

Artritli Hastalarda Bireysel Hastalık Yönetiminin Hastaların Yetersizlik Düzeyi ve Yaşam Kalitesine Etkisi

The Effects of Personal Disease Management on Insufficiency Levels and Quality of Life in Patients with Arthritis

Serap PARLAR,^a
Çiçek FADİLOĞLU,^a
Gülümser ARGON,^a
Gökhan KESER^b

^aİç Hastalıkları Hemşireliği AD,
Ege Üniversitesi
Hemşirelik Yüksekokulu,
^bRomatoloji BD,
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir

Geliş Tarihi/Received: 11.05.2009
Kabul Tarihi/Accepted: 30.08.2009

Yazışma Adresi/Correspondence:
Serap PARLAR
Ege Üniversitesi
Hemşirelik Yüksekokulu,
İç Hastalıkları Hemşireliği AD, İzmir,
TÜRKİYE/TURKEY
serap.parlar@mynet.com

ÖZET Amaç: Bu çalışma inflamatuvar ve non-inflamatuvar artritli hastalarda verilen bireysel eğitimin, hastaların yetersizlik düzeyleri ve yaşam kaliteleri üzerine etkisini incelemek ve bu etkinin her iki artrit grubunda benzer olup olmadığını saptamak amacıyla yapıldı. **Gereç ve Yöntemler:** Bu yarı deneysel (ön test-son test) çalışmaya, Eylül 2007 - Haziran 2008 tarihleri arasında bir üniversite hastanesi romatoloji polikliniğince ayakta izlenen 30 gonartroz ve 30 romatoid artrit (RA) tanılı kadın hasta alındı. Özel bir anket formu kullanılarak, sosyo-demografik ve hastalığa ilişkin veriler toplanmış ve her bir hastaya ayrı ayrı, bir-iki saat süreyle hastalığın özellikleri, nedenleri ve tedavisi hakkında bilgi verildi. Tıbbi tedaviye uyumun, diyetin ve düzenli egzersizin önemi vurgulandı ve hastalıkla nasıl baş edilebileceği üzerinde duruldu. Eğitim öncesinde ve eğitimden iki ve altı hafta sonra Sağlık Değerlendirme Soru Anketi (SDA) ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği doldurularak, yetersizlik düzeyleri ve yaşam kalitesi araştırıldı. Veriler, SPSS (15.0) programı kullanılarak; sayı, yüzde, student t testi, bir faktörü tekrarlı olan iki faktörlü varyans analizi ve bir faktörü tekrarlı olan iki faktörlü kovaryans analizi ile değerlendirildi. **Bulgular:** Her iki artrit grubunda, eğitim öncesindeki SDA ve SF-36 puanları arasında anlamlı fark yoktu. Eğitim sonrasındaki SDA puanlarında, her iki grupta da anlamlı düzelmeye oldu ($p < 0.05$). Eğitim sonrasındaki SF-36'da ise, gonartroz olgularında tüm parametrelerde; RA olgularında sosyal fonksiyon alt boyutu hariç diğer tüm parametrelerde anlamlı düzelmeye oldu ($p < 0.05$). Düzelmeye olan parametrelerde ise, iki grup arasında anlamlı fark saptanmadı. **Sonuç:** Hastalık eğitiminin hem RA, hem de gonartroz olgularında, hastaların yetersizlik düzeyini azalttığı ve yaşam kalitesini iyileştirdiği saptandı.

Anahtar Kelimeler: Artrit; osteoartrit,diz; artrit, romatoid; yaşam kalitesi; sakatlık -maluliyet değerlendirmesi; hastalık yönetimi

ABSTRACT Objective: The aim of this study was to investigate the effects of personal education on insufficiency levels and quality in of the patients with inflammatory and non-inflammatory arthritis, and to investigate whether its effect was similar in these two different disease models. **Material and Methods:** Female patients admitted to our out-patient rheumatology clinic in an university hospital and diagnosed with gonarthrosis (N=30) and rheumatoid arthritis (N=30) were included in this semi-experimental study conducted between September 2007-June 2008. A private questionnaire was applied to each patient to collect their socio-demographic and disease-related data, and each patient was given information about the characteristics, causes and treatments of the disease. Moreover, the importance of adaptation to the medical treatment, diet and regular exercise, and also ways to cope with the disease were told to each patient. Before and, two and six weeks after the education period, insufficiency levels and quality of life of the patients were investigated by applying a health assessment questionnaire (HAQ) and SF-36 quality of life assessment form. Data were analyzed by numbers, percentages, Student-t test, repeated measures of One-way ANOVA and repeated measures of Two-way ANOVA (SPSS 15.0). **Results:** There were no significant differences between HAQ and SF-36 data in two arthritis groups before education. However, HAQ data were significantly improved in both two arthritis groups after education ($p < 0.05$). In addition, all parameters in gonarthrosis group, and all parameters except social function in rheumatoid arthritis group were significantly improved for SF-36 data after education ($p < 0.05$). No group differences were found for improved parameters. **Conclusion:** Our present data shows that patient education decreases the insufficiency levels in disease and increases the quality of life of the patients with gonarthrosis and rheumatoid arthritis.

Key Words: Arthritis; osteoarthritis, knee; arthritis, rheumatoid; quality of life; disability evaluation; disease management

Artrit, kronik bir hastalık olarak bireyin günlük yaşam dengesini ciddi biçimde de-ğişime uğratması nedeniyle, bireyin beden imgesi ve benlik saygısını tehdit etmekte, fiziksel, emosyonel ve sosyal fonksiyonlarını kısıtlamakta, uyumu bozmakta, fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunların ortaya çıkmasına neden olmakta ve yaşam kalitesini etkilemektedir.^{1,2}

Osteoartrit (OA) ve romatoid artrit (RA) en sık görülen artrit tipleridir.^{3,4} OA sistemik inflamasyonun eşlik etmediği, dejeneratif özellikte iken, RA sistemik inflamatuvar bir hastalıktır ve bu bağlamda her iki artrit tipi farklı özellik göstermektedir. ABD’de 1997 yılındaki poliklinik başvurularının yaklaşık 7.1 milyonunun OA nedeniyle ve 3.9 milyon başvurunun da RA nedeniyle olduğu tahmin edilmektedir.^{5,6} OA’nın yaşla beraber sıklığı artmakta ve en sık diz ekleminde görüldüğü belirtilmektedir.⁷ Ülkemizde yapılan bir prevelans çalışmasında 50 yaş ve üzeri popülasyonda semptomatik diz OA prevelansı %14.8 olarak rapor edilmiştir.⁸ Ülkemizde RA prevelansı ise %0.36 olup Akdeniz ülkelerine benzemektedir.⁹

Artritli bireylerde fonksiyonel yetersizlik sinovit, kıkırdak dokuda yıkım, eklem aralığının daralması, eklem deformateleri, ağrı, osteoporoz ve kaslarda atrofi sonucunda gelişmektedir.^{10,11} Hastalık ilerledikçe kronik eklem ağrısı, kas güçsüzlüğü ve deformatenin artması fonksiyonel yetersizliğin ortaya çıkmasını kolaylaştırmakta ve yaşam kalitesini azaltmaktadır.¹²⁻¹⁴

Artritli bireylerde fonksiyonel yetersizliğin azaltılması ve yaşam kalitesinin düzeltilmesi, tıbbi tedavi yanında, hasta birey ile profesyonel sağlık ekibi arasındaki iletişimin iyi olması ve iyi bir hasta yönetiminin planlanması ile mümkün olabilir.¹⁰ Hastalara hastalığın özellikleri, nedenleri ve tedavisi hakkında ayrıntılı bilgi verilmesi, tıbbi tedaviye uyumun, diyetin ve düzenli egzersizin öneminin vurgulanması ve hastalığı ile nasıl baş edebileceğinin öğretilmesi, diğer bir anlatımla hastanın eğitilmesi çok önemlidir. Bu şekilde bir hasta eğitimi; uygulanan tedavinin başarısını artırmak, fonksiyonel yeterliliği sağlamak ve yaşam kalitesini artırmak açısından önem taşımaktadır.¹⁵ Bu konuda da sağlık profesyonellerine ve özellikle de hemşi-

relere önemli görevler düşmektedir. Hemşirelerin artritli hastalara özgün tedavi ve bakım olanaklarının yanı sıra, bilgi ve öneride bulunmaları için zaman ayırmaları, onların hastalıklarını anlamaları ve hastalık yönetimine katılmaları, hastaların daha az yetersizlik yaşamaları ve kaliteli bir yaşam düzeyine ulaşmaları için son derece önemlidir.^{16,17}

Tüm bunlardan yola çıkılarak, patogenezi ve klinik özellikleri birbirinden tamamen değişik iki farklı artrit grubunda, planlı bir hasta eğitiminin hastaların yetersizlik düzeyleri ve yaşam kaliteleri üzerindeki etkilerinin görülmesi ve iki grup arasında anlamlı bir fark olup olmayacağını araştırılması planlanmıştır. Hasta grupları olarak, sistemik inflamatuvar bir hastalık olan RA ve non-inflamatuvar bir patoloji olan diz ekleminde OA (gonartroz) seçilmiştir. Hastalık yönetimi konusunda verilen planlanmış eğitim sonucunda, her iki gruptaki olgularda da yetersizlik düzeylerinin ve başkalarına bağımlılığın önemli oranda azalacağı ve yaşam kalitesinin artacağı öngörülmüştür.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Bu çalışma; artritli bireylerde uygulanan egzersiz, motivasyon, diyet ve ilaç tedavisi ile ilgili bireysel hastalık yönetimi eğitiminin, hastaların yetersizlik düzeyleri ve yaşam kaliteleri üzerine etkisini belirlemek ve her iki grup hasta arasında yetersizlik düzeyleri ve yaşam kalitesi açısından anlamlı bir fark olup oluşmayacağını saptamak amacıyla yarı deneysel (ön test-son test) bir çalışma olarak planlandı.

1. ÇALIŞMA GRUBU

Araştırmanın evrenini, Eylül 2007-Haziran 2008 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Romatoloji polikliniğine başvuran, araştırma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 30 gonartroz ve 30 RA tanısı alan toplam 60 artritli kadın hasta oluşturdu. Gonartrozlu hastalar Amerikan Romatoloji Derneği’nin diz osteoartrit tanı kriterlerini, RA’li hastalar ise American College of Rheumatology (ACR) tanı kriterlerini taşıymaktaydı.¹⁸⁻²⁰ Çalışmaya alınan hasta sayısı az olduğu ve alt grup analizlerinde hasta sayısı daha da azalacağı için ve

ayrıca ağrıyı algılamada cinsiyetten kaynaklanabilecek farklılıklardan sakınabilmek için, çalışma hastalarının hepsinin aynı cinsiyette olmasının daha uygun olacağı düşünüldü. RA ve gonartroz kadınlarda daha sık görülen hastalıklar olduğu için, çalışmaya sadece kadın hastalar alındı. Çalışmaya alınan RA olgularının hiçbirisinde eşlik eden gonartroz tanısının olmamasına dikkat edildi. Hastaların araştırmaya dahil edilmesi için kriterler: (a) Gonartroz ve RA tanısı almış olmak, (b) Üç ay veya daha fazla, aralıklı veya sürekli artrit ağrısı deneyimlemiş olmak, (c) Cerrahi ve artrit ağrısının özelliklerinin farklı olması nedeniyle son bir ay içerisinde cerrahi girişim geçirmemiş olmak, (d) Son üç aydır istikrarlı (stabil) tıbbi tedavi alıyor olmak (çalışma süresince tedavinin değiştirilmemesi, arttırılmaması ya da azaltılmaması), (e) Erişkin olmak, (f) Mental konfüzyonu olmamak veya herhangi bir psikiyatrik probleme sahip olmamak, (g) Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak olarak belirlendi.

2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Çalışmada; sosyo-demografik veriler ve hastalığa ilişkin verileri içeren toplam 18 sorudan oluşan bir anket formu ile Sağlık Değerlendirme Anketi-SDA (Health Assessment Questionnaire-HAQ) ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanıldı.

Sosyo-demografik ve hastalık özelliklerine ilişkin anket formu:

Bu form, araştırmacılar tarafından literatür bilgileri doğrultusunda hazırlandı.^{14,21-27} Sosyo-demografik veriler; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, sosyal güvence durumunu içeren; hastalığa ilişkin veriler ise; artrit tipi, hastalığın süresi, artrit ağrısı deneyimleme süresi, artrit nedeniyle etkilenen aktiviteler, deformite varlığı, beden kitle indeksi (BKİ) (kilo ve boy) ve artrit dışında başka hastalık varlığını içeren sorularla toplandı.

Sağlık Değerlendirme Soru Anketi-SDA (Health Assessment Questionnaire-HAQ):

Fries (1978) tarafından geliştirilen ve sağlık sonuçlarının yetersizlik ve rahatsızlık gibi tüm boyutlarını değerlendiren bir ölçektir. SDA'nın yetersizlik indeksi (20 soru), ağrı skalası (bir soru) ve global sağlık durumunu (bir soru) değerlendiren

alt bölümleri mevcuttur. Ankette son bir hafta sorulanır.²⁸ SDA'nın yetersizlik indeksinde; giyinme ve kendine bakım, doğrulma, yemek yeme, yürüme, hijyen, uzanma, kavrama ve normal günlük aktiviteler olmak üzere sekiz alan vardır. Bu alanların her biri hastanın aktiviteleri yapmada sahip oldukları zorluk derecesini bildirir. Sorulara verilen cevaplar dörtlü likert tipi ölçekleme ile puanlanır. Hiçbir zorluk olmadan (0), biraz zorlukla (1), çok fazla zorlukla (2) ve işi yapmada yetersiz (3) puan olarak değerlendirilir. Yüksek puanlar daha fazla yetersizliği gösterir.²⁹ SDA'nın farklı dillerde ve şartlarda geçerliği ve güvenilirliği gösterilmiştir.³⁰⁻³⁶ Test-retest korelasyonları 0.87-0.95 arasında puanlanmıştır.^{29,37} SDA'nın Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Küçükdeveci ve ark. tarafından yapılmıştır. İndeksin iç tutarlılığı yüksek (Cronbach alfa: 0.97) olarak saptanmış ve Türk toplumunda kullanım için geçerli ve güvenilir olduğu bildirilmiştir.³⁸

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği:

Ware tarafından geliştirilen SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması Pınar, romatizmal hastalıklarda geçerlik ve güvenilirlik çalışması Koçyigit ve ark. tarafından yapılmış ve kronik hastalıklarda kullanılabilir olduğu belirtilmiştir.³⁹⁻⁴¹ SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği; fonksiyonel durum, esenlik, genel sağlık anlayışı olmak üzere üç temel sağlık alanı ve global yaşam doyumu/kalite alanlarından oluşmaktadır. Bu üç temel sağlık alanının; fiziksel fonksiyon (10 madde), sosyal fonksiyon (iki madde), fiziksel rol fonksiyon (dört madde), mental sağlık (beş madde), enerji/yorgunluk (dört madde), ağrı (iki madde), genel sağlık (beş madde) ve geçen yıl süresince sağlıktaki değişiklik (bir madde) olmak üzere dokuz belirleyicisi vardır.^{10,39,41} Her bir sağlık alanının puanları 0-100 arasında değişmektedir SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, her sağlık alanının puanı yükseldikçe, sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi artacak şekilde puanlanmıştır.^{39,41}

3. VERİLERİN TOPLANMASI

Araştırmanın verileri üç aşamada toplandı. *a) İlk aşama:* Araştırmaya başlamadan önce her bir hastaya araştırmanın amacı açıklandıktan sonra hastalardan anket formlarının uygulanması konusunda

sözel ve yazılı onay alındı. Gonartroz ve RA'lı hastalardan; sosyo-demografik ve hastalığa ilişkin verileri içeren anket formu, Sağlık Değerlendirme Anketi ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılarak veriler toplandı. Anket formları, yüz yüze görüşme tekniği ile uygulandı. Verilerin toplanması yaklaşık 15 dk sürdü. İlk verilerin toplanmasından hemen sonra aynı gün hastalara; araştırmacı tarafından literatür bilgileri ışığında geliştirilen hastalık yönetimi eğitim programı uygulandı.^{13,42-49} Eğitim programı; hastanın artrit tipine yönelik olarak artrit tanımı, nedeni, belirtileri, etkilenen eklemler, artrit ağrısının nedenleri, ağrıya karşı oluşan tepkileri, sıcak-soğuk uygulamalar, masaj uygulama, rahatlamaya çalışma, yardımcı araç ve gereçlerin kullanımının önemi, eklem koruma teknikleri, dinlenme gibi artritte bireysel ağrı yönetim yöntemleri ve ilaç tedavisi, diyet ve egzersizin önemi hakkında bilgi ve önerileri içermiştir. Hastalık yönetimi eğitimi; Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi İç Hastalıkları polikliniğinde uygun bir odada yapıldı. Eğitim süresi ortalama bir saat sürdü ve her artritli hasta için bireysel olarak interaktif biçiminde ve görsel sunum yardımıyla yapıldı. Eğitim sırasında hastaların hastalık yönetimi konusunda öğrenmek istedikleri ve araştırmacıya yönelttikleri sorular araştırmacı tarafından yanıtlandı. Ayrıca her hastaya telefon numarası verilerek, ihtiyacı olduğunda her zaman arayabileceği söylendi. Hastaların 42'si (OA:28, RA:14) telefonla arayarak özellikle ilaç kullanımı, egzersiz, sıcak-soğuk uygulama yapma, masaj ve psikolojik destek konularında danışmanlık istediler. *b) İkinci aşama:* İlk değerlendirmeyi takip eden ikinci haftada ikinci değerlendirme yapıldı. *c) Üçüncü aşama:* İlk değerlendirmeyi takip eden altıncı haftada üçüncü değerlendirme yapıldı. İkinci ve üçüncü aşamada hastalardan sadece SDA ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği formlarını doldurmaları istendi. Hastalar ilk değerlendirmeyi takip eden ikinci haftada ve altıncı haftada romatoloji polikliniğine davet edilerek anket formları araştırmacı tarafından dolduruldu.

4. VERİLERİN ANALİZİ

Toplanan verilerin değerlendirilmesinde SPSS (15.0) programı kullanıldı (SPSS Inc., Chicago, IL,

USA). Hastalara ilişkin sosyo-demografik ve hastalık bilgileri sayı ve yüzde olarak belirtildi. Gonartroz ve RA grubundaki hastaların demografik özellikleri açısından benzer bir dağılım gösterip göstermediklerini test etmek için, kategorik veri yapılarında " χ^2 (ki-kare) önemlilik" testi, sürekli değişkenlerde ise "Student t" testi kullanıldı. Gonartroz ve RA grubundaki hastaların eğitim öncesi yetersizlik ve yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında fark olup olmadığını incelemek için de "Student t" testi kullanıldı. Gonartroz ve RA grubundaki hastaların eğitim öncesi, eğitim sonrası ikinci hafta ve eğitim sonrası altıncı hafta yetersizlik ve yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında fark olup olmadığını incelemek için "bir faktörü tekrarlı olan iki faktörlü varyans analizi" kullanıldı. Hastaların yetersizlik puan ortalamalarına etki edebileceği düşünülen yaş, medeni durum, eğitim durumu, meslek, gelir gideri karşılama durumu, tanı yılı, ağrı süresi ve beden kitle indeksi gibi değişkenler arasında bir etkileşim olup olmadığını belirlemek için "bir faktörü tekrarlı olan iki faktörlü kovaryans analizi" kullanıldı. Anlamlı değişkenlerde "Bonferroni" testi kullanılarak, anlamlılığı oluşturan grup ya da gruplar belirlendi. 0.05'ten küçük p değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

5. ARAŞTIRMA ETİĞİ

Araştırmanın yürütülebilmesi için Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Bilimsel Etik Kurulundan, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Etik Kurulundan ve Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliğinden yazılı izin alındı.

BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan hastaların sosyo-demografik özellikleri Tablo 1'de görülmektedir. Çalışmaya alınan hastaların tamamı kadın olup gonartroz ve RA gruplarının yaş ortalaması sırasıyla 54.03 ± 10.12 yıl ve 52.46 ± 11.45 yıldır. Gonartroz ve RA grubundaki hastaların yaş grupları bakımından homojen bir dağılım gösterdiği saptandı ($p > 0.05$).

Gonartroz ve RA gruplarında hastalık süreleri, sırasıyla 9.00 ± 8.79 yıl ve 15.36 ± 9.66 yıl; ağrı de-

TABLO 1: Hastalara ilişkin sosyo-demografik özelliklerin dağılımı.

Özellikler	Gonartroz Hasta Grubu		Romatoid Artrit Hasta Grubu		TOPLAM		p
	n	%	n	%	n	%	
Yaş Grubu							
28-37	2	6.7	3	10.0	5	8.3	0.718
38-47	4	13.3	7	23.3	11	18.3	
48-57	15	50.0	10	33.4	25	41.7	
58-67	6	20.0	7	23.3	13	21.7	
68-77	3	10.0	3	10.0	6	10.0	
Yaş Ortalaması x±SD	54.03±10.12		52.46±11.45		53.25±10.75		
Medeni Durumu							
Evli	24	80.0	22	73.3	46	76.7	0.542
Evli değil (Bekar/Dul)	6	20.0	8	26.7	14	23.3	
Eğitim Durumu							
Okur-yazar/İlkokul	10	33.3	15	50.0	25	41.7	0.358
Ortaokul/Lise	10	33.3	6	20.0	16	26.6	
Yüksekokul/Fakülte	10	33.3	9	30.0	19	31.7	
Çalışma Durumu							
Çalışıyor	3	10.0	4	13.3	7	11.7	0.688
Çalışmıyor	27	90.0	26	86.7	53	88.3	
Sosyal Güvence							
Var	29	96.7	30	100.0	59	98.3	0.043
Yok	1	3.3	-	-	1	1.7	
Yerleşim Yeri							
İl	26	86.7	24	80.0	50	83.3	0.488
İlçe/Köy	4	13.3	6	20.0	10	16.7	
TOPLAM	30	100.0	30	100.0	60	100.0	

neyim süreleri ise sırasıyla; $8,53 \pm 8,27$ yıl ve $15,66 \pm 9,58$ yıl olarak hesaplandı. Gonartrozlu hastaların %10'unda; RA hastalarının ise %66,7'sinde en az bir eklem deformitesi olduğu saptandı. Gonartroz grubundaki hastalarda BKİ ortalamasının $33,59 \pm 5,81$ olduğu, RA grubundaki hastalarda ise $27,97 \pm 5,11$ olduğu hesaplandı.

Her iki grup hastanın eğitim öncesinde ve eğitimden iki ile altı hafta sonraki SDA puanları Tablo 2'de gösterildi. Her iki gruptaki hastaların yetersizlik puan ortalamaları arasında ölçüm zamanlarına göre fark olup olmadığı incelendiğinde; gonartroz ve RA grubundaki hastaların eğitim öncesi yetersizlik puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0,01$). Yapılan analiz sonucunda yetersizlik puanı yönünden gruplar arası fark anlamlı bulunmamıştır ($F = 0,121$; $p > 0,01$). Yetersizlik puanının zaman içerisindeki düşüşünün istatistiksel olarak anlamlı ol-

duğu saptanmıştır ($F = 98,394$; $p < 0,001$). Bu düşüş her iki grupta da benzer bir yapı göstermiştir ($F = 0,266$; $p > 0,01$).

Hastaların bağımsız değişkenlerine (yaş grupları, medeni durumları, eğitim durumları, meslekleri, gelir durumları, tanı yılı, ağrı süresi ve BKİ'leri) ve ölçüm zamanlarına göre yetersizlik puanı analiz edildiğinde, benzer şekilde her iki grupta da eğitim sonrasındaki düşmenin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p < 0,001$), fakat iki grup arasında fark olmadığı saptandı ($p > 0,05$).

Her iki grup hastanın eğitim öncesinde SF-36 parametreleri Tablo 3'te verildi. İki grup karşılaştırıldığında, bazal olarak sadece sosyal fonksiyon puan ortalaması, RA grubunda anlamlı olarak daha yüksek ($p < 0,05$) bulundu; tüm diğer SF-36 parametreleri ise her iki grupta benzer saptandı ($p > 0,05$). Tablo 4'te her iki grup hastanın eğitimden

TABLO 2: Hastaların ölçüm zamanlarına göre yetersizlik puan ortalamalarının karşılaştırılması.

Yetersizlik Puan Ortalaması (SDA:0-3)	Gonartroz Grubu			RA Grubu			Kaynak	Kareler Ortalaması	F	P
	n	x	SD	n	x	SD				
Eğitim Öncesi Zaman	30	1.20	0.48	30	1.22	0.63	ZAMAN	2.809	98.394	<0.001
P	0.882						ZAMAN*GRUP	0.008	0.266	0.767
Eğitim Sonrası Zaman							GRUP	0.086	0.121	0.729
İkinci hafta	30	1.00	0.35	30	1.06	0.57				
Altıncı hafta	30	0.76	0.40	30	0.80	0.52				

önceki ve eğitimden iki ile altı hafta sonraki SF-36 parametreleri verildi. Eğitim sonrasında, ikinci ve altıncı haftalardaki yaşam kalitesi puan ortalamaları değerlendirildiğinde; sosyal fonksiyon dışındaki tüm diğer parametrelerin her iki grupta da benzer ve anlamlı olarak yükseldiği saptandı ($p < 0,001$). Sosyal fonksiyon ise, sadece gonartroz grubunda yükselirken, RA grubunda düştü ($p < 0,05$) (Tablo 5).

TARTIŞMA

Yaptığımız literatür araştırmasının sonuçlarına göre, çalışmamız RA'lı ve gonartrozlu hastalarda uygulanan bireysel hastalık yönetiminin hastaların yetersizlik düzeyleri ve yaşam kaliteleri üzerine etkisini, SDA ve SF-36 kullanarak inceleyen ilk çalışmadır. Çalışmamızda her iki gruptaki hastaların eğitim öncesi SDA puanı yönünden fark olmaması; araştırma örnekleminin homojen bir dağılım gösterdiği şeklinde yorumlanabilir. Elde edilen bu puanlar her iki gruptaki hastaların orta düzeyde yetersizlik yaşadığını göstermektedir. Yapılan ista-

tistiksel analiz sonucunda yetersizlik puanının zaman içerisindeki düşüşünün istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve bu düşüşün her iki grupta da benzer bir yapı gösterdiği saptandı. Eğitimle beraber her iki hasta grubunun SDA puanı düzenli bir düşüş gösterdi. Eğitim sonrasındaki SDA puanlarında, her iki grupta da anlamlı düzelmeleri, bireysel hastalık yönetiminin, her iki gruptaki hastalarda da yetersizlik düzeyini azalttığını ve eğitimin iki grup arasında da aynı etkiyi yarattığını göstermektedir. Bireysel hastalık yönetiminin, yaşam kalitesi üzerine olan olumlu etkisi de, gonartroz olgularında SF-36'nın tüm parametrelerinin; RA olgularında ise sosyal fonksiyon alt boyutu hariç diğer tüm parametrelerin anlamlı düzelmeleriyle gösterilmiştir. Düzelmeleri olan parametrelerde, iki grup arasında anlamlı fark saptanmamakla birlikte, SF-36'nın sosyal fonksiyon alt boyutunun sadece gonartrozlu olgularda düzelmeleri, bireysel hastalık yönetiminin yaşam kalitesi üzerindeki etkinliğinin, gonartroz olgularında biraz daha fazla olabildiği şeklinde yorumlanabilir. Bunun da en

TABLO 3: Hastaların eğitim öncesi yaşam kalitesi puan ortalamalarının karşılaştırılması.

Yaşam Kalitesi Puanı	Gonartroz Grubu		RA Grubu		t	P
	x	SD	x	SD		
Fiziksel Fonksiyon	56.33	16.55	59.16	16.97	-0.655	0.515
Sosyal Fonksiyon	53.33	10.68	58.88	9.29	-2.149	0.036
Fiziksel Rol Fonksiyonu	32.50	31.58	25.00	33.47	0.892	0.376
Emosyonel Rol Fonksiyonu	50.00	40.82	37.77	43.53	1.122	0.267
Mental Sağlık	51.86	18.68	51.20	18.08	0.140	0.889
Enerji/Yorgunluk	39.33	16.43	40.50	21.58	-0.235	0.815
Ağrı	42.22	17.36	40.00	18.36	0.482	0.632
Genel Sağlık Anlayışı	44.30	19.65	48.40	18.17	-0.839	0.405
Geçen Yıl Süresince Sağlıktaki Değişiklik	36.66	22.48	47.50	24.87	-1.770	0.082

TABLO 4: Hastaların ölçüm zamanlarına göre yaşam kalitesi puan ortalamalarının dağılımı.

Yaşam Kalitesi Puanı	Eğitim Öncesi				Eğitim Sonrası							
	Gonartroz Grubu (n=30)		RA Grubu (n=30)		İkinci Hafta				Altıncı Hafta			
	x	SD	x	SD	x	SD	x	SD	x	SD	x	SD
Fiziksel Fonksiyon	56.33	16.55	59.16	16.97	65.50	11.09	65.50	11.21	72.50	16.22	70.33	14.13
Sosyal Fonksiyon	53.33	10.68	58.88	9.29	54.07	8.62	56.66	6.08	54.81	8.21	53.70	7.19
Fiziksel Rol Fonksiyonu	32.50	31.58	25.00	33.47	50.00	22.74	41.66	27.33	66.66	25.70	60.00	23.30
Emosyonel Rol Fonksiyonu	50.00	40.82	37.77	43.53	71.11	27.31	76.66	29.23	85.55	28.61	77.77	29.46
Mental Sağlık	51.86	18.68	51.20	18.08	63.20	15.63	63.46	12.93	65.60	17.84	66.26	14.91
Enerji/Yorgunluk	39.33	16.43	40.50	21.58	52.16	13.10	52.33	14.78	56.83	16.37	56.50	15.54
Ağrı	42.22	17.36	40.00	18.36	51.48	11.84	53.33	14.99	61.48	16.43	64.81	14.61
Genel Sağlık Anlayışı	44.30	19.65	48.40	18.17	54.76	14.63	58.46	14.01	61.30	16.40	63.70	12.61
Geçen Yıl Süresince Sağlıkta Değişiklik	36.66	22.48	47.50	24.87	43.33	17.28	56.66	21.70	67.50	20.91	70.00	21.17

TABLO 5: Hastaların ölçüm zamanlarına göre sosyal fonksiyon puan ortalamalarının karşılaştırılması .

Gruplar	Zaman	x	SD	Kaynak	Kareler Ortalaması	F	P
Gonartroz Grubu	İlk	53.33	10.68	ZAMAN	52.126	1.154	0.319
	2. Hafta	54.07	8.62	ZAMAN*GRUP	167.353	3.705	0.028
	6. Hafta	54.81	8.21	GRUP	247.599	1.976	0.165
RA Grubu	İlk	58.88	9.29				
	2. Hafta	56.66	6.08				
	6. Hafta	53.70	7.19				

olası açıklaması, gonartrozda, RA'in tersine, oto-immunite ve sistemik inflamasyonun bulunmamasıdır.

Barlow ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada, artritli hastalarda bireysel hastalık yönetiminin uzun süreli etkileri araştırılmıştır.⁵¹ RA, gonartroz veya diğer romatolojik hastalıklara bağlı artritli olan hastaların alındığı bu çalışmada artrit öz etkililik ölçeği, hastalık kabul ölçeği ve SDA kullanılmıştır. Çalışma hastalarına ağrıyı, anksiyete ve yorgunluğu azaltmayı sağlayan bilişsel semptom yönetimi ve benzeri girişimler öğretilmiştir. Bu çalışmanın primer amacı, farklı etyolojiye yönelik olan artritleri birbiriyle karşılaştırmak değil, eğitimin genel olarak artritli olgularda yararlı sonuçlar verdiğini göstermektir. Bununla birlikte, gonartrozlu hastalarda, RA olgularına kıyasla eğitim sonrasındaki hastalık kabullenme puanlarının daha iyi olduğu, fakat her iki grup arasında anlamlı bir fark-

lılık olmadığı belirtilmiştir. Ancak diğer parametreler kıyaslanmamıştır.⁵⁰ Bunun dışında artritli hastalarda bireysel hastalık yönetiminin etkilerini gonartroz ve RA olgularını karşılaştırarak inceleyen, bizimkine benzer başka bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Literatürde, eğitim verilmeksizin, artrit ve sırt ağrısı olan hastalarda, OA'lı, RA'lı, sistemik sklerozlu ve sistemik lupus eritematozuslu hastalarda yaşam kalitesi ve fonksiyonel yetersizliğin incelendiği çeşitli çalışmalar vardır. Örneğin, artritli hastalar üzerinde yaptığı olumsuz etkileri ortaya koymayı amaçlayan bir çalışmada, Badley ve ark. hastaların %25'inde hareketlerde kısıtlanma, %45'inde fiziksel bağımlılık ve %18'inde sosyal aktivitelere katılamama sorunu olduğunu saptamıştır.⁵² Aynı çalışmada 65 yaşından küçük hastaların da %51'inde çalışmama, %75'inde spor veya sinema aktivitelerine gidememe sorunlarının olduğu

saptamıştır.⁵¹ Literatürde OA'lı ve RA'lı hastalarda yetersizlik düzeylerini inceleyen başka çalışmalar da vardır. Ay ve ark. OA'lı hastaların %84.5'inin hafif, %13'ünün orta düzeyde yetersizlik yaşadıklarını; RA'lı hastaların ise %38'inin hafif, %44.5'inin orta ve %16'sının ciddi düzeyde yetersizlik yaşadıklarını saptamıştır. Bu çalışmada, RA'lı hastaların toplam yetersizlik puanının, OA'lı hastalardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu vurgulanmıştır.⁵² Pincus ve ark. da, RA'lı hastalardaki yetersizlik puanının (1.73 ± 0.64), OA'lı hastaların yetersizlik puanından (1.52 ± 0.40) daha yüksek olduğunu bildirmiştir.⁵³ RA olgularında yetersizliği inceleyen çeşitli çalışmalarda hastaların yetersizlik puan ortalamaları 1.03 ± 0.66;⁵⁴ 1.06 ± 0.75¹⁰ ve 1.42 ± 0.74²³ gibi değerlerde bulunmuştur.

Sonuçta genel olarak yetersizlik düzeyinin, RA'da OA olgularına göre daha fazla olduğu literatürde net olarak gösterilmiştir. Bizim çalışmamızda, OA ve RA gruplarındaki hastalarda eğitim öncesi yetersizlik puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmaması, araştırma örnekleminin homojen bir dağılım gösterdiği şeklinde yorumlanabilir. Eğitim öncesi yetersizlik puan ortalamaları, dikkate alındığında, her iki gruptaki hastaların orta düzeyde yetersizlik yaşadığını göstermektedir.

Literatürde, artrit'e yönelik eğitimin hastaların fiziksel yetersizlik, eklem ağrıları, eklem patolojileri ve psikolojik durumları üzerinde olumlu etkiler sağladığını belirten çeşitli çalışmalar vardır.^{15,17,26,55,56} Lorig ve ark. artritli hastalarla yaptıkları bir çalışmada, eğitimin hastaların fonksiyonel yetersizlik düzeylerinde %61 oranında gelişme sağladığını bildirmiştir.⁵⁷ Lorig ve ark., bireysel yönetim programına aldıkları artritli hastalarla yaptıkları diğer bir çalışmada, hastalarda fiziksel yetersizlikte %9 ve hekim ziyaretlerinde %34 azalma olduğunu saptamıştır.⁵⁸ Yip ve ark.'nın eğitimi vererek yaptıkları bir çalışmada, artritli hastaların eğitim öncesi yetersizlik puan ortalamaları 5.56 iken, eğitim sonrasında bunun 4.70'e düştüğü gösterilmiştir.⁵⁹ Alderson ve ark.'nın çalışmasında da romatizmal hastalığı olan hastalara uygulanan eğitim programının yetersizlik ve ağrıyı anlamlı düzeyde azalttığı bildirilmiştir.⁵⁵ Bizim çalışmamızın

sonuçları da tüm bu çalışmaların bulguları ile benzerlik göstermektedir.

Hasta eğitiminin hastaların yaşam kalitesinde belirgin bir artışa yol açtığını gösteren çalışmalar da vardır.^{57,60} Axford ve ark. bireysel yönetim eğitimi vererek gonartrozlu hastalarla yaptıkları bir çalışmada, hastaların yaşam kalitesi puan ortalamalarının eğitim sonrası arttığını belirtmişlerdir.⁶¹ Tokem ve ark., RA'lı hastalarla yaptığı çalışmada, eğitim sonrası hastaların yaşam kalitesi puanında belirgin bir artış olduğunu saptamıştır.¹¹ Tüm bu çalışmaların bulguları araştırma sonuçlarımız ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmamız, ülkemizde gonartrozlu ve RA'lı hastalar üzerine odaklanan ve hastalık yönetiminin hastaların yetersizlik düzeyleri ve yaşam kaliteleri üzerindeki ilişkisini ayrı ayrı değerlendiren ve her iki hasta grubunu karşılaştıran ilk çalışmadır. Ancak çalışmamızın bazı sınırlılıkları vardır. Çalışmaya alınan hasta sayısı azdır ve sadece kadın hastalardan oluşmaktadır. Sadece kadın hastaların seçilmesinin nedeni, zaten az olan hasta sayısını, cinsiyet farklılığı nedeniyle yapılacak alt grup analizleriyle daha da azaltmamaktır. Hasta sayısının az olmasının nedeni ise, bireysel eğitimin oldukça zahmetli ve zaman alıcı olmasıdır. Çalışmamızda kontrol grubu olmaması da diğer bir eleştiri konusu olabilir. Primer hedefin, eğitim öncesi ve sonrasını karşılaştırmak olması ve ayrıca farklı hasta gruplarının birbiriyle karşılaştırılmasının hedeflenmesi nedeniyle kontrol grubu oluşturulmamıştır. Çalışmamızın bulguları, şüphesiz ülkemizdeki diğer artrit hastaları ve grupları için ve diğer ülkeler için genellenemez. Çalışmamızın popülasyonunun Türkiye'nin batısında yaşayan artritli hastalar olduğu ve tüm ülkeyi temsil edemeyeceği bilinmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Yapılan literatür taraması sonucunda hastalık yönetimi eğitimi verilerek hem gonartrozlu hem de RA'lı hastaların yetersizlik düzeylerini ve yaşam kalitelerini ayrı ayrı değerlendiren ve karşılaştıran başka bir çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmada hastalık yönetimi eğitiminin her iki hasta grubunda da olumlu sonuçlar verdiği, hastaların yetersizlik

düzeylerinde düşüş olduğu ve yaşam kalitelerinde artış olduğu saptandı. Bu sonuçlara göre; gerek sistemik inflamasyonun eşlik etmediği gonartrozlu olgularda, gerekse de otoimmün, sistemik inflamatuvar bir romatizmal hastalık olan RA'lı olgularda, hastalık eğitiminin, artrit ile mücadeleyi kolaylaştırdığı ve yaşam kalitelerini artırdığı akıldan bulundurulmalı ve hastalık yönetimi eğitiminin daha yaygın olarak kullanılmasına özen gösterilmelidir. Bu bağlamda, sağlık ekibi içerisinde yer alan hemşirelerin artritli bireylerin hastalık yönetiminde aktif rol almaları ve hastalık bilgilerini dü-

zenli olarak kontrol etmeleri gereklidir. Ev ziyaretlerinin planlanması, evde hastalık yönetimi ilkelerinin, yardımcı araç-gereç kullanımının uygulamalı olarak gösterilmesi ve danışmanlık hizmetlerinin daha etkin yapılması önerilmektedir. Ayrıca bu araştırmanın geçerliliğini test etmek için daha büyük örneklerde tekrarlanması, bundan sonraki çalışmalarda artritli erkek hastaların da çalışmaya alınması ve kontrol grubu ile karşılaştırılması ve bu hasta grubunda eğitimin sonuçlarını daha uzun vadede değerlendiren çalışmaların yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Jeniffer NG, Scott D, Taneja A. Wheater changes and pain in rheumatology patients. *APLAR J Rheumatol* 2004;7(3):204-6.
- Tıkız C. [Rehabilitation of rheumatoid arthritis]. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2006;2(45):21-30.
- Davis GC. The meaning of pain management: a concept analysis. *ANS Adv Nurs Sci* 1992;15(1):77-86.
- Seomun GA, Chang SO, Lee PS, Lee SJ, Shin HJ. Concept analysis of coping with arthritic pain by South Korean older adults: development of a hybrid model. *Nurs Health Sci* 2006;8(1):10-9.
- Ersek M, Turner JA, Cain KC, Kemp CA. Chronic Pain Self Management For Older Adults: A Randomized Controlled. *BMC Geriatr* 2004;4(7):1-11.
- Stewart WF, Ricci JA, Chee E, Morganstein D, Lipton R. Lost Productive Time and Cost Due to Common Pain Conditions in the US Workforce. *JAMA* 2003;290(18):2443-54.
- Ersöz M, Yanıkoğlu İ, Ergün S. [The evaluation of the functional knee pain assessment methods in knee osteoarthritis patients]. *Türk Geriatri Dergisi* 2001;4(2):69-72.
- Kacar C, Gilgil E, Urhan S, Arıkan V, Dündar U, Öksüz MC et al. The prevalence of symptomatic knee and distal interphalangeal joint osteoarthritis in the urban population of Antalya. Turkey. *Rheumatology Int* 2005;25(3):201-24.
- Akar S, Akkoç N. [Epidemiology of rheumatoid arthritis]. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2006;2(25):1-6.
- Lillegraven S, Kvien TK. Measuring disability and quality of life in established rheumatoid arthritis. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2007;21(5):827-40.
- Tokem Y, Argon G, Keser G. Case management in care of patients with rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 2006;65(Suppl II):667.
- Blixen CE, Kippes C. Depression, social support, and quality of life in older adults with osteoarthritis. *Image J Nurs Sch* 1999;31(3):221-6.
- Kozanoğlu ME, Kamil G. [Rehabilitation of the degenerative joint disease]. *Türk Geriatri Dergisi* 1999;2(2):71-75.
- Rannou F, Boutron I, Jardinaud-Lopez M, Meric G, Revel M, Fermanian J, et al. Should aggregate scores of the Medical Outcomes Study 36-item Short Form Health Survey be used to assess quality of life in knee and hip osteoarthritis? A national survey in primary care. *Osteoarthritis Cartilage* 2007;15(9):1013-8.
- Hammond A. Patient education in arthritis: helping people change. *Musculoskeletal Care* 2003;1(2):84-97.
- Christiaens G. Independent nursing interventions for pain management. *Home Health Care Management & Practice* 2003;5(3):212-4.
- Hardware B, Lacey EA, Shewan J. Towards the development of a tool to assess educational needs in patients with arthritis. *Clin Eff Nurs* 2004;8(2):111-7.
- Altman R, Asch E, Bloch D, Bole G, Borenstein D, Brandt K, et al. Development of criteria for the classification and reporting of osteoarthritis. Classification of osteoarthritis of the knee. Diagnostic and Therapeutic Criteria Committee of the American Rheumatism Association. *Arthritis Rheum* 1986;29(8):1039-49.
- Altman RD. Classification of disease: osteoarthritis. *Semin Arthritis Rheum* 1991;20(6 Suppl 2):40-7.
- Arnett FC, Edworthy SM, Bloch DA, McShane DJ, Fries JF, Cooper NS, et al. The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1988;31(3):315-24.
- Benitha R, Tikly M. Functional disability and health-related quality of life in South Africans with rheumatoid arthritis and systemic lupus erythematosus. *Clin Rheumatol* 2007;26(1):24-9.
- Escobar A, Quintana JM, Bilbao A, Aróstegui I, Lafuente I, Vidaurreta I. Responsiveness and clinically important differences for the WOMAC and SF-36 after total knee replacement. *Osteoarthritis Cartilage* 2007;15(3):273-80.
- Kobelt G, Woronoff AS, Richard B, Peeters P, Sany J. Disease status, costs and quality of life of patients with rheumatoid arthritis in France: the ECO-PR Study. *Joint Bone Spine* 2008;75(4):408-15.
- Kaya T, Karatepe AG, Günaydın R, Türkmen G, Özbek G. [Quality of life in patients with rheumatoid arthritis: relationship of disease activity, functional status and health status] *Türk Romatoloji Dergisi* 2007;22(4):119-22.
- Shih M, Hootman JM, Kruger J, Helmick CG. Physical activity in men and women with arthritis National Health Interview Survey, 2002. *Am J Prev Med* 2006;30(5):385-93.
- Taylor LF, Kee CC, King SV, Ford TA. Evaluating the effects of an educational symposium on knowledge, impact, and self-management of older african americans living with osteoarthritis. *J Community Health Nurs* 2004;21(4):229-38.
- Ernst ME, Iyer SS, Doucette WR. Drug-related problems and quality of life in arthritis and low back pain sufferers. *Value Health* 2003;6(1):51-8.
- Başaran S, Güzel R, Sarpel T. [Quality of life and health outcome assessment questionnaires]. *Türk Romatoloji Dergisi* 2005;20(1):55-63.

29. Bruce B, Fries JF. The Stanford Health Assessment Questionnaire: a review of its history, issues, progress, and documentation. *J Rheumatol* 2003;30(1):167-78.
30. el-Miedany Y, Youssef S, el-Gaafary M, Ahmed I. Evaluating changes in health status: sensitivity to change of the modified Arabic Health Assessment Questionnaire in patients with rheumatoid arthritis. *Joint Bone Spine* 2003;70(6):509-14.
31. Cole JC, Khanna D, Clements PJ, Seibold JR, Tashkin DP, Paulus HE, et al. Single-factor scoring validation for the Health Assessment Questionnaire-Disability Index (HAQ-DI) in patients with systemic sclerosis and comparison with early rheumatoid arthritis patients. *Qual Life Res* 2006;15(8):1383-94.
32. Kumar A, Malaviya AN, Pandhi A, Singh R. Validation of an Indian version of the Health Assessment Questionnaire in patients with rheumatoid arthritis. *Rheumatology (Oxford)* 2002;41(12):1457-9.
33. Koh ET, Seow A, Pong LY, Koh WH, Chan L, Howe HS, et al. Cross cultural adaptation and validation of the Chinese Health Assessment Questionnaire for use in rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 1998;25(9):1705-8.
34. Ranza R, Marchesoni A, Calori G, Bianchi G, Braga M, Canazza S, et al. The Italian version of the Functional Disability Index of the Health Assessment Questionnaire. A reliable instrument for multicenter studies on rheumatoid arthritis. *Clin Exp Rheumatol* 1993;11(2):123-8.
35. Guillemin F, Brainçon S, Pourel J. [Measurement of the functional capacity in rheumatoid polyarthritis: a French adaptation of the Health Assessment Questionnaire (HAQ)]. [Article in French] *Rev Rhum Mal Osteoartic* 1991; 58(6):459-65.
36. Esteve-Vives J, Batlle-Gualda E, Reig A. Spanish version of the Health Assessment Questionnaire: reliability, validity and transcultural equivalency. [Article in English, Spanish] *Grupo para la Adaptación del HAQ a la Población Española. J Rheumatol* 1993;20 (12):2116-22.
37. Bruce B, Fries JF. The Health Assessment Questionnaire (HAQ). *Clin Exp Rheumatol* 2005;23(Suppl. 39):S14-S18.
38. Kükükdeveci AA, Sahin H, Ataman S, Griffiths B, Tennant A. 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* 2004;51(1):14-9.
39. Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992;30(6):473-83.
40. Acaray A, Pinar R. [Evaluation of quality of life of chronic hemodialysis patients]. *Cumhuriyet Üniv Hemşire YO Dergisi* 2004;8(1):1-11.
41. Koçyiğit H, Aydemir Ö, Fişek G, Ölmez N, Memiş A. [Reliability and Validity of Turkish Version of SF-36]. *İlaç ve Tedavi Dergisi* 1999;12(2):102-6.
42. Beyazova M. Artriti eklemlerin korunması. *Sağlıklı Yaşlanma. Genişletilmiş 2. Baskı. Ankara: Öncü Basımevi; 2005. p. 131-9.*
43. İnal V, İnal S, Yamanel L. [Approach with arthritis patient]. *Sendrom* 2004;16(11):73-82.
44. Özgürsoy P. [Principles of treatment in osteoarthritis]. *Türk Romatoloji Dergisi* 2006; 21(2):67-72.
45. Rooney J. Oh, those aching joints! Helping patients manage arthritis. *LPN* 2006;2(1):26-35.
46. Tokem YB. [Living with Rheumatoid Arthritis]. 1. Baskı. İzmir: Meta Basım; 2004. p.17-40.
47. Bahar A. [Chronic pain and psychosocial approaches]. *Sağlık ve Toplum Dergisi* 2007;17 (1):17-21.
48. Morehead K, Sack KE. Osteoarthritis: What therapies for this disease of many causes. *Sendrom* 2004;16(11):16-23.
49. Williams EA, Fye KH. Rheumatoid arthritis: Targeted interventions can minimize joint destruction. *Sendrom* 2004;16(11):24-33.
50. Barlow JH, Turner AP, Wright CC. Long-term outcomes of an arthritis self-management programme. *Br J Rheumatol* 1998;37(12): 1315-9.
51. Badley EM. The impact of disabling arthritis. *Arthritis Care Res* 1995;8(4):221-8.
52. Ay S, Tur BS, Kükükdeveci A. Evaluation of disability in patients with degenerative and inflammatory arthritis. *Int J Rehabil Res* 2008;31 (2):159-63.
53. Pincus T, Swearingen C, Wolfe F. Toward a multidimensional Health Assessment Questionnaire (MDHAQ): assessment of advanced activities of daily living and psychological status in the patient-friendly health assessment questionnaire format. *Arthritis Rheum* 1999; 42(10):2220-30.
54. Weiss RJ, Wretenberg P, Stark A, Palmblad K, Larsson P, Gröndal L, et al. Gait pattern in rheumatoid arthritis. *Gait Posture* 2008;28(2): 229-34.
55. Alderson M, Starr L, Gow S, Moreland J. The program for rheumatic independent self-management: a pilot evaluation. *Clin Rheumatol* 1999;18(4):283-92.
56. Lorish CD, Boutaugh ML Patient education in rheumatology. *Curr Opin Rheumatol* 1997; 9(2):106-11.
57. Lorig K, Holman H. Arthritis self-management studies: a twelve-year review. *Health Educ Q* 1993;20(1):17-28.
58. Lorig KR, Mazonson PD, Holman HR. Evidence suggesting that health education for self-management in patients with chronic arthritis has sustained health benefits while reducing health care costs. *Arthritis Rheum* 1993;36(4):439-46.
59. Yip YB, Sit JW, Fung KK, Wong DY, Chong SY, Chung LH, et al. Effects of a self-management arthritis programme with an added exercise component for osteoarthritic knee: randomized controlled trial. *J Adv Nurs* 2007;59(1):20-8.
60. Keefe FJ, Caldwell DS, Williams DA, Gill KM, Mitchell D, Robertson C, et al. Pain coping skills training in the management of osteoarthritic knee pain: a comparative study. *Behavior Therapy* 1990;21(1):49-62.
61. Axford J, Heron C, Ross F, Victor CR. Management of knee osteoarthritis in primary care: pain and depression are the major obstacles. *J Psychosom Res* 2008;64(5):461-7.