

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

**BEHÇET HASTALIĞI OLAN YETİŞKİN BİREYLERDE
AKDENİZ DİYETİNE UYUMUN BEHÇET SENDROMU
AKTİVİTE SKALASI VE YAŞAM KALİTESİ İLE
İLİŞKİSİ**

Dyt. Rukiye KIYAK

**Beslenme Bilimleri Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

ANKARA

2023

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

**BEHÇET HASTALIĞI OLAN YETİŞKİN BİREYLERDE
AKDENİZ DİYETİNE UYUMUN BEHÇET SENDROMU
AKTİVİTE SKALASI VE YAŞAM KALİTESİ İLE
İLİŞKİSİ**

Dyt. Rukiye KIYAK

**Beslenme Bilimleri Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Mevlüde KIZIL**

**ANKARA
2023**

ONAY SAYFASI**T.C.****HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ****SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ****BEHÇET HASTALIĞI OLAN YETİŞKİN BİREYLERDE AKDENİZ DİYETİNE UYUMUN****BEHÇET SENDROMU AKTİVİTE SKALASI VE YAŞAM KALİTESİ İLE İLİŞKİSİ****Öğrenci: Rukiye KIYAK****Danışman: Prof. Dr. Mevlüde KIZIL**

Bu tez çalışması 13.07.2023 tarihinde jürimiz tarafından "Beslenme Bilimleri Programı" nda yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı: Prof. Dr. Nurcan YABANCI AYHAN*Ankara Üniversitesi***Tez Danışmanı: Prof. Dr. Mevlüde KIZIL***Hacettepe Üniversitesi***Üye: Doç. Dr. Pelin BİLGİÇ***Hacettepe Üniversitesi*

Bu tez Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun bulunmuştur.

10.9.2023

Prof. Dr. Müge YEMİŞÇİ ÖZKAN**Enstitü Müdürü**

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet hakları bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan **“Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”** kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi / H.Ü. Kütüphaneleri Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

- Enstitü / Fakülte yönetim kurulu karar ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl ertelenmiştir. ⁽¹⁾
- Enstitü / Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli karar ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 6 ay ertelenmiştir. ⁽²⁾
- Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir. ⁽³⁾

13/07/2023

Rukiye KIYAK



¹“Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”

(1) Madde 6. 1. Lisansüstü teze ilişkin patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.

(2) Madde 6. 2. Yeni teknik, materyal ve metodların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internetten paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç sağlanılabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulunun gerekçeli karar ile altı ayı aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.

(3) Madde 7. 1. Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerde ilgili gizlilik kararı, tezin yapıldığı kurum tarafından verilir *. Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlere ilişkin gizlilik kararı ise, ilgili kurum ve kuruluşun önerisi ile enstitü veya fakültenin uygun görüşü üzerine üniversite yönetim kurulu tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir. Madde 7.2. Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir

* Tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu tarafından karar verilir.

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, Prof. Dr. Mevlüde Kızıl danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.

Dyt. Rukiye KIYAK

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca hoşgörü ve sabırla yol gösterdiği için verdiği destek ve paylaştığı değerli bilgiler için öğrencisi olmaktan gurur duyduğum tez danışmanım sayın hocam Prof. Dr. Mevlüde KIZIL'a,

Veri toplama sürecinde yardım esirgemeyen Behçet ve Ailevi Akdeniz Ateşi Hastaları Derneği (BEFEMDER) değerli başkanı Fatih METİN'e, Dernek yönetim kuruluna ve üyelerine,

Tez yazım sürecinde bana destek olan sevgili arkadaşım Uzm. Dyt. Melis AYCAN'a,

Eğitim hayatım boyunca maddi manevi her konuda her şartta beni destekleyen kıymetli dedem Mustafa KIYAK'a ve aileme,

Teşekkür ederim.

ÖZET

Kıyak, R., Behçet Hastalığı Olan Yetişkin Bireylerde Akdeniz Diyetine Uyumun Behçet Sendromu Aktivite Skalası ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme Bilimleri Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2023. Bu çalışma, Akdeniz diyetine (AD) uyumun ve bağlılığın hem sağlığı koruyucu özelliklerin kalıcılığına yardımcı olması hem de kronik ve inflamatuvar seyirli hastalıklar üzerine olan olumlu etkilerini düşünerek, otoinflamatuvar/otoimmün yapıda kronik multisistemik inflamatuvar bir hastalık olan Behçet Hastalığına sahip bireylerde Akdeniz diyetine uyumun Behçet Sendromu aktivitesi ve yaşam kalitesi ile ilişkisini araştırmak ve bu konu ile ilgili kısıtlı olan literatüre katkı sağlamak amacı ile yapılmıştır. Çalışma, yaşları 25-50 yıl aralığında olan çalışmaya katılım koşulu sağlayan 34 kadın ve 34 erkek olmak üzere 68 Behçet hastası ile kesitsel bir çalışma olarak yürütülmüştür. Bireylere genel bilgiler, besin tüketim sıklığı, besin tüketim kaydı, Akdeniz Diyeti Uyum Ölçeği, Behçet Sendromu Aktivite Skalası (BSAS) ve Behçet Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği'nden (BHYKÖ) oluşan bir anket formu çevrimiçi görüntülü veya sesli görüşme ile uygulanmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması $37,88 \pm 7,20$ yıl olarak ve hastalık süresinin ortanca değeri 8,50(12,00) yıl olarak bulunmuştur. Çalışmada AD uyum skoru 10 ve üzeri olan birey saptanmamıştır. Akdeniz diyetine uyum skoru [6-9] puan aralığında olan bireylerin %64,7'si kadın ve %35,3'ü erkek, ≤ 5 puan olan bireylerin %38,2'si kadın ve %61,8'i erkek bireylerden oluşmaktadır ($p=0,028$). Erkek ve kadın katılımcıların BSAS skoru ortalaması sırası ile $30,12 \pm 16,29$ ve $27,12 \pm 10,64$ puan olarak bulunmuştur ($p=0,372$). Akdeniz diyeti uyum skoru ≤ 5 puan olan bireylerin hastalık aktivite skoru ortalaması $37,11 \pm 13,54$ olarak ve [6-9] puan olan bireylerin ise $20,61 \pm 7,36$ puan olarak saptanmıştır ($p<0,001$). Negatif değerlendirmeye sahip olan bir ölçek olan BHYKÖ'nün total puanı, AD uyum skoru arttıkça azaldığı tespit edilmiştir ($p=0,001$). Serum C-Reaktif Protein (CRP) değerinin Akdeniz diyeti uyum skoru ≤ 5 puan olan bireyler ile [6-9] puan aralığında olan bireyler arasındaki farkı anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Behçet hastalarının toplam Akdeniz diyeti uyum skoru ile Behçet hastalığı aktivite toplam skorunun ilişkisi negatif yönlü, orta düzeyde ve anlamlı olarak elde edilmiştir ($r= -0,577; p<0,001$). Katılımcılarda toplam Akdeniz diyeti uyum skoru ile Behçet hastalığı yaşam kalitesi toplam skorunun ilişkisi negatif yönlü, zayıf düzeyde ve anlamlı olarak bulunmuştur ($r= -0,328; p=0,007$). Behçet hastalığı yaşam kalitesi toplam skoru ve Behçet hastalığı aktivite toplam skorunun ilişkisi pozitif yönlü, zayıf düzeyde ve anlamlı olarak tespit edilmiştir ($r=0,295$ $p=0,015$). Akdeniz diyeti uyumu total skoru ile serum C-reaktif protein, beden kütle indeksi, bel çevresi ve bel/kalça oranı arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Akdeniz diyetine uyumun, Behçet hastalarında hastalık aktivitesini ve yaşam kalitesini pozitif etkilediği tespit edilmiştir. Akdeniz diyet modelinin içerdiği bir besin grubu veya bir besin ögesi ile hastalık aktivitesi arasında anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır. Bu durum bir besin grubu ya da besin ögesine odaklanmak yerine Akdeniz diyet modelinin tamamına odaklanmamız gerektiğini vurgular nitelikte olsa da bu konu ile ilgili ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Akdeniz diyeti, Behçet hastalığı, Behçet sendromu aktivite skoru (BSAS), yaşam kalitesi, inflamasyon

ABSTRACT

Kıyak, R., The Relationship Between Adherence to the Mediterranean Diet and Behçet Syndrome Activity Scale and Quality of Life in Adults with Behçet's Disease. Hacettepe University Graduate School of Health Sciences, M.Sc. Thesis in Nutritional Sciences Programme, Ankara, 2023. This study was conducted to investigate the relationship between adherence to the Mediterranean diet (MD) and Behçet's syndrome activity and quality of life in adults with Behçet's disease, a chronic multisystemic inflammatory disease characterized by an autoinflammatory/autoimmune nature. The study aimed to contribute to the limited literature on the positive effects of MD on chronic and inflammatory diseases and its potential in maintaining health-protective properties. The study was conducted as a cross-sectional study with a total of 68 Behçet's disease patients, including 34 females and 34 males, who met the participation criteria and were between the ages of 25 and 50. A questionnaire consisting of general information, food frequency, food consumption records, MD Adherence Scale, Behçet's Syndrome Activity Scale (BSAS), and Behçet's Disease Quality of Life Scale (BDQLS) was administered to the participants through online video or audio interviews. The mean age of the participants was detected to be 37.88 ± 7.20 years and the median value of the disease duration was detected to be $8.50(12.00)$ years. No individual with a MD adherence score of 10 or above was found in the study. Among individuals with an MD adherence score in the range of [6-9], 64.7% were determined as female and 35.3% were determined as male, while among individuals with a score of ≤ 5 , 38.2% were determined as female and 61.8% were determined as male ($p=0.028$). The average BSAS score for male and female participants was obtained at 30.12 ± 16.29 and 27.12 ± 10.64 points, respectively ($p=0.372$). The average disease activity score was found to be 37.11 ± 13.54 for individuals with a MD adherence score of ≤ 5 , and 20.61 ± 7.36 for those with a score in the [6-9] range ($p<0.001$). The BDQLS is a scale with negative evaluation, and it was observed that as MD adherence score increased, BDQLS score decreased ($p=0.001$). There was no significant difference in serum C-Reactive Protein (CRP) levels between individuals with an MD adherence score of ≤ 5 and those with a score in the [6-9] range ($p>0.05$). A negative, moderate and significant relationship was found between the total MD adherence score of Behçet's patients and the total score of Behçet's disease activity ($r= -0.577$; $p<0.001$). There was a weak, significant negative relationship between the total MD adherence score and the total score of Behçet's disease quality of life ($r= -0.328$; $p=0.007$). The relationship between the total score of Behçet's disease quality of life and the total score of Behçet's disease activity was found to be weak, positive, and significant ($r=0.295$; $p=0.015$). There was no significant relationship between the total score of MD adherence and serum CRP, body mass index, waist circumference, and waist-to-hip ratio ($p>0.05$). Adherence to the MD was found to have a positive effect on disease activity and quality of life. No significant correlation was found between the specific food groups or components of the MD and disease activity. Although this emphasizes the need to focus on the entire MD model rather than individual food groups or components, advanced studies are required on this subject.

Keywords: Mediterranean diet, Behçet's disease, Behçet's syndrome activity score (BSAS), quality of life, inflammation

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	iii
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	iv
ETİK BEYAN	v
TEŞEKKÜR	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	vii
İÇİNDEKİLER	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR	xii
ŞEKİLLER	xiv
TABLolar	xv
1. GİRİŞ	1
1.1. Kuramsal Yaklaşımlar	1
1.2. Amaç ve Varsayımlar	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Behçet Hastalığı	4
2.1.1. Behçet Hastalığının Tanımı ve Tarihçesi	4
2.1.2. Behçet Hastalığının Epidemiyolojisi	4
2.1.3. Behçet Hastalığının Etiyopatogenezi ve Risk Faktörleri	5
2.1.4. Behçet Hastalığının Klinik Belirtileri, Tanı Kriterleri ve Komplikasyonları	9
2.1.5. Behçet Hastalığının Tedavisi	13
2.2. Akdeniz Diyeti	15
2.2.1. Akdeniz Diyeti Genel Özellikler	16
2.2.2. Akdeniz Diyetinin Behçet Hastalığının Semptomları ile Olası İlişkisi	18
2.2.3. Akdeniz Diyetinin Biyoaktif Bileşenlerinin Olumsuz Etkileri	22
2.3. Yaşam Kalitesi	22
2.3.1. Behçet Hastalarında Yaşam Kalitesi	23
3. BİREYLER VE YÖNTEM	25
3.1. Araştırma Örneklemine Seçimi, Yeri ve Zamanı	25
3.2. Araştırmanın Genel Planı	25
3.3. Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi	26

3.3.1. Anket Formu	26
3.3.2. Antropometrik Ölçümler	27
3.3.3. Biyokimyasal Bulgular	27
3.3.4. Besin Tüketim Durumlarının Saptanması ve Değerlendirilmesi	28
3.3.5. Akdeniz Diyeti Uyum Skorunun Saptanması ve Değerlendirilmesi	28
3.3.6. Behçet Sendromu Aktivite Skorunun Saptanması ve Değerlendirilmesi	28
3.3.7. Yaşam Kalitesi Puanının Saptanması ve Değerlendirilmesi	29
3.3.8. Verilerin İstatistiksel Olarak Değerlendirilmesi	29
4. BULGULAR	30
4.1. Behçet Hastalarının Genel Özelliklerinin Değerlendirilmesi	30
4.2. Behçet Hastalarının Egzersiz ve Beslenme Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi	33
4.3. Behçet Hastalarının Antropometrik Ölçümlerinin Değerlendirilmesi	34
4.4. Behçet Hastalarının Hastalık Aktivite Skalası Skor Sınıflamasının Cinsiyete Göre Değerlendirilmesi	36
4.5. Behçet Hastalarının Yaşam Kalitesinin Hastalık Aktivite Skor Sınıflamasına Göre Değerlendirilmesi	37
4.6. Behçet Hastalarının Hastalık Aktivitesi Skor Sınıflamasına Göre Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi	39
4.7. Behçet Hastalarının Akdeniz Diyetine Uyumlarının Cinsiyete Göre Değerlendirilmesi	53
4.8. Behçet Hastalarının Hastalık Aktivite Skalası Skor Sınıflamasının Akdeniz Diyeti Uyum Sınıflamasına Göre Değerlendirilmesi	54
4.9. Behçet Hastalarının Hastalık Aktivite Skalasının ve Antropometrik Ölçülerinin Akdeniz Diyeti Uyumu Sınıflamasına Göre Değerlendirilmesi	55
4.10. Behçet Hastalarının Yaşam Kalitesinin Akdeniz Diyeti Uyum Sınıflamasına Göre Değerlendirilmesi	59
4.11. Behçet Hastalarının Toplam Ölçek Skorları, Serum CRP, Antropometrik Ölçümleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi	61
5. TARTIŞMA	63
5.1. Behçet Hastalarının Genel Özelliklerin Değerlendirilmesi	64
5.2. Behçet Hastalarının Antropometrik Ölçümlerinin Değerlendirilmesi	65
5.3. Behçet Hastalarının Hastalık Aktivitesi Skor Sınıflamasına Göre Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi	66
5.4. Behçet Hastalarının Akdeniz Diyetine Uyumlarının Değerlendirilmesi	68
5.4.1. Behçet Hastalarının Hastalık Aktivite Skalasının Akdeniz Diyeti Uyumuna Göre Değerlendirilmesi	69

5.4.2. Behçet Hastalarının Antropometrik Ölçülerinin Akdeniz Diyeti Uyumuna Göre Değerlendirilmesi	70
5.5. Behçet Hastalarının Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi	71
5.5.1. Behçet Hastalarının Yaşam Kalitesinin Hastalık Aktivite Skoru Sınıflamasına Göre Değerlendirilmesi	72
5.5.2. Behçet Hastalarının Yaşam Kalitesinin Akdeniz Diyeti Uyumuna Göre Değerlendirilmesi	72
6.SONUÇLAR VE ÖNERİLER	74
6.1. Sonuçlar	74
6.2. Öneriler	81
7. KAYNAKLAR	82
8. EKLER	
EK-1. Etik Kurul Onayı	
EK-2. Duyuru Metni (Broşür)	
EK-3. Anket Araştırmaları İçin Aydınlatılmış Onam Formu	
EK-4. Bireylere Uygulanan Anket Formu	
EK-6. Behçet Sendromu Aktivite Skalası (BSAS)	
EK-7. Behçet Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği (BHYKÖ)	
EK-8. Behçet Hastalarının Hastalık Aktivitesi Skor Sınıflamasına Göre Günlük Enerji ve Bazı Besin Öğelerinin Alım Miktarları	
EK-9. Tez Çalışması Orijinallik Raporu/Ekran Çıktısı	
9.ÖZGEÇMİŞ	

SİMGELER VE KISALTMALAR

AD	Akdeniz Diyeti
BeBİS	Beslenme Bilgi Sistemi
BH	Behçet Hastalığı
BSAS	Behçet Sendromu Aktivite Skalası
BHYKÖ	Behçet Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği
BKİ	Beden Kütle İndeksi
CCR	Kemokin Reseptör
CRP	C-Reaktif Protein
DHA	Dokosahekzaenoik Asit
DNA	Deoksiribonükleik Asit
EGCG	Epigallocateşin Gallat
EPA	Eikosapentaenoik Asit
ESH	Eritrosit Sedimentasyon Hızı
HDL	Yüksek Yoğunluklu Lipoprotein
HSV	Herpes Simpleks Virüsü
HSP	Isı Şoku Proteini
IL	Interlökin
INF	Interferon
KKH	Koroner Kalp Hastalığı
LDL	Low Density Lipoprotein
MEFV	Akdeniz Ateşi
MHC	Major Histocompatibility Complex
miRNA	Mikro Ribonükleik Asit
MUFA	Monounsaturated Fatty Acids
NETs	Nötrofil Ekstrasellüler Tuzaklar
NETosis	Nötrofil Ekstrasellüler Tuzak Oluşumu
NF	Nükleer Faktör
NK	Natural Killer
PUFA	Polyunsaturated Fatty Acids

ROS	Reaktif Oksijen Türevleri
SFA	Saturated Fatty Acids
STAT	Signal Transducer and Transcription Activator
Th	T Helper
TNF	Tümör Nekrozis Faktörü
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization



ŞEKİLLER

Şekil	Sayfa
2.1. Behçet Hastalığında klinik belirtilerin gelişiminde çevresel faktörlerin olası rolü	8
2.2. Güncel sürdürülebilir Akdeniz Diyeti piramidi	17
2.3. Akdeniz diyetinin temel bileşenlerinin içerdiği biyoaktif besin öğelerinin şematik gösterimi	18



TABLOLAR

Tablo	Sayfa
2.1. Behçet hastalığının teşhisi için 1999 Uluslararası Çalışma Grubu (ISG) kriterleri	12
2.2. Behçet hastalığı için uluslararası kriterler	13
3.1. Bel/kalça oranı ve BKİ sınıflaması	27
4.1. Behçet hastalarının genel özelliklerinin cinsiyete göre dağılımı.	31
4.2. Behçet hastalarının ilaç ve besin desteği kullanımlarının cinsiyete göre dağılımı.	32
4.3. Behçet hastalarının egzersiz ve beslenme alışkanlıklarının cinsiyete göre dağılımı.	33
4.4. Behçet hastalarının antropometrik ölçümlerinin cinsiyete göre dağılımı, ortalama ($\bar{X} \pm S$), medyan, alt-üst değerleri.	35
4.5. Behçet hastalarının hastalık aktivite skalası skor sınıflamasının cinsiyete göre dağılımı.	36
4.6. Behçet hastalarının yaşam kalitesinin hastalık aktivitesi skor sınıflamasına göre dağılımı	37
4.7. Behçet hastalarının hastalık aktivitesi skor sınıflamasına göre 24 saatlik geriye dönük tüketim kayıtlarının analizinden enerji ve bazı besin öğelerinin alım miktarları	40
4.8. Behçet hastalarının hastalık aktivitesi skor sınıflamasına göre son bir ayda tüketilen besinlerin sıklık dağılımı	43
4.9. Behçet hastalarının hastalık aktivitesi toplam skoru ile bazı besin grubu ve besin öğeleri arasındaki korelasyon analizi gösterimi.	52
4.10. Behçet hastalarının Akdeniz diyeti uyum skoru sınıflamasının cinsiyete göre dağılımı.	53
4.11. Behçet hastalarının hastalık aktivite skalası skor sınıflamasının Akdeniz diyeti uyum sınıflamasına dağılımı	54
4.12. Behçet hastalarının hastalık aktivite skalasının Akdeniz diyeti uyumu sınıflamasına göre dağılımı	56
4.13. Behçet hastalarının antropometrik ölçülerinin Akdeniz diyeti uyumu sınıflamasına göre dağılımı	58
4.14. Behçet hastalarının yaşam kalitesinin Akdeniz diyeti uyum sınıflamasına göre dağılımı	59
4.15. Behçet hastalarının total ölçek skorlarının, serum CRP, BKİ, bel çevresi ve bel/kalça oranının cinsiyete göre düzeltilmiş korelasyon analizi	62

1. GİRİŞ

1.1. Kuramsal Yaklaşımlar

Behçet hastalığı (BH), ağızda ve genitalde görülen aft, papülopüstüler ve nodüler cilt lezyonları, artrit, üveit, küçük damar vaskülit, arterit, venöz ve arteriyel tromboz, arteriyel anevrizmalar, merkezi sinir sistemi lezyonları ve gastrointestinal ülserlere neden olabilen çok sistemli değişken damar vaskülit olmasının yanı sıra belli aralıklarla tekrar eden otoinflamatuvar/otoimmün yapıda kronik multisistemik inflamatuvar bir hastalıktır (1, 2). Genellikle BH yirmili veya otuzlu yaşlarda başlar, ancak hastaların demografik özellikleri ve klinik belirtilerin sıklığı ülkeler ve etnik kökenler arasında önemli farklılıklar gösterir. Hastalığın klinik belirtileri ve hastalık seyrinin heterojenliği, yaşam kalitesini büyük ölçüde etkilediği ileri sürülmüştür (3). Hastalığın en belirgin özelliği endotel disfonksiyonunun yanı sıra sistemik ve retinal vaskülitir. Viral, bakteriyel, genetik, immünolojik, hematolojik ve çevresel faktörler ve organik kimyasallara toksik yanıt gibi birçok faktör hastalığın etiyolojisinden sorumlu tutulmaktadır (2).

Reaktif oksijen türevleri (ROS) veya yaygın olarak bilindiği gibi serbest oksijen radikalleri, hem fizyolojik hem de patolojik olaylar sırasında organizmada oluşur ve sistemik antioksidanlarla nötralize edilir. Ayrıca Behçet hastalığı gibi nötrofilik hastalıkların etiyopatogenezinde ROS'lar rol oynar. Kolşisin gibi antioksidan özelliklere sahip ilaçlar bu hastalıkların semptomlarını azaltmaya yardımcı olur. A, C ve E vitaminleri ile β -karoten, organizmanın antioksidan sistemlerinden olup selenyum, glutatyon peroksidazın yapısal bir bileşenidir ve çinko, biyolojik membranların korunmasında ve immünoregülasyonda önemli bir rol oynadığı bildirilmektedir (4). Dejenerasyon oluşturan hastalıkların pronozunda ve oluşum sebeplerinde ROS'lar ve oksidatif stres elzem bir rolü üstlenmektedir. Organları ve hücreleri oksidatif stresten antioksidan savunma sistemi korumaktadır. Dolayısı ile antioksidanlardan zengin besinlerin diyet ile alımı oldukça önemlidir. Bireylerin yeme alışkanlıkları ve yemek tercihleri yani kişinin günlük diyeti ise antioksidanlardan zengin diyet bileşimi antioksidanların alımını doğrudan etkilenmektedir (5).

Diyet, sağlının ana belirleyicilerinden birini temsil eder ve belirli patolojilerin başlangıcıyla m¼cadele edilebilmesi için en iyi seçenektir. Akdeniz diyeti (AD) kanıtlanmış sağlık yararları nedeniyle UNESCO tarafından Somut Olmayan K¼lt¼rel Miras olarak belirlenmiştir (6). Akdeniz diyeti, sebze ve meyvelerden, baklagillerden, yağlı tohumlardan, rafine edilmemiş tahıllardan ve bitkisel kaynaklı besin gruplarından y¼ksek derecede t¼ketilen, sızma zeytin yağının primer yağ kaynağı olduğu, deniz mahs¼llerinin orta ile y¼ksek derecede t¼ketildiđi, yumurta, k¼mes hayvanları, ağırlıklı olarak peynir ve yoğurt olmak ¼zere s¼t ¼r¼nlerinin orta d¼zeyde t¼ketimi, ılımlı d¼zeyde alkol t¼ketimi (kırmızı şarap) ve haftada iki gibi d¼ř¼k bir d¼zeyde kırmızı et t¼ketimi ile tarif edilen diyet modelidir (7, 8). AD, hayvansal kaynaklı anti-inflamatuar ¼zellikteki n-3 açısından zengin olduğu için ve taze sebze ve meyveler, zeytin yağı, karatonoidler, flavonoidler, oleik asit ve E vitamini gibi antioksidan besin grupları ve besin ¼ğelerini y¼ksek oranda içermesi sebebi ile inflammatuar hastalıklar ¼zerindeki olumlu etkileri olduğu d¼ř¼n¼lmektedir (9).

Çok sayıda epidemiyolojik alışma, Akdeniz diyetine uyumun uzun ¼m¼rl¼l¼đ¼ ve yaşam kalitesini etkilediğini, genel olarak sağlık durumunu iyileştirdiğini ve kronik dejeneratif hastalıkların ve yaşlanma ile ilişkili hastalıkların insidansını ve mortalitesini ¼nemli ¼l¼de azalttığını g¼stermiřtir. Sağlam bilimsel kanıtlarla AD, sağlıklı beslenme ve kardiyovask¼ler hastalık, n¼rodejeneratif ve inflammatuar hastalık, metabolik bozukluklar ve kanserin de içinde yer aldığı hastalıkların ¼nlenmesi için optimal bir diyet modeli olarak desteklenmektedir (6).

1.2. Amaç ve Varsayımlar

Bu çalışma, Akdeniz diyetine uyumun ve bağlılığın hem sağlığı koruyucu özelliklerin kalıcılığına yardımcı olması hem de kronik ve inflamatuvar seyirli hastalıklar üzerine olan olumlu etkilerini düşünerek, otoinflamatuvar/otoimmün yapıda kronik multisistemik inflamatuvar bir hastalık olan Behçet hastalığına sahip bireylerde AD'ye uyumun Behçet Sendromu aktivitesi ve yaşam kalitesi ile ilişkisini araştırmak ve bu konu ile ilgili kısıtlı olan literatüre katkı sağlama amacı ile dizayn edilmiş ve yürütülmüştür.

Çalışmadaki ana hipotezler şunlardır:

1. Akdeniz Diyeti Uyum Skoru ile Behçet Sendromu Aktivite Skala puanı ilişkilidir.
2. Akdeniz Diyeti Uyum Skoru ile Yaşam Kalitesi Ölçeği puanı ilişkilidir.
3. Bireylerin serum CRP düzeyleri ile Akdeniz Diyeti Uyum Ölçeği skoru ilişkilidir.
4. Akdeniz diyeti Behçet hastalığı olan bireylerde antropometrik ölçümler ile ilişkilidir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Behçet Hastalığı

2.1.1. Behçet Hastalığının Tanımı ve Tarihçesi

Behçet Sendromu olarak da bilinen Behçet hastalığı (BH), etiyolojisi bilinmeyen nadir bir multigenetik sistemik vaskülitir. Behçet hastalığı oral aftöz ülserler, genital ülserler ve oküler lezyonların tekrarlayan ataklarından oluşan üçlü semptom kompleksi ile karakterizedir. Behçet hastalığının diğer klinik özellikleri dermatolojik, kardiyovasküler, gastrointestinal ve nörolojik belirtileri içermektedir (10).

Behçet hastalığının görülme sıklığı ve prevalansı özgün bir coğrafi dağılımına sahiptir ve Uzak Doğu ve Orta Doğu Asya'da artış gösteren sıklığı nedeniyle bazen İpek Yolu hastalığı olarak da bilinmektedir (11).

Hastalığın ilk tanımı Hipokrat tarafından MÖ 5. yüzyılda antik Yunanistan'da yapıldığı bildirilmiştir. Hipokrat'tan sonra çağdaş zamanlarda ilk tanım, 1931'de Yunan Oftalmolog Benedict Adamantiades tarafından yapılmıştır. Hastalık, altı yıl sonra Adamantiades'ten bağımsız düşünülerek, 1937'de Hulusi Behçet tarafından ikinci kez (12), oral ve genital ülserlerle birlikte hipopyonlu üveit triadıyla tanımlanmıştır. Başlangıçta kısa bir süreliğine Adamantiades–Behçet hastalığı olarak adlandırılrsa da Uluslararası Behçet Hastalığı Derneği'nin önerdiği gibi “Behçet hastalığı” teriminin tercih edildiği bildirilmiştir (10).

2.1.2. Behçet Hastalığının Epidemiyolojisi

Behçet hastalığı, genellikle yirmili veya otuzlu yaşlarda başlar. Hastaların demografik özellikleri ve klinik belirtilerin sıklığı ülkeler ve etnik kökenler arasında önemli farklılıklar göstermektedir (13). Behçet hastalığı, Orta Doğu'da ve Akdeniz'de erkekleri ve kadınları eşit olarak etkiler ancak erkeklerin, özellikle genç erkeklerin (<30 yaş) kadınlardan daha şiddetli hastalık seyrine sahip olma olasılığı çok daha yüksek olduğu bilinmektedir (14). Japonya ve Kore'de ise kadınların, erkeklere kıyasla daha şiddetli hastalık seyrine sahip olduğu bildirilmiştir (10).

Bu hastalık, İpek Yolu boyunca daha sık görülmektedir (15). Bu hastalığın, Doğu Asya'dan Akdeniz havzasına uzanan İpek Yolu ile ilişkilendirilmesi ve İnsan Lökosit Antijeni (HLA)-B5 ve HLA-B*51 alt tipinin dağılımı, kökeni hakkında önemli ipuçları vermektedir. Behçet hastalığı insidansının coğrafi konuma göre değiştiği ve ailesel kalıtım göstermediği bildirilmiştir (16). Yetişkin bireylerdeki BH prevalansı 421/100.000 ile dünyadaki en yüksek prevalansa sahip olan ülke Türkiye olduğu bildirilmiştir. İsrail, Çin, İran ve Kore sırasıyla sonraki yüksek prevalansa sahip ülkelerdir. Daha düşük prevalansa sahip ülkeler ise 0,3-6,4/100.000 arasında değişen oran ile İngiltere, İspanya, İsveç, Portekiz ve Amerika olduğu belirtilmiştir (17).

2.1.3. Behçet Hastalığının Etiyopatogenezi ve Risk Faktörleri

Behçet hastalığının net bir şekilde etiyopatogenezi bilinmemekle birlikte genetik olarak yatkın kişilerde çevresel veya bulaşıcı ajanlar tarafından tetiklenen bir otoimmün süreci izleyebileceği düşünülmektedir (18, 19). Viral, bakteriyel, genetik, immünolojik, hematolojik ve çevresel nedenler ve organik kimyasallara toksik yanıt gibi birçok faktör hastalığın etiyojisinden sorumlu tutulmaktadır. Behçet hastalığının en belirgin özelliğinin endotel disfonksiyonunun yanı sıra sistemik ve retinal vaskülit olduğu bildirilmiştir (20).

Genetik ve Epigenetik Etiyoloji

BH'nin coğrafi dağılımı her zaman hastalığın genetik bir yatkınlığı olduğunu düşündürmektedir. Major Histocompatibility Complex (MHC) lokusunda bulunan HLA-B*51 aleli, birçok popülasyonda, özellikle Doğu Asya'dan Orta Doğu ve Akdeniz havzasına uzanan antik İpek Yolu boyunca, Behçet Hastalığı'nın altında yatan baskın genetik yatkınlık faktörü olarak tanımlanmıştır (21). Bununla birlikte İtalyanlar ve Portekizliler gibi bazı etnik gruplarda BH prevalansı düşük olmasına rağmen HLA-B*51 sıklığının, İpek Yolu bölgelerindekilerle benzer olduğu bildirilmiştir ve bu durum, bilinmeyen çevresel faktörlerin HLA-B*51 alelleri ile etkileşerek BH gelişimine yol açabileceğini düşündürmektedir (22).

Bunlara ek olarak, birkaç HLA olmayan gen de BH ile ilişkilendirilmiştir. İnterlökin-10 (IL10), IL23R-IL12RB2 lokuslarındaki yaygın varyantlar ve sinyal dönüştürücü ve transkripsiyon aktivatörü (STAT)-4, bireyleri BH'ye yatkın hale getirdiği düşünülmektedir (23). Bireylerin BH'ye yatkınlığını artırdığı düşünülen diğer genlerden bazıları ise ERAP1 (antijen sunumunda yer alan endoplazmik retikulum aminopeptidaz 1'i kodlayan), enflamatuar hücre alımı ve aktivasyonunda önemli bir rol oynayan kemokin reseptör ailesini kodlayan CCR1-CCR3 ve Ailesel Akdeniz Ateşi (MEFV) genidir (24). Spesifik olarak, NF- κ B sinyal yolunun güçlü bir inhibitörü olan düzenleyici protein A20'yi kodlayan TNFAIP3 genindeki mutasyonların, BH gelişme riskini arttırdığı gösterilmiştir (25, 26).

Behçet hastalığının patogenezinde yer alabilecek önemli epigenetik faktörlerden biri CD4+T hücrelerinde ve CD14+ monositlerinde hücre iskeletinin yeniden şekillenmesi ve hücre adezyonu ile ilişkili genlerin diferansiyel metilasyonu olarak düşünülmektedir (27). Bir diğer epigenetik faktör olan spesifik miRNA polimorfizmlerinin özellikle, miRNA-155, miRNA-638 ve miRNA-4488'in değiştirilmiş ekspresyonu BH'de etkili olduğu ileri sürülmektedir (28). Ek olarak miRNA-499'daki rs3746444 ve rs28362491 polimorfizmlerinin ve NF- κ B1 promotörünün BH'nin genetik yatkınlığına sebep olduğu söylenmektedir (29).

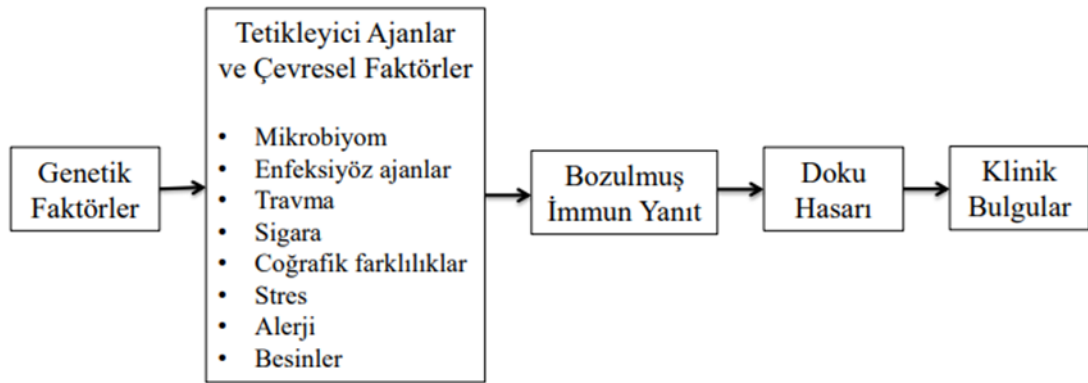
Çevresel Etiyoloji

Cinsiyet, sigara içme durumu, stres, psikolojik faktörler ve birden fazla dış çekiminin dahi BH'yi etkilediği düşünülmektedir (30). Bu faktörlerin yanı sıra, bazı yiyeceklerin BH ile ilişkili oral ülserlerin gelişimi için tetikleyici olduğu tespit edilmiştir. Spesifik olarak, fındık, peynir, narenciye, ananas ve çileğin oral ülser gelişimi için tetikleyiciler olduğu bildirilirken (31); patlıcan, ceviz, kavun ve domates diğer tetikleyiciler olarak yer almaktadır (32). Hastanın bireysel özelliklerine de bağlı olarak hormon seviyeleri hastalık aktivitesi ile ilişkilendirilmiştir. Özellikle menstrüasyon, BH'li kadınlarda cilt ve mukozal lezyonların tetikleyicisi olarak tanımlanırken (33, 34), testosteron seviyesi BH'li erkeklerde nötrofil aktivasyonu ile ilişkilendirilmiştir (35).

Enfeksiyöz ajanların BH gelişiminde tetikleyici faktörler olduğu düşünülmektedir. Streptococcus sanguinis gibi Streptococcus türlerine ait bakterilerden veya Herpes simpleks virüsü (HSV)-1 gibi virüslerden oluşan antijenlerin, ısı şok proteini (HSP) gibi insan proteinleri ile yüksek homolojiye sahip olduğundan ve bunun genetik olarak yatkın bireylerde çapraz reaktif bağışıklık tepkisine yol açtığından şüphelenilmektedir (10). Oral mikrobiyal floranın hastalığın patogenezinde rol oynayabileceği hipotezi ile yapılan çalışmada Behçet hastalarının oral mukozasında daha yüksek seviyelerde çeşitli Streptococcus suşları saptandığı bildirilmiştir (29). Bununla birlikte, BH'nin spesifik etiyolojik ajanının tek bir mikroorganizma olabileceğine dair net bir bilgi yoktur (10).

Enfeksiyöz ajanlarla birlikte, endojen mikrobiyotanın da potansiyel olarak BH patogenezinde yer aldığı öne sürülmüştür (36). Behçet hastalarından alınan dışkı örneklerinde Roseburia, Subdoligranulum, Megamonas, Prevotella ve butirat üreten bakteriler Clostridium türleri ve metanojenler açısından daha az bakteri çeşitliliği saptanırken (37), daha yüksek miktarda Bifidobacterium, Eggerthella, Bilophila türleri ve fırsatçı patojenler tanımlanmıştır (38). Azalan mikrobiyal çeşitlilik, T düzenleyici hücreye (Treg'ler) ve immünopatolojik T-efektör yanıtlarının aktivasyonuna aracılık edebilen bütiratın, azalmış üretimi ile ilişkilendirilmiştir (39). Bağırsak mikrobiyomunun disbiyozu, bağırsak epitel bariyer disfonksiyonunu indüklemesi, Th1 ve Th17 hücrelerinin aktivasyonunu artırması ve düzenleyici T (Treg) hücrelerinin farklılaşmasını baskılaması gibi çeşitli mekanizmalar yoluyla BH patogenezinde katkıda bulunabileceği bildirilmiştir (36).

Enfeksiyöz ajanların ve mikrobiyomun yanı sıra, bir çok tetikleyici faktörün BH'nin etiyopatogenezinde katkıda bulunabileceği ve genetik yatkınlığı olan hastalarda BH gelişiminde çevresel tetikleyici faktörlerin rolü olduğu ileri sürülmüştür (40).



Şekil 2.1. Behçet Hastalığında klinik belirtilerin gelişiminde çevresel faktörlerin olası rolü

İmmünolojik Etiyoloji

Nötrofillerin, BH'nin etyopatogenezinde nötrofilik vaskülit olarak anahtar rol oynadığı bildirilmiştir. Behçet hastalarında perivasküler infiltrasyonda ve doku hasarında hiperaktif nötrofiller tanımlanmıştır (41). Bu granülositler, artmış fagositoz ve süperoksit üretiminin, fibrinojen oksidasyonu ile pıhtı oluşumuna potansiyel olarak katkı sağladığını göstermiştir. Bu nedenle nötrofil aktivasyonunun BH'de fibrinojen oksidasyonunu ve pıhtı oluşumunu teşvik ettiği gösterilmiştir. Bulgulara dayanarak, değiştirilmiş fibrinojen yapısının ve fibrinojen fonksiyonunun, reaktif oksijen türevleri (ROS) üretimi ile ilişkili olduğu söylenmektedir (42). İnflamatuar veya enfeksiyöz koşullar altında nötrofillerin, NETosis adı verilen farklı bir hücre ölüm süreci yoluyla hücre dışı tuzaklar (NETs) üretebileceği ve NET'lerin farelerde ve insanlarda derin ven trombozu gibi patolojik durumlarda ayrıca inme ve miyokard enfarktüsü gibi arteriyel hastalıklarda, trombozun başlamasında ve ilerlemesinde anahtar bir faktör olarak kabul edildiği bildirilmiştir (43, 44). Behçet hastalığındaki NET'lerin rolü, esas olarak vasküler belirtilerin patogenezinde yer almak (45-47) olarak bildirilse de sadece vasküler seviyede değil, aynı zamanda deri, eklem, oküler, bağırsak lokasyonlarında ve nörolojik lokasyonlarda da bulunabileceği düşünüldüğünde, nötrofillerin ve nötrofil türevli ürünlerin de vasküler olmayan BH tutulumunun patogenezinde yer alabileceğini varsayımının mümkün olduğu söylenmektedir (48).

Nötrofillere ek olarak, doğal öldürücü (NK) hücrelerin de BH'de rol oynadığı bildirilmiştir. Doğal öldürücü hücreler, doğuştan gelen bağışıklığın ana bileşenleridir ve yalnızca enfekte hücrelerde sitotoksik bir rol oynamakla kalmaz, aynı zamanda dendritik hücreler ve T lenfositler dahil olmak üzere diğer bağışıklık hücrelerinin işlevini de düzenlemektedir (49). Behçet hastalığının patogenezinde T lenfositlerinin, aktif rol oynadığı bilinmektedir. Behçet hastalığında T lenfositleri, aktive edilmiş bir fenotipe sahiptir ve inflamatuvar sitokinler üretmektedir (50). Dolayısı ile $\gamma\delta$ T hücreleri ve Th1 T hücreleri, sitotoksik T hücreleri, Th17 hücrelerinin ve düzenleyici T hücrelerinin(Treg'ler) de rolü olduğu söylenmektedir (51, 52). İnterlökin-8 (IL-8), T hücreleri tarafından üretilir ve lökositleri aktive ettiği bilinen majör bir kemokindir ve BH'de bağışıklık sistemi aktivasyonu ile endotelial disfonksiyon arasındaki bağlantıyı temsil ettiği belirtilmektedir (53). Behçet hastalarında TNFa, INF γ , IL8 ve IL12 dahil olmak üzere Th1 hücre infiltratları, oral ülserlerde, genital ülserlerde ve gastrointestinal lezyonlarda saptandığı bildirilmiştir (54). İnterlökin (IL)-33, IL-13, IL-12, IL-27, IL-17 ve IL-4 gibi sitokinlerin de, BH patogenezinde rol oynadığı düşünülmektedir (55, 56).

Tüm bunlarla beraber BH'nin etiopatogenezinin daha iyi aydınlatmak için ve bu süreçlerin etkinliğini anlamak için daha geniş kapsamlı ve güvenilir çalışmaların literatüre kazandırılması gerekmektedir.

2.1.4. Behçet Hastalığının Klinik Belirtileri, Tanı Kriterleri ve Komplikasyonları

Mukokutanöz Belirtiler

Tekrarlayan aftöz (oral) ülserler hastaların %95-97'sinde görüldüğü ve genellikle BH'nin ilk hastalık belirtisi olduğu, uzun süreli, rutin izlemde oral ülserlerin BH'de devam eden klinik aktivitenin ana nedeni olduğu bildirilmiştir (57, 58).

Genital ülserler, BH'nin bir başka önemli belirtisi olup BH'nin en spesifik (%95) mukokutanöz bulgusu olduğu ve Behçet hastalarının %50-85'inde görüldüğü saptanmıştır. Genital ülserler genellikle erkeklerde skrotumda, kadınlarda

ise majör ve minör labialarda yerleştiği ve hastaların yaklaşık yarısında yara izi bıraktığı bildirilmiştir (59).

Papülopüstüler lezyonlar yüz, üst göğüs, sırt gibi olağan akne bölgelerinde ve ayrıca bacak ve kollarda görülmektedir. Genellikle sıradan akneden ayırt edilemez olduğu söylenmektedir (60). Eritema nodozum benzeri lezyonlar sıklıkla bacaklarda yerleşen kırmızı, ağrılı, eritemli, ülserleşmeyen nodüllerdir. Kadın cinsiyetinde daha sık görülmekle beraber hastaların yaklaşık %50'sinde görüldüğü saptanmıştır. Yüzeysel tromboflebit sık görülen bir venöz tutulum türüdür. Üst derinin kızarmasıyla birlikte ip benzeri sertleşmeler olan, elle tutulur, ağrılı deri altı nodüller olarak kendini gösterdiği bildirilmiştir (61).

Kas-İskelet Tutulumu

Artrit veya artralji, Behçet hastalarının yaklaşık %50'sinde görüldüğü tespit edilmiştir. Behçet hastalığının kas-iskelet sistemi tutulumu, deforme olmayan, erozif olmayan periferik oligoartrit olduğu, en sık tutulan eklemlerin ise dizler, ayak bilekleri, eller ve bilekleri olduğu saptanmıştır. Genellikle günler veya haftalar içinde düzelen bu tutulumlardan sakroileitin bazı vakalarda BH'nin kas-iskelet tutulumunun bir parçası olabileceği bildirilmektedir (62).

Majör Organ Tutulumu

Oküler tutulum, BH'de morbiditenin ana nedenlerinden biri olarak kabul edilmektedir. Hastaların %50 kadarında görülmektedir. Oküler tutulumun genellikle iki taraflı olduğu ve oküler inflamasyonun ise genellikle panüveit ve retinit olduğu saptanmıştır. Ancak bazı olgularda izole anterior üveit de görüldüğü bildirilmiştir. Hastaların 20 yıllık bir izlemin sonunda, oküler tutulum erkeklerin %87'sinde ve kadınların %71'inde bilateral olarak bulunmuştur (63).

Vasküler tutulum, özellikle genç erkeklerde mortalite ve morbiditenin ana nedenlerinden biri olduğu söylenmektedir (64). Behçet hastalığının vasküler tutulumunda arteriyel ve venöz sistemlerdeki herhangi bir genişlikteki damar tutulabilmektedir (65). Ana damar tutulum tipleri ven trombozları, arteriyel tikanıklıklar ve arteriyel anevrizmalardır. Venöz tutulumun arteriyel tutulumuna göre

%80'e kadar daha yaygın olduğu bildirilmektedir. Damar tutulumu BH'li hastaların %40'a varan kısmında görülmektedir. Alt ekstremitelerde derin ven trombozu damar tutulumunun en sık görülen şekli olduğu belirtilmiştir (66). Venöz tromboz esas olarak alt ekstremitelerde görülmesine rağmen pulmoner arter, inferior ve superior vena kava, kalp boşlukları ve suprahepatik damarlar gibi farklı bölgeleri de etkileyebileceği söylenmektedir. Behçet hastalığındaki mortalitenin %17'ye varan oranının pulmoner emboli veya Budd-Chiari sendromu gibi venöz tutulumla ilişkili olduğu bildirilmektedir (67).

Nörolojik tutulum Behçet hastalarının %5'inde görülmekte olup vasküler nöro-BH ve parankimal nöro-BH olarak iki formu olduğu bildirilmiştir. Parankimal nöro-BH, beyin sapı, diensefalon, bazal ganglionlar ve daha az sıklıkla omurilik ve serebellumda enflamatuvar lezyonlara yol açmaktadır. Genellikle iki taraflı piramidal belirtiler, tek taraflı hemiparezi, davranış değişiklikleri, sfinkter bozuklukları ve baş ağrısı ile kendini göstermektedir. Vasküler nöro-BH, esas olarak baş ağrısı ve papilödem ile karakterize edilen dural sinüs trombozudur. Genellikle alt ekstremitelerde venöz tromboz ile ilişkili ve parankimal nöro-BH'ye kıyasla daha iyi prognoza sahip olduğu bilinmektedir (68, 69).

Gastrointestinal tutulum Japonya ve Kore'de Behçet hastalarının üçte birinde görülürken, Akdeniz ülkelerinde %5'den daha az bir oranla nadir görüldüğü saptanmıştır. Öncelikle terminal ileum ve çekumda olmak üzere mukozal aftöz ülserler, BH'nin intestinal tutulumunun karakteristik belirtileridir. En sık görülen semptomlar kusma, karın ağrısı ve ishal olduğu bildirilmiştir (70).

Diğer Klinik Bulgular

Ateş, BH'de tipik bir belirti olmamakla birlikte majör vasküler, nörolojik tutulum ve artritte görülebileceği bildirilmiştir (71). Erkek hastalarda testis ağrısı ve epididimit görülebileceği ve Türkiye'de yapılan bir çalışmada Behçet hastalığında varikosel insidansının arttığı bildirilmiştir (72). Behçet hastalığında glomerülonefrit ve sekonder amiloidoz, uzun süreli hastalıkta nadiren görülebildiği söylenmektedir (73).

Tanı Kriterleri

Behçet hastalığı için özellikle bakılan laboratuvar bulguları bulunmadığı için teşhis ve tanı klinik bulgular esası ile yapıldığı bildirilmektedir. Hastalığın atağa geçtiği zamanlarda Eritrosit sedimentasyon hızı (ESH) ve C-reaktif protein (CRP) seviyelerinde artma ve faktör B ve C₄, C₃, C₉ gibi plazma komplemanlarında yükselme olabildiği bildirilmiştir (74). İlaç toksisitesine veya organ tutulumuna bağlı ayırıcı tanı ve laboratuvar bulguları değişikliği açısından seroimmünolojik tetkilerin bazılarının gerekliliği uzmanlar tarafından belirtilmektedir (75). C-reaktif protein ve ESH gibi akut döneme ilişkin bakılan reaktanları, aktif ülserler, çeşitli organ tutulumu veya sinir sistemi tutulumuna rağmen referans seviyede kalabildiği söylenmektedir (75).

Tablo 2.1. Behçet hastalığının teşhisi için 1999 Uluslararası Çalışma Grubu (ISG) kriterleri

Tekrarlayan oral ülserler	Hekim veya hasta tarafından görülen ve 12 aylık bir süre içinde en az 3 kez tekrarlayan minör aft, majör aft veya herpetiform ülserler
Artı aşağıdakilerden herhangi 2'si:	
Tekrarlayan genital ülserler	Hekim veya hasta tarafından gözlemlenen aftöz ülserasyon veya skar oluşumu
Göz lezyonları	Ön üveit, arka üveit veya yarıq lamba muayenesinde vitrözdeki hücreler; veya bir göz doktoru tarafından tespit edilen retinal vaskülit
Cilt lezyonları	Hekim veya hasta tarafından gözlenen eritema nodozum, psödofolikülit veya papülopüstüler lezyonlar; veya kortikosteroid almayan ergenlik sonrası bir hastada doktor tarafından gözlemlenen akneiform nodüller
Pozitif paterji testi	Doktor tarafından 24–48 saatte pozitif olarak yorumlanan test

Behçet hastalığında kesin tanı koymak için gerekli histopatolojik ve laboratuvar bulgusu bulunmaması sebebi ile tanı koyulurken klinik bulgulardan faydalanıldığı bildirilmiş ve güncelde 1990 yılında tanımlanan Tablo 2.1.'de de gösterilmiş olan Uluslararası Behçet Hastalığı Çalışma Grubu kriterleridir (76).

Behçet hastalığının sınıflandırma için kullanılan klinik bulgular skoru ise Tablo 2.2.'de gösterilmiştir (77).

Tablo 2.2. Behçet hastalığı için uluslararası kriterler

BH Belirtileri	Skor
Oküler lezyonlar	2
Oral aft	2
Genital aft	2
Cilt lezyonları	1
Nörolojik belirtiler	1
Vasküler belirtiler	1
Pozitif paterji testi *	1

Hastanın total skoru ≥ 4 ise BH olarak sınıflandırılır. * Paterji testi isteğe bağlıdır.

2.1.5. Behçet Hastalığının Tedavisi

Behçet hastalığının tedavisi ile ilgili tüm potansiyel toksik etkiler dikkate alınarak hastalığın ciddiyetine, yaşa, cinsiyete, organ tutulumunun tipine ve şiddetine, hastanın tercihlerine ve ilgili organların doğasına göre tedavinin uyarlanması gerektiği belirtilmektedir (78).

Behçet hastalığında optimal bakım için multidisipliner bir yaklaşım gerekli olduğu bildirilmiştir. Bu hastalığa sahip bireylerde cilt, mukoza ve eklem tutulumunun var olması yaşam kalitesinde bozulmaya neden olabileceği ve hastada tedavi edilmeyen göz, damar, sinir sistemi ve gastrointestinal sistem tutulumu ise ciddi hasara ve hatta ölüme neden olabileceği söylenmektedir. Organ tutulumu olduğunda, fonksiyon kaybını önlemek için inflamasyonun hızla baskılanması gerektiği ve nükslerin önlenmesi için genellikle immünomodülatör ajanların ve immünsüpresanların gerekli olduğu belirtilmektedir (79).

Behçet hastalarına güncel kanıtlarla beraber sürekli değişen ve farklı şekilde etkileyen mekanizmalara sahip tedaviler önerilmiştir. Kortikosteroidlerin, BH'nin klinik belirtilerini tedavi etmek için genellikle bir monoterapi olarak veya

immünoşupresan ilaçlarla kombinasyon halinde kullanıldığı bildirilmiştir (79, 80). Tedavi hastaya özgü bireyselleştirilmesiyle beraber genellikle sadece cilt-mukoza tutulumu ve eklem tutulumu olan hastalar topikal ajanlarla ve kolşisin ile tedavi edilebildiği ve kolşisine rağmen lezyonları devam eden hastalara azatiyoprin, IFNa, talidomid, apremilast veya anti-TNF ajanlar gibi immünoşupresif veya immünomodülatör ajanlar verilebileceği bildirilmiştir. Göz, damar, merkezi sinir sistemi veya gastrointestinal tutulumu olan hastalarda azatiyoprin gibi immünoşupresif ajanların birinci basamak tedavi olarak kullanılabildiği belirtilmiştir. Bazı biyolojik ajanların IFNa veya anti-TNF gibi, immünoşupresyona dirençli hastalarda kullanıldığı ve siklofosfamidin, yaşamı tehdit eden arteriyel anevrizmaların başlangıç tedavisi için genellikle ilk tercih olabileceği bildirilmektedir (79, 81).

Behçet hastalığında inflamasyonun moleküler ve hücrel mediatörlerinin oksidan/antioksidan sistem dengesizliğine neden olduğu düşünülmektedir (82). Bu hastalığın tedavisinde yaygın olarak kullanılan kolşisinin, nötrofil göçünü inhibe ederek anti-enflamatuar etkisi olduğu belirtilmektedir ve fagositleri baskılayarak oksidan üretimini azaltabilen bir ilaç olarak bilinmektedir. Kolşisinin BH'deki terapötik etkilerinin bir bölümü bu antioksidan etkiye atfedilmektedir (83). Yapılan bir çalışmada medikal tedavilere ek olarak antioksidan takviyeleri Behçet hastalarında yaşam kalitesini artırabileceği söylenmekteyken (84), vücudu oksidatif strese karşı korumada antioksidan besin takviyelerinin yanı sıra çeşitli doğal antioksidanlardan zengin besinlerin diyetle tüketilmesinin ve diyet bileşenlerinin diyetle alımının daha fazla sağlık yararının olduğu bildirilmektedir (85-87).

Behçet hastalığının tedavisi özetle semptomları kontrol altına almayı, iyi bir yaşam kalitesini sağlamayı ve hayatı tehdit eden komplikasyonları önlemeyi amaçlamaktadır (74) ve BH'nin primer terapötik yaklaşımı, geri döndürülemez organ hasarını engelleme amacı ile inflamatuvar alevlenmeleri zaman kaybetmeden baskılamaktır (75). Diyet ve yaşam tarzı değişikliklerini içeren destekleyici tedavilerin, bağışıklık sistemi homeostazını geri getirebileceği ve BH'nin kronik ve zayıflatıcı doğası göz önüne alındığında, uygun maliyetli ve sürdürülebilir bir seçenek olabileceği belirtilmektedir (76).

2.2. Akdeniz Diyeti

Akdeniz diyeti (AD) terimini 1960 yılında oluşturan kişinin Ancel Keys olduğu bilinmektedir. Geleneksel AD modelinin kökenleri, Akdeniz'i çevreleyen medeniyetlere dayanmaktadır. Bu sebeple AD, bu medeniyetlerin sosyal davranışları ve yaşam tarzları ile yakından ilişkilendirilmiştir. Tarım ve beslenme uygulamaları, kanıtlanmış sağlık yararları ve çevre dostu bir etkileşime sahip olması nedeniyle UNESCO Akdeniz diyet modelini Somut Olmayan Kültürel Miras listesine dahil etmiştir (84).

Akdeniz diyetinin yalnızca sağlıklı bir beslenme modeli olarak kısıtlı tanımı (85), diyetin önemli çevresel, sosyolojik ve ekonomik faydalarını içeren sürdürülebilir bir beslenme modelini betimleyecek şekilde genişletilmiştir (86, 87). Bu tanım genişletilmesi birincil olarak ekolojik düzen üzerinde baskı oluşturan başlıca nedenler arasında olan gıda tüketimi, üretimi ve dağıtımı ile ilişkilendirerek yapılmıştır (88, 89).

Geleneksel bir diyet modeli olarak AD, bitkisel gıdaların yani tam tahılların, baklagillerin, kabuklu yemişlerin, meyvelerin ve sebzelerin tüketiminin daha fazla önerildiği ve kırmızı et ile işlenmiş et tüketiminin ise daha az önerildiği bir diyet modelidir. Orta düzeyde deniz ürünleri ve balık, hindi eti, tavuk eti gibi beyaz et, yumurta, ve süt ürünleri, ılımlı seviyede alkol, dini inanış ve kültürel olarak kabul edilebilir olduğu durumlarda yemekle birlikte şarap, ve ilave yağın ana kaynağı olarak zeytinyağı tüketimini öneren bir diyet modelidir (85, 88). Artan kanıtlar, AD'nin kardiyovasküler hastalıklar, metabolik sendrom, diabetes mellitus, bazı nörodejeneratif bozukluklar ve kanserler için koruyucu etkisini göstermiştir (7, 89-95). Bu çalışmalarla birlikte, hayvansal diyet kaynakları açısından fakir ve bitkisel diyet kaynakları açısından zengin olan AD gibi diyet modellerinin daha fazla sağlık yararları olduğu ve çevre dostu olarak da kabul edilen özelliklerinin olduğu bildirilmiştir (96-99).

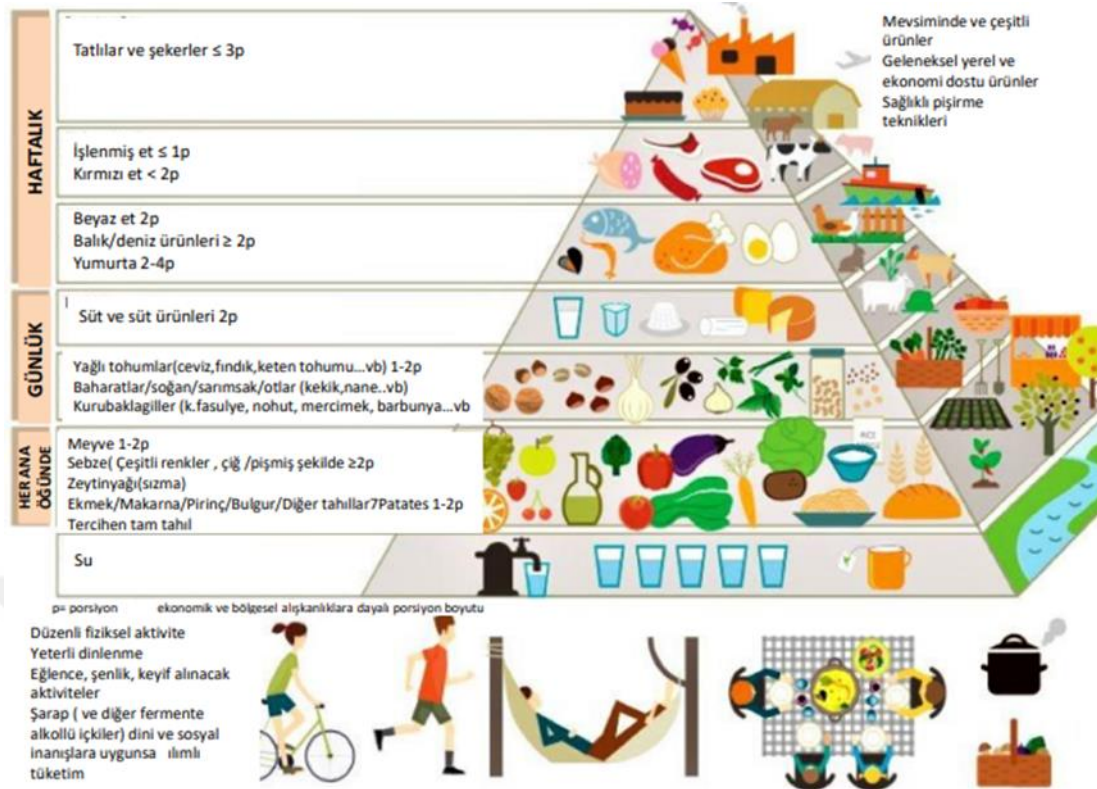
2.2.1. Akdeniz Diyeti Genel Özellikler

Güncel Sürdürülebilir Akdeniz Diyeti Piramidi

Bu piramit, Akdeniz bölgesindeki farklı ülkeler tarafından coğrafi, sosyo-ekonomik ve kültürel değişkene, yemek düzenine, beslenme ihtiyaçlarına göre uyarlanacak sadeleştirilmiş olan bir piramittir. Bu piramitte tavsiye edilenler, sağlıklı olan yetişkinleri (18-65yaş) hedeflemektedir ve yaşlı bireylerin, gebe ve emziren kadınların, gelişme dönemindeki çocukların ve kronik hastalığa sahip olan bireylerin diyetlerini ve spesifik beslenme gereksinimlerini sağlayacak düzende değiştirilmesi gerektiği belirtilmektedir (90).

Daha az tüketim sıklığı ve total tüketime daha az katkı sağlayacak şekilde piramitte konumlandırılan hayvansal protein kaynakları, Şekil 2.2.'de de gösterildiği gibi günlük tüketimden haftalık tüketime kaydırılmış durumdadır. Sürdürülebilir piramidin tepesinde şeker ve hayvansal kaynaklı besin açısından zengin olan ve yalnızca ara sıra tüketilmesi gereken yiyecekler yer almaktadır. Yerli olarak ve mevsiminde üretilen, geleneksel, daha az işlenmiş, taze ve çevre dostu gıda seçmenin önemi vurgulanmaktadır (91).

Günlük tüketilen ana öğünler tahıllar, sebze ve meyveler ve her öğünde olmasa da az miktarda da kuru baklagiller olarak üç besin grubunun kombinasyonu olarak belirlenmiştir. Tercihe göre kısmen veya tam rafine edilmiş tahıllar, öğünde bir-iki porsiyon şeklinde yerel tahıl bazlı ürünlerin seçilmesi yerel ekonomiyi destekleyecek ve üretim zincirinin ekolojik etkisini azaltacağı düşünülmektedir. Sebze tüketimi, ana öğünlerden akşam ve öğle yemeğinin en az birinde pişmemiş olarak günde iki veya daha fazla porsiyon şeklinde olması gerektiği belirtilmektedir. Tercihin her zaman taze, mevsiminde ve minimum işlenmiş sebze ve meyvelerden yana olması gerektiği söylenmektedir (92).



Şekil 2.2. Güncel sürdürülebilir Akdeniz diyeti piramidi.

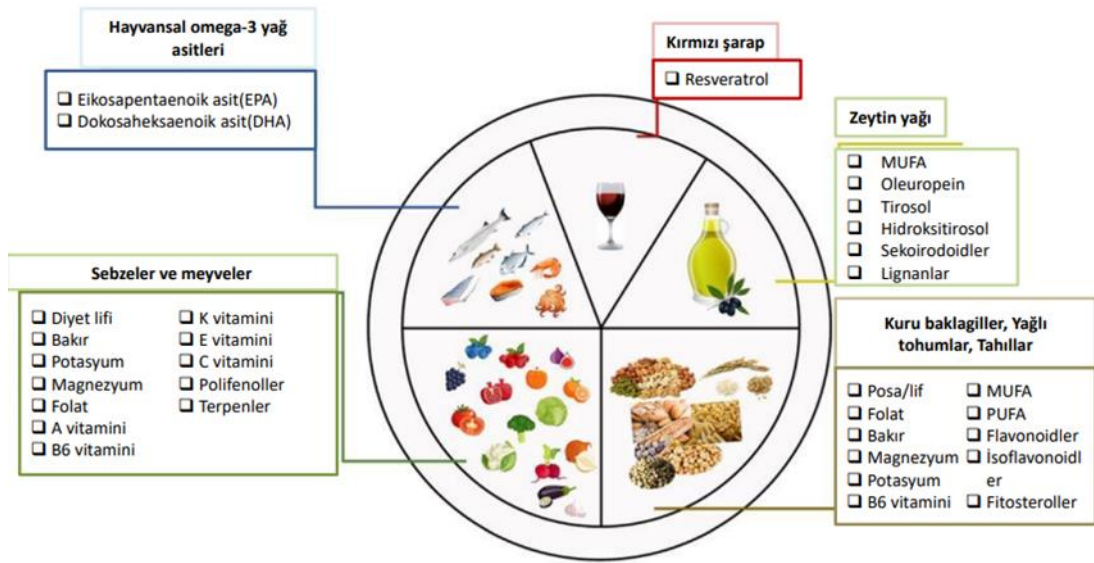
Meyve, tatlı yerine ilk tercih ve öğünde bir-iki porsiyon olarak tüketiminin tavsiye edilmesinin yanı sıra çok çeşitli mikro besin öğeleri ve fitokimyasalların kaynağı olduğu için hem sebze hem de meyvelerin çeşitli renklerinin tüketilmesi ısrarla önerilmektedir. Sebze ve meyveler ne kadar az pişirilirse vitaminini korunması o kadar yüksek ve pişirmek için gerekli olan enerji kullanımı da o kadar az olacağı bildirilmektedir. Ana öğünler için vurgulanan bu kombinasyon, bitkisel gıdalara dayanır ve çok sayıda kronik hastalıkların önlenmesinden ayrıca doğal kaynakların tüketiminin ve sera gazı emisyonlarının azaltılmasından sorumlu tutulmaktadır (93).

Akdeniz diyeti sadece kırmızı et, yüksek yağlı süt ürünleri ve yüksek oranda işlenmiş gıdaları daha az, baklagiller ile yerel olarak yetiştirilen pek çok sebze, meyve, fındık ve bunların çevre dostu ürünlerinin daha fazla tüketimini önerdiği için değil aynı zamanda çevresel, sosyal, kültürel, ekonomik ve beslenme/sağlık düzeylerindeki genel değeri ile insanlığın somut olmayan mirası olarak kabul edilmesi ile ve Birleşmiş Milletler Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri'nin (94) 17

hedefinden en az 11'ine uygunluk sağlaması ile de çevresel değeri olan sürdürülebilir bir diyet modelinin en ideal formu olarak düşünülmektedir (95).

2.2.2. Akdeniz Diyetinin Behçet Hastalığının Semptomları ile Olası İlişkisi

Behçet hastalığında otoinflamatuvar/otoimmün reaksiyonlar, endotel bütünlüğünü bozarak ateroskleroz ile birlikte damar duvarı inflamasyonuna neden olmaktadır. Büyük damarların aterosklerozu, iskemik kalp hastalığı ve inmenin ana nedeni olduğu ayrıca damar hasarı, endotel hasar ve trombositlerin aktivasyonu yoluyla BH'de hiper pıhtılaşma özelliklerini arttığı bildirilmiştir (96). Akdeniz diyeti antiinflamatuvar, antioksidan, endotel fonksiyonu ve pıhtılaşmayı normal seyrine çevirebilen Şekil 2.3.'te de gösterildiği gibi birçok biyoaktif bileşen içermektedir ve Akdeniz diyetinin sağlık yararları bu bileşenlere atfedilmektedir (7).



Şekil 2.3. Akdeniz diyetinin temel bileşenlerinin içerdiği biyoaktif besin öğelerinin şematik gösterimi

Akdeniz diyeti, tekli doymamış yağ asitleri (MUFA), vitaminler, polifenoller, mineraller ve mikro besinler gibi bazı bileşenlerin rol oynadığı etkiler nedeniyle immünomodülatör özellikler ve azaltılmış inflamasyon insidansı ile ilişkilendirilmektedir (97, 98).

Zeytin yağı özellikle sızma zeytin yağı, AD'nin birincil yağ kaynağıdır. Hem MUFA hem de polifenollerden yani oleuropein, tirozol, hidroksitirozol, sekoirodoidler ve lignanlar açısından zengin bir kaynaktır (99). Otuz iki gözlemsel çalışmanın meta-analizinde, zeytinyağı tüketiminin inme riskini azalttığı ve bazı metabolik ve inflamatuvar biyobelirteçleri iyileştirdiği yönünde sonuçlar bulunmaktadır (100-102). Fenolik bileşiklerle zenginleştirilmiş zeytinyağı tüketimi bazlı yapılan çalışmalarda ise oksidatif stres ile ilişkili genleri modüle ettiği ve çeşitli sağlık yararları olduğu bildirilmektedir (103, 104). Sızma zeytinyağı, oksidatif DNA hasarındaki azalma ile ilişkili olan önemli bir antioksidan fenolik bileşik kaynağıdır. Randomize kontrollü bir çalışma, sızma zeytinyağı tüketimi, idrar 8-okso-deoksiguanozinde %13'lük bir azalma ile sonuçlanmıştır (105). Kırmızı şarabın yanı sıra sızma zeytinyağının β -sitosterol ve polifenollerinin sinerjistik etkilerinin, oksitlenmiş LDL'nin oksidatif stres ve prostaglandin E₂ sentezi üzerindeki etkilerini modüle edebileceği bildirilmiştir (106). Postprandiyal lipemi ile ilişkili oksidatif stres, hemostazı daha trombojenik bir duruma kaydıran endotel disfonksiyonuna katkıda bulunduğu bildirilmiştir. Zeytinyağında yüksek fenol konsantrasyonunun bu olayı kısmen tersine çevirerek daha az trombojenik bir durum oluşturduğu bildirilmiştir (107).

Hayvansal omega-3 yağ asitleri, AD'de tüketilen balık ve deniz ürünlerinde yani sardalya, uskumru, midye, ahtapot, somon, kalamar ve ton balığında bulunan en önemli biyoaktif moleküllerdir. Eikosapentaenoik asit (EPA) ve dokosaheksaenoik asit (DHA), kardiyoprotektif etkileriyle tanınan başlıca n-3 yağ asitleridir (108). Randomize kontrollü çalışmaların meta-analizinde, EPA ve DHA takviyesinin, yüksek riskli popülasyonlarda koroner kalp hastalığı (KKH) riskini azalttığı bildirilmiştir (109). Benzer şekilde, yüksek miktarda balık tüketiminin, HDL kolesterol ve trigliserit seviyeleri üzerindeki yararlı etkilerden sorumlu olduğu belirtilmektedir (110). EPA ve DHA, anti-enflamatuvar eikosanoidlerin üretimi için substrattır. IL-1, TNF- α ve IL-6 gibi dolaşımdaki inflamatuvar sitokinleri, n-3 yağ asidi tüketiminin düşürdüğü bildirilmiştir (111).

Akdeniz diyetinde, meyve ve sebze tüketimi vurgusu mevsimlik, tarlada yetiştirilenler üzerinedir. Üzüm, böğürtlen, nar ve incir çokça tüketilen meyvelerdir ve diyet lifi, potasyum, C vitamini, polifenoller, çoğunlukla flavonlar, ve terpen kaynağıdır (112). Başlıca sebzeler taze yeşillikler, domates, patlıcan, lahana, turp, sarımsak, soğan, ıspanak ve maruludur. Bu besinler diyet lifi, folat, magnezyum, bakır, potasyum, K, A, B₆, E, C vitaminleri açısından önemli birer besin kaynağı olmasıyla birlikte fenolik bileşikler özellikle de flavonoidler en önemli biyoaktif molekülleridir (113, 114). Yağlı balık ve sebzelerin birlikte tüketiminin, endotelial homeostaz üzerinde sinerjik olarak etki edebileceği söylenmektedir (115). Fitosterol; kepekli tahıllarda, sebzelerde, meyvelerde ve yağlı tohumlarda bulunur ve bunların tüketimi ile vücuda alınarak barsaklarda kolesterol emilimi yerine geçerek kan kolesterol düzeylerini düşürmede etkili olabileceği bildirilmiştir (116).

Akdeniz diyetinde baklagiller, tahıllar ve yağlı tohumlar düzenli olarak tüketilmektedir. Tahıllar hem pirinç, bulgur ve yulaf ezmesi gibi hem de işlenmiş olarak ekmek, makarna, tahıl gevreği ve krakerler olarak da tüketilmektedir. Akdeniz diyetinin yağlı tohumları arasında genel olarak badem, fındık, ceviz ve antep fıstığı bulunmaktadır. Baklagiller arasında en sık tüketilenleri mercimek, fasulye ve nohuttur. Genel olarak, bu besinler diyet posası, bakır, potasyum, folat, magnezyum ve B₆ vitamini kaynağıdır (113, 117). Yağlı tohumların tüketimi, MUFA'ları ve çoklu doymamış yağ asitlerini (PUFA'lar), özellikle de linoleik asidi, linolenik asidi, fenoller, flavonoidleri, izoflavonoidleri ve fitosterollerini içerdikleri için önemlidir (118). Yağlı tohum tüketimi ile düşük inflamatuvar belirteçler olan IL-6, CRP ve fibrinojen seviyeleri arasında korelasyon olduğu bildirilmiştir (119). Tam tahıllarda ve sızma zeytinyağında bulunan çeşitli bileşenler, proinflamatuvar enzimleri inhibe ederek veya antioksidanlar gibi davranarak enflamasyonu modüle edebildiği ve bu nedenle, ferulik asit, alkilrezorsinoller, apigenin, lignanlar ve fitik asitin bazı antiinflamatuvar özelliklere sahip olduğu belirtilmektedir (120).

Prospektif gözlemsel çalışmaların doz-yanıt meta-analizlerinde, daha yüksek meyve, sebze, bakliyat ve tahıl tüketimi, tüm nedenlere bağlı ölüm, KKH, inme, Tip 2 diyabet, kolorektal kanser, hipertansiyon ve adipozite riskinde azalma ile ilişkilendirilmiştir (110, 117, 121-124).

Kırmızı şarap, AD'de yemeklerle birlikte rutin olarak tüketilmektedir. Resveratrol, kırmızı şarapta en bol bulunan polifenoldür. Bu molekülün çeşitli kronik hastalıklar üzerindeki kabul edilen etkisinin yanı sıra, kanıtlar bazı metabolik sendrom semptomlarının gelişimine karşı korumadaki rolünü desteklemektedir (118, 125). Resveratrol'un çeşitli sinyal yolları aracılığıyla oksidatif strese direnci arttırdığı, oksidatif strese direncin geliştirilebileceği açıklanmıştır (126). Resveratrol, koroner arter endotel hücrelerinde koruyucu etkiler göstermektedir fakat gerekli resveratrol konsantrasyonlarının ancak takviyeler kullanılarak elde edilebileceğini vurgulanmıştır (127). Bu durumun yanı sıra takviye ile yüksek dozda resveratrol alımının çeşitli istenmeyen yan etkileri olduğu da bildirilmiştir (128).

Ayrıca, AD ve bileşenlerinin, stres ve kirlilik dahil olmak üzere bağışıklık yeterliliğinin ana belirleyicilerine karşı koruma ve hafifletme konusunda daha fazla etki sağladığı ve bu diyet modelinin anti-enflamatuar ve antioksidan potansiyelinin, hava kirliliğine maruz kalmanın zararlı etkisiyle başa çıktığı düşünülmektedir (129-131).

Bu kanıtlar çok sayıda hastalığın patofizyolojisinde besinlerin ve gıdaların rolünü gösterse de, AD'nin olumlu etkilerinin mekanizmaları tam olarak anlaşılamamıştır (132). Bir bütün olarak AD modeline odaklanılması gerektiği ve AD gıdalarının ve bileşenlerinin ek veya sinerjistik etkilerinin genel kombinasyonu, sağlık yararları açısından daha fazla etkili olduğu konusunda fikir birliği olduğu düşünülmektedir (133). Ayrıca, gıda üretimi, tüketimi, pişirme teknikleri ve yeme davranışlarının da AD'nin yararlı etkilerini değerlendirmek için kullanılan yenilikçi değişkenler olarak ortaya çıktığı belirtilmektedir (93). Akdeniz diyetinin gıdalar ve besinler arasındaki ortak bağlantılarının ötesine geçmeli ve sağlıklı bir yaşam tarzı olarak nitelendiren diğer yönleri de dikkate alınmalıdır.

2.2.3. Akdeniz Diyetinin Biyoaktif Bileşenlerinin Olumsuz Etkileri

Akdeniz diyetinin ve içerdiği polifenollerin yararlı etkilerinin yanı sıra yan etkileri de bildirilmiştir. Örneğin resveratrol polifenolünün anti-inflamatuvar etkisinin doza bağlı olduğuna dair göstergeler vardır. Hayvan deneylerinde yüksek dozda resveratrol uygulamasının, proinflamatuvar ve sitotoksik etkiler gösterdiği bulunmuştur. Ek olarak, diğer ilaçların farmakokinetiğini etkileyebilen, esas olarak sitokrom P450 indüksiyonuna bağlı olarak farmakokinetik etkileşimler tanımlanmıştır (128). Çayda bulunan epigallocateşin gallat (EGCG), yüksek konsantrasyonlarda uygulandığında yan etkileri ortaya çıkmaktadır. İnsanlarda olduğu kadar hayvan deneylerinde de hepatik transaminazda artışla birlikte hepatotoksik bir etki bildirilmiştir. Bu nednele, yüksek doz EGCG takviyelerinin piyasadan çekilmesine yol açtığı bildirilmiştir (134). Sonuç olarak, polifenollerin olumsuz sağlık etkileri esas olarak doğal diyetle karşılık gelmeyen aşırı suprafizyolojik alım ile tanımlanmıştır. Bu nedenle, sağlıklı ve dengeli bir diyetteki sayısız yararlı etkisi, varsayılan olumsuz etkilerden çok daha ağır basmaktadır.

2.3. Yaşam Kalitesi

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesini, bireyin içinde ait olduğu toplumun değer ve kültür sistemleri içerisinde standartları, amaçları, beklentileri ve kaygıları ile şekillenen yaşamdaki konumunu algılamasıdır olarak tanımlamaktadır ve dolayısı ile Yaşam Kalitesini etkileyen çok sayıda bileşen bulunmaktadır (135). Sağlık, Yaşam Kalitesinin önemli bileşenlerinden biri olmasına rağmen aile durumu, iş, barınma, eğitim düzeyi, yaşam tarzı, psikolojik ve zihinsel sağlık durumu, diğer önemli bileşenleridir. Yaşam kalitesinin, sağlık durumunu belirleme prosedürlerinin önemli bir parçası olduğu bildirilmiştir (136).

Kronik hastalığı olan bireylerde Yaşam Kalitesi önemli bir sonuç değişkeni haline gelmektedir. Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesinin Ölçümü, tedavi belirlenirken ve hastalığın seyrinin değerlendirilmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Behçet hastalarında ise bazı araştırmalar, yaşam kalitesinin hastalıktan olumsuz etkilendiğini göstermiştir (137-142).

2.3.1. Behçet Hastalarında Yaşam Kalitesi

Behçet hastalığında organ hasarının, uzun süreli hastalıkta zamanla birikerek algılanan fiziksel ve zihinsel sağlığın bozulmasına neden olduğu belirtilmiştir (141). Bireylerin hastalık ile ilişkili semptomları yaşam kalitesindeki %14'lük bir kısımdan sorumlu tutulmaktadır. Olumsuz etkileyen bu semptomlar artropati, baş ağrısı ve diğer nörolojik problemler, paterji reaksiyonu, mide semptomları ve cilt lezyonları olarak sıralanmaktadır (142).

Behçet hastalarında görülen oküler lezyonlar, nörolojik belirtiler ve artritin hastaların günlük yaşam aktivitelerini olumsuz etkilediği ve oküler lezyonları veya nörolojik belirtileri olan hastaların daha sıklıkla fiziksel yardıma ihtiyaç duyduğu tespit edilmiştir (143). Yapılan sistematik bir derlemede ise Behçet hastalarında cinsel işlev bozukluğunun sık görüldüğü ve bu durumun hem erkek hem de kadın hastalarda depresyona neden olduğu bildirilmiştir (144).

Depresyon, anksiyete ve fiziksel işlev bozukluğu önemli ölçüde yorgunluk ile ilişkilidir. Yorgunluk yaşam kalitesini etkileyen bir diğer etmendir ve sağlıklı kontroller ve aktif olmayan Behçet hastalarına kıyasla klinik olarak aktif Behçet hastalarında daha yaygın yorgunluk olduğu yapılan çalışmada bulunmuştur (145).

Behçet hastalığı semptomları zamanla kötüleştikçe, hastalar daha şiddetli vücut ağrıları, hareket kısıtlılıkları, çiğneme, yeme, konuşma ve yutma güçlüğü ile karşı karşıya kalmaktadırlar ve bu da hastaların sosyal etkileşimlerini olumsuz etkilemekte ve yaşam kalitelerini düşürmektedir. Ayrıca depresyonun, Behçet hastalarında yaşam kalitesini kötüleştiren bir faktör olarak hareket ettiği kanıtlanmıştır (139).

Düzenli evlilikleri olan, eğitim düzeyleri daha yüksek olan, sağlıklı yaşam tarzı ve günlük egzersiz yapan ve uygun bir iş ortamında çalışan yani ekonomik özgürlüğünü sağlayabilen hastaların Behçet semptomları olmasına rağmen daha iyi yaşam kalitesine sahip olduğu bildirilmiştir. Bununla birlikte, semptomların şiddeti, Behçet hastalığına sahip bireylerin istihdamda yani çalışıyor durumda kalma kabiliyetini olumsuz yönde etkilemekte olduğu da bildirilmektedir. Hastalar için

psikolojik desteğin ve çeşitli birbiriyle ilişkili faktörlerin daha iyi anlaşılmasının hastaların daha iyi yaşam kalitesi sürdürmesine yardımcı olabileceği belirtilmektedir (142).

Akdeniz diyetine uyumun kronik ve inflamatuvar seyirli hastalıklar üzerine olan olumlu etkilerini düşünerek, otoinflamatuvar/otoimmün yapıda kronik multisistemik inflamatuvar bir hastalık olan Behçet Hastalığına sahip bireylerde AD'ye uyumun Behçet Sendromu Aktivite Skalası ve yaşam kalitesi ile ilişkisini araştırmak ve bu konu ile ilgili kısıtlı olan literatüre katkı sağlamak için bu çalışma yapılmıştır.



3. BİREYLER VE YÖNTEM

3.1. Araştırma Örnekleminin Seçimi, Yeri ve Zamanı

Bu araştırmaya gerekli muayeneler ve testler sonucunda Behçet Hastalığı tanısı almış hastalığa bağlı aktif organ tutulumu olmayan, 25-50 yaş arası 34 kadın ve 34 erkek olmak üzere 68 gönüllü Behçet hastası dahil edilmiştir. Örneklem sayısı benzer literatürde yayınlanan ortalama ve standart sapma verileri kullanılıp güç analizi yapılarak %85 güven aralığında hesaplanmıştır. Gerekli muayeneler ve testler sonucunda, ağır organ tutulumu olan bireyler, belirli bir diyet tedavisi uygulayan bireyler, gebe ve emziren kadınlar, vejeteryan ve vegan beslenenler, diyabet, kalp yetmezliği, kanser, kronik böbrek yetmezliği, kronik obstrüktif akciğer hastalığı olanlar çalışma kapsamı dışında tutularak, bireyler çalışmaya dâhil edilmiştir.

Behçet hastalarını sağlık açısından riske atmadan veri toplanmasına olanak sağlaması nedeni ile Covid-19 pandemisi koşullarında bu şekilde önerildiği için (146) çevrimiçi görüntülü/sesli görüşme ile Etik Kurul İzni (EK-1) ile Eylül 2021-Aralık 2022 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırma, katılımcılara Behçet ve Ailevi Akdeniz Ateşi Hastaları Derneği (BEFEMDER) aracılığıyla duyuru metni (EK-2) ile duyurulmuş ve gönüllü bireylere anket zoom...vb bağlantı araçları ile yüz yüze online görüntülü/sesli olarak yapılmıştır. Bireylerden Aydınlatılmış Onam Formu onayı alınmıştır (EK-3).

3.2. Araştırmanın Genel Planı

Çalışma için 21.09.2021 tarihinde GO 21/990 sayılı karar ile Etik Kurul İzni, Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınmıştır (EK-1). Gönüllü Behçet hastalarından çalışmanın detaylarının açıklandığı Aydınlatılmış Onam Formu onayı alınmıştır (EK-3). Gönüllü hastalara sekiz bölümden oluşan anket formu uygulanmıştır. Anketin ilk dört bölümünde katılımcıların genel özellikleri antropometrik ölçümleri, serum C-reaktif protein değeri, Besin Tüketim Sıklığı ve 24 saatlik geriye dönük Besin Tüketim Kaydı bulunmaktadır (EK-4). Ankette diğer 4 bölümde ise Akdeniz Diyeti Uyum Ölçeği (EK-5), Behçet Sendromu Aktivite Skalası (EK-6), Behçet Hastalığı Yaşam Kalitesi

Ölçeği (EK-7) bulunmaktadır. Sekiz bölümden oluşan bu anket bireylere çevrimiçi görüntülü/sesli görüşme yöntemi ile uygulanmıştır.

3.3. Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi

3.3.1. Anket Formu

Anket formu sekiz bölümden oluşmakta olup (Bkz EK-4) detaylı açıklaması aşağıda yapılmıştır.

Birinci bölüm; cinsiyet, yaş, kaç yıldır Behçet hastası olduğu, medeni durum, eğitim, meslek, kullandığı ilaç ve besin destekleri, fiziksel aktivite ve beslenme alışkanlıkları gibi bireylere ait genel bilgiler içermektedir.

İkinci bölümde; bireylerin antropometrik ölçümleri sorgulanmıştır. Antropometrik ölçümlerin nasıl doğru şekilde ölçüleceği bireylere tarif edilmiştir. Hastalar tarifleme sonrası ölçüm yapıp sonuçları iletmislerdir. Çalışma online anket şeklinde yürütüldüğü için antropometrik ölçümler olarak vücut ağırlığı (kg), boy uzunluğu (cm), kalça çevresi(cm) ve bel çevresi (cm) alınmış ve BKİ (kg/m^2) ile bel/kalça oranı hesaplanmıştır.

Üçüncü bölümde; pandemi nedeniyle son 3 ayda bireylerin hastalığına özgü, genel rutinde bakılan C-reaktif protein değeri sorgulanmıştır.

Dördüncü ve beşinci bölümde besin tüketim kaydı ve son 1 ayı sorgulayan besin tüketim sıklığı anketi yer almaktadır.

Altıncı bölümde; Akdeniz diyetine uyumlarını ölçmek için Akdeniz Diyeti Uyum Ölçeği (Bkz. EK-5) kullanılmıştır.

Yedinci bölümde; bireylerin kendi beyanları doğrultusundaki hastalık durumunu belirlemek için Behçet Sendromu Aktivite Skalası (Bkz. EK-6) kullanılmıştır.

Sekizinci bölümde; bireylerin yaşam kalitesini değerlendirmek için Behçet Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği (Bkz. EK-7) kullanılmıştır.

Beden kütle indeksi ve Akdeniz Diyeti Uyum Ölçeği, Behçet Sendromu Aktivite Skalası ve BHYKÖ toplam puana göre ayrı ayrı sınıflandırmalar yapılarak bireyler değerlendirilmiştir.

3.3.2. Antropometrik Ölçümler

İkinci bölümde; bireyler antropometrik ölçülerini kendilerine tarif edildiği şekilde ölçüp iletmişlerdir. Çalışma online anket şeklinde yürütüldüğü için antropometrik ölçümler olarak vücut ağırlığı (kg), boy uzunluğu (cm), kalça çevresi (cm) ve bel çevresi (cm), bireylerin kendi beyanları doğrultusunda alınmış ve BKİ (kg/m^2) hesaplanmıştır. Hastaların BKİ sınıflaması, bel ve kalça çevresi ölçümleri ve bel/kalça oranı sınıflaması Dünya Sağlık Örgütü'nün önerdiği referans değerler baz alınarak değerlendirilmiştir (147).

Tablo 3.1. Bel/kalça oranı ve BKİ sınıflaması

Sınıflandırma	BKİ (kg/m^2)
Zayıf	<18.5
Normal	18.5-24.9
Hafif şişman	25.0-29.9
Obez	>30.0
1. derece obez (Hafif)	30.0-34.9
2. derece obez (Orta)	35.0-39.9
3. derece obez (Morbid Obez)	≥ 40.0
Sınıflandırma	Bel/kalça oranı
Erkek	
Risk	≥ 94
Yüksek Risk	≥ 102
Kadın	
Risk	≥ 80
Yüksek Risk	≥ 88

3.3.3. Biyokimyasal Bulgular

Çalışma pandemi şartlarında çevrimiçi yapıldığı için bireylerin serum C-reaktif protein değerleri son 3 ay içerisindeki kontrolündeki sonuçtur ve her bir birey kendisi iletmiştir. Sonuçların güvenilir bir şekilde temin edilmesi adına resmi

kurumlardan alınan sonuç dosyalarını, hastalar pdf olarak iletmiştir. C-reaktif protein için kabul edilen referans değeri aralığı 0-5 mg/dl olarak belirlenmiştir.

3.3.4. Besin Tüketim Durumlarının Saptanması ve Değerlendirilmesi

Çalışmaya katılan Behçet hastalarının besin tüketim durumunu saptayabilmek için 1 günlük geriye dönük besin tüketim kaydı, son bir aylık besin tüketim sıklığı anketi fotoğraflı ve görüntülü bulgularla bireylere uygulanmıştır. Besin tüketim kaydı ve sıklık anketi analizi için “Standart Yemek Tarifleri” kitabı (148) ve “Yemek ve Besin Fotoğraf Kataloğu: Ölçü ve Miktarları”(149) kaynaklarından faydalanılmıştır. Behçet hastalarının besin ögesi ve enerji alımı analizi için Beslenme Bilgi Sistemi (BeBİS) 8.1 bilgisayar paket programı kullanılmıştır (150).

3.3.5. Akdeniz Diyeti Uyum Skorunun Saptanması ve Değerlendirilmesi

Behçet hastalarının Akdeniz diyeti uyumu için, Martinez-Gonzalez ve arkadaşları tarafından geliştirilen (151) ve Türkiye için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2020 yılında Pehlivanoğlu ve arkadaşları tarafından yapılan (152) ölçek kullanılmıştır. Ölçekte 14 soru bulunmaktadır ve toplam skora göre düşük uyum (≤ 5), orta uyum [6-9], ve yüksek uyum (≥ 10) şeklinde sınıflandırılmaktadır (151). Akdeniz Diyeti Uyum Ölçeği toplam skora göre ayrı ayrı sınıflandırmalar yapılarak bireyler değerlendirilmiştir.

3.3.6. Behçet Sendromu Aktivite Skorunun Saptanması ve Değerlendirilmesi

Behçet hastalarının, hastalık aktivitesini değerlendirmek için Behçet Sendromu Aktivite Skalası kullanılmıştır. Bu skala 2008 yılında Forbess C. ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (153). Skalada toplam 10 soru (toplam puan 0-100 arasında) bulunmaktadır ve hastaların son 4 haftadaki semptomlarını ve ağrı şiddetini/oluşturduğu rahatsızlık sorgulamaktadır. Hasta tarafından skorlanan hastalığa özgü semptomların önce sayısı sonra ağrı şiddeti/oluşturduğu rahatsızlık sorgulanmış ve her sorunun skora sisteme ve hastaların cevaplarına göre puanlanıp değerlendirilmiştir. Bu ölçeğin hastalık aktivite sınıflaması önerildiği üzere [0-10) puan aralığı yakın remisyon/inaktif grup, [10-30) puan aralığı düşük

aktif grup, [30-60) puan aralığı orta aktif grup ve [60-100] puan aralığı şiddetli aktif grup olarak yapılmıştır (154). Türkiye için geçerliliği ve güvenirliliği Yılmaz ve arkadaşları tarafından 2013 yılında yapılmıştır (155).

3.3.7. Yaşam Kalitesi Puanının Saptanması ve Değerlendirilmesi

Behçet hastalarının yaşam kalitesini değerlendirmek için Gilworth ve ark. tarafından 2004 yılında geliştirilen (136) ve Türkiye için geçerliliği ve güvenirliliği 2009 yılında Erdoğan ve Pınar tarafından yapılan (156) Behçet Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği (BYKÖ) kullanılmıştır. Bu ölçekte son 1 ay sorgulanmıştır ve negatif değerlendirmeye sahip bir ölçektir. Toplamda 30 soru bulunmaktadır doğru olarak verilen cevaba 1 puan, yanlış olarak verilen cevaba 0 puan verilerek 0 puanın en iyi yaşam kalitesini, 30 puanın en kötü yaşam kalitesini ifade etmektedir. Puanın artması yaşam kalitesinin düştüğünü göstermektedir (136).

3.3.8. Verilerin İstatistiksel Olarak Değerlendirilmesi

Araştırma sonucunda elde edilen besin tüketim kayıtları ve besin sıklığı anketi Beslenme Bilgi Sistemi (BeBİS) aracılığı ile yapılmıştır. Elde edilen verilerin analizi SPSS24.0 veri analizi programıyla yapılmıştır. Sonuçlar p değeri 0,05 altında ve %95 güven aralığında anlamlı olarak kabul edilecektir. Behçet hastalarının genel bilgileri, antropometrik ölçümlerinin sınıflaması ve yaşam kalitesi gibi kategorik değişkenlere anket sorularını analizi için frekans ve yüzde değerleri kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerin istatistiksel açıdan anlamlılık testi Ki-kare testi ile yapılmıştır. Sayısal değişkenlerin normallik testi Shapiro-Wilk testi ile yapılmıştır. Normal dağılan sayısal veriler için t test ve Anova testi yapılarak standart sapma, ortalama, maksimum ve minimum değerler gibi tanımlayıcı istatistikler verilmiştir. Normal dağılım göstermeyenler için Mann-Whitney U testi ve Kruskal-Wallis testi yapılarak çeyrekler arası dağılım, ortanca değer, minimum ve maksimum değerler verilmiştir. Ölçek skorları arasında ilişki varlığı tespiti için Pearson Korelasyon Katsayısı ile değerlendirme yapılmıştır (157).

4. BULGULAR

4.1. Behçet Hastalarının Genel Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Bu araştırmaya 25-50 yaş arası, BH tanısı alan 34 kadın ve 34 erkek olmak üzere toplam 68 hasta katılmıştır. Bireylerin genel özelliklerinin Tablo 4.1.'de verilmiştir. Kadın Behçet hastalarının yaş ortalaması $38,38 \pm 7,46$ yıl, erkek katılımcıların yaş ortalaması ise $37,38 \pm 7,00$ yıl olarak saptanmıştır ($p > 0,05$). Katılımcıların toplam yaş ortalaması $37,88 \pm 7,20$ yıldır. Yaş ortalamasının cinsiyetler arasındaki farkı anlamlı değildir ($p = 0,57$).

Hastaların eğitim durumu değerlendirildiğinde kadın katılımcıların %35,30'u lise, erkek katılımcıların %44,10'u üniversite mezunu olarak tespit edilmiştir. Cinsiyetler arasındaki bu eğitim seviyeleri farkı anlamlı değildir ($p = 0,26$).

Katılımcıların %92,60'ı çalışmakta iken %7,40'ı işsizdir. Kadın katılımcıların %38,20'si ev hanımı, %5,90'ı işsizdir. Erkek katılımcılarda ise %29,40'ı serbest meslekten, %8,80'i işsiz olarak elde edilmiştir.

Medeni durum açısından değerlendirildiğinde katılımcıların %76,50'si evli/birlikte, %14,70'i bekar olarak saptanmıştır. Medeni durumun cinsiyetler arasındaki farkı istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($p = 0,69$). Kadın katılımcıların hastalık süresinin ortanca değeri 8,50 (11,00) yıl iken erkek katılımcıların 8,50 (13,00) yıldır. Cinsiyetler arasındaki bu fark anlamlı değildir ($p = 0,92$).

Tablo 4.1. Behçet hastalarının genel özelliklerinin cinsiyete göre dağılımı.

Genel özellikler	Kadın (n=34)		Erkek (n=34)		Toplam (n=68)		Test istatistiği p değeri	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Yaş (yıl)	38,38±7,46 [25-50]		37,38±7,00 [25-49]		37,88±7,20 [25-50]		0,57	0,57**
Eğitim durumu								
İlkokul	4	11,80	3	8,80	7	10,30	$\chi^2=5,302^*$	0,26*
Ortaokul	3	8,80	5	14,70	8	11,8		
Lise	12	35,30	11	32,40	23	33,80		
Üniversite	11	32,40	15	44,10	26	38,20		
Lisansüstü	4	11,80	0	0,00	4	5,90		
Meslek								
Ev hanımı	13	38,20	0	0,00	13	19,10	$\chi^2=18,42^*$	0,002*
Memur	9	26,50	8	23,50	17	25,00		
İşçi	2	5,90	4	11,80	6	8,80		
Serbest meslek	4	11,80	10	29,40	14	20,60		
İşsiz	2	5,90	3	8,80	5	7,40		
Diğer	4	11,80	9	26,50	13	19,10		
Medeni durum								
Evli/birlikte	25	73,50	27	73,40	52	76,50	$\chi^2=0,744^*$	0,69*
Bekar	5	14,70	5	14,70	10	14,70		
Boşanmış	4	11,80	2	5,90	6	8,80		
Behçet hastalığı süresi(yıl)	8,50 (11,00) [1-22]		8,50 (13,00) [1-26]		8,50 (12,00) [1-26]		569,5***	0,92***

* χ^2 : Ki-kare testi,Parametrik veri gösterimi: Ortalama $\pm$ standart sapma[minimum-maksimum]**t testi,

Non-parametrik veri gösterimi:Ortanca(çeyrekler arası dağılım aralığı)[minimum-maksimum]***Mann Whitney U testi.

Tablo 4.2. Behçet hastalarının ilaç ve besin desteği kullanımlarının cinsiyete göre dağılımı.

İlaç ve besin desteği kullanımı	Kadın		Erkek		Toplam		Test	p değeri
	(n=34)		(n=34)		(n=68)			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
İlaç kullanımı								
Evet	33	97,10	32	94,10	65	95,60	$\chi^2=0,349^*$	0,56
Hayır	1	2,90	2	5,90	3	4,40		
Kullanılan ilaçlar ^a								
Kolşisin	23	67,60	21	61,70	45	66,20		
İmmunomodülatör	15	44,10	18	52,90	33	48,50		
Kortikosteroid	5	14,70	4	11,80	9	13,20		
Antitrombotik	4	11,80	5	14,70	9	13,20		
PPI	1	2,90	2	5,90	3	4,40		
Antidepresan	1	2,90	3	8,80	4	5,90		
Analjezik/Antipiretik	4	11,80	0	0	4	5,90		
Besin desteği kullanımı								
Evet	10	29,40	5	14,70	15	22,10	$\chi^2=2,138^*$	0,14
Hayır	24	70,60	29	85,30	53	77,90		
Kullanılan besin destekleri ^b								
D vitamini	5	14,70	2	5,90	7	10,30		
B vitamini (B _{mix})	4	11,80	1	2,90	5	7,40		
Mangezyum	0	0,00	4	11,80	4	5,90		
Kalsiyum	0	0,00	4	11,80	4	5,90		
Folat	3	8,80	0	0,00	3	4,40		
Demir	1	2,90	0	0,00	1	1,80		
C vitamini	1	2,90	0	0,00	1	1,80		
Multivitamin-multimineral	1	2,90	0	0,00	1	1,80		
Kuarsetin	1	2,90	0	0,00	1	1,80		

^aBirden fazla ilaç kullanımı durumu vardır. ^bBirden fazla besin desteği kullanımı durumu vardır.
PPI:proton pompası inhibitörü

Tablo 4.2.'de Behçet hastalarının ilaç ve besin desteği kullanımlarının cinsiyete göre dağılımı bulunmaktadır. Kadınların %97,10'u ve erkeklerin %94,10'u ilaç kullanmaktadır. Katılımcıların toplam %4,40'ı ise ilaç kullanmamaktadır. İlaç kullanımı açısından bulunan fark anlamlı değildir (p=0,56).

Kadın katılımcıların %29,40'ı, erkek katılımcıların %14,70'i ve toplamda katılımcıların %14,70'i besin desteği kullanmaktadır. Besin desteği kullanımı farkı anlamlı değildir ($p=0,14$). En fazla kullanılan besin destekleri sırasıyla %10,30 ile D vitamini olarak belirlenmiştir.

4.2. Behçet Hastalarının Egzersiz ve Beslenme Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi

Bireylerin egzersiz ve beslenme alışkanlıklarının cinsiyete göre dağılımı Tablo 4.3.'de verilmiştir. Ana öğün sayısının cinsiyetler arasındaki fark anlamlı olarak saptanmıştır($p=0,02$). Kadınların ana öğün sayısının ortanca değeri 2,00 (1,00) iken; erkeklerin 3,00 (1,00)'tür. Behçet hastalarının toplam ana öğün sayısının ortanca değeri ise 3,00 (1,00) olarak bulunmuştur. Ara öğün sayısının ortanca değeri kadınlarda 2,00 (1,00) iken erkeklerde 2,00 (1,00) olarak tespit edilmiştir.

Alkol kullanımının cinsiyetler arasındaki farkı anlamlı değildir ($p=0,76$). Düzenli spor/egzersiz durumunun cinsiyetler arasındaki farkı istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır($p=0,31$).

Tablo 4.3. Behçet hastalarının egzersiz ve beslenme alışkanlıklarının cinsiyete göre dağılımı.

Egzersiz ve beslenme durumu	Kadın (n=34)		Erkek (n=34)		Toplam (n=68)		Test istatistiği p değeri	
Ana öğün sayısı	2,00 (1,00)		3,00 (1,00)		3,00 (1,00)		420,50***	0,02
	[1-3]		[2-3]		[1-3]			
Ara öğün sayısı	2,00 (1,00)		2,00 (1,00)		2,00 (1,00)		512,50***	0,38
	[0-3]		[0-3]		[0-3]			
Alkol kullanımı	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Evet	6	17,60	7	20,60	13	19,10	$\chi^2=0,095^*$	0,76
Hayır	28	82,40	27	79,40	55	80,90		
Düzenli spor/egzersiz								
Evet	0	0,00	1	2,90	1	1,50	$\chi^2=1,015^*$	0,31
Hayır	34	100,00	33	97,10	67	98,50		

* χ^2 : Ki-kare testi,

Non-parametrik veri gösterimi:Ortanca(çeyrekler arası dağılım aralığı)[minimum-maksimum]***Mann Whitney U testi.

4.3. Behçet Hastalarının Antropometrik Ölçümlerinin Değerlendirilmesi

Behçet hastalarının antropometrik ölçümlerinin cinsiyete göre dağılımı Tablo 4.4.'de verilmiştir. Kadınların vücut ağırlığının ortalama değeri 61,00 (21,25) kg ve erkek katılımcıların 76,00 (21,25) kg olarak saptanmıştır. Boy uzunluğu ortalaması kadınlarda $162,76 \pm 6,00$ cm, erkeklerde $174,85 \pm 6,42$ cm olarak bulunmuştur. BKİ'nin ortalama değeri kadınlarda 23,72 (8,11) kg/m^2 , erkeklerde 24,65(7,08) kg/m^2 olarak bulunmuştur.. Bel çevresi ortalaması kadınlarda $101,62 \pm 10,38$ cm ve erkeklerde $93,35 \pm 10,29$ cm'dir. Bel/kalça oranının ortalama değeri kadınlarda 0,84 (0,11), erkeklerde 0,93 (0,07) olarak bulunmuştur. BKİ sınıflamasının cinsiyetler arasındaki farkı anlamlı bulunmamıştır ($p=0,11$). Bel çevresi ölçümlerinin sınıflamasının da cinsiyetler arasındaki farkı anlamlı değildir ($p=0,08$).

Kadın katılımcıların %41,20'si risk yok, %58,80'i riskli olarak ve erkek katılımcıların %85,30'u risk yok, %14,70'i riskli olarak bel/kalça oranları sınıflanmıştır. Toplam katılımcıların sınıflaması %63,20'si risk yok ve %36,80'i riskli olarak bulunmuştur. Bel/kalça oranının sınıflamasının cinsiyetler arasındaki farkı istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$).

Tablo 4.4. Behçet hastalarının antropometrik ölçümlerinin cinsiyete göre dağılımı, ortalama ($\bar{X} \pm S$), medyan, alt-üst değerleri.

Antropometrik ölçümler	Kadın (n=34)		Erkek (n=34)		Test istatistiği		p değeri
Vücut ağırlığı (kg)	61,00 (21,25) [46-97]		76,00(21,25) [56-99]		298,0****		0,001
Boy uzunluğu (cm)	162,76±6,00 [150-175]		174,85±6,42 [164-194]		-8,02**		<0,001
BKİ (kg/m ²)	23,72 (8,11) [17,3-35,3]		24,65(7,08) [19,6-30,9]		514,0****		0,43
Bel çevresi (cm)	83,44±15,31 [60-115]		93,35±10,29 [72-112]		-3,13**		0,003
Kalça çevresi (cm)	101,62±10,38 [84-122]		99,60±7,48 [80-115]		0,92**		0,36
Bel/kalça oranı	0,84 (0,11) [0,66-0,97]		0,93 (0.07) [0,86-1,05]		126,0****		<0,001
BKİ sınıflaması					ToplamToplam		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Zayıf	10	29,40	5	14,70	15	22,10	$\chi^2=6,056^*$ 0,11
Normal	14	41,20	18	52,90	32	47,10	
Hafif şişman	7	20,60	11	32,40	28	26,50	
1. derece obez	3	8,80	0	0,00	3	4,40	
Bel çevresi sınıflaması							
Risk yok	16	47,10	20	58,80	36	52,90	$\chi^2=4,954^*$ 0,08
Risk	3	8,80	7	20,60	10	14,70	
Yüksek risk	15	44,10	7	20,60	22	32,40	
Bel/kalça sınıflaması							
Risk yok	14	41,20	29	85,30	43	63,20	$\chi^2=14,233^*$ <0,001
Risk	20	58,80	5	14,70	25	36,80	

* χ^2 : Ki-kare testi,

Parametrik veri gösterimi: Ortalama $\pm$ standart sapma[minimum-maksimum]**t testi,

Non-parametrik veri gösterimi:Ortanca(çeyrekler arası dağılım aralığı)[minimum-maksimum]***Mann Whitney U testi.

4.4. Behçet Hastalarının Hastalık Aktivite Skalası Skor Sınıflamasının Cinsiyete Göre Değerlendirilmesi

Behçet hastalarının hastalık aktivite skalası skor sınıflamasının cinsiyete göre dağılımı Tablo 4.5.'de verilmiştir. Katılımcıların %33,80'i kadın ve düşük aktif hastalık aktivitesine, %16,20'si kadın ve orta aktif hastalık aktivitesine, %5,90'ı erkek ve inaktif hastalık aktivitesine, %22,10'u erkek ve düşük aktif hastalık aktivitesine, %19,10'u erkek ve orta aktif hastalık aktivitesine ve %2,9'u erkek ve şiddetli aktif hastalık aktivitesine sahip bireylerden oluşmaktadır. İnaktif hastalık ve şiddetli aktif hastalık grubunun tamamı erkek bireylerden oluşmaktadır. Hastalık aktivitesinin cinsiyetler arasındaki dağılım farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,036$).

Tablo 4.5. Behçet hastalarının hastalık aktivite skalası skor sınıflamasının cinsiyete göre dağılımı.

Behçet hastalığı aktivite skalası	Kadın (n=34)		Erkek (n=34)		Toplam (n=68)		Test istatistiği	p değeri
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Yakın Remisyon/İnaktif [0-10) puan	0	0,00	4	5,90	4	5,90	$\chi^2=8,549$	0,036*
Düşük Aktif [10-30) puan	23	33,80	14	22,10	37	55,90		
Orta Aktif [30-60) puan	11	16,20	14	19,10	25	37,30		
Şiddetli Aktif [60-100] puan	0	0,00	2	2,90	2	2,90		
Toplam	34	50,00	34	50,00	68	100,00		
Total skor	27,12±10,64 [11-52]		30,12±16,29 [1-72]		28,6±13,74 [1-72]		t	-0,899 0,372**

Parametrik veri gösterimi: Ortalama ± standart sapma[minimum-maksimum]**t testi, *Ki-kare testi

4.5. Behçet Hastalarının Yaşam Kalitesinin Hastalık Aktivite Skor Sınıflamasına Göre Değerlendirilmesi

Tablo 4.6. Behçet hastalarının yaşam kalitesinin hastalık aktivitesi skor sınıflamasına göre dağılımı.

Behçet Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği	Yakın Remisyon/ İnaktif+Düşük Aktif (n=41)				Orta Aktif+Şiddetli Aktif (n=27)				p değeri
	Doğru		Yanlış		Doğru		Yanlış		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
1.Hayatım hastanelere gidip gelmekle geçiyor.	24	58,50	17	41,50	16	59,30	11	40,70	0,953*
2.Hiçbir şey ilgimi çekmiyor.	8	19,50	33	80,50	11	40,70	16	59,30	0,056*
3.Evden çıkmak ve insanlarla görüşmek için çok fazla çaba harcamam/sarf etmem gerekiyor.	7	17,10	34	82,90	12	44,40	15	55,60	0,014*
4.Yürürken ağrım oluyor.	22	53,70	19	46,30	18	66,70	9	33,30	0,286*
5.Bir şeyler yapmak uzun zamanımı alıyor.	11	26,80	30	73,20	17	63,00	10	37,00	0,003*
6.Uzun süre ayakta kalamıyorum.	29	70,70	12	29,30	23	85,20	4	14,80	0,169*
7.Sağlık durumum hayatımı sekteye uğrattıyor.	24	58,50	17	41,50	20	74,10	7	25,90	0,190*
8.Yataktan kalkarken zorlanıyorum	19	46,30	22	53,70	16	59,30	11	40,70	0,297*
9.Görünüştümden dolayı kendimi kötü hissediyorum	6	14,60	35	85,40	5	18,50	22	81,50	0,670*
10.Konuşurken zorlanıyorum.	8	19,50	33	80,50	5	18,50	22	81,50	0,919*
11.Kendimi başkalarına bağımlı hissediyorum.	6	14,60	35	85,40	6	22,20	21	77,80	0,422*
12.Kendimi olduğumdan daha yaşlı hissediyorum.	19	46,30	22	53,70	14	51,90	13	48,10	0,656*
13.Hastalığım nedeniyle her yere gidemiyorum.	13	31,70	28	68,30	13	48,10	14	51,90	0,172*
14.Yakınlarıma bakımını üstlenmekte zorlanıyrum	8	19,50	33	80,50	6	22,20	21	81,50	0,787*
15.Yarın nasıl olacağımı kestiremiyorum	30	73,20	11	26,80	24	88,90	3	11,10	0,117*

*Ki-kare testi.

Tablo 4.6. Behçet hastalarının yaşam kalitesinin hastalık aktivitesi skor sınıflamasına göre dağılımı (Devamı)

Behçet Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği	Yakın Remisyon/ İnaktif+Düşük Aktif (n=41)				Orta Aktif+Şiddetli Aktif (n=27)				p değeri
	Doğru		Yanlış		Doğru		Yanlış		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
16.Sağlık durumum hayatımı aşırı şekilde etkiliyor.	23	56,10	18	43,90	15	55,60	12	44,40	0,965*
17.Sık sık hüsrana uğruyorum. Sık sık hayal kırıklığına bağlı üzüntü yaşıyorum.	14	34,10	27	65,90	12	44,40	13	55,60	0,393*
18.Kendimi evimde bir mahkum gibi hissediyorum.	3	7,30	38	92,70	4	14,80	23	85,20	0,319*
19.Sağlık durumum hayatımda önemli kararlar almamı etkiliyor	26	63,40	15	36,60	18	66,70	9	33,30	0,784*
20.Vücutuma dokunulması hastalığım nedeniyle beni rahatsız ediyor.	9	22,00	32	88,00	6	22,20	21	77,80	0,979*
21.Doğru düzgün konuşamıyorum	5	12,20	36	87,80	4	14,80	23	85,20	0,755*
22.Hastalığım nedeniyle kişisel ilişkilerimde zorlanıyorum.	7	17,10	34	82,90	7	25,90	20	74,10	0,377*
23.Kendimi işe yaramaz hissediyorum.	5	12,20	36	87,80	5	18,50	22	81,50	0,471*
24.Başkalarının sırtına yük olmak beni endişelendiriyor/rahatsız ediyor.	23	56,10	18	43,90	15	55,60	12	44,40	0,965*
25.Hastalığım yakınlarımı güç durumda bırakıyor.	12	29,30	29	70,70	8	29,60	19	70,40	0,974*
26.Sağlık sorunlarımın üstesinden gelemeyeceğimi hissediyorum.	9	22,00	32	78,00	11	40,70	16	59,30	0,096*
27.İnsanlarla irtibatımı kaybettim.	5	12,20	36	87,80	6	22,20	21	77,80	0,272*
28.Başkalarına verdiğim rahatsızlık beni üzüyor.	16	39,00	25	61,00	8	29,60	19	70,40	0,428*
29.Bu gün her şey canımı sıkıyor/neşemi kaçırıyor.	10	24,40	31	75,60	7	25,90	20	74,10	0,886*
30.Kendimi yalnız hissediyorum.	15	36,60	26	63,40	6	22,20	21	77,80	0,210*
Total skor	10,12±5,52 [2,24]				12,52±5,96 [4-28]				0,094**

Parametrik veri gösterimi: Ortalama ± standart sapma[minimum-maksimum]**t testi, *Ki-kare testi

Behçet hastalarının yaşam kalitesinin hastalık aktivitesi skor sınıflamasına göre dağılımı Tablo 4.6'da gösterilmiştir ve bu tablo incelendiğinde Yaşam kalitesi ölçeğinin “ *Evden çıkmak ve insanlarla görüşmek için çok fazla çaba harcamam/sarf etmem gerekiyor*” sorusuna verilen cevapların dağılımının hastalık aktivitesi grupları arasındaki farkı anlamlı olarak tespit edilmiştir ($p=0,014$). Aynı şekilde ölçeğin “ *Bir şeyler yapmak uzun zamanımı alıyor.*” sorusuna verilen cevapların dağılımının hastalık aktivitesi grupları arasındaki farkı anlamlı olarak tespit edilmiştir ($p=0,003$). BSAS sınıflamasına göre yakın remisyon/inaktif+düşük aktif sınıflamasında olan hastaların yaşam kalitesi total skor ortalaması $10,12 \pm 5,52$ puan, orta aktif+şiddetli aktif hastalık sınıflamasında olan hastaların yaşam kalitesi total skor ortalaması $12,52 \pm 5,96$ puan olarak tespit edilmiştir ve gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı olarak bulunmamıştır ($p=0,094$).

4.6. Behçet Hastalarının Hastalık Aktivitesi Skor Sınıflamasına Göre Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi

Behçet hastalarının hastalık aktivitesi skor sınıflamasına göre bireylerin 24 sa'lık besin tüketim kaydı analizinden elde edilen enerji ve besin ögesi alım durumunun değerlendirilmesi Tablo 4.7.'de gösterilmiştir. Bireylerin hastalık aktivite skor sınıflamasının dengeli örneklem dağılımı göstermediği için iki grup şeklinde birleştirilmiştir ve 4 grup halindeki hastalık skorlamasına göre değerlendirilmesi ekler bölümünde (Bkz. EK-8) detaylı olarak verilmiştir. Bireylerin hastalık aktivite skor sınıflamasına göre günlük enerji alımının ortanca değeri yakın remisyon/inaktif+düşük aktif hastalık aktivitesine sahip olan grup için 1676,16 (851,44) kkal, orta aktif+şiddetli aktif hastalık aktivitesine sahip olanlar için 2010,01 (1090,19) kkal olarak bulunmuştur ve gruplar arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p=0,078$). Bireylerin hastalık aktivitesi skor sınıflamasına göre günlük diyetle protein alım miktarının ortancası yakın remisyon/inaktif+düşük aktif hastalık aktivitesine sahip grup için 50,77 (32,94) gram orta aktif+şiddetli aktif hastalık aktivitesine sahip grup için 78,62 (32,61) gram olarak bulunmuştur. Diyetle günlük protein alım miktarlarının ortanca değerinin hastalık aktivitesi grupları arasındaki farkı anlamlı olarak bulunmuştur ($p=0,010$).

Tablo 4.7. Behçet hastalarının hastalık aktivitesi skor sınıflamasına göre 24 saatlik geriye dönük tüketim kayıtlarının analizinden enerji ve bazı besin öğelerinin alım miktarları

Enerji ve besin öğeleri	Yakın Remisyon/İnaktif+Düşük Aktif (n=41)	Orta Aktif+Şiddetli Aktif (n=27)	p
Enerji (kcal)	1676,16 (851,44)	2010,01 (1090,19)	0,078***
Karbonhidrat (g)	166,09 (117,62)	224,49 (197,55)	0,203***
Yağ (g)	77,18 (41,09)	92,67 (28,05)	0,066***
Protein (g)	50,77 (32,94)	78,62 (32,61)	0,010***
Posa (g)	16,66 (13,54)	21,63 (14,80)	0,965***
Çözünebilen posa (g)	11,48 (7,71)	13,54 (8,95)	0,980***
Çözünemeyen posa (g)	5,41 (4,32)	6,39 (4,45)	0,831***
SFA (g)	19,99 (13,88)	27,89 (9,12)	0,021***
MUFA (g)	32,32±14,92	32,45±10,95	0,970**
PUFA (g)	18,43 (16,94)	22,49 (24,57)	0,070***
Oleik asit (g)	30,33±14,39	29,34±9,91	0,755**
Kolesterol (mg)	270,60 (271,63)	333,40 (242,15)	0,042***
n-3 yağ asidi (g)	1,15 (0,82)	1,27 (0,79)	0,168***
n-6 yağ asidi (g)	17,11 (17,78)	20,85 (17,88)	0,102***
EPA (g)	0,17 (0,11)	0,19 (0,19)	0,283***
DHA (g)	0,06 (0,10)	0,08 (0,13)	0,044***
A vitamini (µg)	715,05 (717,45)	751,63 (497,46)	0,985***
E vit (mg)	23,00 (19,09)	22,40 (20,97)	0,278***
Retinol (µg)	302,98±176,56	378,15±173,18	0,088**
Karoten (mg)	1,84 (3,86)	1,30 (1,58)	0,408***

Parametrik veri gösterimi: Ortalama ± standart sapma**t test

Non-parametrik veri gösterimi: Ortanca(çeyrekler arası dağılım aralığı)***Mann Whitney U Testi

Tablo 4.7. Behçet hastalarının hastalık aktivitesi skor sınıflamasına göre 24 saatlik geriye dönük tüketim kayıtlarının analizinden enerji ve bazı besin öğelerinin alım miktarları (Devamı)

Besin öğeleri	Yakın Remisyon/İnaktif+Düşük Aktif (n=41)	Orta Aktif+Şiddetli Aktif (n=27)	p
C vit (mg)	77,59 (84,58)	79,21 (123,55)	0,866***
B ₁ (mg)	0,69 (0,50)	0,90 (0,85)	0,119***
B ₂ (mg)	1,28 (0,84)	1,47 (0,70)	0,527***
B ₁₂ (µg)	2,98 (2,86)	5,28 (5,42)	0,021***
Niasin (mg)	7,72 (6,25)	14,16 (10,48)	0,004***
Folik asit (µg)	293,00 (221,48)	304,93 (173,77)	0,925***
Sodyum (mg) ^y	1999,20 (2151,71)	2134,19 (1506,10)	0,519***
Potasyum (mg)	2155,81 (874,97)	2107,32 (1625,86)	0,702***
Kalsiyum (mg)	781,53 (517,99)	692,40 (394,65)	0,445***
Magnezyum (mg)	225,20 (144,58)	270,50 (202,58)	0,325***
Selenyum (mg)	0,00 (0,00)	0,00 (0,00)	0,549***
Demir (mg)	9,02 (6,59)	13,16 (5,69)	0,075***
Çinko (mg)	7,45 (7,17)	10,62 (5,37)	0,018***
Bakır (mg)	1,39 (1,01)	1,65 (0,75)	0,160***

Parametrik veri gösterimi: Ortalama ± standart sapma**t test

Non-parametrik veri gösterimi: Ortanca(çeyrekler arası dağılım aralığı)***Mann Whitney U Testi.

Hastalık aktivitesi gruplarının günlük diyetle SFA alım miktarının ortanca değeri karşılaştırıldığında yakın remisyon/inaktif+düşük aktif hastalık aktivitesine sahip olan grup için 19,99 (13,88) gram, orta aktif+şiddetli aktif hastalık aktivitesine sahip olan grup için 27,89 (9,12) gram olarak bulunmuştur. Diyetle günlük olarak SFA alım miktarlarının ortanca değerinin hastalık aktivitesi grupları arasındaki farkı anlamlı olarak belirlenmiştir ($p=0,021$).

Bireylerin hastalık aktivitesi skor sınıflamasına göre günlük diyetle kolesterol alım miktarının ortancası yakın remisyon/inaktif+düşük aktif hastalık aktivitesine sahip grup için 270,60 (271,63) gram orta aktif+şiddetli aktif hastalık aktivitesine sahip grup için 333,40 (242,15) gram olarak bulunmuştur. Diyetle günlük kolesterol alım miktarlarının ortanca değerinin hastalık aktivitesi grupları arasındaki farkı anlamlı olarak bulunmuştur ($p=0,042$).

Günlük diyetle B₁₂, niasin ve çinko alım miktarları hastalık aktivitesi grupları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı olarak bulunmuştur (sırası ile $p=0,021$; $p=0,004$; $p=0,018$;).

Behçet hastalarının hastalık aktivitesi skor sınıflamasına göre son bir ayda tüketilen besinlerin sıklık dağılımı Tablo 4.8.'de verilmiştir. Hastalık aktivitesine göre sıklık dağılımı değerlendirildiğinde yoğurt+probiyotik yoğurt tüketiminin sıklık dağılımının gruplarlar arasındaki farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,027$). Aynı şekilde miktar açısından değerlendirildiğinde yoğurt+probiyotik yoğurt tüketim miktarının inaktif+düşük aktif hastalık aktivitesine sahip grup için 157,10 (114,65) gram/gün, orta aktif+şiddetli aktif hastalık aktivitesine sahip grup için 100,00 (107,00) gram/gün olarak tespit edilmiştir ve hastalık aktivitesi grupları arasındaki fark anlamlı olarak bulunmuştur ($p=0,008$).

Kırmızı et tüketim miktarının inaktif+düşük aktif hastalık aktivitesine sahip grup için 25,50 (30,85) gram/gün, orta aktif+şiddetli aktif hastalık aktivitesine sahip grup için 43,00 (49,20) gram/gün olarak tespit edilmiştir ve hastalık aktivitesi grupları arasındaki fark anlamlı olarak bulunmuştur ($p=0,028$).

Tablo 4.8. Behçet hastalarının hastalık aktivitesi skor sınıflamasına göre son bir ayda tüketilen besinlerin sıklık dağılımı

BESİNLER		Yakın Remisyon/ İnaktif+Düşük Aktif (n=41)		Orta Aktif+Şiddetli Aktif (n=27)		p değeri
Süt ve Süt Ürünleri		Sayı	%	Sayı	%	
Süt	Miktar (gram/gün)	0,00 (17,00)		0,00 (43,00)		0,612***
	Hayır	23	62,20	14	37,80	0,757*
	Her Öğün	0	0,00	0	0,00	
	Her Gün	2	66,70	1	33,30	
	Haftada 1-2	6	60,00	4	40,00	
	Haftada 3-4	1	33,30	2	66,70	
	Haftada 5-6	0	0,00	0	0,00	
	Ayda 2-3	3	42,90	4	57,10	
	Ayda 1 ve daha az	6	75,00	2	25,00	
Yoğurt+prob. yoğ	Miktar (gram/gün)	157,10 (114,65)		100,00 (107,00)		0,008***
	Hayır	0	0,00	1	100,00	0,024*
	Her Öğün	0	0,00	0	0,00	
	Her Gün	18	72,00	7	28,00	
	Haftada 1-2	8	42,10	11	57,90	
	Haftada 3-4	7	50,00	7	50,00	
	Haftada 5-6	8	100,00	0	0,00	
	Ayda 2-3	0	0,00	1	100,00	
	Ayda 1 ve daha az	0	0,00	0	0,00	
Beyaz Peynir	Miktar (gram/gün)	30,00 (15,00)		30,00 (53,55)		0,556***
	Hayır	2	33,30	4	66,70	0,343*
	Her Öğün	0	0,00	0	0,00	
	Her Gün	26	66,70	13	33,30	
	Haftada 1-2	8	57,10	6	42,90	
	Haftada 3-4	3	50,00	3	50,00	
	Haftada 5-6	2	100,00	0	0,00	
	Ayda 2-3	0	0,00	1	100,00	
	Ayda 1 ve daha az	0	0,00	0	0,00	
Kaşar Peynir	Miktar (gram/gün)	6,45 (15,00)		6,45 (23,57)		0,731***
	Hayır	12	60,00	8	40,00	0,583*
	Her Öğün	0	0,00	0	0,00	
	Her Gün	4	50,00	4	50,00	
	Haftada 1-2	13	68,40	6	31,60	
	Haftada 3-4	6	66,70	3	33,30	
	Haftada 5-6	0	0,00	2	100,00	
	Ayda 2-3	3	50,00	3	50,00	
	Ayda 1 ve daha az	3	75,00	1	25,00	

* χ^2 : Ki-kare testi,

Non-parametrik veri gösterimi: Ortanca(çeyrekler arası dağılım aralığı)***Mann Whitney U Testi

Tablo 4.8. Behçet hastalarının hastalık aktivitesi skor sınıflamasına göre son bir ayda tüketilen besinlerin sıklık dağılımı (Devamı)

BESİNLER		Yakın Remisyon/ İnaktif+Düşük Aktif (n=41)		Orta Aktif+Şiddetli Aktif (n=27)		p değeri
Süt ve Süt Ürünleri		Sayı	%	Sayı	%	
Ayrar	Miktar (gram/gün)	43,00 (76,00)		43,00 (130,50)		0,310***
	Hayır	7	70,00	3	30,00	0,214*
	Her Öğün	0	0,00	0	0,00	
	Her Gün	2	25,00	6	75,00	
	Haftada 1-2	21	75,00	7	25,00	
	Haftada 3-4	7	53,80	6	46,20	
	Haftada 5-6	1	50,00	1	50,00	
	Ayda 2-3	2	40,00	3	60,00	
	Ayda 1 ve daha az	1	50,00	1	50,00	
Et ve Et Ürünleri						
Kırmızı Et	Miktar (gram/gün)	25,50 (30,85)		43,00 (49,20)		0,028***
	Hayır	2	50,00	2	50,00	0,313*
	Her Öğün	0	0,00	0	0,00	
	Her Gün	1	33,30	2	66,70	
	Haftada 1-2	19	70,40	8	29,60	
	Haftada 3-4	10	45,50	12	54,50	
	Haftada 5-6	2	100,00	0	0,00	
	Ayda 2-3	5	83,30	1	16,70	
	Ayda 1 ve daha az	2	50,00	2	50,00	
Tavuk	Miktar (gram/gün)	19,35 (41,08)		25,80 (30,65)		0,164***
	Hayır	4	66,70	2	33,30	0,971*
	Her Öğün	0	0,00	0	0,00	
	Her Gün	2	66,70	1	33,30	
	Haftada 1-2	15	55,60	12	44,40	
	Haftada 3-4	11	57,90	8	42,10	
	Haftada 5-6	1	50,00	1	50,00	
	Ayda 2-3	6	75,00	2	25,00	
	Ayda 1 ve daha az	2	66,70	1	33,30	
Hindi	Miktar (gram/gün)	0,00 (0,00)		0,00 (0,00)		0,710***
	Hayır	36	61,00	23	39,00	0,663*
	Her Öğün	0	0,00	0	0,00	
	Her Gün	0	0,00	0	0,00	
	Haftada 1-2	3	60,00	2	40,00	
	Haftada 3-4	0	0,00	0	0,00	
	Haftada 5-6	0	0,00	0	0,00	
	Ayda 2-3	1	100,00	0	0,00	
	Ayda 1 ve daha az	1	33,30	2	66,70	

* χ^2 : Ki-kare testi,

Non-parametrik veri gösterimi: Ortanca(çeyrekler arası dağılım aralığı)***Mann Whitney U Testi.

Tablo 4.8. Behçet hastalarının hastalık aktivitesi skor sınıflamasına göre son bir ayda tüketilen besinlerin sıklık dağılımı (Devamı)

BESİNLER		Yakın Remisyon/ İnaktif+Düşük Aktif (n=41)		Orta Aktif+Şiddetli Aktif (n=27)		p değeri
Et ve Et Ürünleri		Sayı	%	Sayı	%	
Balık	Miktar (gram/gün)	0,00 (21,35)		2,00 (13,30)		0,460***
	Hayır	26	68,40	12	31,60	0,068*
	Her Öğün	0	0,00	0	0,00	
	Her Gün	0	0,00	0	0,00	
	Haftada 1-2	6	66,70	3	33,30	
	Haftada 3-4	3	100,00	0	0,00	
	Haftada 5-6	0	0,00	0	0,00	
	Ayda 2-3	3	30,00	7	70,00	
	Ayda 1 ve daha az	3	37,50	5	62,50	
Deniz Ürünleri	Miktar (gram/gün)	0,00 (0,00)		0,00 (0,00)		0,154***
	Hayır	39	62,90	23	37,10	0,335*
	Her Öğün	0	0,00	0	0,00	
	Her Gün	0	0,00	0	0,00	
	Haftada 1-2	0	0,00	1	100,00	
	Haftada 3-4	0	0,00	0	0,00	
	Haftada 5-6	0	0,00	0	0,00	
	Ayda 2-3	0	0,00	1	100,00	
	Ayda 1 ve daha az	2	50,00	2	50,00	
Sucuk, Salam, Sosis	Miktar (gram/gün)	1,10 (6,45)		3,44 (15,05)		0,338***
	Hayır	15	57,70	11	42,30	0,423*
	Her Öğün	0	0,00	0	0,00	
	Her Gün	0	0,00	2	100,00	
	Haftada 1-2	10	62,50	6	37,50	
	Haftada 3-4	4	50,00	4	50,00	
	Haftada 5-6	0	0,00	0	0,00	
	Ayda 2-3	6	75,00	2	25,00	
	Ayda 1 ve daha az	6	75,00	2	25,00	
Sakatatlar	Miktar (gram/gün)	0,00 (4,95)		0,00 (3,30)		0,661**
	Hayır	28	62,20	17	37,80	0,880*
	Her Öğün	0	0,00	0	0,00	
	Her Gün	0	0,00	0	0,00	
	Haftada 1-2	1	100,00	0	0,00	
	Haftada 3-4	1	50,00	1	50,00	
	Haftada 5-6	0	0,00	0	0,00	
	Ayda 2-3	4	50,00	4	50,00	
	Ayda 1 ve daha az	7	58,30	5	41,70	

* χ^2 : Ki-kare testi,

Non-parametrik veri gösterimi: Ortanca(çeyrekler arası dağılım aralığı)***Mann Whitney U Testi

Tablo 4.8. Behçet hastalarının hastalık aktivitesi skor sınıflamasına göre son bir ayda tüketilen besinlerin sıklık dağılımı (Devamı)

BESİNLER		Yakın Remisyon/ İnaktif+Düşük Aktif (n=41)		Orta Aktif+Şiddetli Aktif (n=27)		p değeri
Et ve Et Ürünleri		Sayı	%	Sayı	%	
Fast Food	Miktar (gram/gün)	0,00 (3,47)		0,00 (9,35)		0,122***
	Hayır	30	66,70	15	33,30	0,516*
	Her Öğün	0	0,00	0	0,00	
	Her Gün	0	0,00	0	0,00	
	Haftada 1-2	4	50,00	4	50,00	
	Haftada 3-4	0	0,00	1	100,00	
	Haftada 5-6	0	0,00	0	0,00	
	Ayda 2-3	4	50,00	4	50,00	
	Ayda 1 ve daha az	3	50,00	3	50,00	
Yumurta,Kurubaklagil,YağlıTohumlar						
Yumurta	Miktar (gram/gün)	55,00 (47,10)		30,00 (47,10)		0,995***
	Hayır	1	50,00	1	50,00	0,407*
	Her Öğün	0	0,00	0	0,00	
	Her Gün	20	66,70	10	33,30	
	Haftada 1-2	12	66,70	6	33,30	
	Haftada 3-4	6	46,20	7	53,80	
	Haftada 5-6	0	0,00	2	100,00	
	Ayda 2-3	2	66,70	1	33,30	
	Ayda 1 ve daha az	0	0,00	0	0,00	
Ceviz, Fındık, Fıstık, Badem	Miktar (gram/gün)	10,00 (28,21)		7,53 (13,45)		0,064***
	Hayır	7	58,30	5	41,70	0,243*
	Her Öğün	0	0,00	0	0,00	
	Her Gün	9	81,80	2	18,20	
	Haftada 1-2	14	56,00	11	44,00	
	Haftada 3-4	8	66,70	4	33,30	
	Haftada 5-6	1	100,00	0	0,00	
	Ayda 2-3	2	50,00	2	50,00	
	Ayda 1 ve daha az	0	0,00	3	100,00	
Ay/Kabak Çekirdeği	Miktar (gram/gün)	1,20 (7,44)		1,70 (6,45)		0,913***
	Hayır	15	57,70	11	42,30	0,618*
	Her Öğün	0	0,00	0	0,00	
	Her Gün	3	50,00	3	50,00	
	Haftada 1-2	8	50,00	8	50,00	
	Haftada 3-4	3	60,00	2	40,00	
	Haftada 5-6	0	0,00	0	0,00	
	Ayda 2-3	3	75,00	1	25,00	
	Ayda 1 ve daha az	9	81,80	2	18,20	

* χ^2 : Ki-kare testi,

Non-parametrik veri gösterimi: Ortanca(çeyrekler arası dağılım aralığı)***Mann Whitney U Testi.

Tablo 4.8. Behçet hastalarının hastalık aktivitesi skor sınıflamasına göre son bir ayda tüketilen besinlerin sıklık dağılımı (Devamı)

BESİNLER		Yakın Remisyon/ İnaktif+Düşük Aktif (n=41)		Orta Aktif+Şiddetli Aktif (n=27)		p değeri
Yumurta,Kurubaklagil,YağlıTohumlar		Sayı	%	Sayı	%	
Kurubaklagiller	Miktar (gram/gün)	12,90 (20,70)		12,90 (24,90)		0,882***
	Hayır	3	42,90	4	57,10	0,841*
	Her Öğün	0	0,00	0	0,00	
	Her Gün	0	0,00	0	0,00	
	Haftada 1-2	22	61,10	14	38,90	
	Haftada 3-4	7	58,30	5	41,70	
	Haftada 5-6	1	100,00	0	0,00	
	Ayda 2-3	7	70,00	3	30,00	
	Ayda 1 ve daha az	1	50,00	1	50,00	
Ekmek ve Tahıllar						
Ekmek, beyaz	Miktar (gram/gün)	100,00 (226,75)		100,00 (250,00)		0,605***
	Hayır	5	41,70	7	58,30	0,405*
	Her Öğün	3	75,00	1	25,00	
	Her Gün	26	59,10	18	40,90	
	Haftada 1-2	3	100,00	0	0,00	
	Haftada 3-4	2	100,00	0	0,00	
	Haftada 5-6	0	0,00	0	0,00	
	Ayda 2-3	1	50,00	1	50,00	
	Ayda 1 ve daha az	1	100,00	0	0,00	
Ekmek, tambuğday	Miktar (gram/gün)	0,00 (40,00)		0,00 (43,00)		0,862***
	Hayır	23	59,00	16	41,00	0,709*
	Her Öğün	1	50,00	1	50,00	
	Her Gün	8	61,50	5	38,50	
	Haftada 1-2	3	50,00	3	50,00	
	Haftada 3-4	1	100,00	0	0,00	
	Haftada 5-6	1	100,00	0	0,00	
	Ayda 2-3	3	100,00	0	0,00	
	Ayda 1 ve daha az	1	33,30	2	66,70	
Ekmek, yulaf-çavdar	Miktar (gram/gün)	0,00 (0,00)		0,00 (0,00)		0,168***
	Hayır	38	63,30	22	36,70	0,260*
	Her Öğün	0	0,00	0	0,00	
	Her Gün	1	50,00	1	50,00	
	Haftada 1-2	0	0,00	2	100,00	
	Haftada 3-4	0	0,00	1	100,00	
	Haftada 5-6	1	100,00	0	0,0	
	Ayda 2-3	1	100,00	0	0,00	
	Ayda 1 ve daha az	0	0,00	1	100,00	

* χ^2 : Ki-kare testi,

Non-parametrik veri gösterimi: Ortanca(çeyrekler arası dağılım aralığı)***Mann Whitney U Testi.

Tablo 4.8. Behçet hastalarının hastalık aktivitesi skor sınıflamasına göre son bir ayda tüketilen besinlerin sıklık dağılımı (Devamı)

BESİNLER		Yakın Remisyon/ İnaktif+Düşük Aktif (n=41)		Orta Aktif+Şiddetli Aktif (n=27)		p değeri
Ekmek ve Tahıllar		Sayı	%	Sayı	%	
Ekmek, kepekli	Miktar (gram/gün)	0,00 (0,00)		0,00 (0,00)		0,489***
	Hayır	36	62,10	22	37,90	0,570*
	Her Öğün	0	0,00	0	0,00	
	Her Gün	0	0,00	1	100,00	
	Haftada 1-2	3	60,00	2	40,00	
	Haftada 3-4	1	100,00	0	0,00	
	Haftada 5-6	0	0,00	0	0,00	
	Ayda 2-3	1	50,00	1	50,00	
	Ayda 1 ve daha az	0	0,00	1	100,00	
Ekmek, mısır	Miktar (gram/gün)	0,00 (0,00)		0,00 (0,00)		0,217***
	Hayır	36	58,10	26	41,90	0,541*
	Her Öğün	0	0,00	0	0,00	
	Her Gün	0	0,00	0	0,00	
	Haftada 1-2	1	100,00	0	0,00	
	Haftada 3-4	0	0,00	0	0,00	
	Haftada 5-6	0	0,00	0	0,00	
	Ayda 2-3	2	100,00	0	0,00	
	Ayda 1 ve daha az	2	66,70	1	33,30	
Bazlama	Miktar (gram/gün)	0,00 (7,43)		0,00 (11,55)		0,880***
	Hayır	30	61,20	19	38,80	0,746*
	Her Öğün	0	0,00	0	0,00	
	Her Gün	0	0,00	1	100,00	
	Haftada 1-2	2	66,70	1	33,30	
	Haftada 3-4	1	100,00	0	0,00	
	Haftada 5-6	0	0,00	0	0,00	
	Ayda 2-3	4	66,70	2	33,30	
	Ayda 1 ve daha az	4	50,00	4	50,00	
Makarna, erişte	Miktar (gram/gün)	10,75 (6,50)		10,75 (23,00)		0,259***
	Hayır	5	50,00	5	50,00	0,182*
	Her Öğün	0	0,00	0	0,00	
	Her Gün	0	0,00	0	0,00	
	Haftada 1-2	19	59,40	13	40,60	
	Haftada 3-4	5	41,70	7	58,30	
	Haftada 5-6	0	0,00	0	0,00	
	Ayda 2-3	9	90,00	1	10,00	
	Ayda 1 ve daha az	3	75,00	1	25,00	

* χ^2 : Ki-kare testi,

Non-parametrik veri gösterimi: Ortanca(çeyrekler arası dağılım aralığı)***Mann Whitney U Test.

Tablo 4.8. Behçet hastalarının hastalık aktivitesi skor sınıflamasına göre son bir ayda tüketilen besinlerin sıklık dağılımı (Devamı)

BESİNLER		Yakın Remisyon/ İnaktif+Düşük Aktif (n=41)		Orta Aktif+Şiddetli Aktif (n=27)		p değeri
Ekmek ve Tahıllar		Sayı	%	Sayı	%	
Pirinç	Miktar (gram/gün)	10,75 (17,54)		10,75 (18,55)		0,626***
	Hayır	3	50,00	3	50,00	0,308*
	Her Öğün	0	0,00	0	0,00	
	Her Gün	0	0,00	1	100,00	
	Haftada 1-2	19	63,30	11	36,70	
	Haftada 3-4	7	43,80	9	56,30	
	Haftada 5-6	4	100,00	0	0,00	
	Ayda 2-3	6	75,00	2	25,00	
	Ayda 1 ve daha az	2	66,70	1	33,30	
Bulgur	Miktar (gram/gün)	10,75 (20,75)		10,75 (25,00)		0,792***
	Hayır	3	30,00	7	70,00	0,060*
	Her Öğün	0	0,00	0	0,00	
	Her Gün	0	0,00	0	0,00	
	Haftada 1-2	16	61,50	10	38,50	
	Haftada 3-4	10	52,60	9	47,40	
	Haftada 5-6	2	100,00	0	0,00	
	Ayda 2-3	7	100,00	0	0,00	
	Ayda 1 ve daha az	3	75,00	1	25,00	
Sebze Yemekleri	Miktar (gram/gün)	43,00 (77,75)		37,50 (42,75)		0,260***
	Hayır	3	60,00	2	40,00	0,472*
	Her Öğün	1	100,00	0	0,00	
	Her Gün	2	50,00	2	50,00	
	Haftada 1-2	18	60,00	12	40,00	
	Haftada 3-4	12	60,00	8	40,00	
	Haftada 5-6	4	100,00	0	0,00	
	Ayda 2-3	1	50,00	1	50,00	
	Ayda 1 ve daha az	0	0,00	2	100,00	
Salatalar	Miktar (gram/gün)	20,00 (20,00)		20,00 (31,40)		0,189***
	Hayır	0	0,00	1	100,00	0,550*
	Her Öğün	0	0,00	0	0,00	
	Her Gün	16	59,30	11	40,70	
	Haftada 1-2	9	56,30	7	43,80	
	Haftada 3-4	14	70,00	6	30,00	
	Haftada 5-6	1	100,00	0	0,00	
	Ayda 2-3	1	33,30	2	66,70	
	Ayda 1 ve daha az	0	0,00	0	0,00	

* χ^2 : Ki-kare testi,

Non-parametrik veri gösterimi: Ortanca(çeyrekler arası dağılım aralığı)***Mann Whitney U Testi.

Tablo 4.8. Behçet hastalarının hastalık aktivitesi skor sınıflamasına göre son bir ayda tüketilen besinlerin sıklık dağılımı (Devamı)

BESİNLER		Yakın Remisyon/ İnaktif+Düşük Aktif (n=41)		Orta Aktif+Şiddetli Aktif (n=27)		p değeri
Sebze ve Meyveler		Sayı	%	Sayı	%	
Meyveler	Miktar (gram/gün)	150,00 (155,25)		100,00 (176,62)		0,291***
	Hayır	1	25,00	3	75,00	0,521*
	Her Öğün	0	0,00	0	0,00	
	Her Gün	17	58,60	12	41,40	
	Haftada 1-2	7	63,60	4	36,40	
	Haftada 3-4	11	61,10	7	38,90	
	Haftada 5-6	2	66,70	1	33,30	
	Ayda 2-3	3	100,00	0	0,00	
	Ayda 1 ve daha az	0	0,00	0	0,00	
Yağlar						
	Miktar (gram/gün)	24,00 (21,20)		16,00 (14,00)		0,092***
	Hayır	4	80,00	1	20,00	0,509*
	Her Öğün	0	0,00	0	0,00	
	Her Gün	28	62,20	17	37,80	
	Haftada 1-2	5	62,50	3	37,50	
	Haftada 3-4	4	50,00	4	50,00	
	Haftada 5-6	0	0,00	0	0,00	
	Ayda 2-3	0	0,00	1	100,00	
	Ayda 1 ve daha az	0	0,00	1	100,00	
Zeytin						
	Miktar (gram/gün)	30,00 (36,78)		10,00 (25,00)		0,110***
	Hayır	10	58,80	7	41,20	0,575*
	Her Öğün	1	100,00	0	0,00	
	Her Gün	27	62,80	16	37,20	
	Haftada 1-2	2	40,00	3	60,00	
	Haftada 3-4	1	100,00	0	0,00	
	Haftada 5-6	0	0,00	0	0,00	
	Ayda 2-3	0	0,00	1	100,00	
	Ayda 1 ve daha az	0	0,00	0	0,00	
Zeytin yağı						
	Miktar (gram/gün)	-		-		-
	Hayır	41	60,30	27	39,70	-
	Her Öğün	0	0,00	0	0,00	
	Her Gün	0	0,00	0	0,00	
	Haftada 1-2	0	0,00	0	0,00	
	Haftada 3-4	0	0,00	0	0,00	
	Haftada 5-6	0	0,00	0	0,00	
	Ayda 2-3	0	0,00	0	0,00	
	Ayda 1 ve daha az	0	0,00	0	0,00	
Fındık yağı						
	Miktar (gram/gün)	-		-		-
	Hayır	41	60,30	27	39,70	-
	Her Öğün	0	0,00	0	0,00	
	Her Gün	0	0,00	0	0,00	
	Haftada 1-2	0	0,00	0	0,00	
	Haftada 3-4	0	0,00	0	0,00	
	Haftada 5-6	0	0,00	0	0,00	
	Ayda 2-3	0	0,00	0	0,00	
	Ayda 1 ve daha az	0	0,00	0	0,00	

* χ^2 : Ki-kare testi,

Non-parametrik veri gösterimi: Ortanca(çeyrekler arası dağılım aralığı)***Mann Whitney U Test

Tablo 4.8. Behçet hastalarının hastalık aktivitesi skor sınıflamasına göre son bir ayda tüketilen besinlerin sıklık dağılımı (Devamı)

BESİNLER		Yakın Remisyon/ İnaktif+Düşük Aktif (n=41)		Orta Aktif+Şiddetli Aktif (n=27)		p değeri
Yağlar		Sayı	%	Sayı	%	
Ayçiçek yağı	Miktar (gram/gün)	30,00 (36,95)		40,00 (25,00)		0,160***
	Hayır	5	62,50	3	37,50	0,648*
	Her Öğün	0	0,00	0	0,00	
	Her Gün	29	56,90	22	43,10	
	Haftada 1-2	4	80,00	1	20,00	
	Haftada 3-4	2	100,00	0	0,00	
	Haftada 5-6	0	0,00	0	0,00	
	Ayda 2-3	1	50,00	1	50,00	
	Ayda 1 ve daha az	0	0,00	0	0,00	
Mısırözü yağı	Miktar (gram/gün)	0,00 (0,00)		0,00 (0,00)		0,792***
	Hayır	39	60,00	26	40,00	0,242*
	Her Öğün	0	0,00	0	0,00	
	Her Gün	2	100,00	0	0,00	
	Haftada 1-2	0	0,00	0	0,00	
	Haftada 3-4	0	0,00	0	0,00	
	Haftada 5-6	0	0,00	0	0,00	
	Ayda 2-3	0	0,00	1	100,00	
	Ayda 1 ve daha az	0	0,00	0	0,00	
Margarin	Miktar (gram/gün)	0,00 (0,85)		0,00 (3,23)		0,298***
	Hayır	29	63,00	17	37,00	0,195*
	Her Öğün	0	0,00	0	0,00	
	Her Gün	0	0,00	1	100,00	
	Haftada 1-2	2	25,00	6	75,00	
	Haftada 3-4	3	75,00	1	25,00	
	Haftada 5-6	0	0,00	0	0,00	
	Ayda 2-3	3	75,00	1	25,00	
	Ayda 1 ve daha az	4	80,00	1	20,00	
Tereyağı	Miktar (gram/gün)	5,00 (8,96)		4,30 (9,67)		0,747***
	Hayır	8	57,10	6	42,90	0,809*
	Her Öğün	0	0,00	0	0,00	
	Her Gün	9	75,00	3	25,00	
	Haftada 1-2	13	61,90	8	38,10	
	Haftada 3-4	7	53,80	6	46,20	
	Haftada 5-6	3	60,00	2	40,00	
	Ayda 2-3	0	0,00	1	100,00	
	Ayda 1 ve daha az	1	50,00	1	50,00	

* χ^2 : Ki-kare testi,

Non-parametrik veri gösterimi: Ortanca(çeyrekler arası dağılım aralığı)***Mann Whitney U Testi

Behçet hastalarının bazı besin grubu ve besin öğeleri ile hastalık aktivite toplam skoru arasındaki ilişki Tablo 4.9.'da verilmiştir. DHA alımı ile hastalık aktivite skoru arasındaki ilişki zayıf, pozitif yönlüdür ($p=0,028$). Herhangi bir besin grubu veya besin öğesi ile DHA dışında Behçet hastalığı toplam aktivite skoru ilişki tespit edilememiştir ($p>0,05$).

Tablo 4.9. Behçet hastalarının hastalık aktivitesi toplam skoru ile bazı besin grubu ve besin öğeleri arasındaki korelasyon analizi gösterimi.

Besin Grupları	r_s	p
Et ve et ürünleri (g/gün)	0,204	0,095
Deniz ürünleri (g/gün)	0,094	0,446
Kurubaklagiller (g/gün)	-0,17	0,893
Yağlı Tohumlar (g/gün)	-0,168	0,507
Meyve (g/gün)	-0,098	0,427
Sebze (g/gün)	-0,116	0,345
Zeytinyağı (g/gün)	-0,163	0,183
Tereyağ (g/gün)	-0,172	0,162
Reçel,şeker,bal,..vb (g/gün)	-0,197	0,107
Besin Öğeleri		
Enerji (kkal/gün)	0,129	0,295
Karbonhidrat(g/gün)	0,089	0,469
Protein (g/gün)	0,188	0,124
Yağ (g/gün)	0,138	0,260
Kolesterol(g/gün)	0,227	0,062
EPA (g/gün)	0,114	0,365
DHA (g/gün)	0,266	0,028*
Avitamini (μ g/gün)	0,039	0,750
Evitamini (mg/gün)	0,040	0,745
Karoten (mg/gün)	-0,016	0,894
Retinol (μ g/gün)	0,194	0,113
C vitamini (mg/gün)	0,048	0,700
Selenyum (mg/gün)	0,062	0,613
Çinko (mg/gün)	0,178	0,147

r_s =Spearman sıra korelasyon katsayısı EPA: Eikozapentaenoik Asit, DHA: Dokozahegzaenoik Asit.

4.7. Behçet Hastalarının Akdeniz Diyetine Uyumlarının Cinsiyete Göre Değerlendirilmesi

Behçet hastalarının Akdeniz diyeti uyum skorlarının sınıflamasının cinsiyete göre dağılımı Tablo 4.10.'da verilmiştir. Kadınlarda ve erkeklerde sırası ile %35,3'ünün ve %61,8'inin Akdeniz diyeti uyum skoru ≤ 5 puandır ve AD'ye düşük uyum göstermişlerdir. Kadınların %64,7'sinin ve erkeklerin %38,2'sinin AD uyum skoru [6-9] puandır ve orta uyum sağladığı bulunmuştur. Toplamda ise AD uyum skoru ≤ 5 puan olup AD'ye düşük uyum gösterenler bireylerin %45,2'sini, [6-9] puan orta uyum gösterenler bireylerin %54,8'ini oluşturmaktadır. Akdeniz diyetine yüksek uyum gösteren yani AD uyum skoru ≥ 10 puan olan birey bulunmamaktadır. Akdeniz diyeti uyum skoru sınıflamasının dağılımının cinsiyetler arasındaki farkı anlamlı olarak tespit edilmiştir ($p=0,029$). Akdeniz diyeti uyumunun toplam skor ortalamasının cinsiyetler arasındaki farkı anlamlı değildir ($p=0,089$).

Tablo 4.10. Behçet hastalarının Akdeniz diyeti uyum skoru sınıflamasının cinsiyete göre dağılımı.

Akdeniz diyeti uyum skoru	Kadın (n=34)		Erkek (n=34)		Toplam (n=68)		Test istatistiği	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Düşük uyum (≤ 5) puan	12	35,30	21	61,80	33	45,20	$\chi^2=4,769^*$	0,029
Orta uyum [6-9] puan	22	64,70	13	38,20	35	54,80		
Yüksek uyum (≥ 10) puan	0	0	0	0	0	0		
Total skor	6,00 $\pm$ 1,71 [2-9]		5,18 $\pm$ 2,19 [2-9]		5,59 $\pm$ 1,99 [2-9]		1,728**	0,089

Parametrik veri gösterimi: Ortalama $\pm$ standart sapma[minimum-maksimum]**t testi, *Ki-kare testi

4.8. Behçet Hastalarının Hastalık Aktivite Skalası Skor Sınıflamasının Akdeniz Diyeti Uyum Sınıflamasına Göre Değerlendirilmesi

Behçet Hastalığı Aktivite Skalası Skor sınıflamasının Akdeniz diyeti uyum sınıflamasına göre dağılımı Tablo 4.11’de gösterilmektedir.

Yakın remisyon/inaktif hastalık aktivitesine sahip olan grup, tüm bireylerin %5,90’ını oluşturmaktadır. Yakın remisyon/inaktif hastalık aktivitesi grubunun tamamı ise AD’ye orta uyum sağlamaktadırlar. Düşük aktif hastalık aktivitesine sahip olan grupta ise AD’ye düşük uyum gösterenler, katılımcıların %14,70’ni ve orta uyum gösterenler ise %41,20’sini oluşturmaktadır. Orta aktif hastalık aktivitesine sahip olan grubun AD’ye düşük uyum gösterenler, katılımcıların %30,9’unu ve orta uyum gösterenler ise %4,4’ünü oluşturmaktadır. Şiddetli aktif hastalık aktivitesine sahip grubun tamamı AD’ye düşük uyum sağlamaktadır. BSAS sınıflamasının, AD uyum skoru sınıflaması dağılımı istatistiksel açıdan anlamlı olarak tespit edilmiştir ($p<0,001$).

Tablo 4.11. Behçet hastalarının hastalık aktivite skalası skor sınıflamasının Akdeniz diyeti uyum sınıflamasına dağılımı.

	Akdeniz diyeti düşük uyum (n=33)		Akdeniz diyeti orta uyum (n=35)		Toplam (n=68)		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Yakın Remisyon/İnaktif [0-10) puan	0	0,00	4	5,90	4	5,90	$\chi^2=30,164 <0,001^*$
Düşük Aktif [10-30) puan	9	14,70	28	41,20	37	55,90	
Orta Aktif [30-60) puan	22	30,90	3	4,40	25	35,30	
Şiddetli Aktif [60-100] puan	2	2,90	0	0,00	2	2,90	
Toplam	33	48,50	35	51,50	68	100,00	
Total Aktivite Skor	37,11±13,54 [14,5-72]		20,61±7,36 [1-33]		28,62±13,74 [1-72]		t 6,165 <0,001**

Parametrik veri gösterimi: Ortalama ± standart sapma[minimum-maksimum]**t testi, *Ki-kare testi Akdeniz diyeti düşük uyum ≤5 puanı, orta uyum [6-9] puan aralığını temsil eder.

4.9. Behçet Hastalarının Hastalık Aktivite Skalasının ve Antropometrik Ölçülerinin Akdeniz Diyeti Uyum Sınıflamasına Göre Değerlendirilmesi

Behçet hastalarının hastalık aktivite skalasının Akdeniz diyeti uyum durumu açısından dağılımı Tablo 4.12.'de gösterilmiştir. Akdeniz diyeti düşük uyum ≤ 5 puanı, orta uyum [6-9] puan aralığını temsil eder. Deri lezyonu olmayan hastaların %30,30'u Akdeniz diyeti uyum skoru ≤ 5 puan iken, %69,7'sinin uyum skoru [6-9] puan olarak belirlenmiştir. Deri lezyonu sayısı 1-5 adet arasında olan Behçet hastalarının %37,9'unun AD uyum skoru [6-9] puan, %62,1'sinin uyum skoru ≤ 5 puan olarak bulunmuştur. Deri lezyonu 5 adetten fazla olan hastaların %83,3'ünün AD uyum skoru ≤ 5 puan iken, %16,7'sinin [6-9] puan aralığında olduğu saptanmıştır. Hastalarda deri lezyon sayısının Akdeniz diyetine düşük uyumgösterenler ile orta uyum gösterenler arasındaki fark anlamlı olarak analiz edilmiştir ($p=0,009$).

Hastalarda genital aft ağrı skorunun, deri lezyon ağrı skorunun ve alevlenme ağrı skorunun AD uyum skoru ≤ 5 puan olan grup ile [6-9] puan olan grup arasındaki fark anlamlı olarak tespit edilmiştir (sırası ile $p=0,028$; $p=0,004$; $p=0,025$).

AD uyum skoru ≤ 5 puan olan hastaların ortalama hastalık aktivite skoru $37,11 \pm 13,54$ iken [6-9] puan olan hastaların $20,61 \pm 7,36$ olarak bulunmuştur. Hastalarda hastalık aktivitesi total skorunun AD uyum skoru ≤ 5 puan olan grup ile [6-9] puan olan grup arasındaki farkı $p<0,001$ bulunarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir.

Hastalarda serum CRP değerinin AD uyum skoru ≤ 5 puan olan grup ile [6-9] puan olan grup arasındaki farkı anlamlı değildir ($p>0,05$).

Tablo 4.12. Behçet hastalarının hastalık aktivite skalasının Akdeniz diyeti uyumu sınıflamasına göre dağılımı

	Akdeniz diyeti düşük uyum (n=33)		Akdeniz diyeti orta uyum (n=35)		Toplam (n=68)		Test istatistiği	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Aft (ağız)							$\chi^2=5,873^*$	0,053*
0	10	40,00	15	60,00	25	100,00		
1-3	11	40,70	16	59,30	27	100,00		
>3	12	75,00	4	25,00	16	100,00		
Aft(genital)							$\chi^2=4,827^*$	0,090*
0	25	43,10	33	56,90	58	100,00		
1-3	7	77,80	2	22,20	9	100,00		
>3	1	100,00	0	0,00	1	100,00		
Deri lezyon							$\chi^2=9,427^*$	0,009*
0	10	30,30	23	69,70	33	100,00		
1-5	18	62,10	11	37,90	29	100,00		
>5	5	83,30	1	16,70	6	100,00		
Karın ağrısı/ishal							$\chi^2=3,701^*$	0,054*
Hayır	23	42,60	31	57,40	54	100,00		
Evet	10	71,40	4	28,60	14	100,00		
Göz rahatsızlıkları							$\chi^2=2,852^*$	0,091*
Hayır	17	40,50	25	59,50	42	100,00		
Evet	16	61,50	10	38,50	26	100,00		
Bacaklarda şişlik/Damar tıkanıklığı							$\chi^2=2,829^*$	0,093*
Hayır	16	40,00	24	60,00	40	100,00		
Evet	17	60,70	11	39,30	28	100,00		
Aft ağrı skor	3 (6)		1 (4)		2 (6)			0,337***
	[0-10]		[0-9]		[0-10]			
Genital aft ağrı skor	0 (1)		0 (0)		0 (0)			0,028***
	[0-9]		[0-7]		[0-9]			
Deri lezyon ağrı skor	1 (5)		0 (1,5)		0 (5)			0,004***
	[0-9]		[0-10]		[0-10]			
Alevlenme ağrı skor	5,4±2		4,1±2,6		4,8±2,4			0,025**
	[5-10]		[0-10]		[10-0]			
Aktivite total skor	37,11±13,54		20,61±7,36		28,62±13,74			<0,001**
	[14,5-72]		[1-33]		[1-72]			
Yaşam kalite total skor	13 (9)		8 (7)		12 (9)			0,001***
	[4-28]		[2-24]		[2-28]			
CRP (mg/dl)	2,30 (3,25)		1,38 (3,50)		1,82 (3,50)			0,511***
(ref. değ. 0-5 mg/dl)	[0,19-16,10]		[0,09-28,70]		[0,09-28,70]			

Akdeniz diyeti düşük uyum ≤ 5 puanı, orta uyum [6-9] puan aralığını temsil eder.

Parametrik veri gösterimi: Ortalama $\pm$ standart sapma[minimum-maksimum]**t testi, *Ki-kare test

Non-parametrik veri gösterimi:Ortanca(çeyrekler arası dağılım aralığı)[minimum-maksimum]***Mann Whitney U testi.

Behçet hastalarının antropometrik ölçümlerinin Akdeniz diyeti uyumu sınıflamasına göre dağılımı Tablo 4.13.'de gösterilmiştir. Akdeniz diyeti uyum sınıflamasına göre AD uyum skoru ≤ 5 puan hastaların ortalama bel çevresi $91,85 \pm 12,70$ iken, [6-9] puan olanların $85,14 \pm 14,32$ olarak bulunmuştur. Hastalarda bel çevresi ölçümünün AD uyum skoru ≤ 5 puan olanlar ile [6-9] puan olanların arasındaki fark anlamlı olarak tespit edilmiştir ($p=0,046$). AD uyum skoru ≤ 5 puan olan hastaların ortalama bel/kalça oranı $0,90 \pm 0,07$ iken [6-9] puan olanların $0,85 \pm 0,1$ olarak bulunmuştur. Hastalarda bel/kalça oranının AD uyum skoru ≤ 5 puan olanlar ile [6-9] puan olanların arasındaki fark anlamlı olarak analiz edilmiştir ($p=0,015$). Akdeniz diyeti uyum sınıflamasına göre kadın katılımcıların %64,7'sinin AD uyum skoru ≤ 5 puan olduğu tespit edilmiştir (Bkz. Tablo 4.10) ve bu sebeple anlamlı çıkan değerlerin cinsiyete göre tekrar değerlendirilmesi yapılmıştır.

AD uyum skoru ≤ 5 puan olan kadın hastaların ortalama bel çevresi $88,50 \pm 16,22$ iken, [6-9] puan olanların $80,68 \pm 14,42$ olarak bulunmuştur. AD uyum skoru ≤ 5 puan olan kadın hastaların ortalama bel/kalça oranı $0,84 \pm 0,07$ iken, [6-9] puan olanların $0,80 \pm 0,09$ 'dur. Kadın hastalarda bel/kalça değerinin ve bel çevresi ölçümünün ortalamasının AD uyum skoru ≤ 5 puan olanlar ile [6-9] puan olanların arasındaki farkı anlamlı değildir (sırası ile $p=0,158$, $p=0,165$).

AD uyum skoru ≤ 5 puan olan erkek hastaların ortalama bel çevresi $93,76 \pm 10,13$ iken, [6-9] puan olanların $92,69 \pm 10,91$ olarak bulunmuştur. AD uyum skoru ≤ 5 puan olan erkek hastaların ortalama bel/kalça oranı $0,94 \pm 0,05$ iken, [6-9] puan olanların $0,93 \pm 0,06$ olarak bulunmuştur. Erkek hastalarda bel çevresi ölçümünün ve bel/kalça oranının AD uyum skoru ≤ 5 puan olanlar ile [6-9] puan olanların arasındaki farkı anlamlı değildir (sırası ile $p=0,773$, $p=0,745$).

Tablo 4.13. Behçet hastalarının antropometrik ölçülerinin Akdeniz diyeti uyumu sınıflamasına göre dağılımı

	Akdeniz diyeti düşük uyum (n=33)		Akdeniz diyeti orta uyum (n=35)		Test istatistiği	p
	Sayı	%	Sayı	%		
BKİ sınıflama					$\chi^2=2,290^*$	0,514*
Zayıf	5	33,30	10	66,70		
Normal	17	53,10	15	46,90		
Hafif şişman	10	55,60	8	44,40		
1.derece obez	1	33,30	2	66,70		
Bel çevresi sınıflama					$\chi^2=2,543^*$	0,280*
Risk yok	15	41,70	21	58,30		
Risk	7	70,00	3	30,00		
Yüksek risk	11	50,00	11	50,00		
Bel/kalça sınıflama					$\chi^2=1,151^*$	0,283*
Risk yok	23	53,50	20	46,50		
Risk	10	40,00	15	60,00		
Vücut ağırlığı(kg)	73,39±3,67 [52-99]		68,40±15,13 [46-98]		1,445	0,153**
BKİ (kg/m²)	23,26±3,97 [19,80-33,10]		27,17±4,51 [17,30-35,30]		1,058	0,294**
Bel çevresi (cm)	91,85±12,70 [60-115]		85,14±14,32 [60-112]		2,038	0,046**
Bel/kalça oranı	0,90±0,07 [0,71-1,03]		0,85±0,1 [0,66-1,05]		2,510	0,015**
Bel çevresi (cm)	88,50±16,22 [60-115]		80,68±14,42 [60-108]		1,446	0,158**
Kadın (n=34)						
Bel/kalça oranı	0,84±0,07 [0,71-0,97]		0,80±0,09 [0,66-0,97]		1,420	0,165**
Kadın (n=34)						
Bel çevresi (cm)	93,76±10,13 [75-110]		92,69±10,91 [72-112]		0,291	0,773**
Erkek (n=34)						
Bel/kalça oranı	0,94±0,05 [0,87-1,03]		0,93±0,06 [0,86-1,05]		0,327	0,745**
Erkek (n=34)						

Parametrik veri gösterimi: Ortalama ± standart sapma[minimum-maksimum]**t testi, *Ki-kare testi
Akdeniz diyeti düşük uyum ≤5 puanı, orta uyum [6-9] puan aralığını temsil eder.

4.10. Behçet Hastalarının Yaşam Kalitesinin Akdeniz Diyeti Uyum Sınıflamasına Göre Değerlendirilmesi

Tablo 4.14. Behçet hastalarının yaşam kalitesinin Akdeniz diyeti uyum sınıflamasına göre dağılımı

Behçet Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği	Akdeniz diyeti düşük uyum (n=33)				Akdeniz diyeti orta uyum (n=35)				Toplam (n=68)				p değeri
	Doğru		Yanlış		Doğru		Yanlış		Doğru		Yanlış		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
1.Hayatım hastanelere gidip gelmekle geçiyor.	23	33,8	10	14,7	17	25	18	26,5	40	58,8	28	41,2	0,077*
2.Hiçbir şey ilgimi çekmiyor.	11	16,2	23	33,8	8	11,5	27	39,7	19	27,9	49	72,1	0,336*
3.Evden çıkmak ve insanlarla görüşmek için çok fazla çaba harcamam/sarf etmem gerekiyor.	13	19,1	20	29,4	6	8,8	29	42,6	19	27,9	49	72,1	0,041*
4.Yürürken ağrım oluyor.	22	32,4	11	16,2	18	26,5	17	25	40	58,8	28	41,2	0,202*
5.Bir şeyler yapmak uzun zamanımı alıyor.	18	26,5	15	22,1	10	14,7	25	36,8	28	41,2	40	58,8	0,030*
6.Uzun süre ayakta kalamıyorum.	28	41,2	5	7,4	24	35,3	11	16,2	52	76,5	16	23,5	0,114*
7.Sağlık durumum hayatımı sekteye uğrıyor.	27	39,7	6	8,8	17	25	18	26,5	44	64,7	24	35,3	0,004*
8.Yataktan kalkarken zorlanıyorum	21	30,9	12	17,6	14	20,6	21	30,9	35	51,5	33	48,5	0,051*
9.Görünüşümden dolayı kendimi kötü hissediyorum	7	10,3	26	38,2	4	5,9	31	45,6	11	16,2	57	83,8	0,274*
10.Konuşurken zorlanıyorum.	6	8,8	27	39,7	7	10,3	28	41,2	13	19,1	55	80,9	0,849*
11.Kendimi başkalarına bağımlı hissediyorum.	6	8,8	27	39,7	6	8,8	29	42,6	12	17,6	56	82,4	0,911*
12.Kendimi olduğumdan daha yaşlı hissediyorum.	19	27,9	14	20,6	14	20,6	21	30,9	33	48,5	35	51,5	0,147*
13.Hastalığım nedeniyle her yere gidemiyorum.	18	26,5	15	22,1	8	11,5	27	39,7	26	38,2	42	61,8	0,007*
14.Yakınlarıma bakmakta/bakımını üstlenmekte zorlanıyorum.	9	13,2	24	35,3	5	7,4	30	44,1	14	20,6	54	79,4	0,186*
15.Yarın nasıl olacağımı kestiremiyorum	30	44,1	3	4,4	24	35,3	11	16,2	54	79,4	14	20,6	0,023*

*Ki-kare testi.

Tablo 4.14. Behçet hastalarının yaşam kalitesinin Akdeniz diyeti uyum sınıflamasına göre dağılımı (Devamı)

Behçet Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği	Akdeniz diyeti düşük uyum (n=33)				Akdeniz diyeti orta uyum (n=35)				Toplam (n=68)				p değeri
	Doğru		Yanlış		Doğru		Yanlış		Doğru		Yanlış		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
16.Sağlık durumum hayatımı aşırı şekilde etkiliyor.	23	33,8	10	14,7	15	22,1	10	14,7	38	55,9	30	44,1	0,026*
17.Sık sık hüsrana uğruyorum. Sık sık hayal kırıklığına bağlı üzüntü yaşıyorum.	18	26,5	15	22,1	8	11,8	27	39,7	26	38,2	42	61,8	0,007*
18.Kendimi evimde bir mahkum gibi hissediyorum.	5	7,4	28	41,2	2	2,9	33	48,5	7	10,3	61	89,7	0,201*
19.Sağlık durumum hayatımda önemli kararlar almamı etkiliyor	23	33,8	10	14,7	21	30,9	14	20,6	44	64,7	24	35,3	0,403*
20.Vücuduma dokunulması hastalığım nedeniyle beni rahatsız ediyor.	9	13,2	24	35,3	6	8,8	29	42,6	15	22,1	53	77,9	0,314*
21.Doğru düzgün konuşamıyorum	6	8,8	27	39,7	3	4,4	32	47,1	9	13,2	59	86,8	0,242*
22.Hastalığım nedeniyle kişisel ilişkilerimde zorlanıyorum.	9	13,2	24	35,3	5	7,4	30	44,1	14	20,6	54	79,4	0,186*
23.Kendimi işe yaramaz hissediyorum.	6	8,8	27	39,7	4	5,9	31	45,6	10	14,7	58	85,3	0,432*
24.Başkalarının sırtına yük olmak beni endişelendiriyor/rahatsız ediyor.	19	27,9	14	20,6	19	27,9	16	23,5	38	55,9	30	44,1	0,785*
25.Hastalığım yakınlarımı güç durumda bırakıyor.	11	16,2	22	32,4	9	13,2	26	38,2	20	29,4	48	70,6	0,491*
26.Sağlık sorunlarımın üstesinden gelemeyeceğimi hissediyorum.	15	22,1	18	26,5	5	7,4	30	44,1	20	29,4	48	70,6	0,005*
27.İnsanlarla irtibatımı kaybettim.	7	10,3	26	38,2	4	5,9	31	45,6	11	32,4	57	83,8	0,274*
28.Başkalarına verdiğim rahatsızlık beni üzüyor.	13	19,1	20	29,4	11	16,2	24	35,3	24	35,3	44	64,7	0,492*
29.Bu gün her şey canımı sıkıyor/neşemi kaçırıyor.	9	13,2	24	35,3	8	11,8	27	39,7	17	25	51	75	0,674*
30.Kendimi yalnız hissediyorum.	9	13,2	24	35,3	12	17,6	23	33,8	21	30,9	47	69,1	0,532*
Total skor			13 (9) [4-28]				8 (7) [2-24]				12 (9) [2-28]		0,001***

Non-parametrik veri gösterimi:Ortanca(çeyrekler arası dağılım aralığı)[minimum- maksimum]***Mann Whitney U testi., *Ki-kare testi.

Behçet hastalarının yaşam kalitesinin Akdeniz diyeti uyum sınıflamasına göre dağılımı Tablo 4.14.'de gösterilmiştir. *''Sağlık durumum hayatımı sekteye uğratiyor.''* sorusuna doğru cevabını veren hastaların % 39,7'sinin AD uyum skoru ≤ 5 puan iken, % 25' inin ise [6-9] puan aralığında olduğu gözlemlenmiştir. Toplamda ise hastaların %64,7'si bu soruya doğru cevabını vermiştir. Bu soruya verilen cevapların dağılımı AD uyum skoru ≤ 5 puan olanlar ile [6-9] puan aralığında olanların arasındaki farkı anlamlıdır ($p=0,004$). *''Sağlık sorunlarımın üstesinden gelemeyeceğimi hissediyorum''* sorusuna doğru cevabını veren hastaların % 22,1'i Akdeniz diyeti uyum sınıflamasına göre düşük, % 7,4'ü i ise orta uyum göstermektedir. Toplamda ise hastaların %29,4'ü bu soruya doğru cevabını vermiştir. Bu soruya verilen cevapların dağılımı Akdeniz diyetine düşük uyum gösteren hastalar ile orta uyum gösterenler arasındaki farkı anlamlıdır ($p=0,005$). Akdeniz diyetine düşük uyum gösteren Behçet hastalarının yaşam kalitesi toplam skorunun ortanca değeri 13 (9), orta uyum gösterenlerin 8 (7) ve tüm hastaların 12 (9) olarak bulunmuş ve Akdeniz diyetine düşük uyum sağlayan hastalar ile orta uyum sağlayan hastalar arasındaki yaşam kalite total puan farkı anlamlıdır ($p=0,001$).

4.11. Behçet Hastalarının Toplam Ölçek Skorları, Serum CRP, Antropometrik Ölçümleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Behçet hastalarının total ölçek skorlarının, serum CRP, BKİ, bel çevresi ve bel/kalça oranının cinsiyete göre düzeltilmiş korelasyon analizi Tablo 4.15'de verilmiştir. Behçet hastalarının toplam Akdeniz diyeti uyum skoru ile Behçet hastalığı aktivite toplam skorunun cinsiyete göre düzeltilmiş korelasyon analizine göre ilişkisi negatif yönlü, orta düzeyde ve anlamlı olarak elde edilmiştir ($r= -0,577$; $p< 0,001$). Katılımcılarda toplam Akdeniz diyeti uyum skoru ile Behçet hastalığı yaşam kalitesi toplam skorunun cinsiyete göre düzeltilmiş korelasyon analizine göre ilişkisi negatif yönlü, zayıf düzeyde ve anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($r= -0,328$; $p=0,007$). Katılımcılarda cinsiyete göre düzeltilmiş korelasyon analizine göre Behçet hastalığı yaşam kalitesi toplam skoru ile Behçet hastalığı aktivite toplam skorunun ilişkisi pozitif yönlü, zayıf düzeyde ve anlamlı olduğu gösterilmiştir ($r=0,295$ $p=0,015$). Akdeniz diyeti uyumu total skoru ile serum CRP, BKİ, bel çevresi ve bel/kalça oranı arasındaki ilişki anlamlı değildir ($p>0,05$).

Tablo 4.15. Behçet hastalarının total ölçek skorlarının, serum CRP, BKİ, bel çevresi ve bel/kalça oranının cinsiyete göre düzeltilmiş korelasyon analizi

		ADTÖP	BHASTP	BYKÖTP	CRP	BKİ	Bel çevresi	Bel/kalça oranı
ADTP	r	1						
	p							
BHASTP	r	-0,577	1					
	p	0,000						
BYKÖTP	r	-0,328	0,295	1				
	p	0,007	0,015					
CRP	r	0,111	-0,079	0,068	1			
	p	0,370	0,524	0,582				
BKİ	r	-0,088	0,076	0,001	0,074	1		
	p	0,480	0,543	0,992	0,550			
Bel çevresi	r	-0,123	0,115	0,046	0,114	0,850	1	
	p	0,321	0,352	0,714	0,360	0,000		
Bel/kalça oranı	r	-0,120	0,102	-0,017	0,117	0,625	0,897	1
	p	0,335	0,412	0,892	0,347	0,000	0,000	

ADTÖP: Akdeniz Diyeti Uyumu Ölçeği total puan, BHASTP: Behçet Hastalığı Aktivite Skalası toplam puan, BYKÖTP: Behçet Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği toplam puan, BKİ: Beden kütle indeksi, r=korelasyon katsayısı

5.TARTIŞMA

Behçet hastalarının demografik özellikleri ve klinik belirtilerin sıklığının ülkeler ve etnik kökenler arasında önemli farklılıklar gösterdiği bildirilmektedir (13). Behçet hastalığının, Orta Doğu'da ve Akdeniz'de erkekleri ve kadınları eşit olarak etkiler ancak erkeklerin, kadınlardan daha şiddetli hastalık seyrine sahip olma olasılığının çok daha yüksek olduğu bilinmektedir (14). Japonya ve Kore'de ise kadınların, erkeklere kıyasla daha şiddetli hastalık seyrine sahip olduğu bildirilmiştir (10).

Viral, bakteriyel, genetik, immünolojik, hematolojik ve çevresel nedenler yani mikrobiyom, travma, sigara, besinler, alerji, stres (40) ve organik kimyasallara toksik yanıt gibi birçok faktörün hastalığın etiolojisinden sorumlu olabileceği bildirilmiştir. Behçet hastalığının otoimmün/otoinflamatuvar yapıda bir hastalık olduğu (1, 2) ve en belirgin özelliğinin endotel disfonksiyonunun yanı sıra sistemik ve retinal vaskülit olduğu bildirilmiştir (20). Akdeniz diyetinin, hayvansal kaynaklı anti-inflamatuvar özellikteki n-3 açısından zengin olduğu için ve taze sebze ve meyveler, zeytin yağı, oleik asit, E vitamini, karotenler ve flavonoidler gibi antioksidan besin grupları ve besin öğelerini yüksek oranda içermesi sebebi ile inflamatuvar hastalıklar üzerinde olumlu etkileri olduğu söylenmektedir (9).

Behçet hastalığında organ hasarı, uzun süreli hastalıkta zamanla birikerek algılanan fiziksel ve zihinsel sağlığın bozulmasına neden olduğu ve bu durumun hastaların yaşam kalitesini etkilediği belirtilmiştir (141)

Bu çalışma; Covid-19 pandemisi koşullarında bireyleri sağlık açısından riske atmadan veri toplanmasına olanak sağlaması nedeniyle önerildiği için(146) çevrimiçi şekilde, yaşları 25-50 yıl aralığında değişen 34 kadın ve 34 erkek olmak üzere 68 Behçet Hastası ile yapılmıştır. Araştırma, katılımcılara Behçet ve Ailevi Akdeniz Ateşi Hastalığı Derneği aracılığı ile duyurulmuş ve gönüllü bireylere anket zoom...vb bağlantı araçları ile yüzyüze online görüntülü/sesli olarak yapılmıştır. Behçet Hastalığına sahip bireylerde Akdeniz diyetine uyumun hastalık aktivite skoru ve yaşam kalitesine olan etkisi ve ilişkisinin değerlendirildiği çalışmanın sonuçları,

Behçet hastalığı ve Akdeniz diyeti uyumu ile ilgili kısıtlı olan literatür doğrultusunda değerlendirilmiştir.

5.1. Behçet Hastalarının Genel Özelliklerin Değerlendirilmesi

Behçet hastalığı aktivitesinin cinsiyete göre değiştiği ve coğrafi konuma bağlı olarak Türkiye’de erkeklerin kadınlardan daha şiddetli hastalık aktivitesine sahip olduğu bildirilmiştir (64, 158). Bu nedenle çalışmadaki hesaplamaların bir kısmı cinsiyete göre değerlendirilmiştir. Çalışmaya eşit sayıda kadın ve erkek katılımcı dahil edilmiştir. Kadın katılımcıların yaş ortalaması $38,38 \pm 7,46$ yıl, erkek katılımcıların yaş ortalaması ise $37,38 \pm 7,00$ yıl ve toplam yaş ortalaması $37,88 \pm 7,20$ yıl olarak bulunmuştur (Bkz Tablo 4.1). İris M. ve ark. (32) yaptığı çalışma yaş ortalaması açısından bu çalışmanın sonuçları ile benzerdir ve dahil edilen 92 Behçet hastasının (K/E:42/50), ortalama yaşı $37,8 \pm 10,02$ yıl olarak bildirilmiştir. Fransa’da yapılan başka bir çalışmada ise hastaların yaş ortalaması 41 ± 11 yıldır (159).

Yapılan başka bir çalışmada katılımcıların Behçet hastalığının süresi $13,16 \pm 1,01$ yıl, evli olma oranı %90,0 olduğu, %15,0’ının üniversite ve üstü derecesine sahip olduğu ve %1,67’sinin işsiz durumda olduğu bulunmuştur (33). Bu çalışmada ise katılımcıların hastalık süresi 8,50 (12,00) yıl, %76,50 evli, %44’ü üniversite ve üstü derece öğrenim gördüğü ve %7,40’ı işsiz durumda olarak bulunmuştur (Bkz Tablo 4.1).

Bu çalışmada Behçet hastalarının %95,60’ı ilaç ve %22,10’u besin desteği kullanmaktadır. İlaç kullananların %66,20’si kolşisin ve %48,50’si immunomodülatör etkili ilaç kullanmakta olduğu bulunmuş iken (Bkz Tablo 4.2) başka bir çalışmada ise hastaların tamamı kolşisin, %90,10’u da immunomodülatör etkili ilaç kullanmakta olduğu bildirilmiştir (31).

Öğün yapma sıklığı arttıkça sağlıklı beslenme davranış durumunun arttığı bildirilmiştir. Öğün atlamadan ve üç ana öğün ile birlikte ara öğün yapma sağlıklı beslenme ilkelerindendir (160, 161). Bu çalışmada ise kadın katılımcıların ana öğün sayısının ortanca değeri 2,00 (1,00) iken; erkeklerin 3,00 (1,00)’dir ve cinsiyetler

arasındaki fark anlamlıdır ($p=0,002$). Katılımcıların %98,50'si düzenli spor veya egzersiz yapmamaktadır, %80,90'ı alkol tüketmemektedir (Bkz Tablo 4.3).

5.2. Behçet Hastalarının Antropometrik Ölçümlerinin Değerlendirilmesi

Behçet Hastalığı kronik ototimmun/otoinflamatuvar bir hastalıktır (162) ve düşük dereceli kronik inflamasyonu tetikleyen faktörler arasında obezitenin de olduğu bilinmektedir. Hücresel bileşenlerde bu durum görülürken adipoz doku tarafından artmış proinflamatuvar adipokin ve sitokin üretimiyle de görüldüğü bildirilmektedir (163). Bu çalışmada Behçet hastalarının serum CRP değeri ile bel çevresi, bel/kalça oranı ve BKİ değerleri arasındaki cinsiyete göre düzeltilmiş kolelasyonu değerlendirdiğimizde ilişki saptanmamıştır (Bkz. Tablo 4.15).

Beden kütle indeksinin, vücut ağırlığı ve boy uzunluğu kullanılarak elde edilen ve obezite ile preobezitenin yaygınlığını belirlemek için başvurulan en kolay hesaplama yöntemi olduğu bildirilmiştir. Yüksek oranda yağsız vücut ağırlığına sahip olunulan durumlarda doğru sonuç vermemesi BKİ'nin sınırlılığı olduğunun ve göz önünde bulundurulması gereken yönüne vurgu yapmakta olduğu söylenmektedir. Bu durumda ise bel çevresi ölçümünden faydalanılması gerektiği bildirilmiştir. Bel çevresi ölçümü intraabdominal yağ kütlesi ve toplam yağ kütlesini en iyi veren yöntem olarak kabul edilmektedir. Bel çevresi sadece vücuttaki yağ dokusu dağılımı hakkında bilgi vermekle kalmadığı aynı zamanda morbidite ve mortalite ile ilgili bilgi verebileceği bildirilmiştir (164). Tablo 4.4'te Behçet hastalarının antropometrik ölçümlerinin cinsiyete göre dağılımı verilmiştir. Çalışmaya katılan Behçet hastalarının BKİ'lerinin ortanca değeri 24,25 (7,63) kg/m^2 olarak bulunmuştur. Behçet hastalarının BKİ dışındaki, bel çevresi, kalça çevresi ve bel/kalça oranı ortalamalarının WHO'nun (Dünya Sağlık Örgütü) belirlediği sağlıklı sınırlarda olduğu belirlenmiştir (147) (Bkz. Tablo 4.4).

5.3. Behçet Hastalarının Hastalık Aktivitesi Skor Sınıflamasına Göre Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi

Behçet hastalığının net bir şekilde etiyopatogenezi bilinmemekle birlikte genetik olarak yatkın kişilerde çevresel veya bulaşıcı ajanlar tarafından tetiklenen bir otoimmün süreci izleyebileceği düşünülmektedir (18, 19). İmmünolojik nedenlerin de hastalığın etiyolojisinden sorumlu olduğu ileri sürülmektedir (20). Bu sebeple Behçet hastalarında hastalığın tedavisi için immunsupresif ilaçların da kullanıldığı bildirilmiştir (79). İmmunsupresif ilaçlarla birlikte yeterli miktarda enerji, protein, vitamin ve mineral alımı hem olağan sağlık durumunu sürdürmek hem de bağışıklık sisteminin düzenli ve doğru çalışması için gerekli olduğu bildirilmektedir. Mikro besin ögesi eksikliği, doğuştan gelen T hücresi aracılı bağışıklık tepkisini ve adaptif antikor yanıtını etkileyerek bağışıklık fonksiyonlarını baskılar ve dengeli konak tepkisinin düzensizliğine yol açar. Bu, artan morbidite ve mortalite ile enfeksiyonlara duyarlılığı artırdığı bildirilmiştir (165, 166). Bazı vitaminler örneğin B₆, B₁₂, A,C,E vitaminleri, folik asit, selenyum, çinko, demir ve bakır gibi vitamin ve minerallerin, enerji, protein, ve antioksidanların yetersiz alımı, enfeksiyonlara zemin hazırlayan ve yetersiz beslenmeyi şiddetlendiren baskılanmış bağışıklığa yol açabileceği bildirilmiştir. Optimum bağışıklık için yeterli protein ve enerji alımı önemlidir (167). Behçet hastalığı tedavisi semptomları kontrol altına almayı, iyi bir yaşam kalitesini sağlamayı amaçlamaktadır (74). Diyet ve yaşam tarzı değişikliklerini içeren destekleyici tedaviler, bağışıklık sistemi homeostazını geri getirebileceği ve BH'nin kronik ve zayıflatıcı doğası göz önüne alındığında, uygun maliyetli ve sürdürülebilir bir seçenek olabileceği belirtilmiştir (76).

Bu çalışmada ise Behçet hastalarının hastalık aktivite skor sınıflaması dengeli örneklem dağılımı göstermediği için iki grup şeklinde birleştirilmiştir ve 4 grup halindeki hastalık skorlamasına göre değerlendirilmesi ekler bölümünde (Bkz. EK-8) detaylı olarak verilmiştir. İki grup şeklinde birleştirildiğinde, 24 saatlik geriye dönük besin tüketim kaydı analizi sonuçlarına göre ise bazı makro ve mikro besin ögesi alım durumlarında gruplar arasında anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir (Bkz. Tablo 4.7). Günlük diyetle protein alım miktarının ortancası yakın remisyon/inaktif+düşük aktif hastalık aktivitesine sahip grup için 50,77 (32,94) gram, orta aktif+şiddetli aktif

hastalık aktivitesine sahip grup için 78,62 (32,61) gram olarak bulunmuştur. Gruplar arasındaki fark anlamlı olarak bulunmuştur ($p=0,010$). Günlük diyetle B_{12} , niasin ve çinko alım miktarları hastalık aktivitesi grupları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı olarak bulunmuştur (sırası ile $p=0,021$; $p=0,004$; $p=0,018$;). Günlük diyetle doymuş yağ asidi ve kolesterol alımı arttıkça hastalık aktivitesinin arttığı bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.7).

Behçet hastalarının hastalık aktivitesi skor sınıflamasına göre son bir ayda tüketilen besinlerin sıklık dağılımı detaylı olarak çalışmanın bulgular bölümünde gösterilmiştir (Bkz. Tablo 4.8). Yoğurt+probiyotik yoğurt tüketim miktarının inaktif+düşük aktif hastalık aktivitesine sahip grup için 157,10 (114,65) gram/gün, orta aktif+şiddetli aktif hastalık aktivitesine sahip grup için 100,00 (107,00) gram/gün olarak tespit edilmiştir ve gruplar arasındaki fark anlamlı olarak bulunmuştur ($p=0,008$). Kırmızı et tüketim miktarının ise inaktif+düşük aktif hastalık aktivitesine sahip grup için 25,50 (30,85) gram/gün, orta aktif+şiddetli aktif hastalık aktivitesine sahip grup için 43,00 (49,20) gram/gün olarak tespit edilmiştir ve hastalık aktivitesi grupları arasındaki fark anlamlı olarak tespit edilmiştir ($p=0,028$). Dolayısıyla kırmızı et tüketim miktarı arttıkça hastalık aktivite skorunun arttığı ve yoğurt tüketim miktarı ve sıklığı arttıkça ise hastalık aktivite skorunun azaldığı tespit edilmiştir (Bkz. Tablo 4.8).

Bu çalışmadaki katılımcıların günlük diyetle enerji ve besin ögesi alım durumunun BSAS sınıflamasına göre değerlendirilmesi yapılırken sonucu etkileyebilecek bazı durumlar olabilir bunlar; inaktif hastalık grubunda 4, düşük aktif hasta grubunda 38, orta aktif hasta grubunda 24 ve şiddetli aktif hasta grubunda 2 hasta bulunmakta olup örneklem büyüklüğü birbirinden oldukça farklı olduğu aynı zamanda inaktif hasta grubunun tamamının ve şiddetli aktif hasta grubunun tamamının erkek cinsiyette, düşük aktif hasta grubunda ise anlamlı çoğunluğu kadın cinsiyette olduğu ve buna bağlı olarak inaktif hasta grubu ve şiddetli aktif hasta grubunda enerji gereksinmesinin ve alımının artması ile birlikte mikro ve makro besin ögesinin de diyetle artmış alımı sonucu değiştirmiş olabilir. İleri çalışmalarda beslenme durum değerlendirilmesinde daha güvenilir sonuç için BSAS sınıflamasında olabildiğince denk örneklem ve cinsiyet dağılımına dikkat edilebilir.

5.4. Behçet Hastalarının Akdeniz Diyetine Uyumlarının Değerlendirilmesi

Kolşisinin, BH'deki terapötik etkilerinin bir bölümü antioksidan etkisine atfedilmektedir (83). Yapılan bir çalışmada medikal tedavilere ek olarak antioksidan takviyeleri Behçet hastalarında yaşam kalitesini artırabileceği söylenmekteyken (84), vücudu oksidatif strese karşı korumada antioksidan besin takviyelerinin yanı sıra çeşitli doğal antioksidanlardan zengin besinlerin diyetle tüketilmesinin ve diyet bileşenlerinin diyetle alınımının daha fazla sağlık yararı olduğu bildirilmektedir (85-87). Sebze ve meyve gruplarının diyetle yeterli alınımının çeşitli sağlık yararları olduğu bilinmektedir. Bu pozitif etkileri, çoklu bileşimine yani yapısındaki diyet lifi, likopen, flavonoidler, karotenoidler, C, A ve E vitamini gibi antioksidan özellikteki çeşitli besin öğelerine atfedilmektedir Hastalıkların tedavi sürecinde veya oluşmadan önceki durumda önlenmesinde, dengeli ve düzenli bir diyetle birlikte meyve ve sebzelerin tüketimiyle alınan antioksidanların etkili olabileceği belirtilmiştir (168). Akdeniz diyet modeli ise, hayvansal kaynaklı anti-inflamatuar özellikteki n-3 yağ asitlerini içerdiği için ve taze sebze ve meyveler, zeytin yağı, karotenoidler, flavonoidler, oleik asit ve E vitamini gibi antioksidan besin grupları ve besin öğelerini yüksek oranda içermesi sebebi ile inflammatuar hastalıklar üzerinde olumlu etkileri olduğu düşünülmektedir (9, 169). Akdeniz diyetine uyumun uzun ömürlülüğü ve yaşam kalitesini etkilediğini, genel olarak sağlık durumunu iyileştirdiğini ve kronik dejeneratif hastalıkların mortalitesini önemli ölçüde azalttığını göstermiştir (6).

5.4.1. Behçet Hastalarının Hastalık Aktivite Skalasının Akdeniz Diyeti Uyumuna Göre Değerlendirilmesi

Çalışmaya katılan BH'li kadınların %35,30'unun Akdeniz diyetine düşük uyum, %64,70'inin orta uyum sağladığı bulunmuştur. Akdeniz diyetine erkek katılımcıların %61,80'inin düşük uyum, %38,20'sinin orta derecede uyum sağladığı saptanmıştır ($p=0,029$). Çalışmada Akdeniz diyetine yüksek uyum gösteren birey bulunmamaktadır (Bkz. Tablo 4.10). Kadın katılımcıların BH total aktivite skorunun ortalaması $27,12 \pm 10,64$ olarak, erkeklerin $30,12 \pm 16,29$ olarak bulunarak çalışmaya katılan erkek hastaların hastalık aktivitesinin kadınlara göre kıyas edildiğinde anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,372$) (Bkz. Tablo 4.5). Bu çalışmadaki sonucun aksine diğer bazı çalışmalarda Behçet hastalığının aktivitesinin erkek cinsiyette daha şiddetli olduğu belirtilmiştir (32, 64, 158).

Bu çalışmada cinsiyete göre toplam BSAS ortalamasında anlamlı bir fark elde edilmese de BSAS sınıflamasının cinsiyetler arasındaki dağılımı anlamlı olarak saptanmıştır ($p=0,036$). Erkek katılımcıların %44,20'si, kadınların %67,60'ı düşük aktif grupta yer almaktadır (Bkz. Tablo 4.5). AD uyum skoru ≤ 5 puan grubun çoğunluğunu (%30,90) orta aktif hastalık aktivitesine sahip bireyler oluşturmakta iken, AD uyum skoru [6-9] puan aralığında olan grubun çoğunluğunu ise düşük aktif hastalık aktivitesine sahip bireyler oluşturmaktadır ve BSAS sınıflamasının, AD uyum skoru sınıflamasına göre dağılımı ise istatistiksel açıdan anlamlı olarak tespit edilmiştir ($p<0,001$) (Bkz. Tablo 4.11).

Bu çalışmada günlük diyetle DHA alımı ile hastalık aktivite skorunun ilişkisi zayıf ve pozitif yönlüdür ($p=0,028$). Günlük diyetle DHA alımı dışında herhangi bir besin grubu veya besin ögesinin tek başına Behçet hastalığı aktivite skoru ile ilişkili değildir ($p>0,05$; Bkz. Tablo 4.9.). Fakat bireylerin Behçet hastalığı aktivite skalasının Akdeniz diyet modeli uyumuna göre değerlendirildiğinde anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Akdeniz diyetine düşük uyum gösteren hastalarda genital aft, deri lezyon ve alevlenme ağrı skorları orta uyum gösteren hastalara oranla daha yüksektir (sırası ile $p=0,028$, $p=0,04$, $p=0,025$). Aynı şekilde hastalık aktivitesi total skoru, Akdeniz diyetine düşük uyum gösteren hastaların $37,11 \pm 13,54$ orta uyum gösterenlerin $20,61 \pm 7,36$ olarak bulunmuş ve orta uyum sağlayanların hastalık

aktivite skoru, düşük uyum sağlayan bireylere oranla daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0,001$; Bkz. Tablo 4.12).

Behçet hastalığı aktivite toplam skoru ve Akdeniz diyeti uyumu toplam skoru arasındaki cinsiyete göre düzeltilmiş korelasyona bakıldığında ise negatif yönlü, orta düzeyde ve anlamlıdır ($r= -0,577$; $p=0,000$) (Bkz. Tablo 4.15.). Bu çalışmadaki sonuçlara göre Akdeniz diyetine uyum arttıkça Behçet hastalığı aktivite skoru düşmektedir. Sonuçlar doğrultusunda Akdeniz diyet modelinde önerilen tek bir besin grubunun ya da besin ögesinin etkisi değil bu diyet modelindeki bütün etmenlerin sinerjistik etkisi göz önünde bulundurulmalıdır.

Kardiyovasküler hastalık risk faktörü olarak kabul edilen göstergelerden bazılarının IL-6, TNF- α ve CRP olduğu ve sağlıklı bireylerde Akdeniz diyetine uyum skoru arttıkça bu belirteçlerde azalma olduğu bildirilmiştir (170, 171). Çalışmamızda ise Behçet hastalarında serum CRP değerinin Akdeniz diyetine düşük uyum gösterenler ile orta uyum gösterenler arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir (Bkz. Tablo 4.12.). Akdeniz diyeti toplam uyum skoru ile serum CRP değeri arasındaki cinsiyete göre düzeltilmiş korelasyona bakıldığında ise istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($r=0,038$; $p=0,759$) (Bkz. Tablo 4.15). Behçet hastalığının cinsiyet faktöründen etkilendiği bildirilmiştir (14) ve bu sebeple çalışmada cinsiyete göre düzeltilmiş korelasyon analizi yapılmıştır ve bu test parametrik analizdir, CRP verisi ise non-parametrik olarak dağılım göstermektedir bu durum sonucu etkilemiş olabilir.

5.4.2. Behçet Hastalarının Antropometrik Ölçülerinin Akdeniz Diyeti Uyumuna Göre Değerlendirilmesi

Düşük dereceli kronik inflamasyonu tetikleyen faktörler arasında obezitenin de olduğu bildirilmiştir (163). Yapılan bir çalışma sonucunda Akdeniz diyetinin kilo alımı veya artmış bel çevresi ile ilişkili olmadığı gösterilmiştir. Beş yıl boyunca devam eden 373.803 kadın ve erkeği kapsayan EPIC çalışmasından elde edilen bir raporda, Akdeniz diyeti modeline yüksek uyum skoru olan bireylerin obez veya fazla kilolu olma olasılıklarının %10 daha az olduğu ve 0,16 kg kaybettikleri bildirilmiştir (172). Bel çevresi ölçümü diğer antropometrik ölçümlere oranla vücuttaki yağ

dokusu dağılımı hakkında daha doğru bilgi vermektedir. Ayrıca bel çevresi mortalite ve morbidite ile diğer ölçümlere nazaran daha güçlü korelasyona sahip olduğu bildirilmiştir (164). CARDIA çalışmasından elde edilen sonuçlar ayrıca Akdeniz diyeti takiben katılımcılar arasında bel çevresinde azalma olduğunu bulmuşlardır (173). Bu çalışmada Behçet hastalarının antropometrik ölçümlerinin Akdeniz diyeti uyumu sınıflamasına göre dağılımı analiz edildiğinde hastalarda bel ölçümünün ve bel/kalça oranının Akdeniz diyetine düşük uyum gösterenler ile orta uyum gösterenlerin değerlerinin farkı anlamlıdır (sırası ile $p=0,046$ $p=0,015$; Bkz. Tablo 4.13.) fakat Tablo 4.10'da gösterilen Akdeniz diyeti uyumuna göre kadın katılımcıların % 64,70'inin orta uyum sağladığı bulunmuştur ve bu sebeple anlamlı çıkan değerlerin cinsiyete göre tekrar değerlendirilmesi yapılmıştır (Bkz. Tablo 4.13). Kadın hastalarda bel çevresi ölçümünün ve bel/kalça oranının Akdeniz diyetine düşük uyum gösterenler ile orta uyum gösterenler arasındaki fark anlamlı değildir (sırası ile $p=0,158$, $p=0,165$). Erkek hastalarda bel çevresi ölçümünün ve bel/kalça oranının Akdeniz diyetine düşük uyum gösterenler ile orta uyum gösterenler arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır (sırası ile $p=0,773$, $p=0,745$; Bkz. Tablo 4.13). Antropometrik ölçümler ile Akdeniz diyeti arasındaki cinsiyete göre düzeltilmiş korelasyona bakıldığında ise anlamlı değildir ($p>0,05$)(Bkz. Tablo 4.15).

5.5. Behçet Hastalarının Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi

Kronik hastalığı olan bireylerde yaşam kalitesi önemli bir sonuç değişkeni haline gelmektedir. Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesinin Ölçümü, tedavi belirlenirken ve hastalığın seyrinin değerlendirilmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Daha öncesinde yapılan çalışmalarda Behçet hastalarının yaşam kalitesinin hastalık aktivitesinden olumsuz yönde etkilendiğini tespit etmişlerdir (137-142).

5.5.1. Behçet Hastalarının Yaşam Kalitesinin Hastalık Aktivite Skoru Sınıflamasına Göre Değerlendirilmesi

Behçet hastalığında organ hasarı, uzun süreli hastalıkta zamanla birikerek algılanan fiziksel ve zihinsel sağlığın bozulmasına neden olduğu belirtilmiştir (141) ve bu durum hastaların yaşam kalitesini etkilemektedir. Senusi AA. ve ark. 2022 yılında yaptığı bir çalışmada Behçet hastalarının hastalık ile ilişkili semptomları yaşam kalitesindeki %14'lük bir kısımdan sorumlu tutulduğu bulunmuştur. Olumsuz etkileyen bu semptomlar artropati, baş ağrısı ve diğer nörolojik problemler, paterji reaksiyonu, mide semptomları ve cilt lezyonları olduğu belirtilmektedir (142). Hastalık aktivitesi sınıflamasına göre yakın remisyon/inaktif+düşük aktif hastalık aktivitesine sahip olan hastaların yaşam kalitesi total skor ortalaması $10,12 \pm 5,52$ puan, orta aktif hastalık+şiddetli aktif hastalık aktivitesine sahip olan hastaların yaşam kalitesi total skor ortalaması $12,52 \pm 5,96$ puan olarak tespit edilmiştir ve gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı olarak bulunmamıştır ($p=0,094$) (Bkz. Tablo 4.6.).

Behçet hastalığı yaşam kalitesi toplam skoru ile Behçet hastalığı aktivite toplam skorunun cinsiyete göre düzeltilmiş korelasyon analizinde aralarındaki ilişki zayıf ve pozitif yönlüdür ($r=0,295$; $p=0,015$) (Bkz. Tablo 4.15). Yaşam kalitesi ölçeği negatif değerlendirmeye sahiptir ve dolayısı ile hastalık aktivitesi arttıkça yaşam kalitesinin düşmekte olduğuna dair zayıf ve anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir.

5.5.2. Behçet Hastalarının Yaşam Kalitesinin Akdeniz Diyeti Uyumuna Göre Değerlendirilmesi

Son dönemde yapılan randomize kontrollü çalışmalarda kronik hastalıklarda, Akdeniz diyetine uyumun yaşam kalitesini pozitif yönde etkilediği sonucuna varılmıştır (174, 175). Çalışmamızda Behçet hastalarının Akdeniz diyetine uyumu ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiye bakıldığında ise Akdeniz diyetine düşük uyum gösteren Behçet hastalarının yaşam kalitesi toplam skorunun ortanca değeri 13 (9), orta uyum gösterenlerin 8 (7) ve tüm hastaların 12 (9) olarak tespit edilmiştir ($p=0,001$). Çalışmada kullanılan yaşam kalitesi ölçeği negatif değerlendirmeye sahip olduğu göz önünde bulundurarak Akdeniz diyetine orta uyum gösteren Behçet

hastalarının, Akdeniz diyetine düşük uyum gösterenlere kıyasla daha yüksek yaşam kalitesine sahip olduğu bulunmuştur. Behçet hastalarının ölçekteki sorulara verdiği cevaplar incelendiğinde ise Akdeniz diyetine orta ve düşük uyum sağlayanlar arasında anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir. ‘*Sağlık durumum hayatımı sekteye uğratiyor/Hastalığım nedeniyle her yere gidemiyorum/ Sık sık hüsrana uğruyorum Sık sık hayal kırıklığına bağlı üzüntü yaşıyorum/Sağlık sorunlarımın üstesinden gelemeyeceğimi hissediyorum*’ gibi ölçekteki sorulara ise Akdeniz diyetine düşük uyum sağlayan hastaların anlamlı çoğunluğu doğru cevabını vermiştir (sırası ile $p=0,004$; $p=0,007$; $p=0,007$; $p=0,005$) (Bkz Tablo 4.14).

Akdeniz diyeti uyumu ile Behçet hastalığı yaşam kalitesi arasındaki cinsiyete göre düzeltilmiş korelasyona bakıldığında ise toplam Akdeniz diyeti uyum skoru ile Behçet hastalığı yaşam kalitesi toplam skorunun ilişkisi anlamlı orta düzeyde ve negatif yönlüdür ($r= -0,328$; $p=0,007$) (Bkz.Tablo 4.15). Bu çalışmada kullanılan yaşam kalitesi ölçeğinin negatif değerlendirmeye sahip olması nedeni ile ölçek skorunun yükselmesi daha kötü yaşam kalitesinin ifade etmektedir. Sonuç olarak Akdeniz diyeti uyum skoru arttıkça yaşam kalitesi artmakta, yaşam kalitesi ölçek skoru düşmektedir.

6.SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Bu çalışma, Akdeniz diyetine uyumun ve bağlılığın hem sağlığı koruyucu özelliklerin kalıcılığına yardımcı olması hem de kronik ve inflamatuvar seyirli hastalıklar üzerine olan olumlu etkilerini düşünerek, otoinflamatuvar/otoimmün yapıda kronik multisistemik inflamatuvar bir hastalık olan Behçet Hastalığına sahip bireylerde AD'ye uyumun Behçet Sendromu aktivite skalası ve yaşam kalitesi ile ilişkisini araştırma amacıyla planlanmış ve yürütülmüştür.

1. Kadın Behçet hastalarının yaş ortalaması $38,38 \pm 7,46$ yıl, erkek katılımcıların yaş ortalaması ise $37,38 \pm 7,00$ yıl olarak saptanmıştır ($p > 0,05$).
2. Yaş ortalamasının cinsiyetler arasındaki farkı anlamlı değildir ($p = 0,57$).
3. Kadın katılımcıların %35,30'u lise, erkek katılımcıların %44,10'u üniversite mezunu olarak tespit edilmiştir. Cinsiyetler arasındaki bu eğitim seviyeleri farkı anlamlı değildir ($p = 0,26$).
4. Katılımcıların %92,60'ı çalışmakta iken %7,40'ı işsiz olarak bulunmuştur
5. Kadın katılımcıların %38,20'si ev hanımı, %5,90'ı işsiz olarak saptanmıştır.
6. Erkek katılımcılarda ise %29,40'ı serbest meslekten, %8,80'i işsiz olarak elde edilmiştir.
7. Kadın katılımcıların hastalık süresinin ortanca değeri 8,50 (11,00) yıl iken erkek katılımcıların 8,50 (13,00) yıldır. Cinsiyetler arasındaki bu fark anlamlı değildir ($p = 0,92$).
8. Kadınların %97,10'u ve erkeklerin %94,10'u ilaç kullanmaktadır. Katılımcıların toplam %4,40'ı ise ilaç kullanmamaktadır. İlaç kullanımı açısından bulunan fark anlamlı değildir ($p = 0,56$).
9. Kadın katılımcıların %29,40'ı, erkek katılımcıların %14,70'i ve toplamda katılımcıların %14,70'i besin desteği kullanmaktadır. Besin desteği kullanımı farkı anlamlı değildir ($p = 0,14$).

10. En fazla kullanılan besin destekleri sırasıyla %10,30 ile D vitamini olarak belirlenmiştir.

11. Ana öğün sayısının cinsiyetler arasındaki fark anlamlı olarak saptanmıştır($p=0,02$). Kadınların ana öğün sayısının ortanca değeri 2,00 (1,00) iken; erkeklerin 3,00 (1,00)'tür.

12. Behçet hastalarının toplam ana öğün sayısının ortanca değeri ise 3,00 (1,00) olarak bulunmuştur. Ara öğün sayısının ortanca değeri kadınlarda 2,00 (1,00) iken erkeklerde 2,00 (1,00) olarak tespit edilmiştir.

13. Alkol kullanımının cinsiyetler arasındaki farkı anlamlı değildir ($p=0,76$).

14. Düzenli spor/egzersiz durumunun cinsiyetler arasındaki farkı istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır($p=0,31$).

15. Kadınların vücut ağırlığının ortanca değeri 61,00 (21,25) kg ve erkek katılımcıların 76,00 (21,25) kg olarak saptanmıştır.

16. Boy uzunluğu ortalaması kadınlarda $162,76 \pm 6,00$ cm, erkeklerde $174,85 \pm 6,42$ cm olarak bulunmuştur.

17. BKİ'nin ortanca değeri kadınlarda 23,72 (8,11) kg/m^2 , erkeklerde 24,65(7,08) kg/m^2 olarak bulunmuştur.

18. Bel çevresi ortalaması kadınlarda $101,62 \pm 10,38$ cm ve erkeklerde $93,35 \pm 10,29$ cm olarak saptanmıştır.

19. Bel/kalça oranının ortanca değeri kadınlarda 0,84 (0,11), erkeklerde 0,93 (0,07) olarak bulunmuştur.

20. BKİ sınıflamasının cinsiyetler arasındaki farkı anlamlı bulunmamıştır ($p=0,11$).

21. Bel çevresi ölçümlerinin sınıflamasının da cinsiyetler arasındaki farkı anlamlı değildir ($p=0,08$).

22. Kadın katılımcıların %41,20'si risk yok, %58,80'i riskli olarak ve erkek katılımcıların %85,30'u risk yok, %14,70'i riskli olarak bel/kalça oranları sınıflanmıştır.

23. Toplam katılımcıların sınıflaması %63,20'si risk yok ve %36,80'i riskli olarak bulunmuştur.

24. Bel/kalça oranının sınıflamasının cinsiyetler arasındaki farkı istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$).

25. Katılımcıların %33,80'i kadın ve düşük aktif hastalık aktivitesine, %16,20'si kadın ve orta aktif hastalık aktivitesine, %5,90'ı erkek ve inaktif hastalık aktivitesine, %22,10'u erkek ve düşük aktif hastalık aktivitesine, %19,10'u erkek ve orta aktif hastalık aktivitesine ve %2,9'u erkek ve şiddetli aktif hastalık aktivitesine sahip bireylerden oluşmaktadır.

26. İnaktif hastalık ve şiddetli aktif hastalık grubunun tamamı erkek bireylerden oluşmaktadır.

27. Hastalık aktivitesinin cinsiyetler arasındaki dağılım farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,036$).

28. Yaşam kalitesi ölçeğinin "*Evden çıkmak ve insanlarla görüşmek için çok fazla çaba harcamam/sarf etmem gerekiyor*" sorusuna verilen cevapların dağılımının hastalık aktivitesi grupları arasındaki farkı anlamlı olarak tespit edilmiştir ($p=0,014$).

29. Aynı şekilde yaşam kalitesi ölçeğinin "*Bir şeyler yapmak uzun zamanımı alıyor.*" sorusuna verilen cevapların dağılımının hastalık aktivitesi grupları arasındaki farkı anlamlı olarak tespit edilmiştir ($p=0,003$).

30. BSAS sınıflamasına göre yakın remisyon/inaktif+düşük aktif sınıflamasında olan hastaların yaşam kalitesi total skor ortalaması $10,12\pm5,52$ puan, orta aktif+şiddetli aktif hastalık sınıflamasında olan hastaların yaşam kalitesi total skor ortalaması $12,52\pm5,96$ puan olarak tespit edilmiştir ve gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı olarak bulunmamıştır ($p=0,094$).

31. Bireylerin hastalık aktivite skor sınıflamasına göre günlük enerji alımının ortanca değeri yakın remisyon/inaktif+düşük aktif hastalık aktivitesine sahip olan grup için 1676,16 (851,44) kkal, orta aktif+şiddetli aktif hastalık aktivitesine sahip olanlar için 2010,01 (1090,19) kkal olarak bulunmuştur ve gruplar arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($p=0,078$).

32. Bireylerin hastalık aktivitesi skor sınıflamasına göre günlük diyetle protein alım miktarının ortancası yakın remisyon/inaktif+düşük aktif hastalık aktivitesine sahip grup için 50,77 (32,94) gram orta aktif+şiddetli aktif hastalık aktivitesine sahip grup için 78,62 (32,61) gram olarak bulunmuştur.

33. Diyetle günlük protein alım miktarlarının ortanca değerinin hastalık aktivitesi grupları arasındaki farkı anlamlı olarak bulunmuştur ($p=0,010$).

34. Hastalık aktivitesi gruplarının günlük diyetle SFA alım miktarının ortanca değeri karşılaştırıldığında yakın remisyon/inaktif+düşük aktif hastalık aktivitesine sahip olan grup için 19,99 (13,88) gram, orta aktif+şiddetli aktif hastalık aktivitesine sahip olan grup için 27,89 (9,12) gram olarak bulunmuştur.

35. Diyetle günlük olarak SFA alım miktarlarının ortanca değerinin hastalık aktivitesi grupları arasındaki farkı anlamlı olarak belirlenmiştir ($p=0,021$).

36. Bireylerin hastalık aktivitesi skor sınıflamasına göre günlük diyetle kolesterol alım miktarının ortancası yakın remisyon/inaktif+düşük aktif hastalık aktivitesine sahip grup için 270,60 (271,63) gram orta aktif+şiddetli aktif hastalık aktivitesine sahip grup için 333,40 (242,15) gram olarak bulunmuştur.

37. Diyetle günlük kolesterol alım miktarlarının ortanca değerinin hastalık aktivitesi grupları arasındaki farkı anlamlı olarak bulunmuştur ($p=0,042$).

38. Günlük diyetle B₁₂, niasin ve çinko alım miktarları hastalık aktivitesi grupları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı olarak bulunmuştur (sırası ile $p=0,021$; $p=0,004$; $p=0,018$;).

39. Hastalık aktivitesine göre sıklık dağılımı değerlendirildiğinde yoğurt+probiyotik yoğurt tüketiminin sıklık dağılımının gruplarlar arasındaki farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,027$).

40. Aynı şekilde miktar açısından değerlendirildiğinde yoğurt+probiyotik yoğurt tüketim miktarının inaktif+düşük aktif hastalık aktivitesine sahip grup için 157,10 (114,65) gram/gün, orta aktif+şiddetli aktif hastalık aktivitesine sahip grup için 100,00 (107,00) gram/gün olarak tespit edilmiştir ve hastalık aktivitesi grupları arasındaki fark anlamlı olarak bulunmuştur ($p=0,008$).

41. Kırmızı et tüketim miktarının inaktif+düşük aktif hastalık aktivitesine sahip grup için 25,50 (30,85) gram/gün, orta aktif+şiddetli aktif hastalık aktivitesine sahip grup için 43,00 (49,20) gram/gün olarak tespit edilmiştir ve hastalık aktivitesi grupları arasındaki fark anlamlı olarak bulunmuştur ($p=0,028$).

42. Korelasyon analizine göre DHA alımı ile hastalık aktivite skoru arasındaki ilişki zayıf, pozitif yönlüdür ($p=0,028$).

43. Korelasyon analizine göre herhangi bir besin grubu veya besin ögesi ile DHA dışında Behçet hastalığı toplam aktivite skoru ilişkisi tespit edilememiştir ($p>0,05$).

44. Kadınlarda ve erkeklerde sırası ile %35,3'ünün ve %61,8'inin Akdeniz diyeti uyum skoru ≤ 5 puandır ve AD'ye düşük uyum göstermişlerdir.

45. Kadınların %64,7'sinin ve erkeklerin %38,2'sinin AD uyum skoru [6-9] puandır ve orta uyum sağladığı bulunmuştur.

46. Toplamda ise AD uyum skoru ≤ 5 puan olup AD'ye düşük uyum gösterenler bireylerin %45,2'sini, [6-9] puan orta uyum gösterenler bireylerin %54,8'ini oluşturmaktadır.

47. Akdeniz diyetine yüksek uyum gösteren yani AD uyum skoru ≥ 10 puan olan birey bulunmamaktadır.

48. Akdeniz diyeti uyum skoru sınıflamasının dağılımının cinsiyetler arasındaki farkı anlamlı olarak tespit edilmiştir ($p=0,029$). Akdeniz diyeti uyumunun toplam skor ortalamasının cinsiyetler arasındaki farkı anlamlı değildir ($p=0,089$).

49. Yakın remisyon/inaktif hastalık aktivitesine sahip olan grup, tüm bireylerin %5,90'ını oluşturmaktadır. Yakın remisyon/inaktif hastalık aktivitesi grubunun tamamı ise AD'ye orta uyum sağlamaktadırlar.

50. Düşük aktif hastalık aktivitesine sahip olan grupta ise AD'ye düşük uyum gösterenler, katılımcıların %14,70'ni ve orta uyum gösterenler ise %41,20'sini oluşturmaktadır.

51. Orta aktif hastalık aktivitesine sahip olan grubun AD'ye düşük uyum gösterenler, katılımcıların %30,9'unu ve orta uyum gösterenler ise %4,4'ünü oluşturmaktadır.

52. Şiddetli aktif hastalık aktivitesine sahip grubun tamamı AD'ye düşük uyum sağlamaktadır.

53. BSAS sınıflamasının, AD uyum skoru sınıflaması dağılımı istatistiksel açıdan anlamlı olarak tespit edilmiştir ($p<0,001$).

54. Deri lezyonu olmayan hastaların %30,30'u Akdeniz diyeti uyum skoru ≤ 5 puan iken, %69,7'sinin uyum skoru [6-9] puan olarak belirlenmiştir.

55. Deri lezyonu sayısı 1-5 adet arasında olan Behçet hastalarının %37,9'unun AD uyum skoru [6-9] puan, %62,1'isinin uyum skoru ≤ 5 puan olarak bulunmuştur.

56. Deri lezyonu 5 adetten fazla olan hastaların %83,3'ünün AD uyum skoru ≤ 5 puan iken, %16,7'sinin [6-9] puan aralığında olduğu saptanmıştır.

57. Hastalarda deri lezyon sayısının Akdeniz diyetine düşük uyumgösterenler ile orta uyum gösterenler arasındaki fark anlamlı olarak analiz edilmiştir ($p=0,009$).

58. Hastalarda genital aft ağrı skorunun, deri lezyon ağrı skorunun ve alevlenme ağrı skorunun AD uyum skoru ≤ 5 puan olan grup ile [6-9] puan olan grup arasındaki fark anlamlı olarak tespit edilmiştir (sırası ile $p=0,028$; $p=0,004$; $p=0,025$).

59. AD uyum skoru ≤ 5 puan olan hastaların ortalama hastalık aktivite skoru $37,11 \pm 13,54$ iken [6-9] puan olan hastaların $20,61 \pm 7,36$ olarak bulunmuştur.

60. Hastalarda hastalık aktivitesi total skorunun AD uyum skoru ≤ 5 puan olan grup ile [6-9] puan olan grup arasındaki farkı $p<0,001$ bulunarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir.

61. Hastalarda serum CRP değerinin AD uyum skoru ≤ 5 puan olan grup ile [6-9] puan olan grup arasındaki farkı anlamlı değildir ($p>0,05$).

62. AD uyum skoru ≤ 5 puan olan kadın hastaların ortalama bel çevresi $88,50 \pm 16,22$ iken, [6-9] puan olanların $80,68 \pm 14,42$ olarak bulunmuştur.

63. AD uyum skoru ≤ 5 puan olan kadın hastaların ortalama bel/kalça oranı $0,84 \pm 0,07$ iken, [6-9] puan olanların $0,80 \pm 0,09$ 'dur.

64. Kadın hastalarda bel/kalça değerinin ve bel çevresi ölçümünün ortalamasının AD uyum skoru ≤ 5 puan olanlar ile [6-9] puan olanların arasındaki farkı anlamlı değildir (sırası ile $p=0,158$, $p=0,165$).

65. AD uyum skoru ≤ 5 puan olan erkek hastaların ortalama bel çevresi $93,76 \pm 10,13$ iken, [6-9] puan olanların $92,69 \pm 10,91$ olarak bulunmuştur.

66. AD uyum skoru ≤ 5 puan olan erkek hastaların ortalama bel/kalça oranı $0,94 \pm 0,05$ iken, [6-9] puan olanların $0,93 \pm 0,06$ olarak bulunmuştur.

67. Erkek hastalarda bel çevresi ölçümünün ve bel/kalça oranının AD uyum skoru ≤ 5 puan olanlar ile [6-9] puan olanların arasındaki farkı anlamlı değildir (sırası ile $p=0,773$, $p=0,745$).

68. Yaşam kalitesi ölçeğindeki *“Sağlık durumum hayatımı sekteye uğratiyor.”* sorusuna doğru cevabını veren hastaların % 39,7’sinin AD uyum skoru ≤ 5 puan iken, % 25’inin ise [6-9] puan aralığında olduğu gözlemlenmiştir.

69. Bu soruya verilen cevapların dağılımı AD uyum skoru ≤ 5 puan olanlar ile [6-9] puan aralığında olanların arasındaki farkı anlamlıdır ($p=0,004$).

70. Yaşam kalitesi ölçeğindeki *“Sağlık sorunlarımın üstesinden gelemeyeceğimi hissediyorum”* sorusuna doğru cevabını veren hastaların % 22,1’i Akdeniz diyeti uyum sınıflamasına göre düşük, % 7,4’ü i ise orta uyum göstermektedir.

71. Bu soruya verilen cevapların dağılımı Akdeniz diyetine düşük uyum gösteren hastalar ile orta uyum gösterenler arasındaki farkı anlamlıdır ($p=0,005$).

72. Akdeniz diyetine düşük uyum gösteren Behçet hastalarının yaşam kalitesi toplam skorunun ortanca değeri 13 (9), orta uyum gösterenlerin 8 (7) ve tüm hastaların 12 (9) olarak bulunmuş ve Akdeniz diyetine düşük uyum sağlayan hastalar ile orta uyum sağlayan hastalar arasındaki yaşam kalite total puan farkı anlamlı olarak saptanmıştır ($p=0,001$).

73. Behçet hastalarının toplam Akdeniz diyeti uyum skoru ile Behçet hastalığı aktivite toplam skorunun cinsiyete göre düzeltilmiş korelasyon analizine göre ilişkisi negatif yönlü, orta düzeyde ve anlamlı olarak elde edilmiştir ($r= -0,577$; $p< 0,001$).

74. Katılımcılarda toplam Akdeniz diyeti uyum skoru ile Behçet hastalığı yaşam kalitesi toplam skorunun cinsiyete göre düzeltilmiş korelasyon analizine göre ilişkisi negatif yönlü, zayıf düzeyde ve anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($r= -0,328$; $p=0,007$).

75. Katılımcılarda cinsiyete göre düzeltilmiş korelasyon analizine göre Behçet hastalığı yaşam kalitesi toplam skoru ile Behçet hastalığı aktivite toplam skorunun ilişkisi pozitif yönlü, zayıf düzeyde ve anlamlı olduğu gösterilmiştir ($r=0,295$ $p=0,015$).

76. Akdeniz diyeti uyumu total skoru ile serum CRP, BKİ, bel çevresi ve bel/kalça oranı arasındaki ilişki anlamlı değildir ($p>0,05$).

6.2. Öneriler

Behçet hastalığı, etiyolojisi bilinmeyen nadir bir multigenetik sistemik vaskülitir. Hastalığın ilerleyici ve geri döndürülemez organ hasarı oluşturması nedeniyle, hastalara ve ülkeye hem maddi hem de sağlık yükü oluşturan bir hastalıktır.

Behçet hastalığının tedavisinden net olarak bahsedilmemekle birlikte özetle semptomları kontrol altına almayı, iyi bir yaşam kalitesini sağlamayı ve hayatı tehdit eden komplikasyonları önlemeyi amaçlamaktadır. Diyet ve yaşam tarzı değişikliklerini içeren destekleyici tedaviler, bağışıklık sistemi homeostazını geri getirebileceği ve BH'nin kronik ve zayıflatıcı doğası göz önüne alındığında, uygun maliyetli ve sürdürülebilir bir seçenek olabileceği belirtilmektedir.

Bu çalışmada birçok sağlık yararı kanıtlanmış ve kronik hastalıklar için önerilen Akdeniz diyetinin Behçet hastalığı ile ilişkisi değerlendirilmiştir ve AD'nin Behçet hastalığı aktivitesini ve Behçet hastalarının yaşam kalitesini pozitif etkilediği tespit edilmiştir. Bazı besin grupları veya besin öğeleri ile hastalık aktivitesi arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Fakat bir besin grubu ya da besin öğesine odaklanmak yerine Behçet hastaları için Akdeniz diyet modelinin tamamına odaklanılması gerektiğini ve bileşenlerinin sinerjist etkilerinin hatta sürdürülebilir etkilerinin de yaşam tarzlarına dahil edilmesi gerektiği vurgulanabilir.

Akdeniz diyet modeli önerileri, 18-65 yaş ve herhangi bir hastalık durumu olmayan bireylere yöneliktir. Bu önerilerin özel beslenme gereksinimi olan bireylere göre değiştirilip adapte edilmesi gerekmektedir. Behçet hastalığına sahip bireylere de sağlık durumuna ve kullanılan ilaçlar gibi çeşitli etmenlere dikkat edilerek bireyselleştirilmesi gereklidir. Literatürde BH ile Akdeniz diyeti uyumunu araştıran çalışmaya rastlanmamıştır ve bu konu ile ilgili daha geniş örneklem ile yapılmış çalışmalara ihtiyaç vardır.

7. KAYNAKLAR

1. Hatemi G, Seyahi E, Fresko I, Talarico R, Hamuryudan V. One year in review 2018: Behçet's syndrome. *Clinical and Experimental Rheumatology*. 2018;36(Suppl 115):S13-27.
2. Sakane T, Takeno M, Suzuki N, Inaba G. Behçet's disease. *New England Journal of Medicine*. 1999;341(17):1284-91.
3. Hatemi G, Seyahi E, Fresko I, Talarico R, Hamuryudan V. One year in review 2019: Behçet's syndrome. *Clinical and Experimental Rheumatology*. 2019;37(Suppl 121):3-17.
4. Erel A, Özsoy E, Biberoğlu G, Bilgihan A, Hasanoğlu A, Yis M, et al. Serum levels of vitamins A, C, and E, β -carotene, selenium, and zinc in patients with Behçet's disease: a controlled study. *Biological Trace Element Research*. 2003;95:97-105.
5. Shahidi F, Ambigaipalan P. Phenolics and polyphenolics in foods, beverages and spices: Antioxidant activity and health effects—A review. *Journal of Functional Foods*. 2015;18:820-97.
6. Azzini E, Maiani G. Mediterranean diet: antioxidant nutritional status. *The Mediterranean Diet*: Elsevier; 2015. p. 249-57.
7. Serra-Majem L, Roman-Vinas B, Sanchez-Villegas A, Guasch-Ferre M, Corella D, La Vecchia C. Benefits of the Mediterranean diet: epidemiological and molecular aspects. *Molecular Aspects of Medicine*. 2019;67:1-55.
8. Hidalgo-Mora JJ, García-Vigara A, Sánchez-Sánchez ML, García-Pérez M-Á, Tarín J, Cano A. The Mediterranean diet: a historical perspective on food for health. *Maturitas*. 2020;132:65-9.
9. Oliviero F, Punzi L, Spinella P. Mediterranean food pattern in rheumatoid arthritis. *Curr Rheumatol Rev*. 2009;5:233-40.
10. Greco A, De Virgilio A, Ralli M, Ciofalo A, Mancini P, Attanasio G, et al. Behçet's disease: New insights into pathophysiology, clinical features and treatment options. *Autoimmunity Reviews*. 2018;17(6):567-75.
11. Yazici Y, Hatemi G, Bodaghi B, Cheon JH, Suzuki N, Ambrose N, et al. Behçet syndrome. *Nature Reviews Disease Primers*. 2021;7(1):67.
12. Tirilomis T. Some more historical notes on Adamantiades-Behçet's disease. *Chest*. 2001;120(6):2115-6.
13. Hatemi G, Seyahi E, Fresko I, Talarico R, Hamuryudan V. One year in review 2019: Behçet's syndrome. *Clinical and Experimental Rheumatology*. 2019;37 Suppl 121(6):3-17.
14. Ortiz-Fernández L, Sawalha AH. Genetics of Behçet's disease: functional genetic analysis and estimating disease heritability. *Frontiers in Medicine*. 2021;8:66.

15. Rokutanda R, Kishimoto M, Okada M. Update on the diagnosis and management of Behçet's disease. *Open Access Rheumatology : Research and Reviews*. 2015;7:1-8.
16. Zeidan MJ, Saadoun D, Garrido M, Klatzmann D, Six A, Cacoub P. Behçet's disease physiopathology: a contemporary review. *Autoimmunity Highlights*. 2016;7(1):1-12.
17. Cho SB, Cho S, Bang D. New insights in the clinical understanding of Behçet's disease. *Yonsei Med J*. 2012;53(1):35-42.
18. Tong B, Liu X, Xiao J, Su G. Immunopathogenesis of Behcet's disease. *Front Immunol*. 2019;10:665-.
19. Alipour S, Nouri M, Sakhinia E, Samadi N, Roshanravan N, Ghavami A, et al. Epigenetic alterations in chronic disease focusing on Behçet's disease: Review. *Biomedicine & Pharmacotherapy*. 2017;91:526-33.
20. Sakane T, Takeno M, Suzuki N, Inaba G. Behçet's disease. *The New England Journal of Medicine*. 1999;341(17):1284-91.
21. Mattioli I, Bettiol A, Saruhan-Direskeneli G, Direskeneli H, Emmi G. Pathogenesis of Behçet's syndrome: genetic, environmental and immunological factors. *Front Med (Lausanne)*. 2021;8:713052.
22. Maldini C, Druce K, Basu N, LaValley MP, Mahr A. Exploring the variability in Behçet's disease prevalence: a meta-analytical approach. *Rheumatology (Oxford, England)*. 2018;57(1):185-95.
23. Morton LT, Situnayake D, Wallace GR. Genetics of Behçet's disease. *Current Opinion in Rheumatology*. 2016;28(1):39-44.
24. Kirino Y, Bertsias G, Ishigatsubo Y, Mizuki N, Tugal-Tutkun I, Seyahi E, et al. Genome-wide association analysis identifies new susceptibility loci for Behcet's disease and epistasis between HLA-B* 51 and ERAP1. *Nature Genetics*. 2013;45(2):202-7.
25. Aksentijevich I, Zhou Q. NF- κ B pathway in autoinflammatory diseases: dysregulation of protein modifications by ubiquitin defines a new category of autoinflammatory diseases. *Front Immunol*. 2017;8:399.
26. Tsuchida N, Kirino Y, Soejima Y, Onodera M, Arai K, Tamura E, et al. Haploinsufficiency of A20 caused by a novel nonsense variant or entire deletion of TNFAIP3 is clinically distinct from Behçet's disease. *Arthritis Research & Therapy*. 2019;21(1):137.
27. Hughes T, Ture-Ozdemir F, Alibaz-Oner F, Coit P, Direskeneli H, Sawalha AH. Epigenome-wide scan identifies a treatment-responsive pattern of altered DNA methylation among cytoskeletal remodeling genes in monocytes and CD4⁺ T cells from patients with Behçet's disease. *Arthritis & Rheumatology (Hoboken, NJ)*. 2014;66(6):1648-58.
28. Woo M-Y, Yun SJ, Cho O, Kim K, Lee E-S, Park S. MicroRNAs differentially expressed in Behçet disease are involved in interleukin-6 production. *Journal of Inflammation*. 2016;13:1-5.

29. Oner T, Yenmis G, Tombulturk K, Cam C, Kucuk OS, Yakicier MC, et al. Association of pre-miRNA-499 rs3746444 and pre-miRNA-146a rs2910164 polymorphisms and susceptibility to Behçet's disease. *Genetic Testing and Molecular Biomarkers*. 2015;19(8):424-30.
30. Desai P, Aldoub K, Jawad AS. Multiple tooth extractions triggering Behçet's disease. *Rheumatology*. 2020;60(3):e90-e1.
31. Volle G, Fraison JB, Gobert D, Goulenok T, Dhote R, Fain O, et al. Dietary and nondietary triggers of oral ulcer recurrences in Behçet's disease. *Arthritis Care & Research*. 2017;69(9):1429-36.
32. İris M, Özçikmak E, Aksoy A, Alibaz-Öner F, İnanç N, Ergun T, et al. The assessment of contributing factors to oral ulcer presence in Behçet's disease: Dietary and non-dietary factors. *European Journal of Rheumatology*. 2018;5(4):240-3.
33. Shenavandeh S, Asis M, Eftekhari MH, Aflaki E, Abdollahifard GR, Abnavi MA, et al. The patients' beliefs regarding the role of food, mucosal trauma, menstruation, and psychological stress in the recurrence of Behçet's disease symptoms. *Journal of Medicine and Life*. 2020;13(2):164-9.
34. Guzelant G, Ozguler Y, Esatoglu SN, Karatemiz G, Ozdogan H, Yurdakul S, et al. Exacerbation of Behçet's syndrome and familial Mediterranean fever with menstruation. *Clinical and Experimental Rheumatology*. 2017;35 Suppl 108(6):95-9.
35. Yavuz S, Ozilhan G, Elbir Y, Tolunay A, Eksioglu-Demiralp E, Direskeneli H. Activation of neutrophils by testosterone in Behçet's disease. *Clinical and Experimental Rheumatology*. 2007;25(4 Suppl 45):S46-51.
36. Consolandi C, Turroni S, Emmi G, Severgnini M, Fiori J, Peano C, et al. Behçet's syndrome patients exhibit specific microbiome signature. *Autoimmunity Reviews*. 2015;14(4):269-76.
37. Van der Houwen, T. B., Van Laar, J. A., Kappen, J. H., Van Hagen, P. M., De Zoete, M. R., Van Muijlwijk, G. H., ... & Leavis, H. L. (2020). Behçet's disease under microbiotic surveillance? A combined analysis of two cohorts of Behçet's disease patients. *Frontiers in Immunology*, 11, 1192.
38. Shimizu J, Kubota T, Takada E, Takai K, Fujiwara N, Arimitsu N, et al. Bifidobacteria sbundance-featured gut microbiota compositional change in patients with Behcet's disease. *PloS one*. 2016;11(4):e0153746.
39. Pagliai G, Dinu M, Fiorillo C, Becatti M, Turroni S, Emmi G, et al. Modulation of gut microbiota through nutritional interventions in Behçet's syndrome patients (the MAMBA study): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2020;21(1):511.
40. Mumcu G, Direskeneli H. Triggering agents and microbiome as environmental factors on Behçet's syndrome. *Internal and Emergency Medicine*. 2019;14(5):653-60.
41. Emmi G, Becatti M, Bettiol A, Hatemi G, Prisco D, Fiorillo C. Behçet's syndrome as a model of thrombo-inflammation: the role of neutrophils. *Front Immunol*. 2019;10:1085.

42. Batu ED. Neutrophil-mediated thrombosis and NETosis in Behçet's disease: a hypothesis. *Journal of Korean Medical Science*. 2020;35(29):e213.
43. Liu Y, Kaplan MJ. Neutrophils in the pathogenesis of rheumatic diseases: fueling the fire. *Clinical Reviews in Allergy & Immunology*. 2021;60(1):1-16.
44. Delgado-Rizo V, Martínez-Guzmán MA, Iñiguez-Gutierrez L, García-Orozco A, Alvarado-Navarro A, Fafutis-Morris M. Neutrophil extracellular traps and its implications in inflammation: an overview. *Front Immunol*. 2017;8:81.
45. Li L, Yu X, Liu J, Wang Z, Li C, Shi J, et al. Neutrophil extracellular traps promote aberrant macrophages activation in Behçet's disease. *Front Immunol*. 2020;11:590622.
46. Michailidou D, Mustelin T, Lood C. Role of neutrophils in systemic vasculitides. *Front Immunol*. 2020;11:619705.
47. Chen J, Liu T, He J, Liu Y. Correspondence on 'critical role of neutrophil extracellular traps (NETs) in patients with Behcet's disease'. *Ann Rheum Dis*. 2023;82(2):e48.
48. Greco A, De Virgilio A, Ralli M, Ciofalo A, Mancini P, Attanasio G, et al. Behçet's disease: New insights into pathophysiology, clinical features and treatment options. *Autoimmun Rev*. 2018;17(6):567-75.
49. Moretta A, Marcenaro E, Parolini S, Ferlazzo G, Moretta L. NK cells at the interface between innate and adaptive immunity. *Cell Death and Differentiation*. 2008;15(2):226-33.
50. Alipour S, Nouri M, Sakhinia E, Samadi N, Roshanravan N, Ghavami A, et al. Epigenetic alterations in chronic disease focusing on Behçet's disease. *Biomedicine & Pharmacotherapy*. 2017;91:526-33.
51. de Chambrun MP, Wechsler B, Geri G, Cacoub P, Saadoun D. New insights into the pathogenesis of Behcet's disease. *Autoimmunity Reviews*. 2012;11(10):687-98.
52. Hasan A, Fortune F, Wilson A, Warr K, Lehner T, Sanderson J, et al. Role of $\gamma\delta$ T cells in pathogenesis and diagnosis of Behçet's disease. *The Lancet*. 1996;347(9004):789-94.
53. Kartal Durmazlar SP, Ulkar GB, Eskioglu F, Tatlican S, Mert A, Akgul A. Significance of serum interleukin-8 levels in patients with Behcet's disease: High levels may indicate vascular involvement. *International Journal of Dermatology*. 2009;48(3):259-64.
54. Ferrante A, Ciccia F, Principato A, Peralta S, Triolo G. A Th1 but not a Th17 response is present in the gastrointestinal involvement of Behcet's disease. *Clinical & Experimental Rheumatology*. 2010;28(4):S27.
55. Jadideslam G, Kahroba H, Ansarin K, Sakhinia E, Abhar A, Alipour S, et al. Interleukin-17 mRNA expression and serum levels in Behçet's disease. *Cytokine*. 2020;127:154994.

56. Cingu AK, Turkcu FM, Aktas S, Sahin A, Ayyildiz O. Serum IL-4, IL-12, IL-13, IL-27, and IL-33 levels in active and inactive ocular Behcet's disease. *International Ophthalmology*. 2020;40:3441-51.
57. Alpsoy E, Donmez L, Onder M, Gunasti S, Usta A, Karıncaoglu Y, et al. Clinical features and natural course of Behçet's disease in 661 cases: a multicentre study. *British Journal of Dermatology*. 2007;157(5):901-6.
58. Alibaz-Oner F, Mumcu G, Kubilay Z, Ozen G, Celik G, Karadeniz A, et al. Unmet need in Behcet's disease: most patients in routine follow-up continue to have oral ulcers. *Clinical Rheumatology*. 2014;33:1773-6.
59. Mat MC, Goksugur N, Engin B, Yurdakul S, Yazici H. The frequency of scarring after genital ulcers in Behçet's syndrome: a prospective study. *International Journal of Dermatology*. 2006;45(5):554-6.
60. Jorizzo JL, Abernethy JL, White WL, Mangelsdorf HC, Zouboulis CC, Sarica R, et al. Mucocutaneous criteria for the diagnosis of Behçet's disease: an analysis of clinicopathologic data from multiple international centers. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 1995;32(6):968-76.
61. Alpsoy E, Zouboulis CC, Ehrlich GE. Mucocutaneous lesions of Behcet's disease. *Yonsei Medical Journal*. 2007;48(4):573-85.
62. Yurdakul S, Yazici H, Tüzün Y, Pazarlı H, Yalçın B, Altaç M, et al. The arthritis of Behçet's disease: a prospective study. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 1983;42(5):505-15.
63. Seyahi E, Caglar E, Ugurlu S, Kantarci F, Hamuryudan V, Sonsuz A, et al., editors. An outcome survey of 43 patients with Budd–Chiari syndrome due to Behçet's syndrome followed up at a single, dedicated center. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*; 2015: Elsevier.
64. Kural-Seyahi E, Fresko I, Seyahi N, Ozyazgan Y, Mat C, Hamuryudan V, et al. The long-term mortality and morbidity of Behçet syndrome: A 2-decade outcome survey of 387 patients followed at a dedicated center. *Medicine*. 2003;82(1):60-76.
65. Alibaz-Oner F, Direskeneli H. Management of vascular Behcet's disease. *International Journal of Rheumatic Diseases*. 2019;22:105-8.
66. Alibaz-Oner F, Karadeniz A, Yılmaz S, Balkarlı A, Kimyon G, Yazıcı A, et al. Behçet disease with vascular involvement: effects of different therapeutic regimens on the incidence of new relapses. *Medicine*. 2015;94(6).
67. Saadoun D, Wechsler B, Desseaux K, Huong DLT, Amoura Z, Resche-Rigon M, et al. Mortality in Behçet's disease. *Arthritis & Rheumatism*. 2010;62(9):2806-12.
68. Siva A, Kantarci OH, Saip S, Altintas A, Hamuryudan V, Islak C, et al. Behçet's disease: diagnostic and prognostic aspects of neurological involvement. *Journal of Neurology*. 2001;248:95-103.
69. Akman-Demir G, Serdaroglu P, Tasci B, Group* N-BS. Clinical patterns of neurological involvement in Behçet's disease: evaluation of 200 patients. *Brain*. 1999;122(11):2171-82.

70. Hatemi I, Esatoglu SN, Hatemi G, Erzin Y, Yazici H, Celik AF. Characteristics, treatment, and long-term outcome of gastrointestinal involvement in Behcet's syndrome: a strobe-compliant observational study from a dedicated multidisciplinary center. *Medicine*. 2016;95(16).
71. Seyahi E, Karaaslan H, Ugurlu S, Yazici H. Fever in Behçet's syndrome. *Clinical and Experimental Rheumatology*. 2013;31(3 Suppl 77):64-7.
72. Yilmaz O, Yilmaz S, Kisacik B, Aydogdu M, Bozkurt Y, Erdem H, et al. Varicocele and epididymitis in Behcet disease. *Journal of Ultrasound in Medicine*. 2011;30(7):909-13.
73. Melikoğlu M, Altıparmak M, Fresko I, Tunc R, Yurdakul S, Hamuryudan V, et al. A reappraisal of amyloidosis in Behçet's syndrome. *Rheumatology*. 2001;40(2):212-5.
74. Önder M, Gürer M. The multiple faces of Behçet's disease and its aetiological factors. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. 2001;15(2):126-36.
75. Öztürk MA. Behçet hastalığında laboratuvar bulguları. *Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences*. 2005;1(25):55-8.
76. Criteria for diagnosis of Behçet's disease. International study group for Behçet's disease. *Lancet (London, England)*. 1990;335(8697):1078-80.
77. The International Criteria for Behçet's Disease (ICBD): a collaborative study of 27 countries on the sensitivity and specificity of the new criteria. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology : JEADV*. 2014;28(3):338-47.
78. Lopalco G, Rigante D, Lopalco A, Emmi G, Venerito V, Vitale A, et al. Safety of systemic treatments for Behçet's syndrome. *Expert Opinion on Drug Safety*. 2020;19(10):1269-301.
79. Hatemi G, Christensen R, Bang D, Bodaghi B, Celik AF, Fortune F, et al. 2018 update of the EULAR recommendations for the management of Behçet's syndrome. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 2018;77(6):808-18.
80. Chen J, Yao X. A contemporary review of Behcet's syndrome. *Clinical Reviews in Allergy & Immunology*. 2021;61(3):363-76.
81. Yazici H, Seyahi E, Hatemi G, Yazici Y. Behçet syndrome: a contemporary view. *Nature Reviews Rheumatology*. 2018;14(2):107-19.
82. Orem A, Yandi Y, Vanizor B, Cimsit G, Uydu H, Malkoc M. The evaluation of autoantibodies against oxidatively modified LDL, susceptibility of LDL to oxidation, serum lipids and lipid hydroperoxide levels, total antioxidant status, antioxidant enzyme activities, and endothelial dysfunction in patients with Behçet's disease. *Clinl-Biochem*. 2002;35:217-24.
83. Pronai L, Ichikawa Y, Nakazawa H, Arimori S. Enhanced superoxide generation and the decreased superoxide scavenging activity of peripheral blood leukocytes in Behçet's disease--effects of colchicine. *Clinical and Experimental Rheumatology*. 1991;9(3):227-33.

84. Sepici-Dinçel A, Özkan Y, Yardim-Akaydin S, Kaymak-Karataş G, Önder M, Şimşek B. The association between total antioxidant status and oxidative stress in Behçet's disease. *Rheumatology International*. 2006;26(11):1005-9.
85. Liu RH. Potential synergy of phytochemicals in cancer prevention: mechanism of action. *The Journal of Nutrition*. 2004;134(12):3479S-85S.
86. Liu Z-Q. Why natural antioxidants are readily recognized by biological systems? 3D architecture plays a role! *Food Chemistry*. 2022;380:132143.
87. Bazzano LA, He J, Ogden LG, Loria CM, Vupputuri S, Myers L, et al. Fruit and vegetable intake and risk of cardiovascular disease in US adults: the first National Health and Nutrition Examination Survey Epidemiologic Follow-up Study. *The American Journal of Clinical Nutrition*. 2002;76(1):93-9.
88. Dernini S, Berry EM. Mediterranean diet: from a healthy diet to a sustainable dietary pattern. *Frontiers in Nutrition*. 2015;2:15.
89. Bach-Faig A, Berry EM, Lairon D, Reguant J, Trichopoulou A, Dernini S, et al. Mediterranean diet pyramid today. Science and cultural updates. *Public Health Nutrition*. 2011;14(12A):2274-84.
90. Serra-Majem L, Tomaino L, Dernini S, Berry EM, Lairon D, Ngo de la Cruz J, et al. Updating the Mediterranean diet pyramid towards sustainability: focus on environmental concerns. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020;17(23):8758.
91. Vlassopoulos A, Katidi A, Savvidou T, Kapsokefalou M. Alignment of Nutri-Score with Mediterranean diet pyramid: a food level analysis. *Nutrients*. 2022;14(23):5097.
92. Dernini S, Berry E, Serra-Majem L, La Vecchia C, Capone R, Medina F, et al. Med Diet 4.0: the Mediterranean diet with four sustainable benefits. *Public Health Nutrition*. 2017;20(7):1322-30.
93. Serra-Majem L, Román-Viñas B, Sanchez-Villegas A, Guasch-Ferré M, Corella D, La Vecchia C. Benefits of the Mediterranean diet: epidemiological and molecular aspects. *Molecular Aspects of Medicine*. 2019;67:1-55.
94. Birleşmiş Milletler. Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri. 2020. [İnternet] Çevrimiçi olarak erişilebilir: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/>. [Erişim tarihi: 26.04.2023].
95. Vermeulen SJ, Campbell BM, Ingram JS. Climate change and food systems. *Annual Review of Environment and Resources*. 2012;37:195-222.
96. Chuang K-W, Chang H-C. Risk of ischaemic heart diseases and stroke in behçet disease: a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Clinical Investigation*. 2022;52(8):e13778.
97. Barrea L, Muscogiuri G, Frias-Toral E, Laudisio D, Pugliese G, Castellucci B, et al. Nutrition and immune system: from the Mediterranean diet to dietary supplementary through the microbiota. *Critical Reviews in Food Science and Nutrition*. 2021;61(18):3066-90.

98. Soldati L, Di Renzo L, Jirillo E, Ascierto PA, Marincola FM, De Lorenzo A. The influence of diet on anti-cancer immune responsiveness. *Journal of Translational Medicine*. 2018;16(1):1-18.
99. López-Miranda J, Pérez-Jiménez F, Ros E, De Caterina R, Badimón L, Covas MI, et al. Olive oil and health: summary of the II international conference on olive oil and health consensus report, Jaén and Córdoba (Spain) 2008. *Nutrition, Metabolism, and Cardiovascular Diseases : NMCD*. 2010;20(4):284-94.
100. Schwingshackl L, Schwedhelm C, Galbete C, Hoffmann G. Adherence to Mediterranean diet and risk of cancer: an updated systematic review and meta-analysis. *Nutrients*. 2017;9(10):1063.
101. Schwingshackl L, Christoph M, Hoffmann G. Effects of olive oil on markers of inflammation and endothelial function—a systematic review and meta-analysis. *Nutrients*. 2015;7(9):7651-75.
102. Schwingshackl L, Hoffmann G. Monounsaturated fatty acids, olive oil and health status: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Lipids in Health and Disease*. 2014;13:1-15.
103. Sanchez-Rodriguez E, Biel-Glesson S, Fernandez-Navarro JR, Calleja MA, Espejo-Calvo JA, Gil-Extremera B, et al. Effects of virgin olive oils differing in their bioactive compound contents on biomarkers of oxidative stress and inflammation in healthy adults: a randomized double-blind controlled trial. *Nutrients*. 2019;11(3):561.
104. Colica C, Di Renzo L, Trombetta D, Smeriglio A, Bernardini S, Cioccoloni G, et al. Antioxidant effects of a hydroxytyrosol-based pharmaceutical formulation on body composition, metabolic state, and gene expression: a randomized double-blinded, placebo-controlled crossover trial. *Oxidative Medicine and Cellular Longevity*. 2017;2017.
105. Machowetz A, Poulsen HE, Gruendel S, Weimann A, Fitó M, Marrugat J, et al. Effect of olive oils on biomarkers of oxidative DNA stress in Northern and Southern Europeans. *FASEB Journal : official publication of the Federation of American Societies for Experimental Biology*. 2007;21(1):45-52.
106. Vivancos M, Moreno JJ. Effect of resveratrol, tyrosol and beta-sitosterol on oxidised low-density lipoprotein-stimulated oxidative stress, arachidonic acid release and prostaglandin E2 synthesis by RAW 264.7 macrophages. *The British Journal of Nutrition*. 2008;99(6):1199-207.
107. Ruano J, López-Miranda J, de la Torre R, Delgado-Lista J, Fernández J, Caballero J, et al. Intake of phenol-rich virgin olive oil improves the postprandial prothrombotic profile in hypercholesterolemic patients. *Am J Clin Nutr*. 2007;86(2):341-6.
108. Wang C, Enssle J, Pietzner A, Schmöcker C, Weiland L, Ritter O, et al. Essential polyunsaturated fatty acids in blood from patients with and without catheter-proven coronary artery disease. *International Journal of Molecular Sciences*. 2022;23(2):766.
109. Alexander DD, Miller PE, Van Elswyk ME, Kuratko CN, Bylsma LC, editors. A meta-analysis of randomized controlled trials and prospective cohort

studies of eicosapentaenoic and docosahexaenoic long-chain omega-3 fatty acids and coronary heart disease risk. *Mayo Clinic Proceedings*; 2017: Elsevier.

110. Schwingshackl L, Schlesinger S, Devleeschauwer B, Hoffmann G, Bechthold A, Schwedhelm C, et al. Generating the evidence for risk reduction: a contribution to the future of food-based dietary guidelines. *Proceedings of the Nutrition Society*. 2018;77(4):432-44.

111. Calder PC. Polyunsaturated fatty acids and inflammatory processes: new twists in an old tale. *Biochimie*. 2009;91(6):791-5.

112. Schwingshackl L, Morze J, Hoffmann G. Mediterranean diet and health status: Active ingredients and pharmacological mechanisms. *British Journal of Pharmacology*. 2020;177(6):1241-57.

113. Delgado AM, Almeida MDV, Parisi S. *Chemistry of the Mediterranean diet*: Springer; 2017.

114. Hoffman R, Gerber M. Evaluating and adapting the Mediterranean diet for non-Mediterranean populations: a critical appraisal. *Nutrition Reviews*. 2013;71(9):573-84.

115. Harris WS, Park Y, Isley WL. Cardiovascular disease and long-chain omega-3 fatty acids. *Current Opinion in Lipidology*. 2003;14(1):9-14.

116. Abumweis SS, Barake R, Jones PJ. Plant sterols/stanols as cholesterol lowering agents: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Food & Nutrition Research*. 2008;52.

117. Schlesinger S, Neuenschwander M, Schwedhelm C, Hoffmann G, Bechthold A, Boeing H, et al. Food groups and risk of overweight, obesity, and weight gain: a systematic review and dose-response meta-analysis of prospective studies. *Advances in Nutrition*. 2019;10(2):205-18.

118. Finicelli M, Squillaro T, Di Cristo F, Di Salle A, Melone MAB, Galderisi U, et al. Metabolic syndrome, Mediterranean diet, and polyphenols: evidence and perspectives. *Journal of Cellular Physiology*. 2019;234(5):5807-26.

119. Jiang R, Jacobs DR, Jr., Mayer-Davis E, Szklo M, Herrington D, Jenny NS, et al. Nut and seed consumption and inflammatory markers in the multi-ethnic study of atherosclerosis. *American Journal of Epidemiology*. 2005;163(3):222-31.

120. Price RK, Wallace JM, Hamill LL, Keaveney EM, Strain JJ, Parker MJ, et al. Evaluation of the effect of wheat aleurone-rich foods on markers of antioxidant status, inflammation and endothelial function in apparently healthy men and women. *The British Journal of Nutrition*. 2012;108(9):1644-51.

121. Bechthold A, Boeing H, Schwedhelm C, Hoffmann G, Knüppel S, Iqbal K, et al. Food groups and risk of coronary heart disease, stroke and heart failure: a systematic review and dose-response meta-analysis of prospective studies. *Critical Reviews in Food Science and Nutrition*. 2019;59(7):1071-90.

122. Schwingshackl L, Hoffmann G, Lampousi A-M, Knüppel S, Iqbal K, Schwedhelm C, et al. Food groups and risk of type 2 diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *European Journal of Epidemiology*. 2017;32:363-75.

123. Schwingshackl L, Schwedhelm C, Hoffmann G, Lampousi A-M, Knüppel S, Iqbal K, et al. Food groups and risk of all-cause mortality: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *The American Journal of Clinical Nutrition*. 2017;105(6):1462-73.
124. Schwingshackl L, Schwedhelm C, Hoffmann G, Knüppel S, Iqbal K, Andriolo V, et al. Food groups and risk of hypertension: a systematic review and dose-response meta-analysis of prospective studies. *Advances in Nutrition*. 2017;8(6):793-803.
125. Opie LH, Lecour S. The red wine hypothesis: from concepts to protective signalling molecules. *European Heart Journal*. 2007;28(14):1683-93.
126. Truong VL, Jun M, Jeong WS. Role of resveratrol in regulation of cellular defense systems against oxidative stress. *BioFactors (Oxford, England)*. 2018;44(1):36-49.
127. Ungvari Z, Bagi Z, Feher A, Recchia FA, Sonntag WE, Pearson K, et al. Resveratrol confers endothelial protection via activation of the antioxidant transcription factor Nrf2. *American Journal of Physiology Heart and Circulatory Physiology*. 2010;299(1):H18-24.
128. Shaito A, Posadino AM, Younes N, Hasan H, Halabi S, Alhababi D, et al. Potential adverse effects of resveratrol: a literature review. *International Journal of Molecular Sciences*. 2020;21(6):2084.
129. Finicelli M, Squillaro T, Galderisi U, Peluso G. Micro-RNAs: Crossroads between the exposure to environmental particulate pollution and the obstructive pulmonary disease. *International Journal of Molecular Sciences*. 2020;21(19):7221.
130. Lim CC, Hayes RB, Ahn J, Shao Y, Silverman DT, Jones RR, et al. Mediterranean diet and the association between air pollution and cardiovascular disease mortality risk. *Circulation*. 2019;139(15):1766-75.
131. Whyand T, Hurst J, Beckles M, Caplin M. Pollution and respiratory disease: can diet or supplements help? A review. *Respiratory Research*. 2018;19:1-14.
132. Tosti V, Bertozzi B, Fontana L. Health benefits of the Mediterranean diet: metabolic and molecular mechanisms. *The Journals of Gerontology: Series A*. 2018;73(3):318-26.
133. Guasch-Ferré M, Willett W. The Mediterranean diet and health: A comprehensive overview. *Journal of Internal Medicine*. 2021;290(3):549-66.
134. Hayat K, Iqbal H, Malik U, Bilal U, Mushtaq S. Tea and Its Consumption: Benefits and Risks. *Critical Reviews in Food Science and Nutrition*. 2015;55(7):939-54.
135. Organization TWH. The World Health Organization Quality of Life2012.[internet] [Erişim tarihi: 27.04.2023]. Erişim adresi: <https://www.who.int/tools/whoqol>.
136. Gilworth G, Chamberlain MA, Bhakta B, Haskard D, Silman A, Tennant A. Development of the BD-QoL: a quality of life measure specific to Behcet's disease. *The Journal of Rheumatology*. 2004;31(5):931-7.

137. Bernabe E, Marcenés W, Mather J, Phillips C, Fortune F. Impact of Behçet's syndrome on health-related quality of life: influence of the type and number of symptoms. *Rheumatology*. 2010;49(11):2165-71.
138. Alder NM, Fisher M, Yazici Y. Behçet's syndrome patients have high levels of functional disability, fatigue and pain as measured by a Multi-dimensional Health Assessment Questionnaire (MDHAQ). *Clinical and Experimental Rheumatology*. 2008;26(Suppl 50):S110-3.
139. Masoumi M, Sharifi A, Rezaei S, Rafiei S, Hosseini-fard H, Khani S, et al. Global systematic review and meta-analysis of health-related quality of life in Behçet's patients. *Caspian Journal of Internal Medicine*. 2022;13(3):447-57.
140. Italiano N, Di Cianni F, Marinello D, Elefante E, Mosca M, Talarico R. Sleep quality in Behçet's disease: a systematic literature review. *Rheumatology International*. 2023;43(1):1-19.
141. Floris A, Piga M, Laconi R, Espinosa G, Lopalco G, Serpa Pinto L, et al. Accrual of organ damage in Behçet's syndrome: trajectory, associated factors, and impact on patients' quality of life over a 2-year prospective follow-up study. *Arthritis Research & Therapy*. 2022;24(1):253.
142. Senusi AA, Mather J, Ola D, Bergmeier LA, Gokani B, Fortune F. The impact of multifactorial factors on the Quality of Life of Behçet's patients over 10 years. *Front Med (Lausanne)*. 2022;9:996571.
143. Nagano A, Takeuchi M, Horita N, Teshigawara T, Kawagoe T, Mizuki Y, et al. Behçet's disease and activities of daily living. *Rheumatology*. 2021;61(3):1133-40.
144. Talarico R, Elefante E, Parma A, Taponeco F, Simoncini T, Mosca M. Sexual dysfunction in Behçet's syndrome. *Rheumatology International*. 2020;40(1):9-15.
145. İlhan B, Can M, Alibaz-Oner F, Yilmaz-Oner S, Polat-Korkmaz O, Ozen G, et al. Fatigue in patients with Behçet's syndrome: relationship with quality of life, depression, anxiety, disability and disease activity. *International Journal of Rheumatic Diseases*. 2018;21(12):2139-45.
146. Geldsetzer P. Use of rapid online surveys to assess people's perceptions during infectious disease outbreaks: a cross-sectional survey on COVID-19. *Journal of Medical Internet Research*. 2020;22(4):e18790.
147. World Health Organization. "Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation." (2000).
148. Merdol T. Toplu Beslenme Yapılan Kurumlar İçin Standart Yemek Tarifeleri 2.Basım. Ankara: Hatipoğlu Yayınevi. 2003.
149. Rakıcıoğlu N, Tek N, Ayaz A, Pekcan G. Yemek ve Besin Fotoğraf Kataloğu Ölçü ve Miktarlar. Ankara: Merdiven Reklam Tanıtım. 2012.
150. Beslenme Bilgi Sistemleri Paket Program (BeBİS) 8.1. 2017.
151. Martínez-González MA, García-Arellano A, Toledo E, Salas-Salvado J, Buil-Cosiales P, Corella D, et al. A 14-item Mediterranean diet assessment tool and obesity indexes among high-risk subjects: the PREDIMED trial. 2012.

152. Pehlivanoglu EFÖ, Balcioglu H, Ünlüoglu İ. Akdeniz diyeti bağıllık ölçeği'nin türkçe'ye uyarlanması geçerlilik ve güvenilirliği. Osmangazi Tıp Dergisi. 2020;42(2):160-4.
153. Forbes C, Swearingen C, Yazici Y. Behcet's syndrome activity score (BSAS): a new disease activity assessment tool, composed of patient-derived measures only, is strongly correlated with the Behcet's Disease Current Activity Form (BDCAF). Arthritis Rheum. 2008;58(Suppl 9):S854-S5.
154. Yazici Y, Bernstein H, Swearingen C. THU0302 Proposed disease activity category thresholds for Behcet's Syndrome Activity Scale (BSAS) Scores for a potential "Treat to Target" approach to Behcet's syndrome. Annals of the Rheumatic Diseases. 2015;74(Suppl 2):305-.
155. Yilmaz S, Simsek I, Cinar M, Erdem H, Kose O, Yazici Y, et al. Patient-driven assessment of disease activity in Behçet's syndrome: cross-cultural adaptation, reliability and validity of the Turkish version of the Behçet's Syndrome Activity Score. Clinical and Experimental Rheumatology. 2013;31(3 Suppl 77):77-83.
156. Erdogan Z, Pinar R. P0469 Evaluation of quality of life in Behcet's disease. European Journal of Internal Medicine. 2009;20:S156-S7.
157. Hayran M, Temel H. İstatistik. Ankara: Omega Araştırma. 2011;6:70-98.
158. Ortiz-Fernández L, Sawalha AH. Genetics of Behcet's disease: functional genetic analysis and estimating disease heritability. Frontiers in Medicine. 2021;8:625710.
159. Volle, G., Fraison, J. B., Gobert, D., Goulenok, T., Dhote, R., Fain, et al (2017). Dietary and nondietary triggers of oral ulcer recurrences in Behçet's disease. Arthritis Care & Research, 69(9), 1429-1436.
160. McCrory MA, Howarth NC, Roberts SB, Huang TT-K. Eating frequency and energy regulation in free-living adults consuming self-selected diets. The Journal of Nutrition. 2011;141(1):148-53.
161. Murakami K, Livingstone MBE. Associations between meal and snack frequency and diet quality in US adults: National Health and nutrition examination survey 2003-2012. Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics. 2016;116(7):1101-13.
162. Liu Y, Bao D, Meng M, Lu L, Zhu H. The proportion of C1q-high and ISG15-high monocytes in the skin of patients with Behçet disease. Frontiers in Pharmacology. 2023;14.
163. Yu, R. (2015). Immune-Signaling Molecules and Obesity-Induced Inflammation. Journal of Nutritional Science and Vitaminology, 61(Supplement), S131-S132.
164. Nuttall, F. Q. (2015). Body mass index: obesity, BMI, and health: a critical review. Nutrition Today, 50(3), 117.
165. Wintergerst, E. S., Maggini, S., & Hornig, D. H. (2007). Contribution of selected vitamins and trace elements to immune function. Annals of Nutrition and Metabolism, 51(4), 301-323.

166. Kafeshani M. Diet and immune system. *Immunopathol Persa*. 2015;1(1):e04.
167. Myles IA. Fast food fever: reviewing the impacts of the Western diet on immunity. *Nutrition Journal*. 2014;13(1):1-17.
168. Lotito SB, Frei B. Consumption of flavonoid-rich foods and increased plasma antioxidant capacity in humans: cause, consequence, or epiphenomenon? *Free Radical Biology and Medicine*. 2006;41(12):1727-46.
169. Gioia, C., Lucchino, B., Tarsitano, M. G., Iannuccelli, C., & Di Franco, M. (2020). Dietary habits and nutrition in rheumatoid arthritis: can diet influence disease development and clinical manifestations?. *Nutrients*, 12(5), 1456.
170. Fung TT, McCullough ML, Newby P, Manson JE, Meigs JB, Rifai N, et al. Diet-quality scores and plasma concentrations of markers of inflammation and endothelial dysfunction-. *The American Journal of Clinical Nutrition*. 2005;82(1):163-73.
171. Chrysoshoou, C., Panagiotakos, D. B., Pitsavos, C., Das, U. N., & Stefanadis, C. (2004). Adherence to the Mediterranean diet attenuates inflammation and coagulation process in healthy adults: The ATTICA Study. *Journal of the American College of Cardiology*, 44(1), 152-158.
172. Romaguera D, Norat T, Vergnaud AC, Mouw T, May AM, Agudo A, et al. Mediterranean dietary patterns and prospective weight change in participants of the EPIC-PANACEA project. *Am J Clin Nutr*. 2010;92(4):912-21.
173. Steffen LM, Van Horn L, Daviglus ML, Zhou X, Reis JP, Loria CM, et al. A modified Mediterranean diet score is associated with a lower risk of incident metabolic syndrome over 25 years among young adults: the CARDIA (Coronary Artery Risk Development in Young Adults) study. *The British Journal of Nutrition*. 2014;112(10):1654-61.
174. Galilea-Zabalza I, Buil-Cosiales P, Salas-Salvadó J, Toledo E, Ortega-Azorín C, Díez-Espino J, et al. Mediterranean diet and quality of life: Baseline cross-sectional analysis of the PREDIMED-PLUS trial. *PloS one*. 2018;13(6):e0198974.
175. Baguley BJ, Skinner TL, Jenkins DG, Wright ORL. Mediterranean-style dietary pattern improves cancer-related fatigue and quality of life in men with prostate cancer treated with androgen deprivation therapy: A pilot randomised control trial. *Clinical Nutrition (Edinburgh, Scotland)*. 2021;40(1):245-54.

8. EKLER

EK-1. Etik Kurul Onayı



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 16969557-1807

Konu :

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 21 EYLÜL 2021 SALI
Toplantı No : 2021/15
Proje No : GO 21/990(Değerlendirme Tarihi: 21.09.2021)
Karar No : 2021/15-41

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü öğretim üyelerinden Doç. Dr. Mevlüde KIZIL'ın sorumlu araştırmacı olduğu, Dyt. Rukiye KIYAK'ın yüksek lisans tezi olan, GO 21/990 kayıt numaralı "*Behçet Hastalığı Olan Yetişkin Bireylerde Akdeniz Diyetine Uyumun Behçet Sendromu Aktivite Skalası ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi*" başlıklı proje önerisi araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, 22 Eylül 2021–22 Aralık 2022 tarihleri arasında geçerli olmak üzere etik açıdan **uygun bulunmuştur**. Çalışma tamamlandığında sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin Etik Kurulumuza gönderilmesi gerekmektedir.

1. Prof. Dr. G. Burça AYDIN	(Başkan)	8. Doç. Dr. Betül Çelebi SALTIK	(Üye)
2. Prof. Dr. Ayşe Lale DOĞAN	(Üye)	9. Doç. Dr. Hande Güney DENİZ	(Üye)
		İZİNLİ	
3. Prof. Dr. M. Özgür UYANIŞ	(Üye)	10. Doç. Dr. Tolga YILDIRIM	(Üye)
4. Prof. Dr. Ayşe Kin İŞLER	(Üye)	11. Doç. Dr. Merve BATUK	(Üye)
5. Prof. Dr. Sibel PEHLİVAN	(Üye)	12. Doç. Dr. Gülten KOÇ	(Üye)
6. Doç. Dr. H. Tuna Çak ESEN	(Üye)	13. Dr. Öğr. Üyesi Müge DEMİR	(Üye)
		İZİNLİ	
7. Doç. Dr. Nüket Paksoy ERBAYDAR	(Üye)	14. Av. Serap MORALIOĞLU	(Üye)

EK-2. Duyuru Metni (Broşür)**Behçet Hastalığı Olan Yetişkin Bireylerde Akdeniz Diyetine Uyumun Behçet Sendromu Aktivite Skalası ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi**

adlı araştırma projesi için 25-50 yaş arası Behçet Hastalığı olan gönüllü bireyler ile bir çalışma yapılacaktır!

Katılma Koşulları:

- ❖ Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak
- ❖ Behçet Hastalığı olmak
- ❖ 25-50 yaş aralığında olmak

Dahil Edilmeme Kriterleri:

- ❖ <25 yaş altı ve > 50 yaş üstü bireyler
- ❖ Belirli bir diyet tedavisi uyguluyor olmak
- ❖ Gebelik ve emzirme döneminde olmak
- ❖ Vejeteryan ve vegan beslenenler
- ❖ Kalp yetmezliği, kronik böbrek yetmezliği, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, diyabet ve kanser olan bireyler, Hastalığa bağlı ağır organ tutulumu olan bireyler
- ❖ Çalışmaya katılmaya gönüllü olmamak

Eylül 2021- Aralık 2022 tarihleri arasında devam edecek projeye katılmak isteyen gönüllü bireyler veya ayrıntılı bilgi almak isteyenler için iletişim bilgileri:

Adres: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü Sıhhiye/ANKARA

Araştırma Ekibi

Doç. Dr. Mevlüde Kızıl
Rukiye Kıyak

EK-3. Anket Araştırmaları İçin Aydınlatılmış Onam Formu

Sevgili Katılımcı,

Behçet Hastalığı Olan Yetişkin Bireylerde Akdeniz Diyetine Uyumun Behçet Sendromu Aktivite Skalası ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi başlıklı bu araştırma, Hacettepe Üniversitesi Beslenme Bilimleri Anabilim Dalı tarafından yürütülmektedir. Araştırma Behçet Hastalığı olan yetişkin bireylerde Akdeniz diyetine uyumun Behçet Sendromu aktivite skalası ve yaşam kalitesi ile ilişkisinin incelemesi amacıyla planlanmıştır. Sizin yanıtlarınızdan elde edilecek sonuçlarla Behçet hastalarının Akdeniz diyetine olan uyumu ve yaşam kalitesi ile aktivite skalası arasındaki ilişki değerlendirilebilecektir. Bu nedenle soruların tümüne ve içtenlikle cevap vermeniz büyük önem taşımaktadır.

Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayalıdır. Bu form aracılığı ile elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır ve sadece araştırma amacıyla (veya “bilimsel amaçlar için”) kullanılacaktır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilirsiniz veya anketi doldururken istemezseniz son verebilirsiniz.

Anket formuna ad ve soyad bilgisi yer almamaktadır.

Anketimiz sekiz bölümden oluşmaktadır. 64 soruluk, 30-35 dk zamanınızı alacak bu çalışmada yanıtlarınızı, soruların altında yer alan seçenekler arasından uygun olanı daire içine alarak ya da açık uçlu sorularda sorunun altında bırakılan boşluğa yazarak belirtiniz. Birden fazla seçenek işaretleyebileceğiniz sorularda, size uygun gelen bütün seçenekleri işaretleyiniz. Eğer sorunun yanıtları arasında “diğer” seçeneği mevcutsa ve yanıtınız var olan seçenekler arasında yer almıyorsa, bu durumda yanıtınızı diğer seçeneğindeki boşluğa yazınız.

Anketi yanıtladığınız için teşekkür ederiz.

Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıdaki kişi(ler) ile iletişim kurabilirsiniz:

Sorumlu Araştırmacı: Doç.Dr. Mevlüde Kızıl

Hacettepe Üniversitesi Beslenme Bilimleri Anabilim Dalı

Telefon: 0312 3051094

Dyt. Rukiye Kıyak

Araştırma Ekibi

Doç.Dr. Mevlüde Kızıl, Dyt.Rukiye Kıyak

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız aşağıdaki kutucuğu X ile işaretleyiniz ve devam ediniz.

☐ Kabul Ediyorum.

EK-4. Bireylere Uygulanan Anket Formu**Behçet Hastalığı Olan Yetişkin Bireylerde Akdeniz Diyetine Uyumun Behçet Sendromu Aktivite Skalası ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi**

Anket No:

Tarih:....../...../202..

A. DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1. Doğum Tarihiniz (gün/ay/yıl):

2. Cinsiyet: 1.Kadın 2.Erkek

3. Eğitim Durumu:

1. Okur yazar değil

2. İlkokul

3. Ortaokul

4.Lise

5. Üniversite

6. Lisansüstü

4. Meslek:

1.Ev hanımı

2. Memur

3. İşçi

4. Serbest Meslek

5. Emekli

6. İşsiz

7. Diğer:

5. Medeni durum:

1. Evli /birlikte

2.Evli/ayrı yaşıyor

3. Bekar

4.Boşanmış

5. Eşi

vefat etmiş

6. Kaç yıldır Behçet Hastalığınız var?

7. Şu anda kullandığınız ilaç ya da ilaçlar var mı? Varsa nelerdir?.....

8. Düzenli kullandığınız besin desteği var mı?

1.Evet

2. Hayır

9. Cevabınız evet ise düzenli kullandığınız-kullandıklarınızı miktarları ile belirtiniz.

1.Multivitamin-multimineral=.....

2.B₁₂ vitamini=.....

3. C vitamini=.....

4. D vitamin=.....

5. Folat=.....

6. E vitamini=.....

7. Magnezyum=.....

8. Balık yağı=.....

9. karoten=.....

10. Günde kaç öğün yemek yiyorsunuz? 1).....Ana

2).....Ara

11. Alkol kullanıyor musunuz? 1)Hayır 2)Evet 3)Bıraktım

12. Düzenli spor/egzersiz yapıyor musunuz? (Son bir hafta içinde en az 3 kez günde 30 dakika ve üzeri aktivite yaptınız mı? 1. Hayır 2. Evet

Egzersiz/spor türü:..... Süresi (gün/hafta): ... dk (Bir seferde)

Egzersiz/spor türü:..... Süresi (gün/hafta): ... dk (Bir seferde)

Egzersiz/spor türü:..... Süresi (gün/hafta): ... dk (Bir seferde)

B. ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLER

Vücut ağırlığı (kg)	
Boy uzunluğu (cm)	
Beden kütle indeksi (kg/m ²)	
Bel Çevresi (cm)	
Kalça Çevresi (cm)	
Bel/Kalça Oranı	

C. BİYOKİMYASAL PARAMETRELER

Parametre	Birim	Değer	Referans Değerler
CRP	mg/dl		0-5 mg/dl

D. BESİN TÜKETİM SIKLIĞI

[illegible]

E. 24 SAATLİK BESİN TÜKETİM KAYDI

TARİH:/...../2021

1.Hafta içi

2.Hafta sonu

ÖĞÜN	Besin Adı- İçindekiler	Miktarı (g)	Artık (%)	Net Miktar (g)
SABAH Saat:				
KUŞLUK Saat:				
ÖĞLE Saat:				
İKİNDİ Saat:				
AKŞAM Saat:				
GECE Saat:				

EK-5. Akdeniz Diyeti Uyum Ölçeği

Sorular	Yanıt	Puanlama ölçütü	Puan (Her kriter için 1 puan)
1. Zeytinyağı mutfakta en fazla kullandığınız yağ türü müdür?		Evet	
2. Zeytinyağını günde ne kadar kullanıyorsunuz? (kızartma,salata, ev dışı yenen yemekler vs. dahil)		≥4 (Yemek kaşığı)	
3. Günde kaç porsiyon sebze tüketiyorsunuz? (1porsiyon: 200g yeşil yapraklı sebze, 150g diğer sebzeler)		≥2 (≥1 porsiyon çiğ veya salata olarak)	
4. Günde kaç porsiyon meyve tüketiyorsunuz? (1 porsiyon= 150g taze meyve, 30g kuru meyve, 100ml taze sıkılmış meyve suyu)		≥3	
5. Günde kaç porsiyon kırmızı et, kıyma veya et ürünü (sosis, sucuk,salam vb) tüketiyorsunuz? (1porsiyon=100g)		<1	
6. Günde kaç porsiyon tereyağ, margarin veya krema tüketiyorsunuz? (1porsiyon=12g)		<1	
7. Günde kaç adet şekerli ve/veya gazlı içecek tüketiyorsunuz?		<1	
8. Şarap tüketiyor musunuz? Evet ise, haftada ne kadar şarap tüketiyorsunuz?		≥7 kadeh	
9. Haftada kaç porsiyon kurubaklagil tüketiyorsunuz? (1porsiyon:60g)		≥3	
10. Haftada kaç porsiyon balık veya deniz ürünleri tüketiyorsunuz? (1porsiyon= 150g balık veya 200g deniz ürünleri)		≥3	
11. Haftada kaç kez ticari tatlı veya pastane ürünleri tüketiyorsunuz? (poğaça, bisküvi,kek vb.)		<3	
12. Bir haftada kaç porsiyon yağlı tohum (fıstık dahil) tüketiyorsunuz? (1porsiyon=30g)		≥1	
13. Kırmızı et, kıyma veya sucuk yerine tavuk veya hindi eti tercih eder misiniz?		Evet	
14. Bir haftada kaç kez zeytinyağında pişirilmiş domates, soğan veya sarımsak ile lezzetlendirilmiş makarna, pilav, sebze yemeği veya diğer yemekleri tüketiyorsunuz?		≥2	

EK-6. Behçet Sendromu Aktivite Skalası (BSAS)

1) Geçtiğimiz 4 hafta boyunca ağzınızdaki aftlar (yaralar) sizi ne kadar rahatsız etti? Lütfen aşağıda gösteriniz.

Yara yoktu	0	0,5	1	1,5	2	2,5	3	3,5	4	4,5	5	5,5	6	6,5	7	7,5	8	8,5	9	9,5	10	Yaralar büyük sorun

2) Geçtiğimiz 4 hafta boyunca ağzınızda kaç tane aft yani yara (yeni veya eski) vardı?

0	
1-3	
3 ten fazla	

3) Geçtiğimiz 4 hafta boyunca genital (etek) bölgenizdeki yaralar sizi ne kadar rahatsız etti? Lütfen aşağıda gösteriniz.

Yara yoktu	0	0,5	1	1,5	2	2,5	3	3,5	4	4,5	5	5,5	6	6,5	7	7,5	8	8,5	9	9,5	10	Yaralar büyük sorun

4) Geçtiğimiz 4 hafta boyunca genital (etek)bölgenizde kaç tane yara (yeni veya eski) vardı?

0	
1-3	
3 ten fazla	

5) Geçtiğimiz 4 hafta boyunca sivilce (akne) ya da sivilce benzeri cilt lezyonları (yaraları) sizi ne kadar rahatsız etti? Lütfen aşağıda gösteriniz.

Yara yoktu	0	0,5	1	1,5	2	2,5	3	3,5	4	4,5	5	5,5	6	6,5	7	7,5	8	8,5	9	9,5	10	Yaralar büyük sorun

6) Geçtiğimiz 4 hafta boyunca kaç tane sivilce (akne) ya da sivilce benzeri cilt lezyonunuz ya da yaranız (yeni veya eski) oldu?

0	
1-5	
5 ten fazla	

7) Geçtiğimiz 4 hafta boyunca günün çoğunluğunda ve haftanın çoğu gününde devam eden karın ağrısı ya da haliniz oldu mu?

Hayır ☐ **Evet** ☐

8) Geçtiğimiz 4 hafta boyunca gözlerinizde ağrı ve kızarıklık ve/veya bulanık görme ya da görmede azalma yakınmanız oldu mu?

Hayır ☐ **Evet** ☐

9) Geçtiğimiz 4 hafta boyunca bacaklarınızda şişlik, renk değişikliği veya damar tıkanıklığınız oldu mu?

Hayır ☐ **Evet** ☐

10)Behçet hastalığınızın aktivitesi yani alevlenmesi dikkate alındığında (ağız yaraları, genital yaralar, cilt sorunları, eklem ağrıları, göz sorunları, nörolojik sorunlar) sizce son 4 hafta boyunca durumunuz ne kadar alevliydi?

HİÇ ALEVLİ DEĞİL	0	0,5	1	1,5	2	2,5	3	3,5	4	4,5	5	5,5	6	6,5	7	7,5	8	8,5	9	9,5	10	FAZLASI İLE ALEVLİ

EK-7. Behçet Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği (BHYKÖ)

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

	Doğru	Yanlış
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 uğrattıyor.		
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 sorunlarımdan 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-8. Behçet Hastalarının Hastalık Aktivitesi Skor Sınıflamasına Göre Günlük Enerji ve Bazı Besin Öğelerinin Alım Miktarları

Enerji ve besin öğeleri	Yakın Remisyon/İnaktif [0-10]puan (n=4)	Düşük Aktif [10-30]puan (n=37)	Orta Aktif [30-60] puan (n=25)	Şiddetli Aktif [60-100] puan (n=2)	p
Enerji (kkal)	2331,54 (2754,44) [1510,73-4784,75]	1669,16(845,48) [675,45-4142,17]	1832,38 (1177,07) [482,46-3947,94]	2568,82 (-) [2477,28-2660,36]	0,102***
Karbonhidrat(g)	230,90 (325,93) [157,48-548,83]	169,79 (121,63) [58,24-631,57]	212,43 (206,29) [47,64-481,01]	294,65 (-) [260,85-328,45]	0,280***
Yağ(g)	133,18 ± 63,77 [68,28-214,54]	75,93 ± 25,62 [22,08-131,26]	91,82 ± 33,04 [26,93-177,13]	113,48 ± 10,09 [106,34-120,62]	0,003**
Protein(g)	71,79(66,03) [46,13-119,45]	51,01 (32,76) [16,80-181,29]	78,19 (31,80) [11,18-149,24]	88,22 (-) [82,37-94,07]	0,061***
Posa(g)	25,56(20,91) [13,15-36,58]	16,60 (13,48) [6,55-46,08]	18,59 (14,94) [5,25-38,60]	24,57(-) [22,82-26,31]	0,451***
Çözünebilen posa(g)	17,19(13,10) [8,88-22,95]	11,26 (7,92) [4,67-29,57]	11,14 (9,53) [3,67-24,72]	16,70 (-) [15,30-18,09]	0,354***
Çözünemeyen posa(g)	8,37 (7,71) [4,12-13,34]	5,37 (4,01) [1,88-15,31]	5,63 (5,07) [1,61-11,95]	7,43 (-) [6,63-8,22]	0,435***
SFA(g)	33,04(17,07) [24,45-43,12]	19,70(11,88) [8,27-48,52]	28,37(8,13) [4,14-52,69]	33,23(-) [21,75-44,70]	0,007***
MUFA(g)	43,89±19,60 [22,94-65,87]	31,00±13,92 [6,87-60,58]	32,24±11,51 [12,69-56,22]	36,88±4,03 [34,03-39,73]	0,315**
PUFA(g)	47,28±38,01 [7,28-98,79]	19,12±10,34 [2,39-41,99]	25,35±13,13 [6,56-57,07]	30,33±19,50 [16,54-44,12]	0,002**
Oleik asit(g)	40,96±18,77 [20,89-62,47]	28,96±13,55 [5,89-66,29]	29,32±10,27 [12,36-49,53]	33,88±2,68 [31,98-35,78]	0,329**
Kolesterol(mg)	103,25(73,68) [96,80-194,20]	279,75 (291,63) [15,10-758,80]	326,45 (254,69) [3,50-958,10]	282,75(-) [128,10-437,40]	0,123***

SFA: Doymuş Yağ Asiti, PUFA: Çoklu doymamış yağ asiti, MUFA: Tekli Doymamış Asiti

Parametrik veri gösterimi: Ortalama ± standart sapma[minimum-maksimum]**Anova testi

Non-parametrik veri gösterimi:Ortanca(çeyrekler arası dağılım aralığı)[minimum-maksimum]***Kruskal-Wallis Testi yapılmıştır.

Behçet Hastalarının Hastalık Aktivitesi Skor Sınıflamasına Göre Günlük Enerji ve Bazı Besin Öğelerinin Alım Miktarları (Devamı)

Besin Öğeleri	Yakın Remisyon/İnaktif [0-10]puan (n=4)	Düşük Aktif [10-30]puan (n=37)	Orta Aktif [30-60] puan (n=25)	Şiddetli Aktif [60-100] puan (n=2)	p
n-3 yağ asidi(g)	2,91 (1,94) [1,72-3,88]	1,08 (0,85) [0,35-2,63]	1,28 (0,78) [0,65-3,22]	1,39 (-) [1,00-1,79]	0,004***
n-6 yağ asidi(g)	44,43±37,56 [5,00-95,25]	17,80±9,99 [1,66-41,26]	23,56±12,90 [5,57-53,76]	28,94±20,05 [14,76-43,11]	0,004**
EPA(g)	0,27(0,47) [0,14-0,70]	0,17 (0,11) [0,03-0,48]	0,18 (0,19) [0,08-1,13]	0,21 (-) [0,20-0,22]	0,481***
DHA(g)	0,01(0,03) [0,00-0,03]	0,07(0,09) [0,00-1,09]	0,08(0,14) [0,00-0,82]	0,07(-) [0,01-0,12]	0,069***
A vitamini(µg)	623,27(641,03) [409,69-1164,68]	716,00 (771,57) [37,50-9251,36]	723,77 (776,93) [210,34-3147,20]	593,98 (-) [171,54-1016,42]	0,911***
E vit(mg)	47,31±41,88 [6,91-104,94]	21,28±10,46 [3,63-40,72]	25,27±13,61 [4,87-54,58]	27,88±16,50 [16,22-39,55]	0,013**
Retinol(µg)	293,39±101,69 [190,30-433,75]	304,90±181,33 [1,80-733,98]	382,11±164,75 [25,50-782,75]	350,80±389,89 [75,10-626,50]	0,399**
Karoten(mg)	1,49 (2,78) [0,80-4,38]	1,95 (4,44) [0,09 -18,58]	1,29 (1,89) [0,27-12,04]	1,46 (-) [0,58-2,34]	0,815***
C vit(mg)	81,89 (183,96) [36,11-270,23]	79,59 (82,51) [4,77-312,60]	78,12 (136,85) [7,08-435,80]	58,44 (-) [12,01-104,88]	0,920***
B₁(mg)	0,97(1,99) [0,58-3,05]	0,69 (0,47) [0,29-1,60]	0,88 (0,82) [0,27-1,92]	1,15 (-) [0,79,1,51]	0,261***
B₂(mg)	1,52(1,05) [0,90-2,29]	1,26(0,81) [0,27-3,02]	1,47 (0,86) [0,29-5,65]	1,51 (-) [1,47-1,54]	0,709***

Parametrik veri gösterimi: Ortalama ± standart sapma[minimum-maksimum]**Anova testi,

Non-parametrik veri gösterimi: Ortanca(çeyrekler arası dağılım aralığı) [minimum- maksimum]***Kruskal-Wallis testi.

Behçet Hastalarının Hastalık Aktivitesi Skor Sınıflamasına Göre Günlük Enerji ve Bazı Besin Öğelerinin Alım Miktarları (Devamı)

Besin Öğeleri	Yakın Remisyon/İnaktif [0-10]puan (n=4)	Düşük Aktif [10-30]puan (n=37)	Orta Aktif [30-60] puan (n=25)	Şiddetli Aktif [60-100] puan (n=2)	p
B₁₂(µg)	3,25(4,55) [1,90-7,80]	2,78(2,87) [0,10-24,20]	4,94 (5,72) [0,05-104,76]	7,57 (-) [7,32-7,82]	0,043***
Niasin(mg)	13,87(11,31) [5,35-18,49]	7,71 (6,10) [3,11-32,44]	14,03 (9,50) [2,46-32,84]	16,25 (-) [12,52-19,97]	0,044***
Folik asit(µg)	420,98 (314,75) [248,45-582,80]	300,53 (210,03) [112,70-767,64]	293,40 (203,28) [101,74-952,38]	379,42 (-) [377,04-381,79]	0,525***
Sodyum(mg)^y	2944,32(2173,15) [1869,46-4748,76]	1966,97 (2185,19) [345,90-5497,86]	2098,91 (1463,44) [86,95-6824,81]	3421,47 (-) [1717,73-5125,20]	0,425***
Potasyum(mg)	2912,69(1937,02) [2155,81-4325,92]	2092,79(893,91) [901,80-5102,68]	2093,69(1926,77) [1145,30-3874,97]	2400,04(-) [198,17-2821,90]	0,358***
Kalsiyum(mg)	970,70(657,90) [423,43-1181,19]	767,28 (508,08) [124,10-2103,40]	707,29 (414,42) [186,80-1962,31]	707,95 (-) [611,86-804,04]	0,836***
Magnezyum(mg)	358,03(739,78) [184,22-1165,32]	224,60 (122,22) [79,40-592,61]	254,32 (208,12) [110,80-603,86]	296,94 (-) [253,75-340,12]	0,334***
Selenyum(mg)	0,00(0,28) [0,00-0,37]	0,00(0,00) [0,00-3,99]	0,00(0,00) [0,00-5,33]	1,02(-) [0,00-2,03]	0,151***
Demir(mg)	12,16(15,16) [8,90-27,02]	8,90(5,68) [3,69-24,39]	11,44 (5,77) [3,44-24,49]	14,40 (-) [13,98-14,81]	0,154***
Çinko(mg)	12,16 (13,16) [7,45-22,37]	7,35 (4,11) [2,52-19,79]	10,40 (6,02) [1,71-25,37]	15,50 (-) [13,04-17,96]	0,026***
Bakır(mg)	2,14(4,64) [1,68-7,68]	1,39(1,00) [0,61-3,91]	1,62 (0,70) [0,65-4,27]	2,05(-) [1,65-2,45]	0,098***

^ySadece besinlerden gelen sodyum miktarları değerlendirmeye alınmıştır,

Parametrik veri gösterimi: Ortalama ± standart sapma[minimum-maksimum]**Anova testi,

Non-parametrik veri gösterimi: Ortanca (çeyrekler arası dağılım aralığı)[minimum- maksimum]***Kruskal-Wallis testi

EK-9. Tez Çalışması Orijinallik Raporu/Ekran Çıktısı



Dijital Makbuz

Bu makbuz ödevinizin Turnitin'e ulaştığını bildirmektedir. Gönderiminize dair bilgiler şöyledir:

Gönderinizin ilk sayfası aşağıda gönderilmektedir.

Gönderen:	Rukiye Kıyak
Odev başlığı:	Rukiye tez
Gönderi Başlığı:	BEHÇET HASTALIĞI OLAN YETİŞKİN BİREYLERDE AKDENİZ DİY...
Dosya adı:	RUK_YE_KIYAK_TEZ_SAVUNMA_SONRASI.docx
Dosya boyutu:	1.46M
Sayfa sayısı:	93
Kelime sayısı:	24,256
Karakter sayısı:	155,957
Gönderim Tarihi:	08-Ağu-2023 11:3400 (UTC+0300)
Gönderim Numarası:	2143026664



Copyright 2023 Turnitin. Tüm hakları saklıdır.

TEZ BAŞLIĞI: BEHÇET HASTALIĞI OLAN YETİŞKİN BİREYLERDE AKDENİZ DİYETİNE UYUMUN BEHÇET SENDROMU AKTİVİTE SKALASI VE YAŞAM KALİTESİ İLE İLİŞKİSİ

TEZ YAZARI: RUKİYE KIYAK

SAYFA SAYISI: 93

ORJİNALLİK RAPORU			
%	12	%	12
BENZERLİK ENDEKSİ		İNTERNET KAYNAKLARI	%
		YAYINLAR	5
		ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ	%
BİRİNCİL KAYNAKLAR			
1	www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080		%5
	İnternet Kaynağı		
2	acikbilim.yok.gov.tr		%3
	İnternet Kaynağı		
3	openaccess.hacettepe.edu.tr:8080		%1
	İnternet Kaynağı		
4	acikerisim.baskent.edu.tr		<%1
	İnternet Kaynağı		
5	i-rep.emu.edu.tr:8080		<%1
	İnternet Kaynağı		
6	search.trdizin.gov.tr		<%1
	İnternet Kaynağı		
7	avesis.hacettepe.edu.tr		<%1
	İnternet Kaynağı		
8	books.akademisyen.net		<%1
	İnternet Kaynağı		

9.ÖZGEÇMİŞ

I. BİREYSEL BİLGİLER

