

**T.C.
ORDU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**ROMATOİD ARTRİT HASTALARINDA BİLİŞSEL DUYGU
DÜZENLEMENİN BELİRSİZLİĞE TAHAMMÜLSÜZLÜK VE
YORGUNLUK ŞİDDETİ İLE İLİŞKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Figen CENGİZ
Hemşirelik Anabilim Dalı**

**TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi Nevin GÜNAYDIN**

ORDU-2019

ONAY

Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü öğrencisi Figen CENGİZ tarafından hazırlanan ve Dr. Öğr. Üyesi Nevin GÜNAYDIN danışmanlığında yürütülen “*Romatoid Artrit Hastalarında Bilişsel Duygu Düzenlemenin Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ve Yorgunluk Şiddetiyle İlişkisi*” adlı bu tez, jürimiz tarafından 05/04/2019 tarihinde oybirliği ile Hemşirelik Anabilim Dalı Ortak Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Danışmanı : Dr. Öğr. Üyesi Nevin GÜNAYDIN

Başkan : Prof. Dr. Nülüfer ERBİL
Hemşirelik Anabilim Dalı
Ordu Üniversitesi

İmza.....


Jüri Üyesi : Doç. Dr. Selma SABANCIOĞULLARI
Sağlık Yüksekokulu
Sivas Cumhuriyet Üniversitesi

İmza.....



Jüri Üyesi : Dr. Öğr. Üyesi Nevin GÜNAYDIN
Hemşirelik Anabilim Dalı
Ordu Üniversitesi

İmza.....


ONAY

25/05/2019 tarihinde enstitüye teslim edilen bu tezin kabulü, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 30.05/2019 tarih ve 2019-6.6 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

.../.../20...


Enstitü Müdürü

Doç. Dr. Alparslan İNCE

TEZ BİLDİRİMİ

Tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan ederim.

Figen CENGİZ

TEŞEKKÜR

Bu çalıőmanın planlanması ve yűrűtűlmesi aőamasında deęerli deneyim ve bilgileri ile beni aydınlatan, öneri ve katkılarını benden esirgemeyen, tezimde bűyűk emeęi olan çalıőkanlıęına hayran olduęum sevgili hocam ve tez danıőmanım Ordu Ŭniversitesi Saęlık Bilimleri Fakűltesi Psikiyatri Hemőirelięi Anabilim Dalı Baőkanı Sayın Dr. Őęretim Ŭyesi Nevin GŬNAYDIN'a,

Çalıőmama katılımlarıyla destek sağlayan romatoloji hastalarına,

Her zaman yanımda olup sevgisiyle bana gű veren aileme,

Ayrıca çalıőmam sűresince yanımda olan, fedakârlığını, anlayıőını ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen çok sevdiğim eőim Harun CENGİZ'e katkılarından dolayı içtenlikle teőekkür ederim.

Hemşire Figen CENGİZ

ÖZET

ROMATOİD ARTRİT HASTALARINDA BİLİŞSEL DUYGU DÜZENLEMENİN BELİRSİZLİĞE TAHAMMÜLSÜZLÜK VE YORGUNLUK ŞİDDETİ İLE İLİŞKİSİ

Amaç: Bu çalışma, romatoid artrit tanısı almış bireylerin bilişsel duygu düzenleme, belirsizliğe tahammülsüzlük ve yorgunluk düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve Metot: Araştırmanın örneklemini Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Romatoloji Hastanesi Romatoloji Polikliniğine Şubat 2016-Şubat 2017 tarihleri arasında başvuran ve araştırma kriterlerine uygun olan 200 romatoid artrit hastası oluşturmaktadır. Araştırma, tanımlayıcı, kesitsel, ilişki arayıcı tipte yapılmıştır. Çalışmada, Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği, Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği, Yorgunluk Şiddeti Ölçeği kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan hastaların yarısından fazlası kadın (%74) ve beş ile on yıl arasında romatoid artrit hastasıdır ve %98'inin şiddetli düzeyde yorgunluk yaşadığı belirlenmiştir. Hastaların büyük bir çoğunluğu için romatoid artrit hastalığının ilk anlamının ağrı (%24), ikinci anlamının yorgunluk/güçsüzlük (%19), üçüncü anlamının ise belirsizlik (%13.5) olduğu belirlenmiştir. Yorgunluk puan ortalamaları ile hastalığın anlamı, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme durumu ve eklem deformitesi oluşma durumu arasındaki fark anlamlıdır ($p<0.05$). Belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeği ve bilişsel duygu düzenleme ölçeğinin tüm alt boyut puanları arasında anlamlı ilişki vardır ($p<0.05$). Yapılan ileri analizde işlevsel olmayan (olumsuz) bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin yorgunluk şiddetini arttırdığı belirlenmiştir ($p<0.05$).

Sonuç: Bu çalışma, hastaların belirsizliğe tahammülsüzlükleri arttıkça, bilişsel duygu düzenleme stratejilerini kullanımlarının arttığını; günlük yaşam aktivitelerini yapabilme durumunun, eklem deformitesi olma durumunun bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin kullanımını etkilediği; hastanın hissettiği yorgunluk arttıkça, işlevsel olmayan bilişsel duygu düzenleme stratejileri (olumlu değerini azaltma, kendini suçlama)nin kullanımının arttığı belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Romatoid Artrit, Bilişsel Duygu Düzenleme, Belirsizliğe Tahammülsüzlük, Yorgunluk, Psikiyatri Hemşireliği, Konsültasyon-Liyazon Psikiyatri Hemşireliği

ABSTRACT

THE RELATION OF COGNITIVE EMOTION REGULATION IN RHEUMATOID ARTHRITIS PATIENTS WITH UNCERTAINTY INTOLERANCE AND FATIGUE LEVEL

Aim: The aim of this study is to investigate the relationship between the cognitive emotion regulation, uncertainty intolerance and fatigue levels in rheumatoid arthritis diagnosed patients

Material and Method: Accessible 200 rheumatoid arthritis patients that applied to Samsun Ondokuz Mayıs University Medical Faculty between dates of February 2016- February 2017 formed the population of study. It was made in descriptive, relational research by using cross sectional. In the study the “The Regulation of Cognitive Emotions Questionnaire”, “Intolerance of Uncertainty Scale” and “The Fatigue Severity Scale” were used

Results: More than half of the participant patients are women (74%) and they are having rheumatoid arthritis between five and ten years and almost all of them experience severe fatigue (98%). It was seen that for most of the patients the meaning of rheumatoid arthritis is pain (24%), the second one is fatigue/weakness (19%) and the third one is uncertainty (13.5%). According to the meaning of disease, state of performing daily activities and state of joint deformity formation, the difference between averages of fatigue mean score is significant ($p < 0.05$). There is a significant relation between all sub scales of intolerance of certainty scale and all subdimension points of regulation of cognitive emotions questionnaire ($p < 0.05$). In advanced analysis, it was found that dysfunctional (negative) cognitive emotion regulation strategies increased fatigue severity ($p < 0.05$).

Conclusions This study showed that as the intolerance of the patients increased, their use of cognitive emotion regulation strategies increased; the ability of daily living activities to affect the use of cognitive emotion regulation strategies; As the patient's fatigue increased, the use of non-functional cognitive emotion regulation strategies (positive value reduction, self-blame) was increased.

Key words: Rheumatoid Arthritis, Regulation of Cognitive Emotion, Uncertainty Intolerance, Fatigue, Psychiatric Nursing, Consultation Liaison Psychiatry

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

İÇ KAPAK SAYFASI

ONAY

TEZ BİLDİRİMİ.....I

TEŞEKKÜR II

ÖZET..... III

ABSTRACT..... V

İÇİNDEKİLERVII

ŞEKİLLER DİZİNİ.....VIII

TABLolar DİZİNİ XI

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ XIII

1.GİRİŞ 1

1.1.Problemin Tanımı ve Önemi 1

1.2.Araştırmanın Amacı..... 5

1.3.Araştırmanın Soruları 5

2.GENEL BİLGİLER..... 7

2.1.Romatoid Artrit..... 7

2.1.1.Romatoid Artrit Tarih ve Epidemiyolojisi 7

2.1.2.Romatoid Artrit Etiyolojisi..... 8

2.1.3.Genetik Yatkınlık 9

2.1.4.Çevresel ve Diğer Faktörler 9

2.1.5.Romatoid Artrit Klinik Belirti ve Bulguları 10

2.1.6.Romatoid Artrit Tanısı 11

2.1.7.Romatoid Artrit Tedavisi 12

2.1.8.Romatoid Artrit ve Bilişsel Duygu Düzenleme 12

2.1.8.1.Duygu Düzenleme 13

2.1.8.2.Bilişsel Duygu Düzenleme	14
2.1.9.Romatoid Artrit ve Belirsizlik	17
2.1.10.Romatoid Artrit ve Yorgunluk	19
2.1.11.Romatoid Artritte Psikiyatrik Sorunlar	20
2.1.12.Romatoid Artritte Hemşirelik Bakımı	23
3.GEREÇ VE YÖNTEM	25
3.1.Araştırmanın Türü	25
3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	25
3.3.Araştırmanın Evreni ve Örnekleme	25
3.3.1.Araştırmanın Evreni	25
3.3.2.Araştırmanın Örnekleme	25
3.3.2.1.Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	25
3.3.2.2.Araştırmadan Dışlama Kriterleri	26
3.4.Veri Toplama Araçları	26
3.4.1.Kişisel Bilgi Formu	26
3.4.2.Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği	26
3.4.3.Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği	28
3.4.4.Yorgunluk Şiddeti Ölçeği	29
3.5.Veri Toplama Formunun Ön Uygulaması	29
3.6.Veri Toplama Formunun Uygulanması	29
3.7.Değişkenler	30
3.7.1.Bağımlı Değişkenler	30
3.7.2.Bağımsız Değişkenler	30
3.8.Araştırmanın Etik Boyutu	30
3.9.Verilerinin Değerlendirilmesi	30
3.10.Araştırmanın Sınırlılıkları	31
3.11.Araştırmanın Uygulanması Sırasında Karşılaşılan Güçlükler	32
4.BULGULAR	33

5.TARTIŞMA	54
5.1.Bilişsel Duygu Düzenleme İle İlgili Bulguların Tartışılması	54
5.1.1. İşlevsel Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Kullanımı İle İlgili Bulguların Tartışılması	59
5.1.2. İşlevsel Olmayan Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Kullanımı İle İlgili Bulguların Tartışılması	59
5.2. Belirsizliğe Tahammülsüzlük ile İlgili Bulguların Tartışılması	60
5.3.Yorgunluk Şiddeti İle İlgili Bulguların Tartışılması	62
5.4.Demografik Verilerle İlgili Bulguların Tartışılması.....	64
6.SONUÇ ve ÖNERİLER	68
6.1.Sonuçlar	68
6.2.Öneriler	73
KAYNAKLAR	75
EKLER	90
Ek 1. Kişisel Bilgi Formu	90
Ek 2. Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği	92
Ek 3. Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği	94
Ek 4. Yorgunluk Şiddeti Ölçeği	95
Ek 5. Aydınlatılmış Onam Formu	96
Ek 6. Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği İzin Yazısı.....	97
Ek 7. Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği İzin Yazısı.....	97
Ek 8. Yorgunluk Şiddeti Ölçeği İzin Yazısı	97
Ek 9. Etik Kurul Onayı	98
ÖZGEÇMİŞ	99

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa No

Şekil 1. Duygu düzenlemenin ortak süreç modelindeki iki temel duygu düzenleme biçimi.....

14

TABLÖLAR DİZİNİ

	Sayfa No
Tablo 3.9. Verilerin analizinde kullanılan istatistiksel testler.....	32
Tablo 4.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımı..	34
Tablo 4.2. Katılımcıların Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımı.....	35
Tablo 4.3. BDDÖ ve Alt Boyutlarına Ait Toplam Puan Ortalamaları Dağılımları.....	36
Tablo 4.4. BTÖ ve Alt Boyutlarına Ait Toplam Puan Ortalamaları Dağılımları.....	37
Tablo 4.5. YŞÖ Ait Toplam Puan Dağılımları.....	40
Tablo 4.6. Katılımcıların Cinsiyet ve Medeni Durumuna Göre BDDÖ ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	38
Tablo 4.7. Katılımcıların Çeşitli Hastalık Özelliklerine Göre BDDÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	40
Tablo 4.8. Katılımcıların Cinsiyet ve Medeni Durumuna Göre BTÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	42
Tablo 4.9. Katılımcıların Hastalık Süresine ve Hastalığın Anlamına Göre BTÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	43
Tablo 4.10. Katılımcıların Çeşitli Hastalık Özelliklerine Göre BTÖ Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması.....	44
Tablo 4.11. Katılımcıların Sosyo-demografik ve Hastalık Özelliklerine Göre YŞÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	45
Tablo 4.12. BDDÖ, BTÖ Alt Boyutları ve YŞÖ Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	47
Tablo 4.13. BTÖ Alt Ölçeklerinin YŞÖ Puanına İlişkin GTD Sonuçları.....	48
Tablo 4.14 BDDÖ Alt Ölçeklerinin YŞÖ Puanına İlişkin GTD Sonuçları.....	48

Tablo 4.15.	Yaş ve Hastalık Süresi ile BDDÖ Alt Boyut Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	49
Tablo 4.16.	Yaş ve Hastalık Süresi ile BTÖ Alt Boyut Puanları ve YŞÖ Puanı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	49
Tablo 4.17.	BDDÖ, BTÖ, YŞÖ ve Alt Boyutları Arasında İlişki Düzeyleri ve Önem Seviyeleri.....	54

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

- BDDÖ : Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği
BTÖ : Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği
CRP : C-Reaktif Protein
GTD : Genelleştirilmiş Tahmin Denklemi
GYA : Günlük Yaşam Aktivitesi
KLP : Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi
RA : Romatoid Artrit
SS : Standart Sapma
YŞÖ : Yorgunluk Şiddeti Ölçeği

1.GİRİŞ

1.1.Problemin Tanımı ve Önemi

Kronik hastalıklar, hayat boyu sürebilen, uzun vadeli ve genellikle yavaş ilerleme gösteren, tıbbi uygulamalarla tedavi edilemeyen, ağrı ve işlevsel yetersizliklere bağlı bağımsızlık düzeyini sınırlandıran önemli bir sağlık problemidir. Kronik hastalık yaşayan bireyde hastalığın şiddetini azaltmak, öz bakımında bireyin işlevselliğini ve sorumluluk seviyesini yükseltmek için periyodik izlem, destek ve bakım gerekmektedir (Gorman ve ark., 1996; WHO, 2012). Kronik hastalıklar aynı zamanda, hastalar üzerinde biyopsikososyal etkiler ortaya çıkarmaktadır. Bu sebeple hastalık sürecinde yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, giderek önem kazanmaktadır. İlerleyici sakatlık, geri dönüşümsüz hasar, erken ölüm, sosyo-ekonomik maliyetler ve psikososyal etkiler ortaya çıkaran yaygın, otoimmün kronik bir hastalık olan romatoid artrit (RA), yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Romatoid artrit yaşam kalitesinin en önemli belirleyicilerinin fonksiyonel durum ve genel sağlık durumu olduğu bilinmektedir (Kaya ve ark., 2007; McInnes ve Schett, 2011; Akkaya, 2015; Baloğlu ve ark., 2015). Romatoid artrit (RA)'in prevalansını saptamaya yönelik farklı zaman aralığında yapılan farklı araştırmaların sonuçları değişiklik gösterse de, dünya genelinde yetişkinlerde yaklaşık %0.5-1 arasında olduğu, kadınlarda erkeklere göre 3 kat daha fazla olduğu görülmektedir (Widdifield ve ark., 2014). Amerika'da RA sıklığı prevalansı %0.53 ile %0.55 arasında değişmekte olup, erkeklerde %0.29-31 ve kadınlarda %0.73-78 olarak bildirilmiştir (Theresa ve ark., 2017). Ülkemizde yapılan prevalans çalışmaları genellikle bölgesel nitelikte olup, 2012 Türkiye İstatistik Kurumu'nun verilerine göre RA tanısı olan hastaların oranı, ülke genelinde %7.9 olarak belirlenmiştir (Ovayolu ve ark., 2011; TUİK, 2012). 2010 yılında ülkemizde yayınlanan bir çalışmada, romatoid artrit prevalansının kadınlar için %0.77, erkekler için %0.15 olduğu bildirilmiştir (Akkoç, 2010).

Etiyolojisi net olarak tanımlanamayan RA, temel olarak sinoviyal eklem membranını tutan, sinovit eroziv, fiziksel fonksiyon kaybı oluşturabilen, kronik, ilerleyici, sistemik inflamatuvar, otoimmün bir hastalıktır (Bes, 2015; Dalkılıç ve Coşkun, 2015). RA hastalarının %60 kadarı erken dönemde fonksiyonel kısıtlılık; ortalama 20 yıl civarında ise orta ve ciddi derecede aktivite sınırlaması yaşamaktadır.

RA kronik süreçte oluşturduğu yetersizlikten dolayı, hastalığın erken dönemlerinden itibaren hastaları fiziksel, emosyonel ve sosyal fonksiyon bakımından etkilemektedir (Katz, 1995; Salaffi ve ark., 2004).

Literatürde RA hastalarının eklem dışı birincil problemlerinin başında “yorgunluk” semptomunun geldiği ve RA’li hastalarda görülme sıklığının %42-90 arasında değiştiği bildirilmektedir (Gök Metin ve Özdemir, 2016). Bunun yanında yorgunluğa genellikle ağrı, fiziksel kısıtlılık gibi problemlerin eşlik ettiği ve bunun sonucunda hastaların ağrılarının artacağı endişesi ile yeterlilik algısının olumsuz etkilendiği ve boş zamanlarını evde oturarak geçirmelerine sebep olduğu bildirilmektedir. Karmaşık ve çok boyutlu bir durum olan yorgunluk, stresli bir duygudurum olarak tanımlanmaktadır. Yorgunluk, hastalığın alevlenmesi, hastalık yükünün artması, sosyal katılımın zayıflığı, bedensel duyuma odaklanmada yetersizlik, uykusuzluk, fiziksel aktivitenin azalmasıyla ilişkilendirilmektedir (Seyedi Chegeni, 2018). Romatoid artritli hastaların %83-90’ının yorgunluktan yakındıkları saptanmıştır (Gök Metin ve Özdemir, 2016). Yorgunluk, günlük aktiviteleri yapabilmeye becerisinde azalmaya, kişisel ve sosyal ilişkileri sürdürme yeteneğinde zayıflamaya, çalışma kapasitesinde düşmeye sebep olabilmektedir (Acııcı, 2010). Hastaların tüm bu durumları göz önüne alındığında, sosyal aktivitelere (alışveriş, piknik, doğa yürüyüşü v.b.) katılımlarının zorlaştığı, dolayısı ile aile ve sosyal ilişkilerinin zarar gördüğü ve yaşam kalitelerinin de olumsuz yönde etkilendiği bildirilmektedir (Acar, 2013; Gök Metin ve Özdemir, 2016).

Son yıllarda romatoid artrit ile ilgili çalışmaların ilgi odağının psikososyal faktörlere doğru kaydığı görülmektedir. Anksiyete, depresyon düzeyleri ile romatoid artritteki fiziksel aktivite düzeyini ölçen DAS (Disease Activity Score) ile anlamlı ilişkiler bulmuş olan birkaç çalışma (Overman ve ark., 2012; Matcmam ve ark., 2016)’nın bu yönelimde etkili olduğu görülmektedir. Bunun yanında tedaviye başladıktan sonra psikososyal faktörlerin hastalık aktivitesi üzerindeki etkilerinin yoğun bir şekilde çalışılmadığı da bildirilmektedir. Hastalık aktivitesinin ve tedavi yanıtının altında yatan psikososyal faktörlerin etkisini bilmenin ve anlamının, tedavinin seçimi, cevabın değerlendirilmesi ve hatta hastanın sonucunun optimize edilmesini amaçlayan psikolojik müdahaleleri belirlemede ve yaşam kalitesini arttırmada önemli bilgiler sağlayabileceği bildirilmektedir (Kuipers ve ark., 2018). Bu

çalışmada da hastalığın prognozunu, eklem fonksiyonunu belirleyen değişken olarak “yorgunluk şiddeti”, psikosozal değişken olarak ise, “belirsizliğe tahammülsüzlük” belirlenmiştir.

Belirsizlik, romatoid artrit gibi kronik bir hastalıkta yaşanan en önemli sorunlardan biridir ve yaşamın herhangi bir sürecinde zaman sınırı belli olmayan durumdur. Hastalıkta hissedilen ve yaşanan belirsizlik, hastalık sürecini kapsayan tüm durumlarla ilgili olayların anlamını belirleme yetersizliğinden kaynaklanmaktadır. Konuyla ilgili bir diğer görüş belirsizliğin, ortaya çıkan yeni durumun karmaşık, çözülemez ya da belirsiz durumlar olması nedeniyle ortaya çıktığını ve bireyi tahammülsüz yaptığını bildirmektedir (Sarıçam, 2014). Belirsizliğe tahammülsüzlük, belirsiz olay ve durumlar karşısında olumsuz yorumlamaya, duygusal ve davranışsal açıdan olumsuz cevap vermeye olan yatkınlık olarak tanımlanmaktadır (Dugas ve ark., 2004). Belirsizliğin stres, psikosozal uyum sorunları ve negatif duygu durumlarıyla doğrudan ilişkili olduğu; ümit, beklenti, amaç, baş etme becerisi ve yaşam kalitesiyle de ters ilişkili olduğu belirtilmektedir (Gümüş ve Sezgin, 2016). Bunun yanında belirsizliğin anksiyete bozuklukları ve depresyon başta olmak üzere birçok ruhsal bozukluğun gelişimine zemin hazırlayan bilişsel süreçlerden biri olduğu vurgulanmaktadır (Yüksel, 2014).

Romatoid artrit tanılı hastalarla ilgili yapılan bir çalışmada, hastalık süresi 5 ve üzeri yıl olan hastaların %82.1'nin psikiyatri kliniğine başvurma gereksinimi hissettikleri saptanmıştır (Tekin, 2007).

Romatoid artrit tedavisi ve bakım sürecinde hastaların özellikle yorgunluk ve ağrı gibi semptomlar başta olmak üzere hastalık semptomları ile baş etmelerinin güçlendirilmesi, belirsizlik duygularının yoğunluğu nedeniyle yaşanan anksiyete ve depresyon durumlarının çözümlenmesi, fonksiyonel ve psikosozal değişimlere uyum sağlayabilmeleri ve subjektif düşüncelerinin dikkate alınması, yaşam kalitesinin artırılmasında önemlidir (Evers ve ark., 1998; Garip, 2014). Hastalık semptomlarıyla özellikle de ağrı, yorgunluk şiddeti gibi RA'in belirgin fiziksel semptomlarıyla ve bir anksiyete belirleyicisi olan belirsizlik duygusu ile baş etmede bilişsel duygu düzenleme stratejileri kullanılabilir.

Bilişsel duygu düzenleme, negatif duygusal uyarılmaya neden olan durumların bilişsel olarak yönetilmesi ve mevcut durumlar ile bilişsel stratejiler kullanılarak başa çıkılmasını ifade eder (Thompson, 1994; Garnefski ve ark., 2001). Bilişsel duygu düzenlemede üzerinde çalışılan duygular, psikoloji alanında işlevsel bir bakış açısıyla, bir kişinin hayatta kalmak için çevreye uyum sağlayarak, işbirlikçi sosyal ilişkileri sürdürerek ve fiziksel tehditlerden kaçınarak sorunları çözmesine yardımcı olan kavram olarak tanımlanır (Keltner ve Gross, 1999; Russell, 2003). Yanı sıra, Garnefski, Kraaij ve Spinhoven (2001) duygu düzenlemenin geniş bir alanda biyolojik, sosyal, davranışsal alanın yanı sıra bilinçli ve bilinçsiz bilişsel süreçleri kapsadığını bildirmektedirler. Son zamanlarda duygu düzenleme becerileri ile ilgili yapılan yurt içi ve yurt dışı çalışmalar giderek önem kazanmıştır. Arndt ve Fujiwara (2014) yaptıkları araştırmada, duygu düzenlemenin bir alt boyutu olan yeniden düzenleme becerilerinin, ruh sağlığı ve ona eşlik eden olayları yararlı bir biçimde etkilediğini, diğer bir alt boyutu olan bastırma boyutunun ise olumsuz bir biçimde etkilediğini açıklamışlardır.

Hastaların fiziksel işlevlerindeki bozulma, fonksiyonel yeterliliklerindeki azalma ve vücut bütünlüğündeki bozulma; kayıp, yas, özrürlük endişesi gibi duygulara neden olabilmektedir. Hastalığın ilerleyen dönemlerinde ise bu duygular, uyumsuzluk, kaygı, düşmanca duygular ve öfkeye dönüşebilmektedir (Aslan ve ark., 1996; Walsh ve ark., 1999; Backman, 2006; Kurt ve ark., 2013). Romatoid artritte psikososyal değişkenler, hastanın yetersizlikler yaşamasına neden olan, aynı zamanda hastalığın fiziksel, emosyonel semptomlarıyla başa çıkmasında ve bu semptomları yönetmesinde etkili olan önemli değişkenlerdir. Yorgunluk ve belirsizlik ise, RA'in ruhsal durumla (anksiyete, depresyon...) yakın ilişkisi bulunan, yaşam kalitesini, hastalığın yönetimini önemli derecede etkileyen, kontrol altına alınması gereken, RA'li hastaların başa çıkmakta zorlandığı başlıca semptomlardır. Yorgunluk aynı zamanda hem bir tıbbi tanı, hem de bir hemşirelik tanısıdır.

Ülkemiz hemşirelik literatüründe, RA tanısı alan bireylerin yaşam kalitesi (Kaya ve Babadağ, 2004), bu hastalara verilen eğitimin ağrı düzeyleri üzerine etkisi (Hindistan, 2006) ve RA tanısı olan bireylerin öz-etkililik algısının belirlenmesi (Akgün Şahin ve Bülbül, 2014), RA tanısı olan bireylerde öz yeterlilik algısı ve yaşam kalitesinin ilişkisi (Türkoğlu, 2018) incelenmiştir. Yurt dışı literatürde ise, Knittle ve

ark.'nın (2011) "RA tanısı olan bireylerde öz-etkililik ve fiziksel aktivite hedeflerinin, artrit ağrısı ve yaşam kalitesi üzerine etkisi", Gong ve Mao'nun (2016) "Sosyal destek, öz-yeterlilik, fiziksel fonksiyonlarda bozulma ve "Yorgunluğun Çin'deki RA tanısı olan bireylerin yaşam kalitesi üzerine etkisi" çalışmalarının yapıldığı dikkati çekmektedir. Ancak RA tanısı almış bireylerin duygu düzenleme stratejilerinin belirlenmesine, romatoid artrit hastalarında sıklıkla karşılaşılan belirsizlik ve yorgunluk şiddetiyle ilişkisine dair bir çalışmaya rastlanamamıştır.

Fiziksel semptomlarla başa çıkmada, ruhsal değişkenleri ele alan psikososyal bakım, kronik hastalıkların semptomlarının yönetiminde önemli olan konsültasyon-liyezon psikiyatrisi (KLP)'nin önemli bir yaklaşımıdır. Hem fiziksel, hem ruhsal bir tanı olan yorgunlukla, hem de diğer fiziksel semptomlarla duygusal, ruhsal boyutta başa çıkmada KLP hemşiresi önemli roller üstlenebilmektedir. KLP hemşiresi, fiziksel hastalıklarla ruhsal ve duygusal boyutta başa çıkma yollarını belirleyen, hastaya öğreten, hasta yararına etkin biçimde ortaya koyan sağlık profesyonelidir. Kronik hastalıklarla başa çıkmada ruhsal değişkenler ve ruhsal değişkenlerin ayrılmaz parçası olan duygular, önemli yer tutmaktadır. Bir kronik hastalık olan RA ile başa çıkmada, tedavi sürecinde özellikle de işlevsel duygu düzenleme stratejilerinin hastalık sürecinde aktif şekilde kullanılmasının, hastalığın yönetimini ve romatoid artritli hastaların yaşam kalitesini olumlu etkileyebileceği düşünüldüğünden bu çalışmada, bilişsel duygu düzenleme ile yorgunluk düzeyi ve belirsizliğe tahammülsüzlük arasındaki ilişkinin incelemesi amaçlanmıştır.

1.2.Araştırmanın Amacı

Bu çalışma, romatoid artrit hastalarında bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin kullanımı ile yorgunluk şiddeti ve belirsizliğe tahammülsüzlük ilişkisinin incelenmesi hedeflenmiştir.

1.3.Araştırmanın Soruları

- Romatoid artrit hastalarında yorgunluk düzeyi nedir?
- Romatoid artrit hastalarında belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyi nedir?
- Romatoid artrit hastalarında bilişsel duygu düzenleme düzeyi nedir?

- Romatoid artrit hastalarının bilişsel duygu düzenleme becerisi ile yorgunluk düzeyi arasındaki ilişki var mıdır?
- Romatoid artrit hastalarının belirsizliğe tahammülsüzlük ile yorgunluk düzeyi arasındaki ilişki var mıdır?
- Romatoid artrit hastalarının bilişsel duygu düzenleme becerisi ile belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyi arasında ilişki var mıdır?
- Hastalık özellikleri ile (GYA, eklem deformitesi, iş kaybı, yorgunluk, hastalığın anlamı, hastalık süresi) ile belirsizliğe tahammülsüzlük arasında fark var mıdır?
- Hastalık özellikleri ile (GYA, eklem deformitesi, iş kaybı, yorgunluk, hastalığın anlamı, hastalık süresi) ile bilişsel duygu düzenleme becerisi arasında fark var mıdır?
- Hastalık özellikleri ile (GYA, eklem deformitesi, iş kaybı, yorgunluk, hastalığın anlamı, hastalık süresi) ile yorgunluk şiddeti arasında fark var mıdır?

2.GENEL BİLGİLER

2.1.Romatoid Artrit

Romatoid artrit (RA) en sık görülen inflamatuvar, simetrik, sinovyal dokuları hedef alan, kronik, sistemik ve bazen multisistem organ tutulumu ile karakterize olan, etyolojisi net olarak bilinmeyen otoimmün bir hastalıktır. Toplumda görülme sıklığı %0.5-1 civarında değişim göstermektedir (Demirel ve Kırnar, 2010). RA ağır seyirli, kronik, ağrılı, otoimmün bir hastalık olup, iltihaplı eklem şişliği oluşturan, yaşam kalitesini ve engelliliği arttıran, prognozu kötü bir hastalıktır (Smolen ve ark., 2017).

Etyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte otoantikorlar, enfeksiyöz ajanlar, hormonal durum, cinsiyet, genetik faktörler ve çevresel koşullar üzerinde durulmaktadır. En belirgin RA bulgusu, el ve ayak bileklerinin küçük eklemlerinde başlamasıdır. Bu bölgelerde hassasiyet ve ağrı; simetrik eklem deformasyonuna yol açmaktadır (Turgutalp, 2011).

Amerikan Romatizma Birliği (ARA), ilk sınıflandırmayı 1958 yılında yapmıştır (Tahtasız, 2009). Günümüzde tanıda, Amerikan Romatoloji Derneği (ACR)/Avrupa Romatizma Birliği (EULAR)'nin 2010 tanı kriterleri kullanılmaktadır (Key, 2012).

Romatoid artrit birçok organı etkileyebilmesi nedeniyle, sadece bir eklem problemi olarak değerlendirilmemelidir. RA'in klinik seyri, hastadan hastaya değişiklik göstermektedir. Hastalarda hafif ateş, yorgunluk, halsizlik, kilo kaybı, bir ya da birkaç eklemdede ağrı görülmektedir. Ayrıca uyku sonrası ya da uzun süreli istirahatın ardından eklem çevresinde oluşan ve sabah tutukluğu olarak tanımlanan eklemleri zorlayıcı ağrılı olabilen sertlik hissi de mevcuttur. Sabah tutukluğu 15 dakikadan uzun, bir saate yakın hatta daha da uzun sürebilmektedir. Yaşanan sabah tutukluğu sebebiyle ve artan problemlerin de etkisiyle, hastalar günlük yaşam aktivitelerini yapmakta zorlanmaktadırlar. Hareket kabiliyetlerinin sürdürülmesini sağlayan eklemlerde, fonksiyonlar azalmaktadır. Fonksiyon kayıpları da, yine hastaların günlük yaşamını etkilemektedir. Eklem bulguları, eklem dışı bulgular, laboratuvar testleri ve radyolojik değerlendirmeler, RA tanısının konulmasında ve hastalık durumunun ortaya çıkmasında belirleyicidir (Memiş, 2011).

2.1.1.Romatoid Artrit Tarih ve Epidemiyolojisi

Romatoid artrit adı, ilk olarak 1859 yılında Sir Alfred Garrod tarafından verilmiştir. 1907 yılında Alfred Garrod'un oğlu Archibald Garrod, osteoartrit ile romatoid artrit arasındaki farkı tanımlamış ve 1940 yılında Waaler, 1948 yılında ise Rose ve ark. Romatoid Faktörü (RF) bulmuştur. Böylelikle RA'te otoimmün sistemlerin etkisinin varlığının olduğu saptanmıştır (Symmons, 2002).

Romatoid artrit (RA) dünya genelinde %1 oranında görülmekte olup, görülme sıklığı kadınlarda erkeklere göre 2-3 kat daha fazladır (Smeltzer ve ark., 2010). Hormonların immün sisteme etki etmesinden kaynaklı olarak bu farkın oluştuğu bildirilmektedir (Uzun, 2013). Hastalık, bebeklik döneminden yaşlılık dönemine kadar her yaşı etkileyebilmektedir. En yüksek insidans 35-50 yaşları arasında görülmektedir. Yaş arttıkça risk faktörleri de artarak, RA prevalansının yükselmesine sebep olmaktadır. Yetişkin popülasyonda prevalans, %0.5-1 arasında değişmektedir. Yıllık insidansı %0.03 olarak bildirilmiştir. Bu oranlar toplumdan topluma değişmektedir. Örnekleyecek olursak, Kuzey Amerika Kızılderilileri'nde %5, Çin'de %0.3 oranında görülmektedir. ABD'de, Avrupa'ya göre Asya ve Afrika'da daha az karşılaşıldığı belirtilmektedir (Turkiewicz, 2007; Parlar, 2008; Ergin, 2016; Gök Metin ve Özdemir, 2016). Afrika ülkelerinden Kinshasa'da yapılan popülasyon çalışmasında, RA prevalansı %0.6-%0.9 olarak bulunmuştur (Malemba ve ark., 2012). Romatoid artrit prevalansı %0.5-1 aralığında olmakla birlikte, güney yarım küreden kuzey yarım küreye doğru ve kırsal bölgeden kentsel bölgeye doğru arttığı bildirilmiştir (Smolen ve ark., 2016).

2013 Sağlık İstatistikleri Yıllığında, Türkiye'de RA morbiditesinin cinsiyete göre değerlendirildiğinde kadınlarda %11.4, erkeklerde %4.2, toplamda %7.9 olduğu, RA'in bel ağrısı ve hipertansiyondan sonra üçüncü sırada yer alan hastalık/sağlık problemi olduğu bildirilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2014).

2.1.2. Romatoid Artrit Etiyolojisi

Etiyolojisi henüz tam olarak bilinmemekle beraber, RA genetik ve çevresel faktörlerden de etkilenen, multifaktoriyel bir hastalık olarak kabul edilmektedir. Uzun yıllardan beri yapılan çoklu çalışmalara rağmen, RA etiyolojisi henüz netlik kazanmamıştır. Genetik, immünolojik bozukluklar, cinsiyet, hormonal nedenler,

enfeksiyonlar, travma, stresin etiyolojideki rolleri, araştırılmaya devam etmektedir (Kutsal ve Beyazova, 2016).

Risk faktörleri olarak yaş, cinsiyet, şiş eklem sayısı ve C-reaktif protein (CRP) seviyesi, otoantikolar, çevresel faktörler ve genetik faktörler gösterilmektedir (Padyukov ve ark., 2004; Lu ve ark., 2014; Sparks ve ark., 2014). Yapılan araştırmalar değerlendirildiğinde, kadınlarda artan vücut kitle indeksi ile RA yüksek riskli, emzirme durumunun varlığı ve oral kontraseptif kullanımı ile RA düşük riskli olarak bulunmuştur (Firestein, 2006; Lu ve ark., 2014; Sparks ve ark., 2014). Cinsiyetin kadın olması, 50 mg/dl üzerindeki CRP seviyeleri, poliartrit varlığı romatoid artrit oluşmasında önemli etken olarak gösterilmektedir (Huizinga, 2011).

Romatoid artritte şiş eklem sayısı ve CRP seviyeleri, inflamasyon düzeyini belirleyici ve sıklıkla sinovit ilerlemesini ifade etmektedir (Huizinga, 2011).

2.1.3.Genetik Yatkınlık

Romatoid artrit tanısı konulmuş kişilerin kardeşlerinde, diğerleri ile karşılaştırıldığında, 2-4 kat daha fazla hastalık gelişme riski olduğu bilinmektedir. Bu artmış risk, kardeşlerin ortak genetik geçmişi veya paylaştıkları ailesel, çevresel etkenlerin sonucu olarak düşünülmektedir. Bu iki özellik, etkilenen monozygotik ve dizigotik ikizlerin diğer kardeşlerinde hastalığın yinelenme risklerinin karşılaştırılması ile birbirinden ayrılabilir. İkizlerin iki tipinde de çevresel faktörler benzer etki oluşturmakla birlikte, monozygotlardaki dizigotlara göre hastalık sıklığındaki artış miktarı, genetik etkinin varlığını desteklemektedir (Mac Gregor, 2012).

Duraj ve ark. (2013) tarafından yapılan bir çalışmada; genetik faktörler kadınlarda %60, erkeklerde %45 sorumlu ifade edilmektedir (Duraj ve ark., 2013).

Romatoid artrit oluşumunda genler kadar, genler arası ilişki ve genlerle çevresel faktörlerin etkileşiminin önemli rol oynadığı bilinmektedir (Ergin, 2012).

2.1.4.Çevresel ve Diğer Faktörler

Sigara, RA etyolojisi içerisinde etkileyici bir faktör olarak değerlendirilmektedir. Özellikle Romatoid Faktör (RF)-pozitif erkeklerde ve ağır içicilerde bu özelliğin varlığı, ön planda tutulmaktadır (Sugiyamave ark., 2010). RA

gelişiminde risk faktörleri olarak kabul edilen obezite ve sigara kullanımının önlenmesi desteklenmektedir (Akkaya, 2015).

Romatoid artrit menopoz öncesi kadınlarda daha sık karşılaşılması, ilerleyen yaşta kadın ve erkekler arasındaki farkın azalması, hastalığın hormonal faktörlerden etkilendiğini göstermektedir. Ayrıca hastalık belirti ve bulgularının, gebelik durumunda azaldığı ve postpartum dönemde yeniden alevlenmesi, hormonal etkinin olduğunu güçlendirmektedir. Gebelik, koruyucu bir durumdur. Oral kontraseptifler, hastalığın gelişim süresi ve şiddetini geciktirebilir ancak koruyucu bir etkisi yoktur (Alpizar-Rodríguez ve Finckh, 2017).

İklimsel şartlar RA gelişimini artırma yönünde etkileri görülmektedir. Yapılan çalışmalarda düşük sıcaklığa sahip bölgelerdeki kişilerin eklem ağrılarının arttığı belirlenmiştir (Salliot ve ark., 2010).

2.1.5.Romatoid Artrit Klinik Belirti ve Bulguları

Romatoid artrit hastalarında uzun süren istirahat ya da uyku sonrasında, eklem ve eklem etrafında oluşan sertlik hissi olarak belirti veren sabah tutukluğu ve eklem ağrıları, belirgin şikayetler arasındadır. Sabah tutukluğunun yaşanması, eklem ağrısının inflamatuvar nitelikte olduğunu göstermektedir. Sabah tutukluğu günün ileri saatlerini etkilemekle birlikte, aktif hastalık sürecinde bir saatten uzun sürebilmektedir. Vücuttaki etkilenen eklemlerin dağılımı da önemlidir. Hastalar, ilerleyen sürede günlük aktivitelerini yerine getirmekte güçlük yaşadıklarını ve eklem fonksiyonlarındaki yeterliliğin zayıfladığını fark ederler. Klinik tabloyu, el ve ayak eklemleri ile birlikte farklı eklemlerde simetrik şişliklerinin varoluşu oluşturmaktadır (Hamuryudan, 2003; Dilşen, 2007; Brasington, 2008).

Eklem belirtileri, bütün eklemlerde görülmekle beraber, en sık el ve el bilekleri, ayaklar, dirsek ve diz eklemlerinde ortaya çıkarken, sakroiliak ve servikal vertebra dışında kalan omurgayı tutmadığı görülmektedir (Hamuryudan, 2007; Lipsky, 2007).

Eklem dışı belirtiler, daha şiddetli hastalığı olan hastalarda görülmekle birlikte, nadiren artrit başlamasından önce de ortaya çıkabilmektedir. Eklem dışı belirtiler, deri altı nodülleri, iç organlardaki (visseral) nodüller, kalp tutulumu, akciğer tutulumu, göz tutulumu, nörolojik tutulum, romatoid vaskülit, felty sendromu, amiloidoz, osteoporoz, karaciğer tutulumu ve renal tutulumdur (Turkiewicz ve Moreland, 2007).

RA'in eklem dışı tutulumu, komorbite ve mortaliteyi arttırmaktadır. RA ile ilişkilendirilen ölüm nedenlerinin birincisi, kardiyovasküler hastalıklar iken, ikincisi akciğer hastalıkları olarak belirtilmiştir (İnanç, 2013). Kalp tutulumu, kalpte vaskülit, nodül gelişimi, serozit, fibroz ve valvulit gibi çeşitli belirti, bulgulara yol açtığı görülmektedir. En sık görülen şekli ise perikardit olarak bilinmektedir (Hamuryudan, 2003).

Deri altı nodülleri, yaklaşık olarak hastaların %30'unda görülmektedir ve genellikle basınca maruz kalan bölgelerde oluşur. İç organlardaki (visseral) nodüller, başta akciğer, skleralar, larinks ve kalp olmak üzere birçok organda kendini gösterebilmektedir. Genelde deri altı nodülleriyle birlikte görülmektedir (Göksoy, 2002; Küçükşaraç, 2009; Akkaya, 2015).

Felty sendromu, hastalığı uzun süredir yaşayanlarda sık karşılaşılan bir tablodur. Hastaların yaklaşık %1'inde oluşabilmektedir. Felty sendromu, eklem inflamasyonunun azalmasından sonra da, karşılaşılabilen bir tablodur. Felty sendromu, romatoid artrit, splenomegali ve nötropeni tablosunun birlikte oluşturduğu kombinasyona verilen isimdir. Çoğunlukla romatoid artrite bağlı gelişen komplike bir durum olarak değerlendirilmektedir (Göksoy, 2002; Küçükşaraç, 2009; Akkaya, 2015).

Akciğer tutulumunun sıklığı; rutin kontroller sırasında %1, otopside %50'ye varan oranlarda görülmektedir. RA'in süresi ve hastalığın şiddeti ile ilişkisinin olmadığı bilinmektedir (Göksoy, 2002; Küçükşaraç, 2009; Akkaya, 2015).

Göz tutulumu durumunda da en sık görülen göz bulgusu, kuru gözdür. Hastalığın geç dönemlerinde görülmekle birlikte; hastalık şiddeti ile ilişkilendirilemez (Göksoy, 2002; Küçükşaraç, 2009; Akkaya, 2015).

2.1.6.Romatoid Artrit Tanısı

Romatoid artrit tanılanmasında klinik ve laboratuvar bulgularının esas alındığı tanı kriterleri kullanılmaktadır (Aletaha ve ark., 2010).

American Collage of Rheumatology (ACR) tarafından 1958 yılında tanımlanan kriterler, 1987 yılında yeniden gözden geçirilerek ve 2010 American Collage of Rheumatology/ European League Against Rheumatism (ACR/EULAR) romatoid artrit

tanı kriterleri olarak tekrar yayınlanmıştır (Aletaha ve ark., 2010). Bu çalışmalarda, 1987 tanı kriterlerine göre sınıflandırılmamış veya erken artrit olarak tanı almış hastaların yaklaşık olarak üçte biri, ancak 2010 tanı kriterleri dikkate alındığında RA tanısı konulabilmiştir (Van der Linden ve ark., 2011; Krabben ve ark., 2012).

Romatoid artrit tanı kriterlerine göre taranması gereken hedef popülasyonunda;

1. Klinik olarak en az bir eklemden saptanmış sinovit (şişlik),
2. Başka bir hastalıkla açıklanamayan sinovit mevcudiyeti olmalıdır.

Romatoid artrit tanı kriterlerinde; eklem tutulumu, seroloji, akut faz parametreleri ve semptomatik süre esas alınmaktadır (Yıldırım ve Yazıcı, 2012). Tutulan eklem sayısı, semptomatik sürenin 6 hafta öncesi ve sonrası önemli olmakla beraber, serolojik olarak Romatoid Faktör ve Anti-citrullinated protein antibody pozitifliği, akut faz parametrelerinden de CRP ve ESR sonuçlarına dikkat edilerek, puanlama yapılmaktadır (Aletaha, 2010; Hafström, 2014). Yapılan bu puanlama sonucunda skorun $\geq 6/10$ olması RA tanısı için gerekli olmaktadır. Radyolojik görüntüleme ile desteklenmektedir (Aletaha, 2010; Hafström, 2014).

2.1.7. Romatoid Artrit Tedavisi

Romatoid artrit tedavisinde primer hedef; eklem hasarının en aza indirilerek, ağrıyı hafifletmek, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden iyilik halinin sürdürülmesini sağlamak ve remisyonu sağlamaktır (Hamuryudan, 2005; Savran ve Akkoç, 2005; Turkiewicz ve Moreland, 2007). Aktif hastalık semptomunun olmaması, remisyonu ifade etmektedir (Yıldırım ve Yazıcı, 2012).

Romatoid artrit tanısının erken dönemde tanımlanması durumunda ilk olarak hastalık modifiye edici ilaçlar DMARD (Disease-Modifying Antirheumatics Drugs), kortikosteroid ilaçlar ve biyolojik ajanlar tedavisi düzenlenmelidir. Düzenli olarak hastalık aktivasyon süreci gözlem altında tutulup, uygulanan tedaviye yanıt boyutu izlenmelidir. Yeteri seviyede tedaviye tepki olarak olumlu gidişat oluşturulduğunda, tedavi sürecine devam edilmelidir (Josef ve ark., 2014; June ve Moreland, 2016).

2.1.8. Romatoid Artrit ve Bilişsel Duygu Düzenleme

2.1.8.1.Duygu Düzenleme

Bireysel deneyim, değerlendirmede bulunma, motivasyon durumu, uyarılma ve jest, mimik gibi bedensel tepkileri de içine alan zihinsel ve fiziksel süreçler duyguyu oluşturur (Smith ve Kosslyn, 2017). Duygular, zorluklara karşın durumu yönetebilmek becerisidir, biyolojik cevaplardır. İnsanların adaptasyonu için duygu düzenleme kapasitesi önemli bir kavramdır (Dubert ve ark., 2016).

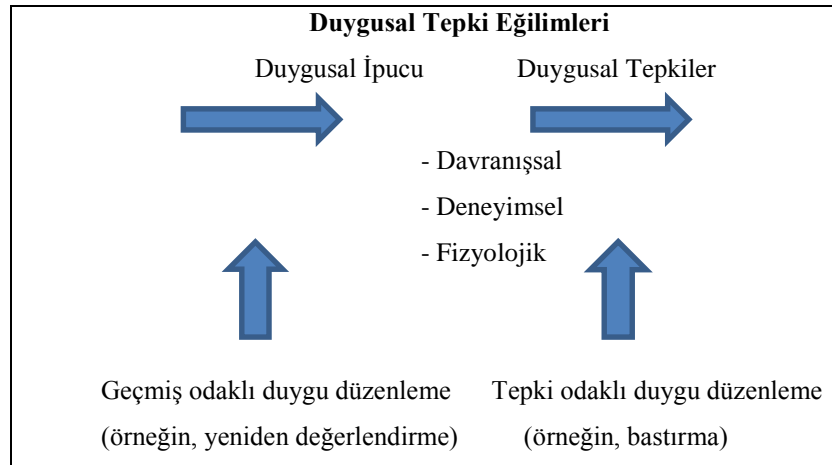
Duygu düzenlemenin kuramsal modelleri incelendiğinde, sosyal bilgi süreç modelinin önerildiği görülmektedir. Bu modele göre ilk basamak, işaretlerin algılandığı ve dikkatin yöneltildiği sosyal işaret sürecini kapsamaktadır. İkinci basamakta, kavranan bilginin yorumlandığı betimleme süreci bulunmaktadır. Modelin   nc  basamağında ise, olası davranışsal tepkilerin oluşturulduğu karşılık arama süreci vardır. Davranışsal tercihlerin seçildiği ve olası sonuçların değerlendirildiği karar süreci dördüncü basamaktadır. Modelin son basamağında ise seçilen tepkiler yer almaktadır. Sosyal bilgi süreç modelinde, bireylerin duygu düzenleme sürecinde özellikle ailenin öneminin büyük olduğu üzerinde durulmuştur. Duygu düzenlemenin aile bireylerinin etkisiyle geliştiği ve çocukluk dönemi itibariyle bireylerin yaşamında bütünleşip, aktarıldığı sonucuna varılmıştır (Onat ve Otrar, 2010).

Gross (2002) duyguların oluşumu ve düzenlenmesinin anlaşılması için yaygın olarak kullanılan temel bir “Duygu Düzenleme Süreç Modeli”  nermiştir. Bu model, duyguların içsel veya dışsal ipuçlarının değerlendirilmesi ile başladığını  ne sürmektedir. Yapılan bu değerlendirmelerden bazıları davranışsal, deneyimsel ve fizyolojik duygusal tepki eğilimlerini tetikleyerek karşılaşılan zorluklara veya fırsatlara işlevsel tepki vermeye yardımcı olmaktadır. Duygular, ya sisteme gelen girdiyi kontrol ederek ya da çıktıyı kontrol ederek düzenlenmektedir.  nerdiği modele göre duygu düzenleme, geçmiş odaklı veya tepki odaklı olabilmektedir. Geçmiş odaklı duygu düzenlemede, durumun duygusal ilgililik azalınca kadar değerlendirmesi söz konusudur. Yapılan bu değerlendirme ile duygusal tepki eğiliminin harekete geçirilip, olumsuz duygunun dışavurumcu işaretinin daha az olması sağlanmaktadır. Tepki odaklı duygu düzenlemede, harekete geirilmif olan duyguya verilen tepki eğilimi hedef alınmaktadır (Gross, 2002).

Geçmiş odaklı duygu düzenleme sürecinde;

1. Durum seçme: bireyin olması muhtemel duygusal etkiye göre, bazı kişilere veya durumlara yaklaşması ya da kaçınması,
2. Durum değiştirme: bireyin duygusal etkiyi değiştirmek için çevreyi değiştirmesi
3. Dikkatin yayılması: bireyin duygularını etkilemek için dikkatini başka bir şeye yöneltmesi
4. Bilişsel değişim: bireyin duyguları değiştirmek için durumu veya durumla nasıl başa çıkabileceğini yeniden değerlendirmesi yer almaktadır.

Tepki odaklı duygu düzenleme sürecinde ise; pekiştirme, önemini azaltma, devam eden duygusal deneyimi uzatma veya kısaltma, ifade etme veya fizyolojik yanıtlama gibi stratejilerin kullanıldığı görüşü benimsenmiştir (Gross, 2002).



Şekil 1. Duygu düzenlemenin ortak süreç modelindeki iki temel duygu düzenleme biçimi (Gross, 2002)

2.1.8.2. Bilişsel Duygu Düzenleme

Duygu düzenleme; biyolojik, sosyal, davranışsal, bilinçli ve bilinç dışı bilişsel süreçleri kapsamaktadır. Bilişsel duygu düzenleme, “sıkıntı verici problem ve duyguların ruhsal yollar kullanarak üstesinden gelme” olarak tanımlanmaktadır. Bilişler ve bilişsel süreçler duyguları yönetmeye, düzenlemeye, kontrol altında tutmaya ve duygular tarafından etki altına almaya yardımcı olmaktadır. Duyguların bilişler veya düşünceler yoluyla düzenlenmesi, bireylerin yaşamı ile ilişkilendirilirken, aynı zamanda stres oluşturabilecek bir olay deneyimledikten sonra, bireylerle duygularını kontrol etmelerinde de katkı sağlamaktadır (Garnesfki ve ark., 2001).

Bilişsel duygu düzenleme, yaşanan günlük deneyimler, stresli durumlarda duygularını yönetebilme ve karşılaşılan bu durumlarda kullanılan başa çıkma stratejileri olarak tanımlanır. Dikkat, yorumlama, tutumlar ve anılar bilişlerin parçası olup, duygu düzenlenmesinde önemlidir. Bilişleri duygu düzenlemeden ayırmak oldukça zordur (Joorman ve ark., 2010). Yaşanılan bir durumda, öncelikle bilişsel süreç sonrasında duygusal tepkiler oluşur. Bilişler ve duygular birbirini etkilemektedir (Joorman ve ark., 2010). Kişilerin bilişleri, davranışları ve fizyolojik belirtileri, duygular tarafından oluşturulur (Lopes ve ark., 2005). Gross (2002), belli stratejiler ile duyguların devamlılığı, azlığı veya çokluğunun düzenlenebileceğini savunmaktadır. Özellikle üst biliş becerisi ile bu düzenlemenin gerçekleştirilebileceğini ele almaktadır. Gross ve John (2003), duyguların düzenlenmesinin uygun düzeyde gerçekleştirildiğinde, iyilik halinin olumlu yönde etkilenip yükselmesine sebep olduğunu savunmaktadır. Aynı şekilde uygun düzeyde olmayan düzenlemenin ise fiziksel rahatsızlıkların ortaya çıkmasına ve iyilik halinin azalmasına yol açabileceğini belirtmişlerdir. Çeşitli sınıflandırmalar ile duyguların düzenlenmesi araştırılmıştır. Lazarus (2006), duygu odaklı başa çıkma becerileri ile duyguların düzenlenebileceğini savunmuştur. Ayrıca Lazarus (2006), problem odaklı başa çıkma (kendi modülasyonu veya çevre ile sıkıntıyı en aza indirmeye çalışmak) ve duygu odaklı başa çıkma (stresli olayların anlamını değiştirmek için bilişsel başa çıkma stratejilerinin kullanımı ve sonuç sıkıntısını azaltma) arasında ayırım yapmıştır. Her iki form da uyumsaldır ve en kullanışlı başa çıkma yaklaşımı, stresli durumun doğasına bağlıdır. Buna göre, stresli olaylara karşı duygusal tepkiler, bilişsel baş etme stratejileri kullanılarak düzenlenebilmektedir (Lazarus, 2006).

Duygu düzenleme kavramı, duyguları gözlemleyebilme, anlayabilme, kabul edebilme ve duygusal aktivasyon gerçekleştirebilme ve amaca yönelik eylemde bulunabilme halidir (Cogle ve ark., 2012). Bu bağlamda olumsuz duygu durumunu tolere etmedeki zayıflık, duyguların kabul edilmediğine işaret etmektedir. Olumsuz duyguların verilen ani tepki ise, olumsuz duyguları yaşarken amaca uygun hareket edememenin eksikliğine işaret eder. Olumsuz duygu durumunu tolere etmedeki zayıflık, girici düşüncelere daha uzun süreli sıkıntı tepkileri vermeye neden olmaktadır. Olumsuz duygu durumu tolere etmedeki zayıflık ve yüksek fevri hareket

bireyleri, girici düşüncelerin süresini ve sıklığını artırabilen işlevsel olmayan düşünce kontrol stratejileri kullanmaya yönlendirmektedir (Cogle ve ark., 2012).

Bazı bilişsel stratejiler yürüten kişiler, psikopatoloji geliştirmeye daha yatkın olabilmekte ya da diğer bilişsel stratejileri kullanarak yaşamlarındaki olumsuz olayların daha kolay üstesinden gelebilmektedir (Garnefski ve ark., 2005). Bazı bilişsel stratejiler, bazı durumlarda olumlu sonuçlara neden olurken; bazı durumlarda da tam tersi bir şekilde olumsuz durumlara neden olabilmektedir. Bilişsel duygu düzenleme stratejileri, işlevsel ve işlevsel olmayan olarak değerlendirilmektedir. İşlevsel olanlar; yeniden değerlendirme, problem çözme gibi stratejiler iken, işlevsel olmayanlar; düşünceye odaklanma ve bastırma gibi stratejilerdir. İşlevsel olmayan stratejilerin; depresyon, kaygı bozuklukları ve yeme bozuklukları gibi psikopatolojilerle daha ilgili olduğu bulunmuştur. İşlevsel olmayan stratejilerin kullanılması, işlevsel stratejilerin kullanılmamasından daha fazla psikopatolojide rol oynamaktadır (Aldao ve Nolen-Hoeksama, 2010). Buna ek olarak, duyguları düzenleme kapasitesi ile duruma ve zamana bağlı olarak farklı stratejileri uygulayabilme becerisi daha işlevsel olarak nitelendirilirken, daha az psikopatoloji ile ilişkilendirilmektedir (Eftekhari ve ark., 2009). Bireyin bilişsel duygu düzenleme becerisinin sosyo-duygusal gelişimi olumlu etkileyebileceği gibi, aksi bir şekilde bu gelişimi engelleyebileceği de belirtilmektedir. Bireyin özellikle çocukluk yaşantısında kullanmış olduğu bilişsel duygu düzenleme becerisinde olabilecek bir eksiklik veya hata sebebiyle davranış problemlerinin ortaya çıkması olağan görülmektedir (Çelik ve Kocabıyık, 2014).

Olumsuz yaşam olaylarından sonra insanların kullanmaya meyilli oldukları 9 bilişsel duygu düzenleme stratejisi gözlenmiştir. Bunlar, kendini suçlama, başkalarını suçlama, düşünceye odaklanma, felaketleştirme, pozitif tekrar odaklanma, plana tekrar odaklanma, yeniden gözden geçirme, bakış açısına yerleştirme ve kabul etme (Garnefski ve ark., 2001; Abdi ve ark., 2012).

Romatoid artritli kişilerde uzun süreli bir kronik hastalık olmasından kaynaklı olarak RA'nın bireyleri stres durumuna yaklaştırdığı, kaygıyla birlikte kişilerin duygu durumunu etkilediği düşünülmektedir. Yapılan çalışmalarda bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin daha çok depresyon, kaygı, stres ve öfke gibi olumsuz duygular ile

ilişkili olduğu belirlenmiştir (Çelik ve Kocabıyık, 2014). Romatoid artritli hastalarda önemli duygusal problemler yaşanmaktadır. Endişe, sosyal ve psikolojik adaptasyon sürecini zorlaştırıp, kişinin kontrol seviyesini azaltmaktadır (Grekhov ve ark., 2018). Romatoid artritli hastalarda alevlenme ve remisyon dönemlerinin birbirini takip etmesi, tam iyileşmenin hiçbir zaman olmaması, prognozun belirsizliği, hareket kısıtlılığı eklem deformiteleri, fiziksel değişim ve beraberinde gelen psikososyal stresler, tedavide kullanılan ilaçların (steroid vb.) yan etkileri gibi etkenler de, hastalığa dayanma gücünü etkileyen durumlardandır (Craig ve ark., 1993; Özüberk, 2018)

Kronik hastalık tanısı almış kişilerde ve romatoid artritte hastalık seyrine ilişkin kişilerin duygu durumlarını nitelendiren süreçlerle ilgili nitel ve nicel araştırmaların literatürde olmadığı ya da çok az olduğu belirlenmiştir. Bu nedenle somatik bir hastalık olan RA'nın psikosomatik yönlerine ilişkin değişenlerin değerlendirilmesi amacıyla bilişsel duygu düzenleme stratejileri çalışma kapsamında değerlendirmeye alınmıştır.

2.1.9. Romatoid Artrit ve Belirsizlik

Belirsizliğe tahammülsüzlük kavramı bir kişilik özelliği olarak ele alınmış olup, ilk kez Frenkel-Bruswick ile literatüre girmiştir. Belirsizliğe tahammülsüzlük “belirsiz durumları tehlike kaynağı olarak algılama” şeklinde tanımlamıştır. Belirsizlik; herhangi bir bilinenin olmadığı yeni bir durum, karşılaşılan karışık bir durum veya farklı, çelişen bilgilere yönlendirmesi sebebiyle oluşabilmektedir. Belirsizlik durumunda kişi, genelde iki tür tepki ortaya koyar. Bunlardan birincisi, kişinin yaşanılanı tehdit olarak algılamasıyla; ortaya koyduğu boyun eğme durumu, ikincisi ise inkâr şeklindedir. Boyun eğmede kişi karşılaştığı gerçekliği değiştiremeyeceği görüşünü benimser ve durumu kabullenir. İnkâr durumunda ise gerçeklik bunu değerlendiren bireye göre değişmektedir (Budner, 1962). Belirsizlik, negatif inanç algısının sonucunda ruhsal hoşgörüsüzlük olarak da tanımlanmaktadır (Carleton, 2012).

Belirsiz bir durumla karşılaştırılan iki bireyden, belirsizliğe tahammülsüzlüğü yüksek olan birey durumu “rahatsız edici ve kabul edilemez” olarak yorumlarken, belirsizliğe tahammülsüzlüğü düşük olan birey durumu “daha az rahatsız edici” olarak değerlendirir. Belirsizliğe tahammülsüzlük, öznel bir durumdur. Belirsizliğe

tahammülsüzlüğü yüksek olan bireyin, durumu rahatsız edici olarak değerlendirmesinin aslında bilinmeyen durumun oluşturduğu tehditkar algının sebep olduğu bilişsel yanlılığı ortaya koyar (Dugas ve ark., 2005).

Belirsizlikle ilgili yapılan çalışmalar, belirsizliğin; ipucu olmayan yeni bir durum olması, birden çok ipucunun olduğu karmaşık bir durum olması, farklı ipuçlarının farklı bilgiler önerdiği çelişkili bir durum olması şeklinde üç sebeple ortaya çıktığını bildirmektedir (Sarıçam, 2014).

Hayatın herhangi bir sürecinde belirsizlik durumu ile karşılaşılabilir. Hastalık sürecinde yaşanan belirsizlik algılarını ise, hastalıkla ilgili karşılaşılan durumların anlamını belirlemede yetersizlik, bilinmeyen olaylar, tahmin edilemeyen bulgular, bilgi eksikliği, net olmayan açıklamalar, yaşama kontrol koyamama, süregiden durumdaki değişiklikler, tedavi etkinlik boyutunun ve hastalık prognozunun belli olmaması etkilemektedir (Gümüş ve Sezgin, 2016). Belirsizliğe tahammülsüzlük endişe oluşmasına yatkınlık yaratan bir faktör olup, endişeli insanların da belirsizliğe tahammülsüz oldukları bildirilmektedir (Sarıçam ve ark., 2014). Endişe duyulan durumlar, olumsuz pekiştirme yoluyla, günlük hayatı etkileyerek belirsizliğe tahammülsüzlük inancını sürdürmeye devam eder. Belirsiz durumlar, olumlu inançları baskılayıp duygu karmaşasına sebep olur. Bunun sonucunda endişe yani belirsizliğe tahammülsüzlük duyulur. Günlük yaşam problemleri endişe temelinde devam ettikçe çözülemeyip daha karmaşık hale gelmektedir. Böylelikle zorlukları da beraberinde getirip, belirsizliği devam ettirmektedir (Robichaud, 2013).

Belirsizliğe tahammülsüzlük, anksiyete bozukluğu, depresyon, yeme bozukluğu gibi birçok ruhsal bozukluğun altında yatan bilişsel süreçlerle de ilişkilidir (Frank ve ark., 2012; Wever ve ark., 2015).

Belirsizlik, farklı hasta gruplarında ele alınmıştır. Bu hasta gruplarıyla yapılan çalışmalar, hastalık yaşantısının hastalara belirsizlik yaşattığını ve belirsizliğin aynı zamanda hastaların duygularını da olumsuz yönde etkilediğini göstermektedir. Belirsizlik ile ilgili değişkenler arasındaki bağlantıların tam olarak saptanmasının çoğunlukla zor olabileceği; belirsizliğin stres, psikososyal uyum sorunları ve negatif duygu durumlarıyla doğrudan ilişkili olduğu; ümit, beklenti, amaç, baş etme becerisi ve yaşam kalitesiyle de ters ilişkili olduğu belirtilmektedir. Tehdit edici bir olay

karşısında bireyler, olayı tarafsız değerlendirmek ve etkili baş etme davranışları kazanmak için bilgi arayışı içinde olurlar. Bireylerin belirsizlikle baş etmeleri için bilgi gereksinimlerinin karşılanması gerekmektedir. Belirsizlik oluşturan hastalıklar ve stresli yaşam olayları, bireylerin yeni kimlik ve benlik imajı oluşturmalarına engel olmaktadır. Bireylerdeki hastalık kaynaklı yaşanan belirsizlik algısı arttıkça, psikososyal uyum zorlaşmakta; belirsizlik algısı azaldıkça psikososyal uyum kolaylaşmaktadır (Öz, 2001).

Belirsizliğe tahammülsüzlük; belirsiz durumların tehdit olarak algılanmasına ve bilişsel, duygusal, davranışsal olarak bu durumlara olumsuz tepki verme eğilimini de içine alacak şekilde işlevlerini sağlıklı şekilde yerine getirememesine neden olmaktadır. Bu doğrultuda hastalar da problem çözümünde ve yeni durumlara uyum sağlamada güçlük yaşamaktadırlar (Öztürk, 2013).

Romatoid artrit ile ilgili yapılan bir çalışmada tanı almış hastalar, tanıyı reddedip korktuklarını ifade etmişler. Hastalığa ilişkin yaşanan bu belirsiz süreç nedeniyle hastaların korktukları düşünülmüş, telefon ile iletişim kurulup hastalara tedavi planı ve bakımları konusunda bilgilendirilme yapılmıştır. Araştırma sonucunda potansiyel uyumsuzluk azalmış, hastaların semptom takiplerine ve randevularına katılma oranları yükselmiş, ilaç kullanımına uyumlu hale gelmişlerdir (Farley ve ark., 2019).

Hastalık ve tedavi komplikasyonları hakkında hastaların bilgi sahibi olması, hastalık ve hastalığın oluşturduğu bilinmezlik sebebiyle ortaya çıkan anksiyete ile baş etmede önemli bir öncüdür. Hastaların bilgilendirilmesi, tedavi süreçlerine aktif katılmaları, tedavide uyumu arttırmaktadır. Kaliteli ve güvenli bilgiye ulaşmış hastaların, hastalık ve ilgili durumlara olumlu yaklaşımlarına, yaşam kalitelerinin ve olumlu beklentilerin yükselmesine yardımcı olmaktadır (Yirmibeşoğlu ve ark., 2005; İnci ve ark., 2019).

Romatoid artrit, kronik hastalık olması sebebiyle tanılama, tedavi, bakım gibi süreçleri uzun süren bir hastalıktır. Hastalığın prognozunun bilinmemesi, tedavi prognozunun nasıl olacağı konusundaki belirsizlikler, hasta tarafından endişe duyulan konulardır. Bu sebeple RA'in yaşatacağı belirsizlik durumu, bu çalışmada değerlendirilmek istenmiştir.

2.1.10.Romatoid Artrit ve Yorgunluk

Yorgunluk etiyojisi bilinmemekte olup; ağrı, kısıtlılık, inflamasyon, uyku bozukluğu, kadın cinsiyet, psikososyal faktörler, sağlık inançları, hastalık algıları ve sosyal desteğin zayıf olması ile ilişkilendirilip, çok boyutlu özellik taşıdığı düşünülmektedir (Turan ve ark., 2010). Öznel bir durum olan yorgunluk tanımına ilişkin fikir birliği yoktur. Fizyolojik ve psikolojik faktörleri kapsamaktadır. Terim anlamında yorgunluk “genel bitkinlik hali, fiziksel ve bilişsel enerji kaybı, konsantrasyon zorluğu, bir aktiviteyi başlatma ve devam ettirmede zorlanma parametrelerini barındıran öznel bir semptom” olarak değerlendirilmektedir (Elsais ve ark., 2013; Alekseeva ve ark., 2018).

Günlük yaşamı olumsuz etkileyen yorgunluk kişiyi, çok boyutlu olarak etkilemektedir. Ayrıca fiziksel, sosyal ve psikolojik işlev bozukluğuna yol açmaktadır (Amini ve ark., 2016). Romatoid artrit hastalarının düzenli takip ve kontrol yapmamasına bağlı olarak, hastalık ilerleyici olabilmekte ve semptomlar artmaktadır. Bu sebeple mortalite, morbidite oranları artabilmekte ve hastanın daha çok yorgunluk durumu yaşamasına neden olarak yaşam kalitesi, olumsuz etkilenmektedir. Yorgunluk RA’da, sıklıkla hastanın bağımsızlığını azaltarak, günlük yaşam aktivitelerini sınırlandırabilmektedir. RA ile yorgunluk arasında yüksek prevalans olmasına rağmen, kesinleşmiş bir tedavi yöntemi bulunmamaktadır (Oliveira ve ark., 2013; Gök Metin ve Özdemir, 2016). Yorgunluk, RA’da eklem dışı görülen semptomlardandır ve hastayı oldukça rahatsız eden bir problem olarak belirtilmektedir. Literatürde RA’lı hastalarda yorgunluk görülme sıklığı %42-90 arasında değişiklik gösteren bir semptom olarak bildirilmektedir (Gök Metin ve Özdemir, 2016). Bir başka çalışmada ise RA’da yorgunluk belirtileri, %93.8 olarak saptanmıştır. Ayrıca yorgunluğun RA’da yetersizliğe neden olduğu düşünülmektedir (Şanal Top, 2015).

2.1.11. Romatoid Artritte Psikiyatrik Sorunlar

Kronik hastalıklarda psikolojik adaptasyon, hastanın yaşamına ilişkin kazanç, kayıp, mücadelelerle ilişkili biyolojik ve psikolojik boyutları içeren süreci kapsamaktadır. Psikolojik adaptasyon, tanı ve tedavi sebebiyle hastaneye yatış, hastalık seyrinin kötüleşmesi, tedavi yetersizliği ve öz bakımda zorlanma ile ilgili tüm değişimlere bağlı olarak gerçekleşmektedir. Stres yaşanan bu dönemde hastalık kötüye gittikçe, depresyon görülme riski artmaktadır. Hasta ve yakınları değişen

durumdan ötürü rollerini, geleceğe ilişkin beklentilerini ve hedeflerini yeniden belirlemek durumunda kalabilmektedirler (Karadakovan ve Eti Aslan, 2010; Özdemir ve Taşçı, 2013).

Kronik hastalığı olan bireylerde duyusal kayıp, önsezi ve kontrolsüzlük, mortalite artışı, rol değişikliği, arkadaş değişikliği, seksüel etkinlikte zayıflama, geleceğe ilişkin belirsizlik, yaşama dair anlam ve amaç kaybı, ölüm korkusu gibi kaygı ve korkular yaşanmaktadır (Cimili, 2001; Karadakovan ve Eti Aslan, 2010; Özdemir ve Taşçı, 2013). Günlük yaşam aktiviteleri, sağlığın sürdürülmesi, uyku düzeni değişikliği, kişinin konfor kaybı, fiziksel görünümde değişimlerin yanı sıra mali güçte zayıflama, mutluluk veren olay ve davranışların eksikliği gibi kişisel değişimler de görülmektedir (Karadakovan ve Eti Aslan, 2010; Özdemir ve Taşçı, 2013).

Romatoid artritli hastaların psikolojik, sosyal ve duygusal durumlarının incelendiği bir çalışmada, duygusal iyilik halinin, en çok etkilenen alan olduğu bildirilmiştir. Hastaların fonksiyonel yetersizliklerinin artmasına bağlı olarak, psikolojik iyilik hali de bu yetersizlikten olumsuz etkilenmektedir. Araştırma dahilinde olan hastalarda, fonksiyonel kısıtlılık ve bağımlılık henüz gelişmemiş olsa da, hastaların bu korkuları yaşayabildiği bunun da psikolojik sorunlara neden olduğu belirtilmiştir (Serttan, 2018).

Romatoid artrit hastalarında depresyon ve anksiyetenin, genel popülasyona göre daha sık karşılaşılan bir durum olduğu bildirilmektedir. Bu faktör hastalığın gidişatı için olumsuz bir durum olarak değerlendirilmektedir (Altan ve ark., 2004; Cüre ve ark., 2006; Matcham ve ark., 2013; Rogers ve ark., 2015). Romatoid artrit hastalarında depresyon puanları yüksektir. Psikiyatrik bozuklukların RA hastalarında saptanması ve tedavi edilmesi, prognozu olumlu yönde etkilediği bildirilmektedir (Uçar ve ark., 2014).

Romaoid artritte yaşanan depresyonun etiyopatogenezi, karmaşık olarak değerlendirilmektedir. Deprsif belirtiler, artrit ile ilişkili benzer belirtiler olan somatizasyon yoluyla ortaya çıktığı için depresyon genellikle gözden kaçırılabilir (Uçar ve ark., 2014; Mendes, 2015; Kalav ve Bektaş, 2018). Depresyon prevalansı, romatoid artrit tanılı hastalarda %9.5-41.5 olarak saptanmıştır (Matcham ve ark., 2013). Romatoid artrit hastalarında anksiyete yaygınlığı, kronik

ağrı durumu, acı eşiğinde azalma ile ilişkilidir. Major depresyon ve diğer otoimmün hastalıklarda, duygudurum bozuklukları, inflamasyon belirtileri ile ilişkili olduğu bilinmesine karşın, RA'da řu ana kadar bu tür bir ilişki geniş çapta araştırma konusu olmamıştır (Joaquim ve Appenzeller, 2015).

Depresyon tedaviye uyumu zorlaştırıp, karmaşık olan durumun daha da karmaşık olmasına neden olmakta ve günlük yaşam kalitesinde düşüş meydana getirmektedir. Bu nedenle hemşirelerin, hastaların günlük yaşam aktivitelerini karşılayabilme durumu, yorgunluk, halsizlik, uykusuzluk, iştah kaybı gibi durumların depresyona bağlı ortaya çıkabileceği hususunu göz önünde bulundurup, hastayı bu doğrultuda kapsamlı değerlendirmesi gerektiği bildirilmektedir (Mendes, 2015; Kalav ve Bektaş, 2018).

Romatoid artritte fiziksel fonksiyon kısıtlılığı ve ağrı ile beraber sosyalleşmenin azalması, depresyon düzeyini arttırabilmektedir (Ata, 2018). Razaei ve ark. (2014) yaptıkları çalışmada, depresyon belirtileri artmış RA hastalarının hastalıklarını oldukça olumsuz algılayıp, buna bağlı olarak da daha fazla ağrı semptomu yaşadıkları görüşünde olduklarını bildirmişlerdir. Ata (2018)'in çalışmasında da, literatüre paralel olarak depresyon ve ağrı arasındaki ilişki varlığı doğrulanmaktadır. Depresyon-ağrı kısır döngüsü ile birlikte artan düzeyde hissedilen ağrı, hastaların fiziksel fonksiyonlarını etkilemektedir. Yine bir başka çalışmada romatoid artrit hastada sekel bırakması durumu, hastalığın aktif ve pasif süreçlerinin varlığı, eklemlerde şişlikle birlikte deformatelerin oluşması, tedavide alınan ilaçların yan etkilerinin oluşması, hastaların yaşanan bu değişiklikleri gözlemlemesi, romatoid artritte yaşanan depresyon ile ağrı arasında ilişki olduğunu düşündürdüğünü bildirmektedir. Otoimmün bir hastalık olan romatoid artrit, psikososyal faktörlerin immün sisteme etki ederek, hastalık süreci üzerine etkili olduğu, stres ve depresyonun romatoid artritte immün sistem üzerinde etkili olduğu bildirilmektedir (Matcham ve ark., 2013).

Romatoid artrit ağrı, eklem yıkımı ve fonksiyonlarda azalmaya sebep olarak; hastaların bakım alma, yardım alma ihtiyacının artmasına neden olmaktadır (Lesko ve ark., 2010). Bu hastalar için birçok psikososyal faktörün tanınması, oldukça önemlidir. Romatoid artrit ile başa çıkma ve uyumun iyileştirilmesi ile hastanın algıladığı stres durumu azaltılması hedeflenmelidir (McCarron, 2014). Bunun yanında romatiod

artritte yalnızlığın sık görüldüğü, bu hastalarda sosyal desteğin, hastaların psikososyal sağlığı açısından olumlu etkilere sahip olduğu bildirilmektedir (Benka ve ark., 2012; Kool ve ark., 2013).

2.1.12. Romatoid Artrit Hemşirelik Bakımı

Romatoid artrit tedavisinde sağlık ekibinin önemli bir üyesi olan hemşirenin rollerinden biri de bakımdır. Hemşire RA hastasının bakımından sorumlu olup, hasta ve ailesine profesyonel destek ve danışmanlık sağlar. Aynı zamanda hemşire, tedavi seçenekleri konusunda araştırma yapma, gelişen tedavileri takip etme, hasta danışmanlığı yapma, hastalara tedaviler hakkında eğitim verme, hastanın bilinçli kararlar verip, kendine bakım ve sorumluluk alması konularında da çeşitli rolleri üstüne alarak, danışmanlık yapmaktadır. Hemşire hasta bakımında, doğru ilaç kullanımı, ilaç güvenliğini ve etkinliğini izlemede diğer sağlık çalışanlarının hastayı sevk etmesinde ve eklem aspirasyonu, enjeksiyonu gibi muayene ve prosedürleri gerçekleştirmede, takip etme bakımından sorumlu kişidir. Ayrıca hasta sonuçlarını iyileştirmek, hastalık aktivitesine yönelik uygun tedavinin sürdürülmesi ve takibinden de sorumludur (Lesko ve ark., 2010). Hemşire RA hastalarında, hastalığın remisyonunun sağlanmasında gerekli olan tedavinin yapılmasında, remisyonun devamlılığının sağlanmasında, semptom ve belirtilerin zayıflatılmasında, hastalık aktivasyonunu ölçen skalaların kullanılmasında, hastayı hastalık konusunda aydınlatmada önemli rollere sahiptir (Salt ve Crofford, 2012). Bir diğer ifadeyle hemşire romatoid artrit hastasının tedaviye uyumu, psikososyal uyumu ve yaşam kalitesiyle ilişkili birçok değişkeni kontrol altına alma ve iyileştirmede çok boyutlu ve çok komplike sorumluluklar üstlenmektedir.

Romatoid artrit hastalarının en yoğun şekilde yaşadığı, en çok şikayet ettiği semptomlardan biri ise, yorgunluktur. Özellikle hemşireler tarafından göz ardı edilen, başa çıkılamaz olarak değerlendirilen ve tıbbi tedavi dışında müdahale edilemeyen değişken olarak görülen bir kavram olan yorgunluk, hastalığın ortaya çıkardığı diğer etkilerle birlikte hastalıkla başaçıkma önemli zorluklar ortaya çıkarmakta; bireyin fiziksel hareketlerini, duygularını ve ruhsal durumunu olumsuz etkilemektedir. Kronik bir hastalığın ortaya çıkardığı ciddi semptomlar ve hastalık süreciyle birlikte süregelen belirsizlik, hastalıkla aynı zamanda ruhsal ve duygusal olarak başaçıkabilmeyi de

gerektirmektedir. Kronik bir hastalıkla uzun süre mücadele etmek durumunda olan romatoid artrit hastalarının yaşadıkları belirsizliğe tahammülsüzlüğü, hastalık sürecinin olumsuz durumlarıyla başaçıkma bilişsel duygu düzenleme stratejilerini ne derece kullandığına ve yorgunluk şiddeti ile ilişkisine ilişkin bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bunun yanında yorgunluk şiddetinin, ruhsal ve duygusal etkilerini inceleyen, yorgunluk semptomunu psikiyatri hemşireliği yaklaşımıyla ele alan bir çalışmaya da rastlanmamıştır. Bu nedenlerle romatoid artrit gibi kronik bir hastalığın getirdiği fiziksel eksiklikler ve yitimler sonucunda kişilerin bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin saptanması için hastalığın başlıca semptomlarının, kişinin bilişsel duygu düzenleme süreciyle ilişkili stratejilerle ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Bu doğrultuda hastalıkla başaçıkma hemşiresinin bilişsel duygu düzenleme yöntemlerini bilmesinin ve hastaya öğretmesinin, romatoid artrit hastasının fiziksel bakımı yanında ruhsal bakımı ile ilgili de rol almasının, profesyonel destek ve danışmanlık sağlamanın önemli olduğu düşünülmektedir. Bu şekilde romatoid artrit hastasının hastalığıyla başaçıkmasında olumlu ilerlemeler sağlanabileceği, hastanın hastalığın yönetimine aktif katılımını destekleyeceği ve yaşam kalitesini arttıracığı düşünülmüş ve bu çalışma planlanmıştır.

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Türü

Romatoid artrit hastalarında bilişsel duygu düzenleme becerisinin; yorgunluk ve belirsizliğe tahammülsüzlük ile ilişkisini incelenmek amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı.

3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Bu çalışma, Samsun ili Ondokuz Mayıs Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Merkezinde Romatoloji Polikliniğinde yapılmıştır.

3.3.Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

3.3.1.Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini, Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Merkezi Romatoloji Polikliniğine başvuran 18-65 yaş arasında olan romatoid artrit tanısı almış hastalar oluşturmaktadır. Hastanede ortalama 3 Poliklinik hizmet vermekte olup, her poliklinikte ortalama 40 kişi muayene olmaktadır.

3.3.2.Araştırmanın Örnekleme

Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Merkezi Romatoloji Polikliniğine muayene olmak için gelen, araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden hastalar alınmıştır. Bu polikliniklerde 2015 yılında muayene olan hasta sayısı 303'tür. Veriler, 1 Şubat 2016 ve 1 Şubat 2017 tarihleri arasında toplanmıştır. Bu sürede örneklem seçimine gidilmeden araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan 200 RA tanısı alan hasta tam sayım tekniği ile örneklem kapsamına alınmıştır.

3.3.2.1.Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- 18-65 yaş aralığında olmak,
- Romatoloji Polikliniğine gelen RA hastası olmak
- Daha önce psikiyatrik bir rahatsızlığı bulunmamak
- Okuma yazma bilmek

- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak

3.3.2.2.Araştırmadan Dışlama Kriterleri

- Zihinsel engeli olmak,
- Bilinen ruhsal hastalığı olmak.

3.4.Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında konu ile ilgili literatür bilgileri doğrultusunda oluşturulan Kişisel Bilgi Formu (Ek-1), Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği (BDDÖ) (Ek-2), Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği (BTÖ) (Ek-3) ve Yorgunluk Şiddeti Ölçeği (YŞÖ) (Ek-4) kullanılmıştır.

3.4.1.Kişisel Bilgi Formu

Anket formu, araştırmacı tarafından literatür bilgileri doğrultusunda hazırlanan, hastaların sosyo demografik (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, sosyal güvence, aile türü, sosyoekonomik durum, yaşanan yer) ve klinik (hastalık süresi, hastalığın anlamı, GYA'lerini yerine getirme, deformite durumu, eklem ağrısı, eklemde şişlik durumu, sabah tutukluğu, yorgunluk durumu, ilaç kullanma durumu, kortikostereoid kullanma durumu, ilaç alımına bağlı yan etki yaşam durumu, başka bir hastalık olup/olmadığı) özelliklerini belirleyen 22 sorudan oluşmuştur.

3.4.2.Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği

Garnefski ve ark. (2002), stres veren yaşam olaylarından sonra kişilerin duygularını düzenlemek için kullandığı stratejileri ölçmek amacıyla Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeğini geliştirmiştir. Ölçek, öz bildirim ölçeği olup, klinik ve normal örneklemelerde kullanılabilir. Beş dereceli likert tipte olan ölçek, (1: Hiçbir zaman, 2: Bazen, 3: Düzenli olarak, 4: Sık sık, 5: Her zaman) cevaplandırılan 36 maddeden oluşan, 9 alt ölçeği bulunan ve her bir alt ölçekte 4 madde bulunmaktadır. (Garnefski ve ark., 2002).

Bilişsel duygu düzenleme stratejileri aşağıdaki gibi özetlenebilir:

- 1. Kendini Suçlama:** Bireylerin yaşadıkları olaylar sonucunda, kendilerini suçlayıcı düşünceleri oluşmaktadır. Kendini suçlama, duyguya odaklı birçok düşüncenin ve davranışın var olduğu, duygu odaklı bir baş etme stratejisidir. “Kendini suçlama” alt ölçeği, olumsuz bir deneyimle karşılaşıldığında kişinin kendisini suçlayıcı düşüncelerinin olduğunu gösterir.
- 2. Başkalarını Suçlama:** Bireylerin yaşadıkları olaylardan dolayı başkalarını sorumlu tutma düşünceleri vardır. Farklı türlerdeki tehdit edici olayları yaşayan bireyler, başkalarını suçlama davranışı daha az duygusal iyilik ile ilişkilendirilmiştir. “Diğerlerini Suçlama” alt ölçeği, yaşanan olaydan başkasını sorumlu tutmaya yönelik düşüncelerin varlığını gösterir
- 3. Kabul etme:** Bireylerin yaşanan olayları kabul etmesi ve olayların akışına kendini bırakma düşünceleri vardır. Kabullenmenin kaygı ölçümleri ile negatif korelasyona sahip olduğu ve etkili bir baş etme mekanizmasının var olduğu kabul edilmektedir. “Kabul” alt ölçeği, yaşanan bir olayın kabul edildiğine dair düşünceler olduğunu gösterir.
- 4. Plana Tekrar Odaklanma:** Yaşanılan olumsuz olaylar olduğunda nasıl üstesinden gelinip atlatılabileceği hakkında düşünülmesidir. Plana tekrar odaklanmanın kaygı bozuklukları ile negatif korelasyona sahip olduğu bilinmektedir. “Plana Tekrar Odaklanma” alt ölçeği, olumsuz olayı tekrar ele alıp nasıl önlemler alınacağıyla ilgili düşüncelerin olduğunu gösterir.
- 5. Pozitif Tekrar Odaklanma:** Bireylerin olay hakkında düşünmek yerine daha olumlu, güzel konular hakkında düşünmesidir. Pozitif tekrar odaklanma, zihinsel çözülme olarak düşünülebilir ancak kısa sürede yardımcı olabilmektedir. Uzun sürede kullanıldığında ise uyumlu bir şekilde baş etmeyi engelleyebileceği düşünülmektedir. “Olumlu yeniden odaklanma” alt ölçeği, yaşanan olayı düşünmenin yerine, daha olumlu konular üzerinde düşünme eğilimi olduğunu gösterir.
- 6. Düşünceye odaklanma (Ruminasyon):** Bireylerin olumsuz olayla ilişkili duygularıyla ve düşünceleriyle ilgili düşünüp durmasıdır. Düşünceye odaklanmanın yüksek seviyede depresyonla ilişkili olduğu bulunmuştur.

Ruminasyon” alt ölçeği, yaşanan olumsuz olayla ilgili duyguların ve düşüncelerin tekrarlanması olduğunu gösterir.

7. Pozitif Yeniden Değerlendirme: Bireylerin kişisel gelişimleri için olaya pozitif bir anlam yüklemesidir. Kaygı ile negatif korelasyona sahiptir. “Olumlu Yeniden Değerlendirme” alt ölçeği, yaşanan olaya olumlu anlamlar yüklemelerin olduğunu,

8. Bakış Açısına Yerleştirme (Olayın Değerini Azaltma): Bireylerin, olayların önemini azaltmak için diğer olaylarla karşılaştırma yapması veya göreceliğini vurgulamasıdır. Olayın Değerini Azaltma” alt ölçeği, yaşanan başka olaylarla karşılaştırma yapıp, değerini azaltmaya yönelik düşüncelerin olduğunu gösterir.

9. Felaketleştirme (Yıkım): Yaşanan bir olayın dehşetinin açıkça vurgulanmasıdır. Felaketleştirme, uyumsuzluk, duygusal stres ve depresyon ile ilişkilendirilmektedir. “Felaketleştirme” alt ölçeği, yaşanan olayın olumsuz ve sıkıntı verici taraflarının üzerinde yoğunlaşmanın olduğunu gösterir.

Her alt ölçek 4 ile 20 arasında puanlanmaktadır. Likert tipi bir ölçektir. Alt ölçekten alınan puan, o alt ölçeğe ait alınan stratejinin daha çok kullanıldığını göstermektedir. Alt ölçeklerden elde edilen puanlarla değerlendirme yapılmaktadır Ölçek Onat ve Otrar (2010) tarafından Türkçe’ye adapte edilmiş, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. BDDÖ cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.94’dir. Bu çalışmanın cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.87’dir.

3.4.3. Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği

Belirsizliğe tahammülsüzlük kavramının ölçülmesi çabaları 1962’ye kadar uzanmakla birlikte, bu boyutun değerlendirilmesi ve diğer kavramlarla ilişkisinin anlaşılması amacı ile yapılan ilk ölçek, Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeğidir. Bu ölçek belirsiz durumlara verilen duygusal, davranışsal tepkileri ölçen bir ölçek olup bir grup araştırmacı tarafından Fransızca olarak geliştirilmiştir. Daha sonra İngilizceye uyarlanmıştır (Sarı ve Dağ, 2009). Ölçeğin Türkçeye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Sarı ve Dağ (2009) tarafından yapılmıştır. Bu 27 maddelik BTÖ Türkçe formunun iç tutarlılığı 0.91, test-tekrar test güvenilirliği 0.78 olarak bulunmuştur (Sarı ve Dağ, 2009).

BTÖ Cronbach alfa katsayısı 0.92 olarak bulunmuştur. Bu çalışmanın cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.77'dir.

Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği dört faktörden oluşmaktadır:

- Belirsizlik üzücü ve stres vericidir,
- Belirsizlik eyleme geçmeyi engeller,
- Belirsiz olaylar olumsuzdur ve kaçınılması gerekir,
- Belirsizlik adil değildir.

Ölçekten en az 25, en fazla 135 puan alınabilmektedir. Ölçek puanının yüksek olması belirsizliğe tahammülsüzlüğün yüksek olduğunu göstermektedir. Orijinal ölçeği alfa cronbach katsayısı 0.78'dir. Ölçeğin cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.779'dur.

3.4.4.Yorgunluk Şiddeti Ölçeği (YŞÖ)

Krupp tarafından 1989'da geliştirilmiş, Armutlu ve ark. (2007) tarafından geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanmış bir ölçektir. YŞÖ, tek boyutlu skalalar içinde en iyi örnek olarak gösterilir. Kişi, her madde ile ne kadar aynı fikirde olduğunu 1'den 7'ye kadar rakam seçerek belirtir. 1 hiç katılmadığını, 7 tamamen katıldığını belirtir. Toplam 9 sorudan oluşan ölçeğin puan aralığı 9-63'tür. 36 veya daha yüksek skor şiddetli yorgunluğu gösterir. Toplam skor 9 maddenin ortalaması alınarak hesaplanmaktadır. Patolojik yorgunluk için kesme değeri 4 ve üstü olarak belirlenmiştir. Toplam skor ne kadar düşükse yorgunluk o kadar azdır. (Armutlu ve ark., 2007). YŞÖ'nün cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.96'tür. Bu çalışmada ölçeğin cronbach alfa güvenilirlik katsayısı, 0.96'dir.

3.5.Veri Toplama Formunun Ön Uygulaması

Veri toplama formunun ön uygulaması formun anlaşılabilirliği ve kullanılabilirliğini test etmek amacıyla, 20-30 Ocak 2016 tarihleri arasında 10 hasta değerlendirmeye alınmıştır. Ön uygulama yapılan hastalar araştırmaya alınmadı.

3.6.Veri Toplama Formunun Uygulanması

Çalışmanın verileri 1 Şubat 2016 ve 1 Şubat 2017 tarihleri arasında toplanmıştır. Verilerin toplanmasında yüz yüze görüşme tekniği kullanılmıştır. Kişisel bilgi formu

ve ölçekler araştırmacı tarafından hastalara yönlendirilmiş olup, hastalar tarafından cevaplandırılmıştır. Soruların sorulup araştırmacı tarafından anketlerin doldurulması ortalama 45-50 dk sürmüştür. Veri toplama poliklinik önünde ara verilmeden yapılmıştır.

3.7.Değişkenler

3.7.1.Bağımlı Değişkenler

- Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği
- Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği
- Yorgunluk şiddeti Ölçeği

3.7.2.Bağımsız Değişkenler

- Sosyo-demografik Özellikler
- Hastalığa Ait Özellikler
- Hastalık Öyküsü

3.8.Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmaya katılmaya kabul eden hastalara araştırma ile ilgili açıklamalar yapılarak yazılı onamları alınmıştır (Ek 5). Onam formunda, araştırmaya katılmanın gönüllülük esasına dayandığı, istedikleri zaman ayrılmak konusunda özgür oldukları ve verilen cevapların bilimsel bir çalışma için kullanılacağı, bu yüzden gizli tutulacağı hakkında bilgi verilmiştir. Araştırmada kullanılan ölçeklerle ilgili yazılı izinler alınmıştır (Ek 6-8). Araştırmanın Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde yürütülebilmesi için Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 15.01.2016 tarih ve B.30.2.ODM.0.20.08/52 sayılı onay alınmıştır (Ek 9).

3.9.Verilerinin Değerlendirilmesi

Veriler, bilgisayarda Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 20.0 istatistik paket programları ile analiz edilmiştir. Verilerin analizinde sayılar, yüzdeler, en az ve en çok değerler ile ortalama ve standart sapmaların yanı sıra aşağıdaki tabloda yer alan istatistiksel analizler kullanılmıştır

Tablo 3.9. Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Testler

Değişken	Normal dağılan ölçümlerde	Normal dağılmayan ölçümlerde
Cinsiyet, medeni durum, iş kaybı, eklem deformesi ve yorgunluk/güçsüzlük	Bağımsız gruplar t testi	Mann Whitney - U Testi
Hastalık süresi, hastalığın anlamı ve GYA aktivitelerini yapabilme	Varyans Analizi (İleri analiz olarak varyansın homojen dağıldığı durumlarda LSD, dağılmadığı durumlarda Dunnet C kullanılmıştır.	Kruskall Wallis Analizi (İleri analiz olarak Mann Whitney - U testi kullanılmıştır)
Yaş ve hastalık süresi ile ölçek puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi	Pearson Korelasyon Analizi	Spearman korelasyon analizi
Bilişsel duygu düzenleme ölçeği, Belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeği ve Yorgunluk ölçeği arasındaki ilişkinin incelenmesi	Pearson Korelasyon Analizi	Spearman korelasyon analizi
İç tutarlılık	Cronbach α katsayısı	
Verilerin normallik dağılımı	Kurtosis ve skewness kat sayıları	
Yorgunluk puanı ile ölçek ve alt ölçek puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi	Regresyon Analizi GTD*	

*GTD: Genelleştirilmiş tahmin denklemi sonuçları

Genelleştirilmiş tahmin denklemi (GTD), Genelleştirilmiş Doğrusal Modellerin (GDM) uzantısı olarak ileri sürülmüştür. Geleneksel olarak kullanılan En Küçük Veriler Yöntemine dayalı regresyon analizinin varsayımları (hata terimlerinin normal dağılım göstermesi gibi) sağlanamadığı durumda yerine alternatif olarak kullanılan yöntemlerden biri GTD'dir. GDM'de ortalama yapının modellenmesi ve normal olmayan bağımlı değişkenlerin dönüşümünün sağlanması için geleneksel regresyon modellerinin bir uzantısıdır. GTD, Yarı olabilirlik (YO) teorisine dayanmaktadır. YO teorisi bağımlı değişkenin dağılımı ile ilgili herhangi bir varsayıma ihtiyaç duymamaktadır.

3.10.Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmanın romatoid artrit hastalarının öz bildirimine dayalı olması, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Romatoloji Polikliniğine başvuran hastalarla ile yapılması nedeniyle sınırlılıklar içermektedir. RA tanısı almış olmak, 18-65 yaş arasında olmak, daha önce psikiyatrik bir rahatsızlığı bulunmamak, okuma yazma bilmek, araştırmayı kabul eden hastalardan oluşması,

özbildirime dayalı olması araştırmanın sınırlılıklarıdır. Bu sınırlılıklar nedeniyle araştırmanın sonuçları araştırma yapılan örneklem ile sınırlıdır tüm topluma genellenemez.

3.11.Araştırmanın Uygulanması Sırasında Karşılaşılan Güçlükler

Hastaların zamanların sınırlı oluşu, hastalardan istenilen tetiklerin ayrı birimlerde zaman alan işlemlerden oluşması, veri toplama formu için sorulan soruların cevaplanmasında isteksiz olmaları araştırmanın uygulanmasında karşılaşılan güçlüklerdendir.

4.BULGULAR

Romatoid artrit hastalarında bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin kullanımı ile yorgunluk şiddeti ve belirsizliğe tahammülsüzlükle ilişkisini incelenmek amacıyla yapılan bu çalışmada elde edilen bulgular aşağıda belirtilmiştir.

Tablo 4.1’de araştırma kapsamına alınan hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımları verilmiştir. Araştırmaya katılan hastaların, %74’ü kadın, %84’ü evli, %39.5’i ilköğretim mezunu ve %38.5’i ev hanımıdır. Katılımcıların %98’i sosyal güvenceye sahiptir. %70.5’i çekirdek ailede, %46’sı ilçede yaşamaktadır ve %71.5’inin geliri giderine eşittir. Katılımcıların yaş ortalaması 51±11.20 olup 23-66 yaş arasında değişmektedir.

Tablo 4.1 Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (n=200)

		n	%		
Cinsiyet	Kadın	148	74.0		
	Erkek	52	26.0		
Medeni Durum	Evli	168	84.0		
	Bekâr	32	16.0		
Öğrenim Durumu	Okuryazar	26	13.0		
	İlköğretim	79	39.5		
	Ortaöğretim (ortaokul, lise)	61	30.5		
	Üniversite ve üzeri	34	17.0		
Meslek	Memur	60	30.0		
	İşçi	25	12.5		
	Serbest meslek	21	10.5		
	Ev hanımı	77	38.5		
	Emekli	17	8.5		
Sosyal Güvence	Var	196	98.0		
	Yok	4	2.0		
Aile Türü	Yalnız	14	7.0		
	Çekirdek aile	141	70.5		
	Geniş aile	45	22.5		
Yaşanan Yer	İl	91	45.5		
	İlçe	92	46.0		
	Köy	17	8.5		
Sosyo-ekonomik Durum	Gelir giderden az	57	28.5		
	Gelir gidere eşit	143	71.5		
Yaş	n	Min.	Max.	Ort.	SS.
	200	23	66	51.00	11.20

Katılımcıların hastalık özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.2’de belirtilmiştir. Buna göre katılımcıların %55.5’i 5-10 yıldır romatoid artrit hastasıdır ve %24’ü için hastalığın anlamı ağrıdır. Hastaların %32’sinin ağrısı vardır fakat günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilecek düzeydedir. Katılımcıların %80’inde başka hastalık vardır. Hastaların %57’si hastalıkları nedeniyle iş kaybı yaşamışlardır ve %86’sında eklem ağrısı vardır. Katılımcıların %69’unun eklemlerinde şişlik, %55’inde eklem

deformitesi ve %88'inde sabah tutukluğu vardır. Katılımcıların %78'inde yorgunluk/güçsüzlük, %78.5'inde kortikosteroid kullanımı vardır. Hastaların %80'i hastalıklarına yönelik ilaç kullanmaktadır ve %82'si ilaçlara bağlı yan etki yaşamamıştır. Katılımcıların hastalıkları ortalama 7.52 ± 3.34 yıldır ve bu süre 3-21 yıl arasında değişmektedir.

Tablo 4. 2. Katılımcıların Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımı (n=200)

		n	%	
Hastalık Süresi	0-5 yıl	53	26.5	
	5-10 yıl	111	55.5	
	10 yıl ve üzeri	36	18.0	
Hastalığın Anlamı	Ağrı	48	24.0	
	Yorgunluk/güçsüzlük	38	19.0	
	İlaç	26	13.0	
	Hastalık	26	13.0	
	Hastane	18	9.0	
	Stres	17	8.5	
	Belirsizlik	27	13.5	
GYA Aktivitelerini Yapabilme	Tam bağımsız	38	19.0	
	Ağrılı, aktivitelerini sürdürebilecek düzeyde	64	32.0	
	Bir kısım aktivitelerini sürdürebilecek düzeyde	61	30.5	
	Tam bağımlı	37	18.5	
Başka Hastalık	Var	160	80.0	
	Yok	40	20.0	
İş Kaybı	Var	114	57.0	
	Yok	86	43.0	
Eklem Ağrısı	Var	172	86.0	
	Yok	28	14.0	
Eklemlerde Şişlik	Var	138	69.0	
	Yok	62	31.0	
Eklem Deformesi	Var	110	55.0	
	Yok	90	45.0	
Sabah Tutukluğu	Var	176	88.0	
	Yok	24	12.0	
Yorgunluk/Güçsüzlük	Var	156	78.0	
	Yok	44	22.0	
Romatoidartrite Bağlı İlaç Alma	Var	160	80.0	
	Yok	40	20.0	
Romatoidartrite bağlı	Var	157	78.5	
Kortikostereoid Kullanımı	Yok	43	21.5	
İlaç Alımına Bağlı Yan Etki	Var	36	18.0	
	Yok	164	82.0	
Hastalık Süresi	Min.	Max.	Ort.	SS.
	3	21	7.52	3.34

Çalışmada kullanılan bilişsel duygu düzenleme ölçeği ve alt boyutlarına ait toplam puan ortalamaları dağılımları Tablo 4.3'de sunulmuştur. Katılımcılar, bilişsel duygu düzenleme ölçeğinin, kendini suçlama alt boyutundan 16.22 ± 2.49 , kabul etme alt boyutundan 16.14 ± 2.30 , düşünceye odaklanma alt boyutundan 16.29 ± 2.48 , pozitif tekrar odaklanma alt boyutundan 16.16 ± 2.39 , planlanan tekrar odaklanma alt

boyutundan 16.18 ± 2.57 puan almışlardır. Katılımcıların pozitif yeniden gözden geçirme alt boyut puan ortalaması 16.13 ± 2.35 , bakış açısına yerleştirme alt boyut puan ortalaması 16.28 ± 2.31 , yıkım alt boyut puan ortalaması 16.00 ± 2.53 ve diğerlerini suçlama alt boyut puan ortalaması 16.29 ± 2.40 'dır. Bu bulgulara göre hastaların bilişsel duygu düzenlemenin alt boyutlarından ortalamanın üzerinde puanlar aldıkları belirlenmiştir.

Tablo 4.3. BDDÖ ve Alt Boyutlarına Ait Toplam Puan Ortalamaları Dağılımları (n=200)

Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği	Min.	Max.	Ort.	SS.	Cronbach alpha
Kendini suçlama	8	20	16.22	2.49	0.590
Kabul etme	8	20	16.14	2.30	0.541
Düşünceye odaklanma	6	20	16.29	2.48	0.604
Pozitif tekrar odaklanma	8	20	16.16	2.39	0.597
Planlanan tekrar odaklanma	7	20	16.18	2.57	0.619
Pozitif yeniden gözden geçirme	8	20	16.13	2.35	0.577
Bakış açısına yerleştirme	9	20	16.28	2.31	0.561
Yıkım	5	20	16.00	2.53	0.617
Diğerlerini suçlama	5	20	16.29	2.40	0.611
Toplam	81	208	146.44	20.11	0.941

ss: standart sapma

Çalışmada kullanılan belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeği ve alt boyutlarına ait toplam puan dağılımları Tablo 4.4'de sunulmuştur. Katılımcılar, belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeğinin 'belirsizlik üzüntü ve stres vericidir' alt boyutundan 37.84 ± 3.69 , 'belirsizlik eyleme geçmeyi engeller' alt boyutundan 31.70 ± 3.21 , 'belirsiz olaylar olumsuzdur ve eyleme geçmeyi engeller' alt boyutundan 16.89 ± 1.89 ve 'belirsizlik adil değildir' eylem engel alt boyutundan 21.27 ± 2.62 puan almışlardır. Bu bulgulara göre hastaların belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeğinin alt boyutlarından ortalamanın üstünde puanlar aldıkları belirlenmiştir.

Tablo 4.4. BTÖ ve Alt Boyutlarına Ait Toplam Puan Ortalamaları Dağılımları (n=200)

Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği	Min.	Max.	Ort.	SS.	Cronbach alpha
Belirsizlik üzüntü ve stres vericidir	27	45	37.84	3.69	0.673
Belirsizlik eyleme geçmeyi engeller	20	40	31.70	3.21	0.551
Belirsiz olaylar olumsuzdur ve kaçınılması gerekir	11	20	16.89	1.89	0.445
Belirsizlik adil değildir	10	25	21.27	2.62	0.686
Toplam	87	163	112.19	9.80	0.776

ss: standart sapma

Çalışmada kullanılan yorgunluk şiddeti ölçeğine ait puanlar Tablo 4.5’de sunulmuştur. Yorgunluk Şiddeti Ölçeği puan ortalaması 53.96’dır. Beş kesme noktasına göre %92.5’inde yorgun tanısı, 36 kesme noktasına göre %98’inde şiddetli yorgunluk vardır.

Tablo 4.5. YŞÖ Ait Toplam Puan Dağılımları

Yorgunluk Ölçeği	n	Min.	Max.	Ort.	SS.
	200	27	63	53.96	7.20
				N	%
Yorgunluk (5 kesme noktasına göre)		Yorgun		185	92.5
		Yorgun değil		15	7.5
Yorgunluk (36 kesme noktasına göre)		Şiddetli Yorgunluk		196	98.0
		Normal		4	2.0

ss: standart sapma

Bilişsel duygu düzenleme ölçeği alt boyutlarına göre çeşitli demografik özelliklerinin karşılaştırılması Tablo 4.6’de sunulmuştur. Cinsiyete göre bilişsel duygu düzenleme ölçeğinin tüm alt boyut puan ortalaması farkı, istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Medeni duruma göre; Bilişsel duygu düzenleme ölçeğinin ‘kendini suçlama’, ‘kabul etme’, ‘bakış açısına yerleştirme’, ‘yıkım’ ve ‘diğerlerine suçlama’ alt boyut puan ortalamaları farkı ise istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Bekârların, ‘kendini suçlama’, ‘kabul etme’, ‘bakış açısına yerleştirme’, ‘yıkım’ ve ‘diğerlerini suçlama’ alt boyut puan ortalamaları daha yüksektir ($p>0.05$).

Tablo 4.6. Katılımcıların Cinsiyet ve Medeni Durumuna Göre BDDÖ ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

		Kendini suçlama		Kabul etme		Düşüneye odaklanma		Pozitif tekrar odaklanma		Planlanan tekrar odaklanma		Pozitif yeniden gözden geçirme		Bakış açısına yerleştirme		Yıkım		Diğerlerini suçlama		
		n	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS
Cinsiyet	Kadın	148	16.39	2.28	16.27	2.25	16.29	2.43	16.24	2.32	16.23	2.44	16.08	2.23	16.36	2.20	16.04	2.38	16.42	2.26
	Erkek	52	15.71	2.98	15.75	2.42	16.27	2.65	15.92	2.59	16.02	2.92	16.25	2.68	16.04	2.62	15.87	2.93	15.90	2.75
	Önemlilik		U=3405.500 p=0.212		t=1.406 p=0.161		U=3796.000 p=0.883		U=3624.000 p=0.528		U=3817.000 p=0.930		U=3441.000 p=0.250		t=0.876 p=0.382		U=3838.500 p=0.979		U=3404.500 p=0.211	
Medeni Durum	Evli	168	16.00	2.54	15.99	2.29	16.19	2.54	16.06	2.43	16.07	2.65	16.02	2.41	16.10	2.37	15.76	2.59	16.10	2.45
	Bekâr	32	17.34	1.93	16.91	2.23	16.78	2.09	16.66	2.13	16.72	2.04	16.66	1.93	17.25	1.67	17.22	1.74	17.28	1.90
	Önemlilik		U=1771.000 p=0.002		t=-2.086 p=0.038		U=2349.500 p=0.254		U=2282.500 p=0.171		U=2390.500 p=0.317		U=2276.500 p=0.164		t=-3.331 p=0.002		U=1704.000 p=0.001		U=1826.000 p=0.004	

Tablo 4.7’de görüldüğü gibi, bilişsel duygu düzenleme ölçeğinin tüm alt boyutları için; hastalık süresine, hastalığın anlamına, iş kaybı olmasına, eklem deformitesi oluşma durumuna ve yorgunluk/güçsüzlük durumuna göre alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0.05$).

GYA’ni yerine getirme durumuna göre bilişsel duygu düzenleme ölçeğinin tüm alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark ise istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Farkın nereden geldiğini belirlemek için yapılan ileri analizde; ağrı var fakat aktiviteleri sürdürebilecek düzeyde diyen katılımcıların puan ortalamalarının; tam bağımsız, bir kısım aktiviteleri sürdürebilecek düzeyde ve tam bağımlı diyenlerden düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. Katılımcıların Çeşitli Hastalık Özelliklerine Göre BDDÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

		Kendini suçlama		Kabul etme		Düşünceye odaklanma		Pozitif tekrar odaklanma		Planlanan tekrar odaklanma		Pozitif yeniden gözden geçirme		Bakış açısına yerleştirme		Yıkım		Diğerlerini suçlama		
		n	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS
Hastalık Süresi	0-5 Yıl	53	16.30	2.65	16.09	2.62	16.00	3.07	15.94	2.98	15.87	3.12	15.89	2.83	16.06	2.60	16.09	2.82	16.53	2.48
	5-10 Yıl	111	16.14	2.38	16.09	2.22	16.26	2.35	16.26	2.17	16.19	2.36	16.09	2.23	16.17	2.20	15.99	2.27	16.14	2.25
	10+	36	16.33	2.66	16.33	2.08	16.78	1.81	16.14	2.07	16.58	2.26	16.58	1.90	16.94	2.12	15.86	2.88	16.39	2.75
	Önemlilik		$\chi^2_{KW}=1.022$ p=0.600		F=0.162 p=0.851		$\chi^2_{KW}=0.728$ p=0.695		$\chi^2_{KW}=0.107$ p=0.948		$\chi^2_{KW}=0.498$ p=0.780		$\chi^2_{KW}=0.667$ p=0.716		F=1.876 p=0.156		$\chi^2_{KW}=0.821$ p=0.663		$\chi^2_{KW}=2.034$ p=0.362	
Hastalığın anlamı	Ağrı	48	15.73	2.66	15.83	2.68	15.94	3.03	15.79	2.89	16.02	2.69	15.98	2.45	16.13	2.07	15.58	2.79	15.92	2.60
	Yorgunluk	38	16.37	2.77	16.03	2.02	16.53	2.09	16.42	2.23	16.39	2.47	16.47	2.46	16.26	2.50	16.18	2.87	16.16	2.91
	İlaç	26	16.69	2.28	16.46	2.30	16.62	2.35	16.50	1.68	16.42	2.25	16.15	2.09	16.81	2.28	16.35	1.94	16.69	1.95
	Hastalık	26	15.46	2.47	15.85	2.09	15.69	2.38	15.85	2.19	15.46	2.98	16.15	2.26	16.23	2.45	15.85	2.20	16.46	2.21
	Hastane	18	17.28	2.30	17.00	2.11	17.11	2.19	16.89	1.84	17.00	1.97	16.22	2.18	16.28	2.30	16.50	2.01	16.83	1.65
	Stres	17	16.59	1.54	16.41	1.77	16.41	2.18	16.35	1.54	15.94	2.51	16.12	2.06	16.29	2.02	15.94	1.85	16.47	1.66
	Belirsizlik	27	16.19	2.45	16.04	2.58	16.19	2.48	15.78	3.08	16.19	2.76	15.78	2.78	16.11	2.67	15.96	3.07	16.07	2.70
	Önemlilik		$\chi^2_{KW}=12.200$ p=0.058		F=0.775 p=0.590		$\chi^2_{KW}=5.982$ p=0.425		$\chi^2_{KW}=3.878$ p=0.693		$\chi^2_{KW}=3.883$ p=0.693		$\chi^2_{KW}=1.925$ p=0.926		F=0.282 p=0.945		$\chi^2_{KW}=3.755$ p=0.710		$\chi^2_{KW}=2.379$ p=0.882	

Tablo 4.7 Katılımcıların Çeşitli Hastalık Özelliklerine Göre BDDÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (Devam)

		Kendini suçlama		Kabul etme		Düşünceye odaklanma		Pozitif tekrar odaklanma		Planlanan tekrar odaklanma		Pozitif yeniden gözden geçirme		Bakış açısına yerleştirme		Yıkım		Diğerlerini suçlama		
		n	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS
GYA aktiviteleri	Tam bağımsız	38	16.63	2.19	16.63	2.26	16.74	2.50	16.45	2.68	16.26	3.00	16.45	2.48	16.50	2.23	16.61	2.35	16.84	2.14
	Ağrılı, aktiviteleri sürdürülecek düzeyde	64	15.44	2.63	15.52	2.32	15.66	2.58	15.59	2.31	15.58	2.47	15.48	2.28	15.41	2.43	15.14	2.36	15.73	2.40
	Bir kısım aktiviteleri sürdürülecek düzeyde	61	16.41	2.53	16.21	2.30	16.41	2.54	16.33	2.31	16.49	2.54	16.52	2.31	16.75	2.00	16.16	2.84	16.25	2.64
	Tam bağımlı	37	16.81	2.23	16.57	2.15	16.70	2.03	16.54	2.24	16.59	2.18	16.24	2.25	16.78	2.32	16.57	2.09	16.73	2.10
	Önemlilik		$\chi^2_{KW}=10.158$		F=2.661		$\chi^2_{KW}=8.053$		$\chi^2_{KW}=7.545$		$\chi^2_{KW}=7.689$		$\chi^2_{KW}=10.615$		F=4.878		$\chi^2_{KW}=16.752$		$\chi^2_{KW}=7.179$	
		p=0.017		p=0.049		p=0.045		p=0.056		p=0.053		p=0.014		p=0.003		p=0.001		p=0.066		
İş Kaybı	Var	114	16.32	2.18	16.10	2.05	16.46	2.05	16.21	2.27	16.31	2.23	16.28	2.08	16.38	2.25	16.04	2.28	16.43	2.23
	Yok	86	16.08	2.87	16.19	2.61	16.06	2.96	16.08	2.55	16.00	2.96	15.92	2.67	16.15	2.40	15.93	2.84	16.09	2.61
	Önemlilik		U=4780.500		t=-0.272		U=4891.000		U=4826.500		U=4901.500		U=4781.000		t=0.684		U=4722.500		U=4610.500	
		p=0.761		p=0.786		p=0.978		p=0.850		p=0.999		p=0.762		p=0.495		p=0.654		p=0.466		
Eklem Deformite	Var	110	16.07	2.59	15.87	2.49	16.05	2.68	15.93	2.52	16.05	2.74	15.91	2.53	16.24	2.41	15.66	2.66	16.01	2.52
	Yok	90	16.39	2.38	16.46	2.02	16.58	2.19	16.43	2.20	16.33	2.34	16.39	2.10	16.33	2.19	16.40	2.32	16.62	2.22
	Önemlilik		U=4579.000		t=-1.792		U=4454.000		U=4416.500		U=4765.000		U=4475.500		t=-0.295		U=4156.000		U=4296.000	
		p=0.356		p=0.075		p=0.218		p=0.185		p=0.646		p=0.237		p=0.769		p=0.048		p=0.104		
Yorgunluk	Var	156	16.19	2.56	16.10	2.37	16.29	2.55	16.13	2.39	16.22	2.61	16.12	2.39	16.33	2.33	15.96	2.59	16.31	2.50
	Yok	44	16.32	2.25	16.25	2.07	16.27	2.26	16.23	2.40	16.02	2.42	16.16	2.25	16.11	2.26	16.11	2.31	16.18	2.06
	Önemlilik		U=3375.500		t=-0.375		U=3291.500		U=3319.000		U=3226.000		U=3419.000		t=0.540		U=3370.500		U=3195.500	
		p=0.866		p=0.708		p=0.675		p=0.736		p=0.539		p=0.969		p=0.590		p=0.854		p=0.480		

Cinsiyet ve medeni duruma göre belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeği alt boyut puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.8’de sunulmuştur. Cinsiyet ve medeni duruma göre belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeği, ‘belirsizlik üzüntü ve stres vericidir’, ‘belirsizlik eyleme geçmeyi engeller’, ‘belirsiz olaylar olumsuzdur ve kaçınılması gerekir’ ve ‘belirsizlik adil değildir’ alt boyut puan ortalama farkları istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Tablo 4.8. Katılımcıların Cinsiyet ve Medeni Durumuna Göre BTÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

		Belirsizlik üzüntü ve stres vericidir		Belirsizlik eyleme geçmeyi engeller		Belirsiz olaylar olumsuzdur ve kaçınılması gerekir		Belirsizlik adil değildir		
		n	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS
Cinsiyet	Kadın	148	37.66	3.66	31.56	3.11	16.85	1.85	21.22	2.59
	Erkek	52	38.33	3.76	32.10	3.49	17.00	2.01	21.40	2.74
	Önemlilik		t=-1.118 p=0.265		U=3407.000 p=0.217		t=-0.487 p=0.627		U=3665.000 p=0.607	
Medeni Durum	Evli	168	37.83	3.69	31.67	3.33	16.80	1.89	21.27	2.67
	Bekâr	32	37.88	3.77	31.84	2.55	17.34	1.84	21.28	2.39
	Önemlilik		t=-0.067 p=0.947		U=2653.500 p=0.908		t=-1.486 p=0.139		U=2636.000 p=0.861	

Katılımcıların hastalık özellikleri olan hastalık süresi ve hastalığın anlamı özelliklerine göre belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeği alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.9’da sunulmuştur. Hastalık süresi ve hastalığın önemine göre belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeğinin ‘belirsizlik üzüntü ve stres vericidir’, ‘belirsizlik eyleme geçmeyi engeller’, ‘belirsiz olaylar olumsuzdur ve kaçınılması gerekir’ ve ‘belirsizlik adil değildir’ alt boyut puan ortalama farkları istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Tablo 4.9. Katılımcıların Hastalık Süresi ve Hastalığın Anlamına Göre BTÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

		Belirsizlik üzüntü ve stres vericidir			Belirsizlik eyleme geçmeyi engeller		Belirsiz olaylar olumsuzdur ve kaçınılması gerekir		Belirsizlik adil değildir	
		n	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS
Hastalık Süresi	0-5 Yıl	53	37.92	3.78	31.92	2.81	17.02	1.98	21.62	2.36
	5-10 Yıl	111	37.72	3.72	31.48	3.31	16.75	1.90	21.16	2.83
	10+	36	38.06	3.56	32.06	3.50	17.14	1.74	21.08	2.32
	Önemlilik		F=0.132 p=0.877		$\chi^2_{KW}=0.827$ p=0.661		F=0.747 p=0.475		$\chi^2_{KW}=1.225$ p=0.542	
Hastalığın Anlamı	Ağrı	48	37.08	3.60	30.75	3.43	16.81	1.89	21.15	2.51
	Yorgunluk	38	39.13	4.19	32.08	2.96	17.45	2.14	21.84	2.83
	İlaç	26	36.81	3.95	31.42	3.44	16.27	1.99	21.65	2.45
	Hastalık	26	37.38	3.41	32.58	3.19	16.46	2.00	19.96	3.24
	Hastane	18	38.33	4.04	32.89	2.45	17.33	1.46	21.28	2.70
	Stres	17	38.88	1.80	31.71	2.54	16.71	1.61	21.76	1.89
	Belirsizlik	27	37.78	3.37	31.48	3.53	17.07	1.59	21.26	2.10
	Önemlilik		F=1.843 p=0.093		$\chi^2_{KW}=8.976$ p=0.175		F=1.510 p=0.177		$\chi^2_{KW}=8.542$ p=0.201	

Katılımcıların çeşitli hastalık özelliklerine göre belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeği alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırmaları Tablo 4.10’da sunulmuştur. Belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeğinin ‘belirsizlik üzüntü ve stres vericidir’, ‘belirsiz olaylar olumsuzdur ve kaçınılması gerekir’ alt boyutu için, GYA’yı yerine getirme durumuna, iş kaybı olmasına, eklem deformitesi oluşma durumuna ve yorgunluk/güçsüzlük durumuna göre ‘belirsizlik üzüntü ve stres vericidir’ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0.05$). GYA’yı yerine getirme ve eklem deformitesi oluşma durumuna göre “belirsiz olaylar olumsuzdur ve kaçınılması gerekir” puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Eklem deformitesi oluşanların puan ortalaması daha yüksektir. GYA’yı yerine getirme durumuna göre farkın nereden geldiğini belirlemek için yapılan ileri analizde ise; “ağrı var fakat aktiviteleri sürdürebilecek düzeyde” diyenlerin puan ortalamalarının; tam bağımlı diyenlerden düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 4. 10).

Tablo 4.10’da görüldüğü gibi, belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeğinin ‘belirsizlik adil değildir’ alt boyutu için; GYA’yı yerine getirme, eklem deformitesi oluşma ve yorgunluk/güçsüzlük durumuna göre belirsizlik adil değildir puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0.05$). İş kaybı olmasına göre

belirsizlik adil değildir puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). İş kaybı olmayanların puan ortalaması daha yüksektir

Tablo 4.10. Katılımcıların Çeşitli Hastalık Özelliklerine Göre BTÖ Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

		Belirsizlik üzüntü ve stres vericidir		Belirsizlik eyleme geçmeyi engeller		Belirsiz olaylar olumsuzdur ve kaçınılması gerekir		Belirsizlik adil değildir		
		n	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS
GYA Aktiviteleri	Tam bağımsız	38	38.00	3.68	31.89	3.21	16.95	2.01	21.53	2.78
	Ağrılı, aktivitelerini sürdürülebilir düzeyde	64	36.94	3.51	31.78	2.96	16.39	1.74	21.05	2.73
	Bir kısım aktivitelerini sürdürülebilir düzeyde	61	38.66	3.35	31.26	3.61	17.02	1.92	21.52	2.28
	Tam bağımlı	37	37.86	4.32	32.08	2.98	17.49	1.82	20.97	2.81
	Önemlilik			F=2.339 p=0.075	$\chi^2_{KW}=1.021$ p=0.796		F=2.898 p=0.036		$\chi^2_{KW}=1.870$ p=0.600	
İş Kaybı	Var	114	37.80	3.78	31.85	3.28	16.88	1.96	21.03	2.55
	Yok	86	37.88	3.59	31.50	3.14	16.91	1.81	21.59	2.70
	Önemlilik			t=-0.162 p=0.872	U=4650.500 p=0.533		t=-0.110 p=0.913		U=4093.000 p=0.044	
Eklem Deformitesi	Var	110	37.77	3.88	31.70	3.18	17.14	1.76	21.15	2.44
	Yok	90	37.91	3.47	31.70	3.27	16.59	2.01	21.42	2.83
	Önemlilik			t=-0.263 p=0.793	U=4916.500 p=0.934		t=2.053 p=0.041		U=4463.000 p=0.228	
Yorgunluk	Var	156	37.68	3.53	31.56	3.25	16.87	1.82	21.24	2.55
	Yok	44	38.39	4.21	32.20	3.07	16.98	2.14	21.36	2.90
	Önemlilik			t=-1.018 p=0.313	U=3120.500 p=0.356		t=-0.346 p=0.730		U=3288.500 p=0.669	

Çeşitli demografik ve hastalık özelliklerine göre yorgunluk puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.11’de sunulmuştur. Tablo 4.11’de görüldüğü gibi, cinsiyete, medeni duruma, hastalık süresine, iş kaybına ve yorgunluk/güçsüzlük durumuna göre yorgunluk puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0.05$).

Hastalığın anlamına, GYA’yı yerine getirme durumuna ve eklem deformitesi oluşma durumuna göre yorgunluk puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Eklem deformitesi oluşmaların puan ortalaması daha yüksektir. Hastalığın anlamına ve GYA’yı yerine getirme durumuna göre farkın nerden geldiğini belirlemek için ileri analiz yapılmıştır. Yapılan ileri analizde, hastalığın anlamına “ağrı” diyenlerin puan ortalamalarının; “ilaç” ve “hastalık” diyenlerden yüksek olduğu, hastalığın anlamı “stres” diyenlerin puan ortalamalarının, “yorgunluk/güçsüzlük”, “ilaç” ve “hastane” diyenlerden yüksek olduğu, aynı şekilde, hastalığın anlamı “belirsizlik” diyenlerin puan ortalamalarının, “yorgunluk/güçsüzlük”, “ilaç” ve “hastane” diyenlerden yüksek olduğu belirlenmiştir.

GYA'yı tam bağımsız yerine getirenlerin puan ortalamalarının; bir kısım aktiviteleri yerine getirebilecek düzeyde ve tam bağımlı diyenlerden düşük olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.11. Katılımcıların Sosyo-demografik ve Hastalık Özelliklerine Göre YŞÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

		Yorgunluk			Önemlilik
		n	Ort	SS	
Cinsiyet	Kadın	148	5.97	0.82	U=3579.000 p=0.447
	Erkek	52	6.06	0.74	
Medeni Durum	Evli	168	6.02	0.77	U=2440.000 p=0.401
	Bekâr	32	5.85	0.95	
Hastalık Süresi	0-5 Yıl	53	5.85	0.91	$\chi^2_{KW}=2.485$ p=0.289
	5-10 Yıl	111	6.03	0.79	
	10+	36	6.11	0.63	
Hastalığın Anlamı	Ağrı	48	6.04	0.91	$\chi^2_{KW}=18.905$ p=0.004
	Yorgunluk/güçsüzlük	38	5.89	0.88	
	İlaç	26	5.78	0.74	
	Hastalık	26	5.76	0.59	
	Hastane	18	5.90	0.91	
	Stres	17	6.35	0.48	
GYA Aktiviteleri	Belirsizlik	27	6.35	0.65	$\chi^2_{KW}=9.567$ p=0.023
	Tam bağımsız	38	5.67	0.90	
	Ağrılı, aktiviteleri sürdürebilecek düzeyde	64	5.97	0.77	
	Bir kısım aktiviteleri sürdürebilecek düzeyde	61	6.16	0.82	
İş Kaybı	Tam bağımlı	37	6.10	0.63	U=4240.000 p=0.097
	Var	114	6.08	0.74	
Eklem Deformitesi	Yok	86	5.88	0.86	U=3525.500 p=0.000
	Var	110	6.19	0.66	
Yorgunluk/Güçsüzlük	Yok	90	5.76	0.89	U=2837.000 p=0.075
	Var	156	6.06	0.75	
	Yok	44	5.77	0.94	

Bilişsel duygu düzenleme, belirsizliğe tahammülsüzlük alt boyutları ve yorgunluk puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi Tablo 4.12'de sunulmuştur. Tablo 4.12'de görüldüğü gibi, belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeğinin tüm alt ölçekleri ile bilişsel duygu düzenleme ölçeğinin tüm alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$).

Tablo 4.12'da görüldüğü gibi, yorgunluk ile bilişsel duygu düzenleme ölçeğinin ve belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeğinin tüm alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.12. BDDÖ, BTÖ Alt Boyutları ve YŞÖ Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		Kendini suçlama	Kabul etme	Düşünceye odaklanma	Pozitif tekrar odaklanma	Planlanan tekrar odaklanma	Pozitif yeniden gözden geçirme	Bakış açısına yerleştirme	Yıkım	Diğerlerini suçlama	Yorgunluk
Belirsizlik üzüntü ve stres vericidir	r	0.264	0.228*	0.329	0.336	0.280	0.404	0.301*	0.348	0.255	0.71
	p	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.317
Belirsizlik eyleme geçmeyi engeller	r	0.164	0.148	0.205	0.184	0.154	0.221	0.168	0.193	0.163	0.023
	p	0.020	0.036	0.004	0.009	0.030	0.002	0.017	0.006	0.021	0.742
Belirsiz olaylar olumsuzdur ve kaçınılması gerekir	r	0.215	0.115*	0.293	0.193	0.207	0.262	0.178*	0.219	0.190	0.084
	p	0.002	0.103	0.000	0.006	0.003	0.000	0.011	0.002	0.007	0.240
Belirsizlik adil değildir	r	0.158	0.149	0.315	0.237	0.224	0.265	0.188	0.210	0.160	0.077
	p	0.026	0.035	0.000	0.001	0.001	0.000	0.008	0.003	0.024	0.277
Yorgunluk	r	-0.004	-0.079	0.032	-0.036	0.047	0.029	0.055	-0.034	0.002	-
	p	0.954	0.268	0.656	0.616	0.508	0.688	0.440	0.634	0.978	-

*Pearson korelasyon analizi yapılmıştır. Diğerleri spearman korelasyon analizidir.

Tablo 4.13’de yorgunluk puanı ile belirsizliğe tahammülsüzlük alt ölçekleri ile anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$). Bir başka ifadeyle hastaların yorgunluk düzeyleri üzerine belirsizliğe tahammülsüzlük alt boyutlarının etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.13. BTÖ Alt Ölçeklerinin YŞÖ Puanına İlişkin GTD Sonuçları

Değişkenler	Parametre Tahmini (b _i)	Standart Hata (s _b)	Wald İstatistiği	Olasılık (p-değeri)
Sabit	42.12	6.533	41.76	<0.001
Belirsizlik üzüntü ve Stres Vericidir	-0.110	0.192	0.330	0.566
Belirsizlik olumsuzdur ve kaçınılması gerekir	0.117	0.167	0.504	0.478
Belirsizlik adil değil	0.352	0.322	1.198	0.274
Belirsizlik eyleme geçmeyi engelliyor	0.371	0.240	2.385	0.123

GTD: Genelleştirilmiş Tahmin Denklemi

Tablo 4.14’de görüldüğü gibi, yorgunluk puanı ile bilişsel duygu düzenleme ölçeğinin alt ölçekleri olan ‘kendini suçlama’ ve ‘bakış açısına yerleştirme (olumlu değerini azaltma)’ düzeyleri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Dolayısıyla romatoid artrit hastalarının ‘kendini suçlaması’ ve ‘durumun olumlu değerini azaltması’ arttıkça yorgunluk puanı artmaktadır.

Tablo 4.14. BDDÖ Alt Ölçeklerinin YŞÖ Puanına İlişkin GTD Sonuçları

Değişkenler	Parametre Tahmini (b _i)	Standart Hata (s _b)	Wald İstatistiği	Olasılık (p-değeri)
Sabit	50.15	4.336	133.8	<0.001
Kendini Suçlama	0.757	0.340	4.974	0.026
Kabul Etme	-0.606	0.452	1.800	0.180
Düşünceye Odaklanma (ruminasyon)	0.429	0.463	0.858	0.354
Olumlu yeniden odaklanma	-0.400	0.421	0.900	0.343
Plan yapmaya tekrar odaklanma	-0.181	0.429	0.177	0.674
Pozitif Yeniden gözden geçirme	-0.115	0.432	0.072	0.789
Olumlu değerini azaltma (bakış açısına yerleştirme)	0.968	0.429	5.094	0.024
Felaketleştirme	-0.406	0.382	1.125	0.289
Başkalarını Suçlama	-0.267	0.414	0.416	0.519

Yorgunluk şiddeti ile belirsizliğe tahammülsüzlük, bilişsel duygu düzenleme arasındaki ilişki incelenmiş olup anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.15’da görüldüğü gibi, yaş ve hastalık süresi ile bilişsel duygu düzenleme ölçeği alt boyutları puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.15. Yaş ve Hastalık Süresi ile BDDÖ Alt Boyut Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		Kendini suçlama	Kabul etme	Düşünceye odaklanma	Pozitif tekrar odaklanma	Planlanan tekrar odaklanma	Pozitif yeniden gözden geçirme	Bakış açısına yerleştirme	Yıkım	Diğerlerini suçlama
Yaş	r	-0.019	-0.047*	0.068	0.041	0.065	0.051	0.070*	-0.009	0.039
	p	0.790	0.505	0.339	0.566	0.362	0.471	0.328	0.904	0.585
Hastalık Süresi	r	0.010	-0.010	0.012	-0.004	0.005	0.044	0.071	-0.034	-0.025
	p	0.884	0.894	0.863	0.952	0.939	0.534	0.320	0.631	0.723

*Pearson korelasyon analizi yapılmıştır. Diğerleri spearman korelasyon analizidir.

Tablo 4.16’da görüldüğü gibi, yaş ve hastalık süresi ile belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeği alt boyutlarından hiçbirinin puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$). Yaş ile yorgunluk puanı arasında istatistiksel olarak pozitif yönlü, düşük düzeyli anlamlı ilişki vardır ($p<0.05$). Yaş arttıkça yorgunluk puanı da artmaktadır. Hastalık süresi ile yorgunluk puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.16. Yaş ve Hastalık Süresi ile BTÖ Alt Boyut Puanları ve YŞÖ Puanı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		Belirsizlik üzüntüye stres vericidir	Belirsizlik eyleme geçmeyi engeller	Belirsiz olaylar olumsuzdur ve kaçınılması gerekir	Belirsizlik adil değildir	Yorgunluk
Yaş	r	0.049*	0.036	-0.031*	-0.082	0.141
	p	0.494	0.611	0.667	0.247	0.035
Hastalık Süresi	r	0.017	0.041	0.040	-0.049	0.124
	p	0.810	0.561	0.574	0.494	0.081

*Pearson korelasyon analizi yapılmıştır. Diğerleri spearman korelasyon analizidir.

Katılımcıların bilişsel duygu düzenleme ölçeği puanı ile belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeği puanı arasında %35.8'lik pozitif anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Bilişsel duygu düzenleme ölçeği ile bilişsel duygu düzenleme alt ölçekleri arasından 'kendini suçlama' alt ölçeği arasında %78.4'lük, 'başkalarını suçlama' alt ölçeği ile %83.1'lik, 'kabul etme' alt ölçeği ile %85.2'lik, 'plana tekrar odaklanma' alt ölçeği ile %82.9'lük, 'pozitif tekrar odaklanma' alt ölçeği ile %84.6'lık, 'düşünceye odaklanma (ruminasyon)' alt ölçeği ile %78.8'lik, 'pozitif yeniden değerlendirme' alt ölçeği ile %82.8'lik, 'bakış açısına yerleştirme (olayın değerini azaltma)' alt ölçeği ile %79.9'lük, 'felaketleştirme (yıkım)' alt ölçeği ile arasında %80.5'lik, pozitif yönde anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p<0.05$). Bilişsel duygu düzenleme ölçeği ile belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeğinin alt boyutları arasında ise, 'belirsizlik üzüntü ve stres vericidir' alt ölçeği için, %35.8'lik, 'belirsizlik eyleme geçmeyi engeller' alt ölçeği için %21.1'lik, 'belirsiz olaylar olumsuzdur ve kaçınılması gerekir' alt ölçeği için ile %23.4'lük, 'belirsizlik adil değildir' alt ölçeği ile %27.7'lik pozitif yönde anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği ile bilişsel duygu düzenleme ölçeği alt boyutları arasında 'kendini suçlama' alt ölçeği ile %26.8'lik, 'başkalarını suçlama' ile %23.5'lik, 'kabul etme' ile %38.2'lik, 'plana tekrar odaklanma' ile %34.1'lik, 'pozitif tekrar odaklanma' ile %29.2'lik, 'düşünceye odaklanma (ruminasyon)' ile %37.3'lük, 'pozitif yeniden değerlendirme' ile %27.9'lük, 'bakış açısına yerleştirme' ile %33.7'lik, 'felaketleştirme (yıkım)' ile %25.3'lük, pozitif yönde anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p<0.05$). Belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeğinin kendi alt ölçekleriyle arasında ise 'belirsizlik üzüntü ve stres vericidir' alt ölçeği ile %83.4'lük, 'belirsizlik eyleme geçmeyi engeller' alt ölçeği ile %61.3'lük, 'belirsiz olaylar olumsuzdur ve kaçınılması gerekir' alt ölçeği ile %67.3'lük, 'belirsizlik adil değildir' alt ölçeği ile %57.4'lük pozitif yönde anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p<0.05$). Belirsizliğe Tahammülsüzlük ölçeği ile yorgunluk ölçeği arasında ise anlamlı ilişki tespit edilememiştir ($p>0.05$).

Yorgunluk ile bütün ölçekler ve alt boyutlarının puanları arasında anlamlı ilişki tespit edilememiştir ($p>0.05$).

Bilişsel duygu düzenleme ölçeği ile alt ölçekleri olan, ‘kendini suçlama’ ile ‘başkalarını suçlama’ arasında %72.4’lük, ‘kabul etme’ ile %69.3’lük, ‘plana tekrar odaklanma’ ile %60.6’lik, ‘pozitif tekrar odaklanma’ ile %57.5’lik, ‘düşünceye odaklanma’ ile %54.7’lik, ‘pozitif yeniden değerlendirme’ ile %52.6’lik, ‘bakış açısına yerleştirme (olayın değerini azaltma)’ ile %60.2’lik, ‘felaketleştirme (yıkım)’ ile %60.5’lik, belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeklerinden’belirsizlik üzüntü ve stres vericidir’ alt ölçeği ile %26.4’lük, ‘belirsiz olaylar olumsuzdur ve kaçınılması gerekir’ alt ölçeği ile %21.5’lik pozitif yönde anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Bilişsel duygu düzenleme alt ölçeği olan ‘kendini suçlama’ ile belirsizliğe tahammülsüzlük alt ölçeği’belirsizlik eyleme geçmeyi engeller’ alt ölçeği ve ‘belirsizlik adil değildir’ alt ölçeği puanları arasında ise anlamlı ilişki tespit edilememiştir ($p>0.05$).

Bilişsel duygu düzenleme alt ölçeklerinden ‘başkalarını suçlama’ ile ‘kabul etme’ arasında %74.6’lik, ‘plana tekrar odaklanma’ ile %75.9’luk, ‘pozitif tekrar odaklanma’ ile %59.6’lik, ‘düşünceye odaklanma (ruminasyon)’ ile %55.1’lik, ‘pozitif yeniden değerlendirme’ ile %59.3’lük, ‘bakış açısına yerleştirme (olayın değerini azaltma)’ ile %61.1’lik, ‘felaketleştirme (yıkım)’ ile %63.1’lik, belirsizliğe tahammülsüzlük alt ölçeklerinden’belirsizlik üzüntü ve stres vericidir’ alt ölçeği ile %25.6’lık pozitif yönde anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Bilişsel duygu düzenleme’başkalarını suçlama’ alt ölçeği ile belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeği alt ölçeklerinden’belirsizlik eyleme geçmeyi engeller’, ‘belirsiz olaylar olumsuzdur ve kaçınılması gerekir’, ‘belirsizlik adil değildir’ alt ölçekleri puanları arasında ise anlamlı ilişki tespit edilememiştir ($p>0.05$).

Bilişsel duygu düzenleme alt ölçeği ‘kabul etme’ ile ‘plana tekrar odaklanma’ alt ölçeği arasında %73.4’lük, ‘pozitif tekrar odaklanma’ ile %75.5’lik, ‘düşünceye odaklanma (ruminasyon)’ ile %65.5’lik, ‘pozitif yeniden değerlendirme’ ile %71.2’lik, ‘bakış açısına yerleştirme’ ile %57.1’lik, ‘felaketleştirme (yıkım)’ ile %60.5’lik, belirsizliğe tahammülsüzlük alt boyutlarından’belirsizlik üzüntü ve stres vericidir’ alt ölçeği ile %32.5’lik, ‘belirsizlik eyleme geçmeyi engeller’ ile %20.1’lik, ‘belirsiz olaylar olumsuzdur ve kaçınılması gerekir’ ile %28.9’luk ve ‘belirsizlik adil değildir’ ile %30.5’lik pozitif yönde anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Bilişsel duygu düzenleme alt ölçeği ‘plana tekrar odaklanma’ ile ‘pozitif tekrar odaklanma’ arasında %72.8’lik, ‘düşünceye odaklanma’ ile %66.7’lik, ‘pozitif yeniden değerlendirme’ ile %64.2’lik, ‘bakış açısına yerleştirme’ ile %54.4 lük, ‘felaketleştirme (yıkım)’ ile %56.7’lik, belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeği’belirsizlik üzüntü ve stres vericidir’ alt ölçeği ile %33.6’lık, ‘belirsizlik adil değildir’ alt ölçeği ile %25.7’lik pozitif yönde anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Bilişsel duygu düzenleme alt ölçeği ‘plana tekrar odaklanma’ belirsizliğe tahammülsüzk ölçeği ‘belirsizlik eyleme geçmeyi engeller’ alt ölçeği ve ‘belirsiz olaylar olumsuzdur ve kaçınılması gerekir’ alt ölçeği puanları arasında ise anlamlı ilişki tespit edilememiştir ($p>0.05$).

Bilişsel duygu düzenleme alt ölçeği ‘pozitif tekrar odaklanma’ ile ‘düşünceye odaklanma’ arasında %71.7’lik, ‘pozitif yeniden değerlendirme’ ile %77.7’lik, ‘bakış açısına yerleştirme’ ile %53.3 lük, ‘felaketleştirme (yıkım)’ ile %61.1’lik, belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeği’belirsizlik üzüntü ve stres vericidir’ alt ölçeği ile %28.0’lık, ‘belirsiz olaylar olumsuzdur ve kaçınılması gerekir’ alt ölçeği ile %20.7’lik, ‘belirsizlik adil değildir’ ile %24.2’lik pozitif yönde anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Bilişsel duygu düzenleme alt ölçeği ‘pozitif tekrar odaklanma’ ile belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeği’belirsizlik eyleme geçmeyi engeller’ alt ölçeği puanları arasında ise anlamlı ilişki tespit edilememiştir ($p>0.05$).

Bilişsel duygu düzenleme alt ölçeği ‘düşünceye odaklanma’ ile ‘pozitif yeniden değerlendirme’ arasında %71.2’lik, ‘bakış açısına yerleştirme’ ile %68.5’lik, ‘felaketleştirme’ ile %53.9’luk, belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeği’belirsizlik üzüntü ve stres vericidir’ alt ölçeği ile %40.4.0’lük, ‘belirsizlik eyleme geçmeyi engeller’ alt ölçeği ile %22.1’lik, ‘belirsiz olaylar olumsuzdur ve eyleme geçmeyi engeller’ alt ölçeği ile %26.2’lik, ‘belirsizlik adil değildir’ alt ölçeği ile %28.1’lik pozitif yönde anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Bilişsel duygu düzenleme alt ölçeği ‘pozitif yeniden değerlendirme’ ile ‘bakış açısına yerleştirme (olayın değerini azaltma)’ arasında %64.0’lık, ‘felaketleştirme (yıkım)’ ile %71.2’lik, belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeği’belirsizlik üzüntü ve stres vericidir’ alt ölçeği ile %27.7’lik, ‘belirsizlik adil değildir’ alt ölçeği ile %22.5’lik pozitif yönde anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p<0.05$). Bilişsel duygu düzenleme alt

ölçeği'pozitif yeniden değerlendirme' ile belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeği 'belirsizlik eyleme geçmeyi engeller' alt ölçeği ve 'belirsiz olaylar olumsuzdur' ve eyleme geçmeyi engeller' alt ölçekleri puanları arasında ise anlamlı ilişki tespit edilememiştir ($p>0.05$).

Bilişsel duygu düzenleme alt ölçeği 'bakış açısına yerleştirme (olayın değerini azaltma)' ile 'felaketleştirme (yıkım)' arasında %72.4'lük, belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeği 'belirsizlik üzüntü ve stres vericidir' alt ölçeği ile %34.4.9'luk, 'belirsizlik eyleme geçmeyi engeller' ile %20.0'lık, 'belirsiz olaylar olumsuzdur ve eyleme geçmeyi engeller' alt ölçeği ile %22.4'lük, 'belirsizlik adil değildir' alt ölçeği ile %21.5'lik pozitif yönde anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Bilişsel duygu düzenleme alt ölçeği 'felaketleştirme (yıkım)' ile belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeği 'belirsizlik üzüntü ve stres vericidir' alt ölçeği arasında, %25.5'lik pozitif yönde anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p<0.05$). Bilişsel duygu düzenleme alt ölçeği 'felaketleştirme (yıkım)' ile belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeği, 'belirsizlik eyleme geçmeyi engeller' alt ölçeği, 'belirsiz olaylar olumsuzdur ve kaçınılması gerekir' alt ölçeği, 'belirsizlik adil değildir' alt ölçeği puanları arasında ise anlamlı ilişki tespit edilememiştir ($p>0.05$).

Belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeği 'belirsizlik üzüntü ve stres vericidir' alt ölçeği ile 'belirsizlik eyleme geçmeyi engeller' alt ölçeği arasında %30.7'lik, 'belirsiz olaylar olumsuzdur ve kaçınılması gerekir' alt ölçeği ile %52.3'lük, 'belirsizlik adil değildir' alt ölçeği ile %50.1'lik pozitif yönde anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeği 'belirsizlik eyleme geçmeyi engeller' alt ölçeği ile 'belirsiz olaylar olumsuzdur ve kaçınılması gerekir' alt ölçeği arasında %27.3'lük pozitif yönde anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeği 'belirsizlik eyleme geçmeyi engeller' alt ölçeği ile 'belirsizlik adil değildir' alt ölçeği puanları arasında ise anlamlı ilişki tespit edilememiştir ($p>0.05$).

Belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeği 'belirsiz olaylar olumsuzdur ve kaçınılması gerekir' alt ölçeği ve 'belirsizlik adil değildir' alt ölçeği puanları arasında ise anlamlı ilişki tespit edilememiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.17. BDDÖ, BTÖ, YŞÖ ve Alt Boyutları Arası İlişki Düzeyleri ve Önem Seviyeleri

		Belirsizliğe tahammülsüzlük	Yorgunluk şiddeti	Kendini suçlama	Başkalarını suçlama	Kabul etme	Plana tekrar odaklanma	Pozitif tekrar odaklanma	Düşünceye odaklanma	Pozitif yeniden değerlendirme	Bakış açısına yerleştirme	Felaketleştirme	Belirsizlik üzüntü ve stres vericidir	Belirsizlik eyleme geçmeyi engeller	Belirsiz olaylar olumsuzdur ve kaçınılması gerekir	Belirsizlik adil değildir
Bilişsel duygu düzenleme	r	0.358	-0.008	0.784	0.831	0.852	0.829	0.846	0.788	0.828	0.799	0.805	0.358	0.211	0.234	0.277
	p-değeri	<0.001	0.906	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	0.003	0.001	<0.001
Belirsizliğe tahammülsüzlük	r		0.095	0.268	0.235	0.382	0.341	0.292	0.373	0.279	0.337	0.253	0.834	0.613	0.673	0.574
	p-değeri		0.180	<0.001	0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001
Yorgunluk şiddeti	r			-0.004	-0.079	0.034	-0.036	0.047	0.029	0.055	-0.040	0.002	0.071	0.023	0.084	0.092
	p-değeri			0.954	0.268	0.634	0.616	0.508	0.688	0.440	0.571	0.978	0.317	0.742	0.240	0.193
Kendini suçlama	r				0.724	0.693	0.606	0.575	0.547	0.526	0.602	0.605	0.264	0.164*	0.215	0.179*
	p-değeri				<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	0.020	0.002	0.011
Başkalarını suçlama	r					0.746	0.759	0.596	0.551	0.593	0.611	0.631	0.256	0.148*	0.156*	0.176*
	p-değeri					<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	0.036	0.027	0.013
Kabul etme	r						0.734	0.755	0.655	0.712	0.571	0.605	0.325	0.201	0.289	0.305
	p-değeri						<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	0.004	<0.001	<0.001
Plana tekrar odaklanma	r							0.728	0.667	0.642	0.544	0.567	0.336	0.184	0.193	0.257
	p-değeri							0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.009	0.006	<0.001
Pozitif tekrar odaklanma	r								0.717	0.777	0.573	0.611	0.280	0.154*	0.207	0.242
	p-değeri								<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	0.030	0.003	0.001

*Pearson korelasyon analizi yapılmıştır. Diğerleri spearman korelasyon analizidir.

Tablo 4.17. BDDÖ, BTÖ, YŞÖ ve Alt Boyutları Arası İlişki Düzeyleri ve Önem Seviyeleri (Devamı)

		Belirsizliğe tahammülsüzlük	Yorgunluk şiddeti	Kendini suçlama	Başkalarını suçlama	Kabul etme	Plana tekrar odaklanma	Pozitif tekrar odaklanma	Düşünceye odaklanma	Pozitif yeniden değerlendirme	Bakış açısına yerleştirme	Felaketleştirme	Belirsizlik üzüntü ve stres vericidir	Belirsizlik eyleme geçmeyi engeller	Belirsiz olaylar olumsuzdur ve kaçınılması gerekir	Belirsizlik adil değildir
Düşünceye odaklanma	r									0.712	0.685	0.539	0.404	0.221	0.262	0.281
	p-değeri									<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	0.002	<0.001	<0.001
Pozitif yeniden değerlendirme	r									0.640	0.712	0.277	0.168*	0.182*	0.225	0.225
	p-değeri									<0.001	<0.001	<0.001	0.017	0.010	0.001	0.001
Bakış açısına yerleştirme	r										0.724	0.349	0.200	0.224	0.215	0.215
	p-değeri										<0.001	<0.001	0.004	0.001	0.002	0.002
Felaketleştirme	r											0.255	0.163*	0.190	0.182	0.182
	p-değeri											<0.001	0.021	0.007	0.010	0.010
Belirsizlik üzüntü ve stres vericidir	r												0.307	0.523	0.501	0.501
	p-değeri												<0.001	<0.001	<0.001	<0.001
Belirsizlik eyleme geçmeyi engeller	r													0.273	0.108	0.108
	p-değeri													<0.001	0.127	0.127
Belirsiz olaylar olumsuzdur ve kaçınılması gerekir	r														0.196	0.196
	p-değeri														0.005	0.005

5.TARTIŞMA

Romatoid artrit, ortaya çıkardığı sorunlarla fiziksel olarak baş etmenin yanısıra, duygusal ve ruhsal boyutta da baş etmeyi gerektiren, uzun süreli, otoimmün, kronik bir hastalıktır. Bu nedenle romatoid artrit hastalarının sıklıkla deneyimledikleri belirsizliğe tahammülsüzlük ve yorgunluk belirtilerinin artmasında ya da azalmasında hangi bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin ilişkili olduğu, bu çalışmada belirlenmeye çalışılmıştır. Bu çalışmada, romatoid artrit hastalarının belirsizliğe tahammülsüzlüğünün ortalama değerinde olduğu, belirsizliğin en çok, belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeğinin “belirsizlik üzüntü ve stres vericidir” alt boyutunda yaşandığı, onu ‘belirsizlik eyleme geçmeyi engeller’ alt boyutunun takip ettiği belirlenmiştir. Çalışmaya katılan hastaların işlevsel olmayan bilişsel duygu düzenleme stratejilerini ortalamanın üzerinde kullandıkları, bilişsel duygu düzenleme alt boyutlarından en çok da diğerlerini suçlamayı, düşünceye odaklanmayı ve bakış açısına yerleştirmeyi kullandıkları, %92.5’unun ise şiddetli düzeyde yorgunluk yaşadığı belirlenmiştir.

5.1.Bilişsel Duygu Düzenleme İle İlgili Bulguların Tartışılması

Romatoid artrit, uzun süre başa çıkmayı gerektiren bir hastalık olduğundan, bu çalışmada kullanılan bilişsel duygu düzenleme ölçeği, romatoid artritli hastaların, hangi bilişsel duygu düzenleme yöntemlerini kullandıkları, hastalıkla ilgili belirsiz durumlara ilişkin kaygılarının hangi boyutlarda yaşandığı, yorgunluk şiddetleri ve birbirlerini etkileme düzeyleri belirlenmeye çalışılmıştır. Romatolojik hastalıkların biyopsikososyal yükünü değerlendirmek, anlaşılmasını sağlamak ve araştırma yöntemlerinin sağlıkla ilişkilendirilen yaşam kalitesini iyileştirmek için, ilerleyici yönetim stratejilerinin geliştirilmesinde hasta odaklı ölçeklerin kullanılması teşvik edilmektedir (Saketkoo ve Pauling, 2018). Yine literatürde farkındalık tabanlı müdahalelerin ruh sağlığını iyileştirici etkiye sahip olduğu, bilişsel ve duygusal reaktivite sağladığı belirlenmiştir (Gu ve ark., 2015). Yine ruminasyon ve endişe için farkındalık tabanlı müdahalelerin, olumlu etkisi olduğu ortaya konmuştur. Ayrıca RA gibi kronik bir hastalıkta, farkındalık tabanlı yaklaşımların alternatif tedavilerle birlikte yürütülmesinin, hastaların fiziksel ve ruhsal rahatlamalarını sağladığı bildirilmektedir (Direnzo ve ark., 2018). Serttan (2018), RA hastalarının fonksiyonel

ve psikososyal durumlarını incelemiştir. Çalışma kapsamındaki hastaların psikolojik, sosyal ve duygusal durumlarını değerlendirmiş ve hastaların en çok etkilenen alanının duygusal iyilik hali olduğunu belirlemiştir. Çalışmada hastaların sırası ile duygusal, sosyal ve psikolojik iyilik hallerinin olumsuz etkilendiği görülmüştür. Araştırma kapsamındaki hastaların ruh sağlığı sürekliliği kısa formu ve alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalaması $43,3 \pm 14,5$ (1-70) olduğu belirlendi.

Bu çalışmada; cinsiyete göre bilişsel duygu düzenleme ölçeği alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > 0.05$). Ancak kadınların en çok diğerlerini suçlama ($ort_{kadın} = 16.42, ort_{erkek} = 15.90$), kendini suçlama ($ort_{kadın} = 16.39, ort_{erkek} = 15.71$)yı, erkeklerin ise en çok pozitif yeniden gözden geçirme ($ort_{kadın} = 16.08, ort_{erkek} = 16.25$)yi kullandıkları görülmüştür, (Tablo 4.6). Bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin kaygı ve depresyonu açıklamada önemli bir rolü olduğu, benzer şekilde kişinin kaygı ve depresyon düzeyinin de bu stratejilerin seçimini etkilediği bildirilmektedir (Zlomke ve Hahn, 2010). Cinsiyet ile bilişsel duygu düzenleme stratejileri arasındaki ilişkileri inceleyen bir araştırmada, cinsiyet farklılığının en çok gözlemlendiği stratejilerin “ruminasyon”, “olayın değerini azaltma” ve “diğerlerini suçlama” alt boyutlarında olduğu bildirilmektedir (Zlomke ve Hahn, 2010). Ataman ve Dağ (2014)’ın çalışmasında, bilişsel duygu düzenleme stratejilerinden “ruminasyon” ve olayın değerini azaltma” stratejilerinin cinsiyete göre farklılaştığı ve kadınlar tarafından daha sık kullanıldığı gözlenmiştir. Ruminasyon stratejisi puan ortalaması 14.3 ± 3.1 ve olayın değerini azaltma stratejisi ortalama puanı 13.6 ± 3.3 olarak bulunmuş ve kadınlarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p < 0,01$) belirtilmiştir. Diğer stratejilerin kullanımında ise cinsiyete göre herhangi bir farklılaşma olmadığı ($p > 0.05$) görülmüştür. Bu çalışmada, bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin cinsiyet bakımından herhangi bir farklılaşma görülmemesinin, kültürümüze özgü bir bulgu olabileceği düşünülmekte, daha genel bir yargıya varmak için ülkemizde yapılmış daha fazla sayıda çalışmaya ve sadece ayaktan tedavi edilen hastalarda değil, ileri düzey ve yatan hastaları da kapsayacak şekilde yapılacak çalışmalara gereksinim duyulduğu görülmektedir. Bunun yanında, erkek ve kadınlarda bu stratejilerin seçiminde nelerin rol oynadığı ile ilgili araştırmalara da ihtiyaç duyulmaktadır. Literatürde bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin kullanımında cinsiyet farklılıklarını ele alan çalışmalar bulunmaktadır.

Kadın ve erkek olarak iki grubun belirlendiği bir çalışmada, her iki cinsiyette de psikopatoloji ile bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin kullanımı ilişkilendirilmiştir. Literatürde, kadın katılımcıların “felaketleştirme”, “ruminasyon” ve “olumlu yeniden odaklanma” stratejilerini daha sık kullandığı belirlenmiştir (Garnefski ve ark., 2004; Garnefski ve ark., 2007). Öngen (2010) ise Türkiye’de yaptığı çalışmada, erkeklerin daha az ruminasyon kullandığı ve olumlu yeniden odaklanma, olumlu yeniden gözden geçirme, plana yeniden odaklanma stratejilerini daha fazla kullandıkları saptanmıştır. Bu sonuç, bu çalışmadaki sonuç ile benzerlik göstermektedir. Bunun yanında literatürde cinsiyetin, bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin kullanımında, depresyon ve kaygı düzeyini yordamadığı tespit edilmiştir. Benzer şekilde yapılan bir başka çalışmada, “plana tekrar odaklanma” ve “pozitif tekrar gözden geçirme”, uyumlu bilişsel başa çıkma stratejisi olarak tanımlanmaktadır. Ayrıca pozitif tekrar gözden geçirerek olayların olumlu anlamlarını bulma, daha az korku yaşamayla ve psikolojik iyi oluşla ilişkilendirilmektedir (Garnefski ve Kraaij, 2016; Zampetakis ve ark.2017).

Yapılan bu çalışmada medeni duruma göre; bilişsel duygu düzenleme ölçeğinin alt ölçekleri olan kendini suçlama, kabul etme, bakış açısına yerleştirme, yıkım ve diğerlerini suçlama puan ortalamaları farkı, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$), (Tablo 4.6). Bu sonuç, bekar olmanın algılanan sosyal desteği azalttığı ve olumsuz başa çıkma yöntemlerinin kullanımını arttırdığını göstermektedir. Konuyla ilgili Kraaij ve ark., (2008)’nin yaptığı çalışma, bekar olanların, kendini suçlama, kabul etme, bakış açısına yerleştirme, yıkım ve diğerlerini suçlama alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğunu göstermiştir.

Bu çalışmada, GYA’ni yerine getirme ve eklem deformitesi oluşma durumuna göre yıkım puan ortalamaları arasındaki fark, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$), (Tablo 4.7) Eklem deformitesi olmayanların yıkım puan ortalaması daha yüksektir. GYA’ni yerine getirme durumuna göre, farkın nereden geldiğini belirlemek için yapılan ileri analizde ise; “ağrı var fakat aktiviteleri sürdürebilecek düzeyde” diyenlerin puan ortalamalarının; “tam bağımsız, bir kısım aktiviteleri sürdürebilecek düzeyde” ve “tam bağımlı” diyenlerden düşük olduğu belirlenmiştir. Elde edilen bu veriler, ağrının var olan durumun olumsuz algılanmasında etkili olduğunu, olumsuz değerlendirmenin de etkisiz baş etme yöntemlerinin kullanımını arttırdığını, dolayısıyla stresi, yorgunluk hissini ve ağrı düzeyini arttırdığını göstermektedir. RA

hastalarında öz bakım davranışları ile yorgunluk arası ilişkinin incelendiği Cafer (2018)'in çalışmasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p:0,52$; $p>0,05$). RA'da hastanın ağrısının anketle değerlendirildiği bir başka çalışmada, ağrı değerlendirmesinin hasta ve doktoru açısından uyumlu olmadığı bildirilmiştir (Bagnato, 2015). Altun Güvenir (2018)'in RA'li hastalarda kronik ağrının yorumlanmasında basınç algometrisini kullandıkları, ağrı/depresyon örtüşmesini saptamak için yaptıkları çalışmada, ağrı eşiğinin, hastanın bildirdiği ağrının depresyon dışında hiçbir parametre ile anlamlı bir ilişki içinde olmadığı sonucuna ulaştıkları görülmüştür ($p<0,001$). Bunun yanında RA'li hastalardan ağrısı ve yorgunluğu olanların yaşam kalitesinin anlamlı bir şekilde düşük olduğu bulunmuştur. Bir başka çalışmada da, sosyal desteği önemli derecede fazla olan RA'li hastaların GYA ve ruh halinin etkilenmediği bulunmuştur (Akkaya, 2015). Konuyla ilgili bir başka çalışmada ise, GYA'leri etkilenen hastaların yaşam kalitelerinin de önemli derecede düşük olduğu bulunmuş, romatizmal hastalıklarda sosyal desteğin hastaların fiziksel ve ruhsal iyilik haline katkısının olduğu belirlenmiştir (Kool ve ark., 2012).

Bu çalışmada romatoid artrit ile belirsizliğe tahammülsüzlük ve bilişsel duygu düzenleme ölçeğinin tüm alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$), (Tablo 4.12). Bu sonuç bu çalışmada, hastaların yaşadığı belirsizliğin duygu durumlarını, duygusal başa çıkma stratejilerini etkileyen bir faktör olarak değerlendirmemiz gerektiğini göstermektedir. Romatoid artritli hastalarda depresyon, birçok çalışmada incelenmiştir. Depresyon ve anksiyete oranı, RA'li hastalarda oldukça yüksek bulunmuştur (Covic ve ark., 2012). Sağlıklı bireylerle RA'li bireylerin karşılaştırıldığı farklı bir çalışmada, kaygı, depresyon, günlük yaşam aktivitelerinde verimlilik kaybı, hastalığa ilişkin yaşam kalitesinde zayıflama olduğu belirlenmiştir. Konuyla ilgili yapılan bir çalışmada, ruhsal sağlık durumları puanı RA'li bireylerde, 21.47 ± 4.59 , sağlıklı grupta ise 24.88 ± 5.25 ($p=0,003$) olarak belirlenmiştir (Sinem ve ark., 2018). Bir başka çalışmada ise, depresyon ve anksiyete yaşayan RA'li hastalarda ağrı düzeyi yüksek bulunmuştur (Covic ve ark., 2012; Soosava ve ark., 2017). Literatürde RA'li bireylerde anksiyete ve depresyon düzeyinin yüksek olduğu belirtilmektedir. RA kronik bir hastalıktır, insan biyopsikososyal bir varlıktır. Bu bağlamda hastalıklarda en sık karşılaşılan şikayetin ağrı olup, duygu durumuyla ilişkisi hastalığın tedavi sürecinde eksik olduğu belirtilen birçok şey için bir kaynak teşkil

ettiği bildirilmektedir. RA hastalarında sıklıkla karşılaşılan yorgunluk ve ağrı, fonksiyonel kayıp, uyku problemleri ve duygu durumlarındaki değişimlerinde hastalık durumunu etkilediği, tedavilerin sadece hastalık aktivitesine yönlendirilmemesi gerektiği savunulmaktadır (Combe ve ark., 2017; Oflaz, 2018). Sistemik skleroz (SS) ve romatoid artrit (RA) hastalarının, sosyal ve psikolojik adaptasyon sürecini zorlaştıran, endişe ve depresyon semptomları dahil olmak üzere önemli duygusal problemler yaşadıkları; hastaların hastalıklarını kontrol etmede kişisel sorumluluk almaya ve duygularının psiko-duygusal olarak düzeltilmesine gereksinim duydukları belirtilmektedir (Zborovski, 2018). Ünal ve ark., (2017)'nin romatizmal hastalar için geliştirmiş oldukları bilişsel egzersiz terapi yönetimi ölçeği çalışmasında, hastaların iyileşme özelliklerinin hekimler tarafından değerlendirildiği sonucuna ulaşılmıştır. Hekimler bilişsel değişimler içeren ölçek sorularını 'gerek olmayabilir' kategorisinde değerlendirmişlerdir. Ancak bu maddelerin hastalar için en değerli bulunan maddeler olduğu bulunmuştur. Hastalar hekimlerin çıkarılmasını öngördükleri bu bilişsel içerikli maddeler için 'asıl bu maddeler bizim için çok önemli, bu özellikler değiştikten sonra iyileştiğimi hissettim' diyerek ölçeğin geliştirilmesi sürecinde bu maddelerin kalmasını istediklerini belirtmişlerdir. Ünal ve ark. (2017)'nin çalışmasında da görüldüğü gibi hastaların bilişsel durumlarının önemsenip, hastanın tedavisi boyunca, sağlık tanımında olduğu gibi kişinin kendisini fiziksel, sosyal ve ruhsal açıdan iyi hissetmesinin göz önünde bulundurulması gerektiği bildirilmiştir. Bu çalışmada hastaların bilişsel duygu düzenleme stratejileri incelenmiş olup, bilişsel duygu düzenleme ölçeği alt boyutlarından yüksek puan aldıkları belirlenmiştir.

Bilişsel duygu düzenleme ile yorgunluk arasında yapılan ileri analizde, kendini suçlama ve bakış açısına yerleştirme (olumlu değerini azaltma) alt ölçekleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.14). Dolayısıyla romatoid artrit hastalarının kendini suçlaması ve olayın olumlu değerini azaltması (bakış açısına yerleştirme) arttıkça yorgunluk puanı artmaktadır. Bilişsel duygu düzenleme ölçeği ile bilişsel duygu düzenleme alt ölçeklerinden kendini suçlama alt ölçeği ile arasında %78,4'lük, başkalarını suçlama alt ölçeği ile %83,1'lik, kabul etme alt ölçeği ile %85,2'lik, plana tekrar odaklanma alt ölçeği ile %82,9'luk, pozitif tekrar odaklanma alt ölçeği ile %84,6'lik, düşünceye odaklanma (ruminasyon) alt ölçeği ile %78,8'lik, pozitif yeniden değerlendirme alt ölçeği ile %82,8'lik, bakış açısına yerleştirme

(olayın değerini azaltma) alt ölçeği ile %79,9'luk, felaketleştirme (yıkım) alt ölçeği ile arasında %80,5'lik, pozitif yönde anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$) (Tablo 4.17) Bilişsel duygu düzenleme ölçeği ile belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeğinin alt boyutları arasında ise, belirsizlik üzüntü ve stres vericidir alt ölçeği için, %35,8'lik, belirsizlik eyleme geçmeyi engeller alt ölçeği için %21,1'lik, belirsiz olaylar olumsuzdur ve kaçınılması gerekir alt ölçeği için ile %23,4' lük, belirsizlik adil değildir alt ölçeği ile %27,7'lik pozitif yönde anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$) Tablo (4.17).

Romatoid artrit kronik hastalık olması sebebiyle bireyleri, çok boyutlu olarak etkilemektedir. Yaşanılan fiziksel yetersizlikler, hastanın psikosoyal uyumunu etkilemekle birlikte, hastalık süresince duygusal iniş ve çıkışlar yaşatabilmektedir. Uzun tanılama, tedavi ve bakım gerektiren RA, bilişsel ve duygusal olarak da hastaları etkilemektedir.

Bu çalışmada hastalar, bilişsel duygu düzenleme ölçeği alt boyutlarından yüksek puan almışlardır. Çalışmanın daha büyük örnekleme, hastanede yatışı olan ve olmayan hastalarda farklı çalışmalarla değerlendirilebileceği düşünölmektedir.

5.1.1. İşlevsel Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Kullanımı İle İlgili Bulguların Tartışılması

Medeni duruma göre değerlendirildiğinde işlevsel bilişsel duygu düzenleme evli olan hastalar tarafından daha etkin kullanılmıştır. Bekârların kabul etme, bakış açısına yerleştirme boyut puan ortalamaları daha yüksektir ($p<0.05$) (Tablo 4.6). Kadın hastaların işlevsel olan duygu düzenleme stratejilerini kullanmalarının, erkeklere göre daha zayıf olduğu bulunmuştur. Yorgunluk puanı ile bakış açısına yerleştirme (olumlu değerini azaltma) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuş ($p<0.05$) olması, bunu kanıtlar niteliktedir. Buna göre RA hastalarının durumun olumlu değerini azaltması yorgunluk puanını arttırmaktadır (Tablo 4.14).

5.1.2. İşlevsel Olmayan Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Kullanımı İle İlgili Bulguların Tartışılması

Medeni duruma göre; bilişsel duygu düzenleme ölçeğinin kendini suçlama, yıkım ve diğerlerini suçlama alt boyut puan ortalamaları farkı ise istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Bekârların, kendini suçlama, yıkım ve diğerlerini suçlama alt boyut puan ortalamaları daha yüksektir ($p<0.05$) (Tablo 4.6).

Yorgunluk puanı ile bilişsel duygu düzenleme ölçeğinin alt ölçeği olan kendini suçlama arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). RA hastalarının kendini suçlaması arttıkça, yorgunluk puanı artmaktadır (Tablo 4.14).

5.2. Belirsizliğe Tahammülsüzlük ile İlgili Bulguların Tartışılması

Çalışmada kullanılan belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeği ve alt boyutlarına ait toplam puan dağılımları Tablo 4.4’de sunulmuştur. Katılımcılar, belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeğinin ‘belirsizlik üzüntü ve stres vericidir’ alt boyutundan 37.84 ± 3.69 , ‘belirsizlik eyleme geçmeyi engeller’ alt boyutundan 31.70 ± 3.21 , ‘belirsiz olaylar olumsuzdur ve eyleme geçmeyi engeller’ alt boyutundan 16.89 ± 1.89 ve ‘belirsizlik adil değildir’ boyutundan 21.27 ± 2.62 puan almışlardır. RA hastaları belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeğinin alt boyutlarından en yüksek puanı “stres ve üzüntü verici” alt boyutundan almışlardır. RA hastaları, cinsiyet ve medeni duruma belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeğinin ‘belirsizlik üzüntü ve stres vericidir’, ‘belirsizlik eyleme geçmeyi engeller’, ‘belirsiz olaylar olumsuzdur ve kaçınılması gerekir’ ve ‘belirsizlik adil değildir’ alt boyut puan ortalama farkları istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$) Tablo (4.8). Romatoid artrit hastalarında sıkıntı oluşturan durumlara katlanmada, zorlanma ve yaşanan bu durumlarla baş edebilmek zor bir süreçtir. Sıkıntı veren olaylar ve sonuçlarının felaketleştirilmesi ile sıkıntıya tolerans oluşturulur (Sargın ve ark., 2012). Gümüş (2016)’ün çalışması, kronik bir hastalık olan multipl skleroz tanılı olan hasta grubuyla yapılmış olup, hastaların medeni durumunun belirsizliğe tahammülsüzlük puanlarını etkilediği, sonucun istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Evli olan hastaların belirsizliğe tahammülsüzlük puanları ($69,1870\pm 31,08$) bekâr olanların puanına ($51,9615\pm 25,92$) göre daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgu ile bizim çalışmamızın bulgusu ile zıtlık göstermektedir. Bu çalışmada diğer boyutlardan fark çıkmamasının nedeni, çalışmamıza katılan hastaların RA hastalığı ciddiyeti çok ileri düzeyde olmayan

sadece ayaktan tedavi gören hastalardan oluşuyor olmasından ve örneklemin çok büyük olmamasından kaynaklanıyor olabilir.

Ayrıca belirsizliğe tahammülsüzlükle ilgili yapılan bir çalışmada, hastalıkla ilgili bilgi eksikliği, hastalığa verilen anlamın, hastaların psikolojik ve sosyal desteklerinin eksik olması, karamsarlık ve buna tahammül edememenin multipl skleroz hastalarında intihar düşüncesine yol açabildiği belirtilmiştir (Gümüş, 2016). Kronik hastalığı olan bireylerde, hastalığın getirmiş olduğu yük ile baş etme becerilerinin arttırılmasında psikososyal değişkenlerin önemli olduğunu ortaya koyar niteliktedir. Yine romatoid artrit ve sistemik skleroz hastalarına yapılan Biofeedback (BFB) eğitiminin hastaların tedavisinde etkinliğinin incelendiği bir çalışmada, bir takım psikolojik endekslerin (öznel kontrol, reaktif ve kişisel kaygı düzeyi, depresyon) dinamikleri, tedavi öncesi ve sonrasında deney ve kontrol gruplarında karşılaştırılmıştır. Çalışma sonucunda, hastalarda anksiyete ve depresif reaksiyonlarda belirgin bir azalma olduğu bildirilmiştir. Bunun yanında hastalığın subjektif kontrolünün arttırılması, tedavi etkinliğinin sağlanmasında psiko-duygusal süreç müdahale eden uygulamaların etkili olduğu belirtilmiştir (Zborovski, 2018).

GYA'yı yerine getirme ve eklem deformitesi oluşma durumuna göre BTÖ alt boyutu "belirsiz olaylar olumsuzdur ve kaçınılması gerekir" puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$), (Tablo 4.10). Eklem deformitesi oluşanların, puan ortalaması daha yüksektir (Tablo 4.10). GYA'yı yerine getirme durumuna göre, farkın nereden geldiğini belirlemek için yapılan ileri analizde ise; "ağrı var fakat aktiviteleri sürdürebilecek düzeyde" diyenlerin puan ortalamalarının; "tam bağımlı" diyenlerden düşük olduğu belirlenmiştir. Bu durumun, çalışmaya katılan hastaların günlük aktivitelerini sürdürebilen fiziksel kaybı daha az olan, RA hastalığı ciddiyetinin çok ileri düzeyde olmayan sadece ayaktan tedavi gören hastalardan oluşuyor olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Kronik hastalıklarda yaşanan çaresizlik hissinin, kişilerde geleceğe ilişkin kısıtlılığa neden olduğu ve hastalık aktivitesini etkilediği bildirilmektedir (Schoenfeld-Smith K, 1996; Oflaz, 2018). RA'lı hastaların yaşam kalitesinin değerlendirildiği bir başka çalışmada, ev hanımı olan RA'lı bireylerde fiziksel işlev puanı 27.75 ± 44.09 , sağlıklı olan ev hanımlarında 48.13 ± 26.94 olarak saptanmıştır ($p< 0,001$) (Sinem ve ark., 2018).

Romatoid artrit hastalarında genellikle biyopsikososyal modele uygun yaklaşımlar uygulanması ve hastalığın ortaya çıkardığı semptomların da bu modele uygun yaklaşımlara ihtiyaç duyduğu belirtilmektedir ancak bu alanda spesifik olarak geliştirilmiş ve standardize edilebilmiş yönteme rastlanılmamaktadır. Bahsi geçen yöntemler hastalıkla baş etme becerisi, ağrı ile baş etme becerisi, hasta eğitimi gibi farklı kavramlardan oluşması gerektiğine değinmektedir. Ancak uzun süre beklenen hedeflere ulaşarak sürdürülebilirliği kanıtlanmış yöntem ortaya konulmamıştır (Evers ve ark., 2002; Oflaz, 2018).

Belirsizliğe tahammülsüzlük durumu kronik bir hastalık olan RA'in hastalık süresine göre evrelendirilerek, daha büyük örnekleme karşılaştırmalı olarak çalışılmasının literatüre katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

5.3.Yorgunluk Şiddeti İle İlgili Bulguların Tartışılması

Bu çalışmada, yorgunluk puan ortalaması ile bilişsel duygu düzenleme ölçeğinin tüm alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$), Tablo (4. 12). Ancak bilişsel duygu düzenleme ölçeğinin tüm alt ölçeklerinin ortalamasının, şiddetli yorgun grupta daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Romatoid artritte ağrıyla beraber hissedilen en önemli komplike durum olan yorgunluk, günlük hayatı etkileme açısından ağrının bile önüne geçebilmektedir. Yapılan çalışmalarda, yorgunluğun etkisi ve yönetimi açısından RA'li hastalar arasında bireysel farklılıklar olduğu bildirilmektedir. Yorgunluk şiddetinin kadınları, erkeklere oranla daha fazla etkilediği belirlenmiştir. Ayrıca genç hastaların RA'in sebep olduğu kısıtlılıklardan dolayı çalışma hayatlarında ve sosyal yaşantılarında sınırlamalar yaşadıkları bildirilmektedir (Hewlett, 2005).

Yorgunluk ile bilişsel duygu düzenleme arasında yapılan ileri analizde, yorgunluk puanı ile bilişsel duygu düzenleme ölçeğinin alt ölçekleri olan kendini suçlama ve bakış açısına yerleştirme (olumlu değerini azaltma) düzeyleri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.14). Dolayısıyla romatoid artrit hastalarının kendini suçlaması ve durumun olumlu değerini azaltmasının yorgunluk puanını arttırdığı belirlenmiştir. Literatürde, kadınlarda daha sık görülen RA'in, hastalık aktivasyonu, algılanan ağrı şiddetinin, anksiyete ve cinsiyetin kadın olması ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Bu durumlar yorgunluğu

arttırıcı etkiye sahip olup, diğer taraftan bireyin rol ve sorumluluklarını yerine getirmede zorlaştırıcı olabilmektedir ve öz-yeterlilik algısını olumsuz yönde etkilediği bildirilmektedir (Reinseth ve ark., 2011; Türkoğlu, 2018).

Katılımcıların yaş ile yorgunluk puanı arasında istatistiksel olarak pozitif yönde, zayıf bir ilişki vardır ($p < 0.05$), (Tablo 4.16). Yaş arttıkça yorgunluk puanı da artmaktadır. Hastalık süresi ile yorgunluk puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p > 0.05$), (Tablo 4.16). Yorgunluk romatoid artrit hastalarında sıklıkla karşılaşılan bir semptom olup, çalışmamızda da %78 düzeyinde yorgunluk/güçsüzlük yaşandığı saptanmıştır. Literatürde, RA'li hastalarda yorgunluk görülme sıklığı %42-90 arasında değişiklik gösteren bir semptom olarak bildirilmektedir. (Gök Metin ve Özdemir, 2016). Bir başka çalışmada ise RA'da yorgunluk belirtilerinin %93.8 oranında görüldüğü saptanmıştır (Şanal Top, 2015). RA hasta grubunda yapılan bir çalışmada yorgunluk şiddeti, müdahale ve kontrol grupları oluşturularak, değerlendirilmiştir. Ön test ve son test ortalamaları karşılaştırıldığında ön testte gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken, son test ölçümleri değerlendirildiğinde toplam yorgunluk şiddeti ölçeği puan ortalamalarının kontrol grubunda anlamlı yüksek olduğu saptanmıştır ($r = 0,658$; $p = 0,001$) (Kılıç, 2018). Bu çalışmada da yorgunluk durumunun yüksek bulunması, literatür bilgilerini destekler niteliktedir. Uhlig ve Provan (2018) RA'de, yaş ve yorgunluk arasındaki ilişkiyi incelediklerinde anlamlı bir ilişki bulamamışlar ($p > 0.05$), yorgunluk yaşa bakılmaksızın RA'li hastalarda sık karşılaşılan bir semptom olarak değerlendirilmiştir.

Yorgunluk, hastalığın getirmiş olduğu bir yük olarak da değerlendirilmektedir (Uhlig ve ark., 2014). Yorgunluk üç faktörün etkileşimiyle anlatılabilir; hastalığa bağlı faktörler, bilişsel, davranışsal (düşünce, duygu ve davranışlar) faktörler ve kişisel alışkanlıklarla ilgili faktörler (Hewlett ve ark., 2011). Bu tanımdan da anlaşılacağı üzere yorgunluk, hastalığın varlığına dayanan ve çok boyutlu değişkenlerden etkilenen, fizyolojik ve psikolojik iyilik halini etkileyen bir kavram olarak değerlendirilmelidir. RA'da inflamasyon durumu az da olsa hastanın genel sağlık durumunda bozulma, aktivite kısıtlanması, psikolojik, fiziksel sağlık durumlarının zayıflığı durumlarını ve depresyon belirtilerini ortaya çıkarmaktadır (Bilberg ve ark., 2018). Ancak yapılan farklı çalışmalarda inflamasyon belirtilerinin yokluğuna rağmen, ağrının ve yorgunluk belirtilerinin devam ettiği ortaya konmuştur

(Vladimirova ve ark., 2015; Altun Güvenir, 2018). Oliveira Riberiro ve ark., (2013), RA hastalarında progresif gevşeme egzersizlerinin tıbbi tedaviye uyumu güçlendirdiğini, hastalık prognozunun iyileştirilmesine katkıda bulunduğunu ve kaslar üzerinde gevşetici etkiyle, yorgunluğu azalttığını saptamıştır. Bir başka çalışmada yorgunluk şiddeti, RA tanılı hastalarda müdahale ve kontrol grupları oluşturularak ön test ve son test değerlendirilerek yorumlanmıştır. Araştırma sonucunda ön test ölçümleri bakımından gruplar arasında fark bulunmazken, son test ölçümleri karşılaştırıldığında “yorgunluk şiddeti ölçeği” puanları kontrol grubunda anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($r=0,658$; $p=0,001$), (Kılıç, 2018).

Uluslararası düzeyde yapılan araştırmalar, RA’li hastaların yorgunluğunu “kontrol edilemez ve ezici bir acı” olarak tanımladıklarını ancak bunun sağlık çalışanları tarafından çoğunlukla göz ardı edildiğini bildirmektedir (Wardle, 2015). İlerledikçe ciddi fonksiyonel yetersizliğe yol açan, tıbbi olarak müdahale edilmesi gereken bir semptom olarak görülen, RA’in en başta gelen semptomlarından biri olan yorgunluk, aynı zamanda hemşirelerin de müdahale etmesi gereken en önemli hemşirelik tanılarında biridir. Kronik hastalıkların yönetiminde ve kronik hastalıkların semptomlarıyla etkili başa çıkmayı sağlayan, psikolojik değişkenleri bu doğrultuda aktive eden psikososyal yaklaşım, psikiyatri hemşiresinin fiziksel hastalıklara müdahalesinde en önemli araçtır. Bu anlamda, RA hastalarının yorgunluk ve yorgunlukla ilişkili ağrı, vb semptomlara ilişkin belirsizliğe tahammülsüzlük yaşayabildikleri ve başa çıkmalarında bilişsel duygu düzenleme stratejilerini kullanılabilecekleri görülmektedir. Ortaya çıkan bulguların ruh sağlığı hemşiresinin rollerini arttıracığı düşünülmektedir. Gelecekte romatoid hastasının yorgunluk ve etkilediği alanlarla hastanın, başa çıkma becerisini geliştirmesinde ruh sağlığı hemşiresinin daha aktif yer alması gerekliliğini ortaya koymaktadır.

5.4. Demografik Verilerle İlgili Bulguların Tartışılması

Romatoid artritli hastalarda, bilişsel duygu düzenlemenin belirsizliğe tahammülsüzlük ve yorgunluk şiddetine etkisini incelemek için yapılan araştırmamızda hastaların %74’ünü kadınlar oluşturmaktadır. Hastaların yaş ortalaması 51’dir. Akkaya (2015)’nin romatoloji hastalarıyla yaptığı çalışmada, hastaların %73.6’sı kadın olup, çalışmamızdaki kadın hasta sayısı ile benzerlik

taşımaktadır. RA (romatoid artrit)'in özellikle en fazla görüldüğü yaşlar olarak 50 olması ve kadın cinsiyette oluşması, hastalığın karakteristik özellikleri arasında yer almaktadır. Bu çalışmadaki hastaların %74'ü kadın, %26'sı erkektir. Yaş grubunun ve kadın hastaların oranı nedeniyle, araştırma örnekleminin, RA'in karakteristik özelliklerini yansıttığı söylenebilir. Katılımcıların yaş ortalaması 51 ± 11.20 olup, yaşları 23 ile 66 yaş arasında değişmektedir. Akkaya (2015)'nin romatoloji hastalarına yaptığı çalışmada; yaş ortalaması 43.53 ± 13.19 'dur. Pehlivan ve ark., (2015)'nin romatoloji hastaları üzerinde yaptığı farklı bir çalışmada da hastaların yaş ortalamasının 53.61 ± 13.98 yıl olduğu bulunmuştur. Oflaz (2018)'in çalışmasında ise katılan 150 bireyin yaş aralığı 30 ile 60 (yıl) arasında değişmekle birlikte yaş ortalaması $50,65 \pm 9,38$ yıl tespit edilmiştir. Farklı çalışmalardaki bu oranlar, bu çalışma ile benzerlik göstermektedir.

Katılımcıların %84'ü evli, %39.5'i ilköğretim mezunu ve %38.5'i ev hanımıdır. Akkaya (2015)'nin romatoloji hastalarıyla yaptığı çalışmada, hastaların %84.6'sının evli, %64.3'ünün ilköğretim mezunu ve %67.6'sının gelirinin giderine eşit olduğu bulundu. Bu çalışmada evli olan hasta sayısı ile bizim çalışmamızda evli olan hasta sayısı benzer olmakla birlikte, ilköğretim mezunu hasta sayısı, bu çalışmaya göre düşük orandadır. Pehlivan ve ark., (2015)'nin çalışmasında da %44.9'unun ilköğretim mezunu ve %79.4'ünün evli olduğu, %42.6'sının şehirde yaşadığı, %74.3'ü herhangi bir işte çalışmadığı ve %72.1'inin ekonomik durumunun orta düzeyde olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların %55,5'i, 5 ile 10 yıldır romatoid artrit hastasıdır. Türkoğlu (2018), hastalık süresinin $10,96 \pm 8,49$ yıl arasında değiştiğini belirtmiştir. Bir başka çalışmada katılımcıların hastalıkları ortalama 7.52 ± 3.34 yıldır ve bu süre 3 ile 21 yıl arasında değişmektedir. RA hastalarının şikayet süresi ortalama değeri 8 yıl (1-45) olarak saptanmıştır (Sekmen, 2018).

Bu çalışmadaki hastaların %57'si hastalıkları nedeniyle iş kaybı yaşamışlardır ve %86'sında eklem ağrısının olduğu saptanmıştır. Ağrı hastaların günlük yaşamını etkilemekle birlikte, çalışmamızda öne çıkmakta ve birçok fiziksel, sosyal kısıtlılığı da beraberinde getirmektedir. Bizim çalışmamız ile benzerlik gösteren Kılıç (2015)'in çalışmasında da hastaların, ağrı nedeniyle yapması gereken işler için daha fazla efor

sarfettiklerini, yorulduklarını, bunun önüne geçebilmek için ise işlerini uzun süreye yaydıklarını ve dinlenme araları verdikleri belirtilmiştir. Ağrı nedeniyle hastalar, daha üzgün olduklarını ve hayattan keyif alamadıklarını, tolere edebilecekleri duygusal durumlara dayanamadıklarını, bunun ise stresli ruh haline neden olduğunu belirtmişlerdir. Birçok hasta, ağrının neden olduğu stres yüzünden kendilerini sosyal ortamlardan mahrum bıraktıklarını belirtmiştir. Yaşam kalitesi açısından ağrının en çok uyku düzenlerini bozduğunu ifade etmişlerdir. Hastalarla yapılan görüşmelerde en çok uykuya dalma sırasında sorun yaşadıkları, hastaların uykularının gece sık sık ağrı yüzünden bölüdüğü bunlardan dolayı kalitesiz bir uyku düzenlerinin olduğunu belirtmişlerdir. Bu sonuç bize, yetersiz uykunun, vücudun dinlenememesine ve gün içinde kişileri kronik yorgunluğa sürüklediğine ve bu yorgunluk durumunun da stres ve duygusal sorunları beraberinde getirebileceğini düşündürmüştür (Kılıç, 2015). Kılıç (2015)'in romatoloji hastalarında yaptığı çalışmada da, bizim çalışmamıza paralel olarak; birçok hasta görüşme sırasında ağrıdan şikayetçi olduklarını; aynı zamanda ev işleri, iş hayatı gibi yerine getirilmesi zorunlu olan aktivitelerinin olduğunu belirttiler. Ağrı olmasına karşın bu aktivitelere devam ettiklerini ama istedikleri gibi yapamadıklarını ve kısıtlandıklarını bildirdiler. Nagyova ve ark., (2005)'in yaptığı bir çalışmada RA nedeniyle meydana gelen ağrının depresyon, ruhsal sorunlar ve anksiyeteye neden olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Bu çalışmada katılımcıların %80'inde RA dışında başka bir hastalık bulunmaktadır. Türkoğlu (2018)'in çalışmasında da hastaların %44,44'ünün (n=133) RA dışında ek hastalığının bulunduğu bildirilmiştir. Bu çalışmalar bu yönüyle bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Katılımcıların %86'sında eklem ağrısı vardır. Benzer olarak, Akkaya (2015)'nin çalışmasında da, %78.6'sının ağrı yaşadığı tespit edilmiştir. Pehlivan ve ark., (2015)'nin, romatoloji hastaları üzerinde yaptıkları farklı bir çalışmada hastaların %91.9'nun ağrı yaşadığı bulgusu elde edilmiştir.

Katılımcıların %69'unun eklemlerinde şişlik, %55'inde eklem deformitesi ve %88'inde sabah tutukluğu vardır. Pehlivan ve ark., (2015)'nin çalışmasında %55.9 oranında eklem deformitesi, %77.2'sinde eklem şişliği bulgusu saptanmıştır. Oflaz (2018)'in çalışmasında da, bireylerin şikayetlerine bakıldığında %46'sının ağrı, %8'inin hareket kısıtlılığı, %24,7'sinin ağrı ve hareket kısıtlılığı, %0,7'sinin eklem tutukluğu, %2,7'sinin sabah tutukluğu, %1,3'ünün ağrı ve tutukluğu, %10,7'sinin

yorgunluğu, %2'sinin ağrı ve yorgunluğu, %2,7'sinin yürüme güçlüğü yaşadığı tespit edilmiştir. Kılıç (2018)'in çalışmasında ise çalışma dahilindeki tüm hastalarda yorgunluk ve sabah tutukluğu, %60'ında eklem deformitesi olduğu, %97,1'inde eklem şişliği yaşandığı tespit edilmiştir. Yaşanılan tüm bu semptomlar, hastaların daha fazla yetersizlik yaşamalarına yol açacağından, RA'li hastaların tanınması ve girişimlerinin planlanmasında, fonksiyonel sınıfın değerlendirilmesi önem taşımaktadır. Bu veriler, romatoloji hastalarının sabah tutukluğu, eklem deformasyonu yaşamaları ve bu deformasyonun sebep olduğu yetersizlikler nedeniyle benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda romatoid artrit hastalarının %80'inde hastalıklarına yönelik ilaç kullanımı olduğu saptanırken, buna benzer olarak Akkaya (2015)'nin 182 romatoid artrit hastasıyla yaptığı çalışmada, 137 hastanın ilaç kullanımının olduğu belirlenmiştir. Çalışmamıza katılan hastaların %78.5'inde kortikosteroid kullanımı vardır. Pehlivan ve ark. (2015) steroid kullanım durumunu %72.8 olarak saptamışlardır. Bu veriler, çalışmamız ile benzerlik göstermektedir.

Bu çalışmada hastalığın anlamı sorgulandığında hastaların, %24'ü ağrı, %19'u yorgunluk/güçsüzlük %13,5'i belirsizlik, %13'ü hastalık ve ilaç, %9'u hastane, %8.5'u ise stres olarak değerlendirmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda RA'nın hastaları çok boyutlu olarak etkilediği, hastalığın fiziksel yetersizlikler ve stres yaşattığı bulgusu ortaya çıkmıştır. Çalışmaya katılan bireylerin şikayetlerine bakıldığında ise, yaklaşık yarısının temel şikayeti ağrı, geriye kalan bireylerin de oldukça büyük bir kısmının şikayeti ağrı ve hareket kısıtlılığı olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar, bireylerin yaşam kalitelerinin, sabah tutukluğu ya da eklem kısıtlılığı gibi fiziksel bulgular yerine; ağrı ve depresyon gibi bilişsel süreçlerin dahil olduğu durumlardan daha çok etkilendiğinin bir göstergesi olduğunu düşündürmektedir.

6.SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1.Sonuçlar

Katılımcıların %74'ü kadın, %84'ü evli, %39.5'i ilköğretim mezunudur ve %38.5'i ev hanımıdır. Katılımcıların %98'i sosyal güvenceye sahiptir, %70.5'i çekirdek ailede, %46'sı ilçede yaşamaktadır ve %71.5'inin geliri giderine eşittir. Katılımcıların yaş ortalaması 51 ± 11.20 olup 23-66 arasında değişmektedir.

Katılımcıların %55.5'i 5-10 yıldır romatoid artrit hastasıdır, %24'ü için hastalığının anlamı ağrı, %19'u için yorgunluk/güçsüzlüktür ve %32'sinin ağrısı vardır, fakat günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilecek düzeydedir. Katılımcıların %80'inde başka hastalık vardır, %57'si hastalıkları nedeniyle iş kaybı yaşamışlardır ve %86'sında eklem ağrısı vardır. Katılımcıların %69'unun eklemlerinde şişlik, %55'inde eklem deformitesi ve %88'inde sabah tutukluğu vardır. Katılımcıların %78'inde yorgunluk/güçsüzlük, %80'inde hastalıklarına yönelik ilaç kullanımı, %78.5' inde kortikosteroid kullanımı vardır ve %82'sinde ilaçlara bağlı yan etki olmamıştır. Katılımcıların hastalıkları ortalama 7.52 ± 3.34 yıldır ve bu süre 3-21 yıl arasında değişmektedir.

Katılımcılar, BDDÖ düşünceye odaklanma alt boyutundan 16.29 ± 2.48 , kendini suçlama alt boyutundan 16.22 ± 2.49 , planlanan tekrar odaklanma alt boyutundan 16.18 ± 2.57 , pozitif tekrar odaklanma alt boyutundan 16.16 ± 2.39 , kabul etme alt boyutundan 16.14 ± 2.30 puan almışlardır. Katılımcıların diğerlerini suçlama alt boyut puan ortalaması 16.29 ± 2.40 , bakış açısına yerleştirme alt boyut puan ortalaması 16.28 ± 2.31 , pozitif yeniden gözden geçirme alt boyut puan ortalaması 16.13 ± 2.35 , yıkım alt boyut puan ortalaması 16.00 ± 2.53 'dir. Katılımcılar BTÖ, stres ve üzücü alt boyutundan 37.84 ± 3.69 , olumsuz benlik alt boyutundan 31.70 ± 3.21 , geleceği bilmeme alt boyutundan 16.89 ± 1.89 ve eylem engel alt boyutundan 21.27 ± 2.62 puan almışlardır. Katılımcıların yorgunluk ölçek puan ortalaması 6.00 ± 0.80 'dir. Beş kesme noktasına göre %92.5'inde yorgun tanısı, 36 kesme noktasına göre %98'inde şiddetli yorgunluk vardır.

Cinsiyete göre; hiçbir BDDÖ alt boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Medeni duruma göre; BDDÖ kendini suçlama, kabul etme, bakış açısına yerleştirme, yıkım ve diğerlerine suçlama puan ortalamaları farkı ise istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Bekârların, kendini suçlama, kabul etme, bakış açısına yerleştirme, yıkım ve diğerlerine suçlama alt boyut puan ortalamaları daha yüksektir.

Kendini suçlama alt boyutu için; hastalık süresine, hastalığın anlamına, iş kaybı olmasına, eklem deformitesi oluşma durumuna ve yorgunluk/güçsüzlük durumuna göre kendini suçlama puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0.05$). GYA'yı yerine getirme durumuna göre kendini suçlama puan ortalamaları arasındaki fark ise istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Ağrı var fakat aktiviteleri sürdürebilecek düzeyde diyen katılımcıların puan ortalamalarının; tam bağımsız, bir kısım aktiviteleri sürdürebilecek düzeyde ve tam bağımlı diyenlerden düşük olduğu belirlenmiştir.

Kabul etme alt boyutu için; hastalık süresine, hastalığın anlamına, iş kaybı olmasına, eklem deformitesi oluşma durumuna ve yorgunluk/güçsüzlük durumuna göre kendini suçlama puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0.05$). GYA'yı yerine getirme durumuna göre kabul etme puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Ağrı var fakat aktiviteleri sürdürebilecek düzeyde diyenlerin puan ortalamalarının; tam bağımsız ve tam bağımlı diyen katılımcılardan düşük olduğu belirlenmiştir.

Düşünceye odaklanma alt boyutu için; hastalık süresine, hastalığın anlamına, iş kaybı olmasına, eklem deformitesi oluşma durumuna ve yorgunluk/güçsüzlük durumuna göre kendini suçlama puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0.05$). GYA'yı yerine getirme durumuna göre düşünceye odaklanma puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Ağrı var fakat aktiviteleri sürdürebilecek düzeyde diyenlerin puan ortalamalarının; tam bağımsız, bir kısım aktiviteleri sürdürebilecek düzeyde ve tam bağımlı diyen katılımcılardan düşük olduğu belirlenmiştir.

Pozitif tekrar odaklanma alt boyutu için; hastalık süresine, hastalığın anlamına, GYA'yı yerine getirme durumuna, iş kaybı olmasına, eklem deformitesi oluşma durumuna ve yorgunluk/güçsüzlük durumuna göre kendini suçlama puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0.05$).

Planan tekrar odaklanma alt boyutu için; hastalık süresine, hastalığın anlamına, GYA'yı yerine getirme durumuna, iş kaybı olmasına, eklem deformitesi oluşma durumuna ve yorgunluk/güçsüzlük durumuna göre kendini suçlama puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0.05$).

Pozitif yeniden gözden geçirme alt boyutu için; hastalık süresine, hastalığın anlamına, iş kaybı olmasına, eklem deformitesi oluşma durumuna ve yorgunluk/güçsüzlük durumuna göre kendini suçlama puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0.05$).

GYA'yı yerine getirme durumuna göre pozitif yeniden gözden geçirme puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). "Ağrı var fakat aktiviteleri sürdürebilecek düzeyde" diyenlerin puan ortalamalarının; "tam bağımsız ve bir kısım aktiviteleri sürdürebilecek düzeyde" diyenlerden düşük olduğu belirlenmiştir.

Bakış açısına yerleştirme alt boyutu için; hastalık süresine, hastalığın anlamına, iş kaybı olmasına, eklem deformitesi oluşma durumuna ve yorgunluk/güçsüzlük durumuna göre kendini suçlama puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0.05$). GYA'yı yerine getirme durumuna göre bakış açısına yerleştirme puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). "Ağrı var fakat aktiviteleri sürdürebilecek düzeyde" diyenlerin puan ortalamalarının; tam bağımsız, bir kısım aktiviteleri sürdürebilecek düzeyde ve tam bağımlı diyenlerden düşük olduğu belirlenmiştir.

Yıkım alt boyutu için; hastalık süresine, hastalığın anlamına, iş kaybı olmasına ve yorgunluk/güçsüzlük durumuna göre kendini suçlama puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0.05$). GYA'yı yerine getirme ve eklem deformitesi oluşma durumuna göre yıkım puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Eklem deformitesi olmayanların yıkım puan ortalaması daha yüksektir. GYA'yı yerine getirme durumuna göre farkın nereden geldiğini belirlemek için yapılan ileri analizde ise; ağrı var fakat aktiviteleri sürdürebilecek düzeyde diyenlerin puan ortalamalarının; tam bağımsız, bir kısım aktiviteleri sürdürebilecek düzeyde ve tam bağımlı diyenlerden düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 5).

Diğerlerini suçlama alt boyutu için; hastalık süresine, hastalığın anlamına, GYA'yı yerine getirme durumuna, iş kaybı olmasına, eklem deformitesi oluşma durumuna ve yorgunluk/güçsüzlük durumuna göre kendini suçlama puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0.05$).

Cinsiyet ve medeni duruma göre BTÖ belirsizlik üzüntü ve stres vericidir, belirsizlik eyleme geçmeyi engeller, belirsiz olaylar olumsuzdur ve kaçınılması gerekir ve belirsizlik adil değildir alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

BTÖ, belirsizlik üzüntü ve stres vericidir alt boyutu için; hastalık süresine, hastalığın anlamına, GYA'yı yerine getirme durumuna, iş kaybı olmasına, eklem deformitesi oluşma durumuna ve yorgunluk/güçsüzlük durumuna göre belirsizlik üzüntü ve stres vericidir puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0.05$).

BTÖ, belirsizlik eyleme geçmeyi engeller alt boyutu için; hastalık süresine, hastalığın anlamına, GYA'yı yerine getirme durumuna, iş kaybı olmasına, eklem deformitesi oluşma durumuna ve yorgunluk/güçsüzlük durumuna göre belirsizlik eyleme geçmeyi engeller puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0.05$).

BTÖ, belirsiz olaylar olumsuzdur ve kaçınılması gerekir alt boyutu için; hastalık süresine, hastalığın anlamına, iş kaybı olmasına ve yorgunluk/güçsüzlük durumuna göre belirsiz olaylar olumsuzdur ve kaçınılması gerekir puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0.05$). GYA'yı yerine getirme ve eklem deformitesi oluşma durumuna göre belirsiz olaylar olumsuzdur ve kaçınılması gerekir puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Eklem deformitesi oluşmalarının puan ortalaması daha yüksektir. GYA'yı yerine getirme durumuna göre farkın nereden geldiğini belirlemek için yapılan ileri analizde ise; ağrı var fakat aktiviteleri sürdürebilecek düzeyde diyenlerin puan ortalamalarının; tam bağımlı diyenlerden düşük olduğu belirlenmiştir.

BTÖ, belirsizlik adil değildir alt boyutu için; hastalık süresine, hastalığın anlamına, GYA'yı yerine getirme, eklem deformitesi oluşma ve yorgunluk/güçsüzlük durumuna göre belirsizlik adil değildir puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel

olarak anlamsızdır ($p>0.05$). İş kaybı olmasına göre belirsizlik adil değildir puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). İş kaybı olmayanların puan ortalaması daha yüksektir.

Cinsiyete, medeni duruma, hastalık süresine, iş kaybına ve **yorgunluk/güçsüzlük** durumuna göre yorgunluk puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0.05$). Hastalığın anlamına, GYA'yı yerine getirme durumuna ve eklem deformitesi oluşma durumuna göre yorgunluk puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Eklem deformitesi oluşanların puan ortalaması daha yüksektir. Hastalığın anlamına ve GYA'yı yerine getirme durumuna göre farkın nerden geldiğini belirlemek için ileri analiz yapılmıştır. Yapılan ileri analizde, hastalığın anlamına “ağrı” diyenlerin puan ortalamalarının; “ilaç” ve “hastalık” diyenlerden yüksek olduğu, hastalığın anlamı “stres” diyenlerin puan ortalamalarının, “yorgunluk/güçsüzlük”, “ilaç” ve “hastane” diyenlerden yüksek olduğu, aynı şekilde, hastalığın anlamı “belirsizlik” diyenlerin puan ortalamalarının, “yorgunluk/güçsüzlük”, “ilaç” ve “hastane” diyenlerden yüksek olduğu belirlenmiştir. GYA'yı tam bağımsız yerine getirenlerin puan ortalamalarının; bir kısım aktiviteleri yerine getirebilecek düzeyde ve tam bağımlı diyenlerden düşük olduğu belirlenmiştir.

Yaş ve hastalık süresi ile BDDÖ alt boyutları puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Yaş ve hastalık süresi ile BTÖ alt boyutları puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$). Yaş ile yorgunluk puanı arasında istatistiksel olarak pozitif yönlü, düşük düzeyli anlamlı ilişki vardır ($p<0.05$). Yaş arttıkça yorgunluk puanı da artmaktadır. Hastalık süresi ile yorgunluk puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

BDDÖ'nin alt boyutu olan belirsizlik üzüntü ve stres vericidir puanı ile BDDÖ tüm alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak pozitif yönlü anlamlı ilişki vardır ($p<0.05$). Belirsizlik üzüntü ve stres vericidir puanı ile yorgunluk puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktur ($p>0.05$).

BDDÖ'nin alt boyutu olan “belirsizlik eyleme geçmeyi engeller” puanı ile yorgunluk puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktur ($p>0.05$).

BDDÖ'nin alt boyutu olan "belirsiz olaylar olumsuzdur ve kaçınılması gerekir" puanı ile BDDÖ tüm alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak pozitif yönlü anlamlı ilişki vardır ($p<0.05$). Belirsiz olaylar olumsuzdur ve kaçınılması gerekir puanı ile kabul etme ve yorgunluk puanı arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.

BDDÖ'nin alt boyutu olan "belirsizlik adil değildir" puanı ile BDDÖ tüm alt boyutları arasında istatistiksel olarak pozitif yönlü anlamlı ilişki vardır ($p<0.05$). "Belirsizlik üzüntü ve stres vericidir" puanı ile yorgunluk puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktur ($p>0.05$).

Yorgunluk puan ortalaması ile BDDÖ'nin "kendini suçlama" ve "bakış açısına yerleştirme" (olayın değerini azaltma) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.05$).

6.2.Öneriler

Bu çalışma RA'de yaşanan yorgunluk şiddeti, romatoid artrit hastalığına yönelik belirsiz durumlara tahammülsüzlüğü ve bilişsel duygu düzenleme stratejilerini romatoid artrit hastalarında tanımlaması açısından literatüre, hemşirelik bilimine, KLP (konsültasyon-liyezon psikiyatrisi) hemşireliğine katkı sağlamaktadır.

Romatoid artrit hastalarında yorgunluk şiddetinin en az ağrı kadar önemli olduğu ve RA'lı hastalar tarafından yoğun şekilde yaşandığı belirlendiğinden, ileriki çalışmaların ağrıyla birlikte "yorgunluk şiddeti"ni de dikkate alacak şekilde planlanması,

Hastaların birçoğu için hastalığın anlamının büyük oranda "belirsizlik, yorgunluk ve stres" olarak algılandığı, dolayısıyla romatoid artrit hastaları için yorgunluk ve psikosoyal değişkenlerin önemli değişkenler olduğu, birlikte ele alınması,

Romatoid artritte önemli bir fiziksel semptom, tanı olan "yorgunluk şiddeti"nin aynı zamanda bir hemşirelik tanısı olduğu, hemşireler tarafından öncelikli olarak değerlendirilmesi,

Yorgunluk şiddeti ile bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin ilişkili olduğu, işlevsel olmayan bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin yorgunluk şiddetinin

artmasında etkili olduğu belirlendiğinden, hastaların bu semptomunun kontrol edilmesi, psikososyal uyumu ve tedaviye uyumlarının arttırılması için hastalara öğretilmesi ve aktif şekilde kullanmalarının sağlanması,

Romatoid artrit hastalarında fiziksel bakım ve psikososyal bakımın birlikte yürütülmesinin önemli olduğu, RA'lı hastaların tanının konduğu andan itibaren bütüncül bakım çerçevesinde ele alınması gerektiği,

KLP hemşirelerinin hastaların ruhsal iyilik halini belirlemede ve bilişsel duygu düzenleme stratejilerini hastalara öğretilmede, hastalığın yönetimini sağlamada poliklinikte aktif rol alması,

Tanımlayıcı çalışmaların yanı sıra RA hastalarının duygusal değişimlerinin kontrolüne, yaşam kalitesinin ve psikososyal uyumun arttırılmasına yönelik deneysel çalışmaların yapılması,

İleriki çalışmaların ve poliklinik uygulamalarının bu doğrultuda yapılandırılması, çalışmanın daha fazla sayıda RA tanılı bireylerle, yatan hastaları da içerecek şekilde, tanımlayıcı ve deneysel olarak yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Abdia S, Tabanb S, Ghaemianc A. (2012). Cognitive emotion regulation questionnaire: Validity and reliability of the Persian translation of the CERQ (36-item). *Social and Behavioral Sciences*, 32, 2-7.
- Acar M. (2013). Romatoid Artrit, Osteoartrit, Fibromiyalji Hastalarında Fiziksel Uygunluk ve Fiziksel Aktivite Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi, Ankara.
- Acıacı S. (2010). Romatoid artritli hastaların günlük yaşam aktiviteleri ve bağımlılık durumlarına göre stresle baş etme yöntemleri. Yüksek Lisans Tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Bolu.
- Akgün Şahin Z. Bülbül D. (2014). Romatoid artrit hastalarında öz-etkililik algısının belirlenmesi. *İzmir Tıp Dergisi*, (3), 16-22. Erişim: 20 Temmuz 2017.
<http://dergipark.ulakbim.gov.tr/izunitipder/article/view/1053000075>.
- Akkaya F. (2015). Romatoid artrit hastalarında yalnızlık, sosyal destek ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum.
- Akkoç N. (2010). Türkiye’de romatizmal hastalıkların epidemiyolojisi ve diğer ülkelerle karşılaştırılması. *RAED Dergisi*, 2, 1-8.
- Aldoa A. Nolen-Hoeksama S. (2010). Specificity of cognitive emotion regulation strategies: A transdiagnostic examination. *Behavior Research and Therapy*, 48, 974-983.
- Alekseeva T, Gavrilov Y, Kreis O, Valko P, Weber K, Valko Y. (2018). Fatigue in patients with myasthenia gravis. *Journal of Neurology*, 265 (10), 2312-21.
- Aletaha D, Neogi T, Silman AJ, Funovits J, Felson DT, Bingham CO ve ark. (2010). Rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. *Arthritis & Rheumatism*, 62, 2569-2581.
- Altan L, Bingöl Ü, Sağırkaya Z, Sarandöl A, Yurtkuran M. (2004). Romatoid artritli hastalarda anksiyete ve depresyon. *Archives of Rheumatology*.19:1 Erişim: 5 Şubat 2017,
<http://www.archivesofrheumatology.org/abstract/66>.
- Altun Güvenir A. (2018) Romatoid Artritli Hastalarda Ağrı Eşiği ve İlişkili Olduğu Faktörler. Doktora Yeterlilik Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara.

- Amini E, Goudarzi I, Masoudi R, Ahmadi A, Momeni A. (2016). Effect of Progressive Muscle Relaxation and Aerobic Exercise on Anxiety, Sleep Quality, and Fatigue in Patients with Chronic Renal Failure Undergoing Hemodialysis. *International Journal of Pharmaceutical and Clinical Research*, 8 (12), 1634-1639.
- Armutlu K, Korkmaz NC, Keser I, Sümbüloğlu V, Akbıyık DI, Güney Z, ve ark. (2007). The validity and reliability of the Fatigue Severity Scale in Turkish multiple sclerosis patients. *International Journal of Rehabilitation Research*, 30 (1), 81-85.
- Arndt JE, Fujiwara E (2014). Intractions Between Emotion Regulation and Mental Health. *Austin Journal of Psychiatry and Behavioral Science*, Erişim: 23 Nisan 2019.
<https://tr.scribd.com/document/259279767/Arndt-Fujiwara-2014>.
- Aslan SH, Karaköse H, Soy M, Alparslan ZN. (1996). Romatoid artritli kadın hastalarda beden algısı, benlik saygısı, aleksitimi, depresyon ve kaygı. *Düşünen Adam*, 9 (4), 23-7.
- Ata H. (2018). Romatoid Artritli Hastalarda El Fonksiyonları ile El Bileği Proprioepsiyonu Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi, Edirne.
- Ataman E, Dağ İ. (2014). Stres veren yaşam olayları, Bilişsel duygu düzenleme stratejileri depresif research papers belirtiler ve kaygı düzeyi arasındaki ilişkiler. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 17 (1), 7-17.
- Backman CL. (2006). Psychosocial aspects in the management of arthritis pain. *Arthritis Research & Therapy*, 8, 221.
- Bagnato G, De Andres I, Sorbara S, Verduci E, Corallo G, Ferrera A ve ark. (2015). Pain threshold and intensity in rheumatic patients: correlations with the Hamilton Depression Rating scale. *Clinical Rheumatology*, 34 (3), 555-61.
- Baloğlu HH, Aşkın AA, Yener M. (2015). Determination of the factors that affect health-related quality of life in patients with rheumatoid arthritis. *Acta Medica Mediterranea*, 31, 687-95.
- Benka JJ, Nagyova I, Rosenberger J, Calfova A, Macejova Z, Midde B, Lazurova I, van Dijk JP, Groothoff JW. (2012). Social support and psychological distress in rheumatoid arthritis: a 4-year prospective study. *Disability & Rehabilitation*, 34 (9), 754-61.
- Bes C. (2015). Romatoid Artrit ile ilişkili interstisyel akciğer hastalığı. *RAED Dergisi*, 7 (2), 41-46.

- Beyazova M, Kutsal YG. (2016). Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon 1-2. 3. Baskı, Güneş Tıp Kitapevi. İstanbul.
- Bilberg A, Bremell T, Bjersing J, Mannerkorpi K. (2018). High prevalence of widespread pain in women with early rheumatoid arthritis. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 47, 447-454.
- Brasington RD. (2008). Clinical features of rheumatoid arthritis. İçinde MC. Hochberg, AJ. Silman, JME. Weinblatt ve MH. Weis (Eds.), *Rheumatology Fourth*, London, Mosby Elsevier, 763-781.
- Budner S. (1962). Intolerance of ambiguity as a personality variable. *Journal of Personality*, 30, 29-50.
- Cafer B. (2018). Romatoid Artritli Bireylerde Özbakım Davranışları Ölçeğinin Türkçe Geçerlik Ve Güvenirliği. Yüksek Lisans Tezi, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, İzmir.
- Carleton RN. (2012). The Intolerance of Uncertainty Construct in the Context of Anxiety Disorders: Theoretical and Practical Perspective. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 12 (8), 937-47.
- Cimili C. (2001). Diyabette ve kronik hastalıklarda ruh sağlığı. Akalın MA.(Editör) Birinci basamakta diyabetik hastanın yönetimi. İzmir. S:91-100. Erişim: 17 Mart 2019, <http://www.academia.edu/434069/BIRINCI>
- Combe B, Landewe R, Lukas C, Bolosiu H, Breedveld F, Dougados M, ve ark. (2007). EULAR recommendations for the management of early arthritis: report of a task force of the European Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics (ESCISIT). *Annals of the Rheumatic Diseases*, 66, 34
- Cougle JR, Timpano KR, Goetz AR. (2012). Exploring the unique and interactive roles of distress tolerance and negative urgency in obsessions. *Personality and Individual Differences*, 52 (4), 515-520.
- Covic T, Cumming SR, Pallant JF, Monolis N, Emery P, Conaghan PG, ve ark. (2012). Depression and anxiety in patients with rheumatoid arthritis: Prevalence rates based on a comparison of the depression, anxiety and stress scale (DASS) and the hospital, anxiety and depression scale (HADS). *BMC Psychiatry*, 12, 6.
- Craig TK, Boardman AP, Mills K, Daly-Jones O, Drake H. (1993). The South London Somatisation Study. I: Longitudinal course and the influence of early life experiences. *The British Journal of Psychiatry*, 163 (5), 579- 588.

- Cüre E, Şahin M, Eren İ, Tunç EŞ, Baştürk A, İnanlı Çİ. (2006). Romatoid artritli hastalarda psikiyatrik semptomlar ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *MN Dahili Tıp Bilimleri*, 1/5-6, 358-64.
- Çelik H, Kocabıyık O. (2014). Genç yetişkinlerin saldırganlık ifade biçimlerinin cinsiyet ve bilişsel duygu düzenleme tarzları bağlamında incelenmesi. *Trakya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 4 (1), 139-155.
- Dalkılıç E. ve Coşkun BN. (2015). Romatoid artritte kardiyovasküler risk ve risk yönetimi. *RAED Dergisi*, 7 (2), 47-52.
- Demirel A. ve Kırnay M. (2010). Romatoid Artrit Tedavisinde Geleneksel ve Güncel Yaklaşımlar. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 19 (1), 74-84.
- Dilşen N. (2007). Romatoid Artrit. İçinde: *İç Hastalıkları*. Büyükoztürk, K, Atamer, T, Dilmener, M, Erzengin, F, Kaysı, A. ve Ökten, A. (Eds.), İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2709-2010.
- Direnzo D, Bosque M, Gould N, Finan P, Nanavati J, Bingham C. (2018). Systematic Review and Meta-analysis: Mindfulness-Based Interventions for Rheumatoid Arthritis. *Current Rheumatology Reports*, 20,75
- Dubert CJ, Schumacher AM, Locker L, Gutierrez AP, Barnes VA. (2016). Mindfulness and emotion regulation among nursing students: Investigating the mediation effect of working memory capacity. *Mindfulness*, 7, 1061-1070.
- Dugas MJ, Gosselin P, Ladouceur R. (2004). Intolerance of Uncertainty and Worry: Investigating Specificity in A Nonclinical Sample. *Cognitive Therapy and Research*, 25 (5), 551-558.
- Duraj V, Tafaj A, Backa T. (2013). Epidemiology of rheumatoid arthritis in tirana, Albania. *Materia Socio Medica*, 25, 96-7.
- Eftekhari A, Zoellner LA, Vigil SA. (2009). Patterns of emotion regulation and psychopathology. *Anxiety Stress Coping*, 22 (5), 571-86.
- Elsais A, Wyller VB, Loge JH, Kerty E. (2013). Fatigue in myasthenia gravis: is it more than muscular weakness? *BMC Neurology*, 13 (1), 132.
- Ergin S. (2012). Romatoid Artrit Etiyopatogenez ve Patoloji. Yalçın P. Ataman Ş. (Ed.) Romatoloji. Ankara: Nobel Kitabevi, 457-468.
- Ergin S. Romatoid Artrit. Beyazova M, G. Kutsal Y. (Editörler). (2016). Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon. Kısım 7. Bölüm 132. Baskı 3. Cilt 2. Ankara. Ayrıntı Basım Yayın ve Matbaacılık. 2803, 1803-1817.

- Evers AW, Kraaijmaat FW, van Riel PL, de Jong AJ. (2002). Tailored cognitive behavioral therapy in early rheumatoid arthritis for patients at risk: a randomized controlled trial. *Pain*, 100 (1-2), 141-53.
- Evers AWM, Kraaijmaat FW, Geenen R, Bijlsma JWJ. (1998). Psychosocial predictors of functional change in recently diagnosed rheumatoid arthritis patients. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 179-93.
- Farley S, Libman B, Edwards M ve ark. (2019). Nurse telephone education for promoting a treat to target approach in recently diagnosed rheumatoid arthritis patients: A pilot Project. *Musculoskeletal Care*, 17, 156-160.
- Firestein GS. (2006). Romatoid artrit, ed: Haris E, Budd R C, Firestein G S, Gonoves M C, Romatoloji, 7. Baskı, Ankara, Güneş Kitabevi. 996-1043.
- Frank GK, Roblek T, Shott ME, Jappe LM, Rollin MD, Hagan JO, ve ark. (2012). Heightened fear of uncertainty in anorexia and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 45 (2), 227-232.
- Garip Y. (2014). Functional assessment measures in rheumatologic disorders. *World Journal of Rheumatology*, 12, 4 (2), 6-13.
- Garnefski N, Boon, S, Kraaij V. (2005). Relationships between cognitive strategies of adolescents and depressive symptomatology accross different types of life events. *Journal of Youth and Adoloescence*, 32 (6), 401-408.
- Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30, 1311-1327.
- Garnefski N, Kraaij V. (2016). Specificity of relations between adolescents' cognitive emotion regulation strategies and symptoms of depression and anxiety. *Cognition and Emotion*, 1-8.
- Gong G, Mao, J. (2016). Health-Related Quality of Life Among Chinese Patients With Rheumatoid Arthritis. *Nursing Research*, 65 (1), 55-67.
- Gorman LM, Sultan DF, Raines ML. Davis's (1996). Manual of psychosocial nursing in general patient care. Philadelphia: F A Davis Company; 436-47.
- Gök Metin Z, Özdemir L. (2016). Romatoid Artritte Ağrı ve Yorgunluğun Yönetiminde Aromaterapi ve Refleksolojinin Kullanımı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 13 (1), 276-281.
- Göksoy T. (2002). Romatizmal hastalıkların tanı ve tedavisi. Ed. Göksoy T. İstanbul Tavaslı Matbaacılık.

- Grekhov R, Suleymanova G, Shilova L, Levkina M, Rogatkina M. (2018). The Use of Biological Feedback in Complex Treatment of Patients with Rheumatoid Arthritis and Systemic Sclerosis. *Lurian Approach in International Psychological Science*, 4(8), 337-345.
- Gross JJ. (2002). Emotion regulation in adulthood: Timing is everything. *Current Directions in Psychological Science*, 10 (6), 214-219.
- Gross JJ. ve John OP. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implication for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85 (2), 348-362.
- Gu J, Strauss C, Bond R, Cavanagh K. (2015). How do mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction improve mental health and wellbeing? A systematic review and meta-analysis of mediation studies. *Clinical Psychology Review*, 37, 1-12.
- Gümüş K, Sezgin S. (2016). Multiple Skleroz Hastalarında Belirsizliğe Tahammülsüzlüğün İntihar Düşüncesine Etkisi. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*,47/9, 475-486
- Hafström I, Engvall I-L, Rönnelid J, Boonen A, van der Heijde D, Svensson B. (2014). Rheumatoid factor and anti-CCP do not predict progressive joint damage in patients with early rheumatoid arthritis treated with prednisolone: a randomised study. *BMJ Open*, 4.
- Hamuryudan V. (2003) Romatoid Artrit. İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Sempozyum Dizisi (34) Nisan; S. 19-29.
- Hamuryudan V. (2005). Türkiye’de sık karşılaşılan hastalıklar I (Enfeksiyon Hastalıkları, Romatizmal Hastalıklar), İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Sempozyum Dizisi (55), S: 69-86.
- Hewlett S, Dures E, Almeida C. (2011). Measures of fatigue: Bristol Rheumatoid Arthritis Fatigue Multi Dimensional Questionnaire (BRAf MDQ), Bristol Rheumatoid Arthritis Fatigue Numerical Rating Scales (BRAf NRS) for Severity, Effect, and Coping, Chalder Fatigue Questionnaire (CFQ), Checklist Individual Strength (CIS20R and CIS8R), Fatigue Severity Scale (FSS), Functional Assessment Chronic Illness Therapy (Fatigue) (FACIT F), Multi Dimensional Assessment of Fatigue (MAF), Multi Dimensional Fatigue Inventory (MFI), Pediatric Quality Of Life (PedsQL) Multi Dimensional Fatigue Scale, Profile of Fatigue (ProF), Short Form 36 Vitality Subscale (SF 36 VT), and Visual Analog Scales (VAS). *Arthritis Care & Research*, 63 (11), 263-286.

- Hindistan S, Ergüney S. (2008). Romatoid artritli hastalara verilen eğitimin ağrı düzeylerine, psikolojik belirtilerine ve yardım arama tutumlarına etkisi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11, 3.
- Huizinga TW, van der Helm-van Mil A. (2011). A quantitative approach to early rheumatoid arthritis. *Bulletin of the NYU Hospital for Joint Diseases*, 69, 116.
- İnanç N. (2013). Romatoid artritte akciğer tutulumu. *RAED Dergisi*, 5 (1), 13-19.
- İnci HF, Başkale Akgül H, Ak Serçekuş P. (2019). Kanser Bilgi Yüğü Ölçeği'nin Türkçeye uyarlanması, geçerlilik güvenilirlik çalışması. *Cukurova Medical Journal*, 44 (1), 127-135.
- Joaquim AF, Appenzeller S. (2015). Neuropsychiatric manifestations in rheumatoid arthritis. *Autoimmunity Reviews*, 14 (12), 1116-22.
- Joormann, J, Yoon, KL, & Siemer, M. (2010). Emotion regulation and psychopathology. New York: Guilford Press.
- Josef S Smolen, Robert Landewé, Ferdinand C Breedveld, Maya Buch, Gerd Burmester, Maxime Dougados ve ark. (2014). EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2013 update. Smolen JS, et al. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 73, 492-509.
- June RR, Moreland LW. (2016). Rheumatoid Arthritis. İçinde IJ. Benjamin, RC. Griggs, EJ. Wing ve G. Fitz (Eds.), *Andreoli and Carpenter's Cecil Essentials of Medicine Ninth Edition*, Toronto: Elsevier Saunders, 770-774.
- Kalav S, Bektaş H. (2018). Romatoid Artrit Semptom Yönetimi ve Hemşirelik. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 34, 2, 112-130.
- Karadakovan A, Eti Aslan F. (2010). Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Adana: Nobel Tıp Kitapevler, 99-111.
- Katz PP. (1995). The impact of rheumatoid arthritis on life activities. *Arthritis Care Research*, 8, 272-8.
- Kaya T, Karatepe AG, Günaydın R, Türkmen G, Özbek G. (2007). Romatoid artritli hastalarda yaşam kalitesi: Hastalık aktivitesi, fonksiyonel durum ve sağlık durumu ile ilişkisi. *Romatizma*, 22, 119-22.
- Kaya N, Babadağ K. (2004). Romatoid Artritli Bireylerde Sağlığa İlişkin Yaşam Kalitesi. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 13 (53), 52-71.

- Keltner D, Gross JJ. (1999). Functional accounts of emotions. *Cognition and Emotion*, 13 (5), 467-480.
- Key J, Upchurch KS. (2012). ACR/EULAR 2010 rheumatoid arthritis classification criteria. *Rheumatology*, 51,5-9.
- Knittle KP, Gucht V, Hurkmans EJ, Vliet Vlieland TP, Peeters AJ, Runday HK. ve ark. (2011). Effect of Self-Efficacy and Physical Activity Goal Achievement on Arthritis Pain and Quality of Life in Patients With Rheumatoid Arthritis. *Arthritis Care & Research*, 63 (11), 1613-1619.
- Kool MB, van Middendorp H, Lumley MA, Bijlsma JW, Geenen R. (2013). Social support and invalidation by others contribute uniquely to the understanding of physical and mental health of patients with rheumatic diseases. *Journal of Health Psychology*, 18, 86-95.
- Kraaij V, Garnefski N, Vlietstra, A. (2008). Cognitive coping and depressive symptoms in definitive infertility: A prospective study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 29, 9-16.
- Krabben A, Huizinga T, van der Helm-van Mil A. (2012) Undifferentiated arthritis characteristics and outcomes when applying the 2010 and 1987 criteria for rheumatoid arthritis. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 71, 238.
- Kuijper, JJ Luime, H Xiong, PHP de Jong, PAHM van der Lubbe, D van Zeben, I Tchetverikov, JMW Hazes, AEAM Weel (2018). Effects of psychosocial factors on monitoring treatment effect in newly diagnosed rheumatoid arthritis patients over time: response data from the tREACH study. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 47, 3, 178-184.
- Kurt E, Özdilli K, Yorulmaz H. (2013). Romatoid artritli hastalarda beden imajı ve benlik saygısı. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 50, 202-08.
- Küçüksaraç S. (2009). Romatoid artritli hastalarda karpal tünel sendromunun el fonksiyonları üzerine etkisi. Uzmanlık Tezi, Selçuk Üniversitesi, Konya.
- Lazarus RS. (2006). Emotion and adaptation. New York: Oxford Univesity Press.
- Lesko M, Young M, Higham R. (2010). Managing inflammatory arthritides: Role of the nurse practitioner and physician assistant. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 22 (7), 382-92.
- Lipsky PE. (2007). Romatoid Artrit. Soy M (Çeviri ed.). Fauci AS, Langford CA (ed.). Harrison Romatoloji 5. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri, S: 85-103.

- Lopes PN, Salovey P, Cote S, Beers M. (2005). Emotion regulation abilities and the quality of social interaction. *Emotion, 5, 113-118*.
- Lu B, Hiraki L, Sparks J, Malspeis S, Chen C, Awosogba J, ve ark. (2014). Being overweight or obese and risk of developing rheumatoid arthritis among women: a prospective cohort study. *Annals of the Rheumatic Diseases, 73, 1914*.
- MacGregor AJ (2012). Sınıflandırma ve epidemiyoloji, Romatoloji, Hocberg (Ed). S: 755-761.
- Malemba JJ, Mbuyi-Muamba JM, Mukaya J, Bossuyt X, Verschueren P, Westhovens R. (2012). The epidemiology of rheumatoid arthritis in Kinshasa, Democratic Republic of Congo-a population-based study. *Rheumatology (Oxford), 51, 1644-1647*.
- Matcham F, Ali S, Irving K, Hotopf M, Chalder T (2016). Are depression and anxiety associated with disease activity in rheumatoid arthritis? A prospective study. *BMC Musculoskeletal Disorders, 17, 155*.
- Matcham F, Norton S, Scott DL, Steer S, Hotopf M (2016). Symptoms of depression and anxiety predict treatment response and long-term physical health outcomes in rheumatoid arthritis: secondary analysis of a randomized controlled trial. *Rheumatology (Oxford), 55, 268-78*.
- McCarron A. (2014). An exploration of the perceived effects of a support group for individuals with rheumatoid arthritis. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners, 27, 3*.
- McInnes IB, Schett G. (2011). The pathogenesis of rheumatoid arthritis. *The New England Journal of Medicine, 365, 2205-19*.
- Memiş S. (2011). Romatizmal hastalıklar. In: Kardakovan A, Eti Aslan F (Eds). Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım. Adana: Adana Nobel Tıp Kitabevi. S: 1381-84.
- Mendes, A. (2015). Helping People with Rheumatoid Arthritis to Live Well. *British Journal of Community Nursing, 20 (12), 620*.
- Nagyova I, Roy E, Stewart, Matejova Z. (2005). The impact of pain on psychological well-being in rheumatoid arthritis: the mediating effects of self-esteem and adjustment to disease. *Patient Education and Counseling, (58)5, 5-62*
- Oflaz FB. (2018). Bilişsel egzersiz terapi yaklaşımı ölçeği'nin romatoid artrit tanısı alan bireylerde geçerliği, güvenilirliği ve duyarlılığının belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi. Ankara.

- Oliveira Ribeiro NP, Mello Schier AR, Marinho T, Machado S, Nardi AE, Silva AC. (2013). Cognitive Behavioral Therapy for Patient With Rheumatoid Arthritis and Obesity. *Journal of Medical Cases*, 4 (6), 443-446.
- Onat O, Otrar M. (2010). Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması: geçerlilik ve güvenirlik çalışmaları. *M.Ü. Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, (31), 123-143.
- Ovayolu N, Ovayolu Ö, Karadağ G. (2011). Health-related quality of life in ankylosing spondylitis, fibromyalgia syndrome, and rheumatoid arthritis: a comparison with a selected sample of healthy individuals. *Clinical Rheumatology*, 30 (5), 655-664.
- Overman CL, Bossema ER, van Middendorp H, Wijngaards-de ML, Verstappen SM, Bulder M, ve ark. (2012). The prospective association between psychological distress and disease activity in rheumatoid arthritis: a multilevel regression analysis. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 71, 192-7.
- Öngen DE. (2010). The Relationships Between Adaptive and Maladaptive Perfectionism and Aggression Among Turkish Adolescents. *Australian Journal of Guidance and Counselling*, 20, 99-108.
- Öz F. (2001). Hastalık Yaşantısında Belirsizlik. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12 (1), 61-68
- Özdemir Ü, Taşcı S. (2013). Kronik Hastalıklarda Psikososyal Sorunlar ve Bakım. *ARÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1 (3), 57-72.
- Öztürk Ö. (2013). İntihar Olasılığı ve Aile İşlevselliği Arasındaki İlişkide Bilişsel Esneklik ve Belirsizliğe Tahammüslük Değişkenlerinin Aracı Rolü. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara.
- Özüberk M. (2018). Fibromiyalji Sendromu Romatoid Artrit Hastalarının Sıkıntıya ve Rahatsızlığa Dayanma Derecelerinin Karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Gaziantep.
- Padyukov L, Silva C, Stolt P, Alfredsson L, Klareskog L. (2004). A gene-environment interaction between smoking and shared epitope genes. In HLA-DR provides a high risk of seropositive rheumatoid arthritis. *Arthritis and Rheumatism*, 50, 3085.
- Parlar S. (2008). Artritli Hastalarda Kronik Ağrıya Gelişkin Bireysel Yönetimin Hastaların Yetersizlik Düzeyi ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.

- Pehlivan S, Ersoy S, Ugan Y, Fadiloğlu . (2015). Romatoid Artritli Hastalarda z bakım Gücü ve Etkileyen Faktörler. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 31 (1): 27-38. Erişim: 29 Aralık 2018, <http://dergipark.gov.tr/download/issue-file/9180>
- Reinseth L, Espnes GA. (2007). Women with Rheumatoid Arthritis: Non-Vocational Activities and Quality of Life. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 14, 108-115.
- Rezaei F, Doost HTN, Molavi H, Abedi MR, Karimifar M. (2014). Depression and pain in patients with rheumatoid arthritis: Mediating role of illness perception. *The Egyptian Rheumatologist*, 36 (2), 57-64.
- Robichaud M. (2013). Cognitive Behavioral Case Conference: A Clinical Case of Generalized Anxiety Disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 20 (3), 247-250.
- Rogers H, Brotherton H, Olivera PS, Segura DM, Peğa AM. (2015). Depressive and anxiety symptoms and social support are independently associated with diseasespecific quality of life in Colombian patients with rheumatoid arthritis. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 55 (5), 406-13.
- Russell JA. (2003). Core affect and psychological construction of emotion. *Psychological Review*, 110 (1), 145-72.
- Saketkoo LA, Pauling JD. (2018). Qualitative methods to advance care, diagnosis, and therapy in rheumatic diseases. *Rheumatic Disease Clinics*, 44 (2), 267-84.
- Salaffi F, Stancati A. (2004). Disability and quality of life of patients with rheumatoid arthritis: assessment and perspectives. *Reumatism*, 56, 87-106.
- Salliot C, Bombardier C, Saraux A, Combe B, Dougados M. (2010). Hormonal replacement therapy may reduce the risk for RA in women with early arthritis who carry HLA-DRB1 *01 and/or *04 alleles by protecting against the production of anti-CCP: results from the ESPOIR cohort. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 69, 1683-1686.
- Salt E, Crofford L. (2012). Rheumatoid arthritis: new treatments, better outcomes. *The Nurse Practitioner*, 37, 16.
- Sargın AE, zdel K, Utku , Kuru E, Alkar Y, Trkapar MH. (2012). Sıkıntıya Dayanma leği: Geerlik ve Güvenilirlik alışması. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, (1), 152-161.

- Sarıçam H, Erguvan FM, Akın A, Akça MŞ. (2014). The Turkish Short Version Of The Intolerance Of Uncertainty (Ius-12) Scale: The Study Of Validity And Reliability. *Route Educational and Social Science Journal*, 1 (3), 148-157.
- Savran Y, Akkoç N. (2005). Romatoid Artrit Tedavisi. *Dahili Tıp Bilimleri Dergisi*, 12 (4), 167-174.
- Schoenfeld Smith K, Petroski GF, Hewett JE, Johnson JC, Wright GE, Smarr KL, ve ark. (1996). A biopsychosocial model of disability in rheumatoid arthritis. *Arthritis & Rheumatism: Official Journal of the American College of Rheumatology*, 9 (5), 368-75.
- Serttan İİ. (2018). Romatoid Artritli Hastaların Fonksiyonel ve Psikososyal Durumlarının Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Celal Bayar Üniversitesi, Manisa.
- Sag S, Nas K, Sag MS, Tekeoglu İ, Kamanli A, Aydeniz A. (2018). Evaluating loss of productivity in patients with rheumatoid arthritis and its relationship to clinical parameters. *Annals of Medical Research*, 088,25 (3), 438-44.
- Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. (2010). Assessment and Management of Patients with Rheumatic Disorders. In: Brunner & Suddorth's Textbook of Medical- Surgical Nursing. Twelfth Edition. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia: 1631-46.
- Smolen JS, Aletaha D, McInnes IB. (2016). Rheumatoid arthritis. *Lancet*, 388 (10055), 2023-38
- Smolen JS, Landewé R, Bijlsma J, Burmester G, Chatzidionysiou K, Dougados M ve ark. (2017). EULAR Recommendations For The Management Of Rheumatoid Arthritis With Synthetic And Biological Disease-Modifying Antirheumatic Drugs: 2016 Update. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 76 (6), 960-977
- Soosova SM, Macejova Z, Zamboriova M, Dimunova L.(2017). Anxiety anddepression in slovak patients with rheumatoid arthritis. *Journal of Mental Health*, 26, 21-7.
- Sparks JA, Chen C-Y, Hırakı LT, Malspeis S, Costenbader KH, Karlson EW. (2014). Contributions of familial rheumatoid arthritis or lupus and environmental factors to risk of rheumatoid arthritis in women: a prospective cohort study. *Arthritis Care Research*, 66 (10), 1438-1446.
- Sugiyama D, Nishimura K, Tamaki K, Tsuji G, Nakazawa T, Morinobu A, ve ark. (2010). Impact of smoking as a risk factor for developing rheumatoid arthritis: a

- meta-analysis of observational studies. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 69 (1), 70-81.
- Symmons DP. (2002). Epidemiology of rheumatoid arthritis: determinants of onset, persistence and outcome. *Best Practice & Research: Clinical Rheumatology*, 16 (5), 707-22.
- Şanal Top C. (2015). Romatoid Artrit Tanılı Hastalarda Yorgunluk, Uyku Bozukluğu Ve Ayak Tutulumlarının Denge Parametreleri İle İlişkisi. Uzmanlık Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2014). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013. ANKARA Editörler: Berrak Bora Başara Cemil Güler Gökçalp Kadri Yentür.
- Tahtasız M. (2009). Romatoid Artritli hastalarda doku ve renkli doppler ekokardiografi bulguları. Uzmanlık Tezi, Dicle Üniversitesi, Diyarbakır.
- Tekin M. (2007). Romatoid artritli hastalarda tedavi uyumunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi ve uyum artırma önerileri. Uzmanlık Tezi, İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, İstanbul.
- Thompson RA. (1994). Emotion Regulation: A theme in search of definition. In NA. Fox, The Development of emotion regulation: Biological and Behavioral Consideration. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59, 25-52.
- Turan N, Öztürk A, Kaya N. (2010). A new responsibility in nursing: Complementary therapy. *Maltepe University School of Nursing Science and Art Journal*, 3 (1), 93-98.
- Turgutalp F. (2011). Romatoid artritli hastalarda yaşam kalitesini etkileyen faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi, Edirne.
- Turkiewicz AM, Moreland LW. (2007). Romatoid Artrit. Dinç A (Çeviri ed). Barlett SJ (Ed). Romatizmal Hastalıklarda Klinik Tedavi, Clinical Care in the Rheumatic Diseases, 3. Baskı. Romatoloji Araştırma ve Eğitim Derneği Yayınları, 159-160.
- TÜİK (2012). 2012 Sağlık Araştırması Health Survey 2012 Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu.
- Türkoğlu İ. (2018). Romatoid Artritli Hastalarda Öz Yeterlilik Algısı ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.

- Uçar M, Gül Aİ, Sarp Ü. (2014). Romatoid Artrit ve Depresyon İlişkisi. *Dicle Tıp Dergisi*, 41 (3), 548-551
- Uhlig T, AS. (2018). Treating Fatigue in Rheumatoid Arthritis: Does Patient Age Matter? *Drugs & Aging*, 35, 871-876. Erişim: 22 Nisan 2019, <https://doi.org/10.1007/s40266-018-0589-4>
- Uhlig T, Moe RH, Kvien TK. (2014). The burden of disease in rheumatoid arthritis. *Pharmacoeconomics (Auckland)*, 32 (9), 841-51.
- Uzun H. (2013). Romatoid artritli hastalarda beslenme durumunun değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Ünal E, Arın G, Karaca NB. ve ark. (2017). Romatizmalı hastalar için bir yaşam kalitesi ölçeğinin geliştirilmesi: madde havuzunun oluşturulması. *Journal of Exercise Therapy and Rehabilitation*, 4 (2), 67-75.
- Van der Linden M, Knevel R, Huizinga T, Van der Helm-van Mil A. (2010). Classification of rheumatoid arthritis: comparison of the 1987 American College of Rheumatology criteria and the 2010 American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism criteria. *Arthritis and Rheumatism*, 63, 37.
- Vladimirova N, Jespersen A, Bartels EM, Christensen AW, Bliddal H, Danneskiold-Samsøe B. (2015). Pain sensitisation in women with active rheumatoid arthritis: a comparative cross-sectional study. *Arthritis*, 2015, Article ID 434109, 5.
- Walsh JD, Blanchard BE, Kremer JM, Blanchard GC. (1999). The psychosocial effects of rheumatoid arthritis on the patient and the well partner. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 259-71.
- Wardle J. (2015). Respecting science, respecting tradition: Evidence-based care in the integrative medicine professions. *Australian Journal of Herbal Medicine*, 27 (2), 47.
- Wever M, Smeets P, Sternheim L. (2015). Neural correlates of intolerance of uncertainty in clinical disorders. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 27 (4), 345-353.
- WHO (2012). WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Erişim:24 Temmuz 2018, https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2012_Full.pdf

- Widdifield J, Paterson JM, Bernatsky S, Tu K, Tomlinson G, Kuriya B. (2014). The Epidemiology of Rheumatoid Arthritis in Ontario, Canada. *Arthritis & Rheumatology*, 66 (4), 786-793.
- Yıldırım R, Yazıcı Y. (2012). Romatoid artritte erken tedavi. *RAED Dergisi*, 4 (2), 59-67.
- Yirmibeşoğlu E, Öztürk AS, Erkal HŞ, Egehan İ. (2005). Kanser hastalarının bilgi arayışında internet kullanımı. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 12, 125-8.
- Zampetakis LA, Kafetsios K, Lerakis M, Moustakis VS. (2017). An Emotional Experience of Entrepreneurship: Self-Construal, Emotion Regulation, and Expressions to Anticipatory Emotions. *Journal of Career Development*, 44 (2), 144-158.
- Zborovski, AB. (2018). The Use of Biological Feedback in Complex Treatment of Patients with Rheumatoid Arthritis and Systemic Sclerosis. The Fifth International Luria Memorial Congress «Lurian Approach in International Psychological Science» 2018, 337,345.
- Zlomke KR, Hahn KS. (2010). Cognitive emotion regulation strategies: Gender differences and associations to worry. *Personality and Individual Differences*, 48 (4), 404-413.

EKLER

Ek 1. Kişisel Bilgi Formu

A.Sosyodemografik Değişkenler:

1. Adı-Soyadı: 2. Cinsiyet: () Kadın () Erkek
3. Yaş:..... 4. Medeni Durum: () Evli () Bekar ()

Dul/boşanmış

5. Öğrenim Durumu: Okur yazar değil () Okur yazar () İlköğretim ()
Ortaöğretim () Yükseköğretim ()

6. Mesleği: Memur () İşçi () Serbest Meslek () Ev Hanımı () Öğrenci
()

- Emekli () Çalışmıyor () Romatoid Artrit nedeniyle işini bırakmış ()
Romatoid Artrit nedeniyle iş değişikliği yapmış ()

- 7.Sosyal Güvence: Var () Yok ()

- 8.Evde Kimlerle Yaşıyor: Yalnız () Eş ile () Eş ve Çocukları () Çocukları
() Diğer aile bireyleri (.....)

- 9.Yasadığı yerleşim birimi: İl () İlçe () Köy ()

- 10.Sosyoekonomik durumu: Gelir durumu gider durumundan az ()
Gelir durumu gider durumuna eşit () Gelir durumu gider durumundan fazla ()
)

B. Hastalığa Ait Özellikler:

1. Hastalığın Süresi:..... Ortaya çıktığı ay/yıl:.....

2. Başka Kronik Hastalık Durumu: Var () Yok (); var ise nedir?
(.....)

3. İş Kaybı: Var () Yok ()

4. Eklem Ağrısı: Var () Yok ()

5. Eklemlerde Şişlik: Var () Yok ()

6. Eklem Deformitesi/Beden İmgesinde Değişim: Var () Yok ()

7. Sabah Tutukluğu: Var () Yok ()

8. Yorgunluk/Güçsüzlük: Var () Yok ()

9. Romatoid Artrite bağlı ilaç alma durumu: Var () Yok ()

10. Romatoid Artrite bağlı kortikosteroid kullanımı: Var () Yok ()

11. İlaç alımına bağlı yan etki: Var () Yok ()

C.Hastalık Öyküsü:

1.Romatoid Artrit hastalığının sizin için anlamını tanımlayınız.

.....

Günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken; A) Bağımsız B) Ağrılı fakat aktivitelerini sürdürebilecek düzeyde C) Bir kısım aktivitelerini sürdürebilecek düzeyde D) Bağımlı

Ek 2. Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği

OLAYLARLA NASIL BAŞA ÇIKARSINIZ?	Hemen Hemen Hiçbir Zaman	Nadiren	Bazen	Sık Sık	Hemen Hemen Her Zaman
Herkes zaman zaman tatlı acı olaylarla karşılaşmakta ve kendine özgü tepkiler vermektedir. Aşağıdaki sorular, olumsuz durumlarla karşılaştığınızda genelde neler düşündüğünüzü belirlemeyi amaçlamaktadır.					
1. Genelde kendimi suçlu hissederim.	1	2	3	4	5
2. Olanları kabul etmek zorunda olduğumu düşünürüm.	1	2	3	4	5
3. Yaşadıklarım hakkında neler hissettiğimi sık sık düşünürüm.	1	2	3	4	5
4. Yaşadıklarımı düşünmekten ziyade daha iyi şeyler düşünmeyi tercih ederim.	1	2	3	4	5
5. Elimden gelenin en iyisinin ne olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5
6. İçinde bulunduğum durumdan bir şeyler öğrenebileceğimi düşünürüm.	1	2	3	4	5
7. Herşey daha da kötü olabilirdi diye düşünürüm.	1	2	3	4	5
8. Yaşadıklarımın, diğerlerinin yaşadıklarından çok daha kötü olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5
9. Olaylarda diğerlerinin suçlu olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5
10. Olaylardan sorumlu olan kişinin ben olduğumu düşünürüm.	1	2	3	4	5
11. Durumu (olanları) kabullenmek zorunda olduğumu düşünürüm.	1	2	3	4	5
12. Yaşadıklarım hakkında ne düşündüğüme ve ne hissettiğime takılırım.	1	2	3	4	5
13. Yaşadığım olumlu olaylarla ilgili yapacak bir şeyimin olmadığını düşünürüm.	1	2	3	4	5
14. Durumla en iyi şekilde nasıl başa çıkabileceğimi düşünürüm.	1	2	3	4	5
15. Olaylardan sonra daha güçlü bir kişi haline geldiğimi düşünürüm.	1	2	3	4	5
16. Diğerlerinin daha kötü olaylarla karşılaştıklarını düşünürüm.	1	2	3	4	5
17. Sürekli olarak, yaşadıklarımın ne denli kötü şeyler olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5

18. Olanlardan diğerlerinin sorumlu olduğunu hissederim.	1	2	3	4	5
19. Bu olayda yaptığım hataları düşünürüm.	1	2	3	4	5
20. Olayla ilgili olarak birşeyleri değiştiremeyeceğimi düşünürüm.	1	2	3	4	5
21. Yaşadıklarımın dolaylı hissettiklerimin sebebini anlamaya çalışırım.	1	2	3	4	5
22. Olanlardan ziyade iyi şeyler düşünmeyi yeğlerim.	1	2	3	4	5
23. Durumu nasıl değiştirebileceğimi düşünürüm.	1	2	3	4	5
24. Kötü olayların iyi yönlerinin de olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5
25. Son yaşadığımın, diğer yaşadıklarım kadar kötü olmadığımı düşünürüm.	1	2	3	4	5
26. Başıma gelenlerin, bir kişinin başına gelebilecek en kötü şeyler olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5
27. Bu sorunda, diğerlerinin yaptıkları hataları düşünürüm.	1	2	3	4	5
28. Asıl sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm.	1	2	3	4	5
29. Olumsuz durumlarla yaşamayı öğrenmek zorunda olduğumu düşünürüm.	1	2	3	4	5
30. Olayın bende uyandırdığı hisleri derinlemesine irdelerim.	1	2	3	4	5
31. Yaşadığım güzel olayları düşünürüm.	1	2	3	4	5
32. Yapabileceğim en iyi planın ne olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5
33. Sorunun olumlu yanlarını bulmaya çalışırım.	1	2	3	4	5
34. Hayatta daha kötü şeylerin de olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5
35. Devamlı olarak, sorunun ne denli kötü olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5
36. Sebebin, temelde diğerlerinden kaynaklandığını düşünürüm.	1	2	3	4	5

Ek 3. Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği

Aşağıda hayatın belirsizliklerine insanların nasıl tepki gösterdiklerini tanımlayan bir dizi ifade yer almaktadır. Bu ifadelerin sizi ne derece doğru yansıttığını, yanındaki rakamlardan size uygun olanı daire içine alarak belirtiniz.

1	2	3	4	5
Beni Hiç Tanımlamıyor	Beni kısmen Tanımlıyor			Beni Tam Olarak Tanımlıyor
1-Belirsizlik, sağlam bir fikre sahip olmamı engelliyor.				1 2 3 4 5
2-Emin olamama, kişinin düzensiz olduğu anlamına gelir.				1 2 3 4 5
3-Belirsizlik yaşamı katlanılmaz hale getiriyor.				1 2 3 4 5
4-Yaşamda bir güvencenizin olmaması adaletsiz bir durumdur.				1 2 3 4 5
5-Yarın ne olacağını bilemezsem zihnim rahat olmaz.				1 2 3 4 5
6-Belirsizlik beni rahatsız, endişeli ya da stresli yapıyor.				1 2 3 4 5
7-Önceden kestirilemeyen olaylar beni alt üst ediyor.				1 2 3 4 5
8-İhtiyaç duyduğum bilginin tümüne sahip olamamak beni engelliyor.				1 2 3 4 5
9-Belirsizlik istediğim şekilde bir yaşam sürmemi engelliyor.				1 2 3 4 5
10-Beklenmeyen durumlardan kaçınmak için insan hep ileriye bakmalıdır.				1 2 3 4 5
11-Çok iyi planlanmışken bile beklenmeyen ufacık bir durum her şeyi bozabilir.				1 2 3 4 5
12-Harekete geçme zamanı geldiğinde belirsizlik elimi kolumu bağlıyor.				1 2 3 4 5
13-Belirsizlik içinde olmam, benim en iyi olmadığımı gösterir.				1 2 3 4 5
14-Emin olamadığım zaman, yapacaklarım konusunda ilerleyemiyorum.				1 2 3 4 5

Ek 4. Yorgunluk Şiddeti Ölçeği

Uygun sayıyı daire içine alınız.	Hiçbir şekilde katılmıyorum.						Tamamen katılıyorum
Yorgun olduğumda bir şeyler yapmak için harekete geçme isteğim daha az oluyor.	1	2	3	4	5	6	7
Egzersiz beni yorgun hale getiriyor.	1	2	3	4	5	6	7
Kolaylıkla yorgun düşüyorum.	1	2	3	4	5	6	7
Yorgunluk, bedensel işlevlerime engel oluyor.	1	2	3	4	5	6	7
Yorgunluk benim için çok sık sorunlara yol açıyor.	1	2	3	4	5	6	7
Yorgunluğum, uzun süreli bedensel işlevlerimi yürütmeme engel oluyor.	1	2	3	4	5	6	7
Yorgunluk, belirli görev ve sorumluluklarımı yerine getirmeme engel oluyor.	1	2	3	4	5	6	7
Yorgunluk, beni çok yetersiz hale getiriyor.	1	2	3	4	5	6	7
Yorgunluk, iş, aile ve toplum hayatımı olumsuz etkiliyor.	1	2	3	4	5	6	7

Ek 5. Aydınlatılmış Onam Formu

Romatizmal hastalıklardan birisi olan romatoid artrit eklemlerde hareket kısıtlılığı, fonksiyonel yetersizlik ve bunların sonucu olarak yaşam kalitesini düşürmesiyle birlikte; bedensel, sosyal ve ruhsal sorunlara yol açabilmektedir. Bu nedenle bu çalışma, romatoid artritli hastaların bilişsel duygu düzenleme becerilerinin, yorgunluk ve belirsizliğe tahammülsüzlük durumuna etkisini incelemek amacıyla planlanmıştır.

Sizler bu çalışmaya katılmayı reddetme ya da araştırma başladıktan sonra devam etmeme hakkına sahipsiniz. Bu çalışmaya katılmanız veya başladıktan sonra herhangi bir safhasında ayrılmanız daha sonraki tıbbi bakımınızı etkilemeyecektir. Bu çalışmada yer aldığınız süre içerisinde kayıtlarınızın yanı sıra ilişkili sağlık kayıtlarınız kesinlikle gizli kalacaktır. Hassas olabileceğiniz kişisel bilgileriniz yalnızca araştırma amacıyla toplanacak ve işlenecektir. Çalışma verileri herhangi bir yayın ve raporda kullanılırken bu yayında isminiz kullanılmayacak ve verilerinize ulaşamayacaktır.

Katılımınız için teşekkür ederiz.

Figen BEYHAN

Ordu Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Öğrencisi

İletişim

Tel: 05447696526

e-mail: f.beyhan@hotmail.com

Yukarıdaki gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kabul ediyorum.

Adı ve Soyadı:

İmza:

Telefon:

Adres:

Ek 6. Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği İzin Yazısı

Merhaba Mustafa Hocam "BİLİŞSEL DUYGU DÜZENLEME ÖLÇEĞİNİN TÜRKÇEYE UYARLANMASI: GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMALARI" isimli çalışmanızı planlanan yüksek lisans tezimde kullanabilmem için gerekli izin ve paylaşımınızı saygılarımla arz ederim. İyi çalışmalar dilerim.

FIGEN BEYHAN
ORDU ÜNİ. SAĞ BİL. ENST. HEMŞİRELİK ABD. YL
OMU SAĞ. UYG. VE ARAŞ. MER. GÖĞÜS HAST. HEM.

Dr. Mustafa Otrar <motrar@marmara.edu.tr>

6.03.2015 ☆ ↩

Alıcı: bana ▾

Merhabalar Figen Hanım,
Ölçeği tezinizde kullanabilirsiniz. Ekte ölçeği de yayınlanan makalesini de gönderiyorum.
Kolaylıklar dilerim.

Mustafa Otrar (Yrd.Doç.Dr.)

From: Figen Beyhan [mailto:figenbeyhan.55@gmail.com]

Sent: Monday, March 2, 2015 11:32 PM

To: motrar@marmara.edu.tr

Subject:

...

Ek 7. Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği İzin Yazısı

Merhaba Hocam, geçerlilik güvenilirlik yapmış olduğunuz "Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği, Endişe ile İlgili Olumlu İnançlar Ölçeği ve Endişenin Sonuçları Ölçeği"nin Türkçeye uyarlanması" geçerliliği ve güvenilirliği isimli çalışmalarınızı planlanan seminer araştırması adlı çalışmamda kullanabilmem için gerekli izin ve paylaşımınızı saygılarımla arz ederim. İyi çalışmalar dilerim.

FIGEN BEYHAN
ORDU ÜNİ. SAĞ BİL. ENST. HEMŞİRELİK ABD. YL
OMU SAĞ. UYG. VE ARAŞ. MER. GÖĞÜS HAST. HEM.

Sevda sarı <sevda.ksm@gmail.com>

10.03.2015 ☆ ↩

Alıcı: bana ▾

Kullanabilirsiniz,
Ölçeği hacettepe üniversitesi yüksek lisans tezimde bulabilirsiniz.
Kolay gelsin,
Psikolog Dr. Sevda Sarı Demir

Ek 8. Yorgunluk Şiddeti Ölçeği İzin Yazısı

Merhaba Hocam, geçerlilik güvenilirlik yapmış olduğunuz "Yorgunluk Şiddet Ölçeği (FSS)" isimli çalışmanızı planlanan yüksek lisans tezimde kullanabilmem için gerekli izin ve paylaşımınızı saygılarımla arz ederim. İyi çalışmalar dilerim.

FIGEN BEYHAN
ORDU ÜNİ. SAĞ BİL. ENST. HEMŞİRELİK ABD. YL
OMU SAĞ. UYG. VE ARAŞ. MER. GÖĞÜS HAST. HEM.

Kadriye Armutlu <karmutlu@hacettepe.edu.tr>

3.03.2015 ☆ ↩

Alıcı: bana ▾

Kullanabilirsiniz, iyi çalışmalar

...

Ek 9. Etik Kurul Onayı



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU


Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/52

15.01.2016

Sayın Yrd.Doç.Dr. Nevin GÜNAYDIN

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz **Romatoid Artrit Hastalarında Bilişsel Duygu Düzenlemenin Belirsizliğe Tahammülsüzlük ve Yorgunluk Şiddetine Etkisi** başlıklı OMÜ KA EK 2015/412 Karar nolu Anket çalışması nitelikli araştırma projeniz amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları açısından Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönergesine göre incelenmiş ve etik açıdan bir sakınca olmadığına, çalışmanın süresi 6 ayı geçerse 6 aylık bildirimlerinin yapılmasına, çalışma tamamlandıktan sonra sonucunun tarafımıza en geç üç(3) ay içerisinde bildirilmesine 19.11.2015 tarihli Etik kurulumuzda oy birliği ile karar verilmiştir

Bilgilerinize arz/rica ederim.


Prof.Dr.Dursun AYGÜN
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Figen CENGİZ
Doğum Yeri : Terme/Samsun
Doğum Tarihi : 25.03.1990
Yabancı Dili : İngilizce
E-posta : figenbeyhan.55@gmail.com
İletişim : Kocaeli İl Sağlık Müdürlüğü/Halk Sağlığı Labaratuvarı
Bilgileri

Öğrenim Bilgileri:

Derece	Bölüm/ Program	Üniversite	Yıl
Lisans	Hemşirelik	Ondokuz Mayıs Üniversitesi	2012

İş Deneyimi:

Görev	Görev Yeri	Yıl
Hemşire	Ondokuz Mayıs Üniversitesi	2012-2016
Hemşire	Sinop Halk Sağlığı Müdürlüğü-Ayancık TSM	2016-2017
Hemşire	Kocaeli İl Sağlık Müdürlüğü/Halk Sağlığı Labaratuvarı	2017

Yayımlar:

- Koç Z, Çelebi P, Memiş A, Sağlam Z, Beyhan F. (2014).Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Meme Kanseri Erken Tanı Metotlarından Yararlanma Durumları Üzerine Etkisinin Belirlenmesi. *J Breast Health*, 10: 166-173.