



**T.C.
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**ANKİLOZAN SPONDİLİT TANILI HASTALARDA HASTALIK
AKTİVİTESİ, YAŞAM KALİTESİ, DEPRESYON, ANKSİYETE İLE
İNTERNETTEN HASTALIKLARI ARAŞTIRMA MOTİVASYONLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Onur Alp YILMAZ

UZMANLIK TEZİ

BURSA-2022



**T.C.
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**ANKİLOZAN SPONDİLİT TANILI HASTALARDA HASTALIK
AKTİVİTESİ, YAŞAM KALİTESİ, DEPRESYON, ANKSİYETE İLE
İNTERNETTEN HASTALIKLARI ARAŞTIRMA MOTİVASYONLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Onur Alp YILMAZ

UZMANLIK TEZİ

Danışman: Prof. Dr. Salih Saygın EKER

BURSA-2022

İÇİNDEKİLER

Özet.....	iii
İngilizce Özet.....	v
GİRİŞ.....	1
1. Ankilozan Spondilit	2
1.A. Tanım ve Tarihçe	2
1.B. Epidemiyoloji.....	3
1.C. Etiyoloji ve Patofizyoloji.....	3
1.D. Klinik	6
1.D.a. Kas İskelet Sistemi Tutulumu	6
1.D.b. Ekstraartiküler Tutulum	8
1.D.c. Fizik Muayene Bulguları	10
1.D.d. Tanı Kriterleri.....	13
1.D.e. Tedavi	17
1.D.f. Radyolojik Görüntüleme	20
2. Depresyon	22
3. Anksiyete	28
4. Ankilozan Spondilitte Depresyon ve Anksiyete.....	32
5. Hastaların İnternetten Sağlık Bilgilerini Araştırma Motivasyonları	33
GEREÇ VE YÖNTEM.....	37
1. Örneklem Seçimi	37
2. Çalışmaya Dahil Edilme Ölçütleri	37
3. Çalışmadan Dışlama Ölçütleri	37
4. Veri Toplama Araçları	38
4.A. Sosyodemografik Veri Formu (Ek-1).....	38
4.B. Ankilozan Spondilit Yaşam Kalitesi Ölçeği (ASQoL) (Ek-2) ..	39
4.C. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAM-A) (Ek-3) ..	39
4.D. Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (HAM-D) (Ek-4)	40
4.E. Bath Ankilozan Spondilit Hastalık Aktivite İndeksi (BASDAİ)	
(Ek-5).....	40
4.F. Bath Ankilozan Spondilit Fonksiyonel İndeksi (BASFI) (Ek-6)	40
4.G. Ankilozan Spondilit Tanılı Hastalarda Hastalıklarını İnternetten	
Araştırma Motivasyonu Değerlendirme Formu (ASHİAM) (Ek-7)	41
5. İstatistiksel Yöntem.....	44
BULGULAR	47

TARTIŖMA VE SONUÇ.....	80
KAYNAKLAR.....	91
EKLER.....	104
TEŖEKKÜR.....	115
ÖZGEÇMİŖ	116

ÖZET

Ankilozan spondilit (AS); genç yetişkinlerde görülen özellikle sakroiliak eklemlerle birlikte aksiyal omurgayı etkileyen, etyolojisi tam olarak bilinmeyen, periferik eklem tutulum ve eklem dışı klinik bulguların da eşlik edebildiği, kronik, inflamatuvar bir hastalıktır. Bu çalışmanın amacı AS' li hastalarda hastalık aktivitesi, depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesi ile internetten hastalıkları araştırma motivasyonları arasındaki ilişkinin araştırılıp değerlendirilmesidir.

Çalışmamıza Bursa Uludağ Üniversitesi Romatoloji Polikliniği'nde AS tanısıyla takip edilen 120 hasta dahil edilmiştir. Katılımcılar bir kez kesitsel olarak görüldü; Sosyodemografik Veri Formu, Ankilozan Spondilit Yaşam Kalitesi Ölçeği (ASQoL), Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAM-A), Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (HAM-D), Bath Ankilozan Spondilit Hastalık Aktivite İndeksi (BASDAI), Bath Ankilozan Spondilit Fonksiyonel Ölçeği (BASFI), Ankilozan Spondilit Tanılı Hastalarda Hastalıklarını İnternetten Araştırma Motivasyonu Değerlendirme Formu (ASHİAM) ile değerlendirildi.

Çalışmada internet üzerinde hastalıkla ilgili araştırma yapan AS hastalarının yapmayanlara göre yaşlarının daha düşük olduğu, HAM-D skorlarının daha yüksek olduğu, ailelerinde psikiyatrik tanı alan bireylerin daha fazla bulunduğu görüldü. Hastalık süresi, yaş, CRP, ESH düzeyleri ile BASFI düzeyleri arasında anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki olduğu görüldü. ASHİAM alt boyutları ile hastalık başlangıç yaşı, ASQOL, BASDAI değerleriyle pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki içinde olduğu görüldü. İnternetten haftada toplam araştırma süresi ile HAM-A, HAM-D, ASQOL, BASDAI, BASFI düzeyleri arasında anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki olduğu görüldü.

AS hastalarının internetten araştırma yapmalarının hastalık aktiviteleri, yaşam kaliteleri, psikolojik durumları üzerine olumlu ve olumsuz etkileri olduğu görülmüştür. Hastaların yönetimi açısından bu konunun önemini açığa çıkaracak bir çalışma olup, hastaların yönetiminde internetten

araştırma faktörünün önemini ortaya çıkaracak daha fazla çalışmaya öncülük etmesi beklenmektedir.

Anahtar kelimeler: Ankilozan Spondilit, Anksiyete, Depresyon, İnternet, Araştırma.

SUMMARY

Evaluation of Disease Activity, Quality of Life, Depression, Anxiety, and Motivation for Researching Diseases on the Internet in Patients with Ankylosing Spondylitis

Ankylosing spondylitis (AS); it is a chronic, inflammatory disease that affects young adults with the sacroiliac joints and the axial spine, the etiology of which is unknown, and may be accompanied by peripheral joint involvement and extra-articular clinical findings. The aim of this study is to investigate and evaluate the relationship between disease activity, depression, anxiety and quality of life in patients with AS and their motivation to search for diseases from the internet.

120 patients who were followed up with the diagnosis of AS in Bursa Uludağ University Rheumatology Outpatient Clinic were included in our study. Participants were cross-sectionally seen once; patients with Ankylosing Spondylitis were evaluated using the Sociodemographic Data Form, Ankylosing Spondylitis Quality of Life Scale (ASQoL), Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A), Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D), Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI), Bath Ankylosing Spondylitis Functional Scale (BASFI), Internet Research Motivation Evaluation Form (ASHIAM).

In the study, it was seen that AS patients who did research on the disease on the internet were younger than those who did not, had higher HAM-D scores, and more individuals with psychiatric diagnoses in their families. It was observed that there was a significant and positive correlation between disease duration, age, CRP, ESH levels and BASFI levels. It was observed that ASHIAM sub-dimensions were positively and significantly correlated with the age of onset of the disease, ASQOL and BASDAI values. It was observed that there was a significant and positive correlation between the total time of searching the internet per week and the levels of HAM-A, HAM-D, ASQOL, BASDAI, BASFI. It has been observed that AS patients

doing research on the internet has positive and negative effects on their disease activities, quality of life, and psychological state. It is a study that will reveal the importance of this issue in terms of patient management, and it is expected to lead to more studies that will reveal the importance of the internet research factor in the management of patients.

Keywords: Ankylosing Spondylitis, Anxiety, Depression, Internet, Research.

GİRİŞ

Ankilozan spondilit (AS); genç yetişkinlerde görülen özellikle sakroiliak eklemlerle birlikte aksiyal omurgayı etkileyen, etyolojisi tam olarak bilinmeyen, periferik eklem tutulum ve eklem dışı klinik bulguların da eşlik edebildiği, kronik, inflamatuvar bir hastalıktır (1). Daha çok beyaz ırkta yapılan çalışmalara göre tüm spondiloartropatiler için prevalans % 1-2 iken, AS için öngörülen prevalans % 0,1 ve % 1-2' dir (2). Türkiye'de AS sıklığı başka bir çalışmada %0,49 olarak saptanmıştır (3). AS'de erkekler kadınlardan daha sık etkilenir ve bu oran yaklaşık 2 kattır (4). AS'li hastaların %95' inde HLA-B27 pozitif olarak bulunmuştur (2, 5, 6).

AS'de bildirilen başlıca semptomlar ağrı, katılık ve yorgunluktur. AS'de inflamatuvar karakterli bel ağrısı, sakroileit, entezit ve genellikle alt ekstremitayı etkileyen periferik eklem tutulumu gibi kas iskelet sistemi tutulumları görülebilir. Kas iskelet sistemi tutulumu dışında oküler, pulmoner ve kardiyovasküler sistem tutulumu da birlikte olabilir. AS olan hastalarda, ağrı ve katılığın inflamasyona bağlı olduğu ve aktif hastalıkla ilişkili olduğu düşünülmektedir (2). Literatürde AS'de yorgunluğun varlığı gösterilmiş ve yorgunluk prevalansının AS'li bireylerde aktif hastalığın ana belirleyicisi olduğu ifade edilmiştir (7).

Çalışmalarda sağlıklı bireylere kıyasla romatizmal hastalıkları olanlarda depresyon görülme olasılıklarının daha yüksek olduğu gösterilmiştir (8, 9). Klinik olarak endişeli ya da depresif alt grupların, daha kötü Bath Ankilozan Spondilit Hastalık Aktivite İndeksi (BASDAİ) skorlarına sahip olduğu ve hastalık sürecinin ağrı ve azalmış fiziksel işlevsellik ile yaşam kalitesinin (QoL) farklı yönlerini etkilediği öne sürülmüştür. Birleşik Krallık' ta, yaşam kalitesindeki bozulma ve fonksiyonel sakatlığın, duygudurum bozukluklarının en güçlü belirleyicileri arasında bulunmuştur (10-12). Park ve ark.'nın 2019'da yaptığı popülasyona dayalı kohort çalışmasında AS'in müteakip depresyon riskini önemli ölçüde artırdığı gösterilmiştir (13). Durmuş ve ark.'nın 2015'te yaptığı toplum temelli bir çalışmada, AS'li kadınlarda ve

erkeklerde tanı konmuş depresyonun sırasıyla 1,81 ve 1,49 kat arttığı bulunmuştur (14).

Hastalarda veya bir tanıdıklarında, özellikle kronik hastalıkları bulunanlarda, sağlıkla ilgili konularda bilgi edinmek amacıyla internete erişen kullanıcı sayısında artış görülmektedir (15). Hem hastalar hem de bakım verenler için, internet aracılığıyla bilgi edinmek kolay olsa da bilgilerin doğruluğu ve güvenilirliği şüpheli olabilmektedir (16). İnternette ulaşılan bilgiler doğru veya yanlış olsa da hastaların ve hasta yakınlarının hastalıkla ilgili kaygılarını artırabilmekte, bu da hastalıkla ilgili daha çok araştırma yapmalarına neden olabilmektedir.

Yaşam kalitesi, psikolojik durum ve internette hastalıkları araştırma motivasyonları arasındaki ilişki düzeyinin belirlenmesi, hastaların iyilik halini ve yaşam kalitesini daha da artıracak yeni müdahaleler ve bakım yaklaşımlarının geliştirilmesini destekleyecektir. Bu çalışmanın amacı AS' li hastalarda hastalık aktivitesi, depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesi ile internette hastalıkları araştırma motivasyonları arasındaki ilişkinin araştırılıp değerlendirilmesidir.

1. Ankilozan Spondilit

1.A. Tanım ve Tarihçe

Ankilozan Spondilit genç erişkinlerde görülen özellikle sakroiliyak eklemler ve aksiyal omurgayı tutan, etyolojisi kesin olarak bilinmeyen, periferik eklemlerin tutulumu ve eklem dışı klinik belirtilerin de eşlik edebildiği, süregelen, inflamatuvar bir hastalıktır (1). Yunanca'da eğilmiş anlamına gelen "ankylos" ve spinal omurga anlamındaki "spondylos" kelimelerinden AS türetilmiştir.

İlk kabul gören klinik tanımlaması 1691 yılında Fransız mezarlığında bulunan bir iskeletteki değişikliklere göre Dr.Bernard Connor tarafından yapılmıştır. 1930'lu yıllarda gelişen omurga radyografi yöntemleri sayesinde Forestier ve Robert tipik sindesmofitleri tanımlamıştır. 1960'lı ve 1970'li yıllarda seronegatif spondiloartropati tanımı AS, psöriatik artrit, enteropatik artrit, Reiter sendromu hastalıkları arasındaki ilişki karşılaştırılarak ortaya çıkarılmıştır. 1961 yılında Roma, 1966 yılında New York AS, 1984 yılında

Modifiye New York tanı kriterleri yapılandırılmıştır. Son yıllarda, 50 yaşının altında kronik bel ve sırt ağrısı olan hastalarda inflamatuvar tipteki bel ağrıları için yeni tanı kriterleri geliştirilmiştir (2, 17, 18). 1973 yılında Schlosstein ve Brewerton tarafından hastalık ile HLA-B27 arasındaki bağlantı gösterilmiştir. ASAS (Assessment of Spondyloarthritis International Society) tarafından 2002 yılında spondiloartropati ifadesinin yerini spondiloartrit ifadesinin alması önerilmiştir. Aksiyal spondiloartrit (axSpA) tanımı AS'yi ve non-radyografik axSpA'yı ifade etmekte olup, 2009 yılında yayınlanan ASAS sınıflandırma kriterlerinde axSpA'ya sınıflandırma kriterlerinin bir bölümünü oluşturacak şekilde yer verilmiştir (19).

1.B. Epidemiyoloji

Farklı ülkelerde yapılmış çalışmalara göre AS'nin insidansı yılda 100000 kişide 0,5 ile 14 arasında değişmektedir. Bu insidans farklılıklarına katkıda bulunan çeşitli faktörler mevcuttur. Birinci faktör, popülasyonların seçim yöntemi; ikinci faktör, izlem kriterlerinin seçimi ve üçüncü faktör, etnik kökenlere göre farklılık gösteren HLA-B27 prevalansı ve subtiplerinin dağılımıdır. AS genellikle genç popülasyonu etkileyen bir hastalıktır (20). AS'nin görülme sıklığı erkeklerde kadınlardan yaklaşık 2 kat daha fazladır (4). Yapılan bir çalışmada, Türkiye'de AS prevalansı %0,49 olarak bulunmuştur (3). Hastalarda ilk belirtiler %80'e yakın bir oranda 30 yaşından önce, %5 altında bir oranda ise 45 yaşından sonra ortaya çıkabilir (2). AS'nin prevalansı en fazla 40-45 yaşlarında saptanırken, hastalığın başlangıç yaşı ise genellikle 16 ile 35 yaş arasında değişim göstermektedir. Hastalık nadiren 16 yaşından önce veya 45 yaşından sonra başlayabilmekte olup, genç hastalarda entezit ve alt ekstremitelerde oligoartrit atakları görülmesinden yıllar sonra klasik AS tablosu gelişmektedir (6).

1.C. Etiyoloji ve Patofizyoloji

AS, etiyojisi kesin olarak bilinmeyen, hastalığın ortaya çıkmasında çevresel ve genetik faktörlerin beraber etki gösterdiği bir hastalıktır. Etiyolojide; makrofaj, CD8+ T lenfosit ve osteoklast hücrelerinden zengin infiltrasyonların subkondral kemikte inflamasyona sebebiyet vermesi, fibrokartilaj açısından zengin entez bölgelerine ve artiküler, ekstraartiküler

kartilajinöz özellikteki bölgelere yerleşmesi, bu durumun şiddetli bir mekanik ve kompresif bir güç oluşturarak inflamasyona yatkınlık sağlaması, kondral metaplazi, kıkırdak kalsifikasyonu, kemik formasyonunun yenilenmesi ve tamir edilmesi, kondral metaplazi sayılmaktadır (23).

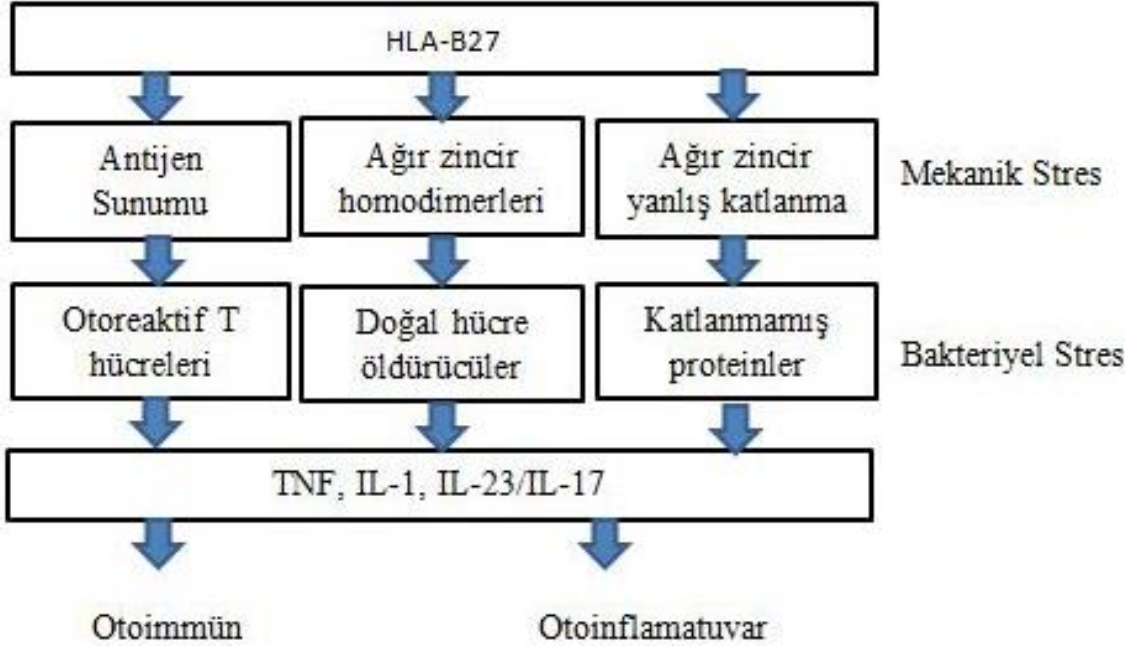
1973'teki keşfinden bu yana HLA - B*27, tartışmasız olarak AS'de en önemli genetik risk faktörü olmaya devam etti (26). Ankylosing spondylitis and HL-A 27) AS'nin poligenik doğası, hastalık riskine katkıda bulunan diğer birkaç MHC geninin tanımlanmasıyla zaman içinde yavaş yavaş çözülmüştür. HLA - B lokusundaki genler genellikle hastalık riski verir ve daha da önemlisi, hem HLA - B27 - pozitif hem de HLA - B27 - negatif AS vakalarıyla ilişkilidir (27). Bununla birlikte, AS patogenezinin araştırılmasında büyük bir atılım, AS kalıtsallığına katkıda bulunan MHC olmayan genlerin tanımlanmasıydı. Daha fazla gen tanımlandıkça, AS patogenezi anlayışımızı geliştiren yeni moleküler yollar keşfedilmektedir. Bugüne kadar AS'de yer alan en az 113 genetik varyant tanımlanmıştır ve bunlardan 48'i genom çapında anlamlılığa ulaşmıştır (27, 28). Diğer 65 gen, seronegatif hastalıkların (AS, Crohn hastalığı, primer sklerozan kolanjit, sedef hastalığı ve ülseratif kolit) kombinasyonları için genom çapında önemlidir ve bağımsız olarak AS'nin kendisiyle ilişkilidir (28). İlginç bir şekilde, bu genlerin çoğu, yaygın olarak nükleer reseptör ROR γ 'yi eksprese eden ve IL-17 ailesinin sitokinlerini üreten doğuştan gelen ve adaptif immün efektör hücrelerin aracılık ettiği tip 3 immünite ile ilişkilidir.

Son yıllarda, hücre içi peptidlerin işlenmesi ve HLA - B27 tarafından bu peptidlerin sunumu, tip 3 bağışıklıkta bozulmalar, mikrobiyomun bağışıklık sistemi ile ilişkisi olmak üzere üç ana tema üzerinde yoğun çabalar harcanmıştır. Bugün AS patogenizi süreçlerinin temelini bu bilgiler oluştursa da, bu üç ana temanın hastalığın patofizyolojisiyle ilişkisi konusunda henüz ortak bir kanıya varılamamıştır (21, 22).

CD8+ T hücreleri tarafından tanınması amacıyla hücre içindeki peptitleri bağlamak ve çekirdekli hücrelerin yüzeyine sunmak, HLA-B27'nin bilinen en önemli işlevlerinden biridir. Ayrıca HLA-B27 polimorfik bir moleküldür ve alt tiplerindeki dizi varyasyonlarına göre AS'nin gelişiminde

farklı etkilere sahiptir (25). Bu dizi varyasyonları protein stabilitesinde ve peptit bağlama yeteneğinde değişimlere sebep olur. HLA-B27'nin AS patogeneziindeki rolü net olarak anlaşılmamış olsa da öne çıkan 3 önemli hipotez aşağıdaki şekilde gösterilmiştir (Şekil 1) (24). Artrojenik peptid hipotezine göre; önce organizmada bulunan ya da bakterilere ait bir peptid HLA-B27 tarafından sitotoksik T lenfositlere sunulur, sonrasında bu sunum sonucu oluşan otoreaktif sitotoksik T hücreleri özellikle eklem bölgelerinde çapraz reaksiyona girerek inflamasyonun başlamasına sebep olur (31). Diğer hipotezlere baktığımızda anormal HLA-B27 moleküllerinin ortaya çıkmasına sebep olan HLA-B27'nin β zincirinde rezidü sistein bulunması nedeniyle disülfid bağlarının ve anormal HLA-B27 moleküllerinin oluşumu görülmektedir. (32). Bu mekanizma sonucunda oluşan ağır-zincir homodimerleri natural killer(NK) hücreleri aktif eder, bir diğeri de HLA-B27'nin hatalı katlanması neticesinde oluşan proteindir. Bu proteinin ve NK hücrelerinin aktifleşmesi proinflamatuvar süreci başlatır (33-35).

AS ve axSpA patofizyolojisine ilişkin 3 önemli sitokin ön plana çıkmaktadır. Bunlardan ilki AS etyolojisindeki rolü üzerinde yoğun çalışmaların devam ettiği tümör nekrozis faktör alfa (TNF- α)'dır (24). TNF- α , BT kılavuzluğuyla şiddetli sakroiletili hastalarda yapılan sakroiliak eklem biyopsilerinde yüksek miktarda saptanmış, bu bulgular eşliğinde TNF- α immunoterapilerde hedef alınmaya başlanan ilk sitokin olmuştur (36). Bunlardan ikincisi, AS için yapılan genetik çalışmalarda anlamlı sonuçlara ulaşılan IL-1 α geninin ürünü IL-1'dir (37). Üçüncü olarak, son dönemlerde en fazla üzerinde araştırma yapılan IL-23/IL-17 grubu sitokinlerdir. AS'de IL-17'nin rolünün tanınma hızı dikkat çekicidir. AS hastalarından alınan serum, eklem sıvısı, CD4+ TH17 hücrelerinde bu sitokin düzeylerinin yükseldiğinin bulunmasından kısa bir süre sonra, GWAS(Genome-Wide Association Studies), AS gelişimi için risk faktörleri olarak IL-17 ile ilgili birkaç gen tanımladı (28-30). IL-23R geni T helper tip 17 (Th 17) fonksiyonun düzenlenmesinde rol alır (38). Th 17 hücresi tarafından salınan IL-17'nin AS'de hem inflamasyonda hem de yeni kemik oluşumunda rol aldığı düşünülmektedir.



Şekil-1: AS patojenezinde HLA-B27'nin rolü (24).

1.D. Klinik

1.D.a. Kas İskelet Sistemi Tutulumu

İlk belirti genellikle tutukluk ve kronik bel ağrısıdır ve hastaların %75'inin ilk başvuru şikâyeti de bel ağrısı olmaktadır (39, 40). Ağrı, yaklaşık 3 ay içerisinde yavaş yavaş gelişen künt bir ağrı niteliğindedir. Hastalar genellikle ağrının ne zaman başladığını tam olarak söylemekte ve ağrıyı lokalize etmekte zorlanırlar. İlk yakınma genellikle tek ya da çift taraflı kalça bölgesinde ağrı şeklinde olabilir, bu ağrı uyluk arka bölümüne yayılma eğimi gösterebilir, kalça eklemi veya siyatik sinir ağrısıyla karışabilir. Beldeki inflamatuvar ağrı ve tutukluk sabahları daha şiddetli olan, egzersizle azalan ve istirahat ile artan niteliktedir (41). İnflamatuvar bel ağrısını tanımlamak amacıyla Rudwaleit ve ekibinin kriterleri, Berlin kriterleri, Calin ve ekibinin kriterleri ve ASAS kriterleri geliştirilmiştir. Bu kriterler arasında ASAS kriterlerinin inflamatuvar bel ağrısı için daha duyarlı olduğu gösterilmiştir (42). ASAS tarafından belirlenmiş olan inflamatuvar bel ağrısı kriterleri;

- Başlangıç < 40 yaş
- Sinsi başlangıçlı
- 3 aydan uzun süren

- Egzersizle düzelen
- İstirahatle düzelmeyen
- Özellikle gecenin ikinci yarısında daha şiddetli olan, uykudan uyandıran, yataktan kalkma ile düzelen nitelikte ağrı şeklindedir (43).

Hastalarda belirtiler zamanla süreklilik kazanır. Hastalığın ilerleyen dönemlerinde sindesmofitlerin oluşumu ve faset eklemlerde kemikleşme sonucunda omurga hareketlerinde kısıtlılık meydana gelebilir (19).

AxSpA hastalarının yaklaşık %20 ile %30'luk kısmında kötü prognostik faktör olarak, omuz ve kalça eklemlerinde tutulum gelişmekte olup, bu bölgelerde şiddetli destrüktif değişikliklere sebebiyet vererek engelliliğe yol açabilmektedir (2). Kalçada genellikle iki taraflı tutulum görülmekte olup eklem aralığında da simetrik ve konsantrik daralmaya sebebiyet vermektedir (48).

AS'de başlıca tutulan bölgelerden biri, tendon ve ligamentlerin birleşim yeri olan entezis bölgeleridir. Hastalarda, aşil tendonu ve plantar fasyanın kalkaneusa tutunma bölgesinde ya da tibial tüberküle patellar tendonun tutunma yerinde ağrı ile belirti verebilir. Entezitler genellikle fiziksel streden daha çok etkilenen bölgelerde görülür (44).

AS'li hastalarda uzun süreli inflamasyon, kaburgaların göğüs kemiği ve omurgaya tutunduğu eklemlerde skar artışına sebebiyet vermektedir. Bu bölgede devam eden inflamasyon ve skarlaşma göğüs ekspansiyonunu sınırlamak suretiyle plörezi ve anjinaya benzer göğüs ağrısına yol açabilmesi nedeniyle tanısının hızla konulması gereken bir durumdur (45).

Hastalar daha nadiren periferik artrit ile de başvurabilir. Periferik artrit sıklıkla alt ekstremitelerde asimetrik tutulum gösteren monoartrit veya oligoartrit şeklindedir. Periferik artrit HLA-DR4 ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Hastaların %15'inde omuz veya kalça tutulumu ilk belirti olarak görülebilir ve periferik eklem tutulumu olan hastaların %86'sında kalça eklemi tutulumu da görülür. Juvenil başlangıçlı AS hastalarında kalça tutulumu daha sık görülür. Tutulum, kalça ekleminde önce limitasyona sonra atrofi ve kontraktüre yol açabilir ve bu durum da engelliliğe sebep olabilir. Juvenil başlangıçlı olgularda kalça replasmanı gerekebilir. Kalça tutulumu ilk 10 yıl içinde

görülmezse genellikle hastalığın seyrinde de görülmez. Hastaların %10'unda ise temporomandibular eklem tutulumu ve disfonksiyonu görülür (46).

Yapılan çalışmalarda AS'de entezit prevelansının %34-74, periferik artrit prevelansının %18-58, daktilit prevelansının ise %6 ila %8 arasında değiştiği bildirilmiştir (47).

1.D.b. Ekstraartiküler Tutulum

Göz Tutulumu

En sık görülen eklem dışı tutulumdur. Hastaların %25'inde iritis veya akut ön üveit görülür. AS ilişkili üveitlerin yarısı akut non-granülomatöz anterior üveit şeklindedir (49). Ataklarda genellikle tek taraflı göz tutulumu görülür, ataklar arası dönemler uzun sürer. Göz tutulumunun klasik bulguları aniden başlayan ağrı, fotofobi ve kızarıklıktır. Tedavi edilmediği takdirde ön kamarada inflamatuvar birikim, lens ve pupiller disfonksiyona, görmede bulanıklığa yol açabilir. Makülada ödem oluşabilir ancak nadiren kalıcı körlüğe sebebiyet verir. Erken ve etkin tedavi ile genellikle sekelsiz iyileşir. Akut ön üveit ataklarının HLA-B27 ilişkili olduğu gösterilmiştir (50).

Kardiyovasküler Tutulum

AS'nin nadir bir bulgusu olarak, ilerleyen hastalık dönemlerinde kardiyovasküler tutulum görülebilmektedir. Genellikle aort dilatasyonu, aort yetmezliği, asendan aortit, miyokardiyal disfonksiyon, perikardit ve iletim defektleri görülmektedir. Kardiyak tutulum da genellikle HLA B-27 pozitif hastalarda görülür (20).

Gastrointestinal Sistem (GİS) Tutulumu

Kolonoskopik incelemelerde, makroskopik ve mikroskopik olarak ileal ve çekal inflamasyon AS'li hastaların yarısında gözlemlenmektedir (51). Bu ileal ve çekal inflamasyon immünolojik olarak Crohn hastalığındaki tutulumla benzerdir. Bu tutulumla sahip hastalarda, beraberinde daha şiddetli periferik eklem ve kalça tutulumu olduğu gösterilmiştir (52).

Böbrek Tutulumu

AS hastalarında en sık görülen böbrek tutulumları; sekonder "AA" (amiloid protein A) tipi amiloidoz, glomerülonefrit, NSAİİ (non steroidal anti-inflamatuvar ilaçlar) ilişkili nefropati ve ürolitiazistir. En sık böbrek tutulumu

renal amiloidozdur ve hastaların %4-%9'unda görülür. Amiloidozun uzun hastalık süresi, spinal mobilite kısıtlılığı, periferik artrit, hipergamaglobulinemi ve ESH (eritrosit sedimentasyon hızı) yükseliği ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. IgA nefropatisi, AS'de en sık görülen glomerülo nefrit tipidir. NSAİİ ilişkili nefropati genellikle daha uzun süre ve daha yüksek miktarda ilaç kullanan yaşlı hastalarda görülmekte ve mevcut NSAİİ ilacın kesilmesiyle düzelebilmektedir (53-55). AS hastalarında nefrolitiazis sıklığının arttığı ve SpA grubu hastalıkların renal taş oluşumu için bağımsız bir risk etkeni olduğu bildirilmiştir. AS'de nefrolitiazis etyolojisinde inflamatuvar sitokinler, NSAİİ ilaçların uzun süreli kullanımı, kalsiyum metabolizmasında değişiklikler, spinal bölgede hareket kısıtlılığı, yeni kemik oluşumu gibi faktörler rol oynamaktadır. Renal taşların çoğunun kalsiyum bazlı olduğu gösterilmiş olsa da AS hastalarında ANKH (inorganik pirofosfat transport regülator) genindeki mutasyonlar nedeniyle hipopirofosfatüri sonucunda da renal taşların oluşabileceği gösterilmiştir (53-55).

Pulmoner Tutulum

AS'nin ilerleyen hastalık süreçlerinde kostosternal ve kostovertebral eklemlerdeki füzyona bağlı olarak göğüs ekspansiyonunda azalma nedeniyle restriktif akciğer hastalıkları görülebilmektedir. Bu hastalarda vital kapasite azalır, fonksiyonel rezidüel kapasite ise artar. AS hastalarında bir diğer pulmoner tutulum da dispne, plevral fibrozis, apikal fibrozis, interstisyel akciğer hastalığı, uyku apnesi ve plevral efüzyon gibi patolojilerle akciğer parankiminde kendisini göstermektedir. Akciğer parankimi ile ilişkili bu rahatsızlıkların erken tanısında HRCT (yüksek rezolüsyonlu bilgisayarlı tomografi) yol gösterici bir tetkik olarak öne çıkmaktadır (56).

Nörolojik Tutulum

Nörolojik belirtilere AS'de nadiren rastlanmaktadır. Nörolojik belirti ve bulgular; atlantoaksiyal subluksasyon, vertebral fraktür, kauda ekuina sendromu, spinal kord kompresyonu, sinir kökü lezyonları, araknoidit gibi komplikasyonlardan kaynaklanabilir. Omurganın ankiloze olması sonucu minör travmalar spinal fraktürlere sebebiyet verebilmektedir ve bu fraktürler en sık servikal omurgada meydana gelmektedir (57). AS'li hastalarının %2'sinde

atlantoaksiyel subluksasyon görülebilir ve spinal korda basısından bağımsız olarak oksipital bölgede ağrı şeklinde belirti vermektedir (20).

Osteoporoz

AS hastalarının %19-62'sinde kemik mineral yoğunluğunda (KMY) azalma görülür, en yaygın komplikasyonlardan biridir. Osteoporoz ve osteopeni mekanizmasında inflamatuvar sürecin rol oynadığı düşünülmektedir. Bunların dışında kemik metabolizması değişikliklerine sebep olabilecek potansiyel etkenler ise ilaçlar, hormonal değişiklikler, immobilizasyon ve genetik faktörler olarak sıralanabilir. Yapılan çalışmalarda genellikle hastalık süresi uzun olan AS hastalarında KMY'de azalma geliştiği gösterilmiş olsa da birkaç çalışmada hastalığın erken döneminde de KMY'de azalma gelişebildiği gösterilmiştir (58, 59).

1.D.c. Fizik Muayene Bulguları

AS hastalarında fizik muayene bulguları tanının erkenden konulabilmesi ve hastalığın izleminde çok önemlidir. Fizik muayenede tanı koydurucu bir muayene bulgusu olmamasına rağmen tanıyı destekleyecek bulgular saptanabilir. Sakroiliak eklemdede ağrı ve hassasiyet genellikle ilk patolojik bulgu olarak karşımıza çıkmaktadır. Sakroiliak eklemin muayenesinde, o bölgedeki ağrının provake edilmesi amaçlanır. Sakroiliak eklemin muayenesinde genellikle sakroiliak kompresyon ile Fabere ve Gaenslen testleri kullanılmaktadır, ancak bu testler sakroileit için spesifik değildirler ve sakroileiti olan hastalarda negatif olabilirler (60).

Fizik muayenede spinal mobilitenin değerlendirilmesinde modifiye Schober, tragus-duvar veya oksiput-duvar mesafeleri, göğüs duvarı ekspansiyonu, lateral spinal fleksiyon, servikal rotasyon ölçümü, el-parmak-zemin mesafesi gibi özel testler kullanılmaktadır.

Modifiye Schober Testi: Spinal fleksiyonun değerlendirilmesi amacıyla kullanılan bir testtir. Hasta dik pozisyonda iken spina iliaka seviyesinde bir çizgi çekilir ve bu çizgide orta hattın 5 cm altına ve 10 cm üst kısmına birer işaret yerleştirilir. Daha sonra hastadan bacakları düz bir şekilde belinden öne ve ayak parmaklarına doğru mümkün olduğunca eğilmesi istenir, hasta bu pozisyondayken tekrar mesafe ölçümü yapılır ve iki

ölçüm arasındaki fark 5 cm'den fazla ise spinal fleksiyon normal olarak kabul edilir (61).

Göğüs duvarı ekspansiyonu: Hastanın kolları başının üzerindeyken ksifosternal eklem seviyesinde göğüs çevresine bir mezura yerleştirilir ve hastadan olanca miktarda nefes verip alması istenir. Azami ekspirasyon ile inspirasyon noktalarında göğüs çevresi ölçülür. Bu iki ölçüm arasındaki farkın, cinsiyet ve yaş durumlarından etkilenmekle birlikte, 5 cm'in altında olması durumunda göğüs duvarı ekspansiyonunun kısıtlandığı söylenir (62).

Oksiput-duvar ve tragus-duvar mesafesi ölçümü: Spinal bölgenin ekstansiyonunun değerlendirilmesinde kullanılan bir testtir. Hastadan, normal çene pozisyonunda, topukları duvara dayalıyken, başınının arkasını duvara değdirmesi istenir. Spinal ekstansiyonu normal olan bireylerin başını duvara değdirebilmesi beklenir. Spinal ekstansiyonun değerlendirilmesi amacıyla kullanılan bir başka yöntem de tragus-duvar mesafesi ölçümüdür. Hasta oksiput-duvar mesafesi ölçümü ile aynı pozisyonda iken tragustan duvara olan mesafenin değerlendirilmesiyle yapılır (61).

Lateral spinal fleksiyon: Hastadan topuğunu ve kalçasını duvara yaslaması, ellerini bacağına yerleştirmesi, sonrasında dizlerini bükmeden bacağı üzerinde ellerini aşağıya doğru mümkün olduğunca ilerletmesi istenir. Başlangıç ve bitiş noktalarında orta parmak ile zemin arasındaki mesafe her iki taraf için de ölçülür ve aritmetik ortalaması alınır. Lateral fleksiyonu normal olan hastalarda, bulunan aritmetik ortalamasının 10 cm'in üzerinde olması beklenir (44).

El-parmak zemin mesafesi: Hastanın ayakta ve dik pozisyonda iken dizlerini kırmadan el parmaklarını yere değdirmesi istenir. Zemin ile el parmak uçları arasındaki uzaklık ölçülür, normalde bu mesafenin erkeklerde 10 cm ve altında kadınlarda ise 0 cm olması beklenir. Ancak bu mesafenin kalça eklemindeki patolojilerinden etkilenebileceği unutulmamalıdır (20).

Servikal rotasyon: Hasta bir sandalyede dik pozisyonda otururken, burun çizgisi ortalanacak şekilde gonyometri ayarlanır. Baş, her iki yanda azami rotasyona getirilir. Ölçülen değerlerin ortalaması hesaplanır (61).

Sakroiliak ekleme ağrısı olan hastaların eklem bölgelerindeki hassasiyet baskı uygulanarak manipüle edilir ve değerlendirilir. Sakroileit için özgün olmasa da tanıya yardımcı olabilecek fiziksel manevralar; Gaenslen, Fabere ve Mennel testleridir.

Gaenslen Testi: Bir muayene masasına hastanın sırtüst yatması söylenir. Bir kalça maksimum fleksiyona, diğeri de hiperekstansiyon pozisyonuna getirilir. Hiperekstansiyonda olan kalça tarafında ağrı olması ile Gaenslen pozitif kabul edilir.

Mennel Testi: Hasta yan yatar pozisyonunda iken, kalçası bir el ile desteklenir, hastanın altta kalan bacağı fleksiyona getirilir, üstteki bacağı düz bir şekilde uzatılır. Kalça ekstansiyon pozisyonuna getirildiğinde ağrı oluyorsa Mennel testi pozitif olarak yorumlanır.

Fabere Testi: Hasta sırtüstü yatarken, kalçası fleksiyon, eksternal rotasyon ve abduksiyona getirildikten sonra, ekstansiyona zorlanır. Karşı SİE'de ağrı olursa Fabere testi pozitif kabul edilir.

Fizik muayenede periferik eklem tutulumu da bakılmalıdır. AS hastalarının %50'sinde kalça ve omuz eklemi tutulumu, daha az sıklıkla da alt ekstremitelerde tutulum görülmektedir. Alt ekstremitelerde en çok etkilenen bölgeler; dizler, eklemler daha az sıklıkla da ayak tarsal kemikleridir (63, 64).

Enteziti olan hastalar genellikle hassasiyet şikâyetiyle gelirler. Entezitler genellikle topuk, tüber iskiadikumlar, iliak krest, spinöz çıkıntılar, büyük trokanterler, göğüs ön duvarı ve simfisis pubis bölgelerinde görülürler. Göğüs ön tarafının tutulumunda hassasiyet manubriosternal bileşke ve kostokondral bölgelerde lokalizedir (65, 66).

Hastalığın ilerleyen dönemlerinde postür bozuklukları meydana gelebilir. İnflamasyon, yerçekimi ve ağrı etkisi ile boyunda fleksiyon pozisyonunda immobilize olur, torakal omurganın da fleksiyon pozisyonuna gelmesi ile anterofleksiyon postürü oluşur. Bu durum yukarıda anlatılmış olan tragus-duvar veya oksiput-duvar mesafesinin ölçümüyle objektif bir şekilde ortaya konulabilir ve AS hastalarının izleminde bu ölçümler çok değerli parametrelerdir. Zaman içerisinde torakal kifozda artma, lomber lordozda düzleşme görülür, vücudun ağırlık merkezi öne doğru yerdeğıştirir. AS

hastalarında göğüs ekspansiyonunun azalmasına sekonder abdominal solunumun artması nedeniyle karın bombeleşir (20).

1.D.d. Tanı Kriterleri

AS hastalığının tanısına yönelik ilk olarak 1961 Roma kriterleri (Tablo 1) oluşturulmuştur. Bu kriterler üzerinde yapılan çalışmalar sonucunda sensitivitesi düşük olan üveit öyküsü ile spesifitesi düşük olan torasik bölgede ağrı kriterleri çıkarılarak 1966'da New York tanı kriterleri (Tablo 1) oluşturulmuştur. 1977 yılında ise Calin ve arkadaşlarının kronik inflamatuvar bel ağrısını (Tablo 2) ayırt edebilmek için sundukları öneriler neticesinde 1984'te Modifiye New York kriterleri (Tablo 1) yayınlanmıştır (67). Modifiye New York kriterlerinde, hastalığın erken evrelerinde direkt grafilerde sakroiliak eklem hasarının gösterilememesi, kriterlerde olmayan MRG ile erken evrelerde inflamasyonun gösterilebilmesi, tanı kriterlerinin gelişmesine olanak sağlamış ve 2009'da ASAS tarafından yeni kriterler geliştirilmiştir (Tablo 3, Tablo 4) (19, 68, 69).

Tablo-1: Geçmişte kullanılan AS tanı kriterleri (67, 70-72).

1961 Roma Kriterleri	1966 New York Kriterleri	1984 Modifiye New York Kriterleri
Klinik Kriterler	Klinik Kriterler	Klinik Kriterler
1.İstirahatle geçmeyen ve 3 aydan daha uzun süren bel ağrısı 2.Torakal bölgede ağrı ve tutukluk 3.Belde hareket kısıtlılığı 4.Göğüs ekspansiyonunda kısıtlılık 5.İritis veya sekelinin öyküsü ya da kanıtı	1.Her 3 planda (anterior ve lateral fleksiyon, ekstensiyonda) bel hareketlerinin kısıtlanması 2.Bel ağrısı öyküsü 3.Göğüs ekspansiyonunda 4.İnterkostal alandan yapılan ölçümde kısıtlanmanın tespit edilmesi	1.Egzersizle ve istirahatle rahatlamayan 3 aydan uzun süren bel ağrısı 2.Sagittal ve frontal planda lomber vertebra hareketinde kısıtlanma 3.Yaş ve cinsiyetle uyumlu normal değerlere göre göğüs ekspansiyonunda kısıtlanma
Radyolojik Kriterler	Radyolojik Kriterler	Radyolojik Kriterler
AS'ye spesifik bilateral sakroiliak eklemlerde değişikliklerin gösterilmesi	Grade 3-4 sakroileit	Bilateral grade \geq 2 veya unilateral grade 3-4 sakroileit
Kesin AS Tanısı	Kesin AS Tanısı	Kesin AS Tanısı
Radyografik olarak bilateral sakroileitte \geq 1 klinik kriterin eşlik etmesi ya da 5 klinik kriterin 4'ünün olması	Grade 3-4 bilateral sakroileitte \geq 1 klinik kriterin eşlik etmesi veya unilateral grade 3-4 veya bilateral grade 2 sakroileitte 1.kriterin ya da 2 ve 3. kriterlerin birlikte eşlik etmesi	Radyolojik kritere ek olarak en az bir klinik kriter

Tablo-2: İnflamatuar bel ağrısı kriterleri (70-72).

CALIN Kriterleri	BERLİN Kriterleri	ASAS Kriterleri
Tanı için aşağıdaki kriterlerden ≥ 4 olması gerekir	Tanı için aşağıdaki kriterlerden ≥ 2 olması gerekir	Tanı için aşağıdaki kriterlerden ≥ 4 olması gerekir
Sinsi başlangıç	Yer değiştiren kalça ağrısı	Sinsi başlangıç
<40 yaş başlangıç	Gecenin 2. yarısından sonra uyandıran ağrı	<40 yaş başlangıç
>3 aydan uzun sürme	>30 dk sabah tutukluğu	Gece ağrısı
Egzersiz ile düzelme	Ağrının egzersiz ile düzelirken, istirahat ile düzelmemesi	Egzersiz ile düzelme
Sabah sertliği		Dinlenme ile düzelmeme

Tablo-3: Aksiyel spondiloartropatiler için ASAS sınıflama kriterleri (42).

3 aydan daha uzun süreli bel ağrısı ve yaş <45 Görüntülemelerde sakroiliitin tespiti + ≥1 SpA bulgusu veya HLA-B27 pozitifliği + ≥2 SpA bulgusu	
Görüntülemelerde Sakroiliit	SpA Bulguları
MR'da SpA ile ilişkili sakroiliti düşündüren aktif inflamasyon veya Modifiye New York kriterlerine göre kesin radyografik sakroiliit	<ul style="list-style-type: none">• İnflamatuvar bel ağrısı• Artrit• Entezit• HLA-B27• Üveit• Psöriyazis• Daktilit• Crohn hastalığı/ülseratif kolit• NSAİ'lere iyi yanıt• Aile öyküsü• Artmış CRP

Tablo-4: Periferik spondiloartropatiler için ASAS sınıflama kriterleri (42).

Artrit ve/veya entezit ve/veya daktilit ek olarak	
<p>Aşağıdaki bulgulardan≥1</p> <ul style="list-style-type: none">• HLA-B27• Üveit• İnflamatuar barsak hastalıkları• Psöriyazis• Geçirilmiş enfeksiyon• MR veya radyografide sakroileit görülmesi	<p>Aşağıdaki bulgulardan≥2</p> <ul style="list-style-type: none">• Geçmişte inflamatuvar bel ağrısı• Daktilit• Artrit• Entezit• Aile öyküsü

1.D.e. Tedavi

Klinisyenler için AS'nin yönetimi hep yeğın bir süreç olmuştur. NSAİİ ve egzersizler uzun bir süre boyunca AS tedavisinin temel basamaklarını oluşturmuşlardır. Yakın zamanlarda biyolojik ilaç tedavilerinin bulunması ile AS tedavisinde çok önemli gelişmeler kaydedilmiştir (73).

AS tedavisinin temel amaçlarına baktığımızda; inflamasyonu azaltmak ve belirtileri kontrol altında tutmak, yapısal hasar oluşumunu önlemektir. İlaçlara bağlı yan etkilerden kaçınmak ve hastalığın komorbiditelerini engellemek de tedavi hedeflerinden biridir. Ayrıca hastanın sosyal katılımını, işlevselliğini ve yaşam kalitesini arttırmak tedavi amaçları arasında bulunmaktadır. AS hastalarının tedavisi, komorbiditelere, hastalığın belirtilerine, ve psikososyal faktörlere göre bireyselleştirilmelidir. Tedavide en iyi bakım hedeflenmeli ve doktor ile hasta tedavi planına ortak katılım göstermelidir. AS tedavisi multidisipliner bir yaklaşım gerektirmektedir. Tedavi süreci planlanırken farmakolojik ve farmakolojik olmayan tedavilerin birlikte kullanılması değerlendirilmelidir (74, 75). ASAS/EULAR tarafından 2010

yılında aksiyel SpA önerileri yayınlanmış ve 2016 yılında da güncellemeler yapmıştır (74).

1.D.e.1. Farmakolojik Olmayan Tedaviler

AS hastalarına hastalığın seyri ve takibi, tedavide kullanılan ilaçlar ve bunların olası yan etkileri, gelişebilecek yapısal deformiteler ve bu deformitelerden korunmada egzersizin önemi gibi konularda eğitim verilmelidir. Ayrıca hastaların sigarayı bırakma konusunda teşvik edilmelidir (77). Her birey için sigarayı bırakmanın sağlığı olumlu yönde etkilediği bilinirken, özellikle aksiyel SpA hastaları açısından daha da önemlidir. Çünkü sigara kullanımı ile inflamasyon, hastalık aktivitesi ve sindesmotit oluşumu arasında kanıtlanmış bir ilişki mevcuttur (75-77).

Fizyoterapi ve düzenli egzersizler sırt, karın ve alt ekstremitte kaslarının güçlendirilmesini, fiziksel canlılığı arttırmayı hedefleyen önemli bir tedavi yöntemidir. Uzmanlar, fizik tedavi metotlarının, tüm farmakolojik tedavi gelişimlerine rağmen, AS tedavi planındaki temel yöntemlerinden biri olmaya devam ettiği hakkında fikir birliğine sahiptir (78, 79). AS'de etkili egzersiz yöntemleri olarak haftada 3 kere 1 saat süren pilates veya güçlendirme, germe, eklem hareket açıklığı, solunum ve postür egzersizleri haftada 5 kez en az yarım saat süreyle olmak üzere önerilmektedir (80).

1.D.e.2. Farmakolojik Tedaviler

Fizik tedavi egzersizleri ve non-steroidal anti-inflamatuvar ilaçlar (NSAİ) nr-axSpA'lı olan hastaları da içermek üzere, axSpA'lı hastalar için ilk basamak tedavinin temel yöntemleridir. AxSpA'da kullanılan farmakolojik ilaçlar NSAİ'ler, geleneksel sentetik-hastalık modifiye edici antiromatizmal ilaçlar (sDMARD) ve biyolojik-hastalık modifiye edici antiromatizmal ilaçlar (bDMARD) olarak sınıflandırılabilir.

Non-Steroid Anti-Inflamatuvar İlaçlar

NSAİ'ler, axSpA hastaları için uzun yıllardır kullanılmaktadır ve hastalık aktivitesini azalttığı ve fonksiyonunu artırdığı gösterilmiştir. Steroid olmayan anti inflamatuvar ilaçlar (NSAİ), AS için farmakolojik müdahalenin temel taşıdır ve 48-72 saat sonra ağrı ve sertliği hızla azaltır (81). ASAS/EULAR kılavuzunda aktif axSpA'lı hastalar için bDMARD'lardan önce

bir veya iki farklı NSAİİ'nin etkin dozda ve yeterli süre kullanılması gerektiği vurgulanmıştır (74). Yapılan çeşitli çalışmalardan elde edilen sonuçlara göre NSAİİ'lerin AS tedavisinde eşit derece etkili olduğu söylenebilir (82-84). Farklı çalışmalarda NSAİİ ilaçların gerektiğinde mi yoksa sürekli mi kullanılması gerektiği araştırılmıştır (85-88). Mevcut kanıtlar değerlendirildiğinde, AS tedavisinde NSAİİ'lerin sürekli kullanılmasını önermek için yeterli kanıt olmadığı sonucuna varılabilir.

Kortikosteroidler

ASAS ve EULAR'ın 2016'da yayınladıkları tavsiyelerine göre akut inflamasyonu önlemek için lokal glukokortikoid enjeksiyonlarının uygulanabileceği ancak sistemik glukokortikoidlerin axSpA hastalarının tedavisinde etkin olmadığı ve uzun süreli kullanımının önerilmediği görülmektedir (74).

Geleneksel Sentetik-Hastalık Modifiye Edici Antiromatizmal İlaçlar (sDMARD)

AS tedavisinde sDMARD'ların etkinliklerinin az olması nedeniyle kullanımları sınırlıdır. axSpA hastalarında hastalığın progresyonu üzerine etki etmediği, periferik tutulumlu hastalarda ise sınırlı etkinliği olduğu gösterilmiştir (73). ASAS/EULAR, aksiyel tutulumun belirgin olduğu hastalarda sDMARD tedavisini önermemektedir. Üveit atakları ve periferik artrit olan hastalarda sulfasalazin bir tedavi seçeneği olarak değerlendirilebilir (74).

Biyolojik DMARD

AxSpA tedavisine çoğu hastada NSAİİ monoterapisiyle başlanır. Ancak hastaların bir kısmında NSAİİ tedavisine yeterli cevap alınamamaktadır (89,90). ASAS tavsiyelerine göre anti-TNF tedavisi, konvansiyonel tedavilere cevap vermeyen hastalarda başlanmalıdır. bDMARD'lar, axSpA üzerine yapılan birçok çalışmada etkinliği kanıtlanmış tedavilerdir (91). bDMARD'ların hastalığın bulgu ve belirtilerini düzelttiği hem de kemik hasarını önleyici etkileri bulunduğu düşünülmektedir. Günümüzde TNF- α üzerinden etki gösteren 5 biyolojik ajan bulunmaktadır. Bunlar adalimumab, infliksimab, sertolizumab, etanersept ve golimumab'dır (20). Bununla birlikte daha yeni bir molekül olup, IL-17A inhibisyonu üzerinden etki

gösteren sekukinumab'ın, ankilozan spondilitte güvenilir ve etkin bir tedavi olduğu yeni çalışmalarla gösterilmiştir (92).

1.D.e.3. Cerrahi Tedaviler

Kalça cerrahisi, AS hastalarında en yaygın uygulanan cerrahi girişimdir. Eklem sertliğini ve ağrıyı azaltmak için total kalça protezleri uygulanabilir. Kalça tutulumu, hastalarda dizin fleksiyon pozisyonunda kalmasına sebebiyet veren fleksiyon deformitesine yol açabilir. Bu hastalarda hastaların duruşunu ve yürüyüşünü düzeltmek amacıyla total kalça protezi uygulanabilir. Nadiren, servikotorasik birleşimde kifotik şekil deformitesi oluşması hastalarda çene ile göğüs arasındaki mesafenin kısılmasına ve hastalarda hareket kısıtlılığına yol açabilir. Bu deformiteyi düzeltmek amacıyla posterior servikotorasik ekstansiyon osteotomisi uygulanabilir. Bu cerrahi girişim ağrıyı hafifletir, boyun ve baş postürünün düzeltilmesine yardımcı olur ve bu bölgenin fonksiyonunun geri kazandırılmasına yardımcı olur. Omurganın dorsal bölgesinde meydana gelebilen kifotik deformasyon düz durmanın engellemesine ve ağrıya sebebiyet verir. Bu durum uzatma osteotomisi yöntemleriyle düzeltilebilir. Hastalarda aort kapak yetmezliğinde kapak replasmanı, iletim defektleri oluşması durumunda da kalp pili takılması gerekebilir (93).

1.D.f. Radyolojik Görüntüleme

AS tanısında ve izleminde radyolojik bulgular çok önemli bir yer tutmaktadır. Hastalığa özgü radyolojik bulgular sakroiliak eklemden ve omurga yapılarında görülür. En erken ve en sık görüntüleme bulgusu sakroileittir. Genellikle eklem 1/3 alt kısmındaki sinoviyal zardan başlar ve sıklıkla bilateral tutulum görülür. İlk kullanılan radyolojik görüntüleme yöntemi direkt grafilerdir ancak ilk direkt grafi bulgularının görülmesi için hastalığın yıllardır var olması gerekir. Direkt grafide ilk değişiklikler sakroiliak eklemden kıkırdağın daha ince olduğu taraf olan iliak eklemden erozyonlar ve sonrasında skleroz şeklinde görülür (94). Erozyonların ilerlemesiyle, eklem aralığında önce genişleme meydana gelir, daha sonra kemik ve fibröz doku ankilozu nedeniyle eklem aralığında daralma ve kapanma olur. Anulus fibrozusun dış kenarında kemikleşme nedeniyle omurlar arasında ince kemik

köprüleri ortaya çıkar. Oluşan kemik köprülerine sindesmofit denir. Ön-arka torakal ve lomber grafide, omurga boyunca, apofizer eklem sklerozu ve simetrik sindesmofitlerin oluşması sonucu ortaya çıkan radyolojik görünüm 'bambu kamışı' olarak isimlendirilir. Vertebral kemiklerin zaviyelerindeki skleroz artışı sonucu oluşan parlak beyaz köşe görünümü "Romanus lezyonu" olarak adlandırılır. Apofizer eklemlerde skleroz, eklem ligamentlerinde ve interspinöz ligamentlerde kalsifikasyon sonucu oluşan radyolojik görünüme ise "üçlü ray belirtisi" denir (95, 96). Aşağıdaki tabloda New York Kriterleri'ne göre sakroileit evrelemesi gösterilmiştir (Tablo 5).

Tablo-5: New York Kriterleri'ne göre sakroileit evrelemesi (97).

Evre	Görüntüleme Bulgusu
0 (Normal)	Değişiklik yok, eklem yüzeyleri net olarak seçilir, eklem aralıkları normal genişliktedir.
1 (Şüpheli)	Şüpheli değişiklikler, evre II değişikliklerin olup olmadığına karar vermek zordur.
2 (Minimal Sakroileit)	Eklem yüzeyleri net olarak seçilemez, eklem bulanıklaşmıştır, küçük erozyonlar ve hafif subkondral skleroz artışı vardır ve eklem aralığında daralma görülebilir.
3 (Orta Derecede Sakroileit)	Eklem her iki yüzeyinde belirgin skleroz ve daha büyük erozyonlar, eklem aralığında daralma ve yer yer kemik köprüleşmeleri mevcut.
4 (Şiddetli Sakroileit)	Ankiloz, eklemden tama yakın füzyon.

2. Depresyon

Depresif bozukluklar mesleki, ekonomik, kişisel, toplumsal kayıplara ve önemli sağlık sorunlarına sebebiyet verebilen psikiyatrik rahatsızlıklardır. Majör Depresif Bozukluk (MDB) bireylerin sosyal fonksiyonlarını ciddi şekilde etkileyebilir, yaşam kalitelerini azaltabilir hatta intihar yoluyla ölüme sebep olabilir (98, 99).

Depresyon kelimesinin Türkçe karşılığı “çökkünlük” olarak adlandırılmaktadır. Depresyon, bireylerin hayatında pek çok alanda bozulmalara neden olmaktadır. Hastalar kendilerini çökkün, mutsuz, derin üzüntülü, çaresiz, gergin vb. şikayetlerle depresif duygudurum hali içinde olduklarını anlatırlar. Hastalarda hayattan keyif alamama, ilgi alanlarına karşı isteksizlik, hiçbir şeyin düzelmeyeceği ve eskisi gibi olmayacağı düşüncesi ve duygularını anlatamama durumu mevcuttur. Anksiyete belirtileri ve panik ataklar da klinik tabloya eşlik edebilmektedir. Sosyal geri çekilme sıklığı, mesleki yaşamda bozulmalar ve beraberinde ekonomik problemler, evlilik sorunları görülebilmektedir. Bilişsel alanda çaresizlik, değersizlik hisleri, kendini küçük görme, kendini suçlayıcı ve obsesif natürde düşünceler görülebilmektedir. Ayrıca beslenme düzeninin değişmesi ile iştahın azalması ya da artması, uykuya dalmada ya da sürdürmekte zorluk yaşama, uykunun sık sık bölünmesi, dikkatini toplamakta güçlük ve intihar düşünceleri de depresyon semptomları arasında bulunmaktadır (100).

Depresyon hastalarıyla ilişkili kayıtlar antik çağlardan beri bulunmaktadır. Çok eski dönemlerde depresyonun oluşumunda tanrısal, doğaüstü güçlerin etken olduğu inancı mevcutken, Hipokrat (MÖ 460-357) ile birlikte depresyona fizyolojik mekanizmalar üzerinden yaklaşım dönemi başlamıştır. Hipokrat döneminde ruhsal hastalıklar ve bozukluklar, çağına özgü bilimsel verilerle adlandırılmaya ve sınıflandırmaya başlanmıştır. Yine depresyon gibi ruhsal görüngülerin beyinden kaynaklandığını ilk öne süren de Hipokrat olmuştur. Hipokrat depresyon için, siyah anlamına gelen “melan” ve safra anlamına gelen “cholé” kelimelerinin birleşimi olan “melankoli” kelimesini kullanmıştır. Melankolinin uzun süreli strese maruz kalan

bireylerde, dalakta ve barsakta aşırı miktarda biriken kara safra nedeniyle oluştuğu, bu toksik maddenin de beyni etkilediğini söylemiştir (101). Helenistik dönemde de Kapadokyalı Aretaeus, Galen, Efesli Soranus gibi hekimler Hipokrat'ın humoral yaklaşımını geliştirerek sürdürmüşlerdir (101). 17. yüzyılın sonlarına doğru hümorale yaklaşım etkisini yitirmiş, Thomas Willis (1622-1675) ile kimyasal teoriler ön plana çıkmaya başlamıştır. Willis, ruh ve beyin hastalıklarının ortak mekanizmalardan kaynaklandığını öne sürmüştür. 18. yüzyılda ise Carl Wenicke ve Theodor Meynert melankoli ile beynin ve çeşitli bozukluklarının ilişkisinden bahsetmişlerdir. 19. yüzyılın sonlarına doğru Emil Kraepelin (1856-1926) mani ve melankoli belirtileriyle giden, aynı hastalığa ait iki ayrı klinik tablo görünümü olduğunu ileri sürmüştür ve bu hastalığı "mani-melankoli psikozu" olarak adlandırmıştır (101). Sigmund Freud 1917 yılında yayımlanan "Yas ve Melankoli" isimli yapıtında, depresyonun psikodinamik yorumlaması üzerine çalışmış ve sevilen bir kişinin ya da objenin yitimini depresyondaki önemine dikkat çekmiştir. Freud, ruhsal yaşantıların depresyondaki önemini vurgularken, depresyonun oluşumunda fizyolojik ve kimyasal nedenlerin de etken olabileceğini belirtmiştir (101). 20. yüzyılda ise bilişsel, davranışçı ve psikanalitik yaklaşımlar gibi çeşitli kuramsal bakış açıları geliştirilmiş, teknolojik ilerlemeler sayesinde elektrofizyolojik, beyin biyokimyası, radyolojik ve genetik çalışmalar psikiyatrik bozukluklar hakkında yepyeni bilgiler ve bakış açıları elde etmemizi sağlamıştır. Bu sayede nöroendokrin mekanizma düzensizliği, monoamin eksikliği gibi faktörlerle depresyonun ilişkisini açıklayan hipotezler ortaya çıkmış, yeni çalışmalara yön verecek modern yaklaşımların temelleri atılmıştır.

Depresyon, en sık rastlanan ruhsal hastalıklardan biridir. Dünya Sağlık Örgütü 2021 verilerine göre depresyon yetişkinler arasında %5,0, 60 yaşından büyük yetişkinler arasında %5,7 olmak üzere toplamda tahmini olarak nüfusun %3,8'ini etkilemektedir (102). Dünyada yaklaşık 280 milyon kişi depresif rahatsızlıklardan muzdariptir (102). Literatürde depresyon prevalansı %9-20 arasında değişmekle birlikte, hayat boyu hastalanma riski kadınlarda %20-26, erkeklerde ise %8-12 olarak tespit edilmiştir (103).

Cinsiyetler arasında görülme sıklığının 13-15 yaş civarında farklılaşmaya başladığı, 15-18 yaş arasında ise farkın oldukça belirginleştiği belirtilmektedir (103).

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin (APA) yayınlamış olduğu Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabına (DSM-V-TR) göre majör depresyon tanı kriterleri Tablo 6'da sunulmuştur.

Tablo-6: DSM-5 major depresyon tanı kriterleri (104).

A. İki haftalık süre boyunca aşağıdaki semptomlardan en az 5'inin bulunması (bu semptomlardan en az birinin 1 veya 2 numaralı semptom olması gerekmektedir.
1. Hemen hemen her gün olan ve tüm gün süren depresif duygudurum, 2. Hemen hemen her gün olan ve tüm gün süren tüm aktivitelere karşı olan istek ve zevk kaybı, 3. Önemli düzeyde kilo kaybı ya da kilo artışı, 4. Hemen hemen her gün aşırı uyku ya da uykusuzluk, 5. Hemen hemen her gün ajitasyon ya da retardasyon olması, 6. Hemen hemen her gün yorgunluk ya da enerji kaybı yaşanması, 7. Hemen hemen her gün aşırı veya uygunsuz düzeyde değersizlik ve suçluluk hissi olması, 8. Hemen hemen her gün konsantrasyon kaybı ya da karasızlık, 9. Tekrarlayan intihar düşünceleri ya da girişimi,
B. Bu semptomlar mikst bir epizod ölçütlerini karşılamaz.
C. Bu semptomlar toplumsal, mesleki ya da diğer önemli işlevsel alanlarda bozulmaya neden olur.
D. Bu semptomlar herhangi bir madde kullanımına ya da farklı bir tıbbi duruma bağlı değildir.
E. Bu mevcut semptomlar yas ile daha iyi açıklanamaz.

Depresyon, bir stresör nedenle tetiklenebilir veya stresör olmaksızın da ortaya çıkabilir. Belirtileri hızlıca başlayabilir veya aylar-yıllar içinde yavaş

yavaş gelişim gösterebilir. Depresyonda bulgular ve belirtiler değişkenlik gösterir ve gidişinin belirli bir kalıp içinde tanımlanması güçtür, Depresyonun belirti ve bulguları değişkenlik gösterir (105).

Depresyonun ortaya çıkmasına zemin hazırlayan birden çok etken olabilir. Literatürde yapılan araştırmalara göre depresyona zemin oluşturan nedenler arasında kişilik yapısı, kişinin genetik özellikleri, ruhsal ve sosyal etkenler, aile dinamiği, travmatik yaşantılar ve kişilik yapısı ele alınmaktadır. Burada sayılan nedenlerin farklı miktarlarda katkıları ve biyolojik etmenler sonucu depresyon ortaya çıkmaktadır (106, 107). Depresyona yatkınlığın, çocukluk çağı travması yaşamış bireylerde arttığı gösterilmiştir (108). Çocukların yaşadığı aile ortamında ruhsal hastalıkları olan kişilerin bulunması, maddi problemlerin yoğun olması, aile içi kriz durumlarının çokluğu bu çocukları yetişkinlik döneminde depresyona daha yatkın hale getirmektedir (109). Yine ilköğretim dönemi ya da öncesinde aile bireylerinden birinin kaybı, kişileri depresyona yatkınlaştıran faktörlerden biri olarak gösterilmektedir (110). Çocukluk çağındaki kötü deneyimlerin yanı sıra toplumsal ilişkiler, bilişsel işlev bozuklukları, psikososyal ve maddi durumlar da depresyona zemin oluşturan faktörler arasında sıralanabilir (111, 112). Gelir seviyesinin düşük, işsizlik oranlarının ise yüksek olduğu toplumlarda bireylerin depresyona daha yüksek oranlarda yakalandığı saptanmıştır (113). Kentisel bölgelerde yaşamını sürdüren bireylerde depresyon daha sık görülmektedir. Bireylerin kentlerde işsizlik, bağımlılık yapıcı maddelere daha kolay erişmeleri, yüksek suç oranları ve stresli şehir yaşamı gibi faktörlere daha çok maruz kalmalarının kolaylaştırıcı etmen olduğu düşünülmektedir (114). Yapılan bir çalışmada içe dönük, kendisinden çok başkalarının memnuniyeti için çabalayan, aşırı hassas ve kaygılı kişilik özellikleri olan kişilerin depresyona daha yatkın olduğu ileri sürülmüştür (115). Benzer şekilde başka bir çalışmada da çekingen, fedakâr, alıngan, histerik ve nevrotik kişilik yapılarına sahip kişilerde depresyon görülme sıklığının daha yüksek olduğu gösterilmiştir (116). Depresyonun genetik alt yapısını incelemek amacıyla yapılan bir çalışmada depresyon riski, tek yumurta ikizlerinde %40, çift yumurta ikizlerinde ise %11 bulunmuştur (117).

Psikoanalitik kurama göre depresyon ile yas sürecindeki belirtiler birbirine benzemektedir. Yas sevilen bir nesne ya da kişinin kaybı, özgürlük, idealler ve ülkü gibi soyut değerlerin kaybedilmesine verilen reaksiyonlardır. Bu kayıplar kimi bireylerde yas reaksiyonları yerine depresyon belirtilerine sebebiyet verebilmektedir (118). Freud yas ve melankoliyi ele alırken “sevilen bir nesne” kaybını vurgulamaktadır. Yas sürecinde sevilen birinin, gerçek bir sevgi ve haz nesnesinin kaybı yaşanırken depresyonda gerçek bir kayıp olmak zorunda değildir. Başka bir ifadeyle depresyon oluşumunda sevgi nesnesinin imgesel ve bilinçdışı kaybedilmesi rol oynamaktadır. Kişide, sevdiği birey tarafından terk edilmiş gibi bir yitim duygusu ortaya çıkmaktadır (119). Kişi, kaybedilen sevgi nesnesine karşı kızgınlık duyar, ancak bu kızgınlığı sevgi nesnesine değil kendi benliğine yöneltir. Bu depresif geri itim, kızgınlık duygusuyla birlikte büyüyen suçluluk duygusuyla artmaktadır. Freud, benliğe (ego) yöneltilen olumsuz duygular sonucu bireyin öz saygısının düşeceğini ve bireyin kendisini küçük, suçlu ve değersiz göreceğini söylemiştir. Böylece birey yaşamın anlamını yitirir ve ruhsal çökkünlük başlar. Depresyonda görülen öz saygı azalmasının yasta görülmemesi, bu iki durumu ayıran en önemli noktadır (118,119).

Davranışçı yaklaşım çökkünlüğü, ilgi, istek ve özgüven kaybı gibi belirtileri olumsuz uyaranlara karşı gösterilen genellenmiş tepkiler olarak tanımlamaktadır. Kişinin yaşadığı çevreden yeterince olumlu uyaran alamamasının depresyonun gelişiminde önemli bir faktör olduğunu dile getirir. Bireyin yaşadığı bir yitim sonucu olumlu pekiştireçlerin kaybı, durgunluk ve davranışlarda azalma durumu ortaya çıkmaktadır (120). Başka bir ifadeyle davranışçı yaklaşım acı (ceza) ve haz (ödül) veren aktivitelerin çökkünlükle ilişkili olduğunu, ödül veren etkinliklerle daha az karşılaşan bireylerin kendilerini daha depresif durumda tanımladığını savunmaktadır (121).

Aaron Beck, bilişlerin ve inanışların depresyonun başlamasında ve devam etmesindeki temel etmenler olduğunu öne sürmüştür. Beck ve Rush'ın depresyonun bilişsel yapısını aydınlığa kavuşturmak için öne sürdükleri üç kavram; bilişsel üçlü, şemalar ve bilişsel hatalardır (122).

Bilişsel üçlüye göre depresif birey;

- 1 Kendini kusurlu, yetersiz, hastalıklı veya yoksun bir kişi olarak görür. Hoşa gitmeyen bütün deneyimlerini kendisinde varolan psikolojik, ahlaki veya fiziksel kusura atfetme eğilimindedir (hastanın kendi hakkındaki olumsuz bakış açısı).
- 2 Dünyayı, kendi üstüne aşırı derecede istekleri olan ve/veya yaşam amaçlarına ulaşmasında üstesinden gelemeyeceği engeller bulunan bir yer olarak görür (hastanın dünyaya olumsuz bakışı).
- 3 Şu anda yaşadığı güçlüklerin veya sıkıntıların sonsuza dek devam edeceğini, yakın gelecekte özel bir görev üstlendiğini varsaydığı durumlarda bu görevi başaramayacağını düşünür (hastanın gelecekle ilgili olumsuz bakışı) (122).

Şemalar, insan deneyimlerinin tanımlanmasını, yorumlandırılmasını, değerlendirilmesini ve sınıflandırılmasını belirleyen durağan bilişsel örüntüler olarak tanımlanırlar. Bir kişi belirli bir durumla karşılaştığı zaman, o durumla ilgili şema aktive olur. Şema, verilen bilişleri çevirmede temeldir (biliş; sözel veya resimsel içerikli herhangi bir fikir). Yani, bir şema, kişinin karşı karşıya kaldığı uyarımları süzmekte, ayrıştırmakta ve kodlamada temeli anlatmaktadır. Kişi şemalar matrisine göre yaşadığı deneyimleri sınıflandırır ve değerlendirir. Kullanılan şemaların çeşitleri bir bireyin farklı deneyimleri nasıl yapılandıracağını belirler. Bir şema uzun bir süre etkin olmayabilir fakat özgül çevresel girdilerle (örneğin; stres verici ortamlar) enerji kazanıp etkin olabilir. Özgül bir ortamda etkin olan şemalar kişinin nasıl tepki vereceğini doğrudan belirler. Hafif depresyonlarda hasta genellikle olumsuz düşüncelerini daha nesnel görebilir. Depresyon ilerledikçe, ortam ve kişinin olumsuz yorumlamaları arasında mantıksal bir bağlantı olmamasına karşın, giderek olumsuz düşünme egemen olur. Prepotent idiosenkratik şemalar gerçeklikte bozukluklara yol açtığı ve bunun sonucu olarak depresif kişinin düşünmesinde sistematik hatalar olduğu için, kişi olumsuz yorumlamalarının hatalı olabileceği fikrini pek kabul edemez. Çok daha ağır depresif durumlarda hastanın düşünmesi tamamen idiosenkratik şema egemenliğine girer. Kişinin zihni ısrarla ve tekrar tekrar olumsuz düşüncelerle uğraşır ve

dışsal uyarımlara (örneğin; okumak veya sorulan sorulara cevap vermek) konsantre olmakta veya istemli zihinsel etkinliklerle (hesap yapmak, problem çözmek, hatırlamak) ilgilenmekte büyük güçlük yaşar. Bu gibi durumlarda, idiosenkratek bilişsel organizasyonun otonomi kazanmasından söz edilir. Depresif bilişsel organizasyon dış uyarımlardan bağımsız olur ve birey yakın çevresindeki değişikliklere tepki vermez (122, 123).

Depresif kişinin düşünmesindeki sistematik hatalar, karşıt bulguların varlığına rağmen, hastanın olumsuz kavramlarının geçerliliğine olan inancını sürdürmesine yol açmaktadır (124). En yaygın görülen bilişsel hatalar aşırı genelleştirme, mantığa dayanmayan çıkarsama, büyütme ve küçültme, kişiselleştirme, seçici soyutlama, mutlakçı ve iki uçlu düşünmedir. Beck (1967) bu bilişsel hataların kişinin farkına varmadan otomatik bir şekilde ortaya çıktığını ve kişinin farkındalığının az olmasının onu olumsuz duygulara karşı daha kırılgan hale getirdiğini savunmaktadır (125).

Depresyonun tedavisinde hastanın iyilik halinin sağlanması, sürdürülmesi ve yeniden hastalanmanın önüne geçilmesi amaçlanmaktadır. Bu doğrultuda psikoterapiler, psikofarmakolojik tedaviler, elektrokonvülsif tedavi ve bunların birleşimleri kullanılabilir. (126, 127).

3. Anksiyete

Korku, bilinen bir dış tehdite karşı kişinin duygusal ve fizyolojik yanıtlarını tanımlarken, anksiyete (bunaltı) ise belirli bir korkuyu andıran fakat bilindiği, nedeni bilinmeyen öznel bir beklenti hissi, endişe, bir felaketin yaklaştığı duyguyu gibi belirtileri tanımlamak için kullanılır. Anksiyete fizyolojik olarak ellerde ve ayaklarda titreme, çarpıntı, hızlı hızlı nefes alma, nefes almada güçlük, boğulma hissi, sık idrara çıkma, yutkunma güçlüğü, ağız kuruluğu, aşırı terleme, uyuşma, karıncalanma gibi belirtilerin yanısıra ruhsal açıdan kötü bir şey olacakmış hissi, heyecan, sıkıntı gibi belirtileri bulunan, affektif, bilişsel, davranışsal ve somatik bileşenlere sahip fizyolojik ve ruhsal bir durumdur (126, 127). Patolojik düzeyde anksiyete diyebilmek için uyarının şiddeti ile ortaya çıkan anksiyete şiddetinin orantısız olması, anksiyetenin kendi kendine azalmasından ziyade değişmemesi veya şiddetlenmesi,

anksiyetenin fiziksel belirtilerinin klinik tabloya hâkim olması, bireyin duruma katlanamaması ve işlevselliğinde bozulmaya yol açması beklenir (126).

Milattan önce 3000 yılında yazılmış Gılgamış Destanı anksiyetenin bilinen en eski yazılı kanıtıdır. Bu destanın bir bölümünde Gılgamış, kendi ölümsüzlüğü ile ilgili kaygılarını dile getirmiştir (128). 1900'lü yılların başlarında ilk defa Freud, anksiyetenin psikolojik olarak tanımını yapmıştır (129). Freud, kişinin iç yaşantısındaki çatışmaların anksiyetenin temelinde rol aldığını savunur. Anksiyetenin iç çatışmaların yarattığı düğüm noktasına ışık tutan bir niteliğe sahip olduğunu belirtir. 2008 yılında Beck, anksiyeteyi olumsuz bir olayla karşılaştığında meydana gelen bir belirti olarak tanımlamıştır. Her ne kadar bu konuya ilişkin farklı tasvirler yapılmış ve yapılmaya devam ediyor olsa da, tüm psikiyatri camiasının tanımlamalarını ve çalışmalarını yakından takip ettiği Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) 2013 yılında anksiyeteyi bilinçli hissedilen tehlike durumu olarak nitelendirmiştir (104).

En sık görülen ruhsal rahatsızlıklardan biri Anksiyete Bozukluğu olup, yapılan çalışmalarda 12 aylık görülme sıklığı %6,7, yaşam boyu görülme sıklığının ise %13,6 ile %28,8 arasında değiştiği bildirilmiştir (130). Kadınlarda yaşam boyu anksiyete prevalansı %30,5, erkeklerde ise %19,2 oranında bulunmuştur (130). Kaygı bozuklukları içerisinde en sık görülen özgül fobiler olup, ikinci en sık görülen ise sosyal anksiyete bozukluğudur (130). Anksiyete bozuklukları erken yaşlarda vuku bulma eğiliminde olup ortalama başlangıç yaşı genellikle 10 ile 25 yaşları arasındadır ve olguların %80'inden fazlasında kaygı belirtileri 35 yaşından önce görülmektedir (130, 131).

Anksiyete bozuklukları çevresel faktörler ve farklı kromozomal bölgelerdeki çoklu genetik değişkelerle ilişkili karmaşık bir patogenetik etkileşim içeren bir hastalıklar grubudur. Panik bozukluk üzerine yapılan aile çalışmalarında, hastalar ve birinci derece akrabalarında genel popülasyona göre panik bozukluğun oluşma riskinin 3 ile 5 kat daha fazla olduğu saptanmıştır. Yine özgül fobilerde ve yaygın anksiyete bozukluğunda genetik riskin artmış olduğu gösterilmiştir. Anksiyete bozukluklarının kalıtsal

aktarımının %30 ile 67 aralığında değiştiği, kalan değişkelerin ise olumsuz yaşam olayları ve çevresel faktörler gibi etkenlerden kaynaklandığı düşünölmektedir (132).

Davranışı ve kişilik yapısını açıklayan pek çok kuram anksiyeteyi açıklamakta, davranış ve kişilik yapılanmasında önemli bir faktör olarak görmekteir. (133). Freud anksiyeteyi normal ve nevrotik olarak sınıflandırmıştır. Günlük hayatta ara sıra hissedilen kaygının korku duygusuyla ilişkili, dış dünyadaki gerçeklikle bağlantılı, anlaşılabilir ve mantıklı olduğunu söylemiştir. Nevrotik anksiyeteyi ise hep mantıksız bir şekilde ortaya çıkan, sebepleri belirsiz olan bir korku tepkisi olarak tanımlamıştır. Ayrıca normal ve nevrotik anksiyetenin niteliksel ve niceliksel açıdan birbirinden çok farklı olduğunu belirtmiştir (134).

Öğrenme kuramında kaygının i çatışmalardan çok çevresel olaylarla tetiklendiği ve desteklendiği ifade edilmektedir (135). Kaygının ve stresin oluşmasında sosyal öğrenme etkenleri rol oynamakta ve bir kaygı bozukluğunun oluşması için kalıtsal ve çevresel faktörlerin bir arada etken olması gerekmektedir.(136).

Varoluşsal kuramda bunaltıya bireyin kendi varoluşu ile ilgili yaşamış ve yaşamakta olduğu i çatışmalar sebep gösterilmektedir. Bireylerin hayatlarını anlamlı kılabilmek, varlıklarını hissetmek amacıyla bunaltıyı bir araç olarak kullandığı ifade edilmektedir. Kaygı, bir bireyin varlığına anlam arayışına veya varlığının anlamsızlığına verdiği tepki olarak tanımlanmıştır (137).

Davranış kuramcısı Eysenck, bunaltının nedenini kültürel faktörler ve öğrenme süreçleri ile açıklamaya çalışmıştır. Davranış kuramcıları bunaltının edimsel olarak veya klasik koşullanma yoluyla öğrenilmiş bir tepki olduğunu ifade etmektedirler (130).

Bilişsel kuramcılara göre bunaltı, dış uyarılardan çok, kişinin gerçek dışı boyutlara varabilen çarpıtılmış yorumlarından dolayı oluşmaktadır (119). Beck, Greenberg ve Emery, anksiyetenin bilişsel modelinde bunaltının, tehlikenin aşırı ve gerçeğinden daha büyük tahmini veya mevcut olanakların ve üstesinden gelme becerilerinin yetersizliğinden kaynaklı olduğunu

söylemişlerdir. Beck anksiyeteye bilişsel tehdit, tehlike ve kırılganlık temalarının eşlik edebildiğini söylemiştir (138).

Literatüre bakıldığında bunaltının duygusal, davranışsal, bilişsel ve fiziksel bir dizi belirtileri olduğu görülmektedir (139). Bu belirtiler aşağıda ele alınmıştır.

Anksiyetenin Bilişsel Belirtileri: Hatırlama ve odaklanma güçlükleri, tehlikelerin büyütülmesi ve felaketleştirilmesi, söz konusu tehlike karşısında baş etme becerilerinin yetersiz hissedilmesi, sürekli kaygılara yönelik düşünceler üretilmesi bunaltının bilişsel belirtilerindendir (139, 140). Bunaltı bozuklukları yaşayan bireylerin her an tetikte olduğu, tehditlere karşı algılarının açık olduğu ve yoğun bir tedirginlik hali yaşadıkları bilinmektedir (140). Başına kötü bir olay geleceğine, bir felaket yaşanacağına dair düşünceler bunaltı ile karakterize olmuş düşünceler olarak kabul edilmektedirler(118).

Anksiyetenin Duygusal Belirtileri: İrritabilite, duygularda istikrarsızlık, çıldırma ve kontrolünü kaybetme korkuları, endişeli, panik, huzursuz, sinirli, sıkıntılı bir hal bunaltının yol açtığı duygusal değişikliklerdir (118, 129, 139).

Anksiyetenin Fiziksel Belirtileri: Kolay yorulma, kas gerginliği, uykuya dalmakta ve sürdürmekte güçlük, yutkunmada güçlük, çarpıntı hissi, boğazda daralma, yutkunamama ve boğulma hissi, titreme, terleme, psikomotor huzursuzluk, baş dönmesi, ateş basması ve cinsel isteksizlik gibi fiziksel belirtiler çoğu bireyde bunaltı sürecine eşlik etmektedir (118, 129).

Anksiyetenin Davranışsal Belirtileri: Bunaltının, bireylerin davranışlarında da birçok değişime sebep olduğu bilinen bir durumdur. Bu değişimler ise her şeyi kontrol etmeye ve mükemmel olmaya yönelik yoğun çaba gösterme, işlevsellikte gerileme (125), tehdit arz eden durum veya ortamlardan kaçınma olarak ifade edilmektedir (135). Bunaltının patolojik olarak nitelendirilebilmesi için verilen bu tepkilerin bireyin işlevselliği, yaşamı ve sosyal ilişkileri üzerine etkileri, ne kadar sürdüğü ayrıca değerlendirilmelidir (140-142). DSM-5'e göre de patolojik bunaltının tehditle ya da gerçek tehlike ile orantısız şiddette olması beklenmektedir (129).

4. Ankilozan Spondilitte Depresyon ve Anksiyete

Ankilozan spondilit (AS), hastaların fiziksel fonksiyonları ve psikolojik durumları üzerinde önemli etkileri olan kronik inflamatuvar romatizmal bir hastalıktır (2, 143). Kronik inflamasyon ve ağrıya, fiziksel aktivitede azalmaya, yaşam kalitesinde bozulmaya, uyku bozukluklarına, depresyon ve anksiyete gibi psikolojik sonuçlara neden olabilir (144-146). AS'li hastalardaki psikiyatrik bozukluklar çeşitli çalışmalarda araştırılmış ve sağlıklı kontrollere göre daha yüksek depresyon ve anksiyete prevalansı gösterilmiştir (144, 146-148). Literatürde yapılan çalışmalara bakıldığında AS hastalarında depresif belirtilerin ve anksiyete belirtilerinin sırasıyla %27,4–55,5 ve %19,5–60,9 aralıklarında değiştiği bulunmuştur (149-154). Artan hastalık aktivitesi, azalmış işlevsellik ile depresyon, anksiyete ve uyku bozuklukları semptomları arasında pozitif korelasyonlar bulunmuştur (152, 155-162).

AS hastalarında görülen inflamatuvar ağrının uyku bozukluğuna sebebiyet verdiği, bunun da AS hastalarında yorgunluğa sebep olabildiği gösterilmiştir. Başka bir deyişle, AS'deki hastalık aktivitesi tamamen azalmadıkça, hastalığın şiddeti bireyin yaşam kalitesini etkiler ve depresyon riskini artırır (11, 150, 163). Benzer şekilde AS hastalarının işlevselliklerindeki düşüşün sosyoekonomik durumlarını etkilediği ve bunun sonucunda depresyon prevalansını da etkilediği görülmüştür (164, 165).

Son zamanlarda yapılan çalışmalarda depresyonun patofizyolojisinde proinflamatuvar sitokinlerin önemli roller üstlendiği bildirilmiştir (166). Başka bir deyişle AS'nin sistemik inflamasyonu ve proinflamatuvar sitokinleri depresyonla ilişkilidir (167). Bu aynı zamanda infliksimabın (tümör nekroz faktör- α ilacı) depresyonlu AS hastalarının tedavisinde etkili olduğu gerçeğiyle de desteklenmektedir (168). Dolayısıyla AS hastalarının biyolojik, fonksiyonel ve sosyoekonomik faktörleri depresyon riskini artırır.

Jin-Sung Park ve ark. (2019) yaptığı çalışmada yeni tanı almış 11,465 AS hastası depresyon gelişme riski açısından kontrol grubundaki 57,325 sağlıklı ile karşılaştırılmıştır. Çalışma sonucunda AS hastalarının depresyon geliştirme olasılığının 2,21 kat daha fazla olduğunu ortaya koymuştur.

Kadınlar ve düşük gelirli hastalar ve 40 yaş üstünde AS tanısı konan hastalar depresyona daha yatkın bulunmuş. İlk tanıyı takip eden beşinci yılda AS hastalarının %15'ine, sağlıklı gruptakilerin %5'ine antidepresan tedavi başlanmıştır (13).

Zhang, L. ve ark. 2019'da yaptığı bir meta-analizde (169), AS hastalarında depresyon prevalansı %35 bulunmuştur. Bu, astım (%27) (170), kronik obstrüktif akciğer hastalığı (%24,6) (171), lupus (%24) ve romatoid artrit gibi diğer kronik tıbbi hastalıkların prevalansından daha yüksektir. Ülkemizde toplum temelli bir çalışmada, AS'li kadın ve erkeklerde tanı konmuş depresyonun sırasıyla 1,81 ve 1,49 kat arttığı bulunmuştur (14). Depresyonu olan AS hastalarının artan hastalık aktivitesi ve (155, 162) yorgunluk (150), azalmış işlevsellik (160), uyku bozuklukları (153), bozulmuş yaşam kalitesi (152) ve yüksek tıbbi maliyetler (172) gibi faktörler nedeniyle uzun vadede kötü sonuçlara maruz kalma eğiliminde olduğu gösterilmiştir.

5. Hastaların İnternette Sağlık Bilgilerini Araştırma Motivasyonları

İnternet, dünyadaki kişisel ya da kurumsal bilgisayar ağlarını birbirine bağlayan elektronik iletişim ağıdır. Türk Dil Kurumu'nun tanımına göre dilimizdeki karşılığı "genel ağ" birbirine bağlı bilgisayar ağlarının tümüdür (TDK, 2021).

İnternet, coğrafi konumlara bakılmaksızın insanların bilgiye çok kısa zamanda ulaşmasını ve diğer insanlarla çok hızlı bir şekilde iletişim kurabilmesini sağlayarak, insan yaşamına önemli katkılar sunan bir iletişim aracıdır (173). İngilizce kökenli inter "arasında" ve net "ağ" sözcüklerinden oluşan internet sözcüğü, "dünya üzerindeki milyonlarca bilgisayarı birbirine bağlayan dev ağ" anlamına gelmektedir (174). İnternet, 1990'lı yılların başında ortaya çıkmıştır. Yıllar içinde hızla büyüyerek günlük yaşamın vazgeçilmez bir parçası haline gelmiştir (175). Bilişim teknolojileri alanında son yıllardaki hızlı ve etkileyici gelişim, içerdiği iletişim devrimi ile birlikte daha önce ulaşılması güç hatta imkânsız olan bilgilere kolay ve hızlı bir şekilde ulaşım imkânı sağlamıştır (176-178).

Sağlıkla ilgili bilgilere erişim ve bu bilgilerin uygun kullanımı, bir hastalıkla baş etmede ve sağlığın korunmasında büyük önem taşımaktadır. Bu şekilde kazanılan bilgi, sağlıkla ilgili kararların temelini oluşturur ve duygusal stres ve öznel olarak algılanan güvensizlikle başa çıkmaya yardımcı olur (179). İnternet, herkes için olmasa da birçok insan için sağlık bilgilerini kendilerinin aramasını, daha geniş bir sağlık bilgileri dizesine ulaşımı, iyi ya da kötü olara kendi sağlık hizmetlerine daha fazla katılmasını çok daha kolay hale getirmektedir (179, 180).

Günümüzde internet temelli uygulamalar sayesinde, tıbbi bilgiye ulaşımın kolaylaşmasıyla, pek çok birey doktora başvurmadan önce hastalığına ilişkin ön araştırmalar yapmaktadır. Bu bilgiler hem resmi hem de resmi olmayan kaynaklardan elde edilebilmektedir. Resmi ve güvenilir kaynaklarda yer alan bilgiler, bireylerin sağlık durumlarıyla ilişkin doğru doktora başvurma, sağlık kuruluşlarında doğru uzmanlık dalına yönlendirilme, yanlış bilinen tıbbi bilgiler doğrusunu öğrenme gibi yararlar sağlamaktadır. Resmi ve güvenilir olmayan kaynaklarda yer alan eksik ve hatalı bilgiler ise bireylerin hastalıklarıyla ilgili endişe düzeylerini artırabilmekte ve doğru karar almalarını olumsuz yönde etkileyebilmektedir.

İnternetin sağlık hizmetleri için kullanımı, kullanıcı tarafından sağlık web siteleri üzerinden ulaşılabilen tüm hizmet ve aktiviteleri kapsamaktadır. İnternet, sağlık bilgisi içeren web siteleri, sağlık kuruluşlarının kurumsal web sitelerine erişim, sağlık ürünlerine erişim, sağlık profesyonelleri ve çevrimiçi destek gruplarıyla etkileşim gibi yaygın bir kullanım alanına sahiptir. Bu alanların sürekli erişilebilir olması ve çok sayıda uygulamanın ücretsiz olması, sağlık kuruluşlarında sağlık profesyonelleri tarafından verilen hizmetlerden ayrılmakta ve hastalar tarafından sıklıkla tercih edilen bilgi kaynaklarına dönüşmektedir.

Ülkemizde her geçen gün aktif internet kullanıcı sayısı artmaktadır. Türkiye'de Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından yapılan Hanehalkı Bilişim Teknolojileri (BT) Kullanım Araştırması, 2021 verilerine göre hanelerin %92'sinin evden internete erişim imkânına sahip olduğunu göstermiştir. İnternet kullanım oranı 2021 yılında 16-74 yaş grubundaki bireylerde %82,6

olduğu görülmüştür. Bu oran, bir önceki yıl %79 olarak bulunmuştur. İnternet kullanımının erkeklerde %87,7 ve kadınlarda %77,5 olduğu görülmüştür. Son 3 ay içinde internet kullanan bireylerin interneti özel kullanma amaçlarına bakıldığında, bireylerin %69,6'sının sağlıkla ilgili bilgi arama (yaralanmalar, hastalıklar, beslenme, sağlığın iyileştirilmesi gibi) amacıyla interneti kullandığı görülmüştür.

Amerika Birleşik Devletleri ve Avrupa'da sağlık web siteleri; hastalıklar, tedavi yöntemleri ve ilaçlarla ilgili bilgiye ulaşmak isteyen bireylerin ana hedefi konumundadır. Bireylerin sağlıkla ilgili web sitelerini ziyaret etme nedenleri şöyle sıralanmaktadır (67, 68, 181):

- Doktorların verdiği reçete hakkında bilgi almak,
- Hastalıklarla ilgili bilgilenmek,
- Kendi reçetelerinde yer alan ilaçlara benzer niteliklere sahip ilaç (muadil ilaç) aramak,
- Sağlık durumu hakkında bilgilenmek,
- Muayene öncesi ilaçlar hakkında bilgilenmek,
- Ürün (vitamin, kozmetik vb.) kupon ve indirimlerinden yararlanmak, – Reçeteli ya da reçetesiz ilaç satın almak,
- Sağlık web sitesine ait elektronik posta hizmetinden yararlanmak,
- Diğer hastalarla iletişim kurmak.

Amerikan Araştırma Merkezi PEW'ün 2010 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde gerçekleştirdiği araştırmaya (61) göre; insanların %80'i bir sağlık sorunuyla karşılaştığında, tanı ve tedavi konusunda bilgilenmek amacıyla önce internete başvurmaktadır. Harris Interactive (182) tarafından yapılan bir uluslararası araştırma ise, yetişkinlerin %66'sının sağlıkla ilgili tüm sorularını önce internete sorduğunu gösteriyor. Belli bir sorunu ya da kronik rahatsızlığı olanlarda bu oran %75'e yükseliyor. Yakın dönemde bir hastalık geçiren ya da hastalığı yeni teşhis edilen kullanıcıların %59'u da doktora sorulacak sorular ve ikinci bir fikir almak açısından "internetin işlerini kolaylaştırdığını" belirtmektedir.

Araştırma şirketi GfK Türkiye'nin yaptığı bir araştırmada; çevrimiçi niceliksel bülten panosu SociologDx ve çevrimiçi niceliksel anketler

kullanılarak Türkiye genelinde 12 farklı kentte toplam 225 “e-hasta”ya ulaşılmış, hastaların internette sağlık bilgisi arama davranışlarına ilişkin veriler toplanmıştır (183). Bu sonuçlara göre;

- Akut sorunu olan hastalar doktora gitmeden önce kendilerinde ortaya çıkan belirtileri ve bunların ne kadar ciddi olduğunu anlayabilmek, doktora başvurmanın ne kadar acil ve gerekli olduğuna karar vermek için internette araştırma yapma gereksinimi duyuyorlar.

- Akut sorunu olan hastalar doktora gittikten sonra kendilerine konulan tanıya yönelik neler yapabileceklerini öğrenmek için internette araştırma yapma gereksinimi duyuyorlar.

- Kronik hastalar ise hastalıklarını tanımak ve bununla ilgili olarak kendilerini eğitmek için internette araştırma yapma gereksinimi duyuyorlar.

- Kronik hastaların %62’si güncel tedavileriyle ilgili daha fazla enformasyona erişmek için internette araştırma yaparken, %42’si hastalıklarına yönelik tedavi seçeneklerini öğrenmek için internete başvurmaktadırlar.

Yukarıda bahsedilen araştırmaya katılan hastalar, doktora başvurmadan önce hastalıkla ilgili bilgiye ulaşmak için, doktora başvurduktan sonra ise kendilerine önerilen tedaviyi doğrulamak için internete başvurduklarını belirtmişlerdir. Hastalar doktora danışmadan önce rahatsızlıklarını anlamaya çalıştıklarını ve doktora sorabilecekleri her türlü soru ve tanı olasılığı için ön hazırlık yaptıklarını dile getirmişlerdir. Doktora başvurduktan sonra, hastaların %67’si hastalıklarıyla ilgili yeni bir bilgiye ulaştıklarında yeniden internette araştırma yaptıklarını ifade etmişlerdir. Bu hastaların %57’si tedavi süresince araştırma yapmayı sürdürdüğünü belirtmektedir (183).

GEREÇ VE YÖNTEM

1. Örneklem Seçimi

Araştırmaya, 25/08/2021-30/12/2021 tarihleri arasında Uludağ Üniversitesi Romatoloji Polikliniklerine muayene veya kontrol için başvuran ankilozan spondilit tanısı konulan, 18-65 yaş aralığında olan, şiddetli bir ruhsal hastalığı olmayan, alkol madde bağımlılığı/ kötüye kullanımı olmayan, okuryazar olan 120 (72 erkek, 48 kadın) hasta alınmıştır.

Çalışmaya girmeyi kabul eden hastalar, araştırmanın amacı ile ilgili hem sözel olarak bilgilendirilmiş, hem de yazılı materyal (Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nca onaylanmış olan "Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu") okutulmuştur. Çalışmanın etik kurul onayı 28/07/2021 tarihinde 2021-10/32 karar numarası ile alınmıştır.

2. Çalışmaya Dahil Edilme Ölçütleri

Çalışmaya dahil edilme kriterleri hasta grubu için 18-65 yaş aralığında, Ankilozan Spondilit tanısı koyulmuş olan, işlevselliğini bozacak ruhsal hastalığı ile madde veya alkol kötüye kullanımı olmayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden kişiler arasından seçilmiştir.

3. Çalışmadan Dışlama Ölçütleri

Ölçeklerin uygulanmasına engel bir durumu bulunanlar (okuma-yazma bilmeyenler), organik beyin patolojisi olanlar, zekâ geriliği olanlar, işlevselliğini bozacak bir ruhsal hastalığı olanlar, Ankilozan Spondilit tanısı bulunmayanlar, çalışmaya katılmak istemeyen kişiler çalışmaya dahil edilmemiştir.

4. Veri Toplama Araçları

Araştırmaya katılan hastaların sosyodemografik bilgilerini toplamak amacıyla Sosyodemografik Veri Formu (Ek-1), yaşam kalitelerini değerlendirmek amacıyla Ankilozan Spondilit Yaşam Kalitesi Ölçeği (ASQoL) (Ek-2), anksiyete düzeylerini belirlemek amacıyla Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAM-A) (Ek-3), çökkünlük düzeylerini ölçmek amacıyla Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (HAM-D) (Ek-4), ankilozan spondilit hastalarının hastalık aktivitelerini değerlendirmek amacıyla Bath Ankilozan Spondilit Hastalık Aktivite İndeksi (BASDAI) (Ek-5), ankilozan spondilit hastalarının fonksiyonel durumlarını değerlendirmek amacıyla Bath Ankilozan Spondilit Fonksiyonel Ölçeği (BASFI) (Ek-6), ankilozan spondilit hastaların kendi hastalıklarını internetten araştırma motivasyonlarını değerlendirmek amacıyla Ankilozan Spondilit Tanılı Hastalarda Hastalıklarını İnternette Araştırma Motivasyonu Değerlendirme Formu (Ek-7) doldurulmuştur.

HAM-A ve HAM-D ölçekleri araştırmacı tarafından, Sosyodemografik Veri Formu, ASQoL, BASFI, BASDAI, Ankilozan Spondilit Tanılı Hastalarda Hastalıklarını İnternette Araştırma Motivasyonu Değerlendirme Formu araştırmaya katılan gönüllüler tarafından doldurulmuştur. Araştırmaya katılan gönüllüler ile birer kez kesitsel olarak görüşme yapılmıştır.

4.A. Sosyodemografik Veri Formu (Ek-1)

Çalışmaya katılan gönüllü bireylerin cinsiyeti, yaşı, medeni durumu, kimlerle yaşadığı, varsa çocuklarının sayısı, eğitim durumu, çalışma durumu, mesleği, ekonomik gelir düzeyi, alkol-sigara-madde kullanımı olup olmadığı, tanı konmuş ek tıbbi bir hastalığı olup olmadığı, geçmişte veya halen doktor tarafından tanı konmuş psikiyatrik hastalık veya psikotrop ilaç kullanımı olup olmadığı, ailesinde tanı konmuş bir psikiyatrik hastalık veya psikotrop ilaç kullanımı olup olmadığı ile ilgili verilerin toplanması amacıyla araştırmacı tarafından geliştirilen formdur.

4.B. Ankilozan Spondilit Yaşam Kalitesi Ölçeği (ASQoL) (Ek-2)

Ankilozan spondilit hastalarına sahip bireylerin yaşam kalitesini değerlendirebilmek amacıyla ASQoL geliştirilmiştir (184). Bu anketteki maddeler ankilozan spondilit hastalarının sıkça kullandığı ifadeleri içeren 18 maddelik bir ölçektir (Ek-2). Testte bulunan maddelerden 7'si hastaların günlük yaşam aktivitelerine, 7'si ruhsal durumlarına, 2'si hissettikleri ağrı şiddetine, 2'si ise sosyal yaşantılarına ilişkin değerlendirmeler içermektedir (Ek-2). Ölçekteki ifadeler kısa, net, kolay anlaşılır ve olumsuz cümleler şeklindedir. Her ifadenin karşısında hayır ve evet seçenekleri bulunmaktadır. Her "evet" cevabı bir puan olarak hesaplanır. Ölçek değerlendirilirken, toplam puan arttıkça bireyin yaşam kalitesinin kötüleştiği anlaşılır. 2007 yılında Duruöz ve ark. tarafından ASQoL'ün Türkçe güvenilirlik ve geçerliliği bildiri özeti şeklinde yayınlanmıştır (185). Ölçek, araştırmaya katılanlar tarafından yalnız başlarına dolduruldu. Araştırmaya katılanlardan, o anda buldukları duruma göre kendilerini en yakın hissettikleri cevapları işaretlemeleri istendi. Anketler hasta başına ortalama beş dakika içinde tamamlandı. Her bir "evet" cevabı 1 puan olarak değerlendirildi ve her ölçek için ASQoL toplam puanı hesaplanarak kayıt altına alındı.

4.C. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAM-A) (Ek-3)

Hastalardaki bunaltının belirti kümesini, düzeyini ve şiddetindeki değişimi değerlendirmek amacıyla Hamilton tarafından geliştirilmiş bir ölçektir. Ölçek hem fiziksel hem de ruhsal bunaltı belirtilerini sorgulamakta olup, görüşmeci tarafından uygulanan toplam 13 madde içermektedir. Her madde için 0 ile 4 arasında bir puan verilir, toplam skor 0 ile 56 puan arasında değişen bir değerdir. Ölçekteki 1, 2, 3, 5 ve 6. maddeler psişik, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 12 ve 13. maddeler ise somatik bunaltıyı değerlendirmek amacıyla sorulur. Toplam puan arttıkça, bunaltının düzeyinin arttığı ifade edilmektedir. Ölçeğin toplam puanının; $4 \geq$ olması normal olduğu, 5-17 puan arasında olması hafif şiddette, 18-24 orta şiddette, 25 üzerinde olması ise şiddetli ve ağır derecede bunaltıyı gösterdiği söylenmektedir (186). Yazıcı ve ark. tarafından 1998 yılında ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (187, 188).

4.D. Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği (HAM-D) (Ek-4)

Bu ölçek Hamilton tarafından geliştirilmiş olup, Williams (Williams BW, 1978) tarafından yapılandırılmıştır. Bu ölçek tanı koydurucu olmayıp, tanıyı desteklemek, hastaların çökkünlük şiddetini ve düzeyini ölçmek amacıyla en sık kullanılan değerlendirme yöntemlerindedir. Ölçeğin kilo kaybı, içęörü, somatik belirtiler, uykuya dalmakta güçlük, uykudan gece yarısı uyanma, sabah erken uyanma, genital belirtiler ile ilgili maddelerine 0 ile 2 puan arasında bir değer verilirken, diğer maddelerine 0 ile 4 puan arasında bir değer verilir, toplam puan ise 0 ile 53 arasında değişmektedir. Bu araştırmada ölçeğin 17 soruluk formu kullanılmış olup, görüşmeci tarafından doldurulmuştur. Ölçekte yapılandırılmış sorular kullanılmaktadır, ek sorular sorulabilmektedir. Ölçeğin toplam puanının; $7 \geq$ olması çökkünlük olmadığını, 8 ile 13 puan arasında hafif şiddette çökkünlüğü, 14 ile 18 puan arası olması orta şiddette çökkünlüğü, 19 ile 22 arasında olması şiddetli çökkünlüğü, $23 \leq$ olması çok şiddetli çökkünlüğü göstermektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği, 1996 yılında Akdemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (189).

4.E. Bath Ankilozan Spondilit Hastalık Aktivite İndeksi (BASDAİ) (Ek-5)

Bu ölçek, ankilozan spondilitte hastalık aktivitesini ölçmek amacıyla vücudun hastalığın sık etkilediği vücut bölgelerindeki ağrı düzeyini ölçen dört, sabah tutukluğunu ölçen iki madde olmak üzere toplam altı maddeden oluşur. Bu maddeler hasta tarafından geçen haftadaki durumlarına göre, 0 ile 10 arasında değerlendirilen sayısal ağrı ölçeği kullanılarak doldurulmaktadır. Toplam ölçek skoru hesaplanırken ilk 4 maddedeki skorlar toplanıp 10'a bölünür, sonrasında 5. ve 6. maddelerin aritmetik ortalaması alınıp 10'a bölünür, ilk 4 ve son 2 sorudan elde edilen değerler toplanır. Ölçekte en düşük skor 0, en yüksek skor ise 10 puandır. Test toplam skoru arttıkça hastalık aktivitesinin de arttığı düşünölmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2005 yılında Akkoç ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (190).

4.F. Bath Ankilozan Spondilit Fonksiyonel İndeksi (BASFI) (Ek-6)

Bu ölçekte ankilozan spondilit hastalarının fonksiyonel durumlarının değerlendirmesi amacıyla ölçekte belirtilen 10 aktivitenin her biri için, geçen

haftadaki durumlarına göre 10 cm'lik Görsel Analog Ölçeği (Visual Analog Scale – VAS) üzerinde kendilerine en uygun bölgeyi işaretlemesi istenir. Toplam skor hesaplanırken, her bir VAS üzerindeki değerler toplanır ve 10'a bölünür. Testin toplam skorları 0 ile 10 arasında değişmektedir, daha yüksek bir toplam skor daha kötü bir fonksiyonel durum ile ilişkilidir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Özer ve arkadaşları tarafından 2005 yılında yapılmıştır (191)

4.G. Ankilozan Spondilit Tanılı Hastalarda Hastalıklarını İnternette Araştırma Motivasyonu Değerlendirme Formu (ASHİAM) (Ek-7)

Ankilozan spondilit hastalarının internette ne kadar araştırma yaptığını, internette yaptıkları araştırmaların gün içinde zihinlerini ne düzeyde meşgul ettiğine, internet üzerinden AS ile ilişkili forumlara ya da hasta dayanışma gruplarına üye olup olmadıklarına, doktora başvurmadan önce internet üzerinden araştırma yapıp yapmadıklarına, internette hastalıklarını araştırma motivasyonlarına, internette araştırdıkları bilgilerin kendilerine sağladığı destek düzeyine, internette öğrendikleri bilgileri ne düzeyde paylaştıklarına, hastalıklarına ve internetteki bilgilere farkındalık düzeylerine, internette araştırma yapmanın hastalarda ne düzeyde bir alışkanlık oluşturduğuna, hastaların internette araştırdıkları bilgilerin kendilerine ne düzeyde kişisel fayda sağladığına ilişkin verilerin toplanması amacıyla, 5'li likert (kesinlikle katılmıyorum-katılıyorum-ne katılıyorum ne de katılmıyorum-katılıyorum-kesinlikle katılıyorum) tipi ölçekleme yöntemine göre araştırmacı tarafından geliştirilen bir formdur.

ASHİAM Güvenilirlik ve Geçerliliği: Katılımcıların Araştırma Motivasyonu düzeylerinin belirlenmesi ile ilgili ifadelerden oluşan ölçeğin güvenilirliğinin Cronbach Alpha katsayısı 0,88 olduğu tespit edilmiştir. Katsayının ölçeğin oldukça yeterli sayılabilecek kadar güvenilir olduğunu göstermektedir. Güvenilirlik analizinin ardından yapı geçerliliğinin test edilmesi amacı ile ölçeğe faktör analizi uygulaması yapılmıştır.

Ölçeğin beş alt boyuttan oluştuğu tespit edilmiştir. Bu boyutlar farkındalık, bilgilendirme faktörü, destek/paylaşım, alışkanlık, kişisel fayda boyutları olarak adlandırılmıştır. Faktör analizinde hesaplanan KMO

örneklem yeterlilik katsayısı 0,92 olarak tespit edilmiştir. Katsayı yapılan n=79 adet anketin faktör yapısını orta koymak için yeterli olacağıının göstergesidir. Ayrıca faktör yapılarının anlamlılığının test edildiği Bartlet küresellik testi sonucuna göre elde edilen boyutlar yapısal geçerlidir (Barlet's $X^2=1374,87$, $p=0,01$).

Bilgilenme faktörü boyutu açıklanan varyansı %16 ve iç tutarlılık düzeylerinin 0,80, farkındalık boyutu açıklanan varyansı %14 ve iç tutarlılık 0,74 düzeylerinin olduğu tespit edilmiştir. Destek/paylaşma boyutu açıklanan varyansı %14 ve iç tutarlılık 0,75 düzeylerinin olduğu tespit edilmiştir. Alışkanlık boyutu açıklanan varyansı %12 ve iç tutarlılık 0,73 düzeylerinin olduğu tespit edilmiştir. Kişisel fayda boyutu boyutu açıklanan varyansı %14 ve iç tutarlılık 0,74 düzeylerinin olduğu tespit edilmiştir. Toplam açıklanan varyasın %70 olduğu ve genel olarak ölçeğin güvenilir olduğu tespit edilmiştir.

Çalışmada 79 kişilik örneklem üzerinde uygulanan ölçek için değerlendirmeler yapılmıştır. Aşağıdaki tabloda uyum parametreleri incelenmiştir (Tablo 7). Ölçeğin sd χ , AGFI, GFI, CFI, IFI, RMSEA, SRMR, PNFI ve PGFI uyum parametreleri incelendiğinde uygulama için her parametre incelenmiştir. Ölçek orijinal formuna uygun olarak 27 madde ve 5 alt boyuta göre uygulanan doğrulayıcı faktör analizi çalışmasında tüm maddelerin ölçek katkısının % 95 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Ölçekte bilgilenme faktörü (M 1-10), destek/paylaşma (M 11- 15), farkındalık (M 16-19), alışkanlık (M 20-22) ve Kişisel fayda (M 23-27) alt boyutları tespit edilmiştir.

Tablo-7: ASHiAM alt boyutlarının uyum düzeylerinin incelenmesi.

Uyum İndeksleri	Değer	Uyum Durumu	Mükemmel Uyum Ölçütleri	Kabul Edilebilir Uyum Ölçütleri
¹ 2/sd χ	1,94	Mükemmel Uyum	$0 \leq \chi^2/sd \leq 2$	$2 \leq \chi^2/sd \leq 3$
² AGFI	0,96	Mükemmel Uyum	$.90 \leq AGFI \leq 1.00$	$.85 \leq AGFI \leq .90$
³ GFI	0,98	Mükemmel Uyum	$.95 \leq GFI \leq 1.00$	$.90 \leq GFI \leq .95$
³ CFI	0,96	Mükemmel Uyum	$.95 \leq CFI \leq 1.00$	$.90 \leq CFI \leq .95$
³ IFI	0,97	Mükemmel Uyum	$.95 \leq IFI \leq 1.00$	$.90 \leq IFI \leq .95$
⁴ RMSEA	0,05	Mükemmel Uyum	$.00 \leq RMSEA \leq .05$	$.05 \leq RMSEA \leq .08$
⁴ SRMR	0,05	Mükemmel Uyum	$.00 \leq SRMR \leq .05$	$.05 \leq SRMR \leq .10$
⁵ PNFI	0,73	Kabul Edilebilir Uyum	$.95 \leq PNFI \leq 1.00$	$.50 \leq PNFI \leq .95$
⁶ PGFI	0,69	Kabul Edilebilir Uyum	$.95 \leq PGFI \leq 1.00$	$.50 \leq PGFI \leq .95$

¹Kline, 2011, ²Schermelleh-Engel & Moosbrugger, 2003, ³Baumgartner & Homburg, 1996; Bentler, 1980; Bentler & Bonett, 1980; Marsh, Hau, Artelt, Baumert & Peschar, 2006, ⁴Browne & Cudeck, 1993, ⁵Hu & Bentler, 1999), ⁶(Meyers, Gamst & Guarino, 2006.

Çalışmada sd χ , AGFI uyum parametreleri incelendiğinde çalışmada elde edilen boyutların mükemmel düzeyde uyuma sahip olduğu görülebilir. GFI, CFI, IFI, RMSEA, SRMR, PNFI ve PGFI uyum parametreleri incelendiğinde çalışmada kabul edilebilir düzeyde uyumun olduğu görülmektedir.

Uyum indekslerinin kuramsal model ile gerçek veriler arasındaki uyumu değerlendirmelerinde birbirlerine göre güçlü ve zayıf yönlerinin olması nedeniyle modelin uyumunun ortaya konulması için birçok uyum indeksi değerinin kullanılması önerilir. Bunlardan en sık kullanılanları (Ki-Kare Uyum Testi (Chi-Square Goodness), İyi Uyum İndeksi (GFI), Düzeltilmiş İyi Uyum İndeksi (AGFI), Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (CFI), Normaleştirilmiş Uyum İndeksi (NFI), Ortalama Hataların Karekökü (RMR veya RMS) ve Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü'dür (RMSEA).

Görülebileceği üzere model uyum indeksleri mükemmel düzeyde uyumu işaret etmektedir. GFI, CFI, IFI, RMSEA, SRMR uyum indeksleri mükemmel düzeyde uyum olduğunu, PNFI ve PGFI uyum parametreleri ise kabul edilebilir düzeyde bir uyumu göstermektedir.

Araştırmada ölçeğin faktör yükleri ve alt faktörlerin toplanabilirliği Tukey toplanabilirlik testi ile değerlendirilmiştir. Tukey toplanabilirlik testine göre ölçeğin toplanarak bir ölçek toplam puanı elde edilmesi için uygun olduğu sonucuna varılmıştır ($p=0,01$). Yani ölçek genel olarak beş boyutun birleşimi olan Genel Araştırma Motivasyonu seviyesinde de analiz edilip değerlendirilebilir.

Katılımcıların ölçek maddelerine verdikleri tepki düzeylerinin eşit olup olmadığı Hotelling T^2 istatistik testi ile değerlendirilmiştir. Bu test sonucunda Ölçeğin Hotelling T^2 testi sonucunun anlamlı olduğu saptanmıştır ($T^2=2585,56$, $p=0,01$). Ölçekte tepki yanlılığı olmadığı, katılımcıların sorulara yanlı olarak cevap vermedikleri ifade edilebilir.

5. İstatistiksel Yöntem

Verilerin analizi konusunda; tanımlayıcı istatistikler; frekans, yüzde, ortalama, standart sapma değerleri ile sunulmuştur. Çalışma gruplarına göre ölçümlerin incelenmesi için Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis testi uygulanmıştır. Kruskal Wallis testi sonucunda farklı olan ölçümlerin değerlendirilmesi için All-pairwise yöntemi yapılmıştır. Gruplara göre oransal değerleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi amacı ile ki-kare analizi uygulanmıştır. Ölçekler ve ölçümler arasındaki ilişkinin tespit edilmesi amacı

ile korelasyon analizleri uygulanmıştır. Ankilozan Spondilit Tanılı Hastalarda Hastalıklarını İnternette Araştırma Motivasyonu Değerlendirme Formu ile ölçekler arasındaki ilişkinin çoklu düzeyde incelenmesi için Regresyon analiz yapılmıştır. Ankilozan Spondilit Tanılı Hastalarda Hastalıklarını İnternette Araştırma Motivasyonu Değerlendirme Formu'nun yapısal geçerliliğinin değerlendirilmesinde doğrulayıcı faktör analiz (DFA) analizi uygulanmıştır. Çalışmada 0,05'den küçük p değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Analizler SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 25.00 paket programı ile yapılmıştır. Doğrulayıcı faktör analiz (DFA) analizi AMOS 20.00 paket programı ile gerçekleştirilmiştir.

İstatistiksel Anlatımlarda Kullanılan Kısaltmalar Hakkında Açıklamalar:

- n : Örneklem/gruptaki örneklem sayısı
- % : Yüzde.
- X : Aritmetik ortalama anlamındadır. $X \pm s.s.$ şeklinde verilir.
- s.s. : Standart sapma anlamına gelmektedir, ortalamanın değişim aralığını ifade eder.
- p : Anlamlılık düzeyini ifade eder. p değeri 0,05 altında ise anlamlı ilişki var demektir. $p > 0,05$ durumunda ise anlamlı farklılık yok demektir. Tabloda kalın yazılmış olan p değerleri anlamlı farklılığı gösterir.
- r : Korelasyon katsayısıdır. $-1 < r < 1$ arasında değer alır r – işaretli ise ilişki negatif olur. $r = 0,40-0,60$ arasında orta düzeyde güçlü, $0,60-0,80$ arası güçlü, $0,80$ üzeri çok güçlü ilişki olduğu anlamına gelmektedir.
- Regresyon : Korelasyondaki ilişkiler burada bir bağımlı (etkilenen) ve birden çok bağımsız veya aracı olacak şekilde çoklu bir şekilde değerlendirilir. Modelin geçerli olması için model F anlamlı, modeldeki katsayılar anlamlı ve Modelin R^2 değerinin yüksek olması gerekir. Bunlar olmaz ise model geçersizdir.
- β : Standardize regresyon katsayısı, regresyon analizindeki ilişkinin gücünü anlatır.
- R^2 : Modelin açıklama düzeyini ifade eder.

Model F : Regresyon analizinde elde edilen modelin anlamlı olmasını sağlar.

t : Regresyon analizinde β katsayısının anlamlılığını ölçer.

BULGULAR

Çalışmaya katılan hastaların % 40'nin kadın ve %60'nin erkek olduğu tespit edilmiştir. Hastaların %15'nin bekar ve %85'nin evli olduğu görülmüştür (Tablo 8). Hastalar %26,7 ile eş ve çocuk, %14,2 ile sadece eş, % 3,3 ile anne-baba, % 6,7 ile yakınları ile yaşadıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 8). Katılımcıların eğitim düzeyleri %2,5 ile okuryazar, %40,8 ile ilkokul,%11,7 ile ortaokul, %28,3 ile lise, %4,2 ile yüksekokul, %11,7 ile üniversite ve %8 ile lisansüstü düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 8).

Tablo-8: Hastaların demografik özellikleri.

		n	%
Cinsiyet	Kadın	48	40,0%
	Erkek	72	60,0%
Medeni Durum	Bekar	18	15,0%
	Evli	102	85,0%
Kimlerle Yaşadığı	Eşi ve çocukları ile	32	26,7%
	Eşi ile	17	14,2%
	Anne ve/veya baba ile	4	3,3%
	Yakınları ile	8	6,7%
Eğitim Durumu	Okur-Yazar	3	2,5%
	İlkokul	49	40,8%
	Ortaokul	14	11,7%
	Lise	34	28,3%
	Yüksekokul	5	4,2%
	Üniversite	14	11,7%
	Yüksek-doktora	1	0,8%

Hastaların %64,2'nin düzenli bir işte çalıştığı belirlenmiştir (Tablo 9). Hastalar gelir düzeylerinin %20 ile kötü, %64,2 ile orta ve %15,8 ile iyi olduklarını ifade etmişlerdir (Tablo 9). Hastaların %46,7'sinin sigara kullandığı, %21,7'sinin bıraktığı ve %31,7'sinin hiç kullanmadığı belirlenmiştir

(Tablo 9). Hastaların %23,3'ünün alkol kullandığı, %15'inin bıraktığı ve %61,7'sinin hiç kullanmadığı belirlenmiştir (Tablo 9).

Tablo-9: Hastaların demografik özellikleri (1).

		n	%
İş durumu	Çalışmıyor	43	35,8%
	Çalışıyor	77	64,2%
Gelir	Kötü	24	20,0%
	Orta	77	64,2%
	İyi	19	15,8%
Sigara	Hiç kullanmamış	38	31,7%
	Kullanmayı Bırakmış	26	21,7%
	Kullanıyor	56	46,7%
Alkol	Hiç kullanmamış	74	61,7%
	Kullanmayı Bırakmış	18	15,0%
	Kullanıyor	28	23,3%

Sağ sakroiliak eklem direkt radyografik görüntülemelerinde sakroileit açısından New York Kriterleri'ne göre değerlendirildiğinde, hastalarda %5,9 ile normal, %16,3 ile şüpheli, %11,9 ile minimal, %38,1 ile orta ve %30,5 ile şiddetli değişiklikler olduğu görülmüştür (Tablo 10). Sol sakroiliak eklem direkt radyografik görüntülemelerinde sakroileit açısından New York Kriterleri'ne göre değerlendirildiğinde, hastalarda %3,4 ile normal, %16,9 ile şüpheli, %10,2 ile minimal, %40,7 ile orta ve %28,8 ile şiddetli değişiklikler olduğu görülmüştür (Tablo 10).

Direkt radyografileri değerlendirilen hastaların %97,4'ünün radyografik olduğu belirlenmiştir. Hastaların %65'nin HLA-B27 pozitif, %28,3'nün CRP pozitif (CRP>5mg/L) ve %25,8'nin Eritrosit Sedimentasyon Hızı'nın (ESH) artmış (ESH>20mm/h) olduğu belirlenmiştir (Tablo 10).

Tablo-10: Hastaların klinik özelliklerinin değerlendirilmesi.

		n	%
Sağ Sakroiliak Grafi Evrelemesi	Normal	7	5,9%
	Şüpheli Değişiklikler	16	13,6%
	Minimal	14	11,9%
	Orta	45	38,1%
	Şiddetli	36	30,5%
Sol Sakroiliak Eklem Grafi Evrelemesi	Normal	4	3,4%
	Şüpheli Değişiklikler	20	16,9%
	Minimal	12	10,2%
	Orta	48	40,7%
	Şiddetli	34	28,8%
Radyografi	Radyografik	115	97,4%
	Non-Radyografik	3	2,6%
HLA-B27	Negatif	42	35,0%
	Pozitif	78	65,0%
CRP pozitif	Negatif	86	71,7%
	Pozitif	34	28,3%
ESH	ESH normal	89	74,2%
	ESH artmış	31	25,8%

Hastaların %15,8'nin Adalimumab, % 16,7'sinin Etanercept, %10,8'inin Golimumab, %10,8'inin Sertolizumab, %11,7'sinin Secukinumab ve %34,2'sinin Infliximab kullandığı belirlenmiştir (Tablo 11). Hastalarda %32,5 ile ekstraartiküler tutulum, %21,7 ile göz tutulumu (üveit), %15,4 ile üveit sonrası kalıcı hasar olduğu %7,5'inde İnflamatuvar Barsak Hastalığı (İBH) olduğu görülmüştür (Tablo 11).

Tablo-11: Hastaların kullandıkları tedaviler ve klinik özelliklerinin değerlendirilmesi.

		n	%
Kullandığı tedavi	Adalimumab	19	15,8%
	Etanercept	20	16,7%
	Golimumab	13	10,8%
	Sertolizumab	13	10,8%
	Secukinumab	14	11,7%
	Infliximab	41	34,2%
Ekstraartiküler tutulum	Yok	81	67,5%
	Var	39	32,5%
Göz tutulumu (üveit)	Yok	94	78,3%
	Var	26	21,7%
Üveit sonrası kalıcı hasar (sekel)	Yok	22	84,6%
	Var	4	15,4%
Barsak tutulumu (İBH)	Yok	111	92,5%
	Var	9	7,5%

Hastalarda %4,1 ile Crohn Hastalığı, %5,8 ile Sedef olduğu görülmüştür (Tablo 12). Sedef hastalarının % 14,3'ünün püstüler tipte ve % 85,7'nin plak tipinde olduğu görülmüştür (Tablo 12). Hastalarda %2,5 oranında diğer ekstra artiküler tutulumlar (Psöriyazis, Psöriyatik Artrit) olduğu görülmüştür (Tablo 12). Komorbid hastalık oranının %57,5, Kardiyovasküler hastalık oranının %20, Endokrin Sistem hastalığı oranının %10, Gastrointestinal Sistem (GİS) hastalıklarının görülme oranının %11,7 olduğu belirlenmiştir (Tablo 12).

Tablo-12: Ek hastalıkların dağılımlarının değerlendirilmesi.

		n	%
İBH	Ülseratif Kolit	5	55,6%
	Crohn Hastalığı	4	44,4%
Sedef	Yok	113	94,2%
	Var	7	5,8%
Sedef tipi	Püstüler Tip	1	14,3%
	Plak Tip	6	85,7%
Diğer ekstreartiküler tutulumlar	Yok	117	97,5%
	Var	3	2,5%
Komorbid hastalık	Yok	51	42,5%
	Var	69	57,5%
Kardiyovasküler hastalık	Yok	96	80,0%
	Var	24	20,0%
Endokrin Sistem hastalığı	Yok	108	90,0%
	Var	12	10,0%
GİS hastalığı	Yok	106	88,3%
	Var	14	11,7%

Hastalarda %10 ile Solunum Sistemi hastalığı, %10,8 ile Romatolojik hastalık, %1,7 ile nörolojik, %4,2 ile Böbrek hastalıkları, %2,5 ile Göz hastalığı, %5,8 ile Kas-İskelet Sistemi hastalığı, %5 ile Dermatolojik hastalıklar olduğu belirlenmiştir (Tablo 13).

Tablo-13: Ek hastalıkların dağılımlarının değerlendirilmesi (1).

		n	%
Solunum sistemi hastalığı	Yok	108	90,0%
	Var	12	10,0%
Romatolojik hastalık	Yok	107	89,2%
	Var	13	10,8%
Nörolojik hastalık	Yok	118	98,3%
	Var	2	1,7%
Böbrek hastalığı	Yok	115	95,8%
	Var	5	4,2%
Göz hastalığı	Yok	117	97,5%
	Var	3	2,5%
Kas-iskelet sistemi hastalığı	Yok	113	94,2%
	Var	7	5,8%
Dermatolojik hastalık	Yok	114	95,0%
	Var	6	5,0%

Hastaların %68,3'ünde psikiyatrik bir tanı olmadığı, %20'sinde depresyon, %5,8'inde anksiyete, % 3,3'de OKB ve % 2,5'inde diğer tanılarının olduğu belirlenmiştir. Hastaların %30'unun psikiyatrik bir ilaç kullandığı belirlenmiştir (Tablo 14). Hastaların %85'inin ailesinde psikiyatrik tanı alan birey olmadığı belirlenmiştir (Tablo 14).

Hastaların yakınlarına % 5,8 ile depresyon, %4,2 ile anksiyete, % 3,3 ile OKB ve %1,7 ile diğer psikiyatrik tanılarının konulduğu belirlenmiştir (Tablo 14). Hastaların %65,8'inin hastalığıyla alakalı internetten araştırma yaptığı belirlenmiştir (Tablo 14). Hastaların %64,6'sı internetten hastalığıyla alakalı yaptığı araştırmaların aklını meşgul ettiğini belirtmiştir. Hastaların %19'unun hastalığıyla alakalı forumlara katılım sağladığı tespit edilmiştir (Tablo 14).

Tablo-14: Hastaların psikiyatrik hastalıkları ve internetten hastalıklarına ilişkin araştırma yapma durumlarının değerlendirilmesi.

		n	%
Psikiyatrik tanı	Yok	82	68,3%
	Depresyon	24	20,0%
	Anksiyete bozuklukları	7	5,8%
	OKB	4	3,3%
	Diğer	3	2,5%
Psikiyatrik ilaç kullanımı	Yok	84	70,0%
	Var	36	30,0%
Ailede Psikiyatrik Tanı	Yok	102	85,0%
	Depresyon	7	5,8%
	Anksiyete bozuklukları	5	4,2%
	OKB	4	3,3%
	Diğer	2	1,7%
İnternetten Araştırma	Hastalığıyla Alakalı İnternetten Araştırma Yapmıyor	41	34,2%
	Hastalığıyla Alakalı İnternetten Araştırma Yapıyor	79	65,8%
Aklını Meşgul Etme	İnternetten Hastalığıyla Alakalı Yaptığı Araştırmalar Hastanın Aklını Meşgul Etmiyor	28	35,4%
	İnternetten Hastalığıyla Alakalı Yaptığı Araştırmalar Hastanın Aklını Meşgul Ediyor	51	64,6%
Forumlara Katılım	Yok	64	81,0%
	Var	15	19,0%

Hastaların %9,2'sinin hastalığıyla alakalı bir dayanışma grubuna katılım sağladığı tespit edilmiştir (Tablo 15). Hastaların %50,6'sının doktora başvurmadan önce internetten hastalıkları ile alakalı araştırma yaptıkları tespit edilmiştir (Tablo 15). HAM-D skorları sınıflandırıldığında; hastaların %42,5'inde depresyon olmadığı, % 30,8'inde hafif, % 14,2'sinde orta, %

5,8'inde şiddetli, % 6,7'sinde ise çok şiddetli düzeyde depresyon olduğu tespit edilmiştir (Tablo 15).

Tablo-15: Hasta dayanışma gruplarına katılım, doktora başvurmadan önce internetten hastalıklarını araştırma ve HAM-D skorlarının değerlendirilmesi.

		Kişi Sayısı	%
Ankilozan Spondilit	Yok	109	90,8%
Hasta Dayanışma Grubuna Katılım	Var	11	9,2%
Doktora Başvurmadan Önce	Yapmıyor	39	49,4%
İnternetten Araştırma	Yapıyor	40	50,6%
HAM-D	Depresyon Yok	51	42,5%
	Hafif	37	30,8%
	Orta	17	14,2%
	Şiddetli	7	5,8%
	Çok Şiddetli	8	6,7%

Hastalık başlangıç yaşının $29,35 \pm 10,83$, hastalık süresinin $13,89 \pm 9,54$ olduğu belirlenmiştir (Tablo 16). Hastaların CRP düzeylerinin $8,34 \pm 22,7$ mg/L, ESH düzeylerinin $14,53 \pm 13,1$ mm/h olduğu tespit edilmiştir. Hastaların ortalama $10,00 \pm 13,00$ yıldır sedef hastası olduğu görülmüştür (Tablo 16).

Hastaların ortalama $43,2 \pm 11,13$ yaşında olduğu görülmüştür (Tablo 16). Hastaların internet üzerinde haftalık $3,39 \pm 5,87$ saat araştırma yaptığı, internetten hastalıklarıyla alakalı yaptıkları araştırmaların gün içinde akıllarını meşgul etme süresinin $3,18 \pm 5,06$ saat olduğu görülmüştür (Tablo 16). Hastalarda ilk üveit atak yaşının $36,11 \pm 11,39$ olduğu ve İBH'nin $9,11 \pm 5,67$ yıldır bulunduğu görülmüştür (Tablo 16).

Tablo-16: Hastalara ait diğ er ölçümler.

Ölçüm	X±s.s.
Hastalık başlangıç yaşı	29,35±10,83
Hastalık süresi(yıl)	13,89±9,54
CRP mg/L	8,34±22,7
ESH mm/h	14,53±13,1
Sedef kaç yıldır var	10,00±13,00
Yaş	43,2±11,13
Çocuk Sayısı	1,57±1,3
İnternette araştırma (saat/hafta)	3,39±5,87
Aklını Meşgul Süre (saat/gün)	3,18±5,06
İlk üveit atak yaşı	36,11±11,39
Kaç yıldır İBH mevcut	9,11±5,67

HAM-A-psişik düzeyinin 4,28±3,82, HAM-A-somatik düzeyinin 8,22±6,20 ve HAM-A toplam düzeyinin 12,56±9,37 olduğu belirlenmiştir (Tablo 17). HAM-D toplam düzeyinin 10,11±7,02 olduğu tespit edilmiştir (Tablo 17). ASQOL düzeyinin 7,53±5,24, BASDAI düzeyinin 4,21±2,32 ve BASFI düzeyinin 2,82±2,58 olduğu belirlenmiştir (Tablo 17).

Tablo-17: Ölçek skorlarının değerlendirilmesi.

	X±s.s.
HAM-A psişik	4,28±3,82
HAM-A somatik	8,22±6,20
HAM-A toplam	12,56±9,37
HAM-D	10,11±7,02
ASQOL	7,53±5,24
BASDAI	4,21±2,32
BASFI	2,82±2,58

Çalışmada güvenilirlik ve geçerlilik çalışması yapılan Hastaların Hastalıklarını İnternette Araştırma Motivasyonları Ölçeği (ASHİAM) alt boyutları olan; Motivasyon düzeyinin $32,04 \pm 8,85$, Destek/Paylaşma düzeyinin $14,49 \pm 4,80$, alışkanlık düzeyinin $7,78 \pm 3,61$, Farkındalık düzeyinin $13,84 \pm 3,76$ ve Kişisel Fayda düzeyinin $13,09 \pm 4,50$ olduğu tespit edilmiştir (Tablo 18). Genel Araştırma Motivasyonu düzeyinin ise $80,23 \pm 22,06$ seviyesinde olduğu görülmüştür (Tablo 18). Ölçekten alınabilecek max puanın 135 olduğu düşünülürse Genel Araştırma Motivasyonu düzeylerinin orta seviyenin biraz üzerinde olduğu görülebilir.

Tablo-18: ASHİAM ölçeğinin alt boyutlarındaki puanlamaların incelenmesi.

Alt boyutlar	X±s.s.
Bilgilenme faktörü	32,04±8,85
Destek/Paylaşma	14,49±4,80
Farkındalık	13,84±3,76
Alışkanlık	7,78±3,61
Kişisel Fayda	13,09±4,50
Genel Araştırma Motivasyonu	80,23±22,06

Çalışmada internet üzerinde hastalıkla ilgili araştırma yapma durumuna göre hastalığa başlangıç yaşının farklı olduğu, araştırma yapan hastaların hastalık başlangıç yaşlarının daha düşük olduğu görülmüştür ($p=0,01$) (Tablo 19).

Çalışmada internet üzerinde hastalıkla ilgili araştırma yapma durumuna göre sedef hatalığı süresinin farklı olduğu, araştırma yapan hastaların hastalık sürelerinin daha düşük olduğu görülmüştür ($p=0,01$) (Tablo 19).

Çalışmada internet üzerinde hastalıkla ilgili araştırma yapma durumuna göre hasta yaşının farklı olduğu, araştırma yapan hastaların yaşlarının daha düşük olduğu görülmüştür (p=0,01) (Tablo 19).

Çalışmada internet üzerinde hastalıkla ilgili araştırma yapma durumuna göre hastaların çocuk sayılarının farklı olduğu, araştırma yapan hastaların daha az sayıda çocuk sahibi olduğu görülmüştür (p=0,01) (Tablo 19).

Çalışmada internet üzerinde hastalıkla ilgili araştırma yapma durumuna göre ilk üveit atak yaşının farklı olduğu, araştırma yapan hastaların ilk üveit atak yaşlarının daha düşük olduğu görülmüştür (p=0,03) (Tablo 19).

Çalışmada internet üzerinde hastalıkla ilgili araştırma yapma durumuna göre İBH toplam süresinin farklı olduğu, araştırma yapan hastaların İBH toplam sürelerinin daha yüksek olduğu görülmüştür (p=0,04) (Tablo 19).

Çalışmada internet üzerinde hastalıkla ilgili araştırma yapma durumuna göre hastalık süresi, CRP ve ESH düzeylerinin farklı seviyelerde olmadığı görülmüştür (p>0,05) (Tablo 19).

Tablo-19: İnternet üzerinde araştırma yapma durumuna göre hasta özelliklerinin incelenmesi.

Ölçüm	İnternette araştırma		p
	Yapmayanlar X±s.s.	Yapanlar X±s.s.	
Hastalık başlangıç yaşı	34,27±11,33	26,8±9,69	0,01
Hastalık süresi(yıl)	15,54±11,67	13,04±8,18	0,17
CRP mg/L	5,14±8,08	10±27,28	0,27
ESH mm/h	15,46±10,22	14,04±14,41	0,57
Sedef kaç yıldır var	20,00±17,00	3,00±2,00	0,01
Yaş	49,98±9,85	39,68±10,13	0,01
Çocuk Sayısı	2,07±1,46	1,30±1,14	0,01
ilk üveit atak yaşı	43,00±1,74	33,06±10,09	0,03
Kaç yıldır İBH mevcut	7,00±5,29	10,17±6,01	0,04

HAM-A psişik, HAM-A somatik, HAM-A toplam, ASQOL, BASDAI ve BASFI ölçek puanlarının hastanın internet üzerinde araştırma yapma durumuna göre anlamlı düzeyde farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$). İnternet üzerinde araştırma yapan veya yapmayan hastaların HAM-A-psişik, HAM-A-somatik, HAM-A toplam, ASQOL, BASDAI ve BASFI düzeylerinin farklılık göstermediği ifade edilebilir (Tablo 20).

Hastaların internet üzerinde araştırma yapma durumuna göre HAM-D skorlarının farklı seviyelerde olduğu görülmüştür. Farkın nedeninin internet üzerinde araştırma yapan hastaların HAM-D skorlarının yapmayan hastalara göre daha yüksek düzeyde olmasından kaynaklandığı görülmüştür ($p=0,04$) (Tablo 20).

Tablo-20: İnternet Üzerinde Araştırma Yapma Durumuna Göre Ölçeklerin İncelenmesi.

Boyutlar	İnternetten araştırma		p
	Yapmıyor X±s.s.	Yapıyor X±s.s.	
HAM-A-psişik	3,51±2,96	4,67±4,17	0,12
HAM-A-somatik	7,49±6,06	8,59±6,27	0,36
HAM-A toplam	11,22±8,8	13,25±9,63	0,26
HAM-D	8,39±5,25	11,00±7,66	0,04
ASQOL	6,56±5,00	8,03±5,33	0,15
BASDAI	3,71±2,44	4,47±2,23	0,09
BASFI	2,54±2,84	2,97±2,44	0,39

Sağ ve sol sakroiliak grafi evrelemesi ile internet üzerinde araştırma yapma durumu arasında farkın belirlemek için yeterli sayıda grup içi sayı olmadığından kıyaslama yapılamamıştır. Değerler betimsel olarak verilmiştir (Tablo 21).

Radyografi, HLA-B27, CRP pozitif, ESH, Kullandığı tedavi ve Ekstraartiküler Tutulum durumlarına göre hastaların hastalıkları ile ilgili internet üzerinden araştırma yapma durumlarının farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$) (Tablo 21).

Tablo-21: İnternet üzerinde araştırma yapma durumuna hasta özelliklerinin incelenmesi .

		İnternetten araştırma				p
		Yapmıyor		Yapıyor		
		n	%	n	%	
Sağ sakroiliak grafi evrelemesi	Normal grafi	1	2,5%	6	7,7%	-
	Sakroiliak grafide şüpheli değişiklikler	5	12,5%	11	14,1%	
	Minimal Sakroileit	2	5,0%	12	15,4%	
	Orta Derecede Sakroileit	18	45,0%	27	34,6%	
	Şiddetli Sakroileit	14	35,0%	22	28,2%	
Sol sakroiliak eklem grafi evrelemesi	Normal grafi	1	2,5%	3	3,8%	-
	Sakroiliak grafide şüpheli değişiklikler	5	12,5%	15	19,2%	
	Minimal Sakroileit	2	5,0%	10	12,8%	
	Orta Derecede Sakroileit	18	45,0%	30	38,5%	
	Şiddetli Sakroileit	14	35,0%	20	25,6%	
Radyografi	Radyografik	36	90,0%	60	76,9%	0,08
	Non-Radyografik	4	10,0%	18	23,1%	
HLA-B27	Negatif	15	36,6%	27	34,2%	0,49
	Pozitif	26	63,4%	52	65,8%	
crp pozitif	Negatif	29	70,7%	57	72,2%	0,45
	Pozitif	12	29,3%	22	27,8%	
ESH	Normal	30	73,2%	59	74,7%	0,47
	Artmış	11	26,8%	20	25,3%	
Kullandığı tedavi	Adalimumab	5	12,2%	14	17,7%	0,38
	Etanercept	7	17,1%	13	16,5%	
	Golimumab	5	12,2%	8	10,1%	
	Sertolizumab	4	9,8%	9	11,4%	
	Secukinumab	7	17,1%	7	8,9%	
	Infliximab	13	31,7%	28	35,4%	
Ekstraartiküler Tutulum	Yok	28	68,3%	53	67,1%	0,51
	Var	13	31,7%	26	32,9%	

Göz tutulumu, barsak tutulumu, sedef, diğer ekstraartiküler tutulumlar ve GIS hastalığı olma durumlarına göre hastaların hastalıkları ile ilgili internet

üzerinden araştırma yapma durumlarının farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$) (Tablo 22).

Üveit sonrası kalıcı hasar, komorbid kardiyovasküler hastalık ve endokrin sistem hastalığı olan grubun hastalıkları ile ilgili internet üzerinden araştırma yapma durumlarının farklı olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$) (Tablo 22).

Üveit sonrası kalıcı hasar olan hastaların hastalıkları ile ilgili internet üzerinden daha çok araştırma yaptığı, komorbid kardiyovasküler hastalık ve endokrin sistem hastalığı olan grubun ise daha az araştırma eğiliminde olduğu görülmüştür ($p<0,05$) (Tablo 22).

Tablo-22: İnternet üzerinde araştırma yapma durumu ile komorbid hastalıklar ve üveit arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi.

Hastalık		İnternetten araştırma				p
		Yapmıyor		Yapıyor		
		n	%	n	%	
Göz Tutulumu (Üveit)	Yok	33	80,5%	61	77,2%	0,46
	Var	8	19,5%	18	22,8%	
Üveit Sonrası Kalıcı Hasar (Sekel)	Yok	8	100,0%	14	77,8%	0,04
	Var	0	0,0%	4	22,2%	
Barsak Tutulumu (İBH)	Yok	38	92,7%	73	92,4%	0,58
	Var	3	7,3%	6	7,6%	
Sedef Hastalığı	Yok	38	92,7%	75	94,9%	0,62
	Var	3	7,3%	4	5,1%	
Diğer Ekstraartiküler Tutulumlar	Yok	41	100,0%	76	96,2%	0,38
	Var	0	0,0%	3	3,8%	
Komorbid Hastalık	Yok	11	26,8%	40	50,6%	0,01
	Var	30	73,2%	39	49,4%	
Kardiyovasküler Hastalık	Yok	27	65,9%	69	87,3%	0,03
	Var	14	34,1%	10	12,7%	
Endokrin Sistem Hastalığı	Yok	33	80,5%	75	94,9%	0,02
	Var	8	19,5%	4	5,1%	
GİS Hastalığı	Yok	34	82,9%	72	91,1%	0,06
	Var	7	17,1%	7	8,9%	

Solunum sistemi ile ilişkili, Romatolojik, Nörolojik, Böbrek ile ilişkili, Göz ile ilişkili, Kas-iskelet sistemi ile ilişkili ve Dermatolojik hastalıklara sahip olma durumlarına göre hastaların hastalıkları ile ilgili internet üzerinden araştırma yapma durumlarının farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$) (Tablo 23).

Tablo-23: İnternet üzerinde araştırma yapma durumuna ile komorbid hastalıkların ilişkisinin incelenmesi.

Hastalık		İnternetten araştırma				p
		Yapmıyor		Yapıyor		
		n	%	n	%	
Solunum Sistemi hastalığı	Yok	36	87,8%	72	91,1%	0,35
	Var	5	12,2%	7	8,9%	
Romatolojik hastalık	Yok	37	90,2%	70	88,6%	0,42
	Var	4	9,8%	9	11,4%	
Nörolojik hastalık	Yok	40	97,6%	78	98,7%	0,62
	Var	1	2,4%	1	1,3%	
Böbrek hastalığı	Yok	40	97,6%	75	94,9%	0,32
	Var	1	2,4%	4	5,1%	
Göz hastalığı	Yok	41	100,0%	76	96,2%	0,35
	Var	0	0,0%	3	3,8%	
Kas-İskelet sistemi hastalığı	Yok	38	92,7%	75	94,9%	0,36
	Var	3	7,3%	4	5,1%	
Dermatolojik hastalık	Yok	38	92,7%	76	96,2%	0,34
	Var	3	7,3%	3	3,8%	

Hastaların cinsiyetlerine göre hastalıkları ile ilgili internet üzerinden araştırma yapma durumlarının farklı olduğu tespit edilmiştir ($p=0,01$) (Tablo 24). Erkek hastaların daha yüksek oranda hastalıkları ile ilgili internet üzerinden araştırma yapma eğiliminde olduğu görülmüştür (Tablo 24).

Medeni durumuna göre hastalıkları ile ilgili internet üzerinden araştırma yapma durumlarının farklı olduğu tespit edilmiştir ($p=0,03$) (Tablo 24). Bekâr olan hastaların daha yüksek oranda hastalıkları ile ilgili internet üzerinden araştırma yapma eğiliminde olduğu görülmüştür (Tablo 24).

Hastaların çalışma durumuna durumlarına göre hastalıkları ile ilgili internet üzerinden araştırma yapma durumlarının farklı olduğu tespit edilmiştir ($p=0,04$) (Tablo 24). Aktif olarak çalışan hastaların daha yüksek oranda hastalıkları ile ilgili internet üzerinden araştırma yapma eğiliminde olduğu görülmüştür (Tablo 24).

Hastaların ailesinde psikiyatrik tanı alan birey olması durumlarına göre hastalıkları ile ilgili internet üzerinden araştırma yapma durumlarının farklı olduğu tespit edilmiştir ($p=0,03$) (Tablo 24). Ailesinde psikiyatrik tanı alan birey olan hastaların daha yüksek oranda hastalıkları ile ilgili internet üzerinden araştırma yapma eğiliminde olduğu görülmüştür (Tablo 24).

Hastaların gelir, sigara, alkol, psikiyatrik tanı ve psikiyatrik ilaç kullanımı gibi özelliklerinin hastalıkları ile ilgili internet üzerinden araştırma yapma durumlarına anlamlı şekilde etki etmediği görülmüştür ($p>0,05$) (Tablo 24).

Tablo-24: İnternet üzerinde araştırma yapma durumuna ile hastaların genel özelliklerinin incelenmesi.

		İnternetten araştırma				p
		Yapmıyor		Yapıyor		
		n	%	n	%	
Cinsiyet	Kadın	21	51,2%	27	34,2%	0,01
	Erkek	20	48,8%	52	65,8%	
Medeni Durum	Bekar	0	0,0%	18	22,8%	0,03
	Evli	41	100,0%	61	77,2%	
İş durumu	Çalışmıyor	19	46,3%	24	30,4%	0,04
	Çalışıyor	22	53,7%	55	69,6%	
Gelir	Kötü	6	14,6%	18	22,8%	0,45
	Orta	28	68,3%	49	62,0%	
	İyi	7	17,1%	12	15,2%	
Sigara	Hiç Kullanmamış	15	36,6%	23	29,1%	0,08
	Bırakmış	6	14,6%	20	25,3%	
	Kullanıyor	20	48,8%	36	45,6%	
Alkol	Hiç Kullanmamış	27	65,9%	47	59,5%	0,37
	Bırakmış	5	12,2%	13	16,5%	
	Kullanıyor	9	22,0%	19	24,1%	
Psikiyatrik tanı	Yok	28	68,3%	54	68,4%	0,67
	Var	13	31,7%	25	31,6%	
Psikiyatrik ilaç kullanımı	Yok	28	68,3%	56	70,9%	0,26
	Var	13	31,7%	23	29,1%	
Ailede Psikiyatrik Tanı	Yok	38	92,7%	64	81,0%	0,03
	Var	3	7,3%	15	19,0%	

Hastalık başlangıç yaşları ile HAM-A, HAM-D, ASQOL, BASDAI, BASFI düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

Hastalık süresi ile HAM-A, HAM-D, ASQOL, BASDAI düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür ($p>0,05$) (Tablo 25).

Hastalık süresi ile BASFI düzeyleri arasında anlamlı ve çok zayıf düzeyde bir ilişki olduğu görülmüştür. Hastalık süresi yüksek olan hastaların BASFI düzeylerinin yüksek olduğu görülmüştür ($r=0,29$, $p=0,01$) (Tablo 25).

CRP mg/L düzeyleri ile HAM-A, HAM-D, ASQOL, BASDAI düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür ($p>0,05$) (Tablo 25).

CRP mg/L düzeyleri ile BASFI düzeyleri arasında anlamlı ve çok zayıf düzeyde bir ilişki olduğu görülmüştür. CRP mg/L düzeyleri yüksek olan hastaların BASFI düzeylerinin yüksek olduğu görülmüştür ($r=0,23$, $p=0,04$) (Tablo 25).

ESH mm/h düzeyleri ile HAM-A, HAM-D, ASQOL, BASDAI düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür ($p>0,05$) (Tablo 25).

ESH mm/h düzeyleri ile BASFI düzeyleri arasında anlamlı ve çok zayıf düzeyde bir ilişki olduğu görülmüştür. ESH mm/h düzeyleri yüksek olan hastaların BASFI düzeylerinin yüksek olduğu görülmüştür ($r=0,26$, $p=0,02$) (Tablo 25).

İlk üveit atak yaşı ile HAM-A, HAM-D, ASQOL, BASDAI, BASFI düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür ($p>0,05$) (Tablo 25).

İBH yılı ile HAM-A, HAM-D, ASQOL, BASDAI, BASFI düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür ($p>0,05$) (Tablo 25).

Tablo-25: Hastaların genel özellikleri ile ölçekler arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesi.

Özellikler		HAM-A- psişik	HAM-A- somatik	HAM-A toplam	HAM-D	ASQOL	BASDAI	BASFI
Hastalık	r	-0,03	0,08	0,04	0,10	0,18	0,20	0,20
başlangıç yaşı	p	0,80	0,48	0,72	0,37	0,12	0,08	0,08
Hastalık	r	0,11	0,09	0,11	0,08	0,10	0,03	0,29
süresi(yıl)	p	0,34	0,41	0,34	0,50	0,39	0,78	0,01
CRP	r	-0,06	0,11	0,04	0,04	0,15	0,06	0,23
mg/L	p	0,58	0,34	0,70	0,73	0,20	0,57	0,04
ESH	r	0,10	0,21	0,21	0,11	0,22	0,13	0,26
mm/h	p	0,36	0,07	0,07	0,33	0,06	0,25	0,02
İlk üveit	r	0,02	-0,18	-0,12	-0,03	0,22	-0,06	0,25
atak yaşı	p	0,94	0,48	0,64	0,89	0,39	0,82	0,31
İBH yılı	r	-0,06	0,07	0,02	-0,15	0,11	-0,53	0,33
	p	0,91	0,90	0,97	0,78	0,83	0,28	0,52

Sedef hastalığı yılı ile HAM-A, HAM-D, ASQOL, BASDAI, BASFI düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür ($p>0,05$) (Tablo 26).

Yaş ile HAM-A, HAM-D, ASQOL, BASDAI düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür ($p>0,05$) (Tablo 26).

Yaş ile BASFI düzeyleri arasında anlamlı ve çok zayıf düzeyde bir ilişki olduğu görülmüştür. Yaşları yüksek olan hastaların BASFI düzeylerinin yüksek olduğu görülmüştür ($r=0,38$, $p=0,01$) (Tablo 26).

Çocuk sayısı ile HAM-A, HAM-D, ASQOL, BASDAI, BASFI düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Çocuk sayısı yüksek olan hastaların HAM-A, HAM-D, ASQOL, BASDAI, BASFI düzeylerinin de yüksek olduğu görülmüştür ($p<0,05$) (Tablo 26).

İnternette haftada toplam araştırma süresi ile HAM-A, HAM-D, ASQOL, BASDAI, BASFI düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. İnternette haftada toplam araştırma süresi yüksek olan hastaların

HAM-A, HAM-D, ASQOL, BASDAI, BASFI düzeylerinin de yüksek olacağı görülmüştür ($p < 0,05$) (Tablo 26).

Hastalığın hastanın aklını meşgul etme süresi ile HAM-A, HAM-D, ASQOL, BASDAI, BASFI düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür ($p > 0,05$) (Tablo 26).

Tablo-26: Hastaların genel özellikleri ile ölçekler arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi.

Özellikler		HAM-A psişik	HAM-A somatik	HAM-A toplam	HAM-D	ASQOL	BASDAI	BASFI
Sedef kaç yıldır var	r	0,10	-0,24	-0,12	-0,15	0,12	0,01	-0,06
	p	0,90	0,76	0,88	0,85	0,88	0,99	0,40
Yaş	r	0,03	0,09	0,07	0,11	0,19	0,16	0,38
	p	0,79	0,42	0,52	0,36	0,09	0,16	0,01
Çocuk Sayısı	r	0,24*	0,33*	0,32*	0,28*	0,28*	0,28*	0,30
	p	0,03	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01
İnternette araştırma (saat/hafta)	r	0,24*	0,35*	0,36*	0,29*	0,24*	0,24*	0,24
	p	0,03	0,01	0,01	0,01	0,04	0,04	0,04
Aklını meşgul etme (saat/hafta)	r	0,19	0,19	0,21	,226*	0,12	0,09	0,08
	p	0,09	0,09	0,07	0,05	0,30	0,42	0,46

Sağ sakroiliak grafi evrelemesi sonuçlarına göre HAM-A, HAM-D ve ASQOL düzeylerinin farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p > 0,05$) (Tablo 27).

Sol sakroiliak grafi evrelemesi sonuçlarına göre HAM-D ve ASQOL düzeylerinin farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p > 0,05$) (Tablo 27).

Sol sakroiliak grafi evrelemesi sonuçlarına göre HAM-A skorlarının farklı olduğu belirlenmiştir. Farkın Minimal düzeyde sakroiliak olan hastaların HAM-A skorlarının diğer evrelere göre daha yüksek düzeyde olmasından kaynaklandığı görülmüştür ($p = 0,01$) (Tablo 27).

Tablo-27: Sağ ve sol sakroiliak grafi görüntülemeleri ile HAM-A, HAM-D ve ASQOL düzeylerinin karşılaştırılması.

		HAM-A		HAM-D		ASQOL	
		X±s.s.	p	X±s.s.	p	X±s.s.	p
Sağ sakroiliak eklem grafi evrelemesi	Normal	14,71±12,47		12,29±9,18		7,14±5,52	
	Şüpheli						
	Değişiklikler	13±7,97		10,25±5,96		8,44±5,92	
	Minimal	12,07±10,87	0,26	10,43±8,29	0,09	7,93±4,39	0,13
	Orta	13,51±9,27		10,58±6,74		7,62±5,16	
	Şiddetli	10,83±9,21		8,86±7,02		6,89±5,61	
Sol sakroiliak eklem grafi evrelemesi	Normal	13,5±13,87		11,75±11,44		6,25±6,7	
	Şüpheli						
	Değişiklikler	13,75±8,75		10,9±6,47		8,35±5,35	
	Minimal	16,25±10,12	0,01	11,08±7,17	0,19	8,67±5,12	0,22
	Orta	11,96±9,25		10,08±6,91		7,33±5	
	Şiddetli	11,18±9,37		9,09±7,16		7,03±5,71	

Sağ sakroiliak grafi evrelemesi sonuçlarına göre BASDAI ve Genel Araştırma Motivasyonu düzeylerinin farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$) (Tablo 28).

Sağ sakroiliak grafi evrelemesi sonuçlarına göre BASFI düzeylerinin farklı olduğu, farkın sağ sakroiliak grafi evrelemesi sonuçları minimal olan grubun BASFI düzeylerinin daha düşük düzeyde olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir ($p=0,01$) (Tablo 28).

Sol sakroiliak grafi evrelemesi sonuçlarına göre BASFI düzeylerinin farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$) (Tablo 28).

Sol sakroiliak grafi evrelemesi sonuçlarına göre BASDAI skorlarının farklı olduğu belirlenmiştir. Farkın şiddetli düzeyde sakroiliak olan hastaların BASDAI skorlarının diğer evrelere göre daha düşük düzeyde olmasından kaynaklandığı görülmüştür ($p=0,01$) (Tablo 28).

Sol sakroiliak grafi evrelemesi sonuçlarına göre Genel Araştırma Motivasyonu düzeylerinin farklı olduğu belirlenmiştir. Farkın normal radyografik sonuçları olan hastaların Genel Araştırma Motivasyonu düzeylerinin diğer evrelere göre daha yüksek düzeyde olmasından kaynaklandığı görülmüştür ($p=0,01$) (Tablo 28).

Tablo-28: Sağ ve sol sakroiliak grafi görüntülemeleri ile BASDAI, BASFI, Genel Araştırma Motivasyonu düzeylerinin karşılaştırılması.

Ölçüm		BASDAI		BASFI		Genel Araştırma Motivasyonu	
		X±s.s.	p	X±s.s.	p	X±s.s.	p
Sağ sakroiliak grafi evrelemesi	Normal	4,37±2,33		2,14±1,77		84,17±12,77	
	Şüpheli	4,54±2,69		2,76±2,35		82,91±23,14	
	Değişiklikler		0,21		0,01		0,06
	Minimal	4,16±2,44		1,76±2,51		84,33±19,53	
	Orta	4,33±2,39		2,75±2,47		76,81±21,91	
	Şiddetli	3,9±2,17		3,59±2,88		79,26±25,9	
Sol sakroiliak eklem grafi evrelemesi	Normal	4,75±2,96		2,65±2,78		91,33±10,97	
	Şüpheli	4,59±2,26		2,23±2,10		81,27±20,23	
	Değişiklikler		0,01		0,05		0,01
	Minimal	4,8±2,22		3,59±2,62		76,10±20,01	
	Orta	4,10±2,60		2,43±2,46		80,07±21,73	
	Şiddetli	3,86±2,01		3,59±2,88		79,52±26,91	

CRP sonuçlarına göre HAM-A, HAM-D ve ASQOL düzeylerinin farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$) (Tablo 29).

ESH sonuçlarına göre HAM-A, HAM-D ve ASQOL düzeylerinin farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$) (Tablo 29).

ESH sonuçlarına göre sedimantasyon hızı artan hastaların HAM-A ve ASQOL düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür ($p=0,01$) (Tablo 29).

Secukinumab ilacını kullanan hastaların HAM-A ve ASQOL düzeylerinin diğer tedavilere göre daha yüksek düzeyde olduğu görülmüştür ($p=0,01$) (Tablo 29).

Adalimumab ve Etanercept ilacını kullanan hastaların HAM-D düzeylerinin diğer tedavi gruplarına göre daha düşük puanlara sahip olduğu görülmüştür ($p=0,02$) (Tablo 29).

Tablo-29: CRP, ESH değerleri ve hastaların kullandıkları tedavilere göre HAM-A, HAM-D ve ASQOL düzeylerinin değerlendirilmesi.

Ölçüm	HAM-A		HAM-D		ASQOL		
	X±s.s.	p	X±s.s.	p	X±s.s.	p	
CRP	Negatif	12,56±10,18	0,48	10,24±7,61	0,29	6,98±5,10	0,07
	Pozitif	12,56±7,04		9,76±5,31		8,91±5,42	
ESH	Normal	11,51±9,11	0,01	9,47±7,14	0,09	6,56±5,16	0,01
	ESH artmış	15,58±9,61		11,94±6,4		10,29±4,5	
Kullandığı tedavi	Adalimumab	9,26±8,52	0,01	7,37±6,37	0,02	5,89±4,48	0,01
	Etanercept	9,35±9,29		6,75±5,44		6,2±4,93	
	Golimumab	11,54±7,5		9,69±6,13		6,69±4,87	
	Sertolizumab	14,69±8,72		11,38±6,24		8±4,64	
	Secukinumab	19,07±9,25		12,71±5,47		11,21±3,98	
	Infliximab	13,07±9,64		11,85±8,14		7,78±5,94	

CRP sonuçlarına göre BASDAI, BASFI, Genel Araştırma Motivasyonu düzeylerinin farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$) (Tablo 30).

ESH sonuçlarına göre BASFI düzeylerinin farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$) (Tablo 30).

ESH sonuçlarına göre sedimantasyon hızı artan hastaların BASDAI ve Genel Araştırma Motivasyonu düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür.

Secukinumab ilacını kullanan hastaların BASDAI düzeylerinin diğer tedavilere göre daha yüksek düzeyde olduğu görülmüştür ($p=0,03$) (Tablo 30).

Adalimumab ilacını kullanan hastaların BASFI düzeylerinin diğer tedavi gruplarına göre daha düşük puanlara sahip olduğu görülmüştür ($p=0,01$) (Tablo 30).

Secukinumab ilacını kullanan hastaların Genel Araştırma Motivasyonu düzeylerinin diğer tedavilere göre daha yüksek düzeyde olduğu görülmüştür ($p=0,013$) (Tablo 30).

Tablo-30: CRP, ESH düzeyleri ve hastaların kullandıkları tedaviye göre BASDAI, BASFI, Genel Araştırma Motivasyonu düzeylerinin değerlendirilmesi.

Ölçüm		BASDAI		BASFI		Genel Araştırma Motivasyonu	
		X±s.s.	p	X±s.s.	p	X±s.s.	p
CRP	Negatif	4,03±2,39	0,44	2,55±2,48	0,06	80,44±20,71	0,25
	Pozitif	4,67±2,11		3,51±2,73		79,7±25,6	
ESH	Normal	3,93±2,32	0,01	2,43±2,39	0,13	78,4±22,8	0,03
	ESH artmış	5,00±2,17		3,95±2,8		85,7±19,19	
Kullandığı tedavi	Adalimumab	3,43±2,27	0,03	1,68±2,06	0,01	80,36±22,47	0,01
	Etanercept	3,74±2,21		2,85±2,81		78,00±25,50	
	Golimumab	3,37±2,15		2,94±2,32		76,88±16,92	
	Sertolizumab	4,52±2,83		3,10±2,32		79,22±13,35	
	Secukinumab	5,63±1,55		4,86±3,12		96,00±13,11	
	Infliximab	4,49±2,32		2,52±2,36		78,59±25,11	

Ekstraartiküler Tutulumu olan hastaların HAM-A ve HAM-D düzeylerinin tutulumu olmayan hastalara göre daha yüksek düzeylerde olduğu görülmüştür (p=0,01) (Tablo 31).

Ekstraartiküler Tutulumu olan veya olmayan hastaların ASQOL düzeylerinin ise farklılık göstermediği tespit edilmiştir (p=0,17) (Tablo 31).

Komorbid hastalığı olan hastaların HAM-A ve ASQOL düzeylerinin tutulumu olmayan hastalara daha yüksek düzeylerde olduğu görülmüştür (p=0,01) (Tablo 31).

Komorbid hastalığı olan veya olmayan hastaların HAM-D düzeylerinin ise farklılık göstermediği tespit edilmiştir (p=0,19) (Tablo 31).

Tablo-31: Ekstraartiküler tutulum ve komorbid hastalık varlığına göre HAM-A, HAM-D ve ASQOL düzeylerinin değerlendirilmesi.

		HAM-A		HAM-D		ASQOL	
		X±s.s.	p	X±s.s.	p	X±s.s.	p
Ekstraartiküler	Yok	11,2±3,56	0,01	9,05±3,25	0,01	7,02±3,22	0,17
Tutum	Var	15,38±3,51		12,31±3,22		8,56±3,78	
Komorbid	Yok	10,33±4,22	0,01	9,31±2,35	0,19	6,65±2,56	0,04
Hastalık	Var	14,2±6,32		10,7±4,22		8,17±4,11	

Hastalarda ekstraartiküler tutulum olma durumuna göre BASDAI, BASFI, Genel Araştırma Motivasyonu düzeylerinin farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$) (Tablo 32).

Komorbid hastalık olma durumuna göre BASDAI, BASFI, Genel Araştırma Motivasyonu düzeylerinin farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$) (Tablo 32).

Tablo-32: Ekstraartiküler tutulum ve komorbid hastalığa göre BASDAI, BASFI ve ASHİAM toplam puanlarının (genel araştırma motivasyonu) karşılaştırılması.

		BASDAI		BASFI		Genel Araştırma Motivasyonu	
		X±s.s.	p	X±s.s.	p	X±s.s.	p
Ekstraartiküler	Yok	4,08±4,22	0,32	2,63±1,56	0,22	80,75±21,20	0,49
Tutum	Var	4,48±3,22		3,22±2,01		79,19±22,28	
Komorbid	Yok	4,01±1,23	0,28	2,27±2,01	0,16	78,70±26,33	0,24
Hastalık	Var	4,36±2,22		3,23±2,52		81,75±27,45	

Hastalık başlangıç yaşı ile farkındalık, kişisel fayda ve genel araştırma motivasyonu düzeylerinin pozitif yönde ve anlamlı şekilde ilişkili olduğu görülmüştür (Tablo 33). Hastalık yaşı yüksek olan hastaların farkındalık, kişisel fayda ve genel araştırma motivasyonu düzeylerinin de yüksek olduğu görülmüştür ($p<0,05$) (Tablo 33). Bilgilenme faktörü, destek/paylaşma ve

alışkanlık düzeylerinin hastalık başlangıç yaşı ile anlamlı şekilde ilişkili olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$) (Tablo 33).

Hastalık süresi ile farkındalık, bilgilenme faktörü, destek/paylaşma, alışkanlık, kişisel fayda ve genel araştırma motivasyonu düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$) (Tablo 33).

CRP mg/L düzeyleri ile farkındalık, bilgilenme faktörü, destek/paylaşma, alışkanlık, kişisel fayda ve genel araştırma motivasyonu düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$) (Tablo 33).

ESH mm/h düzeyleri ile farkındalık, bilgilenme faktörü, destek/paylaşma, alışkanlık, kişisel fayda ve genel araştırma motivasyonu düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$) (Tablo 33).

İlk üveit atak yaşı ile bilgilenme faktörü, destek/paylaşma, alışkanlık, kişisel fayda ve genel araştırma motivasyonu düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$) (Tablo 33).

Farkındalık ve ilk üveit atak yaşı arasında orta düzeyde pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu, ilk üveit atak yaşı yüksek olan bireylerin farkındalık düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür ($p=0,01$) (Tablo 33).

İBH toplam süresi ile farkındalık, bilgilenme faktörü, destek/paylaşma, alışkanlık, kişisel fayda, genel araştırma motivasyonu düzeyleri arasında anlamlı ve ters yönde bir ilişki olduğu görülmüştür ($p=0,01$) (Tablo 33). İBH yılı yüksek olan bireylerin farkındalık, bilgilenme faktörü, destek/paylaşma, alışkanlık, kişisel fayda, genel araştırma motivasyonu düzeylerinin daha düşük olacağı ifade edilebilir.

Tablo-33: Hastaların özellikleri ile ASHİAM alt boyutları arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesi.

Özellik		Bilgilenme faktörü	Destek/ Paylaşma	Farkındalık	Alışkanlık	Kişisel Fayda	Genel Araştırma Motivasyonu
Hastalık	r	0,08	0,17	0,29	0,20	0,24	0,22
Başlangıç Yaşı	p	0,46	0,13	0,01	0,07	0,03	0,04
Hastalık Süresi(Yıl)	r	0,10	0,09	0,01	0,01	0,01	0,02
	p	0,40	0,44	0,99	0,99	0,92	0,84
CRP mg/L	r	0,14	0,05	-0,08	0,01	-0,09	0,04
	p	0,23	0,64	0,50	0,96	0,46	0,72
ESH mm/h	r	0,19	0,15	0,05	0,08	0,06	0,15
	p	0,09	0,20	0,66	0,49	0,60	0,17
İlk Üveit Atak Yaşı	r	0,31	0,13	0,52	0,23	0,24	0,46
	p	0,20	0,23	0,03	0,35	0,33	0,06
İBH süresi (yıl)	r	-0,32	-0,45	-0,59	-0,80	-0,57	-0,57
	p	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01

Sedef hastalığı toplam süresi ile farkındalık, bilgilenme faktörü, destek/paylaşma, alışkanlık, kişisel fayda ve genel araştırma motivasyonu düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$) (Tablo 34).

Hastaların yaşları ile farkındalık, bilgilenme faktörü, destek/paylaşma, alışkanlık, kişisel fayda, genel araştırma motivasyonu düzeyleri arasında anlamlı ve ters yönde bir ilişki olduğu görülmüştür ($p=0,01$) (Tablo 34). Yaşça büyük olan katılımcıların farkındalık, bilgilenme faktörü, destek/paylaşma, alışkanlık, kişisel fayda, genel araştırma motivasyonu düzeylerinin daha düşük olacağı ifade edilebilir.

Hastaların çocuk sayıları ile farkındalık, bilgilenme faktörü, destek/paylaşma, alışkanlık, kişisel fayda ve genel araştırma motivasyonu düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$) (Tablo 34).

Hastaların internet üzerinden haftalık araştırma saatleri ile farkındalık, bilgilenme faktörü, destek/paylaşma, alışkanlık, kişisel fayda ve genel

araştırma motivasyonu düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$) (Tablo 34).

Hastaların internet üzerinden hastalıkları ile ilgili araştırmalarının akıllarını gün içinde meşgul etme süreleri(saat/gün) ile farkındalık, bilgilendirme faktörü, destek/paylaşma, alışkanlık, kişisel fayda ve genel araştırma motivasyonu düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$) (Tablo 34).

Tablo-34: Hasta ölçümleri ile ASHİAM alt boyutları arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesi.

		Bilgilendirme faktörü	Destek/ Paylaşma	Farkındalık	Alışkanlık	Kişisel Fayda	Genel Araştırma Motivasyonu
Sedef süresi (yıl)	r	-0,39	0,74	0,94	-0,89	0,94	0,33
	p	0,61	0,26	0,06	0,11	0,06	0,67
Yaş	r	-0,24	-0,24	-0,23	-0,23	-0,22	-0,23
	p	0,03	0,03	0,04	0,04	0,04	0,04
Çocuk Sayısı	r	0,13	0,16	0,16	0,08	0,07	0,15
	p	0,25	0,16	0,15	0,51	0,53	0,18
İnternetten araştırma haftada toplam (saat)	r	0,19	0,12	0,18	0,18	-0,04	0,17
	p	0,10	0,28	0,11	0,12	0,72	0,14
Aklını meşgul etme süresi (saat)	r	-0,11	0,04	0,11	0,10	-0,14	-0,03
	p	0,36	0,71	0,32	0,40	0,22	0,80

HAM-A psişik puanları ile farkındalık, bilgilendirme faktörü, destek/paylaşma, alışkanlık, kişisel fayda ve genel araştırma motivasyonu düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$) (Tablo 35).

HAM-A somatik puanları ile farkındalık, bilgilendirme faktörü, destek/paylaşma, alışkanlık, kişisel fayda ve genel araştırma motivasyonu

düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$) (Tablo 35).

HAM-A toplam puanları ile farkındalık, bilgilenme faktörü, destek/paylaşma, alışkanlık, kişisel fayda ve genel araştırma motivasyonu düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$) (Tablo 35).

Tablo-35: HAM-A ölçümleri ile ASHİAM alt boyutları arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesi.

		Bilgilenme faktörü	Destek/ Paylaşma	Farkındalık	Alışkanlık	Kişisel Fayda	Genel Araştırma Motivasyonu
HAM-A	r	-0,04	0,07	-0,03	0,10	-0,10	-0,01
Psşik	p	0,70	0,56	0,79	0,40	0,40	0,91
HAM-A	p	-0,03	-0,02	-0,11	0,12	-0,12	-0,04
Somatik	r	0,81	0,87	0,35	0,28	0,31	0,73
HAM-A	r	-0,04	0,02	-0,08	0,12	-0,12	-0,03
Toplam	p	0,75	0,88	0,47	0,28	0,31	0,79

HAM-D toplam puanları ile farkındalık, bilgilenme faktörü, destek/paylaşma, alışkanlık, kişisel fayda ve genel araştırma motivasyonu düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$) (Tablo 36).

Tablo-36: HAM-D ölçümleri ile ASHİAM alt boyutları arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesi.

		Bilgilenme faktörü	Destek/ Paylaşma	Farkındalık	Alışkanlık	Kişisel Fayda	Genel Araştırma Motivasyonu
HAM-D	r	-0,08	0,02	-0,06	0,14	-0,11	-0,04
	p	0,46	0,89	0,57	0,21	0,34	0,70

ASQOL puanları ile farkındalık, bilgilenme faktörü, destek/paylaşma, alışkanlık, kişisel fayda ve genel araştırma motivasyonu düzeyleri arasında anlamlı ve pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p=0,01$) (Tablo 37). ASQOL puanları yüksek olan grubun farkındalık, bilgilenme faktörü, destek/paylaşma, alışkanlık, kişisel fayda ve genel araştırma motivasyonu düzeylerinin de yüksek olduğu görülmüştür.

Tablo-37: ASQOL ölçümleri ile ASHİAM alt boyutları arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesi.

		Bilgilenme faktörü	Destek/ paylaşma	Farkındalık	Alışkanlık	Kişisel Fayda	Genel Araştırma Motivasyonu
ASQOL	r	0,31	0,35	0,35	0,38	0,33	0,36
	p	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01

BASDAI puanları ile bilgilenme faktörü, destek/paylaşma, alışkanlık, kişisel fayda ve genel araştırma motivasyonu düzeyleri arasında anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$) (Tablo 38). BASDAI puanları yüksek olan grubun bilgilenme faktörü, destek/paylaşma, alışkanlık, kişisel fayda ve genel araştırma motivasyonu düzeylerinin de yüksek olacağı görülmüştür

BASDAI puanları ile farkındalık arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür ($p>0,05$) (Tablo 38).

BASFİ puanları ile bilgilenme faktörü, destek/paylaşma, alışkanlık, kişisel fayda ve genel araştırma motivasyonu düzeyleri arasında anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$) (Tablo 38). BASFİ puanları yüksek olan grubun bilgilenme faktörü, destek/paylaşma, alışkanlık, kişisel fayda ve genel araştırma motivasyonu düzeylerinin de yüksek olacağı görülmüştür.

BASFİ puanları ile farkındalık arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür($p>0,05$) (Tablo 38).

Tablo-38: BASDAI, BASFI ölçümleri ile ASHİAM alt boyutları arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesi.

	Bilgilenme faktörü	Destek/ Paylaşma	Farkındalık	Alışkanlık	Kişisel Fayda	Genel Araştırma Motivasyonu	
BASDAI	r	0,28	0,28	-0,02	0,26	0,25	0,27
	p	0,01	0,01	0,88	0,02	0,02	0,02
BASFI	r	0,26	0,29	-0,10	0,25	0,25	0,29
	p	0,02	0,01	0,36	0,02	0,02	0,01

Çalışmada ASHİAM düzeyleri ile ASQOL, BASDAI, BASFI, HAM-D ve HAM-A düzeyleri arasında çoklu şekilde ilişki olup olmadığını tespit etmek adına regresyon analizi yapılmıştır. Sonuçlara göre Araştırma Motivasyonu düzeyine çoklu olarak ASQOL, BASDAI, BASFI düzeyleri ilişkili olduğu görülmüştür ($p < 0,05$) (Tablo 39).

HAM-D ve HAM-A düzeyleri ile ASHİAM düzeylerinin, çoklu düzeyde anlamlı olarak ilişkili olmadığı görülmüştür ($p > 0,05$) (Tablo 39).

Çalışmada elde edilen modelin anlamlı olduğu görülmüştür ($F=91,68$, $p=0,01$). Modelde yer alan ASQOL, BASDAI, BASFI, HAM-D katsayılarının (β) anlamlı olduğu görülmüştür ($t=2,75$, $p=0,01$) (Tablo 39). Modelin açıklama yeteneğinin %63 ve yüksek sayılabilecek bir düzeyde olduğu ($R^2 = 0,63$) görülmüştür (Tablo 39). Bu sonuçlara göre elde edilen model:

“ASHİAM (Y) = (0,33)* ASQOL + (0,22)* BASDAI + (0,23)* BASFI” şeklindedir.

Modele göre ASQOL düzeyindeki bir birimlik bir değişim ASHİAM düzeylerini 0,33 birim değiştirecektir. BASDAI düzeyindeki bir birimlik bir değişim ASHİAM düzeylerini 0,22 birim değiştirecektir. BASFI düzeyindeki bir birimlik bir değişim ASHİAM düzeylerini 0,22 birim değiştirecektir.

ASQOL, BASDAI, BASFI düzeylerindeki artışlar ASHİAM düzeylerini arttırırken, ASHİAM düzeyleri HAM-D ve HAM-A düzeylerindeki değişimlerden etkilenmeyeceklerdir.

Tablo-39: ASHİAM düzeylerine etki eden değişkenlerin belirlenmesi.

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişkenler			F_{Model}	R²
	ASQOL (β)	BASDAI (β)	BASFİ (β)		
ASHİAM (Y)	0,33 t=9,29, p=0,01	0,22 t=4,51, p=0,01	0,23 t=4,59, p=0,01	F=91,68 (p=0.01)	0,63

TARTIŞMA VE SONUÇ

AS, genç erişkinlik döneminde başlayan özellikle sakroiliyak eklemler, entezis bölgeleri ve aksiyal omurgayı tutan, periferik eklemlerin tutulumu ve eklem dışı klinik belirtilerin de eşlik edebildiği, ağrı, spinal hareketlilikte azalma, yorgunluk, katılık gibi fiziksel belirtilere; anksiyete, depresyon, stres ve uyku bozuklukları gibi psikolojik sonuçlara yol açan kronik inflamatuvar bir hastalık olup, hastaların fiziksel fonksiyonlarının yanında psikolojik durumlarını da etkilemektedir.

Çalışmada internet üzerinde hastalıkla ilgili araştırma yapan AS hastalarının yapmayanlara göre yaşlarının daha düşük olduğu, hastalık başlangıç yaşlarının daha düşük olduğu, daha az sayıda çocuğa sahip oldukları, HAM-D skorlarının daha yüksek olduğu, genellikle bekâr olduğu, ailelerinde psikiyatrik tanı alan bireylerin daha fazla bulunduğu, çoğunlukla aktif olarak çalıştıkları, erkek hastaların daha fazla internet üzerinden araştırma yaptığı, ilk üveit atak yaşlarının daha düşük olduğu, üveit sonrası kalıcı hasarlar oranlarının daha yüksek olduğu, İBH toplam sürelerinin daha yüksek olduğu görüldü. Üveit sonrası kalıcı hasar olan hastaların hastalıkları ile ilgili internet üzerinden daha çok araştırma yaptığı, komorbid kardiyovasküler hastalık ve endokrin sistem hastalığı olan grubun ise daha az araştırma eğiliminde olduğu görüldü.

Hastalık süresi, yaş, CRP, ESH düzeyleri ile BASFI düzeyleri arasında anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki olduğu görüldü. ASHİAM alt boyutları olan; Farkındalık, Motivasyon, Destek/Paylaşma, Alışkanlık, Kişisel fayda, Genel Araştırma Motivasyonu değerlerinin, hastalık başlangıç yaşı, ASQOL, BASDAI değerleriyle pozitif; İBH toplam süresi, hastaların yaşları gibi değerlerle ise negatif yönde ve anlamlı bir ilişki içinde olduğu görüldü. Çocuk sayısı, internette haftada toplam araştırma süresi ile HAM-A, HAM-D, ASQOL, BASDAI, BASFI düzeyleri arasında anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki olduğu görüldü. ESH hızı artan bireylerin HAM-A, ASQOL, BASDAI, Genel Araştırma Motivasyonu düzeylerinin daha yüksek olduğu görüldü. Farkındalık

ve ilk üveit atak yaşı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu görüldü. Komorbid hastalığı olan hastaların HAM-A ve ASQOL düzeylerinin komorbid hastalığı olmayan hastalara daha yüksek düzeylerde olduğu görüldü. Ekstraartiküler Tutulumu olan hastaların HAM-A ve HAM-D düzeylerinin tutulumu olmayan hastalara göre daha yüksek düzeylerde olduğu görüldü. Secukinumab tedavisini kullanan hastaların BASDAI, Genel Araştırma Motivasyonu, HAM-A, ASQOL düzeylerinin diğer biyolojik ajanları kullanan hastalara göre daha yüksek olduğu görüldü. Adalimumab ve Etanercept tedavilerini kullanan hastaların HAM-D düzeylerinin diğer biyolojik ajanları kullanan hastalara göre daha düşük olduğu görüldü. Adalimumab tedavisini kullanan hastaların BASFI düzeylerinin diğer biyolojik ajanları kullanan hastalara göre daha düşük olduğu görüldü. Çalışmada ASHİAM düzeyleri ile ASQOL, BASDAI, BASFI, HAM-D ve HAM-A düzeyleri arasında çoklu şekilde ilişki olup olmadığını tespit etmek adına regresyon analizi yapılmıştır. Sonuçlara göre Araştırma Motivasyonu düzeyine çoklu olarak ASQOL, BASDAI, BASFI düzeyleri ilişkili olduğu görülmüştür.

AS hastalarında süreğen inflamasyon, ağrı ve yorgunluk, fonksiyonel kısıtlılıklar ve işlevsellikte kayıplar nedeniyle depresyon ve anksiyete bozukluklarının daha sık görülmesi beklenen bir durumdur. Park ve ark.'nın 2019'da 11,465 AS hastası ve 57,345 kontrol grubu üzerinde yaptığı popülasyona dayalı kohort çalışmasında AS'nin müteakip depresyon riskini 2.21 kat arttırdığı gösterilmiştir (13). 2016'da Hopkins ve ark.'ı AS'de depresyon prevalansı üzerine 17 kesitsel çalışmanın sistematik incelemesini yaparak bir özet sunmuş ve %4,9 ile %55,5 arasında değişen prevalans tahminleri bildirmiştir (192). Zhao ve ark.'nın 2018'de yaptığı 16 çalışmanın dahil edildiği sistematik gözden geçirmede AS hastalarında depresyon prevalansının %11 ile 64 arasında değiştiği bulunmuştur (193). Zhang ve ark.'nın 2019'da AS'li hastalarda depresyon prevalansını belirlemeye yönelik yaptığı 31 çalışmanın dahil edildiği sistematik gözden geçirme ve meta analizde; depresyon prevalansının %3 ile %66 arasında değiştiği, tüm çalışmaların birlikte değerlendirmesi sonucunda ise depresyon prevalansının %35 olarak bulunduğu bildirilmiştir (169). Guvener ve ark.'nın 2021'de, 57 AS

hastası ve 53 kontrol grubu üzerinde yaptıkları çalışmada AS'li kadın ve erkeklerde depresyon ve anksiyete görülme oranlarına bakılmıştır. AS'li kadınlarda depresyon görülme oranı %69,2, anksiyete görülme oranı %53,8 iken; AS'li erkeklerde depresyon görülme oranı %61,4, anksiyete görülme oranı %47,7 olarak bulunmuştur (194). Çalışmamızda alanyazın ile uyumlu şekilde depresyon prevalansı %47,5 olarak tespit edilmiştir.

Çalışmamızda AS hastalarında anksiyete prevalansı %80,8 (97/120) olarak bulunmuş olup, anksiyete oranlarının yüksek çıkmasında çalışmamızda hastalardaki anksiyete düzeyini değerlendirmek amacıyla kullandığımız HAM-A ölçeğinde somatik belirtilerle ilişkili maddeden hastaların şiddetli ağrıları nedeniyle genellikle yüksek puan alması rol oynamış olabilir.

Güvener ve ark'larının 2021 yılında Türkiye'de yaptığı çalışmaya 57 AS hastası ve 53 kişilik sağlıklı kontrol grubu dahil edilmiştir. Bu çalışmada AS hastalarında depresyon oranı %63,2 ve anksiyete oranı %49,1 olarak bulunmuştur (194). Bakırcı Üreyen ve ark.'nın 2018'de Türkiye'de 144 AS hastası üzerinde yaptığı çalışmada hastalarda depresyon oranı %27,5, anksiyete oranı %33,6 olarak bulunmuştur (195). Etnik ve kültürel faktörler, kişinin sosyal yaşamı, depresyon ve anksiyetenin değerlendirilme biçimi gibi faktörler bu oranı etkileyebilir.

Xu X ve ark.'nın 2016 yılında Çin'de 103 AS hastası ve 121 sağlıklı kontrol grubu ile yaptıkları kesitsel çalışmada depresyon ve anksiyete sıklıkları sırasıyla %36,9 ve %18,4 olarak tespit edilmiştir (144). Baysal ve ark.'nın 2010 yılında Türkiye'de 243 hasta ve 118 sağlıklı kontrol grubu üzerinde yaptıkları kesitsel çalışmada depresyon ve anksiyete sıklıkları bir önceki çalışmaya benzer bir şekilde 39,8% ve 19,5% olarak bulunmuştur (146). Hakkou J ve ark.'nın 2011 yılında Fas'ta 110 AS hastası üzerinde yaptıkları kesitsel çalışmada ise depresyon ve anksiyete oranları sırasıyla %55,5 ve %60 olarak bulunmuştur (152). Barışan ve ark.'larının 2019 yılında Türkiye'de 155 axSpA hastası üzerinde yaptıkları araştırmada, hastalarda anksiyete sıklığı %60,8, depresyon sıklığı ise %27 olarak saptanmıştır (196).

Çalışmamızda Hakkou J ve ark.'nın 2011'de yaptığı çalışmadakine benzer olarak HAM-A, HAM-D, BASDAI, BASFI ve ASQOL değerleriyle, laboratuvar parametreleri(CRP ve ESH değerleri) korele değildi (152). Bu, aktif AS'de ESH ve CRP'nin normal olabileceği gerçeğine bağlanabilir (197). Alanyazın ile uyumlu şekilde çalışmamızda CRP ve ESH düzeyleri ile HAM-A, HAM-D ve ASQOL düzeylerinin farklılık göstermediği tespit edilmiştir ancak ESH ve CRP düzeyleri ile BASFI düzeyleri arasında anlamlı, pozitif yönde ve çok zayıf düzeyde bir ilişki olduğu görülmüştür.

Martindale ve ark. yaptığı çalışmada BASFI skorları, yaş ve hastalık süresiyle anlamlı ancak nispeten zayıf bir şekilde ilişkili bulunmuş oysa yaş ile BASDAI, anksiyete ve depresyon arasında tutarlı bir korelasyon gözlenmemiştir (159). Çalışmamızda benzer bir şekilde hastalık başlangıç yaşları ve hastalık süresi ile HAM-A, HAM-D, ASQOL ve BASDAI arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı ancak hastalık süresi ve hasta yaşıyla BASFI düzeyleri arasında anlamlı, pozitif yönde ve çok zayıf düzeyde bir ilişki olduğu görülmüştür.

Çalışmamızda hastaların sahip oldukları çocuk sayısı ile HAM-A, HAM-D, ASQOL, BASDAI ve BASFI düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Çocuk sayısı yüksek olan hastaların HAM-A, HAM-D, ASQOL, BASDAI, BASFI düzeylerinin de yüksek olduğu görülmüştür ancak alanyazında benzer bir karşılaştırmanın yapıldığı bir çalışma bulunamamıştır, bu konuda daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Çalışmamızda hastaların direkt sakroiliak grafileri değerlendirilmiş olup, %97,4'ünün radyografik olduğu belirlenmiştir. Sağ ve sol sakroiliak grafileri ayrı ayrı New York Kriterleri'ne göre değerlendirilmiş olup; Sol sakroiliak grafi evrelemesi sonuçlarına göre minimal düzeyde sakroileiti olan hastaların HAM-A skorlarının diğer evrelere göre daha yüksek düzeyde olduğu görülmüştür. Yine sol sakroiliak grafi evrelemesi sonuçlarına göre BASDAI skorlarının şiddetli düzeyde sakroileiti olan hastalarda diğer evrelere göre daha düşük düzeyde olduğu saptanmıştır. Hastalar sağ sakroiliak grafi evrelemesine göre değerlendirildiğinde ise minimal düzeyde sakroileiti olan hastaların BASFI düzeylerinin diğer evrelere göre daha düşük düzeyde

olduğu bulunmuştur. Sağ sakroiliak grafi evrelemesi sonuçlarına göre HAM-A, HAM-D ve ASQOL düzeylerinin, sol sakroiliak grafi evrelemesi sonuçlarına göre ise HAM-D ve ASQOL düzeylerinin anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir. Alanyazında benzer değerlendirilmelerin yapıldığı çalışma bulunamamış olup, bu konuda daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulduğu anlaşılmaktadır.

Aksiyal SpA'yı tedavi etmek için şu anda Avrupa İlaç Ajansı ve ABD Gıda ve İlaç İdaresi tarafından onaylanan biyolojik ajanlar etanercept, infliximab, adalimumab, golimumab, certolizumab pegol ve secukinumab'dır (198). Çalışmamızda hastaların kullandıkları biyolojik ajanlar ile HAM-A, HAM-D, ASQOL, BASDAI ve BASFI düzeyleri karşılaştırıldığında; secukinumab ilacını kullanan hasta grubunun HAM-A ve ASQOL, BASDAI düzeylerinin diğer biyolojik tedavileri kullanan hasta gruplarına göre daha yüksek düzeyde olduğu görülmüştür. Ayrıca Secukinumab ilacını kullanan hastaların Genel Araştırma Motivasyonu düzeylerinin diğer tedavilere göre daha yüksek düzeyde olduğu görülmüştür. Adalimumab kullanan hasta grubunun HAM-D ve BASFI, etanercept ilacını kullanan hasta grubunun ise HAM-D düzeylerinin diğer biyolojik ajanları kullanan hasta gruplarına göre daha düşük puanlara sahip olduğu görülmüştür. Biyolojik ajanlar nispeten yeni kullanılan tedavilerdir. Bu tedavilerin tek tek etkinlikleri kanıtlanmıştır. Kendi aralarında etkinliklerini karşılaştıran çalışmalarda da birbirlerine üstünlükleri olmadığı gösterilmiştir (198). Çalışmamızda ise etanercept ve adalimumab kullanan hastaların depresyon düzeylerinin daha düşük olduğu, secukinumab kullanan hastaların ise hastalık aktivitesi, yaşam kalitesi ve anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu durumun ilaçların seçiminde romatologların kullandığı tedavi algoritmalarıyla ilişkili olabileceği, özellikle secukinumab ilacının, çalışmayı yaptığımız hastane özelinde, tedavi yanıtları daha kısıtlı olan hastalar üzerinde kullanılmasıyla ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

İnternet, coğrafi konumlara bakılmaksızın insanların bilgiye çok kısa zamanda ulaşmasını ve diğer insanlarla çok hızlı bir şekilde iletişim kurabilmesini sağlayarak, insan yaşamına önemli katkılar sunan bir iletişim

aracıdır (173). Bilişim teknolojileri alanında son yıllardaki hızlı ve etkileyici gelişim, içerdiği iletişim devrimi ile birlikte daha önce ulaşılmaması güç hatta imkânsız olan bilgilere kolay ve hızlı bir şekilde ulaşım imkânı sağlamıştır (176-178).

Araştırma şirketi GfK Türkiye'nin yaptığı bir araştırmada; çevrimiçi niceliksel bülten panosu SociologDx ve çevrimiçi niceliksel anketler kullanılarak Türkiye genelinde 12 farklı kentte toplam 225 "e-hasta"ya ulaşılmış, hastaların internette sağlık bilgisi arama davranışlarına ilişkin veriler toplanmıştır (179). Bu sonuçlara göre;

- Akut sorunu olan hastalar doktora gitmeden önce kendilerinde ortaya çıkan belirtileri ve bunların ne kadar ciddi olduğunu anlayabilmek, doktora başvurmanın ne kadar acil ve gerekli olduğuna karar vermek için internette araştırma yapma gereksinimi duyuyorlar.

- Akut sorunu olan hastalar doktora gittikten sonra kendilerine konulan tanıya yönelik neler yapabileceklerini öğrenmek için internette araştırma yapma gereksinimi duyuyorlar.

- Kronik hastalar ise hastalıklarını tanımak ve bununla ilgili olarak kendilerini eğitmek için internette araştırma yapma gereksinimi duyuyorlar.

Kronik hastaların %62'si güncel tedavileriyle ilgili daha fazla enformasyona erişmek için internette araştırma yaparken, %42'si hastalıklarına yönelik tedavi seçeneklerini öğrenmek için internete başvurumaktadırlar.

Amerikan Araştırma Merkezi PEW'ün 2010 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde gerçekleştirdiği araştırmaya göre insanların %80'i bir sağlık sorunuyla karşılaştığında, tanı ve tedavi konusunda bilgilenmek amacıyla önce internete başvurmaktadır (61). Harris Interactive tarafından yapılan bir uluslararası araştırma ise, yetişkinlerin %66'sının sağlıkla ilgili tüm sorularını önce internete sorduğunu gösteriyor (182). Belli bir sorunu ya da kronik rahatsızlığı olanlarda bu oran %75'e yükseliyor. Yakın dönemde bir hastalık geçiren ya da hastalığı yeni teşhis edilen kullanıcıların %59'u da doktora sorulacak sorular ve ikinci bir fikir almak açısından "internetin işlerini kolaylaştırdığını" belirtiyor. Biz de çalışmamızda daha önce de detaylı olarak

bahsedilen bu bilgiler ışığında AS hastalarının hastalıklarını internetten araştırma motivasyonlarının anksiyete, depresyon düzeyleri, hastalık aktiviteleri üzerindeki etkilerini araştırdık.

Çalışmamızda hastalıkları üzerinden internetten araştırma yapan ve yapmayan AS hasta gruplarını karşılaştırdığımızda; araştırma yapan hastaların yaşlarının ve hastalık başlangıç yaşlarının internetten hastalıkları ile ilgili araştırma yapmayan gruba göre daha düşük olduğu görülmüştür. Bu durum daha genç hastaların internet ve teknolojik aletleri kullanımının daha yüksek olması, internet üzerinde genel olarak daha fazla vakit harcamalarıyla açıklanabilir. TÜİK 2020 verilerine göre 16-24 yaş arası bireylerin %93'ünün internet kullandığı, 25-74 yaş arasında ise bu oranın %75,9 olduğu, yaş arttıkça internet kullanımının azalma eğiliminde olduğu gösterilmiştir. Ayrıca her yaş grubunda erkeklerin kadınlara göre interneti daha fazla kullandığı bildirilmiştir (199).

Hastaların cinsiyetlerine göre hastalıkları ile ilgili internet üzerinden araştırma yapma durumlarına bakıldığında erkeklerin kadınlardan daha yüksek oranda araştırma yapma eğiliminde olduğu tespit edilmiştir. İnternetten hastalıklarıyla ilgili araştırma yapan AS hastalarının çocuk sayılarının yapmayanlara göre daha az sayıda olduğu, sedef hastalığı bulunan AS hastalarının sedef hastalığı sürelerinin daha az olduğu görülmüştür. Hastaların medeni durumuna göre bakıldığında ise bekâr olan hastaların daha yüksek oranda hastalıkları ile ilgili internet üzerinden araştırma yapma eğiliminde olduğu bulunmuştur. Yine internetten araştırma yapan grupta ilk üveit atak yaşının daha düşük olduğu saptanmıştır. Aktif olarak çalışan hastaların daha yüksek oranda hastalıkları ile ilgili internet üzerinden araştırma yapma eğiliminde olduğu görülmüştür. Bu sonuçlar araştırma yapan hastaların ortalama yaşlarının yapmayanlara göre daha düşük olmasıyla açıklanabilir ve bu sonuçların TÜİK'in internetten araştırma istatistikleri ile uyumlu olduğu görülmekle birlikte çalışmamızda İBH hastalığı bulunan, internetten hastalıklarıyla ilgili araştırma yapan AS hastalarının yapmayanlara göre toplam İBH sürelerinin daha fazla olduğu da göz önünde bulundurulmalıdır (199).

Hastaların internet üzerinde araştırma yapma durumuna göre HAM-D skorlarının farklı seviyelerde olduğu görülmüştür. Farkın nedeninin internet üzerinde araştırma yapan hastaların HAM-D skorlarının yapmayan hastalara göre daha yüksek düzeyde olmasından kaynaklandığı görülmüştür. Bu durumda internetten araştırma yapma düzeyinin depresif yakınmaların şiddetiyle pozitif yönde körele olduğu söylenebilir. Üveit sonrası kalıcı hasar, komorbid kardiyovasküler hastalık ve endokrin sistem hastalığı olan grubun hastalıkları ile ilgili internet üzerinden araştırma yapma durumlarının farklı olduğu, üveit sonrası kalıcı hasar olan hastaların hastalıkları ile ilgili internet üzerinden daha çok araştırma yaptığı, komorbid kardiyovasküler hastalık ve endokrin sistem hastalığı olan grubun ise daha az araştırma eğiliminde olduğu görülmüştür.

Ailesinde psikiyatrik tanı alan bireyler bulunan hastaların, bulunmayanlara göre internetten hastalıkları ile ilişkili daha fazla araştırma yapma eğiliminde oldukları belirlenmiştir. Ailesinde psikiyatrik tanı alan bireylerin genetik, çevresel ortak etmenlerden ötürü psikiyatrik rahatsızlıklara daha yatkın oldukları bilinen bir gerçektir (200). Örneğin; anksiyete bozukluklarının baskın bir özelliği; ebevenyler, çocuklar ve ebevenlerin kardeşleri arasında güçlü bir ilişki olduğuna işaret eden, aile kümelenmesi göstermesidir (201-205). Bu bilgiler ışığında bizim çalışmamızda ailesinde psikiyatrik tanı alan bireylerin de psikiyatrik rahatsızlıklara, özellikle anksiyete bozukluğu gibi rahatsızlıklara daha yatkın olduğu, hastaların hastalıklarına dair kaygılarını bastırmak için internetten hastalıkları ile ilgili daha çok bilgi toplamaya yöneldikleri çıkarımı yapılabilir.

Hastaların laboratuvar değerleri, komorbid hastalıkları ve ekstraartiküler tutulumlarına baktığımızda ise; ESH sonuçlarına göre sedimantasyon hızı artan hastaların BASDAI ve Genel Araştırma Motivasyonu düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Ekstraartiküler tutulumu olan hastaların HAM-A ve HAM-D düzeylerinin tutulumu olmayan hastalara göre daha yüksek düzeylerde olduğu görülmüştür. ESH sonuçlarına göre sedimantasyon hızı artan hastaların HAM-A ve ASQOL düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Komorbid hastalığı olan

hastaların HAM-A ve ASQOL düzeylerinin tutulumu olmayan hastalara daha yüksek düzeylerde olduğu görülmüştür. Alanyazına baktığımızda; Xu X ve arkadaşlarının 2016'da Çin'de AS hastalıkları ile yaptıkları çalışmada laboratuvar değerleri ile psikolojik parametrelerin ilişkili bulunmadığını söylemişlerdir (144). Keza Brionez TF ve arkadaşlarının 2009'da Amerika'da AS hastaları ile yaptıkları çalışmada da benzer sonuçlar gösterilmiştir (160). Bizim çalışmamızda ESH sonuçları ile anskiyete, yaşam kalitesi, hastalık aktivitesi arasında korelasyon bulunması alanyazından farklı bulunmuştur. Alanyazındaki çalışmalarda kesme değeri belirlenmemiş, direkt olarak ESH değeri ile psikolojik parametreler ve hastalık aktivitesi karşılaştırılmış. Bu durum çalışmamızda ESH için bir kesme değeri belirlememiz (ESH hızı artmış>20mm/h) rol oynamış olabilir.

Ankilozan Spondilit Tanılı Hastalarda Hastalıklarını İnternette Araştırma Motivasyonu Değerlendirme Formu'nun (ASHİAM) alt değerlendirme ölçeklerine baktığımızda; Haftalık olarak internette toplam araştırma süresi ile HAM-A, HAM-D, ASQOL, BASDAI, BASFI düzeyleri arasında anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Çalışmada ASHİAM düzeyleri ile ASQOL, BASDAI, BASFI, HAM-D ve HAM-A düzeyleri arasında çoklu şekilde ilişki olup olmadığını tespit etmek adına regresyon analizi yapılmıştır. Sonuçlara göre Araştırma Motivasyonu düzeyine çoklu olarak ASQOL, BASDAI, BASFI düzeyleri ilişkili olduğu görülmüştür. "Araştırmamıza başlarken hastaların internette hastalıkları ile ilgili araştırma yapmasıyla hastalık aktiviteleri, yaşam kaliteleri, depresyon ve anksiyete düzeyleri ilişkili olabilir mi?" şeklinde bir hipotez ortaya atmıştık. Bu elde ettiğimiz veriler de hipotezimi kendi çalışmamız içinde kanıtlar nitelikteydi. Araştırmamız bu konuda öncü bir nitelikte olduğu için bu konuda karşılaştırma yapabilmek, bu verilerin kanıt düzeyinin artması için daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulduğu aşikardır. Hastalık başlangıç yaşı ile farkındalık, kişisel fayda ve genel araştırma motivasyonu düzeylerinin pozitif yönde ve anlamlı şekilde ilişkili olduğu görülmüştür. Hastaların yaşları ile farkındalık, bilgilenme faktörü, destek/paylaşma, alışkanlık, kişisel fayda, genel araştırma motivasyonu düzeyleri arasında anlamlı ve ters yönde bir

ilişki olduğu görülmüştür. Bu durum daha önce açıklandığı üzere hastaların yaşlarının arttıkça internet kullanımlarının azalmasıyla ilişkili olabilir. ASQOL puanları ile farkındalık, bilgilenme faktörü, destek/paylaşma, alışkanlık, kişisel fayda ve genel araştırma motivasyonu düzeyleri arasında anlamlı ve pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. BASDAI puanları ile bilgilenme faktörü, destek/paylaşma, alışkanlık, kişisel fayda ve genel araştırma motivasyonu düzeyleri arasında anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuçlarla birlikte çalışmamız özelinde internetten araştırma yapan hastaların daha genç olduğu, yaşam kalitelerinin daha düşük ve hastalık aktivitelerinin daha yüksek olduğu sonucuna varılabilir.

Sol sakroiliak grafi evrelemesi sonuçlarına göre Genel Araştırma Motivasyonu düzeylerinin farklı olduğu belirlenmiştir. Farkın normal radyografik sonuçları olan hastaların Genel Araştırma Motivasyonu düzeylerinin diğer evrelere göre daha yüksek düzeyde olmasından kaynaklandığı görülmüştür. Alanyazındaki diğer çalışmalar tarandığında hastaların bizim çalışmamızda olduğu gibi sağ ve sol sakroiliak graflerinin ayrı ayrı evrelendirilmediği görülmüştür. Alanyazındaki çalışmalarda hastaların radyografik olması ya da olmaması üzerinden çalışıldığı görülmüştür. Bu yüzden bir karşılaştırma yapabilmek için daha bu konuda daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulduğu söylenebilir. Farkındalık ve ilk üveit atak yaşı arasında orta düzeyde pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu, ilk üveit atak yaşı yüksek olan bireylerin farkındalık düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. İBH toplam süresi ile farkındalık, bilgilenme faktörü, destek/paylaşma, alışkanlık, kişisel fayda, genel araştırma motivasyonu düzeyleri arasında anlamlı ve ters yönde bir ilişki olduğu görülmüştür. İBH ek hastalığı olan bireyler özelinde, internetten araştırma yapanların yapmayanlara göre daha uzun süredir İBH tanısı almış oldukları ve internetten araştırma motivasyonlarının hastalık süresi arttıkça düştüğü tespit edilmiştir.

Çalışmamızın kısıtlılıkları arasında; kesitsel bir çalışma olması, hasta örnekleminin romatoloji polikliniğinde genellikle remisyonda seyreden

hastalardan seçilmiş olması, kontrol grubunun bulunmaması, örneklem sayısının çok geniş olmaması, tek merkezli bir çalışma olması gösterilebilir.

Kronik tıbbi rahatsızlıklar, özellikle kriz ve belirsizlik zamanlarında artacak şekilde, ömür boyu süren zorluklar yaratmaktadır. Hastalar bedensel sorunlarla, duygusal dalgalanmalarla, yaşam tarzı değişiklikleriyle ve olumsuz sonuçlarla başa çıkmayı öğrenmelidir. AS hastalığı da hastaların, hastalıklarıyla ve uzun süren tedavileriyle başa çıkmayı öğrenmelerini gerektiren kronik bir rahatsızlıktır. Bunun için bir araç olarak da interneti kullanmaktadırlar. Biz çalışmamızda bir kronik hastalık örneği olan, fonksiyon kısıtlılıklarına, engelliliğe, hayat kalitesinde düşmeye ve dolayısıyla psikolojik rahatsızlıklara yol açan AS hastalığına sahip bireylerin, hastalıklarıyla başa çıkmak, hastalıklarını yönetmek, hastalıkları hakkında bilgi edinmek, hastalıklarıyla yaşamayı öğrenmek, kendilerine motivasyon ve destek sağlamak amacıyla interneti ne kadar kullandıklarını ve internet kullanımları hastalık aktivitelerini, yaşam kalitelerini, psikolojik durumlarını ne kadar etkilediğini göstermeyi amaçladık. Bu nedenle, AS hastalarının internet kullanımlarını daha iyi anlamak, internet kullanımlarının hastalıkları ve psikolojik durumları üzerindeki etkilerini incelemek, hastaların hastalıklarıyla nasıl başa çıkmaya çalıştığını anlamak, teknoloji çağında hastaların yönetiminde ve tedavisinde bize yol gösterebilecek bir araç olması yönüyle önemlidir. Bundan dolayı alanyazında benzer, geniş örneklemlili kohort çalışmalarına ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Bennett AN, McGonagle D, O'Connor Pet al. HLA-B27 status in early inflammatory back pain predict radiographically evident ankylosing spondylitis at eight years. *Arthritis Rheum* 2008;58(11):3413-8.
2. Braun J, Sieper J. Ankylosing spondylitis. *Lancet* 2007;369:1379-90.
3. Birinci A, Bilgici A, Kuru O, Durupinar B. HLA-B27 polymorphism in Turkish patients with ankylosing spondylitis. *Rheumatology international* 2006;26 (4):285-7.
4. Khan MA. Epidemiology of HLA-B27 and Arthritis. *Clin Rheumatol* 1996;15(1):10-2.
5. Gran JT, Husby G. The epidemiology of ankylosing spondylitis. *Seminars in Arthritis and Rheumatism* 1993;22(5):319-34.
6. van der Linden S, van der Heijde D, Landewe R. Classification and Epidemiology of Spondyloarthritis. In: Hochberg MC, Silman AJ, Smolen JS, Weinblatt ME, Weisman MH (eds). *Rheumatology: Elsevier Publishers*; 2008. 1103-7.
7. Calin A, Edmunds L, Kennedy LG. Fatigue in ankylosing spondylitis: why is it ignored? *J Rheumatol* 1993;20(6):991-95.
8. Belza B. Comparison in self-reported fatigue in rheumatoid arthritis and controls. *J Rheumatol* 1995;22(4):639-43.
9. Goldenberg DL. Fatigue in rheumatoid disorders. *Bull Rheum Dis* 1995;44(1):4-8.
10. Dernis-Labous E, Messow M, Dougados M. Assessment of fatigue in the management of patients with ankylosing spondylitis. *Oxford Rheumatology* 2003;42(12):1523-28.
11. Dagfinrud H, Vollestad NK, Loge JH, Kvien TK, Mengshoel AM. Fatigue in patients with ankylosing spondylitis: a comparison with the general population and association with clinical and self reported measures. *Arthritis Rheum* 2005;53(1):5-11.
12. Daltroy LH, Larson MG, Roberts NW, Liang MH. A modification of the Health Assessment Questionnaire for the spondyloarthropathies. *J Rheumatol* 1990;17(7):946-50.
13. Park JS, Jang HD, Hong JY, et. al. Impact of ankylosing spondylitis on depression: a nationwide cohort study. *Scientific reports* 2019;9(1):6736.
14. Durmus D, Sarisoy G, Alayli G, et. al. Psychiatric symptoms in ankylosing spondylitis: their relationship with disease activity, functional capacity, pain and fatigue. *Compr Psychiatry* 2015;62:170-7.
15. Goto Y, Nagase T. Oncology information on the Internet. *Jpn J Clin Oncol* 2012;42(5):368-74.
16. Garbin HBR, Pereira Neto AF, Guilam MCR. The internet, expert patients and Medical practice: an analysis of the literature. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação* 2008;12(26):579-88.
17. FC A. Arthritis and Allied Conditions. In: Koopman WJ (eds). *A Textbook of Rheumatology*. Baltimore: Williams and Wilkins;1997.1197-208.

18. Lipsky PE. Reactive arthritis and Reiter's syndrome: Etiology and pathogenesis. *Rheumatology* 1998;6(12):1-6.
19. Rudwaleit M, Van Der Heijde D, Landewé R, et al. The development of Assessment of Spondyloarthritis international society classification criteria for axial spondyloarthritis (part II): Validation and final selection. *Ann Rheum Dis* 2009;68(6):777–83.
20. Arasil T. Ankilozan Spondilit. In: Beyazova M, Gökçe-Kutsal Y (eds). *Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon*. Ankara: Güneş Kitabevi; 2016. 1833-52.
21. Marroquin Belaunzaran O, Kleber S, Schauer S, et al. HLA-B27-homodimer-specific antibody modulates the expansion of pro-inflammatory T-Cells in HLA-B27 transgenic rats. *PLoS One* 2015;10(6):e0130811.
22. Baeten D, Baraliakos X, Braun J, et al. Anti-interleukin-17A monoclonal antibody secukinumab in treatment of ankylosing spondylitis: a randomised, double-blind, placebocontrolled trial. *Lancet* 2013;382:1705-13.
23. Maksymowych WP. Ankylosing spondylitis: pathology, etiology and pathogenesis. In: Hochberg MC, Silman AJ, Smolen JS, Weinblatt ME WM (eds). *Rheumatology*. 4th edition. Elsevier Mosby; 2008. 1115–30.
24. Baeten D. Etiology, pathogenesis and pathophysiology of ankylosing spondylitis. In: Hochberg MC, Silman AJ, Smolen JS, Weinblatt ME, Weisman MH (eds). *Rheumatology*. 6th edition. Elsevier Mosby; 2015. 951-9.
25. Khan MA. Polymorphism of HLA-B27: 105 subtypes currently known. *Curr Rheumatol Rep* 2013;15(10):362.
26. Brewerton DA, Hart FD, Nicholls A, et al. Ankylosing spondylitis and HL-A 27. *Lancet* 1973;1(7809):904-7.
27. Australo-Anglo-American Spondyloarthritis Consortium (TASC), Reveille JD, Sims AM, et al. Interaction between ERAP1 and HLA-B27 in ankylosing spondylitis implicates peptide handling in the mechanism for HLA-B27 in disease susceptibility. *Nat Genet* 2013;45(7):730-8.
28. Ellinghaus D, Jostins L, Spain SL, et al. Analysis of five chronic inflammatory diseases identifies 27 new associations and highlights disease-specific patterns at shared loci. *Nat Genet* 2016;48(5):510-8.
29. International Genetics of Ankylosing Spondylitis Consortium (IGAS), Cortes A, Hadler J, et al. Identification of multiple risk variants for ankylosing spondylitis through high-density genotyping of immune-related loci. *Nat Genet* 2013;45(7):730-8.
30. Australo-Anglo-American Spondyloarthritis Consortium (TASC), Reveille JD, Sims AM, et al. Genome-wide association study of ankylosing spondylitis identifies non-MHC susceptibility loci. *Nat Genet* 2010;42(2):123-7.
31. Atagunduz P, Appel H, Kuon W, et al. HLA-B27-restricted CD8+ T cell response to cartilage-derived self peptides in ankylosing spondylitis. *Arthritis Rheum* 2005;52(3):892-901.
32. Allen RL, O'Callaghan CA, McMichael AJ, Bowness P. Cutting edge: HLA-B27 can form a novel beta 2-microglobulin-free heavy chain homodimer structure. *J Immunol* 1999;162(9):5045-8.

33. Mear JP, Schreiber KL, Münz C, et al. Misfolding of HLA-B27 as a result of its B pocket suggests a novel mechanism for its role in susceptibility to spondyloarthropathies. *J Immunol* 1999;163(12):6665-70.
34. Turner MJ, DeLay ML, Bai S, Klenk E, Colbert RA. HLA-B27 up-regulation causes accumulation of misfolded heavy chains and correlates with the magnitude of the unfolded protein response in transgenic rats: Implications for the pathogenesis of spondylarthritis-like disease. *Arthritis Rheum* 2007;56(1):215-23.
35. Payeli SK, Kollnberger S, Marroquin Belaunzaran O, et al. Inhibiting HLA-B27 homodimer-driven immune cell inflammation in spondylarthritis. *Arthritis Rheum* 2012;64(10):3139-49.
36. Braun J, Sieper J. Cytokines and the immunopathology of the spondyloarthropathies. *Curr Rheumatol Rep* 1999;1(1):67-77.
37. Monnet D, Kadi A, Izac B, et al. Association between the IL-1 family gene cluster and spondyloarthritis. *Ann Rheum Dis* 2012;71(6):885-90.
38. Di Meglio P, Di Cesare A, Laggner U, et al. The IL23R R381Q gene variant protects against immune-mediated diseases by impairing IL-23-induced Th17 effector response in humans. *PLoS One* 2011;6(2):1-10.
39. Åkerblom A, James SK, Lakic TG, et al. Interleukin-18 in patients with acute coronary syndromes. *Clin Cardiol* 2019;42(12):1202-9.
40. Sanders NL, Mishra A. Role of interleukin-18 in the pathophysiology of allergic diseases. *Cytokine Growth Factor Rev* 2016;32:31-9.
41. Inman RD. Ankylosing spondylitis. In: Klippel JH (eds). *Primer on the Rheumatic Disease*. Atlanta: Arthritis Foundation; 1997. 189-95.
42. Rudwaleit, M, van der Heijde D, Landewe R, et al. The Assessment of SpondyloArthritis International Society classification criteria for peripheral spondyloarthritis and for spondyloarthritis in general. *Ann Rheum Dis* 2011;70(1):25-31.
43. Ozgocmen S, Akgul O, Khan MA. Mnemonic for assessment of the spondyloarthritis international society criteria. *J Rheumatol* 2010;37(9):1978.
44. Khan MA. Update on spondyloarthropathies. *Annals of internal medicine* 2002;136(12):896-907.
45. Jacob E. *Medifocus Guidebook on Ankylosing Spondylitis*; 2012. 19-36.
46. Çeliker R. Ankilozan spondilit: klinik özellikleri. *Romatizma* 2000;15(1):15-21.
47. de Winter JJ, van Mens LJ, van der Heijde D, Landewé R, Baeten DL. Prevalence of peripheral and extra-articular disease in ankylosing spondylitis versus non-radiographic axial spondyloarthritis: a meta-analysis. *Arthritis Research & Therapy* 2016;18(1):196.
48. Vander Cruyssen B, Vastesaeger N, Collantes-Estévez E. Hip disease in ankylosing spondylitis. *Current Opinion in Rheumatology* 2013;25(4): 448-54.
49. Rodriguez A, Calonge M, Pedroza-Seres M, et al. Referral patterns of uveitis in a tertiary eye care center. *Arch Ophthalmol* 1996;114(5):593-9.
50. Razumova IY, Godzenko AA, Vorob'eva OK, Guseva IA. Prospektivnoe issledovanie uveitov pri spondiloartritakh i ikh assotsiatsii s antigenom gistosovmestimosti HLA-V27 [Uveitis in spondyloarthritis patients and its

- association with HLA-B27 histocompatibility antigen: prospective study]. *Vestn Oftalmol* 2016;132(4):4-9.
51. Gensler LS. Clinical features of axial spondyloarthritis. In: Hochberg MC, Silman AJ, Smolen JS, Weinblatt ME, Weisman MH (eds). *Rheumatology*. 6th edition. Elsevier Mosby; 2015. 946-50.
 52. Mielants H, Veys EM, Goemaere S, et al. Gut inflammation in the spondyloarthropathies: clinical, radiologic, biologic and genetic features in relation to the type of histology. A prospective study. *J Rheumatol* 1991;18(10):1542-51.
 53. Mercieca C, van der Horst-Bruinsma IE, Borg AA. Pulmonary, renal and neurological comorbidities in patients with ankylosing spondylitis; implications for clinical practice. *Curr Rheumatol Rep* 2014;16(8):434.
 54. Barbouch S, Hajji M, Jaziri F, et al. Renal amyloidosis in ankylosing spondylitis: A monocentric study and review of literature. *Saudi J Kidney Dis Transpl* 2018;29(2):386-91.
 55. Korkmaz C, Ozcan A, Akçar N. Increased frequency of ultrasonographic findings suggestive of renal stones in patients with ankylosing spondylitis. *Clin Exp Rheumatol* 2005;23(3):389-92.
 56. Momeni M, Taylor N, Tehrani M. Cardiopulmonary manifestations of ankylosing spondylitis. *Int J Rheumatol* 2011;2011:728471.
 57. Hunter T, Dubo HI. Spinal fractures complicating ankylosing spondylitis. *Arthritis & Rheumatism: Official Journal of the American College of Rheumatology*. 1983;26(6):751-9.
 58. Koçyiğit B, Akyol A. Vitamin D levels in patients with ankylosing spondylitis: Is it related to disease activity? 2018;34(5):1209-14.
 59. Van Der Weijden MAC, Claushuis TAM, et al. High prevalence of low bone mineral density in patients within 10 years of onset of ankylosing spondylitis: A systematic review. *Clin Rheumatol* 2012;31(11):1529-35.
 60. Khan MA. Clinical features of ankylosing spondylitis. In: Hochberg MC, Silman AJ, Smolen JS, Weinblatt ME, Weisman MH (eds). *Rheumatology*. Mosby, Philadelphia; 2003. 1161-81.
 61. Gündüz OH, Erdal A. Ankilozan Spondilite Tanı ve Klinik Takip. *Türkiye Klinikleri Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon-Özel Konular*. 2014;7(3):16-27.
 62. Moll J, Wright V. An objective clinical study of chest expansion. *Annals of the Rheumatic Diseases* 1972;31(1):1.
 63. Sieper J, Braun J, Rudwaleit M, Boonen A, Zink A. Ankylosing spondylitis: an overview. *Annals of the rheumatic diseases* 2002;61(suppl 3):iii8-iii18.
 64. Gladman DD. Clinical aspects of the spondyloarthropathies. *The American journal of the medical sciences* 1998;316(4):234-8.
 65. Elyan M, Khan MA. Diagnosing ankylosing spondylitis. *The Journal of Rheumatology Supplement* 2006;78:12-23.
 66. Khan MA. Update on spondyloarthropathies. *Annals of internal medicine* 2002;136(12):896-907.
 67. van der Linden S, Valkenburg HA, Cats A. Evaluation of diagnostic criteria for ankylosing spondylitis. A proposal for modification of the New York criteria. *Arthritis Rheum* 1984;27(4):361-8.
 68. Rudwaleit M, Van Der Heijde D, Khan MA, Braun J, Sieper J. How to diagnose axial spondyloarthritis early. *Ann Rheum Dis* 2004;63(5):535-43.

69. Braun J, Bollow M, Eggens U, et al. Use Of Dynamic Magnetic Resonance Imaging With Fast Imaging In The Detection Of Early And Advanced Sacroiliitis In Spondylarthropathy Patients. *Arthritis & Rheumatism* 1994;37(7):1039-45.
70. Benneth PH. Population studies of the rheumatic diseases. *Ann Rheum Dis* 1969;28(1):63.
71. Kellgren JH, Jeffery MR, Ball JF (eds). *The epidemiology of chronic rheumatism*. 1th edition. Oxford: Blackwell Scientific; 1963.
72. Van der Linden S, Valkenburg HA, Cats A. Evaluation of diagnostic criteria for ankylosing spondylitis. A proposal for modification of the New York criteria. *Arthritis Rheum* 1984;27(4):361-8.
73. Zochling J, van der Heijde D, Burgos-Vargas R, et al. ASAS/EULAR recommendations for the management of ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis* 2006;65(4):442-52.
74. van der Heijde D, Ramiro S, Landewé R, et al. 2016 update of the ASAS-EULAR management recommendations for axial spondyloarthritis. *Ann Rheum Dis* 2017;76(6):978-91.
75. Ward MM, Deodhar A, Gensler LS, et al. 2019 Update of the American College of Rheumatology/ Spondylitis Association of America/ Spondyloarthritis Research and Treatment Network Recommendations for the Treatment of Ankylosing Spondylitis and Nonradiographic Axial Spondyloarthritis. *Arthritis Rheumatol* 2019;71(10):1599-1613.
76. Dagfinrud H, Kvien TK, Hagen KB. Physiotherapy interventions for ankylosing spondylitis. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;2008(1):CD002822.
77. Poddubnyy D, Haibel H, Listing J, et al. Baseline radiographic damage, elevated acute-phase reactant levels and cigarette smoking status predict spinal radiographic progression in early axial spondyloarthritis. *Arthritis & Rheumatology* 2012;64(5):1388-98.
78. Toivanen A, Möttönen T. Ankylosing Spondylitis. *BioDrugs* 1998; 10(3):193-200.
79. Bodur H, Sivas F, Yılmaz Ö, et al. Turkish League Against Rheumatism National Recommendations for the Management of Ankylosing Spondylitis. *Turk J Rheumatol* 2011;26(3):173-86.
80. Thomas J. Helpful or Harmful? Potential Effects of Exercise on Select Inflammatory Conditions. *The Physician and Sportsmedicine* 2013;41(4): 93-100.
81. Dougados M, Baeten D. Spondyloarthritis. *The Lancet* 2011;377(9783):2127-37.
82. Escalas C, Trijau S, Dougados M. Evaluation of the treatment effect of NSAIDs/TNF blockers according to different domains in ankylosing spondylitis: results of a meta-analysis. *Rheumatology (Oxford)* 2010;49(7):1317-25.
83. Kroon FP, van der Burg LR, Ramiro S, et al. Non-steroidal antiinflammatory drugs (NSAIDs) for axial spondyloarthritis (ankylosing spondylitis and non-radiographic axial spondyloarthritis). *Cochrane Database Syst Rev* 2015;2015(7):CD010952.

84. Wang R, Dasgupta A, Ward MM. Comparative efficacy of nonsteroidal anti-inflammatory drugs in ankylosing spondylitis: a Bayesian network meta-analysis of clinical trials. *Ann Rheum Dis* 2016;75(6):1152-60.
85. Wanders A, van der Heijde D, Landewe R, et al. Nonsteroidal antiinflammatory drugs reduce radiographic progression in patients with ankylosing spondylitis: a randomized clinical trial. *Arthritis Rheum* 2005;52(6):1756-65.
86. Sieper J, Listing J, Poddubnyy D, et al. Effect of continuous versus on-demand treatment of ankylosing spondylitis with diclofenac over 2 years on radiographic progression of the spine: results from a randomised multicentre trial (ENRADAS). *Ann Rheum Dis* 2016;75(8):1438-43.
87. Akkoc N, Can G, D'Angelo S, Padula A, Olivieri I. Therapies of early, advanced, and late onset forms of axial spondyloarthritis, and the need for treat to target strategies. *Curr Rheumatol Rep* 2017;19(2):8.
88. Poddubnyy D, van der Heijde D. Therapeutic controversies in spondyloarthritis: nonsteroidal anti-inflammatory drugs. *Rheum Dis Clin North Am* 2012;38(3):601-11.
89. Barkham N, Kong KO, Tennant A, et al. The unmet need for anti-tumour necrosis factor (anti-TNF) therapy in ankylosing spondylitis. *Rheumatology (Oxford)* 2005;44(10):1277-81.
90. Garrett S, Jenkinson T, Kennedy LG, et al. A new approach to defining disease status in ankylosing spondylitis: the Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index. *J Rheumatol* 1994;21(12):2286-91.
91. Sieper J, Poddubnyy D. Axial spondyloarthritis. *Lancet* 2017;390(10089):73-84.
92. Baeten D, Sieper J, Braun J, et al. Secukinumab, an Interleukin-17A Inhibitor, in Ankylosing Spondylitis. *N Engl J Med* 2015;373(26):2534-48.
93. Zacharia B, Roy A. Ankylosing Spondylitis and Other Seronegative Arthritis. In: Takeda A (eds). *Connective Tissue Disease - Current State of the Art (Internet)*. London: IntechOpen; 2019.
94. Maksymowych WP. Progress in spondylarthritis. *Spondyloarthritis: lessons from imaging. Arthritis Res Ther* 2009;11(3):222.
95. Linden SVD, Heijde DVD, Braun J. Ankylosing Spondylitis. In: Harris ED JR (eds). *Kelleys text book of Rheumatology*. 7th Edition. Elsevier; 2005. 1125-41.
96. Sudot-Szopinska I, Urbanik A. Diagnostic imaging of sacroiliac joints and the spine in the course of spondyloarthropathies. *Pol J Radiol* 2013;78(2):43-9.
97. Barozzi L, Olivieri I, De Matteis M, et al. Seronegative spondylarthropathies: imaging of spondylitis, enthesitis and dactylitis. *Eur J Radiol* 1998;27 (suppl 1):12-7.
98. Hing B, Sathyaputri L, Potash JB. A comprehensive review of genetic and epigenetic mechanisms that regulate BDNF expression and function with relevance to major depressive disorder. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics* 2018;177(2):143-67.
99. Schaakxs R, Hannie C, Lamers F, et al, Associations between age and the course of major depressive disorder: a 2-year longitudinal cohort study. *Lancet Psychiatry*. 2018;5(7):581-90.

100. Tezcan AE. Depresyonda. Ankara: Elma Yayınevi; 2012.
101. Hagop S, Thase ME. Mood Disorders. In: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P (eds). Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2017. 4099-406.
102. Institute of Health Metrics and Evaluation. Global Health Data Exchange; 2009.
103. Hankin BI, Abramson LY, Moffitt TE, Silva PA, McGee R. Development of depression from preadolescence to young adulthood, emerging gender differences in a 10-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology* 1998;107(1):128-40.
104. APA. Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5 (DSM-5). 5th edition. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
105. Köroğlu E. Depresyon nedir? Nasıl baş edilir? 5. Baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2005.
106. Bülbül F, Çakir Ü, Ülkü C, et al. Childhood trauma in recurrent and first episode depression. *Anatolian Journal of Psychiatry* 2013;14(2), 93.
107. Nabeshima T, Kim HC. Involvement of Genetic and Environmental Factors in the Onset of Depression. *Experimental Neurobiology* 2013;22(4), 235-43.
108. Arnow BA, Blasey CM, Hunkeler EM, Lee J, Hayward C. Does Gender Moderate the Relationship between Childhood Maltreatment and Adult Depression? *Child Maltreatment*, 2011;16(3):175-83.
109. Miller JA, Işık M (eds). İstanbul: Özgür Yayınevi; 2002.
110. Işık E. Depresyon ve bipolar bozukluk. İstanbul: Görsel Sanatlar Matbaası; 2003.
111. Shader RI, Ciraulo DA. Pharmacotherapy of depression. New York: Humana Press; 2011.
112. Durbin E. Depression 101. New York: Springer Publishing Company; 2014.
113. Meng X, Brunet A, Turecki G, et al. Risk factor modifications and depression incidence: A 4-year longitudinal canadian cohort of the montreal catchment area study. *BMJ Open* 2017;7(6):e015156.
114. Patten SB, Stuart HL, Russell ML, Maxwell CJ, Arboleda-Flórez J. Epidemiology of major depression in a predominantly rural health region. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2003;38(7):360-5.
115. Kara E. Üniversite öğrencilerinin depresyon düzeylerinin bağlanma stilleri ve bilinçli farkındalık ile ilişkisi: Öz kontrolün aracılık rolü (Yüksek Lisans Tezi). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi; 2016.
116. Öztürk O. Ruh sağlığı ve bozuklukları. İstanbul: Nobel Yayın Dağıtım; 2004.
117. Helvacı ÇF, Hocaoğlu Ç. Major depresif bozukluk tanımı, etyolojisi ve epidemiyolojisi: Bir gözden geçirme. *Journal of Contemporary Medicine* 2016;6(1):51-66.
118. Freud S. Mourning and Melancholia. The Standart edition of complete psychological Works of Sigmund Freud. 14th edition. London: Hogarth Press; 1957.
119. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları I. 12. Baskı. Ankara: Bayt Ltd. Şti.; 2014.

120. Savaşır I, Soygüt G, Barışkın E. Bilişsel Davranışçı Terapiler. 4. Baskı. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları; 2009.
121. Lewinsohn PM, Amenson CS. Some relations between pleasant and unpleasant mood-related events and depression. *Journal of Abnormal Psychology* 1978;87(6):644-54.
122. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. *Cognitive Therapy of Depression*. 4. Baskı. New York: The Guildford Press; 1979.
123. Hollon SD, Kriss MR. Cognitive factors in clinical research and practice. *Clin Psychol Rev* 1984;4(1):35-76.
124. Lefebvre MF. Cognitive distortion and cognitive errors in depressed psychiatric and low back pain patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1981;49(4):517-25.
125. Freedman JL, Sears DO, Carlsmith JM. *Sosyal Psikoloji*. İstanbul: Ara Yayıncılık; 1989.
126. Bal U, Çakmak S, Uğuz Ş. Anksiyete Bozukluklarında Cinsiyete Göre Semptom Farklılıkları. *Arch Med Rev J* 2013;22(4):441-59.
127. Karamustafalıoğlu O, Yumrukçal H. Depresyon ve anksiyete bozuklukları. *ŞEEAH Tıp Bülteni* 2011;45(2):65-74.
128. Tükel R, Alkın T. *Anksiyete bozuklukları*. 1th edition. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları; 2006.
129. Geçtan E. *Çağdaş Yaşam ve Normal Dışı Davranışlar*. Ankara: Maya Yayınları; 1981.
130. Öztürk O, Uluşahin NA. *Ruh sağlığı ve bozuklukları*. 14th edition. Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri; 2016.
131. Sadock BJ. *Kaplan&sadock's synopsis of psychiatry behavioral sciences/ clinical psychiatry*. 11th edition. Philadelphia: Wolters Kluwer, Lippincott Williams&Wilkins; 2016.
132. Gottschalk MG, Domschke K. Novel developments in genetic and epigenetic mechanisms of anxiety. *Curr Opin Psychiatry* 2016;29(1):32-8.
133. Köknel Ö. *Kaygıdan Mutluluğa Kişilik*. 7th edition. İstanbul: Altın Kitaplar; 1985.
134. Geçtan E. *Psikanaliz ve Sonrası*. 5th edition. İstanbul: Remzi Kitabevi; 1993.
135. Atkinson RL, Atkinson R, Smith EE, Bem DJ, Nolen-Hoeksema S, Alogan Y (eds). *Psikolojiye Giriş*. Ankara: Arkadaş Yayınları; 2006.
136. Korkmaz İ. Eğitim psikolojisi. In: Yeşilyaprak B (eds). *Sosyal Öğrenme Kuramı*. 23th edition. Ankara: Pegem Yayıncılık; 2020. 245-69.
137. Kocabaşoğlu N. Anksiyete bozukluklarına genel bir bakış. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi 2008;62:175-84.
138. Padesky C. Behavioural experiments: at the crossroads. In: Bennett-Levy J, Butler G, Fenneil M, Hackman A, Mueller M, Westbrook D (eds). *Oxford Guide to Behavioural Experiments in Cognitive Therapy*. New York: Oxford University Press; 2004.
139. Greenberger D, Padesky CA, Dağyaran D (eds). *Evinizdeki terapist*. 28th edition. İstanbul: Altın Kitaplar; 2020.
140. Bremner JD. Neural circuits in fear and anxiety. In: Simon NM, Hollander E, Barbara OR, Stein DJ (eds). *The american psychiatric association*

- publishing textbook of anxiety, trauma, and OCD- related disorders. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2010.
141. Holt NJ, Bremner B, Sutherland E, et al. Psychology: The science of mind and behaviour. Boston: McGraw-Hill Higher Education; 2012.
 142. Stahl SM. Stahl's essential psychopharmacology: Neuroscientific basis and practical applications. Cambridge UK: Cambridge University Press; 2013.
 143. Shen B, Zhang A, Liu J, et al. Body image disturbance and quality of life in Chinese patients with ankylosing spondylitis. *Psychol Psychother* 2014;87(3):324-37.
 144. Xu X, Shen B, Zhang A, et al. Anxiety and depression correlate with disease and quality-of-life parameters in Chinese patients with ankylosing spondylitis. *Patient Prefer Adherence* 2016;10:879-85.
 145. Solmaz M, Binbay Z, Cidem M, Sağır S, Karacan İ. Alexithymia and self-esteem in patients with ankylosing spondylitis. *Noro Psikiyatrs Ars* 2014;51(4):350-54.
 146. Baysal O, Durmuş B, Ersoy Y, et al. Relationship between psychological status and disease activity and quality of life in ankylosing spondylitis. *Rheumatol Int.* 2011;31(6):795-800.
 147. Zou Q, Jiang Y, Mu F, Shi Y, Fang Y. Correlation of Axial Spondyloarthritis with Anxiety and Depression. *Med Sci Moni.* 2016;22:3202-8.
 148. Yildirim T, Solmaz D, Emul M, et al. Affective temperament profile in ankylosing spondylitis patients using TEMPS-A. *J Phys Ther Sci* 2017;29(3):394-400.
 149. Hakkou J, Rostom S, Mengat M, et al. Sleep disturbance in Moroccan patients with ankylosing spondylitis: prevalence and relationships with disease-specific variables, psychological status and quality of life. *Rheumatol Int* 2013;33(2):285-90.
 150. Günaydin R, Göksel AK, Ceşmeli N, Kaya T. Fatigue in patients with ankylosing spondylitis: relationships with diseasespecific variables, depression, and sleep disturbance. *Clin Rheumatol* 2009;28(9):1045-51.
 151. Hyphantis T, Kotsis K, Tsifetaki N, et al. The relationship between depressive symptoms, illness perceptions and quality of life in ankylosing spondylitis in comparison to rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol* 2013;32(5):635-44.
 152. Hakkou J, Rostom S, Aissaoui N, et al. Psychological status in Moroccan patients with ankylosing spondylitis and its relationships with disease parameters and quality of life. *J Clin Rheumatol* 2011;17(8):424-8.
 153. Aissaoui N, Rostom S, Hakkou J, et al. Fatigue in patients with ankylosing spondylitis: prevalence and relationships with disease-specific variables, psychological status, and sleep disturbance. *Rheumatol Int* 2012;32(7):2117-24.
 154. Barlow JH, Macey SJ, Struthers GR. Gender, depression, and ankylosing spondylitis. *Arthritis Care Res* 1993;6(1):45.
 155. Batmaz I, Sarıyıldız MA, Dilek B, et al. Sleep quality and associated factors in ankylosing spondylitis: relationshipwith disease parameters,

- psychological status and quality of life. *Rheumatol Int* 2013;33(4):1039-45.
156. Jiang Y, Yang M, Wu H, et al. The relationship between disease activity measured by the BASDAI and psychological status, stressful life events, and sleep quality in ankylosing spondylitis. *Clin Rheumatol* 2015;34(3):503-10.
 157. Li Y, Zhang S, Zhu J, Du X, Huang F. Sleep disturbances are associated with increased pain, disease activity, depression, and anxiety in ankylosing spondylitis: a case-control study. *Arthritis Res Ther* 2012;14(5):R215.
 158. Eren I, Sahin M, Cure E, et al. Interactions between psychiatric symptoms and disability and quality of life in ankylosing spondylitis patients. *Arch Neuropsychiatry* 2007;44:1-9.
 159. Martindale J, Smith J, Sutton CJ, et al. Disease and psychological status in ankylosing spondylitis. *Rheumatology (Oxford)* 2006;45(10):1288-93.
 160. Brionez TF, Assassi S, Reveille JD, et al. Psychological correlates of self-reported functional limitation in patients with ankylosing spondylitis. *Arthritis Res Ther* 2009;11(6):R182.
 161. Karadağ O, Nakas D, Kalyoncu U, et al. Effect of anti-TNF treatment on sleep problems in ankylosing spondylitis. *Rheumatol Int* 2012;32(7):1909-13.
 162. Brionez TF, Assassi S, Reveille JD, et al. Psychological correlates of self-reported disease activity in ankylosing spondylitis. *J Rheumatol* 2010;37(4):829-34.
 163. Singh JA, Strand V. Spondyloarthritis Is Associated with Poor Function and Physical Health-Related Quality of Life. *J Rheumatol* 2009;36(5):1012-20.
 164. Boonen A. Socioeconomic consequences of ankylosing spondylitis. *Clin Exp Rheumatol* 2002;20(6 Suppl 28):S23-S26.
 165. Frauendorf R, Pinheiro MD, Ciconelli RM. Variables related to work productivity loss in patients with ankylosing spondylitis. *Rev Bras Reumatol*. 2013;53(3):303-9.
 166. Raison CL, Capuron L, Miller AH. Cytokines sing the blues: inflammation and the pathogenesis of depression. *Trends Immunol* 2006;27(1):24-31.
 167. Berk M, Williams LJ, Jacka FM, et al. So depression is an inflammatory disease, but where does the inflammation come from? *Bmc Med* 2013;11:200.
 168. Ertenli I, Ozer S, Kiraz S, et al. Infliximab, a TNF-alpha antagonist treatment in patients with ankylosing spondylitis: the impact on depression, anxiety and quality of life level. *Rheumatology International* 2012;32(2):323-30.
 169. Zhang L, Wu Y, Liu S, Zhu W. Prevalence of Depression in Ankylosing Spondylitis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychiatry investigation* 2019;16(8):565-74.
 170. Lu Y, Mak KK, van Bever HP, et al. Prevalence of anxiety and depressive symptoms in adolescents with asthma: a metaanalysis and meta-regression. *Pediatr Allergy Immunol* 2012;23(8):707-15.


171. Zhang MW, Ho RC, Cheung MW, Fu E, Mak A. Prevalence of depressive symptoms in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Gen Hosp Psychiatry* 2011;33(3):217-23.
172. Ho RC, Mak KK, Chua AN, Ho CS, Mak A. The effect of severity of depressive disorder on economic burden in a university hospital in Singapore. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Re.* 2013;13(4):549-59.
173. Leiner BM, Cerf VG, Clark DD, et al. A brief history of the internet. *ACM SIGCOMM Computer Communication Review* 2009;39(5):22-31.
174. Kabadayı O. Ağ ortamındaki Türkçeye genel bakış. *Türk Dili ve Edebiyat Dergisi* 2006;652(91):298-314.
175. Curran J, Fenton N, Freedman D. Misunderstanding the Internet. In: Curran J (eds). *Rethinking the internet's past.* 2nd edition. United Kingdom: Routledge; 2016. 48-84.
176. Kim HK, Davis KE. Toward a comprehensive theory of problematic internet use: evaluating the role of self-esteem, anxiety, flow, and the self-rated importance of internet activities. *Computers in Human Behavior* 2009; 25:490-500.
177. Saarikko T, Westergren UH, Blomquist T. The internet of things: are you ready for what's coming. *Business Horizons* 2017;60(5):667-76.
178. Oktan V. Üniversite öğrencilerinde problemlerli internet kullanımı yalnızlık ve algılanan sosyal destek. *Kastamonu Eğitim Dergisi* 2014; 23(1):281-92.
179. Cline RJ, Haynes K. Consumer health information seeking on the Internet: the state of the art, *Health Edu Res* 2001;16 (6):671-92.
180. Rice RE, Katz JE (Eds). *The Internet and Health Communication: Experiences and expectations.* Thousand Oaks, CA: SAGE Publications Inc; 2001.
181. Yılmaz AA. Hasta-Hekim İlişkisinde Güven İletişimi (Yüksek Lisans Tezi). Antalya: Akdeniz Üniversitesi; 2005.
182. Fox S. *The engaged e-patient population.* Washington, DC: Pew Internet & American Life Project; 2008.
183. Bozkurt S. GfK Türkiye, İnternetin Hastanın Hayatındaki Rolü Çalışması. İstanbul: Digital Health Summit; 2012.
184. Doward LC, Spoorenberg A, Cook SA, et al. Development of the ASQoL: a quality of life instrument specific to ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis* 2003;62(1):20-6.
185. Duruöz T, Doward L, Turan Y, et al. Translation and validation of the Turkish version of the Ankylosing Spondylitis Quality of Life (ASQOL) questionnaire. *Rheumatol Int* 2013;33(11):2717-22.
186. Karapınar ÖK, Aslan S, Utku Ç. Panik bozukluğu, somatizasyon bozukluğu ve hipokondriaziste sağlık kaygısı. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi* 2012;1(1):43-51.
187. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol* 1959;32(1):50-5.
188. Yazıcı MK, Demir B, Tanrıverdi N, Karaağaoğlu E, Yolaç P. Hamilton anksiyete değerlendirme ölçeği, değerlendiriciler arası güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1998;9(2):114-7.

189. Akdemir A, Örsel DS, Dağ İ, et al. Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği (HDDÖ)'nin geçerliliği-güvenirliliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi* 1996;4(4): 251-9.
190. Akkoç Y, Karatepe AG, Kirazlı Y, Akar S, Akkoç N. A Turkish version of the Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index: reliability and validity. *Rheumatology International* 2005;25(4): 280-4.
191. Özer HT, Sarpel T, Gulek B, Alparslan ZN, Erken E. The Turkish version of the Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index: reliability and validity. *Clin Rheumatol* 2005;24(2):123-8.
192. Hopkins C, Moulton C. The prevalence of depression and its correlates in ankylosing spondylitis: a systematic review and meta-analysis. *Eur Psychiatry* 2016;33:148-9.
193. Zhao S, Thong D, Miller N, et al. The prevalence of depression in axial spondyloarthritis and its association with disease activity: a systematic review and meta-analysis. *Arthritis Res Ther* 2018;20(1):140.
194. Kaynak Güvener S, Güvener O, Sarıkaya PM, Özdemir AA, Şahin G. Ankilozan spondilitli hastalarda hastalık aktivitesi ile depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki. *J Turk Soc Rheumatol* 2021;13(3):94-9.
195. Bakirci Ureyen S, Solmaz D. Ankilozan Spondiliti Olan Hastalarda Depresyonun, Hastalık Aktivitesi ve Yaşam Kalite Ölçekleri Üzerine Etkileri . *Sakarya Tıp Dergisi* 2018;8(2):371-8.
196. Barışan E, Bayır D, Solmaz D. Aksiyel spondiloartrit hastalarında anksiyete düzeyinin çeşitli ölçeklerle değerlendirilmesi ve anksiyete ile ilişkili faktörler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2019;33(2): 129-37.
197. Rostom S, Dougados M, Gossec L. New tools for diagnosing spondyloarthropathy. *Joint Bone Spine* 2010;77(2):108-14.
198. Scotti N, Bascherini V, Caso F, et al. TNFa-inhibitors for ankylosing spondylitis and non-radiographic axial spondyloarthritis. *Clinical Pharmacist* 2017;9(1):10-2.
199. TurkStat, Survey on Information and Communication Technology Usage in Households and by Individuals, 2013-2020.
200. Ding Q, Bi D, Zhou Y, Bai X, Li X. Genetic and environmental sources of familial resemblance in anxiety: A nuclear twin family design. *Psychological Medicine* 2021;1-9.
201. Hettema MJ, Neale CM, Kendler SK. A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry* 2001;158(10):1568-78.
202. Lawrence PJ, Murayama K, Creswell C. Anxiety and depressive disorders in offspring of parents with anxiety disorders: A meta-analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2019;58(1):46-60.
203. Sydsjo G, Agnafors S, Bladh M, Josefsson A. Anxiety in women: A Swedish national three-generational cohort study. *BMC Psychiatry* 2018;18:168.
204. Daniel E, Rodrigues M, Jenkins JM. The development of internalizing problems in early childhood: The importance of sibling clustering. *Journal of Family Psychology* 2019;33(4):381-90.

205. Olino TM, Lewinsohn PM, Klein DN. Sibling similarity for MDD: Evidence for shared familial factors. *Journal of Affective Disorders* 2006;94(1-3):211-8.

EKLER

Ek-1. Sosyodemografik Veri Formu

	BUÜ-SUAM RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKALRI ANABİLİM DALI		
	HAMILTON DEPRESYONU DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ		
Dok.Kodu : FR-HAD-03-429-19	İlk Yay.Tarihi : 02 Mart 2011	Sayfa : 2 / 2	
Rev. No : 00	Rev.Tarihi :		

4. Hastalığından dolayı çalışmayı tamamen bırakmış. Yatan hastalarda servisteki işlerin dışında hiçbir aktivite göstermeyene ya da servis işlerini bile yardımsız yapamayanlara 4 puan verilir.
0. Düşünceleri ve konuşması normal.
1. Görüşme sırasında hafif retardasyon hissediliyor.
2. Görüşme sırasında açığı retardasyon hissediliyor.
3. Görüşmeyi yapabilmek çok zor
4. Tam stuporda.
0. Yok.
1. Ellerıyla oynuyor, saçlarını çekiyor.
2. Elini ovuşturuyor, tırnak yiyor, dudaklarını ısırıyor.
0. Herhangi bir sorun yok.
1. Subjektif gerilim ve irritabilite.
2. Küçük şeylere üzülüyor.
3. Yüzünden veya konuşmasından endişeli olduğu anlaşılıyor.
4. Korkularını daha sorulmadan anlatıyor.
0. Yok.
1. Hafif **İrileşmeye bağlı eden fizyolojik sorunlar.**
2. İlmli **Gastrointestinal: Ağzı kuruması, yellenme, sindirim bozukluğu, kramp, geğirme**
3. Şiddetli **Kardiyovasküler: Palpitasyon, baş ağrısı**
4. Çok şiddetli **Solunumla ilgili: Hiperventilyasyon, iç çekme sık idrara çıkma**
- Terleme
0. Yok.
1. İşsiz, ancak personelin ısrarıyla yiyor. Karnının şiş olduğunu söylüyor.
2. Personel zorlamasa yemek yemiyor. Barsakları ya da gastrointestinal semptomları için ilaç istiyor ya da ilaca ihtiyaç duyuyor.
0. Yok.
1. Ekstremitelerde, sırtında ya da bacağında ağır hissi. Sirt ağrıları, baş ağrısı, kaslarda sızama. Enerji kaybı, kolayca yorulma.
2. Herhangi bir kesin şikayet 2 puanla değerlendirilir.
0. Yok.
1. Hafif.
2. Şiddetli.
3. Anlaşılmadı.
0. Yok.
1. Kuruntulu
2. Aldığı sağlık konularına talimsiz durumda.
3. Sık sık şikayet ediyor, yardım istiyor.
4. Hipokondriyatik delüzyonları.
- A. Tedavi öncesinde (anamnez bulguları)
0. Kilo kaybı yok.
1. Önceki hastalığına bağlı olması zayıflama.
2. Kesin (hastaya göre) kilo kaybı.
- B. Pediatrik tarafından haftada bir yapılan hastanın tartıldığı kontrollerde
0. Haftada 0.5 kg'dan daha az zayıflama.
1. Haftada 0.5 kg'dan daha fazla zayıflama.
0. Hasta ve depresyonda olduğunun bilincinde.
1. Hastalığı biliyor ama bunu iknine, koca yiyeceklere, virüslere, tetrahabs ihtiyacı olduğuna bağlıyor.
2. Hasta olduğunu kabul etmiyor.

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
Tarih : 28.07.2021
Karar No : 2021-40/32

Bu doküman Bursa Uludağ Üniversitesi Rektörlüğü'ne aittir. Başkaları tarafından kullanılamaz ve çoğaltılamaz.

Ek-2. Ankilozan Spondilit Yaşam Kalitesi Ölçeği

ANKILOZAN SPONDİLİT YAŞAM KALİTESİ SORU FORMU (ASQoL)		
Lütfen her soruyu dikkatlice okuyunuz ve sizin şu anki durumunuza en uygun olan tek seçeneği işaretleyiniz.		
Hastalığım gidebileceğim yerleri kısıtlıyor.	<input type="checkbox"/> EVET	<input type="checkbox"/> HAYIR
Bazen içimden ağlamak geliyor.	<input type="checkbox"/> EVET	<input type="checkbox"/> HAYIR
Giyinmede zorluk çekiyorum.	<input type="checkbox"/> EVET	<input type="checkbox"/> HAYIR
Evdeki işleri yapmakta zorlanıyorum.	<input type="checkbox"/> EVET	<input type="checkbox"/> HAYIR
Hastalığımdan dolayı uyumak imkansız.	<input type="checkbox"/> EVET	<input type="checkbox"/> HAYIR
Ailem ve arkadaşlarımla birlikte etkinliklere katılmam çok zor oluyor.	<input type="checkbox"/> EVET	<input type="checkbox"/> HAYIR
Her zaman yorgunum.	<input type="checkbox"/> EVET	<input type="checkbox"/> HAYIR
Bir iş yaparken dinlenmek için sık sık ara veriyorum.	<input type="checkbox"/> EVET	<input type="checkbox"/> HAYIR
Dayanılmaz ağrım var.	<input type="checkbox"/> EVET	<input type="checkbox"/> HAYIR
Sabahları kendimi toparlayıp güne başlamam uzun süre alıyor.	<input type="checkbox"/> EVET	<input type="checkbox"/> HAYIR
Evdeki işleri yapmam imkansız.	<input type="checkbox"/> EVET	<input type="checkbox"/> HAYIR
Kolayca yoruluyorum.	<input type="checkbox"/> EVET	<input type="checkbox"/> HAYIR
Kendimi sık sık engellenmiş ve çaresiz hissediyorum.	<input type="checkbox"/> EVET	<input type="checkbox"/> HAYIR
Her zaman ağrım var.	<input type="checkbox"/> EVET	<input type="checkbox"/> HAYIR
Hastalığımdan dolayı çok şey kaçırdığımı hissediyorum.	<input type="checkbox"/> EVET	<input type="checkbox"/> HAYIR
Saçımı yıkamakta zorlanıyorum.	<input type="checkbox"/> EVET	<input type="checkbox"/> HAYIR
Hastalığım moralimi bozuyor.	<input type="checkbox"/> EVET	<input type="checkbox"/> HAYIR
Hastalığımdan başkalarının planlarını bozmasından endişe ediyorum	<input type="checkbox"/> EVET	<input type="checkbox"/> HAYIR

TOPLAM:

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır
Tarih : 28.09.2021
Karar No : 2021-10/32

Ek-3. Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği

Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HAM-A)

HAMILTON ANKSİYETE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

0. Yok
1. Hafif (düzensiz ve kısa sürelerle ortaya çıkar)
2. Orta (daha süreli ve daha uzun süreli olarak ortaya çıkar, hastanın bunlarla başa çıkması önemli çabaları gerektirir)
3. Şiddetli (sürekli, hastanın yaşamına egemen)
4. Çok şiddetli (kişiyi inkapasite durumuna getirir)

Birini İşaretleyin

1. ANKSİYETELİ MIZAÇ: Endişeler, kötü bir şey olacağı beklentisi, korkulu belediş, imitabilite.	0	1	2	3	4
2. GERİLİM: Gerilim duyguları, bitkinlik, irkilme tepkileri, kolayca ağlamaya başlama, ürperme, yerinde duramama, gevşeyememe.	0	1	2	3	4
3. KORKULAR: Karanlıktan, yabancılarından, yalnız bırakılmaktan, hayvanlardan, trafik ve kalabalıktan.	0	1	2	3	4
4. UYKUSUZLUK: Uykuya dalmada güçlük, bölünmüş uyku, doğurucu olmayan uyku, uyanıldığında bitkinlik, düşler, karabasanlar, gece korkuları.	0	1	2	3	4
5. ENTELLEKTÜEL (kognitif): Konsantrasyon güçlüğü, bellek zayıflaması.	0	1	2	3	4
6. DEPRESİF MIZAÇ: İlgisi yitimi, hobilerden zevk alamama, depresyon, erken uyanma, gün içinde dalgalarımalar.	0	1	2	3	4
7. BEDENSEL: (Musculer): Ağrılar, seyirmeler, kas gerginliği, miyoklonik sıçramalar, diş gıcırdatma, titrek konuşma, artmış kas tonusu.	0	1	2	3	4
8. SOMATİK: (Duyusal): Kulak çınlaması, görme bulanıklığı, sıcak ve soğuk basmaları, güçsüzlük duyguları, karıncalanma durumu.	0	1	2	3	4
9. KARDİYOVASKÜLER SEMPTOMLAR: Taşikardi, çarpıntı, göğüs ağrılar, damarların titreşmesi, baygınlık duygusu, ekstrasistoller.	0	1	2	3	4

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Anjistik Enjistik Kurumu
Sözleşmeli Öğretim Görevlisi
Tarih : 28.09.2021
Kısayı : 2021-10/321

10. SOLUNUM SEMPTOMLARI: Göğüste basık veya sıkışma, boğulma duygusu, iç çeleme, dispne.	0	1	2	3	4
11. GASTROİNTESTİNAL SEMPTOMLAR: Yutma güçlüğü, bağırsaklarda gaz, karın ağrısı, yanma duyguları, karında dolgunluk, bulantı, kusma, gurultu, ishal, kilo kaybı, konstipasyon.	0	1	2	3	4
12. GENTOÜRİNER SEMPTOMLAR: Sık işeme, amenore, menoraji, fibrülide gelişimi, erken boşalma, libido kaybı, empotens.	0	1	2	3	4
13. OTONOMİK SEMPTOMLAR: Ağız kuruluğu, yüz kızarması, soğunluk, terleme eğilimi, baş dönmesi, gerilim baş ağrısı, saçların diken diken olması.	0	1	2	3	4
14. GÖRÜŞME SIRASINDAKİ DAVRANIŞ: Yerinde duramama, huzursuzluk veya gezinme, ellerde titremeler, alında kızama, gergin yüz, iç çeleme veya hızlı solunma, yüz soğunluğu, yutkunma, geğirme, canlı tendon sıçramaları, dilate pupiller, egzofthalmus.	0	1	2	3	4


TOPLAM:

PSİŞİK:
(1,2,3,5,6)SOMATİK
(4,7,8,9,10,11,12,13)

Değerlendiren Dr:

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
Tarihinden onaylanmıştır
Sayı : 28.09.2021
Karar No : 2021-10/32

Ek-4. Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği

	BUÜ-SUAM RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI		
	HAMILTON DEPRESYONU DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ		
	Dok.Kodu : FR-HAD-03-429-19	İlk Yay.Tarihi : 02 Mart 2011	Sayfa : 1 / 2
Rev. No : 00	Rev.Tarihi :		

Hasta Adı/Soyadı:
Doğum Tarihi (gün/ay/yıl): / /
Protokol No:

- | | |
|---|---|
| 1. Depresif ruh hali
(ümitsizlik, çaresizlik, değersizlik) | 0. Yok
1. Yalnızca sorulan cevaplarca anlaşılıyor.
2. Hasta bu durumları kendiliğinden söylüyor.
3. Hastada bunların bulunduğu, yüz ifadesinden, postüründen, sesinden ve ağlamasından anlaşılıyor.
4. Hasta bu durumlardan birinin kendisinde bulunduğunu, konuşma sırasında sözlü veya sözsüz olarak belirtiyor. |
| 2. Suçluluk duyguları | 0. Yok
1. Kendi kendini küçüyor, insanları üzdüğünü sanıyor.
2. Eski yaptıklarından dolayı suçluluk hissediyor.
3. Şimdiki hastalığı bir cezalandırma. Suçluluk hazeyanları.
4. Kendisini iftihar ya da itham eden sesler işliyor ve/veya kendisini tehdit eden görsel hallucinasyonlar görüyor. |
| 3. İntihar | 0. Yok
1. Hayatı yaşamaya değer bulmuyor.
2. Keşke ölmüş olsaydım diye düşünüyor veya benzer düşünceler besliyor.
3. İntihar düşünüyor ya da bu düşüncesini belli eden jestler yapıyor.
4. İntihar girişiminde bulunmuş (herhangi bir ciddi girişim 4 puanla değerlendirilir). |
| 4. Uykuya dalamamak | 0. Bu konuda zorluk çekmiyor.
1. Bazen gece yatıldığında yarım saat kadar uyuymadığından şikâyetçi.
2. Gece boyunca gözünü bile kırmadığından şikâyet ediyor. |
| 5. Geceyarısı uyanmak | 0. Herhangi bir sorunu yok.
1. Gece boyunca huzursuz ve rahatsız olduğundan şikâyetçi.
2. Gece yarısı uyanıyor. Yataktan kalkarak 2 puanla değerlendirilir (herhangi bir neden olmaksızın). |
| 6. Sabah erken uyanmak | 0. Herhangi bir sorunu yok.
1. Sabah erkenden uyanıyor ama sonra tekrar uykuya dalgıyor.
2. Sabah erkenden uyanıp tekrar uyuşamıyor ve yataktan kalkıyor. |
| 7. Çalışma ve aktiviteler | 0. Herhangi bir sorunu yok.
1. Aktivitelerle, işle ya da boş zamanlardaki meşguliyetlerle ilgili olarak kendini yetersiz hissediyor.
2. Aktivitelerine, işine ya da boş zamanlardaki meşguliyetlerine karşı olan ilgisini kaybetmiş; bu durum ya hastanın bizzat kendisi tarafından bildiriliyor ya da başkaları onun kayıtsız, kararsız, mütereddit olduğunu belirtiyor (işinden ve aktivitelerinden çekilmesi gerektiğini düşünüyor).
3. Aktivitelerinde harcadığı süre veya üretim azalıyor. Hastanede yatarken her gün en az 3 saat, servisteki işlerinin dışında aktivite göstermeyenlere her gün en az 3 puan verilir. |

Bu doküman Bursa Uludağ Üniversitesi Rektörlüğü'ne aittir. Başkaları tarafından kullanılmamaz.

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Anestezikler Ekli Kurulu
Protokol No: 28.07.2021
Karar No: 2021-10/32



**BUU-SUAM RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI
HAMILTON DEPRESYONU DERCELENDİRME ÖLÇEĞİ**

Dok.Kodu : FR-HAD-03-429-19

İlk Yay.Tarihi : 02 Mart 2011

Sayfa

Rev. No : 00

Rev.Tarihi :

2 / 2

8. Retardasyon
(düşünce ve konuşmalarda yavaşlama, konsantrasyon yeteneğinde bozulma, motor aktivitede azalma)
9. Ajitasyon
10. Psikik anksiyete
11. Somatik anksiyete
12. Somatik semptomlar
Gastrointestinal
13. Somatik semptomlar
Genel
14. Genital semptomlar
(libido kaybı, adet bozukluktan vb.)
15. Hipokondriyalık
16. Zayıflama
(A ya da B'yi doldurunuz)
17. Durumu hakkında görüşü
4. Hastalığından dolayı çalışmaya tamamen bırakma. Yatan hastalarda servisteki işlerin dışında hiçbir aktivite göstermeyenlere ya da servis işlerini bile yarımsız yapamayanlara 4 puan verilir.
0. Düşünceleri ve konuşması normal.
1. Görüşme sırasında hafif retardasyon hissediliyor.
2. Görüşme sırasında açıkça retardasyon hissediliyor.
3. Görüşmeyi yapabilmek çok zor
4. Tam stuporda.
0. Yok.
1. Ellerle oynuyor, saçlarını çekiyor.
2. Elini ovuşturuyor, tırnak yiyor, dudaklarını ısırıyor.
0. Herhangi bir sorun yok.
1. Subjektif gerilim ve irritabilite.
2. Küçük şeylere üzülüyor.
3. Yüzünden veya konuşmasından endişeli olduğu anlaşılıyor.
4. Korkulanı daha sorulmadan anlatıyor.
0. Yok.
1. Hafif
2. İlmli
3. Şiddetli
4. Çok şiddetli
- Anksiyeteye eşlik eden fizyolojik sorunlar:**
Gastrointestinal: Ağz kuruması, yellenme, sindirim bozukluğu, kramp, geğirme
Kardiyovasküler: Palpitasyon, baş ağrısı
Solunumla ilgili: Hiperventilasyon, iç çekme sık idrara çıkma
Terleme
0. Yok.
1. İhtihaz, ancak personelin ısrarıyla yiyor. Karmın şiş olduğunu söylüyor.
2. Personel zorlamasa yemek yemiyor. Barsakları ya da gastrointestinal semptomları için ilaç istiyor ya da ilaca ihtiyacı duyuyor.
0. Yok.
1. Ekstremitelerde, sırtında ya da başında ağrıları hissi. Sirt ağrılan, baş ağrısı, kaslarda uzama. Enerji kaybı, kolayca yorulma.
2. Herhangi bir kesin şikayet 2 puanla değerlendirilir.
0. Yok.
1. Hafif.
2. Şiddetli.
3. Anlaşılmadı.
0. Yok.
1. Kuruntulu
2. Aklına sağlık konularına talimci durumda.
3. Sık sık şikayet ediyor, yardım istiyor.
4. Hipokondriyalık delüzyonları.
- A. Tedavi öncesinde (anamnez bulguları)
0. Kilo kaybı yok.
1. Önceki hastalığına bağlı olması zayıflama.
2. Kesin (hastaya göre) kilo kaybı.
- B. Psikiyatrik tarafından haftada bir yapılan hastanın tartıldığı kontrollerde
0. Haftada 0.5 kg'dan daha az zayıflama.
1. Haftada 0.5 kg'dan daha fazla zayıflama.
0. Hasta ve depresyonda olduğunun bilincinde.
1. Hastalığını biliyor ama bunu ikidne, kilo yiyeceklere, vücutlara, istihabate ihtiyacı olduğuna bağlıyor.
2. Hasta olduğunu kabul etmiyor.

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır.
Tarih : 28.07.2021
Karar No : 2021-10/32

Bu doküman Bursa Uludağ Üniversitesi Rektörlüğü'ne aittir. Başkaları tarafından kullanılamaz ve çoğaltılamaz.

Ek-5. Bath Ankilozan Spondilit Hastalık Aktivite İndeksi

Adı- Soyadı:.....

Tarih:.....

BASDAI⁵

Geçtiğimiz hafta ile ilgili olarak aşağıdaki her soruya yanıtınızı göstermek için her bir çizgi üzerine bir işaret koyunuz.



GEÇEN HAFTA İÇİNDE

1. Halsizlik/yorgunluk düzeyinizi genel olarak nasıl tanımlarsınız?



2. Ankilozan spondilite bağlı boyun,sırt, bel veya kalça ağrılarınızın düzeyini genel olarak nasıl tanımlarsınız?



3. Boyun, sırt, bel ve kalçalarınızın dışındaki diğer eklemlerinizdeki ağrı/şişliğin düzeyini genel olarak nasıl tanımlarsınız?



4. Dokunmaya veya baskıya karşı hassas olan bölgelerinizde duyduğunuz rahatsızlığın düzeyini genel olarak nasıl tanımlarsınız?



A (1-4. sorular için toplam skor)=.....

5. Uyandıktan sonraki sabah tutukluğunuzun düzeyini genel olarak nasıl tanımlarsınız?



6. Uyandıktan sonraki sabah tutukluğunuz ne kadar sürüyor?



B (5-6. sorular için toplam skor)=.....

TOPLAM:.....

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
Tarih : 28.07.2021
Karar No : 2021-10/27

Ek-6. Bath Ankilozan Spondilit Fonksiyonel İndeksi

Adı- Soyadı:.....

Tarih:.....

BASFI*

Aşağıdaki aktiviteleri ne ölçüde yapabildiğinizi göstermek için lütfen aşağıdaki çizgiler üzerine işaret koyunuz.



GEÇEN HAFTA GİRİMLİ

1. Çoraplarınızı (ya da kütütlü çoraplarınızı) bir başkasının yardımı olmadan giyebiliyor muydunuz?



2. Yardımcı bir araç olmadan yerde duran bir kalemi almak için belinizden öne doğru eğilebiliyor muydunuz?



3. Yüksek bir rafa bir başkasından yardım almadan ya da yardımcı araç olmadan uzanabiliyor muydunuz?



4. İskemleden ellerinizi kullanmadan veya bir yardım almadan kalkabiliyor muydunuz?



5. Yerde sırtüstü yatarken yardım almadan kalkabiliyor muydunuz?



6. Rahatsız olmadan ayakta 10 dakika desteksiz durabiliyor muydunuz?



7. Her basamağa bir adım atarak, merdiven trabzanı ya da baston kullanmadan 12 - 15 basamak çıkabiliyor muydunuz?



8. Vücudunuzu döndürmeden omzunuzun üzerinden bakabiliyor muydunuz?



9. Fizik tedavi egzersizleri, bahçe işleri ya da spor yapabiliyor muydunuz?



10. Evde ya da işyerinde, bir gün içindeki tüm aktivitelerinizi yapabiliyor muydunuz?



Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar EMK Kurulu
İzmirden online
Tarih : 23.09.2021
Kıvrak No : 2021-40/32

Ek-7. Ankilozan Spondilit Hastalarda Hastalıklarını İnternette Araştırma Motivasyonu Değerlendirme Formu

Ankilozan Spondilit Tanılı Hastalarda Hastalıklarını İnternette Araştırma Motivasyonu Değerlendirme Formu

- 1- Hastalığınızla alakalı internette araştırma yapar mısınız?
(Cevabınız evet ise; ortalama haftada kaç gün ve günde kaç saat olduğunu belirtiniz.)
 Evet haftada.....gün,
günde.....saat.
 Hayır
- 2- Hastalığınızla ilgili internet üzerinden yaptığınız araştırmalar gün içinde aklınızı meşgul ediyor mu?
(Cevabınız evet ise; günde ortalama kaç saat olduğunu belirtiniz)
 Evet günde.....saat.
 Hayır
- 3- Hastalığınızla alakalı internet üzerinden forumlara katılır mısınız?
 Evet
 Hayır
- 4- Herhangi bir Ankilozan Spondilit hasta dayanışma grubuna üye misiniz?
 Evet
 Hayır
- 5- Doktora başvurmadan önce internette hastalığınızla ilgili araştırma yapar mısınız?
 Evet
 Hayır

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
Burdur'dan onaylanmıştır:
Tarih: 28.03.2021
Karar No: 2021-10/32

İnternetten Araştırma Motivasyonları Anket Formu					
Euforizasyon	(1) Kesinlikle Katılmıyorum	(2) Katılmıyorum	(3) Ne Katılmıyorum Ne De Katılmıyorum	(4) Katılıyorum	(5) Kesinlikle Katılıyorum
İnternetten araştırma yapıyorum çünkü;					
Daha önce hakkında bir şeyler bilmediğim pek çok hastalık ve sağlık bilgisini internetten öğrendim/öğreniyorum.					
Sağlık ve tıpla ilgili pek çok teknolojik yeniliği yada gelişmeyi internetteki araştırmalarından öğreniyorum.					
Sağlığımı koruma ve geliştirmede yararlı bilgiler sunuyor.					
Hastahğimla alakalı çevremdekilerle konuşmadığım konuları internette ele alıyorlar ve ben bu bilgileri internetten öğrenebiliyorum.					
Kendi hastahğim hakkında çok şey öğreniyorum.					
Hastahğimla alakalı başıma gelebilecekler hakkında bilgim olsun istiyorum.					
Benimle ilgili olmasa da genel olarak hastalıklarla ilgili bilgi ediniyorum.					
Kişisel sağlık bilgimi artırdığımı düşünüyorum.					
İnternette verilen bilgileri daha inandırıcı buluyorum.					
İnternetteki bilgilere doktorlardan daha çok güveniyorum.					
Destek/Paylaşma					
Benimle aynı hastalığa sahip arkadaşlarımla birlikte araştırma yapıyoruz ve sonra üzerinde konuşuyoruz.					
Hastahği olan ya da tedaviyle hastahkları kontrol altında olan kişileri görünce kendimde güç hissediyorum ve hastahğimla başa çıkabileceğimi düşünüyorum.					
Diğer insanlarla hastahğim konusunda diyalog kurmama olanak sağlıyor.					
Çevrede hastahğımı anlatabileceğim kimse yok, internetten araştırdığımda ya da hastaların hikayelerini okuduğumda ben kendi derdimi anlatıyormuş gibi hissediyorum.					

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
İzmir'de oturuyoruz
Tarih : 28.07.2021
Karar No : 2021-10/32

Benim için internetteki bilgiler önemli olduğundan çoğunlukla verilen önerileri uyguluyorum.					
Farkındalık					
Benim durumumda olan insanları görmek bana manevi destek sağlıyor.					
Sağlığımın kıymetini anlamama olanak sağlıyor.					
İnternetteki bilgiler sayesinde tıbbın geldiği seviyeyi görüyorum ve kendimi daha çok güvende hissediyorum.					
Hastalığımla ilgili verilen örneklerde sanki beni anlatıyorlarmış gibi hissediyorum.					
Alişkanlık					
İnternette hastalığım hakkında araştırma yapmak benim için sosyal bir aktivitedir.					
İlk araştırmamdan bu yana internette hastalığım ile ilgili araştırma yapmak/öğrenmek bende bir alışkanlık oldu.					
Hastalığımın ilerlemesinin engellemesini/tedavisini sağlamak için yaptığım işlerden birisi internette hastalığımla alakalı araştırma yapmaktır.					
Kişisel fayda					
Diğer bilgi kaynaklarıyla kıyaslandığında internette daha anlaşılır türde bilgi veriliyor.					
İnternetteki bilgiler sayesinde sigara kullanmayı bıraktım.					
İnternetteki bilgiler sayesinde düzenli egzersiz yapmaya başladım.					
Hastalığım ve hastalığıma ilişkin bilgilerin benim hayatımda oldukça önemli bir yeri olduğu için internette araştırıyorum.					
İnternette hastalığımla ilgili öğrendiğim bilgiler sayesinde yaşam kalitem artıyor.					

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
Tarih : 28.09.2021
Karar No : 2021-40/32

TEŞEKKÜR

Tezimin hazırlanmasında ve uzmanlık eğitimim boyunca emeğini, desteğini ve bilgisini benden esirgemeyen çok değerli tez danışmanım Prof. Dr. S.Saygın Eker'e,

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan değerli hocalarım Prof. Dr. Selçuk Kırlı, Prof. Dr. Aslı Sarandöl, Doç. Dr. E. Yusuf Sivrioğlu ve Prof. Dr. Cengiz Akkaya,

Tezimle ilgili her konuda yardımlarını esirgemeyen ve her zaman destek olan değerli Prof. Dr. Yavuz Pehlivan ve Öğr. Gör. Dr. Belkıs Nihan Coşkun'a,

Her zaman birlikte keyifle çalıştığım, parçası olmaktan gurur ve mutluluk duyduğum, tüm araştırma görevlisi arkadaşlarıma, klinik ve poliklinikteki hemşire, sekreter, personel olmak üzere tüm Uludağ Psikiyatri Ailesi'ne,

Rotasyonlarım süresince eğitimime ve bilgilerime katkısı olan değerli öğretim üyelerine ve hekim arkadaşlarıma,

Bana bu süreçte sürekli destek veren, yanımda olan, yardımlarını hiçbir zaman esirgemeyen, evlatları olmaktan gurur duyduğum anneme ve babama, biricik kardeşime çok teşekkür ederim.

ÖZGEÇMİŞ

9 Nisan 1992 tarihinde Erciş'te doğdum. İlk 6 sınıfı Hendek Cumhuriyet İlköğretim Okulu'nda, 7. ve 8. Sınıfları Sakarya Özel Ufuk İlköğretim Okulu'nda okudum. Lise eğitimimi 2006-2010 yılları arasında Sakarya Özel Işık Fen Lisesi'nde tamamladım. 2010-2016 yılları arasında Trabzon'da Karadeniz Teknik Üniversitesi'nde tıp fakültesi eğitimimi tamamlayarak mezun oldum. Mezuniyet sonrası 6 ay Sakarya Hendek Toplum Sağlığı Merkezi'nde mecburi hizmet görevimi yaptım. Ardından Nisan 2017'de Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda araştırma görevlisi olarak çalışmaya başladığım görevimden Ağustos 2017'de istifa ederek ayrıldım. 14 Ağustos 2017 tarihinde Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda araştırma görevlisi olarak çalışmaya başladım. Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler Derneği tarafından verilen Bilişsel ve Davranışçı Terapiler (BDT) eğitimine süpervizyon sürecinde olmak üzere devam etmekteyim.