

ROMATOİD ARTRİTTE SEMPTOM YÖNETİMİ VE HEMŞİRELİK

SYMPTOM MANAGEMENT AND NURSING IN RHEUMATOID ARTHRITIS

Arş. Gör. Simge KALAV* Prof. Dr. Hicran BEKTAŞ*

*Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği AD.

Geliş Tarihi/Received: 27.03.2018

Kabul Tarihi/ Accepted: 01.08.2018

ÖZ

Romatoid artrit çok sayıda sinovial eklemi etkileyebilen kronik, enflamatuvar ve sistemik romatizmal bir hastalıktır. Hastalık yönetiminde fonksiyonel kapasitenin ve günlük yaşam aktivitelerinin iyileştirilmesi hedeflenmektedir. Hastalığa yönelik tedaviler birçok yan etkiyi beraberinde getirebilmektedir. Hasta gereksinimlerine göre planlanan hemşirelik girişimlerinin semptom yönetiminde olumlu etkisi olabilmektedir. Bu nedenle farmakolojik ve nonfarmakolojik stratejilerin kullanımı her hasta için ayrı ele alınmalıdır. Bütüncül değerlendirmeler, uygun öneriler, farmakolojik tedavilerin etki ve yan etkilerinin izlenmesi, nonfarmakolojik ve kanıta dayalı uygulamalar yoluyla, hemşireler hastaları mümkün olduğunca uzun bir süre güvenli ve fiziksel olarak aktif tutmaya, semptomlarını azaltmaya ve yaşam kalitelerini artırmaya yardımcı olabilirler. Hastaların en iyi bakımı alabilmeleri için, primer ve sekonder bakıma yönelik multidisipliner ekip tarafından gerçekleştirilen etkin işbirliği önemlidir. Multidisipliner ekibin kilit üyeleri olarak hemşirelerin, hastaların romatoid artrit ve etkileri konusundaki farkındalık düzeylerini artırmaları yoluyla daha etkili bir hasta bakımı sağlayabilecekleri düşünülmektedir. Bu nedenle romatoid artritli olan bireylerin hastalıkla baş edebilme becerilerini geliştirmelerine yardımcı olabilecek hasta odaklı girişimlerin sunulması önem taşımaktadır.

Bu derleme makalenin amacı romatoid artrit ile ilişkili tedavi ve semptom yönetiminde hemşirenin rol ve sorumluluklarını ayrıntılı bir şekilde ele almaktır. Derleme kapsamında romatoid artrit, hastalık ve tedavi ile ilişkili semptomlarla başetmeye yönelik önerilere yer verilmiş ve hastalık süreciyle ilgili hemşirelik girişimleri hakkında kapsamlı bilgiler paylaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Romatoid Artrit, Semptom, Yönetim, Hemşirelik

ABSTRACT

Rheumatoid arthritis is a chronic, inflammatory and systemic rheumatic disease that can affect numerous synovial joints. The development of functional capacity and daily living activities in disease management is targeted. Treatments for the disease can bring about many side effects. Nursing interventions planned according to patient needs can have a positive effect on symptom management. Therefore, the use of pharmacological and nonpharmacologic strategies should be considered separately for each patient. Through holistic assessments, appropriate recommendations, monitoring the effects and side effects of pharmacological treatments, non-pharmacological interventions and evidence-based practices, nurses can help keep patients safe and physically active for as long as possible, reduce their symptoms and improve their quality of life. Effective co-operation by the multidisciplinary team for primary and secondary care is important to ensure that patients receive the best care. As key members of the multidisciplinary team, nurses are thought to be able to provide more effective patient care by increasing the level of awareness of patients about rheumatoid arthritis and its effect. Therefore, it is important to present patient-focused interventions that can help individuals with rheumatoid arthritis develop their ability to cope with disease.

This review is intended to elaborate on the role and responsibilities of the nurse in managing the treatment and symptom associated with rheumatoid arthritis. The review included suggestions for dealing with rheumatoid arthritis, disease and treatment-related symptoms, and provided comprehensive information on nursing interventions related to the disease process.

Keywords: Rheumatoid Arthritis, Symptom, Management, Nursing

GİRİŞ

Romatoid artrit (RA), primer olarak eklemleri tutabilen, kronik seyirli, nedeni kesin olarak bilinmeyen, enflamatuvar ve sistemik otoimmün bir hastalıktır (Pehlivan ve ark. 2015, Stanmore 2015, Ben-Hadj-Mohamed ve ark. 2017). RA etiyolojisinde genetik, cinsiyet, yaş, gebelik, sigara, obezite, çevresel faktörler, immün sistem ve enfeksiyöz ajanların önemi vurgulanmaktadır (Özsoy ve ark. 2006, Uyar ve ark. 2011, Çil Akıncı ve Coşar Çetin 2017, Mayo Clinic). RA dünya genelinde %1 oranında, kadınlarda erkeklerden 2-3 kat daha fazla görülmektedir (Smeltzer ve ark. 2010).

Romatoid artrit patogeneğinde hem hümmoral hem de hümmresel bağışıklık mekanizmalarının rol oynadığı belirtilmektedir (Hamuryudan 2007). Hastalık, eklem sinovyasında inflamasyona ve proliferasyona neden olarak başlamakta, zamanla sinovya da pannüs formasyonu oluşturarak kıkırdaktaki kemik doku ve komşu diğerk dokularda yıkıma ve sonuçta da eklemde şekil bozukluklarına ve kas hareketlerinde azalmaya yol açabilmektedir (Smeltzer ve ark. 2010, Dündar 2012).

Hastalığın belirgin özellikleri enflamasyon, ağrı, azalmış fonksiyon seviyeleri ve morbidite artışıdır (Walker 2012). Hastaların büyük çoğunluğunda birkaç haftaya yayılmış sinsi bir başlangıç söz konusu olup, bu süre içerisinde hafif bir ateşin de eşlik ettiği halsizlik, yorgunluk, kilo kaybı ve bir veya birkaç küçük eklemde ağrı görülebilmektedir. Ağrılı, şiş, kızarık, sıcak eklemlemler genellikle enflamatuvar sinovitin en aktif fazında görülmektedir. En çok tutulan eklemlemler el ve el bilekleri, ayaklar,

dirsek ve diz eklemleri olarak belirtilmektedir. Semptomlar genellikle simetrik ve her iki tarafta özellikle sabahları görülmektedir. Hastaların %25'inde hastalığın çok ilerlediği dönemlerde romatoid faktörü pozitif olan hastalarda romatoid nodüller görülebilmektedir. Halsizlik, yorgunluk, hafif ateş gibi non-spesifik belirtiler bazen hastalığın ilk bulgusu olabildiği gibi, kardiyovasküler sistem, hematolojik sistem, karaciğer, solunum sistemi, göz, kas, böbrek, tükrük bezleri ve nörolojik sistem tutulumları da olabilmektedir. Diğer yandan osteoporoz, Sjögren sendromu (kuru gözler ve kuru mukoz membranlar) arterit, vücut yağlarında artışa bağlı kilo alımı, karpal tünel sendromu, lenfoma gibi komplikasyonlar da görülebilmektedir. (Keşkek 2004, Hamuryudan 2007, Hatemi ve Yazıcı 2009, Smeltzer ve ark. 2010, Uyar ve ark. 2011, Mayo Clinic).

Romatoid artrit tanısında laboratuvar bulguları, radyolojik bulgular ve fizik muayene önem taşımakta, ayrıca kilo kaybı, nörolojik değişiklikler, lenf nodu büyümesi ve halsizlik gibi eklem dışı belirtiler olabilmektedir. Fizik muayenede eklemlerde çift taraflı ve simetrik sertlik, hassasiyet, şişlik, ısı artışı ve romatoid nodüller görülmektedir. Hastaların $\frac{3}{4}$ 'ünde romatoid faktör pozitifliği görülebilmekte, ancak tek başına tanı için yeterli bulunmamaktadır. Eritrosit sedimentasyon hızı artışı, kırmızı kan hücresi ve C4 düzeyi düşüğü, C reaktif protein ve antinükleer antikor (ANA) pozitifliği görülebilir. Artrosentezde sinoviyal sıvıda inflamatuvar bulgular olabilmektedir. X-Ray ile kemik erozyonları ve daralmış eklem boşlukları görülmektedir. Üç yılda bir çekilen X-Ray ile hastalık ilerlemesi takip edilmelidir. Ultrason ve manyetik rezonans görüntüleme yapılabilir (Smeltzer ve ark. 2010).

Romatoid artrit tedavisi nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar (NSAİİ), kortikosteroidler, hastalık modifiye edici anti-romatizmal ilaçlar (disease modifying anti-rheumatic drugs / DMARD) ve biyolojik ajanlardan oluşmaktadır (Savran ve Akkoç 2005, Walker 2012). RA etkilerini azaltmaya yönelik kullanılan mevcut tedavilerle hastalığın kontrolünü sağlamak her zaman mümkün olmamakta ve bu tedaviler birçok yan etkiyi beraberinde getirmektedir. Yaşanan semptomlar nedeniyle RA yaşam kalitesi üzerinde belirgin bir etkiye neden olmaktadır. Bu nedenle multidisipliner bir ekibin hastanın bağımsızlığını sürdürmeye ve işlevlerini optimum düzeyde tutmaya yönelik bir bakım sağlaması gerekli görülmektedir (Tracey 2017).

Multidisipliner ekibin önemli bir üyesi olan hemşire RA yönetiminde ağrı, eklem hasarı ve diğer sorunlara yönelik profesyonel öneriler sunabilmelidir (Walker 2012). RA'lı hastaların özyönetimleri konusunda belirttikleri en önemli destek gereksinimleri daha fazla bilgi desteği, sosyal destek, uygulama / beceri desteği ve duygusal destek olarak belirtilmektedir. Yeni tanı konulan hastaların hastalık, ilaç tedavisi, ağrı ve yorgunluk semptomlarının rahatlatılmasına yönelik bilgi ve eğitim gereksinimleri oldukça fazladır. Hasta gereksinimlerine göre planlanan hemşirelik girişimlerinin semptom yönetiminde olumlu etkileri olabilmektedir (Walker 2012, Zuidema ve ark. 2015). Bu derleme makalenin amacı RA'da semptom yönetimi ve hemşirenin sorumluluklarını ayrıntılı bir şekilde ele almaktır.

Hastalık Semptomları ve Yönetimi

Ağrı

Ağrı RA'lı hastaların en önemli sorunlarından biridir (Edwards ve ark. 2006; Gök Metin ve Özdemir 2016a). Hastalık ilerledikçe eklemi destekleyen ve dengede tutan kaslar, bağlar ve tendonlar zayıflamakta ve normal işlev göremez hale gelebilmektedir. Bu etkiler, RA'da sık görülen ağrı ve eklem hasarına neden olabilmektedir (Masatlıoğlu 2017).

Ağrı kontrolünün yetersiz olması durumunda analjezik kullanımı, bu amaçla oral NSAİİ veya Siklooksijenaz-2 (COX-2) inhibitörlerinin, mümkün olan en kısa sürede en düşük etkili dozda (bir protein pompa inhibitörü ile birlikte) kullanılması önerilmektedir (İngiltere Ulusal Sağlık ve Klinik Mükemmellik Enstitüsü / National Institute for Health and Clinical Excellence / NICE 2009). Ağrılı eklem kortikosteroid enjeksiyonlarının kullanımı, hastalık alevlenmesinde rahatlama sağlayabilmektedir (Walker 2012).

Ağrı kontrolünde transkutanöz elektriksel sinir stimülasyonu (TENS), masaj veya akupunktur gibi non-farmakolojik tedavilerin kullanılmasının ek bir yarar sağlayabileceği, ancak geleneksel tedaviye bir alternatif olarak önerilmemesi gerektiği vurgulanmaktadır (Walker 2012). Osteoartrit veya RA'lı hastalarda ağrı ve fonksiyonel durum üzerinde tek başına bir tedavi olarak masajın etkisinin incelendiği bir sistematik derlemede, masaj tedavisinin diğer tedavi şekillerinden daha etkili olduğuna yönelik net sonuçlara ulaşılamadığı saptanmıştır (Nelson ve ark. 2017). Hemşireler hastalara kendi kendilerine masaj yaparken herhangi bir acı hissetmeleri durumunda masajı bırakmaları, çok şişmiş veya ağrılı bir eklem masajı yapmamaları, ellerin cildin üzerinde rahatça kaymasına yardımcı olmak için losyon veya yağ kullanmaları, profesyonel masaj yaptırmaları durumunda masaj terapistinin artritli bireylerle çalışma deneyimine sahip olduğundan emin olmaları konusunda önerilerde bulunabilirler (Arthritis Foundation). Hemşirelerin RA'da kullanabilecek tamamlayıcı alternatif tedavi yöntemleri ile RA hastalarının semptom yönetimine önemli katkılar sağlayabilecekleri vurgulanmaktadır (Gök Metin ve Özdemir 2016a). Yapılan randomize kontrollü çalışma sonuçlarına göre, aromaterapi masajı ve refleksolojinin RA hastalarında ağrıyı azalttığı saptanmıştır (Gök Metin ve Özdemir 2016b, Bakir ve ark. 2018). Transkutanöz elektriksel sinir stimülasyonu tedavisi, ağrılı bölgedeki sinirlere hafif elektrik sinyallerini yönlendiren küçük bir cihaz içermektedir. Bazı TENS türleri, büyük sinirlerin uyarılması yoluyla ağrı uyarılarını bloke etmekte, bazıları ise vücudun endorfin salgılamasını sağlamaktadır. Ağrının hafifleme düzeyi bireye göre değişiklik göstermektedir (Arthritis Foundation). Tai Chi terapisinin stresi ve ağrıyı azalttığı bildirilmektedir (Mayo Clinic).

Gevşeme, yönlendirilmiş imgeleme ve bilişsel başa çıkma becerileri gibi psikolojik alandaki girişimlerin kullanılması hastalığın yönetiminde bir araç olarak düşünülebilmektedir (Walker 2012). Randomize kontrollü bir çalışma sonucunda, relaksasyon tabanlı yoga programının RA ile ilgili ağrısı olan hastalar için uygulanabilir ve güvenli olduğu bulunmuştur (Ward ve ark. 2018).

Biyofeedback yönteminde vücudun stres ve ağrıya karşı tepkisinin daha fazla farkında olunmasına yardımcı olmak için, hassas elektrikli ekipmanlar kullanılmaktadır. Cihazlar kalp atış hızı, kan basıncı, cilt sıcaklığı ve kas gerginliğini izlemekte ve tepkilerin ayarlanmasına izin vermektedir. Biyofeedback, vücut gergin veya rahat olduğunda hastanın ne hissettiğini anlayabilmesine yardımcı olmaktadır (Arthritis Foundation). Yapılan bir çalışmada, juvenil RA hastalarında elektromiyografi biyofeedback eğitiminin 12 haftalık süreçte ağrıyı anlamlı şekilde azalttığı saptanmıştır (Eid ve ark. 2016).

Ağrının bireyin yaşam kalitesini etkileyen, fiziksel ve ruhsal sorunların ortaya çıkmasını kolaylaştıran önemli bir etken olması nedeniyle, erken dönemde belirlenerek uygun yaklaşımlarla ele alınması ve hastaya ağrıyla baş etme yöntemlerinin öğretilmesi önemli hemşirelik girişimleri arasındadır (Hindistan ve Ergüney 2008). Ağrı yönetiminde sıcak-soğuk uygulama yöntemleri kullanılabilir. Soğuk uygulama (örneğin, buz kalıbı) enflamasyonu, şişliği ve sertliği azaltarak eklem ağrısını hafifletebilir. Sıcak uygulama kasların gevşemesini ve kan dolaşımını desteklemektir. Kuru sıcak uygulama, ısıtıcı yatak, ısıtıcı lamba, ılık duş, ısıtılmış havlu, parafin mumu, nemli ısı uygulaması gibi girişimler önerilmektedir. Sıcak veya soğuk uygulama öncesi, ciltte kuruluk, kesik ve yara bulunmadığından emin olunmalı, gözle görülebilir bir deri hasarı varlığında parafin mumu banyosu gibi uygulamalar gerçekleştirilmemelidir, cildi yaralanmaya karşı korumak için havlu kullanılmalıdır. Sıcak-soğuk uygulamalar sonrasında girişim yapılan bölge dikkatlice kurulmalı, renk değişikliği ve şişme gibi belirtiler açısından cilt kontrol edilmelidir. Uygulamalar tekrarlanmadan önce cildin normal sıcaklığına ve rengine dönmesine izin verilmelidir (Arthritis Foundation, Mayo Clinic).

Hemşireler eklemlerin akılcıca kullanılması konusunda hastalara aşağıdaki önerilerde bulunabilirler (Arthritis Foundation):

- Bükme, kaldırma, uzanma, oturma ve ayakta durma için uygun yöntemler kullanılması,
- Eklemlere zarar veren aktivitelerden kaçınılması, etkilenen eklemler üzerine daha az baskı uygulamayı sağlayan kavanoz açıcılar, fermuar çekeceği gibi yardımcı cihazlar kullanılması,
- Doktorun veya fizyoterapistin / iş-uğraşı terapistinin önerileri doğrultusunda ağrıyı azaltmak ve rahatlamayı sağlamak için eklemleri sabitleyici ve destekleyici cihazlar kullanılması,
- En büyük ve en güçlü eklem ve kasların kullanılması,
- Nesnelere kaldırırken veya taşıırken, bir eklem veya vücudun bir bölgesine çok fazla basınç uygulanmasını önlemek için her iki kolun da kullanılması,
- Eklemleri aynı pozisyonda tutmak, sertlik ve ağrıya neden olabilmektedir. Uzun süre aynı pozisyonda kalmaktan kaçınılması ve sık sık pozisyon değiştirilmesi anlatılabilir.

Ağrı yönetiminde bir diğer önemli konu fiziksel aktivitedir. Düzenli fiziksel aktivite ağrının etkili bir şekilde yönetilmesine yardımcı olabilmektedir. Egzersiz ile genel sağlık düzeyi ve artrit semptomları iyileştirilebilmektedir. Egzersiz eklem hareketliliğini tutmakta, eklem çevresindeki kasları güçlendirmekte, kemik gücünü ve sağlığını korumakta, günlük aktivitelerin daha kolay gerçekleştirilmesine yardımcı olmaktadır. Ayrıca egzersiz enerji düzeyini artırmakta, uyku kalitesini iyileştirmekte, kilo kontrolüne yardımcı olmakta, kalbin güçlenmesine katkı sağlamakta, öz saygıyı artırmakta ve iyi olma halini desteklemektedir (Arthritis Foundation).

Yorgunluk

Yorgunluk doğrudan ağrı, uyku bozukluğu, hastalık süreciyle ilişkili depresyon veya düşük moral düzeyi gibi olası psikolojik faktörler ile ilişkili olabilmektedir. Hastanın öz bildirim yoluyla yorgunluğun gerçek kapsamı belirlenebilmesine rağmen, yorgunluk hastalar tarafından gönüllü olarak bildirilen bir semptom olmayabilmektedir. Yararlı olabilecek yorgunluğu yönetme stratejileri arasında enerji koruma teknikleri, bilişsel davranış teknikleri veya düşük etkili aerobik egzersizler yer almaktadır (Neill ve ark. 2006, Repping-Wuts ve ark. 2009, Walker 2012). Aerobik aktivite, iyi hissettiren kimyasalları (endorfinleri) artırmakta, ağrı yönetimine katkı sağlamakta ve uyku kalitesini ve ruh halini iyileştirebilmektedir. Aerobik aktivite yürüyüş, yüzme, su aerobiği ve zorlayıcı olmayacak şekilde veya düz arazide bisiklet sürmeyi içermektedir. Hastalar haftada beş gün 30 dakika aerobik aktivite yapmaya teşvik edilmelidir. Tek seferde 30 dakika aktiviteyi gerçekleştiremeyen hastalara, etkinliği tüm güne yayarak 10 dakikalık aralıklarla yapmaları, 10 dakikalık süreyi ileriki dönemlerde 15 dakikaya çıkartmayı hedeflemeleri önerilebilir. Güçlendirme egzersizleri ise hafif el ağırlıkları, direnç bantları, havuz egzersizleri ya da pilatesi içermektedir. Hastalar haftalık rutinlerinde kas güçlendirici egzersizleri yapmaya çalışmalarını konusunda teşvik edilmelidir. Esneklik ve denge geliştirici egzersizler Tai chi veya yoga gibi aktiviteleri, geriye doğru yürümeyi veya tek ayak üstünde ayakta durmayı içermektedir. Bu egzersizleri güçlendirme egzersizleri ile karıştırarak her gün yapmaları konusunda hasta yönlendirilmelidir. İncinmeyi önlemeye yönelik kasların her zaman ısınmışken esnetilmesi vurgulanmalıdır (Arthritis Foundation). Aromaterapi ve refleksoloji gibi alternatif tedavi yöntemlerinin de yorgunluğu azaltmada etkili olduğu saptanmıştır (Gok Metin ve Ozdemir 2016b). Hemşireler enerjinin korunması ile ilgili hastalara aşağıdaki önerilerde bulunabilirler (Arthritis Foundation):

- Dinlenme ve aktivite yapma arasında denge kurulması,
- Vücudun gösterdiği sinyallerin öğrenilmesi, gereksinim duyulduğunda mola verilmesi,
- Programın, iyi hissedilen zamanlarda bile dinlenme ile ilgili alternatif aktivitelere göre planlanması,
- Çalışmanın basitleştirilmesi, önceden plan yapılması, organize olunması ve kısayollar kullanılması,
- Gereksinim duyulduğunda aileden veya arkadaşlardan yardım istenmesi,

- İyi bir uyku ile enerjinin geri kazanılabildiği ve ağrının daha iyi yönetebildiğinin bilinmesi (Kaliteli bir uyku, ağrı ve şişliği azaltarak eklemlerin dinlenmesini ve enerjinin korunmasını sağlamaktadır. Öğle yemeği sonrası yorgunluk hissedilirse 15-20 dakika kestirerek enerji geri kazanılabilir. Geceleri uyumakta zorluk çekilirse, öğleden sonraları kestirmek yerine dinlenme denenebilir). Kaliteli uyku için aşağıdaki öneriler yer almaktadır:
 - Düzenli olarak orta derecede fiziksel egzersiz yapılması,
 - Yatmadan önce egzersiz yapmaktan kaçınılması,
 - Özellikle günün geç saatlerinde alkol ve kafein tüketiminden kaçınılması,
 - Düzenli bir uyku programı oluşturulması, (hafta sonlarında bile, her gün aynı saatte yataktan kalkmak önem taşımaktadır),
 - Yatmadan önce ılık bir banyo yapılması,
 - Yatıştırıcı müzik dinlenilmesi,
 - Yatmadan önce huzur verici şeylerle kendi kendine sakince zaman geçirilmesi,
 - Zevkli kitaplar okunması (teknik bilgiler, işle ilgili materyaller, korkutucu romanlar gibi zihni yorabilecek materyalleri incelemekten kaçınılmalıdır).
 - Doktor tavsiye etmedikçe uyku hapları kullanmaktan kaçınılması,
 - Uykusuzluk durumunda doktorla görüşülmesi gereklidir.
- Gevşeme tekniklerinin uygulanması (Ağrı deneyiminde hem fiziksel hem de duygusal stres yaşanabilmekte ve yorgunluk artabilmektedir. Ağrı ve strese bağlı kaslar gerilmekte, kalp hızı ve kan basıncı yükselebilmektedir. Gevşeme ise bu etkileri tersine çevirmeye yardımcı olabilmekte, ağrı ve yorgunluk yönetimi kolaylaşmakta ve iyi hissetmeye katkı sağlamaktadır. Gevşeme tekniklerinden biri güdülenmiş görselliktir. Bedeni ve zihni rahatlatabilecek yöntemlerden biri olan güdümlenmiş görsellik keyifli görüntülere odaklanmak için zihni kullanmaktadır. Bu yöntem yavaş ve derin nefes alarak uygulanmaya başlanmalıdır. Kendini güvenli ve rahat hissedilen bir yer düşünülmalıdır. Renkler, sesler, kokular ve duygular dahil olmak üzere tüm ayrıntılar zihinde yaratılmalıdır. Bu görüntüler zihni ağrıdan uzaklaştırıp, daha hoş bir şeye odaklanmayı sağlamaktadır. Diğer bir gevşetici teknik olan dua birçok birey için rahatlatıcıdır. RA hastaları için önerilen gevşeme tekniklerinden biri de hipnozdur. Bunun için hipnoz konusunda eğitilmiş bir sağlık profesyoneli ile birlikte çalışılması gerekmektedir.)

Eklem Tutulumları ile İlişkili Fonksiyon Kaybı ve Günlük Yaşam Aktivitelerinde Yetersizlik

Ağrı, sabah sertliği, yorgunluk, eklem kısıtlılığı ve eklem şişliği gibi sık karşılaşılan ve hastalığın tipik bulguları olarak kabul edilen semptomlar hastaların fonksiyonel durumunu etkileyebilmektedir (Altınkesen 2006).

Eklem tutulumu, şekil bozukluğu yaparak zaman içinde önemli sakatlıklara yol açabilmektedir (Hamuryudan 2003). Uyku veya uzun süren bir istirahat sonrası, eklemler ve eklemlerin çevrelerinde oluşan ve sabah tutukluğu olarak tanımlanan sertlik hissinin uyku sırasında eklem içinde ödem sıvısının birikmesi sonucu geliştiği belirtilmektedir (Özsoy ve ark. 2006). Tutukluk, aktif hastalıkta günün erken saatlerinde başlayıp geç saatlere kadar devam edebilmekte ve iş gücünü etkileyebilmektedir. Başta el ve ayak eklemleri olmak üzere birçok eklemde simetrik şişlikler gelişebilmektedir. Eklem tutulumu genellikle metakarpofalengeal, proksimal interfalengeal ve metatarsofalengeal eklemlerde başlamakta ve ardından el bilekleri, dizler, dirsekler, ayak bilekleri ve kalçalar tutulabilmektedir (Keşkek 2004, Hatemi ve Yazıcı 2009).

Eklem tutulumunun yanı sıra tüm organ ve sistemlerin de olumsuz etkilenmesi nedeniyle RA hastaları, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken önemli sıkıntılarla karşılaşabilmektedir (Pehlivan ve ark. 2015). Semptom yönetimindeki başlangıç girişimleri arasında kapsamlı bir sağlık öyküsü edinilmesi ve kas-iskelet sistemine odaklanan fiziksel bir değerlendirme yapılması yer almaktadır. Hasta takibi, hastalığın aktif dönemlerine yönelik objektif ve subjektif bulguların sürekli değerlendirilmesini içermelidir. Değerlendirme; eklem ağrısı derecesini, sabah tutukluğunun süresini ve yorgunluğu, aktif inflamasyonlu eklemlerin varlığını ve fonksiyon sınırlamasını içermelidir. Eklem hareket açıklığının (Range of Motion / ROM) kaybolması veya azalması, instabilite ve deforme hastalığın ilerlediğini gösteren bulgulardır. Hastanın eklemlerinde ödem, nodüller ve şekil bozuklukları varlığı, günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirebilme yeteği, yürüyüş dengesi ve el becerisi de değerlendirilmelidir (Swanson ve Pfenning 2011).

Hareket açıklığını sağlamak, kas kuvveti/kas-iskelet bütünlüğünü sürdürmeye ve aynı zamanda ağrıyı rahatlatmaya yardımcı olmak ve günlük yaşam aktivitelerini geliştirmeye yardımcı olmak için terapötik egzersiz planı geliştirilmelidir. Kötü şekilde şişmiş eklemlere egzersiz uygulanmamalı ve herhangi bir eklem üzerine çok fazla baskı uygulamaktan kaçınılmalıdır. Fizyoterapistle işbirliği yapılarak ve herhangi bir fiziksel kısıtlama durumu dikkate alınarak planlanan egzersizler, bireyselleştirilmiş bir aktivite yönetimine katkı sağlayabilmektedir. Yüzme ya da yürüme gibi egzersizler oldukça yararlıdır. Yüzme ve ılık su egzersizleri sert eklemleri ve ağırlı kasları rahatlatmada etkili olabilmekte ve ROM egzersizleri uygulamayı kolaylaştırmaktadır (Swanson ve Pfenning 2011). Ev içi egzersiz programları eklem fonksiyonlarının korunması açısından oldukça yararlıdır. Aerobik egzersiz, hastalık aktivitesini artırmadan veya eklem hasarını hızlandırmaksızın psikolojik durumu iyileştirebilmekte, ağrı ve yorgunluğu azaltabilmekte ve işlevsel yetenek üzerinde olumlu bir etki yaratabilmektedir (NICE 2009). Eklemlerde ağrıyı azaltmak için rahat

tutulan mutfak araç gereçleri, kullanımı kolay mutfak çeşmeleri, rahat iliklenen kıyafetler önerilebilir (Mayo Clinic).

Romatoid artrit, düşme için önemli bir risk faktörüdür (Stanmore ve ark. 2013). Hastalığın seyrinde görülen ağrı, sabah tutukluğu ve eklem hareketlerindeki kısıtlılık nedeniyle özellikle yürüme, merdiven çıkma gibi günlük aktiviteler gerçekleştirilirken postural kontrolü sürdürmede zorluklar yaşanabilmekte ve bu durum artmış düşme riskini beraberinde getirmektedir (Rome ve ark. 2009, İnanır ve ark. 2013). Düşme ile ilgili risk faktörleri; sedanter yaşam tarzı, çoklu ilaç kullanımı, düşme öyküsü, komorbidite, yorgunluk, ağrı, fiziksel yetersizlik, zayıf denge ve zayıf alt ekstremite gücü, genel sağlık durumunun kötü olması, hassas ve şiş eklemler, görme bozukluğu, psikososyal düşme korkusu, günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirme konusunda güvensizlik hissi yaşama, anksiyete ve depresyon olarak belirtilmiştir. RA'lı bireyler değerlendirilirken ev ortamı göz önüne alınmalı ve düşme riski açısından hastanın ev ortamını değerlendirmeye yönelik iş-uğraşı terapistinden yardım talep edilmelidir (Stanmore 2013, Stanmore 2015). Güvenli bir çevre oluşturmaya yönelik girişimler yapılmalı, ambulasyon, ince veya kaba motor becerileri ile ilgili zorluklar izlenmelidir. Hastayı riske atabilecek mobilya düzenlemeleri ya da kaygan kilim varlığı gibi durumların tespitine yönelik evin çevresel güvenliği hakkında değerlendirme yapılmalıdır. Düşme riski, ölçekler kullanılarak değerlendirilmelidir. Düşme riskine bağlı ev ortamının güvenliğine yönelik girişimler hakkında hasta ve ailesine eğitim verilmelidir (Crawford ve Harris 2015, Stanmore 2015). Hastalar düşme riskini azaltmaya yardımcı olmak için denge egzersizleri yapmaya teşvik edilmelidir (Arthritis Foundation).

Yardımcı araçların kullanımı, bağımsız gerçekleştirilen fonksiyonların sürdürülmesi için göz önüne alınmalıdır. Atel ve yürümeye yardımcı araçların kullanılması hareket ve fonksiyon geliştirmeye yardımcı olabilmektedir. El-el bileği ve ayak atellerinin, hastalığın özellikle alevlenme dönemlerinde ağrı ve ödemi azaltarak deformitelerin gelişmesini önlemeye yardımcı olabildiği belirtilmektedir. Bu nedenle hemşireler RA hastalarını uygun birimlere yönlendirerek hastaya yardımcı olabilirler. Hastayı fizyoterapiye yönlendirmek hareket yeteneğini optimize etmede yardımcı olurken, iş-uğraşı terapisi hizmetleri ise hastaların yapılmasını zor bulduğu aktiviteleri gerçekleştirmesine yönelik stratejilerin geliştirilmesine yardımcı olabilmektedir. Sabitleme, destekleme ya da özelleştirilmiş ayakkabı gerekiyorsa, ortodontik cihazlar için hasta yönlendirilebilir. Cihazlar hakkındaki hasta algılarının dikkatle tartışılması önemlidir. Ek yardımcıların kullanımı hastanın beden imajıyla çelişebilmekte ve bu nedenle maksimum yarar sağlama olasılığı düşebilmektedir (Walker 2012, Kınıklı 2014).

Romatoid artrit, hastanın mesai saatlerinde önemli ölçüde zaman kaybetmesine, iş göremezlik durumlarına ve iş gücü kaybına neden olabilmektedir. RA'nın kronik doğası, hastaların bağımsızlık düzeylerini ve mümkün olduğunca işyerinde kalabilme becerilerini etkileyebileceği için, hastaya yardımcı olmak çok disiplinli çalışmayı gerektirmektedir. Hastanın işten uzun süre uzak kalması ve engelliliğin algılanması strese neden olabilmekte, depresyon ve daha güçlü düzeyde bir iş görmezlik hissi

yaratabilmektedir. Bu nedenle işverenler, çalışanlara ayrılan görevlerin niteliğini yeniden gözden geçirme konusunda teşvik edilmelidir. Klinisyenler ayrıca, hastanın "çalışan" rolünü ve hastanın finansal, sosyal ve kişisel amaçları açısından çalışmaya bağlı değerini de dikkate almalıdır (Bevan ve ark. 2007, Walker 2012).

Sağlık profesyonelleri bireylerin zararlı alışkanlıklarını da değerlendirmelidir. Özellikle sigara kullanımı RA gelişiminde risk faktörü olarak kabul edilirken, daha ciddi eklem hastalığı ve eklem dışı bulgularla da ilişkili olduğu ve hastalık semptomlarının şiddetlenmesinde rol oynayarak prognozu artırıcı bir etkiye neden olduğu için ele alınması gereken konulardan biridir (Altinkesen 2006, Home ve Carr 2009). Yapılan bir çalışmada sigara kullanan RA hastalarının büyük bir kısmında hastalığın ilerlemiş olduğu saptanmıştır (Mirza 2014). RA riskinin sigara kullanım süresi ve miktarıyla artış gösterdiği belirtilmiştir (Stolt ve ark. 2003). Bir diğer çalışma sonucuna göre sigarayı bırakma önerileri verildiğinde, RA hastalarının önemli bir kısmı sigara içmeyi bırakmış, bu öneriler sigarayı bırakma konusunda hastaları motive etmede oldukça yararlı olmuştur. Aynı çalışma sonuçları RA hastalarını sigara bırakma konusunda hem sözlü hem de yazılı olarak eğitmek için yapılandırılmış bir planın önemini vurgulamıştır (Khan et al. 2017). Bu nedenle hastalara sigarayı bırakma konusunda destek sağlanmalıdır (Walker 2012).

Hastaya kontrolsüz ağrı, günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirirken yaşanan sorunların artması veya ince motor becerilerin bozulması gibi durumlar hakkında sağlık profesyonellerini mutlaka bilgilendirmesi gerektiği anlatılmalıdır (Crawford ve Harris 2015).

Beslenme Sorunları

Semptom yönetiminde bir diğer önemli nokta beslenme sorunlarıdır. RA'lı birçok hasta iştahsızlık ve istenmeyen kilo kaybı yaşadığından, sağlıklı beslenme alışkanlıkları konusunda eğitime gereksinim duyulabilmektedir (Crawford ve Harris 2015). Hastalarda anemi sıklıkla görülebildiği için demir içeriği yönünden zengin bir diyet, anemi ile başatmede oldukça önemlidir. Meyve ve sebzelerde bulunan antioksidanlar, enflamatuvar kimyasalların yok edilmesine yardımcı olmakta ve semptomları iyileştirebilmektedir (Rennie ve ark. 2003, Savran ve Akkoç 2005, Swanson ve Pfenning 2011). Bazı araştırmalar semptomları hafifletebilmek için et, süt ya da alerjiye neden olma olasılığı yüksek diğer yiyeceklerin tüketiminin azaltılmasını / hiç tüketilmemesini önermektedir (Rennie ve ark. 2003, Hagfors 2005). Diğer yandan özel diyetlere bağlı kalmak zamanla zorlaşabilmekte ve hastalarda beslenme yetersizlikleri açısından risk yaratabilmektedir (Swanson ve Pfenning 2011). Vejeteryan diyet, vegan diyet ya da Akdeniz diyeti gibi özel diyet seçenekleri önerilebilmektedir. Omega-3 yağ asitlerinden zengin diyetin ve Akdeniz mutfağının hastaların semptomlarının azalmasına yardımcı olabileceği belirtilmektedir (Savran ve Akkoç 2005, Stamp ve ark. 2005). Yüksek miktarda omega-3 yağ asitleri içeren balık yağının (bulantı ve ağızda balık tadı yapabilir) enflamasyonu azalttığı ve eklemlerdeki hassasiyet ve sabah katılığına rahatlatmada yardımcı olabileceğine dikkat çekilmektedir (Rennie ve ark. 2003, James ve ark. 2010, Mayo Clinic). RA'lı hastaların diyeti vitaminler, protein, mineral, demir içeren gıdalar açısından zengin olmalıdır.

İştahsızlığı olan hastalar az ve sık beslenmeli, steroid tedavisi kullanan hastaların diyeti düşük kalorili olmalıdır (Smeltzer ve ark. 2010).

Beden İmajı Değişikleri ve Depresyon

Romatoid artrit, deformiteye bağlı şekil bozukluğu ve fiziksel kısıtlılıklarla ilişkili yetersizlik hissi nedeniyle beden imajı ve benlik saygısının değişimi gibi psikolojik durumlarla yakından ilişkili olabilmektedir. Hastalık bireyin hem fiziksel hem de psikososyal yaşamında bozulmaya neden olabilmekte, semptomlar gündelik etkinliklerin kısıtlanması, iş yaşamında etkinliğin azalması, cinsel yaşamda sorunlar, toplumsal izolasyon, başkalarına bağımlı olma ile sonuçlanabilmektedir. Bu kayıplarla ilişkili olarak bireyin benlik saygısında azalma, beden algısında değişim, kaygı, öfke duyguları ve depresyon gelişebilmektedir (Aslan ve ark. 1996, Kurt ve ark. 2013).

Romatid artritte görülen depresyonun etiyopatogenezi karmaşık olabilmektedir. Bazı depresif belirtiler, artrit ile ilişkili benzer belirtiler olan somatizasyon yoluyla ortaya çıkabilmekte ve bu nedenle RA'da depresyon sıklıkla fark edilemeyebilmektedir (Uçar ve ark. 2014, Mendes 2015). Depresyon, hastanın tedaviye uyma isteğini olumsuz etkileyebilmekle birlikte, RA ile karşılaşılan zorlukları daha da karmaşık hale getirerek günlük yaşam kalitesi üzerinde kaçınılmaz olarak olumsuz bir etkiye de sahip olabilmektedir. Bu nedenle hemşirelerin RA hastalarında görülebilen yorgunluk, günlük aktiviteleri gerçekleştirmede güçlük, halsizlik, iştah kaybı ve uyku bozuklukları gibi belirtilerin depresyona bağlı olabileceği konusunda farkındalık kazanması önemlidir (Mendes 2015). Ağrı, halsizlik, depresyon hastanın anlama ve öğrenme yeteneğini olumsuz etkileyebilir. Hemşirenin bu semptomları birlikte değerlendirmesi önemlidir (Smeltzer ve ark. 2010). İngiltere Ulusal Sağlık ve Klinik Mükemmellik Enstitüsü, sağlık profesyonellerinin RA gibi fiziksel sağlık sorunu olan yetişkinlerde depresyonu tanılamalarına ve yönetmelerine yardımcı olmak için özel bir rehber oluşturmuştur (NICE 2009, Mendes 2015). Diğer yandan davranış tedavisi ve kognitif davranış eğitimleri yoluyla, hastalığın neden olduğu anksiyete ve depresyon belirtileri ile baş edilebilme ve önerilen yaşam stili değişiklikleri ve hobilerle bireylerin hastalıkla baş edebilme becerilerini geliştirmelerine yardımcı olunabilmektedir (Kınıklı 2014).

İyi iletişim, tedavinin hasta merkezli kalmasını sağlamak için gereklidir. Bireyin tedavi ve yönetim stratejileri ile ilgili algılarını, endişelerini ve önceliklerini ele almak önemlidir. Multidisipliner bir ekip, hastalığın hasta ve yaşamı üzerine etkilerini uygun bir şekilde değerlendirmesi ve semptomlar / tedavi süreci ile ilişkili hastaya özyönetim becerisi kazandırması açısından kilit bir öneme sahiptir (Walker 2012). Hasta kendine zaman ayırması, dinlenmesi, duygu ve düşüncelerini sağlık profesyonelleri, aile ve arkadaşları ile paylaşması konusunda cesaretlendirilmelidir (Mayo Clinic).

Etkilenen Eklem Dışı Bölgelerde Gelişen Semptomlar

Romatoid poliartrit çok değişik ve bazen hastalığın tüm ağırlığını yüklenen eklem dışı belirtilerle komplike olabilmektedir. RA'da deri tutulumları (romatoid nodüller, palmar eritem, vaskülitte bağlı deri lezyonları), solunum sistemi tutulumu (plörezi,

interstisyel akciğer fibröz, akciğerde romatizmal nodüller, bronşiolit, pulmoner hipertansiyona yol açan arterit), dolaşım sistemi tutulumu (perikardit, mitral valvülopati, ileti bozuklukları, miyokardit, koroner vaskülit), göz tutulumu, nörolojik tutulum (bası nöropatileri, periferik nöropati), kas tutulumu (güçsüzlük ve atrofiler), kemik tutulumu (osteopeni), hematolojik tutulum (Felty sendromu, anemiler, lenfoma), böbrek tutulumu (amiloidoz) ve psikosomatik yakınmalar gelişebilmektedir (Boz ve ark 2006). Hemşirelerin RA'ya bağlı organ tutulumları belirtilerini gözlemeleri, hastalara bu konularda eğitim ve danışmanlık yapmaları gereklidir. Hastaların fonksiyonel durumlarına ve kullandıkları ilaçlara bağlı olarak doktorun önerdiği şekilde göz taramaları, akciğer taramaları, rutin kan sayımı, romatolojik kan tetkikleri gibi rutin kontrollerini zamanında yaptırmaları konusunda bilgilendirilmeleri gereklidir. Hasta ve ailesine sağlığı koruyucu uygulamaları sürdürmeleri, RA dışındaki hastalıklar için de rutin sağlık taramaları yaptırmaları anlatılmalıdır (Smeltzer ve ark. 2010).

Tedavi Kaynaklı Gelişen Semptomlar ve Hemşirelik Girişimleri

Romatoid artritte tedavinin amaçları; semptom ve bulgularda iyileşme sağlamak, ağrıyı gidermek, eklemlerdeki ve diğer bölgelerdeki enflamasyonu baskılamak, eklem hasarını durdurmak veya yavaşlatmak, hastaların fonksiyonel kapasitelerini iyi düzeyde tutmak ve günlük yaşam aktivitelerinin sürdürülebilmesini sağlamaktır (Savran ve Akkoç 2005, Kınıklı 2014). RA tedavisinde genel olarak tedaviye yanıtın değerlendirilmesi ve ilaçların yan etkilerinin izlenmesi hastalık yönetiminde önem taşımaktadır (Swanson ve Pfenning 2011).

Hastalık modifiye edici anti-romatizmal ilaçlar genellikle RA yönetiminde ilk yaklaşım olarak belirtilmekte ve yaygın olarak DMARD ilaçlar (metotreksat, sülfasalazin, leflunomid, hidroklorokin) kullanılmaktadır. NICE DMARD'ların mümkün olan en kısa sürede, ideal olarak kalıcı semptomların ilk üç ayında başlatılmasını önermektedir (NICE 2009). DMARD kombinasyonu kullanılması eklem ve diğer dokulardaki hasarın azaltılarak hastalığın daha etkili şekilde baskılanmasını sağlamakla birlikte, DMARD tedavisi alan hastalarda toksisiteyi belirlemek ve hızlı bir şekilde tedaviyi sağlamak için düzenli izlem gerekmektedir (Mayo Clinic, NICE 2009, Walker 2012). Metotreksat alan hastalarda yan etkilere bağlı tedaviyi bırakma riski yüksek olabilmektedir (Swanson ve Pfenning 2011). Bu yan etkiler; stomatit, bulantı, kusma, karaciğerde fibrozis, fokal nekroz ve siroz, akut interstisyel fibrozis, trombositopeni, pansitopeni, deride döküntü ve kızarıklık, saç dökülmesi, baş ağrısı, ciddi akciğer enfeksiyonları, lenfoma, lösemi olarak belirtilmektedir (Mayo Clinic, Özbek 2011). İlaçlardan kaynaklanan sindirim sistemi rahatsızlıkları ve beslenme güçlüğü nedeniyle hastanın beslenme durumu değerlendirilmelidir (Crawford ve Harris 2015). Folik asit veya folinik asitin eşzamanlı uygulanması ile stomatit, mide bulantısı, diyare ve alopesi gibi sıklıkla tolere edilemeyen yan etkilerin oluşumu azaltılabilmektedir (Swanson ve Pfenning 2011). Gelişebilecek stomatiti önlemek için ağız bakımı verilebilir. Folik asit eklenen hastalarda mukoza ve GIS yan etkilerinin daha az görüldüğü belirtilmektedir (Özbek 2011). Metotreksatın teratojenik etkileri nedeniyle, üreme çağındaki kadınların güvenilir bir doğum kontrol yöntemi

kullanmaları önerilmektedir (Swanson ve Pfenning 2011). Sülfasalazin yan etkileri bulantı, kusma, ishal, karın ağrısı, karaciğer enzim yükseliği, trombositopeni ve kemik iliği baskılanmasıdır. Leflunomidin en önemli yan etkisi GİS ve karaciğer üzerine olup, karaciğer, böbrek yetersizliği ve hipoproteinemi durumunda kullanımı önerilmemektedir (Özbek 2011). Bu tür ilaçların kullanımında karaciğer enzimlerinin yükselmesi riskine karşılık sık izlem önerilmektedir (Swanson ve Pfenning 2011). DMARD grubu diğer bir ilaç olan siklosporinin yan etkileri nedeniyle ilk üç ay iki haftada bir, daha sonraki dönemlerde ayda bir böbrek fonksiyonlarının ve kan basıncının kontrol edilmesi önerilmektedir. Kreatinin yükselmesi ya da hipertansiyon açısından hasta takip edilmelidir. Diğer DMARD ilaçlarına göre hafif etkili olarak kabul edilen klorokinofosfat ve hidroklorokin yan etkileri arasında bulantı, ishal, kulak çınlaması, deride döküntü ve kızarıklık, baş ağrısı, miyopati ve görme alanı daralması yer almaktadır. Görme alanı daralması nedeniyle tedavi sırasında altı ayda bir görme alanı kontrolü yapılması gerektiği vurgulanmaktadır. Altın tuzu preparatları DMARD'lar içinde en fazla yan etkiye sahip ilaçlar olup dermatit, ağızda ülser, ishal, kemik iliği baskılanmasına neden olabilmektedir. D-Penisilamin ise bulantı, kusma, trombositopeni ve nötropeni, proteinüri, hematüri, glomerulonefrit gibi yan etkilere yol açabilmektedir (Özbek 2011).

Hastalık modifiye edici anti-romatizmal ilaçların hızlı bir anti-inflamatuvar yanıtları olmadığı için, semptomatik tedaviye ilk dönemde kısa süreli glukokortikoidlerle devam edilebilmektedir (NICE 2009). RA tedavisinde DMARD olmaksızın steroid tedavisi uygulamasının uygun olmadığı vurgulanmaktadır. (Özbek 2011). Steroid ilaçlar (prednizon) ağrı ve enflamasyonu baskılar, eklem hasarını yavaşlatır (Mayo Clinic). Steroid kullanımına bağlı başlıca yan etkiler deride incelleme, osteoporoz gelişimi, hipertansiyon, kilo alımı, sıvı retansiyonu, hiperglisemi, katarakt gelişimi, hiperlipidemi ve prematüre ateroskleroz olarak belirtilmekte ve kullanılan doz ve süre arttıkça, bu yan etkilerin de artabileceği belirtilmektedir. Bu nedenle özellikle kardiyovasküler hastalık riski de dikkatle ele alınmalıdır. (Savran ve Akkoç 2005, Feely 2010, Swanson ve Pfenning 2011, Özbek 2011, Walker 2012). Yıllık izlemler, sağlık profesyonellerinin hipertansiyon, osteoporoz ve depresyon gibi komorbiditeleri taramasına ve komplikasyonları düşündürebilecek semptomları değerlendirmelerine olanak tanımaktadır (NICE 2009). Hastalarda artmış ateroskleroz riski göz önüne alınarak sigara, hiperlipidemi, hipertansiyon ve sedanter yaşam tarzı gibi risk faktörleri azaltılmaya veya ortadan kaldırılmaya çalışılmalıdır (Savran ve Akkoç 2005). Steroid tedavisi alan hastalarda aldığı çıkardığı sıvı izlemi ve kan glikoz seviyeleri düzenli olarak takip edilmelidir. Özellikle diyabeti olan hastaların insülin veya oral antidiyabetiklerini zamanında ve dozunda almaları gereklidir. Tedavi başladıktan sonra hastanın kan kolesterol, yüksek dansiteli lipoprotein (HDL), düşük dansiteli lipoprotein (LDL) düzeyleri izlenmelidir. Steroid tedavisinin immün sistemi baskılaması nedeniyle hemşire hastanın enfeksiyonlardan korunmasına dikkat etmeli, enfeksiyon bulgularını izlemeli ve hastaya bu konularda bilgi vermelidir. Özellikle yaşlı hastalar, post-menopozal kadınlar, kalsiyumdan fakir diyetle beslenenler, sigara ve alkol kullananlar, hareketsiz yaşam tarzı olanlar, uzun süre ya da yüksek doz

steroid tedavisi kullananlar osteoporoz gelişme riski açısından izlenmelidir. Kırıklar kolaylıkla gelişebileceği için hastalar travmalardan korunmalıdır. Doktor önerisi ile kalsiyum içeren ilaçlar birlikte kullanılmalıdır. Tedavi süresince gelişebilecek ülser ve mide kanaması belirtileri gözlenmeli ve bu belirtiler hastaya öğretilmelidir. Doktor önerisi ile mide koruyucu ilaçlar birlikte kullanılmalıdır. Steroidlerin gerek sodyum-su tutulumunu gerekse iştahı artırmaları nedeniyle hastalar kilo alabilmektedir. Bu nedenle tuz ve kalori kısıtlaması yapılmalıdır. Steroid tedavisi başlamadan önce hemşire tarafından hastanın kilo ölçümü yapılmalı ve kaydedilmelidir. Steroidlerin kan basıncı yükselmesine yol açabilmesi nedeniyle hastaların kan basıncı izlemi yapılmalıdır. Steroid tedavisi süresince cildin incelebileceği, yaralanmalara duyarlı hale gelebileceği, yara iyileşmesinin gecikebileceği, hastaların kendilerini travmalardan nasıl korumaları gerektiği, cilt bakımı konusunda hastalar bilgilendirilmelidir (Balcı Alparslan ve Kapucu 2008). RA hastalarına yönelik uygun diyet önerileri ile obezite, osteoporoz ve kardiyovasküler hastalıkla ilişkili komorbiditeler ortadan kaldırılabilir (Kınıklı 2014). Romatoloji alanında çalışan hemşireler, hastaların beslenme ve diyet durumlarını değerlendirebilmelidir. Semptomlar, aşırı kilolu hastalarda eklemelerde artan zorlanma neticesinde daha kötü olabilmektedir. Liften zengin, şeker ve yağ oranı düşük, meyve ve sebzeleri bol miktarda içeren bir diyet sağlıklı kilo vermeye ve vücuda gerekli vitamin ve mineralleri sağlamaya yardımcı olacaktır (Rennie ve ark. 2003, Swanson ve Pfenning 2011). RA tedavisine yönelik glukokortikoid kullanmayan hastalarda dahi, sitokinlerin etkisiyle zamanla kemik kitlesinde bir azalma görülebileceği için hastaların diyetle veya ek olarak elemental kalsiyum ve D vitamini almaları önerilmiştir (Savran ve Akkoç 2005). Menapoz sonrası kadınlarda hormon replasman tedavisi uygulaması yardımcı tedaviler olarak önerilmektedir (Savran ve Akkoç 2005, Swanson ve Pfenning 2011).

Nonsteroidal antiinflatuar ilaçların (ibuprofen, naproxen sodyum) hastalık seyrine etkileri bulunmamakla birlikte, sadece alındıkları süreçte ağrı ve enflamasyonun azaltılmasında etkili oldukları belirtilmektedir. Bu ilaçların gastrointestinal sisteme (GIS) ait yan etkilerinin yaygın ve önemli olması nedeniyle ileri yaş, eşlik eden bir başka hastalık, önceden peptik ülser hastalığı gibi risk faktörleri varlığında dikkatli kullanılması önem taşımaktadır (Özbek 2011). Hemşireler GIS'te dispepsi, gastrik erozyon, peptik ülser, üst GIS kanaması, karaciğer enzimleri yüksekliği, kalp hastalıkları ve böbrek hasarı gibi yan etkiler konusunda dikkatli olmalı ve hastaları yakından takip etmelidir (Mayo Clinic). Ağrılı eklem bölgesine topikal tedaviler önerilebilir. Bu amaçla NSAİİ, salisilat grubu ilaçlar kullanılabilir (Arthritis Foundation).

Metotreksat, steroidler veya biyolojik tedaviler gibi immünosupresif tedavi alan tüm hastalarda mümkün olduğunca düzenli bağışıklama yapılması önerilmektedir (Hui ve ark. 2010).

Romatolojik hastalıklarda biyolojik ajanlar; patogeneizde önemli olan bir sitokini engellemeyi, T lenfositlerin aktivasyonu için gerekli olan ikinci sinyali önleyerek T hücrelerin aktive olmasını önlemeyi ve B hücrelerin sayısını azaltmayı hedeflemektedir (Sağ ve Nas 2017). Tümör Nekroz Faktörü / TNF antagonisti (Anti-TNF) ilaçların

(abatacept, adalimumab, infliximab, rituximab, tocilizumab, tofacitinib, etanercept) kullanılması sırasında dikkat edilmesi gereken konular şunlardır (Furst ve ark. 2005, Deighton ve ark. 2006, Hui ve ark. 2010, Smeltzer ve ark. 2010, Mayo Clinic):

- Nadir olarak infüzyon reaksiyonları ya da injeksiyon yerinde reaksiyonlar görülebilir.
- Ciddi ve fırsatçı enfeksiyonların görülme olasılığı artabilmektedir. Bu ilaçlar ile üst solunum yolu enfeksiyon sıklığı artmaktadır. Özellikle tüberküloz enfeksiyonu açısından risk artışı olduğuna dikkat çekilmiştir. Bu nedenle hastaların TNF antagonisti bir tedaviye başlamadan önce taramadan geçirilmesi önerilmektedir. Enfeksiyon varlığında akut faz tepkisinin baskılanması sonucu, ciddi enfeksiyon veya sepsis geçiren hastalarda, ateş ve sistemik bulgular gibi tipik belirtiler ortaya çıkmayabilmekte ve enfeksiyon bulguları gözden kaçabilmektedir. Bu nedenle, nonspesifik belirtileri olan hastalarda sepsisin ayırıcı tanısı göz önünde bulundurulmalıdır.
- Anti-TNF ilaç kullanımının malign hastalıkların gelişme riskini artırabileceği düşünülmekle birlikte, gerçek riskin belirlenmesine yönelik epidemiyolojik çalışmalar devam etmektedir.
- Seyrek olarak demiyelinizan hastalıklar, optik nörit bildirilmiştir.
- New York Kalp Cemiyeti New York Heart Association / NYHA) tarafından sınıf 3-4 kalp yetersizliği olan hastalarda bu ilaçların kullanılmaması önerilmektedir.
- Biyolojik tedaviler aşı etkinliğini azaltabileceğinden, hastaların biyolojik tedaviye başlamadan önce bağışıklanması önerilmektedir.
- Romatoid artritli hastaların bazı ilaçları subkutan yolla uygulandığı için hastalara enjeksiyon teknikleri öğretilmelidir.
RA tedavisinde diğer öneriler;
- Hastalara ilaçların reçete edildiği şekilde alınmasının, planlanan tüm sağlık randevularına gidilmesinin ve laboratuvar testlerinin takip edilmesinin önemi vurgulanmalıdır (Crawford ve Harris 2015).
- Laboratuvar test sonuçları (eritrosit sedimentasyon hızı, tam kan sayımı, C4, C-reaktif protein, antinükleer antikorlar) izlenmeli ve herhangi bir anormallik saptanması durumunda doktora bildirilmelidir (Crawford ve Harris 2015).
- Tedaviye yeterince yanıt alınıp alınmadığını belirlemek için hastaların yaşam kaliteleri değerlendirilmeli, hasta depresyon ve diğer psikolojik sorunlar açısından takip edilmelidir (Swanson ve Pfenning 2011).
- Ayrıca ilaçlarla ilgili güvenlik konusunda, RA kontrol altına alındıktan sonra gebelik öncesinde ilaçların (metotreksat, leflunomid, biyolojik ajanlar) kesilmesi veya değiştirilmesi gerekebileceği hakkında hasta ve ailesine eğitim verilmelidir (Swanson ve Pfenning 2011).
- Danışmanlık ve uzun süreli izlem girişimlerine yönelik bilgi, yardım, öneri sağlayan ve hastaların erişebileceği yararlı kaynakların yer aldığı web sitelerinin oluşturulması hastalık ve tedavi sürecinin yönetiminde önem taşımaktadır. Karar destek sistemlerinin kullanımı farklı tedavi seçeneklerinin

düşünüldüğü durumlarda yararlı olabilmektedir. Yıllık gözden geçirme kapsamında hastalık yönetiminin, fonksiyonel sonuçların ve hastaların kendi hedeflerinin tartışılması ele alınmalıdır. (Walker 2012).

Romatoid artritte ilaç tedavilerinin yetersiz kaldığı durumlarda, eklem hasarını yavaşlatmak veya azaltmak, ağrıyı kontrol altına almak için cerrahi işlemler (sinovektomi, tendon onarımı, eklem dondurma ameliyatı) uygulanabilir. Cerrahi işlemlere bağlı ağrı, kanama ve enfeksiyon riski olabileceği belirtilmektedir (Mayo Clinic).

SONUÇ

Romatoid artrit hastayı ve yaşam biçimini etkileyebilecek, birçok sorunla sonuçlanabilen, kronik ve karmaşık bir hastalıktır. Hastalıkla ilişkili eklem tutulumları, sabah tutukluğu, ağrı, yorgunluk ve uyku bozuklukları gibi nedenlerle ilişkili fonksiyonel yetersizlikler, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirememe ve beden imajında bozulma, organ tutulumlarına bağlı olarak da kronik sorunlar yaşanabilmektedir. Ayrıca RA tedavisi için kullanılan anti-romatizmal ilaçlar, NSAİİ ilaçlar, kortikosteroidler ve biyolojik tedavilere bağlı ciddi yan etkiler görülebilmektedir. Hemşirelerin RA'lı hastaların takip ve tedavilerinin yapılmasında, hastalık ve tedaviye bağlı ortaya çıkan semptomların yönetilmesinde ve hastaların semptom yönetimi konusunda eğitilmelerinde çok önemli rolleri bulunmaktadır. Hastaların ev içi düzenlemeleri yapabilmeleri, günlük yaşam aktivitelerinin sağlıklı şekilde sürdürebilmeleri, hastalığa ve tedaviye uyum sağlayabilmeleri, komplikasyonları yönetebilmeyi öğrenmeleri, maliyet etkin bir sağlık hizmeti sunulabilmesi, ancak etkili bir eğitim ve danışmanlıkla mümkün görünmektedir. Eğitim ve danışmanlık, RA tedavisinde maliyeti en uygun olan girişimdir. Tanı konulduğunda hasta eğitiminin başlaması önerilmektedir. Eğitim hastalığa ve tedavi seçeneklerine ilişkin bilgileri içermeli, hastanın ailesini, iş hayatını, ilişkilerini ve geleceğini nasıl etkileyeceğini de vurgulayabilmelidir. Hemşireler tarafından verilecek eğitim ve danışmanlık uygulamalarının RA'lı hastaların özbakımlarını ve yaşam kalitelerini önemli düzeyde iyileştirebileceği düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

- Arthritis Foundation. Managing your pain. (2014). Retrieved July 31, 2018, from <https://www.arthritis.org/Documents/Toolkits/Better-Living-Toolkit/Managing-Your-Pain.pdf>
- Altınkesen E. Erken ve Geç Dönem Romatoid Artrit'li Hastalarda Semptomlar, Fonksiyonel Durum ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2006.
- Aslan SH, Karaköse H, Soy M ve ark. Romatoid Artriti Olan Kadın Hastalarda Beden Algısı, Benlik Saygısı, Aleksitimi, Depresyon ve Kaygı. *Düşünen Adam*; 1996, 9(4): 23-27
- Bakir E, Bağlama SS, Gursoy S. The Effects of Reflexology on Pain And Sleep Deprivation in Patients with Rheumatoid Arthritis: A Randomized Controlled Trial. *Complementary Therapies in Clinical Practice* . 2018; 31: 315-9.
- Balcı Alparslan G, Kapucu S. Steroidlerin Kullanımında Hemşirenin Sorumlulukları. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi* 2008; 77-84
- Ben-Hadj-Mohamed M, Khelil S, Ben Dbibis M & et al. Hepatic Proteins and Inflammatory Markers in Rheumatoid Arthritis Patients. *Iranian Journal of Public Health*, 2017; 46(8): 1071-8.

- Bevan S, Passmore E, Mahdon M. Fit for work? Musculoskeletal disorders and labour market participation 2007. Retrieved March 17, 2018, from <https://tr.scribd.com/document/63735801/Fit-for-Work-Musculoskeletal-Disorders-and-Labour-Market-Participation-2007>
- Boz M, Ülgen E, Ergüney M ve ark. Romatoid Artrit Eklem Dışı Belirtiler. İstanbul Tıp Dergisi 2006; 1 :26-31
- Crawford A, Harris H. (2015). Understanding the Effects of Rheumatoid Arthritis. Nursing 2015; 45(11): 32-8.
- Çil Akıncı A, Coşar Çetin F. Gebelikte Romatoid Artrit ve Yönetimi. Gebelikte Romatoid Artrit ve Yönetimi. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi 2017; 4(3): 244-51
- Deighton CM, George E, Kiely PDW & et al. Updating the British Society for Rheumatology Guidelines for Anti-Tumour Necrosis Factor Therapy in Adult Rheumatoid Arthritis (Again). Rheumatology 2006; 45(6): 649-52.
- Dündar Ü. (2012). Romatoid artrit. Retrieved July 23, 2018, from <http://blog.aku.edu.tr/umitdundar/files/2012/01/ROMATO%C4%B0D-ARTR%C4%B0T.pdf>
- Edwards RR, Bingham CO, Bathon J et al. Catastrophizing and Pain in Arthritis, Fibromyalgia, and Other Rheumatic Diseases. Arthritis Care & Research 2006; 55(2): 325-32
- Eid MA, Aly SM, El-Shamy SM. Effect of Electromyographic Biofeedback Training on Pain, Quadriceps Muscle Strength, and Functional Ability in Juvenile Rheumatoid Arthritis. American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation 2016; 95(12): 921-30.
- Feely MG. New and Emerging Therapies for the Treatment of Rheumatoid Arthritis. Open Access Rheumatology 2010; 2: 35-43.
- Furst DE, Breedveld FC, Kalden JR & et al. Updated Consensus Statement on Biological Agents, Specifically Tumour Necrosis Factor {Alpha} (TNF{Alpha}) Blocking Agents and Interleukin-1 Receptor Antagonist (IL-1ra), for the Treatment of Rheumatic Diseases. Annals of the Rheumatic Diseases 2005; 64(Suppl. 4): 2-14.
- Gök Metin Z, Özdemir L. Romatoid Artrit Ağrı ve Yorgunluğun Yönetiminde Aromaterapi ve Refleksolojinin Kullanımı. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2016a; 13(1): 44-9.
- Gök Metin Z, Özdemir L. The Effects of Aromatherapy Massage and Reflexology on Pain and Fatigue in Patients with Rheumatoid Arthritis: A Randomized Controlled Trial. Pain Management Nursing 2016b; 17(2): 140-9.
- Hagfors L. Mediterranean Dietary Intervention Study of Patients with Rheumatoid Arthritis. Scandinavian Journal of Nutrition 2005; 49(1): 42.
- Hamuryudan V. Romatolojik Hastalıklar. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Sempozyum Dizisi 2003; 34: 19-29.
- Hamuryudan V. Romatoid artrit. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Sempozyum Dizisi 2007; 55: 69-86.
- Hatemi G, Yazıcı H. Romatoid Artrit Klinik Belirti ve Bulguları. Türkiye Klinikleri J Immunol Rheumatol-Special Topics 2009; 2(1): 1-11.
- Hindistan S, Ergüney S. Romatoid Artritli Hastalara Verilen Eğitimin Ağrı Düzeylerine, Psikolojik Belirtilerine ve Yardım Arama Tutumlarına Etkisi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008; 11(3): 69-76.
- Home D, Carr M. Rheumatoid Arthritis: The Role of Early Intervention and Self-Management. British Journal of Community Nursing 2009; 14(10): 432-6.
- Hui M, Ding T, Deighton C. An Update on Dmards and Biologics. Reports on the Rheumatic Diseases 2010; 6(6): 1-6.
- İnanır A, Okan S, Yıldırım E. Romatoid Artritli Hastalarda Postüral Denge ve Düşme Riskinin Değerlendirilmesi. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2013; 38(1): 72-7.
- James M, Proudman S, Cleland L. Fish Oil and Rheumatoid Arthritis: Past, Present and Future. Proceedings of the Nutrition Society 2010; 69(3): 316-23.

- Keşkek Ö. Romatoid Artritli Hastalarda Kombine Tedavinin Monoterapiye Üstünlüğü. Uzmanlık Tezi. İstanbul: Sağlık Bakanlığı Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. İç Hastalıkları Kliniği, 2004.
- Khan S, Butt A, Brennan E & et al. Impact of smoking cessation advice in patients with rheumatoid arthritis to help quit smoking. (2017). Retrieved July 3, 2018, from <https://acrabstracts.org/abstract/impact-of-smoking-cessstion-advice-in-patients-with-rheumatoid-arthritis-to-help-quit-smoking/>
- Kınıklı, G. Romatoid artrit. (2014). Retrieved March 18, 2018, from <http://ichastaliklariromatoloji.medicine.ankara.edu.tr/files/2014/02/Romatoid-Artrit.pdf>
- Kurt E, Özdilli K, Yorulmaz H. Romatoid Artrit'li Hastalarda Beden İmajı ve Benlik Saygısı. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2013; 50: 202-208
- Masatlıoğlu Pehlevan H. S. Romatoid artrit. (2017). Retrieved July 23, 2018, from <http://www.istanbul saglik.gov.tr/w/sb/per/belge/romatoid.pdf>
- Mayo Clinic. Rheumatoid arthritis. Retrieved July 30, 2018, from <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/rheumatoid-arthritis/symptoms-causes/syc-20353648>
- Mendes, A. Helping People with Rheumatoid Arthritis to Live Well. *British Journal of Community Nursing* 2015; 20(12): 620.
- Mirza RR. The Effect of Cigarette Smoking on Rheumatoid Arthritis. *Cukurova Medical Journal* 2014; 39(4): 736-42.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. Rheumatoid arthritis: the management of rheumatoid arthritis in adults (2009). Retrieved March 17, 2018, from <http://www.sisalombardia.it/pdfs/CG79NICEGuideline.pdf>
- Neill J, Belen I, Reid K. Effectiveness of Nonpharmacological Interventions for Fatigue in Adults with Multiple Sclerosis, Rheumatoid Arthritis or Systemic Lupus Erythematosus: A Systematic Review. *Journal of Advanced Nursing* 2006; 56(6): 617-35.
- Nelson NL, Churilla JR. Massage Therapy for Pain and Function in Patients with Arthritis: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation* 2017; 96(9): 665-72.
- Özbek S. Romatoid Artrit. In: Erol Ç, Turgay M. Editör. *İmmünoloji ve Romatoloji*. MN Medikal & NOBEL Tıp Kitabevi; 2011. 219-23.
- Özsoy MH, Altınel L, Başarır K ve ark. Romatoid Artritte Eklem Hastalığının Patogenezi. *TOTBİD Dergisi* 2006; 5(3-4): 101-10.
- Pehlivan S, Ersoy S, Ugan Y ve ark. Romatoid Artritli Hastalarda Özbakım Gücü ve Etkileyen Faktörler. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2015; 31(1): 27-38
- Rennie K, Hughes J, Lang R & et al. Nutritional Management of Rheumatoid Arthritis: A Review of the Evidence. *Journal of Human Nutrition and Dietetics* 2003; 16(2): 97-109.
- Repping-Wuts H, Hewlett S, van Riel P & et al. Fatigue in Patients with Rheumatoid Arthritis: British and Dutch Nurses' Knowledge, Attitudes and Management. *Journal of Advanced Nursing* 2009; 65(4): 901-11.
- Rome K, Dixon J, Gray M & et al. Evaluation of Static and Dynamic Postural Stability in Established Rheumatoid Arthritis: Exploratory Study. *Clinical Biomechanics* 2009; 24(6): 524-6.
- Sağ S, Nas K. Romatolojide Biyolojik Ajanların Kullanımı. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi* 2017; 2(2): 34-45.
- Savran, Y, Akkoç, N. Romatoid artrit tedavisi. Retrieved March 17, 2018, from http://ichastaliklaridergisi.org/managete/fu_folder/2005-04/html/2005-12-4-167-174.htm
- Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. Assessment and Management of Patients with Rheumatic Disorders. In: Brunner & Suddorth's *Textbook of Medical- Surgical Nursing*. Twelfth Edition. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia: 2010. 1631-46.
- Stamp LK, James MJ, Cleland LG. Diet and Rheumatoid Arthritis: A Review of the Literature. *Seminars in Arthritis and Rheumatism* 2005; 35(2): 77-94.
- Stanmore EK, Oldham J, Skelton DA & et al. Fall Incidence and Outcomes of Falls in a Prospective Study of Adults with Rheumatoid Arthritis. *Arthritis Care & Research (Hoboken)* 2013; 65(5): 737-44.

- Stanmore EK. Recommendations for Assessing and Preventing Falls in Adults of All Ages with Rheumatoid Arthritis. *British Journal of Community Nursing* 2015; 20(11): 529-33.
- Stolt P, Bengtsson C, Nordmark B & et al.. Quantification of the influence of cigarette smoking on rheumatoid arthritis: results from a population based case-control study, using incident cases. *Annals of the Rheumatic Disease* 2003; 62(9): 835-41.
- Swanson KI, Pfenning S. The Nurse Practitioner's Role in the Management of Rheumatoid Arthritis. *The Journal for Nurse Practitioners* 2011; 7(10): 858-70.
- Tracey G. Diagnosis and management of rheumatoid arthritis (2017). Retrieved March 17, 2018, from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/psb.1580/pdf>
- Uçar M, Gül Aİ, Sarp Ü. Romatoid Artrit ve Depresyon Arasındaki İlişki. *Dicle Tıp Dergisi*, 2014;41(3):548-51.
- Uyar S, Pehlevan SM, Abananonu GB ve ark. Sistemik Lupus Eritematozus ve Romatoid Artritli Hastaların Serum Prolaktin Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi* 2011; 51(1): 35-40.
- Walker J. Rheumatoid Arthritis: Role of the Nurse and Multidisciplinary Team. *British Journal of Nursing* 2012; 21(6): 334-9.
- Ward L, Stebbings S, Athens J & et al. Yoga For The Management of Pain and Sleep in Rheumatoid Arthritis: A Pilot Randomized Controlled trial. *Musculoskeletal Care*. 2018; 16(1): 39-47.
- Zuidema RM, Repping-Wuts H, Evers AW & et al. What Do We Know About Rheumatoid Arthritis Patients' Support Needs for Self-Management? *International Journal of Nursing Studies* 2015; 52(10): 1617-24.