



T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ GÖZ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**ÜVEİTİ OLAN BEHÇET HASTALARINDA NEI-VFQ-25
VE SF-36 ANKETLERİ İLE GÖRME VE GENEL
SAĞLIĞA BAĞLI YAŞAM KALİTESİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Fulya SAVAR

UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL 2009



T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ GÖZ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**ÜVEİTİ OLAN BEHÇET HASTALARINDA NEI-VFQ-25
VE SF-36 ANKETLERİ İLE GÖRME VE GENEL
SAĞLIĞA BAĞLI YAŞAM KALİTESİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Fulya SAVAR

UZMANLIK TEZİ

Danışman: Doç. Dr. Sumru ÖNAL

İSTANBUL 2009

İÇİNDEKİLER

Önsöz	
Simgeler ve Kısaltmalar	
Özet	
İngilizce Özet	

I. GİRİŞ VE AMAÇ.....8

II. GENEL BİLGİLER..... 10

2.1 Genel Sağlığa Bağlı Yaşam Kalitesi Kavramı	10
2.2 Yaşam Kalitesi Ölçekleri	10
2.2.1 Genel Sağlığa Bağlı Yaşam Kalitesi Ölçekleri	11
2.2.2 SF-36 Anketi Hakkında Genel Bilgi	11
2.3 Görmeye Bağlı Yaşam Kalitesi Ölçekleri	12
2.3.1 NEI-VFQ-25 (Ulusal Göz Enstitüsü Görme İşlevi Ölçeği) Anketi Hakkında Genel Bilgi	12
2.4 Oftalmolojide NEI-VFQ- 25 ve SF-36 Anketleri:	13
2.5 Behçet Hastalığı	16
2.5.1 Epidemiyoloji ve Prevalans	16
2.5.2 Yaş, Cinsiyet ve Hastalık Şiddeti.....	16
2.5.3 Etyopatogenez	17
2.5.4 Genetik ve HLA tipi ile Hastalık ilişkisi	17
2.5.5 İnfeksiyöz Ajanlar.....	17
2.5.6 Stres (Isı) Şok Proteinleri	18
2.5.7 Hücrel ve Hümorale İmmünite.....	19
2.5.8 Otoantikorlar	19
2.5.9 Endotel Hücreleri ve Pıhtılaşma Faktörleri	19
2.5.10 Histopatoloji	20
2.6 Klinik Bulgular	20
2.7 Behçet Hastalığı Tanı Kriterleri	26
2.8 Laboratuvar Bulguları	26
2.9 Prognoz.....	27
2.10 Behçet Hastalığına Bağlı Üveitin Tedavisi	27
2.11 Behçet Hastalığı ve Yaşam Kalitesi.....	31

III. GEREÇ VE YÖNTEM 32

3.1 Çalışmaya Alınma Kriterleri	32
3.2 Verilerin Toplanması.....	32
3.3 Anket Uygulaması	33
3.4 Oftalmolojik Muayene	33
3.5 Behçet Hastalığı Şiddet Skorlaması.....	36
3.6 Behçet Üveiti Aktivitesi.....	37
3.7 Behçet Üveiti Şiddet Sınıflaması	38
3.8 Yapısal Komplikasyonlar	38
3.9 İmmünomodülatuar İlaç Kullanımı ve Süresi	38
3.10 Anket Skorlaması	39
3.11 İstatistiksel Değerlendirme.....	43

IV.	BULGULAR	44
V.	TARTIŞMA	81
VI.	SONUÇLAR.....	88
VII.	KAYNAKLAR.....	VII-1
VIII.	EKLER	VIII-6

Tezimi hazırlamamda katkı ve yardımlarını esirgemeyen hocalarım Sn. Prof. Dr. Haluk Kazokoğlu ve Sn. Doç. Dr. Sumru Önal'a, desteklerinden dolayı eşim Timur Savar'a ve aileme teşekkürlerimi sunarım.

SİMGELER VE KISALTMALAR

GBYK: Görmeye bağı yaşam kalitesi

NEI-VFQ-25: National Eye Institute Visual Function Questionnaire 25, Ulusal Göz Enstitüsü Görme İşlevi Ölçeğı

YBMD: Yaşa bağı maküla dejenerasyonu

GSBYK: Genel sağığa bağı yaşam kalitesi

SF-36 : Short form- 36, Türkçe Yaşam Kalitesi Ölçeğı kısa formu

FB: Fiziksel boyut

MB : Mental boyut

FF: Fiziksel fonksiyon

RK-F: Rol kısıtlaması-fiziksel

RK-D: Rol kısıtlaması-duygusal

SF: Sosyal fonksiyon

BA: Bedensel ağı

MS: Mental sağık

E/C: Enerji/canlılık

GSA: Genel sağık algısı

GS: Genel sağık

GG: Genel görme

GA: Göz ağırsı

YA: Yakın aktiviteler

UA: Uzak aktiviteler

GBSF: Görmeye bağı sosyal fonksiyon

GBRS : Görmeye bağı ruhsal sağık

GBRG: Görmeye bağı rol güçlükleri

GBBB: Görmeye bağı başkalarına bağımlılık

AK: Araba kullanma

RG: Renkli görme

PG : Periferik görme

TS: Toplam skor

AREDS : Age Related Eye Disease Study
ETDRS : Early Treatment Diabetic Retinopathy Study
BH: Behçet hastalığı
HLA: Human leukocyte antigen
TNF- α : Tümör Nekroz Faktörü- α
İnterferon- α 2a: IFN- α 2a
HSV I : Herpes simpleks virüsü tip I
İŞP : Isı şok proteinleri
IgA : İmmünglobülin-A
 γ - Δ -T : Gama-delta-pozitif T
ANCA : Antinötrofil sitoplazmik antikor
AECA: Antiendotel hücre antikorları
PÖS : Periferik ön sineşi
GİB : Göz içi basıncı
KS : Kortikosteroid
GES: Görsel eşdeğerlik skalası
SUN : Standardization of Uveitis Nomenclature
LOCS 2: Lens Opacities Classification System 2
SD : Standart deviasyon

I. GİRİŞ VE AMAÇ

Görmeye bağlı yaşam kalitesi (GBYK) kavramı, göz hastalıkları ve tedavilerinin hastaların günlük yaşamları üzerindeki etkilerinin araştırılması fikrinden ortaya çıkmıştır. Görme bozukluğuna bağlı duygulanım, örneğin görmeye ilişkili bazı işlevleri yapmada yetersizlik hissi gibi durumları somut olarak tanımlamak için görme ile ilişkili yaşam kalitesini ölçen bazı anketler geliştirilmiştir. Ulusal Göz Enstitüsü Görme İşlevi Ölçeği (NEI-VFQ-25, National Eye Institute-Visual Function Questionnaire-25) bu amaçla ABD’de geliştirilmiş bir ankettir. Son dönemde bu ölçeğin sık görülen göz hastalıklarında klinik kullanım geçerliliği onaylanmış olup; ölçeğin yaşa bağlı maküla dejenerasyonu (YBMD) (1), tip 1 diyabet (2), glokom (3), psödotümör serebri (4), üveit (5), santral retinal ven tıkanıklığı (6) hastalarında kullanımına dair yayınlar bulunmaktadır.

Genel sağlığa bağlı yaşam kalitesi (GSBYK) kavramı ise, hastalık şiddetinin hasta yaşamı üzerindeki etkisini tanımlamak üzere ortaya çıkmıştır. Bu konuda geliştirilen anketlerden biri olan Türkçe Yaşam Kalitesi Ölçeği kısa formu, SF-36 (Short form- 36) anketi yaşam kalitesinin temel bileşenleri olduğu düşünülen fiziksel ve sosyal fonksiyon, ağrı, ruhsal sağlık, enerji (canlılık) ve hastanın kendi sağlığını nasıl algıladığı gibi konuları ölçer. SF-36 anketinin diyabet (7), psödotümör serebri (4) gibi sistemik sağlık sorunları ile katarakt (8), glokom (9), kornea transplantasyonu (10), oküler melanom (11) ve üveit (5) gibi göz hastalıklarının genel sağlığa bağlı yaşam kalitesi üzerine etkilerini araştırmak üzere kullanıldığı bilinmektedir.

Behçet hastalığı etyolojisi bilinmeyen, tekrarlayan inflamasyonla seyreden, multisistemik bir hastalıktır. Arter ve venlerde nekrotizan ve obliteratif vaskülit yaparak çeşitli organlara zarar verir. Ülkemizde görülme sıklığı 42/10.000 dir (12).

Behçet hastalığı olan olgularda göz tutulum sıklığı %70’tir. Gözde tipik olarak tekrarlayan üveit ataklarıyla seyreder. Mevcut tedavi seçeneklerine rağmen bazı hastalarda hastalık ilerleyici olup, hastaların günlük aktivitelerini yapmalarını olumsuz etkilemekte ve yaşam kalitesini düşürmektedir. Uygulanan agresif

immünmodülatuar tedavilere rağmen hastaların %15'inde görme kaybı ilerleyicidir (12). Türkiye'de sıklığı yüksek olan bu hastalığa bağlı göz tutulumu olan hastalarda görmeye bağlı yağam kalitesinin etkilenmesi olasıdır.

Bu  alığmada Behçet hastalığına bağlı üveit nedeni ile Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları  vea biriminde takip edilen hastaların görme ve genel sağlığa bağlı yağam kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla sırasıyla NEI-VFQ-25 ve SF-36 anketlerinin kullanılması ama lanmığtır. Her iki anketin Türkçe  evirisinin güvenilirliği ve geçerliliği  eğitli  alığmalarla ispatlanmığtır (13,14).

II. GENEL BİLGİLER

2.1 Genel Sağlığa Bağlı Yaşam Kalitesi Kavramı

Yaşam kalitesini temel olarak, kişinin kendi yaşam koşullarına uyumu ve memnuniyeti olarak tanımlayabiliriz.

Günümüzde yaşam kalitesiyle ilgili birçok tanım bulunmasına rağmen, evrensel olarak kabul görmüş bir tanımı yoktur. Mevcut tanımların da mutluluk, memnuniyet, yaşam doyumu, pozitif etki, negatif etki, sağlık, öznel ve psikolojik iyilik hali, sosyal yararlılık, duygusal ve ekonomik statü gibi birçok faktörden etkilendiği görülmektedir.

Medikal ve sağlık hizmetlerinde çalışan araştırmacılar ‘iyilik’ halinin derecesinin değerlendirilmesi için yeni niceliksel ölçümler geliştirmişlerdir. Bu ölçümleri sadece hastalığa bağlı oluşan semptomların yol açtığı durumlar ve fonksiyon bozuklukları olan bireylerde, sağlık durumunu değerlendirmek amacıyla kullanmışlardır. Bu durum GSBYK kavramını gündeme getirmiştir (15).

GSBYK kavramı, fiziksel, psikolojik ve sosyal fonksiyon olmak üzere üç ana alandan etkilenmiştir. Fiziksel fonksiyon alanı, fonksiyonel durum ve ağrı, yorgunluk, nefes darlığı gibi semptomları içine alır. Fonksiyonel durumun değerlendirilmesinde günlük yaşam aktiviteleri (ev işi, yemek pişirme), hareketlilik (yürüme, merdiven çıkma) ve günlük işlerdeki hafif aktiviteler (giyinme, yemek yeme) göz önünde bulundurulur. Psikolojik fonksiyon alanı iyilik hali, psikolojik stres ve mental yeteneklerle ilişkilidir, anksiyete, depresyon ve bilişsel fonksiyonların ölçümüne odaklanmıştır. Kişiler arası ilişkiler, aile fonksiyonları, seksüel fonksiyonlar ve sosyal katılım gibi sosyal rollerin yerine getirilmesi sosyal fonksiyon alanının içinde yer alır (15).

2.2 Yaşam Kalitesi Ölçekleri

Yaşam Kalitesini ölçmek için kullanılan sorular bütününe anket denir.

Yaşam kalitesi anketleri, hastalıklara ve hasta gruplarına özgü olmayıp, genel sağlık araştırmalarında kullanılırlar.

Hastalığa özel anketler ise, çalışılan gruptaki hastalık ya da duruma en uygun olan konulara yoğunlaşır. Anket içinde yer alan sorular, ikili (dikotom) “evet- hayır”, “doğru- yanlış”, “kabul ediyorum- kabul etmiyorum” veya çoktan seçmeli (politom) “örneğin 1’den 5’e kadar olan bir ölçekle güçlük değerlendirilmesi” şeklinde olabilir. Anket içinde yer alan sorular alanlar şeklinde gruplandırılmış olabilir. Bu gruplandırılmış sorulara “alt ölçek” adı verilir.

Anket formları kendi kendine cevaplama, telefon ya da posta ile veya mülakat yoluyla uygulanabilir.

Yaşam kalitesi ve sağlık sonuçlarının değerlendirilmesinde kullanılan ölçütler jenerik ve hastalığa özgü olmak üzere iki gruba ayrılabilir. Jenerik ölçütler; genel popülasyonda kullanılan, çeşitli sağlık durumları ve hastalıklara uygulanabilen, geniş ilgi alanlarını değerlendiren ölçütlerdir. Hastalığa özgü ölçütler ise sadece o hastalık grubunda kullanılan ölçütlerdir.

2.2.1 Genel Sağlığa Bağlı Yaşam Kalitesi Ölçekleri

GSBYK ölçeklerine SF- 36 (Türkçe Yaşam Kalitesi Ölçeği kısa formu), Nottingham Sağlık Profili (NHP-Nottingham Health Profile), Hastalık Etki Profili (SIP- Sickness Impact Profile), Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL- World Health Organisation Quality of Life), İyilik Hali Ölçeği (QWB- Quality of Well-Being Scale) örnek verilebilir.

2.2.2 SF-36 Anketi Hakkında Genel Bilgi

SF-36 jenerik ölçütler içerisinde en yaygın kullanılanıdır. Yaşam kalitesini değerlendirmede geçerli ve oldukça sık kullanılan bir ölçüttür. Herhangi bir yaş, hastalık veya tedavi grubuna özgü değildir. Genel sağlık kavramlarını içerir. Klinik pratikte ve araştırmalarda kullanılmak üzere geliştirilmiştir. SF-36, 2 ana boyut (fiziksel boyut “FB” ve mental boyut “MB”) ve 8 kavramı (Fiziksel fonksiyon, rol kısıtlanması- fiziksel, bedensel ağrı, enerji/canlılık, sosyal fonksiyon, rol kısıtlanması- duygusal, mental sağlık, genel sağlık algısı) değerlendiren çok başlıklı skala şeklindedir.

Ware tarafından 1987 yılında geliştirilen SF-36 klinik uygulama ve araştırmalarda, sağlık politikalarının değerlendirilmesinde ve genel popölasyonun incelenmesinde kullanılmak üzere düzenlenmiş olup (16); ölkemizde de geçerlilik güvenirlilik çalışması yapılmıştır (14). Ondört yaş ve üzerindeki bireylerin kendi kendilerine ya da bir araştırmacının yardımı ile cevaplayabilecekleri bireysel değerlendirme ölçeğidir.

2.3 Görmeye Bağlı Yaşam Kalitesi Ölçekleri

GBYK ölçeklerine ise; Ulusal Göz Enstitüsü Görme İşlevi Ölçeği (NEI-VFQ-25), Görme İşlevi İndeksi (VFI-Visual Function Index), Rand Görme İşlevi Testi (Rand Visual Function Test), Görsel Durum Envanteri (VSI- Visual Status Inventory), Görme esaslı ölçüm anketi (VCM1- Vision Core Measure 1), Lowe'un Görme Fonksiyonu Anketi (Lowe's Visual Function Questionnaire), Az Görenler İçin Geliştirilmiş Görme İşlevi Anketi (FALV- Questionnaire for Functional Assessments of Low Vision), Görsel İşlevler Anketi (VAQ-Visual Activities Questionnaire), Görme Performansı Anketi (VPQ- Visual Performance Questionnaire), Gündelik Aktiviteler Görme İşlevleri Anketi (ADVS- Activities of Daily Vision Scale) örnek verilebilir.

2.3.1 NEI-VFQ-25 (Ulusal Göz Enstitüsü Görme İşlevi Ölçeği) Anketi Hakkında Genel Bilgi

Mangione ve arkadaşları, tarafından geliştirilmiştir (17). Bu anket birçok araştırmada tedavinin hasta üzerindeki etkisini ölçmek amacıyla kullanılmaktadır ve geniş bir yaş aralığında kronik göz hastalığı olan bireyler için hazırlanmıştır (17).

Bu anket ilk olarak 51 soru içeren şekliyle hazırlanmıştır ve bu şeklinin klinikte kullanım geçerliliği ve güvenirliliği bilinmektedir (18). Anketin uzun şekli üç bölümden oluşur. Birinci bölüm genel sağlığı ve görme durumunu, ikinci bölüm günlük etkinliklerin yapılmasında karşılaşılan güçlükleri, üçüncü bölüm görmedeki azalma ile nasıl baş edildiğini ölçmeyi amaçlar. Bu anketin kronik göz hastalığı olanlardaki psikometrik özellikleri bildirilmiştir (19).

Daha sonra bu testin 25 soru içeren daha kısa bir sürümü geliştirilmiştir. Anketin kısaltılması temel olarak kronik göz hastalığı ve görme kaybı olan bireylerden alınan yanıtlara göre yapılmıştır (17). Bu anket genel sağlık (GS), genel görme (GG), göz ağrısı (GA), yakın aktiviteler (YA), uzak aktiviteler (UA), görmeye bağlı sosyal fonksiyon (GBSF), görmeye bağlı ruhsal sağlık (GBRS), görmeye bağlı rol güçlükleri (GBRG), görmeye bağlı başkalarına bağımlılık (GBBB), araba kullanma (AK), renkli görme (RG), periferik görme (PG) gibi alanlardan oluşur. Anket içinde bu alanlarda hasta yakınmalarını ve performansını sorgulayan 25 adet soru bulunur. Testin bu şekline NEI-VFQ-25 denir. Test ekinde yer alan 13 adet soru da eklenirse bu hali NEI-VFQ-39 adını alır.

Test Toprak ve arkadaşları tarafından Türkçe'ye çevrilmiştir. Türkçe çevirisinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları 61 hasta üzerinde yapılmıştır (13,14).

2.4 Oftalmolojide NEI-VFQ- 25 ve SF-36 Anketleri:

2.4.1 Yaşa bağlı göz hastalıklarında NEI-VFQ-25:

Bu çalışmaya YBMD, kataraktı, düşük görme keskinliği olan ve katarakt cerrahisi geçirmiş olan 4 grup hasta alınmıştır. Bu hastalarda görme keskinliği, hastalık derecesi ve hastalık bulgularıyla, NEI-VFQ-25 alt ölçek skorları arasındaki ilişki ve alt ölçeklerin iç uyumluluk ve güvenilirliği ölçülmüştür. Çalışma, 5 yıllık zaman diliminde 4077 hasta üzerinde yapılmıştır.

YBMD ve katarakt hastaları Yaşa Bağlı Göz Hastalıkları Sınıflamasına göre (Age Related Eye Disease Study-AREDS) gruplara ayrılmıştır. Katarakt cerrahisine göre sınıflama: 1. Cerrahi yok, 2. Tek taraflı afakî veya psödofaki, 3. Çift taraflı afakî veya psödofaki;

Görme keskinliğine göre sınıflama: 1. Her iki gözde görme 20/20 veya daha iyi, 2. Tek gözde görme < 20/20, 3. Çift taraflı görme <20/20 şeklinde yapılmıştır.

YBMD sınıflamasında kategori 4'e giren hastalarda NEI-VFQ skorları diğer kategoridekilere göre belirgin olarak düşük bulunmuş, maküler patoloji arttıkça genel ve alt ölçek skorlarının azaldığı görülmüştür. Katarakt yönünden yapılan değerlendirmede nükleer opasite arttıkça tüm alt ölçek skorlarında kötüleşme olduğu, ileri derecede nükleer opasitesi olanlarda özellikle GG, UA, GBRS ve AK ile ilgili alt ölçek skorlarının bozulduğu görülmüştür. Kortikal opasite arttıkça

sadece GG ile ilgili skorlarda bozulma saptanmış, diğer skorlarda değişme olmamıştır.

Tek taraflı afakî veya psö dofaki olan hastalarda, GS, GA, GBSF, RG, PG dışındaki tüm skorlarda düşüklük saptanmıştır. Görme keskinliğine göre yapılan değerlendirmede kategori 3'e girenlerin alt ölçek skorları diğer gruplardan belirgin olarak düşük bulunmuştur.

Bu çalışmaya göre; NEI-VFQ-25 yukarıda tanımlanan hastalıkları olanlarda GBYK değerlendirilmesinde güvenilirliği ispatlanmıştır (1).

2.4.2 Uzun süreli Tip1 diyabetli hastalarda NEI-VFQ-25 ve SF-36 :

Bu çalışmaya 14 yıldır diyabeti nedeniyle izlenen 30 yaş altında olan 654 diyabetli hasta alınmış, "Early Treatment Diabetic Retinopathy Study" (ETDRS) tablosu ile görme keskinliği bakılmış, retinopati derecesi ve kistoid maküla ödemi varlığı modifiye Airlie House sınıflaması ve ETDRS retinopati şemasına göre sınıflanmıştır. Hastalara hem NEI- VFQ-25 hem de SF-36 anketleri uygulanmıştır.

Çalışmada yaş, diyabet süresi, glikolize hemoglobin, renal bozukluk, kardiyovasküler hastalıklar, hipertansiyon, ekstremitte amputasyonu, görme keskinliği, retinopati evresi, kistoid maküla ödemi, glokom, katarakt, taktıl uyarı, ağrı hissi, sigara içim süresi, sedanter yaşam gibi kriterler değerlendirilmiştir. Bu kriterlerde artış veya kötüleşme olan hastalarda tüm NEI-VFQ-25 ve SF-36 skorlarında bozulma saptanmıştır (2).

2.4.3 Glokom hastalarında NEI-VFQ-25 ve SF-36 :

Glokomatöz görme alanı defekti olan 147 hasta üzerinde yapılan bu çalışmada, hastaların iyi gören gözünde görme alanı defekti arttıkça özellikle NEI-VFQ-25 skorlarında olmak üzere her iki anket skorlarında da doğru orantılı olarak kötüleşme saptanmıştır. Glokom hastalarıyla normal erişkinlerden oluşan referans grubu arasındaki farkları ortaya koymada NEI-VFQ-25 anketi SF-36'ya göre daha duyarlı bulunmuştur (3).

2.4.4 Üveitli hastalarda NEI-VFQ-25 ve SF-36 :

Bu çalışmaya alınan 76 üveit (13 ön, 17 intermedyer, 26 arka, 20 panüveit) hastasında NEI-VFQ-25 toplam skoru ve FB ve MB ile ilişkili SF-36 skorları normal erişkinlerden oluşan referans grubuna göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Çoklu analizde görme keskinliği, çift taraflı tutulum, tedaviye duyarlılık, çalışma durumu, FB ve MB skorları, NEI-VFQ-25 toplam skoruyla anlamlı derecede ilişkili bulunmuştur. Lineer regresyon modellerinde NEI-VFQ-25 skorlarının FB skorlarında saptanan anlamlılığa % 7, MB skorlarında saptanan anlamlılığa %16 oranında ek katkı sağladığı anlaşılmıştır. FB ve MB skorları ise NEI-VFQ-25 skorlarındaki anlamlılığa %12 oranında ek katkı sağlamıştır.

Bilateral tutulumu olanlarda AK, GBRG skorları tek gözü tutulanlara göre daha düşük bulunmuştur. Arka üveiti ve panüveiti olan hastalarda GS, YA, PG ve GBBB skorları ön üveiti olanlara göre daha düşük bulunmuştur. Arka ve panüveitli hastalarda ayrıca RG, GBRG ve toplam skorları anlamlılık düzeyine ulaşmamakla birlikte düşük bulunmuştur. Aktif hastalığı olanlarda GG, YA, UA, RG, GBSF, GBRS ve toplam skorları inaktif hastalığı olanlardan daha düşük bulunmuştur, ayrıca aktiflerde AK skorları düşük bulunmuştur. Oküler sekeli olan hastalarda GS, GG, GBSF ve toplam skorları sekeli olmayanlara göre anlamlı derecede düşük olarak saptanmış, AK, GBRG ve GBRS skorları düşük bulunmuştur. Sistemik tutulumu olanlarda GS, PG, GBRG, GBSF skorları sadece göz tutulumu olanlardan daha düşük saptanmıştır. (5).

2.4.5 Santral retinal ven tıkanıklığı hastalarında görmeye bağlı yaşam kalitesi ölçümü ve NEI-VFQ-25:

Çalışmaya dahil edilen 51 hastada NEI-VFQ-25 anketinin tüm alt ölçek yanıt ortalamaları normal referans grubuna göre belirgin olarak düşük bulunmuştur. NEI-VFQ-25 alt ölçek skorları ile iyi gören gözün görme keskinliği, sistemik ilaç kullanımı ve hastaların genel sağlık algıları arasında güçlü korelasyon saptanmıştır. Tutulum olan gözdeki görme keskinliği ile alt ölçekler arasında korelasyon saptanmamıştır (6).

2.5 Behçet Hastalığı

İlk kez 1937 yılında Prof. Dr. Hulusi Behçet tarafından tanımlanarak dünya literatürüne giren Behçet hastalığı (BH), alevlenmeler ve remisyonlarla seyreden, ven ve arterleri tutabilen, kronik, inflamatuvar, multisistemik bir hastalıktır (20). Başlangıçta tekrarlayıcı oral, genital ülserler ve hipopiyonlu üveitten oluşan üçlü semptom kompleksi olarak tanımlanan hastalığın yıllar içinde kardiyovasküler, solunum, lökomotor, gastrointestinal ve merkezi sinir sistemi tutulumları olan, alevlenmeler ve remisyonlarla seyreden ve tutulan organlarda geçici ve kalıcı işlev bozukluklarına yol açan bir hastalık olduğu anlaşılmıştır (21).

2.5.1 Epidemiyoloji ve Prevalans

Behçet Hastalığı tüm dünyada görülmesine rağmen en yüksek prevalans tarihi ipek yolu boyunca yerleşim gösteren Japonya, Orta Doğu ve Akdeniz ülkelerinden bildirilmiştir. Prevalans Japonya’da 1/10.000, Akdeniz, Uzak Doğu ve Orta Doğu ülkelerinde 1/1000 ile 1/10.000 arasında olup, Kuzey Avrupa ve ABD’de ise görülme sıklığı düşüktür (0.1-0.3/100000) (22). Hastalık dünya üzerinde, ülkemizde 2-42/10.000 oranı ile en yüksek prevalansa sahiptir (23) .

2.5.2 Yaş, Cinsiyet ve Hastalık Şiddeti

Hastalık herhangi bir yaşta görülmesine rağmen genellikle 20 ile 40 yaş arasında ortaya çıkar. Çocukluk çağı ve ileri yaşlarda ise nadirdir. Japonlarda ise 50 ile 60 yaş arasında Behçet hastalığının daha sık görüldüğü bildirilmiştir. Yapılan çalışmalarda ipek yolu üzerindeki ülkelerde erkek cinsiyette daha sık görüldüğü (erkek: kadın=2-10: 1), ülkemizde ise oranın yaklaşık erkek: kadın= 2: 1 olduğu bildirilmiştir (24). Behçet Hastalığı şiddeti, santral sinir sistemi ve retinal vaskülitin daha sık görüldüğü erkek cinsiyette ve gençlerde daha ağır seyretmektedir ve ilk yıllarda alevlenmelerle seyrederken ilerleyen yıllarda hafifleme eğilimindedir.

HLA-B5 pozitifliği ise kötü görme prognozu belirteci olarak görülmektedir (22).

2.5.3 Etyopatogenez

Hastalığın etyolojisi kesin olarak bilinmemektedir. Genetik yatkınlığı olan bireylerde, infeksiyöz bir ajan tarafından tetiklenen immün sistemde değişikliklerin oluşması ve bu immün yanıtın hastalıkta ortaya çıkan klinik belirtilere neden olduğu görüşü kabul edilmektedir. Patogeneizde genetik faktörlerin, infeksiyöz ajanların, stres proteinleri, hücrel ve humoral immünite, otoantikörlerin, endotelial ve pıhtılaşma faktörlerinin sorumlu tutulduğu hipotezler ileri sürülmüştür ancak tam olarak rolleri açıklanamamıştır (24).

2.5.4 Genetik ve HLA tipi ile Hastalık İlişkisi

Behçet hastalığıyla ilişkili genetik çalışmalar, 6p21 kromozomu üzerinde yer alan insan lökosit antijeni (HLA-human leukocyte antigen) kompleksi üzerine yoğunlaşmıştır. Hastalık yatkınlığı HLA-B genindeki (özellikle HLA-B51) polimorfizmlerle ilişkili görünmektedir. HLA-B51'in en az 34 allelik varyasyonu vardır. En yaygın olanları HLA-B5101, HLA-B5102 ve HLA-B5108'dir. Bu genler hastalığa yatkınlık oluşturan genler olarak kabul edilmektedirler. Ayrıca HLA-DR1 ve HLA-DQw1 pozitif kişilerde Behçet hastalığına karşı direnç olduğu bildirilmiştir (22).

İpek yolu üzerinde yer alan ülkelerde yapılan çalışmalarda, Behçet hastalarında HLA-B51 antijen sıklığı yüksek bulunmuştur. Ancak HLA-B51 negatif olguların da bulunması hastalık oluşumunda farklı genetik faktörlerin de etkili olabileceğini düşündürmektedir. Yapılan çalışmalara bakıldığında HLA-B51 pozitifliği Almanya'da %42 ve Almanya'da yaşayan Türklerde %75, Türkiye'de %62.8-%84 oranlarında bildirilmiştir (25,26). Son zamanlarda yapılan çalışmalarda, 6. kromozom üzerinde HLA-B bölgesi ve Tümör Nekroz Faktörü- α (TNF- α) geni arasında yer alan major histokompatibilite antijen kompleks sınıf 1 ilişkili (MICA) genin de hastalığa eğilimde rol oynadığı bildirilmektedir (22).

2.5.5 İnfeksiyöz Ajanlar

Behçet hastalığının etyopatogenezinin yönelik yapılan çalışmalarda *herpes virüslerin (tip 1, 2, 6)*, *streptokokların (S. sanguis, S. faecalis, S. pyogenes, S.*

salivarius), *parvovirüs*, *helikobakter pilori*, *E. Coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *hepatit A, B, C, E virüsleri* gibi infeksiyöz ajanların hastalık gelişiminde rol oynadığı bildirilmiştir (22). Ancak kesin olarak izole edilmiş bir mikroorganizma bulunmamıştır. Yapılan çalışmalarda Behçet hastalarının oral mukozasında ve serumlarında streptokok antijenleri ve antistreptokok antikorlar izole edilmiştir (27). *S. sangius* oral mukozasında yüksek oranda saptanmış ve oral aft gelişiminde rolü olabileceği bildirilmiştir (27). *Mikoplazma fermentes* de etyolojide sorumlu tutulmuştur. Solunum ve genital organ epitelinde yerleşim gösteren ve romatizmal hastalıklarla ilişkili bulunan *Mikoplazma fermentes*, mukozal infeksiyonlara neden olmaktadır (28).

Ayrıca Behçet hastalarının serumlarında Herpes simpleks virüsü tip I (HSV I) antikorlarının da arttığı ve dolaşan immün kompleks yapısında HSV-1 antikorlarının varlığı bildirilmiştir. Ayrıca yapılan çalışmalarda Behçet hastalarının genital ve intestinal ülserlerinde HSV-DNA gösterilmiştir. Fakat oral ülserlerde izole edilmemiştir (28).

2.5.6 Stres (Isı) Şok Proteinleri

Stres ya da ısı şok proteinleri Behçetli hastalarda B ve T hücre yanıtında artışa neden olurlar. Isı şok proteinleri (İŞP)'nin, BH etyopatogenezindeki yeri çok iyi anlaşılamamış olmakla birlikte, patogeneizde suçlanan antijenlerdendir. Enfeksiyon, hipoksi, travma ve toksik ilaçlar İŞP oluşumunu indükler. İŞP'nin malign hastalıklar, otoimmün hastalıklar ve enfeksiyonlardaki rolleri de immün mekanizmalarla açıklanmaya çalışılmıştır (29). Memeli ve mikrobiyal İŞP 60/65 arasında % 50'nin üzerinde bir benzerlik vardır (30). BH'da mikobakteriyal 65 kD İŞP'ne karşı gelişen yüksek immünglobülin-A (IgA) düzeylerinin *Streptococcus sangius* suşları ile çapraz reaksiyon verdiği saptanmıştır (31). Streptokok antijenlerinin hastalık aktivitesinde en önemli tetikleyici olabileceği bildirilmiştir (31).

Nörobeçetli hastaların serebrospinal sıvılarında, gama-delta-pozitif T (γ - Δ -T) hücrelerinin arttığı saptanmıştır (32). Laboratuvar testlerinde 60 kD İŞP'nin, predominant γ - Δ -T hücrelerini stimüle ettiği gösterilmiştir (33). BH'da γ - Δ -T

hücrelerinin asıl rolü henüz anlaşılamamıştır, fakat hastalığın gelişiminde TNF- α gibi sitokinlerin üretimini sağladığı düşünülmektedir (34).

2.5.7 Hücresel ve Hümorale İmmünite

Behçet hastalarında toplam T hücre sayısında azalma olmakla birlikte dolaşımdaki T hücrelerinin CD-25 ve HLA-DR (+) aktif T hücreleri olup, sayıca artması T hücrelerinin patogeneizde rol oynadığını düşündürmektedir. Behçet hastalarında dolaşımda interlökin 1, 6, 8 ve TNF- α gibi sitokin düzeyleri artmıştır. TNF- α geni 6. kromozomda yer alan HLA genlerine yakın yerleşim gösterdiğinden Behçet hastalığı gibi HLA ile ilişkili hastalıklarda önem taşımaktadır. Behçet hastalığında immunglobulin düzeylerinde artış vardır, kompleman düzeyleri ise normal seviyededir (28). Behçet hastalarında saptanan poliklonal B hücre aktivasyonu sonucu oluşan immün kompleksler nötrofil hiperfonksiyonuna neden olarak doku hasarı oluşturlar (28).

2.5.8 Otoantikorlar

Primer vaskülitlerde, antifosfolipid antikorlar, antinötrofil sitoplazmik antikor (ANCA) ve antiendotel hücre antikorları (AECA) önemli rol oynar. AECA'nın vasküler hasarın primer sorumlusu olabileceği ileri sürülmüştür. Ayrıca AECA bulunan hastalarda aktif hastalığa rastlanmıştır. Behçet hastalığı aktif olanlarda yüksek olan endotelin-1 salınımı ile hastalık aktivitesi arasında korelasyon olduğu bildirilmiştir (35).

2.5.9 Endotel Hücreleri ve Pıhtılaşma Faktörleri

Damar duvarındaki hasar oluşumunda serbest oksijen radikalleri sorumlu tutulmuştur. Behçet hastalarında superoksit ve hidrojen peroksit düzeyinde artış, superoksit dismutaz, glutatyon peroksidaz ve katalazda azalma bildirilmiştir. Behçet hastalarında plazma süperoksit dismutaz düzeyleri yüksektir ve bu artışın nedeni doku hasarıyla ilgili olduğu düşünülmüştür. Süperoksit salgımadaki artış ile HLA-B5 pozitifliği arasında bir ilişki olduğu bildirilmiştir. Behçet hastalarında tromboz oluşumunu artıran trombin-antitrombin-III kompleksi, plazmin-antiplazmin

kompleksi ve protrombin seviyeleri artmıştır. Bu nedenle Behçet hastaları hem arteriyel hem de venöz sistemde tromboz riski taşırlar (36).

2.5.10 Histopatoloji

Behçet hastalığında histolojik bulgular vaskülit ve trombozla karakterizedir. Lökositoklastik vaskülit, eritrosit ekstrasvazasyonu ve nötrofil infiltrasyonu görülür. Deri lezyonlarının histopatolojisinde nötrofilik vasküler reaksiyon belirgindir. Kronik lezyonlarda ise perivasküler lenfositik infiltrasyon görülmektedir. Paterji reaksiyonunun histopatolojik incelemesinde lökositoklastik vaskülit reaksiyonu görülür (37).

2.6 Klinik Bulgular

Behçet hastalığı hafif deri yakınmalarından körlüğe, ağır nörolojik bozukluğa ve büyük damar tutulumuna kadar değişen bir klinik seyir gösterir.

2.6.1 Oral Ülser

Behçet hastalarının %100'ünde görülen oral ülser genellikle çoğu hastada Behçet hastalığının ilk belirtisidir. Oral ülserlerin bir yıl içerisinde en az 3 kez tekrarlama özelliği göstermesi tanıda en önemli kriter olarak kabul edilmektedir. Genellikle birkaç hafta içinde iyileşip, gün ya da aylar içinde tekrarlayabilirler. En sık yerleşim gösterdiği yerler yanak, dil, uvula, damak ve dudaktır (22). Sigara içen kişilerde oral ülserlerde azalma görüldüğü bildirilmiştir (38).

2.6.2 Genital Ülser

Genital ülser hastaların % 80-90'ında görülür. Oral ülserlerden daha geniş, daha derin ve daha az sıklıkta tekrarlama gösterirler. Ağrılıdır ve genellikle birkaç hafta içinde skar dokusu bırakarak iyileşirler. Genital ülserler, erkeklerde skrotum, kadınlarda ise vulvada en sık yerleşirler. Genital ülserler yürümede ve oturmada problemlere, dispareniye ve idrar yaparken ağrı hissetmeye neden olurlar (39).

2.6.3 Deri Bulguları

Deri lezyonları hastaların yaklaşık %80'inde görülür. Eritema nodosum benzeri lezyonlar, papülovesikülopüstüler lezyonlar, yüzeysel tromboflebit, paterji reaksiyonu ve deri vaskülitini içeren lezyonlar deri belirtileri arasında sayılabilir (24).

Eritema nodosum benzeri lezyonlar en sık alt ekstremitelerde görülür ve ağrılı, morumsu renkte nodüller şeklindedir. Kadınlarda daha sık görülür (24).

Papülopüstüler ya da akneiform lezyonlar hastaların %65-96'sında bulunur ve vücudun herhangi bir yerinde oluşabilir (24).

Paterji fenomeni, BH'nda doku travmasına karşı gelişen nonspesifik hiperaktivite reaksiyonunu gösterir. Steril iğne cilde batırıldığında ya da cilt içine steril serum fizyolojik enjekte edilerek 24-48 saat sonra enjeksiyon yeri 2 mm'den büyük eritemli steril papül oluşumu yönünden gözlenir. Papül oluşumu varsa test pozitif kabul edilmektedir. Paterji testi hastalığın aktif fazında genellikle pozitifdir (24).

2.6.4 Göz Tutulumu

Behçet Hastalığında en fazla tutulan organ gözdür ve bu tutulumların çoğu hastalık başlangıcından itibaren ilk 2-4 yılda görülür. Behçet hastalarının %70'inde göz tutulumu görülür, bu hastaların % 70-80'i erkektir (12). Hastaların % 20'sinde tek taraflı, % 80'inde çift taraflı tekrarlayan, kronik iridosiklit, hipopiyon veya panüveit atakları şeklinde ortaya çıkar. Türklerde ve Japonlarda daha sık görülür ve daha şiddetli seyreder. Genellikle, ilk ataklar tek taraflı ve ön üveit şeklinde ortaya çıkarken, tekrarlayan ataklarla hastalık çift taraflı ve daha arka tutulumlu olma eğilimindedir (22).

Ön ve arka üveit ayrımını yapmak hem prognoz hem de tedavi açısından önemlidir çünkü arka tutulumlu hastalarda ilerleyici görme kaybı meydana gelir. Hastaların çoğunda hastalık panüveit şeklinde ortaya çıkar. Ön üveit kadınlarda daha sıktır (22).

Ön segment tutulumu: Ön üveit hastalığın tek oküler bulgusu olabilir. Klasik bulgusu olan hipopiyonlu iridosiklit % 6 kadardır (40). Hastalığın ilk tanımlandığı yıllarda yoğun olarak görülen ve bildirilen bu bulgu yeni tedavi

seçenekleri ile oldukça azalmıştır. n kamarada inflamasyon granülomatöz olmayan karakterdedir. En sık başvuru şikyetleri kızarıklık, göz ve çevresinde ağrı, fotofobi ve bulanık görmedir. Biyomikroskopik muayenede konjonktival kızarıklık, siliyer enjeksiyon, n kamarada hücre, bulanıklık ve keratik presipiteler tespit edilmektedir. Ciddi iridosiklit olan gözlerde biyomikroskopik muayenede gonyoskopik muayenede açıda seviye yapan lökositler görülebilmektedir. Bu bulguya “aı hipopiyonu” denir. Hastalık sürecinde kronik inflamasyon görülmez. İnflamasyon hızlı ve patlayıcı tarzda ortaya çıkmaktadır. n segmentte tekrarlayan inflamasyon arka sineşi, iris atrofisi ve periferik n sineşi gibi kalıcı yapısal değişikliklere neden olabilmektedir. Pupiller seklzyoya bağlı, periferik n sineşi (PS) veya bombe iris gelişmesi sonucu sekonder glokom gelişebilmektedir. Çok nadiren episklerit, sklerit, subkonjonktival kanama, filamenter keratit, konjonktival ülserler ve korneal immün halka görülebilir (41).

Arka segment tutulumu: Retinal vaskülit atakları Behçet hastalığının en kötü komplikasyonudur. En sık görülen arka segment tutulumları vitritis ve retinal perivasklittir (zellikle venlerde periflebit, daha nadir olarak arterlerde periarterit şeklinde). Aktif periflebit damar etrafını yama tarzında saran ve düzensiz çıkıntılar şeklinde uzanan beyaz yapılar şeklinde görülür ve maküler iskemiye yol açan damar tıkanmasıyla sonuçlanabilir (41).

Diğer bir bulgu retinada yüzeyel yerleşimli tek veya çok odaklı, beyaz- sarı renkli, özellikle erkek hastalarda damar tıkanıklığına neden olabilen retinit odaklarıdır. Ayrıca, difüz retinal veya optik disk ödemine yol açan damar sızıntıları, venöz genişleme ve retina içi kanamalar hastalığın aktif fazında görülebilir ve tedaviyle geriler (40).

Göz tutulumu olan Behçet hastaları genellikle görmelerinde ağrısız azalma ve görme alanında uçuşan cisimler tarifleyerek başvururlar. Tekrarlayan atakların sayı ve şiddeti kalıcı oküler yapısal değişikliklere neden olarak görme kaybının düzeyini belirler. Genellikle Behçet hastalarında ataklar arasında inflamasyon tamamen gerilemez (41).

Oküler komplikasyonlar: Behçet hastalığının en sık komplikasyonu hastaların % 50’sinde görülen kistoid maküla ödemidir. Tedaviyle geriler veya yapısal değişikliklere neden olarak kalıcı maküler hasara yol açar. Retina içi kistoid

yapılara neden olarak parsiyel veya tam kat maküler delik oluşumuna neden olabilir (42).

Behçet hastalarında göz içi basıncı (GİB), aköz sekresyonunun azalmasına bağlı düşebilir veya inflamatuvar hücrelerin trabeküler ağı tıkanması, trabekülit, arka sineşi- seklüzyo pupilla, PÖS, neovasküler glokom, uzun süreli steroid kullanımı nedeniyle artabilir (43). Hastaların %11'inde ikincil glokom gelişimi görülür. Bu hastaların yarısı steroid kullanımı veya inflamasyona bağlı açık açılı glokom, ¼'ü PÖS'e bağlı parsiyel açı kapanması glokomu, 1/5'i pupiller blok ve PÖS' nin eşlik ettiği açı kapanması glokomu, %10 ise neovasküler glokomdur (44).

Uzun süreli steroid kullanımına bağlı özellikle arka subkapsüler katarakt meydana gelebilir.

İleri olgularda, periflebite bağlı damar tıkanması (ven dal tıkanıklığı gibi), gliotik damar kılıflanması, iris deformitesi veya atrofisi, maküla dejenerasyonu, makülada pigment epitel değişikliği, skarlaşma, epiretinal membran oluşumu, retinal iskemi, disk ödemi, papillit, retinal ve optik atrofi görülebilir. Bazı olgularda vitreoretinal kanama veya traksiyonel retina dekolmanını takiben iris, retina veya optik diskte neovaskülarizasyon gelişebilir (45).

Hastalığın son döneminde tekrarlayan ataklara ve komplikasyonlara bağlı optik atrofi, damarlarda incelme, daralmış, skleroze olmuş, kılıflanmış beyaz tel, sicim görünümlü damarlar, çeşitli derecelerde koryoretinal atrofi ve skarlaşmanın eşlik ettiği difüz retinal atrofi gelişir. Bazı hastalarda tedavi edilmezse ftizis bulbi meydana gelir, enükleasyon gerekebilir (46).

2.6.5 Kas- iskelet Sistemi Tutulumu

BH'da eklem tutulumu çok yaygın olup hastaların % 50-60'ında görülür. Sinovit, artrit veya artralji şeklindedir. Eklem tutulumu, erozyon veya deformasyonlara yol açmayan, monoartiküler ya da oligoartiküler tarzdadır ve oligoartiküler tutulum genellikle asimetriktir. Eklem tutulumu bazen hastalığın ilk belirtisi olarak görülebilir. Eklem tutulumu birkaç günden birkaç haftaya kadar süren periyodlarda oluşup genellikle kendiliğinden geçer. En sık diz (%50), ayak bileği, el bileği ve dirsek gibi büyük eklemler tutulmasına rağmen el-ayak küçük eklemleri de etkilenebilir (47). Behçet hastalarının %34'ünde sakroileit ve %10'unda spinal eklem

tutulumu bildirilmiştir. Sinovyal sıvı genellikle inflamatuvar özelliktedir. Akut atak sırasında sinovyal sıvı muayenesinde lökosit sayısı ve viskozitesi artmıştır, protein ve glukoz seviyesi normaldir. Histolojik olarak sinovya içine mononükleer hücreler ve nötrofillerin infiltrasyonu söz konusudur (47).

2.6.6 Nörolojik Tutulum

Sinir sistemi tutulum (nörobeçet) BH'nın en önemli bulgularındandır. Primer nöral parankimal lezyonlara veya büyük damar tutulumlarına ikincil olarak ortaya çıkar. Sıklığı % 3-10 gibi değişik oranlarda bildirilmiştir. Behçet hastalığı olan çocuklarda ise nörolojik tutulum gelişimi erişkinlere göre daha fazladır (48).

Nörolojik tutulum genellikle hastalığın ilk beş yılında görülür. Nörobeçeti olan hastaların %10'unda oküler tutulum görülürken, oküler tutulumu olan hastaların %30'unda nörolojik tutulum bildirilmiştir. Erkeklerde daha sık görülür. Santral sinir sistemi tutulumu daha fazla görülürken periferik sistem daha az sıklıkla tutulur. Parankim ve parankim dışı bulgular görülür. Parankim tutulumu daha sıktır ve prognozu daha kötüdür. Klinik durum oldukça değişkenlik gösterir; en sık bilateral piramidal belirtiler, hemiparezi, davranış bozuklukları, baş ağrısı, kafa içi basınç artışı, serebral venöz trombozla ilişkili olarak intrakraniyal hipertansiyon ve sfinkter bozukluklar görülebilir. Baş ağrısı nörolojik tutulumu olan Behçet hastalarında sık rastlanan bir bulgudur. Nörolojik tutulumda bu belirtilerin nedeni meninkslere lenfosit infiltrasyonu, beyaz cevherde damar çevresi inflamasyonu ve demiyelinizasyondur. Bazı hastalarda kronik hastalık veya kullanılan yoğun kortikosteroid kullanımına bağlı psikiyatrik bozukluklar da gelişebilir (48).

Lumbar ponksiyonda, basınç artışı (> 400 mm Hg ise dural sinüs trombozu), proteinde artış, pleositoz (lenfositsiz veya lenfositli nötrofiller) ve glukoz düzeyinde azalma görülür. Hastaların yaklaşık yarısından fazlasında audio-vestibüler anormallikler görülmektedir. Bilateral, simetrik, koklear tip sensorinöral işitme kaybı ve unilateral periferik vestibular fonksiyon bozukluğu en yaygın bulgulardandır (34).

2.6.7 Vasküler ve Kardiyak Tutulum

BH her boyda arter ve venleri tutan sistemik bir vaskülitir. Farklı popülasyonlarda % 8-38 arasında değişen oranlarda tutulum bildirilmiştir. Dört tip vasküler lezyon tanımlanmıştır. Arteriyel tutulum, anevrizma, venöz tutulum ve varisler (48).

Ven tutulumu, genellikle hastalığın ilk beş yılı içinde görülür. Yüzeysel ve derin ven trombozu (DVT) şeklinde görülebilir. Tekrarlayıcı tromboflebitler en sık alt ekstremitte venlerinde görülür ve kronik staz dermatitine neden olur. Trombozlar, vena cava superior ve inferior ile dural sinüste tıkanmaya neden olduğunda prognoz kötüdür. Ayrıca femoral, popliteal, subklavian ve serebral ven trombozları da görülebilir

Arteriyel tutulum, arteriyal tıkanıklık veya anevrizma şeklinde görülebilir, sıklığı venöz tutulumdan azdır fakat morbidite oranı %60 gibi yüksek oranlardadır. Tüm boyuttaki arterler etkilenebilir. Özellikle pulmoner arter anevrizması ciddi ve ölümcüldür. Venöz tutulum hastaların %14'ünde arteriyel tutulum ise %2'sinde görülmektedir (49).

Behçet hastalarında kardiyak tutulum % 5-10 arasında değişen oranlarda bildirilmiştir. Japonya'da ise bu oran %17'dir. Kardiyak tutulumu olan hastalarda perikardit, miyokardit, aort ve mitral yetmezlikli endokardit, koroner damar lezyonları, intrakardiyak trombüs ve endomiyokardiyal fibrozis görülebilir. Koroner arter anevrizması veya trombozu, hemoraji, miyokard infarktüsü ani ölümle sonuçlanabilir (50).

2.6.8 Gastrointestinal Sistem Tutulumu

Gastrointestinal sistem tutulum sıklığı ülkelere göre değişmekle birlikte Türkiye'de sıklık % 50 olarak bildirilmiştir (51). İleoçekal bölge ve özofagusu da içine alan tüm intestinal kanalda yerleşim gösteren ülserasyonların gelişimi temel klinik özelliktir. Disfaji, abdominal ağrı, bazen kanlı ishal, intestinal perforasyon ve perianal fistül görülebilir.

2.7 Behçet Hastalığı Tanı Kriterleri

BH tanısı ilk olarak 1969 yılında Japon Araştırma Komitesi'nin (Tablo 1) daha sonra 1990 yılında uluslararası çalışma grubunun ("International Study Group") (Tablo 2) tanımladığı kriterlere göre belirlenmiştir (51,52). Japon Araştırma Komitesi'nin önerdiği tanı sistemine göre 4 majör ve 5 minör kriter mevcuttur. Bu kriterlerin kombinasyonu 4 çeşit BH'nı işaret etmektedir.

Tablo 1: Japon Araştırma Komitesi'nin önerdiği BH tanı sistemi

Majör kriterler	Tekrarlayan oral ülser Cilt lezyonları Tekrarlayan genital ülser Oküler inflamasyon
Minör kriterler	Artrit İntestinal ülserasyon Epididimit Vaskülit/vaskülopati Nöropsikiyatrik bulgular
Behçet tipleri	Komplet (4 majör) İnkomplet (3 majör veya 1 majör+ oküler tutulum) Şüpheli (oküler tutulum olmaksızın 2 majör) Muhtemel (1 majör)

Tablo 2: Uluslar arası çalışma grubunun önerdiği BH tanı kriterleri

Tekrarlayan oral ülsere (en az yılda 3 kez) ilave olarak alttaki bulgulardan 2'si
Tekrarlayan genital ülser Oküler inflamasyon Cilt tutulumu Paterji testi pozitifliği

2.8 Laboratuvar Bulguları

Behçet hastalığına özgü laboratuvar bulgusu yoktur. Tanı klinik bulgular ve fizik muayeneye göre konur. Hastalık aktivitesi fagositik sistemin aktif parçaları olan akut faz reaktanlarında (eritrosit sedimentasyonu, C- reaktif protein, neopterin, ASO, romatoid faktör, α -1 antitripsin, α -2 makroglobülin) artış ile takip edilebilir (52). B-2

mikroglobülin (53), myeloperoksidaz (54), serum immünglobülinlerinde (Ig) artış görülebilir (28). Bazı hastalarda HLA analizi de yapılabilir.

2.9 Prognoz

Remisyon ve alevlenmelerle seyreden Behçet hastalığı erkeklerde kadınlara göre daha ciddi seyreder. Hastalık ilk beş yıldan sonra stabil hale gelir veya hafifler. Genellikle 15-20 yıldan sonra klinik ciddiyeti azalır. Belirtilerin başlama yaşı prognozu belirlemektedir. Hastalık 25 yaşından önce başladığında prognoz daha kötüdür. Ayrıca erkek cinsiyet ve HLA-B51 pozitifliği diğer kötü prognoz belirteçlerdir. Oküler semptom başlangıcından 3.5- 5 yıl sonra, Türk ve Japon hastaların %20-50'sinde iyi gören gözde GK<0.1 düzeyine iner. Körlük ve nörolojik tutulum önemli morbidite nedenidir ve hastaların yaşam kalitesini düşürür. Ölüm, daha çok pulmoner arter gibi büyük damar tutulumu, nörolojik tutulum ve intestinal ülser perforasyonuna neden olan gastrointestinal sistem tutulumuna bağlı olarak gelişmektedir (22).

2.10 Behçet Hastalığına Bağlı Üveitin Tedavisi

Genel olarak BH'nın etyolojisi tam olarak bilinmediği için spesifik bir tedavisi de yoktur. Tedavi seçenekleri var olan lezyonların özelliğine göre belirlenir. Tedavide amaç, hastalığın ilk yıllarında ve aktif dönemlerde geri dönüşümsüz organ hasarını engellemektir.

Üveitin tedavisinde kullanılan ilaçlar kortikosteroidler, midriyatik ve sikloplejik ajanlar, antimetabolitlerden azatioprin, siklosporin A, alkileyici ajanlar (siklofosfamid ve klorambusil) ile biyolojik ajanlardan Tümör Nekroz Faktör (TNF)- α inhibitörü (anti-TNF) ve İnterferon α -2A (IFN- α -2a) olarak sınıflanabilir.

2.10.1 Kortikosteroidler

Kortikosteroidlerin (KS) topikal ve sistemik kullanımı tedavide çok yaygındır. Akut inflamasyonu kontrol altına almakta oldukça etkilidirler ve 1-1.5 mg/kg/gün dozunda kullanılırlar. Şiddetli ve görmeyi tehdit eden arka üveit ataklarında intravenöz yüksek doz steroidi takiben oral steroid uygulaması yapılabilir

(55). Arka ve panüveit, vitritis ve kistoid maküla ödemi tedavisinde subtenon enjeksiyon şeklinde, kistoid maküla ödemi tedavisinde intravitreal enjeksiyon şeklinde uygulanabilirler. Akut ataklarda hızlı ve yüksek antiinflamatuvar etkiye sahip olmalarına rağmen, uzun dönemde katarakt ve glokom gibi yan etkileri nedeniyle tercih edilmezler (48).

2.10.2 Midriyatik ve Sikloplejikler

Topikal kısa etkili midriyatik ve sikloplejik ajanlar (%1' lik tropikamid, %1' lik siklopentolat) ve semptomimetik ajanlar (%2.5- 10' luk fenilefrin) topikal steroidlere ek olarak günde 2-3 defa uygulanabilir. Bu ilaçlar siliyer kas spazmını azaltarak ağrı ve fotofobi gibi şikayetlerde azalmayı sağlayarak hasta konforunu artırır. Tropikamid gibi kısa etkili ajanlar irisi hareketli tutarak yeni arka sineşi oluşumunu azaltırlar. Uzun etkili ajanlar ise pupili sürekli dilate tuttuğundan yeni sineşi oluşumunu arttırabilirler (56).

2.10.3 Kolşisin

Mikrotübül oluşumunu engelleyerek antiinflamatuvar ve antimitotik olarak etki eder. Aktif hastalık tedavisinden çok, Behçet hastalığında nötrofil göçünü engellediğinden tekrarlayan inflamatuvar epizodların profilaksisinde yararlıdır. Diğer bütün ilaçlarla kombine olarak kullanılabilir (22).

2.10.4 Azatioprin

Pürin sentezini inhibe ederek, hücrel ve humoral immüniteyi baskılar ve antiinflamatuvar etki gösterir. Göz, oral ve genital ülser, artrit ve tromboflebit tedavisinde etkilidir. İlaç dozu 2.5 mg/kg/gün veya 50-150 mg/gün şeklindedir. Bu dozlarda tek başına veya diğer immünsüpresif ajanlarla kombine kullanıldığında oküler enflamasyonu baskıladığı, görme kaybını ve hastalık ilerlemesini engellediği, artrit ve orogenital lezyonlar üzerinde olumlu etkileri olduğu Yazıcı ve arkadaşlarının geniş randomize, plasebo kontrollü çalışmasında gösterilmiştir (57). Özellikle göz tutulumu başlangıcından itibaren ilk 2 yıl içinde başladığında görme prognozu üzerinde daha iyi etkileri olduğu gösterilmiştir (58).

2.10.5 Siklosporin A

Güçlü immünmodulator ve antiinflamatuvar etkisiyle göz tutulumunda tercih edilen bir ilaçtır. Akut atak ve rekürrenslerin önlenmesinde 3-5 mg/kg/gün dozlarında tek başına veya KS ve azatioprin ile kombine edilerek kullanılabilir. Ciddi yan etkileri nedeniyle bu dozların üzerinde kullanımı önerilmez (59). Nörotoksik yan etkileri nedeniyle de nörobeçet hastalarında kullanımı önerilmemektedir (60).

2.10.6 Siklofosfamid

Hızlı etkili alkileyici bir ajandır. KS ile kombine kullanımı tek başına KS kullanımına göre göz tutulumunda etkili bulunmuştur. Fırat ve arkadaşlarının 1970'lerde yaptığı çalışmalarda Azatioprin sonrası 200-400 mg günlük dozda 0.5-1 mg. düşük doz steroidle kombine kullanımında oldukça iyi sonuçlar elde edilmiştir (61). İlaç 2-3 mg/kg/g dozlarında veya 750-1000 mg/m²/ay olarak yüksek doz pulse şeklinde kullanılır. Türkiye'de oral siklosporinle intravenöz siklofosfamidin karşılaştırıldığı bir çalışmada özellikle tedavinin ilk 6 ayında siklosporine göre daha az etkili olduğu bulunmuştur (62). Fakat son yıllarda hemorajik sistite neden olabilmesi ve mesane kanseri riski çok yüksek olduğundan kullanımı oldukça azalmıştır (22).

2.10.7 Klorambusil

Yavaş etkili alkileyici bir ajandır. Azatioprin gibi steroidlerle kombine edildiğinde uzun dönemde görme prognozunu oldukça artırır. 2 mg/gün dozunda başlanır, 5-12 mg/gün dozlarına kadar çıkılır. Özellikle santral sinir sistemi tutulumunda ve göz tutulumunda steroidlerle kombine kullanılabilir. Fakat siklofosfamid gibi yan etkileri nedeniyle kullanımı oldukça azalmıştır (22). Kısa-süreli klorambusil kullanımı ile refrakter Behçet üveitli hastaların %75'inde hastalığın kontrol altına alındığı bildirilmiştir (63).

2.10.8 İnterferon α -2a

Antiviral, antitümör ve immunomodülatör etkiye sahip biyolojik bir ajandır. Özellikle azatioprin ve siklosporin A tedavisine dirençli hastalarda tercih edilmektedir. Fakat halen kullanım dozu konusunda görüş birliği yoktur. Kötter ve arkadaşları 28 gün boyunca 6 milyon ünite kullanımı sonrası, 3 milyon ünite idame dozu önermektedir (64). Bu tedaviyle 2-4 haftada hastalık şiddetinde belirgin azalma ve 15 ay sonra hastaların % 56'sında remisyona sağlandığını bildirmişlerdir. Bodaghi ve arkadaşları ağır üveiti olan 45 hastanın dahil edildiği ve 23 hastanın Behçet üveiti olduğu çalışmalarında, haftada 3 kez 3-6 MÜ enjeksiyon sonrası Behçete bağlı üveitlerin %82.6'sında diğer hastalıklara bağlı üveitin %59'unda üveitin kontrol altına alındığını bildirmişlerdir (65). Ortalama 30.6 ay sonra hastaların %50'sinde remisyona izlenmiştir (65). Yine yakın zamanda yapılan bir çalışmada Gueudry ve arkadaşları ağır Behçet üveitinin kontrolünde düşük doz IFN- α 2a kullanımını rapor etmişlerdir. Burada IFN- α 2a haftada 3 kez 3 milyon ünite dozunda kullanılmaktadır. Üveitin kontrolünü sağlamakla birlikte bu tedavi dozunun ancak bazı hastalarda uzun-dönem remisyona sağladığı rapor edilmiştir (66).

2.10.9 Tümör Nekroz Faktör (TNF)- α inhibitörü (Anti-TNF)

TNF- α hastalığın patogeneğinde suçlanan ve makrofaj ve T-lenfositler tarafından üretilen proinflamatuvar bir sitokindir. Anti-TNF tedavilerden şimdiye kadar infliximab, etanersept ve adalimumab kullanıma girmiştir. Sfikakis ve arkadaşları 5mg/kg infliximab infüzyonunun hızlı antienflamatuvar etki gösterdiğini saptamışlardır (67). Tugal-Tutkun ve arkadaşları KS, azatioprin ve siklosporin tedavisine dirençli hastalarda 5 mg/kg dozda, 0, 2, 6, 14. haftalarda infliximab infüzyonu yapmışlar ve 54. hafta sonunda hem atak sıklığının hem de görme keskinliklerinin arttığını rapor etmişlerdir (68). Ebu el Asrar ve arkadaşları 0, 2, 6 ve 8. haftalarda 5 mg/kg infliksimab infüzyonu uygulamışlar ve 16-36. aylarda bu tedavinin BH'a bağlı üveitin uzun dönem kontrolünde etkili olduğunu bildirmişlerdir (69).

Adalimumab ile ilgili çalışmalar devam etmekle birlikte alerjik reaksiyonlara infliximabdan daha az yol açtığı gösterilmiştir (70) .

2.11 Behçet Hastalığı ve Yaşam Kalitesi

Kronik bir hastalık olan BH gerek multisistem organ tutulumu gerekse yüksek morbidite ve mortalite oranları nedeniyle kişinin hem bedensel ve ruhsal sağlığını hem de fiziksel özürlülüğe yol açarak yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (71).

Behçet hastalarında yaşam kalitesini etkileyen en önemli faktörler arasında; yorgunluk, disabilite ve ağrıya neden olan eklem tutulumu, beden imajı ve cinsel yaşamını etkileyen ağrılı genital ülserler, tekrarlayan ağız içi aftlar, deri lezyonları, göz tutulumu ve immunosupresif tedaviye ve hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan anksiyete ve depresyon yer almaktadır (72).

Yapılan çalışmalarda disabilite ve ağrıya neden olan eklem tutulumu ile yorgunluğun, sosyal ilişkilerde doyumsuzluğa ve emosyonel sorunlara da yol açarak yaşam kalitesini olumsuz etkilediği bulunmuştur (72).

Behçet hastalarında en yaygın belirti olan ağrılı oral ülserlerin, bireyin kişisel ilişkilerini ve sosyal etkileşimini kötüleştirerek yaşam kalitesini olumsuz etkilediği görülmektedir (72).

Yine Behçet hastalarının % 70'inde ortaya çıkan, yineleyici oküler inflamasyonlarla körlüğe kadar giden derecelerde göz tutulumları, hastaların genel sağlığa bağlı yaşam kalitesinde azalma ve iş gücü kayıplarına neden olmaktadır (73).

Behçet hastalarında nörolojik tutulum olsun ya da olmasın %86 oranında anksiyete ve depresyon vb psikiyatrik belirtiler görülmektedir. Gerek hastalığın ortaya çıkması ve alevlenmesinden önce stresli olaylarla karşılaşma gerekse tedavi amacıyla kullanılan immunosupresif ilaçlar bu grup hastalarda anksiyete ve depresyona zemin hazırlamaktadır (71).

Hastalığın, yaşamın en aktif olduğu 20-40'lı yaşlarda ortaya çıkması, multisistem organ tutulumu ile yüksek morbidite ve mortaliteye sahip olması, yaşam kalitesinde bozulmanın yanı sıra iş gücü kayıplarını da beraberinde getirmektedir (74).

III. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Çalışmaya Alınma Kriterleri

Çalışmaya BH tanısı almış olup, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı Üvea Polikliniğinde takip ve tedavi edilen 51 hasta dahil edildi.

Çalışmaya başlamadan önce Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Etik Kurul onayı (06-06-2008 tarihli MAR-YÇ-2008-0128 protokol nolu) alındı. Çalışmaya katılan tüm olgular çalışmanın içeriği hakkında bilgilendirildi (Hasta Bilgilendirme Formu, EK-1) ve tüm hastalardan çalışmaya katılmayı kabul ettiklerine dair aydınlatılmış onay formu alındı (EK-2).

Çalışmaya BH'na bağlı üveit tanısı almış olan olgular alındı. Alzheimer, demans gibi anket sorularına cevap vermeye engel teşkil edecek mental bozukluğu olanlar, BH dışında yaşam kalitesini etkileyebilecek ileri derecede kronik hastalığı olanlar ve BH üveiti dışında oküler hastalığı olan hastalar çalışma dışında tutuldu.

3.2 Verilerin Toplanması

Demografik veriler başlığı altında hastaların yaş, cinsiyet, BH süresi (tanı anından çalışmanın yapıldığı güne kadar geçen zaman), BH'a bağlı üveit süresi (ilk göz tutulumundan çalışmanın yapıldığı güne kadar geçen zaman), göz tutulumu yaşı, takip süresi ve eğitim durumu incelendi.

Göz bulguları başlığı altında lateralite ve üveit tipi değerlendirildi. Değerlendirme anında yapılan göz muayenesi (sağ-sol ayrıntılı görme keskinliği muayenesi, biyomikroskopik muayene, GİB ve farmakolojik dilatasyon sonrası fundus muayenesi), takip süresi içindeki özellikli muayene bulguları (hipopiyon, retinal vaskülit, vitritis, retinit, papillit, kistoid maküla ödemi varlığı), hastalık aktivitesi, komplikasyonlar (katarakt, GİB artışı, glokom, retina ve disk neovaskülarizasyonu, retina dekolmanı, maküler skar, son evre hastalık, retinal ven dal tıkanıklığı, maküla deliği, intravitreal kanama, ftizis bulbi, retina yırtığı, iriste neovaskülarizasyon), geçirdiği ameliyatlar (katarakt, glokom ve dekolman

ameliyatları) ve muayene sırasında ve geçmişte kullandığı immünmodülatuar ajanlar ve ilaçlar sorgulanarak hasta takip formuna (EK-3) işlendi.

Ek olarak ekstraoküler bulgular ve ek sistemik hastalık öyküsü de hasta takip formuna kaydedildi. Ekstraoküler bulguların değerlendirilmesinde bu bulguların herhangi bir zamanda mevcut olması ve değerlendirilme sırasında mevcut olup olmadığı da dikkate alındı.

3.3 Anket Uygulaması

Çalışmaya dahil edilen tüm hastalara oftalmolojik muayene öncesinde NEI-VFQ-25 ve SF-36 anketleri (EK 4-5) uygulandı ve hastaların 100 birimlik devamlılık gösteren görsel eşdeğerlik skalasında (GES, “visual analogue scale”) genel (GES-1), uzak (GES-2) ve yakın görmelerini (GES-3) işaretlemeleri istendi (EK- 6). Hastalar eğer gözlük veya lens kullanıyorlarsa sorulara bunlar kullanılarak yanıt vermeleri istendi. Anlamadıkları noktalar sorularak anlatıldı. Anketler tüm soruların cevaplandığından emin olunarak toplandı.

3.4 Oftalmolojik Muayene

3.4.1 Görme keskinliği ölçümü

Görme keskinliği ölçümü öncesinde tüm hastalara TOPCON RM-8000 otorefraktometre ile refraksiyon kusuru ölçümü yapıldı. Her iki göz için en iyi düzeltilmiş görme keskinlikleri Snellen ve ETDRS eşelleri ile 4 metre mesafeden ölçüldü. Tüm değerlendirmelerde logMAR değerleri esas alındı. Her hasta için, BH tutulumu olan gözleri not edildi.

Hastaların görme keskinlikleri daha iyi ve daha kötü gören gözün görme keskinliği olarak sınıflandırıldı. Bu sınıflama yapılırken unilateral üveiti olan hastaların tutulum olmayan gözleri analizlere dahil edilmedi. Yine unilateral tutulumu olan hastaların sağlıklı gözlerinin görme keskinliği üveit olan gözden daha düşük olmadıkça, tutulum olan gözlerinin görme keskinlikleri daha kötü gören göz grubuna dahil edildi. Bilateral tutulumu olup her iki gözünde eşit görme keskinliği olan hastaların her iki gözünün görme keskinliği de daha iyi gören göz grubuna alındı.

Ek olarak “Standardization of Uveitis Nomenclature” (SUN) çalışma grubunun belirlediği kriterlere göre GK logMAR olarak 0.4 (Snellen eşdeğeri 0.4) ve daha kötü olan gözler görmede bozulma grubuna dahil edildi (75). İyi gören gözünde logMAR görme keskinliği 1.0’den daha kötü (Snellen eşdeğeri 0.1) olan hastalar legal olarak kör kabul edildi.

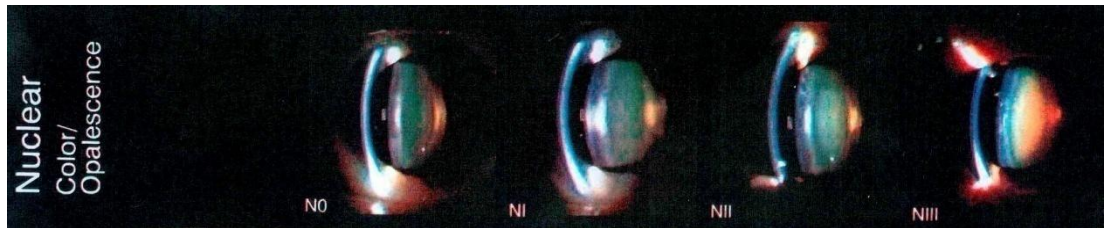
3.4.2 Biyomikroskopik muayene

Biyomikroskop ile ön segment yapıları değerlendirildikten sonra Goldman aplanasyon tonometrisi ile GİB ölçüldü. Lens muayenesi için hastaların gözleri %1’ lik tropikamid ile dilate edildi. Lens muayenesi 45° açılı olarak, en dar slit- lamp ölçüsü ile pupil merkezinden retroilluminasyon ile yapıldı (76). LOCS 2 (Lens Opacities Classification System 2) evrelemesi Tablo 3-5 ve şekil 1-3’ te görülmektedir.

Tablo 3: Nükleer opasite dereceleri

Nükleer opasite	Tanım
N0	saydam nükleus
N1	nükleer opasifikasyonun erken derecesi
N2	orta derecede nükleer opasifikasyon
N3	ileri derecede nükleer opasifikasyon ve kahverengileşme

Şekil 1: Nükleer renk ve opasitenin dereceleri



Tablo 4: Kortikal opasite dereceleri

Kortikal opasite	Tanım
C0	saydam lens
Ctr (trace)	minimal derecede kortikal opasifikasyon ve/veya küçük kama oluşumu
C1	küçük kama oluşumları ile birlikte daha fazla opasifikasyon
C2	2’den fazla kadranı kaplayan kortikal kama oluşumu

C3	interpupiller zonun yaklaşık % 50'sini kaplayan opasifikasyon
C4	interpupiller zonun yaklaşık % 90'ını kaplayan opasifikasyon

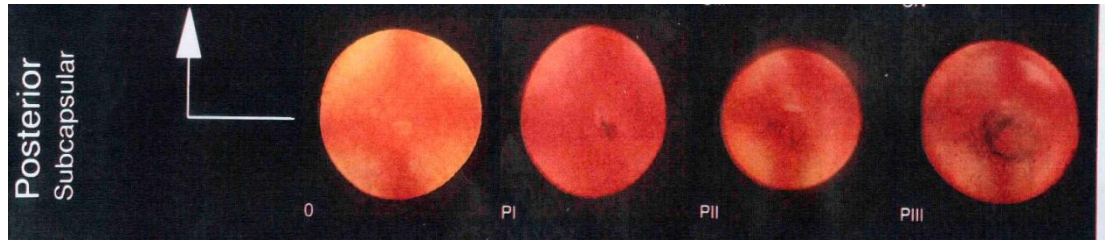
Şekil 2: Kortikal opasite dereceleri



Tablo 5: Arka subkapsüler katarakt dereceleri

Arka subkapsüler katarakt	Tanım
P0	saydam arka kapsül
P1	arka kapsülün %3'ünü dolduran katarakt
P2	arka kapsülün %30'unu dolduran katarakt
P3	arka kapsülün %50'sini dolduran katarakt

Şekil 3: Arka subkapsüler katarakt dereceleri



Derecelendirilmesi yapılan nükleer, kortikal ve arka subkapsüler opasiteler LOCS 2 sistemi kullanılarak evrelendirildi (Tablo 6).

Tablo 6: Nükleer, kortikal ve arka subkapsüler katarakt evrelemesi (LOCS 2)

	Derece	Evre
NK	$\leq N0$	0
	$>N0- \leq N1$	1
	$>N1- \leq N2$	2
	$>N2- \leq N3$	3
	$>N3$	4
KK	$\leq C0- \leq Ctr$	0
	$> Ctr- \leq C1$	1
	$>C1- \leq C2$	2
	$>C2- \leq C3$	3
	$>C3- \leq C4$	4
	$>C4$	5
PSK	$\leq P0$	0
	$>P0- \leq P1$	1
	$>P1- \leq P2$	2
	$>P2- \leq P3$	3
	$>P3$	4

Nükleer, kortikal ve arka subkapsüler kataraktlardan her biri için; evre 2 ve üzeri değerler **klirik olarak anlamlı katarakt** olarak kabul edildi. Sonuçlar kayıt formuna işlendi.

3.4.3 Fundus muayenesi

Hastaların fundus muayeneleri 90 D’lik Volk lens kullanılarak yapıldı.

3.5 Behçet Hastalığı Şiddet Skoruması

BH şiddetinin skoruması için Krause ve arkadaşlarının tanımladığı BH total şiddet skoruması kullanılmıştır (Tablo 7) (77). Bu skorumaya göre hafif bulguların herbiri 1, orta bulguların herbiri 2, şiddetli bulguların her biri 3 puan olarak hesaplanarak değerlendirildi. Hastalar bu skorumaya göre 3 şiddet grubuna ayrıldı (Tablo 8).

Tablo 7: Behçet Hastalığı şiddet skorlaması

Hafif bulgular	Oral ülser Genital ülser Tipik cilt lezyonları (eritema nodosum, folikülit, papilopüstüler lezyonlar) Artralji Tekrarlayan baş ağrıları Epididimit Hafif gastrointestinal semptomlar Plöritik ağrılar Yüzeyel ven trombozu
Orta bulgular	Artrit Derin ven trombozu Ön üveit Gastrointestinal kanama
Şiddetli bulgular	Arka/panüveit, retinal vaskülit Arteriyel tromboz veya anevrizma Majör ven trombozu (vena kava, hepatik) Nörobeçet İntestinal perforasyon

Tablo 8: Behçet hastalığı şiddetinin skoreye göre gruplandırılması

BH şiddeti	Total şiddet skoru
Hafif	≤3 puan
Orta	4- 6 puan
Şiddetli	≥7 puan

3.6 Behçet Üveiti Aktivitesi

Aktivite değerlendirmesi SUN çalışma grubunun sınıflama kriterlerine göre yapıldı (75). Buna göre ön kamarada 0.5 (+) veya altında hücre mevcudiyetinde ön kamaradaki inflamasyon inaktif olarak kabul edildi (75). Vitritis varlığı vitrede hücre bulunması olarak değerlendirildi ve vitreus bulanıklığı değerlendirmeye alınmadı. Vitreus hücresi 0'dan 4'e kadar derecelendirildi ve 0.5 (+) veya altında hücre varlığında vitreus inflamasyonu inaktif olarak kabul edildi (48). Arka segment inflamasyonu bulguları olarak retinal vaskülit, retinit, kistoid maküla ödemi ve papillit varlığı değerlendirildi. SUN çalışma grubunun tanımladığı üzere remisyon, immünomodülatuar tedavinin sonlandırılmasını takiben en az 3 ay inaktif hastalık bulunması olarak kabul edildi (75). Yukarıdaki tanımlar baz alınarak hastalar değerlendirme anında aktif, inaktif ve remisyon durumu olarak sınıflandırıldı.

3.7 Behçet Üveiti Şiddet Sınıflaması

Her iki göz muayenesinden sonra elde edilen bilgiler ışığında kriterlerini kendimizin belirlediği bir “Behçet Üveiti Şiddet Sınıflaması” (Tablo 9) oluşturuldu. Bu sınıflamaya göre hastalar hafif, orta ve ağır üveit olarak sınıflandırıldı.

Tablo 9: Behçet Üveiti Şiddet Sınıflaması

Hafif üveit	Unilateral veya bilateral ön üveit ve Tutulan gözde “görmede bozulma”* olmaması
Orta üveit	Unilateral arka üveit/ retinal vaskülit veya Unilateral panüveit/ retinal vaskülit veya Unilateral “görmede bozulma”* olması
Ağır üveit	Bilateral arka üveit/ retinal vaskülit, panüveit/retinal vaskülit veya Legal körlük** veya Optik atrofi, son dönem fundus görünümü, maküler skar ve/veya ftizis bulbi olmak üzere komplikasyon varlığı

*Görmede bozulma: Kötü gören gözde logMAR ≥ 0.4 (Snellen eşdeğeri ≤ 0.4) (75).

**Legal körlük: İyi gören gözde en iyi düzeltilmiş GK logMAR > 1.0 (Snellen < 0.1)

3.8 Yapısal Komplikasyonlar

Değerlendirme anında klinik olarak anlamlı katarakt varlığı, vitre içi hemoraji, optik atrofi, epiretinal membran, kistoid maküla ödemi, maküla dejenerasyonu, papillit bulgularından herhangi birinin hastanın tek veya her iki gözünde tespit edilmesi, o hasta için yapısal komplikasyon lehine değerlendirilmiştir. Ayrıca optik atrofi, epiretinal membran, maküla dejenerasyonu bulgularından herhangi birinin takip süresi içinde hastanın tek veya her iki gözünde tespit edilmiş olması da o hasta için yapısal komplikasyon lehine değerlendirilmiştir.

3.9 İmmünmodülatuar İlaç Kullanımı ve Süresi

İlaçlar; kolşisin, antimetabolit, azatioprin ve siklosporin A kombinasyonu, siklofosfamid, interferon α -2a, anti-TNF ve ilaç kullanmıyor olarak gruplandırılmıştır. İlaç kullanımı takip süresi içinde kullandığı en son ilaç ve

değerlendirme anında kullanım olarak ayrı ayrı değerlendirilmiş ve ilaç kullanım süresi toplamda > 2 yıl ve ≤ 2 yıl olarak gruplandırılmıştır.

3.10 Anket Skorlaması

3.10.1 NEI-VFQ-25: Alt ölçek skorlaması

Anket skorlaması 2000’de yayınlanan NEI-VFQ-25 skorlama algoritmasına göre yapıldı (78). Anket skorlaması iki aşamada olmaktadır. İlk aşamada ankette her soruya verilen cevaba karşılık gelen numerik değer (1, 2, 3, 4, 5, 6) skorlama anahtarındaki değerle eşleştirilerek; her soruya 0- 100 arasında puanlama yapılarak değerler kaydedilir (Tablo 10). Eğer hasta herhangi bir soruya 6 numaralı yanıt vermişse (görmem dışındaki nedenlerden dolayı yapamıyorum) bu soru etkisiz olarak kabul edilir.

İkinci aşamada tüm alt ölçeklerdeki soruların, 12 adet alt ölçek skoru oluşturmak üzere aritmetik ortalaması alınır (Tablo 11). Etkisiz olarak kaydedilen yanıtlar ortalamaya alınmaz. Bir alt ölçek skoru verebilmek için bu alana ait en az bir soru hasta tarafından yanıtlandırılmış olmalıdır.

3.10.1.1 NEI-VFQ-25: Toplam skorun hesaplanması

Toplam skoru hesaplamak için, GS skorlama sorusu hariç, görmeye bağlı alt ölçek skorlarının ortalaması alınır.

Tablo 10: Skorlama anahtarı

Soru numarası	Orijinal cevap numarası	Kaydedilen değer
1,3,4,15 c ^(b)	1	100
	2	75
	3	50
	4	25
	5	0
2	1	100
	2	80
	3	60
	4	40
	5	20
	6	0
5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,16,16a A3,A4,A5,A6,A7,A8,A9 ^(c)	1	100
	2	75
	3	50
	4	25
	5	0
	6	*
17,18,19,20,21,22,23,24,25, A11a, A11b,A12,A13	1	0
	2	25
	3	50
	4	75
	5	100
A1,A2	0	0
	İLA	İLA
	10	100

(b): 15 b sorusuna verilen yanıtı göre 15c sorusunun skoruması

Eğer 15 b= 1 ise 15c=0

Eğer 15 b=2 ise 15c= etkisiz

Eğer 15 b=3 ise 15c= etkisiz

A: Bir sorudan önce "A" harfi varsa, mevcut soru ek sorudur.

***:** Cevap seçeneği 6 ise; hasta aktiviteyi görme haricindeki sebeplerden dolayı yapamamaktadır. Bu seçenek etkisiz olarak kaydedilir.

Tablo 11: NEI-VFQ-25'in alt ölçeklerinin hesaplanması için ortalaması alınan sorular

Alt ölçek	Soru sayısı	Ortalamaya katılacak sorular
Genel sağlık	2	1,A1
Genel görme	2	2,A2
Göz ağrısı	2	4,19
Yakın aktiviteler	6	5,6,7,A3,A4,A5
Uzak aktiviteler	6	8,9,14,A6,A7,A8
Görmeye bağlı sosyal fonksiyon	3	11,13,A9
Görmeye bağlı ruhsal sağlık	5	3,21,22,25,A12

Görmeye bağlı rol güçlükleri	4	17,18,A11a,A11b
Görmeye bağlı başkalarına bağımlılık	4	20,23,24,A13
Araba kullanma	3	15c,16,16a
Renkli görme	1	12
Periferik görme	1	10

3.6.2 SF-36 alt ölçek skorlaması:

Her bir alt ölçeğe ait belirlenmiş soruların (Tablo 12) puanları skorlama anahtarında anlatıldığı gibi (Tablo 13) toplanarak ortalaması alınır. Ham skala puanı hesaplaması aşağıda anlatıldığı gibi yapılarak 0-100 arası bir değer elde edilir. Pozitif puanlamaya sahip SF-36 her sağlık alanının puanı yükseldikçe; sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi artacak şekilde puanlanmıştır. Örneğin, ağrı skalasındaki yüksek puan, azalmış ağrı durumunu gösterecektir. Ölçek ile 8 sağlık kavramı ayrı ayrı değerlendirilebildiği gibi, yaşam kalitesi fiziksel ve mental boyut olmak üzere iki ana boyutta da değerlendirilebilir. Genel sağlık algısı alt ölçeğini değerlendiren sorular son bir yılı sorgulayacak şekilde düzenlenmiştir. Ana boyut puanlarının hesaplanmasında her bir ana boyutun altında bulunan alt boyut puanları toplanıp boyut sayısına bölünerek puan hesaplanır. Örneğin fiziksel boyut puanı hesaplanırken; fiziksel fonksiyon, rol kısıtlanması- fiziksel, bedensel ağrı, enerji/canlılık ve genel sağlık anlayışı puanları toplanır ve 5'e bölünür.

- 1. Fiziksel Boyut:** Fiziksel Fonksiyon, fiziksel rol kısıtlanması, bedensel ağrı, enerji / canlılık, genel sağlık algısı
- 2. Mental Boyut:** Sosyal Fonksiyon, emosyonel rol kısıtlanması, mental sağlık, enerji/ canlılık, genel sağlık algısı

Tablo 12: SF-36' da alt ölçeklerin hesaplanması için ortalamaya alınan sorular

Alt ölçek	Soru sayısı	Ortalamaya katılacak sorular
Fiziksel Fonksiyon	10	3,4,5,6,7,8,9,10,11,12
Rol Kısıtlanması- Fiziksel	4	13,14,15,16
Rol Kısıtlanması- Emosyonel	3	17,18,19

Sosyal Fonksiyon	2	20,32
Bedensel Ağrı	2	21,22
Mental Sağlık	5	24,25,26,28,30
Enerji / Canlılık	4	23,27,29,31
Genel Sağlık Algısı	6	1,2,33,34,35,36

Tablo 13: SF-36 Skorlama anahtarı

Soru numarası	Orijinal cevap numarası	Kaydedilen değer
1,2,20,22	1	5
	2	4
	3	3
	4	2
	5	1
3,4,5,6,7,8,9,10,11,12	1	1
	2	2
	3	3
13,14,15,16,17,18,19	1	0
	2	1
21,23,26,27,30	1	6
	2	5
	3	4
	4	3
	5	2
	6	1
24,25,28,29,31	1	1
	2	2
	3	3
	4	4
	5	5
	6	6
32,33,34,35,36	1	1
	2	2
	3	3
	4	4
	5	5

3.6.2.1 SF-36 ham skala puanının hesaplanması:

Tablo 12 ve 13 kullanılarak her bir alt ölçek için alt ölçeklere ait soru puanları toplanarak ham puan elde edilir. SF-36'nın kılavuzunda her bir alt ölçek için en düşük, en yüksek ve olası puanlar gösterilmiştir (Tablo 14).

Dönüştürülmüş puan= ham puan- en düşük olası puan/olası puan x 100

formülü kullanılarak her bir alt ölçek için 0- 100 arası dönüştürülmüş bir puan elde edilir ve analizlerde kullanılır.

Tablo14: Dönüştürülmüş puanın hesaplanmasında kullanılan puan tablosu

Alt ölçek	Olası en düşük ve en yüksek ham puan	Olası puan
Fiziksel Fonksiyon	10-30	20
Rol Kısıtlanması- Fiziksel	0-4	4
Rol Kısıtlanması- Emosyonel	0-3	3
Sosyal Fonksiyon	2-21	9
Bedensel Ağrı	2-11	9
Mental Sağlık	5-30	25
Enerji / Canlılık	4-24	20
Genel Sağlık Algısı	5-25	20

3.11 İstatistiksel Değerlendirme

İstatistiksel değerlendirme SPSS (versiyon 13.0) kullanılarak gerçekleştirildi. Behçet üveitli hastaların analizi parametrik olmayan testler kullanılarak yapıldı. Sonuçlar ortalama $\pm$ standart deviasyon (SD) olarak verildi. Kategorik veriler ki-kare testi ile incelendi. Hastaların demografik verileri (yaş, cinsiyet, BH süresi, BH'a bağlı üveit süresi, eğitim durumu), göz bulguları (lateralite, görme keskinliği), BH'a bağlı özellikleri (BH şiddet skorlaması) ve BH'a bağlı üveit özellikleri (Behçet üveiti aktivitesi, Behçet üveiti şiddeti, yapısal komplikasyon, immunmodülatuar kullanımı) tek değişkenli analizler (Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis) ile karşılaştırıldı. Post hoc testi olarak Dunn's testi kullanıldı. Korelasyon analizinde spearman testi kullanıldı. Korelasyon analizinde saptanan korelasyonlar spearman r değerine göre mükemmel ($r > 0.75$), iyi ($r = 0.50-0.75$), orta ($r = 0.25-0.50$) ve düşük ($r < 0.25$) kabul edildi. Alt ölçeklerin analizinde tek değişkenli analizde anlamlı bulunan değerler; enter lineer regresyon analizi kullanılarak (adjusted R^2), her bir anket alt ölçeğinin skorunun değişiminde en etkili olan faktörler karşılaştırıldı. $P < 0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

IV. BULGULAR

Bu çalışmaya 51 hasta dahil edildi. Hastaların yaş ortalaması 36.2 ± 10.7 yıl (aralık: 18-59 yıl) olarak bulundu. Yirmiiki (%43.1) hastanın yaşı 16 ile 30 arasında değişirken 29 (%56.9) hastanın yaşı 31 ve üstü idi. Hastaların 32'si (%62.7) erkek ve 19'u (%37.3) kadın idi. BH süresi ve BH'a bağlı üveit süresi ortalaması sırası ile 7.0 ± 6.1 yıl (aralık: 1-27 yıl) ve 5.9 ± 4.7 yıl (aralık: 1-21 yıl) idi. Hastaların göz tutulumu yaşı ortalaması 30.1 ± 8.8 yıl (aralık: 14-49 yıl) olarak hesaplandı. Hastaların takip süresi ortalaması 6.5 ± 5.1 yıl (aralık 1-25 yıl) bulundu. Tablo 15'de hasta yaşı, BH süresi, BH'a bağlı üveit süresi, göz tutulum yaşı ve takip süresi verileri sunulmuştur.

Tablo 15: Hasta yaşı, BH süresi, BH'a bağlı üveit süresi, göz tutulum yaşı ve takip süresi ortalamaları

Veri	Ortalama $\pm$ SD (yıl)	Aralık (yıl)
Hasta yaşı	36.2 ± 10.7	18-59
BH süresi	7.0 ± 6.1	1-27
BH'a bağlı üveit süresi	5.9 ± 4.7	14-49
Göz tutulum yaşı	30.1 ± 8.8	14-49
Takip süresi	6.5 ± 5.1	1-25

Hastaların eğitim durumu Tablo 16'da görülmektedir.

Tablo 16: Çalışmaya alınan hastaların eğitim durumu dağılımı

Eğitim durum	Sayı	%
Okur yazar olmayan	4	7.8
İlkokul	18	35.3
Ortaokul	5	9.8
Lise	15	29.4
Üniversite	9	17.6
Toplam	51	100

Erkek ve kadın hastalar eğitim durumuna göre karşılaştırıldığında aralarında anlamlı fark olduğu görüldü (ki kare= 12.54, $p= 0.01$). Kadınların 4'ü (%21) okur yazar olmayan, 9'u (%47.3) ilkokul, 2'si ortaokul (%10.5), 3'ü (%15.7) lise ve 1'i

(%5.26) üniversite mezunu iken erkeklerin 9'u (%28.1) ilkokul, 3'ü ortaokul (%9.37), 12'si (%37.5) lise ve 8'i (%25) üniversite mezunu idi.

Çalışmaya alınan 51 hastanın 88 gözünde üveit saptandı. Hastaların 14'ünde (%27.5) unilateral ve 37'sinde (%72.5) bilateral tutulum gözlemlendi. Kadın ve erkek hastalar arasında lateralite açısından anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$). Kadın ve erkek hastalarda bilateral üveit sıklığı sırası ile %79 ve %68.8 idi. Üveit saptanan gözlerde üveit tipleri verisi Tablo 17'de sunulmuştur. Buna göre gözlerin %12.5'unda ön üveit, %4.5'unda arka üveit ve %82.9'unda panüveit mevcut idi. Kadın ve erkek hastaların tutulum olan gözleri üveit tipleri açısından karşılaştırıldığında anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$). Kadın hastaların üveit saptanan gözlerinin 5'inde (%14.7) ön, 2'sinde (%5.8) arka ve 27'sinde (%79.4) panüveit gözlenirken erkek hastaların üveit saptanan gözlerinin 6'sında (%11.1) ön, 2'sinde (%3.7) arka ve 46'sında (%85.1) panüveit saptandı.

Tablo 17: Tutulum saptanan gözlerde üveit tipleri dağılımı

Üveit tipleri	Sayı	%
Ön üveit	11	12.5
Arka üveit	4	4.5
Panüveit	73	82.9
Toplam	88	100

Hastaların değerlendirme anında yapılan göz muayenesi bulguları incelendi. Görme keskinliği dağılımı Tablo 18'de gözlenmektedir.

Tablo 18: Tutulum saptanan gözlerin görme keskinliği dağılımı

Görme keskinliği aralığı (logMAR)*	Sayı	%
1.0 ve daha kötü	7**	7.9
0.8-0.4	7	7.9
0.3-0	62	70.4
0'dan daha iyi	12	13.6
Toplam	88	100

(*): logMAR aralıklarının Snellen eşdeğerleri: 1.0=0.1, 0.8-0.4=0.16-0.4, 0.3-0=0.5-1.0, 0'dan daha iyi=>1.0.

(**): Yedi hastanın 1'inde GK logMAR= 1.0 (snellen eşdeğeri 0.1), 3'ünde parmak sayma, 1'inde el hareketi, 1'inde persepsiyon (+), 1'inde ise persepsiyon (-) düzeyinde idi.

Hastaların üveit saptanan gözleri daha iyi gören ve daha kötü gören göz olarak ayrıldığında 61 (%69.3) gözün daha iyi gören ve 27 (%30.6) gözün daha kötü gören göz grubunda yer aldığı saptandı. Bu gözlere ait veriler Tablo 19 ve 20’de sunulmuştur.

Tablo 19: Hastaların üveit saptanan gözlerinin daha iyi gören ve daha kötü gören gözlerinin görme keskinliği ortalama, median ve aralık değerleri

Veri	Ortalama±SD	Ortanca	Aralık
Daha iyi gören göz	0.02±0.15	0.00	-0.30- 0.80
Daha kötü gören göz	0.65±0.82	0.20	-0.40- 3.00

Tablo 20: Daha iyi ve daha kötü gören gözlerin görme keskinliği dağılımı

Görme keskinliği aralığı (logMAR)*	Daha iyi gören gözler (%)	Daha kötü gören gözler (%)
1.0 ve daha kötü	-	6 (22.2)
0.8-0.4	3 (4.9)	4 (14.8)
0.3-0	48 (78.7)	15 (55.6)
0’dan daha iyi	10 (16.4)	2 (7.4)
Toplam	61 (100)	27 (100)

Görmede bozulma 13 (%14.7) gözde saptandı. Hiçbir hastada legal körlük yok idi.

Hastaların üveit olan gözlerindeki biyomikroskopik muayene bulguları Tablo 21’de sunulmuştur. Üveit olan 88 gözün 1’inde ftizis nedeniyle bu bulgular değerlendirilemediği için toplam 87 göz biyomikroskopik değerlendirmeye alınmıştır.

Tablo 21: Üveit olan gözlerde değerlendirme anındaki biyomikroskopik muayene bulguları

Biyomikroskopik muayene bulguları	Var (%)	Yok (%)
Siliyer enjeksiyon	1 (1.15)	86 (98.85)
Keratik presipite	5 (5.75)	82 (94.25)
Ön kamara hücresi	12 (13.79)	75 (86.21)
Hipopiyon	-	87 (100)
Arka sineşi	4 (4.6)	83 (95.4)
Katarakt	11 (12.64)	76 (87.36)
Ön vitrede hücre	37 (42.53)	50 (57.47)

Göz içi basıncı ortalaması sağ ve sol gözler için sırası ile 11.64 ± 7.28 mmHg (aralık: 0-53 mmHg) ve 10.89 ± 2.74 mmHg (aralık: 0-18 mmHg) olarak bulundu.

Fundus muayene bulguları Tablo 22’de görülmektedir. Üveit olan 88 gözün 1’inde ftizis nedeniyle bu bulgular değerlendirilemediği için toplam 87 göz değerlendirmeye alınmıştır.

Tablo 22: Üveit olan gözlerde değerlendirme anındaki fundus muayene bulguları

Fundus muayene bulguları	Var (%)	Yok (%)
Vitritis	6 (6.9)	81 (93.1)
Retinal hemoraji	1 (1.15)	86 (98.85)
Retinal vaskülit	16 (18.39)	71 (81.61)
Retinit	1 (1.15)	86 (98.85)
Papillit	-	87 (100)
Optik atrofi	14 (16.09)	73 (83.91)
Epiretinal membran	24 (27.59)	63 (72.41)
Kistoid maküla ödemi	5 (5.75)	82 (94.25)

Takip süresi içindeki özellikli muayene bulguları Tablo 23’de görülmektedir. Değerlendirmeye takip sürelerinin kısalığı nedeniyle 2 hasta ftizis nedeniyle de 1 hasta alınmamış, toplam 85 göz değerlendirilmiştir.

Tablo 23: Hastalık süresi içinde herhangi bir zamanda geçirilmiş özellikli muayene bulguları

Özellikli muayene bulguları	Var (%)	Yok (%)
Hipopiyon	3 (3.52)	82(96.48)
Retinal vaskülit	35 (41.17)	50 (58.83)
Vitritis	75 (88.23)	10 (11.77)
Retinit	51 (60.00)	34(40.00)
Papillit	25 (29.41)	60 (70.59)
Kistoid maküla ödemi	36 (42.35)	49 (57.65)

Üveitli gözlerde saptanan komplikasyonlar Tablo 24’de görülmektedir. Toplam 88 göz değerlendirmeye alınmıştır.

Tablo 24: Üveiti olan gözlerde saptanan komplikasyonlar

Komplikasyon	Var (%)	Yok (%)
Göziçi basınç artışı	14 (15,91)	74 (84,09)
Glokom	2 (2.27)	86 (97.73)

Retina/ disk neovaskularizasyonu	2 (2.27)	86 (97.73)
Retina dekolmanı	2 (2.27)	86 (97.73)
Maküler skar	30 (34.09)	58 (65.91)
Son evre hastalık	-	88 (100)
Retina ven dal tıkanıklığı	3 (3.41)	85 (96.59)
Maküler delik	1 (1.14)	87 (98.86)
İntravitreal kanama	1 (1.14)	87 (98.86)
Ftisis bulbi	1 (1.14)	87 (98.86)
Retinal yırtık	1 (1.14)	87 (98.86)
İris neovaskularizasyonu	1 (1.14)	87 (98.86)
Katarakt	13 (25.4)	75 (74.6)

Geçirilen oküler ameliyat ve girişimler Tablo 25’de sunulmuştur.

Tablo 25: Geçirilen oküler ameliyat ve girişimler

Oküler ameliyat ve girişimler	Var (%)	Yok (%)
Katarakt	15 (17.04)	73 (82.96)
Glokom	-	88 (100)
Pars Plana Vitrektomi	1 (1.13)	87 (98.87)
Dekolman	1 (1.13)	87 (98.87)
Siklokriyoterapi	-	88 (100)
Retinal fotokoagülasyon	1 (1.13)	87 (98.87)

Hastaların ekstraoküler bulguları Tablo 26 ve 27’de görülmektedir. Bir hastada pulmoner tüberküloz hikayesi mevcut idi. Üç hastada diyabet ve 4 hastada sistemik hipertansiyon vardı. Ancak ek sistemik hastalıklara bağlı oküler tutulum mevcut değildi.

Tablo 26: Hastalık süresi içinde geçirilmiş ekstraoküler bulgular

Hastalık süresi içinde geçirilmiş ekstraoküler bulgular	Var (%)	Yok (%)
Oral ülser	51 (100)	-
Genital ülser	41 (80.4)	10 (19.6)
Psödofolikülit	26 (51)	25 (49)
Eritema nodosum	28 (54.9)	23 (45.1)
Artralji	47 (92.2)	4 (7.8)
Artrit	19 (37.3)	32 (62.7)
Tromboflebit	7 (13.7)	44 (86.3)
Nörobeçet	8 (15.7)	43 (84.3)

Tablo 27: Değerlendirme anında mevcut olan ekstraoküler bulgular

Değerlendirme anında mevcut olan ekstraoküler bulgular	Var (%)	Yok (%)
Oral ülser	12 (23.5)	39 (76.5)
Genital ülser	8 (15.7)	43 (84.3)
Psödofolikülit	8 (15.7)	43 (84.3)
Eritema nodosum	3 (5.9)	48 (94.1)
Artralji	21 (41.2)	30 (58.8)
Artrit	-	51 (100)
Tromboflebit	-	51 (100)
Nörobeçet	8 (15.7)	43 (84.3)

Behçet hastalığı şiddetine göre hastalar sınıflandığında, çalışmamıza alınan tüm hastaların, göz tutulumu (ön üveit veya arka/panüveit, retinal vaskülit) olması nedeniyle orta ve şiddetli BH grubuna girdiği saptandı (Tablo 28). Kadın ve erkek hastalar arasında karşılaştırma yapıldığında BH şiddeti açısından anlamlı fark saptanmadı ($p > 0.05$).

Tablo 28: Behçet hastalığı şiddetine göre hastaların sınıflaması

Behçet hastalığı şiddeti	Sayı	%
Orta BH	8	15.7
Şiddetli BH	43	84.3
Toplam	51	100

Behçet üveiti aktivitesine göre hastaların gruplandırılması Tablo 29’da verilmiştir. Kadın ve erkek hastalar Behçet üveiti aktivitesine göre karşılaştırıldığında aralarında anlamlı fark saptanmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 29: Behçet üveiti aktivitesine göre hastaların gruplandırılması

Hastalık aktivitesi	Sayı	%
Aktif	8	15.7
İnaktif	25	49
Remisyon	18	35.3
Toplam	51	100

Behçet üveiti şiddetine göre hastaların gruplandırılması Tablo 30’da verilmiştir. Erkek ve kadın hastalar Behçet üveiti şiddetine göre karşılaştırıldığında cinsiyete göre anlamlı fark saptanmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 30: Behçet üveiti şiddetine göre hastaların gruplandırılması

Behçet üveiti şiddeti	Sayı	%
Hafif	5	9.8
Orta	15	29.4
Ağır	31	60.8
Toplam	51	100

Yapısal komplikasyon varlığı açısından hastalar değerlendirildiğinde, 37 hastada (%72.5) yapısal komplikasyon olduğu, 14 hastada (%27.5) ise yapısal komplikasyon olmadığı görüldü.

Hastaların takip süresi içinde ve değerlendirme sırasında kullandığı immünsüpresif ve immünmodülatuar ilaçlar Tablo 31 ve Tablo 32’de, toplam ilaç kullanım süreleri ise Tablo 33’de gösterilmiştir. Takip süresi içinde kullandığı ilaç sınıflanırken en son kullandığı ilaç dikkate alınmıştır.

Tablo 31: Hastalık süresi içinde kullanılan ilaçlar

Takip süresi içinde kullanılan ilaçlar	Sayı	%
Kolşisin	1	2.0
Antimetabolit	23	45.1
Alkilleyici ajan	6	11.8
İnterferon α -2a	3	5.9
Azatioprin ve Siklosporin A kombinasyonu	5	9.8
İlaç kullanmıyor	13	25.5
Toplam	51	100

Tablo 32: Değerlendirme sırasında kullanılan ilaçlar

Değerlendirme sırasında kullanılan ilaçlar	Sayı	%
Kolşisin	9	17.6
Antimetabolit (9 hasta azatioprin, 1 hasta mikofenolat mofetil)	10	19.6
İnterferon α -2a	15	29.4
Etanercept	1	1.96
İlaç kullanmıyor	16	31.3
Toplam	51	100

Tablo 33: İmmünsüpresif ve immünmodülatuar ilaç kullanım süreleri

İmmünmodülatuar ilaç kullanım süreleri	Sayı	%
≤ 2 yıl	32	62.7
> 2 yıl	19	37.3
Toplam	51	100

Behçet üveitli hastalarda Türkçe NEI-VFQ-25 ve SF-36 anketleri ile görsel eşdeğerlik skalası sonuçlarının değerlendirilmesi

Behçet üveitli hastalara ait NEI-VFQ-25 ve SF-36 anket alt ölçek sonuçları Tablo 34'te gösterilmiştir.

Tablo 34: Behçet üveitli hastaların NEI-VFQ-25 ve SF-36 anket alt ölçek ortalama, ortanca, minimum ve maksimum değerleri

Alt ölçek	Ortalama $\pm$ SD	Ortanca	Aralık
NEI-VFQ-25			
GS: Genel sağlık	54,61 $\pm$ 15,90	55	18-83
GG: Genel görme	62,94 $\pm$ 15,33	65	5-85
GA: Göz ağrısı	63,48 $\pm$ 22,47	62,50	25-100
YA: Yakın aktiviteler	76,51 $\pm$ 23,34	80	4-100
UA: Uzak aktiviteler	79,14 $\pm$ 22,63	85	8-100
Görmeye bağlı			
GBSF: Sosyal fonksiyon	87,25 $\pm$ 19,95	100	17-100
GBRS: Ruhsal sağlık	62,16 $\pm$ 27,95	65	0-100
GBRK: Rol kısıtlamaları	69,85 $\pm$ 24,0	75	0-100
GBBB: Başkalarına bağımlılık	78,06 $\pm$ 26,49	87,5	6-100
AK: Araba kullanma	86,36 $\pm$ 17,54	91,6	42-100
RG: Renkli görme	93,14 $\pm$ 18,76	100	0-100
PG: Periferik görme	83,82 $\pm$ 21,10	100	25-100
TS: Toplam skor	75,75 $\pm$ 18,73	81,17	13,42-97,73
SF-36			
FF: Fiziksel fonksiyon	74,71 $\pm$ 22,00	80	30-100
RK-F: Rol kısıtlaması-fiziksel	47,06 $\pm$ 37,96	50	0-100
RK-D: Rol kısıtlaması-duygusal	53,59 $\pm$ 42,20	66,66	0-100
SF: Sosyal fonksiyon	57,73 $\pm$ 19,75	55,55	11,11-88,89
BA: Bedensel ağrı	65,35 $\pm$ 24,30	66,66	0-100
MS: Mental sağlık	56,78 $\pm$ 21,28	60	8-92

E/C: Enerji/canlılık	58,04±20,49	55	5-95
GSA: Genel sağlık algısı	49,12±11,77	50	20-70
FB: Fiziksel boyut	58,85±17,93	57,33	19-88
MB: Mental boyut	55,05±18,19	55,80	21,09-87,18

Behçet üveitli hastalara ait görsel eşdeğerlik skalası sonuçları Tablo 35'te gösterilmiştir.

Tablo 35: Behçet üveitli hastaların görsel eşdeğerlik skalası ortalama, ortanca, minimum ve maksimum değerleri

Görsel skalası(GES)	eşdeğerlik	Ortalama ± SD	Ortanca	Aralık
GES-1		67,94±21,17	70	0-100
GES-2		64,90±24,03	70	0-100
GES-3		67,75±25,59	70	0-100

Behçet üveitli hastalarda Türkçe NEI-VFQ-25 ve SF-36 anketleri ve görsel eşdeğerlik skalası sonuçlarının tek değişkenli analizi

Demografik veriler

Yaş gruplarına (16-30 ve 31 yaş ve üstü) göre NEI-VFQ-25ve SF-36 alt ölçek skorları ve GES değerleri karşılaştırıldığında NEI-VFQ-25 YA ve UA alt ölçekleri arasında anlamlı fark saptanırken NEI-VFQ-25 ve SF-36 anketlerinin diğer alt ölçekleri ve GES değerleri arasında anlamlı fark olmadığı görüldü (Tablo 36). NEI-VFQ-25 YA ve UA alt ölçek skorları 31 yaş ve üstü grubunda yer alan hastalarda 16-30 yaş grubuna göre anlamlı olarak düşük bulundu ($p<0.05$).

Tablo 36: Yaş gruplarına (16-30 ve 31 yaş ve üstü) göre NEI-VFQ-25ve SF-36 alt ölçek skorları ve GES değerlerinin karşılaştırılması

Alt ölçek	Skor, ortalama±SD			
	16-30 yaş n=22	31 yaş ve üstü n=29	M-W U	P
NEI-VFQ-25				

GS: Genel sağlık	57.05±17.87	52.76±14.27	265.5	0.30
GG: Genel görme	66.36±13.01	60.34±16.63	245.5	0.15
GA: Göz ağrısı	65.90±21.88	61.63±23.12	278	0.42
YA: Yakın aktiviteler	84.53±16.07	70.43±26.28	210	0.03
UA: Uzak aktiviteler	86.02±18.28	73.92±24.47	209.5	0.03
Görmeye bağlı				
GBSF: Sosyal fonksiyon	90.91±11.47	84.48±24.36	316.5	0.95
GBRS: Ruhsal sağlık	65.45±26.18	59.66±29.42	295	0.64
GBRK: Rol kısıtlamaları	70.73±19.89	69.18±27.03	314.5	0.93
GBBB: Başkalarına bağımlılık	84.94±18.56	72.84±30.49	259	0.23
AK: Araba kullanma	91.67±11.23	80.00±21.94	41.5	0.19
RG: Renkli görme	96.59±8.78	90.52±23.54	301.5	0.59
PG: Periferik görme	88.64±16.77	80.17±23.50	259	0.20
TS: Toplam skor	80.31±12.90	72.29±21.74	262	0.27
SF-36				
FF: Fiziksel fonksiyon	82.50±16.81	68.79±23.85	220.5	0.05
RK-F: Rol kısıtlaması- fiziksel	54.55±37.50	41.38±37.95	255	0.21
RK-D: Rol kısıtlaması- duygusal	62.12±38.89	47.12±44.11	258.5	0.22
SF: Sosyal fonksiyon	61.11±20.78	55.17±18.89	257.5	0.23
BA: Bedensel ağrı	67.67±21.11	63.60±26.70	296	0.65
MS: Mental sağlık	53.82±20.31	59.03±22.08	269	0.34
E/C: Enerji/canlılık	62.50±18.37	54.66±21.66	253	0.20
GSA: Genel sağlık algısı	48.86±11.64	49.31±12.08	318.5	0.99
FB: Fiziksel boyut	63.21±15.84	55.54±18.96	246	0.16
MB: Mental boyut	57.68±16.70	53.05±19.29	276	0.41
Görsel eşdeğerlik skalası (GES)				
GES-1	75.00±13.71	62.59±24.29	220	0.05
GES-2	71.36±15.82	60.00±28.03	243	0.14
GES-3	76.82±17.83	60.86±28.60	220	0.05

Cinsiyete göre NEI-VFQ-25ve SF-36 alt ölçek skorları ve GES değerleri karşılaştırıldığında SF-36 RK-D ve GES 3 alt ölçeği hariç NEI-VFQ-25 ve SF-36 ile diğer GES değerleri arasında anlamlı fark olmadığı görüldü (Tablo 37). SF-36 RK-D skoru kadın hastalarda erkek hastalara göre anlamlı olarak düşük bulundu ($p<0.05$).

Tablo 37: Cinsiyete göre NEI-VFQ-25ve SF-36 alt ölçek skorları ve GES değerlerinin karşılaştırılması

Alt ölçek	Skor, ortalama $\pm$ SD			
	Erkek n=32	Kadın n=19	M-W U	p
NEI-VFQ-25				
GS: Genel sağlık	56.88 $\pm$ 15.79	50.79 $\pm$ 15.74	248.5	0.27
GG: Genel görme	64.38 $\pm$ 16.59	60.53 $\pm$ 13.00	227	0.12
GA: Göz ağrısı	67.96 $\pm$ 21.75	55.92 $\pm$ 22.19	207	0.05
YA: Yakın aktiviteler	76.80 $\pm$ 25.87	76.03 $\pm$ 18.99	263.50	0.42
UA: Uzak aktiviteler	79.78 $\pm$ 25.21	78.07 $\pm$ 18.06	242	0.21
Görmeye bağlı				
GBSF: Sosyal fonksiyon	88.02 $\pm$ 19.62	85.96 $\pm$ 20.98	285.5	0.69
GBRS: Ruhsal sağlık	66.41 $\pm$ 28.79	55.00 $\pm$ 25.60	231	0.15
GBRK: Rol kısıtlamaları	70.70 $\pm$ 24.20	68.42 $\pm$ 24.24	285.5	0.71
GBBB: Başkalarına bağımlılık	81.25 $\pm$ 24.59	72.70 $\pm$ 29.33	242	0.21
AK: Araba kullanma	87.70 $\pm$ 16.79	58.33	2.00	0.15
RG: Renkli görme	92.19 $\pm$ 20.51	94.74 $\pm$ 15.76	282	0.49
PG: Periferik görme	83.59 $\pm$ 23.42	84.21 $\pm$ 17.10	286.50	0.70
TS: Toplam skor	77.37 $\pm$ 20.02	73.02 $\pm$ 16.48	234.50	0.17
SF-36				
FF: Fiziksel fonksiyon	78.91 $\pm$ 21.05	67.63 $\pm$ 22.32	206.50	0.05
RK-F: Rol kısıtlaması- fiziksel	52.34 $\pm$ 37.76	38.16 $\pm$ 37.60	239	0.19
RK-D: Rol kısıtlaması- duygusal	62.50 $\pm$ 41.26	38.50 $\pm$ 40.46	207.50	0.04
SF: Sosyal fonksiyon	60.41 $\pm$ 20.33	53.21 $\pm$ 18.36	237	0.18
BA: Bedensel ağrı	69.44 $\pm$ 21.30	58.47 $\pm$ 27.92	236	0.17
MS: Mental sağlık	60.88 $\pm$ 19.29	49.89 $\pm$ 23.18	218	0.09

E/C: Enerji/canlılık	61.41±18.28	52.37±23.17	232.50	0.16
GSA: Genel sağlık algısı	48.91±11.48	49.47±12.57	290.50	0.79
FB: Fiziksel boyut	62.20±16.57	53.22±19.15	226	0.12
MB: Mental boyut	58.82±17.14	48.70±18.59	216	0.08
Görsel eşdeğerlik skalası (GES)				
GES-1	70.16±23.22	64.21±17.10	222	0.10
GES-2	66.88±25.32	61.58±21.92	240	0.20
GES-3	71.72±27.49	61.05±21.05	204	0.04

BH ve BH'a bağlı üveit süreleri 1-2 yıl, 3-5 yıl, 6-10 yıl ve 11 yıl ve üstü olarak gruplandırıldı (Tablo 38).

Tablo 38: BH ve BH'a bağlı üveit süreleri

Süre	BH süresi	BH bağlı üveit süresi
	Sayı (%), n=51	Sayı (%), n=51
Grup 1: 1-2 yıl	11 (21,6)	11 (21,6)
Grup 2: 3-5 yıl	17 (33,3)	23 (45,1)
Grup 3: 6-10 yıl	13 (25,5)	9 (17,6)
Grup 4: 11 ve üstü yıl	10 (19,6)	8 (15,7)

BH süresine göre NEI-VFQ-25 ve SF-36 alt ölçek skorları ve GES değerleri karşılaştırıldığında NEI-VFQ-25 ve SF-36 anketlerinin diğer alt ölçekleri ve GES değerleri arasında anlamlı fark olmadığı görüldü (Tablo 39).

Tablo 39: BH süresine göre NEI-VFQ-25 ve SF-36 alt ölçek skorları ve GES değerlerinin karşılaştırılması

Alt ölçek	Skor, ortalama±SD				K-W	P
NEI-VFQ-25	Grup 1 n= 11	Grup 2 n= 17	Grup 3 n= 13	Grup 4 n= 10		
GS	48.86±16.06	62.35±17.12	47.12±10.09	57.50±14.72	7.86	0.05
GG	65.45±12.13	66.76±11.98	54.62±20.76	64.50±13.21	3.41	0.33

GA	64.77±16.60	70.58±23.36	52.88±23.47	63.75±23.16	5.12	0.16
YA	85.27±14.27	81.62±19.96	66.99±29.04	70.58±25.60	4.14	0.24
UA	90.38±10.23	78.92±23.26	72.53±29.29	75.75±19.84	3.84	0.27
GBSF	91.67±11.18	88.24±20.21	81.41±25.94	88.33±19.32	0.69	0.87
GBRS	66.36±25.40	65.29±26.30	54.23±34.26	62.50±26.37	1.03	0.79
GBRK	75.00±19.16	72.05±20.26	58.17±30.65	75.62±23.09	2.75	0.43
GBBB	87.50±15.81	78.68±26.97	70.19±29.55	76.88±31.04	2.38	0.49
AK	92.86±7.49	83.33±22.04	79.17±22.04	91.67±11.78	1.29	0.75
RG	100.00±0.00	94.12±14.05	86.54±29.95	92.50±16.87	2.79	0.42
PG	88.64±17.18	85.29±19.88	76.92±27.87	85.00±17.48	1.23	0.74
TS	81.96±10.58	78.20±16.59	67.39±24.98	75.62±18.53	2.48	0.47
SF-36						
FF	80.91±17.14	80.29±19.80	63.08±24.11	73.50±24.27	4.95	0.17
RK-F	61.36±35.99	54.41±36.69	30.77±35.58	40.00±41.16	5.05	0.16
RK-D	69.69±40.70	62.74±37.04	38.46±44.81	40.00±43.88	5.16	0.16
SF	55.55±20.48	63.39±22.48	51.28±15.40	58.88±18.92	4.06	0.25
BA	64.64±19.12	73.20±24.55	56.41±19.49	64.44±32.62	4.35	0.22
MS	52.36±26.97	56.24±16.52	60.92±17.67	57.20±27.52	1.85	0.60
E/C	64.09±15.13	61.47±19.74	55.38±15.47	49.00±29.98	2.97	0.39
GSA	44.55±11.05	51.47±11.56	52.31±8.80	46.00±15.23	3.36	0.33
FB	63.11±14.88	64.16±17.48	51.58±17.21	54.58±20.73	4.37	0.22
MB	57.25±17.95	59.06±16.68	51.67±17.59	50.21±22.24	1.72	0.63
GES						
GES-1	75.45±16.34	71.18±16.15	63.85±24.33	59.50±27.33	3.19	0.36
GES-2	74.55±19.16	67.06±21.14	59.23±25.31	58.00±30.47	3.75	0.28
GES-3	80.00±19.49	67.06±24.94	64.23±25.80	60.00±30.91	3.59	0.30

GS: Genel sağlık, GG: Genel görme, GA: Göz ağrısı, YA: Yakın aktiviteler, UA: Uzak aktiviteler, GB-SF: Görmeye bağlı sosyal fonksiyon, GBRS: Görmeye bağlı ruhsal sağlık, GBRK: Görmeye bağlı rol kısıtlamaları, GBBB: Görmeye bağlı başkalarına bağımlılık, AK: Araba kullanma, RG: Renkli görme, PG: Periferik görme, TS: Toplam skor; FF: Fiziksel fonksiyon, RK-F: Rol kısıtlaması-fiziksel, RK-D: Rol kısıtlaması-duygusal, SF: Sosyal fonksiyon, BA: Bedensel ağrı, MS: Mental sağlık, E/C: Enerji/canlılık, GSA: Genel sağlık algısı, FB: Fiziksel boyut, MB: Mental boyut

BH'a bağılı üveit süresine göre NEI-VFQ-25 ve SF-36 alt ölçek skorları ve GES değerleri karşılaştırıldığında NEI-VFQ-25 ve SF-36 anketlerinin diğerk alt ölçekleri ve GES değerleri arasında anlamlı fark olmadığı görüldü (Tablo 40).

Tablo 40: BH'a bağılı üveit süresine göre NEI-VFQ-25 ve SF-36 alt ölçek skorları ve GES değerlerinin karşılaştırılması

Alt ölçek	Skor, ortalama±SD					
NEI-VFQ-25	Grup 1 n= 11	Grup 2 n= 23	Grup 3 n= 9	Grup 4 n= 8	K-W	P
GS	48.86±16.06	58.70±16.23	50.83±12.99	55.00±17.06	2.85	0.41
GG	65.45±12.13	66.74±11.03	47.78±21.66	65.63±13.74	7.44	0.05
GA	64.77±16.60	67.39±24.34	54.16±25.00	60.93±21.58	2.70	0.43
YA	85.27±14.27	81.88±18.77	57.87±30.50	70.00±26.84	7.09	0.06
UA	90.38±10.23	79.58±21.15	66.67±32.40	76.46±22.30	4.32	0.22
GBSF	91.67±11.18	90.22±18.23	75.93±28.70	85.42±21.24	4.04	0.25
GBRS	66.36±25.40	66.52±27.69	48.89±31.40	58.75±28.12	2.51	0.47
GBRK	75.00±19.16	72.01±22.04	56.25±30.29	71.87±26.72	2.44	0.48
GBBB	87.50±15.81	79.35±26.07	63.89±30.42	77.34±32.55	3.82	0.28
AK	92.86±7.49	84.62±18.89	50.00±0.00	100.00±0.00	3.78	0.28
RG	100.00±0.00	94.57±12.96	83.33±35.35	90.63±18.60	2.99	0.39
PG	88.64±17.18	86.96±18.26	69.44±30.04	84.38±18.60	3.48	0.32
TS	81.96±10.58	78.53±16.11	62.45±26.59	74.17±20.14	3.63	0.30
SF-36						
FF	80.91±17.14	78.70±21.64	60.00±25.12	71.25±21.00	5.41	0.14
RK-F	61.36±35.99	46.74±37.16	38.89±43.50	37.50±37.79	2.47	0.48
RK-D	69.69±40.70	55.07±42.17	48.14±41.20	33.33±43.64	3.51	0.31
SF	55.55±20.48	58.93±21.82	56.79±19.59	58.33±15.43	0.46	0.92
BA	64.64±19.12	66.66±24.61	60.49±31.96	68.05±24.07	0.23	0.97
MS	52.36±26.97	55.48±18.85	66.22±13.43	56.00±26.87	2.63	0.45
E/C	64.09±15.13	56.30±20.18	62.78±18.72	49.38±28.46	2.72	0.43
GSA	44.55±11.05	53.48±10.70	47.78±11.48	44.38±13.47	5.88	0.11
FB	63.11±14.88	60.37±18.37	53.98±22.67	54.11±15.46	2.07	0.55

MB	57.25±17.95	55.85±18.73	56.34±17.36	48.28±19.80	1.26	0.73
GES						
GES-1	75.45±16.34	72.26±15.63	55.56±24.03	56.25±29.24	7.30	0.06
GES-2	74.55±19.16	68.70±20.06	48.89±25.71	58.75±31.82	7.23	0.06
GES-3	80.00±19.49	70.87±23.72	57.22±25.38	53.75±31.59	6.54	0.08

GS: Genel sağlık, GG: Genel görme, GA: Göz ağrısı, YA: Yakın aktiviteler, UA: Uzak aktiviteler, GB-SF: Görmeye bağlı sosyal fonksiyon, GBRS: Görmeye bağlı ruhsal sağlık, GBRK: Görmeye bağlı rol kısıtlamaları, GBBB: Görmeye bağlı başkalarına bağımlılık, AK: Araba kullanma, RG: Renkli görme, PG: Periferik görme, TS: Toplam skor; FF: Fiziksel fonksiyon, RK-F: Rol kısıtlaması-fiziksel, RK-D: Rol kısıtlaması-duygusal, SF: Sosyal fonksiyon, BA: Bedensel ağrı, MS: Mental sağlık, E/C: Enerji/canlılık, GSA: Genel sağlık algısı, FB: Fiziksel boyut, MB: Mental boyut

Eğitim durumuna göre NEI-VFQ-25ve SF-36 alt ölçek skorları ve GES değerleri karşılaştırıldığında NEI-VFQ-25 GG, GA, YA, GBSF, GBRS, GBRK, GBBB, TS ve SF-36 FF, RK-F, RK-D, SF ve MB alt ölçekleri ve GES-3 hariç NEI-VFQ-25 ve SF-36 anketlerinin diğer alt ölçekleri ve GES değerleri arasında anlamlı fark olmadığı görüldü (Tablo 41). Eğitim durumu arttıkça anlamlı fark saptanan alt ölçek değerlerinde anlamlı düzelme olduğu gözlemlendi ($p<0.05$). Anlamlı alt ölçekler için ikili karşılaştırmalar Tablo 41’de sunulmuştur.

Tablo 41: Eğitim durumuna göre NEI-VFQ-25ve SF-36 alt ölçek skorları ve GES değerlerinin karşılaştırılması

Alt ölçek	Skor, ortalama±SD							
NEI-VFQ-25	(1) Okur yazar olmayan n=4	(2) İlkokul n=18	(3) Ortaokul n=5	(4) Lise n=15	(5) Üniversite n=9	İkili karşılaştırmalar*	K-W	p
GS	43.13±5.15	49.72±17.55	54.50±9.58	59.17±14.19	61.94±17.26	-	6.74	0.15
GG	56.25±13.76	57.22±12.62	71.00±6.51	66.67±18.29	66.67±16.58	1<3,4,5; 2<3,4,5	10.08	0.03
GA	50.00±10.20	53.47±20.47	60.00±16.29	73.33±20.52	75.00±26.51	1<4,5; 2<4,5	9.60	0.04
YA	61.46±29.58	67.66±21.29	76.67±16.56	83.94±26.75	88.43±13.14	1<4,5; 2<4,5	12.03	0.01
UA	61.46±28.94	72.08±20.58	91.25±10.24	81.89±26.17	89.81±15.32	-	9.45	0.05
GBSF	62.50±35.02	83.33±16.66	98.33±3.72	90.00±22.09	95.37±8.44	1<3,4,5; 2<3,5	9.55	0.04
GBRS	45.00±35.59	47.78±27.12	68.00±17.17	74.00±22.45	75.56±26.74	1<3,4,5; 2<3,4,5	10.13	0.03
GBRK	53.12±31.66	61.45±20.81	73.75±15.56	73.75±26.64	85.41±18.22	1<3,4,5; 2<5	9.80	0.04
GBBB	45.31±46.87	69.79±21.35	90.00±22.36	86.67±24.42	88.19±16.37	1<3,4,5; 2<3,4,5	11.34	0.02
AK		73.33±25.95	75.00±0.00	90.00±14.05	93.06±11.07	-	3.97	0.26
RG	75.00±28.86	95.83±12.86	95.00±11.18	90.00±26.39	100.00±0.00	-	6.22	0.18
PG	75.00±20.41	76.39±21.81	95.00±11.18	85.00±24.64	94.44±11.02	-	8.16	0.08
TS	58.51±25.95	68.65±14.84	81.72±9.05	80.63±21.28	86.16±13.69	1<3,4,5; 2<3,4,5	13.80	<0.0001
SF-36								

FF	65.00±22.73	65.00±23.26	79.00±20.73	77.00±19.53	92.22±13.25	1<5; 2<5	10.73	0.03
RK-F	6.25±12.50	36.11±36.60	55.00±20.91	53.33±37.63	72.22±38.41	1<2,3,4,5; 2<3,4,5	10.80	0.02
RK-D	0.00±0.00	48.14±41.57	20.00±44.72	73.33±31.37	74.07±36.43	1<4,5; 3<4,5	14.72	<0.0001
SF	33.33±15.71	57.40±14.88	44.44±11.11	62.96±18.14	67.90±25.72	1<4,5; 3<4,5	11.64	0.02
BA	50.00±19.24	64.19±28.66	57.77±12.17	65.92±22.00	77.77±23.57	-	4.60	0.33
MS	38.00±12.43	54.00±19.79	56.80±25.04	54.93±18.72	73.78±22.10	-	9.15	0.05
E/C	47.50±6.45	58.89±18.98	43.00±21.96	57.67±16.88	70.00±27.27	-	7.21	0.12
GSA	55.00±5.77	45.56±13.38	42.00±13.03	53.00±9.96	51.11±10.24	-	5.92	0.20
FB	44.75±9.51	53.95±19.68	55.35±4.82	61.38±16.02	72.66±17.42	-	9.20	0.05
MB	34.76±3.33	52.80±16.49	41.24±16.76	60.37±14.20	67.37±20.81	1<4,5; 3<5	13.35	0.01
GES								
GES-1	57.50±15.00	59.44±22.87	74.00±24.08	72.67±20.16	78.33±14.14	-	9.05	0.06
GES-2	52.50±5.00	58.33±29.75	70.00±28.28	69.33±20.51	73.33±16.58	-	5.15	0.27
GES-3	47.50±12.58	56.11±26.37	76.00±32.09	77.67±23.96	78.89±12.69	1<3,4,5; 2<3,4,5	11.96	0.01

GS: Genel sağlık, GG: Genel görme, GA: Göz ağrısı, YA: Yakın aktiviteler, UA: Uzak aktiviteler, GB-SF: Görmeye bağlı sosyal fonksiyon, GBRS: Görmeye bağlı ruhsal sağlık, GBRK: Görmeye bağlı rol kısıtlamaları, GBBB: Görmeye bağlı başkalarına bağımlılık, AK: Araba kullanma, RG: Renkli görme, PG: Periferik görme, TS: Toplam skor; FF: Fiziksel fonksiyon, RK-F: Rol kısıtlaması-fiziksel, RK-D: Rol kısıtlaması-duygusal, SF: Sosyal fonksiyon, BA: Bedensel ağrı, MS: Mental sağlık, E/C: Enerji/canlılık, GSA: Genel sağlık algısı, FB: Fiziksel boyut, MB: Mental boyut

*: p<0.05

Göz bulguları

Lateraliteye göre NEI-VFQ-25 ve SF-36 alt ölçek skorları ve GES değerleri karşılaştırıldığında GES-3 hariç NEI-VFQ-25 ve SF-36 anketlerinin diğer alt ölçekleri ve GES değerleri arasında anlamlı fark olmadığı görüldü (Tablo 42). GES-3 skoru bilateral tutulumu olan hastalarda unilateral tutulumu olan hastalara göre anlamlı olarak düşük bulundu ($p<0.05$).

Tablo 42: Lateraliteye göre NEI-VFQ-25ve SF-36 alt ölçek skorları ve GES değerlerinin karşılaştırılması

Alt ölçek	Skor, ortalama $\pm$ SD			
	Unilateral n=14	Bilateral n=37	M-W U	P
NEI-VFQ-25				
GS: Genel sağlık	53,93 $\pm$ 11,95	54,86 $\pm$ 17,30	247	0,79
GG: Genel görme	65,00 $\pm$ 10,91	62,16 $\pm$ 16,77	239,5	0,67
GA: Göz ağrısı	62,50 $\pm$ 19,61	63,85 $\pm$ 23,71	248	0,81
YA: Yakın aktiviteler	77,62 $\pm$ 21,98	76,09 $\pm$ 24,12	256,5	0,95
UA: Uzak aktiviteler	87,05 $\pm$ 18,27	76,15 $\pm$ 23,61	181,5	0,09
Görmeye bağlı				
GBSF: Sosyal fonksiyon	89,88 $\pm$ 16,40	86,26 $\pm$ 21,26	259	1,00
GBRS: Ruhsal sağlık	70,00 $\pm$ 25,19	59,19 $\pm$ 28,68	199,5	0,20
GBRK: Rol kısıtlamaları	77,23 $\pm$ 19,24	67,06 $\pm$ 25,24	204	0,24
GBBB: Başkalarına bağımlılık	83,93 $\pm$ 28,66	75,84 $\pm$ 25,69	187	0,11
AK: Araba kullanma	89,58 $\pm$ 10,68	84,52 $\pm$ 20,63	55,5	0,97
RG: Renkli görme	92,86 $\pm$ 15,28	93,24 $\pm$ 20,11	241	0,54
PG: Periferik görme	87,50 $\pm$ 18,98	82,43 $\pm$ 21,94	226,5	0,44
TS: Toplam skor	79,52 $\pm$ 15,76	74,32 $\pm$ 19,74	227,5	0,50
SF-36				
FF: Fiziksel fonksiyon	77,14 $\pm$ 19,28	73,78 $\pm$ 23,13	249,5	0,84
RK-F: Rol kısıtlaması- fiziksel	48,21 $\pm$ 35,98	46,62 $\pm$ 39,15	252	0,88
RK-D: Rol kısıtlaması- duygusal	57,14 $\pm$ 47,91	52,25 $\pm$ 40,47	240,5	0,68
SF: Sosyal fonksiyon	51,58 $\pm$ 19,29	60,06 $\pm$ 19,67	201,5	0,21
BA: Bedensel ağrı	56,34 $\pm$ 23,25	68,76 $\pm$ 24,12	189	0,13

MS: Mental sağlık	54,86±24,32	57,51±20,33	254,5	0,92
E/C: Enerji/canlilik	55,00±14,93	59,19±22,31	210	0,29
GSA: Genel sağlık algısı	46,07±12,58	50,27±11,42	201	0,21
FB: Fiziksel boyut	56,55±16,06	59,72±18,72	247	0,80
MB: Mental boyut	52,93±18,38	55,85±18,31	232,5	0,57
Görsel eşdeğerlik skalası (GES)				
GES-1	75,71±16,50	65,00±22,17	183,5	0,10
GES-2	70,00±21,48	62,97±24,92	221	0,41
GES-3	78,57±22,48	63,65±25,78	166,5	0,04

Görme keskinliği daha iyi olan gözlere göre NEI-VFQ-25ve SF-36 alt ölçek skorları ve GES değerleri karşılaştırıldığında NEI-VFQ-25 GG, YA, UA, GBSF, GBRK, RG, PG, TS ve GES-1, GES-2, GES-3 hariç NEI-VFQ-25 ve SF-36 anketlerinin diğer alt ölçekleri arasında anlamlı fark olmadığı görüldü (Tablo 43). Görme keskinliği arttıkça anlamlı fark bulunan NEI-VFQ-25 alt ölçek ve GES skorlarının anlamlı olarak arttığı gözlemlendi. Anlamlı alt ölçekler için ikili karşılaştırmalar Tablo 43'te sunulmuştur.

Görme keskinliği daha kötü olan gözlere göre NEI-VFQ-25ve SF-36 alt ölçek skorları ve GES değerleri karşılaştırıldığında NEI-VFQ-25 YA, UA, GBSF hariç NEI-VFQ-25 ve SF-36 anketlerinin diğer alt ölçekleri ve GES değerleri arasında anlamlı fark olmadığı görüldü (Tablo 44). Görme keskinliği arttıkça NEI-VFQ-25 YA, UA ve GBSF skorlarının arttığı gözlemlendi ($p<0.05$). Anlamlı alt ölçekler için ikili karşılaştırmalar Tablo 44'te sunulmuştur.

Tablo 43: Görme keskinliği daha iyi olan gözlere göre NEI-VFQ-25ve SF-36 alt ölçek skorları ve GES değerlerinin karşılaştırılması

Alt ölçek	Skor, ortalama±SD					
NEI-VFQ-25	(1) logMAR 0'dan daha iyi n= 10	(2) logMAR 0.3-0 n= 48	(3) logMAR 0.8-0.4 n= 3	İkili karşılaştırmalar	K-W	P
GS	57,50±13,59	54,43±17,05	40,83±7,63	-	2,75	0,25
GG	70,00±10,00	65,00±13,08	30,00±21,79	3<1*; 3<2*	8,04	0,01
GA	71,25±17,72	64,84±24,41	45,83±7,21	-	3,32	0,19
YA	88,08±10,32	81,09±19,72	26,11±20,58	3<1*; 3<2*	8,41	0,01
UA	86,83±11,08	82,55±19,25	31,94±21,38	3<1*; 3<2*	7,54	0,02
GBSF	100,00±0,00	90,80±12,89	36,11±26,78	3<1‡; 2<1*; 3<2*	16,33	<0.0001
GBRS	73,50±23,33	62,60±29,55	31,67±11,54	-	4,69	0,09
GBRK	80,62±14,26	72,39±23,23	27,08±25,25	3<1*; 3<2*	7,17	0,02
GBBB	84,38±16,47	81,51±21,72	33,33±41,61	-	4,87	0,08
AK	91,67±7,45	84,72±21,05		-	0,00	1,00
RG	100,00±0,00	97,92±8,68	41,67±38,18	3<1*; 3<2‡	30,09	<0.0001
PG	97,50±7,90	84,90±19,79	58,33±28,86	3<1*	8,66	0,01
TS	85,39±8,11	78,43±16,06	36,20±21,73	3<2*	7,73	0,02
SF-36						
FF	70,00±25,71	75,52±23,36	51,67±11,54	-	3,11	0,21
RK-F	37,50±33,85	52,60±39,69	16,67±28,86	-	3,30	0,19

RK-D	53,33±39,12	54,16±43,28	33,33±33,33	-	0,76	0,68
SF	54,44±16,10	62,03±19,01	44,44±29,39	-	2,15	0,34
BA	52,22±24,03	70,37±23,85	51,85±33,94	-	6,05	0,05
MS	56,80±24,71	57,75±21,30	60,00±14,42	-	0,17	0,91
E/C	44,50±23,62	60,72±21,68	63,33±17,55	-	3,64	0,16
GSA	48,50±10,55	49,48±12,51	51,67±14,43	-	0,50	0,77
FB	50,54±19,44	61,74±18,86	47,03±15,10	-	3,64	0,16
MB	51,51±19,09	56,83±19,15	50,55±16,54	-	0,64	0,72
GES						
GES-1	75,00±12,69	68,65±17,70	20,00±26,45	3<1*; 3<2*	8,04	0,01
GES-2	71,00±12,86	66,25±22,56	20,00±26,45	3<1*; 3<2*	6,25	0,04
GES-3	83,00±15,67	66,88±21,55	15,00±15,00	3<1‡; 3<2*	12,57	<0.0001

GS: Genel sağlık, GG: Genel görme, GA: Göz ağrısı, YA: Yakın aktiviteler, UA: Uzak aktiviteler, GB-SF: Görmeye bağlı sosyal fonksiyon, GBRS: Görmeye bağlı ruhsal sağlık, GBRK: Görmeye bağlı rol kısıtlamaları, GBBB: Görmeye bağlı başkalarına bağımlılık, AK: Araba kullanma, RG: Renkli görme, PG: Periferik görme, TS: Toplam skor; FF: Fiziksel fonksiyon, RK-F: Rol kısıtlaması-fiziksel, RK-D: Rol kısıtlaması-duygusal, SF: Sosyal fonksiyon, BA: Bedensel ağrı, MS: Mental sağlık, E/C: Enerji/canlılık, GSA: Genel sağlık algısı, FB: Fiziksel boyut, MB: Mental boyut

*: p<0.05, †: p<0.01, ‡: p<0.001

Tablo 44: Görme keskinliği daha kötü olan gözlere göre NEI-VFQ-25ve SF-36 alt ölçek skorları ve GES değerlerinin karşılaştırılması

Alt ölçek	Skor, ortalama±SD				İkili karşılaştırmalar*	K-W	P
NEI-VFQ-25	(1) logMAR 0'dan daha iyi n= 2	(2) logMAR 0.3-0 n= 15	(3) logMAR 0.8-0.4 n= 4	(4) logMAR 1.0 ve daha kötü n= 6			
GS	40,00±10,60	62,00±16,50	53,13±17,12	47,08±13,45	-	5,18	0,15
GG	62,50±10,60	65,00±13,09	53,75±11,08	47,50±25,83	-	3,61	0,30
GA	56,25±8,83	67,50±24,91	59,37±11,96	45,83±17,07	-	4,16	0,24
YA	58,33±5,89	81,61±16,12	53,33±31,41	51,94±30,62	4<2	8,69	0,03
UA	65,63±22,09	84,72±17,86	57,29±26,21	49,31±27,05	4<2	9,25	0,02
GBSF	87,50±17,67	92,78±10,38	68,75±23,93	55,56±33,19	4<1; 4<2	8,46	0,03
GBRS	35,00±14,14	63,33±21,68	61,25±38,16	43,33±28,04	-	4,11	0,25
GBRK	56,25±8,83	70,83±16,97	64,06±25,19	41,66±32,51	-	5,57	0,13
GBBB	46,88±4,41	83,75±17,64	70,31±43,41	50,00±36,22	-	6,44	0,09
AK	41,67±0,00	88,89±15,59		83,33±0,00	-	3,20	0,20
RG	100,00±0,00	96,67±8,79	81,25±23,93	66,67±40,82	-	5,86	0,11
PG	62,50±17,67	86,67±18,58	75,00±20,41	62,50±30,61	-	5,52	0,13
TS	62,37±9,08	79,62±11,97	64,43±23,07	51,56±27,34	-	7,72	0,05
SF-36							
FF	60,00±21,21	82,33±15,22	81,25±16,00	63,33±24,83	-	4,82	0,18

RK-F	50,00±35,35	56,67±35,94	37,50±32,27	12,50±30,61	-	6,82	0,07
RK-D	66,66±47,14	66,66±33,33	33,33±47,14	27,77±44,30	-	5,19	0,15
SF	50,00±7,85	62,22±20,91	55,55±20,28	42,59±19,13	-	3,81	0,28
BA	61,11±7,85	71,11±23,30	77,77±20,28	53,70±21,56	-	4,30	0,23
MS	56,00±22,62	57,33±21,78	48,00±22,39	56,67±15,88	-	0,93	081
E/C	50,00±7,07	62,33±19,26	65,00±23,80	50,83±14,97	-	1,99	0,57
GSA	45,00±14,14	49,00±10,72	51,25±11,81	53,33±9,83	-	1,41	0,70
FB	53,22±13,98	64,28±15,46	62,55±16,25	46,74±13,14	-	6,13	0,10
MB	53,53±19,76	59,51±15,37	50,62±21,67	46,24±16,07	-	2,38	0,49
GES							
GES-1	75,00±35,35	74,67±14,07	42,50±33,04	54,17±26,91	-	6,30	0,98
GES-2	55,00±63,64	72,00±14,73	37,50±26,30	58,33±30,60	-	5,99	0,11
GES-3	60,00±56,56	74,67±19,95	42,50±28,72	52,50±34,89	-	4,69	0,19

GS: Genel sağlık, GG: Genel görme, GA: Göz ağrısı, YA: Yakın aktiviteler, UA: Uzak aktiviteler, GB-SF: Görmeye bağlı sosyal fonksiyon, GBRS: Görmeye bağlı ruhsal sağlık, GBRK: Görmeye bağlı rol kısıtlamaları, GBBB: Görmeye bağlı başkalarına bağımlılık, AK: Araba kullanma, RG: Renkli görme, PG: Periferik görme, TS: Toplam skor; FF: Fiziksel fonksiyon, RK-F: Rol kısıtlaması-fiziksel, RK-D: Rol kısıtlaması-duygusal, SF: Sosyal fonksiyon, BA: Bedensel ağrı, MS: Mental sağlık, E/C: Enerji/canlılık, GSA: Genel sağlık algısı, FB: Fiziksel boyut, MB: Mental boyut

*: p<0.05

Behçet hastalığı

BH şiddet skorlamasına göre NEI-VFQ-25 ve SF-36 alt ölçekleri ve GES değerleri karşılaştırıldığında NEI-VFQ-25 ve SF-36 anketlerinin alt ölçekleri arasında anlamlı fark olmadığı görüldü (Tablo 45).

Tablo 45: BH şiddet skorlamasına göre NEI-VFQ-25 ve SF-36 alt ölçek skorları ve GES değerlerinin karşılaştırılması

Alt ölçek	Skor, ortalama±SD			
	Orta şiddetli n=8	Şiddetli n=43	M-W U	P
NEI-VFQ-25				
GS: Genel sağlık	54,69±18,34	54,59±15,65	170,5	0,96
GG: Genel görme	62,50±16,90	63,02±15,24	171	0,97
GA: Göz ağrısı	59,37±18,60	64,24±23,23	150,5	0,57
YA: Yakın aktiviteler	76,98±19,60	76,42±24,18	159	0,73
UA: Uzak aktiviteler	83,75±21,14	78,28±23,04	152,5	0,60
Görmeye bağlı				
GBSF: Sosyal fonksiyon	89,58±26,25	86,82±18,91	126,5	0,20
GBRS: Ruhsal sağlık	71,88±29,02	60,35±27,71	129,5	0,26
GBRK: Rol kısıtlamaları	75,00±24,54	68,89±24,07	148,5	0,53
GBBB: Başkalarına bağımlılık	78,91±34,54	77,91±25,23	145	0,46
AK: Araba kullanma	87,50±17,67	86,25±17,99	19,5	0,95
RG: Renkli görme	90,63±18,60	93,60±18,97	153,5	0,44
PG: Periferik görme	84,38±18,60	83,72±21,74	167,5	0,89
TS: Toplam skor	77,21±19,45	75,48±18,81	160,5	0,76
SF-36				
FF: Fiziksel fonksiyon	66,25±27,09	76,28±20,93	133,5	0,31
RK-F: Rol kısıtlaması- fiziksel	31,25±34,71	50,00±38,18	124,5	0,20
RK-D: Rol kısıtlaması- duygusal	37,50±45,20	56,58±41,49	128,5	0,23
SF: Sosyal fonksiyon	45,83±24,07	59,94±18,32	105	0,07
BA: Bedensel ağrı	61,11±35,13	66,14±22,21	169,5	0,94
MS: Mental sağlık	59,50±18,57	56,28±21,91	170,5	0,96

E/C: Enerji/canlılık	58,75±18,27	57,91±21,07	169,5	0,94
GSA: Genel sağlık algısı	47,50±12,81	49,42±11,71	156,5	0,68
FB: Fiziksel boyut	52,97±19,38	59,95±17,67	140	0,40
MB: Mental boyut	49,81±19,48	56,02±18,01	131,5	0,29
GES				
GES-1	66,25±16,85	68,26±22,03	152,5	0,60
GES-2	58,75±25,87	66,05±23,81	136,5	0,35
GES-3	68,75±21,00	67,56±26,57	166	0,87

Behçet üveiti

BH'a bağlı üveit aktivitesine göre NEI-VFQ-25 ve SF-36 alt ölçek skorları ile GES değerleri karşılaştırıldığında NEI-VFQ-25 GBRS hariç NEI-VFQ-25 ve SF-36 anketlerinin diğer alt ölçekleri ve GES değerleri arasında anlamlı fark olmadığı görüldü (Tablo 46). Anlamlı alt ölçekler için ikili karşılaştırmalar Tablo 46'da sunulmuştur.

Tablo 46: Üveit aktivitesine göre NEI-VFQ-25 ve SF-36 alt ölçek skorları ve GES değerlerinin karşılaştırılması

Alt ölçek	Skor, ortalama±SD			K-W	P
	(1) Aktif n= 8	(2) İnaktif n= 25	(3) Remisyon n= 18		
GS	56,56±14,32	50,70±17,32	59,17±13,74	2,85	0,24
GG	60,63±10,83	59,60±16,88	68,61±13,69	5,12	0,07
GA	64,06±23,56	57,50±21,34	71,52±22,19	3,52	0,17
YA	74,48±16,37	73,22±24,47	81,99±24,44	3,41	0,18
UA	73,02±17,00	75,53±25,52	86,88±19,18	5,80	0,05
GBSF	87,50±25,58	83,00±20,62	93,06±15,45	5,30	0,07
GBRS*	48,75±16,20	57,00±29,75	75,28±25,17	7,98	0,01
GBRK	63,28±15,46	66,00±26,46	78,12±22,20	3,26	0,19
GBBB	64,06±27,49	77,75±25,83	84,72±25,92	5,04	0,08
AK	83,33±8,33	80,00±22,63	94,44±9,31	3,46	0,17
RG	93,75±17,67	92,00±22,50	94,44±13,70	0,04	0,97

PG	90,63±12,93	77,00±24,91	90,28±15,19	3,97	0,13
TS	72,40±15,06	71,93±20,05	82,54±17,18	5,68	0,05
SF-36					
FF	80,00±20,52	69,20±22,25	80,00±21,55	3,48	0,17
RK-F	40,63±37,64	44,00±36,99	54,17±40,44	1,03	0,59
RK-D	33,33±43,64	56,00±40,50	59,25±43,61	2,05	0,35
SF	45,83±19,18	57,77±18,70	62,96±20,16	3,06	0,21
BA	59,72±27,17	67,55±21,73	64,81±27,28	0,74	0,69
MS	55,50±16,48	55,68±20,87	58,89±24,45	0,63	0,72
E/C	50,00±18,70	59,20±18,06	60,00±24,37	1,46	0,48
GSA	50,00±18,51	49,20±10,27	48,61±10,82	0,58	0,74
FB	56,06±18,33	57,83±16,31	61,51±20,46	1,21	0,54
MB	46,93±16,34	55,57±16,01	57,94±21,48	2,51	0,28
GES					
GES-1	63,13±14,86	65,20±20,84	73,89±23,54	4,04	0,13
GES-2	65,00±16,90	61,20±25,21	70,00±25,20	1,99	0,36
GES-3	57,50±24,92	66,20±26,03	74,44±24,78	2,97	0,22

GS: Genel sağlık, GG: Genel görme, GA: Göz ağrısı, YA: Yakın aktiviteler, UA: Uzak aktiviteler, GB-SF: Görmeye bağlı sosyal fonksiyon, GBRS: Görmeye bağlı ruhsal sağlık, GBRK: Görmeye bağlı rol kısıtlamaları, GBBB: Görmeye bağlı başkalarına bağımlılık, AK: Araba kullanma, RG: Renkli görme, PG: Periferik görme, TS: Toplam skor; FF: Fiziksel fonksiyon, RK-F: Rol kısıtlaması-fiziksel, RK-D: Rol kısıtlaması-duygusal, SF: Sosyal fonksiyon, BA: Bedensel ağrı, MS: Mental sağlık, E/C: Enerji/canlılık, GSA: Genel sağlık algısı, FB: Fiziksel boyut, MB: Mental boyut

(*): 1<3; 2<3 (p<0.05)

Behçet üveiti şiddet sınıflamasına göre NEI-VFQ-25 ve SF-36 alt ölçek skorları ve GES değerleri karşılaştırıldığında NEI-VFQ-25 GBRS, GBBB, GES-1 ve GES-3 hariç NEI-VFQ-25 ve SF-36 anketlerinin diğer alt ölçekleri ve diğer GES değerleri arasında anlamlı fark olmadığı görüldü (Tablo 47). Behçet üveiti şiddeti arttıkça GBRS ve GBBB skorlarının bozulduğu anlaşıldı (p<0.05). Ağır üveiti olan hastalarda GES-1 ve GES-3 değerlerinde anlamlı bozulma olduğu görüldü. Anlamlı alt ölçekler için ikili karşılaştırmalar Tablo 47’de sunulmuştur.

Tablo 47: Behçet üveiti şiddet sınıflamasına göre NEI-VFQ-25 ve SF-36 alt ölçek skorları ve GES değerlerinin karşılaştırılması

Alt ölçek	Skor, ortalama±SD				
NEI-VFQ-25	(1) Hafif n= 5	(2) Orta n= 15	(3) Ağır n= 31	K-W	P
GS	49,50±17,44	56,50±13,88	54,52±16,87	0,75	0,68
GG	66,00±16,35	67,33±12,22	60,32±16,37	2,52	0,28
GA	62,50±15,30	66,66±20,95	62,09±24,47	0,41	0,81
YA	81,67±12,70	80,78±21,90	73,62±25,31	0,92	0,62
UA	89,00±8,60	87,91±17,50	73,31±24,72	4,97	0,08
GBSF	98,33±3,72	91,11±16,20	83,60±22,30	3,37	0,18
GBRS*	76,00±25,34	73,67±25,31	54,35±27,50	6,49	0,03
GBRK	80,00±18,43	76,66±18,96	64,91±26,10	2,54	0,28
GBBB*	95,00±11,18	85,00±27,93	71,98±26,06	8,35	0,01
AK	100,00	90,00±10,24	81,82±22,30	1,16	0,55
RG	100,00±0,00	93,33±14,84	91,94±21,78	1,06	0,58
PG	85,00±22,36	86,67±18,58	82,26±22,54	0,33	0,84
TS	83,41±10,84	81,08±15,63	71,93±20,39	2,94	0,22
SF-36					
FF	70,00±22,36	78,67±19,50	73,55±23,45	0,55	0,75
RK-F	50,00±35,35	51,67±37,16	44,35±39,63	0,43	0,80
RK-D	53,33±50,55	64,44±44,48	48,38±40,22	1,45	0,48
SF	60,00±20,18	54,07±20,94	59,13±19,53	0,58	0,74
BA	77,77±23,57	59,25±25,08	66,30±23,91	2,11	0,34
MS	73,60±10,80	52,53±22,51	56,13±21,12	3,83	0,14
E/C	64,00±17,81	57,00±14,97	57,58±23,37	0,43	0,80
GSA	50,00±15,00	48,33±11,12	49,35±11,95	0,34	0,84
FB	62,35±14,85	58,98±17,21	58,22±19,12	0,50	0,77
MB	60,18±18,68	55,27±18,13	54,11±18,61	0,64	0,72
GES					
GES-1*	62,00±24,90	79,33±12,79	63,39±22,26	6,92	0,03
GES-2	62,00±34,92	74,00±19,56	60,97±23,71	3,15	0,20

GES-3*	58,00±25,88	82,00±17,40	62,42±26,73	6,98	0,03
--------	-------------	-------------	-------------	------	------

GS: Genel sağlık, GG: Genel görme, GA: Göz ağrısı, YA: Yakın aktiviteler, UA: Uzak aktiviteler, GB-SF: Görmeye bağlı sosyal fonksiyon, GBRS: Görmeye bağlı ruhsal sağlık, GBRK: Görmeye bağlı rol kısıtlamaları, GBBB: Görmeye bağlı başkalarına bağımlılık, AK: Araba kullanma, RG: Renkli görme, PG: Periferik görme, TS: Toplam skor; FF: Fiziksel fonksiyon, RK-F: Rol kısıtlaması-fiziksel, RK-D: Rol kısıtlaması-duygusal, SF: Sosyal fonksiyon, BA: Bedensel ağrı, MS: Mental sağlık, E/C: Enerji/canlılık, GSA: Genel sağlık algısı, FB: Fiziksel boyut, MB: Mental boyut

(*): GBRS: 3<1; GBBB: 3<1; GES-1: 3<2; GES-3: 3<2 (p<0.05)

Yapısal komplikasyon varlığına göre NEI-VFQ-25 ve SF-36 alt ölçek skorları ve GES değerleri karşılaştırıldığında NEI-VFQ-25 ve SF-36 anketlerinin alt ölçekleri ve GES değerleri arasında anlamlı fark olmadığı görüldü (Tablo 48).

Tablo 48: Yapısal komplikasyon varlığına göre NEI-VFQ-25 ve SF-36 alt ölçek skorları ve GES değerlerinin karşılaştırılması

Alt ölçek	Skor, ortalama±SD			
	Var n=37	Yok n=14	M-W U	p
NEI-VFQ-25				
GS: Genel sağlık	56,01±15,88	50,89±15,92	218,5	0,39
GG: Genel görme	62,16±17,14	65,00±9,19	258	0,98
GA: Göz ağrısı	66,55±21,46	55,35±23,87	183	0,10
YA: Yakın aktiviteler	75,83±25,71	78,30±16,15	252	0,88
UA: Uzak aktiviteler	77,34±25,27	83,90±12,98	256	0,94
Görmeye bağlı				
GBSF: Sosyal fonksiyon	85,36±22,60	92,26±8,93	253	0,89
GBRS: Ruhsal sağlık	63,11±28,48	59,64±27,34	237	0,64
GBRK: Rol kısıtlamaları	69,59±25,00	70,53±21,98	257,5	0,97
GBBB: Başkalarına bağımlılık	76,86±27,94	81,25±22,86	235,5	0,60
AK: Araba kullanma	84,72±18,35	93,75±12,50	24,5	0,30
RG: Renkli görme	90,54±21,53	100,00±0,00	203	0,06
PG: Periferik görme	82,43±23,47	87,50±12,97	248,5	0,80
TS: Toplam skor	75,03±20,76	77,66±12,24	249	0,83

SF-36					
FF: Fiziksel fonksiyon	76,08±22,08	71,07±22,20	218,5	0,39	
RK-F: Rol kısıtlaması- fiziksel	47,97±38,36	44,64±38,20	246,5	0,78	
RK-D: Rol kısıtlaması- duygusal	54,95±42,46	50,00±42,86	245,5	0,76	
SF: Sosyal fonksiyon	58,25±20,52	56,34±18,21	251,5	0,87	
BA: Bedensel ağrı	67,86±22,03	58,73±29,37	202,5	0,22	
MS: Mental sağlık	57,95±20,64	53,71±23,41	229,5	0,53	
E/C: Enerji/canlılık	59,32±21,67	54,64±17,26	214,5	0,34	
GSA: Genel sağlık algısı	48,24±11,37	51,43±12,92	214	0,33	
FB: Fiziksel boyut	59,89±17,66	56,10±19,00	239	0,67	
MB: Mental boyut	55,74±18,36	53,22±18,29	247	0,80	
Görsel eşdeğerlik skalası (GES)					
GES-1	67,43±22,53	69,29±17,74	258	0,98	
GES-2	64,05±24,66	67,14±23,01	251	0,86	
GES-3	66,89±26,17	70,00±24,80	241,5	0,70	

Değerlendirme anında kullanılan immünsüpresif ve immünmodülatuar ajana göre hastalar sınıflandığında 10 hastanın antimetabolit (9 azatioprin, 1 mikofenolat mofetil) 15 hastanın IFN- α 2a (IFN- α 2a) ve 1 hastanın anti-TNF kullandığı görüldü. Anti-TNF grubunda tek hasta olduğu için değerlendirilmeye alınmadı. Değerlendirilmeye alınan hastaların kullandığı immünsüpresif ve immünmodülatuar ajana göre NEI-VFQ-25 ve SF-36 alt ölçek skorları ve GES değerleri karşılaştırıldığında SF-36 GSA alt ölçeği hariç NEI-VFQ-25 ve SF-36 anketlerinin diğer alt ölçekleri ve GES değerleri arasında anlamlı fark olmadığı görüldü (Tablo 49). Interferon α 2a kullanan hastaların genel sağlık algılarının antimetabolit kullanan gruba göre anlamlı olarak daha iyi olduğu görüldü ($p<0.05$).

Tablo 49: Değerlendirme anında kullanılan immünsüpresif ve immünmodülatuar ajana göre NEI-VFQ-25ve SF-36 alt ölçek skorları ve GES değerlerinin karşılaştırılması

Skor, ortalama±SD	
--------------------------	--

Alt ölçek	Antimetabolit	IFN-α2a	M-W U	P
NEI-VFQ-25	n= 10	n= 15		
GS	52,75±19,84	56,67±15,83	67,5	0,67
GG	61,00±14,10	60,67±18,69	66,5	0,63
GA	58,75±27,08	64,16±22,09	66	0,61
YA	71,46±20,78	73,28±29,14	62	0,46
UA	76,75±21,72	73,89±28,14	74	0,95
GBSF	83,33±18,84	84,44±22,46	68	0,68
GBRS	54,00±26,95	59,00±27,98	64,5	0,55
GBRK	65,00±23,04	61,25±23,76	70,5	0,80
GBBB	73,13±23,76	77,92±26,71	65,5	0,59
AK	70,83±25,90	87,96±16,72	10,5	0,23
RG	95,00±15,81	90,00±26,39	68	0,54
PG	80,00±25,82	78,33±24,76	71,5	0,83
TS	71,50±18,20	72,85±21,45	66,5	0,63
SF-36				
FF	70,00±22,60	80,00±22,67	51,5	0,18
RK-F	45,00±38,73	50,00±41,18	69	0,73
RK-D	46,66±42,16	64,44±40,75	57,5	0,30
SF	60,00±16,72	57,77±21,49	74,5	0,97
BA	63,33±29,65	68,14±22,16	70,5	0,80
MS	55,60±23,73	54,40±20,38	74,5	0,97
E/C	60,50±18,62	59,67±18,84	75	1,00
GSA	34,50±8,31	53,67±9,34	11	<0.0001
FB	54,66±20,18	62,29±17,65	60,5	0,42
MB	51,45±16,97	57,99±16,68	59	0,37
GES				
GES-1	69,00±19,69	66,33±21,91	73,5	0,93
GES-2	63,00±29,45	63,33±22,25	73,5	0,93
GES-3	62,00±31,90	72,33±23,66	65	0,60

GS: Genel sağlık, GG: Genel görme, GA: Göz ağrısı, YA: Yakın aktiviteler, UA: Uzak aktiviteler, GB-SF: Görmeye bağlı sosyal fonksiyon, GBRS: Görmeye bağlı ruhsal sağlık, GBRK: Görmeye bağlı

rol kısıtlamaları, GBBB: Görmeye bağlı başkalarına bağımlılık, AK: Araba kullanma, RG: Renkli görme, PG: Periferik görme, TS: Toplam skor; FF: Fiziksel fonksiyon, RK-F: Rol kısıtlaması-fiziksel, RK-D: Rol kısıtlaması-duygusal, SF: Sosyal fonksiyon, BA: Bedensel ağrı, MS: Mental sağlık, E/C: Enerji/canlılık, GSA: Genel sağlık algısı, FB: Fiziksel boyut, MB: Mental boyut

Korelasyon analizleri

BH süresi ve BH'a bağlı üveit süresi ile NEI-VFQ-25 ve SF-36 alt ölçekleri arasında anlamlı korelasyon saptanmadı. BH şiddet skoru ile NEI-VFQ-25 anketinin GBSF ve GBRK alt ölçekleri dışında NEI-VFQ-25 ve SF-36 alt ölçekleri arasında anlamlı korelasyon gözlenmedi. BH şiddet skoru arttıkça NEI-VFQ-25 GBSF ve GBRK alt ölçek skorlarının kötüleştiği saptandı. BH şiddet skoru ile NEI-VFQ-25 GBSF ve GBRK alt ölçek skorları arasındaki korelasyonlar orta dereceli idi.

Hastaların görme keskinliği daha iyi ve daha kötü olan gözlerinin logMAR görme keskinliği ile NEI-VFQ-25 ve SF-36 alt ölçek skorları ve GES değerlerinin korelasyonları Tablo 50'de gösterilmiştir.

Tablo 50: Hastaların görme keskinliği daha iyi ve daha kötü olan gözlerinin logMAR görme keskinliği ile NEI-VFQ-25 ve SF-36 alt ölçek skorları ve GES değerlerinin korelasyonları

Alt ölçek	GK daha iyi olan		GK daha kötü olan	
	gözlerin logMAR değeri		gözlerin logMAR değeri	
	Spearman	p	Spearman	P
NEI-VFQ-25	r		r	
GS: Genel sağlık	-0,14	0,27	-0,36	0,05
GG: Genel görme	-0,34	0,006	-0,48	0,01
GA: Göz ağrısı	-0,21	0,10	-0,33	0,09
YA: Yakın aktiviteler	-0,39	0,002	-0,55	0,003
UA: Uzak aktiviteler	-0,39	0,004	-0,71	<0.0001
Görmeye bağlı				
GBSF: Sosyal fonksiyon	-0,57	0,02	-0,66	<0.0001
GBRS: Ruhsal sağlık	-0,28	0,005	-0,33	0,08

GBRK: Rol kısıtlamaları	-0,35	0,08	-0,54	0,003
GBBB: Başkalarına bağımlılık	-0,22	0,93	-0,39	0,04
AK: Araba kullanma	-0,01	0,08	-0,62	0,03
RG: Renkli görme	-0,54	<0.0001	-0,47	0,01
PG: Periferik görme	-0,43	<0.0001	-0,55	0,003
TS: Toplam skor	-0,36	0,003	-0,59	0,001
SF-36				
FF: Fiziksel fonksiyon	-0,02	0,82	-0,39	0,03
RK-F: Rol kısıtlaması-fiziksel	-0,01	0,94	-0,42	0,02
RK-D: Rol kısıtlaması-duygusal	-0,04	0,71	-0,40	0,03
SF: Sosyal fonksiyon	0,06	0,61	-0,32	0,09
BA: Bedensel ağrı	0,18	0,16	-0,18	0,35
MS: Mental sağlık	0,07	0,55	-0,13	0,49
E/C: Enerji/canlılık	0,22	0,08	-0,19	0,32
GSA: Genel sağlık algısı	0,15	0,24	0,16	0,42
FB: Fiziksel boyut	0,09	0,46	-0,37	0,05
MB: Mental boyut	0,06	0,61	-0,30	0,12
Görsel eşdeğerlik skalası (GES)				
GES-1	-0,35	0,006	-0,67	<0.0001
GES-2	-0,25	0,05	-0,59	0,001
GES-3	-0,42	0,001	-0,57	0,002

Buna göre hastaların daha iyi gören gözlerinin logMAR görme keskinliği ile NEI-VFQ-25 anketinin GG, YA, UA, GBSF, GBRS, RG, PG, TT alt ölçekleri ve GES-1 ve GES-3 arasında anlamlı düzeyde korelasyonlar gözlemlendi. Daha iyi gören gözlerde görme keskinliği azaldıkça NEI-VFQ-25 anketinin GG, YA, UA, GBSF, GBRS, RG, PG, TT alt ölçeklerinin skorlarının ve GES-1 ve GES-3 değerlerinin azaldığı görüldü. Daha iyi gören gözlerin logMAR görme keskinliği ile NEI-VFQ-25 GBSF ve RG alt ölçekleri arasındaki korelasyonların iyi, NEI-VFQ-25 GG, YA, UA, GBRS, GBRK, PG, TS alt ölçekleri arasındaki korelasyonların orta ve NEI-VFQ-25 GS, GA, GBBB, AK alt ölçekleri arasındaki korelasyonların düşük dereceli olduğu

görüldü. Daha iyi gören gözlerin logMAR görme keskinliği ile SF-36 FF, RK-F, RK-D, SF, BA, MS, E/C, GSA, FB ve MB alt ölçekleri arasındaki korelasyonların düşük dereceli olduğu görüldü. Daha iyi gören gözlerin logMAR görme keskinliği ile GES-1 ve GES-3 değerleri arasındaki korelasyonların orta dereceli idi.

Yine daha kötü gören gözlerinin logMAR görme keskinliği ile NEI-VFQ-25 anketinin GG, YA, UA, GBSF, GBRK, GBBB, AK, RG, PG, TS ve SF-36 anketinin FF, RK-F, RK-D alt ölçekleri ile GES-1, GES-2 ve GES-2 arasında anlamlı düzeyde korelasyonlar gözlemlendi. Daha kötü gören gözlerde görme keskinliği azaldıkça NEI-VFQ-25 anketinin GG, YA, UA, GBSF, GBRK, GBBB, AK, RG, PG, TS ve SF-36 FF, RK-F, RK-D alt ölçeklerinin skorlarının ve GES-1, GES-2 ve GES-3 değerlerinin azaldığı görüldü. Daha kötü gören gözlerin logMAR görme keskinliği ile NEI-VFQ-25 YA, UA, GBSF, GBRK, AK, PG, TS alt ölçekleri arasındaki korelasyonların iyi, NEI-VFQ-25 GS, GG, GA, GBRS, GBBB, RG alt ölçekleri arasındaki korelasyonların orta dereceli olduğu görüldü. Daha kötü gören gözlerin logMAR görme keskinliği ile SF-36 FF, RK-F, RK-D, SF, FB, MB alt ölçekleri arasında gözlenen korelasyonların orta, BA, MS, E/C, GSA alt ölçekleri arasında gözlenen korelasyonların düşük ve GES-1, GES-2 ve GES-3 değerleri arasındaki korelasyonların iyi dereceli olduğu saptandı.

NEI-VFQ-25 ve SF-36 alt ölçek ve GES değerlerinin lineer regresyon analizi

Tek değişkenli analizde anlamlılık saptanan NEI-VFQ-25 ve SF-36 alt ölçekleri ve GES değerleri enter lineer regresyon analizinde incelendi (Tablo 51)

Tablo 51: Tek değişkenli analizde anlamlılık saptanan NEI-VFQ-25 ve SF-36 alt ölçekleri ve GES değerleri enter lineer regresyon analizi

(Tabloda bağımsız değişkenlerde adı geçen gruplar tekli analiz tablolarında belirtildiği şekilde alınmıştır).

Alt ölçek	Adjusted R ²	p	Parametre	Standardize beta	p
NEI-VFQ-25					
GG: Genel görme	0.37	0.001	Eğitim durumu	AD	AD
			Daha iyi gören gözün görme keskinliği- <i>Grup 1 grup 3'e göre</i>	0.65	<0.001
GA: Göz ağrısı	0,13	0,02	Eğitim durumu	AD	AD
YA: Yakın aktiviteler	AD	AD	Yaş grubu	AD	AD
			Eğitim durumu	AD	AD
			Daha iyi gören gözün görme keskinliği	AD	AD
			Daha kötü gören gözün görme keskinliği	AD	AD
UA: Uzak aktiviteler	0,42	0,04	Yaş grubu	AD	AD
			Daha iyi gören gözün görme keskinliği	AD	AD
			Daha kötü gören gözün görme keskinliği	AD	AD
Görmeye bağlı					
GBSF: Sosyal fonksiyon	AD	AD	Eğitim durumu	AD	AD
			Daha iyi gören gözün görme keskinliği	AD	AD
			Daha kötü gören gözün görme keskinliği	AD	AD

GBRS: Ruhsal sağlık	0,24	0,008	Eğitim durumu-Grup 1 grup 5'e göre	-0,29	0,04
			Eğitim durumu-Grup 2 grup 5'e göre	-0,39	0,04
			Behçet üveiti aktivitesi	AD	AD
			Behçet üveiti şiddeti-Grup 1 grup3'e göre	0,27	0,04
GBRK: Rol kısıtlamaları	0,27	0,006	Daha iyi gören gözün görme keskinliği-Grup 1 grup 3'e göre	0,45	0,02
			Daha iyi gören gözün görme keskinliği-Grup 1 grup 3'e göre	0,46	0,07
G BBB: Başkalarına bağımlılık	0,22	0,008	Eğitim durumu-Grup 1 grup 5'e göre	0,45	0,003
			Behçet üveiti şiddeti	AD	AD
Renkli görme	0,57	<0,001	Daha iyi gören gözün görme keskinliği-Grup 1 grup 3'e göre	0,78	0,001
Periferik görme	0,12	0,09	Daha iyi gören gözün görme keskinliği-Grup 1 grup 3'e göre	0,42	0,003
Toplam skor	0,41	<0,001	Eğitim durumu-Grup 2 grup 5'e göre	0,40	0,02
			Daha iyi gören gözün görme keskinliği-Grup 1 grup 3'e göre	0,61	<0,001
SF-36					
FF: Fiziksel fonksiyon	0,13	0,02	Eğitim durumu-Grup 1 grup 5'e göre	0,33	0,03
			Eğitim durumu-Grup 2 grup 5'e göre	0,59	0,002

RK-F: Rol kısıtlaması-fiziksel	0,14	0,02	Eğitim durumu-Grup 1 grup 5'e göre	0,47	0,003
			Eğitim durumu-Grup 2 grup 5'e göre	0,45	0,01
RK-D: Rol kısıtlaması-duygusal	0,23	0,004	Cinsiyet	AD	AD
			Eğitim durumu 1, 5'e göre	0,28	0,007
SF: Sosyal fonksiyon	0,17	0,01	Eğitim durumu-Grup 1 grup 5'e göre	0,47	0,003
			Eğitim durumu-Grup 3 grup 5'e göre	0,35	0,02
GSA: Genel sağlık algısı	AD	AD	Değerlendirme anında kullanılan	AD	AD
			immünmodülatuar tedavi		
MB: Mental boyut	0,20	0,005	Eğitim durumu-Grup 1 grup 5'e göre	0,48	0,002
			Eğitim durumu-Grup 2 grup 5'e göre	0,48	0,03
			Eğitim durumu-Grup 3 grup 5'e göre	0,43	0,006
Görsel eşdeğerlik skalası (GES)					
GES-1	0,35	<0,001	Daha iyi gören gözün görme keskinliği- Grup 1 grup 3'e göre	0,62	<0,001
			Behçet üveiti şiddeti	AD	AD
GES-2	0,16	0,002	Daha iyi gören gözün görme keskinliği- Grup 1 grup 3'e göre	0,47	0,001
GES-3	0,43	0,001	Cinsiyet	AD	AD
			Eğitim durumu-Grup 2 grup 5'e göre	0,51	0,007
			Lateralite	AD	AD
			Daha iyi gören gözün görme keskinliği-	0,59	<0,001

Grup 1 grup 3'e göre
Behçet üveiti şiddeti

AD

AD

AD: anlamlı değil

V. TARTIŞMA

Bu çalışmada Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Uvea birimince takip ve tedavisi sürdürülen 51 Behçet üveitli hastanın görme ve genel sağlığa bağlı yaşam kalitesi NEI-VFQ-25 ve SF-36 anketleri kullanılarak değerlendirilmiştir. Türkçe çevirileri olduğundan ve daha önce geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapıldığından bu anketler tercih edilmiştir. Çalışmanın girişinde diğer oküler hastalıklarda görme ve genel sağlığa bağlı yaşam kalitesinin değerlendirilmesi ile ilgili literatüre geniş olarak yer verilmiştir (1-11). Literatürde üveit hastalarında görme ve genel sağlığa bağlı yaşam kalitesinin değerlendirildiği iki çalışma bulunmaktadır (5,79). Bizim bilgimize göre literatürde Behçet üveitli hastalarda görme ve/veya genel sağlığa bağlı yaşam kalitesinin değerlendiren ve bizim bulgularımızı birebir karşılaştırabileceğimiz bir çalışma bulunmamaktadır.

Çalışmaya dahil edilen 51 Behçet üveitli hastanın demografik ve klinik özellikleri literatür ile uyumluluk göstermektedir (13, 22, 41, 48). Çalışmaya dahil edilen hastaların 32'si (%62.7) erkek ve 19'u (%37.3) kadın olup hastaların ortalama göz tutulumu yaşı 30.1 ± 8.8 yıl (14-49 yıl) olarak saptanmıştır. Değerlendirme anında ortalama BH süresi 7.0 ± 6.1 yıl, ortalama BH'a bağlı üveit süresi 5.9 ± 4.7 ve ortalama takip süresi 6.5 ± 5.1 yıl olarak hesaplanmıştır. Yine literatür ile uyumlu olarak hastaların 14'ünde (%27.5) unilateral ve 37'sinde (%72.5) bilateral tutulum gözlenmiştir. Üveit tiplerinin dağılımı ise gözlerin %12.5'inde ön üveit, %4.5'inde arka üveit ve %82.9'unda panüveit şeklinde bulunmuştur.

Çalışmaya dahil edilen hastaların eğitim düzeyleri incelendiğinde hastaların %7.8'inin okur yazar olmayan, %35.3'ünün ilkokul, %9.8'inin ortaokul, %29.4'ünün lise ve %17.6'sının üniversite mezunu olduğu anlaşılmıştır. Üveitli hastalarda görme ve/veya genel sağlığa bağlı yaşam kalitesinin değerlendirildiği Schiffman ve arkadaşlarının çalışmasında değerlendirilmeye alınan hastaların %71'inin üniversite mezunu olduğu belirtilmiştir (5). Aynı çalışmada ek parametre olarak çalışma durumu (iş sahibi / işsiz / emekli) ve yıllık gelir de değerlendirilmiştir. Ancak bizim çalışmamızda yıllık gelir anket kapsamına alınmamıştır. Bizim çalışmamıza alınan hastaların yarısından fazlasının ortaokul veya altında bir eğitim düzeyine sahip olduğu görülmektedir.

Çalışmaya dahil edilen hastaların BH şiddeti Krause ve arkadaşlarının tanımladığı Behçet hastalığı total şiddet skorlaması esas alınarak yapıldığında hastaların %15'inin orta ve geri kalan %84.3'ünün şiddetli BH grubunda yer aldığı gözlenmiştir. BH'a bağlı üveiti şiddeti sınıflaması ise kendimizin belirlemiş olduğu kriterlere göre yapılmış ve hastaların %9.8'inin hafif, %29.4'ünün orta ve %60.7'sinin ağır Behçet üveitine sahip olduğu gözlenmiştir. Buna göre çalışmamıza dahil edilen hastaların çoğunluğunun ağır BH ve BH'a bağlı üveiti olduğu anlaşılmıştır.

Yine BH'a bağlı üveitin şiddetinin bir göstergesi olarak takip süresi içinde gözlenen bulgular değerlendirildiğinde gözlerin %3.49'unda hipopiyon, %40.7'sinde retinal vaskülit, %87.21'inde vitritis, %59.3'ünde retinit, %29.07'sinde papillit, %41.86'sında kistoid maküla ödemi takip süresinin herhangi bir anında saptanmıştır. Yine hastaların %72.5'inin en az bir gözünde yapısal komplikasyon gözlenmiştir.

Hastaların görme keskinlikleri incelendiğinde ise hiçbir hastada legal körlük olmadığı ve gözlerin ancak %14'7'sinde görmede bozulma (logMAR 0.4 ve daha kötü) (75) olduğu saptanmıştır. Yine görme keskinlikleri daha iyi ve daha kötü gören gözler olarak gruplandırılıp alt gruplara ayrıldığında gözlerin büyük çoğunluğunun 0.3 veya daha iyi logMAR görme keskinliğine sahip olduğu anlaşılmıştır (daha iyi gören gözlerin %95.1'i ve daha kötü gören gözlerin %63'ü). Yukarıda belirttiğimiz aksine BH'a bağlı üveit şiddeti ağırlıklı olarak orta ve ağır grubunda yer alırken hastaların görme keskinliklerinin korunmuş olması BH üveiti aktivitesi ve kullanılan tedavinin etkinliği ile açıklanabilmektedir. Behçet üveiti aktivitesi açısından değerlendirme yapıldığında bu görüşümüzü destekler şekilde hastaların sadece %15.7'sinin aktif ve geri kalanının inaktif veya remisyonda olduğu görülmüştür. Yine takip süresi içinde ilaç kullanımı değerlendirildiğinde hastaların sadece %27.5'inin sadece kolşisin aldığı veya hiç sistemik immünmodülatuar ilaç kullanmadığı görülmüştür. Değerlendirme anında kullanılan immünmodülatuar tedavi incelendiğinde ise hastaların %29.4 gibi yüksek bir oranının IFN- α 2a ve %19.6'sının antimetabolit tedavi altında olduğu anlaşılmıştır. Kliniğimizde yapılan uygulamada IFN- α 2a konvansiyonel immünmodülatuar tedaviye dirençli Behçet üveiti olan hastalara uygulanmaktadır.

NEI-VFQ-25 ve SF-36 anketlerinin değerlendirilmesi sonucu NEI-VFQ-25 genel sağlık alt ölçeği ve SF-36 alt ölçek skorlarının NEI-VFQ-25'in görme ile ilişkili alt ölçek skorlarına göre daha düşük olduğu anlaşılmıştır. Bu verilere dayanarak BH'a bağlı üveiti olan hastaların görmeye bağlı yaşam kalitelerinden daha çok genel sağlığa bağlı yaşam kalitesi kavramlarının etkilendiği sonucu ortaya çıkmaktadır.

BH süresi, BH'a bağlı üveit süresi, BH şiddet skorlaması ve yapısal komplikasyon varlığına göre NEI-VFQ-25 ve SF-36 anketlerinin alt ölçek skorları ve GES değerleri arasında anlamlı fark olmadığı görülmüştür. Yani yukarıda belirtilen parametreler bu hasta grubunda görme ve genel sağlığa bağlı yaşam kalitesinde fark yaratmamaktadır.

Öte yandan yaş grubu, eğitim durumu, daha iyi ve daha kötü gören gözlerin görme keskinliği, Behçet üveiti aktivitesi ve Behçet üveiti şiddetine göre NEI-VFQ-25 anketinin alt ölçek skorları arasında anlamlı farklar olduğu gözlenmiştir. Bununla birlikte sadece cinsiyet, eğitim durumu ve değerlendirilme anında kullanılan immünomodülatuar tedavinin SF-36 anketinin alt ölçek skorlarında anlamlı farklılık yarattığı anlaşılmıştır. Yani yukarıda belirtilen parametreler çalışmamızda yer alan hastaların görme ve genel sağlığa bağlı yaşam kalitesinde fark oluşturmaktadır. GES skorlarında ise cinsiyet, eğitim durumu, lateralite, daha iyi gören gözlerin görme keskinliği ve Behçet üveiti şiddetine göre anlamlı farklılıklar saptanmıştır.

Yaş grubu 16-30 arası ile 31 yaş ve üstü olan hastalar arasında NEI-VFQ-25 YA ve UA alt ölçekleri arasında anlamlı fark gözlenmiştir. Değerlendirme anında yaşı daha büyük olan hastaların bu alt skorlarının daha düşük olduğu anlaşılmıştır.

Kadınlarda erkeklere göre SF-36 RK-D alt ölçek skoru anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Bu durumun BH'a bağlı üveitten ziyade kadın hastaların eğitim düzeylerinin daha düşük ve buna bağlı olarak sosyal yaşamda daha az rol almaları ve eve bağımlı bir yaşam sürmeleri ile ilişkili olabileceği kanısındayız.

Eğitim durumuna göre ise, eğitim düzeyi daha yüksek olanlar ile düşük eğitim düzeyine sahip veya okur yazar olmayanlar arasında NEI-VFQ-25 GG, GA, YA, GBSF, GBRS, GBRK, GBBB, TS ve SF-36 FF, RK-F, RK-D, SF ve MB alt ölçek ve GES-3 skorları anlamlı olarak fark göstermiştir. Eğitim düzeyi arttıkça anlamlı fark saptanan alt ölçek skorlarında ve GES-3 değerinde olumlu yönde

değişim meydana geldiği anlaşılmaktadır. Bu durumun eğitimli bireylerin daha bilinçli olarak takip ve tedavi arayışı içinde olmaları yanı sıra eğitim düzeyi arttıkça sosyal yaşamda daha aktif rol almaları ve artmış gelir ve konfor düzeyi ile ilişkili olabileceği kanısındayız.

Unilateral tutuluma sahip hastaların bilateral tutuluma sahip hastalara göre GES-3 değerlerinin anlamlı olarak yüksek olduğu gözlenmiştir. Ancak sonuçlara bakıldığında anlamlılık düzeyine ulaşmasa da GES-1 ve GES-2 değerlerinin de unilateral tutulumu olan hastalarda daha iyi olduğu görülmüştür.

Görme keskinliği daha iyi olan gözlere göre NEI-VFQ-25 alt ölçek skorları ile GES değerleri karşılaştırıldığında NEI-VFQ-25 GG, YA, UA, GBSF, GBRK, RG, PG, TS alt ölçek skorları ve GES-1, GES-2, GES-3 değerlerinde anlamlı fark olduğu gözlenmiştir. Görme keskinliği arttıkça anlamlı fark bulunan NEI-VFQ-25 alt ölçek ve GES skorlarının anlamlı olarak arttığı anlaşılmıştır. Aynı şekilde görme keskinliği daha kötü olan gözlere göre NEI-VFQ-25 alt ölçek skorları karşılaştırıldığında NEI-VFQ-25 YA, UA ve GBSF alt ölçeğinde anlamlı fark olduğu görülmüş ve görme keskinliği arttıkça NEI-VFQ-25 YA, UA ve GBSF skorlarının anlamlı olarak arttığı gözlenmiştir. Bu verilere dayanarak Behçet üveitli hastaların görme keskinliği düzeylerinin NEI-VFQ- 25'in çok sayıda alt ölçeğinde görme düzeyini temsil edecek şekilde fark yarattığı sonucuna varılmıştır.

Behçet üveiti aktivitesi baz alındığında aktif, inaktif ve remisyonda olan hastalar arasında NEI-VFQ-25 anketinin GBRS alt ölçeğinde anlamlı fark olduğu görülmüştür. Değerlendirme anında üveiti aktif olan bireylerin görmeye bağlı ruhsal sağlık alt ölçeğinde anlamlı olarak düşme olması üveitin aktivitesinin özellikle hastaların ruhsal sağlıklarını etkilediğini göstermektedir.

Behçet üveiti şiddeti parametresine göre hastalar hafif, orta ve ağır üveitli olarak sınıflandırıldığında NEI-VFQ-25 GBRS, GBBB alt ölçekleri ile GES-1 ve GES-3 skorları arasında anlamlı fark olduğu görülmüştür. Ağır üveiti olanların orta ve hafif üveitli hastalara göre görmeye bağlı ruhsal sağlıklarının daha bozuk ve başkalarına bağımlılıklarının daha fazla olduğu, yine bu bireylerin genel ve yakın görmelerini GES'inde anlamlı olarak düşük skorladıkları anlaşılmıştır.

Değerlendirme anında antimetabolit ve IFN- α 2a kullanan bireyler arasında SF-36 GSA alt ölçeğinde anlamlı fark gözlenmiştir. IFN- α 2a kullanan hastaların

genel sağlık algılarının antimetabolit kullanan gruba göre daha iyi olması biyolojik bir ajan olan interferonun üveitin yanı sıra hastalığın ekstraoküler bulguları üzerine de daha etkili olmuş olabilməsi ile açıklanabileceği görüşündeyiz. IFN- α 2a kullanımı ile literatürde yüksek sıklıkta yan etkiler bildirilmiştir (64). Bunlar arasında otoantikör oluşumu, tiroid hormon bozuklukları, ağır depresyon ve lökopeni sayılabilir. Kötter ve arkadaşlarının serisinde hastaların %40'ında lökopeni, %8'inde depresyon %4'ünde tiroidit ve %22'inde otoantikör gelişimi rapor edilmiştir (64). Ancak kliniğimizde uygulanan interferon α -2a tedavi protokolü Kötter ve arkadaşlarının uyguladığı protokole göre doz ve kullanım sıklığı açısından fark göstermektedir (64). Kötter ve arkadaşları tedaviye daha yüksek (6 milyon ünite) ve daha sık kullanım ile başlamakta ve üveitin klinik gidişine göre doz azaltımına ve yükseltmesine gitmektedir. Uvea birimimizce uygulanan tedavi protokolünde ise IFN- α 2a 3 milyon ünite dozunda ve haftada 3 kez sıklığında uygulanmakta ve üveitin kontrol edilememesi durumunda doz artırımına gidilmektedir. Bu uygulama ile ilacın olası yan etkilerinden korunma amaçlanmaktadır.

Beklendiğı halde BH şiddet skoru ile SF-36 alt ölçekleri arasında anlamlı korelasyon gözlenmemiştir. Öte yandan BH şiddeti skoru ile NEI-VFQ-25 anketinin GBSF ve GBRK alt ölçekleri arasında orta dereceli korelasyon saptanmıştır. Yani BH şiddeti arttıkça hastaların görmeye bağılı sosyal fonksiyon ve rol kısıtlılıkları olumsuz yönde etkilendiğı gözlenmiştir. Tüm hastaların üveiti olması ve bu skorun hesaplanmasında göz tutulumu da puanlanmaya katıldığından böyle bir korelasyon saptanmış olabileceğı görüşündeyiz. Korelasyon analizinde hastaların daha iyi gören gözlerinin logMAR görme keskinliğı ile NEI-VFQ-25 anketinin GG, YA, UA, GBSF, GBRS, RG, PG, TS alt ölçekleri ile GES-1 ve GES-3 arasında anlamlı düzeyde korelasyonlar gözlenmiştir. Yine daha kötü gören gözlerinin logMAR görme keskinliğı ile NEI-VFQ-25 anketinin GG, YA, UA, GBSF, GBRK, GBBB, AK, RG, PG, TS ve SF-36 anketinin FF, RK-F, RK-D alt ölçekleri ile GES-1, GES-2 ve GES-3 arasında anlamlı düzeyde korelasyonlar ortaya çıkmıştır. Görme keskinliğı ile NEI-VFQ-25 alt ölçek ve GES skorları arasında korelasyon olması beklenen bir sonuç olmakla birlikte kötü gören gözün görme keskinliğı ile SF-36 FF, RK-F ve RK-D arasında korelasyon saptanması görmenin kötüleşmesi ile birlikte genel sağlığa bağılı yaşam kalitesinin de etkilenmesi yönünde değerlendirilmiştir.

Tekli analizlerde anlamlılık saptanan NEI-VFQ-25 ve SF-36 alt ölçekleri anlamlılık yaratan parametre(ler) kullanılarak enter lineer regresyon modellerinin oluşturulması ile çoklu analizlerde incelenmiştir. NEI-VFQ-25 alt ölçeklerinin incelendiği modellerin en iyisinde tekli analizlerde anlamlılık yaratan parametre veya parametrelerin anlamlılığın %57'sini açıklayabildiği gözlenmiştir. SF-36 alt ölçeklerinin incelendiği modellerin en iyisinde ise anlamlılık yaratan parametre veya parametrelerin anlamlılığın en fazla %23'ünü açıklayabildiği anlaşılmıştır. Çoklu analiz sonuçları her iki anketin alt ölçek parametrelerinin bizim değerlendirmeye aldığımız parametreler dışında başka faktörlerden de etkilendiğini düşündürmektedir. Burada değerlendirme şansına sahip olmadığımız emosyonel ve psikolojik faktörlerin de anket sonuçları üzerinde etkili olma ihtimalleri söz konusudur.

Birebir karşılaştırma şansına sahip olmamamıza karşın literatürde yer alan iki çalışmanın sonuçları şu şekildedir. Schiffman ve arkadaşlarının çalışmasına dahil edilen 76 üveit (13 ön, 17 intermedyer, 26 arka, 20 panüveit) hastasında NEI-VFQ-25 toplam skoru ve FB ve MB ile ilişkili SF-36 skorları normal erişkinlerden oluşan referans grubuna göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Çoklu analizde görme keskinliği, çift taraflı tutulum, tedaviye duyarlılık, çalışma durumu, FB ve MB skorları, NEI-VFQ-25 toplam skoruyla anlamlı derecede ilişkili bulunmuştur. Regresyon analizi modellerinde ise NEI-VFQ-25 skorlarının FB skorlarına %7 MB skorlarına ise %16 oranında ek katkı sağladığı anlaşılmıştır.

Bilateral tutulumu olanlarda AK, GBRG skorları tek gözü tutulanlara göre daha düşük bulunmuştur. Arka üveiti ve panüveiti olan hastalarda GS, YA, PG ve GBBB skorları ön üveiti olanlara göre daha düşük bulunmuştur. Arka ve panüveitli hastalarda ayrıca RG, GBRG ve toplam skorları sınırda düşük bulunmuştur. Aktif hastalığı olanlarda GG, YA, UA, RG, GBSF, GBRS ve toplam skorları inaktif hastalığı olanlardan daha düşük bulunmuştur, ayrıca aktiflerde AK skorları sınırda düşük bulunmuştur. Oküler sekeli olan hastalarda GS, GG, GBSF ve toplam skorları sekeli olmayanlara göre anlamlı derecede düşük olarak saptanmış, AK, GBRG ve GBRS skorları sınırda düşük bulunmuştur. Sistemik tutulumu olanlarda GS, PG, GBRG, GBSF skorları sadece göz tutulumu olanlardan daha düşük saptanmıştır (5).

VCM-1 adlı başka bir görmeye bağlı yaşam kalitesi ölçeği ve SF-36' nın birlikte intermedyer üveitli hastalarda kullanıldığı diğer bir çalışmada ise görme

keskinliği düştükçe VCM-1 anketinde görmeyle ilgili yanıtların da bozulduğu ve bunun SF-36 MB ve FB skorları ile korele olduğu saptanmıştır (79).

Çalışmamızın zayıf noktalarının hasta sayısının nispeten düşük olması ve sağlıklı kontrol grubunun olmaması olduğu düşüncesindeyiz. Anketin alt ölçek skorlarında anlamlılık düzeyine ulaşmayan farklılıkların daha fazla sayıda hastanın değeriendirilmesiyle anlamlılık düzeyine ulaşabileceği kanısındayız. Yine; BH'na bağlı üveiti olan hastaların görme ve genel sağlığa bağlı yaşam kalitelerinin üveite neden olan diğer sistemik hastalıklar (ankilozan spondilit gibi) ile karşılaştırılmasının yapıldığı bir çalışmanın da üveitli hastaların görme ve genel sağlığa bağlı yaşam kalitelerinin anlaşılmasında faydalı olabileceğini düşünmekteyiz.

VI. SONUÇLAR

1. Behçet hastalığına bağlı üveiti olan hastalarda görme ve genel sağlığa bağlı yaşam kalitesi değerlendirildiğinde hastaların genel sağlığa bağlı yaşam kalitelerinin görmeye bağlı yaşam kalitelerine göre daha düşük olduğu anlaşılmıştır.
2. NEI-VFQ-25 anketi alt ölçek skorları temel olarak yaş grubu, eğitim durumu, daha iyi ve daha kötü gören gözlerin görme keskinliği, Behçet üveiti aktivitesi ve şiddetinden etkilenmiştir.
3. SF-36 anketi alt ölçek skorları cinsiyet, eğitim durumu ve değerlendirilme anında kullanılan immünomodülatuar tedaviden etkilenmiştir.
4. GES alt ölçek skorları cinsiyet, eğitim durumu, lateralite, GK daha iyi olan gözler ve Behçet üveiti şiddetinden etkilenmiştir.
5. NEI-VFQ-25, SF-36 anketleri ve GES alt ölçek skorlarının çoklu analizler ile değerlendirilmesi yapıldığında incelenen parametreler haricinde başka faktörlerin de alt ölçek skorları üzerinde etkili olabileceği görülmüştür.

VII. KAYNAKLAR

1. Clemons T, Chew E, Bressler S, Mc Bee W. National Eye Institute Visual Functioning Questionnaire in the Age related eye disease study(AREDS):AREDS Report No:10. Arch Ophthalmol. 2003;121:211-217.
2. Klein R, Moss S, Klein B, Gutierrez P, Mangione P. The NEI-VFQ-25 in people with long term type 1 diabetes mellitus. Arch Ophthalmol. 2001; 119: 733-740.
3. Gutierrez P, Wilson R, Johnson C, Gordon M, Cioffi G, Ritch R, Sherwood M, Meng K, Mangione C. Influence of glaucomatous visual field loss on health related quality of life. Arch Ophthalmol.1997; 115: 777-784.
4. Daniels A, Liu G, Volpe N, Galetta S, Moster M. Profiles of obesity, weight gain, and quality of life in idiopathic intracranial hypertension (pseudotumor cerebri). Am J Ophthalmol. 2007;143: 635-641.
5. Schiffman R, Jacobsen G, Whitcup S. Visual functioning and general health status in patients with uveitis. Arch Ophthalmol. 2001; 119: 841-849.
6. Deramo VA, Cox TA, Syed AB, Lee PP, Fekrat S. Vision-related quality of life in people with central retinal vein occlusion using the 25-item National Eye Institute Visual Function Questionnaire. Arch Ophthalmol. 2003; 121: 1297-1302.
7. Lee PP, Whitcup SM, Hays RD, Spritzer K, Javitt J. The relationship between visual acuity and functioning and well-being among diabetics. Qual Life Res. 1995; 4: 319-323.
8. Mangione CM, Phillips RS, Lawrence MG, Seddon JM, Orav EJ, Goldman L. Improved visual function and attenuation of declines in health-related quality of life after cataract extraction. Arch Ophthalmol. 1994; 112: 1419-1425.
9. Parrish, RK. Visual impairment, visual functioning, and quality of life assessments in patients with glaucoma. Trans Am Ophthalmol Soc. 1996; 94: 919-1028.
10. Musch DC, Farjo AA, Meyer RF, Waldo MN, Janz NK. Assessment of health-related quality of life after corneal transplantation. Am J Ophthalmol. 1997; 124: 1-8.
11. COMS Quality of Life Study Group. Quality of life assessment in the Collaborative Ocular Melanoma Study: design and methods: COMS-QOLS report No. 1. Ophthalmic Epidemiol. 1999; 6: 5-17.
12. Tugal-Tutkun I, Onal S, Altan-Yaycioglu R, Altunbas HH, Urgancioglu M. Uveitis in Behçet's disease: an analysis of 880 cases. Am J Ophthalmol. 2004; 138: 373-380.
13. Toprak AB, Eser E, Güler C, Baser FE. Cross validation of the Turkish version of the 25-Item National Eye Institute Visual Functioning Questionnaire(NEI-VFQ-25). Ophthalmic epidemiology. 2005; 12: 259-269.
14. Koçyigit H, Aydemir Ö, Fisek G, Ölmez N, Memis A. Kısa Form-36 (KF-36)'nın Türkçe versiyonunun Güvenilirliği ve Geçerliliği. İlaç ve Tedavi Dergisi 1999; 12: 102-106.
15. Ferrans CE, Zerwic JJ, Wilbur JE, Larson JL. Conceptual model of health-related quality of life. Journal of Nursing Scholarship. 2005; 37: 336-342.
16. Ware JE, Gandek B. Overview of the SF-36 Health Survey and the International Quality of Life. J Clin Epidemiol. 1998; 51: 903-912.

17. Mangione CM, Lee PP, Gutierrez PR, Spritzer K, Berry S, Hays RD. National eye institute visual function questionnaire field test investigators. Development of the 25-Item national eye institute visual function questionnaire. *Arch Ophthalmol*. 2001; 119: 1050-1058.
18. Mangione CM, Berry S, Spritzer K, Janz NK, Klein R, Owsley C, Lee PP. Identifying the Content Area for the 51-Item National Eye Institute Visual Function Questionnaire. *Arch Ophthalmol*. 1998; 116: 227-233.
19. Mangione CM, Lee PP, Pitts J, Gutierrez P, Berry S. Psychometric Properties of the National Eye Institute Visual Function Questionnaire (NEI-VFQ). *Arch Ophthalmol*. 1998; 116: 1496-1504.
20. Behçet H. Über rezidivierende aphthose, durch ein Virus verursachte Geschwüre am Mund, am Auge und an den Genitalien. *Derm Wochenschr*. 1937; 36: 1152-1157.
21. Üstün C. A famous Turkish dermatologist, Dr. Hulusi Behçet. *Eur J Dermatol*. 2002; 12: 469-470.
22. Evereklioglu C. Current Concepts in the Etiology and Treatment of Behçet Disease. *Surv Ophthalmol*. 2005; 50: 297-350.
23. Azizlerli G, Köse AA, Sarıca R, Gül A, Tuğal Tutkun İ, Kulaç M, Tunç R, Urgancıoğlu M, Dişçi R. Prevalence of Behçet's Disease in İstanbul, Turkey. *International Journal of Dermatology*. 2003; 42: 803-806.
24. Onder M, Gurer MA. The multiple faces of Behçet's disease and its aetiological factors. *J Eur Acad Dermatol Venereal*. 2001; 15: 126-136. .
25. Yazici H, Tüzün Y, Pazarlı H, Yurdakul S, Ozyazgan Y, Ozdogan S, Serdaroglu S, Ersanlı M, Ülkü BY, Müftüoğlu AU. Influence of age of onset and patient's sex on the prevalence and severity of manifestations of Behçet's syndrome. *Ann Rheum Dis*. 1984; 43: 783-784.
26. Gül A, Uyar FA, Inanc M, Öcal L, Tugal-Tutkun I, Aral O, Koniçe M, Saruhan-Direskeneli. Lack of association of HLA-B-51 with a severe disease course in Behçet's disease. *Rheumatology*. 2001; 40: 668-672.
27. Otaibi LM, Porter SR, Poate T. Behçet's Disease: A review. *J Dent Res*. 2005; 84: 209-222.
28. Direskeneli, H. Behçet's Disease: Infectious aetiology, new autoantigens, and HLA-B51. *Ann Rheum Dis*. 2001; 60: 996-1002.
29. Lamb JR, Young DB. T cell recognition of stress proteins. A link between infectious and autoimmune disease. *Mol Biol Med*. 1990; 7: 311-321.
30. Ergun T, Ince U, Eksioğlu-Demiralp E, Direskeneli H, Gürbüz O, Gürses L, Aker. Expression of 60 kD heat shock protein in mucocutaneous lesions in Behçet's disease. *J Am Acad Dermatol*. 2001; 45: 904-909.
31. Lehner T, Lavery E, Smith R, van der Zee R, Mizushima Y, Shinnick P. Association between the 65-kilodalton heat shock protein, *Streptococcus sanguis* and the corresponding antibodies in Behçet's syndrome. *Infect Immun*. 1991; 53: 1434-1445. .
32. Yamashira N, Kaneoka H, Kaneko S. Role of gamma-T lymphocytes in the development of Behçet's disease. *Clin Exp Immun*. 1997; 107: 241-247.
33. Hasan A, Fortune F, Wilson A, Warr K, Shinnick T, Mizushima Y, van der Zee R, Stanford MR, Sanderson J, Lehner T. Role of gamma-T cell in the pathogenesis and diagnosis of Behçet's disease. *Lancet*. 1996; 347: 789-794.
34. Kontogiannis V, Powell RJ. Behçet's disease. *Postgrad. Med. J*. 2000; 76: 629-637.

35. Hirohata S, Kikuchi H. Behcet's disease. *Arthritis Res Ther.* 2003; 5: 139-146.
36. M., Borlu. Behçet hastalığında etyopatogenez. *Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2007; 16: 63-72.
37. Ghate JV, Jorizzo JL, Salem W. Behçet's Disease and complex aphthosis . *Dermatology.* 1999; 40: 1-12.
38. Soy M, Erken E, Konca K, Özbek S. Smoking and Behçet's disease. *Clin Rheumatol.* 2000; 19:508–509.
39. Gürler A, Boyvat A, Tursen U. Clinical manifestations of Behçet's disease: an analysis of 2147 patients. *Yonsei Med J.* 1997; 38: 423–427.
40. Ramsay A, Lightman S. Hypopyon uveitis. *Surv Ophthalmol.* 2001; 46: 1–18.
41. Harper SL, Chorich LJ, Foster CS. Adamantiades- Behçet disease. In: Foster CS, Vitale AT, eds. *Diagnosis and treatment of uveitis.* Philadelphia PA: Saunders, 2002: 632-652.
42. Sheu SJ, Yang CA. Macular hole in Behcet's disease. *Kaohsiung J Med Sci.* 2004; 20: 558–562.
43. Yalvac IS, Sungur G, Turhan E. Trabeculectomy with mitomycin-C in uveitic glaucoma associated with Behcet's disease. *J Glaucoma.* 2004; 13: 450–453.
44. Elgin U, Berker N, Batman A. Incidence of secondary glaucoma in Behcet's disease. *J Glaucoma.* 2004; 13: 441–444.
45. Lee LA. Behcet's disease. *Semin Cutan Med Surg.* 2001; 20: 53–57.
46. Evereklioglu C. Managing the symptoms of Behcet's disease. *Expert Opin Pharmacother.* 2004; 5: 317–328.
47. Kaklamani VG, Kaklamani PG. Treatment of Behçet's disease – An update. *Seminars in Arthritis and Rheumatism.* 2001; 30: 299-312.
48. Harper SL, Chorich LJ, Foster CS. Principles of diagnosis and therapy. In: Foster CS, Vitale AT, eds. *Diagnosis and treatment of uveitis.* Philadelphia PA: Saunders, 2002: 79-103.
49. Kuzu MA, Ozaslan C, Koksoy C. Vascular involvement in Behçet's disease. *World J Surg.* 1994; 18: 948-954.
50. Akar H, Konuralp C, Akpolat T. Cardiovascular involvement in Behçet's disease. *Anadolu Kardiyol Derg.* 2003; 3: 261-265.
51. Yurdakul S, Tuzuner N, Yurdakul I. Gastrointestinal involvement in Behçet's syndrome: A controlled study. *Ann Rheum Dis.* 1996; 55: 208-210.
52. Evereklioglu C, Er H, Turkoz Y, Cekmen M. Serum levels of TNF- α , sIL-2R, IL-6, and IL-8 are increased and associated with elevated lipid peroxidation in patients with Behcet's disease. *Mediators Inflamm.* 2002; 11: 87–93.
53. Aygündüz M, Bavbek N, Öztürk M. Serum beta 2-microglobulin reflects disease activity in Behcet's disease. *Rheumatol Int.* 2002; 22: 5–8.
54. Accardo-Palumbo A, Triolo G, Carbone MC. Polymorphonuclear leukocyte myeloperoxidase levels in patients with Behçet's disease. *Clin Exp Rheumatol.* 2000; 18: 495–498.
55. Toker E., Kazokoglu H., Acar N. High dose intravenous steroid therapy for severe posterior segment uveitis in Behçet's disease. *Br. J.Ophthalmol.* 2002; 86: 521–523.
56. Nussenblatt RB, Whitcup SM, Palestine AG. Behçet's disease. *Uveitis: Fundamentals and Clinical practice*, 2 nd ed. St. Louis, Mosby, 1996, 334-353.
57. Yazici H, Pazarli H, Barnes CG. A controlled trial of azathioprine in Behçet's syndrome. *New Engl J Med.* 1990; 322: 281–285.

58. Yazici H., Ozyazgan Y. Medical management of Behçet's syndrome. *Dev. Ophthalmol.* 1999; 31: 118–131.
59. Özdal PC, Ortaç S, Taskintuna I, Fırat E. Long-term therapy with low dose cyclosporine A in ocular Behçet's disease. *Doc Ophthalmol.* 2002; 105: 301–312.
60. Kötter I, Günaydin I, Batra M, Vonthein R, Stübiger N, Fierlbeck G, Melms A. CNS involvement occurs more frequently inpatients with Behçet's disease under cyclosporine A (CSA) than under other medications-results of a retrospective analysis of 117 cases. *Clin. Rheumatol.* 2006; 25: 482–486.
61. Fırat T, Kazokoğlu H. Immunosuppressive treatment in Behçet's disease. In: *Behçet's disease. Istanbul: Excerpta Medica*, 1977:279-281.
62. Ozyazgan Y, Yurdakul S, Yazıcı H. Low dose cyclosporin A versus pulsed cyclophosphamide in Behçet's syndrome: A single masked trial. *Br J Ophthalmol.* 1992; 76: 241- 243.
63. Mudun BA, Ergen A, İpcioglu SU, Burumcek EY, Durlu Y, Arslan MO. Short-term chlorambucil for refractory uveitis in Behcet's disease. *Ocul Immunol Inflamm.* 2001;9:219-229.
64. Kotter I, Zierhut M, Eckstein AK. Human recombinant interferon alfa-2a for the treatment of Behcet's disease with sight threatening posterior or panuveitis. *Br J Ophthalmol.* 2003; 431: 423–428.
65. Bodaghi B, Gendron G, Wechsler B, Terrada C, Cassoux N, Le ThiHuong D, Lemaitre C, Fardeau C, LeHoang P, Piette J.C. Efficacy of interferon alpha in the treatment of refractory and sightthreatening uveitis: a retrospective monocentric study of 45 patients. *Br J Ophthalmol.* 2007; 91: 335–339.
66. Gueudry J, Wechsler B, Terrada C, Gendron G, Cassoux N, Fardeau C, Lehoang P, Piette JC, Bodaghi B. Long-term efficacy and safety of low-dose interferon alpha2a therapy in severe uveitis associated with Behçet disease. *Am J Ophthalmol.* 2008;146:837-844.
67. Sfrikakis PP, Kaklamanis PH, Elezoglou A, Katsilambros N. Infliximab for recurrent, sight-threatening ocular inflammation in Adamantiades-Behçet disease. *Ann. Intern. Med.* 2004; 14: 404–406.
68. Tugal-Tutkun I, Mudun A, Urgancioglu M, Kamali S, Kasapoglu E, Inanc M, Gül A. Efficacy of infliximab in the treatment of uveitis that is resistant to treatment with the combination of azathioprine, cyclosporine, and corticosteroids in Behçet's disease. *Arthritis Rheum.* 2005; 52: 2478–2484.
69. Abu El-Asrar A.M., Abboud E.B., Aldibhi H., Al-Arfaj A. Long-term safety and efficacy of infliximab therapy in refractory uveitis due to Behcet's disease. *Int. Ophthalmol.* 2005; 26: 83–92.
70. Deuter C, Kötter I, Wallace G, Murray P, Stübiger N, Zierhut M. Behçet's disease: Ocular effects and treatment. *Progress in Retinal and Eye Research.* 2008; 27: 111-116.
71. Uğuz F, Dursun R, Kaya N, Çilli A. Behçet hastalarında ruhsal belirtiler ve yaşam kalitesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi.* 2006; 7: 133-139.
72. Bodur H, Borman P, Özdemir Y, Atan Ç, Kural G. Quality of life and life satisfaction in patients with Behcet's disease: Relationship with disease activity. *Clin Rheumatol.* 2006; 25: 329-333.
73. Tanrıverdi N, Taşkintuna İ, Dürü Ç, Özdal P, Ortaç S, Fırat E. Health related quality of life in Behcet's patients with ocular involvement. *Jpn J Ophthalmol.* 2003; 47: 85-92.

74. Süt N, Seyahi E, Yurdakul S, Şenocak M, Yazıcı H. A cost analysis of Behçet's syndrome in Turkey. *Rheumatology*. 2007; 46: 678-682.
75. Jabs DA, Nussenblatt RB, Rosenbaum JT. Standardization of Uveitis Nomenclature (SUN) Working Group. Standardization of uveitis nomenclature for reporting clinical data. Results of the First International Workshop. *Am J Ophthalmol* 2005;140:509 –516.
76. Chylack LT, Leske M. Cristina, McCarthy D, Khu P, Kashiwagi T, Sperduto R. Lens Opacities Classification System 2 (LOCS 2) . *Arch Ophthalmol*. 1989; 107: 991-997.
77. Krause I, Mader R, Sulkes J. Behçet's disease in Israel: the influence of ethnic origin on disease expression and severity. *J Rheumatol*. 2001; 28: 1033-1036.
78. Mangione, CM. Version 2000 The National Eye Institute 25- Item Visual Function Questionnaire. NEI-VFQ-25 Scoring algoritm- August 2000.
79. Murphy CC, Hughes EH, Frost NA, Dick AD,. Quality of life and visual function in patients with intermediate üveitis. *Br J Ophthalmol*. 2005; 89: 1161-1165.
80. Toprak AB, Eser E, Güler C. Görme ile ilgili sağlıkta yaşam kalitesi ölçekleri ile Ulusal Göz Hastalıkları Enstitüsü Görme İşlevi Ölçeğinin (NEI-VFQ) Türkçe çevirisi. *Türk Oftalmoloji Gazetesi* 2005;35:453-459.
81. Behçet's Disease Research Committee of Japan: Behçet's disease: Guide to diagnosis of Behçet's Disease. *Jpn J Ophthalmol*. 1974; 18: 291- 294.
82. International Study Group for Behçet's Disease: Criteria for diagnosis of Behçet's Disease. *Lancet*. 1990; 335: 1078- 1080.

VIII. EKLER

EK-1

HASTA BİLGİLENDİRME FORMU

ÇALIŞMANIN ADI: Behçet üveitli olgularda görme ile ilişkili yaşam kalitesinin Ulusal Göz Hastalıkları Enstitüsü Görme Ölçeği (NEI-VFQ 25) ile değerlendirilmesi

Behçet hastalığı Türkiye’de sık görülen bir hastalıktır. Tanı aldıktan sonra devamlı takip ve tedavi gerektirir. Behçet hastalığı sistemik bulgularla birlikte göz tutulumuyla da seyredebilen ve körlükle sonuçlanabilecek komplikasyonlara yol açabilecek bir hastalıktır. Behçet hastalığı olanlar göz tutulumu olsun veya olmasın yılda birkaç kez göz kontrolüne gelmelidirler. Behçet hastalığının göz bulguları gözde kızarıklık, ağrı, görmede çeşitli derecelerde azalma olabilir. Behçet hastalığı göz tutulumu yapmadan da sistemik bulgular nedeniyle yaşam kalitesini düşürebilir. Bu çalışmada Behçet hastalığının günlük yaşam aktivitelerinizi ve yaşam kalitenizi yerine getirmenizdeki etkisi araştırılacaktır. Bu amaçla size iki adet anket uygulanacak ve rutin klinik muayeneniz yapılacaktır.

Çalışma için sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Çalışmaya katılanların ismi saklı tutulacaktır. Çalışma sonucu hakkında isterseniz bilgi edinebileceksiniz.

EK-2

HASTA ONAY FORMU

ÇALIŞMANIN ADI: Behçet üveitli olgularda görme ile ilişkili yaşam kalitesinin Ulusal Göz Hastalıkları Enstitüsü Görme Ölçeği (NEI-VFQ 25) ile değerlendirilmesi

Araştırma hakkında verilmesi gereken hasta bilgilendirme formunu okudum. İstedğim zaman çalışmayı bırakma hakkına sahip olduğumu biliyorum. Kendi isteğimle hiçbir baskı altında kalmadan çalışmaya katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün
Adı Soyadı:

Araştırmacının
Adı Soyadı:

EK-3

BEHÇET HASTALIĞI GÖZ TUTULUMU HASTA TAKİP FORMU

Adı / Soyadı:

Behçet No:

Tel:

Tarih:

Cinsiyet:

Yaş:

Göz Tutulumu başlangıç yaşı:

Behçet Hastalığı Süresi:

Eğitim Durumu: İlk Orta Lise Üniversite

Takip Süresi:

Muayene:

Sağ

Sol

Görme (Snellen):

Görme (ETDRS):

Logmar:

Biyomikroskop:

Siliyer enjeksiyon:

Keratik presipite:

Ön kamara hücresi ve derecesi:

Hypopiyon:

Posterior sineşı

Katarakt:

Kortikal :

Nükleer :

PSK:

Ön vitrede hücre:

GİB:

Fundus:

Vitrit:

Retinal hemoraji:

Retinal Vaskülit:

Perivasküler eksudasyon:

Gliotik-fibrotik:

Retinit:

Papillit:

Optik atrofi:

ERM:

Makula ödemi:

Üveit Tipi:

Önüveit:

Arka Üveit:

Panüveit:

Özellikli bulgular:

Sağ

Sol

Hypopyon:

Retinal vaskülit:

Vitritis:

Retinit:

Papillit:

Makula Ödemi:

Extraoküler Bulgular:
Reküren oral aft:

Geçmiş

Şimdiki

Genital ülser:

Psödofolikülit:

Eritema nodosum:

Artralji:

Artrit:

Tromboflebit:

Nöro-Behçet:

Aktivite:

Aktif

İnaktif

Remisyon

İnaktif veya remisyonunda ise en son atak tarihi:

Komplikasyonlar:

Sağ

Sol

Göz içi basınç artışı:

Glokom:

NVE / NVD:

Retina Dekolmanı:

Maküler dejenerasyon:

End stage hastalık:

Retinal ven dal tıkanıklığı:

Maküla deliği:

İntravitreal kanama:

Ftisis bulbi:

Retina yırtığı:

İriste NV:

Geçirdiği ameliyatlar
Katarakt Operasyonu:
Tipi

SAĞ

SOL

Glokom:
Tipi

PPV:
Tipi

Dekolman:
Tipi

Siklokriyoterapi:

Retinal fotokoagülasyon:

Şu an kullanılan ilaç Süresi ve Dozu:

Topikal steroid

Sikloplejik

Sistemik Steroid

Perioküler enjeksiyon:

İmmunsupresif:

Kolşisin:

Metotreksat:

Mikofenolat mofetil(cell cept):

Azatioprin(Imuran):

Siklosporin(Sandimmun):

Siklofosfamid(Endoksan):

IFN-alfa 2a (Roferon A):

İnfliksımab(Remicade):

Etanercept(Embrel):

Adalimumab (Humira):

Geçmişte kullanılan ilaç Süresi ve Dozu:

Sistemik Steroid

Perioküler enjeksiyon:

İmmunsupresif:

Kolşisin:

Metotreksat:

Mikofenolat mofetil(cell cept):

Azatioprin(Imuran):

Siklosporin(Sandimmun):

Siklofosfamid(Endoksan):

IFN-alfa 2a (Roferon A):

Infliksimab(Remicade):

Etanercept(Embrel):

Adalimumab (Humira):

Ek sistemik hastalık:

Tbc:

DM:

HT:

Diğer:

EK-4

25 Sorulu Görme İşlevi Anketi

1. BÖLÜM - GENEL SAĞLIK VE GÖRME

1. Genel olarak, tüm sağlığını nasıl değerlendirirsiniz?

(Birini daire içine alın)

- Mükemmel 1
Çok iyi..... 2
İyi..... 3
Orta..... 4
Kötü..... 5

2. Şu anda her iki gözünüzle baktığınızda, eğer kullanıyorsanız gözlük ya da kontakt lenslerinizle de olsa, görmenizin, mükemmel, iyi, orta, kötü, veya çok kötü olduğunu mu söylersiniz yoksa tamamen kör müsünüz?

(Birini daire içine alın)

- Mükemmel 1
Çok iyi..... 2
İyi..... 3
Orta..... 4
Kötü..... 5

3. Ne sıklıkla görmemiz ile ilgili endişe duyuyorsunuz?

(Birini daire içine alın)

- Hiç bir zaman..... 1
Nadiren..... 2
Bazen..... 3
Çoğu zaman 4
Her zaman? 5

4. Gözünüzde ve çevresinde ne kadar ağrı ya da rahatsızlık hissi, örneğin yanma, kaşıntı, veya sızlama oluyor?

(Birini daire içine alın)

- Hiç 1
Hafif..... 2
Orta..... 3
Şiddetli, veya..... 4
Çok şiddetli?..... 5

3. BÖLÜM - FAALİYETLERLE İLGİLİ ZORLUKLAR

Bundan sonraki sorular, belirli faaliyetleri yaparken, eğer varsa gözlük ya da kontakt lenslerinizi takıyor olsanız da, ne kadar zorluk çektiğinizle ilgilidir.

5. Başlıklar dışındaki gazete yazılarını okumak sizin için ne kadar zor?

(Birini daire içine alın)

- Hiç zor değil 1
Biraz zor 2
Orta derecede zor..... 3
Çok zor 4
Görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım 5
Bunu yapmayı görme dışındaki
başka nedenlerden bıraktım
veya bu konuyla ilgilenmiyorum 6

6. Yemek pişirme, dikiş dikme, evdeki tamirat işleri ya da el aletlerini kullanma gibi yakından iyi görmenizi gerektirecek işleri veya boş zaman uğraşlarınızı yapmak sizin için ne kadar zor?

(Birini daire içine alın)

- Hiç zor değil 1
Biraz zor 2
Orta derecede zor..... 3
Çok zor 4
Görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım 5
Bunu yapmayı görme dışındaki
başka nedenlerden bıraktım
veya bu konuyla ilgilenmiyorum 6

7. Görmeniz nedeniyle, kalabalık bir raftan aradığınız bir şeyi bulmak sizin için ne kadar zor?

(Birini daire içine alın)

- Hiç zor değil 1
Biraz zor 2
Orta derecede zor..... 3
Çok zor 4
Görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım 5
Bunu yapmayı görme dışındaki
başka nedenlerden bıraktım
veya bu konuyla ilgilenmiyorum 6

8. Sokak isimlerini ya da mağaza tabelalarını okumak sizin için ne kadar zor?

(Birini daire içine alın)

- Hiç zor değil 1
Biraz zor 2
Orta derecede zor..... 3
Çok zor 4
Görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım 5
Bunu yapmayı görme dışındaki
başka nedenlerden bıraktım
veya bu konuyla ilgilenmiyorum 6

9. Görmeniz nedeniyle loş ışıktaki ya da geceleri , basamak, merdiven veya kaldırımlardan aşağı inmek sizin için ne kadar zor?

(Birini daire içine alın)

- Hiç zor değil 1
Biraz zor 2
Orta derecede zor..... 3
Çok zor 4
Görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım 5
Bunu yapmayı görme dışındaki
başka nedenlerden bıraktım
veya bu konuyla ilgilenmiyorum 6

10. Görmeniz nedeniyle, yürürken çevrenizdeki şeyleri fark etmek sizin için ne kadar zor?

(Birini daire içine alın)

- Hiç zor değil 1
Biraz zor 2
Orta derecede zor..... 3
Çok zor 4
Görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım 5
Bunu yapmayı görme dışındaki
başka nedenlerden bıraktım
veya bu konuyla ilgilenmiyorum 6

11. Görmeniz nedeniyle, söylediğiniz sözlere insanların nasıl tepki verdiklerini görebilmek sizin için ne kadar zor?

(Birini daire içine alın)

- Hiç zor değil 1
Biraz zor 2
Orta derecede zor..... 3
Çok zor 4
Görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım 5
Bunu yapmayı görme dışındaki
başka nedenlerden bıraktım
veya bu konuyla ilgilenmiyorum 6

12. Görmeniz nedeniyle, kendi giysilerinizi seçmek ve birbirine uydurmak, sizin için ne kadar zor?

(Birini daire içine alın)

- Hiç zor değil 1
Biraz zor 2
Orta derecede zor..... 3
Çok zor 4
Görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım 5
Bunu yapmayı görme dışındaki
başka nedenlerden bıraktım
veya bu konuyla ilgilenmiyorum 6

13. Görmeniz nedeniyle, insanlarla evlerinde, arkadaş toplantılarında ya da lokantada görüşmek, sizin için ne kadar zor?

(Birini daire içine alın)

- Hiç zor değil 1
Biraz zor 2
Orta derecede zor..... 3
Çok zor 4
Görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım 5
Bunu yapmayı görme dışındaki
başka nedenlerden bıraktım
veya bu konuyla ilgilenmiyorum 6

14. Görmeniz nedeniyle, sinema, tiyatro ya da spor karşılaşmalarını seyretmeye gitmek, sizin için ne kadar zor?

(Birini daire içine alın)

- Hiç zor değil 1
Biraz zor 2
Orta derecede zor..... 3
Çok zor 4
Görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım 5
Bunu yapmayı görme dışındaki
başka nedenlerden bıraktım
veya bu konuyla ilgilenmiyorum 6

15. Şu anda, arada bir de olsa hiç araba kullanıyor musunuz?

(Birini daire içine alın)

Evet 1 Soru 15c'ye gidiniz

Hayır 2

15a. EĞER HAYIR İSE: Hiç mi araba kullanmadınız yoksa araba kullanmayı mı bıraktınız?

(Birini daire içine alın)

Hiç kullanmadım 1 3. Bölüm, 17. Soruya gidiniz

Bıraktım 2

15b. EĞER ARABA KULLANMAYI BIRAKTIYSANIZ: Bırakışınız, temelde görmenize mi, başka nedenlere mi yoksa hem görmenize hem başka nedenlere mi bağlıydı?

(Birini daire içine alın)

Temelde görmeme bağlı 1 3. Bölüm, 17. Soruya gidiniz

Temelde başka

nedenlere bağlı 2 3. Bölüm, 17. Soruya gidiniz

Hem görme hem

başka nedenlere bağlı 3 3. Bölüm, 17. Soruya gidiniz

15c. EĞER ŞU ANDA ARABA KULLANIYORSANIZ: Alıştığınız yerlerde gündüz araba kullanmak sizin için ne kadar zor?

(Birini daire içine alın)

Hiç zor değil 1

Biraz zor 2

Orta derecede zor..... 3

Çok zor 4

16. Geceleri araba kullanmak sizin için ne kadar zor?

(Birini daire içine alın)

- Hiç zor değil 1
- Biraz zor 2
- Orta derecede zor..... 3
- Çok zor 4
- Görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım 5
- Bunu yapmayı görme dışındaki
başka nedenlerden bıraktım
veya bu konuyla ilgilenmiyorum 6

**16a. Zor durumlarda, örneğin, kötü hava koşullarında, yoğun saatlerde,
otoyolda ya da şehir içi trafiğinde araba kullanmak sizin için ne kadar zor?**

(Birini daire içine alın)

- Hiç zor değil 1
- Biraz zor 2
- Orta derecede zor..... 3
- Çok zor 4
- Görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım 5
- Bunu yapmayı görme dışındaki
başka nedenlerden bıraktım
veya bu konuyla ilgilenmiyorum 6

3. BÖLÜM - GÖRME SORUNLARININ SONUÇLARI

Aşağıdaki sorular, yaptığınız şeylerin görmenizden nasıl etkilenmiş olabileceği hakkındadır. Her bir durumun, sizin için, her zaman, çoğu zaman, bazen, nadiren, veya hiçbir zaman doğru olup olmadığını gösteren sayıyı daire içine alınız.

(Her bir soru için yalnızca bir sayıyı daire içine alın)

	Her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
17. Görmeniz nedeniyle, <u>hedeflediğinizden</u> <u>daha azını mı</u> <u>başarıyorsunuz?</u>	1	2	3	4	5
18. Görmeniz nedeniyle iş ya da başka etkinlik için harcayabileceğiniz süre <u>daha mı az?</u>	1	2	3	4	5
19. <u>Gözlerinizde veya çevresindeki</u> ağrı ya da rahatsızlık hissi, örneğin, yanma, kaşınma, veya ağrı, sizi yapmak istediğinizden, ne kadar alıkoyuyor?.....	1	2	3	4	5

Aşağıdaki her bir ifadenin sizin için, kesinlikle doğru, çoğunlukla doğru, çoğunlukla yanlış veya kesinlikle yanlış mı olduğunu ya da kararsız kaldığınızı gösteren sayıyı daire içine alınız.

(Her bir soru için yalnızca bir sayıyı daire içine alın)

	Kesinlikle doğru	Çoğunlukla doğru	Kararsızım	Çoğunlukla yanlış	Kesinlikle yanlış
20. Görmem nedeniyle, <u>çoğu zaman evden dışarı</u> <u>çıkamıyorum</u>	1	2	3	4	5
21. Görmem nedeniyle, çoğu zaman kendimi <u>sinirli</u> hissediyorum...	1	2	3	4	5
22. Görmem nedeniyle, yaptığım işlere <u>daha</u> <u>az hakim olabiliyorum</u> ...	1	2	3	4	5
23. Görmem nedeniyle, <u>başka insanların</u> <u>söylediklerine daha fazla</u> <u>bel bağlamak</u> <u>zorundayım</u>	1	2	3	4	5
24. Görmem nedeniyle, başkalarının <u>yardıma çok fazla</u> <u>ihtiyaç duyuyorum</u>	1	2	3	4	5
25. Görmem nedeniyle, <u>kendimi ya da başkalarını</u> <u>utandıracak şeyler</u> <u>yapmaktan</u> endişe duyuyorum....	1	2	3	4	5

Seçmeli İlave Sorular Eki

ALT-ÖLÇEK: GENEL SAĞLIK

A1. Sıfırın ölüm kadar kötü ve 10'nun mümkün olan en iyi sağlık durumu olduğu bir ölçekte genel sağlığını nasıl değerlendirirsiniz?

(Birini daire içine alın)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

En Kötü

En İyi

ALT-ÖLÇEK: GENEL GÖRME

A2. Sıfırın, körlük ya da körlük kadar, olabilecek en kötü görme, ve 10'nun mümkün olan en iyi görme anlamına geldiği bir ölçekte, görmenizi nasıl değerlendirirsiniz (eğer kullanıyorsanız, gözlük ya da kontak lenslerinizle)?

(Birini daire içine alın)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

En Kötü

En İyi

ALT-ÖLÇEK: YAKIN GÖRME

A3. Gözlüklerinizle telefon rehberini, ilaç şişesi üzerindeki ya da resmi evraklardaki küçük yazıları okumak sizin için ne kadar zor?

(Birini daire içine alın)

Hiç zor değil 1

Biraz zor 2

Orta derecede zor..... 3

Çok zor 4

Görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım 5

Bunu yapmayı görme dışındaki

başka nedenlerden bıraktım

veya bu konuyla ilgilenmiyorum 6

A4. Görmeniz nedeniyle, aldığınız fiş veya faturaların doğruluğunu anlamak sizin için ne kadar zor?

(Birini daire içine alın)

- Hiç zor değil 1
Biraz zor 2
Orta derecede zor..... 3
Çok zor 4
Görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım 5
Bunu yapmayı görme dışındaki
başka nedenlerden bıraktım
veya bu konuyla ilgilenmiyorum 6

A5. Görmeniz nedeniyle, traş olma, saçınıza şekil verme, veya makyaj yapma gibi işleri yapmak sizin için ne kadar zor?

(Birini daire içine alın)

- Hiç zor değil 1
Biraz zor 2
Orta derecede zor..... 3
Çok zor 4
Görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım 5
Bunu yapmayı görme dışındaki
başka nedenlerden bıraktım
veya bu konuyla ilgilenmiyorum 6

ALT ÖLÇEK: UZAK GÖRME

A6. Görmeniz nedeniyle tanıdığınız kişileri bir odanın karşı tarafındayken seçmek sizin için ne kadar zor?

(Birini daire içine alın)

- Hiç zor değil 1
Biraz zor 2
Orta derecede zor..... 3
Çok zor 4
Görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım 5
Bunu yapmayı görme dışındaki
başka nedenlerden bıraktım
veya bu konuyla ilgilenmiyorum 6

A7. Görmeniz nedeniyle, yapmaktan hoşlandığınız aktif sporları, veya diğer açık hava etkinliklerini yapmak (hafif koşu, yürüyüş, futbol oynamak, bisiklete binmek gibi) sizin için ne kadar zor?

(Birini daire içine alın)

- Hiç zor değil 1
Biraz zor 2
Orta derecede zor..... 3
Çok zor 4
Görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım 5
Bunu yapmayı görme dışındaki
başka nedenlerden bıraktım
veya bu konuyla ilgilenmiyorum 6

A8. Görmeniz nedeniyle, televizyon programlarını keyif alarak seyretmek sizin için ne kadar zor?

(Birini daire içine alın)

- Hiç zor değil 1
Biraz zor 2
Orta derecede zor..... 3
Çok zor 4
Görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım 5
Bunu yapmayı görme dışındaki
başka nedenlerden bıraktım
veya bu konuyla ilgilenmiyorum 6

ALT-ÖLÇEK: SOSYAL FONKSİYON

A9. Görmeniz nedeniyle, evinizde ailenizi ve arkadaşlarınızı ağırlamak sizin için ne kadar zor?

(Birini daire içine alın)

- Hiç zor değil 1
Biraz zor 2
Orta derecede zor..... 3
Çok zor 4
Görmem nedeniyle bunu yapmayı bıraktım 5
Bunu yapmayı görme dışındaki
başka nedenlerden bıraktım
veya bu konuyla ilgilenmiyorum 6

ALT-ÖLÇEK: ARABA KULLANMA

A10. [Bu madde, “zor durumlarda araba kullanma”, madde 16a olarak, 25 soruluk temel serinin bir parçası olarak dahil edilmiştir.]

ALT-ÖLÇEK: ROL KISITLANMASI

A11. Aşağıdaki sorular, görmenize bağlı olarak yapabileceğiniz şeylerle ilgilidir. Her bir durumun sizin için, çoğunlukla, bazen, nadiren ya da hiçbir zaman, doğru olup olmadığını gösteren sayıyı işaretleyiniz.

(Her bir soru için yalnızca bir sayıyı daire içine alın)

**Her zaman Çoğunlukla Bazen Nadiren Hiçbir
zaman**

**a. Görmeniz nedeniyle,
başkalarından daha
fazla mı yardım**

alıyorsunuz?.....

1 2 3 4 5

**b. Görmeniz nedeniyle,
yapabileceğiniz işlerin
çeşitleri azalıyor mu?...**

1 2 3 4 5

ALT ÖLÇEKLER: ESENLIK/SIKINTI (#A12) ve BAGIMLILIK (#A13)

Bundan sonraki sorular görme durumunuzla nasıl başa çıktığınızla ilgilidir.

Aşağıdaki her bir ifadenin sizin için, kesinlikle doğru, çoğunlukla doğru,

çoğunlukla yanlış ya da kesinlikle yanlış mı olduğunu ya da kararsız

kaldığınızı gösteren sayıyı daire içine alınız.

(Her bir soru için yalnızca bir sayıyı daire içine alın)

	Kesinlikle	Çoğunlukla	Kararsızım	Çoğunlukla	Kesinlikle
	Doğru	doğru		yanlış	yanlış
A12. Görmem nedeniyle,					
sıklıkla aşırı					
<u>huzursuzum</u>	1	2	3	4	5
A13. Görmem nedeniyle,					
<u>evimden dışarı</u>					
<u>yalnız başıma</u>					
<u>çıkamıyorum</u>	1	2	3	4	5

EK-5

SF 36 YAŞAM KALİTESİ DEĞERLENDİRME SKALASI

1. Genel olarak sağlığınız için aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz ?

- a) Mükemmel (5)
- b) Çok iyi (4)
- c) İyi (3)
- d) Orta (2)
- e) Kötü (1)

2. Bir yıl öncesi ile karşılaştığımızda, şimdi sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz ?

- a) Bir yıl öncesine göre çok daha iyi. (5)
- b) Bir yıl öncesine göre biraz daha iyi. (4)
- c) Bir yıl öncesine göre hemen hemen aynı. (3)
- d) Bir yıl öncesine göre biraz daha kötü. (2)
- e) Bir yıl öncesine göre çok daha kötü. (1)

Aşağıdaki maddeler gün boyunca yaptığınız aktivitelerle ilgilidir. Sağlık durumunuz bu aktiviteleri kısıtlıyormu ? Kısıtlıyorsa ne kadar ?

	Evet, oldukça kısıtlıyor	Evet, biraz kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
3.Koşmak, ağır kaldırmak, ağır sporlara katılmak gibi ağır etkinlikler	(1)	(2)	(3)
4.Bir masayı çekmek, elektrik süpürmesini itmek ve ağır olmayan sporları yapmak gibi orta dereceli etkinlikler	(1)	(2)	(3)
5.Günlük alışverişte alınanları kaldırmak ve taşımak	(1)	(2)	(3)
6.Merdivenle çok sayıda kat çıkmak	(1)	(2)	(3)
7.Merdivenle bir kat çıkmak	(1)	(2)	(3)
8.Eğilmek ve diz çökmek	(1)	(2)	(3)
9.Bir-iki kilometre yürümek	(1)	(2)	(3)
10.Birkaç sokak öteye yürümek	(1)	(2)	(3)
11.Bir sokak öteye yürümek	(1)	(2)	(3)
12.Kendi kendine banyo yapmak ve giyinmek	(1)	(2)	(3)

Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınızın sonucu olarak, işiniz veya diğer günlük aktivitelerinizde, aşağıdaki sorunlardan biriyle karşılaştınız mı ?

	Evet	Hayır
13.İş veya diğer aktiviteler için harcadığınız zamanı azalttınız mı ?	(0)	(1)
14.Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız ?	(0)	(1)
15.İş veya diğer aktivitelerinizde kısıtlanma oldu mu ?	(0)	(1)
16.İş veya diğer aktiviteleri yaparken güçlük çektiniz mi ? (daha fazla çaba gerektirdimi)	(0)	(1)

Son 4 hafta boyunca, duygusal sorunlarınızın (çökkünlük veya kaygı) sonucu olarak işiniz veya diğer günlük aktivitelerinizle ilgili aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı ?

	Evet	Hayır
17.İş veya diğer aktiviteler için harcadığınız zamanı azalttınız mı ?	(0)	(1)
18.Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız ?	(0)	(1)
19.İşinizi veya diğer aktivitelerinizi her zamanki kadar dikkatli yapamıyor muydunuz ?	(0)	(1)

20. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız; aileniz, arkadaşlarınız veya komşularınızla olan sosyal etkinliklerinizi ne kadar etkiledi ?

- a) Hiç etkilemedi (5)
- b) Biraz etkiledi (4)
- c) Orta derecede etkiledi (3)
- d) Oldukça etkiledi (2)
- e) Aşırı etkiledi (1)

21. Son 4 hafta boyunca ne kadar ağrınız oldu ?

- a) Hiç (6)
- b) Çok hafif (5)
- c) hafif (4)
- d) Orta (3)
- e) Şiddetli (2)
- f) Çok şiddetli (1)

22. Son 4 hafta boyunca ağrınız normal işinizi (hem ev hemde ev dışı işlerinizi düşününüz) ne kadar etkiledi ?

- a) Hiç etkilemedi(5)
- b) Biraz etkiledi (4)
- c) Orta derecede etkiledi (3)
- d) Oldukça etkiledi (2)
- e) Aşırı etkiledi (1)

Aşağıdaki sorunlar sizin son 4 hafta boyunca neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için sizin duygularınızı en iyi tarifleyen yanıtı, son 4 haftadaki sıklığını göz önünde bulundurarak seçiniz.

	Her zaman	Çoğu zaman	Oldukça	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
23.Kendinizi yaşam dolu hissettiniz mi ?	(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
24.Çok sinirli bir insan oldunuz mu ?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
25.Sizi hiçbir şeyin neşelendiremeyeceği kadar kendinizi üzgün hissettiniz mi ?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
26.Kendiniz sakin ve uyumlu hissettiniz mi ?	(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
27.Kendinizi enerjik hissettiniz mi ?	(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
28.Kendinizi kederli ve hüzünlü hissettiniz mi ?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
29.Kendinizi tükenmiş hissettiniz mi ?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
30.Kendinizi mutlu hissettiniz mi ?	(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)
31.Kendinizi yorgun hissettiniz mi ?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)

32. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi ne sıklıkta etkiledi ?

- a) Her zaman (1)
- b) Çoğu zaman (2)
- c) Bazen (3)
- d) Nadiren (4)
- e) Hiçbir zaman (5)

Aşğıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru veya yanlıştır ?
Her bir ifade için en uygun olanı işaretleyiniz.

	Kesinlikle doğru	Çoğunlukla doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla yanlış	Kesinlikle yanlış
33.Diğer insanlardan biraz daha kolay hastalanıyor gibiyim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
34.Tanıdığım diğer insanlar kadar sağlıklıyım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
35.Sağlığımın kötüye gideceğini düşünüyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
36.Sağlığım mükemmel.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

EK-6

GÖRSEL EŞDEĞERLİK SKALASI

1.Kullandığınız görme düzeltme yöntemi ile (gözlük, kontakt lens veya hiçbirşey gibi) şu an sahip olduğunuz genel görme keskinliğinizi 0-100 e kadar skala üzerinde işaretleyin

0 ----- 100
Çok kötü Mükemmel

2.Kullandığınız görme düzeltme yöntemi ile (gözlük, kontakt lens veya hiçbirşey gibi) şu an sahip olduğunuz uzak görme keskinliğinizi 0-100 e kadar skala üzerinde işaretleyin

0 ----- 100
Çok kötü Mükemmel

3. Kullandığınız görme düzeltme yöntemi ile (gözlük, kontakt lens veya hiçbirşey gibi) şu an sahip olduğunuz yakın görme keskinliğinizi 0-100 e kadar skala üzerinde işaretleyin

0 ----- 100
Çok kötü Mükemmel

