

ROMATOİD ARTRİTLİ BİREYLERE BAKIM VERENLERİN YÜKÜ VE ALGILADIKLARI SOSYAL DESTEK DÜZEYİ**CAREGIVERS BURDEN AND PERCEIVED SOCIAL SUPPORT LEVEL OF INDIVIDUALS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS**Gezmiş KİMYON¹, Sibel ŞENTÜRK², Alev YILDIRIM KESKİN³**ÖZET**

AMAÇ: Bu çalışmanın amacı, romatoid artritli bireylerin bakım verenlerin yükü ve algıladıkları sosyal destek düzeyinin belirlenmesidir.

GEREÇ VE YÖNTEM: Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki bu çalışma, Haziran 2020 – Aralık 2020 tarih aralığında bir uygulama ve araştırma hastanesinin romatoloji polikliniğine muayene olmak için gelen 130 romatoid artritli birey ve yakını ile tamamlandı. Veriler, “Hasta ve Bakım Verici Bilgi Formu”, “DAS-28 CRP Skoru”, “VAS Skoru”, “Sağlığı Değerlendirme Anketi (HAQ)”, “Zarit Bakım Yükü Ölçeği” ve “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği” ile elde edildi. Veri analizi, tanımlayıcı istatistikler, Mann-Whitney U testi, Kruskal-Wallis testi ve Spearman Korelasyon testi ile yapıldı.

BULGULAR: Araştırmaya katılan bakım verenlerin yaş ortalaması 46.3±13.4, %58.5’i erkekti, %59.2’si eşiydi ve %45.4’ü 1-5 yıl arasında bakım vermekteydi. Romatoid artritli hastaların VAS skoru, DAS-28 CRP skoru ve HAQ skoru ile bakım yükü arasında anlamlı bir ilişki olduğu, ayrıca deformasyon gelişen romatoid artrit hastalarının bakım yükünün daha yüksek olduğu belirlendi (p<0.05). Bakım verenler arasında ev hanımı ve emekli olanlar ile fiziksel, psikolojik, finansal, sosyal, ev yaşamında ve aile içi ilişkilerde sorun yaşayan bireylerin bakım yükünün daha yüksek olduğu belirlendi (p<0.01).

TARTIŞMA: Romatoid artritli hastalara bakım verenlerin yükünün az, algılanan sosyal destek düzeylerinin ise ortalamanın üzerinde olduğu belirlendi. Romatoid artrit hastalarına bakım vermekle yükümlü kişilerin eğitim ve destek programları ile bakım yüklerinin azaltılması, hastaların bakımlarına ve tedavilerine katkı sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Bakım veren yükü, romatoid artrit, sosyal destek.

ABSTRACT

AIM: The aim of this study is to determine the caregivers burden and perceived social support level of individuals with rheumatoid arthritis.

MATERIAL AND METHOD: This descriptive and cross-sectional study was completed with 130 individuals with rheumatoid arthritis and their relatives who came to the rheumatology outpatient clinic of a training and research hospital between June 2020 and December 2020. Data were obtained with the “Patient and Caregiver Descriptive Information Form”, “DAS-28 CRP Score” “VAS Score”, “Health Assessment Questionnaire (HAQ)”, “Zarit Care Burden Scale” and “Multidimensional Perceived Social Support Scale”. Data analysis was performed with descriptive statistics, Mann-Whitney U test, Kruskal-Wallis test and Spearman Correlation test.

RESULTS: The mean age of the caregivers participating in the study was 46.3±13.4 years, 58.5% were male, 59.2% were spouses and 45.4% were providing care between 1-5 years. It was determined that there was a significant relationship between the VAS score, DAS-28 CRP score and HAQ scores of patients with rheumatoid arthritis and the burden of care, and the care burden of rheumatoid arthritis patients with deformation was higher (p<0.05). Among the caregivers, it was determined that the care burden was higher in housewives, retired people, and individuals who have problems in physical, psychological, financial, social, home life, and family relations (p<0.01).

CONCLUSION: It was determined that the burden of caregivers of patients with rheumatoid arthritis was low, and their perceived social support levels were above the average. Reducing the burden of care through education and support programs for those responsible for caring for rheumatoid arthritis patients will be positive in terms of contributing to the care and treatment of them.

Keywords: Caregiver burden, rheumatoid arthritis, social support.

¹ Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi, Tıp Fakültesi Romatoloji Bölümü, Hatay, Türkiye

² Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi, Bucak Sağlık Yüksekokulu, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Burdur, Türkiye

³ Selçuk Üniversitesi, Akşehir Kadir Yallagöz Sağlık Yüksekokulu, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Konya, Türkiye

Geliş Tarihi / Submitted : Temmuz 2021 / July 2021

Kabul Tarihi / Accepted : Kasım 2021 / November 2021

Sorumlu Yazar / Corresponding Author:

Gezmiş KİMYON

Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi, Tıp Fakültesi Hastanesi, Aysel Sabuncu Ek Binası, Romatoloji Bölümü, 31000, Alahan, Antakya, Hatay, Türkiye

Gsm: +90 533 377 65 79

E-posta: gkimyon@gmail.com

Yazar Bilgileri / Author Information:

Gezmiş KİMYON (ORCID: 0000-0003-3775-639X),

Sibel ŞENTÜRK (ORCID: 0000-0002-5634-174X)

E-posta: sibelsenturk@mehmetakif.edu.tr ,

Alev Yıldırım Keskin (ORCID : 0000-0003-0981-5364)

E-posta: ayiles@hotmail.com

GİRİŞ

Romatoid artrit (RA) esas olarak eklemleri tutan, poliartrit yapan, kronik, progresif otoimmün bir hastalıktır. Hemen her yaşta görülmekle birlikte kadınlarda 3 kat daha fazla görülür. RA prevalansının ise %0.5 ile %1 arasında olduğu düşünülmektedir (1). RA erken ve iyi tedavi edilmezse uzun dönemde çeşitli komplikasyonlarla karşımıza çıkabilir. RA'da kardiyovasküler, respiratuvar ve malignite gibi nedenlerden dolayı normal populasyona göre mortalite oranı artmıştır (2, 3). RA ile ilişkili ortaya çıkan eklem ağrısı, tutukluk ve deformite gibi belirtiler hastalarda fiziksel ve sosyal kısıtlılıklara neden olur. Fiziksel işlevselliğin bozulması günlük yaşam aktivitelerinin bozulmasına ve engelliliğe neden olmaktadır (4). RA'lı hastaların 20 yıl içerisinde %25'ine eklem replasman tedavisi gerekmektedir (5). Ayrıca RA'lı hastaların %44'ünde iş engelliliği oluşmaktadır (6). Bu nedenlerden dolayı RA'lı hastaların yaşam kalitesi genel populasyona göre oldukça düşüktür (7).

RA hastalarının yaşam kalitesinin düşük olması, hastalığın seyrinde ortaya çıkabilen deformiteler hastaların başta aile bireyleri olmak üzere çeşitli kişilerden destek almalarını gerektirmektedir. Bakım veren yükü kavramı ile açıklanan bu durum hastaya bakmakla sorumlu olan kişilerde fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik anlamda zorluklar yaratabilir (8). Özellikle kronik hastalığa sahip bireylerde sadece hasta değil hastaya bakmakla sorumlu olan kişilerde de yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenmektedir (9). Bu doğrultuda bakım verenlerin yükünün azaltılmasına yönelik yaklaşımlara ihtiyaç duyulmaktadır (10). Bu yaklaşımlardan biri olan sosyal destek, bakım verenlerin yükünü azaltmada oldukça büyük bir role sahip olup hem hasta hem de bakım verenlerin iyilik halinin sürdürülmesi açısından da önemlidir (11, 12). Literatür incelendiğinde sosyal desteğin, kronik bir hastalığa sahip bireylerin bakım vericilerinin fiziksel ve ruhsal sağlıkları üzerinde olumlu etkileri olduğu ve bakım verme yüklerini azalttığı ifade edilmektedir (11, 13-15). Bu doğrultuda çalışmamızın amacı, RA'lı bireylere bakım verenlerin yükü ve algıladıkları sosyal destek düzeyinin belirlenmesidir. Bu çalışmadan elde edilecek verilerin RA'lı hastaların ve bakım verenlerin yaşam kalitesini yükseltecek çeşitli stratejiler geliştirilmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırma tanımsal-kesitsel tipte bir araştırma olup, çalışmada evren üzerinde çalışılmış, örneklem seçimine gidilmemiştir. Haziran 2020-Aralık 2020 tarih aralığında Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Romatoloji polikliniğine muayene olmak için gelen American College of Rheumatology (ACR) ve/veya American College of Rheumatology-European League Against Rheumatism (ACR-EULAR) 2010 kriterlerine göre hekim tarafından RA tanısı konmuş 130 RA'lı hasta ve 130 bakım verici çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmaya

dahil edilme kriterleri; RA'lı hastaların bakımından en az üç aydır birinci derecede sorumluluk üstlenmek, 18 yaş ve üzerinde olmak, iletişim ve algılama problemi olmamak ve çalışmaya katılmayı kabul etmek olarak belirlendi. Çalışmadan dışlanma kriterleri ise; RA'lı hastalara üç aydan daha az süredir bakım vermek, 18 yaş altında olmak, iletişim ve algılama problemi olmak, çalışmaya katılmayı kabul etmemek ve anketi eksik doldurmak olarak tanımlandı.

Çalışma öncesi Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı (Karar No: 10 04/06/2020), hastane yönetiminden de izin alınmıştır. Çalışmaya katılan RA'lı hasta ve bakım vericilerinden de çalışma ile ilgili bilgilendirme yapıldıktan sonra sözlü ve yazılı onamları alınmıştır. Bu çalışma Helsinki Deklarasyonu dikkate alınarak yapılmıştır.

Verilerin Toplanması

Veriler, literatür eşliğinde araştırmacıların geliştirdiği 'Hasta ve Bakım Verici Bilgi Formu' (1, 9-11,13-15), hastalar için "DAS-28 CRP Skoru", "VAS Skoru", "Sağlığı Değerlendirme Anketi (HAQ)", bakım vericiler için de "Zarit Bakım Yükü Ölçeği" ve "Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği" kullanılarak toplandı. Uygulamaya başlamadan önce 5 RA'lı hasta ve bakım vericisi ile ön uygulama yapıldı ve ankete son hali verildi. Anketler yüz yüze görüşme tekniği ile birinci araştırmacı tarafından maske, hijyen ve sosyal mesafe kurallarına riayet edilerek toplandı. Anket uygulamasına başlamadan önce hastalar ve bakım vericilerine araştırmacının amacı ve anket formu hakkında bilgi verildikten sonra yazılı ve sözel onamları alındı. Birinci araştırmacı tarafından hastaların fizik muayeneleri yapılarak deformasyonları, şiş eklem sayıları ve hassas eklem sayıları kayıt altına alındı. Daha sonra ise hem hastalara hem de bakım verenlere ölçekler sorularak dolduruldu. Ölçekleri kendi doldurabilecek durumda olan hasta ve bakım verenlere anketler verilerek doldurmaları istendi. Veri toplama formlarının uygulanması yaklaşık 10-15 dakika arasında sürdü.

Hasta ve Bakım Verici Tanıtıcı Bilgi Formu: Form bakım verilen bireyin özelliklerini içeren 13 soru (yaş, cinsiyet, beden kitle indeksi (BKİ), medeni durum, eğitim düzeyi, mesleği, gelir durumu, çocuk varlığı, çalışıp çalışmadığı, hastalık süresi, eşlik eden hastalıkları, deformasyon gelişip gelişmediği, deformasyonun yeri) ve bakım verenlerin özelliklerini içeren 19 sorudan (yaş, cinsiyet, medeni durumu, eğitim durumu, mesleği, gelir düzeyi, yakınlık derecesi, çocuk varlığı, ne kadar süredir bakım verdiği, bakım verme süresince çalışma durumu, bakım konusunda yardım aldığı kişi olup olmadığı, bakım verdiği kişilerle yaşama durumu, herhangi bir sağlık probleminin olup olmadığı, bakım vermeye başladığından beri fiziksel, psikolojik, sosyal, finansal, ev yaşantısı ve aile içi süreçlerde problem yaşayıp yaşamadığı) olmak üzere toplam 32 sorudan oluşmaktadır.

Beden Kitle İndeksi (BKİ): Bireylerin vücut ağırlıklarının ölçmek için 150 kg ağırlığa dayanıklı 0.1 kg'a duyarlı Innerscan BC 532 Tanıtma cihazı kullanıldı. Boy uzunluğu esnemeyen mezura ile ölçülerek kaydedildi. Vücut ağırlığı ve boy uzunluğu ile elde edilen verilerden faydalanılarak kg/m² cinsinden BKİ değerleri hesaplandı.

DAS-28 CRP Skoru: Hastalık aktivitesini değerlendirmede DAS-28 CRP skoru hesap edildi. Hesaplama hastaların şiş eklem sayıları (ŞES), 28 eklem üzerinden hassas eklem sayıları (HES), vizüel ağrı skalası (VAS) ile C reaktif protein (CRP, mg/L) verilerinden yararlanıldı. Hesaplama ise şu şekilde yapılmaktadır: $DAS28=(0.56X HES 112)+(0.28 X ŞES 1/2)+(0.7 X CRP)+(0.014 X VAS)$. Hesaplama sonucunda ≤ 2.6 değeri "remisyon", 2.6-3.2 aralığında olması "düşük", 3.2-5.1 aralığında olması "orta" ve ≥ 5.1 olması "yüksek" aktivite değeri şeklinde yorumlandı (16).

VAS Skoru: Ölçek, ağrı şiddetini belirlemek için kullanılmaktadır. En şiddetli ağrı skoru "10" ve ağrının yokluğu "0" olarak değerlendirilir. Bireyin hissettiği en yoğun ağrı skalada belirtilmektedir (17).

Sağlığı Değerlendirme Anketi (Health Assessment Questionnaire: HAQ): 1983 yılında Pincus ve arkadaşlarının geliştirmiş olduğu ölçek, Küçükdeveci ve arkadaşları (2004) tarafından Türkçe literatüre kazandırılmıştır (18, 19). 20 sorudan oluşan ölçekte 8 aktivite yer almaktadır. Aktivitelerin her birinden alınan puan o aktivitede yer alan sorulardan elde edilen en yüksek puana göre şekillenmektedir. Toplam puan, 8 aktiviteden elde edilen puanların toplamı alınıp 8'e bölünmesiyle elde edilmekte olup 0 ila 3 arasında bir puanlama ile değerlendirilmektedir. Puanların yüksek olması fonksiyonel bağımlılık düzeyinin de arttığını ifade etmektedir.

Zarit Bakım Yükü Ölçeği: 1980 yılında Zarit ve arkadaşlarının geliştirmiş olduğu ölçeğin Türkçeye uyarlanması İnci tarafından (2006) yapılmıştır (20, 21). Ölçek 22 ifadeden oluşan 5'li likert tipi bir ölçektir. Ölçekten en fazla 88 puan alınmaktadır ve puanın artması bakım yükünün de arttığını ifade etmektedir. Ölçekten 0-20 puan "az", 21-40 puan "orta", 41-60 puan "ileri" ve 61-88 puan "aşırı yük" şeklinde yorumlanmaktadır. Ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.75 bulunmuş olup bu çalışmada ise 0.92'dir.

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği: 1988 yılında Zimet ve arkadaşlarının geliştirmiş olduğu ölçek, 1995 yılında Eker ve arkadaşları tarafından Türkçe literatüre kazandırılmıştır (22, 23). Ölçek 12 maddeden oluşmakta ve 7'li likert tipindedir. Ölçekte aile, arkadaş ve özel kişi desteği olmak üzere üç alt boyut yer almaktadır. Ölçek toplam puanı 12 ila 84 arasında değişmektedir. Ölçekte kesme noktası bulunmamakta olup toplam puanın artması algılanan sosyal desteğin de arttığını ifade etmektedir. Ölçeğin Cronbach alfa

değeri 0.80-0.95 aralığında bulunmuş olup bu çalışmada ise 0.85'dir.

Verilerin Analizi

Veriler SPSS 24.0 (Statistical Package for the Social Sciences) istatistik paket programında değerlendirilmiştir. Verilerin tanımlayıcı istatistikleri hesaplanmış ve normallik dağılımı için Kolmogorov-Smirnov testi uygulanmıştır. Güvenilirlik analizi kullanılarak Cronbach alfa değeri bulunmuştur. Normal dağılım göstermeyen değişkenler için bağımsız iki grubun karşılaştırmasında Mann-Whitney U testi, bağımsız ikiden fazla grubun karşılaştırılmasında Kruskal-Wallis Testi uygulanmıştır. Korelasyon incelemeleri için Spearman korelasyon testi uygulanmıştır. İstatistiksel testlerin anlamlılık düzeyi olarak $p < 0,05$ kabul edilmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü

Çalışma öncesi Hatay Mustafa Kemal Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı (Karar No: 10 Tarih: 04/06/2020), hastane yönetiminden de izin alınmıştır. Çalışmaya katılan RA'lı hastalardan ve bakım vericilerinden de çalışma ile ilgili bilgilendirme yapıldıktan sonra sözlü ve yazılı onamları alınmıştır. Bu çalışma Helsinki Deklarasyonu dikkate alınarak yapılmıştır.

BULGULAR

Araştırmaya katılan RA'lı hastaların yaş ortalamaları 52.9 ± 12.6 olup %85.4'ü kadın, %86.2'si evli, %69.2'si ev hanımı ve %88.5'i ilköğretim ve altında eğitime sahipti. Hastaların %57.7'sinin gelirinin giderine eşit olduğu, %41.5'inin 3-4 çocuğa sahip olduğu, %52.3'ünün çalışmadığı, %56.9'unun RA dışında eşlik eden hastalığının olduğu, %43.8'inin hastalık süresinin 1-5 yıl arasında olduğu ve %73.1'inde deformasyon geliştiği belirlendi (Tablo 1). RA'lı hastalarda sosyodemografik ve hastalık özelliklerine göre bakım yükü puan ortalaması karşılaştırıldığında sadece deformasyon gelişme durumu ile bakım yükü puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olduğu belirlendi ($p < 0.01$).

RA'lı hastalara bakım veren bireylerin yaş ortalamaları 46.3 ± 13.4 olup %58.5'i erkek, %89.2'si evli, %36.2'si ev hanımı ve %75.4'ü ortaöğretim mezunu idi. Bakım verenlerin %52.3'ünün gelir durumunun gelirinin giderine eşit olduğu, %59.2'sinin eşi olduğu, %43.1'inin 3-4 çocuğa sahip olduğu, %52.3'ünün çalışmadığı, %45.4'ünün 1-5 yıl arasında bakım verdiği, %67.7'sinin bakım verirken yardım aldığı, %65.4'ünün bakım verdiği kişi ile yaşadığı, %78.5'inin fiziksel, %60.0'inin psikolojik, %66.2'sinin sosyal yaşantısında, %71.5'inin finansal, %51.5'inin ev yaşantısında ve %59.2'sinin aile içi ilişkilerde sorun yaşamadığı belirlendi (Tablo 2).

Tablo 2'de RA'lı hastalara bakım verenlerin sosyodemografik özellikleri incelendiğinde memur (medyan puan: 14.0) ve işçi (medyan puan: 15.0) olanların bakım yükü puanlarının anlamlı olarak daha düşük ol-

duğu, ev hanımı (medyan puan: 25.0) ve emekli (medyan puan: 25.0) olanların bakım yükü puanlarının daha fazla olduğu belirlendi ($p= 0.015$) (**Tablo 2**). RA'lı hastalara bakım verenler arasında fiziksel, psikolojik, sosyal yaşantıda, finansal açıdan, ev yaşantısında ve aile içi ilişkilerde sorun yaşayan bireylerin bakım yükü puan ortalamalarının orta düzeyde olduğu, sorun yaşayanlara oranla bakım yükü puan ortalamalarının

daha fazla ve aralarındaki farkın anlamlı olduğu tespit edildi ($p<0.01$). RA'lı hastalara bakım verenlerden lisans eğitim düzeyine sahip olanların algılanan sosyal destek puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlendi ($p<0.01$). RA'lı hastalara bakım veren bireylerin sosyal destek puan ortalamaları ile diğer sosyodemografik veriler arasında ise anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0.05$) (**Tablo 2**).

Tablo 1: RA'lı hastaların sosyodemografik ve hastalık özelliklerine göre bakım yükü puan ortalamasının dağılımı (n=130)

Özellikler	n (%)	Zarit Bakım Yükü Ölçeği Medyan (Min-Max)	p
Yaş ortalaması	52,9±12,6 (Min: 19, Max: 85)		
Cinsiyet			
Kadın	111 (85,40)	20,00 (0-63)	0,841
Erkek	19 (14,60)	22,00 (0-49)	
Eğitim durumu			
İlköğretim ve altı	115 (88,50)	21,00 (0-63)	0,678
Ortaöğretim	15 (11,50)	19,00 (0-46)	
Medeni durumu			
Evli	112 (86,20)	20,50 (0-63)	0,661
Bekar	18 (13,80)	20,50 (4-54)	
Mesleği			
Memur	6 (4,60)	19,50 (5-46)	0,487
Ev hanımı	90 (69,20)	22,50 (0-63)	
İşçi	11 (8,50)	19,00 (03-37)	
Emekli	23 (17,70)	16,00 (0-49)	
Gelir durumu			
Gelir giderden az	48 (36,90)	23,00 (0-54)	0,237
Gelir gidere eşit	75 (57,70)	20,00 (0-63)	
Gelir giderden fazla	7 (5,40)	16,00 (9-40)	
Çocuk sayısı			
Çocuğu yok	17 (21,50)	19,50 (0-54)	0,168
1-2 çocuğu var	21 (16,20)	14,00 (3-44)	
3-4 çocuğu var	56 (41,50)	25,00 (0-63)	
5 ve üzeri çocuğu var	27 (20,80)	22,00 (6-42)	
Çalışma durumu			
Tam gün	46 (35,40)	17,00 (0-54)	0,362
Yarım gün	16 (12,30)	20,00 (12-25)	
Çalışmıyor	68 (52,30)	22,00 (0-63)	
Hastalık süresi			
1-5 yıl	57 (43,80)	20,00 (0-54)	0,296
6-10 yıl	27 (20,80)	17,00 (3-42)	
11-15 yıl	26 (20,00)	25,00 (0-63)	
16 yıl ve üzeri	20 (15,40)	27,00 (4-46)	
RA dışında eşlik eden hastalık			
Evet	74 (56,90)	22,00 (0-63)	0,300
Hayır	56 (43,10)	20,00 (3-49)	
Deformasyon gelişme durumu			
Evet**	95 (73,10)	25,00 (0-63)	0,000*
Hayır	35 (26,90)	10,00 (0-49)	
Toplam	130 (100,00)	20,00 (0-63)	

Min: Minimum, **Max:** Maksimum, n: Sayı, %: Yüzde, RA: Romatoid artrit, * $p<0,01$,

**[El (33 kişi), ayak (10 kişi), kalça (4 kişi), diz (4 kişi), vertebra (4 kişi), el+ayak+diz (8 kişi), el+ayak+vertebra (6 kişi), el+kalça (2 kişi), el+ayak (14 kişi), el+diz+vertebra (3 kişi), el+diz (4 kişi), el+ayak+kalça+diz (3 kişi)]

Normal dağılım göstermeyen bağımsız iki grubun karşılaştırmasında Mann-Whitney U testi, Bağımsız üç grubun karşılaştırılmasında Kruskal-Wallis Test

Tablo 2: Bakım verenlerin özelliklerine göre algılanan sosyal destek ve bakım yükü puan ortalamalarının dağılımı (n=130)

Özellikler	n (%)	Zarit Bakım Yükü Ölçeği	Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
Yaş ortalaması	46,3±13,4 (Min: 19, Max: 75)		
Cinsiyet			
Kadın	54 (41,50)	22,50 (3-54)	55,50 (12-84)
Erkek	76 (58,50)	19,00 (0-63)	53,50 (15-84)
p		0,109	0,762
Eğitim durumu			
İlköğretim ve altı	7 (5,40)	23,00 (6-54)	42,00 (28-53)
Ortaöğretim	98 (75,40)	21,50 (0-63)	56,00 (12-84)
Lisans	22 (16,90)	18,00 (5-48)	59,50 (26-84)
Yüksek lisans ve üzeri	3 (2,30)	15,00 (0-49)	41,00 (37-42)
p**		0,869	0,005**
Medeni durumu			
Evli	116 (89,20)	20,50 (0-63)	55,50 (15-84)
Bekar	14 (10,80)	22,50 (0-49)	45,50 (12-84)
p		0,830	0,177
Mesleği			
Memur	13 (10,00)	14,00 (5-39)	59,00 (12-84)
Ev hanımı	47 (36,20)	25,00 (3-54)	55,00 (15-84)
İşçi	29 (22,30)	15,00 (4-63)	52,00 (24-78)
Emekli	41 (31,50)	25,00 (4-46)	56,50 (15-79)
p**		0,015**	0,519
Gelir durumu			
Gelir giderden az	51 (39,20)	25,00 (0-54)	52,00 (12-76)
Gelir gidere eşit	68 (52,30)	19,00 (4-63)	57,50 (15-84)
Gelir giderden fazla	11 (8,50)	19,00 (0-49)	49,00 (36-70)
p		0,169	0,181
Yakınlık derecesi			
Anne-baba	6 (4,60)	15,50 (7-49)	60,00 (38-84)
Kızı-oğlu	40 (30,80)	23,50 (4-54)	51,50 (15-74)
Eşi	77 (59,20)	20,00 (0-63)	54,00 (15-84)
Kardeşi	7 (5,40)	10,00 (0-34)	56,00 (12-79)
p		0,139	0,846
Çocuk sayısı			
Çocuğu yok	17 (13,00)	21,00 (0-49)	47,00 (12-84)
1-2 çocuğu var	40 (30,80)	17,50 (3-44)	57,50 (15-84)
3-4 çocuğu var	56 (43,10)	25,00 (4-63)	56,50 (15-82)
5 ve üzeri çocuğu var	17 (13,10)	23,00 (0-42)	53,00 (29-84)
p		0,537	0,457
Çalışma durumu			
Tam gün	46 (35,40)	19,00 (3-49)	56,00 (12-78)
Yarım gün	16 (12,30)	23,50 (0-54)	45,50 (26-74)
Çalışmıyor	68 (52,30)	21,50 (4-63)	54,00 (15-84)
p		0,239	0,349
Bakım verme süresi			
1 yıldan az	8 (6,20)	28,00 (7-34)	58,00 (12-84)
1-5 yıl	59 (45,40)	19,00 (0-54)	56,00 (28-79)
6-10 yıl	29 (22,30)	22,00 (3-48)	55,00 (15-84)
11 yıl ve üzeri	34 (26,10)	24,00 (0-63)	50,00 (15-84)
p		0,475	0,410
Bakım verirken yardım alma			
Evet	42 (32,30)	21,00 (0-63)	46,50 (15-84)
Hayır	88 (67,70)	20,50 (0-48)	56,00 (12-84)
p		0,308	0,174
Bakım verdiği kişi ile yaşama durumu			
Evet	85 (65,40)	20,00 (0-63)	56,00 (12-84)
Hayır	45 (34,60)	25,00 (0-54)	50,00 (15-74)
p		0,080	0,382
Fiziksel sorun yaşama			
Evet	28 (21,50)	36,50 (6-63)	51,00 (24-76)
Hayır	102 (78,50)	17,00 (0-49)	55,00 (12-84)
p*		0,000*	0,347
Psikolojik sorun yaşama			
Evet	52 (40,00)	31,00 (0-63)	49,50 (12-84)
Hayır	78 (60,00)	16,00 (0-43)	56,00 (15-84)
p*		0,000*	0,164
Sosyal yaşantıda sorun yaşama			
Evet	44 (33,80)	32,00 (0-63)	49,00 (12-84)
Hayır	86 (66,20)	17,00 (0-44)	55,50 (15-84)
p*		0,000*	0,146
Finansal açıdan sorun yaşama			
Evet	37 (28,50)	27,00 (0-54)	49,00 (12-84)
Hayır	93 (71,50)	19,00 (0-63)	56,00 (15-84)
p*		0,002*	0,085
Ev yaşantısında sorun yaşama			
Evet	63 (48,50)	28,00 (0-63)	55,00 (12-84)
Hayır	67 (51,50)	15,00 (0-44)	54,00 (15-79)
p*		0,000*	0,970
Aile içi ilişkilerde sorun yaşama			
Evet	53 (40,80)	32,00 (3-63)	49,00 (12-84)
Hayır	77 (59,20)	15,00 (0-42)	56,00 (15-84)
p*		0,000*	0,186
Toplam	130 (100,00)	20,00 (0-63)	54,00 (12-84)

Min: Minimum, Max: Maksimum, n: Sayı, %: Yüzde *Normal dağılım göstermeyen bağımsız iki grubun karşılaştırmasında Mann-Whitney U testi,

**Bağımsız üç grubun karşılaştırılmasında Kruskal-Wallis Test

Tablo 3: RA'lı hastaların ve bakım verenlerinin bazı özellikleri, sosyal destek ve bakım yükü korelasyonu (n=130)

Hastanın Özellikleri	Zarar Bakım Yükü	
	r	p
Yaş	0,081	0,361
BKI	0,059	0,508
VAS Skoru	0,183	0,037*
DAS-28 CRP Skoru	0,222	0,011*
HAQ Skoru	0,351	0,000*
Bakım Vereninin Özellikleri		
Yaş	0,078	0,380
Algılanan Sosyal Destek	-0,075	0,399
Aile	-0,083	0,345
Arkadaş	-0,130	0,140
Özel	-0,016	0,855

RA: Romatoid artrit, BKI: Beden Kitle İndeksi, VAS: Vizüel Ağrı Skalası, DAS-28 CRP: DAS-28 C Reaktif Protein, HAQ: Health Assessment Questionnaire.

RA'lı hastaların bazı özellikleri ile bakım yükleri arasında korelasyon değerlendirildiğinde sırasıyla; VAS skoru ($r=0.183$, $p=0.037$), DAS-28 CRP skoru ($r=0.222$, $p=0.011$), HAQ skoru ($r=0.351$, $p<0.001$) ve bakım yükü arasında anlamlı pozitif yönde bir ilişki olduğu; bakım verenlerin yaşları ve algılanan sosyal destek puanı ile bakım yükü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı belirlendi ($p>0.05$) (Tablo 3).

TARTIŞMA

Bu çalışmada, RA'lı hastalara bakım verenlerin bakım yükünün az, algılanan sosyal destek düzeylerinin ortalamasının üzerinde olduğu saptanmıştır. Bakım verenlerin algıladıkları sosyal desteğin bireylerin sağlık durumları ve yaşam kalitesine olumlu katkıları vardır. Sosyal destek arttıkça yaşam kalitesi artar ve bakım verme yükü azalır (24). Bu beklenen bir sonuçtur.

Çalışmamızda hastaların VAS skoru, DAS-28 CRP skoru ve HAQ skoru ile bakım yükü arasında anlamlı bir ilişki olduğu, deformasyon gelişmiş olan RA hastalarında bakım yükünün daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. RA'da en çok el ve ayak deformasyonları gelişmektedir. RA'da el deformateleri hastaların kavrama gücünün azalmasına ve günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede zorluk yaşamasına neden olduğu, ayak eklemlerinin etkilenmesiyle de engellilik durumunun olduğu, güvenli yürümenin etkilendiği ve hastaların bağımsızlığını azalttığı belirtilmektedir (25,26). Hastaların fonksiyonel kapasite durumlarının ve eklemlerini kontrol etme öz yeterliklerinin bakım veren yükünü etkileyen iki ana faktör olduğu ifade edilmektedir (27). Literatür incelendiğinde çalışma sonuçlarımıza benzer şekilde RA'lı hastalara bakım verenlerin sosyal destekleri arttıkça bakım verme nedeniyle ortaya çıkan fiziksel, duygusal ve finansal sorunların azaldığı, hastalığın aktif olduğu dönemlerde hastalık semptomlarının şiddetlenmesiyle ve eklem hasarı arttıkça ortaya çıkan öz bakım eksikliğinin bakım yükünü arttırdığı tespit edilmiştir (27-30). Çalışmamızda bakım yükünün az olmasının sebebi, öz bakım açısından bağımsızlığı

yüksek olan hastaların çoğunlukta olması şeklinde düşünüldü.

RA hastalarına bakım vermekle yükümlü eşlerin incelendiği bir çalışmada RA'lı hastaların eşleri arasındaki bakım yükünün yüksek olduğu bulunmuştur. İlginç olarak bu çalışmada bakım vereninin bir sonucu olarak yüksek bir özgüven elde ettiklerini göstermişlerdir. Yine aynı çalışmada daha yüksek benlik saygısı olan hastaların daha az finansal sorun ve daha az fiziksel güç kaybı algıladıklarını saptamışlardır (31). Bizim çalışmamızda RA'lı hastalara bakım verenlerin yaklaşık %60'ı eşi, %68'i ise ev hanımı ve emekliydi. Örneklem sayısının 40 kişi olduğu başka bir çalışmada bakım vermekle yükümlü olanların çoğunlukla kadın olduğu (%87.5) ve bunun bakım vermenin tarihsel olarak kadınlara verilmiş bir görev olması nedeniyle olduğu söylenmiştir (32). Çalışmamızda bakım verenlerin %58.5'i erkek cinsiyete sahipti. Bu durum RA'nın kadınlarda daha fazla görülmesi ve bakım verenlerin çoğunlukla hasta bireylerin eşleri olması ile açıklanabilir. Ancak ev hanımlarında bakım yükünün yüksek olması hala bakım verme rolünün kadına atfedilen bir durum olduğunu da göstermektedir.

Bakım verenlerin RA'lı hastaların günlük yaşam aktivitelerini sürdürme, ilaçlarını kullanmasına yardımcı olma, egzersizlerini yaptırma ve düzenli olarak sağlık kontrollerine götürme gibi faaliyetleri, bakım alan bireyin işlevsel durumuna, gözetim gerektiren görevlerin sayısına, süresine ve hastayla duygusal olarak ilgilenmesine bağlıdır. Harcanan zaman, yapılan görevlerin türü ve hastaya kendini adanma boş zaman aktivitelerini kesintiye uğratabilir veya azaltabilir, stres seviyelerini artırabilir, sosyal izolasyona neden olabilir ve yüksek bir fiziksel yük getirebilir. Bu nedenle bakım görevi, özellikle bakım verenler üzerinde önemli fizyolojik, sosyal, ekonomik ve psikolojik etkiye sahiptir (29). Literatürde çalışma sonuçlarımıza benzer şekilde bakım vericilerle ilgili yapılmış olan çalışmalarda fiziksel (yorgunluk, uyku bozuklukları, eklem ağrısı, baş ağrısı, sırt ağrısı, hazımsızlık, iştahta azalma ya da aşırı kilo alma ve baş dönmesi vs.),

psikolojik (depresyon, anksiyete, sosyal izolasyon, benlik saygısında azalma, gerginlik, huzursuzluk, çaresizlik vs.), sosyal (zaman ve aktivite programlarının kısıtlılığı, kendi bakımını yerine getirmede zorlanma vs.), ekonomik (sosyal güvenlik kurumları tarafından karşılanmayan ek harcamaların oluşması, çalışma saatlerindeki değişim, iş kayıpları yaşama vs.) aile içi ilişkilerinde ve ev yaşantısında (eşler arasında tartışmaların olması, boşanma, gergin bir ortam, ev işleri ile ilgilenememe, aile bireyleri ile yeteri kadar zaman geçirememme vs.) sorunlar yaşadıkları ifade edilmektedir (9-15, 24, 29-31). Sonuçta bu sorunlar bakım vericilerin bakım verme yükümlülükleri nedeniyle sağlık problemleri yaşamalarına ve tüm alanlarda yaşam kalitelerinin düşmesine neden olacağı için devlet politikaları içerisinde bakım veren bireylere verilen destek sistemlerinin artırılması gerektiğini düşünmekteyiz. Bakım verenlerde öznel yükü önlemek veya hafifletmek için sosyal desteğin teşvik edilmesi önemlidir. Algılanan sosyal desteğin az olması bakım verenlerin öznel yükünün artmasına neden olabilir (33). Çalışmamızda yalnızca lisans eğitim düzeyine sahip olanların algılanan sosyal destek puan ortalamalarının ileri düzeyde olduğunu saptadık. Eğitim seviyesi arttıkça bireylerin sağlık algılarının ve sağlığı yönetme durumlarının pozitif yönde etkilendiği, olumlu baş etme stratejileri oluşturdukları, maddi koşulların iyi düzeyde olması ile yaşam standartlarının arttığı ve bakım yüklerinin azaldığı düşünülmektedir.

Çalışmanın kısıtlılığı ve zayıf yönü örneklem büyüklüğünün küçük olması ve kesitsel analiz olmasıdır, bu nedenle sonuçlar tüm hastalık popülasyonu ve bakım vericileri için genellenemez. Hastaların eğitim düzeyi, bakım verme yükünü etkileyen etmenlerden biridir. Bu nedenle örneklem grubunda ortaöğretim ve üzeri eğitim seviyesine sahip RA hastasının bulunmaması çalışmanın bir diğer kısıtlılığıdır. Ancak konu ile ilgili ülkemizde çalışma olmaması yapılacak olan diğer çalışmalara yol gösterici olması nedeniyle önemlidir. Hastanın yaşam kalitesi ve bakım vericileri arasında algılanan yük hakkında daha detaylı veri oluşturmasını sağlamak amacıyla uzun dönemli takip çalışmalarının yapılması gerekmektedir.

SONUÇ

Sonuç olarak, RA hastalarına bakım verenlerde bakım yükünün az, algılanan sosyal destek düzeylerinin ortalamasının üzerinde olduğu belirlenmiş olup bakım yükü üzerinde fiziksel, psikolojik, finansal, sosyal, aile içi ilişkiler ve ev yaşamında sorun yaşamının etkili olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda en çok el ve ayak deformasyonunun olduğu belirlenmiş olup ayakta tedavi gören RA hastalarının profili ve fonksiyonel kayıp düzeyleri tespit edilmeli, fonksiyonelliklerini arttırmaya yönelik egzersiz programları hem kendilerine hem de bakım vericilerine öğretilmelidir. Çalışmamızda ev hanımı ve emekli olanların bakım yükünün arttığı düşünüldüğünde bakım verenlerin yük düzeylerinin belirlenerek ailedeki diğer aile bireyleri ile görüşülüp onların da bakıma katkı vermesi sağlanarak yük hafifletilmelidir. RA'lı hastaların ev ortamında da değerlendirilip sağlık profesyonellerinin hastaların fonksiyonel kapasitelerini arttırmaya yönelik

bakım stratejilerini belirlemelerine, RA'nın neden olduğu semptomları ve deformasyonu hafifletmeye, verilen bakımın kalitesini iyileştirmeye ve bakım verenlerin sorunlarını daha objektif bir şekilde görmelerine yardımcı olunabilir. Ev ziyaretleri ile bakım verenin sağlık durumu, bakım yükü ve sosyal destek düzeyleri de belirli aralıklarla izlenmelidir. RA'lı hastalara bakım veren primer bakım vericilerin, bakımlarını bir plan dahilinde günlük rutinlerini engellemeyecek şekilde yapabilmesi konusunda yardımcı olunabilir. Ayrıca RA hastalarına bakım vermekle yükümlü kişilerin taleplerini karşılayabilecek, yükün etkilerini en aza indirebilecek, bu bireylerin sağlık ve yaşam kalitelerini iyileştirebilecek şekilde duygusal ve mesleki destek programları ile eğitilmeleri ve primer bakım vericilerin maddi konularda sosyal destek sistemlerine yönlendirilmeleri sağlanmalıdır. Bakım verenleri grup terapilerine yönlendirerek aynı durumdaki bakım verici ailelerle konuşması, hislerini ve endişelerini açıkça tartışması sağlanabilir. Primer bakım vericilerin yaşadıkları sorunları ortaya koyan büyük örneklemli çalışmaların yapılması, aile üyelerinin yaşadıkları sorunları ve ihtiyaçlarını tespit edecek standart kriterler ve kanıta dayalı rehberlerin geliştirilmesi önerilmektedir.

Teşekkür: Yazarlar, çalışmaya katılan RA'lı hasta ve yakınlarına teşekkür eder. Yazarlar bu çalışmanın herhangi bir finansal destek almadığını ve herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan etmektedirler.

Yazar Katkıları

Konsept ve Tasarım: G.K., S.Ş., A.Y.K.

Veri toplama: G.K.

Analiz: S.Ş., A.Y.K.

Literatür derleme, araştırma: G.K., S.Ş.

Makalenin Yazımı: G.K., S.Ş., A.Y.K.

KAYNAKLAR

- 1.)Hunter TM, Boytsov NN, Zhang X, et al. Prevalence of rheumatoid arthritis in the United States adult population in healthcare claims databases, 2004-2014. *Rheumatol Int.* 2017; 37: 1551-7.
- 2.)Sparks JA, Chang S-C, Liao KP, et al. Rheumatoid arthritis and mortality among women during 36 years of prospective follow-up: Results from the nurses' health study. *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2016; 68: 753-62.
- 3.)England BR, Sayles H, Michaud K, et al. Cause-specific mortality in male US veterans with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2016; 68: 36-45.
- 4.)Katz PP, Morris A, Yelin EH. Prevalence and predictors of disability in valued life activities among individuals with rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis.* 2006; 65: 763-9.
- 5.)Wolfe F, Zwillich SH. The long-term outcomes of rheumatoid arthritis: a 23-year prospective, longitudinal study of total joint replacement and its predictors in 1,600 patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* 1998; 41: 1072-82.
- 6.)Eberhardt K, Larsson B-M, Nived K, et al. Work disability in rheumatoid arthritis--development over 15 years and evaluation of predictive factors over time. *J Rheumatol.* 2007; 34: 481-7.
- 7.)Matcham F, Scott IC, Rayner L, et al. The impact of rheumatoid arthritis on quality-of-life assessed using the SF-36: a systematic review and meta-analysis. *Semin Arthritis Rheum.* 2014; 44: 123-30.
- 8.)Atagün Mİ, Balaban ÖD, Atagün Z, ve ark. Kronik hastalıklarda

- bakım veren yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2011; 3: 513-52.
- 9.)Yeşil T, Çetinkaya Ulusoy E, Korkmaz M. Kronik hastalığı olanlara bakım verenlerin bakım yükü ve yaşam kalitesinin incelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2016; 5: 54-66.
- 10.)Ulrich A, Ascherfeld L, Marx G, et al. Quality of life, psychological burden, needs, and satisfaction during specialized inpatient palliative care in family caregivers of advanced cancer patients. *BMC Palliat Care*. 2017; 16: 31.
- 11.)Tuncay FÖ, Mollaoglu M, Fertelli TK. Kronik hastalığı olan bireye bakım verenlerde bakım yükü ve sosyal destek düzeyi. *Literatür Sempozyum*. 2015; 8: 5-10.
- 12.)Zhong Y, Wang J, Nicholas S. Social support and depressive symptoms among family caregivers of older people with disabilities in four provinces of urban China: The mediating role of caregiver burden. *BMC Geriatr*. 2020; 20: 3.
- 13.)Shiba K, Kondo N, Kondo K. Informal and formal social support and caregiver burden: The AGES caregiver survey. *J Epidemiol*. 2016; 6: 622-8.
- 14.)Selçuk KT, Avcı D. Kronik hastalığa sahip yaşlılara bakım verenlerde bakım yükü ve etkileyen etmenler. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2016; 7: 1-9.
- 15.)Xian M, Xu L. Social support and self-rated health among caregivers of people with dementia: The mediating role of caregiving burden. *Dementia (London)*. 2020; 19: 2621-36.
- 16.)Prevo ML, van 't Hof MA, Kuper HH, et al. Modified disease activity scores that include twenty-eight-joint counts. Development and validation in a prospective longitudinal study of patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*. 1995; 38: 44-8.
- 17.)Gallagher EJ, Liebman M, Bijur PE. Prospective validation of clinically important changes in pain severity measured on a visual analog scale. *Ann Emerg Med*. 2001; 38: 633-8.
- 18.)Pincus T, Summey JA, Soraci SA Jr, et al. Assessment of patient satisfaction in activities of daily living using a modified Stanford Health Assessment Questionnaire. *Arthritis Rheum*. 1983; 26: 1346-53.
- 19.)Küçükdeveci AA, Sahin H, Ataman S, et al. Issues in cross-cultural validity: Example from the adaptation, reliability, and validity testing of a turkish version of the stan-ford health assessment questionnaire. *Arthritis Rheum*. 2004; 51: 14-9.
- 20.)Zarit SH, Reever KE, Back-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of burden. *Gerontologist*. 1980; 20: 649-55.
- 21.)İnci FH, Erdem Y. Bakım verme yükü ölçeğinin Türkçeye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirliği. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2008; 11: 85-95.
- 22.)Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, et al. The multidimensional scale of perceived social support. *J Pers Assess*. 1988; 52: 30-41.
- 23.)Eker D, Arkar H. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*. 1995; 10: 45-55.
- 24.)Kars Fertelli T, Özkan Tuncay F. İnmeli bireye bakım verenlerde bakım yükü, sosyal destek ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki. *Journal of Academic Research in Nursing*. 2019; 5: 107-15.
- 25.)Mollard E, Michaud K. A mobile app with optical imaging for the self-management of hand rheumatoid arthritis: pilot study. *JMIR Mhealth Uhealth* 2018; 6: 1-10.
- 26.)Laitinen AM, Bostrom C, Hyytia S, et al. Experiences of foot health in patients with rheumatoid arthritis: a qualitative study. *Disabil Rehabil*. 2020; 1-8.
- 27.)Shaban S, Guroo MAA, Bashir R. Study of the difference in quality of life and caregiver burden among patients with schizophrenia and rheumatoid arthritis. *Int J Res Med Sc*. 2021; 9: 1577-81.
- 28.)He G, Ding Y. Caregiver burden of rheumatoid arthritis patients with self-care deficit in China: A cross-sectional study. *Arch Rheumatol*. 2016; 31: 371-6.
- 29.)Nagayoshi BA, Lourenção LG, Kobayase YNS, et al. Rheumatoid arthritis: profile of patients and burden of caregivers. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2018; 21: 44-52.
- 30.)Pehlivan S, Özgür YF, Yıldız H, et al. Romatolojik hastalıklarda sosyal destek ve bakım veren yükü. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2018; 44: 19-25.
- 31.)Jacobi CE, van den Berg B, Boshuizen HC, et al. Dimension-specific burden of caregiving among partners of rheumatoid arthritis patients. *Rheumatology (Oxford)*. 2003; 42: 1226-33.
- 32.)Díaz Agudelo D, Gómez Ramírez OJ. Effect of the «Caring for caregivers» program in family caregivers of people with rheumatoid arthritis. *Rev Colom Reumatol*. 2019; 26: 177-84.
- 33.)Del-Pino-Casado R, Frías-Osuna A, Palomino-Moral PA, et al. Social support and subjective burden in caregivers of adults and older adults: A meta-analysis. *PLoS One*. 2018; 13: e0189874.