

**T.C.
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**BEHÇET HASTALARININ HASTALIĞA PSİKOSOSYAL
UYUMU**

Nermin ÖYKE

**Düzce Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetmeliğinin
Hemşirelik Programı İçin Öngördüğü YÜKSEK LİSANS TEZİ Olarak
Hazırlanmıştır**

**DÜZCE
2008**

**T.C.
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**BEHÇET HASTALARININ HASTALIĞA PSİKOSOSYAL
UYUMU**

Nermin ÖYKE

**Düzce Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetmeliğinin
Hemşirelik Programı İçin Öngördüğü YÜKSEK LİSANS TEZİ Olarak
Hazırlanmıştır**

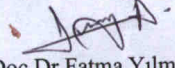
**TEZ DANIŞMANI
Yrd. Doç. Dr. Fatma Yılmaz**

**DÜZCE
2008**

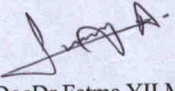
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne,

Bu çalışma jürimiz tarafından Hemşirelik Programında Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

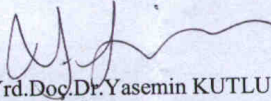
Tez Danışmanı


Yrd.Doç.Dr.Fatma Yılmaz
(Düzce Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Öğretim Üyesi)

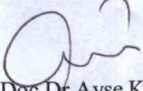
Üye


Yrd.Doç.Dr.Fatma YILMAZ
(Düzce Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Öğretim Üyesi)

Üye


Yrd.Doç.Dr.Yasemin KUTLU
(İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik
Yüksekokulu Öğretim Üyesi)

Üye


Yrd.Doç.Dr.Ayşe KAVAK
(Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğretim Üyesi)

ONAY :

Bu tez, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Yönetim Kurulu'nun kararıyla kabul edilmiştir.

(İmza)

Doç.Dr.Özlem YAVUZ
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince bilgi ve tecrübesiyle bana yol gösteren, yardım ve desteğini esirgemeyen tez danışmanım değerli hocam Yrd. Doç. Dr. Fatma Yılmaz Akıncı'ya teşekkür ederim Tezimin düzenlenmesinde ve hazırlanmasında destek olan Elif Aşık, Ahmet Aşık, Cihan Öyke, Erdal Şeker'e teşekkür ederim. Sağlık Bakanlığı Ankara Ulucanlar Göz Eğitim ve Araştırma Hastanesi çalışanlarına ve yardımlarından dolayı Doç. Dr Pınar Özdal'a ve araştırmaya gösterdikleri duyarlılıktan dolayı araştırmaya katılan bireylere teşekkür ederim. Hayatım boyunca benden desteğini ve sevgisini esirgemeyen aileme, bana inanan ve her zaman yanımda hissettiğim biricik dedeme teşekkür ederim.

ÖZET

Bu çalışma Behçet hastalarının hastalığa psikososyal uyum düzeylerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı tipte yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini Sağlık Bakanlığı Ankara Ulucanlar Göz Eğitim ve Araştırma Hastanesinde takip ve tedavi edilen 90 Behçet hastası oluşturmuştur. Araştırmanın verileri “Hasta Tanıtım Formu”, “Hastalığa Psikososyal Uyum Öz Bildirim Ölçeği (PAIS-SR)”, “Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HAD)” kullanılarak yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Verilerin istatistiksel analizinde t testi, Mann-Whitney U testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA), Kruskal-Wallis varyans analizi ve korelasyon katsayısı kullanılmıştır. Araştırma sonucunda hastaların çoğunun erkek, 18-35 yaş grubunda, evli, çocuklu, ilkokul ve altı öğrenim düzeyinde, çalışmayan, orta-iyi gelir düzeyinde oldukları, sosyal desteğe sahip oldukları ve aldıkları sosyal destekten memnun oldukları saptanmıştır. Hastaların %38.9’unun hastalık süresi 10 yıldan fazladır, %50.0’si hastalık süresince 1-4 kez hastaneye yatmıştır. Hastaların %48.9’unda göz tutulumunun yanı sıra mukokütanöz tutulumu vardır ve %21.1’inin anksiyete, %57.8’inin depresyon riski yüksektir. Behçet hastalarının PAIS-SR toplam puan ortalamasının 43.14 ± 17.80 olduğu, %30.0’unun kötü uyumunun olduğu belirlenmiştir. Çalışmayan, sosyoekonomik düzeyi düşük olan, ilaç yan etkisi yaşayan, hastalık nedeniyle görünüm değişikliği olan, görünüm değişikliği nedeniyle kendisiyle ilgili duygu ve düşüncelerinde değişiklik olan, eskisine göre bedenini daha az beğenen, depresyon riski yüksek olan, anksiyete riski yüksek olan, sosyal desteği olmayan, hastalığı zarar veren bir durum olarak algılayan ve hastalıkla ilgili bilgisi yetersiz olan Behçet hastalarının hastalığa psikososyal uyumlarının daha kötü olduğu saptanmıştır. PAIS-SR ile genel durumundan memnuniyet, kontrol algısı (hastalık, tedavi, günlük belirtilerle ilgili) arasında negatif yönde; kullanılan ilaç sayısı, HAD-Anksiyete ve HAD-Depresyon puanı ile pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Psikososyal Uyum, Behçet Hastalığı, Hemşirelik

ABSTRACT

This study is carried in a descriptive type to identify the psychosocial adjustment levels of the illness of Behçet patients. The sample of study consists of 90 Behçet patients checked and followed in Minister of Health Ankara Ulucanlar Eye Education and Research Hospital. Data of research collected by face to face interview with using “Patient Information Form”, “Psychosocial Adjustment to Illness Scale (PAIS-SR)” and “Hospital Anxiety Depression Scale (HAD)”. While analysing statistically t test, Mann Whitney U test, Analysis of Variance (ANOVA), Kruskal-Wallis variance analysis and coefficient of correlation were used. According to the results of the research it is determined that most of the patients are men, between 18-35 years old, married, unemployed, graduated from primary school or uneducated, having children, having medium or high level of income, receiving social support and satisfaction from support. %38,9 patients’ illness period longs more than ten years, %50 of them have admitted into hospital for 1-4 times during their illness period, %48,9 of patient have eye ecliptic and mucocutaneous ecliptic. %21,1 of them have high anxiety risk, % 57,8 of them have high depression risk. It is identified that PAIS- SR total score of Behçet patients’ was 43.14 ± 17.80 average and %30 of the patients have poor adjustment. Psychosocial adjustments of the patients who are unemployed, having low income, having medicine side affects, having appearance changing due to illness, having personel feelings changes about appearance changing, his body less than before, having high level of depression risk, having high level of anxiety risk, not receiving social support, thinking the illness as a harmful thing and having insufficient knowledge of illness are poor. A negative correlation between pleasure of general situation with PAIS-SR and control perception (about illness,treatment, daily signs); positive correlation between number of medicine being used and HAD- Anxiety, HAD- Depression score have found. According to research data suggestions have been made.

Key words: Psychosocial Adjustment, Behçet’s Disease, Nursing

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER ve KISALTMALAR	x
ŞEKİLLER DİZİNİ	xi
TABLOLAR DİZİNİ	xii
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	5
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. Behçet Hastalığı	6
2.1.1. Tanım	6
2.1.2. Epidemiyoloji	6
2.1.3. Patogenez	7
2.1.4. Klinik Bulgular	8
2.1.4.1. Oral Aftlar	8
2.1.4.2. Genital Ülserler	8
2.1.4.3. Deri Bulguları	9
2.1.4.4. Vasküler Bulgular	9
2.1.4.5. Santral Sinir Sistemi Bulguları	10
2.1.4.6. Gastrointestinal Sistem Bulguları	10
2.1.4.7. Eklem Bulguları	11
2.1.4.8. Göz Bulguları	11
2.1.4.9. Paterji Testi	11
2.1.5. Tanı	12
2.1.6. Tedavi	13
2.2. Hastalığa Psikososyal Uyum	14
2.2.1. Fiziksel Hastalığa Psikososyal Tepkiler	15

2.2.2. Hastalığa Psikososyal Uyumu Etkileyen Etmenler	17
2.2.3. Hastalığa Psikososyal Uyum Alanları	19
2.2.4. Kronik Hastalığa Psikososyal Uyumda Hemşirelik Yaklaşımları	20
3. GEREÇ VE YÖNTEM	22
3.1. Araştırmanın Şekli	22
3.2. Araştırmanın Alt Problemler	22
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	22
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	22
3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları	23
3.6. Veri Toplama Araçları	23
3.6.1. Hasta Bilgi Formu	23
3.6.2. Hastalığa Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği (Psychosocial Adjustment to Illness Scale-Self-Report- PAIS-SR)	23
3.6.3. Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HAD)	24
3.7. Ön Uygulama	25
3.8. Verilerin Toplanması	25
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi	25
3.10. Araştırmanın Etik Boyutu	25
4. BULGULAR	26
4.1. Araştırmaya Katılan Behçet Hastalarının Sosyo-Demografik ve Hastalığa İlişkin Özellikleri	26
4.2. Araştırmaya Katılan Behçet Hastaların Sosyal Destek Durumları ve Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HAD) Puanları	32
4.3. Behçet Hastalarının Hastalığa Psikososyal Uyum Düzeyleri ve Psikososyal Uyumun Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi	33
5. TARTIŞMA	57
5.1. Araştırmaya Katılan Hastaların Sosyodemografik, Hastalık ve Sağlık Özellikleri	57
5.2. Araştırmaya Katılan Behçet Hastalarının Hastane Anksiyete Depresyon (HAD) Ölçeği Puanları ve Sosyal Destek Durumları	60
5.3. Behçet Hastalarının Hastalığa Psikososyal Uyum Düzeyleri ve Psikososyal Uyumun Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi	63

6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER	75
6.1. Sonuçlar	75
6.2. Öneriler	78
7. KAYNAKLAR	79
EKLER	
EK 1: Hasta Tanıtım Formu	
EK 2: Hastalığa Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği (Psychosocial Adjustment to Illness Scale-Self-Report- PAIS-SR)	
EK 3: Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HAD)	
EK 4: Araştırma İzin Yazısı	

SİMGELER ve KISALTMALAR

F: Tek Yönlü Varyans Analizi

KW: Kruskal-Wallis

n: Olgu Sayısı

p: Anlamlılık Düzeyi

r: Korelasyon Katsayısı

SS: Standart Sapma

t: t testi

\bar{X} : Ortalama İşareti

%: Yüzde İşareti

u: Mann-Whitney U testi

PAIS-SR: Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği

HAD: Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1. Behçet Hastalığı Tanı Kriterleri	12
Şekil 2.2. Behçet hastalığı sınıflandırılması için kullanılan uluslararası tanı ölçütleri (International Study Group For Behçet's Disease 1990).	13

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo	Sayfa No
4.1.1. Behçet Hastalarının Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı	27
4.1.2. Behçet Hastalarının Hastalığa İlişkin Özellikleri	29
4.1.3. Behçet Hastalarının Görünümlerinde Meydana Gelen Değişiklikler	30
4.1.4. Hastaların Hastalığın Seyri ,Tedavileri ve Günlük Belirtileri Üzerindeki Algıladıkları Kişisel Kontrol Düzeyi	31
4.1.5. Behçet Hastalarının Hastalığı ve Prognozu Değerlendirme Şekli	31
4.2.1. Hastalarının Aldıkları Sosyal Destek ve Sosyal Destekten Memnun Olma Durumları	32
4.2.2. Behçet Hastalarının Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HAD) Puanları	32
4.3.1. Behçet Hastalarının Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeğinin (PAIS-SR) Alt Boyut Puan Ortalamaları	33
4.3.2. Behçet Hastalarının PAIS-SR'ye Göre Hastalığa Psikososyal Uyum Düzeylerinin Dağılımı	34
4.3.3. Behçet Hastalarının Yaş Grubuna Göre PAIS-SR Toplam ve Alt Boyut Ortalamaları	35
4.3.4. Behçet Hastalarının Cinsiyetlerine Göre PAIS-SR Toplam ve Alt Boyut Ortalamaları	36
4.3.5. Behçet Hastalarının Medeni Duruma Göre PAIS-SR Toplam ve Alt Boyut Ortalamaları	37
4.3.6. Behçet Hastalarının Eğitim Düzeyine Göre PAIS-SR Toplam ve Alt Boyut Ortalamaları	38
4.3.7. Behçet Hastalarının Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre PAIS-SR Toplam ve Alt Boyut Ortalamaları	39
4.3.8. Behçet Hastalarının Çalışma Durumuna Göre PAIS-SR Toplam ve Alt Boyut Ortalamaları	40

4.3.9. Behçet Hastalarının Hastalık Süresine Göre PAIS-SR Toplam ve Alt Boyut Ortalamaları	41
4.3.10. Behçet Hastalarının Başka Bir Kronik Hastalık Varlığına Göre PAIS-SR Toplam ve Alt Boyut Ortalamaları	42
4.3.11. Behçet hastalarının algılanan sosyoekonomik düzeye göre PAIS-SR toplam ve alt boyut ortalamaları	43
4.3.12. Behçet Hastalarının Hastaneye Yatış Sayısına Göre PAIS-SR Toplam ve Alt Boyut Ortalamaları	44
4.3.13. Behçet Hastalarının İlaç Yan Etkisi Yaşama Durumuna Göre PAIS-SR Toplam ve Alt Boyut Ortalamaları	45
4.3.14. Behçet Hastalarının Hastalığa ve Tedaviye Bağlı Görünüm Değişikliği Yaşama Durumuna Göre PAIS-SR Toplam ve Alt Boyut Ortalamaları	46
4.3.15. Behçet Hastalarının Hastalığa ve Tedaviye Bağlı Görünüm Değişikliği Sonucu Duygularda Değişim Yaşama Durumuna Göre PAIS-SR Toplam ve Alt Boyut	47
4.3.16. Behçet Hastalarının Bedeni Ve Kendisiyle İlgili Düşüncelerine göre PAIS-SR Toplam ve Alt Boyut Ortalamaları	48
4.3.17. Behçet Hastalarının Depresyon Riskine Göre PAIS-SR Toplam ve Alt Boyut Ortalamaları	49
4.3.18. Behçet Hastalarının Anksiyete Riskine Göre PAIS-SR Toplam ve Alt Boyut Ortalamaları	50
4.3.19. Behçet Hastalarının Sosyal Destek Varlığına Göre PAIS-SR Toplam ve Alt Boyut Ortalamaları	51
4.3.20 Behçet Hastalarının Hastalığın Prognozu İle İlgili Düşüncelerine Göre PAIS-SR Toplam ve Alt Boyut Ortalamaları	52
4.3.21 Behçet Hastalarının Hastalığı Algılama Şekline Göre PAIS-SR Toplam ve Alt Boyut Ortalamaları	54
4.3.22. Behçet Hastalarının Sağlık Durumuyla İlgili Algılanan Bilgi Düzeyine Göre PAIS-SR Toplam ve Alt Boyut Ortalamaları	55
4.3.23. PAIS-SR Ölçeği Toplam Puan Ortalaması ile Behçet Hastalarının Hastalık, Tıbbi Bakım ve Tedavisi, Günlük Belirtileri Üzerindeki Kontrol Algısı ve Genel Durumundan Memnuniyeti Arasındaki İlişki	56

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

İnsan biyolojik, psikolojik, manevi, sosyal ve kültürel boyutlarıyla bütün bir varlıktır. İnsan yaşamını sürdürebilmek için içsel olarak bedenini dengede tutmak zorundadır. Bu dengeyi devam ettirebilmek için bedenindeki değişikliklere çeşitli fizyolojik ve psikolojik mekanizmalarla yanıt verir. Homeostazis denilen bu dengeyi sürdürebildiği sürece birey sağlıklıdır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) “sağlığı sadece hastalığın ve sakatlığın olmaması değil, fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden tam bir iyilik halidir” şeklinde tanımlamaktadır (İnanç ve ark, 1998).

Biyopsikososyal bir varlık olarak tanımlanan insan için hastalık durumu; biyolojik, sosyal, ruhsal, çevresel, ailesel, psikososyal, psikoseksüel çok boyutlu bir olgu, bir yaşam, kimlik ve varoluş krizidir. Hastalık hem fizyolojik hem de ruhsal yapıyı, işlevleri ve organizmanın süre giden yaşam dengesini değiştiren, engelleyen ve çeşitli belirtilerle kendini gösteren bozukluk durumudur (Palabıyıkoglu, 2000). Akut veya kronik olabilen fiziksel hastalıklar çoğu zaman kişinin homeostatik dengesini sarsarak bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan bireylerin zorlanmalara neden olabilmektedir (Kaçmaz, 2003).

Kronik hastalıklar akut hastalıklardan pek çok yönden farklıdır. Kronik hastalıklar; ilerleyici, tedavi edilemez, fonksiyonları zayıflatan, tekrarlayıcı belirtileri olduğu için bireylerin yaşam düzeninde değişikliğin sürekli olduğu, hastalıkla ilişkili uyum için gayret ve istek gerektiren sağlık problemleridir. Tam bir iyileşme sağlanamamakta, ilerleyici pek çok hasara neden olmaktadır. Bazıları için kronik hastalık süresince iyileşme dönemleri ve belirtilerin kötüleşme dönemleri birbirini takip eder iken, bazıları için belirtiler ölüme kadar sürekli kötüleşen bir seyirle sürmektedir (Barry, 1996) .

Kronik bir hastalık olan Behçet hastalığı; kronik alevlenme ve iyileşme dönemleri ile seyreden, değişik tip, çap ve lokalizasyondaki damarları tutabilen, oral ve genital ülserasyonlar, deri lezyonları ve tekrarlayan üveit ile karakterize, nedeni bilinmeyen sistemik bir vaskulittir (Burkan, 2003; Dino ve ark, 2006). Henüz hastalığın etyolojisi aydınlatılamamış olmakla birlikte, otoimmün sistemle ilgili bir hastalık olduğu yolundaki görüşler giderek ağırlık kazanmaktadır (Karlıdağ ve ark.,

2003). Etiyolojisi bilinmediği için spesifik bir tedavisi de yoktur. Hastalık ataklar ve iyileşme dönemlerinin birbirini takip etmesiyle seyrettiğinden, zaman içinde hastalık ataklarında azalma olur. Bu nedenle özellikle hastalığın ilk yıllarında tedavideki amaç enflamasyonu baskılayarak geri dönüşsüz yapısal değişikliklerin gelişimini engellemektir.

Behçet hastalığı belirgin morbiditesi ve mortalitesi olan bir hastalıktır. Prevalansın en yüksek olduğu bölgeler Doğu Akdeniz, Ortadoğu ve Doğu Asya ülkeleridir. Türkiye’de 80-300/100000’e varan yaygınlık oranları bildirilmiştir. Japonya, Kore ve Çin’deki yaygınlık 13-17/100000, Avrupa ve Amerika’da ise 0.5-3/100000’tür. Ortalama başlangıç yaşı 20-30’dur. Olguların % 10’undan azı juvenil grupta görülmektedir (Ergil ve ark., 2005).

Kronik bir seyirde yinelemelerle giden ve çeşitli sistemlerin işlevlerinde geri dönüşsüz bozukluğa yol açarak bireyde yıkıcı etkiler yaratan Behçet hastalığında hastaların hastalığa psikososyal uyumu önem kazanmaktadır. Hastalığın neden olduğu psikososyal stres etkenleri ve bireyin başa çıkma yetisi; hastalığın ortaya çıkması, iyileşmesi ve alevlenmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Bireyin stresle başa çıkma yetisi sorunu çözmede ve uyum sağlamada yetersiz olduğunda, stresin olumsuz etkisi sinir sistemine ve immün sistemdeki mekanizmalara yansımaktadır. Bu nedenle, yaşamsal zorlanmalara bağlı olarak atakların ve ruhsal belirtilerin ortaya çıktığı ileri sürülmektedir (Karlıdağ ve ark., 2003).

Vücutta hemen tüm organları tutabilen Behçet hastalığında beyin tutulumu olsun veya olmasın psikiyatrik belirtiler ortaya çıkabilmekte, aynı zamanda bu belirtiler Behçet hastalığının öncüsü olabilmektedir. En sık rastlanan psikiyatrik belirtiler arasında psikosomatik belirtiler, anksiyete ve depresyon gelmektedir (Taner ve ark., 2006). Behçet hastalığında psikiyatrik belirtilerin görülme sıklığının %8-50 arasında olduğu bildirilmektedir (Ergil ve ark, 2005). Behçet hastalığı ve psikiyatrik semptomlar arasındaki gerçek ilişki hala tam olarak bilinmemekle birlikte; yapılan bir çalışmada psikososyal stres faktörünün hastalığın başlangıcında yüksek düzeyde olduğu, hastaların %51’inde hastalığı başlatıcı en az bir stres faktörünün bulunduğu bildirilmiştir (Çalikoğlu ve ark., 2001). Bunun yanında psikososyal stres faktörünün Behçet hastalığının kronikleşmesinde de rol oynadığı ileri sürülmüş; hastalığın alevlenmesinde, kişinin yaşamsal olaylarının, duygusal değişimlerinin ve düşünsel

eylemlerde farklılaşmanın etkisinin olduğu belirtilmiştir (Burkan, 2003).

Behçet hastalığının ilerleyici ve tekrarlayıcı özelliği bireylerin yaşam kalitesini de etkilemektedir. Yaşam kalitesinin düşmesi ruhsal belirtilere neden olabilmektedir. Uğuz ve arkadaşları (2006)'nın çalışmasında Behçet hastalarının ruhsal belirti düzeyinin yüksek olduğu ve yaşam kalitesinin fiziksel ve psikolojik sağlık alanlarında daha düşük düzeyde olduğu belirlenmiştir. Karlıdağ ve arkadaşları (2003)'nin çalışmasında, yaşam kalitesinin çeşitli işlev alanlarında güçlük çekenlerin güçlük çekmeyenlere göre daha depresif, hostile, anksiyeteli, daha yüksek obsesif kompulsif semptomla sahip olmaları, somatik belirtiler göstermeleri hastaların ruhsal belirtilerinin hastalığa sekonder olduğunu, hastalığın yarattığı güçlüklerle başa çıkamamaları sonucu bu belirtilerin geliştiğini düşündürmüştür.

Kronik hastalığa iyi (başarılı) psikososyal uyum bedensel ve fonksiyonel durumdaki değişikliklere kendini algılama gücündeki duygusal değişikliklerle bütünleşme olarak dile getirilmektedir. Kötü (başarısız) uyum ise; bireyi fiziksel, duygusal ve sosyal olarak olumsuz yönde etkileyen, uzun süren ya da kalıcı olumsuz özelliklerin değişiminden sonra gelişen durumdur. Kötü uyuma anksiyete ve depresyon belirtileri, psikojenik ağrı, kronik yorgunluk, sosyal geri çekilme ve bilişsel bozukluklarda bozulma eşlik etmektedir (Livneh ve Antonak, 1990; Barry, 1996). İyi uyumda ise hastalar hastalığın zorluklarıyla ve belirtileriyle etkin başa çıkabilmekte, yeniden eski fonksiyonel düzeylerine ulaşabilmekte ve ciddi uyum sorunlarının önüne geçilmesini sağlayabilmektedir (Dorogatis ve ark., 1996). Adaylar (1995) kronik hastalığa uyumun yetersiz ve kötü olmasının hastalığın seyrini etkileyen ve bireyin sağlık kurumlarına daha çok başvurmasına yol açan bir durum olduğunu bildirmiştir.

Kronik hastalıklarda hastalığa psikososyal uyumu etkileyen faktörler pek çok çalışmada (Drory ve ark., 1999; Livneh ve Antonak, 2005; Kocaman ve ark., 2007) incelenmiştir. Bunların kötü uyuma neden olanlarının başında hastalık ve tedavi ile ilgili bilgi eksikliği, depresyon, anksiyete gibi psikolojik etkenler, aile ve arkadaşların etkisi, uzun süreli maddi kayıplar, hastalık ve tedavisi üzerindeki kontrol algısı ve hastalığı değerlendirme biçimi gelmektedir. Yapılan bir çalışmada (Kaçmaz, 2003), hastanın hastalığının günlük yaşam aktivitelerini tamamen etkilediğini düşünmesi psikososyal uyumun kötü olmasını 24 kat, depresyon riskinin

yüksek olması 5.83 kat, hastanın genel durumundan tamamen memnuniyetsizliği 16.66 kat, hastanın kararlarında tamamen değişiklik yapması gerektiğini düşünmesi 4.83 kat arttırdığı saptanmıştır.

Hastalığa psikososyal uyum, gerçekte hastalık ve tedavi ile ilgili faktörlerin hepsinden etkilenir, aynı şekilde psikososyal uyumun iyi ya da kötü oluşu da hastalığın seyrini etkilemektedir (Adaylar, 1995). Anksiyete ve depresyon etkisiz başatmenin ve kötü uyumun en yaygın göstergesidir. Kaçmaz (2003)'ın fiziksel hastalığa uyum güçlüğü yaşayan hastalarla yaptığı çalışmasında depresyon puanı yüksek olan hastaların, anksiyete puanı yüksek olan hastalardan daha fazla olduğu görülmüş bu da çalışmaya katılanların %59'unun kronik hastalığa sahip olmasıyla açıklanmıştır. Bunun yanında, ailelerinden destek görmeyen hastalar etkisiz başatme ve uyum problemleri için büyük risk altındadırlar. Diabetli kadınlarla yapılan bir çalışmada (Willoughby ve ark., 2000) sosyal desteğin ve bireysel kaynakların yüksek düzeyde olmasının iyi uyumla ilişkisi olduğu saptanmıştır.

Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi Hemşireliği; gerçek yada potansiyel fiziksel fonksiyon bozukluğu nedeniyle sağlık bakım sistemine giren hastaların ve ailelerin primer koruma, tedavi, bakım ve rehabilitasyonuna kadar uzanan yelpazede ortaya çıkan emosyonel, felsefi, gelişimsel, bilişsel ve davranışsal tepkilerini, ruhsal ve psikososyal sorunlarını tanımlayan, tedavi ve bakımında rol alan, izleyen, hemşirelerin psikiyatrik tıp alanında eğitimlerini sağlayan ve bu alanda araştırmalar yapan psikiyatri hemşireliğinin bir üst uzmanlığıdır (akt. Kaçmaz 1998). KLP hemşiresinin birincil amacı fiziksel hastalığı olan hastaların bütüncül sağlığını yükseltmek, psikososyal uyumuna yardım etmek, psikiyatrik bozuklukları önlemek ve azaltmak, bireyin mevcut hastalığı ile ve hastalığın yol açtığı yaşam sorunlarıyla baş edebilecek güce gelmesine ve hastalık yaşantısından bir anlam çıkarmasına yardımcı olmaktır. İkincil amacı ise hemşirelerin ve diğer bakım verenlerin psikososyal tanılama ve bakım becerilerini geliştirmek, profesyonel gelişimlerini kolaylaştırarak onların kendi klinik uygulamaları ve bakım aktiviteleri ile ruh sağlığı kavramları ve uygulamalarını bütünleştirmelerinde yeterli olmalarını sağlamaktır (Kocaman, 2005). Yani psikiyatri dışı profesyonel sağlık personeline ruh sağlığı konularında eğitim vermektir. Sağlık ekibinde hastanın ve ailesinin hastalığa tepkisini değerlendirmek ve normalden sapmaları belirlemek açısından hemşireler en

iyi pozisyonundadır. Çünkü ekibin diğer üyelerine nazaran bakım sırasında hasta ile daha fazla zaman geçirmekte, onu bütüncül olarak ele almaktadır. Gelişebilecek psikososyal problemlerin hemşireler tarafından fark edilebilme olasılığı daha yüksektir (Barry, 1996). Böylece hemşireler, hastaların ruhsal ve fiziksel fonksiyonlarının hastalık öncesi seviyelere dönmesine yardım edebilirler.

Behçet hastalığı ile ilgili yapılan çalışmalarda; Behçet hastalarının depresyon, anksiyete düzeyleri, başetme yöntemleri, yaşam kalitesi ve ruhsal belirtilerle ilgili çalışılmış, ancak bunlarla doğrudan etkileşim içinde olan hastaların psikososyal uyumunu ortaya koyacak bir çalışma yapılmamıştır (Çalıkoğlu ve ark., 2001; Tanrıverdi ve ark., 2003; Burkan, 2003; Karlıdağ ve ark., 2003; Eren ve ark., 2004; Özen ve ark., 2004; Uğuz ve ark., 2006; Havlucu, 2006; Gür ve ark., 2006; Usta, 2006). Uyum güçlüğünün ele alınması hastalarda ileride ortaya çıkabilecek majör psikiyatrik bozuklukların da önlenmesinde katkıda bulunabilmektedir. Bireyin geri kalan yaşantısını daha sağlıklı, daha üretken geçirmesi, sağlıklı yaşam alışkanlıkları edinmesini sağlayabilmekte ve bu tür sorunu olan bireylere yardımda bütüncül hemşirelik bakımı ile hastaların bakım kalitesi artabilmektedir (Kaçmaz, 2003). Bu nedenle araştırmacı tarafından Behçet hastaları ile çalışan hemşirelere ve diğer sağlık personeline yol gösterici olması düşünülen bir çalışma yapılmasına gereksinim duyulmuştur.

1.2 AMAÇ

Bu çalışma Behçet hastalarının, hastalığa psikososyal uyum düzeylerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Behçet Hastalığı

2.1.1. Tanım

Behçet hastalığı; birçok sistemi aynı anda ve birlikte tutabilen kronik, tekrarlayıcı ve nedeni bilinmeyen bir hastalıktır. Pek çok organda birden bulunabilen bulguların temelinde, kronik tıkaçıcı tipte vaskülit ve buna bağlı komplikasyonlar yatmaktadır. Hastalık üveit, retina vaskülit, oral ve genital ülserler, santral sinir sistemi tutulumu, dermatolojik bulgular ve kardiovasküler sistem bulguları ile karakterizedir. Kronik, tekrarlayan enflamatuvar atakları nedeniyle göz tutulumu yönünden yüksek morbiditeye sahip ve diğer sistem tutulumları da göz önünde bulundurulduğunda aynı zamanda mortalitesi de olan bir hastalıktır (Akbatır ve Şengün, 2002).

Göz bulguları, oral aft ve genital ülserasyon birlikteliğinin belki de ilk defa Hipokrat tarafından fark edildiği düşünülse de, hastalığı esas tanımlayan Türk doktoru Hulusi Behçet'tir (Akbatır ve Şengün, 2002).

2.1.2.Epidemiyoloji

Behçet hastalığı aslında tüm dünyada görülebilen bir hastalık olmasına rağmen özellikle Akdeniz ülkeleri, Orta Doğu ülkeleri ve Uzak Doğu ülkelerinde daha sık görülmektedir. Hastalığın görülme sıklığının “tarihi ipek yolu” boyunca yerleşen bölgelerde yaşayan insanlar arasında belirgin olarak arttığı gözlenmiştir. Bu nedenle Behçet hastalığı “ipek yolu hastalığı” adı ile de bilinmektedir. Hastalık HLA-B51 geni ile sıkı ilişkilidir. Hastalığın görülme sıklığı toplumdan topluma değişkenlik gösterdiği için tam olarak bilinmemektedir. En sık olarak Japonya’da görüldüğü tahmin edilmekte ve 1/10000, 7-8,5/100000 gibi değişen oranlar bildirilmektedir. Hastalığın görülme sıklığı Asya topluluklarında 2-30/100000, Avrupa ve Amerika Birleşik Devletleri’nde ise 0.1-7.5/100000 olarak öngörülmektedir. İran’da yapılan bir çalışmada bu oran 68/100000 olarak saptanmıştır (Davatchi ve ark., 2007).

Türkiye, çok yaygın epidemiyolojik çalışmalar olmamasına rağmen, hastalığın dünyada en sık görüldüğü ülkeler arasındadır. Türkiye’de yapılan çalışmalarda hastalık prevalans oranının 80-300/100000 arasında değiştiği

gösterilmiştir (Abatur ve Şengün, 2002). İstanbul için yapılan bir çalışmada bu oran yaklaşık 42/10000 olarak saptanmıştır (Azizlerli ve ark., 2003).

Hastalık, genellikle otuzlu yaşlarda ortaya çıkmaktadır. Fakat daha erken ya da daha geç dönemlerde ortaya çıkan vakalar da mevcuttur. Hastalığın erkeklerde daha sık olarak ortaya çıktığı, hatta erkeklerde daha ağır seyrettiği de bilinmektedir. Türkiye’de kadın erkek oranı 1/5 olarak tespit edilmişken Japonya’da bu oran 1/1.7 olarak ortaya çıkmaktadır (akt. Akbatur ve Şengün, 2002).

2.1.3. Patogenez

Behçet hastalığının etkilediği hemen tüm organlarda hakim olan histopatolojik bulgu tıkaçıcı tipte vaskülitir. Etkilenen organlarda yapılan histopatolojik incelemelerde lenfomononükleer hücrelerin perivasküler dokularda toplandığı, endotelial hücrelerde şişme ve proliferasyon olduğu, küçük damar yapılarında tıkanıklık olduğu ve fibrinoid dejenerasyon geliştiği gözlenmiştir. İleri çalışmalarda ise infiltrasyon alanlarında önceleri hakim olan mononükleer hücrelerin yerini hastalığın ilerleyen evrelerinde nötrofillere bıraktığı tespit edilmiştir. Yapılan çalışmalar Behçet hastalığının otoimmün bir hastalık olduğunu göstermekle birlikte, bu otoimmüniteye zemin hazırlayan ve tetikleyen etkenlerin neler olduğu kesin bir şekilde bilinmemektedir (Akbatur ve Şengün, 2002).

Etiyopatogenezi henüz açıklık kazanmamış olmakla birlikte hastalık HLA-B51 ile sıkı ilişkilidir ve hastaların %50-80’i HLA-B51 genine sahiptir. Yapılan bir çalışmada Japonya’dan Hawai’ye göç eden Behçet hastalarında genetik geçmişe rağmen diğer genetik hastalıklardaki kadar ailesel olay olmadığı bildirilmiştir (Benezra ve ark., 2000). Her ne kadar tam bir genetik geçiş gösterilmemiş ise de, hastalığın genetik yapısı üzerine çalışmaların sonuçları göz önünde bulundurulduğu zaman hastalık gelişiminde bir genetik yatkınlığın söz konusu olabileceği düşünülmektedir.

Behçet hastalığının başlangıcının tetiklenmesinde mikrobiyal enfeksiyonların rolü olabileceği de söylenmektedir. Örneğin; Behçet hastalarında, *herpes simplex* virüsü ve bu virüse karşı antikor oranı kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur (Yanof ve Dukar, 2004). Behçet hastalığının patogenezinde *streptokok sangius*, organofosfat ve bazı ağır metaller gibi çevresel etkenlerin de rol oynayabileceği gösterilmiştir (Benezra ve ark., 2000).

2.1.4.Klinik Bulgular

2.1.4.1.Oral Aftlar

Oral aftlar, Behçet hastalığının en erken ve en sık rastlanan bulgusudur. Behçet hastalığı tanısı koymak için mutlaka olması gereken bir bulgu olarak kabul edilmektedir. Behçet hastalığına bağlı oral ülserler kronik ve ağrılı tekrar edebilir ülserlerdir. Tipik olarak toplu iğne başı kadar düz bir ülser halinde başlar ve birkaç gün içinde giderek büyür. Ülserin erken döneminde ülser bölgesi hafifçe yüzeyden kabarık ve etrafı hiperemik olarak izlenir. Daha sonra 1-2 gün içinde ülserin yüzeyini sarı veya beyaz bir membran yapısı kaplar. Lezyon büyüklükleri 2-22 mm arasında değişir. Ülserler tek, çok sayıda veya yığınlar halinde bulunabilir. Genellikle bir ile birkaç hafta devam eder ve bu süre sonunda skar bırakmadan iyileşir. Birkaç haftada veya ayda nüks edebilir

Hastaların %47-86'sında oral aftlar hastalığın ilk bulgusu olarak karşımıza çıkmaktadır. Ama hastaların %92-100'ünde hastalığın seyri sırasında bir dönemde oral aftlar mutlaka gözlenmektedir (Akbatır ve Şengün, 2002). Türkiyede yapılan bir çalışmada (Türsen ve ark., 2003) oral aftların bütün hastalarda gözleendiği bildirilmiştir.

2.1.4.2.Genital ülserler

Oral aftlara göre daha az sıklıkla rastlanan bir bulgudur. Genellikle az ağrılıdır ve özellikle kadınlarda eğer ülser kaynaklı akıntı olmazsa fark edilmeyebilir. Erkeklerdeki genital ülserler biraz daha ağrılı olabilir ve hastalar tarafından fark edilmesi daha kolaydır. Bu ülserler oral ülserlere göre daha derin yerleşimlidir ve iyileşirken daha derin skar bırakma eğilimlidir. Bu nedenle yakınmaları olmasa bile hastaların genital bölgelerinin skar oluşumu yönünden incelenmesi tanı koyma açısından yararlı olabilir.

Genital ülserler hastaların %57-93'ünde görülmektedir. Türsen ve arkadaşlarının (2003) çalışmasında bu oran erkeklerde %85.6, kadınlarda %91 olarak bulunmuştur. Erkeklerde ülserler en sık skrotum ve peniste görülmekte, daha az sıklıkla kasık bölgesinde izlenmektedir. Kadınlarda ise en sık vulva ve vajinada ve daha az sıklıkla kasık ve serviksde izlenmektedir. Behçet hastalığında izlenen vulva ülserleri daha çok premenstrüel evrede ortaya çıkmaktadır. Çocukluk çağı Behçet hastalarında genital ülserlere daha az rastlanmaktadır. Genital ülserler diğer

bulgularla birlikte ortaya çıkmakta ve hastaların yalnızca %7-10'unda ilk bulgu olarak görülmektedir (Akbatır ve Şengün, 2002).

2.1.4.3. Deri bulguları

Deri bulguları da hastaların büyük çoğunluğunda izlenir ve çeşitlilik gösterir. Behçet hastalığının eritema nodosumu genellikle alt ekstremitelerde gözlenir ama kalça, kollar, boyun ve yüzde de izlenebilir. Eritema nodosum yüzeiden hafifçe kabarıktır, subkütanöz kızarıklık, şişlik ve sertlik vardır. Lezyonlar 10-14 günde kaybolur. Fakat sık nüks eder. Sıklıkla birden fazla deri lezyonu aynı anda gözlenir. Hastalarda eritema nodosumun yanı sıra papülloüstüler erupsiyonlar, eritema-multiforme benzeri lezyonlar, tromboflebit, ülserler, Sweet Sendromu benzeri lezyonlar, büllöz nekrotizan vaskülit ve piyoderma gangrenozum gibi deri lezyonları da gözlenebilir. Deri bulgularının görülme sıklığı toplumlar arasında büyük farklılıklar göstermekle birlikte genel olarak bakıldığında hastaların %38-99'unda deri bulgularının izlendiği görülmektedir (Akbatır ve Şengün 2002).

2.1.4.4. Vasküler Bulgular

Behçet hastalığının temel bulgusu vaskülitir. Behçet hastalığında izlediğimiz pek çok bulgunun altında, vaskülitte sekonder değişikliklerin yattığı düşünülmektedir. Behçet hastalığında genellikle küçük damarların tutulumu söz konusu olmakla birlikte nadiren büyük damarlarda da tutulum söz konusu olabilmektedir. Hastaların %7-29'unda büyük damarlarla ilgili vasküler bulguların ortaya çıktığı ve bunların da çoğunlukla erkek hastalarda gözlendiği belirtilmektedir. Hastaların yaklaşık 1/3 ünde; yaşamlarının bir döneminde, ekstremitelerinde yüzeiel veya derin tromboflebit atağı tespit edilmektedir. Genellikle ilerleyici tarzda seyrederek ve birden fazla noktadan birden başlayabilir. Ayaklarda olursa postflebitik ödeme ve cilt değişikliklerine yol açabilir. Arteriyel komplikasyonlar ise daha nadir izlenir ve genellikle arteriyel tıkanıklık veya anevrizma şeklindedir. Anevrizmalar abdominal aorta, femoral arter ve torasik arterlerden gelişebilir. Büyük damarların tutulumu ile hastanın yaşamını tehdit eden komplikasyonlar ortaya çıkabilir. Bu durum Behçet hastalığına bağlı olarak izlenen mortalite nedenleri arasındadır (Akbatır ve Şengün, 2002).

2.1.4.5. Santral Sinir Sistemi Bulguları

Santral sinir sistemi tutulumu hastalığının ağır bulgularından biridir ve hastanın yaşamını tehdit eden komplikasyonlara yol açabilir. Santral sinir sistemi tutulumu daha az görülen fakat iyi bilinen bulgularından olup, Nöro-Behçet hastalığı olarak da adlandırılmaktadır. Hastalık; baş ağrısı, ateş, bulantı ve kusma ile başlayabilir ve tipik menenjit tablosu sergileyebilir. Nistagmus, tremor ve ataksi gibi serebellar bulgular da ön planda olabilir. Spastik paralizi, pozitif Babinsky belirtisi, klonus, konuşma bozukluğu, oryantasyon bozukluğu ve konfüzyon hastalığının piramidal bulguları arasındadır. Hastaların dörtte birinde Nöro-Behçet hastalığı izlenebilir. Bunlarda klinik tablo meningoensefalit, benign intrakranial hipertansiyon, beyin köküne ait bulgular, kranial sinir tutulumu, piramidal/ekstrapiramidal sistem ve omurilik ile ilgili bulgularla seyredebilir (Akbatır ve Şengün, 2002). Türsen ve arkadaşlarının (2003) çalışmasında nörolojik tutulum erkeklerde %3.3, kadınlarda %1.3 olarak saptanmıştır.

Hastaların yaklaşık %50'inde psikolojik rahatsızlıklar da görülmektedir. Bunlar arasında demans, kişilik bozuklukları ve bunlara ait bulgular sayılabilir. Bu nedenle hastalarda kimi zaman intihar girişimleri de görülmektedir. Hastalarda izlenen psikolojik rahatsızlıkların çoğu zaman beyin tutulumu ile ilgisi olmayabilir. Hastalığın kronik bir hastalık olması, ayrıca hastaları sosyal açıdan zor duruma sokması hastalarda bu tip bozuklukların oluşmasına yol açabilir. Bunun yanı sıra tedavide kullanılan ilaçların bu tip yan etkileri olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

2.1.4.6. Gastrointestinal Sistem Bulguları

Behçet hastalığının gastrointestinal bulguları da yaygındır ve diğer hastalıklarla karışma olasılığı vardır. Hastalarda bulantı, kusma, karın ağrısı, ishal ve kabızlık görülebilir. Malabsorbsiyon sıktır. Gastrointestinal sistemde erozyon ve ülserlerde görülebilir ve bunlar karın ağrısı, perforasyon ve melenaya yol açabilir. Gastrointestinal sistem tutulumu hastalığının prognozunu önemli ölçüde etkilemekte ve kötüleştirilmektedir (Akbatır ve Şengün 2002). Görülme sıklığı hem kadınlarda, hem de erkeklerde %1.4 olarak bildirilmiştir (Türsen ve ark. 2003).

2.1.4.7. Eklem Bulguları

Tipik eklem bulgusu deformasyona ve erozyona yol açmayan ve genellikle bir hafta süren oligoartrit şeklindedir. Nadiren kronik artrit izlenebilir. Sırt ağrısı nadirdir, sakroiliak eklem tutulumuna az rastlanır. Bulgular genellikle artralji, kızarıklık ve eklem şişmesi şeklindedir. Dirsek, el bileği ve diz en sık tutulan eklemler arasındadır (Akbatır ve Şengün, 2002). Görülme sıklığı %11.6'dır (Tursen ve ark., 2003)..

2.1.4.8. Göz Bulguları

Hastalığın göz tutulumu erkeklerde daha sık olmak üzere, hastaların %50-80'inde izlenmektedir. Hastalığın belki de en ağır bulguları gözde oluşmakta ve görme kayıplarıyla birlikte hem hastalar, hem de çevresi için önemli sorunlar oluşturmaktadır. Hastalık başladıktan sonra göz tutulumu için en riskli dönem ilk 1-3,5 yıl arasındadır ve eğer göz tutulumu olacaksa büyük olasılıkla bu dönemler arasında ortaya çıkmaktadır.

Behçet hastalığına bağlı göz tutulumu genellikle gözün hem ön segmentini hem de arka segmentini ilgilendiren bilateral, tekrarlayan üveit şeklinde seyretmektedir (Özçetin, 2003; Akbatır ve Şengün, 2002). Hipopiyonlu iridosklit klasik bulgulardandır. Retinal neovaskülarizasyon, ön segment iskemisi, iris neovaskülarizasyonu, sekonder glokom, katarakt, tekrarlayan ataklar sonucu retinal atrofi ve optik atrofi en korkulan komplikasyonlardır (Özçetin, 2003; Yanof ve Dukar, 2004).

Görme prognozunun; üveit ataklarının sıklığına, ağırlığına ve atağın ön veya arka segmenti tutmasına bağlı olduğu görülmektedir. Hastaların %20'sinde ataklar ön segmentle sınırlı kalmaktadır ve bunların görme prognozu daha iyi olmaktadır. Bu hastaların genellikle kadın hastalar olduğu bilinmektedir. Fakat arka segment tutulumu olan hastalar bu kadar şanslı olmamakta ve bunlarda hızla görme kayıpları oluşmaktadır (Akbatır ve Şengün, 2002).

2.1.4.9. Paterji Testi

Paterji nonspesifik deri aktivasyonu olarak tanılanmaktadır ve Behçet hastalığı için tanı kriterlerinden biridir (Akbatır ve Şengün, 2002; Madan ve Lear, 2007).

Paterji testi, çeşitli topluluklarda farklı oranlarda anlamlılığı olmasına rağmen Behçet hastalığı tanısında sıklıkla kullanılan ve hatta kimi zaman “Behçetine test” adı ile anılan bir incelemedir. Özellikle diğer deri lezyonlarının da olduğu hastalarda veya bu lezyonların atak gösterdiği hastalarda ortalama %40 oranında pozitif olarak tespit edilmektedir. Bu testte 20G veya daha ince bir iğne ile daha sonra okunması kolay bir bölgeden cilt altına serum fizyolojik enjeksiyonu yapılmakta veya sadece ince bir iğne batırılıp çıkartılmakta ve enjeksiyon yapılmamaktadır. Sonucu 24-48 saat sonra değerlendirilir. Bu sürenin sonunda iğnenin girdiği bölgede endurasyonlu bir eritem veya püstül oluşumu gözlenir. Eğer bu bulgular gözlenirse sonuç pozitif olarak kabul edilir. Test art arda birkaç gün tekrarlanabilir (Akbatır ve Şengün 2002).

2.1.5. Tam

Behçet hastalığı hem oküler, hem de sistemik bulgularla seyreden bir hastalık olduğu için bulgularının bu kadar çeşitli olması kimi zaman diğer hastalıklarla da karışmasına neden olmakta ve tanıda güçlükler yol açmaktadır. Behçet hastalığının tanısı spesifik laboratuvar test sonuçlarından çok sistemik ve oküler bulgulara temellenir (Yanof ve Dukar, 2004). Yani Behçet hastalığını tanısı klinik olarak konulur. Behçet hastalığında tespit edilen herhangi bir bulgunun hastalığa özgü bir bulgu olduğu söylenemez. Bu durumda ise tanı koymada bu bulguların bir bütün olarak değerlendirilmesi ve hastalığa ait yerel etkenlerin iyi bilinip göz önünde bulundurulması önemlidir (Akbatır ve Şengün, 2002).

Şekil 2.1. Behçet Hastalığı Tanı Kriterleri (Özçetin, 2003; Akbatır ve Şengün, 2002).

Majör Kriterler	Minör Kriterler
<ul style="list-style-type: none"> - Tekrarlayıcı oral aftöz ülserler - Deri döküntüleri - Genital ülserler - Tekrarlayıcı ön/arka üveit 	<ul style="list-style-type: none"> - Artrit - İntestinal ülserler - Epididimit - Vasküler bozukluklar - Nöropsikiyatrik bulgular - Pulmoner hemoptizi/fibrozis - Santral sinir sistemi lezyonları - Aile hikayesi olması

Behçet hastalığı tanısı koymadaki kavram kargaşasını ortadan kaldırmak için 1985 yılında 3. Uluslararası Behçet Hastalığı Konferansı'nda "International Study Group for Behçet's Disease" adı altında bir çalışma grubu oluşturulmuş ve bu grup uluslararası tanı ölçütlerini belirlemiştir.

Şekil 2.2. Behçet Hastalığı Sınıflandırılması İçin Kullanılan Uluslararası Tanı Ölçütleri (International Study Group For Behçet's Disease 1990).

1- Tekrarlayan oral ülserler
Minör aftlar, majör aftlar veya herpetiform ülserasyonun doktor tarafından tespit edilmesi veya hasta tarafından güvenilir olarak anlatılması Oral ülserasyonun bir yıl içinde en az 3 defa tekrar etmiş olması Ve aşağıdakilerden iki tanesinin birlikte olması
2- Tekrarlayan genital ülserasyonlar:
Tekrarlayan genital aftöz ülserasyon veya skar oluşumunun özellikle erkeklerde gözlenmesi, doktor tarafından tespit edilmiş veya hasta tarafından tanımlanmış olması.
3- Göz bulguları:
Ön üveit, arka üveit, vitreusta hücre olması, retina vaskülit
4-Deri bulguları:
Eritema nodosum benzeri lezyonların doktor tarafından tespit edilmesi veya hasta tarafından tanımlanması, psödofolikülit, papüllopüstüler lezyonlar veya akneiform döküntülerin post adölesan dönemde kortikosteroid kullanmayan hastada izlenmesi
5- Pozitif paterji testi
Steril koşullar altında 20-g iğne ile cilt altına oblik olarak uygulanmış olan testin doktor tarafından değerlendirilmiş olması

2.1.6.Tedavi

Behçet hastalığı tedavisinde bugün için topikal ve sistemik kortikosteroidler, kolsişin, stotoksik ilaçlar, siklosporin ve diğer yeni kullanıma girmiş bazı ilaçlar kullanılmaktadır. Tedavi ne kadar erken başlarsa o kadar etkilidir. Behçet hastalığı birçok organı etkilediği için tedavide multidisipliner bir yaklaşım gereklidir (Yanof ve Dukar, 2004). Behçet hastalığının tedavisinde kortikosteroidlerin kullanımı ile

aslında erken dönemde ve kısa sürelerde iyi sonuçlar alınmaktadır. Bu hastalarda kortikosteroidlerle erken dönemde enflamasyonun hızla baskılandığı ve gözün sakinleştiği gözlenmektedir. Hatta immün sistemi baskılayıcı ilaçların kullanılacağı hastalarda da enflamasyonu acil olarak baskılamak amacı ile ya da bu immün sistem baskılayıcı ilaçlara yardımcı olarak da kortikosteroidler yaygın olarak kullanılmaktadır. Fakat steroidlerin kullanımında iki temel sorun ile karşılaşmaktadır. Bunlardan birincisi hastalığın giderek kortikosteroid kullanımına alışmasıdır. Hastalık kronik seyirli ve tekrarlayan ataklarla seyrettiği için her bir atakta kullanılan kortikosteroid dozu bir sonraki atak için az gelebilmekte veya kortikosteroid dozunu yan etkiler için gerekli olan en az idame doza indirmek güç olabilmektedir. İkinci sorun ise, uzun süreli ve/veya yüksek dozda kortikosteroid kullanımına bağlı yan etkilerin gelişmesidir. Bu nedenlerle gereksiz kortikosteroid kullanımından kaçınılması, hastalığın temel olarak immünsupresif ve immünmodülatör ilaçlarla kontrol altına alınması, kortikosteroidlerin sadece akut atakları baskılamada yardımcı ajan olarak kullanılması tedavideki ana prensipleri oluşturmaktadır. Ayrıca hastaların yakın takibi ve Behçet hastalığının multisistemik bir hastalık olması nedeniyle bölümler arasındaki iyi işleyen bir konsültasyon sistemi prognozu olumlu yönde etkileyecek diğer unsurlardır (Akbatır ve Şengün, 2002).

2.2. Hastalığa Psikososyal Uyum

İç ve dış çevreden gelen uyaranlar, gelişimsel ya da durumsal olaylar kişinin uyumunu gerektirir. Uyum iç ve dış durumlardaki değişikliklere alışma sürecidir, etkin baş etmeyi ve uzlaşmayı içerir (Kaçmaz, 2003; Barry, 1996). En karmaşık yaşam durumlarında ve bunun yükü altında bireyin durumunu doğru tanıyıp anlayabilmesi, aşırı kritik durumlarda kendi gücünü doğru olarak belirleyerek, kararlarını ve eylemlerini ona göre ayarlayabilme yetisini yitirmemesi, duygusal açıdan problemlili, hatta eziyetli yaşam durumlarında bu durumdan bir anlam çıkarabilmesi uyum duygusunu oluşturur (Koptagel-İlal, 1996). Uyum, herhangi bir olaydan sonra bireyin yaşam kalitesini normale ya da daha iyiye dönüştüren şeylerin yapılmasıdır. Uyum bozukluğu ise bireyi fiziksel, duygusal ve sosyal olarak olumsuz olarak etkileyen, uzun süren ya da kalıcı olumsuz özelliklerin değişiminden sonra gelişen durumdur (Barry, 1996).

Bedensel iyilik halinden hastalık durumuna geçiş hayati önem taşıyan bir

dönüm noktasıdır. Bu da insanların olumlu ve umut dolu yaklaşımının aniden değişikliğe uğraması ve hazırlıklı olmadığı bir durumla karşı karşıya kalması demektir (Palabıyıkoglu, 2000). Hastalık ne olursa olsun evrensel olarak emosyonel yanıt uyandırır ve kayıp yaşantısı olarak algılanır. Kişinin işlevlerini, beden imajını, fiziksel ve ruhsal durumunu ve çevre ilişkilerini etkiler.

Her fiziksel hastalıkta fiziksel patoloji, intrapsişik yaşantı ve psikososyal çevre karşılıklı olarak birbirini etkilemektedir (Özkan, 1994). Bireyin süregelen yaşantısının örseleyici olaylar sonucunda kesintiye uğraması olarak açıklayabileceğimiz kriz yaşantısını homeostazis kavramıyla ilişkilendiren ilk kuramcı Caplan'dır. Caplan'a göre insan organizması dış çevre ile homeostatik bir denge sürdürme çabasıdadır. Bu denge fizyolojik ya da psikolojik güçler tarafından tehdit edildiğinde insan organizması tekrar dengeye dönmek için problem çözme etkinliklerine başvurur. Caplan'ın kuramsal yaklaşımında kriz kavramı, tehdit edici, olayın kendisinden çok bireyin bu duruma gösterdiği duygusal tepki olarak açıklanmıştır. Birey bu tehdit edici olayın üstesinden geldiğinde sorunla başarılı bir şekilde başedebilmiş demektir. Öte yandan, daha önceki yaşam deneyimleri, denenmiş çözüm yolları önemli yaşam hedeflerine ulaşmada yetersiz kalıyorsa, birey akut bir altüst olma hali yaşar, kendini çaresiz, yetersiz ve umutsuz hisseder (Palabıyıkoglu, 2000).

2.2.1. Fiziksel Hastalığa Psikososyal Tepkiler

Hastalık, basit sıkıntıdan narsistik bütünlüğün tehdit edildiği duruma dek ayrılık anksiyetesi, bağımsızlığın kaybedileceği korkusu, vücut organ ve bölümlerinin zedeleneceği kaygısı, suçluluk duygusu gibi tepkiler uyandırır. Her bireyde bu cevabın sıklığı, süresi, şiddeti ve geçirdiği aşamalar farklı olmakla birlikte fiziksel hastalık durumunda hastalarda ortaya çıkan en yaygın tepkiler; inkar, öfke, kaygı, depresyon, anksiyete, korku, regresyon, suçluluk, umutsuzluk, güçsüzlük, matem, yalnızlık ve izolasyondur (Özkan, 1994; Gorman, 2002).

Yaşamı tehdit eden ya da bir organ ya da işlev yitimine neden olabilecek bir kronik hastalık tanısıyla karşılaşan kişilerin ilk yaşadıkları aşama “şok” aşamasıdır. İlk şok aşamasında insanların zihninde “Sakat mı kalacağım?”, “Bedenimin şekli bozulacak mı?”, “Acı çekecek miyim?”, “Aileme ne olacak?”, “Hastalığın acı verici olumsuzlukları ne zaman kendini gösterecek?” gibi sorular dolaşır. Şok aşamasında

bireyin iç dünyasında her şey karmakarışıktır ancak dışarıdan her şey düzgün yolunda gidiyormuş gibi görülür. Amaçsız etkinlikler ortaya çıkar, yanlış sorunlara odaklanılır. İçinde bulunduğu durumun farkında değilmişçesine tepkiler sergilenir. Bu yönelim bozukluğuna inanmama ve anksiyete eşlik eder.

Kronik bir hastalığa gösterilen tepkilerde ikinci aşama “acı verici olayla yüzleşme” aşamasıdır. Bu aşamada düşüncelerde dağınıklık görülür. Çaresizlik, üzüntü, hüznün gibi duygular yaşanır ve kayba yas tutulur. Bu aşamada hastalar, gerçeğin bunaltıcı etkisiyle durumlarını daha iyiye götürecektir; akıl yürütme, plan yapma ve problem çözümü için etkin girişimlerde bulunmada zorlanırlar. Yüzleşme aşamasının oluşturduğu yoğun stres bireyleri gerilimi azaltmak amacıyla kaçınma stratejilerinin kullanımına iter. Özellikle yadsıma yoluna başvurularak durumla başa çıkılmaya çalışılır. Yadsıma, özellikle kişinin durumu değiştiremeyeceğine inandığı zaman ortaya çıkar. Hastalığın erken dönemlerinde ve belli sınırlar içinde kullanıldığında gerekli ve yardımcıdır. Tanının yarattığı altüst olma halini maskeler ve koruyucu bir işlev görür. Ancak yadsımanın aşırı ve sürekli kullanımı sorunları da beraberinde getirir ve hastalar için uyumsuz bir tepki halini alır.

Yadsımanın kullanımıyla üçüncü aşama olan “geri çekilme” aşamasına gelinir. Bu aşamada sağlık sorunun varlığını ya da doğruluğunu reddetme eğilimi görülür. Ancak bu durum genelde uzun sürmez. Çünkü gerçek artık kendini iyice hissettirmeye başlamıştır. Ayrıca hastalığın belirtilerinde ve var olan koşullarda hiçbir değişim olmamıştır. Tanıyı doğrulamak için gerek birey, gerekse ailesi ikinci görüşlere başvurur. Ancak alınan ikinci görüşler tanıyı doğrulamaktadır ve belirtiler giderek kötüleşiyordur ya da zaman zaman kendini gösteriyordur. Diğer yandan, çevreden uyum yapılması için uyarıların baskısı giderek artar. Sonuç olarak hasta gerçeklerle ilişki kurmak için ilk adımı atar. Geri çekilme aşaması hastaların durumlarına uyum sağlama çabaları sırasında, alışılmış problem çözme becerilerini kullanarak gerçeklerle bağlantı kurulmasına geçit veren bir dönemdir.

Kronik hastalık tanısı alan her hastanın bu evrelerden geçtiğini söylemek güçtür. Bazı hastaların acı veren tanıya ilk tepkileri şok olurken diğerleri sakin olabilir. Bazıları yoğun anksiyete ile donakalırken, diğerleri abartılı biçimde tepkide bulunabilmektedir (Palabıykoğlu, 2000).

2.2.2. Hastalığa Psikososyal Uyumu Etkileyen Etmenler

Hastalanmak sadece biyolojik bir süreç olmayıp, aynı zamanda psikolojik, sosyal ve kültürel bir olgudur. Kronik hastalığa psikososyal uyum, bu olguların hepsinden etkilenmektedir. Hastanın; kronik hastalık yaşantısına uyumu hastalığın ne olduğu, semptomların ciddiyeti, etkilenen vücut bölümü, fonksiyonel kısıtlılık (hareket, duyuşsal ya da bilişsel kısıtlılık), hastalığın gidişatı (ilerleyici, stabil, değişken ya da ayrı ayrı olaylardan meydana gelen), ağrının varlığı, durumun sürekliliği, görünüşe etkisi, ilaç yan etkileri ve tedavinin şekli kronik hastalığa psikososyal uyumu etkilemektedir (Livneh, 2001). Yapılan çalışmalarda hastanın fonksiyonel kısıtlılığının fazla olmasının, hastalığın hastanın görünüşünü etkilemesinin ve görünür olmasının, hastanın ilaç yan etkisi yaşamasının ve kullandığı ilaç sayısının psikososyal uyumu etkilediği bilinmektedir (Weinryb ve ark, 1997; Piwonko ve Merino, 1999; akt. Akıncı ve Öz, 2003; Ramirez and Ark, 2003; Jangra ve Ark, 2007). Hastanın kronik hastalığa uyumunu etkileyen bir diğer faktör de hastanın sosyodemografik özellikleridir. Hastanın yaşı, medeni durumu, çocuk sahibi olması, eğitim düzeyi ve sosyoekonomik düzeyi hastalığa psikososyal uyumu etkilemektedir (Adaylar, 1995; Bekker ve ark, 1997; Watt ve ark, 1997; Çavdar, 1999; Akın, 2003; Kaçmaz, 2003).

Hastanın psikososyal özellikleri hastalığa uyumu etkileyen önemli bir faktördür. Depresyon ve anksiyete fiziksel hastalığa en sık eşlik eden durumlardır. Yatarak tedavi gören hastaların %30-58'inde, ayaktan tedavi gören hastaların ise %12-36'sında depresif semptomatoloji gelişmektedir (Özkan, 1994). Fiziksel hastalığa eşlik eden depresyon hastalığın gidişatını etkileyebilmesi nedeniyle önemlidir. Depresyon, hastaların hastalığa katlanabilme gücünü azaltır, tedavi ve rehabilitasyon uygulamalarına istekle katılmalarını, tedaviye uyumlarını etkiler ve sosyal desteğin daha az algılanmasına neden olur (Özmen ve ark, 1997; Elal ve Kerespi, 1999). Yapılan çalışmalarda depresyonun hastalığa psikososyal uyumun belirleyicisi olduğu ve hastalığa psikososyal uyumu olumsuz yönde etkilediği saptanmıştır (Drory ve ark., 1999; Kaçmaz, 2003; Livneh ve Wilson, 2003).

Anksiyete belirtileri de yatarak tedavi gören hastaların %5-20'sinde, ayaktan tedavi gören hastalarında %4-14'ünde görülmektedir (Özmen ve ark, 1997) ve

hastanın yaşam kalitesini ve hastalığa psikososyal uyumunu olumsuz yönde etkilemektedir (Kaçmaz, 2003; Eren ve ark., 2004; Uğuz ve ark., 2006).

Sosyal destek; sağlıkla ilişkili olduğu kabul edilen sosyal bir değişkendir. Sosyal destek bireyin içinde bulunduğu durum, bu durumun anlamı ve gösterilen emosyonel tepkide değişiklik meydana getirir ve stresin olumsuz etkisini azaltır (Ardahan, 2006). Sosyal destek uyumun artmasını, belirsizliğin azalmasını, kontrol duygusunun, yaşam kalitesinin artmasını, depresyon, yalnızlık, umutsuzluk duygusunun azalmasını ve kişinin genel durumundan memnuniyetinin artmasını sağlamaktadır (Elal ve Kerespi, 1999; Kara ve Mirici, 2004; Tan ve Ark, 2005; Gençöz ve Astan, 2006; Göz ve ark, 2007; Hoth ve ark, 2007). Yapılan çalışmalarda sosyal desteğin, hastalığa psikososyal uyumun belirleyicisi olduğu ve sosyal destek varlığının hastalığa uyumu olumlu yönde etkilediği saptanmıştır (Drory ve ark, 1999; Piwonko ve Merino, 1999; Willoughby ve ark, 2000; Akıncı ve Öz, 2003; Kaçmaz, 2007).

Kronik hastalıklarda hastalar, hastalığın neden olduğu kayıplar ya da belirsizlik nedeniyle hastalık ve tedavileri üzerindeki kontrol duygusunu kaybedebilmektedirler. Bu da hastaların kendilerini güçsüz ve çaresiz hissetmelerine neden olabilmektedir. Kontrol duygusu fiziksel yeterlilik, anksiyete ve depresyon düzeyi ile ilişkilidir (Thompson ve ark., 1993; Shaw ve ark, 2003) ve hastalığa psikososyal uyumu etkilemektedir. Yapılan çalışmalar kontrol duygusu arttıkça hastanın hastalığa psikososyal uyumunun da arttığını ortaya koymaktadır (Taylor, 1991; Kaçmaz, 2003;).

Birey; hastalığı tehdit, kayıp, zarar ya da meydan okuma-mücadele olarak algılayabilir. Hastalığın algılanma şekli de hastalığa psikososyal uyumu etkilemektedir. Hastalığın kayıp, tehdit ya da zarar olarak algılanması, kötü psikososyal uyumla ilişkilidir ve hastalığın mücadele edilmesi gereken bir durum olarak algılanmanın hastalığa psikososyal uyum üzerinde olumlu etkisi olduğu bildirilmiştir (Adaylar, 1995; Kaçmaz, 2003). Bireyin kişilik yapısı, kullandığı savunma düzenekleri, stresle başetme gücü ve biçimi, daha önceki psikiyatrik öyküsü ve psikososyal uyum yeteneği, daha önce yaşanan hastalık ile ilgili deneyim ve tutumlar hastalığa psikososyal uyumu etkilemektedir (Özkan, 1998; Livneh 2001).

2.2.3. Hastalığa Psikososyal Uyum Alanları

Hastalık tıbbi açıdan öncelikle fizyopatolojik süreçler içerir, hasta için ise biyolojik, ruhsal, sosyal, çevresel, ailesel, psikososyal, psikoseksüel çok boyutlu bir olgudur. Bu boyutların her biri hastalıktan etkilenmektedir. Fiziksel hastalık, başedilmesi gereken gelişimsel bir kriz olarak ele alınmalıdır. Rol değişimleri, fizyolojik fonksiyonlardaki bozukluklar, yeni çevrelere ve streslere adaptasyonu gerektirir.

Kronik hastalıklar hem hastanın hem de ailesinin yaşantısında önemli değişikliklerin yapılmasına neden olmaktadır. Hastalık, hastanın maddi ve manevi gücünde çeşitli yitimler yaratır. Hasta; hastalık nedeniyle meslek yaşantısında, cinsel etkinliklerinde, sosyal ilişkilerinde, amaçlarında, günlük yaşantısında birçok değişim yapmak zorunda kalır. Hastalık yaşantısı kişinin; anksiyete, depresyon, kızgınlık, öfke, bağımlılık ve hipokondriyazis gibi psikolojik tepkiler yaşamasına neden olmaktadır (Özmen, 1997).

Kronik hastalıklar hasta kadar ailenin de uyumunu gerektirmektedir. Ciddi kronik hastalıklar aile bütünlüğünü tehlikeye sokabilmektedir. Hastalık nedeniyle aile dinamikleri değişmekte, rol değişimleri yaşanmakta, bu da ailenin zorlanmasına ve aile içi ilişkilerin değişmesine neden olabilmektedir. Ailenin durumla başetmesi hastalığa yüklenen anlam, aile üyelerinin hastalığı algılama şekli, hastalığın evresi, hastalığın gidişatı, aile kuralları, roller ve sağlık bakımını algılama şekline bağlı olabilmektedir (Barry, 1996). Hastalık sürecinde aile üyelerinin bir uçta hasta kişinin aşırı üstüne düşme, diğer uçta hasta kişiden uzaklaşma ve ilgi göstermekten kaçınma gibi tepkileri arasında yer alan çeşitli yaklaşımları görülebilir. Aile üyelerinin kronik bir hastalık sürecinde her iki uçta yer alan bu davranışlarının hastanın genel durumu, hastalığa uyumu ve iyileşme çabaları üzerinde potansiyel etkileri vardır. Her iki durumda da hastanın iyilik hali bu yaklaşımlardan etkilenmektedir (Palabıyıkoglu, 2000).

Kronik hastalık durumunda hasta rolünü yaşam şekli gibi üstüne alan ve sosyal beklentileri karşılayamayan birey, sosyal stigma (damgalanma) ya da sosyal ilişkilerin azalmasıyla karşı karşıya kalabilmektedir. Alkolizm ve AIDS gibi bazı hastalıklar diğer hastalıklardan daha fazla stigma taşımaktadırlar. Bakım vericiler

tarafından hastaya uygulanan izolasyon, geri çekilme ve reddetme sosyal stigma uygulanan grupların en çok en çok karşılaştığı tepkilerdir (Barry, 1996).

Kronik hastalık nedeniyle yaşanan kayıplar sonucu mesleki çevre etkilenmekte, hatta hastalar işini kaybedebilmektedirler. Başarılı psikososyal adaptasyonda mesleki çevrede tam ya da yarı zamanlı işleri yapma, işini kaybetme ve beceri seviyesine odaklanılmaktadır. Bu göstergeler; işle ilgili aktiviteleri yapabilme ve psikososyal adaptasyon arasında pozitif bir ilişki olduğunu göstermektedir (Livneh, 2001).

Cinsellik bir bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal yaşantısının önemli bir yönüdür. Hastalar hastalıkla ilişkili olarak ya da tedavi yöntemleri ve ilaçlarla ilgili olarak kısıtlamalar yaşayabilmektedirler. İleri derecede yorgunluk, halsizlik, duyu organlarının algılamasındaki değişiklikler, protez, kalp pili gibi gereçlerin kullanma zorunluluğu cinsel yaşamı olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bunun yanında hastalığın kişiler arasında ilişkileri etkilemesi de önemlidir. Hasta olan birey sorumluluklarını sürdürmekte zorlanabilir ya da bırakmak zorunda kalabilir. Bireyin kendine olan güveni ve bütünlüğü zedelenir. Tüm bunlar fiziksel, psişik ve psikosomatik boyutlarıyla cinselliği de etkilemektedir (Özkan, 1996).

Kronik hastalıklar kişinin işlev görme düzeyini bozması nedeniyle bir yitim olarak yaşanır. Eğer hastalık kişinin fiziksel durumunu kalıcı ve şiddetli bir şekilde bozarsa (kör olma, paraplejik olma gibi) yitim duygusu daha belirgin yaşanır. Hastalık ister somut bir fiziksel sınırlama yaratsın, ister daha simgesel anlam taşınsın, benzer psikolojik tepkiye neden olur. Bozulmuş olan işlev görme düzeyi ile kişinin yüzleşmesi ve durumunu kabullenmesi süreci içinde kişide yadsıma, anksiyete, depresyon, çaresizlik, öfke gibi bir çok psikolojik tepkiler ortaya çıkabilir ve bunlar hastada ruhsal sıkıntıya neden olur (Özmen, 1997).

2.2.4. Kronik Hastalığa Psikososyal Uyumda Hemşirelik Yaklaşımları

Birey her şeyden önce biyopsikososyal bir varlıktır. Hastalık durumunda da bütüncül olarak değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu doğrultuda kronik hastalığı olan hastaların psikososyal uyumlarının artırılması için gerekli hemşirelik yaklaşımları aşağıda verilmiştir

- Hastayla; kavrayıcı, empatik, destekleyici, açıklayıcı, samimi, yardım edici, gerçekçi, güven verici, yol gösterici ve tıbbi etik ilkelerine uygun bir iletişim kurmak,
- Bireyin hastalık karşısında tepkilerini normal kabul etmek ve duygu ve düşüncelerini ifade edebilmesi için cesaretlendirmek bunun için ona fırsat vermek,
- Hastaya; hastalık, oluşum ve ilerleme biçimi hakkında hastalığın tedavisinde yer alanlarla bilgi alışverişini sağlayarak, hastalık üzerinde kontrol duygusunu geliştirmek ve tedavi işbirliğini sağlamak,
- Hastanın öz-bakımını sürdürmesini sağlamak, kendisi yapamadığı zaman desteklemek, ancak mutlaka bakımına katılımı sağlamak,
- Hastayı günlük rutinlerine döndürmeye çalışmak,
- Hastanın olumlu başetme yöntemlerini desteklemek, olumsuz başetme yöntemleri olumluya çevirmeye çalışmak,
- Bireye sosyal alanda bağlarını artırması ya da yeniden düzenlemesi için destek vermek. Bireyin yakın çevresi ve ailesini bilgilendirmek suretiyle desteklerini sağlamak,
- Güven duygusunu sürdürmek,
- Hastaya karar verme sürecinde yardım etmek,
- Birey ve ailenin aynı ya da benzer hastalığı olan ve iyi deneyimleri olan bireylerle görüşmelerini sağlamak, destek gruplarına yönlendirmek,
- Hastanın enerjisini olumlu yöne yönlendirmek,
- Hastanın ailesi ve diğer kişilerle ilişkisini sağlamak, destek sistemleriyle beraber olabilmesi için fırsat vermek,
- Hastanın sosyalleşmesini sağlamak, izolasyonu önlenmeye çalışmak,
- Hastanın güçlü ve güçsüz olduğu yönleri belirlemek ve güçlü yönlerini desteklemek,
- Her uygulamada hastadan izin alınarak, hastanın yapılan işlemlere kendini psikolojik olarak hazırlaması için fırsat verilerek, yapılan işlemler anlatılarak ve hastanın odasına girerken kapısı çalınarak, hastanın kendini değerli ve önemsendiğini hissetmesini sağlamak (Barry, 1996; Kaçmaz, 1998; Palabıyıkoglu, 2000; Öz, 2004).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu çalışma; Behçet hastalarının hastalığa psikososyal uyum düzeylerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı tipte yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Alt Problemleri

1-Behçet hastalarının hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği puan ortalaması sosyo-demografik özelliklerine (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, sosyo-ekonomik durum, sosyal güvence, birlikte yaşadığı kişiler) göre farklılaşmakta mıdır?

2- Behçet hastalarının Hastalığa Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeği puan ortalaması hastalığa ilişkin özelliklere (hastalık süresi, hastaneye yatma sıklığı, başka kronik hastalığın varlığı, hastalık sonucu ortaya çıkan fiziksel değişiklikler, bireyin hastalığı ve prognozu anlamlandırması, genel durumundan memnuniyeti), sosyal destek varlığına, sosyal destekten memnuniyet düzeyine, anksiyete ve depresyon varlığına, algılanan bilgi düzeyine göre farklılaşmakta mıdır?

3- Behçet hastalarının Psikososyal Uyum Ölçeği puanları ile Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HAD) puanları, hastalık ve tedavi ile ilgili kontrol algısı, alınan ilaç sayısı, genel durumundan memnuniyet arasında ilişki var mıdır?

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer Ve Özellikleri

Araştırma; Sağlık Bakanlığı Ankara Ulucanlar Göz Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapılmıştır. Hastane 117 yataklı olup 43 hemşire çalışmaktadır. Behçet hastaları kontrol için her hafta Cuma günleri uvea polikliniğinde takip edilmektedir. Hastanede iki tane Uvea polikliniği bulunmaktadır. Her poliklinikte bir uzman doktor, bir asistan doktor, bir hemşire ve bir personel çalışmaktadır. Uvea polikliniğine sadece Ankara içinden değil diğer illerden de gelen hastalar başvurmaktadır.

3.4. Araştırmanın Evreni Ve Örneklemi

Araştırma evrenini S.B. Ankara Ulucanlar Göz Eğitim ve Araştırma Hastanesinde takip edilen 800 Behçet hastası oluşturmaktadır. Örneklem evreni %95 güven aralığında, %0,3'lük yanılma payı ile evreni bilinen örneklem formülüne göre hesaplanmıştır.

$$n = \frac{Nt^2pq}{d^2 (N-1) + t^2pq}$$

Bu formül hesaplanırken aşağıdaki değerler kullanılmıştır.

n= Örneklem alınacak birey sayısı

N= 800 (Ulucanlar Göz Hastanesinde takip edilen Behcet hastası sayısı)

t=1.96 (%5 anlamlılık düzeyinde)

p=%0.03 (Behcet hastalığının toplumda görülme sıklığı)

q=%0.97 (1-p)

d= 0.03 (p değeri için öngörülen yanılma payı)

Formülde değerler yerine konduğunda, n:108 birey sonucu çıkmaktadır.

Araştırmanın yapıldığı tarihlerde (23.03.2007-15.10.2007) Ankara Ulucanlar Göz Hastanesi uvea polikliniğine başvuran ve serviste yatan, araştırmayı kabul eden, algılama bozukluğu olmayan, okur yazar ve 18 yaş üstü 90 Behcet hastası (%83.3) ile araştırma tamamlanmıştır.

3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

1) Araştırma S.B. Ankara Ulucanlar Göz Eğitim ve Araştırma Hastanesine başvuran ve okuma yazma bilen hastalarla sınırlıdır.

2) Psikososyal uyumun derecesi, Psikososyal Uyum Öz Bildirim Ölçeğindeki maddelerle sınırlıdır.

3) Araştırmaya katılan hastalar steroid kullanımı açısından incelenmemiştir.

3.6. Veri Toplama Araçları

3.6.1. Hasta Bilgi Formu: Hastaların sosyo-demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, sosyo-ekonomik durum, eğitim durumu, sosyal güvence) ve hastalığa psikososyal uyumu etkileyebilecek hastalığın özelliklerinden (hastalığın süresi, hastaneye yatma sıklığı, başka bir kronik hastalığın varlığı, hastalıktan sonra ortaya çıkan değişiklikler, bireyin hastalığı anlamlandırma şekli, genel durumundan memnuniyeti) oluşan bağımsız değişkenleri içeren 30 açık ve kapalı uçlu sorudan oluşan anket formudur.

3.6.2. Hastalığa Psikososyal Uyum Öz-Bildirim Ölçeği (Psychosocial Adjustment to Illness Scale Self-Report (PAIS-SR): Derogatis ve Lopez tarafından 1983 yılında geliştirilen ve hastalığa psikososyal uyumu ölçen bir ölçektir. Ölçek; bireylerin diğer bireylerle ve sosyokültürel çevreyi oluşturan kurumlarla karşılıklı etkileşimini ölçer. PAIS-SR ölçeği 46 maddeden oluşur. Bu sorular hastalığa psikososyal uyumun 7 alanına ayrılmıştır. Bu yedi alan ölçeğin alt

gruplarını oluşturur. Bu alt gruplar “sağlık bakımına oryantasyon”, “mesleki çevre”, “aile çevresi”, “seksüel ilişkiler”, “geniş aile ilişkileri”, “sosyal çevre” ve “psikolojik baskı”dır. Her bir soru için uyumun değişen seviyelerini belirleyen dört tanımlayıcı ifade kullanılmıştır. Araştırmaya katılan kişi kendi kişisel deneyimini en iyi, en yakın şekilde tanımlayan yanıtı seçebilmektedir. Her bir madde 0’dan 3’e kadar değişen bir skala üzerinde puanlanır. Hastalıktan bu yana büyük oranda olumsuz değişiklikler 3 puanla, değişiklik olmaması ya da olumlu değişiklikler 0 puanla değerlendirilir. PAIS-SR ölçeğinde düşük puanlar hastalığa “iyi psikososyal uyum”u, yüksek puanlar hastalığa “kötü psikososyal uyum”u göstermektedir. PAIS-SR ile yapılan çalışmalarda 35’in altındaki puanlar iyi psikososyal uyum, 35-51 arasındaki puanlar orta derecede iyi psikososyal uyum, 51’in üstündeki puanlar kötü uyum şeklinde değerlendirilmektedir. Bu ölçeğin ülkemize Adaylar (1995) tarafından akut ve kronik hastalığı olan hastalarda kullanılarak Türkçeye uyarlaması yapılmıştır (Adaylar 1995, Kaçmaz 2003). Bu çalışmada ölçeğin bütünü için hesaplanan Cronbach-alfa değeri 0.90 bulunmuştur.

3.6.3. Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HAD): Zigmond ve Snaith tarafından 1982 yılında geliştirilmiştir. Bedensel hastalığı olan hastalar ve birincil basamak sağlık hizmetlerine başvuran gruba uygulanan ölçek, hastada anksiyete ve depresyon yönünden riski belirler, düzeyini ve şiddetinin değişimini ölçer. Toplam 14 soru içermekte olup, bunların 7’si (tek sayılar) anksiyeteyi ve diğer 7’si (çift sayılar) depresyonu ölçmektedir. Dörtlü Likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Her maddenin puanlaması değişik biçimdedir; 1,3,5,6,8,10,11 ve 13.maddeler giderek azalan şiddet gösterirler ve puanlama 3, 2, 1, 0 biçimindedir. 2,4,7,9,12 ve 14. maddeler ise 0,1,2,3 biçiminde puanlanır ve artan şiddeti gösterirler. Türkiye’de yapılan çalışma sonucunda anksiyete alt ölçeği için kesme puanı 10/11, depresyon alt ölçeği için ise 7/8 bulunmuştur. Buna göre bu puanların üzerinde puan alanlar risk altında olarak değerlendirilir. Ölçeğin Türkçeye çevrilmesi ve uyarlaması Aydemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Güvenilirlik çalışmasında, Cronbach alfa katsayısı anksiyete alt ölçeği için 0.8525, depresyon alt ölçeği için 0.7784 olarak bulunmuştur ve madde toplam puan korelasyon katsayıları anksiyete alt ölçeğinde 0.8161-0.8547 arasında, depresyon alt ölçeğinde ise 0.7374-0.7795 arasında değişmektedir. Yarıya bölme güvenilirliğinde anksiyete alt ölçeği için $r=0.8532$,

depresyon alt ölçeği için $r=0.8069$ bulunmuştur (Aydemir ve Köroğlu 2007). Bu çalışmada ölçeğin bütünü için hesaplanan Cronbach-alfa değeri 0.78 bulunmuştur.

3.7. Ön Uygulama

Veri toplama araçlarının ön uygulaması 23.03.2007- 30.03.2007 tarihlerinde Ulucanlar Göz Hastanesi uvea polikliniğine başvuran 10 Behçet hastasına uygulanmıştır. Eklenen soru olmaması nedeniyle ön uygulamaya alınan hastaların verileri araştırmaya dahil edilmiştir.

3.8. Verilerin Toplanması

Araştırmaya katılan hastalardan sözlü onam alındıktan sonra poliklinikte ve serviste sessiz ve rahat bir ortamda, yüz yüze görüşme yöntemiyle veriler toplanmıştır. Araştırmanın verileri 23.03.2007-15.10.2007 tarihleri arasında toplanmıştır. Hastaların çoğunda görme problemi olduğundan anket soruları araştırmacı tarafından anlaşılır şekilde okunmuş, yanıtları ankete kaydedilmiştir. Anketin uygulama süresi ortalama 40 dakika sürmüştür.

3.9. Verilerin değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler bir istatistik programında değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde yüzdeler, ortalama, standart sapma, t testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA), Kruskal-Wallis testi, Mann-Whitney U testi ve korelasyon katsayısı kullanılmıştır.

3.10. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yapılması yapılabilmesi için kurum izni alınmıştır. Behçet hastalarına araştırma hakkında bilgi verilmiş olup araştırmaya katılıp katılmama kararı kendilerine bırakılmıştır (Bilgilendirilmiş onam). Araştırma sonunda elde edilen bilgiler araştırma raporu dışında her hangi bir yerde kullanılmayacaktır (Dürüstlük). Katılımcılara araştırmadan istedikleri zaman ayrılacakları, bu nedenle kendilerinin zorlanamayacağı söylenmiştir (Otonomi, bireye saygı). Araştırma raporunda kişisel bilgiler ve sır olarak verilen özel bilgiler araştırmaya katılanların izni olmadıkça açıklanmayacaktır (Gizlilik, dürüstlük). Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen diğer hasta ve hasta yakınlarına da hizmetler sunulmuştur (Eşitlik).

4. BULGULAR:

4.1. Araştırmaya Katılan Behçet Hastalarının Sosyo-Demografik ve Hastalığa İlişkin Özellikleri

Araştırmaya katılan Behçet hastalarının sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı Tablo 4.1.1’de verilmiştir. Tablo incelendiğinde hastaların %71.1’nin erkek, %46.7’sinin 18-35 yaş grubunda ve yaş ortalamalarının 36.73 ± 9.34 (min:18-max:60) olduğu, çoğunluğunun (%80.0) evli, çocuk sahibi (%89.6) olduğu ve eşi ve çocukları ile birlikte yaşadığı (%65.6) görölmektedir. Hastaların %52.2’si ilkokul ve altı eğitim düzeyinde olup, %51.1’i eve gelir getiren bir işte çalışmamaktadır. Gelir durumu incelendiğinde eve gelir getiren bir işte çalışanların çoğunun (%39.9) işçi olarak çalıştığı, çoğunun (%60.0) kendi sosyoekonomik düzeyini orta ve iyi olarak değerlendirdiği ve hemen hemen hepsinin (%96.7) sağlık giderlerini karşılayan bir sosyal güvencesinin olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 4.1.1. Behçet Hastalarının Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı
(n=90)**

ÖZELLİKLER		n	%
Cinsiyet	Kadın	26	28.9
	Erkek	64	71.1
Yaş Grubu	18-35 yaş	42	46.7
	36-50 yaş	41	45.6
	51 yaş ve üstü	7	7.7
Öğrenim Düzeyi	İlkokul ve altı	47	52.2
	Ortaokul	21	23.3
	Lise ve üstü	22	24.5
Medeni Durumu	Evli	72	80
	Bekar, Dul, Boşanmış	18	20
Çocuk Sahibi Olma	Olan	69	89.6
	Olmayan	8	10.4
Birlikte Yaşadığı Kişiler	Yalnız yaşayan	1	1.1
	Anne/babası ile	15	16.7
	Eşi ve çocukları ile	59	65.6
	Eşi, çocuğu ve bir yakını ile	4	4.4
	Eşi ile	8	8.9
	Çocuğu ile	3	3.3
Çalışma durumu	Çalışan	44	48.9
	Çalışmayan	46	51.1
Mesleği (n=44)	Memur	1	2.3
	İşçi	35	79.5
	Serbest	8	18.2
Algılanan Sosyoekonomik Düzey	Düşük	36	40
	Orta ve iyi	54	60
Sağlık Güvencesi	Olan	87	96.7
	Olmayan	3	3.3
Yaş \bar{X} :36,73±9.34 (min:18-max:60)			

Tablo 4.1.2’de araştırmaya katılan Behçet hastalarının hastalığa ilişkin özellikleri verilmiştir. Tablo incelendiğinde hastaların çoğunun (%38.9) hastalık süresinin on yıldan fazla olduğu ve yarısının (%50.0) teşhis konulduktan sonra ortaya çıkan problemler nedeniyle 1-4 kez hastaneye yattığı, %56.7’sinin sağlık durumuyla ilgili bilgi düzeyini yetersiz olarak değerlendirdiği, %18.9’unun başka bir kronik hastalığının olduğu ve en çok görülen kronik hastalığın hipertansiyon (%38.9) olduğu, hastaların kullandıkları günlük ortalama ilaç sayısının \bar{X} :3.88±2.94 (min:0-max:12) olduğu görölmektedir. Hastaların %37.8’inin kullandıkları ilaçların yan etkisini yaşadıkları ve en çok sindirim sistemi ile ilgili (%39.1) yan etkilerin göröldüğü belirlenmiştir. Ayrıca araştırmaya katılan Behçet hastalarının göz tutulumunun yanı sıra eklem tutulumu (%8.9), mukokütanöz tutulum (%48.9) ve nörolojik tutulumlarının (%1.1) da bulunduğu saptanmıştır.

Tablo 4.1.2: Behçet Hastalarının Hastalığa İlişkin Özellikleri (n=90)

ÖZELLİKLER		n	%
Hastalığın Süresi	5 yıldan az	28	31.1
	5-10 yıl	27	30.0
	10 yıldan fazla	35	38.9
Hastaneye Yatış Sayısı	Hiç yatmayan	23	25.6
	1-4 kez yatan	45	50.0
	5 kez ve üstü yatan	22	24.4
Eklem Tutulumu	Olan	8	8.9
	Olmayan	82	91.1
Mukokütanöz Tutulum	Olan	44	48.9
	Olmayan	46	51.1
Nörolojik Tutulum	Olan	1	1.1
	Olmayan	89	98.8
Sağlık Durumuyla İlgili Bilgi Düzeyi	Yeterli	33	36.6
	Kısmen yeterli	51	56.7
	Yetersiz	6	6.7
Başka Bir Kronik Hastalık	Olan	17	18.9
	Olmayan	73	81.1
Kronik Hastalık* (n:17)	Hipertansiyon	7	38.9
	Romatizma	4	22.1
	Kalp yetmezliği	3	16.7
	Diyabet	2	11.1
	Hipertroidi	1	5.6
	Astım	1	5.6
İlaç Yan Etkisi	Yaşayan	34	37.8
	Yaşamayan	56	62.2
Yaşanılan Yan Etkiler* (n:34)	GİS yan etkileri	18	39.1
	Halsizlik	15	32.6
	Kilo problemi	13	28.3
Kullandığı İlaç Sayısı \bar{X} :3.88 ± 2.94 (min:0-max:12)			

* n katlanmıştır

Tablo 4.1.3’de Behçet hastalarının hastalığa bağlı görünümünde meydana gelen değişiklikler verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi hastaların %66.7’sinin hastalığa bağlı görünüm değişikliği yaşadığı, %53.3’ünün görünüm değişikliğinin başkaları tarafından fark edildiği, %46.6’sının stigma içeren (şaşıрма, nedenini sorma, acıma, bulaşıcı olduğunu düşünme) tepkileri aldığı ve çoğunun (%56.7) bu görünüm değişikliğine bağlı olarak kendisiyle ilgili duygularının değiştiği belirlenmiştir.

4.1.3. Behçet Hastalarının Görünümünde Meydana Gelen Değişiklikler (n:90)

ÖZELLİKLER		n	%
Hastalığa Bağlı Görünüm Değişikliği	Olan	60	66.7
	Olmayan	30	33.3
Görünüm Değişikliğinin Fark Edilmesi(n=60)	Fark edilen	32	53.4
	Fark edilmeyen	28	46.6
Değişikliğe Çevreden Verilen Tepki (n=32)	Stigma*	15	46.6
	Diğer tepkiler**	17	53.4
Görünüm Değişikliğine Bağlı Duygularında Değişiklik (n=60)	Olan	34	56.7
	Olmayan	26	43.3

* Şaşıрма, nedenini sorma, acıma, bulaşıcı olduğunu düşünme

** İlgilenmeme vb.

Tablo 4.1.4’de Behçet hastalarının hastalıkları, tedavileri ve günlük belirtileri üzerinde algıladıkları kişisel kontrol düzeyinin ortalaması verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi hastaların hastalıkları üzerinde algıladıkları kontrol orta düzeyde (\bar{X} :5.0±2.8 ;min:0-max:10) olup günlük belirtileri üzerindeki algıladıkları kişisel kontrol orta düzeyin (\bar{X} :4.2±3.0;min:0-max:10) altındadır. Hastaların en fazla üzerinde kontrol sahibi olduklarını düşündükleri alan tıbbi bakım ve tedavi (\bar{X} :7.5 ±2.2 ;min:0-max:10) ile ilgilidir ve orta düzeyin üzerindedir.

Tablo 4.1.4. Hastaların Hastalığın Seyri, Tedavileri ve Günlük Belirtileri Üzerindeki Algıladıkları Kişisel Kontrol Düzeyi

KONTROL ALANLARI	$\bar{X} \pm SS$	Min	Max
Hastalığın seyri	5.0 ±2.8	0	10
Tıbbi bakım ve tedavi	7.5±2.2	0	10
Günlük belirtiler	4.2±3.0	0	10

Behçet hastalarının hastalığı değerlendirme şekli Tablo 4.1.5’te verilmiştir. Tablo incelendiğinde hastaların %52.2’sinin hastalığı mücadele edilmesi gereken bir durum olarak anlam yüklediği ve çoğunun (%84.4) hastalığı devam eden bir durum olarak değerlendirdiği görülmektedir.

Tablo 4.1.5. Behçet Hastalarının Hastalığı ve Prognozu Değerlendirme Şekli (n:90)

ÖZELLİKLER		n	%
Hastalığa Yüklenen Anlam	Zarar	7	7.8
	Tehdit	9	10.0
	Kayıp	27	30.0
	Mücadele	47	52.2
Prognozla İlişkin Düşünceler	Geçici	2	2.2
	Devam eden bir durum	76	84.5
	Ara ara gelen bir durum	12	13.3

4.2. Araştırmaya Katılan Behçet Hastalarının Sosyal Destek Durumları ve Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HAD) Puanları

Araştırmaya katılan Behçet hastalarının aldıkları sosyal destek durumları Tablo 4.2.1’de verilmiştir. Tablo incelendiğinde hastaların %91.1’inin sosyal desteğe sahip olduğu ve sosyal destek memnuniyetinin orta düzeyden yüksek (6.54 ± 0.89 ; min:0-max:7) olduğu görülmektedir.

4.2.1 Hastalarının Aldıkları Sosyal Destek ve Sosyal Destekten Memnun Olma Durumları (n:90)

Sosyal Destek	n	%
Sosyal Desteğe Sahip Olma		
Olan	82	91.1
Olmayan	8	8.9
Memnuniyet Düzeyi $\bar{X} : 6.54 \pm 0.89$ (min:0-max:7)		

Tablo 4.2.2.’de Behçet hastalarının Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği puanları incelenmiş ve anksiyete puan ortalaması 7.83 ± 4.10 (min:0-max:19), depresyon puan ortalaması 8.02 ± 3.96 (min:0-mx:21) olarak saptanmıştır. Ayrıca hastaların %21.2’inin anksiyete %57.8’inin depresyon riskini yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.2.2. Behçet Hastalarının Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HAD) Puanları

PSİKOSOSYAL ÖZELLİKLER	n	%
Hastane Anksiyete Puanı		
Anksiyete ↓ (0-10)	71	78,9
Anksiyete ↑ (11-21)	19	21,1
Hastane Depresyon Puanı		
Depresyon ↓ (0-7)	38	42,2
Depresyon ↑ (8-21)	52	57,8
Anksiyete $\bar{X} : 7,83 \pm 4.10$ (min:0-max:19)		
Depresyon $\bar{X} : 8.02 \pm 3.96$ (min:0-max:21)		

4.3. Behçet Hastalarının Hastalığa Psikososyal Uyum Düzeyleri ve Psikososyal Uyumun Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi

Araştırmaya katılan Behçet hastalarının PAIS-SR ölçeğinin alt boyutlarının puan ortalamaları Tablo 4.3.1’de verilmiştir. Tablo incelendiğinde hastaların PAIS-SR puan ortalamalarının ($\bar{X}=43.14 \pm 17.80$) orta düzeyde olduğu, alt boyutlar incelendiğinde sağlık bakımına oryantasyon alt boyutu ortalamasının $\bar{X}=9.93 \pm 3.89$, mesleki çevre alt boyutu ortalamasının $\bar{X}=6.82 \pm 3.62$, aile çevresi alt boyutu ortalamasının $\bar{X}=6.07 \pm 3.84$, seksüel ilişkiler alt boyutu ortalamasının $\bar{X}=3.37 \pm 3.27$, geniş aile ilişkileri alt boyutu ortalamasının $\bar{X}=3.16 \pm 2.72$, sosyal çevre alt boyutu ortalamasının $\bar{X}=6.78 \pm 4.78$, psikolojik baskı alt boyutu ortalamasının $\bar{X}=6.97 \pm 4.23$ olduğu görülmektedir.

Tablo 4.3.1. Behçet Hastalarının Psikososyal Uyum-Öz Bildirim Ölçeğinin (PAIS-SR)Alt Boyut Puan Ortalamaları

PAIS-SR Alt Boyutları	Madde Sayısı	(Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$
Sağlık Bakımına Oryantasyon	8	0-24	9.93±3.89
Mesleki Çevre	6	0-18	6.82±3.62
Aile Çevresi	8	0-24	6.07±3.84
Seksüel İlişkiler*	6	0-18	3.37±3.27
Geniş Aile İlişkileri	5	0-15	3.16±2.72
Sosyal Çevre	6	0-18	6.78±4.78
Psikolojik Baskı	7	0-21	6.97±4.23
PAIS-SR Toplam	46	0-138	43.14±17.80

*Seksüel ilişkiler alanına 83 hasta yanıt vermiştir.

Araştırmaya katılan Behçet hastalarının hastalığa psikososyal uyum düzeyleri incelendiğinde (Tablo 4.2.2) hastaların çoğunun (%37.8) orta düzeyde uyum grubunda olduğu, % 30.0'unun uyumunun kötü olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.3.2. Behçet Hastalarının PAIS-SR'ye Göre Hastalığa Psikososyal Uyum Düzeylerinin Dağılımı (n:90)

Psikososyal Uyum Düzeyi (PAIS-SR)	n	%
İyi Uyum (<35 puan)	29	32.2
Orta Uyum (35-51 puan)	34	37.8
Kötü uyum (> 51 puan)	27	30.0
Toplam	90	100.0

Behçet hastalarının yaş gruplarına göre PAIS-SR alt boyut ortalamaları Tablo 4.3.3'de verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi 36-50 yaş grubundaki hastaların (\bar{X} :46.87±19.42) PAIS-SR toplam puan ortalamaları 18-35 yaş grubuna (\bar{X} :41.09±15.42) ve 51 yaş ve üstü yaş grubuna (\bar{X} :33.57±18.12) göre daha yüksek olsa da gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Alt boyutlar incelendiğinde 36-50 yaş grubunun (\bar{X} :7.75±3.96) mesleki çevre alt boyut puanı 18-35 yaş grubuna (\bar{X} :6.33±3.01) ve 51 yaş ve üstü yaş grubuna (\bar{X} :4.28±3.54) göre daha yüksek olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (KW=6.96, p=0.031).

Tablo 4.3.3. Behçet Hastalarının Yaş Grubuna Göre PAIS-SR Toplam ve Alt Boyut Ortalamaları (n=90)

PAIS-SR Alt Boyutları	Yaş Grubu			KW ve p
	18-35 yaş (n=42)	36-50 yaş (n=41)	51 yaş ve üstü (n=7)	
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	
Sağlık Bakımına Oryantasyon	10.09±3.98	9.73±3.84	10.14±4.22	0.39,p=0.822
Mesleki Çevre	6.33±3.01	7.75±3.96	4.28±3.54	6.96,p=0.031
Aile Çevresi	5.52±3.42	7.04±4.19	3.71±2.49	5.47,p=0.065
Seksüel İlişkiler*	2.81±2.80	4.24±3.44	5.20±3.70	5.44,p=0.066
Geniş Aile İlişkileri	2.92±2.70	3.39±2.79	3.16±2.72	0.82, p=0.661
Sosyal Çevre	6.78±4.55	7.29±5.07	3.85±3.80	2.92, p=0.231
Psikolojik Baskı	6.95±3.53	7.41±4.95	4.57±2.99	2.52,p=0.283
PAIS-SR Toplam	41.09±15.42	46.87±19.42	33.57±18.12	3.25,p=0.196

*Seksüel ilişkiler alanına 83 hasta yanıt vermiştir.

Tablo 4.3.4’de Behçet hastalarının cinsiyete göre hastalığa psikososyal uyum alt boyut ortalamaları verilmiştir. Tablo incelendiğinde kadınların (\bar{X} :45.30±17.55) PAIS-SR toplam puan ortalamaları erkeklere (\bar{X} :42.26±17.96) göre daha yüksek olsa da gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir. Alt boyutlar incelendiğinde kadınların (\bar{X} :8.57±4.40) psikolojik baskı alt boyut puanı erkeklere (\bar{X} :6.32±4.02) göre daha yüksek olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($u=2.45$, $p=0.014$).

Tablo 4.3.4. Behçet Hastalarının Cinsiyetlerine Göre PAIS-SR Toplam ve Alt Boyut Ortalamaları (n=90)

PAIS-SR Alt Boyutları	Cinsiyet		u ve p
	Kadın	Erkek	
	(n=26) $\bar{X} \pm SS$	(n=64) $\bar{X} \pm SS$	
Sağlık Bakımına Oryantasyon	10.23±4.50	9.81±3.65	0.13, p=0.890
Mesleki Çevre	6.00±3.12	7.15±3.78	1.25, p=0.211
Aile Çevresi	6.42±3.59	5.93±3.95	0.69, p=0.486
Seksüel İlişkiler*	5.18±4.22	3.11±2.65	1.94, p=0.052
Geniş Aile İlişkileri	3.19±2.13	3.15±2.95	0.67, p=0.501
Sosyal Çevre	6.50±5.24	6.90±4.62	0.42, p=0.668
Psikolojik Baskı	8.57±4.40	6.32±4.02	2.45, p=0.014
PAIS-SR Toplam	45.30±17.55	42.26±17.96	0.94, p=0.345

**Seksüel ilişkiler alanına 83 hasta yanıt vermiştir*

Behçet hastalarının medeni durumlarına göre hastalığa psikososyal uyum alt boyut ortalamaları tablo 4.3.5’de verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi evli olanların (\bar{X} :43.68±17.97) PAIS-SR toplam puan ortalamaları bekar, dul/boşanmış olanlara (\bar{X} :41.00±17.41) göre daha yüksek olsa da gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.3.5. Behçet Hastalarının Medeni Duruma Göre PAIS-SR Toplam ve Alt Boyut Ortalamaları (n=90)

PAIS-SR Alt Boyutları	Medeni Durum		u ve p
	Evli (n=72) $\bar{X} \pm SS$	Bekar/Dul (n=18) $\bar{X} \pm SS$	
Sağlık Bakımına Oryantasyon	10.04±4.08	9.50±3.05	0.42, p=0.671
Mesleki Çevre	6.88±3.66	6.55±3.56	0.31, p=0.754
Aile Çevresi	6.20±3.91	5.55±3.60	0.71, p=0.475
Seksüel İlişkiler*	3.88±3.29	2.18±2.60	1.78, p=0.074
Geniş Aile İlişkileri	2.98±2.38	3.88±3.81	0.35, p=0.724
Sosyal Çevre	6.84±4.65	6.55±5.41	0.50, p=0.617
Psikolojik Baskı	6.81±4.29	7.61±4.04	0.71, p=0.472
PAIS-SR Toplam	43.68±17.97	41.00±17.41	0.73, p=0.461

*Seksüel ilişkiler alanına 83 hasta yanıt vermiştir

Tablo 4.3.6’da Behçet hastalarının öğrenim düzeylerine göre hastalığa psikososyal uyum alt boyut ortalamaları verilmiştir. Tabloda ilkökul ve altı eğitim düzeyinde olanların (\bar{X} :47.02±19.53) PAIS-SR toplam puan ortalamaları ortaokul (\bar{X} :38.90±16.47) ve lise ve üstü (\bar{X} :38.90±13.34) eğitim düzeyinde olanlara göre daha yüksek olsa da gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Alt boyutlar incelendiğinde ilkökul ve altı öğrenim düzeyinde olan hastaların (\bar{X} :7.78±3.81) mesleki çevre alt boyut puanı ortaokul (\bar{X} :6.23±3.09), lise ve üstü öğrenim düzeyindeki hastalara (\bar{X} :5.31±3.13) göre daha yüksek bulunmuş olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (F=4.10, p=0.020).

Tablo 4.3.6. Behçet Hastalarının Öğrenim Düzeyine Göre PAIS-SR Toplam ve Alt Boyut Ortalamaları (n=90)

PAIS-SR Alt Boyutları	Öğrenim Düzeyi			F ve p
	İlkokul ve altı	Ortaokul	Lise ve Üstü	
	(n=47) $\bar{X} \pm SS$	(n=21) $\bar{X} \pm SS$	(n=22) $\bar{X} \pm SS$	
Sağlık Bakımına Oryantasyon	9.63±4.14	9.76±3.17	10.72±4.01	0.60,p=0.547
Mesleki Çevre	7.78±3.81	6.23±3.09	5.31±3.15	4.10,p=0.020
Aile Çevresi	7.00±3.92	5.33±4.04	4.81±3.00	3.07,p=0.051
Seksüel İlişkiler*	4.38±3.57	2.57±2.36	3.10±2.95	2.53,p=0.085
Geniş Aile İlişkileri	3.65±2.73	2.61±3.18	2.63±2.08	1.62,p=0.202
Sosyal Çevre	7.25±5.36	6.04±4.60	6.50±3.54	0.51,p=0.602
Psikolojik Baskı	7.57±4.60	6.57±4.29	6.09±3.20	1.04,p=0.356
PAIS-SR Toplam	47.02±19.53	38.90±16.47	38.90±13.34	2.40,p=0.096

*Seksüel ilişkiler alanına 83 hasta yanıt vermiştir

Behçet hastalarının çocuk sahibi olma durumuna göre hastalığa psikososyal uyum alt boyut ortalamaları tablo 4.3.7’de verilmiştir. Tablo incelendiğinde çocuk sahibi olanların (\bar{X} :44.39±18.33) PAIS-SR toplam puan ortalamaları çocuk sahibi olmayanlara (\bar{X} :41.50±17.72) göre daha yüksek olsa da gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ($p>0.05$).

Tablo 4.3.7. Behçet Hastalarının Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre PAIS-SR Toplam ve Alt Boyut Ortalamaları (n=90)

PAIS-SR Alt Boyutları	Çocuğu olan	Çocuğu olmayan	u ve p
	(n=69)	(n=8)	
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	
Sağlık Bakımına Oryantasyon	10.24±4.01	7.75±3.49	1.49, p=0.136
Mesleki Çevre	6.75±3.74	8.12±3.27	1.05, p=0.291
Aile Çevresi	6.28±4.03	6.25±3.69	0.06, p=0.947
Seksüel İlişkiler*	3.94±3.29	3.50±3.58	0.57, p=0.568
Geniş Aile İlişkileri	3.18±2.51	3.37±3.88	0.35, p=0.722
Sosyal Çevre	6.91±4.83	7.25±4.77	0.20, p=0.841
Psikolojik Baskı	7.17±4.45	5.25±3.01	1.11, p=0.265
PAIS-SR Toplam	44.39±18.33	41.50±17.72	0.30, p=0.764

*Seksüel ilişkiler alanına 83 hasta yanıt vermiştir.

Tablo 4.3.8’de Behçet hastalarının çalışma durumuna göre hastalığa psikososyal uyum alt boyut ortalamaları verilmiştir. Tablo incelendiğinde çalışmayanların (\bar{X} :46.84 \pm 18.47) PAIS_SR toplam puan ortalamaları çalışanlara (\bar{X} :39.27 \pm 16.39) göre daha yüksek ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($t=2.05$, $p=0.04$). Alt boyutlar incelendiğinde çalışmayanların mesleki çevre (\bar{X} :7.86 \pm 3.76) ve geniş aile ilişkileri alt boyutu puanı (\bar{X} :3.78 \pm 2.95) çalışanlara göre daha yüksek olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (sırasıyla $t=2.91$, $p=0.004$; $t=2.23$, $p=0.028$).

Tablo 4.3.8. Behçet Hastalarının Çalışma Durumuna Göre PAIS-SR Toplam ve Alt Boyut Ortalamaları (n=90)

PAIS-SR Alt Boyutları	Çalışan (n=44)	Çalışmayan (n=46)	t ve p
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	
Sağlık Bakımına Oryantasyon	10.43 \pm 3.38	9.45 \pm 4.30	1.19, p=0.237
Mesleki Çevre	5.72 \pm 3.15	7.86 \pm 3.76	2.91, p=0.004
Aile Çevresi	5.31 \pm 3.56	6.80 \pm 3.98	1.86, p=0.066
Seksüel İlişkiler*	3.00 \pm 2.52	4.34 \pm 3.76	1.90, p=0.061
Geniş Aile İlişkileri	2.52 \pm 2.32	3.78 \pm 2.95	2.23, p=0.028
Sosyal Çevre	6.04 \pm 4.35	7.50 \pm 5.10	1.45, p=0.150
Psikolojik Baskı	6.36 \pm 3.94	7.56 \pm 4.46	1.35, p=0.180
PAIS-SR Toplam	39.27 \pm 16.39	46.84 \pm 18.47	2.05, p=0.043

*Seksüel ilişkiler alanına 83 hasta yanıt vermiştir

Behçet hastalarının hastalık süresine göre hastalığa psikososyal uyum alt boyut ortalamaları tablo 4.3.9’da verilmiştir. Tablo incelendiğinde hastalık süresi 5-10 yıl olan hastaların (\bar{X} : 45.66±19.46) PAIS-SR toplam puan ortalamaları hastalık süresi 5 yıldan az (\bar{X} :42.39 ±17.24) ve 10 yıldan fazla (\bar{X} :41.80 ±17.21) olanlara göre daha yüksek olsa da gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0.05).

Tablo 4.3.9. Behçet Hastalarının Hastalık Süresine Göre PAIS-SR Toplam ve Alt Boyut Ortalamaları (n=90)

PAIS-SR Alt Boyutları	<5 Yıl	5-10 Yıl	>10 yıl	F ve p
	(n=28)	(n=27)	(n=35)	
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	
Sağlık Bakımına Oryantasyon	9.39±3.92	9.48±3.22	10.71±4.29	1.15, p=0.318
Mesleki Çevre	6.46±3.37	7.85±4.12	6.31±3.34	1.59, p=0.210
Aile Çevresi	6.42±3.98	6.62±3.98	5.37±3.60	0.98, p=0.377
Seksüel İlişkiler*	3.29±2.49	3.19±3.08	4.30±3.80	1.07, p=0.348
Geniş Aile İlişkileri	3.28±2.63	4.03±3.27	2.40±2.13	2.90, p=0.060
Sosyal Çevre	6.42±4.99	8.00±5.22	6.14±4.18	1.27, p=0.286
Psikolojik Baskı	7.57±4.14	6.59±4.66	6.80±4.03	0.41, p=0.664
PAIS-SR Toplam	42.39±17.24	45.66±19.46	41.80±17.21	0.39, p=0.678

*Seksüel ilişkiler alanına 83 hasta yanıt vermiştir

Tablo 4.3.10’da Behçet hastalarının Behçet hastalığı dışında başka bir kronik hastalığın varlığına göre hastalığa psikososyal uyum alt boyut ortalamaları verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi Behçet hastalığı dışında başka bir kronik hastalığı daha olan hastaların (\bar{X} : 45.23±14.73) PAIS-SR toplam puan ortalamaları başka kronik bir hastalığı olmayanlara (\bar{X} : 42.65±18.49) göre daha yüksek olsa da gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.3.10. Behçet Hastalarının Başka Bir Kronik Hastalık Varlığına Göre PAIS-SR Toplam ve Alt Boyut Ortalamaları (n=90)

PAIS-SR Alt Boyutlar	Kronik Hastalık		u ve p
	Olan (n=17) $\bar{X} \pm SS$	Olmayan (n=73) $\bar{X} \pm SS$	
Sağlık Bakımına Oryantasyon	10.29±3.61	9.84±3.97	0.68, p=0.491
Mesleki Çevre	7.64±4.03	6.63±3.52	0.80, p=0.419
Aile Çevresi	6.88±3.83	5.89±3.84	0.81, p=0.416
Seksüel İlişkiler*	3.12±2.82	3.79±3.35	0.74, p=0.459
Geniş Aile İlişkileri	3.41±3.18	3.10±2.63	0.11, p=0.908
Sosyal Çevre	7.05±4.60	6.72±4.85	0.26, p=0.792
Psikolojik Baskı	7.00±3.72	6.97±4.37	0.30, p=0.760
PAIS-SR Toplam	45.23±14.73	42.65±18.49	0.80, p=0.421

*Seksüel ilişkiler alanına 83 hasta yanıt vermiştir

Tablo 4.3.11’de Behçet hastalarının algılanan sosyoekonomik düzeye göre hastalığa psikososyal uyum alt boyut ortalamaları verilmiştir. Tabloda sosyoekonomik düzeyini düşük olarak algılayanların (\bar{X} :48.52±19.43) PAIS-SR puan ortalamaları sosyoekonomik düzeyini orta ve yüksek olarak algılayanlara (\bar{X} :39.55±15.80) göre daha yüksek ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (t=2.40; p=0.018). Alt boyutlar incelendiğinde sosyoekonomik düzeyini düşük olarak algılayanların mesleki çevre (\bar{X} :7.94±3.82) ve sosyal çevre alt boyutu puanı (\bar{X} :8.47±5.12) sosyoekonomik düzeyini orta ve yüksek olarak algılayanlara göre daha yüksek olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (t=2.46, p=0.016; t=2.83, p=0.006).

Tablo 4.3.11. Behçet Hastalarının Algılanan Sosyoekonomik Düzeye Göre PAIS-SR Toplam ve Alt Boyut Ortalamaları (n=90)

PAIS-SR Alt Boyutları	Algılanan Sosyoekonomik Düzey		t ve p
	Düşük (n=36) $\bar{X} \pm SS$	Orta-Yüksek (n=54) $\bar{X} \pm SS$	
Sağlık Bakımına Oryantasyon	10.27±3.91	9.70±3.90	0.68, p=0.496
Mesleki Çevre	7.94±3.82	6.07±3.31	2.46, p=0.016
Aile Çevresi	6.91±4.01	5.51±3.64	1.71, p=0.091
Seksüel İlişkiler*	3.17±3.12	4.02±3.32	1.17, p=0.242
Geniş Aile İlişkileri	3.88±3.26	2.68±2.20	1.93, p=0.058
Sosyal Çevre	8.47±5.12	5.66±4.22	2.83, p=0.006
Psikolojik Baskı	7.94±5.07	6.33±3.48	1.66, p=0.102
PAIS-SR Toplam	48.52±19.43	39.55±15.80	2.40, p=0.018

*Seksüel ilişkiler alanına 83 hasta yanıt vermiştir

Behçet hastalarının hastaneye yatış sayısına göre hastalığa psikososyal uyum alt boyut ortalamaları Tablo 4.3.12’de verilmiştir. Tabloya göre hastaneye yatış sayısı ve hastalığa psikososyal uyum ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.3.12. Behçet Hastalarının Hastaneye Yatış Sayısına Göre PAIS-SR Toplam ve Alt Boyut Ortalamaları (n=90)

PAIS-SR Alt Boyutları	Hiç yatmayan (n=23) $\bar{X} \pm SS$	1-4 kez yatan (n=45) $\bar{X} \pm SS$	5 kez ve üstü (n=22) $\bar{X} \pm SS$	F ve p
Sağlık bakımına oryantasyon	9.52±3.81	10.48±3.94	9.22±3.87	0.94,p=0.392
Mesleki Çevre	6.86±3.34	6.28±3.67	7.86±3.71	1.41,p=0.250
Aile Çevresi	6.08±3.48	5.48±3.82	7.27±4.10	1.61,p=0.205
Seksüel ilişkiler*	4.04±4.11	3.70±2.92	3.11±2.98	0.40,p=0.669
Geniş aile ilişkileri	3.13±2.24	3.17±2.73	3.18±3.26	0.00,p=0.997
Sosyal çevre	7.08±4.24	6.40±5.05	7.27±4.89	0.30,p=0.741
Psikolojik Baskı	7.21±3.07	7.04±4.56	6.59±4.71	0.13,p=0.877
PAIS-SR toplam Puanı	43.60±16.24	42.51±17.34	43.95±20.84	0.05,p=0.944

*Seksüel ilişkiler alanına 83 hasta yanıt vermiştir.

Tablo 4.3.13’de Behçet hastalarının ilaç yan etkisi yaşama ile hastalığa psikososyal uyum alt boyutlarının ortalamaları verilmiştir. Tablo incelendiğinde ilaç yan etkisi yaşayanların (\bar{X} :48.67±17.76) PAIS-SR puan ortalamaları ilaç yan etkisi yaşamayanlara göre (\bar{X} :39.78±17.12) göre daha yüksek olup gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir (t=2.35; p=0.021). Alt boyutlar incelendiğinde ilaç yan etkisi yaşayanların mesleki çevre alt boyut puanı (\bar{X} :7.88±3.53) ve aile çevresi alt boyut puanı (\bar{X} :7.32±3.88) ilaç yan etkisi yaşamayanlara göre daha yüksek ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (sırasıyla t=2.20, p=0.030; t=2.46, p=0.016).

Tablo 4.3.13. Behçet Hastalarının İlaç Yan Etkisi Yaşama Durumuna Göre PAIS-SR Toplam ve Alt Boyut Ortalamaları (n=90)

PAIS-SR Alt Boyutları	İlaç yan etkisi		t ve p
	Yaşayan (n=34)	Yaşamayan (n=56)	
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	
Sağlık Bakımına Oryantasyon	9.64±3.75	10.10±3.99	0.54, p=0.590
Mesleki Çevre	7.88±3.53	6.17±3.55	2.20, p=0.030
Aile Çevresi	7.32±3.88	5.32±3.64	2.46, p=0.016
Seksüel İlişkiler*	4.27±3.85	3.26±2.74	1.30, p=0.197
Geniş Aile İlişkileri	3.85±2.93	2.75±2.53	1.88, p=0.063
Sosyal Çevre	8.00±4.81	6.05±4.65	1.88, p=0.061
Psikolojik Baskı	7.82±4.45	6.46±4.05	1.48, p=0.141
PAIS-SR Toplam	48.67±17.76	39.78±17.12	2.35, p=0.021

*Seksüel ilişkiler alanına 83 hasta yanıt vermiştir

Tablo 4.3.14'de Behçet hastalarının hastalığa veya tedaviye bağlı görünüm değişikliği yaşama durumuna göre hastalığa psikososyal uyum alt boyutlarının ortalamaları verilmiştir. Tabloda hastalığa ve tedaviye bağlı görünüm değişikliği yaşayanların (\bar{X} :45.86±18.51) PAIS-SR puan ortalamaları görünüm değişikliği yaşamayanlara (\bar{X} :37.70±15.12) göre daha yüksek ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir (t=2.09, p=0.039). Alt boyutlar incelendiğinde görünüm değişikliği yaşayanların psikolojik baskı alt boyut puanı (\bar{X} :7.61±4.49), görünüm değişikliği yaşamayanlara (\bar{X} :5.70±3.37) göre daha yüksek olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (t= 2.05, p=0.042)

Tablo 4.3.14. Behçet Hastalarının Hastalığa ve Tedaviye Bağlı Görünüm Değişikliği Yaşama Durumuna Göre PAIS-SR Toplam ve Alt Boyut Ortalamaları (n=90)

PAIS-SR Alt Boyutları	Görünüm Değişikliği		t ve p
	Olan (n=60) $\bar{X} \pm SS$	Olmayan(n=30) $\bar{X} \pm SS$	
Sağlık Bakımına Oryantasyon	10.21±4.16	9.36±3.28	0.97, p=0.332
Mesleki Çevre	7.26±3.59	5.93±3.57	1.66, p=0.100
Aile Çevresi	6.40±3.83	5.43±3.82	1.12, p=0.263
Seksüel İlişkiler*	4.05±3.49	2.85±2.53	1.77, p=0.080
Geniş Aile İlişkileri	3.41±2.90	2.66±2.29	1.23, p=0.221
Sosyal Çevre	7.16±4.82	6.03±4.68	1.06, p=0.292
Psikolojik Baskı	7.61±4.49	5.70±3.37	2.05, p=0.042
PAIS-SR Toplam	45.86±18.51	37.70±15.12	2.09, p=0.039

*Seksüel ilişkiler alanına 83 hasta yanıt vermiştir

Behçet hastalarının hastalığa ve tedaviye bağlı görünüm değişikliğinin kişinin kendisi ile ilgili düşüncelerini değiştirmesi durumuna göre hastalığa psikososyal uyum alt boyut ortalamaları Tablo 4.3.15’de verilmiştir. Tablo incelendiğinde kendisiyle ilgili düşünce değişikliği yaşayanların (\bar{X} :50.52±18.15) PAIS-SR puan ortalamaları böyle bir düşünce değişikliği yaşamayanlara (\bar{X} :39.76±17.49) göre daha yüksek ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir (t=2.31, p=0.024). Alt boyutlar incelendiğinde düşünce değişikliği yaşayanların aile çevresi alt boyutu (\bar{X} :7.29±4.14), düşünce değişikliği yaşamayanlara (\bar{X} :5.23±3.08) göre daha yüksek olup, gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlıdır (sırasıyla t=2.20, p=0.038).

Tablo 4.3.15. Behçet Hastalarının Hastalığa ve Tedaviye Bağlı Görünüm Değişikliği Sonucu Duygularda Değişim Yaşama Durumuna Göre PAIS-SR Toplam ve Alt Boyut Ortalamaları (n=90)

PAIS-SR Alt Boyutları	Duygularda Değişiklik		t ve p
	Olan (n=34) $\bar{X} \pm SS$	Olmayan(n=26) $\bar{X} \pm SS$	
Sağlık Bakımına Oryantasyon	10.58±3.98	9.73±4.41	0.78, p=0.434
Mesleki Çevre	7.97±3.55	6.34±3.50	1.76, p=0.083
Aile Çevresi	7.29±4.14	5.23±3.08	2.20, p=0.038
Seksüel İlişkiler*	4.44±4.01	3.45±2.46	1.13, p=0.260
Geniş Aile İlişkileri	3.88±3.16	2.80±2.46	1.43, p=0.158
Sosyal Çevre	8.05±4.93	6.00±4.50	1.66, p=0.102
Psikolojik Baskı	8.29±4.64	6.73±4.21	1.34, p=0.185
PAIS-SR Toplam	50.52±18.15	39.76±17.49	2.31, p=0.024

*Seksüel ilişkiler alanına 83 hasta yanıt vermiştir

Tablo 4.3.16’de Behçet hastalarının bedeni ve kendisiyle ilgili düşüncelerine göre hastalığa psikososyal uyum alt boyut ortalamaları verilmiştir. Tabloda kendimi ve bedenimi daha az beğeniyorum şeklinde düşüncelerini ifade eden hastaların (\bar{X} :50.03±17.88) PAIS-SR puan ortalamaları kendim ve bedenimle ilgili düşüncelerim değişmedi şeklinde düşüncelerini ifade edenlere (\bar{X} :39.52±16.80) göre daha yüksek ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($t=2.75$; $p=0.007$). Alt boyutlar incelendiğinde kendimi ve bedenimi daha az beğeniyorum şeklinde düşüncelerini ifade eden hastaların mesleki çevre alt boyut puanı (\bar{X} : 8.03± 3.44), aile çevresi alt boyut puanı (\bar{X} :7.58±3.91) ve sosyal çevre alt boyut puanı (\bar{X} :8.25±5.15) kendim ve bedenimle ilgili düşüncelerim değişmedi şeklinde düşüncelerini ifade edenlere göre daha yüksek ve gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (sırasıyla $t=2.35$, $p=0.021$; $t=2.79$, $p=0.006$; $t=2.15$, $p=0.034$).

Tablo 4.3.16. Behçet Hastalarının Bedeni ve Kendisiyle İlgili Düşüncelerine göre PAIS-SR Toplam ve Alt Boyut Ortalamaları (n=90)

PAIS-SR Alt Boyutları	Düşünceler		t ve p
	Olumsuz (n=31) $\bar{X} \pm SS$	Değişmeyen(n=59) $\bar{X} \pm SS$	
Sağlık Bakımına Oryantasyon	10.22±4.01	9.77±3.85	0.51, p=0.608
Mesleki Çevre	8.03±3.44	6.18±3.57	2.35, p=0.021
Aile Çevresi	7.58±3.91	5.28±3.58	2.79, p=0.006
Seksüel İlişkiler*	4.22±3.09	3.32±3.32	1.22, p=0.225
Geniş Aile İlişkileri	3.77±3.21	2.84±2.40	1.54, p=0.126
Sosyal Çevre	8.25±5.15	6.01±4.43	2.15, p=0.034
Psikolojik Baskı	7.93±4.49	6.47±4.04	1.56, p=0.121
PAIS-SR Toplam	50.03±17.88	39.52±16.80	2.75, p=0.007

*Seksüel ilişkiler alanına 83 hasta yanıt vermiştir

Behçet hastalarının depresyon riskine göre hastalığa psikososyal uyum alt boyut ortalamaları Tablo 4.3.17’de verilmiştir. Tablo incelendiğinde depresyon riski yüksek olan hastaların (\bar{X} :51.59±15.21) PAIS-SR puan ortalamaları depresyon riski düşük olanlara (\bar{X} :31.57±14.32) göre daha yüksek ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir (t=6.31, p=0.000). Alt boyutlar incelendiğinde depresyon riski yüksek olanların sağlık bakımına oryantasyon alt boyut puanı (\bar{X} :10.90±3.98), mesleki çevre alt boyut puanı (\bar{X} :7.69±3.36), aile çevresi alt boyut puanı (\bar{X} :7.73±3.47), geniş aile ilişkileri alt boyut puanı (\bar{X} :4.00±2.89), sosyal çevre alt boyut puanı (\bar{X} :8.82±4.60) ve psikolojik baskı alt boyut puanı (\bar{X} :8.59±3.94) depresyon riski düşük olanlara göre daha yüksek ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (sırasıyla t=2.87, p=0.005; t=2.76, p=0.007; t=5.50, p=0.000; t=3.61, p=0.001; t=5.43, p=0.000; t=4.71, p=0.000).

Tablo 4.3.17. Behçet Hastalarının Depresyon Riskine Göre PAIS-SR Toplam ve Alt Boyut Ortalamaları (n=90)

PAIS-SR Alt Boyutları	Depresyon Riski		t ve p
	Düşük (n=38) $\bar{X} \pm SS$	Yüksek (n=52) $\bar{X} \pm SS$	
Sağlık Bakımına Oryantasyon	8.60±3.38	10.90±3.98	2.87, p=0.005
Mesleki Çevre	5.63±3.66	7.69±3.36	2.76, p=0.007
Aile Çevresi	3.81±3.11	7.73±3.47	5.50, p=0.000
Seksüel İlişkiler*	2.97±2.62	4.16±3.58	1.67, p=0.098
Geniş Aile İlişkileri	2.02±2.01	4.00±2.89	3.61, p=0.001
Sosyal Çevre	4.00±3.46	8.82±4.60	5.43, p=0.000
Psikolojik Baskı	4.76±3.61	8.59±3.94	4.71, p=0.000
PAIS-SR Toplam	31.57±14.32	51.59±15.21	6.31, p=0.000

* Seksüel ilişkiler alanına 83 hasta yanıt vermiştir

Tablo 4.3.18’de anksiyete riskine göre hastalığa psikososyal uyum alt boyut ortalamaları verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi anksiyete riski yüksek olan hastaların (\bar{X} :58.52±19.10) PAIS-SR puan ortalamaları, anksiyete riski düşük olanlara (\bar{X} :39.09±15.09) göre daha yüksek olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (u=3.73; p=0.000). Alt boyutlar incelediğinde aile çevresi alt boyut puanı (\bar{X} :8.89±3.34), sosyal çevre alt boyut puanı (\bar{X} :9.73±5.70) ve psikolojik baskı alt boyut puanı (\bar{X} :11.42±3.64) anksiyete riski düşük olanlara göre daha yüksek ve gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (sırasıyla u=3.12, p=0.002; u=2.59, p=0.010; u=5.04, p=0.000)

Tablo 4.3.18. Behçet Hastalarının Anksiyete Riskine Göre PAIS-SR Toplam ve Alt Boyut Ortalamaları (n=90)

PAIS-SR Alt Boyutları	Anksiyete Riski		u ve p
	Düşük (n=71) $\bar{X} \pm SS$	Yüksek (n=19) $\bar{X} \pm SS$	
Sağlık Bakımına Oryantasyon	9.52±3.57	11.47±4.69	1.55, p=0.120
Mesleki Çevre	6.70±3.61	7.26±3.72	0.53, p=0.592
Aile Çevresi	5.32±3.34	8.89±4.34	3.12, p=0.002
Seksüel İlişkiler*	3.21±2.67	5.27±4.52	1.59, p=0.110
Geniş Aile İlişkileri	2.74±2.13	4.73±3.96	1.67, p=0.095
Sosyal Çevre	6.00±4.21	9.73±5.70	2.59, p=0.010
Psikolojik Baskı	5.78±3.55	11.42±3.64	5.04, p=0.000
PAIS-SR Toplam	39.02±15.09	58.52±19.10	3.73, p=0.000

* Seksüel ilişkiler alanına 83 hasta yanıt vermiştir

Tablo 4.3.19’de Behçet hastalarının sosyal destek durumuna göre hastalığa psikososyal uyum alt boyut ortalamaları verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi sosyal desteği olmayanların (\bar{X} :61.50±24.66) PAIS-SR toplam puan ortalamaları sosyal desteği olanlara (\bar{X} :41.35±16.09) göre daha yüksek olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (u=2.39; p=0.017). Alt gruplar incelendiğinde sosyal desteği olmayanların mesleki çevre alt boyut puanı (\bar{X} :9.75±3.84), aile çevresi alt boyut puanı (\bar{X} :10.75±5.28) ve geniş aile ilişkileri alt boyut puanı (\bar{X} :5.75±3.41) sosyal desteği olanlara göre daha yüksek olup gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (sırasıyla u=2.16, p=0.030; u=2.69, p=0.007; u=2.37, p=0.018).

Tablo 4.3.19. Behçet Hastalarının Sosyal Destek Durumuna Göre PAIS-SR Toplam ve Alt Boyut Ortalamaları (n=90)

PAIS-SR Alt Boyutları	Sosyal Destek		u ve p
	Olan (n=82) $\bar{X} \pm SS$	Olmayan (n=8) $\bar{X} \pm SS$	
Sağlık Bakımına Oryantasyon	9.87±3.72	10.50±5.63	0.06, p=0.949
Mesleki Çevre	6.53±3.49	9.75±3.84	2.16, p=0.030
Aile Çevresi	5.62±3.37	10.75±5.28	2.69, p=0.007
Seksüel İlişkiler*	3.50±3.36	5.12±2.85	1.62, p=0.103
Geniş Aile İlişkileri	2.91±2.53	5.75±3.41	2.37, p=0.018
Sosyal Çevre	6.47±4.65	10.00±5.23	1.87, p=0.061
Psikolojik Baskı	6.71±3.99	9.62±5.90	1.30, p=0.193
PAIS-SR Toplam	41.35±16.09	61.50±24.66	2.39, p=0.017

* Seksüel ilişkiler alanına 83 hasta yanıt vermiştir

Tablo 4.3.20’de Behçet hastalarının hastalığın prognozu ile ilgili düşüncelerine göre hastalığa psikososyal uyum alt boyut ortalamaları verilmiştir. Tabloda hastalığı devam eden bir durum olarak düşünenlerin (\bar{X} :43.59±17.88) PAIS-SR toplam puan ortalamaları hastalığı geçici (\bar{X} :40.00±24.04) yada ara ara gelen bir durum (\bar{X} :40.83±17.94) olarak düşünenlere göre daha yüksek olsa da gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.3.20 Behçet Hastalarının Hastalığın Prognozu İle İlgili Düşüncelerine Göre PAIS-SR Toplam ve Alt Boyut Ortalamaları (n=90)

PAIS-SR Alt Boyutları	Hastalığın prognozu ile ilgili düşünceler			KW ve p
	Geçici (n=2)	Devan Eden (n=76)	Ara Ara Gelen (n=12)	
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	
Sağlık Bakımına Oryantasyon	9.00±2.82	10.25±4.02	8.08±2.60	2.39,p=0.302
Mesleki Çevre	6.50±4.94	6.75±3.59	7.33±3.93	0.16,p=0.922
Aile Çevresi	6.00±5.65	6.01±3.80	6.50±4.18	0.28,p=0.869
Seksüel İlişkiler*	4.00±5.65	3.60±2.88	3.91±4.94	0.26,p=0.874
Geniş Aile İlişkileri	2.50±3.53	3.27±2.79	2.58±2.31	0.64,p=0.724
Sosyal Çevre	6.00±2.82	6.96±4.99	5.83±3.61	0.25,p=0.881
Psikolojik Baskı	6.00±4.24	7.06±4.31	6.58±4.05	0.15,p=0.925
PAIS-SR Toplam	40.00±24.04	43.59±17.88	40.83±17.94	0.24,p=0.887

*Seksüel ilişkiler alanına 83 hasta yanıt vermiştir.

Behçet hastalarının hastalığı algılama şekline göre hastalığa psikososyal uyum alt boyut ortalamaları Tablo 4.3.21’de verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi hastalığı zarar veren bir durum olarak algılayanların (\bar{X} :69.85±15.22) PAIS-SR toplam puan ortalamaları hastalığı tehdit (\bar{X} :38.22±12.65), kayıp (\bar{X} :50.18±15.37) ve mücadele edilmesi gereken bir durum (\bar{X} :36.06±15.09) olarak algılayanlara göre daha yüksek olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (KW=25.21; p=0.000). Alt boyutlar incelendiğinde hastalığı zarar veren bir durum olarak algılayanların sağlık bakımına oryantasyon alt boyut puanı (\bar{X} :14.85±4.37), aile çevresi alt boyut puanı (\bar{X} :10.57±2.50), seksüel ilişkiler alt boyut puanı (\bar{X} :8.00±4.54), geniş aile ilişkileri alt boyut puanı (\bar{X} :5.71±2.75), sosyal çevre alt boyut puanı (\bar{X} :11.00±3.74) ve psikolojik baskı alt boyut puanı (\bar{X} :11.71±3.72) hastalığı tehdit eden, kayba neden olan ve mücadele edilmesi gereken bir durum olarak algılayanlara göre daha yüksek ve gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (sırasıyla KW=21.13, p=0.000; KW=23.09, p=0.000; KW=9.90, p=0.019; KW=13.02, p=0.005; KW=15.23, p=0.002; KW=9.76; p=0.021).

Tablo 4.3.21 Behçet Hastalarının Hastalığı Algılama Şekline Göre PAIS-SR Toplam ve Alt Boyut Ortalamaları (n=90)

PAIS-SR Alt Boyutları	Hastalığı algılama şekli				KW ve p
	Zarar (n=7)	Tehdit (n=9)	Kayıp (n=27)	Mücadele (n=47)	
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	
Sağlık Bakımına Oryantasyon	14.85±4.37	12.44±4.18	10.74±3.57	8.25±2.89	21.13, p=0.000
Mesleki Çevre	8.00±3.95	5.44±3.32	7.88±3.69	6.29±3.49	4.91, p=0.178
Aile Çevresi	10.57±2.50	3.33±2.06	7.85±4.00	4.91±3.18	23.09, p=0.000
Seksüel İlişkiler*	8.00±4.54	2.77±2.38	3.80±3.00	3.04±2.81	9.90, p=0.019
Geniş Aile İlişkileri	5.71±2.75	2.33±1.41	4.03±3.00	2.44±2.42	13.02, p=0.005
Sosyal Çevre	11.00±3.74	5.11±4.56	8.85±4.88	5.29±4.15	15.23, p=0.002
Psikolojik Baskı	11.71±3.72	6.77±3.45	7.29±4.82	6.12±3.66	9.76, p=0.021
PAIS-SR Toplam	69.85±15.22	38.22±12.65	50.18±15.37	36.06±15.09	25.21, p=0.000

*Seksüel ilişkiler alanına 83 hasta yanıt vermiştir.

Behçet hastalarının sağlık durumlarıyla ilgili algıladıkları bilgi düzeyine göre hastalığa psikososyal uyum alt boyut ortalamaları Tablo 4.3.22’de verilmiştir. Tabloda sağlık durumuyla ilgili bilgisini yetersiz olarak algılayan hastaların (\bar{X} :69.66±17.58) PAIS-SR toplam puan ortalamaları sağlık durumuyla ilgili bilgisini yeterli (\bar{X} :40.81±17.39) ve kısmen yeterli (\bar{X} :41.52±15.77) olarak algılayanlara göre daha yüksek ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir (KW=10.67, p=0.005). Alt boyutlar incelendiğinde sağlık durumuyla ilgili bilgisini yetersiz olarak algılayan hastaların sağlık bakımına oryantasyon alt boyut puanı (\bar{X} :16.00±4.28), mesleki çevre alt boyut puanı (\bar{X} :9.00±4.38) ve psikolojik baskı alt boyut puanı (\bar{X} :13.00±3.79) sağlık bilgisini yeterli ve kısmen yeterli olarak algılayan hastalara göre daha yüksek olup, gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (sırasıyla KW=26.44, p=0.000; KW=8.12, p=0.016; KW=10.43, p=0.005).

Tablo 4.3.22. Behçet Hastalarının Sağlık Durumuyla İlgili Algılanan Bilgi Düzeyine Göre PAIS-SR Toplam ve Alt Boyut Ortalamaları (n=90)

PAIS-SR Alt Boyutları	Algılanan Bilgi Düzeyi			KW ve p
	Yeterli (n=33)	Kısmen Yeterli (n=51)	Yetersiz (n=6)	
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	
Sağlık Bakımına Oryantasyon	7.51±2.27	10.78±3.57	16.00±4.28	26.44, p=0.000
Mesleki Çevre	7.96±3.77	5.82±3.14	9.00±4.38	8.21, p=0.016
Aile Çevresi	5.87±4.24	5.80±3.34	9.50±4.50	4.29, p=0.117
Seksüel İlişkiler*	3.38±3.65	3.63±2.97	5.33±3.07	2.48, p=0.288
Geniş Aile İlişkileri	3.24±2.70	2.76±2.32	6.16±4.40	4.35, p=0.113
Sosyal Çevre	6.75±4.82	6.35±4.63	10.66±4.88	3.81, p=0.148
Psikolojik Baskı	6.27±4.37	6.72±3.67	13.00±3.79	10.43, p=0.005
PAIS-SR Toplam	40.81±17.39	41.52±15.77	69.66±17.58	10.67, p=0.005

*Seksüel ilişkiler alanına 83 hasta yanıt vermiştir.

Tablo 4.3.23'te araştırmaya katılan Behçet hastalarının PAIS-SR toplam puan ortalaması ile hastanın hastalığı, tıbbi bakım ve tedavisi ve günlük belirtileri üzerindeki kişisel kontrolü ve genel durumundan memnuniyeti arasındaki ilişki incelenmiştir. Tablo incelendiğinde hastalığa psikososyal uyum puanı ile hastanın hastalığı, tıbbi bakım ve tedavisi ve günlük belirtileri üzerindeki kişisel kontrolü ve genel durumundan memnuniyeti arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır (sırasıyla $r=-.432$, $p=0.000$; $r=-.246$, $p=0.019$; $r=-.460$, $p=0.000$; $r=-.625$, $p=0.000$). Yani hastanın hastalığı, tıbbi bakım ve tedavisi, günlük belirtileri üzerindeki kontrolü ve genel durumundan memnuniyeti azaldıkça psikososyal uyum puanı artmakta ve hastalığa psikososyal uyum kötüleşmektedir. Tabloya göre PAIS-SR toplam puan ortalaması ile hastanın kullandığı ilaç sayısı, HAD-Anksiyete puanı ve HAD-Depresyon puanı arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir (sırasıyla $r=.278$, $p=0.008$, $r=.555$, $p=0.000$; $r=.660$, $p=0.000$). Hastanın kullandığı ilaç sayısı, HAD-Depresyon puanı ve HAD-Anksiyete puanı arttıkça PAIS-SR toplam puanı da artmakta ve hastalığa uyum kötüleşmektedir. PAIS-SR toplam puanı ile yaş ve algılanan sosyal destekten memnuniyet arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 4.3.23).

Tablo 4.3.23. PAIS-SR lçeği Toplam Puan Ortalaması ile Behçet Hastalarının Hastalık, Tıbbi Bakım ve Tedavisi, Günlük Belirtileri zerindeki Kontrol Algısı ve Genel Durumundan Memnuniyeti Arasındaki İlişki (n=90)

DEğİŞKENLER	PAIS-SR Toplam puan	
	r	P
Yaş	-,047	p=0.661
Hastalık zerindeki algılanan kontrol	-.432	p=0.000
Tıbbi bakım ve tedavi üzerinde algılanan kontrol	-.246	p=0.019
Günlük belirtiler üzerinde algılanan kontrol	-.460	p=0.000
Genel durumundan memnuniyet	-.625	p=0.000
Kullandığı ilaç sayısı	.278	p=0.008
HAD-Anksiyete puanı	,555	p=0.000
HAD-Depresyon puanı	,660	p=0.000
Aldığı sosyal destekten memnuniyet	-,127	p=0.256

5.TARTIŞMA

5.1. Araştırmaya Katılan Hastaların Sosyodemografik, Hastalık ve

Sağlık Özellikleri

Araştırmaya katılan Behçet hastalarının çoğunluğunun erkek (%71.1), 18-35 yaş grubunda (%46.7) ve yaş ortalamalarının 36.73 ± 9.34 (min:18-max:60) olduğu, çoğunun evli (%80), çocuk sahibi (%89.6) olduğu ve eşi ve çocukları ile yaşadığı (%65.6), ilkokul ve altı öğrenim düzeyinde (%50.2) olduğu, hastaların yarısından fazlasının (%51.1) eve gelir getiren herhangi bir işte çalışmadığı, çalışanların çoğunun (%79.5) işçi olarak çalıştığı, sosyoekonomik düzeyini orta ve iyi seviyede algıladığı (%60) ve hemen hemen hepsinin (%96.7) sağlık güvencesinin bulunduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1.1).

Araştırmaya katılan Behçet hastalarının %38.9'unun hastalık süresinin on yıldan daha fazla, hastalık süresinin ortalama 8.75 ± 5.91 (min:3 ay-max:28.5 yıl) olduğu, %50'sinin hastalığı süresince 1-4 kez hastaneye yattığı saptanmıştır (Tablo 4.1.2). Hastaların komplikasyonlar nedeniyle hastaneye yatması, Behçet hastalığının ataklar şeklinde seyretmesi ve birçok organı tutabilmesi nedeniyledir. Behçet hastaları yatarak tedavi görmek durumunda kalabilmekte ve hastalığın şiddeti arttıkça yatış sayısı da artmaktadır.

Behçet hastalığına bağlı gelişen komplikasyonlar incelendiğinde, hastaların yarıya yakınında (%48.9) göz tutulumunun yanı sıra mukokütenöz tutulum, %8.9'unda eklem tutulumu ve %1.1'inde nörolojik tutulumu olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1.2). Mukokütenöz tutulum hastalığın belirtilerinin başkaları tarafından fark edilmesine neden olmakta, eklem tutulumu ve nörolojik tutulum ise hastaların günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmelerini engelleyebilmektedir. Araştırmaya katılan hastaların hepsinde göz tutulumu vardır. Bu durum araştırmanın yapıldığı hastanenin özel dal hastanesi (göz hastanesi) olmasından kaynaklanmıştır ve komplikasyon gelişmemiş hastaların incelenememesi araştırmanın sınırlılıkları arasında sayılabilir.

Çalışmada Behçet hastalarının çoğu sağlık durumuyla ilgili bilgi düzeyini kısmen yeterli ve yetersiz olarak (toplam %63.4) tanımlamışlardır (Tablo 4.1.2). Behçet hastalığı; kronik, sistemik ve ataklarla seyreden bir hastalık olduğu için hastanın hastalığı ve tedavisi hakkında bilgi sahibi olması hastalığın yönetimi açısından önemlidir. Hastanın sağlık durumuyla ilgili bilgi düzeyinin yeterli olması

hastanın hastalığı üzerindeki kontrol duygusunu ve hastalığa ve tedaviye uyumunu artırmakta, anksiyeteyi azaltmaktadır. Havlucu (2006)'nın çalışmasında Behçet hastalarının bilgi durumları değerlendirilmiş, deney grubundaki hastalar hastalığın nedenleri gelişimi ve klinik seyri konusundaki sorulara doğru yanıt verirken, kontrol grubunun Behçet hastalığı ile ilgili yeterli bilgisinin olmadığı saptanmıştır. Çalışmada hastaların çoğunun sağlık durumuyla ilgili bilgi düzeyini kısmen yeterli ya da yetersiz olarak algılaması bu konuda eğitim ihtiyacını ortaya koymaktadır.

Araştırmaya katılan Behçet hastalarının %18.9'u Behçet hastalığı dışında başka bir kronik hastalığa daha sahiptir ve en çok görülen kronik hastalık hipertansiyondur (%40). Çalışmada hastaların günde ortalama 3.88 ± 2.94 (min:0-max:12) ilaç kullandıkları, %38.7'sinin ilaç yan etkisi yaşadıkları ve en çok (%52.9) gastrointestinal sistemle ilgili yan etkiler deneyimledikleri saptanmıştır (Tablo 4.1.2). HIV/AIDS hastalarıyla yapılan bir çalışmada kullanılan ilaç sayısının fazlalığının ve ilaç yan etkilerinin tedaviye uyumu olumsuz yönde etkilediği bildirilmektedir (akt. Akıncı ve Öz, 2003)

Araştırmaya katılan hastaların çoğunun hastalığa ve tedaviye bağlı görünüm değişikliği yaşadığı (%66.7), görünüm değişikliği yaşayanların yarısından çoğunun (%53.4) bu görünüm değişikliğinin başkaları tarafından fark edildiğini bildirdiği, %46.6'sının stigma içeren (şaşıрма, nedenini sorma, acıma, bulaşıcı olduğunu düşünme) tepkiler aldığı ve çoğunun görünüm değişikliğine bağlı kendisiyle ilgili duygularında ve düşüncelerinde değişiklik (%56.7) yaşadıkları belirlenmiştir (Tablo 4.1.3). Behçet hastalığında görünüm değişikliği; deri bulgularından, eklem tutulumu sonucu hareketlerdeki kısıtlılıktan ya da kullanılan ilaçların etkisi sonucu kilo ile ilgili problemlerden kaynaklı olabilmektedir. Bedendeki gözle görünür değişiklikler ve değişikliklere gösterilen tepkiler, hastaların psikolojik durumunu etkilediğinden önemli görülmektedir. Polat (2006)'ın hemodiyaliz hastalarıyla yaptığı çalışmada bedeninde değişim olan hastaların beden imajının bedeninde değişiklik olmayan hastalara göre daha düşük olduğunu ve bunun meydana gelen değişikliklerin görünür olmasından kaynaklandığını saptamıştır. Sürekli ayaktan periton diyalizi uygulanan hastalarla yapılan başka bir çalışmada (Tan ve Karabulut, 2004); gerek fonksiyon kaybı gerekse hastalığın neden olduğu görünüm değişikliği nedeniyle hastaların benlik saygısı ve beden imgelerinin düşük olduğu saptanmıştır Araştırmadan elde

edilen bulgu literatür ışığında incelendiğinde, hastaların beden imajı ve benlik saygısı açısından sorun yaşayabileceklerini düşündürmektedir.

Çalışmada Behçet hastalarının en fazla tıbbi bakım ve tedavi (\bar{X} :7.56 \pm 2.26; min:0-max:10) üzerinde kişisel kontrole sahip olduklarını düşündükleri, hastalığın seyri üzerinde orta düzeyde (\bar{X} :5.08 \pm 2.82 ;min:0-max:10), günlük belirtiler üzerinde ise orta düzeyin altında (\bar{X} :4.27 \pm 3.03 ;min:0-max:10) kişisel kontrole sahip olduklarını düşündükleri belirlenmiştir (Tablo 4.1.3). Behçet hastalığının nedeninin bilinmemesi, belirli bir tedavisinin olmaması nedeniyle yaşanan belirsizliğin yanı sıra hastalık nedeniyle oluşan fonksiyon kaybı ve hastanın günlük yaşantısını etkileyen hastalık belirtileri hastanın kontrol duygusunu azalmasına neden olabilir. Literatürde sağlığı üzerinde kontrolü olduğuna inanan bireylerin sağlığı geliştirici aktivitelerle ve tedaviye uyumla daha çok ilgilendiği (Shaw ve ark. 2003), kontrol duygusu arttıkça ruh sağlığının düzeldiği ve stresle daha iyi başedildiği (Thompson and Spacapan 1991) bildirilmektedir. Kontrol duygusu ile sağlık arasında önemli bir ilişki vardır. Femur başı kırığı olan hastalarla yapılan bir çalışmada (Shaw ve ark. 2003); fiziksel yetersizlik azaldıkça ve hastanın günlük yaşamında bağımsızlığı arttıkça, kontrol duygusunun arttığı saptanmıştır. Thompson ve arkadaşlarının (1993) kanser hastalarıyla yaptığı çalışmada da benzer şekilde fiziksel fonksiyon seviyesi yüksek olan hastaların kontrol duygusunun da yüksek olduğu, daha çok fiziksel kısıtlılık yaşayan kanser hastalarının kontrol duygusu azaldıkça uyumun da azaldığı belirlenmiştir.

Behçet hastalarının çoğunun, hastalığı mücadele ettikleri bir durum (%52.2) olarak algıladıkları ve hastalığın prognozunu devam eden bir durum (%84.5) olarak tanımladıkları belirlenmiştir (Tablo 4.1.5). Hastalığın meydan okuma-mücadele edilmesi gereken bir durum veya tehdit olarak algılandığında değişimin normal ve uyarıcı olduğuna inanılır. Hastalıklar birçok kişi için bu anlama sahiptir ve bu durumda kişi hastalıkla aktif olarak uğraşır. Hastalığı mücadele-değişim olarak algılayan kişi; ağrının, acının, bozukluğun etkisini ne inkar eder ne de abartır. Bozulan fonksiyonu telafi etme çabalarından, konuyla ilgili obsesif bilgi aramadan ziyade amaçlı bir şekilde durumun olumlu yönlerini alarak, tedavisi için iyi olan şeyleri belirler ve tedaviye etkin bir şekilde katılır. Tıbbi yetkiyi değiştirmeye çalışmaz ve hastalığa uyumlu davranışlar gösterir (Cress ve ark. 2001; Kaçmaz

2003.). Kaçmaz (2003) kronik hastalığı olan hastalarla yaptığı çalışmada hastaların %47'si hastalığı tamamen mücadele edilmesi gereken bir durum olarak değerlendirirken, %40.4'ünün prognozu devam eden bir durum olarak algıladıklarını saptamıştır. Çalışmada; hastalığı mücadele edilmesi gerekenlerin oranının Kaçmaz'ın çalışmasından yüksek çıkması, Behçet hastalığının ataklarla devam etmesinden kaynaklı olduğunu düşündürmektedir.

5.2. Araştırmaya Katılan Behçet Hastalarının Hastane Anksiyete Depresyon (HAD) Ölçeği Puanları ve Sosyal Destek Durumları

Çalışmada Behçet hastalarının çoğunluğunun (%91.1) sosyal desteğe sahip olduğu ve aldıkları sosyal destekten memnuniyetin orta düzeyin üzerinde olduğu (\bar{X} :6.54±0.89; min:0-max:7) belirlenmiştir (Tablo 4.2.1). Sosyal destek, stres verici olayların değerlendirilmesini değiştirerek ya da stres deneyimi ve stresin olumsuz sonuçları arasındaki ilişkiyi tekrar değerlendirilmesini sağlayarak, etkin olmayan cevapları azaltır ya da etkin cevapları kolaylaştırır. Böylece stresin olumsuz etkisini azaltıcı bir tampon gibi görev yapar (Johnson, 1997). Algılanan sosyal destek, bir anlamda kişinin kendine biçtiği genel değerdir. Başkaları tarafından sevildiğini, sayıldığını, gerektiğinde yardım bulabileceğini, ilişkilerinin doyum verici olduğunu düşünen kişinin algıladığı destek fazladır (Ardahan, 2005). Çalışmada Behçet hastalarının sosyal destek açısından yeterli kaynağa sahip oldukları ve aldıkları sosyal destekten memnun kaldıkları görülmüştür. Bu durum ortaya çıkabilecek psikososyal sorunlara karşı tampon görevi göreceğinden hastalara fark ettirilmesi gereken bir durum olarak ele alınmalıdır.

Göz ve arkadaşları (2007)'nin diyabetli hastalarla yaptıkları bir çalışmada yüksek düzeydeki sosyal desteğin uyumun artmasına, belirsizliğin azalmasına ve hastaların hastalığı daha iyi kontrol edebilmesine ve sonuç olarak daha iyi uyum sağlamasına yardımcı olduğu, sosyal destek azaldıkça yaşam kalitesinin azaldığı saptanmıştır. Kara ve Mirici (2004)'nin KOAH'lı hastalarla yaptıkları çalışmada da sosyal destek arttıkça hastaların depresyonunun ve yalnızlık duygusunun azaldığı belirlenmiştir. Kronik böbrek hastalığı olan hastalarla yapılan çalışmalarda; sosyal desteğin yüksek olmasının ve kişinin genel durumundan memnuniyetinin yüksek olmasının depresif semptomların azalmasıyla ilişkili olduğu (Hoth ve ark, 2007), aileden alınan sosyal destek arttıkça umutsuzluğun azaldığı (Tan ve ark, 2005) ve

sosyal desteğin diyaliz hastalarında psikolojik uyumu geliştirmede etkili olduğu (Elal ve Kerespi, 1999) saptanmıştır. Yapılan başka bir çalışmada; ilk defa miyokard infarktüsü geçiren hastalarda dşk seviyedeki sosyal desteğin ve destekten memnuniyetsizliğin kardiyak olayın tekrarlama riskini artırdığı saptanmıştır (Pedersen ve ark, 2004).

Araştırmaya katılan Behçet hastalarının anksiyete puan ortalamaları $7,83\pm 4,10$ (min:0-max:21) olup, %21.1'inde anksiyete riskinin yüksek olduğu ve depresyon puan ortalamaları $8,02\pm 3,96$ (min:0-max:21) olup, hastaların %57.8'inin depresyon riski yüksek bulunmuştur (Tablo 4.2.4). Havlucu (2006)'nun 33 Behçet hastası ve 33 sağlıklı bireyle Hastane Depresyon leği kullanarak yaptđđ çalışmada, Behçet hastalarının anksiyete puan ortalaması $9,09\pm 4,08$ (min:0-max:21) ve depresyon puan ortalaması $6,72\pm 5,05$ (min:0-max:21) bulunmuştur. Aynı çalışmada sistemik tutulumu olan hastaların sadece mukokütanöz tutulumu olan hastalara göre anksiyete ve depresyon puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu alışmada Havlucu'nun çalışmasından farklı olarak anksiyete puanı daha dşk, depresyon puanı daha yüksek bulunmuştur. Bu durumun örneklemdeki hastaların hepsinde göz tutulumunun olması ve eşlik eden başka tutulumların olmasının neden olduğu kayıplarla ilgili olduğu düşünülmektedir.

Bedensel hastalıklara en sık eşlik eden bozukluklar, anksiyete ve depresyondur. Anksiyete ve depresyon; hastanın uyumunu, bakımını, yaşam kalitesini, tedavi süresini ve masraflarını, düzelme ve iyilik halini, hastalığın gidişatını, morbidite ve mortaliteyi olumsuz yönde etkilemektedir (zkan, 1994; Kayahan ve Sertbaş, 2007). Kronik hastalarda bazı endişe ve korkular ortaya çıkmaktadır. Bunlar arasında; sağlığın tehdit altında olması, beden imgesinin zedelenmesi, kontrolün yitilmesi, başkalarına bağımlı olma düşüncesi, iş ve ekonomik yaşamda yitimlere uğrama kaygısı, gelecekte olumsuz beklentiler sayılabilir. Bedensel hastalığı olanlarda anksiyetenin ortaya çıkmasına ve artmasına neden olan etkenler, hastalığın doğası, öldürücülüğü ve yarattđđ yetiyitimi, hastada yarattđđ olumsuz otomatik düşünceler, işlevsel olmayan başetme stratejilerinin kullanılması, önerilen tedavi biçimi seçenekleri, tedavi ortamının kötü koşulları, hastaneye yatmanın getirdiği sorunlar, uygulanan girişimlerin yabancı ve korkutucu oluşu, sosyal destek yetersizliği, sosyal güvencenin olmaması, tedavi ekibinin

olumsuz ilişki kurması ve uygun olmayan tutum ve davranışlar göstermesi ve hastanın sağlığı hakkındaki bilgi eksikliğidir (Özmen ve ark, 1997). Kronik hastalığın, hastanede yatmanın getirdiği zorlanmalar, hastalık nedeniyle ortaya çıkan görünüm değişikliği, kullanılan ilaçlar, hastalığın neden olduğu fizyolojik ve sosyal işlev kayıpları, hastalık hakkındaki bilgi eksikliği, sosyal destek eksikliği ve sosyal işlevlerin bozulması kronik hastalıkta depresyona neden olan etkenlerdir (Özkan, 1994).

Behçet hastalığında yaşanan anksiyete ve depresyonun nedeni kesin olarak bilinmemekle birlikte, bunun Behçet hastalığının kronik bir hastalık olmasından, uzun süreli klinik seyri ve ciddi komplikasyonlarından kaynaklı olabileceği düşünülmektedir. Literatürde (Çalikoğlu ve ark., 2001; Tanrıverdi ve ark., 2003; Eren ve ark., 2004; Uğuz ve ark., 2006) Behçet hastalarının anksiyete ve depresyon düzeylerinin yüksek olduğu belirtilmektedir. Behçet hastalarının anksiyete ve depresyon düzeylerinin incelendiği, Beck Depresyon Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği kullanılarak yapılan çalışmalarda Behçet hastaları ile kontrol grubunun depresyon ve anksiyete düzeyleri karşılaştırılmış ve Behçet hastalarının anksiyete ve depresyon puanları kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur. Tanrıverdi ve arkadaşları (2003)'nin çalışmasında, anksiyete ağrı ile ilişkili bulunmuştur.

Karlıdağ ve arkadaşları (2003) çalışmalarında, Hamilton Depresyon Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği kullanarak, 34 Behçet hastasını ve 43 sağlıklı kontrolü incelemişler ve Behçet hastalarının anksiyete ve depresyon ölçek puanlarını daha yüksek bulmuşlardır. Kortikosteroid kullanan ya da hiç ilaç kullanmayan hastaların anksiyete ve depresyon puanları arasında istatistiksel olarak bir fark saptanmamışken, günlük yaşamda ve sağlık problemleri ile uğraşmada zorluk çekenlerin, hastalığı ataklar şeklinde seyredenlerin, yeme problemi yaşayanların depresyon hastalığı sinsi başlayanların, sosyal etkileşimlerde güçlük çekenlerin, yeme problemi yaşayanların ve geçmişte psikiyatrik öyküsü olanların anksiyete puanlarının yüksek olduğunu saptamışlardır. Aslan ve ark (1996), Beck Depresyon Ölçeği kullanarak yaptıkları çalışmada; sık ve şiddetli atak geçiren, görme kaybı ileri düzeyde olan ve kortikosteroid kullanan hastaların depresyon puanlarının yüksek olduğunu belirlemişlerdir. Gür ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında da Behçet hastalarının anksiyete ve depresyon düzeyleri yüksek bulunmuş ancak bu sonucun

hastalığın primer bir bulgusu mu yoksa uzun süreli klinik seyir ve Behçet hastalığının ciddi komplikasyonlarından mı kaynaklandığını ortaya koymanın zor olduğunu bildirmişlerdir. Burkan'ın çalışmasında (2003) da Behçet hastalarının depresyon ve anksiyete düzeyleri kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur.

5.3. Behçet Hastalarının Hastalığa Psikososyal Uyum Düzeyleri ve Psikososyal Uyumun Bazı Değişkenler Açısından İncelemesi

PAIS-SR ölçeğinin değerlendirilmesinde 35'in altındaki puanlar iyi, 35-51 arası puanlar orta ve 51'in üstündeki puanlar kötü psikososyal uyumu göstermektedir. Araştırmaya katılan Behçet hastalarının %32.2'sinin hastalıklarına iyi uyuma, %37.8'inin orta düzeyde uyuma ve %30.0'nın kötü uyuma sahip olduğu (Tablo 4.2.2) ve hastaların PAIS-SR toplam puan ortalamasının 43.14 ± 17.80 (min:0-max:138) olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2.3). En çok etkilenen boyutların sırasıyla sağlık bakımına oryantasyon ($\bar{X}=9.93 \pm 3.89$), mesleki çevre ($\bar{X}=6.82 \pm 3.62$), aile çevresi ($\bar{X}=6.07 \pm 3.84$), sosyal çevre ($\bar{X}=6.78 \pm 4.78$) ve psikolojik baskı ($\bar{X}=6.97 \pm 4.23$) olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2.3).

Behçet hastalığında hastalar kronik ataklar nedeniyle çok sık hastaneye yatmak zorunda ya da düzenli olarak kontrollerini yaptırmak durumundadırlar. Hastalığın komplikasyonlarının erken fark edilmesi, gerekli önlemlerin alınması ve tedavin etkili olabilmesi için sağlık bakımına oryantasyon önem kazanmaktadır. Çalışmada Behçet hastalarının bu alanda güçlük çekmeleri hastaların %74.4'ünün hastalıkları süresince bir ya da birden çok kez hastaneye yatmaları, birçok yerde Behçet polikliniği olmadığı için il dışından Ankara'ya gelmek zorunda kalmaları ve en önemlisi %63.4'ünün hastalıkları hakkında yeterli bilgiye sahip olmamaları ile açıklanabilir.

Behçet hastalığı fonksiyon kaybına neden olan bir hastalıktır. Hasta göz tutulumu nedeniyle görme, eklem tutulumu nedeniyle yürüme fonksiyonunu kaybedebilmektedir. Bu durum hastanın mesleğini devam ettirmede güçlük çekmesine ya da işini kaybetmesine neden olmaktadır. Mesleki çevrenin etkilenmesi ile çalışmaya katılan Behçet hastalarının %11.1'inin hastalık nedeniyle emekli olmak zorunda kalmalarının ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Larenks kanseri olan hastalarla yapılan bir çalışmada (Ramirez ve ark., 2003) total larenjektomi yapılan hastaların PAIS-SR toplam puan ortalaması 54.93 ve total

larenjektomi yapılmayan hastalara göre daha yüksek bulunmuş, bunun total larenjektomi yapılan hastaların geri dönüşsüz olarak yaşadığı fonksiyon kaybı ile ilişkili olduğu ve en çok aile ve mesleki çevre alanlarının etkilendiği saptanmıştır. Retina pigmemantasyonuna bağlı görme kaybı yaşayan hastaların psikososyal uyumların incelendiği bir çalışmada (Jangra ve ark., 2007); PAIS-SR toplam puan ortalamasının 58 ± 8 olduğu ve en çok sağlık bakımına oryantasyon, mesleki çevre, sosyal çevre ve geniş aile ilişkilerinin etkilendiği saptanmıştır. Akın (2003)'ın kalp yetmezliği olan hastalarla yaptığı çalışmasında toplam PAIS-SR puanı ortalamasının 52.28 ± 19.73 (min:0-max:138) olduğu ve en çok etkilenen alanların; mesleki çevre, sosyal çevre ve psikolojik baskı alanları olduğu belirlenmiştir. Literatürle karşılaştırıldığında; Behçet hastalarının psikososyal uyumlarının, diğer hasta gruplarından daha iyi (PAIS-SR toplam puanının daha düşük) olduğu görülmektedir. Bu durum, incelenen diğer hastalıklardaki yaşanan fonksiyon kayıplarının (konuşma, görme, hareket vb.) ileri derecede ve kalıcı olması ile açıklanabilir.

Kaçmaz (2003)'ın, fiziksel hastalığı olan hastaların hastalığa psikososyal uyum düzeylerini incelediği çalışmasında; psikososyal uyum puanı ortalaması 1.02 ± 0.41 (min:0.7-max:2.26), olup hastaların %47.5'inin hastalığa uyumlarının kötü olduğu ve en çok sosyal ve mesleki çevre boyutunda psikososyal uyumun kötü-zayıf olduğu bunu, sağlık bakımı, psikolojik durum ve seksüel ilişkiler boyutlarının izlediği saptanmıştır. Adaylar (1995)'ın akut ve kronik hastalığı olanlarla yaptığı çalışmasında; kronik vakaların PAIS-SR toplam puan ortalaması 56.91 ± 18.4 olarak saptanmış, en çok aile çevresi, sosyal ilişkiler ve mesleki çevre alt boyutlarının etkilendiği belirlenmiştir. Diyabetli hastalarla yapılan bir çalışmada (Aydın, 2005); PAIS-SR toplam puan ortalamasının 40.10 ± 16.80 (min:0-max:138) olduğu, hastaların %25.8'inin kötü psikososyal uyuma sahip oldukları saptanmıştır. Çavdar (1999)'ın kolostomi hastalarıyla yaptığı çalışmasında; PAIS-SR toplam puan ortalamasının 42.46, en çok etkilenen alt boyutların sağlık bakımına oryantasyon ve seksüel ilişkiler alanları olduğu belirlenmiştir. Araştırmadan elde edilen bulgu literatürle uyumludur.

Araştırmaya katılan Behçet hastalarının yaş gruplarına göre PAIS-SR toplam puan ortalaması incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamakla birlikte, mesleki çevre alt boyutunda 36-50 yaş grubunun ($\bar{X} : 7.75\pm 3.96$) mesleki

çevre alt boyutunda 18-35 yaş grubuna (\bar{X} :6.33±3.01) ve 51 yaş ve üstü yaş grubuna (\bar{X} :4.28±3.54) göre daha çok sorun yaşadığı ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (KW=6.96; p<0.05). Bu bulgu 36-50 yaş grubunda hastalığa bağlı komplikasyonların ortaya çıkmasına ve komplikasyonların bu yaş grubunda daha aktif olan çalışma hayatını olumsuz etkilediğini düşündürmektedir. Akın (2003)'in kalp yetmezliği olan hastaların hastalığa psikososyal uyumunu incelediği çalışmada; psikososyal uyumun yaşa göre değişmediğini belirlemiştir. Araştırmadan elde edilen sonucun bu çalışmayla uyumlu olduğu görülmektedir.

Kaçmaz (2003) kronik hastalığı olan hastalarla yaptığı çalışmada; 18-36 yaş grubundaki hastaların 37-65 yaş grubundaki hastalara göre psikososyal uyumunun 2.26 kat daha kötü olduğunu saptamıştır. Watt ve arkadaşlarının (1997), kronik hastalığı olan hastaların yaşa göre hastalığa psikososyal uyumu inceledikleri çalışmada; genç hastaların hastalığa uyumlarının daha kötü olduğu belirlenmiştir. Adaylar (1995)'in çalışmada ise; yaş arttıkça psikososyal uyumun daha kötü olduğu belirlenmiştir. Çavdar (1999)'in kolostomi hastalarıyla yaptığı çalışmada da benzer şekilde; 63-77 yaş grubundaki hastaların, 33-47 yaş grubundakilere göre uyumlarının daha kötü olduğunu saptamıştır. Araştırmadan elde edilen sonuç bu çalışmalardan farklılık göstermektedir. Bu çalışmalarda; ileri yaşlardaki hastaların psikososyal uyumlarının kötü olmasının, tedavi ve bakımında özel uygulamaların gerektirdiği hastalıklara uyumda ileri yaşlardakilerin yetersiz kalması ile; genç yaştakilerin psikososyal uyumlarının daha kötü olmasının ise hastalığın bireylerin yaşamlarında neden olduğu kısıtlamalarla ilişkili olduğu düşünülmektedir. Behçet hastalığında diğer hastalıklardan farklı olarak; hastalığın yavaş ilerlemesinin olumlu bir durum olduğu düşünülmeyle beraber, ilerleyen yaşlarda hastalığın neden olduğu komplikasyon sayısı artmaktadır. Bu durumda hastalığa psikososyal uyumun kötüleşmesi beklenmektedir. İleri yaşlarda hastalığa psikososyal uyumun kötüleşmemesi kültürümüzdeki sebebi bilinmeyen durumların, kader vb. kavramlarla açıklanması ve boyun eğici bir tarzda kabullenilmesi ile açıklanabilir.

Behçet hastalarının, cinsiyete göre PAIS-SR toplam puan ortalamaları incelendiğinde (Tablo 4.3.4) kadınların (\bar{X} :45.30±17.55) puanları erkeklere (\bar{X} :42.26±17.96) göre daha yüksek olsa da aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı

bulunmamıştır. Alt boyutlardan psikolojik baskı boyutunda kadınların (\bar{X} :8.57±4.40) erkeklere (\bar{X} :6.32±4.02) göre daha çok sorun yaşadığı, gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($u=-2.452$; $p<0.05$). Literatürde (Akın, 2003; Kaçmaz, 2003; Çavdar, 1999; Adaylar, 1995) cinsiyetin hastalığa psikososyal uyumu etkilemediği ifade edilmektedir. Çalışmadan elde edilen bulgu literatürle uyumludur.

Kadınlarda psikolojik baskı alanının daha çok etkilenmesi, Behçet hastalığının neden olduğu mukokütanöz tutulumun neden olduğu beden imajı değişikliğinden kadınların daha çok etkilenmesi ile açıklanabilir. Ayrıca literatürde (Tanrıverdi ve ark., 2003; Özen ve ark., 2004; Uğuz ve ark., 2006; Usta, 2006); Behçet hastalığında kadınların anksiyete ve depresyon düzeyleri erkeklere göre daha yüksek bulunmuş olup araştırmadan elde edilen bulgu kadınların daha çok anksiyete ve depresyon deneyimlemesiyle de ilişkilendirilebilir.

Behçet hastalarının, hastalığa psikososyal uyumlarının öğrenim düzeylerinden etkilenmediği belirlenmiştir (Tablo 4.3.6). Behçet hastalarının PAIS-SR toplam puan ortalamaları ilkokul ve altı eğitim düzeyinde olanların (\bar{X} :47.02±19.53), ortaokul (\bar{X} :38.90±16.47) ve lise ve üstü (\bar{X} :38.90±13.34) eğitim düzeyinde olanlara göre daha yüksek olsa da, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Alt boyutlar incelendiğinde; ilkokul ve altı eğitim düzeyinde olanların (\bar{X} :7.78±3.81) mesleki çevre alt boyutunun, ortaokul (\bar{X} :6.23±3.09), lise ve üstü eğitim düzeyindekilere (\bar{X} :5.31±3.13) göre daha çok etkilendiği, gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($F=4.10$; $p<0.05$). Kaçmaz (2003) çalışmasında; lise ve üstü eğitim düzeyinde olanların diğer eğitim düzeyinde olanlara göre psikososyal uyumlarının daha iyi olduğunu ancak gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığını saptamıştır. Çavdar (1999)'ın çalışmasında da; öğrenim durumunun hastalığa uyumu etkilemediği bildirilmiştir. Araştırmadan elde edilen bulgu, Kaçmaz (2003) ve Çavdar (1999)'ın çalışmasıyla uyumlu bulunmuştur. Akın (2003)'ın kalp yetmezliği olan hastalarla yaptığı çalışmasında; eğitim düzeyi düşük olan kişilerin, eğitim düzeyi yüksek olan kişilere göre aile ilişkileri alanının ve hastalığa psikososyal uyumun daha fazla etkilendiği saptanmıştır. Adaylar (1995), kronik hastalığı olan hastalarla yaptığı çalışmasında; okur-yazar öğrenim düzeyindeki hastaların,

üniversite mezunlarına göre psikososyal uyumlarının anlamlı şekilde düşük olduğunu belirlemiştir. Araştırmadan elde edilen bulgu, Akın (2003) ve Adaylar (1995)'in çalışmasından elde edilen sonuçlardan farklıdır.

Çalışma durumuna göre hastalığa psikososyal uyum durumu incelendiğinde (Tablo 4.3.8) çalışmayanların mesleki çevre (\bar{X} :7.86±3.76), geniş aile ilişkileri (\bar{X} :3.78±2.95) alanları ile PAIS-SR toplam puan ortalamasının (\bar{X} :46.84±18.47), çalışanlara göre daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (sırasıyla $t=2.91$; $t=2.23$; $t=2.05$; $p<0.05$). Çalışmayanların psikososyal uyumlarının daha kötü olması bu grup içinde çoğunlukta olan ev hanımlarının hastalık nedeniyle yaşadıkları fonksiyon kaybının rol performansında değişikliğe yol açması ve daha önce eve gelir getirenlerin %11.1'inin hastalıktan dolayı emekli olmak zorunda kalması ile açıklanabilir. Çalışabilecek kadar iyi durumda olmanın, üretebilmenin psikososyal uyum üzerinde iyileştirici etkisi olduğu da düşünülebilir. Ramirez ve arkadaşlarının (2003), larenks kanseri olan hastalarla yaptıkları çalışmada; cerrahi sonrası işe dönmek zorunda kalan hastaların hastalığa psikososyal uyumları, cerrahi sonrası çalışmayan hastalara göre daha kötü olduğu ve en çok mesleki çevre ve psikolojik baskı alanlarının etkilendiği saptanmıştır. Kaçmaz (2003)'in çalışmasında; çalışma durumunun hastalığa psikososyal uyumu etkilemediği saptanmıştır. Çalışmadan elde edilen bulgu, Kaçmaz ile Ramirez ve arkadaşlarının çalışmasından elde edilen sonuçtan farklıdır.

Behçet hastalarının algıladıkları sosyoekonomik düzeylerine göre PAIS-SR puanları incelendiğinde (Tablo 4.3.11); sosyoekonomik düzeyi düşük olanların ortalamalarının (\bar{X} :48.52±19.43), orta ve yüksek olanlara (\bar{X} :39.55±15.80) göre daha yüksek olduğu, gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($t=2.40$; $p<0.05$). Alt boyutlar incelendiğinde sosyoekonomik düzeyini düşük olarak algılayanların mesleki çevre (\bar{X} :7.94±3.82) ile sosyal çevre (\bar{X} :8.47±5.12) alanlarının orta ve yüksek olarak algılayanlara göre daha çok etkilendiği, gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (sırasıyla $t=2.466$, $t=2.83$; $p<0.05$). Behçet hastalığı kronik ve tekrarlayıcı olduğu için ekonomik maliyeti de yüksek olan bir hastalıktır. Ülkemizde yapılan bir çalışmada (Sut ve ark, 2007); Behçet hastalığının ortalama yıllık maliyeti 3226-3488

ABD doları olarak hesaplanmıştır. Bunun %68'i; tanı testleri, ilaç, tedavi, takip, hastane yatışı ve ulaşım giderleri iken, %42'si iş kaybından kaynaklı giderlerdir. Behçet hastalarının çoğunun sağlık güvencesi olmasına rağmen, Behçet polikliniğinin her yerde olmaması nedeniyle, hastaların kontrollerini yaptırmak için büyük illere ve merkezlere gitmek zorunda kalmaları gerekmektedir. Hastalığın neden olduğu fonksiyon kaybı ve kontroller nedeniyle sık sık büyük illere gitmek zorunda kalmak işgücü kaybına neden olmakta, bu durum mesleki çevreyi etkileyebilmektedir. Sosyal çevrenin etkilenmesi ise, düşük sosyoekonomik düzeydeki bireylerin hastalık nedeniyle eski hobilerine ve sosyal etkinliklerine devam etmemesinden kaynaklı olduğu düşünülmektedir. Kaçmaz (2003)'ın çalışmasında, ekonomik durumun psikososyal uyumu etkilemediği belirlenmiştir. Araştırmadan elde edilen bulgu Kaçmaz'ın çalışmasından farklı bulunmuştur. Bekker ve arkadaşlarının (1997), stoma cerrahisi uygulanan hastalarla yaptıkları çalışmada; gelir durumunun psikososyal uyumu etkilediği ve gelir durumu arttıkça psikososyal uyumun iyileştiği saptanmıştır. Bu çalışma araştırmadan elde edilen bulguyu desteklemektedir.

İlaç yan etkisi yaşamayanın, psikososyal uyum düzeyine etkisi incelendiğinde (Tablo 4.3.12; ilaç yan etkisi yaşayan hastaların, mesleki çevre (\bar{X} :7.88±3.53) ve aile çevresi (\bar{X} :7.32±3.88) alanlarının daha çok etkilendiği, PAIS-SR toplam puan ortalamasının (\bar{X} :48.67±17.76) ilaç yan etkisi yaşamayanlara (\bar{X} :39.78±17.12) göre daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (sırasıyla t=2.20, t=2.46, t=2.35; p<0,05). Bu bulgu Behçet hastalığında atak döneminde daha fazla ilaç kullanılmasına ve gerek ilaçların yan etkisi gerekse hastalığın atak döneminde olması nedeniyle, hastanın meslek ve aile yaşantısını, dolayısıyla psikososyal uyumunun etkilenmesiyle açıklanabilir.

Çalışmada; Behçet hastalığı nedeniyle görünüm değişikliği yaşayanların, psikolojik baskı (\bar{X} :7.61±4.49) alt boyutu ile PAIS-SR toplam (\bar{X} :45.86±18.51) puan ortalamasının görünüm değişikliği yaşamayanlara (\bar{X} :37.70±15.12) göre daha yüksek, hastalığa uyumlarının daha kötü olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (sırasıyla t= 2.05, t=2.09; p<0.05). Yaşanılan görünüm değişikliği nedeniyle bedeni ve kendisiyle ilgili duygularında değişiklik yaşayan Behçet hastalarının PAIS-SR toplam (\bar{X} :50.52±18.15) puan

ortalamasının, değişiklik yaşamayanlara (\bar{X} :39.76±17.49) göre daha yüksek ve hastalığa uyumlarının daha kötü olduğu ve alt boyutlardan en çok aile çevresi (\bar{X} :7.29±4.14) alanının etkilendiği belirlenmiştir (sırasıyla $t=2.31$, $t=2.20$; $p<0.05$) (Tablo 4.3.15). Ayrıca kendisini ve bedenini daha az beğenen Behçet hastalarının PAIS-SR puan ortalaması (\bar{X} :50.03±17.88), kendisi ve bedeniyle ilgili düşünceleri değişmeyenlere (\bar{X} :39.52±16.80) göre daha yüksek bulunmuştur; alt boyutlardan en çok mesleki çevre (\bar{X} :8.03± 3.44), aile çevresi (\bar{X} :7.58±3.91) ve sosyal çevre (\bar{X} :8.25±5.15) alanlarının etkilendiği saptanmıştır ($t=2.75$, $t=2.35$, $t=2.79$, $t=2.15$; $p<0.05$) (Tablo 4.3.16). Bu bulgu Behçet hastalığının deri bulguları, eklem tutulumu ve kullanılan ilaçların neden olduğu kilo değişikliğine bağlı yaşadıkları görünüm değişikliğinin beden imgesini değiştirdiğini düşündürmektedir. Weinryb ve arkadaşlar (1997)'inin ülseratif koliti olan hastalarla yaptığı çalışmada; ameliyat öncesindeki beden imajının kötü uyumla ilişkili olduğu ve bundan en çok mesleki çevre alanının etkilendiği saptanmıştır. Kolostomi hastalarıyla yapılan bir çalışmada; kolostomi cerrahisi sonucu beden imajı memnuniyetinin psikososyal uyumla ilişkili olduğu, cerrahi sonrası beden imajında daha az değişiklik algılayanların stomalı yaşama daha kolay uyum sağladıkları saptanmıştır (Piwonko ve Merino, 1999). Araştırmadan elde edilen bulgu literatürle uyumludur.

Behçet hastalarında, depresyon riskinin varlığına göre psikososyal uyum düzeyi incelendiğinde (Tablo 4.3.16); depresyon riski yüksek olanların PAIS-SR toplam (\bar{X} :51.59±15.21) puan ortalamasının depresyon riski düşük olanlara (\bar{X} :31.57±14.37) göre daha yüksek yani hastalığa uyumlarının daha kötü olduğu, gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($t=-6.31$; $p<0.05$) belirlenmiştir. Alt boyutlardan hemen hemen hepsinin (seksüel ilişki alt boyutu hariç) puanlarının (sağlık bakımına oryantasyon \bar{X} :10.90±3.98, mesleki çevre \bar{X} :7.69±3.36, aile çevresi \bar{X} :7.73±3.47, geniş aile ilişkileri \bar{X} :4.00±2.89, sosyal çevre \bar{X} :8.82±4.60 ve psikolojik baskı \bar{X} :8.59±3.94) depresyon riski yüksek olan grupta daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (sırasıyla $t=2.87$, $t=2.76$, $t=5.50$, $t=3.61$, $t=5.43$, $t=4.71$; $p<0.05$). Ayrıca PAIS-SR toplam puan ortalaması ile HAD-Depresyon puanı arasında pozitif yönde ileri derecede anlamlı bir ilişki olduğu ($r=0.660$; $p<0.01$), yani depresyon riski

artıkça hastalığa psikososyal uyumun kötüleştiği belirlenmiştir (Tablo 4.3.23). Kaçmaz (2003)'ın çalışmasında depresyon riski yüksek olan hastaların depresyon riski düşük olan hastalara göre psikososyal uyumunun 8.03 kat daha kötü olduğunu belirlenmişti. Drory ve arkadaşları (1999)'nın miyokart enfaktüsü geçiren hastalarla yaptıkları çalışmada; depresyonun, sağlık bakımına oryantasyon dışında tüm yaşam alanlarını etkileyen, psikososyal uyumun en önemli belirleyicisi olduğu ve depresyon belirtilerinin şiddeti artıkça psikososyal uyumun kötüleştiği belirlenmiştir. Livneh ve Wilson (2003) da kronik hastalığı olan üniversiteli öğrencilerle yaptıkları çalışmada; depresyonun, uyumu olumsuz etkilediğini saptamışlardır. Çalışmadan elde edilen bulgu literatürle uyumludur ve Behçet hastalarının hastalığa uyumunu artırmak için depresyon açısından dikkatli bir şekilde değerlendirilmeleri gerektiğini düşündürmektedir.

Çalışmada, anksiyete riski yüksek olan hastaların PAIS-SR alt boyutlarından; aile çevresi (\bar{X} :8.89±3.34), sosyal çevre (\bar{X} :9.73±5.70) ve psikolojik baskı (\bar{X} :11.42±3.64) alanlarının anksiyete riski düşük olanlara göre daha çok etkilendiği, PAIS-SR toplam (\bar{X} :58.52±19.10) puan ortalamasının, anksiyete riski düşük olanlara (\bar{X} :39.09±15.09) göre daha yüksek olduğu, gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu (sırasıyla $u=3.12$, $u=2.59$, $u=5.04$, $u=3.73$; $p<0.05$) saptanmıştır (Tablo 4.3.17). Ayrıca PAIS-SR toplam puan ortalaması ve HAD-Anksiyete puanı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu, yani HAD-Anksiyete puanı attıkça hastalığa uyumun kötüleştiği belirlenmiştir ($r=0.555$; $p<0.01$). Kaçmaz (2003)'ın çalışmasında da benzer şekilde; anksiyete puanı yüksek olan hastaların psikososyal uyumlarının daha kötü olduğu belirlenmiştir.

Sosyal destek, hastalığa uyumda önemli bir kaynaktır. Sosyal desteğin; bireylerin iyilik halini, psikososyal uyumunu, kontrol duygusunu artıran ve stresin olumsuz etkisini azaltan bir mekanizma olarak hizmet ettiği bildirilmektedir (Barbara, 1997). Çalışmada; sosyal desteğe sahip olmayan Behçet hastalarının PAIS-SR alt boyutlarından mesleki çevre (\bar{X} :9.75±3.84), aile çevresi (\bar{X} :10.75±5.28), geniş aile ilişkileri (\bar{X} :10.75±5.28) alanlarında sosyal desteği olanlara göre daha çok etkilendiği, PAIS-SR toplam (\bar{X} :61.50±24.66) puan ortalamasının, sosyal desteğe sahip olanlara (\bar{X} :41.35±16.09) göre daha yüksek olduğu, gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (sırasıyla $u=2.16$, $u=2.69$, $u=2.37$;

$u=2.39$; $p<0.05$) (Tablo 4.3.18). Algılanan sosyal destekten memnuniyet düzeyi ile PAIS-SR toplam puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.3.23) Kocaman ve arkadaşları (2007)'nin yaptıkları çalışmada, sosyal desteğin hastalığa psikososyal uyumda önemli bir belirleyicisi olduğu saptanmıştır. Kaçmaz (2003)'in fiziksel hastalığı olan bireylerin hastalığa psikososyal uyumunu incelediği çalışmasında; yetersiz sosyal desteğe sahip olan hastaların psikososyal uyumlarının daha kötü olduğu saptanmıştır. Diyabetli kadınlarla yapılan bir çalışmada da sosyal destek düzeyinin yüksek olmasının hastalığa iyi uyumla ilişkili olduğu belirlenmiştir (Willoughby ve ark. 2000). Drory ve arkadaşları (1999) çalışmalarında; sosyal destek arttıkça psikososyal uyumun arttığı, aile çevresi, geniş aile ilişkileri ve sosyal çevrenin sosyal destekten etkilendiğini tespit etmişlerdir. Drory ve arkadaşları (1999)'nin çalışması araştırmanın sonucunu desteklemektedir. Piwonko ve Merino (1999)'nun kolostomi cerrahisi uygulanan hastalarla yaptığı çalışmada algılanan sosyal desteğin uyumla ilişkili olduğu, sosyal desteği daha az algılayan hastaların uyumda daha çok zorlandıkları saptanmıştır. Çalışmadan elde edilen bulgu literatürle uyumludur.

Çalışmada Behçet hastalarının hastalığı algılama (hastalığa verilen anlam) şeklinin psikososyal uyumla ilişki incelendiğinde (Tablo 4.3.21) hastalığı zarar veren bir durum olarak algılayanların mesleki çevre dışındaki tüm alanları etkilendiği, PAIS-SR toplam (69.85 ± 15.22) puanlarının, hastalığı kayıp ($\bar{X} :50.18\pm 15.37$), tehdit ($\bar{X} :38.22\pm 12.65$) ve mücadele ($\bar{X} :36.06\pm 15.09$) edilmesi gereken bir durum olarak algılayanlara göre daha yüksek olduğu, gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($KW= 25.21$; $p<0.05$) belirlenmiştir. Kaçmaz (2003)'in çalışmasında; hastalığı bir ölçüde veya tamamen zarar, kayıp ve tehdit olarak algılayan hastaların psikososyal uyumları böyle algılamayanlara göre daha kötü olduğu, hastalığı mücadele edilmesi gereken bir durum olarak algılayanların psikososyal uyumlarının daha iyi olduğu belirlenmiştir. Adaylar (1995)'in çalışmasında da; hastalığı mücadele edilmesi gereken bir durum olarak algılama arttıkça PAIS-SR toplam puanının azaldığı, zarar, tehdit ve kayıp olarak algılama arttıkça PAIS-SR toplam puanının arttığı ve hastalığa psikososyal uyumun kötüleştiği saptanmıştır. Kaçmaz (2003) ve Adaylar'ın çalışması, araştırmadan elde edilen bulguyu desteklemektedir.

Hastalığa ve tedavisine dair bilgi sahibi olmak bireylerin mevcut durumuna uyumuna yardımcı olan önemli bir kaynaktır. Çalışmada; hastalıkla ilgili bilgisini yetersiz olarak algılayanların PAIS-SR toplam (\bar{X} :69.66±17.58) puan ortalamasının, PAIS-SR alt boyutlarından sağlık bakımına oryantasyon (\bar{X} :16.00±4.28), mesleki çevre (\bar{X} :9.00±4.38) ve psikolojik baskı (\bar{X} :13.00±3.79) alanlarında sağlık bilgisini kısmen yeterli ve yeterli olarak algılayanlara göre daha yüksek olduğu, gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu (sırasıyla KW= 10.67, KW=26.44, KW=8.12, KW=10.43; p<0.05) belirlenmiştir (Tablo 4.3.22). Bu bulgu hastaların hastalıkları ile ilgili eğitilmesinin önemini ortaya koymaktadır. Kaçmaz (2003)'ın çalışmasında sağlık durumu hakkında bilgisi olmayan ya da yetersiz olan hastaların yeterince bilgisi olan hastalara göre psikososyal uyumlarının daha kötü olduğunu saptanmıştır. Araştırmadan elde edilen bulgu Kaçmaz (2003)'ın çalışmasıyla uyumludur.

Kronik hastalıklar bireylerde belirsizlik, kontrol kaybı, stres, güçsüzlük ve çaresizlik gibi duyguların yaşanmasına neden olabilmektedir. Bazen hastalar güçsüzlük duygusunu azaltmak ve kontrol duygusunu sürdürmek için tıbbi tedaviyi reddedebilmekte ve doktorun önerilerine direnç gösterebilmektedir. Bunun için hastaların durumu üzerindeki kontrol duygusunu artırmak önem kazanmaktadır (Gorman, 2002; Taylor, 1991). Çalışmada psikososyal uyum puanı ile hastalık, tıbbi bakım-tedavi ve günlük belirtileri üzerinde kontrol sahibi olma arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (sırasıyla r=-0.432, r=-0.246, r=-0.460, r=-0.625; p<0.05 ve p<0.01) (Tablo 4.3.23). Yani hastaların algıladıkları kontrol duygusu arttıkça hastalığa psikososyal uyumları artmaktadır. Kaçmaz (2003) da çalışmasında kontrol edebilme algısının psikososyal uyumu etkileyen önemli bir belirleyici olduğunu saptamıştır. Taylor (1991) kontrol duygusu ile psikososyal uyum arasında pozitif bir ilişki olduğunu kontrol duygusu arttıkça psikososyal uyumunda arttığını bildirmiştir. Araştırmadan elde edilen bulgu literatürle uyumludur.

Çalışmada; hastaların genel durumlarından memnuniyetleri ile PAIS-SR toplam puanı arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (r=-0.625; p<0.01) (Tablo 4.3.23). Yani hastanın genel durumundan memnuniyeti azaldıkça, hastalığa uyum kötüleşmektedir. Behçet hastalarının hastalığının

komplasyonları arttıkça fonksiyonları azalmakta, yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenmektedir. Kaçmaz (2003) da çalışmasında genel durumundan memnun olmayan hastaların bir ölçüde memnun olanlara göre psikososyal uyumlarının (1/0.13) 7.69 kat, tamamen memnun olmayanlara göre ise psikososyal uyumlarının (1/0.06) 16.66 kat daha kötü olduğu saptamıştır. Çalışmadan elde edilen bulgu Kaçmaz (2003)'in çalışmasıyla uyumludur.

Çalışmada PAIS-SR toplam puanı ile hastanın kullandığı ilaç sayısı arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=0.278$; $p<0.05$). Kullanılan ilaç sayısı arttıkça PAIS-SR toplam puan ortalaması da artmakta, hastanın hastalığa uyumu kötüleşmektedir (Tablo 4.3.23). Bu bulgu, hastalığın aktif dönemlerinde hastaların daha çok ilaç kullanmaları ile açıklanabilir. Esteban ve arkadaşları (2006)'nın KOAH'lı hastalarla yaptıkları çalışmada, belirtiler arttıkça kullanılan ilaç sayısının arttığı, kullanılan ilaç sayısının sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini etkilediği belirlenmiştir.

Çalışmada; medeni durumun hastalığa psikososyal uyumu etkilemediği saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.3.5). Adaylar'ın çalışmasında; evli ve dul olan hastaların psikososyal uyumları, bekarlara göre daha kötü bulunmuştur. Bu durum, kronik hastalık durumuna ve hastalığa bağlı sosyal rol ve sorumluluklarda zorlanmaya bağlanmıştır. Kaçmaz (2003)'in çalışmasında; evli olanların psikososyal uyum puanı daha yüksek olmasına karşın, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Akın (2003) ve Çavdar (1999) da çalışmalarında; medeni durumun psikososyal uyumu etkilemediği bildirilmiştir. Araştırmadan elde edilen bulgu literatürle uyumludur.

Behçet hastalarının çocuk sahibi olma durumunun, hastalığa psikososyal uyumu etkilemediği belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.3.7). Kaçmaz (2003) çalışmasında; çocuk sahibi olanların olmayanlara göre psikososyal uyumlarının daha kötü olduğunu ve bu farkın anlamlı olduğunu bildirmiştir. Yaptığı ileri analizde çocuk sahibi olanların, olmayanlara göre psikososyal uyumunun 3.15 kat daha kötü olduğunu ortaya koymuştur. Araştırmadan elde edilen bulgu, Kaçmaz (2003)'in çalışmasından farklı bulunmuştur.

Çalışmada; hastaneye yatış sayısının hastalığa psikososyal uyumu etkilemediği saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.3.12). Adaylar (1995); hastaneye 2 ve 3.

kez yatanların hastalığa psikososyal uyumlarının ilk defa yatanlara göre daha kötü olduğunu saptamıştır. Akın (2003) kap yetmezliği olan hastalarla yaptığı çalışmasında; hastaneye hiç yatmamış ve 1-2 kez hastaneye yatan hastalara göre, 3'ten çok hastaneye yatan hastaların mesleki çevresinin etkilendiği ancak psikososyal uyumun etkilenmediğini bildirmiştir. Kaçmaz (2003) da çalışmasında; hastaneye yatış sayısının, psikososyal uyumu etkilemediğini bildirmiştir. Çalışmadan elde edilen bulgu Kaçmaz (2003) ve Akın (2003)'in çalışmasıyla uyumludur.

Çalışmada; hastanın prognozu ile ilgili düşüncelerinin, hastalığa psikososyal uyumu etkilemediği saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.3.20) Kaçmaz (2003) da çalışmasında; hastalığın pronozu ile psikososyal uyum arasında ilişki bulunmadığını saptamıştır. Çalışmadan elde edilen bulgu, Kaçmaz (2003)'in çalışmasıyla uyumludur.

Hastalık süresinin Behçet hastalarının hastalığa uyumunu etkilemediği saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.3.9). Kaçmaz (2003)'in çalışmasında da, hastalık süresi ve psikososyal uyum arasında bir ilişki saptanmamıştır. Kaçmaz'ın çalışması çalışmadan elde edilen bulguyu destekler niteliktedir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Behçet hastalarının hastalığa psikososyal uyum düzeylerini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmanın sonucunda;

6.1.1. Araştırmaya katılan Behçet hastalarının çoğunluğunun erkek (%71.1), 18-35 yaş grubunda (%46.7) ve yaş ortalamalarının 36.73 ± 9.34 (min:18-max:60) olduğu, çoğunun evli (%80), çocuk sahibi (%89.6) olduğu ve eşi ve çocukları ile yaşadığı (%65.6), ilkokul ve altı öğrenim düzeyinde (%50.2) olduğu, yarısından çoğunun (%51.1) gelir getiren herhangi bir işte çalışmadığı, çalışanların çoğunun (%79.5) işçi olarak çalıştığı, sosyoekonomik düzeyini orta ve iyi seviyede algıladığı (%60), ve hemen hemen tamamının (%96.7) sağlık güvencesi bulunduğu (Tablo 4.1.1),

6.1.2. Araştırmaya katılan Behçet hastalarının çoğunun (%38.9); hastalık süresinin on yıldan daha fazla olduğu, hastalık süresi ortalamasının 8.75 ± 5.91 yıl (min:3 ay-max:28.5 yıl) olduğu, yarısının (%50) hastalığı süresince 1-4 kez hastaneye yattığı, %48.9'unun göz tutulumunun yanı sıra mukokütanöz tutulumu, %8.9'unun eklem tutulumu ve %1.1'inin nörolojik tutulumu olduğu (Tablo 4.1.2),

6.1.3. Araştırmaya katılan Behçet hastalarının çoğunun (%63.4) sağlık durumuyla ilgili bilgi düzeyini kısmen yeterli ve yetersiz buldukları, %18.9'unun Behçet hastalığı dışında başka bir kronik hastalığının olduğu ve en çok (%40) görülen kronik hastalığın hipertansiyon olduğu, hastaların günde ortalama 3.88 ± 2.94 (min:0-max:12) ilaç kullandıkları, %38.7'sinin ilaç yan etkisi yaşadıkları ve en çok (%52.9) sindirim sistemiyle ilgili yan etkilerin görüldüğü (Tablo 4.1.2),

6.1.4. Araştırmaya katılan hastaların çoğunun hastalığa ve tedaviye bağlı görünüm değişikliği yaşadığı (%66.7), görünüm değişikliği yaşayanların yarısından çoğunda (%53.4) bu görünüm değişikliğinin başkaları tarafından fark edildiği, %46.6'sının stigma içeren (şaşıрма, nedenini sorma, acıma, bulaşıcı olduğunu düşünme) tepkiler aldığı ve çoğunun (%56.7) görünüm değişikliğine bağlı kendileriyle ilgili düşüncelerinin değiştiği (Tablo 4.1.3),

6.1.5. Araştırmaya katılan Behçet hastalarının en fazla tıbbi bakım ve tedavi ($\bar{X}:7.56 \pm 2.26$; min:0-max:10) üzerinde kişisel kontrole sahip olduklarını düşündükleri, hastalığın seyri üzerinde orta düzeyde ($\bar{X}:5.08 \pm 2.82$;min:0-max:10),

günlük belirtiler üzerinde ise orta düzeyin altında (\bar{X} :4.27 \pm 3.03 ;min:0-max:10) kişisel kontrole sahip olduklarını düşündükleri (Tablo 4.1.4),

6.1.6. Araştırmaya katılan Behçet hastalarının çoğunun hastalığı mücadele ettikleri bir durum (%52.2) olarak algıladıkları ve hastalığın prognozunu devam eden bir durum (%84.5) olarak değerlendirdikleri (Tablo 4.1.5),

6.1.7. Behçet hastalarının çoğunluğunun (%91.1); sosyal desteğe sahip olduğu ve sosyal destek memnuniyetinin yüksek olduğu (\bar{X} :6.54 \pm 0.89 ;min:0-max:7) (Tablo 4.2.1),

6.1.8. Behçet hastalarının; HAD-anksiyete puanlarının 7.83 \pm 4.10 (min:0-max:21), HAD-depresyon puanlarının 8.02 \pm 3.96(min:0-max:21) olduğu, hastaların %21.1'inde anksiyete, %57.8'inde depresyon riskinin yüksek olduğu (Tablo 4.2.2),

6.1.9. PAIS-SR toplam puan ortalamasının 43.14 \pm 17.80 (min:0-max:138) olduğu (Tablo 4.3.1), hastalığa uyumlarının orta düzeyde olduğu ve %30.0'mın kötü uyuma sahip olduğu (Tablo 4.3.2),

6.1.10. Çalışmayan (Tablo 4.3.8), sosyoekonomik düzeyi düşük olan (Tablo 4.3.11), ilaç yan etkisi yaşayan (Tablo 4.3.13), hastalık nedeniyle görünüm değişikliği yaşayan (Tablo 4.3.14), görünüm değişikliği nedeniyle kendisiyle ilgili düşüncelerinde değişiklik yaşayan (Tablo 4.3.15), bedenini ve kendini daha az beğenen (Tablo 4.3.16), depresyon riski yüksek olan (Tablo 4.3.17), anksiyete riski yüksek olan (Tablo 4.3.18), sosyal desteği olmayan (Tablo 4.3.19), hastalığı zarar veren bir durum olarak algılayan (Tablo 4.3.21) ve hastalıkla ilgili bilgisi yetersiz olan (Tablo 4.3.22) Behçet hastalarının, hastalığa psikososyal uyumlarının daha kötü olduğu (p<0.05),

6.1.11. Sağlık bakımına oryantasyonun; depresyon riski yüksek olanlarda (Tablo 4.3.17), hastalığı zarar veren bir durum olarak algılayanlarda (Tablo 4.3.21) ve hastalık bilgisi yetersiz olanlarda (Tablo 4.3.22) daha fazla etkilendiği (p<0.05),

6.1.12. Mesleki çevrenin; 36-50 yaş grubunda (Tablo 4.3.3), ilkokul ve altı öğrenim düzeyinde olanlarda (Tablo 4.3.6), çalışmayanlarda (Tablo 4.3.8), düşük sosyoekonomik düzeyde olanlarda (Tablo 4.3.11), ilaç yan etkisi yaşayanlarda (Tablo 4.3.12), hastalık nedeniyle yaşadıkları görünüm değişikliği sonucunda bedenini ve kendini daha az beğenenlerde (Tablo 4.3.16), depresyon riski yüksek

olanlarda (Tablo 4.3.17), sosyal desteği olmayanlarda (Tablo 4.3.19) ve hastalıkla ilgili bilgisi yetersiz olanlarda (Tablo 4.3.22) daha fazla etkilendiği ($p<0.05$),

6.1.13. Aile çevresinin; ilaç yan etkisi yaşayanlarda (Tablo 4.3.12), hastalığa bağlı görünüm değişikliği nedeniyle kendisiyle ilgili düşüncelerinde değişiklik olanlarda (Tablo 4.3.15), bedenini ve kendini daha az beğenenlerde (Tablo 4.3.16), depresyon riski yüksek olanlarda (Tablo 4.3.17), anksiyete riski yüksek olanlarda (Tablo 4.3.18), sosyal desteği olmayanlarda (Tablo 4.3.19) ve hastalığı zarar veren bir durum olarak algılayanlarda (Tablo 4.3.21) daha fazla etkilendiği ($p<0.05$),

6.1.14. Geniş aile ilişkilerinin; çalışmayanlarda (Tablo 4.3.8), depresyon riski yüksek olanlarda (Tablo 4.3.17), sosyal desteği olmayanlarda (Tablo 4.3.19) ve hastalığı zarar veren bir durum olarak algılayanlarda (Tablo 4.3.21) daha fazla etkilendiği ($p<0.05$),

6.1.15. Sosyal çevrenin; sosyoekonomik düzeyi düşük olanlarda (Tablo 4.3.11), bedenini ve kendini daha az beğenenlerde (Tablo 4.3.16), depresyon riski yüksek olanlarda (Tablo 4.3.17), anksiyete riski yüksek olanlarda (Tablo 4.3.18) ve hastalığı zarar veren bir durum olarak algılayanlarda (Tablo 4.3.21) daha fazla etkilendiği ($p<0.05$)

6.1.16. Kadınlarda (Tablo 4.3.4), hastalıkları nedeniyle görünüm değişikliği yaşayanlarda (Tablo 4.3.14), depresyon riski yüksek olanlarda (Tablo 4.3.17), anksiyete riski yüksek olanlarda (Tablo 4.3.18), hastalığı zarar veren bir durum olarak algılayanlarda (Tablo 4.3.21) ve hastalık bilgisi yetersiz olanlarda (Tablo 4.3.22) psikolojik baskının daha fazla olduğu ($p<0.05$),

6.1.17. Behçet hastalarının; tıbbi bakım ve tedavisi, hastalık ve günlük belirtileri üzerindeki kontrolü ile genel durumundan memnuniyeti azaldıkça psikososyal uyumun azaldığı (Tablo 4.3.23),

6.1.18. Depresyon riski, anksiyete riski ve kullanılan ilaç sayısı arttıkça hastalığa psikososyal uyumun azaldığı (Tablo 4.3.23),

6.1.19. Behçet hastalarının hastalığa psikososyal uyumunun; medeni durumdan (4.3.5), çocuk sahibi olma durumundan (Tablo 4.3.7), hastalık süresinden (Tablo 4.3.9), Behçet hastalığı dışında başka bir kronik hastalığın olmasından (Tablo 4.3.10), hastaneye yatış sayısından (4.3.12), sosyal destekten memnuniyetten (Tablo

4.3.23) ve hastalığın prognozunu algılama şeklinden (Tablo 4.3.20) etkilenmediği belirlenmiştir.

6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda:

6.2.1. Çalışmayan, sosyoekonomik düzeyi düşük olan, ilaç yan etkisi yaşayan, hastalık ve tedavisi nedeniyle görünüm ve duygu değişikliği yaşayan, depresyon ve anksiyete riski yüksek olan, sosyal desteği olmayan, hastalığı zarar veren ve kayba neden olan bir durum olarak algılayan, sağlık bilgisi yetersiz olan, hastalık, tıbbi bakım ve tedavi ve günlük belirtiler üzerinde kontrol duygusunu yetersiz olarak algılayan ve genel durumundan memnun olamayan Behçet hastalarının hastalığa psikososyal uyum açısından daha dikkatli değerlendirilmesi,

6.2.2. Behçet hastalarının anksiyete ve depresyon açısından değerlendirilip, anksiyete ve depresyon riski yüksek olan hastaların ele alınması ve konsültasyon liyezon psikiyatrisi ile işbirliği yapılması,

6.2.3. Behçet hastalarının sosyal destek kaynaklarının belirlenmesi, sosyal desteği olmayan hastaların hastalığa uyum açısında risk grubunda ele alınması,

6.2.4. Behçet hastalarının hastalıkla ilgili bilgi düzeylerinin değerlendirilip uygun eğitim programlarının düzenlenmesi,

6.2.5. Behçet hastalarının hastalığa psikososyal uyumunun arttırılmasına yönelik psikoedükatörel programların düzenlenmesi,

6.2.6. Hastalığa ve tedaviye bağlı görünüm değişikliği yaşayan ve yaşamayan Behçet hastalarının beden imajı ve benlik saygısı açısından inceleyen karşılaştırılmalı bir çalışma yapılması,

6.2.7. Çalışmanın daha geniş bir evren üzerinde tekrarlanması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- 1- Adaylar M. Kronik hastalığı olan bireylerin hastalığıdaki tutum, adaptasyon, algı ve öz-bakım yönelimleri. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul 1995.
- 2- Akbatur H H, Şengün A., Behçet Hastalığı, Endoftalmiler ve Üveitler. Atlas Kitapçılık, 2002.
- 3- Azizlerli G, Köse A A, Sarıca R., Prevalence of Behçet's Disease in İstanbul, Turkey. International Journal of Dermatology, 2003; 42: 803-806.
- 4- Akıncı F, Öz F., HIV/AIDS'li hastaların tedaviye uyumunu etkileyen psikososyal faktörler. Türk HIV/AIDS Dergisi 2003:4.
- 5- Akın S. Kalp yetmezliği hastalarının psikososyal uyumunun değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul 2003.
- 6- Ardahan M. Sosyal Destek ve Hemşirelik. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2006; 9(2):67-73.
- 7- Aydemir Ö, Köroğlu E., Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler. Ankara : HYB Basım Yayın 2007.
- 8- Aslan H, Soylu M B, Alparslan N, Ünal M., Behçet hastalığında psikososyal etkenler ve ruhsal bulgular. Türk Psikiyatri Dergisi, 1996; 7(3):215-221.
- 9- Aydın B. İnsülin kullanan tip 2 Diabetes Mellituslu hastalarda stres faktörlerinin kan şeker regülasyonu üzerine etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Uludağ Üniversitesi Klinik Psikoloji Anabilim Dalı, Bursa 2005.
- 10- Barbara S J., Psychiatric-Mental Health Nursing: Adaptation and Growth. 4th.Ed., Philadelphia-New York, 1997.
- 11- Barry P., Psychosocial Nursing Care of Physically III Patients and Their Families. 3th.Ed Philadelphia:Lippicott, 1996.
- 12- BenEzra D, Secchi A.G, Ohno S, Alio J L., Anterior Segment Intraocular Inflammation (ASII): Martin Dunitz, 2000.
- 13- Bekkers M, Knippenburg F, Dulmen A., Survival and psychosocial adjustment to stoma surgery and non-stoma bowel resection: a four year follow-up Journal of Psychosomatic Research. 1997; 42: 235-244.
- 14- Burkan Y K. Behçet Hastalığında eklem tutulumunun yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon üzerine etkisi. Uzmanlık Tezi, Dicle üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı, Diyarbakır, 2003.
- 15- Cress A L, Luker K A, Owens G., A descriptive study of meaning of illness in Chronic Renal Disease. Journal Advanced Nursing 2001;33 (6):716-727.
- 16-Çalıkoglu E, Onder M, Cosar B, Candansayar S. Depression, Anxiety Levels and General Psychological Profile in Behçet's Disease. Dermatology, 2001; 203, 3; 238-240.
- 17- Çavdar İ. Kolostomili hastaların kolostomilerine uyumlarında hemşirelik eğitiminin etkinliği. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul

1999.

18- Davatchi F, Jamshidi A R, Banihahemi A T, Gholami J,. Prevalence of Behçet's Disease in Iran: a WHO-ILAR COPCORD State I Study. *APLAR Journal of Rheumatology* 2007;10:239-243

19- Dino K, Foster D, Stephen C. *Adamantiades-Behçet Disease*. Lippincott Williams&Wilkins, In,. 2006.

20- Drory Y, Kravetz S, Florian V. Psychosocial adjustment in patients after a first acute myocardial infarction: The contribution of salutogenic and pathogenic variables. *Arch phys Med Rehabil*, 1999;80: 811-818.

21- Dorogatis L, Flemming M, Sudler N, Dellapretra L,. *Psychological Assessment*. Psybooks, 1996.

22- Elal G, Krepsi M,. Life events, social support and depression in hemodialysis patients. *Journal of Community and Applied Social Psychology* 1999;9:23-33.

23- Esteban C, Moraza J, Quintana J M, Aburto M, Cabeleastequi A,. Use of medicine and quality of life patients with COPD. *Respiratory Medicine* 2006; 100: 487-495.

24- Eren İ, Şahin M, İnanlı Ç İ, Tunç Ş E,. Psychiatric symptoms and quality of life in Behçet's Disease. *Clin. Experiment Rheum.* 2004;22 (supply 34):87.

25- Ergil G, Atalay F, Atalay H, Çalışkan Ç. Psikotik belirtilerle komplike olmuş bir Behçet Hastalığı olgusu. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2005; 6:281-284.

26- Gençöz T, Astan G,. Social support, locus of control, and depressive symptoms in hemodialysis patients. *Scandinavian Journal of Psychology* 2006; 47:203-208.

27- Gorman M L, Raines M L, Sutlar D F,. *Psychosocial Nursing for General Patient Care*. 2th.Ed., Philadelphia: F.A. Davis Company, 2002.

28- Göz F, Karaöz S, Göz M, Ekız S, Çetin I,. Effects of the diabetics patients' perceived social support on their Quality-of-life. *Journal of Clinical Nursing* 2007;16: 1353-1360.

29- Gür A, Saraç A J, Burkan Y K, Nas K, Cevik R,. Arthropathy, quality of life, depression and anxiety in Behçet's disease: relationship between arthritis and these factors. *Clin Rheumatol* 2006;25:524-531.

30- Havlucu D Y,. Behçet Hastalarında yaşam kalitesi, anksiyete, depresyon ve hastalık konusundaki bilgi durumlarının değerlendirilmesi. *Uzmanlık Tezi*, Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Anabilim Dalı, 2006.

31- Hoth K F, Christensen A J, Ehlers S L, Raichle K A, Lawton W J,. A longitudinal examination of social support agreeableness and depressive symptoms in chronic kidney disease. *Journal of Behavioral Medicine* 2007; 30 (1): 69-76.

32- İnanç N, Hatipoğlu S, Yurt V, Avcı E, Akbayrak N, Öztürk E. *Hemşirelik Esasları*. Damla Matbaacılık, Ankara 1998.

33- International Study Group for Behçet's Disease. *Lancet*, 1990; 335:1078-80

34- Jangra D, Ganesh A, Thackray R, Austin L, Ulster A, Sutherland J, Levin A V,. Psychosocial adjustment to visual loss in patients with Retinitis Pigmentosa. *Ophthalmic Genetics* 2007;28:25-30.

35- Johnson B S. *Psychiatric Mental Health Nursing: Adaptation and Growth*. 4th.Ed., Philadelphia-New York: Lippincott 1997.

- 36-** Kaçmaz N. Konsültasyon-Liyazon psikiyatrisi hemşireliği ve biyopsikososyal uyum V. Ulusal Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi Kongresi.İstanbul-Türkiye, 21-23 Ekim 1998: 198-208.
- 37-** Kaçmaz N. Fiziksel hastalığa uyum güçlüğü yaşayan hastalarda konsültasyon liyazon psikiyatrisi hemşireliği modeli geliştirme çabaları. Doktora tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul 2003.
- 38-** Kara M, Mirici A., Loneliness, depression and social support of Turkish patient with choronic obstructive pulmonary disease and their spouses. *Journal of Nursing Scholarship* 2004; 36 (4): 331-336
- 39-** Karlıdağ R, Unal S, Evereklioğlu C, Sipahi B, Er H, Yoğlu S. Stressful life events, anxiety, depression and coping mechanisms in patients with behçet's disease. *European Academy of Dermatology and Venereology* 2003; 17:670-675
- 40-** Kayahan M, Sertbaş G., Dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastalarda anksiyete-depresyon düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2007; 8:113-120.
- 41-** Kocaman N. Genel hastane uygulamasında psikososyal bakım ve konsültasyon liyazon psikiyatrisi hemşireliği. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2005;9 (1): 49-54.
- 42-** Kocaman N, Kutlu Y, Ozkan M, Ozkan S., Predictors of psychosocial adjustment in people with physical disease. *Journal of Clinical Nursing* 2007; 6(3A): 6-16.
- 43-** Koptagel-İlal G., Uyum Duyusu Sağlık ve Hastalıktaki Rolü. IV Ulusal Konsültasyon-Liyazon Psikiyatri Kongresi. 1996: 128-136.
- 44-** Livneh H, Antonak R F,. Reactions to disability: An empirical investigation of their nature and structure. *Journal of applied Rehabilitation Counseling*, 1990: 21(4) 13-21.
- 45-** Livneh H, Wilson L,. Coping strategies as predictors and mediators of disability-related variables and psychosocial adaptation. *Rehabilitation Counseling Bulletin* 2003; 46,4:194-206.
- 46-** Livneh H. Psychosocial adaptation to choronic illness and disability. *Rehabilitation Counseling Bultein* 2001; 44,3:151-160.
- 47-** Livneh H, Antonak R F,. Psychosocial adaptation to chronic illness and disability: Primer for counselors. *Journal of Counseling & Development*, 2005; 83(13): 12-20.
- 48-** Madan V, Lear J., Pathergy. *CMAJ*. 2007; 24:1276.
- 49-** Öz F., Sağlık Alanında Temel Kavramlar. Ankara: İmaj İç e Dış Ticaret A.Ş., 2004.
- 50-** Özçetin H. Klinik Göz Hastalıkları. Nobel Tıp Kitabevi 2003.
- 51-** Özen N E, Birol A, Boratav C, Koçak M., Nörolojik tutulumu olmayan Behçet hastalarında bilişsel bozukluklar. *Klinik Psikiyatri* 2004;7:187-198.
- 52-** Özkan B M., Fiziksel hastalıklarda cinsel sorunlar. IV Ulusal Konsültasyon-Liyazon Psikiyatri Kongresi. 1996: 100-106.
- 53-** Özkan S. Hastalıklara Psikolojik Tepkiler. V. Ulusal Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi Kongresi.İstanbul-Türkiye, 21-23 Ekim 1998: 27-30.
- 54-** Özkan S.,Psikiyatrik Tıp: Konsultasyon-Liyazon Psikiyatrisi. Roche Müstahzarları Sanayi A.Ş. 1994 İstanbul.
- 55-** Özmen E, Aydemir Ö, Bayraktar E., Genel Tıpta Psikiyatrik Semptomlar. Hekimler Yayın Birliği,

Ankara: MedicoGraphics, 1997.

56- Palabıykoğlu R., Kriz e Krize Mdehale. Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama ve Araştırma Merkezi Yayınları, birinci basım, Ankara: Damla Matbaacılık 2000 Ankara.

57- Pedersen S S, Domburg R T, Larsen M L,. The effect of low social support on short-term prognosis in patients following a first myocardial infarction. *Scandinavian Journal of Psychology* 2004;45:313-318.

58-Piwonka M A, Merino J M,. A multidimensional modelling of predictors influencing the adjustment to a colostomy. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing* 1999;26: 298–305.

59- Polat A. Dzce ilindeki Hemodiyaliz hastalarının beden imajı ve benlik saygısı düzeylerinin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemişirelik Anabilim Dalı, Dzce 2007.

60- Ramirez M J, Ferriol E E, Domenech F G, Llatas M C. Suarez-Varela M M, Martinez R L,. Psychosocial adjustment in patients surgically treated for laryngeal cancer. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery* 2003; 129 (1): 92-97.

61- Sut N, Seyahi E, Yurdakul S, Senocak M, Yazıcı H,. A cost analysis of Behcet's Syndrome in Turkey. *Rheumatology*, 2007;46:678-682.

62- Shaw C, Mccoll E, Bond S,. The relationship of perceived control to outcomes in older women undergoing surgery for fractured neck of femur. *Journal of Clinical Nursing* 2003; 12: 117-123.

63- Tan M, Karabulut E,. Sürekli ayaktan periton diyalizi uygulanan hastaların benlik saygısı ve beden imajı algılayışları. *Atatürk Üniversitesi Hemişirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2004;7(3):67-73.

64- Taner E, Burhanoğlu S, Coşar B, nder M. Behçet Hastalığı olan hastalarda anksiyete ve depresyonun Psöriasis Hastalarıyla karşılaştırılması. *Türkiye'de Psikiyatri* 2006; 8 (1): 27-29.

65- Tanrıverdi N. Taşkıntuna İ. Dr Ç. zdal P. Ortaç S. Fırat E,. Health-related quality of life in behçet patients with ocular involvement. *Jpn J Ophthalmol* 2003; 47:85-92.

66- Taylor S E, Helgeson V S, Reed G M, Skokan L A,. Self-generated feelings of control and adjustment to physical illness. *Journal of Social Issues* 1991; 47(4): 91-109.

67- Thompson S C, Sobolew-Shubin A, Cruzen D,. Maintaining perceptions of control: findings perceived control in low-control circumstances. *Journal of Personality and Social Psychology* 1993; 64 (2): 293-304.

68- Thompson S C, Spacapan S,. Perceptions of control in vulnerable population. *Journal of Social Issues* 1991;47 (4): 1-21.

69- Türsen U, Grler A, Boyvat A,. Evaluation of clinical findings according to sex in 2313 turkish patients with behçet's disease. *International Journal of Dermatology* 2003; 42, 346-351

70- Usta ř. Göz tutulumu nedeniyle Behçet Hastalığı tanısı alan olgularda klinik, nöropsikolojik ve nöroradyolojik bulgular. Uzmanlık Tezi, Sağlık Bakanlığı Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul 2006.

71- Uğuz F, Dursun R, Kaya N, Çilli A S. Behçet hastalarında ruhsal belirtiler ve yaşam kalitesi *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2006; 7:133-139.

72- Yanof M, Dukar J S,. *Ophthalmology* . 2th.Ed., Mosby, 2004.

73- Watt S, Roberts J, Browne G, Gafni A,. Age, adjustment, and cost: A study of chronic illnesses.

Soc. Sci. Med. 1997; 44 (10):1483-1490.

74- Weingryb R M, Gustavsson P, Barber J P,. Personality predictors of dimensions of psychosocial adjustment after surgery. *Psychosomatic Medicine* 1997; 59:626-631

75- Willoughby D F, Kee C, Demi A. Women's psychosocial adjustment to diabetes. *Journal of Advanced Nursing*. 2000; 32 (6): 1422-1430

EKLER
EK 1
HASTA BİLGİ FORMU

Sayın Hastamız

Bu çalışma siz Behcet hastalarının hastalığa pikososyal uyumunu belirlemek ve bakım gereksinimlerini saptamak amacıyla planlanmıştır. Verdiğiniz bilgiler bizim bu hastalıkta yaşanan güçlükleri ve uyumu etkileyen faktörleri anlamamızda ve sizlere daha kaliteli bir bakım sunmamızda bizlere yol gösterici olacaktır. Bu çalışmaya katılmama, anketi cevaplamama ve istediğiniz zaman anketi bırakma hakkınız bulunmaktadır. Yaptığımız tüm görüşmelerde verilen bilgiler, sadece bilimsel amaçla kullanılacak ve kişisel bilgiler kesinlikle gizli tutulacaktır.

Araştırmaya yaptığınız katkılardan dolayı şimdiden teşekkür eder, saygılar sunarım.

NERMİN ÖYKE
Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Yüksek Lisans Öğrencisi

Anket No:

A-SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1-Yaşınız:

2-Cinsiyetiniz:

1-Kadın

2-Erkek

3- En son hangi okulu bitirdiniz?

1-Okul bitirmedim-okur yazarım

2-İlkokul mezunuyum

3-Ortaokul

4-Lise

5-Üniversite ve üstü

4-Medeni durumunuz:

1-Evli

2-Bekar

3-Dul-Boşanmış-Ayrı yaşıyor

5-Çocuğunuz var mı?

a) Evet

b) Hayır

6- Evde kiminle yaşıyorsunuz:

- a) Yalnız yaşıyorum
- b) Annem/Babam ile
- c) Eşim ve çocuklarım ile
- d) Eşim ile

7- Eve gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?

- a) Evet
- b) Hayır (9. soruya geçiniz)

8- Cevabınız “evet” ise mesleğiniz nedir?

- a)Memur
- b) İşçi
- c) Serbest meslek

9- Size göre maddi durumunuz nasıldır?

- a) Düşük (Gelir giderden az)
- b) Orta (Gelir ve gider eşit)
- c) Yüksek (gelir giderden fazla)

10-Sosyal güvenceniz var mı?

- a) Evet (açıklayınız.....)
- b) Hayır

B- HASTALIĞA VE TEDAVİYE AİT BİLGİLER

11- Hastalığınızın ilk teşhisi hangi yıl kondu?

12- Hastalığınız nedeniyle kaç defa hastaneye yattınız?

13- Behçet hastalığı dışında sürekli ilaç kullanmanızı gerektiren başka bir hastalığınız var mı?

- a) Evet (Açıklayınız.....) 14. soruya geçiiz
- b) Hayır

14- Bir günde kaç ilaç kullanıyorsunuz?.....

15- Göz tutulumu dışında Behçet hastalığı nedeniyle başka organ tutulumunuz var mı?

- a) Mukokütenoz tutulum
- b) Eklem tutulumu
- c) Nörolojik Tutulum

16- İlaçların yan etkileri var mı?

- a) Evet
- b) Hayır (17. soruya geçiniz)

17- Yaşadığınız yan etkiler nelerdir?

18- Hastalığınız ve tedavisi bedeninizin görünümünde değişikliğe neden oldu mu?

- 1.Evet
- 2. Hayır

(“Evet” ise açıklayınız.....)

19- Ortaya çıkan değişiklikler başkaları tarafından kolay fark edilebiliyor mu?

- 1.Evet
- 2. Hayır

20- Fark edildiğinde tepkileri nasıl oluyor?

.....

21- Hastalığınızın neden olduğu görünüm değişikliği sizin kendinizle ilgili duygu ve düşüncelerinizi değiştirdi mi?

- 1.Evet
- 2. Hayır

(Cevabınız “Evet” ise)

22- Hastalık öncesiyle karşılaştırdığımızda aşağıdaki ifadelerden hangisi sizi tanımlıyor?

- 1. Bedenimi ve kendimi daha çok beğenmiyorum
- 2. Bedenimi ve kendimi daha az beğeniyorum
- 3. Bedenimi ve kendimle ilgili düşüncelerim değişmedi

23- Hastalıktan önce yapabildiğiniz ama şimdi tek başınıza yapamadığınız şeyler nelerdir?

- | | | |
|------------------|--------------------|------------------------|
| 1. Giyinme | 5. Çamaşır yıkamak | 9. Faturaları yatırmak |
| 2. Banyo | 6. Ütü yapmak | 10. Ulaşım / Seyahat |
| 3. Tuvalet | 7. Ev temizliği | 11. Ev ziyaretleri |
| 4.Yemek pişirmek | 8.Alışveriş yapmak | 12. Diğerleri |

24- Hastalığınızı nasıl tanımlarsınız?

- a) Zarar veren sizi yaralayan bir şey
- b) Tehlike-tehdit eden sizi yaralayan bir şey
- c) Bir şeyleri yitirmenize yol açan bir şey
- d) Savaşığımız bir şey

25- Size göre bu hastalık nasıl bir hastalıktır?

- a) Bir süre sona geçip gidecek bir durum
- b) Devam eden bir durum hayatınızın bir parçası
- c) Ara ara gelen bir durum

26-.....ne kadar kişisel kontrole sahip olduğunuzu düşünüyorsunuz?

Hastalığınızın seyri ve süresi üzerinde **0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**
Hastalığınızın tıbbi bakım ve tedavisi üzerinde **0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**
Günlük belirtileriniz üzerinde **0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**

27- Genel durumunuzdan memnuniyet düzeyiniz nedir?

Hiç memnun değilim 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Çok memnunum

28- Çevrenizde sıkıntı ve sevinçli anlarınızda sizi destekleyen kişiler var mı?

- a)Evet (Açıklayınız.....)
- b) Hayır

29- Bu kişilerin desteğinden memnun musunuz?

Kesinlikle hayır 0 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

30- Sağlık durumunuz ile ilgili ne kadar bilgiye sahip olduğunuzu düşünüyorsunuz?

- a) Yeterli
- b) Kısmen yeterli
- c) Yetersiz

EK II

HASTALIĞA PSİKOSOSYAL UYUM-ÖZ BİLDİRİM ÖLÇEĞİ

AÇIKLAMA: Elinizdeki bu form şu anda sizin ya da çocuklarınızın veya yakınlarınızın yaşamakta olduğu hastalığın sizin üzerinizde yarattığı etkilere yönelik çeşitli gruplar hakkındaki soruları kapsamaktadır. Bu hastalığın, etkilerinin, evinizde, ilişkilerinizde, işinizde, aile ve kişisel yaşamınızda ne yönde ve nasıl olduğuyla ilgilenmekteyiz. Ayrıca, diğer bir grup soru ile hastalığınızın sosyal ve özel yaşamınızdaki etkileri, duygusal olarak ne tür bir ruh hali içinde olduğunuzu da ortaya çıkarmaya çalışacağız. Bu formda yer alan her bir soruya yanıt verirken, hastalığa ait deneyiminizi/durumunuzu en iyi yansıtan yanıt şıklarının yanına (x) işaretlerini veriniz. Lütfen tüm soruları yanıtlamaya çalışın ve herhangi bir soruyu atlayıp yanıtı bırakmayın. Eğer belli bir soruya ait yanıt şıklarından hiç biri sizin durumunuzu yansıtmıyorsa, durumunuza en uygun ve en yakın yanıt şikkını işaretleyin.

Hastalık etkilerine ait durumunuz bu gün dahil 30 günlük bir dönemi kapsamaktadır. Tüm soruları, bu 30 günlük süre içinde hastalık etkilerinin size yaşattıkları açısından işaretleyin. Eğer şu anda hastanede tedavi görmekteyseniz (ya da hastanede yatan hastanın yakınıysanız) hastaneye yatış tarihinden önceki 30 günlük süreyi göz önüne alarak yanıt veriniz.

Bazı sorularda evli olduğunuz ya da şu anda birlikte olduğunuz biri olduğu varsayımı yer almaktadır. Bunun dışındaki sorularda ise aile ilişkileri açısından sorular sorulmaktadır. Evli olmadığınız bir ailenizin olmayışı, ya da şu anda birlikte olduğunuz birinin olmaması gibi bir durum söz konusu ise, lütfen bu soruları boş bırakın. Bununla birlikte yine de tüm sorulara yanıt vermeye çalışın.

İkinci bölümde çalışma ve iş performansınızla ilgili sorular yer almaktadır. İşiniz sürekli ya da part-time olsa bile, yine de işiniz ve mesleğiniz genel durumu açısından yanıt veriniz. Eğer bir ev kadınıysanız, ev işleri, komşularınızla olan ilişkileriniz açısından yanıt veriniz.

Bu formu doldururken harcadığınız zaman için teşekkür ederiz. Formu doldurma işiniz bittikten sonra, tüm soruları tamamlayıp tamamlamadığınızdan emin olmak için formu tekrar gözden geçiriniz. Form hakkında aklınıza takılan bir soru olursa, lütfen sorunuz. Eğer posta ile başvuruyorsanız, bu tip soruları aşağıdaki boşlukta belirtiniz. Lütfen formu doldurur doldurmaz, teslim ediniz.

BÖLÜM I:Sağlık Bakımına Oryantasyon

I-Aşağıdakilerden hangisi sağlığınıza dikkat etmek konusundaki genel tutumunuzu en iyi tanımlar?

a-Sağlığımla ilgiliyim ve kendi sağlığıma çok dikkat ederim.

b-Sağlığımlı korumam için gerekenlere çoğu zaman dikkat ederim.

c-Genellikle sağlığımla ilgili konulara dikkat etmeye çalışırım, fakat bazen ilgilenmeye fırsatım olmuyor.

d-Sağlığıma dikkat etmek pek fazla üstünde durduğum bir konu değildir.

2-Şu anda hastalığınız muhtemelen kendinize özel bir bakım ve dikkat etmenizi gerektiriyor olabilir. Bu konudaki tutumunuzu en iyi belirten seçeneği işaretleyiniz.

a-Hastalığımla ilgili özel olarak yaptığım bir şey yok veya kaygı duymuyorum.

b-Kendimi korumak için doğru olduğuna inandığım her şeyi yapmaya çalışırım, fakat çoğu zaman ya unutuyorum ya da yorgun veya meşgul oluyorum.

c-Hastalığının bakım ve korunması için yaptığım uygun bir çok şey var.

d-Hastalığım için gereken her şeye büyük özen gösteriyorum ve kendimi koruyabilmem için gereken her şeyi yapıyorum.

3-Genel olarak doktorların vermiş olduğu tıbbi bakımın kalitesi hakkında neler düşünüyorsunuz?

a-Tıbbi bakım hiç bu kadar iyi olmamıştı ve görevli doktorlar işlerini mükemmel yapıyorlar.

b-Şu andaki tıbbi bakımın kalitesi çok iyi, fakat gelişmesi gereken bazı alanlar var.

c-Doktorlar ve tıbbi bakım kesinlikle daha öncekileriyle aynı kalitede değil.

d-Bugünkü doktor ve tıbbi bakıma fazla bir güvenim yok.

4-Şu andaki hastalığınız esnasında hem doktorlar hem de diğer tıbbi personel tarafından size yönelik bir tedavi uygulanmaktadır. Doktorlar ve diğer personel hakkındaki görüşleriniz nedir, size uyguladıkları tedaviyi nasıl buluyorsunuz?

a-Tedaviden hiç memnun değilim, personelin benim için yapılması gereken her şeyi yaptıklarını düşünmüyorum.

b-Uygulanan tedavi bende belirli bir izlenim bırakmadı, ama sanırım onlar yapabileceklerinin en iyisini yapıyorlar.

c-Bazı problemler olmasına rağmen uygulanan tedavi oldukça iyi.

d-Uygulanan tedavi ve tıbbi personel mükemmel.

5-Hastalık durumunda her insan hastalığı ile ilgili olarak farklı şeyler bekler ve farklı tutum ve davranışlar gösterir. Sizin hissettiklerinize en uygun olanı işaretleyiniz.

a-Bu hastalığın üstesinden gelebileceğimden eminim ve yarattığı tüm sorunları en kısa zamanda halledip tekrar eskisi gibi olacağım.

b-Hastalığım bende bazı sorunlara yol açtı, ancak bunları çok kısa sürede halledeceğimi ve tekrar eski haline döneceğimi düşünüyorum.

c-Hastalığım hem ruhsal hem de fiziksel olarak beni altüst etti, fakat bunun üstesinden gelmek için çok çaba harcıyorum, bir gün eski günlerdeki haline kavuşacağıma eminim.

d-Hastalığım yüzünden çok yıprandım ve güçsüz kaldım, gerçekten bu işin üstesinden gelip gelemeyeceğimi bilmiyorum.

6-Hastalanmak insanı karmakarışık bir duruma sokan bir deneyimdir. Bazı hastalar, hastalıkları hakkında doktor ve diğer tıbbi personelden yeterli bilgi almadıklarını düşünürler. Bu konuda sizin hissettiklerinizi en iyi açıklayan seçeneği işaretleyin.

a-Onlara defalarca sormama rağmen doktorum ve diğer tıbbi personel hastalığım hakkında bana çok az şey açıkladılar.

b-Hastalığım hakkında bazı şeyler biliyorum, ama sanırım daha fazlasını bilmem gerekiyor.

c-Hastalığım hakkında genel bir kanıya sahibim ve daha fazlasını bilmek istersem her zaman bilgi alabileceğimi biliyorum.

d-Hastalığımın genel tablosu doğru bir şekilde anlatıldı, doktorum ve diğer tıbbi personel bilmeyi istediğim her şeyi tüm detayları ile açıkladılar.

7-Sizin yaşadığınız gibi bir hastalıkta insanların kendilerine uygulanan tedavi ve bu tedaviden beklentileri hakkında farklı düşünceleri olabilir. Size uygulanan tedaviden bekledikleriniz hakkında aşağıdaki seçeneklerden size en uygun olanı seçiniz.

a-Doktorum ve tıbbi personelin tedavimi yürütme konusunda çok başarılı olduklarına inanıyorum ve bu tedavi şimdiye kadar bana uygulanan tedavilerin en iyisi.

b-Uyguladıkları tedavi yöntemi açısından doktorlarıma güvenmekle birlikte bazen bu konuda şüphelerim olabiliyor.

c-Tedavimin çok tatsız bazı bölümlerinden memnun değilim, fakat doktorlarım bir süre daha bu şekilde devam etmemiz gerektiğini söylüyorlar.

d-Pek çok kez tedavimin hastalıktan daha beter olduğunu düşünüyorum, bu şekilde devam etmeye emin değilim.

8-Sizinki gibi hastalıklarda hastalara tedavileri konusunda farklı miktarlarda bilgi verilmektedir. Aşağıdaki seçenekler içinde tedaviniz hakkında size verilen açıklama ve bilgilerin derecesini en iyi ifade edeni seçiniz.

a-Tedavim hakkında neredeyse hiçbir açıklama yapılmadı, açıkça neler olduğunu bilmiyorum.

b-Tedavim hakkında biraz bilgim var, ama bu bilmeyi istediğim kadar değil.

c-Tedavim hakkında bildiklerim oldukça yeterli, fakat hala bilmek istediğim bir iki şey var.

d- Tedavimle ilgili bir şeyi bildiğimi hissediyorum ve bilgilerim her gün tazeleniyor.

BÖLÜM II: Mesleki Çevre

1-Hastalığınız mesleğinizi/okulunuzu/ev işlerinizi vb. yapmanızı engelledi mi?

a-Mesleğimi vb. uygulamamla ilgili bir sorun yok.

b-Bazı sorunlar var ama bunlar ufak şeyler.

c-Bazı ciddi sorunlar var.

d-Hastalığım mesleğimi vb. uygulamamı tamamen engelliyor.

2-Şu an mesleğiniz/çalışmalarınız/ev işlerinizi yapabilmek açısından fiziksel performansınız ne kadar iyi?

a-Kötü durumda b-Pek iyi değil c-Yeterli d-Çok iyi

3-Son 30 gün içerisinde hastalığınıza bağlı olarak hiç iş günü kaybınız oldu mu?

a-3 gün ve daha az b-1 hafta c-2 hafta d-2 haftadan daha çok

4-Şu an işiniz/okulunuz/çalışmalarınız vb. hastalanmadan öncekine göre sizin için daha önemli mi?

a-Şu an hiç önemli değil b-Oldukça az bir öneme sahip

c-Eskiye göre biraz önemini yitirdi d-Bir değişiklik olmadı hatta daha önemli hale geldi

5- Yaşadığınız hastalığın bir sonucu olarak mesleğiniz/işleriniz vb. ile ilgili amaçlarınızda bir değişiklik oldu mu?

a-Amaçlarım değişmez

c-Amaçlarım önemli ölçüde değişti

b-Amaçlarımda çok az bir değişme oldu

d-Amaçlarımı tamamen değiştirdim

6-Hastalanmanızdan bu yana arkadaşlarınız, komşularınızla olan sorunlarınızda bir artış gözlemlendi mi?

a-Sorunlarda büyük artış var

b-Sorunlarda orta dereceli bir artış var

c- Sorunlarda az ölçüde bir artış var

d -herhangi bir sorun yok veya mevcut sorunlarda artış yok

BÖLÜM III:Aile Çevresi

1-Hastalanmanızdan bu yana eşiniz (evli değilseniz birlikte olduğunuz kişiyle) olan ilişkilerinizi nasıl tanımlarsınız?

a-İyi b-fena değil c-Kötü d-Çok kötü

2- Yaşamınızdaki, çevrenizdeki diğer insanlarla olan ilişkilerinizi genel olarak nasıl tanımlarsınız (çocuklar, akrabalar vb)?

a-Çok kötü b-Kötü c-Fena değil d-İyi

3-Hastalığınız evle ilgili iş ve sorumluluklarınızı ne ölçüde engelledi?

a-Bir engelleme olmadı

b-Bazı problemler var ama üstesinden gelinebilir

c-Orta derecede bazı problemler var, bazıları hallolunacak gibi değil

d-Evle ilgili sorumluluklarımda son derece ciddi problemler var

4-Hastalığınız nedeniyle ev işleri ve diğer sorumluluklarınızda yaşadığınız sorunlarda aileniz size nasıl yardımcı oldu?

a-Ailem, bu sorunların halledilmesi konusunda başarılı olamadı

b-Ailem bu sorunların halledilmesi için çaba gösterdi, ama bazı konuları halledemediler

c-Ailem genelde yardımcı oldu yapamadıkları bir iki ufak şey kaldı

d-Bu konuda bir sorun yok

5-Hastalığınız aile üyeleri ve sizin aranızdaki iletişimde bir azalmaya sebep oldu mu?

a-İletişimde bir azalma yok

b-Çok az ölçüde bir azalma oldu

c-İletişimde bir azalma oldu, onlardan biraz uzaklaştığımı düşünüyorum

d-İletişimimiz önemli ölçüde azaldı. Kendimi çok yalnız hissediyorum.

6-Sizin gibi hasta olan bir insan günlük sorunların çözülmesi konusunda çevresindeki insanlardan (arkadaş, komşular, aile) bazı yardımlar beklerler. Böyle bir yardıma ihtiyacınız olduğunu düşünüyor musunuz, böyle bir yardım desteği sağlayan birileri var mı?

a- Yardıma gerçekten ihtiyacım var, ama etrafımda yardım edecek insanı nadiren bulabiliyorum.

b-Biraz yardımcı oluyorlar ama her zaman güvenilecek ölçüde değil.

c-Her zaman olmamakla birlikte çoğunlukla gereken yardımı görüyorum.

d-Yardıma ihtiyacım olduğunu sanmıyorum, olsa da yardımcı olacak ailem ve dostlarım var.

7-Hastalığınız sizde fiziksel bir yetersizliğe yol açtı mı?

a-Herhangi bir fiziksel yetersizlik yok

b-Az ölçüde bir fiziksel yetersizlik var

c-Orta ölçüde bir fiziksel yetersizlik var

d-Önemli ölçüde bir fiziksel yetersizlik var

8-Şizinki gibi bir hastalık aile bütçesinde bazı sarsıntılara yol açabilir. Hastalığınız için gereken maddi kaynakları temin etmede zorluk çekiyor musunuz?

a-Önemli ölçüde maddi sıkıntım var

b-Orta derecede maddi sıkıntılarım var

c-Çok az maddi problemim var

d-Para ile ilgili bir problemim yok

BÖLÜM IV:Seksüel İlişki

1-Bir hastalığa yakalanmak kimi zaman yaşanan bir ilişkiyi zedeleyebilir. Hastalığınız eşinizle olan ilişkinizde (evli değilseniz birlikte olduğunuz kişi ile olan ilişkinizde) herhangi bir probleme yol açtı mı?

a- İlişkimizde herhangi bir değişiklik olmadı

b-Hastalanmamdan bu yana birbirimize olan yakınlığımız biraz azaldı

c-Hastalanmadan bu yana yakınlığımız kesinlikle daha azaldı

d-Hastalanmamdan bu yana ilişkimizde ciddi problemler hatta kesintiler oldu.

2-Hastalığa yakalanan insanlar cinsel aktivitelere olan ilgilerinde bir azalma olduğunu belirtirler hastalığınız süresince cinsel ilgi ve isteğinizde bir azalma

oldu mu?

a-Hastalığımdan bu yana kesinlikle hiçbir cinsel istek duymuyorum.

b-Cinsel istekte belirgin bir azalma var

c-Cinsel istekte hafif bir azalma var

d-Cinsel istekte hiçbir azalma yok

3-Hastalıklar bazen cinsel aktivitelerde bir azalmaya yol ağar. Bu konuda bir azalma gördünüz mü?

a-Cinsel aktivitede bir azalma yok

b-Cinsel aktivitede çok az ölçüde bir azalma var

c- Cinsel aktivitelerde önemli ölçüde bir azalma var

d-Cinsel aktivite tamamen durdu

4-Cinsellikten normal olarak duyduğunuz tatmin ya da zevk açısından herhangi bir değişiklik var mı?

a-Cinsel zevk ve tatmin tamamen durdu

b-Cinsel zevk ve tatminde önemli ölçüde bir kayıp var

c-Cinsel zevk ve tatmin de çok az ölçüde bir kayıp var

d-Cinsel tatminde bir değişiklik yok

5-Bazen hastalıklar sebebiyle her ne kadar cinsel istek duymada bir değişiklik olmasa da kimi aksama ve düzensizlikler oluşabilir. Sizin başınıza' böyle bir durum geldi mi, geldiyse hangi ölçüde?

a-Cinsel potansiyelimde bir değişiklik yok

b-Cinsel performansıyla ilgili ufak problemler var

c- Önemli cinsel problemlerim var

d-Cinsellikten tamamen koptum

6-Hastalıklar eşler arasındaki cinsel ilişkileri engelleyebilmektedir, ya da bu konuda bazı fikir ve duygu ayrılıkları yaratabilmektedir. Bu konuda eşinizle aranızda farklı görüş ve duygular var mı ve ne derecede?

a-Sabit ve sürekli farklı görüş ve duygular var

b-Bu konuda yoğun farklılıklar var

c-Bazı farklılıklar var

d-Bu konuda hiçbir görüş ve farklılık yok

BÖLÜM V:Geniş Aile İlişkileri

1-Hastalığınız süresince hane dışında yaşayan aile üyeleri ve yakın akrabalarınızla kişisel olarak ya da telefon ile temas kurup görüştünüz mü (eskisine göre) ?

- a-Görüşmeler aynı biçimde ya da biraz daha yoğun oldu
- c-Görüşmeler belirgin olarak azaldı
- b-Görüşmeler biraz azaldı
- d-Hastalık süresince hiç görüşmedik

2-Hastalığınız süresince aile üyeleri ve yakın akrabalarınızla yakınlaşma isteğiniz onlara olan ilginiz ne ölçüde, ne düzeyde?

- a-Onlarla bir araya gelme konusunda bir isteğim olmadı, ya da çok az bir istek oldu
- b- Öncekine oranla olan ilgi ve isteğim çok azaldı
- c-İlgim bir parça azaldı
- d- İlgi ve isteğim aynı ya da hastalığım süresince daha arttı

3-İnsanlar hastalandığında aile üyeleri ve akrabalarının desteğine sığınma ihtiyacı hissederler. Siz onların fikri yardıma ihtiyaç duyduğunuzda onlardan destek görebiliyor musunuz, onlar bu desteği size gösterebiliyorlar mı?

- a- Yardıma ihtiyacım yok, istediğim yardımı zaten veriyorlar
- b-Yeterince yardımcı oluyorlar
- c-Yardım ediyorlar ama yeterince değil
- d-Çok ihtiyacını olmasına rağmen çok az yardımcı oluyorlar, ya da hiç yardım etmiyorlar.

4-Bazı insanlar hane dışında yaşayan aile üyeleri ve yakın akrabalarına çok bağılırlar. Sizin bağılılığınız ne ölçüdedir, hastalığınız bağılılığınızda bir azalmaya yol açtı mı?

- a-Bağılılığım önemli ölçüde yok oldu
- b-Bağılılığım önemli ölçüde azaldı
- c-Bağılılığım biraz azaldı
- d-Bağılılığımı yoktu veya çok azdı, bu bağılılık hastalıktan hiç etkilemedi

5-Genel olarak şu anda bu insanlarla aranız nasıl?

- a-İyi
- b-Fena değil
- c-Kötü
- d-Çok kötü

BÖLÜM VI: Sosyal Çevre

1-Hastalığınız öncesine göre boş zaman uğraşlarınız ve hobilerinizle eskisi gibi ilgilenebiliyor musunuz?

- a- İlgim tıpkı eskisi gibi
- b-Eskisine göre biraz daha az
- c-Eskisine göre önemli ölçüde azaldı
- d-Hemen hemen hiç ilgim kalmadı

2-Bu tür etkinliklere katılımınız nasıl? Hala eskisi gibi uğraşlarınıza devam edebiliyor musunuz?

- a-Katılımım çok az ya da hiç yok
- b-Katılımım önemli ölçüde azaldı
- c-Katılımımı az ölçüde bir azalma gösterdi
- d-Katılımımda herhangi bir değişiklik olmadı

3-Hastalığınızda öncekine göre ailenizle birlikte boş zaman etkinliklerine (iskambil oyunları, küçük seyahatler, piknikler vb) ilgi duyuyor musunuz?

- a-İlgim tıpkı eskisi gibi
- b-Eskisine göre biraz daha az
- c-Eskisine göre önemli ölçüde azaldı
- d-İlgim çok az, ya da ilgim kalmadı

4-Bu etkinliklere eskiden olduğu gibi aynı ölçüde katılabiliyor musunuz?

- a-Katılımım çok az ya da şu anda hiçbir katılımım yok
- b-Katılımım önemli ölçüde azaldı
- c-Katılımım biraz azaldı
- d-Katılımımda herhangi bir değişiklik olmadı

5-Hastalığınız süresince sosyal faaliyetlere (sosyal kulüpler, dini faaliyetler, sinema vb.) olan ilginizi devam ettirebildiniz mi?

- a-İlgim tıpkı eskisi gibi
- b-Eskisine göre biraz daha az
- c-Eskisine göre önemli ölçüde azaldı
- d-İlgim çok az, ya da bir ilgim kalmadı.

6-Bu faaliyetler olan" katılımınız nasıl, arkadaşlarınızla birlikte hala dışarı çıkabiliyor ve bu etkinlikleri yapabiliyor musunuz?

- a-Katılımım çok az ya da yok
- b-Katılımım önemli ölçüde azaldı

c-Katılımım biraz azaldı

d-Katılımımda herhangi bir değişiklik olmadı

BÖLÜM VII:Psikolojik Baskı

1--Son zamanlarda korku, gerginlik, sinirlilik ya da heyecanlılık hissettiğiniz oldu mu?

a-Olmadı

b-Çok az

c-Oldukça fazla

d-Aşırı derecede

2-Son zamanlarda kendinizi üzgün, sıkıntılı, ilgisiz ve umutsuz hissettiğiniz oldu mu?

a- Aşırı derecede

b- Oldukça fazla

c-Çok az

d-Olmadı

3-Son zamanlarda öfkeli, sinirli olma, heyecanınızı kontrol etmede güçlük çekme gibi şeyler hissettiğiniz oldu mu?

a-Olmadı

b-Çok az oldu

c-Oldukça fazla

d-Aşırı derecede

4-Son zamanlarda kendinizi çok fazla suçladığınız, suçlu hissettiğiniz ya da insanları aşağılama hissi yaşadığınız oldu mu?

a- Aşırı derecede

b- Oldukça fazla

c-Çok az

d-Olmadı

5-Son zamanlarda hastalığınız ile ilgili olarak ya da buna benzer başka sorunlar hakkında daha çok endişelendiğiniz oldu mu?

a-Olmadı

b-Çok az oldu

c-Oldukça fazla

d-Aşırı derecede

6-Son zamanlarda kendinizi aşağıladığınız ya da daha az değerli bulduğunuz oldu mu?

a- Aşırı derecede

b- Oldukça fazla

c-Çok az

d-Olmadı

7-Son zamanlarda hastalığınızın sizi çirkinleştirdiğini, çok daha az çekici hale getirdiğini hissettiğiniz oldu mu?

a-Olmadı

b-Çok az oldu

c-Oldukça fazla

d-Aşırı derecede

EK III

HASTANE ANKSİYETE DEPRESYON ÖLÇEĞİ

AÇIKLAMA: Bu anket sizi daha iyi anlamamıza yardımcı olacak. Her maddeyi okuyun ve son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki kutuyu işaretleyin. Yanıtınız için çok düşünmeyin, aklınıza ilk gelen yanıt en doğrusu olacaktır.

Araştırmaya yaptığımız katkılardan dolayı teşekkür eder, saygılar sunarım

1) Kendimi gergin, "patlayacak gibi" hissediyorum

Çoğu zaman

- Bir çok zaman .
- Zaman zaman, bazen
- Hiçbir zaman

2) Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum

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

3) Sanki kötü bir şey olacakmış gibi bir korkuya kapılıyorum

- Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli
- Evet, ama çok şiddetli değil
- Biraz, ama beni endişelendiriyor
- Hayır, hiç öyle değil

4) Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum

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

5) Akıldan endişe verici düşünceler geçiyor

- Çoğu zaman
- Bir çok zaman
- Zaman zaman, ama çok sık değil
- Yalnızca bazen

6) Kendimi neşeli hissediyorum.

- Hiçbir zaman
- Sık değil
- Bazen
- Çoğu zaman

7) Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum

- Kesinlikle
- Genellikle

- Sık değil
- Hiçbir zaman

8) Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

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

9) Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum

- Hiçbir zaman
- Bazen
- Oldukça sık
- Çok sık

10) Dış görünüşüme ilgimi kaybettim

- Kesinlikle
- Gerektiği kadar özen göstermiyorum
- Pek o kadar özen göstermeyebilirim
- Her zamanki kadar özen göstermiyorum

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

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

12) Olacakları zevkle bekliyorum.

- Her zaman olduğu kadar
- Her zamankinden biraz daha az
- Her zamankinden kesinlikle daha az
- Hemen hemen hiç

13) Aniden panik duygusuna kapılıyorum

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

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

- Sıklıkla
- Bazen
- Pek sık değil
- Çok seyrek

EK IV

T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : B.10.4.İSM.4.06.00.09/773-99
Konu : Anket

009342 21.03.2007

...../...../2007

VALİLİK MAKAMINA

Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Nermin ÖYKE "Behçet Hastalarının Hastalığa Psikososyal Uyumu" konulu tez çalışması anketini Ankara Ulucanlar Göz Eğitim ve Araştırma Hastanesinde uygulayabilmesi konusunu olurlarınıza arz ederim

Dr. Selahattin ŞAHİN
Sağlık Müdürü



OLUR
21/03/2007

Hakkı LOĞOĞLU
Vali a.
Vali Yardımcısı

EK: Anket(15 Sayfa)

Eğitim Şube Müdürlüğü Tel: 385 97 00 / 11 23, 1124

Faks:385 97 00/1121

Adres: Raðdat Cad. No: 16 Gimat Kavsağı Otonazarı Yanı Maçunköy / Ankara

