

**T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

BEHÇET HASTALARINDA YAŞAM KALİTESİ

Özlem CANBOLAT

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Doç. Dr. Sabire YURTSEVER

MERSİN-2010

**T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

BEHÇET HASTALARINDA YAŞAM KALİTESİ

Özlem CANBOLAT

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Doç. Dr. Sabire YURTSEVER


TEZ NO: 154

MERSİN-2010

Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

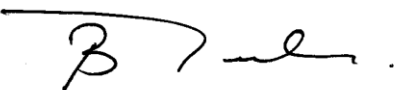
Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı Çerçevesinde yürütülmüş olan "Behçet Hastalarında Yaşam Kalitesi" başlıklı çalışma, jürimiz tarafından Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 18/12/2009


Doç. Dr. Sabire YURTSEVER
Mersin Üniversitesi
Jüri Başkanı

Yrd. Doç. Dr. Serpil TÜRKLEŞ
Mersin Üniversitesi
Jüri Üyesi




Yrd. Doç. Dr. Bahar TAŞDELEN
Mersin Üniversitesi
Jüri Üyesi

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunun
sayılı kararı ile kabul edilmiştir.

07.01.2010 tarih ve 2010/06

Enstitü Müdürü
İmza ve Mühür



TEŞEKKÜR

Çalışmanın planlanması ve yürütölmesini yönlendiren ve her aőamada bana destek veren Sayın **Doç. Dr. Sabire YURTSEVER**'e,

Çalışmanın istatistiksel analizi konusunda katkıda bulunan Sayın **Öğr. Gör. İlter HELVACI**'ya,

Çalıőmamı Romatoloji polikliniğinde yürütmeme izin veren Gülhane Askeri Tıp Akademisi Eğitim Hastanesi'nin Başhekimlik ve Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü'ne,

Çalıőmamı yürüttüğüm Romatoloji polikliniğinde görev yapan ve olumlu işbirliğı sağladığım meslektaşlarıma,

Destekleri ile her zaman yanımda olan Aileme içtenlikle teşekkürlerimi sunuyorum.

İÇİNDEKİLER

KABUL ve ONAY	ii
TEŞEKKÜR	iii
İÇİNDEKİLER	iv
ÇİZELGELER DİZİNİ	vii
SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ	viii
ÖZET	ix
ABSTRACT	xi
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Romatolojik Hastalıklar	5
2.1.1. Behçet Hastalığı	6
2.1.1.1. Tanımı	6
2.1.1.2. Tarihçe	6
2.1.1.3. Epidemiyoloji	6
2.1.1.3.1. Yaş ve Cinsiyet	7
2.1.1.3.2. Coğrafi Faktörler	7
2.1.1.3.3. Genetik Faktörler	8
2.1.1.4. Etiyoloji	8
2.1.1.5. Klinik Bulgular	10
2.1.1.5.1. Mukokütanöz Lezyonlar	11
2.1.1.5.1.1. Oral Aftlar	11
2.1.1.5.1.2. Genital Ülserler	12
2.1.1.5.1.3. Deri Belirtileri	12
2.1.1.5.1.4. Paterji Testi	13
2.1.1.5.2. Göz Tutulumu	14
2.1.1.5.3. Eklem Tutulumu	14
2.1.1.5.4. Damar Tutulumu	15
2.1.1.5.5. Nörolojik Tutulum	16
2.1.1.5.6. Gastrointestinal Tutulum	16
2.1.1.6. Laboratuvar Bulguları	17
2.1.1.7. Tanı	17

2.1.1.8. Prognoz.....	20
2.1.1.9. Tedavi.....	20
2.1.2. Yaşam Kalitesi.....	21
2.1.2.1. Yaşam Kalitesinin Tarihçe ve Tanısı.....	21
2.1.2.2. Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi.....	23
2.1.2.3. Kronik Hastalıklarda Yaşam Kalitesi.....	25
2.1.2.4. Kronik Hastalıklarda Yaşam Kalitesinin Yükseltilmesinde	
Hemşirenin Rolü.....	26
2.1.2.5. Behçet Hastalarında Yaşam Kalitesi.....	27
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	29
3.1. Araştırmanın Amacı.....	29
3.2. Araştırmanın Şekli.....	29
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	29
3.4. Araştırmanın Evreni.....	29
3.5. Araştırmanın Örneklemi.....	29
3.6. Verilerin Toplanması.....	30
3.6.1. Veri Toplama Formlarının Hazırlanması.....	30
3.6.1.1. Kişisel Bilgi Formu.....	30
3.6.1.2. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği.....	30
3.6.2. Ön Uygulama.....	31
3.6.3. Veri Toplama Formlarının Uygulanması.....	31
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	32
4. BULGULAR.....	33
5. TARTIŞMA.....	57
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	66
6.1. Sonuçlar.....	66
6.2. Öneriler.....	70
7. KAYNAKLAR.....	72
EKLER.....	79
EK – 1. Kişisel Bilgi Formu.....	79
EK – 2. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği.....	82
EK – 3. İzin Yazıları.....	86

GATA Eğitim Hastanesi Etik Kurulu.....	86
ÖZGEÇMİŞ	87

ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge 2.1. Behçet Hastalarında Klinik Bulgular.....	10
Çizelge 2.2. Behçet Hastalığında Uluslararası Çalışma Grubu Kriterleri.....	18
Çizelge 2.3. Behçet Hastalığı Ayırıcı Tanısı.....	19
Çizelge 3.4. SF- 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Cronbach Alpha Katsayıları.....	31
Çizelge 4.5. SF-36 Yaşam Kalitesi Alt Ölçek Puan Ortalamaları.....	34
Çizelge 4.6. Hastaların Sosyo- Demografik Özelliklerine Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamaları.....	35-39
Çizelge 4.7. Hastaların Hastalıkla İlgili Özelliklerine Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamaları.....	42-45
Çizelge 4.8. Ortaya Çıkan Semptomlar İle İlgili Özelliklere Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamaları.....	49-51
Çizelge 4.9. Hastaların Hastalıklarının Stresle İlişisini Düşünme Durumuna Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamaları.....	54
Çizelge 4.10. Hastalığın Sosyal İlişkileri Etkileme Durumuna Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamaları.....	55

SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

BH : Behçet Hastalığı

ABD : Amerika Birleşik Devletleri

GİS : Gastrointestinal Sistem

ENBL : Eritema Nodosum Benzeri Lezyonlar

QOLI : Quality of Life İndeks

PPL : Papülo-püstüler Lezyonlar

IL : İnterlökin

SPSS : Statistical Package for the Social Sciences

GATA : Gülhane Askeri Tıp Akademisi

SF-36 : Short Form- 36

S: Streptococcus

SSS : Santral Sinir Sistemi

HLA : Human Leukocyte Antigen

HSV: Herpes Simpleks Virüs

Ig : İmmünglobülin

ÖZET

Behçet Hastalarında Yaşam Kalitesi

Bu çalışma, Behçet hastalığı tanısı almış hastaların yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi amacı ile tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırmanın örneklemini, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Eğitim Hastanesi Romatoloji polikliniğinde en az üç ay önce Behçet tanısı almış, okuma-yazma bilen ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan 94 hasta oluşturmuştur.

Araştırmanın verileri “Kişisel Bilgi Formu”, “SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği” kullanılarak toplanmıştır.

Verilerin değerlendirilmesinde ortalama, standart sapma, ortanca değer ve yüzdelik hesaplaması, tek yönlü varyans analizi (ANOVA), iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t testi), Mann-Whitney U testi, Kruskal Wallis ve Shapiro-Wilk testleri kullanılmıştır.

Araştırma kapsamına alınan hastaların %38'i 33-42 yaş arasında ve %50'si erkekti. Hastaların %80.9'u evli, %39.4'ü lise mezunu, %37.2'si ev hanımı ve %42.6'sının hastalık süresi 7 yıl ve daha uzun süreydi. Hastaların %80.9'unda oral ülser, %53.2'sinde cilt lezyonu, %33'ünde genital ülser, %33'ünde artrit, %30.9'unda göz tutulumu, %16'sında damar tutulumu, %1.1'inde sinir sistemi tutulumu ve %1.1'inde gastrointestinal tutulum bulunmaktaydı. Çalışmamızda hastaların %75.5'i genellikle ağrı yaşadığını, % 59.6'sı ise ağrının günlük yaşamlarını etkilediğini belirtmiştir. Hastaların %31.9'u uyku sorunu yaşadığını, %76.6'sı da genellikle yorgun olduğunu ve %69.1'i yorgunluğun günlük yaşamlarını etkilediğini belirtmiştir. Hastalardan %56.4'ü hastalıklarının stresle ilişkili olduğunu düşünürken, %23.4'ü hastalıklarının sosyal ilişkilerini etkilediğini ifade etmiştir. Araştırma kapsamına alınan hastaların cinsiyet, yaş, eğitim durumu, çalışma statüsü, oral ülser, genital ülser, artrit, cilt lezyonu, ağrı yaşama durumu, ağrının günlük yaşamı etkileme durumu, uyku sorunu yaşama durumu, yorgunluk yaşama durumu, yorgunluğun günlük yaşamı etkileme durumu,

hastalığın stresle ilişkili olduğunu düşünme durumu, hastalığın sosyal durumu etkileme durumu ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($p<0.001$, $p<0.01$, $p<0.05$) saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Behçet hastalığı, yaşam kalitesi, hemşirelik

ABSTRACT

The Quality of Life in Behçet Patients

This study was conducted as descriptive in order to evaluate the Quality of life of the patients who had been diagnosed with the Behçet disease.

The sample of the study consisted of 94 volunteer patients who were literate and had been diagnosed with the Behçet disease at least three months before the time of the study in Gülhane Military Medical Academy Training Hospital's Rheumatology Out-patient Clinic.

The data have been collected through “The Personal Information Form” and “SF-36 Quality of Life Scale”.

In the evaluation of data; mean, standard deviation, median and percentage, one-way variance analysis (ANOVA), the test of significance of the difference between two means (t-test), Mann-Whitney U test, Kruskal Wallis and Shapiro-Wilk tests were used.

The 38% of the patients who were included within the scope of the study were between the ages of 33 and 42, and 50% of them were male. 80.9% of the patients were married, 39.4% of them were high school graduates, 37.2% of them were housewives, and the illness durations of 42.6% of them were 7 years and more. 80.9% of the patients had oral ulcer, 53.2% skin lesion, 33% genital ulcer, 33% arthritis, 30.9% eye involvement, 16% vascular involvement, 1.1% nervous system involvement and 1.1% of them had gastrointestinal involvement. In our study, 75.5% of the patients stated that they generally experience pain, and 59.6% of them stated that pain affects their daily lives. 31.9% of the patients expressed that they have sleeping problem, 76.6% of them stated that they generally feel tired, and 69.1% of them stated that fatigue affects their daily lives. While 56.4% of the patients were thinking that their illnesses are related to stress, 23.4% of them expressed that their illnesses affect their social relations. It was determined that statistically significant differences exist ($p<0.001$, $p<0.01$, $p<0.05$) between the

patients' quality of life and their gender, age, educational level, working status, status of experiencing oral ulcer, genital ulcer, arthritis, skin lesion, pain, the effect of pain on their daily lives, their status of experiencing sleeping problem, their status of experiencing fatigue, the effect of fatigue on their daily lives, their status of thinking that their illnesses are related to social status and their status of thinking that their illnesses are related to stress.

Keywords: Behçet disease, quality of life, nursing

1. GİRİŞ

Romatolojik hastalıklar dünyada ve Türkiye’de sık görülmektedir. Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD) birinci basamakta görülen her yedi hastadan biri, kas-iskelet sistemi yakınmasıyla başvurmaktadır. Romatolojik hastalıkların çoğu kroniktir, bazıları yaşamı tehdit edebilmekte ve bir çoğu iş gücü kaybına neden olabilmektedir (1). Romatolojik hastalıklardan kaynaklanan ölüm sıklığı ise genel popülasyonda %0.02’dir (2). Romatoloji hastalarında eklem ağrısı, önde gelen yakınmadır. Eklem ağrısı dışında, yaygın vücut ağrısı, halsizlik, kas güçsüzlüğü, ekstremitelerde şişliği, yineleyen trombozlar, deri döküntüsü, üveit, ağız/göz kuruluğu, ağız içinde ve genital bölgede yaralar, yineleyen karın ağrıları, nedeni bilinmeyen ateş ve kilo kayıpları da sıklıkla görülebilmektedir. Romatolojik hastalıkların çoğunluğunda sistemik tutulum olabilmektedir (1).

Romatolojik hastalıklardan vaskülitlerle ilişkili hastalıklar içinde Behçet hastalığı (BH) yer almaktadır (2). BH; ataklarla birlikte uzun süreli seyir gösteren ve etiyojisi tam olarak bilinmeyen sistemik bir hastalıktır. BH Türkiye, İsrail, Yunanistan, Kıbrıs gibi Akdeniz ülkeleri, Irak ve İran gibi Ortadoğu ülkeleri ve Japonya, Kore, Çin gibi Uzakdoğu ülkelerinde diğer ülkelere göre daha sık görülmektedir (3,4). Hastalığın yukarıda belirtilen ve tarihi İpek Yolu’nun geçtiği bu ülkelerde daha sık görülmesi, gelişiminde genetik ve/veya çevresel faktörlerin etkili olabileceğini düşündürmektedir. Söz konusu coğrafyada BH’nin en sık görüldüğü yer Türkiye’dir (3). Doğu Asya’da ise özellikle Japonya’da sık görülmektedir (5). BH’nin Japonya’da prevalansı 7-8.5/100.000 iken Amerika’da 0.3/100.000 ve İngiltere’de 0.6/100.000 olarak bildirilmiştir (6-8). Türkiye’de erişkin kişilerde Tüzün ve ark. (9)’nın yapmış olduğu iki bölge çalışmasında prevalans oranları 80/100.000 ve 370/100.000 olarak bulunmuştur. Türkiyede kırsal bölgede prevalans daha yüksektir (4,5).

Hastalığın erkeklerde daha sık olarak görüldüğü bildirilse de Japonya ve Kore’de erkek ve kadın oranının eşit veya birin altında olduğunu bildiren çalışmalar vardır (10). Ülkemizde ise erkek kadın oranı, Atmaca ve ark. (11) tarafından 5.2, Özdal ve ark. (12) tarafından 3.16, Ankara Üniversitesi Behçet Merkezi tarafından 1.03 olarak

bildirilmiştir (13). Hastalığın ortalama başlama yaşı 20-30 yaşları arasındadır. BH çocuklarda ve yaşlılarda daha nadir görülmektedir (14).

Temel patolojisi vaskülit olan hastalık deri ve mukoza belirtilerine ek olarak göz, eklem, damar, akciğerler, gastrointestinal, ürogenital, kardiyak ve nörolojik sistem tutulumları gösterebilmektedir (3,15). Behçet hastaları, hastalıklarının seyri sırasında genellikle kırgınlık, halsizlik, yorgunluk ve kilo kaybından yakınır. Eritema nodozum, püstüler döküntüler veya psödofolikülit ile karakterize cilt tutulumu sık olarak görülür. Diz, dirsek, omuz gibi büyük eklemlerde oligoartropati görülebilmektedir (5). Tursen ve ark. (13) tarafından retrospektif olarak yapılan çalışmada 2313 Behçet hastalığı tanısı alan hastada %1.3 nörolojik tutulum, %1.8 pulmoner tutulum ve %1.4 gastrointestinal tutulum olduğu bildirilmiştir.

Hastalarda sıklıkla görülen belirtiler oral ülserler, genital ülserler, cilt lezyonları ve eklem ağrılarıdır. Yine bu belirtileri göz tutulumu ve vasküler tutulum izleyebilmektedir (16,17). Çok merkezli olarak planlanan, Akdeniz, Çukurova, Fırat, Gazi, İnönü ve Mersin Üniversiteleri Dermatoloji ve Veneroloji Anabilim Dallarına başvuran ve Uluslararası Behçet Hastalığı Çalışma Grubu'nun sınıflandırma kriterlerine göre, sistemik tutulumlar açısından tam olarak araştırılmış toplam 661 hasta BH'nin doğal seyri yönünden ayrıntılı olarak incelenmiştir. Bu çalışmada, deri ve mukoza lezyonları en sık gözlenen bulgular olarak saptanmıştır (oral ülser (%100), genital ülser (%85.3), papülopüstüler lezyonlar (PPL) (%55.4), eritema nodozum (%44.2), deri paterji testi (%37.8)). Bunları sırasıyla eklem (%33.4) ve göz (%29.2) tutulumları izlemiştir. Oral ülser, en sık ortaya çıkan (%88.7) başlangıç semptomu olarak belirlenmiştir (17). Tüm bu belirtiler bireyin hem bedensel ve ruhsal sağlığını bozmakta hem de fiziksel fonksiyonlarında engelliliğe yol açarak yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (18).

Gilworth ve ark. (16) İngiltere'nin kuzeyindeki iki hastanede ve Londra'daki bir hastanede yaptığı çalışmada Behçet hastalarının %81'inin günlük yaşam aktivitelerinin azaldığı, %45'inin iki veya daha fazla semptom yaşadığı saptanmıştır. Hastaların %59'u baş ağrısı, %57'si ağız ülseri, %25'i genital ülser, %52'si cilt problemi ve %73'ü ağrısının olduğunu ifade etmiştir. Göz ile ilgili semptomlar ise %37 olarak kaydedilmiştir. Hastaların yarısından fazlası (%57) gününün orta düzeyde geçtiğini ifade ederken, %12'si kötü geçtiğini belirtmiştir. Yine aynı çalışmada BH'deki kronik

romatolojik problemlerin hastaların günlük yaşam aktivitelerini sınırladığı, kendilerine güvenlerini ve çevreleri ile olan ilişkilerini olumsuz yönde etkilediği, ağrılı ağız ülserlerinin de hastaların konuşmalarını, yemek yemelerini engellediği ve kişinin beden imajını olumsuz yönde etkilediği belirtilmektedir (16). Bodur ve ark. (19) tarafından 41 Behçet hastasının yaşam kalitesi ve yaşam doyumu ile ilgili yapılan bir çalışmada hastalardan %83'ünde baş ağrısı, %80'inde yorgunluk, %73'ünde eklem tutulumu, %71'inde müköler lezyonlar, %66'sında gastrointestinal sistem tutulumu, %51'inde göz tutulumu ve %17'sinde vasköler tutulum belirlenmiştir. Araştırmanın sonucunda Behçet hastalarının yaşam kalitesi ve yaşam doyumlarının düşük olduğu belirtilmiştir. Araştırmanın diğeri bir sonucunda da eklem tutulumunun hastalarda ağrıya ve fiziksel aktivite kısıtlılığına neden olduğu, yine ağrılı genital ülserlerin hastaların beden imajını ve cinsel yaşamını olumsuz etkilediği belirtilmektedir. Tanrıverdi ve ark. (20) göz tutulumu olan 45 Behçet hastasının yaşam kalitesini Short Form (SF)-36 ile değerlendirmişler ve hastaların yaşam kalitesi düzeyinin kontrol grubuna göre daha düşük olduğunu bildirmişlerdir.

Yukarıda ifade edildiği gibi, kronik bir hastalık olan BH'de ortaya çıkan yakınmalar bireyi biyo-psiko ve sosyal yönden olumsuz etkileyerek yaşam kalitesini düşürmektedir (19). Yaşam kalitesi; bireyin tüm temel gereksinimlerini karşılaması; yaşamdan doyum sağlaması, sosyal davranışlarda yeterli olması, eğlenmeye zaman ayırması, emosyonel ve fiziki durumunun iyi olması, kişilerarası ilişkilerde iyi olma, benlik saygısı, önceki bilgi ve deneyimlerinin tümünü kapsayan bir kavramdır. Yaşam kalitesi ölçümleri; hemşirelik hizmetlerinin değerlendirilmesi için oldukça önemlidir. Hemşireler hastaların ve ailelerinin yaşam kalitelerini değerlendirerek, onların yaşam kalitelerini en üst düzeye çıkarmak için planlamalar yaparlar ve sonucu değerlendirirler. Hemşirelerin yaşam kalitesi ölçekleri kullanarak yaptıkları araştırmalar; büyük grupların sağlık durumları hakkında bilgi toplamayı ve sonuçlarını sağlık politikası oluşturmada kullanmayı amaçlamaktadırlar. Ayrıca araştırmalar; hastaların hastanede kalma sürelerini azaltmakta ve tedavi değerlendirilmesi ile ilgili araştırmalara öncülük etmektedir (21).

Günümüzde özellikle kronik hastalıklarda yaşam kalitesini değerlendirmeye yönelik çalışmalar artmaktadır. Behçet hastalarında ise yaşam kalitesinin değerlendirilmesi ile ilgili yapılan çalışmalar sınırlıdır. Oysa yukarıda da belirtildiği gibi

BH nedeniyle ortaya çıkan çeşitli ve çok sayıdaki semptom bireyi fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden olumsuz etkileyebilmektedir. Bu hasta grubunda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi ile planlanacak hemşirelik bakımının da daha kapsamlı olabileceği düşünülmektedir. Bu nedenle bu çalışmada BH olan hastaların yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Romatolojik Hastalıklar

Romatoloji Türkiye’de son yıllarda hızla gelişmekte olan romatolojik hastalıklar ve kas-iskelet rahatsızlıklarını inceleyen tıbbi bilim dalıdır (1,2). Birkaç hastalık dışında henüz geniş çaplı epidemiyolojik çalışmalar yapılmamış olmasına karşın yurtdışı istatistikler göz önüne alınırsa ülkemizde de çok sayıda romatoloji hastası olduğu tahmin edilmektedir. ABD’de birinci basamakta görülen her yedi hastadan biri, kas-iskelet sistemi yakınmasıyla başvurmaktadır. Romatolojik hastalıkların çoğu kroniktir, bazıları yaşamı tehdit edebilmekte ve bir çoğu iş gücü kaybına neden olabilmektedir (1). Romatolojik hastalıktan kaynaklanan ölüm sıklığı genel popülasyonda %0.02’dir (2).

Romatoloji hastalarında eklem ağrısı, önde gelen yakınmadır. Eklem ağrısı dışında, yaygın vücut ağrısı, halsizlik, kas güçsüzlüğü, ekstremitelerde şişliği, yineleyen trombozlar, yineleyen düşükler, deri döküntüsü, üveit, ağız/göz kuruluğu, ağız içinde ve genital bölgede yaralar, yineleyen karın ağrıları, nedeni bilinmeyen ateş ve kilo kayıpları da sıklıkla romatolojik hastalıkların temel belirtilerinden olup hastaların başvuru ya da sevk edilme nedenleridir. Yine hastalıkların büyük çoğunluğu sistemik tutulum göstermektedir (1).

Romatolojik hastalıkların çoğu on ana kategoride gruplandırılmaktadır. Bunlar ; sistemik konnektif (bağ doku) doku hastalıkları, vaskülitler ve ilişkili hastalıklar, seronegatif spondilartropatiler, infeksiyon ajanları ile ilişkili artritler, metabolik, endokrin ve hematolojik hastalıklarla bağlantılı romatolojik hastalıklar, kemik ve kıkırdak hastalıkları, romatolojik sendromlarla ilişkili herediter, konjenital ve doğumsal metabolizma defektleri, non artikular ve bölgesel kas-iskelet hastalıkları, neoplaziler ve tümör benzeri lezyonlar ve diğer romatolojik hastalıklardır. Romatolojik hastalıklardan vaskülitlerle ilişkili hastalıklar içinde BH’de yer almaktadır (2).

2.1.1. Behçet Hastalığı

2.1.1.1. Tanımı

Behçet hastalığı ilk kez 1937 yılında bir Türk doktoru olan Prof. Dr. Hulusi Behçet tarafından tanımlanan, ataklarla birlikte uzun süreli bir seyir gösteren ve etiyolojisi tam olarak bilinmeyen sistemik bir hastalıktır. Temel patolojisi vaskülit olan hastalık deri ve mukoza belirtilerine ek olarak göz, eklem, vasküler, pulmoner, gastrointestinal, ürogenital, kardiyak ve nörolojik sistem tutulumları gösterebilmektedir (3,15).

2.1.1.2. Tarihçe

Yaklaşık 2500 yıl önce Hipokrat'ın Behçet hastalığına benzer klinik bulguları tanımlandığı kabul edilmektedir (22). 21, 7 ve 3 yıl takip ettiği üç hastada ağız ve genital bölgede aftöz belirtiler, gözde de çeşitli bulguların bulunduğunu gözleyen ve bunun yeni bir hastalık olduğuna inanan Hulusi Behçet 1937 yılında bu görüşünü *Deri Hastalıkları ve Frengi Arşivi* ve *Dermatologische Wochenschrift* dergilerinde yayınlamıştır. Prof. Dr. Hulusi Behçet bu tabloyu ayrı bir hastalık olarak bildiren ilk hekimdir. 1947 yılında Cenevre'de yapılan Uluslararası Dermatoloji Kongresi'nde Zürih Tıp Fakültesi'nden Prof. Mischner'in önerisiyle Hulusi Behçet'in bu görüşü 'Morbus Behçet' olarak adlandırılmıştır. Bu tarihten itibaren tüm dünyada hastalık 'Üçlü Semptom Kompleksi', 'Triad' gibi isimler yerine 'Behçet Sendromu', 'Morbus Behçet' ya da çoğunlukla 'Behçet Hastalığı' olarak kabul edilmiştir (22,23).

2.1.1.3. Epidemiyoloji

Behçet hastalığı Türkiye, İsrail, Yunanistan, Kıbrıs gibi Akdeniz ülkeleri, Irak ve İran gibi Ortadoğu ülkeleri, Japonya, Kore, Çin gibi Uzakdoğu ülkelerinde diğer ülkelere göre daha sık görülmektedir (3,4). Hastalığın yukarıda belirtilen ve tarihi İpek Yolu'nun geçtiği bu ülkelerde daha sık görülmesi, gelişiminde genetik ve/veya çevresel faktörlerin etkili olabileceğini düşündürmektedir (3). Söz konusu coğrafyada BH'nin en sık görüldüğü yer Türkiye'dir (3). Doğu Asya'da ise özellikle Japonya'da sık görülmektedir (5). BH'nin Japonya'da prevalansı 7-8.5/100.000 iken Amerika'da 0.3/100.000 ve İngiltere'de 0.6/100.000 olarak bildirilmiştir (6-8). Türkiye'de erişkin

kişilerde Tüzün ve ark. (9) yapmış olduğu iki bölge çalışmasında prevalans oranları 80/100.000 ve 370/100.000 olarak bulunmuştur. Türkiye’de kırsal bölgede prevalans daha yüksektir (4,5). Epidemiyolojik faktörler, hastalığın sıklığını etkilemekle birlikte, klinik seyre ve organ tutulumunda tesir etmektedir. Örneğin gastrointestinal sistem tutulumu, Japonya’daki BH olgularında sık görülmekte ve ciddi sorunlara yol açmakla birlikte, Türkiye’deki olgularda oldukça nadirdir. Hastalığın epidemiyolojisinin, kliniğe etki eden bölgesel faktörlerin bilinmesi, hem hastalık etiyojisinin belirlenmesi hem de prognozu tahmin etmede oldukça önemlidir (24).

2.1.1.3.1.Yaş ve Cinsiyet

Behçet hastalığı tanısı genellikle üçüncü dekatta konulur. Daha genç ve ileri yaştaki olgularda tanı konulması nadirdir. Bildirilen serilerde, tanı anındaki yaş ortalaması genellikle 20’li yaşların ikinci yarısı ile, 30’lu yaşların ilk yarısı arasında değişmektedir (24). Çocuklarda ve yaşlılarda daha nadir görülmektedir (14).

Cinsiyet, BH’nin klinik bulgularını ve prognozunu etkileyen bir faktördür. Hastalıkla ilişkili mortalite ve morbidite, genç erkeklerde belirgin olarak artmaktadır (25). Türkiye’den bildirilen farklı çalışmalarda, hastalığın erken yaşta başladığı ve erkeklerde daha şiddetli seyrettiği gösterilmiştir (25,26). Kore’de de erkeklerde daha ağır seyrettiği bildirilmektedir (27). Ülkemizde ise erkek kadın oranı, Atmaca ve ark. (11) tarafından 5.2, Özdal ve ark. (12) tarafından 3.16, Ankara Üniversitesi Behçet Merkezi (13) tarafından 1.03 olarak bildirilmiştir.

2.1.1.3.2. Coğrafi Faktörler

Behçet hastalığının prevalansı dünyanın farklı bölgelerinde araştırılmıştır. ABD, Avrupa ve Afrika ülkelerinde BH prevalansı oldukça düşüktür. Hastalık prevalansının en fazla olduğu ülke Türkiye’dir. Türkiye’ye yakın sıklıkta BH bildirilen ülkelerin başında İran arkasından Kore ve Japonya gelmektedir. Türkiye’deki BH prevalansını değerlendiren beş geniş çalışma yayınlanmıştır. Çalışmalar genel olarak değerlendirildiğinde, BH prevalansının Türkiye içinde de coğrafi bölgelere göre farklılık gösterdiği belirtilmektedir. Silivri ve Havsa çalışmaları sonucuna göre, Trakya’da BH prevalansı düşük, İstanbul’a daha yakın olan Silivri’de daha düşük, Edirne-Havsa’da ise oldukça yüksek bulunmuştur. Balkan kökenli Türklerle ilgili

genetik bir analiz olmadığı için, genetik durum hakkında yorum yapılamamaktadır. Ancak, Balkan kökenli Türklerin uzun süre farklı çevresel faktörlerin etkisinde olması, farklı etnik gruplarla sosyal ilişkiler kurmalarının bu sonuçta etkili olabileceği belirtilmektedir. Bunun yanında aile içi evliliklerin hastalıkların genetik geçişini etkilediği bilinmektedir. Etnik köken dışında, çevresel faktörler de hastalık sıklığını etkilemektedir. Hastalık patogenezinde üzerinde en çok durulan çevresel faktörler infeksiyöz ajanlardır (24). En olası çevresel tetikleyici olarak herpes simpleks virüs 1, hepatit virüsleri, parvovirüs B19, mikobakteriler, streptococcus sanguis, saccharomyces cerevisiae ve helicobakter pylori gibi infeksiyöz ajanlar düşünülmektedir (28). BH'nin patogenezinde şimdiye kadar birçok viral ve bakteriyel ajan üzerinde durulmuştur ve halen çalışmalar devam etmektedir. Ancak bir infeksiyöz etkenin rolü kesin olarak kanıtlanamamıştır (24).

2.1.1.3.3. Genetik Faktörler ve BH Epidemiyolojisi

Ailesel olgular bildirilmesine karşın, BH'ye özgül mendelyan genetik geçiş sözü konusu değildir. Batı kaynaklı çalışmalarda ailesel olgular nadir bildirilmiştir (29). BH çalışmaları içinde, İtalya'da %0.7-2.7, Yunanistan'da %0, İngiltere'de %3.6, İspanya'da %4.5 ve Portekiz'de %2.6 ailesel olgu bildirilmektedir (30). Ülkemizde bildirilen (31), 170 BH'li olgunun 670 kardeşini içeren bir çalışmada, BH'li olguların kardeşlerinde %3.6 sıklıkta hastalık görüldüğü saptanmıştır. Yine Türkiye'de yapılan bir çalışmada 2147 Behçet hastası arasında %7.3 sıklıkta ailevi olgu saptanmıştır (32).

2.1.1.4. Etiyolojisi

Behçet hastalığının etiyolojisi kesin olarak bilinmemektedir. Patogenezde yaygın olarak kabul edilen hipotez; hastalığın genel olarak duyarlı bireylerde bir infeksiyon ajanının tetiklediği yoğun inflamatuvar yanıt sonucu ortaya çıktığıdır (33).

Behçet hastaları yukarıda da belirtildiği gibi kompleks etiyolojiye sahiptir. Kurgusal olarak tanımlamak istersek bir miktar genetik yatkınlık ve çevresel etkenlerin sonucunda bilinmeyen bir antijene karşı abartılı ve nonspesifik bir inflamatuvar yanıt ve beraberinde vaskülit geliştiğini düşünebiliriz (14). BH'de immünolojik faktörlerin, inflamasyon mediatörlerinin, streptokok (Streptococcus= S.) ve herpes gibi infeksiyon ajanlarının, organik fosfat yapısındaki pestisitlerin patogenezde rol aldığı savunulmuş

ancak tam olarak rolleri açıklanamamıştır. Birçok sistemi tutabildiği için oluşumunda altta yatan immünolojik bozukluğun rolü olabileceği düşünülmektedir. Bugün için üzerinde durulan hipotez; genetik yatkınlığı olan kişilerde bazı mikrobiyal veya çevresel etkenler sonucunda immün sistemde değişikliklerin oluştuğu ve gelişen immünolojik değişikliklerin hastalıkta gözlenen klinik semptomlara neden olduğu yönündedir (34,35). İpek yolu üzerinde yapılan çalışmalarda Behçet hastalarında belirgin human leukocyte antigen (HLA)-B51 pozitifliği saptanmıştır, ancak batı ülkelerinde bu ilişki saptanamamıştır. HLA-B51 pozitif kişilerde, bu antijen negatif olanlara göre hastalığın ortaya çıkma olasılığı Türkiye’de: 13.3, Japonya’da: 6.7, ABD’de 1.3’tür (31,36). Ortaç ve ark. (37) HLA-B51 antijenini Behçet olgularında %68, kontrol grubunda ise %21 sıklıkta belirlediklerini bildirmişlerdir. Nishiyama ve ark. (38), ailesel BH olan olgularda %53.1 sıklıkta HLA-B51 saptamışlardır. Özellikle Herpes Simpleks Virüs (HSV) -1 hastalık için bir provokatif faktör olarak düşünülmektedir. Behçet hastalarının periferik kan lenfositlerinin nukleuslarında HSV tip1 deoksiribonükleik asit izole edilmiştir. BH olanlarda streptokoksik tonsillit insidansı yüksek bulunmuş olup, bu hastaların oral florasında daha yüksek oranda S. sanguis tespit edilmiştir. Ayrıca BH olanların lenfositleri streptokok antijenleri ile inkübe edildiğinde, lenfositler nötrofil fonksiyonlarını stimüle eden lenfokinler üretmektedirler (özellikle S. sanguis). Son klinik gözlemler streptokok antijenlerine maruz kalmanın hastalık aktivitesi için major provokatif faktör olduğunu düşündürmektedir. Hastalarda dolaşan immün komplekslerin varlığı tespit edilmiştir. Buna bağlı olarak da nötrofil migrasyonu artmıştır. Monosit ve doku makrofajlarından salınan, infeksiyöz ve inflamatuvar hastalıklara karşı önemli bir immünolojik mediatör olan interlökin-1 (IL-1), BH’de belirgin şekilde artmıştır. Yine, mukozalarda koruyucu etkisi olan İmmünglobulin A (Ig A)’nın da BH olanların tükürüğünde azaldığı görülmüştür. BH’de periferik kan T hücreleri ile ilgili çalışmalarda çelişkili bulgular mevcuttur. Kutanöz fibrinolitik potansiyel bozulmuştur. Plazma fibrinolitik aktivite azalmıştır. Dolaşan Faktor XII’de azalma ve öglobin lizis zamanında uzama vardır. BH’de 65-kDa ısı-şok proteinlerine karşı IgA antikorlarında önemli bir artış saptanmıştır. Bu proteinlere karşı T hücre cevabı da yüksek bulunmuştur. BH’nin kutanöz lezyonlarında nötrofil kemotaksisi artmıştır. Nötrofil hiperfonksiyonunun oluşmasında lenfositlerin major rol oynadığı bildirilmiştir. Monositlerin bazı sitokinlerin temel kaynağı olduğu ve bu hastalıkta

kronik inflamasyonun patogenezinde kısmi bir rol oynadıkları belirtilmiştir. IL-1, IL-8 ve Tümör Nekrotize Edici Faktör -alfa yüksek bulunmuştur. Nörolojik tutulumlu hastaların beyin omurilik sıvısında IL-6 yüksek düzeyde belirlenmiştir (39).

2.1.1.5. Klinik Bulgular

Behçet hastalığı tekrarlayan oral ülserler, genital ülserler ve oküler inflamasyon ile karakterize, eklemler, deri, merkezi sinir sistemi ve gastrointestinal sistemi tutan bir multisistem hastalığıdır. Hemen hemen her organın arter ve venlerini tutabilen bu hastalık, sistemik bir vaskülit olarak sınıflandırılır (40). Deri ve mukoza belirtileri en sık başlangıç yakınmaları, göz, damar ve nörolojik tutulumlar ise en ciddi olanlarıdır (Çizelge 1) (41).

Çizelge 1. Behçet Hastalarında Klinik Bulgular

Klinik Bulgu	%
Tekrarlayan aft	97-100
Genital ülserler	80
Papülopüstüler	80
Paterji pozitifliği	60
Eritema nodozum	50
Göz	50
Eklemler	50
Tromboflebit	30
Gastrointestinal	0-25
Nörolojik	5-10

(Kaynak: Yurdakul S, Yazıcı H. Behçet sendromu. *Türk Ped Arş*, 2008; 43 Özel Sayı: 21-7).

2.1.1.5.1. Mukokutanöz Lezyonlar

2.1.1.5.1.1. Oral Aftlar

Tekrarlayan aftöz ülserasyon BH'nin olmazsa olmaz bir bulgusudur. Oral aft genellikle hastalığın ilk bulgusu şeklinde ortaya çıkar ve sistemik semptomlar ortaya çıkana kadar yıllarca tek bulgu olarak kalabilir (29). BH, olguların %99'da oral mukozada tekrarlayan aftöz ülserlerle başlar (42). Balabanova ve ark. (43)'nin yaptıkları çalışmada 108 BH'li olgunun 107'sinde oral ülserasyon gözlemlenmiştir. BH genellikle oral ülserlerle başlamaktadır, ancak bu her oral ülserli olguda BH gelişeceği anlamı taşımamalıdır. Gürler ve ark. (44)'nin yaptıkları çalışmada 912 rezidivan aftöz stomatiti olan olguların ancak 23'ünde (%2.52) BH geliştiğini saptamışlardır. Ekmekçi ve ark.(45)'nin yaptıkları çalışmada 1238 tekrarlayan aftöz ülserli hastayı takip etmişler, bunlardan 36'sına (%2.9) BH tanısı konulmuştur. Bununla birlikte hastaların %1-3'ünde oral ülser olmaksızın diğer belirtilerine rastlanabilmektedir (46). Daha fazla sayıda ve daha ağırlı olmalarına rağmen, BH'nin oral ülserleri görüntü ve lokalizasyon bakımından klasik aftöz ülserlerden pek ayırt edilemezler. Bu ülserler yüzeysel hafif kabarıklık, eritemli lezyonlar şeklinde belirlemek ve 48 saat sonra çeşitli büyüklükte ve sayıda, oval veya yuvarlak ülserlere dönüşmektedirler (29,46). En sık yerleştikleri alanlar dil, dudaklar, gingiva ve yanak mukozalarıdır, daha nadir olarak damak, tonsiller ve farinks de tutulabilmektedir (47). Bu ülserler morfolojik olarak minör, majör ve herpetiform ülserler olmak üzere üçe ayrılırlar. Minör ülserler, en sık görülen aft lezyonu olup, 2-4 mm yuvarlak veya oval, üzeri gri-sarı renkli psödomembran ile örtülü, etrafı eritemli, ödemli yüzeysel ülserlerdir. Aftöz ülserlerin %80'ini oluştururlar (48,49). Minör aftlar 1-2 gün içinde gelişirler ve iz bırakmadan 10-15 günde iyileşirler (32,49). En çok dudak, yumuşak damak ve farenkste yerleşen majör ülserler çapları 10 mm'den büyük olup, etrafı eritemli, ortasında gri yeşilimsi nekroz bulunan lezyonlardır. Daha derin ve ağırlıdırlar. Skatris bırakarak iyileşirler. Tüm aftların %10'unu oluştururlar. Herpetiform olanlar, klinik görünümüleri nedeniyle bu isimle tanımlanmış olup, sayıları 100'e ulaşan, çapları genellikle 2-3 mm olan gruplar halinde ufak ülserler şeklindedir. BH'de en nadir görülen aftöz ülserlerdir (32). Oral ülserler için en önemli tetikleyici faktörlerden biri travmadır. Lezyonlar genellikle travma alanlarında yerleşirler (29). Sigara ile tekrarlayan aftöz stomatit arasında negatif bir ilişki olduğu

saptanmıştır (50). Silveira ve McGrath (51), Kaklamani ve ark. (52) yaptıkları çalışmalarda sigaranın BH'deki ülserleri azaltıcı bir etkisinin olduğunu bildirmişlerdir. Ayrıca BH'nin orogenital ülserleri başta olmak üzere, çeşitli ülseratif hastalıklarda transdermal nikotin yamalarının başarılı sonuç verdiği de bildirilmiştir (53).

2.1.1.5.1.2. Genital Ülserler

Behçet hastalığının genital ülserleri, genellikle asemptomatik bir papül veya püstül şeklinde başlayıp, kısa süre içinde ağrılı bir ülsere dönüşen lezyonlar olarak tarif edilebilir (54). Uslu ve ark. (55)'nin Aydın'da 67 Behçet hastası ile yaptıkları retrospektif çalışmalarında hastaların %97'sinde genital ülser olduğunu bildirmişlerdir. BH'de genital ülserler, kaşıntı ile başlamakta, zamanla eritem, ödem, daha sonra önce papül veya papülo-püstüler lezyonlar oluşmakta, kısa zamanda kenarları keskin, normal deriden kabarık, ortası sarı renkli membran ile örtülü, zımba ile delinmiş gibi görünüm veren, son derece ağrılı, ülsere lezyonlar olarak şekillenmektedirler. Ortası çökük, kenarı hafif kabarık ve keskin, depigmente lezyonlar şeklinde skatris bırakarak iyileşmektedirler (42). Genital ülserler erkeklerde genellikle skrotum ve peniste, kadınlarda ise vulva, major ve minör labia ve servikste bulunurlar (56). Bu lezyonlar post-koital kanamaya ve yürüme güçlüğüne neden olabilirler (49). BH'de genital bölge dışı ekstra genital ülserler de oluşmaktadır. İnguinal sulkuslar, anal bölge çevresi, rektum, aksiller bölge, kadınlarda meme altında gelişmektedirler. Genital bölge dışında gelişen ülserlerin çapları daha küçük olup daha erken dönemde skatris bırakarak iyileşmektedirler (42,57,58). Ayırıcı tanıda eritema multiforme, fiks ilaç erüpsiyonu ve genital bölgede ülsere neden olan herpes simpleks, primer sifiliz, şankroid gibi cinsel yolla bulaşan hastalıkları akla getirmelidir (59).

2.1.1.5.1.3. Deri Belirtileri

Behçet hastalarının %80'ninde deri bulgularına rastlanır ve çoğunlukla bu durum aynı hastada birkaç deri belirtisinin kombinasyonu şeklinde ortaya çıkar (29). Behçet hastalığında deri bulguları; 1- Eritema nodozum benzeri lezyonlar (ENBL) ve süperfisyel tromboflebit, 2- Papülo-püstüler lezyonlar (PPL), 3- Diğer deri belirtileri olmak üzere 3 ana grupta toplanmaktadır (46).

Eritema nodozum benzeri lezyonlar kadınlarda daha sık gözlenen deri belirtisidir. Bu deri belirtisinin değişik çalışmalarda hastaların %15- 78'inde (kabaca 1/3'ünde) bulunduğu bildirilmiştir (59). Genellikle alt ekstremitede oluşmaktadır. Subkutan indürasyon ve hassasiyetle birlikte, deriden kabarık, 1-5 cm çapları arasında değişen, normal deri rengine veya açık kırmızı renkte, ağrılı, eritem alanları şeklinde (57). Eritemli lezyonlar lokal ısı artışı gösterir ve ortalama 2-3 hafta içerisinde, ülserleşmeksizin gerilerler (59). Bu lezyonlar pigmentasyon bırakarak iyileşirler (57).

Süperfisiyel tromboflebit en sık gözlenen venöz damar tutulum şeklidir (%47.3). Sıklıkla ENBL ile karıştırılır. Hastalar eritemli, hassas ve doğrusal bir dizilim gösteren subkutan nodüler lezyonlara sahiptir. Özellikle erkek hastalarda sık gözlenen bu tutulum şeklinde tromboz ve takiben de skleroz gelişimine genel bir eğilim vardır (59).

Behçet hastalığında PPL ve akneiform nodüller de görülebilir. Bu belirtiler klinikte en sık gözlenen deri belirtisi olup eritemli zeminde yerleşmiş follikülit veya akneye benzer steril püstüllerle karakterizedir. Papül halinde başlayan lezyonlar, 24-48 saat içinde püstüle dönüşürler (59). Bu tip lezyonların olguların %65-96'sında bulunduğu bildirilmiştir (60,61). Bu lezyonlar daha yaygın olmalarına, yüz, sırt ve kalçaların yanında, kol ve bacakları da tutmalarına rağmen, morfolojik olarak ergenlik aknesi ile aynadırlar (29).

Behçet hastalığı seyrinde nadiren koltuk altları ve parmak araları gibi genital bölge dışındaki alanlarda püstüler lezyonların erede olmasıyla ortaya çıkan deri lezyonları gözlenebilmektedir (40). Bu ülserler zımba ile delinmiş gibi net sınırlı, çevresi eritemli ve ödemli, zemini sarı renkli, derin ülserlerdir, görünüşleri aftlara benzemektedir (59). Skartis bırakarak iyileşirler. Hastaların %3'ünde rastlanan bu belirtiler BH'nin en spesifik bulgularından biri olarak kabul edilmektedir (62). Yine Sweet sendromu ve piyoderma gangrenozum da diğer deri belirtileri arasında yer almaktadır (59).

2.1.1.5.1.4. Paterji Testi

Behçet hastalığına özgü bir bulgu olan paterji reaksiyonu, minör travmayı takiben gelişen derinin nonspesifik bir hiperreaktivite cevabı olarak tanımlanabilmektedir

(29,46). BH'nin karakteristik bir bulgusudur ve genellikle tanı koymada yol göstericidir (46,63). Paterji pozitifliği erkeklerde kadınlara oranla daha sık görülmektedir (56). Türk ve Orta Doğu'lu olguların %60'ından fazlasında ve Japon olguların %44'ünde paterji pozitifliği gözlenirken, İngiltere ve Amerika'da yaşayan olgularda sıklık daha azdır (49, 59, 64, 65).

2.1.1.5.1.5. Göz Tutulumu

En önemli organ tutulumlarından biri olan ve körlüğe kadar götürebilen göz belirtileri değişik popülasyonlar arasında %40-70 arasında görülmektedir (49, 66, 67). Genellikle BH'nin başlangıcından sonraki 2-3 yıl içinde ortaya çıkar ve olguların yaklaşık %20'sinde ilk belirti olarak ortaya çıkabilmektedir (28, 49, 66, 68). BH'de göz tutulumu en sık Japonya'da görülmektedir ve Japonya'da körlüğün önde gelen nedenlerindedir (64,68). Erkeklerde kadınlara göre daha sık ve şiddetli görülmektedir (25,28). Kulaçoğlu ve ark. (68)'nin yaptıkları çalışmada göz tutulumu olan 69 hastadan %73.91'inin erkek olduğu bildirilmiştir. Kronik, tekrarlayan, bilateral üveit şeklindedir (64). Üveit, göz tutulumu olduğunu ifade eden ve uvea dokusundaki inflamatuvar değişikliklerin olduğuna işaret eden genel tanımlamadır (67). En sık gözlenen belirtiler anterior üveit, posterior üveit, katarakt, glokom, vitröz birikimleri, koryoidit, maküler dejenerasyon ve retinitistir. Görme kaybı en ciddi problemdir (4, 47, 66). Kulaçoğlu ve ark. (68) hastalık süresince en sık gelişen komplikasyonun katarakt (%45.86) olduğunu ve bunu sırasıyla optik atrofi (%32.33), maküler dejenerasyon (%30.82) ve glokomun (%12.78) takip ettiğini belirtmişlerdir.

2.1.1.5.1.6. Eklem Tutulumu

Behçet hastalığında tipik eklem bulguları gezici olmayan, kalıcı erozyona yol açmayan ve genellikle birkaç hafta süren oligoartrit şeklindedir (68). Artrit bazen hastalığın ilk bulgusu olabilir. Artrit bol sıvı toplanmasıyla, artmış inflamasyon belirteçlerinin varlığıyla birkaç hafta süren bir semptomdur. Artritte şişlik ve hareket kısıtlılığı belirgin olup, kızarıklık hemen hemen yoktur (64,69). En sık tutulan eklemler diz, ayak bileği, el bileği ve dirsektir (15, 41, 56, 63, 69). Eklem tutulumunun Tc 99-M metilen difosfonat sintigrafisi ile incelendiği 32 hasta ile yapılan bir çalışmada (70), dizlerin %62,5, ayak bileklerinin %59,4, sakroiliakların %25, el bileklerinin %21,9,

omuzların %18,7, dirseklerin %12,5 sıklıkta tutulduğu saptanmıştır. Behçet tanısı almış 70 hastanın (71) 31'inde eklem bulgusu saptanmış, bu hastaların 8'inde artralji, 23'ünde artrit tespit edilmiştir. Tunus'ta yapılan çok merkezli retrospektif bir çalışmada 519 BH'li hastada eklem tutulumu %51 sıklıkta bulunmuştur (72). Çin'de yapılan retrospektif çalışmada da 1978-2000 yılları arasında net Behçet tanısı konulan 37 hasta (19 K, 18 E) tespit edilmiş. Aynı çalışmada klinik bulgular olarak, %100 oral ülserasyon, %81 genital ülserasyon, %73 deri lezyonları, %54 artrit/artralji, %35 oküler lezyonlara rastlanmıştır (73).

2.1.1.5.1.7. Damar Tutulumu

Damar tutulumu, geniş damarları etkileyen birkaç vaskülitik sendromdan biri olmakla birlikte, arterleri ve tüm çaptaki venleri etkileyebilmektedir. Tromboflebit de önemli klinik özelliklerindedir (64). Venler daha sık tutulmaktadır. Çoğunlukla genç ve erkek hastalarda ortaya çıkmaktadır (15, 28, 64, 69). Venöz tromboz ve arteriyel anevrizma ya da oklüzyon şeklinde başlıca iki tipi vardır (15,69). Damar tutulumu kendisini en sık (% 60-80) alt ekstremitede derin ven trombozu olarak göstermektedir. Tutulum genellikle bilateraldir ancak semptomların ağırlığı tek tarafta toplanabilmektedir. Bacak venlerinden sonra ilyak, vena kava inferior ve vena kava süperior, jugular, brakiyal ve aksiller ven tutulumu görülebilmektedir. Trombüsün damar duvarına sıkı bir şekilde yapışması sonucu emboli komplikasyonu görülmez. Tekrarlayan derin ven trombüsleri, genellikle ülserlere ve staza neden olabilmektedir. Vena kava inferior tutulumu ile birlikte hepatik venlerde de nadiren tromboz gelişebilmektedir ve Budd-Chiari sendromuna neden olabilmektedir. Budd-Chiari sendromunun Türkiye'de en sık sebebinin BH olduğu belirlenmiştir. Tüm damar tutulum tipleri arasında % 2 sıklıkta görülen bu sendrom, progresif karaciğer yetmezliğine neden olmakta ve oldukça fatal seyredebilmektedir. Ölümüllüğün % 60 olduğu ve ortalama yaşam süresinin de on ay olduğu bildirilmiştir (15). Hastalık arterleri de tutabilmektedir, arter tutulumu venöz tutulumuna göre daha seyrek olmakla birlikte daha ciddi sonuçlar doğurabilmektedir. En sık aorta, daha sonra sırası ile pulmoner arterler, femoral, popliteal, subklavia ve karotis arterler tutulmaktadır (15, 28, 56). Yüksek mortalite riski taşıması nedeni ile pulmoner arter tutulumu önemlidir.

Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Behçet Merkez'inde geriye dönük bir araştırmada 2179 olgudan 24'ünde (%1.1) pulmoner arter tutulumu saptanmıştır (74).

2.1.1.5.1.8. Nörolojik Tutulum

Behçet hastalığının mortalite ve morbiditesini arttıran sinir sistemi tutulumu, Nöro-Behçet sendromu olarak bilinmektedir (75). Başlangıçtan 1-7 yıl sonra gelişen, yaşamsal önemi olan bir klinik bulgudur. Motor ağırlıklı fakat duysal etkileri de söz konusudur (64). Kidd ve ark. (76)'nın yaptıkları 170 vakalık çalışmalarının otopsi sonuçlarında %20 nörolojik tutulum bildirilmiştir. Ortaya çıkan santral sinir sistemi (S.S.S.) tutulumunda, nörolojik komplikasyonların prevalansı %3 ile %10 arasında değişmektedir (5). Serdaroğlu (77) , BH tanısı ile takip edilen hastalarda, S.S.S. tutulumunu %5.3 olarak bildirmiştir. Tursen ve ark. (13)'nin retrospektif olarak yaptığı, 2313 BH tanısı alan hastanın incelenmesi sonucu %1.3 nörolojik tutulum bildirilmiştir. Yine Karıncaoğlu ve ark. (78)'nin çalışmalarında Malatya ve Elazığ bölgelerinde 118 hastayı incelediklerinde %5.9 sıklıkta nöro-behçet saptamışlardır. Nörolojik etkilenme sıklığı erkeklerde kadınların en az iki katıdır. Nörolojik tutulum olarak sıklıkla beyin sapı veya kortikospinal yol sendromları, çoğunlukla venöz sinus trombozu veya aseptik menenjitte bağlı olarak gelişen artmış kafaiçi basıncı, davranışsal bozukluklar veya izole baş ağrısı tanımlanmıştır. Daha seyrek olarak rüptüre anevrizma sonucu gelişen intraserebral kanama, periferik nöropati, izole optik nörit ve parkinson BH'nin nörolojik tutulum bulgularıdır (79). Akut olarak baş ağrısı, ateş ve kusma şeklinde ya da basit belirtilerle sinsi gelişebilmektedir. Piramidal, ekstrapiramidal, serebellar ya da beyin sapı tutulum belirtileri, bellek bozukluğu, demans ve davranış değişiklikleri oluşabilmektedir (64). Serebrospinal sıvıdaki yüksek hücre sayısı ve protein miktarı prognozun kötü olduğunu gösterir (41). Ağır beyin sapı atrofisi, bulbar paralizi gibi tablolar gelişebilir ve hasta yatağa bağımlı hale gelebilir. Hasta ya tekrarlayan nörolojik atak sebebiyle ya da sekonder infeksiyonlar sebebiyle kaybedilir (15).

2.1.1.5.1.9. Gastrointestinal Tutulum

Behçet hastalarında gastrointestinal tutulum, özofagusdan anüse kadar herhangi bir yerde oluşabilen aftöz ülserasyonlar olarak tanımlanmaktadır (13). Gastrointestinal tutulum en sık ileoçekal bölge ve kolonda gözlenmektedir (80,81). Gastrointestinal

sistem (GİS) tutulumu, Japonya’da olguların 2/3’ünde görüldüğü halde Türkiye’de oldukça azdır. BH olanlarda GİS ile ilgili şikayetler genellikle kanlı, mukuslu ishal ve karın ağrısı, şiddetli kanama, bulantı, kusma ya da kabızlıktır (82,83). GİS tutulum sıklığı bölgelere göre de farklılıklar göstermektedir. Taiwan’da yapılan çalışmada 22 Behçet hastasının 7’sinde (%31,8) GİS tutulumu tespit edilmiştir (84). Japonya’da 2014 BH’nin 480’inde (%23,8) GİS lezyonları saptanmıştır (85). Bu sıklık Türkiye’de daha azdır (%2.8-5) (81).

2.1.1.6. Laboratuvar Bulguları

Behçet hastalığına özgü bir laboratuvar bulgusu için çok sayıda çalışma yapılmıştır. Ancak hastalığa özgü bir bulgu saptanamamıştır. Hastalığın aktif döneminde, eritrosit sedimentasyon hızı, C-reaktif protein seviyesinde yükselme, C3, C4, C9 ve faktör B gibi plazma kompleman komponentlerinde yükselme olabilmektedir. Paterji testi, bölgesel farklılıklar göstermesine rağmen tanıda yardımcı olan bir kriterdir (28, 86, 87).

2.1.1.7. Tanı

Behçet hastalığının tanısı spesifik bir laboratuvar bulgusunun olmaması nedeniyle klinik bulgulara dayanılarak konur (28,64,41). 1990 yılında oluşturulmuş olan ‘Uluslararası Çalışma Grubu’ sınıflandırma bu kriterleri tanıda yardımcıdır (Çizelge 2) (88).

Çizelge 2. Behçet Hastalığında Uluslararası Çalışma Grubu Kriterleri*

Tekrarlayan oral aft	Bir yıl içerisinde en az üç defa tekrarlayan ve hekim tarafından tespit edilen minör, majör aftöz veya herpetiform lezyonlar
ve aşağıdakilerden ikisi;	
Tekrarlayan genital ülser	Hekim ya da hasta tarafından gözlenen aftöz ülser ya da skar
Göz lezyonları	Anterior üveit, posterior üveit, yarıık lamba ile vitreusta hücre ya da retinal vaskülit
Cilt lezyonları	Hekim ya da hasta tarafından gözlenen eritema nodozum, psödofolikülit ya da papülopüstüler lezyonlar
Paterji pozitifliği	Hekim tarafından 24-48 saatte değerlendirilen

(Kaynak: International Study Group for Behçet's Disease. Criteria for diagnosis of Behçet's disease. *Lancet*, **1990**;335:1078-80).

*Bulgular diğer klinik hastalıklarla açıklanmadığında dikkate alınır.

Behçet hastalığı tipik destekleyici laboratuvar bulguları olmaması nedeniyle diğer hastalıklarla karışabilir. Ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken hastalıklar Çizelge 3’de verilmiştir (28,41).

Çizelge 3. Behçet Hastalığı Ayırıcı Tanısı

	Behçet hastalığında görülmeyenler
Reaktif artrit	Üretrit, glans peniste lezyonlar, konjonktivit keratodermi blenorajika, sosis parmak, Aşil tendiniti, kalkeneal entesopati ve sakroiliak eklem tutulumu
Seronegative artropatiler	Psoriyatik deri döküntüleri, aort yetersizliği, aksiyal tutulum ve çevresel entesopati ve sakroiliak eklem tutulumu
İnflamatuvar artropatiler	Serolojik bulgular
İnflamatuvar bağırsak hastalıkları	Bağırsakta inflamatuvar lezyonlar
Multiple skleroz	İntranükleer oftalmopleji ve optik nörit
Sarkoidoz	Çift taraflı hiler adenopati ve akciğer parankiminde tutulum
Sistemik vaskülitler	Mikroanevrizmalar, nöropati, ANCA
Vogt-Koyanagi-Harada sendromu	Peliosis, alopesi ve vitiligo
Stevens-Johnson sendromu	Veziküller, korneal tutulum
Veneryal hastalıklar	Glans peniste lezyonlar ve serolojik bulgular

(Kaynak: **Yurdakul S, Yazıcı H.** Behçet sendromu. *Türk Ped Arş*, **2008**; 43 Özel Sayı: 21-7).

2.1.1.8. Prognoz

Behçet hastalığının mortalite ve morbiditesi şimdiye kadar birçok çalışmada ortaya konmaya çalışılmıştır (89). Yazıcı ve ark. (90)'nın yaptıkları retrospektif bir çalışmada 152 (92 erkek, 60 kadın) hastanın 10 yıllık takibi sonunda 6 (%3.9) erkek hastanın BH'den öldüğü saptanmıştır. Ölümcüllüğün erkeklerde (%14) kadınlara (%2) göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Ayrıca bu hastalarda daha fazla göz, büyük damar ve nörolojik tutulum olduğu ve başlıca ölüm sebeplerinin ise büyük damar tutulumu (%40) özellikle pulmoner arter anevrizması ve Budd- Chiari sendromu ve parankimal nörolojik tutulum (%12) olduğu belirtilmiştir (25). Akman- Demir ve ark. (91)'nin nörolojik tutulumlu BH'deki prognoz çalışmalarında beş yıllık takip sonucunda 200 nörolojik tutulumlu BH'nin 22'si (%11) ölmüş, 28'nin (%14) günlük yaşam aktivitelerinde başkalarına bağımlı hale geldikleri saptanmıştır. Siva ve ark. (92)'nin çalışmasında da ortalama üç yıllık takipte 164 hastanın 9'nun (%5) öldüğü, %45'inin sakat kaldığı bildirilmiştir.

2.1.1.9. Tedavi

Behçet hastalığının tedavisinde semptomların ortadan kaldırılması, inflamasyonun erken dönemde baskılanması, kalıcı organ hasarının önlenmesi ve hastanın yaşam kalitesinin artırılması amaçlanmaktadır (93,94) . Cilt ve mukoza bulgularının tedavisinde hedef, semptomları azaltarak hastaların yaşam kalitesini yükseltmektir. Göz, damar, sinir sistemi tutulumu gibi ciddi organ tutulumu olduğunda ise atakları yeterince tedavi etme ve mümkünse önleme ve mortalitenin önlenmesi hedeflenmektedir. Uygulanacak tedavi tutulan organlara, hastaların yaşına ve cinsiyetine göre değişmektedir. Cilt ve mukoza bulguları, BH'nin diğer organ tutulumları kadar önemli görünmese de hastaların yaşam kalitesini ciddi olarak bozabilmektedir. Oral aft ve genital ülserler hafif olduğunda lokal steroidlerden ve bazen antibiyotiklerden fayda sağlanabilmektedir. Oral aftlarla ağız florası arasında da ilişki olduğundan, ağız hijyeni aftların önlenmesinde çok önemlidir. BH'nin tedavisinde en sık kullanılan ajan, daha önce kontrolsüz çalışmalarda ve olgu bildirimlerinde BH'de etkili olduğu bildirilmiş olan kolşisindir. Göz tutulumu tedavisinde tekrarlayan atakların önlenmesi ve inflamasyonun baskılanması ile görme keskinliğinin korunması amaçlanmaktadır. Gözde yapısal değişiklikler ortaya çıkmadan etkin tedaviye başlanması önemlidir. Damar tutulumu tedavisinde immünsüpresifler tercih

edilmektedir. GİS tutulumu genellikle kolik tarzında karın ağrısı ve kanlı olabilen ishal ile ortaya çıkabilmektedir. Sıklıkla ieoçekal bölgede ülserler oluşmakta, bu ülserler perforasyona yatkın olabilmekte ve etkilenen bölgenin cerrahi ile çıkarılmasını gerektirebilmektedir. Tedavide steroid tercih edilmektedir. Nörolojik tutulumda da immünsüpresifler kullanılmaktadır (93).

2.1.2. YAŞAM KALİTESİ

Uzun yıllar "sağlığın" değerlendirilmesinde ya da sağlığın ölçümünde morbidite, mortalite ve beklenen yaşam süresi gibi niceliksel kavramlar temel alınmıştır. Bu terimler organ düzeyinde, nesnel olarak fizyolojik veya ruhsal bir hasarın saptandığı ve bireyin kendisinde sınırlı olan bir durumu tanımlamaktadır. Son yıllarda bu yaklaşımın sağlığın değerlendirilmesi ve ölçümünde yeterli olmadığı düşüncesi ortaya çıkmış, kişinin fizyolojik ya da ruhsal bir patolojinin olumsuz etkileri hakkında öznel değerlendirmesi ve farkındalığı daha çok önem kazanmıştır. Bu bağlamda, hastayı daha bütüncül olarak ele alma, fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan iyilik durumunu ölçme girişiminin bir sonucu olarak yaşam kalitesi kavramı ortaya çıkmıştır (95).

2.1.2.1.Yaşam Kalitesi Tarihçesi ve Tanımı

Yaşam kalitesi kavramı yıllarca felsefenin tartışma konusu olmuştur. İlk dönemlerde mutluluk yalnızca başarı anlamında kullanılırken; antik ve orta çağda kavram, insanın mükemmel durumu ya da en yüksek seviyede erdem ve güzelliklere sahip olması olarak algılanmıştır. Sosyologlar tarafından daha çok “iyilik hali, iyi bir yaşama sahip olma” anlamında kullanılmış olan bu kavram, hızla sağlık bakım sistemi içinde de kullanılmaya başlanmıştır. Yaşam kalitesi kavramı 1960’lı yıllarda ekonomi ve sosyoloji biliminin konu alanına girmiştir. Ekonomistler bu kavramı ulusal üretim, çalışma, barınma, sosyal durum gibi yaşam biçimi boyutu ile ele almışlardır. 1970’li yıllarda ise psikologlar “yaşam doyumu” boyutunu gündeme getirmişlerdir. Tıp literatüründe yaşam kalitesine ilişkin yayınlara 1960’lı yıllarda rastlanmaktadır. Hemşirelikte ise bu kavrama 1980’li yıllardan sonra daha çok rastlanmaktadır (21).

Yaşam kalitesinin önemi birçok yazıda vurgulanmakla birlikte tanımı konusunda farklı yorumlar mevcuttur (96). Genel olarak “kalite”, iyiliğin bir derecesidir. Yaşam kalitesi, kişisel sağlık durumundan öte, kişisel iyilik halini de içine

alan daha geniş bir kavramdır (97). Yaşam kalitesi tanımının hayatın birçok boyutunu içermesi gerektiği konusunda fikir birliği olmakla birlikte, bu boyutların hangileri olması gerektiği halen tartışılan bir konudur. En geniş tanımlamalardan biri Patrick ve Erickson tarafından yapılmıştır. Yazarın aktardığına göre Patrick ve Erickson ölüm ve yaşam süresi, yetersizlik, fonksiyonel durum (sosyal, psikolojik veya fiziksel), sağlık persepsiyonu ve sosyal-kültürel dezavantajları içeren bir temel kavram tanımlamışlardır. Hoernquist ise yaşam kalitesini fiziksel, psikolojik, sosyal, aktivite, maddi ve yapısal alanda tatmin olma ihtiyacının derecesi olarak tanımlamıştır. Cella; fiziksel, fonksiyonel, emosyonel ve sosyal faktörlerin kombinasyonundan oluşan bir iyilik hali üzerinde durmaktadır. Szalai'ne göre yaşam kalitesi bireyin yaşamının iyi ve tatminkâr özelliklerinin genel değerlendirmesidir. Campbell, yaşam kalitesinin "üzerinde birçok kişinin konuştuğu, ancak kimsenin bu konuda ne yapacağını tam olarak bilemediği" bir antite olduğunu vurgulamaktadır. Fayos ve ark. ise yaşam kalitesi tanımını; hastaların kendi yaşamlarını değerli buldukları şekilde sürdürme yetileri şeklinde yapmışlardır. Shaw yaşam kalitesini bir formül ile tanımlamaktadır:

“yaşam kalitesi=doğal ihtiyaçlar (hastanın ailesinin bu yöndeki çabaları+toplumun bu yöndeki çabaları)” (96).

Mendola ve Pelligrini yaşam kalitesini “bireyin algıladığı bedensel kapasite sınırları içinde başardığı tatmin edici sosyal durum” olarak tanımlarken, Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesini “bireylerin içinde yaşadıkları kültür ve değerler sistemindeki kendi yaşam algıları” şeklinde tanımlamıştır (97). Yaşam kalitesinin bileşenlerini ilk olarak inceleyen Cambell ve arkadaşları, yaşam kalitesinin barınma, yaşam standardı, evlilik durumu, iş durumu, iş doyumu, komşuluk, kendi kendine yeterlilik alanlarından oluşan bir kavram olduğunu ve yaşam kalitesi algısının bu alanların etkileşiminden oluştuğunu belirtmişlerdir.

Yaşam kalitesinin birçok tanımı yapılmasına karşın; ortak bir yaşam kalitesi tanımı bulunmamaktadır. Kavramın yanlış kullanımının önlenmesi için kavram analizleri yapılmış ve yaşam kalitesinin iki komponenti şu şekilde belirtilmiştir;

- 1- Yaşam kalitesi; bir bütün olarak yaşamın subjektif değerlendirilmesidir.
- 2- Yaşam kalitesi; hastanın şimdiki fonksiyon düzeyine karşın ne algıladığının ve yaşam doyumunun değerlendirilmesidir.

Araştırmacılar yaşam kalitesinin; çok boyutlu ve kapsamlı bir kavram olduğu görüşünü benimsemişlerdir ve yaşam kalitesi kavramının içerdiği boyutları şu şekilde belirtmişlerdir;

- 1. Psikolojik / Emosyonel Esenlik Alanı:** Yaşamdan doyum bulma, yararlılık, beden imajı, anksiyete, oto kontrol, dinlenme ve meşguliyetle ilgili durumlar, bir işi tamamlama, yaşamın anlamı, yaşamın normallığı, mutluluk gibi duygulardır.
- 2. Fiziksel Esenlik Alanı:** Fonksiyonel yeterlilik ve günlük yaşam aktiviteleri, yeme, iştah, cinsel yaşam, zindelik/güçlülük, yorgunluk, sağlık-hastalık görüşü ile tanı ve tedavinin sonucudur.
- 3. Sosyal ve Bireysel Esenlik Alanı:** Bireysel fonksiyonlar, sosyal aktiviteler, başkalarından destek görme, mahremiyet, reddedilme, rol işlevi gibi sosyal durumlardır.
- 4. Finansal ve Maddi Esenlik Alanı:** Mevcut durumdaki geleceğe ilişkin güvenlik duygusu, barınma durumu, sağlık sigortası, iş güvencesi ve ev değiştirebilmedir (21).

2.1.2.2.Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi

Günümüzde teknolojik gelişmelerle birlikte yaşam süresinin uzaması ve kronik hastalıkların artması nedeniyle, sağlık bakım harcamaları da artmakta ve sosyal kaynakların önemli bir miktarının sağlık bakım harcamalarına ayrılmasını gerektirmektedir. Bu durum karşısında tüm sağlık bakım girişimlerinin (ilaç kullanımı dahil) genel yararı, artan bir şekilde tartışılmakta, değerlendirilmekte ve hastalığa ek olarak bireyin yaşam kalitesi ile de ilgilenilmesinin gerektiği öne sürülmektedir. Yaşam kalitesini ölçmek bu amaca uygun olarak bir çeşit değerlendirmedir. Yaşam kalitesinin ölçümü ile ilgili çeşitli ölçütler geliştirilmiştir (21). Bu yaşam kalitesi ölçütleri, kişinin günlük yaşamındaki hastalık sürecini ve tedavi alıp almadığını araştırmaya, hastanın bakış açısından hastalık ve tedavinin etkinliğini belirlemeye ve hastalık boyunca hastanın sosyal, duygusal ve fiziksel ihtiyaçlarını saptamaya yardımcıdır. Yaşam kalitesi ölçütlerinden, farklı tedaviler arasında karar vermede, hastalığın tedavisinin etkinliği üzerine hastaya bilgi vermede, hastanın bakış açısından tedavinin başarısının izlenmesinde, tedavi paketlerinin hazırlanmasında yararlanılır (98).

Sağlık hizmetlerinde yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde üç yaklaşım tanımlanmaktadır. Bu yaklaşımlar;

a) Genel Yaşam Kalitesi

Nüfusun genel olarak yaşam kalitesini değerlendirme çalışmaları, sağlık hizmetlerinde yaşam kalitesi araştırmalarından önceye dayanmaktadır. Bu tür araştırmalar hangi insanların hangi işi yaptığını ve yaşam deneyimlerinde kendilerinin ve toplumun etkilerinin neler olduğu hakkında bilgi vermektedir. Kullanılan kavramlar yaşam kalitesinin nasıl değerlendirileceği konusunda karar vermede yol göstericidir. Ölçümler fonksiyonel durumu, kaynaklara ve olanaklara ulaşmayı ve iyi hal duygusunu kapsamaktadır. Özellikle kronik ruh hastalığı olan hastaları değerlendirmek için geliştirilmiş Quality of Life İndeks (QOLI) bu tip yaşam kalitesi ölçüm araçlarına bir örnektir. QOLI yaşam düzeyi, aile ilişkileri, sosyal ilişkiler, günlük aktiviteler, ekonomi, güvenlik ve yasal problemler, iş, okul ve sağlığın dahil olduğu farklı alanları da yanıtlayan kişinin son yaşam deneyimlerini değerlendirmektedir (99).

b) Hastalığa Özgü Yaşam Kalitesi

Bu tip ölçütler hem farklı durumların etkilerini tanımlamak hem de hastalıkların en sık görüldüğü yaş gruplarına uygun olmaları nedeniyle tercih edilir. Örneğin Fonksiyonel Yaşam İndeksi- kanser, St George Dispne Skoru (96).

c) Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, sağlığın bireylerin fonksiyonlarını yerine getirmedeki yeteneklerini ve bireylerin yaşamlarındaki algıladıkları fiziksel, mental ve sosyal alanı ifade eder. Sağlığa ilişkin yaşam kalitesi ölçütleri, sağlık programları, tedavinin etkinliğinin değerlendirilmesi ve ekonomik değerlendirme çalışmalarında yaygın olarak kullanılmaktadır (100). Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçüm araçlarından en çok bilinenler; Kısa Form-36, Nottingham Sağlık Profili, Euro QOL, İyilik Hali Skalası, Hastalık Etki Profili, Sağlık Yararlanma İndeksidir (101).

2.1.2.3.Kronik Hastalıklarda Yaşam Kalitesi

Toplumların yaşlanması ile birlikte hastalık örüntüleri değişmiş kronik ve dejeneratif hastalıklar nedeniyle ölümler ve sakatlıklar artmaya başlamıştır (98). 2001 yılında bildirilen toplam 56.5 milyon ölümün yaklaşık %60'ının nedeni kronik hastalıklar olup dünya çapında hastalık yükünün ise %46'sı kronik hastalıklar nedeniyledir (102). Bu hastalıklar sakatlıklara neden olduğu gibi yaşam kalitesini azaltmakta, sosyal ve tıbbi hizmetlerin yükünü arttırmaktadır. Bu nedenle bu hastalıkların tedavi etkinliklerinin değerlendirilmesinde özellikle de yeni ilaçların lisans almasında ve sağlık politikalarının oluşturulmasında etkili olabilecek yeni değerlendirmelere yer verilmeye başlanmıştır. Bu değerlendirmelerin başında da sağlıkla ilgili yaşam kalitesi kavramı gelmektedir (98).

Yaşam kalitesi bireylerin kendi fiziksel sağlıklarını, ruh sağlıklarını, sosyal ilişkilerini ve içinde buldukları çevresiyle ilişkisini ve yaşamdaki pozisyonunu algılaması olarak tanımlanmaktadır (103). Son yıllarda bu kavram üzerinde durulmasının iki ana nedeni olduğu açıklanmıştır: 1. Yeni ekonomik sınırlılıklar ve maliyet-etkinlik gereksinimi (buna göre tedavide en az maliyetle en iyi bakımın sağlanması amaçlanmıştır). 2. Klinik etkinliğin hastanın nasıl hissettiği konusunda hassas bir gösterge olmadığına dair var olan düşünceler. Bu durum, özellikle tedavinin yalnızca belirtileri kontrol edebildiği ve tedavinin yan etkileri nedeniyle yaşam kalitesinin bozulduğu kronik durumlarda önemlidir. Hastalar genelde gerçek belirtiler yerine kronik hastalıkların yol açtığı bu belirtilerin, yaşamlarını nasıl etkilediğine önem vermektedir (104). Hastalar yaşamlarındaki değişikliklere alışmak ve bunlarla birlikte yaşamayı öğrenirken birçok psikolojik ve fiziksel faktörün etkisinde kalabilecekleri gibi, yeni yaşam tarzına bağlı fiziksel ve psikolojik sorunlar da geliştirebilirler. Tüm bunlar bireylerin yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir.

Hasta bireylerde hastalık davranışının, psikolojik tepkilerin ve uyum güçlüklerinin anlaşılması ve uygun baş etme yöntemlerinin geliştirilmesine destek olacak bakım girişimlerinin planlanması, yaşam kalitesi değerlendirmeleri ile mümkün olabilmektedir (105). Yaşam kalitesini ölçmek bu amaca uygun olarak bir çeşit değerlendirmedir. Sağlık bakımı; yaşam süresini etkilemese bile, yaşam kalitesini etkileyebilir. Bu özellikle kronik hastalıklar için önemlidir (21).

Sonuç olarak tıbbın giderek ilerlediği günümüzde, sadece hastalıkların ortadan kaldırılması değil, kişilerin yaşam kalitelerinin artırılması da hedeflenmektedir. Bu nedenle de iyilik hali ve yaşam kalitesinin ölçülebilmesi konusunda giderek artan bir çaba gösterilmektedir (98).

2.1.2.4.Kronik Hastalıklarda Yaşam Kalitesinin Yükseltilmesinde Hemşirenin Rolü

Kronik hastalıklar uzun süren, geri dönüşsüz, ilerleyici ve hatta ölümcül olabilme özelliği nedeni ile hasta birey ve ailesi için bir kriz durumudur (106). Ülkemizde kronik hastalıklar giderek artmaktadır. Kronik hastalıkların artması, sağlık talebinin ve harcamalarının artmasına yol açmaktadır. Bu durum, hasta bakım felsefesinin değişmesini zorunlu hale getirmiştir. Yeni felsefe, hasta bakımı yerine, kronik hastalığı olan bireylere, hastalıkları ile baş edebilmelerini sağlayacak bilgi ve becerilerin kazandırılmasına yönelik sağlık eğitimi programlarının düzenlenmesidir (107). Buna göre; kronik hastalıklarda uygulanacak tedavi ve hemşirelik bakımında amaçları hastanın yalnız yaşam süresini uzatmak değil, aynı zamanda kaliteli bir yaşam sürmesi için gerekenleri planlamak ve uygulamaktır (108).

Kronik hastalığın her türü fonksiyonel güçsüzlüğe, fiziksel iyilik halinde bozulmalara yol açar ve yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesine neden olabilmektedir. Oldukça geniş kapsamlı olduğu için tanımlanması güç bir kavram olan yaşam kalitesi kavramı, bireyin kendi yaşamına ilişkin subjektif doyumunu olarak değerlendirilmekte, yaşam doyumunu, yaşam memnuniyeti, mutluluk ile eş anlamlı olarak kullanılmaktadır. Daha geniş bir ifadeyle yaşam kalitesi, bireyin tüm gereksinimlerini karşılaması, yaşamdan doyum sağlaması, sosyal davranışlarda yeterli olması, eğlenmeye zaman ayırması, emosyonel ve fizik durumunun üst düzeyde olması ve kişiler arası ilişkilerinin sürdürülmesi gibi özellikleri içine almaktadır (109).

Hemşireliğin temel amacı insana yardımdır. Bir başka deyişle kendi temel gereksinimlerini karşılayamayan bireye yardım etmek ya da sağlıklı bireylerin sağlığını korumaları, geliştirmeleri, yaşam kalitelerini artırmaları için yardımcı olmaktır. Hemşirelik biliminde yaşam kalitesine yönelik uğraşlar; hastayı rahatlatmaya yardım etme, uygun bakım verme ve yaşamın; biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel yönünü içeren esenlik durumunu yükseltmeye yöneliktir (110).

Son yıllarda hemşirelik mesleğinde yaşam kalitesi kavramı birçok kronik hastalık ile birlikte yaşamak zorunda kalan bireyler için önemli olmuş ve bu konuda bilimsel araştırmalar yaygınlaştırılarak yaşam kalitesini arttıran girişimler üzerine yoğunlaşmıştır (111). Yeni sağlık hizmetleri felsefesine göre; hemşireler holistik bir yaklaşım içinde hastaların yaşam kalitesini değerlendirmelidirler. Yaşam kalitesini değerlendirmede hemşireler anahtar rolü oynayan kişilerdir. İnsanların sağlıklarında herhangi bir sapma olduğunda yaşamdan doyum bulmaları olumsuz yönde etkilenebilmektedir. Bu noktada hemşireliğin rolü ve amacı, hastaya yardımcı olmak, en kısa zamanda kendi bakımını üstlenmesini sağlamak ve bu süreç içerisinde de yaşam doyumunu maksimum düzeye çıkarmaktır. Hemşirelerin yaşamın kalitesini koruma, geliştirme ve iyileştirme sorumlulukları vardır. Bu sorumlulukları yerine getirirken önce yaşam kalitesinin ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin belirlenmesi gerekir (109).

Hemşirelerin, yaşam kalitesi ölçekleri kullanarak yaptıkları araştırmalar; büyük grupların sağlık durumları hakkında bilgi toplamayı ve sonuçlarını sağlık politikası oluşturmada kullanmayı amaçlamaktadırlar. Ayrıca araştırmalar; hastaların hastanede kalma sürelerini azaltmakta ve tedavi değerlendirilmesi ile ilgili araştırmalara öncülük etmektedir (21).

Hemşirelerin hastaların yaşam kalitesini değerlendirebilecek çalışmalar yaparak, uygulanan tedavi ve bakımın hastaların yaşam kalitesine etkisinin ölçülmesi ve bu sonuçlar doğrultusunda hastaların yaşam kalitesini yükseltmeye yönelik tedavi ve bakımın düzenlenmesinde önemli fonksiyonları vardır (109).

2.1.2.5. Behçet Hastalarında Yaşam Kalitesi

Behçet hastalığı hastanın yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen ya da fonksiyonlarında engelliliğe neden olabilen deri/mukoza lezyonları, eklem tutulumu ve görmede kayba yol açabilen göz tutulumu ile önemli bir morbidite nedeni olan kronik bir hastalıktır (3).

Behçet hastalarındaki belirtiler görülme sıklığına göre oral ülser %100, genital ülser %85.3, PPL %55.4, ENBL %44.2, deri paterji testi %37.8, eklem %33.4 ve göz %29.2 tutulumudur. Bu belirtiler bireyin hem bedensel ve ruhsal sağlığını bozmakta hem de fiziksel fonksiyonlarında engelliliğe yol açarak yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (17). Hastalar günlük yaşam aktivitelerinin azaldığını ve gününün

kötü geçtiğini belirtmektedirler. BH'deki kronik romatolojik problemlerin hastaların günlük yaşam aktivitelerini sınırladığı, kendilerine güvenlerini ve çevreleri ile olan ilişkilerini olumsuz yönde etkilediği, ağrılı ağız ülserlerinin de hastaların konuşmalarını, yemek yemelerini engellediği ve kişinin beden imajını olumsuz yönde etkilediği belirtilmektedir (16). Hastalar eklem tutulumunun ağrıya ve fiziksel aktivite kısıtlılığına neden olduğunu, yine ağrılı genital ülserlerin hastaların beden imajını ve cinsel yaşamını olumsuz etkilediği belirtilmektedir (19). Kronik bir hastalık olan BH'de ortaya çıkan yakınmalar bir taraftan bireyin bedensel ve ruhsal sağlığını, diğer taraftan fiziksel özürllülüğe yol açarak yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (18).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Çalışma, Behçet hastalığı tanısı almış hastaların yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi amacı ile yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Şekli

Araştırma, tanımlayıcı nitelikte yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Gülhane Askeri Tıp Akademisi (GATA) Eğitim Hastanesi Romatoloji Polikliniğinde yapılmıştır. GATA Eğitim Hastanesi Romatoloji Polikliniği hastanenin zemin katında bulunmaktadır. Poliklinikte üç doktor, iki hemşire ve iki sekreter görev yapmaktadır. Poliklinikte üç muayene odası bulunmakta ve bu muayene odalarından birinde her perşembe yalnızca Behçet hastalarının muayenesi yapılmaktadır. Muayene odaları dışında poliklinikte hasta dosyalarının bulunduğu bir arşiv odası, hastaların tanı ve tedavilerinin görüldüğü bir konsey odası ve hastaların tedavilerinin yapıldığı bir tedavi odası bulunmaktadır. Polikliniğe her hafta Behçet hastalığı nedeniyle başvuran hasta sayısı ortalama 5- 8 arasındadır.

3.4. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini, GATA Eğitim Hastanesi Romatoloji Polikliniğinde 22 Ocak 2009 – 14 Mayıs 2009 tarihleri arasında en az üç ay önce Behçet tanısı almış ve kontrol muayenesine gelmiş olan 102 hastadan oluşmuştur. Bu süre içinde polikliniğe başvuran hastalardan 8'i çalışma dışı kalmıştır. Nedenleri ise beş hastanın Behçet tanısını yeni almış olması, iki hastanın Behçet tanısının kesinleşmemiş olması ve bir hastanın nörolojik tutulum sonucu soruları algılamada zorluk yaşamasıdır.

3.5. Araştırmanın Örnekleme

Araştırmanın örneklemini, en az üç ay önce Behçet tanısı almış, psikiyatrik bir hastalık tanısı almamış, okuma-yazma bilen ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan 94 hasta oluşturmuştur.

3.6.Verilerin Toplanması

3.6.1.Verii Toplama Formlarının Hazırlanması

Araştırmanın verileri, hastaların sosyo-demografik ve hastalıkları ile ilgili özellikleri içeren ve literatür taraması sonucu hazırlanan “Kişisel Bilgi Formu” (EK - 1), bireylerin son dört hafta içindeki yaşam kalitelerini değerlendirmek amacı ile kullanılan “SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği” (EK – 2) kullanılarak toplanmıştır.

3.6.1.1.Kişisel Bilgi Formu

Konu ile ilgili literatür incelenerek hazırlanan kişisel bilgi formu sosyo-demografik ve hastalık ile ilgili özellikleri içeren toplam 38 sorudan oluşmaktadır. Sosyo – demografik özelliklerin yer aldığı birinci bölüm 10 soru’dan oluşmaktadır. İkinci bölümde ise hastaların yaşam kalitelerini etkileyebilecek Behçet hastalığına ilişkin özellikleri içeren 28 soru yer almaktadır (112,113).

3.6.1.2.SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

Hastaların yaşam kalitelerini belirlemek amacı ile “ SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ” kullanılmıştır. Ware tarafından 1987 yılında geliştirilmiş SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği klinik uygulama ve araştırmalarda sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin değerlendirmesi için hazırlanmıştır (114). SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği 8 alt boyuttan oluşmaktadır. Bu alt boyutlar: 1-Fiziksel Fonksiyon (10 madde), 2-Sosyal Fonksiyon (2 madde), 3- Fiziksel Rol Kısıtlılığı (4 madde), 4- Emosyonel Rol Kısıtlılığı (3 madde), 5- Mental Sağlık (5 madde), 6- Zindelik/Yorgunluk (4 madde), 7- Ağrı (2 madde), 8- Genel Sağlık Anlayışı (5 madde)’dir. Ölçeğin değerlendirilmesi son dört hafta göz önünde tutularak yapılır. Değerlendirme üçüncü ve dördüncü maddeler dışında Likert tipinde (üçlü-altılı) yapılır, üçüncü ve dördüncü maddeler ise evet/hayır biçiminde düzenlenmiştir. Her bir alt boyutun puanı 0 ile 100 arasında değişir; 0 en kötü yaşam kalitesini, 100 en iyi yaşam kalitesini göstermektedir. Ölçek ülkemizde ilk olarak Rukiye Pınar tarafından 1995 yılında Türkçe’ye çevrilmiş, geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır (115,116). SF-36’nın geçerlilik ve güvenilirlik çalışması çeşitli hasta gruplarında tekrar yapılmıştır. Koçyiğit ve arkadaşları tarafından 1999 yılında yapılan, SF-36’nın Türkçe için güvenilirlik ve geçerlilik çalışmasında elde edilen Cronbach

alpha katsayıları; 0.73-0.76 arasındadır (117). Bizim çalışmamızdaki Cronbach alpha katsayıları ise aşağıda Çizelge 4’te verilmiştir.

Çizelge 4. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Cronbach Alpha Katsayıları

Alt Ölçekler	Ortalama ± standart sapma	Cronbach Alpha değeri
Fiziksel Fonksiyon	63.82 ± 23.23	0.85
Sosyal Fonksiyon	66.19 ± 26.31	0.68
Rol Kısıtlılığı Fiziksel	32.97 ± 42.63	0.92
Rol Kısıtlılığı Emosyonel	33.33 ± 40.60	0.82
Mental Sağlık	51.65 ± 13.76	0.83
Zindelik/Yorgunluk	35.15 ± 21.21	0.84
Ağrı	51.18 ± 24.93	0.85
Genel Sağlık Bakış Açısı	44.29 ± 21.47	0.77

3.6.2. Ön Uygulama

Veri toplama formlarının işlerliğini değerlendirmek amacıyla, GATA Eğitim Hastanesi Romatoloji Polikliniğine kontrol muayenesi için başvuran Behçet tanısı almış 10 hastaya 8 Ocak- 15 Ocak 2009 tarihleri arasında ön uygulama yapılmıştır. Veri toplama formunda anlaşılması güç olan bir soruda değişiklik yapılmıştır.

3.6.3. Veri Toplama Formlarının Uygulanması

Veri toplama formunun uygulamasına başlamadan önce araştırmanın amacı ve yöntemini içeren bilgiler GATA Eğitim Hastanesi Romatoloji A.D. Başkanlığına, GATA Komutanlığına, GATA Eğitim Hastanesi Başhemsireliğine, GATA Eğitim Hastanesi Etik Kuruluna (EK-3) gönderilerek gerekli resmi izinler alınmıştır.

Veriler 22 Ocak 2009 – 14 Mayıs 2009 tarihleri arasında toplanmıştır. Veri toplama formlarının uygulamasına başlamadan önce hastalara araştırmanın amacı, yöntemi ve araştırmaya katılımın gönüllü olduğu açıklanarak hastalardan yazılı onamları alınmıştır. Veriler araştırmacı tarafından ayrı bir odada birebir görüşme

yöntemi ile toplanmıştır. Hastaların sorulan soruları rahatça cevaplayabilmeleri için hastalarla yalnız görüşülmüştür. Bireylerin formları yanıtlama süreleri Kişisel Bilgi Formu için 10 – 15 dakika, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği için ise 15 – 20 dakika arasında değişmiştir. Kişisel Bilgi Formunda yer alan protokol numaraları, hastaların Romatoloji polikliniğindeki bilgisayar kayıtlarından alınmıştır. Hastaların hastalık belirtilerine ilişkin verilere ise doktor tarafından doldurulan hasta dosyalarından ulaşılmıştır.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Veri kodlama ve değerlendirme işlemleri bilgisayar aracılığı ile Statistical Package Progame for the Social Sciences (SPSS) 11.5’de yapılmıştır. Araştırmada iki kategorili özelliklerle yapılan istatistiksel değerlendirmede iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (Student t testi); ikiden fazla kategorisi olan özelliklerle yapılan değerlendirmede ise tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen iki kategorili özelliklerin istatistiksel değerlendirmesinde Mann-Whitney U testi, ikiden fazla kategorisi olan özellikler için ise Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğunu değerlendirmek amacıyla Shapiro-Wilk testi kullanılmıştır.

Araştırmada kullanılan tüm puan türleri için minimum ve maksimum değerler, ortalama ve standart sapma hesaplanmıştır. Araştırmada incelenen tüm değişkenler için yüzde hesaplamaları yapılmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde hastaların yaşam kalitesi puan ortalamaları, sosyo-demografik özellikleri ve hastalığa ilişkin özelliklerine göre yaşam kalitesi puan ortalamalarını içeren bulgular yer almaktadır.

Çizelge 5. SF-36 Yaşam Kalitesi Alt Ölçek Puanları

Alt ölçekler	Minimum	Maximum	Ortalama	Standart Sapma
Fiziksel Fonksiyon	10.00	100.00	63.82	23.23
Sosyal Fonksiyon	11.11	100.00	66.19	26.31
Fiziksel Rol Kısıtlılığı	0.00	100.00	32.97	42.63
Emosyonel Rol Kısıtlılığı	0.00	100.00	33.33	40.60
Mental Sağlık	16.00	76.00	51.65	13.76
Zindelik/Yorgunluk	0.00	90.00	35.15	21.21
Ağrı	0.00	100.00	51.18	24.93
Genel Sağlık Anlayışı	10.00	100.00	44.29	21.47

Çizelge 6. Hastaların Sosyo- Demografik Özelliklerine Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamaları

Sosyo-Demografik Özellikler	n	%	SF-36 Yaşam Kalitesi Alt Ölçekleri Puan Ortalamaları							
			Fiziksel Fonksiyon Ort.±SD	Sosyal Fonksiyon Ort ±SD	Fiziksel Rol Kısıtlılığı Ort ±SD	Emosyonel Rol Kısıtlılığı Ort ±SD	Mental Sağlık Ort ±SD	Zindelik/Yorgunluk Ort ±SD	Ağrı Ort ±SD	Genel Sağlık Anlayışı Ort ±SD
Cinsiyet										
Kadın	47	50	60.10 ± 24.43	65.01 ± 26.71	24.46 ± 40.87	30.49 ± 41.01	50.12 ± 14.22	30.95 ± 19.41	49.64 ± 23.38	42.53 ± 20.56
Erkek	47	50	67.55 ± 27.59	67.37 ± 26.15	41.48 ± 43.07	36.17 ± 40.42	53.19 ± 13.26	39.36 ± 22.30	52.71 ± 26.56	46.06 ± 22.43
p			0,121	0,617	0,022*	0,370	0,283	0,075	0,789	0,428
Yaş										
20-30 yaş	24	25.5	65.62 21.68	65.27 31.30	31.25 40.54	34.72 42.25	50.00 16.25	34.58 23.12	49.07 26.39	42.33 21.59
31-41 yaş	40	43.5	65.12 21.85	60.00 24.75	27.50 40.35	27.50 39.86	53.10 13.46	35.50 19.57	47.50 22.22	38.17 16.48
42yaş ve üzeri	30	32	60.66 26.48	75.18 21.96	41.66 47.03	40.00 40.49	51.06 12.19	35.16 22.45	57.77 26.64	54.03 24.31
p			0.667	0.055	0.382	0.440	0.661	0.986	0.209	0.007**

**p<0.01

Çizelge 6 (Devam). Hastaların Sosyo- Demografik Özelliklerine Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamaları

Sosyo-Demografik Özellikler	n	%	SF-36 Yaşam Kalitesi Alt Ölçekleri Puan Ortalamaları							
			Fiziksel Fonksiyon Ort.±SD	Sosyal Fonksiyon Ort ±SD	Fiziksel Rol Kısıtlılığı Ort ±SD	Emosyonel Rol Kısıtlılığı Ort ±SD	Mental Sağlık Ort ±SD	Zindelik/Yorgunluk Ort ±SD	Ağrı Ort ±SD	Genel Sağlık Anlayışı Ort ±SD
Eğitim Durumu										
İlköğretim	20	21.2	57.75 25.77	72.22 21.77	23.75 40.93	33.33 44.59	48.80 13.27	28.80 16.73	56.11 24.57	47.70 22.01
Ortaöğretim	44	46.8	61.59 22.53	60.60 27.57	32.38 42.65	26.51 38.43	49.45 14.07	32.04 21.05	46.21 26.24	42.00 19.40
Yükseköğretim	30	32	71.16 21.32	70.37 26.31	40.00 43.84	43.33 40.25	56.80 12.57	44.50 21.50	55.18 22.50	45.40 24.20
p			0.091	0.151	0.419	0.218	0.044*	0.010*	0.193	0.586

*p<0.05

Çizelge 6 (Devam). Hastaların Sosyo- Demografik Özelliklerine Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamaları

Sosyo-Demografik Özellikler	n	%	SF-36 Yaşam Kalitesi Alt Ölçekleri Puan Ortalamaları								
			Fiziksel Fonksiyon Ort ±SD	Sosyal Fonksiyon Ort. ±SD	Fiziksel Rol Kısıtlılığı Ort ±SD	Emosyonel Rol Kısıtlılığı Ort ±SD	Mental Sağlık Ort ±SD	Zindelik/Yorgunluk Ort ±SD	Ağrı Ort ±SD	Genel Sağlık Anlayışı Ort ±SD	
Medeni Durum											
Evli	76	80.9	63.88 23.26	65.20 26.25	34.53 43.39	32.01 40.53	51.36 13.41	34.80 21.32	51.16 25.60	43.63 21.52	
Bekar	18	19.1	63.61 23.81	70.37 26.94	26.38 39.73	38.88 41.61	52.88 15.49	36.66 21.28	51.23 22.59	47.11 21.66	
p			0.965	0.457	0.469	0.521	0.676	0.739	0.992	0.539	
Çocuk Sahibi Olma Durumu											
Olan	72	76.6	63.19±23.71	66.35±25.29	34.02±44.26	32.40±40.71	51.16±13.23	34.72±20.72	52.16±25.06	45.58±21.12	
Olmayan	22	23.4	65.90±22.01	65.65±30.07	29.54±37.50	36.36±41.03	50.00±15.60	36.59±23.21	47.97±24.81	40.09±22.57	
p			0.714	0.953	0.996	0.718	0.153	0.914	0.456	0.285	
Çalışma Durumu											
Çalışan	41	43.6	64.63±22.17	61.78±26.87	34.14±40.60	32.52±39.07	50.82±13.94	36.58±21.54	49.59±22.91	39.92±19.76	
Çalışmayan	53	56.4	63.20±24.22	69.60±25.61	32.07±44.49	33.96±42.10	52.30±13.71	34.05±21.10	52.41±26.54	47.67±22.31	
p			0.507	0.171	0.522	0.993	0.370	0.657	0.608	0.91	

Çizelge 6 (Devam). Hastaların Sosyo- Demografik Özelliklerine Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamaları

Sosyo-Demografik Özellikler	n	%	SF-36 Yaşam Kalitesi Alt Ölçekleri Puan Ortalamaları							
			Fiziksel Fonksiyon Ort ±SD	Sosyal Fonksiyon Ort ±SD	Fiziksel Rol Kısıtlılığı Ort ±SD	Emosyonel Rol Kısıtlılığı Ort ±SD	Mental Sağlık Ort ±SD	Zindelik/Yorgunluk Ort ±SD	Ağrı Ort ±SD	Genel Sağlık Anlayışı Ort ±SD
Çalışma statüsü										
Ev hanımı	35	37.2	59.71± 24.55	67.93± 24.81	25.71± 43.08	28.57± 41.33	51.31± 14.24	30.85± 20.16	50.15± 25.75	45.20± 20.87
Memur	30	31.9	69.16± 20.68	62.22 ±28.67	36.66± 43.41	33.33± 40.11	53.06± 14.36	40.83± 22.44	51.48± 24.49	40.06± 21.19
İşçi	3	3.2	55.00± 25.98	51.85± 27.96	25.00 ±25.00	22.22 ±38.49	37.33± 9.23	20.00 ±5.00	55.55± 19.24	34.00± 12.76
Emekli	9	9.6	68.88 ±22.74	81.48± 22.90	69.44± 42.89	66.66± 37.26	58.66± 4.00	48.33± 20.31	77.77 ±17.56	66.00 ±22.17
Serbest meslek	8	8.5	56.87 ±20.16	62.50± 26.51	28.12± 36.44	33.33± 39.84	48.50± 16.89	26.87± 17.10	34.72 ±18.24	38.87 ±19.33
Diğer	9	9.6	66.11± 28.80	65.43± 27.46	19.44 ±34.86	22.22± 37.26	48.88± 12.12	32.22± 21.08	40.74± 18.42	41.44 ±18.54
p			0.510	0.483	0.127	0.144	0.244	0.071	0.006**	0.059

**p<0.01

Çizelge 6 (Devam). Hastaların Sosyo- Demografik Özelliklerine Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamaları

Sosyo-Demografik Özellikler	n	%	SF-36 Yaşam Kalitesi Alt Ölçekleri Puan Ortalamaları								
			Fiziksel Fonksiyon Ort ±SD	Sosyal Fonksiyon Ort ±SD	Fiziksel Rol Kısıtlılığı Ort ±SD	Emosyonel Rol Kısıtlılığı Ort ±SD	Mental Sağlık Ort ±SD	Zindelik/Yorgunluk Ort ±SD	Ağrı Ort ±SD	Genel Sağlık Anlayışı Ort ±SD	
Ekonomik Durum											
Gelir giderden fazla	11	11.7	67.72±17.79	70.70±29.09	29.54±38.43	42.42±44.94	59.63±14.02	45.45±19.67	50.50±25.99	41.27±25.41	
Gelir gidere denk	67	71.3	63.35±24.65	66.16±26.90	33.95±43.23	33.83±39.98	50.02±13.56	33.88±22.15	51.24±25.21	44.88±21.11	
Gelir giderden az	16	17.0	63.12±21.20	63.19±22.84	31.25±45.18	25.00±41.27	53.00±13.18	33.43±16.90	51.38±24.63	43.93±21.43	
p			0.889	0.666	0.914	0.481	0.090	0.232	0.995	0.875	
Birlikte Yaşanılan Bireyler											
Yalnız	4	4.25	57.50 37.96	72.22 33.33	43.75 51.53	50.00 57.73	59.00 22.26	47.50 31.22	58.33 36.71	51.00 31.59	
Eş ve çocuklar	70	74.5	64.28 22.76	66.98 25.37	36.47 43.53	33.33 40.52	51.65 13.35	35.35 21.38	51.11 25.89	43.92 21.75	
Diğer	20	21.3	63.50 22.88	62.22 29.15	20.00 36.81	30.00 38.84	50.20 13.94	32.00 18.59	50.00 19.57	44.25 19.26	
p			0.852	0.699	0.293	0.672	0.511	0.410	0.832	0.818	
Yaşanılan Yer											
Köy	5	5.3	66.00±26.31	53.33±29.81	20.00±44.72	20.00±44.72	46.40±18.02	28.00±23.87	55.55±24.84	42.20±17.48	
İlçe	12	12.8	56.25±17.85	58.33±25.56	14.58±31.00	33.33±31.78	50.00±13.90	29.16±17.81	42.59±24.08	33.66±17.82	
Şehir	77	81.9	64.87±23.82	68.25±26.10	36.68±43.60	34.19±41.87	52.25±13.56	36.55±21.54	52.23±25.10	46.09±21.93	
p			0.483	0.257	0.184	0.593	0.596	0.433	0.429	0.172	

Araştırma kapsamına alınan hasta bireylerin sosyo – demografik özellikleri ve bu özelliklerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin alt boyutları olan fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel rol kısıtlılığı, emosyonel rol kısıtlılığı, mental sağlık, zindelik/yorgunluk, ağrı ve genel sağlık anlayışı toplam puan ortalamaları ile yapılan istatistiksel değerlendirmeleri Çizelge 6’de verilmiştir.

Çalışmaya katılan Behçet hastalarının %50’si kadın ve %50’si erkektir. Erkek hastaların Fiziksel rol kısıtlılığı puan ortalamaları kadın hastalardan daha yüksek bulunmuştur ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$). Fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, emosyonel rol kısıtlılığı, mental sağlık, zindelik/yorgunluk, ağrı, genel sağlık anlayışı alt ölçek puan ortalamaları açısından değerlendirildiğinde iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamakla birlikte ($p > 0.05$) erkek hastaların alt ölçek puan ortalamalarının kadın hastalara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların %25.5’i 20-30 yaş, %43.5’i 31-41 yaş ve %32’si 42 yaş ve üstündedir. 42 yaş ve üstünde olan hastaların genel sağlık anlayışı puan ortalamalarında anlamlı bir yükselme bulunurken, en düşük puanı 31-41 yaş aralığında olanlar almıştır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.01$).

Çalışma kapsamına alınan hastaların %21.2’si ilköğretim mezunu, %46.8’i ortaöğretim mezunu ve %32’si yükseköğretim mezunudur. Yüksek öğretim mezunu bireylerin mental sağlık puan ortalamalarında anlamlı bir yükselme bulunurken, en düşük puanı ilköğretim mezunları almıştır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Zindelik/yorgunluk puan ortalamaları eğitim durumları açısından değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Yüksek öğretim mezunu bireylerin zindelik/yorgunluk puan ortalamalarında anlamlı bir yükselme bulunurken ilköğretim mezunu bireyler en düşük puanı almıştır.

Araştırma kapsamına alınan bireyler medeni duruma göre değerlendirildiğinde hastaların % 80.9’u evlidir. Medeni durumla SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçek puan ortalamaları istatistiksel olarak değerlendirildiğinde gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Örnekleme oluşturan hastaların % 76.6’sının çocuğu bulunmaktaydı. İstatistiksel analizde sosyal fonksiyon, fiziksel rol kısıtlılığı, mental sağlık, ağrı ve genel sağlık

anlayışı puan ortalamaları çocuk sahibi olan hastalarda çocuk sahibi olmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Fiziksel fonksiyon, emosyonel rol kısıtlılığı ve zindelik/yorgunluk puan ortalamaları ise çocuk sahibi olmayanlarda çocuk sahibi olanlara göre daha yüksek saptanmıştır. Fakat yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Çalışmaya katılan Behçet hastalarının çalışma durumu incelendiğinde %56.4'ünün çalışmadığı belirlenmiştir. Çalışan ve çalışmayan grup arasında SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçek puan ortalamaları istatistiksel olarak değerlendirildiğinde anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Çalışma kapsamına alınan hastaların % 37.2'si ev hanımı olduğu görülmüştür. İstatistiksel analizde ağrı puan ortalamaları açısından, meslek grupları arasında oluşan farklılık anlamlı bulunmuştur ($p<0.01$). Emekli olan bireylerin ağrı puan ortalamaları diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur. En düşük puanı serbest meslek grubundakiler almıştır.

Araştırmaya alınan bireylerin gelir durumları incelendiğinde % 11.7'sinin gelirinin giderinden fazla olduğu, % 71.3'ünün gelirinin giderine denk olduğu ve % 17'sinin ise gelirinin giderinden az olduğu belirlenmiştir. Fakat yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Çalışmaya katılan hastaların birlikte yaşadığı bireylere bakıldığında %74.5'i eş ve çocukları ile birlikte yaşamaktadır. Yalnız yaşayan bireylerin sosyal fonksiyon, fiziksel rol kısıtlılığı, emosyonel rol kısıtlılığı, mental sağlık, zindelik/yorgunluk ve ağrı alt ölçek puan ortalamalarında yükselme bulunurken en düşük puanı diğerleri grubundaki bireyler almıştır ama bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Hastaların %81.9'u şehirde, %12.8'i ilçede ve %5.3'ü köyde yaşamaktadır. Yapılan istatistiksel analizde fiziksel fonksiyon ve ağrı puanı köyde yaşayan hastalarda yüksek bulunurken, sosyal fonksiyon, fiziksel rol kısıtlılığı, emosyonel rol kısıtlılığı, mental sağlık, zindelik/yorgunluk ve genel sağlık anlayışı puan ortalamaları şehirde yaşayan hastalarda yüksek bulunmuştur. Araştırmada değerlendirilen SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçek puanları ile hastaların yaşadığı yer arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Çizelge 7. Hastaların Hastalıkla İlgili Özelliklerine Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamaları

Hastalıkla İlgili Özellikler	n	%	SF-36 Yaşam Kalitesi Alt Ölçekleri Puan Ortalamaları								
			Fiziksel Fonksiyon Ort ±SD	Sosyal Fonksiyon Ort ±SD	Fiziksel Rol Kısıtlılığı Ort ±SD	Emosyonel Rol Kısıtlılığı Ort ±SD	Mental Sağlık Ort ±SD	Zindelik/Yorgunluk Ort ±SD	Ağrı Ort ±SD	Genel Sağlık Anlayışı Ort ±SD	
Hastalık süresi											
1 yıldan az	7	7.4	74.28± 20.70	66.66± 22.22	35.71± 45.31	33.33± 47.14	50.28± 14.20	33.57 ±20.14	63.49±± 21.95	36.57 19.19	
1-3 yıl	21	22.3	62.85± 21.12	63.49± 32.03	29.76± 41.54	33.33± 39.44	47.04± 16.04	30.00± 24.34	46.03± 26.36	42.38 ±18.57	
4-6 yıl	26	27.7	65.38± 23.27	60.68± 24.59	30.76± 42.01	29.4±8 35.68	50.15 ±12.30	35.76 ±18.79	51.70± 21.76	42.03 ±22.96	
7 yıl ve üstü	40	42.6	61.50± 24.86	71.11 ±24.75	32.62 ±44.53	35.83± 44.26	55.30± 12.83	37.75 ±21.42	51.38 ±26.59	48.12± 22.30	
p			0.585	0.436	0.948	0.945	0.135	0.601	0.461	0.458	
Oral ülser											
Var	76	80.9	62.89±23.05	65.49± 26.57	32.23± 42.78	32.45± 39.99	50.68 ±13.78	32.17 ±20.17	48.24 ±24.38	41.82 ±20.37	
Yok	18	19.1	67.77±24.26	69.13± 25.72	36.11± 43.06	37.03± 44.11	55.77 ±13.26	47.77 ±21.43	65.58 ±24.04	54.72± 23.44	
p			0.426	0.601	0.731	0.669	0.159	0.004**	0.018*	0.021*	
Genital ülser											
Var	31	33.0	58.38 ±20.30	64.87 ±27.23	21.77± 37.49	21.50 ±35.01	47.74 ±14.04	30.00± 21.05	44.80± 24.92	42.16± 16.93	
Yok	63	67.0	66.50 ±24.25	66.84± 26.05	38.49 ±44.18	39.15± 42.13	53.58 ±13.31	37.69 ±20.99	54.32± 24.53	45.34± 23.44	
p			0.112	0.735	0.060	0.035*	0.052	0.098	0.082	0.454	

*p<0.05 **p<0.01

Çizelge 7 (Devam). Hastaların Hastalıkla İlgili Özelliklerine Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamaları

Hastalıkla İlgili Özellikler	n	%	SF-36 Yaşam Kalitesi Alt Ölçekleri Puan Ortalamaları							
			Fiziksel Fonksiyon Ort ±SD	Sosyal Fonksiyon Ort ±SD	Fiziksel Rol Kısıtlılığı Ort ±SD	Emosyonel Rol Kısıtlılığı Ort ±SD	Mental Sağlık Ort ±SD	Zindelik/Yorgunluk Ort ±SD	Ağrı Ort ±SD	Genel Sağlık Anlayışı Ort ±SD
Göz tutulumu										
Var	29	30.9	68.79 ±24.98	69.34± 25.99	38.79± 43.60	40.22± 43.98	54.62 ±12.92	40.68± 20.64	55.55± 26.39	46.62± 19.01
Yok	65	69.1	61.61 ±22.25	64.78 ±26.53	30.38± 42.27	30.25± 38.96	50.33± 14.01	32.69± 21.15	49.23± 24.21	43.26± 22.55
p			0.168	0.441	0.380	0.274	0.165	0.092	0.258	0.487
Artrit										
Var	31	33.0	53.54± 21.14	60.21± 30.05	12.09± 30.18	21.50± 36.05	48.25± 14.67	26.77± 21.03	40.86± 21.15	40.09 ±21.63
Yok	63	67.0	68.88 ±22.69	69.13± 23.98	43.25± 44.26	39.15± 41.71	53.33± 13.09	39.28 ±20.21	56.26± 25.23	46.36± 21.26
p			0.002**	0.156	0.000***	0.038*	0.093	0.007**	0.004**	0.185
Cilt lezyonu										
Var	50	53.2	58.60± 23.25	60.22± 26.85	27.50± 39.84	27.33± 37.30	50.88± 13.32	31.50± 19.22	44.88± 21.17	38.86 ±18.04
Yok	44	46.8	69.77± 21.99	72.97± 24.24	39.20± 45.23	40.15± 43.47	52.54± 14.34	39.31± 22.78	58.33± 27.12	50.47± 23.51
p			0.019*	0.018*	0.189	0.131	0.561	0.075	0.010**	0.009**

*p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

Çizelge 7 (Devam). Hastaların Hastalıkla İlgili Özelliklerine Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamaları

Hastalıkla İlgili Özellikler	n	%	SF-36 Yaşam Kalitesi Alt Ölçekleri Puan Ortalamaları							
			Fiziksel Fonksiyon Ort ±SD	Sosyal Fonksiyon Ort ±SD	Fiziksel Rol Kısıtlılığı Ort ±SD	Emosyonel Rol Kısıtlılığı Ort ±SD	Mental Sağlık Ort ±SD	Zindelik/Yorgunluk Ort ±SD	Ağrı Ort ±SD	Genel Sağlık Anlayışı Ort ±SD
Sinir sistemi tutulumu										
Var	1	1.1	30.00±0.00	55.55±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	56.00±0.00	30.00±0.00	77.77±0.00	80.00±0.00
Yok	93	98.9	64.19± 23.09	66.30± 26.43	33.33± 42.72	33.69 ±40.67	51.61± 13.83	35.21± 21.32	50.89± 24.91	43.91± 21.26
GİS tutulumu										
Var	1	1.1	50.00±0.00	100.00±0.00	0.00±0.00	0.00±0.00	48.00±0.00	20.00±0.00	11.11±0.00	62.00±0.00
Yok	93	98.9	63.97± 23.31	65.83± 26.22	33.33± 42.72	33.69 ±40.67	51.69± 13.83	35.32± 21.27	51.61± 24.71	44.10± 21.51
Damar tutulumu										
Var	15	16.0	73.00± 18.40	66.66± 24.84	40.00± 37.55	26.66± 33.80	56.80± 13.02	44.3±3 19.89	53.33± 25.61	42.33± 21.70
Yok	79	84.0	62.08± 23.74	66.10± 26.74	31.64± 43.61	34.59± 41.83	50.68± 13.76	33.41± 21.13	50.77± 24.95	44.67± 21.55
p			0.096	0.940	0.490	0.491	0.115	0.068	0.718	0.701

Çizelge 7 (Devam). Hastaların Hastalıkla İlgili Özelliklerine Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamaları

Hastalıkla ilgili özellikler	n	%	SF-36 Yaşam Kalitesi Alt Ölçekleri Puan Ortalamaları							
			Fiziksel Fonksiyon Ort ±SD	Sosyal Fonksiyon Ort ±SD	Fiziksel Rol Kısıtlılığı Ort ±SD	Emosyonel Rol Kısıtlılığı Ort ±SD	Mental Sağlık Ort ±SD	Zindelik/Yorgunluk Ort ±SD	Ağrı Ort ±SD	Genel Sağlık Anlayışı Ort ±SD
Sürekli ilaç kullanma durumu										
Kullanan	93	96.8	64.06± 22.60	65.68± 26.48	32.14± 42.37	33.33± 40.36	51.29± 13.52	34.67± 20.88	50.79± 24.79	44.12 ±21.61
Kullanmayan	3	3.2	56.66± 45.09	81.48 ±16.97	58.33 ±52.04	33.33 ±57.73	62.66 ±19.73	50.00 ±31.22	62.96± 32.07	49.66± 19.39
Non- farmakolojik uygulama yapma durumu										
Uygulayan	9	9.6	65.00± 27.61	64.19 ±26.51	30.55 ±46.39	25.92± 43.39	52.88± 16.58	35.55 ±21.85	48.14 ±23.57	42.66 ±13.10
Uygulamayan	85	90.4	63.70± 22.91	66.40 ±26.44	33.23± 42.50	34.11± 40.49	51.52± 13.54	35.11± 21.28	51.50± 25.18	44.47± 22.22
p			0.875	0.812	0.859	0.568	0.780	0.953	0.703	0.812
Hastalıkla ilgili eğitim alma durumu										
Alan	2	2.1	65.00 ±28.28	61.11± 54.99	37.50± 53.03	33.33± 47.14	46.00 ±2.82	15.00± 7.07	61.11± 7.85	38.50± 2.12
Almayan	91	96.8	64.28± 22.96	66.66± 25.87	33.24 ±42.82	33.69± 40.82	51.82± 13.95	35.87± 21.16	51.16 ±25.22	44.74± 21.59

Araştırma kapsamına alınan hasta bireylerin hastalıkla ilgili özellikleri ve bu özelliklerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin alt boyutları olan fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel rol kısıtlılığı, emosyonel rol kısıtlılığı, mental sağlık, zindelik/yorgunluk, ağrı ve genel sağlık anlayışı toplam puan ortalamaları ile yapılan istatistiksel değerlendirmeleri Çizelge 7’de verilmiştir.

Çalışmaya katılan 94 hastanın hastalık sürelerine bakıldığında %42.6’sının hastalık süresinin 7 yıl ve daha uzun süre olduğu saptanmıştır. Hastalık süreleri arasında SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçek puan ortalamaları istatistiksel olarak değerlendirildiğinde anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Çalışma kapsamına alınan hastaların %80.9’unda oral ülser belirtisi olduğu saptanmıştır. Oral ülser belirtisi olmayan hastaların zindelik/yorgunluk puanı oral ülser belirtisi olan hastalardan daha yüksek bulunmuştur ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.01$). Aynı zamanda yapılan istatistiksel değerlendirmede ağrı puan ortalamaları açısından da oral ülser belirtisi olan ve olmayan hastalar arasında oluşan farklılık anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Oral ülser belirtisi olmayan hastaların genel sağlık anlayışı puan ortalamaları oral ülser belirtisi olan hastalardan daha yüksek bulunmuştur ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Araştırma kapsamına alınan hastaların %33’ünde genital ülser olduğu belirlenmiştir. Genital ülseri olmayan hastaların emosyonel rol kısıtlılığı puan ortalamaları genital ülseri olan hastalardan daha yüksek bulunmuştur ve bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Çalışmaya katılan hastaların %30.9’unda göz tutulumu bulunmaktaydı. Yapılan istatistiksel değerlendirmede de SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçek puan ortalamaları açısından göz tutulumu olan ve göz tutulumu olmayan hastalar arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Araştırma kapsamına alınan Behçet hastalarının %33’ünde artrit olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel analizde artrit belirtisi olmayan hastaların fiziksel fonksiyon ($p<0.01$), fiziksel rol kısıtlılığı ($p<0.01$), emosyonel rol kısıtlılığı ($p<0.05$), zindelik/yorgunluk ($p<0.01$) ve ağrı ($p<0.01$) puanları artrit belirtisi olan hastalardan daha yüksek bulunmuştur ve bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur. Sosyal fonksiyon, mental sağlık ve genel sağlık anlayışı puan ortalamaları artrit belirtisi olmayan hastalarda, artrit belirtisi olan hastalara göre daha yüksek saptanmıştır. Fakat

yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Çalışmaya katılan hastaların %53.2'sinde cilt lezyonu olduğu belirlenmiştir. Cilt lezyonu olmayan hastaların fiziksel fonksiyon ($p<0.05$) ve sosyal fonksiyon ($p<0.05$) puanları cilt lezyonu olan hastalardan daha yüksek bulunmuştur ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Cilt lezyonu olmayan hastaların ağrı puanı cilt lezyonu olan hastalardan daha yüksek bulunmuştur. Genel sağlık anlayışı puan ortalamaları açısından bakıldığında cilt lezyonu olmayan hastaların puan ortalamaları cilt lezyonu olan hastalardan daha yüksek bulunmuştur. Hastaların ağrı ($p<0.01$) ve genel sağlığa bakış açısı ($p<0.01$) puan ortalamaları cilt lezyonu olmayan hastalarda, cilt lezyonu olan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır.

Çalışmaya katılan hastaların %98.9'unda sinir sistemi tutulumu olmadığı belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçek puan ortalamaları ile hastaların sinir sistemi tutulumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Araştırma kapsamına alınan hastaların %98.9'unda gastrointestinal sistem tutulumu olmadığı belirlenmiştir. Araştırmada değerlendirilen SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçek puan ortalamaları ile hastaların gastrointestinal tutulumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Çalışma kapsamına alınan Behçet hastalarından %84'ünde damar tutulumu olmadığı belirlenmiştir. Yapılan analiz sonucunda emosyonel rol kısıtlılığı ve genel sağlık anlayışı puan ortalamaları damar tutulumu olmayan hastalarda damar tutulumu olan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel rol kısıtlılığı, mental sağlık, zindelik/yorgunluk ve ağrı puan ortalamaları açısından ise damar tutulumu olan hastaların puan ortalamalarının damar tutulumu olmayan hastalarinkine göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Fakat yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Araştırma kapsamına alınan hastaların %96.8'nin sürekli ilaç kullandığı belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçek puan ortalamaları ile ilaç kullanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Hastaların non-farmakolojik uygulama yapma durumuna bakıldığında %90.4'nün non-farmakolojik uygulama yapmadığı saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçek puan ortalamaları ile non-farmakolojik uygulama yapma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Hastaların hastalıkları ile ilgili eğitim alma durumuna bakıldığında, %96.8'i hastalıkları ile ilgili eğitim almadıklarını belirtmişlerdir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçek puan ortalamaları ile hastaların hastalıkları ile ilgili eğitim alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Çizelge 8. Ortaya Çıkan Semptomlar ile İlgili Özelliklere Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamaları

Ortaya Çıkan Semptomlar ile İlgili Özellikler	n	%	SF-36 Yaşam Kalitesi Alt Ölçekleri Puan Ortalamaları							
			Fiziksel Fonksiyon Ort.±SD	Sosyal Fonksiyon Ort ±SD	Fiziksel Rol Kısıtlılığı Ort ±SD	Emosyonel Rol Kısıtlılığı Ort ±SD	Mental Sağlık Ort ±SD	Zindelik/Yorgunluk Ort ±SD	Ağrı Ort ±SD	Genel Sağlık Anlayışı Ort ±SD
Ağrı yaşama durumu										
Yaşayan	71	75.5	57.74 ±21.07	61.97 ±26.67	25.00± 37.55	24.88 ±35.50	49.35± 12.96	29.78± 17.77	42.56± 18.68	38.76± 18.58
Yaşamayan	23	24.5	82.60 ±19.53	79.22 ±20.73	57.60 ±48.52	59.42 ±44.89	58.78 ±13.98	51.73± 22.74	77.77± 23.21	61.39± 21.12
p			0.000***	0.006**	0.006**	0.002**	0.004**	0.000***	0.000***	0.000***
Ağrının günlük yaşamı etkileme durumu										
Etkiliyor	54	59.6	55,17±21,69	60,91 ± 26,03	21,87 ±36,01	20,23 ±32,83	48,71±12,94	29,46± 18,28	39,68 ±19,05	36,35 ±17,47
Etkilemiyor	20	21.3	73,00± 16,96	68,33± 28,21	45,00 ±44,12	46,66 ±41,03	55,20 ±13,33	38,50 ±22,54	58,33± 20,03	50,95± 19,35
p			0,001***	0,288	0,044*	0,015*	0,060	0,079	0,000***	0,003**

*p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

Çizelge 8 (Devam). Ortaya Çıkan Semptomlar ile İlgili Özelliklere Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamaları

Ortaya Çıkan Semptomlar ile İlgili Özellikler	n	%	SF-36 Yaşam Kalitesi Alt Ölçekleri Puan Ortalamaları								
			Fiziksel Fonksiyon Ort ±SD	Sosyal Fonksiyon Ort ±SD	Fiziksel Rol Kısıtlılığı Ort ±SD	Emosyonel Rol Kısıtlılığı Ort ±SD	Mental Sağlık Ort ±SD	Zindelik/Yorgunluk Ort ±SD	Ağrı Ort ±SD	Genel Sağlık Anlayışı Ort ±SD	
Uyku sorunu yaşama durumu											
Yaşayan	30	31.9	58,83± 20,32	56,29± 25,75	30,00 ± 40,15	23,33± 35,17	47,60 ± 13,98	31,33 ± 21,49	43,70± 24,04	38,10± 19,22	
Yaşamayan	63	67.0	66,34 ± 24,43	70,72 ± 25,65	34,92 ± 44,11	38,62 ± 42,42	53,77 ± 13,33	37,14± 21,13	54,49 ± 24,90	47,15 ± 22,17	
p			0,148	0,013*	0,606	0,072	0,043*	0,221	0,051	0,058	
Uyku sorununun günlük yaşamı etkileme durumu											
Etkileyen	29	30.9	58,96± 20,97	56,32± 24,29	28,44± 39,93	24,13± 37,68	48,96± 13,96	31,55 ±21,34	43,67± 24,65	38,00 ±19,43	
Etkilemeyen	7	7.4	57,14± 26,74	55,55 ±34,54	42,85 ±47,24	38,09 ±35,63	49,14 ±10,51	35,00 ±19,14	46,03± 24,36	35,57 ±22,41	
p			0,846	0,945	0,413	0,381	0,975	0,699	0,822	0,775	

*p<0.05

Çizelge 8 (Devam). Ortaya Çıkan Semptomlar ile İlgili Özelliklere Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamaları

Ortaya Çıkan Semptomlar ile İlgili Özellikler	n	%	SF-36 Yaşam Kalitesi Alt Ölçekleri Puan Ortalamaları							
			Fiziksel Fonksiyon Ort ±SD	Sosyal Fonksiyon Ort ±SD	Fiziksel Rol Kısıtlılığı Ort ±SD	Emosyonel Rol Kısıtlılığı Ort ±SD	Mental Sağlık Ort ±SD	Zindelik/Yorgunluk Ort ±SD	Ağrı Ort ±SD	Genel Sağlık Anlayışı Ort ±SD
Yorgunluk yaşama durumu										
Yaşayan	72	76.6	59.16 ±22.51	62.03 ±26.15	20.48 ±35.43	25.46 ±36.89	49.94 ±13.64	28.81 ±18.04	45.83± 21.42	39.20 ±19.44
Yaşamayan	22	23.4	79.09± 18.93	79.79 ±22.38	73.86 ±38.94	59.09 ±42.32	57.27 ±12.91	55.90± 17.43	68.68 ±27.99	60.95 ±19.61
p			0.000***	0.005**	0.000***	0.000***	0.028*	0.000***	0.001***	0.000***
Yorgunluğun günlük yaşamı etkileme durumu										
Etkileyen	65	69.1	57,53± 22,31	62,05 ±25,29	17,30± 32,75	23,07± 35,80	49,60± 13,97	27,53± 17,92	44,78± 21,24	38,23± 18,87
Etkilemeyen	9	9.6	78,33 ±19,03	70,37± 35,13	61,11 ±46,95	59,25 ±43,39	57,33 ±12,32	50,00± 22,91	65,43± 27,46	55,22± 25,13
p			0,010**	0,382	0,024*	0,007**	0,120	0,001***	0,010**	0,018*

*p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

Araştırma kapsamına alınan hasta bireylerin ortaya çıkan semptomlar ile ilgili özelliklerinin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin alt boyutları olan fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel rol kısıtlılığı, emosyonel rol kısıtlılığı, mental sağlık, zindelik/yorgunluk, ağrı ve genel sağlık anlayışı toplam puan ortalamaları ile yapılan istatistiksel değerlendirmeleri Çizelge 8’de verilmiştir.

Hastaların Behçet hastalığına bağlı ağrı yaşama durumu incelendiğinde hastaların %75.5’inin genellikle ağrı yaşadığı saptanmıştır. SF-36 Yaşam Kalitesinin alt ölçekleri olan fiziksel fonksiyon ($p<0.001$), sosyal fonksiyon ($p<0.01$), fiziksel rol kısıtlılığı ($p<0.01$), emosyonel rol kısıtlılığı ($p<0.01$), mental sağlık ($p<0.01$), zindelik/yorgunluk ($p<0.001$), ağrı ($p<0.001$) ve genel sağlık anlayışı ($p<0.001$) puan ortalamaları ağrı yaşamayan hastalarda ağrı yaşayan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır.

Hastalarda ağrının günlük yaşamı etkileme durumu incelendiğinde hastaların %59.6’sı ağrının günlük yaşamlarını etkilediğini ifade etmişlerdir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede fiziksel fonksiyon ($p<0.001$), fiziksel rol kısıtlılığı ($p<0.05$), emosyonel rol kısıtlılığı ($p<0.05$), ağrı ($p<0.001$) ve genel sağlık anlayışı ($p<0.01$) puan ortalamalarının ağrının günlük yaşamlarını etkilemediğini ifade eden hastalarda ağrının günlük yaşamlarını etkilediğini ifade eden hastalara göre daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu bulunmuştur. Sosyal fonksiyon, mental sağlık, zindelik/yorgunluk puanı açısından ağrının günlük yaşamlarını etkilemediğini ifade eden hastalarda, ağrının günlük yaşamlarını etkilediğini ifade eden hastalara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Fakat yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Araştırmaya katılan hastaların uyku sorunu yaşama durumu değerlendirildiğinde; hastalardan %31.9’u uyku sorunu yaşadıklarını belirtmişlerdir. Uyku sorunu yaşamayan hastaların sosyal fonksiyon ($p<0.05$) ve mental sağlık ($p<0.05$) puan ortalamaları, uyku sorunu yaşayan hastalardan daha yüksek bulunmuştur ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Yine yapılan analizde fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlılığı, emosyonel rol kısıtlılığı, zindelik/yorgunluk, ağrı ve genel sağlık anlayışı puan ortalamaları uyku sorunu yaşamayan hastalarda uyku sorunu yaşayan hastalardan daha yüksek bulunmuştur. Fakat yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Çalışma kapsamına alınan hastalardan %30.9'u uyku sorununun günlük yaşamlarını etkilediğini belirtmişlerdir. Fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon ve genel sağlık anlayışı puan ortalamaları, uyku sorununun günlük yaşamlarını etkilediğini belirten hastalarda uyku sorununun günlük yaşamlarını etkilemediğini belirten hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Fiziksel rol kısıtlılığı, emosyonel rol kısıtlılığı, mental sağlık, zindelik/yorgunluk ve ağrı puan ortalamaları ise uyku sorununun günlük yaşamlarını etkilemediğini belirten hastalarda, uyku sorununun günlük yaşamlarını etkilediğini belirten hastalara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Fakat yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Hastaların yorgunluk yaşama durumu incelendiğinde hastaların %23.4'ü yorgunluk yaşadığını belirtmiştir. SF-36 Yaşam Kalitesinin alt ölçekleri olan fiziksel fonksiyon ($p<0.001$), sosyal fonksiyon ($p<0.01$), fiziksel rol kısıtlılığı ($p<0.001$), emosyonel rol kısıtlılığı ($p<0.001$), mental sağlık ($p<0.05$), zindelik/yorgunluk ($p<0.001$), ağrı ($p<0.001$) ve genel sağlık anlayışı ($p<0.001$) puan ortalamaları yorgunluk yaşamayan hastalarda yorgunluk yaşayan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Çalışmaya katılan hastalarda yorgunluğun günlük yaşamı etkileme durumu incelendiğinde hastaların %69.1'i yorgunluğun günlük yaşamlarını etkilediğini belirtmiştir. Fiziksel fonksiyon ($p<0.05$), fiziksel rol kısıtlılığı ($p<0.05$), emosyonel rol kısıtlılığı ($p<0.01$), zindelik/yorgunluk ($p<0.001$), ağrı ($p<0.01$) ve genel sağlık anlayışı ($p<0.01$) puan ortalamaları yorgunluğun günlük yaşamlarını etkilemediğini belirten hastalarda, yorgunluğun günlük yaşamlarını etkilediğini belirten hastalara göre daha yüksek bulunmuştur ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Sosyal fonksiyon ve mental sağlık puan ortalamaları yorgunluğun günlük yaşamlarını etkilemediğini belirten hastalarda yorgunluğun günlük yaşamlarını etkilediğini belirten hastalara göre daha yüksek bulunmuştur. Fakat yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Çizelge 9. Hastaların Hastalıklarının Stresle İlişisini Düşünme Durumuna Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamaları

Hastaların Hastalıklarının Stresle İlişisini Düşünme Durumuna	n	%	SF-36 Yaşam Kalitesi Alt Ölçekleri Puan Ortalamaları							
			Fiziksel Fonksiyon Ort ±SD	Sosyal Fonksiyon Ort ±SD	Fiziksel Rol Kısıtlılığı Ort ±SD	Emosyonel Rol Kısıtlılığı Ort ±SD	Mental Sağlık Ort ±SD	Zindelik/Yorgunluk Ort ±SD	Ağrı Ort ±SD	Genel Sağlık Anlayışı Ort ±SD
Hastalığın stresle ilişkisi olduğunu düşünme durumu										
İlişkisi var	53	56.4	60.47 ±22.08	63.52 ±26.63	24.52± 39.06	25.78± 37.91	49.28± 13.00	31.69 ±18.02	46.54± 22.12	41.07± 19.92
İlişkisi yok	41	43.6	68.17± 24.23	69.64 ±25.82	43.90 ±44.99	43.08± 42.32	54.73 ±14.26	39.63 ±24.24	57.18± 27.28	48.46± 22.91
p			0.112	0.265	0.031*	0.040*	0.057	0.084	0.040*	0.098
Atak dönemlerini stresin etkilediğini düşünme durumu										
Etkiliyor	72	76.6	61.31 ±22.34	66.20 ±25.93	28.47 ±40.74	29.62 ±39.77	50.66 ±12.98	32.36 ±18.40	48.14 ±22.06	43.48 ±19.78
Etkilemiyor	22	23.4	72.04 ±24.72	66.16 ±28.16	47.72 ±46.23	45.45 ±41.84	54.90 ±15.96	44.31 ±27.09	61.11 ±31.19	46.95 ±26.63
p			0.058	0.995	0.063	0.110	0.208	0.063	0.080	0.576

*p<0.05

Çizelge 10. Hastalığın Sosyal İlişkileri Etkileme Durumuna Göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamaları

Hastalığın sosyal ilişkileri etkileme durumu	n	%	SF-36 Yaşam Kalitesi Alt Ölçekleri Puan Ortalamaları							
			Fiziksel Fonksiyon Ort ±SD	Sosyal Fonksiyon Ort ±SD	Fiziksel Rol Kısıtlılığı Ort ±SD	Emosyonel Rol Kısıtlılığı Ort ±SD	Mental Sağlık Ort ±SD	Zindelik/Yorgunluk Ort ±SD	Ağrı Ort ±SD	Genel Sağlık Anlayışı Ort ±SD
Etkileyen	22	23.4	58.86± 22.46	51.01± 23.17	22.72± 34.42	18.18 ±32.08	52.36 ±14.65	30.90 ±19.61	46.46 ±21.85	35.40 ±14.29
Etkilemeyen	72	76.6	65.34± 23.41	70.83± 25.59	36.11± 44.58	37.96 ±41.97	51.44 ±13.58	36.45 ±21.64	52.62 ±25.77	47.01 ±22.62
p			0.354	0.002**	0.145	0.024*	0.786	0.285	0.313	0.006**

*p<0.05 **p<0.01

Araştırma kapsamına alınan hastaların hastalıklarının stresle ilişkisinin olduğunu düşünme durumu incelendiğinde, hastaların %56.4'ü hastalıklarının stresle ilişkili olduğunu düşündüğünü ifade etmiştir. Fiziksel rol kısıtlılığı ($p<0.05$), emosyonel rol kısıtlılığı ($p<0.05$) ve ağrı ($p<0.05$) puan ortalamaları hastalıklarının stresle ilişkili olmadığını düşünen hastalarda hastalıklarının stresle ilişkili olduğunu düşünen hastalara göre daha yüksek bulunmuştur ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Çizelge 9).

Hastaların hastalığının atak dönemlerinde stresin etkili olup olmadığını düşünme durumları incelendiğinde ise hastaların %23.4'ü hastalıklarının atak dönemlerinin stresle ilişkili olmadığını düşündüklerini ifade etmişlerdir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçek puan ortalamaları ile hastalıklarının atak dönemlerinin stresle ilişkili olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Çizelge 9).

Çalışmaya katılan hastaların hastalıklarının sosyal ilişkilerini etkileme durumu incelendiğinde %23.4'ü hastalıklarının sosyal ilişkilerini etkilediğini ifade etmişlerdir. Sosyal fonksiyon ($p<0.01$), emosyonel rol kısıtlılığı ($p<0.05$) ve genel sağlık anlayışı ($p<0.01$) puan ortalamaları hastalıklarının sosyal ilişkilerini etkilemediğini ifade eden hastalarda, hastalıklarının sosyal ilişkilerini etkilediğini ifade eden hastalara göre daha yüksek bulunmuştur ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Çizelge 10).

5. TARTIŞMA

Araştırma kapsamına alınan hastaların %50'si kadın %50'si erkektir. Erkek hastaların fiziksel rol kısıtlılığı puan ortalamaları kadın hastalardan daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). İstatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmama ile birlikte erkek hastaların fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, emosyonel rol kısıtlılığı, mental sağlık, zindelik/yorgunluk, ağrı, genel sağlık anlayışı alt ölçek puan ortalamaları açısından değerlendirildiğinde kadın hastalara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Çizelge 6).

Çalışmamızda kadın hastalarda fiziksel rol kısıtlılığı yaşam kalitesi puanının erkek hastalara göre düşük olması; kadın ve erkek cinsiyetlerine ait toplumsal rollerle açıklanabileceği gibi, kadınların fizyolojik yapıları ve hormonal farklılıkları ile de ilişkilendirilebilir. Kadınların fiziksel olarak erkeklerden daha güçsüz olmaları, doğum ve menstrasyon gibi dönemleri yaşamaları, anne olmaları, çalışmaları ve aynı zamanda evdeki günlük işleri yapmaları gibi rolleri açısından erkeklerden farklı konumlarda olmalarının da yaşam kaliteleri üzerinde etkisi olduğu düşünülmektedir.

Bodur ve ark. (19)'nın çalışmalarında, cinsiyet ile yaşam kalitesi alt ölçekleri arasındaki değerlendirmede sadece ağrı puan ortalamalarında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Kadınların ağrı puan ortalamasının erkeklere göre yüksek olduğu belirlenmiştir. Uğuz ve ark. (18)'nin çalışmasında, fiziksel alan puanı erkeklerde kadınlara göre yüksek bulunmuştur. Bu sonuçlar çalışmamızda elde edilen sonuçlarla benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda 42 yaş ve üstünde olan hastaların genel sağlık anlayışı puan ortalamaları diğer yaş aralığında bulunan hastalara göre yüksek, 31-41 yaş aralığında bulunanların puan ortalaması ise en düşük bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analizde aradaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.01$).

Çalışmamızda da özellikle hastaların sosyal fonksiyon ve genel sağlık anlayışı puan ortalamaları 31-41 yaş aralığında olanlarda düşük bulunmuştur. Tanısı genellikle üçüncü dekatta konulan Behçet hastalığında tanı anındaki yaş ortalaması genellikle 20'li yaşların ikinci yarısı ile, 30'lu yaşların ilk yarısı arasında değişmektedir (24). Bu yaşlarda insanlar gerek iş ortamı gerekse aile ortamı olsun birçok sorumlulukla karşı karşıyadır. Hastalar iş ve aile ortamındaki sorumluluklarını yerine getirmek isterken

aynı zamanda Behçet hastalığının semptomlarının neden olduğu sıkıntılarla da baş etmek zorundadırlar. Hastaların bu sıkıntılı dönemi yaşarken yaşam kalitelerinin düştüğü düşünülmektedir.

Çalışma kapsamına alınan hastaların %21.2'si ilköğretim mezunu, %46.8'i ortaöğretim mezunu ve %32'si yükseköğretim mezunudur. Yüksek öğretim mezunu bireylerin mental sağlık puan ortalamalarında anlamlı bir yükselme bulunurken, en düşük puanı ilköğretim mezunları almıştır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Zindelik/yorgunluk puan ortalamaları eğitim durumları açısından değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Yüksek öğretim mezunu bireylerin zindelik/yorgunluk puan ortalamalarında anlamlı bir yükselme bulunurken ilköğretim mezunu bireyler en düşük puanı almıştır.

Eğitim seviyesi, bireyin olaylar karşısındaki reaksiyonlarında var olan mantık düzeyini belirler. Bilgilendirilen hasta, yapılan tedavi sonrasında ortaya çıkan etkileri ne kadar mantıklı yorumlarsa kabul etmesi de o kadar kolay olur. Diğer taraftan eğitim seviyesi yüksek olan kişilerin kendine güveni artar. Kişiler hastalığa ve hastalığın getirdiği olumsuzluklara daha gerçekçi bakarlar. Aynı zamanda eğitim seviyesi yüksek bireyler daha iyi bir ekonomik duruma ve sosyal statüye sahip olabilirler. Tüm bu faktörlerden dolayı eğitim seviyesi yüksek hastaların yaşam kalitelerinin daha yüksek olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda çalışma statülerine göre hastaların ağrı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.01$). Emekli olan bireylerin ağrı puan ortalamaları diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur. En düşük puanı serbest meslek grubundakiler almıştır.

Serbest meslekte çalışan hastalar iş ortamından kaynaklı strese maruz kalmakta ve hastalığın atak dönemlerinde yeterince dinlenme imkanı bulunamayabilmektedir. Hastalarda yaşanan ağrıya bağlı iş ortamında verimin azalması, yaşanan stres, yoğun tempo, yeterli dinlenememe, üzüntü ve moral bozukluğunun çalışan hastaların yaşam kalitelerini olumsuz etkilediği düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan hastaların birlikte yaşadığı bireylere bakıldığında %74.5'i eş ve çocukları ile birlikte yaşamaktadır. Yalnız yaşayan bireylerin sosyal fonksiyon, fiziksel rol kısıtlılığı, emosyonel rol kısıtlılığı, mental sağlık, zindelik/yorgunluk ve ağrı alt

ölçek puan ortalamalarında yükselme bulunurken en düşük puanı diğerleri grubundaki bireyler almıştır ama bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Eş ve çocuklarıyla birlikte yaşayan bireylerin sosyal fonksiyon, fiziksel rol kısıtlılığı, emosyonel rol kısıtlılığı, mental sağlık, zindelik/yorgunluk, ağrı, genel sağlık anlayışı alt ölçek puan ortalamalarının düşük olması, bireylerin eş ve çocuklarına karşı rol ve sorumluluklarının olmasına bağlı olduğu düşünülmektedir. Hastalık semptomları sonucu birey kendi günlük aktivitelerini gerçekleştirmede problem yaşarken aynı zamanda eş ve çocuğuna ilgi göstermesi, hastanın fiziksel ve emosyonel alanda problem yaşamasına neden olmaktadır. Fiziksel ve emosyonel olarak sıkıntılı dönem yaşayan hastaların yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiği düşünülmektedir.

Çalışma kapsamına alınan hastaların %80.9'unda oral ülser belirtisi olduğu saptanmıştır. Oral ülser belirtisi olmayan hastaların zindelik/yorgunluk puan ortalamaları ($p<0.01$), ağrı puan ortalamaları ($p<0.05$) ve genel sağlık anlayışı puan ortalamaları ($p<0.05$) oral ülser belirtisi olan hastalardan daha yüksek bulunmuştur ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (Çizelge 7) .

Mumcu ve ark. (118)'nin çalışmalarında, oral ülser belirtisi olan hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçeklerinde fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlılığı, ağrı ve genel sağlığa bakış açısı puan ortalamalarının sağlıklı bireylere göre düşük olduğu bulunmuştur. Aynı çalışmada fiziksel fonksiyon, emosyonel rol kısıtlılığı ve zindelik/yorgunluk puan ortalamaları aktif Behçet hastalarında aktif olmayanlara göre daha düşüktür. Bodur ve ark. (19)'nin çalışmalarında, fiziksel alan ve psikososyal alan puan ortalamalarının oral ülser belirtisi olan Behçet hastalarında daha düşük olduğu bulunmuştur. Çalışmamızda elde edilen sonuçlarla bu çalışmaların sonucu benzerlik göstermektedir.

Oral mukozanın herhangi bir yerinde ortaya çıkabilen eritematoz kenarla çevrili, üzeri gri-sarı psödo membranla örtülü oval yuvarlak ülserler olarak tanımlanan reküran aftöz ülserler, ülkemiz dahil olmak üzere Japonya'da ve Orta Doğu'da sık görülen Behçet hastalığının hemen hemen tüm dünyada üniversal bir bulgusu olarak kabul edilmektedir (123). Behçet hastalığında en sık görülen semptom olan oral ülserler, oral mukozanın sadece konuşma, yutkunma, çiğneme gibi motor fonksiyonlarını olumsuz yönde etkilemekle kalmayıp; aynı zamanda salgılama, duyu algılaması, rezorbsiyon gibi görevlerini de engellemektedir (123). Ağrı, oral ülserli

hastalarda en önemli semptom olup beslenme güçlüğüne neden olmaktadır. Behçet hastalarında oral ülserlerin neden olduğu beslenme yetersizliği sonucu halsizlik görüldüğü düşünülmektedir. Buna bağlı günlük aktivitelerini gerçekleştiremeyen hastalarda yaşam kalitesinin düştüğü düşünülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların %33'ünde genital ülser olduğu belirlenmiştir. Genital ülseri olmayan hastaların emosyonel rol kısıtlılığı puan ortalamalarının genital ülseri olan hastalarda daha yüksektir ve bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$) (Çizelge 7).

Bodur ve ark. (19)'nın çalışmalarında, genital ülser belirtisi olan Behçet hastalarında yaşam kalitesinin düşük olduğu belirlenmiştir. Kılınç ve ark. (119)'nın çalışmalarında oral aft, genital ülser, eritema nodozum benzeri lezyon, ve gastrointestinal ülseri olan hastaların duygusal yaşam puanları, günlük aktivite ve semptom puanları ve cinsel yaşam puanlarının düşük olduğu belirtilmiştir. Blackford ve ark. (120)'nin 335 Behçet hastası ile yaptıkları çalışmada en çok etkilenen alt kategorilerin ağırlı oro-genital ülserleri yansıtan semptomlar, duygular ve kişisel ilişkiler olduğunu bildirmişlerdir. Çalışmamızda elde edilen sonuçlarla bu çalışmaların sonucu benzerlik göstermektedir.

Behçet hastalığında zımba ile delinmiş gibi görünüm veren, son derece ağırlı, kaşıntı ile başlayan genital ülserler erkeklerde genellikle skrotum ve peniste, kadınlarda ise vulva, major ve minör labia ve servikte bulunurlar (42,56). Ağırlı olan bu ülserler hastanın yürüme güçlüğüne veya hareket kısıtlılığına neden olabilmekte, aynı zamanda cinsel yaşamı olumsuz etkileyerek kişinin benlik saygısını azaltmaktadır. Genital ülserlerin skar bırakarak iyileşmesi de hastaların beden imajını olumsuz etkilemektedir. Bu sonuca paralel olarak hastaların genital ülserlerden dolayı beden imajlarının değişmesi ve benlik saygısının azalması yaşam kalitelerini olumsuz etkileyebilmektedir.

Çalışmamızda Behçet hastalarının %33'ünde artrit olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel analizde artrit belirtisi olmayan hastaların fiziksel fonksiyon ($p < 0.01$), fiziksel rol kısıtlılığı ($p < 0.001$), emosyonel rol kısıtlılığı ($p < 0.05$), zindelik/yorgunluk ($p < 0.01$) ve ağrı ($p < 0.01$) puan ortalamaları artrit belirtisi olan hastalardan daha yüksektir ve bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur (Çizelge 7).

Bodur ve ark. (19)'nın çalışmalarında, hastaların %73'ünde eklem tutulumu belirlenmiştir. Eklem tutulumu olan hastaların fiziksel alan ve psiko-sosyal alan puan

ortalamalarına göre yaşam kalitelerinin düşük olduğu belirtilmiştir. Çalışmamızda elde edilen sonuçlarla bu çalışmaların sonucu benzerlik göstermektedir. Behçet hastalığında artritte ağrı, şişlik ve hareket kısıtlılığı belirgindir (64,69). Behçet hastalarındaki eklem tutulumu ağrıya ve hareket kısıtlılığına neden olarak hastaların günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmelerini engellemekte ve sosyal ilişkilerini sınırlamaktadır. Ağrı ve hareket kısıtlılığına bağlı rol ve sorumluluklarını yerine getirmede de problem yaşayan hastaların yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiği düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan hastaların %53.2'sinde cilt lezyonu olduğu belirlenmiştir. Cilt lezyonu olmayan hastaların fiziksel fonksiyon ($p<0.05$), sosyal fonksiyon ($p<0.05$), ağrı ($p<0.01$) ve genel sağlık anlayışı ($p<0.01$) puan ortalamalarının cilt lezyonu olan hastalardan daha yüksek olduğu belirlenmiş ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Çizelge 7).

Kılınç ve ark. (119) çalışmalarında Behçet hastalarının günlük aktivite, semptom ve cinsel yaşam puanlarının eritema nodozum benzeri lezyonlardan etkilendiğini belirtmişlerdir. Bu çalışma bulguları bizim bulgularımızla benzerdir. Cilt lezyonları ağrıya, yürüme güçlüğüne, bazen ödeme ve etrafındaki dokuda yaygın eriteme neden olurlar (15,57). Cilt lezyonlarından dolayı oluşan ağrının, yürüme güçlüğüne ve hastaların fonksiyonlarında sınırlılığa neden olarak yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilediği düşünülmektedir.

Skartis bırakarak iyileşen ülserler (59,62) ise hastaların beden imajını olumsuz etkileyebilmektedir. Beden imajı ve benlik saygısını olumsuz yönde etkileyen cilt lezyonlarının, hastaların çevreleri ile olan ilişkilerinde ve sosyal alanda sınırlılıklara neden olarak yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkileyebileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda hastaların %75.5'inin genellikle ağrı yaşadığı saptanmıştır. SF-36 Yaşam Kalitesinin alt ölçekleri olan fiziksel fonksiyon ($p<0.001$), sosyal fonksiyon ($p<0.01$), fiziksel rol kısıtlılığı ($p<0.01$), emosyonel rol kısıtlılığı ($p<0.01$), mental sağlık ($p<0.01$), zindelik/yorgunluk ($p<0.001$), ağrı ($p<0.001$) ve genel sağlık anlayışı ($p<0.001$) puan ortalamaları ağrı yaşamayan hastalarda ağrı yaşayan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (Çizelge 8).

Mumcu ve ark. (121)'nin yaptıkları çalışmada, oral ülserlere bağlı ağrı yaşayan Behçet hastalarının yaşam kalitelerinin düşük olduğunu belirtmişlerdir. Gilworth ve ark. (16)'nin yaptıkları çalışmada da benzer sonuç elde edilmiştir. Bodur ve

ark. (19) yaptıkları çalışmada, Behçet hastalarının yaşadığı eklem ağrılarının yaşam kalitesini düşürdüğünü belirtmişlerdir. Çalışmamızda elde edilen sonuçlarla bu çalışmaların sonucu benzerlik göstermektedir.

Hastalarda ağrının günlük yaşamı etkileme durumu incelendiğinde hastaların %59.6'sı ağrının günlük yaşamlarını etkilediğini ifade etmişlerdir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede fiziksel fonksiyon ($p<0.001$), fiziksel rol kısıtlılığı ($p<0.05$), emosyonel rol kısıtlılığı ($p<0.05$), ağrı ($p<0.001$) ve genel sağlık anlayışı ($p<0.01$) puan ortalamaları ağrının günlük yaşamlarını etkilemediğini ifade eden hastalarda ağrının günlük yaşamlarını etkilediğini ifade eden hastalara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Çizelge 8).

Olumsuz emosyonel ve bilişsel süreçlere neden olan ağrı ile ilgili belirtilerin daha da artması, ağrıya bağlı karamsarlık, mutsuzluk ve umutsuzluk gibi duygu ve düşüncelerin yaşanmasına neden olur (124). Yıldırım ve ark. (125)'nin belirttiğine göre Allard ve ark. (2001) çalışmalarında orta düzeyde veya şiddetli düzeyde ağrısı olan hastaların uyku, günlük yaşam aktiviteleri, çalışma kapasitesi ve sosyal etkileşimlerinin bozulduğunu bildirmişlerdir. Ağrı, umutsuzluk ve depresyona neden olabilir ve bu da hastaların aktif tedavi rejimlerini reddetmelerine yol açabilir. Aynı zamanda ağrı anksiyete, korku, konsantrasyon kaybı ve kontrol kaybına neden olabilir. Emosyonel iyilik hali, cinsel fonksiyon, fiziksel görünüm ve sosyal ilişkiler ağrıdan dolayı olumsuz olarak etkilenebilir. Hatta altta yatan hastalık stabil olsa bile ağrı üretkenliği, bireyin ailesel ve toplumsal rolündeki memnuniyetini azaltır (125).

Yukarıda da belirtildiği gibi Behçet hastalarının çeşitli semptomlara bağlı ağrı yaşaması günlük yaşamdaki aktivitelerini gerçekleştirmelerinde kısıtlılığa neden olmaktadır. Bu da Behçet hastalarının fiziksel, sosyal ve ruhsal fonksiyonlarını ciddi bir şekilde etkileyerek yaşam kalitelerini azaltabilmektedir.

Çalışmamızda hastaların uyku sorunu yaşama durumu değerlendirildiğinde hastalardan %31.9'u uyku sorunu yaşadıklarını belirtmişlerdir. Sosyal fonksiyon ($p<0.05$) ve mental sağlık ($p<0.05$) puan ortalamaları uyku sorunu yaşamayan hastalarda uyku sorunu yaşayan hastalardan daha yüksek bulunmuştur ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (Çizelge 8).

Bodur ve ark. (19) yaptıkları çalışmalarında, eklem tutulumu, oral ve genital ülseri olan hastalarda, uyku ve emosyonel cevap puan ortalamalarına göre yaşam

kalitelerinin düşük olduğunu belirtmişlerdir. Uyku bozuklukları, hastaların gündüz aşırı uyku haline ve yorgun olmalarına yol açabilmekte ve bu yüzden kişilerin işteki üretkenlikleri ve günlük işleri yapabilme becerilerini azaltabilmektedir (126). Behçet hastalığında ise eklem tutulumu, oral ve genital ülserlerin neden olduğu ağrılar, uykusuzluğa yol açabilmektedir. Yaşanılan uykusuzluk sonucu hastaların günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirme performansı düşmekte ve yaşam kaliteleri olumsuz etkilenebilmektedir.

Çalışmamızda hastaların %23.4'ü yorgunluk yaşadığını belirtmiştir. İstatistiksel analizde fiziksel fonksiyon ($p<0.001$), sosyal fonksiyon ($p<0.01$), fiziksel rol kısıtlılığı ($p<0.001$), emosyonel rol kısıtlılığı ($p<0.001$), mental sağlık ($p<0.05$), zindelik/yorgunluk ($p<0.001$), ağrı ($p<0.001$) ve genel sağlık anlayışı ($p<0.001$) puan ortalamaları yorgunluk yaşamayan hastalarda yorgunluk yaşayan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (Çizelge 8).

Bodur ve ark. (19)'nın çalışmalarında, 33 hastada yorgunluk belirtisi saptanmış ve yorgunluğun kadınlarda erkeklere göre daha fazla görüldüğü bildirilmiştir. Yorgunluk yaşayan hastaların ağrı ve fiziksel aktivite puan ortalamalarının daha yüksek olduğunu ve yorgunluk yaşayan bireylerin yaşam kalitelerinin daha düşük olduğunu belirtmişlerdir. Çalışmamızda elde edilen sonuçlarla bu çalışmanın sonucu benzerlik göstermektedir.

Çalışmaya katılan hastalarda yorgunluğun günlük yaşamı etkileme durumu incelendiğinde hastaların %69.1'i yorgunluğun günlük yaşamlarını etkilediğini belirtmiştir. Fiziksel fonksiyon ($p<0.05$), fiziksel rol kısıtlılığı ($p<0.05$), emosyonel rol kısıtlılığı ($p<0.01$), zindelik/yorgunluk ($p<0.001$), ağrı ($p<0.01$) ve genel sağlık anlayışı ($p<0.01$) puan ortalamaları yorgunluğun günlük yaşamlarını etkilemediğini belirten hastalarda yorgunluğun günlük yaşamlarını etkilediğini belirten hastalara göre daha yüksek bulunmuştur ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (Çizelge 8).

Gilworth ve ark. (16) Behçet hastalarının %81'inin günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmek için enerjilerinin yeterli olmadığını ifade ettiklerini belirtmişlerdir. Bireyin fonksiyonlarını yapabilmesi ve normal kapasitesini kullanmasına engel olan yorgunluk, kontrol altına alınmadığında bireyin günlük yaşam aktivitelerini ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen semptomlardan biridir (127). Bodur ve ark. (19)'nın çalışmalarında belirtildiği gibi bizim çalışmamızda da yorgunluk yaşayan bireylerde

yaşam kalitesi düşük bulunmuştur. Behçet hastalarının ağrı ve uykusuzluk sonucu yaşadıkları yorgunluğa bağlı olarak günlük aktivitelerini gerçekleştirmede yetersizlik, fiziksel performansta azalma, rutin çalışmaları tamamlayamama, mutsuzluk, gerginlik ve uyuşukluk hali ortaya çıkmaktadır. Aynı zamanda sosyal açıdan güç iletişim kurulması, koordinasyonun zayıflaması görülebilmektedir. Behçet hastalarının yorgunluğa bağlı yaşadıkları bu sıkıntıların yaşam kalitesinin alt ölçekleri olan fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlılığı, emosyonel rol kısıtlılığı, zindelik/yorgunluk, ağrı ve genel sağlık anlayışını olumsuz etkileyerek yaşam kalitelerini azalttığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda hastaların hastalıklarının stresle ilişkisinin olduğunu düşünme durumu incelendiğinde, hastaların %56.4'ü hastalıklarının stresle ilişkili olduğunu düşündüğü belirlenmiştir. Fiziksel rol kısıtlılığı ($p<0.05$), emosyonel rol kısıtlılığı ($p<0.05$) ve ağrı ($p<0.05$) puan ortalamaları hastalıklarının stresle ilişkili olmadığını düşünen hastalarda hastalıklarının stresle ilişkili olduğunu düşünen hastalara göre daha yüksek bulunmuştur ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (Çizelge 9).

Birey yaşam süreci içinde pek çok stresörle karşılaşabilir. Eğer stresör çok güçlü ya da çok uzun bir süreyi kapsamışsa diğer bir deyişle; beden direnç döneminde stresörle başa çıkamaz ise beden direnç döneminden tükenme dönemine girer, psikosomatik hastalıklar ya da ölüm gerçekleşir (128). Stresöre vücudun son cevabı ise fizyolojik değişikliklerin oluşmasıdır. Bu değişikliklerden birisi de immün sistem süpresyonu sonucu bakteri ve viral enfeksiyonlara eğilimin artmasıdır (128). Etiyolojisinde stresin etken bir faktör olduğu düşünülen rekürren aftöz ülserler Behçet hastalığının da en sık görülen semptomudur. Uğuz ve ark. (18)'nin çalışmalarında Behçet hastalarının kontrol grubuna göre daha çok anksiyete ve depresif belirtilere sahip oldukları, bedensel belirtilerinin geliştiği alevlenme öncesinde genellikle stresli yaşam olayları ile karşılaştıkları bildirilmektedir. Çalışmamızda hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkileyen rekürren aftöz ülserlerin görülmesinde stresin de bir etken olduğu düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan hastaların hastalıklarının sosyal ilişkilerini etkileme durumu incelendiğinde %23.4'ü hastalıklarının sosyal ilişkilerini etkilediğini ifade etmişlerdir. Sosyal fonksiyon ($p<0.01$), emosyonel rol kısıtlılığı ($p<0.05$) ve genel sağlık anlayışı ($p<0.01$) puan ortalamaları hastalıklarının sosyal ilişkilerini etkilemediğini ifade eden

hastalarda hastalıklarının sosyal ilişkilerini etkilediğini ifade eden hastalara göre daha yüksek bulunmuştur ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (Çizelge 10).

Araştırmada hastalıklarının sosyal ilişkilerini etkilediğini ifade eden hastalarda, sosyal fonksiyon, emosyonel rol kısıtlılığı ve genel sağlık anlayışı puan ortalamalarının daha düşük bulunmasında; hastaların, hastalık sürecine bağlı sosyal etkileşimlerinin azalmasının etkili olduğu düşünülmektedir. Olumlu sosyal ilişkileri olan kronik hastalar, hastalıklarına olumlu yaklaşarak daha iyi uyum sağlayabilir ve bu da yaşam kalitelerini pozitif yönde etkileyebilir. Kronik bir hastalık olan Behçet hastalığının atak dönemlerinde ortaya çıkan ağrı, hareket kısıtlılığı, konuşma ve yeme güçlüğü hastaların aile ve çevre ile olan ilişkilerini olumsuz etkilemekte ve olumsuz etkilenen sosyal ilişkilerin de hastaların yaşam kalitelerini azaltabileceği düşünülmektedir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Çalışmada elde ettiğimiz sonuçlar aşağıda verilmiştir:

- Araştırma kapsamına alınan hastaların %50'si kadın ve %50'si erkektir. Erkek hastaların Fiziksel Rol Kısıtlılığı puan ortalamaları kadın hastalardan daha yüksek bulunmuştur.
- 42 yaş ve üstünün genel sağlık anlayışı puan ortalamalarında anlamlı bir yükselme bulunurken, en düşük puanı 31-41 yaş arası almıştır.
- Çalışma kapsamına alınan hastaların %21.2'si ilköğretim mezunu, %46.8'i ortaöğretim mezunu ve %32'si yükseköğretim mezunudur. Yüksek öğretim mezunu bireylerin mental sağlık ve zindelik/yorgunluk puan ortalamalarında anlamlı bir yükselme bulunurken, en düşük puanı ilköğretim mezunları almıştır.
- Çalışmaya katılan hastaların % 80.9'u evlidir. Medeni durumla SF-36 yaşam kalitesi alt ölçek puan ortalamaları istatistiksel olarak değerlendirildiğinde anlamlı bir fark bulunmamıştır.
- Hastaların % 76.6'sının çocuğunun olduğu saptanmıştır. SF-36 yaşam kalitesi alt ölçekleri bakımından çocuğu olan ve olmayan hastalar arasında anlamlı bir fark anlamlı bir fark bulunmamıştır.
- Behçet hastalarının çalışma durumu incelendiğinde %56.4'ünün çalışmadığı belirlenmiştir. Çalışan ve çalışmayan grup arasında SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçek puan ortalamaları istatistiksel olarak değerlendirildiğinde anlamlı bir fark bulunmamıştır.
- Emekli olan bireylerin ağrı puan ortalamaları diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur. En düşük puanı serbest meslek grubundakiler almıştır.
- Bireylerin gelir durumları incelendiğinde % 11.7'sinin gelirinin giderinden fazla olduğu, % 71.3'ünün gelirinin giderine denk olduğu ve % 17'sinin ise gelirinin giderinden az olduğu belirlenmiştir. SF-36 yaşam kalitesi bakımından gelir durumu kategorileri arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır.
- Hastaların birlikte yaşadığı bireylere bakıldığında %74.5'i eş ve çocukları ile birlikte yaşamaktadır. Yalnız yaşayan hastaların alt ölçek puanları eş ve

çocuklarıyla birlikte yaşayan bireylerden daha yüksek bulunmuştur. Fakat yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır.

- Hastaların %81.9'u şehirde, %12.8'i ilçede ve %5.3'ü köyde yaşamaktadır. SF-36 yaşam kalitesi alt ölçek puanları bakımından hastaların yaşadığı yerler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.
- Hastaların %80.9'unda oral ülser belirtisi olduğu saptanmıştır. Oral ülser belirtisi olmayan hastaların zindelik/yorgunluk, ağrı ve genel sağlık anlayışı puan ortalamaları oral ülser belirtisi olan hastalardan daha yüksek bulunmuştur.
- Hastaların %33'ünde genital ülser olduğu belirlenmiştir. Genital ülseri olmayan hastaların emosyonel rol kısıtlılığı puan ortalamaları genital ülseri olan hastalardan daha yüksek bulunmuştur.
- Hastaların %30.9'unda göz tutulumu, %1.1'inde sinir sistemi tutulumu, %1.1'inde gastrointestinal sistem tutulumu ve %84'ünde damar tutulumu belirlenmiştir. SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçek puan ortalamaları bakımından göz tutulumu, sinir sistemi tutulumu, gastrointestinal tutulumu ve damar tutulumu kategorileri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.
- Hastaların %96.8'nin sürekli ilaç kullandığı, %90.4'nün non-farmakolojik uygulama yapmadığı ve %96.8'nin hastalıkları ile ilgili eğitim almadıkları belirlenmiştir SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçek puan ortalamaları bakımından sürekli ilaç kullanma durumu, non-farmakolojik uygulama durumu ve hastalıkları ile ilgili eğitim alma durumu kategorileri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.
- Hastalarının %33'ünde artrit olduğu belirlenmiştir. Artrit belirtisi olmayan hastaların fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlılığı, emosyonel rol kısıtlılığı, zindelik/yorgunluk ve ağrı puan ortalamaları artrit belirtisi olan hastalardan daha yüksek bulunmuştur.
- Çalışmaya katılan hastaların %53.2'sinde cilt lezyonu olduğu belirlenmiştir. Cilt lezyonu olmayan hastaların fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, ağrı ve genel sağlık anlayışı puan ortalamaları cilt lezyonu olan hastalardan daha yüksek bulunmuştur.

- Hastaların Behçet hastalığına bağlı ağrı yaşama durumu incelendiğinde hastaların %75.5'inin genellikle ağrı yaşadığı saptanmıştır. Fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel rol kısıtlılığı, emosyonel rol kısıtlılığı, mental sağlık, zindelik/yorgunluk, ağrı ve genel sağlık anlayışı puan ortalamaları ağrı yaşamayan hastalarda ağrı yaşayan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur.
- Hastaların %59.6'sı ağrının günlük yaşamlarını etkilediğini ifade etmişlerdir. Ağrının günlük yaşamlarını etkilemediğini ifade eden hastaların fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlılığı, emosyonel rol kısıtlılığı, ağrı ve genel sağlık anlayışı puan ortalamaları ağrının günlük yaşamlarını etkilediğini ifade eden hastalara göre daha yüksek bulunmuştur.
- Hastaların %31.9'u uyku sorunu yaşadıklarını belirtmişlerdir. Uyku sorunu yaşamayan hastaların sosyal fonksiyon ve mental sağlık puan ortalamaları uyku sorunu yaşayan hastalarda daha yüksek bulunmuştur.
- Hastaların %23.4'ü yorgunluk yaşadığını belirtmiştir. Fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel rol kısıtlılığı, emosyonel rol kısıtlılığı, mental sağlık, zindelik/yorgunluk, ağrı ve genel sağlık anlayışı puan ortalamaları yorgunluk yaşamayan hastalarda yorgunluk yaşayan hastalara göre daha yüksek bulunmuştur.
- Hastaların %69.1'i yorgunluğun günlük yaşamlarını etkilediğini belirtmiştir. Fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlılığı, emosyonel rol kısıtlılığı, zindelik/yorgunluk, ağrı ve genel sağlık anlayışı puan ortalamaları yorgunluğun günlük yaşamlarını etkilemediğini belirten hastalarda yorgunluğun günlük yaşamlarını etkilediğini belirten hastalara göre daha yüksek bulunmuştur.
- Hastaların %56.4'nün hastalıklarının stresle ilişkisinin olduğunu düşündüğü belirlenmiştir. Fiziksel rol kısıtlılığı, emosyonel rol kısıtlılığı ve ağrı puan ortalamaları hastalıklarının stresle ilişkisinin olmadığını düşünen hastalarda hastalıklarının stresle ilişkisinin olduğunu düşünen hastalara göre daha yüksek bulunmuştur.
- Hastaların %76.6'sı hastalığının atak dönemlerinde stresin etkili olduğunu düşündüğünü ifade etmiştir. SF-36 Yaşam Kalitesi alt ölçek puan ortalamaları ile hastalığının atak dönemlerinde stresin etkisinin olduğunu düşünme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

- Hastaların %23.4'ü hastalıklarının sosyal ilişkilerini etkilediğini ifade etmişlerdir. Sosyal fonksiyon, emosyonel rol kısıtlılığı ve genel sağlık anlayışı puan ortalamaları hastalıklarının sosyal ilişkilerini etkilemediğini ifade eden hastalarda hastalıklarının sosyal ilişkilerini etkilediğini ifade eden hastalara göre daha yüksek bulunmuştur.

6.2. Öneriler

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Hastaların yaşam kalitesi puanları düşük bulunmuştur. Bu nedenle Behçet hastalarına hastalıklarını tanımaları, kabul etmeleri, tedaviyi sonuna kadar sürdürmeleri ve semptomlarla baş etmeleri konusunda tedavi sırasında ve sonrasında gerekli eğitimi almış Romatoloji kliniği sağlık çalışanları tarafından gerekli bilgi ve psikolojik desteğin verilmesi,
- Behçet hastalığının atak dönemlerinde hastaların semptomlarla baş etmeleri için sosyal desteğe gereksinimlerinin olduğu hakkında hastaların aileleri ile görüşülmesi, ailelere hastalarına nasıl destek olacakları ile ilgili bilgi verilmesi ve danışmanlık yapılması,
- Hastaların ailelerine Behçet hastalığının semptomları, hastaların yaşadıkları sıkıntılar, hastalığın tedavisi ve Behçet hastalığının yaşam kalitesini olumsuz etkileyebileceği hakkında bilgi verici eğitim programlarının hazırlanması ve bu eğitim programlarının belirli aralıklarla tekrarlanması,
- Behçet hastalarının yaşadıkları ortak sıkıntıları paylaşmalarını sağlayacak grup toplantılarının doktor, hemşire, psikolog ve sosyal hizmet uzmanından oluşan bir ekip eşliğinde düzenlenmesi,
- Behçet hastalarının yaşam kalitesini düşüren ve günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmelerini engelleyen ağrıya yönelik, hastalara ağrı ile baş etme yöntemleri hakkında bilgi verilmesi,
- Hastalarda görülen tekrarlayan oral aftöz ülserlerin etiyolojisinde yer alan başlatıcı faktörler ve alınması gereken önlemler hakkında hastaların bilgilendirilmesi,
- Hastaların yaşam kalitesini azaltan uykusuzluk problemine yönelik hastalarla görüşülerek hastaya özel uygun çözümlerin bulunması,
- Hastaların atak dönemlerini ve semptomların oluşmasını tetiklediği düşünülen stresle, hastaların kendi baş etme yöntemlerinin görüşülmesi ve stresle baş etme yöntemleri hakkında hastaların bilgilendirilmesi,
- Hastalarda yaşam kalitesinin düşük çıkmasına neden olan yorgunluğun değerlendirilmesi ve hastaya uygun aktivitelerin planlanması.

- Stresin Behçet hastalığının atak dönemleri üzerine etkisi olup olmadığının araştırılması

7.KAYNAKLAR

1. **Soy M, Üstü Y, Dinç A.** Romatoloji hastasına yaklaşım. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, Mayıs **2000**.
2. **West SG.** *Romatolojinin Sırları*. 2. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri LTD. ŞTİ, **2005**:1-3.
3. **Alpsoy E.** Behçet hastalığında tedavi. *Türk Dermatoloji Dergisi*, **2007**;1:1-7.
4. **Önder M, Gürer MA.** The multible faces of behçet's disease and its aetiological factors. *European Academy of Dermatology and Venereology*, **2001**;15:126-136.
5. **Ortatalı M, ve ark.** Menenjitte karışan bir nöro-behçet olgusu. *Van Tıp Dergisi*, **2004**;11(1):25-28.
6. **Yurdakul S, Tüzün Y, Mat MC, Özyazgan Y, Yazıcı H.** Behçet sendromu. In Tüzün Y, Kotogyan A, Aydemir EH, Baransü O, eds. *Dermatoloji*, 2.baskı, İstanbul, Nobel tıp kitapevleri, **1994**:393-9.
7. **Yurdakul S.** Behçet sendromunun epidemiyolojisi. *Aktüel Tıp Dergisi*, **1997**; 2(2): 66-7.
8. **Önder M, Gürer MA.** Behçet's disease, an enigmatic vasculitis. *Clinics in Dermatology*,**1999**; 17:571-6.
9. **Tüzün Y, Yurdakul S, Mat C, Özyazgan Y, ve ark.** Epidemiology of Behçet's syndrome in Turkey. *Int J Dermatol*, 1996;35;618-20.
10. **Ohno S.** Behçet's disease in the world. In Lehner T, Barnes CG: Recent advances in Behçet's disease, Royal Society of Medicine Services, London, **1986**:181-186.
11. **Atmaca LS, İdil A, Batioğlu F.** A descriptive study on Behçet's disease. *Acta Ophthalmol Scand*, **1996**;74:403-406.
12. **Özdal P C, ve ark.** Posterior segment involvement in ocular Behçet's disease. *Eur J Ophthalmol*, **2002**;12: 424-431.
13. **Tursen U, Gürler A, Boyvat A.** Evaluation of clinical findings according to sex in 2313 Turkish patients with Behçet's disease. *Int J Dermatol*, **2003**;42:346-351.
14. **Atmaca LS, Sönmez PA.** Behçet hastalarında göz tutulumu. *Ret- Vit*, **2004**;12:77-86.
15. **Seyahi E.** Behçet hastalığı. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Sempozyum Dizisi No: 55, Ocak **2007**:55-68.
16. **Gilworth G, ve ark.** Development of the BD-QOL: a quality of life measure specific to Behçet's disease. *The Journal of Rheumatology*, **2004**;31(5):931-936.
17. **Alpsoy E, ve ark.** Clinical features and natural course of Behçet's disease in 661 cases: A multicenter study. XII. International Conference on Behçet's Disease, Lisbon-Portugal,20-23September,**2006**.
18. **Uğuz F, Dursun R, Kaya N, Çilli AS.** Behçet hastalarında ruhsal belirtiler ve yaşam kalitesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **2006**; 7:133-139.

19. **Bodur H, ve ark.** Quality of life and life satisfaction in patients with Behçet's disease: relationship with disease activity. *Clin Rheumatol.*, **2006** May;25(3):329-33.
20. **Tanrıverdi N, Taskintuna I, Duru C, Ozdal P,Orta C S, Fırat E.** Health-related quality of life in Behçet patients with ocular involvement. *Jpn J Ophthalmol*, **2003**; 47:85-92.
21. **Talas MS.** Yaşam Kalitesi ve Hemşirelik Hizmetleri.
Erişim: http://www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik_Metinler/linkdetail.aspx?id=3562.
Erişim tarihi: 30.06.08.
22. **Dilşen N.** Behçet hastalığının tarihçesi. *Aktüel tıp dergisi. Behçet hastalığı sayısı*,**1997**;2:62-65.
23. **Tüzün Y.** Ord. Prof. Dr. Hulusi Behçet. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci*, **2005**;1(25): 1-2.
24. **Pamuk ÖN, Çakır N.** Behçet hastalığı epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci*, **2005**;1(25): 3-9.
25. **Kural –Seyahi E, Fresko İ, Seyahi N, et al.** The long-term mortality and morbidity of Behçet syndrome: a 2-decade outcome survey of 387 patients followed at a dedicated center. *Medicine*, **2003**;82(1):60-76.
26. **Yurdakul S, Hamuryudan V, Yazıcı H.** Behçet syndrome. *Curr Opin Rheumatol*, **2004**;16(1):38-42
27. **Bang D, Oh S. Lee ES, Lee S.** Influence of sex on patients with Behçet's disease in Korea. *J Korean Med Sci*, **2003**;18(2):231-5.
28. **Özbalkan Z, Bilgen ŞA.** Behçet hastalığı. *Hacettepe Tıp Dergisi*, **2006**; 37:14-20.
29. **Marshall SE.** Behçet's disease. *Best Practice Clin Rheum*, **2004**;18:291-311.
30. **Saylan T, Mat C, Fresko I, Melikoğlu M.** Behçet's disease in the middle east. *Clin Dermatol*,**1999**;17(2):209-23.
31. **Gül A, İnanç M, Öcal L, Aral O, Konice M.** Familial aggregation of Behçet's disease in Turkey. *Ann Rheum Dis*, **2000**;59(8):622-5.
32. **Türsen Ü, Gürler A.** Behçet hastalığı ve genetik. *T Klin Dermatoloji*, **2000**; 10: 37-43.
33. **Pay S.** Behçet hastalığı etyoloji ve patogenezi. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci*, **2005**;1(25):10-16.
34. **Emmi L, Brugnolo F, Marchiona T.** Pathogenesis and therapy of Behçet's disease. *Ann Ital Med Int*, **1997**;2(1):20-25.
35. **Lehner T.** Immunopathogenesis of Behçet's disease. *Ann Med Interne*, **1999**;15(6):483-487.
36. **Aygündüz M, Bavbek N, Öztürk M, et al.** Serum beta 2-micreglobulin reflects disease activity in Behçet's disease. *Rheumatol Int*, **2002**;22:5-8.
37. **Ortaç S, Çakar P, Ünal M, ve ark.** Oküler tutulumlu Behçet hastalığında HLA B51. *Ret-vit*, **1999**;7:135-138.
38. **Nishiyama M, Nakae K, Umehara T.** A study of familial occurrence of Behçet's disease with and without ocular lesions. *Jpn J Ophthalmol*, **2001**;45:313-316.

39. **Şenol M.** Behçet hastalığı. Erişim: <http://web.inonu.edu.tr/~msenol/dosyalar/behcet.doc> Erişim Tarihi:11.02.2009.
40. **Kalaycıyan A, Arzuhal N.** Deri ve mukoza belirtileri. *Turkiye Klinikleri J Int Med Sci*, **2005**;1(25):19-23).
41. **Yurdakul S, Yazıcı H.** Behçet sendromu. *Türk Ped Arş*, **2008**; 43 Özel Sayı: 21-27.
42. **Gürler A.** Oral ve genital aftlar. *Aktüel Tıp Dergisi*, **1997**;2(2):87-7.
43. **Balabanova M, Calamia KT, Perniciaro C, O'Duffy JD.** A study of the cutaneous manifestations of Behçet's disease in patients from the United States. *J Am Acad Dermatol*, **1999**;41:540-5.
44. **Gürler A, Ertan C, Kazeruni H, Sayman N.** Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Behçet Hastalığı Merkezinde izlemekte olduğumuz 912 rezidivan aftöz stomatitli olguların klinik gözlemleri. X. Prof. Dr. A. Lütfi Tat Sempozyumu Kitabı, **1992**: 298-308.
45. **Ekmekeçi P, Boyvat A, Özdemir E, Gürler A, Gürgey E.** Is long term observation of patients with recurrent aphthous stomatitis necessary? Clinical follow-up of 1238 cases. *Adv Exp Med Biol*, **2003**;528:127-130.
46. **Yazıcı H, Fresko İ, Tunç R, Melikoğlu M.** Behçet's syndrome: pathogenesis, clinical manifestations and treatment. In: Ball GV, Bridges SL, editors, *Vasculitis*. Oxford:University Press, **2002**:406-32.
47. **Wechsler B.** Behçet's disease. Erişim: <http://www.orpha.net/data/patho/GB/uk-B7.pdf>. Erişim Tarihi:12.01.2009
48. **Odom RB, James WD, Berger TG.** Behçet's syndrome (oculo-oral-genital syndrome). *Andrews' disease of skin'de*. 9uncu baskı. WB Saunders Co. Philadelphia, **2000**:1008-10.
49. **Kontogiannis V, Powell RJ.** Behçet's disease. *Postgrad Med J*, **2000**;76:629-37.
50. **Tüzün B, Wolf R, Tüzün Y, Serdaroğlu S.** Recurrent aphthous stomatitis and smoking. *Int J Dermatol*, **2000**;39:358-60
51. **Silveira L, McGrath H.** Smoking controls symptomatology of Behçet's disease. *Arthritis Rheum*, **1992**;35:12.
52. **Kaklamani VG, Tzonou A, Markomichelakis N, Papazoğlu S, Kaklamani PG.** The Effect Of Smoking On The Clinical Features Of Adamantiades- Behçet's Disease. *Adv Exp Med Biol*, **2003**;528:323-327.
53. **Kanekura T, Kanzaki T.** Successful treatment of orogenital ulceration with transdermal nicotine patches. *Br J Dermatol*, **1999**;141:1140-1.
54. **Rosen T, Brown TJ.** Genital ulcers evaluation and treatment. *Dermatol Clin*, **1998**;16:673-85.
55. **Uslu M, Karaman G, Savk E, Sendur N, Yılmaz E.** Aydın'da Behçet Hastalığı Deneyimi: 67 Hastanın Retrospektif Değerlendirilmesi. *Adü Tıp Fakültesi Dergisi* , 2008; 9(3) : 21 – 26.
56. **Al-Otaibi LM, Porter SR, Poate TWJ.** Behçet disease. *J Dent Res*, **2005**;84(3):209-222.
57. **Azizlerli G.** Behçet hastalığında deri bulguları. *Aktüel Tıp Dergisi*, **1997**; 2(2): 94.
58. **Azizlerli G, Özarmağan G, Övül C, Sarıca R, Mustafa SO.** A new kind of skin lesion in Behçet's disease extragenital ulcerations. *Acta dermato-venerologica*, **1992**; 72: 286.

59. **Alpsoy E.** Behçet hastalığının deri ve mukoza bulguları. *Türk-Derm*, **2003**;37:92-9.
60. **Zouboulis CC.** Epidemiology of adamantiades-Behcet's disease. *Ann Med Interne*, **1999**;150:488-98.
61. **Yazici H, Başaran G, Hamuryudan V, et al.** The ten-year mortality in Behcet's syndrome. *Br J Rheumatol*, **1996**;35(2):139-141.
62. **Azizerli G.** Juvenile Behçet's syndrome, In: Ball GV, Bridges SL, Vasculitis. Oxford : University Press; **2002**: 441-4.
63. **Davitchi F, Shahram F, Madji A, Jamshidi AR, Chams C, Chams H, et al.** Influence of pathergy test on the accuracy of different diagnosis criteria for Behçet's disease. *Adv Exp Med Biol*, **2003**;528:109-112.
64. **Karaoğlan B.** Behçet hastalığında klinik bulgular ve l komotor sistem tutulumu. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg*, **2008**: 54  zel Sayı 1; 34-7.
65. **Akmaz O, Erel A, Gürer MA.** Comparison of histopathologic and clinical evaluations of pathergy test in Behçet' disease. *Int J Dermatol*, **2000**;39:121-5.
66. **Ghate JV, Jorizzo JL.** Behçet' s disease and complex aphthosis. *J Am Acad Dermatol*, **1999**;40:1-18.
67. ** zyazgan Y.** Behçet hastalarında göz tutulumu. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci*, **2005**;1(25):24-31.
68. **Kulaçoğlu D, G relik G,  zdek Ő, Aydın B, Hasanreisoğlu B.** Oküler tutulumlu behçet hastalarında klinik bulgular. *Ret - Vit*, **2003**; 11 : 19-29.
69. **Korkmaz C.** Behçet hastalığında damar ve diğer organ tutulumları. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, **2005**;1(25):42-47.
70. **Şahin M, Yıldız M, Tunç SE.** The usefulness of Tc-99 M-MDP bone scintigraphy in detection of articular involvement of Behçet's disease. *Ann Nucl Med* , **2006**;20:649-53.
71. **Sepici V, TaŐ N, Sever A, G rer MA.** Behçet hastalığında eklem tutulması. *Turk J Resc Med Sci*, **1991**;9:261-4.
72. **Hamzaoui S, Harmel A, Bouslana K.** Behçet's disease in Tunisia. Clinical study of 519 cases. *Rev Med Interne*, **2006**;27:742-50.
73. **Mok CC, Cheung TC, Ho CT, Lee KW, Lau CS, Wong RW.** Behçet's disease in Southern Chinese patients. *J Rheumatol*, **2002**; 29:1689-93.
74. **Hamurduyan V, Yurdakul S, Moral F, et al.** Pulmonary arterial aneurysms in Behçet's syndrome: A report of 24 cases. *Br J Rheumatol*, **1994**; 33: 48-51.
75. **Saip S, Siva A.** N ro-Behçet sendromu. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci*, **2005**;1(25): 32-41.
76. **Kidd D, Steuer A, Denman AM, Rudge P.** Neurological complications in Behçet's syndrome. *Brain*, **1999**; 122:2183-2194.
77. **Serdaroğlu P.** Behçet's disease and the nervous system. [Review]. *J Neurol*, **1998**; 245: 197-205.

78. **Karıncaoğlu Y, Coşkun BK, Seyhan M, Akı T.** Malatya ve Elazığ bölgelerindeki Behçet hastalarının demografik ve klinik özellikleri. *Türkiye Klinikleri J Dermatol*, **2005**;15:65-70.
79. **Özışık HI, Altınayar S, Özcan AC.** Behçet hastalığında nörolojik tutulum. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, **2005**; 12(4):239-242.
80. **Öcal L.** Behçet hastalığında diğer organ tutulumları. *Aktüel Tıp Dergisi*, **1997**; 2(2): 104.
81. **Bayraktar Y, Özarslan E, Van Threl DH.** Gastrointestinal manifestations of Behçet's disease. *J Clin Gastroenterol*, **2000**; 30(2): 144-54.
82. **Yılmaz Ö, Sarı RA, Dursun H, Aydınlı B, Gürsan N, Okçu N.** Behçet hastalığında üst gastrointestinal sistem bulguları ve Helikobakter pilori sıklığı. *Akademik Gastroenteroloji Dergisi*, **2006**; 5 (2): 85-89.
83. **Akyıldız M, Karaköse S, Günşar F, Akay S, Özütemiz Ö, Ersöz G, İlter T.** İntestinal Behçet hastalığı. *Endoskopi*, **2009**; 17(1): 46-47.
84. **Chen YG, Chang HW.** Clinical characteristics of Behçet's disease in southern Taiwan. *J Microbial Immunol Infect*, **2001**; 34: 207-1.
85. **Shimizu T, Inaba G.** Epidemiology of Behçet's disease: status of Behçet's disease in Japan. *Ryumachi*, **1976**; 16; 224-33.
86. **Helbert M, Morgan C.** Behçet's disease. *CPD Bulletin Immunology and Allergy*, **2001**;2(1):12-14.
87. **Öztürk MA.** Behçet hastalığında laboratuvar bulguları. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, **2005**;1(25):55-58.
88. International Study Group for Behçet's Disease. Criteria for diagnosis of Behçet's disease. *Lancet*, **1990**;335:1078-80.
89. **Seyahi E.** Behçet hastalığında prognoz. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci*, **2005**;1(25):59-63.
90. **Yazıcı H, Başaran G, Hamuryudan V, Hızlı N, Yurdakul S, Mat C, Tüzün Y, Özyazgan Y, Dimitriyadis I.** The ten-year mortality in Behçet's syndrome. *Br J Rheumatol*, **1996**;35:139-41.
91. **Akman-Demir G, Serdaroğlu P, Taşcı B.** Clinical patterns of neurological involvement in Behçet's disease:evaluation of 200 patients. *The Neuro-Behçet Study Group Brain*, **1999**;122:2171-82.
92. **Siva A, Kantarcı OH, Saip S, Altıntaş A, Hamuryudan V, Islak C, Koçer N, Yazıcı H.** Behçet's disease: diagnostic and prognostic aspects of neurological involvement. *Journal of neurology*, **2001**, 248(2):95-103.
93. **Hatemi G, Melikoğlu M.** Tedavi. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci*, **2005**;1(25):64-69.
94. **Tatlıcan S.** Behçet hastalığı tedavisinde anti-TNF ajanlar. *Turk J Rheumatol*, **2009**; 24: 27-38.
95. **Beşiroğlu L, Uğuz F, Sağlam M, Yılmaz E, Ağargün MY, Aşkın R.** Obsesif kompulsif bozuklukta yaşam kalitesi ile ilişkili etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **2007**; 8:5-13.
96. **Arslan Ş, Kutsal YG.** Geriatriye yaşam kalitesinin değerlendirimi. *Geriatrici*, **1999**; 2(4): 173-178.
97. **Eser E, Yüksel H, Baydur H, Erhart M, Saatli G, Özyurt BC, Özcan C, Ravens-Sieberer U.** Çocuklar için genel amaçlı sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçeği (KİD-KINDL) Türkçe sürümünün psikometrik özellikleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **2008**; 19(4):409-417.

98. **Şenol Y, Türkay M.** Yaşam kalitesi ölçütlerinde taraf tutma: cevap kayması. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, **2006**; 5 (5):382-389.
99. **Şahin H.** Eski bir kavram, yeni bir ölçüt: yaşam kalitesi. *Toplum Ve Hekim*, **1997**;12(77):40-46.
100. **Avcı K, Pala K.** Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesinde Çalışan Araştırma görevlisi ve uzman doktorların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, **2004**; 30 (2) 81-85.
101. **Başaran S, Güzel R, Sarpel T.** Yaşam kalitesi ve sağlık sonuçlarını değerlendirme ölçütleri. *Romatizma*, **2005**;20(1):55-63.
102. Report Of A Joint Who/Fao Expert Consultation, Diet, Nutrition And The Prevention Of Chronic Disease, 2003.
Erişim:http://who.int/hpr/NPH/docs/who_fao_expert_report.pdf,
ErişimTarihi:24.04.2009.
103. **Ay S, Evcik D.** Kronik bel ağrılı hastalarda depresyon ve yaşam kalitesi. *Yeni Tıp Dergisi*, **2008**;25: 228-231.
104. **Atacanlı F, Dilbaz N.** Kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve depresyon. *Klinik Psikiyatri*, **2001**;4:147-153.
105. **Acaray A, Pınar R.** Kronik hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, **2004**, 8 (1):1-11.
106. **Karayurt Ö, Dicle A, Malak AT.** Paylaşılmamış deneyim: deprem bölgesinde kronik hastalığı olan bireylerin yaşam kalitesini etkileyen etmenler. *F.Ü. Sağ. Bil. Dergisi*, **2008**; 22 (6): 327 – 332.
107. **Güner A, Atak N.** Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan hastalarda sağlık eğitiminin yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, **2001**;54(4):321-332.
108. **Akyol AD, Karadakovan A.** Hemodiyalize giren hastaların yaşam kalitesi ve özbakım gücü ile bunlar üzerine etkili değişkenlerin incelenmesi. *Ege Tıp Dergisi*, **2002**;41 (2): 97 – 102.
109. **Erdem N, Ergüney S.** Koroner arter hastalarında yaşam kalitesinin ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2005**;8(3):1-9.
110. **Kurt As, Çetinkaya Ş.** Lösemili çocuklarda yaşam kalitesi ve hemşirelik bakımı. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, **2008** ;3(8):36-56.
111. **Yeter K, Savcı A, Sayiner FD.** Meme kanserinde rekonstrüktif cerrahinin ve hasta eğitiminin yaşam kalitesine etkisi. *Meme Sağlığı Dergisi*, **2009** ;5(2):65-68
112. **Kılınç Y.** Behçet hastalarında yaşam kalitesi anksiyete ve depresyon. Uzmanlık tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Isparta, **2007**.
113. **Havva Ö.** Miyokart infarktüsü geçiren hastalarda umut, moral ve algılanan sosyal desteğin yaşam kalitesine etkisi. Yüksek lisans tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, **2006**.
114. **Ware J.E, Sherbourne DC.** The MOS 36 item short-form health survey (SF-36). *Med Care*, **1992**; 30(6): 473-8.

115. **Pınar R.** Diabetes mellituslu hastaların yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. Doktora tezi, İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, **1995**.
116. **Pınar R.** SF 36 Yaşam kalitesi ölçeği ve kullanımı: sağlık araştırmalarında yaşam kalitesi kavramı. *Sendrom*, **1996**;8(10): 109-114.
117. **Koçyiğit H, Aydemir O, Ölmez N, Memiş A.** Reliability and validity of the Turkish version of Short-Form-36 (SF-36). *Turkish J Drugs Therapy*. **1999**; 12:102-106.
118. **Mumcu G, et al.** Oral health related quality of life is affected by disease activity in Behçet's disease. *Oral diseases*, **2006**;12:145-151.
119. **Kılınç Y, Yıldırım M, Ceyhan A.** Behçet hastalarında yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Dergisi*, **2009**;16(1):6-10.
120. **Blackford S, Finlay AY, Roberts DL.** Quality of life in Behcet's syndrome: 335 patients surveyed. *Br J Dermatol*, **1997**;13:293.
121. **Mumcu G, et al.** The assessment of oral health-related quality of life by factor analysis in patients with Behçet's disease and recurrent aphthous stomatitis. *J Oral Pathol Med*, **2007**;36:147-152.
122. **Gür A, Saraç AJ, Burkan YK, Nas K, Çevik R.** Arthropathy, quality of life, depression, and anxiety Behcet's disease:relationship between arthritis and these factors. *Clin Rheumatol*, **2006**;25:524-531.
123. Derviş E. Oral ülserler.
Erişim: http://www.istabip.org.tr/media/upload/klinik_2009_22_2/5.pdf,
Erişim Tarihi:19.04.2009.
124. **Akdemir N, Akyar İ, Görgülü Ü.** Hemşirelerin fizik tedavi ve rehabilitasyon kliniklerinde yatan ya da polikliniğe başvuran hastaların ağrı sorununa yönelik yaklaşımları. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg*, **2008**;54:157-63.
125. **Yıldırım YK, Uyar M, Fadılhoğlu M.** Kanser ağrısı ve yaşam kalitesine etkisi. *Ağrı*,**2005**; 17:4:17-22.
126. **Solak Ö, DüNDAR Ü, Demirdal ÜS, Fidan F, Gökçe İY, Ünlü M.** Romatoid artrit hastalarının pittsburgh uyku kalite indeksi ile değerlendirilmesi. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg*, **2009**;55:107-1.
127. **Yurtsever S.** Kronik hastalıklarda yorgunluk ve hemşirelik bakımı. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2000**; 4 (1):16-20.
128. **Yurdakoş E.** Stres fizyolojisi.
Erişim: <http://www.ctf.edu.tr/Stek/pdfs/47/4711.pdf> Erişim Tarihi: 10.03.2009.
129. **Yılmaz Ç.** Rekürrent aftöz stomatitis. *Atatürk Üniv. Diş Hek. Fak. Derg*, **2009**; 19(1): 47-54.

EKLER

EK – 1: KİŞİSEL BİLGİ FORMU

I-BEHÇET HASTALARININ SOSYO-DEMOĞRAFİK ÖZELLİKLERİ

Adınız-Soyadınız:

Protokol No:

1- Cinsiyetiniz: () Erkek () Kadın

2-Yaşınız:.....

3- Eğitim Durumunuz:

() Okur Yazar () İlkokul Mezunu () Ortaokul Mezunu
() Lise Mezunu () Üniversite Mezunu ()Yükseklisans/Doktora

4- Medeni Durumunuz:

() Evli () Bekar
() Boşanmış () Eşini Kaybetmiş

5-Çocuk Sayınız:.....

6- Çalışma Durumunuz:

() Çalışmıyor () Çalışıyor

7- İşiniz:

() Ev Hanımı () Memur () İşçi
() Emekli () Serbest Meslek () Diğerleri

8-Ekonomik Durumunuz:

() Gelir Giderden Fazla () Gelir Gidere Denk () Gelir Giderden Az

9- Birlikte Yaşadığınız Bireyler:

() Yalnız () Eş ve Çocuklarla Birlikte ()Diğer

10-Nerede Yaşıyorsunuz?

() Köy () İlçe () Şehir

II- BEHÇET HASTALARININ HASTALIKLARI İLE İLGİLİ ÖZELLİKLERİ

11- Hastalığınızın Süresi ?

() 1 Yıldan Az () 1-3 Yıl () 4-6 Yıl () 7 Yıl ve Üstü

12-Aşağıda Sıralanmış Olan Belirtilerden Hangisi Sizde Var?(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- () Oral Aftöz Ülserler
() Genital Ülserler
() Göz Tutulumu
() Artrit
() Cilt Lezyonları
() Sinir Sistemi Tutulumu
() Gastrointestinal Sistem Tutulumu

13- Hastalığınız İçin İlaç Kullanıyor musunuz?

() Evet () Hayır (15.soruya geçiniz)

14- Yanıtınız Evetse Hangi İlaçları Kullanıyorsunuz?

.....

15- Hastalığınız İçin İlaçlar Dışında Tedavi (Non-farmakolojik) Uyguluyor musunuz?

() Evet () Hayır (17.soruya geçiniz)

16- Yanıtınız Evetse İlaçlar Dışında Uyguladığınız Tedaviler Nelerdir? Açıklayınız.

.....

17- Hastalığınızla İlgili Eğitim Aldınız mı?

() Evet () Hayır (20.soruya geçiniz)

18- Yanıtınız Evetse Eğitimi Kimden Aldınız?.....

19- Verilen Eğitimin İçeriğini Belirtiniz.

20- Genellikle Ağrınız Oluyor mu?

() Evet () Hayır (27.soruya geçiniz)

21- Yanıtınız Evetse Ağrınızın Yeri.....

22- Ağrınızın Süresi.....

23- Ağrınızın Şekli.....

24-Ağrınıza Yönelik Sizin Yaptığınız Uygulamalar

() Medikal (ilaç) () Non-medikal (ilaç dışı).....Açıklayınız

25- Ağrı Günlük Yaşamınızı Etkiliyor mu?

() Evet () Hayır (26. Soruya geçiniz)

26- Yanıtınız Evetse Ağrı Günlük Yaşamınızı Nasıl Etkiliyor? Açıklayınız.
.....

27- Genellikle Uykunuzla İlgili Sorun Yaşıyor musunuz?

() Evet () Hayır (31. soruya geçiniz)

28- Sabahları Uykudan Uyandıığınızda Kendinizi Yorgun Hissettiğiniz Oluyor mu?

() Evet () Hayır

29- Uyku Bozukluğu Günlük Yaşamınızı Etkiliyor mu?

() Evet () Hayır

30- Yanıtınız Evetse Uyku Bozukluğu Günlük Yaşamınızı Nasıl Etkiliyor? Açıklayınız.....

31- Genellikle Kendinizi Yorgun Hisseder misiniz?

() Evet () Hayır(33. soruya geçiniz)

32- Yorgunluk Günlük Yaşamınızı Etkiliyor mu?

() Evet () Hayır (34. soruya geçiniz)

33- Yanıtınız Evetse Yorgunluk Günlük Yaşamınızı Nasıl Etkiliyor? Açıklayınız.....

34-Sizce Hastalığınızın Stresle Bir İlişkisi Var mı?

() Evet (Stresörün Türü.....) () Hayır

35- Hastalığınızın Atak Dönemlerine Stres Etken mi?

() Evet (Stresörün Türü.....) () Hayır

35-Ailenizde Behçet Hastası Olan Var mı?

() Evet (Size Yakınlığı.....) () Hayır

36- Hastalığınız Çevrenizdeki İnsanlarla İlişkilerinizi Etkiliyor mu?

() Evet () Hayır

37- Yanıtınız Evetse Kimlerle İlişkilerinizi Etkiliyor?

() Eşinizle () Çocuğunuzla/Çocuklarınızla

() Arkadaşlarınızla () Akrabalarınızla

EK – 2: SF-36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Aşağıda son 4 hafta içinde sağlığınız hakkında görüşlerinizi belirlemek için sorular bulunmaktadır. Lütfen her bir soruyu dikkatle okuyarak altında bulunan cevap seçeneklerinden sizin için en uygun cevabı işaretleyiniz.

1. Genel olarak sağlığınız

Mükemmel	1
Çok iyi	2
İyi	3
Orta	4
Kötü	5

SAĞLIĞINIZ VE GÜNLÜK AKTİVİTELER

2. Aşağıdaki sorular normal bir gün boyunca yapabileceğiniz aktiviteler hakkındadır. Sağlığınız aşağıdaki aktiviteleri yapmanızı engelliyor mu? Eğer engelliyorsa, ne kadar engelliyor? (Her satırda uygun rakamı işaretleyiniz)

AKTİVİTELERİNİZ	Evet çok engelliyor	Hayır biraz engelliyor	Hayır pek engellemiyor
a. Koşu, ağırlık kaldırma ve ağır sporlar gibi büyük çaba gerektiren aktivitelerde	1	2	3
b. Masayı, elektrik süpürgesini itmek gibi orta/hafif aktivitelerde	1	2	3
c. Paket veya çanta taşırken	1	2	3
d. Birkaç kat merdiven çıkarken	1	2	3
e. Bir kat merdiven çıkarken	1	2	3
f. Eğilirken, çömelirken	1	2	3
g. Bir kilometreden fazla yürürken	1	2	3
h. Birkaç yüz metre yürürken	1	2	3
i. Yüz metrelik bir mesafeyi yürürken	1	2	3
j. Giyinirken veya yıkanırken	1	2	3

3. Geçen 4 hafta boyunca, işinizde veya diğer rutin işlerinizde fiziksel sağlığınıza bağlı olarak, aşağıdaki problemlerin herhangi birinden şikayetçi oldunuz mu? (Evet ya da hayır sütunundaki rakamları yuvarlak içine alarak işaretleyiniz)

	Evet	Hayır
a. İşinizde ve diğer aktivitelerinizde sağlık sorunları yüzünden çalışma zamanınızı azalttınız mı?	1	2
b. İşlerinizde amaçladığınızdan daha az mı verimli oldunuz?	1	2
c. İş ve aktivitelerinizi zahmetsiz (kolay) olanlarla sınırladınız mı?	1	2
d. İş ve aktivitelerinizi gerçekleştirirken zorluk çektiniz mi? (örneğin ekstra çaba harcadınız mı?)	1	2

4. Geçen 4 hafta boyunca, işinizde veya diğer rutin işlerinizde ruhsal durumunuzun sonucu olarak (örneğin sinirli veya stresli), aşağıdaki problemlerden herhangi biriyle karşılaştınız mı? (Evet ya da hayır sütunundaki rakamları yuvarlak içine alarak işaretleyiniz)

	Evet	Hayır
a. İşinizde veya diğer aktivitelerinizde sağlık sorunları yüzünden çalışma zamanınızı azalttınız mı?	1	2
b. İşlerinizde amaçladığınızdan daha az mı verimli oldunuz?	1	2
c. İşlerinizi ve diğer aktivitelerinizi her zamankinden daha az dikkatli mi yaptınız?	1	2

5. Geçen 4 hafta boyunca, fiziksel ve ruhsal sağlığınız ailenizle, arkadaşlarınızla, komsularınızla ilişkilerinizi ne dereceye kadar etkiledi? (Sadece bir rakamı işaretleyiniz)

Pek etkilemedi	1
Çok az	2
Orta	3
Oldukça	4
Aşırı	5

AĞRI

6. Geçen 4 hafta boyunca, vücudunuzda ne kadar ağrı oldu? (Sadece bir rakamı işaretleyiniz)

Hiç	1
Çok hafif	2
Hafif	3
Orta	4
Fazla	5
Çok fazla	6

7. Geçen 4 hafta boyunca ne kadar ağrı normal işlerinizi yapmanıza olumsuz etki gösterdi? (Evdeki ve dışarıdaki işleriniz dahil olmak üzere) (Sadece bir rakamı işaretleyiniz)

Çok değil	1
Az	2
Orta	3
Oldukça fazla	4
Aşırı	5

DUYGULARINIZ

8. Bu sorular geçen ay boyunca, kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerinizin nasıl gittiği hakkındadır. Her soru için, size en uygun gelen seçeneği yuvarlak içine alarak cevaplandırınız.

GEÇEN AY BOYUNCA

NE KADAR SÜRE

	Her Zaman	Çoğunlukla	Biraz fazla	Bazen	Çok az	Hiç
a. Tam enerjik (zinde) hissettiniz	1	2	3	4	5	6
b. Çok sinirli biriydiniz	1	2	3	4	5	6
c. Hiçbir şeyin sizi neşelendiremeyeceği kadar canınız sıkındı	1	2	3	4	5	6
d. Sakin ve huzurluydunuz	1	2	3	4	5	6
e. Fazla enerjiniz vardı	1	2	3	4	5	6
f. Moralsiz ve kederli hissettiniz	1	2	3	4	5	6

g. Çok yorgun (bitkin) hissettiniz	1	2	3	4	5	6
h. Hiç mutlu oldunuz mu?	1	2	3	4	5	6
i. Yorgun hissettiniz	1	2	3	4	5	6
j. Sağlığınız akraba ve ya arkadaş ziyaretleri gibi sosyal aktivitelerinizi sınırladı mı?	1	2	3	4	5	6

GENEL OLARAK SAĞLIĞINIZ

9. Aşağıdaki ifadeler sizi ne kadar doğru veya yanlış olarak tanımlamaktadır?

	Kesinlikle doğru	Çoğunlukla doğru	Emin değilim	Çoğunlukla yanlış	Kesinlikle yanlış
a. Diğer insanlardan daha sık hasta oluyor gibiyim	1	2	3	4	5
b. Tanıdığım herhangi biri kadar sağlıklıyım	1	2	3	4	5
c. Sağlığımın daha kötüye gideceğini sanıyorum	1	2	3	4	5
d. Sağlığım mükemmel	1	2	3	4	5

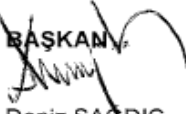
EK – 3. İZİN YAZILARI

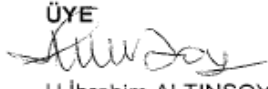
**T.C.
GENELKURMAY BAŞKANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ KOMUTANLIĞI
ETİK KURUL TOPLANTI RAPORU**

OTURUM NO : 125
OTURUM TARİHİ : 6 Ocak 2009
OTURUM BAŞKANI : Prof. Dz. Diş Tbp. Kd. Alb. Deniz SAĞDIÇ
OTURUM SEKRETERİ : Doç. Dr. Ecz. Kd. Alb. Adnan ATAÇ

GATA Etik Kurulu'nun 6 Ocak 2009 günü yapılan 125. oturumunda, GATA Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD'dan Yüksek Hemşire Özlem Cebecioğlu'nun sorumlu araştırmacılığını yaptığı "**Behçet Hastalarında Yaşam Kalitesi**" başlıklı tek merkezli, tanımlayıcı çalışma olan dosya değerlendirildi.

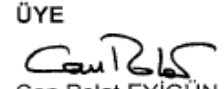
Araştırma dosyasının amaç, yöntem ve yaklaşım bakımından etik ilkelere UYGUN olduğuna karar verildi.

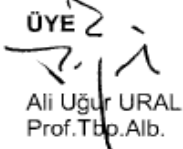
BAŞKAN

Deniz SAĞDIÇ
Prof.Dz.Diş Tbp.Alb.

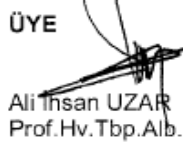
ÜYE

H.İbrahim ALTINSOY
Prof.Tbp.Alb.

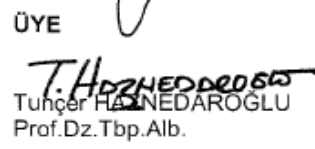
ÜYE

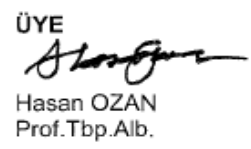
Cem TAYFUN
Prof.Dz.Tbp.Alb.

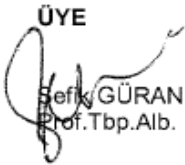
ÜYE

Can Polat EYİGÜN
Prof.Hv.Tbp.Alb.

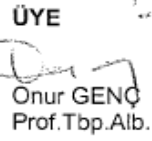
ÜYE

Ali Uğur URAL
Prof.Tbp.Alb.

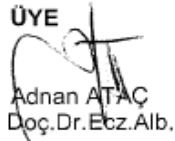
ÜYE

Ali İhsan UZAR
Prof.Hv.Tbp.Alb.

ÜYE

Tunçer HANEDAROĞLU
Prof.Dz.Tbp.Alb.

ÜYE

Hasan OZAN
Prof.Tbp.Alb.

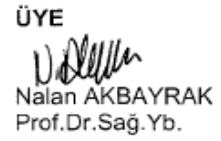
ÜYE

Şefik GÜRAN
Prof.Tbp.Alb.

ÜYE

Onur GENÇ
Prof.Tbp.Alb.

ÜYE

Adnan ATAÇ
Doç.Dr.Ecz.Alb.

ÜYE

Mükerrerem SAFALI
Doç.Tbp.Alb.

ÜYE

Nalan AKBAYRAK
Prof.Dr.Sağ.Yb.

ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı, 1982 yılında Erzincan'da doğmuştur. İlk, orta ve lise öğrenimini Mersin'de tamamlamıştır. 2004 yılında Gülhane Askeri Tıp Akademisi Hemşirelik Yüksekokulu'ndan mezun olmuş ve aynı yıl GATA Eğitim Hastanesi'nde göreve başlamıştır. 2009 yılında Mersin Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı'nda yüksek lisans eğitimini tamamlamıştır ve halen GATA Eğitim Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon kliniğinde görev yapmaktadır.