



T.C.

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ

CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**BEHÇET HASTALARINDAKİ STİGMATİZASYONUN  
YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ**

DR. ESER AYDIN

(UZMANLIK TEZİ)

TEZ DANIŞMANI

PROF DR. İBRAHİM BALCIOĞLU

İstanbul 2018





T.C.

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ

CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**BEHÇET HASTALARINDAKİ STİGMATİZASYONUN  
YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ**

DR. ESER AYDIN

(UZMANLIK TEZİ)

TEZ DANIŞMANI

PROF DR. İBRAHİM BALCIOĞLU

İstanbul 2018



Bu tez çalışması Cerrahpaşa Tıp Fakóltesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulunca onaylanmıştır.

(06/07/2017 258901 sayılı yazı ile)

# TEŞEKKÜR

*Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım değerli hocam Psikiyatri Anabilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Dr. Alaattin Duran'a; tez danışmanım Sayın Prof. Dr. İbrahim Balcıoğlu'na ve tüm hocalarıma,*

*İstatistik konusunda özverili desteğinden dolayı Sayın Prof. Dr. Ethem Erginöz'e*

*Kendilerinden çok şey öğrendiğim tüm asistan arkadaşlarım ve tüm klinik çalışanlarına;*

*Çalışma için büyük bir özveri gösteren CTF Romatoloji Bilimdalı'nın tüm çalışanlarına;*

*Çalışmanın en başından beri büyük emek sarf eden Psikolog Buse Yıldırım'a; çok teşekkür ederim.*

Dr. Eser Aydın

# İÇİNDEKİLER

|                                                   |     |
|---------------------------------------------------|-----|
| TEŞEKKÜR.....                                     | i   |
| İÇİNDEKİLER.....                                  | ii  |
| TABLolar.....                                     | iv  |
| KISALTMALAR.....                                  | v   |
| ÖZET.....                                         | vi  |
| ABSTRACT.....                                     | vii |
| 1. GİRİŞ VE AMAÇ.....                             | 1   |
| 2. GENEL BİLGİLER.....                            | 2   |
| 2.1.BEHÇET HASTALIĞI.....                         | 2   |
| 2.1.1 Behçet Hastalığının Tarihçesi.....          | 2   |
| 2.1.2 Behçet Hastalığının Tanımı.....             | 5   |
| 2.1.3 Behçet Hastalığının Epidemiyolojisi.....    | 5   |
| 2.1.4 Behçet Hastalığının Patogenezi.....         | 6   |
| 2.1.5. Behçet Hastalığının Klinik Bulguları.....  | 6   |
| 2.1.6. Behçet Hastalığı Tanısı.....               | 10  |
| 2.1.7. Behçet Hastalığı Prognozu ve Tedavisi..... | 12  |
| 2.2. STİGMATİZASYON KAVRAMI.....                  | 13  |
| 2.3. YAŞAM KALİTESİ KAVRAMI.....                  | 20  |
| 2.3.1. Yaşam Kalitesi Kavramının Tarihçesi.....   | 20  |
| 2.3.2. Yaşam Kalitesi Tanımı.....                 | 21  |
| 2.3.3. Sağlıkla ilişkili Yaşam Kalitesi.....      | 22  |
| 2.3.4. Kronik hastalıklarda Yaşam Kalitesi.....   | 23  |
| 2.3.5. Behçet ve Yaşam Kalitesi.....              | 24  |
| 3. YÖNTEM VE GEREÇLER.....                        | 24  |
| 3.1. ÇALIŞMA EVRENİ.....                          | 24  |
| 3.1.1. Örneklem Bilgisi.....                      | 24  |
| 3.1.2. Çalışmaya dahil edilme kriterleri.....     | 24  |
| 3.1.3. Çalışmadan dışlanma kriterleri.....        | 25  |
| 3.2. GEREÇLER.....                                | 26  |

|                          |           |
|--------------------------|-----------|
| <b>4. BULGULAR.....</b>  | <b>28</b> |
| <b>5. TARTIşMA.....</b>  | <b>50</b> |
| <b>6. SONUÇLAR.....</b>  | <b>55</b> |
| <b>7. KAYNAKLAR.....</b> | <b>56</b> |
| <b>8. EKLER.....</b>     | <b>67</b> |



## TABLÖLAR

TABLO 1 BEHÇET HASTALIĞI TANI KRİTERLERİ

TABLO 2 BEHÇET HASTALARI VE HİPERTANSİYON HASTALARININ SOSYODEMOGRAFİK VERİLERİNİN YÜZDESEL KARŞILAŞTIRILMASI (yüzdesel)

TABLO 3 BEHÇET HASTALARI VE HİPERTANSİYON HASTALARININ SOSYODEMOGRAFİK VERİLERİNİN ORTALAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASI

TABLO 4 BEHÇET HASTALARI VE HİPERTANSİYON HASTALARININ DEPRESYON/ANKSİYETE, YAŞAM KALİTESİ VE STİGMA PUAN ORTALAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASI

TABLO 5 BEHÇET HASTALARI VE HİPERTANSİYON HASTALARININ DEPRESYON/ANKSİYETE, YAŞAM KALİTESİ VE STİGMA PUAN ORTALAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASI (altgrup)

TABLO 6 BEHÇET HASTALARI VE HİPERTANSİYON HASTALARININ SOSYODEMOGRAFİK VERİLERİNİN ORTALAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASI(altgrup)

TABLO 7 BEHÇET HASTALARI VE HİPERTANSİYON HASTALARININ DEPRESYON/ANKSİYETE, YAŞAM KALİTESİ VE STİGMA PUAN ORTALAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASI(altgrup)

TABLO 8 BEHÇET HASTALARINDA CİNSİYETE GÖRE DEPRESYON/ANKSİYETE, YAŞAM KALİTESİ VE STİGMATİZASYON

TABLO 9 BEHÇET HASTALARINDAKİ SEMPTOMLARIN GÖRÜLME YÜZDELERİ VE SAYILARI

TABLO 10 BEHÇET SEMPTOMLARININ VARLIĞI/YOKLUĞU AÇISINDAN ANKSİYETE/DEPRESYON PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

TABLO 11 ORAL AFT VARLIĞININ STİGMATİZASYON VE YAŞAM KALİTESİ PUANLARIYLA İLİŞKİSİ

TABLO 12 AKNEİFORM LEZYON VARLIĞININ STİGMATİZASYON VE YAŞAM KALİTESİ PUANLARIYLA İLİŞKİSİ

TABLO 13 GASTROİNTESTİNAL SEMPTOM VARLIĞININ STİGMATİZASYON VE YAŞAM KALİTESİ PUANLARIYLA İLİŞKİSİ

TABLO 14 GENİTAL ÜLSER VARLIĞININ STİGMATİZASYON VE YAŞAM KALİTESİ PUANLARIYLA İLİŞKİSİ

TABLO 15 EN BENZERİ LEZYON VARLIĞININ STİGMATİZASYON VE YAŞAM KALİTESİ  
PUANLARIYLA İLİŞKİSİ

TABLO 16 PULMONER TUTULUM VARLIĞININ STİGMATİZASYON VE YAŞAM KALİTESİ  
PUANLARIYLA İLİŞKİSİ

TABLO 17 PATERJİ TESTİ POZİTİFLİĞİNİN STİGMATİZASYON VE YAŞAM KALİTESİ PUANLARIYLA  
İLİŞKİSİ

TABLO 18 TROMBOFLEBİT VARLIĞININ STİGMATİZASYON VE YAŞAM KALİTESİ PUANLARIYLA  
İLİŞKİSİ

TABLO 19 ARTRİT VARLIĞININ STİGMATİZASYON VE YAŞAM KALİTESİ PUANLARIYLA İLİŞKİSİ

TABLO 20 GÖZ TUTULUMU VARLIĞININ STİGMATİZASYON VE YAŞAM KALİTESİ PUANLARIYLA  
İLİŞKİSİ

TABLO 21 EKSTRAGENİTAL ÜLSER VARLIĞININ STİGMATİZASYON VE YAŞAM KALİTESİ  
PUANLARIYLA İLİŞKİSİ

TABLO 22 NÖROBEHÇET VARLIĞININ STİGMATİZASYON VE YAŞAM KALİTESİ PUANLARIYLA  
İLİŞKİSİ

TABLO 23 HEKİMİN BEHÇET HASTALIĞI AKTİVİTESİ ALGI PUANININ YAŞAM KALİTESİ VE  
STİGMATİZA

TABLO 24 BEHÇET HASTALARINDA STİGMATİZASYON PUANLARININ DEPRESYON/ANKSİYETE  
İLE İLİŞKİSİ

TABLO 25 BEHÇET HASTALARINDA YAŞAM KALİTESİ ALT PUANLARININ  
DEPRESYON/ANKSİYETE İLE İLİŞKİSİ

TABLO 26 STİGMATİZASYON İLE YAŞAM KALİTESİ İLİŞKİSİ

TABLO 27 YAŞ İLE YAŞAM KALİTESİ, STİGMA, DEPRESYON/ANKSİYETE İLİŞKİSİ

TABLO 28 PSİKİYATRİYE YÖNLENDİRİLEN VE YÖNLENDİRİLMİYEN BEHÇET HASTALARININ  
SOSYODEMOGRAFIK VERİLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

TABLO 29 PSİKİYATRİYE YÖNLENDİRİLEN VE YÖNLENDİRİLMİYEN BEHÇET HASTALARININ  
DEPRESYON/ANKSİYETE, YAŞAM KALİTESİ, STİGMA VERİLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

## KISALTMALAR

|               |                                                                                  |
|---------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| <b>AÖP</b>    | Alt Ölçek Puanı                                                                  |
| <b>BCAD</b>   | Behçet Hastalığı Güncel Aktivite Formu                                           |
| <b>BH</b>     | Behçet Hastalığı                                                                 |
| <b>CIASS</b>  | Kronik Hastalıklarda Beklenen Stigma Ölçeği                                      |
| <b>DSM-V</b>  | Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı                          |
| <b>EN</b>     | Eritema Nodosum                                                                  |
| <b>HAD</b>    | Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği                                               |
| <b>ICD-10</b> | International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems |
| <b>İÜ</b>     | İstanbul Üniversitesi                                                            |

# BEHÇET HASTALARINDAKİ STİGMATİZASYONUN YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

## ÖZET

Türkiye, Behçet Hastalığının en sık görüldüğü coğrafya içerisinde yer almaktadır. Birçok çalışmada Behçet hastalarında psikiyatrik bozukluk komorbiditesi oldukça yüksek bulunmuştur. Bu bozukluk içerisinde, depresif bozukluk ve anksiyete bozuklukları ilk sıralarda yer almaktadır. Literatürde Behçet hastalarındaki stigmatizasyon üzerine herhangi bir çalışma bulunmamaktadır.

Çalışmamızda, Behçet hastalarındaki stigmatizasyonu ölçmeyi, bunun depresyon ya da anksiyete semptomlarına etkisini ve nihayetinde tüm bu faktörlerin Behçet hastalarındaki yaşam kalitesi ile ilişkisini değerlendirmeyi amaçladık.

Bu amaçla, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Romatoloji Bilimdalı Behçet Hastalığı Polikliniği'ne ayaktan başvuran 303 Behçet hastası ve kontrol grubu olarak İÜ Kardiyoloji Anabilimdalı Polikliniği'ne başvuran hipertansiyon tanısı ile ayaktan tedavi gören 53 hasta çalışmaya dahil edildi. Behçet Hastalığı Aktivite formunun klinisyen tarafından doldurulması ve Aydınlatılmış Onam formu, Sosyodemografik veri formu, Hastane Anksiyete Depresyon formu, Kronik Hastalıklarda Beklenen Stigma Ölçeği formu(CIASS), SF-36 Yaşam Kalitesi ölçeği formu ile elde edilen veriler istatistiksel analize tabi tutuldu.

Yapılan analizler sonucunda Behçet hastalarında stigmatizasyon, kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Benzer şekilde, Behçet hastalarında depresyon ve anksiyete değerleri de kontrol grubuna göre yüksek bulunmuştur. Behçet hastalarındaki yaşam kalitesi alt puanları ise kontrol grubuna göre daha düşük bulunmuştur. Depresyon ve anksiyete değerlerinin yüksek olmasına rağmen, psikiyatri polikliniğine yönlendirilme oranları düşük bulunmuştur. Hastaların stigmatizasyon puanları ile depresyon ve anksiyete puanları pozitif yönde korelasyon göstermiştir. Depresyon ve anksiyete değerleri de, yaşam kalitesi puanları ile ters yönde anlamlı korelasyon ilişkisi göstermiştir. Behçet hastalarında stigmatizasyonu taramak, hastalardaki depresyon ve anksiyete tedavisinin başarısını arttırabilir. Depresyon ve anksiyete tedavisindeki başarı, hastaların bozulmuş yaşam kalitelerini arttırabilir.

# **THE EFFECT OF STIGMATIZATION ON BEHÇET'S DISEASE PATIENTS' QUALITY OF LIFE**

## **SUMMARY**

Turkey is located in the area in that Behcet's disease is most commonly seen. In many studies, comorbidity of psychiatric disorder was found to be high in patients with Behçet's disease. Among these disorders, depressive disorder and anxiety disorders are the most common ones. There is no study on stigmatization in Behçet's patients in the literature.

In our study, we aimed to show the effects of stigmatization over the depressive and anxiety symptoms and finally the effect of all these factors over the quality of life and to identify possible factors affecting stigmatization in Behcet's patients.

For this purpose, 303 outpatients who were referred to Istanbul University Cerrahpaşa Medical Faculty Behçet Disease Policlinic were included in the study. As a control group, 53 outpatients who have essential hypertension diagnosis were also included. The data obtained by the clinician filling the Behçet's Disease Activity Form and self-reporting SF-36 Quality of Life scale form, Consent Form, Sociodemographic Data Form, Hospital Anxiety Depression Form, Chronic Illness Anticipated Stigma Scale were considered and a correlation analysis was made.

As a result of the analyzes made, stigmatization in Behçet's patients was found significantly higher than control group. Similarly, depression and anxiety levels in Behçet's patients were found to be higher than in the control group. The quality of life subscales' scores of Behcet's patients were found to be lower than the control group. Despite the high levels of depression and anxiety in these patients, the rates of referral to the psychiatric outpatient clinic were low. Between patients' stigmatization scores and depression, anxiety scores, there was a positive correlation. Depression and anxiety scores also showed a significantly negative correlation with the quality of life scores. Screening stigmatization in patients with Behcet's disease may increase the effectiveness of depression and anxiety treatment and also more effective treatment for depression and anxiety can increase the quality of life of patients.

## 1.GİRİŞ VE AMAÇ

Kronik hastalığı olan birçok hastada, hastalığına dair olası toplumsal algıları içselleştirme eğilimi gözlenmektedir. Bu durum stigmatizasyon (damgalanma) olarak tanımlanmaktadır. Stigmatizasyon bireyin yakın çevresi, çalışma alanı ve sağlık hizmetleri alanındaki ilişkilerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir.

Kronik hastalıklarda, hastalığın fiziksel yükünün yanı sıra birçok komorbid psikiyatrik bozukluklar gözlenmektedir. Stigmatizasyonun da, bu psikiyatrik bozuklukların etiolojisinde yer aldığına dair çalışma verileri mevcuttur. Stigmatizasyonun kronik hastalıklarda depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesi ile ilişkisi gösterilmiştir (1).

Özellikle sağlık çalışanlarına yönelik içselleştirilmiş stigmatizasyon mevcudiyetinin, bu hastaların düzenli dahili ya da psikiyatrik tedavi almalarının önünde engel oluşturduğu gözlenmektedir. Psikiyatrik tedavide, psikiyatristte hastadaki stigmatizasyona dair farkındalık artışının, hastanın hem psikiyatrik hem de kronik hastalığının tedavisini olumlu yönde etkilemesi beklenmektedir.

Behçet Hastalığı öncelikle genital bölge, göz ve ağız tutulumu olan multisistemik kronik bir hastalıktır (2). Türkiye, Behçet Hastalığının en sık görüldüğü coğrafya içerisinde yer almaktadır. Birçok çalışmada Behçet hastalarında psikiyatrik bozukluk komorbiditesi oldukça yüksek bulunmuştur. Bu bozukluk içerisinde, depresif bozukluk ve anksiyete bozuklukları ilk sıralarda yer almaktadır. Literatürde Behçet hastalarındaki stigmatizasyon üzerine herhangi bir çalışma bulunmamaktadır.

Çalışmamızda, Behçet hastalarındaki stigmatizasyonu ölçmeyi, bunun depresyon ya da anksiyete semptomlarına etkisini ve nihayetinde tüm bu faktörlerin Behçet hastalarındaki yaşam kalitesi ile ilişkisini değerlendirmeyi amaçladık. Ayrıca, stigmatizasyonu etkileyen olası etmenleri (tutulum bölgesi, cinsiyet, yaş, eğitim, ekonomik düzey...) belirleyebilmeyi de hedefledik.

## 2.GENEL BİLGİLER

### 2.1.BEHÇET HASTALIĞI

#### 2.1.1 Behçet Hastalığının Tarihçesi

1937 yılında dermatolog Prof. Dr. Hulusi Behçet tarafından tekrarlayan oral ve genital aftöz ülserler ve hipopiyonlu üveit ile üçlü semptom kompleksi olarak tanımlanmış ve bir Türk hekimin ismi ile anılan ilk ve tek hastalık olması nedeniyle Behçet Hastalığı önemini korumaktadır.

Hulusi Behçet, 20 Şubat 1889'da İstanbul'da doğmuş, aynı zamanda babasının kuzeni olan annesi Ayşe Hanım'ı henüz küçük bir çocukken kaybetmiştir. İlköğrenimine maarif müfettişi babası Ahmet Behçet Bey'in görevi nedeniyle bulunduğu Şam'da iken Beyrut Fransız yatılı okulunda başlamış (1895-1897), Fransızca, Latince ve Almanca öğrenmiştir. Bu yıllarda bilgi ve merakı onu tıp doktoru olmaya yöneltmiş, eğitimini 1898-1901 yılları arasında İstanbul Beşiktaş Rüştüyesi'ne sürdürdükten sonra 1901 yılında Kuleli'deki askeri tıbbiye başlamış, 1910 yılında yüzbaşı rütbesi ile mezun olmuştur (3).

Daha sonra Gülhane Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği'nde bir yıl stajyer, üç yıl da asistan olarak Eşref Ruşen, Talat Çamlı ve 1915'de tifüs aşısını bulan bakteriyolog Reşat Rıza gibi hocaların yanında eğitim almıştır. Ayrıca ülkemizde çağdaş anlamda patolojiyi kuran, döneminin dünyaca tanınan bilim adamları ile anılan Hamdi Suad Aknar ile de çalışmış bu sayede patolojide edindiği bilgi birikimi, gelecekte dermatopatoloji dalında yapacağı çalışmalara altyapı oluşturmuştur (4).

Hulusi Behçet 1914 Temmuz ayında Kırklareli Asker Hastanesi'ne başhekim muavini olarak atanmış, yanısıra Edirne Asker Hastanesi'nde de mikrobiyoloji ile deri ve frengi tababeti alanlarında uzman hekim olarak iki yıl çalışmış, bu sürede bölgenin merkez komutanlığını da yapmıştır. Birinci Dünya Savaşı bitmeden 1917'de meslekte gelişme ve ilerleme amacıyla ilk olarak Budapeşte'de Profesör Sellei'nin kliniğine, ardından Berlin'e Profesör Arndt'ın yanına geçmiş, aynı zamanda Osmanlı İmparatorluğu döneminde askeri hekimlerin bilgilerini ve görgülerini arttırmak üzere gönderildikleri seçkin bir askeri tıp okulu olarak kurulan Charité'de Blumenthal'in ve Schereschewsky'nin gönüllü asistanlığını yapmıştır. Blumenthal sfiliz etkeni treponemaları deneysel şartlarda üreten (1909), tavşanlarda yaptığı bir çalışmayla sifilizin cinsel yolla bulaştığını gösteren ve sifilitik

materyallerde ilk kez aglütinasyon testlerini başlatan bilim adamıdır. Hulusi Behçet'in Avrupa'da geçirdiği bu dönem akademik çevresini oluşturmaya başladığı ve yarım kaldığını düşündüğü mezuniyet sonrası eğitimini tamamladığı yıllar olmuştur (5).

1921'de yurda döndüğünde bir süre muayenehane hekimliği yapmıştır. Hasköy Zührevi Hastalıklar Hastanesi'ne başhekim olarak atandığı 1923 senesinde, bir dönem Paris büyükelçiliği yapan Suat Bey'in kızı Refika Hanım ile evlenmiş, Güler adında bir kızı olmuştur. Hasköy'de altı ay çalıştıktan sonra Gureba Hastanesi'ne dermatoloji ve veneroloji kliniği şefi olarak atanmıştır. Burada ülkemizin ilk deri histopatoloğu olan Dr. Menahem Hodara ile on iki yıl birlikte çalışmıştır (6,7).

Dr.Behçet 1933 üniversite reformunda profesörlüğe atanan öğretim üyeleri arasında bulunmuş, Ordinaryüs unvanını ise 1939 yılında almıştır. Deri ve Zührevi Hastalıklar kürsüsü başkanlığını ölümüne kadar sürdürmüştür.

1934'te soyadı kanunu çıktığında kendisinin ve babasının ikinci ismi olan parlak ve zeki anlamındaki Behçet'i soyadı olarak kaydettirmiş, ilk adları soyadı edindirmeme yolundaki genel uygulamanın istisnası olan bu durum, dış neşriyatta imza karışıklığı ortaya çıkmaması için ona tanınmış bir imtiyazdır. Bazı kaynaklarda "Behçet" soyadının kendisine Atatürk tarafından, bu isimle ona dünya tıp yazınında yer tanınmakta oluşu göz önünde tutularak verildiği de belirtilmektedir.

Hulusi Behçet 1943 Eylül ayında Deri Hastalıkları ve Frengi Kliniği Arşivi'nde yayınlanan makalesinde, hastalığın tespitinde önemli rol oynayan 21, 7 ve 3 yıl takip ettiği üç vakayı anlatmaktadır (8).

"Birinci vaka" olarak anılan kişi, 1917 yılından itibaren ağızda ve skrotumda çıkan yaralara eşlik eden göz bulguları, bacaklarda ağrılı nodüller, ateş ve eklem ağrıları şikayetleri olan İstanbul'dan Hüdaverdi adlı bir diş hekimidir. İstanbul oftalmolog ve dermatologları tarafından incelenmiş, göz bulguları romatizma, tüberküloz, sifiliz ve lepra lehine, bacaklarındaki ağrılı şişlikleri de eritema nodozum olarak yorumlamış, uygulanan hiç bir tedaviye yanıt alınamayınca da vakanın Viyana'ya gitmesinin uygun olduğuna karar verilmiştir. Oftalmolog Fuchs, dermatolog Riehl ve Kyrle tarafından incelenen hastada aylarca yapılan tüm tetkikler, biyopsiler, kültürler, kan muayeneleri ve hayvan deneyleri hiçbir sonuç vermeyince Kyrle bunun Avrupa'da bilinmeyen protozoon kaynaklı bir hastalık olabileceğini öne sürmüştür. Tekrarlayan ataklardan sonra yıllar içinde birinci vaka görme

yetisini yitirmiş, tekrarlayan ağız ve genital ülserler hastayı çok rahatsız etmiştir. Ataklar esnasında yapılan muayenelerinde genel durum bozukluğu olması İstanbul ve Viyana hekimlerince hastalığı mikrobik bir etkene, özellikle virütik bir kaynağa bağlama eğilimini kuvvetlendirmiştir (9,10).

Tekrarlayan ağız ve genital bölgelerinde ağrılı ülserler ve bir gözünde kanlanma atakları ile 1930'da Hulusi Behçet'e yönlendirilen "ikinci vaka"nın da 1935 yılına kadar geçirdiği ataklarda incelenen histoloji ve mikrobiyolojik tetkiklerinde spesifik hiç bir klinik duruma rastlanmamış, benzer klinik bulguları olan "üçüncü vaka" da 1936'da tıp fakültesinin dış hekimliği biriminden dermatolojiye yönlendirilmiş yine hastanın klinikte yattığı sürece yapılan mikrobiyolojik, histolojik, biyokimyasal tetkikler, iç hastalıkları, KBB konsültasyonları sonuç vermemiştir. Hastanın dişlerinin radyolojik tetkikinde süpüre kist ve granülomların varlığı, kaynağını dişlerden alan virüse bağlı genel mikrobik bir hastalık olduğunu düşündürmüştür. 1937'de bu üç vakanın dökümünü yaptığı makalesini Dermatologische Wochenschrift'de (cilt 105, sayı 36) yayımlanmıştır (9). Aynı yıl hastalıkla ilgili görüşlerini Paris'te dermatoloji toplantısında sunmuş, etyolojisinde dental bir enfeksiyonun yer alabileceğini bildirmiştir. 1938'de aynı dergide daha ayrıntılı bir yazı yayınlamış, aynı yıl Dr. Niyazi Gözcü ve Prof. Frank benzer semptomlara sahip iki olgu daha yayınlamış, ardından Avrupa'dan yeni olgu bildirimleri gelmiştir. Böylece Avrupalı oftalmolog hekimler Behçet hastalığını kabul etmeye başlarken, dermatologlar yeni hastalığı ısrarla inkar ederler. Bu tablonun pemfigus, ulcus vulva akutum, dermatomiyozit, Neumann'un aftozisi, eritema eksudativum multiforme ve benzerinin semptomları olduğunda üstelerler. Avrupa dışındaki bölgelerden de yeni olgular yayınlanması üzerine tüm dünya sonunda yeni bir hastalık ile yüzleştiğini kabul etmek durumunda kalır. 1947'de Zürih tıp fakültesinden Prof. Mischner Cenevre Uluslararası kongresinde yaptığı öneri ile Dr. Behçet'in bu buluşu "Morbus Behçet" olarak adlandırılır, böylece Behçet sendromu, Trisemptom Behçet gibi adlandırmalar da ortaya çıkar (11).

Geçirdiği ani bir kalp krizi sonucu erken yaşta (59) hayata gözlerini yuman Hulusi Behçet 35 yıllık meslek hayatına, Türkçe ve yabancı dilde makaleler, çeviriler, monografiler ve iki de ders kitabı olmak üzere iki yüze yakın sayıda yayın sığdırmış, ölümünden bir yıl önce 1947'de Cenevre'de toplanan Uluslararası kongrede 25 yıl üzerinde çalıştığı hastalığı kendisine ithafen Morbus Behçet adıyla literatürde kabul edilmiştir.

### **2.1.2 Behçet Hastalığının Tanımı**

Behçet Hastalığı ataklar ve remisyonlar ile seyreden, mukokütanöz, oküler, vasküler, gastrointestinal ve merkezi sinir sistemini başta olmak üzere vücuttaki her tür doku ve organı tutabilen, etyolojisi halen bilinmeyen, olasılıkla otoimmün/otoinflamatuvar kompleks multisistemik bir vaskülitir.

### **2.1.3 Behçet Hastalığının Epidemiyolojisi**

Tüm dünyada görülebilse de hastalığın coğrafi dağılımı belirgin farklılıklar gösterir. Akdeniz'den Doğu Asya'ya uzanan, sağlıklı popülasyonda HLA-B5 prevalansının sık olduğu, tarihi ipek yolu boyunca prevalansı sıktır (12).

Türkiye'de en yüksek prevalansa sahip hastalık 20–421/100.000 oranında görülür (13). Dünyanın geri kalanında ise daha nadir ortaya çıkmakta, tahmini prevalansı Birleşik Krallık'ta 0,64/100.000' ten, İspanya'da 6,4/100.000, Amerika'da 5,2/100.00'e değişen oranlardadır (14).

Buna rağmen Almanya'da yaşayan Türklerde yapılmış daha spesifik bir analizde Behçet sendromu prevalansı belirgin şekilde yüksek, 77/100.000 bulunmuş, bu durum hastalığın etyolojisinde çevresel etmenlerle kıyaslandığında genetiğin daha büyük rol oynadığına işaret etmektedir (15).

Hastalığın bazı semptomları da coğrafi farklılıklar göstermektedir. Gastrointestinal tutulum özellikle Japonya'da sık görülürken, paterji testi pozitifliği Türkiye ve Akdeniz ülkelerinde sık, HLAB51 ile hastalık ilişkisi de Uzak Doğuda daha anlamlı iken Avrupa ülkelerinde çok daha nadirdir (13).

Hastalığın başlangıcı çoğunlukla 2.-3. dekatta olup, literatürde çocukluk çağında ortaya çıkan olgu bildirimleri de bulunmaktadır (16,17).

Her iki cinste de görülebilse de genç erkeklerde daha sık ve daha şiddetli izlenmektedir (17,18).

### **2.1.4 Behçet Hastalığının Patogenezi**

Behçet hastalığı etyolojisinde tarihsel süreçte birçok enfeksiyon ajanı (Herpes simpleks virüs, Parvovirus B19, Streptokokus sanguis, Stafilokokus aureus, mikobakteriler gibi) araştırılmış olsa da günümüzde viral veya bakteriyel bir ajanın doğrudan Behçet hastalığına

neden olduğu kanıtlanmamıştır (19). Yine de genetik yatkınlığı olan bireylerde infeksiyöz ajanların tetiği çeken faktörler olduğu düşünülmektedir. Mikrobiyal antijenler ile insan ısı şok proteini (HSP; Heat shock proteins) arasında ortak epitopların bulunması, çapraz reaksiyona yol açarak inflamasyonda rol oynamakta, insan mitokondriyal HSP60'ın eritema nodozum ve aktif mukokütanöz lezyonların epidermal bölgesinde ekspresyonu, mikobakteriyel HSP65'in hastaların  $\gamma\delta$  T hücreleri tarafından tanındığı ve bu hücrelerin proliferere olduğu çalışmalarda gösterilmiştir. Th1 tipi bu immün yanıtta IL-1, TNF, IL-2, IFN $\gamma$ , IL-8, IL-10, IL-17, IL-18 gibi sitokinlerin salınımı ile inflamasyon devam eder, vasküler endotel fonksiyon bozukluğuna yol açar, tromboz oluşumlarını kolaylaştırabilir (19,20).

MHC (Major Histocompatibility Complex) gen bölgesinde bulunan HLA-B5 doku uygunluğu antijeninin bir parçası olan HLA-B51 ile Behçet hastalığı ilişkisi iyi bilinmektedir. HLA-B51, etnisite ile farklılık göstermekle birlikte sağlıklı bireylerde yaklaşık %20 iken, Behçet hastalarında % 60-80 oranında bildirilmiştir. B5101 allelinin özellikle erkek hastalarda üveit gelişimi gibi ciddi klinik bulgularla ilişkisi gösterilmiş, nötrofil hiperaktivitesinden sorumlu olduğu ve bu nedenle immün yanıtın şiddetine önemli katkısı olduğu düşünülmüştür. Yanısıra MHC klas I zinciri ile ilişkili gen (MIC), Faktör V, sitokin (TNF, IL-1 gibi) ve adezyon molekül (ICAM) genlerinin de BH patogenezinde rolü olabileceğini düşünülmekte ve bu hastalarda doğal ve kazanılmış immün sistemde ve immün regülasyonda bozukluklar saptanmıştır (21,22).

### **2.1.5. Behçet Hastalığının Klinik Bulguları**

#### **Mukokutanöz lezyonlar**

Tekrarlayan oral ülserler genellikle hastalığın gelişiminden yıllar önce, ilk ortaya çıkan ve en sık (%97-99) bulgusudur. En sık görülen (%85) tipi olan minör aftöz ülserler (<10 mm), majör (>10 mm) ve herpetiform ülserler olarak şekil ve boyuta göre kategorize edilirler. Majör ülserler daha az sıklıkla görülen, daha ağrılı ve derin yerleşimli, iyileşmesi daha geç ve bazen skar ile sonlanan lezyonlardır. Herpetiform lezyonlar çok sayıda yüzeysel yerleşimli, küçük iğne ucu şeklinde noktasal ülserlerde ve en nadir görülenidir (23).

Tekrarlayan genital ülserler ikinci en sık (%85) bulgusudur. Genellikle erkekte skrotumda, kadınlarda vulvada, hızla ülsere olan papül şeklinde ortaya çıkar, sekonder

enfeksiyon oluşmamış ise 10-30 günde, 2/3 hastada skar ile iyileşir. Tanı için aktif ülser görülmesi bile skar varlığı önemli bir bulgudur (17).

Deri bulguları hastaların %85'inde görülür, eritema nodosum benzeri lezyonlar, süperfisiyal tromboflebit, papülopüstüler lezyonlar ve diğer lezyonlardır. Papülopüstüler lezyonlar ve akneiform lezyonlar en sık görülen deri bulgularıdır ve alışıldık akne vulgaris lezyonlarının yerleşiminden farklı olarak gövde ve ekstremitelerde de görülür. Pspülopüstüler lezyonlar sınırları net, zımba ile delinmiş gibi çevresi eritemli ve ödemli ülserler şeklinde olup skatris bırakırlar ve BH'nın en spesifik bulgularından olduğu kabul edilmektedir (14).

Nodüler lezyonlar %50 oranında görülür. Eritema nodosum benzeri lezyonlar alt ekstremitelerde diz altında, ağrılı, eritemli, klasik eritema nodozumundan farklı olarak bazen birbirleri ile birleşip geniş plaklar oluşturan lezyonlardır, yüzeysel tromboflebit ile ayrımı zordur. Sıklıkla 1-6 hafta içinde hiperpigmentasyon ile iyileşir. Yüzeysel tromboflebit eritemli, hassas, lineer yerleşimli sübkütan nodüller şeklinde görülür, bazen oblitere ven, sicim gibi sert şekilde palpe edilebilir (23).

### **Paterji Reaksiyonu**

Behçet hastalığı tanısında pozitifliği spesifik olan, derinin aşırı duyarlılık reaksiyonudur. Ön kolda iki veya üç ayrı noktaya alkol ile silindikten sonra 20 gouge steril iğnenin 45 derecelik bir açı ile 5 mm derinlikte batırılmasından (pikür) 24-48 saat sonra pikür bölgesinde papül veya püstül gelişmesi reaksiyonun pozitifliğini gösterir. Erkeklerde kadınlara oranla daha güçlü yanıt alınır. Türkiye ve Japonya'da Behçet hastalarının yaklaşık % 60-70'inde pozitifken İngiltere ve Kuzey Amerika'da pozitiflik oranı çok düşüktür (14).

Paterji fenomeni cildin farklı bölgelerinde travma ile, arteriyel girişim sonrası anevrizma gelişmesi, göz cerrahisi sonrası üveit atağı başlaması ve artrosentezden sonra sinovit gelişmesi ile de ortaya çıkabilir.

### **Oküler tutulum**

Behçet hastalığında en sık major organ tutulumu göz tutulumudur (%50). Genç erkek hastalarda sık ve daha ciddi seyirlidir. Bulgular sıklıkla tekrarlayıcı anterior, intermediate, posterior üveit, panüveit ve retinal vaskülit içerir. Retinal vaskülit ile birlikte bilateral

panüveit en sık ve ciddi göz tutulumudur. Göz bulguları genellikle hastalık başlangıcından 5 yıl sonra ortaya çıkar (24).

Tekrarlayan alevlenmelerle göz inflamasyonunun sürmesi, körlüğe neden olan kalıcı retinal hasara, vitreusta opasitelere, arka yapışıklıklara ve sekonder katarakta yol açar (25).

### **Gastrointestinal tutulum**

Behçet hastalığında morbidite ve mortaliteyi etkileyen tutulumlardan biri olan gastrointestinal tutulum prevalansı coğrafik varyasyon göstermekte, Uzak Doğuda Akdeniz ülkelerine göre daha sık görülmektedir (26).

En sık olarak fokal, tek, oval şekilli ileoçekal ülserasyon görülür. Vaskülitik doğası gereği perforasyon ve masif kanama sıktır. Behçet hastalığının gastrointestinal tutulumunda Crohn, non steroid anti inflamatuvar ilaç ilişkili enteropati, tüberküloz dışlanmalıdır (27).

### **Eklem tutulumu**

Behçet hastalarının %50'sinde deformite oluşturmayan, noneroziv perifer al artrit veya artralji görülür, en sık dizler tutulur. Simetrik olabilen oligoartrit veya monoartrit 1-2 hafta sürer, nadiren kronik artrit, osteonekroz görülebilir. Bel ağrısı oldukça nadirdir ve sakroiliak eklem tutulumu kontrollü çalışmalarda gösterilememiştir (28).

Artriti olan Behçet hastalarında, olmayanlara göre akne lezyonlarının daha fazla görüldüğü bildirilmiştir (29).

### **Santral Sinir Sistemi tutulumu**

Nöro-Behçet Sendromu Behçet hastalarında %5 oranında ortaya çıkar, bunlarında %75-80'inde telensefalik- diensefalik bileşke, beyinsapı, spinal kordu etkileyen parankimal tutulum mevcuttur. Etkilenen hastalarda subakut başlangıçlı şiddetli baş ağrısı, dizatri, ataksi, hemiparezi görülür. İkinci sıklıkta görülen ekstraaksiyal tutulumu vasküler Nöro-Behçet Sendromu da denir. Dural sinüs trombozuna bağlı gelişen intrakraniyal hipertansiyon sonucunda papilödem ve baş ağrısı kliniği ortaya çıkar.

Parankimal tutulum ile eş zamanlı dural sinüs trombozu görülmesi beklenmez. Dural sinüs trombozu parankimal tutulumu göre daha iyi prognoza sahiptir. Beyin omurilik

sıvısında artmış protein ve/veya pleositoz bulunur. Diğer vaskülitik hastalıklarda sık iken Behçet hastalığında periferik nöropati neredeyse hiç görülmemektedir (30).

### **Vasküler tutulum**

Erken başlangıçlı, genç yaş, erkek hastalarda ağır vasküler tutulum daha sık görülmektedir. Venöz tutulum arteriyel damarlara göre daha fazladır. Venöz ve pulmoner arter tutulumu hastalık başlangıcından sonraki 5 yıl içinde izlenirken, arteriyel tutulum hastalık seyrinde daha geç görülebilmektedir (31).

Alt ekstremitelerde derin ven trombozu genellikle Behçet hastalığının ilk vasküler tutulumu olup, Behçet dışı trombozlardan ayıran karakteristik özellikleri mevcuttur. Hastalığın ilk yıllarında, genç erkek hastada olması, bilateral derin ve süperfisyal venlerin devam eden uzun tutulumu, sık relapslar, kollaterallerin oluşumu, trombüsün daha az rekanalize oluşu Behçet hastalığını destekler. Trombüsün etkilenen damar duvarına sıkı bir şekilde yapışık olması nedeniyle tromboembolizm nadirdir (32).

İnferior vena kava trombozu karın ağrısı ve alt ekstremitelerde şişlik ile prezente olur, muayenede abdominal kollateraller saptanabilir (33).

Süperior vena kava trombozunda ise akut-subakut fazda dispne, yüz boyun ve kollarda şişme, kronik fazda ise plevral efüzyon, şilotoraks, uyku apne sendromu görülebilir.

Hiperkoagülabilitate nedeniyle Behçet hastalığı Budd-Chiari sendromunun önemli nedenlerinden biridir. Budd-Chiari sendromunun tanınması, yüksek mortalite nedeniyle önem arz eder, immunsupresif ajanlar olmadan sadece antikoagülan tedavi uygulanması da ayrıca mortaliteyi arttırır (34).

Pulmoner arter anevrizması yüksek mortalite (özellikle >3cm çaplı olanlar) nedeniyle Behçet hastalığında en korkulan klinik durumdur. Sıklıkla ateş, terleme gibi genel belirtiler ön plandadır ve beraberinde nefes darlığı, hemoptizi, öksürük, göğüs ağrısı gibi pulmoner sistem semptomları bulunur. Hemoptizi ilk ve tanıya götüren başlıca semptomdur, hemoptizisi olan hastalarda radyolojik olarak anevrizma mutlaka araştırılmalıdır (35).

Pulmoner arter anevrizması ve trombozu immunsupresif tedaviye iyi yanıt verir, fakat bazı komplike olgularda bronşiyal arter genişlemesine sekonder takipte rekürren hemoptizi görülebilir.

Abdominal aorta, alt ekstremitte arterleri daha sık olmakla birlikte, üst ekstremitte, karotis ve serebral arterler gibi periferik arteriyel tutulumlar görülebilir, etkilenen artere göre klinik bulgular verir. Periferik arter anevrizmaları ağırlı pulsatil kitleler ile presente olur ve kolaylıkla tanınabilir (36).

### **Kardiyak tutulum**

Behçet hastalığında kardiyak bulgular oldukça nadirdir. Kapak lezyonları, miyokardit, perikardit, endomyokardiyal fibrozis, intrakardiyak tromboz, koroner vaskülit olguları rapor edilmiştir (37,38).

#### **2.1.6. Behçet Hastalığı Tanısı**

Behçet hastalığı tanısı klinik bulgular esas alınarak yapılır, hastalığa ait spesifik laboratuvar bulguları bulunmamaktadır. Eritrosit sedimentasyon hızı ve C-reaktif protein çoğunlukla orta derecede artmıştır, ancak hastalık aktivitesi ile doğrudan korelasyon göstermez. Rutin laboratuvar testleri, organ fonksiyonları hakkında bilgi verir ve ayırıcı tanıda yardımcı olur. Damar tutulumu olan hastalarda ultrasonografi renkli doppler, kontrastlı bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans anjiyografi yapılmalıdır.

Tanıda Uluslararası Çalışma Grubu(İSG)'nin 1990 yılında oluşturduğu kriterler ve 2006 yılında uluslararası Behçet hastalığı uzmanlarınca geliştirilen ve 2010 yılında revize edilen Behçet Hastalığı Uluslararası Kriterleri(ICBD) kullanılmaktadır (39,40) (Tablo 1).

İSG kriterlerine göre rekürren oral ülserlere ilaveten diğer kriterlerden ikisinin bulunması tanı koydurur. ICBD puanlama sistemine göre ise >3 puan Behçet tanısı almaktadır (39,40).

TABLO 1 BEHÇET HASTALIĞI TANI KRİTERLERİ

| ISG kriterleri                   | Tanımlalar                                                                                                                                                                                                          | Revize ICBD kriterleri                                    | Puan        |
|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------|
| <b>Rekürren oral ülserler</b>    | Minör aft, majör aft veya herpetiform ülserler, hekim veya hasta tarafından gözlenmiş, bir yılda en az 3 kez.                                                                                                       | Oral aftöz lezyonlar                                      | 2           |
| <b>Rekürren genital ülserler</b> | Aftöz ülser veya skar, hekim veya hasta tarafından gözlenmiş                                                                                                                                                        | Genital aftöz lezyonlar                                   | 2           |
| <b>Göz lezyonları</b>            | Anterior veya posterior üveit, slit lamba ile muayenede vitreusta hücreler veya oftalmolog tarafından gözlenmiş retinal vaskülit                                                                                    | Oküler tutulum                                            | 2           |
| <b>Cilt lezyonları</b>           | Hekim veya hasta tarafından gözlenmiş eritema nodozum, psödofolikülit, papülopüstüler lezyonlar veya post-adölesan olmayan veya kortikosteroid kullanmayan hastalarda hekim tarafından gözlenmiş akneiform nodüller | Cilt lezyonları                                           | 1           |
| <b>Pozitif Paterji testi</b>     | Testin uygulanmasından 24-48 saat sonra hekim tarafından pozitif olarak tespit edilmiş olmalıdır                                                                                                                    | Vasküler tutulum<br>SSS tutulumu<br>Pozitif paterji testi | 1<br>1<br>1 |

### 2.1.7. Behçet Hastalığı Prognozu ve Tedavisi

Çoğu olguda hastalık zaman içinde remisyona girmektedir. Genç erkek hastalarda, ileri yaş kadınlara göre göz, vasküler ve nörolojik tutulumlara bağlı morbidite ve mortalite oranı daha yüksektir (24). Tedavi semptomların tipi ve şiddetine, cinsiyete ve yaşa göre hastaya özgü planlanmalıdır.

Topikal kortikosteroidler oral ve genital ülserler için ilk basamak tedavi olmalıdır. Retinal vaskülit olmayan hafif üveit olgularında da kortikosteroidli göz damlaları topikal uygulanır. Kolşisin tüm semptomlar için yaygın olarak kullanılan bir ilaçtır. Plasebo kontrollü 2 yıllık bir çalışmada günde 1-2 mg kolşisin tedavisinin kadınlarda genital ülser, eritema nodozum ve artrit için iyi sonuç verdiği saptanmış, erkeklerde ise artrit sıklığında azalma gösterilmiştir (41).

Polinöropati ve teratojenik yan etkileri nedeniyle kullanımı kısıtlı olan Talidomid, 100-300 mg/gün peroral, oral ve genital ülserlerin ve papülopüstüler lezyonların sayısının azalmasında etkilidir. İlaç kesildiğinde rekürens sıktır. Tekrarlayan akut artrit atakları nonsteroid antiinflatuar ilaç kullanımı, yatak istirahati ve soğuk uygulama ile genellikle kısa sürede geçer.

Yüksek doz sistemik kortikosteroid; anevrizma, tromboz gibi aktif vasküler tutulumda, aktif santral sinir sistemi tutulumunda ve aktif intestinal ülserlerde kullanılır.

Pulmoner arter anevrizmalarında yüksek doz kortikosteroid (1g, 3 gün arka arkaya intravenöz) ve siklofosfamid, daha sonra 1mg/kg/gün kortikosteroid ile devam edilir ve semptomlara göre doz azaltılması yapılarak kesilmeye çalışılır.

Santral sinir sistemi tutulumu için kortikosteroid, interferon-alfa, azathioprin, siklofosfamid, metotreksat ve TNF antagonistleri parankimal tutulumda kullanılabilir. Dural sinus trombozu için kortikosteroidler önerilir.

İmmüsupresif ajanlardan Azathioprin (AZA) 2,5 mg/kg/gün ile hipopiyonlu üveit atakları azalır, görme keskinliği muhafaza edilir ve yeni göz problemi, yeni oral ve genital ülser, tromboflebit ve artrit gelişmesi azalır, erken dönemde tedavi, uzun süreli prognozu iyileştirir.

Tedavide siklofosfimid, siklosporin gibi immünsupresif ajanların yanı sıra interferon-alfa, İmmünsüpresif tedaviye dirençli veya intoleran olan seçilmiş ağır hastalarda İnfliximab, Etanercept ve Adalimumab gibi biyolojik ajanlar kullanılabilir (42).

### **2.1.8.Behçet Hastalığı ve Psikiyatri**

Literatürde dermatolojik ve kronik hastalıkların psikiyatrik bozukluklara yol açtığına dair birçok bildirim bulunmaktadır. Bunlar içerisinde anksiyete bozuklukları ve depresif bozukluklar ilk sırada yer almakla birlikte, cinsel işlev bozuklukları da görülebilmektedir (43). Benzer şekilde Behçet hastalarında, yüksek oranda anksiyete bozukluğu ve depresif bozukluk saptanmıştır. 50 Behçet hastasında yapılan bir çalışmada, cinsel işlev bozukluklarının kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu gösterilmiştir (44). Özellikle depresif bozukluk görülme sıklığının romatoid artrit ya da psöriazis hastalarında daha yüksek olduğunu belirten çalışmalar mevcuttur (45) ve depresyon komorbiditesi %86 olarak gösterilmiştir. Hastalardaki majör depresyon, hastaların yaşam kalitesi ile negatif yönde ilişkili bulunmuş (46), hastalık süresinin artmasıyla, depresif bozukluk görülme oranının da arttığı gösterilmiştir (47). Behçet hastalarında, toplam psikiyatrik bozukluk prevalansı da yüksek bulunup, tüm Behçet hastalarına psikiyatrik değerlendirme yapılması önerilmiştir (48).

Kronik hastalıkların psikiyatrik bozukluklara yol açtığı yönündeki bulgular yanında hastaların psikiyatrik bazı özelliklerinin, kronik hastalıkların oluşumunda etkili olduğuna dair birçok çalışma mevcuttur (49). 40 Behçet hastasıyla yapılan bir çalışmada, hemen hemen tüm hastaların tanı öncesi dönemde stresli durumlar yaşadığı gösterilmiş; hastalarda düşük ego gücü, regresyon eğilimleri, bozulmuş beden imgeleri, yüksek kaygı ve düşük sosyal uyum gözlenmiştir (50). Bir başka çalışmada da, benzer şekilde Behçet hastalarının karakter ve mizaç özellikleri kontrol grubundan farklı bulunmuştur (51). Aynı çalışmada Behçet hastalarının materyalistik, kendi kendine yeten, soğuk, mesafeli karakter özellikleri gösterdiği bildirilmiştir. Birçok farklı çalışma, stres ile sistemik inflamasyon arasındaki ilişkiye dair veriler sunmaktadır (52). Stres içeren yaşantıların IL-1 $\beta$ , IL-4, IL-10 ve TNF- $\alpha$  düzeylerini etkilediği gösterilmiş ve stres yanıtının bu etkileşimler üzerinden otoimmüniteyi tetiklediği ve inflamatuvar hastalıkların gelişiminde rolü olabileceği ile ilişkilendirilmiştir (53).

## **2.2. STİGMATİZASYON KAVRAMI**

Stigma, Antik Yunan döneminde sivri, keskin bir alet ile yapılan bir işaret ya da bir iz bırakmak anlamına gelen bir sözcüktür. Tarihsel süreçler boyunca çeşitli anlam farklılıklarına uğramış, 16. yüzyılda ise kullanılmaya başlandığı mecazi anlamıyla birlikte

daha çok belirli bir durum veya kişi ile işikili utanç duygusunu ifade eder hale gelmiştir (54).

Antik Yunan’da kesilerek veya yakılarak yapılan bu işaret, askeri alanda bir savaş yarası veya onur rozetini belirtmek için de kullanılmış fakat daha sık olarak kişinin bir kőle olduğunun ya da sabıkalı olduğunun, toplumda uzak durulması gereken biri olduğunun anlaşılmasını sağlamak için kullanılmıştır (54). Hristiyan inanişına göre kutsal bir lőtfun vőcutta beliren simgesi anlamında da kullanılmış, bazen de fiziksel tıbbi bir durumu dini bir bağıntı ile ilişkilendirmeyi tarif etmiştir (55).

Gőnőmőzde ise stigmanın sőzlők anlamına baktığımızda tanımı; insanların belirli bir hastalık hakkında genellikle sahip oldukları kőtő ve adil olmayan his ve davranış tarzı olarak değişmiştir (56). Utancın izi, derideki bir leke, hastalığa dair aşıkar bir kanıt ya da belirti, aalıkça kişiye diğerlerinden ayıran ve fiziksel, psikolojik ya da sosyal dezavantaj oluşturduğu varsayılan kişisel bir őzellik olarak sosyal bir onaylanmama şeklinde dört ayrı anlam ile tanımlanmıştır. Stigmanın Tőrkçe karşılığı olan damga sőzcőėő de Tőrk Dil Kurumu Bőyők Tőrkçe Sőzlők’te bir şeyin őzerine bir nişan, işaret basmaya yarayan bir araç, bu araçla basılan nişan ya da işaret, bir kimsenin adını kőtőye ıkıaran, yőz kızartıcı durum, bir şeyin kime, hangi ırağa ait olduğunu gösteren belirgin iz, işaret, nitelik anlamlarıyla tanımlanmıştır.

Goffman’a göre stigmatizasyon; ‘belirli bir kişi ya da durumu sosyal seviyede olumsuz anlamda damgalama, daha az değer verme davranışı, bu etiket i taşıyan insanların daha az istenilir ve hatta neredeyse insan gibi idrak edilmemesi’dir (57). İsteyerek veya istemeyerek birinin ık utanılacak zor bir duruma sokulması ve stigmatizasyon, eski ırağlardan bu yana başta psikiyatrik hastalıklar ve bulaşıcı hastalıklarda önemli bir toplumsal sorun olmaya devam etmektedir. Kanseri, tőberkőloz, lepra, sfiliz, epilepsi, AIDS ve şizofreni őzerinde őrkőtőcő bir damga bulunan hastalıklardan olmuştur (58).

Stigmatizasyon ile ilgili gőncel birkaç teori tanımlanmıştır, bunlar sosyal kimlik, işsel (self) stigma ve yapısal (structural) stigmadır (59). Sosyal kimlik kavramı ilk kez Goffman tarafından tanımlanmıştır ve insanların farklı ya da hoşnut olunmayan birisini yargılamak ya da etiketlemek için sosyal yapıları nasıl kullandığını ele alır. Toplumlar veya topluluk iindeki bőyők gruplar, insanları sosyal normlara uyup uymadıklarına göre değerlendirirler. Damgalanmış yani stigmatize edilmiş insanlar, diğer insanların hoşnut olmayan onur kırıcı bakışları karşısında sanal bir sosyal kimlik oluştururlar ve kişiler topluluktan dışlanırlar.

Stigmatize eden toplumda da bu kişileri, kendilerini bütünüyle yansıtmayan, sadece hastalık nedenli bazı davranışlarına veya durumlara göre değerlendiren ve yargılayan bozulmuş kolektif kimliğin olduğundan bahseder (60).

İkinci stigma teorisi ise kendi kendine (self) stigmatizasyon; kişilerin kendilerini yargıladıkları bir iç değerlendirme sürecidir. Bu süreç normlara göre toplumdan alınan mesajlarla ortaya çıkabilen bir yargılama olsa da nihayetinde bireyin kendisine karşı yarattığı stigmatizasyondur. Bu yargılama kişinin öz saygısını düşürür, çevresinin beklentilerini karşılayamayacağı ve yetersizlik duygularına kapılır. Kendisine karşı nefret, utanç ve aşağılık duyguları hisseder. Corrigan self stigmatı, benlik saygısını azaltan, kişinin bağımsız olarak yaşayabilmesini, iş sahibi olup geçimini sağlamasını, hayat arkadaşı bulmasını dahi güçleştiren kendiliğinden oluşan bir utanç olarak tanımlamıştır (61).

Yapısal (structural) stigma, toplumsal normlara dayanan bir dışsal değerlendirme sonucu oluşması ile aslında Goffman'ın tarif ettiği bozulmuş kolektif kimlik tarifiyle benzerlik gösterir. Bu teori kültürler boyunca gelişen stigmatizasyon sürecine ve bir sistem olarak nasıl işlediğine daha derinlemesine bakmaktadır. Yapısal stigma, örneğin psikiyatrik hastalığa sahip kişilerin önündeki somut engelleri tasvir eder. Şöyle ki tüm devletlerin yarısı psikiyatrik tanıya sahip bireylerin akıl sağlığı yerinde olmayacağı gerekçesiyle oy kullanma, söz sahibi olma, velayet gibi haklarını kısıtlamaktadır. Bu kişilerin 'normal' olduğu düşünülenler tarafından, sistematik olarak yetkileri kısıtlanır ve hafife alınırlar. Zihinsel hastalığa sahip bireyler öznelerarası dünyada kendilerine bir yer bulma ve işlevsellikte zorluklar yaşarlar (62). Bu bağlamda da söz konusu bireylerin başkalarıyla ilişkileri, iç huzuru, mutluluğu ve katılımcı yurttaşlığının sağlanmasında empatik, destekleyici yaklaşımlarda bulunulmalı ve çaba sarfedilmeli, stigmanın farkına varılmalıdır.

Corrigan'a göre yapısal stigma süreci kişinin işaretinin (cue) tanınması, basmakalıp düşüncelerin aktivasyonu ve o kişiye karşı önyargı ve ayrımcılık basamaklarını içerir. İşaret; bir insan hakkında farklı olan bir şeyin tanınmasının sosyal bilişsel sürecidir. Bu işaret gözle görülebilir fiziksel bir farklılık veya psikiyatrik bir belirti ya da sosyal becerilerde bir eksiklik olabilir. Bazı durumlarda da bir hastalık tanısının kendisi bir işaret olarak yeterlidir. Literatürde psikiyatrik tanılarının özellikle de psikotik bozuklukların duygudurum bozukluklarına göre daha fazla stigmatize olduğu bildirilmiştir (63).

Bir insan diğer bireylerden farklı olan kişi hakkında bu işareti aldığı anda stereotipler yani bir sosyal gruptan öğrenilegelmiş, topluca ortak bir yargıya varılmış basmakalıp fikirler,

kalıp yargılar düşünce sürecinde aktive olur. Kişi bu fikirlere inanmıyor, tam anlamıyla katılmıyor olsa dahi negatif klişe düşüncelere zihninde yer verdiğinde önyargıyı üretir.

Önyargı, basmakalıp düşüncelere verilen bilişsel ve afektif bir yanıttır. Savunmacı bir duygu olarak görülen refleksif iğrenme en yaygın olan afektif cevaptır. Sıklıkla iğrenme bulaşma korkusuyla ya da kabul edilemez olan, rahatsız edici şeylerden kaçınma isteğidir (64). Başlangıçtaki refleksif reaksiyondan sonra, bilişsel ve kural tabanlı süreç başlar. Bu süreç beklenen sosyal etkileşimlerden ortaya çıkan kurallara dayanır. Bu sistem bireyin refleks yanıtı sonrasında takip edecek reaksiyonlarını ayarlamasına müsaade eder, devre dışı bırakılıp ilk iğrenme duyguları yerini acıma ve nezakete bırakabilir. Önyargıyı kontrol etmede güçlü iç motivasyona sahip bireylerde, zayıf dış motivasyon birlikte olduğunda daha az örtülü yargılama meydana gelir. Kural tabanlı süreç hiç devreye girmezse hedefe yönelik nefret ve korku gibi daha güçlü duygular sıklıkla ortaya çıkar (65). Sonuç olarak önyargı ayrımcılığı doğurur.

Ayrımcılık, önyargıdan kaynaklanan duygular ve inançlara verilen davranışsal tepkidir. Kişi bir bireyi stigmatize ettiğinde duygusal bir yanıt oluşur. Örneğin korku çok güçlü bir duygudur ve davranışsal bir tepkiye yol açar. Korkuya yaygın olarak verilen cevap, sosyal uzaklıktır (62). Ayrımcılığı arttıran nedenler arasında kökleşmiş inanç sistemleri, cehalet ve hoşgörüsüzlük yatmaktadır. Toplumdaki köklü inanışlar kişinin stigmatize bireylerle ilişkilerine zarar verici, bilinçli veya bilinçdışı davranışlara neden olur. Çoğunluk grubun, stigmatize gruba sergiledikleri davranışlar beklendiği üzere stigmatize gruba negatif etki ederken, çoğunluk grubuna da pozitif etki ederek tutucu inanış ve kalıp yargılarını güçlendirirerek iki topluluk arasında aşılması güç bariyerler yaratır.

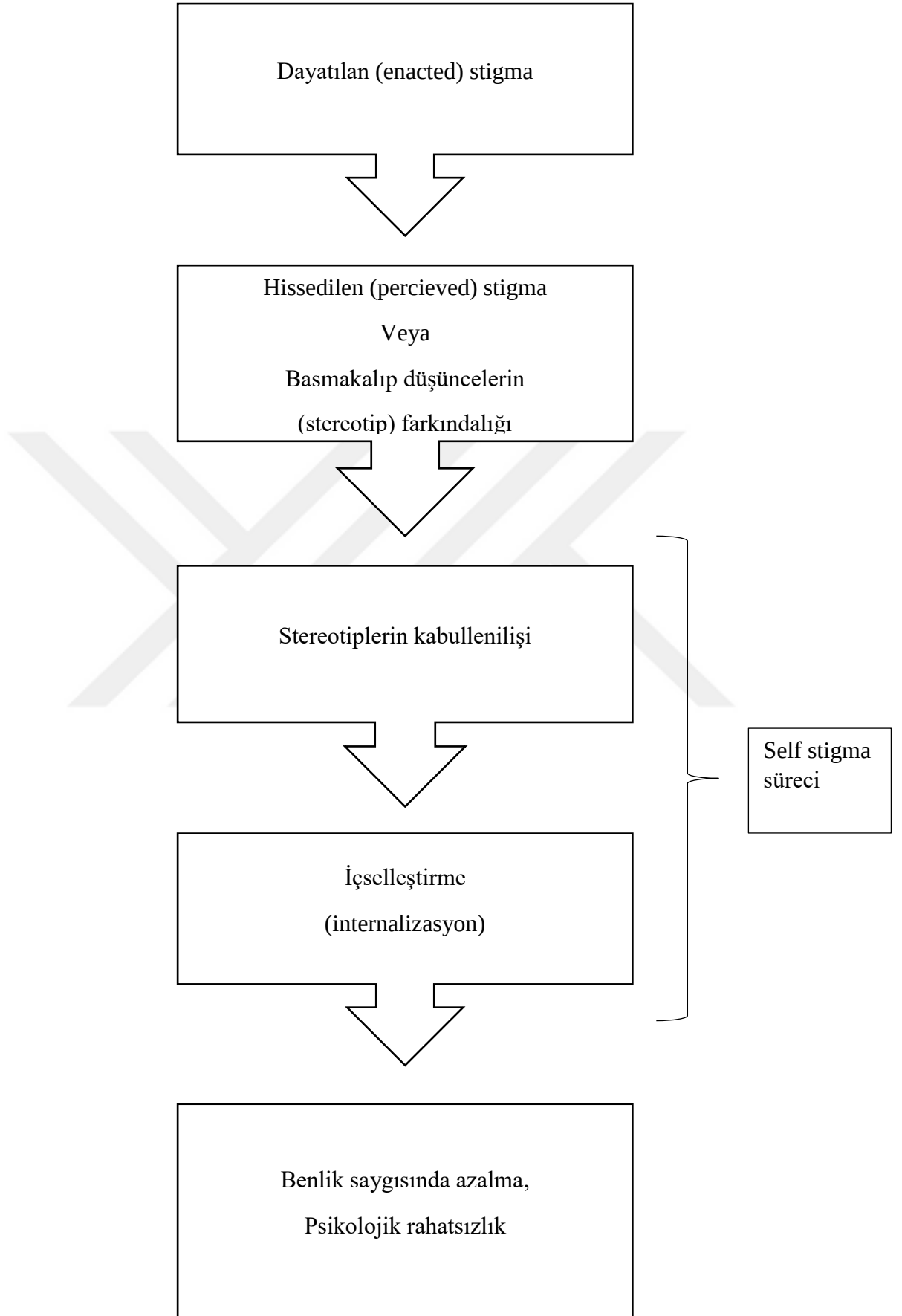
Toplum tarafından stigmatize edilen kişiler sosyal izolasyon ve istihdam kaybı gibi sonuçlarla karşılaşır ve bu sonuçlar altı faktör ile daha da şiddetlenir: stigma yaratan durumun gizlenebilirliği, gidişatı, yıkıcılığı, estetik özellikleri, kökeni ve tehlike arz etmesi. Gizlenebilirlik; durumun açık, aşikar veya saklanabilir olup olmadığı anlamına gelir. Gidişat ise durumun zaman içerisindeki ciddiyeti ve paternine atıfta bulunmaktadır. Yıkıcılık; olağan sosyal etkileşim kalıplarına etki etme derecesi, estetik özellikler terimi; durumun beş duyu aracılığıyla diğerlerini ne kadar rahatsız ettiğini ifade eder. Köken ise kişinin hastalığı ile ilgili algıladığı neden ve kendini bundan sorumlu tutma derecesi, son olarak perili; yani kişinin hastalığına bağlı duyduğu korku ve tehlikenin miktarını ifade eder (66).

Self stigma ya da başkalarının olumsuz tutumlarının içselleştirilmesinin bilişsel, duygusal, davranışsal etkileri devalüe bir kişilikte, azalmış benlik saygısı, depresyon, anksiyete, sosyal çekilme ve iş gücü kaybı ile ilişkili bulunmuştur. Daha önce değinildiği gibi Corrigan ve ark.'ın tanımladığı teorik modelde öz-stigma, toplumun tutumlarının yarattığı kişisel tepkilere ve nihayetinde kendini damgalamaya yol açmaktadır. Önce kişi damgalayıcı bir durumla ayrımcılığa maruz kalır ve bunun hastalığıyla ilgili olumsuz kalıp yargılar nedeniyle olduğunun farkına varır. Bu klişe düşüncelerin farkındalığı bazen hissedilen (percieved) stigma, ayrımcı davranışların ve sosyal dışlanmanın gerçek deneyimi ise dayatılan (enacted) stigma olarak tanımlanır (67). Sürecin son aşamasında kişi kendine yöneltilen stereotipleri içselleştirir ve öz (self) veya içselleştirilmiş (internalized) stigma olarak adlandırılır ki bu da azalmış öz-saygı gibi nedenlerle kişinin kendiliğine zarar vericidir (68) (Şekil 1).

### **2.2.1.Kronik Hastalık Stigması**

Kronik hastalık stigması durumunda, sitgma yani işaret kronik hastalığın teşhisidir. Bu teşhisle kişi 'normal'den 'utanç verici'ye geçiş yapar (55). Kronik hastalıkların neden damgalandığı ile ilgili Kuzban & Leary, Phelan gibi teorisyenler stigmatizasyonun insan sosyallığı ile ilişkili bir işleve hizmet etmek, kronik hastalık durumunda ikili işbirliğine yönelik tehditlerden kaçınmak için var olduğunu ileri sürmüşlerdir. İnsanların sosyal alışveriş anlamında zayıf olarak algılanan, yani sosyal açıdan götürüsü getirsinden fazla olan böylece partnerlerinin potansiyel başarılarını düşürecek kişilerle ilişkilere girmekten kaçınma motivasyonuna sahip oldukları teorisini ortaya koymuşlardır (69).

Kronik hastalıklara sahip insanlar hem öngörülemez hem de düşük potansiyelli olarak algılanabilir, bu kişilerle ilgili beklentiler düşüktür. Öngörülemez olarak algılanmalarının nedeni sağlıklı dönemleri izleyen hasta dönemleri tecrübe edebilir olmalarıdır. Örneğin bir ay boyunca sağlıklı ve iyi bir sosyal paylaşım partneri olan kronik hastalığa sahip kimse, bir atak yaşarsa, bir ay sonra hasta ve sosyal paylaşım yönünden zayıf olabilir. Kronik hastalıkla yaşayan bireylerin kendilerini düşük potansiyelli olarak algılamaları,



Şekil 1.Stigmatizasyon süreci

partnerlerinin refahını arttırmak adına sunacak fiziksel, sosyal, ekonomik ve duygusal çok az şeye sahip olmayı kapsar. Bu nedenle sosyal alışverişte zayıflık ve ikli ilişkilerde işbirliğine yönelik tehditleri temsil edebilirler. Birlikte ele alındığında, kronik hastalığa sahip bireyler sürekli olarak güvenilemeyecekleri ve başkalarına sunacak daha az kaynağa sahip olabilecekleri inancı nedeniyle zayıf sosyal paylaşımlı olarak algılanabilirler. Dolayısıyla bu kavramsallaştırma, kronik hastalıklarla ilişkili stigmatizasyonda ortaklığa işaret etmekte, kronik hastalıklar semptomlar ve sonuçlar açısından ne kadar farklılıklar gösterse de deneyimlenen stigmatizasyon benzer olacaktır (70,71,72,73).

Kronik hastalıklarda bu ortaklığın yanı sıra insanların zayıf sosyal paylaşımlı olarak algılanma dercesini ve kronik hastalık stigmatı tecrübe etme düzeylerini etkileyebilecek önemli farklılıklar da vardır. Örneğin daha önceden öngörülemeyen, semptom alevlenmeleri ve fiziksel tükenme ile karakterize multipl skleroz, daha fazla semptom stabilitesi ve daha az fiziksel tükenme ile seyreden diyabete göre damgalanma açısından daha fazla ilişkili olabilir. Stigma gücündeki farklılıklara rağmen hem multipl skleroz hem diyabet ile yaşayan bireyler damgalanmaya maruz kalabilir ve stigmanın olumsuz sonuçlarına maruz kalırlar (74).

Kronik hastalıklara sahip bireylerin stigmatize edilebileceği çeşitli yollar vardır. Stigmatı önceden tahmin etmenin yanı sıra, daha önce değinildiği gibi stigmatı dışsal, dayatılan(enacted), yani insanlardan başkalarına yönelik önyargı, ayrımcılık, stereotipleştirme görmek ve/veya içselleştirilmiş(internalized), yani kronik hastalıklı bireyler hakkında olumsuz kalıp yargıları destekleyerek ve bunları kendilerine uygulayarak tecrübe edilir. Stigmatize kişilerle yaşayan ve daha fazla damgalanma beklentisinde olan kişilerin dayatılan ve içselleştirilmiş stigmatı daha fazla tecrübe etmeleri olasıdır (75,76).

### **2.2.2.Beklenen / Öngörülen (anticipated) Stigma**

Araştırmacıların kronik hastalıklara sahip bireylerin stigmatizasyonu ne kadar beklediğini anlamaları özellikle önemlidir. Literatürde daha önce psikiyatri hastaları (77), erkek eşcinseller (78), Afro-Amerikalılar (79) dahil olmak üzere stigmatize bireylerin dahil edildiği araştırmalarda bu beklentilerin, ruh sağlığının azalması, iyilik halinin azalması, artmış fiziksel hastalık belirtileri gibi önemli sonuçları öngördüğü bildirilmiştir.

Beklenen stigma, damgalanmış kişilerin sağlığı üzerine önemli bir etki bırakır, çünkü bu durum kısmen kronik bir gerginliktir. Akut bir gerginlik kaynağı olan dayatılan stigmadan farklı olarak, beklenen stigmatizasyon süreci sürekli mevcut olma ve kişinin zihninde sürekli

tartılma potansiyeline sahiptir. Bugüne kadar yapılan çalışmalarda, kronik gerginliklerin fiziksel ve zihinsel sağlık üzerinde akut nedenlere göre daha büyük olumsuz etkilerinin olabileceği bildirilmiştir (80). Ayrıca beklenen stigma, kişinin davranışlarını da etkileyebilir, kötü muameleye tabi tutulmayı bekleyen birey, diğerlerinden uzak durabilir, kişinin kendi içinde ve kişiler arası ilişkilerinde olumsuz sonuçlara yol açacak davranışlarda bulunabilir. Örneğin sağlık çalışanlarından dangalanma bekleyen kişilerin sağlık hizmetlerine erişimi daha az olasıdır. Bu sonuçlar göz önüne alındığında, beklenen stigmanın ölçülmesi kronik hastalığa sahip bireylerin sağlığını ve davranışlarını anlamada özellikle yararlı olacaktır (75).

### **2.2.3. Stigmanın kaynakları**

Çoğu stigma ölçeği, stigmanın kaynaklarını görmezden gelir, zaten az sayıda olan bu ölçekler bireylere aile üyeleri, işverenler veya sağlık çalışanları gibi belirli kişilerden değil genel popülasyondan stigmatizasyonu ne ölçüde beklediklerini sorgulamaktadır. Stigma ile yaşayan insanlar farklı kaynaklardan farklı şekilde damgalanma bekleyebilirler ve kaynağa bağlı olarak bu durum kişiyi farklı düzey ve şekillerde etkileyebilir. Literatürde kronik hastalığa sahip bireylerin arkadaş ve aile üyelerinden gelen (örneğin sosyal uzaklık), çalışma arkadaşlarından (işe alma, terfi, ücret, taciz ve kovulma ile ilgili işyeri ayrımcılığı), sağlık çalışanlarından (kötü bakım alma, bakımın reddedilmesi, farklı davranılması) gelen stigmatı araştıran farklı çalışmalar mevcuttur (72,81,82). Kronik hastalığa sahip bireyler sosyal destek ve aidiyet, finansal istikrar ve ekonomik refah, tıbbi tedavi veya fiziksel sağlık için bu gruplara bağlı olabilir. Bu gruplara mensup insanlarla etkileşimin sıklığı ve önemi göz önüne alındığında, onlardan stigma beklemek kişiye ve sürece önemli zararlar verebilir.

## **2.3. YAŞAM KALİTESİ KAVRAMI**

### **2.3.1. Yaşam Kalitesi Kavramının Tarihçesi**

1800'lü yılların başlarında Bentham, iyi olma durumunun ölçümleri ile ilgili yaklaşımları ilgili yazısında yayınlamıştır. Yaşam kalitesi kavramını ilk kez Thorndike tanımlamış, daha sonra Thurstone ve Lilert, 1920 ve 1930 yıllarında bugün hala kullanılmakta olan yaşam kalitesi ölçeklerini geliştirmişlerdir (83).

Araştırmacılar yaşam kalitesi ve yaşam standartları kavramlarıyla 1960 ve 1970'li yıllarda ilgilenmeye başlamışlar, 1964 yılında JR Elkinton, "Tıp ve Yaşam Kalitesi" adlı makalesinde tıpta "Yaşam Kalitesi" kavramını ilk kez kullanmıştır.

Yaşam kalitesi hakkındaki yayınlar o dönemden sonra hızlı bir gelişme göstererek 1990'lı yıllarda giderek artmıştır. 1992'de 'İnternational Society of Quality of Life' adlı dergi sadece sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi kavramı araştırmaları yayınlamaya başlamıştır (84).

Albrecht ve Fitzpatrick, 1994'te, Yaşam Kalitesi kavramının kullanım alanlarını hastaların klinik bakımlarının sağlanması, sağlık hizmeti araştırmalarında ve klinik çalışmalarda sonuç kriteri olarak kullanımı, toplumların sağlık ihtiyaçlarının tedarik edilmesi, kaynakları ayırt etmede kullanılması olarak belirlemiştir (85).

Bu gelişmelerden sonra 1975 yılına kadar konu üzerinde çok durulmamış ancak 1975 yılından sonra yaşam kalitesi ile ilgili birçok makale yayınlanmaya başlamıştır. Campbell 1976 yılında, yaşam kalitesini; toplumsallık, eğitim, aile yaşantısı, komşuluk, arkadaşlık, evlilik, milliyet, barınma durumu, sağlık, kendilik duygusu, yaşam standardı ve iş durumu boyutlarıyla açıklamıştır (86).

Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlığı, 'hastalığın olmayışı değil, aynı zamanda fiziksel, zihinsel ve sosyal refahın varlığı' olarak tanımlamasından sonra yaşam kalitesi kavramı sağlık hizmetleri uygulamaları ve araştırmalarında giderek artan bir önem kazanmıştır (87). Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımlamış olduğu bu 'tam iyilik hali' kavramını ölçeklerle tanımlamanın uygun olmadığı düşüncesinde olan araştırmacılar, yaşam kalitesi kavramı üzerinde düşünmeye başlamış ve 'sağlıkta yaşam kalitesi' terimi ortaya atılmıştır (88).

Uzun bir süre bireylerin sağlık durumlarının değerlendirilmesinde ya da sağlıklarının kontrol edilmesinde morbidite, mortalite ve muhtemel yaşam süresi gibi niceliksel kavramlar temel alınmış, bireyde meydana gelmiş fizyolojik ve psikolojik hasarın etkisini objektif olarak açıklamasıyla birlikte, sağlık durumlarının değerlendirilmesinde veya ölçülmesinde bu kavramların yeterli olmadığı anlaşılmıştır. Bunun üzerine bireylerin öznel değerlendirme ve farkındalığı önem kazanmış, biyopsikososyal iyilik halinin ölçülebilir kılınması sonucunda yaşam kalitesi geliştirilmeye başlamıştır (88).

### **2.3.2. Yaşam Kalitesi Tanımı**

Yaşam Kalitesi, mutlu olma ve yaşamdan memnun ve hoşnut olmayı içeren, genel olarak "iyilik halinin olması durumu" olarak kullanılan bir terimdir (89). Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesini, "bireylerin içinde yaşadıkları kültür ve değerler düzeneği içinde; amaçları, beklentileri, standartları ve kaygıları açısından, yaşamdaki konumlarını algılaması" olarak tanımlamıştır (90).

Patrick ve Erickson yaşamın; kalite ve kantite olarak ayrılmış iki boyuttan meydana geldiğini ileri sürmüştür. Bu yaklaşıma göre yaşam kantitesi, mortalite oranları veya yaşam beklentisi gibi biyomedikal bilgi ile ilgilidir (83). Yaşam kalitesi ise sadece ölçülebilir göstergelerin kullanılmasıyla ifade edilemeyen, yaşamın karmaşık yönlerini ifade eden öznel bir değerlendirmeyi tanımlamaktadır (84). Aynı zamanda ölüm ve yaşam süresi, özürllük, fonksiyonel durum, sosyal, psikolojik veya fiziksel sağlığın algılanması ve sosyokültürel dezavantajları kapsayan bir kavramdır (91). Bu bağlamda Mendola ve Pelligrini yaşam kalitesini “bireyin algıladığı bedensel kapasite sınırları içinde başardığı tatmin edici sosyal durum” olarak tanımlamıştır (92).

Çok geniş kapsamlı olmasıyla birlikte yaşam kalitesi, kişilerin beklentileriyle ve yaşamıyla bağlantılı olduğu için objektif olarak ölçülmesi zordur (93). Bireylerin öznel yaşam değerlendirmelerini dış dünyalarından çok iç dünyalarını ele alarak yaptıkları gözlemlenmiştir.

Lehman' ın Yaşam Kalitesi modeline göre bireylerin kişilik özellikleri ile bir arada değerlendirilerek yaşam kalitesinin objektif göstergeleri; bireylerin işlevsel normları ve hayat tarzını yansıtırken, subjektif göstergeler ise kişinin yaşamı üzerine hissettiği duygularını, beklentilerinden etkilenmesini, önceki deneyimlerini ve mevcut şartların algısını kapsamaktadır (84).

### **2.3.3. Sağlıkla ilişkili Yaşam Kalitesi**

Sağlıkla ilişkili Yaşam Kalitesi “hastalığın ve tedavisinin hasta üzerindeki etkilerinin hasta açısından değerlendirilmesi” olarak tanımlanabilir. Yaşam kalitesinin sağlıkla ilgili değerlendirmeleri, biyolojik, genel ve hastalığa özgü olmak üzere üç temel alanda ele alınır.

**Biyolojik sağlık durumu:** Kişinin mevcut hastalığı ile ilgili yapılması gereken tetkikler, laboratuvar testleri ve tanı sürecini kapsar.

**Genel sağlık durumu:** Hastaların yaş, cinsiyet, sosyoekonomik durumlarına uygun olarak sağlık durumunu değerlendirmektedir. Bu konudaki sorular hastalık veya bozukluğa ait olmayıp, yaşamı tehdit eden bir durumdan başlayıp iyi olma haline kadar uzanan zamanı içermektedir ve şu dört boyutta incelenir:

**Fiziksel işlevsellik:** Bu alanda hastalığın meydana getirmiş olduğu fiziksel sınırlılık (dizabilite), fiziksel kabiliyetleri, yatakta geçirilen gün sayısı, ağrıları ve fiziksel iyi olma hali sorulmaktadır.

Ruhsal durum: Bu alandaki değerlendirmeler kişinin psikolojik olarak iyi olma hali ile yaşamdan tatmin olma kavramlarını nasıl algıladığını ve bilişsel işlevsellik seviyesini açıklığa kavuşturmakla birlikte kişide meydana gelmiş psikolojik bozuklukların (anksiyete ve depresyon gibi) sıklığını ve şiddetini araştırmaktadır.

Sosyal ve rol işlevselliği: Sosyal işlevsellik, bireylerin toplumda geliştirmiş olduğu sosyal ilişkilerin varlığı, temelleri ve devam ettirilebilme becerisiyle değerlendirilir. Rol işlevselliği ise kişinin kendi yaşamında üstlendiği rollerini (iş durumu, okul durumu ve ev durumu gibi) yerine getirip getiremediğini inceler.

Genel sağlık algıları: Ruhsal ya da fiziksel olarak ele almadan, kişinin kendi tüm sağlığı ile ilgili inanç ve değerlendirmeleridir. Bu alandaki sorgulamalar, kişinin bireysel sağlık değerlerini, ihtiyaçlarını ve tutumlarını yansıtmaktadır.

**Hastalığa özgü sağlık durumu:** Hastalık ile ilişkili fonksiyonellik üzerine odaklanmıştır (94).

Yaşam kalitesi kavramı çok yönlü ve kültüre bağlı olduğundan Dünya Sağlık Örgütü uzun süren çalışmalardan gelen bilgilerle yaşam kalitesini belirlemek için bu parametrelere ek olarak; inançlar ve kişisel yaşam alanlarının da değerlendirilmesini önerir (83).

#### **2.3.4. Kronik Hastalıklarda Yaşam Kalitesi**

Kronik hastalığa sahip bireylerde yaşam kalitesi bedensel ve ruh sağlıklarının bozulması riski, fiziksel fonksiyonlarında engelliliğe yol açacak durumların gelişme olasılığı nedeniyle olumsuz yönde etkilenebilmektedir. Ayrıca kronik hastalıkların beraberinde getirdiği düzenli ilaç kullanımı, ağrılar, beden imajında bozulmalar, yaşam tarzında değişiklikler, rol değişiklikleri gibi sonuçlar ile baş etme kabiliyetleri yetersiz olduğunda ortaya çıkan psikiyatrik bozukluklar hem komorbidite yaratmakta hem de yaşam kalitesini daha fazla olumsuz etkilemektedir (95,96).

Örneğin kronik dermatolojik hastalıkların yaşam kalitesi, hastalığın şiddetinin ölçüldüğü değişkenlerde görülmeyen; anksiyete, utanma, düşük benlik saygısı, özgüven kaybı ve sosyal çekingenlik, fiziksel rahatsızlık ve günlük yaşamdaki etkileri gibi pek çok nedenle olumsuz etkilemektedir (97,98) .

Hastalar açısından hastalığın oluşturduğu ruhsal durum ve sağaltılması, bazı durumlarda fiziksel rahatsızlıktan daha büyük bir önem arz eder hale gelmektedir. Bu nedenle, her hastalığın yaşam kalitesi üzerine etkilerinin ayrı ayrı ele alınıp araştırılması ve sağaltılması

gerekmektedir. Hastaların yaşam kalitesini etkileyen temel sorunların belirlenmesi, alınabilecek önlemleri belirlemeye ve çeşitliliğini arttırmaya yardımcı olacaktır.

### **2.3.5. Behçet ve Yaşam Kalitesi**

Kronik seyirli ve ataklarla gidebilen Behçet Hastalığı; bedensel ve ruhsal bozukluklara yol açabilen, önemli morbidite ve mortalite sebebidir. Önceki bölümlerde ayrıntılı olarak anlatıldığı gibi hastalığın yaygın ve sık görülen semptomları, göz ve vasküler tutulumla birlikte görülebilen oral ve genital ülserler, cilt lezyonları ve artriti içerir. Ayrıca vasküler yapılar, merkezi sinir sistemi gastrointestinal sistemi de etkileyen multisistemik bir tutulum söz konusudur. Bireyin bedensel ve ruhsal sağlığını bozmakla kalmayıp fiziksel fonksiyonlarında engelliliğe de yol açarak yaşam kalitesini etkileyebilmektedir (95). Kronik romatolojik problemler ile hastaların günlük aktivitelerini sınırladığı gözlenmiştir. Ayrıca, ağrılı oral ülserlerin beslenme ve konuşmayı engellemesi ile birlikte hastaların vücut imajının etkilendiği görülmüştür(99). Tüm bu etmenler hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkileyerek, benlik saygısında azalmaya, hayattan zevk alma indekslerinin düşmesine, depresyona yol açtığı bildirilmiştir.

## **3. YÖNTEM VE GEREÇLER**

### **3.1. ÇALIŞMA EVRENİ**

#### **3.1.1. Örneklem Bilgisi**

Çalışmamıza İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi İç Hastalıkları anabilim dalında Behçet Hastalığı tanısı ile ayaktan tedavi gören hastalar(n=303) ve kontrol grubu olarak Esansiyel Hipertansiyon tanısıyla ayaktan tedavi edilen hastalar(n=53) dahil edilmiştir.

#### **3.1.2. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri:**

- Behçet Hastalığı tanısı almış olup, ayaktan tedavi görüyor olmak
- Esansiyel hipertansiyon tanısı alıp, ayaktan ilaç tedavisi görüyor olmak
- Okuryazar olmak
- Araştırmanın amacı ve uygulanacak testler açıklandıktan sonra araştırmaya katılmayı kabul etmiş olmak

#### **3.1.3. Çalışmadan Dışlanma Kriterleri:**

- Çalışmaya katılmak istemeyen hastalar
- Çeşitli engelleri nedeniyle formları kendileri dolduramayacak hastalar
- Genel tıbbi durumda bozulmaya yol açan herhangi bir hastalığı, zeka geriliği, organik beyin sendromu ya da kafa travması olan hastalar

### **3.2. GEREÇLER**

#### **3.2.1. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu**

Bu form hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi ve çalışma durumu gibi sosyodemografik özelliklerini belirlemek amacıyla hazırlanan hastaların kendilerinin doldurduğu formdur. Ayrıca hastalığın başlangıç yaşı, romatoloji hekimi tarafından psikiyatri polikliniğine yönlendirilip yönlendirilmediği, hastaneye yatış sayısı, kullandığı ilaçlar, sigara kullanımı ve ailede psikiyatrik bir hastalığı olan kişilerin bulunup bulunmadığına dair soruları içermektedir (EK-2).

#### **3.2.2. Behçet Hastalığı Güncel Aktivite Formu**

Behçet hastalığının aktivitesini belirlemek için geliştirilmiş bir formdur (100). Hamuryudan ve arkadaşları tarafından Türkçe çeviri çalışmaları yapılmıştır (101). Hastalığın ataklar ile seyretmesinden dolayı aktivitesini tanımlamak zordur. Yazıcı ve arkadaşları tarafından Türk Behçet hastalığı aktivite indeksini hazırlamışlardır. Bhakta tarafından bu ölçek ve İran Behçet Hastalığı Dinamik Aktivite Ölçümü İndeksi birleştirilip, Avrupa Behçet Hastalığı Anlık Aktivite Formu (BDCAF) olarak geliştirilmiştir. Bu form, son dört haftalık zaman içinde hastalığın tuttuğu sistemin ortaya çıkardığı klinik aktivitesini doktorun değerlendirmesini içerir. Hastalar oral ülser, genital ülser, artrit, gastrointestinal sistem bulguları, pulmoner tutulum, ekstra genital ülser, göz tutulumu, nörobehçet, akneiform lezyon, paterji pozitifliği, tomboflebit, eritema nodozum benzeri lezyon olmak üzere 12 farklı semptom açısından son dört hafta içinde belirti gösterip göstermemesine göre değerlendirilir. Ayrıca klinisyenin hastalık aktivitesi hakkındaki gözleminin değerlendirilmesini de içerir (EK-6).

#### **3.2.3. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Formu**

Kısa Form-36, sağlıklı grupta, somatik hastalığı olanlarda, kronik hastalıklar dışında herhangi bir şikayetle sağlık kuruluşuna başvuranlarda kullanılabilen, yaşam kalitesini değerlendiren bir ölçektir. 1992’de Ware ve Sherbourne tarafından geliştirilmiştir (102). Ölçekte, bedensel işlevler, işlevlerde bedensel ya da emosyonel sebeplere bağlı kısıtlılıklar,

sosyal işlevler, enerji düzeyi, mental durum, vücuttaki ağrılar ve kişinin kendi sağlığına dair genel bakışa yönelik değişkenler toplam 8 boyutta, 36 soru ile değerlendirilir. Katılımcılar formu kendileri doldurur. Değerlendirme 4. ve 5. maddeler dışında likert tipi (üçlü-altılı) yapılmaktadır; 4. ve 5. maddeler evet/hayır biçiminde yanıtlanmaktadır. Ölçek yalnızca tek bir toplam puan vermek yerine, her bir alt ölçek için ayrı ayrı toplam puan vermektedir. Alt ölçekler sağlığı 0 ila 100 arasında değerlendirmektedir ve 0 kötü sağlık durumunu içerirken, 100 iyi sağlık durumuna işaret etmektedir.

Ölçeğin Türkçe geçerlilik-güvenilirliği Koçyiğit ve arkadaşları tarafından 1999'da yapılmıştır (103). Her bir altölçek için Cronbach alfa katsayısı hesaplanarak güvenilirlik çalışılmıştır. 0,7324-0,7612 arasında hesaplanmıştır. Geçerlilik çalışması ise birlikte değerlendirme yöntemiyle Nottingham Sağlık Profili kullanılarak yapılmıştır.

Türk toplumu standartlarına bakıldığında;

| <i>ALTBOYUTLAR</i>                                  | <i>ORTALAMA</i> |
|-----------------------------------------------------|-----------------|
| Bedensel işlevler                                   | 86.6±25.2       |
| Fiziksel sebeplere bağlı kısıtlılıklar/rol güçlüğü  | 89.5±29.6       |
| Ağrı                                                | 86.1±20.6       |
| Genel sağlık algısı                                 | 73.9±17.5       |
| Canlılık/enerji düzeyi(Vitalite)                    | 67.0±13.8       |
| Sosyal işlevsellik                                  | 94.8±14.2       |
| Mental sağlık                                       | 73.5±11.6       |
| Emosyonel sebeplere bağlı kısıtlılıklar/rol güçlüğü | 94.7±20.9       |

Ölçek özel bir yönergeye göre puanlanarak hesaplanmaktadır. (EK-4)

### 3.2.4. Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği Formu

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği bedensel hastalığı olan, hastaneye başvuran hastalarda anksiyete ve depresyon açısından tarama/risk belirleme ve takip halinde düzey ya da şiddet değişikliklerini gözleyebilmek amacıyla 1983'te Zigmond ve Snaith tarafından geliştirilmiştir (104). Katılımcıların kendilerini değerlendirdikleri ölçek 14 sorudan oluşmaktadır, dörtlü likert tipte bir ölçüm sağlanmaktadır. 14 sorunun yedisi (tek sayı maddeler) anksiyeteyi ölçerken, diğer yedisi (çift sayı maddeler) depresyonu ölçmektedir. 1,

3, 5, 6, 8, 10, 11 ve 13 numaralı sorular azalan şiddet gösterir. Diğer sorularda ise işaretlenen seçeneğin sayısı arttıkça artan şiddet izlenmektedir.

Formun Türkçe geçerlik-güvenilirlik çalışması Aydemir ve arkadaşları tarafından 1997’de yapılmıştır (105). Yapılan analizlerde güvenilirlik çalışmasında anksiyete alt ölçeği için Cronbach alfa katsayısı 0,8525 bulunurken depresyon altölçeği için 0,7784 bulunmuştur. Geçerlilik ise birlikte geçerlilik metoduyla değerlendirilmiştir ve Sürekli Kaygı Ölçeği ile anksiyete alt ölçeği arasında 0,7544 değerinde bir korelasyon katsayısı bulunmuştur. Depresyon altölçeği ise benzer şekilde Beck Depresyon Ölçeği ile değerlendirilmiş ve korelasyon katsayısı 0,7237 olarak bulunmuştur. Uygulanan ROC analizi sonucunda ölçeğin Türkçe formu için, anksiyete alt ölçeği için kesme puanı 10/11, depresyon alt ölçeği için ise 7/8 olarak belirlenmiştir. (EK-5)

### **3.2.5. Kronik Hastalık Stigmatizasyon Ölçeği Formu**

Kronik Hastalıklarda Beklenen Stigma Ölçeği (CIASS), kronik hastalıkları olan bireylerin çevresi tarafından beklediği damgalanmanın ölçülmesi amacıyla geliştirilmiştir (74). Kronik Hastalıklarda Beklenen Stigma Ölçeği, arkadaşları ve aile üyeleri, iş arkadaşları ve sağlık çalışanları da dahil olmak üzere, damgalamalar arasında ayırım yapan üç alt boyuttan oluşan 12 maddelik bir ölçektir. Arkadaşlar ve aile üyeleri tarafından beklenen stigma alt boyutu 1-4, iş arkadaşlarından beklenen alt boyutlar 5-8, sağlık çalışanlarından beklenen alt boyut ise 9-12. maddelerini temsil etmektedir. Ölçeğin kendi içinde olan değerlendirme sistemi 1-5 puan arasındadır. CIASS’da yer alan maddeler Kesinlikle mümkün değil (1 puan), Mümkün Değil (2 puan), Belki (3 puan), Büyük İhtimalle (4 puan), Kesinlikle (5 puan) şeklinde likert tipi olarak cevaplandırılır. Her alt boyutun puanları ayrı ayrı toplanır ve soru sayısı olan dörde bölünür. Böylece her alt puanın, ortalama puanı ölçülür. (EK-3)

## **3.4. İSTATİSTİKSEL YÖNTEM**

Tanımlayıcı istatistik olarak ortalama, standart sapma ve yüzde değerleri sunulmuştur. Sayısal değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu analitik yöntemlerle (Kolmogorov-Smirnov/Shapiro-Wilk testleri) incelendi. Her bir değerlendirme parametresindeki değişim açısından gruplar arasında fark olup olmadığı, normal dağılım gösteren veri grupları için Student t testi ile, normal dağılım göstermeyen veri grupları için Mann-Whitney U testi ile

karşılaştırıldı. Kategorik değişkenler için oranların karşılaştırılmasında Ki kare testi uygulandı. Değişkenler arasındaki ilişkinin yönünün ve düzeyinin belirlenmesinde Spearman korelasyon analizi kullanıldı. Korelasyon analizinde ve tüm karşılaştırmalarda  $p<0.05$  anlamlı olarak kabul edildi. Elde edilen verilerin değerlendirilmesi ve analizi 'SPSS® for Windows 21.0 bilgisayar programı kullanılarak yapıldı.

#### 4. BULGULAR

Çalışmamıza Cerrahpaşa tıp Fakültesi Romatoloji Polikliniğinde Behçet tanısı ile ayaktan tedavi gören 303 Behçet hastası ve kontrol grubu olarak Kardiyoloji polikliniğinde hipertansiyon tanısı ile ayaktan tedavi gören 53 hipertansiyon hastası alınmıştır.

TABLO 2

BEHÇET HASTALARI VE HİPERTANSİYON HASTALARININ SOSYODEMOGRAFİK VERİLERİNİN YÜZDESEL KARŞILAŞTIRILMASI (yüzdesel)

|                            |                 | HİPERTANSİYON<br>HASTALARI<br>n=53 |       | BEHÇET<br>HASTALARI<br>n=303 |       | p     |
|----------------------------|-----------------|------------------------------------|-------|------------------------------|-------|-------|
| MEDENİ DURUMU              | EVLİ            | 47                                 | 88,7% | 234                          | 77,2% | 0,065 |
|                            | BEKAR           | 3                                  | 5,7%  | 58                           | 19,1% |       |
|                            | BOŞANMIŞ        | 3                                  | 5,7%  | 11                           | 3,6%  |       |
| CİNSİYETİ                  | KADIN           | 28                                 | 52,8% | 168                          | 55,4% | 0,724 |
|                            | ERKEK           | 25                                 | 47,2% | 135                          | 44,6% |       |
| HASTANEYE YATIŞI<br>VAR MI | YOK             | 31                                 | 58,5% | 165                          | 54,5% | 0,586 |
|                            | VAR             | 22                                 | 41,5% | 138                          | 45,5% |       |
| ALKOL KULLANIMI            | YOK             | 49                                 | 92,5% | 287                          | 94,7% | 0,509 |
|                            | VAR             | 4                                  | 7,5%  | 16                           | 5,3%  |       |
| SİGARA KULLANIMI           | YOK             | 40                                 | 78,4% | 201                          | 66,3% | 0,001 |
|                            | VAR             | 11                                 | 21,6% | 102                          | 33,7% |       |
| AYLIK TOPLAM GELİRİ        | 1500 tl altı    | 8                                  | 15,1% | 77                           | 25,4% | 0,003 |
|                            | 1500-3000 tl    | 21                                 | 39,6% | 161                          | 53,1% |       |
|                            | 3000-5000 tl    | 15                                 | 28,3% | 44                           | 14,5% |       |
|                            | 5000 tl ve üstü | 9                                  | 17,0% | 21                           | 6,9%  |       |
| EĞİTİM DURUMU              | YOK             | 0                                  | 0,0%  | 0                            | 0,0%  | 0,457 |
|                            | OKUR-YAZAR      | 1                                  | 1,9%  | 5                            | 1,7%  |       |
|                            | İLKÖĞRETİM      | 24                                 | 45,3% | 168                          | 55,4% |       |
|                            | LİSE MEZUNU     | 17                                 | 32,1% | 89                           | 29,4% |       |
|                            | ÜNİVERSİTE      | 11                                 | 20,8% | 41                           | 13,5% |       |
| DOĞUM YERİ                 | İSTANBUL        | 12                                 | 22,6% | 86                           | 28,4% | 0,388 |

|                                           |             |    |       |     |       |       |
|-------------------------------------------|-------------|----|-------|-----|-------|-------|
|                                           | Diğer iller | 41 | 77,4% | 217 | 71,6% |       |
| EK TANI                                   | YOK         | 32 | 61,5% | 230 | 75,9% | 0,005 |
|                                           | VAR         | 20 | 38,5% | 73  | 24,1% |       |
| AİLEDE PSİKİYATRİK HASTALIK VAR MI        | YOK         | 49 | 92,5% | 268 | 88,4% | 0,389 |
|                                           | VAR         | 4  | 7,5%  | 35  | 11,6% |       |
| PSİKİYATRİ POLİKLİNİĞİ ÖNERİLDİ Mİ?       | EVET        | 18 | 34,0% | 72  | 23,8% | 0,115 |
|                                           | HAYIR       | 35 | 66,0% | 231 | 76,2% |       |
| PSİKİYATRİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURU OLDU MU? | EVET        | 22 | 41,5% | 115 | 38,0% | 0,624 |
|                                           | HAYIR       | 31 | 58,5% | 188 | 62,0% |       |

Ki Kare Testi,  $p<0.05$  anlamlı kabul edilmiştir.

TABLO 3

BEHÇET HASTALARI VE HİPERTANSİYON HASTALARININ SOSYODEMOGRAFIK VERİLERİNİN ORTALAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASI

|                             | Hipertansiyon Hastaları<br>n=53 | Behçet Hastaları<br>n=303 | p değeri |
|-----------------------------|---------------------------------|---------------------------|----------|
| Yaş                         | 54,29±11,703                    | 39,99±10,645              | 0,001>   |
| Kaçıncı çocuk               | 1,77±0,927                      | 2,85±1,823                | 0,027    |
| Kardeş sayısı               | 4,06±2,098                      | 4,69±2,176                | 0,041    |
| Çocuk sayısı                | 2,52±1,260                      | 2,43±1,079                | 0,783    |
| Hastalık başlangıç yaşı     | 41,53±10,414                    | 26,85±7,597               | 0,001>   |
| Günlük içilen sigara paketi | 1,00±0                          | 1,25±0,849                | 0,194    |

(Mann-Whitney U testi)

Behçet hastaları(n=303) ile hipertansiyon hastaları(n=53) arasında medeni durum oranları, cinsiyet dağılımı, hastane yatışı varlığı, alkol kullanımı, eğitim durumu, doğum yeri, ek tanı varlığı, ailede psikiyatrik hastalık varlığı, doktoru tarafından psikiyatri polikliniği önerilme oranı, psikiyatriye başvurma oranı, çocuk sayısı ve günlük içilen sigara miktarı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Sigara kullanımı oranı Behçet hastaları grubunda istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur( $p=0,001$ ). Behçet hastalarının aylık toplam gelirleri istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur( $p=0,003$ ). Ek tanı varlığı hipertansiyon hastaları grubunda istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur( $p=0,005$ ). Behçet hastaları yaş(15-69) ortalaması, hipertansiyon hastaları yaş(19-77) ortalamasından istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur( $p<0,001$ ). Yine aynı şekilde,

Behçet hastalarının hastalık başlangıç yaşları da istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur( $p<0,001$ ). Behçet hastalarının sahip oldukları kardeş sayısı da istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur( $p=0,041$ ).

TABLO 4

BEHÇET HASTALARI VE HİPERTANSİYON HASTALARININ DEPRESYON/ANKSİYETE, YAŞAM KALİTESİ VE STİGMA PUAN ORTALAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASI

|                                   | Hipertansiyon Hastaları (n=53) | Behçet Hastaları (n=303) | P değeri         |
|-----------------------------------|--------------------------------|--------------------------|------------------|
| HAD Depresyon Puanı               | 6,51±4,264                     | 8,39±4,981               | <b>0,014</b>     |
| HAD Anksiyete Puanı               | 8,34±5,050                     | 9,20±4,906               | 0,149            |
| SF-36 Genel Sağlık Algısı Puanı   | 53,65±23,559                   | 40,38±20,566             | <b>0,001&gt;</b> |
| SF-36 Ağrı Puanı                  | 69,58±24,508                   | 58,00±29,050             | <b>0,013</b>     |
| SF-36 Sosyal İşlevsellik Puanı    | 66,51±29,598                   | 56,56±28,551             | <b>0,018</b>     |
| SF-36 Ruhsal Sağlık Puanı         | 66,42±19,173                   | 56,55±21,141             | <b>0,002</b>     |
| SF-36 Vitalite Puanı              | 40,94±26,240                   | 37,34±21,975             | 0,390            |
| SF-36 Emosyonel Rol Güçlüğü Puanı | 56,60±42,660                   | 47,41±43,905             | 0,124            |
| SF-36 Fiziksel Rol Güçlüğü Puanı  | 51,89±46,215                   | 44,22±43,630             | 0,293            |
| SF-36 Fiziksel Fonksiyon          | 62,17±26,027                   | 58,98±26,989             | 0,471            |
| Sağlık Çalışanları Stigması Puanı | 1,9434±0,92070                 | 2,2046±0,99346           | 0,080            |
| İş ve İşveren Stigması Puanı      | 2,0686±1,10122                 | 2,9695±1,20159           | <b>0,001&gt;</b> |
| Arkadaş ve Aile Stigması Puanı    | 1,8538±0,87628                 | 2,8317±1,19919           | <b>0,001&gt;</b> |

(Mann-Whitney U testi)

Behçet hastalarının depresyon puanlarının istatistiksel açıdan daha yüksek olduğu gözlenmiştir( $p=0,014$ ).

Behçet hastalarında tüm yaşam kalitesi altpuanları daha düşük olarak bulunmuştur. SF-36 Genel Sağlık Algısı puanı, SF-36 Ağrı puanı, SF-36 Sosyal İşlevsellik puanı ve SF-36 Ruhsal Sağlık puanındaki düşüklük istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur( $p<0,001$ )( $p=0,013$ )( $p=0,018$ )( $p=0,002$ ).

Tüm stigma puanları Behçet hastalarında yüksek bulunmuştur. Arkadaş/Aile Stigması puanı ortalamaları ve İş/İşveren Stigması puanı ortalamalarındaki yükseklik istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur( $p<0,001$ ).

SPSS programı ile 303 Behçet hastası içinden rastgele(random) 53 hasta alınarak bir simülasyon alt grubu oluşturulmuştur. Bu Behçet hastaları alt grubu(n=53) ile hipertansiyon hastaları(n=53) verileri aşağıda karşılaştırılmıştır:

TABLO 5

BEHÇET HASTALARI VE HİPERTANSİYON HASTALARININ DEPRESYON/ANKSİYETE, YAŞAM KALİTESİ VE STİGMA PUAN ORTALAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASI (altgrup)

|                                                          |                                     | HİPERTANSİYON<br>HASTALARI<br>n=53 |       | BEHÇET<br>HASTALARI<br>n=53 |       | P<br>DEĞERİ |
|----------------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------|-----------------------------|-------|-------------|
| MEDENİ DURUMU                                            | EVLİ                                | 47                                 | 88,7% | 45                          | 84,9% | 0,157       |
|                                                          | BEKAR                               | 3                                  | 5,7%  | 8                           | 15,1% |             |
|                                                          | BOŞANMIŞ                            | 3                                  | 5,7%  | 0                           | 0,0%  |             |
| CİNSİYETİ                                                | KADIN                               | 28                                 | 52,8% | 25                          | 47,2% | 0,560       |
|                                                          | ERKEK                               | 25                                 | 47,2% | 28                          | 52,8% |             |
| HASTANEYE YATIŞI VAR MI                                  | YOK                                 | 31                                 | 58,5% | 31                          | 58,5% | 1,000       |
|                                                          | VAR                                 | 22                                 | 41,5% | 22                          | 41,5% |             |
| ALKOL KULLANIMI                                          | YOK                                 | 49                                 | 92,5% | 51                          | 96,2% | 0,401       |
|                                                          | VAR                                 | 4                                  | 7,5%  | 2                           | 3,8%  |             |
| SİGARA KULLANIMI                                         | YOK                                 | 40                                 | 75,5% | 36                          | 67,9% | 0,174       |
|                                                          | VAR                                 | 11                                 | 20,8% | 17                          | 32,1% |             |
| AYLIK TOPLAM GELİRİ                                      | 1500 tl altı                        | 8                                  | 15,1% | 13                          | 24,5% | 0,157       |
|                                                          | 1500-3000 tl                        | 21                                 | 39,6% | 27                          | 50,9% |             |
|                                                          | 3000-5000 tl                        | 15                                 | 28,3% | 8                           | 15,1% |             |
|                                                          | 5000 tl ve üstü                     | 9                                  | 17,0% | 5                           | 9,4%  |             |
| EGİTİM DURUMU                                            | YOK                                 | 0                                  | 0,0%  | 0                           | 0,0%  | 0,743       |
|                                                          | OKUR-YAZAR                          | 1                                  | 1,9%  | 2                           | 3,8%  |             |
|                                                          | İLKÖĞRETİM                          | 24                                 | 45,3% | 28                          | 52,8% |             |
|                                                          | LİSE MEZUNU                         | 17                                 | 32,1% | 15                          | 28,3% |             |
|                                                          | YÜKSEKOKUL<br>-ÜNİVERSİTE<br>MEZUNU | 11                                 | 20,8% | 8                           | 15,1% |             |
| DOĞUM YERİ                                               | İstanbul                            | 12                                 | 22,6% | 14                          | 26,4% | 0,652       |
|                                                          | Diğer iller                         | 41                                 | 77,4% | 39                          | 73,6% |             |
| HERHANGİ BİR TIBBİ HASTALIK<br>VAR MI?                   | YOK                                 | 32                                 | 60,4% | 36                          | 67,9% | 0,477       |
|                                                          | VAR                                 | 20                                 | 37,7% | 17                          | 32,1% |             |
| AİLEDE PSİKİYATRİK HASTALIK<br>VAR MI?                   | YOK                                 | 49                                 | 92,5% | 46                          | 86,8% | 0,339       |
|                                                          | VAR                                 | 4                                  | 7,5%  | 7                           | 13,2% |             |
| DOKTOR TARAFINDAN PSİKİYATRİ<br>POLİKLİNİĞİ ÖNERİLDİ Mİ? | EVET                                | 18                                 | 34,0% | 19                          | 35,8% | 0,839       |
|                                                          | HAYIR                               | 35                                 | 66,0% | 34                          | 64,2% |             |
|                                                          | EVET                                | 22                                 | 41,5% | 21                          | 39,6% | 0,843       |

|                                           |       |    |       |    |       |  |
|-------------------------------------------|-------|----|-------|----|-------|--|
| PSİKİYATRİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURU OLDU MU? | HAYIR | 31 | 58,5% | 32 | 60,4% |  |
|-------------------------------------------|-------|----|-------|----|-------|--|

Ki Kare Testi  $p<0,05$  anlamlı kabul edilmiştir.

TABLO 6

BEHÇET HASTALARI VE HİPERTANSİYON HASTALARININ SOSYODEMOGRAFİK VERİLERİNİN ORTALAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASI(altgrup)

|                             | Hipertansiyon<br>n=53 | Behçet<br>n=53 | P değeri |
|-----------------------------|-----------------------|----------------|----------|
| Yaş                         | 54,29±11,703          | 38,15±10,066   | 0,0001>  |
| Kaçıncı çocuk               | 1,77±0,927            | 2,79±2,154     | 0,152    |
| Kardeş sayısı               | 4,06±2,098            | 4,53±2,301     | 0,312    |
| Çocuk sayısı                | 2,52±1,260            | 2,20±0,980     | 0,266    |
| Hastalık başlangıç yaşı     | 41,53±10,414          | 26,40±6,901    | 0,0001>  |
| Günlük içilen sigara paketi | 1,00±0                | 1,24±0,437     | 0,088    |

(Mann-Whitney U testi)

TABLO 7

BEHÇET HASTALARI VE HİPERTANSİYON HASTALARININ DEPRESYON/ANKSİYETE, YAŞAM KALİTESİ VE STİGMA PUAN ORTALAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASI(altgrup)

|                                   | HİPERTANSİYON  | BEHÇET         | P değeri         |
|-----------------------------------|----------------|----------------|------------------|
| HAD Depresyon Puanı               | 6,51±4,264     | 8,15±5,340     | 0,112            |
| HAD Anksiyete Puanı               | 8,34±5,050     | 9,23±5,287     | 0,345            |
| SF-36 Genel Sağlık Algısı Puanı   | 53,65±23,559   | 42,64±21,918   | <b>0,018</b>     |
| SF-36 Ağrı Puanı                  | 69,58±24,508   | 61,08±24,983   | 0,110            |
| SF-36 Sosyal İşlevsellik Puanı    | 66,51±29,598   | 59,43±28,473   | 0,162            |
| SF-36 Ruhsal Sağlık Puanı         | 66,42±19,173   | 58,19±19,636   | 0,034            |
| SF-36 Vitalite Puanı              | 40,94±26,240   | 39,53±20,481   | 0,849            |
| SF-36 Emosyonel Rol Güçlüğü Puanı | 56,60±42,660   | 47,17±43,576   | 0,239            |
| SF-36 Fiziksel Rol Güçlüğü Puanı  | 51,89±46,215   | 45,28±44,413   | 0,482            |
| SF-36 Fiziksel Fonksiyon          | 62,17±26,027   | 61,04±25,839   | 0,877            |
| Sağlık Çalışanları Stigması Puanı | 1,9434±0,92070 | 2,2500±1,09742 | 0,189            |
| İş ve İşveren Stigması Puanı      | 2,0686±1,10122 | 3,0519±1,34661 | <b>0,001&gt;</b> |
| Arkadaş ve Aile Stigması Puanı    | 1,8538±0,87628 | 2,9953±1,36622 | <b>0,001&gt;</b> |

(Mann-Whitney U

testi)

Eşit örneklem sayısı alınarak yapılan veri analizlerinde, aynı yönde sonuçlar elde edilmiştir. Behçet hastalarının depresyon puanlarının istatistiksel açıdan daha yüksek olduğu gözlenmiştir.

Behçet hastalarında tüm yaşam kalitesi altpuanları daha düşük olarak bulunmuştur.

Tüm stigma puanları Behçet hastalarında yüksek bulunmuştur. Arkadaş/Aile Stigması puanı ortalamaları ve İş/İşveren Stigması puanı ortalamalarındaki yükseklik istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur( $p<0,001$ ).

TABLO 8

BEHÇET HASTALARINDA CİNSİYETE GÖRE DEPRESYON/ANKSİYETE, YAŞAM KALİTESİ VE STİGMATİZASYON

|                                   | Kadın        | Erkek        | p değeri     |
|-----------------------------------|--------------|--------------|--------------|
| HAD Depresyon Puanı               | 8,78 ±5,03   | 7,91 ±4,89   | 0,184        |
| HAD Anksiyete Puanı               | 10,02 ±4,47  | 8,19 ±5,24   | <b>0,000</b> |
| SF-36 Genel Sağlık Algısı Puanı   | 39,52 ±18,89 | 41,44 ±22,50 | 0,599        |
| SF-36 Ağrı Puanı                  | 55,01 ±28,48 | 61,72 ±29,42 | 0,038        |
| SF-36 Sosyal İşlevsellik Puanı    | 55,43 ±27,95 | 57,96 ±29,31 | 0,375        |
| SF-36 Ruhsal Sağlık Puanı         | 53,98 ±20,27 | 59,76 ±21,82 | 0,008        |
| SF-36 Vitalite Puanı              | 33,54 ±20,26 | 42,07 ±23,15 | <b>0,002</b> |
| SF-36 Emosyonel Rol Güçlüğü Puanı | 39,88 ±42,26 | 56,79 ±44,25 | <b>0,001</b> |
| SF-36 Fiziksel Rol Güçlüğü Puanı  | 40,03 ±42,30 | 49,44 ±44,83 | 0,047        |
| SF-36 Fiziksel Fonksiyon          | 57,47 ±26,90 | 60,85 ±27,08 | 0,251        |
| Sağlık Çalışanları Stigması Puanı | 2,18 ±0,94   | 2,22 ±1,05   | 0,892        |
| İş ve İşveren Stigması Puanı      | 3,03 ±1,17   | 2,88 ±1,23   | 0,298        |
| Arkadaş ve Aile Stigması Puanı    | 2,88 ±1,19   | 2,75 ±1,21   | 0,333        |

(Mann-Whitney U testi)

Kadın cinsiyetindeki Behçet hastalarında, hem depresyon puan ortalamaları hem de anksiyete puan ortalamaları erkek hastalardan yüksek bulunmuştur. Ancak yalnızca anksiyete puanındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur.

Kadın hastaların 8 farklı yaşam kalitesi alt ölçek puan ortalamaları, erkek hastaların puan ortalamalarından düşük bulunmuştur. Bu alt ölçek puanları içerisinde vitalite puanı ortalamalarındaki fark ve emosyonel rol güçlüğü puanı ortalamalarındaki farklar istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur( $p<0.002$ ) ( $p<0.001$ ).

Stigmatizasyon alt puan ortalamalarının cinsiyetler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark göstermediği saptanmıştır.

TABLO 9

BEHÇET HASTALARINDAKİ SEMPTOMLARIN GÖRÜLME YÜZDELERİ VE SAYILARI

|                         | YOK |       | VAR |       |
|-------------------------|-----|-------|-----|-------|
| ORAL AFT                | 15  | 6,2%  | 227 | 93,8% |
| AKNEIFORM LEZYON        | 100 | 41,3% | 141 | 58,3% |
| GASTROİNTESTİNAL LEZYON | 226 | 93,4% | 16  | 6,6%  |
| GENİTAL ÜLSERASYON      | 100 | 41,3% | 142 | 58,7% |
| EN BENZERİ LEZYON       | 158 | 65,3% | 84  | 34,7% |
| PULMONER TUTULUM        | 229 | 94,6% | 13  | 5,4%  |
| PATERJİ POZİTİFLİĞİ     | 193 | 79,8% | 49  | 20,2% |
| TROMBOFLEBİT            | 201 | 83,1% | 41  | 16,9% |
| ARTRİT                  | 212 | 87,6% | 30  | 12,4% |
| GÖZ TUTULUMU            | 191 | 78,9% | 51  | 21,1% |
| EKSTRAGENİTAL ÜLSER     | 237 | 97,9% | 5   | 2,1%  |
| NÖROBEHÇET              | 230 | 95,0% | 12  | 5,0%  |

Çalışmamızda, oral aft Behçet hastalarında 12 ana semptom içerisinde en sık görülen semptom olarak tesbit edilmiştir(%93,8).

Ekstragenital ülser ise Behçet hastalarında en az görülen semptom olarak tesbit edilmiştir(%2,1).

TABLO 10

BEHÇET SEMPTOMLARININ VARLIĞI/YOKLUĞU AÇISINDAN ANKSİYETE/DEPRESYON PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

|                     |     | HAD_Anksiyete | HAD_Depresyon | P değeri |
|---------------------|-----|---------------|---------------|----------|
| ORAL AFT            | YOK | 8,93± 5,35    | 7,20±4,83     | 0,569    |
|                     | VAR | 9,45±4,93     | 8,46±4,88     |          |
| AKNEİFORM LEZYON    | YOK | 9,52±4,99     | 8,01±4,88     | 0,866    |
|                     | VAR | 9,38±4,94     | 8,67±4,89     |          |
| GASTRO İNTESTİNAL   | YOK | 9,33±4,81     | 8,35±4,90     | 0,305    |
|                     | VAR | 10,69±6,70    | 8,81±4,71     |          |
| GENİTAL ÜLSERASYON  | YOK | 8,93±4,38     | 7,89±4,25     | 0,165    |
|                     | VAR | 9,76±5,30     | 8,73±5,26     |          |
| EN BENZERİ LEZYON   | YOK | 9,39±4,78     | 8,44±4,83     | 0,813    |
|                     | VAR | 9,46±5,28     | 8,27±4,98     |          |
| PULMONER TUTULUM    | YOK | 9,29±4,81     | 8,37±4,78     | 0,266    |
|                     | VAR | 11,69±6,80    | 8,69±6,52     |          |
| PATERJİ             | YOK | 9,49±4,86     | 8,41±4,87     | 0,509    |
|                     | VAR | 9,12±5,32     | 8,29±4,96     |          |
| TROMBOFLEBİT        | YOK | 9,62±4,84     | 8,39±4,70     | 0,103    |
|                     | VAR | 8,41±5,40     | 8,37±5,73     |          |
| ARTRİT              | YOK | 9,22±4,89     | 8,17±4,62     | 0,083    |
|                     | VAR | 10,80±5,22    | 9,87±6,30     |          |
| GÖZ TUTULUMU        | YOK | 9,72±4,66     | 8,37±4,76     | 0,058    |
|                     | VAR | 8,27±5,82     | 8,43±5,35     |          |
| EKSTRA GENİTALÜLSER | YOK | 9,43±4,97     | 8,37±4,88     | 0,651    |
|                     | VAR | 9,00±4,64     | 9,00±4,90     |          |
| NÖROBEHÇET          | YOK | 9,42±4,91     | 8,37±4,81     | 0,825    |
|                     | VAR | 9,33±5,88     | 8,75±6,18     |          |

(Mann-Whitney U testi)

Oral aftı olan Behçet hastalarının, oral aftı olmayan hastalara göre depresyon ve anksiyete puanları daha yüksek bulunmuştur. Fakat bu yükseklik istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde değildir(p=0,56).

Gastrointestinal tutulumu olan Behçet hastalarının, oral aftı olmayan hastalara göre depresyon ve anksiyete puanları daha yüksek bulunmuştur. Fakat bu yükseklik istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde değildir(p=0,30).

Genital ülserasyonu olan Behçet hastalarının, oral aftı olmayan hastalara göre depresyon ve anksiyete puanları daha yüksek bulunmuştur. Fakat bu yükseklik istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde değildir( $p=0,16$ ).

Pulmoner tutulumu olan Behçet hastalarının, oral aftı olmayan hastalara göre depresyon ve anksiyete puanları daha yüksek bulunmuştur. Fakat bu yükseklik istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde değildir( $p=0,26$ ).

Artriti olan Behçet hastalarının, oral aftı olmayan hastalara göre depresyon ve anksiyete puanları daha yüksek bulunmuştur. Fakat bu yükseklik istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde değildir( $p=0,08$ ).

TABLO 11

ORAL AFT VARLIĞININ STİGMATİZASYON VE YAŞAM KALİTESİ PUANLARIYLA İLİŞKİSİ

|                                   | Oral aft yok | Oral aft var | P değeri     |
|-----------------------------------|--------------|--------------|--------------|
| Arkadaş ve Aile Stigması Puanı    | 2,9833±1,337 | 2,7456±1,195 | 0,441        |
| İş ve İşveren Stigması Puanı      | 3,2500±1,336 | 2,8667±1,172 | 0,164        |
| Sağlık Çalışanları Stigması Puanı | 1,6333±0,618 | 2,1982±0,980 | <b>0,020</b> |
| SF-36 Fiziksel Fonksiyon Puanı    | 64,00±22,536 | 59,58±27,586 | 0,624        |
| SF-36 Fiziksel Rol Güçlüğü Puanı  | 33,33±41,904 | 46,37±44,130 | 0,253        |
| SF-36 Emosyonel Rol Güçlüğü Puanı | 44,44±46,576 | 47,72±44,107 | 0,740        |
| SF-36 Vitalite Puanı              | 37,67±16,783 | 38,85±21,972 | 0,753        |
| SF-36 Ruhsal Sağlık Puanı         | 62,67±17,739 | 57,00±21,227 | 0,311        |
| SF-36 Sosyal İşlevsellik Puanı    | 64,17±25,820 | 57,54±28,639 | 0,364        |
| SF-36 Ağrı Puanı                  | 44,67±25,961 | 60,44±28,325 | <b>0,027</b> |
| SF-36 Genel Sağlık Algısı Puanı   | 45,00±21,213 | 42,27±20,089 | 0,770        |

(Mann-Whitney U testi)

Oral aftı bulunan Behçet hastalarının, sağlık çalışanlarına yönelik stigmatizasyon puan ortalamalarının oral aftı olmayan hastaların puan ortalamalarına göre istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yüksek olduğu gözlemlendi( $p=0,020$ ).

Oral aftı bulunan Behçet hastalarında, SF-36 ağrı puanları oral aftı bulunmayan hastaların puan ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yüksek bulundu( $p=0,027$ ).

TABLO 12

AKNEİFORM LEZYON VARLIĞININ STİGMATİZASYON VE YAŞAM KALİTESİ PUANLARIYLA İLİŞKİSİ

|                                   | Akneiform<br>lezyon yok | Akneiform<br>lezyon var | P<br>değeri  |
|-----------------------------------|-------------------------|-------------------------|--------------|
| Arkadaş ve Aile Stigması Puanı    | 2,8675±1,198            | 2,6915±1,211            | 0,242        |
| İş ve İşveren Stigması Puanı      | 2,8100±1,137            | 2,9468±1,220            | 0,382        |
| Sağlık Çalışanları Stigması Puanı | 2,1525±0,934            | 2,1738±1,002            | 0,984        |
| SF-36 Fiziksel Fonksiyon Puanı    | 61,55±29,556            | 58,40±25,504            | 0,224        |
| SF-36 Fiziksel Rol GüçlüğüPuanı   | 49,00±45,521            | 42,73±43,047            | 0,323        |
| SF-36 Emosyonel Rol Güçlüğü P     | 56,00±44,666            | 41,13±42,843            | <b>0,014</b> |
| SF-36 Vitalite Puanı              | 40,95±21,138            | 37,06±21,918            | 0,181        |
| SF-36 Ruhsal Sağlık Puanı         | 58,32±20,477            | 56,54±21,489            | 0,432        |
| SF-36 Sosyal İşlevsellik Puanı    | 60,63±27,546            | 55,76±28,913            | 0,179        |
| SF-36 Ağrı Puanı                  | 59,33±28,788            | 59,27±28,101            | 0,998        |
| SF-36 Genel Sağlık Algısı Puanı   | 42,20±19,544            | 42,52±20,638            | 0,949        |

(Mann-Whitney U testi)

Akneiform lezyonu olan/olmayan Behçet hastalarının stigmatizasyon puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunamamıştır.

Yaşam kalitesi altpuanlarında ise akneiform lezyon varlığı olan hastaların emosyonel rol güçlüğü puan ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde düşük olduğu gözlenmiştir( $p<0,014$ ).

TABLO 13

GASTROİNTESTİNAL SEMPTOM VARLIĞININ STİGMATİZASYON VE YAŞAM KALİTESİ PUANLARIYLA İLİŞKİSİ

|                                   | Gastrointestinal<br>septom yok | Gastrointestinal<br>septom var | P<br>değeri |
|-----------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-------------|
| Arkadaş ve Aile Stigması Puanı    | 3,1148±1,137                   | 2,7588±1,20                    | 0,935       |
| İş ve İşveren Stigması Puanı      | 3,2828±1,23                    | 2,8606±1,19                    | 0,141       |
| Sağlık Çalışanları Stigması Puanı | 2,3689±1,07                    | 2,1416±0,953                   | 0,420       |

|                                  |             |             |       |
|----------------------------------|-------------|-------------|-------|
| SF-36 Fiziksel Fonksiyon Puanı   | 55,49±25,71 | 60,15±27,23 | 0,539 |
| SF-36 Fiziksel Rol Güçlüğü Puanı | 38,93±41,19 | 45,69±44,16 | 0,969 |
| SF-36 Emosyonel Rol Güçlüğü P    | 46,99±43,19 | 47,94±43,97 | 0,619 |
| SF-36 Vitalite Puanı             | 31,64±22,46 | 38,92±21,82 | 0,801 |
| SF-36 Ruhsal Sağlık Puanı        | 53,38±21,41 | 57,59±20,93 | 0,561 |
| SF-36 Sosyal İşlevsellik Puanı   | 51,02±28,44 | 58,08±28,62 | 0,695 |
| SF-36 Ağrı Puanı                 | 52,21±31,10 | 60,32±28,35 | 0,075 |
| SF-36 Genel Sağlık Algısı Puanı  | 32,21±20,42 | 42,70±19,96 | 0,598 |

(Mann-Whitney U testi)

Gastrointestinal semptomu olan/olmayan Behçet hastalarının stigmatizasyon puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunamamıştır.

Aynı şekilde gastrointestinal semptomu olan/olmayan Behçet hastalarının yaşam kalitesi altpuanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunamamıştır.

TABLO 14

GENİTAL ÜLSER VARLIĞININ STİGMATİZASYON VE YAŞAM KALİTESİ PUANLARIYLA İLİŞKİSİ

|                                   | Genital ülser<br>yok | Genital ülser var | P değeri     |
|-----------------------------------|----------------------|-------------------|--------------|
| Arkadaş ve Aile Stigması Puanı    | 2,7000±1,26          | 2,8028±1,16       | 0,523        |
| İş ve İşveren Stigması Puanı      | 2,9025±1,25          | 2,8820±1,13       | 0,868        |
| Sağlık Çalışanları Stigması Puanı | 2,0250±0,88          | 2,2606±1,01       | 0,082        |
| SF-36 Fiziksel Fonksiyon Puanı    | 65,15±28,36          | 56,13±25,94       | <b>0,006</b> |
| SF-36 Fiziksel Rol Güçlüğü Puanı  | 49,00±43,79          | 43,13±44,17       | 0,209        |
| SF-36 Emosyonel Rol Güçlüğü P     | 47,67±45,01          | 47,42±43,72       | 0,957        |
| SF-36 Vitalite Puanı              | 41,50±20,77          | 36,87±22,13       | 0,095        |
| SF-36 Ruhsal Sağlık Puanı         | 60,32±18,73          | 55,27±22,35       | 0,091        |
| SF-36 Sosyal İşlevsellik Puanı    | 62,00±25,86          | 55,11±29,92       | 0,091        |
| SF-36 Ağrı Puanı                  | 60,85±28,24          | 58,49±28,55       | 0,527        |

|                                 |             |             |       |
|---------------------------------|-------------|-------------|-------|
| SF-36 Genel Sağlık Algısı Puanı | 44,55±16,87 | 40,95±22,06 | 0,165 |
|---------------------------------|-------------|-------------|-------|

(Mann-Whitney U testi)

Genital ülseri olan/olmayan Behçet hastalarının stigmatizasyon puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunamamıştır.

Yaşam kalitesi altpuanlarında ise akneiform lezyon varlığı olan hastaların fiziksel fonksiyon puan ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde düşük olduğu gözlenmiştir( $p<0,006$ ).

TABLO 15

EN BENZERİ LEZYON VARLIĞININ STİGMATİZASYON VE YAŞAM KALİTESİ PUANLARIYLA İLİŞKİSİ

|                                   | EN benzeri<br>lezyon yok | EN benzeri<br>lezyon var | P<br>değeri  |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------|
| Arkadaş ve Aile Stigması Puanı    | 2,7405±1,18              | 2,7976±1,25              | 0,714        |
| İş ve İşveren Stigması Puanı      | 2,9684±1,18              | 2,7440±1,16              | 0,199        |
| Sağlık Çalışanları Stigması Puanı | 2,2057±0,94              | 2,0833±1,02              | 0,261        |
| SF-36 Fiziksel Fonksiyon Puanı    | 62,63±27,59              | 54,64±26,04              | <b>0,022</b> |
| SF-36 Fiziksel Rol Güçlüğü Puanı  | 43,04±43,51              | 50,30±44,83              | 0,208        |
| SF-36 Emosyonel Rol Güçlüğü P     | 46,84±44,68              | 48,81±43,42              | 0,723        |
| SF-36 Vitalite Puanı              | 38,86±21,22              | 38,63±22,59              | 0,847        |
| SF-36 Ruhsal Sağlık Puanı         | 58,13±23,35              | 55,90±21,87              | 0,367        |
| SF-36 Sosyal İşlevsellik Puanı    | 58,62±24,89              | 56,70±19,75              | 0,571        |
| SF-36 Ağrı Puanı                  | 58,75±18,43              | 60,80±20,49              | 0,618        |
| SF-36 Genel Sağlık Algısı Puanı   | 41,68±23,44              | 43,87±30,92              | 0,704        |

(Mann-Whitney U testi)

Eritema Nodosum benzeri lezyonu olan/olmayan Behçet hastalarının stigmatizasyon puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunamamıştır.

Yaşam kalitesi altpuanlarında ise eritema nodosum benzeri lezyonları olan hastaların fiziksel fonksiyon puan ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde düşük olduğu gözlenmiştir( $p<0,022$ ).

TABLO 16

PULMONER TUTULUM VARLIĞININ STİGMATİZASYON VE YAŞAM KALİTESİ PUANLARIYLA İLİŞKİSİ

|                                   | Pulmoner tutulum yok | Pulmoner tutulum var | P değeri     |
|-----------------------------------|----------------------|----------------------|--------------|
| Arkadaş ve Aile Stigması Puanı    | 2,7587±1,20          | 2,7885±1,30          | 0,948        |
| İş ve İşveren Stigması Puanı      | 2,9039±1,17          | 2,6538±1,37          | 0,483        |
| Sağlık Çalışanları Stigması Puanı | 2,1736±0,95          | 1,9808±1,29          | 0,180        |
| SF-36 Fiziksel Fonksiyon Puanı    | 60,74±27,01          | 44,23±28,34          | <b>0,044</b> |
| SF-36 Fiziksel Rol Güçlüğü Puanı  | 46,18±44,04          | 34,62±43,94          | 0,334        |
| SF-36 Emosyonel Rol Güçlüğü P     | 47,45±44,03          | 48,72±48,33          | 0,998        |
| SF-36 Vitalite Puanı              | 38,91±21,50          | 36,54±25,03          | 0,643        |
| SF-36 Ruhsal Sağlık Puanı         | 57,71±20,62          | 51,08±27,57          | 0,419        |
| SF-36 Sosyal İşlevsellik Puanı    | 58,24±28,35          | 52,88±31,10          | 0,504        |
| SF-36 Ağrı Puanı                  | 60,13±28,09          | 47,69±32,07          | 0,152        |
| SF-36 Genel Sağlık Algısı Puanı   | 42,75±19,70          | 36,92±26,81          | 0,215        |

(Mann-Whitney U testi)

Pulmoner tutulumu olan/olmayan Behçet hastalarının stigmatizasyon puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunamamıştır.

Yaşam kalitesi altpuanlarında ise pulmoner tutulumu olan hastaların fiziksel fonksiyon puan ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde düşük olduğu gözlenmiştir( $p<0,044$ ).

TABLO 17

PATERJİ TESTİ POZİTİFLİĞİNİN STİGMATİZASYON VE YAŞAM KALİTESİ PUANLARIYLA İLİŞKİSİ

|                                   | Paterji yok | Paterji var | P değeri     |
|-----------------------------------|-------------|-------------|--------------|
| Arkadaş ve Aile Stigması Puanı    | 2,8899±1,19 | 2,2500±1,10 | <b>0,001</b> |
| İş ve İşveren Stigması Puanı      | 2,9521±1,17 | 2,6480±1,18 | 0,110        |
| Sağlık Çalışanları Stigması Puanı | 2,2176±1,01 | 1,9490±0,73 | 0,252        |
| SF-36 Fiziksel Fonksiyon Puanı    | 58,47±28,07 | 65,31±23,37 | 0,160        |

|                                  |             |             |       |
|----------------------------------|-------------|-------------|-------|
| SF-36 Fiziksel Rol Güçlüğü Puanı | 44,56±44,51 | 49,49±42,23 | 0,435 |
| SF-36 Emosyonel Rol Güçlüğü P    | 46,80±43,73 | 50,34±46,20 | 0,647 |
| SF-36 Vitalite Puanı             | 38,06±21,50 | 41,63±22,25 | 0,336 |
| SF-36 Ruhsal Sağlık Puanı        | 57,20±21,17 | 57,96±20,70 | 0,910 |
| SF-36 Sosyal İşlevsellik Puanı   | 56,28±28,24 | 64,54±28,68 | 0,083 |
| SF-36 Ağrı Puanı                 | 56,80±28,67 | 69,95±24,86 | 0,004 |
| SF-36 Genel Sağlık Algısı Puanı  | 41,63±20,93 | 45,61±16,35 | 0,237 |

Paterji testi pozitif olan Behçet hastalarında tüm stigma puanları pozitif olmayan hastalara göre yüksek bulunmuştur. Arkadaş ve aile stigma puanı yüksekliği istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur( $p<0,001$ ).

Paterji testi pozitif olan/olmayan Behçet hastalarının yaşam kalitesi altpuanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunamamıştır.

TABLO 18

TROMBOFLEBİT VARLIĞININ STİGMATİZASYON VE YAŞAM KALİTESİ PUANLARIYLA İLİŞKİSİ

|                                   | Tromboflebit yok | Tromboflebit var | P değeri     |
|-----------------------------------|------------------|------------------|--------------|
| Arkadaş ve Aile Stigması Puanı    | 2,8097±1,18      | 2,5183±1,28      | 0,144        |
| İş ve İşveren Stigması Puanı      | 2,9067±1,18      | 2,8110±1,19      | 0,569        |
| Sağlık Çalışanları Stigması Puanı | 2,1779±0,96      | 2,0915±0,98      | 0,518        |
| SF-36 Fiziksel Fonksiyon Puanı    | 61,39±27,06      | 52,32±27,43      | 0,057        |
| SF-36 Fiziksel Rol Güçlüğü Puanı  | 44,40±43,69      | 51,22±45,74      | 0,443        |
| SF-36 Emosyonel Rol Güçlüğü Puanı | 46,77±44,61      | 51,22±42,22      | 0,532        |
| SF-36 Vitalite Puanı              | 37,56±20,53      | 44,76±25,95      | 0,074        |
| SF-36 Ruhsal Sağlık Puanı         | 56,62±20,11      | 60,98±25,05      | 0,062        |
| SF-36 Sosyal İşlevsellik Puanı    | 57,77±28,74      | 58,84±27,42      | 0,926        |
| SF-36 Ağrı Puanı                  | 57,79±28,57      | 67,68±26,29      | <b>0,049</b> |
| SF-36 Genel Sağlık Algısı Puanı   | 42,14±19,22      | 43,90±24,30      | 0,647        |

(Mann-Whitney U testi)

Tromboflebiti olan/olmayan Behçet hastalarının stigmatizasyon puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunamamıştır.

Yaşam kalitesi altpuanlarında ise tromboflebiti olan hastaların SF-36 ağrı puan ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yüksek olduğu gözlenmiştir( $p<0,049$ ).

TABLO 19

ARTRİT VARLIĞININ STİGMATİZASYON VE YAŞAM KALİTESİ PUANLARIYLA İLİŞKİSİ

|                                   | Artrit yok  | Artrit var  | P değeri     |
|-----------------------------------|-------------|-------------|--------------|
| Arkadaş ve Aile Stigması Puanı    | 2,7205±1,21 | 3,0417±1,08 | 0,155        |
| İş ve İşveren Stigması Puanı      | 2,8608±1,16 | 3,1000±1,28 | 0,269        |
| Sağlık Çalışanları Stigması Puanı | 2,1321±0,92 | 2,3833±1,22 | 0,460        |
| SF-36 Fiziksel Fonksiyon Puanı    | 60,21±27,4  | 57,33±26,6  | 0,560        |
| SF-36 Fiziksel Rol Güçlüğü Puanı  | 47,05±44,08 | 35,00±42,85 | 0,202        |
| SF-36 Emosyonel Rol Güçlüğü Puanı | 49,53±43,83 | 33,33±44,63 | 0,054        |
| SF-36 Vitalite Puanı              | 39,93±21,34 | 30,67±22,50 | <b>0,025</b> |
| SF-36 Ruhsal Sağlık Puanı         | 57,51±21,37 | 56,27±18,78 | 0,646        |
| SF-36 Sosyal İşlevsellik Puanı    | 59,73±27,89 | 45,42±29,81 | <b>0,015</b> |
| SF-36 Ağrı Puanı                  | 60,55±28,22 | 51,75±28,85 | 0,098        |
| SF-36 Genel Sağlık Algısı Puanı   | 43,44±19,77 | 35,33±21,45 | 0,050        |

(Mann-Whitney U testi)

Artiriti olan Behçet hastalarında, artiriti olmayan hastalara stigmatizasyon puanları yüksek bulunmuştur. Ancak bu yükseklik istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde bulunmamıştır.

Artriti olan Behçet hastalarında, artriti olmayan hastalara göre vitalite puan ortalamaları ve sosyal işlevsellik puan ortalamaları istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur( $p<0,025$ )( $p<0,015$ ).

TABLO 20

GÖZ TUTULUMU VARLIĞININ STİGMATİZASYON VE YAŞAM KALİTESİ PUANLARIYLA İLİŞKİSİ

|                                   | Göz tutulumu yok | Göz tutulumu var | P değeri     |
|-----------------------------------|------------------|------------------|--------------|
| Arkadaş ve Aile Stigması Puanı    | 2,8770±1,15      | 2,3235±1,30      | <b>0,003</b> |
| İş ve İşveren Stigması Puanı      | 2,9110±1,16      | 2,8137±1,26      | 0,637        |
| Sağlık Çalışanları Stigması Puanı | 2,1885±0,94      | 2,0686±1,05      | 0,320        |
| SF-36 Fiziksel Fonksiyon Puanı    | 59,84±26,48      | 59,90±30,37      | 0,824        |
| SF-36 Fiziksel Rol Güçlüğü Puanı  | 44,76±44,04      | 48,53±44,27      | 0,576        |
| SF-36 Emosyonel Rol Güçlüğü Puanı | 46,77±43,66      | 50,33±46,36      | 0,641        |
| SF-36 Vitalite Puanı              | 38,85±21,61      | 38,53±22,05      | 0,912        |
| SF-36 Ruhsal Sağlık Puanı         | 57,05±20,20      | 58,51±24,09      | 0,432        |
| SF-36 Sosyal İşlevsellik Puanı    | 57,59±28,81      | 59,31±27,36      | 0,786        |
| SF-36 Ağrı Puanı                  | 57,97±28,43      | 65,05±27,80      | 0,112        |
| SF-36 Genel Sağlık Algısı Puanı   | 42,80±19,35      | 41,08±22,94      | 0,729        |

(Mann-Whitney U testi)

Göz tutulumu olan Behçet hastalarında, göz tutulumu olmayan hastalara göre istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha düşük arkadaş ve aile stigma puan ortalamaları saptanmıştır( $p<0,003$ ).

Göz tutulumu olan/olmayan Behçet hastalarının yaşam kalitesi altpuanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunamamıştır.

TABLO 21

EKSTRAGENİTAL ÜLSER VARLIĞININ STİGMATİZASYON VE YAŞAM KALİTESİ PUANLARIYLA İLİŞKİSİ

|                                   | Ekstragenital ülser yok | Ekstragenital ülser var | P değeri |
|-----------------------------------|-------------------------|-------------------------|----------|
| Arkadaş ve Aile Stigması Puanı    | 2,7479±1,21             | 3,3500±0,62             | 0,240    |
| İş ve İşveren Stigması Puanı      | 2,8956±1,18             | 2,6500±1,20             | 0,688    |
| Sağlık Çalışanları Stigması Puanı | 2,1667±0,97             | 2,0000±1,07             | 0,706    |
| SF-36 Fiziksel Fonksiyon Puanı    | 59,89±27,40             | 58,00±22,80             | 0,791    |
| SF-36 Fiziksel Rol Güçlüğü Puanı  | 45,36±44,08             | 55,00±44,72             | 0,532    |

|                                   |             |             |       |
|-----------------------------------|-------------|-------------|-------|
| SF-36 Emosyonel Rol Güçlüğü Puanı | 47,68±44,08 | 40,00±54,77 | 0,679 |
| SF-36 Vitalite Puanı              | 38,69±21,45 | 43,00±32,90 | 0,987 |
| SF-36 Ruhsal Sağlık Puanı         | 57,30±21,06 | 60,00±22,27 | 0,698 |
| SF-36 Sosyal İşlevsellik Puanı    | 58,07±28,44 | 52,50±32,35 | 0,644 |
| SF-36 Ağrı Puanı                  | 59,31±28,48 | 66,50±25,16 | 0,650 |
| SF-36 Genel Sağlık Algısı Puanı   | 42,70±19,90 | 30,00±28,94 | 0,110 |

(Mann-Whitney U testi)

Ekstra genital ülseri olan/olmayan Behçet hastalarının stigmatizasyon puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunamamıştır.

Aynı şekilde ekstra genital ülseri olan/olmayan Behçet hastalarının yaşam kalitesi altpuanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunamamıştır.

TABLO 22

NÖROBEHÇET VARLIĞININ STİGMATİZASYON VE YAŞAM KALİTESİ PUANLARIYLA İLİŞKİSİ

|                                   | Nörobeçet yok | Nörobeçet var | P değeri |
|-----------------------------------|---------------|---------------|----------|
| Arkadaş ve Aile Stigması Puanı    | 2,7707±1,20   | 2,5625±1,26   | 0,535    |
| İş ve İşveren Stigması Puanı      | 2,8870±1,17   | 2,9583±1,31   | 0,728    |
| Sağlık Çalışanları Stigması Puanı | 2,1598±0,96   | 2,2292±1,12   | 0,912    |
| SF-36 Fiziksel Fonksiyon Puanı    | 59,76±26,93   | 61,67±34,59   | 0,604    |
| SF-36 Fiziksel Rol Güçlüğü Puanı  | 45,54±44,07   | 45,83±45,01   | 0,867    |
| SF-36 Emosyonel Rol Güçlüğü Puanı | 47,25±44,05   | 52,78±48,11   | 0,747    |
| SF-36 Vitalite Puanı              | 39,09±21,60   | 32,92±22,80   | 0,470    |
| SF-36 Ruhsal Sağlık Puanı         | 57,69±20,82   | 51,00±25,07   | 0,426    |
| SF-36 Sosyal İşlevsellik Puanı    | 58,26±28,10   | 52,08±35,68   | 0,544    |
| SF-36 Ağrı Puanı                  | 59,38±28,40   | 61,04±29,39   | 0,799    |
| SF-36 Genel Sağlık Algısı Puanı   | 42,89±19,79   | 33,75±25,05   | 0,112    |

(Mann-Whitney U testi)

Nörobeççeti olan/olmayan Behçet hastalarının stigmatizasyon puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunamamıştır.

Aynı şekilde nörobeççeti olan/olmayan Behçet hastalarının yaşam kalitesi altpuanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunamamıştır.

TABLO 23

HEKİMİN BEHÇET HASTALIĞI AKTİVİTESİ ALGI PUANININ YAŞAM KALİTESİ VE STİGMATİZASYON İLE İLİŞKİSİ

|                                   | BCAD        |             |             | P değeri     |
|-----------------------------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
|                                   | ŞİDDETLİ    | ORTA        | HAFİF       |              |
| SF-36 Genel Sağlık Algısı Puanı   | 34,46±23,58 | 43,53±20,46 | 43,14±18,56 | 0,059        |
| SF-36 Ağrı Puanı                  | 48,39±30,89 | 58,27±27,42 | 61,95±27,98 | 0,091        |
| SF-36 Sosyal İşlevsellik Puanı    | 45,98±31,19 | 54,50±28,37 | 62,32±27,12 | <b>0,011</b> |
| SF-36 Ruhsal Sağlık Puanı         | 47,57±26,02 | 55,52±21,71 | 60,41±18,78 | <b>0,024</b> |
| SF-36 Vitalite Puanı              | 30,54±26,15 | 39,13±22,44 | 39,78±19,72 | 0,153        |
| SF-36 Emosyonel Rol Güçlüğü P.    | 39,29±48,05 | 41,78±41,77 | 52,07±44,44 | 0,143        |
| SF-36 Fiziksel Rol Güçlüğü Puanı  | 39,29±42,72 | 41,00±42,84 | 49,27±44,76 | 0,297        |
| SF-36 Fiziksel Fonksiyon Puanı    | 51,25±32,90 | 58,00±24,60 | 62,66±26,89 | 0,142        |
| Sağlık Çalışanları Stigması Puanı | 2,61±1,30   | 2,14±0,78   | 2,10±0,97   | 0,186        |
| İş ve İşveren Stigması Puanı      | 3,12±1,28   | 2,83±1,12   | 2,90±1,19   | 0,480        |
| Arkadaş ve Aile Stigması Puanı    | 3,10±1,29   | 2,64±1,17   | 2,74±1,20   | 0,254        |

Romatoloji hekiminin Behçet hastalarında tanımladığı, güncel hastalık aktivitesi puanı(BCAD) ile SF-36 Ruhsal Sağlık altpuanı arasında negatif yönde istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,024). Yine aynı şekilde, güncel hastalık aktivitesi puanları ile SF-36 Sosyal İşlevsellik puanları arasında negatif yönde istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmıştır(p=0,011).

BCAD puanı ile sağlık çalışanları ve arkadaş/aile stigma puanları pozitif yönde ilişki gösterse de, istatistiksel açıdan anlamlı düzeye ulaşamamıştır.

TABLO 24

BEHÇET HASTALARINDA STİGMATİZASYON PUANLARININ DEPRESYON/ANKSİYETE İLE İLİŞKİSİ

|                                   | HAD<br>Depresyon<br>Puanı | HAD<br>Anksiyete<br>Puanı |
|-----------------------------------|---------------------------|---------------------------|
| Arkadaş ve Aile Stigması Puanı    | 0,252**                   | 0,315**                   |
| İş ve İşveren Stigması Puanı      | 0,324**                   | 0,243**                   |
| Sağlık Çalışanları Stigması Puanı | 0,315**                   | 0,216**                   |

(Spearman Korelasyon Testi)

Behçet hastalarındaki HAD Depresyon ve Anksiyete Puanları tüm stigmatizasyon puanlarıyla pozitif yönde korelasyon göstermiştir. Fakat bu korelasyon istatistiksel açıdan zayıf düzeydedir( $r_s < 0,400$ ).

TABLO 25

BEHÇET HASTALARINDA YAŞAM KALİTESİ ALT PUANLARININ DEPRESYON/ANKSİYETE İLE İLİŞKİSİ

|                                   | HAD<br>Depresyon<br>Puanı | HAD<br>Anksiyete<br>Puanı |
|-----------------------------------|---------------------------|---------------------------|
| HAD Depresyon Puanı               | 1,000                     | 0,623**                   |
| HAD Anksiyete Puanı               | 0,623**                   | 1,000                     |
| SF-36 Genel Sağlık Algısı Puanı   | -0,488**                  | -0,346**                  |
| SF-36 Ağrı Puanı                  | -0,328**                  | -0,400**                  |
| SF-36 Sosyal İşlevsellik Puanı    | -0,446**                  | -0,459**                  |
| SF-36 Ruhsal Sağlık Puanı         | -0,548**                  | -0,604**                  |
| SF-36 Vitalite Puanı              | -0,596**                  | -0,497**                  |
| SF-36 Emosyonel Rol Güçlüğü Puanı | -0,385**                  | -0,390**                  |
| SF-36 Fiziksel Rol Güçlüğü Puanı  | -0,373**                  | -0,378**                  |
| SF-36 Fiziksel Fonksiyon          | -0,453**                  | -0,362**                  |

(Spearman Korelasyon Testi)

Behçet hastalarında HAD Depresyon ve Anksiyete puanları tüm yaşam kalitesi altpuanları ile negatif korelasyon göstermiştir. Özellikle sosyal işlevsellik alt puanları, ruhsal sağlık alt puanları ve vitalite puanları hem depresyon hem anksiyete puanlarıyla istatistiksel açıdan negatif yönde orta düzeyde ilişki göstermişlerdir( $r_s < -0,399$ ).

Genel sağlık algısı altpuanı anksiyete puanları ile negatif yönde zayıf ilişki gösterirken, depresyon puanları ile negatif yönde orta düzeyde ilişki göstermiştir( $r_s < -0,399$ ).

Fiziksel fonksiyon alt puanı anksiyete puanları ile negatif yönde zayıf ilişki gösterirken, depresyon puanları ile negatif yönde orta düzeyde ilişki göstermiştir(rs< -0,399).

TABLO 26

STİGMATİZASYON İLE YAŞAM KALİTESİ İLİŞKİSİ

|                                   | Sağlık Çalışanları Stigması Puanı | İş ve İşveren Stigması Puanı | Arkadaş ve Aile Stigması Puanı |
|-----------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| SF-36 Genel Sağlık Algısı Puanı   | -,266**                           | -,314**                      | -,255**                        |
| SF-36 Ağrı Puanı                  | -,223**                           | -,260**                      | -,280**                        |
| SF-36 Sosyal İşlevsellik Puanı    | -,242**                           | -,280**                      | -,298**                        |
| SF-36 Ruhsal Sağlık Puanı         | -,274**                           | -,278**                      | -,307**                        |
| SF-36 Vitalite Puanı              | -,218**                           | -,307**                      | -,205**                        |
| SF-36 Emosyonel Rol Güçlüğü Puanı | -,183**                           | -,254**                      | -,197**                        |
| SF-36 Fiziksel Rol Güçlüğü Puanı  | -,229**                           | -,240**                      | -,144**                        |
| SF-36 Fiziksel Fonksiyon          | -,223**                           | -,226**                      | -,228**                        |

Spearman korelasyon katsayıları (rs)

Tüm stigmatizasyon puanları, tüm yaşam kalitesi alt puanlarıyla negatif yönde korelasyon ilişkisi göstermişlerdir. Ancak bu ilişki istatistiksel açıdan zayıf bulunmuştur. En yüksek korelasyon İş ve İşveren Stigma puanları ile SF-36 Genel Sağlık alt puanları arasında bulunmuştur(rs: -0,314).

TABLO 27

YAŞ İLE YAŞAM KALİTESİ, STİGMA, DEPRESYON/ANKSİYETE İLİŞKİSİ

|                                   | YAŞ    |          |
|-----------------------------------|--------|----------|
|                                   | rs     | p değeri |
| SF-36 Genel Sağlık Algısı Puanı   | 0,025  | 0,645    |
| SF-36 Ağrı Puanı                  | -0,102 | 0,054    |
| SF-36 Sosyal İşlevsellik Puanı    | -0,163 | 0,002    |
| SF-36 Ruhsal Sağlık Puanı         | 0,088  | 0,100    |
| SF-36 Vitalite Puanı              | -0,008 | 0,886    |
| SF-36 Emosyonel Rol Güçlüğü Puanı | 0,012  | 0,825    |
| SF-36 Fiziksel Rol Güçlüğü Puanı  | -0,026 | 0,628    |
| SF-36 Fiziksel Fonksiyon          | -0,012 | 0,816    |
| Sağlık Çalışanları Stigması Puanı | -0,108 | 0,043    |
| İş ve İşveren Stigması Puanı      | -0,140 | 0,009    |

|                                |        |       |
|--------------------------------|--------|-------|
| Arkadaş ve Aile Stigması Puanı | 0,099  | 0,062 |
| HAD Depresyon Puanı            | 0,016  | 0,768 |
| HAD Anksiyete Puanı            | -0,029 | 0,590 |

(Spearman Korelasyon Testi)

Yaş ile yaşam kalitesi altpuanları arasında herhangi bir korelasyon saptanmamıştır.

Yaş ile stigma puanları arasında korelasyon saptanmamıştır.

Yaş ile depresyon/anksiyete puanları arasında korelasyon saptanmamıştır.

TABLO 28

PSİKİYATRİYE YÖNLENDİRİLEN VE YÖNLENDİRİLMEYEN BEHÇET HASTALARININ SOSYODEMOGRAFİK VERİLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

|                                       |                  | DOKTOR TARAFINDAN<br>PSİKİYATRİ POLİKLİNİĞİ<br>ÖNERİLDİ Mİ |       |       |       | p değeri         |
|---------------------------------------|------------------|------------------------------------------------------------|-------|-------|-------|------------------|
|                                       |                  | EVET                                                       |       | HAYIR |       |                  |
| HERHANGİ BİR TIBBİ<br>HASTALIK VARMI  | YOK              | 52                                                         | 72,2% | 178   | 77,1% | 0,525            |
|                                       | VAR              | 20                                                         | 27,8% | 53    | 22,9% |                  |
| AİLEDE PSİKİYATRİK<br>HASTALIK VAR MI | YOK              | 63                                                         | 87,5% | 205   | 88,7% | 0,911            |
|                                       | VAR              | 9                                                          | 12,5% | 26    | 11,3% |                  |
| MEDENİ DURUM                          | EVLİ             | 57                                                         | 79,2% | 177   | 76,6% | 0,035            |
|                                       | BEKAR            | 10                                                         | 13,9% | 48    | 20,8% |                  |
|                                       | BOŞANMIŞ         | 5                                                          | 6,9%  | 6     | 2,6%  |                  |
| CINSİYET                              | KADIN            | 48                                                         | 66,7% | 120   | 51,9% | <b>0,001&gt;</b> |
|                                       | ERKEK            | 24                                                         | 33,3% | 111   | 48,1% |                  |
| HASTANEYE YATIŞ VAR MI                | YOK              | 32                                                         | 44,4% | 133   | 57,6% | <b>0,001&gt;</b> |
|                                       | VAR              | 40                                                         | 55,6% | 98    | 42,4% |                  |
| ALKOL KULLANIMI                       | YOK              | 68                                                         | 94,4% | 219   | 94,8% | 0,623            |
|                                       | VAR              | 4                                                          | 5,6%  | 12    | 5,2%  |                  |
| SİGARA KULLANIMI                      | YOK              | 48                                                         | 66,7% | 153   | 66,2% | 0,943            |
|                                       | VAR              | 24                                                         | 33,3% | 78    | 33,8% |                  |
| TOPLAM GELİR                          | 1500 TL ALTI     | 22                                                         | 30,6% | 55    | 23,8% | 0,157            |
|                                       | 1500-3000 TL     | 34                                                         | 47,2% | 127   | 55,0% |                  |
|                                       | 3000-5000 TL     | 14                                                         | 19,4% | 30    | 13,0% |                  |
|                                       | 5000 TL-<br>ÜSTÜ | 2                                                          | 2,8%  | 19    | 8,2%  |                  |
| EĞİTİM DURUMU                         | YOK              | 0                                                          | 0,0%  | 0     | 0,0%  | 0,191            |
|                                       | OKUR YAZAR       | 2                                                          | 2,8%  | 3     | 1,3%  |                  |

|                |                                    |    |       |     |       |       |
|----------------|------------------------------------|----|-------|-----|-------|-------|
|                | İLKÖĞRETİM                         | 41 | 56,9% | 127 | 55,0% |       |
|                | LİSE MEZUNU                        | 20 | 27,8% | 69  | 29,9% |       |
|                | YÜKSEKOKUL<br>ÜNİVERSİTE<br>MEZUNU | 9  | 12,5% | 32  | 13,9% |       |
| ÇALIŞMA DURUMU | HALEN<br>ÇALIŞIYOR                 | 30 | 41,7% | 111 | 48,1% | 0,024 |
|                | ÇALIŞMIYOR                         | 42 | 58,3% | 120 | 51,9% |       |

Ki Kare Testi,  $p<0.05$  anlamlı kabul edilmiştir.

Psikiyatri polikliniğine yönlendirilen Behçet hastaları grubunda, kadın hasta yüzdesi anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur( $p<0,001$ ).

Psikiyatri polikliniğine yönlendirilen Behçet hastaları grubunda, daha önce yatarak tedavi görme oranları da anlamlı derecede yüksek bulunmuştur( $p<0,001$ ).

TABLO 29

PSİKİYATRİYE YÖNLENDİRİLEN VE YÖNLENDİRİLMEYEN BEHÇET HASTALARININ DEPRESYON/ANKSİYETE, YAŞAM KALİTESİ, STİGMA VERİLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

|                                   | DOKTOR TARAFINDAN PSİKİYATRİ POLİKLİNİĞİ ÖNERİLDİ Mİ |             | p değeri         |
|-----------------------------------|------------------------------------------------------|-------------|------------------|
|                                   | EVET                                                 | HAYIR       |                  |
| HAD_Depresyon                     | 10,65±5,64                                           | 7,69±4,55   | <b>0,001&gt;</b> |
| HAD_Anksiyete                     | 11,32±5,42                                           | 8,55±4,55   | <b>0,001&gt;</b> |
| SF-36 Genel Sağlık Algısı Puanı   | 34,86±21,11                                          | 42,10±20,13 | <b>0,007</b>     |
| SF-36 Ağrı Puanı                  | 46,70±28,05                                          | 61,53±28,51 | <b>0,001&gt;</b> |
| SF-36 Sosyal İşlevsellik Puanı    | 48,26±27,70                                          | 59,15±28,38 | <b>0,005</b>     |
| SF-36 Ruhsal Sağlık Puanı         | 47,78±23,24                                          | 59,29±19,71 | <b>0,001&gt;</b> |
| SF-36 Vitalite Puanı              | 27,92±21,78                                          | 40,28±21,24 | <b>0,001&gt;</b> |
| SF-36 Emosyonel Rol Güçlüğü Puanı | 39,81±44,63                                          | 49,78±43,50 | <b>0,089</b>     |
| SF-36 Fiziksel Rol Güçlüğü Puanı  | 27,43±41,36                                          | 49,46±43,08 | <b>0,001&gt;</b> |
| SF-36 Fiziksel Fonksiyon          | 48,33±25,78                                          | 62,29±26,55 | <b>0,001&gt;</b> |
| Sağlık Çalışanları Stigması Puanı | 2,53±1,11                                            | 2,10±0,93   | <b>0,003</b>     |
| İş ve İşveren Stigması Puanı      | 3,39±1,13                                            | 2,84±1,20   | <b>0,001</b>     |

|                                |           |           |              |
|--------------------------------|-----------|-----------|--------------|
| Arkadaş ve Aile Stigması Puanı | 3,13±1,30 | 2,74±1,15 | <b>0,018</b> |
|--------------------------------|-----------|-----------|--------------|

(Mann-Whitney U testi)

Hekimi tarafından psikiyatri polikliniği önerilen ve önerilmeyen Behçet hastaları karşılaştırıldığında, tüm yaşam kalitesi altpuanları önerilen grupta daha düşük olarak saptanmıştır. Emosyonel Rol Güçlüğü puanı dışındaki tüm yaşam kalitesi altpuanlarındaki bu düşüklük, istatistiksel açıdan anlamlı düzeydedir( $p<0,05$ ).

## 5. TARTIŞMA

Çalışmamızda, Behçet hastalarında stigmatizasyon kontrol grubuna göre yüksek bulunmuştur. Bu fark, arkadaş/aile stigması ve iş/işveren stigmasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Literatürde, Behçet hastalarında stigmatizasyonu rapor eden herhangi bir çalışma yoktur, diğer kronik hastalıklarda stigmatizasyonu gösteren çalışmalar mevcuttur (106).

Sağlık çalışanlarına yönelik stigmanın görece düşük bulunması, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Romatoloji Bilim Dalı'nın uzun bir geçmişe dayanan Behçet hastalığı poliklinik hizmetlerinin organizasyon başarısı ile ilişkili olabilir. Bu poliklinik, fakültenin diğer anabilim dalları ile eşgüdüm içerisinde çalışmakta ve hastalar aynı gün içerisinde diğer branşlardaki gerekli muayenelerini olabilmektedirler. Acker, hastaların tıbbi ya da psikiyatrik sağlık hizmeti almalarında, sağlık çalışanlarına yönelik stigmanın olumsuz etkisinden bahsetmiştir (107). Bizim çalışmamız, hastaneye başvuran hastalar ile yapılmıştır. Behçet hastalığı tanısına rağmen, düzenli tedavi almayan (dolayısıyla çalışmamıza dahil edilemeyen) hastalarda, sağlık çalışanlarına yönelik stigmanın daha yüksek saptanması beklenebilir. Bu durum, hastane dışındaki hastaları da kapsayan çalışmaların gerekliliğini ortaya koymuştur.

Çalışmamızda, Behçet hastalarında kontrol grubuna göre daha yüksek depresyon ve anksiyete saptandı. Bu veri tıbbi literatür ile uyumludur (108). Çalışmalarda raporlanan depresyon oranları %17,8 ile %86 arasında değişmektedir (109). Bizim çalışmamızda %56,4 olarak ölçülmüştür. Bazı çalışmalar, hastalardaki psikiyatrik semptomlar ile hastalığın prognozu arasındaki ilişkiyi belirtmişlerdir (110). Ishchenko ve arkadaşları, Behçet hastalarında psikiyatrik tedavinin, hastalığın genel prognozu, tedavi uyumu ve bilişsel fonksiyonların korunması için de önemli olduğunu göstermişlerdir (111). Birçok yazar, tüm Behçet hastalarına psikiyatrik muayene yapılmasını önermiştir. Oysa ki çalışmamızdaki Behçet hastaların dörtte birinden daha azına psikiyatri polikliniği önerilmiş olduğu gözlemlendi. İlginç bir şekilde,

çalışmanın ilk haftalarında yapılan ön veri analizlerinde psikiyatri polikliniğine yönlendirme oranları %17,8 olarak saptanmış iken, bu oran çalışmanın sonunda %23,8'e ulaşmıştır. Bu artış, klinik uygulamaları kayıt altına alındığında sağlık çalışanlarındaki olumlu değişimi açıklayan Heisenberg etkisi ile ilişkili olabilir (112). Bu olası etki, dahili tıp branşlarında yapılacak olan psikiyatrik tarama çalışmalarının, ilgili birimdeki hekimlerde psikiyatrik açıdan duyarlılık oluşturma potansiyeli açısından önemli olabilir. Ayrıca hastalardaki yüksek depresyon oranları, tüm Behçet hastalarına psikiyatrik değerlendirme yapılması önerisini destekler niteliktedir. Ancak psikiyatrik tedavinin de, önemli bir stigmatizasyona maruz kaldığına dair veriler mevcuttur (113). Toplum temelli çalışmalarda, katılımcıların psikiyatrik tedavinin zararlı olduğuna dair düşünceleri saptanmış ve bunun psikiyatrik tedavinin önünde önemli bir engel olduğu gösterilmiştir (114). Dünya psikiyatri birliği tarafından, psikiyatriye ve psikiyatristlere yönelik stigmaya dair bir çalışma birimi oluşturulmuştur. Bu birim yaptığı araştırmalar sonucunda, psikiyatristlere bir dizi önerilerde bulunmuştur (113). Bu öneriler içerisinde, medyanın stigmatizasyonların oluşmasında ve ortadan kaldırılmasındaki etkisi belirtilerek, psikiyatristlerden medyada psikiyatrik tedavinin önemini gösteren program ve haberlere iştirak etmeleri istenmiştir.

Hastalardaki depresyon ve anksiyete, tüm stigma puanları ile ilişkili bulunmuştur. Link ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada, stigmatizasyonu hastaların ruh sağlığı verilerinde olumsuz yönde etkili bulmuşlardır (115). Çalışmamızda, psikiyatri polikliniği önerilen hastaların, Behçet hastalığına yönelik stigmatizasyonları, yönlendirilmeyen hastalara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bu veriler kronik hastalıklardaki stigmanın, bireylerin ruhsal sağlığına olumsuz etkisini gösteren veriler ile uyumludur (116). Behçet hastalarının 12 farklı semptomunun her birinin varlığını ayrı ayrı değerlendirdiğimizde, depresyon ya da anksiyeteye ile istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulamadık. Bu sonuç, hastalardaki depresyon ve anksiyete etiyolojisinde fiziksel semptomlardan daha çok, hastanın hastalığını algılayışının etkili olduğu yönündeki düşüncelyi destekler niteliktedir. Dolayısıyla bu grup hastaların psikiyatrik tedavisinde, hastalıklarına yönelik stigmalarına yönelik değerlendirme yapmak, hem psikiyatrik sağaltımda, hem de kronik hastalığın sağaltımında pozitif yönde etki gösterebilir.

Behçet hastalarında tüm yaşam kalitesi değerleri anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Yapılmış çalışmaların çoğunda benzer bulgular elde edilmiştir (117). Depresyon ve anksiyete tüm yaşam kalitesi altboyutları ile negatif yönde ilişki göstermiştir. Bu da, geçmiş çalışmalar ile uyumludur (46). Behçet hastalarındaki yüksek depresyon ve anksiyete oranı

düşünüldüğünde, yaşam kalitesinin artırılmasında, psikiyatrik tedavinin etkisi tahmin edilenden daha yüksek olabilir. Bu etkinin gösterilebilmesi için yeni prospektif çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Hastalardaki tüm stigmatizasyon türleri, hastaların tüm yaşam kalitesi alt puanları ile ters yönde anlamlı ilişki göstermiştir. Birçok kronik hastalıkta stigmatizasyonun yaşam kalitesi üzerine negatif etkisi gösterilmiştir (107). Stigmatizasyonun depresyon ve anksiyete ile ilişkisi, yaşam kalitesi ile olan ilişkisinden daha büyük bulunmuştur. Depresyon ve anksiyete ise, yaşam kalitesi ile anlamlı derecede ters yönde ilişkilidir. Özet olarak stigmatizasyon depresyon ve anksiyete ile ilişkili, depresyon ve anksiyete de yaşam kalitesi ile ilişkili gözükmektedir. Temel inançlarımızın(core belief) bir durum karşısında otomatik düşüncelerimizi belirlediği ve oluşan otomatik düşüncelerin bilişsel çarpıtmalar ile klinik olarak depresyon ve anksiyeteyi yarattığını savlayan bilişsel davranışçı terapi kuramları ile uyumlu gözükmektedir (118). Bu çerçevede stigmatizasyonun varlığı saptamak, depresyon ve anksiyeteyi yaratan bilişsel sebepleri ile saptamayı ve tedavi etmeyi kolaylaştırabilir gözükmektedir.

Behçet hastalarında oral aftı olanların, sağlık çalışanlarına yönelik stigmalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Genel olarak oral aftlar ile anksiyete ilişkisine dair çalışmalar rapor edilmiştir. Bizim çalışmamızda da, oral aftı olanların anksiyete değerleri, oral aftı olmayanlara göre yüksek bulunmuştur. Ancak istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde bulunmamıştır. Oral aftı olanlarda, sağlık çalışanlarına yönelik stigmatizasyon yüksek bulunmuştur. Oral aftlar, çalışmamızda en sık görülen Behçet hastalığı lezyonu olarak saptanmıştır(%93,8). Bu durum, oral aftı olan hastaların, sağlık hizmeti almalarını olumsuz yönde etkileyebilecek daha fazla yanlış düşünce içerisinde olduklarını göstermesi bakımından önemli bulunmuştur. Yapılmış çalışmalarda, oral aft ile yaşam kalitesi arasında herhangi bir ilişki saptanmamışken, bizim çalışmamızda ilginç bir şekilde oral aftı olanlarda yaşam kalitesi ağrı alt puanı daha yüksek bulunmuştur. Mumcu ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada Türkiye'deki hastaların, Birleşik Krallık'taki hastalardan daha az diş fırçalamalarına rağmen, daha az oral aft yaşadıkları belirtilmiştir (117).

Genital ülseri olan Behçet hastaların depresyon ve anksiyetelerinin daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Yine aynı aynı şekilde yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu gözlenmiştir. Ancak bu farklar içerisinde yalnızca SF-36 fiziksel fonksiyon değerleri istatistiksel açıdan anlamlı düzeylere ulaşmıştır. Bu veriler literatür verileri ile uyumlu bulunmuştur (119).

Çalışmamızda paterji testi pozitif olan Behçet hastalarında, arkadaş ve aileye yönelik stigmatizasyon anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Depresyon ve anksiyete değerleri ise paterji testi negatif olanlardan daha düşük bulunmuştur. Paterji bir çeşit cilt hiperaktivitesi olarak tanımlanmaktadır(120). Zafiriou ve arkadaşları, 37 cilt hiperaktivitesi gösteren hasta ile yaptıkları çalışmalarda, bu bireylerde kişiler arası ilişkilerde aşırı duyarlılık ve somatizasyona yatkınlık saptamışlardır(121). Tüm bu veriler, Koptagel ve arkadaşlarının belirttiği Behçet hastalarındaki yüksek oranda tesbit edilmiş travmatik yaşam öyküleri ve rijit kişilik yapısı açısından anlamlı olabilir(50).

Artrit varlığı, tüm Behçet semptomları içerisinde yaşam kalitesini en olumsuz etkileyen semptom olarak bulunmuştur. Bu veri literatür ile uyumlu bulunmuştur(120). Artriti olan hastaların sosyal işlevsellik puanları anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Çalışmamızda, benzer şekilde artriti olan hastalarda depresyon ve anksiyete puanları daha yüksek bulunmuştur.

Romatoloji hekimi tarafından psikiyatri polikliniğine yönlendirilen Behçet hastalarının depresyon/anksiyete ve stigmatizasyon değerleri, psikiyatriye yönlendirilmeyen hasta grubundan anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuç, Behçet polikliniğindeki hekimlerin, kendi kliniklerinde depresyon ve anksiyeteye karşı bir ölçüde farkındalık sahibi olduklarını göstermektedir. Ancak yine de, hastalardan elde edilen depresyon puanlarına göre, psikiyatriye yönlendirme oranları beklenenin altında bulunmuştur. Bir başka bakış açısıyla da, psikiyatriye yönlendirilen hastaların %87,5'i psikiyatri polikliniğine başvurmasına rağmen, bu hastaların depresyon ve anksiyete düzeyleri yüksek bulunmuştur. Bu hastaların depresyon ve anksiyete düzeylerinin hala yüksek olarak ölçülmesi, stigmatizasyonu yüksek olarak ölçülen hastaların psikiyatrik tedavilerindeki direnç ile ilişkili olabilir. Kronik bir hastalık varlığının, psikiyatrik tedavinin direnci arttırdığına dair veriler çelişkilidir(122). Bu hastalarda psikiyatrik tedavide, psikiyatristlerin stigmatizasyonun ele alınması tedavi etkinliğini arttırabilir. Bipolar hastalarında yapılan bir çalışmada, psikiyatrik tedavilerinde hastaların stigmatizasyonuna yönelik yaklaşımların, hastaların tedavisine olumlu yönde etkilediği gösterilmiştir(123).

Çalışmamız yalnızca hastaneye başvuran Behçet hastaları ile gerçekleştirilmiştir. Fiziksel fonksiyon kaybı, stigmatizasyon, depresyon, anksiyete ve diğer sebepler nedeniyle hastaneye gelemeyen hastalar çalışma örneklemini dışında kalmışlardır. Bu çalışmamızın kısıtlayıcı faktörlerinden birisidir.

Çalışmamızın diğer bir kısıtlılığı da, yalnızca gönüllü hastaların çalışmaya dahil edilmiş olmasıdır. Çalışmaya katılmak istemeyen hastaların, sağlık çalışanları kaynaklı stigma puanları yüksek olabilir. Bu da, çalışmamızdaki sağlık çalışanları kaynaklı stigmatizasyon puanlarındaki nisbi düşüklüğün sebeplerinden biri olabilir.

Çalışmamızın güçlü yanı ise Behçet hastalarındaki stigmatizasyonun yüksekliğini ve bunun hastalardaki depresyon/anksiyete, yaşam kalitesi ile olan ilişkisini gösteren ilk çalışma olmasıdır.

## **6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER**

- 1) Behçet hastalarında stigmatizasyon kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.
- 2) Behçet hastalarında yaşam kalitesi, kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur.
- 3) Behçet hastalarında, depresyon ve anksiyete düzeyleri kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur.
- 4) Behçet hastalarında stigmatizasyon değerleri, hastaların depresyon ve anksiyete değerleri ile orta düzeyde pozitif yönde ilişki bulunmuştur.
- 5) Behçet hastalarında stigmatizasyon değerleri, hastaların yaşam kalitesi alt boyutları ile ters yönde zayıf ilişki göstermiştir.
- 6) Behçet hastalarında saptanan yüksek depresyon ve anksiyete düzeylerine rağmen, klinisyenler tarafından psikiyatri polikliniğine yönlendirilme oranları düşük bulunmuştur.

7) Psikiyatri polikliniğine yönlendirilen Behçet hastalarının %87,5'inin psikiyatri polikliniğine başvurmasına rağmen, bu hastaların depresyon ve anksiyete düzeylerinin yönlendirilmeyen hastalardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır.

8) Kronik hastalıklardaki stigmatizasyon, bu hastaların psikiyatrik tedavisindeki direnç ile ilişkili olabilir.

9) Behçet hastalarının psikiyatrik tedavisinde, stigmatizasyonun taranması ve tesbiti, bu hastaların tedavilerinin etkinliğini arttırabilir.

10) Tüm Behçet hastalarının psikiyatrik değerlendirilmeye alınması, hastaların yaşam kalitelerini arttırabilir.

11) Behçet hastalarındaki stigmatizasyon ve depresyon/anksiyete konusunda, hastaneye başvurmayan hastaları da içeren çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

## 7. KAYNAKLAR

- 1.Corker et al. How does self stigma differ across people with psychiatric diagnoses and rheumatoid arthritis, and how does it impact on self-esteem and empowerment? Psychol Health Med. 2016 Dec;21(8):993-1005.
- 2.Davatchi et al. Behcet's disease: epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis. Expert Rev Clin Immunol. 2017 Jan;13(1):57-65.
- 3.Saylan T. Life Story of Dr Hulusi Behçet. Yonsei Medical Journal 1997; 38(6): 327-332.
- 4.Tüzün Y. Hulusi Behçet MD February 20, 1889 to March 8, 1948. Clinics in Dermatology 2006; (24): 548-550.
- 5.Yalçın E. Avrupa'nın En Eski Tıp Kurumlarından Biri: Charité. Asklepios Tıp Kültürü Dergisi, 2004; 04: 8-15.
- 6.Behçet H, Hodara M. Süreyya. Histologösche Untersuchung un Experimentelle Studie Über Pathogeneseiner Durch Gerstenpollen Hervongerufenen Juckenden Erythematös-Vesikulösen Hauterkrankung. Derm Wschr 1923; 76(10): 209-215.
- 7.Bahadır O. Doktor Menahem Hodara. Cumhuriyet Bilim ve Teknoloji Dergisi 2007; 1072:11.
8. Behçet H. Trisymptomes Complex (answer to Prof Kummer). Derm Wschr 1943;(88): 129.
9. Behçet H.Über rezidivierende, Aphtöse, durch Ein Virus verursachte Geschwüre am Mund, am Auge und an den Genitalien. Derm Wschr 1937; 105(36): 1152-1157.
- 10.Behçet H. Ağız ve Tenasül Uzuvarlarında Husule Gelen Aftöz Tegayyürlerle Aynı Zamanda Görünen Virutik Olması Muhtemel Teşevvüşler Üzerine Mülahazalar ve Mihraki İntan Hakkında Şüpheler. Deri Hastalıkları ve Frengi Kliniği Arşivi 1937; 4 (20): 1369 – 1378.
- 11.Behçet H. Trisymptomes Complex, veya Syndrom yahut Morbus Behçet Nasıl Tesbit Edilmiştir. Deri Hastalıkları ve Frengi Kliniği Arşivi 1942; 9(53-54): 2663-2673.
- 12.Sazzini M, Garagnani P, Sarno S et al.: Tracing Behçet's Disease Origins Along the silk road: an anthropological evolutionary genetic perspective. Clin Exp Rheumatol 2015; 33 (suppl. 94): s60-6.

- 13.Yurdakul S, YaziciY. Epidemiology of Behçet's syndrome and regional differences in disease expression. In: Yazici Y, Yazici H, editors. Behçet's Syndrome. New York, NY: Springer; 2010:36.
- 14.Yazıcı Y, Yurdakul S, Yazıcı H. Behçet's Syndrome . Curr Rheumatol Rep (2010) 12:429–435.
- 15.Papoutsis NG, Abdel-Naser MB, Altenburg A, et al.: Prevalence of Adamantiades-Behçet's disease in Germany and the municipality of Berlin: results of a nationwide survey. Clin Exp Rheumatol 2006, 24 (5 Suppl 42):S125.
16. Kone-Paut I et al. (1998) Clinical features of Behcet's disease in children: an international collaborative study of 86 cases. J Pediatr 132: 721–725.
- 17.Yazıcı H, Fresko I, Yurdakul S. Behçet's syndrome: disease manifestations, management, and advances in treatment. Nat Clin Pract Rheumatol. 2007; 3:148–55
- 18.Calamia KT, Wilson FC, Icen M, Crowson CS, Gabriel SE, Kre- mers HM. Epidemiology and clinical characteristics of Behcet's disease in the US: a population-based study. Arthritis Rheumatol. 2009;61(5):600–604.
- 19.Direskeneli H. Behçet's disease: infectious aetiology, new autoantigens, and HLA-B51. Ann Rheum Dis. 2001 Nov;60(11):996-1002.
- 20.Kaneko S et al, Characterization of T cells specific for an epitope of human 60-kD heat shock protein (hsp) in patients with Behcet's disease (BD) in Japan. Clin Exp Immunol. 1997 May;108(2):204-12.
- 21.Gül A. Behçet's disease: an update on the pathogenesis. Clin Exp Rheumatol. 2001 Sep-Oct;19(5 Suppl 24):S6-12.
- 22.Ohno S, Ohguchi M, Hirose S, Matsuda H, Wakisaka A, Aizawa H (1982) Close association of HLA Bw51 in Behçet's disease. Arch Ophthalmol 100:145–158.
- 23.Esatoğlu et al, Behçet's syndrome: providing integrated care. J Multidiscip Healthc. 2017; 10: 309–319.

- 24.Kural-Seyahi E, Fresko I, Seyahi N, et al. The long-term mortality and morbidity of Behcet syndrome: a 2-decade outcome survey of 387 patients followed at a dedicated center. *Medicine (Baltimore)*. 2003;82(1):60–76.
- 25.Tugal-Tutkun I, Onal S, Altan-Yaycioglu R, et al.: Uveitis in Behçet disease: an analysis of 880 patients. *Am J Ophthalmol* 2004, 138:373–380.
- 26.Skef W, Hamilton MJ, Arayssi T. Gastrointestinal Behcet’s disease: a review. *World J Gastroenterol*. 2015;21(13):3801–3812.
- 27.Hatemi I, Hatemi G, Celik AF, et al. Frequency of pathergy phenomenon and other features of Behcet’s syndrome among patients with inflammatory bowel disease. *Clin Exp Rheumatol*. 2008;26(4 suppl 50):S91–S95.
- 28.Yurdakul S et al. (1983) The arthritis of Behcet’s disease: a prospective study. *Ann Rheum Dis* 42: 505–515.
- 29.Diri E et al.(2001)Papulopustular skin lesions are seen more frequently in patients with Behcet’s syndrome who have arthritis: a controlled and masked study. *Ann Rheum Dis* 60: 1074–1076.
- 30.Akman-Demir G, Serdaroglu P, Tasci B: Clinical patterns of neurological involvement in Behçet’s disease: evaluation of 200 patients. The Neuro-Behcet Study Group. *Brain* 1999, 122:2171– 2182.
- 31.Tascilar K, Melikoglu M, Ugurlu S, Sut N, Caglar E, Yazici H. Vascular involvement in Behcet’s syndrome: a retrospective analysis of associations and the time course. *Rheumatology (Oxford)*. 2014;53(11):2018–2022.
- 32.Seyahi E, Cakmak OS, Tutar B, et al. Clinical and ultrasonographic evaluation of lower-extremity vein thrombosis in behcet syndrome: an observational study. *Medicine (Baltimore)*. 2015;94(44):e1899.
- 33.Seyahi E. Behcet’s disease: how to diagnose and treat vascular involve- ment. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2016;30(2):279–295.

- 34.Seyahi E, Caglar E, Ugurlu S, et al. An outcome survey of 43 patients with Budd-Chiari syndrome due to Behcet's syndrome followed up at a single, dedicated center. *Semin Arthritis Rheum*. 2015;44(5):602–609.
- 35.Seyahi E, Melikoglu M, Akman C, et al.: Pulmonary vascular involvement in Behçet's syndrome (BS) [abstract]. *Arthritis Rheum* 2007, 56(Suppl):853.
- 36.Ceyran H, Akcali Y, Kahraman C. Surgical treatment of vasculo-Behcet's disease. A review of patients with concomitant multiple aneurysms and venous lesions. *Vasa*. 2003;32(3):149–153.
- 37.Emmungil H, Yasar Bilge NS, Kucuksahin O, et al. A rare but serious manifestation of Behcet's disease: intracardiac thrombus in 22 patients. *Clin Exp Rheumatol*. 2014;32(4 suppl 84):S87–S92.
- 38.Zhu YL, Wu QJ, Guo LL, et al. The clinical characteristics and outcome of intracardiac thrombus and aortic valvular involvement in Behcet's disease: an analysis of 20 cases. *Clin Exp Rheumatol*. 2012;30(3 suppl 72):S40–S45.
- 39.Criteria for diagnosis of Behçet's disease. International Study Group for Behçet's Disease. *Lancet*. 1990 May 5;335(8697):1078-80.
- 40.International Team for the Revision of the International Criteria for Behcet's Disease. Revision of the international criteria for Behcet's disease (ICBD). *Clin Exp Rheumatol*. 2006;24(suppl 42):14–15.
- 41.Yurdakul S, Mat,C, Tüzün Y et al. A double -blind study of colchicine in Behçet's syndrome. *Arthritis Rheum* 2001;44:2686-92.
- 42.Özgüler Y, Hatemi G. Management of Behçet's syndrome. *Curr Opin Rheumatol*. 2016 Jan;28(1):45-50.
- 43.Jaffenary M. Psychiatric and Psychological Impact of Chronic Skin Disease. *Prim Care Companion CNS Disord*. 2018 Apr 26;20(2).
44. Gül G. Evaluaton of sexual functon in patents presentng with Beheet's disease with or without depression. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2013 Oct;27(10):1244-51.

45. de Oliveira Ribeiro NP, de Mello Schier AR, Pessoa TM, Pereira VM, Machado S, Arias-Carrión O, Nardi AE, Silva AC Depression as a comorbidity in Behcet's syndrome. *CNS Neurol Disord Drug Targets*. 2014;13(6):1041-8.
46. Uğuz F. Quality of life in patients with Behçet's disease: the impact of major depression. *Gen Hosp Psychiatry*. 2007 Jan-Feb;29(1):21-4.
47. Taner E. Depression and anxiety in patients with Behçet's disease compared with that in patients with psoriasis. *Int J Dermatol*. 2007 Nov;46(11):1118-24.
48. Dursun R. Psychiatric disorders in patients with Behçet's disease. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 2007; 11(1): 16\_20
49. Nola I, Kostović K, Kotrulja L, Lugović L. The use of emollients as sophisticated therapy in dermatology. *Acta Dermatovenerol Croat*. 2003;11(2):80-7. Review.
50. Koptagel-114 O. Tuncer, G. Enbiyad lu, Z. Bayranzog lu. *Psychother. A Psychosomatic Investigation of Behcet's Disease Psychosom*. 40: 263-271 (1983)
51. Atay M, Erturan I, Demirdas A. Personality with Behcet's disease. *Comprehensive Psychiatry* 55(2014)511-517
52. Moraes LJ. A systematic review of psychoneuroimmunology-based interventions. *Psychol Health Med*. 2018 Jul;23(6):635-652. doi: 10.1080/13548506.2017.1417607.
53. Marsland AL. The effects of acute psychological stress on circulating and stimulated inflammatory markers: A systematic review and meta-analysis. *Brain Behav Immun*. 2017 Aug;64:208-219. doi: 10.1016/j.bbi.2017.01.011. Epub 2017 Jan 12.
54. Smith RA, Zhu X, Fink EL. Understanding the Effects of Stigma Messages: Danger Appraisal and Message Judgments. *Health Commun*. 2017 Nov 30:1-13. doi: 10.1080/10410234.2017.1381111.
55. Goffman E. *Stigma*(book). 1963
56. Oxford English Dictionary, 2006
57. Bates L, Stickley T. Confronting Goffman: how can mental health nurses effectively challenge stigma? A critical review of the literature. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2013 Sep;20(7):569-75.

58. Kabay S, Toğrol E, Mestan E. Nörolojik hastalıklarda stigmatizasyon ve ölçümü. TJN 20; Özel sayı 1:2014.
59. Stacy L. Overton and Sondra L. Medina, The Stigma of Mental Illness, Journal of Counseling & Development/Spring 2008/Volume 86.
60. Crawford, P., & Brown, B. (2002). Like a friend going round: Reducing the stigma attached to mental health in rural communities. *Health and Social Care in the Community*, 10, 229–238.
61. Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 35–53.
62. Johnstone, M. J. (2001). Stigma, social justice and the rights of the mentally ill: Challenging the status quo. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 10, 200–209.
63. Granello, D. H., & Wheaton, J. E. (2001). Attitudes of undergraduate students towards persons with physical disabilities and mental illnesses. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 32, 9–16.
64. Brockington, I., Hall, P., Levings, J., & Murphy, C. (1993). The community's tolerance of the mentally ill. *British Journal of Psychiatry*, 162, 93–99.
65. Pryor, J. B., Reeder, G. D., Yeadon, C., & Hesson-McInnis, M. (2004). A dual-process model of reactions to perceived stigma. *Journal of Personality and Social Psychology*, 87, 436–452.
66. Jones, E. Farina, A.; Hastorf, A.; Markus, H.; Miller, D.; Scott, R. *Social Stigma The Psychology of Marked Relationships*. W.H. Freeman and Company; New York: 1984.
67. Jacoby A. Felt versus enacted stigma: A concept revisited. *Social Science & Medicine* 1994;38(2): 269–274.
68. Corrigan P, Watson A, Barr L. The self-stigma of mental illness: Implications for self esteem and self efficacy. *Journal of Social & Clinical Psychology* 2006;25(9):875–884.
69. Kurzban R, Leary MR. Evolutionary origins of stigmatization: The functions of social exclusion. *Psychological Bulletin*. 2001; 127:187–208.
70. Beatty JE, Joffe R. An overlooked dimension of diversity: The career effects of chronic illness. *Organizational Dynamics*. 2006; 35:182–195.
71. Joachim G, Acorn S. Living with chronic illness: The interface of stigma and normalization. *Canadian Journal of Nursing Research*. 2000; 32:37–48. [PubMed: 11928132]

72. Chan F, McMahon BT, Cheing G, Bezyak J, Rosenthal DA. Drivers of workplace discrimination against people with disabilities: The utility of attribution theory. *Work: Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation*. 2005; 25:77–88.
73. Hampel P, Rudolph H, Stachow R, Petermann F, Laß-Lentzsch A. Coping among children and adolescents with chronic illness. *Anxiety, Stress & Coping: An International Journal*. 2005; 18:145–155
74. Earnshaw, V.A., Quinn, D.M., Kalichman, S.C. et al. Development and psychometric evaluation of the Chronic Illness Anticipated Stigma Scale. *J Behav Med* (2013) 36: 270
75. Earnshaw VA, Quinn DM. The impact of stigma in healthcare on people living with chronic illnesses. *Journal of Health Psychology*. 2012; 17:157–168. [PubMed: 21799078]
76. Steward WT, Herek GM, Ramakrishna J, Bharat S, Chandy S, Wrubel J, et al. HIV-related stigma: Adapting a theoretical framework for use in India. *Social Science and Medicine*. 2008; 67:1225–1235. [PubMed: 18599171]
77. Link BG. Understanding labeling effects in the area of mental disorders: An assessment of the effects of expectations of rejection. *American Sociological Review*. 1987; 52:96–112.
78. Meyer IH. Minority stress and mental health in gay men. *Journal of Health and Social Behavior*. 1995; 36:38–56. [PubMed: 7738327]
79. Mendoza-Denton R, Downey G, Purdie VJ, Davis A, Pietrzak J. Sensitivity to status-based rejection: Implications for African American students' college experience. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2002; 83:896–918. [PubMed: 12374443]
80. Thoits PA. Stress and health: Major findings and policy implications. *Journal of Health and Social Behavior*. 2010; 51(S):S41–S53. [PubMed: 20943582]
81. Berger BE, Ferrans CE, Lashley FR. Measuring stigma in people with HIV: Psychometric assessment of the HIV stigma scale. *Research in Nursing & Health*. 2001; 24:518–529. [PubMed: 11746080]
82. Sayles JN, Ryan GW, Silver JS, Sarkisian CA, Cunningham WE. Experiences of social stigma and implications for healthcare among a diverse population of HIV positive adults. *Journal of Urban Health*. 2007; 84:814–828. [PubMed: 17786561]
83. Kaya,B.(2009).Beta-Talasemi major hastalarında psikiyatrik komorbidite sıklığı ve psikiyatrik bozuklukların yaşam kalitesi ile ilişkisi.Sağlık Bakanlığı Bakırköy ORD. Prof Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 13.psikiyatri kliniği Uzmanlık Tezi.1-73

84. Top,M.Ş.,Özden,S.Y.,Efe Sevim,M.,(2003).Psikiyatri de Yaşam Kalitesi.Düşünen Adam Dergisi.16(1),18-23
85. Soygür,H.,(2003).Şizofreni ve Yaşam Niteliği.SSk Ankara Eğitim Hastanesi Psikiyatri Kliniği.1(9)-14
86. Şimşek,D.,(2006)Şizofreni Hastalarında Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi.Süleyman Demirel Üniversitesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı Uzmanlık Tezi.1-71
87. Testa,A.M,Simonson,D.C.(1996).Assesment of Quality of Life Outcomes.Current Concepts.334(13).835-840.
88. Metin,N.İ.(2009).Behçet hastalığına Özgü Yaşam Kalite Ölçeği Geliştirilmesi.*Deri ve Zührevi Hastalıklar Uzmanlık Tezi*.1-94.
89. Eser,E.(2014).Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin kavramsal temelleri ve ölçümü.*Türk Nöroloji Derneği*.20(1).1-4
90. Şahin,E.N.,Emiroğlu,O.N.(2014).Yaşam kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler.*Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi*.57-66
91. Karakaş,A.C.(2016).Belediye çalışanlarında sabır tutumunun yaşam kalitesine etkisi .*İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi*.5(8),2742-2757
92. Eser,E.,Altıparmak,S.,(2007).15-49 Yaş Grubu Evli Kadınlarda Yaşam Kalitesi.*Aile ve Toplum*.9(3).29-33
93. Avcı, K, Pala K.(2004).Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesinde Çalışan Araştırma Görevlisi ve Uzman Doktorların Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi.30(2).81-85
94. Kalkay,A.F.,(2009).Bipolar 1 Bozukluğu Olan Hastalarda Karma Dönemlerin ve Hızlı Döngülü Seyrin Ortaya Çıkışında Çocukluk Çağı Travmasının Rolü ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi.

95. Kılınç, Y., Yıldırım, M., Ceyhan, A.M., (2009). Behçet hastalarında yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji Dergisi*. 16(1). 6-10
96. Özdemir, Ü., Taşçı, S., (2013). Kronik Hastalıklarda Psikososyal Sorunlar Ve Bakım. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 1(1). 57-72
97. Acıöz, E., Gökdemir, G., Köşlü, A., (2003). Dermatolojide Yaşam Kalitesi. *TURKDERM*. 37(1). 16-23
98. Kaçar, N., Ergin, Ş., Erdoğan, B.Ş., (2007) Psoriazisli hastalarda yaşam kalitesi. *TURKDERM*. 41(4). 117-20.
99. Ayanoğlu, B.T., Gürler, A., Erdoğan, F.G., Gündüz, Ö., Alhan, A., (2015). Behçet ve Rekürren aftöz stomatit hastalarında yaşam kalitesi. *TURKDERM*. 49(4). 276-284.
100. Bhakta B.B, Brennan P, James T.E, Chamberlain M.A ve ark. (1999) Behcet's disease: evaluation of a new instrument to measure clinical activity. *Rheumatology (Oxford)* ;38:728-3
101. Hamuryudan V, Fresko I, Direskeneli H, Tenant M.J ve ark. (1999) Evaluation of the Turkish translation of a disease activity form for Behcet's syndrome. *Rheumatology (Oxford)*;38:734-6.
102. Ware Jr, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical care*, 473-483.
103. Koçyiğit, Hikmet & Aydemir, Omer & Fişek, Güler & Ölmez, Neşe & Memiş, Asuman. (1999). Kısa Form-36 (SF-36)'nın Türkçe Versiyonunun Güvenilirliği ve Geçerliliği. Reliability and Validity of the Turkish Version of Short Form-36 (SF-36). *İlaç ve Tedavi Dergisi*. 12. 102-106.
104. Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica scandinavica*, 1983 67(6), 361-370.
105. Aydemir, Ö., Guvenir, T., Kuey, L., & Kultur, S. (1997). Validity and reliability of Turkish version of hospital anxiety and depression scale. *Turk Psikiyatri Derg*, 8(4), 280-7
106. van der Beek et al. Experienced stigmatization reduced quality of life of patients with a neuromuscular disease: a cross-sectional study. *Clin Rehabil*. 2013 Nov;27(11):1029-38.
107. Acker SM. The doctor-patient relationship in the treatment of fibromyalgia. *Dissertation abstracts international*. 2008; 69:4406

108. İlhan B. Fatigue in patients with Behcet's Syndrome. *Int J Rheum Dis* 2016 Feb 23.
109. de Oliveira Ribeiro NP, de Mello Schier AR. Depression as a comorbidity in Behcet's syndrome. *Depression as a comorbidity in Behcet's syndrome. CNS Neurol Disord Drug Targets*. 2014;13(6):1041-8.
110. Orsucci F. Depression as a comorbidity in Behcet's syndrome. *Psychother Psychosom*. 1996 Mar-Apr;65(2):112-4.
111. Ishchenko DA, Veltishchev DY, Psychotraumatic factors and anxiety-depressive spectrum disorders in Behcet's disease: the interdisciplinary study]. *Zh Nevrol Psikhiatr Im S S Korsakova*. 2014;114(11):14-9.
112. Damsa C<sup>1</sup>, Ikelheimer D. Heisenberg in the ER: observation appears to reduce involuntary intramuscular injections in a psychiatric emergency service. *Gen Hosp Psychiatry*. 2006 Sep-Oct;28(5):431-3.
113. Sartorius, N., Gaebel, W., Cleveland, H.-R., Stuart, H., Akıyama, T., Arboleda-Flórez, J., ... Tasman, A. (2010). WPA guidance on how to combat stigmatization of psychiatry and psychiatrists. *World Psychiatry*, 9(3), 131–144.
114. De Toledo Piza Peluso, S Luís Blay. Public beliefs about the treatment of schizophrenia and depression in Bra-zil. *Int J Soc Psychiatry*. 2009;55:16–27.
115. Link BG. Understanding labeling effects in the area of mental disorders: An assessment of the effects of expectations of rejection. *American Sociological Review*. 1987; 52:96–112.
116. Leventhal, H.; Ethan, H.; Horowitz, C.; Leventhal, E.; Ozakinci, G. Living with chronic illness: A contextualized, self-regulation approach. In: Sutton, S.; Baum, A.; Johnston, M., editors. *The SAGE handbook of health psychology*. London: SAGE; 2004.
117. Mumcu G1, Niazi S, Stewart J, Hagi-Pavli E, Gokani B, Seoudi N, Ergun T, Yavuz S, Stanford M, Fortune F, Direskeneli H. Oral health and related quality of life status in patients from UK and Turkey: a comparative study in Behcet's disease. *Oral health and related quality of life status in patients from UK and Turkey: a comparative study in Behcet's disease*.
118. Türkçapar H, 2012, Bilişsel Terapi, HYB yayıncılık, syf81-88
119. Melikoğlu M. What affects the quality of life in patients with Behcet's disease? *Acta Rheumatol Port* 2014 Jan-mar;39(1);46-53

120. Budak-Alpdogan T, Demirçay, Alpdogan O, Direskeneli H, Ergun T, Oztürk A, Günay A, Yavuz S, Uskent N, Akoğlu T. Skin hyperreactivity of Behçet's patients (pathergy reaction) is also positive in interferon alpha-treated chronic myeloid leukaemia patients, indicating similarly altered neutrophil functions in both disorders. *Br J Rheumatol.* 1998 Nov;37(11):1148-51.
121. Zafiriou E1, Angelopoulos NV, Zintzaras E, Rallis E, Roussaki-Schulze AV. Psychiatric factors in patients with sensitive skin. *Drugs Exp Clin Res.* 2005;31 Suppl:25-30.
122. Wijerante C. Treatment-resistant depression. *N Z J Psychiatry.* 2008;42(9):751-62
123. Çuhadar D, Çam MO. Effectiveness of psychoeducation in reducing internalized stigmatization in patients with bipolar disorder. *Arch Psychiatr.* 2014 Feb;28(1):62-6.

## 5. EKLER

### EK-1 (AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU)

Tıbbi durumunuz ile ilgili size önerilen işlem/ tedaviler hakkında bilgi sahibi olmak en doğal hakkınızdır.

Bu açıklamaların amacı sağlığınız ile ilgili konularda sizi bilgilendirmek ve bu sürece sizi daha bilinçli bir biçimde ortak etmektir.

Burada belirtilenlerden başka sorularınız varsa bunları cevaplamak görevimizdir. Bizler size yardım için buradayız.

Bu çalışmanın amacı, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'ne başvuran Behçet hastalarında stigmatizasyon ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi göstermektir. Bu çalışmamıza İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesine başvuran 100 veya üzeri hasta katılacaktır. Size Kronik Hastalık Stigmatizasyon Ölçeği, SF-36 ölçeği, hastane Anksiyete Depresyon ölçeği uygulanacaktır.. Size tarafımızca oluşturulan sosyodemografik veri formu doldurulacaktır.

Ölçek ve anket sonuçlarına dayanarak tanı konulması veya tedavi başlanması söz konusu değildir. Sizin için risk teşkil eden bir durum saptanması durumunda gerekli bilgilendirme ve yönlendirme en kısa zamanda tarafınıza yapılacaktır.

İstedığınız zaman, herhangi bir cezaya veya yaptırıma maruz kalmaksızın, hiçbir hakkınızı kaybetmeksizin araştırmaya katılmayı reddedebilir veya araştırmadan çekilebilirsiniz. Bu nedenle tedavinizde herhangi bir aksama söz konusu olmayacaktır.

İzleyiciler, yoklama yapan kişiler, Etik Kurul, Kurum ve diğer ilgili sağlık otoriteleri sizin orijinal tıbbi kayıtlarınıza doğrudan erişebilir, ancak bu bilgiler gizli tutulacaktır. Bu formun imzalanmasıyla söz konusu erişime izin vermiş olacaksınız. Ancak ilgili mevzuat gereğince sizin kimliğinizi ortaya çıkaracak kayıtlar gizli tutulacak, kamuoyuna açıklanamayacak; araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde dahi kimliğiniz gizli kalacaktır.

Araştırma esnasında sizden hiç bir ücret alınmayacak, size de herhangi bir ücret ödenmeyecektir.

Araştırma esnasında bağılı bulunduğunuz sosyal güvenlik kurumundan (SGK) herhangi bir ücret talep edilmeyecektir.

“Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi biliyorum.

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.”

Katılımcının

Ad-Soyadı: .....

Kabul Tarihi: .....

İmza: .....

**EK-2 (SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK VERİ FORMU)**

Adı-Soyadınız: Doğum  
yeriniz:

Cinsiyetiniz: 1. Kadın 2. Erkek

Doğum yılınız:

Medeni durumuz: 1.Evli 2.Bekar 3.Boşanmış

Kaç yıldır evlisiniz:

Tekrarlayan evlilik var ise sayısı:

Kaç çocuğunuz var:

Kardeşlerinizin sayısı:

Yaşadığınız şehir?:

Eğitiminiz: 1.Yok 2.Okur yazar 3.İlköğretim 4.Lise mezunu 5.Yüksekokul-  
Üniversite mezunu

Ailenin Toplam Aylık Geliri: A) 1500tl altı B) 1500-3000tl C) 3000-5000tl D)  
5000tl üstü

Çalışma durumunuz: 1.Halen çalışıyor 2. Çalışmıyor

Sigara kullanımı: 0. Yok 1. Var

Varsa tüketim miktarı: Günde kaç paket?..... Kaç yıldır?.....

Alkol kullanımı: 0. Yok 1.Var

Varsa süresi:..... Miktarı?:.....

Keyif verici Madde kullanımı?: 0. Yok 1. Var

Varsa kullandığınız madde: Esrar, kokain, amfetamin, ekstazy, eroin, biperiden,  
benzodiazepin, uçucu madde

Varsa Maddeye başlama yaşıınız:.....

BEHÇET HASTALIĞının başlangıç yaşıınız:.....

Hiç hastane yatışınız var mı? 0. Yok 1. Var

Varsa sayısı:.....

Daha önce psikiyatri polikliniğine başvurunuz oldu mu?.....

Herhangi bir doktor tarafından psikiyatri polikliniği önerildi mi?.....

Ailede psikiyatrik hastalık mevcudiyeti: 0. Yok 1. Var

Varsa hangi hastalık:.....

Kullandığınız ilaçlar(tümünü yazınız):

Başka herhangi tıbbi hastalığınız var mı? Varsa hastalığın adı?:



### EK-3 (KRONİK HASTALIK STİGMA ÖLÇEĞİ)

**Açıklamalar:** Aşağıdaki maddeler kronik hastalığı olan kişilere karşı, diğer insanların çeşitli davranışlarını tariflemektedir. Lütfen bu maddeleri okuyup, gelecekte bunların sizin için hangi oranda gerçekleşebileceğine dair en uygun seçeneği işaretleyiniz.

**Öncelikle**, arkadaşlarınızın ve aile üyelerinizin (anne/baba/kardeş/çocuk...) **gelecekte** size karşı davranış ve tutumlarının nasıl olacağını düşünün. **Kronik hastalığınızdan dolayı** hangi olasılıkla aşağıda belirtilen davranışları/tutumları size gösterecekler?

|   |                                                                                           | <i>Kesinlikle<br/>mümkün<br/>değil</i> | <i>Mümkün<br/>değil</i> | <i>Belki</i> | <i>Büyük<br/>ihtimalle</i> | <i>Kesinlikle</i> |
|---|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------|--------------|----------------------------|-------------------|
| 1 | Bir arkadaşınız ya da ailenizden biri size öfke duyacak?                                  | 1                                      | 2                       | 3            | 4                          | 5                 |
| 2 | Bir arkadaşınız ya da ailenizden biri iyileşmediğiniz için sizi suçlayacak?               | 1                                      | 2                       | 3            | 4                          | 5                 |
| 3 | Bir arkadaşınız ya da ailenizden biri hastalığınızın sizin hatanız olduğunu düşünecek?... | 1                                      | 2                       | 3            | 4                          | 5                 |
| 4 | Bir arkadaşınız ya da ailenizden biri size iyi gözle bakmayacak?                          | 1                                      | 2                       | 3            | 4                          | 5                 |

Şimdi, iş arkadaşlarınızı ve işverenlerinizi gelecekte size nasıl davranacağını düşünün. Eğer şu an herhangi bir işte çalışmıyorsanız, gelecekte sahip olabileceğiniz işinizdeki arkadaşları ve işverenlerinizi düşünün. **Kronik hastalığınızdan dolayı**, hangi olasılıkla

size aşağıda belirtilen şekilde davranacaklardır?

|    |                                                                                        | <i>Kesinlikle<br/>mümkün<br/>değil</i> | Mümkün<br>değil | Belki | Büyük<br>ihtimalle | Kesinlikle |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------|-------|--------------------|------------|
| 5. | İşvereniniz size terfi vermeyecek?                                                     | 1                                      | 2               | 3     | 4                  | 5          |
| 6. | İşyerinden birisi size ayrımcılık yapacak?                                             | 1                                      | 2               | 3     | 4                  | 5          |
| 7. | İşvereniniz zorlu bir iş için sizden başkasını atayacak?                               | 1                                      | 2               | 3     | 4                  | 5          |
| 8. | İşyerindekiler sizin işyerindeki sorumluluklarınızı yerine getiremediğinizi düşünecek? | 1                                      | 2               | 3     | 4                  | 5          |

**Son olarak**, tedavinizi yapan doktorların, hemşirelerin, sekreterlerin gelecekte size nasıl davranacaklarını düşünün. **Kronik hastalığınızdan dolayı** hangi olasılıkla aşağıda belirtilen davranışları/tutumları size gösterecekler?

|     |                                                                | <i>Kesinlikle<br/>mümkün<br/>değil</i> | <i>Mümkün<br/>değil</i> | <i>Belki</i> | <i>Büyük<br/>ihtimalle</i> | <i>Kesinlikle</i> |
|-----|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------|--------------|----------------------------|-------------------|
| 9.  | Bir sağlık çalışanı sizden bıkmış olacak?                      | 1                                      | 2                       | 3            | 4                          | 5                 |
| 10. | Bir sağlık çalışanı size az ilgi gösterecek?                   | 1                                      | 2                       | 3            | 4                          | 5                 |
| 11. | Bir sağlık çalışanı iyileşmediğiniz için sizi suçlayacak?      | 1                                      | 2                       | 3            | 4                          | 5                 |
| 12. | Bir sağlık çalışanı sizin kötü bir hasta olduğunuzu düşünecek? | 1                                      | 2                       | 3            | 4                          | 5                 |

**EK-4 (SF36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ)**

**1. Genel sağlığını nasıl değerlendirirsiniz ?**

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

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

**2. Geçen yıl ile karşılaştırıldığında, sağlığını şu an için nasıl değerlendirirsiniz ?**

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

|                               |   |
|-------------------------------|---|
| Geçen seneden çok daha iyi    | 1 |
| Geçen seneden biraz daha iyi  | 2 |
| Geçen sene ile aynı           | 3 |
| Geçen seneden biraz daha kötü | 4 |
| Geçen seneden çok daha kötü   | 5 |

**3. Aşağıdaki tipik bir gününüzde yapmış olabileceğiniz bazı aktiviteler yazılmıştır. Sağlığınız bunları yaparken sizi sınırlandırmakta mıdır ? Öyleyse ne kadar ?**

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

| AKTİVİTELER                                                                             | Evet, çok kısıtlıyor | Evet, çok az kısıtlıyor | Hayır, hiç kısıtlamıyor |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------------------------|-------------------------|
| a. Kuvvet gerektiren aktiviteler, koşma, ağır egysaları kaldırmak, zor sporlar          | 1                    | 2                       | 3                       |
| b. Orta aktiviteler, bir masayı oynatmak, elektrik süpürgesi ile süpürmek, bowling,golf | 1                    | 2                       | 3                       |
| c. Sebze-meyveleri kaldırmak, taşımak                                                   | 1                    | 2                       | 3                       |
| d. Pek çok katı çıkmak                                                                  | 1                    | 2                       | 3                       |
| e. Tek katı çıkmak                                                                      | 1                    | 2                       | 3                       |
| f. Çömelmek, diz çökmek, eğilmek                                                        | 1                    | 2                       | 3                       |
| g. 1 kilometreden fazla yürüyebilmek                                                    | 1                    | 2                       | 3                       |
| h. Pek çok mahalle arası yürüyebilmek                                                   | 1                    | 2                       | 3                       |
| i. Bir mahalleden (sokak) diğerine yürütmek                                             | 1                    | 2                       | 3                       |
| j. Kendi kendine yıkanmak, giyinmek                                                     | 1                    | 2                       | 3                       |

4. Son 4 hafta içerisinde, fiziksel sağlığınız yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

|                                                                | EVET | HAYIR |
|----------------------------------------------------------------|------|-------|
| a. İş yada diğer aktiviteler için harcadığınız zamanda kesinti | 1    | 2     |
| b. İstediginizden daha az miktar işin tamamlanması             | 1    | 2     |
| c. İşin veya diğer aktivitelerin çeşidinde kısıtlama           | 1    | 2     |
| d. İş veya diğer aktiviteleri yaparken zorluk olması           | 1    | 2     |

5. Son 4 hafta içerisinde, duygusal problemler (örnek-üzüntü ya da sinirli hissetmek) yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

|                                                                    | EVET | HAYIR |
|--------------------------------------------------------------------|------|-------|
| a. İş yada diğer aktiviteler ayırdığınız süreden kesilme oldu mu ? | 1    | 2     |
| b. İstediginizden daha az kısım tamamlanması                       | 1    | 2     |
| c. İşin veya diğer aktiviteleri eskisi gibi dikkatli yapmama       | 1    | 2     |

6. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, aileniz, arkadaşınız, komşularınız veya gruplar ile olan normal sosyal aktivitelerinize ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

|               |   |
|---------------|---|
| Hiç           | 1 |
| Çok az        | 2 |
| Orta derecede | 3 |
| Biraz         | 4 |
| Oldukça       | 5 |

7. Son 4 hafta içerisinde, ne kadar fiziksel acı (ağrı) hissettiniz?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

|                |   |
|----------------|---|
| Hiç            | 1 |
| Çok az         | 2 |
| Orta           | 3 |
| Çok            | 4 |
| İleri derecede | 5 |
| Çok şiddetli   | 6 |

8. Son 4 hafta içerisinde, ağrı normal işinize ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

|                |   |
|----------------|---|
| Hiç            | 1 |
| Çok az         | 2 |
| Orta           | 3 |
| Çok            | 4 |
| İleri derecede | 5 |

9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerin nasıl gittiği ile ilgilidir. Lütfen her soru için hissettiğinize en yakın olan sadece 1 cevap verin.

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

|                                                                       | Her Zaman | Çoğu Zaman | Bir Kısım | Bazen | Çok Nadir | Hiçbir Zaman |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------|------------|-----------|-------|-----------|--------------|
| a. Kendinizi capcanlı hissediyormusunuz?                              | 1         | 2          | 3         | 4     | 5         | 6            |
| b. Çok sinirli bir kişi misiniz?                                      | 1         | 2          | 3         | 4     | 5         | 6            |
| c. Kendinizi hiçbir şey güldürmeyecek kadar mutsuz hissediyormusunuz? | 1         | 2          | 3         | 4     | 5         | 6            |
| d. Kendinizi sakin ve huzurlu hissettiniz mi?                         | 1         | 2          | 3         | 4     | 5         | 6            |
| e. Çok enerjiniz var mı?                                              | 1         | 2          | 3         | 4     | 5         | 6            |
| f. Kendinizi çöküntü ve karamsar hissettiniz mi?                      | 1         | 2          | 3         | 4     | 5         | 6            |
| g. Yaprırmış hissettiniz mi?                                          | 1         | 2          | 3         | 4     | 5         | 6            |
| h. Mutlu bir insan mıydınız?                                          | 1         | 2          | 3         | 4     | 5         | 6            |
| i. Yorulmuş hissettiniz mi?                                           | 1         | 2          | 3         | 4     | 5         | 6            |

10. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, sosyal aktivitelerinize (arkadaşları, akrabaları ziyaret etmek gibi) ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

|                 |   |
|-----------------|---|
| Her zaman       | 1 |
| Çoğu zaman      | 2 |
| Bazı zamanlarda | 3 |
| Çok az zaman    | 4 |
| Hiçbir zaman    | 5 |

11. Aşağıdaki cümleler sizin için ne kadar doğru ya da yanlış?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

|                                                      | Tamamen Doğru | Çoğunlukla Doğru | Bilmiyorum | Çoğunlukla Yanlış | Tamamen Yanlış |
|------------------------------------------------------|---------------|------------------|------------|-------------------|----------------|
| a. Diğer insanlardan biraz daha kolay hasta oluyorum | 1             | 2                | 3          | 4                 | 5              |
| b. Tanıdığım herkes kadar sağlıklıyım                | 1             | 2                | 3          | 4                 | 5              |
| c. Sağlığımın kötüleşmesini bekliyorum               | 1             | 2                | 3          | 4                 | 5              |
| d. Sağlığım mükemmel                                 | 1             | 2                | 3          | 4                 | 5              |

## EK-5 (HAD ÖLÇEĞİ)

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

### 1) Kendimi gergin, 'patlayacak gibi' hissediyorum.

- ☐Çoğu zaman
- ☐Birçok zaman
- ☐Zaman zaman, bazen
- ☐Hiçbir zaman

### 2) Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.

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

### 3) Sanki kötü birşey olacakmış gibi bir korkuya kapılıyorum.

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

### 4) Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum .

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

### 5) Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.

- ☐Çoğu zaman
- ☐Birçok zaman
- ☐Zaman zaman, ama çok sık değil
- ☐Yalnızca bazen

### 6) Kendimi neşeli hissediyorum.

- ☐Hiçbir zaman
- ☐Sık değil
- ☐Bazen
- ☐Çoğu zaman

### 7) Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.

- ☐Kesinlikle
- ☐Genellikle
- ☐Sık değil
- ☐Hiçbir zaman

**8) Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.**

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

**9) Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.**

- ☐ Hiçbir zaman
- ☐ Bazen
- ☐ Oldukça sık
- ☐ Çok sık

**10) Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.**

- ☐ Kesinlikle
- ☐ Gerektiği kadar özen göstermiyorum
- ☐ Pek o kadar özen göstermeyebiliyorum
- ☐ Her zamanki kadar özen gösteriyorum

**11) Kendimi sanki hep birşey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.**

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

**12) Olacakları zevkle bekliyorum.**

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

**13) Aniden panik duygusuna kapılıyorum.**

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

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

- ☐ Sıklıkla
- ☐ Bazen
- ☐ Pek sık değil
- ☐ Çok seyrek

### BEHÇET Hastalığı Aktivite Formu 2006

Tarih: ..... İsim: ..... Doğum Tarihi: ..... Cinsiyet: EK

Telefon numarası: ..... Adres: .....

Hastalık ne zaman başlamış: ..... Kullandığı tedaviler: .....

Bulgular geçmişte var olmuşsa "V" şu anda mevcutsa "\*" ile ifade edilmelidir.

Oral aft ☐ Genital ülserasyon ☐ Paterji ☐ Göz tutulumu ☐

Akneiform lezyon ☐ EN benzeri lezyon ☐ Tromboflebit ☐ Ekstragenital ülser ☐

Gastrointestinal ☐ Pulmoner Behçet ☐ Artrit ☐ NöroBehçet ☐

Diğer Bulgular: .....

Tüm skorlar semptomların bu değerlendirilmeden önceki 4 hafta içerisinde var olmasına bağlıdır.

Sadece klinisyenin Behçet hastalığından dolayı olduğunu düşündüğü klinik durumlar skorlanacaktır.

#### Hastalık Aktivitesinin Hasta Tarafından Algılanması

\*Sadece behçet hastalığınızı düşündüğünüzde son dört hafta içerisindeki Behçet Hastalığının şiddeti size göre hangi düzeydedir? (çok şiddetli), (şiddetli), (orta), (hafif), (önemsiz)

#### Baş ağrısı, Ağız ülserleri, Genital ülser, Deri Lezyonları, Eklem tutulumu ve GI semptomlar

Geçtiğimiz 4 haftadır hangi belirtileri gözlemlediniz

| Tam olarak yok           | 4 haftadır var           |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Baş ağrısı

Ağız ülserasyonu

Genital ülserasyon

Kızamıklık

Deride sivriciler

Eklem-Artralgi

Eklem-Artrit

Mide Bulantısı/ Kusma/ Karın Ağrısı

İshal/ karın dışkılama

#### Sinir Sistemi Tutulumu (İntrakranial damar hastalığını içerir) "Geçtiğimiz 4 haftadır hangi belirtileri gözlemlediniz?"

Bayılma Hayır Evet ☐

Konuşma güçlüğü Hayır Evet ☐

İşitme güçlüğü Hayır Evet ☐

Bulanık görme/ Çift görme Hayır Evet ☐

Güçsüzlük / Yüzde his kaybı Hayır Evet ☐

Güçsüzlük / Kolda his kaybı Hayır Evet ☐

Güçsüzlük / Bacakta his kaybı Hayır Evet ☐

Hafıza kaybı Hayır Evet ☐

Denge kaybı Hayır Evet ☐

Yeni aktif sinir sistemi tutulumuna dair bulgunuz var mı Hayır Evet ☐

#### Göz Tutulumu "Geçtiğimiz 4 haftadır hangi belirtileri gözlemlediniz?"

Sağ Göz Sol Göz

Kırmızı göz Hayır Evet Hayır Evet

Ağrılı göz Hayır Evet Hayır Evet

Bulanık görme Hayır Evet Hayır Evet

ya da Az Görme

Yukarıdaki durumlardan biri Hayır Evet ☐

geçerliyse: "Bu yeni mi?"

#### Büyük Damar Tutulumu (İntrakranial damar hastalığı dışında) Geçtiğimiz 4 haftadır hangi belirtileri gözlemlediniz?

Göğüs ağrısı Hayır Evet ☐

Nefessiz kalma Hayır Evet ☐

Kan tükürme Hayır Evet ☐

Ağrı/ şişkinlik/ yüz renginde değişiklik Hayır Evet ☐

Ağrı/şişkinlik/ kol renginde değişiklik Hayır Evet ☐

Ağrı / şişkinlik/ Bacak renginde değişiklik Hayır Evet ☐

Yeni aktif büyük damar inflamasyonuna dair bulgu var mı? Hayır Evet ☐

**Doktorun Hastalık Aktivitesini Algılayışı** \* Behçet Hastalığının şiddeti size göre hangi düzeydedir? (çok şiddetli), (şiddetli), (orta), (hafif), (önemsiz)

SKOR: .....

