

T.C.
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

BEHÇET HASTALARININ ALGILANAN STRES
DÜZEYLERİ VE STRESLE BAŞ ETME YÖNTEMLERİ

Zeliha TOPCU ODABAŞ

Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Sibel ŞENTÜRK

İSTANBUL, 2021

**T.C.
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**BEHÇET HASTALARININ ALGILANAN STRES
DÜZEYLERİ VE STRESLE BAŞ ETME YÖNTEMLERİ**

Zeliha TOPCU ODABAŞ

184003032

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Sibel ŞENTÜRK**

İSTANBUL, 2021

T.C
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

**Y Ü K S E K L İ S A N S
T E Z O N A Y I**

ÖĞRENCİNİN

Adı ve Soyadı : Zeliha TOPÇU ODABAŞ Öğrenci No : 184003032
Anabilim/Bilim Dalı : Hemşirelik Tez Savunma Tarihi : 24.12.2021
Danışman : Dr. Öğr. Üyesi Sibel ŞENTÜRK Tez Savunma Saati : 11:00

Tez Konusu : "Behçet Hastalarının Algılanan Stres Düzeyleri ve Stresle Baş Etme Yöntemleri"

TEZ SAVUNMA SINAVI, Lisansüstü Öğretim Yönetmeliği'nin 28.Maddesi uyarınca yapılmış, sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin KABULÜ'ne OYBİRLİĞİ/OYÇOKLUĞUYLA karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Dr. Öğr. Üyesi Sibel ŞENTÜRK (Danışman)	KABUL	
Dr. Öğr. Üyesi İlknur ÇALIŞKAN (Okan Üniv.)	KABUL	
Dr. Öğr. Üyesi Ceren AYCANOĞLU (Okan Üniv.)	KABUL	

YEDEK JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Doç. Dr. Güلزade UYSAL		

ÖZET

Bu çalışma, Behçet hastalarının algılanan stres düzeyleri ve stresle baş etme yöntemlerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırma Nisan-Ekim 2021 tarihlerinde Behçet ve Ailevi Akdeniz Ateşi Hastaları Derneğine üye olan ve araştırmaya dâhil edilme kriterlerine uyan 80 Behçet hastası ile tamamlanmıştır. Verilerinin elde edilmesinde, Hasta Tanıtım Formu, Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ) ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ) kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde, bağımsız gruplarda *t* testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ve Pearson – Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır.

Çalışmaya katılan Behçet hastalarının ASÖ toplam puan ortalaması $18,31 \pm 5,78$, SBTÖ-Etkili baş etme yöntemleri puan ortalaması $1,95 \pm 0,50$ ve SBTÖ-Etkisiz baş etme yöntemleri puan ortalaması $1,79 \pm 0,58$ olarak bulunmuştur. SBTÖ-Etkili puanları ile ASÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak iyi düzey negatif yönde bir ilişki ($p < 0,001$), SBTÖ-Etkisiz puanları ile ASÖ toplam puan ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak orta düzey pozitif bir ilişki bulunmuştur ($p < 0,001$).

Sonuç olarak, çalışmamızda hastaların algılanan stres düzeyleri arttığında stresle baş etme yöntemlerinin düştüğü görülmüştür. Behçet hastalarının algılanan stres düzeyleri belirlenerek stresle baş etme yöntemlerinin arttırılmasına yönelik uygun girişimlerin planlanması, eğitim ve danışmanlık hizmeti verilmesi önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Behçet, Stres, Stres ile Baş Etme, Hemşirelik.

ABSTRACT

PERCEIVED STRESS LEVELS AND COPING METHODS WITH STRESS OF BEHÇET'S PATIENTS

This study was conducted as a descriptive study to determine the perceived stress levels and coping methods with stress of Behçet's patients.

The study was completed with 80 Behçet's patients who were members of the Behçet and Familial Mediterranean Fever Patients Association between April-October 2021 and met the inclusion criteria of the study. Patient Description Form, Perceived Stress Scale (PSS) and Styles of Coping with Stress Scale (SCSS) were used to obtain the data. Independent groups t test, one-way analysis of variance (ANOVA) and Pearson – Spearman correlation analysis were used to evaluate the data.

The mean score of Behçet's patients who participated in the study were found 18.31 ± 5.78 (PSS), the mean score of SCSS- Effective coping methods was 1.95 ± 0.50 , and the mean score of SCSS- Ineffective coping methods was 1.79 ± 0.58 . There was a statistically good level of negative correlation was found between SCSS -Effective scores and PSS-T mean scores ($p < 0.001$), and a moderately positive correlation was found between SCSS-Ineffective scores and PSS-T mean scores ($p < 0.001$).

As a result, it was observed that when the perceived stress levels of the patients increased, their methods of coping with stress decreased. It is recommended to determine the perceived stress levels of Behçet's patients and to plan appropriate interventions to increase the methods of coping with stress, and to provide training and consultancy services.

Key words: Behçet, Stress, Coping with Stress, Nursing.

ÖNSÖZ

Çalışmanın planlanması ve yürütülmesini yönlendiren ve her aşamada bana destek veren Sayın **Dr. Öğr. Üyesi Sibel ŞENTÜRK** e

Tezin oluşumunda katkısı olan sevgili **BEFEMDER** Derneği üyelerine,

Tezimin istatistiğini yapan sayın **Prof. Dr. Ferhan ELMALI** ya,

Desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen, uzakta ama hep yanımda hissettiğim canım annem **Mümine TOPCU** ya, canım ablam **Zeynep TOPCU** ya ve canım kardeşim **Abdurrahman TOPCU** ya,

Sonsuz desteği ve sabrı ile her zaman yanımda olan, hayatımın her anında varlığını hissettiğim, en büyük şansım olan sevgili eşim **Emre ODABAŞ** a ve aramıza yeni katılan, tezimin her aşamasında birlikte sabahladığım, moral ve motivasyon kaynağım olan canım oğlum **Doruk ODABAŞ** a

Sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Zeliha TOPCU ODABAŞ

BEYAN

Bu çalışmanın, kendi tez çalışmam olduğunu, tezde kullanılan bilgileri etik kurallar içinde elde ettiğimi, daha önce üretilmiş olan ve yararlandığım bütün bilgi, fikir ve yorumları akademik kurallar içinde kullandığım ve kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

Zeliha TOPCU ODABAş

İÇİNDEKİLER

	<u>SAYFA NO</u>
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
ÖNSÖZ	vi
BEYAN	vii
İÇİNDEKİLER.....	viii
TABLolar LİSTESİ	xii
SEKİLLER LİSTESİ	xiv
KISALTMALAR LİSTESİ	xv
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Behçet Hastalığının Tanımı	3
2.1.1. Epidemiyoloji.....	3
2.1.2. Etiyoloji.....	3
2.1.3. Patogenez.....	4
2.1.4. Behçet Hastalığında Klinik Bulgular	5
2.1.4.1. Oral Ülserler	5
2.1.4.2. Genital ülserasyon	5
2.1.4.3. Deri Bulguları	6
2.1.4.4. Kas-İskelet Sistemi Bulguları	7
2.1.4.5. Göz Tutulumu.....	7
2.1.4.6. Vasküler Tutulum	7

2.1.4.7. Kardiyak Tutulum	8
2.1.4.8. Santral Sinir Sistemi Tutulumu	8
2.1.4.9. Gastrointestinal Sistem Tutulumu	8
2.1.4.10. Renal Tutulum	9
2.1.4.11. Akciğer Tutulumu	9
2.1.4.12. Genitoüriner Sistem Tutulumu	9
2.1.4.13. Nörolojik Tutulum	9
2.1.5. Laboratuvar Bulguları	10
2.1.6. Tanı	11
2.1.6.1. Paterji reaksiyonu	12
2.1.6.2. Ayırıcı Tanı	12
2.1.7. Prognoz	13
2.1.8. Tedavi	14
2.2. Stres	16
2.2.1. Stres Kavramı	16
2.2.2. Organizmanın Strese Karşı Verdiği Tepkiler	18
2.2.3. Stres Kaynakları	20
2.2.4. Stres Belirtileri	21
2.2.5. Stresin Behçet Hastaları Üzerindeki Etkisi	21
2.3. Stresle Baş Etme	26
2.3.1. Stresle Baş Etme Yöntemleri	26

2.3.2. Bireysel Stresle Baş Etme Yöntemleri	29
2.3.3. Behçet Hastalığında Stresle Baş Etmede Hemşirelik Girişimleri	31
3. GEREÇ VE YÖNTEM	32
3.1. Araştırmanın Tipi	32
3.3. Evren, Örneklem Yöntemi ve Sayısı.....	33
3.4. Veri Toplama Araçları.....	33
3.5. Kullanılan İstatistiksel Analiz Yöntemleri.....	35
3.6. Araştırmanın Etik Boyutu.....	35
3.7. Çalışmanın Sınırlılıkları	36
4. BULGULAR.....	37
5. TARTIŞMA.....	53
5.1. Behçet Hastalarının Algılanan Stres Düzeylerinin ve Stresle Başa Çıkma Tarzlarının İncelenmesi	53
5.2. Behçet Hastalarının Sosyo-demografik ve Hastalık Özelliklerine Göre Algılanan Stres Düzeylerinin İncelenmesi.....	55
5.3. Behçet Hastalarının Sosyo-demografik ve Hastalık Özelliklerine Göre Stresle Baş Etme Tarzları Düzeylerinin İncelenmesi.....	56
5.4. Behçet Hastalarının Algılanan Stres Düzeyleri ile Stresle Başa Çıkma Tarzları Arasındaki İlişki	58
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	60
7. KAYNAKÇA.....	62
8.EKLER	74
EK-1: Hasta Tanıtım Formu.....	74
EK-2: Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ).....	76
EK-3: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ)	77
EK-4: Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu	78

EK-5: Ölçek Kullanım İzinleri 79

EK-6: Etik Kurul İzni..... 81

EK-7: Özgeçmiş 82



TABLÖLAR LİSTESİ

SAYFA NO

Tablo 1. Uluslararası Çalışma Grubu (1990) Behçet Hastalığı Tanı Kriterleri.....	8
Tablo 2. Behçet Hastalığı Uluslararası Tanı Kriterleri (ICBD-2014).....	9
Tablo 3. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Ait Tanımlayıcı İstatistikler.....	37
Tablo 4. Hastaların Hastalık Özelliklerine Ait Tanımlayıcı İstatistikler	38
Tablo 5. Çalışmada Kullanılan Ölçek ve Alt Ölçeklere Ait İstatistikler	40
Tablo 6. Cinsiyete Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	41
Tablo 7. Yaş ile Ölçek Puanlarının Korelasyonu.....	41
Tablo 8. Eğitim Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	42
Tablo 9. Çalışma Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	42
Tablo 10. Gelir Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	43
Tablo 11. Medeni Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	44
Tablo 12. Çocuk Sayısına Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	44
Tablo 13. İkamet Yerine Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	45
Tablo 14. Sosyal Güvence Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	45
Tablo 15. Sigara Kullanım Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	46
Tablo 16. Alkol Kullanım Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	46
Tablo 17. Hastalık Yılı ile Ölçek Puanlarının Korelasyonu	47
Tablo 18. Tanı Konma Sürecinde Problem Yaşama Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	47
Tablo 19. Behçet Hastalığı Dışında Hastalık Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	48
Tablo 20. Ailesinde Behçet Hastalığı Varlığı Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	48

Tablo 21. Atak Yaşama Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	49
Tablo 22. Son Bir Yılda Hastaneye Yatma Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	49
Tablo 23. Düzenli İlaç Kullanma Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	50
Tablo 24. Düzenli Egzersiz Yapma Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	50
Tablo 25. Düzenli Kontrole Gitme Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	51
Tablo 26. Genel Sağlık Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması.....	51
Tablo 27. Algılanan Stres Ölçeği Puanları ile Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki.....	51

ŞEKİLLER LİSTESİ

SAYFA NO

Şekil 1. Behçet Hastalığında Prognoz.....14

Şekil 2. Stresin Oluşum Aşamaları.....18



KISALTMALAR LİSTESİ

ADA: Adenozin deaminaz

ALP: Alkalen fosfataz

ASÖ: Algılanan Stres Ölçeği

BEFEMDER: Behçet ve Ailevi Akdeniz Ateşi Hastaları Derneği

BT: Bilgisayarlı Tomografi

DKBY: Değiştir-Kabul Et-Boş Ver- Yaşam Tarzını Yönet

HHV: Human Herpes Virus

HSV: Herpes Simplex Virus

HPA: Hipotalamo-Pitüiter-Adrenokortikal Aks

ISG: International Study Group (Uluslararası Çalışma Grubu)

MR: Manyetik Rezonans

RAS: Rekürren aftöz stomatit

SBÇTÖ: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği

1. GİRİŞ

Behçet Hastalığı, tekrarlayan oral aftöz ülserler, cilt lezyonları, genital ülserler, oküler lezyonlar ve nörolojik, vasküler, kardiyolojik, gastrointestinal ve pulmoner tutulumlar ile karakterize sistemik inflamatuvar bir hastalıktır (1). Behçet hastalığı, tüm dünyada görülmesine rağmen, en yaygın olarak Akdeniz ve Orta Doğu ülkeleri ile Japonya’da görüldüğü ifade edilmektedir. Behçet hastalığının prevalansının en yüksek olduğu ülke ise 80-429/100.000 oran ile Türkiye’dir (2). Hastalığın etiyojisi kesin olarak bilinmemekte, ancak enfeksiyöz ajanlar, genetik yatkınlık, çevresel ve immünolojik faktörlerin etkili olduğu bildirilmektedir (3).

Ataklar ve remisyonlarla ilerleme gösteren Behçet hastalığının seyri bireyler açısından stresli bir durumdur. Yoğun stresin bağışıklık sistemi üzerindeki uyarıcı etkilerine göre, hastalığın tekrarlaması ve devam etmesinde stresin önemli bir rolü olduğu ifade edilmektedir (1). Behçet hastalığında tıbbi tanı süreçlerindeki aksamalar, oral ve genital ülserler, aşırı kilo kayıpları, ağrı, yorgunluk ve uykusuzluk gibi fiziksel problemler, iş gücü kaybı, sağlık hizmetlerine ulaşmada yaşanan güçlükler, ataklar nedeniyle uzun süreli ilaç kullanımı ve düzenli sağlık kontrollerine gitme zorunluluğu nedeniyle yaşanan ekonomik problemler, belirsizlik, atakların yeniden yaşanacağına ilişkin duygular, vücut algısına ilişkin kaygı, çaresizlik, umutsuzluk, depresyon ve anksiyete gibi psikolojik problemler nedeniyle stres yaşanmaktadır (1,4-6). Literatür incelendiğinde de, Behçet hastalarının kişisel yaşamındaki travmatik bir olayın, hem remisyon döneminde hem de relaps üzerinde belirgin bir etkisi olduğu, hastalık başlamadan veya tekrarlamadan önce bir stres faktörünün olduğu ve hastalık tanısı konulduktan sonra hastaların çoğunda stres ve depresyon gibi psikosomatik belirtilerin ortaya çıktığı ifade edilmektedir (1,6-9).

Stresle başa çıkma, bireylerin stresli durumlarla karşılaştıklarında kendi kendilerince ürettikleri ve çevrelerinden gelen isteklerin üstesinden gelebilmek için geliştirdikleri bilişsel ve davranışsal çabalar (10). Hastalıktan kaynaklanan psikososyal stres etkenleri, hastaların algılanan stres düzeyleri ve stresle başa çıkma yöntemleri hastalığın ortaya çıkışında, iyileşme ve alevlenme dönemlerinde önemli bir rol oynamaktadır (1). Bu süreçte, hastanın hemşirelik bakımı, öncelikle yaşadığı stresi, bu

stresle baş etme düzeyini ve gereksinimlerini tanımakla başlar. Behçet hastalarına yapılacak olan uygun hemşirelik girişimleri ile stresle baş etmenin hastalığın olumsuz etkilerini olumlu yönde etkileyebileceği, hastaların yaşam kalitelerine olumlu yansımalar yapacağı ifade edilmektedir (11). Literatürde Behçet hastalarının algılanan stres düzeylerini ve stresle baş etme yöntemlerini belirlemeye çalışılan herhangi bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bu çalışma ile birlikte Behçet hastalarının stres düzeylerinin ve strese neden olan faktörlerin belirlenmesi, stres yaşayan Behçet hastalarının aktif ve pasif baş etme yöntemlerinin neler olduğunun saptanması ile tedavi sürecinde gelişebilecek komplikasyonların önlenmesine ve hastaların yaşam kalitesinin artırılmasına katkı sağlayacağı, gelecekte bu alanda çalışma yapacak akademisyenlere de ışık tutacağı düşünülmektedir.

Bu çalışmanın amacı, Behçet hastalarının algılanan stres düzeylerini ve stresle baş etme yöntemlerini belirlemektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Behçet Hastalığının Tanımı

Behçet hastalığı tekrarlayan ataklarla seyreden, vasküler, oküler, merkezi sinir sistemi, kas-iskelet sistemi, gastrointestinal sistem tutulumu olabilen, mukokutanöz lezyonlarla karakterize sistemik otoinflamatuvar bir hastalıktır (1). Behçet hastalığı, ilk kez 1937 yılında Türk dermatolog Hulusi Behçet tarafından ‘tekrarlayıcı genital ülserasyon, oral aft, üveit’ ile bir arada üç semptomlu kompleks hastalık olarak ifade edilmiştir (2,6).

2.1.1. Epidemiyoloji

Behçet hastalığı, genellikle tarihi İpek Yolu olarak bilinen Akdeniz’den başlayarak Uzakdoğu’ya uzanan bölgede yaygın şekilde görülmesine karşılık Avrupa ve Kuzey Amerika ülkelerinde nadiren görülmektedir (12). Behçet hastalığının prevalansı Japonya’da 30,5/100.000, İran’da 16,7/100.000, Suudi Arabistan’da 20/100.000, Çin’de 14/100.000, Türkiye’de ise en yüksek prevalans olarak 80-370/100.000 bildirilmiştir (2).

Behçet hastalığı genelde yaşamın ikinci veya üçüncü dekadında diğer bir ifade ile 25-35 yaş aralığında ortaya çıkmakta, ancak erken veya geç başlangıçlı olan hastalarında bulunduğu bildirilmiştir (13). Behçet hastalığı çocukluk döneminde ya da 50 yaş üzerindeki bireylerde nadiren görülmekle birlikte çocukluk dönemi ya da geç başlangıçlı hastalarda klinik göreceli olarak daha kötü seyretmektedir (4). Behçet hastalığı Akdeniz ve Asya ülkelerinde kadınlara oranla erkeklerde daha yaygın görülürken, Kore ve Japonya’da ise kadınlarda daha yaygın görülmektedir (14, 15).

2.1.2. Etiyoloji

Behçet hastalığının etiyolojisi henüz tam olarak açıklanamamıştır. Enfeksiyöz ajanlar, genetik yatkınlık, çevresel ve immünolojik faktörler etkili olmaktadır (7). Fakat hala kesin risk faktörü veya tetikleyici olarak çevresel ajan veya enfeksiyöz ajan tespit edilememiştir. Belirli toplumlarda daha fazla görülmesi, HLA-B5 antijen korelasyonu, ailesel yatkınlık, ikiz çalışmaları, göç alan toplumlarda yapılmış epidemiyolojik çalışmaların etiyolojide genetik faktörlerin etkili olduğunu göstermektedir. Ancak genetik yatkınlık olsa da kalıtsal geçiş şekli hala bilinmemektedir (8).

Human Herpes Virus (HHV)-6, Herpes Simplex Virus (HSV), sitomegalovirüs, parvovirüs B19, Hepatit A, B, C, E virüsleri ve varisella etiyolojide etkili olduğu düşünülen viral ajanlar arasındadır (2). Ancak elde edilen veriler doğrultusunda Behçet hastalığının sadece parvovirüs B19 ve HSV ile birlikteliği ortaya konmuştur (8, 16). Bakteriyel ajanlar arasında ise en fazla streptokokların etiyolojide rolü olduğu ifade edilmektedir (16).

2.1.3. Patogenezi

Behçet hastalığının genel olarak immünolojik düzeneklerin tetiklediği vaskülit olduğu kabul edilmekte olup, henüz patogenezi ortaya konamamıştır. Hastalığın otoimmün bir sendrom olduğu yönünde görüşler de bulunmaktadır. Hastalar ile birinci derecedeki yakınlarında otoimmün rahatsızlıkların görülme oranında artış olmamıştır (8). HLA-B51 doku tipi bulunan kişilerde özellikle bazı enfeksiyon ajanlarının Behçet hastalığına neden olduğuna ilişkin çok sayıda kanıt ulaşılmıştır. Otoimmün sendromlara genelde eşlik eden HLA allellerinden ziyade bu hastalıklar ile ilişkisi bulunmayan HLA-B51 doku tipinin sıklıkla olması ve B hücre hiperaktivitesine rastlanmaması Behçet hastalığının otoimmün hastalık olmadığını göstergelerinden birisidir (17).

Behçet hastalığının etyopatogenezi kesin olarak anlaşılamamasına rağmen, edinsel ve doğal immün sistemin aktif olduğu, lenfo-histiositik ve nötrofilik inflamasyonun bir arada gözlemlendiği kompleks sistemik vaskülit olduğu genel kabul görmektedir (15). İnfektif ajanlar, stres, deri hasarı gibi dış etkenlerin inflamasyon ve hastalık aktivasyonuna neden olduğu ileri sürülmektedir (1,18). Doğal immün inflamatuarda yanıt normalde hızlı nonspesifik ve kendisini sınırlayıcı olmaktadır. Behçet hastalığında ise inflamasyon kontrolsüzce devam ederek, hastaya zarar verici etkiler yapmaktadır (19).

Behçet hastalığında bazı immünolojik bozukluklar gözlemlenmiştir. Bunların arasında akut faz proteinleri ve C9 serum seviyelerinin fazlalığı, serumda dolaşan immünkomplekslerin bulunması, oral mukozaya karşı otoantikorların bulunması, periferik lenfositlerde alt gruplarda dengesizliğin olması, kemotaksisinde eksilme, B

hücre stimülasyonunda yükseklik ve natürel killer hücre aktivasyonun az olmasıdır. Aynı zamanda BH'daki beta-2 mikroglobin düzeyleri de yükselmiştir (17).

Sonuç olarak Behçet hastalığının patogenezinin genetik yatkınlığı bulunan kişilerde çeşitli dış etkenler nedeniyle, bir kısım enfeksiyöz ajanların harekete geçirildiği, humoral ve hücrel immünitede meydana gelen bozukluklar ve efektör mekanizmalar ile ilerleme gösteren immünolojik inflamasyon sorumlu olarak kabul edilmektedir. Bu hastalıkta histopatoloji, perivasküler lenfosit ile plazma hücre infiltrasyonu ile karakterize olmaktadır (1).

2.1.4. Behçet Hastalığında Klinik Bulgular

Behçet hastalığında gözlemlenen pek çok klinik bulgu bulunmaktadır. Genital ülserasyon, aftöz lezyonlar, papülopüstüler lezyonlar, artrit, nodüler lezyonlar, göz tutulumu, nörolojik tutulum ve vasküler tutulum hastalarda sıklıkla gözlemlenen bulgular arasındadır (20).

2.1.4.1. Oral Ülserler

Behçet hastalarında yaklaşık %97-99 oranında hastalığın karakteristik özelliğinden olan ve genelde sistemik diğer belirtilerden uzun süre önce oral aftlar gözlenir. Aynı zamanda hastaların yaklaşık %82,1'inde hastalığın ilk belirtisi olarak ortaya çıkar (20). Sayısal olarak aftların çok olması, büyük boyutlarda aftlar olması, sıklıkla tekrarlaması, artiküler, nörolojik, vasküler semptomlar olması, yumuşak damak ile orofarenks tutulumu olması Behçet hastalığına bağlı oral ülserlerin varlığını düşündürmelidir (21). Oral ülserler ağrılı lezyonlar olup, oral kavitede herhangi bir yerde görülebilir. Genelde dil, dudak, diş eti, nonkeratinize epitel olan yerlerde yerleşir. Majör aftlar, minör aftlar ve herpetiform aftlar şeklinde üç tip aft bulunmaktadır (22). İyileşmeleri genelde 10-14 gün içinde skarsız olarak gerçekleşir. Diğer bulgularda gerileme görülürken, hastalığın başlangıcından itibaren oral aftların ilerlediği gözlemlenebilir (20).

2.1.4.2. Genital ülserasyon

Behçet hastalığı tanısı konmuş olan hastaların %85'inde genital ülserler bulunmaktadır. Genital ülser, yuvarlak ya da oval zemini sarımtırak ya da nekrotik

membran ile kaplı olan çevresi ödemli ülserlerdir. Genellikle bir püstül, papül veya kurut ile başlar, kısa sürede ülserleşme gözlenir. Aynı anda veya birden fazla sayıda ülserleşmiş lezyon görülebilir. Genital ülserler genelde yara iyileşmesini geciktiren sekonder infeksiyon görülmediği zaman 10-30 günde iyileşme gösterir. Genital ülserler histolojik özellikleri bakımından aftlar ile benzerlik gösterirler (23).

2.1.4.3. Deri Bulguları

Behçet hastalığının başlangıcında veya seyri sırasında deri bulguları sıklıkla görülür (5). Papülopüstüler lezyonlar, eritema nodozom benzeri lezyonlar, yüzeyel tromboflebit ve tanı kriterlerinden olan paterji testi pozitifliği hastalığın seyrinde görülen başlıca deri lezyonları arasındadır (5).

Papülopüstüler lezyonlar, Behçet hastalarında püstüler belirtiler genelde göğüs, yüz, femoral bölge, pubis, omuz, sırt ve kalça bölgesinde yerleşim gösterir. Follikulit ve akne olarak iki farklı formda görülürler. Akne formdaki lezyonlar genelde sırtta, omuzda ve yüzde yerleşir. Lezyonların klinik olarak aknevulgaristen farkı bulunmamaktadır. Aknede olduğu gibi sebum salgısı da fazladır (5,19). Foliküllitler kıl folikülünün ortasında püstül, çevresinde de eritematöz halo bulunan lezyonlardır. Ortaya çıkan belirtilerin düzelmesi 2-3 günü bulur. Behçet hastalarında bu tür lezyonların görülmesi reaktif artrit varlığına işaret eder (19).

Behçet hastalarında izlenen nodüler lezyonlar yüzeyel gezici tromboflebit ve eritema nodozuma benzeyen şekilde iki türdedir. Hastaların yaklaşık %50'sinde eritema nodozuma benzeyen lezyonlar izlenir. Bu tür lezyonlar genelde femoral bölgede, bacaklar ve kollarda görülür. Bu lezyonlar genelde kadınlarda görülür ve birkaç tane bir arada olur, bazıları ülserleşir ve hiperpigmentasyona neden olur (24).

Yüzeyel gezici tromboflebit ise küçük ve büyük venlerde görülürler. Genellikle nodüller tek taraflı olur ve tek bir ven trasesini izler. En fazla vena safena magna da izlenir. Palpasyonla ven içerisinde trombüs hissedilmektedir. Yüzeyel tromboflebit derin ven trombozuyla yakından ilişkili olmaktadır (25).

2.1.4.4. Kas-İskelet Sistemi Bulguları

Behçet hastalığının klinik bulgularından olan artrit hastalarda %50 oranında gözlemlenmektedir (26). Artrit tipik olarak inflamatuvar tipte, eroziv olmayan, simetrik ya da asimetrik oligoartriküler veya poliartriküler, monoartriküler tutulum şeklinde gözlemlenebilir. Genelde el bileği, dirsek, ayak bileği ve diz eklemlerini tutabilir (27). Artrit en fazla birkaç hafta içinde iz bırakmadan düzelme gösterir. Eklem ponksiyonu aracılığıyla elde edilen sıvı genelde inflamatuvar özellik gösterir ve müsin pıhtı testi iyi düzeydedir (24).

2.1.4.5. Göz Tutulumu

Göz tutulumu, Behçet hastalarının yaklaşık %50'sinde izlenmektedir. Hastaların %10'unda oküler tutulum ilk belirti olarak görülür. Erkeklerde ve gençlerde bu oran %70'e kadar çıkabilir (4). Hastalığın başlangıcından itibaren tutulumun birkaç yılda başladığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Genellikle tek taraflı olan başlangıç zamanla diğer tarafa da yansımaktadır (28).

Behçet hastalarında sıklıkla retinit ve panüvit görülür. Hastalar izole anterior üveit ile prezente olduğunda, zamanla pek çoğunda panüveite doğru ilerleme görülür (1). Posterior, anterior segmentte ya da genelde ikisinde de nongranülomatöz üveal enflamasyon meydana gelebilir ve genellikle oklüziv retinal vaskülüt eşliğinde olur. Hastalarda genelde göz ağrısı, bulanık görme, lakrimasyon, fotofobi, episklerit nedeniyle periglobal hiperemi, yabancı cisim görme yakınmaları olur (4). Tekrarlayan ataklar her defasında görme keskinliğini biraz daha azaltır. Anterior üveit görülme oranı %5-10 düzeyinde olup, prognozu iyidir, genelde topikal tedavi ile düzelme sağlanır. Hipopiyon görülme oranı ise %10 olup, ciddi retinal vaskülit ile birlikte görülür ve prognozu kötüdür (28).

2.1.4.6. Vasküler Tutulum

Behçet hastalığının klinik belirtilerinde vasküler tutulumun görülme oranının %15-50 arasında olduğu bildirilmektedir. Arteriyal anevrizma veya oklüzyon ve venöz tromboz şeklinde iki tipte görülür. Venöz tutulum erkeklerde %40, kadınlarda %5 oranda

görülmekle birlikte hastalarda genel olarak %85 oranında görülür. Tutulum en fazla alt ekstremiteler venlerde, damar boyunca olur, segmental tutulum ise görülmez. Anevrizmalar ise organ yetmezlikleri ve kanama infarktına neden olabilir, rüptürleri ise fatal olabilir. Türkiye’de yapılan araştırmalarda Behçet hastalığının Budd-chiari sendromunun en fazla görülen nedeni olduğu belirlenmiştir. Pulmoner arter anevrizması, iliac arterde, abdominal aortada, karotis arterlerde, femoral ve popliteal arterlerde görülebilmektedir (28).

2.1.4.7. Kardiyak Tutulum

Behçet hastalığında kardiyak tutulum ile ilgili olan veriler sınırlıdır. Miyokardit, kalp kapak hastalığı, endokardit, aort ve koroner arter anevrizması, akut miyokart enfarktüsü, perikardit, ventriküler tromboz ve konjestif kardiyomiyopati şeklinde görülebilir (29).

2.1.4.8. Santral Sinir Sistemi Tutulumu

Behçet hastalığı hem periferik sinir sistemini hem de merkezi sinir sistemini tutabilir. En sık olarak beyin sapı, spinal kord, hemisferler tutulurken, periferik sinirler, spinal kökler, kaslar ise nadir olarak tutulur. Erkeklerde daha sık görülür ve geç dönemde ortaya çıkar. Tutulum görülen hastalarda yaklaşık %80 oranında baş ağrısı semptomu görülür (30).

2.1.4.9. Gastrointestinal Sistem Tutulumu

Behçet hastalığında gastrointestinal sistem tutulumu ciddi morbidite ve mortalite nedeni olmaktadır. Türkiye’de görülen hastaların yaklaşık %5’inden azında tutulum görülür. Japonya’da ise vakaların yaklaşık yarısında tutulum gözlemlenir (8). Tutulum ağızdan anüse kadar her yerde hastalığın başlamasından itibaren yaklaşık 5 yıl sonra görülebilir. Gastrointestinal sistemde herhangi bir yerde mukoza inflamasyonu ve ülser oluşabilir. Ülserler genelde tek, geniş ve derindir. Sıklıkla görülen klinik bulgular arasında karın ağrısı, kusma, bulantı, gastrointestinal kanama ve ishal bulunur (31).

2.1.4.10. Renal Tutulum

Behçet hastalığında renal tutulum nadiren görülür, ancak vaskülit şiddetlidir. Proteinüri, asemptomatik hematüri, semptomatik amiloidoz sıklıkla görülen tutulum şeklidir. İnterstisyel nefrit, glomerülonefrit, renal vasküler sistem tutulumu ise diğer renal tutulum şekilleridir. Amiloidoz en önemli renal tutulum şeklidir, renal yetmezlik nedeni olabilir. Glomerulonefrit ise böbrek tutulumunda sıkça görülür (28).

2.1.4.11. Akciğer Tutulumu

Behçet hastalığında pulmoner tutulum sıklığı ortalama %1 ile %7,7 arasındadır. Pulmoner damarların etkilenmesi durumunda akciğerde parankimal değişimler, plörezi, arterde anevrizma ve fibrozis görülebilir (7, 16). Hemoptizi hastaların en önemli başvuru yakınmasıdır. Göğüs ağrısı, ateş, dispne, kilo kaybı, halsizlik, öksürük ise diğer yakınmalardır. Nadir olarak pulmoner arter anevrizması görülse de ölümcül etkidir (32).

2.1.4.12. Genitoüriner Sistem Tutulumu

Sistit, orşit, epididimit ve üretrite neden olabilir. Vakaların yaklaşık %5-10'unda tekrarlayıcı epididimite görülmekte, sıklıkla ağrı ve nadir olarak epididimal bölgede şişlik oluştuğundan klinisyene başvuru yapılır (16).

2.1.4.13. Nörolojik Tutulum

Behçet hastalarının %10-20'sinde nörolojik tutulum görülebilir. Erkeklerde kadınlara göre daha fazla ve ağır şekilde etkili olur. Hastalarda nörolojik tutulum genelde hastalığın başlangıcından itibaren 5 yıl sonra ortaya çıkar, uzun dönemde mortalite ve morbidite ile ilişkilidir (33). Kortikospinal sistem ya da beyin tutumu ile karakterize olan nörolojik tutulum, intrakranial basınç artışı, dural sinüs trombozu, gizli baş ağrısı ya da gizli kişilik değişiklikleri şeklinde olabilmektedir. Parankimal tutulum en fazla bazal gangliya ve beyin sapı, daha az oranda ise serebrum, spinal kord ve serebellumda görülebilir (34).

Dural sinüs trombozu genellikle alt ekstremitte derin ven trombozu ile beraber görülür. Progresif seyir, beyin sapı ya da parenkimal tutulumu ile serebrospinal sıvı anormalileri kötü prognoz ile ilişkilidir (35). Bunun yanı sıra periferik ve kraniyal sinir tutulumunun da görülmesi söz konusudur. Bilgisayarlı Tomografi (BT) ve Manyetik Rezonans (MR) görüntüleme nörolojik lezyonların tespit edilmesi için kullanılır. T2 ağırlıklı olan MR’da bazal gangliya, beyin sapı, serebral ak maddede multipl yüksek intansite fokal lezyonlar tipik bulgular arasındadır (36). Beyin omurilik sıvısı parankimal tutulumda nonspesifik özellikler göstermektedir. Genelde hafif pleositoz bulunmaktadır. Glukoz düzeyleri hafif olup, hafif protein artışı görünür (34).

2.1.5. Laboratuvar Bulguları

Behçet hastalığına özgü olan herhangi bir laboratuvar bulgusu bulunmamaktadır (37). Nadir olarak eozinofili ve anemi görülebilir, immünglobulinler artış gösterebilir. IgA düzeyi kanda artarken, tükürükte azalır. Nadir olarak kriyoglobulinemi görülür (38). Hastalarda endotel ve Beta-2 mikroglobulin hasarının göstergesi olan E-selektin düzeyinde artış olur. Özellikle C9’da artış düzeyi daha belirgin olan kompleman düzeylerinde artış meydana gelebilir (4).

Behçet hastalığında büyük damar tutulumu akut faz reaktanlarında meydana gelen artışın temel nedenleri arasındadır. Özellikle artrit, üveit ya da damar vaskülit atığı gelişen hastalarda eritrosit sedimentasyon hızı ve C-reaktif protein artışı gösterebilir (1). Eritema nodozum benzeri lezyonu olan ya da HLA-B51’i olan hastalarda eritrosit sedimentasyon hızı artışı daha yaygın görülür. Üveit atığı ya da oral aftı olan hastalarda ise trombositoz ve lökositoz gelişebilir. Behçet hastalarında %11 oranında hastalık aktivitesinden dolayı karaciğer alkalen fosfataz (ALP) artış gösterir (38). Hastalarda artrit gelişimi varsa ALP düzeyinde artış olabilir. Behçet hastalığının aktivitesi ile anti-endotelyal hücre antikorları ilişkilidir. Antinükleer antikor, romatoid faktör, antikardiyolipin antikorları ve anti-nötrofil sitoplazmik antikorların Behçet hastalığı patogeneğinde etkileri bulunmadığından pozitif olmalarına yönelik beklenti yoktur (37).

2.1.6. Tanı

Behçet hastalığı tanısında spesifik laboratuvar testi bulunmamaktadır. Hastalığın tanısı belirlenmiş olan bulguların bir arada olması neticesinde konur. Tanı amacıyla klinik çalışmaların sınıflandırılması için geliştirilen, 1990’da yayınlanan Uluslararası Çalışma Grubu’nun kriterleri ICBD, revize ICBD 2014” şeklindedir (39). Behçet hastalığının tanı kriterleri ICBD Tablo 1’de görülmektedir.

Tablo 1. Uluslararası Çalışma Grubu (1990) Behçet Hastalığı Tanı Kriterleri (39)

Bulgu	Tanım
Rekürrent oral ülser	12 aylık periyotta en az 3 defa nükseden hekim ya da hasta tarafından gözlemlenen herpetiform ülserler veya minör aftöz, majör aftöz
Rekürrent genital ülser	Hekim ya da hasta tarafından gözlemlenen skarlaşma veya aftöz ülserasyon
Göz lezyonları	Posterior üveit, anterior üveit veya yarıık lamba muayenesinde viterusta hücrelerin bulunması veya oftalmolog tarafından tespit edilmiş olan retinal vaskülit
Cilt lezyonları	Hasta ya da hekim tarafından gözlemlenen psödofollikülit, eritema nodozum veya papülopüstüller lezyonlar ya da kortikosteroidlere bağlı olmayan ergenlik sonrasında bir hastada hekim tarafından gözlemlenmiş olan akneiform nodüller
Pozitif paterji testi	Hekim tarafından 24-48 saatte pozitif olarak yorumlanan test

Behçet hastalığının tanısı için Uluslararası Çalışma Grubu tanı kriterleri yılda en az üç defa tekrarlayan oral aftlar yanında aşağıda yer alan majör belirtilerden en az ikisinin bulunmasını kabul etmektedir (39):

1. Genital yerleşimli ülser ya da daha önceden geçirilmiş olan ülser skarı
2. Gözde retinal vaskülit, üveit, vitreusta hücre gibi inflamasyon
3. Cilt lezyonları
4. Paterji testinin pozitif olması.

Behçet Hastalığı Uluslararası Çalışma Grubu oral aftı bulunan hastaları çalışmaya alarak, oral aftı olmayanları çalışmanın dışında bırakmıştır. Çalışmada Behçet hastalığı tanısında tekrarlayan oral aftı mutlaka aranması gereken bir tanı kriteri olarak

belirlemiştir. Behçet Hastalığı Uluslararası Çalışma Grubu tanı kriterlerinin özgüllüğü %96-99 iken, duyarlılığı ise %91-98 oranındadır (39). Behçet hastalığında sınıflandırma ve tanı için geliştirilmiş olan başka kriterler de vardır. 2010 yılında ICBD tanı kriterleri yeniden revize edilmiş ve 14. Uluslararası Behçet Hastalığı Konferansında bildirilmiştir. 2014 yılında ise kriterler Journal of the European Academy of Dermatology and Venerology dergisinde yayımlanmıştır (40). Tablo 2’de revize ICBD-2014 kriterleri yer almaktadır.

Tablo 2. Uluslararası Behçet Hastalığı Kriterleri (ICBD-2014) (40)

Bulgular	Puan
Oral Aftlar	2
Genital Ülserler	2
Oküler Lezyonlar	2
Cilt Lezyonları	1
Vasküler Bulgular	1
Nörolojik Bulgular	1
Pozitif Paterji Testi*	1
*1- Paterji testi opsiyoneldir. Tetkik edildiğinde pozitif saptandığında ekstra puan verilebilir 2- Bir hasta 4 puan ve üzerinde skor alırsa BH olarak tanımlanır	

2.1.6.1. Paterji reaksiyonu

Behçet hastalığının tanısında paterji oldukça değerli olup, hastalığın tanı kriterleri arasında yer alır. 20 gauge steril enjeksiyon iğnesi ön koldaki kılsız bölgede dermise ulaşacak biçimde oblik olarak batırılması sonucunda 24-48 saatin ardından etrafında 1-2 mm çaplı eritematöz halo ile çevrili olan papül-püstül oluşur. Tek başına eritem olması ise negatif olarak yorumlanır. Ortaya çıkan tepkinin düzelmesi 4-5 günü bulur (41,42).

2.1.6.2. Ayırıcı Tanı

Behçet hastalığı tanısında santral sinir sistemi, göz, gastrointestinal sistem, kas-iskelet sistemi gibi sistemlerin tümü gözden geçirilmelidir. Aynı zamanda klinik kriterlere uygunluk öncesi oral ülserli hastalarda viral ülserler, eritema multiforme,

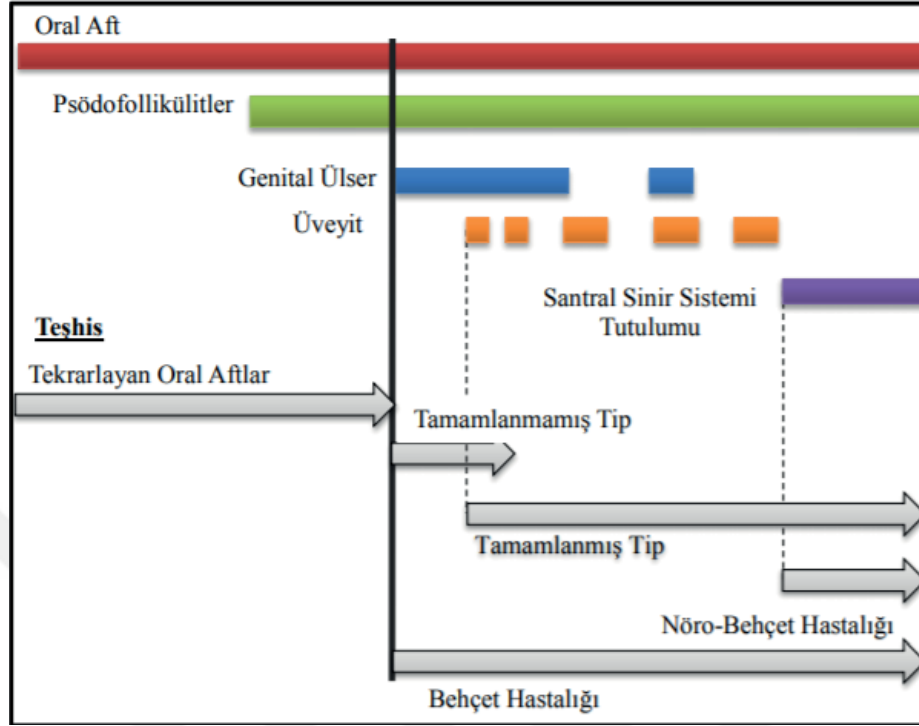
Rekürren aftöz stomatit (RAS), liken planus, pemfigus gibi hastalıklar, genital ülserli hastalarda herpes genitalis, sankroid, fix ilaç erüpsiyonu, sfiliz mutlaka dışlanmalıdır (16). Eklem bulguları, mukozal yüzeylerde aftlar gibi romatolojik yakınmalarla başlayabilen sistemik lupus eritematozus, Reiter sendromu, gibi tanılar Behçet hastalığı şüphesi olan hastalarda ekarte edilmelidir. Ayrıca oral ülserler, üveit, eritema nodosum nedeniyle Behçet hastalığı şüphesi olan hastalarda Crohn hastalığı, ülseratif kolit gibi inflamatuvar bağırsak hastalıklarında da görülebileceği göz önüne alınmalıdır (43). Behçet hastalığında nörolojik tutulum sıklıkla multiple skleroz ile karışır. Hastalarda bunlardan şüphe duyulursa diğeri mutlaka ayırıcı tanı da dikkate alınmalıdır (22).

Behçet hastalığı şüphesi duyulan hastalarda detaylı olarak dermatolojik muayene yapılması gerekliliği vardır. Cilt lezyonlarının ayırt edilebilmesi için bazı durumlarda direkt immünfloresan mikroskopisi ve ışık mikroskopisi için biyopsi yapılması gerekli olabilir. Özellikle süresi üç haftayı geçen oral ülserlerde liken planus, pemfigus vulgaris, bullöz pemfigod gibi lezyonların dışlanması amacıyla direkt immünfloresan mikroskopisi ve ışık mikroskopisi ile inceleme gerekebilir (40).

2.1.7. Prognoz

Prognoz, herhangi bir hastalığın seyrinde tahmini olarak iyileşme şansının olup olmadığına ilişkin kullanılan tıbbi bir terim olmaktadır. Behçet hastalığı, vücutta birçok sistemi etkisi altına alan ataklar ve remisyonlar ile seyreden kronik bir hastalıktır. Hastalığın istenmeyen sonuçları bulunmakta ve kendini sınırlamamaktadır (44). Aynı zamanda ataklar önceden kestirilemez, pek çok organı olumsuz etkiler. Behçet hastalığının kötü prognozunda hastalarda genç yaşta aktif olarak sindirim sistemi, göz, kalp damar sistemi, böbrek, nörolojik, solunum sistemi tutulumları görülebilir ve ölümle neticelenebilir. Behçet hastalığının prognozu Şekil 1’de görüldüğü gibi açıklanabilir (45).

Şekil 1. Behçet Hastalığında Prognoz (45)



Behçet hastalığında hastalarda yaşı ilerlemesi ile birlikte klinik bulgulara gerileme meydana gelebilir (46). Bu hastalıkta hastaların erkek olması, erken yaşta sistemik tutulumun başlaması, HLA-B5 geninin pozitif olması durumunda hastalığın prognozunda kötü bir etkiye neden olabilmektedir (47).

2.1.8. Tedavi

Behçet hastalığının tedavisinde amaç, atakların ve semptomların hafifletilmesi, organ hasarının önlenmesi ve yaşam kalitesinin artırılmasıdır (48).

Topikal tedavi: Behçet hastalığında deri ve lezyon tedavisinde topikal ajanlar öncelikli olarak tercih edilirler. Oral ve genital ülserlerin tedavisinde topikal steroidler sıklıkla kullanılan ajanlardır. Bu ajanlar ağrının şiddetini azaltarak, iyileşmenin hızlanmasını sağlarlar (48). Minör aftların tedavisinde antiseptik özelliğe sahip olan klorheksidin gargara ağrıyı azaltmakta ve iyileşmeyi hızlandırmakta, triklozan gargara ise aftöz ülser gelişme sıklığını azaltmaktadır (49).

Sistemik tedavi: Behçet hastalığı tedavisinde hastalığın bulgularını tamamen ortadan kaldıracak bir ilaç bulunmamakla birlikte ilaçlar hastalar üzerinde geçici iyilik sağlayabilmektedir. Tedavi, yeni gelişmelerin olmamasından, hastalığın ataklar ile seyretmesinden, hastalık seyrinin değişken olmasından, hastaların az olması, hasta seçiminde cinsiyet, yaş gibi kriterlerin olmamasından dolayı olumsuz etkilenmektedir (48). Behçet hastaları için uygulanacak tedavi formunda tutulum olan organlar ile tutulum şiddetine uygun şekilde ilaç ve doz belirlenir. Tedavinin belirlenmesinde hastanın yaşı ve cinsiyeti de önem arz etmektedir. Tedavide etkinliği olan ilaçların pek çoğu düzensiz immün yanıtı neticesinde gelişen inflamatuvar yanıtı düzenleyici diğer bir ifade ile bağışıklık sisteminde etkinliği bulunan ilaçlardır. Hastaların tedavi sürecinde göz tutulumu, santral sinir sistemi tutulumu ve büyük damar tutulumları olduğunda bunların iyileşmeleri güçtür (50).

Behçet hastalığı tedavisinde kullanılan ilaçlar etken maddesi kolşisin, siklosporin ya da azatiyoprin, yüksek dozda steroidler, antikoagülan, antiagregan, interferon olan bağışıklık sistemini baskılayıcı ilaçlardır. Etken maddesi kolşisin olan ilaçlar özellikle eritema nodozum ve eklem tutulumları tedavisinde kullanılmakta, ancak ilaçların sürekli kullanımı böbrek ve karaciğer fonksiyonlarını bozucu yan etki yapabilmektedir (51). Yüksek dozda steroidler genelde santral sinir sistemi, göz, damar tutulumları için kullanılırlar. İnflamasyonun iyileşmediği hastalarda tedaviye siklosporin, interferon, azatiyoprin gibi bağışıklık sistemini baskılayıcı ilaçlar da kullanılır. Damar tutulumları için de antiagregan ya da antikoagülan ilaçlar kullanılır (52).

Cerrahi tedavi: Behçet hastalığında çeşitli tedavi yöntemleri olsa da arterial anevrizmalarda cerrahi tedavi gerekir. Cerrahi tedavi, tekrarlayan masif hemoptizilerde uygulanabilir. İmmünsüpresiflerle hastalık aktivitesinin kontrol altında tutulması durumunda psödoanevrizmalarda endovasküler girişim uygulanabilir. Büyük damar ve kardiyak tutulumlarda, trombotik obstrüksiyonlarda, gastrointestinal barsak perforasyonunda, enterokütan fistüllerde tek seçenek cerrahi tedavi olabilir (53). Cerrahi tedavide çeşitli komplikasyonlar olmasına rağmen seçilmiş olgularda immünsüpresif tedavi ile birlikte cerrahi tedavi bir seçenek olabilir. Ciddi derecede hayatı tehdit edici durumlar dışında mortalite oranları yüksek olduğundan cerrahi tedavi geri planda

kalmaktadır (53). Periferik arter anevrizmaları, küçük boyutlu, asemptomatik olmadıklarında, rüptüre olma riski düşük olan durumlarda cerrahi tedavi gerektirir (54).

Hematopoetik tedavi: Behçet hastalarında tüm tedavilere direnç gösteren vakalarda hematopoetik kök hücre nakli tedavi seçeneği olarak değerlendirilebilir. Tedavide genelde otolog hematopoetik kök hücre nakli tercih edilir. Fakat tedavinin mortalite ve morbidite oranı yüksektir (55).

2.2. Stres

2.2.1. Stres Kavramı

Stres sözcüğünün kökeni, Fransızca “estrece” ile Latince “estrica” sözcüklerinden gelmektedir. Stres sözcüğü 17.yüzyılda müsibet, felaket, elem, keder, bela gibi anlamlar için kullanılmıştır. Daha sonra ise anlam değişikliğine gidilerek kişiye, nesnelere, ruhsal yapıya uygulanan baskı ve güç anlamında kullanılmıştır (56). Bir başka tanımda stres, bireyin çevre ile etkileşiminde yaşam olaylarının ardından sınırlı ya da ciddi olarak uyarılarak fizyolojik ve psikolojik tepkilerin ortaya konması durumu şeklinde ifade edilmiştir. Bireylerin stresli durumlarda verdikleri fizyolojik tepkiler; çarpıntı, nefes darlığı ve bulantı, psikolojik tepkiler ise; karar vermede zorluk, değersizlik hissi, kaygı, öfke, alışlagelmiş davranışlarda değişiklik, güvensizlik olarak ortaya çıkmaktadır. Stresin etkileri uzun dönemde ise tepkilerin kronikleşmesine neden olmakta, kaygı ve depresyon gibi bozukluklar, uyku bozuklukları, madde ve alkol kullanımı, intihar-ölüm düşünceleri gibi neticelerin ortaya çıkmasında etkili olmaktadır (57).

Stres bireyde uyarılma ve gerginliğe neden olan yaşantılar şeklinde tanımlansa da yaşanan durumlara uyum sağlamak için harekete geçiren bir yönünün de bulunduğu, özellikle performansla gerek duyulan durumlardaki ortalama stresin güdüleyici bir etkiye neden olduğu ifade edilmektedir (58,59). Stres, sosyo-kültürel düzeyden her insanın sıklıkla kullandığı ve genelde yaşadığı bir kavram olarak kabul edilmektedir. Bu alanda yapılmış çalışmalara göre, stresin nedenleri, belirtileri, düzeyi, stresin tanımlanması her bireyde değişiklik göstermektedir. Günümüzde yaşanan hızlı değişimin etkisiyle bireylerin sıklıkla bir şeyden kaçma endişesi ile hareket etmesi sonucunda stres modern yaşamın parçası durumuna gelmiştir (57).

Stres, ‘olumlu ya da olumsuz olmasına bakılmadan kişinin herhangi bir psikolojik ya da fiziksel uyarıcının karşısında gereken uyumun sağlanması amacıyla bedensel ve ruhsal olarak harekete geçmesi ve tepki vermesidir’ şeklinde tanımlanmaktadır (60). Stresli bir olay ya da durum kişinin performansını ve işlevlerini olumlu olarak etkilediğinde olumlu stres, zararlı ya da hastalık yapıcı olarak etkilediğinde ise olumsuz stres olarak nitelendirilmektedir (61). Örnek vermek gerekirse, terfi etmek bazı kişiler için gelişme ve büyümeye katkı veren olumlu bir etken olarak değerlendirilirken, bazıları için yüksek tansiyon, baş ağrısı gibi bazı tıbbi ve ruhsal düzensizliklerin nedeni olabilmektedir (62).

Stres genel olarak düşük, aşırı ve normal stres düzeyi olarak üç türlü olabilmekte, bunların arasından düşük stres ve aşırı stres zararlı olmaktadır. Düşük stres türünde enerji potansiyeli ve yaratıcılık yeteri kadar çıkarılamadığından dolayı zarar verici olmaktadır (57). Aynı şekilde zarar verici olarak kabul edilen aşırı stres durumunda da kişi panik ve korku halinde olduğundan, potansiyel ve yaratıcılık değerlendirilememekte ve zarar verici olmaktadır (61). Normal stres düzeyinin ise kişinin kendisinin potansiyelinden yararlanması için gerekli olduğu ve kişiye yararlı olduğu belirtilmektedir (56). Zira normal düzeydeki stres, bedeni canlandırarak kişinin tepki verme yeteneğini arttırmakta, görevlerin daha hızlı ve iyi şekilde yerine getirilmesini sağlamaktadır. Bu bağlamda stresin önemli özellikleri aşağıdaki gibi sıralanabilmektedir (62):

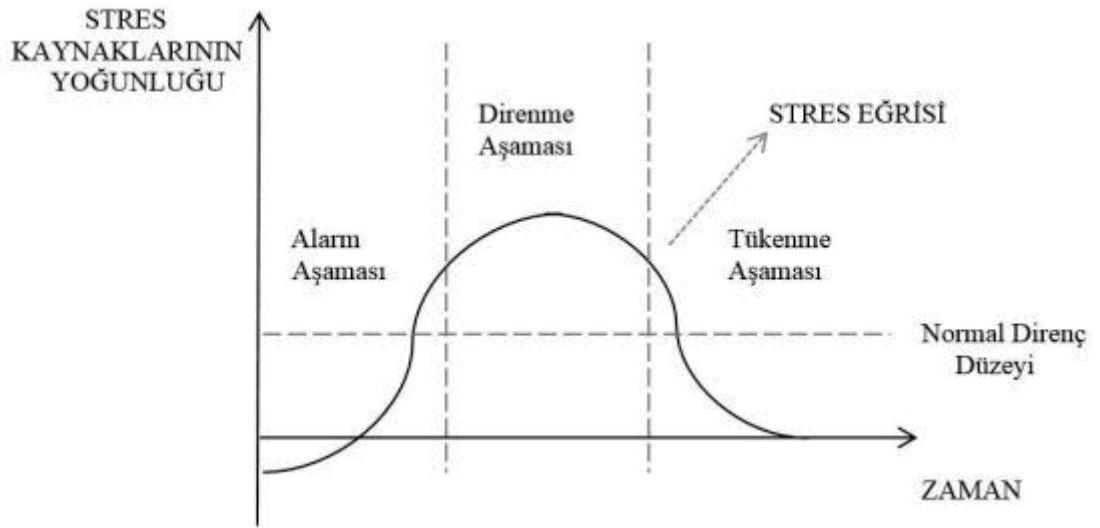
- Stres çift yönlü olgu olarak ifade edilebilir. Bu şekilde olumsuz bir algı yaratsa da stres olumlu değere sahip bir olgudur. Çünkü performansı hem düşürmekte hem de arttırabilmektedir.
- Stres genellikle kaçınılmaz bir durum olarak nitelendirilebilir. Kişinin içerisinde yer aldığı toplum, çalıştığı örgüt yapısı, aile üyeleri ile ilişkileri, yaptığı iş, çalışma arkadaşları, yöneticileri, astları, yaşam tarzı, gürültü, ısı, karar verememe, amaçlara ulaşamama gibi sıkıntı yaratabilecek durumların her biri potansiyel stres faktörü olarak görülmektedir.
- Stres, kişinin ulaşmak istediği aşamalar ile karşılaştığı kısıtlamalar ile ilgili bir durumdur. İstekler arzu edilen şeylerin bir kısmının kaybedilmesine, kısıtlamalar da kişinin istediğini yapmasını engellemektedir.

- Stres bireyleri fizyolojik ve psikolojik olarak farklı şekillerde etkilemektedir. Bu nedenle stresin etkisinde olan kişiler farklı tepkiler verebilmektedir.
- Stres, örgüt içindeki performansı etkileyen önemli bir faktör olarak kabul edilmektedir. Kamu sektöründe olduğu gibi özel sektörde de farklı kademelerdeki çalışanlar stresin etkisi altında kalmaktadırlar.

2.2.2. Organizmanın Strese Karşı Verdiği Tepkiler

Vücudun strese karşı verdiği alarm, direnme ve tükenme olarak üç aşamadan oluşan tepki, Selve'nin tanımladığı şekilde “Genel Uyum Sendromu” olarak ele alınmaktadır (63). Şekil 2’de stresin oluşum aşamaları yer almaktadır.

Şekil 2. Stresin Oluşum Aşamaları (61)



Alarm aşaması: Bu aşama iki basamaktan oluşmaktadır. Aşamanın ilk basamağında organizma dengesi bozularak, şoka girmektedir. Organizmada bu aşamada savaş-kaç tepkisi oluşturacak kimyasal değişimler olmaktadır. Aşamanın ikinci basamağında şok karşıtı olacak şekilde uyum süreçleri başlar (61). Stresör ile karşılaşma sırasında sempatik sistem aktifleşir, beden savaş-kaç tepkisi gösterir. Sempatik sistemin verdiği fiziksel ve kimyasal tepkileriyle birlikte beden yüzleşme veya kaçmaya hazırlıklı olur. Bu durumda kalp atışı daha hızlı olur, tansiyonda yükselme, solunumda ise hızlanma olur. Kişi bu aşamada çeşitli fizyolojik değişiklikler yaşar, ancak uyarıcı ile başa çıkabileceğinden emin olamaz (62).

Direnme aşaması: Alarm aşamasını izleyen direnme aşamasında organizma verdiği alarm tepkisini kaldırır. Stresli ortama uyum sağlar, kanda bulunan biyokimyasal maddeleri de geriye çeker. Beden stresöre uyum sağlandığı takdirde normale döner. Bu aşamada parasempatik sistem etkin hale gelir, alarm aşamasında kaybedilen enerji kazanılır ve hasar onarımı yapılır. Kalp atışı, solunum ve tansiyon normal düzeyine gelir. Direnme aşamasında olan kişi stresöre uyum sağlayabilmek için çabalar, ancak dışarıdan stresli hali gözlemlenebilir. Direnme aşamasında olan bireylerde endişe, yorgunluk ve gerilim belirtileri görülür (61). Kişi stres yaratan uyarıcı ile başarıyla baş edebildiği takdirde tükenme aşaması yaşanmaz. Fakat uyarıcının şiddetli olması, uyarıcıya uzun süreli maruz kalınması durumunda tükenme aşaması ortaya çıkarak bitkinlik ve yıkım yaşanır (51).

Tükenme aşaması: Direnç aşamasında stresör ortadan kalkmadığında ve uyarıların yoğunluğu azalmadığında ya da uyarıların yoğunluğu artarsa kişinin çabası kırılır ve tükenme aşamasına girilir. Bu aşamada etkin olan parasempatik sistemdir ve enerji de tükenmiştir. Kişi tükenme aşamasında diğer stres kaynaklarına karşı açık olur ve savunmasız duruma gelir. Bireylerin her birinin stres kaynaklarına karşı dayanıklılık düzeyi farklı olur. Ancak stres veren durumun uzun sürmesi bir aşamadan sonra organizmada tükenmeye neden olmaktadır (61). Bazı durumlarda tükenme aşamasında alarm aşaması reaksiyonları da görülebilmektedir (59).

Stresin sona ermesi ile birlikte inaktivasyon gerçekleşir, kortizol ve katekolamin sekresyonları daha önceki değerlerine dönüş yaparlar. Fakat inaktivasyon yeterli düzeyde gerçekleşmediğinde, stres hormonlarına maruz kalma uzayabilir. Kişinin haftalar boyu, aylarca, yıllarca stres hormonlarına maruz kalması allostatik yüke neden olur ve bunun fizyopatolojik sonuçları ortaya çıkabilir (62). Allostatik yük eşliğinde farklı dört durum dikkat çekmektedir. Bunlardan ilki sıklıkla stres faktörü ile karşılaşmaktır. Örnek verilir ise sıkça yükselen kan basıncı nedeniyle ateroskleroz, devamında miyokard infarktüsü ortaya çıkabilir. İkincisi ise aynı tipteki stresörün tekrarına rağmen adaptasyonun gerçekleşmemesidir. Örnek vermek gerekirse topluluk karşısında konuşmacı kişilerin ortalama %10'unda her konuşmada aynı stres yanıtı görülebilir. Üçüncü durumda olan allostatik yük gelişmesi ise stres sona erdikten sonra allostatik yanıtın sonlanmaması,

uzamış stres yanıtının ortaya çıkmasıdır. Örnek vermek gerekirse, depresyona girmiş olan kadında kronik orta düzeyde seyreden kortizol seviyelerinin kemik mineral yoğunluğunda azalmaya ve kemik oluşumunda inhibe olmasına neden olmasıdır. Strese cevap olarak kortizol sekresyonunun yükselmediği durumlarda, kortizolde baskı kurabilen inflamatuvar sitokinlerin sekresyonu normalin üzerinde artabilir (61).

2.2.3. Stres Kaynakları

Stres, farklı nedenlere bağlı olarak yaşanabilmektedir (63). Kişini kendisinden kaynaklanan nedenler, yaşadığı çevreden kaynaklanan nedenler ya da iş ortamından kaynaklanan nedenlerle stres ortaya çıkabilmektedir. Günümüzde çevrenin değişken ve karmaşık yapıda olmasından dolayı stres faktörlerinin ayrı olarak ele alınması olanaksız gibidir (62). Genel olarak stresin fiziksel, ailesel, fobiler, sosyal, değişim, hastalıklar, duygusal gibi pek çok nedenden ortaya çıktığı belirtilebilir. Örgütlerde ise strese neden etkenler bireysel ve örgütsel nedenler olarak ele alınabilmektedir (61).

Günümüzde modern yaşamın ayrılmaz bir parçası haline gelen stres nedeniyle bireyler toplu taşımada izdiham, elektrik ve su kesintileri, insanların birbirleri ile sert tonda konuşmaları, kapalı alanlarda sigara dumanından rahatsız olmak, aile üyeleri ile çatışma, siparişlerin geç gelmesi gibi çeşitli stres kaynaklarına maruz kalmaktadırlar. Stres kaynakları ile ne zaman, nerede karşı karşıya kalınacağı belirsizdir. Bu nedenle strese karşı verilen tepki daha güçlü olabilmektedir (61,62). Ekonomide ve teknolojideki hızlı değişim, acelecilik, sürekli hareketlilik, kalabalıklar başlı başına stres kaynağı olmakta ve insan yaşamında önemli bir etki yapmaktadır. İş ve ev değiştirme, aile içindeki geçimsizlikler gibi problemler de stres kaynağı olarak görülebilir. İşyerinde yaşanan sorunlar aile içine taşınabilir. Maddi sıkıntılar nedeniyle ikinci bir işte çalışmak durumunda kalan kişiler kendilerine ve ailesine yeterli zaman ayıramadığında, stres yaşanabilir. Irk ve sosyal sınıf farklılıkları, cinsiyet, cinsel yönelim farklılıklar gibi değişkenler de strese neden olabilir. Arkadaşlık, aile üyeleri gibi yakın ilişkilerin de stres kaynağı olması mümkündür. İlişkilerin bozulması nedeniyle yaşanacak hayal kırıklığı, öfke gibi olumsuz hisler, ilişkilerin devamlılığının sağlanamaması gibi nedenler de strese yol açabilir (64).

İnsan yaşamında meydana gelen değişimler genellikle strese neden olur. Şehir değiştirme, boşanma, hamilelik, istenmeyen evlilikler, alışkanlıkları değiştirmeye mecbur kalma bu tür değişimler arasında gösterilebilir. Bunlara verilen tepkiler bireylerin kişilik özelliklerine bağlı olarak değişkenlik gösterebilir. Tahammül oranı yüksek, kişisel kontrolü olan bireyler bu tür durumları tolere edebilir, genelde değişimi fırsat olarak görürler. İnsanlarda stres yaratan kaynaklar herkes için farklılık gösterebilir. Bir kişiye yoğun stres yaşatan bir durum, bir diğere stres kaynağı olmayabilir. Bazıları için kalabalık gruba konuşma yapmak, ilgi odağı olmak stresli olurken, bazıları açısından keyif veren bir durum olarak görülebilir. İnsanlarda stres oluşabilmesi her zaman belli bir olayın gerçekleşmesine bağlı olmayabilir. Hoşnutsuzluk hali, bir durumdan kurtulma isteği, uzaklaşma arzusu da stres kaynağı olabilir (65).

2.2.4. Stres Belirtileri

Stres orta düzeyde yaşandığında bireyleri motive ederken, uzun süre yoğun stres altında kalmak bazı hastalıkların gelişmesine neden olabilmektedir. Hastalık ve stres kaynaklı bulgular her birey açısından kişilik özelliklerine göre farklılık gösterebilir. Stres belirtileri aşağıdaki gibi sınıflandırılabilir (56):

- Fiziksel belirtiler: Yorgunluk, mide bulantısı, baş ağrısı, alerjik döküntü, hazımsızlık, hızlı soluk alıp verme, nefes darlığı, kalp atışında hızlanma gibi belirtiler fiziksel olarak hissedilebilir.
- Davranışsal belirtiler: Uykusuzluk ya da süreli uyku hali gibi gelişen uyku bozuklukları, alkol, sigara alışkanlığına yönelme, aşırı yemek yeme gibi belirtiler stres nedeniyle davranışsal olarak ortaya çıkabilmektedir.
- Psikolojik belirtiler: Bireylerde ortaya çıkabilen psikolojik stres belirtileri arasında işbirliğinden kaçınma, sürekli endişeli olma, yetersizlik hissi, mutsuzluk, kaygı gösterilebilir (56).

2.2.5. Stresin Behçet Hastaları Üzerindeki Etkisi

Behçet hastalığı kronik seyrinde ataklar ve remisyonlarla seyretmektedir. Hastalıkta psikolojik, sosyal ve biyolojik etkenler karşılıklı olarak etkileşim halinde olmaktadır. Behçet hastalığının ortaya çıkışı, tedavi ile iyileşmesi ve alevlenmesi

psikososyal stres etkenlerinden ve bireylerin stresle baş etme kapasitesine bağı olarak etkilenmektedir (66).

Behçet hastalığında bireylerde ortaya çıkan psikolojik belirtiler genelde merkezi sinir sistemi tutulumuna veya tedavi sırasında kullanılan kortikosteroidlere bağı olarak ortaya çıktığı ileri sürölmektedir. Behçet hastalığının otoimmün bir hastalık olması ve atakların tekrarlı olması nedeniyle stresin etkisini daha fazla ortaya koymaktadır (67).

Kronik hastalıkların insanların yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilediğı herkes tarafından bilinmektedir. Behçet hastalığı da gerek bedendeki tutulumları gerekse sosyal hayatı etkilemesi bakımından yaşam kalitesini düşüren bir etki yaratmaktadır. Hastaların günlük aktiviteleri kronik romatolojik sorunlar nedeniyle kısıtlanmakta, işlevselliklerde de azalmaya yol açmaktadır. Hastaların günlük aktiviteleri kısıtlandığında, çevreleri ile iletişimleri ve etkileşimleri de azalmaktadır (68).

Canpolat ve arkadaşları (66) tarafından yapılan çalışmada Behçet hastalarının yaşam kalitesi düşük bulunmuş, deri lezyonu, ülser, yaygın ağrı, artrit, halsizlik, uykusuzluk gibi etkenlerin yaşam kalitesinde rol oynadığı belirlenmiştir. Soylu ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada ise genital ve oral ülserlerin hastalarda kişisel ilişkilerin bozulmasına neden olduğu belirlenmiştir (69). Behçet hastalığı da kronik bir hastalık olduğundan, bireylerin yaşadıkları olumsuz etkiler, hastalık koşulları gibi etkenlerin stres kaynağı olabileceğı ileri sürölebilir (69).

Ataklar ve remisyonlar ile ilerleme gösteren Behçet hastalığının seyri bireyler açısından stresli bir durumdur. Stres, bireylerde sempatik sinir sistemini ve hipotalamo-hipopitüer- adrenal yolağını etkisi altına almaktadır. Yolak ise doğrudan bağışıklık sistemini etkilemektedir. Akut stres bağışıklık sistemi üzerinde uyarıcı etkiye sahip iken, kronik stres ters yönde etkiye sahiptir. Bireylerde stres durumunda ortaya çıkabilen depresyon ve anksiyete, psikiyatrik olarak en yaygın görölen iki belirti olarak gösterilmektedir (67).

Stresin Behçet hastaları üzerindeki etkileri aşağıdaki alt başlıklardaki gibi ele alınabilmektedir:

Tıbbi süreçlerde aksamalar: Behçet hastalığı gibi romatolojik hastalıkların diğer tıbbi hastalıklardan en önemli farkı tıbbi tanı konmasında yaşanan zorluklardır. Hastalar da tıbbi tanı konulamadığından belirsizlik yaşarlar. Romatizmal koşulların pek çoğunda belirsizlik ortak deneyim olup, doğru tıbbi tanı konması, erken dönem semptomlarının tekrarlayıcı özellikleri ile olası diğer semptomlarının değerlendirmeye alınmasını gerektirdiğinden, tanı konması zaman alıcı olabilir (70).

Behçet hastalarının sağlık hizmetlerine ulaşmada yaşadıkları güçlükler de olabilmektedir. Sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik, sağlık hizmetlerine gereksinim duyan bireylerin başvuru yapabilecekleri sağlık hizmetlerinin mevcut olması, hizmetlere ulaşımın mümkün olması, bireylerin sağlığına olumlu etki yaratabilecektir (8). Behçet hastalığının ataklar ile seyretmesi nedeniyle hastaların uzun süreli ilaç kullanması ve düzenli sağlık kontrollerinden geçmeleri zorunluluğunu doğurmaktadır. Hastalığın kontrol altına alınmasında romatoloji alanı önemli bir rol oynasa da gereken durumlarda tıbbın diğer alanlarından da konsültasyon alınması gerekli olabilir (71).

Fiziksel işlevlerde aksamalar: Behçet hastalığı romatolojik ve kronik bir hastalık olduğundan, bireyler açısından bu hastalık ile yaşamak ve semptomları nedeniyle fiziksel aktivitelerinde aksamalar, yaşam kalitelerinde olumsuz etkiler ortaya çıkabilir. Hastaların pek çoğunda görülen oral aftlar rahatsız edici derecede ağrılı olabilir, yemede ve konuşmada zorluklar çıkarabilir. Hastalar açısından ciddi kilo kayıpları yaşanabilir, kendini ifade etmekte zorlanan bireyde güven sorunları ortaya çıkabilir, günlük aktivitelerinde iletişimde sorun yaşayabilirler (72).

Behçet hastalarında özellikle sistemik tutumlar söz konusu olduğunda, hastalarda uykusuzluk, kronik yorgunluk, ağrı yaygın görülen belirtiler arasındadır. Uykusuzluk ve ağrılar nedeniyle etkili olan yorgunluk nedeniyle hastalar günlük aktivitelerinde kısıtlılık yaşamakta, rutin işlevlerini yerine getirmede sorun yaşamakta, bunun neticesinde gerginlik, üzüntü, stres gibi olumsuz duygular ortaya çıkmaktadır (69).

Behçet hastalığında genital ülserler, oral aft, vücutta bazı bölgelerde ağrılı şişliklerin olması, kronik ağrı ve yorgunluk, bağışıklığı bastıran ilaç kullanımı gibi etkenler hastaların cinsel yaşamlarında sorun yaşamalarına zemin hazırlanmaktadır.

Kadın ve erkekleri etkileyebilen genital ülserler; cinsel aktivitede bulunma, yürüme, oturma, idrar yapma gibi durumlarda ağrı yapmakta ve cinsel ilişkide sorun oluşturmaktadır (73). Kadın vücudunda gebelik sürecinde çeşitli metabolik, hormonal, vasküler, immünolojik, fizyolojik değişimler meydana gelmektedir. Dolayısıyla Behçet hastası olan kadınların gebelik sürecinde etkilenmesi doğal karşılanmaktadır (73).

Yaşam kalitesinde düşme: Behçet hastalığı perspektifinde sağlıkta yaşam kalitesi olarak ele alınması uygun bir yaklaşım olacaktır. Sağlıklı yaşam kalitesi, bireyin içinde yer aldığı sosyokültürel ortamda sağlığını öznel olarak algılaması şeklinde ifade edilmektedir (74). Literatürde kronik hastalıklara yönelik gerçekleştirilen yaşam kalitesi çalışmalarındaki gibi Canpolat ve arkadaşları, Soylu ve arkadaşları, Favers ve Machin tarafından Behçet hastaları ile yürütülen bilimsel çalışmalarda da yaşam kalitesinin fiziksel, sosyal, psikolojik, finansal durum olarak dört alt boyutu bakımından kişilerin olumsuz etkilendiği tespit edilmiştir (66, 69, 75).

Ekonomik sorunlar: Behçet hastalığı tanısı alan bireylerin ekonomik olarak karşı karşıya kaldıkları sorunların başında sağlık hizmetlerinin temin edilmesi gelmektedir. Bu durum karşılanabilirlik, sağlık hizmetleri kapsamında verilen tanı ve tedavi hizmetlerinin ödenebilir olmasını ifade etmekte ve sağlık hizmetlerinden yararlanmak için kendi kaynaklarını harcayacak kişilerin ekonomik kapasitelerine ilişkindir (76). Behçet hastalarında atakların ne zaman geleceğinin bilinmemesi ve vücuttaki tutulumların pek çok organ ve sistemi etkileyebilme potansiyelinin olması nedeniyle, hastaların düzenli olarak tıbbi kontrol ihtiyacı bulunmaktadır. Sağlık hizmetlerinin fiziksel ve zamansal olarak erişilebilirliği ve yeterli kapasiteye sahip olması, konaklanabilirlik ve kullanılabilirlik boyutlarını kapsamaktadır. Bunun sağlanamaması halinde hastaların stresin etkisine girmeleri söz konusu olabilmektedir (77).

Behçet hastaları tedavi sürecinde semptomların ortadan kaldırılması için uzun süreli ilaç tedavileri almaktadırlar. Tedavide doğru ilaç kullanımının sağlanması amacıyla farklı ilaç kombinasyonları kullanılabilir. Hekimin reçete ettiği ilaçlar kullanım formuna uygun olmadığında, endikasyon dışı ilaç kullanımı söz konusu olmaktadır. Endikasyon dışı ilaç kullanımı ise, onaylanmış endikasyonların dışında, standart dozlardan fazla, yaş aralığı dışında ilaç kullanımıyla ülkemizde ruhsatlandırılması henüz yapılmamış ilaçların

kişisel tedavi için yurtdışından getirtilerek kullanılması hususları olarak tanımlanmaktadır (78). Behçet hastalarının endikasyon dışı ilaçları kullanması durumunda, sadece Sağlık Bakanlığı tarafından tanımlanmış olan ilaçlar kullanılabilir. Bu durum hastaların ilaçları temin etmesinde güçlükler yaşamasına neden olabilmektedir (78).

Kronik hastalıklara sahip olmak, bireylere istihdam edilebilirlik bakımından da sorunlar yaşatabilir. Kronik hastalıkların en yaygın görülen sonuçlar arasında işgücü piyasasına katılımın azalması bulunmaktadır (79). Behçet hastalığında da hastaların işgücü kayıpları bulunmaktadır. Ataklar nedeniyle kronik ağrı ve yorgunluk yaşandığından, istihdam alanlarında bazı sorunlarla karşı karşıya kalmaktadırlar. Süt ve arkadaşları (80) tarafından Behçet hastalığının maliyetinin ele alındığı çalışmalarında, tanı konulması amacıyla yapılan tetkikler, hastane takipleri, ilaç harcamaları, hastaneye yatış masrafları, sağlık kurumuna ulaşma, konaklama masrafları işgücü kayıpları bakımından değerlendirilmiştir. Çalışmanın sonucunda her Behçet hastası için yıllık maliyet ortalama 3226 dolar olarak hesaplanmış, bunun %79'u ilaç harcamalarıdır. Hastaların işgücü kaybı ise ortalama yıllık 119 gün olarak belirlenmiştir (80).

Psikososyal sorunlar: Sağlık perspektifinde bakıldığında kişinin yaşam deneyimlerini, romatolojik koşulları ele alma ve yönetme deneyimlerinin, hastalıklarla uzun dönemde baş etme kapasitesini anlamının önemi büyüktür. Bu bağlamda Behçet hastalığında devamlı ağrı, atakların olması, yorgunluk gibi semptomlarla seyreden romatizmal koşulların değişkenliği, fiziksel aktiviteye etkisi bireylerde önemli kabul edilebilir psikolojik güçlükler sebepten olabilir (81).

Behçet hastalığı sosyal ve psikolojik bakımdan hastayı olduğu kadar aileyi de etkilemektedir. Hastalarda ve ailede verilen tepkiler farklı sürelerde, şekillerde, düzeylerde olabilmekte, çoğunlukla şok tepkileri, inkâr etme, pazarlık etme, öfke duyma, depresyon, kabullenme ve bakıma uyum sağlama aşamaları yaşanmaktadır. Hasta bireyde geleceğe dair belirsizlik duyguları, fiziksel görünüm ve vücut algısına ilişkin kaygı, hastalığın seyrini tıbbi tedavinin olumlu şekilde etkilemeyeceği ve atakların yeniden yaşanacağına ilişkin duygular, başkalarına muhtaç olacak duruma gelmekten korkma,

çaresizlik, umutsuzluk, ölüm korkusu, suçluluk hissetme, patolojik düzeyde depresyon ve anksiyete, stres, öz kıyım düşünceleri görülebilir (82).

2.3. Stresle Baş Etme

Kişiler stresle baş etmek amacıyla öncelikle kişi- çevre etkileşiminde bazı düzenlemeler yapabilirler. Kişiler stresle baş etmek için farklı yöntemleri kullanabilirler. Bazı kişiler içine kapanarak pasif olarak kalabilir, bazıları da dışa dönük olarak stres ile başa çıkabilirler. Kişinin hayatını zenginleştirmesinde ve doyuma ulaşmasında alternatif yaşam etkili bir faktördür. Zeka, cesaret, istek ve bilgi alternatif yaratmada başarılı olabilir. Kişinin stres ile mücadelesinde alternatif yaratmasını ve hayatını kontrol altında tutmasını sağlayabilir (83).

Baş etme kişinin kendi kaynaklarının dışındaki sensörleri yönetmesi ve yönlendirmesini içeren bir süreç olarak tanımlanmaktadır. Diğer bir ifade ile baş etme sırası ile dışsal ve içsel taleplerin yönetilme çabası olarak ifade edilebilir. Baş etme, olumsuz olaylara en iyi şekilde uyum göstermek, stresli çevresel koşulları azaltmak, olumlu kendilik algısının geliştirilebilmesi, olumsuz olayların tolere edilmesi, sosyal çevre ile yapıcı ilişkilerin kurulabilmesi ve devamlılığının sağlanmasını amaçlamaktadır.

Literatürde baş etme tarzlarına ilişkin duygu odaklı ve problem odaklı baş etme şeklinde iki davranış grubunun yer aldığı görülür (82,83). Duygu odaklı baş etmede kişi stres yaratan etkenin neden olduğu olumsuz duyguları yönetme çabası içerisine girer. Problem odaklı baş etmede ise kişi stres yaratan etkenin etkisini doğrudan azaltmaya, olumsuz etkilerini düşürmek amacıyla kaynakları yönetme çabası içerisinde olur. Yapılan çalışmalarda hastalıkları bulunan kişilerin genelde duygu odaklı baş etme mekanizmalarını tercih ederek kullandıkları görülmektedir (82). Behçet hastalarına yönelik yapılan çalışmalarda ise baş etme mekanizmalarının duygu odaklı veya problem odaklı olduğuna dair bulgulara rastlanmamıştır.

2.3.1. Stresle Baş Etme Yöntemleri

Stresle baş etme, kişilerin stresli durumlarla karşı karşıya kaldıklarında kendileri tarafından ürettikleri, çevrelerinin taleplerinin üstesinden gelebilmek amacıyla

geliştirdikleri davranışsal ve bilişsel çabalar şeklinde ifade edilmektedir. Stresle baş etme, beden ve ruh sağlığını korumak, etkili bir yaşamın devamı için gereklidir. Stresle baş etmenin temel amacı stresin tam olarak ortadan kaldırılması değildir. Normalde bunun başarılması da mümkün değildir. Buradaki amaç kişinin verimli yaşamını olumsuz olarak etkileyen stresin oranını düşürmektir. Diğer bir ifade ile stresle baş etme, stres faktörlerinin neden olduğu duygusal gerilimin azaltılması, yok edilmesi ya da gerilime dayanmak için gösterilen duygusal ve davranış tepkilerin güçlendirilmesidir (83). Stresle baş etmenin temel amaçları aşağıdaki gibi sıralanabilmektedir (83):

Kısa vadeli amaçlar: Stresin nedenlerini, yapısı ve etkilerinin öğrenilmesi, stresle etkin olarak baş etmek amacıyla gereken kuralların ve yöntemlerinin öğrenilmesini içerir.

Orta vadeli amaçlar: Stresle baş etmenin orta vadeli amaçları ise stresin zarar verici nedenlerini öğrenmek, stres uyarılarının belirtilerini öngörmek, strese engel olabilecek yaşam biçimini geliştirmek, bedensel ve duygusal stres tepkilerini kontrol altına almak, olumlu stres kaynaklarının algılanması, stres düzeyinin artmasına engel olmak ve stresi gerektiğinde harekete geçirmek şeklinde sayılabilir.

Uzun vadeli amaçlar: Stresin uzun vadeli amaçları ise sağlıklı ve düzenli yaşamak, huzurun arttırılması, yaşamdan keyif almayı sağlamak, verimliliği üst düzeye çıkarmak ve yetenekleri geliştirme olanağı sağlamaktır.

Baş etme davranışı psikoanalitik yaklaşıma göre, kişiye zarar veren, zorlayıcı etkilerden kaçınma ve belirli savunma tepkileri şeklinde ele alınmaktadır. Baş etme açık veya kapalı davranışlar ile stresi ya da strese neden olan durumları azaltmayı ya da ortadan kaldırmaya içeren davranışları kapsamaktadır. Ego psikolojisi baş etme kavramını uyuma yönelik süreçler olarak ele almakta ve bir model ya da strateji olarak etkileşimsel savunma mekanizmaları ile ilişkilendirerek, bireyin baş etme çabalarını bilişsel ve duygusal, içsel ya da dışsal kaynaklara karşı kullanması olarak yorumlamaktadır (83).

Bilişsel yaklaşımda stres ve stresle baş etme, ilişkisel ve süreç yönelimli özelliklere sahiptir. İlişkisel özelliği, birey ile çevresinin arasında olan ilişkiyi yansıtmak amacıyla kullanılır. Bu bağlamda birey ve çevrenin tek başına stresin öncülü olması söz

konusu değildir. Stres, sadece tek uyarana karşı verilen bir tepki değil, kendisine karşı tehdit, tüm kaynakların kullanılmasını gerekli kılan veya kaynakların yetersiz kalacağı durum olarak algıladığı belli birey-çevre ilişkisi olmaktadır. Kişinin ve çevresindeki ilişki çift yönlü ve karşılıklı etkileşim ile gerçekleşmektedir. İlişkinin dinamik olması, sürekli değişimi içermesi de süreç yönelimli özelliğinden kaynaklanmaktadır (84).

Stresle baş etmede alınması gereken bazı önlemler ile yaşam tarzında yapılabilecek değişikliklerin sağlanmasına yönelik önlemler aşağıdaki gibi sıralanmaktadır (82):

- Strese neden olabilecek bazı durumların önceden bilinmesi ve kabullenilmesidir.
- Bedene zararı olabilecek alışkanlıklardan uzak durulmalı, gerekirse spor yapılmalıdır.
- Stresi unutturabilecek şekilde önlemlerde önem sırasına göre sıralama yapılmalı ve uyulmalıdır. Bunun yapılması ile yüksek riske sahip olan işlere öncelik verilerek stres düzeyi azaltılabilir.
- İkili ilişkilerde sorunların çözümlenmesi amacıyla kişilerin birbirlerini dinlemeyi öğrenmeleri gerekir.
- Ertelenen işler için fırsat yaratılmalı ve gerçekleştirilmeli, yarım kalmış işler ise tamamlanmalıdır.
- Hobiler için zaman ayarlanmalı ve deşarj için düzenleme yapılmalıdır.
- Yaşam boyu karşılaşılan ve çözümlenen sorunlar ile stresle çıkan yeni sorunlar büyütülmemelidir.
- Strese karşı itinalı ve sabırlı olunmalı, stres yaratabilecek durumlardan uzak kalınmalıdır. Uzun vadede stresin bireylerle kalıcı hasarlara neden olması söz konusudur.

Stresle baş etmede temel amaç, stresin ortadan kaldırılması olmalıdır. Stresle baş etmede kısa süreli çözüm yollarının stresin sadece yön değiştirmesine neden olduğu, bireyden tamamen ayrılmadığı belirtilmektedir. Bu stresin etkisinin artmasına ve kalıcı hasarlara neden olabilecektir (82).

2.3.2. Bireysel Stresle Baş Etme Yöntemleri

Stres, günümüz insanının günlük yaşamında önemli bir parçadır (76). Stresle baş etme, bireyin ruh sağlığını koruyan, önleyici beceriler bütünüdür. Bu becerilerin kazanılması insanlar arası iletişimin kalitesini geliştirdiği gibi kişinin psikolojik sorunlara odaklanma durumunda da önemli bir husustur. Durumlar karşısında stres yaşamamak için hızlı çözüm ve hızlı alternatif aranması ve bulunması çare olarak ifade edilmektedir (84).

Stresle baş etmekle beden ve ruh sağlığını koruma, verimli ve üretici bir hayat yaşamak amacıyla gereken beceriler öğrenilebilir. Stresli bir durumdan kurtulmak amacıyla olumsuz yollar ile mücadele etmek yerine olumlu yolların geliştirilmesi etkili bir yöntem olabilecektir (85). Bireysel stresle baş etme yöntemleri genel olarak aşağıdaki gibi sıralanabilmektedir:

Fiziksel hareketler: Rahatlamak amacıyla nefes kontrolünün gerekli olduğu, gerginliğin azaltılması amacıyla geniş çaplı terapiler ile meditasyon uygulamalarının bulunduğu, bu yöntemleri stresle baş etmek amacıyla uzun süre uygulayan bireylerin kendilerini iyi hissettikleri, yaratıcı enerji düzeylerinin arttığı, stresle ve yorgunluk ile baş etmede başarılı oldukları ifade edilmektedir.

Dengeli beslenme: Baltaş ve Baltaş (83) tarafından “*çeşitli yiyecekler yiyin, ideal kilonuzu koruyun, çok yağdan ve kolesterolden kaçınin, karbonhidrattan korkmayın, fazla şekerden uzak durun, fazla sodyumdan kaçınin, içecek içecekseniz makul ölçüde kalın*” şeklinde sağlığı korumak amacıyla ifadeler kullanmışlardır. Bunların arasında en kolay olanı ise beslenmektir (82).

Zaman yönetimi: Bireylerin geneli için zaman baskıya neden olabilen bir kaynaktır. Bireylerin zamanı akıllıca planlaması ve kullanmaları zorunludur. Bu sayede bireylerin daha verimli olabilmesi, kendilerini mutlu hissetmeleri için ilgilerine ve hobilerine zaman ayırabilmeleri mümkün olabilir (83). Zaman yönetimi ile zaman etkili ve verimli şekilde kullanılabilir, denetleme faaliyeti gerçekleştirilebilir. Planlama yapılarak bireyler gereksiz işlerden daha kolay kurtulabilir ve rahatlayabilirler (84).

Sosyal destek: Toplumdaki bireylerin şefkat, sevgi, merhamet, kabul görme, saygı, arkadaşlık gibi ihtiyaçlarının karşılanmasında sosyal destek en önemli faktörlerden birisidir. Toplumsal faaliyetlerde bulunmak, bir grubun üyesi olmak, bir arkadaş-dostla sorunların paylaşımı, hatıra defteri tutmak, müzik dinlemek bireylerde stresi düşüren etkenler arasındadır. Bu alanda yapılan çalışmalarda genel olarak yüksek orandaki sosyal desteğin depresyonu, fiziksel sağlık sorunlarını, yalnızlığı azalttığı, bireyin iyilik ve sağlık durumunu yükselttiği belirtilmektedir (83).

Maneviyat: İnsanlarda dini inançların dayanıklılık, huzur ve sukunet verdiği bilinmektedir. Stresin etkisinde bu duygular istenen ve aranan hedefler arasında yer almaktadır. Meditasyon benzeri rahatlatıcı yöntemler tansiyonu düşürmekte, nabızı yavaşlatmakta, stresi ise azaltmaktadır. İnancı olan bireyin en güvendiği sığınağı dua olmaktadır. Dua bireye yalnız olmadığını, üzerindeki yükün paylaşıldığı hissini vermektedir. Bireylerde güven duygusu gelişmekte ve korkularına daha kolay yenmesinde etkili olmaktadır (86).

Zihinsel düzey: Stresin insan yaşamına yansması iç ve dış kaynaklar yoluyla gerçekleşmektedir. İç kaynaklardan yansıyan stres, bireyin olayları değerlendirmesinin ve hayata bakış açısının bir neticesidir. Stresle baş etmenin en bilinen yöntemleri arasında Değiştir-Kabul Et-Boş Ver- Yaşam Tarzını Yönet (DKBY) modeli bulunmaktadır. DKYB modeli bireyin hayatını nasıl yaşaması gerektiğine ilişkin bir paradigma sunmaktadır (83). Braham tarafından geliştirilen DKYB modelinde bireyler yaşadıkları stresi kontrol edebilmeleri ve yönetmeleri için dört aşamadan meydana gelen bir süreç belirtilmektedir:

Değiştir: Bir işe başlangıç öncesinde iyi düşünmeyi, gerektiği zaman hayır diyebilmeyi, daha sonra olumsuzluğu değiştirmeyi ve stresi ortadan kaldırmayı kapsayan aşamadır.

Kabul Et: Bu aşama değiştirilmesi mümkün olmayan tüm koşulların kabul edilmesine dayanmaktadır. Bireyler bu aşamada kontrol altına alınamayan, bireyin gücü ve sınırları dışında gelişen olayların pozitif yaklaşımla kabul etmeleri gerektiğini öğrenirler.

Boş Ver: Ham hayallerden, gerçek dışı olan beklentilerden, evhamın ağırlığından kurtulabilmek için tercih edilmesi gereken zihinsel ve duygusal bakımdan farklı bir kavrayış ile durumlara farklı ve yeni bir yorum getirilme aşamasıdır.

Yaşam Tarzını Yönet: Bu aşama bazı egzersiz ve gevşeme yöntemlerinin kullanılması ile stres kaynaklarının ortadan kaldırılmasını hedeflemektedir. Duygusal ve sosyal bağlar oluşturarak, strese neden olan etkenleri stres oluşmadan ortadan kaldırılması, yaşam tarzını yönet yaklaşımının temel amacıdır (83).

2.3.3. Behçet Hastalığında Stresle Baş Etmede Hemşirelik Girişimleri

Stresle baş etme, hastalıkların önlenmesi, yaşam kalitesinin artırılması, sağlığı yükseltme çabalarını ve sağlık harcamalarının azaltılmasında destekleyici olmaktadır. Hemşirelik, temel ihtiyaçlarını karşılayamayan bireylere yardımcı olmak veya sağlıklı bireylerin sağlığının korunması, geliştirilmesi ve yaşam kalitelerinin artırılması amacını taşımaktadır (87). Behçet hastalığında hemşirelik bakımı, öncelikle hastaların endişelerini ve gereksinimlerini tanılamakla başlar. klinik belirtilerin süresi, hasta bireyin bu belirtiler ile baş etme yöntemi, hastalığını algılayışı ve beden imajına yönelik algısı konular ile ilgili ayrıntılı veri toplanmalıdır (11). Behçet hastalığında bireylerin günlük yaşam aktivitelerini sınırlayan kronik romatolojik problemlerin yaşanması, çevre ile ilişkilerin olumsuz etkilenmesi, kendilerine güvenin sarsılması söz konusu olmaktadır (6). Yaşanan ağrılı ağız ülserleri nedeniyle konuşma ve yemek yemenin engellenmesi, beden algısının olumsuz etkilenmesi, eklem tutulumu nedeniyle fiziksel aktivite kısıtlılığı ve ağrı gibi rahatsızlıkların yaşanması, ağrılı genital ülserlerden dolayı yaşanan sıkıntılar hastaların depresyon, anksiyete, stres gibi ruhsal rahatsızlıkların etkisinde kalmalarına neden olabilmektedir (19). Bu nedenlerden dolayı Behçet hastalarında uygun hemşirelik bakımının uygulanmasının hasta bireylerin kendilerini daha iyi hissetmelerine ve stresle baş etmelerine olumlu etkilerinin olacağı düşünülmektedir (11).

Hastaların problem çözme becerileri ile stresle baş etme yöntemlerini değerlendirerek, becerilerin gelişmesine yardımcı olmak hemşirelerin görev ve sorumlulukları arasında yer almaktadır. Bu doğrultuda hastanın stresle başa çıkmasına,

stresini azaltmaya yönelik olan hemşirelik girişimleri aşağıdaki gibi sıralanabilmektedir (87):

- Hastanın yaşamında meydana gelen değişiklikleri anlama,
- Hastanın stresörünü tanımlayarak, beden bilincinde oluşan değişime uyum sağlamasını takdir etmek,
- Hastanın hastalık tepkilerini anlamasına destek olmak,
- Hastanın gerçekçi olarak rol değişikliklerini benimsemesi için cesaret vermek,
- Davetkar ortamın yaratılmasını sağlamak,
- Muhtemel durumlara karşı tepkilerini tartışmak,
- Hastaya tanı, tedavi, prognoz ile ilgili olan bilgileri verme,
- Hastanın gerek duyabileceği bilgileri benimsemesi için yardımcı olmak,
- Bakım sonuçlarına dair gerçekçi bilgi vermek,
- Hastanın karar verme becerisinin değerlendirilmesi,
- Hasta olmanın stres yarattığını anlayabilmek ve zamanla bununla baş edebileceğine dair cesaretlendirmektir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma tanımlayıcı, kesitsel ve ilişki arayıcı niteliktedir.

3.2. Araştırma Soruları

- Behçet hastalarının stres düzeyleri nedir?
- Behçet hastalarının stres ile baş etme yöntemleri nelerdir?
- Behçet hastalarının sosyodemografik ve hastalık özellikleri stres düzeylerini ve stres ile baş etme yöntemlerini etkiler mi?
- Behçet hastalarının stres düzeyleri ile stres ile baş etme yöntemleri arasında bir ilişki var mı?

3.3. Evren, Örneklem Yöntemi ve Sayısı

Araştırmanın evrenini; Behçet ve Ailevi Akdeniz Ateşi Hastaları Derneği (BEFEMDER) ne üye olan Behçet hastaları oluşturmuştur. Araştırmada evren üzerinde çalışılmış, örneklem seçimine gidilmemiştir. BEFEMDER’ e kayıtlı 84 Behçet hastası bulunmaktadır. Araştırmanın örnekleme ise araştırma sınırlılıklarına uyan, çalışmanın yapıldığı Nisan-Ekim 2021 tarih aralığında anketi dolduran ve çalışmaya katılmayı kabul eden 80 Behçet hastası ile tamamlanmıştır. (Evrenin %95,2’sine ulaşılmıştır). Çalışma sonrası 80 hasta üzerinden yapılan güç analizine göre tip 1 hata=0,05 olmak üzere etki büyüklüğü $f^2=0,174$ ve istatistiksel güç %99,9 olarak hesaplanmıştır.

Araştırmaya dâhil edilme kriterleri;

- 18 yaş ve üzerinde olan,
- Araştırmaya başlamadan en az 6 ay önce Behçet hastalığı tanısı almış,
- BEFEMDER’e (Behçet ve Ailevi Akdeniz Ateşi Hastaları Derneği) üye olan,
- Türkçe okuyabilen ve yazabilen,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olanlar şeklinde belirlenmiştir.

3.4. Veri Toplama Araçları

Bu araştırmanın verilerinin elde edilmesinde araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan “Hasta Tanıtım Formu” (EK I), Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ) (EK 2) ve Stresle Baş Etme Tarzları Ölçeği (EK 3) kullanılmıştır. Çalışmanın ilk aşamasında etik kurul onayı alınmıştır. Veriler, araştırmacılar tarafından COVID-19 pandemi süreci nedeniyle link üzerinden toplanmıştır. Derneğe kayıtlı olan üyelerin derneğe kayıtlı oldukları mail adreslerine link gönderilmiştir. Anket önce BEFEMDER dernek başkanına iletilerek öncelikle başkan tarafından daha sonra da araştırmacılar tarafından araştırmanın amacı, süreci ve anket formu hakkında hastalara açıklama yapılmıştır. Araştırmaya katılımın gönüllülük esasına dayandığı belirtilerek link üzerinden onamları alınmıştır. Araştırmacı tarafından her hafta; pazartesi günleri mail adreslerine anketi doldurmaları için hatırlatma maili gönderilmiştir.

Hasta Tanıtım Formu: Hasta tanıtım formu araştırmacılar tarafından literatür ve uzman desteği alınarak oluşturulmuştur (7,8,19,65,67,80). Toplamda 25 soru ve iki

bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde hastaların sosyodemografik bilgilerinin edinilmesine yönelik 11 soru (yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim durumu, ikamet yeri, çalışma durumu, gelir durumu, sosyal güvence, sigara ve alkol kullanımı) yer almaktadır. İkinci bölüm ise Behçet hastalarının hastalık özelliklerine yönelik 14 sorudan (hastalık süresi, eşlik eden hastalık durumu, ailede Behçet hastalığı bulunma durumu, en çok rahatsız eden yakınma, atak yaşama durumu, atak yaşama sıklığı, kontrollere düzenli gitme durumu, ilaçları düzenli kullanma durumu, genel sağlığını değerlendirme durumu vs.) oluşmaktadır (EK-1)

Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ): Algılanan stresi değerlendirmeyi amaçlayan ölçek, 1983 yılında Cohen, Kamarck ve Mermelstein tarafından geliştirilmiştir (88). Cohen ve ark. ölçeğin iç tutarlılık katsayısını .086 olarak hesaplamışlardır. Cohen, Kamarck ve Mermelstein tarafından geliştirilen orijinal form Hiçbir Zaman (0) ve Çok Sık (4) arasında değişen 5’li likert yapısına sahip 14 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin Türkiye örnekleminde adaptasyon çalışmasını Bilge ve ark. 2007 yılında yapmıştır (89). Toplam madde sayısı 8’e düşürülmüştür. Bunun yanında ölçeğin algılanan stres (1, 2, 3, 7, 8. maddeler) ve algılanan baş etme olarak (4, 5, 6.maddeler) iki alt ölçeği bulunmaktadır. Ölçeğin üç maddesi ters (4.,5.,6. maddeler), beş maddesi düz ifadelidir (1.,2.,3.,7.,8. maddeler). Ölçekte en düşük puan ‘0’, en yüksek puan ise ‘4’ dür. Ölçekten toplam 0-32 arasında puan alınmaktadır. Elde edilen puan yükseldikçe algılanan stres de yükselmektedir. Ölçek sahipleri Cronbach Alpha değerini .81 olarak hesaplamışlardır. Bu çalışmada Cronbach Alpha değeri .83 olarak hesaplanmıştır (EK-2).

Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ): Folkman ve Lazarus tarafından 1980 yılında geliştirilen ölçeğin Türkçe uyarlaması 1995 yılında Şahin ve Durak tarafından yapılmıştır (90,91). Ölçek 4’lü likert yapısına sahiptir. Her bir maddeden alınan puanlar 0-3 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan puanın yüksekliği, ölçekte yer alan başa çıkma yollarının yoğun olarak kullanıldığını yansıtmaktadır. Kendine Güvenli Yaklaşım (8,10, 14, 16, 20, 23 ve 26. Maddeler), Çaresiz Yaklaşım (3, 7, 11, 19, 22, 25, 27 ve 28.maddeler), Boyun Eğici Yaklaşım (5, 13, 15, 17, 21 ve 24. maddeler), İyimser Yaklaşım (2, 4, 6, 12 ve 18. maddeler) ve Sosyal Destek Arama (1,9, 29 ve 30. maddeler) olmak üzere beş alt ölçekten oluşmaktadır. Toplam 30 maddeden oluşan ölçek etkili başa çıkma tarzları ve etkisiz başa çıkma tarzları olmak üzere iki yola bölünmüştür. Etkili başa

çıkma tarzları kapsamına Kendine Güvenli Yaklaşım, İyimser Yaklaşım ve Sosyal Destek Arama dahil edilmiştir. Etkisiz başa çıkma tarzları kapsamına ise Boyun Eğici Yaklaşım ve Çaresiz Yaklaşım dahil edilmiştir. Şahin ve Durak (1995) tarafından yapılan çalışmada Cronbach alpha güvenirlik katsayıları; İyimser Yaklaşım için .68- .49; Kendine Güvenli Yaklaşım için .62-.80; Çaresiz Yaklaşım için .64-.73; Boyun Eğici Yaklaşım için .47-.72 ve Sosyal Desteğe Başvurma için ise .47-.45 arasında saptanmıştır. Bizim çalışmamızda ise Cronbach alpha güvenirlik katsayıları; İyimser Yaklaşım için .770; Kendine Güvenli Yaklaşım için .873; Çaresiz Yaklaşım için .711; Boyun Eğici Yaklaşım için .493 ve Sosyal Desteğe Başvurma için ise .277 olarak hesaplanmıştır. (EK-3)

3.5. Kullanılan İstatistiksel Analiz Yöntemleri

Veriler IBM SPSS Statistics Standard Concurrent User V 26 (IBM Corp., Armonk, New York, ABD) istatistik paket programında değerlendirildi. Tanımlayıcı istatistikler birim sayısı (n), yüzde (%), ortalama±standart sapma ($\bar{x} \pm ss$), ortanca (M), en küçük değer (ekd) ve en büyük değer (ebd) olarak verildi. Sayısal değişkenlere ait farkların dağılımı Shapiro Wilk normallik testi ile değerlendirildi. Varyansların homojenliği Levene testi ile değerlendirildi. İki kategorili değişkenlerde ölçek puanları bağımsız iki örneklem t testi ile karşılaştırıldı. İki den fazla kategori bulunan değişkenlerde ölçek puanları tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ile karşılaştırıldı. ANOVA’da önemli fark bulunması durumunda çoklu karşılaştırma testi olarak Duncan testi kullanıldı. Ölçek puanları ile normal dağılım gösteren sayısal değişkenler arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi, normal dağılım göstermeyenlerde ise Spearman korelasyon analizi ile değerlendirildi. $p < 0,05$ değeri istatistiksel olarak önemli kabul edildi.

3.6. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın uygulanabilmesi ve verilerin toplanabilmesi amacı ile Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan etik kurul izni (Karar Tarihi: 07.04.2021; Karar No: GO 2021/155), BEFEMDER dernek başkanından sözel izin, araştırmaya katılmayı kabul eden

hastalardan ve ölçek sahiplerinden e-mail yoluyla izinler alınmıştır. Bu çalışma, Dünya Tıp Birliği (WMA) Helsinki Bildirgesi İyi Klinik Uygulamaları gözetilerek yapılmıştır. Hastalara araştırmaya katılım sağlamaları konusunda özgür oldukları ve araştırmayı istedikleri zaman bırakabilecekleri e-mail yoluyla ifade edilmiş ve yazılı onam alınmıştır. Araştırma sonuçlarının kimlik bilgileri verilmeden bilimsel amaçla yayınlanabileceği konusunda bilgi verilmiştir.

3.7. Çalışmanın Sınırlılıkları

Bu çalışma, ülkemizdeki Behçet hastalarının genelini yansıtmamakta olup BEFEMDER derneğine üye olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden hastalar ile sınırlıdır.



4. BULGULAR

Bu bölümde araştırma sonuçları doğrultusunda elde edilen hastaların ‘Tanıtıcı özellikleri’, ‘Algılanan Stres’ düzeyleri ve ‘Stresle Başa Çıkma’ düzeylerine ilişkin bilgilere yer verilmektedir.

Tablo 3. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Ait Tanımlayıcı İstatistikler (n=80)

Değişkenler	n	%
Cinsiyet		
Kadın	48	60,0
Erkek	32	40,0
Yaş, (yıl)		
$\bar{x} \pm ss$		38,1 $\pm$ 8,9
M (ekd-ebd)		39,0 (16,0-63,0)
Medeni Durum		
Evli	58	72,5
Bekâr	22	27,5
Çocuk Varlığı		
Yok	23	28,7
1-2	40	50,0
3 ve üzeri	17	21,3
Eğitim Durumu		
İlköğretim ve altı	10	12,5
Ortaöğretim	32	40,0
Yükseköğretim	38	47,5
Yaşanılan Yer		
İl	57	71,3
İlçe ya da Köy/kasaba	23	28,7
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	43	53,7
Çalışmıyor	16	20,0
Ev hanımı	21	26,3
Gelir Durumu		
İyi	8	10,0
Orta	57	71,3
Kötü	15	18,7
Sosyal Güvence Varlığı		
Var	65	81,3
Yok	15	18,7
Sigara Kullanma Durumu		
Evet	41	51,2
Hayır	39	48,8
Alkol Kullanma Durumu		
Evet	8	10,0
Hayır	72	90,0

$\bar{x}$: Ortalama, ss: Standart sapma M: Ortanca, *ekd*: En küçük değer, *ebd*: En büyük değer

Tablo 3’de bakıldığında araştırmaya katılan Behçet hastalarının %60,0’ı kadın ve yaş ortalaması 38,1±8,9’dur. Hastaların %72,5’i evli, %50,0’ının bir ya da iki çocuğu bulunmakta, %47,5’i yükseköğretim mezunu ve %71,3’ü ilde yaşamaktadır. Hastaların %53,7’si çalışmakta, %71,3’ü orta gelir grubunda ve %81,3’ünün sosyal güvence varlığı bulunmaktadır. Çalışmada hastaların %51,2’si sigara ve %10,0’ı alkol kullanmaktadır.

Tablo 4. Hastaların Hastalık Özelliklerine Ait Tanımlayıcı İstatistikler (n=80)

Değişkenler	n	%
Hastalık Yılı		
≤10 yıl	41	51,2
11-20 yıl	29	36,3
21-30 yıl	10	12,5
Tanı konma sürecinde problem yaşama		
Evet	64	80,0
Hayır	16	20,0
Eşlik Eden Hastalık		
Evet	40	50,0
Hayır	40	50,0
Eşlik Eden Hastalık (n=40)		
Solunum sistemi hastalıkları	5	12,5
Kardiovasküler sistem hastalıkları	14	35,0
Gastrointestinal sistem hastalıkları	5	12,5
Kas ve iskelet sistemi hastalıkları	10	25,0
Endokrin sistem hastalıkları	6	15,0
Ailede BH Varlığı (n=80)		
Evet	9	11,2
Hayır	71	88,8
Ailede BH Varlığı Yakınlık Derecesi (n=9)		
1.dereceden yakın (anne, baba, çocuk)	2	22,3
2.dereceden yakın (nine, dede, torun, kardeş)	4	44,4
3.dereceden yakın (hala, teyze, amca, dayı)	3	33,3
En Çok Rahatsız Eden Yakınma*		
Ağız yaraları	54	67,5
Eklemler tutulumu	44	55,0
Genital bölgede yaralar	29	36,3
Üreter	25	31,3
Akne	25	31,3
Kalp ve damar sisteminde tutulum	21	26,3
Görme kaybı	17	21,3
Sindirim sisteminde tutulum	15	18,8
Bacakların arka kısmında yaralar	14	17,5
Sinir sisteminde tutulum	13	16,3
Solunum sisteminde tutulum	6	7,5
Atak Yaşama Durumu		
Evet	55	68,7
Hayır	25	31,3

Tablo 4. Hastaların Hastalık Özelliklerine Ait Tanımlayıcı İstatistikler (n=80) (devamı)

Atak Yaşama Sıklığı (n=55)		
1-2 haftada bir	11	20,0
3-4 haftada bir	18	32,8
5-6 haftada bir	13	23,6
7-8 haftada bir	13	23,6
Son bir yıl içinde hastaneye yatma		
Evet	14	17,5
Hayır	66	82,5
Düzenli İlaç Kullanımı		
Evet	66	82,5
Hayır	14	17,5
Düzenli Egzersiz Yapma		
Evet	27	33,7
Hayır	53	66,3
Düzenli Kontrole Gitme		
Evet	58	72,5
Hayır	22	27,5
Genel Sağlık Durumu		
İyi-çok iyi	6	7,5
Orta	62	77,5
Kötü- çok kötü	12	15,0

*Birden çok yakınma işaretlenmiştir.

Tablo 4'e göre hastaların %51,2'sinin hastalık süresinin 10 yıl ve altında olduğu, %80,0'ının tanı konma sürecinde problem yaşadığı ve %50,0'ının eşlik eden bir hastalığının bulunduğu, eşlik eden hastalığı bulunan hastaların %35,0'ının kardiyovasküler sistem hastalıklarına sahip olduğu belirlenmiştir. Araştırmada hastaların %11,2'sinin ailesinde Behçet hastalığı bulunduğu, %67,5'ini en çok rahatsız eden yakınmanın ağız yaraları olduğu, %68,7'sinin atak yaşadığı, atak yaşayan hastaların %32,8'inin 3-4 haftada bir atak yaşadığı saptanmıştır. Behçet hastalarının %17,5'inin son bir yılda hastaneye yattığı, %82,5'inin ilaçlarını düzenli kullandığı, %33,7'sinin düzenli egzersiz yaptığı, %72,5'inin düzenli kontrole gittiği ve %77,5'inin genel sağlık durumunu orta olarak nitelendirdiği saptanmıştır.

Tablo 5. Çalışmada Kullanılan Ölçek ve Alt Ölçeklere Ait İstatistikler

	Cr α	$\bar{x}$	ss	M	min	max
Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ)						
ASÖ Toplam (ASÖ-T)	0,836	18,31	5,78	18,00	3,00	32,00
ASÖ Algılanan Stres (ASÖ-AS)	0,838	12,29	4,04	12,00	3,00	20,00
ASÖ Algılanan Baş Etme (ASÖ-ABE)	0,645	6,03	2,52	6,00	0,00	12,00
Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ)						
Kendine Güvenli Yaklaşım (SBÇTÖ-KGY)	0,873	2,15	0,74	2,29	0,00	3,00
İyimser Yaklaşım (SBÇTÖ-İY)	0,770	2,04	0,75	2,20	0,40	3,00
Sosyal Destek Arama (SBÇTÖ-SDA)	0,277	1,67	0,49	1,50	0,50	2,50
Çaresiz Yaklaşım (SBÇTÖ-ÇY)	0,711	1,79	0,58	1,88	0,25	3,00
Boyun Eğici Yaklaşım (SBÇTÖ-BEY)	0,493	1,57	0,57	1,58	0,17	2,67
Etkili Yöntemler (SBÇTÖ-Etkili)	0,854	1,95	0,50	2,08	0,47	2,83
Etkisiz Yöntemler (SBÇTÖ-Etkisiz)	0,748	1,79	0,58	1,88	0,25	3,00

Cr α : Cronbach alfa, $\bar{x}$: Ortalama, ss: Standart sapma, M: Ortanca, min: En küçük değer, max: En büyük değer

Tablo 5'te çalışmada kullanılan Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ) ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ) için iç tutarlılık değerleri ve tanımlayıcı istatistikler yer almaktadır. ASÖ Toplam (T) ile Algılanan Stres (AS) ve Algılanan Baş Etme (ABE) alt boyutlarının iç tutarlılık değerleri 0,645-0,838 aralığında olup yeterli düzeydedir. SBÇTÖ Kendine Güvenli Yaklaşım (KGY), İyimser Yaklaşım (İY) ve Çaresiz Yaklaşım (ÇY) alt boyutlarının iç tutarlılık değerleri 0,711-0,873 aralığındadır ve yeterli düzeydedir. Sosyal Destek Düzeyi (SDA) ve Boyun Eğici Yaklaşım (BEY) için iç tutarlılık değerleri yeterli düzeyde değildir. SBÖ-KGY, SBÖ-İY ve SBÖ-SDA alt boyutlarından oluşan Etkili Yöntemler (Etkili) ile SBÖ-ÇY ve SBÖ-BEY alt boyutlarından oluşan Etkisiz Yöntemler (Etkisiz) için iç tutarlılık değerleri yeterli düzeydedir.

Tablo 6. Cinsiyete Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	Cinsiyet				Test İstatistikleri	
	Kadın (n=48)		Erkek (n=32)			
	$\bar{x}$	ss	$\bar{x}$	Ss	t	p
ASÖ-T	18,06	5,76	18,69	5,89	0,471	0,639
ASÖ-AS	12,48	4,06	12,00	4,04	0,518	0,606
ASÖ-ABE	5,58	2,30	6,69	2,72	1,953	0,054
SBÇTÖ-KGY	2,24	0,59	2,02	0,91	1,240	0,221
SBÇTÖ-İY	2,12	0,68	1,92	0,83	1,166	0,247
SBÇTÖ-SDA	1,71	0,48	1,60	0,50	0,998	0,321
SBÇTÖ-ÇY	1,73	0,59	1,88	0,57	1,115	0,268
SBÇTÖ-BEY	1,52	0,61	1,64	0,51	0,895	0,373
SBÇTÖ-Etkili	2,02	0,43	1,85	0,59	1,467	0,148
SBÇTÖ-Etkisiz	1,73	0,59	1,88	0,57	1,115	0,268

$\bar{x}$: Ortalama, ss: Standart sapma, t: Bağımsız iki örneklem t testi

Tablo 6'ya göre erkek ve kadınların tüm ASÖ ve SBÇTÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Tablo 7. Yaş ile Ölçek Puanlarının Korelasyonu

	Yaş	
	r	p
ASÖ-T	-0,115	0,309
ASÖ-AS	-0,057	0,613
ASÖ-ABE	-0,172	0,126
SBÇTÖ-KGY	0,116	0,305
SBÇTÖ-İY	0,180	0,109
SBÇTÖ-SDA	0,303	0,006
SBÇTÖ-ÇY	-0,089	0,430
SBÇTÖ-BEY	0,063	0,580
SBÇTÖ-Etkili	0,244	0,029
SBÇTÖ-Etkisiz	-0,089	0,430

r: Pearson korelasyon katsayısı

Tablo 7'ye göre hastaların yaşları ile SBÇTÖ-SDA ve SBÇTÖ-Etkili puanları arasında istatistiksel olarak zayıf düzey pozitif korelasyon bulunmaktadır. Diğer ölçek puanları ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Tablo 8. Eğitim Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	Eğitim Durumu						Test İstatistikleri	
	İlköğretim ve altı (n=10)		Ortaöğretim (n=32)		Yükseköğretim (n=38)			
	$\bar{x}$	Ss	$\bar{x}$	ss	$\bar{x}$	Ss	F	p
ASÖ-T	17,40	4,30	19,19	5,78	17,82	6,15	0,625	0,538
ASÖ-AS	11,70	2,83	12,63	4,29	12,16	4,15	0,233	0,793
ASÖ-ABE	5,70	2,00	6,56	2,55	5,66	2,59	1,220	0,301
SBÇTÖ-KGY	2,40	0,45	2,13	0,79	2,11	0,75	0,633	0,534
SBÇTÖ-İY	2,22	0,73	2,01	0,76	2,02	0,75	0,338	0,714
SBÇTÖ-SDA	1,58	0,44	1,56	0,50	1,78	0,49	2,003	0,142
SBÇTÖ-ÇY	1,89	0,74	1,92	0,53	1,65	0,57	2,082	0,132
SBÇTÖ-BEY	1,78	0,56	1,57	0,62	1,51	0,53	0,892	0,414
SBÇTÖ-Etkili	2,07	0,45	1,90	0,54	1,97	0,49	0,453	0,637
SBÇTÖ-Etkisiz	1,89	0,74	1,92	0,53	1,65	0,57	2,082	0,132

$\bar{x}$: Ortalama, ss: Standart sapma, F: Tek Yönlü Varyans Analizi

Tablo 8'e göre tüm ASÖ ve SBÇTÖ puanları eğitim durumu gruplarında istatistiksel olarak benzer dağılım göstermektedir.

Tablo 9. Çalışma Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	Çalışma Durumu						Test İstatistikleri	
	Çalışıyor (n=43)		Çalışmıyor (n=16)		Ev Hanımı (n=21)			
	$\bar{x}$	Ss	$\bar{x}$	ss	$\bar{x}$	Ss	F	p
ASÖ-T	18,0	5,24	17,63	7,69	19,2	5,36	0,435	0,649
ASÖ-AS	12,1	3,65	11,69	5,00	13,0	4,09	0,518	0,598
ASÖ-ABE	5,93	2,61	5,94	3,07	6,29	1,90	0,149	0,862
SBÇTÖ-KGY	2,19	0,79	2,12	0,83	2,10	0,56	0,129	0,879
SBÇTÖ-İY	2,12	0,71	1,83	0,85	2,03	0,75	0,918	0,403
SBÇTÖ-SDA	1,71	0,50	1,66	0,46	1,60	0,52	0,380	0,685
SBÇTÖ-ÇY	1,73	0,58	1,69	0,65	1,98	0,52	1,659	0,197
SBÇTÖ-BEY	1,60	0,51	1,33	0,68	1,70	0,58	2,020	0,140
SBÇTÖ-Etkili	2,01	0,52	1,87	0,55	1,91	0,44	0,566	0,570
SBÇTÖ-Etkisiz	1,73	0,58	1,69	0,65	1,98	0,52	1,659	0,197

$\bar{x}$: Ortalama, ss: Standart sapma, F: Tek Yönlü Varyans Analizi

Tablo 9'a göre çalışan, çalışmayan ve ev hanımı hastaların tüm ASÖ ve SBÇTÖ puanları istatistiksel olarak benzer dağılım göstermektedir.

Tablo 10. Gelir Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	Gelir Durumu						Test İstatistikleri	
	İyi (n=8)		Orta (n=57)		Kötü (n=15)			
	$\bar{x}$	Ss	$\bar{x}$	Ss	$\bar{x}$	Ss	F	p
ASÖ-T	18,13 ^{ab}	5,96	17,44 ^a	5,62	21,73 ^b	5,40	3,484	0,036
ASÖ-AS	12,50	3,66	11,95	4,02	13,47	4,29	0,851	0,431
ASÖ-ABE	5,63 ^a	3,38	5,49 ^a	2,13	8,27 ^b	2,31	8,743	<0,001
SBÇTÖ-KGY	2,16	0,84	2,26	0,63	1,76	0,96	2,776	0,069
SBÇTÖ-İY	2,18	0,72	2,11	0,69	1,68	0,89	2,212	0,116
SBÇTÖ-SDA	1,72	0,43	1,72	0,50	1,45	0,45	1,867	0,161
SBÇTÖ-ÇY	1,44	0,47	1,78	0,63	1,99	0,35	2,440	0,094
SBÇTÖ-BEY	1,56	0,56	1,56	0,60	1,61	0,46	0,045	0,956
SBÇTÖ-Etkili	2,02	0,42	2,03 ^a	0,48	1,63 ^b	0,56	4,065	0,021
SBÇTÖ-Etkisiz	1,44	0,47	1,78	0,63	1,99	0,35	2,440	0,094

$\bar{x}$: Ortalama, ss: Standart sapma, F: Tek Yönlü Varyans Analizi, *a* ve *b* üst simgeleri gruplar arası farklılığı göstermektedir. Aynı harflerin yer aldığı gruplar istatistiksel olarak benzerdir.

Tablo 10'a göre kötü gelir düzeyine sahip hastaların ASÖ-T puanları istatistiksel olarak orta gelir durumuna sahip hastalardan yüksektir. İyi gelir durumuna sahip hastaların ASÖ-T puanları orta ve kötü gelir durumuna sahip hastalarla istatistiksel olarak benzerdir. Kötü gelir durumuna sahip hastaların ASÖ-ABE puanları istatistiksel olarak iyi ve orta gelir durumuna sahip hastalardan yüksektir. İyi ve orta gelir durumuna sahip hastaların ASÖ-ABE puanları arasında istatistiksel olarak fark bulunmamaktadır.

SBÇTÖ-Etkili puanları istatistiksel olarak iyi ve orta gelir durumuna sahip hastalarda benzer olup, bu iki grubun puanları istatistiksel olarak kötü gelir durumuna sahip hastalardan yüksektir. Gelir durumu gruplarında diğer ölçek puanları arasında istatistiksel olarak fark bulunmamaktadır.

Tablo 11. Medeni Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	Medeni Durum				Test İstatistikleri	
	Evli (n=58)		Bekâr (n=22)			
	$\bar{x}$	ss	$\bar{x}$	ss	t	p
ASÖ-T	18,41	5,57	18,05	6,45	0,253	0,801
ASÖ-AS	12,33	4,01	12,18	4,20	0,143	0,886
ASÖ-ABE	6,09	2,47	5,86	2,70	0,351	0,727
SBÇTÖ-KGY	2,14	0,72	2,19	0,81	0,258	0,797
SBÇTÖ-İY	2,02	0,73	2,09	0,80	0,392	0,696
SBÇTÖ-SDA	1,70	0,49	1,58	0,50	0,999	0,321
SBÇTÖ-ÇY	1,83	0,57	1,66	0,61	1,199	0,234
SBÇTÖ-BEY	1,61	0,58	1,45	0,53	1,129	0,263
SBÇTÖ-Etkili	1,95	0,50	1,95	0,54	0,004	0,997
SBÇTÖ-Etkisiz	1,83	0,57	1,66	0,61	1,199	0,234

$\bar{x}$: Ortalama, ss: Standart sapma, t: Bağımsız iki örneklem t testi

Tablo 11'e göre evli ve bekâr hastaların tüm ASÖ ve SBÇTÖ puanları istatistiksel olarak benzer dağılım göstermektedir.

Tablo 12. Çocuk Sayısına Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	Çocuk Sayısı						Test İstatistikleri	
	Yok (n=23)		1-2 (n=40)		3 ve üzeri (n=17)			
	$\bar{x}$	Ss	$\bar{x}$	Ss	$\bar{x}$	ss	F	p
ASÖ-T	19,13	7,00	18,95	5,20	15,71	4,77	2,270	0,110
ASÖ-AS	12,78 ^a	4,82	12,93 ^a	3,68	10,12 ^b	3,00	3,313	0,042
ASÖ-ABE	6,35	2,64	6,03	2,33	5,59	2,87	0,438	0,647
SBÇTÖ-KGY	1,99	0,92	2,12	0,71	2,46	0,41	2,177	0,120
SBÇTÖ-İY	1,91	0,85	2,02	0,68	2,25	0,75	1,003	0,372
SBÇTÖ-SDA	1,50 ^a	0,50	1,68 ^{ab}	0,44	1,88 ^b	0,53	3,121	0,049
SBÇTÖ-ÇY	1,85	0,63	1,78	0,49	1,73	0,75	0,215	0,807
SBÇTÖ-BEY	1,59	0,56	1,53	0,55	1,64	0,65	0,208	0,813
SBÇTÖ-Etkili	1,80a	0,60	1,94ab	0,45	2,20b	0,44	3,235	0,045
SBÇTÖ-Etkisiz	1,85	0,63	1,78	0,49	1,73	0,75	0,215	0,807

$\bar{x}$: Ortalama, ss: Standart sapma, F: Tek Yönlü Varyans Analizi, a ve b üst simgeleri gruplar arası farklılığı göstermektedir. Aynı harflerin yer aldığı gruplar istatistiksel olarak benzerdir.

Tablo 12'ye göre üç ve üzeri çocuğu olanların ASÖ-AS puanları istatistiksel olarak çocuğu olmayanlardan ve bir ya da iki çocuğu olanlardan düşüktür. ASÖ-AS puanları çocuğu olmayanlarda ve bir ya da iki çocuğu olanlarda istatistiksel olarak benzer dağılım göstermektedir. Üç ve üzeri çocuğu olanların SBÇTÖ-SDA puanları istatistiksel olarak çocuğu olmayanlardan yüksektir. Bir ya da iki çocuğu olanların SBÇTÖ-SDA puanları diğer iki grupta benzerdir. SBÇTÖ-Etkili puanları istatistiksel olarak çocuğu

olmayanlardan yüksektir. Bir ya da iki çocuğu olanların SBÇTÖ-Etkili puanları diğer iki grupta benzerdir. Çocuk sayısına göre diğer ölçek puanları arasında istatistiksel olarak fark bulunmamaktadır.

Tablo 13. İkamet Yerine Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	İkamet Yeri				Test İstatistikleri	
	İl (n=57)		İlçe/Kasaba/Köy (n=23)			
	$\bar{x}$	ss	$\bar{x}$	ss	t	p
ASÖ-T	18,23	6,11	18,52	5,02	0,204	0,839
ASÖ-AS	12,35	4,13	12,13	3,89	0,220	0,827
ASÖ-ABE	5,88	2,63	6,39	2,23	0,824	0,412
SBÇTÖ-KGY	2,20	0,71	2,04	0,82	0,894	0,374
SBÇTÖ-İY	2,09	0,76	1,91	0,72	0,948	0,346
SBÇTÖ-SDA	1,75	0,49	1,48	0,45	2,258	0,027
SBÇTÖ-ÇY	1,73	0,59	1,93	0,57	1,403	0,165
SBÇTÖ-BEY	1,55	0,57	1,62	0,58	0,448	0,655
SBÇTÖ-Etkili	2,01	0,50	1,81	0,50	1,635	0,106
SBÇTÖ-Etkisiz	1,73	0,59	1,93	0,57	1,403	0,165

$\bar{x}$: Ortalama, ss: Standart sapma, t: Bağımsız iki örneklem t testi

Tablo 13'e göre ilde yaşayan hastaların SBÇTÖ-SDA puanları istatistiksel olarak ilçe/kasaba/köyde yaşayan hastalardan yüksektir. İkamet yerine göre diğer ölçek puanları arasında istatistiksel olarak fark bulunmamaktadır.

Tablo 14. Sosyal Güvence Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	Sosyal Güvence				Test İstatistikleri	
	Var (n=65)		Yok (n=15)			
	$\bar{x}$	ss	$\bar{x}$	ss	t	p
ASÖ-T	17,57	5,46	21,53	6,22	2,468	0,016
ASÖ-AS	11,91	3,88	13,93	4,42	1,776	0,080
ASÖ-ABE	5,66	2,31	7,60	2,85	2,798	0,006
SBÇTÖ-KGY	2,24	0,72	1,78	0,72	2,222	0,029
SBÇTÖ-İY	2,14	0,68	1,60	0,87	2,612	0,011
SBÇTÖ-SDA	1,69	0,50	1,57	0,48	0,891	0,376
SBÇTÖ-ÇY	1,75	0,59	1,94	0,54	1,147	0,255
SBÇTÖ-BEY	1,55	0,57	1,64	0,58	0,554	0,581
SBÇTÖ-Etkili	2,02	0,48	1,65	0,49	2,688	0,009
SBÇTÖ-Etkisiz	1,75	0,59	1,94	0,54	1,147	0,255

$\bar{x}$: Ortalama, ss: Standart sapma, t: Bağımsız iki örneklem t testi

Tablo 14'e göre sosyal güvencesi olmayanların ASÖ-T ve ASÖ-ABE puanları istatistiksel olarak sosyal güvencesi olanlardan yüksektir. SBÇTÖ-KGY, SBÇTÖ-İY ve

SBÇTÖ-Etkili puanları ise istatistiksel olarak sosyal güvencesi olan hastalarda yüksektir. Diğer ölçek puanları arasında istatistiksel olarak fark bulunmamaktadır.

Tablo 15. Sigara Kullanım Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	Sigara Kullanma Durumu				Test İstatistikleri	
	Kullanıyor (n=41)		Kullanmıyor (n=39)			
	$\bar{x}$	ss	$\bar{x}$	ss	t	p
ASÖ-T	19,20	5,40	17,38	6,09	1,408	0,163
ASÖ-AS	13,29	3,59	11,23	4,25	2,349	0,021
ASÖ-ABE	5,90	2,49	6,15	2,58	0,444	0,659
SBÇTÖ-KGY	2,09	0,77	2,22	0,70	0,824	0,412
SBÇTÖ-İY	1,95	0,70	2,13	0,79	1,062	0,292
SBÇTÖ-SDA	1,75	0,47	1,58	0,51	1,528	0,130
SBÇTÖ-ÇY	1,82	0,51	1,75	0,66	0,582	0,562
SBÇTÖ-BEY	1,61	0,51	1,53	0,63	0,560	0,577
SBÇTÖ-Etkili	1,93	0,52	1,98	0,50	0,431	0,668
SBÇTÖ-Etkisiz	1,82	0,51	1,75	0,66	0,582	0,562

$\bar{x}$: Ortalama, ss: Standart sapma, t: Bağımsız iki örneklem t testi

Tablo 15'e göre sigara kullanan hastaların ASÖ-AS puanları istatistiksel olarak sigara kullanmayan hastalardan yüksektir. Diğer ölçek puanları sigara kullanan ve kullanmayan hastalarda istatistiksel olarak benzerdir.

Tablo 16. Alkol Kullanım Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	Alkol Kullanma Durumu				Test İstatistikleri	
	Kullanıyor (n=8)		Kullanmıyor (n=72)			
	$\bar{x}$	Ss	$\bar{x}$	ss	t	p
ASÖ-T	18,38	8,99	18,31	5,41	0,021	0,983
ASÖ-AS	13,25	5,82	12,18	3,83	0,709	0,481
ASÖ-ABE	5,13	3,56	6,13	2,39	1,065	0,290
SBÇTÖ-KGY	1,82	1,05	2,19	0,70	1,348	0,181
SBÇTÖ-İY	1,50	0,87	2,10	0,71	2,201	0,031
SBÇTÖ-SDA	2,09	0,42	1,62	0,48	2,676	0,009
SBÇTÖ-ÇY	1,55	0,53	1,81	0,59	1,224	0,225
SBÇTÖ-BEY	1,35	0,51	1,59	0,57	1,138	0,259
SBÇTÖ-Etkili	1,81	0,59	1,97	0,50	0,874	0,385
SBÇTÖ-Etkisiz	1,55	0,53	1,81	0,59	1,224	0,225

$\bar{x}$: Ortalama, ss: Standart sapma, t: Bağımsız iki örneklem t testi

Tablo 16'ya göre alkol kullanmayan hastaların SBÇTÖ-İY puanları alkol kullanan hastalardan istatistiksel olarak yüksektir. SBÇTÖ-SDA puanları ise istatistiksel olarak

alkol kullanan hastalarda yüksektir. Alkol kullanma durumuna göre diğer ölçek puanları arasında istatistiksel olarak fark bulunmamaktadır.

Tablo 17. Hastalık Yılı ile Ölçek Puanlarının Korelasyonu

	Hastalık Yılı	
	<i>rho</i>	<i>P</i>
ASÖ-T	0,019	0,868
ASÖ-AS	0,088	0,438
ASÖ-ABE	-0,077	0,500
SBÇTÖ-KGY	-0,012	0,918
SBÇTÖ-İY	-0,004	0,973
SBÇTÖ-SDA	0,174	0,123
SBÇTÖ-ÇY	-0,147	0,193
SBÇTÖ-BEY	0,002	0,983
SBÇTÖ-Etkili	0,063	0,578
SBÇTÖ-Etkisiz	-0,147	0,193

rho: Spearman korelasyon katsayısı

Tablo 17’ye göre hastalık yılı ile ASÖ ve SBÇTÖ puanları arasında istatistiksel olarak bir ilişki bulunmamaktadır.

Tablo 18. Tanı Konma Sürecinde Problem Yaşama Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	Tanı Konma Sürecinde Problem Yaşama Durumu				Test İstatistikleri	
	Evet (n=64)		Hayır (n=16)			
	$\bar{x}$	Ss	$\bar{x}$	ss	t	p
ASÖ-T	18,55	5,84	17,38	5,63	0,723	0,472
ASÖ-AS	12,59	3,92	11,06	4,39	1,365	0,176
ASÖ-ABE	5,95	2,67	6,31	1,85	0,508	0,613
SBÇTÖ-KGY	2,09	0,74	2,40	0,71	1,516	0,134
SBÇTÖ-İY	1,99	0,74	2,21	0,78	1,050	0,297
SBÇTÖ-SDA	1,70	0,50	1,56	0,47	0,966	0,337
SBÇTÖ-ÇY	1,77	0,56	1,87	0,69	0,619	0,537
SBÇTÖ-BEY	1,53	0,55	1,72	0,64	1,166	0,247
SBÇTÖ-Etkili	1,93	0,52	2,06	0,45	0,935	0,353
SBÇTÖ-Etkisiz	1,77	0,56	1,87	0,69	0,619	0,537

$\bar{x}$: Ortalama, ss: Standart sapma, *t*: Bağımsız iki örneklem *t* testi

Tablo 18’e göre tanı konma sürecinde problem yaşayan hastalarla problem yaşamayan hastaların ASÖ ve SBÇTÖ puanları istatistiksel olarak benzerdir.

Tablo 19. Behçet Hastalığı Dışında Hastalık Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	Behçet Hastalığı Dışında Hastalık Durumu				Test İstatistikleri	
	Var (n=40)		Yok (n=40)			
	$\bar{x}$	ss	$\bar{x}$	ss	t	p
ASÖ-T	18,78	6,07	17,85	5,52	0,713	0,478
ASÖ-AS	12,88	4,14	11,70	3,89	1,308	0,195
ASÖ-ABE	5,90	2,51	6,15	2,56	0,441	0,660
SBÇTÖ-KGY	2,26	0,64	2,05	0,82	1,260	0,212
SBÇTÖ-İY	2,17	0,75	1,91	0,73	1,543	0,127
SBÇTÖ-SDA	1,78	0,53	1,56	0,43	2,090	0,040
SBÇTÖ-ÇY	1,85	0,57	1,73	0,60	0,932	0,354
SBÇTÖ-BEY	1,67	0,52	1,48	0,61	1,520	0,133
SBÇTÖ-Etkili	2,07	0,51	1,84	0,48	2,071	0,042
SBÇTÖ-Etkisiz	1,85	0,57	1,73	0,60	0,932	0,354

$\bar{x}$: Ortalama, ss: Standart sapma, t: Bağımsız iki örneklem t testi

Tablo 19'a göre Behçet hastalığı dışında başka bir hastalığı olan hastaların SBÇTÖ-SDA ile SBÇTÖ-Etkili puanları istatistiksel olarak başka bir hastalığı olmayan hastalardan yüksektir. Diğer ölçek puanları gruplarda istatistiksel olarak benzerdir.

Tablo 20. Ailesinde Behçet Hastalığı Varlığı Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	Ailesinde Behçet Hastalığı				Test İstatistikleri	
	Var (n=9)		Yok (n=71)			
	$\bar{x}$	ss	$\bar{x}$	ss	T	p
ASÖ-T	18,00	6,30	18,35	5,76	0,171	0,865
ASÖ-AS	12,78	3,83	12,23	4,08	0,385	0,701
ASÖ-ABE	5,22	2,99	6,13	2,46	1,014	0,314
SBÇTÖ-KGY	2,27	0,53	2,14	0,76	0,499	0,619
SBÇTÖ-İY	1,93	0,84	2,05	0,74	0,443	0,659
SBÇTÖ-SDA	1,89	0,44	1,64	0,49	1,435	0,155
SBÇTÖ-ÇY	1,47	0,45	1,83	0,59	1,731	0,087
SBÇTÖ-BEY	1,41	0,36	1,59	0,59	0,914	0,363
SBÇTÖ-Etkili	2,03	0,53	1,94	0,50	0,486	0,628
SBÇTÖ-Etkisiz	1,47	0,45	1,83	0,59	1,731	0,087

$\bar{x}$: Ortalama, ss: Standart sapma, t: Bağımsız iki örneklem t testi

Tablo 20'ye göre ailesinde Behçet hastalığı olan hastalar ile olmayan hastaların ASÖ ve SBÇTÖ puanları arasında istatistiksel olarak bir fark bulunmamaktadır.

Tablo 21. Atak Yaşama Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	Atak Yaşama				Test İstatistikleri	
	Var (n=55)		Yok (n=25)			
	$\bar{x}$	ss	$\bar{x}$	ss	T	p
ASÖ-T	18,87	5,29	17,08	6,70	1,290	0,201
ASÖ-AS	12,84	3,76	11,08	4,43	1,831	0,071
ASÖ-ABE	6,04	2,37	6,00	2,87	0,059	0,953
SBÇTÖ-KGY	2,14	0,71	2,18	0,81	0,238	0,813
SBÇTÖ-İY	2,00	0,74	2,13	0,76	0,730	0,468
SBÇTÖ-SDA	1,61	0,47	1,80	0,53	1,626	0,108
SBÇTÖ-ÇY	1,79	0,57	1,77	0,63	0,163	0,871
SBÇTÖ-BEY	1,52	0,61	1,68	0,45	1,295	0,200
SBÇTÖ-Etkili	1,92	0,48	2,04	0,56	1,000	0,321
SBÇTÖ-Etkisiz	1,79	0,57	1,77	0,63	0,163	0,871

$\bar{x}$: Ortalama, ss: Standart sapma, t: Bağımsız iki örneklem t testi

Tablo 21'e göre atak yaşayan hastalar ile atak yaşamayan hastaların ASÖ ve SBÇTÖ puanları arasında istatistiksel olarak fark bulunmamaktadır.

Tablo 22. Son Bir Yılda Hastaneye Yatma Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	Son Bir Yılda Hastane Yatışı				Test İstatistikleri	
	Var (n=14)		Yok (n=66)			
	$\bar{x}$	ss	$\bar{x}$	Ss	t	p
ASÖ-T	21,14	6,38	17,71	5,52	2,056	0,043
ASÖ-AS	14,50	4,40	11,82	3,83	2,320	0,023
ASÖ-ABE	6,64	2,50	5,89	2,52	1,010	0,316
SBÇTÖ-KGY	2,04	0,84	2,18	0,72	0,627	0,533
SBÇTÖ-İY	1,81	0,77	2,08	0,74	1,237	0,220
SBÇTÖ-SDA	1,52	0,39	1,70	0,51	1,269	0,208
SBÇTÖ-ÇY	1,77	0,57	1,79	0,59	0,127	0,900
SBÇTÖ-BEY	1,54	0,55	1,58	0,58	0,253	0,801
SBÇTÖ-Etkili	1,79	0,58	1,99	0,49	1,331	0,187
SBÇTÖ-Etkisiz	1,77	0,57	1,79	0,59	0,127	0,900

$\bar{x}$: Ortalama, ss: Standart sapma, t: Bağımsız iki örneklem t testi

Tablo 22'ye göre son bir yılda hastaneye yatan hastaların ASÖ-T ve ASÖ-AS puanları istatistiksel olarak hastaneye yatmayan hastalardan yüksektir. Diğer ölçek puanları son bir yılda hastaneye yatış yapma durumuna göre değişmemektedir.

Tablo 23. Düzenli İlaç Kullanma Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	Düzenli İlaç Kullanma Durumu				Test İstatistikleri	
	Kullanıyor (n=66)		Kullanmıyor (n=14)			
	$\bar{x}$	ss	$\bar{x}$	Ss	t	p
ASÖ-T	18,30	5,32	18,36	7,87	0,025	0,981
ASÖ-AS	12,27	3,90	12,36	4,80	0,071	0,944
ASÖ-ABE	6,03	2,30	6,00	3,49	0,041	0,968
SBÇTÖ-KGY	2,17	0,68	2,09	1,00	0,268	0,792
SBÇTÖ-İY	2,08	0,71	1,83	0,91	1,157	0,251
SBÇTÖ-SDA	1,65	0,50	1,77	0,47	0,829	0,410
SBÇTÖ-ÇY	1,78	0,58	1,79	0,61	0,061	0,952
SBÇTÖ-BEY	1,58	0,55	1,54	0,69	0,253	0,801
SBÇTÖ-Etkili	1,97	0,47	1,90	0,65	0,464	0,644
SBÇTÖ-Etkisiz	1,78	0,58	1,79	0,61	0,061	0,952

$\bar{x}$: Ortalama, ss: Standart sapma, t: Bağımsız iki örneklem t testi

Tablo 23'e göre düzenli ilaç kullanan hastalarla kullanmayan hastaların ASÖ ve SBÇTÖ puanları arasında istatistiksel olarak fark bulunmamaktadır.

Tablo 24. Düzenli Egzersiz Yapma Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	Düzenli Egzersiz Yapma Durumu				Test İstatistikleri	
	Yapıyor (n=27)		Yapmıyor (n=53)			
	$\bar{x}$	ss	$\bar{x}$	ss	t	p
ASÖ-T	16,33	5,41	19,32	5,76	2,239	0,028
ASÖ-AS	10,78	3,65	13,06	4,04	2,464	0,016
ASÖ-ABE	5,56	2,65	6,26	2,44	1,192	0,237
SBÇTÖ-KGY	2,43	0,50	2,01	0,80	2,900	0,005
SBÇTÖ-İY	2,18	0,73	1,97	0,75	1,204	0,232
SBÇTÖ-SDA	1,63	0,44	1,69	0,52	0,506	0,615
SBÇTÖ-ÇY	1,72	0,73	1,82	0,50	0,663	0,511
SBÇTÖ-BEY	1,54	0,66	1,59	0,52	0,377	0,707
SBÇTÖ-Etkili	2,08	0,45	1,89	0,52	1,625	0,108
SBÇTÖ-Etkisiz	1,72	0,73	1,82	0,50	0,663	0,511

$\bar{x}$: Ortalama, ss: Standart sapma, t: Bağımsız iki örneklem t testi

Tablo 24'e göre düzenli egzersiz yapmayanların ASÖ-T ve ASÖ-AS puanları istatistiksel olarak düzenli egzersiz yapanlardan yüksektir. SBÇTÖ-KGY puanları ise istatistiksel olarak düzenli spor yapanlarda yüksektir. Diğer ölçek puanları arasında istatistiksel olarak fark bulunmamaktadır.

Tablo 25. Düzenli Kontrole Gitme Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	Düzenli Kontrole Gitme Durumu				Test İstatistikleri	
	Gidiyor (n=58)		Gitmiyor (n=22)			
	$\bar{x}$	ss	$\bar{x}$	ss	t	p
ASÖ-T	18,22	5,81	18,55	5,85	0,221	0,826
ASÖ-AS	12,19	4,22	12,55	3,60	0,350	0,727
ASÖ-ABE	6,03	2,41	6,00	2,86	0,054	0,957
SBÇTÖ-KGY	2,17	0,73	2,12	0,79	0,224	0,823
SBÇTÖ-İY	2,08	0,76	1,94	0,72	0,745	0,458
SBÇTÖ-SDA	1,64	0,52	1,75	0,39	0,909	0,366
SBÇTÖ-ÇY	1,78	0,58	1,81	0,60	0,196	0,845
SBÇTÖ-BEY	1,57	0,55	1,57	0,64	0,026	0,980
SBÇTÖ-Etkili	1,96	0,53	1,94	0,44	0,181	0,857
SBÇTÖ-Etkisiz	1,78	0,58	1,81	0,60	0,196	0,845

$\bar{x}$: Ortalama, ss: Standart sapma, t: Bağımsız iki örneklem t testi

Tablo 25'e göre düzenli kontrole giden hastalar ile düzenli kontrole gitmeyen hastaların ASÖ ve SBÖ puanları arasındaki farklar istatistiksel olarak önemli değildir.

Tablo 26. Genel Sağlık Durumuna Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

	Genel Sağlık Durumu						Test İstatistikleri	
	İyi (n=6)		Orta (n=62)		Kötü (n=12)			
	$\bar{x}$	ss	$\bar{x}$	ss	$\bar{x}$	ss	F	p
ASÖ-T	10,17 ^a	5,00	18,34 ^b	4,82	22,25 ^c	6,85	10,924	<0,001
ASÖ-AS	6,67 ^a	3,56	12,26 ^b	3,40	15,25 ^c	4,49	11,453	<0,001
ASÖ-ABE	3,50	1,97	6,08 ^b	2,36	7,00 ^b	2,92	4,245	0,018
SBÇTÖ-KGY	2,60 ^a	0,40	2,23 ^a	0,68	1,56 ^b	0,89	5,909	0,004
SBÇTÖ-İY	2,40	0,42	2,07	0,73	1,70	0,88	2,042	0,137
SBÇTÖ-SDA	1,58	0,47	1,69	0,50	1,58	0,47	0,345	0,710
SBÇTÖ-ÇY	1,35	1,02	1,81	0,51	1,86	0,63	1,850	0,164
SBÇTÖ-BEY	1,33	0,74	1,60	0,56	1,54	0,55	0,612	0,545
SBÇTÖ-Etkili	2,19 ^a	0,34	2,00 ^a	0,47	1,61 ^b	0,64	3,862	0,025
SBÇTÖ-Etkisiz	1,35	1,02	1,81	0,51	1,86	0,63	1,850	0,164

$\bar{x}$: Ortalama, ss: Standart sapma, F: Tek Yönlü Varyans Analizi, a, b ve c üst simgeleri gruplar arası farklılığı göstermektedir. Aynı harflerin yer aldığı gruplar istatistiksel olarak benzerdir.

Tablo 26'ya göre ASÖ-T ve ASÖ-AS puanları genel sağlık durumu grupların tamamında istatistiksel olarak farklılık göstermektedir. En yüksek ASÖ-T ve ASÖ-AS puanları genel sağlık durumunu kötü olarak bildiren hastalara ait iken, en düşük ASÖ-T ve ASÖ-AS puanları genel sağlık durumunu iyi olarak bildiren hastalara aittir. Genel sağlık durumunu iyi olarak bildiren hastaların ASÖ-ABE puanları istatistiksel olarak genel sağlık durumunu orta ve kötü olarak bildiren hastalardan düşüktür. Genel sağlık

durumunu kötü olarak bildiren hastaların SBÇTÖ-KGY ve SBÇTÖ-Etkili puanları istatistiksel olarak genel sağlık durumunu iyi ve orta olarak bildiren hastalardan düşüktür. Diğer ölçek puanları arasındaki farklar genel sağlık durumu gruplarında istatistiksel olarak benzerdir.

Tablo 27. Algılanan Stres Ölçeği Puanları ile Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki

	ASÖ-T		ASÖ-AS		ASÖ-ABE	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
SBÇTÖ-KGY	-0,638	<0,001	-0,576	<0,001	-0,541	<0,001
SBÇTÖ-İY	-0,563	<0,001	-0,519	<0,001	-0,461	<0,001
SBÇTÖ-SDA	-0,337	0,002	-0,259	0,020	-0,358	0,001
SBÇTÖ-ÇY	0,433	<0,001	0,289	0,009	0,531	<0,001
SBÇTÖ-BEY	0,145	0,199	0,052	0,649	0,250	0,025
SBÇTÖ-Etkili	-0,698	<0,001	-0,621	<0,001	-0,607	<0,001
SBÇTÖ-Etkisiz	0,433	<0,001	0,289	0,009	0,531	<0,001

r: Pearson korelasyon katsayısı

Tablo 27'ye göre SBÇTÖ-KGY puanları ile ASÖ-T puanları arasında istatistiksel olarak iyi düzey negatif korelasyon, ASÖ-AS ve ASÖ-ABE puanları ile orta düzey negatif korelasyon bulunmaktadır. SBÇTÖ-İY puanları ile ASÖ-T, ASÖ-AS ve ASÖ-ABE puanları arasında istatistiksel olarak orta düzey negatif korelasyon bulunmaktadır. SBÇTÖ-SDA puanları ile ASÖ-T, ASÖ-AS ve ASÖ-ABE puanları arasında istatistiksel olarak zayıf düzey negatif korelasyon bulunmaktadır. SBÇTÖ-ÇY puanları ile ASÖ-T ve ASÖ-ABE puanları arasında istatistiksel olarak orta düzey pozitif korelasyon, ASÖ-AS puanları ile istatistiksel olarak zayıf düzey pozitif korelasyon bulunmaktadır. SBÇTÖ-BEY puanları ile ASÖ-T ve ASÖ-AS puanları arasındaki ilişki katsayıları istatistiksel olarak önemli değil iken, SBÇTÖ-BEY puanları ile ASÖ-ABE puanları arasında istatistiksel olarak zayıf düzey pozitif korelasyon bulunmaktadır. SBÇTÖ-Etkili puanları ile ASÖ-T, ASÖ-AS ve ASÖ-ABE puanları arasında istatistiksel olarak iyi düzey negatif korelasyon bulunmaktadır. SBÇTÖ-Etkisiz puanları ile ASÖ-T ve ASÖ-ABE puanları arasında istatistiksel olarak orta düzey pozitif korelasyon bulunmakta iken, SBÇTÖ-Etkisiz puanları ile ASÖ-AS puanları arasında istatistiksel olarak zayıf düzey pozitif korelasyon bulunmaktadır.

5. TARTIŞMA

Bu bölümde Behçet hastalarının algılanan stres düzeylerini ve stresle başa çıkma tarzlarını incelemek amacı ile yapılan araştırmaya ilişkin bulgular aşağıdaki başlıklar altında tartışılmıştır.

- Behçet Hastalarının Algılanan Stres Düzeylerinin ve Stresle Başa Çıkma Tarzlarının İncelenmesi
- Behçet Hastalarının Sosyodemografik ve Hastalık Özelliklerine Göre Algılanan Stres Düzeylerinin İncelenmesi
- Behçet Hastalarının Sosyodemografik ve Hastalık Özelliklerine Göre Stresle Başa Çıkma Tarzlarının İncelenmesi
- Behçet Hastalarının Algılanan Stres Düzeyleri ile Stresle Başa Çıkma Tarzları Arasındaki İlişki

5.1. Behçet Hastalarının Algılanan Stres Düzeylerinin ve Stresle Başa Çıkma Tarzlarının İncelenmesi

Bu araştırmada, Behçet hastalarının Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ) puan ortalaması $18,31 \pm 5,78$ olarak belirlenmiştir (Tablo 4.5). Ölçekten alınabilecek en yüksek puanın 32 olduğu düşünüldüğünde Behçet hastalarının algılanan stres düzeylerinin ortalamanın üzerinde olduğu belirlenmiştir. Behçet hastalarında ASÖ kullanılarak yapılan bir çalışma bulunmamakla birlikte literatürde Yabacı, Efe Arslan ve Kılıç Akça (2021)'nin kronik kaşıntılı hastalarla yaptıkları çalışmada ASÖ puanının ortalamanın üzerinde olduğu bulunmuştur (92). Yanartaş ve arkadaşları (2014) tarafından inflamatuvar barsak hastalarında yapılan çalışmada algılanan stres düzeyinin yüksek olduğu belirlenmiştir (93). Ostensen ve Çetin (2015) tarafından otoimmün bağ dokusu hastaları üzerinde gerçekleştirilen çalışmada da depresyon ve stres düzeyinin yüksek olduğu saptanmıştır (94).

Behçet hastalarının algılanan stres düzeylerinin farklı ölçeklerle değerlendirildiği sınırlı sayıdaki çalışma incelendiğinde, Karlıdağ ve ark (2003) yılında yaptıkları çalışmada, Behçet hastalarının kontrol grubuna göre stres düzeyinin yüksek olduğunu,

hastaların %70,6'sının hastalığın ilk evresinde stres faktörlerini tanımladıkları, %79,4'ünün hastalığın nüks etme süresinin stres faktörlerine bağlı olduğunu ifade ettikleri belirlenmiştir (5). Fani ve ark (2013) yılında yaptıkları çalışmada da kontrol grubuna göre oral ülseri olan hastalarda stres düzeylerinin yüksek olduğunu bulmuşlardır (8). Ishchenko ve ark (2014) yılında yaptıkları çalışmada, hastaların %81,8'inin stresli yaşam olayları ile Behçet hastalığının alevlenmesi arasında bir ilişki olduğunu ve %21,8'inde ilk behçet semptomlarından önce şiddetli stres faktörleri, %43,6'sında ise uzun süreli düşük yoğunluklu stresörlerin olduğu ve orta düzeyde stres yaşadıkları tespit edilmiştir (94). Çalışma sonuçları dikkate alındığında, behçet hastalarının genel olarak stres yaşamalarının atak sayılarındaki artış, oral ve genital ülserler, ağrı, yorgunluk, ek kronik hastalıklar, tedavi programına uyumsuzluk, depresyon ve anksiyete gibi psikiyatrik sorunlar, genel sağlık durumlarındaki bozulmalar ve ekonomik problemler gibi çeşitli faktörlerden etkilendiği düşünülmektedir.

Bu çalışmada, Behçet hastalarının SBÖ alt boyutu olan kendine güvenli yaklaşım puan ortalaması $2,15 \pm 0,74$, iyimser yaklaşım puan ortalaması $2,04 \pm 0,75$, çaresiz yaklaşım puan ortalaması $1,79 \pm 0,58$, boyun eğici yaklaşım puan ortalaması $1,57 \pm 0,57$ ve sosyal destek arama yaklaşımı puan ortalaması $1,67 \pm 0,49$ olarak bulunmuştur (Tablo 4.5). Yabacı, Efe Arslan ve Kılıç Akça (2021)'nin kronik kaşıntılı hastalarla yaptıkları çalışmada kendine güvenli yaklaşım puan ortalamasının en yüksek, sosyal destek arama puan ortalaması en düşük olarak bulunmuştur (92). Şaka (2014)'nin hemipleji hastalarının stresle başa çıkma tarzlarını incelediği çalışmasında da kendine güvenli yaklaşım puan ortalamasının en yüksek, sosyal destek arama puan ortalaması en düşük olarak bulunmuştur (95). Özdemir'in (2017) meme kanseri olan hastalarla yaptığı çalışma incelendiğinde, hastaların kendine güvenli yaklaşım puan ortalamasının en yüksek, boyun eğici puan ortalamasının ise en düşük olduğu bulunmuştur (96). Çalışmamız literatürle benzerlik göstermekte olup en yüksek puanın kendine güvenli yaklaşım alt boyutundan elde edildiği görülmektedir. Çalışmamızda Behçet hastalarının etkili baş etme yöntemlerinin yüksek olması sevindirici niteliktedir.

5.2. Behçet Hastalarının Sosyo-demografik ve Hastalık Özelliklerine Göre Algılanan Stres Düzeylerinin İncelenmesi

Araştırmaya katılan Behçet hastalarının sosyodemografik özellikleri incelendiğinde, gelir durumu kötü olanların ve sosyal güvencesi olmayanların algılanan stres düzeylerinin yüksek, ASÖ-T ve ASÖ-ABE alt boyutu arasında da anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir (Tablo 10, Tablo 14). Pınar ve arkadaşları (2014) tarafından yapılan bir araştırmada ekonomik durumu kötü olan bireylerin algılanan stres düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (97). Çalışma bulgumuzun aksine Yabancı, Efe Arslan ve Kılıç Akça (2021)'nin çalışması ile Ayraller ve ark (2020)'nin çalışmasında ekonomik durumun stres düzeyini etkilemediği belirlenmiştir (92,98). Çalışmamızda sosyoekonomik düzey ve sosyal güvence varlığı tedavinin sürdürülebilir olması için önemli birer faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Sosyal güvenceye sahip olmakla ilişkili olarak, ekonomik düzeyin yüksek olmasının hem refah seviyesinin yükseltmesi bakımından hem de tedaviyi devam ettirme bakımından önemli olduğu düşünülmektedir.

Bu araştırmada çocuğu olmayan ya da bir ya da iki çocuğu olanların algılanan stres düzeylerinin yüksek ve ASÖ-AS alt boyutu arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (Tablo 12). Yılmaz ve Güven (2021) tarafından çalışan kadınlar ile yapılan çalışmada ise bu çalışmada elde edilen bulgunun aksine üç ve üzeri çocuğu olan kadınların algılanan stres düzeyleri anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (99). Behçet hastalarında çocuk varlığı sosyal destek sağlayarak kişilere strese karşı koruyucu bir etki sağlamış olabilirken çalışan bir anne için çocuk varlığı fazladan bir sorumluluk ve dolayısıyla stres getirmiş olabilir.

Bu araştırmada sigara kullanan Behçet hastalarının algılanan stres düzeylerinin yüksek ve ASÖ-AS alt boyutu arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (Tablo 15). Pınar ve arkadaşları (2014) tarafından yapılan bir araştırmada sigara içen bireylerin algılanan stres düzeyleri sigara içmeyenlere oranla anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (97). Çelik ve Tepe (2021) araştırmasında çalışmamıza benzer şekilde sigara içenlerin içmeyenlere göre algılanan stres düzeyinin anlamlı düzeyde yüksek olduğunu saptamıştır (100). Filaire ve ark (2013) yaptığı araştırmada sigara kullanan akciğer kanseri hastalarının stres düzeylerinin yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (101). Çalışmamız

literatürle benzerlik göstermektedir. Sigaranın genel sağlık üzerindeki olumsuz etkilerinin yanı sıra Behçet hastalığında tutulumları arttırdığı ve stres düzeyini arttırdığı bilinmektedir (67). Bu nedenle Behçet hastalığında sigara kullanımının bırakılması önem arz etmektedir.

Bu araştırmada son 1 yıl içerisinde hastanede yatanlarda, düzenli egzersiz yapmayanlarda ve genel sağlık durumu kötü olanlarda algılanan stres düzeylerinin yüksek ve ASÖ-T puan ortalaması arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Yakın zamanda hastaneye yatmış olmak hastalığın risk içeren düzeyde olduğunun ve kontrol altına alınması gerektiğinin işareti olabilmektedir. Dolayısıyla son bir yılda hastaneye yatan katılımcıların algılanan stres düzeyleri daha yüksek bulunmuş olabilir. Bayrak ve ark (2019) çalışmasında düzenli egzersiz yapmayan hastaların algılanan stres düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir (102). Fiziksel aktivite yapanların stresle mücadelede daha başarılı oldukları ve algılanan stresin buna bağlı daha az olabileceği düşünülmektedir. Çalışmamız literatürle benzerlik göstermektedir.

5.3. Behçet Hastalarının Sosyo-demografik ve Hastalık Özelliklerine Göre Stresle Baş Etme Tarzları Düzeylerinin İncelenmesi

Bu araştırmada yaş ile SBÇTÖ-SDA ve SBÇTÖ-Etkili baş etme puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Tablo 7). Yanık ve Özcanarslan (2019) yaptığı çalışmada ise çalışma bulgumuzun aksine yaş arttıkça daha fazla boyun eğici yaklaşım içinde oldukları belirlenmiştir (104). Yabacı, Efe Arslan ve Kılıç Akça (2021)'nin çalışmasında yaş ile SBÇTÖ alt boyutlarından iyimser yaklaşım arasında zayıf düzeyde pozitif bir ilişki olduğu belirlenmiştir (92). Hem bireysel hem de çevresel özellikler, stresle başa çıkmada yaşam boyu önemli bir role sahiptir. Yaş ilerledikçe yaşanan olaylara karşı deneyim kazanılması hastaların stresörlerle baş etmesini kolaylaştırdığını düşündürmektedir. Çalışmamızda Behçet hastalarının yaş açısından etkili baş etme yöntemlerini kullanıyor olması sevindirici niteliktedir.

Bu araştırmada iyi ve orta gelir düzeyine sahip olanlar, sosyal güvencesi olanlar ile üç ve üzerinde çocuk sayısı olan hastaların SBÇTÖ-Etkili baş etme puan ortalaması arasında ve ilde yaşayan hastalarla SBÇTÖ-SDA puan ortalaması arasında istatistiksel

olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. (Tablo 10, Tablo 12, Tablo 14) Yanık ve Özcanarslan (2019) yaptığı çalışmada da aylık geliri asgari ücretin üzerinde olanların Etkili baş etme puan ortalamalarının yüksek olduğu bulunmuştur (104). Esen (2017) çalışmasında 1000tl ve altında gelir düzeyine sahip bireylerin SBÇTÖ-ÇY puan ortalaması arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (105). Düşük gelir toplumsal statünün, eğitim seviyesinin, sağlık hizmetlerinden yararlanmanın ve bakmakla yükümlü olunan aile bireylerinin ihtiyaçları ile birlikte bireysel ihtiyaçların karşılanmasını zorlaştırabileceği gibi yaşam kalitesini de düşürebilir ve buna bağlı düşük gelirli bireylerde daha yüksek düzeyde stres algılanabileceği düşünülmektedir. Sosyoekonomik düzeyin yüksekliği, sosyal güvence varlığı ve ailede destek olan çocuk varlığı hastaların daha rahat bir şekilde sağlık hizmetlerinden yararlanarak stresle baş etmelerine yardımcı olmuş olabilir.

Bu araştırmada alkol kullanmayan katılımcıların SBÇTÖ-İY alt ölçeğinden elde ettikleri puan ortalaması alkol kullanan katılımcılara oranla anlamlı olarak daha yüksektir. Alkol kullananların ise SBÇTÖ-SDA alt boyut puan ortalamasının ise kullanmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 16). Ergin ve ark (2014) çalışmasında ise alkol kullananların en yüksek puanının KGY ve İY olduğu, alkol kullanmayanlarda ise en yüksek puanın ÇY ve BEY puanlarının yüksek olduğu bulunmuştur (106). Esen (2017) çalışmasında ise hastaların alkol kullanma durumları ile SBÇTÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (105). Alkol kullanımı kişinin problemden kaçınmasını sağlar. Kişi yaşamış olduğu stresle kaçınarak baş eder. Kimi zamanlarda kişi stres karşısında baş edecek gücü kendinde bulamaz ve çaresiz hisseder. Dolayısıyla stresöre karşı iyimser bir tutuma sahip olamaz. Bunun yanında alkol kullanan katılımcıların sosyal destekten yoksun oldukları için alkolü bir baş etme yöntemi olarak kullanacakları ve sosyal destek arama puanlarının anlamlı olarak daha düşük olacağı tahmin edilmişti. Ancak bulgular kısmında görüldüğü gibi alkol kullanan katılımcıların SBÖ-SDA puanlarının anlamlı olarak daha yüksek çıkmıştır. Yani alkol kullanan katılımcılar stresle baş ederken sosyal destek arama yöntemine daha fazla başvurumaktadırlar.

Bu araştırmada Behçet hastalığı dışında başka bir hastalığı olan hastaların SBÇTÖ-SDA ile SBÇTÖ-Etkili puanları istatistiksel olarak başka bir hastalığı olmayan hastalardan yüksektir (Tablo 19). Koga ve ark (2022) çalışmasında hipertansiyon ve diyabet öyküsü bulunan bireylerde stresle baş etme yöntemlerinin kullanıldığını bildirmişlerdir (107). Behçet hastalığına ek olarak farklı bir hastalığa daha sahip kişiler stresle baş ederken etkili baş etme yöntemlerini daha fazla kullanmaktadırlar. Bu durumun sebebi farklı bir hastalık sürecine daha sahip oldukları için hastalık konusundaki streslerini yönetmeyi öğrenmiş olmaları olabilir.

Bu araştırmada düzenli egzersiz yapan hastaların SBÇTÖ-KGY alt boyutu puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (Tablo 24). Fiziksel egzersiz, baş edilemeyen veya yönetilemeyen stresin, fizyolojik ve ruhsal sonuçlarını azaltmaktadır. Bu yönleriyle egzersiz, stresle baş etme yollarının en etkili yöntemlerinin başında gelmektedir (108).

Bu araştırmada genel sağlık durumunu iyi ve orta olarak belirtenlerin SBÇTÖ-Etkili puanları istatistiksel olarak kötü olarak belirtenlerden yüksektir (Tablo 26). Özkan ve Yılmaz (2010) tarafından yapılan araştırmada genel sağlık düzeyi ile SBTÖ alt boyutlarından kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal destek aramayı daha fazla kullandıkları belirlenmiş olup (109), çalışmamızı destekler niteliktedir.

5.4. Behçet Hastalarının Algılanan Stres Düzeyleri ile Stresle Başa Çıkma Tarzları Arasındaki İlişki

Çalışmaya katılan Behçet hastalarının algılanan stres düzeyleri ile stresle baş etme tarzları arasındaki ilişkiye bakıldığında SBÇTÖ-KGY ve SBÇTÖ-Etkili puanları ile ASÖ-T puanları arasında istatistiksel olarak iyi düzey negatif korelasyon, SBÇTÖ-İY puanları ile ASÖ-T, arasında istatistiksel olarak orta düzey negatif korelasyon, SBÇTÖ-SDA puanları ile ASÖ-T, arasında istatistiksel olarak zayıf düzey negatif korelasyon, SBÇTÖ-ÇY ve SBÇTÖ-Etkisiz puanları ile ASÖ-T orta düzey pozitif korelasyon olduğu belirlenmiştir (Tablo 27). Bu sonuca göre çalışmamızda hastaların algılanan stres düzeyleri arttığında stresle etkili baş etme yöntemlerinin düştüğü görölmüştür. Yabacı, Efe Arslan ve Kılıç Akça (2021)'nın çalışmasında ASÖ puanı arttıkça pasif baş etme tarzı

olan BEY puanında arttığı ve aktif baş etme tarzı olan SDA puanının azaldığı bulunmuştur. Stres düzeyinin yüksek olması nedeniyle stres ile başa çıkmada pasif baş etme yöntemlerinin tercih edilmesine ve etkili baş etme yöntemlerinin zayıflamasına neden olduğu ifade edilmiştir (92). Tekin ve arkadaşları (2019) tarafından yapılan çalışmada ise sosyal destek arama, kendine güvenli yaklaşım ve iyimser yaklaşımın algılanan stres düzeyi ile anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki varken boyun eğici yaklaşım ve çaresiz yaklaşımın algılanan stres ile pozitif yönde anlamlı bir ilişkiye sahip olduğu saptanmıştır (110). Bu noktada bu çalışmada elde edilen bulgu ile tutarlı olarak etkisiz baş etme yöntemlerinin algılanan stresi arttırdığından söz edilebilir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma, Behçet hastalarının algılanan stres düzeylerini ve stresle başa çıkma tarzlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır ve aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

- Behçet hastalarının ASÖ-T ile SBÇTÖ-Etkili puan ortalaması arasında negatif yönde bir ilişki saptanmıştır. Yani stres düzeyi arttıkça Etkili baş etme yöntemleri azalmaktadır.
- Yaş ile SBÇTÖ-SDA ve SBÇTÖ-Etkili baş etme puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki olduğu,
- Gelir düzeyi düşük olanların daha yüksek stres düzeyine sahip olduğu ve etkili başa çıkma tarzlarına daha az başvurdukları,
- Üç ve üzeri çocuğu olanların daha düşük stres düzeyine sahip oldukları ve etkili baş etme stillerine daha fazla başvurdukları,
- İlde yaşayan hastaların sosyal destek arama tarzına daha fazla başvurdukları,
- Sosyal güvencesi olmayanların algılanan stres düzeylerinin daha yüksek olduğu ve etkili başa çıkma tarzlarına daha az başvurdukları,
- Sigara kullanan hastaların algılanan stres düzeylerinin daha yüksek olduğu,
- Alkol kullanmayan hastaların iyimser yaklaşım stratejisine daha fazla başvurdukları, alkol kullanan hastaların ise sosyal destek arama stratejisine daha fazla başvurmakta oldukları,
- Behçet Hastalığı dışında başka bir hastalığı olanların sosyal destek arama ve etkili başa çıkma tarzlarına daha fazla başvurdukları,
- Son bir yılda hastaneye yatan hastaların stres düzeylerinin daha yüksek olduğu,
- Düzenli egzersiz yapmayanların stres düzeyinin daha yüksek olduğu, düzenli egzersiz yapanların ise kendine güvenli yaklaşım tarzına daha fazla başvurduğu,
- Genel sağlık durumunu kötü olarak algılayanların stres düzeyinin daha yüksek olduğu ve etkili baş etme stratejilerine daha az başvurduğu belirlenmiştir.

Çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur:

1. Prognozun daha iyi sağlanması adına Behçet hastalığının olduğu ailelerde düzenli olarak tarama yapılması,
2. Vaka öyküsü alınırken ailede Behçet hastalığının olup olmadığının sorgulanması,
3. Tedavi sürecinin daha bilinçli bir şekilde ilerlemesi için hastalara, hastalıkları hakkında detaylı bir bilgilendirilme yapılması,
4. Aynı bilgilendirmenin hasta yakınlarına da verilmesi,
5. Hem hastaya hem de ailesine psikososyal desteğin sağlanması,
6. Stres yönetimi ve stresle başa çıkma yöntemleri konusunda hem hasta yakınlarına hem de hastalara yönelik eğitimler düzenlenmesi,
7. Behçet hastalarının yaşam kalitesini arttırmak için ilgili faktörlerin incelendiği çalışmaların yürütülmesi ve bu doğrultuda gereken planlamaların yapılması,
8. Behçet hastalarının stres düzeylerinin azaltılması amacıyla destek programlarının geliştirilmesi ve hastalığın daha kolay yönetilebilmesi amacıyla multidisipliner bir ekip anlayışının benimsenerek sağlık hizmetinin sunulması,
9. Daha fazla sayıda popülasyonda uzun süreli takip ve çalışmaların yapılması önerilmektedir.

7. KAYNAKÇA

1. Greco A DVA, Ralli M, Ciofalo A, Mancini P, Attanasio G, de Vincentiis M, Lambiase A. Behçet's disease: New insights into pathophysiology, clinical features and treatment options. *Autoimmun Rev.* 2018 Jun;17(6):567-575. doi: 10.1016/j.autrev.2017.12.006. Epub 2018 Apr 6. PMID: 29631062.
2. Colgecen, E., Ozyurt, K., Ferahbas, A., Borlu, M., Kullu, P., Ozturk, A., et al. The prevalence of Behçet's disease in a city in Central Anatolia in Turkey. *Int J Dermatol.* 2015;54(3):286- 9.
3. Türkcü, F. M., Yüksel, H., Uçmak, D., Akkurt, Z. M., Şahin, A., Çınar, Y., Güneydoğu Anadolu bölgesindeki Behçet hastalarında oküler tutulum ve demografik özellikler. *Journal of Clinical and Experimental Investigations*, 2013, 4(3): 339-342.
4. Fawzy R.M., Abd-Elmaksoud S.F., Elolemy G.G. Depression in Behçet's disease patients: Relationship with disease pattern, activity and quality of life. *The Egyptian Rheumatologist.* 2021;43(4): 325-329.
5. Karlidağ S. , Unal S , Evereklioglu C, Sipahi B, Er H, Yologlu S. Stressful life events, anxiety, depression and coping mechanisms in patients with Behçet's disease. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2003;17(6):670-5.
6. Zengin, O. "Adıyaman İlinde Behçet Hastalığı: 150 Hastanın Retrospektif Değerlendirilmesi". *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2020;17: 351-354.
7. Taner E, Coşar B, Burhanoğlu S, Calikoğlu E, Onder M, Arikan Z. Depression and anxiety in patients with Behçet's disease compared with that in patients with psoriasis. *Int J Dermatol.* 2007;46(11):1118-24.
8. Fani M.M., Aflaki, E., Ebrahimi H., Safari A., Ghanizadeh S., Ranjbar M., Manafi A., Borhanihaghighi A. Depression and Anxiety in Iranian Patients with Behçet's Disease: A Single Center Experience. *Galen Medical Journal*, 2013;2(3):100-105.

9. Fisher CA. Psychological and neurocognitive impact of Behcet's disease. *Int J Vasc Surg Med*. 2020;6(1): 001-008.
10. Tavlı F, Ünsal G. Fabrika Çalışanlarının Stres Kaynakları ve Stresle Başa Çıkma Tutumlarının Değerlendirilmesi. *JAREN* 2016;2(1):9-15.
11. Türkoğlu İ, Oksel E. Behçet hastalığı ve bakım. (İçinde) Romatoloji Hemşireliği Hastalıklar ve Bakım. (Editör: Oksel E, Balcı Alparslan G.). Ankara Nobel Tıp Kitabevi. 2019, Ankara.
12. Cosan F, Aktas Cetin E, Akdeniz N, Emrence Z, Cefle A, Deniz G. Natural Killer Cell Subsets and Their Functional Activity in Behcet's Disease. *Immunol Invest*. 2017;46(4):419-32.
13. N. A. Update on the epidemiology, risk factors and disease outcomes of Behçet's disease. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2018 Apr;32(2):261-70.
14. Tugal-Tutkun, I., Behcet disease in the developing world. *Int Ophthalmol Clin*, 2010, 50 (2): p. 87-98.
15. N. A. Update on the epidemiology, risk factors and disease outcomes of Behçet's disease. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2018 Apr;32(2):261-70.
16. Calabrò A, Caterino A, Elefante E, Valentini V, Vitale A, Talarico R, et al. One year in review 2016: novelties in the treatment of rheumatoid arthritis. *Clin Exp Rheumatol*. 2016, 34(3):357-72.
17. Tong B, Liu X, Xiao J, Su G. Immunopathogenesis of Behcet's Disease. *Front Immunol*. 2019; 10:665.
18. Çölgeçen, E., et al., The prevalence of Behçet's disease in a city in Central Anatolia in Turkey. *International journal of dermatology*, 2015. 54(3): p. 286- 289.
19. Havlucu DY, Inanır I, Aydemir Ö. Behçetli hastalarda yaşam kalitesi, anksiyet,depresyon ve hastalık hakkındaki bilgiler. *Anatol J Clin Investig* 2011;5;82-88.

20. Davatchi F, Chams-Davatchi C, Shams H, Shahram F, Nadji A, Akhlaghi M, et al. Behcet's disease: epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis. *Expert Review of Clinical Immunology*. 2017;13(1):57-65.
21. Bulur I, Onder M. Behçet disease: New aspects. *Clinics in dermatology*. 2017;35(5):421-34.
22. Volle G, Fraison JB, Gobert D, Goulenok T, Dhote R, Fain O, et al. Dietary and nondietary triggers of oral ulcer recurrences in Behçet's disease. *Arthritis care & research*. 2017;69(9):1429-36.
23. Yazici H, Seyahi E, Hatemi G, Yazici Y. Behcet syndrome: a contemporary view. *Nat Rev Rheumatol*. 2018;14(2):119.
24. Hatemi G, Meara A, Ozguler Y, Direskeneli H, Mahr A, Shea B, Cam E, Gul A, Yazici Y, Tugwell P, Yazici H, Merkel PA. The OMERACT Core Domain Set for Clinical Trials in Behçet's Syndrome *Arthritis Rheumatol* 2018; 70 (suppl 10).
25. Hatemi G, Merkel PA, Hamuryudan V, Boers M, Direskeneli H, Aydin SZ, Yazici H. Outcome Measures Used in Clinical Trials for Behçet Syndrome: A Systematic Review. *J Rheumatol*. 2015;42(12):2436-41.
26. Yurdakul S, Hatemi G. Locomotor System Disease. In: Yazıcı Y, Yazıcı H eds. *Behçet's Syndrome*. Springer New York Dordrecht Heidelberg London, 2010: 149-163.
27. Karabacak E, Aydın E, Doğan B, et al. "Behçet hastalığı: 182 hastanın klinik ve demografik özellikleri." *Archives of the Turkish Dermatology & Venerology/Turkderm* 2014;48(3):121-6.
28. Hatemi G, Ozguler Y, Direskeneli H, Mahr A, Gul A, Levi V, Aydin SZ, Mumcu G, Sertel-Berk O, Stevens RM, Yazici H, Merkel PA. Current Status, Goals, and Research Agenda for Outcome Measures Development in Behçet Syndrome: Report from OMERACT 2014. *J Rheumatol*. 2015;42(12):2436-41.

29. Heper G, Polat M, Yetkin E, Senen K. Cardiac findings in Behçet's patients. *International journal of dermatology*. 2010;49(5):574-8.
30. Noel N, Bernard R, Wechsler B, Resche- Rigon M, Depaz R, Le Thi Huong Boutin D, et al. Long- Term Outcome of Neuro- Behçet's Disease. *Arthritis & Rheumatology*. 2014;66(5):1306-14.
31. Skef W, Hamilton MJ, Arayssi T. Gastrointestinal Behçet's disease: a review. *World Journal of Gastroenterology: WJG*. 2015;21(13):3801.
32. Maverakis E, Patel F, Kronenberg DG, Chung L, Fiorentino D, Allanore Y, et al. International consensus criteria for the diagnosis of Raynaud's phenomenon. *Journal of autoimmunity*. 2014; 48:60-5.
33. Noel N, Bernard R, Wechsler B, Resche-Rigon M, Depaz R, Le Thi Huong Boutin D et al. Long-term outcome of neuroBehçet's disease. *Arthritis Rheum*, 2014, 66(5):1306–1314.
34. Borhani-Haghighi A, Kardeh B, Banerjee S, Yadollahikhaless G, Safari A, Sahraian MA, et al. Neuro-Behçet's disease: An update on diagnosis, differential diagnoses, and treatment. *Mult Scler Relat Disord*. 2019; 39:101906.
35. Disease, I.T.f.t.R.o.t.I.C.f.B.s., et al., The International Criteria for Behçet's Disease (ICBD): a collaborative study of 27 countries on the sensitivity and specificity of the new criteria. *Journal of the european Academy of Dermatology and Venereology*, 2014. 28(3): p. 338-347.
36. Uluduz, D., et al., Behçet's disease as a causative factor of cerebral venous sinus thrombosis: subgroup analysis of data from the VENOST study. *Rheumatology*, 2019. 58(4): p. 600-608.
37. Alibaz-Oner, F., et al., Venous vessel wall thickness in lower extremity is increased in male patients with Behçet's disease. *Clinical rheumatology*, 2019. 38(5): p. 1447-1451.

38. Stone JH, Zen Y, Deshpande V. IgG4-related disease. *N Engl J Med*. 2012;366(6):539-51.
39. Cheon JH, Han DS, Park JY, Ye BD, Jung SA, Park YS, et al. Development, validation, and responsiveness of a novel disease activity index for intestinal Behçet's disease. *Inflamm Bowel Dis*. 2011;17(2):605-13.
40. 34. Gönül, M., ve Kılıç, A. The History and Diagnosis of Behçet's Disease, Different Aspects of Behçet's Disease, IntechOpen, 2019; 13(2):556-614, DOI: 10.5772/intechopen.89927.
41. Varol A, Seifert O, Anderson CD. The skin pathergy test: Innately useful? *Arch Dermatol Res* 2010; 302:155-68.
42. International Team for the Revision of the International Criteria for Behçet's Disease (ITR-ICBD): The International Criteria for Behçet's Disease (ICBD): a collaborative study of 27 countries on the sensitivity and specificity of the new criteria. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2014; 28:338-47.
43. Akşan, B., Kulaklı, S., Oğuz, I. D. "Retrospective evaluation of 106 Behçet's disease patients in Giresun province". *Mucosa*, 2020, (3): 12-17.
44. Jung, Y. S., Cheon, J. H., Park, S. J., Hong, S. P., Kim, T. I., ve Kim, W. H. Clinical course of intestinal behcet's disease during the first five years. *Digestive Diseases and Sciences*, 2013, 58(2): 496–503.
45. Ishigatsubo, Y. Behçet's disease: from genetics to therapies. Tokyo, Japan: Springerlink, 2015: 20-35.
46. Owlia, M. B., ve Mehrpoor, G., Behcet's disease: new concepts in cardiovascular involvements and future direction for treatment. *International Scholarly Research Network*, 2012: 1-14.
47. Maldini, C., LaValley, M. P., Cheminant, M., Menthon, M., ve Mahr, A., Relationships of HLA-B51 or B5 genotype with Behçet's disease clinical characteristics:

systematic review and meta-analyses of observational studies. *Rheumatology*, 2012, 51(5): 887-900.

48. Pehlivan S, Karadakovan A, Pehlivan Y, Onat AM. Sleep quality and factors affecting sleep in elderly patients with rheumatoid arthritis in Turkey. *Turk J Med Sci*. 2016;46(4):1114-21. doi: 10.3906/sag-1506-82.

49. Oezguen N, Yalcinkaya N, Küçükali CI, et al. Microbiota stratification identifies disease-specific alterations in neuro-Behçet's disease and multiple sclerosis. *Clin Exp Rheumatol*. 2019;37 Suppl 121(6):58–66.

50. Yazıcı, A., Behçet Hastalığının etiopatogenezi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2013, 39(2): 131-136.

51. Postal, M., Appenzeller, S., Behcet's Disease: syptoms, diagnosis and treatment. M. E. Petrov içinde, *Immunology and immune system disorders: autoimmune disorders: symptoms, diagnosis and treatment*. Hauppague: Nova Science Publishers, 2011: 229-248.

52. Tuğrul Ayanoglu B, Gürler A, Erdoğan FG, Gündüz Ö, Alhan A. Behçet ve rekürren aftöz stomatit hastalarında yaşam kalitesi. *Turkderm- Arch Turk Dermatol Venerology* 2015; 49:276- 84. doi: 10.4274/turkderm.00868.

53. Alibaz-Oner, F. and H. Direskeneli, Management of vascular Behçet's disease. *International Journal of Rheumatic Diseases*, 2019. 22: p. 105-108.

54. Hatemi, G., et al., 2018 update of the EULAR recommendations for the management of Behçet's syndrome. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 2018. 77(6): p. 808-818.

55. Soysal T, Salihoğlu A, Esatoğlu SN, Gültürk E, Eşkazan AE, Hatemi G, et al. Bone marrow transplantation for Behçet's disease: a case report and systematic review of the literature. *Rheumatology*. 2014;53(6):1136-1141.

56. Baltaş, Z., Sağlık psikolojisi: Halk sağlığında davranış bilimleri, İstanbul: Remzi Kitabevi; 2017.
57. Aydın, K. Uygulamalı Grup Rehberliği Programları Dizisi Stresle Başa Çıkma. Editör Prof Dr Uğur Öner, (2 Basım) Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Derneği Dergisi Ankara: Nobel Yayın Dağıtım. 2010.
58. 47. Tutar, H., Kriz ve stres yönetimi. 4.Baskı. Ankara: Seçkin Yayıncılık, 2016.
59. Memiş, S, Eti Aslan, F, Aygün D (2010). Denge Stres ve Adaptasyon. Ed: Karadakovan A, Eti Aslan F. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Adana, Nobel Kitabevi, s.:57- 71.
60. Işıkhani, V., Stres yönetimi tükenmişlikten mutluluğa. Ankara: Nika Yayınevi, 2017, 23-145.
61. Erdemoğlu, Ç. İn Vitro Fertilizasyon Uygulanan Kadınlarda Hipnofertilitenin Fertiliteye Hazıroluşluk, Stres ve Stres ile Baş Etmeye Etkisi. Doktora Tezi. T.C. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı. Yayınlanmamış Malatya, 2020.
62. Chu, B., Marwaha. K., Ayers, D., Physiology, Stress Reaction. StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020.
63. Gorman LM, Sultan DF.. Psikososyal Hemşirelik Genel Hasta Bakımı İçin. Çev. Ed: Öz F., Demiralp M. Ankara, Akademisyen Tıp Kitabevi, 3. Baskı, Ankara, 2014.
64. Areba, E. M., Duckett, L., Robertson, C., ve Savik, K. Religious coping, symptoms of depression and anxiety, and well-being among Somali college students. Journal of religion and health, 57(1), 94-109, 2018.
65. Bagheri, F., Mani, A., Tadayyoni, A., Firozi, F., ve Nazarinia, M. A. The prevalence of psychiatric symptoms in the patients with Behcet's disease in Shiraz, Southwest of Iran. Journal of Mood Disorders, 3(1), 28, 2013.

66. Canpolat, Ö., ve Yurtsever, S., The quality of life in patients with behçet's disease. Asian Nursing Research, 2011, 5: 229-235.
67. Herdi, O., Şahin, B. Ş., Barı, B., Boyvat, A. ve Şentürk Cankorur, V. Ş. C., Behçet Hastalarında Depresyon Anksiyete Belirtileri Sıklığı ve Behçet Hastalığı Aktivitesi ile İlişkisi, Kriz Dergisi, 26 (2), 0-0., 2018.
68. Goodacre, L., McArthur, M. 2013. Living with a rheumatic disease: the personal perspective. L. Goodacre, ve M. McArthur içinde, Rheumatology Practice in Occupatioanl Theraphy: Promoting Lifestyle Management. ABD: John Wiley& Sons LTD Published, 2013: 1-12.
69. Soylu M, Şekeroğlu HT, Erdem E, Demircan N. Behçet's Disease: The Clinical and Demographic Characteristics of 406 Patients. Turk J Rheumatol 2012; 27:115-20.
70. Misago N, Tada Y, Koarada S, Narisawa Y. Erythema nodosum-like lesions in Behçet's disease: a clinicopathological study of 26 cases. Acta Derm Venereol. 2012;92(6):681-6.
71. Özdemir, Y., Kural, G., Behçet Hastalığında oküler bulgular ve tedavide yenilikler. Ortadoğu Medical Journal, 2011, 3(4): 191-198.
72. Tuğrul Ayanoğlu, B., Gürler, A., Gülru Erdoğan, F., Gündüz, Ö., Alhan, A., Behçet ve Rekürren aftöz stomatit hastalarında yaşam kalitesi. Türkderm-Deri Hastalıkları ve Frengi Arşivi Dergisi, 2015, 49: 276-84.
73. Özdemir, L., Kalyoncu, U., Akdemir, N., Behçet Hastalığında Cinsel Sorunlar ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2010, 27(3): 238-242.
74. Orgul G, Aktoz F, Beksac MS. Behcet's disease and pregnancy: what to expect? J Obstet Gynaecol. 2018;38(2):185-8.

75. Fayers, P. M., Machin, D., Quality of Life: The Assessment, Analysis and Interpretation of Patient-reported Outcomes. England: John Wiley & Sons., 2013: 67.
76. Law, M., Hanna, S., Anaby, D., Kertoy, M., King, G., Xu, L., Health-related quality of life of children with physical disabilities: a longitudinal study. BMC pediatrics, 2014, 4(1): 26.
77. Sürme, Y. Stres, Stresle İlişkili Hastalıkları ve Stres Yönetimi, Journal of International Social Research, 2019; 12(64):525-529.
78. Mülazımoğlu, L., Ülkemizde indikasyon dışı antibiyotik kullanmak için yapmamız gerekenler. Antibiyotik ve Kemoterapi Derneği Dergisi, 2011, 25(2): 194-195.
79. Nolte, E., Knai, C., Saltman, R. B., Assessing chronic disease management in european health systems: concepts and approaches. Copenhagen: European Observatory of Health Systems and Policies, 2014: 18-32.
80. Koca I, Savas, E., Ozturk, Z. et al. The relationship between disease activity and depression and sleep quality in Behçet's disease patients. Clinical rheumatology, 2015; 34(7): 1259- 1263.
81. Ogden, J., Sağlık Psikolojisi. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık, 2016: 213-220.
82. Kübler-Ross, E., Kessler, D., On grief and grieving: finding the meaning of grief through the five stages of loss. New York: Simon and Schuster, 2014: 205-210.
83. Baltaş A., Baltaş Z., Stres ve Başa Çıkma Yolları, 32. Basım, İstanbul: Remzi Kitapevi, 2015.
84. Alkış, H., Stres ve stres yönetimi (Modern çağın hastalığı), Current debates in management & organization, current debates, S. Nart ve T. Y. Yıldırım (Eds.). London: IJOPEC Publication, 2018, 265-278.

85. Mert, S. İ., Hemşire ve stajyer hemşirelerde en fazla stres yaratan olayların nitel araştırma yöntemiyle incelenmesi. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 2018, 17 (67): 1043-1059.
86. Tarhan, N., Mutluluk Psikolojisi: Stresi Mutluluğa Dönüştürmek 22.Baskı, İstanbul: Timaş Yayınları, 2014.
87. Çelik, S., Usta Yeşilbakan, Ö. (Ed). Dahili ve Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi, 2015, ISBN: 978-605-320-101-4.
88. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R (1983) A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*; 24: 385-396.
89. Bilge A., F Öğce., Genç R. E., Oran N.T., "Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ)'nin Türkçe Versiyonunun Psikometrik Uygunluğu", *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2(25), 61-72, 2009.
90. Folkman, S., Lazarus, R.S. (1988). Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(3), 466-475.
91. Şahin, N. H., Durak, A. Stresle başa çıkma tarzları ölçeği: Üniversite öğrencileri için uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 1995; 10(34), 56-73.
92. Yabacı S, Efe Arslan D, Kılıç Akca N. Kronik kaşıntılı hastalarda algılanan stres ve stresle baş etme yöntemleri. *J Psychiatric Nurs* 2021;12(4):333-340.
93. Yanartaş, Ö., Bıçakcı, E., Şenkal, Z., Karaman, K., Türkkın, A., Temel, K., Kara, N., Yılmaz, P., Akın, H., İmeryüz, N. & Kuşçu, M. K. (2014). İnflamatuvar barsak hastalıklarında ruhsal belirtiler ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Journal of Mood Disorders*, 4 (3), 115-21.
94. Ishchenko D. A., , Veltishchev D. Y., , Alekberova Z. S., , Lisitsyna T. A., , Kovalevskaya O. B. , Seravina O.F. Stressful life events history and mental disorders in behcet's disease. *European Psychiatry*. 2014; 29(1): E07.

95. Şaka, N. Hemipleji hastalarında denetim odağı ve stres ile başa çıkma yolları arasındaki ilişkinin incelenmesi (Yüksek Lisans Tezi) Haliç Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2014.

96. Özdemir, D. (2017). Onkoloji eğitim hemşireliği biriminde eğitim alan meme kanseri hastalarında stresle başa çıkma yolları ve algılanan sosyal destek düzeyleri. (yüksek lisans tezi). Selçuk Üniversitesi. Konya.

97. Pınar, Ş. E., Arslan, Ş., Polat, K., Çiftçi, D., Cesur, B., ve Dağlar, G. Gebelerde uyku kalitesi ile algılanan stres arasındaki ilişkinin incelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 2019; 7(3), 171-177.

98. Ayraler, A., Akturan, S., ve Kumlu, G. Onkolojik Palyatif Bakım Servisi'nde Yatan Hastaların Bakımını Üstlenen Bireylerin Algılanan Stres Düzeylerinin ve Strese Etki Eden Faktörlerin Belirlenmesi: Kesitsel Bir Çalışma, Konuralp Tıp Dergisi, 2020; 12(2): 227-235.

99. Yılmaz, S., Güven, G. D. Çocuk Sahibi Çalışan Kadınların Stres Düzeyleri ile Tükenmişlik Düzeyleri Arasındaki İlişki. Ordu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi, 2021; 11(1), 313-335.

100. Çelik M., Tepe M. Stres ve Motivasyon İlişkisi: Kadın Sağlık Çalışanları Örneği. Al Farabi Uluslararası Sosyal Bilimler Dergisi 2021;6(1):43-61.

101. Filaire, E., Dupuis, C., Galvaing, G., Aubreton, S., Laurent, H., Richard, R., & Filaire, M. (2013). Lung cancer: what are the links with oxidative stress, physical activity and nutrition. Lung cancer, 82(3), 383-389.

102. Bayrak B, Oğuz S, Arslan S, Candar B, Keleş S, Karagöz B, Akpınar G. Miyokard İnfarktüsü Geçirmiş Hastalarda Algılanan Stresin Belirlenmesi. Turk J Cardiovasc Nurs 2019;10(23):129–137.

103. Civan A, Özdemir İ, Gencer YG, Durmaz M. Egzersiz ve Stres Hormonları. Türkiye Spor Bilimleri Dergisi 2018;2:1–14.

104. Yanık D, Özcanarslan F. Riskli Gebelerde Algılanan Sosyal Destek ile Stresle Başetme Düzeyleri Arasındaki İlişki. *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2019;2(3):96-104.
105. Esen Ö. Obezite Tanısı Almış Bireylerde Stresle Başa Çıkma Tarzları ve Benlik Saygısı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı. (Yüksek Lisans Tezi) İstanbul, 2017.
106. Ergin A, Uzun S. U, Bozkurt A. İ. Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Stresle Başa Çıkma Yöntemleri ve Bu Yöntemlerin Sosyodemografik Özelliklerle İlişkisi. *Fırat Tıp Dergisi*. 2014; 19(1): 31-37.
107. Koga K, Hara M, Shimano C, Nishida Y, Furukawa T, Iwasaka C, et al. Association of perceived stress and coping strategies with the renal function in middle-aged and older Japanese men and women. *Scientific Reports*, 2022.
108. Kaba İ. Stres, Ruh Sağlığı ve Stres Yönetimi: Güncel Bir Gözden Geçirme. *Akademik Bakış Dergisi*. 2019; 73: 63-81.
109. Özkan, S., Yılmaz, E. Öğrenci Hemşirelerin Genel Sağlık Düzeyi, Stresle Baş Etme Yöntemleri ve Etkilenen Faktörler. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2010; 26 (2): 67-82.
110. Tekin, E., Yazgan Çilesiz, Z, Gede, S. Farklı mesleklerde çalışanların algılanan stres düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzları üzerine bir araştırma. *ODÜ Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi (ODÜSOBİAD)*, 2019; 9(1), 79-89.

8.EKLER

EK-1: Hasta Tanıtım Formu

BEHÇET HASTALARININ ALGILANAN STRES DÜZEYLERİ VE STRESLE BAŞ ETME YÖNTEMLERİ

Sayın Katılımcı; Size doldurmanız için verilen bu form ile “Behçet Hastalarının Algılanan Stres Düzeyleri ve Stresle Baş Etme Yöntemleri” nin belirlenmesi amaçlanmıştır. Formun cevaplandırılması yaklaşık 5-10 dakikanızı alacaktır. Verdiğiniz bilgiler gizli tutulacaktır. Tüm soruların eksiksiz ve doğru cevaplanması çalışmanın bilimsel değeri açısından oldukça önemlidir. Katılımınız ve desteğiniz için teşekkür ederiz.	
Katılımınız için teşekkür ederiz. Dr. Öğr. Üyesi Sibel ŞENTÜRK Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu İç Hastalıkları Hemşireliği AD (Tez Danışmanı)	Hemşire Zeliha TOPCU ODABAŞ Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü Yüksek Lisans Öğrenci Hemşire (Araştırmacı)

Sosyo-Demografik Özelliklere İlişkin Tanılama:

1. Yaşınız? (belirtiniz).....
2. Cinsiyetiniz? () Kadın () Erkek
3. Medeni Durumunuz Nedir? () Evli () Bekar
4. Çocuğunuz var mı? () Yok () 1-2 () 3 ve üzeri
5. Eğitim Durumunuz Nedir?
() İlköğretim ve altı () Ortaöğretim () Yükseköğretim
6. Şu an hangi yerleşim yerinde ikamet ediyorsunuz?
() İl () İlçe () Köy/kasaba
7. Çalışma Durumunuz Nedir? () Çalışıyorum () Çalışmıyorum () Ev hanımı
8. Gelir Durumunuz? () İyi () Orta () Kötü
9. Sosyal Güvenceniz var mı? () Evet () Hayır
10. Sigara Kullanıyor musunuz? () Evet () Hayır
11. Alkol kullanıyor musunuz? () Evet () Hayır

Behçet Hastalarının Hastalık Özelliklerine Göre Tanılama

- 12. Kaç yıldır Behçet hastasıınız?.....**
- 13. Tanı konulması sürecinde problem yaşadınız mı? () Evet () Hayır**
- 14. Behçet dışında eşlik eden hastalıklarınız var mı? () Evet(belirtiniz) () Hayır**
- 15. Ailede Behçet hastası olan var mı? () Var (belirtiniz)..... () Yok**
- 16. En çok rahatsız eden yakınmanız? (birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)**
() Ağız yaraları () Genital bölgede yaralar () Akneler () Bacakların arka kısmında yaralar () Üveit () Görme kaybı () Kalp ve damar sisteminde tutulum () Sinir sisteminde tutulum () Eklem tutulumu () Sindirim sisteminde tutulum () Solunum sisteminde tutulum () Diğer (belirtiniz).....
- 17. Atak yaşıyor musunuz? () Evet () Hayır**
- 18. Cevabınız evet ise ne kadar sıklıkla atak yaşıyorsunuz?**
- 19. () 1-2 haftada bir () 3-4 haftada bir () 5-6 haftada bir () 7-8 haftada bir**
- 20. Son bir yıl için Behçet hastalığı nedeni ile hastanede yattınız mı?**
() Evet () Hayır
- 21. Düzenli olarak ilaçlarınızı kullanıyor musunuz? () Evet () Hayır**
- 22. Düzenli olarak egzersiz yapıyor musunuz? () Evet () Hayır**
- 23. Düzenli olarak kontrollere gidiyor musunuz? () Evet () Hayır**
- 24. Genel Sağlık Durumunuzu Nasıl Değerlendirirsiniz?**
() İyi-çok iyi () Orta () Kötü-çok kötü

EK-2: Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ)

ALGILANAN STRES ÖLÇEĞİ (ASÖ)

Aşağıda geçen ay boyunca yaşamış olabileceğiniz duygu ve düşüncelerinizi içeren bazı durumlar verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki durumu geçen ay boyunca ne kadar yaşadığınızı aşağıdaki ölçekten yararlanarak maddelerdeki uygun bölüme X işareti koyarak belirleyiniz.

ALGILANAN STRES ÖLÇEĞİ	Hiç	Nadiren	Bazen	Sık	Çok Sık
1. Beklemediğim bir olaya karşı sıkıntı yaşadım.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
2. Önemli olayları kontrol edemedim.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
3. Kendimi stresli hissettim.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
4. Kişisel problemlerimi çözme konusunda kendime güvendim.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
5. Yaşamımda her şey yolunda gitti.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
6. Yaşamımdaki öfkemi kontrol ettim.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
7. Kontrolüm dışındaki olaylar beni öfkeliendirdi.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
8. Üstesinden gelemediğim zorluklar yaşadım.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)

EK-3: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ)

STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI ÖLÇEĞİ				
Bu ölçek, kişilerin yaşamlarındaki sıkıntılar ve stresle başa çıkmak için nelere yaptıklarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Lütfen sizin için sıkıntı ya da stres oluşturan olayları düşünerek bu sıkıntılarınızla uygunluk derecesini işaretleyin.				
Sizi ne kadar tanımlıyor/ Size ne kadar uygun				
BİR SIKINTIM OLDUĞUNDA	Uygun	Tamamen Uygun	Uygun Değil	Hiç Uygun Değil
1. Kimsenin bilmesini istemem.				
2. İyimser olmaya çalışırım.				
3. Bir mucize olmasını beklerim.				
4. Olayı/olayları büyütmeyip üzerinde durmamaya çalışırım.				
5. Başa gelen çekilir diye düşünürüm.				
6. Sakin kafayla düşünmeye, öfkelenmemeye çalışırım.				
7. Kendini kapana kısılmış gibi hissederim.				
8. Olayın/olayların değerlendirmesini yaparak en iyi kararı vermeye çalışırım.				
9. İçinde bulunduğum kötü durumu kimsenin bilmesini istemem.				
10. Ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücünü kendimde bulurum.				
11. Olanları kafama takıp sürekli düşünmekten kendimi alamam.				
12. Kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım.				
13. İş olacağına varır diye düşünürüm.				
14. Mutlaka bir yol bulabileceğime inanır, bunun için uğraşırım.				
15. Problemin çözümü için adak adarım.				
16. Her şeye yeniden başlayacak gücü kendimden bulurum.				
17. Elimden hiçbir şeyin gelmeyeceğine inanırım.				
18. Olaydan/olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım.				
19. Her şeyin istediğim gibi olamayacağına inanırım.				
20. Problemi/problemleri adım adım çözmeye çalışırım.				
21. Mücadeleden vazgeçerim.				
22. Sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm.				
23. Hakkımı savunabileceğime inanırım.				
24. Olanlar karşısında 'kaderim buymuş' derim.				
25. Keşke daha güçlü bir insan olsaydım' diye düşünürüm.				
26. Bir kişi olarak iyi yönde değiştiğimi ve olgunlaştığımı hissederim.				
27. 'Benim suçum ne' diye düşünürüm.				
28. 'Hep benim yüzümden oldu' diye düşünürüm.				
29. Sorunun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım.				
30. Bana destek olabilecek kişilerin varlığını bilmek beni rahatlatır.				

EK-4: Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

Sayın

“Behçet Hastalarının Algılanan Stres Düzeyleri ve Stresle Baş Etme Yöntemleri” isimli çalışma, Behçet hastalarının algılanan stres düzeyleri ve stresle baş etme yöntemlerini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Bu çalışmada size herhangi bir girişimde bulunulmayacaktır. Araştırmanın herhangi bir riski yoktur. Nisan - Ekim 2021 tarihleri arasında araştırmacılar tarafından literatür taranarak oluşturulmuş Anket Formu, Algılanan Stres Ölçeği ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği link üzerinden siz dernek üyeleri ile paylaşılacaktır. Anketin doldurulması yaklaşık 5-10 dk sürecektir.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlı olup katılıp katılmamakta özgürsünüz. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmacı bilginiz dahilinde veya isteğiniz dışında, uygulanan çalışmanın gereklerini yerine getirmemeniz ya da çalışma programını aksatmanız halinde sizi araştırmadan çıkarabilir. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır, çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili kişisel verilerde gerekirse bilimsel amaçla kullanılacak ve bireysel veriler gizli tutulacaktır.

Gönüllü Onam Formu:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Bu koşullar altında, bana ait kişisel bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyorum ve söz konusu araştırmaya, hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllülerden elde edilen verilerimin;

- () Sadece yukarıda bahsi geçen araştırmada kullanılmasına izin veriyorum.
- () İleride yapılması planlanan tüm araştırmalarda kullanılmasına izin veriyorum.
- () Hiçbir koşulda kullanılmasına izin vermiyorum.

Gönüllünün Adı Soyadı / İmzası / Tarih:

Açıklamaları Yapan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih:

EK-5: Ölçek Kullanım İzinleri

← Fwd: Konu: Algılanan Stres Ölçeği

Kimden: "Zeliha Topcu"
Kime: "aysegul donmez"
Gönderilenler: 26 Şubat Cuma 2021 0:58:16
Konu: Konu: Algılanan Stres Ölçeği

DİKKAT: Bu e-posta kurum dışından gönderilmiştir. Zararlı dosya veya bağlantılar (link) içeriyor olabilir. Kaynağından emin olmadığınız dosyaları açmayınız, bağlantılara (link) tıklamayınız.
Şüpheli durumlarda lütfen Bilgi İşlem Daire Başkanlığı'na adresine bilgi veriniz.

Sayın Prof.Dr.Ayşegül DÖNMEZ

Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisiyim. Tarafınızca geliştirilmiş olan "Algılanan Stres Ölçeği" danışmanlığını Dr.Öğr. Üyesi Sibel ŞENTÜRK'ün yapacağı "Behçet Hastalarının Algılanan Stres Düzeyleri ve Stresle Baş Etme Yöntemleri" başlıklı çalışmamda izniniz olması halinde kullanmak istiyorum.

ÖLÇEK UYGULAYACAK KİŞİNİN;
Adı Soyadı: Zeliha TOPCU ODABAŞ
Ünvanı: Hemşire

← Fwd: Konu: Algılanan Stres Ölçeği

ZT Zeliha Topcu <
17.10.2021 Paz 01:05
Kime: Siz

----- Forwarded message -----
Gönderen: **aysegul bilge** <
Date: 26 Şub 2021 Cum, 10:39
Subject: Re: Konu: Algılanan Stres Ölçeği
To: Zeliha Topcu <

Sevgili Zeliha,

ASÖ'yü, ölçeğin yayımlanmış olan makalesini kaynak kullanarak belirttiğiniz çalışmanızda kullanabilirsiniz.

Başarılar

Prof.Dr.Ayşegül DÖNMEZ
Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dekanı
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Ayşegül DÖNMEZ, Prof. Dr.
Dean of the Faculty of Nursing at the Ege University
Department of Mental Health and Psychiatric Nursing

← Fwd: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği



Zeliha Topcu <
17.10.2021 Paz 01:10
Kime: Siz

↩ ↶ ↷ ...

----- Forwarded message -----

Gönderen: **Zeliha Topcu** <
Date: 27 Şub 2021 Cmt, 23:15
Subject: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği
To: <

Sayın Prof.Dr. Ayşegül DURAK BATIGÜN

Okan Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisiyim.Tarafınızca geliştirilmiş olan "Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği" danışmanlığını Dr.Öğr.Üyesi Sibel ŞENTÜRK'ün yapacağı "Behçet Hastalarının Algılanan Stres Düzeyleri ve Stresle Baş Etme Yöntemleri " başlıklı çalışmamda izniniz olması halinde kullanmak istiyorum.

✓ Fwd: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği

Zeliha Topcu

17.10.2021 Paz 01:12

Kime: Siz

----- Forwarded message -----

Gönderen: <
Date: 28 Şub 2021 Paz, 16:20
Subject: Re: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği
To: Zeliha Topcu <

Sayın Topcu Odabaş,

Söz konusu ölçeği bilimsel çalışmalarınızda kullanabilirsiniz. İyi çalışmalar...

Prof. Dr. Ayşegül Durak Batigün

EK-6: Etik Kurul İzni

