

OSTEOARTRİT YÖNETİMİ, YAŞAM KALİTESİ VE HEMŞİRENİN DESTEKLEYİCİ ROLÜ

OSTEOARTHRITIS MANAGEMENT, PATIENTS' QUALITY OF LIFE AND NURSE'S SUPPORTIVE ROLE

Tuğba KARATAŞ¹, Evre YILMAZ², Ülkü POLAT¹

¹ Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ankara, TÜRKİYE

² KTO Karatay Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, İlk ve Acil Yardım Bölümü, Konya, TÜRKİYE

Cite this article as: Karataş T, Yılmaz E, Polat Ü. Osteoartrit Yönetimi, Yaşam Kalitesi ve Hemşirenin Destekleyici Rolü. Med J SDU 2022; 29(2): 265-271.

Öz

Osteoartrit tüm dünyada en yaygın görülen kas-iskelet sistemi hastalıklarından biridir. Özellikle vücut ağırlığını taşımakla sorumlu olan kalça, diz, ayak gibi eklemlerde oluşan progresif enflamatuvar deformatif süreç beraberinde ağrı, hareket kısıtlılığı, fonksiyonel kısıtlanma gibi yaşam kalitesini de olumsuz etkileyen pek çok semptomun ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Osteoartrit hastalarında fiziksel sorunların yanı sıra depresyon, anksiyete, umutsuzluk, sosyal izolasyon gibi pek çok psikososyal sorunlar da görülebilmektedir. Osteoartritin yönetimi, bu sorunların kapsamlı bir şekilde değerlendirilmesini, akut alevlenmelerin azaltılmasını, komplikasyonların önlenmesini ve ilerlemesini geciktirmeyi sağlayarak yaşam kalitesini optimize etmeye odaklanır. Bu amaçla hastalara uygun farmakolojik ve farmakolojik olmayan girişimleri uygulama ve öz yönetimlerinin desteklenmesi gerekmektedir. Bu nedenle, sağlık profesyonellerinden hemşirelerin osteoartrit hastasına bütüncül yaklaşması, hastaların yaşam kalitesi başta olmak üzere yaşamın tüm boyutlarında optimal iyilik halini sürdürmeye yönelik girişimleri önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, Osteoartrit, Yaşam Kalitesi

Abstract

Osteoarthritis is one of the most common musculoskeletal diseases worldwide. The progressive inflammatory deformative process that occurs especially in joints that are responsible for carrying body weight, such as hips, knees, and feet, causes pain and functional limitation that negatively affect the quality of life. In addition to physical problems, many psychosocial problems such as depression, anxiety, hopelessness and social isolation can be seen in osteoarthritis patients. The management of osteoarthritis focuses on optimizing quality of life by providing a comprehensive assessment of these issues, reducing acute exacerbations, preventing complications and delaying their progression. For this purpose, it is necessary to apply appropriate pharmacological and non-pharmacological interventions to patients and support their self-management. For this reason, it is important for nurses to approach patients with osteoarthritis holistically and to attempt to maintain optimal well-being in all aspects of life, especially in patients' quality of life.

Keywords: Nursing, Osteoarthritis, Quality of Life

Sorumlu yazar ve iletişim adresi /Corresponding author and contact address: Ü.P. / ulku_gorgulu@yahoo.com

Müracaat tarihi/Application Date: 01.11.2021 • **Kabul tarihi/Accepted Date:** 12.11.2021

ORCID IDs of the authors: T.K: 0000-0001-8356-6234; E.Y: 0000-0002-5592-8055;

Ü.P: 0000-0002-4293-1394

Giriş

Genetik, mekanik ya da biyokimyasal faktörlerin etkisiyle ortaya çıkan osteoartrit, özellikle ağırlık taşıyan eklemlerde sinoviyal inflamasyon, progresif kıkırdak yıkımı, kemik osteofit ve subkondral kemik sklerozunun oluşumu gibi sinoviyal membran ve eklem kapsülünün morfolojik değişikliğe uğradığı kronik enflamatuar dejeneratif bir eklem hastalığıdır (1-4). Klinisyenlere göre artrit, eklemlerin inflamasyonu anlamına gelirken, diğer taraftan eklemleri, eklemleri çevreleyen dokuları ve diğer bağ dokularını etkileyen 100'den fazla romatoid hastalık veya durumun tamamını içermektedir (2). Amerika Romatoloji Derneği'ne göre ise, osteoartrit, klinik, fizyolojik, anatomik ve moleküler düzeylerde heterojen özellikler gösteren bir hastalık olarak kabul edilir (5).

Ağırlık taşıyan eklemlerdeki dejenerasyonunun fazlalığından dolayı osteoartritin semptomatik olarak en sık tuttuğu eklem, diz eklemidir (2). Diz eklemine yanı sıra kalça, omurga, el, ayak ve parmaklar en yaygın tutulumun olduğu diğer eklemlerdir (3). Özellikle dizdeki progresif kıkırdak yıkımı beraberinde hastaların eklem hareket açıklığında kısıtlılığı, şiddetli kronik ağrıyı ve ciddi kas atrofilerini getirmektedir. En yaygın görülen semptomlardan biri olan diz eklemi etrafındaki ağrı, keskin, künt, devamlı ya da aralıklı şekilde olabilmektedir. Fiziksel muayenesi esnasında duyulan eklemlerde sürtünme sesi, sertlik ve şişlik, hareket kısıtlılığı, sabah tutukluğu ve kas güçsüzlüğü yaygın görülen diğer problematik semptomlar arasında yer almaktadır (2, 6).

Osteoartrit Epidemiyolojisi

Eklemleri etkileyen pek çok artrit çeşidi olmasına rağmen en sık görülen türü osteoartrittir. Pek çok kronik hastalık gibi osteoartrit görülme oranı da yaşla birlikte artmakta ve toplumda en fazla 65 yaş üstü kadınları etkilemektedir (3, 7). Kadınlarda görülme oranının %42.1 iken, erkeklerde %31.2 olduğu bilinmektedir (8). Başka bir çalışmaya göre ise dünya genelinde 60 yaş üzerindeki erkeklerin %9.6'sı, kadınların ise %18'inin semptomatik osteoartrit deneyimlediği rapor edilmektedir (9). Radyografik ve semptomatik açıdan değerlendirme yapıldığında, kalça osteoartriti prevalansının sırasıyla %19.6 ve %4.2 (10); diz osteoartriti prevalansının %25.4 ve %15.4 (11, 12); radyografik ayak osteoartriti prevalansının %0.1-%61 (13) olduğu belirtilmiştir. Birleşik Devletlerde 14 milyon kişinin semptomatik diz osteoartriti deneyimlediği, semptomatik osteoartrit deneyimlenen 2 milyondan fazla kişinin 45 yaş altı bireylerden, 6 milyondan fazla kişinin ise 45-65 yaş arası kişilerden oluştuğu belirtilmektedir (14). Türkiye İstatistik Kurumu 2019 verilerine göre ise

Türk toplumunda osteoartrit görülme oranının %11.2 olduğu belirlenmiştir (15).

Hastalık Patogenezi

Sinoviyal eklemi oluşturan kıkırdak, ligamentler, eklem kapsülü, subkondral kemik ve sinoviyal doku gibi eklemde tüm komponentlerini etkileyen osteoartrit, genetik, metabolik, mekanik ve biyokimyasal pek çok faktörün etkisiyle birlikte kemik yıkım ve onarımının arasındaki dengenin bozulduğu bir hastalıktır. Özellikle hastalığın ilk evrelerinde kıkırdak fibrilasyonu başlar ve fibrilasyon daha yüzeysel iken hastalığın ilerlemesiyle birlikte derin tabakalara doğru dejenerasyon ilerleyebilmektedir. Dolayısıyla da hastalığın primer değişiklikleri özellikle eklem kıkırdağındaki kaybı, subkondral kemik şekillenmesi ve osteofit oluşumu şeklinde karşımıza çıkmaktadır. Kıkırdak hasarına neden olan en önemli mediyatörler sinoviyal hücreler ve kondrositlerden salgılanan metalloproteinazlardır. Ayrıca interlökin, tümör nekrozis faktör alfa ve interlökin 17 salınımı da osteoartritte oluşan kıkırdak yıkımı sürecine katılan diğer mediyatörlerdir. Kemik kollajen üretiminin bozulması, osteoklastik aktivitenin artması, alkalin fosfataz ve non-kollajen protein üretiminin artmasıyla birlikte subkondral kemikte değişim oluşmaya başlamaktadır. Kıkırdaktaki dejenerasyonun artmasıyla birlikte kıkırdak uç kısımları yırtılarak eklem kısmından parçalar kopmaya başlar ve kıkırdağın kalınlığında azalma olur. Bu durum osteofit oluşumuna sebep olur (3, 6, 16-20).

Risk Faktörleri

Osteoartritin etiyolojisine bakıldığında multifaktöriyel bir hastalık olduğu görülmektedir. Yaş, obezite, cinsiyet, yaşam tarzı, beslenme alışkanlıklarındaki değişim, fiziksel inaktivite, eklem morfolojisi, mesleki zorlanma, propriosepsiyon bozukluğu, eklemde ciddi hasarlara neden olan geçirilmiş travmalar, metabolik disfonksiyon, sirkadiyen ritim, diğer komorbid hastalıkların varlığı ve genetik predispozisyon gibi pek çok etken osteoartrit açısından risk faktörü olarak görülmektedir (3, 21-24). Literatürde, osteoartrit risk faktörleri çeşitli şekillerde gruplandırılmaktadır. Buna göre primer ve sekonder osteoartrit açısından değerlendirme yapıldığında primer osteoartritte bilinen bir neden bulunmazken, sekonder osteoartritin etiyolojisinde travma, enfeksiyon, konjental deformite gibi eklem yıkımından kaynaklı risk faktörlerinin olduğu bilinmektedir. Eklem yıkımının ise yaş, cinsiyet, obezite, mesleki zorlanmalar, spor aktiviteleri gibi faktörlerin etkisiyle arttığı belirtilmektedir (25). Diğer taraftan risk faktörlerini, kişisel risk faktörleri (sosyodemografik özellikler ve aile öyküsü), obezite ve metabolik sendrom, beslenme ve vitamin faktörleri, sigara içme, kemik kitlesi ve kemik yoğunluğu, sosyoekonomik düzey) ve eklem

ile ilişkili risk faktörleri (kemik/eklem yapısı, yaralanma, kas kitlesi ve kas gücü, eklem yükü ve eklem dizilimi, meslek ve fiziksel aktivite durumu, olmak üzere 2 ana grupta ele alan yaklaşım söz konusudur (9, 26, 27). Risk faktörlerinin başka bir sınıflandırma çeşidi ise sistemik ve lokal faktörler olmak üzere iki ana başlıklandırma yapılmasıdır. Sistemik faktörler başlığı altında yaş, cinsiyet, genetik gibi değiştirilemez risk faktörleri, obezite, kemik mineral yoğunluğu ve beslenme kalitesi gibi değiştirilebilir risk faktörleri yer almaktadır. Lokal faktörler başlığı altında ise travma, fiziksel aktivite, mesleki aktiviteler gibi dışsal faktörler ve eklem dizilimi bozukluğu, ligament yetersizlikleri, kas gücü yetersizliği, propriosepsiyon kaybı gibi içsel faktörler yer almaktadır (28). Osteoartrit vakalarının %25'inden fazlasında obezite, diyabet, pulmoner ve kardiyovasküler hastalık, hipertansiyon, metabolik ve kas iskelet sistemi bozuklukları ve depresyon gibi komorbid hastalıklar bulunmaktadır (22).

Yaş: Osteoartritin en güçlü ve majör risk faktörlerinden birisi yaştır. Yaşın ilerlemesiyle birlikte osteoartrit görülme sıklığı, osteoartrit nedeniyle tutulan eklem sayısı artmaktadır. Özellikle 65 yaş üzerindeki bireylerde osteoartrit görülme sıklığı oldukça yüksektir. Yaşla birlikte osteoartrit görülme sıklığının artma nedeni, yaşlanma ile birlikte proteoglikanların yapısında bulunan kondroitin sülfat oranının azalması, keratin miktarının artması, mitokondriyal DNA hasarı ve inflamatuvar sitokinlerin de sürece eklenerek kondrosit harabiyeti ile açıklanmaktadır. Kondrosit ve kırıkta yıkımı ya da hasarı sonucunda reaktif oksijen ürünleri artarak kırıkta yapısında incelleme ve zayıflığa neden olmaktadır. Ayrıca yaşla birlikte doku harabiyeti, fiziksel aktivitenin bozulması, kas atrofilerinin oluşması da osteoartrit riskini artırmaktadır (29).

Cinsiyet: Östrojenin özellikle diz ve kalça kemikleri üzerindeki koruyucu etkisi bilindiğinden ve dolayısıyla da menapoz sonrası östrojen seviyesindeki azalma hastalığa yatkınlığı artırdığı için kadınlarda osteoartrit görülme olasılığı erkeklere kıyasla 2,6 kat daha fazladır. Menapozla birlikte görülen hormonal değişiklikler, kemikten kana kalsiyum emiliminin artmasına neden olur ve bu nedenle kemik kayıpları da artmaktadır (9, 29, 30).

Obezite: Osteoartrit için en önemli risk faktörlerinden diğeri obezitedir. Obezitesi olan kadınlarda osteoartrit riski 4-5 kat artmaktadır. Obezite nedeniyle özellikle diz eklemdeki hasar oldukça fazladır. Vücut ağırlığının artmasıyla birlikte eklem kırıkta üzerinde mekanik stresin de arttığı bilinmektedir. Diz eklemdeki mekanik yüklenmenin dışında obezite postürün bozulması, yürüyüş ve fiziksel aktivitenin azalması ve

diz eklemine biyomekanik yapısının bozulması ile de ilişkili olduğundan osteoartrit riskini artırmaktadır (9, 28-31).

Eklem bozuklukları ve travma: Özellikle diz osteoartritin yaygın görülen diğer nedenlerinden birisi travmadır. Eklem içinde oluşan tekrarlayıcı nitelikteki majör ya da minör travmalar, ligament ve menisküste oluşan hasar/yırtık ya da geçirilmiş ameliyat öyküsü eklemlerin dejenerasyon sürecini hızlandırarak osteoartrit görülme oranını artırmaktadır (9, 32).

Beslenme faktörleri: Diyetle alınan C ve D vitaminleri ile süt ürünlerinin yetersiz olması, serum D vitamini düzeyinin düşük olması, K vitamini seviyesinin düşük olması gibi etkenler osteoartrit görülme sıklığını artırmaktadır. Özellikle E vitamininin kondrositleri olumlu etkileyen ağrıyı giderme özelliği nedeniyle analjezik ihtiyacının azalmasında etkili olduğu bilinmektedir (9, 11, 26, 31, 33).

Genetik faktörler: Diz osteoartritin önemli belirleyicilerinden olup hastalık yatkınlığının %50'sinden sorumludur. Özellikle distal interfalangeal eklem tutulumu olan annenin kız çocuğunda heberden nodülü görülme olasılığı 2 kat daha yüksek olduğundan osteoartrit yatkınlığını artırmaktadır. Heberden nodülü, Bouchard nodülü, diz ve kalça tutulumunun görüldüğü primer osteoartritte özellikle Heberden nodülü belirgin şekilde görülmekte ve kadınlarda dominant genle taşınmaktadır (29).

Mesleki aktiviteler ve Spor aktiviteleri: Belirli mesleklerde tekrarlayan hareketler eklemlerin harabiyetine yol açarak osteoartrite neden olmaktadır. Kemik mineral yoğunluğunun artırılmasında etkili olan egzersiz yaşlılığın artmasıyla birlikte eklemlerde zedelenmenin artmasına neden olabilmekte, bu nedenle de osteoartrite zemin hazırlamaktadır. Sportif aktivitelerin yanı sıra çiftçi, halı dokuma fabrikalarında çalışan işçiler ve boksörlerde eklemler üzerindeki yükün artması ve eklemlerin zedelenmesi de fazla olduğundan osteoartrit riski artmaktadır (9).

Osteoartrit Tanı ve Tedavisi

Klinikte osteoartrit tanısı, öykü, fiziksel muayene ve radyolojik incelemeler aracılığıyla konulmaktadır. Öyküde özellikle şiddetli eklem ağrıları, sabah tutukluğu/sertliği, hareket kısıtlılığı, krepitasyon, eklem fonksiyonlarının bozulması ve eklemlerdeki şişlik varlığı tanı koymada yardımcı kriterlerden birisidir. Özellikle son ay içerisinde diz ağrısı deneyimlenen gün sayısının fazla olması, eklem hareketi ile krepitasyon varlığının olması, sabah tutukluğunun maksimum 30 dk olması, eklemlerde büyüme olması gibi klinik bulguları açısın-

dan hastanın değerlendirilmesi gereklidir. Aktivite sırasında ortaya çıkan ağrı hastalık ilerledikçe istirahat esnasında dahi ortaya çıkmakta ve hastaneye en çok başvuru şikayetini oluşturmaktadır. Yapılan fiziksel muayenede görülen krepitasyon, eklem hareketlerinin ağrılı olması, varus/valgusta görülen instabilite, özellikle quadriceps kasında görülen atrofi durumu ve kas güçsüzlüğü, eklem deformasyonları ve fonksiyon kaybının görülmesi tanı koymada yardımcı olan diğer seçenekten birisidir. Özellikle diz osteoartriti için çekilen radyografik tetkiklerde görülen subkondral kist ve sklerozun varlığı, tipik sinoviyal bulguları ve osteofit oluşumunun görülmesi ile de tanı konulabilmektedir. Ayrıca, kırıkta yıkımıyla dolaylı ilişkili olan eritrosit sedimentasyon hızı, C-Reaktif protein, tam kan değerleri, romatoid faktör, antinükleer antikor gibi laboratuvar değerlerinin de takip edilmesi ve değerlendirilmesi gereklidir (25).

Osteoartrite yönelik direkt bir tedavi şekli olmamakla birlikte semptomların azaltılması, hastalık ilerleyiş hızının yavaşlatılması, hastalığın hastanın mobilitesi ve yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz etkilerinin azaltılması ve hastanın sağlık bakım ihtiyaçlarının azaltılmasına yönelik tedavi seçenekleri uygulanmaktadır. Buna göre non-farmakolojik ve farmakolojik tedavi kombinasyonu Avrupa Osteoporoz, Osteoartrit ve Kas-İskelet Sistemi Hastalıklarının Klinik ve Ekonomik Yönleri Derneği (European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis, Osteoarthritis and Musculoskeletal Diseases, ESCEO) tarafından yapılan güçlü önerilerden biridir ve özellikle diz osteoartritinin tedavisinde anahtar rol oynamaktadır (34).

ESCEO tarafından güçlü şekilde önerilen hasta eğitimi, aşırı kilolu olunması durumunda kilo verme ve aerobik ve güçlendirme egzersizlerinden oluşan egzersiz programının düzenlenmesi ve yaşam tarzı değişiklikleri osteoartritin tedavisinde önemli yer tutan non-farmakolojik yaklaşımlardır (34-37). Ayrıca tedavinin önemli parçasından diğeri istirahat etme ve travmatik durumlardan mümkün olduğunca uzak durmaktır. Hastalığın akut döneminde hastanın istirahatinin sağlanması gereklidir. Hastanın aktivitesi esnasında ise yürüteç, baston, tabanlıklar, ortotik cihazlar gibi yardımcı araç-gereç kullanımı olası travmaların önlenmesinde önem taşımaktadır. Diz breysleri kullanılarak valgus deformiteleri önlenmektedir (25). Bunun dışında, EULAR grubunda (European League Against Rheumatism- Roamizmaya Karşı Avrupa Birliği) önermiş olduğu tedavi modaliteleri düşünüldüğünde lazer ve spa uygulaması, pulse elektromanyetik alan tedavisi, akupunktur, bitkisel ilaçlar ve vitamin destekleri ve Transkutanöz Elektriksel Sinir Stimülasyonu

(TENS) gibi non-farmakolojik yöntemler de kullanılmaktadır (25, 38).

EULAR tarafından önerilen farmakolojik tedavi yöntemleri ise parasetamol, non-steroid anti-inflamatuar ilaçlar, opioid analjezikler, hormon replasman tedavisi, kondritin ya da glukozamin gibi yavaş etkili semptomatik ilaçlar, psikotrop ilaçlar, non-steroid anti-inflamatuar içeren topikal ajanların kullanılmasıdır. Bunun dışında intra-artiküler ve artroskopi, osteotomi, diz replasmanı gibi cerrahi tedavi yöntemleri de kullanılmaktadır (38).

Osteoartritte Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörler

Osteoartrit olan bireylerde sürekli hissedilen ağrı ve sertliğe bağlı gelişen fiziksel kısıtlılık bireyin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirememeye, öz bakım yetersizliğine, fonksiyonel durumunda kötüleşmeye, sosyal ilişkilerde bozulmaya neden olarak yaşam kalitesinde azalmaya neden olabilmektedir (39). Bireylerin, yaşlandıkça vücut fonksiyonlarının yavaşlaması ve komorbidelerin görülmesi osteoartrit hastalarında uzun süreli sakatlık derecesini artırır (40,41). Yaşlanan nüfustaki kas-iskelet sistemi rahatsızlıklarını önlemeye ve tedavi etmeye yönelik her türlü müdahalenin önceliklerinden biri yaşam kalitesinin iyileştirilmesi olmalıdır (40, 42).

Osteoartriti olan yaşlı hastalarda yaşam kalitesini etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Yapılan çalışmalarda yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, klinik evre ve obezitenin yaşlı hastaların yaşam kalitesini etkilediği belirtilmektedir (41). Osteoartrit 40 yaşından önce nadir görülmekte olup ileri yaş hastalığıdır. Yaş, fiziksel durumu etkileyen bir faktördür ve ilerleyen yaş ile ortaya çıkan eklem kırıktağındaki değişiklikler osteoartrit görülme sıklığını artırır. Osteoartriti olan hastalarda yapılan bazı çalışmalarda kadınların yaşam kalitesi puanlarının erkeklere göre daha düşük olduğu belirtilmektedir (41). Kadınlarda menapoz sonrası östrojen hormonu eksikliği osteoartrit gelişiminin hızlanmasında önemli rol oynamaktadır (43).

Osteoartrit olan bireylerin eğitim düzeyi, öncelikle hastalığın erken tespiti ve yönetimi için düzenli sağlık muayenesi davranışını etkileyen faktörlerdendir. Eğitim düzeyinin özellikle osteoartrit gelişimini yavaşlatmak ve semptomların yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz etkisini azaltmak için bireylerin öz yönetim konusunda farkındalığının daha yüksek olmasında etkili olduğu belirtilmektedir (39, 44). Hastalığın klinik evresi, hem fiziksel hem de ruhsal sağlıkla ilişkilidir ve hastalığın ciddiyetini yansıtan önemli bir risk faktörüdür. Klinik evre ilerledikçe hastalık semptomları ve semptomla-

rın şiddeti farklılık gösterir. Osteoartriti olan bireylerde evre ilerledikçe ağrı artar, eklem deformitesi ve fonksiyon kaybı gelişir (44). Yapılan bazı çalışmalarda klinik evre arttıkça ağrının arttığını belirtmiştir. Artan bu semptomların tümü, bireylerin sosyal aktivitelerini, fiziksel fonksiyonlarını ve yaşam kalitesini etkiler (40). Dünya genelinde giderek artan obezite prevalansı osteoartrit hastalığının gelişmesi ve tedaviye yanıt sürecindeki cevap için değiştirilebilir bir risk faktörüdür (45). Obezite ile eklem kıkırdağına yapılan baskı artar, semptomlar kötüleşir ve günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlanmalar meydana gelir (46). Obezite, eklemlerdeki yükü arttırarak sadece mekanik sorunlara değil hormonal sistemi de etkileyerek metabolik nedenlerle de OA gelişimi riskini arttırdığı belirtilmektedir (47). Obezitesi olan bireylerin daha düşük yaşam kalitesine sahip olduğu belirtilmektedir (48, 49). Kanıta dayalı kılavuzlara ek olarak kilo kaybının OA semptomlarını azalttığını gösteren birçok çalışma mevcuttur (38, 45, 50). Toplumda yaşla birlikte artan kas-iskelet sistemi rahatsızlıkları, fonksiyonel durumu, yaşam kalitesini ve sağlık bakım maliyetlerinin artmasına neden olmaktadır. Yaşam kalitesinin artırılmasında eğitim, kilo yönetimi, düzenli egzersiz etkili olmaktadır. Yaşlı bireylerin günlük yaşamlarındaki beslenme, ulaşım, boşaltım, sosyal ilişkideki birçok zorluk yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle osteoartritin öz yönetiminde yaşam kalitesinin iyileştirilmesi öncelik olmalıdır.

Osteoartritin Yönetimine Hemşirenin Rolü

Hemşirelerin, osteoartili hastaların yaşam kalitelerinin artırılmasında önemli destek rolleri bulunmaktadır. Hemşirelerin, eklem ağrısı ve sertliği olan hastaların eklem hareketliliğini korumalarına ve geliştirmelerine yardımcı olmaları ve eklem yaralanmasını en aza indirmeleri gereklidir. Hastaların kilolu olması durumunda, kilo verme, egzersiz yapma, sağlıklı yaşam tarzı davranışlarının kazanılması ve sürdürülmesi hususunda teşvikinin sağlanması ve kullanılan ilaçların etki ve yan etkileri konusunda eğitim ve danışmanlık hizmetini alması açısından destekleyecek olan sağlık profesyonellerinden birisi hemşiredir. Bunun yanı sıra hemşirelerin öz yönetim becerilerini geliştirmelerine yönelik yaptıkları hasta eğitimi aracılığıyla, hastaların semptomları yönetme ve yaşam tarzlarını değiştirme becerisini geliştirdiği gösterilmiştir (51).

Uluslararası Osteoartrit Araştırma Derneği, OA yönetiminin amaçlarının ağrı yönetimi ve optimal fonksiyonel yeteneği içerdiğini belirtmiştir. Bu amaçla, kalça ve diz OA'sının yönetimine ilişkin kılavuzlar geliştirilmiştir. Bu kılavuzlara dayalı hemşirelik müdahaleleri, ağrıyı reçete edildiği gibi yönetmek için uygun ilaçların verilmesini ve hastanın optimal hareketliliği sürdürme

ve bağımsız kalma çabalarını kolaylaştırmayı içerir (52). Hastaların bakım ve teavisinden sorumlu olan hemşireler hastaları ile ilgili olarak kas iskelet sistemine odaklanarak hastayı kapsamlı değerlendirmeli ve hastanın kullandığı reçeteli ve reçetesiz olarak kullandığı bitkisel ve besin takviyeleri ile ilgili olarak da bireyi sorgulamalıdır. Özellikle hastaların yaşadığı en temel semptom olan ağrının şiddeti, hareketlerini engelleme ve hareket aralığı, günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirme durumunu bilmelidir. Hastaya pozisyon verme, dizleri veya kalçaları desteklemek için yastık kullanarak eklemi ve çevresindeki kasları gevşetmeye yardımcı olma gibi uygulamalar ile hasta konforunu artırabilmektedir. Hastanın kilo vermesi ya da uygun diyet almasını sağlamaya yönelik diyetisyene ve hastaya uygun egzersiz rejiminin belirlenmesi, yardımcı araç ve gereçlerini kullanımında yardım için fizik tedavi uzmanına yönlendirme gibi konularda da hastaya destek olabilmektedir. Ayrıca hastanın yaşadığı çevrenin fiziksel ve sosyal faktörlerinin inceleyerek ergonomik yapının buna göre düzenlenmesine yardımcı olabilir. Örneğin; bireyin kullandığı klozet ve sandalye yüksekliklerinin arttırılması, merdiven ihtiyacını azaltma, kaymayan düzgün yer kaplamalarının uygulanması, uzun saplı ayakkabı çekeceği ve süpürge kullanımını sağlanması gibi girişimler yapılabilir. Hasta hareket ederken, günlük yaşam aktivitelerini yaparken hastanın güvenliğinin sağlanarak düşmelerden ve yaralanmalarından korunmasına yardımcı olurlar (52, 53).

Hemşireler hastaların bağımlılık durumlarını ve tanılarının etiolojilerini göz önünde bulundurarak hastaya yönelik hemşirelik tanımlarını ve girişimlerini belirlemeli ve uygulamalıdır. Başlıca bu hastalara yönelik belirlenebilecek en temel hemşirelik tanımları; Akut Ağrı/Kronik Ağrı; Fiziksel Harekette Bozulma ve Yaralanma Riskidir (53).

Sonuç

Sonuç olarak yaşlı bireylerde yaygın olarak görülen osteoartrit, ağrı, hareket kısıtlılığı, fiziksel kapasitede azalma, günlük yaşam ve sosyal aktivitelerin kısıtlanmasına ve çalışma kapasitesinde azalmaya neden olur. Bu hastalarda bilgi eksikliği, tedavilerinin uzun sürmesi, finansal kısıtlılıklar, etkisiz motivasyon ve egzersiz uygulamaları, motivasyon eksikliği gibi sorunlar ihmal ve memnuniyetsizliğe, yaşam kalitesinde azalmaya neden olmaktadır. Osteoartriti yönetmenin zorluklarından biri, insanlar arasında osteoartritin genel bir yaşlanma prosedürü olduğu ve hastalığın ilerlemesini yavaşlatmak için çok az şey yapılabileceği algısıdır. Bu nedenle hemşirelerin hastaları hastalık yönetimi konusunda eğitim, ağrının giderilmesi, yor-

gunluğun azaltılması, hareketin artırılması, beden bilincinin iyileştirilmesi ve bireysel bakımda yeterlilik kazandırılması gibi destek rolleri ile hastanın yaşam kalitesinin artırılmasının sağlamaları son derece önemlidir (53).

Çıkar Çatışması Beyanı

Herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Finansman

Bu araştırma, kamu, ticari veya kar amacı gütmeyen sektörlerdeki finansman kuruluşlarından herhangi bir finansal destek almamıştır.

Kaynaklar

- Arden NK, Perry TA, Bannuru RR, Bruyère O, Cooper C, Haugen IK, et al. Non-surgical management of knee osteoarthritis: Comparison of ESCEO and OARSI 2019 guidelines. *Nat Rev Rheumatol* 2021; 17(1): 59-66.
- Lespasio MJ, Piuze NS, Husni ME, Muschler GF, Guarino AJ, Mont MA. Knee osteoarthritis: a primer. *Perm J* 2017; 21: 16-183.
- Morris JL, Letson HL, Gillman R, Hazratwala K, Wilkinson M, McEwen P, et al. The CNS theory of osteoarthritis: opportunities beyond the joint. *Semin Arthritis Rheum* 2019; 49(3): 331-6.
- Sun X, Zhen X, Hu X, Li Y, Gu S, Gu Y, Dong H. Osteoarthritis in the middle-aged and elderly in China: prevalence and influencing factors. *Int J Environ Res Public Health*, 2019; 16(23): 4701.
- Solis-Cartas U, Calvopiña-Bejarano SJ, Martínez-Larrarte JP, Paguay-Moreno AR, Saquipay-Duchitanga GI. Perception of quality of life in patients with osteoarthritis. Sociodemographic and clinical characteristics. A 5 year study. *Rev Colomb Reumatol* 2018; 25(3), 177-83.
- Gu YT, Chen J, Meng ZL, Ge WY, Bian YY, Cheng SW, et al. (2017). Research progress on osteoarthritis treatment mechanisms. *Biomed Pharmacother* 2017; 93: 1246-52.
- Cope PJ, Ourradi K, Li Y, Sharif M. Models of osteoarthritis: the good, the bad and the promising. *Osteoarthritis Cartilage* 2019; 27(2): 230-9.
- Roos EM, Arden NK. Strategies for the prevention of knee osteoarthritis. *Nat Rev Rheumatol* 2016; 12(2): 92-101.
- Allen KD, Golightly YM. Epidemiology of osteoarthritis: State of the evidence. *Curr Opin Rheumatol* 2015; 27(3): 276-83.
- Kim C, Linsenmeyer KD, Vlad SC, Guermazi A, Clancy MM, Niu J, Felson DT. Prevalence of radiographic and symptomatic hip osteoarthritis in an urban United States community: the Framingham osteoarthritis study. *Arthritis Rheumatol* 2014; 66(11): 3013-7.
- Johnson VL, Hunter DJ. The epidemiology of osteoarthritis. *Best Pract Res Clin Rheumatol*; 2014; 28(1): 5-15.
- Neogi T, Zhang Y. Epidemiology of osteoarthritis. *Rheum Dis Clin North Am* 2013; 39(1): 1-19.
- Kalichman L, Hernández-Molina G. Midfoot and forefoot osteoarthritis. *Foot* 2014; 24(3): 128-34.
- Deshpande BR, Katz JN, Solomon DH, Yelin EH, Hunter DJ, Messier SP, et al. Number of persons with symptomatic knee osteoarthritis in the US: impact of race and ethnicity, age, sex, and obesity. *Arthritis Care Res* 2016; 68(12): 1743-50.
- Türkiye İstatistik Kurumu, <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Saglik-Arastirmasi-2019-33661>
- Ansari MY, Ahmad N, Haqqi TM. Oxidative stress and inflammation in osteoarthritis pathogenesis: Role of polyphenols. *Biomed Pharmacother* 2020; 129: 110452.
- Hussein MR, Fathi NA, El-Din AME, Hassan HI, Abdullah F, Eman AH, et al. Alterations of the CD4+, CD8+ T cell subsets, interleukins-1 β , IL-10, IL-17, tumor necrosis factor- α and soluble intercellular adhesion molecule-1 in rheumatoid arthritis and osteoarthritis: preliminary observations. *Pathol Oncol Res* 2008; 14(3): 321-8.
- Kloppenburg M, Berenbaum F. Osteoarthritis year in review 2019: epidemiology and therapy. *Osteoarthritis Cartilage* 2020; 28(3): 242-8.
- Lajeunesse D, Massicotte F, Pelletier JP, Martel-Pelletier J. Subchondral bone sclerosis in osteoarthritis: not just an innocent bystander. *Mod Rheumatol* 2003; 13(1): 7-14.
- Sherwood J. Osteoarthritis year in review 2018: biology. *Osteoarthritis Cartilage* 2019; 27(3): 365-70.
- Berenbaum F, Wallace IJ, Lieberman DE, Felson DT. Modern-day environmental factors in the pathogenesis of osteoarthritis. *Nat Rev Rheumatol* 2018; 14(11): 674-81.
- Calders P, Van Ginckel A. Presence of comorbidities and prognosis of clinical symptoms in knee and/or hip osteoarthritis: A systematic review and meta-analysis. *Semin Arthritis Rheum* 2018; 47(6): 805-13.
- Malemud CJ. The biological basis of osteoarthritis: State of the evidence. *Curr Opin Rheumatol* 2015; 27(3): 289-94.
- Mobasheri A, Rayman MP, Gualillo O, Sellam J, Van Der Kraan P, Fearon U. The role of metabolism in the pathogenesis of osteoarthritis. *Nat Rev Rheumatol* 2017; 13(5): 302-11.
- Hafez AR, Alenazi AM, Kachanathu SJ, Alroumi AM, Mohamed ES. Knee osteoarthritis: a review of literature. *Phys Med Rehabil Int* 2014; 1(5): 8.
- Nelson AE, Golightly YM, Lateef S, Renner JB, Jordan JM, Aspdren RM, et al. Cross-sectional associations between variations in ankle shape by statistical shape modeling, injury history, and race: the Johnston County Osteoarthritis Project. *J Foot Ankle Res* 2017; 10(1): 1-7.
- Wise BL, Kritikos L, Lynch JA, Liu F, Parimi N, Tileston KL, et al. Proximal femur shape differs between subjects with lateral and medial knee osteoarthritis and controls: The osteoarthritis initiative. *Osteoarthritis Cartilage* 2014; 22(12): 2067-73.
- Demiriz SY, Sarıkaya S. Diz osteoartriti hastalarında tanı ve kılavuzlar ışığında güncel tedavi. *Med J West Black Sea*, 2021; 5(2): 115-24.
- Palazzo C, Nguyen C, Lefevre-Colau MM, Rannou F, Poiraudou S. Risk factors and burden of osteoarthritis. *Ann Phys Rehabil Med* 2016; 59(3): 134-8.
- Çelik M, Çelik ST, Kayhan Tetik B. Güncel kılavuzlar eşliğinde birinci basamakta diz osteoartriti yaklaşım. *Ankara Med J* 2021; 2: 304-16.
- Bortoluzzi A, Furini F, Scirè CA. Osteoarthritis and its management-Epidemiology, nutritional aspects and environmental factors. *Autoimmun Rev* 2018; 17(11): 1097-104.
- Vina ER, Kwok CK. Epidemiology of osteoarthritis: literature update. *Curr Opin Rheumatol* 2018; 30(2): 160-7.
- Lu B, Driban JB, Duryea J, McAlindon T, Lapane KL, Eaton CB. Milk consumption and progression of medial tibiofemoral knee osteoarthritis: data from the Osteoarthritis Initiative. *Arthritis Care Res* 2014; 66(6): 802-9.
- Bruyère O, Honvo G, Veronese N, Arden NK, Branco J, Curtis EM, et al. An updated algorithm recommendation for the management of knee osteoarthritis from the European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis, Osteoarthritis and Musculoskeletal Diseases (ESCEO). *Semin Arthritis Rheum* 2019; 49(3): 337-50.
- Ferreira RM, Duarte JA, Gonçalves RS. Non-pharmacological and non-surgical interventions to manage patients with knee osteoarthritis: an umbrella review. *Acta Reumatol Port* 2018; 43(3): 182-200.
- Gay C, Chabaud A, Guilley E, Coudeyre E. Educating patients about the benefits of physical activity and exercise for their hip and knee osteoarthritis. Systematic literature review. *Ann Phy*

- Rehabil Med 2016; 59(3): 174-83.
37. Messier SP, Resnik AE, Beavers DP, Mihalko SL, Miller GD, Nicklas BJ, et al. Intentional weight loss in overweight and obese patients with knee osteoarthritis: is more better? *Arthritis Care Res* 2018;70(11):1569-75.
 38. Kolasinski SL, Neogi T, Hochberg MC, Oatis C, Guyatt G, Block J, et al. 2019 American College of Rheumatology/Arthritis Foundation guideline for the management of osteoarthritis of the hand, hip, and knee. *Arthritis Rheumatol* 2020; 72(2): 220-33.
 39. Wang Y, Lombard C, Hussain SM, Harrison C, Kozica S, Brady SR., et al. Effect of a low-intensity, self-management lifestyle intervention on knee pain in community-based young to middle-aged rural women: A cluster randomised controlled trial. *Arthritis Res Ther* 2018; 20(1), 1-9.
 40. Beaudart C, Biver E, Bruyere O, Cooper C, Al-Daghri N, Reingster JY, et al. Assessment of quality of life in musculo-skeletal health. *Aging Clin Exp Res* 2018; 30(5): 413-8.
 41. Chang SR, Yang CF, Chen KH. Relationships between body image, sexual dysfunction, and health-related quality of life among middle-aged women: A cross-sectional study. *Maturitas* 2019; 126: 45-50.
 42. Kiper S, Akça NK. Osteoartriti Olan Bireylerin Ağrı Durumlarının Değerlendirilmesi. *Bozok Tıp Derg* 2012; 2(2): 29-38.
 43. Zhang W, Doherty M, Leeb BF, Alekseeva L, Arden NK, Bijlsma JW, et al. (2009). EULAR evidence-based recommendations for the diagnosis of hand osteoarthritis: report of a task force of ESCISIT. *Ann Rheum Dis* 2009; 68(1): 8-17.
 44. Xie Y, Yu Y, Wang JX, Yang X, Zhao F, Ma JQ, et al. Health-related quality of life and its influencing factors in Chinese with knee osteoarthritis. *Quality Life Res* 2020; 29(9): 2395-402.
 45. Lee S, Kim SJ. Prevalence of knee osteoarthritis, risk factors, and quality of life: the Fifth Korean National Health and Nutrition Examination Survey. *Int J Rheum Dis* 2017; 20(7): 809-17.
 46. Güven SC, Özdemir O, Dinçer F. Osteoartrit ve obezite ilişkisi. *J PMR Sci*, 2016; 19(1): 76-84.
 47. Kulkarni K, Karssiens T, Kumar V, Pandit H. Obesity and osteoarthritis. *Maturitas* 2016; 89: 22-8.
 48. Kerkhof HJM, Bierma-Zeinstra SMA, Arden NK, Metrustry S, Castano-Betancourt M, Hart DJ, et al. Prediction model for knee osteoarthritis incidence, including clinical, genetic and biochemical risk factors. *Ann Rheum Dis* 2014; 73(12): 2116-21.
 49. Garip Y, Güler T, Tuncer ÖB. (2016). Fatigue among elderly patients with knee osteoarthritis and its association with functional status, depression and quality of life. *Ankara Med J* 2016; 16(1): 20-6.
 50. Paans N, van den Akker-Scheek I, Dilling RG, Bos M, Van Der Meer K, Bulstra SK, Stevens M. Effect of exercise and weight loss in people who have hip osteoarthritis and are overweight or obese: a prospective cohort study. *Phys Ther* 2013; 93(2): 137-46.
 51. Lucas B. Osteoarthritis: management and treatments. *Nurse Prescribing* 2009; 7(1): 7-12.
 52. Harris H, Crawford A. Recognizing and managing osteoarthritis. *Nursing* 2015; 45(1), 36-42.
 53. Gümüş K, Ünsal A. Osteoartrit'te hemşirelik bakımına güncel bir bakış. *Balıkesir Sağlık Bil Derg* 2014; 3(3): 179-82.