzni**

### Ek-3. Etik Kurul İzni

T.C.  
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ  
Sağlık Bilimleri Fakültesi  
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurul Kararı

Karar No : 2021/081  
Karar Tarihi : 21.06.2021

Sayın Keriman AYTEKİN KANADLI,

*"Romatoid Artrüli Hastalarda Planlı Davranış Teorisine Göre Uygulanan Hemşire Danışmanlığının Ağrı, Yorgunluk ve Fonksiyonel Duruma Etkisi"* konulu çalışmanızın girişimsel olmayan araştırmalar etik kurul kararı uyarınca uygun olduğuna;

Oy birliği ile karar verilmiştir.

## **Ek-4. Ölçek Kullanım İzinleri**

## **EK-5. Katılımcı Onam Formları**

### **GÖNÜLLÜLERİ BİLGİLENDİRME VE OLUR (RIZA) FORMU**

(KONTROL GRUBU)

Sayın Katılımcı,

Bu araştırmanın amacı; romatoid artritli hastalarda, normal yaşantılarına ve tedavilerine müdahale etmeden, ağrı, yorgunluk ve fonksiyonel durumlarını değerlendirmektir. Bu amaç doğrultusunda, sizlere kişisel bilgilerinizi ve hastalığınıza bağlı yaşadığınız durumları içeren bir soru formu uygulanacak ve hastalık yönetiminizi değerlendirmek için ağrı, yorgunluk ve sağlığınızın değerlendirilmesine yönelik sorular sorulacaktır. Bu soruların uygulanması yaklaşık 10-15 dakika sürecektir. Ayrıca 3 ay sonrasında hastaneye rutin kontrolünüze geldiğinizde sizinle görüşme sağlanarak ilk görüşmede sorulan soruları tekrar cevaplamanız istenecektir. Çalışmanın bitiminde size yaşamınızı kolaylaştırabilecek tarzda romatoid artrit hastalarına yönelik hazırlanmış olduğumuz eğitim rehberi verilecektir. Bilgileriniz yalnızca çalışma kapsamında kullanılacak ve başka kurum ve kuruluşlarla paylaşılmayacaktır. Görüşme için herhangi bir ücret ödenmeyecektir. Çalışmaya katılmama hakkına sahipsiniz ve katıldığımız takdirde istediğiniz zaman ayrılabilirsiniz. Çalışmaya katılmazsanız tedavinizde herhangi bir aksama olmayacaktır. Çalışma ile ilgili her türlü soruyu istediğiniz zaman araştırmacıya sorabilirsiniz.

Zaman ayırdığınız ve katılımınız için teşekkür ederim.

**YUKARIDAKİ BİLGİLERİ OKUDUM, BUNLAR HAKKINDA BANA YAZILI VE SÖZLÜ AÇIKLAMA YAPILDI. BU KOŞULLARDA SÖZ KONUSU ARAŞTIRMAYA KENDİ RIZAMLA, HİÇBİR BASKI VE ZORLAMA OLMAKSIZIN KATILMAYI KABUL EDİYORUM.**

Gönüllünün Adı, Soyadı, İmzası, Adresi (varsa telefon numarası)

Araştırmayı yapan sorumlu araştırmacının Adı, Soyadı, İmzası

Keriman AYTEKİN KANADLI

(GİRİŞİM GRUBU)

Sayın Katılımcı,

Bu araştırmanın amacı; romatoid artritli hastalarda planlı davranış teorisine göre uygulanacak hemşire danışmanlığı ile semptom yönetimi sağlamak, hastaların en çok yakındıkları durumlar olan ağrı, yorgunluk ve fonksiyonel duruma etkisini değerlendirmektir. Bu amaç doğrultusunda, sizlere kişisel bilgilerinizi ve hastalığınıza bağlı yaşadığınız durumları içeren bir soru formu uygulanacak. Ardından hastalığınıza özgü yaşadığınız ağrı, yorgunluk ve fonksiyonel yeterlilik durumunuzu belirlemeye yönelik sorular sorulacaktır. Bu soruların uygulanması yaklaşık 10-15 dakika sürecektir. Daha sonra; araştırmacı tarafından size hastalık yönetiminize ilişkin ortalama 15-20 dakika süresince eğitim verilecek, eğitim sonrasında romatoid artrit hastalarına yönelik hazırlanmış olan eğitim rehberi verilecektir. Karşılıklı iletişim bilgileri paylaşarak danışmanlık süresince (3 ay) araştırmacıyı telefonla arayabileceksiniz. Romatoid artritli hastalarda planlı davranış teorisi doğrultusunda semptom yönetimine yönelik hazırlanmış eğitim planı ölçüsünde araştırmacı tarafından telefonla danışmanlık hizmeti verilecektir. Planlı davranış teorisi doğrultusunda semptom yönetimine

yönelik hazırlanmış eğitim planı ölçüsünde ilk görüşmeyi takiben, size telefonla ilk bir ay haftada 1; 2. ve 3. aylarda 15 günde bir ulaşılarak danışmanlık hizmeti verilecektir. Her görüşmede bireysel eğitim ihtiyaçlarınız belirlenerek planlama güncellenecektir. 3. Ayın sonunda hastaneye kontrole geldiğinizde araştırmayla yüz yüze görüşmeniz sağlanacaktır. Görüşmede araştırmacı tarafından verilen eğitim ve danışmanlık hizmetinin hastalık yönetiminiz, ağrınız, yorgunluğunuz ve fonksiyonel yeterliliğinizi değerlendirmeye yönelik sorular sorulacaktır. Bilgileriniz yalnızca çalışma kapsamında kullanılacak ve başka kurum ve kuruluşlarla paylaşılmayacaktır. Görüşme için herhangi bir ücret ödenmeyecektir. Çalışmaya katılmama hakkına sahipsiniz ve katıldığınız takdirde istediğiniz zaman ayrılabilirsiniz. Çalışmaya katılmazsanız tedavinizde herhangi bir aksama olmayacaktır. Çalışma ile ilgili her türlü soruyu istediğiniz zaman araştırmacıya sorabilirsiniz.

Zaman ayırdığınız ve katılımınız için teşekkür ederim.

YUKARIDAKİ BİLGİLERİ OKUDUM, BUNLAR HAKKINDA BANA YAZILI VE SÖZLÜ AÇIKLAMA YAPILDI. BU KOŞULLARDA SÖZ KONUSU ARAŞTIRMAYA KENDİ RIZAMLA, HİÇBİR BASKI VE ZORLAMA OLMAKSIZIN KATILMAYI KABUL EDİYORUM.

Gönüllünün Adı, Soyadı, İmzası, Adresi (varsa telefon numarası):

Araştırmayı yapan sorumlu araştırmacının Adı, Soyadı, İmzası:

Keriman AYTEKİN KANADLI

## Ek-6. Randomizasyon Listesi

1 Set 45 Benzersiz Sayı

Aralığı : 1'den 90'a

1 numarayı ayarla

48, 51, 40, 6, 71, 49, 79, 77, 13, 72, 75, 11, 80, 37, 17, 57, 88, 12, 53, 68, 38, 61, 83,  
31, 29, 45, 5, 42, 81, 10, 16, 50, 22, 69, 46, 14, 28, 73, 15, 63, 9, 1, 85, 78, 36

---

Lütfen unutmayın: Bu hizmeti kullanarak, [SPN Kullanıcı Politikasına](#) uymayı ve program veya sonuçlarıyla ilgili bir sorun yaşamanız durumunda Research Randomizer ve personelini zararsız tutmayı kabul etmiş olursunuz. Rastgele sayılar üretmenin yararlı bir yolunu geliştirmek için her türlü çaba gösterilmiş olsa da, Research Randomizer ve personeli, üretilen sayıların kalitesini veya rastgeleliğini garanti etmez. Bu numaraların kullanıldığı her türlü kullanım, yalnızca onları oluşturan kullanıcının sorumluluğundadır.

## Ek-7. Hasta Tanıtım Formu

Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Ana bilim dalı doktora tezi araştırması için veri toplamak amacıyla geliştirilen bu formda size ait **Kişisel Bilgiler, Hastalığınıza Ait Bilgiler** ile ilgili sorularla karşılaşacaksınız. Doğru bilgilere ulaşabilmek için soruları dikkatle okumanız, yanıtız bırakmamanız, yalnızca size en uygun olan seçeneği işaretlemeniz önemlidir. Bu formdaki sorulara vereceğiniz yanıtlar, söz konusu çalışma dışında başka hiçbir amaçla kullanılmayacak ve bilgileriniz gizli tutulacaktır.

Araştırmaya katıldığınız için teşekkür ederiz.

**Araştırmacılar:** Öğr. Gör. Keriman AYTEKİN KANADLI ve Prof. Dr. Nermin OLGUN

### A. KİŞİSEL BİLGİLER:

Adınız Soyadınız:

(Çalışmada her hasta için bir kod kullanılacaktır. Adınız ve soyadınız açıkça kullanılacaktır.)

Adresiniz:.....

...

Telefon No: (1) ..... (hasta)

(2) ..... ( hasta yakını)

1. Yaşınız: .....

2. Boyunuz: .....

3. Kilonuz: ..... BKİ: ..... (kilo/ boy<sup>2</sup>)

4. Cinsiyetiniz?  Kadın  Erkek  Diğer

5. Medeni Durumunuz?  Evli  Bekar

6. Aile tipiniz ?  Çekirdek aile  Geniş aile  Yalnız

7. Eğitim Durumunuz?  Okur-yazar değil  Okur-yazar

İlköğretim  Ortaokul  Lise  Üniversite  Diğer .....

8. Yaşadığınız yer?  İl merkezi  İlçe  Köy

9. Çalışıyor musunuz?  Evet  Hayır (Lütfen 11. Soruya geçiniz)

10. İşiniz/mesleğiniz nedir?

Serbest  İşçi  Memur  Emekli

Diğer.....

11. Cevabınız “Hayır” ise çalışmama nedeniniz nedir?

Şimdiki hastalık nedeniyle çalışmıyorum.  Başka nedenlerden dolayı çalışmıyorum.

12. Sağlık güvenceniz ve türü nedir?

Yok  Yeşil Kart  SSK  Emekli Sandığı  Özel Sigorta

Bağkur

13. Gelir durumunuz gider durumunuza göre nasıl?

Gelir giderden az  Gelir gidere denk  Gelir giderden fazla

14. Evde kaç kişi yaşıyorsunuz?

Eşimle  Eşim ve çocuklarımla  Yalnız

Diğer

15. Sizin bakımınızla ilgilenen biri var mı?

Evet.....  Hayır (Lütfen 17. Soruya geçiniz)

16. Bakımınızla kim/kimler ilgileniyor?

Eş  Çocuklar  Anne-baba  Bakıcı

Diğer

17. Sigara ve alkol kullanım durumunuz?

	Sigara	Alkol
Halen içiyorum		
İçtim, bıraktım		

Hiç içmedim		
İçme süreniz		
Günlük sigara/alkol tüketim miktarınız		

**B. HASTALIĞA AİT BİLGİLER**

1. Hastalık süresiniz nedir? (Romatoid artrit): .....yıl.....ay

2. **DAS 28 skoru** (Hekimin hasta değerlendirme dosyasından alınacaktır): .....

4. Tedavinizde kullandığınız ilaçlar nelerdir?

( ) Steroidler

( ) NSAİİ

( ) Konvensiyonel DMARD: Metotreksat Sülfasalazin Hidroksiklorokin Leflunomid

...

( ) Biyolojik DMARD: AntiTNF, Abatasept Rituksimab

( ) JAK İnhibitörleri

( ) Analjezik

( ) Diğer

5. İlaçlarınızı düzenli olarak kullanıyor musunuz?

( ) Evet ( ) Hayır (Lütfen nedenini belirtiniz.....)

6. Romatoid artrit nedeniyle kullandığınız ilaçlara bağlı herhangi bir ilaç yan etkisi yaşıyor musunuz/yaşadınız mı?

( ) Evet ( ) Hayır (Lütfen 8. Soruya geçiniz)

7. Ne tür yakınmalar/yan etkiler yaşıyorsunuz/yaşadınız?

( ) Bulantı ( ) Kusma ( ) İshal ( ) Kabızlık ( ) Mide şikayeti ( ) Göz kuruluğu

( ) Uyku hali ( ) Diğer .....

8. Romatoid artrit dışında bir hastalığınız var mı ?

( ) Evet (Lütfen belirtiniz.....) ( ) Hayır

9. Daha önce romatoid artrit hastalığı ile ilgili bilgi/eğitim aldınız mı?

( ) Evet (Lütfen belirtiniz)..... ( ) Hayır

10. İlaç dışı kullandığınız tamamlayıcı tedaviler var mı?

( ) Evet (Lütfen belirtiniz: ..... ) ( ) Hayır

11. Egzersiz alışkanlığınız var mı?

( ) Evet (Lütfen belirtiniz..... ) ( ) Hayır

12. Günlük işlerinizi yerine getirirken yardım alıyor musunuz?

( ) Evet (Lütfen kimden aldığınızı belirtiniz)..... ( ) Hayır

13. Romatoid artrite bağlı olarak aşağıdaki yakınmaları yaşama durumunuz;

13.1. Eklem Ağrısı: ( )Var ( ) Yok

13.2. Eklemlerde Şişlik: ( )Var ( ) Yok

13.3. Eklem Deformitesi: ( )Var ( ) Yok

13.4. Sabah Tutukluğu: ( )Var ( ) Yok

13.5. Yorgunluk/Güçsüzlük : ( )Var ( ) Yok

13.6. Uyku problemi: ( )Var ( ) Yok

13.7. Diğer (Belirtiniz).....

14. Romatoid artrite bağlı olarak ağrınız olmasını engellemek ya da azaltmak için yaptığınız bir davranış/uygulama/girişim var mı?

( ) Var (Lütfen belirtiniz).....

( ) Yok (Nedenini

belirtiniz).....

15. Romatoid artrite bağlı olarak ağrınız olmasını engellemek için yaptıklarınızı yeterli görüyor musunuz?

( ) Evet ( ) Hayır (Lütfen nedenini/zorluğunu belirtiniz).....

16. Romatoid artrite bağlı olarak ağrınızla baş etmenizi engelleyen durumlar var mı?

( ) Var ( ) Yok (Lütfen 18. Soruya geçiniz)

17. Romatoid artrit'e bağlı olarak ağrınızla baş etmenizi engelleyen durumlar nelerdir? (birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)
- Bireysel faktörler (kişilik özellikleri, eğitim durumu, bilgi seviyesi....)
  - Önemli kişiler (Anne, baba, çocuk, kardeş, eş, bakım veren kişi..)
  - Kurum/Kuruluşlar (İş yeri, hastane...)
  - Ekonomik nedenler
  - Yaşanılan yer
  - Diğer (Lütfen belirtiniz).....
18. Romatoid artrit'e bağlı olarak gelişen ağrınızı azaltmayı ya da engellemeyi kontrol edebileceğinize inaniyor musunuz?
- Evet
  - Hayır (Lütfen nedenini/zorluğunu belirtiniz).....
19. Romatoid artrit'e bağlı olarak gelişen ağrınızı azaltmayı ya da engellemeyi sağlık personeli desteği ile (bilgi, destek ve danışmanlık hizmeti vb.) kontrol edebileceğinize inaniyor musunuz?
- Evet
  - Hayır (Lütfen nedenini/zorluğunu belirtiniz).....
20. Romatoid artrit'e bağlı olarak yorgunluğunuzun olmasını engellemek ya da azaltmak için yaptığınız bir davranış/uygulama/girişim var mı?
- Var (Lütfen belirtiniz).....
  - Yok (Nedenini belirtiniz).....
21. Romatoid artrit'e bağlı olarak gelişen yorgunluğunuzun olmasını engellemek için yaptıklarınızı yeterli görüyor musunuz?
- Evet
  - Hayır (Lütfen nedenini/zorluğunu belirtiniz).....
22. Romatoid artrit'e bağlı olarak yorgunluğunuzla baş etmenizi engelleyen durumlar var mı?
- Var
  - Yok (Lütfen 24. Soruya geçiniz)
23. Romatoid artrit'e bağlı olarak yorgunluğunuzla baş etmenizi engelleyen durumlar nelerdir? (birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)
- Bireysel faktörler (kişilik özellikleri, eğitim durumu, bilgi seviyesi....)
  - Önemli kişiler (Anne, baba, çocuk, kardeş, eş, bakım veren kişi..)
  - Kurum/Kuruluşlar (İş yeri, hastane...)
  - Ekonomik nedenler
  - Yaşanılan yer
  - Diğer (Lütfen belirtiniz).....
24. Romatoid artrit'e bağlı olarak gelişen yorgunluğunuzu azaltmayı ya da engellemeyi kontrol edebileceğinize inaniyor musunuz?
- Evet
  - Hayır (Lütfen nedenini/zorluğunu belirtiniz).....
25. Romatoid artrit'e bağlı olarak gelişen yorgunluğunuzu azaltmayı ya da engellemeyi sağlık personeli desteği ile (bilgi, destek ve danışmanlık hizmeti vb.) kontrol edebileceğinize inaniyor musunuz?
- Evet
  - Hayır (Lütfen nedenini/zorluğunu belirtiniz).....
26. Romatoid artrit'e bağlı olarak yaşadıklarınızdan kaynaklı günlük yaşamdaki hareketlerinizi, aktivitelerinizi (banyo yapma, yeme içme vb.) yapmanızı kolaylaştıran bir davranış/uygulama/girişim var mı?
- Var (Lütfen belirtiniz).....
  - Yok (Nedenini belirtiniz).....

27. Romatoid artrit'e bağlı olarak günlük yaşamdaki hareketlerinizi, aktivitelerinizi kolaylaştırmak için yaptıklarınızı yeterli görüyor musunuz?

Evet

Hayır (Lütfen nedenini/zorluğunu belirtiniz).....

28. Romatoid artrit'e bağlı olarak günlük yaşamdaki hareketlerinizi, aktivitelerinizi yaparken yaşadığınız zorluk/zorluklarla baş etmenizi engelleyen durumlar var mı?

Var

Yok (Lütfen 30. Soruya geçiniz)

29. Romatoid artrit'e bağlı olarak günlük yaşamdaki hareketlerinizi, aktivitelerinizi yaparken yaşadığınız zorluk/zorluklarla baş etmenizi engelleyen durumlar nelerdir? (birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

Bireysel faktörler ( kişilik özellikleri, eğitim durumu, bilgi seviyesi....)

nemli kişiler (Anne, baba, ocuk, kardeş, eş, bakım veren kişi..)

Kurum/Kuruluşlar (İş yeri, hastane...)

Ekonomik nedenler

Yaşanılan yer

Diğer (Lütfen belirtiniz).....

30. Romatoid artrit'e bağlı olarak günlük yaşamdaki hareketlerinizi, aktivitelerinizi yaparken yaşadığınız zorluk/zorlukları azaltmayı ya da engellemeyi kontrol edebileceğinize inanıyor musunuz?

Evet

Hayır (Lütfen nedenini/zorluğunu belirtiniz).....

31. Romatoid artrit'e bağlı olarak gelişen günlük yaşamdaki hareketlerinizi, aktivitelerinizi yaparken yaşadığınız zorluk/zorlukları azaltmayı ya da engellemeyi sağlık personeli desteği ile (bilgi, destek ve danışmanlık hizmeti vb.) kontrol edebileceğinize inanıyor musunuz?

Evet

Hayır (Lütfen nedenini/zorluğunu belirtiniz).....

32. Yapacağımız görüşmelere bir yakınınzla birlikte katılmak ister misiniz?

Evet (Lütfen kim olduğunu belirtiniz).....

Hayır

## Ek- 8. McGill Ağrı Ölçeği Kısa Formu (MAÖ-KF)

Lütfen aşağıda ağrınızı tanımlamak için belirtilen kelimelerden uygun olanı işaretleyiniz.

McGill Ağrı Ölçeği Kısa Formu				
Lütfen aşağıda ağrınızı tanımlamak için belirtilen kelimelerden uygun olanı işaretleyiniz.				
	Yok	Hafif	Orta	Şiddetli
1. Zonklama	0)	1)	2)	3)
2. Şimşek çarpar gibi	0)	1)	2)	3)
3. Bıçak saplanır gibi	0)	1)	2)	3)
4. Keskin	0)	1)	2)	3)
5. Kramp tarzında	0)	1)	2)	3)
6. Kemirici	0)	1)	2)	3)
7. Sıcak-yanıcı	0)	1)	2)	3)
8. Sancı verici	0)	1)	2)	3)
9. Ezici	0)	1)	2)	3)
10. Hassaslaştırıcı	0)	1)	2)	3)
11. Yarıcı, parçalayıcı	0)	1)	2)	3)
12. Yoran, takatsız bırakan	0)	1)	2)	3)
13. Hasta edici	0)	1)	2)	3)
14. Korkutucu	0)	1)	2)	3)
15. Cezalandırıcı-zalimce	0)	1)	2)	3)

Mevcut Ağrı İndeksi

Aşağıdakilerden hangisi şu anki ağrınızı açıklamaktadır;

0 Ağrı yok ( )

1 Hafif ( )

2 Rahatsız edici ( )

3 Acı verici ( )

4 Korkunç ( )

5 Dayanılmaz ( )

Aşağıdaki çizgiyi işaretleyerek şu anki ağrınızı en iyi gösteren noktayı gösteriniz.

Ağrı yok

Dayanılmaz ağrı

## Ek-9. Bristol Romatoid Artrit Yorgunluğu Çok Boyutlu Anketi (BRAf-MDQ)

Adı-soyadı:.....

Tarih:.....

### Bristol Romatoid Artrit Yorgunluk Çok Boyutlu Anketi (BRAf-MDQ-)

**Son 7 günde** yorgunluğun size nasıl etkilediğini bilmek isteriz.

Lütfen soruların tamamını cevaplayın. Çok uzun ve aşırı düşünmeyin,  
hemen ilk tepkinizi verin– doğru veya yanlış cevap yok!

1. Lütfen son 7 gün boyunca ortalama yorgunluk seviyenizi gösteren sayıyı yuvarlak içine alın.

Yorgunluk 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 Tamamen bitkin  
yok 0

\*\*\*\*\*

Lütfen aşağıdaki her bir soru için size en iyi uyan bir cevabı işaretleyin.

- 2 Geçen hafta (7 günde) boyunca kaç gün yorgunluk yaşadınız?

0	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>
1	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	Her gün	<input type="checkbox"/>

- 3 Son 7 gün boyunca hissettiğiniz her bir yorgunluk döneminiz yaklaşık olarak ne kadar sürdü?

Bir saatten az	<input type="checkbox"/>
Birkaç saat	<input type="checkbox"/>
Tüm gün	<input type="checkbox"/>

		Hiç	Çok az	Oldukça	Çok fazla
	<b>Son 7 günde.....</b>				
4	Yorgunluk nedeniyle fiziksel enerjiniz azaldı mı?	----	----	----	----
5	Yorgunluk banyo yapmanızı veya duş almanızı zorlaştırdı mı?	----	----	----	----
6	Yorgunluk kendi başınıza giyinmenizi zorlaştırdı mı?	----	----	----	----
7	Yorgunluk işinizi veya diğer günlük aktivitelerinizi yapmanızı zorlaştırdı mı?	----	----	----	----
8	Yorgunluk nedeniyle plan yapmaktan kaçındınız mı? (Örn; dışarı çıkma, ev ya da bahçe işleri yapmak)	----	----	----	----
9	Yorgunluk sosyal yaşamınızı etkiledi mi?	----	----	----	----
10	Yorgunluk nedeniyle planlarınızı iptal ettiniz mi? (Örn; dışarı çıkmak, ev ya da bahçe işleri yapmak)	----	----	----	----
11	Yorgunluk nedeniyle davetleri geri çevirdiniz mi? (Örn; bir arkadaşınızla buluşmak)	----	----	----	----
12	Yorgunluk nedeniyle <i>zihinsel</i> enerjinizde yetersizlik yaşadınız mı?	----	----	----	----
13	Yorgunluk nedeniyle bir şeyleri unuttunuz mu?	----	----	----	----
14	Yorgunluk net düşünmenizi zorlaştırdı mı?	----	----	----	----
15	Yorgunluk konsantre olmanızı zorlaştırdı mı?	----	----	----	----
16	Yorgunluk nedeniyle hatalar yaptınız mı?	----	----	----	----
17	Yorgunluk nedeniyle hayatınızın bazı alanlarında daha az kontrol sahibi olduğunuzu hissettiniz mi?	----	----	----	----
18	Yorgunluk nedeniyle mahcubiyet duyduunuz mu?	----	----	----	----
19	Yorgun olmak sizi üzdü mü?	----	----	----	----
20	Yorgunluk nedeniyle çökmüş veya depresif hissettiniz mi?	----	----	----	----

## Ek. 10. Stanford Sağlık Değerlendirme Ölçeği (HAQ)

Geçtiğimiz Bir Hafta Boyunca Günlük İşleri Yapabilme Yeteneklerinizi En İyi Yanıtlayan Tanımı Lütfen İşaretleyiniz.

	Hİ Ç (0)	BİRAZ ZOR (1)	ÇOK ZOR (2)	YAPA MIYORUM (3)
<b>GIYİNME VE KİŞİSEL BAKIM</b> - Saçınızı şampuanlayabiliyor musunuz? - Ayakkabı bağlamak ve düğme iliklemek dahil kendi kendinize giyinebiliyor musunuz?				
<b>YERİNDEN KALKMA</b> -Sandalyeden kalkabiliyor musunuz? -Yatağa yatıp kalkabiliyor musunuz?				
<b>YEMEK YEME</b> -Tabağınızdaki eti kesebiliyor musunuz? -Dolu bir fincanı veya bardağı ağzınıza götürebiliyor musunuz? -Henüz açılmamış süt kartonunu açabiliyor musunuz?				
<b>YÜRÜME</b> -Açık havada düz zeminde yürüebiliyor musunuz? -Beş merdiven basamağı çıkabiliyor musunuz?				
Aşağıdaki listede, yukarıdaki eylemleri yaparken kullandığınız herhangi bir YARDIMCI ARAÇ VEYA AYGIT yer alıyorsa işaretleyiniz. -Baston ( ) - Giyinmek için kullandığınız yardımcı araçlar ( uzun saplı ayakkabı çekeceği gibi)( ) -Yürüteç ( ) -Özel yapılmış çatal- kaşık ( ) -Koltuk değnekleri -Özel yapılmış sandalye ( ) -Tekerlekli sandalye ( ) -Diğer (Lütfen Belirtiniz.....)				
<b>VÜCUT TEMİZLİĞİ</b> -Vücudunuzu yıkayıp kurulayabiliyor musunuz? -Küvetle banyo yapabiliyor musunuz? -Tuvalete oturup kalkabiliyor musunuz?				
<b>UZANMA</b> -Başınızın biraz yukarısındaki yaklaşık 2 kg'lık bir nesneye uzanıp aşağıya indirebiliyor musunuz? -Yerdeki çamaşırları almak için eğilebiliyor musunuz?				
<b>KAVRAMA</b> -Araba kapılarını açabiliyor musunuz? -Daha önce açılmamış kavanozları açabiliyor musunuz? -Muslukları açıp kapatabiliyor musunuz?				
-Küçük işleri ve alışveriş yapabiliyor musunuz? -Otomobile binip inebiliyor musunuz?				

-Elektrik süpürgesiyle temizlik veya bahçeyle uğraşma gibi işleri yapabiliyor musunuz?				
Aşağıdaki listede , yukarıdaki eylemleri yaparken kullandığınız herhangi bir yardımcı ARAÇ VEYA AYGIT yer alıyorsa lütfen işaretleyiniz. -Yükseltilmiş tuvalet oturağı -Küvetin yanındaki tutunma çubuğu ( ) -Küvet oturağı -Uzanmaya yardımcı uzun saplı araçlar ( ) -Kavanoz açacağı -Banyoda yardımcı uzun saplı araçlar ( ) -Diğer ( Lütfen belirtiniz.....)				

## Ek-11. Davranış Değişikliği Kontrol Listesi

DAVRANIŞ DEĞİŞİKLİĞİ KONTROL LİSTESİ									
Durumlar	Değerlendirme		Değerlendirme		Değerlendirme		Değerlendirme		Son Değerlendirme
	E	G	E	G	E	G	E	G	
1.Hastalığımı yönetmede, sağlık personelden (hemşire, hekim) ve bilimsel kaynaklardan edindiğim bilgileri uyguladım (basın, komşu, web vb. dışında)									
2.İlaçlarımı düzenli ve önerilen şekilde kullandım (doktor ve/veya hemşire ).									
3.Sağlık kontrollerimi aksatmadım.									
4.Doktoruma/sağlık personeline sormadan farklı bir ilaç almadım, uygulama yapmadım.									
5.Egzersizlerimi düzenli ve önerildiği şekilde (zaman ve egzersiz çeşidi) yaptım.									
6.Egzersizimi ağrım az olduğunda/olmadığında yaptım.									
7.Romatoid artrit hastalığı için									





## Ek-12. Romatoid Artrit Hasta Eğitim Kitapçığı

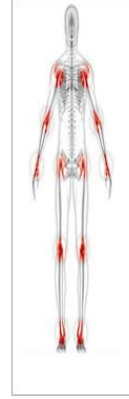
### ROMATOİD ARTRİT HASTA EĞİTİM KİTAPÇIĞI



**Romatoid Artrit**  
(İltihaplı Eklem Romatizması)  
Hastasıyım Ne Yapmalıyım?

#### İÇİNDEKİLER

- ☛ Romatoid Artrit Nedir? — 1
- ☛ Romatoid Artritin Nedeni Nedir? — 2
- ☛ Belirtileri Nelerdir? — 3
- ☛ Hastalık Seyri Nasıldır? — 4
- ☛ Tedavisi Nedir? — 6
- ☛ Yorgunlukla Nasıl Baş Edilir? — 9
- ☛ Egzersizin Önemi Nedir? — 10
- ☛ Beslenme ve Diyetin Önemi Nedir? — 13
- ☛ Günlük Yaşamda Nelere Dikkat Edelim? — 15
- ☛ Sık Sorulan Sorular? — 16



Windows'u Etkinleştir  
Windows'u etkinleştirmek için Ayarlar'ı

## Ek-13. Eğitim Kitapçığı Okunabilirlik Formülü

		Toplam Çok Hececi Sözcük Sayısı	Yaklaşık Eğitim Düzeyi	
<p>10.53386/intermed.2018-64467.</p> <p>Hazırlayan Sorumlu Araştırmacı HKU Hemşirelik A.D. Doktora Öğrencisi HMKU Hastanesi Eğitim Koordinatörlüğü Çalışanı Öğr. Gör. Keriman AYTEKİN KANADLI</p> <p>Çalıştır</p>	<b>Metin İstatistik Verileri</b>			
	cümle sayısı: 291	<b>Okunabilirlik Değerleri</b>	1-6	5. sınıf
	kelime sayısı: 1245	SMOG: 9.72	7-12	6. sınıf
	harf sayısı: 8160	FOG: 14.15	13-20	7. sınıf
	karakter sayısı: 11073	ARI: 11.58	21-30	8. sınıf
	çok heceli kelime sayısı(=4): 387	Flesch-Kincaid: 18.72	31-42	9. sınıf
		FRES: -31.53	43-56	10. sınıf
		Alexman: 76.52	57-72	11. sınıf
		Coleman-Liau: 31.71	73-90	12. sınıf
		PSK: 14.58	91-110	13. sınıf
	<b>Yeni Okunabilirlik Değeri: 4.4</b>	111-132	14. sınıf	
		133-156	15. sınıf	
		157-182	16. sınıf	
		183-210	17. sınıf	
		211-240	18. sınıf	

## **Ek-14. Eğitim Kitapçığı Görüşüne Başvurulan Uzman Listesi**

**Ek-15. Motivasyonel Görüşme Teknikleri Eğitim Sertifikası**

## Ek.16. Romatoid Artritli Hastalara Planlı Davranış Teorisine Göre Verilecek Hemşire Danışmanlığı Eğitim Planı



HASAN KALYONCU  
ÜNİVERSİTESİ

ROMATOİD ARTRİTLİ HASTALARA PLANLI DAVRANIŞ TEORİSİNE GÖRE  
VERİLECEK HEMŞİRE DANIŞMANLIĞI EĞİTİM PLANI

Danışman: Prof. Dr. Nermin OLGUN

Doktora Öğrencisi: ~~Keriman~~ AYTEKİN KANADLI

Gaziantep

### İÇİNDEKİLER

1. Eğitim Planı Hakkında Genel Bilgiler.....	
i. Amaç	
ii. Hedef Grubu	
iii. Genel Hedefler	
2. Hemşire Danışmanlığının Tanıtım.....	
3. Tele Hemşirelik Uygulaması.....	
4. Eğitimde Kullanılan Motivasyonel Görüşme Tekniği.....	
5. Hasta Görüşmelerinde Kullanılacak Planlı Davranış Teorisi İçeriği.....	
6. Hasta Görüşmelerinde Kullanılacak Eğitim Planı İçeriği.....	
7. Eğitimin Kavramsal Yapısı.....	
8. Birinci Telefon Görüşmesi Planı: Planlı Davranış Teorisi Temelli Ağrı Yönetimi Eğitimi.....	
9. İkinci Telefon Görüşmesi Planı: Planlı Davranış Teorisi Temelli Yorgunluk Yönetimi Eğitimi.....	
10. Üçüncü Telefon Görüşmesi Planı: Planlı Davranış Teorisi Temelli Fonksiyonel Yetliliği Sağlama Devam Ettirme.....	
11. Dördüncü, Beşinci ve Altıncı Telefon Görüşmesi Planı.....	
12. Son Görüşme Planı.....	
13. Kaynaklar.....	
14. Ekler	
Ek 1: Planlı Davranış Teorisine Göre Oluşturulmuş Romatoid Artrit Eğitim Rehberi	

## **Ek-17. Telefonla Hasta Görüşme Planı**

### **1. Birinci Telefon Görüşmesi Planı**

**Konusu:** Planlı Davranış Teorisi Temelli Ağrı Yönetimi Eğitimi

**Toplam Süre:** 45 dakika

**Ana Amacı:** Romatoid artrit hastasının ağrı yönetimine etki eden davranışsal, öznel ve kontrol inançları doğrultusunda hastaya eğitim ve danışmanlık verilerek ağrıyı yönetebilme davranışı kazanması amaçlanmaktadır.

#### **Alt Amaçları:**

- Hastanın, ağrılarını yönetmesine etki eden davranışsal inançlarına ilişkin olumlu ve olumsuz algılarını, inançlarını değerlendirmesini sağlayarak, bu inançların avantajlı ve dezavantajlı yönlerinin farkına varmasını sağlamak.
- Hastanın, ağrılarını yönetmesine etki eden öznel inançlarına ilişkin sosyal destek sağlayıcılarını belirlemek ve destekçileri ile işbirliği yaparak ağrı yönetimine ilişkin uyum davranışı kazandırmak.
- Hastanın, ağrılarını yönetmesine etki eden kontrol inançlarına ilişkin, ağrılarını yönetmesini engelleyen inançlarını değiştirmek ve ağrı yönetimine yönelik olumlu inançlarını güçlendirmek.

#### **Öğrenim Hedefleri:**

##### **Davranışsal İnançlara- Davranışa Yönelik Tutuma Yönelik Hedefler**

- RA'lı hasta ağrı tedavisi hakkında bilgi sahibi olacak.
- RA'lı hasta, hastalık yönetiminde ağrı tedavisinin önemini kavrayacak.
- RA'lı hasta, hastalık yönetiminde ağrı tedavisine uyum sağlayabilecek.

##### **Öznel İnançlara- Öznel Normlara Yönelik Hedefler**

- RA'lı hasta ağrı tedavisi konusunda kendisine destek verecek kişi ya da kişileri sıralayacak (sosyal destekçiler).
- Ağrı tedavisi konusunda sosyal destekçileri ile işbirliği yapacak.

##### **Kontrol İnançlarına- Algılanan Davranışsal Kontrole Yönelik- Hedefler**

- RA'lı hasta ağrı algısına etki eden (zorlaştırıcı/kolaylaştırıcı) faktörleri ifade edecek.
- Ağrı algısına etki eden faktörler doğrultusunda ağrı yönetimi davranışını gerçekleştirecek.
- **Eğitim Yöntemi:** Telefonla arama, motivasyonel görüşme, soru-cevap ve düz anlatım yöntemleri kullanılacaktır.
- **Eğitim – Öğretim Materyali:** Romatoid Artrit Hasta Eğitim Kitapçığı, Romatoid Artritli Hastalara Planlı Davranış Teorisine Göre Verilecek Hemşire Danışmanlığı Eğitim Planı.

#### **Giriş (15 dk.)**

RA'nın davranışa yönelik müdahaleler ile yönetilebilir bir hastalık olduğu bilinmektedir. Bu nedenle eğitimde davranış değişikliğine yönelik olarak hastalarla görüşme sağlanacaktır. Eğitime, ilk görüşmede yüz yüze yapılan eğitimin önemi

açıklanarak başlanacaktır. Hastaya bu görüşmede ele alınan ağrı yönetimi eğitiminin amaç ve hedefleri hakkında bilgi verilecektir.

**Gövde (Ana Bölüm - 15 dk.)**

- Hastanın araştırmacıya güvenmesini sağlamak amacıyla ağrı algısına yönelik düşünceleri, duyguları, endişeleri, korkuları ve yaşamına etkilerini ifade etmesi sağlanacaktır.
- Hastanın ağrı yaşadığı zamanlardaki deneyimlerini ifade etmesi sağlanacak, empatik yaklaşım ile geri bildirimler yapılacaktır.
- Hastanın ağrı yönetiminde uyum davranışına karşı olumlu ve olumsuz tutumları, bu tutumun gelişmesine etki eden kişiler ve/veya olaylar, ağrı algısına etki eden unsurları (zorlaştırıcı/kolaylaştırıcı) faktörler değerlendirilecektir (“Hasta Tanıtım Formu” ve “McGill Ağrı Ölçeği Kısa Formu” doğrultusunda).
- Hastanın ağrısını yönetme davranışına etki eden inançlarının farkına varması sağlanarak eğitim tekrarlanacaktır (Romatoid Artritli Hastalara Planlı Davranış Teorisine Göre Verilecek Hemşire Danışmanlığı Eğitim Planı” ve “Romatoid Artrit Hasta Eğitim Kitapçığı” doğrultusunda).
- Hastanın ağrı yönetimindeki bilgi eksikliğini gidermesi, destekçilerini belirleyebilmesi ve engelleri kaldırması ile ağrısını yönetebileceği, ağrısının azalabileceği vurgulanacak, ihtiyaç duyduğu noktalarda araştırmacıdan bilgi alabileceği açıklanacaktır.

**Değerlendirme (15 dk.)**

- Hasta ile “Ağrı Yönetimi” ne yönelik yapılan görüşme ve planlama özetlenir.
- Hastaya danışmak istediği bir konu olursa telefon ile ulaşabileceği bilgisi verilir.
- “Davranış Değişikliği Kontrol Listesi” doldurularak, sonraki görüşme tarihi planlanır.

**2. İkinci Telefon Görüşmesi Planı**

**Konusu:** Planlı Davranış Teorisi Temelli Yorgunluk Yönetimi Eğitimi

**Toplam Süre:** 30 dakika

**Ana Amacı:** Romatoid artrit hastasının yorgunluk yönetimine etki eden davranışsal, öznel ve kontrol inançları doğrultusunda hastaya eğitim verilerek yorgunluğu yönetebilme davranışı kazanması amaçlanmaktadır.

**Alt Amaçları:**

- Hastanın, yorgunluğunu azaltmaya/önlemeye etki eden davranışsal inançlarına ilişkin olumlu ve olumsuz algılarını, inançlarını değerlendirmesini sağlayarak, bu inançların avantajlı ve dezavantajlı yönlerinin farkına varmasını sağlamak.
- Hastanın, yorgunluğunu yönetmesine etki eden öznel inançlarına ilişkin sosyal destek sağlayıcılarını belirlemek ve destekçileri ile işbirliği yaparak yorgunluk yönetimine ilişkin uyum davranışı kazandırmak.
- Hastanın, yorgunluğunu yönetmesine etki eden kontrol inançlarına ilişkin, yorgunluğu yönetmelerini engelleyen inançlarını değiştirmek ve yorgunluk yönetimine yönelik olumlu inançlarını güçlendirmek.

**Öğrenim Hedefleri:**

**Davranışsal İnançlara - Davranışa Yönelik Tutuma Yönelik Hedefler**

- RA'lı hasta yorgunluk tedavisi hakkında bilgi sahibi olacak.
- RA'lı hasta, hastalık yönetiminde yorgunluk tedavisinin önemini kavrayacak.
- RA'lı hasta, hastalık yönetiminde yorgunluk tedavisine uyum sağlayabilecek.

#### **Öznel İnançlara – Öznel Norma Yönelik Hedefler**

- RA'lı hasta yorgunluk tedavisi konusunda kendisine destek verecek kişi ya da kişileri sıralayacak (sosyal destekçiler).
- Yorgunluk tedavisi konusunda sosyal destekçileri ile işbirliği yapacak.

#### **Kontrol İnançlarına – Algılanan Davranışsal Kontrole Yönelik Hedefler**

- RA'lı hasta yorgunluk algısına etki eden (zorlaştırıcı/kolaylaştırıcı) faktörleri ifade edecek.
- Yorgunluk algısına etki eden faktörler doğrultusunda olumlu yorgunluk yönetimi davranışını gerçekleştirecek.
- **Eğitim Yöntemi:** Telefonla arama, motivasyonel görüşme, soru-cevap ve düz anlatım yöntemleri kullanılacaktır.
- **Eğitim – Öğretim Materyali:** Romatoid Artrit Hasta Eğitim Kitapçığı, Romatoid Artritli Hastalara Planlı Davranış Teorisine Göre Verilecek Hemşire Danışmanlığı Eğitim Planı.

#### **Giriş (10 dk.)**

Birinci telefon görüşmesinde ele alınan ağrı yönetimi eğitimi doğrultusunda davranış kontrolü değerlendirilecek. Hastanın davranış değişikliği girişimine etki eden destekleyici/engelleyici etkenleri ifade etmesi sağlanacak, olumlu inançları desteklenecek. Hastalığı kaynaklı yaşadığı yorgunluğun nitelik ve niceliğini ifade etmesi sağlanacak. Hastaya yorgunluk yönetimine yönelik verilecek eğitimin içeriği, amaç ve hedefler hakkında bilgi verilecek.

#### **Gövde (Ana Bölüm - 15 dk.)**

- Hastanın araştırmacıya güvenmesini sağlamak amacıyla yaşadığı yorgunluğa yönelik düşünceleri, duyguları, endişeleri, korkuları ve yaşamına etkilerini ifade etmesi sağlanacak.
- Hastanın yorgunluk hissettiğinde deneyimlerini paylaşması sağlanacak, empatik bir tutum ile hasta desteklenecek.
- Hastanın yorgunluk yönetiminde uyum davranışına karşı olumlu ve olumsuz tutumları, bu tutumun gelişmesine etki eden kişiler ve/veya olaylar, yorgunluk algısına etki eden (zorlaştırıcı/kolaylaştırıcı) faktörler değerlendirilecek (“Hasta Tanıtım Formu” ve “Bristol Romatoid Artrit Yorgunluğu Çok Boyutlu Anketi” doğrultusunda).
- Hastanın yorgunluğunu yönetme davranışına etki eden inançlarının farkına varması sağlanacak, PDT doğrultusunda hazırlanmış eğitim rehberine göre eğitim tekrarlanacak (Romatoid Artrit Eğitim Kitapçığı).
- Hastanın yorgunluk yönetimindeki bilgi eksikliğini gidermesi, destekçilerini belirleyebilmesi ve engelleri kaldırması ile yorgunluğunu yönetebileceği, yorgunluğunun azalabileceği vurgulanacak, ihtiyaç duyduğu noktalarda araştırmacıdan bilgi alabileceği açıklanacak.

#### **Değerlendirme (5 dk.)**

- Hasta ile ‘‘Yorgunluk Yönetimi’’ne yönelik yapılan görüşme ve planlama özetlenir.
- Hastaya danışmak istediği bir konu olursa telefon ile ulaşabileceği bilgisi verilir.
- ‘‘Davranış Değişikliği Kontrol Listesi’’ doldurularak, sonraki görüşme tarihi planlanır.

### 3. Üçüncü Telefon Görüşmesi Planı

**Konusu:** Planlı Davranış Teorisi Temelli Fonksiyonel Yeterlilik

**Toplam Süre:** 30 dakika

**Ana Amacı:** Romatoid artrit hastasının fonksiyonel yeterliliği sağlama ve yönetimine etki eden davranışsal, öznel ve kontrol inançları doğrultusunda hastaya eğitim verilerek yorgunluğu yönetebilme davranışı kazanması amaçlanmaktadır.

#### **Alt Amaçları:**

- Hastanın, fonksiyonel yeterliliğine etki eden davranışsal inançlarına ilişkin olumlu ve olumsuz algılarını, inançlarını değerlendirmesini sağlayarak, bu inançların avantajlı ve dezavantajlı yönlerinin farkına varmasını sağlamak.
- Hastanın, fonksiyonel yeterliliğini sağlama, sürdürme ve yönetmesine etki eden öznel inançlarına ilişkin sosyal destek sağlayıcılarını belirlemek ve destekçileri ile işbirliği yaparak, uyum davranışı kazandırmak.
- Hastanın, fonksiyonel yeterliliğini sağlama ve yönetmesine etki eden kontrol inançlarına ilişkin, engelleyen inançları değiştirmek ve olumlu inançlarını güçlendirmek.

#### **Öğrenim Hedefleri:**

##### **Davranışsal İnançlara - Davranışa Yönelik Tutuma Yönelik Hedefler**

- RA’lı hasta fonksiyonel yeterliliği sağlama, yönetme ve devam ettirmenin önemi hakkında bilgi sahibi olacak.
- RA’lı hasta, hastalık yönetiminde fonksiyonel yeterliliğin önemini kavrayacak.
- RA’lı hasta, hastalık yönetiminde fonksiyonel yeterliliği sağlama ve yönetme davranışına uyum sağlayabilecek.

##### **Öznel İnançlara - Öznel Norma Yönelik Hedefler**

- RA’lı hasta fonksiyonel yeterliliği sağlama ve yönetme konusunda kendisine destek verecek kişi ya da kişileri sıralayacak (sosyal destekçiler).
- Fonksiyonel yeterliliği sağlama ve yönetme konusunda sosyal destekçileri ile işbirliği yapacak.

##### **Kontrol İnançlarına – Algılanan Davranışsal Kontrole Yönelik Hedefler**

- RA’lı hasta fonksiyonel yeterliliği sağlama ve yönetmeye etki eden (zorlaştırıcı/kolaylaştırıcı) faktörleri ifade edecek.
- Fonksiyonel yeterliliği sağlamaya etki eden faktörler doğrultusunda davranışını gerçekleştirecek.

- **Eğitim Yöntemi:** Telefonla arama, motivasyonel görüşme, soru-cevap ve düz anlatım yöntemleri kullanılacaktır.

- **Eğitim – Öğretim Materyali:** Romatoid Artrit Hasta Eğitim Kitapçığı, Romatoid Artritli Hastalara Planlı Davranış Teorisine Göre Verilecek Hemşire Danışmanlığı Eğitim Planı.

### **Giriş (10 dk.)**

İkinci telefon görüşmesinde ele alınan yorgunluk yönetimi eğitimi doğrultusunda davranış kontrolü değerlendirilir. Hastanın davranış değişikliği girişimine etki eden destekleyici/engelleyici etkenleri ifade etmesi sağlanır, olumlu inançları desteklenir. Hastalığının neden olduğu fonksiyonel kısıtlılıkların nitelik ve niceliğini ifade etmesi sağlanır. Hastaya fonksiyonel yeterliliğini sağlama ve yönetmeye yönelik verilecek eğitimin içeriği amaç ve hedefler hakkında bilgi verilecek.

### **Gövde (Ana Bölüm - 15 dk.)**

- Hastanın araştırmacıya güvenmesini sağlamak amacıyla günlük yaşamda yaşadığı fonksiyonel yetersizliklere yönelik düşünceleri, duyguları, endişeleri, korkuları ve yaşamına etkilerini ifade etmesi sağlanacak.
- Hasta fonksiyonel yetersizliklerini (giyinip-kuşanma, doğrulma, yemek yeme, yürüme, hijyen, uzanma, kavrama ve günlük işler) açıklaması konusunda desteklenecek.
- Hastanın fonksiyonel yeterliliğini sağlama ve yönetme davranışına karşı olumlu ve olumsuz tutumları, bu tutumun gelişmesine etki eden kişiler ve/veya olaylar, yorgunluk algısına etki eden (zorlaştırıcı/kolaylaştırıcı) faktörler değerlendirilecek (“Hasta Tanıtım Formu” ve “Stanford Sağlık Değerlendirme Ölçeği (HAQ)” doğrultusunda).
- Hastanın fonksiyonel yeterliliğini sağlama ve yönetme davranışına etki eden inançlarının farkına varması sağlanarak, eğitim tekrarlanacaktır (Romatoid Artritli Hastalara Planlı Davranış Teorisine Göre Verilecek Hemşire Danışmanlığı Eğitim Planı” ve “Romatoid Artrit Hasta Eğitim Kitapçığı” doğrultusunda).
- Hastanın fonksiyonel yeterliliğini sağlamada bilgi eksikliğini gidermesi, destekçilerini belirleyebilmesi ve engelleri kaldırması ile fonksiyonel durumunu yönetebileceği, fonksiyonel yeterliliğin sağlanabileceği vurgulanacak, ihtiyaç duyduğu noktalarda araştırmacıdan bilgi alabileceği açıklanacak.

### **Değerlendirme (5 dk.)**

- Hasta ile “Fonksiyonel Yeterliliği Sağlama ve Yönetme” ye yönelik yapılan görüşme ve planlama özetlenir.
- Hastaya danışmak istediği bir konu olursa telefon ile ulaşabileceği bilgisi verilir.
- “Davranış Değişikliği Kontrol Listesi” doldurularak, sonraki görüşme tarihi planlanır.

### **4. Dördüncü Telefon Görüşmesi Planı**

**Konusu:** Planlı Davranış Teorisi Temelli Davranışlar

**Toplam Süre:** 30 dakika

**Amaç:** Romatoid artrit hastasının; ağrı, yorgunluk semptomları ile fonksiyonel yeterliliğini yönetebilme davranışı kazanması amaçlanmaktadır.

- **Eğitim Yöntemi:** Telefonla arama, motivasyonel görüşme, soru-cevap ve düz anlatım yöntemleri kullanılacaktır.

- **Eğitim – Öğretim Materyali:** Romatoid Artrit Hasta Eğitim Kitapçığı, Romatoid Artritli Hastalara Planlı Davranış Teorisine Göre Verilecek Hemşire Danışmanlığı Eğitim Planı.

**Giriş (10 dk.)**

Üçüncü telefon görüşmesinde ele alınan fonksiyonel yeterliliğini yönetmesine (giyinip-kuşanma, doğrulma, yemek yeme, yürüme, hijyen, uzanma, kavrama ve günlük işler) yönelik davranış değişiklikleri sorgulanacak, eğitim pekiştirilecektir. Hastalığını yönetmesinde ağrı, yorgunluk yönetimine yönelik davranış değişikliği değerlendirilecek, ihtiyaç duyduğu konularda hasta desteklenecektir.

**Gövde (Ana Bölüm - 15 dk.)**

- Hastanın araştırmacıya güvenmesini sağlamak amacıyla günlük yaşamda yaşadığı hastalık semptomlarına yönelik düşünceleri, duyguları, endişeleri, korkuları ve yaşamına etkilerini ifade etmesi sağlanacak.
- Hasta semptom yönetimi konusunda desteklenecek.
- Hastanın semptom yönetme davranışına karşı olumlu ve olumsuz tutumları, bu tutumun gelişmesine etki eden kişiler ve/veya olaylar, yorgunluk algısına etki eden (zorlaştırıcı/kolaylaştırıcı) faktörler değerlendirilecek (Davranış Değişikliği Kontrol Listesi doğrultusunda).
- Hastaya semptom yönetiminde eksiklik yaşadığı konularda eğitim ve danışmanlık verilecek (Romatoid Artritli Hastalara Planlı Davranış Teorisine Göre Verilecek Hemşire Danışmanlığı Eğitim Planı” ve “Romatoid Artrit Hasta Eğitim Kitapçığı” doğrultusunda).
- Hastanın semptom yönetiminde davranış değişikliği sağlamaya ilişkin ihtiyaç duyduğu noktalarda araştırmacıdan bilgi alabileceği açıklanacak.

**Değerlendirme (5 dk.)**

- Hasta ile semptom yönetimine yönelik yapılan görüşme ve planlama özetlenir.
- Hastaya danışmak istediği bir konu olursa telefon ile ulaşabileceği bilgisi verilir. “Davranış Değişikliği Kontrol Listesi” doldurularak, sonraki görüşme tarihi planlanır.

**5. Beşinci, Altıncı, Yedinci ve Sekizinci Telefon Görüşmesi Planı:**

**Konusu:** Planlı Davranış Teorisi Temelli Davranışlar

**Toplam Süre:** 30 dakika

**Amaç:** Romatoid artrit hastasına hastalık yönetme davranış değişiklikleri sorgulanacak, davranış değişikliği değerlendirilecek, ihtiyaç duyduğu konularda desteklenecek.

- **Eğitim Yöntemi:** Telefonla arama, motivasyonel görüşme, soru-cevap ve düz anlatım yöntemleri kullanılacaktır.
- **Eğitim – Öğretim Materyali:** Romatoid Artrit Hasta Eğitim Kitapçığı, Romatoid Artritli Hastalara Planlı Davranış Teorisine Göre Verilecek Hemşire Danışmanlığı Eğitim Planı.

**Giriş (10 dk.)**

Hastada hastalık yönetim davranış değişikliği sürecinde yaşadığı sorunları ifade etmesi sağlanacak, ihtiyaç duyduğu konularda eğitim ve danışmanlık verilecek. Hemşire

görev tanımını aşan konularda ilgili sağlık profesyonellerine (romatoloji hekimi, fizyoterapist, FTR uzmanı, diyetisyen vb.) danışarak hastayı bilgilendirilecek ya da ilgili birimlere yönlendirilecektir. Son telefon görüşmesinde doldurulan “Davranış Değişikliği Kontrol Listesi” doğrultusunda yetersizlik yaşanan konularda hastanın kendini ifade etmesi sağlanacak ve hasta desteklenecektir.

#### **Gövde (Ana Bölüm - 15 dk.)**

- Hastanın araştırmacıya güvenmesini sağlamak amacıyla günlük yaşamda yaşadığı hastalık semptomlarına yönelik düşünceleri, duyguları, endişeleri, korkuları ve sağlığına etkilerini ifade etmesi sağlanacak.
- Hasta semptom yönetimi konusunda desteklenecek.
- Hastanın semptom yönetme davranışına ilişkin (Davranış Değişikliği Kontrol Listesi doğrultusunda) yetersizlikleri değerlendirilerek, desteklenecek (PDT ve MG).
- Hastaya semptom yönetiminde eksiklik yaşadığı konularda eğitim ve danışmanlık verilecek (Romatoid Artrit Eğitim Kitapçığı).
- Hastanın semptom yönetiminde davranış değişikliği sağlamaya ilişkin ihtiyaç duyduğu noktalarda araştırmacıdan bilgi alabileceği açıklanacak.

#### **Değerlendirme (5 dk.)**

- Hasta ile semptom yönetimine yönelik yapılan görüşme ve planlama özetlenir.
- Hastaya danışmak istediği bir konu olursa telefon ile ulaşabileceği bilgisi verilir. “Davranış Değişikliği Kontrol Listesi” doldurularak, sonraki görüşme tarihi planlanır.

#### **6. Son Görüşme Planı**

**Konusu:** Planlı Davranış Teorisi Temelli Verilen Eğitimin Davranış Değişikliğine Etkisinin Değerlendirilmesi

\*Hasta ile hastane ortamında yüz yüze görüşülerek davranış değişikliği açısından belirlenmiş ölçeklere göre hasta değerlendirecektir.

- . Bristol Romatoid Artrit Yorgunluğu Çok Boyutlu Anketi (BRAAF-MDQ):
- . McGill Ağrı Ölçeği Kısa Formu (MAÖ-KF)
- . Stanford Sağlık Değerlendirme Ölçeği (HAQ)

## **Ek-18. İntihal Raporu**

## **Ek-19. Kısa Öz Geçmiş**