

# ANKILOZAN SPONDİLİTTE BAKIM YÖNETİMİ

## Care Management in Ankylosing Spondylitis

Serap ÖZER<sup>1</sup>, Filiz ÖZEL<sup>2</sup>

### ÖZET

Ankilozan spondilit (AS), omurga ve periferik eklemlerin tutulduğu, eklem çevresi yapıların da katılımı ile özellikle aksiyal eklemlerde hareket kısıtlılığı oluşturan, kronik, sistemik ve inflamatuvar bir hastalıktır. Türkiye'deki prevalansı %0.49 olarak rapor edilen AS sıklıkla genç ve erkek yetişkinleri etkilemektedir. Klinik olarak kronik bel ağrısı, sabah tutukluğu ve özürüllükle seyreden hastalığın ilerlemesi ile birlikte iskelet ve iskelet dışı bulgular, ileri derecede deformiteler, iş gücü kaybı ortaya çıkmakta, izleyen süreçte psikolojik semptomlar yaşanmakta ve yaşam kalitesi önemli oranda kötüleşmektedir. Hemşireler, AS gibi kronik inflamatuvar artrit durumlarının yönetiminde interdisipliner ekip içerisinde önemli rol oynamaktadırlar. Hemşirelerin bakım yönetimindeki amaçları; deformitelerin engellenmesi, eklem hareketliliğinin sağlanması ve korunması, ağrı ve tutukluğun giderilmesi, hastanın; hastalığın gelişimi, evreleri ve tedavisi konularında bilinçlendirilmesi ve tedaviye aktif katılımı konusunda desteklenmesi, sistemik komplikasyonların önlenmesi ve erken dönemde tanınması, yaşam kalitesinin artırılması şeklindedir. Bu makalede; AS'lı hastalarda bakım yönetimi süreci, tanılama ve hasta eğitimi başlıkları altında açıklanmaya çalışılmıştır.

**Anahtar sözcükler:** Ankilozan spondilit, bakım yönetimi, hemşirelik

### ABSTRACT

Ankylosing spondylitis (AS) is a chronic, systemic and inflammatory disease which leads to limited physical activity, particularly in axial joints with variable involvement of peripheral joints and nonarticular structures and causes stiffness in the spine and peripheral joints. The overall prevalence of AS in Turkey is reported as %0.49 and it often affects the young and male adults. The disease improves with clinically chronic lumbago, morning stiffness and disability. Then, skeletal and nonskeletal findings, severe deformities and loss of labor force are observed and the following process involves psychological symptoms and deterioration in quality of life. Nurses play an important role in interdisciplinary team related to management of chronic inflammatory arthritis conditions such as AS. The aim of nurses in care management is to prevent and realize deformities and systematic complications at early stage to provide and protect joint activity, to relieve the pain and stiffness, to enlighten the patient about development, stages and treatment of disease and convince them to take part in treatment actively, and to promote quality of life. In this article, care management in patients with AS was explained under the titles of 'assessment the process' and 'patient education'.

**Key words:** Ankylosing spondylitis, care management, nursing.

<sup>1</sup>Yrd. Doç. Dr., Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi-İzmir

<sup>2</sup>Dr., Kastamonu Üniversitesi Fazıl Boyner Sağlık Yüksekokulu-Kastamonu

### Yazışma Adresi

Dr. Filiz ÖZEL

Adres: Kastamonu Üniversitesi Fazıl Boyner Sağlık Yüksekokulu Kuzeykent/Kastamonu

e-mail: ozelifiliz85@hotmail.com

Tel: 0366 280 41 30

**Geliş tarihi/Received:12/02/2014; Kabul tarihi/Accepted: 15/07/2014**

**GİRİŞ**

Romatolojik hastalıklar; hem dünyada hem de ülkemizde sık görülen önemli sağlık problemleri arasında yer almaktadır. Kronik sağlık problemleri içerisinde görülme sıklığı % 39.0 olan bu hastalıkların (Direskeneli 2008) Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD) toplumdaki her yedi kişiden birini etkilediği bildirilmektedir (Soy ve ark. 2000). Tüm konsültasyonların % 18.7'si romatolojik hastalıklar nedeniyle istenmekte ve yaşlılarda bu oran daha da artmaktadır (Hill 2006). Çoğu kronik olan bu hastalıkların bazıları yaşamı tehdit edebilmekte ve iş gücü kaybına neden olabilmektedir (Canbolat 2010). Romatolojik hastalıklar ağrıya, sakatlığa yol açabilmekte ve aynı zamanda hasta, aile ve toplum üzerinde büyük sosyal ve ekonomik yıkım oluşturabilmektedir (Hill 2006).

Romatolojik hastalıklar arasında önemli bir yer tutan ankilozan spondilit (AS); erken dönemde sakroiliyak eklem, geç dönemlerde ise aksiyal ve periferik eklem inflamasyonuna neden olmakla birlikte göz, kalp, akciğer ve bağırsak tutulumuyla da seyredilebilen, etiyojisi tam olarak bilinmeyen, kronik, inflamatuvar, ilerleyici bir hastalıktır (Gürler ve ark. 2004; Çağlar ve ark. 2011). Genellikle 17-35 yaş arasında, erkeklerde, sinsi başlangıçlı olarak ortaya çıkmaktadır (Brewerton ve ark. 1973). Ankilozan spondilitin Amerikan popülasyonunda görülme oranı % 0.10-0.40 iken (Lesco ve ark. 2010); Türkiye'deki görülme oranı % 0.49'dur (Akkoç 2010).

Ankilozan spondilitin en sık gözlenen başlangıç semptomu kronik bel ağrısı ve tutukluktur. Ağrı genellikle bel bölgesinde hissedilen, sinsi başlangıçlı, künt karakterde, lokalizasyonu güç, gluteal bölge veya sakroiliyak bölgede de hissedilebilen bir ağrıdır. Ağrı hastaların yaklaşık olarak % 75.0'ında ilk yakınma olarak görülmektedir (Kabasa-kal 1999). Ankilozan spondilit, eklem çevresi yapıların da katılımı ile özellikle aksiyal eklemlerde hareket kısıtlılığı oluşturmaktadır (Özgül ve ark. 2003). Hastalığın ilerlemesi ile birlikte iskelet ve iskelet dışı bulgular, ileri derecede deformiteler, fiziksel kısıtlılıklar ve iş gücü kaybı ortaya çıkmakta ve izleyen süreçte yaşam kalitesi bozulmaktadır (Kaya ve ark. 2006; Mengshoel 2008). Ankilozan spondilitte hastalık alevlenmesinin; yaşam kalitesini, klinik bulguları, fonksiyonel yeterliliği ve çalışma durumunu olumsuz etkilediği yapılan çalışmalar sonucunda da belirtilmiştir (Bodur ve ark. 2011; Nas ve ark. 2011). Bodur ve ark. (2011) tarafından yapılan çalışmada; AS'li hastaların % 42.5'inin çalışma yetersizliği yaşadığı, % 24.1'inin erken emekliye ayrıldığı ve %7.4'ünün has-

talıkla ilişkili olarak çalışmadığı saptanmıştır.

Kronik ve ilerleyici bir hastalık olması, deformiteler bırakması ve iş gücü kaybına neden olmasından dolayı AS, bazı psikiyatrik semptomlara da yol açabilmektedir. Bu hastalarda en sık karşılaşılan psikiyatrik durumlar anksiyete ve depresyondur (Lim ve ark. 2005). Ankilozan spondilitli hastaların yaklaşık üçte birinde ciddi depresif semptomların olduğu bildirilmektedir (Garrett ve ark. 1994; Karkucak ve ark. 2010).

Ankilozan spondilitte hastaların % 5.0'ından azında hastalık kaynaklı mortalite görülebilmektedir. Sıklıkla rastlanan mortalite nedenleri; servikal dislokasyon, kırıklar, spondilitik kalp hastalığı ve amiloid nefropatisidir (Lehtinen 1993).

Hastalığın tıbbi yönetim ve bakım yönetimi sürecindeki temel amaç ağrı ve tutukluğu gidermektir. Uzun dönemdeki amaçlar ise; deformitelerin engellenmesi, eklem hareketliliğinin sağlanması ve korunması, hastanın; hastalığın gelişimi, evreleri ve tedavisi konularında bilinçlendirilmesi, tedaviye aktif katılımı konusunda desteklenmesi, sistemik komplikasyonların önlenmesi ve erken dönemde tanınması, yaşam kalitesinin artırılmasıdır (Haslock 1998).

Romatoid artrit, AS ve psöriyotik artrit içeren kronik inflamatuvar romatolojik hastalıklarda özellikle progresif inflamasyonla ilişkili ağrı, eklem harabiyeti olduğu ve hastaların fonksiyonel kapasitelerinin azaldığı dönemde hemşireler ve diğer sağlık profesyonellerine önemli görevler düşmektedir (Lesco ve ark. 2010). Ankilozan spondilit tüm dünyada kronik ağrı ve özürüllüğe neden olan ve sosyal yük getiren bir hastalık olduğu için interdisipliner ekip anlayışına dayalı etkili bir hastalık yönetim programının uygulanması oldukça önemli ve gereklidir (Özgöçmen ve Duruöz 2009). Bu doğrultuda makalede; Ankilozan spondilit ile ilgili temel bakım yönetimi sürecinin açıklanması amaçlanmıştır.

**Bakım Yönetimi**

Ankilozan spondilitli hastalar yukarıda da belirtildiği şekilde hastalıklarıyla ilişkili birçok sıkıntıyla karşılaşmakta ve verimleri de bunlara bağlı olarak azalmaktadır. Bu nedenle ev-iş ortamında verimin artması ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesi için düzenlemeler gerekebilmektedir (Mengshoel 2008; Paker ve ark. 2006). Ankilozan spondilitli hastaların hemşirelik bakım yöntemindeki amaçlara ulaşılması için gerekli olan stratejiler tanılama ve hasta eğitimi üzerine yoğunlaşmaktadır.

### Tanımlama

Etkin bir bakım yönetimi için kapsamlı bir tanımlama yapılması gerekmektedir. Hastalığın her yönüyle takip edilebilmesi için ağrının yanı sıra omurga, periferik eklemlerdeki hareket kısıtlılığı ve hastalık aktivasyonu hakkında bilgi sahibi olunmalıdır (Yazıcıoğlu ve ark 2003). Tanılama; subjektif veri toplama, objektif veri toplama ve tanı testlerinin sonuçlarını değerlendirme aşamalarını izlemelidir.

Subjektif veri toplama aşamasında; ağrı, katılık, yorgunluk ve günlük yaşam aktivitelerini etkileyen diğer belirtilere odaklanılmalıdır. Belirtilerin doğası, başlangıcı, yeri, süresi ve ağrı özelliği hakkında bilgi alınmalıdır. Ağrı, katılık ve yorgunlukla ilişkili öz bakım aktiviteleri (örneğin, sıcak veya soğuk duş veya banyo kullanımı gibi) sorgulanmalıdır (MacDonald 2005).

Erken evrede, kalça ve uyluğa yayılan lumbosakral ağrı şikayeti olmaktadır. Bu durum açısından değerlendirme yapılmalıdır. Ankilozan spondilitli hastalarda uyku problemleri de gelişebildiği için uyku değerlendirmesinin yapılması önemlidir. Sabah katılığının artmasına bağlı gelişen aktivite azalması ve sırt ağrısı süresi mutlaka araştırılmalıdır. Sinsi başlangıç, 40 yaşından önce ortaya çıkma, üç aydan uzun süren ısrarcı rahatsızlık ve sabah katılığı gibi özellikler inflamatuvar spinal hastalığı gösterdiği için özellikle dikkatli olunmalıdır (Calin ve ark. 1993; Zink ve ark. 2000).

Yorgunluk, kilo kaybı ve ateş varlığı hakkında sorular sorulmalıdır. Hastalığın ilerlemesi ile spinal kırıklar oluşabileceği için bu durum açısından da değerlendirme yapılmalıdır. Motor aktivite azalması, parestezi, uyuşma, bağırsak ve mesane inkontinansı gibi nörolojik değişimler hakkında bilgi alınmalıdır. Hastalığın eklemler dışında solunum ve kardiyovasküler sistemi de etkileme olasılığı bulunmaktadır. Bu nedenle öksürük, balgam, dispne, solunum derinliğinde değişme, sigara öyküsü, üfürümler, taşikardi ve ekstra kalp sesleri gibi parametreler izlenmelidir. Ayrıca gözlerle ilişkili olarak bulanık görme, görmenin azalması, ağrı, aşırı gözyaşı ve fotofobi değerlendirilmelidir (Mac-Donald 2005).

Objektif veri toplama aşamasında, kapsamlı bir fiziksel değerlendirme yapılmalıdır. Hastalığın erken evrelerinde sıklıkla spinal ve sakroiliak kemiğin derin palpasyonunda hassasiyet olabilmektedir. Hastalığın ilerlemesiyle üst spinal segmentlerin içine lomber lordoz oluşabilmekte, izleyen dönemde fleksiyon, ekstansiyon ve yana dönme hareketleri azalmaktadır. Vertebral yapılarda hassasiyet ve paravertebral spazm lomber lordozun azalması ile ortaya çıkmaktadır. Lomber fonksiyonun değerlendirilmesinde kolay bir

ölçüm yöntemi olarak Schober testi kullanılmaktadır. Schober testi, parmak ucu-fibula başı uzaklığı, el-yer uzaklığı ve göğüs ekspansiyonunun ölçüldüğü bir testtir. Bu ölçüm genç hastalarda önemli ve kolaydır, çünkü spinal fleksiyon genellikle yaşla azalmaktadır. Ankilozan spondilitte fleksiyon azalması nedeniyle parmak kontrolünde de değişiklikler ortaya çıkabilmektedir. Hastalarda kifotik postür gelişmekte ve torasik genişleme azalmaktadır. Bu nedenle göğüs genişlemesi değerlendirilmelidir. AS'li hastalar iki kas-iskelet değişimi yaşayabilmektedir. Birincisi; periferik eklemler özellikle kalçalar, dizler ve omuzlar inflamatuvar süreçten etkilenmektedir. İkincisi; eklem hareketlerinde kısıtlılık, ağrı, yorgunluk ve sinovit riski ortaya çıkmaktadır. Bu nedenlerle eklemler ayrıntılı bir şekilde değerlendirilmelidir (MacDonald 2005).

Ankilozan spondilitin önemli özelliklerinden biri de, kronik entezit yani tendonların kemiklere yapışma yerinde ortaya çıkan inflamasyondur. Dolayısıyla entezit değerlendirmesinin de yapılması önemlidir. Hemşire hastalık ciddiyetinin non-invaziv bir ölçümü olan Entezit İndeksini kullanarak, entezit noktalarına yaptığı palpasyonda hastaların yanıtını değerlendirmeli ve skorlamayı yapmalıdır. Bu skorlamanın yapılması, entezit ağrı şiddeti ve sertlik ile ilişkili olduğu için önem taşımaktadır. Skorda azalma olduğu durumlarda tedavide bazı değişiklikler yapılması gerekmektedir. Bu indekste yerlerin/noktaların bazıları bir grup olarak skorlanmaktadır, bir bütün olarak grup için kaydedilen skor en yüksek skor olarak değerlendirilmektedir. Bu gruplar; ense, kostakondral eklemler, sakroiliyak eklemler, servikalspinal bölüm, torasikspinal bölüm, lumbarspinal bölümlerdir. Diğer alanlar ise; sağ ve sol şeklinde bireysel olarak skorlanmaktadır. Buna göre; "ağrı yok-0", "hafif ağrı-1", "orta hassasiyet-2", "çekinme veya geri çekilme-3" olarak değerlendirilmekte ve toplam skor 90 olarak kabul edilmektedir (MacDonald 2005).

Tanı testlerinin sonuçlarını değerlendirme aşaması; objektif veriler toplandıktan sonra tanılamamanın son aşamasına geçilmelidir. Bu aşamada laboratuvar bulgularının değerlendirilmesi çok önemlidir. En karakteristik laboratuvar bulgusu eritrosit sedimentasyon hızı ve akut faz reaktanlarındaki yükselmedir. Hastalık aktivitesi için C-reaktif protein de iyi bir göstergedir. Human Lökosit Antijeni B27 (HLA-B27) % 90.0 oranında pozitif ve akut üveiti olanlarda bu oran %100.0'a çıkabilmektedir. Laboratuvar bulguları dışında radyolojik bulgu olarak sakroiliit en erken, sık görülen bulgudur ve genellikle bilateraldir (Evre1-2). İliak kenarda kırıldak daha ince olduğu için ilk bulgular

iliak kanatta görülmektedir. İlerlediğinde skleroz ve erozyon eklem her iki kenarında da görülmektedir (Evre 3). Daha sonra kemik füzyon oluşmaktadır (Evre 4). Özellikle erken dönemde X-Ray değerlendirmesinde kişisel farklılıklar olabilmektedir. Bu nedenle bilgisayarlı tomografi daha duyarlı ve spesifik bir yöntemdir. Manyetik Rezonans Görüntülemenin artiküler kırıkta erken lezyonu ve komşu kemik iliği ödemi göstermede önemli bir tanı testi olduğu da unutulmamalıdır (Çeliker 2000). Yapılan tüm bu testlerin sonuçları ekip üyeleri ile birlikte değerlendirilmeli ve yorumlanmalıdır.

Bu kapsamlı tanılama verileri doğrultusunda hemşireler; ağrı, yorgunluk, gaz değişiminde yetersizlik, fiziksel mobilitede bozulma, öz bakım eksikliği, anksiyete, sağlığı sürdürmede etkisizlik, benlik kavramında bozulma, cinsellik örüntülerde etkisizlik, sosyal izolasyon ve aile içi süreçlerde bozulma gibi olası tanıları değerlendirerek bakım yönetimi sürecini yönlendirmelidir (Akbayrak ve ark. 2007; Akdemir 2003). Bu süreçte uygulanacak girişimlere hasta eğitimi başlığı altında değinilmiştir.

### **Hasta Eğitimi**

Tüm romatolojik hastalıklarda bakım yönetiminin temel taşları; erken ve doğru tanılanmanın sağlanması ile birlikte etkili hasta eğitimidir. Bu durum, AS için diğer romatolojik hastalıklardan çok daha önemlidir. Ankilozan spondilit tanısı konulduğunda hastaya spondilitin yapısı hakkında bilgi verilmeli ve uygun yaşam şekli değişiklikleri sağlanmalıdır. Hastanın uyumu uzun dönemde başarı için en gerekli ve önemli faktördür (Lesko ve ark. 2010). Ankilozan spondilitin aile ve toplum üzerinde büyük sosyal ve ekonomik yıkım oluşturulabildiği dikkate alındığında eğitime ailenin de dahil edilmesi gerekliliği bulunmaktadır. Hasta ve aile eğitimi açık, anlaşılır olacak şekilde düzenlenmeli, AS ve hastalığın bireyler için anlamı, hastalık yönetimi, semptomların azalması için sağlık bakım ekibiyle işbirliği, uygun aktivite seçimi, kısa ve uzun dönemli tedavileri anlama, hastalıkla baş etme ve iyi beslenme başlıklarını içermelidir. Eğitim hastaların öz-yönetimini düzeltmeyi amaçlamalıdır. Öz-bakım yetenekleri ve motivasyon arttıkça hastaların anksiyete düzeyleri de azalmaktadır. Eğitim yöntemi olarak bireysel eğitimden çok grup eğitimlerinin hastaların öz-yönetimi, öz-etkililik ve psikososyal iyilik hali üzerinde kısa dönemde daha pozitif etkiler oluşturduğu gösterilmiştir. Hasta toplulukları ve destek grupları da bu süreçte yardımcı olabilmektedir (Hill 2006). Amerika Spondilit Birliği dünyadaki hasta toplulukları ve destek gruplarından biridir. Ankilozan Spondilit Hasta Derneği (ASHAD) ise

Türkiye'deki AS'li hastaları ve yakınlarını bilgilendirmek ve bir dayanışma ortamı oluşturmak için hizmet vermektedir (<http://www.spondylitis.org>;<http://www.ashad.org/>).

Ankilozan spondilitli hastalar için egzersiz çok önemlidir. Egzersiz programları omurga ve eklemlerin hareketlerini sürdürme ve düzeltme, ekstremiteler, sırt ve karın kaslarını güçlendirme, rahatlamayı sağlama ve fiziksel hareketleri arttırmayı amaçlamaktadır (Hill 2006). Özellikle ev temelli günlük egzersiz programlarının ağrı ve depresyon skorlarını azalttığı, eklem hareketlerini ve fonksiyonel kapasiteyi arttırdığı gösterilmiştir (Lim ve ark. 2005). Tenis, bisiklet kullanma, yüzme, yoga ve yürüyüş AS'li hastalar için uygun olan ve tercih edilen sporlar iken; futbol, basketbol, hentbol ve atletizm gibi sporlar çok fazla tercih edilmeyen ve uygun olmayan sporlar arasında yer almaktadır. Hastanın durumuna uygun bir egzersiz programı (yer ve su egzersizlerini içeren) hazırlanmalıdır (Mengshoel 2008). Ek olarak, balneoterapi ve spa tedavisi ile fizik tedavi ve iş terapileri düzenlenmelidir (Hill 2006). Diğer önemli strateji ise; günlük işlerde abartıdan kaçınmaktır. Bu şekilde sırt, boyun ve kollarda zorlanma da önlenmektedir (Mengshoel 2008).

Hastalarda postürün gözlenmesi de diğer önemli bir konudur. Alçak kanepelerden kaçınılması, ev ve işte iyi sandalye kullanılması gerekmektedir. Fizyoterapistler ve iş uğraşı terapistleri günlük en az 20 dakika düz bir şekilde durmayı önermektedir. Araba kullanırken de yardımcı yastıkların kullanılabilirliği belirtilmektedir ([www.arthritisaustralia.com.au](http://www.arthritisaustralia.com.au)). Tüm bu konular hakkında hasta bilgilendirilmelidir.

Hemşireler hasta eğitiminde sağlık aktiviteleri, egzersiz ve ağrı yönetimi konularına özellikle önem vermelidir. Ayrıca hastaların yaşam şekli değişikliklerine uyum sağlama sırasında dikkatli ve pozitif bir yaklaşım sergilediği hastalık hızlı bir şekilde ilerlediği zaman hastada iskelet değişimleri ve depresyon gibi durumlar gelişebilmektedir. Bu durumda hastalar görünüşleriyle daha fazla ilgilenebilmekte ve sosyal iletişimden kaçınabilmektedir. Dolayısıyla hastaları sosyal anlamda aktif kılabilmek için girişimleri konusunda da gerekli bilgilendirme ve yönlendirmeler yapılmalıdır (Mengshoel 2008).

Ortopedik veya yumuşak tabanlı ayakkabı tercih etme ve sandalye minderi kullanma, vitamin ve balık yağı gibi besin desteklerinin, sebzelerin tüketimine dikkat etme, alkol kullanımından kaçınma gibi uygulamaların olumlu etkileri olduğu literatürde belirtilmektedir. Ayrıca stresten uzak durma, gerektiğinde iş değişikliği yapma ve uzun süre çalışmaktan uzak durmanın da yararları olduğu gösterilmiştir (Mengshoel 2008). Bes-

lenmede yağ, şeker ve tuzu azaltılmış, meyve sebze ve tahıldan zengin bir beslenme tarzı seçilmesi gerektiği açıklanmalıdır. Kalsiyum ve D vitamininin osteoporoz gelişimini önlemek için gerekli olduğu söylenmelidir. Sigara bırakma girişimleri konusunda da gerekli açıklamalar yapılmalıdır(www. arthritisaustralia.com.au).

Hastaların sıcak veya soğuk toleransı değerlendirilmelidir. Sıcak uygulamanın sabah yorgunluğu üzerinde yararlı olduğu belirtilmektedir. Geceleri sıcak su veya elektrikli battaniyelerin kullanımı önerilmektedir. Buz paketlerinin de inflamasyon alanlarını rahatlattığı gösterilmiştir. Hastaya uygulamalar konusunda eğitim verilmelidir (www. arthritis-saustralia.com.au).

Ankilozan spondilitte bakım yönetiminin ve hasta eğitiminin bir diğer önemli bileşeni, özellikle hastalığın ilerlediği dönemde etkili solunum ve yeterli oksijenizasyonun sağlanmasıdır. Göğüs duvarı genişliğinin sağlanması, derin solunum egzersizlerinin yaptırılması ve solunumu baskılayan uygulamalardan kaçınılması optimal solunumu sürdürmede hastaya yardımcı olabilmektedir. Hastanın dispnesi varsa, büyük dudak solunumu ve aktivite düzenlemesi hakkında bilgi verilmelidir. Servikal sorunu olan AS'li hastalarda akut hastalık veya cerrahi gereksinim durumlarında anestezi bölümüne durum hakkında bilgi verilmelidir. Servikal sorunu olan AS'li hastalarda özellikle entübasyonla ilişkili problemlere sıkça rastlanmaktadır. Bu durumların göz ardı edilmemesi gerektiği konusu hasta ve aileye mutlaka açıklanmalıdır (MacDonald 2005).

## SONUÇ

Sonuç olarak, AS gibi kronik inflamatuvar durumlar hastanın iyilik hali üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Hemşireler özellikle hastalık ve tedavi konusunda yapacakları eğitim ile hasta sonuçlarını iyileştirmek için ideal pozisyonundaki kişilerdir. Bu nedenle hemşireler kapsamlı bir tanılamayla fonksiyonel bozukluğu değerlendirerek, hastanın tedavi ve tedaviye uyum sürecinde takibini sağlayarak bakım yönetimindeki amaçlarına ulaşabilmektedir.

## KAYNAKLAR

- Akbayrak N, Erkan İlhan S, Ançel G ve ark. (2007) Hemşirelik Bakım Planları. 1. Basım, Birlik Matbaası, Ankara.
- Akdemir N, Birol L (2003) İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. 1. Baskı, Vehbi Koç Vakfı SANERC, Yayın No:2.

- Akkoç N (2010) Türkiye'de romatizmal hastalıkların epidemiyolojisi ve diğer ülkelerle karşılaştırılması. RAED Dergisi, 2(2):1-8.
- Bodur H, Borman P, Alper B ve ark. (2011) Work status and related variables in patients with rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis. Turk J Rheumatol, 26(2):94-102.
- Brewerton DA, Hart FD, Nicholls A (1973) Ankylosing spondylitis and HLA-B27. The Lancet, 301 (7809):904-7.
- Calin A, Kennedy LG, Edmunds L ve ark. (1993) Familial versus sporadic ankylosing spondylitis. Arthritis Rheum, 36(5):676-81.
- Canbolat Ö (2011) The quality of life in patients with Behçet's Disease. Asian Nursing Research, 5(4):229-35.
- Çağlar NS, Burnaz Ö, Akın T (2011) Ankilozan spondilitli hastalara ait demografik veriler, klinik özellikler ve medikal tedavileri. İstanbul Tıp Dergisi, 2(1):19-24.
- Çeliker R (2000) Ankilozan Spondilit: Klinik özellikleri. Romatizma, 15(1):15-21.
- Direskeneli H (2008) Romatizmal Hastalıklarda Klinik İlaç Araştırmaları. İKU, 19:31-5.
- Garrett S, Jenkinson T, Kennedy LG (1994) A new approach to defining disease status in ankylosing-spondylitis: the Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index. The Journal of Rheumatology, 21(12):2286-2291.
- Gürler A, Kaptanoğlu E, Elden H (2004) Üniversite öğrencilerinde Ankilozan Spondilit prevalansı. Romatizma, 19(1):29-35.
- Haslock I (1998) Ankylosing Spondylitis: Management. Rheumatology 2nd edition. Mosby, London, 1-10.
- Hill J (2006) Rheumatology Nursing A Creative Approach. Wiley, 2nd edition England.
- Kabasakal Y (1999) Ankilozan Spondilit. Klinik Romatoloji, Deniz Matbaası, İstanbul, 445-53.
- Karkucak M, Özden G, Çapkın E (2010) Ankilozan Spondilitte Anksiyete ve Depresyon Düzeyi, Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. F.Ü. Sağ. Bil. Tıp Derg, 24 (1):13-9.
- Kaya T, Karatepe AG, Günaydın R ve ark. (2006) ankilozan spondilitli olgularda, hastalık aktivitesinin fonksiyonel durum ve yaşam kalitesini belirlemedeki rolü. Romatizma, 21:9-12.
- Lehtinen K (1993) Mortality and causes of death in 398 patients admitted to hospital with ankylosing spondylitis. Ann Rheum Dis, 52: 174-6.
- Lesko M, Young M, Higham R (2010) Managing inflammatory arthritides: Role of the nurse practitioner and physician assistant. J Am Acad Nurse Pract, 22(7):382-92.

- Lim HJ, Lee MS, Lim HS (2005) Exercise, pain, perceived family support, and quality of life in Korean patients with ankylosing spondylitis. *Psychol Rep*, 96(1):3-8.
- MacDonald PA (2005) Ankylosing Spondylitis. *Medical-Surgical Nursing*. Elsevier Saunders, 7th edition, 2362-64.
- Mengshoel AM (2008) Living with a fluctuating illness of ankylosing spondylitis: a qualitative study. *Arthritis & Rheumatism*, 59 (10):1439-44.
- Nas K, Çevik R, Bozkurt M (2011) Relationship between clinical findings, quality of life and functional disability related to disease activity in patients with ankylosing spondylitis. *Turk J Rheumatol*, 26(1):29-37.
- Özgöçmen S, Duruöz MT (2009) Ankilozan spondilit tedavisi için ASAS/ EULAR önerileri hasta versiyonunun Türkçe'ye çevirisinin hastalarca değerlendirilmesi. *Turk J Rheumatol*, 24:190-5.
- Özgül A, Peker F, Taşkıyatan MA ve ark. (2003) Ankilozan spondilit'te hastalığın yaşam kalitesi ve yaşam alanlarına etkisi. *Romatizma*, 18(2):82-91.
- Paker N, Tekdöş D, Erbil M (2006) Ankilozan spondilitte kemik kaybı: Kontrollü çalışma. *Osteoporoz Dünyasından*, 12:81-3.
- Soy M, Üstü Y, Dinç A (2000) Romatoloji hastasına yaklaşım. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, Mayıs, 9(5).
- Yazıcıoğlu K, Göktepe AS, Yılmaz B ve ark. (2003) Ankilozan spondilitli hastaların değerlendirilmesinde BATH indeksleri. *Romatizma*, 18(2): 70-6.
- Zink A, Braun J, Listing J et al (2000) Disability and handicap in rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis results from the German Rheumatological database. *The Journal of Rheumatology*, 27(3):613-622.
- Hemşirelik ve Spondiloartrit, <http://www.ashad.org/> (erişim: 15 Kasım 2013)
- Ankylosing Spondylitis, <http://www.spondylitis.org/> (erişim: 15 Kasım 2013)
- Arthritis Information, <http://www.arthritisaustralia.com.au> (erişim: 15 Kasım 2013).