



T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ADANA TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**ROMATOİD ARTRİTLİ HASTALARIN SOSYAL
DESTEK DURUMLARININ VE RUHSAL HASTALIK
RİSKLERİNİN YAŞAM KALİTELERİ ÜZERİNE
ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

Dr. Özge Camcıoğlu

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ADANA, 2023



T.C. SKLİK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ADANA TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİğİ ANABİLİM DALI

**ROMATOİD ARTRİTLİ HASTALARIN SOSYAL
DESTEK DURUMLARININ VE RUHSAL HASTALIK
RİSKLERİNİN YAŞAM KALİTELERİ ÜZERİNE
ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

Dr. Özge Camcıoğlu

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Kenan TOPAL

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ADANA, 2023

TEŞEKKÜR

Asistanlık hayatım boyunca desteğini her zaman hissettiğim, tez sürecimde bilgisinden ve tecrübelerinden fayda gördüğüm kıymetli hocam ve tez danışmanım Doç. Dr. Kenan TOPAL'a,

Tez sürecimde bana destek olup yardımlarını esirgemeyen Prof. Dr. Emine Duygu ERSÖZLÜ'ye,

Uzmanlık eğitim sürecinde sahip olduğu bilgi ve tecrübelerini esirgemeyen ve hep öğrencilerine aktarma çabasında olan hocam Doç. Dr. Muhteşem Erol YAYLA'ya,

Uzmanlık eğitim sürecime olan katkılarından dolayı akademik ve bilimsel bakış açısı ile ufukumuzu genişleten Uzm. Dr. Hüseyin AKSOY'a,

Aile hekimliği uzmanlık eğitim sürecimde beraber çalışma fırsatımız olan tüm asistan arkadaşlarıma, özellikle de desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen sevgili bölüm ve nöbet arkadaşlarım Dr. Merve Nur KUTLU'ya, Dr. Başak NAZİK'e, Dr. Hüma TEPEOĞLU'na, Dr. Zübeyde Burcu ALPTEKİN'e,

Üniversite yıllarından itibaren hayatımda olan, her zaman desteklerini hissettiğim, tez yazma sürecimde de yardımlarını esirgemeyen arkadaşlarım Dr. Tuğçe AKDOĞANLAR'a ve Dr. Aslı KARACA'ya,

Hayatımın her anında yanımda ve arkamda olan canım annem Özay VAHAPOĞLU'na,

Sevgisini ve desteğini hep hissettiğim, her zaman yanımda olan yol arkadaşım A. Cihan CAMCIOĞLU'na,

Çok teşekkür ederim.

Dr. Özge CAMCIOĞLU

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	I
İÇİNDEKİLER.....	II
KISALTMALAR LİSTESİ.....	V
TABLOLAR DİZİNİ.....	VI
ŞEKİLLER LİSTESİ	IX
ÖZET	X
ABSTRACT	XI
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. TANIM	3
2.2. TARİHÇE	3
2.3. EPİDEMİYOLOJİ.....	3
2.4. ETYOLOJİ	4
2.5. PATOGENEZ	5
2.6. KLİNİK	6
2.6.1. Eklem Bulguları	6
2.6.2. Sistemik Bulgular	8
2.6.2.1. Cilt tutulumu.....	8
2.6.2.2. Oküler tutulum.....	8
2.6.2.3. Nörolojik tutulum	9
2.6.2.4. Pulmoner tutulum	9
2.6.2.5. Kardiyak tutulum	9
2.6.2.6. Hematolojik tutulum	9
2.6.2.7. Gastrointestinal tutulum	10

2.6.2.8. Renal tutulum	10
2.6.2.9. Romatoid vaskülit	10
2.7. LABORATUVAR BULGULARI	10
2.8. RADYOLOJİK GÖRÜNTÜLEME	11
2.9. TANI	12
2.10. HASTALIK AKTİVİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	13
2.10.1. Vizüel Analog Skala (VAS).....	13
2.10.2. Romatoid Artrit Hastalık Hasarı Skoru (Rheumatoid Arthritis Impact of Disease -RAID).....	14
2.10.3. Hastalık Aktivite Skoru 28 (Disease Activity Score -DAS 28)	14
2.10.4. Klinik Hastalık Aktivite İndeksi (Clinical Disease Activity Index-CDAI)	15
2.10.5. Basitleştirilmiş Hastalık Aktivite İndeksi (Simplified Disease Activity Index-SDAI)	15
2.11. TEDAVİ	15
2.11.1. Non-farmakolojik Tedavi.....	16
2.11.2. Farmakolojik Tedavi.....	16
2.11.2.1. Non-Steroid Anti-inflamatuar İlaçlar (NSAİİ).....	16
2.11.2.2. Kortikosteroidler	17
2.11.2.3. Hastalık Modifiye Edici Antiromatizmal İlaçlar (Disease modifying AntiRheumatic Drugs - DMARDs).....	17
2.11.2.3.1. Sentetik DMARD'lar	17
2.11.2.3.2. Biyolojik DMARD'lar	18
2.12. ROMATOİT ARTRİTTE ANKSİYETE, DEPRESYON, SOSYAL DESTEK VE YAŞAM KALİTESİ	18
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	21
3.1. VERİ TOPLAMA FORMU	21

3.2. ARAŞTIRMADA KULLANILAN ÖLÇEKLER	23
3.2.1. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	23
3.2.2. Hastalık Aktivite Skoru (DAS28 - Disease Activity Score).....	23
3.2.3. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği.....	23
3.2.4. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği - Kısa formu (WHOQOL Bref)	24
3.2.5. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi.....	25
3.3. İSTATİSTİK ANALİZLER	25
4. BULGULAR	27
5. TARTIŞMA.....	77
6. SONUÇLAR.....	86
7. KAYNAKLAR.....	91
8. EKLER.....	107
EK 1. VERİ TOPLAMA ANKETİ.....	108
EK 2. ETİK KURUL ONAY FORMU	116

KISALTMALAR LİSTESİ

ACR	: Amerikan Romatoloji Derneği
Anti- CCP	: Anti-Siklik Sitrüline Peptidin
CDAI	: Klinik Hastalık Aktivite İndeksi
CRP	: C-Reaktif Protein
DİF	: Distal İnterflangeal
DMARDs	: Hastalık Modifiye Edici Antiromatizmal İlaçlar
ESH	: Eritrosit Sedimentasyon Hızı
EULAR	: Avrupa Romatizma Birliği
FNBT	: Fageström Nikotin Bağımlılık Testi
MHC	: Majör Histokompabilite Kompleksi
MKF	: Metokarpofalangeal
MRG	: Manyetik Rezonans Görüntüleme
MTF	: Metotarsofalangeal
NSAİİ	: Non-Farmakolojik Ve Farmakolojik
PİF	: Proksimal İnterfalangeal
RA	: Romatoid Artrit
RAID	: Romatoid Artrit Hastalık Hasarı Skoru
RF	: Romatoid Faktör
USG	: Ultrasonografi
VAS	: Vizüel Analog Skala
WHOQOL Bref	: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği

TABLÖLAR DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 1. 1987 ACR romatoid artrit kriterleri	13
Tablo 2. 2010 Amerikan Romatoloji Derneği/Avrupa Romatizma Birliği (ACR/EULAR) Kriterleri.....	13
Tablo 3. DAS28 değerine göre romatoid artrit hastalık aktivitesi sınıflandırılması.....	15
Tablo 4. CDAI değerine göre romatoid artrit hastalık aktivitesi sınıflandırılması	15
Tablo 5. SDAI değerine göre romatoid artrit hastalık aktivitesi sınıflandırılması	15
Tablo 6. Katılımcıların bazı sosyodemografik özellikleri.....	27
Tablo 7. Katılımcıların romatoloji polikliniğine başvurma nedenleri	28
Tablo 8. Katılımcıların romatoid artrit ile ilgili bazı verileri.....	28
Tablo 9. Katılımcıların romatoid artrit hastalığına uyum düzeyleri ilgili verileri	29
Tablo 10. Katılımcıların bazı genel sağlık verileri	29
Tablo 11. Katılımcıların bazı genel sağlık verileri	30
Tablo 12. Katılımcıların önerilen besinleri tüketme durumları ile ilgili veriler	30
Tablo 13. Katılımcıların önerilmeyen besinleri tüketme durumları ile ilgili veriler	31
Tablo 14. Katılımcıların çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği puanları.....	32
Tablo 15. Katılımcıların DAS28 skoruna göre hastalık aktivite durumları	32
Tablo 16. Katılımcıların hastane anksiyete ve depresyon ölçeği skorları	32
Tablo 17. Katılımcıların HADÖ ile risk değerlendirmesi	33
Tablo 18. Katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği 1., 2. ve 27. soru skorları	33
Tablo 19. Katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puanları	33
Tablo 20. Katılımcıların romatoid artrit ile ilgili bazı verilerinin cinsiyete göre karşılaştırılması	34
Tablo 21. Katılımcıların romatoid artrit hastalığına uyum düzeylerinin cinsiyete göre karşılaştırılması	35
Tablo 22. Katılımcıların önerilen besinleri tüketme durumlarının cinsiyete göre karşılaştırılması	35
Tablo 23. Katılımcıların önerilmeyen besinleri tüketme durumlarının cinsiyete göre karşılaştırılması	36
Tablo 24. Katılımcıların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puanlarının cinsiyete göre karşılaştırılması	37
Tablo 25. Katılımcıların Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği skorlarının cinsiyete göre karşılaştırılması	37
Tablo 26. Katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği 1., 2. ve 27. soru skorlarının ve alt boyut puanlarının cinsiyete göre karşılaştırılması	38
Tablo 27. Katılımcıların romatoid artrit hastalığına uyum düzeylerinin medeni duruma göre karşılaştırılması	38
Tablo 28. Katılımcıların önerilen besinleri tüketme durumlarının medeni duruma göre karşılaştırılması	39
Tablo 29. Katılımcıların önerilmeyen besinleri tüketme durumlarının medeni duruma göre karşılaştırılması	39
Tablo 30. Katılımcıların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puanlarının medeni duruma göre karşılaştırılması	40
Tablo 31. Katılımcıların Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği skorlarının medeni duruma göre karşılaştırılması	40
Tablo 32. Katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği 1., 2. ve 27. soru skorlarının ve alt boyut puanlarının medeni duruma göre karşılaştırılması	41
Tablo 33. Katılımcıların romatoid artrit hastalığına uyum düzeylerinin kiminle yaşadığına göre karşılaştırılması	41
Tablo 34. Katılımcıların önerilen besinleri tüketme durumlarının kiminle yaşadığına göre karşılaştırılması	42
Tablo 35. Katılımcıların önerilmeyen besinleri tüketme durumlarının kiminle yaşadığına göre karşılaştırılması	43

Tablo 36. Katılımcıların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puanlarının kiminle yaşadığına göre karşılaştırılması	44
Tablo 37. Katılımcıların Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği skorlarının kiminle yaşadığına göre karşılaştırılması	44
Tablo 38. Katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği 1., 2. ve 27. soru skorlarının ve alt boyut puanlarının kiminle yaşadığına göre karşılaştırılması	45
Tablo 39. Katılımcıların romatoid artrit hastalığına uyum düzeylerinin eğitim durumuna göre karşılaştırılması	46
Tablo 40. Katılımcıların romatoid artrit hastalığına uyum düzeylerinin eğitim durumuna göre gruplar arası karşılaştırılması	47
Tablo 41. Katılımcıların önerilen besinleri tüketme durumlarının eğitim durumuna göre karşılaştırılması	48
Tablo 42. Katılımcıların kırmızı et, balık, yoğurt ve turşu tüketme durumlarının eğitim durumuna göre gruplar arası karşılaştırılması	49
Tablo 43. Katılımcıların önerilmeyen besinleri tüketme durumlarının eğitim durumuna göre karşılaştırılması	50
Tablo 44. Katılımcıların paketli gıdalar, fastfood, trans yağ, işlenmiş yağlar, tatlılar, tatlandırıcı içeren içecekler, şeker ve şekerli içecekler ile asitli/alkollü içecekleri tüketme durumlarının eğitim durumuna göre gruplar arası karşılaştırılması	52
Tablo 45. Katılımcıların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puanlarının eğitim durumuna göre karşılaştırılması	53
Tablo 46. Katılımcıların Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği skorlarının eğitim durumuna göre karşılaştırılması	53
Tablo 47. Katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği 1.,2. ve 27. soru skorlarının ve alt boyut puanlarının eğitim durumuna göre karşılaştırılması	54
Tablo 48. Katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği 2. soru skorunun ve alt boyut puanlarının eğitim durumuna göre gruplar arası karşılaştırılması	55
Tablo 49. Katılımcıların romatoid artrit hastalığına uyum düzeylerinin çalışma durumuna göre karşılaştırılması	56
Tablo 50. Katılımcıların başkasının yardımı olmadan kendine yetebilme durumlarının çalışma durumuna göre gruplar arası karşılaştırılması	57
Tablo 51. Katılımcıların önerilen besinleri tüketme durumlarının çalışma durumuna göre karşılaştırılması	57
Tablo 52. Katılımcıların şalgam tüketme durumlarının çalışma durumuna göre gruplar arası karşılaştırılması	58
Tablo 53. Katılımcıların önerilmeyen besinleri tüketme durumlarının çalışma durumuna göre karşılaştırılması	58
Tablo 54. Katılımcıların paketli gıdalar, fastfood, meyve, tatlılar, tatlandırıcı içeren içecekler ve asitli/alkollü içecekleri tüketme durumlarının çalışma durumuna göre gruplar arası karşılaştırılması	60
Tablo 55. Katılımcıların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puanlarının çalışma durumuna göre karşılaştırılması	61
Tablo 56. Katılımcıların Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği skorlarının çalışma durumuna göre karşılaştırılması	61
Tablo 57. Katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği 1.,2. ve 27. soru skorlarının ve alt boyut puanlarının çalışma durumuna göre karşılaştırılması	62
Tablo 58. Katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği sosyal alt boyut puanının çalışma durumuna göre gruplar arası karşılaştırılması	62
Tablo 59. Katılımcıların romatoid artrit hastalığına uyum düzeyleri puanının gelir durumuna göre karşılaştırılması	63
Tablo 60. Katılımcıların önerilen besinleri tüketme durumlarının gelir durumuna göre karşılaştırılması	64
Tablo 61. Katılımcıların önerilmeyen besinleri tüketme durumunun gelir durumuna göre karşılaştırılması	65
Tablo 62. Katılımcıların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puanlarının gelir durumuna göre karşılaştırılması	65
Tablo 63. Katılımcıların Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği skorlarının gelir durumuna göre karşılaştırılması	66

Tablo 64. Katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği 1.,2. ve 27. soru skorlarının ve alt boyut puanlarının gelir durumuna göre karşılaştırılması.....	67
Tablo 65. Katılımcıların romatoid artrit hastalığına uyum düzeyleri ile bazı sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması.....	68
Tablo 66. Katılımcıların bazı genel sağlık verileri ile bazı sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması	69
Tablo 67. Katılımcıların önerilen besinleri tüketme durumları ile bazı sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması	70
Tablo 68. Katılımcıların önerilmeyen besinleri tüketme durumları ile bazı sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması.....	72
Tablo 69. Katılımcıların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puanları ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği skorları ile bazı sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması	72
Tablo 70. Katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği puanları ile bazı sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması	73
Tablo 71. Katılımcıların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puanları ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği skorları ile DAS28 sonuçlarının karşılaştırılması	74
Tablo 72. Katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği skorları ve puanları ile DAS28 sonuçlarının karşılaştırılması	74
Tablo 73. Katılımcıların Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği skorları ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puanlarının karşılaştırılması	75
Tablo 73. Katılımcıların Yaşam Kalitesi Ölçeği skorları ve puanları ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puanlarının ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği skorlarının karşılaştırılması	76

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil No

Sayfa No

Şekil 1. Vizüel analog skala.....14



ÖZET

Romatoid Artritli Hastaların Sosyal Destek Durumları ve Ruhsal Hastalık Risklerinin Yaşam Kaliteleri Üzerine Etkisinin İncelenmesi

Amaç: En sık görülen inflamatuvar artrit olan romatoid artrit, hastaların yaşamını fiziksel, ruhsal ve sosyal yönlerden etkilemektedir. Hem eklem tutulumları hem de sistemik tutulumları nedeniyle ciddi bir morbidite ve mortalite nedenidir. Bu hastaların takibinin sadece bedensel yönden değil ruhsal ve sosyal parametreleri de hesaba katarak yapmak, daha başarılı hastalık takipleri ve yaşam kalitelerinin yükselmesi ile sonuçlanabilir. Bu araştırmanın amacı romatoid artritli hastaların sosyal destek durumlarının ve ruhsal hastalık risklerinin belirlenip yaşam kaliteleri üzerine etkisinin değerlendirilmesidir.

Gereç ve Yöntem: Bu tez çalışması kesitsel tipte olup SBÜ Adana Eğitim ve Araştırma Hastanesi Romatoloji polikliniklerine 1 Şubat-30 Nisan 2022 tarihleri arasında başvuran romatoid artrit tanılı 157 hasta ile yürütülmüştür. Araştırmamızda veri toplama formu ile sosyodemografik veriler, romatoid artrit ile ilgili veriler, genel sağlık ve beslenme verileri sorgulandı. Katılımcıların hastalık aktivitesi DAS28 ile belirlendi. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği ve WHOQOL BREF-TR Yaşam Kalitesi ölçeği kullanıldı. Veriler SPSS 26.0 programında analiz edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya katılanların yaş ortalaması $54,11 \pm 12,43$ yıl idi. Katılımcıların %70,7'si kadın, %70,1'i evli, %40,8'i eşi ve çocukları ile yaşıyordu. Çalışmaya katılanların %49'u düşük gelir düzeyinde idi. Kadınlarda anksiyete skoru yüksek saptanırken, erkeklerde yaşam kalitesinin ruhsal alt boyut puanı yüksek saptanmıştır. Evli olanlarda sosyal destek daha fazla ($p < 0,001$), ruhsal hastalık riski daha az (anksiyete skoru için $p = 0,002$, depresyon skoru için $p = 0,006$) ve yaşam kalitesi daha iyidir. Çalışanların yaşam kalitesi sosyal alt boyutta emeklilerden daha iyidir ($p = 0,007$). Yaş arttıkça algılanan sosyal destek arkadaş alt boyutunda ve yaşam kalitesi sosyal alt boyutta azalmaktadır (sırası ile $p = 0,001$, $p < 0,001$). Hastalık aktivite skoru arttıkça depresyon skoru artmakta ve yaşam kalitesi azalmaktadır ($p = 0,037$).

Sonuç: Yaptığımız bu çalışma ile RA hastalarında anksiyete ve depresyon durumunun algılanan sosyal desteği negatif yönde etkilediğini tespit ettik. RA hastalarında yaşam kalitesinin anksiyete ve depresyon durumu ile negatif yönde, algılanan sosyal destek ile pozitif yönde ilişkili olduğu sonucuna ulaştık.

Anahtar sözcükler: romatoid artrit, sosyal destek, anksiyete ve depresyon, yaşam kalitesi

ABSTRACT

Investigation of the Effects of Social Support Status and Mental Illness Risks on Quality of Life in Patients with Rheumatoid Arthritis

Aim: Rheumatoid arthritis, the most common inflammatory arthritis, affects patients' lives physically, mentally and socially. It is a serious cause of morbidity and mortality due to both joint involvement and systemic involvement. The follow-up of these patients, taking into account not only physical but also mental and social parameters, may result in more successful disease follow-ups and an increase in their quality of life. The aim of this study is to determine the social support status and risks of mental illness of patients with rheumatoid arthritis and to evaluate their effects on their quality of life.

Materials and methods: This thesis study is cross-sectional and was carried out with 157 patients with rheumatoid arthritis who applied to SBU Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Rheumatology outpatient clinics between February 1 and April 30, 2022. In our study, sociodemographic data, data on rheumatoid arthritis, general health and nutrition data were questioned with the data collection form. Disease activity of the participants was determined by DAS28. Multidimensional Scale of Perceived Social Support, Hospital Anxiety and Depression Scale and WHOQOL BREF-TR Quality of Life scale were used. Data were analyzed in SPSS 26.0 program.

Results: The mean age of the participants in the study was 54.11 ± 12.43 years. 70.7% of the participants were women, 70.1% were married, 40.8% were living with their spouses and children. 49% of the participants in the study were at low income level. While the anxiety score was found to be high in women, the psychological sub-dimension score of quality of life was found to be high in men. Married individuals have higher social support ($p < 0.001$), lower risk of mental illness ($p = 0.002$ for anxiety score, $p = 0.006$ for depression score) and better quality of life. The quality of life of the employees is better than the retirees in the social sub-dimension ($p = 0.007$). As age increases, perceived social support decreases in the friend dimension and in the social sub-dimension of quality of life ($p = 0.001$, $p < 0.001$, respectively). As the disease activity score increases, the depression score increases and the quality of life decreases ($p = 0.037$).

Conclusion: In this study, we found that anxiety and depression in RA patients negatively affect perceived social support. We concluded that quality of life was negatively correlated with anxiety and depression and positively correlated with perceived social support in RA patients.

Key words: Rheumatoid arthritis, social support, anxiety and depression, quality of life

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Romatoid artrit (RA), eklem ve çevresindeki dokularda erozyon ve deformitelere yol açan kronik otoimmün bir hastalıktır (1). En sık görülen inflamatuvar artrit olmakla birlikte hastaların yaşamını fiziksel, ruhsal ve sosyal yönlerden etkilemektedir (2). Hem eklem tutulumları hem de sistemik tutulumları nedeniyle ciddi bir morbidite ve mortalite nedenidir (3).

Romatoid artrit her yaşta görülebilmekle birlikte en sık 6. dekatta ortaya çıkmaktadır (4). Kadınlarda erkeklere oranla 3 kat daha fazla görülmektedir (5). Romatoid artrit nereden net olarak belirlenememiştir. Etiyolojisinde çeşitli genetik, çevresel ve hormonal faktörlerin etkili olduğu düşünülmektedir (6).

Patogenezinde birçok mekanizma rol almaktadır. Sinovyal inflamasyon, sinovyal hiperplazi, otoantikor üretimi, kıkırdak ve kemik harabiyeti öncelikli olmakla birlikte, sistemik tutulumu da mevcuttur. (7). Ekstraartiküler tutulum hastalığın şiddetini gösterir, morbidite ve mortalite ile ilişkilidir (8).

Tanı güncel olarak 2010 ACR/EULAR kriterlerine göre konur (9). Tedavi non-farmakolojik ve farmakolojik (NSAİİ, kortikosteroid, DMARDs) olarak ikiye ayrılabilir. Romatoid artrit erken dönemde tanı alıp tedavi başlanmadığında uzun süren inflamatuvar süreç nedeniyle eklem ve kemik hasarı, sakatlık ve iş gücü kaybı ile sonuçlanabilir (10).

Romatoid artrit kronik ağrı, fiziksel kısıtlılık, sosyal aktivitelerin kaybı hem tek başına hem de birlikte görüldüklerinde ruhsal hastalık riskini arttırmaktadır (11). Hastaların bedensel sağlıkla ilgili yaşadığı zorluklar nedeniyle aldıkları sosyal destek daha önemli hale gelir. Alacakları sosyal desteğin hastalığın getirdiği zorluklarla başa çıkmada etkili olacağı düşünülmektedir (12). Romatoid artrit özellikle hastalığın ilerleyen dönemlerinde ağrı, yorgunluk ve eklem deformiteleri; tüm bunların sonucunda istihdam kaybına bağlı ekonomik sorunlar, yaşanan stres, sosyal olarak izole olma isteği ve beraberinde gelişen ruhsal hastalıklar hastaların yaşam kalitesini düşürmektedir (13).

Bu hastaların takibinin sadece bedensel yönden değil ruhsal ve sosyal parametreleri de hesaba katarak yapmak, daha başarılı hastalık takipleri ve yaşam kalitelerinin yükselmesi ile sonuçlanabilir.

Bu araştırmanın amacı romatoid artritli hastaların sosyal destek durumlarının ve ruhsal hastalık risklerinin belirlenip yaşam kaliteleri üzerine etkisinin değerlendirilmesidir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. TANIM

Romatoid artrit (RA) eklem ve çevresindeki dokularda erozyon ve deformitelere yol açan kronik otoimmün bir hastalıktır (1). Primer hedefi sinovyal eklemler olan hastalığın seyri ılımlı bir oligoartiküler tutulumdan şiddetli bir poliartiküler tutulumla kadar değişkenlik gösterebilir (14,15). Öncelikle küçük eklemleri etkileyen romatoid artrit hem eklem tutulumları hem de sistemik tutulumları nedeniyle ciddi bir morbidite ve mortalite nedenidir (3).

2.2. TARİHÇE

Romatoid artrit tarihçesi Kızıldere kalıntılarına (MÖ 4500) kadar dayanmaktadır. Modern tıbbı uygun tanımlama 19. Yüzyılın başında ilk kez Augustin Jacob LandréBeauvais tarafından yapılmıştır. “Goutte Asthénique Primitive” olarak gut hastalığının varyantı şeklinde tanımlanmıştır (16). 19. Yüzyılın ortalarına gelindiğinde Alfred Garrod hastalığı “romatizmal gut” olarak adlandırmıştır. 1890 yılında ise Archibald Garrod “Treatise on Rheumatism and Rheumatoid Arthritis” isimli kitabında ilk kez “Romatoid Artrit” terimini kullanmıştır (17).

2.3. EPİDEMİYOLOJİ

RA en sık görülen kronik inflamatuvar artrit (2). Hastalığın insidansı 5-50/100.000 olarak bildirilmektedir (18). Tüm dünyada RA prevalansı %0,5-1’dir (4). Prevalansı coğrafik bölgelere ve ırksal faktörlere göre farklılıklar göstermektedir. Kuzey Avrupa ve Kuzey Amerika’da Batı Afrika’nın kırsal kesimlerine göre daha sık görülmektedir (19). Görülme sıklığı; Kuzey Avrupa ve Amerika ülkelerinde %0.5-1, Pima Amerikalı yerlilerinde %5.3, Chippewa Amerikalılarda %6,8, Fransa’da ise %0.31’dir (20). Türkiye’de romatoid artrit prevalansı %0,36 olarak bildirilmiştir (21).

Romatoid artrit her yaşta görülebilmekle birlikte en sık 6. dekatta ortaya çıkmaktadır (4). Romatoid artrit insidansı yaşla birlikte artmaktadır ve 18-34 yaş

aralığında 8,7/100.000, 65-74 yaş aralığında 89/100.000, 85 yaş üzerinde ise 54/100.000 şeklindedir (22). Kadınlarda erkeklere oranla 3 kat daha fazla görülmektedir (5). Hayat boyu romatoid artrit gelişme riski ise kadınlarda %3.6, erkeklerde %1.72'tir (2).

2.4. ETYOLOJİ

Romatoid artrit nedeni net olarak belirlenememiştir. Etiyolojisinde çeşitli genetik, çevresel ve hormonal faktörlerin etkili olduğu düşünülmektedir (6). Hastalığın riski, şiddeti ve progresyonunda genetik faktörlerin rol oynadığı açıkça gösterilmiştir (23). İsveç'te yapılan bir vaka kontrol çalışmasında romatoid artrit genetik kalıtımının %40 olduğu belirlenmiştir. Birinci derece akrabalarda hastalığın gelişme riski 3 kat, ikinci derece akrabalarda 2 kat yüksek bulunmuştur (24). Romatoid artrit genetik kalıtımı ile ilgili yapılan bir araştırmada hastalık görülme oranları monozigot ikizlerde %30-50, dizigot ikizlerde %2-5 bulunmuştur (25).

Romatoid artrit için tanımlanan riskli gen lokus sayısı 100den fazladır.(26) En önemli risk alleli 6. Kromozomda bulunun majör histokompabilite kompleksinden (MHC) kodlanan HLA-DR'nin β zincirini kodlayan HLA-DB1 allelidir (27,28). Genetik kalıtımda MHC olmayan en etkili gen PTPN22'dir ve bir tirozin fosfatazı kodlamaktadır (29).

Romatoid artrit etiolojisinde genetik kalıtımın yanında çok sayıda çevresel faktör de etkili bulunmuştur. Bilinen en güçlü çevresel faktör sigaradır ve romatoid artrit ile arasında doz bağımlı bir ilişki vardır (30,31). Silika gibi inhaler maddeler, kimyasal gübreler ve kimyasal çözücüler de hastalık gelişmesinde etkili diğer çevresel faktörlerdir (32).

Etiyolojide suçlanan diğer bir faktör mikrobiyolojik ajanlardır. Erken dönem RA hastalarının gastrointestinal sistemlerinden izole edilen *Prevotella copri* ve periodontite neden olan *Porphyromonas gingivalis* bunlara örnektir (33). Bu bakterilerin barsaklardan translokasyona uğradıktan sonra dokularda inflamasyona ve otoimmüniteye neden olduğu gösterilmiştir (34). Etiyolojide sorumlu olduğu düşünülen diğer bakteriler *Proteus mirabilis* ve *Escherichia coli*'dir. Virüsler ise Parvovirüs B19, Hepatit B virüsü, Hepatit C virüsü, Epstein-Barr virüs,

Sitomegalovirüs, Rubella, insan T hücreli lenfotrofik virüs ve Chikungunya virüsüdür (35,36).

Romatoid artrit kadınlarda erkeklere oranla 3 kat daha fazla görülmektedir (5). Bunun nedeninin östrojenin hem supresör T hücrelerini inhibe etmesiyle hem de T helper hücrelerinin fonksiyonlarını arttırmasıyla bağışıklık sistemini uyarması olduğu düşünülmektedir (37). Ayrıca östrojen maruziyetinin arttığı geç menopo ve paritenin az olduğu durumlarda RA riski de artmaktadır (38).

Etiyolojide beslenme durumu değerlendirildiğinde balık, zeytinyağı, pişmiş sebze ve Akdeniz diyetinin hem hastalık oluşma riskini hem de hastalık şiddetini azalttığı görülmüştür (39). RA prevelansı ile et kullanımı arasında önemli bir ilişki gösterilmiş. Meyve ve çiğ sebze tüketiminin inflamatuvar artrit gelişiminde etkili olduğu gösterilmiştir (40).

2.5. PATOGENEZ

Romatoid artrit (RA) eklem ve çevresindeki dokularda erozyon ve deformitelere yol açan kronik otoimmün bir hastalıktır (1). Sinovyal inflamasyon, sinovyal hiperplazi, otoantikor üretimi, kıkırdak ve kemik harabiyeti öncelikli olmakla birlikte, sistemik tutulumu da mevcuttur. Patogeneğinde birçok mekanizma rol almaktadır (7). Proinflamatuvar sitokinler ve otoantikor üreten T ve B lenfositlerin aktive olması ile başlayan kıkırdak ve kemik hasarı ile birlikte sinovyal proliferasyon tipik histolojik bulguları arasındadır (41).

Romatoid artrit sinovyal membranın T lenfositler, B lenfositler ve monositler ile infiltrasyonu ile karakterizedir. Bu süreç endotelyal hücrelerin aktive olması ile başlar. Sinovyal dokudaki hücreler tip A (fibroblast benzeri sinovitler) ve tip B (makrofaj benzeri sinovitler) olmak üzere ikiye ayrılır. Sinovitlerden hiperplastik bir sinovyal membran meydana gelir. Bu membran ile periartiküler kemiğin de içerisinde bulunduğu pannus adı verilen eklem ve kemik erozyonuna neden olan lokal invaziv bir yapı oluşur (7,42).

Pannus gelişimi romatoid artrit için karakteristiktir. Kıkırdak penetrasyonunda görevli matriks metalloproteinazlar hastalığın başlangıcında pannus dokusunda aşırı düzeyde bulunurken, hastalığın ilerleyen dönemlerinde bunun azaldığı görülmüştür (43). Subkondral kemikte çeşitli lezyonlara neden olur ve

bunlar radyolojik kist olarak değerlendirilirler (44). Zaman içerisinde pannus dokusu proliferasyon olarak kıkırdak dokusunu saran fibröz pannusa dönüşür. Hastalığın ilerleyen dönemlerinde oluşan bu fibröz pannus kalıcı ankiloza neden olmaktadır (45).

2.6. KLİNİK

Romatoid artrit hem sinoviyal hem de sistemik bulguları olabilen kronik inflamatuvar bir poliartrit tablosudur. Hastalık şiddetli bir poliartrit tablosu ile başlayabileceği gibi monoartrit veya oligoartrit şeklinde de başlayabilir (46). Romatoid artritli hastaların üçte birinde eklem bulgularına ek olarak yorgunluk, subfebril ateş, miyalji, kilo kaybı gibi konstitusyonel semptomlar görülür. Bu semptomlar hastalık başlamadan birkaç ay önce çıkabilir (47). Yorgunluk, ateş, ağrı, depresyon gibi bulguların nedeninin IL-1, TNF- α ve IL-6 gibi sitokinlere bağlı olduğu düşünülmektedir (48).

Genellikle gece uykusu sonrası veya uzun bir istirahat sonrası ortaya çıkan, hareket ile azalan, yarım saatten uzun süren sabah tutukluluğu RA için tipiktir (49).

Klinik bulgular eklem bulguları ve sistemik bulgular olarak iki grupta değerlendirilebilir.

2.6.1. Eklem Bulguları

Eklem tutulumu tipik olarak önce küçük eklemlerden başlar ve sonra büyük eklemlere geçer. Elde tipik olarak metokarpofalangeal (MKF) ve proksimal interfalangeal (PİF) eklemler tutulur. MKF eklemlerde 2. ve 3. parmaklarda tutulum daha sık görülmektedir. Hastalığın ilerleyen dönemlerinde veya geç tanı alan hastalarda kronikleşmenin belirtisi olarak ulnar deviasyon, kuğu boynu ve düğme iliği deformiteleri, MKF eklemlerde subluksasyon ve birinci parmakta Z deformitesi görülebilir. Romatoid artrit distal interfalangeal (DİF) eklemlerin tutulumu beklenmez (44).

Küçük eklemlerden sonra en sık tutulan üst ekstremitte eklemi bilektir. Hastalığın erken dönemlerinde sinovyal proliferasyon nedeniyle medial sinire bası ve sonrasında karpal tünel sendromu ile el bileğinde ekstansiyon kısıtlılığı görülebilir. Geç dönemde ulnar stiloid bölgesinde sinovyal proliferasyonun ve radioulnar

ligamentin gevşekliğinin sebep olduğu piyano tuşu görünümü izlenebilir. Yine geç dönemde volar subluksasyon ve radyal deviasyon görülebilir (50).

Dirsek tutulumunda genellikle ekstansiyon kısıtlılığı görülür ve ilerleyen dönemlerde sabit fleksiyona neden olabilir. Radiohumeral eklemdaki sinovyal proliferasyon ile bilateral olecranon bursiti oluşabilir. Buna bağlı ulnar nöropati bulguları gelişebilir. Subkutan romatoid nodüller en sık dirsekte görülür (51).

Omuz tutulumu genellikle hastalığın daha geç dönemlerinde görülür. Bu bölgede sinovyal sıvı çok fazla artsa bile muayenede eklemden şişlik görülmeyebilir. Omuzda en sık glenohumeral eklem tutulumu görülür. Daha az sıklıkta ise akromioklavikular ve sternoklavikular eklem tutulumu görülür. Glenohumeral eklemin tutulması sonucu eklem hareketlerinde ağrı ve kısıtlılık ortaya çıkar, ilerleyen dönemde eklemin tamamen hareketsiz kalması ile “donuk omuz” oluşabilir (52).

Ayaklarda özellikle metatarsofalangeal (MTF) eklem tutulumu görülür. Ayak parmaklarında subluksasyon, ayağın transvers arkının azalması ve metatars başlarının çıkıntı yapması sonucu ağrılı ambulasyon görülebilir. MTF eklemlerindeki subluksasyon ve fleksör tendonlarda artmış gerilimin sonucu olarak çekiç parmak gelişebilir. Tibialis posterior tendonundaki tenosinovite bağlı olarak tibial sinirin tuzak nöropatisi gelişebilir ve paresteziye neden olabilir. Ayak bileği artritinde tibiotalar eklemlerin etrafında yaygın ödeme neden olur (53).

Diz ekleminin tutulumunda en sık efüzyon görülür ve patellar tap testi ile tespit edilebilir. Osteoartritin tersine romatoid artritte dizde hem medial hem de lateral kompartman tutulumu görülmektedir. Romatoid artritinin seyri sırasında eklem etrafında oluşan sinovial kistler en sık diz ekleminde görülür ve Baker kisti olarak isimlendirilir (54). Baker kisti dizdeki aşırı sinovyal sıvının popliteal mesafeden tek yönlü olarak dizin arkasında birikmesi ile oluşur. Bu kist popliteal bölgede arter, ven ve sinirlere bası yapabilir, rüptüre olup klinik olarak derin ven trombozu ve akut tromboflebit ile karışabilir (55). Hastalığın ilerleyen dönemlerinde hasta ağrısını azaltmak için dizini fleksiyonda tutar ve quadriceps kasında atrofi gelişir.

Kalça eklemi tutulumu genellikle geç dönemde veya tedavi almayan hastalarda görülür. Torakanterik bursit nedeniyle eklemin lateralinde yük verme ile

artan ağrı oluşur. Abduksiyon ve rotasyon hareketlerinde kısıtlılık görülebilir. Femur başında ve acetabulumda erozyon görülebilir (44).

Omurgada torakal, lomber ve sakral vertebralar korunurken servikal vertebralarda tutulum görülebilmektedir. Servikal bölge en sık tutulum C1-C2 vertebraları arasındadır. Servikal bölgede görülen instabiliteler atlantoaksiyal subluksasyon, atlantoaksiyal impaction ve subaksiyal subluksasyonlardır ve radikülopati, beyin sapı basısı gibi ciddi durumlara yol açabilirler (56,57).

2.6.2. Sistemik Bulgular

Romatoid artritte öncelikli olarak eklem tutulumu görülse de birçok eklem dışı doku tutulumunun da eşlik ettiği sistemik bir hastalıktır (58). Ekstraartiküler tutulum hastalığın şiddetini gösterir, morbidite ve mortalite ile ilişkilidir (8).

2.6.2.1. Cilt tutulumu

Romatoid artritte en sık görülen eklem dışı bulgu romatoid nodüldür. Aynı zamanda en sık görülen cilt bulgusudur. İkinci sıklıkta akciğerde görülür (18). Romatoid nodül 2 mm-5 cm boyutunda, yumuşak, ağrısız, genellikle sabit asemptomatik cilt altı nodülleridir. Bası bulgusuna yol açmadığı sürece tedavi gerektirmez (59). Kliniği şiddetli seyreden nodüllerde ülserleşme görülebilir (44). Genellikle vücudun basınç noktalarında bulunurlar ancak iç organlarda ve vücudun diğer bölgelerinde de oluşabilirler (59). İmmobil hastaların sakral, iskial ve oksipital bölgelerinde de romatoid nodüller oluşabilir (60). Ciltte vaskülitte bağlı ülserler, peteşi, purpura, tırnak infarktları, pyoderma gangrenosum ve granülomatöz dermatit görülebilir.

2.6.2.2. Oküler tutulum

En sık görülen oküler tutulum keratokonjunktivitis sikkadır ve sekonder Sjögren sendromuna bağlı da görülebilmektedir (61). Episklerit, sklerit, üveit, iritis, periferik ülseratif keratit diğer oküler tutulum şekilleridir (62). Oküler tutulumlardan biri olan Brown sendromu, süperior oblik kasın tendonundaki inflamasyon nedeni ile yukarı içe bakışta diplopi meydana gelmesi durumudur (63).

2.6.2.3. Nörolojik tutulum

En sık görülen nörolojik tutulum tuzak nöropatilerdir. Bunlardan da en sık median sinirin tuzak nöropatisi olan karpal tünel sendromu görülür (44). Romatoid artrit hem santral sinir sistemi hem de periferik sinir sistemi tutulumu görülebilir. Servikal miyelopati, romatoid nodül, romatoid menenjit, vaskülit SSS tutulumlarındandır (44,58).

2.6.2.4. Pulmoner tutulum

Pulmoner tutulumlardan en sık görülen plevral efüzyondur ve genelde tek taraflı olup yıllarca asemptomatik seyredebilir. Pulmoner nodül, interstisyel akciğer hastalığı, küçük hava yolları obstrüksiyonu, vaskülit ve pulmoner hipertansiyon diğer tutulumlardır. Pulmoner nodül genellikle subkutan romatoid nodülü olan, sigara içen seropozitif hastalarda görülür. Kaplan sendromu (romatoid pnömokonyoz) romatoid artrit hastalarında pnömokonyoz görülmesidir (64).

2.6.2.5. Kardiyak tutulum

En sık görülen kardiyak tutulum perikardittir. En sık erkeklerde ve eroziv nodüler romatoid artrit hastalarında görülür (65). Diğer bir kardiyak tutulum miyokardittir. Perikardit ve miyokardit genellikle asemptomatik seyretmekle beraber konjestif kalp yetersizliğine kadar ilerleyen ciddi klinik tablolara neden olabilirler (66). Romatoid artrit valvüler tutulumunda genellikle tek kapak etkilenir. Kapakta oluşan nodül ve fibrozis sonucu kapak yetersizliği görülebilir (67). Ayrıca romatoid artrit koroner arter hastalığı için bir risk faktörüdür (68).

2.6.2.6. Hematolojik tutulum

Anemi en sık görülen hematolojik tutulumdur. Genellikle kronik hastalık anemisi görülür ve normositik hipokromiktir. Bununla beraber lökositoz, lökopeni, trombositoz ve lenfadenopati görülebilir (62). Trombositoz hastalık aktivitesi ile ilişkilidir ve etkilenen eklem sayısı ile korelasyon gösterir (44). Felty Sendromu romatoid artrite nötropeni ve splenomegalinin eşlik ettiği az görülen bir sendromdur.

Ciddi eklem hasarı, romatoid nodül, romatoid vaskülit, nekrotik bacak ülseri, lenfadenopati ve karaciğer portal sistemde fibrozis görülebilir (69).

2.6.2.7. Gastrointestinal tutulum

Genellikle asemptomatiktir. Hem aktif hastalık nedeniyle hem de kullanılan ilaçlar (sülfasalazin, metotreksat) nedeniyle karaciğer fonksiyon testlerinde bozukluk olabilir (70). Hepatosplenomegali görülebilir ve Felty sendromunun bir komponentidir. Romatoid vaskülit gelişen hastalarda yaklaşık %5 oranında gastrointestinal tutulum görülür. Genellikle asemptomatik seyreder ancak barsak infarktı gibi ciddi klinik tablolara da neden olabilmektedir (71).

2.6.2.8. Renal tutulum

Romatoid artritte renal tutulum sık görülmez. Tedavide kullanılan ilaçlar renal hasara sebep olabilir (72). İnflamatuvar sürecin uzun sürmesi durumunda amiloidoz gelişebilir (73).

2.6.2.9. Romatoid vaskülit

Seropozitif hastalarda hastalık başlamasından yaklaşık olarak 10-15 yıl sonra gelişen küçük ve orta damarları etkileyen vaskülitir. En sık cilt, ikinci olarak da periferik sinir sisteminde vaso vasorumlar tutulur. Sigara ve erkek cinsiyet risk faktörlerindendir (44,74).

2.7. LABORATUVAR BULGULARI

Tanı ve tarama için spesifik bir laboratuvar testi bulunmamaktadır. Bazı laboratuvar testleri klinik olarak romatoid artritlen şüphelenilen hastalarda tanıya yardımcı olur ve hastalığın izleminde aktivasyon ve progresyon açısından takipte de yardımcı olur (75).

Romatoid faktör (RF) immünglobulin G'nin Fc parçasına karşı gelişen IgM ve IgA tipi bir otoantikordur (76). Romatoid artritli hastalarda %75-80 oranında pozitif bulunurken, sağlıklı kişilerde bu oran %4'tür. SLE, Sjögren sendromu, tüberküloz, lepra, subakut bakteriyel endokardit, viral enfeksiyonlar, karaciğer

hastalığı gibi durumlarda da RF pozitifliği saptanabildiği için özgüllüğü düşüktür. Romatizmal bir tanısı olmadan yaşlı kişilerde RF %3-25 oranında pozitif bulunmuştur (77-79). RF'nin yüksek olduğu RA'lı hastalarda hastalık aktivitesinin daha yüksek olduğu ve eklem dışı sistemik bulguların da daha sık olduğu görülmüştür (80).

Anti-siklik sitriline peptidin (Anti- CCP) RA tanısında sensitivitesi %50-75, spesifitesi %90'ın üzerindedir. Spesifitesi RF ile benzerken sensitivitesi RF'den yüksektir. Yüksek spesifitesi sayesinde poliartrit erken ayırıcı tanısında kullanılabilir. Ayrıca RF gibi birçok klinik durumda yüksek saptanabilmektedir. Sağlıklı toplumda %1 oranında pozitif olduğu görülmüştür. Anti-CCP pozitifliği romatoid artritte eklem harabiyeti ve agresif klinik gidiş ile ilişkilidir (81,82).

C-reaktif protein (CRP) ve eritrosit sedimentasyon hızı (ESH) akut faz reaktanlarıdır. Çoğu RA hastasında yüksek bulunan CRP ve ESH hem hastalık aktivitesi hem de radyolojik progresyon ile korelasyon göstermektedir ve tedaviye yanıtın değerlendirilmesinde etkilidirler. Hastalığın patogenezinde yer alan sitokinler (IL-1, IL-6, TNF-alfa) de CRP'de artışa neden olduğu için CRP, ESH'e göre daha spesifiktir. CRP ve ESH artışı ile beraber çoğu hastada lökositoz, trombositoz ve fibrinojen yüksekliği de görülebilir (44,79,83).

Sinovyal sıvı artışının fazla olduğu hastalığın aktif dönemlerinde sinovyal sıvı hafif bulanık açık sarı renktedir, düşük viskositeye sahiptir ve eksuda vasfındadır. Serumdaki glukozdan daha düşük glukoz bulunan sıvıda lökosit sayısı 5000-50000/mm³ olup çoğunluğu nötrofilden oluşmaktadır (47).

2.8. RADYOLOJİK GÖRÜNTÜLEME

Radyolojik görüntülemenin hastalığın erken döneminde tanısal bir değeri yoktur. Zaman ilerledikçe hastalığın progrese olması ile radyolojik bulgular belirginleşir. Ancak bu bulgular RA için karakteristik değildir (84).

Direkt grafi inflamasyonu tespit etmede USG ve MRG'a göre daha az başarılı olsa da maliyetinin az olması, kolay ulaşılabilir ve değerlendirilebilir olması nedeniyle direkt grafi ilk tercih edilen görüntüleme yöntemidir. Eklem tutulumu tipik olarak önce küçük eklemlerden başladığı için RA'dan şüphelenilen her hastada el ve ayak grafilerinin çekilmesi ve hastalık takibinde tekrarlanması önerilir. Eklem

erozyonu, eklem aralığında daralma, yumuşak dokuda şişlik, periartiküler osteoporoz/osteopeni, subkondral kist/psödokist görülebilecek direkt grafi bulgularıdır (44,85).

Ultrasonografi (USG) hastalığın erken döneminde subklinik sinovit ve küçük erozyonları tespit etmede direkt grafiye göre daha etkilidir. Bu nedenle erken dönemde PIF, MKF ve MTF eklemleri değerlendirmede USG kullanılabilir. Sinovit, tenosinovit, bursit ve kemik erozyonu USG ile tespit edilebilecek patolojilerdir (86).

Manyetik rezonans görüntüleme (MRG) kemik erozyonu ve eklem efüzyonlarını tespit etmede direkt grafiden daha etkilidir. Romatoid artrit tanısı, takip ve aktivite değerlendirilmesinde tercih edilen bir görüntüleme yöntemidir. Kemik erozyonlarından önce ortaya çıkan kemik iliği ödemi MRG ile tespit edilebilir (87).

2.9. TANI

Romatoid artrit hastalığının başlangıç semptomlarının spesifik olmaması nedeniyle tanısı zor konulan bir hastalıktır. Laboratuvar tetkikleri de tanıya yardımcı ancak kesin tanı için tek başlarına yeterli değildir. RA hastalarının ilk başvuru nedenleri genellikle eklem ile ilgili, az bir kısmında da eklem dışı şikayetlerdir. Romatoid artritli hastaların üçte birinde eklem bulgularına ek olarak yorgunluk, subfebril ateş, miyalji, kilo kaybı gibi konstitusyonel semptomlar görülür (47).

Romatoid artrit için ilk tanı kriterleri Amerikan Romatoloji Derneği (ACR) tarafından 1987 yılında belirlenmiştir. Bu kriterler düşük sensitivite ve düşük spesifitedir. İleride RA tanısı alabilecek erken artritli olgularda yetersiz olduğu görülmüştür. Bu nedenle Amerikan Romatoloji Derneği (ACR) ve Avrupa Romatizma Birliği (EULAR) tarafından 2010 yılında yeni kriterler belirlenmiştir. ACR/EULAR 2010 kriterlerine, ACR 1987 kriterlerine ek olarak serolojik testler ve akut faz reaktanları eklenmiştir. Bu sayede erken dönem RA tanısı konulabilmektedir. 2010 ACR/EULAR kriterlerinin tanıda sensitivitesi yüksektir (88-92).

Tablo 1. 1987 ACR romatoid artrit kriterleri (91)

1987 ACR Romatoid Artrit Kriterleri	
1. Sabah katılığı (en az 1 saat süren)	*En az 4 kriterin bulunması gerekmektedir. *1-4 arası kriterlerin en az 6 haftadır devam etmesi gerekmektedir.
2. Üç veya daha fazla eklemden artrit	
3. El eklemlerinde artrit	
4. Simetrik artrit	
5. Romatoid nodül	
6. Serum Romatoid Faktör	
7. Radyolojik değişiklik (erozyon)	

2010 ACR/EULAR kriterlerine göre RA tanısı için en az bir eklemden sinoviyal inflamasyon bulunmalı ve bu sinoviti açıklayarak başka inflamatuvar artrit olmamalıdır; 2010 ACR/EULAR kriterlerine göre minimum 6 puan olması gerekir (92).

Tablo 2. 2010 Amerikan Romatoloji Derneği/Avrupa Romatizma Birliği (ACR/EULAR) Kriterleri (92)

2010 Amerikan Romatoloji Derneği/Avrupa Romatizma Birliği (ACR/EULAR) Kriterleri	
Tanı kriterleri	Puan
Tutulmuş eklemlerin sayısı	
1 büyük eklem	0
2-10 büyük eklem	1
1-3 küçük eklem (+/- büyük eklem)	2
4-10 küçük eklem (+/- büyük eklem)	3
>10 eklem (en az bir küçük eklem)	5
Seroloji	
RF (-), CCP (-)	0
Düşük titrede (+) RF veya düşük titrede (+) CCP	2
Yüksek titrede (+) RF veya yüksek titrede (+) CCP	3
Akut faz reaktanları	
Normal CRP ve normal ESR	0
Yüksek CRP veya yüksek ESR	1
Semptomların süresi	
6 haftadan az	0
6 hafta ve üzeri	1

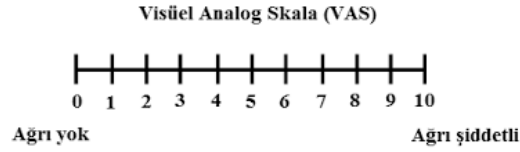
*Omuzlar, kalçalar, dizler, ayak bilekleri büyük eklemler; el bilekleri, MKF eklemler, PİF eklemler, MTF eklemleri küçük eklemlerdir.

*Normalin üst katından daha yüksek ancak 3 katından daha az olan değerler düşük titre pozitif, 3 katından daha fazla olan değerler yüksek titre pozitifdir.

2.10. HASTALIK AKTİVİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

2.10.1. Vizüel Analog Skala (VAS)

Hastanın hissettiği ağrı şiddetini puanlamasına dayalı bir testtir. Hastanın ağrısının olmaması 0 puan, çok şiddetli ağrısının olması 10 puan olarak skorlanır ve hastadan ağrı şiddetine göre 0-10 arası puanlama yapması istenir (93).



Şekil 1. Vizüel analog skala

2.10.2. Romatoid Artrit Hastalık Hasarı Skoru (Rheumatoid Arthritis Impact of Disease -RAID)

Hastayı birden çok yönden inceleyen bir skordur. Hastanın ağrısı, işlevsel özürlülük değerlendirimi, yorgunluğu, uyku düzeni, fiziksel ve duyuşsal iyilik hali, başa çıkabilme yetisi puanlanmaktadır (94).

1. Geçen hafta romatoid artritimize bağlı hissettiğiniz ağrıyı en iyi tarif eden rakamı yuvarlak içine alınız.

Yok	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Aşırı
-----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------
2. Geçen hafta romatoid artritimize bağlı günlük fiziksel aktivitelerinizi yapmakta çektığınız güçlüğü en iyi tarif eden rakamı yuvarlak içine alınız.

Zorluk yok	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Aşırı zorluk
------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------
3. Geçen hafta romatoid artritimize bağlı ne kadar yorgunluk hissettiğinizi en iyi tarif eden rakamı yuvarlak içine alınız.

Yorgunluk yok	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Tamamen bitap düşmüş
---------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----------------------
4. Geçen hafta romatoid artritimize bağlı hissettiğiniz uyku güçlüklerini (ör. gece dinlenirken) en iyi tarif eden rakamı yuvarlak içine alınız.

Zorluk yok	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Aşırı zorluk
------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------
5. Genel olarak hastalığınızı göz önüne aldığınızda, geçen haftaki fiziksel iyilik halinizi nasıl değerlendirirsiniz? Fiziksel iyilik halinizi en iyi tarif eden rakamı yuvarlak içine alınız.

Çok iyi	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Çok kötü
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----------
6. Genel olarak hastalığınızı göz önüne aldığınızda geçen haftaki duyuşsal iyilik halinizi nasıl değerlendirirsiniz? Duyuşsal iyilik halinizi en iyi tarif eden rakamı yuvarlak içine alınız.

Çok iyi	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Çok kötü
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----------
7. Genel olarak hastalığınızı göz önüne aldığınızda geçen hafta hastalığınızla nasıl başa çıkabildiniz? (idare etmek, dayanmak)

Çok iyi	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Çok kötü
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----------

2.10.3. Hastalık Aktivite Skoru 28 (Disease Activity Score -DAS 28)

RA hastalık aktivitesini göstermek için en sık kullanılan skorlama yöntemidir. Hassas ve şiş eklem sayısı (28 eklemde), hasta-VAS ile CRP veya ESH değerleri kullanılarak hesaplanmaktadır. $DAS-28 = (0.56 \times \text{hassas eklem sayısı}/2) + (0.28 \times \text{şiş eklem sayısı}/2) + (0.7 \times \text{ESH/CRP}) + (0.014 \times \text{VAS})$ formülü ile hesaplanmaktadır. DAS-28 hesaplama sonucuna göre hastalık aktivitesi sınıflandırılmaktadır (95).

Tablo 3. DAS28 değerine göre romatoid artrit hastalık aktivitesi sınıflandırılması

DAS-28 Değeri	Hastalık Aktivitesi
DAS-28 $\leq 2,6$	Remisyon
$2,6 < \text{DAS-28} \leq 3,2$	Düşük hastalık aktivitesi
$3,2 < \text{DAS-28} \leq 5,1$	Orta hastalık aktivitesi
DAS-28 $> 5,1$	Yüksek hastalık aktivitesi

2.10.4. Klinik Hastalık Aktivite İndeksi (Clinical Disease Activity Index-CDAI)

Laboratuvar testi içermeyen CDAI, DAS-28’de değerlendirilen 28 eklemde hassas ve şiş olan eklem sayısı ile hasta ve doktorun global değerlendirmesinin oluşturduğu skora göre hesaplanır. Hassas eklem sayısı + şiş eklem sayısı + hasta global değerlendirmesi + doktor global değerlendirmesi formülüyle hesaplanmaktadır (96).

Tablo 4. CDAI değerine göre romatoid artrit hastalık aktivitesi sınıflandırılması

CDAI Değeri	Hastalık Aktivitesi
CDAI $\leq 2,8$	Remisyon
$2,8 < \text{CDAI} \leq 10$	Düşük hastalık aktivitesi
$10 < \text{CDAI} \leq 22$	Orta hastalık aktivitesi
CDAI > 22	Yüksek hastalık aktivitesi

2.10.5. Basitleştirilmiş Hastalık Aktivite İndeksi (Simplified Disease Activity Index-SDAI)

DAS28’de değerlendirilen 28 eklem muayenesinde hassas ve şiş eklem sayısı, hasta global ve doktor global değerlendirmesi, CRP kullanılarak hesaplanmaktadır. Hassas eklem sayısı + şiş eklem sayısı + hasta global değerlendirmesi + doktor global değerlendirmesi + CRP formülü ile hesaplanmaktadır (10).

Tablo 5. SDAI değerine göre romatoid artrit hastalık aktivitesi sınıflandırılması

SDAI Değeri	Hastalık Aktivitesi
SDAI $\leq 2,8$	Remisyon
$2,8 < \text{SDAI} \leq 10$	Düşük hastalık aktivitesi
$10 < \text{SDAI} \leq 22$	Orta hastalık aktivitesi
SDAI > 22	Yüksek hastalık aktivitesi

2.11. TEDAVİ

Romatoid artrit erken dönemde tanı alıp tedavi başlanmadığında uzun süren inflamatuvar süreç nedeniyle eklem ve kemik hasarı, sakatlık ve iş gücü kaybı ile

sonuçlanabilir. Sinoviti ve inflamasyonu azaltarak ağrıyı azaltmak, hastalığın remisyonda kalmasını sağlayarak eklem hasarı ve fonksiyon kaybını önlemek tedavideki asıl amaçlardır. Tedavide hedeflenen hastalığın 3-6 ay içerisinde remisyona veya remisyona ulaşamıyorsa düşük hastalık aktivitesine ulaşmasıdır. Genel olarak tedavi non-farmakolojik ve farmakolojik olarak 2 başlık altında incelenebilir (97-99).

2.11.1. Non-farmakolojik Tedavi

Romatoid artrit tedavi sürecinde tedavinin etkin bir şekilde devam edebilmesi ve yan etkilerin mümkün olduğunca azaltılabilmesi için hastanın eğitimi ve hastaya verilen danışmanlık hizmeti çok önemlidir. Bu sayede hastanın tedaviye uyumu ve dolayısıyla tedavi başarısı artar. Hastalığın tüm aşamalarında farmakolojik tedavilere ek olarak non-farmakolojik müdahalelerin de yapılması gerekmektedir. Bu müdahaleler hasta eğitimi, psikososyal destek, fiziksel tedavi ve rehabilitasyon, osteoporoz taranması, sigara bırakılması, beslenme danışmanlığı, kardiyovasküler hastalık riskini azaltacak diğer tedbirler ve immümsüpresif tedavilerin enfeksiyöz komplikasyon riskini azaltmak amacı ile aşıldır (9,100).

2.11.2. Farmakolojik Tedavi

2.11.2.1. Non-Steroid Anti-inflamatuar İlaçlar (NSAİİ)

Non-steroid anti-inflamatuar ilaçlar siklooksijenaz enzimlerini inhibe ederler ve araşidonik asitin prostaglandin, prostasiklin ve tromboksana dönüşmesini engel olurlar. Böylece analjezi ve anti-inflamatuar etki oluşur. İnflamasyonu kontrol etmede başarılı olmalarına rağmen uzun süreli bir kontrol sağlamaması ve eklem hasarını önlemede yetersiz kalması nedeniyle tek başlarına kullanılmazlar ve hastalık modifiye edici antiromatizmal ilaçların etkisi başlayana kadar köprü tedavisi olarak kullanılırlar. Renal, gastrointestinal ve kardiyovasküler yan etkileri nedeniyle düşük dozda kısa süreli kullanımları önerilmektedir. NSAİİ'ler romatoid artritin ilerlemesi üzerine bir etkileri yoktur yani hastalık modifiye edici ilaçlardan değildir (101-103).

2.11.2.2. Kortikosteroidler

Kortikosteroidler hızlı bir anti-inflamatuar etki oluşturlar. Romatoid artrit tedavisinde oral, intramüsküler ve intraartiküler kullanımları mevcuttur. Kortikosteroid kullanımı uzun vadede kemik erozyonlarını önlediği ve progresyonu azalttığı gösterilmiş olsa da yan etkileri sebebi ile düşük doz steroidlerin kısa süreli kullanımları önerilmektedir. NSAİİ gibi hastalık modifiye edici antiromatizmal ilaçların etkisi başlayana kadar köprü tedavisi olarak kullanılırlar (104,105).

2.11.2.3. Hastalık Modifiye Edici Antiromatizmal İlaçlar (Disease modifying AntiRheumatic Drugs - DMARDs)

Hastalık modifiye edici ilaçlar romatoid artrit hem semptomları rahatlatıcı hem de eklem hasarını önleyici ve azaltıcı etkiye sahiptir. Bu nedenle mümkün olan en kısa sürede DMARDs kullanımına başlanmalıdır. Kullanımlarından uzun bir süre sonra etkili olmaya başlarlar. Tekli DMARD tedavisine direnç gelişen hastalarda DMARD kombinasyonuna geçilmeli ve anti-inflamatuar ilaçlar tedaviye eklenmelidir. Sahip oldukları yan etkilerden dolayı DMARDs kullanan hastalar belirli aralıklarla klinik ve laboratuvar tetkikleri ile değerlendirilmelidirler (98,106-108).

DMARD'lar 2 grupta incelenebilir; sentetik DMARD'lar ve biyolojik DMARD'lar.

2.11.2.3.1. Sentetik DMARD'lar

Metotreksat: Tedavide en sık kullanılan DMARD'dır. Folik asit antagonisti olduğu için metotreksat başlanan her hastaya profilaktik olarak folik asit de başlanmalıdır. En sık görülen yan etkisi bulantı ve kusmadır. Karaciğer ve böbrek fonksiyonlarında bozukluk, kemik iliği supresyonu, lenfoproliferatif hastalıklar, oral aft, alopesi, pnömoni görülebilen diğer yan etkileridir. Yan etkilerinden dolayı 4-8 haftada bir klinik olarak ve laboratuvar tetkikleri (hemogram, kreatinin, ALT, AST) ile hastanın değerlendirilmesi gerekmektedir. Karaciğer ve böbrek hastalığı olanlarda, aşırı alkol tüketimi olanlarda, gebelerde ve gebelik planlayan kadın

hastalarda kullanımı kontrendikedir. Gebelik kategorisi X'tir ve gebelikten en az 3 ay önce kesilmesi, folik asit kullanımına ise devam edilmesi önerilmektedir (108,110).

Hidroksiklorokin: Anti-inflamatuar ve immunmodölatör bir ilaçtır. Yan etkileri arasında bulantı, diyare, baş ağrısı, alerjik reaksiyon, psikoz ve retinopati yer alır. Retinopatinin kullanım süresine ve doza bağlı olması nedeniyle hidroksiklorokin kullanan hastalarda 6 ayda bir göz muayenesi önerilmektedir (108,111).

Sülfasalazin: Hem nötrofil fonksiyonlarını ve TNF-alfa salınımını inhibe ederek anti-inflamatuar etki yaratır hem de osteoklast oluşumunu engeller. Bulantı, diyare, baş ağrısı, hemolitik anemi ve lökopeni gibi yan etkileri doz bağımlı olup doz azaltılınca düzelebilmektedir. Sülfasalazin başlanan hastalar özellikle ilk 3 ayda 2-4 haftada bir klinik olarak ve laboratuvar tetkikleri ile değerlendirilmelidirler (108,112).

Leflunomid: Anti-inflamatuar ve immunmodölatör bir ilaçtır. Gastrointestinal semptomlar (diyare), kemik iliği supresyonu, alopesi, hipertansiyon, periferik nöropati, interstisyel akciğer hastalığı, hepatotoksisite gibi yan etkileri vardır. Ayrıca gebelik kategorisi X olup teratojeniktir. Karaciğere toksik olduğu için karaciğer hastalığı olanlarda ve aşırı alkol tüketenlerde kullanılmamalıdır. Leflunomid başlanan hastalar ilk aylarda daha sık olmak üzere en az 3 ayda bir klinik olarak ve laboratuvar tetkikleri ile değerlendirilmelidir (113,114).

2.11.2.3.2. Biyolojik DMARD'lar

TNF-alfa inhibitörlerinden Etanercept, Adalimumab, İnfiliksimumab, Golimumab ve Sertolizumab; IL-6 reseptör antagonisti Tosilizumab, IL-1 reseptör antagonisti Anakinra, B hücrelere etkili Anti-CD20 antikoruna olan Rituksimumab ve T hücrelere etkili Anti-CD80/86 antikoruna Abatecept romatoid artritte kullanılan biyolojik DMARD'lara örnektir (108,115).

2.12. ROMATOİT ARTRİTTE ANKSİYETE, DEPRESYON, SOSYAL DESTEK VE YAŞAM KALİTESİ

Anksiyete hoş olmayan, belirsiz ve yaygın bir olumsuzluk önsevisidir. Depresyon ise enerji azlığı, alınan zevkin kaybı ve çökkün duygulanımın görüldüğü

bir duygudurum bozukluğudur. Romatoid artrit kronik ağrı, fiziksel kısıtlılık, sosyal aktivitelerin kaybı hem tek başlarına hem de birlikte ruhsal hastalık riskini arttırmaktadır. Depresyon prevalansının kullanılan kriterlere bağlı olarak %5-42 arasında değiştiği tespit edilmiştir. El-Miedany ve ark. yaptıkları araştırmada depresyon oranı %66,2, anksiyete oranı %70 olarak saptamışlar ve anksiyetenin de depresyon kadar sık görülebildiğini tespit etmişlerdir. Yapılan çalışmalarda depresyonun hastalık alevlenme riskini artırarak ve remisyon oranlarını azaltarak RA'nın hastalık seyrini önemli derece etkilediği gösterilmiştir (11,116-118).

Sosyal destek, zor durumda olan bireyin çevresinden gelen psikolojik ve sosyal destek olarak tanımlanabilir. Bireylerin sevilme, bağlılık, güvenlik, bir gruba ait olma ve benlik saygısı temel sosyal gereksinimlerini karşılayan sosyal desteğin fiziksel ve psikolojik sağlığa olumlu etkileri vardır. Romatoid artrit hastaları fiziksel, sosyal ve ekonomik açıdan etkilediği gibi psikolojik açıdan da etkilemektedir. Bu nedenle hastaların aile, arkadaş, özel insan veya sosyal çevrelerinden alacakları sosyal desteğin hastalığın getirdiği zorluklarla başa çıkmada etkili olacağı düşünülmektedir. Algılanan sosyal destek yükseldikçe stres faktörü ve negatif ruh hali azalmaktadır (12,119-121).

Yaşam kalitesi, Dünya Sağlık Örgütü'ne göre "bireylerin içinde yaşadıkları kültür ve değerler sistemi bağlamında yaşamlarındaki durumlarını ve bu durumlarını amaçları, beklentileri, standartları, kaygılarıyla ilişkilendirerek algılamaları" olarak tanımlanmaktadır. Romatoid artrit özellikle hastalığın ilerleyen dönemlerinde ağrı, yorgunluk ve eklem deformiteleri; tüm bunların sonucunda istihdam kaybına bağlı ekonomik sorunlar, yaşanan stres, sosyal olarak izole olma isteği, beraberinde gelişen ruhsal hastalıklar hastaların yaşam kalitesini düşürmektedir. Birçok kronik hastalık gibi romatoid artrit tedavisinde de amaç sadece semptomları düzeltmek, fonksiyonel durumu iyileştirmek değil aynı zamanda yaşam kalitesini de arttırmaktır (13,122-124).

Otoimmün bir hastalık olan RA eklem ve çevresindeki dokularda erozyon ve deformitelere yol açan ve en sık görülen inflamatuvar artritir. Hem eklem tutulumları hem de sistemik tutulumları nedeniyle ciddi bir morbidite ve mortalite nedeni olmakla birlikte hastaların yaşamını fiziksel, ruhsal ve sosyal yönlerden de etkilemektedir. Dolayısıyla RA'lı hastaların takibinin sadece bedensel yönden değil

ruhsal ve sosyal parametreleri de hesaba katmak önemlidir. Planladığımız bu araştırma ile RA'lı hastaların sosyal destek durumlarının ve ruhsal hastalık risklerini belirleyip yaşam kaliteleri üzerine etkisini değerlendirmeyi amaçladık.



3. GEREÇ ve YÖNTEM

Bu tez çalışması kesitsel tipte olup SBÜ Adana Eğitim ve Araştırma Hastanesi Romatoloji polikliniklerine 1 Şubat-30 Nisan 2022 tarihleri arasında başvuran romatoid artrit tanılı 157 hasta ile yürütülmüştür. Çalışma için Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Şehir Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 27.01.2022 tarihli ve 1754 sayılı onayı alındı.

Çalışmaya katılan bütün katılımcılara çalışmanın amacı, nasıl yapılacağı ve hedefi hakkında bilgi verilerek katılımcıların onamları alındı. Çalışma başından sonuna kadar Helsinki deklarasyonuna uygun olarak yürütülmüştür.

SBÜ Adana Eğitim ve Araştırma Hastanesi Romatoloji polikliniklerine son 1 yılda toplam 5324 farklı hasta başvururken bunların 1038'i romatoid artrit tanılı idi. Çalışmada 1038 kişilik evrenden yeterli örneklem büyüklüğü (%80 güç %5 hata payı %95 güven aralığı) Epi-info programına göre 154 kişi olarak hesaplanmıştır ve çalışma 157 kişi ile yürütülmüştür.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri romatoid artrit tanısı olmak ve gönüllü olmak olarak belirlendi. Çalışmadan dışlanma kriterleri ise 18 yaş altında olmak ve kişi ile iletişim kurmakta zorluk çekilmesi olarak belirlendi. Bu kriterler çerçevesinde, araştırmamıza katılmayı kabul eden gönüllüler ile çalışmamız yürütüldü. Anketimizin uygulanabilirliğini ve anlaşılabilirliğini değerlendirmek için 10 kişilik bir örneklem ile bir pilot çalışma yapıldı. Pilot çalışmamız sonucunda anketimize son hali verildi. Araştırmaya katılmayı kabul eden gönüllüler ile yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak veri toplama formu dolduruldu.

3.1. VERİ TOPLAMA FORMU

Araştırmada kullanılan veri toplama formu A, B, C, D, E, F, G olmak üzere 7 bölümden oluşmaktaydı. Katılımcıların 9 soruluk sosyodemografik verilerine yer verilen A bölümünde yaş, cinsiyet, medeni durum, evde kiminle yaşadıkları, çalışma durumları, gelir durumları, sigara ve alkol kullanma durumları sorgulandı. Medeni durum değerlendirilirken bekar olan 15 kişi (%9,6), eşini kaybetmiş olan 15 kişi (%9,6) ve eşinden ayrılmış olan 17 kişi (%10,8) evli olmayanlar grubunda değerlendirildi. Eğitim durumu değerlendirilirken eğitim almamış 12 (%7,6) kişi ile

ilkokul seviyesinde eğitim almış 49 (%31,2) kişi düşük eğitim seviyesinde, ortaokul seviyesinde eğitim almış 15 (%9,6) kişi ile lise seviyesinde eğitim almış 43 (%27,4) kişi orta eğitim seviyesinde ve üniversite ve üzeri eğitimi olan 38 (%24,2) kişi yüksek eğitim seviyesinde değerlendirildi. Gelir durumu değerlendirirken gelir durumu 4250 TL'nin altında olanlar düşük, 4250TL ve 6250 TL arasında olanlar orta ve 6250 TL'den fazla olanlar yüksek gelir düzeyi olarak değerlendirildi.

B bölümünde 6 soru ile romatoloji polikliniğine gelme nedenleri (kontrol-şikayetim yok, ilaç yazdırma, hastalık şikayetleriyle, farklı şikayetlerle) sorgulandı. Katılımcıların ne kadar zamandır romatoid artrit ile ilgili belirtilerinin olduğu, ne kadar zamandır romatoid artrit tanılarının olduğu, ne kadar zamandır romatoid artrit için tedavi aldıkları, romatoid artrit için kaç ilaç kullandıkları ve romatoid artrit haricinde herhangi bir kronik hastalıklarının olup olmadığı sorgulandı.

C bölümünde romatoid artrit hastalığına uyum düzeyi “hastalığınız ile ilgili ilaç tedavisi sizce ne kadar yeterli, hastalığınızın yaşamınıza getirdiği kısıtlamalarla başa çıkabilmeniz ne kadar yeterli, günlük hayatınızda başkasının yardımı olmadan kendinize ne kadar yetiyorsunuz, yakınlarınızın yaşadığınız zorluklarla ilgili desteği ne kadar yeterli” soruları ile beşli likert şeklinde (1 çok az yeterli, 2 az yeterli, 3 yeterli, 4 oldukça yeterli, 5 çok fazla yeterli) sorgulandı.

Genel sağlık bölümü olan D bölümünde doğum şekli ve yaşamlarının ilk aylarındaki beslenme şekilleri sorgulandı. Katılımcıların anne sütü alma sürelerini ne kadar yeterli buldukları beşli likert (1 çok az yeterli, 5 çok fazla yeterli) şeklinde ve katılımcıların çocukluk döneminde antibiyotik kullanma sıklıkları beşli likert (1 çok sık, 5 hiç) şeklinde soruldu.

Katılımcılara E ve F bölümlerinde beslenme ile ilgili sorular yöneltildi. E bölümünde 11 adet önerilen gıdanın (kırmızı et, balık, yumurta, sebze, bakliyat, çerez, peynir, tereyağı, yoğurt, şalgam, turşu) tüketilme sıklığı beşli likert (1 hiç tüketmem, 2 ayda bir kez tüketirim, 3 haftada bir kez tüketirim, 4 haftada birden fazla tüketirim, 5 her gün tüketirim) şeklinde veri formuna kaydedildi. F bölümünde 14 adet önerilmeyen gıdanın (paketli gıdalar, fastfood, ekmek, patates, pirinç, meyve, trans yağ, işlenmiş yağlar, marketlerde satılan çiftlik tavuğu, tatlılar, tatlandırıcılar, tatlandırıcı içeren içecekler, şeker ve şekerli içecekler, asitli/alkollü içecekler) tüketilme sıklığı beşli likert (1 hiç tüketmem, 2 ayda bir kez tüketirim, 3 haftada bir

kez tüketirim, 4 haftada birden fazla tüketirim, 5 her gün tüketirim) şeklinde veri formuna kaydedildi.

Çalışmamızın G bölümünde ölçeklere yer verildi.

3.2. ARAŞTIRMADA KULLANILAN ÖLÇEKLER

3.2.1. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

İlk olarak G1 bölümünde katılımcılara Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği uygulandı. 1988 yılında Zimet ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçeğin ülkemizde geçerlilik ve güvenirlik çalışması 1995 yılında Eker ve Arkar tarafından yapılmıştır. Ölçek her biri 7'li likert tipi olan toplam 12 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte aile, arkadaş ve özel insan olmak üzere 3 alt grup için algılanan sosyal desteği değerlendirilmektedir. Ölçekteki 3,4,8 ve 11. maddeler aile, 6,7,9 ve 12. maddeler arkadaş, 1,2,5 ve 10. maddeler de özel insan için algılanan sosyal desteği ölçmektedir. Bu alt ölçeklerden alınacak en düşük puan 4, en yüksek puan 25'tir. Aile, arkadaş ve özel insan alt gruplarından elde edilen puanların toplanmasıyla toplam ölçek puanı elde edilir. Toplam ölçek puanı en düşük 12, en yüksek 84 olabilir. Kesme değeri olmayan bu ölçek için hesaplanan puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin de yüksek olduğunu belirtmektedir (125).

3.2.2. Hastalık Aktivite Skoru (DAS28 - Disease Activity Score)

G2 bölümünde romatoid artrit hastalık aktivite durumunu belirlemek amacıyla katılımcılara Hastalık Aktivite Skoru (DAS28 - Disease Activity Score) uygulandı. Hassas ve şiş eklem sayısı, VAS skoru ile CRP veya ESH değerleri kullanılarak hesaplanmaktadır. $DAS-28 = (0.56 \times \text{hassas eklem sayısı}/2) + (0.28 \times \text{şiş eklem sayısı}/2) + (0.7 \times ESH/CRP) + (0.014 \times VAS)$ formülü ile hesaplanmaktadır. Katılımcıların elde edilen DAS-28 değerlerine göre hastalık aktivitesi sınıflandırılmıştır (95).

3.2.3. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği

G3 bölümünde Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeğine yer verildi. Sağlık hizmeti verilen tüm basamaklara başvuran hasta grubuna uygulanan, kişide anksiyete

ve depresyon riskini belirlemek ve seviyesini ölçmek amacıyla yapılan Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği 14 sorudan oluşmaktadır. Dörtlü likert tipi ölçüm sağlayan ölçekte tek sayılı sorular anksiyeteyi, çift sayılı sorular ise depresyonu ölçmektedir. Her maddenin puanlaması farklı olup 1, 3, 5, 6, 8, 10, 11. ve 13. maddeler giderek azalan şiddet gösterirler ve puanlama 3, 2, 1, 0 biçimindedir. Öte yandan, 2, 4, 7, 9, 12. ve 14. maddeler ise 0, 1, 2, 3 biçiminde puanlanırlar. Değerlendirmede tek sayılı soruların puanı anksiyete alt ölçeği için toplanır, çift sayılı soruların puanı depresyon alt ölçeği için toplanır. Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ülkemizde Ömer Aydemir ve arkadaşları tarafından yapılan ölçeğin anksiyete alt ölçeği için kesme puanı 10/11, depresyon alt ölçeği için kesme puanı 7/8 olarak bulunmuştur. Buna göre bu kesme puanlarının üzerinde puan alan katılımcılar için anksiyete ve/veya depresyon riski var olarak değerlendirilmiştir (126).

3.2.4. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği - Kısa formu (WHOQOL Bref)

G4 bölümünde katılımcıların yaşam kalitelerini değerlendirmek için Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği - Kısa formu (WHOQOL Bref) uygulandı. DSÖ tarafından geliştirilen 100 soruluk WHOQOL-100 ölçeğinin kısa formu olan WHOQOL-Bref 26 sorudan oluşur. 1999 yılında Eser ve arkadaşları tarafından Türkçe'ye uyarlaması ile Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması gerçekleştirilmiştir. Türkçe geçerlilik çalışmaları sırasında sosyal baskıyı değerlendiren 27. bir sorunun eklenmesi uygun görülmüştür. Beşli likert tipi sorulardan oluşan ölçek son 2 hafta göz önüne alınarak cevaplandırılır.

Toplam 27 sorudan oluşan ölçekte 1. soru algılanan yaşam kalitesini, 2. soru algılanan sağlık durumunu ve sonradan eklenen 27. soru sosyal baskıyı ölçmektedir. Diğer sorular; bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel olmak üzere 4 alt boyutta değerlendirilebilirler. Her alt boyut için alınan toplam puan 0 ile 100 puan üzerinden hesaplanır. Bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel alt boyutlarda hesaplanan puan arttıkça yaşam kalitesi de artmaktadır (127,128).

Bu alt boyutlar şu şekildedir:

- Bedensel alt boyut: Gündelik işleri yürütebilme, ilaçlara ve tedaviye bağımlılık, canlılık ve bitkinlik, bedensel hareketlilik, ağrı ve rahatsızlık, uyku ve dinlenme, çalışabilme gücü (3, 4, 10, 15, 16, 17 ve 18 no'lu sorular)

- Ruhsal alt boyut: Beden imgesi ve dış görünüş, olumlu-olumsuz duygular, benlik saygısı, bellek, dikkatini toplama. (5, 6, 7, 11, 19 ve 26 no'lu sorular)

- Sosyal alt boyut: Diğer kişilerle ilişkiler, sosyal destek, cinsel yaşam (20, 21 ve 22 no'lu sorular)

- Çevresel alt boyut: Maddi kaynaklar, fiziksel güvenlik, sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik, ev ortamı, dinlenme ve boş zaman değerlendirme fırsatı, fiziksel çevre (kirlilik, gürültü, trafik, iklim), ulaşım ve ulusal çevre alanı: sosyal baskı. (8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 ve 25 no'lu sorular, 27 no'lu soru ulusal soru)

3.2.5. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi

G5 bölümünde sigara kullanan katılımcılara Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi uygulandı. Sigara içen hastalara uygulanan Fageström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) sigara bağımlılığının değerlendirilmesinde en sık kullanılan testtir. Karl O. Fageström tarafından nikotine olan bağımlılığın düzeyini saptamak amacıyla geliştirilmiştir. Uysal ve ark. tarafından Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi Türkçeye uyarlanmış, güvenilirlik ve geçerlilik düzeyleri çalışılmıştır. 6 sorudan oluşan bu testte cevaplar doğrultusunda puanlar toplanır ve bağımlılık derecesi belirlenir. 0-3 arası puan düşük derecede bağımlı, 4-6 arası puan orta derecede bağımlı, 7-10 arası puan yüksek derecede bağımlı olarak kabul edilir (129).

3.3. İSTATİSTİK ANALİZLER

Veriler SPSS 26.0 programında analiz edilmiştir. Çalışmaya katılan romatoid artritli hastaların sosyodemografik verileri, romatoloji polikliniğine başvurma nedenleri ile ilgili verileri, romatoid artrit hastalık öyküsü verileri, romatoid artrit hastalığına uyum düzeyi verileri, bazı genel sağlık verileri, önerilen ve önerilmeyen besinleri tüketme durumları ile ilgili verileri, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği verileri, DAS28 verileri, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği verileri, yaşam kalitesi ölçeği verileri ve Fagerstörn nikotin bağımlılık testi verileri için tanımlayıcı istatistikler yapılmıştır.

Katılımcıların cinsiyet verilerine göre romatoid artrit hastalık öyküsü, romatoid artrit hastalığına uyum düzeyi, bazı genel sağlık verileri, önerilen ve önerilmeyen besinleri tüketme durumları, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği ve yaşam kalitesi ölçeği ile karşılaştırılması yapıldı.

Katılımcıların medeni durum, kiminle yaşadıkları, eğitim durumu, çalışma durumu ve gelir durumu verilerine göre romatoid artrit hastalığına uyum düzeyi, önerilen ve önerilmeyen besinleri tüketme durumları, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği ve yaşam kalitesi ölçeği ile karşılaştırılması yapıldı.

Normal dağılımlı gruplarda iki değişkenli, değişkenlerin bağımsız olduğu durumlarda bağımsız örneklemliler t testi kullanarak analiz edildi. Sayısal verilerin normal dağılımlı ikiden fazla grup arasındaki karşılaştırmalarda One Way Anova ve Post-hoc Tukey testi, normal dağılım göstermeyenlerde ise Kruskal Wallis testi kullanıldı. Sayısal veriler arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesinde Spearman's Korelasyon Analizi kullanılmıştır. p değerinin $<0,05$ olduğu durumlarda aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Tanımlayıcı kesitsel tipte yapılan bu çalışma SBÜ Adana Eğitim ve Araştırma Hastanesi Romatoloji polikliniklerine 1 Şubat-30 Nisan 2022 tarihleri arasında başvuran romatoid artrit tanılı 157 hasta üzerinde yürütüldü. Çalışmaya katılanların yaş ortalaması 54,11±12,43 yıl (en küçüğü 21, en büyüğü 85 yıl) idi. Katılımcıların 111'i (%70,7) kadın, 46'si (%29,3) erkekti.

Çalışmaya katılanların 110'u (%70,1) evli, 47'si (%29,9) evli değildi. Katılımcıların 46'sı (%29,3) eşiyle, 64'ü (%40,8) eşi ve çocuklarıyla, 23'ü (%14,6) çocuklarıyla, 24'ü (%15,3) yalnız yaşıyordu. Eğitim durumları değerlendirildiğinde katılımcıların 61'i (%38,9) düşük eğitim seviyesinde, 58'i (%36,9) orta eğitim seviyesinde ve 38'i (%24,2) yüksek eğitim seviyesinde idi.

Katılımcıların çalışma durumları sorgulandığında; çalışanlar 50 (%31,8) kişi, çalışmayanlar 57 (%36,3) kişi, emekliler 50 (%31,8) kişi idi. Çalışmaya katılanların 77'si (%49) düşük gelir düzeyinde, 55'i (%35) orta gelir düzeyinde ve 25'i (%15,9) yüksek gelir düzeyinde idi.

Tablo 6. Katılımcıların bazı sosyodemografik özellikleri

Sosyodemografik özellikler (n=157)		N	%
Cinsiyet	Kadın	111	70,7
	Erkek	46	29,3
Medeni durumu	Evli olan	110	70,1
	Evli olmayan	47	29,9
Kiminle yaşadığı	Eşiyle	46	29,3
	Eşi ve çocuklarıyla	64	40,8
	Çocuklarıyla	23	14,6
	Yalnız yaşıyor	24	15,3
Eğitim durumu	Düşük eğitim	61	38,9
	Orta eğitim	58	36,9
	Yüksek eğitim	38	24,2
Çalışma durumu	Çalışıyor	50	31,8
	Çalışmıyor	57	36,3
	Emekli	50	31,8
Gelir Durumu	Düşük	77	49
	Orta	55	35
	Yüksek	25	15,9
Sigara kullanma durumu	Kullanmıyor	103	65,6
	Kullanıyor	54	34,4
Alkol kullanma durumu	Kullanmıyor	131	83,4
	Kullanıyor	26	16,6

Katılımcılardan 54 (%34,4) kişi “sigara kullanıyor musunuz?” sorusuna evet cevabını verirken 103 (%65,6) kişi hayır cevabını verdi. Sigara kullananların Fagerstörn nikotin bağımlılık testi ortalama puanı $4,93 \pm 2,73$ idi. Fagerstörn nikotin bağımlılık testine göre sigara kullanan katılımcıların 15’i (%9,6) hafif derecede, 24’ü (%15,3) orta derecede ve 15’i (%9,6) yüksek derecede bağımlı idi. Çalışmaya katılanların 131’i (%83,4) alkol kullanmıyor, 26’sı (%16,6) alkol kullanıyordu.

Katılımcıların romatoloji polikliniğine başvurma nedenleri sorgulandığında katılımcılardan 49 (%31,2) kişi kontrol amaçlı, 37 (%23,6) kişi ilaç yazdırmak için, 60 (%38,2) kişi hastalık şikayetleri ile, 11 (%7) kişi ise farklı şikayetler ile başvurmuştu. Katılımcılardan romatoid artrit haricinde bir kronik hastalığı olanlar 96 (%61,1) kişi iken, olmayanlar 61 (%38,9) kişi idi.

Tablo 7. Katılımcıların romatoloji polikliniğine başvurma nedenleri

Polikliniğe başvurma nedeni	n	%
Kontrol amaçlı	49	31,2
İlaç yazdırmak için	37	23,6
Hastalık şikayetleriyle	60	38,2
Farklı şikayetlerle	11	7,0

Katılımcıların ortalama $10,04 \pm 7,21$ yıldır romatoid artrit ile ilgili belirtileri vardı. Tanı süreleri sorgulandığında ortalama $8,92 \pm 6,79$ yıldır hastalık tanıları mevcut idi. Katılımcıların tedaviye başlama süreleri ise ortalama $8,73 \pm 6,70$ yıl önce idi. Romatoid artrit ile ilgili kullanılan ilaç sayısı ise ortalama $3,23 \pm 1,67$ idi.

Tablo 8. Katılımcıların romatoid artrit ile ilgili bazı verileri

	Ort.±SS*
Ne kadar zamandır romatoid artrit ile ilgili belirtileriniz var?	$10,04 \pm 7,21$
Ne kadar zamandır romatoid artrit tanınız var?	$8,92 \pm 6,79$
Ne kadar zamandır romatoid artrit için tedavi alıyorsunuz?	$8,73 \pm 6,70$
Romatoid artrit için kaç tane ilaç kullanıyorsunuz?	$3,23 \pm 1,67$

*Ort±SS: Ortalama±Standart Sapma

Katılımcıların romatoid artrit hastalığına uyum düzeyleri sorgulandığında; katılımcıların hastalığı ile ilgili ilaç tedavisini yeterli bulma ortalama puanı $3,06 \pm 1,01$ ve test değeri olarak alınan 3 puana göre istatistiksel olarak anlamlı saptanmadı ($t=0,790$, $p=0,431$).

Hastalığın yaşamlarına getirdiği kısıtlamalar ile başa çıkabilme ortalama puanı $2,92 \pm 1,19$ ve test değeri olarak alınan 3 puana göre istatistiksel olarak anlamlı saptanmadı ($t=-0,870$, $p=0,386$).

Katılımcıların günlük hayatında başkasının yardımı olmadan kendilerine yetebilme ortalama puanı $3,34 \pm 1,07$ ve yaşadıkları zorluklarla ilgili yakınlarının desteğini yeterli bulma ortalama puanı $3,24 \pm 1,13$ olarak hesaplanırken; test değeri olarak alınan 3 puana göre her ikisi de anlamlı olarak yüksek saptandı (sırası ile $t=3,948$, $p<0,001$ ve $t=2,606$, $p=0,010$).

Tablo 9. Katılımcıların romatoid artrit hastalığına uyum düzeyleri ilgili verileri

Romatoid artrit hastalığına uyum düzeyleri	Ort. $\pm$ SS	Test Değeri 3,0	
		t*	p
İlaç tedavisini yeterli bulma	$3,06 \pm 1,01$	0,790	0,431
Hastalığın getirdiği kısıtlamalarla başa çıkabilme	$2,92 \pm 1,19$	-0,870	0,386
Başkasının yardımı olmadan kendine yetebilme	$3,34 \pm 1,07$	3,948	0,000 ^{††}
Yaşadığı zorluklarla ilgili yakınlarının desteğini yeterli bulma	$3,24 \pm 1,13$	2,606	0,010 [†]

*Tek örneklemli t testi kullanılmıştır, test değeri 3,0 olarak alınmıştır. [†] $p<0,05$, ^{††} $p<0,01$

Veri toplama formunun genel sağlık verilerinin sorgulandığı bölümünde; katılımcılardan 146 (%93) kişinin normal doğum ile 11 (%7) kişinin ise sezaryen ile dünyaya geldiği saptandı. Katılımcıların yaşamlarının ilk aylarındaki beslenme şekilleri sorgulandığında; 109 (%69,4) kişi sadece anne sütü, 48 (%30,6) kişi anne sütü ve/veya mama ile beslenmişti.

Tablo 10. Katılımcıların bazı genel sağlık verileri

(n=157)		n	%
Doğum şekli	Normal doğum	146	93
	Sezaryen	11	7
İlk aylardaki beslenme şekli	Sadece anne sütü	109	69,4
	Anne sütü ve/veya mama	48	30,6

Katılımcıların anne sütü alma sürelerini ne kadar yeterli buldukları beşli likert (1 çok az yeterli, 5 çok fazla yeterli) şeklinde soruldu ve ortalama puanı $3,22 \pm 1,14$, test değeri olarak alınan 3 puana göre de anlamlı olarak yüksek saptandı ($t=2,436$, $p=0,016$). Katılımcıların çocukluk döneminde antibiyotik kullanma sıklıkları beşli

likert (1 çok sık, 5 hiç) şeklinde soruldu ve ortalama puanı $3,96 \pm 0,94$, test değeri olarak alınan 3 puana göre de anlamlı olarak yüksek saptandı ($t=12,697$, $p=<0,001$).

Tablo 11. Katılımcıların bazı genel sağlık verileri

	Ort.±SS	Test Değeri 3,0	
		t*	p
Anne sütü alma süresini yeterli bulma durumu	$3,22 \pm 1,14$	2,436	0,016
Çocukluk döneminde antibiyotik kullanma sıklığı	$3,96 \pm 0,94$	12,697	0,000 [†]

*Tek örneklemlili t testi kullanılmıştır, test değeri 3,0 olarak alınmıştır. [†] $p<0,01$

Katılımcıların beslenme öyküleri önerilen ve önerilmeyen besinleri tüketme durumları 2 grup halinde beşli likert (1 hiç tüketmem, 2 ayda bir kez tüketirim, 3 haftada bir kez tüketirim, 4 haftada birden fazla tüketirim, 5 her gün tüketirim) şeklinde soruldu. Önerilenler arasında yer alan kırmızı et için ortalama puan $2,85 \pm 0,90$, balık için ortalama puan $2,10 \pm 0,76$, yumurta için ortalama puan $3,86 \pm 1,06$, sebze için ortalama puan $3,96 \pm 0,87$, bakliyat için ortalama puan $3,39 \pm 0,78$, çerez için ortalama puan $3,29 \pm 1,12$, peynir için ortalama puan $4,29 \pm 0,90$, tereyağı için ortalama puan $3,24 \pm 1,36$, yoğurt için ortalama puan $4,17 \pm 0,79$, şalgam için ortalama puan $2,17 \pm 1,15$ ve turşu için ortalama puan $3,10 \pm 1,14$ olarak hesaplandı. Test değeri olarak alınan 3 puana göre kırmızı et ($t=-2,029$, $p=0,044$), balık ($t=-14,792$, $p=<0,001$) ve şalgam ($t=-9,021$, $p=<0,001$) anlamlı olarak düşük bulunurken; yumurta ($t=10,117$, $p=<0,001$), sebze ($t=13,754$, $p=<0,001$), bakliyat ($t=6,229$, $p=<0,001$), çerez ($t=3,187$, $p=0,002$), peynir ($t=17,790$, $p=<0,001$), tereyağı ($t=2,157$, $p=0,033$) ve yoğurt ($t=18,396$, $p=<0,001$) anlamlı olarak yüksek saptandı. Turşu tüketme durumları ise test değeri olarak alınan 3 puana göre istatistiksel olarak anlamlı saptanmadı ($t=1,048$, $p=0,296$).

Tablo 12. Katılımcıların önerilen besinleri tüketme durumları ile ilgili veriler

Önerilen Besinler	Ort.±SS	Test Değeri 3,0	
		t*	p
Kırmızı et	$2,85 \pm 0,90$	-2,029	0,044
Balık	$2,10 \pm 0,76$	-14,792	0,000 ^{††}
Yumurta	$3,86 \pm 1,06$	10,117	0,000 ^{††}
Sebze	$3,96 \pm 0,87$	13,754	0,000 ^{††}
Bakliyat	$3,39 \pm 0,78$	6,229	0,000 ^{††}
Çerez	$3,29 \pm 1,12$	3,187	0,002 ^{††}
Peynir	$4,29 \pm 0,90$	17,790	0,000 ^{††}

Tablo 12'nin devamı

Tereyağı	3,24±1,36	2,157	0,033 [†]
Yoğurt	4,17±0,79	18,396	0,000 ^{††}
Şalgam	2,17±1,15	-9,021	0,000 ^{††}
Turşu	3,10±1,14	1,048	0,296

*Tek örneklemli t testi kullanılmıştır, test değeri 3,0 olarak alınmıştır. [†]p<0,05, ^{††}p<0,01

Önerilmeyenler arasında yer alan paketli gıdalar için ortalama puan 2,35±1,18, fastfood için ortalama puan 1,76±0,98, ekmek için ortalama puan 4,24±1,12, patates için ortalama puan 3,29±0,69, pirinç için ortalama puan 3,13±0,82, meyve için ortalama puan 3,76±1,05, trans yağlar için ortalama puan 2,47±1,14, işlenmiş yağlar için ortalama puan 3,34±1,56, marketlerde satılan çiftlik tavuğu için ortalama puan 2,59±0,98, tatlı için ortalama puan 2,29±0,92, tatlandırıcı (sakarin) için ortalama puan 1,31±1,01, tatlandırıcı içeren içecek (diyet kola vb.) için ortalama puan 1,77±1,14, şeker ve şekerli içecek için ortalama puan 2,80±1,34 ve asitli/alkollü içecek için ortalama puan 2,17±1,34 olarak hesaplandı. Test değeri olarak alınan 3 puana göre paketli gıdalar (t=-6,891, p=<0,001), fastfood (t=-15,671, p=<0,001), trans yağ (t=-5,777, p=<0,001), marketlerde satılan çiftlik tavuğu (t=-5,210, p=<0,001), baklava ve diğer tatlılar (-9,540, p=<0,001), tatlandırıcılar (sakarin) (t=-21,006, p=<0,001), tatlandırıcı içeren içecek (t=-13,478, p=<0,001), asitli/alkollü içecekler (t=-7,753, p=<0,001) için anlamlı olarak düşük bulunurken; ekmek (t=13,803, p=<0,001), patates (t=5,312, p=<0,001), pirinç (t=2,031, p=0,044), meyve (t=9,061, p=<0,001) ve işlenmiş yağlar (t=2,756, p=0,007) anlamlı olarak yüksek saptandı. Şeker ve şekerli içecek tüketme durumları ise test değeri olarak alınan 3 puana göre istatistiksel olarak anlamlı saptanmadı (t=-1,844, p=0,067).

Tablo 13. Katılımcıların önerilmeyen besinleri tüketme durumları ile ilgili veriler

Önerilmeyen Besinler	Ort.±SS	Test Değeri 3,0	
		t*	p
Paketli gıdalar	2,35±1,18	-6,891	0,000 ^{††}
Fastfood	1,76±0,98	-15,671	0,000 ^{††}
Ekmek	4,24±1,12	13,803	0,000 ^{††}
Patates	3,29±0,69	5,312	0,000 ^{††}
Pirinç	3,13±0,82	2,031	0,044 [†]
Meyve	3,76±1,05	9,061	0,000 ^{††}
Trans yağ	2,47±1,14	-5,777	0,000 ^{††}
İşlenmiş yağlar	3,34±1,56	2,756	0,007 ^{††}
Markette satılan çiftlik tavuğu	2,59±0,98	-5,210	0,000 ^{††}
Tatlılar	2,29±0,92	-9,540	0,000 ^{††}
Tatlandırıcılar (sakarin)	1,31±1,01	-21,006	0,000 ^{††}

Tablo 13'ün devamı

Tatlandırıcı içeren içecekler	1,77±1,14	-13,478	0,000 ^{††}
Şeker ve şekerli içecekler	2,80±1,34	-1,844	0,067
Asitli/Alkollü içecekler	2,17±1,34	-7,753	0,000 ^{††}

* Tek örneklemli t testi kullanılmıştır, test değeri 3,0 olarak alınmıştır. [†]p<0,05, ^{††}p<0,01

Katılımcılara uygulanan Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği toplam ortalama puan 58,24±13,97 olarak bulunurken; aile alt boyutunun ortalama puanı 21,58±5,75, arkadaş alt boyutunun ortalama puanı 17,18±5,83, özel insan alt boyutunun ortalama puanı 19,54±7,20 olarak hesaplandı.

Tablo 14. Katılımcıların çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği puanları

Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği	Ort.±SS
Aile alt boyutu	21,58±5,75
Arkadaş alt boyutu	17,18±5,83
Özel insan alt boyutu	19,54±7,20
Toplam	58,24±13,97

Çalışmaya katılanların romatoid artrit hastalık aktivite durumları DAS28 ile hesaplandı. Katılımcıların DAS28 ortalama skoru 3,38±1,34 idi. DAS28 puanına göre sınıflandırdığımızda 42 (%26,8) kişi remisyonda, 27 (%17,2) kişi düşük hastalık aktivitesinde, 70 (%44,6) kişi orta hastalık aktivitesinde, 18 (%11,5) kişi yüksek hastalık aktivitesinde olduğu görüldü.

Tablo 15. Katılımcıların DAS28 skoruna göre hastalık aktivite durumları

Hastalık aktivite durumu	DAS28 skoru	n	%
Remisyon	≤ 2,6	42	26,8
Düşük hastalık aktivitesi	2,6-3,2	27	17,2
Orta hastalık aktivitesi	3,2-5,1	70	44,6
Yüksek hastalık aktivitesi	≥ 5,1	18	11,5

Katılımcıların Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ) ortalama skorlarına baktığımızda ortalama anksiyete skoru 8,58±4,01, ortalama depresyon skoru 8,59±3,91 idi. Risk değerlendirmesi yapıldığında; anksiyete açısından 50 kişide (%31,8) riski var, 107 kişide (%68,2) risk yok; depresyon açısından 92 kişide (%58,6) risk var, 65 kişide (%41,4) risk yoktu.

Tablo 16. Katılımcıların hastane anksiyete ve depresyon ölçeği skorları

	Ort.±SS
Anksiyete Skoru	8,58±4,01
Depresyon Skoru	8,59±3,91

Tablo 17. Katılımcıların HADÖ ile risk değerlendirmesi

	Değerlendirme	HADS skor	n	%
HAD-A (Anksiyete)	Risk yok	0-10	107	68,2
	Risk var	11-21	50	31,8
HAD-D (Depresyon)	Risk yok	0-7	65	41,4
	Risk var	8-21	92	58,6

Katılımcılara yaşam kalitesini değerlendirmek için yaşam kalitesi ölçeği (WHOQOL-BREF) 5'li likert tipte uygulandı. Genel yaşam kalitesi sorusuna (1. soru) verilen yanıtlar (1 çok kötü, 5 çok iyi) sistemiyle sorgulandığında, ortalama skoru $3,18 \pm 0,76$ ve test değeri olarak alınan 3 puana göre anlamlı olarak yüksek saptandı ($t=3,020$, $p=0,003$). Genel sağlık algısı sorusuna (2. soru) verilen yanıtlar beşli likert (1 hiç hoşnut değil, 5 çok hoşnut) sistemiyle sorgulandığında ortalama skoru $3,08 \pm 1,13$ ve test değeri olarak alınan 3 puana göre istatistiksel olarak anlamlı saptanmadı ($t=0,912$, $p=0,363$). Sosyal baskı sorusuna (27. soru) verilen yanıtlar (1 hiç, 5 aşırı derecede) sistemiyle sorgulandığında ortalama skor $2,72 \pm 1,00$ olarak ve test değeri olarak alınan 3 puana göre anlamlı olarak düşük saptandı ($t=-3,494$, $p=0,001$).

Tablo 18. Katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği 1., 2. ve 27. soru skorları

(n=157)	Ort.±SS	Test Değeri 3,0	
		t*	p
Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	3,18±0,76	3,020	0,003 [†]
Sağlığınıza ne kadar hoşnutsunuz?	3,08±1,13	0,912	0,363
Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrole ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?	2,72±1,00	-3,494	0,001 [†]

*Tek Örneklemli t testi, test değeri 3,0 alınmıştır. [†] $p<0,01$

Katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği bedensel sağlık alt boyutu ortalama puanı $52,85 \pm 17,22$, ruhsal sağlık alt boyutu ortalama puanı $58,38 \pm 18,76$, sosyal ilişkiler alt boyutu ortalama puanı $48,10 \pm 20,56$, çevre alt boyutu ortalama puanı $57,67 \pm 16,50$ idi.

Tablo 19. Katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puanları

(n=157)	Ort.±SS
Bedensel alt boyut	52,85±17,22
Ruhsal alt boyut	58,38±18,76
Sosyal alt boyut	48,10±20,56
Çevre alt boyut	57,67±16,50

Katılımcılardan kadınların yaş ortalaması $53,65 \pm 11,54$, erkeklerin yaş ortalaması $55,24 \pm 14,41$ olarak hesaplandı ve yaşları cinsiyete göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($t=-0,729$, $p=0,467$).

Kadınların ortalama $9,60 \pm 7,07$ yıldır, erkeklerin ortalama $11,09 \pm 7,51$ yıldır romatoid artrit ile ilgili belirtileri vardı. Kadınların ortalama $8,50 \pm 6,64$ yıldır, erkeklerin ortalama $9,93 \pm 7,11$ yıldır romatoid artrit tanıları vardı. Kadınlar ortalama $8,32 \pm 6,50$ yıldır, erkekler ortalama $9,70 \pm 7,13$ yıldır romatoid artrit ile ilgili tedavi alıyordu. Kadınlar ortalama $3,29 \pm 1,74$ adet ilaç kullanırken erkek ortalama $3,09 \pm 1,51$ adet ilaç kullanıyordu.

Katılımcıların ne kadar yıldır romatoid artrit ile ilgili belirtilerinin var olduğu ($t=-1,174$, $p=0,242$), ne kadar yıldır romatoid artrit tanıları olduğu ($t=-1,209$, $p=0,228$), ne kadar yıldır tedavi aldıkları ($t=-1,168$, $p=0,245$) ve romatoid artrit için kullandıkları ilaç sayısı ($t=0,683$, $p=0,496$) cinsiyete göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı.

Tablo 20. Katılımcıların romatoid artrit ile ilgili bazı verilerinin cinsiyete göre karşılaştırılması

(n=157)	Cinsiyet		t*	p
	Kadın (n=111) Ort.±SS	Erkek (n=46) Ort.±SS		
Ne kadar zamandır romatoid artrit ile ilgili belirtileriniz var?	9,60±7,07	11,09±7,51	-1,174	0,242
Ne kadar zamandır romatoid artrit tanınız var?	8,50±6,64	9,93±7,11	-1,209	0,228
Ne kadar zamandır romatoid artrit için tedavi alıyorsunuz?	8,32±6,50	9,70±7,13	-1,168	0,245
Romatoid artrit için kaç tane ilaç kullanıyorsunuz?	3,29±1,74	3,09±1,51	0,683	0,496

*İki örneklemlili t testi kullanılmıştır.

Katılımcıların romatoid artrit hastalığına uyum düzeyleri cinsiyete göre karşılaştırıldığında günlük hayatında başkasının yardımı olmadan kendisine yetebilme ortalama puanı erkeklerde ($3,63 \pm 0,95$) kadınlara ($3,22 \pm 1,09$) göre anlamlı olarak yüksekti ($t=-2,233$, $p=0,027$).

İlaç tedavisini yeterli bulma ortalama puanı kadınlarda $3,02 \pm 1,02$ iken erkeklerde $3,17 \pm 0,97$ idi ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($t=-0,879$, $p=0,381$). Hastalığın getirdiği kısıtlamalarla başa çıkabilme ortalama

puanı kadınlarda $2,85 \pm 1,17$ iken erkeklerde $3,09 \pm 1,22$ idi ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($t=-1,149$, $p=0,252$). Katılımcıların yaşadığı zorluklarla ilgili yakınlarının desteğini yeterli bulma ortalama puanı kadınlarda $3,16 \pm 1,14$ iken erkeklerde $3,41 \pm 1,10$ idi ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($t=-1,265$, $p=0,208$).

Tablo 21. Katılımcıların romatoid artrit hastalığına uyum düzeylerinin cinsiyete göre karşılaştırılması

(n=157)	Cinsiyet		t*	p
	Kadın (n=111) Ort.±SS	Erkek (n=46) Ort.±SS		
İlaç tedavisini yeterli bulma	3,02±1,02	3,17±0,97	-0,879	0,381
Hastalığın getirdiği kısıtlamalarla başa çıkabilme	2,85±1,17	3,09±1,22	-1,149	0,252
Başkasının yardımı olmadan kendine yetebilme	3,22±1,09	3,63±0,95	-2,233	0,027[†]
Yaşadığı zorluklarla ilgili yakınlarının desteğini yeterli bulma	3,16±1,14	3,41±1,10	-1,265	0,208

*İki örneklemlili t testi kullanılmıştır. [†] $p<0,05$

Katılımcıların önerilen besinleri tüketme durumları cinsiyete göre karşılaştırıldığında kırmızı et ($t=-4,233$, $p<0,001$) ve şalgam ($t=-5,697$, $p<0,001$) tüketme ortalama puanı erkeklerde kadınlara göre anlamlı olarak yüksek iken, sebze ($t=2,071$, $p=0,040$) ve yoğurt ($t=2,667$, $p=0,008$) tüketme ortalama puanı kadınlarda erkeklere göre anlamlı olarak yüksekti. Balık, yumurta, bakliyat, çerez, peynir, tereyağı ve turşu için gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı.

Tablo 22. Katılımcıların önerilen besinleri tüketme durumlarının cinsiyete göre karşılaştırılması

(n=157)	Cinsiyet		t*	p
	Kadın (n=111) Ort.±SS	Erkek (n=46) Ort.±SS		
Kırmızı et	2,67±0,76	3,30±1,05	-4,233	0,000 ^{††}
Balık	2,12±0,76	2,04±0,78	0,547	0,585
Yumurta	3,88±1,09	3,80±1,00	0,419	0,675
Sebze	4,05±0,81	3,74±0,97	2,071	0,040 [†]
Bakliyat	3,36±0,79	3,46±0,75	-0,700	0,485
Çerez	3,24±1,04	3,39±1,30	-0,748	0,455
Peynir	4,31±0,94	4,24±0,82	0,422	0,674
Tereyağı	3,17±1,43	3,39±1,20	-0,917	0,361
Yoğurt	4,28±0,75	3,91±0,84	2,667	0,008 ^{††}
Şalgam	1,86±0,96	2,91±1,22	-5,697	0,000 ^{††}
Turşu	3,09±1,15	3,11±1,12	-0,093	0,926

*İki örneklemlili t testi kullanılmıştır. [†] $p<0,05$, ^{††} $p<0,01$

Katılımcıların önerilmeyen besinleri tüketme durumları cinsiyete göre karşılaştırıldığında fastfood ($t=-4,272$, $p<0,001$), trans yağ ($t=-4,238$, $p<0,001$), tatlılar ($t=-2,400$, $p=0,018$) ve asitli/alkollü içecek ($t=-2,703$, $p=0,008$) tüketme ortalama puanı erkeklerde kadınlara göre anlamlı olarak yüksek iken, meyve ($t=3,276$, $p=0,001$) tüketme ortalama puanı kadınlarda erkeklere göre anlamlı olarak yüksekti. Paketli gıdalar, ekmek, patates, pirinç, işlenmiş yağlar, market satılan çiftlik tavuğu, tatlandırıcılar, tatlandırıcı içeren içecekler ve şeker ve şekerli içecekler için gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı.

Tablo 23. Katılımcıların önerilmeyen besinleri tüketme durumlarının cinsiyete göre karşılaştırılması

(n=157)	Cinsiyet		t*	p
	Kadın (n=111) Ort.±SS	Erkek (n=46) Ort.±SS		
Paketli gıdalar	2,23±1,14	2,63±1,23	-1,929	0,056
Fastfood	1,56±0,78	2,26±1,23	-4,272	0,000 ^{††}
Ekmek	4,21±1,18	4,30±0,96	-0,493	0,623
Patates	3,24±0,69	3,41±0,68	-1,405	0,162
Pirinç	3,06±0,80	3,30±0,86	-1,677	0,095
Meyve	3,94±0,95	3,35±1,17	3,276	0,001 ^{††}
Trans yağ	2,23±1,02	3,04±1,22	-4,238	0,000 ^{††}
İşlenmiş yağlar	3,43±1,58	3,13±1,51	1,102	0,272
Markette satılan çiftlik tavuğu	2,53±0,98	2,74±0,95	-1,209	0,228
Tatlılar	2,18±0,86	2,57±1,02	-2,400	0,018 [†]
Tatlandırıcılar	1,29±0,99	1,35±1,05	-0,335	0,738
Tatlandırıcı içeren içecekler	1,69±1,15	1,96±1,09	-1,315	0,191
Şeker ve şekerli içecekler	2,70±1,33	3,04±1,34	-1,453	0,148
Asitli/Alkollü içecekler	1,98±1,27	2,61±1,43	-2,703	0,008 ^{††}

*İki örneklemlili t testi kullanılmıştır. [†] $p<0,05$, ^{††} $p<0,01$

Katılımcıların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği aile alt boyutu ortalama puanları kadınlarda 21,60±5,91, erkeklerde 21,52±5,40; arkadaş alt boyutu ortalama puanları kadınlarda 17,69±6,00 erkeklerde 15,96±5,25; özel insan alt boyutu ortalama puanları kadınlarda 19,95±7,09 erkeklerde 18,54±7,46 olarak hesaplandı. Toplam ortalama puanları ise kadınlarda 59,24±14,38 erkeklerde 55,80±12,73 olarak hesaplandı. Katılımcıların aile, arkadaş ve özel insan alt boyutları ortalama puanları ile toplam ortalama puanları cinsiyete göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı.

Tablo 24. Katılımcıların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puanlarının cinsiyete göre karşılaştırılması

(n=157)	Cinsiyet		t*	p
	Kadın (n=111) Ort.±SS	Erkek (n=46) Ort.±SS		
Aile alt boyutu	21,60±5,91	21,52±5,40	0,081	0,936
Arkadaş alt boyutu	17,69±6,00	15,96±5,25	1,708	0,090
Özel insan alt boyutu	19,95±7,09	18,54±7,46	1,110	0,269
Toplam	59,24±14,38	55,80±12,73	1,408	0,161

*İki örneklemlili t testi kullanılmıştır.

Katılımcıların cinsiyetlerine göre Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ) skorlarına bakıldığında anksiyete ortalama skoru kadınlarda (9,15±3,88) erkeklere (7,20±4,01) göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu (t=2,844, p=0,005). Depresyon skor ortalamaları ise kadınlarda 8,64±3,96 erkeklerde 8,46±3,84 olup cinsiyete göre karşılaştırıldığında anlamlı olarak fark görülmedi (t=0,266, p=0,791).

Tablo 25. Katılımcıların Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği skorlarının cinsiyete göre karşılaştırılması

(n=157)	Cinsiyet		t*	p
	Kadın (n=111) Ort.±SS	Erkek (n=46) Ort.±SS		
Anksiyete Skoru	9,15±3,88	7,20±4,01	2,844	0,005 [†]
Depresyon Skoru	8,64±3,96	8,46±3,84	0,266	0,791

*İki örneklemlili t testi kullanılmıştır. [†]p<0,01

Katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği ortalama skorları cinsiyete göre karşılaştırıldığında 1. soru (genel yaşam kalitesi), 2. soru (genel sağlık algısı) ve 27. soruda (sosyal baskı) gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (sırasıyla t=-0,801, p=0,425; t=-1,109, p=0,269; t=0,526, p=0,600). Yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarının ortalama puanları cinsiyete göre karşılaştırıldığında ruhsal alt boyut ortalama puanı erkeklerde (63,52±18,87) kadınlara (56,25±18,38) göre anlamlı olarak yüksek saptandı (t=-2,238, p=0,027). Diğer alt boyut ortalama puanlarının cinsiyete göre karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmedi (bedensel alt boyut t=-1,097, p=0,274; sosyal alt boyut t=-0,430, p=0,668; çevre alt boyut t=-1,312, p=0,191).

Tablo 26. Katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği 1., 2. ve 27. soru skorlarının ve alt boyut puanlarının cinsiyete göre karşılaştırılması

(n=157)	Cinsiyet		t*	p
	Kadın (n=111) Ort.±SS	Erkek (n=46) Ort.±SS		
Genel yaşam kalitesi (1. soru)	3,15±0,74	3,26±0,82	-0,801	0,425
Genel sağlık algısı (2. soru)	3,02±1,12	3,24±1,17	-1,109	0,269
Sosyal baskı (27. soru)	2,75±0,95	2,65±1,14	0,526	0,600
Bedensel alt boyut	51,88±16,84	55,20±18,09	-1,097	0,274
Ruhsal alt boyut	56,25±18,38	63,52±18,87	-2,238	0,027[†]
Sosyal alt boyut	47,64±20,32	49,20±21,31	-0,430	0,668
Çevre alt boyut	56,56±16,33	60,35±16,79	-1,312	0,191

*İki örneklemlili t testi kullanılmıştır. [†]p<0,05

Katılımcıların romatoid artrit hastalığına uyum düzeyleri medeni duruma göre karşılaştırıldığında yaşadığı zorluklarla ilgili yakınlarının desteğini yeterli bulma ortalama puanı evli olanlarda (3,37±1,07) evli olmayanlara (2,91±1,21) göre anlamlı olarak yüksekti (t=2,352, p=0,020). İlaç tedavisini yeterli bulma, hastalığın getirdiği kısıtlamalarla başa çıkabilme ve başkasının yardımı olmadan kendine yetebilme ortalama puanları medeni duruma göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı.

Tablo 27. Katılımcıların romatoid artrit hastalığına uyum düzeylerinin medeni duruma göre karşılaştırılması

(n=157)	Evli olan (n=110) Ort.±SS	Evli olmayan (n=47) Ort.±SS	t*	p
İlaç tedavisini yeterli bulma	3,09±1,00	3,00±1,04	0,515	0,607
Hastalığın getirdiği kısıtlamalarla başa çıkabilme	2,90±1,16	2,96±1,26	-0,276	0,783
Başkasının yardımı olmadan kendine yetebilme	3,37±0,95	3,26±1,31	0,628	0,531
Yaşadığı zorluklarla ilgili yakınlarının desteğini yeterli bulma	3,37±1,07	2,91±1,21	2,352	0,020[†]

*İki örneklemlili t testi kullanılmıştır. [†]p<0,05

Katılımcıların önerilen besinleri tüketme durumları medeni duruma göre karşılaştırıldığında kırmızı et ve tereyağı tüketme ortalama puanları evli olanlarda (2,95±0,94; 3,39±1,36) evli olmayanlara (2,62±0,76; 2,87±1,31) göre anlamlı olarak yüksekti (t=2,167, p=0,032; t=2,201, p=0,029). Balık, yumurta, sebze, bakliyat,

çerez, peynir, yoğurt, şalgam ve turşu için gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı.

Tablo 28. Katılımcıların önerilen besinleri tüketme durumlarının medeni duruma göre karşılaştırılması

(n=157)	Evli olan (n=110) Ort.±SS	Evli olmayan (n=47) Ort.±SS	t*	p
Kırmızı et	2,95±0,94	2,62±0,76	2,167	0,032[†]
Balık	2,07±0,72	2,15±0,85	-0,570	0,570
Yumurta	3,88±0,99	3,81±1,22	0,394	0,694
Sebze	4,00±0,87	3,87±0,87	0,835	0,405
Bakliyat	3,43±0,81	3,30±0,68	0,950	0,344
Çerez	3,27±1,15	3,32±1,06	-0,236	0,814
Peynir	4,32±0,89	4,21±0,93	0,666	0,506
Tereyağı	3,39±1,36	2,87±1,31	2,201	0,029[†]
Yoğurt	4,22±0,80	4,06±0,76	1,126	0,262
Şalgam	2,13±1,13	2,28±1,19	-0,744	0,458
Turşu	3,09±1,15	3,11±1,12	-0,077	0,938

*İki örneklemlili t testi kullanılmıştır. [†]p<0,05

Katılımcıların önerilmeyen besinleri tüketme durumlarının medeni duruma göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı.

Tablo 29. Katılımcıların önerilmeyen besinleri tüketme durumlarının medeni duruma göre karşılaştırılması

(n=157)	Evli olan (n=110) Ort.±SS	Evli olmayan (n=47) Ort.±SS	t*	p
Paketli gıdalar	2,36±1,08	2,32±1,40	0,215	0,830
Fastfood	1,75±0,96	1,79±1,06	-0,189	0,850
Ekmek	4,33±0,94	4,02±1,43	1,573	0,118
Patates	3,26±0,63	3,36±0,81	-0,813	0,417
Pirinç	3,17±0,78	3,04±0,90	0,905	0,367
Meyve	3,76±1,07	3,77±1,02	-0,013	0,990
Trans yağ	2,39±1,06	2,66±1,30	-1,348	0,180
İşlenmiş yağlar	3,29±1,57	3,47±1,55	-0,649	0,517
Markette satılan çiftlik tavuğu	2,59±0,95	2,60±1,05	-0,028	0,978
Tatlılar	2,28±0,85	2,32±1,08	-0,230	0,818
Tatlandırıcılar	1,28±0,97	1,36±1,09	-0,452	0,652
Tatlandırıcı içeren içecekler	1,71±1,03	1,91±1,36	-1,034	0,303
Şeker ve şekerli içecekler	2,69±1,31	3,06±1,38	-1,603	0,111
Asitli/Alkollü içecekler	2,04±1,24	2,47±1,53	-1,851	0,066

*İki örneklemlili t testi kullanılmıştır.

Katılımcıların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puanları medeni duruma göre karşılaştırıldığında aile ve özel insan alt boyutu ortalama puanları evli olanlarda (22,74±4,58; 21,53±6,44) evli olmayanlara (18,87±7,19; 14,87±6,78) göre

anlamli olarak yuaksekti ($t=4,039$, $p<0,001$; $t=5,832$, $p<0,001$). Arkadas alt boyutu ortalama puaninda ise gruplar arasinda istatistiksel olarak anlamli fark saptanmadi ($t=-0,158$, $p=0,874$). Olcegin toplam puanı medeni duruma göre karşılaştırıldığında ise evli olanların ortalama puanı ($61,31\pm12,78$) evli olmayanlardan ($51,04\pm14,12$) anlamli olarak yuakse bulundu ($t=4,465$, $p<0,001$).

Tablo 30. Katılımcıların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Olçeği puanlarının medeni duruma göre karşılaştırılması

(n=157)	Evli olan (n=110) Ort.±SS	Evli olmayan (n=47) Ort.±SS	t*	p
Aile alt boyutu	22,74±4,58	18,87±7,19	4,039	0,000 [†]
Arkadaş alt boyutu	17,14±5,71	17,30±6,17	-0,158	0,874
Özel insan alt boyutu	21,53±6,44	14,87±6,78	5,832	0,000 [†]
Toplam	61,31±12,78	51,04±14,12	4,465	0,000[†]

*İki örneklemlı t testi kullanılmıştır. [†] $p<0,01$

Katılımcıların medeni durumlarına göre Hastane Anksiyete ve Depresyon Olçeği skorlarına bakıldığında evli olanlarda evli olmayanlara göre hem anksiyete ortalama skoru ($7,94\pm3,81$; $10,09\pm4,11$) hem de depresyon ortalama skoru ($8,03\pm3,66$; $9,89\pm4,21$) anlamli olarak düşük bulundu (sırasıyla $t=-3,160$, $p=0,002$; $t=-2,792$, $p=0,006$).

Tablo 31. Katılımcıların Hastane Anksiyete ve Depresyon Olçeği skorlarının medeni duruma göre karşılaştırılması

(n=157)	Evli olan (n=110) Ort.±SS	Evli olmayan (n=47) Ort.±SS	t*	p
Anksiyete Skoru	7,94±3,81	10,09±4,11	-3,160	0,002 [†]
Depresyon Skoru	8,03±3,66	9,89±4,21	-2,792	0,006 [†]

*İki örneklemlı t testi kullanılmıştır. [†] $p<0,01$

Katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği skorları medeni duruma göre karşılaştırıldığında 1. soru (genel yaşam kalitesi) ortalama skoru evli olanlarda ($3,27\pm0,72$) evli olmayanlara ($2,98\pm0,82$) göre anlamli olarak yuaksekti ($t=2,229$, $p=0,027$). 2. soru (genel sağlık algısı) ortalama skoru karşılaştırıldığında gruplar arasinda istatistiksel olarak anlamli fark saptanmadi ($t=1,835$, $p=0,068$). 27. Soru (sosyal baskı) ortalama skoru karşılaştırıldığında ise evli olanlarda ($2,60\pm0,86$) evli olmayanlara ($3,00\pm1,25$) göre anlamli olarak düşük bulundu ($t=-2,327$, $p=0,021$).

Yaşam kalitesi ölçeği alt boyut ortalama puanları medeni duruma göre karşılaştırıldığında bedensel, ruhsal, sosyal ve çevre olmak üzere tüm alt boyutlarda ortalama puan evli olanlarda (54,63±15,41; 61,16±16,70; 51,44±19,11; 59,42±15,47) evli olmayanlara (48,70±20,46; 51,87±21,69; 40,28±21,90; 53,57±18,23) göre anlamlı olarak yüksekti (t=1,992, p=0,048; t=2,909, p=0,004; t=3,205, p=0,002; t=2,052, p=0,042).

Tablo 32. Katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği 1., 2. ve 27. soru skorlarının ve alt boyut puanlarının medeni duruma göre karşılaştırılması

(n=157)	Evli olan (n=110) Ort.±SS	Evli olmayan (n=47) Ort.±SS	t*	p
Genel yaşam kalitesi (1. soru)	3,27±0,72	2,98±0,82	2,229	0,027 [†]
Genel sağlık algısı (2. soru)	3,19±1,12	2,83±1,14	1,835	0,068
Sosyal baskı (27. soru)	2,60±0,86	3,00±1,25	-2,327	0,021 [†]
Bedensel alt boyut	54,63±15,41	48,70±20,46	1,992	0,048 [†]
Ruhsal alt boyut	61,16±16,70	51,87±21,69	2,909	0,004 ^{††}
Sosyal alt boyut	51,44±19,11	40,28±21,90	3,205	0,002 ^{††}
Çevre alt boyut	59,42±15,47	53,57±18,23	2,052	0,042 ^{††}

*İki örneklemlili t testi kullanılmıştır. [†]p<0,05, ^{††}p<0,01

Katılımcıların romatoid artrit hastalığına uyum düzeyinin sorgulandığı ilaç tedavisini yeterli bulma, hastalığın getirdiği kısıtlamalarla başa çıkabilme, başkasının yardımı olmadan kendine yetebilme ve yaşadığı zorluklarla ilgili yakınlarının desteğini yeterli bulma ortalama puanları kiminle yaşadıklarına göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı.

Tablo 33. Katılımcıların romatoid artrit hastalığına uyum düzeylerinin kiminle yaşadığına göre karşılaştırılması

(n=157)	Kiminle yaşadığı				X ²	p
	Eşiyle (n=46) Ort±SS	Eşi ve çocuklar ile (n=64) Ort±SS	Çocuklar ile (n=23) Ort±SS	Yalnız yaşıyor (n=24) Ort±SS		
İlaç tedavisini yeterli bulma	3,04±1,07	3,13±0,96	2,96±1,02	3,04±1,04	0,277	0,964
Hastalığın getirdiği kısıtlamalarla başa çıkabilme	2,89±1,14	2,94±1,19	2,70±1,36	3,13±1,15	2,001	0,572
Başkasının yardımı olmadan kendine yetebilme	3,37±1,04	3,36±0,89	2,91±1,27	3,63±1,27	5,607	0,132
Yaşadığı zorluklarla ilgili yakınlarının desteğini yeterli bulma	3,37±1,18	3,33±0,99	2,78±1,44	3,17±1,00	4,269	0,234

*Kruskal-Wallis Testi kullanılmıştır.

Katılımcıların önerilen besinleri tüketme durumları katılımcıların kiminle yaşadığına göre karşılaştırıldığında kırmızı et tüketme ortalama puanı eşiyile yaşayanlarda $3,13 \pm 0,90$, eşi ve çocuklarıyla yaşayanlarda $2,83 \pm 0,95$, çocuklarıyla yaşayanlarda $2,43 \pm 0,66$ ve yalnız yaşayanlarda $2,79 \pm 0,83$ olduğu, aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü ($X^2=9,589$, $p=0,022$). Diğer önerilen besinler için gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Tablo 34. Katılımcıların önerilen besinleri tüketme durumlarının kiminle yaşadığına göre karşılaştırılması

(n=157)	Kiminle yaşadığı				X^2	p
	Eşiyile (n=46) Ort±SS	Eşi ve çocuklar ile (n=64) Ort±SS	Çocuklar ile (n=23) Ort±SS	Yalnız yaşıyor (n=24) Ort±SS		
Kırmızı et	3,13±0,90	2,83±0,95	2,43±0,66	2,79±0,83	9,589	0,022[†]
Balık	2,24±0,70	1,95±0,72	2,22±0,90	2,08±0,83	4,804	0,187
Yumurta	4,00±0,86	3,81±1,06	4,09±1,31	3,50±1,10	3,436	0,329
Sebze	4,09±0,83	3,92±0,91	4,04±0,70	3,75±0,98	2,604	0,457
Bakliyat	3,43±0,83	3,45±0,79	3,22±0,79	3,29±0,62	1,766	0,622
Çerez	3,11±1,21	3,39±1,12	3,09±0,99	3,54±1,06	4,147	0,246
Peynir	4,24±0,92	4,39±0,86	4,48±0,84	3,92±0,97	7,462	0,059
Tereyağı	3,41±1,45	3,41±1,26	2,70±1,55	2,96±1,16	6,948	0,074
Yoğurt	4,27±0,68	4,22±0,89	4,22±0,60	3,83±0,81	5,655	0,130
Şalgam	2,17±1,23	2,13±1,07	1,78±0,95	2,67±1,23	7,145	0,067
Turşu	2,91±1,15	3,17±1,17	3,43±1,03	2,92±1,10	4,296	0,231

*Kruskal-Wallis Testi kullanılmıştır. [†] $p<0,05$

Katılımcıların önerilmeyen besinleri tüketme durumları katılımcıların kiminle yaşadığına göre karşılaştırıldığında paketli gıda tüketme ortalama puanı eşiyile yaşayanlarda $2,15 \pm 1,07$, eşi ve çocuklarıyla yaşayanlarda $2,52 \pm 1,08$, çocuklarıyla yaşayanlarda $1,83 \pm 1,15$ ve yalnız yaşayanlarda $2,79 \pm 1,44$ olduğu, aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü ($X^2=10,509$, $p=0,015$). Diğer önerilmeyen besinler için gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Tablo 35. Katılımcıların önerilmeyen besinleri tüketme durumlarının kiminle yaşadığına göre karşılaştırılması

(n=157)	Kiminle yaşadığı				X ²	p
	Eşiyle (n=46) Ort±SS	Eşi ve çocuklar ile (n=64) Ort±SS	Çocuklar ile (n=23) Ort±SS	Yalnız yaşıyor (n=24) Ort±SS		
Paketli gıdalar	2,15±1,07	2,52±1,08	1,83±1,15	2,79±1,44	10,509	0,015[†]
Fastfood	1,70±0,89	1,78±1,01	1,43±0,78	2,17±1,16	6,213	0,102
Ekmek	4,24±0,97	4,39±0,93	4,30±1,22	3,75±1,59	3,301	0,348
Patates	3,26±0,61	3,27±0,64	3,30±0,63	3,42±0,97	0,752	0,861
Pirinç	3,09±0,69	3,25±0,85	2,91±0,84	3,13±0,94	3,440	0,329
Meyve	3,87±1,00	3,75±1,14	3,83±0,93	3,54±1,06	1,783	0,619
Trans yağlar	2,20±0,98	2,58±1,11	2,22±1,08	2,96±1,42	7,153	0,067
İşlenmiş yağlar	3,39±1,63	3,30±1,50	3,48±1,64	3,25±1,56	0,754	0,861
Markette satılan çiftlik tavuğu	2,57±0,98	2,64±0,93	2,57±1,12	2,54±1,02	0,226	0,973
Tatlılar	2,28±0,80	2,30±0,90	2,17±0,98	2,42±1,17	0,563	0,905
Tatlandırıcılar	1,48±1,27	1,14±0,66	1,48±1,27	1,25±0,89	3,046	0,385
Tatlandırıcı içeren içecekler	1,63±1,04	1,77±1,03	1,83±1,37	2,00±1,38	1,200	0,753
Şeker ve şekerli içecekler	2,83±1,28	2,66±1,32	2,96±1,46	3,00±1,41	1,565	0,667
Asitli/Alkollü içecekler	1,98±1,22	2,11±1,29	2,00±1,41	2,83±1,52	6,733	0,081

*Kruskal-Wallis Testi kullanılmıştır. [†]p<0,05

Katılımcıların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puanları katılımcıların kiminle yaşadığına göre karşılaştırıldığında toplam puanın eşiyle yaşayanlarda 61,11±12,53, eşi ve çocuklarıyla yaşayanlarda 60,83±13,26, çocuklarıyla yaşayanlarda 52,91±15,72 ve yalnız yaşayanlarda 50,92±13,38 olduğu, aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü ($X^2=13,588$, $p=0,004$).

Ölçeğin alt boyutlarının puanları katılımcıların kiminle yaşadığına göre karşılaştırıldığında aile alt boyutunda ortalama puanların eşiyle yaşayanlarda 22,85±4,08, eşi ve çocuklarıyla yaşayanlarda 22,50±5,04, çocuklarıyla yaşayanlarda 19,91±7,64 ve yalnız yaşayanlarda 18,29±6,82 olduğu ve özel insan alt boyutunda ortalama puanların eşiyle yaşayanlarda 22,24±6,37, eşi ve çocuklarıyla yaşayanlarda 20,69±6,49, çocuklarıyla yaşayanlarda 16,39±6,74 ve yalnız yaşayanlarda 14,29±7,53 olduğu, aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü ($X^2=8,925$, $p=0,030$, $X^2=23,960$, $p=<0,001$).

Ölçeğin arkadaş alt boyutu ortalama puanı için karşılaştırıldığında ise gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($X^2=3,125$, $p=0,373$).

Tablo 36. Katılımcıların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puanlarının kiminle yaşadığına göre karşılaştırılması

(n=157)	Kiminle yaşadığı				X ²	p
	Eşiyle (n=46) Ort±SS	Eşi ve çocuklar ile (n=64) Ort±SS	Çocuklar ile (n=23) Ort±SS	Yalnız yaşıyor (n=24) Ort±SS		
Aile alt boyutu	22,85±4,08	22,50±5,04	19,91±7,64	18,29±6,82	8,925	0,030 [†]
Arkadaş alt boyutu	16,02±5,81	17,80±5,53	16,61±7,38	18,33±4,83	3,125	0,373
Özel insan alt boyutu	22,24±6,37	20,69±6,49	16,39±6,74	14,29±7,53	23,960	0,000 ^{††}
Toplam	61,11±12,53	60,83±13,26	52,91±15,72	50,92±13,38	13,588	0,004 ^{††}

*Kruskal-Wallis Testi kullanılmıştır. [†]p<0,05, ^{††}p<0,01

Katılımcıların Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği skorları kiminle yaşadıklarına göre karşılaştırıldığında depresyon ortalama skoru eşiyle yaşayanlarda 7,37±3,89, eşi ve çocuklarıyla yaşayanlarda 8,55±3,47, çocuklarıyla yaşayanlarda 10,30±3,56 ve yalnız yaşayanlarda 9,38±4,77 olduğu, aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü (X²=8,499, p=0,037). Anksiyete ortalama skoru için karşılaştırıldığında ise gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (X²=6,901, p=0,075).

Tablo 37. Katılımcıların Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği skorlarının kiminle yaşadığına göre karşılaştırılması

(n=157)	Kiminle yaşadığı				X ²	p
	Eşiyle (n=46) Ort±SS	Eşi ve çocuklar ile (n=64) Ort±SS	Çocuklar ile (n=23) Ort±SS	Yalnız yaşıyor (n=24) Ort±SS		
Anksiyete Skoru	7,89±4,17	8,05±3,58	9,43±3,94	10,50±4,33	6,901	0,075
Depresyon Skoru	7,37±3,89	8,55±3,47	10,30±3,56	9,38±4,77	8,499	0,037 [†]

*Kruskal-Wallis Testi kullanılmıştır. [†]p<0,05

Katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği puanları medeni duruma göre karşılaştırıldığında 1. soru (genel yaşam kalitesi) ortalama skorunun eşiyle yaşayanlarda 3,50±0,86, eşi ve çocuklarıyla yaşayanlarda 3,11±0,56, çocuklarıyla yaşayanlarda 2,96±0,82 ve yalnız yaşayanlarda 3,00±0,83 olduğu, aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü (X²=10,740, p=0,013).

2. soru (genel sağlık algısı) ve 27. soru (sosyal baskı) ortalama skorları için karşılaştırıldığında ise gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($X^2=4,270$, $p=0,234$; $X^2=2,933$, $p=0,402$).

Yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarının puanları medeni duruma göre karşılaştırıldığında sosyal alt boyut ortalama puanı eşile yaşayanlarda $45,52 \pm 21,11$, eşi ve çocuklarıyla yaşayanlarda $54,91 \pm 17,22$, çocuklarıyla yaşayanlarda $35,87 \pm 20,53$ ve yalnız yaşayanlarda $46,58 \pm 22,05$ olduğu, aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü ($X^2=14,090$, $p=0,037$). Bedensel, ruhsal ve çevre alt boyutları ortalama puanı için karşılaştırıldığında ise gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Tablo 38. Katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği 1., 2. ve 27. soru skorlarının ve alt boyut puanlarının kiminle yaşadığına göre karşılaştırılması

(n=157)	Kiminle yaşadığı				X^2	p
	Eşile (n=46) Ort±SS	Eşi ve çocuklar ile (n=64) Ort±SS	Çocuklar ile (n=23) Ort±SS	Yalnız yaşıyor (n=24) Ort±SS		
Genel yaşam kalitesi (1. soru)	3,50±0,86	3,11±0,56	2,96±0,82	3,00±0,83	10,740	0,013[†]
Genel sağlık algısı (2. soru)	3,30±1,09	3,13±1,12	2,70±1,25	2,92±1,10	4,270	0,234
Sosyal baskı (27. soru)	2,61±0,97	2,65±0,76	2,96±1,22	2,88±1,36	2,933	0,402
Bedensel alt boyut	55,59±15,55	53,55±15,69	47,70±17,41	50,71±22,97	2,323	0,508
Ruhsal alt boyut	61,52±18,46	60,03±16,00	47,83±20,09	58,08±22,24	7,526	0,057
Sosyal alt boyut	45,52±21,11	54,91±17,22	35,87±20,53	46,58±22,05	14,090	0,003^{††}
Çevre alt boyut	61,24±16,34	58,30±14,70	52,04±16,84	54,54±19,84	4,703	0,195

*Kruskal-Wallis Testi kullanılmıştır. [†] $p<0,05$ ^{††} $p<0,01$

Katılımcıların romatoid artrit hastalığına uyum düzeyleri eğitim durumuna göre karşılaştırıldığında ilaç tedavisini yeterli bulma ile eğitim durumu arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı ($F=2,742$, $p=0,068$). Katılımcıların hastalığın getirdiği kısıtlamalarla başa çıkabilme, başkasının yardımı olmadan kendine yetebilme ve yaşadığı zorluklarla ilgili yakınlarının desteğini yeterli bulma durumları ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı (sırasıyla $F=6,750$, $p=0,002$; $F=11,176$, $p<0,001$; $F=9,101$, $p<0,001$).

Tablo 39. Katılımcıların romatoid artrit hastalığına uyum düzeylerinin eğitim durumuna göre karşılaştırılması

(n=157)	Eğitim durumu			F*	p
	Düşük (n=61) Ort±SS	Orta (n=58) Ort±SS	Yüksek (n=38) Ort±SS		
İlaç tedavisini yeterli bulma	2,89±0,96	3,05±0,86	3,37±1,21	2,742	0,068
Hastalığın getirdiği kısıtlamalarla başa çıkabilme	2,57±1,04	2,93±1,13	3,45±1,32	6,750	0,002 [†]
Başkasının yardımı olmadan kendine yetebilme	2,89±1,00	3,50±0,92	3,82±1,13	11,176	0,000 [†]
Yaşadığı zorluklarla ilgili yakınlarının desteğini yeterli bulma	2,80±1,18	3,38±1,05	3,71±0,92	9,101	0,000 [†]

*One Way ANOVA testi kullanılmıştır. [†] p<0,01

Katılımcıların eğitim durumları ile romatoid artrit hastalığına uyum düzeylerinin karşılaştırılmasına göre; hastalığın getirdiği kısıtlamalarla başa çıkabilme ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı (F=6,750, p=0,002). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc Tukey testine göre yüksek eğitim seviyesine sahip olanlarda düşük eğitim seviyesine sahip olanlara göre hastalığın getirdiği kısıtlamalarla başa çıkabilme durumu anlamlı olarak daha yüksek bulundu (p=0,001).

Katılımcıların başkasının yardımı olmadan kendine yetebilme durumu ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı (F=11,176, p=<0,001). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc Tukey testine göre düşük eğitim seviyesine sahip olanlarda; orta ve yüksek eğitim seviyesine sahip olanlara göre başkasının yardımı olmadan kendine yetebilme durumu anlamlı olarak daha düşük bulundu (sırasıyla p=0,003; p=<0,001). Eğitim seviyesi orta ve yüksek olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı (p=0,293).

Katılımcıların yaşadığı zorluklarla ilgili yakınlarının desteğini yeterli bulma durumu ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı (F=9,101, p=<0,001). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc Tukey testine göre düşük eğitim seviyesine sahip olanlarda; orta ve yüksek eğitim seviyesine sahip olanlara göre başkasının yardımı olmadan kendine yetebilme durumu anlamlı olarak daha düşük bulundu (sırasıyla

p=0,011; p=<0,001). Eğitim seviyesi orta ve yüksek olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı (p=0,307).

Tablo 40. Katılımcıların romatoid artrit hastalığına uyum düzeylerinin eğitim durumuna göre gruplar arası karşılaştırılması

	(I)Eğitim Durumu	(J)Eğitim Durumu	Ortalama Fark (I-J)	p
İlaç tedavisini yeterli bulma	Düşük eğitim	Orta eğitim	-0,166	0,636
		Yüksek eğitim	-0,483	0,054
	Orta eğitim	Düşük eğitim	0,166	0,636
		Yüksek eğitim	-0,317	0,285
	Yüksek eğitim	Düşük eğitim	0,483	0,054
		Orta eğitim	0,317	0,285
Hastalığın getirdiği kısıtlamalarla başa çıkabilme	Düşük eğitim	Orta eğitim	-0,357	0,211
		Yüksek eğitim	-0,874	0,001^{††}
	Orta eğitim	Düşük eğitim	0,357	0,211
		Yüksek eğitim	-0,516	0,083
	Yüksek eğitim	Düşük eğitim	0,874	0,001^{††}
		Orta eğitim	0,516	0,083
Başkasının yardımı olmadan kendine yetebilme	Düşük eğitim	Orta eğitim	-0,615	0,003^{††}
		Yüksek eğitim	-0,931	0,000^{††}
	Orta eğitim	Düşük eğitim	0,615	0,003^{††}
		Yüksek eğitim	-0,316	0,293
	Yüksek eğitim	Düşük eğitim	0,931	0,000^{††}
		Orta eğitim	0,316	0,293
Yaşadığı zorluklarla ilgili yakınlarının desteğini yeterli bulma	Düşük eğitim	Orta eğitim	-0,576	0,011[†]
		Yüksek eğitim	-0,907	0,000^{††}
	Orta eğitim	Düşük eğitim	0,576	0,011[†]
		Yüksek eğitim	-0,331	0,307
	Yüksek eğitim	Düşük eğitim	0,907	0,000^{††}
		Orta eğitim	0,331	0,307

*Post-Hoc Tukey testi kullanılmıştır. [†]p<0.05, ^{††}p<0.01.

Katılımcıların önerilen besinleri tüketme durumları eğitim durumuna göre karşılaştırıldığında kırmızı et (F=7,399, p=0,001), balık (F=7,575, p=0,001), yoğurt (F=8,275, p=<0,001) ve turşu (F=3,818, p=0,024) tüketme durumları ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı. Katılımcıların yumurta, sebze, bakliyat, çerez, peynir, tereyağı ve şalgam tüketme durumları ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı.

Tablo 41. Katılımcıların önerilen besinleri tüketme durumlarının eğitim durumuna göre karşılaştırılması

(n=157)	Eğitim durumu			F	p
	Düşük (n=61) Ort±SS	Orta (n=58) Ort±SS	Yüksek (n=38) Ort±SS		
Kırmızı et	2,57±0,74	2,88±0,91	3,26±0,97	7,399	0,001 ^{††}
Balık	1,97±0,60	1,97±0,64	2,50±1,00	7,575	0,001 ^{††}
Yumurta	4,03±1,11	3,67±1,01	3,87±1,04	1,720	0,183
Sebze	3,89±0,83	3,95±0,84	4,11±0,98	0,747	0,476
Bakliyat	3,23±0,82	3,50±0,73	3,47±0,76	2,107	0,125
Çerez	3,18±1,05	3,16±1,13	3,66±1,16	2,791	0,064
Peynir	4,38±0,93	4,24±0,96	4,21±0,77	0,507	0,603
Tereyağı	3,26±1,52	3,33±1,23	3,05±1,31	0,479	0,620
Yoğurt	4,48±0,62	4,02±0,80	3,92±0,88	8,275	0,000 ^{††}
Şalgam	1,90±0,97	2,38±1,22	2,29±1,22	2,894	0,058
Turşu	3,25±1,10	3,22±1,07	2,66±1,21	3,818	0,024 [†]

*One Way ANOVA testi kullanılmıştır. [†]p<0,05, ^{††}p<0,01

Katılımcıların eğitim durumuna göre önerilen besinleri tüketme durumları karşılaştırıldığında kırmızı et tüketme durumu ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı (F=7,399, p=0,001). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc Tukey testine göre yüksek eğitim seviyesine sahip olanlarda düşük eğitim seviyesine sahip olanlara göre kırmızı et tüketme durumu anlamlı olarak daha yüksek bulundu (p=0,001).

Katılımcıların balık tüketme durumu ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı (F=7,575, p=0,001). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc Tukey testine göre yüksek eğitim seviyesine sahip olanlarda; düşük ve orta eğitim seviyesine sahip olanlara göre balık tüketme durumu anlamlı olarak daha yüksek bulundu (sırasıyla p=0,002; p=0,002). Eğitim seviyesi düşük ve orta olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı (p=1,000).

Katılımcıların yoğurt tüketme durumu ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı (F=8,275, p=<0,001). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc Tukey testine göre düşük eğitim seviyesine sahip olanlarda; orta ve yüksek eğitim seviyesine sahip olanlara göre yoğurt tüketme durumu anlamlı olarak daha yüksek bulundu (sırasıyla p=0,003; p=0,001). Eğitim seviyesi orta ve yüksek olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı (p=0,817).

Katılımcıların turşu tüketme durumu ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($F=3,818$, $p=0,024$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc Tukey testine göre yüksek eğitim seviyesine sahip olanlarda; düşük ve orta eğitim seviyesine sahip olanlara göre turşu tüketme durumu anlamlı olarak daha düşük bulundu (sırasıyla $p=0,033$; $p=0,044$). Eğitim seviyesi düşük ve orta olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p=0,994$).

Tablo 42. Katılımcıların kırmızı et, balık, yoğurt ve turşu tüketme durumlarının eğitim durumuna göre gruplar arası karşılaştırılması

	Eğitim Durumu	Eğitim Durumu	Ortalama Fark	p
Kırmızı et	Düşük eğitim	Orta eğitim	-0,306	0,138
		Yüksek eğitim	-0,689	0,001^{††}
	Orta eğitim	Düşük eğitim	0,306	0,138
		Yüksek eğitim	-0,384	0,090
	Yüksek eğitim	Düşük eğitim	0,689	0,001^{††}
		Orta eğitim	0,384	0,090
Balık	Düşük eğitim	Orta eğitim	0,002	1,000
		Yüksek eğitim	-0,533	0,002^{††}
	Orta eğitim	Düşük eğitim	-0,002	1,000
		Yüksek eğitim	-0,534	0,002^{††}
	Yüksek eğitim	Düşük eğitim	0,533	0,002^{††}
		Orta eğitim	0,534	0,002^{††}
Yoğurt	Düşük eğitim	Orta eğitim	0,466	0,003^{††}
		Yüksek eğitim	0,562	0,001^{††}
	Orta eğitim	Düşük eğitim	-0,466	0,003^{††}
		Yüksek eğitim	0,096	0,817
	Yüksek eğitim	Düşük eğitim	-0,562	0,001^{††}
		Orta eğitim	-0,096	0,817
Turşu	Düşük eğitim	Orta eğitim	0,022	0,994
		Yüksek eğitim	0,588	0,033[†]
	Orta eğitim	Düşük eğitim	-0,022	0,994
		Yüksek eğitim	0,566	0,044[†]
	Yüksek eğitim	Düşük eğitim	-0,588	0,033[†]
		Orta eğitim	-0,566	0,044[†]

*Post-Hoc Tukey testi kullanılmıştır. [†] $p<0.05$, ^{††} $p<0.01$.

Katılımcıların önerilmeyen besinleri tüketme durumları eğitim durumuna göre karşılaştırıldığında paketli gıda ($F=7,638$, $p=0,001$), fastfood ($F=15,033$, $p<0,001$), trans yağ ($F=3,766$, $p=0,025$), işlenmiş yağlar ($F=3,630$, $p=0,029$), tatlı ($F=4,087$, $p=0,019$), tatlandırıcı içeren içecekler ($F=4,509$, $p=0,012$), şeker ve şekerli içecekler ($F=3,189$, $p=0,044$) ve asitli/alkollü içecekler ($F=7,395$, $p=0,001$) tüketme durumları ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı.

Katılımcıların ekmek, patates, pirinç, meyve, markette satılan çiftlik tavuğu ve tatlandırıcıları tüketme durumları ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı.

Tablo 43. Katılımcıların önerilmeyen besinleri tüketme durumlarının eğitim durumuna göre karşılaştırılması

(n=157)	Eğitim durumu			F	p
	Düşük (n=61) Ort±SS	Orta (n=58) Ort±SS	Yüksek (n=38) Ort±SS		
Paketli gıdalar	2,11±1,08	2,19±1,01	2,97±1,36	7,638	0,001^{††}
Fastfood	1,39±0,66	1,72±0,91	2,42±1,20	15,033	0,000^{††}
Ekmek	4,41±1,00	4,22±1,15	3,97±1,21	1,793	0,170
Patates	3,39±0,61	3,29±0,77	3,13±0,66	1,695	0,187
Pirinç	3,02±0,78	3,21±0,81	3,21±0,90	1,010	0,367
Meyve	3,98±0,88	3,66±1,22	3,58±1,00	2,242	0,110
Trans yağ	2,18±1,10	2,57±1,12	2,79±1,16	3,766	0,025[†]
İşlenmiş yağlar	3,67±1,65	3,34±1,57	2,82±1,27	3,630	0,029[†]
Markette satılan çiftlik tavuğu	2,56±0,94	2,57±0,90	2,68±1,16	0,220	0,803
Tatlılar	2,15±0,81	2,21±0,83	2,66±1,14	4,087	0,019[†]
Tatlandırıcılar	1,21±0,83	1,26±0,96	1,53±1,28	1,228	0,296
Tatlandırıcı içeren içecekler	1,49±0,88	1,79±1,05	2,18±1,48	4,509	0,012[†]
Şeker ve şekerli içecekler	2,59±1,38	2,72±1,24	3,26±1,34	3,189	0,044[†]
Asitli/Alkollü içecekler	1,79±1,21	2,14±1,27	2,82±1,44	7,395	0,001^{††}

*One Way ANOVA testi kullanılmıştır. [†]p<0,05, ^{††}p<0,01

Katılımcıların eğitim durumuna göre önerilmeyen besinleri tüketme durumları karşılaştırıldığında paketli gıda tüketme durumu ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı (F=7,638, p=0,001). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc Tukey testine göre yüksek eğitim seviyesine sahip olanlarda; düşük ve orta eğitim seviyesine sahip olanlara göre paketli gıda tüketme durumu anlamlı olarak daha yüksek bulundu (sırasıyla p=0,001; p=0,003). Eğitim seviyesi düşük ve orta olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı (p=0,931).

Katılımcıların fastfood tüketme durumu ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı (F=15,033, p=<0,001). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc Tukey testine göre yüksek eğitim seviyesine sahip olanlarda; düşük ve orta eğitim seviyesine sahip olanlara göre fastfood tüketme durumu anlamlı olarak daha yüksek

bulundu (sırasıyla $p < 0,001$; $p = 0,001$). Eğitim seviyesi düşük ve orta olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p = 0,120$).

Katılımcıların trans yağ tüketme durumu ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($F = 3,766$, $p = 0,025$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc Tukey testine göre yüksek eğitim seviyesine sahip olanlarda düşük eğitim seviyesine sahip olanlara göre trans yağları tüketme durumu anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p = 0,026$).

Katılımcıların işlenmiş yağları tüketme durumu ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($F = 3,630$, $p = 0,029$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc Tukey testine göre yüksek eğitim seviyesine sahip olanlarda düşük eğitim seviyesine sahip olanlara göre işlenmiş yağları tüketme durumu anlamlı olarak daha düşük bulundu ($p = 0,021$).

Katılımcıların tatlıları tüketme durumu ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($F = 4,087$, $p = 0,019$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc Tukey testine göre yüksek eğitim seviyesine sahip olanlarda; düşük ve orta eğitim seviyesine sahip olanlara göre tatlıları tüketme durumu anlamlı olarak daha yüksek bulundu (sırasıyla $p = 0,020$; $p = 0,049$). Eğitim seviyesi düşük ve orta olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p = 0,933$).

Katılımcıların tatlandırıcı içeren içecekleri tüketme durumu ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($F = 4,509$, $p = 0,012$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc Tukey testine göre yüksek eğitim seviyesine sahip olanlarda düşük eğitim seviyesine sahip olanlara göre tatlandırıcı içeren içecekleri tüketme durumu anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p = 0,009$).

Katılımcıların şeker ve şekerli içecekleri tüketme durumu ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($F = 3,189$, $p = 0,044$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc Tukey testine göre yüksek eğitim seviyesine sahip olanlarda düşük eğitim seviyesine sahip olanlara göre şeker ve şekerli içecekleri tüketme durumu anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p = 0,040$).

Katılımcıların asitli/alkollü içecekleri tüketme durumu ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($F=7,395$, $p=0,001$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc Tukey testine göre yüksek eğitim seviyesine sahip olanlarda; düşük ve orta eğitim seviyesine sahip olanlara göre asitli/alkollü içecekleri tüketme durumu anlamlı olarak daha yüksek bulundu (sırasıyla $p=0,001$; $p=0,035$). Eğitim seviyesi düşük ve orta olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p=0,305$).

Tablo 44. Katılımcıların paketli gıdalar, fastfood, trans yağ, işlenmiş yağlar, tatlılar, tatlandırıcı içeren içecekler, şeker ve şekerli içecekler ile asitli/alkollü içecekleri tüketme durumlarının eğitim durumuna göre gruplar arası karşılaştırılması

	Eğitim Durumu	Eğitim Durumu	Ortalama Fark	p
Paketli gıdalar	Düşük eğitim	Orta eğitim	-0,075	0,931
		Yüksek eğitim	-0,859	0,001^{††}
	Orta eğitim	Düşük eğitim	0,075	0,931
		Yüksek eğitim	-0,784	0,003^{††}
	Yüksek eğitim	Düşük eğitim	0,859	0,001^{††}
		Orta eğitim	0,784	0,003^{††}
Fastfood	Düşük eğitim	Orta eğitim	-0,331	0,120
		Yüksek eğitim	-1,028	0,000^{††}
	Orta eğitim	Düşük eğitim	0,331	0,120
		Yüksek eğitim	-0,697	0,001^{††}
	Yüksek eğitim	Düşük eğitim	1,028	0,000^{††}
		Orta eğitim	0,697	0,001^{††}
Trans yağ	Düşük eğitim	Orta eğitim	-0,389	0,148
		Yüksek eğitim	-0,609	0,026[†]
	Orta eğitim	Düşük eğitim	0,389	0,148
		Yüksek eğitim	-0,221	0,617
	Yüksek eğitim	Düşük eğitim	0,609	0,026[†]
		Orta eğitim	0,221	0,617
İşlenmiş yağlar	Düşük eğitim	Orta eğitim	0,327	0,479
		Yüksek eğitim	0,856	0,021[†]
	Orta eğitim	Düşük eğitim	-0,327	0,479
		Yüksek eğitim	0,529	0,229
	Yüksek eğitim	Düşük eğitim	-0,856	0,021[†]
		Orta eğitim	-0,529	0,229
Tatlılar	Düşük eğitim	Orta eğitim	-0,059	0,933
		Yüksek eğitim	-0,510	0,020[†]
	Orta eğitim	Düşük eğitim	0,059	0,933
		Yüksek eğitim	-0,451	0,049[†]
	Yüksek eğitim	Düşük eğitim	0,510	0,020[†]
		Orta eğitim	0,451	0,049[†]
Tatlandırıcı içeren içecekler	Düşük eğitim	Orta eğitim	-0,301	0,308
		Yüksek eğitim	-0,692	0,009^{††}
	Orta eğitim	Düşük eğitim	0,301	0,308
		Yüksek eğitim	-0,391	0,218
	Yüksek eğitim	Düşük eğitim	0,692	0,009^{††}
		Orta eğitim	0,391	0,218

Tablo 44'ün devamı

Şeker ve şekerli içecekler	Düşük eğitim	Orta eğitim	-0,134	0,846
		Yüksek eğitim	-0,673	0,040[†]
	Orta eğitim	Düşük eğitim	0,134	0,846
		Yüksek eğitim	-0,539	0,128
	Yüksek eğitim	Düşük eğitim	0,673	0,040[†]
		Orta eğitim	0,539	0,128
Asitli/Alkollü içecekler	Düşük eğitim	Orta eğitim	-0,351	0,305
		Yüksek eğitim	-1,029	0,001^{††}
	Orta eğitim	Düşük eğitim	0,351	0,305
		Yüksek eğitim	-0,678	0,035[†]
	Yüksek eğitim	Düşük eğitim	1,029	0,001^{††}
		Orta eğitim	0,678	0,035[†]

*Post-Hoc Tukey testi kullanılmıştır. [†]p<0.05, ^{††}p<0.01.

Katılımcıların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puanı katılımcıların eğitim durumuna göre karşılaştırıldığında ölçeğin aile, arkadaş, özel insan alt boyutları ve toplam ortalama puanlarının gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkı saptanmamıştır.

Tablo 45. Katılımcıların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puanlarının eğitim durumuna göre karşılaştırılması

(n=157)	Eğitim durumu			F	p
	Düşük (n=61) Ort±SS	Orta (n=58) Ort±SS	Yüksek (n=38) Ort±SS		
Aile alt boyutu	21,74±6,03	21,34±5,40	21,68±5,94	0,077	0,926
Arkadaş alt boyutu	16,49±6,32	16,98±5,60	18,61±5,23	1,603	0,205
Özel insan alt boyutu	19,16±7,52	18,98±6,80	20,97±7,28	1,008	0,367
Toplam	57,23±14,57	57,31±13,24	61,26±14,00	1,180	0,310

*One Way ANOVA testi kullanılmıştır.

Katılımcıların Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği skorlarının eğitim durumuna göre karşılaştırıldığında anksiyete ve depresyon ortalama skoru için gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Tablo 46. Katılımcıların Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği skorlarının eğitim durumuna göre karşılaştırılması

(n=157)	Eğitim durumu			F	p
	Düşük (n=61) Ort±SS	Orta (n=58) Ort±SS	Yüksek (n=38) Ort±SS		
Anksiyete skoru	8,25±3,81	9,12±4,01	8,29±4,31	0,836	0,436
Depresyon skoru	8,84±3,34	9,09±3,62	7,42±4,94	2,314	0,102

*One Way ANOVA testi kullanılmıştır.

Katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği skor ve puanları eğitim duruma göre karşılaştırıldığında 2. soru (genel sağlık algısı) ($F=8,098$, $p<0,001$) ile bedensel ($F=8,043$, $p<0,001$), ruhsal ($F=5,140$, $p=0,007$), sosyal ($F=4,597$, $p=0,012$) ve çevre ($F=7,770$, $p=0,001$) alt boyutları ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı. Ölçeğin 1. sorusu (genel yaşam kalitesi) ve 27. sorusu (sosyal baskı) ortalama skoru ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı.

Tablo 47. Katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği 1.,2. ve 27. soru skorlarının ve alt boyut puanlarının eğitim durumuna göre karşılaştırılması

(n=157)	Eğitim durumu			F	p
	Düşük (n=61) Ort±SS	Orta (n=58) Ort±SS	Yüksek (n=38) Ort±SS		
Genel yaşam kalitesi (1. soru)	3,20±0,65	3,03±0,77	3,39±0,88	2,601	0,077
Genel sağlık algısı (2. soru)	2,75±1,02	3,05±1,23	3,66±0,93	8,098	0,000 ^{††}
Sosyal baskı (27. soru)	2,58±0,90	2,86±1,01	2,71±1,13	1,130	0,326
Bedensel alt boyut	47,21±14,45	53,57±18,37	60,82±16,54	8,043	0,000 ^{††}
Ruhsal alt boyut	55,15±17,20	56,40±18,25	66,61±19,95	5,140	0,007 ^{††}
Sosyal alt boyut	46,21±21,36	44,50±17,75	56,61±21,37	4,597	0,012 [†]
Çevre alt boyut	57,30±16,10	52,76±17,51	65,76±12,26	7,770	0,001 ^{††}

*One Way ANOVA testi kullanılmıştır. [†] $p<0,05$, ^{††} $p<0,01$

Katılımcıların eğitim durumuna göre yaşam kalitesi ölçeği puanları karşılaştırıldığında 2. soru (genel sağlık algısı) ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($F=8,098$, $p<0,001$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc Tukey testine göre yüksek eğitim seviyesine sahip olanlarda düşük ve orta eğitim seviyesine sahip olanlara göre 2. soru (genel sağlık algısı) ortalama puanı anlamlı olarak daha yüksek bulundu (sırasıyla $p<0,001$; $p=0,023$).

Katılımcıların bedensel alt boyut ortalama puanı ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($F=8,043$, $p<0,001$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc Tukey testine göre yüksek eğitim seviyesine sahip olanlarda düşük eğitim seviyesine sahip olanlara göre bedensel alt boyut ortalama puanı anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p<0,001$).

Katılımcıların ruhsal alt boyut ortalama puanı ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($F=5,140$, $p=0,007$). Üç grup arasındaki

farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc Tukey testine göre yüksek eğitim seviyesine sahip olanlarda; düşük ve orta eğitim seviyesine sahip olanlara göre ruhsal alt boyut ortalama puanı anlamlı olarak daha yüksek bulundu (sırasıyla $p=0,008$; $p=0,022$). Eğitim seviyesi düşük ve orta olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p=0,926$).

Katılımcıların sosyal alt boyut ortalama puanı ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($F=4,597$, $p=0,012$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc Tukey testine göre yüksek eğitim seviyesine sahip olanlarda; düşük ve orta eğitim seviyesine sahip olanlara göre sosyal alt boyut ortalama puanı anlamlı olarak daha yüksek bulundu (sırasıyla $p=0,036$; $p=0,012$). Eğitim seviyesi düşük ve orta olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p=0,888$).

Katılımcıların çevre alt boyut ortalama puanı ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($F=7,770$, $p=0,001$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc Tukey testine göre yüksek eğitim seviyesine sahip olanlarda; düşük ve orta eğitim seviyesine sahip olanlara göre sosyal alt boyut ortalama puanı anlamlı olarak daha yüksek bulundu (sırasıyla $p=0,028$; $p<0,001$). Eğitim seviyesi düşük ve orta olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p=0,265$).

Tablo 48. Katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği 2. soru skorunun ve alt boyut puanlarının eğitim durumuna göre gruplar arası karşılaştırılması

	Eğitim Durumu	Eğitim Durumu	Ortalama Fark	p
Genel sağlık algısı (2. soru)	Düşük eğitim	Orta eğitim	-0,298	0,299
		Yüksek eğitim	-0,904	0,000^{††}
	Orta eğitim	Düşük eğitim	0,298	0,299
		Yüksek eğitim	-0,606	0,023[†]
	Yüksek eğitim	Düşük eğitim	0,904	0,000^{††}
		Orta eğitim	0,606	0,023[†]
Bedensel alt boyut	Düşük eğitim	Orta eğitim	-6,356	0,093
		Yüksek eğitim	-13,603	0,000^{††}
	Orta eğitim	Düşük eğitim	6,356	0,093
		Yüksek eğitim	-7,247	0,092
	Yüksek eğitim	Düşük eğitim	13,603	0,000^{††}
		Orta eğitim	7,247	0,092
Ruhsal alt boyut	Düşük eğitim	Orta eğitim	-1,249	0,926
		Yüksek eğitim	-11,458	0,008^{††}
	Orta eğitim	Düşük eğitim	1,249	0,926
		Yüksek eğitim	-10,209	0,022[†]
	Yüksek eğitim	Düşük eğitim	11,458	0,008^{††}
		Orta eğitim	10,209	0,022[†]

Tablo 48'in devamı

Sosyal alt boyut	Düşük eğitim	Orta eğitim	1,713	0,888
		Yüksek eğitim	-10,392	0,036[†]
	Orta eğitim	Düşük eğitim	-1,713	0,888
		Yüksek eğitim	-12,105	0,012[†]
	Yüksek eğitim	Düşük eğitim	10,392	0,036[†]
		Orta eğitim	12,105	0,012[†]
Çevre alt boyut	Düşük eğitim	Orta eğitim	4,536	0,265
		Yüksek eğitim	-8,468	0,028[†]
	Orta eğitim	Düşük eğitim	-4,536	0,265
		Yüksek eğitim	-13,005	0,000^{††}
	Yüksek eğitim	Düşük eğitim	8,468	0,028[†]
		Orta eğitim	13,005	0,000^{††}

*Post-Hoc Tukey testi kullanılmıştır. [†]p<0.05, ^{††}p<0.01

Katılımcıların romatoid artrit hastalığına uyum düzeyleri çalışma durumuna göre karşılaştırıldığında başkasının yardımı olmadan kendine yetebilme durumu ile çalışma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı (F=4,558, p=0,012). Katılımcıların ilaç tedavisini yeterli bulma, hastalığın kısıtlamalarıyla başa çıkabilme ve yaşadığı zorluklarla ilgili yakınlarının desteğini yeterli bulma durumları çalışma durumu arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı.

Tablo 49. Katılımcıların romatoid artrit hastalığına uyum düzeylerinin çalışma durumuna göre karşılaştırılması

(n=157)	Çalışma durumu			F	p
	Çalışıyor (n=50) Ort±SS	Çalışmıyor (n=57) Ort±SS	Emekli (n=50) Ort±SS		
İlaç tedavisini yeterli bulma	3,20±0,99	2,93±0,96	3,08±1,08	0,961	0,385
Hastalığın getirdiği kısıtlamalarla başa çıkabilme	3,00±1,19	2,79±1,13	2,98±1,27	0,513	0,599
Başkasının yardımı olmadan kendine yetebilme	3,68±0,93	3,07±1,05	3,30±1,14	4,558	0,012[†]
Yaşadığı zorluklarla ilgili yakınlarının desteğini yeterli bulma	3,38±1,12	3,02±1,07	3,34±1,18	1,689	0,188

*One Way ANOVA testi kullanılmıştır. [†]p<0,05

Katılımcıların çalışma durumu ile başkasının yardımı olmadan kendine yetebilme durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı (F=4,558, p=0,012). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc Tukey testine göre çalışanlarda çalışmayanlara göre

başkasının yardımı olmadan kendine yetebilme durumu anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p=0,009$).

Tablo 50. Katılımcıların başkasının yardımı olmadan kendine yetebilme durumlarının çalışma durumuna göre gruplar arası karşılaştırılması

	Çalışma Durumu	Çalışma Durumu	Ortalama Fark	P
Başkasının yardımı olmadan kendine yetebilme	Çalışıyor	Çalışmıyor	0,610	0,009[†]
		Emekli	0,380	0,169
	Çalışmıyor	Çalışıyor	-0,610	0,009[†]
		Emekli	-0,230	0,496
	Emekli	Çalışıyor	-0,380	0,169
		Çalışmıyor	0,230	0,496

*Post-Hoc Tukey testi kullanılmıştır. [†] $p<0,01$

Katılımcıların önerilen besinleri tüketme durumları çalışma durumuna göre karşılaştırıldığında şalgam tüketme durumları ile çalışma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($F=5,221$, $p=0,006$). Katılımcıların kırmızı et, balık, yumurta, sebze, bakliyat, çerez, peynir, tereyağı, yoğurt ve turşu tüketme durumları ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı.

Tablo 51. Katılımcıların önerilen besinleri tüketme durumlarının çalışma durumuna göre karşılaştırılması

	Çalışma durumu			F	p
	Çalışıyor (n=50) Ort±SS	Çalışmıyor (n=57) Ort±SS	Emekli (n=50) Ort±SS		
Kırmızı et	2,98±0,97	2,63±0,77	2,98±0,93	2,754	0,067
Balık	2,12±0,87	1,93±0,56	2,26±0,82	2,561	0,081
Yumurta	3,78±0,91	3,82±1,05	3,98±1,22	0,487	0,615
Sebze	4,00±0,90	3,93±0,82	3,96±0,92	0,085	0,919
Bakliyat	3,52±0,86	3,30±0,73	3,36±0,74	1,123	0,328
Çerez	3,36±1,19	3,26±1,06	3,24±1,15	0,159	0,853
Peynir	4,22±0,84	4,28±1,01	4,36±0,85	0,298	0,743
Tereyağı	3,18±1,30	3,18±1,49	3,36±1,30	0,300	0,741
Yoğurt	4,00±0,90	4,33±0,74	4,16±0,71	2,380	0,096
Şalgam	2,38±1,24	1,79±0,94	2,40±1,17	5,221	0,006[†]
Turşu	3,04±1,24	3,28±1,06	2,94±1,11	1,276	0,282

*One Way ANOVA testi kullanılmıştır. [†] $p<0,01$

Katılımcıların çalışma durumuna göre önerilen besinleri tüketme durumları karşılaştırıldığında şalgam tüketme durumu ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($F=5,221$, $p=0,006$). Üç grup arasındaki farkın

nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc Tukey testine göre çalışmayanlarda; çalışanlara ve emekli olanlara göre şalgam tüketme durumu anlamlı olarak daha düşük bulundu (sırasıyla $p=0,020$; $p=0,015$). Çalışanlar ve emekli olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p=0,996$).

Tablo 52. Katılımcıların şalgam tüketme durumlarının çalışma durumuna göre gruplar arası karşılaştırılması

	Çalışma Durumu	Çalışma Durumu	Ortalama Fark	p
Şalgam	Çalışıyor	Çalışmıyor	0,591	0,020[†]
		Emekli	-0,020	0,996
	Çalışmıyor	Çalışıyor	-0,591	0,020[†]
		Emekli	-0,611	0,015[†]
	Emekli	Çalışıyor	0,020	0,996
		Çalışmıyor	0,611	0,015[†]

*Post-Hoc Tukey testi kullanılmıştır. [†] $p<0,05$

Katılımcıların önerilmeyen besinleri tüketme durumları çalışma durumuna göre karşılaştırıldığında paketli gıdalar ($F=9,467$, $p<0,001$), fastfood ($F=16,783$, $p<0,001$), meyve ($F=5,196$, $p=0,007$), tatlılar ($F=4,179$, $p=0,017$), tatlandırıcı içeren içecekler ($F=5,992$, $p=0,003$) ve asitli/alkollü içecekler ($F=4,804$, $p=0,009$) tüketme durumları ile çalışma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı. Katılımcıların ekmek, patates, pirinç, meyve, trans yağ, işlenmiş yağlar, markette satılan çiftlik tavuğu ve tatlandırıcıları tüketme durumları ile çalışma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı.

Tablo 53. Katılımcıların önerilmeyen besinleri tüketme durumlarının çalışma durumuna göre karşılaştırılması

	Çalışma durumu			F	p
	Çalışıyor (n=50) Ort±SS	Çalışmıyor (n=57) Ort±SS	Emekli (n=50) Ort±SS		
Paketli gıdalar	2,90±1,16	2,21±1,11	1,96±1,08	9,467	0,000^{††}
Fastfood	2,36±1,20	1,39±0,64	1,60±0,78	16,783	0,000^{††}
Ekmek	4,18±1,19	4,28±1,13	4,24±1,06	0,107	0,899
Patates	3,26±0,60	3,46±0,65	3,14±0,78	2,941	0,056
Pirinç	3,26±0,75	3,19±0,78	2,94±0,91	2,142	0,121
Meyve	3,38±1,19	3,98±0,87	3,90±1,01	5,196	0,007^{††}
Trans yağ	2,68±1,25	2,32±1,05	2,44±1,12	1,378	0,255
İşlenmiş yağlar	3,38±1,49	3,46±1,63	3,18±1,56	0,432	0,650
Markette satılan çiftlik tavuğu	2,68±1,13	2,47±0,82	2,64±0,98	0,674	0,511
Tatlılar	2,60±1,16	2,14±0,74	2,16±0,79	4,179	0,017[†]
Tatlandırıcılar	1,24±0,87	1,16±0,70	1,54±1,35	2,088	0,127
Tatlandırıcı içeren içecekler	2,18±1,42	1,44±0,80	1,74±1,04	5,992	0,003^{††}
Şeker ve şekerli içecekler	2,96±1,51	2,75±1,34	2,70±1,16	0,524	0,593
Asitli/Alkollü içecekler	2,58±1,50	1,79±1,19	2,18±1,25	4,804	0,009^{††}

*One Way ANOVA testi kullanılmıştır. [†] $p<0,05$, ^{††} $p<0,01$

Katılımcıların çalışma durumları ile önerilmeyen besinleri tüketme durumları karşılaştırıldığında paketli gıda tüketme durumu ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($F=9,467$, $p<0,001$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc Tukey testine göre çalışanlarda; çalışmayanlara ve emekli olanlara göre paketli gıda tüketme durumu anlamlı olarak daha yüksek bulundu (sırasıyla $p=0,005$; $p<0,001$). Çalışmayanlar ve emekli olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p=0,484$).

Katılımcıların fastfood tüketme durumu ile çalışma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($F=16,783$, $p<0,001$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc Tukey testine göre çalışanlarda; çalışmayanlara ve emekli olanlara göre fastfood tüketme durumu anlamlı olarak daha yüksek bulundu (sırasıyla $p<0,001$; $p<0,001$). Çalışmayanlar ve emekli olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p=0,440$).

Katılımcıların meyve tüketme durumu ile çalışma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($F=5,196$, $p=0,007$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc Tukey testine göre çalışanlarda; çalışmayanlara ve emekli olanlara göre meyve tüketme durumu anlamlı olarak daha düşük bulundu (sırasıyla $p=0,008$; $p=0,033$). Çalışmayanlar ve emekli olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p=0,910$).

Katılımcıların tatlı tüketme durumu ile çalışma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($F=4,179$, $p=0,017$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc Tukey testine göre çalışanlarda; çalışmayanlara ve emekli olanlara göre tatlı tüketme durumu anlamlı olarak daha yüksek bulundu (sırasıyla $p=0,027$; $p=0,044$). Çalışmayanlar ve emekli olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p=0,993$).

Katılımcıların tatlandırıcı içeren içecekleri tüketme durumu ile çalışma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($F=5,992$, $p=0,003$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc Tukey testine göre çalışanlarda çalışmayanlara göre tatlandırıcı içeren içecek tüketme durumu anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p=0,002$).

Katılımcıların asitli/alkollü içecekleri tüketme durumu ile çalışma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($F=4,804$, $p=0,009$). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc Tukey testine göre çalışanlarda çalışmayanlara göre tatlandırıcı içeren içecek tüketme durumu anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p=0,007$).

Tablo 54. Katılımcıların paketli gıdalar, fastfood, meyve, tatlılar, tatlandırıcı içeren içecekler ve asitli/alkollü içecekleri tüketme durumlarının çalışma durumuna göre gruplar arası karşılaştırılması

	Çalışma Durumu	Çalışma Durumu	Ortalama Fark	P
Paketli gıdalar	Çalışıyor	Çalışmıyor	0,689	0,005^{††}
		Emekli	0,940	0,000^{††}
	Çalışmıyor	Çalışıyor	-0,689	0,005^{††}
		Emekli	0,251	0,484
	Emekli	Çalışıyor	-0,940	0,000^{††}
		Çalışmıyor	-0,251	0,484
Fastfood	Çalışıyor	Çalışmıyor	0,974	0,000^{††}
		Emekli	0,760	0,000^{††}
	Çalışmıyor	Çalışıyor	-0,974	0,000^{††}
		Emekli	-0,214	0,440
	Emekli	Çalışıyor	-0,760	0,000^{††}
		Çalışmıyor	0,214	0,440
Meyve	Çalışıyor	Çalışmıyor	-0,602	0,008^{††}
		Emekli	-0,520	0,033[†]
	Çalışmıyor	Çalışıyor	0,602	0,008^{††}
		Emekli	0,082	0,910
	Emekli	Çalışıyor	0,520	0,033[†]
		Çalışmıyor	-0,082	0,910
Tatlılar	Çalışıyor	Çalışmıyor	0,460	0,027[†]
		Emekli	0,440	0,044[†]
	Çalışmıyor	Çalışıyor	-0,460	0,027[†]
		Emekli	-0,020	0,993
	Emekli	Çalışıyor	-0,440	0,044[†]
		Çalışmıyor	0,020	0,993
Tatlandırıcı içeren içecekler	Çalışıyor	Çalışmıyor	0,741	0,002^{††}
		Emekli	0,440	0,119
	Çalışmıyor	Çalışıyor	-0,741	0,002^{††}
		Emekli	-0,301	0,341
	Emekli	Çalışıyor	-0,440	0,119
		Çalışmıyor	0,301	0,341
Asitli/Alkollü içecekler	Çalışıyor	Çalışmıyor	0,791	0,007^{††}
		Emekli	0,400	0,285
	Çalışmıyor	Çalışıyor	-0,791	0,007^{††}
		Emekli	-0,391	0,279
	Emekli	Çalışıyor	-0,400	0,285
		Çalışmıyor	0,391	0,279

*Post-Hoc Tukey testi kullanılmıştır. [†] $p<0,05$, ^{††} $p<0,01$

Katılımcıların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puanları katılımcıların çalışma durumuna göre karşılaştırıldığında ölçeğin aile, arkadaş, özel insan alt boyutları ve toplam ortalama puanın gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Tablo 55. Katılımcıların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puanlarının çalışma göre karşılaştırılması

	Çalışma durumu			F	p
	Çalışıyor (n=50) Ort±SS	Çalışmıyor (n=57) Ort±SS	Emekli (n=50) Ort±SS		
Aile alt boyutu	20,72±5,83	21,61±5,88	22,40±5,50	1,069	0,346
Arkadaş alt boyutu	18,12±5,43	16,86±6,14	16,62±5,86	0,964	0,383
Özel insan alt boyutu	19,70±7,77	19,77±6,64	19,10±7,35	0,133	0,875
Toplam	58,54±14,40	58,25±14,17	57,92±13,57	0,024	0,976

*One Way ANOVA testi kullanılmıştır.

Katılımcıların Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği skorları çalışma durumuna göre karşılaştırıldığında anksiyete ve depresyon ortalama skoru için gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Tablo 56. Katılımcıların Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği skorlarının çalışma durumuna göre karşılaştırılması

	Çalışma durumu			F	p
	Çalışıyor (n=50) Ort±SS	Çalışmıyor (n=57) Ort±SS	Emekli (n=50) Ort±SS		
Anksiyete skoru	8,70±3,81	8,42±3,63	8,64±4,64	0,072	0,931
Depresyon skoru	8,40±3,73	8,63±3,79	8,72±4,29	0,088	0,915

*One Way ANOVA testi kullanılmıştır.

Katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği puanları çalışma duruma göre karşılaştırıldığında sosyal alt boyut ortalama puanı ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı (F=5,105, p=0,007). 1. soru (genel yaşam kalitesi), 2. soru (genel sağlık algısı), 27. soru (sosyal baskı) ortalama skorları ve bedensel, ruhsal ve çevre alt boyutları ortalama puanları ile çalışma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı.

Tablo 57. Katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği 1.,2. ve 27. soru skorlarının ve alt boyut puanlarının çalışma durumuna göre karşılaştırılması

	Çalışma durumu			F	p
	Çalışıyor (n=50) Ort±SS	Çalışmıyor (n=57) Ort±SS	Emekli (n=50) Ort±SS		
Genel yaşam kalitesi (1. soru)	3,04±0,69	3,28±0,70	3,22±0,88	1,398	0,250
Genel sağlık algısı (2. soru)	3,18±1,33	2,84±1,08	3,26±0,94	2,093	0,127
Sosyal baskı (27. soru)	2,72±1,08	2,68±0,89	2,76±1,06	0,085	0,918
Bedensel alt boyut	55,24±18,65	50,74±17,02	52,88±15,95	0,909	0,405
Ruhsal alt boyut	59,94±17,96	56,82±18,18	58,60±20,37	0,369	0,692
Sosyal alt boyut	53,26±20,78	49,88±21,28	40,90±17,69	5,105	0,007[†]
Çevre alt boyut	57,06±14,60	57,67±18,81	58,28±15,78	0,067	0,935

*One Way ANOVA testi kullanılmıştır. [†]p<0,01

Katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği puanları çalışma duruma göre karşılaştırıldığında sosyal alt boyut ortalama puanı ile çalışma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı (F=5,105, p=0,007). Üç grup arasındaki farkın nereden kaynaklandığını saptamak amacıyla yapılan Post-Hoc Tukey testine göre çalışanlarda emekli olanlara göre sosyal alt boyut ortalama puanı anlamlı olarak daha yüksek bulundu (p=0,007).

Tablo 58. Katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği sosyal alt boyut puanının çalışma durumuna göre gruplar arası karşılaştırılması

	Çalışma Durumu	Çalışma Durumu	Ortalama Fark	p
Sosyal alt boyut	Çalışıyor	Çalışmıyor	3,383	0,659
		Emekli	12,360	0,007[†]
	Çalışmıyor	Çalışıyor	-3,383	0,659
		Emekli	8,977	0,057
	Emekli	Çalışıyor	-12,360	0,007[†]
		Çalışmıyor	-8,977	0,057

*Post-Hoc Tukey testi kullanılmıştır. [†]p<0,01

Katılımcıların romatoid artrit hastalığına uyum düzeyleri gelir duruma göre karşılaştırıldığında başkasının yardımı olmadan kendine yetebilme puanının düşük gelir düzeyindekilerde 3,01±0,99, orta gelir düzeyindekilerde 3,60±1,06 ve yüksek gelir düzeyindekilerde 3,76±1,05 olduğu, aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü (X²=15,402, p=<0,001).

Katılımcıların yaşadığı zorluklarla ilgili yakınlarının desteğini yeterli bulma ortalama puanlarının düşük gelir düzeyindekilerde 3,08±1,15, orta gelir

düzeyindekilerde $3,20 \pm 1,16$ ve yüksek gelir düzeyindekilerde $3,80 \pm 0,81$ olduğu, aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü ($X^2=7,520$, $p=0,023$).

İlaç tedavisini yeterli bulma ve hastalığın getirdiği kısıtlamalarla başa çıkabilme ortalama puanları gelir durumuna göre karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı.

Tablo 59. Katılımcıların romatoid artrit hastalığına uyum düzeyleri puanının gelir durumuna göre karşılaştırılması

(n=157)	Gelir durumu			X^2	p
	Düşük (n=55) Ort±SS	Orta (n=75) Ort±SS	Yüksek (n=25) Ort±SS		
İlaç tedavisini yeterli bulma	2,91±0,90	3,20±1,02	3,24±1,23	4,766	0,092
Hastalığın getirdiği kısıtlamalarla başa çıkabilme	2,71±1,11	3,07±1,26	3,20±1,22	4,622	0,099
Başkasının yardımı olmadan kendine yetebilme	3,01±0,99	3,60±1,06	3,76±1,05	15,402	0,000 ^{††}
Yaşadığı zorluklarla ilgili yakınlarının desteğini yeterli bulma	3,08±1,15	3,20±1,16	3,80±0,81	7,520	0,023 [†]

*Kruskal-Wallis Testi kullanılmıştır. [†] $p<0,05$, ^{††} $p<0,01$

Katılımcıların önerilen besinleri tüketme ortalama puanı katılımcıların gelir durumuna göre karşılaştırıldığında kırmızı et tüketme ortalama puanı düşük gelir düzeyindekilerde $2,58 \pm 0,75$, orta gelir düzeyindekilerde $2,89 \pm 0,93$ ve yüksek gelir düzeyindekilerde $3,60 \pm 0,86$ olduğu, aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü ($X^2=22,235$, $p<0,001$).

Katılımcıların balık tüketme ortalama puanı düşük gelir düzeyindekilerde $1,92 \pm 0,55$, orta gelir düzeyindekilerde $2,29 \pm 0,91$ ve yüksek gelir düzeyindekilerde $2,20 \pm 0,86$ olduğu, aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü ($X^2=6,084$, $p=0,048$).

Diğer önerilen besinler için gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Tablo 60. Katılımcıların önerilen besinleri tüketme durumlarının gelir durumuna göre karşılaştırılması

(n=157)	Gelir durumu			X ²	p
	Düşük (n=55) Ort±SS	Orta (n=75) Ort±SS	Yüksek (n=25) Ort±SS		
Kırmızı et	2,58±0,75	2,89±0,93	3,60±0,86	22,235	0,000 ^{††}
Balık	1,92±0,55	2,29±0,91	2,20±0,86	6,084	0,048 [†]
Yumurta	3,86±1,18	3,95±0,89	3,68±1,03	1,275	0,529
Sebze	3,97±0,85	3,95±0,89	3,96±0,93	0,040	0,980
Bakliyat	3,35±0,82	3,35±0,70	3,60±0,81	1,837	0,399
Çerez	3,12±1,07	3,40±1,16	3,56±1,15	3,927	0,140
Peynir	4,29±1,02	4,29±0,80	4,28±0,73	0,757	0,685
Tereyağı	3,09±1,44	3,42±1,38	3,28±1,06	2,046	0,359
Yoğurt	4,29±0,74	4,16±0,78	3,84±0,89	5,314	0,070
Şalgam	1,92±0,90	2,40±1,38	2,44±1,15	4,742	0,093
Turşu	3,12±1,06	3,13±1,24	2,96±1,17	0,499	0,779

*Kruskal-Wallis Testi kullanılmıştır. [†]p<0,05, ^{††}p<0,01

Katılımcıların önerilmeyen besinleri tüketme ortalama puanı katılımcıların gelir durumuna göre karşılaştırıldığında paketli gıda tüketme ortalama puanı düşük gelir düzeyindekilerde 2,16±1,04, orta gelir düzeyindekilerde 2,36±1,28 ve yüksek gelir düzeyindekilerde 2,92±1,22 olduğu, aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü (X²=7,529, p=0,023).

Katılımcıların fastfood tüketme ortalama puanı katılımcıların gelir durumuna göre karşılaştırıldığında paketli gıda tüketme ortalama puanı düşük gelir düzeyindekilerde 1,43±0,65, orta gelir düzeyindekilerde 1,89±0,99 ve yüksek gelir düzeyindekilerde 2,52±1,32 olduğu, aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü (X²=17,025, p=<0,001).

Katılımcıların ekmek tüketme ortalama puanı katılımcıların gelir durumuna göre karşılaştırıldığında paketli gıda tüketme ortalama puanı düşük gelir düzeyindekilerde 4,40±1,10, orta gelir düzeyindekilerde 3,98±1,14 ve yüksek gelir düzeyindekilerde 4,28±1,06 olduğu, aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü (X²=9,308, p=0,010).

Katılımcıların tatlı tüketme ortalama puanı katılımcıların gelir durumuna göre karşılaştırıldığında paketli gıda tüketme ortalama puanı düşük gelir düzeyindekilerde 2,14±0,77, orta gelir düzeyindekilerde 2,25±0,98 ve yüksek gelir düzeyindekilerde 2,84±1,06 olduğu, aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü (X²=9,493, p=0,009).

Katılımcıların asitli/alkollü içecekleri tüketme ortalama puanı düşük gelir düzeyindekilerde ($1,70 \pm 1,14$), orta gelir düzeyindekilerde ($2,58 \pm 1,43$) ve yüksek gelir düzeyindekilerde ($2,68 \pm 1,28$) olduğu, aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü ($X^2=19,954$, $p<0,001$).

Diğer önerilmeyen besinler için gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Tablo 61. Katılımcıların önerilmeyen besinleri tüketme durumunun gelir durumuna göre karşılaştırılması

(n=157)	Gelir durumu			X^2	p
	Düşük (n=55) Ort±SS	Orta (n=75) Ort±SS	Yüksek (n=25) Ort±SS		
Paketli gıdalar	2,16±1,04	2,36±1,28	2,92±1,22	7,529	0,023 [†]
Fastfood	1,43±0,65	1,89±0,99	2,52±1,32	17,025	0,000 ^{††}
Ekmek	4,40±1,10	3,98±1,14	4,28±1,06	9,308	0,010 [†]
Patates	3,36±0,70	3,20±0,73	3,28±0,54	1,315	0,518
Pirinç	3,08±0,70	3,16±0,97	3,24±0,83	1,757	0,415
Meyve	3,88±1,07	3,65±1,07	3,64±0,95	2,549	0,280
Trans yağ	2,27±1,08	2,64±1,20	2,72±1,13	4,314	0,116
İşlenmiş yağlar	3,43±1,68	3,42±1,47	2,92±1,35	2,578	0,276
Markette satılan çiftlik tavuğu	2,49±0,95	2,64±0,93	2,80±1,15	2,371	0,306
Tatlılar	2,14±0,77	2,25±0,98	2,84±1,06	9,493	0,009 ^{††}
Tatlandırıcılar	1,22±0,86	1,42±1,21	1,32±0,94	1,103	0,576
Tatlandırıcı içeren içecekler	1,53±0,88	1,96±1,34	2,08±1,25	5,696	0,058
Şeker ve şekerli içecekler	2,71±1,38	2,89±1,27	2,88±1,39	0,768	0,681
Asitli/Alkollü içecekler	1,70±1,14	2,58±1,43	2,68±1,28	19,954	0,000 ^{††}

*Kruskal-Wallis Testi kullanılmıştır. [†] $p<0,05$, ^{††} $p<0,01$

Katılımcıların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puanı katılımcıların gelir durumuna göre karşılaştırıldığında ölçeğin aile, arkadaş, özel insan alt boyutları ve toplam ortalama puanın gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkı saptanmamıştır.

Tablo 62. Katılımcıların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puanlarının gelir durumuna göre karşılaştırılması

(n=157)	Gelir durumu			X^2	p
	Düşük (n=55) Ort±SS	Orta (n=75) Ort±SS	Yüksek (n=25) Ort±SS		
Aile alt boyutu	21,69±6,05	20,93±5,36	22,68±5,66	2,852	0,240
Arkadaş alt boyutu	16,35±6,52	17,85±4,76	18,28±5,54	3,361	0,186
Özel insan alt boyutu	18,96±6,99	19,02±7,56	22,44±6,60	5,922	0,052
Toplam	57,00±13,86	57,80±13,38	63,00±15,11	4,621	0,099

*Kruskal-Wallis Testi kullanılmıştır.

Katılımcıların Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği skorlarının gelir durumuna göre karşılaştırıldığında anksiyete ve depresyon ortalama skoru için gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Tablo 63. Katılımcıların Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği skorlarının gelir durumuna göre karşılaştırılması

(n=157)	Gelir durumu			X ²	p
	Düşük (n=55) Ort±SS	Orta (n=75) Ort±SS	Yüksek (n=25) Ort±SS		
Anksiyete skoru	8,60±3,85	8,89±3,71	7,84±5,08	0,916	0,633
Depresyon skoru	8,75±3,44	8,49±3,88	8,28±5,30	0,410	0,815

*Kruskal-Wallis Testi kullanılmıştır.

Katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği ortalama skorları medeni duruma göre karşılaştırıldığında 2. soru (genel sağlık algısı) ortalama skoru düşük gelirlielerde 2,82±1,12, orta gelirlielerde 3,24±1,01 ve yüksek gelirlielerde 3,56±1,26 olduğu, aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü (X²=8,925, p=0,012).

27. soru (sosyal baskı) ortalama skoru için karşılaştırıldığında ise düşük gelirlielerde 2,76±0,95, orta gelirlielerde 2,85±1,00 ve yüksek gelirlielerde 2,28±1,10 olduğu, aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü (X²=6,481, p=0,039). 1. soru (genel yaşam kalitesi) ortalama skoru için gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarının ortalama puanları gelir düzeyine göre karşılaştırıldığında çevre alt boyutu ortalama puanının düşük gelirlielerde 55,01±17,19, orta gelirlielerde 57,71±15,18 ve yüksek gelirlielerde 65,76±15,01 olduğu, aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü (X²=6,277, p=0,043).

Bedensel, ruhsal ve sosyal alt boyutları ortalama puanı için gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Tablo 64. Katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği 1.,2. ve 27. soru skorlarının ve alt boyut puanlarının gelir durumuna göre karşılaştırılması

(n=157)	Gelir durumu			X ²	p
	Düşük (n=55) Ort±SS	Orta (n=75) Ort±SS	Yüksek (n=25) Ort±SS		
Genel yaşam kalitesi (1. soru)	3,17±0,67	3,11±0,83	3,40±0,86	2,796	0,247
Genel sağlık algısı (2. soru)	2,82±1,12	3,24±1,01	3,56±1,26	8,925	0,012 [†]
Sosyal baskı (27. soru)	2,76±0,95	2,85±1,00	2,28±1,10	6,481	0,039 [†]
Bedensel alt boyut	51,04±16,25	52,67±18,95	58,84±15,38	3,495	0,174
Ruhsal alt boyut	56,30±17,34	59,85±19,15	61,56±21,93	2,340	0,310
Sosyal alt boyut	46,49±20,55	48,31±19,91	52,56±22,13	2,236	0,327
Çevre alt boyut	55,01±17,19	57,71±15,18	65,76±15,01	6,277	0,043 [†]

*Kruskal-Wallis Testi kullanılmıştır. [†]p<0,05

Katılımcıların romatoid artrit hastalığına uyum düzeyleri ile bazı sosyodemografik özellikleri arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi ile incelendiğinde aşağıdaki bulgular elde edildi. Katılımcıların ilaç tedavisini yeterli bulma durumu ile yaş, cinsiyet, medeni durum ve çalışma durumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p>0,05). İlaç tedavisini yeterli bulma durumu ile eğitim durumu ve gelir durumu arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla r=0,215, **p=0,007**; r=0,169, **p=0,034**).

Hastalığın getirdiği kısıtlamalarla başa çıkabilme durumu ile yaş, cinsiyet, medeni durum ve çalışma durumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p>0,05). Hastalığın getirdiği kısıtlamalarla başa çıkabilme durumu ile eğitim durumu ve gelir durumu arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla r=0,280, **p=<0,001**; r=0,171, **p=0,032**).

Günlük hayatında başkasının yardımı olmadan kendine yetebilme durumu ile medeni durum ve çalışma durumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p>0,05). Başkasının yardımı olmadan kendine yetebilme durumu ile yaş arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki (r=-0,165, **p=0,039**); cinsiyet, eğitim durumu ve gelir durumu arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla r=0,174, **p=0,029**; r=0,364, **p=<0,001**; r=0,310, **p=<0,001**).

Yaşadığı zorluklarla ilgili yakınlarının desteğini yeterli bulma durumu ile yaş, cinsiyet ve çalışma durumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p>0,05). Yaşadığı zorluklarla ilgili yakınlarının desteğini yeterli bulma ile medeni durum arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki (r=-0,190, **p=0,017**); eğitim durumu ve gelir

durumu arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla $r=0,312$, $p<0,001$; $r=0,175$, $p=0,028$).

Tablo 65. Katılımcıların romatoid artrit hastalığına uyum düzeyleri ile bazı sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması

		İlaç tedavisini yeterli bulma	Hastalığın getirdiği kısıtlamalarla başa çıkabilme	Başkasının yardımı olmadan kendine yetebilme	Yaşadığı zorluklarla ilgili yakınlarının desteğini yeterli bulma
Yaş	r	-0,020	-0,022	-0,165 [†]	-0,075
	p	0,808	0,781	0,039	0,351
Cinsiyet	r	0,060	0,091	0,174 [†]	0,088
	p	0,458	0,256	0,029	0,271
Medeni durum	r	-0,025	0,021	-0,047	-0,190 [†]
	p	0,759	0,793	0,557	0,017
Eğitim durumu	r	0,215 ^{††}	0,280 ^{††}	0,364 ^{††}	0,312 ^{††}
	p	0,007	0,000	0,000	0,000
Çalışma durumu	r	-0,055	-0,019	-0,140	-0,003
	p	0,494	0,812	0,081	0,975
Gelir durumu	r	0,169 [†]	0,171 [†]	0,310 ^{††}	0,175 [†]
	p	0,034	0,032	0,000	0,028

*Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. r = Spearman's rho katsayısı. [†]Korelasyon 0.05 düzeyinde anlamlı, ^{††}Korelasyon 0.01 düzeyinde anlamlı.

Katılımcıların bazı genel sağlık verileri ile bazı sosyodemografik özellikleri arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi ile incelendiğinde aşağıdaki bulgular elde edildi. Katılımcıların doğum şekli ile cinsiyet, medeni durum ve gelir durumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Doğum şekli ile eğitim durumu arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki ($r=0,209$, $p=0,009$); yaş ve çalışma durumu arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla $r=-0,346$, $p<0,001$; $r=-0,188$, $p=0,019$).

Katılımcıların yaşamlarının ilk aylarındaki beslenme şekli ile cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, gelir durumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Yaşamlarının ilk aylarındaki beslenme şekli ile yaş arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki ($r=-0,253$, $p=0,001$); eğitim durumu arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=0,174$, $p=0,029$).

Katılımcıların anne sütü alma süresini yeterli bulma durumu ile cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu ve gelir durumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Anne sütü alma süresini yeterli bulma durumu ile yaş arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=0,230$, $p=0,004$).

Katılımcıların çocukluk döneminde antibiyotik kullanma sıklığı ile cinsiyet, medeni durum ve çalışma durumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Çocukluk döneminde antibiyotik kullanma sıklığı ile yaş arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki ($r=0,212$, $p=0,008$); eğitim durumu ve gelir durumu arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla $r=-0,259$, $p=0,001$; $r=-0,182$, $p=0,023$).

Tablo 66. Katılımcıların bazı genel sağlık verileri ile bazı sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması

		Doğum şekli	Yaşamın ilk aylarında beslenme şekli	Anne sütü alma süresini yeterli bulma	Çocukluk döneminde antibiyotik kullanma sıklığı
Yaş	r	-0,346 ^{††}	-0,253 ^{††}	0,230 ^{††}	0,212 ^{††}
	p	0,000	0,001	0,004	0,008
Cinsiyet	r	-0,012	-0,002	0,073	-0,065
	p	0,879	0,981	0,364	0,417
Medeni durum	r	-0,070	0,019	-0,010	-0,037
	p	0,381	0,813	0,904	0,642
Eğitim durumu	r	0,209 ^{††}	0,174 [†]	0,000	-0,259 ^{††}
	p	0,009	0,029	0,997	0,001
Çalışma durumu	r	-0,188 [†]	-0,104	0,062	0,138
	p	0,019	0,195	0,440	0,085
Gelir durumu	r	0,046	-0,054	0,126	-0,182 [†]
	p	0,569	0,501	0,116	0,023

*Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. r = Spearman's rho katsayısı. [†]Korelasyon 0.05 düzeyinde anlamlı, ^{††}Korelasyon 0.01 düzeyinde anlamlı.

Katılımcıların önerilen besinleri tüketme durumları ile bazı sosyodemografik özellikleri arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi ile incelendiğinde aşağıdaki bulgular elde edildi.

Kırmızı et tüketme durumu ile medeni durum arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki ($r=-0,171$, $p=0,032$); cinsiyet, eğitim durumu ve gelir durumu arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla $r=0,293$, $p=<0,001$; $r=0,289$, $p=<0,001$; $r=0,349$, $p=<0,001$).

Balık tüketme durumu ile eğitim durumu ve gelir durumu arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla $r=0,199$, $p=0,013$; $r=0,167$, $p=0,037$).

Yumurta tüketme durumu ile yaş arasında ve çerez tüketme durumu ile gelir durumu arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla $r=0,170$, $p=0,033$; $r=0,159$, $p=0,047$).

Sebze tüketme durumu ile cinsiyet arasında ve turşu tüketme durumu ile eğitim durumu arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla $r=-0,161$, $p=0,044$; $r=-0,171$, $p=0,032$).

Bakliyat ve peynir tüketme durumları ile yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu ve gelir durumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tereyağı tüketme durumunda yaş ile arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki ($r=0,185$, $p=0,020$); medeni durum ile arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=-0,193$, $p=0,015$).

Yoğurt tüketme durumu ile cinsiyet, eğitim durumu ve gelir durumu arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla $r=-0,210$, $p=0,009$; $r=-0,292$, $p=0,000$; $r=-0,169$, $p=0,035$).

Şalgam tüketme durumu ile cinsiyet ve gelir durumu arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla $r=0,405$, $p<0,001$; $r=0,174$, $p=0,029$).

Tablo 67. Katılımcıların önerilen besinleri tüketme durumları ile bazı sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması

		Kırmızı et	Balık	Yumurta	Sebze	Bakliyat	Çerez	Peynir	Tere yağ	Yoğurt	Şalgam	Turşu
Yaş	r	0,021	0,106	0,170[†]	-0,026	0,095	-0,031	0,138	0,185[†]	0,154	0,049	-0,011
	p	0,796	0,185	0,033	0,742	0,239	0,696	0,085	0,020	0,056	0,544	0,889
Cinsiyet	r	0,293^{††}	-0,055	-0,033	-0,161[†]	0,061	0,077	-0,072	0,050	-0,210^{††}	0,405^{††}	0,002
	p	0,000	0,496	0,680	0,044	0,448	0,336	0,373	0,531	0,009	0,000	0,981
Medeni durum	r	-0,171[†]	0,018	-0,077	-0,079	-0,071	0,014	-0,059	-0,193[†]	-0,107	0,058	-0,001
	p	0,032	0,819	0,338	0,324	0,377	0,859	0,460	0,015	0,185	0,469	0,991
Eğitim durumu	r	0,289^{††}	0,199[†]	-0,051	0,130	0,135	0,147	-0,126	-0,072	-0,292^{††}	0,140	-0,171[†]
	p	0,000	0,013	0,528	0,104	0,091	0,067	0,117	0,372	0,000	0,080	0,032
Çalışma durumu	r	0,014	0,091	0,077	-0,015	-0,058	-0,042	0,083	0,055	0,060	0,019	-0,031
	p	0,865	0,259	0,337	0,857	0,472	0,605	0,301	0,494	0,455	0,812	0,701
Gelir durumu	r	0,349^{††}	0,167[†]	-0,008	-0,001	0,069	0,159[†]	-0,069	0,072	-0,169[†]	0,174[†]	-0,025
	p	0,000	0,037	0,919	0,986	0,390	0,047	0,387	0,369	0,035	0,029	0,760

*Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. r = Spearman's rho katsayısı. [†]Korelasyon 0.05 düzeyinde anlamlı, ^{††}Korelasyon 0.01 düzeyinde anlamlı.

Katılımcıların önerilmeyen besinleri tüketme durumları ile bazı sosyodemografik özellikleri arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi ile incelendiğinde aşağıdaki bulgular elde edildi.

Paketli gıda tüketme durumu ile cinsiyet ve çalışma durumu ile arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki (sırasıyla $r=-0,309$, $p<0,001$; $r=-0,323$, $p<0,001$);

eğitim durumu ve gelir durumu ile arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla $r=0,270$, $p=0,001$; $r=0,190$, $p=0,017$).

Fastfood tüketme durumu ile yaş ve çalışma durumu arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki (sırasıyla $r=-0,252$, $p=0,001$; $r=-0,255$, $p=0,001$); cinsiyet, eğitim durumu ve gelir durumu arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla $r=0,260$, $p=0,001$; $r=0,357$, $p<0,001$; $r=0,328$, $p<0,001$).

Ekmek tüketme durumu ile eğitim durumu ve gelir durumu arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla $r=-0,178$, $p=0,026$; $r=-0,171$, $p=0,032$).

Patates, pirinç ve markette satılan çiftlik tavuğu tüketme durumları ile yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu ve gelir durumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Meyve tüketme durumu ile cinsiyet ve eğitim durumu arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki (sırasıyla $r=-0,233$, $p=0,003$; $r=-0,160$, $p=0,045$); yaş ve çalışma durumu arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla $r=0,182$, $p=0,023$; $r=0,193$, $p=0,015$).

Trans yağ ve tatlı tüketme durumları ile yaş arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki (sırasıyla $r=-0,200$, $p=0,012$; $r=-0,172$, $p=0,031$); cinsiyet (sırasıyla $r=0,299$, $p=0,000$; $r=0,183$, $p=0,022$), eğitim durumu (sırasıyla $r=0,213$, $p=0,008$; $r=0,168$, $p=0,036$) ve gelir durumu (sırasıyla $r=0,163$, $p=0,041$; $r=0,199$, $p=0,012$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

İşlenmiş yağlar ile eğitim durumu arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=-0,236$, $p=0,003$).

Tatlandırıcı ile yaş arasında ($r=0,220$, $p=0,006$), şeker ve şekerli içecek ile eğitim durumu arasında ($r=0,183$, $p=0,022$) pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Tatlandırıcı içeren içecek ve asitli/alkollü içecek ile cinsiyet (sırasıyla $r=0,161$, $p=0,044$; $r=0,208$, $p=0,009$), eğitim durumu (sırasıyla $r=0,198$, $p=0,013$; $r=0,289$, $p=0,000$) ve gelir durumu (sırasıyla $r=0,191$, $p=0,017$; $r=0,350$, $p=0,000$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Tablo 68. Katılımcıların önerilmeyen besinleri tüketme durumları ile bazı sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması

		Paketli gıdalar	Fastfood	Ekmek	Patates	Pirinç	Meyve	Trans yağ	İşlenmiş yağlar	Market te satılan çiftlik tavuğu	Tatlılar	Tatlılar dırıcılar	Tatlılar dırıcı içecekler	Şeker ve şekerli içecekler	Asitli/alkollü içecekler
Yaş	r	0,155	-0,252 ^{††}	0,043	-0,054	-0,102	0,182 [†]	-0,200 [†]	-0,060	-0,039	-0,172 [†]	0,220 ^{††}	-0,116	-0,109	-0,109
	p	0,052	0,001	0,591	0,500	0,202	0,023	0,012	0,456	0,631	0,031	0,006	0,149	0,174	0,175
Cinsiyet	r	-0,309 ^{††}	0,260 ^{**}	0,001	0,151	0,137	-0,233 ^{††}	0,299 ^{††}	-0,106	0,106	0,183 [†]	0,042	0,161 [†]	0,118	0,208 ^{††}
	p	0,000	0,001	0,990	0,060	0,086	0,003	0,000	0,188	0,186	0,022	0,603	0,044	0,142	0,009
Medeni durum	r	-0,093	-0,006	-0,045	0,049	-0,051	-0,010	0,092	0,045	0,002	-0,014	0,039	0,011	0,126	0,117
	p	0,247	0,943	0,579	0,546	0,524	0,901	0,252	0,572	0,979	0,866	0,629	0,886	0,116	0,144
Eğitim durumu	r	0,270 ^{††}	0,357 ^{††}	-0,178 [†]	-0,133	0,119	-0,160 [†]	0,213 ^{††}	-0,236 ^{††}	0,057	0,168 [†]	0,112	0,198 [†]	0,183 [†]	0,289 ^{††}
	p	0,001	0,000	0,026	0,098	0,137	0,045	0,008	0,003	0,478	0,036	0,162	0,013	0,022	0,000
Çalışma durumu	r	-0,323 ^{††}	-0,255 ^{††}	0,004	-0,074	-0,118	0,193 [†]	-0,087	-0,047	-0,023	-0,148	0,090	-0,101	-0,066	-0,098
	p	0,000	0,001	0,957	0,356	0,140	0,015	0,280	0,556	0,776	0,065	0,261	0,207	0,409	0,224
Gelir durumu	r	0,190 [†]	0,328 ^{††}	-0,171 [†]	-0,071	0,106	-0,127	0,163 [†]	-0,107	0,122	0,199 [†]	0,081	0,191 [†]	0,064	0,350 ^{††}
	p	0,017	0,000	0,032	0,374	0,186	0,113	0,041	0,184	0,128	0,012	0,312	0,017	0,426	0,000

*Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. r= Spearman's rho katsayısı. [†]Korelasyon 0.05 düzeyinde anlamlı, ^{††}Korelasyon 0.01 düzeyinde anlamlı.

Katılımcıların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puanları ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği skorları ile bazı sosyodemografik özellikleri arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi ile incelendiğinde aşağıdaki bulgular elde edildi. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin aile alt boyutu, özel insan alt boyutu ve toplam puanı ile medeni durum arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla $r=-0,239$, $p=0,003$; $r=-0,420$, $p<0,001$; $r=-0,331$, $p<0,001$). Arkadaş alt boyutu ile yaş arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=-0,266$, $p=0,001$).

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği anksiyete skoru ile cinsiyet arasında negatif yönde ($r=-0,195$, $p=0,014$); medeni durum ile arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0,216$, $p=0,007$). Depresyon skoru ile medeni durum arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=0,193$, $p=0,015$).

Tablo 69. Katılımcıların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puanları ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği skorları ile bazı sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması

		Aile alt boyutu	Arkadaş alt boyutu	Özel insan alt boyutu	Toplam	Anksiyete skoru	Depresyon skoru
Yaş	r	0,012	-0,266 ^{††}	-0,076	-0,143	-0,050	0,087
	p	0,884	0,001	0,347	0,073	0,535	0,281
Cinsiyet	r	-0,033	-0,157	-0,082	-0,130	-0,195 [†]	-0,007
	p	0,680	0,050	0,309	0,104	0,014	0,931
Medeni durum	r	-0,239 ^{††}	0,025	-0,420 ^{††}	-0,331 ^{††}	0,216 ^{††}	0,193 [†]
	p	0,003	0,758	0,000	0,000	0,007	0,015
Eğitim durumu	r	-0,026	0,128	0,083	0,101	0,007	-0,121
	p	0,749	0,110	0,303	0,206	0,929	0,130
Çalışma durumu	r	0,134	-0,122	-0,047	-0,025	-0,030	0,017
	p	0,094	0,128	0,557	0,757	0,710	0,831
Gelir durumu	r	-0,004	0,146	0,144	0,132	-0,021	-0,050
	p	0,965	0,069	0,072	0,101	0,794	0,530

*Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. r= Spearman's rho katsayısı. [†]Korelasyon 0.05 düzeyinde anlamlı, ^{††}Korelasyon 0.01 düzeyinde anlamlı.

Katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği skorları ve puanları ile bazı sosyodemografik özellikleri arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi ile incelendiğinde aşağıdaki bulgular elde edildi. Genel yaşam kalitesi (1. soru) ile medeni durum arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=-0,171$, $p=0,033$). Genel sağlık algısı (2. soru) ile eğitim durumu ve gelir durumu arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla $r=0,304$, $p=0,000$; $r=0,238$, $p=0,003$). Sosyal baskı (27. soru) ile medeni durum arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=0,194$, $p=0,015$).

Bedensel alt boyut ile eğitim durumu arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=0,315$, $p<0,001$). Ruhsal alt boyut ile medeni durum arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki ($r=-0,199$, $p=0,012$); cinsiyet ve eğitim durumu ile arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla $r=0,170$, $p=0,034$; $r=0,229$, $p=0,004$). Sosyal alt boyut ile eğitim durumu arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki ($r=0,183$, $p=0,022$); yaş, medeni durum ve çalışma durumu ile arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla $r=-0,362$, $p<0,001$; $r=-0,246$, $p=0,002$; $r=-0,252$, $p=0,001$). Çevre alt boyut ile gelir durumu arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=0,188$, $p=0,018$).

Tablo 70. Katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği puanları ile bazı sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması

		Genel yaşam kalitesi	Genel sağlık algısı	Sosyal baskı	Bedensel alt boyut	Ruhsal alt boyut	Sosyal alt boyut	Çevre alt boyut
Yaş	r	0,057	-0,014	-0,018	-0,102	-0,131	-0,362 ^{††}	0,075
	p	0,478	0,864	0,825	0,204	0,103	0,000	0,353
Cinsiyet	r	0,044	0,090	-0,048	0,062	0,170 [†]	0,045	0,109
	p	0,580	0,264	0,550	0,440	0,034	0,579	0,173
Medeni durum	r	-0,171 [†]	-0,143	0,194 [†]	-0,128	-0,199 [†]	-0,246 ^{††}	-0,129
	p	0,033	0,074	0,015	0,111	0,012	0,002	0,106
Eğitim durumu	r	0,065	0,304 ^{††}	0,062	0,315 ^{††}	0,229 ^{††}	0,183 [†]	0,133
	p	0,417	0,000	0,443	0,000	0,004	0,022	0,097
Çalışma durumu	r	0,071	0,001	0,015	-0,044	-0,021	-0,252 ^{††}	0,062
	p	0,379	0,988	0,851	0,587	0,790	0,001	0,441
Gelir durumu	r	0,063	0,238 ^{††}	-0,093	0,135	0,122	0,103	0,188 [†]
	p	0,430	0,003	0,250	0,092	0,127	0,199	0,018

*Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. r = Spearman's rho katsayısı. [†]Korelasyon 0.05 düzeyinde anlamlı, ^{††}Korelasyon 0.01 düzeyinde anlamlı.

Katılımcıların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puanları ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği skorları ile katılımcıların DAS28 sonuçları

arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi ile incelendiğinde aşağıdaki bulgular elde edildi. Özel insan alt boyutu ile DAS28 skoru ve sınıfı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla $r=0,180$, $p=0,024$; $r=0,163$, $p=0,041$). Depresyon skoru ile DAS28 skoru ve sınıfı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla $r=0,173$, $p=0,030$; $r=0,167$, $p=0,037$).

Tablo 71. Katılımcıların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puanları ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği skorları ile DAS28 sonuçlarının karşılaştırılması

		Aile alt boyutu	Arkadaş alt boyutu	Özel insan alt boyutu	Toplam	Anksiyete skoru	Depresyon skoru
DAS28 Skoru	r	0,063	0,013	0,180[†]	0,126	0,142	0,173[†]
	p	0,436	0,868	0,024	0,115	0,077	0,030
DAS28 Sınıf	r	0,051	-0,003	0,163[†]	0,109	0,133	0,167[†]
	p	0,527	0,971	0,041	0,176	0,098	0,037

*Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. $r=$ Spearman's rho katsayısı. [†]Korelasyon 0.05 düzeyinde anlamlı, ^{††}Korelasyon 0.01 düzeyinde anlamlı.

Katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği skorları ve puanları ile katılımcıların DAS28 sonuçları arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi ile incelendiğinde aşağıdaki bulgular elde edildi. DAS28 skoru ve sınıfı ile genel yaşam kalitesi ($r=-0,178$, $p=0,026$; $r=-0,181$, $p=0,024$), genel sağlık algısı ($r=-0,400$, $p=<0,001$; $r=-0,388$, $p=<0,001$), bedensel alt boyut ($r=-0,352$, $p=<0,001$; $r=-0,356$, $p=<0,001$), ruhsal alt boyut ($r=-0,176$, $p=0,027$; $r=-0,181$, $p=0,023$), sosyal alt boyut ($r=-0,171$, $p=0,032$; $r=-0,170$, $p=0,033$) arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Tablo 72. Katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği skorları ve puanları ile DAS28 sonuçlarının karşılaştırılması

		Genel yaşam kalitesi	Genel sağlık algısı	Sosyal baskı	Bedensel alt boyut	Ruhsal alt boyut	Sosyal alt boyut	Çevre alt boyut
DAS28 Skoru	r	-0,178[†]	-0,400^{††}	-0,101	-0,352^{††}	-0,176[†]	-0,171[†]	-0,066
	p	0,026	0,000	0,209	0,000	0,027	0,032	0,410
DAS28 Sınıf	r	-0,181[†]	-0,388^{††}	-0,098	-0,356^{††}	-0,181[†]	-0,170[†]	-0,092
	p	0,024	0,000	0,221	0,000	0,023	0,033	0,252

*Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. $r=$ Spearman's rho katsayısı. [†]Korelasyon 0.05 düzeyinde anlamlı, ^{††}Korelasyon 0.01 düzeyinde anlamlı.

Katılımcıların Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği skorları ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puanlarının arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi ile incelendiğinde aşağıdaki bulgular elde edildi. Anksiyete skoru

ile aile alt boyutu puanı ve toplam puan arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla $r=-0,256$, $p=0,001$; $r=-0,172$, $p=0,032$). Depresyon skoru ile aile alt boyutu, arkadaş alt boyutu, özel insan alt boyutu ve toplam puan arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla $r=-0,187$, $p=0,019$; $r=-0,182$, $p=0,023$; $r=-0,224$, $p=0,005$; $r=-0,278$, $p<0,0001$).

Tablo 73. Katılımcıların Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği skorları ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

		Aile alt boyutu	Arkadaş alt boyutu	Özel insan alt boyutu	Toplam
Anksiyete skoru	r	-0,256^{††}	0,003	-0,140	-0,172[†]
	p	0,001	0,966	0,081	0,032
Depresyon skoru	r	-0,187[†]	-0,182[†]	-0,224^{††}	-0,278^{††}
	p	0,019	0,023	0,005	0,000

*Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. r = Spearman's rho katsayısı. [†]Korelasyon 0.05 düzeyinde anlamlı, ^{††}Korelasyon 0.01 düzeyinde anlamlı.

Katılımcıların Yaşam Kalitesi Ölçeği skor ve puanları ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puanları ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği skorları arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi ile incelendiğinde aşağıdaki bulgular elde edildi.

Genel yaşam kalitesi (1. soru) ile ÇBASDÖ alt boyutlarından aile alt boyutu, arkadaş alt boyutu, özel insan alt boyutu ve toplam puan arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla $r=0,251$, $p=0,002$; $r=0,164$, $p=0,040$; $r=0,206$, $p=0,010$; $r=0,2644$, $p=0,001$). Genel yaşam kalitesi (1. soru) ile HADÖ alt boyutlarından anksiyete skoru ve depresyon skoru arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla $r=-0,440$, $p<0,001$; $r=-0,457$, $p<0,001$).

Genel sağlık algısı (2. soru) ile HADÖ alt boyutlarından anksiyete skoru ve depresyon skoru arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla $r=-0,223$, $p=0,005$; $r=-0,379$, $p<0,001$).

Sosyal baskı (27. soru) ile ÇBASDÖ alt boyutlarından özel insan alt boyutu ve toplam puan arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki (sırasıyla $r=-0,209$, $p=0,009$; $r=-0,191$, $p=0,017$); HADÖ alt boyutlarından anksiyete skoru ve depresyon skoru arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla $r=0,299$, $p<0,001$; $r=0,343$, $p<0,001$).

Bedensel alt boyut ile ÇBASDÖ alt boyutlarından aile alt boyutu ve toplam puan arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki (sırasıyla $r=0,176$, $p=0,027$; $r=0,193$, $p=0,015$); HADÖ alt boyutlarından anksiyete skoru ve depresyon skoru arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla $r=-0,366$, $p<0,001$; $r=-0,415$, $p<0,001$).

Ruhsal alt boyut ile ÇBASDÖ alt boyutlarından aile alt boyutu, özel insan alt boyutu ve toplam puan arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki (sırasıyla $r=0,216$, $p=0,006$; $r=0,209$, $p=0,008$; $r=0,252$, $p=0,001$); HADÖ alt boyutlarından anksiyete skoru ve depresyon skoru arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla $r=-0,529$, $p<0,001$; $r=-0,613$, $p<0,001$).

Sosyal alt boyut ile ÇBASDÖ alt boyutlarından arkadaş alt boyutu, özel insan alt boyutu ve toplam puan arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki (sırasıyla $r=0,503$, $p=0,000$; $r=0,192$, $p=0,016$; $r=0,373$, $p<0,001$); HADÖ alt boyutlarından anksiyete skoru ve depresyon skoru arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla $r=-0,248$, $p=0,002$; $r=-0,358$, $p<0,001$).

Çevre alt boyut ile ÇBASDÖ alt boyutlarından aile alt boyutu, arkadaş alt boyutu, özel insan alt boyutu ve toplam puan arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki (sırasıyla $r=0,185$, $p=0,021$; $r=0,238$, $p=0,003$; $r=0,250$, $p=0,002$; $r=0,295$, $p<0,001$); HADÖ alt boyutlarından anksiyete skoru ve depresyon skoru arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır (sırasıyla $r=-0,368$, $p<0,001$; $r=-0,456$, $p<0,001$).

Tablo 73. Katılımcıların Yaşam Kalitesi Ölçeği skorları ve puanları ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puanlarının ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği skorlarının karşılaştırılması

		Genel yaşam kalitesi	Genel sağlık algısı	Sosyal baskı	Bedensel alt boyut	Ruhsal alt boyut	Sosyal alt boyut	Çevre alt boyut
Aile alt boyutu	r	0,251 ^{††}	0,045	-0,149	0,176 [†]	0,216 ^{††}	0,143	0,185 [†]
	p	0,002	0,579	0,063	0,027	0,006	0,074	0,021
Arkadaş alt boyutu	r	0,164 [†]	0,054	-0,020	0,117	0,155	0,503 ^{††}	0,238 ^{††}
	p	0,040	0,502	0,809	0,145	0,053	0,000	0,003
Özel insan alt boyutu	r	0,206 ^{††}	0,117	-0,209 ^{††}	0,136	0,209 ^{††}	0,192 [†]	0,250 ^{††}
	p	0,010	0,143	0,009	0,089	0,008	0,016	0,002
Toplam	r	0,264 ^{††}	0,111	-0,191 [†]	0,193 [†]	0,252 ^{††}	0,373 ^{††}	0,295 ^{††}
	p	0,001	0,166	0,017	0,015	0,001	0,000	0,000
Anksiyete skoru	r	-0,440 ^{††}	-0,223 ^{††}	0,299 ^{††}	-0,366 ^{††}	-0,529 ^{††}	-0,248 ^{††}	-0,368 ^{††}
	p	0,000	0,005	0,000	0,000	0,000	0,002	0,000
Depresyon skoru	r	-0,457 ^{††}	-0,379 ^{††}	0,343 ^{††}	-0,415 ^{††}	-0,613 ^{††}	-0,358 ^{††}	-0,456 ^{††}
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

*Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. $r=$ Spearman's rho katsayısı. [†]Korelasyon 0.05 düzeyinde anlamlı, ^{††}Korelasyon 0.01 düzeyinde anlamlı.

5. TARTIŞMA

Romatoid artritli hastaların sosyal destek durumları ve ruhsal hastalık risklerinin belirlenip yaşam kaliteleri üzerine etkisini araştırdığımız bu çalışma 1 Şubat-30 Nisan 2022 tarihleri arasında SBÜ Adana Eğitim ve Araştırma Hastanesi Romatoloji polikliniklerine başvuran romatoid artrit tanılı 157 hasta ile yürütülmüştür.

Çalışmamızda yer alan katılımcıların yaş ortalaması $54,11 \pm 12,43$ yılı ve çoğunluğu literatür ile uyumlu olarak kadındı (130-133). Katılımcıların %70,1'i evli olup çoğu eşi ve çocukları ile yaşamaktaydı. Katılımcıların büyük bir çoğunluğu düşük ve orta eğitim seviyesindeydi. Yaklaşık olarak yarısı düşük gelir seviyesine sahip olan katılımcıların çoğunluğu herhangi bir işte çalışmıyor veya emekli idi. Katılımcıların büyük bir çoğunluğu sigara ve alkol kullanmamakla birlikte, sigara kullanan katılımcılar alkol kullananlardan 2 kat fazla idi.

Çoğunluğu orta hastalık aktivitesinde olan katılımcıların yaklaşık olarak yarısı kontrol amaçlı ve ilaç yazdırmak için romatoloji polikliniğine başvururken, diğer yarısı hastalık ile ilgili veya farklı şikayetler ile başvurmuştu. Ortalama 10 yıldır RA ile ilgili belirtileri olan hastaların tanı alma süreleri ve tedavi alma süreleri birbirine çok yakın olarak ortalama 9 yıl idi. Buna göre hastaların tedaviye ulaşma sürelerinin gecikmediğini ve ilk belirtiden itibaren ortalama 1 yıl içerisinde RA tanısı aldıkları kanısına varabiliriz. Çalışmamız ile benzer yaş ortalamasına ve hastalık süresine sahip olan John McBeth ve ark. yaptığı çalışmada hastaların kullandıkları ortalama ilaç sayısı 3 adetmiş (132). Bizim çalışmamızda da buna benzer olarak kullanılan ortalama ilaç sayısı $3,23 \pm 1,67$ adet bulunmuştur.

Katılımcıların sosyal destek verileri incelendiğinde ÇBASDÖ toplam puanı $58,24 \pm 13,97$ olup en fazla desteği ailelerinden, en az desteği de arkadaşlarından aldıkları belirlenmiştir. RA'lı hastalar ve sağlıklı kontrol grubu ile yapılan çalışmada anksiyete ve depresyon belirtileri RA'lı hastaların yaklaşık %71'inde varken, kontrol grubundaki bireylerin yalnızca %7,1'inde varmış (131). Bu konu ile ilgili yapılan bir başka çalışmada RA tanılı hastalarda anksiyete semptomları %47,5 oranında, depresyon semptomları ise %58,2 oranın gözlenmiş (134). Çalışmamızda HAD anksiyete skoru $8,58 \pm 4,01$, depresyon skoru $8,59 \pm 3,91$ şeklinde hesaplanmıştır ve

çalışmamızdaki veriler literatür ile uyumlu olmakla birlikte katılımcıların %58,6'sında depresyon riski, %31,8'inde anksiyete riski bulunmuştur.

Matcham ve ark.'larının yaptığı meta analiz çalışmasında yaşam kalitesi değerlendirilmiş ve fiziksel sağlık alanlarının zihinsel sağlık alanlarından daha fazla etkilendiği ve RA hastalarının yaşam kalitesi ölçeği mental alan puanlarının konjestif kalp yetmezliği, hipertansiyon, miyokard enfarktüsü ve tip 2 diyabetli hastalara göre daha düşük olduğu tespit edilmiş (135). RA hastalarının sağlıklı bireylerle karşılaştırıldığı bir çalışmada yaşam kalitesi puanlarının fiziksel, psikolojik ve sosyal alanlarda sağlıklı bireylerden daha düşük olduğu, çevresel alanda ise puanları iki grupta benzer olduğu tespit edilmiş (132). Bizim çalışmamızda ise katılımcılar yaşam kalitesi ölçeğinden en yüksek puanı ruhsal ve çevre alt boyutlarından alırken en düşük puanı sosyal alt boyuttan almışlardır.

2015 yılında Akkaya ve ark.'nın Aileden Algılanan Sosyal Destek Ölçeğini kullanarak yaptığı tez çalışmasında cinsiyet, medeni durum ve eğitim durumu sosyal destek puanını etkilememiş, aile tipi etkilemiştir. Yaş ve hastalık süresi ile sosyal destek puanı arasında istatistiksel olarak bir ilişki tespit edilmemiş (136). Çinli hastalarda Liu ve ark. tarafından yapılan çalışmada ise yaş ile sosyal desteğin negatif ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmış (134). Kool ve ark. yaptığı çalışmada yaş ve eğitim düzeyi ile sosyal destek arasında negatif bir ilişki tespit edilmiş (137). Mansoury ve ark. kadın hastalarda yaptıkları çalışma ile yaş ve hastalık süresi ile sosyal destek arasında negatif bir ilişki bulmuş. (138). Akintayo ve ark.'nın Nijeryalı hastalarda yaptığı çalışmada sosyal destek cinsiyet, hastalık süresi ve sosyoekonomik durum ile ilişkili bulunmazken eğitim düzeyi ve medeni durum ile ilişkili bulunmuş (139). Bizim çalışmamızda sosyal destek puanları ile yaş ve medeni durum arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Medeni durum ile toplam, aile ve özel insan alt boyut puanları arasında negatif bir ilişki saptandı. Yaş ile toplam, aile ve özel insan alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak bir ilişki tespit edilmedi ancak arkadaş alt boyut puanı ile arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptandı. ÇBASDÖ toplam puanı ve ölçeğin alt boyutlarından aile ve özel insan alt boyut puanlarının en yüksek eşiyile yaşayanlarda, sırası ile eşi ve çocuklarıyla yaşayanlarda, çocuklarıyla yaşayanlarda, en düşük de yalnız yaşayanlarda olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmamızda

cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu ve gelir durumunu algılanan sosyal desteği etkilememiştir.

Marrie ve ark.'nın yaptıkları çalışmada RA'li hastalarda anksiyete ve depresyon daha sık olmak üzere çoklu psikiyatrik bozukluk riskinde belirgin bir artış olduğunu ve özellikle kadınların ve sosyoekonomik seviyesi düşük olanların risk altında olduğunu göstermişler (140). Peterson ve ark.'larının anksiyete ve depresyon tanılarını bildiren hastaların bildirmeyenlerle karşılaştırarak yaptıkları çalışmada, bildirenlerin çoğunun kadın ve daha ileri yaşta oldukları gözlemlenmiş (141). Liu ve ark.'nın yaptığı çalışmada evli olanlarda evli olmayanlara göre daha düşük düzeyde anksiyete ve depresyon belirtileri bulunmuş. Gelir düzeyi düşük olanlar ise yüksek olanlara göre daha fazla depresif semptoma sahipmiş. Ayrıca yaş ile anksiyete ve depresyon belirtileri arasında pozitif korelasyon saptanmış (134). Abdel Nassar ve ark. RA tanılı hastalarda yaş, cinsiyet, eğitim durumu ve hastalık süresinin depresyonu etkilemediğini bildirmişlerdir (142). Özgünen ve ark.'larının yaptığı çalışmada ise eğitim düzeyinin HAD depresyon, BECK depresyon ve BECK anksiyete ölçek skorları ile negatif korelasyon gösterdiği bulunmuş (143). Singapurlu hastalarda Ho ve ark.'larının yaptığı çalışmada yaş ile depresyon arasında pozitif korelasyon, eğitim durumu ile depresyon arasında negatif korelasyon saptanmış (144). Matcham ve ark.'ların yaptığı meta analiz çalışmasında yaş ile ruh sağlığı durumu arasında ilişki bulunmuş, yaş arttıkça depresyon görülme sıklığının azaldığı tespit edilmiş (135). Konu ile ilgili başka bir meta analiz çalışmasında ise yaş ile depresyon arasında negatif ilişki bulunmuş (145). Çalışmamızda medeni durum ile anksiyete ve depresyon arasında anlamlı bir ilişki olduğu ve literatür ile uyumlu olarak evli olanların evli olmayanlara göre daha az belirti gösterdiği tespit edilmiştir. Sosyodemografik özelliklerden cinsiyet ile olan ilişki değerlendirildiğinde depresyon ile arasında bir ilişki bulunmamış, kadınlarda anksiyete riskinin daha fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır. HADÖ depresyon skoru en yüksek çocuklarıyla yaşayanlarda, sırası ile yalnız yaşayanlarda, eşi ve çocuklarıyla yaşayanlarda, en düşük de eşiyle yaşayanlarda olduğu saptanmıştır. Yaptığımız çalışmada yaş, eğitim durumu, çalışma durumu ve gelir durumu ile anksiyete depresyon arasında ilişki saptanmamıştır.

Akkaya ve ark. yaptığı çalışmada cinsiyet, medeni durum, aile tipi yaşam kalitesi puan ortalamasını istatistiksel olarak etkilemezken eğitim durumu

istatistiksel olarak yaşam kalitesi puan ortalamasını etkilemiştir. Yaş ve hastalık süresi ile yaşam kalitesi puanı arasında istatistiksel olarak bir ilişki tespit edilmemiş (136). Rogers ve ark. Kolombiya’da romatoid artritli hastalarda yaptıkları araştırmada yaş, cinsiyet, medeni durum ve eğitim durumu yaşam kalitesini etkilememiş ancak sosyoekonomik durum ile yaşam kalitesi arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuş (146). Robert ve ark. düşük sosyoekonomik düzey ile düşük yaşam kalitesinin ilişkili olduğu tespit etmiş (147). Ekvatorlu hastalarda Cruz-Castillo ve ark.’nın yaptığı çalışmada cinsiyet, medeni durum, gelir düzeyi ile yaşam kalitesi arasında ilişki bulunamamış (148). Pitsilka ve ark.’nın Yunanistan’da yapılan çalışmada ise eğitim durumu ve gelir düzeyi ile yaşam kalitesi arasında pozitif korelasyon saptanmış. Aynı çalışmada kadın cinsiyetin daha kötü yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu tespit edilmiş (149). Jakobsson ve ark. tarafından yapılan bir literatür incelemesinde 75 yaşın üzerindeki RA hastalarında yaş ile yaşam kalitesi arasında negatif ilişki bulunmuş (150). Matcham ve ark.’ların yaptığı meta analiz çalışmasında yaş, kadın cinsiyet ve hastalık süresi ile yaşam kalitesi arasında ilişki bulunmuş (135).

Çalışmamızda yaş ile sosyal alt boyut arasında negatif korelasyon saptanmıştır. Ruhsal alt boyutta kadınların erkeklerden daha düşük puan aldığı görülmüştür. Evli olmanın genel yaşam kalitesi, ruhsal ve sosyal alt boyutlar için daha iyi olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ölçeğe Türkçe geçerlilik çalışmaları sırasında eklenen sosyal baskının evli olmayanlarda daha çok olduğu tespit edilmiştir. Genel sağlık algısı ile eğitim ve gelir durumu arasında, eğitim durumu ile bedensel, ruhsal ve sosyal alt boyut arasında ve gelir durumu ile çevre alt boyut arasında pozitif korelasyon saptanmıştır. YKÖ 1. soru (genel yaşam kalitesi) puanının en yüksek eşiyle yaşayanlarda, sırası ile eşi ve çocuklarıyla yaşayanlarda, yalnız yaşayanlarda, en düşük de çocuklarıyla yaşayanlarda olduğu tespit edilmiştir. Ölçeğin alt boyutlarından sosyal alt boyut puanlarının en yüksek eşi ve çocuklarıyla yaşayanlarda, sırası ile yalnız yaşayanlarda, eşiyle yaşayanlarda, en düşük de çocuklarıyla yaşayanlarda olduğu tespit edilmiştir.

İsveç’te Bengtsson ve ark. tarafından yapılan çalışmada yüksek sosyoekonomik durum ile düşük romatoid artrit riski arasında bir ilişki bulunmuş (151). Dey ve ark.’nın yaptığı sistematik bir literatür taramasında 30 makalenin

25'inde sosyoekonomik düzey ile hastalık aktivitesi arasında net bir ilişki olduğu belirlenmiş ve düşük sosyoekonomik düzeyin daha aktif hastalığı ve daha kötü klinik gidişatı öngördüğü tespit edilmiş (152).

Hedenstierna ve ark. sosyal desteğin düşük tespit edildiği hastalarda ağrı skorlarının daha kötü olduğunu gözlemlemiş ve DAS28 remisyonu ile arasında anlamlı bir ilişki saptamamış (153). Nijeryalı hastalarda Akintayo ve ark. yaptığı çalışmada hastalık aktivitesi ile sosyal destek arasında ilişki bulunmamış (139). Holla ve ark.'nın seropozitif artraljili hastalarda yaptığı çalışmada depresif ruh hali ve düşük sosyal desteğin artmış kas iskelet sistemi semptomlarını öngördüğü ancak artrit gelişimi ile arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiş. Aynı çalışmada daha yüksek sosyal desteğin, daha düşük VAS skoru ile ilişki olduğu sonucuna ulaşılmış (154). Bakan ve ark.'nın yaptığı çalışmada DAS28 hastalık aktivite skoru yüksek olan hastalarda algılanan sosyal desteğin daha düşük olduğu tespit edilmiş (155). Çalışmamızda DAS28 skor ve sınıfı ile ÇBASDÖ aile, arkadaş alt boyutları ve toplam puanları arasında ilişki bulunmazken özel insan alt boyutu arasında pozitif korelasyon saptanmıştır.

Salaffi ve ark.'nın yaptığı çalışmada anksiyete ve depresyonun DAS28 ile önemli derecede ilişkili olduğu tespit edilmiş (156). Liu ve ark. DAS28 ile anksiyete depresyon arasında pozitif korelasyon saptamış (134). Singapurlu hastalarda çalışma yapan Ho ve ark. anksiyete ve depresyon ölçeklerinden alınan puanlar ile hassas eklem sayısı, VAS ve DAS28 skorları arasında pozitif korelasyon bulmuş (143). Peterson ve ark.'nın yaptığı çalışmada DAS28 skoru ile depresyon ciddiyeti arasında pozitif korelasyon saptanmış (144). Abdel-Nasser ve ark. RA'lı hastalar arasında anksiyete ve depresyon bildirenlerin hem hastalıklarının daha şiddetli olduğu hem de ağrı şikayetlerinin daha fazla olduğu sonucuna ulaşılmış (141). Kojima ve ark. anksiyete ve depresyon durumunun hassas/şiş eklem sayısı ve ağrı ile negatif korelasyon gösterdiğini saptamış (133). Kuriya ve ark. yüksek hastalık aktivitesi ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki olduğunu göstermiş (159). Singh ve ark.'nın Hintli hastalarda yaptığı çalışmada ise DAS28 ile anksiyete ve depresyon puanları arasında bir ilişki bulunmamış (130). Hastalık aktivitesi ile anksiyete ve depresyon arasındaki ilişkinin incelendiği Manning-Bennett ve ark. tarafından yapılan bir başka çalışmada anksiyete ile CDAI arasında ilişki tespit edilmiş, depresyon ile hem CDAI

hem SDAI arasında ilişki tespit edilmiş (157). Bizim çalışmamızda ise DAS28 skoru ve sınıfı ile anksiyete skoru arasında ilişki bulunmazken depresyon skoru arasında pozitif korelasyon tespit edilmiştir.

Ekvatorlu hastalarda Cruz-Castillo ve ark. tarafından yapılan çalışmada hastalık aktivitesi ile yaşam kalitesi arasında ilişki bulunmuş (148). Kolombiyalı hastalarda Rogers ve ark. tarafından yapılan çalışmada DAS ve VAS skorları ile yaşam kalitesi arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmış (146). Strating ve ark. DAS skoru yüksek olan hastalarda SF-36'nın hem fiziksel hem mental bileşeninin etkilendiğini bulmuş (158). Yunanistanlı hastalarda Pitsilka ve ark.'ları tarafından yapılan çalışmada hastalık aktivitesi ile yaşam kalitesi arasında negatif korelasyon olduğu sonucuna ulaşılmış (149). Kojima ve ark. hastalık aktivitesi ile fiziksel ve zihinsel yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulmamış (133). Çalışmamızda hastalık aktivitesini belirlediğimiz DAS28 skor ve sınıfı ile genel yaşam kalitesi, genel sağlık algısı, bedensel alt boyut, ruhsal alt boyut ve sosyal alt boyut arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir.

Strating ve ark. tarafından yapılan 13 yıllık bir prospektif çalışmada romatoid artritlin ruhsal duruma olan etkisi yıllar geçtikçe azalmış. Bununla ilişkili olarak da sosyal desteğin kısa süreli RA hastalarında uzun dönem hastalarına göre daha etkili olduğu sonucuna ulaşılmış (160). Kool ve ark. romatizmal hastalığı olanlarda sosyal desteğin hem fiziksel hem de ruhsal sağlığa katkısı olduğu sonucuna ulaşmış (137). Avrupa'da Demangeve ark. tarafından yapılan çalışmada daha fazla sosyal destek alan hastalar daha iyi psikolojik duruma sahipmiş (161). Liu ve ark. sosyal destek ile anksiyete ve depresyon arasında negatif korelasyon saptamış (134). Konuyla ilgili Neugebauer ve ark. tarafından yapılan bir başka çalışmada sosyal desteği fazla olan hastalarda daha az depresif semptom gözlenmiş (162). Sosyodemografik özellikleri benzer olan RA tanılı hastalar ve sağlıklı kontrol grubunda Khan ve ark.'ları tarafından yapılan çalışmaya göre anksiyete ve depresyon oranları ile ÇBASDÖ aile, arkadaş, özel insan alt boyut puanları hastalarda kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük saptanmış. Aynı çalışmada ölçeğin aile alt boyut puanı ile depresyon arasında negatif korelasyon olduğu tespit edilmiş (163). Bizim çalışmamızda anksiyete skoru ile ölçeğin aile alt boyut puanı ile toplam puanı arasında negatif

yönde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Depresyon skoru ile ölçeğin tüm alt boyut puanları ve toplam puanı arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Ruhsal bozukluğu olan RA hastaları, ruhsal bozukluğu olmayan RA hastaları ve sağlıklı kontrol grubu olmak üzere toplam 3 gruba yapılan bir çalışmada; WHOQOL-Bref yaşam kalitesi puanı tüm alanlarda ruhsal bozukluğu olmayan grupta kontrol grubuna göre; ruhsal bozukluğu olan grupta ise iki gruba göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuş (164). Kolombiyalı hastalarda Rogers ve ark.'larının yaptığı çalışmada toplam anksiyete ve depresyon skoru yaşam kalitesi ile negatif korelasyon göstermiş ve yaşam kalitesi ile ilişki en bağımsız faktör olarak depresyon skoru tespit edilmiş (146). Talibova romatoid artritli hastalarda BDE skoru ile SF-36'nın alt parametreleri arasındaki ilişkiyi araştırdığında BDE skoru ile fiziksel rol kısıtlılıkları ve genel sağlık değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ters ilişki saptamış (165). Pollar ve ark. RA tanılı hastalarda psikolojik faktörlerin yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilediğini saptamış (166). Hintli hastalarda yapılan çalışmada anksiyetesi olan hastaların depresyona girme olasılığı daha yüksek bulunmuş. Anksiyete puanı WHOQOL-Bref'in 4 alanı ile negatif yönde anlamlı bir korelasyona sahipmiş ve ruhsal alt boyut anksiyete puanı ile güçlü derecede negatif bir korelasyon göstermiş. Benzer şekilde depresyon puanı yine tüm alanlarla negatif yönde anlamlı bir korelasyona sahipmiş ve ruhsal ve çevre alt boyutları ile depresyon puanı arasında güçlü derecede negatif bir korelasyon göstermiş (130). Wang, ve ark.'nın genel popülasyonda yaptığı bir çalışmada katılımcılar depresyonu olan ve olmayanlar olarak iki gruba ayrılmış ve depresyonu olan grupta yaşam kalitesinin hem zihinsel hem fiziksel bileşeninden alınan puanın depresyonu olmayan gruba göre anlamlı olarak daha düşük olduğu tespit edilmiş (173). Ülkemizde Akkaya ve ark.'nın yaptığı çalışmada ise RA hastalarının ruh halinin etkilenme durumu ile yaşam kalitesinin etkilenmediği sonucuna ulaşılmış (136). Bizim çalışmamızda literatür ile uyumlu olarak hem anksiyete hem de depresyonun yaşam kalitesi ölçeğinin tüm alt boyutları, genel yaşam kalitesi ve genel sağlık algısı ile arasında negatif yönde güçlü derecede anlamlı bir korelasyon tespit edilmiştir.

Kolombiyalı hastalarda Rogers ve ark.'larının yaptığı çalışmada sosyal desteğin diğer faktörlerden daha etkili olarak yaşam kalitesini iyileştirdiği bulunmuş (146). Kojima ve ark. algılanan sosyal destek ile hastaların sosyal fonksiyonlarının,

genel ve mental sağlıklarının etkilendiğini belirlemiş ve algılanan sosyal destekten memnuniyet ile fiziksel yaşam kalitesi arasında negatif korelasyon olduğu saptanmış (133). Ülkemizde Baloğu ve ark.'nın yaptığı çalışmada algılanan sosyal destek ile SF-36'nın sosyal fonksiyon ve genel sağlık parametreleriyle ilişkili olduğu ortaya konmuş (167). Romatoid artritli kadınlarda Minnock ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada sosyal desteğin yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilediği, özellikle aile desteğinin önemli olduğu tespit edilmiş (168). Akkaya ve ark. sosyal destek puanı ile yaşam kalitesi arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulmuş (136). Nijeryalı hastalarda Akintayo ve ark.'nın yaptığı çalışmada sosyal destek ile SF-36 zihinsel bileşen arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuş (139). Konu ile ilgili Ramjeet'in yaptığı bir başka çalışmada yüksek derecede sosyal destek verilmesinin yaşam kalitesini arttırdığı sonucuna ulaşılmış (169). Yunanistanlı RA'lı hastalarda Pitsilka ve ark.'nın yaptığı çalışmada sosyal desteğin kalitesi ile yaşam kalitesinin pozitif ilişkili olduğu bulunmuş (149). Doeglas ve ark.'nın yaptığı çalışmada RA hastalarında algılanan sosyal desteğin hastalığın erken döneminde yaşam kalitesine olumlu etkisi olduğunu, hastalığın ilerleyen dönemlerinde etkisiz olduğu sonucuna ulaşmış (170). McCarron gelişmiş sosyal destek sonucunda RA hastalarının yaşam kalitesinin arttığını göstermiş (171). Wan ve ark.'nın yaptığı çalışmada sosyal destek ile yaşam kalitesi, ağrı ve fonksiyonel yetersizlik arasında anlamlı korelasyonlar bulunmuş (172). Wang. ve ark.'nın genel popölasyonda yaptığı bir çalışmada sosyal destek puanının yaşam kalitesinin zihinsel bileşen ile ilişki bulunurken fiziksel bileşen ile ilişkili bulunmamış (173). Kojima ve ark. RA hastalarında sosyal desteğin iki alt ölçėđi ile zihinsel yaşam kalitesi pozitif korelasyon göstermiş (133). Bizim alışmamızda genel yaşam kalitesi sorusu ile ÇBASDÖ tüm alt boyut puanları ve toplam puanı arasında pozitif yönde anlamlı bir korelasyon tespit edilmiştir. Buna göre algılanan sosyal destek arttığı astaların genel yaşam kalitelerini iyi bulma oranı artmaktadır. Ölçeğin sosyal baskı sorusu ile özel insan alt boyutu arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Hastaların özel insan boyutunda algıladıkları sosyal destek arttığı astaların hissettikleri sosyal baskı azalmaktadır. Ayrıca ruhsal, sosyal ve çevre alt boyutları da özel insan alt boyutu ile anlamlı derecede ilişkili bulunmuştur. Hastaların arkadaş alt boyutunda algıladıkları sosyal destek arttığı astaların sosyal ve çevre alt boyutlarında iyileşme gözlenmiştir. Aile alt boyutunda

alınan puanlar ile bedensel, ruhsal ve çevre alt boyutlarından alınan puanlar arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir.

Sonuç olarak otoimmün bir hastalık olan RA eklem ve çevresindeki dokularda erozyon ve deformitelere yol açan ve en sık görülen inflamatuvar artrittir. Hem eklem tutulumları hem de sistemik tutulumları nedeniyle ciddi bir morbidite ve mortalite nedeni olmakla birlikte hastaların yaşamını fiziksel, ruhsal ve sosyal yönlerden de etkilemektedir. RA hastalığının kronik, ilerleyici ve geri dönüşümsüz deformitelere, sakatlıklara ve iş gücü kaybına neden olması ile hastaların günlük hayatlarında çeşitli zorluklar gelişmekte ve hastaların ekonomik ve sosyal hayatları etkilenmektedir. Bu sebeple RA hastalarında anksiyete ve depresyon gelişebilmektedir (176). Ayrıca yapılan bir çalışmada RA'lı hastalarda anksiyete düzeyinin ve depresyon şüphesinin pandemi öncesine göre arttığını göstermiştir (177).

Kronik hastalığı olan hastaların hastalığın getirdiği zorluklarla baş edebilmesi ve beraberinde psikolojik problemler ile başa çıkabilmesi için sosyal destek, özellikle aileden alınan sosyal destek çok önemlidir (175). RA hastalarında yapılan bir çalışmada hastaların algıladıkları duygusal destek ile tedavi sürecinde yaşadıkları sorunlar ile negatif ilişkili olduğu görülmüştür. Hastalara sağlanan duygusal destek, hastaların sağlık tavsiyelerine uyması için onları motive edici olabilir (174). RA hastalarında hasta eğitimi ile beraber bakım veren kişinin de eğitilmesi, tedavi sürecine, hastanın algıladığı sosyal desteğe ve ruhsal durumuna önemli ölçüde katkı sağlayacaktır. Böylece hastanın yaşam kalitesi de pozitif yönde etkilenecektir.

RA'in bedensel, ruhsal ve sosyal etkilerinden dolayı hastaların takibinin sadece bedensel yönden değil ruhsal ve sosyal parametreleri de hesaba katmak önemlidir. Yaptığımız bu çalışma ile RA hastalarında anksiyete ve depresyon durumunun algılanan sosyal desteği negatif yönde etkilediğini tespit ettik. RA hastalarında yaşam kalitesinin anksiyete ve depresyon durumu ile negatif yönde, algılanan sosyal destek ile pozitif yönde ilişkili olduğu sonucuna ulaştık.

6. SONUÇLAR

Bu araştırma ulaştığımız sonuçlar aşağıda maddeler halinde verilmiştir.

1. Günlük hayatında başkasının yardımı olmadan kendine yetebilme durumunun erkeklerde kadınlara göre daha iyi olduğu sonucuna ulaşılmıştır.
2. Kırmızı et ve şalgamı tüketme durumunun erkeklerde daha fazla, sebze ve yoğurt tüketme durumunun ise kadınlarda daha fazla olduğu tespit edilmiştir.
3. Fastfood, trans yağ, tatlı ve asitli/alkollü içecek tüketme durumunun erkeklerde daha fazla, meyve tüketme durumunun kadınlarda daha fazla olduğu tespit edilmiştir.
4. HADÖ anksiyete skoru kadınlarda erkeklere göre daha yüksek saptanmıştır.
5. YKÖ alt boyutlarından ruhsal alt boyut puanı erkeklerde kadınlara göre daha yüksek saptanmıştır.
6. Yaşadığı zorluklarla ilgili yakınlarının desteğini yeterli bulma durumu evli olanlarda evli olmayanlara göre daha iyi olarak belirlenmiştir.
7. Kırmızı et ve tereyağı tüketme durumunun evli olanlarda evli olmayanlara göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir.
8. ÇBASDÖ toplam puanı ve ölçeğin alt boyutlarından aile ve özel insan alt boyut puanlarının evli olanlarda evli olmayanlara göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.
9. HADÖ anksiyete ve depresyon skorlarının evli olmayanlarda evli olanlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.
10. YKÖ alt boyutlarından bedensel, ruhsal, sosyal ve çevre alt boyutları ile 1. soru (genel yaşam kalitesi) puanlarının evli olanlarda evli olmayanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. 27. soru (sosyal baskı) puanının ise evli olmayanlarda evli olanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.
11. Kırmızı et tüketme durumunun en fazla eşiyile yaşayanlarda, sırası ile eşi ve çocuklarıyla yaşayanlarda, çocuklarıyla yaşayanlarda, en az da yalnız yaşayanlarda olduğu tespit edilmiştir.

12. Paketli gıda tüketme durumunun en fazla yalnız yaşayanlarda, sırası ile eşi ve çocuklarıyla yaşayanlarda, eşiyle yaşayanlarda, en az da çocuklarıyla yaşayanlarda olduğu tespit edilmiştir.
13. ÇBASDÖ toplam puanı ve ölçeğin alt boyutlarından aile ve özel insan alt boyut puanlarının en yüksek eşiyle yaşayanlarda, sırası ile eşi ve çocuklarıyla yaşayanlarda, çocuklarıyla yaşayanlarda, en düşük de yalnız yaşayanlarda olduğu sonucuna ulaşılmıştır.
14. HADÖ depresyon skorunun en yüksek çocuklarıyla yaşayanlarda, sırası ile yalnız yaşayanlarda, eşi ve çocuklarıyla yaşayanlarda, en düşük de eşiyle yaşayanlarda olduğu saptanmıştır.
15. YKÖ 1. soru (genel yaşam kalitesi) puanının en yüksek eşiyle yaşayanlarda, sırası ile eşi ve çocuklarıyla yaşayanlarda, yalnız yaşayanlarda, en düşük de çocuklarıyla yaşayanlarda olduğu tespit edilmiştir. Ölçeğin alt boyutlarından sosyal alt boyut puanlarının en yüksek eşi ve çocuklarıyla yaşayanlarda, sırası ile yalnız yaşayanlarda, eşiyle yaşayanlarda, en düşük de çocuklarıyla yaşayanlarda olduğu tespit edilmiştir.
16. Hastalığın getirdiği kısıtlamalarla başa çıkabilme durumunun yüksek eğitim seviyesinde olanlarda düşük eğitim seviyesinde olanlara göre daha iyi olduğu saptanmıştır. Başkasının yardımı olmadan kendine yetebilme ve yaşadığı zorluklarla ilgili yakınlarının desteğini yeterli bulma durumlarının düşük eğitim seviyesine sahip olanlarda orta ve yüksek eğitim seviyesine sahip olanlara göre daha kötü olduğu saptanmıştır.
17. Kırmızı et tüketme durumunun yüksek eğitim seviyesinde olanlarda düşük eğitim seviyesinde olanlara göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Balık tüketme durumunun yüksek eğitim seviyesinde olanlarda orta ve düşük eğitim seviyesinde olanlara göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Yoğurt tüketme durumunun düşük eğitim seviyesinde olanlarda orta ve yüksek eğitim seviyesinde olanlara göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Turşu tüketme durumunun yüksek eğitim seviyesinde olanlarda orta ve düşük eğitim seviyesinde olanlara göre daha az olduğu tespit edilmiştir.

18. Paketli gıda, fastfood, tatlı ve asitli/alkollü içecek tüketme durumunun yüksek eğitim seviyesinde olanlarda düşük ve orta eğitim seviyesinde olanlara göre daha fazla olduğu saptanmıştır. Trans yağ, tatlandırıcı içeren içecek ve şeker ve şekerli içecek tüketme durumunun yüksek eğitim seviyesinde olanlarda düşük eğitim seviyesinde olanlara göre daha fazla olduğu saptanmıştır. İşlenmiş yağ tüketme durumunun ise yüksek eğitim seviyesinde olanlarda düşük eğitim seviyesinde olanlara göre daha az olduğu saptanmıştır.
19. YKÖ 2. sorusu (genel sağlık algısı) ile ruhsal, sosyal ve çevre alt boyut puanlarının yüksek eğitim seviyesinde olanlarda düşük ve orta eğitim seviyesinde olanlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bedensel alt boyut puanının yüksek eğitim seviyesinde olanlarda düşük eğitim seviyesinde olanlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.
20. Günlük hayatında başkasının yardımı olmadan kendine yetebilme durumunun çalışanlarda çalışmayanlara göre daha iyi olduğu sonucuna ulaşılmıştır.
21. Şalgam tüketme durumunun çalışmayanlarda emeklilere ve çalışanlara göre daha az olduğu saptanmıştır.
22. Paketli gıda, fastfood ve tatlı tüketme durumlarının çalışanlarda emeklilere ve çalışmayanlara göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Meyve tüketme durumunun çalışanlarda emeklilere ve çalışmayanlara göre daha az olduğu tespit edilmiştir. Tatlandırıcı içeren içecek ve asitli/alkollü içecek tüketme durumunun çalışanlarda çalışmayanlara göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir.
23. YKÖ alt boyutlarından sosyal alt boyut puanının çalışanlarda emeklilere göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.
24. Günlük hayatında başkasının yardımı olmadan kendine yetebilme ve yaşadığı zorluklarla ilgili yakınlarının desteğini yeterli bulma durumlarının en iyi gelir durumu yüksek olanlarda, en kötü de gelir durumu düşük olanlarda olduğu saptanmıştır.
25. Kırmızı et tüketme durumunun gelir durumu yüksek olanlarda en fazla, en az da düşük gelir durumunda olanlarda olduğu tespit edilmiştir. Balık

tüketme durumunun gelir durumu orta olanlarda en fazla, en az da düşük gelir durumunda olanlarda olduğu tespit edilmiştir.

26. Paketli gıda, fastfood, tatlı ve asitli/alkollü içecek tüketme durumunun gelir durumu yüksek olanlarda en fazla, düşük gelir durumunda olanlarda da en az olduğu tespit edilmiştir. Ekmek tüketme durumunun gelir durumu düşük olanlarda en fazla, orta gelir durumunda olanlarda en az olduğu tespit edilmiştir.
27. YKÖ 2. sorusu (genel sağlık algısı) ve çevre alt boyut puanlarının gelir durumu yüksek olanlarda en yüksek, düşük gelir durumunda olanlarda da en düşük olduğu saptanmıştır. 27. soru (sosyal baskı) puanının gelir durumu orta olanlarda en yüksek, yüksek gelir durumu olanlarda da en düşük olduğu saptanmıştır.
28. İlaç tedavisini yeterli bulma, hastalığın getirdiği kısıtlamalarla başa çıkabilme, günlük hayatında başkasının yardımı olmadan kendine yetebilme ve yaşadığı zorluklarla ilgili yakınlarının desteğini yeterli bulma durumları eğitim ve gelir durumları yükseldikçe iyileşmektedir. Başkasının yardımı olmadan kendine yetebilme durumu yaş arttıkça kötüleşmektedir.
29. Yaşı ileri olan hastalarda normal doğum şekli ve sadece anne sütü ile beslenme daha fazla görüldü.
30. Eğitim durumu ileri olan hastalarda sezaryen doğum şekli ve anne sütüne ek mama ile beslenme şekli daha fazla görüldü.
31. Anne sütü alma süresini yeterli bulma durumu yaş arttıkça iyileşmektedir.
32. Çocukluk döneminde antibiyotik kullanma sıklığı yaş arttıkça azalmakta, eğitim ve gelir durumu yükseldikçe artmaktadır.
33. Yumurta ve tereyağı tüketme durumu yaş arttıkça artmaktadır. Eğitim durumu yükseldikçe kırmızı et ve balık tüketme durumu artarken, yoğurt ve turşu tüketme durumu azalmaktadır. Gelir durumu yükseldikçe kırmızı et, balık, çerez ve şalgam tüketme durumu artarken, yoğurt tüketme durumu azalmaktadır.

34. Meyve ve tatlandırıcı tüketme durumu yaş arttıkça artarken fastfood, trans yağ ve tatlı tüketme durumu yaş arttıkça azalmaktadır. Eğitim durumu yükseldikçe paketli gıda, fastfood, trans yağ, tatlı, tatlandırıcı içeren içecek, şeker ve şekerli içecek ile asitli/alkollü içecek tüketme durumu artarken ekmek, meyve, işlenmiş yağların tüketme durumu azalmaktadır. Gelir durumu yükseldikçe paketli gıda, fastfood, trans yağ, tatlı, tatlandırıcı içeren içecek ile asitli/alkollü içecek tüketme durumu artarken ekmek tüketme durumu azalmaktadır.
35. Yaş arttıkça ÇBASDÖ arkadaş alt boyut puanı ve YKÖ sosyal alt boyut puanı azalmaktadır.
36. Eğitim durumu yükseldikçe YKÖ 2. soru (genel sağlık algısı) ile bedensel, ruhsal ve sosyal alt boyut puanları artmaktadır.
37. Gelir durumu yükseldikçe YKÖ 2. soru (genel sağlık algısı) ile çevre alt boyut puanları artmaktadır.
38. DAS28 skoru arttıkça ÇBASDÖ özel insan alt boyut puanı ile HADÖ depresyon skoru artmakta; YKÖ 1. soru (genel yaşam kalitesi), 2. soru (genel sağlık algısı) ile bedensel, ruhsal ve sosyal alt boyut puanları azalmaktadır.
39. ÇBASDÖ alt boyutlarından aile alt boyut puanı arttıkça YKÖ 1. soru (genel yaşam kalitesi) ile bedensel, ruhsal ve çevre alt boyut puanları artmaktadır. Arkadaş alt boyut puanı arttıkça 1. soru (genel yaşam kalitesi) ile sosyal ve çevre alt boyut puanları artmaktadır. Özel insan alt boyut puanı arttıkça 1. soru (genel yaşam kalitesi) ile ruhsal, sosyal ve çevre alt boyut puanları artmakta 27. soru (sosyal baskı) puanı azalmaktadır. Toplam puan arttıkça 1. soru (genel yaşam kalitesi) ile bedensel, ruhsal, sosyal ve çevre alt boyut puanları artmakta 27. soru (sosyal baskı) puanı azalmaktadır.
40. HADÖ anksiyete ve depresyon skorları arttıkça 1. soru (genel yaşam kalitesi) ve 2. soru (genel sağlık algısı) ile bedensel, ruhsal, sosyal ve çevre alt boyut puanları azalmakta 27. soru (sosyal baskı) puanı artmaktadır.

7. KAYNAKLAR

1. **Vitturi BK, Nascimento BAC, Alves BR, de Campos FSC, Torigoe DY.** Cognitive impairment in patients with rheumatoid arthritis. *J Clin Neurosci.* **2019;** 69:81-7.
2. **Silman AJ, Pearson JE.** Epidemiology and genetics of rheumatoid arthritis. *Arthritis Res.* **2002;** 4(3):265-272.
3. **McInnes IB, Schett G.** The pathogenesis of rheumatoid arthritis. *N Engl J Med.* **2011;** 365(23):2205-19.
4. **Myasoedova E, Crowson CS, Kremers HM, Therneau TM, Gabriel SE.** Is the incidence of rheumatoid arthritis rising?: results from Olmsted County, Minnesota, 1955-2007. *Arthritis Rheum.* **2010;** 62(6):1576-82.
5. **Spector TD.** Rheumatoid arthritis. *Rheum Dis Clin North Am.* **1990;** 16(3):513-37.
6. Romatoid Artrit Etiyoloji ve Patogenezi | Article | Türkiye Klinikleri [İnternet]. [Erişim tarihi: 29 Kasım 2022]. Erişim adresi: <https://www.turkiyeklinikleri.com/article/en-romatoid-artrit-etiyoloji-ve-patogenezi-45965.html>
7. **Girard JP, Springer TA.** High endothelial venules (HEVs): specialized endothelium for lymphocyte migration. *Immunol* **1995;** 16(9):449-57.
8. **Nikolaus S, Bode C, Taal E, van de Laar MAFJ.** Fatigue and factors related to fatigue in rheumatoid arthritis: a systematic review. *Arthritis Care Res (Hoboken).* **2013;** 65(7):1128-46.
9. **Saag KG, Teng GG, Patkar NM, Anuntiyo J, Finney C, Curtis JR, vd.** American College of Rheumatology 2008 recommendations for the use of nonbiologic and biologic disease-modifying antirheumatic drugs in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* **2008;** 59(6):762-84.
10. **Slama IB, Allali F, Lakhdar T, El Kabbaj S, Medrare L, Ngeuleu A, vd.** Reliability and validity of CDAI and SDAI indices in comparison to DAS-28 index in Moroccan patients with rheumatoid arthritis. *BMC Musculoskelet Disord.* **2015;** 16:268.
11. **Söderlin MK, Hakala M, Nieminen P.** Anxiety and depression in a community-based rheumatoid arthritis population. *Scand J Rheumatol.* **2000;** 29(3):177-83.

12. **Fallatah F, Edge DS.** Social support needs of families: the context of rheumatoid arthritis. *Appl Nurs Res.* **2015;** 28(2):180-5.
13. **Scott DL, Smith C, Kingsley G.** What are the consequences of early rheumatoid arthritis for the individual? *Best Pract Res Clin Rheumatol.* **2005;** 19(1):117-36.
14. **Feldmann M, Brennan FM, Maini RN.** Rheumatoid arthritis. *Cell.* **1996;** 85(3):307-10.
15. **Semle EL.** Rheumatoid arthritis: new approaches for its evaluation and management. *Arch Phys Med Rehabil.* **1995;** 76(2):190-201.
16. **Landré-Beauvais AJ.** The first description of rheumatoid arthritis. Unabridged text of the doctoral dissertation presented in 1800. *Joint Bone Spine.* **2001;** 68(2):130-43.
17. A treatise on rheumatism and rheumatoid arthritis / by Archibald E. Garrod. [Internet]. Wellcome Collection. [Erişim tarihi: 29 Kasım 2022]. Erişim adresi: <https://wellcomecollection.org/works/vwwbhbja>
18. **Scott DL, Wolfe F, Huizinga TWJ.** Rheumatoid arthritis. *Lancet.* **2010;** 376(9746):1094-108.
19. **Kalla AA, Tikly M.** Rheumatoid arthritis in the developing world. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* **2003;** 17(5):863-75.
20. **Minichiello E, Semerano L, Boissier MC.** Time trends in the incidence, prevalence, and severity of rheumatoid arthritis: A systematic literature review. *Joint Bone Spine.* **2016;** 83(6):625-30.
21. **Kaçar C, Gilgil E, Tuncer T, Bütün B, Urhan S, Arikan V, vd.** Prevalence of rheumatoid arthritis in Antalya, Turkey. *Clin Rheumatol.* **2005;** 24(3):212-4.
22. **Crowson CS, Matteson EL, Myasoedova E, Michet CJ, Ernste FC, Warrington KJ, vd.** The lifetime risk of adult-onset rheumatoid arthritis and other inflammatory autoimmune rheumatic diseases. *Arthritis Rheum.* **2011;** 63(3):633-9.
23. **Gregersen PK, Silver J, Winchester RJ.** The shared epitope hypothesis. An approach to understanding the molecular genetics of susceptibility to rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* **1987;** 30(11):1205-13.

24. **Frisell T, Holmqvist M, Källberg H, Klareskog L, Alfredsson L, Askling J.** Familial risks and heritability of rheumatoid arthritis: role of rheumatoid factor/anti-citrullinated protein antibody status, number and type of affected relatives, sex, and age. *Arthritis Rheum.* **2013**; 65(11):2773-82.
25. **Firestein GS.** Evolving concepts of rheumatoid arthritis. *Nature.* **2003**; 423(6937):356-61.
26. **Okada Y, Wu D, Trynka G, Raj T, Terao C, Ikari K, vd.** Genetics of rheumatoid arthritis contributes to biology and drug discovery. *Nature.* **2014**; 506(7488):376-81.
27. **Firestein GS, McInnes IB.** Immunopathogenesis of Rheumatoid Arthritis. *Immunity.* **2017**; 46(2):183-96.
28. **Gregersen PK, Silver J, Winchester RJ.** The shared epitope hypothesis. An approach to understanding the molecular genetics of susceptibility to rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* **1987**; 30(11):1205-13.
29. **Stanford SM, Bottini N.** PTPN22: the archetypal non-HLA autoimmunity gene. *Nat Rev Rheumatol.* **2014**; 10(10):602-11.
30. **Sugiyama D, Nishimura K, Tamaki K, Tsuji G, Nakazawa T, Morinobu A, vd.** Impact of smoking as a risk factor for developing rheumatoid arthritis: a meta-analysis of observational studies. *Ann Rheum Dis.* **2010**; 69(1):70-81.
31. **Klareskog L, Stolt P, Lundberg K, Källberg H, Bengtsson C, Grunewald J, vd.** A new model for an etiology of rheumatoid arthritis: smoking may trigger HLA-DR (shared epitope)-restricted immune reactions to autoantigens modified by citrullination. *Arthritis Rheum.* **2006**; 54(1):38-46.
32. **Li X, Sundquist J, Sundquist K.** Socioeconomic and occupational risk factors for rheumatoid arthritis: a nationwide study based on hospitalizations in Sweden. *J Rheumatol.* **2008**; 35(6):986-91.
33. **Wegner N, Wait R, Sroka A, Eick S, Nguyen KA, Lundberg K, vd.** Peptidylarginine deiminase from *Porphyromonas gingivalis* citrullinates human fibrinogen and α -enolase: Implications for autoimmunity in rheumatoid arthritis. *Arthritis and Rheumatism.* **2010**; 62(9):2662.
34. **Manfredo Vieira S, Hiltensperger M, Kumar V, Zegarra-Ruiz D, Dehner C, Khan N, vd.** Translocation of a gut pathobiont drives autoimmunity in mice and humans. *Science.* **2018**; 359(6380):1156-61.

35. **Romão VC, Fonseca JE.** Etiology and Risk Factors for Rheumatoid Arthritis: A State-of-the-Art Review. *Front Med (Lausanne)*. **2021**; 8:689698.
36. **Bouquillard E, Combe B.** Rheumatoid arthritis after Chikungunya fever: a prospective follow-up study of 21 cases. *Ann Rheum Dis*. **2009**; 68(9):1505-6.
37. **Ansar Ahmed S, Dauphinee MJ, Talal N.** Effects of short-term administration of sex hormones on normal and autoimmune mice. *J Immunol*. **1985**; 134(1):204-10.
38. Do breast-feeding and other reproductive factors influence future risk of rheumatoid arthritis? Results from the Nurses' Health Study. [Internet]. [Erişim tarihi: 11 Aralık 2022]. Erişim adresi: <https://reference.medscape.com/medline/abstract/15529351>
39. **Alamanos Y, Drosos AA.** Epidemiology of adult rheumatoid arthritis. *Autoimmun Rev*. **2005**; 4(3):130-6.
40. **Pattison DJ, Symmons DPM, Young A.** Does diet have a role in the aetiology of rheumatoid arthritis? *Proc Nutr Soc*. **2004**; 63(1):137-43.
41. **Brennan FM, McInnes IB.** Evidence that cytokines play a role in rheumatoid arthritis. *J Clin Invest*. **2008**; 118(11):3537-45.
42. **Müller-Ladner U, Kriegsmann J, Franklin BN, Matsumoto S, Geiler T, Gay RE, vd.** Synovial fibroblasts of patients with rheumatoid arthritis attach to and invade normal human cartilage when engrafted into SCID mice. *Am J Pathol*. **1996**; 149(5):1607-15.
43. **McCachren SS, Haynes BF, Niedel JE.** Localization of collagenase mRNA in rheumatoid arthritis synovium by in situ hybridization histochemistry. *J Clin Immunol*. **1990**; 10(1):19-27.
44. **Ruddy S, Harris ED, Sledge CB, Kelley WN.** Kelley's textbook of rheumatology. 6th ed. Philadelphia: W.B. Saunders Co.; **2001**:2.
45. **Kobayashi I, Ziff M.** Electron microscopic studies of the cartilage-pannus junction in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*. **1975**; 18(5):475-83.
46. **Turkcapar N, Demir O, Atli T, Kopuk M, Turgay M, Kinikli G, vd.** Late onset rheumatoid arthritis: clinical and laboratory comparisons with younger onset patients. *Arch Gerontol Geriatr*. **2006**; 42(2):225-31.

47. **Grassi W, De Angelis R, Lamanna G, Cervini C.** The clinical features of rheumatoid arthritis. *Eur J Radiol.* **1998**; 27(1):18-24.
48. **Lwin MN, Serhal L, Holroyd C, Edwards CJ.** Rheumatoid Arthritis: The Impact of Mental Health on Disease: A Narrative Review. *Rheumatol Ther.* **2020**; 7(3):457-71.
49. **Edworthy SM.** Morning stiffness: sharpening an old saw? *J Rheumatol.* **1999**; 26(5):1015-7.
50. **Hastings DE, Evans JA.** Rheumatoid wrist deformities and their relation to ulnar drift. *J Bone Joint Surg Am.* **1975**; 57(7):930-4.
51. **García-Patos V.** Rheumatoid nodule. *Semin Cutan Med Surg.* **2007**; 26(2):100-7.
52. **Lehtinen JT, Kaarela K, Ikävalko M, Kauppi MJ, Belt EA, Kuusela PP, vd.** Incidence of elbow involvement in rheumatoid arthritis. A 15 year endpoint study. *J Rheumatol.* **2001**; 28(1):70-4.
53. **Popelka S, Vavřík P, Pech J, Veigl D.** Deformities of the forefoot in patients with rheumatoid arthritis--results of surgical treatment. *Acta Chir Orthop Traumatol Cech.* **2003**; 70(6):336-42.
54. **Angelini A, Zanotti G, Berizzi A, Staffa G, Piccinini E, Ruggieri P.** Synovial cysts of the hip. *Acta Biomed.* **2017**; 88(4):483-90.
55. The hemorrhagic crescent sign of acute synovial rupture - PubMed [Internet]. [Erişim tarihi: 13 Aralık 2022]. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/970778/>
56. **Hardin J.** Pain and the cervical spine. *Bull Rheum Dis.* **2001**; 50(10):1-4.
57. **Nguyen HV, Ludwig SC, Silber J, Gelb DE, Anderson PA, Frank L, vd.** Rheumatoid arthritis of the cervical spine. *Spine J.* **2004**; 4(3):329-34.
58. **Turesson C, O'Fallon WM, Crowson CS, Gabriel SE, Matteson EL.** Extra-articular disease manifestations in rheumatoid arthritis: incidence trends and risk factors over 46 years. *Ann Rheum Dis.* **2003**; 62(8):722-7.
59. **Bibbo C, Anderson RB, Davis WH, Norton J.** The influence of rheumatoid chemotherapy, age, and presence of rheumatoid nodules on postoperative complications in rheumatoid foot and ankle surgery: analysis of 725 procedures in 104 patients [corrected]. *Foot Ankle Int.* **2003**; 24(1):40-4.

60. **Sayah A, English JC.** Rheumatoid arthritis: a review of the cutaneous manifestations. *J Am Acad Dermatol.* **2005;** 53(2):191-209.
61. **Zlatanović G, Veselinović D, Cekić S, Zivković M, Dorđević-Jocić J, Zlatanović M.** Ocular manifestation of rheumatoid arthritis-different forms and frequency. *Bosn J Basic Med Sci.* **2010;** 10(4):323-7.
62. **Moreland LW, Curtis JR.** Systemic nonarticular manifestations of rheumatoid arthritis: focus on inflammatory mechanisms. *Semin Arthritis Rheum.* **2009;** 39(2):132-43.
63. **Wu CC, Yu HC, Yen JH, Tsai WC, Liu HW.** Rare extra-articular manifestation of rheumatoid arthritis: scleromalacia perforans. *Kaohsiung J Med Sci.* **2005;** 21(5):233-5.
64. **Brito Y, Glassberg MK, Ascherman DP.** Rheumatoid Arthritis-Associated Interstitial Lung Disease: Current Concepts. *Curr Rheumatol Rep.* **2017;** 19(12):79.
65. **Gordon DA, Stein JL, Broder I.** The extra-articular features of rheumatoid arthritis. A systematic analysis of 127 cases. *Am J Med.* **1973;** 54(4):445-52.
66. **Turiel M, Sitia S, Atzeni F, Tomasoni L, Gianturco L, Giuffrida M, vd.** The heart in rheumatoid arthritis. *Autoimmun Rev.* **2010;** 9(6):414-8.
67. **Wisłowska M, Sypuła S, Kowalik I.** Echocardiographic findings, 24-hour electrocardiographic Holter monitoring in patients with rheumatoid arthritis according to Steinbrocker's criteria, functional index, value of Waaler-Rose titre and duration of disease. *Clin Rheumatol.* **1998;** 17(5):369-77.
68. **Sitia S, Atzeni F, Sarzi-Puttini P, Di Bello V, Tomasoni L, Delfino L, vd.** Cardiovascular involvement in systemic autoimmune diseases. *Autoimmun Rev.* **2009;** 8(4):281-6.
69. **Balint GP, Balint PV.** Felty's syndrome. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* **2004;** 18(5):631-45.
70. **Bath RK, Brar NK, Forouhar FA, Wu GY.** A review of methotrexate-associated hepatotoxicity. *J Dig Dis.* **2014;** 15(10):517-24.
71. **Ebert EC, Hagspiel KD.** Gastrointestinal and hepatic manifestations of rheumatoid arthritis. *Dig Dis Sci.* **2011;** 56(2):295-302.

72. **Mori S, Yoshitama T, Hirakata N, Ueki Y.** Prevalence of and factors associated with renal dysfunction in rheumatoid arthritis patients: a cross-sectional study in community hospitals. *Clin Rheumatol.* **2017**; 36(12):2673-82.
73. **Berglund K, Keller C, Thysell H.** Alkylating cytostatic treatment in renal amyloidosis secondary to rheumatic disease. *Ann Rheum Dis.* **1987**; 46(10):757-62.
74. **Makol A, Matteson EL, Warrington KJ.** Rheumatoid vasculitis: an update. *Curr Opin Rheumatol.* **2015**; 27(1):63-70.
75. **Rindfleisch JA, Muller D.** Diagnosis and management of rheumatoid arthritis. *Am Fam Physician.* **2005**; 72(6):1037-47.
76. **van der Linden MPM, van der Woude D, Ioan-Facsinay A, Levarht EWN, Stoeken-Rijsbergen G, Huizinga TWJ, vd.** Value of anti-modified citrullinated vimentin and third-generation anti-cyclic citrullinated peptide compared with second-generation anti-cyclic citrullinated peptide and rheumatoid factor in predicting disease outcome in undifferentiated arthritis and rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* **2009**; 60(8):2232-41.
77. **Newkirk MM.** Rheumatoid factors: what do they tell us? *J Rheumatol.* **2002**; 29(10):2034-40.
78. **Cammarata RJ, Rodnan GP, Fennell RH.** Serum anti-gamma-globulin and antinuclear factors in the aged. *JAMA.* **1967**; 199(7):455-8.
79. Harrison's Principles of Internal Medicine, 20e | AccessMedicine | McGraw Hill Medical [Internet]. [Erişim tarihi: 15 Aralık 2022]. Erişim adresi: <https://accessmedicine.mhmedical.com/book.aspx?bookID=2129>
80. **Salvador G, Gomez A, Vinas O, Ercilla G, Canete JD, Munoz-Gomez J, vd.** Prevalence and clinical significance of anti-cyclic citrullinated peptide and antikeratin antibodies in palindromic rheumatism. An abortive form of rheumatoid arthritis? *Rheumatology (Oxford).* **2003**; 42(8):972-5.
81. **Kourilovitch M, Galarza-Maldonado C, Ortiz-Prado E.** Diagnosis and classification of rheumatoid arthritis. *J Autoimmun.* **2014**; 48-49:26-30.
82. **Avouac J, Gossec L, Dougados M.** Diagnostic and predictive value of anti-cyclic citrullinated protein antibodies in rheumatoid arthritis: a systematic literature review. *Ann Rheum Dis.* **2006**; 65(7):845-51.

83. **Kültür T.** Romatoid Faktör ve Anti Siklik Sitrülin Peptid Antikor Testlerinin Romatoid Artrit Tanı ve Takibindeki Önemi. *Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, **2016**; 17(3):29-33.
84. **Drosos AA, Pelechas E, Voulgari PV.** Conventional radiography of the hands and wrists in rheumatoid arthritis. What a rheumatologist should know and how to interpret the radiological findings. *Rheumatol Int.* **2019**; 39(8):1331-41.
85. **van der Heijde DM, van Leeuwen MA, van Riel PL, Koster AM, van 't Hof MA, van Rijswijk MH, vd.** Biannual radiographic assessments of hands and feet in a three-year prospective followup of patients with early rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* **1992**; 35(1):26-34.
86. **Szkudlarek M, Narvestad E, Klarlund M, Court-Payen M, Thomsen HS, Østergaard M.** Ultrasonography of the metatarsophalangeal joints in rheumatoid arthritis: comparison with magnetic resonance imaging, conventional radiography, and clinical examination. *Arthritis Rheum.* **2004**; 50(7):2103-12.
87. **McQueen FM, Stewart N, Crabbe J, Robinson E, Yeoman S, Tan PL, vd.** Magnetic resonance imaging of the wrist in early rheumatoid arthritis reveals progression of erosions despite clinical improvement. *Ann Rheum Dis.* **1999**; 58(3):156-63.
88. **Banal F, Dougados M, Combescur C, Gossec L.** Sensitivity and specificity of the American College of Rheumatology 1987 criteria for the diagnosis of rheumatoid arthritis according to disease duration: a systematic literature review and meta-analysis. *Ann Rheum Dis.* **2009**; 68(7):1184-91.
89. **Morvan J, Berthelot JM, Devauchelle-Pensec V, Jousse-Joulin S, Le Henaff-Bourhis C, Hoang S, vd.** Changes over time in the diagnosis of rheumatoid arthritis in a 10-year cohort. *J Rheumatol.* **2009**; 36(11):2428-34.
90. **de Hair MJH, van de Sande MGH, Ramwadhoebe TH, Hansson M, Landewé R, van der Leij C, vd.** Features of the synovium of individuals at risk of developing rheumatoid arthritis: implications for understanding preclinical rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheumatol.* **2014**; 66(3):513-22.
91. **Arnett FC, Edworthy SM, Bloch DA, McShane DJ, Fries JF, Cooper NS, vd.** The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* **1988**; 31(3):315-24.
92. **Aletaha D, Neogi T, Silman AJ, Funovits J, Felson DT, Bingham CO, vd.** 2010 rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. *Ann Rheum Dis.* **2010**; 69(9):1580-8.

93. **Boonstra AM, Schiphorst Preuper HR, Reneman MF, Posthumus JB, Stewart RE.** Reliability and validity of the visual analogue scale for disability in patients with chronic musculoskeletal pain. *Int J Rehabil Res.* **2008**; 31(2):165-9.
94. Romatoid artrit tanılı Türk hastalarda hastalık aktivitesi ve hasarını gösteren RAID indeksinin geçerliliği | AVESİS [İnternet]. [Erişim tarihi: 16 Aralık 2022]. Erişim adresi: <https://avesis.marmara.edu.tr/yonetilen-tez/1b4c23a9-640b-4351-bd23-d9ddaf7a0987/romatoid-artrit-tanili-turk-hastalarda-hastalik-aktivitesi-ve-hasarini-gosteren-raid-indeksinin-gecerliliği>
95. **Salaffi F, Cimmino MA, Leardini G, Gasparini S, Grassi W.** Disease activity assessment of rheumatoid arthritis in daily practice: validity, internal consistency, reliability and congruency of the Disease Activity Score including 28 joints (DAS28) compared with the Clinical Disease Activity Index (CDAI). *Clin Exp Rheumatol.* **2009**; 27(4):552-9.
96. **Dissanayake K, Jayasinghe C, Wanigasekara P, Dissanayake J, Sominanda A.** Validity of clinical disease activity index (CDAI) to evaluate the disease activity of rheumatoid arthritis patients in Sri Lanka: A prospective follow up study based on newly diagnosed patients. *PLoS One.* **2022**; 17(11):0278285.
97. **Anderson JJ, Wells G, Verhoeven AC, Felson DT.** Factors predicting response to treatment in rheumatoid arthritis: the importance of disease duration. *Arthritis Rheum.* **2000**; 43(1):22-9.
98. Başlangıç konvansiyonel sentetik (biyolojik olmayan) DMARD tedavisine dirençli erişkinlerde romatoid artrit tedavisi - UpToDate [İnternet]. [Erişim tarihi: 16 Aralık 2022]. Erişim adresi: <https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-rheumatoid-arthritis-in-adults-resistant-to-initial-conventional-synthetic-nonbiologic-dmard-therapy>
99. **Ataman Ş, Borman P, Evcik D, Aydoğ E, Ayhan F, Yıldızlar D, vd.** Management of Rheumatoid Arthritis: Consensus Recommendations From the Turkish League Against Rheumatism. *Arch Rheumatol.* **2011**; 26(4):273-94.
100. **Küçükdeveci AA.** Nonpharmacological treatment in established rheumatoid arthritis. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* **2019**; 33(5):101482.
101. Treatment of rheumatoid arthritis in adults resistant to initial biologic DMARD therapy - UpToDate [İnternet]. [Erişim tarihi: 16 Aralık 2022]. Erişim adresi: <https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-rheumatoid-arthritis-in-adults-resistant-to-initial-biologic-dmard-therapy>
102. **Vane JR.** Inhibition of prostaglandin synthesis as a mechanism of action for aspirin-like drugs. *Nat New Biol.* **1971**; 231(25):232-5.

103. Jain R, Lipsky PE. Treatment of rheumatoid arthritis. *Med Clin North Am.* **1997**; 81(1):57-84.
104. Kirwan JR, Bijlsma JWJ, Boers M, Shea BJ. Effects of glucocorticoids on radiological progression in rheumatoid arthritis. *Cochrane Database Syst Rev.* **2007**; 1:6356.
105. Caramori G, Mumby S, Girbino G, Chung KF, Adcock IM. Corticosteroids. *Nijkamp and Parnham's Principles of Immunopharmacology.* **2019**; 661-88.
106. Nell VPK, Machold KP, Eberl G, Stamm TA, Uffmann M, Smolen JS. Benefit of very early referral and very early therapy with disease-modifying anti-rheumatic drugs in patients with early rheumatoid arthritis. *Rheumatology (Oxford).* **2004**; 43(7):906-14.
107. Fraenkel L, Bathon JM, England BR, St. Clair EW, Arayssi T, Carandang K, vd. 2021 American College of Rheumatology Guideline for the Treatment of Rheumatoid Arthritis. *Arthritis Care & Research.* **2021**; 73(7):924-39.
108. Demirel A, Kirnap M. Romatoid artrit tedavisinde geleneksel ve güncel yaklaşımlar. *Sağlık Bilimleri Dergisi* **2010**; 19(1):74-84.
109. Kremer JM, Alarcón GS, Lightfoot RW, Willkens RF, Furst DE, Williams HJ, vd. Methotrexate for rheumatoid arthritis. Suggested guidelines for monitoring liver toxicity. American College of Rheumatology. *Arthritis Rheum.* **1994**; 37(3):316-28.
110. Use of methotrexate in the treatment of rheumatoid arthritis - UpToDate [İnternet]. [Erişim tarihi: 17 Aralık 2022]. Erişim adresi: <https://www.uptodate.com/contents/use-of-methotrexate-in-the-treatment-of-rheumatoid-arthritis>
111. Efficacy and Safety of hydroxychloroquine sulphate in rheumatoid arthritis: a randomized, double-blind, placebo controlled clinical trial - an Indian experience: Current Medical Research and Opinion: Vol 23, No 9 [İnternet]. [Erişim tarihi: 17 Aralık 2022]. Erişim adresi: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1185/030079907X219634>
112. Sulfasalazine. A review of its pharmacological properties and therapeutic efficacy in the treatment of rheumatoid arthritis - PubMed [İnternet]. [Erişim tarihi: 17 Aralık 2022]. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7588084/>
113. Li EK, Tam LS, Tomlinson B. Leflunomide in the treatment of rheumatoid arthritis. *Clin Ther.* **2004**; 26(4):447-59.

114. **Breedveld FC, Dayer JM.** Leflunomide: mode of action in the treatment of rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis.* **2000**; 59(11):841-9.
115. **Sağ S, Nas K.** Romatolojide Biyolojik Ajanların Kullanımı. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2017**; 2(2):34-45.
116. **Vallerand IA, Patten SB, Barnabe C.** Depression and the risk of rheumatoid arthritis. *Curr Opin Rheumatol.* **2019**; 31(3):279-84.
117. **Karamustafaloğlu O, Yumrukçal H.** Depresyon ve anksiyete bozuklukları. **2011**; 45(2).
118. **el-Miedany YM, el-Rasheed AH.** Is anxiety a more common disorder than depression in rheumatoid arthritis? *Joint Bone Spine.* **2002**; 69(3):300-6.
119. **Allam A, Kostova Z, Nakamoto K, Schulz PJ.** The effect of social support features and gamification on a Web-based intervention for rheumatoid arthritis patients: randomized controlled trial. *J Med Internet Res.* **2015**; 17(1):14.
120. **Gunuc S, Dogan A.** The relationships between Turkish adolescents' Internet addiction, their perceived social support and family activities. *Computers in Human Behavior.* **2013**; 29(6):2197-207.
121. **Smyth JM, Zawadzki MJ, Santuzzi AM, Filipkowski KB.** Examining the effects of perceived social support on momentary mood and symptom reports in asthma and arthritis patients. *Psychol Health.* **2014**; 29(7):813-31.
122. Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Qual Life Res.* **1993**; 2(2):153-9.
123. **Danao LL, Padilla GV, Johnson DA.** An English and Spanish quality of life measure for rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* **2001**; 45(2):167-73.
124. **Reinseth L, Espnes GA.** Women with rheumatoid arthritis: non-vocational activities and quality of life. *Scand J Occup Ther.* **2007**; 14(2):108-15.
125. **Yaldiz H, Arkar H, Eker D.** Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **2001**; 12(1):17-25.

126. (PDF) Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. Reliability and Validity of the Turkish version of Hospital Anxiety and Depression Scale [İnternet]. [Erişim tarihi: 19 Aralık 2022]. Erişim adresi: https://www.researchgate.net/publication/301778685_Hastane_Anksiyete_ve_Depresyon_Olcegi_Turkce_Formunun_Gecerlilik_ve_Guvenilirlik_Calismasi_Reliability_and_Validity_of_the_Turkish_version_of_Hospital_Anxiety_and_Depression_Scale
127. **Topal K.** Yaşam Kalitesini Ölçmede Kullanılan Ölçekler The Scales Used to Measure the Quality of Life. [a.yer 19 Aralık 2022]; Erişim adresi: https://www.academia.edu/20917699/Ya%C5%9Fam_Kalitesini_%C3%96l%C3%A7mede_Kullan%C4%B1lan_%C3%96l%C3%A7ekler_The_Scales_Used_to_Measure_the_Quality_of_Life
128. **Fidaner H, Elbi H, Fidaner C, Eser E, Göker E.** Whoqol-100 and psychometric characteristics of WHOQOL-bref. 3p Psychiatry, Psychology, *Psychopharmacology Bulletin*, **1999**; 7:5-13.
129. **Uysal MA, Kadakal F, Karşıdağ Ç, Bayram NG, Uysal Ö, Yılmaz V, vd.** Fagerstrom test for nicotine dependence: Reliability in a Turkish sample and factor analysis#.
130. **Singh G, Mahajan N, Abrol S, Raina A.** Anxiety and depression are common in rheumatoid arthritis and correlate with poor quality of life in Indian patients. *Reumatologia*. **2021**; 59(6):386-93.
131. **Jones Amaowei EE, Anwar S, Kavanoor Sridhar K, Shabbir K, Mohammed EH, Bahar AR, vd.** Correlation of Depression and Anxiety With Rheumatoid Arthritis. *Cureus*. **2022**; 14(3):23137.
132. **McBeth J, Dixon WG, Moore SM, Hellman B, James B, Kyle SD, vd.** Sleep Disturbance and Quality of Life in Rheumatoid Arthritis: Prospective mHealth Study. *J Med Internet Res*. **2022**; 24(4):32825.
133. **Kojima M, Kojima T, Ishiguro N, Oguchi T, Oba M, Tsuchiya H, vd.** Psychosocial factors, disease status, and quality of life in patients with rheumatoid arthritis. *J Psychosom Res*. **2009**; 67(5):425-31.
134. **Liu L, Xu N, Wang L.** Moderating role of self-efficacy on the associations of social support with depressive and anxiety symptoms in Chinese patients with rheumatoid arthritis. *Neuropsychiatr Dis Treat*. **2017**; 13:2141-50.
135. **Matcham F, Scott IC, Rayner L, Hotopf M, Kingsley GH, Norton S, vd.** The impact of rheumatoid arthritis on quality-of-life assessed using the SF-36: a systematic review and meta-analysis. *Semin Arthritis Rheum*. **2014**; 44(2):123-30.

136. **Akkaya F.** Romatoid artrit hastalarında yalnızlık, sosyal destek ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin belirlenmesi. **2015.**
137. **Kool MB, Geenen R.** Loneliness in patients with rheumatic diseases: the significance of invalidation and lack of social support. *J Psychol.* **2012;** 146(1-2):229-41.
138. **El-Mansoury TM, Taal E, Abdel-Nasser AM, Riemsma RP, Mahfouz R, Mahmoud JA, vd.** Loneliness among women with rheumatoid arthritis: a cross-cultural study in the Netherlands and Egypt. *Clin Rheumatol.* **2008;** 27(9):1109-18.
139. **Akintayo RO, Odunlami GJ, Bamidele OF, Fabiyi EP, Akintayo FC, Bamidele OV, vd.** The impacts of state and trait anxiety as moderated by perceived social support among Nigerian patients with rheumatoid arthritis. *Reumatologia.* **2018;** 56(3):155-63.
140. **Marrie RA, Hitchon CA, Walld R, Patten SB, Bolton JM, Sareen J, vd.** Increased Burden of Psychiatric Disorders in Rheumatoid Arthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken).* **2018;** 70(7):970-8.
141. **Peterson S, Piercy J, Blackburn S, Sullivan E, Karyekar CS, Li N.** The multifaceted impact of anxiety and depression on patients with rheumatoid arthritis. *BMC Rheumatol.* **2019;** 3:43.
142. **Abdel-Nasser AM, Abd El-Azim S, Taal E, El-Badawy SA, Rasker JJ, Valkenburg HA.** Depression and depressive symptoms in rheumatoid arthritis patients: an analysis of their occurrence and determinants. *Br J Rheumatol.* **1998;** 37(4):391-7.
143. **Sungur Özgönen M, Özbek S.** Romatoid artritli hasta grubunda klinik ve laboratuvar tedavi yanıtı ile beck's depresyon, beck's anksiyete ve hastane anksiyete ve depresyon ölçeklerinin ilişkisinin değerlendirilmesi. **2019.**
144. **Ho RCM, Fu EHY, Chua ANC, Cheak AAC, Mak A.** Clinical and psychosocial factors associated with depression and anxiety in Singaporean patients with rheumatoid arthritis. *Int J Rheum Dis.* **2011;** 14(1):37-47.
145. **Matcham F, Rayner L, Steer S, Hotopf M.** The prevalence of depression in rheumatoid arthritis: a systematic review and meta-analysis. *Rheumatology (Oxford).* **2013;** 52(12):2136-48.
146. **Rogers HL, Brotherton HT, Olivera Plaza SL, Segura Durán MA, Peña Altamar ML.** Sintomas depressivos e de ansiedade e apoio social estão associados de modo independente à qualidade de vida específica da doença em pacientes colombianos com artrite reumatoide. *Revista Brasileira de Reumatologia.* **2015;** 55(5):406-13.

147. **Robert SA, Cherepanov D, Palta M, Dunham NC, Feeny D, Fryback DG.** Socioeconomic status and age variations in health-related quality of life: results from the national health measurement study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* **2009**; 64(3):378-89.

148. **Cruz-Castillo Y, Montero N, Salazar-Ponce R, Villacís-Tamayo R.** Quality of Life in Ecuadorian Patients With Rheumatoid Arthritis: A Cross-sectional Study. *Reumatol Clin (Engl Ed).* **2019**; 15(5):296-300.

149. **Pitsilka DA, Kafetsios K, Niakas D.** Social support and quality of life in patients with rheumatoid arthritis in Greece. *Clin Exp Rheumatol.* **2015**; 33(1):27-33.

150. **Jakobsson U, Hallberg IR.** Pain and quality of life among older people with rheumatoid arthritis and/or osteoarthritis: a literature review. *J Clin Nurs.* **2002**; 11(4):430-43.

151. **Bengtsson C, Nordmark B, Klareskog L, Lundberg I, Alfredsson L.** EIRA Study Group. Socioeconomic status and the risk of developing rheumatoid arthritis: results from the Swedish EIRA study. *Ann Rheum Dis.* **2005**; 64(11):1588-94.

152. **Dey M, Busby A, Elwell H, Lempp H, Pratt A, Young A, vd.** Association between social deprivation and disease activity in rheumatoid arthritis: a systematic literature review. *RMD Open.* **2022**; 8(1):002058.

153. **Hedenstierna L, Hedström AK, Klareskog L, Di Giuseppe D, Alfredsson L, Askling J, vd.** Neither low social support nor low decision latitude at work is associated with disease remission among patients with rheumatoid arthritis: results from the Swedish EIRA study. *Arthritis Res Ther.* **2022**; 24(1):203.

154. **Holla JFM, van Beers-Tas MH, van de Stadt LA, Landewé R, Twisk JWR, Dekker J, vd.** Depressive mood and low social support are not associated with arthritis development in patients with seropositive arthralgia, although they predict increased musculoskeletal symptoms. *RMD Open.* **2018**; 4(1):000653.

155. **Bakan G, Azak A, Özdemir Sipahioğlu Ü, Karasu U, Taşçı M.** The Effect of Fatigue and Social Support on Functional Capacity in Rheumatoid Arthritis.

156. **Matcham F, Ali S, Irving K, Hotopf M, Chalder T.** Are depression and anxiety associated with disease activity in rheumatoid arthritis? A prospective study. *BMC Musculoskelet Disord.* **2016**; 17:155.

157. Manning-Bennett AT, Hopkins AM, Sorich MJ, Proudman SM, Foster DJR, Abuhelwa AY, vd. The association of depression and anxiety with treatment outcomes in patients with rheumatoid arthritis - a pooled analysis of five randomised controlled trials. *Ther Adv Musculoskelet Dis.* **2022**; 14:1759.
158. Salaffi F, Carotti M, Gasparini S, Intorcchia M, Grassi W. The health-related quality of life in rheumatoid arthritis, ankylosing spondylitis, and psoriatic arthritis: a comparison with a selected sample of healthy people. *Health Qual Life Outcomes.* **2009**; 7:25.
159. Kuriya B, Joshi R, Movahedi M, Rampakakis E, Sampalis JS, Bombardier C, vd. High Disease Activity Is Associated with Self-reported Depression and Predicts Persistent Depression in Early Rheumatoid Arthritis: Results from the Ontario Best Practices Research Initiative. *J Rheumatol.* **2018**; 45(8):1101-8.
160. Strating MMH, Suurmeijer TPBM, van Schuur WH. Disability, social support, and distress in rheumatoid arthritis: results from a thirteen-year prospective study. *Arthritis Rheum.* **2006**; 55(5):736-44.
161. Demange V, Guillemin F, Baumann M, Suurmeijer TPBM, Moum T, Doeglas D, vd. Are there more than cross-sectional relationships of social support and support networks with functional limitations and psychological distress in early rheumatoid arthritis? the European Research on Incapacitating Diseases and Social Support Longitudinal Study. *Arthritis Rheum.* **2004**; 51(5):782-91.
162. Neugebauer A, Katz PP. Impact of social support on valued activity disability and depressive symptoms in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* **2004**; 51(4):586-92.
163. Khan A, Pooja V, Chaudhury S, Bhatt V, Saldanha D. Assessment of Depression, Anxiety, Stress, and quality of life in rheumatoid arthritis patients and comparison with healthy individuals. *Ind Psychiatry J.* **2021**; 30(1):195-200.
164. Romatoid artritli hastalarda ruhsal bozuklukların yaşam kalitesi üzerine etkisi [İnternet]. [Erişim tarihi: 05 Ocak 2023]. Erişim adresi: <https://www.acarindex.com/anadolu-psikiyatri-dergisi/romatoid-artritli-hastalarda-ruhsal-bozukluklariin-yasam-kalitesi-uzerine-etkisi-405928>
165. Talibova A. Romatoid artrit hastalarında ve birinci derece akrabalarında yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Assessment of life quality in patients with rheumatoid arthritis and their first-degree relatives. 2015 [Erişim tarihi: 05 Ocak 2023]; Erişim adresi: <http://dspace.trakya.edu.tr/xmlui/handle/trakya/1931>
166. Pollard L, Choy EH, Scott DL. The consequences of rheumatoid arthritis: quality of life measures in the individual patient. *Clin Exp Rheumatol.* **2005**; 23(5):43-52.

167. **Hekim Baloğlu HH.** Romatoid artrit hastalarında sağlık ile ilgili yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin belirlenmesi.
168. **Minnock P, Fitzgerald O, Bresnihan B.** Quality of life, social support, and knowledge of disease in women with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* **2003**; 49(2):221-7.
169. **Ramjeet J.** Finding the evidence for practice: an overview of research in social support and rheumatoid arthritis. *Clinical Effectiveness in Nursing.* **2003**; 7(1):43-7.
170. **Doeglas DM, Suurmeijer TPBM, van den Heuvel WJA, Krol B, van Rijswijk MH, van Leeuwen MA, vd.** Functional ability, social support, and depression in rheumatoid arthritis. *Qual Life Res.* **2004**; 13(6):1053-65.
171. **McCarron A.** An exploration of the perceived effects of a support group for individuals with rheumatoid arthritis. *J Am Assoc Nurse Pract.* **2015**; 27(3):160-6.
172. **Wan SW, He HG, Mak A, Lahiri M, Luo N, Cheung PP, vd.** Health-related quality of life and its predictors among patients with rheumatoid arthritis. *Appl Nurs Res.* **2016**; 30:176-83.
173. **Wang J, Zou R, Wu N, Fu H, He Y, Crawford P, vd.** Depressive symptoms, social support, and health-related quality of life: A community-based study in Shanghai, China. *Comprehensive Psychiatry.* **2022**; 113:152292.
174. **Taal E, Rasker JJ, Seydel ER, Wiegman O.** Health status, adherence with health recommendations, self-efficacy and social support in patients with rheumatoid arthritis. *Patient Educ Couns.* **1993**; 20(2-3):63-76.
175. **Güneş Z.** Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Aileden Algıladıkları Sosyal Destek ve Ümitsizlik Durumları. *Florence Nightingale Journal of Nursing.* **2014**; 17(1):24-31.
176. **Matcham F, Ali S, Hotopf M, Chalder T.** Psychological correlates of fatigue in rheumatoid arthritis: a systematic review. *Clin Psychol Rev.* **2015**; 39:16-29.
177. **Itaya T, Torii M, Hashimoto M, Tanigawa K, Urai Y, Kinoshita A, vd.** Prevalence of anxiety and depression in patients with rheumatoid arthritis before and during the COVID-19 pandemic. *Rheumatology (Oxford).* **2021**; 60(4):2023-4.

8. EKLER

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Kliniğimizde/Hastanemizde, Kenan Topal'ın sorumlu araştırmacısı olduğu “**Romatoid Artritli Hastaların Sosyal Destek Durumları ve Ruhsal Hastalık Risklerinin Yaşam Kaliteleri Üzerine Etkisinin İncelenmesi**” isimli bir çalışma yapılması planlanmaktadır.

Hekimin Açıklaması: Araştırmamıza katılmayı kabul ettiğinizde veri toplama formumuzda yer alan soruları cevaplamanız istenecektir. Çalışmamız sırasında kişisel bilgileriniz ifşa edilmeyecek, herhangi başka bir çalışmada kullanılmayacaktır. Çalışmamıza katılmayı kabul ettiğiniz takdirde bir ödeme almayacaksınız ve çalışmamıza katıldığınız için herhangi bir maddi sorumluluğunuz olmayacak. Veri toplama formumuza verdiğiniz yanıtlar gizli bir şekilde kayıt altına alınacaktır. Her bölümü ve soruyu dikkatli bir şekilde dinleyip sizin için en uygun olanı seçiniz lütfen.

Katılımcının/ Hastanın Beyanı: Bilgilendirilmiş onam formundaki açıklamaları okudum. Konusu ve amacı anlatılan bu araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının:

Adı, soyadı:

Telefon:

Tarih:

İmza:

Katılımcı ile görüşen araştırmacı:

Adı, soyadı: Dr. Özge Camcıoğlu

Telefon: 0 546 235 82 92

Tarih:

İmza:

EK 1. VERİ TOPLAMA ANKETİ



Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği

“Romatoid Artritli Hastaların Sosyal Destek Durumları ve Ruhsal Hastalık Risklerinin Yaşam Kaliteleri Üzerine Etkisinin İncelenmesi

Bu anketin amacı Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Romatoloji polikliniğine başvuran romatoid artritli hastaların sosyal destek durumlarının ve ruhsal hastalık risklerinin belirlenip yaşam kaliteleri üzerine etkisinin değerlendirilmesidir. Anket kapsamında elde edilecek verilerin romatoid artrit tanılı hastaların yaşam kalitesi düzeyinin artırılmasına katkıda bulunmasını ümit ediyoruz. Yanıtlarınız kapalı olarak işlenecek, elde edilecek veriler isimsiz olarak kullanılacaktır. Lütfen her bir maddeyi dikkatle dinleyip size en uygun seçeneği söyleyiniz. Katılımınız için teşekkür ederiz.

Anket No:

Tarih:

A. Sosyodemografik Veriler:

1. Cinsiyet: ☐Erkek ☐Kadın
2. Yaşınız: yıl
3. Medeni durumunuz nedir? ☐Evli ☐Bekar ☐Eşini kaybetmiş ☐Boşanmış
4. Kiminle yaşıyorsunuz? ☐Eşimle ☐Çocuklarımla ☐Eşim ve çocuklarımla ☐Yalnız yaşıyorum
5. Eğitim durumunuz nedir?☐Eğitim almadım ☐İlkokul☐Ortaokul☐Lise ☐Üniversite ve üzeri
6. Çalışma durumunuz nedir? ☐Çalışıyorum ☐Çalışmıyorum-gelirim yok ☐Emekliyim
7. Gelir durumunuz nedir? ☐<4250 TL ☐4250 – 6250 TL ☐>6250 TL
8. Sigara kullanıyor musunuz? ☐Hayır ☐Evet (Evet ise Fagerström Testi Sonucu:)
9. Alkol kullanıyor musunuz? ☐Hayır ☐Evet

B. Romatoid artrit hastalık öyküsü

1. Romatoloji polikliniğine gelme nedeniz nedir?
☐Kontrol (şikayetim yok) ☐İlaç yazdırma ☐Hastalık şikayetleriyle ☐Farklı şikayetlerle
2. Ne kadar zamandır romatoid artrit ile ilgili belirtileriniz var? yıl
3. Ne kadar zamandır romatoid artrit tanınız var? yıl
4. Ne kadar zamandır romatoid artrit için tedavi alıyorsunuz? yıl
5. Romatoid artrit için kaç tane ilaç kullanıyorsunuz? tane ilaç kullanıyorum.
6. Romatoid artrit için hangi grup ilaç tedavisini alıyorsunuz?
1. NSAİD 2.Steroidler 3.Konvensiyonel DMARD'lar (metotreksat, leflunomid, sülfasalazin, antimalaryal, minosiklin, siklosporin, azatiopürin) 4. Biyolojik DMARD'lar (TNF-alfa inhibitörleri, anakinra, rituksimab, abatacept, tocilizumab, tofacitinib)
7. Romatoid artrit haricinde bir kronik hastalığınız var mı? ☐Hayır ☐Evet (.....)



Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Şehir Hastanesi
Aile Hekimliği Kliniği

C. Romatoid artrit hastalığına uyum düzeyi

1. Hastalığınız ile ilgili ilaç tedavisi sizce ne kadar yeterli?
☐ Çok az yeterli ☐ Az yeterli ☐ Yeterli ☐ Oldukça yeterli ☐ Çok fazla yeterli
2. Hastalığınızın yaşamınıza getirdiği kısıtlamalarla başa çıkabilmeniz ne kadar yeterli?
☐ Çok az yeterli ☐ Az yeterli ☐ Yeterli ☐ Oldukça yeterli ☐ Çok fazla yeterli
3. Günlük hayatınızda başkasının yardımı olmadan kendinize ne kadar yetiyorsunuz?
☐ Çok az yeterli ☐ Az yeterli ☐ Yeterli ☐ Oldukça yeterli ☐ Çok fazla yeterli
4. Yakınlarınızın yaşadığınız zorluklarla ilgili desteği ne kadar yeterli?
☐ Çok az yeterli ☐ Az yeterli ☐ Yeterli ☐ Oldukça yeterli ☐ Çok fazla yeterli

D. Genel sağlık ve beslenme öyküsü

1. Doğum şekliniz nedir? ☐ Normal doğum ☐ Sezaryen
2. Yaşamınızın ilk aylarında beslenme şekliniz nasılmış?
☐ Sadece anne sütü ☐ Anne sütü ve mama ☐ Sadece mama
3. Anne sütü alma süreniz size göre ne kadar yeterli?
☐ Çok az yeterli ☐ Az yeterli ☐ Yeterli ☐ Oldukça yeterli ☐ Çok yeterli
4. Çocukluk döneminizde antibiyotik kullanma sıklığınız nasılmış?
☐ Çok sık ☐ Sık ☐ Orta sıklıkta ☐ Az sıklıkta ☐ Hiç

E. Önerilen besinlerle ilgili beslenme öyküsü

1. Kırmızı et tüketir misiniz?
☐ Hiç tüketmem ☐ Ayda bir kez tüketirim ☐ Haftada bir kez tüketirim
☐ Haftada birden fazla tüketirim ☐ Her gün tüketirim
2. Balık tüketir misiniz?
☐ Hiç tüketmem ☐ Ayda bir kez tüketirim ☐ Haftada bir kez tüketirim
☐ Haftada birden fazla tüketirim ☐ Her gün tüketirim
3. Yumurta tüketir misiniz?
☐ Hiç tüketmem ☐ Ayda bir kez tüketirim ☐ Haftada bir kez tüketirim
☐ Haftada birden fazla tüketirim ☐ Her gün tüketirim
4. Sebze (taze fasulye, patlıcan, kabak, ıspanak, brokoli, karnabahar) tüketir misiniz?
☐ Hiç tüketmem ☐ Ayda bir kez tüketirim ☐ Haftada bir kez tüketirim
☐ Haftada birden fazla tüketirim ☐ Her gün tüketirim



**Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Şehir Hastanesi
Aile Hekimliği Kliniği**

5. Bakliyat ürünleri (kuru fasulye, nohut, mercimek, barbunya) tüketir misiniz?

- ☐ Hiç tüketmem ☐ Ayda bir kez tüketirim ☐ Haftada bir kez tüketirim
☐ Haftada birden fazla tüketirim ☐ Her gün tüketirim

6. Çerez (badem, ceviz, ay çekirdeği, yer fıstığı) tüketir misiniz?

- ☐ Hiç tüketmem ☐ Ayda bir kez tüketirim ☐ Haftada bir kez tüketirim
☐ Haftada birden fazla tüketirim ☐ Her gün tüketirim

7. Peynir tüketir misiniz?

- ☐ Hiç tüketmem ☐ Ayda bir kez tüketirim ☐ Haftada bir kez tüketirim
☐ Haftada birden fazla tüketirim ☐ Her gün tüketirim

8. Tereyağı tüketir misiniz?

- ☐ Hiç tüketmem ☐ Ayda bir kez tüketirim ☐ Haftada bir kez tüketirim
☐ Haftada birden fazla tüketirim ☐ Her gün tüketirim

9. Yoğurt tüketir misiniz?

- ☐ Hiç tüketmem ☐ Ayda bir kez tüketirim ☐ Haftada bir kez tüketirim
☐ Haftada birden fazla tüketirim ☐ Her gün tüketirim

10. Şalgam tüketir misiniz?

- ☐ Hiç tüketmem ☐ Ayda bir kez tüketirim ☐ Haftada bir kez tüketirim
☐ Haftada birden fazla tüketirim ☐ Her gün tüketirim

11. Turşu tüketir misiniz?

- ☐ Hiç tüketmem ☐ Ayda bir kez tüketirim ☐ Haftada bir kez tüketirim
☐ Haftada birden fazla tüketirim ☐ Her gün tüketirim

F. Önerilmeyen besinlerle ilgili beslenme öyküsü

1. İşlenmiş paketlenmiş gıdaları (cips, çikolata, gofret, bisküvi vb.) tüketir misiniz?

- ☐ Hiç tüketmem ☐ Ayda bir kez tüketirim ☐ Haftada bir kez tüketirim
☐ Haftada birden fazla tüketirim ☐ Her gün tüketirim

2. Fast food (pizza, hamburger vb.) tüketir misiniz?

- ☐ Hiç tüketmem ☐ Ayda bir kez tüketirim ☐ Haftada bir kez tüketirim
☐ Haftada birden fazla tüketirim ☐ Her gün tüketirim

3. Somun tarzında ekmek (buğday, yulaf ve çavdarlı ekmekler) tüketir misiniz?

- ☐ Hiç tüketmem ☐ Ayda bir kez tüketirim ☐ Haftada bir kez tüketirim
☐ Haftada birden fazla tüketirim ☐ Her gün tüketirim



**Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Şehir Hastanesi
Aile Hekimliği Kliniği**

4. Patates tüketir misiniz?

- ☐Hiç tüketmem ☐Ayda bir kez tüketirim ☐Haftada bir kez tüketirim ☐Haftada
birden fazla tüketirim ☐Her gün tüketirim

5. Pirinç tüketir misiniz?

- ☐Hiç tüketmem ☐Ayda bir kez tüketirim ☐Haftada bir kez tüketirim ☐Haftada
birden fazla tüketirim ☐Her gün tüketirim

6. Meyve (elma, portakal, armut, çilek) tüketir misiniz?

- ☐Hiç tüketmem ☐Ayda bir kez tüketirim ☐Haftada bir kez tüketirim
☐Haftada birden fazla tüketirim ☐Her gün tüketirim

7. Trans yağlar (margarin ve margarinli gıdalar; poğaça, pasta vb.) tüketir misiniz?

- ☐Hiç tüketmem ☐Ayda bir kez tüketirim ☐Haftada bir kez tüketirim
☐Haftada birden fazla tüketirim ☐Her gün tüketirim

8. İşlem görmüş yağlar (pamuk, Ayçiçek, soya, kanola yağları vb) tüketir misiniz?

- ☐Hiç tüketmem ☐Ayda bir kez tüketirim ☐Haftada bir kez tüketirim
☐Haftada birden fazla tüketirim ☐Her gün tüketirim

9. Marketlerde satılan çiftlik tavuğunu tüketir misiniz?

- ☐Hiç tüketmem ☐Ayda bir kez tüketirim ☐Haftada bir kez tüketirim
☐Haftada birden fazla tüketirim ☐Her gün tüketirim

10. Baklava ve diğer tatlıları tüketir misiniz?

- ☐Hiç tüketmem ☐Ayda bir kez tüketirim ☐Haftada bir kez tüketirim
☐Haftada birden fazla tüketirim ☐Her gün tüketirim

11. Tatlandırıcı ilaçlar (sakarın) tüketir misiniz?

- ☐Hiç tüketmem ☐Ayda bir kez tüketirim ☐Haftada bir kez tüketirim
☐Haftada birden fazla tüketirim ☐Her gün tüketirim

12. Tatlandırıcı içeren içecekler (diyet kola) tüketir misiniz?

- ☐Hiç tüketmem ☐Ayda bir kez tüketirim ☐Haftada bir kez tüketirim
☐Haftada birden fazla tüketirim ☐Her gün tüketirim

13. Şeker ve şekerli içecekler tüketir misiniz?

- ☐Hiç tüketmem ☐Ayda bir kez tüketirim ☐Haftada bir kez tüketirim
☐Haftada birden fazla tüketirim ☐Her gün tüketirim

14. Asitli/alkollü içecek tüketir misiniz?

- ☐Hiç tüketmem ☐Ayda bir kez tüketirim ☐Haftada bir kez tüketirim
☐Haftada birden fazla tüketirim ☐Her gün tüketirim



Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Şehir Hastanesi
Aile Hekimliği Kliniği

G. Ölçekler

G1. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle hizasındaki kutulardan size uygun olanı seçerek işaretleyiniz. Sayılardan 1 kesinlikle hayır ve 7 kesinlikle evet 'i ifade etmektedir. Bu şekilde 12 cümlelerin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

	Kesinlikle hayır							Kesinlikle evet
	1	2	3	4	5	6	7	
1								İhtiyacım olduğunda yanımda özel bir insan var.
2								Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim özel bir insan var.
3								Ailem bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.
4								İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden alırım.
5								Beni gerçekten rahatlatan özel bir insan var.
6								Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.
7								İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.
8								Sorunlarımı ailemle konuşabilirim.
9								Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.
10								Yaşamımda duygularıma önem veren özel bir insan var.
11								Kararımı vermede ailem bana yardımcı olmaya isteklidir.
12								Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

G2. Hastalık Aktivite Skoru (DAS28 - Disease Activity Score)

1- Şu an kaç eklemınızde hassasiyet mevcut?

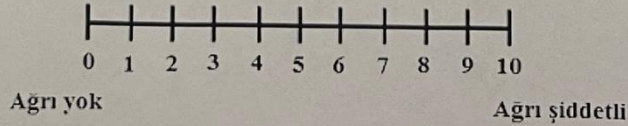
2- Şu an kaç eklemınızde şişlik mevcut?

3- Laboratuvar değerleri:

CRP: sedimentasyon (ESH):

4- Aşağıda verilen 0'dan (hiç ağrı yok) 10'a (hayatımdaki en şiddetli ağrı) kadar olan çizelgede şu anki ağrı durumunuzu işaretleyiniz.

Visüel Analog Skala (VAS)





Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Şehir Hastanesi
Aile Hekimliği Kliniği

G3. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği

1)Kendimi gergin “patlayacak gibi” hissediyorum.

☐Çoğu zaman ☐Birçok zaman ☐Zaman zaman, bazen ☐Hiçbir zaman

2)Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.

☐Aynı eskisi kadar ☐Pek eskisi kadar değil ☐Yalnızca biraz eskisi kadar ☐Neredeyse hiç eskisi kadar değil

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

☐Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli ☐Evet, ama çok da şiddetli değil

☐Biraz, ama beni endişelendiriyor ☐Hayır, hiç de öyle değil

4)Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

☐Her zaman olduğu kadar ☐Şimdi pek o kadar değil ☐Şimdi kesinlikle o kadar değil ☐Artık hiç değil

5)Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.

☐Çoğu zaman ☐Birçok zaman ☐Zaman zaman, ama çok sık değil ☐Yalnızca bazen

6)Kendimi neşeli hissediyorum.

☐Hiçbir zaman ☐Sık değil ☐Bazen ☐Çoğu zaman

7)Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi rahatlamış hissediyorum.

☐Kesinlikle ☐Genellikle ☐Sık değil ☐Hiçbir zaman

8)Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

☐Hemen hemen her zaman ☐Çok sık ☐Bazen ☐Hiçbir zaman

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

☐Hiçbir zaman ☐Bazen ☐Oldukça sık ☐Çok sık

10)Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

☐Kesinlikle ☐Gerektiği kadar özen göstermiyorum ☐Pek o kadar özen göstermeyebilirim

☐Her zamanki kadar özen gösteriyorum

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

☐Gerçekten de çok fazla ☐Oldukça fazla ☐Çok fazla değil ☐Hiç değil

12)Olacakları zevkle bekliyorum.

☐Her zaman olduğu kadar ☐Her zamankinden biraz daha az

☐Her zamankinden kesinlikle daha az ☐Hemen hemen hiç

13)Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

☐Gerçekten de çok sık ☐Oldukça sık ☐Çok sık değil ☐Hiçbir zaman

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

☐Sıklıkla ☐Bazen ☐Pek sık değil ☐Çok seyrek



Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Şehir Hastanesi
Aile Hekimliği Kliniği

G4. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği – Kısa formu (WHOQOL Bref)

1.Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?

☐ Çok kötü ☐ Biraz kötü ☐ Ne iyi, ne kötü ☐ Oldukça iyi ☐ Çok iyi

2.Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?

☐ Hiç hoşnut değil ☐ Çok az hoşnut ☐ Ne hoşnut, ne de değil ☐ Epeyce hoşnut ☐ Çok hoşnut

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
3.	Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne kadar engellediğini düşünüyorsunuz?					
4.	Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?					
5.	Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?					
6.	Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?					

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Son derecede
7.	Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?					
8.	Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?					
9.	Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?					

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
10.	Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?					
11.	Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?					
12.	İhtiyaçlarınızı karşılamaya yeterli paranız var mı?					
13.	Günlük yaşamınızda size gerekli bilgi ve haberlere ne ölçüde ulaşabiliyorsunuz?					
14.	Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?					

15. Bedensel hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?

☐ Çok kötü ☐ Biraz kötü ☐ Ne iyi, ne kötü ☐ Oldukça iyi ☐ Çok iyi



Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Şehir Hastanesi
Aile Hekimliği Kliniği

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
16.	Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?					
17.	Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?					
18.	İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?					
19.	Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?					
20.	Aile dışı ilişkilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?					
21.	Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?					
22.	Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?					
23.	Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?					
24.	Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?					
25.	Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?					

26. Ne sıklıkta hüznün, ümitsizlik, bunalım, çökkünlük gibi duygulara kapılırsınız?

☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Ara sıra ☐ Çoğunlukla ☐ Her zaman

27. Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrole ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?

☐ Hiç ☐ Çok az ☐ Orta derecede ☐ Çokça ☐ Aşırı derecede

G5. Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi

1. Günün ilk sigarasını sabah uyandıktan ne kadar sonra içersiniz?

☐ İlk 5 dakika içinde ☐ 6-30 dakika içinde ☐ 31-60 dakika içinde ☐ 1 saatten sonra

2. Sigara içmenin yasak olduğu yerlerde sigara içmemek sizi zorlar mı?

☐ Evet ☐ Hayır

3. Günün hangi sigarasından vazgeçmek sizin için daha zordur?

☐ Sabah ilk içilen sigara ☐ Diğer zamanlarda içilen sigaralar

4. Günde kaç adet sigara içiyorsunuz?

☐ 31 ve daha fazla ☐ 21-30 adet ☐ 11-20 adet ☐ 10 ve daha az.

5. Sabahları günün diğer zamanlarına göre daha fazla sigara içiyor musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır

6. Yatmanızı gerektirecek kadar hasta olduğunuz zamanlarda da sigara içer misiniz?

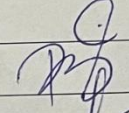
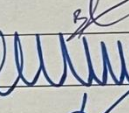
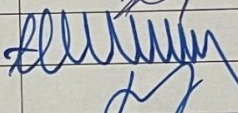
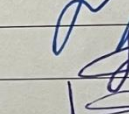
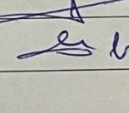
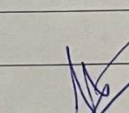
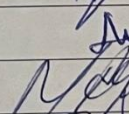
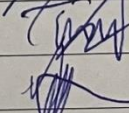
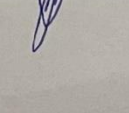
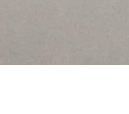
☐ Evet ☐ Hayır

EK 2. ETİK KURUL ONAY FORMU

T.C
ADANA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü
Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Toplantı Sayısı: 98
Tarih: 27.01.2022
Karar No:1754

Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde **Doç.Dr.Kenan TOPAL**'ın sorumlu araştırmacı ve danışman, Asist.Dr.Özge VAHAPOĞLU'nun yardımcı araştırmacı olarak yürütmesi öngörülen, "**Romatoid Artritli hastaların sosyal destek durumları ve ruhsal hastalık risklerinin yaşam kaliteleri üzerine etkisinin incelenmesi**" başlıklı Kesitsel Tez araştırma projesi, hastanemiz Klinik Araştırmalar Etik Kurulunda görüşüldü ve ilgili projenin etik açıdan bir sakınca içermediği tespit edildiğinden, projenin yapılmasının **UYGUN** olduğuna oybirliğiyle karar verildi. Çalışmanızın sonucu hakkında Etik Kurulumuzu bilgilendirmenizi rica ederiz.

BAŞKAN	Prof.Dr. Ganiye Begül KÜPELİ Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	
BAŞKAN YARDIMCISI	Prof.Dr. Banu KARA Gastroenteroloji	
DEĞERLENDİRİCİ ÜYE	Doç.Dr. Talih ÖZDAŞ Kulak Burun Boğaz Hastalıkları	
	Prof.Dr. Tuba TURUNC Enfeksiyon ve Klinik Mikrobiyoloji	
	Doç.Dr. Sefa ARLIER Kadın Hastalıkları ve Doğum	
	Doç.Dr. Akkan AVCİ Acil Tıp	
	Doç.Dr. Özlem ERÇEN DİKEN Göğüs Hastalıkları	
	Doç.Dr. Fırat SEYFETTİNOĞLU Ortopedi ve Travmatoloji	
	Doç.Dr.Alper SÖZÜTEK Gastroenterolojik Cerrahi	
	Uzm.Dr. Havva KUBAT Tıbbi Farmakoloji	
	Uzm.Dr. Saliha Dilek ÖZTOPRAK HACIOĞLU Halk Sağlığı	
	Hande AYCAN TÜFEKÇİ Biyomedikal Mühendis	
	Tahsin ERKİLİNCİ Avukat	
	Pelin DALKAVRIYAN YAVAŞ Sivil	