



T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

BEHÇET HASTALARINDA HASTALIK ALGISININ YAŞAM
KALİTESİNE ETKİSİ

AYŞEGÜL DARK
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI
Yard. Doç. Dr. AYŞE YILDIZ

İSTANBUL - 2016



T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**BEHÇET HASTALARINDA HASTALIK ALGISININ YAŞAM
KALİTESİNE ETKİSİ**

AYŞEGÜL DARK
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI
Yard. Doç. Dr. AYŞE YILDIZ

İSTANBUL - 2016

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Öğrencisi Ayşegül DARK tarafından hazırlanan
” *Behçet Hastalarında Hastalık Algısının Yaşam Kalitesine Etkisi* ” konulu çalışması
jürimizce Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi : 04.02.2016

(Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu):

İmzası

Jüri Üyesi : Yrd.Doç.Dr.Ayşe YILDIZ
: Biruni Üniv.(Danışman)



Jüri Üyesi : Yrd.Doç.Dr.Makbule BATMAZ
: Haliç Üniv.



Jüri Üyesi : Yrd.Doç.Dr.Nesrin İLHAN
: Haliç Üniv.



Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun
görölmüş ve Enstitü Yönetim Kurulunun kararıyla kabul edilmiştir.



Prof.Dr.Güneş YAVUZER
Sağlık Bilimleri Ens. Müdürü V.

İNTİHAL RAPORU

Turnitin Orijinallik Raporu

BEHÇET HASTALARINDA HASTALIK ALGISININ YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ
Dark tarafından

Ayşegül  turnitin

tez (tez) den

- 11-Şub-2016 13:53 EET' de işleme konu
- NUMARA: 630682996
- Kelime Sayısı: 25244

Benzerlik Endeksi

%15

Kaynağa göre Benzerlik

Internet Sources:

%12

Yayınlar:

%8

Öğrenci Ödevleri:

%2

I. TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez sürecimde manevi desteğini ve katkısını esirgemeyen,
değerli Hocam Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı Kürsü Başkanı

Prof. Dr. Afet Akdağ Köse'ye,

Tez çalışmam süresince bana büyük bir sabırla rehberlik eden değerli Hocam

Yard. Doç. Dr. Ayşe Yıldız'a

Yüksek lisans eğitimim ve tüm tez sürecim boyunca yanımda olan, bana olan inancını
bir an olsun yitirmeyen, büyük bir sabırla destek veren Sevgili Eşim

Mesut Dark'a,

Beni güçlü kılan, yaşam kaynağım, canlarım, çocuklarım,

Onur ve Yasemin Dark'a

Yol arkadaşım Nurten Solmaz'a

Her zaman yanımda olan canım aileme, sabırları, destekleri ve emekleri için
teşekkür ederim...

Aramızdan ayrıldıkları günden bu yana varlıklarını hep yanımda hissettiğim,
daima özlediğim,

Annem Gülistan ETSATICI ve Babam M. Emin ETSATICI'ya

İthaf ediyorum...

II. İÇİNDEKİLER

	Sayfa
I. TEŞEKKÜR	I
II. İÇİNDEKİLER	II
III. KISALTMA LİSTESİ	V
IV. TABLOLAR DİZİNİ.....	VI
1. ÖZET	1
2. SUMMARY	2
4. GENEL BİLGİLER	6
4.1. Behçet Hastalığı.....	6
4.1.1. Tanım	6
4.1.2. Tarihçesi.....	6
4.1.3. Epidemiyolojisi	7
4.1.4. Etyolojisi ve Patogenezi.....	9
4.1.4.1. Genetik Faktörler	9
4.1.4.2. Çevresel Faktörler (İnfeksiyöz Ajanlar Ve Isı Şok Proteinleri)	9
4.1.4.3. Otoimmünite	10
4.1.5. Histopatoloji.....	11
4.1.6. Klinik Bulgular	11
4.1.6.1. Mukokütanöz Lezyonlar	11
a) Oral Ülserler	11
b) Genital Ülserler	12
c) Deri Bulguları	13
d) Eritema Nodosum Benzeri Lezyonlar	13
e) Papülopüstüler Lezyonlar	14
f) Yüzeyel Tromboflebit	14
g) Ekstragenital Ülser	14
h) Diğer Deri Bulguları.....	15
4.1.6.2. Göz Tutulumu	15
4.1.6.3. Eklem Tutulumu	16
4.1.6.4. Vasküler Tutulum	16
4.1.6.5. Nörolojik Tutulum	17
4.1.6.6. Gastrointestinal Tutulum	18

4.1.6.7. Genitoüriner Sistem Tutulumu	18
4.1.7. Juvenil Behçet Hastalığı	18
4.1.8. Gebelik ve Behçet Hastalığı	18
4.1.9. Paterji Testi	19
4.1.10. Laboratuvar Bulguları	20
4.1.11. Tanı	20
4.1.12. Tedavi	22
4.1.13. Prognoz	23
4.2. Hastalık Algısı	24
a) Hastalığın Kimliği	25
b) Nedensel İnanışlar	25
c) Zamansal İnanışlar	25
d) Kontrol veya Tedavi Hakkındaki İnanışlar	25
e) Sonuçlar	26
4.2.2. Kronik Hastalıklarda Hastalık Algısı	27
4.3. Yaşam Kalitesi	28
4.3.1. Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi	30
4.3.2. Kronik Hastalıklar ve Yaşam Kalitesi	31
5. GEREÇ ve YÖNTEM	35
5.1. Çalışmanın Amacı ve Tipi	35
5.2. Çalışmanın Yeri ve Zamanı	35
5.3. Çalışmanın Evren ve Örneklemi	35
5.4. Veri Toplama Formları ve Verilerin Toplanması	35
a) Sosyodemografik Özellikler ve Hastalık Bilgi Formu	36
b) Behçet Hastalığına Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (BYKÖ) - A Quality of Life Measure Specific to Behcet's Disease (BD-QoL)	36
c) Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ) - Illness Perception Questionnaire (IPQ) ...	37
5.5. Araştırmanın Etik Yönü	40
5.6. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi	40
6. BULGULAR	41
6.1. Behçet Hastalarının Sosyo-Demografik Özellikleri ve Hastalık Bilgi Formu İle İlgili Bulguları	41
6.2. Hastaların HAÖ İle İlgili Bulguları	44
6.3. Behçet Hastalığına Özgü Yaşam Kalitesi (BYKÖ) Ölçeği İle İlgili Bulgular	79

6.4. Behçet Hastalarının Yaşı, Hastalık Yaşı ve Hastalık Süresi İle HAÖ ve BYKÖ Skoru Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular	83
7. TARTIŞMA.....	85
7.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikler ve Hastalık Bilgi Formu İle İlgili Bulgularının Tartışılması	86
7.2. Hastaların Hastalık Algısı (HAÖ) Ölçeği İle İlgili Bulgularının Tartışılması.....	91
7.3. Behçet Hastalığı Yaşam Kalitesi (BYKÖ) Ölçeği İle İlgili Bulguların Tartışılması	99
7.3.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri ve BYKÖ Ölçeği İle İlgili Bulguların Tartışılması	100
7.3.2. Hastaların Behçet Hastalığı Özellikleri ve BYKÖ Ölçeği İle İlgili Bulguların Tartışılması	101
7.4. Behçet Hastalarının Yaşı, Hastalık Yaşı ve Hastalık Süresinin BYKÖ ve HAÖ İle İlişkisine Yönelik Bulguların Tartışılması	103
8. SONUÇ ve ÖNERİLER	105
9. KAYNAKLAR	112
10. EKLER.....	127
EK 1. Gönüllü Onam Formu.....	127
EK 2. Hasta Tanıtım Formu.....	130
EK 3. Behçet Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği (BYKÖ)	134
EK 4. Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ)	135
EK.5: İzin Yazıları	138
11. ETİK KURUL ONAYI.....	141
12. ÖZGEÇMİŞ	142

III. KISALTMA LİSTESİ

Alfabetik sıraya göre dizilmiştir.

A.A.A: Ailesel Akdeniz ateşi

B.H: Behçet hastalığı

BYKÖ: Behçet hastalığı yaşam kalite ölçeği

DYKİ: Dermatolojik Yaşam Kalite İndeksi

E.N.B.L: Eritema nodozum benzeri lezyonlar

F.M: Fibromiyalji

G.Ü: Genital ülser

HAÖ: Hastalık Algısı Ölçeği

HLA: İnsan lökosit antijeni (Human leukocyte antigen)

IPQ: Illness Perception Questionnaire

ISP: Isı Şoku Proteini

MEFV: Ailesel Akdeniz ateşi (Mediterranean Fever)

MIC: MHC sınıf 1 ile ilişkili gen

NSAİİ: Steroid olmayan antiinflamatuvar ilaçlar

OÜ: Oral ülser

PPL: Papülopüstüler lezyonlar

SLE: Sistemik lupus eritematozus

SS: Standart Sapma

TNF- α : Tümör nekroz faktör alfa

IV. TABLOLAR DİZİNİ

Tablo-1: “Uluslararası Çalışma Grubu’nun Behçet Hastalığı Tanı Kriterleri” (International Study Group For Behçet’s Disease, 1990)

Tablo-2: Uluslararası Behçet Hastalığı Kriterleri-Puanlama Sistemi

Puan Skorlama Sistemi: ≥ 4 puan= Behçet Hastalığı Tanısı

Tablo-3: Sosyo- Demografik Özellikler

Tablo-4: Hastalık Özellikleri

Tablo-5: HAÖ Puan Ortalamaları

Tablo-6: Hastaların HAÖ’ye Göre Yaşadıkları Hastalık Belirtilerinin Dağılımı.

Tablo-7: Hastaların Düşündükleri Olası Hastalık Nedenleri

Tablo-8: Hastaların Cinsiyetine Göre HAÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo-9: Hastaların Eğitim Durumuna Göre HAÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo-10: Hastaların Çocuk Varlığı Durumuna Göre HAÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

tablo-11: Hastaların Çalışma Durumuna Göre HAÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo-12: Hastaların Ekonomik Durumuna Göre HAÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo-13: Hastalarda Genital Ülser Varlığına Göre HAÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo-14: Göz Tutulum Durumuna Göre HAÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.

Tablo-15: Eklem Tutulum Durumuna Göre HAÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo-16: Vasküler Tutulum Durumuna Göre HAÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo-17: Nörolojik Tutulum Durumuna Göre HAÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo-18: Diğer Sistem Tutulumu Durumuna Göre Hastaların HAÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo-19: Aile Öyküsü Durumuna Göre Hastaların HAÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo-20: Ek Sistemik Hastalık Durumuna Göre Hastaların HAÖ Puan Karşılaştırılması

Tablo-21: Ek Psikiyatrik Hastalık Durumuna Göre HAÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo-22: Sistemik-Psikiyatrik İlaç Kullanma Durumuna Göre HAÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo-23: Hastalığın Çevresindeki İnsanlarla İlişkisini Etkileme Durumuna Göre HAÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo-24: BYKÖ Puan Ortalamaları

Tablo-25: Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri İle BYKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo-26: Hastaların Behçet Hastalığı Özellikleri İle BYKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo-27: Behçet Hastalarının Yaşı, Hastalık Başlama Yaşı Ve Süresinin BYKÖ ve HAÖ İle İlişkisi

1. ÖZET

Bu çalışma, Behçet hastalarında hastalık algısının yaşam kalitesine etkisinin belirlenmesi amacıyla, İstanbul’ da bir üniversite hastanesinin Behçet polikliniğinde 410 hasta ile yapıldı. Veriler sosyodemografik özellikler ve hastalık bilgi formu, Behçet Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği (BYKÖ) ve Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ) kullanılarak toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde; tanımlayıcı istatistikler, Kruskal-wallis, Mann-whitney U testi ve Spearman Korelasyon analizi kullanıldı. Hastaların yaş ortalaması $38,1 \pm 11,7$ olup, % 59,8’i kadındı. Hastaların % 87,8’inin stres ve endişeyi hastalığının nedeni olarak gördüğü belirlendi. **HAÖ’nin “sonuçlar” alt boyutunda;** kadın, ilk-orta öğretim mezunu, çocuğu olan, çalışmayan, ekonomik durumu yetersiz, ek sistemik ve psikiyatrik hastalığı olan, B.H’nın çevresindeki insanlarla ilişkisini etkilediğini düşünen hastaların, **“hastalığı anlayabilme” alt boyutunda;** üniversite mezunu, çocuğu olmayan, ek psikiyatrik hastalığı olmayan, B.H’nın çevresindeki insanlarla ilişkisini etkilemediğini düşünen hastaların, **“tedavi kontrolü” alt boyutunda;** ekonomik durumu yeterli, üniversite mezunu olan hastaların puan ortalamaları diğer hastalara göre yüksek bulundu. Çalışmada, **BYKÖ puan ortalaması** $11,0 \pm 8,7$ olarak saptandı; kadın, ilk-orta öğretim mezunu, çocuğu olan, çalışmayan, ekonomik durumu yetersiz, ek sistemik ve psikiyatrik hastalığı olan, B.H’nın çevresindeki insanlarla ilişkisini etkilediğini düşünen hastaların BYKÖ puan ortalaması diğer hastalara göre yüksek bulundu. BYKÖ ile HAÖ hastalık belirtileri, süre (akut/kronik), sonuçlar, süre (döngüsel), duygusal temsiller, kişisel atıflar, dış atıflar, yaşam şekli atıfları, kontrol edilemeyen bedensel faktörler ve şans faktörü alt boyutları arasında pozitif zayıf ilişki, tedavi kontrolü ve hastalığı anlayabilme alt boyutu arasında negatif çok zayıf ilişki bulundu. Hastalarda stres ve endişenin öne çıkan unsurlar olduğu, bu unsurların hastaların fiziksel, sosyal ve ruhsal işlevlerini etkileyerek yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilediği sonucu bulundu.

Anahtar Kelimeler: Behçet hastalığı, hastalık algısı, yaşam kalitesi.

2. SUMMARY

The effect of illness perception on quality of life in patients of behçet's disease.

This study was performed with 410 patients who were applied to Behçet's Disease Polyclinic of a University Hospital in İstanbul in order to determine the impact of sociodemographic and the characteristics of the disease and perception of disease on quality of life in Behçet patients. The data was collected by using sociodemographic and disease information form, Behçet's Disease Quality of Life Scale (BDQLS) and Illness Perception Scale (IPS). In the evaluation of the data; descriptive statistics, Kruskal-Wallis Test, Mann-Whitney U Test and Spearman Correlation Analysis were used. The mean age of patients was $38,1 \pm 11,7$ and 59,8 % was female. It was determined that the 87.8% of patients see the stress and anxiety and as the responsible factor of consisting of their disease. Illness Perception Scale (IPS)'s, the mean scores of "results"; of the patients of – women, primary and secondary school graduates, women, who have a child, unemployed, with insufficient economic situation, who have other system involvement, also have an additional systemic and psychiatric disease, and who think that Behçet's disease affects the relationship with the people around; the mean scores of "the understanding of the disease" of the patients of – university graduates, childless, who do not have an additional psychiatric disease; the mean scores of "the control of the therapy" of the patients of - with adequate economic situation, university graduates, was found higher compared to the other patients. In the study, average score of BDQLS was found 11.0 ± 8.7 ; women, primary and secondary school graduates, who have a child, unemployed, with insufficient economic situation, also have an additional systemic and psychiatric disease, and who think that Behçet's disease affects the relationship with the people around, was found higher compared to the other patients. A weak positive relationship was found among BDQLS with IPS symptoms of the disease, duration (acute / chronic), results, time (cyclic), emotional representations, personal references, external references, life style references, uncontrollable physical factors, the underside dimensions of the luck factor and a very weak negative correlation was found between the control of the treatment and the underside dimension of the understanding of the disease. It was found that the stress and anxiety are the featured components of the patients and these

components negatively affect the patients' life quality via their physical and psychological functions.

Key Words: Behçet's Disease, perception of illness, quality of life.

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Behçet hastalığı (B.H) ağız ve genital mukozada ülserlerle seyreden, deri, göz, damarlar ve birçok organı etkileyen, inflamatuvar, otoimmün ve multisistemik bir hastalıktır. Temel patolojisi vaskülit olup, tekrarlayan ataklarla kronik seyirlidir. Nedeni bilinmemektedir (Behçet, 1937; Azizlerli ve ark., 2003; Alpsoy, 2009). Coğrafi yerleşimde en fazla tarihi İpek Yolu üzerinde, Akdeniz ve Uzak Asya ülkelerinde görülür. Başlama yaşı en sık 20-35 yaş aralığında, çocukluk yaşlarında görülme sıklığı düşüktür. Erkeklerde, genç yaşlarda prognoz daha kötüdür. En yüksek hastalık görülme oranının ülkemizde olduğu bildirilmiştir (Azizlerli ve ark., 2003; Önder, 2009).

Behçet hastalığının klinik bulguları; tekrarlayan oral ve genital ülserler, tipik deri-mukoza bulguları, göz, nörolojik-vasküler tutulum ve diğer organ tutulumlarıdır. Sistemik tutulumlar ve klinik bulgular hafif deri yakınmalarından körlüğe, ağır nörolojik bozukluğa ve büyük damar tutulumuna kadar değişen klinik bir seyir gösterir ve sistemik vaskülit olarak sınıflandırılır (Gürler, 1997; Azizlerli ve ark., 2003; Kalayciyan ve Arzuhal, 2005; Alpsoy ve ark., 2007). Hastalarda geçici ve kalıcı fonksiyon bozuklukları ve kayıplarına neden olarak bireyin günlük yaşam aktivitelerinde ve yaşam şeklinde engelliliğe, gerek gelişen komplikasyonlar gerekse tedavide kullanılan steroidler ve immunosupresif ilaçlar nedeni ile de psikiyatrik sorunların yaşanmasına ve yaşam kalitesinin azalmasına neden olabilir (Uğuz ve ark., 2006). Klinik özellikleri nedeniyle yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilen, morbiditeyi artıran Behçet hastalığı, diğer kronik hastalıklarda olduğu gibi hastanın günlük yaşam aktivitelerini ve sosyal hayatını oldukça kısıtlayabilmektedir (Mercan, 2010; Havlucu ve ark., 2011).

Yaşam kalitesi geniş bir kavramdır ve çevresindeki birçok özellikten etkilenir. Bu kavram bireylerin ve toplulukların mutluluk ve iyilik, refah durumlarını vurgulamak için kullanılmıştır (Başaran ve ark., 2005). Yaşam kalitesi kavramını bireyler açısından ele aldığımızda bireyin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, bağımsızlık düzeyi ve sosyal ilişkilerini kapsar ve bu özelliklerden etkilenir.

Kronik hastalıklarda yaşam kalitesini ölçme, belirleme ve değerlendirme amacıyla yapılan çalışmaların arttığı ve dermatoloji alanında da yaşam kalitesi değerlendirme

alışmalarının önemli bir yer edindiği bildirilmiştir (Kılınç ve ark. 2009). Pek çok kronik deri hastalığı, hastaların hem sosyal ilişkilerinde, hem de iş verimlerinde önemli ölçüde sorun yaratan yaşam kalitesi bozukluklarına neden olmaktadır (Aydemir, 2004).

Hastalık algısı kavramı, bireyin yaşamı süresince deneyimlediği hastalıklar ve hastalığını nasıl yorumladığı, hastalığına yüklediği anlamlar, kazanılan bilgiler, duygusal ve davranışsal tepkiler ve geliştirdiği baş etme mekanizmaları ile ilişkilidir. (Küçükbakar, 2011). Bireyin hastalığına verdiği duygusal tepki, tedavi sürecine yanıtını ve uyumunu, tedavi sürecindeki davranışlarını, işbirliğini, değiştirir (Kocaman ve ark., 2007; Aras, 2009). Kronik hastalıklarda bireyler, bağımlı olma endişesi ve öz saygının azalması, işe yaramama kaygısı, geleceğe yönelik plan yapamama, sosyal rol ve etkinliklerin farklılaşması ve kısıtlanması gibi risk faktörleri ile karşı karşıya kalır. Hastalık, bireyin hastalığını algılama durumuna, hastalığın yarattığı zorluklara ve engellere göre denge ve uyumunu bozabilir (Kayacan, 2012; Özdemir, 2013).

Behçet hastalarında, hastalığın neden olduğu komplikasyonlar bireyin işlevsel kapasitesinin azalmasına, günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede yetersizliğe ve sosyal izolasyona yol açarak bireyin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Hastalığın bireylerin yaşamına etkilerinin saptanması, hastalığı nasıl algıladıklarının anlaşılması önem taşımaktadır. Bu alışma, Behçet hastalarında hastalığın yönetimi; bireyi ne düzeyde etkilediği, yaşanılan öncelikli sorunların tespiti ve çözüm yöntemlerinin belirlenmesinde, hastalığı nasıl algıladıkları, hastalık algısının yaşam kalitesine etkisinin tespiti ve yol gösterici olması açısından önemlidir (Arslan, 2003; şenol ve ark., 2010).

Ülkemizde Behçet hastalarında hastalık algısının yaşam kalitesine etkisini inceleyen bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Bu alışma, Behçet hastalarında sosyodemografik ve hastalığa ilişkin özelliklerin ve hastalık algısının yaşam kalitesine etkisinin belirlenmesi amacıyla, tanımlayıcı ve ilişki arayıcı bir çalışma olarak gerçekleştirildi.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Behçet Hastalığı

4.1.1. Tanım

Behçet hastalığı, ilk kez 1937 yılında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Ordinaryüs Profesör Dr. Hulusi Behçet tarafından üç semptomlu bir kompleks (oral aft, genital ülser ve üveit) olarak tanımlanmıştır (Erturan ve ark., 2009). Ağız ve genital mukozada ülserlerle seyreden, deri, göz, damarlar ve birçok organı etkileyen, temel patolojisi vaskülit olan, genetik olarak yatkın bireylerde enfeksiyon ajanları veya diğer çevresel unsurlarla tetiklenen, inflamatuvar, otoimmün ve multisistemik bir hastalıktır. Etyolojisi açıklanamayan B.H., ataklarla kronik bir seyir gösterir (Behçet, 1937; Azizlerli ve ark., 2003; Alpsoy, 2009).

4.1.2. Tarihçesi

Hipokrat M.Ö. 450 yıllarında Behçet hastalığına benzer bulguları tanımlamış, yaygın oral aftları (canker sores) ‘aphtai’ olarak adlandırmıştır (Dilşen, 1997).

Avrupa’da benzer belirtiler 1900’lü yıllarda; ilk olarak Bluthe sonra Remenovski, Planner ve Shigeta tarafından tarif edilmiş ama bu bulguların ya tesadüfen bir arada olduğunu ya da başka enfeksiyonlarla ilgili olabileceğini bildirmişlerdir (Evereklioglu, 2007).

Bu semptomların yeni bir hastalık olduğunu düşünen ve Dünya’ya yeni bir hastalık olarak tanıtan ilk bilim adamı Ord. Prof. Dr. Hulusi Behçet olmuştur. Behçet Hastalığı, uluslararası tıp literatüründe bir Türk doktor tarafından tanımlanan ve onun adı ile anılan ilk ve tek hastalıktır (Behçet, 1937).

Hulusi Behçet ağız ve genital bölgede tekrarlayan ülserleri ve görme bulanıklığı olan ilk hastayı 1924 yılında görmüş ve uzun yıllar takip etmiş, 1930’da ikinci, 1936’da üçüncü hastanın başvurusu ve üç hastada da ortak bulguların olması üzerine ağız ve genital bölgede tekrarlayan ülserler ve göz şikâyetlerinin yeni bir hastalığın semptomları

olduğunu düşünmüştür. Bu düşüncesini 1937’de “*Dermatologische Wochenschrift*” dergisinde yayımlamış, aynı yıl Paris’te dermatoloji toplantısında sunmuştur.

Hulusi Behçet’in bu görüşü 1947 yılında Cenevre’de yapılan “Uluslararası Dermatoloji Kongresi”nde Zürih Tıp Fakültesi’nden Prof. Mischner’in önerisiyle “Morbus Behçet” olarak adlandırılmıştır. Bu tarihten itibaren tüm dünyada hastalık “Üçlü Semptom Kompleksi”, “Triad” gibi isimler yerine “Behçet Sendromu”, “Morbus Behçet” ya da çoğunlukla “Behçet Hastalığı” olarak kabul edilmiştir (Saylan, 1997; Dilşen, 1997; Tüzün, 2005).

Hastalığın tanımlanmasından sonraki dönemde Uluslararası Behçet hastalığı grubu oluşturularak ortak tanı kriterleri belirlenmiştir (Dilşen, 1997; Tüzün, 2005).

4.1.3. Epidemiyolojisi

Behçet hastalığının coğrafik dağılımı, görülme sıklığına göre farklılıklar göstermesine rağmen en sık tarihi İpek Yolu coğrafyasında yerleşim gösteren Akdeniz, Orta Asya ve Uzak Doğu ülkelerinde görülmekte, bu nedenle “İpek Yolu Hastalığı” olarak da anılmaktadır. Bu coğrafyada sık görülmekle beraber, Dünya’nın her yerinde farklı sıklıklarla görülebilmektedir.

Hastalığın en yüksek görülme sıklığının ülkemizde olduğu bilinmektedir (Azizlerli ve ark., 2003). Türkiye 20 - 420 / 100 000 görülme oranı ile B.H.’nın en yaygın olduğu ülkedir. Bu oran Japonya’da yaklaşık 7 – 13 / 100 000’dir. Amerika ve Kuzey Avrupa ülkelerinde bu oran 1 / 100 000’lerdedir. Yapılan çalışmalarda etnik kökenleri benzer fakat farklı yerleşim yerlerinde yaşayan nüfusta B.H. görülme sıklığının farklı olması, hastalığın başlaması ve gelişiminde çevresel unsurların etkili olabileceğini düşündürmektedir.

Türkiye’de yapılan çeşitli çalışmalarda farklı görülme sıklığı oranları bulunmuştur. Demirhindi ve ark. (1981) Silivri’de yaptıkları çalışmada görülme oranı 8 / 10 000, Yurdakul ve ark. (1988) Fatsa’da yaptıkları çalışmada görülme oranı 37 / 10000, İdil ve ark.(2002) Ankara şehir merkezinde yaptıkları çalışmada 11 / 10 000 olarak bildirmişlerdir. 2003 yılında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı öğretim üyelerinin planlayıp sürdürdükleri ve İstanbul’un tüm

ilçelerini kapsayan çalışmada en yüksek B.H. görülme oranı 42 / 10.000 olarak bildirilmiştir (Azizlerli ve ark., 2003).

Ülkemizde en düşük B.H. görülme oranı 2 / 10 000 oranı ile Edirne kırsalında yapılan çalışmada bildirilmiştir (Çakır, 2004).

Epidemiyolojik faktörler, hastalığın sıklığını etkilemekle birlikte, klinik seyri ve organ tutulumunu da etkilemektedir. Örneğin gastrointestinal sistem tutulumunun, Japonya'daki Behçet hastalarında görülme oranı yüksektir ve ciddi komplikasyonlara neden olmaktadır, Türkiye'deki Behçet hastalarında ise çok az rastlanmaktadır (Yurdakul, 1997; Saylan ve ark., 1999). Hastalığın epidemiyolojisi, kliniğe etki eden bölgesel faktörlerin bilinmesi, hem hastalık etiyojisinin belirlenmesi hem de prognozu tahmin etmede oldukça önemlidir (Çakır ve ark., 2005).

Behçet hastalığının başlangıç yaşı ortalama 25 - 35 yaş arasında değişmektedir. Çocukluk çağı ve ileri yaşlarda ise görülme sıklığı düşüktür. Çocuklarda görülme sıklığı 2 / 100 000 olarak bildirilmiştir (Barlas, 1999; Doğanavşargil ve ark., 1999). Yapılan çalışmalarda son yıllarda çocuk hasta nüfusunda bir artış gözlemlendiği belirtilmiştir (Özyazgan, 1994; Hamuryudan, 1998). Daha az sıklıkla ileri yaşlarda B.H.'nin başladığı Sarıcaoğlu ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada bildirilmiştir. Asya ve uzak doğu ülkelerinde başlangıç yaşı 30 yaş üstünde görülmektedir. Akdeniz'e kıyısı olan ülkelerde ise 30 yaş altı görülme sıklığı yüksektir.

Literatürde B.H.'nin cinsiyete göre dağılımında erkeklerde görülme sıklığı daha yüksek bildirilmiş, son dönemde yapılan çalışmalarda ise kadınlarda da benzer sıklıkta görüldüğü belirtilmiştir (Eldem ve ark., 1998; Kone-Paut et al., 1998; Yurdakul ve ark., 1998). Türk ve İran hastalarında az oranda erkek üstünlüğü görülür; Japon ve Kore B.H. olgu gruplarında oran hafifçe kadınlar lehine yükselir. Cinsiyet prognozu ve hastalık seyrini etkiler. Genç erkek olgularda prognoz daha ağır seyrettiği, morbidite ve mortalite oranlarının arttığı bilinmektedir (Bang et al., 2003; Fresko ve ark., 2003). Erkek olgularda püstüler lezyonlar, oküler bulgular ve vasküler lezyonlar daha alevli seyrederken, kadın olgularda genital ülser ve eritema nodosum daha sık gözlenmektedir (Bang et al., 2003; Davatchi et al., 2003).

4.1.4. Etiyolojisi ve Patogenezi

Behçet hastalığı etiolojisi tam olarak açıklanamayan, ataklarla seyreden, temel patolojisi vaskülit olan, inflamatuvar, otoimmün ve multisistemik, kronik seyirli bir hastalıktır. Etiyopatogenezinde genetik olarak yatkın bireylerde enfeksiyon, çevresel faktörler ve otoantijenlerle tetiklenen yoğun inflamatuvar yanıtla ilgili olarak ortaya çıktığı düşünülen immün bir yanıt olduğu düşünülmektedir (Azizlerli ve ark., 2003; Alpsoy, 2009).

4.1.4.1. Genetik Faktörler

Behçet hastalarında genetik unsurların önemini ve rolünü gösteren çok sayıda çalışma vardır. Hastalığın değişik etnik gruplarda daha sıklıkla izlenmesi ve coğrafik yerleşimle ilgili hastalık prevalansında farklılıklar görülmesi çevresel faktörlerle tetiklenen genetik yatkınlığı vurgulamaktadır (Sakane et al., 1997). Aynı ailede birden fazla bireyde B.H.'nin görülmesi ve B5, B51 gibi belirli HLA antijenleri ile ilişkilendirilmesi hastalığın etiolojisinde genetik faktörlerin önemini göstermektedir. Ülkemizde yapılmış bir çalışmada B.H.'nin kardeşlerde görülme sıklığı 4,2 / 100 000 olarak bulunmuş ve bu oranın güçlü bir genetik yatkınlığı gösterdiği belirtilmiştir. Yapılmış farklı çalışmalarda bildirilen en güçlü genetik yatkınlık unsuru HLA-B51 antijenidir ve Behçet hastalarının % 60'ında pozitif bulunmuştur (Gürler ve Boyvat, 1997; Alpsoy ve Akman, 2007; Yıldırım, 2009).

4.1.4.2. Çevresel Faktörler (İnfeksiyöz Ajanlar Ve Isı Şok Proteinleri)

Behçet hastalığının endemik görüldüğü bölgelerden prevalansı düşük bölgelere göç eden topluluklarda hastalık görülme prevalansının belirgin düzeyde azalması ile B.H.'nda çevresel unsurların önemi ortaya çıkmıştır. Ord. Prof. Dr. Hulusi Behçet, hastalığın oluşumunda enfeksiyon ajanlarının rolünü ilk vurgulayan hekimlerden biridir (Behçet, 1937).

Behçet hastalığında, hepatit virüslerinden, parvovirüs B19'a kadar çok sayıda virüsün etken olabileceği düşünülmüş ve araştırılmıştır. B.H. ile en çok ilişkilendirilen virüs herpes simpleks virüsü olmuştur (Aksu ve ark., 1999; Direskeneli, 2001; Yazıcı ve

ark., 2002; Yazıcı ve ark., 2003). Yapılan bir çalışmada ülsere olmayan deri bulgularında ülsere deri lezyonları ve sağlıklı kontrol derilerine kıyasla daha yüksek oranda parvovirüs B19 tespit edildiği bildirilmiştir (Başkan ve ark., 2007).

Stres veya Isı Şok Proteinleri (I.Ş.P.) ökaryotik hücrelerde çeşitli stres durumlarında sentezlenen moleküllerdir. Son yıllarda yapılan çok sayıda çalışma mikroorganizmalarda I.Ş.P.'lere karşı gelişen antikorların Behçet hastalarında çapraz otoimmün reaksiyona yol açtığını söylemektedir (Yazıcı ve ark., 2002; Evereklioglu, 2005).

4.1.4.3. Otoimmünite

Son yıllarda yapılan çalışmalarda immün sistemin B.H.'nin başlangıcında ya da seyrinde rol aldığı, bu süreçlerde çok sayıda immünolojik deformasyon görüldüğü bildirilmiştir. B.H.'nin aktif dönemlerinde inflamasyonda önemli görevleri olan sitokinlerin düzeyinin arttığı bilinmektedir. B.H.'nin inflamatuvar ataklarında immün sistemin çok fazla sayıda üyesi görev alır. B.H.'nda önemli bir bulgu olan paterji reaksiyonu bunun en klasik örneğidir. Paterji reaksiyonunun geç döneminde T hücresinden zengin infiltrasyon görülmesi ve siklosporin-A gibi T lenfosit fonksiyonlarını baskılayan ilaçların B.H. üveitinde etkili olması; B.H.'nin patogenezinde T lenfositlerin öneminin göstergesidir (Doğanavşargil ve Keser ., 2005).

Behçet hastalığının otoimmün kökenli bir hastalık olduğu üzerinde durulmuştur. Bu durumu destekleyen önemli kanıtlardan biri de 2009 yılında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Afet Akdağ Köse'nin yaptığı çalışmadır. Akdağ Köse bu çalışmasında Behçet hastalarının lezyonlu ve lezyonsuz derilerinde direkt İmmün Floresan (DİF) testi ile antikor varlığını araştırmıştır. Bu çalışmada Behçet hastalarındaki immün birikimleri Sistemik Lupus Eritematosus'lu (SLE) ve sağlıklı kontrollerle karşılaştırmış, Behçet hastalarının immün birikimlerinin SLE hastalarındaki immün birikimi kadar olduğunu saptamış ve Behçet hastalığının SLE kadar otoimmün olabileceği sonucuna varmıştır (Akdağ Köse, 2009) .

4.1.5. Histopatoloji

Behçet Hastalığında tüm sistemlerdeki histopatolojik bulgular vaskülit ve trombozudur. Erken dönem lezyon biyopsilerinde lökositoklasik vaskülit geç dönem lezyon biyopsilerinde ise lenfositik perivaskülit izlenmektedir (Alpsoy, 2003). B.H.'nın mukokutanöz lezyonlarının diğer deri hastalıklarından ayırıcı tanısında immunofloresan metotlar kullanılmakta ve teşhis değerini arttırmaktadır. Akdağ Köse'nin çalışmasında lezyonlu ve lezyonsuz örneklerde direkt immunfloresan ile immünreaktan birikiminin gösterilmesi bu metodun teşhis değerini ortaya koymaktadır (Akdağ Köse, 2009).

4.1.6. Klinik Bulgular

Behçet hastalığının klinik bulguları tekrarlayan oral ve genital ülserler, tipik deri-mukoza bulguları, göz, nörolojik-vasküler tutulum ve diğer organ tutulumlarıdır. Hafif deri yakınmalarından körlüğe, ağır nörolojik bozukluğa ve büyük damar tutulumuna kadar değişen klinik bir seyir gösterir ve sistemik vaskülit olarak sınıflandırılır (Azizlerli ve ark., 2003; Kalayciyan ve Arzuhal, 2005; Alpsoy ve ark., 2007).

4.1.6.1. Mukokutanöz Lezyonlar

Deri ve mukoza belirtileri, tekrarlayan oral ve genital ülserler, eritema nodozum benzeri lezyonlar ve papülopüstüler lezyonlar B.H'nın tipik bulgularıdır (Behçet, 1937; Azizlerli ve ark., 2003; Kalayciyan ve Arzuhal, 2005).

a) Oral Ülserler

Oral ülserler (O.Ü.) BH'nın seyri sürecinde hastaların hemen tamamında görülen, ilk ve en önemli bulgudur. Bir yıl içinde en az üç kez tekrarlayan O.Ü.'ler tanı için en önemli ölçüttür. Tüm dünyada Behçet hastalarının % 97- 99'unda ilk ve en erken bulgu olarak görülür (International Study Group For Behçet's Disease, 1990). Diğer bulgular başlayıncaya kadar uzun yıllar tek bulgu olarak devam edebilir (Azizlerli ve ark., 2003; Kalayciyan ve Arzuhal, 2005; Boyvat, 2009).

Oral ülserler ağrılı ve tekrarlayıcı özellikte, aynı zamanda fazla sayıda olabilir, oval veya yuvarlak, 2-10 mm çapında, lezyon kenarları ödemli ve eritemli halka (halo

halkası) ile çevrilidir. 48 saat içinde tabanı gri-sarı renk alır. Genellikle birkaç hafta devam edip, tekrarlayabilirler. Yanak, dil, uvula, damak ve dudak en sık yerleşim gösterdiği yerlerdir. Tonsil ve farenks yerleşimi daha nadir görülür. Klinik olarak rekürren aftöz stomatitlerle (RAS) benzerlik göstermesine rağmen, lezyonun ödemli olması, çevresinde belirgin eritemli halka oluşumu, yumuşak damak ve orofarenks tutulumu O.Ü.'lerin RAS'tan ayırt edici en önemli özellikleridir (Gürler, 1997; Kalaycıyan ve Arzuhal, 2005). Mukozal paterji reaksiyonu nedeni ile lokal travmalar yeni O.Ü.'lerin gelişiminde en önemli tetikleyicidir (Tüzün ve ark., 1996; Gürler ve ark., 1997; Ghate et al., 1999; Bang et al., 2001; Alpsoy ve ark., 2007

Hormonal değişiklikler, duygusal stres, (gebelik, menstrüel dönem, menopoz), viral ve bakteriyel enfeksiyonlar (herpes labialis) ve beslenme bozuklukları tetikleyici olabilmektedir (Gürler ve ark. 1997; Kalaycıyan ve Arzuhal, 2005).

Oral ülserler üç gruba ayrılırlar; majör, minör ve herpetiform ülserler.

Minör ülserler; en sık rastlanan formudur. Çapları 1 cm'den küçük tek veya çok sayıda, az ağrılı, skar bırakmadan 1-14 gün içinde iyileşen ülserlerdir.

Majör ülserler; minör ülserlere benzer, çapları 1cm'den büyük, derin, daha ağrılı ülserler olup 2-6 hafta ya da daha uzun sürede skar bırakarak iyileşen ülserlerdir. BH'da görülme sıklığı daha azdır.

Herpetiform ülserler; 2-3 mm çaplı, birbirleri ile birleşme eğiliminde, skar bırakmadan iyileşen oral ülserlerdir. En az görülen ülser formudur.

Sigara ile RAS arasında negatif bir ilişki olduğu gösterilmiştir. Sigaranın Behçet hastalarındaki O.Ü'leri azaltıcı bir etkisinin olduğu, ayrıca çeşitli ülseratif hastalıklarda transdermal nikotin yamalarının başarılı sonuç verdiği de bildirilmiştir (Tüzün ve ark., 2000; Kaklamani et al., 2003).

b) Genital Ülserler

Genital ülserler (G.Ü.) Behçet hastalarında O.Ü.'lerden sonra en sık görülen ikinci semptomdur. Behçet hasta popülasyonunda % 60-90 oranında görülür (Azizlerli ve ark., 2003; Alpsoy ve ark., 2007). Klinik görünümü O.Ü.'lerle benzer olmasına rağmen daha büyük ve düzensiz, daha derindir ve tekrarlama sıklığı daha azdır. İyileşme süreçleri daha zor ve uzundur. Papül veya püstül olarak başlayıp kısa zamanda kenarları keskin, normal

deriden kabarık, ortası sarı renkte membran ile kaplı, zımba ile delinmiş görünümünde, ağrılı veya ağrısız, ülser lezyonlar haline gelirler. En tipik özellikleri genellikle skar bırakarak iyileşmeleridir. Muayene bulgularında G.Ü. görülme de eski lezyonlara ait skar izleri olup olmadığına bakılmalıdır. Erkeklerde en sık skrotumun alt ve yan yüzlerinde ve daha az sıklıkla penil yerleşim görülür. Kadınlarda ise en sık labiumlarda, daha az sıklıkla da vulva, vajina ve servikal alanda yerleşim gösterir. Perianal bölge ve inguinal alandaki lezyonlar her iki cinsiyette de görülebilir. Kadınlarda erkeklere göre daha sık görülür ve daha derin, daha geniş olma eğilimindedir. Anatomik yapıdan dolayı ise enfeksiyonlara daha yatkın ve iyileşmeleri daha zordur (Gürler ve ark., 1997; Ghate and Jorizzo, 1999). Derin yerleşimli vaginal ülserler üretra, mesane ve rektum perforasyonu yaparak fistül gelişimine neden olabilirler (Gürler ve ark., 1997; Alpsoy ve ark., 2007).

c) Deri Bulguları

Behçet Hastalarında deri bulguları değişen oranlar ve çeşitlilikte görülmektedir. Bunlar eritema nodozum benzeri lezyonlar, papülopüstül, psödofollikülit, yüzeysel tromboflebit, ekstrapenital ülser, paterji reaksiyonu ve diğer vaskülitik deri belirtileri sayılabilir (Alpsoy, 2003). Vaskülit ve tromboz deri bulgularının karakteristik histopatolojisi. Lökositoklasik vaskülit veya nötrofilik vasküler reaksiyon erken lezyon bulgusu olarak gözlenir, eski lezyonlarda ise lenfositik vaskülit bulgusu gözlenir (Ghate and Jorizzo, 1999; Alpsoy ve ark., 2007).

d) Eritema Nodozum Benzeri Lezyonlar

Eritema Nodozum (E.N.B.L.) benzeri lezyonlar genellikle alt ekstremitelerde gözlenir, kollar, gluteal bölge ve yüzde de gözlenebilen, subkutan yerleşimli, ağrılı, lokal ısı artışı gösteren, eritemli nodüllerdir. Genellikle ülserleşme olmadan 2-3 hafta içinde pigmentasyon bırakarak geriler. Kadın cinsiyette görülme sıklığı daha yüksektir (Gürler ve ark., 2003). BH'da görülen E.N.B.L.'un klasik E.N.'dan farkı histopatolojik olarak, hastalığın diğer deri belirtilerinde olduğu gibi, vaskülit ya da nötrofilik vasküler

bir reaksiyon göstermesidir (Ghate and Jorizzo, 1999; Alpsoy, 2003). E.N.B.L'un Behçet hastalarında görülme sıklığı farklı çalışmalarda %15-78 oranlarında bildirilmiştir (Gürler ve ark., 1997; Zouboulis, 1999; Alpsoy ve ark., 2007).

e) Papülopüstüler Lezyonlar

Behçet hastalarında en çok rastlanan lezyonlardır. Vücudun herhangi bir yerinde oluşabilir. Ergenlikte ortaya çıkan aknelere benzer steril püstüllerle karakterizedir. Papül halinde başlar, 24 ile 48 saat içinde püstüle dönüşürler. En sık sırt, yüz, boyun ve göğüs olmak üzere bacaklar, gövde ve kalçalarda da yerleşim gösterirler (Gürler ve ark., 1997; Alpsoy ve ark., 2007; Kalkan ve ark., 2009) Uluslararası Behçet Hastalığı Çalışma Grubu, papülopüstüler (P.P.L) ve akneiform lezyonları tanı kriteri olarak kabul etmektedir (Azizlerli, 1997).

f) Yüzeyel Tromboflebit

Behçet hastalarının % 15-20'sinde izlenen yüzeyel tromboflebit, arter ve venleri tutabilen sistemik bir vaskülitir ve vasküler tutulum genellikle venöz tutulum şeklinde görülür (Gürler ve ark., 1997; Alpsoy ve ark., 2007). Genellikle alt ekstremitelerde sıklıkla büyük safen vende etkilenme gözlenmektedir. Klinik görünümü, ven trasesi boyunca eritemli, ağrılı, subkutan nodüller veya sicim şeklinde sert lineer kızarıklıklar olarak kendini gösterir ve palpasyonla ven içinde trombüs gözlenir. Sıklıkla E.N. ile karıştırılır. Ateş, halsizlik ve kırgınlık gibi belirtiler eşlik edebilir. Erkek hastalarda daha sık gözlenir (Saylan ve ark., 1999; Tunç ve ark., 2002; Sarıca-Küçükoglu ve ark., 2006; Alpsoy ve ark., 2007).

g) Ekstragenital Ülser

Ekstra genital ülserler B.H.'nın nadir görülen, hastalık için oldukça karakteristik deri bulgularından biridir. Genital bölge dışında inguinal, perianal, rektal, aksiller, servikal, ayak parmak araları ve meme gibi bölgelerde oluşabilir. Klinik olarak aftöz ülserleri andırır, tekrarlama özelliği gösterebilir ve genellikle sikatris bırakarak iyileşirler.

Ekstra genital ülserler juvenil hastalarda da sık görülen deri bulgularındandır (Azizlerli, 2008).

h) Diğer Deri Bulguları

Behçet hastalarında purpurik lezyonlar, piyoderma gangrenozum benzeri lezyonlar, eritema multiforme benzeri lezyonlar, Sweet sendromu benzeri lezyonlar, hemorajik büller, impetigo, fronkül ve apseler bildirilen diğer deri belirtileri arasında sayılabilir (Alpsoy, 2003; Kalayciyan ve Arzuhal, 2005; Aktan ve İlknur, 2007).

Behçet hastalarında deri ve mukoza lezyonları tanı koydurucu ve en sık rastlanan önemli bulgulardır. Mukokütanöz lezyonların yaşamsal riskleri ciddi organ tutulumlarına göre çok daha az olmasına rağmen hastaların günlük yaşam konforları üstünde olumsuz etkileri fazladır ve hastaların yaşam kalitelerini olumsuz etkilediği gözlenmektedir (Alpsoy, 2003; Kalayciyan ve Arzuhal, 2005).

4.1.6.2. Göz Tutulumu

Behçet hastalarında organ tutulumlarında ilk sırayı göz tutulumları alır. Görme kaybıyla en önemli morbidite nedenidir. Hastalığın ilk yıllarında, genellikle ikinci ve dördüncü dekatlar aralığında, genç yetişkinlerde ortaya çıkar. B.H. tanısı almış hastaların göz tutulum oranının yaklaşık % 50 civarında olduğu, tedaviye rağmen % 25 görme kaybına yol açtığı bildirilmiştir (Evereklioglu, 2005; Nobuyoshi et al., 2007).

Erkek cinsiyette göz tutulumu daha sık görülür ve daha ağır seyreder. Hastaların % 20-30'unda ilk bulgu olarak ortaya çıkar, göz tutulumunun daha geç ortaya çıktığı hastalarda görme prognozunun daha iyi olduğu bildirilmiştir (Tursen ve ark., 2003; Tugal Tutgun ve ark., 2004; Nobuyoshi et al., 2007). Japonya ve Türkiye'de görülme sıklığı daha yüksektir ve daha şiddetli seyreder, Japonya'da görme kaybının en önemli nedenlerindendir (Evereklioglu, 2005; Nobuyoshi et al., 2007). Yapılan çalışmalarda bildirildiğine göre ülkemizde göz tutulumu görülme sıklığı % 28-40 arasında değişmektedir (Gürler ve ark., 1997; Azizlerli ve ark., 2003).

Üveit; kronik, tekrarlayan, bileteral göz tutulumu veya ön ve arka segment ya da her ikisini de etkileyerek panüveit olarak seyreder. Hipopiyonlu üveit B.H.'nda göz tutulumunun karakteristik belirtisidir fakat hastaların sadece 1/3'ünde görülür.

Göz tutulumu semptomları, bulanık görme, gözyaşı artışı, kanlanma, fotofobi, görme alanında beneklenmeler, miyozis, hipopiyon ve ağrı olarak gözlenir (International Study Group For Behçet's Disease, 1990; Evereklioglu, 2005). Tekrarlayan ataklar sekonder komplikasyonlara ve görme kayıplarına yol açabilir. Sekonder gelişebilecek komplikasyonlar maküler ödem, sekonder glokom, katarakt, retina atrofi sayılabilir (Elgin ve ark., 2004).

Tedavide kullanılan yeni uygulamalar özellikle immünsüpresifler ile prognoz daha iyi seyretmektedir.

4.1.6.3. Eklem Tutulumu

Behçet hastalarında romatizmal ağrılardan ilk söz eden Hulusi Behçet olmuştur. Tanı kriterleri içinde yer almasa bile hastaların yaklaşık % 40-70'inde eklem tutulumu görülmektedir (International Study Group For Behçet's Disease, 1990). Erkeklerde kadınlara göre daha sık görüldüğü, çocuk hastalarda görülme oranının yetişkinlere göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Genellikle erozyon ve deformiteye neden olmadan monoartiküler veya oligoartiküler tipte görülür. Bazen eklemlerde şişliğe ve inflamasyon bulgularına neden olur. Kısa süreli, birkaç günden birkaç haftaya kadar devam eder, kendiliğinden geçer, tekrarlama eğilimi vardır. En sık etkilenen eklemler el bilekleri, dirsekler, dizler ve ayak bilekleridir (Yurdakul ve ark., 1983; Gür ve ark., 2006).

4.1.6.4. Vasküler Tutulum

Vasküler tutulum Behçet hastalığında sık gözlenen ve prognozu etkileyen önemli bir bulgudur (Alpsoy, 2003). B.H. sistemik vaskülit olması nedeniyle tüm arter ve venleri tutabilir. Vasküler tutulum Behçet hastalarında sıklıkla hastalığın başlamasından 3-16 yıl sonra ortaya çıkmaktadır. Yüzeyel ve derin ven trombozu en sık görülen bulgudur. Erkek cinsiyette ve genç yaşlarda daha sık görülür. Alt ekstremitelerde tekrarlayan tromboflebitler hastalarda uzun dönemde ödem, staz dermatitleri ve bacak ülserlerinin gelişmesine neden olur (Can ve Direskeneli, 2009).

Arteriyel tutulum daha az görülür fakat gelişen komplikasyonlar morbidite ve mortalite nedenidir. En sık görülen arteriyel tutulumlar üst ve alt ekstremitelerin geniş arterlerinde görülen oklüzyonlar ve anevrizmalardır. Anevrizmalarda en sık pulmoner

arterler etkilenmekte, pulmoner arter tutulumu ciddi morbidite ve mortalitelere yol açmaktadır (Hamuryudan,1997).

İstanbul Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları AD'nda yapılan geniş katılımlı bir çalışmada vasküler tutulum % 14,3 oranında bulunmuştur (Sarica Küçüköğlu ve ark., 2006).

4.1.6.5. Nörolojik Tutulum

Behçet hastalığının en ciddi sistem tutulumu nörolojik tutulumdur. Nörolojik tutulum, prevalansı düşük olmasına rağmen yüksek morbidite ve mortalite nedenidir, "Nöro-Behçet" olarak adlandırılmaktadır (Serdaroğlu ve ark., 1989; Dilşen, 1993). Ülkemizde görülme oranı % 5 olarak bildirilmiştir (Akman-Demir ve ark., 1999). Başlangıç bulgusu olarak nadirdir, genellikle ilk 5 yıldan sonra görülür. Erkeklerde kadınlara göre yaklaşık dört kat daha sık görülür (Zouboulis, 1999).

Nörolojik tutulum Behçet hastalığında iki temel formda ele alınır:

Santral Sinir Sisteminin parankimal tutulumu (Nöro-Behçet): Daha sık görülür, özellikle beyin sapını ve ganglionları tutar, prognozu kötüdür. Beyin sapı tutulumlarında piramidal veya motor bulgular, kognitif değişiklikler, ataksi ve sfinkter kusurlarına yol açmaktadır. Nöro-Behçet'te en sık görülen klinik semptom davranış bozukluklarıdır. Genellikle baş ağrısına eşlik eden bir nörolojik bulgu ile görülür (Akman-Demir ve ark., 1999).

Parankim dışı tutulum (Vaskülo-Behçet): Nörolojik tutulumda daha az rastlanan ve prognozu daha iyi olan tablodur. Daha sınırlı semptomlar gösterir. Baş ağrısı, papilla ödemi, bulantı ve kusmaya, mental değişikliklere neden olur (Akman-Demir ve ark., 1999).

Baş ağrısı Behçet hastalarında sık görülen bir semptomdur. Kadın hastalarda görülme sıklığı erkek hastalardan daha fazladır. Baş ağrılarında nörolojik semptomlar yoksa nörolojik tutulum düşünülmez. Hastalığın seyri sırasında ikincil nedenlerden dolayı sinir sistemi tutulumu görülebilir (Kural ve ark., 1996; Aykutlu ve ark., 2006).

Nörolojik tutulum ataklar ve düzelmelerle seyreder, ataklar arttıkça prognoz kötüleşir ve sekel kalma riski artar (Akdağ, 2007).

4.1.6.6. Gastrointestinal Tutulum

Görülme sıklığı Japonya’da yüksektir. Doğu ve Akdeniz ülkelerinde görülme sıklığı daha düşüktür (Yurdakul ve ark., 1996; Sakane et al., 1999; Akman-Demir ve ark., 1999). İştahsızlık, bulantı, kusma, karın ağrısı, kanlı, mukuslu ishal ya da kabızlık sık görülen belirtilerdir. Cinsiyet açısından anlamlı bir fark görülmemiştir. Lezyonlar en sık ileoçekal bölgede görülür, kolon ve rektum daha az etkilenir. GİS kanalı boyunca mukoza inflamasyonu ve ülserler görülebilir (Örmeci, 2009).

4.1.6.7. Genitoüriner Sistem Tutulumu

Behçet hastalığında renal tutulum ender görülür, hafif seyrederek, nadiren epididimit, orşit ve sistit görülebilir, klinik olarak akut ağrı ve tekrarlayıcı özellik göstermektedir (Akpolat ve ark., 2002; Önder ve ark., 2002).

4.1.7. Juvenil Behçet Hastalığı

Uluslararası Çalışma Grubu B.H. tanı kriterlerini 16 yaşından önce tamamlayanlar Juvenil Behçet Hastası kabul edilirler ve tüm hastaların %2’sini oluştururlar. Hastalık genellikle 12 yaşlarında kendini gösterir, çocuklarda görülme oranı düşüktür. Juvenil Behçet hastalarında klinik seyrin çok değişkenlik gösterdiği, sistemik tutulum belirtilerinin erişkinlere oranla daha sık görüldüğü bildirilmiştir. Göz tutulumu ve vasküler tutulum erkek çocuklarda daha sık ve şiddetli olmakta, kız çocuklarında ise genital bölge lezyonlarına daha fazla rastlanmaktadır (Erdi ve Gürler, 1994). Juvenil Behçet hastalarında aile öyküsünün daha fazla olduğu bildirilmiştir (Azizlerli ve ark., 2009). Juvenil dönemde klinik prognozu daha iyi seyreder (Erdi ve Gürler, 1994).

4.1.8. Gebelik ve Behçet Hastalığı

Gebeliğin B.H. seyrinde olumsuz bir etkisi olmadığı, her hastada ve hatta aynı hastanın farklı gebelikleri sırasında bile farklılık gösterdiği bildirilmiştir. İstanbul Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları AD’nda yapılan iki çalışmada Behçet hastalarında deri ve mukoza lezyonlarının hamileliğin son döneminde gerilediği, doğum sonrasında ise lezyonların hamilelik öncesine geri döndüğü tespit edilmiştir (Akdağ Köse ve ark.,

2000; Akdağ Köse, 2003). Progesteron hormonunun Behçet hastalarının gebelikleri sürecinde olumlu etkisi olduğu düşünülmektedir (Akdağ Köse, 2003).

Kabul gören genel görüş ise Behçet hastalarında hamilelik sürecinin sağlıklı hamile kadınların hamilelik sürecinden farklı olmadığıdır (Ünsal, 2007; Uzun, 2009).

4.1.9. Paterji Testi

Paterji testi deri içine pikür yapılmasından 48 saat sonra enjeksiyon yerinde eritemli papül veya püstül gelişmesi ile pozitif yanıt oluşturan bir testtir. Derinin nonspesifik aşırı duyarlılık yanıtını gösteren ve B.H. tanısında kullanılan yardımcı testtir (Saylan ve ark., 1999; Bodur ve ark., 2002; Alpsoy, 2003; Aktan ve İlknur, 2007). Blobner tarafından 1937 yılında tanımlanan paterji fenomeni, Hulusi Behçet'in 1942 yılında Jensen'in gözlemlerini aktarması ile literatüre girmiştir (Behçet, 1942). Uluslararası Çalışma Grubu yüksek özgüllüğü nedeni ile paterji pozitifliğini B.H. tanı kriterleri arasına almıştır.

Paterji testinin B.H.'nın aktif fazında çoğunlukla pozitif olduğu, remisyon dönemlerinde ise zayıf pozitif veya negatif olduğu bildirilmektedir. Hastalığın şiddeti ile paterji reaksiyonunun şiddeti arasında bir ilişki olmadığı ve test sonucu oluşan reaksiyonun erkeklerde kadınlara göre daha güçlü olduğu bildirilmiştir (Fresko ve ark., 1993; Bodur ve ark., 2002; Alpsoy, 2003; Aktan ve İlknur, 2007).

Paterji testinin uygulama koşullarının pozitiflik düzeyini etkilediği bildirilmiştir. Uygulama öncesi cerrahi temizlik yapılmasının paterji pozitifliğini azalttığı söylenmektedir (Fresko ve ark., 1993; Alpsoy, 2003). Paterji testi pozitiflik düzeyinin test uygulanırken kullanılan iğne çapı ile doğru orantılı olarak arttığı ve daha küçük çaplı iğne kullanılarak yapılan testlerdeki pozitiflik düzeyi ile kıyaslandığında anlamlı olduğu bildirilmiştir (Dilşen ve ark., 1993).

Paterji testinin pozitiflik düzeyi % 6-71 arasında değişmektedir. Eski ipek yolu üzerindeki ülkelerde paterji testinin pozitifliği % 60-70 iken Batı ülkelerinde bu oran daha düşüktür (Dilşen ve ark., 1993; Zouboulis, 1999). İstanbul Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları AD. 'nda yapılan bir çalışmada incelenen 1127 yetişkin Behçet hastasında paterji testi pozitifliği % 74.6 oranında bulunmuştur (Sarica ve ark., 1996).

Paterji testi, idiyopatik eritema nodozum, piyoderma gangrenozum, herpes genitalis, Sweet sendromu, iridosiklit, romatoid artrit, spondiloartropati ve kronik miyelositer lösemi gibi hastalıklarda ve sağlıklı kişilerde de pozitif olabilmektedir (Varol, 2010).

4.1.10. Laboratuvar Bulguları

Behçet hastalığına özgü spesifik bir laboratuvar tetkiki mevcut değildir. Enflamasyon belirteçleri olarak C-Reaktif protein, eritrosit sedimentasyon hızı, periferik lökosit sayısı ve trombosit sayısı hastalığın aktif döneminde artabilir. Düşük düzeyde kronik hastalık anemisi tespit edilebilir. Serum immünglobülinler ve kompleman düzeyleri yükselebilir (Öztürk, 2005).

4.1.11. Tanı

Behçet hastalığında tanı spesifik testlerin olmamasından dolayı klinik semptomlara dayanılarak konulur. Günümüze gelene kadar farklı tanı kriterleri oluşturulmuş, günümüzde ise tanısall amaçlı oluşturulan kriterler arasında en fazla 1990 yılında Uluslararası Behçet Hastalığı Çalışma grubu tarafından tanımlanan “Behçet Hastalığı Tanı Kriterleri” kullanılmaktadır. Temel kriterlerde tekrarlayan oral ülserler olmazsa olmaz bulgu olarak kabul edilmektedir.

Tablo-1: Uluslararası Çalışma Grubu'nun Behçet Hastalığı Tanı Kriterleri (International Study Group For Behçet's Disease, 1990)

Kriter: Tanımlama
Tekrarlayan oral ülserler: Doktor veya hasta tarafından gözlenen, 1 yıl sürecinde en az 3 kez tekrarlayan minör, majör veya herpetiform aftlar.

Ek olarak aşağıdaki kriterlerden iki tanesi:

Tekrarlayan genital ülserler: Doktor veya hasta tarafından kadınlarda genital bölgede, erkeklerde skrotumda aftöz ülserasyon veya skatris.
Göz lezyonları: Anterior üveit, posterior üveit veya biyomikroskopik muayenede doktorun saptadığı vitreusta hücre veya retinal vaskülit.
Deri lezyonları: Doktor veya hasta tarafından gözlenen nodüler lezyon, steroid tedavisi almayan hastalarda doktorun saptadığı psödofolikülit veya papülopüstüler lezyonlar, veya puberte sonrası hastalarda doktor tarafından gözlenen akneiform nodüller.
Paterji testi: 24-48. Saat sonra doktor tarafından testin pozitif yorumlanması.

(Kaynak: International Study Group for Behçet's Disease, 1990).

2014 yılında Behçet tanı kriterlerinin yeniden düzenlenmesi amacıyla yeni bir çalışma ile 27 ülkeden alınan veriler, 32 ülkeden bilim adamlarının katılımı ile tekrar değerlendirilerek uluslararası Behçet Tanı kriterlerinde düzenlemeye gidilmiştir. Yeni düzenlemede nörolojik tutulum Behçet hastalığı tanı kriterleri arasına eklenmiştir. Bu sınıflandırmaya göre üç ve üzerinde puan alanlara Behçet hastalığı tanısı konulmaktadır. Paterji testi asıl puanlama sistemine dâhil edilmemekte, testin yapılması ve pozitif çıkması durumunda puanlama sistemine dâhil edilebilir (International Study Group for Behçet's disease, 2014).

Tablo-2: Uluslararası Behçet Hastalığı Kriterleri-Puanlama Sistemi Puan skarlama sistemi: ≥ 4 puan= Behçet hastalığı tanısı

Belirti	Puan
Oral Aftlar	2
Genital Ülserler	2
Göz Lezyonları	2
Deri Lezyonları	1
Nörolojik Tutulum	1
Vasküler Tutulum	1
Pozitif Paterji Testi	1

(International Team for the Revision of the International Criteria for Behçet's Disease, 2014) Evaluation of the International Criteria for Behçet's Disease (ICBD)

4.1.12. Tedavi

Behçet hastalığının spesifik bir tedavisi yoktur. B.H. hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği, hastalık aktivasyon ve remisyonlarla seyrettiği için tedavide amaç bulguları azaltmak ve hastalığın gerilemesini sağlamak, inflamasyonu kontrol ederek baskılamak, organ hasarlarının geri dönüşümsüz düzeye gelmesini önlemek, sınırlamak, hastalık ataklarının sıklığını ve şiddetini azaltmak, komplikasyonları önlemektir (Evereklioglu, 2005; Alpsoy, 2007; Türk ve Dereli, 2007; Alpsoy ve Akman, 2009; Tatlıcan, 2009).

Terapötik ajanlarda gelişen yeniliklerle B.H.'nın tedavisinde daha etkin sonuçlar alınmaya başlanmıştır. Buna rağmen hastalıkta tam bir remisyon sağlanamamakta, uygulanan tedavilerin önemli yan etkileri de gözlenmektedir. Bu nedenle tedavi alternatifleri belirlenirken organ tutulumları, tutulumun yaygınlığı, hastanın yaşı ve cinsiyeti, lezyonların niteliği, ve şiddeti göz önünde bulundurulmalı, tedavi protokolü bireysel bulgulara göre düzenlenmelidir (Hatemi ve Melikoğlu, 2005).

Behçet hastalığında uygulanan tedavi topikal ve sistemik tedavi olarak ikiye ayrılmaktadır. Topikal tedaviler genellikle mukokütanöz lezyonlarda kullanılırlar ve çoğu

zaman tedavi sistemik bir tedavi ile kombine devam eder. Mukokütanöz lezyonlardan O.Ü. ve G.Ü.'ler Behçet hastalarında en fazla görülen ve hastanın yaşam kalitesini büyük ölçüde etkileyen semptomlardır. Lokal kortikosteroidler, lokal anestezi etkili jeller ve klorheksidin içeren gargaralar tedavide sık kullanılır. Lokal kortikosteroidler inflamasyonun yoğun olduğu erken dönemlerde inflamasyonu baskılar, ağrıyı azaltır ve iyileşmeyi hızlandırır (Gürler, 1997).

O.Ü.'lerin ağız içinde yaygın ya da arka alana yerleşiminde, deksametason içeren süspansiyonlar veya prednizolonun 5 mg'lık tabletleri 20 ml su içerisinde çözülerek günde 4 kez gargara şeklinde uygulanabilir. O.Ü.'de steroidlerin topikal formunun kullanımında ilacın ülserle temas süresini uzatmak için en az 30 dk. sıvı alımı engellenmelidir (Alpsoy, 2006).

Genital ülserlerde ve papülopüstüler lezyonlarda topikal steroidli kremler ya da steroid-antibiyotik kombinasyonları kullanılabilir (Alpsoy ve Akman, 2006).

Ön üveitte inflamasyonu kontrol etmek için topikal uygulanan kortikosteroidli göz damlalarının midriyatik ve sikloplejik damlalarla beraber kullanımı tercih edilir (Bang, 1997; Gürler ve Boyvat, 1997).

Sistemik tedavide kolşisin preparatı Behçet hastalarında en fazla kullanılan ilaçlardan biridir. Antienflamatuvar bitkisel alkaloid olan kolşisin, mukokütan bulguların ve eklem tutulumunun kontrolünün sağlanmasında başarılıdır. Sistemik tedavide ayrıca; kortikosteroidlerin tek başına ya da kolşisin, interferon, immünsüpresan ilaçlarla kombine kullanımı da, etkin bir tedavi seçeneğidir. Hastalık tablosunun ağırlaştığı durumlarda kortikosteroid ve immünsüpresan ilaçların kombine kullanımının iyi sonuçlar verdiği bildirilmiştir. Behçet hastalarında son dönemlerde biyolojik ajanlar yeni tedavi alternatifleri olarak kullanılmaya başlanmıştır (Evereklioglu, 2005; Alpsoy, 2007; Türk ve Dereli, 2007; Alpsoy ve Akman, 2009; Tatlıcan, 2009).

4.1.13. Prognoz

Behçet hastalığı remisyon ve ataklarla devam eden sistemik bir hastalıktır. Hastalığın prognozu bulguların tipine ve ciddiyetine ayrıca cinsiyet ve yaşa göre değişir (Yazıcı ve ark., 2007; Yurdakul ve Yazıcı, 2008). O.Ü. ve G.Ü., artrit ve deri lezyonları genelde ilk ortaya çıkan bulgulardır (Ghate and Jarizzo, 1999). Bulguların başlama yaşı

genellikle prognozda belirleyicidir. Hastalık genç, erkek cinsiyette her türlü organ tutulumu ve mortalite açısından kadın cinsiyet ve yaşlı hastalara göre daha ağır seyreder. Yaş ilerledikçe hastalığın seyri daha iyidir; remisyonlar uzar, atakların şiddeti ve mortalite hızı azalır.

Göz tutulumu en önemli morbidite nedenidir, hastalığın ilk yıllarında gelişen göz tutulumu körlüğe neden olur. Hastalığın mortalitesi genelde düşüktür, en önemli mortalite nedeni damar tutulumudur. Nörolojik tutulum ise fonksiyon kaybı ile morbidite ve ileri dönemde mortaliteye neden olur (Seyahi, 2005). Tanı ve tedavide gecikme morbidite ve yaşam kalitesinin düşmesine, mortalitenin artmasına neden olur. Türkiye (% 9.8) ile B.H.'nda en yüksek mortalite oranını bildirmiştir.

Son yıllarda uygulanan immünsüpresif tedavilerle prognoz iyileşmiştir (Seyahi, 2005, Alpsoy, 2007).

4.2. Hastalık Algısı

Algı, karmaşık bir süreçtir, çevreden alınan duyu uyarılarının zihinde anlamlı deneyime çevrilme süreci; bilginin alınması, ayıklanarak seçilmesi, yorumlanarak düzenlenmesidir (Spencer, 1998). çevreden alınan uyaranlar, bireyin o anki ruhsal durumu kadar geçmiş ve geleceğe ilişkin yaşantı ve beklentilerinden de etkilenir.

Hastalık algısı, bireyin yaşamı süresince deneyimlediği hastalıklar ve hastalığını nasıl yorumladığı, hastalığına yüklediği anlamlar, edinilen bilgiler, duygusal ve davranışsal tepkiler ve geliştirdiği başa çıkma mekanizmaları ile ilintilidir. (Küçükbakar, 2011). Bireyler, yaşam boyu farklı hastalıkları deneyimlerler. Bu deneyimler aynı hastalık olsa bile her bireyde farklı yaşanır. Bireyler kendi deneyimleri, birikimleri, değer yargıları, inanç sistemleri ve gereksinimleri boyutunda hastalıklarını anlamaya ve anlamlandırmaya uğraşırlar (Lipowski, 1981; Brown et al., 1988).

Bireylerin çevrelerindeki olayları anlayabilmek ve yorumlayabilmek için edindikleri bilgilerle kendi hastalık modellerini oluşturdukları, geçici ya da uzun süreli hastalığın belirtileri ile ilişkilendirdikleri modelleri geliştirdikleri söylenmiştir (Leventhal ve ark., 1984, 1997). Bu modellere göre bireyler, hastalıkları ile ilgili bilgiyi kimlik, süre, neden, ciddi sonuçlar ve tedavi edilebilirlik/kontrol edilebilirlik olarak beş alanda değerlendirir. (Weinman, 1996). Kimlik, süre ve neden alanları hastalıkla ilgili

ihtimalleri belirlemek için kullanılır. Sonuçlar ve tedavi-kontrol edilebilirlik alanları da gerçek önemi için temel oluşturur.

a) Hastalığın Kimliği

Hastalar çoğunlukla deneyimledikleri bulguları kendi sorunları ile ilişkilendirdikleri gibi hastalıklarıyla da ilişkilendirirler. Bireyler, genellikle sık yaşadıkları hastalıkları ile ilgili bir fikir sahibidirler fakat yeni bir tanı aldıklarında zamanla farklı inanışlar geliştirirler. Yaşadıkları bulgular için tedavi sürecinde sağlık profesyonellerinden farklı inanışlar geliştirir, yanlış yorumlar getirebilirler (Leventhal ve ark., 1984; Petrie and Weinman, 2006; Karabulutlu ve Okanlı, 2011).

b) Nedensel İnanışlar

Hastalığı tanılandıktan hemen sonra bireyler, neden hastalandıklarına dair inanışlar geliştirirler ve bu inanışlar genelde sağlığa zarar veren durumlardır. Nedensel inanışlar, bireylerin kendi hastalıkları için doğru tedavi yöntemini tercih etmeleri ve gerekli değişikliği yapmaya çalışmalarını sağlamasına rağmen düzenli ilaç kullanımında etkisi azdır (Armay, 2006; Karabulutlu ve Okanlı, 2011).

c) Zamansal İnanışlar

Hastalık sürecinde zamansal inanışlar akut, kronik ve döngüsel olmak üzere sınıflandırılmaktadır. Zamansal inanışların ilaç kullanımı ve tedavi sürecine olumlu etkisi olduğu fakat hastalığa uyum sürecine etkisi olmadığı bildirilmektedir Armay, 2006; Karabulutlu ve Okanlı, 2011).

d) Kontrol veya Tedavi Hakkındaki İnanışlar

Kontrol veya tedavi hakkındaki inanışların zamansal ve nedensel alanlarla doğrudan bağlantılı olduğu belirtilmektedir. Otokontrolü yüksek ve pozitif bakış açısına sahip kişi, otokontrolü zayıf ve negatif bakış açısına sahip olan kişiye göre hastalığa ve hastalığın getirdiği sonuçlara daha olumlu yaklaşabilir. Düzenli ilaç kullanımı üzerinde etkindir (Armay, 2006; Karabulutlu ve Okanlı, 2011).

e) Sonuçlar

Sonuçlar alanı, bireyin hastalığının sonucu hakkındaki inanışıdır. Hastalığın sonucu hakkındaki inanış hastalığın ciddiyeti hakkında zayıf algı sebebidir. Hastalığın bireyin yaşamını ya da işlevsel becerilerini nasıl etkilediğini özetler, ciddi hastalık sonucu ilaca uyumu arttırır (Leventhal ve ark., 1984; Petrie and Weinman, 2006; Karabulutlu ve Okanlı, 2011).

Bireylerin sağık ve hastalık algıları, bireyleri hastalıkları ile ilgili doğırulardan daha çok etkilemekte, hastalıklarıyla ilgili algı ve düşüncelerinin farklılaşması, tedaviye verilen yanıtın da değışmesine neden olmaktadır. Bireyin hastalığına verdiği duygusal tepki, tedavi sürecine yanıtını ve uyumunu, tedavi sürecindeki davranışlarını, işbirliğini değıştirmektedir, Bireyin hastalığını algılama, yorumlama durumu psikolojik, fizyolojik ya da psikososyal iyilik haline ve geliştirdiğı başa çıkma mekanizmalarına, yaşam kalitesine ve fiziksel hastalığın gidişine etkisi vardır (Kocaman ve ark., 2007; Aras, 2009). Hastalık algısının en önemli yönü, aynı hastalıkları ya da sorunları olan bireylerin algılarının oldukça farklı olması ve bu algıların bazı hastaları yanlış yöntemlere başvurmaya yönlendirebilmesidir.

Kişinin kendi hakkındaki algısı ve yaşama bakış açısı hastalığa vereceğı tepkiyi etkiler. Yaşamı üzerinde kendi otokontrolünü sağlayabilen ve kendini yeterli gören, pozitif bakış açısına sahip, iyimser olan kişi, otokontrolünün yeterli olmadığını düşünen ve negatif bakış açısına sahip olan kişiye göre hastalığa ve hastalığın getirdiğı sonuçlara daha olumlu yaklaşabilir. Etkin başa çıkma mekanizmaları geliştirebilir, hastalığı ile ilgili değışimlere uyumu daha hızlı olur (Siegel 1997).

Leventhal'in bu alanda yaptığı çalışmalar hastalık algısının; bireyin başa çıkma, tıbbi tedavi düzenine uyumu ve tedavi sonuçlarının değıerlendirilmesi ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Bu alanda yapılan çalışmalara göre hastalık algısı ve hastalığın sonucu arasındaki ilişki, hastalık sürecinin ve gidişinin iyi olması ile yüksek iç kontrol algısı arasında ilişki olduğu bildirilmiştir (Kocaman ve ark., 2007).

Bu sonuçlar fiziksel hastalık yaşayan bireylerin en uygun tedavi için hastalıklarını nasıl algıladıklarını belirlemenin önemini göstermektedir (Scharloo, 1997).

4.2.2. Kronik Hastalıklarda Hastalık Algısı

Fiziksel hastalıklar içinde kronik hastalıklar önemli bir yer tutar. Kronik hastalıklar özellikle son yıllarda önemli bir halk sağlığı sorunu olarak ortaya çıkmakta ve yaşam kalitesinde azalmaya neden olmaktadır (Weber, 2014).

Kronik hastalıklar, bireyin günlük yaşamında zorunlu değişimlere, engelliliklere, geri dönüşümü olmayan hasarlara yol açabileceği için uzun zamanlı takip, tedavi ve bakım gerektirir. Kesin tedavisi olmadığı için yaşanan sorunlara uygulanan çözümler geçici olmakta; hastalık bireyin yaşamını olumsuz etkilemekte ve kuralların olduğu bir yaşam tarzı oluşturmayı zorunlu hale getirmektedir (Kepenek, 2014).

Kronik hastalıklarda bireyler, bağımlı olma endişesi ve öz saygının azalması, işe yaramama kaygısı, geleceğe yönelik plan yapamama, sosyal rol ve etkinliklerin farklılaşması ve kısıtlanması gibi risk faktörleri ile karşı karşıya kalır. Hastalık, bireyin hastalığını algılama durumuna, hastalığın yarattığı zorluklara ve engellere göre denge ve uyumunu bozabilir (Kayacan, 2012; Özdemir, 2013).

Kronik hastalıklarda bireylerin tedaviye uyumu, hastalık sürecini ve tedavinin başarısını etkilemesi nedeni ile önemlidir. Bireyin olayları algılama durumu sadece fiziksel, psikolojik ya da psikososyal iyilik haline değil, yaşam kalitesine ve hastalığının gidişine de etkisi vardır. Bu nedenle bireyin hastalığını nasıl algıladığı yaşanan sorunların anlaşılması ve uygun çözümlerin oluşturulabilmesi için önemlidir.

Tüm bunlar değerlendirildiğinde kronik hastalığı olan bireylerde gelişen ve gelişebilecek sorunları daha iyi anlama, kontrol ve takip açısından hastalık algısının belirlenmesi önemlidir (Akdemir ve Birol, 2005; Karadakovan ve Aslan, 2011). Kronik hastalığı olan hastaların, hastalıkları ile ilgili edindikleri algılarının olumlu yönde değiştirilmesiyle, kendi kendilerini yönetebilmeleri, hastalığın oluşturduğu duygusal durumla başa çıkma ve üstesinden gelebilmeleri için gerekli yetkinliği kazanması sağlanabilir.

Son yıllarda yapılan çalışmalar, hastalık algısı olumsuz olan bireylerin daha kötü hastalık sonuçlarına sahip olduğunu işaret etmektedir. Bu çalışmalarda hastanın hastalığına uyumunu artırmak için yapılan uğraşların hastalık algısını olumlu yönde geliştireceği vurgulanmaktadır (Akdemir ve Birol, 2005; Karadakovan ve Aslan, 2011).

4.3. Yaşam Kalitesi

Sosyoloji ve tıp alanında yaşam kalitesi kavramına çok eski dönemlerde rastlanmakta, tarihsel süreç çok eskilere dayanmaktadır. Koltarla'nın bildirdiğine göre; Aristo mutluluk ve iyi bir yaşam için bireylerin sahip olması gereken unsurlar olduğunu belirtmiş, sosyal çevrenin bireyde oluşturduğu yanıtı yaşam kalitesi olarak ilk kez tanımlayan Thorndike olmuştur (Koltarla, 2008).

Yaşam kalitesi geniş bir kavramdır ve çevresindeki birçok özellikten etkilenir. Bu kavram bireylerin ve toplulukların mutluluk ve iyilik, refah durumlarını vurgulamak için kullanılmıştır (Başaran ve ark., 2005). Yaşam kalitesi son yıllarda giderek önem kazanmakta olmasına rağmen farklı tanımlar oluşmuştur.

DSÖ'ne göre yaşam kalitesi, kişilerin kültürel ortamları içindeki yaşamlarını ve bu ortamdaki değer yargılarını, beklentilerini, standartlarını ve ilgilerini, algılamalarını tanımlamaktadır (Soygür, 2003). Bireyin iyilik hali ve yaşamın tüm alanlarında doyumu, temel gereksinimlerinin, toplumsal beklenti ve taleplerinin gerçekleşmesi, yaşamını sürdürdüğü toplumun var olan ve bireye sunduğu olanaklardan yararlanabilmesi yaşam kalitesi olarak tanımlanabilir (Bozkurt, 2003). Başka bir deyişle, kişinin amaç, beklenti, ilgi ve standartlarından oluşan konumunu, kültür ve değerler sistemi içinde anlayış şeklidir. Bireylerin yaşamının daha iyi hale getirilmesine dair bir kavram olan yaşam kalitesi; bireylerin taleplerinin istendik düzeye getirilmesi ve doyurucu düzeyde karşılanması olarak da ifade edilebilir (Şahin, 1997).

Yaşam kalitesi psikolojik, sosyal, fiziksel ve çevresel refahın temin edilecek düzeyde ve dengeli bir biçimde sürdürülebilir olmasına temellendirilmiştir. Yaşam kalitesi kavramının boyutları, çalışmalara göre farklılıklar göstermektedir. Yaşam kalitesi kavramını bireyler açısından ele aldığımızda bireyin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, bağımsızlık düzeyi ve sosyal ilişkilerini kapsar ve bu özelliklerden etkilenir. Yaşam kalitesi kavramının boyutları:

- **Psikolojik İyilik Durumu:** Mutlu olma, haz alma, üretken, yararlı olma, beden imajı, bağımsızlık, dinlenme ile ilgili durumlar, yaşamın anlamı, yaşamın normalliği gibi duygulardır.

- **Fiziksel İyilik Durumu:** Günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirebilme ve yeterlilik, cinsel yaşam, dinç olma, güç ve sağlık yeterliliği.

• **Sosyal ve Bireysel İyilik Durumu:** Kişisel işlevler, sosyal faaliyetler, kişisel ilişkiler ve destek görme, mahremiyet, reddedilme, rol işlevi gibi sosyal durumlarıdır.

• **Maddi ve Mali İyilik Durumu:** Çalışma durumu, gelecek güvencesi, güvenlik duygusu, barınma durumu, iş ve sağlık güvencesi gibi durumlardır (Talas, 2008).

Kısaca yaşam kalitesini, bireyin içinde bulunduğu yaşam koşullarına ve topluma uyumu ve memnuniyeti olarak tanımlayabiliriz.

Bireylerde;

- Beden imajının bozulması,
 - Günlük yaşam aktivitelerinin ve kişisel bakımın gerçekleştirilmesinde yetersizlik,
 - Sürekli yorgunluk, halsizlik,
 - Cinsel işlevlerde bozulma
 - Gelecek kaygısı,
 - Yetersiz dayanak,
 - Akut ve kronik sağlık sorunları
 - Esas ihtiyaçların giderilememesi, yaşam kalitesinin azalmasına neden olur.
-
- Yaşam kalitesinin yükseltilebilmesi için bireyin;
 - Maddi ve sosyal teminatının olması
 - Güvenlik kaygısının olmaması,
 - Fiziksel koşulların gereken konfora sahip olması
 - Yaşamını anlamlandırabilmesi ve aktif olması
 - Olumlu kişisel ilişkiler içinde olması
 - Yaşamsal aktivitelerinden keyif alması, eğlenebilmesi
 - Saygınlığının ve özerkliğinin olması
 - Mahremiyetine saygı gösterilmesi ve önem verilmesi
 - İşlevsellik düzeyinin yeterliliği ve kendini anlatabilme
 - Birey olarak kendi özelliğinin algılanması
 - Huzur içinde olması, inanç ve değerlerine saygı gösterilmesi gerekmektedir (Eker, 2012).

4.3.1. Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, sağlıkla ilişkilendirilen direkt ya da indirekt birçok unsuru kapsayan geniş bir kavramdır. Genel yaşam kalitesi tanımında olduğu gibi, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi tanımında da evrensel tek bir tanım yoktur (Kılınç, 2007; Koltarla, 2008).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesini bireyin sağlığı tarafından belirlenen, tıbbi girişimlerle etkilenebilen genel yaşam kalitesinin bir bileşeni olarak tanımlayabiliriz. Bireyin, hastalığı ve uygulanan tıbbi girişimlerin işlevsel etkilerini nasıl algıladığı ile ilişkilidir (Başaran ve ark., 2005).

Bir hastalığın ve ona bağlı tedavinin hastada yarattığı işlevsel etkilerin hasta tarafından öznel biçimde algılanışı; bireyin yaşamdan ve kişisel iyilik hali denen genel durumdan sağladığı doyumun bir bütünü olarak tanımlanabilir (Acıöz ve ark., 2003).

Sağlıkta yaşam kalitesi, sağlık profesyonelleri açısından ise; hastanın fizyolojik işlevlerini değerlendirmekten çok hastanın kendisini ve hastalığını nasıl algıladığı ve tedavinin yaşamını nasıl etkilediği ile ilişkilidir (Mollaoğlu, 2007).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığı (1948); “yalnızca bir hastalık veya sakatlığın olmayışı değil, aynı zamanda fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik hali” olarak nitelendirmektedir. Bu tanımdaki “tam bir iyilik hali içinde olma” vurgusu, doğrudan doğruya yaşam kalitesi kavramı ile bağlantılıdır ve “sağlıkla ilgili yaşam kalitesi” kavramına da ilk kez bu tanım içinde rastlanmaktadır (Fidaner, 2004).

Bir diğer ifadeyle; yaşam kalitesi, kişinin içinde yaşadığı sosyokültürel ortamda kendi sağlığını öznel olarak algılamasıdır. Yaşam kalitesi kavramı hastaya ne hissettiğini sormayı öngörmek ve sağlık durumunu bütün boyutlarıyla ele almak gibi zor bir işe yönelmiş olup, yalnızca nicelikleri değil, nitelikleri de ölçmeyi hedefler. 1980’lerden sonra da hemşirelik alanına girmiştir.

Yaşam kalitesinin değerlendirilme çalışmalarında sağlık alanında üç ayrı yol izlenmektedir:

A-Genel Yaşam Kalitesi Ölçekleri: Toplumun genel yaşam kalitesini değerlendirme amacıyla yapılan çalışmalarda kullanılan ölçeklerdir. Günlük uğraşlar, aile yaşamı, sosyal yaşam ve ilişkiler, iş yaşamı, eğitim ortamı ve sağlık hizmetine ulaşma şartları, ekonomik durumları, güvenlik sorunları ve yasal sorunları da içine alan farklı alanların yanıtladığı bireysel yaşam değerlendirmeleridir (Şahin, 1997).

B-Hastalığa Özgü Yaşam Kalitesi Ölçekleri: Hastalıklara özel geliştirilmiş ölçeklerdir (Arslan ve Kutsal, 1999).

C-Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçekleri: Bireylerin kendi yeterliliklerini ve algıladıkları fiziksel, mental ve sosyal alanı değerlendirmede kullanılan ölçeklerdir (Başaran ve ark., 2005).

DSÖ'nün, çalışabilir yaştaki nüfusun sağlık durumunu iyileştirme ve geliştirmeye yönelik politikaları çalışmalarında önemli yer tutmaktadır. Sağlıkta gelişimin odak noktası pozitif sağlıktır ve başlıca duyarlılık noktası yaşam kalitesinin artırılmasıdır. “Her bireyin sağlıklı; toplumsal, ekonomik ve ruhsal anlamda üretken olması ve daha iyi bir yaşam kalitesine sahip olması” gereği DSÖ'nün 21.yy hedefleri içinde yer almaktadır (Şahin, 1997).

4.3.2. Kronik Hastalıklar ve Yaşam Kalitesi

Sağlık alanındaki gelişmeler nedeniyle yaşam süresi uzamış, bununla birlikte mortalite oranları azalıp, morbidite oranları artmıştır. Bu değişimlerin sonucunda toplumların kronik hastalık yükü de artmaktadır. Kronik hastalıklar genellikle yavaş ilerleyen, düzenli ve sürekli tedavi, bakım ve izlem gerektiren, bir ya da daha fazla sistemde geriye dönüşsüz yapı ve işlevsel bozukluklara yol açabilen ve kişide yeti yitimine neden olabilen uzun dönem sağlık sorunlarıdır (Akdemir ve Birol, 2005; Özdemir ve Taşçı, 2013).

Kronik hastalık yükünün artması bireylerde engelliliğe yol açarak yaşam kalitesinin düşmesine, tıbbi ve iyileştirme giderlerinin artmasına yol açmaktadır. Kronik hastalığı olan bireyin tedavisi akut ya da alevlenme dönemlerinde hastanede yapılırken, asıl tedavi ve bakım evde yürütülmekte, bireyler yaşamı boyunca bu hastalıkla birlikte yaşamak zorunda kalmaktadırlar. Bu nedenle kronik hastalıkların ve tedavi süreçlerinin oluşturduğu sınırlılıklara rağmen hastaların kendilerini olabildiğince iyi hissetmelerini sağlamak ve günlük yaşam aktivitelerini sürdürmelerine yardımcı olmak sağlık bakımının en önemli hedeflerindendir (Pınar, 2006).

Kronik hastalık yükünün artması ve beklenen yaşam süresinin uzaması kronik hastalığı olan bireylerde yaşam kalitesi kavramını ön plana çıkarmaktadır. Kronik hastalığa sahip bireylerin yaşam kalitesi birçok yönden etkilenmektedir. Bireyin yaşam

kalitesini arttırmak, kronik hastalık tedavisinin temel amaçlarındandır. Kronik hastalıklarda bireyin sorunlarına göre hemşire;

- Bakım,
- Danışmanlık,
- Rehabilitasyon ve
- Eğitim planlamalarını yapar (Akdemir ve Birol, 2003).

Eğitim; hemşirelik alanında hemşirenin bakımdan sonra en fazla uyguladığı ve kendi otonomisi ile hareket ettiği önemli bir bağımsız işlevidir. Hemşirelik profesyonelinin vereceği eğitim ve danışmanlık, hasta birey ve ailesinin güçlenmesinde, hastalığın getirdiği sorunlarla mücadele edebilmelerinde ve dolayısıyla yaşam kalitesinin artmasında önemli bir rol üstlenir. Sunulan sağlık hizmetlerinin değişimi ve iyileştirme çalışmalarının ağırlık kazanması toplumun değişen gereksinimleri ile zorunlu hale gelmektedir. Kronik hastalığı olan bireylerin hastalıkları ile beraber yaşamayı öğrenmeleri ve günlük yaşam aktivitelerini bağımsız gerçekleştirebilmeleri, yaşam kalitelerinin arttırılması hedefi hemşirelik hizmetlerinin ve bakımın ana hedefleri arasında olmuştur (Kaya, 2009).

Kronik hastalıkların birey üzerindeki çok yönlü etkilerinin belirlenebilmesi ve ölçülebilmesi bu alanda yapılan çalışmalarla mümkün olmaktadır. Bu alanda yapılan çalışmalar göstermektedir ki uzun seyirli hastalık deneyimleri bireylerin günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirebilmelerinde olumsuzluk yaşamalarına neden olmaktadır. Hastalığın bulguları, uzun tedavi süreleri, sık hospitalizasyon ve kontroller, gün içinde tıbbi cihaz gereksinimi ve düzenli ilaç kullanma zorunluluğu hastanın yaşam kalitesinin bozulmasına ve düşük yaşam kalitesine neden olmaktadır. Kronik hastalığa bağlı olarak fiziksel ve zihinsel sınırlılıklar gelişerek bireyin bağımsızlığı azalmakta ve uzun süreli bakım gereksinimi ortaya çıkmaktadır. Ayrıca kronik bir hastalığın olması, hastalıkla beraber yaşama süresini artırarak bireylerin gündelik yaşama uyumunu bozmakta, fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Arnold et al., 2004; Arne et al., 2009). Kronik hastalıklar ve komplikasyonları bireyin işlevsel kapasitesinin azalmasına, çalışma performansının düşmesine, yaşam kalitesinin

bozulmasına ve sosyal izolasyona neden olurken ailenin yaşam tarzı ve ilişkilerini de olumsuz etkiler (Arslan, 2003; Şenol ve ark., 2010).

Kronik hastalıkların hasta bireylerde geliştirdiği çok yönlü etkilerin belirlenerek değerlendirilmesi açısından sağlıkla ilgili yaşam kalitesi çalışmaları önemlidir. Yaşam kalitesi çalışmalarında kullanılan ölçekler, tedavi ve bakım sürecinin, hastanın yaşamındaki tüm boyutları üzerindeki etkilerinin hastanın bakış açısından değerlendirilmesine olanak sağlar. Elde edilen değerlendirme sonuçları hemşirelerin hastayı bütüncül olarak değerlendirmesi, bakımın planlanması ve uygulanmasında, bakımın niteliği ve farklı hastalık yönetim uygulamalarının kıyaslanmasında rehber olarak kullanılır. Bu çalışmalar kronik hastalıklarda hastalık davranışının, psikolojik sorunların ve hastalığa uyum zorluklarının belirlenmesine ve uygun baş etme tekniklerinin geliştirilmesine yol gösterici olacak bakım planlamasının yapılmasına katkı sağlar (Aydemir, 2004).

Kronik hastalıklarda yaşam kalitesini ölçme, belirleme ve değerlendirme amacıyla yapılan çalışmaların arttığı ve dermatoloji alanında da yaşam kalitesi değerlendirme çalışmalarının önemli bir yer edindiği bildirilmiştir (Kılınç ve ark., 2009). Kronik deri hastalıklarının çoğu dönem dönem yaşanan alevlenmeler ve tedaviye gösterdikleri dirençe, hastaların hem sosyal ilişkilerini, hem de iş verimlerini önemli ölçüde bozan yaşam kalitesi bozukluklarına diğer alanlara göre daha yoğun neden olmakta, böylece daha fazla önemsenmektedir (Aydemir, 2004).

Klinik özellikleri nedeniyle yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilen, morbiditeyi artıran Behçet hastalığı, diğer kronik hastalıklarda olduğu gibi hastanın günlük yaşamsal aktivitelerini ve sosyal hayatını oldukça kısıtlayabilmektedir (Mercan, 2010). Behçet hastalığı, hastalarda geçici ve kalıcı fonksiyon bozuklukları ve kayıplarına neden olarak bireyin günlük yaşam aktivitelerinde ve yaşam şeklinde engelliliğe, gerek gelişen komplikasyonlar gerekse tedavide kullanılan steroid ve immunosupresif ilaçlar nedeni ile de psikiyatrik sorunlara, yaşam kalitesinde bozulmaya yol açar. Görülme sıklığı ve kronik seyri nedeni ile B.H. ülkenin önemli sağlık sorunlarından biridir. Hastaların izleminde yaşam kalitesi değerlendirmesi, hem hastalık sürecini hem de tedavinin etkilerini değerlendirmede hastanın düşüncelerini doğru gösteren ve yol gösterici olacak önemli bir ölçümdür (Uğuz ve ark., 2006).

Kronik hastalıklardaki artışlar ve buna paralel artan bakım talebi, sağlık giderlerindeki artış, toplumun ekonomik yükünün giderek artması sağlık hizmetlerinde değişimi gerekli hale getirmiş, sağlığın korunması, sürdürülüp geliştirilmesi ve iyileştirme hizmetlerinin önemi artmıştır. Hemşirelik hizmetlerinin bakım alanında kronik hastalıklar daha fazla yer edinmiş, hastaların kendi hastalıklarının yönetimi konusunda gerekli bilgi ve beceriyi edinme gereksinimleri öne çıkmıştır.

Kronik hastalıklarda tedavi ve bakım multidisipliner bir ekip çalışmasını gerektirir. Bu ekibin vazgeçilmez ve önemli bir üyesi olan hemşire, sağlık kurumlarında ya da evde kronik hastalıklı bireyin bakımında aktif rol üstlenir. Hemşire, kronik hastalığı olan bireyin sorunlarına göre bakım, danışmanlık, rehabilitasyon ve eğitim planlamalarını yapar (Akdemir ve Birol, 2003).

Kronik hastalığı olan bireylerde tedavi ve hemşirelik bakımında amaç; bireylerin hastalığın yarattığı sorunlarla baş etmelerine, sadece yaşam sürelerini değil, yaşam kalitelerini arttırıp korumalarını sağlayacak yeterliliği geliştirmelerine yardımcı olmayı hedefler. Bu nedenle hemşirelerin öncelikle yaşam kalitesini etkileyen etmenleri belirlemeleri ve yaşam kalitesini koruma, geliştirme ve iyileştirme sorumluluklarını yerine getirmeleri önemli bir hemşirelik işlevidir (Yürekli, 1990).

Behçet hastalarında yaşamın neredeyse tüm alanları etkilendiği için, bu hastalara bakım veren hemşirelerin de yaşam kalitesi alanlarını bilmeleri önemlidir. Yaşam kalitesi, hemşirelik bakımını planlama ve değerlendirmede doğru sonuca ulaşılmasında yol göstericidir. Bu nedenle hemşireler yaşam kalitesi ile ilgili kavramları ve hemşirelik uygulamalarının dayandığı fiziksel ve psikolojik iyilik hali kavramlarını geliştirmek ve uygulamak için çaba harcamalıdır (Algier ve Doğan, 2005).

5. GEREÇ ve YÖNTEM

5.1. Çalışmanın Amacı ve Tipi

Bu çalışma; Behçet hastalarında sosyodemografik ve hastalığa ilişkin özelliklerinin ve hastaların hastalıkları hakkındaki algılarının yaşam kalitelerine etkisinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı bir çalışma olarak tasarlandı ve yapıldı.

5.2. Çalışmanın Yeri ve Zamanı

Araştırmanın verileri İstanbul’ da bir üniversite hastanesinin Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı Behçet Polikliniğine başvuran takipli hastalardan 8 Haziran - 11 Kasım 2015 tarihleri arasında toplandı.

5.3. Çalışmanın Evren ve Örneklemi

Çalışmanın evrenini; İstanbul’ da bir üniversite hastanesinin Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı Behçet Polikliniğine başvuran takipli Behçet hastaları oluşturmuştur. Örneklemi ise 8 Haziran – 11 Kasım 2015 tarihleri arasında polikliniğe müracaat eden Behçet tanılı hastalardan, araştırmaya alınma kriterlerini karşılayan ve araştırmaya katılmayı gönüllü kabul eden 410 hasta oluşturdu.

Araştırmaya alınma kriterleri;

- 18-65 yaş arasında olan,
- Okuma – yazma bilen,
- Uluslararası Behçet hastalığı kriterlerine göre Behçet tanısı almış,
- İletişim kurabilen hastalardır.

5.4. Veri Toplama Formları ve Verilerin Toplanması

Veriler araştırmacı tarafından hazırlanan ve hastaların sosyodemografik özellikleri ve hastalığa ait bilgileri içeren “Soru Formu”, “Behçet Hastalığına Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (BD-QoL - A Quality of Life Measure Specific to Behcet’s

Disease)” ve “Hastalık Algısı Ölçeği (IPQ - Illness Perception Questionnaire)” kullanılarak toplandı.

Veriler, araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak ve hasta ile ilgili olan bazı tıbbi bilgiler (Hastalığın başlama yaşı, süresi, sistem, organ tutulumları, ilaç kullanımı, bir başka hastalığı olup olmadığı, aile öyküsü) hasta dosyası taranarak toplandı.

a) Sosyodemografik Özellikler ve Hastalık Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan bu formda hastaların sosyodemografik özellikleri (cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum, çocuk sayısı, çalışma durumu, sosyal güvencesi, gelir düzeyi, hastalığı nedeniyle çevresi ile ilişkilerinde sorun yaşayıp yaşamadığı) ve hastalığına ilişkin bilgileri (Behçet hastalığı başlama yaşı, süresi, sistemik tutulumları, ek sistemik hastalık, ek psikiyatrik hastalık, ilaç kullanımı, aile öyküsü) sorgulayan ve bilgi edinmeyi amaçlayan sorular yer almaktadır (Ek-2).

b) Behçet Hastalığına Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (BYKÖ) - A Quality of Life Measure Specific to Behcet's Disease (BD-QoL)

Behçet Hastalığına Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (BYKÖ) (A Quality of Life Measure Specific to Behcet's Disease-BD-QoL) Gillworth ve arkadaşları tarafından 2004 yılında geliştirilmiş ve kullanılmaya başlamıştır. Hastanın son bir ay içindeki yaşam kalitesiyle ilgili bir değerlendirme yapar. BD-QoL ölçeği “doğru” veya “yanlış” seçenekleri ile yanıtlanan 30 ifadeden oluşur. Hastalardan ifadeleri okumaları, o ifade kendilerine doğru geliyorsa “doğru”, doğru gelmiyorsa “yanlış” seçeneğini işaretlemeleri istenir. BD-QoL ölçeği negatif değerlendirmeye sahip bir ölçektir, hasta ölçekteki ifadenin kendisine uygun olduğunu düşünerek doğru seçeneğini işaretliyorsa, Behçet hastalığının hayatının o yönünü olumsuz olarak etkilediği anlamı çıkar.

Değerlendirme; evet “1”, hayır “0”, puanı verilerek yapılır. Yanıtların toplanması ile “0-30” puanları arasında değişen toplam puan bulunur. “0” en iyi, “30” en kötü yaşam kalitesini gösterir, hesaplama ile elde edilen puanın yüksekliği yaşam kalitesi ile ters orantılıdır (Erdoğan, 2008; Ayanoglu, 2012).

Ülkemizde kullanımı amacı ile ölçeğin geçerlik ve güvenirliği 2008 yılında Erdoğan tarafından yapılmıştır. Yapılan değerlendirmede, anlaşılabilir olduğu ve güçlük yaşanmadığı, dil ve kültürel yönden Türk Behçet hastalarında kullanıma elverişli olduğu görülmüş ve “Türkçe Behçet Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği” yapılmıştır (Ek-3). Ölçek, uygulaması pratik, tedavinin etkilerini ve hastalığın seyrini belirlemede işlevsel görünmektedir. Hastalarda depresif olan ve olmayanları karakterize etme yönünden anlamlı olduğu belirlenmiş, ölçeğin özgün olması sebebiyle, hafif gibi görünen ve ancak klinik olarak anlamlı olan değişimleri bile değerlendirmenin mümkün olabildiği ifade edilmiştir. Bundan dolayı bu ölçeğin, genel sağlık yaşam kalite ölçeklerinden daha duyarlı olduğu bildirilmiştir (Erdoğan, 2008; Ayanoğlu, 2012). Ölçeğin güvenirlik katsayısı 0.95 olarak bulunmuştur (Erdoğan, 2008). Bu araştırmada BYKÖ cronbach alpha değeri 0,93 bulundu.

c) Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ) - İllness Perception Questionnaire (IPQ)

Hastalık Algısı Ölçeği, Weinmann ve arkadaşları tarafından 1996 yılında, Leventhal’in öne sürdüğü her hastanın kendi "hastalık temsili modeli" ve modelin beş bileşenine (hastalığın kimliği, nedensel inanışlar, zamansal inanışlar, kontrol veya tedavi hakkındaki inanışlar ve sonuçlar) göre nicel bir değerlendirme yapabilmek için geliştirilmiştir (Weinman et al., 1996). Moss-Morris ve arkadaşları 2002 yılında ölçekte düzenlenmesi gereken boyutları tespit etmiş ve ölçek revize edilmiştir. Düzenlemede, süre boyutu, süre-akut/kronik ve süre-döngüsel olarak yapılandırılmış ve ölçeğe duygusal temsillerin değerlendirilmesi eklenmiştir. Yenilenen ölçekte hastalık üzerindeki kişisel kontrol ve tedavi kontrolü ayırımı da yapılmaktadır.

Ölçek diyabet, psoriasis, kanser, kalp hastalıkları, kronik akciğer hastalıkları, romatoid artrit, gibi birçok kronik hastalık için kullanılmıştır. Ölçek, 70 madde toplamından oluşmuş, Türkçe geçerlilik ve güvenirliği Kocaman ve arkadaşları (2007) tarafından yapılmıştır. Üç bölümün iç tutarlılık alfa katsayıları sırasıyla 0.89, 0.69-0.77, 0.25-0.72’dir. Madde-toplam istatistiklerinin korelasyonunun anlamlı düzeyde olduğu bulunmuştur. Çalışmada **Hastalık Belirti Değerlendirme**; cronbach alpha 0.625 bulundu. **Hastalık Hakkındaki Görüşler alt boyutları**; Süre (Akut/Kronik) 0.725, Sonuçlar, 0.694, Kişisel Kontrol, 0.615, Tedavi Kontrolü, 0.812, Hastalığı Anlayabilme,

0.756, Süre (Döngüsel), 0.841, Duygusal Temsiller, 0.614, cronbach alpha değerleri bulundu. **Hastalık Nedenleri alt boyutları;** Kişisel Atıflar, 0.675, Dış Atıflar, 0.729, Yaşam Şekli Atıfları, 0.756, Kontrol Edilemeyen Bedensel Faktörler, 0.744, cronbach alpha değerleri bulundu. Şans Faktörü tek alt boyutun cronbach alpha değeri yoktur. Bu çalışmada HAÖ'nin yenilenmiş formu kullanılmıştır (Ek-4). Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ) üç bölümden oluşmaktadır:

- Hastalık belirtileri bölümü,
- Hastalık hakkındaki görüşleri (hastalık algısı),
- Hastalık nedenleri bölümü.

Hastalık belirtileri bölümü: Sık yaşanan 14 hastalık belirtisini (ağrı, boğazda yanma, bulantı, soluk almada güçlük, kilo kaybı, yorgunluk, eklem sertliği, gözlerde yanma, hırıltılı soluma, baş ağrısı, mide yakınmaları, sersemlik hissi, uyku güçlüğü, güç kaybı) sorgular. Bu belirtiler için kişiye önce, 'hastalığın başlangıcından bu yana bu belirtiyi yaşıyor yaşımadığı', daha sonra 'eğer yaşıyorsa bu belirtiyi hastalığıyla ilişkilendirip ilişkilendirmediği' sorulmaktadır. Bu bölüm, her belirti için iki soruya da evet/hayır biçiminde yanıt verilecek şekilde düzenlenmiştir. İkinci sorudaki evet yanıtlarının toplamı hastalık tipi bölümünün değerlendirilmesidir.

Hastalık hakkındaki görüşler bölümü: Hastanın hastalığı hakkındaki düşüncelerini sorgulayan 38 ifade içermektedir ve beşli likert tipi ölçümle değerlendirilmiştir. Yedi alt boyut olarak değerlendirilir;

Süre (akut/kronik) boyutu; bireyin hastalığının süresi ile ilgili algı değerlendirmesini sağlar, alınan yüksek puan bireyin, hastalığının kronik olduğunu düşündüğünü gösterir. (1,2,3,4,5).

Sonuçlar boyutu; bireyin hastalığının şiddetini, fiziksel, psikolojik ve sosyal fonksiyonuna yönelik algısının değerlendirmesini gösterir. Alınan yüksek puan bireyin, hastalığın sonuçlarını negatif algıladığını ve hastalığının çok ciddi sonuçları olduğuna güçlü bir şekilde inandığını göstermektedir (6,7,8,9,10,11).

Kişisel kontrol boyutu; bireyin hastalığının süresi, seyri ve tedavisi üzerindeki iç kontrol algısını değerlendirir ve yüksek puan alınması bireyin, hastalığını kontrol edebileceğine ilişkin pozitif algısını gösterir (12,13,14,15,16,17,18).

Tedavi kontrolü boyutu; kişinin uygulanan tedaviye olan inancını değerlendirir ve yüksek puan alınması bireyin, hastalığının tedavi ile kontrol edilebileceğine ilişkin pozitif algısını gösterir (19,20,21,22,23).

Hastalığı anlayabilme boyutu; bireyin hastalığını anlama ve algılama düzeyini değerlendirir, yüksek puan bireyin, hastalığını anlayabildiğini gösterir (24,25,26,27,28).

Süre (döngüsel) boyutu; bireyin hastalığının süreç içerisindeki değişik yansımalarının değerlendirilmesini sağlar. Bu boyuttan yüksek puan alınması bireyin, hastalığının döngüsel olduğunu düşündüğünü gösterir (29, 30, 31, 32).

Duygusal temsiller boyutu; bireyin hastalığı ile ilgili duygularının, düşüncelerinin, hissettiklerinin değerlendirildiği bölümdür. Yüksek puan alınması hastalığı ile ilgili endişesinin çok olduğu ve olumsuz etkilendiğini gösterir (33, 34, 35, 36, 37, 38).

IP1, IP4, IP8, IP15, IP17, IP18, IP19, IP23, IP24, IP25, IP26, IP27, IP36 maddeleri ters çevrilerek puanları hesaplanır.

Hastalık nedenleri bölümü: 18 maddeden oluşan bu bölüm hastalıkların muhtemel sebeplerini kapsar. Beşli Likert tipi ölçümle değerlendirilir. Bu bölüm, bireyin hastalığının muhtemel sebepleri hakkındaki düşüncelerini araştırır ve beş alt bölüm olarak değerlendirilir. Bunlar;

Kişisel Atıflar; (1, 8, 9, 10, 12, 17, 18), stres ya da endişe, kendi davranışı, kendi tutumu, aile sorunları, duygusal durumu, kişilik özellikleri, vücut direncinin azalması.

Dış atıflar; (6, 7, 11, 16) geçmişindeki kötü tıbbi bakım, çevre kirliliği, aşırı çalışma, kaza, yaralanma.

Yaşam şekli atıfları; (4, 14, 15) beslenme alışkanlıkları, alkol, sigara kullanımı.

Kontrol edilemeyen bedensel faktörler; (2, 3, 13) kalıtsal, bir mikrop ya da virüs, yaşlanma.

Şans unsuru; (5) şans veya kötü talih.

Alt boyutlar, her bir alt boyuttaki puanların toplanması ve sayısına bölünmesi ile elde edilir. Yüksek puan hastalığına neden olduğunu düşündüğü faktörleri gösterir.

Ölçeğin sonunda niteliksel değerlendirme için kişinin hastalığının en önemli nedenleri olarak gördüğü üç etkeni yazması da istenmektedir (Weinman, 1996; Moss-Morris, 2002; Armay, Özkan, Kocaman, Özkan, 2007; Kocaman, 2007).

5.5. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın planlama aşamasında çalışmanın yapılacağı üniversitenin Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı Behçet Polikliniği Bilim Dalı Başkanı ile görüşülerek çalışma hakkında bilgi verildi ve sözlü onayı alındı. Araştırmaya başlamadan önce üniversitenin Dermatoloji AD. Kürsü kurulundan çalışma izni (İzin no: 166879) ve Etik Kurul Komitesinden Etik kurul onayı (Onay no: 1118) alındı. Veri toplamaya başlamadan önce anket hakkında hastalara sözel olarak bilgi verildi. Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalara yazılı olarak Gönüllü Onam Formu (Ek-1) doldurtulduktan sonra anket uygulandı. Katılımcıların kimlik bilgileri alınmadı. Toplanan veriler sadece araştırma amacıyla kullanıldı. Araştırmada kullanılacak ölçeklerin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapan kişilerden elektronik ortamda izin alındı.

5.6. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi

Çalışma sonucunda elde edilen veriler SPSS 22,0 programı kullanılarak değerlendirildi. Verilerin tanımlayıcı istatistiklerinde ortalama, standart sapma, medyan en düşük, en yüksek, frekans ve yüzde değerleri kullanıldı. Değişkenlerin dağılımı Kolmogorov Simirnov test ile ölçüldü. Nicel verilerin analizinde Kruskal-Wallis ve Mann-Whitney U test kullanıldı. Korelasyon analizinde Spearman Korelasyon analizi kullanıldı.

6. BULGULAR

Bu tanımlayıcı ve ilişki arayıcı araştırmadan elde edilen veriler tablolarla birlikte dört bölüm halinde sunuldu.

6.1. Hastaların sosyo-demografik özellikleri ve hastalık bilgi formu ile ilgili bulgular.

6.2. Hastaların hastalık algısı (HAÖ) ölçeği ile ilgili bulgular.

6.3. Behçet hastalığına özgü yaşam kalitesi (BYKÖ) ölçeği ile ilgili bulgular.

6.4. Hastaların HAÖ puan ortalamaları ile BYKÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkiye yönelik bulgular.

6.1. Behçet Hastalarının Sosyo-Demografik Özellikleri ve Hastalık Bilgi Formu İle İlgili Bulguları

Bu bölümde çalışmaya katılan Behçet hastalarının sosyodemografik özellikleri, hastalıkları ve aldıkları tedaviler ile ilgili bulgular yer almaktadır.

Tablo-3: Sosyo-Demografik Özellikler (N: 410)

		Min-Mak	Med.	Ort. ± s.s.
Yaş		18 - 65	37	38,1 ± 11,7
		n		%
Cinsiyet	Erkek		165	40,2
	Kadın		245	59,8
Eğitim Durumu	Okur-Yazar		30	7,3
	İlkokul		171	41,7
	Ortaokul		59	14,4
	Lise		85	20,7
	Üniversite		65	15,9
Medeni Durum	Evli		303	73,9
	Bekar		91	22,2
	Dul-Boşanmış		16	3,9
Çocuğu	Yok		115	28
	1-2 Çocuk		201	49
	3 ve üzeri çocuk		94	23
Çalışma durumu	Halen Çalışıyor		185	45,1
	Hastalığı nedeniyle Çalışmıyor		31	7,6
	Başka Nedenlerden Çalışmıyor		90	22
	Hiç Çalışmamış		104	25,4
	Gelir Giderden Az		192	46,8
Ekonomik Durum	Gelir Gidere Eşit		180	43,9
	Gelir giderden Fazla		38	9,3
Kimlerle Yaşıyor	Yalnız		12	2,9
	Ailesiyle		398	97,1
Sosyal Güvence	Yok		11	2,7
	Var		399	97,3
Toplam			410	100

Çalışmaya alınan hastaların sosyo-demografik bilgileri Tablo-3'te incelendiğinde; hastaların yaş ortalaması 38,1±11,7 bulundu. Hastaların % 59,8'i kadın, % 40,2'si erkek, % 41,7'si ilkokul mezunu, % 73,9'u evli, % 71,9'u çocuklu, % 49,0'ının 1-2 çocuk sahibi olduğu, % 97,1'inin ailesi ile yaşadığı, % 45,1'inin halen çalıştığı, % 46,8'inin ekonomik durumunun gelir giderden az, % 97,3'ünün sosyal güvenceye sahip olduğu belirlendi.

Tablo- 4: Hastalık Özellikleri (N: 410)

		Min-Mak	Med.	Ort. $\pm$ s.s.
Behçet Başlama Yaşı		8 -51	26	26,6 $\pm$ 8,6
Behçet Süresi		1 -43	10	11,7 $\pm$ 8,6
			n	%
Hastalık Belirtileri*				
Oral Aftöz Ülserler			410	100
Genital Ülserler			367	89,5
Papülopüstüller lezyonlar			335	81,7
Paterji Testi			282	68,8
Eklem Tutulumu			265	64,6
Eritema Nodosum			254	62
Aile Öyküsü			136	33,2
Göz Tutulumu			103	25,1
Diğer Sistem Tutulumu			101	24,6
Vasküler Tutulum			89	21,7
Diğer Deri Hastalığı			62	15,1
Nörolojik Tutulum			11	2,7
Ek Sistemik Hastalık*	Var		94	22,9
	Yok		316	77,1
Hastalıklar	Hipertansiyon		56	13,7
	Diabetes Mellitus		24	5,9
	Hiperlipidemi/Kolesterol yüksekliği		16	3,9
	Kalp Hastalığı		14	3,4
	Obesite		3	0,7
Ek Psikiyatrik Hastalık	Var		76	18,5
	Yok		334	81,5
Sistemik/ Psikiyatrik İlaç Kullanımı	Var		122	29,8
	Yok		287	70
Hastalık İçin İlaç Kullanımı*	Var		397	96,8
	Yok		13	3,2
Kullanılan İlaçlar	Kolşisin		397	96,8
	Kortikosteroid		37	9
	İmmunsupresan		64	15,6
	Antikoagulan		54	13,2
	NSAİİ-Kemoterapotikler		11	2,7
Hastalığınız Çevrenizdeki İnsanlarla İlişkilerinizi *	Etkiliyor		117	28,5
	Etkilemiyor		293	71,5
Kiminle İlişkileri Etkiliyor	Eşi ile		65	15,9
	Çocuğu/Çocukları ile		44	10,7
	Arkadaşları ile		56	13,7
	Akrabaları ile		42	10,2

*Birden fazla şık işaretlenmiştir

Hastaların hastalıkla ilgili bulguları Tablo-4'e göre değerlendirildiğinde; hastalık başlama yaş ortalaması $26,6 \pm 8,6$, hastalık süre ortalaması $11,7 \pm 8,6$ 'dır. Hastalık klinik bulguları; % 100'ü oral ülserler ve % 89,5'u genital ülserler, % 81,7'si papülopüstüler lezyonlar ve % 62,0'ı eritema nodozumdur.

Hastaların %25,1'inde göz tutulumu, % 64,6'sında eklem tutulumu, %21,7'sinde vasküler tutulum ve % 2,7'sinde nörolojik tutulum (sinir sistemi tutulumu) ve % 24,6'sında diğer sistem tutulumları bulundu. Hastaların % 68,8'sinde paterji testi pozitif, aile öyküsü (genetik yatkınlık) ise % 33,2 bulundu.

Hastaların % 15,1'inde diğer deri hastalıkları, % 22,9'unda ek sistemik hastalık öyküsü, % 18,5'inde psikiyatrik hastalık öyküsü bulundu.

Tedavi sürecinde; sistemik-psikiyatrik ilaç kullanımı % 29,8, Behçet hastalığı için ilaç kullanımında ise hastaların % 98,2'si kolşisin, % 9'u kortikosteroid, %15,6'sı immünsupresan, % 13,2'si antikoagulan ve % 2,7'si NSAİİ- kemoterapötik bulundu.

Hastaların, hastalıklarının çevrelerindeki insanlarla ilişkilerini % 28,5 etkilediği, % 15,9'u eşi ile % 13,7'si arkadaşları ile % 10,7'si çocuğu / çocukları ile ve % 10,2'sinin akrabaları ile sorun yaşadığı bulundu.

6.2. Hastaların HAÖ İle İlgili Bulguları

Bu bölümde çalışmaya katılan Behçet hastalarının HAÖ puan ortalamaları, HAÖ'ye göre yaşadıkları ve Behçet hastalığı ile ilişkilendirdikleri hastalık belirtileri, olası hastalık nedenlerine ait yüzdelik dağılımı, sosyo demografik özellikler ve hastalık özellikleri ile Hastalık Algısı Ölçeğinin alt boyutlarının puan ortalamalarının karşılaştırılmasına yönelik bulgular yer almaktadır.

Tablo- 5: HAÖ Puan Ortalamaları (N= 410)

Hastalık Algısı Ölçeği	Min-Mak	Medyan	Ort. $\pm$ s.s.
Hastalık Belirti Değerlendirme	0 - 14	4	4,7 $\pm$ 3,1
Hastalık Hakkındaki Görüşler			
Süre (Akut/Kronik)	6 - 30	23	22,2 $\pm$ 5,0
Sonuçlar	6 - 30	18	17,6 $\pm$ 4,9
Kişisel Kontrol	9 - 30	21	20,4 $\pm$ 3,7
Tedavi Kontrolü	5 - 25	18	17,9 $\pm$ 3,3
Hastalığı Anlayabilme	5 - 25	16	16,0 $\pm$ 4,2
Süre (döngüsel)	5 - 20	14	14,5 $\pm$ 2,7
Duygusal Temsiller	6 - 30	20	19,6 $\pm$ 5,8
Hastalık Nedenleri			
Kişisel Atıflar	7 - 35	22	21,4 $\pm$ 5,8
Dış Atıflar	4 - 20	9	9,3 $\pm$ 3,0
Yaşam Şekli Atıfları	3 - 15	6	6,1 $\pm$ 2,4
Kontrol Edilemeyen Bedensel Faktörler	3 - 15	8	7,7 $\pm$ 2,0
Şans Faktörü	1 - 5	3	2,9 $\pm$ 1,4

Hastalık algısı ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde “hastalık belirti değerlendirme” bölümü puan ortalaması $4,7 \pm 3,1$ bulundu.

HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri bölümü alt boyutları; “süre (akut/kronik)” puan ortalaması $22,2 \pm 5,0$, “sonuçlar” puan ortalaması $17,6 \pm 4,9$, “kişisel kontrol” puan ortalaması $20,4 \pm 3,7$, “tedavi kontrolü” puan ortalaması $17,9 \pm 3,3$, “hastalığı anlayabilme” puan ortalaması $16,0 \pm 4,2$, “süre (döngüsel)” puan ortalaması $14,5 \pm 2,7$, “duygusal temsiller” puan ortalaması $19,6 \pm 5,8$ ’dir.

HAÖ hastalık nedenleri bölümü alt boyutları incelendiğinde; “kişisel atıflar” puan ortalaması $21,4 \pm 5,8$, “dış atıflar” puan ortalaması $9,3 \pm 3,0$, “yaşam şekli atıfları” puan ortalaması $6,1 \pm 2,4$, “kontrol edilemeyen bedensel faktörler” puan ortalaması $7,7 \pm 2,0$, “şans faktörü” puan ortalaması ise $2,9 \pm 1,4$ bulundu (Tablo-5).

Tablo-6: Hastaların HAÖ'ye Göre Yaşadıkları Hastalık Belirtilerinin Dağılımı

	n*	%	n**	%
Hastalıkla İlgili Belirtiler				
Ağrı	367	89,5	299	72,9
Yorgunluk	345	84,1	277	67,6
Güç kaybı	274	66,8	227	55,4
Baş ağrıları	273	66,6	136	33,2
Eklem sertliği	259	63,2	235	57,3
Gözlerde yanma	208	50,7	155	37,8
Sersemlik hissi	195	47,6	124	30,2
Boğazda yanma	192	46,8	107	26,1
Uyku güçlükleri	182	44,4	111	27,1
Mide yakınmaları	173	42,2	70	17,1
Bulantı	142	34,6	45	11
Kilo kaybı	122	29,8	77	18,8
Soluk almada güçlük	116	28,3	40	9,8
Hırıltılı soluma	87	21,2	36	8,8

***Hastalığın başlangıcından bu yana bu belirtiyi yaşayanlar**

****Bu belirtiyi hastalığı ile ilişkilendirenler**

Tablo-6 incelendiğinde; hastaların % 89,5'i ağrı, % 46,8'i boğazda yanma, % 34,6'sı bulantı, % 28,3'ü soluk almada güçlük, % 29,8'i kilo kaybı, % 84,1'i yorgunluk, % 63,2'si eklem sertliği, % 50,7'si gözlerde yanma, % 21,2'si hırıltılı soluma, % 66,6'sı baş ağrısı, % 42,2'si mide yakınmaları, % 44,4'ü uyku güçlükleri, % 47,6'sı sersemlik hissi ve % 66,8'inin güç kaybı yaşadıkları bulundu.

Hastaların % 79,2'si ağrı, % 26,1'i boğazda yanma, % 11,0'i bulantı, % 9,8'i soluk almada güçlük, % 18,8'i kilo kaybı, % 67,6'sı yorgunluk, % 57,3'ü eklem sertliği, % 37,8'i gözlerde yanma, % 8,8'i hırıltılı soluma, % 33,2'si baş ağrısı, % 17,1'i mide yakınmaları, % 27,1'i uyku güçlükleri, % 30,2'si sersemlik hissi ve % 55,4'ünün güç kaybı yaşadıkları ve yaşadıkları bu belirtileri hastalıkları ile ilişkilendirdikleri bulundu.

Tablo- 7: Hastaların Düşündükleri Olası Hastalık Nedenleri

	n*	%
Hastalığına yol açan en önemli nedenler		
Stres ya da endişe	360	87,8
Üzüntü, sıkıntı	180	58,8
Kalıtsal (irisi)	108	35,3
Vücut direncinin azalması	90	29,4
Kişilik özellikleri	86	28,1
Şanssızlık, kötü talih, kader	79	25,8
Aşırı çalışma	66	21,6
Aile problemleri	58	19
Yorgunluk	38	12,4
Bir mikrop ya da virüs	28	9,2
Yetersiz Beslenme	27	8,8
Çevre kirliliği	24	7,8
Alkol, Sigara içme	22	7,2
Kötü yaşam koşulları	21	6,9
Kendi davranışı	19	6,2
Geçmişindeki kötü tıbbi bakım, diğer hastalıkları	17	5,6
Yoksulluk	7	2,3

*Satır yüzdesi alınmıştır.

Tablo-7’de hastaların Behçet hastası olmalarında etkili olduğunu düşündükleri nedenler incelendiğinde; Stres ya da endişe % 87,8, kalıtsal (irisi) % 26,3, bir mikrop ya da virüs % 6,8, yetersiz beslenme % 6,6, şanssızlık, kötü talih, kader % 19,3, geçmişindeki kötü tıbbi bakım, diğer hastalıkları % 4,1, çevre kirliliği % 5,9, kendi davranışı % 4,6, kişilik özellikleri % 21,0, vücut direncinin azalması % 22,0, alkol, sigara içme % 5,4, aile problemleri % 14,1, aşırı çalışma % 16,1, kötü yaşam koşulları % 5,1, yoksulluk % 1,7, üzüntü, sıkıntı % 43,9 ve yorgunluk % 9,3 olarak bulundu.

Tablo- 8 : Hastaların Cinsiyetine Göre HAÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N= 410)

Hastalık Algısı Ölçeği	Cinsiyet						z	P
	Erkek			Kadın				
	Ort. ± s.s.	Med		Ort. ± s.s.	Med			
Hastalık Belirti Değerlendirme	4,0	± 2,9	4,0	5,2	± 3,1	5,0	-3,89	0,000
Hastalık Hakkındaki Görüşler								
Süre (Akut/Kronik)	21,6	± 4,9	22,0	22,5	± 5,1	24,0	-2,17	0,030
Sonuçlar	16,8	± 4,7	16,0	18,2	± 5,0	18,0	-2,89	0,004
Kişisel Kontrol	20,5	± 3,4	21,0	20,4	± 3,9	20,0	-0,46	0,647
Tedavi Kontrolü	17,9	± 3,3	18,0	18,0	± 3,3	18,0	-0,20	0,844
Hastalığı Anlayabilme	16,1	± 4,4	16,0	15,9	± 4,1	16,0	-0,26	0,791
Süre (döngüsel)	14,0	± 2,8	14,0	14,8	± 2,5	15,0	-3,08	0,002
Duygusal Temsiller	17,3	± 5,5	16,0	21,2	± 5,4	22,0	-6,83	0,000
Hastalık Nedenleri								
Kişisel Atıflar	19,6	± 5,6	19,0	22,5	± 5,6	23,0	-5,23	0,000
Dış Atıflar	9,4	± 3,2	9,0	9,3	± 2,9	9,0	-0,01	0,989
Yaşam Şekli Atıfları	6,6	± 2,6	6,0	5,8	± 2,2	6,0	-3,42	0,001
Kontrol Edilemeyen Bedensel Faktörler	7,8	± 2,0	8,0	7,6	± 2,0	8,0	-1,02	0,306
Şans Faktörü	2,9	± 1,3	3,0	2,9	± 1,4	3,0	-0,06	0,956

Mann-whitney U test

Tablo-8’de çalışmaya katılan Behçet hastalarının cinsiyetine göre hastalık algısı ölçeği alt boyutlarının puan ortalamaları karşılaştırıldığında; kadın ve erkek Behçet hastalarının HAÖ bölümlerinin alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında; kadın hastaların hastalık belirtileri değerlendirme puan ortalaması, süre (akut/kronik), sonuçlar, süre (döngüsel), duygusal temsiller ve kişisel atıflar alt boyutları puan ortalamaları erkek hastaların puan ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı olarak yüksek bulundu ($p < 0,05$).

Erkek hastaların yaşam şekli atıfları alt boyutu puan ortalaması kadın hastaların yaşam şekli atıfları alt boyutu puan ortalamasından istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksekti ($p < 0,05$).

Behçet hastalarının cinsiyetine göre kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme, dış atıflar, kontrol edilemeyen bedensel faktörler ve şans faktörü alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı ($p > 0,05$).

Tablo-9: Hastaların Eğitim Durumuna Göre HAÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N= 410)

Hastalık Algısı Ölçeği	Eğitim Durumu						χ^2 kw	p
	İlk-Orta Öğretim		Lise		Üniversite			
	Ort. $\pm$ s.s.	Med	Ort. $\pm$ s.s.	Med	Ort. $\pm$ s.s.	Med		
<u>Hastalık Belirti Değerlendirme</u>	5,1 $\pm$ 3,2	5,0	4,4 $\pm$ 2,8	4,0	3,6 $\pm$ 2,8	3,0	13,6	0,001
<u>Hastalık Hakkındaki Görüşler</u>								
Süre (Akut/Kronik)	22,3 $\pm$ 4,8	23,0	21,2 $\pm$ 5,2	22,0	22,6 $\pm$ 5,4	22,0	3,6	0,166
Sonuçlar	18,7 $\pm$ 4,7	18,0	16,1 $\pm$ 4,5	16,0	15,4 $\pm$ 4,9	15,0	32,6	0,000
Kişisel Kontrol	20,2 $\pm$ 3,6	20,0	20,8 $\pm$ 3,8	21,0	20,8 $\pm$ 4,1	22,0	2,2	0,332
Tedavi Kontrolü	17,5 $\pm$ 2,9	18,0	18,5 $\pm$ 3,5	18,0	19,0 $\pm$ 3,9	20,0	20,2	0,000
Hastalığı Anlayabilme	15,4 $\pm$ 3,9	16,0	16,8 $\pm$ 4,4	17,0	17,2 $\pm$ 4,7	18,0	13,7	0,001
Süre (döngüsel)	14,7 $\pm$ 2,5	15,0	14,4 $\pm$ 2,8	14,0	13,8 $\pm$ 3,1	14,0	5,2	0,073
Duygusal Temsiller	20,3 $\pm$ 5,5	22,0	19,1 $\pm$ 5,9	20,0	17,4 $\pm$ 6,0	17,0	14,4	0,001
<u>Hastalık Nedenleri</u>								
Kişisel Atıflar	22,3 $\pm$ 5,5	22,0	20,0 $\pm$ 6,0	20,0	19,7 $\pm$ 5,9	19,0	15,1	0,001
Dış Atıflar	9,8 $\pm$ 2,9	10,0	8,5 $\pm$ 2,9	8,0	8,3 $\pm$ 3,2	8,0	23,1	0,000
Yaşam Şekli Atıfları	6,3 $\pm$ 2,2	6,0	5,9 $\pm$ 2,7	6,0	5,6 $\pm$ 2,7	5,0	11,6	0,003
Kontrol Edilemeyen Bedensel Faktörler	7,8 $\pm$ 2,0	8,0	7,5 $\pm$ 2,0	7,0	7,4 $\pm$ 1,9	8,0	2,6	0,273
Şans Faktörü	3,2 $\pm$ 1,3	4,0	2,3 $\pm$ 1,3	2,0	2,5 $\pm$ 1,4	2,0	31,8	0,000

Kruskal-wallis / Mann-whitney U test

Tablo-9’da çalışmaya katılan Behçet hastalarının eğitim durumuna göre hastalık algısı ölçeği alt boyutlarının puan ortalamaları karşılaştırıldığında; hastaların eğitim durumu arttıkça HAÖ bölümlerinden hastalık belirtileri alt boyutu puan ortalaması, sonuçlar, duygusal temsiller, kişisel atıflar, dış atıflar, yaşam şekli atıfları ve şans faktörü alt boyutları puan ortalamaları anlamlı olarak düşmekteydi ($p < 0,05$).

Eğitim durumu arttıkça HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri bölümünün tedavi kontrolü ve hastalığı anlayabilme alt boyutlarında puan ortalamaları anlamlı olarak artmaktaydı ($p < 0,05$).

Eğitim durumuna göre süre (akut/kronik), kişisel kontrol, süre (döngüsel) ve kontrol edilemeyen bedensel faktörler alt boyutları puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı olarak fark bulunmadı ($p > 0,05$).

Tablo- 10: Hastaların Çocuk Varlığına Göre HAÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N= 410)

Hastalık Algısı Ölçeği	Çocuğu						z	p
	Yok			Var				
	Ort. ± s.s.		Med	Ort. ± s.s.		Med		
Hastalık Belirti Değerlendirme	4,1	± 2,9	4,00	5,0	± 3,1	5,0	-2,47	0,014
Hastalık Hakkındaki Görüşler								
Süre (Akut/Kronik)	21,0	± 5,6	22,00	22,6	± 4,7	24,0	-2,42	0,016
Sonuçlar	16,0	± 4,7	16,00	18,3	± 4,8	18,0	-4,34	0,000
Kişisel Kontrol	20,5	± 3,7	21,00	20,4	± 3,7	20,0	-0,51	0,608
Tedavi Kontrolü	18,5	± 3,4	19,00	17,7	± 3,2	18,0	-2,48	0,013
Hastalığı Anlayabilme	16,2	± 4,7	16,00	15,9	± 4,0	16,0	-0,79	0,432
Süre (döngüsel)	14,2	± 2,7	14,00	14,6	± 2,6	14,0	-1,43	0,153
Duygusal Temsiller	18,5	± 5,8	18,00	20,0	± 5,7	22,0	-2,48	0,013
Hastalık Nedenleri								
Kişisel Atıflar	19,9	± 6,0	19,00	22,0	± 5,6	22,0	-3,28	0,001
Dış Atıflar	8,7	± 3,0	8,00	9,5	± 3,0	10,0	-2,92	0,003
Yaşam Şekli Atıfları	5,9	± 2,7	6,00	6,2	± 2,3	6,0	-1,81	0,071
Kontrol Edilemeyen Bedensel Faktörler	7,5	± 1,9	8,00	7,8	± 2,0	8,0	-0,86	0,391
Şans Faktörü	2,5	± 1,3	2,00	3,1	± 1,4	4,0	-4,10	0,000

Mann-whitney U test

Tablo-10’da çalışmaya katılan Behçet hastalarının çocuk varlığına göre hastalık algısı ölçeği alt boyutlarının puan ortalamaları karşılaştırıldığında; çocuğu olan hastalarda HAÖ bölümü, hastalık belirtileri alt boyutu puan ortalaması, süre (akut/kronik), sonuçlar, duygusal temsiller, kişisel atıflar, dış atıflar ve şans faktörü alt boyutları puan ortalamaları çocuğu olmayan hastaların puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti ($p < 0,05$).

Çocuğu olmayan hastalarda HAÖ bölümü tedavi kontrolü alt boyutu puan ortalaması çocuğu olan hastaların puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti ($p < 0,05$).

Çocuk varlığına göre; kişisel kontrol, hastalığı anlayabilme, süre (döngüsel) yaşam şekli atıfları ve kontrol edilemeyen bedensel faktörler alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi ($p > 0,05$).

Tablo- 11: Hastaların Çalışma Durumuna Göre HAÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N= 410)

Hastalık Algısı Ölçeği	Çalışma Durumu						z	p
	Çalışıyor			Çalışmıyor				
	Ort. ± s.s.	Med		Ort. ± s.s.	Med			
Hastalık Belirti Değerlendirme	4,2	± 3,0	4,00	5,2	± 3,1	5,0	-3,35	0,001
Hastalık Hakkındaki Görüşler								
Süre (Akut/Kronik)	22,3	± 5,0	22,00	22,0	± 5,0	23,0	-0,22	0,827
Sonuçlar	16,9	± 4,9	16,00	18,2	± 4,9	18,0	-2,52	0,012
Kişisel Kontrol	20,3	± 3,7	21,00	20,5	± 3,7	20,0	-0,37	0,709
Tedavi Kontrolü	17,9	± 3,2	18,00	18,0	± 3,3	18,0	-0,16	0,870
Hastalığı Anlayabilme	16,3	± 4,3	16,00	15,6	± 4,1	16,0	-1,51	0,130
Süre (döngüsel)	14,0	± 2,8	14,00	14,9	± 2,4	15,0	-3,24	0,001
Duygusal Temsiller	18,0	± 5,9	17,00	20,9	± 5,3	22,0	-5,04	0,000
Hastalık Nedenleri								
Kişisel Atıflar	20,2	± 5,9	20,00	22,3	± 5,5	23,0	-3,60	0,000
Dış Atıflar	9,2	± 3,0	9,00	9,4	± 3,0	9,0	-0,78	0,433
Yaşam Şekli Atıfları	6,3	± 2,5	6,00	6,0	± 2,4	6,0	-1,40	0,162
Kontrol Edilemeyen Bedensel Faktörler	7,8	± 2,0	8,00	7,6	± 2,0	8,0	-1,13	0,256
Şans Faktörü	2,7	± 1,3	2,00	3,1	± 1,4	4,0	-3,03	0,002

Mann-whitney U test

Tablo-11 incelendiğinde; çalışmaya katılan Behçet hastalarının çalışma durumuna göre, HAÖ bölümlerinin alt boyutlarının puan ortalamaları karşılaştırıldığında, çalışmayan hastalarda HAÖ bölümleri, hastalık belirtileri alt boyutu puan ortalaması, sonuçlar, süre (döngüsel), duygusal temsiller, kişisel atıflar ve şans faktörü alt boyutları puan ortalamaları çalışan hastaların puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti ($p < 0,05$).

Çalışma durumuna göre; süre (akut/kronik), kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme, dış atıflar, yaşam şekli atıfları ve kontrol edilemeyen bedensel faktörler alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p > 0,05$).

Tablo- 12: Hastaların Ekonomik Durumuna Göre HAÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N= 410)

Hastalık Algısı Ölçeği	Ekonomik Durum				z	p
	Yetersiz		Yeterli			
	Ort. ± s.s.	Med	Ort. ± s.s.	Med		
Hastalık Belirti Değerlendirme	5,0 ± 3,2	5,00	4,5 ± 3,0	4,0	-1,21	0,228
Hastalık Hakkındaki Görüşler						
Süre (Akut/Kronik)	22,8 ± 4,8	23,50	21,6 ± 5,2	22,0	-2,45	0,014
Sonuçlar	18,7 ± 5,1	18,00	16,7 ± 4,6	16,0	-4,06	0,000
Kişisel Kontrol	20,4 ± 3,4	21,00	20,4 ± 3,9	20,0	-0,02	0,985
Tedavi Kontrolü	17,7 ± 2,8	18,00	18,1 ± 3,6	18,0	-1,65	0,099
Hastalığı Anlayabilme	15,3 ± 4,3	16,00	16,6 ± 4,1	17,0	-2,81	0,005
Süre (döngüsel)	14,7 ± 2,8	15,00	14,3 ± 2,5	14,0	-1,38	0,168
Duygusal Temsiller	20,8 ± 5,6	22,00	18,5 ± 5,7	18,0	-4,41	0,000
Hastalık Nedenleri						
Kişisel Atıflar	22,8 ± 5,7	24,00	20,1 ± 5,6	20,0	-4,95	0,000
Dış Atıflar	9,7 ± 2,8	10,00	9,0 ± 3,2	8,0	-2,81	0,005
Yaşam Şekli Atıfları	6,1 ± 2,3	6,00	6,1 ± 2,5	6,0	-0,41	0,681
Kontrol Edilemeyen Bedensel Faktörler	7,8 ± 2,0	8,00	7,6 ± 2,0	8,0	-1,05	0,292
Şans Faktörü	3,2 ± 1,3	4,00	2,7 ± 1,4	2,0	-3,61	0,000

Mann-whitney U test

Tablo-12 incelendiğinde; çalışmaya katılan Behçet hastalarının ekonomik durumuna göre, HAÖ bölümlerinin alt boyutlarının puan ortalamaları karşılaştırıldığında, ekonomik durumu yetersiz olan hastaların HAÖ bölümleri, süre (akut/kronik), sonuçlar, duygusal temsiller, kişisel atıflar, dış atıflar ve şans faktörü alt boyutları puan ortalamaları ekonomik durumu yeterli olan hastaların puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti ($p < 0,05$).

Ekonomik durumu yeterli olanların HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri bölümünün hastalığı anlayabilme boyutu puan ortalaması ekonomik durumu yetersiz olan hastaların puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti ($p < 0,05$).

Behçet hastalarının ekonomik durumuna göre, hastalık belirtileri alt boyutu puan ortalaması, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, süre (döngüsel), yaşam şekli atıfları ve kontrol edilemeyen bedensel faktörler alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p > 0,05$).

Tablo- 13: Hastalarda Genital Ülser Olma Durumuna Göre HAÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N= 410)

Hastalık Algısı Ölçeği	Genital Ülser					z	p
	Var		Yok				
	Ort. ± s.s.	Med	Ort. ± s.s.	Med			
Hastalık Belirti Değerlendirme	4,6 ± 3,0	4,00	5,5 ± 3,9	5,0	-1,17	0,243	
Hastalık Hakkındaki Görüşler							
Süre (Akut/Kronik)	22,2 ± 5,0	23,00	21,8 ± 4,8	22,0	-0,66	0,511	
Sonuçlar	17,6 ± 4,9	17,00	17,7 ± 5,5	18,0	-0,20	0,843	
Kişisel Kontrol	20,5 ± 3,7	21,00	19,9 ± 3,9	20,0	-0,91	0,365	
Tedavi Kontrolü	17,9 ± 3,3	18,00	17,9 ± 3,2	18,0	-0,17	0,868	
Hastalığı Anlayabilme	15,9 ± 4,2	16,00	16,1 ± 4,5	16,0	-0,01	0,993	
Süre (döngüsel)	14,5 ± 2,6	14,00	14,5 ± 2,8	14,0	-0,08	0,940	
Duygusal Temsiller	19,6 ± 5,8	20,00	20,1 ± 5,7	20,0	-0,36	0,716	
Hastalık Nedenleri							
Kişisel Atıflar	21,4 ± 5,8	22,00	21,4 ± 6,1	23,0	-0,01	0,995	
Dış Atıflar	9,3 ± 3,0	9,00	9,1 ± 2,8	9,0	-0,34	0,732	
Yaşam Şekli Atıfları	6,1 ± 2,4	6,00	6,0 ± 2,3	6,0	-0,63	0,530	
Kontrol Edilemeyen Bedensel Faktörler	7,7 ± 2,0	8,00	7,6 ± 1,9	7,0	-0,42	0,674	
Şans Faktörü	2,9 ± 1,4	3,00	2,7 ± 1,4	2,0	-0,89	0,371	

Mann-whitney U test

Tablo-13 incelendiğinde; çalışmaya katılan Behçet hastalarında genital ülser olma durumuna göre, HAÖ bölümlerinin alt boyutlarının puan ortalamaları karşılaştırıldığında, hastalık belirtileri puan ortalaması, süre (akut/kronik), sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme, süre (döngüsel), duygusal temsiller, kişisel atıflar, dış atıflar, yaşam şekli atıfları, kontrol edilemeyen bedensel faktörler ve şans faktörü alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi ($p > 0,05$).

Tablo- 14: Göz Tutulum Durumuna Göre HAÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N= 410)

Hastalık Algısı Ölçeği	Göz Tutulumu						z	p		
	Var			Yok						
	Ort. ± s.s.	Med		Ort. ± s.s.	Med					
Hastalık Belirti Değerlendirme	5,1	±	3,3	5,00	4,6	±	3,0	4,0	-1,21	0,228
Hastalık Hakkındaki Görüşler										
Süre (Akut/Kronik)	22,5	±	4,9	23,00	22,0	±	5,1	23,0	-0,80	0,425
Sonuçlar	17,9	±	5,0	18,00	17,5	±	4,9	17,0	-0,57	0,567
Kişisel Kontrol	20,6	±	3,6	21,00	20,4	±	3,8	20,0	-0,45	0,655
Tedavi Kontrolü	17,7	±	3,2	18,00	18,0	±	3,3	18,0	-0,96	0,335
Hastalığı Anlayabilme	16,3	±	4,3	17,00	15,9	±	4,2	16,0	-0,82	0,414
Süre (döngüsel)	14,6	±	2,6	15,00	14,5	±	2,7	14,0	-0,56	0,578
Duygusal Temsiller	19,0	±	6,0	20,00	19,8	±	5,7	20,0	-1,37	0,171
Hastalık Nedenleri										
Kişisel Atıflar	21,3	±	5,9	22,00	21,4	±	5,8	21,0	-0,07	0,944
Dış Atıflar	9,4	±	2,7	10,00	9,3	±	3,1	9,0	-0,78	0,435
Yaşam Şekli Atıfları	6,6	±	2,5	6,00	5,9	±	2,4	6,0	-2,50	0,051
Kontrol Edilemeyen Bedensel Faktörler	7,9	±	2,0	8,00	7,6	±	2,0	8,0	-0,91	0,363
Şans Faktörü	2,9	±	1,4	3,00	2,9	±	1,4	3,0	-0,25	0,803

Mann-whitney U test

Tablo-14 incelendiğinde; çalışmaya katılan Behçet hastalarının göz tutulumu olma durumuna göre, HAÖ bölümlerinin alt boyutlarının puan ortalamaları karşılaştırıldığında, hastalık belirtileri puan ortalaması, süre (akut/kronik), sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme, süre (döngüsel), duygusal temsiller, kişisel atıflar, dış atıflar, yaşam şekli atıfları, kontrol edilemeyen bedensel faktörler ve şans faktörü alt boyutları puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi ($p > 0,05$).

Tablo- 15: Eklem Tutulum Durumuna Göre HAÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N: 410)

Hastalık Algısı Ölçeği	Eklem Tutulumu						z	p				
	Var			Yok								
	Ort. ± s.s.	Med		Ort. ± s.s.	Med							
Hastalık Belirti Değerlendirme	5,2	±	3,0	5,00			3,9	±	3,0	4,0	-4,41	0,000
Hastalık Hakkındaki Görüşler												
Süre (Akut/Kronik)	22,8	±	4,7	24,00			20,9	±	5,3	22,0	-3,72	0,000
Sonuçlar	18,2	±	4,8	18,00			16,5	±	4,9	16,0	-3,27	0,001
Kişisel Kontrol	20,5	±	3,8	21,00			20,3	±	3,6	20,0	-0,45	0,654
Tedavi Kontrolü	18,0	±	3,2	18,00			17,8	±	3,4	18,0	-0,18	0,856
Hastalığı Anlayabilme	16,1	±	4,1	16,00			15,7	±	4,4	16,0	-0,84	0,399
Süre (döngüsel)	14,7	±	2,5	15,00			14,2	±	2,8	14,0	-1,78	0,076
Duygusal Temsiller	19,8	±	5,6	20,00			19,2	±	6,0	20,0	-1,05	0,296
Hastalık Nedenleri												
Kişisel Atıflar	21,8	±	5,8	22,00			20,7	±	5,7	21,0	-1,60	0,110
Dış Atıflar	9,4	±	3,0	9,00			9,2	±	2,9	9,0	-0,44	0,657
Yaşam Şekli Atıfları	6,0	±	2,2	6,00			6,2	±	2,7	6,0	-0,06	0,950
Kontrol Edilemeyen Bedensel Faktörler	7,7	±	2,0	8,00			7,6	±	2,1	8,0	-0,09	0,932
Şans Faktörü	2,9	±	1,4	3,00			2,9	±	1,4	3,0	-0,08	0,935

Mann-whitney U test

Tablo-15 incelendiğinde; çalışmaya katılan Behçet hastalarının eklem tutulumu olma durumuna göre, HAÖ bölümlerinin alt boyutlarının puan ortalamaları karşılaştırıldığında, eklem tutulumu olan hastalarda HAÖ bölümlerinin alt boyutlarından, hastalık belirtileri puanı, süre (akut/kronik) ve sonuçlar alt boyutları puan ortalamaları eklem tutulumu olmayan hastaların puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti ($p < 0,05$).

Eklem tutulumu olma durumuna göre kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme, süre (döngüsel), duygusal temsiller, kişisel atıflar, dış atıflar, yaşam şekli atıfları, kontrol edilemeyen bedensel faktörler ve şans faktörü alt boyutları puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi ($p > 0,05$).

Tablo-16: Vasküler Tutulum Durumuna Göre HAÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N: 410)

Hastalık Algısı Ölçeği	Vasküler Tutulum						z	p				
	Var			Yok								
	Ort. ± s.s.	Med		Ort. ± s.s.	Med							
Hastalık Belirti Değerlendirme	5,0	±	3,1	5,0			4,7	±	3,1	4,0	-1,00	0,315
Hastalık Hakkındaki Görüşler												
Süre (Akut/Kronik)	23,3	±	4,5	24,0			21,8	±	5,1	23,0	-2,18	0,029
Sonuçlar	18,6	±	4,5	19,0			17,4	±	5,0	17,0	-2,30	0,021
Kişisel Kontrol	20,6	±	3,1	21,0			20,4	±	3,9	21,0	-0,30	0,763
Tedavi Kontrolü	16,8	±	3,5	17,0			18,2	±	3,1	18,0	-3,44	0,001
Hastalığı Anlayabilme	16,0	±	4,6	16,0			15,9	±	4,1	16,0	-0,15	0,881
Süre (döngüsel)	14,1	±	2,6	14,0			14,6	±	2,7	14,0	-1,96	0,051
Duygusal Temsiller	18,8	±	5,7	19,0			19,8	±	5,8	20,0	-1,41	0,158
Hastalık Nedenleri												
Kişisel Atıflar	20,9	±	5,8	20,0			21,5	±	5,8	22,0	-1,33	0,183
Dış Atıflar	9,4	±	3,0	9,0			9,3	±	3,0	9,0	-0,21	0,830
Yaşam Şekli Atıfları	6,3	±	2,5	6,0			6,0	±	2,4	6,0	-0,85	0,396
Kontrol Edilemeyen Bedensel Faktörler	7,9	±	1,9	8,0			7,6	±	2,0	8,0	-1,65	0,100
Şans Faktörü	3,1	±	1,4	4,0			2,9	±	1,4	2,0	-1,22	0,221

Mann-whitney U test

Tablo-16 incelendiğinde; çalışmaya katılan Behçet hastalarının vasküler tutulumu olma durumuna göre, HAÖ bölümlerinin alt boyutları puan ortalamaları karşılaştırıldığında, vasküler tutulumu olan hastaların HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri bölümünün süre (akut/kronik) ve sonuçlar alt boyutu puanları vasküler tutulumu olmayan hastaların puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti ($p < 0,05$).

Vasküler tutulum olan hastaların HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri bölümünün tedavi kontrolü alt boyutu puan ortalaması, vasküler tutulum olmayan hastaların puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşüktü ($p < 0,05$).

Vasküler tutulumu olma durumuna göre, hastalık belirtileri puan ortalaması, kişisel kontrol, hastalığı anlayabilme, süre (döngüsel), duygusal temsiller, kişisel atıflar, dış atıflar, yaşam şekli atıfları, kontrol edilemeyen bedensel faktörler ve şans faktörü alt boyutları puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi ($p > 0,05$).

Tablo- 17: Nörolojik Tutulum Durumuna Göre HAÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N: 410)

Hastalık Algısı Ölçeği	Nörolojik Tutulum						z	p
	Var			Yok				
	Ort. ± s.s.	Med		Ort. ± s.s.	Med			
Hastalık Belirti Değerlendirme	7,3	± 3,0	7,0	4,7	± 3,1	4,0	-2,67	0,008
Hastalık Hakkındaki Görüşler								
Süre (Akut/Kronik)	24,1	± 3,5	24,0	22,1	± 5,1	23,0	-1,13	0,257
Sonuçlar	19,8	± 5,2	19,0	17,6	± 4,9	17,0	-1,36	0,173
Kişisel Kontrol	20,6	± 4,6	20,0	20,4	± 3,7	21,0	-0,05	0,958
Tedavi Kontrolü	17,4	± 2,8	18,0	17,9	± 3,3	18,0	-0,51	0,612
Hastalığı Anlayabilme	13,7	± 4,5	13,0	16,0	± 4,2	16,0	-1,60	0,109
Süre (döngüsel)	15,2	± 2,1	14,0	14,5	± 2,7	14,0	-0,63	0,527
Duygusal Temsiller	21,7	± 6,0	24,0	19,6	± 5,7	20,0	-1,23	0,220
Hastalık Nedenleri								
Kişisel Atıflar	20,2	± 5,6	19,0	21,4	± 5,8	22,0	-0,88	0,377
Dış Atıflar	9,0	± 2,9	9,0	9,3	± 3,0	9,0	-0,30	0,766
Yaşam Şekli Atıfları	5,4	± 1,6	6,0	6,1	± 2,4	6,0	-0,83	0,404
Kontrol Edilemeyen Bedensel Faktörler	7,3	± 1,0	8,0	7,7	± 2,0	8,0	-0,72	0,471
Şans Faktörü	3,3	± 1,5	4,0	2,9	± 1,4	3,0	-0,88	0,380

Mann-whitney U test

Tablo-17 incelendiğinde; çalışmaya katılan Behçet hastalarının nörolojik tutulumu olma durumuna göre, HAÖ bölümlerinin alt boyutlarının puan ortalamaları karşılaştırıldığında, nörolojik tutulumu olan hastaların HAÖ bölümlerinden hastalık belirtileri alt boyutu puan ortalaması nörolojik tutulumu olmayan hastaların puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti ($p < 0,05$).

Nörolojik tutulumu olma durumuna göre; süre (akut/kronik), sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme, süre (döngüsel), duygusal temsiller, kişisel atıflar, dış atıflar, yaşam şekli atıfları, kontrol edilemeyen bedensel faktörler ve şans faktörü alt boyutları puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi($p>0,05$).

Tablo-18: Diğer Sistem Tutulumu Durumuna Göre Hastaların HAÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N: 410)

Hastalık Algısı Ölçeği	Diğer Sistem Tutulumu						z	p
	Var			Yok				
	Ort. ± s.s.	Med		Ort. ± s.s.	Med			
Hastalık Belirti Değerlendirme	5,2	± 3,2	5,0	4,6	± 3,0	4,0	-1,55	0,122
Hastalık Hakkındaki Görüşler								
Süre (Akut/Kronik)	23,3	± 4,2	24,0	21,8	± 5,2	22,0	-2,58	0,010
Sonuçlar	18,6	± 4,8	19,0	17,3	± 4,9	17,0	-2,57	0,010
Kişisel Kontrol	20,3	± 3,4	21,0	20,4	± 3,8	21,0	-0,13	0,896
Tedavi Kontrolü	17,7	± 3,2	18,0	18,0	± 3,3	18,0	-0,90	0,366
Hastalığı Anlayabilme	15,9	± 4,1	16,0	16,0	± 4,3	16,0	-0,18	0,856
Süre (döngüsel)	14,5	± 2,7	15,0	14,5	± 2,6	14,0	-0,54	0,588
Duygusal Temsiller	20,5	± 5,6	21,0	19,3	± 5,8	20,0	-1,77	0,078
Hastalık Nedenleri								
Kişisel Atıflar	23,0	± 5,2	23,0	20,9	± 5,9	21,0	-3,09	0,002
Dış Atıflar	10,3	± 2,8	10,0	9,0	± 3,0	8,0	-4,19	0,000
Yaşam Şekli Atıfları	6,3	± 2,1	6,0	6,0	± 2,5	6,0	-1,69	0,091
Kontrol Edilemeyen Bedensel Faktörler	7,7	± 1,6	8,0	7,7	± 2,1	8,0	-0,22	0,825
Şans Faktörü	3,3	± 1,2	4,0	2,8	± 1,4	2,0	-3,00	0,003

Mann-whitney U test

Tablo-18 incelendiğinde; çalışmaya katılan Behçet hastalarının diğer sistem tutulumu durumuna göre, HAÖ bölümlerinin alt boyutlarının puan ortalamaları karşılaştırıldığında, diğer sistem tutulumu olan hastaların HAÖ bölümleri alt boyutlarından, süre (akut/kronik), sonuçlar, kişisel atıflar, dış atıflar ve şans faktörü alt boyutları puan ortalamaları diğer sistem tutulumu olmayan hastaların puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti ($p < 0,05$).

Behçet hastalarının diğer sistem tutulumu durumuna göre, hastalık belirtileri puan ortalaması, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme, süre (döngüsel), duygusal temsiller, yaşam şekli atıfları ve kontrol edilemeyen bedensel faktörler alt boyutları puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi ($p > 0,05$).

Tablo- 19: Aile Öyküsü Durumuna Göre Hastaların HAÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N: 410)

Hastalık Algısı Ölçeği	Aile Öyküsü						z	p
	Var		Yok					
	Ort. ± s.s.	Med	Ort. ± s.s.	Med				
Hastalık Belirti Değerlendirme	4,9 ± 2,8	4,00	4,6 ± 3,2	4,0	-1,28	0,200		
Hastalık Hakkındaki Görüşler								
Süre (Akut/Kronik)	22,8 ± 4,5	24,00	21,9 ± 5,2	23,0	-1,58	0,114		
Sonuçlar	17,9 ± 4,6	18,00	17,5 ± 5,1	17,0	-1,13	0,257		
Kişisel Kontrol	20,4 ± 3,8	21,00	20,4 ± 3,7	20,5	-0,46	0,647		
Tedavi Kontrolü	17,9 ± 3,3	18,00	18,0 ± 3,3	18,0	-0,11	0,909		
Hastalığı Anlayabilme	15,8 ± 4,3	16,00	16,0 ± 4,2	16,0	-0,51	0,611		
Süre (döngüsel)	14,6 ± 2,6	14,00	14,5 ± 2,7	14,0	-0,01	0,990		
Duygusal Temsiller	19,7 ± 5,6	20,00	19,6 ± 5,8	20,0	-0,28	0,778		
Hastalık Nedenleri								
Kişisel Atıflar	21,5 ± 5,8	22,00	21,3 ± 5,8	21,5	-0,11	0,916		
Dış Atıflar	9,1 ± 3,0	8,00	9,4 ± 3,0	9,0	-0,60	0,546		
Yaşam Şekli Atıfları	6,2 ± 2,6	6,00	6,1 ± 2,3	6,0	-0,38	0,701		
Kontrol Edilemeyen Bedensel Faktörler	8,3 ± 2,0	8,00	7,4 ± 2,0	7,0	-4,41	0,000		
Şans Faktörü	2,9 ± 1,4	2,00	2,9 ± 1,4	3,0	-0,32	0,751		

Mann-whitney U test

Tablo-19 incelendiğinde; çalışmaya katılan Behçet hastalarının aile öyküsü olma durumuna göre, HAÖ bölümlerinin alt boyutlarının puan ortalamaları karşılaştırıldığında, aile öyküsü olan hastaların HAÖ hastalık nedenleri bölümünün kontrol edilemeyen bedensel faktörler alt boyutu puan ortalaması aile öyküsü olmayan hastaların puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti ($p < 0,05$).

Behçet hastalarının aile öyküsü olma durumuna göre hastalık belirtileri puan ortalaması, süre (akut/kronik), sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme, süre (döngüsel), duygusal temsiller, kişisel atıflar, dış atıflar, yaşam şekli atıfları ve şans faktörü alt boyutları puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi ($p > 0,05$).

Tablo-20: Ek Sistemik Hastalık Durumuna Göre Hastaların HAÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N: 410)

Hastalık Algısı Ölçeği	Ek Sistemik Hastalık						z	p
	Var		Yok					
	Ort. ± s.s.	Med	Ort. ± s.s.	Med				
Hastalık Belirti Değerlendirme	5,5	± 3,3	5,00	4,5	± 3,0	4,0	-2,68	0,007
Hastalık Hakkındaki Görüşler								
Süre (Akut/Kronik)	23,7	± 4,3	24,00	21,7	± 5,1	22,0	-3,23	0,001
Sonuçlar	19,6	± 5,1	20,00	17,1	± 4,7	17,0	-4,39	0,000
Kişisel Kontrol	20,6	± 4,0	21,00	20,4	± 3,6	20,0	-0,64	0,520
Tedavi Kontrolü	18,1	± 3,3	18,00	17,9	± 3,2	18,0	-0,64	0,525
Hastalığı Anlayabilme	15,9	± 4,2	16,50	16,0	± 4,2	16,0	-0,08	0,938
Süre (döngüsel)	14,8	± 2,7	15,00	14,4	± 2,6	14,0	-1,36	0,174
Duygusal Temsiller	20,9	± 5,5	22,00	19,2	± 5,8	20,0	-2,58	0,010
Hastalık Nedenleri								
Kişisel Atıflar	22,7	± 5,6	23,00	21,0	± 5,8	21,0	-2,74	0,006
Dış Atıflar	9,8	± 2,9	10,00	9,2	± 3,0	9,0	-1,93	0,054
Yaşam Şekli Atıfları	5,7	± 2,0	6,00	6,2	± 2,5	6,0	-1,55	0,120
Kontrol Edilemeyen Bedensel Faktörler	7,7	± 1,8	8,00	7,7	± 2,1	8,0	-0,61	0,544
Şans Faktörü	3,3	± 1,4	4,00	2,8	± 1,4	2,0	-3,19	0,001
Mann-whitney U test								

Tablo-20 incelendiğinde; çalışmaya katılan Behçet hastalarının ek sistemik hastalık durumuna göre, HAÖ bölümlerinin alt boyutlarının puan ortalamaları karşılaştırıldığında, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme, süre (döngüsel), dış atıflar, yaşam şekli atıfları ve kontrol edilemeyen bedensel faktörler alt boyutları puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi ($p > 0,05$).

Ek sistemik hastalığı olan hastaların HAÖ bölümlerinin alt boyutlarından, hastalık belirtileri puan ortalaması, süre (akut/kronik), sonuçlar, duygusal temsiller, kişisel atıflar ve şans faktörü alt boyutları puan ortalamaları ek sistemik hastalığı olmayan hastaların puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti ($p < 0,05$).

Tablo-21: Ek Psikiyatrik Hastalık Durumuna Göre HAÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N: 410)

Hastalık Algısı Ölçeği	Ek Psikiyatrik Hastalık						z	p
	Var			Yok				
	Ort. ± s.s.	Med		Ort. ± s.s.	Med			
Hastalık Belirti Değerlendirme	5,6	± 3,3	5,0	4,5	± 3,0	4,0	-2,40	0,016
Hastalık Hakkındaki Görüşler								
Süre (Akut/Kronik)	24,0	± 3,8	24,0	21,8	± 5,2	22,0	-3,51	0,000
Sonuçlar	19,8	± 5,2	19,0	17,1	± 4,7	17,0	-4,11	0,000
Kişisel Kontrol	20,0	± 3,9	20,0	20,5	± 3,7	21,0	-1,03	0,305
Tedavi Kontrolü	17,1	± 3,2	18,0	18,1	± 3,2	18,0	-2,35	0,019
Hastalığı Anlayabilme	15,6	± 4,2	16,0	16,0	± 4,2	16,0	-0,56	0,574
Süre (döngüsel)	14,8	± 2,5	15,0	14,4	± 2,7	14,0	-1,62	0,106
Duygusal Temsiller	21,7	± 5,4	24,0	19,1	± 5,7	20,0	-3,77	0,000
Hastalık Nedenleri								
Kişisel Atıflar	24,1	± 5,6	25,0	20,7	± 5,7	21,0	-4,72	0,000
Dış Atıflar	10,1	± 2,9	10,0	9,1	± 3,0	9,0	-2,49	0,013
Yaşam Şekli Atıfları	6,3	± 2,2	6,0	6,1	± 2,4	6,0	-0,96	0,335
Kontrol Edilemeyen Bedensel Faktörler	8,0	± 2,1	8,0	7,6	± 2,0	8,0	-1,51	0,131
Şans Faktörü	3,3	± 1,3	4,0	2,8	± 1,4	2,0	-2,45	0,014

Mann-whitney U test

Tablo-21 incelendiğinde; çalışmaya katılan Behçet hastalarının ek psikiyatrik hastalık durumuna göre, HAÖ bölümlerinin alt boyutlarının puan ortalamaları karşılaştırılmasında, ek psikiyatrik hastalığı olan hastalarda HAÖ bölümlerinin alt boyutlarından, hastalık belirtileri puanı, süre (akut/kronik), sonuçlar, duygusal temsiller, kişisel atıflar, dış atıflar ve şans faktörü alt boyutları puan ortalamaları ek psikiyatrik hastalığı olmayan hastaların puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti ($p < 0,05$).

Ek psikiyatrik hastalığı olan hastalarda HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri bölümünün tedavi kontrolü alt boyutu puan ortalaması ek psikiyatrik hastalığı olmayan hastaların puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktü ($p < 0,05$).

Behçet hastalarının ek psikiyatrik hastalık durumuna göre, HAÖ bölümlerinin alt boyutlarının puan ortalamaları karşılaştırılmasında, kişisel kontrol, hastalığı anlayabilme, süre (döngüsel), yaşam şekli atıfları ve kontrol edilemeyen bedensel faktörler alt boyutları puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi ($p > 0,05$).

Tablo-22: Sistemik-Psikiyatrik İlaç Kullanma Durumuna Göre HAÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N:410)

Hastalık Algısı Ölçeği	Sistemik Psikiyatrik İlaç Kullanımı						z	p
	Var		Yok					
	Ort. ± s.s.	Med	Ort. ± s.s.	Med				
Hastalık Belirti Değerlendirme	5,5 ± 3,2	5,0	4,4 ± 3,0	4,0	-2,91	0,004		
Hastalık Hakkındaki Görüşler								
Süre (Akut/Kronik)	24,0 ± 3,9	24,0	21,4 ± 5,3	22,0	-5,01	0,000		
Sonuçlar	19,6 ± 5,1	20,0	16,8 ± 4,6	16,0	-5,17	0,000		
Kişisel Kontrol	20,2 ± 3,9	20,0	20,5 ± 3,6	21,0	-0,75	0,451		
Tedavi Kontrolü	17,5 ± 3,3	18,0	18,1 ± 3,2	18,0	-1,68	0,094		
Hastalığı Anlayabilme	15,7 ± 4,2	16,0	16,1 ± 4,2	16,0	-0,61	0,543		
Süre (döngüsel)	14,8 ± 2,7	15,0	14,4 ± 2,6	14,0	-1,89	0,059		
Duygusal Temsiller	21,4 ± 5,1	22,0	18,9 ± 5,8	20,0	-4,06	0,000		
Hastalık Nedenleri								
Kişisel Atıflar	23,3 ± 5,8	23,5	20,6 ± 5,6	20,0	-4,37	0,000		
Dış Atıflar	9,8 ± 3,0	10,0	9,1 ± 3,0	9,0	-2,20	0,028		
Yaşam Şekli Atıfları	6,0 ± 2,1	6,0	6,2 ± 2,5	6,0	-0,23	0,820		
Kontrol Edilemeyen Bedensel Faktörler	7,8 ± 2,0	8,0	7,6 ± 2,0	8,0	-1,10	0,271		
Şans Faktörü	3,3 ± 1,3	4,0	2,7 ± 1,4	2,0	-4,19	0,000		
Mann-whitneyUtest								

Tablo-22 incelendiğinde; çalışmaya katılan Behçet hastalarının sistemik-psikiyatrik ilaç kullanımı durumuna göre, HAÖ bölümlerinin alt boyutlarının puan ortalamaları karşılaştırılmasında; sistemik-psikiyatrik ilaç kullanımı olan hastalarda HAÖ bölümlerinin alt boyutlarından hastalık belirtileri puanı, süre (akut/kronik), sonuçlar, duygusal temsiller, kişisel atıflar, dış atıflar ve şans faktörü alt boyutları puan ortalamaları sistemik-psikiyatrik ilaç kullanımı olmayan hastaların puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti ($p < 0,05$).

Behçet hastalarının sistemik-psikiyatrik ilaç kullanımı durumuna göre, HAÖ bölümlerinin alt boyutlarının puan ortalamaları karşılaştırılmasında, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme, süre (döngüsel), yaşam şekli atıfları ve kontrol edilemeyen bedensel faktörler alt boyutları puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi ($p > 0,05$).

Tablo-23: Hastalığın Çevresindeki İnsanlarla İlişisini Etkileme Durumuna Göre HAÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N:410)

Hastalık Algısı Ölçeği	Hastalığınız çevrenizdeki insanlarla ilişkileri				z	p
	Etkiliyor		Etkilemiyor			
	Ort. ± s.s.	Med	Ort. ± s.s.	Med		
Hastalık Belirti Değerlendirme	6,1 ± 3,1	6,00	4,2 ± 2,9	4,0	-5,61	0,000
Hastalık Hakkındaki Görüşler						
Süre (Akut/Kronik)	23,5 ± 4,5	24,00	21,6 ± 5,1	22,0	-3,37	0,001
Sonuçlar	20,7 ± 4,7	21,00	16,4 ± 4,5	16,0	-7,68	0,000
Kişisel Kontrol	21,3 ± 3,8	22,00	20,1 ± 3,6	20,0	-2,74	0,006
Tedavi Kontrolü	17,6 ± 3,0	18,00	18,0 ± 3,3	18,0	-1,56	0,118
Hastalığı Anlayabilme	14,6 ± 4,1	14,00	16,5 ± 4,2	17,0	-4,16	0,000
Süre (döngüsel)	15,1 ± 2,5	16,00	14,2 ± 2,7	14,0	-3,51	0,000
Duygusal Temsiller	22,5 ± 5,0	24,00	18,5 ± 5,6	19,0	-6,32	0,000
Hastalık Nedenleri						
Kişisel Atıflar	23,5 ± 5,4	24,00	20,5 ± 5,7	20,0	-4,57	0,000
Dış Atıflar	9,8 ± 3,0	10,00	9,1 ± 3,0	8,0	-2,28	0,023
Yaşam Şekli Atıfları	6,1 ± 2,6	6,00	6,1 ± 2,3	6,0	-0,57	0,572
Kontrol Edilemeyen Bedensel Faktörler	7,9 ± 1,9	8,00	7,6 ± 2,1	8,0	-1,46	0,143
Şans Faktörü	3,0 ± 1,4	4,00	2,8 ± 1,4	2,0	-1,06	0,289

Mann-whitney U test

Tablo-23 incelendiğinde; çalışmaya katılan hastaların, Behçet hastalığının çevresindeki insanlarla ilişkisini etkileme durumuna göre, HAÖ bölümlerinin alt boyutlarının puan ortalamaları karşılaştırılmasında, hastalığının çevresindeki insanlarla ilişkisini etkilediğini düşünen grupta HAÖ bölümlerinin alt boyutlarından hastalık belirtileri puan ortalaması, süre (akut/kronik), sonuçlar, kişisel kontrol, süre (döngüsel), duygusal temsiller, kişisel atıflar ve dış atıflar alt boyutları puan ortalamaları, hastalığının çevresindeki insanlarla ilişkisini etkilemediğini düşünen grubun puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti ($p < 0,05$).

Hastalığının çevresindeki insanlarla ilişkisini etkilediğini düşünen grupta HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri bölümünün hastalığı anlayabilme alt boyutu puan ortalaması hastalığının çevresindeki insanlarla ilişkisini etkilemediğini düşünen grubun puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşüktü ($p < 0,05$).

Behçet hastalığının çevresindeki insanlarla ilişkisini etkileme durumuna göre, HAÖ bölümlerinin alt boyutlarının puan ortalamaları karşılaştırılmasında, tedavi kontrolü, yaşam şekli atıfları, kontrol edilemeyen bedensel faktörler ve şans faktörü alt boyutları puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi ($p > 0,05$).

6.3. Behçet Hastalığına Özgü Yaşam Kalitesi (BYKÖ) Ölçeği İle İlgili Bulgular

Bu bölümde çalışmaya katılan 410 Behçet hastasının BYKÖ puan ortalamaları, hastaların sosyodemografik özellikleri ve Behçet hastalığı özelliklerine göre BYKÖ puan ortalamalarının karşılaştırılmasını gösteren bulgular yer almaktadır.

Tablo-24: BYKÖ Puan Ortalamaları

	Min-Mak	Medyan	Ort. $\pm$ s.s.
BYKÖ	0 - 30	9	11,0 $\pm$ 8,7

Çalışmaya katılan Behçet hastalarının BYKÖ puan ortalaması $11,0 \pm 8,7$ olarak bulundu.

Tablo-25: Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri İle BYKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması(N:410)

		Ort. $\pm$ s.s.	Med	χ^2 kw/z	p
Cinsiyet	Erkek	9,1 $\pm$ 8,1	7,0	-3,97	0,000
	Kadın	12,3 $\pm$ 8,8	11,0		
Eğitim Durumu	İlk-Orta Öğretim	13,3 $\pm$ 9,0	12,0	51,903	0,000
	Lise	7,8 $\pm$ 6,7	7,0		
	Üniversite	6,0 $\pm$ 5,7	4,0		
Çocuğu	Yok	8,5 $\pm$ 7,3	7,00	-3,61	0,000
	Var	12,0 $\pm$ 8,9	10,0		
Çalışma Durumu	Var	9,0 $\pm$ 8,2	6,00	-4,82	0,000
	Yok	12,8 $\pm$ 8,7	11,0		
Ekonomik Durum	Yeterli	8,7 $\pm$ 7,6	7,0	-5,84	0,000
	Yetersiz	13,7 $\pm$ 9,0	12,00		

Tablo-25 incelendiğinde; çalışmaya katılan Behçet hastalarında cinsiyete göre BYKÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında erkek ve kadın hastalar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulundu ($p < 0,05$). Kadın hastalarda BYKÖ puan ortalaması, erkek hastaların BYKÖ puan ortalamasından istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p < 0,05$).

Çalışmaya katılan Behçet hastalarının eğitim durumuna göre BYKÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında ilk-orta öğretim mezunu hastaların BYKÖ puan ortalaması, lise ve üniversite mezunu hastaların puan ortalamasından istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p < 0,001$).

Behçet hastalarının çocuğu olma durumuna göre BYKÖ puan ortalaması karşılaştırıldığında; çocuğu olan hastaların puan ortalaması çocuğu olmayan hastaların puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti ($p < 0,05$).

Behçet hastalarının çalışma ve ekonomik durumuna göre BYKÖ puan ortalaması karşılaştırıldığında çalışmayan ve ekonomik durumu yetersiz olan hastaların puan ortalaması çalışan ve ekonomik durumu yeterli olan hastaların puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti ($p < 0,05$).

Tablo-26: Hastaların Behçet Hastalığı Özellikleri İle BYKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N:410)

		Ort. $\pm$ s.s.	Med	χ^2 kw/z	p
Genital Ülser	Var	10,9 $\pm$ 8,5	9,00	-0,26	0,799
	Yok	11,9 $\pm$ 10,0	10,0		
Göz Tutulumu	Var	10,9 $\pm$ 9,3	8,00	-0,68	0,495
	Yok	11,1 $\pm$ 8,4	10,0		
Eklem Tutulumu	Var	12,0 $\pm$ 8,7	10,00	-3,16	0,002
	Yok	9,4 $\pm$ 8,4	7,0		
Vasküler Tutulum	Var	11,9 $\pm$ 8,6	11,0	-1,26	0,208
	Yok	10,8 $\pm$ 8,7	9,0		
Nörolojik Tutulum	Var	13,9 $\pm$ 9,0	11,0	-1,17	0,244
	Yok	11,0 $\pm$ 8,6	9,0		
Diğer Sistem Tutulumu	Var	12,7 $\pm$ 9,3	11,0	-2,03	0,042
	Yok	10,5 $\pm$ 8,4	8,0		
Aile Öyküsü	Var	11,6 $\pm$ 8,4	10,50	-1,35	0,177
	Yok	10,7 $\pm$ 8,8	8,5		
Ek Sistemik Hastalık	Var	14,6 $\pm$ 9,4	15,00	-4,24	0,000
	Yok	10,0 $\pm$ 8,1	8,0		
Ek Psikiyatrik Hastalık	Var	16,0 $\pm$ 9,4	15,0	-5,20	0,000
	Yok	9,9 $\pm$ 8,1	8,0		
Sistemik Psikiyatrik İlaç Kullanımı	Var	15,3 $\pm$ 9,3	15,0	-6,21	0,000
	Yok	9,2 $\pm$ 7,7	8,0		
Hastalığınız Çevrenizdeki İnsanlarla İlişkinizi	Etkiliyor	16,8 $\pm$ 8,3	16,00	-8,58	0,000
	Etkilemiyor	8,7 $\pm$ 7,6	7,0		

Tablo-26 incelendiğinde; Behçet hastalarının aile öyküsü, genital ülser varlığı ve göz tutulum durumuna göre BYKÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p > 0,05$).

Behçet hastalarının eklem tutulum durumuna göre BYKÖ puan ortalaması karşılaştırıldığında; eklem tutulumu olan hastaların puan ortalaması eklem tutulumu olmayan hastaların puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti ($p < 0,05$).

Behçet hastalarının vasküler ve nörolojik tutulum durumlarına göre BYKÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p > 0,05$).

Behçet hastalarının diğer sistem tutulumu durumuna göre BYKÖ puan ortalaması karşılaştırıldığında; diğer sistem tutulumu olan hastaların puan ortalaması, diğer sistem tutulumu olmayan hastaların puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti ($p < 0,05$).

Behçet hastalarının ek sistemik hastalık durumuna göre BYKÖ puan ortalaması karşılaştırıldığında; ek sistemik hastalığı olan hastaların puan ortalaması, ek sistemik hastalığı olmayan hastaların puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti ($p < 0,05$).

Behçet hastalarının ek psikiyatrik hastalık durumuna göre BYKÖ puan ortalaması karşılaştırıldığında; ek psikiyatrik hastalığı olan hastaların puan ortalaması, ek psikiyatrik hastalığı olmayan hastaların puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti ($p < 0,05$).

Behçet hastalarının sistemik-psikiyatrik ilaç kullanım durumuna göre BYKÖ puan ortalaması karşılaştırıldığında; sistemik-psikiyatrik ilaç kullanımı olan hastaların puan ortalaması, sistemik-psikiyatrik ilaç kullanımı olmayan hastaların puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti ($p < 0,05$).

Behçet hastalığının çevresindeki insanlarla ilişkisini etkileme durumuna göre BYKÖ puan ortalaması karşılaştırıldığında; hastalığının çevresindeki insanlarla ilişkisini etkilediğini düşünen hastaların puan ortalaması, hastalığının çevresindeki insanlarla ilişkisini etkilediğini düşünmeyen hastaların puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti ($p < 0,05$).

6.4. Behçet Hastalarının Yaşı, Hastalık Yaşı ve Hastalık Süresi İle HAÖ ve BYKÖ Skoru Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

Bu bölümde çalışmaya alınan 410 Behçet hastasının yaşı, hastalık başlama yaşı ve hastalık süresinin BYKÖ ve HAÖ ile arasındaki ilişkiye yönelik bulgular yer almaktadır.

Tablo-27: Behçet Hastalarının Yaşı, Hastalık Başlama Yaşı ve Süresinin BYKÖ ve HAÖ İle İlişkisi (N: 410)

Ölçekler		Yaş	Behçet Başlama Yaşı	Behçet Süresi	BYKÖ
BYKÖ	r	0,194	0,161	0,091	
	p	0,000	0,001	0,065	
Hastalık Belirti Değerlendirme	r	0,190	0,132	0,090	0,654
	p	0,000	0,008	0,068	0,000
Süre (Akut/Kronik)	r	0,096	0,091	0,031	0,542
	p	0,052	0,065	0,537	0,000
Sonuçlar	r	0,246	0,099	0,223	0,184
	p	0,000	0,045	0,000	0,000
Kişisel Kontrol	r	-0,017	0,042	-0,071	0,087
	p	0,729	0,396	0,153	0,079
Tedavi Kontrolü	r	-0,131	-0,039	-0,155	-0,302
	p	0,008	0,426	0,002	0,000
Hastalığı Anlayabilme	r	0,073	0,034	0,061	-0,341
	p	0,141	0,490	0,215	0,000
Süre (döngüsel)	r	0,125	0,095	0,059	0,261
	p	0,012	0,055	0,232	0,000
Duygusal Temsiller	r	0,042	0,047	-0,010	0,550
	p	0,396	0,346	0,842	0,000
Kişisel Atıflar	r	0,165	0,153	0,050	0,453
	p	0,001	0,002	0,313	0,000
Dış Atıflar	r	0,198	0,174	0,063	0,309
	p	0,000	0,000	0,203	0,000
Yaşam Şekli Atıfları	r	0,118	0,116	0,024	0,117
	p	0,017	0,018	0,634	0,018
Kontrol Edilemeyen Bedensel Faktörler	r	0,055	0,029	0,050	0,181
	p	0,263	0,561	0,317	0,000
Şans Faktörü	r	0,225	0,179	0,134	0,276
	p	0,000	0,000	0,007	0,000

Spearman Korelasyon

Tablo-27'ye göre Behçet hastalarının yaşı, hastalık başlama yaşı, hastalık süresi, BYKÖ ve HAÖ ile ilişkisi incelendiğinde; Yaş ile BYKÖ skoru, hastalık belirtileri değerlendirme, sonuçlar, dış atıflar ve şans faktörü alt boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif zayıf ilişki, süre (döngüsel), kişisel atıflar ve yaşam şekli atıfları alt boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif çok zayıf ilişki bulundu ($p < 0,05$). Yaş ile tedavi kontrolü alt boyutu arasında anlamlı negatif çok zayıf ilişki bulundu ($p < 0,05$). Yaş ile süre (akut/kronik), kişisel kontrol, hastalığı anlayabilme, duygusal temsiller ve kontrol edilemeyen bedensel faktörler alt boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmadı ($p > 0,05$).

Behçet başlama yaşı ile dış atıflar ve şans faktörü alt boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif zayıf ilişki, BYKÖ skoru, hastalık belirtileri değerlendirme, sonuçlar, kişisel atıflar ve yaşam şekli atıfları alt boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif çok zayıf ilişki bulundu ($p < 0,05$). Behçet başlama yaşı ile süre (akut/kronik), kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme, süre (döngüsel), duygusal temsiller ve kontrol edilemeyen bedensel faktörler alt boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamadı ($p > 0,05$).

Behçet hastalık süresi ile sonuçlar alt boyutu arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif zayıf ilişki, şans faktörü alt boyutu arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif çok zayıf ilişki bulundu ($p < 0,05$). Behçet hastalık süresi ile tedavi kontrolü alt boyutu arasında anlamlı negatif çok zayıf ilişki bulundu ($p < 0,05$). Behçet hastalık süresi ile BYKÖ skoru, hastalık belirtileri değerlendirme, süre (akut/kronik), kişisel kontrol, hastalığı anlayabilme, süre (döngüsel), duygusal temsiller, kişisel atıflar, dış atıflar, yaşam şekli atıfları ve kontrol edilemeyen bedensel faktörler alt boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamadı ($p > 0,05$).

BYKÖ skoru ile hastalık belirtileri değerlendirme, süre (akut/kronik), sonuçlar, süre (döngüsel), duygusal temsiller, kişisel atıflar, dış atıflar, kontrol edilemeyen bedensel faktörler ve şans faktörü alt boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif zayıf ilişki, yaşam şekli atıfları alt boyutu arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif çok zayıf ilişki bulundu ($p < 0,05$). BYKÖ skoru ile tedavi kontrolü ve hastalığı anlayabilme alt boyutları arasında anlamlı negatif çok zayıf ilişki bulundu ($p < 0,05$).

BYKÖ skoru ile kişisel kontrol alt boyutu arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamadı ($p > 0,05$).

7. TARTIŞMA

Behçet hastalığı (BH), temel patolojisi vaskülit olan, multisistemik, kronik seyirli bir hastalıktır. (Behçet, 1937; Azizlerli ve ark., 2003; Alpsoy, 2009). Tarihi İpek Yolu coğrafyası üzerinde, en sık ülkemizde görüldüğü bildirilmiştir (Azizlerli ve ark., 2003; Önder, 2009).

Behçet hastalığının klinik bulguları tekrarlayan oral ve genital ülserler, tipik deri-mukoza bulguları, göz, nörolojik-vasküler tutulum ve diğer organ tutulumlarıdır. (Gürler, 1997; Azizlerli ve ark., 2003; Kalaycıyan ve Arzuhal, 2005; Alpsoy ve ark., 2007). Behçet hastalığı, hastalarda geçici ve kalıcı fonksiyon bozuklukları ve kayıplarına neden olarak bireyin günlük yaşam aktivitelerinde ve yaşam şeklinde engelliliğe, gerek gelişen komplikasyonlar gerekse tedavide kullanılan steroid ve immunosupresif ilaçlar nedeni ile de psikiyatrik sorunlara, yaşam kalitesinde bozulmaya yol açar (Uğuz ve ark. 2006). Kronik deri hastalıklarının çoğu dönem dönem yaşanan alevlenmeler ve tedaviye gösterdikleri dirençle, hastaların hem sosyal ilişkilerini, hem de iş verimlerini önemli ölçüde bozan yaşam kalitesi bozukluklarına diğer alanlara göre daha yoğun neden olmakta, böylece daha fazla önemsenmektedir (Aydemir, 2004).

Kronik hastalıklarda bireyler, bağımlı olma endişesi ve öz saygının azalması, işe yaramama kaygısı, geleceğe yönelik plan yapamama, sosyal rol ve etkinliklerin farklılaşması ve kısıtlanması gibi risk faktörleri ile karşı karşıya kalır. Hastalık, bireyin hastalığını algılama durumuna, hastalığın yarattığı zorluklara ve engellere göre denge ve uyumunu bozabilir. Bu nedenle bireyin hastalığını nasıl algıladığı yaşanan sorunların anlaşılması ve uygun çözümlerin oluşturulabilmesi için önemlidir. Bireyin olayları algılama durumu sadece fiziksel, psikolojik ya da psikososyal iyilik haline değil, yaşam kalitesine ve hastalığının gidişine de etkisi vardır (Kocaman ve ark., 2007; Aras, 2009).

Behçet hastalığı düzenli takip ve tedavi ile kontrol altına alınabilir, hastaların uygun eğitim planı ile hastalıkları hakkında bilgilendirilmeleri sosyal yaşamları ve yaşam kalitelerinin düzelmesini sağlayabilir (Acıöz ve ark., 2003; Küçükünal ve ark., 2003).

Bu araştırma Behçet hastalarında hastalık algısının yaşam kalitesi üzerine etkisinin belirlenmesi amacı ile yapılmıştır. Bu çalışmanın geniş örneklem ile yapılmış olması nedeniyle temsil yeteneği ve temsil gücünün yüksek olduğu düşünülmektedir. Bu

araştırmadan elde edilen bulgular dört ana başlıkta incelenerek literatür doğrultusunda tartışıldı. Behçet hastaları ile yapılmış farklı yaşam kalitesi çalışmaları vardır fakat hastalık algısı için yurt dışında değişik formda 692 vaskülit hastası ile yapılan ve 48 Behçet hastasının yer aldığı bir çalışmanın dışında literatür taramalarında bu konuda yapılmış çalışma bulunmadı. Çalışma HAÖ'nin revize edilmiş hastalık nedenleri bölümü kullanılarak yapılmıştır (Grayson et al., 2014). Tartışma literatürü çalışmayla benzerlik gösteren kronik hastalık gruplarında hastalık algısı üzerine yapılmış araştırmalar ile tartışıldı.

7.1. Hastaların sosyo-demografik özellikler ve hastalık bilgi formu ile ilgili bulgularının tartışılması

7.2. Hastaların hastalık algısı (HAÖ) ölçeği ile ilgili bulgularının tartışılması

7.3. Behçet hastalığına özgü yaşam kalitesi (BYKÖ) ölçeği ile ilgili bulguların tartışılması

7.4. Behçet hastalarının yaşı, hastalık yaşı ve süresinin BYKÖ ve HAÖ ile karşılaştırılması arasındaki ilişkiye yönelik bulgularının tartışılması

7.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikler ve Hastalık Bilgi Formu İle İlgili Bulgularının Tartışılması

Bu çalışma 410 Behçet hastası ile yapıldı ve hasta seçiminde cinsiyet ayrımı yapılmadı. Çalışmanın % 59,8'ini kadın hastalar % 40,2'sini ise erkek hastalar oluşturdu. Cinsiyet ile ilgili değerler tamamen tesadüfi bulundu.

Birçok çalışma erkeklerin kadınlara göre hastalıktan daha sık etkilendiklerini gösterse de, oranlar bir çalışmadan diğerine oldukça farklılık göstermektedir. İlk yıllarda, Türkiye, Kore ve Japonya'da yapılmış çalışmalarda hastalığın erkeklerde daha sık görüldüğü bildirilmişse de, son 20 yıllık dönemde yapılan çalışmalar hastalığın her iki cinsten eşit olarak görüldüğünü bildirmektedir (Zouboulis, 1999; Bologna et al., 2008) Tursen ve ark. E/K oranını 1.03, Karıncaoğlu ve ark. 1.6, Uslu ve ark. 1.48 olarak bildirmişlerdir. Sula'nın (2009) çalışmasında da E/K oranı 0.73 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada E/K oranı 0,67 olarak bulundu. Bu çalışmalardaki sonuçlar karşılaştırıldığında bu oran anlamlı olarak daha düşük bulundu. Çalışmada kadın hasta oranının daha sık görülmesinin sebebi bilinmemektedir.

Bu çalışma, 18-65 yaş aralığındaki hastalarla yapıldı. Çalışmaya alınan hastaların yaş ortalaması $38,1 \pm 11,7$ bulundu. Sula'nın (2009) çalışmasında yaş ortalaması 26-35 yaş aralığında olup, bu çalışmada bulunan sonuçlarla paralellik göstermektedir.

Behçet hastalığı başlama yaş ortalaması $26,6 \pm 8,6$, hastalık süresi ortalaması $11,7 \pm 8,6$ olarak bulundu. Sula'nın (2009) çalışmasında B.H başlama yaş ortalaması 28.71; ortalama hastalık süresi 3.68 yıl olarak bulunmuştur. Fadime'nin (2011) yaptığı çalışmada hastalık başlama yaşı $28,3 \pm 7,5$, ortalama hastalık süresi ise $2,1 \pm 2,8$ olarak bildirilmiştir Bu çalışmada hastalık başlama yaş ortalaması yakın benzerlik göstermekte, hastalık süresi ise bizim çalışmamızda daha uzun süreli olarak tespit edildi. Behçet hastalığı en sık 2. ve 4.dekatlar arasındaki genç yetişkinlerde görülür. Türkiye'de ortalama başlangıç yaşı 25,6 olarak bildirilmiştir. Çocuklarda ve 50 yaşından sonra nadir görülür. Ancak hastalık herhangi bir yaşta da başlayabilir (Tüzün ve ark., 1996; Gürler ve ark., 1997; Ghate et al., 1999; Bologna et al., 2008)

Hastaların % 41,7'sinin ilkökul mezunu olduğu, % 73,9'unun evli, % 22,2'sinin bekâr, % 3,9'unun dul/boşanmış olduğu, % 71,9'u çocuklu, % 49'unun 1-2 çocuk sahibi olduğu, % 45,1'inin halen çalıştığı, % 46,8'inin ekonomik durumunun kötü olduğu, % 97,3'ünün sosyal güvenceye sahip olduğu belirlendi. Kronik hastalıklar sürekli takip ve tedavi gerektirdiği için ekonomik durumun kötü olması aksamalara neden olmakta, sosyal güvence varlığı ise tedavi ve kontrol sürekliliğinin sağlanması ve devamı açısından önemlidir.

Çalışmada Behçet hastalarının % 97,1'inin ailesi ile yaşadığı tespit edildi, bulgular literatür ile paralellik sağlamaktadır. Canbolat'ın (2010) yaptığı çalışmada, hastaların birlikte yaşadığı bireylere bakıldığında % 74,5'inin eşi ve çocukları ile birlikte yaşadığı, Akgüç'ün (2013) diabet hastaları ile yaptığı çalışmada ise hastaların % 90'ının ailesi ile birlikte yaşadığı bulundu.

Bu çalışmada hastalarda aile öyküsü % 33,2 oranında bulundu. Kılınç'ın (2008) 72 Behçet hastası ile yaptığı bir çalışmada hastaların %18,1'inde aile öyküsü bildirilmiştir. Bu çalışmada bulunan sonuçlarla paralellik göstermektedir.

Çalışmada 410 hastanın tamamının OÜ bulgusunu yaşadığı tespit edildi. Genital ülser görülme oranı % 89,5, papülopüstüler lezyonlar % 81,7, eritema nodozum % 62,0 ve paterji test pozitifliği % 68,8 oranlarında bulundu.

Uluslararası Behçet Hastalığı Çalışma grubu tarafından tanımlanan “Behçet Hastalığı Tanı Kriterleri”nde tekrarlayan oral ülserler olmazsa olmaz bulgu olarak kabul edilmektedir. Tekrarlayan genital ülserler, deri lezyonları (PPL ve ENBL) ve pozitif paterji testi tanı kriterleri olarak yer almaktadır. Çalışmada bulunan sonuçlar “Behçet Hastalığı Tanı Kriterleri” ile paralellik göstermektedir.

Hastaların tamamında OÜ ile başlangıç görülmekte; ayrıca diğer lezyonlar hemen her zaman OÜ ile birlikte erken dönemde ortaya çıkmaktadırlar. Oral ülserler hastalığın en sık ve değişmez bulgusu olup, hastaların % 65-70’inde ilk bulgu olarak görülmektedir (Bologna et al., 2008). Ülkemizde yapılan çalışmalarda oral ülser sıklığını Alpsoy ve ark., % 100, Tursen ve ark., % 100, Uslu ve ark., % 100, Karıncaoğlu ve ark., % 100 ve Sula, % 100 olarak bildirmişlerdir (Türsen ve ark., 2003; Karıncaoğlu ve ark., 2005; Alpsoy ve ark., 2007; Uslu ve ark., 2008; Sula, 2009). Bu çalışmada OÜ’ler hastalarda en sık görülen klinik bulgu olarak belirlendi (% 100) ve sıklığı daha önce yapılan çalışmalarla aynı bulundu.

Genital ülserler BH’nın ikinci en sık görülen bulgularındandır ve hastaların % 80-90’nında izlenir (Ghate et al., 1999; Zoubolis, 1999; Önder, 2009). Ülkemizde genital ülser sıklığını yaptıkları çalışmada; Alpsoy ve ark. % 85,3, Karıncaoğlu ve ark. % 94,1, Uslu ve ark. % 97,0, Tursen ve ark. % 88,1 ve Sula, % 94 olarak bildirmişlerdir (Türsen ve ark., 2003; Karıncaoğlu ve ark., 2005; Alpsoy ve ark., 2007; Uslu ve ark., 2008; Sula, 2009). Bu çalışmada genital ülserler % 89,5 görülme oranı ile daha önce yapılan çalışmalarla aynı bulundu.

Papülopüstüler lezyonlar klinikte en sık gözlenen deri belirtisi olup, %28-96 oranında görülmektedir (Zoubolis, 1999; Evereklioglu, 2005; Önder, 2009). Ülkemizde PPL sıklığını yaptıkları çalışmada; Alpsoy ve ark. %55,4, Tursen ve ark. %54, Uslu ve ark. %72,3, Karıncaoğlu ve ark. %72 ve Sula, %74,2 oranında bulmuşlardır (Türsen ve ark., 2003; Karıncaoğlu ve ark., 2005; Alpsoy ve ark., 2007; Uslu ve ark., 2008; Sula, 2009). Bu çalışmada papülopüstüler lezyonlar % 81,7 görülme oranı ile daha önce yapılan çalışmalarla benzer bulundu.

Farklı çalışmalarda hastaların %15-78’inde eritema nodozum benzeri lezyonların bulunduğu bildirilmiştir. Ülkemizde E.N görülme sıklığını, Alpsoy ve ark., % 44,2, Tursen ve ark. % 47,6, Uslu ve ark. % 38,8, Karıncaoğlu ve ark., % 42 ve Uslu, % 43, oranında bulmuşlardır (Türsen ve ark., 2003; Karıncaoğlu ve ark., 2005; Alpsoy ve ark.,

2007; Uslu ve ark., 2008; Sula, 2009). Bu çalışmada eritema nodozum benzeri lezyonlar % 62,0 görülme oranı ile daha önce bildirilen oranlarla benzer fakat bu çalışmalardaki oranlardan yüksek bulundu.

Paterji testi derinin nonspesifik aşırı duyarlılık yanıtını gösterir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda paterji pozitifliği oranını Alpsoy ve ark., % 37,8, Tursen ve ark., % 56,1, Uslu ve ark., % 50,8, Karıncaoğlu ve ark., % 48 ve Sula, % 75 olarak bildirmişlerdir. Bu çalışmada paterji test pozitifliği % 68,8 oranı ile daha önce yapılan çalışmalarla benzer bulundu.

En önemli organ tutulumlarından biri olan göz tutulumu % 40-70 oranında gelişmektedir. Yaptıkları çalışmada; Alpsoy ve ark., % 29,2, Tursen ve ark., % 29,1, Uslu ve ark., % 21,5, Karıncaoğlu ve ark., % 39 ve Sula, % 8,8 oranında göz tutulumu olduğunu bildirmiştir. Bu çalışmada göz tutulumu % 25,1 oranı ile daha önce yapılan çalışmalarla benzer bulundu.

Eklem tutulumu oral ve genital ülserlerden sonra en sık görülen bulgulardan biridir. Yapılmış çalışmalarda eklem tutulum oranı % 50-90 arasında değişmektedir. Tutulma artralji şeklinde olabileceği gibi, sıklıkla artritis şeklinde de olmaktadır. Yaptıkları çalışmada eklem tutulumunu Alpsoy ve ark., % 33,4, Tursen ve ark., % 11,6 ve Sula, % 16,4 olarak tespit etmişlerdir. Bu çalışmada eklem tutulumu % 64,6 oranı ile daha önce bildirilen oranlarla benzer fakat bu çalışmalardaki oranlardan yüksek bulundu.

Behçet hastalığı sistemik bir vaskülitir. Behçet hastalığında vasküler tutulum oranı % 7,7- 60 arasında değişmektedir. Alpsoy ve ark., çalışmalarında; % 4,4, Tursen ve ark., % 7, Uslu ve ark., % 9,1, Karıncaoğlu ve ark., % 16,1 ve Uslu % 9,8 oranında vasküler tutulum bildirmişlerdir. Bu çalışmada vasküler tutulum % 21,7 oranı ile daha önce bildirilen oranlarla benzer fakat bu çalışmalardaki oranlardan yüksek bulundu.

Nörolojik tutulum hastalığın ilk yıllarında görülür ve yüksek morbidite ve mortalite riski taşır, hastaların % 5-10 kadarında görülür (Ghate et al., 1999; Marshall, 2004). Nörolojik tutulumu yaptıkları çalışmada; Alpsoy ve ark., % 3,0, Tursen ve ark., % 2,3, Karıncaoğlu ve ark., % 5,9 ve Sula, % 2,3 olarak bildirmişlerdir. Bu çalışmada nörolojik tutulum % 2,7 oranı ile daha önce yapılan çalışmalarla benzer bulundu.

Daha önce yapılmış çalışmalarda Alpsoy ve ark., % 1,6, Tursen ve ark., % 1,4 gastrointestinal tutulum, Karıncaoğlu ve ark., % 9,3 genitoüriner sistem tutulumu bildirmişlerdir. Bu çalışmada diğer deri hastalığı olan hasta oranı % 15,1; diğer sistem

tutulumu olan hasta oranı % 24,6 olarak bulundu. Diğer sistemler ayrı olarak değerlendirmeye alınmadığı için karşılaştırma yapılmadı. Hastaların Behçet hastalığı ile birlikte takibine devam ettikleri dermatolojik sorunları olduğu belirlendi.

Saçlı'nın, (2011) 202 Behçet hastası ile yaptığı çalışmada 4 hastada kalp hastalığı, 43 hastada (% 21,3) hipertansiyon, 6 hastada hiperlipidemi ve 11 hastada (% 5,4) DM, olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmada 14 hastada (% 3,4) kalp hastalığı, 56 hastada (13,7) hipertansiyon, 16 hastada (3,9) hiperlipidemi ve 24 hastada diabetes mellitus hastalığı olduğu ve daha önce yapılan çalışmalarla benzer olduğu görüldü.

Bu çalışmada 76 (% 18,5) hastada ek psikiyatrik hastalık olduğu ve daha önce yapılan çalışmalarla benzer olduğu bulundu. BH gibi kronik hastalıkların geçici veya kalıcı bir takım fonksiyonel bozukluklara, psikiyatrik hastalıklara yol açabileceği bilinmektedir. Behçet hastalığında psikosomatik bulgular, anksiyete ve depresyon olmak üzere çeşitli psikiyatrik bulgular görülmektedir. Psikiyatrik bulgu görülme sıklığının % 8-50 arasında olduğu ve hastaların % 86'sında görüldüğü bildirilmiştir (Aslan ve ark., 1996; Kılınç ve ark., 2007; Havlucu ve ark., 2011). Aslan ve ark.'nın yaptıkları bir çalışmada, anksiyete ve depresyon düzeyinin sık ve yoğun atak geçiren ve kortikosteroid kullanan hastalarda diğer hastalara göre anlamlı olarak yüksek olduğu belirtilmiştir (Aslan ve ark., 1996).

Çalışmada hastaların % 29,8'inin sistemik/psikiyatrik ilaç kullanımı olduğu bulundu. Behçet hastalığı için ilaç kullanımında hastaların % 96,8'inin kolşisin kullandığı, % 9'unun kortikosteroid kullandığı, % 15,6'sının immünsupresan kullandığı, % 13,2'sinin antikoagulan ilaç kullandığı, % 2,7'sinin ise NSAİİ ilaç ve kemoterapötik ilaç kullandığı bulundu. Yapılmış bir çalışmada, hastaların % 63'ü kolşisin, % 16'sı kortikosteroid, % 54'ü immünsupresan, % 37,5'u kemoterapötik ilaç ve % 25,5'unun diğer ilaç kullanımı olduğu bildirilmiştir. Kullanılan ilaç grupları benzer olmakla birlikte kullanım oranları arasında farklılık vardır (Saçlı, 2011).

Bu çalışmada Behçet hastalığının hastaların çevrelerindeki insanlarla ilişkilerini etkileme durumu % 28,5 olarak bulundu, bulgular literatür ile paralellik sağlamaktadır. Canbolat'ın (2010) yaptığı çalışmada, hastaların hastalıklarının sosyal ilişkilerini etkileme durumu % 23,4 olarak bildirilmiş, hastalar hastalıklarının sosyal ilişkilerini etkilediğini ifade etmişlerdir.

7.2. Hastaların Hastalık Algısı (HAÖ) Ölçeği İle İlgili Bulgularının Tartışılması

Hastalığın birey tarafından algılanması ve tanımlanmasını hastalık algısı olarak ifade ederiz. Bireyin hastalığına yüklediği anlam ve verdiği duygusal tepki, tedavi sürecine yanıtını ve uyumunu, tedavi sürecindeki davranışlarını, işbirliğini değiştirmektedir (Armay ve ark. 2007; Kayış 2009; Küçükbakar 2011). Kronik hastalığı olan hastaların, hastalıkları ile ilgili edindikleri algılarının olumlu yönde değiştirilmesiyle, kişisel yeterliliği ve kronik hastalığın etkili yönetimi için gerekli yetkinliği kazanması sağlanabilir (Akdemir ve Birol, 2005; Karadakovan ve Aslan, 2011). Behçet hastalığında hastalığın klinik ciddiyetinin yanı sıra yaşantıya etkilerinin saptanması, hastaların hastalığı nasıl algıladıklarının anlaşılması, tedavi sonuçlarının hasta gözü ile değerlendirilmesi önem taşımaktadır.

Araştırmaya katılan Behçet hastalarının Hastalık Algısı Ölçeği puan ortalamaları değerlendirildiğinde (Tablo-5); HAÖ alt boyutları puan ortalamalarında en yüksek puanı $(22,2 \pm 5,0)$ süre (akut/kronik) boyutu ve $(14,5 \pm 2,7)$ süre (döngüsel) boyutunun aldığı, en düşük puanı ise $(17,6 \pm 4,9)$ sonuçlar boyutunun aldığı görüldü.

Acehan'ın (2010) hipertansiyonlu hastalar ile yaptığı benzer bir çalışmada, hastaların HAÖ'den en yüksek puanı $(23,14 \pm 5,57)$ süre (akut/kronik) boyutu, en düşük puanı $(14,29 \pm 3,51)$ ise süre (döngüsel) boyutu almıştır. Akgüç'ün (2013) tip 2 diyabet hastaları ile yaptığı çalışmada, hastaların HAÖ'den en yüksek puanı $(26,87 \pm 5,7)$ süre (akut/kronik) boyutu, en düşük puanı ise $(14,04 \pm 3,5)$ süre (döngüsel) boyutunun aldığı görüldü. Bu çalışmada en yüksek algı ölçeği boyutu puan ortalamasının literatür ile benzerlik gösterdiği, fakat en düşük algı ölçeği boyutu puanının literatürlerden elde edilen verilerle farklılık gösterdiği görüldü.

Behçet hastalarının HAÖ'nin "Hastalık Belirti Değerlendirme" bölümü incelendiğinde; hastaların 14 belirtiyi de deneyimledikleri, bu belirtileri ortalama $4,7 \pm 3,1$ oranında hastalıkları ile ilişkilendirdikleri belirlendi. Hastaların yaşadıkları bu belirtiler Behçet hastalığında görülebilecek belirtilerle uyumludur. Bu çalışmada hastalarda sıklıkla karşılaşılan; ağrı, yorgunluk, eklem sertliği, baş ağrısı ve güç kaybı gibi belirtilerin hastalığın klinik bulguları ve sistem tutulumları ile ilgili olduğu düşünülmekte ve literatür ile paralellik sağlamaktadır. Ciddi'nin (2010) kalp yetmezliği olan hastalarla yaptığı çalışmada hastalık algısı ölçeği hastalık belirti değerlendirme

bölümü puan ortalaması 7.63 ± 2.22 'dir. Fibromiyalji hastalarında hastalık algısıyla ilgili yapılan bir çalışmada en sık yaşanan ilk beş belirti ağrı, yorgunluk, eklem sertliği, güç kaybı ve uyku sorunları olarak saptanmıştır. Hastaların %70'inden fazlasının bu belirtileri F.M ile ilişkili olarak algıladığı belirlenmiştir (Şimşir Atalay ve ark., 2011).

Hastalık Algısı ölçeğinin hastalık hakkındaki görüşler bölümü incelendiğinde; "Süre (Akut/Kronik)" alt boyutu puan ortalaması $22,2 \pm 5,0$ oranında bulundu. Bu sonuç Behçet hastalarının hastalıklarının geçici olmaktan çok kalıcı olduğunu, uzun süre devam edeceğini düşündüklerini göstermektedir. Ciddi'nin (2010) çalışmasında hastalık hakkındaki görüşleri alt boyutu "Süre (Akut/Kronik)" puan ortalaması $23,4 \pm .43$ 'dür. Bu çalışmanın sonuçlarının benzer olduğu bulundu. Şimşir Atalay ve ark., fibromiyalji hastalarıyla yaptıkları çalışmada; HAÖ hastalık hakkındaki görüşler bölümü süre (akut/kronik) alt boyutunda hastaların kısa sürede iyileşeceklerine inanışlarının olmasının işlevsel iyilik halini arttırdığını saptamıştır (Şimşir Atalay ve ark., 2011).

"Sonuçlar" alt boyutu puan ortalaması $17,6 \pm 4,9$ oranında bulundu. Hastaların Behçet hastalığının yaşamlarında oluşturduğu fiziksel, sosyal ve psikolojik etkileri, hastalığın ciddiyeti konusunda kararsız olduklarını göstermektedir. Ciddi'nin (2010) çalışmasında "Sonuçlar" alt boyutunda puan ortalaması $22,4 \pm .44$ 'dür. Bu çalışmanın sonucu daha düşük bulundu. Foster et al.'ın yaptığı çalışmada hastalığının daha uzun süreceğine inanan hastaların sonuçlar alt boyut puan ortalaması daha yüksek olarak bulunmuştur (Foster et al., 2010).

"Kişisel Kontrol" alt boyutu puan ortalaması $20,4 \pm 3,7$ oranında bulundu. Hastaların hastalıklarını etkileme güçlerinin olduğu ve hastalığın seyrini olumlu yönde etkileyebilecekleri, hastalıkları üzerinde kendi otokontrollerinin olabileceği konusunda kararsızlık yaşadıklarını göstermektedir. Hastalar hastalıklarının kontrol altına alınabileceğine inandıklarında, gerekli tedbirleri alma ve tedaviye uyumda daha işbirlikçi davranabilirler. Ciddi'nin (2010) çalışmasında "Kişisel Kontrol" alt boyutunda puan ortalaması $21,2 \pm 4,3$ 'dür. Bu çalışmanın sonuçları benzer bulundu. Şimşir Atalay ve ark.'nın çalışmasında; hastalığı üzerinde ve seyrinde kendi etkisi ve sorumluluğunun az olduğunu düşünen hastaların (HAÖ-kişisel kontrol) işlevsel iyileşmesinin daha iyi olduğu görülmüştür (Şimşir Atalay ve ark., 2011).

"Tedavi Kontrolü" alt boyutu puan ortalaması $17,9 \pm 3,3$ oranında bulundu. Hastaların, aldıkları tedavinin hastalık sürecini pozitif yönde etkileyeceği, hastalık

bulgularının düzelebileceği ve iyileşme sağlanabileceği, hastalıklarını kontrol edebileceklerini düşündüklerini göstermektedir. Ciddi'nin (2010) çalışmasında "Tedavi Kontrolü" alt boyutunda puan ortalaması $19,2 \pm 27$ 'dir. Bu çalışmanın sonuçları daha düşük bulundu. Şimşir ve ark.'nın çalışmasında, hastalık hakkındaki görüşler bölümü tedavi kontrolü alt boyutunda, hastaların aldığı tedavinin kendini iyileştireceğine inandığı ve hastalığının kısa süreceğini düşündüğü görülmüştür (Şimşir Atalay ve ark.,2011).

"Hastalığı Anlayabilme" alt boyutu incelendiğinde puan ortalaması $16,0 \pm 4,2$ oranında bulundu; hastalar hastalıklarını anlama ve anlamlandırmada çekimser kalmış, hastalıkla uzun zaman geçirmelerine rağmen hastalığı anladıklarını ifade edememişlerdir. Bu çalışmanın sonuçları Behçet hastalarının hastalığı anlayabilme durumunun çok iyi olmadığını göstermektedir. Hastaların hastalıklarını anlayabilmeleri tedaviye inancı ve tedaviyi sürdürmesi açısından önemlidir. Hastaya verilecek eğitimle algı düzeyi artırılabilir. Ciddi'nin (2010) çalışmasında "Hastalığı Anlayabilme" alt boyutunda puan ortalaması $16,2 \pm .54$ 'tür. Bu çalışmanın sonuçlarının benzer olduğu bulundu.

"Süre (Döngüsel)" alt boyutu incelendiğinde puan ortalaması $14,5 \pm 2,7$ oranında bulundu; hastaların hastalıkları ile ilgili değişken süreçler yaşadıkları, bu süreçler boyunca iyi dönemleri olduğu kadar kötü oldukları dönemleri de yaşadıkları belirlendi. Ciddi'nin (2010) çalışmasında "Süre (Döngüsel)" alt boyutunun puan ortalaması $14,5 \pm .54$ 'tür. Bu çalışmanın sonuçları benzerdir. Behçet hastalığı multisistemik ve kronik gidişlidir. Hastalığın aktif dönemleri ve remisyon dönemlerinin olması çalışmanın sonuçları ile uyumludur (Önder, 2009).

"Duygusal Temsiller" alt boyutu incelendiğinde puan ortalaması $19,6 \pm 5,8$ oranında bulundu; bireylerin hastalıkları ile ilgili olumsuz düşünce ve değerlendirme içinde oldukları, korku ve kaygı yaşadıkları belirlendi. Bireylerin hastalığıyla ilgili yoğun endişeleri olduğu, bu nedenle stres yaşadıkları belirtilmiştir. Bireyin hastalığıyla ilgili endişelerinin olması ve stres yaşaması, tedaviye odaklanamamasının nedenlerindendir. Bireylerin hastalığı hakkındaki bilgi yetersizliği endişe ve kaygısının nedeni olabilir. Hasta ve ailesi için gerekli eğitimleri planlayarak doğru bilgi sağlamada hemşirelerin önemli rolleri vardır ve hastaların algılarını değerlendirerek, hastalığı ve tedavisi ile ilgili endişelerine yönelik eğitim verebilir (Arnold et al., 2004). Ciddi'nin (2010) çalışmasında "Duygusal Temsiller" alt boyutunun puan ortalaması $21,6 \pm 44$ 'tür.

Bu çalışmada olası hastalık nedenleri bölümünde en yüksek puanı “Kişisel Atıflar” alt boyutu aldı. En düşük puanı ise “Yaşam Şekli Atıfları” ve “Kontrol Edilemeyen Bedensel Faktörler” alt boyutları aldı.

Hastalık Algısı Ölçeğinin hastalığın olası nedenleri bölümü “Kişisel Atıflar” alt boyutu puan ortalaması $21,4 \pm 5,8$ 'dır. Stres ya da endişe, benim tutumum, kişilik özelliklerim, duygusal durumum, kendimi kötü, yalnız, gergin ya da boşlukta hissetmem, aile problemleri, vücut direncimin azalması ve kendi davranışım ifadelerinin yer aldığı bölümde Behçet hastalığına neden olabilecek etkenlere verilen yanıtlar, hastaların hastalık nedenine karar vermede güçlük yaşadıklarını göstermektedir. Bu sonuç hastaların hastalıkları konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıklarını işaret etmektedir. Bireye verilecek uygun eğitimle hastalığın etkili yönetimi için gerekli yetkinliği kazanması sağlanabilir.

Hastalık Algısı Ölçeğinin hastalığın olası nedenleri bölümü “Dış Atıflar” alt boyutu puan ortalaması $9,3 \pm 3,0$ olarak bulundu. Geçmişimdeki kötü tıbbi bakım, çevre kirliliği, kaza ya da yaralanma ve aşırı çalışma ifadelerinin yer aldığı bölümde verilen yanıtlar, bu unsurların Behçet hastalığına neden olacağını düşünmediklerini göstermektedir.

Hastalık Algısı Ölçeğinin hastalığın olası nedenleri bölümü “Yaşam Şekli Atıfları” alt boyutu puan ortalaması $6,1 \pm 2,4$ 'tür. Bu bölümde hastalar, sigara içme, alkol ve diyet -yemek alışkanlıklarının Behçet hastalığına neden olduğunu düşünmediklerini ve “Böyle düşünmüyorum” yanıtı verdiklerini, bu alt boyutun hastalık sebebi olarak algılanmadığını göstermektedir.

Hastalık Algısı Ölçeğinin hastalığın olası nedenleri bölümü “Kontrol Edilemeyen Bedensel Faktörler” alt boyutu puan ortalaması $7,7 \pm 2,0$ 'dır. Bir mikrop ya da virüs, kalıtsal (ırsi) ve yaşlanma ifadelerinin yer aldığı bölümde verilen yanıtlar, bu unsurların Behçet hastalığına neden olacağını düşünmediklerini göstermektedir.

Hastalık Algısı Ölçeğinin hastalığın olası nedenleri bölümü “Şans Faktörü” alt boyutu puan ortalaması $2,9 \pm 1,4$ 'dir. Şans ya da kötü talih ifadelerinin yer aldığı bu bölümde Behçet hastalığına neden olabilecek etkenlere verilen yanıtlar, hastaların hastalık nedenine karar vermede güçlük yaşadıklarını, kararsız olduklarını göstermektedir.

Grayson et al.'nın (2014) vaskülitli olan hastalarla, HAÖ'nin revize edilmiş hastalık nedenleri bölümünü kullanarak yaptıkları çalışmada, inançların hastalıkları üzerinde etkisinin olup olmadığı araştırılmış, inançların hastalık üzerindeki etkisi yüksek düzeyde anlamlı bulunmuş ve negatif sağlık sonuçlarına yol açtığı bildirilmiştir. Çalışmaya alınan vaskülit hastalıklarının 9 farklı formuna sahip 692 hastadan 48'i Behçet hastasıdır. Nedensel özellikler oldukça değişken bulunmuş, ancak bağışıklık ve stres üzerinde en çok konuşulan konular olmuş, nedensel inanç modelleri negatif sağlık sonuçları ile ilişkilendirilmiştir. Çalışmaya katılan hastaların ortak kararı hastalıklarında stres unsurunun en önemli neden olduğudur (Grayson et al., 2012).

Hastalığın olası nedenleri ölçeğinin sonunda (Tablo-7) çalışmaya katılan Behçet hastalarından niteliksel değerlendirme için hastalığının en önemli nedeni olarak gördüğü üç etkeni yazması da istenmektedir. Hastaların yazdığı en önemli nedenler gruplandırıldı ve dağılımına yüzdelik hesabı ile bakıldı. En yüksek puanı % 87,8 oranı ile stres ve endişenin aldığı görüldü. % 43,9 oranı ile üzüntü ve sıkıntı, % 26,3 oranı ile de genetik unsurların neden olduğunun düşünüldüğü görüldü. En düşük oranın % 1,7 ile yoksulluk olduğu görüldü. Bu çalışmada da Greyson et. al.'ın çalışmasında olduğu gibi en önemli hastalık nedeni olarak stres, endişe ve üzüntünün olduğu tespit edildi. Bulunan sonuçlar benzerlik göstermektedir.

Tablo-6 incelendiğinde; en sık yaşanan belirtiler sırasıyla % 89,5'i ağrı, % 84,1'i yorgunluk, % 66,8'inin güç kaybı, % 66,6'sı baş ağrısı, % 63,2'si eklem sertliği, % 50,7'si gözlerde yanma, % 47,6'sı sersemlik hissi, % 46,8'i boğazda yanma, % 44,4'ü uyku güçlükleri, % 42,2'si mide yakınmaları, % 34,6'sı bulantı, % 29,8'i kilo kaybı, % 28,3'ü soluk almada güçlük, % 21,2'si hırıltılı soluma ve olduğu belirlendi.

Hastaların % 79,2'si ağrı, % 67,6'sı yorgunluk, % 57,3'ü eklem sertliği, % 55,4'ünün güç kaybı, % 37,8'i gözlerde yanma, % 33,2'si baş ağrısı, % 30,2'si sersemlik hissi, % 27,1'i uyku güçlükleri, 26,1'i boğazda yanma, % 18,8'i kilo kaybı, % 17,1'i mide yakınmaları, % 11,0'i bulantı, % 9,8'i soluk almada güçlük, % 8,8'i hırıltılı soluma ve yaşadıkları ve yaşadıkları bu belirtileri hastalıkları ile ilişkilendirdikleri bulundu. Kayır'ın (2014) çalışmasında en sık görülen belirtilerden hastalık ile ilgili olduğu düşünülenler ise; güç kaybı (% 66,3), yorgunluk (% 63,8), ağrı (% 60,7) ve kilo kaybıdır (% 51,5). Karabulutlu ve Okanlı'nın (2011) çalışmasında en sık görülen belirtilerden

hastalık ile ilgili olduğu düşünölenler ise; yorgunluk, güç kaybı, baş ağrısı, uyku güçlüğü ve kilo kaybıdır.

Behçet hastalarında, oral ve genital ülserler nedeniyle sık ağrı yaşanmakta, eklem tutulumu fiziksel aktivite kısıtlılığına neden olmakta, kendilerine güvenleri ve çevreleri ile olan ilişkilerini olumsuz yönde etkilemekte, kronik hastalık yükü nedeni ile de yorgunluğa neden olmaktadır. Hastalar, günlük yaşam aktivitelerinin azaldığını ve gündelik yaşamında zorlandıklarını belirtmektedirler (Bodur ve ark., 2006). Çalışmada hastalarda sıklıkla deneyimlenen; ağrı, yorgunluk, eklem sertliği, baş ağrısı ve güç kaybı gibi belirtilerin daha çok hastalığın klinik bulguları ve sistem tutulumları ile ilgili olduğu düşünülmektedir.

Araştırmadaki hastaların cinsiyetlerine göre hastalık algısı ile ilgili özellikleri incelendiğinde kadınların hastalık belirtilerini daha sık yaşadığı ve belirtileri hastalıkları ile ilişkilendirdikleri bulundu. Cinsiyetler arasında hastalık algıları açısından farklılıklar göröldü. Kadın hastaların günlük yaşamlarında psikolojik durumlarının etkilendiğı, hastalığı daha yoğun hissettikleri, hastalıklarının kronik ve ciddi bir hastalık olduğunu düşündükleri göröldü. Bu durum literatür ile paralellik göstermektedir (Kepenek, 2012; Oktay, 2011).

Erkek hastaların günlük yaşamlarında ve hastalığın ciddiyeti ve süreci konusunda kadın hastalardan daha az etkilendikleri, psikolojik durumlarında hastalıkla ilgili sıkıntı yaşamadıkları göröldü. Toplumsal değerlerin kadına ve erkeğe yüklediğı rol farklılıkları, cinselliğe yüklenen anlamlardaki farklılıklar, cinsiyetler arasında farklı hastalık algısı oluşmasında etkili olabilmektedir (Erengin ve Dedeoğlu 1997).

Erkek hastaların HAÖ hastalık nedenleri bölümü incelendiğinde yaşam şekli atıfları alt boyutunda beslenme, alkol ve sigaranın hastalık nedeni olabileceğini düşündükleri, bununda alkol ve sigara kullanımları ve uygun olmayan beslenme alışkanlıklarından kaynaklanabileceğini düşündürmektedir. Bu bulgular literatür ile benzerlik göstermektedir (Kayış, 2009).

Eğitim durumuna göre HAÖ alt boyutları puanları karşılaştırıldığında; üniversite mezunu olanların hastalık belirtilerini daha az sıklıkla yaşadığı ve yaşadığı belirtileri hastalıkları ile daha az ilişkilendirdikleri bulundu. Hastaların hastalığını tanımak ve hastalığı önleyebilmek için yapacağı tüm etkinlikler eğitim ile ilişkilidir. Hastalığın yaşamlarında yarattığı olumsuz etkileri ve ciddiyeti algıladıkları göröldü. Hastalıklarını

anlayabilme durumları yüksek olduğu için seyri ve tedavisi üzerindeki iç kontrol algılarının arttığı ve hastalığın yönetiminde daha iyi olduklarını göstermektedir. Eğitim düzeyi arttıkça bireylerin dış etkenlerden etkilenmesi azalmakta ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını daha aktif hayata geçirmektedirler. Behçet hastalarının eğitim düzeyi azaldıkça hastalıklarını anlama düzeyleri de azalmakta, tedavi ve hastalığın yönetiminde yetersiz kaldıkları görülmektedir.

Çocuğu olan Behçet hastalarının hastalık bulgularını daha sık yaşadıkları, hastalıklarının kalıcı olduğunu, uzun süre devam edeceğini ve hastalığın yaşamı üzerinde olumsuz etkileri olduğunu düşündükleri görüldü. Çocuğu olan hastalar, hastalığın gelecek ile ilgili endişelerinden kaynaklandığını, aşırı çalışma ve çevresel unsurlardan etkilendiklerini düşünmektedirler. Aile sahibi olmanın getirdiği sorumluluk hastalıklarını şanssızlık olarak nitelendirmelerine yol açmaktadır. Çocuğu olmayan hastaların iç kontrol algılarının arttığı ve hastalığın yönetiminde daha iyi oldukları belirlendi.

Çalışma durumuna göre HAÖ alt boyutları puanları karşılaştırıldığında, çalışmayan hastaların hastalık belirtilerini daha yoğun yaşadıkları ve belirtilerin değişim gösterdiği, hastalığın ciddi boyutları olduğunu, yaşamı üzerinde maddi ve manevi güçlükler yarattığını düşündükleri görüldü. Hastaların hastalıkları ile ilgili olumsuz düşünce ve değerlendirme içinde oldukları, korku, kaygı ve yoğun endişeleri olduğu, bu nedenle stres yaşadıkları belirlendi. Hastalığın kendi tutumlarından kaynaklandığını ve şanssızlıkları olduğunu düşündükleri bulundu.

Ekonomik durumu yetersiz olan hastalar kronik, uzun seyirli ve ciddi boyutlu, yaşamları üzerinde olumsuz etkileri olan bir hastalıkları olduğunu düşündükleri belirlendi. Hastaların çökkün, üzgün ve kaygılı oldukları, korku yaşadıkları, hastalığın nedenleri için kendi yapılarını ve stresi sorumlu gösterdikleri, aşırı çalışma ve çevresel unsurlardan etkilendikleri, bu hastalığa şanssızlıklarının neden olduğunu düşündükleri saptandı. Ekonomik durumu yeterli olan hastaların hastalıklarını anlama ve anlamlandırmada daha iyi oldukları görüldü.

Hastalığın atak ve tekrar dönemlerinde tekrarlayan oral ülserler, genital ülserler, deri bulguları (P.P.L. ve E.N.B.L) ve göz tutulumları hastaların farklı yaşam alanlarını etkilemektedir. Bu bulgular, hastaların hastalığa ve tedaviye uyum süreçlerini etkileyebilir. Bu çalışmada O.Ü hastaların tümünde, G.Ü % 89,5, P.P.L. % 81,7, E.N.B.L

% 62, göz tutulumu ise % 21,5 oranında bulunmuş, diğer tutulumlarının eklenmesi ile HAÖ bölümlerinin farklı alt boyutları üzerindeki etkileri izlenmiştir.

Eklem, vasküler, nörolojik ve diğer sistem tutulumu durumuna göre HAÖ alt boyutları puanları karşılaştırıldığında, eklem ve nörolojik tutulumu olan hastaların hastalık belirtilerini daha sık yaşadıkları görüldü. Eklem, vasküler ve diğer sistem tutulumu tutulumu olan hastaların B.H'nin ciddi ve kalıcı bir hastalık olduğunu, yaşamı üzerinde güçlükler yarattığını düşündükleri, vasküler tutulumu olmayan hastaların tedavinin hastalık sürecini pozitif yönde etkileyeceği, iyileşme sağlanabileceği ve hastalıklarını kontrol edebileceklerini düşündükleri görüldü. Diğer sistem tutulumu olan hastaların olası hastalık nedenlerinde, stresi ve kendi yapılarını, aynı zamanda dış unsurlarında etkin olduğunu, hastalığın şanssızlıkları olduğunu düşündükleri görüldü.

Türsen'in (2009) bildirdiğine göre Davis et al.,nın (1993) yaptıkları çalışmada Behçet hastalarının yorgunluk, ağrı ve artraljiden çok şikâyetçi olduğu, ödem ve ekstremitelerde kısıtlılık, yaşadıkları ve bu bulguları yaşamlarında büyük sorun olarak gördüklerini belirtmişlerdir.

Ek sistemik hastalığı ve ek psikiyatrik hastalığı olma ve sistemik-psikiyatrik ilaç kullanımı olma durumuna göre HAÖ alt boyutları puanları karşılaştırıldığında, hastaların hastalık belirtilerini çok daha yoğun yaşadıkları görüldü. B.H.'nin kronik seyirli, yaşamları üzerinde güçlükler yaratan bir hastalık olduğunu düşündükleri, hastalığı ile ilgili endişe, korku, üzüntü, öfkeli olma gibi emosyonel reaksiyonları daha fazla yaşadıkları görüldü. Hastaların, hastalığın genel kişilik yapılarından ya da iyileşmeyen-kronik hastalığa bakış açılarının doğurduğu gelecek ile ilgili endişelerinden kaynaklandığını, aşırı çalışma ve çevresel unsurlardan etkilendiklerini düşündürmektedir. Hastaların hastalığını düşündüğü zaman çökkün, üzgün ve kaygılı oldukları, korku yaşadıkları, hastalık nedeni olarak kendi yapılarını ve stresi sorumlu gösterdikleri, şanssızlıkları olduğunu düşündükleri bulundu.

Ek psikiyatrik hastalığı olan hastaların hastalığı anlayabilme durumu düşük düzeyde olduğu için hastalığın seyri ve tedavisi üzerindeki iç kontrol algılarının düştüğü ve hastalığın yönetiminde iyi olmadıkları belirlendi.

Aile öyküsü olan hastaların hastalık nedeni olarak mikrop ya da virüsü ve genetik unsurları suçlu bulduğu, yaşlanmanın da hastalığa neden olduğunu düşündükleri

görüldü. Yazılı ve görsel basında bu konuda yapılan yayınların hastalar üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir.

Hastalığının çevresindeki insanlarla ilişkisini etkilediğini düşünen hastaların HAÖ alt boyutları puanları karşılaştırıldığında, hastalığının çevresindeki insanlarla ilişkisini etkilediğini düşünen hastaların, hastalık belirtilerini sık yaşadıkları, ciddi, kronik bir hastalıkları olduğu, yaşamlarında güçlükler yarattığı, kaygı, korku, üzüntü ve öfke yaşadıkları görüldü. Hastalığın atak ve remisyon dönemlerini algıladıkları ve kontrol edebildikleri, hastalığın nedenleri için kendi yapıları ve stresi sorumlu tuttukları, aşırı çalışma ve çevresel unsurlardan etkilendikleri ve vücut dirençlerinin azaldığını düşündükleri belirlendi.

Hastalığının çevresindeki insanlarla ilişkisini etkilediğini düşünen hastaların hastalığı anlama ve anlamlandırma indekslerinin düşük düzeyde olduğu bu nedenle hastalığın yönetiminde iyi olmadıkları belirlendi.

Çalışmamızda B.H. hastalarının hastalıkla ilgili algılarında tüm boyutlara bakıldığında, hastaların emosyonel temsillerinin yüksek olduğu, stres, hastalıkla ilgili kaygı, korku, üzüntü, öfke gibi duygusal belirtilerin yoğun olarak algılandığı saptanmıştır.

7.3. Behçet Hastalığı Yaşam Kalitesi (BYKÖ) Ölçeği İle İlgili Bulguların Tartışılması

Ölçeğin değerlendirmesi; evet “1”, hayır “0”, puanı verilerek yapılır. Yanıtların toplanması ile “0-30” puanları arasında değişen toplam puan bulunur. “0” en iyi, “30” en kötü yaşam kalitesini gösterir, hesaplama ile elde edilen puanın yüksekliği yaşam kalitesi ile ters orantılıdır.

Behçet hastalığı, hastalarda geçici ve kalıcı fonksiyon bozuklukları ve kayıplarına neden olarak bireyin günlük yaşam aktivitelerinde ve yaşam şeklinde engelliliğe, gerek gelişen komplikasyonlar gerekse tedavide kullanılan steroidler ve immunosupresif ilaçlar nedeni ile psikiyatrik sorunların yaşanmasına neden olmaktadır (Uğuz ve ark. 2006). Klinik özellikleri nedeniyle yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilen, morbiditeyi artıran Behçet hastalığı, diğer kronik hastalıklarda olduğu gibi hastanın günlük yaşam

aktivitelerini ve sosyal hayatını oldukça kısıtlayabilmektedir (Mercan, 2010; Havlucu ve ark., 2011).

Çalışmaya katılan Behçet hastalarının BYKÖ puan ortalaması $11,0 \pm 8,7$ olarak bulundu. Ayanoğlu tarafından yapılan çalışmada BYKÖ kullanılmış ve puan ortalaması $15,99 \pm 12,24$ olarak bulunmuştur (Ayanoğlu Tuğrul, 2012). Çalışmamızda hastaların yaşam kalitesi Ayanoğlu'nun çalışmasına göre daha iyi düzeyde bulundu.

7.3.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri ve BYKÖ Ölçeği İle İlgili Bulguların Tartışılması

Yaşam kalitesinin yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, çalışma durumu, ekonomik durum gibi sosyo-demografik özelliklerden etkilendiği bildirilmektedir (Başak, 2000; Acıöz ve ark., 2003; Aydemir, 2004; Arıcan, 2009).

Tablo-25 incelendiğinde; çalışmaya katılan Behçet hastalarında cinsiyete göre BYKÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında kadın hastalarda yaşam kalitesinin daha çok etkilendiği bulundu. Ayanoğlu Tuğrul tarafından yapılan çalışmada da kadın hastalarda yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilendiği görülmüştür. Kadınların psikososyal ve duygudurum bozukluklarına daha yatkın oldukları görülmüş, kadın Behçet hastalarında yaşam kalitesinin erkeklere göre olumsuz yönde daha fazla etkilenmesi, hastalık yükünden çok aynı anda anne, eş, iş kadını ve ev kadını rollerini yüklenmeleri ve daha yoğun stresle karşı karşıya kalmaları nedeni ile olabilir (Ayanoğlu Tuğrul, 2012).

Çalışmaya katılan ilk-orta öğretim mezunu Behçet hastalarının eğitim durumuna göre yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilendiği bulundu. Erdoğan'ın (2008) BYKÖ ile yaptığı çalışmada düşük eğitim düzeyinin yaşam kalitesini olumsuz etkilediği bildirilmiştir.

Behçet hastalarının çocuğu olma durumuna göre BYKÖ puan ortalaması karşılaştırıldığında; çocuğu olan hastaların yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilendiği bulundu. Behçet hastalarında yaşam kalitesinin incelendiği çalışmaların çoğunda genel olarak sosyo-demografik özellikler ele alınmamış, sosyo-demografik özelliklerin ele alındığı çalışmalarda da çocuk varlığı değerlendirilmemiştir.

Behçet hastalarının ekonomik durumuna göre BYKÖ puan ortalaması karşılaştırıldığında; ekonomik durumu yetersiz olan hastaların yaşam kalitesinin daha

düşük olduğu bulundu. Literatürde ekonomik durumu yetersiz olan hastaların yaşam kalitesinin daha düşük olduğu, bu hastalarda ekonomik durum yetersizliğine bağlı olarak düzenli takip ve tedaviye devam etme olasılığının azaldığı ve bu durumun psikososyal sorunlara neden olduğu bildirilmektedir (Erdoğan, 2008). Hastalığı olmayan bireylerde de yaşam kalitesini azaltan düşük gelir düzeyinin Behçet hastalığında yaşam kalitesini azaltan önemli bir faktör olarak öne çıkması beklenen bir bulgudur. Bu çalışmada ekonomik duruma göre yaşam kalitesi düzeyi literatüre paralellik göstermektedir.

Behçet hastalarının çalışma durumuna göre BYKÖ puan ortalaması karşılaştırıldığında; çalışmayan hastaların yaşam kalitesinin daha düşük olduğu bulundu. Canbolat'ın (2010) yaptığı çalışmada Behçet hastalarının çalışma durumu incelendiğinde çalışan ve çalışmayan grup arasında yaşam kalitesi açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır.

7.3.2. Hastaların Behçet Hastalığı Özellikleri ve BYKÖ Ölçeği İle İlgili Bulguların Tartışılması

Bu çalışmada Behçet hastalarının oral ülser, genital ülser varlığı ve göz tutulumuna göre BYKÖ puan ortalaması karşılaştırıldığında yaşam kalitesinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı. Behçet hastalığında oral ülser, genital ülser varlığı ve göz tutulumu yaşam kalitesini azaltan önemli unsurlar olarak öne çıkması beklenen bulgulardır. Bodur ve ark.'nın benzer çalışmasında hastalarda en çok genital ülser, artrit ve oral ülserlerin psikososyal durumu etkilediği bildirilmiştir. Bu çalışmada oral ülser, genital ülser varlığı ve göz tutulumuna göre yaşam kalitesi beklenen düzeyde tespit edilmedi. Terapötik ajanlarda yaşanan gelişmeler ve alternatif tedavi seçenekleri sonucunda tedavide daha etkin sonuçlar alınmaya başlanmış, Kortikosteroid, immunsupresan, biyolojik ajan ve kemoterapötiklerin kullanımlarının giderek arttığı ve ilaçların kombine kullanımlarının iyi sonuçlar verdiği bildirilmiştir (Evereklioglu, 2005; Alpsoy, 2007; Türk ve Dereli, 2007; Alpsoy ve Akman, 2009; Tatlıcan, 2009). Gerek eğitim düzeyinin artması ve uygulanan eğitimler gerekse sağlanan destek sistemleri hastaların iç kontrol algılarının artmasına ve uygun başetme yöntemleri geliştirmelerine olanak sağlayarak yaşam kalitelerinin etkilenme düzeyini azaltmakta başarı sağlandığını düşündürmektedir.

Behçet hastalarının eklem tutulum durumuna göre BYKÖ puan ortalaması karşılaştırıldığında; eklem tutulumu olan hastaların yaşam kalitesinin daha düşük olduğu bulundu. Bodur ve ark. (2006)'nın çalışmasında, eklem tutulumu olan hastaların yaşam kalitelerinin düşük olduğu belirtilmiştir. Çalışmada elde edilen sonuçlarla bu çalışmanın sonucu benzerlik göstermektedir. Behçet hastalarındaki eklem tutulumu ağrıya ve hareket kısıtlılığına neden olarak hastaların günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmelerini engellemekte ve sorun yaşayan hastaların yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiği düşünülmektedir.

Behçet hastalarının vasküler, nörolojik ve diğer sistem tutulumu durumlarına göre BYKÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında vasküler ve nörolojik tutulumu olan hastaların yaşam kalitesinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı. Diğer sistem tutulumu durumuna göre ise BYKÖ puan ortalaması karşılaştırıldığında; diğer sistem tutulumu olan hastaların yaşam kalitesinin daha düşük olduğu bulundu. Havlucu ve ark.'nın (2011) çalışmasında da sistemik tutulumu olan hastaların yaşam kalitesinin daha düşük olduğu bildirilmiştir.

Behçet hastalarının ek sistemik hastalık, ek psikiyatrik hastalık ve sistemik-psikiyatrik ilaç kullanımı durumuna göre BYKÖ puan ortalaması karşılaştırıldığında; hastaların yaşam kalitesinin daha düşük olduğu bulundu. Canbolat'ın (2010) çalışmasında BH'na eşlik eden kronik hastalığın yaşam kalitesinin düşmesine neden olduğu bildirilmiştir. Uğuz ve ark.'nın (2006) çalışmasında major depresyonu ve psikiyatrik bulguları olan Behçet hastalarının yaşam kaliteleri düşük bulunmuştur. Kılınç'ın çalışmasında tüm Behçet hastalarında tedavi grupları ile yaşam düzeyleri arasında anlamlı bir fark olmadığı bildirilmiştir.

Behçet hastalığının çevresindeki insanlarla ilişkisini etkileme durumuna göre BYKÖ puan ortalaması karşılaştırıldığında; hastaların yaşam kalitesinin daha düşük olduğu bulundu. Canbolat'ın (2010) yaptığı çalışmada, hastalar Behçet hastalığının çevrelerindeki insanlarla ilişkisini ve sosyal ilişkilerini negatif yönde etkilediğini ifade etmişlerdir.

7.4. Behçet Hastalarının Yaşı, Hastalık Yaşı ve Hastalık Süresinin BYKÖ ve HAÖ İle İlişkisine Yönelik Bulguların Tartışılması

Yaş ile BYKÖ skoru, hastalık belirtileri değerlendirme bölümü, sonuçlar, dış atıflar ve şans faktörü alt boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif zayıf ilişki, süre (döngüsel), kişisel atıflar ve yaşam şekli atıfları alt boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif çok zayıf ilişki bulundu. Yaş ile tedavi kontrolü alt boyutu arasında anlamlı negatif çok zayıf ilişki bulundu. Hastaların yaşı arttıkça hastalık belirtilerini hastalığı ile ilişkilendirmeye yönelik algısı artmaktadır. Hastalığın ciddiyeti ve kronik olması ile ilgili algıları, hastalığın nedenlerinin kendi yapılarından ve çevreden kaynaklandığına ve şanssızlığı olduğuna yönelik algıları yaşla paralel artmakta ve BYKÖ skorunun artması yaşam kalitelerinin olumsuz yönde etkilendiğini göstermektedir. Hastaların yaşı arttıkça hastalığının tedavi ile kontrol edilebileceğine ilişkin algıları azalmakta ve tedaviye olan inançları olumsuz yönde etkilenmektedir.

Behçet başlama yaşı ile dış atıflar ve şans faktörü alt boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif zayıf ilişki, BYKÖ skoru, hastalık belirtileri değerlendirme, sonuçlar, kişisel atıflar ve yaşam şekli atıfları alt boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif çok zayıf ilişki bulundu. Behçet hastalığı başlama yaşı arttıkça hastalık belirtilerini hastalığı ile ilişkilendirmeye yönelik algısı, hastalığın ciddiyeti ve yaşamında oluşturduğu yükü, hastalığın nedenlerinin kendisi ve yaşam koşullarından, çevreden kaynaklandığına ve şanssızlığı nedeniyle olduğuna yönelik algılarının arttığı, buna paralel olarak BYKÖ skorunun arttığı ve yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilendiği görüldü.

Behçet hastalık süresi ile sonuçlar alt boyutu arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif zayıf ilişki, şans faktörü alt boyutu arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif çok zayıf ilişki bulundu. Behçet hastalık süresi ile tedavi kontrolü alt boyutu arasında anlamlı negatif çok zayıf ilişki bulundu. Hastalığın süresi arttıkça ciddi boyutları olan ve yaşamını olumsuz etkileyen bir hastalığı olduğu ve hastalığın varlığına şansının neden olduğu yönünde algısının arttığı, hastalığın süresi arttıkça hastalığın tedavi ile kontrol edilebileceğine ilişkin algısı ve inançlarının azaldığını göstermektedir.

BYKÖ skoru ile hastalık belirtileri değerlendirme bölümü, süre (akut/kronik), sonuçlar, süre (döngüsel), duygusal temsiller, kişisel atıflar, dış atıflar, kontrol edilemeyen bedensel faktörler ve şans faktörü alt boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif zayıf ilişki, yaşam şekli atıfları alt boyutu arasında istatistiksel açıdan

anlamlı pozitif çok zayıf ilişki bulundu. BYKÖ skoru ile tedavi kontrolü ve hastalığı anlayabilme alt boyutları arasında anlamlı negatif çok zayıf ilişki bulundu. Hastaların hastalık belirtilerini hastalığı ile ilişkilendirmeye yönelik algısının artması yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. B.H.'nın kronik, sistemik ve ataklarla seyreden bir hastalık olması, belirtilerin değişim göstermesi, hastalığı ile ilgili endişe, korku, üzüntü, öfkeli olma gibi emosyonel reaksiyonları daha fazla yaşamaları ve bu yönde algılarının artması, hastaların hastalık nedenleri olarak kendi yapılarını, yaşam tarzlarını, aile ilişkilerini, geçmiş yaşam ve alışkanlıklarını, genetik olabileceği, azalan vücut dirençleri, aşırı çalışma ve çevresel unsurlardan etkilendikleri ve tüm bunlardan kaynaklanabilecek stres ve endişenin hastalıklarından sorumlu olabileceğini, algı düzeylerinin de bu yönde arttığı, BYKÖ skorunun artmasıyla da yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilendiği görüldü. Hastaların hastalıklarını anlama ve anlamlandırma durumları arttıkça hastalığın seyri ve tedavisi üzerindeki iç kontrol algılarının da arttığı, hastalığın tedavi ile kontrol edilebileceğine inandıkları, BYKÖ skorunun azaldığı yani yaşam kalitesinin olumlu yönde etkilendiği belirlendi.

Behçet hastalığı; nedeninin bilinmemesi, kesin bir tedavisinin olmaması nedeniyle yaşanan belirsizliği, hastalık nedeniyle oluşan işlevsellik kaybı, hastanın günlük yaşantısını etkileyen klinik özellikleri ve diğer hastalıklardan farklı olarak; hastalığın yavaş ilerlemesinin olumlu bir durum olduğu düşünülmeyle beraber, ilerleyen yaşlarda hastalığın neden olduğu komplikasyonların artması nedeniyle bireylerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Hastaların hastalığı anlama ve anlamlandırma düzeyi ve tedaviye olan inançlarının artması yaşam kalitesini olumlu yönde etkilemektedir.

8. SONUÇ ve ÖNERİLER

Çalışmaya alınan hastaların yaş ortalaması $38,1 \pm 11,7$ olup, hastaların % 59,8'i kadın, % 40,2'si erkek, % 41,7'si ilkokul mezunu, % 73,9'u evli, % 71,9'u çocuklu, % 49,0'ının 1-2 çocuk sahibi olduğu, % 97,1'inin ailesi ile yaşadığı, % 45,1'inin halen çalıştığı, % 46,8'inin ekonomik durumunun gelir giderden az, % 97,3'ünün sosyal güvenceye sahip olduğu belirlendi.

Hastaların hastalık başlama yaş ortalaması $26,6 \pm 8,6$, hastalık süre ortalaması $11,7 \pm 8,6$ 'dır. Hastalık klinik bulguları; % 100'ü oral ülserler ve % 89,5'u genital ülserler, % 81,7'si papülopüstüler lezyonlar ve % 62'si eritema nodozum benzeri lezyonlardır.

Hastaların %25,1'inde göz tutulumu, % 64,6'sında eklem tutulumu, %21,7'sinde vasküler tutulum, % 2,7'sinde nörolojik tutulum ve % 24,6'sında diğer sistem tutulumları bulundu. Hastaların % 68,8'sinde paterji testi pozitif, aile öyküsü (genetik yatkınlık) ise % 33,2 bulundu.

Hastaların % 15,1'inde diğer deri hastalıkları, % 22,9'unda ek sistemik hastalık öyküsü, % 18,5'unda psikiyatrik hastalık öyküsü bulundu.

Tedavi sürecinde; sistemik-psikiyatrik ilaç kullanımını % 29,8, Behçet hastalığı için ilaç kullanımında ise hastaların % 98,2'si kolşisin, % 9'u kortikosteroid, %15,6'sı immüsupresan, % 13,2'si antikoagulan ve % 2,7'si NSAİİ- kemoterapötik kullandıkları bulundu.

Hastaların, hastalıklarının çevrelerindeki insanlarla ilişkilerini % 28,5 etkilediği, % 15,9'u eşi ile % 13,7'si arkadaşları ile % 10,7'si çocuğu / çocukları ile ve % 10,2'sinin akrabaları ile sorun yaşadığı bulundu.

Hastalık algısı ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde “hastalık belirti değerlendirme” bölümü puan ortalaması $4,7 \pm 3,1$ bulundu. HAÖ hastalık hakkındaki görüşleri bölümü alt boyutları; “süre (akut/kronik)” puan ortalaması $22,2 \pm 5,0$, “sonuçlar” puan ortalaması $17,6 \pm 4,9$, “kişisel kontrol” puan ortalaması $20,4 \pm 3,7$, “tedavi kontrolü” puan ortalaması $17,9 \pm 3,3$, “hastalığı anlayabilme” puan ortalaması $16,0 \pm 4,2$, “süre (döngüsel)” puan ortalaması $14,5 \pm 2,7$, “duygusal temsiller” puan ortalaması $19,6 \pm 5,8$ 'dir. HAÖ hastalık nedenleri bölümü alt boyutları incelendiğinde;

“kişisel atıflar” puan ortalaması $21,4 \pm 5,8$, “dış atıflar” puan ortalaması $9,3 \pm 3,0$, “yaşam şekli atıfları” puan ortalaması $6,1 \pm 2,4$, “kontrol edilemeyen bedensel faktörler” puan ortalaması $7,7 \pm 2,0$, “şans faktörü” puan ortalaması ise $2,9 \pm 1,4$ bulundu.

Behçet hastalarının Hastalık Algısı Ölçeği hastalık belirtileri bölümüne göre yaşadıkları hastalık belirtilerinin % 89,5’i ağrı, % 84,1’i yorgunluk, % 66,8’inin güç kaybı, % 66,6’sı baş ağrısı, % 63,2’si eklem sertliği, % 50,7’si gözlerde yanma, % 47,6’sı sersemlik hissi, % 46,8’i boğazda yanma, % 44,4’ü uyku güçlükleri, % 42,2’si mide yakınmaları, % 34,6’sı bulantı, % 29,8’i kilo kaybı, % 28,3’ü soluk almada güçlük, % 21,2’si hırıltılı soluma ve olduğu belirlendi.

Hastaların % 79,2’si ağrı, % 67,6’sı yorgunluk, % 57,3’ü eklem sertliği, % 55,4’ünün güç kaybı, % 37,8’i gözlerde yanma, % 33,2’si baş ağrısı, % 30,2’si sersemlik hissi, % 27,1’i uyku güçlükleri, 26,1’i boğazda yanma, % 18,8’i kilo kaybı, % 17,1’i mide yakınmaları, % 11,0’i bulantı, % 9,8’i soluk almada güçlük, % 8,8’i hırıltılı soluma ve yaşadıkları ve yaşadıkları bu belirtileri hastalıkları ile ilişkilendirdikleri bulundu.

Behçet hastalarının en önemli olası hastalık nedeni olarak % 87,8’i stres ya da endişeyi, % 43,9’u üzüntü-sıkıntıyı düşündükleri belirlendi.

Kadınların hastalık belirtileri, süre (akut/kronik), sonuçlar, süre (döngüsel), duygusal temsiller ve kişisel atıflar puan ortalaması erkeklerden istatistiksel açıdan anlamlı olarak yüksek bulundu. Kadınların yaşam şekli atıfları puan ortalaması erkeklerin yaşam şekli atıfları puan ortalamasından istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha düşüktü.

Hastaların eğitim durumu arttıkça hastalık belirtileri, sonuçlar, duygusal temsiller, kişisel atıflar, dış atıflar, yaşam şekli atıfları ve şans faktörü puan ortalamaları anlamlı olarak düşmekte, tedavi kontrolü ve hastalığı anlayabilme puanları anlamlı olarak artmaktaydı.

Çocuğu olan hastalarda hastalık belirtileri, süre (akut/kronik), sonuçlar, duygusal temsiller, kişisel atıflar, dış atıflar ve şans faktörü puan ortalamaları çocuğu olmayan hastalardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek, tedavi kontrolü puan ortalaması çocuğu olmayan hastalardan istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha düşüktü.

Çalışmayan hastalarda, hastalık belirtileri, sonuçlar, süre (döngüsel), duygusal temsiller, kişisel atıflar ve şans faktörü puan ortalamaları çalışan hastalardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti.

Ekonomik durumu yetersiz olan hastaların süre (akut/kronik), sonuçlar, duygusal temsiller, kişisel atıflar, dış atıflar ve şans faktörü puan ortalamaları ekonomik durumu yeterli olan hastaların puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti.

Ekonomik durumu yeterli olanların hastalığı anlayabilme boyutu puan ortalaması ekonomik durumu yetersiz olan hastaların puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti.

Eklem tutulumu olan hastalarda hastalık belirtileri, süre (akut/kronik) ve sonuçlar puan ortalamaları eklem tutulumu olmayan hastaların puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti.

Vasküler tutulumu olan hastaların süre (akut/kronik) ve sonuçlar puan ortalamaları vasküler tutulumu olmayan hastaların puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek, tedavi kontrolü puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşüktü.

Nörolojik tutulumu olan hastaların hastalık belirtileri puan ortalaması nörolojik tutulumu olmayan hastaların puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti.

Diğer sistem tutulumu olan hastaların, süre (akut/kronik), sonuçlar, kişisel atıflar, dış atıflar ve şans faktörü puan ortalamaları diğer sistem tutulumu olmayan hastaların puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti.

Aile öyküsü olan hastaların, kontrol edilemeyen bedensel faktörler puan ortalaması aile öyküsü olmayan hastaların puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti.

Ek sistemik hastalığı olan hastaların, hastalık belirtileri, süre (akut/kronik), sonuçlar, duygusal temsiller, kişisel atıflar ve şans faktörü puan ortalamaları ek sistemik hastalığı olmayan hastaların puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti.

Ek psikiyatrik hastalığı olan hastalarda, hastalık belirtileri, süre (akut/kronik), sonuçlar, duygusal temsiller, kişisel atıflar, dış atıflar ve şans faktörü puan ortalamaları ek psikiyatrik hastalığı olmayan hastaların puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti.

Ek psikiyatrik hastalığı olan hastalarda tedavi kontrolü puan ortalaması ek psikiyatrik hastalığı olmayan hastaların puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktü.

Sistemik-psikiyatrik ilaç kullanımı olan hastalarda hastalık belirtileri, süre (akut/kronik), sonuçlar, duygusal temsiller, kişisel atıflar, dış atıflar ve şans faktörü puan ortalamaları, sistemik-psikiyatrik ilaç kullanımı olmayan hastaların puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti.

Hastalığının çevresindeki insanlarla ilişkisini etkilediğini düşünen grupta hastalık belirtileri, süre (akut/kronik), sonuçlar, kişisel kontrol, süre (döngüsel), duygusal temsiller, kişisel atıflar ve dış atıflar puan ortalamaları, hastalığının çevresindeki insanlarla ilişkisini etkilemediğini düşünen grubun puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti.

Hastalığının çevresindeki insanlarla ilişkisini etkilediğini düşünen grupta hastalığı anlayabilme puan ortalaması hastalığının çevresindeki insanlarla ilişkisini etkilemediğini düşünen grubun puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşüktü.

Behçet hastalarının BYKÖ puan ortalaması $11,0 \pm 8,7$ olarak bulundu.

Kadınlarda BYKÖ puan ortalaması, erkeklerden istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek bulundu.

İlk-orta öğretim mezunu hastaların BYKÖ puan ortalaması, lise ve üniversite mezunu hastaların BYKÖ puan ortalamasından istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek bulundu.

Çocuğu olan hastaların BYKÖ puan ortalaması çocuğu olmayan hastaların BYKÖ puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti.

Ekonomik durumu yetersiz olan hastaların BYKÖ puan ortalaması ekonomik durumu yeterli olan hastaların BYKÖ puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti.

Çalışmayan hastaların BYKÖ puan ortalaması, çalışan hastaların BYKÖ puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti.

Eklem tutulumu olan hastaların BYKÖ puan ortalaması eklem tutulumu olmayan hastaların BYKÖ puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti.

Diğer sistem tutulumu olan hastaların BYKÖ puan ortalaması, diğer sistem tutulumu olmayan hastaların BYKÖ puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti.

Ek sistemik hastalığı olan hastaların BYKÖ puan ortalaması, ek sistemik hastalığı olmayan hastaların BYKÖ puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti.

Ek psikiyatrik hastalığı olan hastaların BYKÖ puan ortalaması, ek psikiyatrik hastalığı olmayan hastaların BYKÖ puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti.

Sistemik-psikiyatrik ilaç kullanımı olan hastaların BYKÖ puan ortalaması, sistemik-psikiyatrik ilaç kullanımı olmayan hastaların BYKÖ puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti.

Hastalığının çevresindeki insanlarla ilişkisini etkilediğini düşünen hastaların BYKÖ puan ortalaması, hastalığının çevresindeki insanlarla ilişkisini etkilediğini düşünmeyen hastaların BYKÖ puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksekti.

Behçet hastalarının yaşı, hastalık başlama yaşı, hastalık süresi, BYKÖ ve HAÖ ile ilişkisinde; yaş ile BYKÖ skoru, hastalık belirtileri değerlendirme, sonuçlar, dış atıflar ve şans faktörü alt boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif zayıf ilişki, süre (döngüsel), kişisel atıflar ve yaşam şekli atıfları alt boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif çok zayıf ilişki bulundu. Yaş ile tedavi kontrolü alt boyutu arasında anlamlı negatif çok zayıf ilişki bulundu.

Behçet başlama yaşı ile dış atıflar ve şans faktörü alt boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif zayıf ilişki, BYKÖ skoru, hastalık belirtileri değerlendirme, sonuçlar, kişisel atıflar ve yaşam şekli atıfları alt boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif çok zayıf ilişki bulundu.

Behçet hastalık süresi ile sonuçlar alt boyutu arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif zayıf ilişki, şans faktörü alt boyutu arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif çok zayıf ilişki bulundu. Behçet hastalık süresi ile tedavi kontrolü alt boyutu arasında anlamlı negatif çok zayıf ilişki bulundu.

BYKÖ skoru ile hastalık belirtileri değerlendirme, süre (akut/kronik), sonuçlar, süre (döngüsel), duygusal temsiller, kişisel atıflar, dış atıflar, kontrol edilemeyen bedensel

faktörler ve şans faktörü alt boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif zayıf ilişki, yaşam şekli atıfları alt boyutu arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif çok zayıf ilişki bulundu. BYKÖ skoru ile tedavi kontrolü ve hastalığı anlayabilme alt boyutları arasında anlamlı negatif çok zayıf ilişki bulundu.

Hastaların Behçet hastalığının süresi, sonuçları, etkileri, seyri ve tedavisi üzerindeki iç kontrol algılarında, hastalığını anlama ve anlamlandırmada, hastalığıyla ilgili duygu ve düşüncelerinde kararsız kaldıkları, stres ve endişenin öne çıkan unsurlar olduğu, bu unsurların hastaların fiziksel, sosyal ve ruhsal işlevlerini etkileyerek yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilediği sonucu bulundu.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Behçet hastalarında aile taraması ile erken dönem tanı alma sağlanarak prognozun daha iyi olması sağlanabilir. Hemşirenin, anamnez alırken aile öyküsünü iyi sorgulayarak erken tanı konulmasına katkı sağlaması,
- Behçet hastalarının yaşam kalitesinde olumlu değişimi sağlayabilmek için; hastaların takip ve tedavi sürecinde psikiyatrik bulgular yönünden izlenmesi ve desteklenmesi, gerekli durumlarda psikiyatriden destek alınarak tedavi sürecinin düzenlenmesi,
- Behçet hastalarında tedaviye uyumun sağlanabilmesi için; hastalıkla ilgili bilgi düzeylerinin değerlendirilip, hastalığın bulguları, seyri, tedavi düzeni, seçenekleri, tedavinin etki ve yan etkileri, yaşam tarzı değişiklikleri konusunda kapsamlı bir eğitim planlanması ve uygulanması,
- Eğitim programlarının hasta aileleri ve bakım vericileri de kapsamı, belirli aralıklarla tekrarlanması, hasta ve ailenin psikososyal yönden desteklenmesi,
- Hastaların, hastalık ataklarını tetikleyen unsurlar ve bu unsurların kontrolü hakkındaki bilgi eksikliği, takip ve tedaviye uyumunun istendik düzeyde olmaması hastalığın ataklarının artması ile sonuçlanabilir. Yine kronik hastalıkların neden olduğu stresin aynı zamanda hastaların atak dönemlerini ve bulguların yinleme sıklığını tetiklediği de düşünülmektedir. Hastaların bu konuda bilgilendirilmesi, stresle baş etme yöntemleri konusunda gerekli eğitimle yetkinliklerinin artırılması, kendi baş etme yöntemlerini geliştirebilmeleri için desteklenmesi,

- Yaşam kalitesini etkileyen en önemli unsurun hastalık ve gelişen komplikasyonlar değil, hastaların hastalıkları ve kendileri ile ilgili olumsuz algı ve duygularının olduğu düşüncesine ulaşılmıştır. Behçet hastalarının, hastalıkları ile ilgili edindikleri algılarının belirlenmesi, edinilmiş olumsuz algının olumlu yönde değiştirilmesiyle, iyi bir özyönetim geliştirebilmeleri, hastalığın oluşturduğu psikososyal durumla başa çıkma ve üstesinden gelebilmeleri için gerekli yetkinliği kazanmalarının sağlanması,
- Hemşirenin, hastayı bir bütün olarak değerlendirip yaşam kalitesini pozitif yönde etkileyecek tutum ve davranışlar üzerine yönelip yoğunlaşması,
- Behçet hastalarında hastalık algısı, yaşam kalitesi ve etkileyen faktörlerin farklı çalışmalarla değerlendirilmesi önerilebilir.

9. KAYNAKLAR

- Acehan O. (2010) Hipertansiyon Kontrolünde Hastalık Algısı ve Grup Görüşmelerinin Etkisi. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Adana, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Hatice Kurdak).
- Acıöz E., Gökdemir G., Köşlü A., (2003) Dermatolojide yaşam kalitesi. *Türkderm*, 37: 16-23.
- Akdemir N., Birol L. (2005) İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakım Kitabı. 2. Baskı, Sistem Ofset, Ankara, s: 193–196.
- Algier L., Doğan N. (2005) Romatolojik sorunu olan hastalarda yaşam kalitesi. *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 15 (4): 36-42.
- Akın Aİ. (2013) Tip 2 diyabet hastalarında yaşam kalitesi, hastalıkla ilgili bilgi düzeyi, hastalık algısı, stresle başa çıkma ve depresyon.
- Erişim: <http://earsiv.okan.edu.tr/> Erişim tarihi: 10.05.2015
- Akın Aİ. (2013) Tip 2 Diyabet Hastalarında Yaşam Kalitesi, Hastalıkla İlgili Bilgi Düzeyi, Hastalık Algısı, Stresle Başa Çıkma Ve Depresyon. Okan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Dr. Çağla Gülol).
- Akman A., Alpsoy E. (2009) Behçet hastalığı: Etyopatogeneizde güncel bilgiler. *Türkderm*, (43. Özel sayı) 2: 32-38.
- Akman Demir G. (2009) Behçet hastalığında nörolojik tutulum. *Türkderm*, (43. Özel sayı) 2: 61-64.
- Akpolat T., Akkoyunlu M., Akpolat İ., Dilek M., Odabaşı A., Özen S. (2002) Renal Behcet's disease: A cumulative analysis *Semin in Arthritis Rheumatism*, 31 (5): 317-337.
- Aktan Ş., İlknur T. (2007) Behçet hastalığı mukokutan bulguları. *T Klin J Int Med Sci.*, 3: 15-20.
- Akyol A. (2000) Yaşam kalitesi ve yaklaşımları. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9: 75-80.
- Akyol AD., Karadakovan A. (2002) Hemodiyalize giren hastaların yaşam kalitesi ve öz bakım gücü ile bunlar üzerine etkili değişkenlerin incelenmesi. *Ege Tıp Dergisi*, 41 (2): 97-102.
- Alpsoy E. (2003) Behçet hastalığının deri ve mukoza belirtileri. *Türkderm*, 37: 92-99.

- Alpsoy E., Akman A. (2007) Behçet hastalığı: Etyopatogeneizde yeni kavramlar. T Klin J Int Med Sci., 3: 8-14.
- Alpsoy E. (2009) Behçet hastalığı. Türkderm, (43. Özel sayı) 2: 21-23.
- Alpsoy E. (2007) Behçet hastalığında tedavi. Türk dermatoloji dergisi, 1: 1-7.
- Aral O. (1997) Behçet hastalığında eklem tutulması. Aktüel Tıp Dergisi, 2: 99-100.
- Aras A., Tel H. (2009) Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin sosyal destek gereksinimlerinin belirlenmesi. Türk Toraks Dergisi, 10: 63-68.
- Arca E., Gür AR. (2003) Behçet hastalığı. T Klin J Med Sci., 23: 261-268.
- Arıcan Ö. (2009) Dermatoloji Hastalarında Yaşam Kalitesinin Ölçümü. Türkiye Klinikleri J Dermatol-Special Topics,2 (4):107 -14.
- Armay Z. (2006) Hastalık Algısı Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Prevanatif Onkoloji/Psikososyal Onkoloji Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Doç. Dr. Mine Özkan).
- Armay Z., Özkan M., Kocaman N., Özkan S. (2007) Hastalık algısı ölçeğinin kanser hastalarında Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması. Klinik Psikiyatri, 10: 192-200.
- Arne M., Janson C., Janson S. (2009) Physical activity and quality of life in subjects with chronic disease: chronic obstructive pulmonary disease compared with rheumatoid arthritis and diabetes mellitus. Scand J Prim Health Care, 27 (3): 141-147.
- Arnold R., Ranchor AV., Sanderman R., Kepmen GIJM., Ormel J., Suurmeijer TPBM. (2004) The relative contribution of domains of quality of life to overall quality of life for different chronic diseases. Quality Of Life Research,13 (5): 883–897.
- Arslan S. (2003) Kanserli Hastalarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 6(3): 38-47.
- Aslan SH., Soylu MB., Alparslan ZN., Ünal M. (1996) Behçet hastalığında psikososyal etkenler ve ruhsal bulgular. Türk Psikiyatri Dergisi, 7: 215-221.
- Atmaca LS., Sönmez PA. (2004) Behçet hastalığında göz tutulumu. Ret – Vit., 12: 77-86.
- Ayanoğlu Tuğrul B. (2012) Behçet Hastalığında Yaşam Kalitesi Değerlendirilmesi ve Rekürren Aftöz Stomatitli Hastalarla ve Sağlıklı Kontrollerle Karşılaştırması. Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. Aysel Gürler).
- Aydemir EH. (2004) Kronik deri hastalıklarında yaşam kalitesi. T Klin J Dermatol., 14: 4-7.

- Aydemir Ö. (2006) Konsültasyon liyezon psikiyatrisi ve yaşam kalitesi. T Klin J Int Med Sci., 2: 85-88.
- Aydemir Ö. (2010) Klinikte komorbidite ve yaşam kalitesi. 3.Ulusal Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongre Kitabı, İzmir, s: 28.
- Azizlerli G., Sarıca R., Köse Akdağ A., Övül C., Kavala M., Kayabalı M., Erkan F., Kural Z. (1994) Behçet hastalığı tedavisinde Interferon alfa-2a'nın yeri. İçinde: Prof. Dr. A. Lütfü Tat Simpozyumu Kitabı. Ed. Prof. Dr. Taşpınar A., s: 84-87.
- Azizlerli G. (1997) Behçet hastalığında deri bulguları. Aktüel Tıp Dergisi, 2 (2): 94.
- Azizlerli G., Akdağ Köse A., Sarıca R., Gül A., Kulaç M., Tunç R., Tuğal- Tutkun İ., Dişçi R., Urgancıoğlu M. (2003) Prevalance of Behçet's disease in İstanbul, Turkey. International Journal of Dermatology, 42: 803-806.
- Bang D. (1997) Treatment of Behçet's disease. Yonsei medical journal, 38 (6): 401-410.
- Baş Y. (2009) Behçet Hastalığında Klinik ve Demografik Bulgular. S.B Haseki Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, (Danışmanı: Doç. Dr. Emine Derviş).
- Başak PY. (2000) Sık görülen bazı deri hastalıklarının yaşam kalitesi üzerindeki etkilerinin karşılaştırılması. T Klin Dermatol., 10: 171-174.
- Başaran S., Güzel R., Sarpel T. (2005) Yaşam kalitesi ve sonuçlarını değerlendirme ölçekleri. Romatizma, 20 (1): 55-62.
- Behçet H. (1937) Über rezidivierende, aphtöse, durch ein Virus verursachte Geschwüre am Mund, am Auge und an den Genitalen. Dermatol, Wochenschr, 36: 1152-1157.
- Behçet H. (1942) Trisymptomes complex, veya syndrom yahut Morbus Behçet nasıl tesbit edilmiştir. Deri Hastalıkları ve Frengi Kliniği Arşivi, 9 (53-54): 2663-2673.
- Beşiroğlu L., Uğuz F., Sağlam M., Yılmaz E., Ağargün MY., Aşkın R. (2007) Obsesif kompulsif bozuklukta yaşam kalitesi ile ilişkili etkenler. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 8: 5-13.
- Bilal C., Öztürkcan S. (2006) Dermatolojide yaşam kalitesi. Sağlıkta birikim, 1: 48-58.
- Bilgin AC. (2010) Sağlıkta yaşam niteliği ve etik. 3.Ulusal Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongre Kitabı, İzmir, s: 50-51.
- patients surveyed. Br J Dermatol., 136: 293-298.
- Blackford S., Finlay AY., Roberts DL. (1997) Quality of life in Behcet's syndrome: 335-342.

- Bolognia JL., Jorizzo JL., Rapini RP. (2008) Dermatology 2. Edition Volume;1, Elsevier; 386-393.
- Borlu M. (2007) Behçet hastalığında etyopatogenez. Journal of Health Sciences, 16: 63-72.
- Boyvat A. (2004) Behçet hastalığının etiyopatogenezi. T Klinikleri J Dermatol., 1415-1421.
- Boyvat A. (2004) Gazi Dermatoloji Günleri, Türkiye Klinikleri J Dermatol., 14 (4): 15-21.
- Boyvat A. (2009) Behçet hastalığında deri ve mukoza belirtileri. Türkderm, 43 (Özel Sayı 2): 42-47.
- Bozkurt, N. (2003) Kaliteli yaşamın felsefesi. İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 3: 15-24.
- Can M., Direskeneli H. (2009) Behçet hastalığında kas, iskelet sistemi ve damar tutulumu. Türkderm, 43 (Özel Sayı 2): 54-60.
- Canbolat Ö. (2010) Behçet Hastalarında Yaşam Kalitesi. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Mersin, (Doç. Dr. Sabire Yurtsever).
- Cem M. (2009) Behçet hastalığında tedavi. Türkderm, 43 (Özel Sayı 2): 92-97.
- Ciddi S. (2010). Kalp Yetmezliği Olan Bireylerde Cinsiyetin Hastalık Algısına Etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Hatice Mert).
- Çelik S. (2006) Behçet Hastalarında Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Romatoloji yan dal uzmanlık tezi, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. İzzet Fresko).
- Danacı M., Gül S., Başak M. (1995) Behçet hastalığında eklem tutulumu. T Klin. Tıp Bilimleri, 15: 29-32.
- Davatchi F., Shahram F., Chams C., Chams H., Nadji A. (2005) Behçet's disease. Acta Med Iran, 43 (4): 233-242.
- Demirhindi O., Yazıcı H., Binyıldız, P., Dayıoğlu N., Tüzün Y., Altaç M., Or H., Müftüoğlu A., Yurdakul S., Pazarlı H., Ülkü B., Ertaş S., Orhan M. ve Cerrahpaşa Tıp Fakültesi öğrencileri. (1981) Silivri Fener köyü ve yöresinde Behçet hastalığı sıklığı Vv bu hastalığın toplum içinde taranmasında kullanılabilecek bir yöntem. Cerrahpaşa Tıp Fak Dergisi, 12: 414-420.

- Dilşen N. (1997) Behçet hastalığının tarihçesi. Aktüel Tıp Dergisi, (Behçet Hastalığı Özel sayısı) 2: 62-65.
- Dilşen N, Azizlerli G, Akman G. (1997) Behçet Hastalığı. Aktüel Tıp Dergisi (Behçet Hastalığı Özel sayısı) 2: 66-70.
- Dilşen G., Yalman A., Azizlerli G., Sarıca R., Akdağ Köse A., Urgancıoğlu M., Tutkun I.T. (1998) "Quality of Life in Behçet's Disease" Behçet's Disease Proceeding of the Seventh International Conference on Behçet's Disease Held at Tunis, p: 365-367.
- Dinçer Y. (2004) Behçet Hastalığında Klinik Parametrelerin Yaşam Kalitesiyle İlişkisi. Ankara Üniversitesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. S Tuncer).
- Doğanavşargil E., Gümüşdiş G. (2003) Klinik Romatoloji El Kitabı, Güven Yayıncılık, İzmir, 473 -500.
- Doğanavşargil E., Keser G. (2005) Behçet hastalığı. T Klin J Int Med Sci., 1: 80-91.
- Düzgün N., Şahin M., Ayaşlıoğlu E. (2006) ANCA in Behcet's Disease IJBS, 2: 49-52.
- Erdem N., Ergüney S. (2005) Koroner arter hastalarında yaşam kalitesinin ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 8 (3): 1-9.
- Erdi H., Gürler A. (1994) Jüvenil Behçet hastalarının klinik özellikleri. Türk J Dermatol., 4: 75-80.
- Erengin K.H., Dedeoğlu N. (1997). Sağlığı ölçmenin kolay bir yolu: algılanan sağlık. Toplum ve Hekim, 12 (77): 11-6.
- Erdoğan Z. (2008). Behçet Hastalığında Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. R. Pınar).
- Ergün Ş.F. (1998) Perkütan Transluminal Koroner Anjiyoplasti Uygulanan Hastalara Yönelik Geliştirilen Standart Hemşirelik Bakım Modelinin Hastanın Yaşam Kalitesine ve Bakım Yeterliliğine Olan Etkisinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. İzmir, (Danışman: Prof.Dr. Çiçek Fadiloğlu)
- Eser, E., (2012) "Yaşam Kalitesinin Sınıflandırılması ve Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Ölçümü" Erişim: [www. saykad.net/tr/wp-content/uploads](http://www.saykad.net/tr/wp-content/uploads)
- Erişim Tarihi: 11.05.2015

- Evereklioglu C., İlhan Ö. (2007) Okular Behçet Hastalığı. T Klin J Int Med Sci., 3: 21-25.
- Fidaner C. (2004) Sağlıkta yaşam kalitesi (SYK) kavramı. 1. Ulusal Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongre Kitabı, İzmir, s: 1-3.
- Finlay AY. (1997) Quality of life measurement in dermatology: a practical guide. Br J Dermatol., 136: 305-314.
- Fresko İ. (1999) Behçet sendromunda patogenezi. İçinde: Dermatoloji (3. Baskı), Eds: Tüzün Y., Gürer MA., Serdaroğlu S., Oğuz O., Aksungur VL., Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, s: 915-917.
- Foster NE., Thomas E., Bishop A., Dunn KM., Main CJ. (2010) Distinctiveness of psychological obstacles to recovery in low back pain patients in primary care. Pain;148 (3): 398-406.
- Ghate JV., Jorizzo JL. (1999) Behcet's disease and complex aphthosis. J Am Acad Dermatol., 40: 1-18.
- Gilworth G., Chamberlain MA., Bhakta B., Haskard D., Silman A., Tennant A. (2004) Development of the BD-QoL: a quality of life measure specific to Behçet's disease. J Rheumatol., 31 (5): 931-936.
- Grayson PC., Amudala NA., McAlear CA., Leduc RL., Shereff D., Richesson R., Fraenkel L., Merkel PA. (2014) Causal Attributions about Disease-Onset and Relapse in Patients with Systemic Vasculitis. J.Rheumatol, 41(5): 923–930.
- Gürler A. (1997) Oral ve genital aftlar. Aktüel Tıp Dergisi, 2 (2): 87-88.
- Gürler A., Boyvat A. (1997) Behçet hastalığında tedavi. XIII. Prof. Dr. A. Lütfü Tat Sempozyumu Kitabı, Ankara, s: 12-20.
- Gürler A., Boyvat A. (1997) Behçet hastalığının immunopatogenezi. II. Ege Dermatoimmunoloji Sempozyum Kitabı, İzmir, s: 29-38.
- Gürler A., İdil A., Boyvat A., Çalışkan D. (2000) AÜTF İbn-i Sina Hastanesi Behçet merkezine 1976-1997 yılları arasında başvuran 2175 olgunun cinse göre ilk semptom başlama yaşının değerlendirilmesi. Türkiye Klinikleri Dermatoloji, 10: 83-6.
- Gürler A., Tuğrul B. (2011) Ord. Prof. Dr. Hulusi Behçet 20 Şubat 1889 - 18 Mart 1948. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 64 (Ek 3): 1-4.
- Hatemi G., Melikoğlu M. (2005) Tedavi. Türkiye Klinikleri J Int Med Sci., 1 (25): 64-69.

- Hamuryudan V., Yurdakul S., Moral F. (1994) Pulmonary arterial aneurysms in Behcet's syndrome. A report of 24 cases. *Br J Rheumatol.*, 33: 48-51.
- Hamuryudan V. (1997) Behçet hastalığında arter tutulumu. *Aktüel Tıp Dergisi*, 2: 97-98.
- Hamuryudan V. (2005) Behçet Hastalığı. *T Klin. Dermatoloji*, 1: 1-64.
- Havlucu DY., İnanır I., Aydemir Ö. (2011) Behçetli hastalarda yaşam kalitesi, anksiyete, depresyon ve hastalık hakkındaki bilgiler. *Anatol J Clin Investig.*, 5: 82-88.
- Hsiao CY., Chang C., Chen CD. (2012) An investigation on illness perception and adherence among hypertensive patients. *Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 28: 442-447.
- International Study Group for Behcet's disease (1990) Criteria for diagnosis of Behcet's disease. *Lancet*, 335: 1078-1080.
- International Team for the Revision of the International Criteria for Behcet's Disease. Revision of the International Criteria for Behcet's Disease (ICBD) (2006) *Clinical and Experimental Rheumatology*, 24 (42): 13-15.
- The International Criteria for Behcet's Disease (ICBD): a collaborative study of 27 countries on the sensitivity and specificity of the new criteria (2014) *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 28: 338-347.
- İmirzalioğlu N., Dursun A., Taştan B., Soysal Y., Yakıcıer MC. (2005) MEFV gene is a probable susceptibility gene for Behçet's disease. *Scand J Rheumatol.*, 34 (1): 56-58.
- İriç Metin N. (2009) Behçet Hastalığına Özgü Yaşam Kalite Ölçeği Geliştirilmesi. S.B. Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, (Doç. Dr. Mehmet Salih Gürel).
- Kaklamani VG., Tzounou A., Markomichelakis N., Papazoglou S., Kaklamanis PG. (2003) The effect of smoking on the clinical features of Adamantiades-Behçet's disease. *Adv Exp Med Biol.*, 528: 323-327.
- Kalaycıyan A., Arzuhal N. (2005) Deri ve mukoza belirtileri. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci.*, 1 (25): 19-20.
- Karabulutlu E., Okanlı A. (2011). Hemodiyaliz hastalarında hastalık algısının değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14-16.
- Karabulutlu E., Karaman S. (2015) Kanser Hastalarında Hastalık Algısının Değerlendirilmesi. *HSP 2 (3)*: 271-284.

- Karadakovan A., Aslan F. (2011) Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım Kitabı. 2. Baskı, Nobel kitabevi, Adana, s: 585-602.
- Karakuş Açıkgöz G. (2014) Esansiyel Hipertansiyonu Olan Bireylerin Hastalık Algıları İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve İlaç Uyumları Arasındaki İlişki. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Mersin, (Danışman: Doç. Dr. Meral Altıok).
- Karayurt Ö., Dicle A., Malak AT. (2008) Paylaşılmamış deneyim: deprem bölgesinde kronik hastalığı olan bireylerin yaşam kalitesini etkileyen etmenler. F.Ü. Sağ. Bil. Dergisi, 22 (6): 327-332.
- Kartal B., Başer M. (2011) Yaşam Kalitesini Etkileyen Kadın Sağlığı Sorunları. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst, 21 (3).
- Kaya, H. (2009) Sağlık Hizmetlerinde Hasta Eğitimi ve Hemşirenin Sorumlulukları. Türkiye Klinikleri J Nurs Sci, 1(1),19-23.
- Karıncaoğlu Y., Coşkun BK., Seyhan M., Akı T. (2005) Malatya ve Elazığ bölgelerindeki Behçet hastalarının demografik ve klinik özellikleri. Türkiye Klinikleri J Dermatol., 15: 65-70.
- Karıncaoğlu Y.(2009) Çocukluk çağı Behçet hastalığı. Türkderm, (43 Özel sayı) 2: 69-70.
- Karlıdağ R., Evereklioglu C., Ünal S., Sipahi B., Er H., Yoloğlu S. (2001) Behçet hastalarında stresli yaşam olayları ve başa çıkma yöntemleri ile hastalık belirtileri arasındaki ilişkinin araştırılması. Türk Psikiyatri Dergisi, 12: 203-209.
- Kayacan Ç. (2012) Kronik Hastalıklarda Hastalık Algısının Ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü (Danışman: Prof. Dr. Gülay Görak).
- Kayacan Ç. (2012) Kronik hastalıklarda hastalık algısının ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi.
- Erişim: <http://acikerisim.istanbulbilim.edu.tr>. Erişim tarihi: 13.05.2015
- Kayır G. (2014) Onkoloji Hastalarının Hastalık Algısı Ve Stresle Başa Çıkma Biçimleri. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Doç. Dr. Leyla Küçük).

Kayış A. (2009) Kanser Hastalarının Hastalık Algısı Ve Umutsuzluk Düzeyleri. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. Sevim Buzlu).

Kayış A. (2009) Kemoterapi alan onkoloji hasta ve yakınlarının anksiyete –depresyon düzeylerinin incelenmesi.

Erişim: http://acibademhemsirelik.org/bilimsel_calisma/kemoterapi.pdf

Erişim Tarihi: 20.03.2015

Kılıçkaya C. (2013) Koah'lı Hastalarda Hastalık Algısının Yalnızlık ve Stresle Başetme Üzerine Etkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum(Danışmanı Yrd. Doç. Dr. Sibel Asi Karakaş).

Kılınç Y. (2007). Behçet Hastalarında Yaşam Kalitesi, Anksiyete ve Depresyon. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Isparta, (Danışman: Doç. Dr. Mehmet Yıldırım).

Kılınç Y., Yıldırım M., Ceyhan A.M., (2009) Behçet hastalarında yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Süleyman Demirel Üniversitesi Dergisi, 16 (1): 6-10.

Kocaman N. (2007) Hastalık algısı ölçeğinin Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 8: 271-280.

Kocaman N. (2008) Hastaların psikososyal tepkilerini etkileyen faktörler. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 11: 12-14.

Koltarla S. (2008) Taksim Eğitim Araştırma Hastanesi sağlık personelinin yaşam kalitesinin araştırılması, TEAH Aile Hekimliği Kliniği, YUT, İstanbul.

Kone-Paut I., Geisler I., Wechsler B., Özen S., Özdoğan H. (1999) Familial aggregation in Behcet's disease: high frequency in siblings and parents of pediatric probands. Ed. Rozenbaum M., Touitou I., JPediatr, 135: 89-93.

Korkmaz C. (2005) Behçet hastalığında damar ve diğer organ tutulumları. T Klin J Int Med Sci., 1: 42-47.

Köse Akdağ A. (2009) Direct immunofluorescence in Behçet's disease:A controlled study with 108 cases. Yonsei Med J., 50 (4): 505-511.

Köse O., Gür A. (2000) Dermatolojide yaşam kalitesi ve ölçümü. T Klin Dermatol, 10: 270-274.

- Kural Z., Azizlerli G., Sarıca R., Köse Akdağ A., Övül C. (1996) Nörolojik tutulum gösteren Behçet hastalarının nöroradyolojik ve klinik özellikleri. XV. Ulusal Dermatoloji Kongresi Bildiri Kitabı, İzmir, s:178-180.
- Kural Z., Azizlerli G., Sarıca R., Köse AA., Övül C. (1996) Baş ağrısı Behçet hastalığında nörolojik tutulumun ilk habercisi midir? XV. Ulusal Dermatoloji Kongresi Bildiri Kitabı, İzmir, s: 181-182.
- Küçükbakar A. () Kanser Tanısını Yeni Alan ve Hastalığı Tekrarlayan Bireylerin Hastalığı Algılamalarının Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Prof.Dr. Fatma Öz).
- Küçükoğlu Sarıca R., Akdağ Köse A., Kayabalı M., Yazganoğlu D., Disci R., Erzenin D., Azizlerli G. (2006) Vascular involvement in Behçet's disease: a retrospective analysis of 2319 cases. *Inter J Dermatol.*, 45: 919-921.
- Leventhal H., Nerenz R., Steele J. (1984) Illness representations and coping with health threats. *Social psychological aspects of health*, 4: 219-252.
- Leventhal H., Benyamini Y., Brownlee S., Diefenbach MA., Leventhal EA., Patrick-Miller L. (1997) Illness representations: Theoretical foundations. Eds. Petrie KJ., Weinman J., *Perceptions of Health and Illness: Current Research and Applications*, Amsterdam, Harwood Academic Publishers, p.19-45.
- Leventhal H., Leventhal EA., Contrada RJ. (1998) Self-Regulation, Health, and Behavior: A Perceptual-Cognitive Approach. *Psychology and Health*, 13: 717-733.
- Marshall SE. (2004) Behçet's disease. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology* 18 (3): 291-311.
- Mat C. (2009) Behçet hastalığında tedavi. *Türkderm*, (43. Özel sayı) 2: 92-97.
- Mete H.E. (2008) Kronik Hastalık ve Depresyon, *Klinik Psikiyatri*, 11(Ek 3): 3-18.
- Mercan S. (2010) Deri hastalıklarının psikojenik sonuçları ve komorbiditeler. *Türkderm*, (44. Özel sayı) 1: 25-35.
- Mollaoğlu M. (2007) Kronik hastalıklarda yaşam kalitesi ve hemşirelik. 2. Ulusal Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongre kitabı, İzmir, s: 9-11.
- Mumcu G., İnanc N., Karaçaylı Ü., Cimilli H., Şişman N., Ergun T., Direskeneli H. (2010) Behçet hastaları ve rekürrent aftöz stomatitli hastalarda oral sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi. 3.Ulusal Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongre Kitabı, İzmir, s: 201.

- Ortaç S., Çakar P., Ünal M. (1999) Oküler tutulumlu Behçet hastalığında HLA B51. Retvit., 7: 135-138.
- Öcal L. (1997) Behçet hastalığında diğer organ tutulumları. Aktüel Tıp Dergisi, 2 (2): 104.
- Öksüz, E., Malhan, S. (2005) Sağlığa Bağlı Yaşam Kalitesi, Kalitemetri, Ankara.
- Önder M. (2009) Behçet hastalığı: Epidemiyoloji. Türkderm, 43 (2): 28-31.
- Örmeci N. (2009) Behçet hastalığında gastrointestinal tutulum. Türkderm, 43 (Özel Sayı 2): 65- 68.
- Özbalkan Z., Apraş Bilgen Ş. (2006) Behçet hastalığı. Hacettepe Tıp Dergisi, 37: 14-20.
- Özdemir Ü., Taşçı S. (2013) Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 1 (1): 57-72.
- Özışık Hİ., Altınayar S., Özcan AC. (2005) Behçet hastalığında nörolojik tutulum. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 12 (4): 239-242.
- Özkan S. (2007) Psiko-Onkoloji. Hastalık Algısı ve Kanseri. İstanbul, s: 59-70.
- Öztürk MA. (2005) Behçet Hastalığında Laboratuvar Bulguları. T Klin J Int Med Sci., 1: 55-58.
- Özyazgan Y. (2009) Behçet hastalığında göz tutulumu. Türkderm, 43 (Özel Sayı 2): 48-53.
- Pamuk ÖN., Çakır N. (2005) Behçet hastalığı epidemiyolojisi. T Klin J Int Med Sci., 1: 3-9.
- Pay S. (2005) Behçet hastalığı etyoloji ve patogenezi. Türkiye Klinikleri J Int Med Sci., 1 (25): 10-16.
- Petrie KJ., Weinman J. (2006) Why illness perceptions matter. Clin Med., 6: 536-539.
- Pınar R. (2006) Kronik Böbrek Yetmezlikli Hastalarda Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesinin Kullanımı. Sağlıkta Birlik, 1(2): 71-76.
- Pişkin G., Gürler A. (1997) Behçet hastalığında viral etiyoloji. T Klin Dermatol., 7: 60-64.
- Saçlı FS. (2011) Behçet Hastalığının Prognozu. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, (Danışman: Dr. Hasan Yazıcı).
- Sağlam F., Çamsarı T. (2007) Multisistem tutulumlarıyla Behçet hastalığı: Böbrek tutulumuyla Behçet hastalığı. T Klin J Int Med Sci., 3: 44-46.

- Sakane T., Takeno M., Suzuki N., Inaba G. (1999) Behçet's disease. N Engl J Med., 341 (17): 1284-1291.
- Sarıca R., Azizlerli G., Akdağ Köse A., Övül C., Dişçi R., Kural Z., Kayabalı M., Erkan F. (1996) The course of disease activity among 1127 Turkish adult Behçet's patients Behçet's disease proceeding of the Seventh International Conference on Behçet's disease Held at Tunis, s: 157-159.
- Satar G. (2009) Hulusi Behçet Ve Behçet Hastalığının Tıp Literatürüne Giriş Süreci. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Uzmanlık Tezi, Adana, (Danışmanı Prof Dr İlter Uzel).
- Savar F. (2009) Üveiti Olan Behçet Hastalarında NEI-VFQ-25 ve SF-36 Anketleri İle Görme ve Genel Sağlığa Bağlı Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Marmara Üniversitesi Tıp fakültesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, (Danışman: Doç. Dr. Sumru Önal).
- Saylan T. (1997) Life story of Dr Hulusi Behçet. Yonsei Medical Journal, 38 (6): 327-332. Erişim: (<http://www.hulusibehcet.net/behcet.htm>). Erişim Tarihi: 30.07.2015.
- Saylan T., Mat CM., Fresko I., Melikoğlu M. (1999) Behçet's disease in the middle east. Clin Dermatol., 17: 209-223.
- Saxena S., Orley J. (1997) Quality of life assessment: the World Health Organization perspective. Eur Psychiatry, 12 (suppl.3): 263-266.
- Scharloo M., Kaptein AA. (1998) İllness perceptions, coping and functioning in patients with rheumatoid arthritis, choric obstructive pulmonary disease and psoriasis. J. Psychosom Res., 44: 573-585.
- Seyahi E. (2005) Behçet hastalığında prognoz. Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri İmmunoloji Romatoloji Dergisi, 1 (25): 59-63.
- Siegel K., Gorey E. (1997) HIV infected women: Barriers to AZT use. Social Sci. and Medicine, 45: 15-22.
- Soygür H. (2003) Şizofreni ve yaşam niteliği. Klinik psikiyatri, 1: 9-14.
- Spencer MS., Carver SC., and Price AA. (1998) Psychological and social factors in adaptation. Ed. Holland JC. Psycho-Oncology, New York, Oxford University Press, s: 211-222.
- Suet-Ching WL. (2001) The quality of life Hong Kong dialysis patients, J Adv Nurs., 35(2) : 218-227.

- Sula B. (2009) Behçet Hastalığının Demografik ve Klinik Özellikleri. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Diyarbakır, (Danışman: Prof. Dr. Sedat Akdeniz).
- Şahin H. (1997) Eski bir kavram, yeni bir ölçüt: yaşam kalitesi. Toplum ve Hekim, 12 (77): 40-46.
- Şahin N. (1994) Psikoloji araştırmalarında ölçek kullanımı. Türk Psikoloji Dergisi, 33 (Ek): 19-26.
- Şenol V., Argün M., Bayraktar H. (2010) Diyaliz hastalarında yorgunluk ve yaşam kalitesi üzerine etkisi. 3.Ulusal Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongre Kitabı, İzmir, s: 178.
- Şimşir Atalay N., Akkaya N., Konukcu S., Akkaya S., Şahin F. (2011) Kronik bel ağrılı hastalarda hastalık algısının fizik tedavi sonuçlarına etkisi, Romatol Tıp Rehab, 22 (3): 49-55.
- Talas MS. Yaşam Kalitesi ve Hemşirelik Hizmetleri.
Erişim: <http://www.sabem.saglik.gov.tr/> Erişim tarihi: 30.04.2015.
- Tatlıcan S. (2009) Behçet hastalığı tedavisinde anti-TNF ajanlar. Türk J Rheumatol., 24: 27-38.
- Topkarcı Z. (2010) Behçet Hastalarında Kır Gen Polimorfizminin İncelenmesi. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, (Danışmanı Prof. Dr. Gülsevrim Azizlerli).
- Toprak M. (2009) Behçet Hastalarında Fibromiyalji Sıklığı Anksiyete – Depresyon - Uyku Ve Yaşam Kalitesi Arasında İlişki. Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Van, (Prof. Dr. İbrahim Tekeoğlu).
- Türk BG., Dereli T. (2007) Dermatolojide kolşisin tedavisi. Dermatolojide güncel yaklaşımlar, 1: 49-60.
- Türsen Ü., Gürler A. (2000) Behçet hastalığı ve genetik. T Klin Dermatoloji, 10: 37-43.
- Türsen Ü. (2009) Behçet Hastalığında aktivite belirteçleri. Türkdern, 43 (Özel Sayı 2): 74-86.
- Tüzün Y., Serdaroğlu S., Aydemir EH. (1993) Paterji fenomeni. Dermatolojide gelişmeler-2, İstanbul, 96-105.
- Tüzün Y. (2005) Ord. Prof. Dr. Hulusi Behçet. Türkiye Klinikleri J Int Med Sci., 1 (25): 1-2.

- Tüzün Y., Fresko İ., Mat MC., Özyazgan Y., Hamuryudan V. (2008) Behçet sendromu. İçinde: Dermatoloji. Eds: Tüzün Y., Gürer MA., Serdaroğlu S., Oğuz O., Aksungur VL., 3. Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, s: 913-928.
- Uğuz F., Dursun R., Kaya N., Çilli AS. (2006) Behçet hastalarında ruhsal belirtiler ve yaşam kalitesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 7: 133-139.
- Uslu M., Karaman G., Şavk E., Şendur N., Yılmaz E. (2008) Aydın'da Behçet hastalığı deneyimi; 67 hastanın retrospektif değerlendirilmesi. ADÜ tıp fakültesi dergisi, 9 (3): 21-26.
- Uzun S. (2009) Gebelikte Behçet hastalığının klinik seyri. Türkderm, (43 Özel sayı) 2: 71-73.
- Ünsal E. (2007) Çocukluk çağında Behçet hastalığı. T Klin J Int Med Sci., 3: 47-49.
- Weinman J., Petrie KJ., Moss-Morris R., Horne R. (1996) The Illness Perception Questionnaire: A new method for assessing the cognitive representation of illness. Psychol Health, 11: 431-445.
- Weber M., Schiffrin E., White W. (2014) Clinical practice guidelines for the management of hypertension in the community a statement by the american society of hypertension and the international society of hypertension. The Journal of Clinical Hypertension, 16: 14-26.
- Yazıcı H. (2003). Behçet Hastalığı. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Romatolojik Hastalıklar Sempozyum Dizisi, 34: 67-68.
- Yıldız K., Yıldırım M., Ceyhan A.M. (2009) Behçet hastalarında yaşam kalitesinin değerlendirilmesi S.D.Ü. Tıp Fak. Dergisi, 16 (1): 6-10.
- Yıldırım M., Kılınç Y., Ceyhan A.M. (2009) Behçet hastalığı patogenezindeki yenilikler. S.D.Ü. Tıp Fak. Dergisi, 16 (3): 29-34.
- Yılmaz Y. (2011) Behçet Hastalarındaki Yaşam Kalitesi, Cinsel Sorunlar, Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Psoriyazis Hastaları ve Sağlıklı Gönüllüler İle Karşılaştırılması. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, İzmir, (Danışman: Doç. Dr. Turna İlknur).
- Yılmaz Karabulutlu E., Okanlı A. (2011). Hemodiyaliz hastalarında hastalık algısının değerlendirilmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 14 (4): 25-31.

Yorulmaz H., Tatar A., Saltukoğlu G., Soylu G. (2013) Diyabetli hastalarda hastalık algısını etkileyen faktörlerin incelenmesi. FSM İlmî Araştırmalar İnsan ve Toplum Bilimleri Dergisi, 2: 367-387.

Yurdakul S., Tüzün Y., Mat MC., Özyazgan Y., Yazıcı H. (1994) Behçet sendromu. Dermatoloji. Eds. Kotoğyan A., Aydemir E.H., Baransu O., 2. baskı. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, s: 393-399.

Yurdakul S. (1997) Behçet sendromunun Epidemiyolojisi. Aktüel Tıp Dergisi 2 (2): 66-70.

Yurdakul S., Yazıcı H. (2008) Behçet sendromu. Türk Ped Arş., 43 (Özel Sayı): 21-27.

Yurtsever S. (2000) Kronik hastalıklarda yorgunluk ve hemşirelik bakımı. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 4 (1): 16-20.

Yurtman Havlucu D., İnandır I., Aydemir Ö., (2011) Behçet’li hastalarda yaşam kalitesi, anksiyete, depresyon ve hastalık hakkındaki bilgiler. Anatol J Clin Investig, 5(2): 82-88.

Zengin N., Yıldız H., Çil Akıncı A. (2012) Öğrenci hemşirelerin kronik hastalıkların bakımı konusunda düşünceleri. Electronic Journal of Vocational Colleges, 105-110.

Erişim: http://www.ejovoc.org/makaleler/aralik_2012/pdf/11.pdf.

Erişim Tarihi: 18.06.2015

Zouboulis CC. (2008) Adamantiades-Behçet disease. Dermatology in general medicine. Ed. Wolff K., Goldsmith LA., Katz SI., Gilchrest BA., Paller AS., Leffell DJ., Newyork, s:1620-1626.

Zouboulis CC. (1999) Epidemiology of Adamantiades-Behçet's disease. Ann Med Interne, 6: 488-498.

10. EKLER

EK 1. Gönüllü Onam Formu

Behçet hastalığı ağız ve genital mukozada ülserlerle seyreden, deri, göz, damarlar ve birçok organı etkileyen, inflamatuvar, otoimmün ve multisistemik bir hastalıktır. Temel patolojisi vaskülitir, tekrarlayan ataklarla kronik seyirlidir

Behçet hastalığı, geçici ve kalıcı işlevsel bozukluklara yol açarak kişinin günlük yaşam aktivitelerinde sınırlamalara, yaşam tarzında kısıtlılığa ve bu nedenle psikiyatrik sorunlara neden olarak, yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir.

Hemşireler, sağlık ekibi içinde hastaların duygusal gereksinimlerini en yakından takip edebilen sağlık ekibi üyeleridir. Hastalar tedavi süreçleri boyunca hemşirelerden aldıkları güven ve duygusal desteğin olumlu etkilerini görmektedirler. Kronik hastalığı olan bireyleri anlayabilmek, hastalık algılarını değerlendirmek ve hastalığın neden olduğu stresle başa çıkma durumlarını incelemek, hastaların yanlış tutum ve inançlarının düzeltilmesine, etkin başa çıkma mekanizmaları geliştirebilmelerine yardım edebilmek adına önemlidir.

Bu bulgulardan yola çıkarak çalışmamızda Behçet hastalarının etkin tedavisi ve yönetimi için hastalığı nasıl algıladıkları, bireyi ne düzeyde etkilediğinin, yaşanan öncelikli sorunların tespiti ve çözüm yollarının saptanmasına, öğrenmenin önemini ortaya koymak ve çözüm üretebilmek, hastalığı nasıl algıladıklarını ve hastalığın sonucu arasındaki ilişkiyi belirleyerek, hasta uyumunu arttırmayı amaçlanmaktadır.

Bu çalışma Behçet Polikliniği'nde tek merkezli olarak yürütülecek bir anket çalışmasıdır. Çalışmada sizden istenilen anketleri doğru ve eksiksiz doldurmanızdır. Anketleri doldurmanız istenecek ve bu yaklaşık 10 dakikanızı alacaktır. Çalışmada yer almak sizin isteğinize bağlıdır. Çalışmanın süresi ortalama 3 ay olarak tasarlanmıştır. Çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz, bu durum tedavinizde bir aksamaya yol açmaz. Bu çalışmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır; ayrıca sizden veya bağlı bulunduğunuz sosyal güvenlik kuruluşundan herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Size ait tüm kimlik bilgileri gizli tutulacaktır. Çalışma yayınlansa dahi kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak etik kurullar, araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar ve resmi makamlar gerektiğinde bilgilerinize ulaşabilir. Çalışmada

elde edilen sonuçlar bilimsel amaçla kullanılacaktır. Çalışma hakkında bilgi almak için 0212 635 29 39 numaralı telefonda Prof. Dr. Afet A. Köse ve Hemş. Ayşegül Dark’a ulaşabilirsiniz.

İkinci bölüm: (Katılımcının/Hastanın Beyanı)

Sayın Prof. Dr. Afet Akdağ Köse tarafından İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi hastalıklar Anabilim Dalı’nda tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” (denek) olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam hekim ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılabileceğine inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim). Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorununun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, doktorumu telefonda arayabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” (denek) olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllü Onay Formu

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün

Adı-soyadı:

İmzası:

Adresi:

Telefon no:

Faks no:

Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasinin

Adı-soyadı:

İmzası:

Adresi:

Telefon no:

Faks no:

Açıklamaları yapan araştırmacının

Adı-soyadı:

İmzası:

Rıza alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin

Adı-soyadı:

İmzası:

Görevi:

EK 2. Hasta Tanıtım Formu

Dosya No:

Tarih:

1-Adı – Soyadı:.....

2- Cinsiyetiniz:

☐ 1. Erkek

☐ 2. Kadın

3-Yaşınız:.....

4- Eğitim Durumunuz:

☐ 1. Okur Yazar Değil

☐ 2. Okur Yazar

☐ 3. İlkokul Mezunu

☐ 4. Ortaokul Mezunu

☐ 5. Lise Mezunu

☐ 6. Üniversite Mezunu

5- Medeni Durumunuz:

☐ 1. Evli

☐ 2. Bekar

☐ 3. Dul / boşanmış

6-Çocuğunuz var mı?

☐ 1. Yok

☐ 2. 1-2 Çocuk

☐ 3. 3 ve üzeri çocuk

7-Çalışma Durumu:

☐ 1. Halen çalışıyor

☐ 2. Şimdiki hastalık nedeniyle çalışmıyor

☐ 3. Başka nedenlerle çalışmıyor

☐ 4. Hiç çalışmamış

8- İşiniz:

- ☐ 1. Ev Hanımı
- ☐ 2. Memur
- ☐ 3. İşçi
- ☐ 4. Emekli
- ☐ 5. Serbest Meslek
- ☐ 6. Diğerleri (yazınız).....

9-Ekonomik Durumunuz:

- ☐ 1. Gelir giderden az
- ☐ 2. Gelir gidere eşit
- ☐ 3. Gelir giderden fazla

10-Kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?

- ☐ 1. Yalnız
- ☐ 2. Eşiyle
- ☐ 3. Eşi ve çocukları
- ☐ 4. Çocuğun veya Akrabalarının Yanında
- ☐ 5. Kurum
- ☐ 6. Diğer (yazınız).....

11-Sosyal Güvenceniz:

- ☐ 1. Yok
- ☐ 2. SGK
- ☐ 3. Yeşil Kart
- ☐ 4. Diğer (yazınız).....

12- Hastalığınızın Başlama Yaşı:.....Süresi:.....

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

- ☐ 1. Oral Aftöz Ülserler
- ☐ 2. Genital Ülserler
- ☐ 3. Göz Tutulumu
- ☐ 4. Eklem Tutulumu
- ☐ 5. Papülopüstüller Lezyonlar
- ☐ 6. Eritema Nodosum Benzeri Lezyonlar

- ☐ 7. Vasküler Tutulum
- ☐ 8. Nörolojik Tutulum
- ☐ 9. Diğer Deri Hastalığı
- ☐ 10. Diğer Sistem Tutulumu
- ☐ 11. Paterji Testi
- ☐ 12. Aile Öyküsü

14- Ek Sistemik Hastalık:

- ☐ 1. Var (yazınız).....
- ☐ 2. Yok

Ek Sistemik Hastalığınız Varsa:

- ☐ 1. Kalp Hastalığı
- ☐ 2. Hipertansiyon
- ☐ 3. Hiperlipidemi/Kolestrol yüksekliği
- ☐ 4. Diabetes Mellitus
- ☐ 5. Obesite
- ☐ 6. Diğer (yazınız).....

15- Ek Psikiyatrik Hastalık:

- ☐ 1. Var (yazınız).....
- ☐ 2. Yok

16- Sistemik/Psikiyatrik İlaç Kullanımı:

- ☐ 1. Var (yazınız).....
- ☐ 2. Yok

17- Hastalığınız İçin İlaç Kullanıyor musunuz?

- ☐ 1. Evet- Colchicum
- ☐ 2. Hayır

17.1- Kortikosterod

17.2- İmmunsupresan

17.3- Antikoagulan

17.4- NSAİİ-Kemoterapotikler

19- Hastalığınız Çevrenizdeki İnsanlarla İlişkilerinizi Etkiliyor mu?

- ☐ 1. Evet
- ☐ 2. Hayır

20- Eğer Yanıtınız Evetse Kimlerle İlişkilerinizi Etkiliyor?

- ☐ 1. Eşinizle
- ☐ 2. Çocuğunuzla/Çocuklarınızla
- ☐ 3. Arkadaşlarınızla
- ☐ 4. Akrabalarınızla
- ☐ 5. Diğer (yazınız).....

EK 3. Behçet Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği (BYKÖ)

Dosya No:

Tarih:

Adı – Soyadı:.....

Lütfen her cümleyi Behçet hastalığınızı düşünerek dikkatlice okuyun ve şu anda sizin durumunuza uyup uymadığına karar verin. Uygun cevabı çarpı koyarak İşaretleyiniz.

DOĞRU

YANLIŞ

1. Hayatım hastanelere gidip gelmekle geçiyor.		
2. Hiçbir şey ilgimi çekmiyor.		
3. Evden çıkmak ve insanlarla görüşmek için çok fazla çaba harcamam/sarf etmem gerekiyor.		
4. Yürürken ağrım oluyor.		
5. Bir şeyler yapmak uzun zamanımı alıyor.		
6. Uzun süre ayakta kalamıyorum.		
7. Sağlık durumum hayatımı sekteye uğratıyor.		
8. Yataktan kalkarken zorlanıyorum.		
9. Görünüşümden dolayı kendimi kötü hissediyorum		
10. Konuşurken zorlanıyorum.		
11. Kendimi başkalarına bağımlı hissediyorum.		
12. Kendimi olduğumdan daha yaşlı hissediyorum.		
13. Hastalığım nedeniyle her yere gidemiyorum.		
14. Yakınlarıma bakmakta/bakımını üstlenmekte zorlanıyorum.		
15. Yarın nasıl olacağımı kestiremiyorum.		
16. Sağlık durumum hayatımı aşırı şekilde etkiliyor.		
17. Sık sık hüsrana uğruyorum. / Sık sık hayal kırıklığına bağlı üzüntü yaşıyorum		
18. Kendimi evimde bir mahkum gibi hissediyorum.		
19. Sağlık durumum hayatımda önemli kararlar almamı etkiliyor.		
20. Vücuduma dokunulması hastalığım nedeniyle beni rahatsız ediyor.		
21. Doğru düzgün konuşamıyorum.		
22. Hastalığım nedeniyle kişisel ilişkilerimde zorlanıyorum.		
23. Kendimi işe yaramaz hissediyorum.		
24. Başkalarının sırtına yük olmak beni endişelendiriyor/ rahatsız ediyor.		
25. Hastalığım yakınlarımı güç durumda bırakıyor.		
26. Sağlık sorunlarımın üstesinden gelemeyeceğimi hissediyorum.		
27. İnsanlarla irtibatımı kaybettim.		
28. Başkalarına verdiğim rahatsızlık beni üzüyor.		
29. Bu gün her şey canımı sıkıyor/neşemi kaçırıyor.		
30. Kendimi yalnız hissediyorum.		

EK 4. Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ)

Dosya No:

Tarih:

Adı – Soyadı:.....

HASTALIĞINIZ HAKKINDA SİZİN GÖRÜŞLERİNİZ

Aşağıda hastalığınızın başlangıcından bu yana yaşadığınız belirtilerin bir listesi verilmiştir. Lütfen var olanlarda evet olmayanlarda hayır seçeneğini yuvarlak içine alınız. Ayrıca, bu belirtilerin hastalığınızla ilgili olup olmadığı hakkındaki düşüncenizi aynı şekilde daire içine alarak belirtiniz.

	Hastalığının başlangıcından bu yana bu belirtiyi yaşadım			Bu belirti hastalığımla ilgili	
Ağrı	Evet	Hayır	-----	----- Evet	Hayır
Boğazda yanma	Evet	Hayır	-----	----- Evet	Hayır
Bulantı	Evet	Hayır	-----	----- Evet	Hayır
Soluk almada güçlük	Evet	Hayır	-----	----- Evet	Hayır
Kilo kaybı	Evet	Hayır	-----	----- Evet	Hayır
Yorgunluk	Evet	Hayır	-----	----- Evet	Hayır
Eklem sertliği	Evet	Hayır	-----	----- Evet	Hayır
Gözlerde yanma	Evet	Hayır	-----	----- Evet	Hayır
Hırıltılı soluma	Evet	Hayır	-----	----- Evet	Hayır
Baş ağrıları	Evet	Hayır	-----	----- Evet	Hayır
Mide yakınmaları	Evet	Hayır	-----	----- Evet	Hayır
Uyku güçlükleri	Evet	Hayır	-----	----- Evet	Hayır
Sersemlik hissi	Evet	Hayır	-----	----- Evet	Hayır
Güç kaybı	Evet	Hayır	-----	----- Evet	Hayır

Şu anki hastalığınızla ilgili görüşlerinizi öğrenmek istiyoruz. Her bir cümleyi okuyup katılıp katılmadığınızla ilgili düşüncenizi uygun kutuya (X) işareti koyunuz.

1. Kesinlikle böyle düşünmüyorum

4. Böyle düşünüyorum

2. Böyle düşünmüyorum

5. Kesinlikle böyle düşünüyorum

3. Kararsızım

HASTALIK HAKKINDAKİ GÖRÜŞLER	1	2	3	4	5
1. Hastalığım kısa sürecek					
2. Hastalığım muhtemelen geçici olmaktan çok kalıcı					
3. Bu hastalık uzun sürecek					
4. Bu hastalık çabuk geçecek					
5. Yaşamımın geri kalan süresini bu hastalıkla geçireceğimi düşünüyorum					
6. Ciddi bir hastalığım var					
7. Hastalığımın yaşamımın üzerinde ciddi etkileri var					
8. Hastalığım yaşamımı çok fazla etkilemiyor					
9. Hastalığım diğer insanların bana bakış açılarını ciddi olarak etkiliyor					
10. Hastalığımın ciddi maddi sonuçları var					
11. Hastalığım yakınlarıma da zorluk yaratıyor					
12. Belirtilerimi kontrol etmek için yapabileceğim çok şey var					
13. Yaptığım şeyler hastalığımın iyiye ya da kötüye gidişinde belirleyici olabilir					
14. Hastalığımın seyri bana bağlı					
15. Yaptığım hiçbir şey hastalığımı etkileyemez					
16. Hastalığımı etkileyebilme gücüm var					
17. Yaptıklarım hastalığımın sonucunu etkilemeyecek					
18. Hastalığım zamanla iyileşecek					
19. Hastalığımın iyileşmesi için yapılabilecek çok az şey var					
20. Tedavim hastalığımı iyileşmesinde etkili olacak					
21. Hastalığımın olumsuz etkileri tedavim ile ortadan kalkabilir					
22. Tedavim hastalığımı kontrol edebilir					
23. Benim durumuma hiçbir şey yardım edemez					
24. Hastalığımın belirtileri beni şaşırtıyor					
25. Hastalığım bana anlamsız geliyor					
26. Hastalığımı anlamıyorum					
27. Hastalığıma hiçbir anlam veremiyorum					
28. Hastalığımı gayet net anlayabiliyorum					
29. Hastalığımın belirtileri günden güne farklılık gösteriyor					
30. Hastalığımın belirtileri bazen var bazen yok					
31. Hastalığım önceden bilinemez (öngörülemez)					
32. Hastalığımın daha iyi olduğu ve daha kötü olduğu dönemleri oluyor					
33. Hastalığımı düşündüğüm zaman çökkün oluyorum					
34. Hastalığımı düşündüğüm zaman üzgün oluyorum					
35. Hastalığım beni öfkeli yapıyor					
36. Hastalığım beni endişelendiriyor					
37. Bu hastalık beni kaygılandırıyor					
38. Hastalığım beni korkutuyor					

HASTALIĞIMIN NEDENLERİ

Sizce hastalığınızın nedeni nedir? Herkes farklı olduğu için bu sorunun doğru bir cevabı yoktur. Aşağıda hastalığınızın olası nedenlerinin bir listesi verilmiştir.

Lütfen her bir nedeni okuyup o nedenin hastalığınıza yol açıp açmadığı ile ilgili düşüncenizi uygun kutuya (X) işareti koyarak belirtiniz.

1. Kesinlikle böyle düşünmüyorum

4. Böyle düşünüyorum

2. Böyle düşünmüyorum

5. Kesinlikle böyle düşünüyorum

3. Kararsızım

OLASI NEDENLER	1	2	3	4	5
Stres ya da endişe					
Kalıtsal (ırsi)					
Bir mikrop ya da virüs					
Diyet -yemek alışkanlıkları					
Şans ya da kötü talih					
Geçmişimdeki kötü tıbbi bakım					
Çevre kirliliği					
Kendi davranışım					
Benim tutumum, örneğin yaşamım hakkında olumsuz düşünmem					
Aile problemleri					
Aşırı çalışma					
Duygusal durumum, örneğin; kendimi kötü, yalnız, gergin ya da boşlukta hissetmem					
Yaşlanma					
Alkol					
Sigara içme					
Kaza ya da yaralanma					
Kişilik özelliklerim					
Vücut direncimin azalması					

Lütfen aşağıya hastalığınıza neden olduğunu düşündüğünüz üç faktörü önem sırasına göre yazınız. Yukarıdaki tablodan seçebilirsiniz ya da sizin düşündüğünüz nedenleri yazabilirsiniz.

Bana göre hastalığıma yol açan en önemli nedenler:

1.....

2.....

3.....

EK.5: İzin Yazıları

Sayın Doç. Dr. Nazmiye KOCAMAN YILDIRIM,
Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı alanında yüksek lisans öğrencisiyim.

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklarında çalışıyorum. Behçet Hastalarında Hastalık Algısının Yaşam Kalitesine Olan Etkisi konulu tezimde Hastalık Algısı Ölçeği'ni kullanma ve temini adına izninizi istiyorum.

Saygılarımla

Ayşegül DARK
İstanbul Üniversitesi
İstanbul Tıp Fakültesi
Deri ve Zührevi Hastalıkları
Sorumlu Hemşiresi
ayseguldark@hotmail.com

Sayın Ayşegül DARK,
Tezinizde "Hastalık Algısı Ölçeğini" kullanmanızdan memnun olur, kolaylıklar dilerim.

Sevgilerimle

Assoc. Prof. Nazmiye KOCAMAN YILDIRIM
University of Istanbul, Istanbul Faculty of Medicine,
Department of Psychiatry, Department of Consultation Liaison Psychiatry

34093 Capa - Istanbul, Turkey

Sayın Zeynep ERDOĞAN,

Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı alanında yüksek lisans öğrencisiyim.

İstanbul Üniversitesi Çapa Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklarında çalışıyorum. Behçet Hastalarında Hastalık Algısının Yaşam Kalitesine Olan Etkisi konulu tezim için Behçet Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeğinizi gördüm. Ölçeği kullanma ve temini adına izninizi istiyorum.

Saygılarımla

Ayşegül DARK
İstanbul Üniversitesi
Çapa Tıp Fakültesi
Deri ve Zührevi Hastalıkları
Sorumlu Hemşiresi

Ayşegül Hanım Merhaba,

Ölçeği kullanmanızda sakınca yoktur. Yök'ten ölçeğe ulaşabildiniz mi? Yardımcı olabileceğim başka bir konu varsa elimden geldiğince yardımcı olurum. Çalışmanızda başarılar diliyorum. Nurcan Hocam'a selamlarımı iletin.

Sevgilerimle,,,

Tarih ve Sayı: 03/06/2015-166879



T.C.
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı
Başkanlığı



Sayı :71596418-806.01.03-
Konu :Tezler

İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

Sorumlu araştırıcılığını "Prof.Dr.Afet AKDAĞ KÖSE, Prof.Dr.Rian DİŞÇİ, Yard.Doç.Dr.Ayşe YILDIZ ve Hemşire Aysegül DARK'ın üstlendiği "Behçet Hastalarında Hastalık Algısının Yaşam Kalitesine Etkisi" başlıklı araştırma önerisi 02/06/2015 tarihli akademik kurulumuzda incelenerek uygun görüldü/onaylandı. Önerinin Etik Kurul'da görüşülmesi için gereğini ilgililerinize sunarız.

e-İmzalı
Prof. Dr. Afet AKDAĞ KÖSE
Anabilim Dalı Başkanı

02/06/2015 Tıbbi Sekr. : K.ÇEÇE

Doğrulamak için: http://194.27.128.66/envision/Sorgula/Validate_Doc.aspx?V=BE8V4A196

Ayrıntılı bilgi için lütfen: Kuzey ÇEÇE Dahili: 31728

İstanbul Tıp Fakültesi Dekanlığı Çapa/Fatih/İSTANBUL

Tel : (212) 414 2171 Fax : (212) 414 2038

e-posta : itfdb@istanbul.edu.tr Elektronik Ağ : <http://istanbulip.istanbul.edu.tr/>

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

11. ETİK KURUL ONAYI



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU



Sayı : 1131

Konu : Prof. Dr. Afet AKDAĞ KÖSE

Tarih : 08.06.2015

Sayın Prof. Dr. Afet AKDAĞ KÖSE

Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı

İlgi : Deri ve Zührevi Hast. Anabilim Dalının 03/06/2015 gün ve 166879 sayılı yazısı

Sorumlu araştırmacılığını üstlendiğiniz ve Ayşegül DARK' ın yürüteceği 2015/1118 dosya numaralı "Behçet Hastalarında Hastalık Algısının Yaşam Kalitesine Etkisi" başlıklı çalışma kurulumuzun 05/06/2015 tarih ve 11 sayılı toplantısında görüşülerek etik yönden uygun bulunmuş olup, tutanaklar ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. A.Yağız ÜRESİN

İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar

Etik Kurul Başkanı

Eki: İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Araştırmaları Etik Kurulu Karar Formu

12. ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı, 1967 yılında Diyarbakır'da doğdu. İlk ve orta öğrenimini Diyarbakır'da tamamladı. 1985 yılında Ankara Cebeci Atatürk Sağlık Meslek Lisesi'nden mezun olan araştırmacı 1993 yılında Anadolu Üniversitesi AÖF Hemşirelik ön lisans programından mezun oldu. 2011 yılında Erzurum Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Lisans tamamlama programından mezun oldu. 2013 yılında İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Anabilim Dalı Yönetim Bilim dalı ve Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde Halk Sağlığı Hemşireliği alanında yüksek lisans eğitimine başladı. İki alanda da ders sürecini tamamlayan araştırmacı tez sürecine devam etmektedir. Araştırmacı 1985-1992 yılları arasında S.B. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları Hastanesinde çalıştı. 1992-2003 yılları arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde çalıştı. 2003 yılından itibaren İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışıyor.