

## Araştırma Makalesi

Mersin Univ Sağlık Bilim Derg 2022;15(2):253-262

doi:10.26559/mersinsbd.1096607

### Geç başlangıçlı romatoid artritli hastalarda yalnızlık hissi: Hastalık aktivitesi ve psikososyal faktörler ile ilişkisi

 Mustafa Erkut Önder <sup>1</sup>,  Adem Yıldırım <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Aksaray Ü. Tıp Fak., Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon ABD, Romatoloji BD, Aksaray, Türkiye

<sup>2</sup> Aksaray Ü. Tıp Fak., Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon ABD, Aksaray, Türkiye

#### Öz

**Amaç:** Yalnızlık hissi, kronik hastalıklar ve ağrılı durumlar ile şiddeti artan, oldukça yaygın görülen bir durumdur. Bu çalışmanın amacı, geç başlangıçlı romatoid artritli (RA) hastalarda yalnızlık hissini araştırılması ve yalnızlık hissi ile hastalık aktivitesi ve psikososyal durum arasındaki ilişkinin incelenmesidir. **Yöntem:** Çalışmaya hastalık başlangıç yaşı 60 ve üzeri olan 44 RA'lı hasta ve 44 kontrol dahil edildi. Tüm katılımcıların sosyodemografik özellikleri, Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve UCLA Yalnızlık Ölçeği kısa formu (ULS-8) skorları kaydedildi. Ek olarak RA'lı hastaların eritrosit sedimentasyon hızı ve C-reaktif protein değerleri, Görsel Analog Skala-ağrı, Hastalık Aktivite Skoru ve Sağlık Değerlendirme Anketi (HAQ) skorları kaydedildi. **Bulgular:** RA'lı hastalarda kontrollerle karşılaştırıldığında depresyon skorları ile ULS-8 skorları daha yüksek ve algılanan sosyal destek skorları daha düşüktü ancak anksiyete açısından iki grup arasında fark yoktu. RA'lı hastalarda hem yalnızlık hem de algılanan sosyal destek BDÖ, BAÖ ve HAQ skorları ile korelasyon göstermekteydi. Aktif hastalığı olan grupta remisyona giren hastalara göre anksiyete ve depresyon puanlarının daha yüksek, algılanan sosyal desteğin daha düşük ve yalnızlık hissini daha fazla olduğu belirlendi. **Sonuç:** Geç başlangıçlı RA hastalarında yalnızlık hissi; depresyon, algılanan sosyal destek, fonksiyonel durum ve hastalık aktivitesi ile ilişkilidir. Yaşlı bireylerde morbiditeyi artıran bir faktör olan yalnızlık, geç başlangıçlı RA'lı hastalarda daha şiddetli olmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Yalnızlık, anksiyete, depresyon, sosyal destek, geç başlangıçlı romatoid artrit

---

**Yazının geliş tarihi:** 31.03.2022

**Yazının kabul tarihi:** 31.05.2022

**Sorumlu Yazar:** Mustafa Erkut Önder, Aksaray Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon ABD, Romatoloji BD, Aksaray, Tlf: 0382 5022000, E-posta: erkutonder@hotmail.com

## Loneliness in patients with late-onset rheumatoid arthritis: Relationship with disease activity and psychosocial factors

### Abstract

**Objective:** Loneliness is a very common condition that intensifies with chronic diseases and pain. The aim of this study was to investigate the loneliness in patients with late-onset rheumatoid arthritis (RA) and to analyze its relationship with disease activity and psychosocial status. **Method:** Forty-four patients with RA whose disease onset age was over 60 years and 44 control were included in the study. Sociodemographic characteristics, Beck Depression Inventory (BDI) and Beck Anxiety Inventory (BAI), Multidimensional Scale of Perceived Social Support, and UCLA Loneliness Scale short form (ULS-8) scores were recorded for all participants. In addition, erythrocyte sedimentation rate and C-reactive protein values, Visual Analog Scale-pain, Disease Activity Score, and Health Assessment Questionnaire (HAQ) scores of patients with RA were recorded. **Results:** Patients with RA had higher depression scores, ULS-8 scores, and lower perceived social support scores compared to controls, but there was no difference found between the two groups in terms of anxiety. Both loneliness and perceived social support were correlated with BDI, BAI, and HAQ scores in patients with RA. It was determined that the anxiety and depression scores were higher, perceived social support was lower, and loneliness was higher in the active disease group compared to the patients in remission. **Conclusion:** Loneliness is related with depression, perceived social support, functional status and disease activity in late-onset RA patients. Loneliness, a factor that increases morbidity in elderly individuals, is more severe in patients with late-onset RA.

**Keywords:** Loneliness, anxiety, depression, social support, late-onset rheumatoid arthritis

### Giriş

Romatoid artrit (RA) genel popülasyonda sıklığı %0.5-1.0 arasında değişen, sistemik, otoimmün bir hastalıktır. Bu kronik, inflamatuvar hastalık sürecinde fiziksel fonksiyonlarda bozulma ve günlük yaşam aktivitelerinde yetersizlikler meydana gelir. Ayrıca, bu hastalarda duygusal durum, mental sağlık ve kişisel ilişkilerin de etkilendiği bildirilmiştir.<sup>1</sup> RA'nın özellikle 30-50 yaş aralığında ortaya çıktığı bilinmektedir. Geç başlangıçlı RA ise semptomları 60 yaşından sonra başlayan hastalığı tanımlamakla beraber bu hastalarda ileri yaşta kaynaklanan komorbiditeler de hastalığın yönetiminde önemli olabilmektedir.<sup>2</sup>

İlk kez 1970'lerde ortaya atılan yalnızlık hissi, kronik hastalıklar, ağrılı durumlar ve uzayan yaşam süresi ile yoğunlaşan, oldukça yaygın görülen bir durumdur. Biliş, duygu veya davranış yoksunluğu ile birlikte belirsiz bir içsel durum olarak tanımlanabilen yalnızlık, iki alt başlıkta değerlendirilebilir: Birincisi,

bağlanma figürünün yokluğu ile karakterize edilen duygusal yalnızlık, ikincisi ise bir sosyal ağın yetersizliğine bağlı sosyal izolasyondur.<sup>3</sup> Hipertansiyon ve kardiyovasküler hastalıklar için bir risk faktörü olduğu gösterilmiş olan yalnızlık hissi, kronik hastalığı olan bireyleri olumsuz etkileyebilmektedir.<sup>4</sup> Yalnızlık hissi ile birlikte depresyon ve sosyal destek kronik hastalıkların sürecini etkileyen en önemli faktörler arasındadır.<sup>5</sup> Romatizmal hastalıkların prevelansının yüksek olduğu ve bu hastalıklarda yalnızlığın çok yaygın olduğu bilinmektedir. Bu hastalarda yalnızlığın risk faktörlerinin in iyi şekilde değerlendirilmesi, yalnızlığın azaltılması açısından oldukça önemlidir.<sup>6</sup>

Bugüne kadar yapılan çalışmalarda birçok kronik hastalıkta<sup>7-12</sup> ve bazı inflamatuvar romatizmal hastalıklarda<sup>3-5,13</sup> yalnızlık hissi incelenmiştir. Bildiğimiz kadarıyla, geç başlangıçlı RA hastalarında yalnızlık konusu daha önce çalışılmamıştır. Bu çalışmada geç başlangıçlı RA hastalarında yalnızlık hissi sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırılarak araştırılmış ve yalnızlığın

hastalık aktivitesi ve psikososyal durum ile ilişkisi incelenmiştir.

## **Gereç ve Yöntem**

Bu kesitsel çalışmaya Ekim 2021 ile Şubat 2022 tarihleri arasında romatoloji polikliniğimize başvuran, Amerikan Romatoloji Birliği (ACR) ve Avrupa Romatizma ile Mücadele Derneği (EULAR) 2010 RA sınıflandırma kriterlerini<sup>14</sup> karşılayan ve hastalık başlangıç yaşı 60 ve üzeri olan 44 RA tanılı hasta (RA grubu) ile yaş ve cinsiyet dağılımı açısından RA grubuna benzeyen ancak inflamatuvar hastalığı olmayan 44 gönüllü (kontrol grubu) dahil edildi. Eşzamanlı kanser, demans veya majör psikiyatrik bozukluğu olanlar çalışma dışı bırakıldı. Araştırmaya üniversitemiz Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 30.09.2021 tarihinde 2021-11-09 no ile onam alınmıştır. Çalışma Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi'ne uygun olarak tasarlanmış ve tüm katılımcılardan yazılı bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

Yaş, cinsiyet, vücut kitle indeksi, medeni durum, eğitim durumu ve ek hastalık varlığı not edildi. RA hastalarında eritrosit sedimentasyon hızları (ESH) ve C-reaktif protein sonuçları ile anti-siklik sitrüline peptid ve romatoid faktör pozitifliği kaydedildi.

Ağrı şiddeti, Görsel Analog Skala-ağrı (VAS-ağrı, 10 cm) kullanılarak tanımlandı.<sup>15</sup> Hastalık aktivitesi, Hastalık Aktivite Skoru (DAS28-ESH) ile belirlendi ve fonksiyonel durumu değerlendirmek için Sağlık Değerlendirme Anketi (HAQ) kullanıldı.<sup>16,17</sup>

Olguların depresyon ve anksiyete durumları Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) ile değerlendirildi. BDÖ, 21 sorudan oluşmakta ve toplam puan 0 ile 63 arasında değişmektedir. BDÖ toplam puan 10-18 ise hafif, 19-29 ise orta ve 30-63 ise ağır depresyon olarak sınıflandırılmaktadır.<sup>18</sup> BAÖ, anksiyete belirtilerini değerlendiren 21 maddelik Likert tipi bir ölçektir ve elde edilen toplam puan 0-63 arasında değişmektedir.<sup>19</sup>

Sosyal desteği değerlendirmek için Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği kullanıldı. Bu, toplamda 12 maddeden oluşan Likert tipi bir ölçektir ve aile, arkadaşlar ve diğer önemli destek olmak üzere üç alt boyutu vardır. Toplam puan 12 ile 84 arasında değişmektedir ve yüksek puanlar daha yüksek algılanan sosyal desteği ifade etmektedir.<sup>20</sup>

Katılımcıların yalnızlık düzeylerini belirlemek için UCLA Yalnızlık Ölçeği kısa formunun (ULS-8) Türkçe versiyonu kullanılmıştır. ULS-8, 8 maddelik Likert tipi bir ölçektir. Her maddenin 1 ile 4 arasında puanlanmakta ölçekten alınabilecek toplam puan 8 ile 32 arasında değişmektedir. Yüksek puanlar kişinin yoğun bir yalnızlık yaşadığını gösterir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Doğan ve ark tarafından yapılmıştır.<sup>21</sup>

İstatistiksel analizler SPSS 23.0 (Statistical Package for the Social Sciences-23.0, Armonk, NY: IBM Corp) yazılımı ile yapıldı. Normal dağılımı değerlendirmek için Shapiro-Wilk testi kullanıldı. Genel tanımlayıcı istatistikler ortalama (standart sapma), ortanca (minimum-maksimum), sayı ve yüzde olarak özetlendi. Grupları karşılaştırmak için bağımsız değişkenler için t testi veya Mann-Whitney U testi kullanıldı. Psikolojik değerlendirmeler ile klinik bulgular arasındaki potansiyel ilişkiyi ve yönünü analiz etmek için Spearman korelasyon katsayısı kullanıldı.  $p < 0,05$  değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

## **Bulgular**

RA grubunun yaş ortalaması  $70.82 \pm 5.83$  yıl, kontrol grubunun yaş ortalaması ise  $68.73 \pm 4.83$  yıl idi. RA ve kontrol grupları arasında yaş, cinsiyet dağılımı, vücut kitle indeksi, medeni durum, eğitim düzeyi ve komorbidite varlığı açısından anlamlı fark yoktu (Tablo 1).

**Tablo 1.** Geç başlangıçlı romatoid artrit ve kontrol gruplarının demografik ve klinik özellikleri

	Geç başlangıçlı romatoid artrit grubu n = 44	Kontrol grubu n = 44	p
Yaş (yıl)	69 (61-82)	68 (61-80)	0.191
Kadın, n (%)	27 (61.4%)	28 (63.6%)	0.827
VKI	27.90 (16.73-42.52)	25.87 (18.31-38.79)	0.271
Hastalık süresi (yıl)	4 (1-30)		
Medeni durum			0.491
Bekar	15 (34.1%)	12 (27.3%)	
Evli	29 (65.9%)	32 (72.7%)	
Eğitim			0.565
Okur-yazar değil	18 (40.9%)	21 (47.7%)	
İlk-orta öğretim	23 (52.3%)	20 (45.5%)	
Lisans	3 (6.8%)	3 (6.8%)	
Komorbidite			0.347
Yok	21 (47.7%)	25 (56.8%)	
Tek	13 (29.5%)	12 (27.3%)	
İki ya da daha fazla	10 (22.7%)	7 (15.9%)	
İlaçlar			
Glukokortikoid	28 (63.6%)		
csDMARD	42 (95.5%)		
bDMARD	6 (13.6%)		
RF pozitif	29 (65.9%)		
Anti-CCP pozitif	27 (61.4%)		
CRP	7 (1-39)		
ESH	26 (3-60)		
DAS28-ESH	2.8 (0.7-5.4)		
VAS-ağrı	3 (0-8)		
HAQ	1.45 (0.50-2.40)		

Veriler ortalama±standart sapma, medyan (minimum-maksimum) ya da sayı (yüzde) olarak ifade edilmiştir; VKİ: Vücut kitle indeksi; csDMARD: Konvansiyonel hastalık modifiye edici anti-romatizmal ilaçlar; bDMARD: Biyolojik hastalık modifiye edici anti-romatizmal ilaçlar; RF: Romatoid faktör, Anti-CCP: Anti-Siklik sitrüline peptid; CRP: C-reaktif protein; ESH: Eritrosit sedimentasyon hızı; DAS28: Hastalık Aktivite Skoru 28; VAS: Görsel Analog Skala; HAQ: Sağlık Değerlendirme Anketi; \*p<0.05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

RA grubunda hastaların %95.5'i konvansiyonel, %13.5'i biyolojik hastalık modifiye edici anti-romatizmal ilaç kullanıyordu. DAS28-ESH sonuçları; 18 (%40.9) RA hastasının remisyonda olduğunu, 13'ünün (%29.5) düşük hastalık aktivitesine, 9'unun (%20.5) orta hastalık aktivitesine ve 4'ünün (%9.1) şiddetli hastalık aktivitesine sahip olduğunu gösterdi.

İki grup arasında anksiyete skorları benzer iken; RA'lı hastaların depresyon ve ULS-8 skorları daha yüksek, algılanan sosyal destek skorları ise daha düşüktü (Tablo 2). RA'lı hastalarda ULS-8 ile sosyal destek ve BDÖ, BAÖ ve HAQ puanları arasındaki ilişki incelendiğine psikometrik ölçümler ve fonksiyonel durum ile hem yalnızlık hem de algılanan sosyal desteğin orta düzeyde korele olduğu görüldü. (Tablo 3).

**Tablo 2.** Geç başlangıçlı romatoid artritli hastalar ve kontrol grubunun anksiyete, depresyon, algılanan sosyal destek ve yalnızlık hissi açısından karşılaştırılması

	Geç başlangıçlı romatoid artrit n = 44	Kontrol grubu n = 44	p
Beck anksiyete skoru	16 (2-42)	15 (2-38)	0.337
Beck depresyon skoru	19.5 (3-41)	14 (3-29)	0.031*
Algılanan sosyal destek skoru	56.57±12.28	62.09±9.52	0.034*
ULS-8 skoru	17.16±4.92	14.91±3.07	0.039*

ULS-8: UCLA yalnızlık skalası kısa form; Veriler ortalama ± standart sapma ya da medyan (minimum-maksimum) olarak ifade edilmiştir; \*p<0.05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

**Tablo 3.** Geç başlangıçlı romatoid artritli hastalarda yalnızlık hissi, algılanan sosyal destek, fonksiyonel durum ve psikometrik ölçümler arasındaki ilişki.

	ULS-8	Beck anksiyete skoru	Beck depresyon skoru	HAQ skoru
ULS-8		0.502 / <0.001**	0.436 / <0.001**	0.458 / 0.002*
Algılanan sosyal destek skoru	-0.690 / <0.001**	-0.631 / <0.001**	-0.560 / <0.001**	-0.504 / <0.001**

Veriler Rho(r)/p olarak verilmiştir; ULS-8: UCLA Yalnızlık skalası kısa formu; HAQ: Sağlık Değerlendirme Anketi; \*\*p <0.001, \*p <0.05.

RA'lı hastalar DAS28-ESH skoruna göre remisyonda olanlar (DAS28-ESH <2.6) ve aktif hastalığı olanlar (DAS28-ESH ≥ 2.6) olarak iki gruba ayrıldı. Gruplar arasında yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, ek hastalık varlığı ve hastalık süresi benzer idi (p>0.05). Aktif hastalığı olan grupta fonksiyonel durumun daha kötü olduğu, anksiyete ve depresyon puanlarının daha

yüksek olduğu saptandı. Yine aktif hastalık grubunda algılanan sosyal desteğin daha düşük ve yalnızlık skorlarının daha yüksek olduğu görüldü. Tablo 4 remisyon ve aktif hastalık gruplarında sosyodemografik ve psikometrik özellikler, fonksiyonel durum, algılanan sosyal destek ve yalnızlık analizlerini göstermektedir.

**Tablo 4.** DAS28-ESH skoruna göre remisyonunda ve aktif dönemde olan geç başlangıçlı romatoid artritli hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerinin karşılaştırılması.

	Remisyon grubu n = 18	Aktif hastalık grubu n = 26	p
Yaş (yıl)	71 (63-81)	67.5 (61-82)	0.533
Kadın, n (%)	8 (%44.4)	19 (%73.1)	0.055
Medeni durum			
Bekar, n (%)	4 (%22.2)	11 (%42.3)	0.167
Eğitim, n (%)			0.921
Okur-yazar değil	7 (%38.9)	11 (%42.3)	
İlk-orta öğretim	10 (%55.6)	13 (%50)	
Lisans	1 (%5.6)	2 (%7.7)	
Komorbidite			0.496
Yok	7 (%38.9)	14 (%53.8)	
Tek	7 (%38.9)	6 (%23.1)	
İki ya da daha fazla	4 (%22.9)	6 (%23.1)	
Hastalık süresi (yıl)	5 (1-20)	3.5 (1-30)	0.572
DAS28-ESH	2.03 (0.70-2.40)	3.23 (2.54-5.40)	<b>&lt;0.001*</b>
VAS-ağrı	1 (0-3)	4.5 (2-8)	<b>&lt;0.001*</b>
HAQ skoru	0.85 (0.50-1.50)	1.83 (0.55-2.40)	<b>&lt;0.001*</b>
Beck anksiyete skoru	10.5 (5-32)	20 (2-42)	<b>0.003*</b>
Beck depresyon skoru	11 (3-32)	25 (5-41)	<b>0.001*</b>
Algılanan sosyal destek skoru	63.33±11.39	51.88±10.73	<b>0.003*</b>
ULS-8 skoru	13.56±3.07	19.85±4.41	<b>&lt;0.001*</b>

Veriler ortalama ± standart sapma, medyan (minimum-maksimum) ya da sayı (yüzde) olarak ifade edilmiştir. DAS28-ESH: Hastalık Aktivite Skoru 28- eritrosit sedimentasyon hızı; VAS: Görsel Analog Skala; HAQ: Sağlık Değerlendirme Anketi; ULS-8: UCLA yalnızlık skalası kısa formu. \*p<0.05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

## Tartışma

Yalnızlık, kişinin sosyal katılım ve sosyal izolasyon konularındaki olumsuz düşünceleri olarak ifade edilir. Sosyal yalnızlık, bir sosyal ağın yokluğunu temsil ederken; duygusal yalnızlık, kişisel olarak edinilmiş yakın ilişkilerin yokluğunu temsil eder. Yalnızlık, yaşanan modern toplumlarda, özellikle de ileri yaşlarda artmaktadır ve 55 yaş üzerindeki nüfusun yaklaşık %20-25'i yalnızlık çekmektedir.<sup>22</sup> İnflamatuvar hastalıklar ve çeşitli kronik hastalıklarda yalnızlık dikkat çeken bir konu olmuştur. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), kalp-damar hastalıkları ve kanser tanımlı bireylerde yalnızlık sıklığı %18 olarak bildirilmiştir.<sup>23</sup> Ankilozan spondilit (AS), RA ve osteoartrit hastalarında yalnızlık 0-10 puan arasında sorgulanmış ve bu hastaların %50'den fazlasının orta veya yüksek düzeyde yalnızlık duygusuna sahip olduğu gösterilmiştir.<sup>6</sup> AS, RA ve psoriatik artritli hastaları da içeren bir çalışmada<sup>13</sup> ortalama ULS-8 skoru 15 olarak bildirilmiştir, AS'li hastaları değerlendiren başka bir çalışmada ise ULS uzun form skoru ortalama değeri 37 olarak bildirilmiştir.<sup>5</sup> Çalışmamızda daha önce yalnızlık açısından değerlendirilmemiş bir hasta grubu olan geç başlangıçlı RA'lı hastalar değerlendirilmiş ve kontroller ile karşılaştırılmıştır. 60 yaş üzeri bireyleri değerlendirdiğimiz bu çalışmada RA'lı hasta grubunda yalnızlık hissini kontrollerden anlamlı oranda daha fazla olduğu saptandı (ULS-8 skorları sırasıyla 16.5 ve 15). Geç başlangıçlı RA hastalarında yüksek yalnızlık skorları literatür<sup>5,13</sup> ile benzerlik göstermekle birlikte yaşlı katılımcılarımızda da ULS-8 skorlarının yüksek olması dikkat çekicidir. Diğer yandan, RA'lı hastalarda ULS-8 puanının sağlıklı kontrollerden yüksek olması, kronik inflamatuvar hastalıklarda yalnızlık hissini yüksek olduğunu göstermektedir.

Algılanan sosyal destek, bir kişinin sosyal çevresinden aldığı duygusal, sosyal, aydınlatıcı ve etkili desteği ifade eder. Stres altında olmak veya bir krizle karşı karşıya kalmak, kişilerin aile üyeleri veya yakın arkadaşlarından etkili bir yardıma ihtiyaç duymasına neden olur.<sup>5</sup> Son yıllarda sosyal ilişkilerin sağlık üzerindeki etkisi artan bir ilgi ile çalışmalara konu olmaktadır<sup>24,25</sup>.

Yalnızlığın, kişinin sosyal ağ büyüklüğü ve objektif sosyal desteği ile orta derecede ilişkili olduğu gösterilmiştir.<sup>24</sup> Öte yandan, daha öznel olarak değerlendirilen sosyal ilişkiler konusunu yalnızlıktan açıkça ayırt etmek kolay değildir. Algılanan sosyal destek, insanların sosyal bağlantılarından aldıkları yardımlar ve bu desteğin kalitesi hakkındaki kendi görüşlerini ifade eder. Algılanan sosyal destek kavramı, kazanılmış objektif sosyal desteğe aykırıdır; kişinin aldığı destekleyici davranışları öznel olarak ifade etmesidir. Literatürde yalnızlık ve algılanan sosyal destek arasında negatif ilişki olduğundan bahsedilmiştir.<sup>24</sup> Yalnızlık sosyal aktivitelere daha az sıklıkla katılmak ve daha zayıf bir sosyal ağ ile ilişkilendirilmiştir. Diğer taraftan, sosyal destek, yalnızlık kadar depresyonla da ilişkilidir. Kronik hastalıklar ile ilgili koşullar algılanan sosyal desteği etkileyebilir. KOAH'lı hastaları inceleyen bir çalışmada<sup>25</sup>, hastaların %42'sinde bozulmuş duygusal ve sosyal rol işleyişi ile ilişkili reaktif depresyon olduğu bulunmuştur. Bu hastaların eğlenceli aktivitelerden zevk alma yetenekleri azalmıştır ve depresyonun azalmış sosyal destek algısı ile yakından ilişkili olduğu düşünülmüştür.<sup>25</sup> Bir meta-analiz, yalnızlığın depresyon üzerinde önemli bir etkisi olduğunu savunmaktadır. Kronik hastaların, bu hastalara bakım verenlerinin ve yaşlı nüfusun sosyal desteğinin düşük olduğu, sorunlarıyla baş başa kaldıkları ve depresyon yaşadıkları gösterilmiştir.<sup>26</sup>

Yaşlılarda depresyon ve yalnızlık sıklıkla birlikte görülmektedir, aynı zamanda yalnızlık, depresyon için güçlü bir risk faktörüdür. Yalnız olan yaşlıların genellikle depresif belirtilerle doktora başvurduğu ancak depresif kişilerin her zaman yalnız hissettiklerini ifade etmedikleri ileri sürülmektedir.<sup>27</sup> Emmungil ve arkadaşlarının çalışmasında RA, AS ve psoriatik artrit hastaları değerlendirilmiş ve her üç grupta da yalnızlık, depresyon, anksiyete, algılanan sosyal destek ve fonksiyonel durum arasında ilişki olduğu gösterilmiştir.<sup>13</sup> Bizim sonuçlarımız, geç başlangıçlı RA hastalarının daha şiddetli depresyon ve yalnızlık hissettiğini ve sosyal destek algılarında bozulma olduğunu göstermiştir. Her ne kadar ileri yaş depresif

belirtiler ve yalnızlık ile ilişkilendirilse de sonuçlarımız eşlik eden kronik inflamatuvar bir hastalığın yalnızlık ve depresyon hissini şiddetlendirdiği gösterilmiştir. Aynı zamanda çalışmamızda geç başlangıçlı RA hastalarında yalnızlık ile anksiyete, depresyon, algılanan sosyal destek ve fonksiyonel durum arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Kronik eklem inflamasyonunun neden olduğu hasar ve engellilik hastalarda fonksiyonel yardıma olan ihtiyacı arttırdığı gibi yalnızlık ve depresyon ile yakından ilişkilidir.

Yalnızlık romatizmal ve kronik hastalıklarda oldukça ilgi çeken bir konu olmasına rağmen literatürde romatizmal hastalıklarda hastalık aktivitesi ile yalnızlık arasındaki ilişkiyi değerlendiren sadece bir çalışma olması dikkat çekmektedir. Emmungil ve ark.<sup>13</sup> RA, AS ve psoriatik artritte hastalık aktivitesi ile yalnızlık arasında ilişki olmadığını belirtmişlerdir. Ancak çalışmadaki analizlere bakıldığında remisyonda olan hasta oranının belirtilmediği görülmüştür. Remisyon / aktif hastalık oranının analizlerde yer alması gerektiği bu oranın sonuçlar üzerinde etkili olabileceği düşünülmüştür. Smith ve ark.'nın çalışmasında kronik kas-iskelet ağrısı olan hastalarda yalnızlık duygusunun daha yüksek olduğu saptanmıştır.<sup>8</sup> Çalışmamızda hastalık aktivitesi ile yalnızlık, algılanan sosyal destek ve depresyon arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Analizler, remisyona giren hastaların daha hafif yalnızlık, depresyon, sosyal destek duygularına sahip olduğunu göstermiştir. Aktif hastalığı olan bireylerde artan ağrı nedeniyle günlük yaşam aktivitelerinde bozulma, fonksiyonel ve sosyal destek ihtiyacında artış ve dolayısıyla anksiyete ve depresyonda artış beklenir. Hastalığı aktif olan geç başlangıçlı RA'larda özellikle şiddetli ağrının yalnızlık, psikolojik durum ve sosyal destek algısı üzerinde etkili olabileceği sonucuna varılmıştır.

## Sonuç

Araştırmamızda geç başlangıçlı RA hastalarında yalnızlık, depresyon, algılanan sosyal destek, fonksiyonel durum ve hastalık aktivitesi ile ilişkilidir. Yaşlı bireylerde

morbiditeyi artıran bir faktör olan yalnızlığın inflamatuvar hastalıklarda daha şiddetli olması, sosyal destek ve depresyon ile ilişkili olması geç başlangıçlı RA hastalarında psikososyal desteğin önemini ortaya koymaktadır.

**Çalışmanın Sınırlılıkları:** Çalışmanın tek merkezde yapılmış olması ve rölatif olarak az sayıda hasta ile yapılmış olması çalışmanın ana kısıtlılıkları olarak bildirilebilir.

**Yazar katkıları:** MEÖ: Çalışmayı planlama, verileri toplama ve analiz etme, makalenin yazılması ve revizyonu aşamalarında yer almıştır, makalenin son halini kabul etmiştir. AY: Çalışmayı planlama, verileri toplama ve analiz etme, makalenin yazılması ve revizyonu aşamalarında yer almıştır, makalenin son halini kabul etmiştir.

**Çıkar çatışması:** Araştırmacılar arasında herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

**Mali destek:** Herhangi bir finansal destek alınmamıştır.

## Kaynaklar

1. Winkvist A, Bärebring L, Gjertsson I, Ellegård L, Lindqvist HM. A randomized controlled cross-over trial investigating the effect of anti-inflammatory diet on disease activity and quality of life in rheumatoid arthritis: the Anti-inflammatory Diet in Rheumatoid Arthritis (ADIRA) study protocol. *Nutr J*. 2018;17(1):44. doi: 10.1186/s12937-018-0354-x.
2. Sugihara T, Harigai M. Targeting Low Disease Activity in Elderly-Onset Rheumatoid Arthritis: Current and Future Roles of Biological Disease-Modifying Antirheumatic Drugs. *Drugs Aging*. 2016;33(2):97-107.
3. El-Mansoury TM, Taal E, Abdel-Nasser AM, et al. Loneliness among women with rheumatoid arthritis: a cross-cultural study in the Netherlands and Egypt. *Clin Rheumatol*. 2008;27(9):1109-1118.
4. Bay LT, Ellingsen T, Giraldi A, Graugaard C, Nielsen DS. "To be lonely in your own loneliness": The interplay between self-



- perceived loneliness and rheumatoid arthritis in everyday life: A qualitative study. *Musculoskeletal Care*. 2020;18(4):450-458.
5. Öksüz E, Cinar FI, Cinar M, Tekgoz E, Yılmaz S. Assessment of the effects of loneliness, perceived social support, and depression on medication adherence in patients with ankylosing spondylitis. *Perspect Psychiatr Care*. 2021;57(2):517-523.
  6. Kool MB, Geenen R. Loneliness in patients with rheumatic diseases: the significance of invalidation and lack of social support. *J Psychol*. 2012;146(1):229-41.
  7. Nicolson PJA, Williamson E, Morris A, et al. Musculoskeletal pain and loneliness, social support and social engagement among older adults: Analysis of the Oxford Pain, Activity and Lifestyle cohort. *Musculoskeletal Care*. 2021;19(3):269-277.
  8. Smith TO, Dainty JR, Williamson E, Martin KR. Association between musculoskeletal pain with social isolation and loneliness: analysis of the English Longitudinal Study of Ageing. *Br J Pain*. 2019;13(2):82-90.
  9. Özkan Tuncay F, Fertelli T, Mollaoğlu M. Effects of loneliness on illness perception in persons with a chronic disease. *J Clin Nurs*. 2018;27(7-8):e1494-e1500.
  10. Freedman A, Nicolle J. Social isolation and loneliness: the new geriatric giants: Approach for primary care. *Can Fam Physician*. 2020;66(3):176-182.
  11. Reijnders T, Schuler M, Jelusic D, et al. The Impact of Loneliness on Outcomes of Pulmonary Rehabilitation in Patients with COPD. *COPD*. 2018;15(5):446-453.
  12. Gray TF, Azizoddin DR, Nersesian PV. Loneliness among cancer caregivers: A narrative review. *Palliat Support Care*. 2020;18(3):359-367.
  13. Emmungil H, İlgen U, Turan S, Kilic O. Assessment of loneliness in patients with inflammatory arthritis. *Int J Rheum Dis*. 2021;24(2):223-230.
  14. Aletaha D, Neogi T, Silman AJ, et al. 2010 Rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. *Arthritis Rheum*. 2010;62(9):2569-2581.
  15. Price DD, McGrath P, Rafii A, et al. The validation of visual analogue scales as ratio scale measures for chronic and experimental pain. *Pain*. 1983;17(1):45-56.
  16. Prevoo MLL, van't Hof MA, Kuper HH, et al. Modified disease activity scores that include twenty-eight-joint counts. *Arthritis Rheum*. 1995; 38(1):44-48.
  17. Küçükdeveci AA, Sahin H, Ataman S, Griffiths B, Tennant A. Issues in Cross-Cultural Validity: Example from the adaptation, reliability, and validity testing of a Turkish version of the Stanford Health Assessment Questionnaire. *Arthritis and Rheumatism*. 2004;51(1):14-19.
  18. Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin Gecerligi Uzerine bir Calisma. *Journal of Psychology*. 1988; 6:118-122.
  19. Ulusoy M, Şahin N, Erkmén H. Turkish Version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric Properties. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 1998;12:163-172.
  20. Eker D, Arkar H, Yıldız H. Factorial structure, validity, and reliability of revised form of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Turk J Psychiatry*. 2001;12(1):17-25.
  21. Doğan T, Çötök NA, Tekin EG. Reliability and validity of the Turkish version of the UCLA (ULS-8) among university students. *Procedia- Social and Behavioral Sciences*. 15:2058-2062.
  22. Oudman E, van Dam M, Postma A. Social and emotional loneliness in Korsakoff's syndrome. *Cogn Neuropsychiatry*. 2018;23(5):307-320.
  23. Christiansen J, Lund R, Qualter P, Andersen CM, Pedersen SS, Lasgaard M. Loneliness, Social Isolation, and Chronic Disease Outcomes. *Ann Behav Med*. 2021;55(3):203-215.
  24. Wang J, Mann F, Lloyd-Evans B, Ma R, Johnson S. Associations between loneliness and perceived social support and outcomes of mental health

- problems: a systematic review. *BMC Psychiatry*. 2018;18(1):156. doi: 10.1186/s12888-018-1736-5.
25. Kara M, Mirici A. Loneliness, depression, and social support of Turkish patients with chronic obstructive pulmonary disease and their spouses. *J Nurs Scholarsh*. 2004;36(4):331-336.
26. Erzen E, Çikrikci Ö. The effect of loneliness on depression: A meta-analysis. *Int J Soc Psychiatry*. 2018;64(5):427-435.
27. Luanaigh CO, Lawlor BA. Loneliness and the health of older people. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2008 ;23(12):1213-1221.