



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
FİZİKSEL TIP VE REHABİLİTASYON
ANABİLİM DALI

**ANKİLOZAN SPONDİLİT HASTALARINDA BEDEN İMAJI VE
GÖRÜNÜŞ KAYGISI: BENLİK SAYGISI, HASTALIK ALGISI,
EMOSYONEL DURUM İŞ VE SOSYAL YAŞAMA KATILIM İLE
İLİŞKİSİ**

Dr. Taha Can İNAN
TIPTA UZMANLIK TEZİ

SAMSUN - 2022



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
FİZİKSEL TIP VE REHABİLİTASYON
ANABİLİM DALI

**ANKİLOZAN SPONDİLİT HASTALARINDA BEDEN İMAJI VE
GÖRÜNÜŞ KAYGISI: BENLİK SAYGISI, HASTALIK ALGISI,
EMOSYONEL DURUM İŞ VE SOSYAL YAŞAMA KATILIM İLE
İLİŞKİSİ**

Dr. Taha Can İNAN
TIPTA UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Gamze ALAYLI

TEŞEKKÜR

Tıpta uzmanlık eğitim sürem boyunca engin tecrübe ve bilgisini bizden hiçbir zaman esirgemeyen, en yoğun zamanlarında bile eğitimden ödün vermeyip bize değerli vaktini ayıran, biz asistanlarına ve öğrencilerine iyi bir hekim olmanın yanında iyi bir insan olarak da rol model olan, bir sorun ile karşılaştığımda veya herhangi bir konu hakkında her zaman gönül rahatlığı ile danışıp iletişime geçebildiğim, güler yüzlü, mütevazı, biz asistanlarına karşı her daim sabırlı, adil olan, aile ortamı sağlayan ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, asistanı olmaktan ve kendisini tanımaktan onur duyduğum saygıdeğer hocam Prof. Dr. Ayhan BİLGİCİ'ye,

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım, tezimin her aşamasında yardımcı olan, yoğun iş temposuna rağmen kapısını ne zaman çalsam bana vaktini ayırıp geri çevirmeyen, desteğini her zaman hissettiğim, değerli tez danışman hocam Prof. Dr. Gamze ALAYLI'ya,

Uzmanlık eğitimim boyunca eğitimime katkıda bulunan, bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım hepsi birbirinden değerli Prof. Dr. Dilek DURMUŞ, Prof. Dr. Yasemin ULUS, Prof. Dr. Yeşim AKYOL, Doç. Dr. İlker İLHANLI, Dr. Öğretim Üyesi Ahmet Kıvanç CENGİZ, Dr. Öğretim Üyesi Bora UZUNER hocalarıma teşekkürlerimi sunarım.

Asistanlık sürecimde birlikte çalışma fırsatı bulduğum, hepsini tanımaktan mutluluk duyup, sayısız güzel anı biriktirdiğim, tüm asistan arkadaşlarıma, kliniğimizde birlikte çalıştığım fizyoterapist, hemşire, sekreter ve personel tüm iş arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Tanıdığım günden itibaren hayatımın her anında desteğini yanımda hissettiğim biricik eşim Cansu Petek İNAN'a çok teşekkür ederim.

Bugünlere gelmemi kendisine borçlu olduğum fedakâr aileme sonsuz teşekkür ederim ve sevgi ve saygılarımı sunarım.

Dr. Taha Can İNAN

BEYAN

"Ankilozan Spondilit hastalarında beden imajı ve görünüş kaygısı: benlik saygısı, hastalık algısı, emosyonel durum, iş ve sosyal yaşama katılım ile ilişkisi" konulu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, başka bir çalışmadan kopya edilmediğini, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarımı ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Dr. Taha Can İNAN

ÖZET

Giriş: Beden imajı kişinin bedeniyle ilgili duygu, düşünce ve algısını ifade eden çok boyutlu bir kavramdır. Negatif beden imajına sahip bir birey psikolojik sorunlar yaşayabilir ve sosyal yaşam ile iş yaşamına katılımı negatif yönde etkilenebilir. Ankilozan spondilit (AS) kişinin hem fonksiyonelliği hem de fiziksel görüntüsünü etkileyen inflamatuvar bir hastalıktır.

Amaç: Çalışmamızda AS'li hastalarda beden imajı ve görünüş kaygısını değerlendirmeyi, benlik saygısı, hastalık algısı, sosyal ve iş yaşamına katılım ve emosyonel durum arasındaki ilişkiyi araştırmayı hedefledik.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamıza ASAS sınıflama kriterlerine göre AS tanısı almış 90 hasta ($41,95 \pm 11,43$ yıl) ile 89 sağlıklı birey ($41,98 \pm 10,19$ yıl) dahil edildi. Katılımcılarda ağrı vizüel analog skala (VAS), hastalık aktivitesi Bath AS Hastalık Aktivite İndeksi (BASDAI), fonksiyonel kapasite Bath AS Fonksiyonel İndeksi (BASFI), spinal mobilite Bath AS Metroloji İndeksi (BASMI), beden imajı Beden İmaj Skalası (BIS), görünüş kaygısı Sosyal Görünüş Kaygı Ölçeği (SGKÖ), benlik saygısı Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ), emosyonel durum Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HAD), işe katılım Work Instability-Ankylosing Spondylitis (WI-AS), sosyal katılım Sosyal Rol Katılım Anketi Kısa Form (k-SRKA) ile değerlendirildi.

Bulgular: AS hastalarında beden imajı, görünüş kaygısı, WI-AS, k-SRKA1 ölçek değerleri sağlıklı kontrol grubuna göre daha yüksek tespit edildi ($p < 0,05$). AS hastalarında yaş ve VKİ ile beden imajı ve görünüş kaygısı arasında korelasyon saptanmadı ($p > 0,05$). Beden imajı ve görünüş kaygısı ile VAS, BASDAI, BASMI, BASFI, KHAÖ, WI-AS, HAD Anksiyete, Depresyon ve k-SRKA1 arasında pozitif korelasyon mevcutken, RBSÖ ve k-SRKA2 ile negatif korelasyon mevcuttu ($p < 0,05$).

Sonuç: Çalışmamızda AS hastalarının daha fazla beden imaj bozukluğu ve görünüş kaygısı yaşadığını ve beden imaj bozukluğu ile görünüş kaygısının benlik saygısı, hastalık algısı, emosyonel durum ile ilişkili olduğunu, iş ve sosyal yaşama katılımı olumsuz yönde etkilediğini tespit ettik. AS hastalarını değerlendirirken beden imaj bozukluğu ve görünüş kaygısı göz önünde bulundurulmalı ve gerekirse buna yönelik bilişsel, davranışsal tedaviler, egzersiz programlarını içeren psikolojik tedavi programları önerilmelidir.

Anahtar kelimeler: ankilozan spondilit, beden imajı, görünüş kaygısı

ABSTRACT

Introduction: Body image is a multidimensional concept that expresses feelings, thoughts and perceptions about personal life. Individuals with a negative body image may experience psychological problems and their participation in social and business life may be negatively affected. Ankylosing spondylitis (AS) is an inflammatory disease that affects both functionality and physical appearance of the person.

Objective: In our study, we aimed to evaluate body image perception and appearance anxiety in patients with AS, and to investigate the relationship between self-esteem, perception of illness, participation in social and work life, and emotional state.

Materials and Methods: Our study included 90 patients (41.95±11.43 years) and 89 healthy individuals (41.98±10.19 years) diagnosed with AS according to the ASAS classification criteria. In the participants; pain by visual analog scale (VAS), disease activity by Bath AS Disease Activity Index (BASDAI), functional capacity by Bath AS Functional Index (BASFI), spinal mobility by Bath AS Metrology Index (BASMI), body image by Body Image Scale (BIS), appearance anxiety with the Social Appearance Anxiety Scale (SAAS), self-esteem with the Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES), emotional status with the Hospital Anxiety Depression Scale (HAD), work participation with Work Instability-Ankylosing Spondylitis (WI-AS), social participation Social The Role Participation Questionnaire was assessed with the Short Form (s-SRPQ).

Results: Body image, appearance anxiety, WI-AS, k-SRKA1 scale values were found to be higher in AS patients compared to the healthy control group ($p < 0,05$). No correlation was found between age and BMI, body image and appearance anxiety in AS patients ($p > 0,05$). While there was a positive correlation between body image and appearance anxiety and VAS, BASDAI, BASMI, BASFI, SCAS, WI-AS, HAD Anxiety, Depression, and s-SRPQ1, there was a negative correlation with RBSS and s-SRPQ2 ($p < 0,05$).

Conclusions: In our study, we found that AS patients experienced more body image disorders and appearance anxiety, and body image disorder and appearance anxiety were associated with self-esteem, perception of illness, and emotional state, negatively affecting participation in work and social life. Body image disorder and appearance anxiety should be taken into consideration when evaluating AS patients, and psychological treatment programs including cognitive and behavioral treatments and exercise programs should be recommended for this, if necessary.

Keywords: ankylosing spondylitis, body image, appearance anxiety

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
TEŞEKKÜR	i
BEYAN	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT	iv
İÇİNDEKİLER	v
KISALTMALAR	vii
TABLolar DİZİNİ	ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Ankilozan Spondilit	3
2.1.1. Tanım	3
2.1.2. Epidemiyoloji	3
2.1.3. Etiyoloji ve patogeneZ	4
2.1.4. Klinik özellikler	5
2.1.5. Tanı ve sınıflama kriterleri	7
2.1.6. Fizik muayene bulguları	8
2.1.7. Laboratuvar ve radyoloji bulguları	10
2.1.8. Tedavi	11
2.2. Beden İmajı	12
2.2.1. Tanım ve etkileyen faktörler	12
2.2.2. Ankilozan spondilitte beden imajı	13
3. GEREÇ VE YÖNTEM	15
3.1. Değerlendirme Parametreleri	15
3.1.1. Sosyodemografik özellikler	15
3.1.2. Ağrı düzeyinin değerlendirilmesi	16
3.1.3. Hastalık aktivitesinin değerlendirilmesi	16
3.1.4. Fonksiyonel durumun değerlendirilmesi	16
3.1.5. Mobilitenin değerlendirilmesi	17
3.1.6. Beden imajının değerlendirilmesi	17
3.1.7. Görünüş kaygısının değerlendirilmesi	17
3.1.8. Hastalık algısının değerlendirilmesi	17

3.1.9. Benlik saygısının değerlendirilmesi	18
3.1.10. İŖe katılımın değerlendirilmesi	18
3.1.11. Sosyal katılımın değerlendirilmesi	18
3.1.12. Emosyonel durumun değerlendirilmesi	19
3.1.13. Laboratuvar parametreleri	19
3.2. İstatistiksel Analiz	19
4. BULGULAR	20
5. TARTIŖMA	25
6. SONUÇLAR	32
7. KAYNAKLAR	33
8. EKLER	45

KISALTMALAR

ACR	: Amerikan Romatoloji Derneği
ANA	: Antinükleer Antikor
AS	: Ankilozan Spondilit
ASAS	: Assessment of SpondyloArthritis International Society
BASDAI	: Bath AS Hastalık Aktivite İndeksi
BASFI	: Bath AS Fonksiyonel İndeksi
BASMI	: Bath AS Metroloji İndeksi
BIS	: Beden İmaj Skalası
CRP	: C-reaktif Protein
ESH	: Eritrosit Sedimentasyon Hızı
GM-CSF	: Granülosit-Makrofaj Koloni Uyarıcı Faktör
HAD	: Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği
HLA	: İnsan Lökosit Antijen
JAK	: Janus Kinaz
KHAÖ	: Kısa Hastalık Algı Ölçeği
k-SRKA	: Sosyal Rol Katılım Anketi Kısa Form
MHC	: Major Doku Uyumluluğu Kompleksi
MRG	: Manyetik Rezonans Görüntüleme
NSAİİ	: Steroid Olmayan Antiinflamatuvar İlaçlar
RA	: Romatoid Artrit

RBSÖ	: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği
RF	: Romatoid Faktör
SGKÖ	: Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği
SİE	: Sakroiliak Eklem
SpA	: Spondiloartropati
TNF	: Tümör Nekroz Faktör
VAS	: Vizüel Analog Skala
VKI	: Vücut Kitle Endeksi
WI-AS	: AS Hastalarında İşe Katılım Ölçeği

TABLULAR DİZİNİ

Tablo 1 : 2009 Aksiyel spondiloartrit ASAS Sınıflama Kriterleri

Tablo 2 : AS Hastaları ve Kontrol Grubu Sosyodemografik Verilerin Karşılaştırılması

Tablo 3 : AS Hastalarında Klinik ve Laboratuvar Özellikleri

Tablo 4 : AS Hastaları ve Kontrol Grubu Arasında Beden İmajı, Görünüş Kaygısı, Benlik Saygısı, İş-Sosyal Katılımın ve Emosyonel Durumun Karşılaştırılması

Tablo 5 : AS Hastalarında Beden İmajı ve Görünüş Kaygısı ile Klinik Bulgular Arasındaki Korelasyon

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Beden imajı; kişinin kendisiyle ilgili algıları, düşünceleri, duyguları, davranışları, bireyin kendi bedeni, fiziksel görünüşüyle ilgili tutumları, bu tutumların onun psikolojik ve sosyal işleyişine etkileri gibi çok boyutlu unsurlardan oluşan bir kavramdır. Bedenin başkalarına nasıl görüldüğüne dair kişinin fikirleri ya da kendi bedenine yönelik hisleri ve tavırları olarak tanımlanabilmektedir. Normal bir bireyin beden imajı cinsiyet, kişilik özellikleri, kültürel ve sosyal normlar gibi pek çok faktörden etkilenir. Ayrıca hastalık aktivitesi, fiziksel kısıtlılıklar, benlik saygısı ve hastanın hastalığını nasıl algıladığı bireyin beden imajını etkileyebilir (1). Beden imajının sosyal ilişkiler üzerine önemli bir etkisi vardır. Negatif beden imajına sahip bir birey utanma, sıkılma, fiziksel görünüm konusunda anksiyete gibi psikolojik sorunlar yaşayabilir (2). Yine negatif beden imajı kişinin sosyal yaşam ve iş yaşamına katılımını negatif yönde etkileyebilir. Özellikle deformite ve disabilitelerin eşlik ettiği kronik hastalıklar, genellikle ciddi vücut imaj bozukluklarıyla beraberdir.

Ankilozan spondilit (AS) özellikle genç yaşta başlangıç gösteren, omurga eklem, entezis tutulumuyla giden kronik inflamatuvar bir hastalıktır. Omurga tutulumu ankiloza, deformitelere, postürde bozulmaya, omurga hareketlerinde kısıtlılığa ve disabiliteye neden olmaktadır. AS kişinin hem fonksiyonelliğini hem de fiziksel görüntüsünü etkileyen bir hastalıktır (3). Genç erişkin dönem vücut imajının şekillendiği, önemli olduğu bir dönem olduğu için özellikle semptomları şiddetli yaşayanlarda vücut imaj rahatsızlıkları sık görülebilmektedir.

AS hastaları ağrı, eklem sertliği ve spinal mobilite kaybı yaşarlar. Fiziksel fonksiyonlardaki kısıtlılıklar sosyal rollere katılımı olumsuz yönde etkileyebilir. Aile ve toplum içinde sosyal rolleri yerine getirebilmek zorlaşır, bu da kişinin emosyonel durumunu etkiler. Sosyal hayata katılabilmek bir insanın yaşam kalitesi için çok önemlidir. AS hastalarının önemli sosyal sonuçlarından birisi fonksiyonel yetersizlik sebebiyle ortaya çıkan iş yaşamındaki zorluklar ve işsizliktir (4,5). AS'li hastalarda vücut imaj algısı ve görünüş kaygısının değerlendirildiği çalışma sayısı sınırlıdır (6,7). Yine son yıllarda AS'li hastalarda hastalık aktivitesi, depresyon ve yaşam kalitesinin iş ve sosyal yaşama etkisini araştıran çalışmalar olmasına rağmen vücut imaj algısı ve görünüş kaygısının etkisini araştıran çalışma bulunmamaktadır (8).

Bu yüzden biz de bu çalışmamızda AS'li hastalarda vücut imaj algısı ve görünüş kaygısını değerlendirmeyi, benlik saygısı, hastalık algısı, sosyal ve iş yaşamına katılım ve emosyonel durum arasındaki ilişkiyi araştırmayı hedefledik.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Ankilozan Spondilit

2.1.1. Tanım

Ankilozan spondilit (AS) spondiloartropati (SpA) ailesinin bilinen ve en sık görülen formu olup genetik yatkınlık olarak insan lökosit antijen (HLA B27) ile ilişkili, etiyojisi tam olarak aydınlatılmamış, primer olarak sakroiliak eklem (SİE) ve omurga tutulumuna bağlı inflamatuvar sırt-bel ağrısı ile karakterize, kronik sistemik inflamatuvar romatizmal bir hastalıktır (3).

Spondiloartritler AS, psöriatik spondiloartrit, reaktif spondiloartrit, inflamatuvar barsak hastalığı ilişkili spondiloartrit ve undiferansiye spondiloartritleri içeren ortak genetik radyolojik klinik bulgular içeren bir grup hastalığı içerir (9).

SpA tutulumun baskın olduğu bölgeye göre aksiyel SpA; SİE ve omurga tutulumu ile giden veya periferik SpA; periferik eklem tutulumu ile giden daktilit entezit varlığı ön planda olarak iki gruba ayrılır (10).

2.1.2. Epidemiyoloji

Özellikle Avrupa verilerine dayanan farklı popülasyonlarda AS prevalansı % 0,1 ila 1,4 arasında değişmektedir (11). Türkiye’de AS prevalansı yapılan iki farklı çalışmadan İzmir’de yapılan çalışmada %0,49; Trabzon’da yapılan çalışmada %0,25 olarak bulunmuştur (12,13).

AS prevalansı farklı etnik grup ve toplumlarda farklılıklar göstermekte olup coğrafi dağılımda da değişkenlik bulunmaktadır ve görülen bu değişkenlik toplumdaki HLA B27 oranının farklı oranlarda görülmesi ile ilişkilendirilmiştir. AS prevalansı, HLA B27 pozitifliğinin yüksek olduğu Kuzey İskandinavya ülkelerinde sık iken; HLAB27 pozitifliğinin daha az görüldüğü Japonya’da oldukça az sıklıkta görülmektedir (14–16).

Hastalık her yaşta görülebilmekle birlikte 2. ve 3. dekatta görülme sıklığı daha fazladır. Erkeklerde kadınlardan yaklaşık 2-3 kat daha fazla görülmektedir. Genellikle kadınlarda daha geç yaşta başlamakla birlikte hastalık seyri daha yavaştır (3).

2.1.3. Etiyoloji ve patogenez

AS'nin etiyojisi kesin olarak bilinmemektedir; fakat genetik yatkınlığı olan bireylerde tetikleyici çevresel faktörlerin etkisiyle oluşan immün yanıtlar sonucu gelişen immün aracılı multifaktöryel bir hastalık olduğu düşünülmektedir. AS patogenezinde genetik faktörlerin yeri aile çalışmaları, ikizler üzerinde yapılan konkordans çalışmalar ve genetik risk modellemeleri ile gösterilmiştir. AS ile Major Doku Uyumluluğu Kompleksi (MHC) Sınıf 1 üyesi olan HLA B27 arasında diğer SpA ailesindeki hastalıklarda olduğu gibi güçlü bir ilişki bulunmaktadır. AS hastalarında %90'ın üzerinde HLA B27 pozitifliği bulunmaktadır. Genel popülasyonda HLA B27 pozitif bireylerin yaklaşık %5'inde AS hastalığı gelişmekle birlikte birinci derece akrabasında AS tanısı olan bireylerde hastalık gelişme riski 5-16 kat artmaktadır. İkiz çalışmalarında monozigotlar arasındaki konkordans oranı %25-64 iken; dizigotiklerdeki konkordans oranı %4-12 arasında değişmektedir (17–19). Bu veriler genetiğin patogenezdeki rolünde HLA B27 dışı faktörlerin de etkisinin olduğunu düşündürmektedir. Yapılan çalışmalar sonucu AS ile ilişkisi olduğu gösterilen diğer genetik faktörler arasında IL-23 reseptör (IL23R), Endoplazmik retikulum aminopeptidaz 1 (ERAP1), IL12B geni (IL12B), Runt ilişkili transkripsiyon faktör 3 (RUNX3) yer almaktadır (20–23).

HLA B27'nin AS'ye yatkınlıktaki rolü için üç farklı hipotez ortaya sürülmüştür. Birinci hipotez, bazı bakteriyel peptidler ile HLA B27 arasındaki moleküler benzerlik dolayısıyla HLA B27'nin çeşitli bakteriyel etkenlerin belirli antijenik yapıları için reseptör görevi görebileceği ve özellikle CD8 + T lenfositler aracılı otoreaktiviteye neden olabileceğidir. İkinci hipotez, HLA B27 ağır zincirlerinin itraselüler yanlış katlanması nedeniyle endoplazmik retikulum içinde birikerek strese neden olması ve sonucunda IL23 salınımını tetikleyerek IL17 aracılı T hücre aktivasyonuna neden olmasıdır. Üçüncü hipotez ise yanlış katlanmış ve homodimerler oluşturmuş HLA B27 molekülünün hücre yüzeyinde eksprese olup hedef immün hücrelerdeki

immünoglobulin benzeri reseptörlere bağlanıp onları ve inflamatuvar yolakları aktive etmesidir (24–27).

AS'li hastaların birçoğunda barsak inflamasyonu bulunması ve bu hastaların sülfosalazinden fayda görmesi ayrıca AS'li hastaların serumlarında bazı enterik bakterilere karşı gelişen IgA yüksekliği tespit edilmesi patogeneizde barsak mikrobiyatasının ve bazı enterik patojenlerin rolünün olabileceğini ortaya koymuştur (28–30). Bazı çalışmalarda özellikle fırsatçı bir patojen olan Klebsiella pnömoni AS gelişiminde doğrudan veya dolaylı olarak suçlanmış fakat sonuçlar kesinlik kazanmamıştır ve tartışmalıdır (31,32).

AS'de primer tutulum alanları apofizer ve sakroiliak eklem sinovyumları, ligament ve tendon kemiğe yapışma (entezis) noktaları ve intervertebral disk, manubriosternal eklem ve simfisis pubis gibi kartilajinöz yapılardır (3). Ligament ve tendon yapışma yerlerinde entezit ile başlayan süreç kronik dönemde entezis noktaları ve fibröz dokuda kemikleşme ile iyileşir. SİE'de erken dönemdeki inflamasyon ve sinovitin sebep olduğu eklem aralığında görülen yalancı genişlemeyi, kronik dönemde interosseoz köprüleşmeler, ossifikasyon ve ankiloz gelişimi izlemektedir (33).

2.1.4. Klinik özellikler

Kas-iskelet sistemi tutulumu

AS'li hastaların çoğunluğunda ilk yakınma sinsi başlangıçlı kronik inflamatuvar karakterde sırt-bel ağrısı ve sabah tutukludur (11). ASAS (Assessment of SpondyloArthritis International Society) kriterlerine göre inflamatuvar bel ağrısı için 40 yaşın altında başlangıç, sinsi başlangıç, gezici gluteal ağrı, istirahatle düzelme olmaması ve hareket veya egzersizle düzelme olması şeklindeki 5 kriterden en az 4'ünün pozitif olması gereklidir (34). Ağrı başlangıçta gluteal bölge derininde künt karakterde lokalize etmesi güç olabilir. Bel ve sırt bölgesinde ağrı hissedilmekle birlikte büyük torakanter bölgesine ve uyluk arkasına doğru yansıyabilir. Tek taraflı ve aralıklı başlayarak zamanla çift taraflı ve sürekli ağrı halini alabilir. Ağrı öksürük hapşırık ile artıp gece yarısı uykudan uyandıracak derecede olabilir. Genellikle yarım

saati aşan sabah tutukluğu ağrıya eşlik eder. Ağrının non-steroidal antiinflamatuvar ilaçlara (NSAİİ) dramatik yanıt vermesi tipiktir (11).

Spinal artiküler inflamasyon diskovertebral, fasetler, kostotransvers ve kostovertebral eklemler ile paravertebral ligamentlerde meydana gelmektedir. Spinal inflamasyon uzun yıllar sonra fibröz doku ve kemik yapıda ankiloza dönüşüm gösterebilir. Hastalığın ileri aşamalarında, lomber lordozun giderek kaybı ve ciddi torasik kifozun gelişimi ile uyumlu mobilite kaybı gelişir (3).

Entezit SpA'ların karakteristik lezyonudur ve spinöz çıkıntılar, kostosternal bileşkeler, iliak kristalar, büyük torakanterler, iskial tüberositaslar, tibial tüberküller ve aşıl tendon, plantar fasya tutulumuna bağlı topuklarda hassasiyet ile kendini gösterir (9,11).

Periferik eklem tutulumu özellikle alt ekstremitte büyük eklemlerde olmakla birlikte monoartiküler veya asimetrik oligoartiküler olabilir. Hastaların yaklaşık %20'sinde omuz ve kalça eklemleri de tutulur. Temporomandibuler eklemlerde etkilenip ağız açıklığında azalma ve buna bağlı çiğneme fonksiyonlarında bozulmaya neden olabilir (11).

Kas iskelet sistemi dışı tutulum

Başlangıç döneminde kronik yorgunluk, iştahsızlık, subfebril ateş, hafif kilo kaybı gibi konstitusyonel semptomlar görülebilir.

Göz tutulumunda akut anterior üveit, AS'de en yaygın görülen ekstraartiküler bulgudur. Genellikle tek taraflı tutulum görülür ve HLA B27 pozitif hastalarda ve periferik eklem tutulumuna sahip hastalarda daha sık tutulum görülür. Bazen hastalık ilk bulgusu olarak da görülebilir. Gözde ağrı, kızarıklık, fotofobi ve yaşarma şikayetleri ile kendini gösterir. Tekrarlayabilir ve ataklar 3 ay sürebilir. Erken tanı ve tedavi ile sekelsiz iyileşir fakat sineşilere sebep olup glokoma neden olabilir (35).

AS'li hastalarda görülebilen kardiyak tutulum bulguları aortit, aort dilatasyonu, valvüler disfonksiyon, perikardit, iletim defekti ve miyokardiyal disfonksiyondur ve

HLA B27 pozitifliği görülen hastalarda daha sık görölmektedir (36). Görölme sıklığı hastalık süresi ve yaşla artmaktadır (11).

Apikal pulmoner fibrozis, plevral kalınlaşma ve interstisyel infiltratlar AS'de görülen pulmoner tutulum paternlerindedir (37). Kostovertebral, kostosternal eklem tutulumu ve torasik omurga ankilozuna bağlı torasik genişlemedeki kısıtlılık nedenli restriktif tipte solunum paterni gelişir (38).

AS'li hastalara %5-10 oranında inflamatuvar barsak hastalıkları eşlik eder. Yapılan ileokolonoskopik biyopsiler sonucu AS hastalarında %25-50 oranında subklinik inflamatuvar lezyonlar gözlemlenmiştir (39,40).

Mikroskobik hematüri, proteinüri, Ig A nefropatisi ve sekonder amiloidoz AS'li hastalarda görölebilen böbrek anormallikleridir (41).

AS'li hastalarda nörolojik tutulumu bağlı semptomlar nadirdir. Bu hastalarda görülen semptom ve bulgular vertebral fraktür, atlantoaksiyel subluksasyon, kauda ekine sendromu, araknoidit, kök lezyonları ve spinal kord kompresyonuna bağlı gelişebilir (42).

2.1.5. Tanı ve sınıflama kriterleri

AS tanısı için ilk olarak 1961 yılında Roma, 1966 yılında New York kriterleri kullanılmış; ancak bu kriterlerin duyarlılık ve spesifitesinin düşük kalması üzerine 1984 yılında Modifiye New York kriterleri geliştirilmiştir. Daha sonrasında 1990 yılında Amor kriterleri ve bir sene sonra geliştirilen Avrupa Spondiloartropati Çalışma Grubu (ESSG) kriterleri sınıflamada kullanılmaya başlanmıştır. Ancak tüm bu sınıflama kriterlerinin özellikle erken dönemdeki non-radyografik aksiyel SpA'yı içermemesi üzerine 2009 yılında ASAS tarafından yeni sınıflama kriterleri belirlenmiştir (Tablo 1).

Tablo 1: 2009 aksiyel spondiloartrit için ASAS sınıflama kriterleri (10)

Bel ağrısının süresi ≥ 3 ay ve başlangıç yaşı <45 yaş olan hastalarda	
Görüntülemede Sakroiliit artı ≥ 1 SpA bulgusu	HLA-B27 pozitifliği artı ≥ 2 SpA bulgusu
<i>SpA Bulguları</i>	<i>Görüntülemede Sakroiliit</i>
<ul style="list-style-type: none">• İnflamatuvar bel ağrısı• Artrit• Entezit (topuk)• Üveit• Daktilit• Crohn/Ülseratif Kolit• Psöriyazis• NSAİİ' ye iyi yanıt• SpA için aile öyküsü• HLA-B27 pozitifliği• Artmış CRP	<ul style="list-style-type: none">• MRG 'de aktif (akut) inflamasyon varlığı• Modifiye New York kriterlerine göre kesin radyografik sakroiliit varlığı

2.1.6. Fizik muayene bulguları

AS tanı ve takibinde SİE, omurga, entezis noktaları ve periferik eklem muayenesi ayrıntılı şekilde yapılmalıdır.

Spinal mobilitedeki kısıtlılık başlangıçta aksiyel inflamasyon ve kas spazmına bağlı iken; hastalığın ilerleyen dönemlerinde ligamentöz yapıların ossifikasyonu ve SİE ankilozuna bağlı gelişir. Spinal mobilite modifiye Schöber, servikal rotasyon, oksiput-duvar mesafesi, tragus-duvar mesafesi, el parmak-zemin mesafesi ve lateral spinal fleksiyon ölçümü gibi özel testlerle değerlendirilir (3).

Modifiye Schöber testi: Lomber fleksiyon değerlendirilmesinde kullanılan bir testtir. Hasta ayakta dik dururken spina iliakaları birleştiren hattın orta hatta 10 cm üzeri ve 5 cm altı işaretlenir. Daha sonra hastadan dizlerini ekstansiyonda dik olarak kilitleyecek şekilde öne doğru eğilmesi istenir ve işaretlenen noktalar arası aralık tekrar ölçülür. İki mesafe arasında 5 cm'den az fark olması kısıtlılık olarak kabul edilir (43).

Servikal Rotasyon ölçümü hasta sandalyede dik pozisyonda otururken gonyometri burun çizgisi baz alınarak ayarlanır. Baş sırası ile sağ ve sol rotasyona getirilir ve iki değer in ortalaması alınarak hesaplanır.

Oksiput-duvar mesafe ölçümü spinal ekstansiyon değerlendirilmesinde kullanılan bir testtir. Hastadan topukları duvara değecek şekilde ve nötral çene pozisyonunu bozmadan başının arkası ile duvara dokunması istenir. Ekstansiyonu kısıtlı hasta duvara dokunamaz ve aradaki mesafe ölçülür. *Tragus-duvar mesafe ölçümü* spinal ekstansiyon değerlendirilmesinde kullanılan bir başka testtir. Hastadan bir önceki test ile aynı pozisyona gelmesi istenir ve kulak tragus ile duvar arasındaki aralık ölçülür (44).

El parmak-zemin mesafesi ölçümünde ayakta dik pozisyonda duran hastadan dizlerini bükmeden öne eğilip parmakları ile yere dokunması istenir. El parmak ucu ile zemin arasındaki uzaklık ölçülür ve bu ölçüm kadınlarda normalde 0 iken erkeklerde 10 cm'ye dek normal kabul edilir.

Lateral spinal fleksiyon ölçümünde hasta kolları yanlarda bacaklarına yapışık ve topukları ve kalçası duvara yaslı ayakta dik şekilde dururken dizlerini bükmeden kollarını aşağı doğru kaydırması istenir. El orta parmak zemin arasındaki mesafe başlangıç ve bitişte olacak şekilde ölçülerek aradaki fark alınır. 10 cm'in üzerinde değerler lateral fleksiyonun normal olduğunu gösterir (9).

SİE muayenesinde eklem üzerine uygulanan kompresyon testi ile hastanın eklem hassasiyeti değerlendirilir. Bunun dışında sakroileite spesifik olmasa da SİE'e germe uygulanarak ağrının tetiklendiği Gaenslen, Mennel ve Faber gibi birtakım testler vardır.

Gaenslen testinde hasta sırtüstü yatarken hastanın bir kalçasını göğsüne doğru çekerek maksimum fleksiyona getirmesi istenirken diğer kalçasına sedye ya da yatak başından sarkıtarak hiperekstansiyon yaptırılır. Hiperekstansiyona zorlanan taraf SİE'de ağrı olması durumunda test pozitiftir. *Mennel testinde* hasta yan yatar pozisyonda alttaki kalçasını kendine doğru çekerek fleksiyona getirirken üstteki kalçası arkadan desteklenerek ekstansiyona getirilir bu sırada eklemde ağrı olursa test pozitiftir.

Fabere testi ise hasta sırtüstü yatarken kalçası fleksiyon, abduksiyon ve eksternal rotasyona muayene eden tarafından getirildikten sonra ekstansiyona zorlanır (45).

Göğüs ekspansiyonunda kısıtlama derin inspiryum ve ekspiryum sırasında 4. interkostal seviyesinden göğüs çevresi ölçümü yapılması ile belirlenebilir. Aradaki farkın 5 cm'den az olması anlamlıdır (46).

Periferik eklem muayenesi de ayrıntılı şekilde yapılmalıdır. AS hastalarında kalça ve omuz eklemi dışında periferik eklem tutulumu sık görülmesine de özellikle alt ekstremitelerde asimetrik oligoartiküler tutulum görülebilir. Entezit en sık aşil tendon ve plantar fasya kalkaneus yapışma yerinde görülmekle birlikte diğer entezis noktalarında da palpasyonla hassasiyet aranmalıdır (47).

2.1.7. Laboratuvar ve radyoloji bulguları

AS tanısı için spesifik bir laboratuvar testi yoktur. Hastalığın aktif dönemlerinde C-reaktif protein (CRP) ve eritrosit sedimentasyon hızı (ESH) gibi akut faz reaktanlarında artış görülebilir; fakat bu laboratuvar değerleri her zaman hastalık aktivitesi ile korelasyon göstermeyebilir (48).

AS'li hastalarda antinükleer antikor (ANA) ve romatoid faktör (RF) pozitifliği sağlıklı popülasyon ile aynı oranlarda görülmektedir. İnflamasyon derecesi ile alakalı olarak hafif normokrom-normositer anemi ve hafif trombositoz görülebilir. Serum IgA düzeyleri hafif-orta düzeyde artmış bulunabilir (49). Periferik eklem tutulumu varlığında sinoviyal sıvı incelemesi diğer artropatilerden farklılık göstermez.

HLA B27 pozitifliği tek başına aksiyal SpA tanısı için yeterli değildir ve tarama testi olarak kullanılmamalıdır; ancak test pozitif olduğunda hastalık gelişme olasılığı yaklaşık 10 kat artmaktadır (50).

Görüntüleme yöntemi olarak direk radyografi ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG) AS tanısında kullanılmaktadır. Direk grafi inflamasyon varlığından ziyade erozyon, skleroz, ankiloz gibi kronik değişiklikleri daha iyi göstermektedir. Bu nedenle hastalığın erken döneminde direk radyografide bulgu saptanmayabilir. Erken dönemde direk radyografide SİE'deki değişikliklerin belirgin olmadığı, yapısal hasar

gelişmeden önceki inflamasyonun saptanmasında MRG önemli bir yer tutar. Bundan dolayı nrSpA tanısında ASAS sınıflama kriterleri içerisinde yer almaktadır (10).

2.1.8. Tedavi

Ağrı, tutukluğu azaltmak, eklem hareket açıklığını koruyup deformiteleri önlemek, fonksiyonel kapasiteyi korumak, hastalık aktivitesini kontrol altına almak, gelişebilecek komorbiditeleri önlemek ve bireyin yaşam kalitesini arttırmak AS tedavisinde temel amaçlardandır (51). Bu amaçlara ulaşmada güncel ulusal ve uluslararası tedavi rehberlerine uyulması, tedavi planını yaparken hasta ile ortak karar alınması ve multidisipliner yaklaşım tavsiye edilir. Klinik özellikler, prognostik faktörler, eşlik edebilen eklem-dışı bulgular ve komorbid durumlar dikkate alınarak hastalığın tedavi uyumu, sürekliliği ve tedavi başarısını artıran bireysel tedavi planlaması yapılmalıdır (52). İdeal hedef hastalık remisyonudur fakat buna ulaşmak her zaman mümkün olmadığından alternatif hedef düşük hastalık aktivitesi elde etmektir (53).

AS tedavisinde non-farmakolojik ve farmakolojik tedaviler kombine şekilde kullanılmalıdır. Non-farmakolojik tedavinin önemli bileşenlerinden birini oluşturan hasta eğitimi, hastalık konusunda bilgilendirmenin yanı sıra uygulanacak tedaviler, tedaviye uyum, hastalıkla baş etme yöntemleri ve hastalığın yol açacağı sosyoekonomik sonuçları da içermelidir. Non-farmakolojik tedavinin diğer önemli bileşeni olan egzersizler ise bireysel olarak verilmeli düzenli ve sürekli uygulanmalıdır. Eklem hareket açıklığı egzersizleri, özellikle sırt ekstansörleri olmak üzere karın, bel kasları güçlendirme, postür ve solunum egzersizleri önerilen egzersizler arasındadır (54). Yaşam tarzı modifikasyonları arasında sigara bırakmanın da önemli bir yeri mevcuttur (55). Çeşitli fizik tedavi modaliteleri de AS hastalarının tedavisinde egzersiz toleransını ve etkinliğini artırma ve ağrı yönetiminde kullanılmaktadır (56).

AS'nin farmakolojik tedavisinde kullanılan temel ilaçlar; NSAİİ, tümör nekroz faktör alfa (TNF-a) inhibitörleri, IL-17A inhibitörleri ve Amerikan Romatoloji Derneği (ACR) 2019 güncel tedavi önerilerine de giren Janus kinaz (JAK) inhibitörleridir (57). NSAİİ aktif AS'li hastalarda ilk seçenek olarak kullanılmaktadır ve inflamatuvar bel

ağrısı, tutukluk gibi aksiyel semptomların yanında periferik artrit ve radyolojik progresyonun yavaşlatılmasında da etkili ajanlardır. Yeterli NSAİİ tedavisi almasına rağmen hastalık aktivitesi kontrol altına alınamazsa TNF-a inhibitör tedavisi önerilir. TNF-a inhibitörleri arasında; infliksimab, adalimumab, etanercept, golimumab ve sertolizumab pegol tedavide kullanılan ajanlardandır. TNF-a kontrendikasyonu veya yanıtı zıtlığı durumunda kullanılan diğler tedavi ajanı IL17 yolak inhibisyonu üzerinden etki eden Sekukinumab ve Ixekizumab gibi IL-17A inhibitörleridir. Yine JAK inhibitörlerinden Tofasitinib, ACR 2019 AS tedavi kılavuzunda özellikle TNF-a dirençli hastalarda alternatif tedavi olarak yer almaktadır (57).

IL-1 blokeri olan Anakinra, T hücre kostimülasyon inhibitörü Abatacept, IL-6 blokeri Tosilizumab, Fosfodiesteraz 4 inhibitörü Apremilast, IL-23A inhibitörü Risankizumab ve anti IL-12/23 antikoru Ustekinumab kontrolsüz veya kontrollü çalışmalar sonucu AS tedavisinde tutarlı etkinliğı gösterilemeyen ajanlardandır.

IL-17 üzerinden etki eden Brodalumab, Bimekizumab; IL-23 inhibitörü Tildrakizumab; JAK1 inhibitörü Upadasitinib; granülosit-makrofaj koloni uyarıcı faktör (GM-CSF) inhibitörü Namilumab aksiyel SPA tedavisinde klinik çalışmaları devam eden biyolojik ajanlardır (58).

2.2. Beden İmajı

2.2.1. Tanım ve etkileyen faktörler

Beden imajı, birçok farklı alanda kullanıldığından tanımları da farklılık göstermekle birlikte kişilerin kendi fiziksel görünimleri hakkında ne düşünüp hissettiklerini, nasıl davrandıklarını ifade eden; algısal, duygusal ve bilişsel bileşenlere sahip çok boyutlu bir yapı olarak tanımlanmaktadır. Beden imajının kavramsal olarak iki farklı bileşeni vardır: Bunlardan ilki, bireylerin fiziksel görünimleri hakkındaki düşünce ve inançlardan oluşurken; ikincisi ise bireylerin dış görünimleri hakkında giriştikleri davranışlardan oluşur. Beden imajı; kişinin dış görünüşü, hareketleri ve kendini nasıl hissettiğı ile alakalı dinamik bir algıdır (59,60). İlk olarak 1935 yılında Schilder tarafından "kendi bedenimizin zihnimizde biçimlendirdiğimiz resmidir, o bedenin kendimize görünen biçimidir." şeklinde tanımlanmıştır (61).

Sosyokültürel faktörler, kişisel faktörler, yaş ve cinsiyet beden imajını etkileyen unsurlar arasında yer almaktadır (62). Beden imajı; büyüme, gebelik, yaşlanma gibi normal gelişimsel değişimlerden etkilenebildiği gibi olağan fizyolojik olaylar dışında yaralanma, ameliyat, hastalık gibi travmatik haller de beden imajında değişikliğe yol açabilir (60,63,64). Ayrıca kateter traksiyon bandaj gibi geçici değişiklikler ile mastektomi, histerektomi, amputasyon gibi kalıcı değişiklikler de beden imajında değişikliğe neden olabilen faktörlerdir (65–67). Şizofreni, depresyon ve anoreksiya-bulimiya gibi yeme bozuklukları beden imajını etkileyen ruhsal problemler iken; alkol, uyuşturucu, hipnoz bilinç durumunu değiştirerek beden imajını etkileyen durumlardır (68–70). Özellikle kişisel faktörlerden olan beden ağırlığı, beden imajı için en güçlü prediktörlerden biridir (71).

2.2.2. Ankilozan spondilitte beden imajı

AS, özellikle genç yaşta başlangıç gösteren, omurga ve SİE gibi primer olarak aksiyel eklemleri etkileyip spinal mobilitede kısıtlamalara yol açabilen kronik inflamatuvar bir hastalıktır. Spinal mobilitedeki kısıtlanmanın sebebi hastalık başlangıcında aksiyel inflamasyon ve kas spazmına bağlıyken; geç dönemde ligamentöz yapıların ossifikasyonu ve SİE ankilozuna bağlı gelişir. İlerleyen dönemde lomber lordozdaki düzleşmeyi takiben torasik kifozda artış görülür ve hastalık daha da ilerlerse servikal lordozda düzleşme ve servikal kısıtlılık gelişmeye başlar. Omurlarda sindesmofit gelişimi ve köprüleşme gibi değişikliklere bağlı olarak tipik kifotik AS postürü gelişir (11).

AS'li hastada hem omurgada görülen bu deformitelere sekonder kompensasyon amaçlı hem de primer tutulum sonucu kalça eklemi etkilenebilmekte ve kalça fleksiyonu, dizlerde fleksiyon, ayak bileklerin plantar fleksiyonu gibi postural değişiklikler hastalığın ilerleyen döneminde ortaya çıkabilmektedir (72). Ayrıca periferik eklem tutulumu ve entezite bağlı eklemlerde ağrı ve hareket kısıtlılığı da gelişir ve hastanın dış görünüşüne etki eder.

AS kişinin hem fonksiyonelliğini hem de fiziksel görüntüsünü etkileyen bir hastalıktır. Genç erişkin dönem, vücut imajının şekillendiği önemli bir dönem olduğu için özellikle semptomların şiddetli olduğu kişilerde vücut imaj rahatsızlıkları sık

görülebilmektedir (73). Ağrı, duruş bozuklukları, hareket kısıtlılığı, cinsel işlev bozukluğu, omurgada görülen deformasyon ve eğrilik gibi AS'de görülen fiziksel eksiklikler beden imaj bozukluklarına sebep olabilir (59). AS'li hastalarda vücut imajını değerlendiren çalışma sayısı kısıtlıdır. Ward 175 AS hastasını değerlendirmeye aldığı çalışmada hastaların yaklaşık %50'sinin görünüşleri hakkında endişeleri olduğunu bildirmiştir (74). Hider ve ark. düzenli fiziksel egzersiz yapmanın vücut görünümü, fonksiyonu ve farkındalığı üzerine etkilerini araştırdığı çalışmasında AS'li hastalarda fiziksel egzersizin vücut imajı üzerine herhangi bir etkisini bulamamıştır (75).

2010'da Günther ve ark. tarafından yayınlanan 56 AS hastası üzerinde beden imajını değerlendirdikleri çalışmada hem AS hastaları kendi içinde hafif spinal hareket kısıtlılığı olanlar ve şiddetli hareket kısıtlılığı olanlar şeklinde hem de sağlıklı kontrol grubuna göre karşılaştırılmıştır. Bu çalışmaya göre AS hastaları sağlıklı kontrollere göre önemli ölçüde kendilerini daha az çekici bulmakta, daha özgüvensiz hissetmekte, vücutlarına fiziksel olarak güvenmemekte, dış görünüş kaygısı yaşamakta ve negatif beden imajına sahiptirler. İlginç bir şekilde hafif spinal kısıtlılığı olan AS hastaları şiddetli kısıtlılığı olanlara göre daha fazla beden imaj bozukluğuna sahiptir (6).

Çin'de 112 AS hastası ile yapılan AS'li hastalarda beden imajı ve yaşam kalitesinin irdelendiği bir çalışmada beden imajı bozukluğu düşük yaşam kalitesi ve psikolojik işlev bozukluğu ile ilişkili bulunmuştur. Çalışmada elde edilen sonuçlar ışığında AS hastalarında iyi bir yaşam kalitesi sağlamak için beden imajı bozukluğu tespit ve yönetiminin önemini teyit etmişlerdir (7).

Tayvan'da yakın zamanda yapılan AS'li hastalarda depresif semptomlarla ilişkili faktörlerin değerlendirildiği bir başka çalışmada beden imajı bozukluğu depresif semptomlarla ilişkili bulunmuştur ve ekstraartiküler semptomlar, SİE tutulum şiddeti ve Cobb açısı (kifoz şiddeti) depresif semptomlarla ilişkili bulunmasa da beden imajı ile negatif ilişkili bulunmuştur (76).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Ankilozan spondilit hastalarında beden imajı ve görünüş kaygısının; benlik saygısı, hastalık algısı, emosyonel durum ve iş-sosyal yaşama katılıma olan ilişkisini değerlendirdiğimiz çalışmamıza Ağustos 2020-Haziran 2021 tarihleri arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Romatoloji Polikliniğinde takip edilen, ASAS sınıflama kriterleri baz alınarak AS tanısı almış 18 yaş üstü, bilişsel yönden anket doldurma becerisi olan 90 hasta alındı. Başka bir romatolojik veya sistemik hastalığı olanlar, beden imajını etkileyecek başka hastalığı bulunanlar, geçmişte veya mevcut tanı konulmuş psikiyatrik hastalığı olanlar çalışmada hariç tutuldu.

Kontrol grubuna ise cinsiyet ve yaş açısından hasta grubuyla uyumlu üniversite çalışanları, poliklinik-yatan hasta yakınları ve genel popülasyondan gönüllülerden oluşan 18 yaş üstü, bilişsel yönden anket doldurma becerisi olan 89 sağlıklı birey alındı.

Çalışmamız Helsinki Deklarasyonu ilkelerine göre tasarlandı ve Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıbbi Araştırma Etik Komisyonu'ndan etik kurul onayı alındı. (Etik Kurul Onay Tarihi:23.07.2020 Karar No:486). Hastalar çalışma hakkında bilgilendirilip sonrasında yazılı onamları alındı. Tüm hasta ve kontrol grubundaki kişilerin değerlendirilmesi aynı hekim tarafından yapıldı.

3.1. Değerlendirme Parametreleri

3.1.1. Sosyodemografik özellikler

Çalışmaya alınan tüm katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, meslek, sigara-alkol kullanımı, başka bilinen hastalık öyküsü ve kullandığı ilaçlar sorgulandı. Boy ve kilo ölçümleri yapılarak vücut kitle endeksi (VKI) hesaplandı. Ayrıca AS tanısı almış hastalara ağrı ve şikayetlerin başlangıç yaşı, tanı zamanı, ekstraartiküler tutulum olup olmadığı, üveit, inflamatuvar barsak hastalığı, psöriazis gibi hastalıkların eşlik edip etmediği, topuk ağrısı, sabah tutukluğu ve varsa süresi soruldu ve kayıt altına alındı.

3.1.2. Ağrı düzeyinin değerlendirilmesi

Hastanın fiziksel ve istirahat sırasındaki ağrı şiddetini değerlendirmek için Vizüel Analog Skala (VAS) kullanıldı. Horizontal bir hat üzerinde 10 cm uzunluğunda, bir uçtan diğer uca 0'dan 10'a kadar numaralandırılmış bir skaladır (0=ağrı yok, 10=en şiddetli ağrı). Hastadan bu hat üzerinde kendi hissettiği ağrının şiddetine karşılık gelen noktayı işaretlemesi istenir.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3.1.3. Hastalık aktivitesinin değerlendirilmesi

Hastalık aktivitesini değerlendirmek için Bath AS Hastalık Aktivite İndeksi (BASDAI) kullanıldı. Spinal ağrı, yorgunluk, periferik eklem ağrısı/şişliği, vücuttaki lokalize hassas bölgeler ve sabah tutukluğu gibi majör semptomları değerlendiren 6 sorudan oluşan bu ankette sabah tutukluğunun hem süresi hem de şiddeti ölçülür (Ek-1). Hastalardan geçen haftaki semptomlarının şiddetini 0-10 arası derecelendirmesi istenir. Son iki sorunun ortalaması ile ilk 4 soru toplanarak toplam 5'e bölüldüğünde 0-10 arası BASDAI skoru elde edilmektedir. Yüksek skor daha aktif hastalığı temsil etmektedir. Türkçe geçerliliği Akkoç ve ark. tarafından yapılmıştır (77).

3.1.4. Fonksiyonel durumun değerlendirilmesi

Bath AS Fonksiyonel İndeksi (BASFI) hastanın geçen haftaki fonksiyonel kapasitesinin değerlendirilmesinde kullanıldı. Bu indeks günlük aktivitelere dair 8 soru ve hastanın gündelik hayatla baş edebilme yeteneğini irdeleyen 2 sorudan oluşur (Ek-2). Hastalar ankette belirtilen işleri yaparken ne kadar zorlandığını VAS 10'luk sistem üzerinde işaretler. 10 sorudan elde edilen sonucun ortalamasının alınmasıyla 0 ile 10 arasında değişen toplam skor hesaplanır ve yüksek değerler fonksiyonellikteki azalmayı gösterir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Özer ve ark. tarafından yapılmıştır (78).

3.1.5. Mobilitenin değerlendirilmesi

Tragus duvar mesafesi, servikal rotasyon, anterior lomber fleksiyon, lateral lomber fleksiyon ve intermalleoler mesafe olmak üzere 5 komponenti değerlendiren Bath AS Metroloji İndeksi (BASMI) spinal mobilitiyi değerlendirmek için kullanıldı (Ek-3). Hastalar bu parametrelerden ölçümlere göre ayrı ayrı 0-2 arasında puan alır ve toplamda 0-10 arası olacak şekilde toplam skor elde edilir (79).

3.1.6. Beden imajının değerlendirilmesi

Çalışmamızda, 2001’de Hopwood ve ark. (80) tarafından geliştirilen Beden İmaj Skalası (BIS) kullanıldı. Beden imajını duygusal, davranışsal ve bilişsel yönden değerlendiren bu ölçek 9 sorudan oluşur (Ek-4). Her bir soru 0-3 arasında puanlanır. Katılımcılar ‘Hiç’ cevabı için 0, ‘Biraz’ için 1, ‘Oldukça’ için 2, ‘Çok fazla’ için 3 puan alırlar. 9 sorudan alınan puanların toplamı soru sayısına bölünerek toplam skor elde edilir. Toplam skor her hasta için minimum 0 maksimum 27 olabilir. Yüksek değerler daha kötü bir beden imajını gösterir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2015’te Karayurt ve ark. tarafından yapılmıştır (81).

3.1.7. Görünüş kaygısının değerlendirilmesi

Bireylerin sosyal görünüş kaygılarını değerlendirmek için Hart ve ark. (82) tarafından geliştirilen Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği (SGKÖ) kullanıldı. Kişilerin görünüş kaygıları ile ilgili emosyonel, bilişsel ve davranışsal 16 maddeden oluşan 5’li likert tipi bir ölçektir (Ek-5). SGKÖ ‘1’ Hiç Uygun Değil, ‘2’ Uygun değil, ‘3’ Biraz Uygun, ‘4’ Uygun, ‘5’ Tamamen Uygun şeklinde bir cevaplama anahtarına sahiptir. Ölçeğin 1. maddesi tersten kodlanmaktadır. Tek boyutlu olarak sosyal görünüş kaygısını ölçen SGKÖ’ den alınan yüksek puanlar görünüş kaygısının yüksek olduğuna işaret etmektedir. Türkçe uyarlaması Doğan T. tarafından gerçekleştirilmiştir (83).

3.1.8. Hastalık algısının değerlendirilmesi

Hastalık algısı, Kısa Hastalık Algı Ölçeği (KHAÖ) ile değerlendirildi (Ek-6). Ölçek VAS 10’luk sistem üzerinde 0 ile 10 arasında puanlamadan oluşan 8 alt boyuttan oluşmaktadır. KHAÖ ile hastalığı anlama, hastalıktan duygusal olarak etkilenme ve

tedaviye inanma düzeyleri saptanarak hastalık algı skorları belirlenmektedir. 8 soruda alınan puanlar toplanarak 0-80 arası hastalık algı skoru elde edilir. Ölçek ülkemizde gerçekleştirilen pek çok çalışmada kullanılmıştır (84).

3.1.9. Benlik saygısının değerlendirilmesi

Benlik saygısını ölçmek için Rosenberg M. (85) tarafından geliştirilen 10 sorudan oluşan Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ) kullanıldı (Ek-7). Her bir soru 1-4 arasında puanlanır. Katılımcılar 1-2-4-6-7. sorularda ‘Çok doğru’ cevabı için 4, ‘Doğru’ için 3, ‘Yanlış’ yanıtı için 2, ‘Çok yanlış’ için 1 puan alırken; 3-5-8-9-10. Sorularda ‘Çok doğru’ için 1, ‘Doğru’ için 2, ‘Yanlış’ için 3, ‘Çok yanlış’ için 4 puan alırlar. Ölçek puanı 10-40 arası değişir. Ölçekten alınan puanın düşmesi, benlik saygısının düşmesine işaret eder. 1986 yılında Çuhadaroğlu tarafından Türkçeye uyarlanmıştır (86).

3.1.10. İşe katılımın değerlendirilmesi

AS’li hastalarda hastalığın iş üzerindeki hasta tarafından algılanan etkisini değerlendirmek için Gilworth ve ark. (87) tarafından geliştirilen WI-AS (Work Instability-Ankylosing Spondylitis) kullanıldı. Ölçek 20 sorudan oluşur ve her bir soru 0-1 arasında puanlanır (Ek-8). Katılımcılar ‘Doğru değil’ cevabı için 0, ‘Doğru’ cevabı için 1 puan alırlar. Her soru için alınan puanlar toplanarak toplam skor elde edilir. Toplam skor her hasta için minimum 0 maksimum 20 olabilir. Yüksek değerler işe katılım yönünden olumsuzluğu gösterir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği 2015’te Küçükdeveci ve ark. tarafından yapılmıştır (88).

3.1.11. Sosyal katılımın değerlendirilmesi

Sosyal katılım Sosyal Rol Katılım Anketi Kısa Form (k-SRKA) ile değerlendirildi. Bu anket sosyal etkinlik, seyahat, iş, eğitim, aile ilişkileri ve aktivitelere katılım gibi altı sosyal rolü iki başlık altında (yaşanan fiziksel zorluklar ve rol performans doyum ölçeği) değerlendirir (Ek-9). Fiziksel zorluk ölçeği 1-4 arası; rol performans doyum ölçeği 1-5 arası skorlanır. İlk ölçekteki yüksek değerler fiziksel zorlukların arttığını,

ikinci ölçekteki yüksek değerler rol performansta memnuniyeti gösterir. Türkçe geçerliliği Akyol ve ark. tarafından yapılmıştır (89).

3.1.12. Emosyonel durumun değerlendirilmesi

Hastaların depresif ve anksiyetik duygu durumları Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği ile değerlendirildi (Ek-10). Son birkaç günlerini göz önünde bulundurarak nasıl hissettiklerini en iyi ifade eden yanıtı vermesi istenen hastalara yanıtları karşısında her bir soru 0-3 arasında puanlanır. 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13 numaralı sorular anksiyete skorlarını verirken; 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14 numaralı sorular depresyon skorlarını verir. Her soru için alınan puanlar toplanarak toplam skor elde edilir. 0-7 puan normal, 8-10 puan sınırdan olarak değerlendirilirken, 11 puan ve üstü anormal olarak değerlendirilir. Türkçe formun geçerlilik ve güvenilirliği 1997'de Aydemir ve ark. tarafından yapılmıştır (90).

3.1.13. Laboratuvar parametreleri

İnflamasyonun laboratuvar göstergeleri olarak ESH (mm/sa) ve CRP (mg/L) değerlendirildi. Hastaların sistemde mevcut HLA B27 pozitifliği/negatifliği de kaydedildi.

3.2. İstatistiksel Analiz

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS for Windows 21.00 (SPSS Inc. Chicago, IL, USA) istatistik paket programı kullanıldı. Çalışmaya dahil edeceğimiz hasta sayısını belirlemede daha önce yapılmış benzer literatürlerin değerlendirilmesi sonucunda Power analizi ile, %80 güç, %5 tip I hata olarak alındığında her bir gruba alınması gereken minimum hasta sayısı 71 olarak bulundu. Veriler ortalama \pm standart sapma (SS), ortanca (minimum-maksimum), sayı ve yüzde olarak verildi. Verilerin normal dağılıma uygunluğuna Kolmogorov-Smirnov testi ile bakıldı. SpA ve sağlıklı kontrollerin karşılaştırılmasında student T testi ve Mann-Whitney U testleri kullanıldı. İki'den fazla grubun karşılaştırılmasında Kruskal-Wallis ve One Way Anova testleri kullanıldı. Kalitatif verilerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi kullanıldı. Grup içi korelasyonun değerlendirilmesinde ise Spearman ve Pearson korelasyon testleri kullanıldı. 0,05'ten küçük p değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

4. BULGULAR

Çalışmaya katılan AS hastalarının (n=90) yaş ortalaması 41,95±11,43 yıl iken, sağlıklı kontrollerin (n=89) yaş ortalaması 41,98±10,19 yıl idi. Hasta grubunun 63'ü (%70) erkek, 27'si (%30) kadın iken, kontrol grubunun 62'si (%69,7) erkek, 27'si (%30,3) kadındı. VKİ AS hastalarında ortalama 27,11±5,15 kg/m² iken; hasta grubunda 25,66±2,73 kg/m² olarak saptanmıştır. Gruplar arasında cinsiyet, yaş, VKİ, sigara-alkol kullanımı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (p>0,05). AS hastaları ve kontrol grubuna ait demografik veriler tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2. AS hastaları ve kontrol grubu sosyodemografik verilerin karşılaştırılması

	AS (n=90)	Kontrol (n=89)	P
Cinsiyet n (%)			
Erkek	63 (70)	62 (69,7)	1,00
Kadın	27 (30)	27 (30,3)	
Yaş (yıl)			
ort±SS	41,95±11,43	41,98±10,19	0,82
ortanca (min-maks)	42,00 (21-70)	42 (22-65)	
VKİ (kg/m²)			
ort±SS	27,11±5,15	25,66±2,73	0,16
ortanca (min-maks)	25,80 (18,37-48,89)	25,31(18,75-32,32)	
Sigara kullanımı n (%)			
İçmemiş	34 (37,8)	46 (51,7)	0,11
Halen içiyor	44 (48,9)	37 (41,6)	
İçmiş bırakmış	12 (13,3)	6 (6,7)	
Alkol kullanımı n (%)			
Kullanmıyor	74 (82,2)	76 (85,4)	0,83
Kullanıyor	15 (16,7)	12 (13,5)	
Bırakmış	1 (1,1)	1 (1,1)	
Medeni durum n (%)			
Evli	73 (81,1)	65 (73,0)	0,83
Bekar	16 (17,8)	20 (22,5)	
Boşanmış	1 (1,1)	4 (4,5)	
Eğitim durumu n (%)			

Okuryazar	1 (1,1)	0 (0)	
İlkokul- Ortaöğretim	75 (83,3)	52 (58,4)	0,000*
Yükseköğretim	14 (15,6)	37 (41,6)	
Meslek n (%)			
Ev hanımı	12 (13,3)	6 (6,7)	
Emekli	8 (8,9)	6 (6,7)	0,31
Çalışıyor	66 (73,3)	75 (84,3)	
Öğrenci	4 (4,4)	2 (2,2)	

*p<0,05 anlamlı, VKİ: Vücut kitle indeksi

AS hastalarının hastalık süresi 16,18±11,90 yıl iken, 36'sında (%40) aile öyküsü mevcuttu. Hastalık aktivitesi açısından AS hastalarında ortalama BASDAI skoru 3,80±2,81 idi ve hastaların 38'inde (%42,2) aktif hastalık mevcuttu. Hastalar aksiyel, periferik ve eklem dışı tutulum açısından sorgulandığında hastaların tamamında aksiyel tutulum, 19'unda (%21,1) periferik tutulum, 22'sinde eklem dışı tutulum saptandı (Tablo 3).

Tablo 3. AS hastalarında klinik ve laboratuvar özellikleri

Hastalık karakteristiği	Ortalama ± SS	Ortanca (Min-Max)
Hastalık süresi (yıl)	16,18 ± 11,90	14 (1-55)
Aile öyküsü n (%)	36 (40)	
BASDAI	3,80 ± 2,81	3,65 (0-10)
BASFI	3,63 ± 2,83	3,15 (0-9,80)
BASMI	3,10 ± 3,32	2,00 (0-10)
CRP (mg/dl)	10,62 ± 18,69	3,55 (2-117)
ESH (mm/sa)	23,7 ± 17,33	20 (4-94)
VAS istirahat	4,43 ± 3,34	5 (0-10)
VAS aktivite	2,75 ± 3,33	1 (0-10)
Aksiyal tutulum n (%)	90 (100)	
Periferik artrit n (%)	19 (21,1)	
Ekstraartiküler tutulum n (%)	22 (24,4)	

BASDAI: Bath Ankilozan Spondilit Hastalık Aktivite İndeksi, BASFİ: Bath Ankilozan Spondilit Fonksiyonel İndeksi, BASMI: Bath AS Metroloji İndeksi, VAS: Vizüel analog skala, ESH: Eritrosit Sedimentasyon Hızı, CRP: C-Reaktif Protein

AS hastaları beden imajı, görünüş kaygısı, benlik saygısı, iş-sosyal yaşama katılım ve emosyonel durum açısından kontrol grubuyla karşılaştırıldı (Tablo 4). Her iki grup arasında BIS, SGKÖ, RBSÖ, WI-AS, k-SRKA ölçekleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,05$). AS hastalarında beden imajı, görünüş kaygısı, WI-AS, k-SRKA1 ölçek değerleri sağlıklı kontrol grubuna göre daha yüksek değerlere sahipti. Depresyon açısından iki grup arasında anlamlı fark yoktu ($p>0,05$).

Tablo 4. AS hastaları ve kontrol grubu arasında beden imajı, görünüş kaygısı, benlik saygısı, iş-sosyal katılımın ve emosyonel durumun karşılaştırılması

Parametreler (ort±SS) Ortanca (min-maks)	AS (n=90)	Kontrol (n=89)	P
BIS	6,98±6,66 5 (0-25)	2,614±4,17 0 (0-23)	0,000*
SGKÖ	34,38±14,6 32,5 (16-62)	25,60±10,16 21(16-63)	0,000*
KHAÖ	51,54±8,46 52 (27-69)		
RBSÖ	32,02±6,82 34,50 (18-40)	34,60±5,19 36 (19-40)	0,01*
WI-AS (n=66/75)	10,84±7,03 10 (0-20)	5,47±5,04 5 (0-20)	0,000*
k-SRKA1	1,84±0,81 1,55 (1-4)	1,31±0,41 1,2 (1-2,6)	0,000*
k-SRKA2	3,47±1,26 3,8 (1-5)	4,23±0,77 4,4 (2,4-5)	0,000*
HAD			

Depresyon	3,37±3,98 2 (0-15)	3,85±3,74 4 (0-18)	0,23
Anksiyete	1,86±2,92 0,5 (0-12)	3,94±3,99 3 (0-16)	0,001*

*p<0,05 anlamlı, BIS: Beden imaj skalası, SGKÖ: Görünüş kaygısı ölçeği, KHAÖ: Kısa hastalık algı ölçeği RBSÖ: Rosenberg benlik saygısı ölçeği, WI-AS: AS'lilerde İşe katılım ölçeği, k-SRKA: Sosyal rol katılım anketi, HAD: Hastane anksiyete depresyon ölçeği

BIS ile SGKÖ arasında çok yüksek düzeyde pozitif korelasyon mevcut idi ($r=0,88$ $p<0,05$).

AS hastalarında BIS ve GKÖ açısından kadın ve erkekler arasında fark yoktu ($p=0,80$, $p=0,56$, sırasıyla). Yine medeni durum, eğitim ve meslek açısından BIS ve GKÖ değerlerinde fark saptanmadı ($p>0,05$).

AS hastalarında yaş ve VKİ ile beden imajı ve görünüş kaygısı arasında korelasyon saptanmadı ($p>0,05$). Beden imajı ve görünüş kaygısı ile klinik özellikler arasındaki ilişki değerlendirildiğinde VAS, BASDAİ ve BASMİ ile orta düzeyde, BASFI ile yüksek düzeyde pozitif korelasyon mevcuttu. Beden imajı ve görünüş kaygısı ile KHAÖ, WI-AS ve HAD Anksiyete, Depresyon arasında orta düzeyde, k-SRKA1 arasında yüksek düzeyde pozitif korelasyon mevcuttu ($p<0,05$). Beden imajı ve görünüş kaygısı ile benlik saygısı ölçeği ve k-SRKA2 ile negatif korelasyon mevcuttu ($p<0,05$) (Tablo 5).

Tablo 5. AS hastalarında beden imajı ve görünüş kaygısı ile klinik bulgular arasındaki korelasyon

Klinik bulgular	BİS		SGKÖ	
	r	p	r	p
Yaş		0,23		0,99
VKİ		0,96		0,22
VAS istirahat	0,39	0,000*	0,42	0,000*
VAS aktivite	0,40	0,000*	0,43	0,000*

BASDAI	0,49	0,000*	0,50	0,000*
BASFI	0,74	0,000*	0,72	0,000*
BASMI	0,62	0,000*	0,56	0,000*
KHAÖ	0,61	0,000*	0,65	0,000*
RBSÖ	-0,59	0,000*	-0,60	0,000*
WIAS (n=66)	0,68	0,000*	0,64	0,000*
k-SRKA1	0,77	0,000*	0,75	0,000*
k-SRKA2	-0,80	0,000*	-0,74	0,000*
HAD Depresyon	0,66	0,000*	0,65	0,000*
HAD Anksiyete	0,47	0,000*	0,52	0,000*

*p<0,05 anlamlı, BİS: Beden imaj skalası, SGKÖ: Görünüş kaygısı ölçeği, VKI: Vücut kitle indeksi, VAS: Vizüel analog skala, BASDAI: Bath AS Hastalık Aktivite İndeksi, BASFI: Bath AS Fonksiyonel İndeksi, BASMI: Bath AS Metroloji İndeksi, KHAÖ: Kısa hastalık algı ölçeği, RBSÖ: Rosenberg benlik saygısı ölçeği, WI-AS: AS'lilerde İşe katılım ölçeği, k-SRKA: Sosyal rol katılım anketi, HAD: Hastane anksiyete depresyon ölçeği

5. TARTIŞMA

AS, özellikle genç yaşta başlangıç gösteren, primer olarak aksiyel eklemleri etkileyen ve spinal mobilitede kısıtlamalara neden olabilen kronik progresif inflamatuvar bir hastalıktır. Hastalığın kliniği hafif tutukluk ve ağrıdan total omurga ve SİE füzyonuna kadar değişen derecede görülmekle birlikte, hastalığa periferik eklem tutulumu, entezit ve ekstraartiküler tutuludan birkaçı değişen derecelerde eşlik edebilmektedir (11). Baş-boyun antefleksiyonu, torakal kifoz, tek veya bilateral kalça eklem tutulumu ve fleksiyonu ve diz fleksiyonu klasik AS postürü oluşmasında etkili faktörlerdir (72). AS, kişinin hem fonksiyonelliğini hem de fiziksel görüntüsünü etkileyen bir hastalıktır.

Beden imajı, kişinin bedeninin başkalarına nasıl görüldüğü hakkında kendi düşüncesi ya da kendi bedenine yönelik duyguları ve tavırları olarak tanımlanabilmektedir. Genç erişkin dönem, vücut imajının şekillendiği ve vücut imajının önemli olduğu bir dönem olduğu için özellikle semptomları şiddetli yaşayanlarda vücut imaj rahatsızlıkları sık görülebilmektedir (1). AS hastaları aksiyel tutulumla bağlı ağrı ve spinal mobilite kaybı yaşarken, periferik eklem tutulumu ve entezite bağlı olarak eklemde ağrı ve hareket kısıtlılığı yaşarlar. Fiziksel fonksiyonlardaki bu kısıtlılıklar sosyal rollere katılımı olumsuz yönde etkileyebildiği gibi iş yaşamında zorluklara ve işsizlik gibi sorunlara da neden olabilir. Son yıllarda AS'li hastalarda hastalık aktivitesi, yaşam kalitesi ve depresyonun iş ve sosyal yaşama etkisini araştıran çalışmalar olmasına rağmen vücut imaj algısı ve görünüş kaygısının iş ve sosyal yaşama etkisini araştıran çalışma bulunmamaktadır (8). Bu yüzden biz bu çalışmamızda AS'li hastalarda vücut imaj algısı ve görünüş kaygısını değerlendirmeyi, benlik saygısı, hastalık algısı, sosyal ve iş yaşamına katılım ve emosyonel durum arasındaki ilişkiyi araştırmayı hedefledik.

Özellikle deformite ve sakatlıkların eşlik ettiği kronik hastalıklar beden imajında bozukluklara neden olur (59). Romatizmal hastalıklarda beden imajının irdelendiği mevcut literatüre baktığımızda sınırlı sayıda çalışma mevcuttur. 1999'da romatoid artritli (RA) 40 kadın hastada vücut imajının değerlendirildiği bir çalışmada özellikle yüksek şiddette sabah tutukluğu yaşayan hastaların vücuduyla ilgili daha fazla endişe duyduğunu gösterilmiştir (91). Kurt ve ark. RA'lı hastalarda beden imajı ve benlik

saygısını sağlıklı kontrollerle karşılaştırdıkları çalışmada, hasta grupta daha düşük beden hoşnutluk düzeyi ve benlik saygısı olduğunu göstermişlerdir (92). Yine 127 skleroderma hastası kadının dahil edildiği beden imajının psikososyal işlev ile ilişkisinin değerlendirildiği bir başka çalışmada, vücut imajı memnuniyetsizliğinin sklerodermalı kadınlarda önemli bir endişe kaynağı olduğu ve rutin olarak değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmıştır (93). AS'li hastalarda beden imajının değerlendirildiği iki çalışmada da hastaların sağlıklı kontrollere göre negatif beden imajına sahip olduğu gösterilmiştir (6,7). Bizim çalışmamızda da önceki çalışmalara benzer olarak beden imaj skorları kontrol grubuna göre daha yüksekti.

Çalışmamızda gruplar arasında yaş ve VKİ açısından fark saptanmadı. Beden imajı ile aralarındaki ilişkiye bakıldığında hasta grubunda beden imajı ile yaş ve VKİ arasında korelasyon bulamadık. Bu sonuç AS hastalarında beden imajı üzerinde demografik verilerden çok hastalığa bağlı diğer faktörlerin etkili olabileceğini düşündürmektedir.

Yine bu çalışmada beden imajı ile hastalık klinik ve laboratuvar özellikleri arasındaki ilişkiye baktığımızda; beden imajı ile VAS, BASDAI, BASFI, BASMI arasında pozitif korelasyon saptadık. Günther ve ark. AS'li hastalarda yaptığı çalışmada spinal mobilitayı değerlendirmede kullanılan BASMI'nin beden imajını olumsuz yönde etkilediğini göstermişlerdir (6). Shen ve ark. AS hastalarında beden imajı ile yaşam kalitesini değerlendirdikleri çalışmada VAS ve BASMI beden imajı ile ilişkili bulunmuştur. Yine bir başka çalışmada kronik ağrı çarpık beden imajı ile ilişkili bulunmuştur (94).

Sosyal görünüş kaygısı, fertlerin fiziksel görünüşlerinin diğer fertler tarafından değerlendirilmesi sonucu kişinin yaşadığı kaygı ve gerginlik olarak ifade edilir. Hart ve arkadaşlarına göre bu kavram; kişinin kilo, boy, kas yapısı gibi fiziksel özelliklerinin yanında bireyin ten rengi, yüz şekli, mimikleri gibi beden algısına dair özellikleri de kapsamaktadır. Bu kaygıyı ölçebilmek amaçlı da Sosyal görünüş kaygısı ölçeğini geliştirmişlerdir (82). Yani sosyal görünüş kaygısı, kişinin bedeniyle ve dış görünüşüyle alakalı olumsuz beden imajının bir yansıması olarak tarif edilebilir (95). Daha önce yapılan çalışmalarda AS hastalarının dış görünüşleri ile ilgili kaygı yaşadıkları bildirilmiştir (6,74). Özellikle günümüzde sosyal medyanın da etkisi ile kadınlardaki zayıflık ve erkeklerdeki kaslılık algısı da bu kaygıya eklenince vücut

memnuniyetsizliği ve görünüş kaygısı daha da artmaktadır (96). Bizim çalışmamızda da AS'liler kontrol grubuna göre daha fazla görünüş kaygısı bildirdiler ve BIS ile SGKÖ arasında çok güçlü pozitif korelasyon mevcut idi.

Benlik saygısı, kısaca kişinin kendini değerlendirmesi olarak tanımlanırken, kişinin kendini değerlendirmesi sonucu ulaştığı benlik kavramını onaylamasından doğan beğeni durumudur. Kişinin kendini değerli bulup bulmadığını, değerli buluyorsa da ne derece bulduğunu yansıtan ruh halidir. Kavram olarak yaşam boyu devam eden öğrenilmiş bir yaşantı biçimidir ve ekonomik durum, sosyal ortam, aile ve arkadaş çevresi gibi ortamlardan etkilenebilmektedir (97). Benlik saygısı yüksek kişiler başarıma isteği yüksek olan, iyimser, kendine güvenen, daha atılgan ve sosyal yönü iyi kişiler olarak görülmekte iken; düşük benlik saygısına sahip kişiler daha kendine güveni zayıf, daha utangaç ve daha kendine bağımlı kişiler olarak görülmektedir (98). Kronik herhangi bir hastalığa sahip bireylerde düşük benlik saygısı görülmekte birlikte romatizmal hastalıklarda da daha önce yapılan çalışmalarla gösterilmiştir (92,99–101). Bizim çalışmamızda AS hastaları sağlıklı kontrollere göre daha düşük benlik saygısına sahipti. Daha önce AS hastalarında psikiyatrik semptomların değerlendirildiği kliniğimizde yapılan bir çalışmada hasta grubunda daha düşük benlik saygısı değerleri gösterilmiştir (102). Solmaz ve ark. AS hastalarında aleksitimi ve benlik saygısını araştırdıkları çalışmada AS'lilerdeki düşük benlik saygısı depresyon ve anksiyete gibi psikiyatrik semptomlarla ilişkili bulunmuştur (103). Yine 100 AS hastasının dahil olduğu bir çalışmada hastaların daha düşük benlik saygısına sahip olduğu ve düşük benlik saygısının hastalık aktivitesi, kötü psikolojik durum ile ilişkili olduğu gösterilmiş (104).

Beden imajı ve görünüş kaygısı benlik saygısını etkilemektedir (105). Van Den Berg ve ark. ergenlerde beden memnuniyetsizliğinin benlik saygısı ile olan ilişkisini değerlendirdiği çalışmada hem erkek hem de kız ergenlerde beden memnuniyetsizliği benlik saygısı ile güçlü şekilde ilişkili bulunmuştur (106). 120 RA hastasının dahil edildiği bir çalışmada beden imajı ölçeği ile Cooper Smith benlik saygısı ölçeği arasında orta derece pozitif korelasyon bulunmuştur (92). Biz de çalışmamızda AS hastalarında beden imajının düşük benlik saygısı ile ilişkili olduğunu ortaya koyduk. Düşük benlik saygısı ve bozuk beden imajı özgüven kaybına, sosyal ilişkilerde

bozulmaya, hastalığa sahip kişilerde hastalık ile mücadelede motivasyon kaybına neden olması açısından önem arz etmektedir.

AS'li hastalarda işten ayrılma genel popülasyona nazaran 3 kat daha fazladır ve tanının ilk yılında %5 oranında görülürken bu oran onuncu yılda %20 yirminci yılda %30'a kadar yükselir. AS'li hastane görevlerinin üçte biri emeklilik yaşı gelmeden emekli olurlarken geri kalan bölümü işlerini azaltmış veya değiştirmişlerdir (107). İş istikrarsızlığı, iş sakatlığından önceki dönemi kapsar ve kişinin işlevsel yeteneği ile işinin talepleri arasındaki istihdamı tehdit edebilecek bir uyumsuzluğun sonuçları olarak tanımlanmaktadır. Bu nedenle iş istikrarsızlığını erken tanımlamak, klinik müdahalelerde veya iş yerindeki müdahalelerde erken davranarak iş sakatlığı riskini azaltabilir veya ortadan kaldıracaktır (87). AS'li hastaların %50'si iş istikrarsızlığı yaşarken, %15'i hastalık nedeniyle çalışma hayatlarını değiştirmek zorunda kalmışlardır (100). Biz de çalışmamızda iş istikrarsızlığını WI-AS anketi ile değerlendirdik ve hasta grubundaki çalışanlarda kontrol grubuna göre daha yüksek değer saptadık.

AS'li bir hastanın işteki verimliliğini ve işte kalma durumunu etkileyecek başlıca fiziksel özellikler spinal mobilitate kaybı ve göğüs ekspansiyonundaki azalmadır. İşyerindeki çalışmayı etkileyebilecek diğer özellikler; uzun süre sabit bir şekilde oturma, ağrı, tutukluk, spinal ve periferik eklem tutulumuna bağlı hareket zorlukları, uyku bozukluğu, yorgunluk ve bunların yol açtığı konsantrasyon yeteneğinde azalmadır. İstihdam kaybında fiziksel özelliklerin yanı sıra psikososyal faktörler de önemli rol oynar. Barlow ve ark. AS'li hastalarda iş engelini araştırdıkları çalışmada; ileri yaş, uzun hastalık süresi, düşük eğitim düzeyi, daha fazla fiziksel bozukluk, hastalığa eşlik eden komorbiditeler, ağrı, tutukluk, yorgunluk, anksiyete, depresyon ve düşük benlik saygısı istihdam kaybında rol oynayan faktörler olarak bulunmuştur (100). Anti TNF ilaç tedavisinin iş hayatında olumlu şekilde etkileri olmuştur (108).

Ülkemizde yapılan çalışmalara göz attığımızda Sağ ve ark. AS hastalarında iş verimliliği ve iş göremezliğin hastalık aktivitesi, yaşam kalitesi ve emosyonel durum ile olan ilişkisini araştırdıkları çalışmada; iş verimliliğindeki bozulma, BASDAI ve depresyon ile ilişkili bulunmuştur (109). Yine kliniğimizde Ulus ve ark. tarafından AS'li hastalarda iş dengesizliğinin hastalıkla ilişkili faktörler, yorgunluk ve duygusal

durum ile arasındaki ilişkinin değerlendirildiği çalışmada; ağrı, hastalık aktivitesi, işlevsellik, yorgunluk ve depresif belirtilerin iş istikrarsızlığı üzerindeki olumsuz etkisi ortaya koyulmuştur (8).

AS'de iş istikrarsızlığına yol açan bu fiziksel ve psikolojik özellikler, aynı zamanda hastaların vücut imajı üzerinde olumsuz etkisi bulunan dış görünüşleri hakkında endişe duymasına da neden olurlar. Bildiğimiz kadarıyla daha önce AS'li hastalarda beden imajının iş istikrarsızlığına olan etkisini araştıran bir çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışmada BIS ve SGKÖ ile WI-AS arasında yüksek derecede pozitif korelasyon mevcuttu. Negatif beden imajı ve artmış görünüş kaygısı iş yaşamına katılımı olumsuz yönde etkileyip işte istikrarsızlığa neden oluyordu.

Sosyal rollere katılım, bireysel ve ekonomik özerklik oluşturmada ve benlik saygısı üzerinde önemli rol oynayan ve bireyler için yaşamın her aşamasında esas olan bir durumdur. Sosyal rollere katılımın değerlendirilmesi, özellikle fiziksel işlevsellikte kısıtlılığa yol açan kronik hastalarda hastalığın gidişatını ve fonksiyonelliğini iyileştirmede faydalı olabilir. Dagfinrud ve ark. 152 AS hastasında fonksiyonel bozukluk ve günlük aktivitelerdeki zorlukları değerlendirdikleri çalışmada hastaların sosyal aktiviteler için enerjilerinin olmamasını sık bildirilen sorunlardan biri olarak ortaya koymuşlardır ve hastalık aktivitesi ve azalan hareketliliğin daha fazla katılım bozukluğuna yol açtığını bildirmişlerdir (110). Van Genderen ve ark. Hollanda'da 246 AS hastasında sosyal katılımı değerlendirdikleri çalışmada AS hastaları kontrol grubuna göre daha yüksek sosyal rol katılım ölçek puanına ve daha fazla performans memnuniyetsizliğine sahiptiler (111). Biz bu çalışmada sosyal rollere katılımı; sosyal etkinlikler, seyahat/tatil, iş hayatı, akademik hayat, yakın ilişkiler ve aile bireyleri ile olan ilişkiler şeklinde 6 alanda değerlendiren Oude Voshaar ve ark. tarafından geliştirilen sosyal rol katılım anketi kısa formu ile değerlendirdik (112). Bu değerlendirme sonucu AS hastaları kontrol grubuna göre sosyal rollere katılımında daha fazla fiziksel zorluk çekmiştir ve katıldıkları sosyal rollerden daha az memnuniyet duymuşlardır.

Davis ve ark. SpA hastalarında sosyal katılımı sosyal rol katılım anketi ile değerlendirdikleri çalışmaya 44 AS ve 65 PsA hastasını dahil etmişlerdir. SpA'lı iki grup arasında sosyal katılım açısından anlamlı fark olmadığını ve sosyal rollerde

memnuniyetsizliğin daha yüksek hastalık ciddiyeti ve aktivitesi, daha fazla dizabilite ve daha fazla depresif semptom ile ilişkili olduğunu bildirmişlerdir (113). Yine kliniğimizde Akyol ve ark. 100 AS hastasında sosyal rol katılım anketi kısa formunun Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini değerlendirdikleri çalışmada kadınlarda, eğitim durumu ilköğretim olanlarda, ev hanımlarında ve hastalık aktivitesi yüksek olanlarda daha fazla bozulmuş sosyal katılımı göstermişlerdir. Sosyal rol katılımın diğer ölçeklerle değerlendirilmesinde k-SRKÖ/deneyimlenen fiziksel zorluk ölçeği ile BASDAI, BASFI ve AS yaşam kalitesi ölçeği arasında pozitif korelasyon saptanırken; k-SRKÖ/rol performans doyum ölçeği ile BASDAI, BASFI ve AS yaşam kalitesi ölçeği arasında negatif korelasyon bulunmuştur (89).

Beden imajı ile sosyal katılımın birbirleri ile olan ilişkilerine ait literatürdeki çalışmalara baktığımızda; yaşlı kadınlarda sosyal katılımın vücut imajı ve depresyonla olan ilişkisinin incelendiği 65 yaş üstü 123 kadının dahil edildiği bir çalışmada azalan vücut memnuniyetinin daha düşük sosyal etkileşime yol açabileceği ve depresyonla ilişkili olduğu bildirilmiştir (114). Yine Mills ve ark. 18-40 yaş arası 121 kadında beden memnuniyetsizliği ile sosyal ilişkilerin birbirleri ile olan ilişkisinin değerlendirildiği çalışmada; vücut memnuniyetsizliğinin ileriye dönük sosyal etkileşimlerden kaçınmayı öngördüğünü ve sosyal katılımdan kaçınmanın vücut memnuniyetsizliğini daha da artırdığını ortaya koymuşlardır (115). Bizim çalışmamızda BIS ve SGKÖ ile k-SRKÖ/deneyimlenen fiziksel zorluk alt ölçeği ile güçlü pozitif korelasyon mevcut iken; k-SRKÖ/rol performans doyum alt ölçeği ile negatif korelasyon mevcuttu. Yani beden imaj bozukluğu yaşayan AS hastaları sosyal rollere katılımda fiziksel zorluk çekmişlerdir ve katılabildikleri sosyal rollerdeki performanslarından memnun değildiler.

Beden imajını etkileyen önemli parametrelerden biri de bireylerdeki duygudurum bozukluklarıdır (69,70). 2016 yılında EULAR kronik inflamatuvar romatizmal hastalıklarda komorbiditelerin yanında depresyonun da taranmasını önermiştir (116). AS hastaları psikolojik bozukluklar açısından da yüksek risk altındadır ve genel popülasyona göre depresyon ve anksiyete yaşama olasılıkları daha yüksektir (74,102). AS hastalarında görülen bu depresyon ve anksiyetinın sebebi muhtemelen birbirine bağımlı veya birbirinden bağımsız pek çok faktöre sahiptir. Daha önce yapılan

çalışmalarda; kadın cinsiyet, düşük sosyoekonomik düzey, düşük eğitim düzeyi, ağrı, yüksek hastalık aktivitesi, düşük fonksiyonellik ve uyku bozuklukları AS hastalarında depresyon ve anksiyete ile ilişkilendirilen faktörlerdendir (102,117,118). Çalışmamızda hastaların %24'ünde depresyon %11'inde anksiyete saptadık. Depresyon şiddeti her iki grupta da benzerdi. Anksiyete şiddeti AS'li hastalarda yüksek bulunmamakla birlikte kontrol grubu hastalara göre daha fazla anksiyete skoruna sahipti. Kontrol grubunun çoğunluğunu hastane ortamında kronik olarak strese maruz kalan hastane çalışanlarının ve ayaktan/yatan hasta yakınlarının oluşturması, bu tabloyu açıklayabilir.

Beden imajının psikolojik bozukluklar üzerindeki etkisini incelediğimizde; Benrud-Larson ve ark. tarafından sklerodermalı hastalarda beden imajının değerlendirildiği bir çalışmada beden imaj bozukluğu ile anksiyete ve depresyon arasında güçlü ilişki bulunmuştur (93). Beden imaj bozukluğuna sahip AS hastalarının çalışmamızda ortaya koyduğumuz gibi iş ve sosyal yaşama katılımdaki aksaklıklarının yanı sıra; daha yüksek anksiyete ve depresyon sergileme olasılığı mevcuttur ve daha önce yapılan çalışmalar ile (Shen ve ark. ve Fang ve ark.) ortaya konmuştur (7,76). Bizim çalışmamızda da önceki çalışmalarla orantılı olarak AS hastalarında BIS ile depresyon ve anksiyete ölçeği arasında pozitif korelasyon mevcuttu. Beden imaj bozuklukları AS'li hastalarda psikiyatrik bozuklukların gelişiminde öneme sahiptir ve bu hastalarda beden imaj bozukluklarının erken tespiti, depresyon ve anksiyete gibi psikiyatrik semptomların gelişimini öngörebilmesi açısından önemlidir.

6. SONUÇLAR

Çalışmamızda AS hastalarının sağlıklı kontrol gurubuna göre daha fazla beden imaj bozukluğu ve görünüş kaygısı yaşadığını ve beden imaj bozukluğu ile görünüş kaygısının benlik saygısı, hastalık algısı, emosyonel durum ile ilişkili olduğunu, iş ve sosyal yaşama katılımı olumsuz yönde etkilediğini tespit ettik. İş ve sosyal yaşama katılım ve memnuniyet, AS hastalarında yaşam kalitesinin bir göstergesidir; bu nedenle iş ve sosyal rol katılımı değerlendirmek, onu etkileyen faktörleri anlamak, katılımı kısıtlayan faktörleri hafifletmek veya önlemek için müdahale etmek önemlidir. AS hastalarını değerlendirirken beden imaj bozukluğu ve görünüş kaygısı da göz önünde bulundurulmalı ve gerekirse buna yönelik bilişsel, davranışsal tedaviler, egzersiz programlarını içeren psikolojik tedavi programları önerilmelidir.

7. KAYNAKLAR

1. Griffiths S, Hay P, Mitchison D, et al. Sex differences in the relationships between body dissatisfaction, quality of life and psychological distress. *Aust N Z J Public Health* 2016;40(6):518–22.
2. Davison TE, McCabe MP. Relationships between men’s and women’s body image and their psychological, social, and sexual functioning. *Sex Roles* 2005;52(7–8):463–75.
3. Sieper J, Braun J, Rudwaleit M, Boonen A, Zink A. Ankylosing spondylitis: An overview. *Ann Rheum Dis* 2002;61(Suppl. 3).
4. Boonen A, Van Der Linden SM. The burden of ankylosing spondylitis. *J Rheumatol* 2006;33(Suppl. 78):4–11.
5. Boonen A, Brinkhuizen T, Landewé R, Van Der Heijde D, Severens JL. Impact of ankylosing spondylitis on sick leave, presenteeism and unpaid productivity, and estimation of the societal cost. *Ann Rheum Dis* 2010;69(6):1123–8.
6. Günther V, Locher E, Falkenbach A, et al. Body image in patients with ankylosing spondylitis. *Clin Exp Rheumatol* 2010;28(3):341–7.
7. Shen B, Zhang A, Liu J, et al. Body image disturbance and quality of life in Chinese patients with ankylosing spondylitis. *Psychol Psychother Theory, Res Pract* 2014;87(3):324–37.
8. Ulus Y, Akyol Y, Bilgici A, Kuru O. Association of work instability with fatigue and emotional status in patients with ankylosing spondylitis: comparison with healthy controls. *Clin Rheumatol* 2019;38(4):1017–24.
9. Dougados M, Baeten D. Spondyloarthritis. *Lancet* 2011;377(9783):2127–37.
10. 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.
11. Braun J, Sieper J. Ankylosing spondylitis. *Lancet* 2007;369(9570):1379–90.

12. Onen F, Akar S, Birlik M, et al. Prevalence of AS in Turkey Personal non-commercial use only. *J Rheumatol* [Internet] 2007;35:305–14.
13. Karkucak M, Cakirbay H, Capkin E, et al. The prevalence of ankylosing spondylitis in The Eastern Black Sea region of Turkey. *Eur J Gen Med* 2011;8(1):40–5.
14. Bakland G, Nossent HC, Gran JT. Incidence and prevalence of ankylosing spondylitis in northern Norway. *Arthritis Care Res* 2005;53(6):850–5.
15. Mustafa KN, Hammoudeh M, Khan MA. HLA-B27 prevalence in Arab populations and among patients with ankylosing spondylitis. *J Rheumatol* 2012;39(8):1675–7.
16. Hukuda S, Minami M, Saito T, et al. Spondyloarthropathies in Japan: Nationwide questionnaire survey performed by the Japan ankylosing spondylitis society. *J Rheumatol* 2001;28(3):554–9.
17. Brewerton DA, Hart FD, Nicholls A, et al. Ankylosing Spondylitis and HLA-B27. *Lancet* 1973;301(7809):904–7.
18. Brown MA, Laval SH, Brophy S, Calin A. Recurrence risk modelling of the genetic susceptibility to ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis* 2000;59(11):883–6.
19. Brown MA, Kennedy LG, MacGregor AJ, et al. Susceptibility to ankylosing spondylitis in twins: The role of genes, HLA, and the environment. *Arthritis Rheum* 1997;40(10):1823–8.
20. Cortes A, Hadler J, Pointon JP, 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.
21. Tsui FWL, Haroon N, Reveille JD, et al. Association of an ERAP1 ERAP2 haplotype with familial ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis* 2010;69(4):733–6.
22. Bang SY, Kim TH, Lee B, et al. Genetic studies of ankylosing spondylitis in

Koreans confirm associations with ERAP1 and 2p15 reported in white patients. *J Rheumatol* 2011;38(2):322–4.

23. Guo C, Xia Y, Yang Q, et al. Association of the ANTXR2 gene polymorphism and ankylosing spondylitis in Chinese Han. *Scand J Rheumatol* 2012;41(1):29–32.
24. Sorrentino R, Böckmann RA, Fiorillo MT. HLA-B27 and antigen presentation: At the crossroads between immune defense and autoimmunity. *Mol Immunol* 2014;57(1):22–7.
25. Colbert RA, Tran TM, Layh-Schmitt G. HLA-B27 misfolding and ankylosing spondylitis. *Mol Immunol* 2014;57(1):44–51.
26. Kollnberger S, Bird L, Sun MY, et al. Cell-surface expression and immune receptor recognition of HLA-B27 homodimers. *Arthritis Rheum* 2002;46(11):2972–82.
27. Chen B, Li J, He C, et al. Role of HLA-B27 in the pathogenesis of ankylosing spondylitis (Review). *Mol Med Rep* 2017;15(4):1943–51.
28. Maki-Ikola O, Lehtinen K, Granfors K, Vainionpaa R, Toivanen P. Bacterial antibodies in ankylosing spondylitis. *Clin Exp Immunol* 1991;84(3):472–5.
29. Ciccia F, Rizzo A, Triolo G. Subclinical gut inflammation in ankylosing spondylitis. *Curr Opin Rheumatol* 2016;28(1):89–96.
30. Zhang L, Hu Y, Xu Y, et al. The correlation between intestinal dysbiosis and the development of ankylosing spondylitis. *Microb Pathog* 2019;132:188–92.
31. Ebringer A. The relationship between Klebsiella infection and ankylosing spondylitis. *Baillieres Clin Rheumatol* 1989;3(2):321–38.
32. Zhang L, Zhang YJ, Chen J, et al. The association of HLA-B27 and Klebsiella pneumoniae in ankylosing spondylitis: A systematic review. *Microb Pathog* 2018;117:49–54.
33. Ball J. Enthesopathy of rheumatoid and ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis* 1971;30(3):213–23.

34. Sieper J, Van Der Heijde D, Landewé R, et al. New criteria for inflammatory back pain in patients with chronic back pain: A real patient exercise by experts from the Assessment of SpondyloArthritis international Society (ASAS). *Ann Rheum Dis* 2009;68(6):784–8.
35. Rosenbaum JT. Acute anterior uveitis and spondyloarthropathies. *Rheum Dis Clin North Am* 1992;18(1):143–51.
36. Bergfeldt L. HLA-B27-associated cardiac disease. *Ann Intern Med* 1997;127(8 I):621–9.
37. Kanathur N, Lee-Chiong T. Pulmonary Manifestations of Ankylosing Spondylitis. *Clin Chest Med* 2010;31(3):547–54.
38. Fisher LR, Cawley MID, Holgate ST. Relation between chest expansion, pulmonary function, and exercise tolerance in patients with ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis* 1990;49(11):921–5.
39. De Keyser F, Mielants H. The Gut in Ankylosing Spondylitis and Other Spondyloarthropathies: Inflammation Beneath the Surface. *J Rheumatol* 2003;30(11):2306–7.
40. Rudwaleit M, Baeten D. Ankylosing spondylitis and bowel disease. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2006;20(3):451–71.
41. Strobel ES, Fritschka E. Renal diseases in ankylosing spondylitis: Review of the literature illustrated by case reports. *Clin Rheumatol* 1998;17(6):524–30.
42. Beyazova M, Kutsal YG. Ankilozan Spondilit. In: Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Güneş Tıp Kitabevleri; 2016. p. 2911.
43. Macrae IF, Wright V. Measurement of back movement. *Ann Rheum Dis* 1969;28(6):584–9.
44. Heuft-Dorenbosch L, Vosse D, Landewé R, et al. Measurement of spinal mobility in ankylosing spondylitis: Comparison of occiput-to-wall and tragus-to-wall distance. *J Rheumatol* 2004;31(9):1779–84.
45. Van Der Wurff P, Hagmeijer RHM, Meyne W. Clinical tests of the sacroiliac

- joint. A systematic methodological review. Part 1: Reliability. *Man Ther* 2000;5(1):30–6.
46. Moll JM, Wright V. An objective clinical study of chest expansion. *Ann Rheum Dis* 1972;31(1):1–8.
 47. Heuft-Dorenbosch L, Spoorenberg A, Van Tubergen A, et al. Assessment of enthesitis in ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis* 2003;62(2):127–32.
 48. Ozgocmen S, Godekmerdan A, Ozkurt-Zengin F. Acute-phase response, clinical measures and disease activity in ankylosing spondylitis. *Jt Bone Spine* 2007;74(3):249–53.
 49. Mackiewicz A, Khan M, Reynolds TL, Van Der Linden S, Kushner I. Serum IgA, acute phase proteins, and glycosylation of α 1-acid glycoprotein in ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis* 1989;48(2):99–103.
 50. Raychaudhuri SP, Deodhar A. The classification and diagnostic criteria of ankylosing spondylitis. *J Autoimmun* 2014;48–49:128–33.
 51. Khan MA. Ankylosing spondylitis: Introductory comments on its diagnosis and treatment. *Ann Rheum Dis* 2002;61(SUPPL. 3):iii3.
 52. Bergman M, Lundholm A. Managing morbidity and treatment-related toxicity in patients with ankylosing spondylitis. *Rheumatol (United Kingdom)* 2018;57(3):419–22.
 53. Baraliakos X, Berenbaum F, Favalli EG, et al. Challenges and advances in targeting remission in axial spondyloarthritis. *J Rheumatol* 2018;45(2):153–7.
 54. Millner JR, Barron JS, Beinke KM, et al. Exercise for ankylosing spondylitis: An evidence-based consensus statement. *Semin Arthritis Rheum* 2016;45(4):411–27.
 55. 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 spondylarthritis. *Arthritis Rheum* 2012;64(5):1388–98.

56. Dagfinrud H, Kvien TK, Hagen KB. Physiotherapy interventions for ankylosing spondylitis. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;2008(1).
57. 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):1599–613.
58. Machado PM, Agrawal P. Recent advances in managing axial spondyloarthritis. *F1000Research* 2020;9.
59. Ben-Tovim DI, Walker MK. Body image, disfigurement and disability. *J Psychosom Res* 1995;39(3):283–91.
60. Pruzinsky T. Enhancing quality of life in medical populations: A vision for body image assessment and rehabilitation as standards of care. *Body Image* 2004;1(1):71–81.
61. Cash TF. Body image: Past, present, and future. *Body Image* 2004;1(1):1–5.
62. Muth JL, Cash TF. Body-image attitudes: What difference does gender make? *J Appl Soc Psychol* 1997;27(16):1438–52.
63. Hodgkinson EL, Smith DM, Wittkowski A. Women’s experiences of their pregnancy and postpartum body image: A systematic review and meta-synthesis. *BMC Pregnancy Childbirth* 2014;14(1).
64. Bredericke J, Heise A, Zimmermann T. Body image in patients with different types of cancer. *PLoS One* 2021;16(11 November).
65. Kocan S, GURSOY A. Body Image of Women with Breast Cancer After Mastectomy: A Qualitative Research. *J Breast Heal* 2016;12(4):145–50.
66. Sharpe L, Patel D, Clarke S. The relationship between body image disturbance and distress in colorectal cancer patients with and without stomas. *J Psychosom Res* 2011;70(5):395–402.
67. Rybarczyk B, Nyenhuis DL, Nicholas JJ, Cash SM, Kaiser J. Body Image,

- Perceived Social Stigma, and the Prediction of Psychosocial Adjustment to Leg Amputation. *Rehabil Psychol* 1995;40(2):95–110.
68. Hartmann AS, Thomas JJ, Greenberg JL, et al. Anorexia nervosa and body dysmorphic disorder: A comparison of body image concerns and explicit and implicit attractiveness beliefs. *Body Image* 2015;14:77–84.
 69. Blashill AJ, Wilhelm S. Body image distortions, weight, and depression in adolescent boys: Longitudinal trajectories into adulthood. *Psychol Men Masculinity* 2014;15(4):445–51.
 70. Aderka IM, Gutner CA, Lazarov A, et al. Body image in social anxiety disorder, obsessive-compulsive disorder, and panic disorder. *Body Image* 2014;11(1):51–6.
 71. Weinberger NA, Kersting A, Riedel-Heller SG, Luck-Sikorski C. Body Dissatisfaction in Individuals with Obesity Compared to Normal-Weight Individuals: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Obes Facts* 2017;9(6):424–41.
 72. Vergara ME, O’Shea FD, Inman RD, Gage WH. Postural control is altered in patients with ankylosing spondylitis. *Clin Biomech* 2012;27(4):334–40.
 73. Storvoll EE, Strandbu A, Wichstrøm L. A cross-sectional study of changes in Norwegian adolescents’ body image from 1992 to 2002. *Body Image* 2005;2(1):5–18.
 74. Ward MM. Health-related quality of life in ankylosing spondylitis: A survey of 175 patients. *Arthritis Care Res* 1999;12(4):247–55.
 75. Hider S, Wong M, Ortiz M, Dulku A, Mulherin D. Does a regular exercise program for ankylosing spondylitis influence body image? *Scand J Rheumatol* 2002;31(3):168–71.
 76. Fang ML, Wu CS, Weng LC, Huang HL. Factors associated with depressive symptoms in patients with ankylosing spondylitis in Northern Taiwan. *PLoS One* 2019;14(10).

77. Akkoc Y, Karatepe AG, Akar S, Kirazli Y, Akkoc N. A Turkish version of the Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index: Reliability and validity. *Rheumatol Int* 2005;25(4):280–4.
78. Ozer HTE, 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.
79. Jenkinson TR, Mallorie PA, Whitelock HC, et al. Defining spinal mobility in ankylosing spondylitis (AS). The Bath AS metrology index. *J Rheumatol* 1994;21(9):1694–8.
80. Hopwood P, Fletcher I, Lee A, Al Ghazal S. A body image scale for use with cancer patients. *Eur J Cancer* 2001;37(2):189–97.
81. Karayurt Ö, Edeer AD, Süler G, et al. Psychometric Properties of the Body Image Scale in Turkish Ostomy Patients. *Int J Nurs Knowl* 2015;26(3):127–34.
82. Hart EA, Leary MR, Rejeski WJ. Tie Measurement of Social Physique Anxiety. *J Sport Exerc Psychol* 2016;11(1):94–104.
83. DOĞAN T. Sosyal Görünüş Kaygısı Ölçeği'nin (SGKÖ) Türkçe Uyarlaması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Derg* 2010;39(39):151–9.
84. Demiray Kara D, Mert E, Uysal Y, Başhan İ. Evaluation of Medication Adherence in Adults Who Use Multiple Medications in The Context of Illness Perception, Acknowledgement and Attitude Characteristics. *Turkish J Fam Med Prim Care* 2017;11(4):227–34.
85. Rosenberg M. Society and the adolescent self-image. Society and the Adolescent Self-Image. Princeton University Press; 2015. 1–326 p.
86. Çuhadaroğlu F. Adölesanlarda Benlik Saygısı. Vol. 0, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. Hacettepe Üniversitesi; 1986.
87. Gilworth G, Emery P, Barkham N, et al. Reducing work disability in Ankylosing Spondylitis - Development of a work instability scale for AS. *BMC*

Musculoskelet Disord 2009;10(1):68.

88. Küçükdeveci AA, Ataman Ş, Genç A, et al. Adaptation and validation of the ankylosing spondylitis work instability scale (AS-WIS) for use in Turkey. *Rheumatol Int* 2015;35(1):125–31.
89. Akyol Y, Ulus Y, Terzi Y, Bilgici A, Kuru Ö. Reliability and validity of turkish version of short form of the social role participation questionnaire in patients with ankylosing spondylitis. *Arch Rheumatol* 2018;33(4):408–17.
90. AYDEMİR, O. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölcegi Turkce Formunun gecerlilik ve guvenilirliigi. *Turk Psikiyatr Derg* 1997;8:187–280.
91. Gutweniger S, Kopp M, Mur E, Günther V. Body image of women with rheumatoid arthritis. *Clin Exp Rheumatol* 1999;17(4):413–7.
92. Kurt E, Özdiilli K, Yorulmaz H. Body image and self-esteem in patients with rheumatoid arthritis. *Noropsikiyatri Ars* 2013;50(3):202–8.
93. Benrud-Larson LM, White B, Heinberg LJ, et al. Body image dissatisfaction among women with scleroderma: Extent and relationship to psychosocial function. *Heal Psychol* 2003;22(2):130–9.
94. Senkowski D, Heinz A. Chronic pain and distorted body image: Implications for multisensory feedback interventions. *Neurosci Biobehav Rev* 2016;69:252–9.
95. Hart TA, Flora DB, Palyo SA, et al. Development and examination of the social appearance anxiety scale. *Assessment* 2008;15(1):48–59.
96. Pritchard M, Brasil K, McDermott R, Holdiman A. Untangling the associations between generalized anxiety and body dissatisfaction: The mediating effects of social physique anxiety among collegiate men and women. *Body Image* 2021;39:266–75.
97. Leary MR, Baumeister RF. The nature and function of self-esteem: Sociometer theory. *Adv Exp Soc Psychol* 2000;32:1–62.
98. Sekścińska K, Jaworska D, Rudzińska-Wojciechowska J. Self-esteem and

financial risk-taking. *Pers Individ Dif* 2021;172:110576.

99. Martindale J, Shukla R, Goodacre J. The impact of ankylosing spondylitis/axial spondyloarthritis on work productivity. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2015;29(3):512–23.
100. Barlow JH, Wright CC, Williams B, Keat A. Work disability among people with ankylosing spondylitis. *Arthritis Care Res* 2001;45(5):424–9.
101. Liu SY, Wrosch C, Morin AJS, Quesnel-Vallée A, Pruessner JC. Changes in self-esteem and chronic disease across adulthood: A 16-year longitudinal analysis. *Soc Sci Med* 2019;242:112600.
102. 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.
103. Solmaz M, Binbay Z, Cidem M, Sağır S, Karacan İ. Alexithymia and self-esteem in patients with ankylosing spondylitis. *Noropsikiyatri Ars* 2014;51(4):350–4.
104. Bahouq H, Rkain H, Allali F, Hajjaj Hassouni N. SAT0269 Self esteem in patients with ankylosing spondylitis and its relationships with disease-specific variables and psychological status. *Ann Rheum Dis* 2013;71(Suppl 3):562.3-563.
105. O’dea JA. Body image and self-esteem. *Encycl Body Image Hum Appear* 2012;1:141–7.
106. Van Den Berg PA, Mond J, Eisenberg M, Ackard D, Neumark-Sztainer D. The link between body dissatisfaction and self-esteem in adolescents: Similarities across gender, age, weight status, race/ethnicity, and socioeconomic status. *J Adolesc Heal* 2010;47(3):290–6.
107. Boonen A, Chorus A, Miedema H, et al. Withdrawal from labour force due to work disability in patients with ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis* 2001;60(11):1033–9.

108. Maksymowych WP, Gooch KL, Wong RL, Kupper H, Van Der Heijde D. Impact of age, sex, physical function, health-related quality of life, and treatment with adalimumab on work status and work productivity of patients with ankylosing spondylitis. *J Rheumatol* 2010;37(2):385–92.
109. Sağ S, Nas K, Sağ MS, Tekeoğlu I, Kamanlı A. Relationship of work disability between the disease activity, depression and quality of life in patients with ankylosing spondylitis. *J Back Musculoskelet Rehabil* 2018;31(3):499–505.
110. Dagfinrud H, Kjekken I, Mowinckel P, Hagen KB, Kvien TK. Impact of functional impairment in ankylosing spondylitis: Impairment, activity limitation, and participation restrictions. *J Rheumatol* 2005;32(3):516–23.
111. van Genderen S, Plasqui G, Landewé R, et al. Social Role Participation in Patients With Ankylosing Spondylitis: A Cross-Sectional Comparison With Population Controls. *Arthritis Care Res* 2016;68(12):1899–905.
112. Voshaar MO, Van Onna M, Van Genderen S, et al. Development and validation of a short form of the social role participation questionnaire in patients with ankylosing spondylitis. *J Rheumatol* 2016;43(7):1386–92.
113. Davis AM, Palaganas MP, Badley EM, et al. Measuring participation in people with spondyloarthritis using the social role participation questionnaire. *Ann Rheum Dis* 2011;70(10):1765–9.
114. Sabik NJ. Is social engagement linked to body image and depression among aging women? *J Women Aging* 2017;29(5):405–16.
115. Mills J, Fuller-Tyszkiewicz M, Holmes M. State Body Dissatisfaction and Social Interactions: An Experience Sampling Study. *Psychol Women Q* 2014;38(4):551–62.
116. Baillet A, Gossec L, Carmona L, et al. Points to consider for reporting, screening for and preventing selected comorbidities in chronic inflammatory rheumatic diseases in daily practice: A EULAR initiative. *Ann Rheum Dis* 2016;75(6):965–73.
117. Webers C, Vanhoof L, Leue C, Boonen A, Köhler S. Depression in ankylosing

spondylitis and the role of disease-related and contextual factors: A cross-sectional study. *Arthritis Res Ther* 2019;21(1).

118. Ben Tekaya A, Mahmoud I, Hamdi I, et al. Depression and anxiety in spondyloarthritis: Prevalence and relationship with clinical parameters and self-reported outcome measures. *Turk Psikiyat Derg* 2019;30(2).

8. EKLER

Ek-1: Bath AS Hastalık Aktivite İndeksi (BASDAI)

BATH AS HASTALIK AKTİVİTE İNDEKSİ (BASDAİ)

Geçen hafta ile ilişkili olarak aşağıdaki cümleleri 0 ile 10 arasında puanlayınız

1. Yorgunluğunuzun derecesi sizce kaçtır?
()
2. Boyun, sırt ve kalça ağrınıza kaç puan verirsiniz?
()
3. Boyun, sırt ve kalça haricindeki eklem ağrılarınıza kaç puan verirsiniz?
()
4. Hassas noktalarınızda dokunmak ya da bastırmakla hissettiğiniz ağrının derecesi
()
5. Uyandıığımızda hissettiğiniz sabah sertliğinizin derecesi
()
6. Sabah sertliğiniz ne kadar sürüyor?
()

0=Yok

5= 1 saat

10= 2 saat ve üzeri

TOPLAM SKORU:

HGD (geçen hafta hastalık aktivitenizi nasıl değerlendirirsiniz?)

0.....10

Çok iyi

Çok kötü

Ek-2: Bath AS Fonksiyonel İndeksi (BASFI)

BATH AS FONKSİYONEL İNDEKSİ (BASFI)

Geçen hafta boyunca aşağıdaki aktiviteleri uygulamadaki güçlüğünüzü 0-10 arasında puanlayarak ifade ediniz:

1. Bir kişi yardımını olmadan veya yardımcı cihaz kullanmaksızın çoraplarını giyme
()
2. Yardım almaksızın yerde duran kalemleri öne doğru eğilerek toplama
()
3. Yardım almaksızın yüksek bir rafa uzanma
()
4. Ellerle destek almadan ya da başka bir şekilde yardım almadan, kolluksuz normal bir sandalyeden kalkma
()
5. Yerde sırtüstü yatarken yardım almaksızın kalkma
()
6. Rahatsızlık hissetmeden desteksiz 10 dakika ayakta durma
()
7. Her bir basamağa bir ayak gelecek şekilde, yardımsız ve trabzanlara tutunmadan 12-15 basamak çıkmak
()
8. Gövde ile dönmeden omuzların üzerinden bakmak
()
9. Spor, egzersiz, bahçe işleri gibi fizik güç gerektiren işleri yapmak
()
10. Evde ve işteki günlük aktiviteleri yapmak
()

TOPLAM SKOR:

Ek-3: Bath AS Metroloji İndeksi (BASMI)

	0	1	2
Tragus-duvar	< 15 cm	15-30 cm	>30 cm
Lomber fleksiyon	>4 cm	2-4 cm	<2 cm
Servikal rotasyon	> 70°	20-70 °	< 20 °
Lateral lomber fleks	>10 cm	5-10 cm	< 5 cm
İntermalleoler mesafe	>100 cm	70-100 cm	<70 cm

Ek-4: Beden İmaj Skalası

BEDEN İMAJ SKALASI

Lütfen bedeninizle ilgili nasıl hissettiğinizle ilgili aşağıdaki soruları cevaplayın

	Hiç	Biraz	Oldukça	Çok fazla
1. Dış görünüşünüzün nedeniyle içine kapanıklık (sıkılgan) hissediyor musunuz?				
2. Hastalığınız veya dış görünüşünüzün nedeniyle kendinizi daha az çekici hissediyor musunuz?				
3. Giyinirken görünüşünüzün nedeniyle memnuniyetsiz hissediyor musunuz?				
4. Hastalığınız/tedavi nedeniyle kendinizi daha az kadınsı/erkeksi hissediyor musunuz?				
5. Çıplakken kendine bakmak zor geliyor mu?				
6. Hastalığınız veya tedavi nedeniyle kendinizi daha az çekici hissediyor musunuz?				
7. Dış görünüşünüzle ilgili hislerin nedeniyle insanlardan uzak duruyor musunuz?				
8. Hastalık veya tedaviye bağlı bedeninde eksiklik hissediyor musunuz?				
9. Bedeninizle ilgili memnuniyetsizlik hissediyor musunuz?				

Ek-5: Görünüş Kaygısı Ölçeği**GÖRÜNÜŞ KAYGISI ÖLÇEĞİ**

		Hiç Uygun Değil	Uygun Değil	Biraz Uygun	Uygun	Tamamen Uygun
1	Dış görünüşümle ilgili kendimi rahat hissedirim.	5	4	3	2	1
2	Fotoğrafım çekilirken kendimi gergin hissedirim.	1	2	3	4	5
3	İnsanlar doğrudan bana baktıklarında gerilirim.	1	2	3	4	5
4	İnsanların görünüşümden dolayı benden hoşlanmayacakları konusunda endişelenirim.	1	2	3	4	5
5	Yanlarında olmadığım zamanlarda insanların, görünüşümle ilgili kusurlarımı konuşacaklarından endişelenirim.	1	2	3	4	5
6	Görünüşümden dolayı insanların benimle beraber vakit geçirmek istemeyeceklerinden endişelenirim.	1	2	3	4	5
7	İnsanların beni çekici bulmamalarından korkarım.	1	2	3	4	5
8	Görünüşümün yaşamımı zorlaştıracağından endişe duyarım.	1	2	3	4	5
9	Karşıma çıkan fırsatları görünüşümden dolayı kaybetmekten kaygılanırım.	1	2	3	4	5
10	İnsanlarla konuşurken görünüşümden dolayı gerginlik yaşarım.	1	2	3	4	5
11	Diğer insanlar görünüşümle ilgili bir şey söylediklerinde kaygılanırım.	1	2	3	4	5
12	Dış görünüşümle ilgili başkalarının beklentilerini karşılayamamaktan endişeleniyorum.	1	2	3	4	5
13	İnsanların görünüşümü olumsuz olarak değerlendirecekleri konusunda endişelenirim.	1	2	3	4	5
14	Diğer insanların görünüşümdeki bir kusurun farkına vardıklarını düşündüğümde kendimi rahatsız hissedirim.	1	2	3	4	5
15	Sevdiğim kişinin görünüşümden dolayı beni terk edeceğinden endişe duyuyorum.	1	2	3	4	5
16	İnsanların görünüşümün iyi olmadığını düşünmelerinden endişeleniyorum.	1	2	3	4	5

Ek-6: Kısa Hastalık Algı Ölçeği

KISA HASTALIK ALGI ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki sorular için, sizin görüşlerinize en fazla uyan numarayı lütfen çember içine alın:

Hastalığınız hayatınızı ne kadar etkilemekte?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
hiç etkilemiyor										yaşamımı ciddi ölçüde etkiliyor
Hastalığınızın ne kadar süreceğini düşünüyorsunuz?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
çok kısa süre										ömür boyu
Hastalığınız üzerinde ne kadar kontrolünüz olduğunu hissediyorsunuz?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
kesinlikle hiçbir kontrolüm yok										tamamen kontrolüm altında
Tedavinizin hastalığınıza ne ölçüde yardımcı olabileceğini düşünüyorsunuz?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
hiç yardımcı değil										oldukça yardımcı
Hastalığınıza bağlı şikayetleri hangi ölçüde yaşıyorsunuz?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
hiçbir şikayetim olmuyor										çok ciddi şikayetlerim oluyor
Hastalığınız için ne kadar endişelisiniz?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
hiç endişeli değilim										çok endişeliyim
Hastalığınızın ne olduğunu ne kadar iyi anladım?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
hiç anlamadım										çok net anladım
Hastalığınız duygusal olarak sizi ne kadar etkilemekte? (ör: Sizi sinirli, ürkek, üzüntülü veya çökkün yapıyor mu?)										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
duygusal olarak hiç etkilemiyor										duygusal olarak çok etkiliyor

Ek-7: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

ROSENBERG BENLİK SAYGISI ÖLÇEĞİ

Sizin İçin Uygun Olanı Seçiniz

1	Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum.	Çok doğru	Doğru	Yanlış	Çok yanlış
2	Bazı olumlu özelliklerim olduğunu düşünüyorum	Çok doğru	Doğru	Yanlış	Çok yanlış
3	Genelde kendimi başarısız bir kişi olarak görme eğilimindeyim.	Çok doğru	Doğru	Yanlış	Çok yanlış
4	Ben de diğer insanların birçoğunun yapabildiği kadar bir şeyler yapabilirim.	Çok doğru	Doğru	Yanlış	Çok yanlış
5	Kendimde gurur duyacak fazla bir şey bulamıyorum.	Çok doğru	Doğru	Yanlış	Çok yanlış
6	Kendime karşı olumlu bir tutum içindeyim.	Çok doğru	Doğru	Yanlış	Çok yanlış
7	Genel olarak kendimden memnunum.	Çok doğru	Doğru	Yanlış	Çok yanlış
8	Kendime karşı daha fazla saygı duyabilmeyi isterdim.	Çok doğru	Doğru	Yanlış	Çok yanlış
9	Bazen kesinlikle kendimin bir işe yaramadığını düşünüyorum.	Çok doğru	Doğru	Yanlış	Çok yanlış
10	Bazen kendimin hiç de yeterli bir insan olmadığını düşünüyorum.	Çok doğru	Doğru	Yanlış	Çok yanlış

Ek-8: AS İşe Katılım Ölçeği (WI-AS)

WI-AS ANKETİ

Açıklamalar: Bu ankette 20 ifade bulunmaktadır. Lütfen her bir ifadeyi dikkatle okuyunuz ve eğer ifade sizin için geçerli ise **Doğru** seçeneğini, ifade **şu anda** sizin için geçerli değilse **Doğru Değil** seçeneğini işaretleyiniz.

1. İşimin bazı bölümlerinde zorlanıyorum.	Doğru	Doğru değil
2. İşteyken hareket etmek, etrafta dolaşmak bana zor geliyor.	Doğru	Doğru değil
3. İşimi yapabiliyorum ama bir hayli yavaş oluyorum.	Doğru	Doğru değil
4. Ağrım olduğunda konsantrasyonum (dikkatimi bir noktaya toplamam) etkileniyor.	Doğru	Doğru değil
5. İşte gergin ya da stresli olduğum zaman durumum (hastalığım) daha kötü oluyor.	Doğru	Doğru değil
6. Enerjimin daha az olduğunu hissediyorum.	Doğru	Doğru değil
7. En temel işleri yapmak bile daha çok çaba gerektiriyor.	Doğru	Doğru değil
8. Yorgun olduğum zaman işte her şey bana sıkıcı geliyor.	Doğru	Doğru değil
9. Hem iyi hem de kötü günlerim oluyor.	Doğru	Doğru değil
10. İşimi yapabiliyorum ama ardından çok ağrım oluyor.	Doğru	Doğru değil
11. İşyerimdeki bazı işler artık bana daha zor geliyor.	Doğru	Doğru değil
12. Ağrım nedeniyle huysuz ve asabi oluyorum.	Doğru	Doğru değil
13. Bazen gerçekten işte olmamam gerektiğini düşünüyorum.	Doğru	Doğru değil
14. Yürürken ağrım oluyor.	Doğru	Doğru değil
15. Yapabildiğim hemen her şeyin sadece işim olduğunu düşünüyorum.	Doğru	Doğru değil
16. İşimi sürdürebileceğimden çok endişeliyim.	Doğru	Doğru değil
17. Eskiden olduğu kadar çalışma gücüm yok.	Doğru	Doğru değil
18. Hastalığıma yenik düşmek istemediğimden işe gitmek için kendimi zorluyorum.	Doğru	Doğru değil
19. İşyerimde belli işleri ne kadar yaptığıma dikkat etmek durumundayım.	Doğru	Doğru değil
20. Bazı işleri yaparken kendime ek süre vermem gerekiyor.	Doğru	Doğru değil

Ek-9: Sosyal Rol Katılım Anketi

Sosyal Rol Katılım Anketi Kısa Formu (k-SRKA)

Kişiler zamanlarını farklı yollarla geçirirler. Biz sağlığımızın hayatımızı nasıl etkilediğini öğrenmek istiyoruz. Aşağıda, hayatınızın çeşitli alanlarına yönelik sorular mevcuttur. Sizin cevaplarınıza göre, bu alanların her birinin sizin için ne kadar önemli olduğu, sağlığınızın bu alanlara katılımınıza ilişkin sorunlar çıkartıp çıkartmadığı ve bu alanlara katılımızdan memnuniyetiniz değerlendirilmeye çalışılacaktır. Lütfen cevabınızı yuvarlak içine alınız.

Tecrübe edilen fiziksel zorluklar ölçeği	Yanıt Seçenekleri	Rol performans doyum ölçeği	Yanıt Seçenekleri
Sosyal etkinlikleri planlarken veya sosyal etkinliklere katılırken ne kadar fiziksel zorluk çekiyorsunuz ?	(1) Zorluk yok (2) Biraz zorluk (3) Çok zorluk (4) Yapılamıyor	Tercih ettiğiniz sosyal etkinlik türlerini planlama veya iştirak becerinizden ne kadar memnunsunuz?	(1) Hiç memnun değil (2) Biraz (3) Kısmen (4) Çok (5) Fazlasıyla memnun
Seyahatte ya da tatile giderken ne kadar fiziksel zorluk çekiyorsunuz ?	(1) Zorluk yok (2) Biraz zorluk (3) Çok zorluk (4) Yapılamıyor	Tercih ettiğiniz tatil türü veya seyahat deneyimlerinizden ne kadar memnunsunuz?	(1) Hiç memnun değil (2) Biraz (3) Kısmen (4) Çok (5) Fazlasıyla memnun
İşinizde çalışırken ne kadar fiziksel zorluk çekiyorsunuz?	(1) Zorluk yok (2) Biraz zorluk (3) Çok zorluk (4) Yapılamıyor	Sahip olabildiğiniz ücretli işin türünden ne kadar memnunsunuz? (örn, eğitim/becerilerinize ihtiyaç duyan bir iş)	(1) Hiç memnun değil (2) Biraz (3) Kısmen (4) Çok (5) Fazlasıyla memnun
Okula giderken veya eğitiminize devam ederken ne kadar fiziksel zorluk çekiyorsunuz?	(1) Zorluk yok (2) Biraz zorluk (3) Çok zorluk (4) Yapılamıyor	Tercih ettiğiniz çalışmalara/eğitime katılımınızdan ne kadar memnunsunuz?	(1) Hiç memnun değil (2) Biraz (3) Kısmen (4) Çok (5) Fazlasıyla memnun
Partneriniz, eşiniz veya sevgilinizle yakın ilişkinizde ne kadar fiziksel zorluk çekiyorsunuz?	(1) Zorluk yok (2) Biraz zorluk (3) Çok zorluk (4) Yapılamıyor	Eşinizle/ partnerinizle sahip olabildiğiniz ilişki tipinizden ne kadar memnunsunuz?	(1) Hiç memnun değil (2) Biraz (3) Kısmen (4) Çok (5) Fazlasıyla memnun
Aile üyeleriyle katıldığımız aktivitelerde ne kadar fiziksel zorluk çekiyorsunuz?	(1) Zorluk yok (2) Biraz zorluk (3) Çok zorluk (4) Yapılamıyor	Aile üyeleri ile kurabildiğiniz ilişki şeklinden ne kadar memnunsunuz?	(1) Hiç memnun değil (2) Biraz (3) Kısmen (4) Çok (5) Fazlasıyla memnun

Ek-10: Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD)

(Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS))

Hastanın Adı Soyadı: _____ Tarih: ____/____/____

Her maddeyi okuyun ve son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki kutuyu işaretleyin. Yanıtınız için çok düşünmeyin, aklınıza ilk gelen yanıt en doğrusu olacaktır.

1. Kendimi gergin "patlayacak gibi" hissediyorum.

- 3 Çoğu zaman 1 Zaman zaman, bazen
2 Birçok zaman 0 Hiçbir zaman

2. Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.

- 0 Aynı eskisi kadar 2 Yalnızca biraz eskisi kadar
1 Pek eskisi kadar değil 3 Hiçbir zaman

3. Sanki kötü bir şey olacakmış gibi bir korkuya kapılıyorum.

- 3 Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli
2 Evet, ama çok da şiddetli değil
1 Biraz, ama beni pek endişelendiriyor
0 Hayır, hiç de öyle değil

4. Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

- 0 Her zaman olduğu kadar 2 Kesinlikle o kadar değil
1 Şimdi pek o kadar değil 3 Artık hiç değil

5. Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.

- 3 Çoğu zaman 1 Zaman zaman, çok sık değil
2 Birçok zaman 0 Yalnızca bazen

6. Kendimi neşeli hissediyorum.

- 3 Hiçbir zaman 1 Bazen
2 Sık değil 0 Çoğu zaman

7. Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi rahat hissediyorum.

- 0 Kesinlikle 2 Sık değil
1 Genellikle 3 Hiçbir zaman

8. Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

- 3 Hemen hemen her zaman 1 Bazen
2 Çok sık 0 Hiçbir zaman

9. Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.

- 0 Hiçbir zaman 2 Oldukça sık
1 Bazen 3 Çok sık

10. Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

- 3 Kesinlikle
2 Gerekliği kadar özen göstermiyorum
1 Pek o kadar özen göstermeyebilirim
0 Her zamanki kadar özen gösteriyorum

11. Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.

- 3 Gerçekten de çok fazla 1 Çok fazla değil
2 Oldukça fazla 0 Hiç değil

12. Olacakları zevkle bekliyorum.

- 0 Her zaman olduğu kadar
1 Her zamankinden biraz daha az
2 Her zamankinden kesinlikle daha az
3 Hemen hemen hiç

13. Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

- 3 Gerçekten de çok sık 1 Çok sık değil
2 Oldukça sık 0 Hiçbir zaman

14. İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.

- 0 Sıklıkla 2 Pek sık değil
1 Bazen 3 Çok seyrek

Mavi renkli kutu içinde şıkları olan sorular anksiyete, turuncu renkli altı çizgili şıkları olan sorular depresyon skorlarını verir. 0-7 puan: normal ||| 8-10puan: sınırdan ||| 11ve üstü anormal

Toplam Puan: Depresyon _____ Anksiyete _____

Ek-11: Benzerlik

ANKİLOZAN SPONDİLİT HASTALARINDA BEDEN İMAJI VE GÖRÜNÜŞ KAYGISI: BENLİK SAYGISI, HASTALIK ALGISI, EMOSYONEL DURUM İŞ VE SOSYAL YAŞAMA KATILIM İLE İLİŞKİSİ

ORJİNALLİK RAPORU

% 16	% 15	% 7	% 5
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	acikbilim.yok.gov.tr	İnternet Kaynağı	% 3
2	acikerisim.ybu.edu.tr:8080	İnternet Kaynağı	% 1
3	docplayer.biz.tr	İnternet Kaynağı	% 1
4	Submitted to Ondokuz Mayıs Üniversitesi	Öğrenci Ödevi	% 1
5	9lib.net	İnternet Kaynağı	% 1
6	acikerisim.selcuk.edu.tr:8080	İnternet Kaynağı	% 1
7	dspace.trakya.edu.tr	İnternet Kaynağı	<% 1
8	1pdf.net	İnternet Kaynağı	<% 1

Ek-12: Etik Kurul Onayı



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/499

24.07.2020

Sayın Prof. Dr. Gamze Alaylı

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz **Ankilozan Spondilit Hastalarında Beden İmajı: Benlik Saygısı, Hastalık Algısı, Emosyonel Durum, İş ve Sosyal Yaşama Katılım İle İlişkisi** başlıklı OMÜ KAEK 2020/486 Karar nolu Anket çalışması nitelikli araştırma projeniz amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları açısından Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönergesine göre incelenmiş ve etik açıdan bir sakınca olmadığına, çalışmanın süresi 6 ayı geçerse 6 aylık bildirimlerinin yapılmasına, çalışma tamamlandıktan sonra sonucunun tarafımıza en geç üç(3) ay içerisinde bildirilmesine 23.07.2020 tarihli Etik kurulumuzda oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim.

Prof.Dr.Ramis ÇOLAK
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı