

T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Hemşirelik Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

**BEHÇET HASTALIĞI OLAN BİREYLERDE ALGILANAN STRES
DÜZEYİ, HASTALIK AKTİVİTESİ VE UYKU KALİTESİ ARASINDAKİ
İLİŞKİ**

Şeyma KORUYUCU

Danışman
Dr. Öğr. Üyesi Özlem CANBOLAT

Konya-2022

TEZ ONAY SAYFASI

Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi **Şeyma KORUYUCU**' nun "**Behçet Hastalığı Olan Bireylerde Algılanan Stres Düzeyi, Hastalık Aktivitesi ve Uyku Kalitesi Arasındaki İlişki**" başlıklı tezi tarafımızdan incelenmiş; amaç, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

KONYA/ 16.06.2022

Tez Danışmanı Dr. Öğr. Üyesi Özlem CANBOLAT İmzası
Gazi Ü/ Hemşirelik Fakültesi/ Hemşirelik AD.

Üye Doç. Dr. Selda ARSLAN İmzası
NEÜ/ Hemşirelik Fakültesi/ İç Hastalıkları Hemşireliği AD.

Üye Prof. Dr. Ülkü POLAT İmzası
Gazi Ü/ Hemşirelik Fakültesi/ Hemşirelik AD.

Yukarıdaki tez, Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulunun 06/07/2022 tarih ve 14/07 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Kısmet Esra NURULLAHOĞLU ATALIK

Enstitü Müdürü

İmzası

BEYANAT

Bu tezin tamamının kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

16/06/2022

şeyma KORUYUCU

BENZERLİK RAPORU

Tezin Tam Adı: Behçet Hastalığı Olan Bireylerde Algılanan Stres Düzeyi, Hastalık Aktivitesi ve Uyku Kalitesi Arasındaki İlişki

Öğrencinin Adı Soyadı: Şeyma KORUYUCU

Dosyanın Toplam Sayfa Sayısı: 82



Danışman Öğretim Üyesinin Adı Soyadı: Dr. Öğr. Üyesi Özlem CANBOLAT

ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR

Bu tez çalışmasında Behçet hastalarının hastalık aktivitesi, stres düzeyleri ve uyku kaliteleri arasındaki ilişkiyi saptamak istenmiştir.

Yüksek lisans eğitimim boyunca ve tez çalışmamın her aşamasında fikirlerimi göz önünde bulundurarak değerli bilgilerini benimle paylaşan, kendisine ne zaman danışsam tecrübeleri ile desteğini esirgmeden her konuda yol gösteren değerli danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Özlem CANBOLAT' a

Emeklerini, sevgilerini ve desteklerini hayatım boyunca hiçbir zaman esirgemeyen, maddi ve manevi bütün varlıkları ile her zaman yanımda olan canım aileme,

Araştırmamı Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Romatoloji polikliniğine başvuran hastalar ile yürütmeme destek olan Doç. Dr. Adem Küçük Bey' e,

Araştırmaya katılarak araştırma sorularını içtenlikle cevaplayan, duygu düşüncelerini benimle paylaşan hastalara ve ismini saymadığım bu araştırmanın var olmasına katkıları olan herkese sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Şeyma KORUYUCU

İÇİNDEKİLER

Tez Kapağı ve İç Kapak.....	i
Tez Onay Sayfası	ii
Tez Beyan Sayfası.....	iii
Benzerlik Raporu	iv
Önsöz Ve Teşekkür	v
İçindekiler.....	vi
Kısaltmalar Ve Simgeler Listesi	xi
Tablolar Listesi.....	xii
ÖZET.....	xiv
ABSTRACT	xv
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	4
1.3. Araştırma Soruları.....	4
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Behçet Hastalığı Tanımı.....	5
2.2. Behçet Hastalığı'nın Tarihçesi	5
2.3. Behçet Hastalığı' nın Epidemiyolojisi	5
2.4. Behçet Hastalığı'nın Etiyolojisi ve Patogenezi.....	6
2.4.1. Yaş ve Cinsiyet	6
2.4.2. Genetik Faktörler	7

2.4.3. Çevresel ve İnfeksiyöz Faktörler	7
2.5. Behçet Hastalığı'nın Klinik Bulguları	8
2.5.1. Mukokutanöz Lezyonlar	8
2.5.2. Oküler Tutulum.....	10
2.5.3. Gastrointestinal Sistem (GİS) Tutulumu (Entero Behçet/ İntestinal Behçet) ..	10
2.5.4. Vasküler Tutulum.....	11
2.5.5. Eklem Tutulumu	11
2.5.6. Nörolojik Tutulum (Nöro Behçet)	11
2.6. Tanı	12
2.6.1. Laboratuvar Bulguları	12
2.7. Klinik Seyir	13
2.8. Tedavi.....	13
2.9. Behçet Hastalarında Hastalık Aktivitesi	14
2.10. Behçet Hastalarında Stres	14
2.11. Behçet Hastalarında Uyku Kalitesi	15
2.12. Behçet Hastalığında Hemşirenin Önemi.....	16
3. GEREÇ VE YÖNTEM	18
3.1. Araştırmanın Türü.....	18
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	18
3.3. Araştırmanın Evreni.....	18
3.4. Araştırmanın Örneklemi.....	18

3.4.1. Araştırmaya Alınma Kriterleri	18
3.4.2. Araştırmadan dışlanma kriterleri.....	19
3.5. Veri Toplama Araçları:	19
3.5.1. Hasta Bilgi Formu (EK 1).....	19
3.5.2. Behçet Sendromu Aktivite Skoru (BSAS) (EK 2).....	19
3.5.3. Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ) (EK 3).....	20
3.5.4. Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) (EK 4)	20
3.6. Ön Uygulama	21
3.7. Araştırmanın Uygulaması	21
3.8. Araştırmanın Değişkenleri	21
3.8.1. Bağımlı değişkenler	21
3.8.2. Bağımsız değişkenler	21
3.9. Verilerin İstatiksel Analizi	21
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları	22
3.11. Araştırmanın Etik Boyutu	22
4. BULGULAR	23
4.1.Hastaların Sosyo-Demografik ve Tıbbi Özelliklerine İlişkin Bulgular	23
4.2. Hastaların Algılanan Stres Düzeyleri ve Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulguları	25
4.3. Hastaların Hastalık Aktivitesi ve Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulguları	30
4.4. Hastaların Uyku Kalitesi ve Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulguları	34
4.5. Hastaların BSAS, ASÖ ve PUKİ Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular	38

5. TARTIŞMA	39
5.1. Hastaların Algılanan Stres Düzeyleri ve Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulguların Tartışılması.....	39
5.2. Hastaların Hastalık Aktivitesi ve Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulguların Tartışılması.....	41
5.3.Hastaların Uyku Kalitesi ve Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulguların Tartışılması	44
5.4. Algılanan Stres Düzeyi, Hastalık Aktivitesi ve Uyku Kalitesi Arasındaki İlişkiye Ait Bulguların Tartışılması	47
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	50
7.KAYNAKLAR	52
8.ÖZGEÇMİŞ.....	57
9. EKLER.....	58
Ek1. Hasta Bilgi Formu	58
Ek 2. Behçet Sendromu Aktivite Ölçeği	59
Ek 3. Algılanan Stres Ölçeği.....	60
EK 4: Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi	61
EK 4: Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (Devam)	62
Ek 5. Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurul Kararı	63
Ek 6. Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Kurum İzni	64
Ek 7. Çalışmaya Katılma İzni	65
EK 8. Algılanan Stres Ölçeği Kullanım İzni.....	66

EK 9. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi Kullanım İzni.....	67
---	----

KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

- ASÖ** : Algılanan Stres Ölçeği
- BH** : Behçet Hastalığı
- BSAS** : Behçet Sendromu Aktivite Skalası
- GIS** : Gastro İntestinal Sistem
- PUKİ** : Pittsburg Uyku Kalite İndeksi

TABLolar LİSTESİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 4.1. Hastaların sosyo- demografik özellikleri (n=144).....	23
Tablo 4.2. Behçet Hastalarının Tıbbi Özellikleri (n=144).....	24
Tablo 4.3. Algılanan Stres Ölçeği Puan Ortalaması (n=144).....	25
Tablo 4.4. Hastaların Sosyo-demografik Özellikleri ile ASÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	25
Tablo 4.5. Hastaların Tıbbi Özellikleri ile ASÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	27
Tablo 4.6. Hastaların Algılanan Stres Ölçeği toplam puan ortalamalarını etkileyen faktörler: Çoklu regresyon analizi sonuçları	29
Tablo 4.7. BSAS puan ortalaması(n=144).....	29
Tablo 4.8. Hastaların Sosyo-demografik Özellikleri ile BSAS Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	29
Tablo 4.9. Hastaların Tıbbi Özellikleri ile BSAS Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	31
Tablo 4.10. Hastaların Behçet Sendromu Aktivite Ölçeği toplam puan ortalamalarını etkileyen faktörler: Çoklu regresyon analizi sonuçları	33
Tablo 4.11. Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKİ) Puan Ortalaması(n=144).....	33
Tablo 4.12. Hastaların Sosyo-demografik Özellikleri ile PUKİ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	33
Tablo 4.13. Hastaların Tıbbi Özellikleri ile PUKİ Puan	

Ortalamalarının Karşılaştırılması.....35

Tablo 4.14. Hastaların BSAS ve ASÖ ile PUKI Puan

Ortalamalarının Karşılaştırılması.....37

Tablo 4.15. Hastaların BSAS ile ASÖ Puan Ortalamalarının

Karşılaştırılması37

ÖZET

T.C.

NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Behçet Hastalığı Olan Bireylerde Algılanan Stres Düzeyi, Hastalık Aktivitesi ve Uyku Kalitesi Arasındaki İlişki

Şeyma KORUYUCU

Hemşirelik Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi/Konya -2022

Araştırma, Behçet hastalarında algılanan stres düzeyi, hastalık aktivitesi ve uyku kalitesi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tanımlayıcı-ilişki arayıcı tipte yapılmıştır.

Araştırmanın evrenini, 2020- 2021 tarihleri arasında Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Romatoloji polikliniğine başvuran hastalar oluşturmuştur. Araştırmaya alınma kriterlerine uyan 144 hasta örnekleme oluşturdu. Veriler Hasta Bilgi Formu, Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ), Behçet Sendromu Aktivite Skoru (BSAS) ve Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKİ) kullanılarak toplanmıştır. Verilerin analizinde, t testi, varyans analizi, Kolmogorov- Smirnow testi, Levene testi, One Way Anova testi, Kruskal Wallis testi, Pearson korelasyon analizi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir. Araştırmada hastaların ASÖ puan ortalamasının $19,37 \pm 6,49$, BSAS toplam puan ortalamaları $31,94 \pm 20,83$, PUKİ puan ortalamasının $7,75 \pm 4,14$ olduğu bulunmuştur. ASÖ ile PUKİ arasında ($r: 0,611$, $p < 0,001$), BSAS ve PUKİ arasında ($r: 0,564$, $p < 0,001$) ve BSAS ve ASÖ ($r: 0,382$, $p < 0,001$) arasında da pozitif yönde, yüksek düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur.

Sonuç olarak; Behçet hastalarında algılanan stres düzeyi yükseldikçe hastalık aktivitesinin arttığı ve uyku kalitesinin azaldığı, hastalık aktivitesi arttıkça da uyku kalitesinin de azaldığı saptanmıştır. Araştırma sonuçları doğrultusunda Behçet Hastalarının algılanan stres düzeylerinin ve uyku kalitelerinin arttırmaya yönelik desteklenmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Behçet hastalığı, hastalık aktivitesi, hemşirelik, stres, uyku kalitesi

ABSTRACT

REPUBLIC OF TÜRKİYE
NECMETTİN ERBAKAN UNIVERSITY
HEALTH SCIENCES INSTITUTE

The Relationship Between Perceived Stress Level, Disease Activity And Sleep Quality In Individuals With Behçet's Disease

Şeyma KORUYUCU

Nursing Department

Master Thesis / Konya-2022

This descriptive-seeking type study was conducted to determine the relationship between perceived stress level, disease activity and sleep quality in Behçet's patients.

The population of the study consisted of patients who applied to the Necmettin Erbakan University Meram Medical Faculty Hospital Rheumatology outpatient clinic between the dates of 2020-2021. The sample of the study consisted of 144 patients who met the inclusion criteria. Data were collected using the Patient Information Form, Perceived Stress Scale (PSS), Behçet's Syndrome Activity Score (BSAS), and Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). In the analysis of data, examine t test, analysis of variance, Kolmogorov- Smirnow test, Levogorov- Smirnow test, One Way A nova test, Kruskal Wallis test, Pearson analysis. Statistical level was accepted as $p < 0.05$. Participants had a mean PSS score of 19.37 ± 6.49 , BSAS score of 31.94 ± 20.83 and PSQI score of 7.75 ± 4.14 . There was a high positive and statistically correlation between PSS and PSQI scores (($r: 0.611$, $p < 0.001$), BSAS and PSQI ($r: 0.564$, $p < 0.001$), BSAS and PSS ($r: 0.382$, $p < 0.001$).

As a result; It has been determined that as the perceived stress level increases in Behçet's patients, disease activity increases and sleep quality decreases, and as disease activity increases, sleep quality decreases. In line with the results of the research, it is recommended to support Behçet's patients in order to increase their perceived stress levels and sleep quality.

Keywords: Behçet's disease, disease activity, nursing, sleep quality, stress

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Behçet Hastalığı (BH) uzun süreli ve ataklar ile ortaya çıkan, birçok organı etkileyen ve nedeni tam bilinmeyen sistemik bir hastalıktır. BH Türk Dermatoloğu Prof. Dr. Hulusi Behçet tarafından 1937 yılında ilk olarak, oral ve genital ülserlerle birlikte hipopyonlu üveitten oluşan üç belirtili kompleks bir hastalık olarak tanımlamıştır. Temel patolojisi vaskülit olan hastalık, deri ve mukoza belirtilerine ek olarak bütün sistemlerde tutulumlar gösterebilmektedir (Alpsoy 2007, Seyahi 2007).

BH, tüm dünyada özellikle tarihi 'İpek Yolu' nun geçtiği ülkelerde çok sık görülmektedir. Hastalığın en sık görüldüğü ülkeler Türkiye, İran ve Uzak Doğu (Japonya, Çin, Kore) iken, Güney Avrupa (İtalya, Portekiz) ve Kuzey Afrika (Cezayir, Tunus, Fas) daha az sıklıkla görüldüğü ülkeler arasındadır (Aytuğar ve Namdar Pekiner 2011). Yapılan çalışmalar hastalığın prevalansını İngiltere'de 0,1/10.000, Japonya'da 1/10.000, Çin'de 1,4/10.000 İran'da 1,67/10.000, Irak'ta 1,7/10.000, Suudi Arabistan'da 2/10.000 olarak bildirmektedir (Aytuğar ve Namdar Pekiner 2011). BH prevalansı Türkiye' de ise (20- 421 / 100,000) olarak bulunmuştur (Azizlerli 2003).

BH' nin klinik bulguları ataklar şeklinde ortaya çıkar ve bu ataklar belli dönemlerde tekrarlar. Bu atakların olduğu dönem hastalığın aktif dönemi olarak tanımlanmaktadır (Herdi ve Cankorur 2017). Hastalık aktivitesinin artış gösterdiği dönemlerde hastalar hem fizyolojik semptomlar hem de psikolojik semptomlardan kaynaklı yaşam kalitelerinde düşme, uyku kalitelerinde azalma, stres düzeyinde artma ve depresyon gibi durumlar yaşamaktadırlar (Canpolat ve Yurtsever 2011, Taşçılar ve ark. 2012, Yazmalar ve ark. 2017, Özel 2014, Koca ve ark. 2015, Lee ve ark. 2017)

Fizyolojik semptomlardan olan oral aftlar ağrılı olduğundan konuşma, yemek yeme ve yutma güçlüğüne neden olurken genital lezyonlar ise otururken, yürürken, cinsel aktivitede bulunurken ve idrar yaparken ağrıya neden olmaktadır (Boyyat 2009, Özdemir ve ark. 2010). Göz tutulumu kronik, tekrarlayıcı bilateral üveit ile karakterize olup önemli bir morbidite sebebidir ayrıca sık takip edilmeyen ve gerekli önlemlerin alınmadığı olgularda körlüğe kadar gidebilen bir seyir gösterdiği bilinmektedir. (Özbalkan ve Apraş Bilgen 2006, Özyazgan 2009). Gastrointestinal tutulumda hastalarda iştahta azalma, bulantı, kusma, karın ağrısı, kanlı/ mukuslu diyare ya da

konstipasyon belirtileri sık görülmektedir (Örmeci 2009). Vasküler tutulumda ise arteriyel ve venöz tıkanma, arteriyel anevrizma ve varis gelişmesi olarak dört tip lezyon tanımlanmaktadır (Karaoğlan 2008). Nörolojik tutulumda çoğunlukla venöz 2ort trombozu, kafa içi basınç artış sendromu, izole baş ağrısı veya davranışsal bozukluklar tanımlanmıştır (Özişik ve ark. 2005).

Hastalar yaşam kalitelerinin olumsuz etkileyen tüm bu fizyolojik semptomların yanında psikolojik ve sosyal semptomlarla da mücadele etmek zorunda kalmaktadırlar. BH benlik saygısında azalma, sosyal problemler, çaresizlik, umutsuzluk duyguları, anksiyete, depresyon gibi psikososyal sorunlar oluşmaktadır. BH ataklar ve iyileşme dönemlerinin olması, organ tutulumları sonucunda oluşan sorunlar ve kronik seyir izlemesi sonucunda hastalarda gelişen psikiyatrik ve somatik semptomlar arasındaki ilişki ve mekanizmalar açıkça bilinmemektedir. Fakat işlev kayıpları, hastalığın ilerlemesi, santral sinir sistem tutulumları, steroid kullanımı, kronik hastalığın olması ve hastalık kaynaklı immün yanıt hastalarda psikiyatrik belirtilerin ortaya çıkmasında öne sürölen hipotezlerdir. (Erberk ve ark. 2006, Herdi ve Cankorur 2017).

Hastaların yoğun strese maruz kaldığı durumlarda, hastalığın ortaya çıkması ve belirtilerin artması, BH tanısı alan hastalarda stres düzeylerinde artma ve depresif belirtilerin olması, hastaların psikosomatik yönünün de etkilendiğini düşündürmektedir (Uğuz 2006). BH' da stresin, tedaviye uyumu azaltabildiği gibi atakları da tetiklediği belirtilmektedir (Olf 1999, Havlucu Yurtman ve ark. 2011).

Özel (2014)'in 32 Behçet hastası ile yapmış olduğu kalitatif görüşmelerde hastalardan 10 tanesi, stresin belirtileri arttırdığını düşündüğu ve bu nedenle stresten uzak bir yaşam önerdiği bildirilmiştir (Özel 2014). Canbolat ve Yurtsever (2011)'in yaptığı çalışma sonucunda ise hastaların %56.4' ünün hastalıklarının stresle ilişkisinin olduğunu ve %76.6'sı stresin hastalığının atak dönemlerinde etkili olduğu yani hastalık aktivitesinin arttığını ifade etmişlerdir (Canpolat ve Yurtsever 2011). Karlıdağ ve ark. (2003)'nın yapmış olduğu çalışmada da hastaların %70.6'sı hastalığın ilk aşamasında stresin etken olduğunu tanımladığı, aynı çalışmada hastaların %79.4'ünde hastalığın aktif dönemlerinin stres ile ilişkili olduğunu belirttiği görölmektedir (Karlıdağ ve ark. 2003).

Stresin oluşması öncesi ve sonrasında bazı belirtiler meydana gelmektedir. Bu belirtiler çeşitli kaynaklarda fizyolojik, psikolojik ve davranışsal olmak üzere üç ana başlık altında toplanmaktadır (Kaba 2019). Stres durumunda karşılaşılan fizyolojik semptomlar arasında uykusuzluk, aşırı ya da düzensiz uykuda yer almaktadır. Uyku yaşamın vazgeçilmez ihtiyaçlarından biridir ve bireyin sağlığındaki bir aksama uyku problemlerine yol açabileceği gibi uyku düzenindeki bozulmada bireyin sağlığını etkileyebilmektedir.

Uyku problemleri kronik hastalıklarda sıkça rastlanan bir yakınmadır. Yapılan çalışmalarda BH' nda uyku kalitesinin bozulmasının kaygı, depresyon, yaşam kalitesi, genital ülserler ve artrit gibi klinik bulgular ile ilişki gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır (Taşçılar ve ark. 2012; Yazmalar ve ark. 2017).

BH' nda en sık gözlenen psikolojik bozuklukların depresyon ve anksiyete olduğu ve bu grup hastalarda da uyku problemlerinin yaşandığını ifade eden sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Lee ve ark. (2017)'nin yaptığı bir çalışmada hastalığın aktif olduğu hastalarda uyku problemlerinin görüldüğü ve hastalık aktivitesinin kontrolü ile uyku kalitelerinde düzelme sağlanabileceği sonucuna ulaşılmıştır (Lee ve ark. 2017). Koca ve ark. (2015)'ı yaptıkları çalışmada; hastalığın aktif olduğu dönemlerde hem uyku kalitelerinin bozulduğu hem de depresif belirtilerin ortaya çıktığı sonucuna ulaşılmıştır (Koca ve ark. 2015). Herdi ve Cankorur (2017)'un çalışmasında ise hastalık aktivitesi ile uyku kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Çalışma sonuçlarına göre Behçet hastalarında uyku bozukluğu ile ilişkili nedenler tam olarak ortaya konulamadığı belirtilmektedir (Herdi ve Cankorur 2017). BH' nin ataklar şeklinde seyretmesi, organ tutulumuna bağlı olarak ağrı ve işlev kayıplarının olması ve depresif belirtilerin olması hastalarda uyku problemlerine neden olmaktadır (Herdi ve Cankorur 2017).

BH' nda stres, tedaviye uyumu azaltabildiği gibi atakları da tetiklediği için yaşam kalitesinin olumsuz etkilemektedir bu nedenle yaşam kalitesini olumlu yönde arttırabilmek için hastaların psikiyatrik semptomlar açısından değerlendirilerek desteklenmesi gereklidir (Tuğrul Ayanoglu ve ark. 2015; Havlucu Yurtman ve ark. 2011). Geçmişten günümüze stres yönetiminde birçok yöntem; progresif gevşeme egzersizleri, müzik terapi, farkındalık temelli stres yönetimi, uygulamalı fizyolojik geri bildirim, derin solunum egzersizleri vb. kullanılmaktadır (Tekkaş Kerman ve ark.

2019). Hemşireler hastaların stres ile baş etmeleri için uygun egzersizi planlamada ve eğitim verme de önemli role sahiptir.

Hemşireler BH hakkında bilgi eksikliğini giderilmesinde, hastalık aktivitesini azaltmaya yönelik girişimlerin farkındalığını arttırmada, stres ile baş etme mekanizmalarını öğretmede, uyku kalitesini arttırmaya yönelik girişimlerde bulunmada önemli görevler üstlenmektedir. Hemşireler hastaların BH hakkında farkındalıklarını arttırmak için uygun bilgilendirmeyi yapmalıdır. Literatürde BH'nda hastalık aktivitesinin etkilediği faktörlere yönelik çalışmalar olmasına rağmen BH'nda stres, hastalık aktivitesi ve uyku kalitesi arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle çalışma, BH'nda hastalık aktivitesi, stres düzeyi ve uyku kalitesi arasındaki ilişkiyi göstermede oldukça önemlidir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada BH olan bireylerde algılanan stres düzeyi, hastalık aktivitesi ve uyku kalitesi arasındaki ilişkinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

1.3. Araştırma Soruları

1. Hastalarda algılanan stres düzeyi, hastalık aktivitesi ve uyku kalitesi nasıldır?
2. Hastaların algılanan stres düzeyi, hastalık aktivitesi ve uyku kalitesini etkileyen faktörler nelerdir?
3. Hastaların uyku kalitesi ile hastalık aktivitesi arasında ilişki var mıdır?
4. Hastaların algılanan stres düzeyi ile uyku kalitesi arasındaki ilişki var mıdır?
5. Hastaların algılanan stres düzeyi ile hastalık aktivitesi arasında ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Behçet Hastalığı Tanımı

Behçet hastalığı nedeni tam olarak bilinmeyen, ataklar şeklinde uzun süreli devam eden ve birçok organı tutarak ortaya çıkan sistemik bir hastalıktır. Behçet hastalığı üç belirtili (oral ve genital ülserle beraber hipopyonlu üveit) kompleks bir hastalık olarak tanımlanmıştır. Temel patolojisi vaskülitir fakat deri, mukoza, göz, eklemleri tutabilen ve kardiyovasküler, pulmoner, gastrointestinal, nörolojik ve ürogenital sistem gibi birçok sistemsel bulgular da gösterebilmektedir (Behçet 1937, Alpsoy 2007, Seyahi 2007).

2.2. Behçet Hastalığı'nın Tarihçesi

BH, uluslararası tıp literatüründe bir Türk dermatolog tarafından tanımlanan ve adı ile literatüre geçen ilk ve tek hastalıktır (Behçet 1937). Hulusi Behçet' in 1924 yılında hastalıkla ilgili gözlemleri ilk kez başlamıştır. Kırk yıldır tekrarlayan oral ve genital ülserleri olan hastaları çeşitli tanılarla 3, 7 ve 21 yıl boyunca İstanbul ve Viyana' da takip etmiştir fakat gözlerinde şikayetleri olan hastaların ayrı bir hastalığı olduğuna inanmıştır. Gözlemlediklerini Dermatologische Wochenschrift'de yazmış ve Paris'te bir kongrede sunmuştur ve Avrupalı doktorlar da yeni bir hastalığın varlığını kabul etmişlerdir (Tüzün 2009). Zürih Tıp Fakültesi'nde Prof. Mischner'in 1947' de Uluslararası Cenevre Tıp Kongresi'nde yaptığı bir öneri ile Dr. Behçet'in bu buluşu "Morbus Behçet" olarak adlandırılmış ve sonrasında Behçet sendromu ve Trisymptom Behçet isimleri verilerek literatüre geçmiştir (Tüzün 2009).

2.3. Behçet Hastalığı'nın Epidemiyolojisi

BH tüm dünyada görülen bir hastalıktır özellikle tarihi 'İpek Yolu' nun geçtiği ülkelerde daha sık görülmektedir. Hastalığın en sık görüldüğü ülkeler Türkiye, İran ve Uzak Doğu (Japonya, Çin, Kore) iken, daha az sıklıkla ise Güney Avrupa (İtalya, Portekiz) ve Kuzey Afrika (Cezayir, Tunus, Fas) ülkeleridir (Aytuğar ve Namdar Pekiner 2011). Yapılan çalışmalar hastalığın prevalansını İngiltere'de 0,1/10.000, Japonya'da 1/10.000, Çin'de 1,4/10.000, İran'da 1,67/10.000, Irak'ta 1,7/10.000 ve Suudi Arabistan'da 2/10.000 olarak bildirmektedir (Aytuğar ve Namdar Pekiner 2011). BH prevalansı Türkiye' de ise (20-421 / 100,000) olarak bulunmuştur (Azizlerli 2003).

2.4. Behçet Hastalığı'nın Etiyolojisi ve Patogenezi

BH otoimmün ve otoinflamatuvar bazı özellikler barındıran bir hastalıktır ve etiyojisi kesin olarak bilinmemekle birlikte genetik altyapıya sahip olan bireylerde çevresel bazı faktörler (mikrobik ajanlar başta olmak üzere) tarafından tetiklendiği düşünülmektedir (Cho ve ark. 2012)

2.4.1. Yaş ve Cinsiyet

Hastalıktan kaynaklanan belirtiler çoğunlukla 20-40 yaş arasında ortaya çıkmaktadır ve bu yaş aralığında ataklar sık tekrarladığından hastalık aktif durumdadır. 50 yaşından büyük bireylerde ve çocukluk döneminde hastalığın görülmesi nadir olmakla birlikte hastalığın aktivitesi azalır, ataklar arası süre uzar ve bazı semptomlar tamamen kaybolabilir (Evereklioğlu 2006, Taylor ve ark. 2014). Behçet hastalığı başlama yaşı incelendiğinde ortalama Türkiye' de 24.7 bulunmuştur (Baş 2009).

Behçet hastalığının kadın ve erkeklerde benzer sıklıkta görülmektedir ancak coğrafi farklılıklara göre cinsiyet dağılımının değiştiğini gösteren çalışmalar mevcuttur. Amerika Birleşik Devletleri (ABD), Brezilya, Kore, Çin ve Singapur'da hastalık kadınlarda daha sık; Avrupa, Ortadoğu ve Akdeniz'de ise erkeklerde daha sık olduğu bildirilmiştir (Aytuğar ve Namdar Pekiner 2011).

Ülkemizde erkek kadın oranı, Türsen ve ark. (2003) tarafından yapılan çalışmada 1,03, Balta ve ark. (2014) tarafından yapılan çalışmada ise 1,22 olarak bildirilmiştir (Türsen ve ark. 2003, Balta ve ark. 2014).

Her iki cinsiyet de hastalıktan eşit derecede etkilenmesine rağmen birçok çalışmada hastalığın erkeklerde ve genç nüfusta daha şiddetli seyrettiği sonucuna ulaşılmıştır (Aytuğar ve Namdar Pekiner 2011, Balta ve ark. 2014, Alekberova ve ark. 2019, Zengin 2020). Erkek hastalarda püstüler lezyonlar, tromboflebit, oküler, nörolojik, pulmoner ve vasküler tutulum daha sık gözlemlenir iken, kadın hastalarda ise genital ülser ve eritema nodozum daha sık gözlenmektedir (Alpsoy 2016, Zengin 2020). Çalışmalarda BH' nın neden olduğu mortalite ve morbiditenin, genç erkeklerde daha fazla olduğu bulunmuştur. Fakat kadınların hastaneye başvurma oranlarının düşüklüğünden kaynaklı hastalık teşhis edilemediği için kadın sayısı az bulunmuş olabilir (Kural –Seyahi ve ark. 2003).

2.4.2. Genetik Faktörler

BH olanlar arasında ailesel olguların bulunması hastalığın patogenezinde genetik faktörlerin olduğunu ortaya koymaktadır. Özellikle Sınıf 1 HLA antijeninin bulunması Behçet hastalığının patogenezinde genetik faktörlerin etkili olmasını göstermektedir (Gül ve ark. 2000). Demirseren ve ark. yapmış olduğu çalışmada HLA-B51 geni pozitifliği hasta grubunda anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (Demirseren ve ark. 2014).

BH' nda aile öyküsü Türk ve Orta Doğu' lu hastalarda %8- 34, Japon hastalarında ise %2-3 oranında bulunmuştur (Yıldırım 2009). Takeuchi ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise Türk hastalarda BH ailesel olgu oranı %18,2, Koreli hastalarda %15,4, Çinli hastalarda %2,6 ve Japon hastalarda %2,2 olarak belirtilmiştir (Takeuchi ve ark. 2015).

HLA-B51 geninin hastaların yaklaşık %60' ında pozitif olduğu ve hastalığı şiddetli seyreden ve göz tutulumu olan hastalarda daha sık birliktelik gösterdiği saptanmaktadır. Türk ve Japon Behçet hastalarında yüksek oranda görülen HLA-B51 geni İngiliz hastalarda daha düşük orandadır (Akman ve Alpsyoy 2009). BH' nın immünopatogenezinde potansiyel rolleri bulunan dört gen grubu; inflamasyonun negatif düzenleyicileri, nötrofil granül proteinleri, antijen işleme ve sunum proteinleri ve bağışıklık tepkisinin düzenleyicileri etkili gibi görünmektedir (Oğuz ve ark. 2016).

2.4.3. Çevresel ve İnfeksiyöz Faktörler

Çevresel ve etnik faktörler, BH' nın klinik bulgularını ve seyrini etkilemektedir. İngiliz ve Amerika kökenli hastalarda en sık santral sinir sistemi (SSS) vaskülitleri, diğer vaskülitler ve artrit görülmektedir Japon hastalarda gastrointestinal sistem (GİS) tutulumu 1/3 oranında görülürken, Akdeniz ülkelerinde ve Türkiye'de bu oran daha azdır. SSS tutulumu Japonya'da %11, Lübnan'da %14, İsrail'de %28, Tunus'ta %31, Suudi Arabistan'da %44' dür ve özellikle Orta Doğu kaynaklı verilerde SSS tutulumu Türkiye'den (%2,2- 7,3) oldukça fazladır (Evereklioglu 2006, Aytuğar ve Namdar Pekiner 2011).

BH' nın patogenezinde genetik olarak yatkın kişilerde infeksiyöz ajanlar (hepatit A, B, C, E virüsleri, bazı streptokok şuşları (S. Sangius), herpes simpleks tip I virüsü ve helikobakter pilori) gibi çeşitli antijenik uyaranlar ve çevresel faktörlerin

etkisi ile hücrel ve hümorale bozukluğa bağlı ortaya çıkacağı düşünölmektedir (Yıldırım ve ark. 2009, Aytuğar ve Namdar Pekiner 2011).

2.5. Behçet Hastalęı'nın Klinik Bulguları

BH tekrar eden oköler inflamasyon (üveit), oral ve genital ülserlere ve ek olarak cilt lezyonları, kas iskelet, gastrointestinal, oköler, kardiyovasköler, nörolojik ve ürogenital sistemleri tutan vaskölit olarak sınıflandırılır (Chae ve ark. 2008).

2.5.1. Mukokutanöz Lezyonlar

Klinik Behçet hastalęında mukokutanöz lezyonlar hastalęın başlıca klinik bulgularını oluştururlar. Oral aft, genital ülser ve deri lezyonlarının hastalık başlangıcında veya seyri sırasında yüksek sıklıkla görölmese BH tanısı için önemlidir BH kliniğinde takipte olan hastalarda oral ülser %100, genital ülser (%82,5- 90,9), papölopüstöler lezyon (%52,6- %71,4), eritema nodozum benzeri lezyonlar (%31,6- %43,6), oköler tutulum (%36,9), gastrointestinal tutulum (%6,6), eklem tutulumu (%4,2- 6,4) sık gözlenen bulgulardır (Balta ve ark. 2014).

2.5.1.1. Oral Aftöz Ülseler

Tekrar eden oral aftöz ülseler Behçet hastalarının tamamında gözlenen bulgulardır. Yuvarlak veya oval, etrafı eritemli, üzeri sarı/ beyaz renkli bir psödomembran ile örtölü yüzeysel ülser olarak gözlemlenir. Oral aftlar sıklıkla dudaklar, bukkal mukoza, dil, nadir olarak yumuşak damakta ortaya çıkarlar. Diş etleri, dil sırtı ve sert damakta ise daha nadir görölürler. Aftlar ağrılı olduğundan konuşma, yemek yeme ve yutma güçlüğü yaratabilirler. Hastaların %75-90'ında oral aftöz ülseler ilk bulgu olarak meydana gelmektedir (Boyvat 2009).

Oral aftöz ülseler çap büyüklüklerine göre üç gruba ayrılarak incelenir:

a) Minör ülseler; hastaların kliniğinde en sık görölen oral aftlardır. ap büyüklükleri 1 cm' den küçüktür (3-6 mm) ve genellikle 1-2 hafta içerisinde iz bırakmadan iyileşirler. Dudak ve yanak mukozası, yumuşak damak ve dilin yan taraflarında daha sık yerleşim göstermektedirler.

b) Majör ülseler; çapları 1 cm'den büyüktür ve daha uzun sürede iyileşme göstermektedirler (10-40 gün). Oral mukozanın herhangi bir yerinde derin yerleşim olarak görölmektedirler.

c) Herpetiform ülserler; 1- 2 mm çapında ve sayıları 100'e ulaşan, yüzeysel ve birbirleri ile birleşme gösteren ülserlerdir. Nadir görülmekle birlikte iz bırakmadan iyileşen ülserlerdir (Alpsoy 2003).

2.5.1.2. Genital Ülserler

BH olanlarda genital lezyonlar en sık görülen ikinci bulgudur ve %58-94 oranında bulunurlar (Vaiopoulos ve ark. 2016). Uslu ve ark.'nın (2008) çalışmalarında ülkemizdeki genital ülser oranını (%97,9) bildirmişlerdir (Uslu ve ark. 2008).

Genital ülserlerin görünümü oral aftlara benzemektedir. Oval veya yuvarlak şeklinde, zemini nekrotik veya sarımtırak bir zarla kaplı bir veya birden fazla sayıda ağrılı ülserler şeklinde ortaya çıkmaktadırlar. Erkeklerde genellikle skrotumda daha nadir olarak ise perianal bölge ve penis lokalizasyonunda görülürler. Kadınlarda ise genel olarak labiumlarda ve nadir olarak iç genital mukozada yerleşirler. Bu lezyonlar ağrı, disparoni ve akıntıya sebep olabilirler. Genital ülserler oral aftlara göre daha derinde olabilir ve iz bırakarak iyileşirler. Bu nedenle BH'nin tanısında aktif lezyonların yanında izlerin de araştırılması önemlidir. (Boyvrat 2009).

Genital lezyonlar otururken veya yürürken ayrıca cinsel aktivite ve idrar yaparken ağrıya neden olmaktadır. Özdemir ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada Behçet hastalarının önemli kısmında cinsel disfonksiyon, cinsel aktivitede azalma ve isteksizlik gibi sorunların ortaya çıktığı bulunmuştur (Özdemir ve ark. 2010).

2.5.1.3. Deri Belirtileri

BH 'nda deride birçok çeşitlilik gösteren belirtiler oluşmaktadır. PPL, BH'nin en sık görülen deri lezyonlarıdır ve hastaların %50-96'sında ortaya çıkmaktadır (Boyvrat 2009). Eritemli bölgeye yerleşmektedir ve follikülit veya akneye benzer steril püstüllerle gözlemlenmektedir. İlk olarak papül şeklinde oluşur ve 24-48 saat içerisinde püstüle dönmektedir (Alpsoy 2003). Gövde, alt ekstremiteler ve yüz bölgesinde sık görülmekle birlikte bedenin her yerinde meydana gelebilmektedir ve ergenlik aknesi ile karışabilmektedir (Marshall 2004). ENBL özellikle alt ekstremitelerde yağ dokusuna yerleşen ve ağrılı olan lezyonlardır. Eritemli lezyonlar bölgesel ısı artışına sebep olurlar ve genellikle 2-3 hafta içerisinde iz bırakmadan iyileşir. Lezyonlar kalça, yüz ve boyun kısımlarında daha az sıklıkla bulunur. (Alpsoy 2003). Yüzeysel tromboflebitler venöz damar tutulumu olarak en sık ortaya çıkan şeklidir. Hastalarda, yağ dokusuna yerleşen eritemli, hassas ve doğrusal olarak dizilim gösteriler. Erkeklerde yüzeysel tromboflebit sonucunda tromboz ve onu takip eden

skleroz gelişme riski yüksektir. (Alpsoy 2003). Ekstragenital ülserasyonlar BH' nda oldukça karakteristiktir ancak hastaların %3'ünde görülürler. Klinik olarak oral aftlara benzemektedir ve en sık kasık, koltukaltı, göğüs, boyun bölgesinde ve ayak parmak arasında gözlemlenir (Boyvat 2009).

Paterji Reaksiyonu ise deriye batırılan iğne sonucunda gelişen artmış spesifik olmayan deri reaktivitesidir (Alpsoy 2003). Paterji testi pikür alanına serum fizyolojik veya otolog serum enjekte edilerek de yapılabilmektedir. Pikür alanında 24. Saatte başlayan ve 48. Saatte en yüksek seviyeye ulaşan eritemli papül veya püstül oluşumu pozitif reaksiyonu gösterir (Alpsoy 2003). Paterji pozitifliğinde zaman içinde daha az travmatik olan disposable iğnelerin kullanılmaya başlanmasıyla birlikte azalma izlenmiştir (Boyvat 2009, Çölgeçen 2014).

2.5.2. Oküler Tutulum

BH' da göz tutulumu, sık görülmesi ve morbidite yüksekliği sebebiyle oldukça önemlidir. Göz tutulumu genellikle hastalığın ilk birkaç yılında başlamakta ve yaşın ilerlemesi ile göz tutulumu başlama oranı azalmaktadır. Göz tutulumu genelde tek taraflı başlamaktadır ve kısa süre sonra diğer göz de etkilenmektedir. (Özyazgan 2009).

Anterior ve posterior üveit veya gözün bütün tabakalarının tutulumu görülebilmektedir. Anterior ve posterior üveal bölgenin tutulumu ile karakterli kronik ve tekrarlayıcı olan bilateral üveit önemli ölüm sebebidir (Özbalkan ve Apraş Bilgen 2006). Behçet hastalarında göz muayenesin yapılmadığı ve gerekli önlemlerin alınmadığı olgularda körlüğe kadar ilerleyen bir prognoz göstermektedir (Özyazgan 2009). Yaş ve cinsiyet oküler tutulum oranlarını etkilemektedir. Genç ve erkeklerde oran daha fazla (%70-80) iken ileri yaş ve kadınlarda daha azdır (%30) (Özyazgan 2009).

2.5.3. Gastrointestinal Sistem (GİS) Tutulumu (Entero Behçet/ İntestinal Behçet)

Gastrointestinal tutulum, diğer ülkelere kıyasla Türkiye, Japonya ve Kore'deki hastalar arasında daha yaygındır. Gastrointestinal tutulum Türkiye'de %1,4- 3 arasında, Japonya'da %58 ve Kore'de %15 kadardır. Özellikle Japonya ve Kore'de morbidite ve mortalite ile ilişkili olduğu için önemlidir (Alpsoy 2016). GİS

tutulunun en sık görülen belirtileri; bulantı, kusma, karın ağrısı, kanlı veya mukuslu diyare/konstipasyon ve iştahsızlıktır. GİS tutulumu cinsiyetler arasında farklılık göstermemektedir. Gastrointestinal tutulum, barsak duvarında bulunan venlerde iltihaplanma yaparak meydana gelirler. En sık olarak ileum ve çekumun son kısmında tutulum göstermektedir nadiren özofagus ve mide de tutulabilir. Ağızdan anüse kadar tüm GİS' te mukoza inflamasyonu ve ülserler görülebilir (Örmeci 2009).

2.5.4. Vasküler Tutulum

BH, genellikle geniş damarları etkileyen birkaç vaskülitik sendromdan biridir fakat arterleri ve tüm çaptaki venleri de etkileyebilmektedir. Patolojik belirti ve bulguların çoğuna küçük damar tutulumu etkindir. Büyük damar tutulumu BH'nın ayırt edici özelliklerinden biridir, genç erkeklerde daha sık gözlenmektedir ancak yaygınlığı etnik çeşitlilik veya çevresel faktörler nedeniyle büyük ölçüde değişmektedir (%1,8-79) (Shahram ve ark. 2004). Lezyonları; varis, arteriyel ve venöz tıkanma ve arteriyel anevrizma olarak tanımlanmıştır, (%6-25) (Karaoğlan 2008).

2.5.5. Eklem Tutulumu

BH' nda artrit ve artralji en sık görülen romatolojik bulgulardır ve prevalansları %40 ile 70 arasında değişmektedir (Biçer 2012). Başta dizlerde olmakla birlikte genellikle ayak bileklerinde tutulum gösterir daha nadir ise el, el bilek eklemleri ve dirseklerde tutulum göstermektedir (Karaoğlan 2008). BH' da ki artrit, hastaların ağrı seviyelerini ve yaşam kalitesini önemli ölçüde etkiler (Gür ve ark. 2006). Artritte ağrı, şişlik, hareket kısıtlılığı oldukça fazladır fakat kızarıklık genelde yoktur (Karaoğlan 2008). Nadiren vasküler tutulumla bağlı aseptik nekroz görülebilir (Özbalkan ve Apraş Bilgen 2006).

2.5.6. Nörolojik Tutulum (Nöro Behçet)

Hastalığın başlangıcından yaklaşık 1-7 yıl sonra nörolojik tutulum ortaya çıkar ve yaşamsal olarak önemli bir bulgudur (Karaoğlan 2008). Nörolojik etkilenme erkeklerde kadınların iki katı kadar fazladır (Özışık ve ark. 2005). Nörolojik tutulum olarak genellikle beyin sapı ve spinal kord sendromları, venöz sinüs trombozu, kafa içi basıncın artması, izole baş ağrısı veya davranışsal bozukluklar tanımlanmıştır. Daha nadir olarak ise anevrizmanın rüptüre olması sonucu periferik nöropati, intraserebral kanama, parkinson ve izole optik nörit görülmektedir (Özışık ve ark.

2005). Akut olarak baş ağrısı, yüksek ateş ve kusma şeklinde ortaya çıkar veya basit belirtilerle sinsi gelişebilir. (Karaoğlan 2008).

2.6. Tanı

BH' nda tanı klinik bulguların değerlendirilmesi ile konulmaktadır. BH' nda en sık görölen belirtiler deri ve mukoza lezyonlarıdır ve bu lezyonlar sistem tutulumlarından önce fark edilir ve hastalığın erken tanı ve tedavisinde oldukça önemlidir. Değişik zamanlarda çeşitli tanı kriterleri kullanılmıştır. Günümüzde hastalığın tanısı 1990 yılında Behçet Hastalığı Uluslararası Çalışma Grubu tarafından belirlenen tanı kriterlerine göre konulmaktadır (Boyvat 2009). Bu kriterler;

Tekrarlayan oral ülser: Bir yıl içerisinde en az üç kez tekrarlayan ve doktor tarafından tespit edilen minör, majör veya herpetiform ülserler.

Tekrarlayan genital ülser: Doktor veya hasta tarafından belirlenen genital aftöz ülserler veya skarlar.

Göz lezyonları

Deri lezyonları

Paterji testi pozitifliği: Hekim tarafından 24- 48 saatte değerlendirilen.

Tekrar eden oral aftlar ile birlikte bu kriterlerden en az iki tane daha olması durumunda BH tanısı konulur (International Study Group for Behçet's Disease, 1990). BH tanı kriterlerinin yeniden düzenlenmek için 2014 yılında 27 ülkeden alınan veriler, 32 ülkeden bilim adamlarının katılımı ile tekrar değerlendirilerek uluslararası BH tanı kriterleri oluşturulmuştur. BH tanı kriterlerine nörolojik tutulum da eklenmiştir. Bu kriterlere göre dört ve üzerinde puan alanlara BH tanısı konulmaktadır. Paterji testi sadece yapılması ve pozitif çıkması durumunda puanlama sistemine dâhil edilmektedir (International Study Group for Behçet's disease, 2014).

2.6.1. Laboratuvar Bulguları

BH' na özgü bir laboratuvar bulgusu mevcut değildir. Bu nedenle tanısı klinik bulgulara dayanarak konulmaktadır. BH' na özgü bir otoantikör yoktur. Hafif derecede kronik hastalık anemisi, aktif dönemlerde sedimantasyon ve CRP (C-reaktif protein) değerinde yükselme görülebilir. Bu bulgular hastalık aktivitesiyle doğrudan ilişkili

değildir. Aktif oral- genital ülserasyonlar, göz ve santral sinir sistemi tutulumu olmasına rağmen normal olabilir. (Yurdakul 2008).

2.7. Klinik Seyir

Hastalık seyri genç yaş olanlarda ve erkeklerde daha şiddetli seyreder. Erkek cinsiyetin oküler hastalık, PPL, yüzeysel ve derin ven trombozları ile kadın cinsiyetin ise genital ülserler ve eklem tutulumu ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Ayrıca pozitif paterji testi ve kalp hastalıklarının erkeklerde, eritema nodozumun ise kadınlarda daha sık görüldüğü gösterilmiştir (Hatemi ve ark. 2015). BH'da önemli morbidite ve mortalite nedenleri pulmoner tutulum, nörolojik bulgular, büyük damar tutumları ve barsak perforasyonudur. Mortalite oranları, mukokutanöz ve eklem belirtileri zaman geçtikçe genellikle önemli ölçüde azalma eğilimindedir (Alpsoy 2016).

2.8. Tedavi

Bu hastaların tedavisindeki amaç; inflamatuvar atağın en kısa sürede baskılanması ve ataklar arasındaki sürenin arttırılması ve doku hasarını ve en az yan etkinin oluşmasını sağlamaktır. Hastalığın tedavisindeki hedefler ise; mukokutanöz lezyonların neden olduğu belirtileri kontrol altına almak ve tedavi etmek, aktif enflamasyonu baskılayarak kontrol altına almak ve atakların sıklığını ve şiddetini azaltarak ve uç organ hasarını önlemektir. Böylece çeşitli organ tutulumlarının azaltılarak, komplikasyonların önlenmesi sağlanmış olacak mortalitenin azaltılması ve hastanın yaşam kalitesinin artırılması hedeflenir (Bozkurt 2012).

BH' nın oral aft ve genital ülserlerinin lokal tedavisinde inflamasyonu baskılamak için erken dönemde kortikosteroidler kullanılmaktadır. Ülserler nedeniyle oluşan ağrının giderilmesi ve ülserlerin hızlı bir şekilde iyileşmesi için antimikrobiyal, antiinflamatuvar ve anestezi ajanlar kullanılmaktadır (Evereklioglu 2006). Kolsişin, genital ülseri olan ve/veya eritema nodozumu olan özellikle kadın hastalarda ilk kullanılacak ilaç olmaktadır. Eğer kolşisin yetersiz veya hasta erkekse kolşisin benzatin penisilin ile kullanılmaktadır. Dapson ve talidomid de deri ve mukoza belirtilerinde kullanılan alternatif ilaçlardır. Eklem tutulumu; olan hastalarda kolşisin, antiinflamatuvar ilaçlar ve sulfasalazin ilk tercih edilecek ilaçlardır. Göz tutulumunda kortikosteroidli göz damlaları kullanılmaktadır. Gastrointestinal tutulum; olan olgularda ise sulfasalazin ve kortikosteroidler kullanılmaktadır (Alpsoy 2007).

Büyük damar tutulumu, nörolojik tutulum; olan olgularda ise kortikosteroid ve siklofosamid nadiren azatiopürin ile birlikte hastalığı kontrol altına almak için kullanılmaktadır. TNF- α antagonistleri yeni kullanılmaya başlanmaktadır. Fakat bu ilaçların etki edemediği şiddetli olgularda ise immünsüpresifler ve biyolojik ajanlar kullanılmaktadır (Alpsoy 2007).

2.9. Behçet Hastalarında Hastalık Aktivitesi

BH alevlenme ve gerileme dönemleri olan kronik bir immünoinflamatuvar hastalıktır (Khabbazi ve ark. 2021). BH'nın klinik bulguları ataklar şeklinde ortaya çıkar ve bu ataklar belli dönemlerde tekrarlar. Bu atakların olduğu dönem hastalığın aktif dönemi olarak tanımlanmaktadır. BH'nda dalgalanan bir hastalık seyri ve laboratuvar ölçüm yönteminin olmaması nedeniyle hastalık aktivitesini tanımlamak zordur (Herdi ve Cankorur 2017). Khabbazi ve arkadaşlarının İranlı Azeri hastalar üzerinde yaptığı çalışmada BH'larının yaşam kalitesi hastalığın şiddeti ile ilişkili olarak bozulduğu bulunmuştur (Khabbazi ve ark. 2021). Fabiani ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da genel hastalık aktivitesinin yaşam kalitesini etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Bu nedenle de klinisyenler; farmakolojik/ nonfarmakolojik müdahaleler ile hastaların yaşam kalitesini iyileştirmeyi hedeflemelidir (Fabiani ve ark. 2017).

BH ataklar ve iyileşme dönemlerinin olması, organ tutulumları sonucunda oluşan sorunlar ve kronik seyir izlemesi sonucunda hastalarda ruhsal bozukluklar oluşmaktadır. Behçet hastalarında psikiyatrik ve somatik semptomlar arasındaki ilişki ve mekanizmalar açıkça bilinmemektedir. Fakat işlev kayıpları, hastalığın ilerlemesi, santral sinir sistem tutulumları, steroid kullanımı, kronik hastalığın olması ve hastalık kaynaklı immün yanıt Behçet hastalarında psikiyatrik belirtilerin ortaya çıkmasında öne sürülen hipotezlerdir (Erberk ve ark. 2006, Herdi ve Cankorur 2018).

2.10. Behçet Hastalarında Stres

BH ortaya çıkması ve semptomların artması durumunda stresli yaşama maruz kalmanın etken olduğu ve tanı alan hastalarda depresif ve anksiyete belirtilerinin olması hastalığın psikosomatik yönünün olabileceğini düşündürmektedir (Uğuz 2006). BH'nın süresinin, kronik hastalık stresini, psikiyatrik belirti şiddetini artırdığı ve özellikle frontal loblarda sessiz ve / veya gelecekteki nörolojik tutulumuna bağlı depresyon için risk faktörü olduğu bildirilmiştir (Erberk ve ark. 2006). Herdi ve ark. yaptığı çalışmada BH'nın hastalık aktivitesi ile depresyon ve anksiyete belirtileri

arasında bir korelasyon mevcut olduğu saptanmıştır. (Herdi ve Cankorur 2018). Canbolat ve Yurtsever' in yaptığı çalışmada; hastaların %56.4' ü hastalıklarının stresle ilişkili olduğunu düşündüğünü ifade etmiştir. Ayrıca hastaların çoğu fiziksel rol kısıtlılığı emosyonel rol kısıtlılığı ve ağrı puanlarının yüksek oluşunun stresle ilişkili olduğunu belirtmişlerdir. Hastalar büyük çoğunluğu atak dönemlerinin stresle ilişkili olduğunu düşündüklerini ifade etmişlerdir (Canbolat ve Yurtsever 2011).

Hastalığın tekrar etmesi ile oluşan oral aft, genital aft ve deri belirtileri, hastaların hastalığa ve tedaviye uyum süreçlerini etkilemektedir. BH'nda stres tedaviye uyumu azaltabildiği gibi atakları da tetiklediği için stresli dönemlerde yaşam kalitesinin belirgin azalmaktadır. Bu nedenle hastaların relaps dönemlerinde sıkıntı yaşadıkları semptomlara yönelik değerlendirme ve destek olma ile tedaviye yön verilmesi hemşirelik müdahalesi için oldukça önemlidir ve hastanın yaşam kalitesini arttırmaya yönelik önemli girişimlerdenidir. (Havlucu Yurtman ve ark. 2011, Tuğrul Ayanoğlu ve ark. 2015, Khabbazi ve ark. 2021). Karlıdağ ve ark.' nın 2003 yılında yapmış oldukları bir çalışmada BH seyri esnasında, korku, üzüntü, endişe, ümitsizlik ve merak duygularını yaşadıkları belirlenmiştir. Hastalıkla başa çıkma için en sık başvurdukları yöntemlerin ise aktif rahatlama stratejisi, ilgiyi dağıtma stratejisi ve kaçınma stratejisi olduğu sonucuna varılmıştır (Karlıdağ ve ark. 2003).

2.11. Behçet Hastalarında Uyku Kalitesi

Uyku bütün canlılar için ortak bir ihtiyaçtır. Uyku gün içerisinde oluşan döngüden meydana gelmektedir ve uyku- uyanıklık döngüsü ya da gece- gündüz döngüsü sirkadyen ritm olarak adlandırılmaktadır (Şahin ve Aşçıoğlu 2013). Uyku yaşam kalitesinin ve iyilik durumunun bozulmasını önemli ölçüde etkileyen fizyolojik bir gereksinimdir (Ölçer ve Bozkurt 2015). Hastaların günlük yaşamlarındaki alışkanlıkları ve yaşam tarzlarındaki değişiklikler sonucu hastalık aktiviteleri ve hastalığın belirtilerinin artması sonucu yaşam kalitelerini bozulduğu düşünülmektedir (Masoumi ve ark. 2020). Uyku kalitesinin bozulması birçok nedenden olabilir. Başlıca nedenler arasında yaşlılık, yorgunluk, hastalık, ağrı, duygudurum bozuklukları sayılabilir. Behçet hastaları ile yapılan birçok çalışmada uyku kalitelerinin hastalık aktivitesi ile ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Taşçılar ve ark 2012, Evcik ve ark. 2013, Uygunoğlu ve ark 2014, Purabdollah ve ark., 2015, Koca ve ark 2015, Lee ve ark. 2019, Yazmalar ve ark. 2017).

BH olan hastalarda uyku kalitesi bozulmuştur ve anksiyete, depresyon, yaşam kalitesi, genital ülserler ve artrit ile büyük ölçüde ilişkilidir (Yazmalar ve ark. 2017). Koca ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ise BH'da depresyon ve uyku kalitesi skorlarının kontrol grubuna göre yüksek olduğu belirlenmiştir. Behçet hastalarında hastalarının depresif belirtiler ve uyku kalitesi açısından değerlendirilmesinin ve ihtiyaç duyanlara tıbbi destek sağlanmasının BH'nın tedavi ve takip süreçlerine katkıda bulunacağı düşünülmektedir (Koca ve ark. 2015). Koreli Behçet hastaları üzerinde yapılan çalışmada ise uyku kalitesinin hastalık aktivitesi, depresyon ve yaşam kalitesi ile ilişkisine bakıldığında da anlamlı bir korelasyon olduğu bulunmuştur ve hastalık aktivitesini kontrol etmek uyku düzeninde olumlu etkisinin olduğu gösterilmiştir (Lee ve ark. 2019).

Hastaların uyku kalitelerini olumsuz etkileyen durumlar tespit edilerek hemşireler, hastaların uyku kalitelerini arttırmaya yönelik girişimlerde bulunmalıdır. Hemşireler hastaların uyku kalitelerini arttırmak için ilaç dışı uygulamalarda bulunarak hastaların rahat bir uyku uyumaları için destek olmaları gerekmektedir.

2.12. Behçet Hastalığında Hemşirenin Önemi

Behçet hastalığı ataklar ve remisyonlarla kronik olarak seyreden bir hastalıktır. Behçet hastalarının endişelerini ve gereksinimlerini tanımlamak, klinik semptomlarını, sürelerini, bu semptomlar ile baş etme yöntemlerini, hastalığı algılamaları ile ilgili veri toplamak hemşirelik bakımının temelini oluşturmaktadır (Topçu Odabaş 2021).

Hastalarda meydana gelen ağrılı oral ülserler sonucu konuşma ve yemek yemede zorlanma, ağrılı genital ülserler nedeniyle yürüme ve oturmada zorlanma, eklem tutulumu nedeni ile hareket kısıtlılığı ve ağrının olması hastaların depresyon, anksiyete ve strese neden olabilmektedir (Havlıcu Yurtman ve ark. 2011). Hastalarda strese maruz kalmak hastalık aktivitesini olumsuz olarak etkilemektedir (Canbolat ve Yurtsever 2011, Özel 2014). Behçet hastalarında ağrılı oral ülser, ağrılı genital ülser, eklem tutulumu, deri lezyonlarının olması hastalığın aktif dönemde olduğunu göstermektedir. Behçet hastalığında hastalık aktivitesinin artması uyku kalitesini olumsuz etkilemektedir (Koca ve ark. 2015, Yazmalar ve ark. 2017, Lee ve ark. 2017). Hastaların aktif dönemlerinde semptom gelişimini etkileyen faktörler açısından değerlendirmelerinin yapılması, semptom ve semptom gelişimi sonucu oluşan

durumların yönetimi konusunda hemşirelerin hem hasta hem de ailelerinin desteklenmesi konusunda gerekli hemşirelik girişimlerini planlamaları, uygulamaları ve değerlendirmeleri hastaların yaşam kaliteleri açısından önemlilik arz etmektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma, tanımlayıcı- ilişki arayıcı türde yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Romatoloji polikliniğine başvuran hastalar ile yapılmıştır. Romatoloji polikliniği C Blok 1. Katta bulunmaktadır. Poliklinikte 2 doktor 1 hemşire ve 1 tıbbi sekreter görev yapmaktadır. Poliklinikte 2 muayene odası bulunmaktadır ve bir tane de romatoloji müdahale odası bulunmaktadır. BH 8. Kat E Bloкта bulunan romatoloji polikliniğinde tedavi görmektedir. Behçet Hastalarına özel bir polikliniğin olmamasından kaynaklı hastalara özel bir eğitimin verileceği ortam bulunmamaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenine 2020-2021 tarihleri arasında Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Romatoloji polikliniğine başvuran hastalar oluşturmuştur.

3.4. Araştırmanın Örnekleme

Yapılan Power analize göre, %95 güven düzeyi ve $\alpha 0.005$ yanılma payı ile tolerans oranı %5 olmak üzere; bu araştırmada $p: 0.005$, testin gücü $(1-\beta)80$, $t= 1.96$ olarak belirlenmiştir, bu bilgiler doğrultusunda çalışma için gerekli olan örneklem sayısının minimum $(n)93$ kişi olduğu sonucuna ulaşıldı. Romatoloji polikliniğine 2020-2021 tarihleri arasında başvuran hastalara Ocak 2021- Mart 2021 tarihleri arasında 155 hastaya telefon numarası üzerinden ulaşıldı. Telefon ile ilk görüşmede 8 hasta çalışmaya katılmayı kabul etmemiştir, 2 hasta üç aydır Behçet Hastalığı tanısı aldığı için ve 1 hastanın da psikiyatrik tanı aldığı için araştırmaya dahil edilmedi. Araştırma kriterlerini karşılayan 144 hasta ile çalışma tamamlandı.

3.4.1. Araştırmaya Alınma Kriterleri

- 18 yaş ve üzerinde olması
- En az 6 aydır Behçet Hastalığı tanısı almış olması
- Okur-yazar olması
- Türkçe anlayıp konuşabilmesi

- Zihinsel ve bilişsel yeterliliğe sahip olması
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olması

3.4.2. Araştırmadan dışlanma kriterleri

- Psikiyatrik bir tanı almış olması
- Görme ve işitme engeli olması

3.5. Veri Toplama Araçları:

Verilerin toplanmasında, Hasta Bilgi Formu (EK I), Behçet Sendromu Aktivite Ölçeği (BSAS) (EK II), Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ) (EK III) ve Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) (EK IV) kullanılmıştır.

3.5.1. Hasta Bilgi Formu (EK 1)

Araştırmacılar tarafından literatür taraması sonucunda hazırlanan bu form 20 sorudan oluşmaktadır. Hastaların sosyo-demografik özelliklerine (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çocuk sayısı, çalışma durumu, ekonomik durumu, birlikte yaşadığı bireyler, nerede yaşadığı, sigara kullanımı) ve BH ile ilişkili klinik özelliklerine ve uyku durumuna ilişkin (hastalığın süresi, ilaç kullanım durumu, ilaç dışı tedavi uygulama durumu, stres ile ilişkisi, atak dönemlerine stresin etkisi, atak geçirme sıklığı, kronik hastalık durumu, atak döneminde uyku problemleri) sorular yer almaktadır (Canbolat ve Yurtsever 2011, Özel 2014, Herdi ve Cankorur 2018).

3.5.2. Behçet Sendromu Aktivite Skoru (BSAS) (EK 2)

Behçet Sendromu Aktivite Skoru (BSAS) Forbes ve ark. tarafından 2008 yılında geliştirilmiştir, ülkemiz için geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarını Yılmaz ve ark. 2013 yılında yapmıştır (Forbes ve ark. 2008, Yılmaz ve ark. 2013). Ölçeğin güvenilirlik kat sayısı 0,84 olarak hesaplanmıştır (Yılmaz ve ark. 2013). BSAS son bir ay da ki hastalık aktivitesini değerlendirmek için 10 sorudan oluşan ve oldukça hızlı doldurulabilen, toplam skor 0- 100 arasında olan bir ölçektir. İlk 6 soru mukokutanöz tutulumla ilgili olup diğer sorularda göz, gastrointestinal ve vasküler tutulum sorulmaktadır.

Hastanın kendisi tarafından oral ülser, genital ülser, akne ve akne benzeri lezyonların yarattığı sıkıntılar ve tüm bulguları ile hastalık aktivitesinin 0-10 üzerinden değerlendirilirken oral ülser, genital ülser, akne ve akne benzeri lezyonlar sayılarına göre 0, 5 ve 10 üzerinden değerlendirilir. Karın ağrısı (karın ağrısı yoksa sıfır puan,

varsa 10 puan) ve gözlerde ağrı veya kızarıklık ve/veya görmede bulanıklık veya azalma (görmede bulanıklık veya azalma yoksa sıfır puan, varsa 10 puan), bacaklarda şişlik/reng değişikliği veya pıhtı oluşumu (yoksa sıfır puan, varsa on puan) bulunup bulunmamasına göre skorlama yapılmaktadır (Yılmaz 2013). Ölçekte yüksek puan alınması hastalığın daha aktif olduğunu göstermektedir.

3.5.3. Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ) (EK 3)

Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ) tarafından 1983 yılında geliştirilmiştir (Cohen, Kamarck ve Mermelstein 1983). Eskin ve ark. (2013)'ı tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Çalışmamızda ASÖ-10 formu kullanılmıştır ve ASÖ-10' un iç tutarlılık kat sayısı 0,82 olarak hesaplanmıştır. Test-tekrar test güvenilirlik kat sayısı ise da yine 0,88 olarak hesaplanmıştır. Ölçek 10 sorudan oluşmaktadır ve 5'li likert tipinde (1-hiçbir zaman, 2- hemen hemen hiç, 3- bazen, 4- sıklıkla 5- çok sık) olup, dört maddesi ters (4.,5.,7.,8. Maddeler), altı maddesi düz ifadelidir (1.,2.,3.,6.,9.,10. Maddeler). Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan ise 40'dır. Ölçekten alınan puan arttıkça algılanan stres düzeyi de artmaktadır (Eskin ve ark. 2013).

3.5.4. Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) (EK 4)

Buyse ve ark., 1989 yılında tarafından geliştirilmiştir. Ağargün ve ark. (1996) tarafından Türkçe'ye uyarlaması yapılmıştır. Ölçeğin güvenilirlik kat sayısı 0,80 olarak bildirilmiştir (Ağargün ve ark. 1996). Ölçek toplam 24 sorudan oluşmaktadır. Bu 19 soruda birey kendini değerlendirmektedir. 5 soru ise bireyin eş veya oda arkadaşı tarafından yanıtlanmaktadır. Son 5 soru sadece klinik bilgi için kullanılır bu nedenle puanlamaya katılmaz. Kendini değerlendirme sorularından 19. Soru bir oda arkadaşının ya da eşin bulunup bulunmadığı ile ilgilidir ve ölçeğin toplam ve bileşen puanlarının saptanmasında dikkate alınmamalıdır. Her madde 0 ile 3 arasında puanla değerlendirilmektedir (Ağargün ve ark. 1996).

Ölçeğin 7 bileşen puanının toplamı PUKİ toplam puanını oluşturur. Toplam puan 0-21 arasındadır. Toplam puan arttıkça uyku kalitesinin kötü olduğunu gösterir. PUKİ toplam puanının ≤ 5 olması uyku kalitesinin iyi, ≥ 5 olması ise uyku kalitesinin kötü olduğunu göstermektedir.

3.6. Ön Uygulama

Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Romatoloji polikliniğine başvuran hastalardan rastgele 10 hastaya online olarak ön uygulama yapılarak veri toplama formunun uygulanabilirliği değerlendirilmiştir. Ön uygulamanın sonucunda veri toplama formunda gerekli düzeltmeler yapılmıştır. Ön uygulamaya alınan hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir.

3.7. Araştırmanın Uygulaması

COVID-19 pandemi döneminde polikliniğe başvuran hasta sayısının kısıtlı olmasından dolayı polikliniğe başvuran hastalara online olarak ulaşılmıştır. Araştırmaya katılan bireylere araştırmanın amacı ve veri toplama formları ile ilgili gerekli bilgiler verilerek sözel ve Google form üzerinden oluşturulan ankette katılım formu üzerinden izinleri alınmıştır. Veriler, online anket doldurma tekniği ile ortalama 20 dakika da doldurulmuştur.

3.8. Araştırmanın Değişkenleri

3.8.1. Bağımlı değişkenler

Bireylerin Algılanan Stres Ölçeği puan ortalamaları, Behçet Sendromu Aktivite Skoru puan ortalamaları, Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi puan ortalamalarıdır.

3.8.2. Bağımsız değişkenler

Bireylerin sosyo- demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çocuk sayısı, çalışma durumu, ekonomik durumu, birlikte yaşadığı bireyler, nerede yaşadığı, sigara kullanımı) ve BH ile ilişkili klinik özelliklerine ve uyku durumuna ilişkin (hastalığın süresi, ilaç kullanım durumu, ilaç dışı tedavi uygulama durumu, stres ile ilişkisi, atak dönemlerine stresin etkisi, atak geçirme sıklığı, kronik hastalık durumu, atak döneminde uyku problemleri) sorular yer almaktadır.

3.9. Verilerin İstatiksel Analizi

Araştırmada toplanan verilerin analizi istatistiksel yazılım paketi SPSS 24 (Statistical Package 21 ort he Social Sciences-IBM®) kullanılarak yapılmıştır. Veri setinin analize uygunluğunu incelemek amacıyla kayıp veri ve uç değer analizleri yapılarak, eksik ve hatalı giriş yapıldığı saptanan veriler, veri setinden çıkarılmıştır. Sürekli değişkenlerin normal dağılım varsayımına uygunluğu Kolmogorov-Smirnow testi, homojenliği ise

Levene testi ile araştırılmıştır. Elde edilen verilere açıklayıcı faktör analizi, güvenilirlik analizi ve normallik testleri yapıp, bununla birlikte örnekleme oluşturan katılımcıların demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, çalışma durumu, eğitim ve aylık gelir durumları v.b.) incelenmiştir.

Araştırmada, çalışma grubunu tanımlamak için yüzde (%) ve frekans (f) katılımcıların ölçekler hakkında genel bir görüş elde etmek için aritmetik ortalama ve standart sapma gibi betimleyici analizler yapılmıştır. Hastaların stres durumlarının, uyku kalite indekslerinin ve BH skalasının kendi aralarında karşılaştırılmalarında normal dağılım gösteren verilerin değerlendirilmesinde student t testi ve One Way Anova testi, göstermeyen verilerin değerlendirilmesinde ise bu parametreler arasında Kruskal-Wallis testi kullanılarak karşılaştırılmıştır. Ölçeklerin birbirleriyle ilişkisini ortaya koymak amacıyla pearson korelasyon analizi yapılmıştır. Bu çalışmadaki bütün testlerde %95'lik güven aralığı uygulanmış olup $p < 0,05$ için sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın sonuçları sadece Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Romatoloji polikliniğine BH ile başvuran hastalarla sınırlı olup topluma genelleme yapılamaz.

3.11. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın uygulanması için Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı'ndan etik kurul izni (Bkz. EK 5), Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi'nden kurum izni (Bkz. EK 6) ve hastalardan çalışmaya katılma izni alınmıştır (Bkz. EK 7).

4. BULGULAR

Behçet hastalarında algılanan stresin ile uyku kalitesi ve hastalık aktivitesi arasındaki ilişkinin incelendiği bu çalışmada, bulgular 4 ana başlık altında sunulmuştur.

4.1.Hastaların Sosyo-Demografik ve Tıbbi Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.1. Hastaların sosyo- demografik özellikleri (n=144).

	n	%
Yaş (\bar{x} :38,85±8,81 yıl; Min-Max: 20-58 yıl)		
20-40 yıl	78	54,2
41 yıl ve üzeri	66	45,8
Cinsiyet		
Kadın	71	49,3
Erkek	73	50,7
Medeni durum		
Evli	12	85,4
Bekâr	21	14,6
Eğitim durumu		
İlkokul	57	39,6
Ortaokul	25	17,4
Lise	24	16,6
Üniversite/Lisansüstü	38	26,4
Çalışma durumu		
Evet	80	55,6
Hayır	64	44,4
Gelir durumu		
Gelir giderden fazla	18	12,5
Gelir gidere eşit	71	49,3
Gelir giderden az	55	38,2
Yaşamın geçtiği yer		
Köy	10	6,9
İlçe	24	16,7
Şehir	11	76,4
Birlikte yaşanan birey durumu		
Yalnız	6	4,1
Eşi ile yaşıyor	8	5,6
Eşi ve çocukları ile	11	79,2
Anne baba ile	16	11,1
Çocuk Sayısı		
Yok	19	13,2
1-2 çocuk	53	36,8
3 çocuk	49	34,0
4 ve üzeri çocuk	23	16,0
Sigara kullanım durumu		

Tablo 4.1. Hastaların sosyo- demografik özellikleri (n=144) (Devam).

Evet	44	30,6
Hayır	10	69,4

Behçet hastalarının sosyo-demografik özellikleri Tablo 4.1.'de gösterilmektedir. Hastaların yaş ortalaması $38,85 \pm 8,81$ olup, %54,2'sinin 20-40 yaş aralığında olduğu, %49,3'ünün kadın, %85,4'ünün evli olduğu tespit edilmiştir. Hastaların %39,6'sı ilköğretim mezunu, %55,6'sı çalışıyor iken, %49,3'ünde gelir gidere eşitti. Hastaların %76,4'ü şehirde, %79,2'sinin eş ve çocukları ile yaşadığı ve %36,8'inin 1-2 çocuğa sahip olduğu tespit edilmiştir. Hastaların %30,6'sının sigara kullandığı saptanmıştır.

Tablo 4.2. Behçet Hastalarının Tıbbi Özellikleri (n=144).

Özellikler	n	%
Tanı alma süresi		
6 ay-5 yıl	44	30,6
6 -10 yıl	40	27,8
11-15 yıl	26	18,1
16-20 yıl	21	14,5
21 yıl ve üzeri	13	9,0
Hastalık için ilaç alma durumu		
Evet	131	91,0
Hayır	13	9,0
Hastalık için ilaç dışı tedavi kullanma durumu		
Evet	16	11,1
Hayır	128	88,9
Hastalığın stresle ilişkili olduğunu düşünme		
Evet	124	86,1
Hayır	20	13,9
Hastalığa atak dönemlerine stresin etken olduğunu düşünme		
Evet	128	88,9
Hayır	16	11,1
Atak geçirme sıklığı		
Atak yok	14	9,7
Haftada bir	19	13,2
15 günde bir	38	26,4
3ayda bir	16	11,1
6 ayda bir	21	14,6
Değişkenlik gösteriyor	36	25,0
Başka kronik hastalık bulunma durumu		
Evet	66	45,8
Hayır	78	54,2

Tablo 4.2. Behçet Hastalarının Tıbbi Özellikleri (n=144) (Devam).

Hastalığın atak döneminde uyku problemi yaşama durumu		
Evet	105	72,9
Hayır	39	27,1
Hastalığın atak döneminde uykusuzluğun etken olduğunu düşünme		
Evet	98	68,1
Hayır	46	31,9

Tablo 4.2’de Behçet hastalarının tıbbi özellikleri gösterilmektedir. Behçet hastalarının %30,6’sının tanı alma süresi 6 ay-5 yıl aralığında değişim göstermektedir. Behçet hastaların %91’i tedavi için ilaç kullanırken, %11,1’i hastalık için ilaç dışı tedavi kullanmaktadır. Hastaların %86,1’i hastalığın stresle ilişkisinin bulunduğunu ve %88,9’u ise hastalığın atak dönemlerine stresin etken olduğunu belirtmişlerdir. Hastaların %26,4’ ünün 15 günde bir atak geçirdikleri ve %45,8’inin başka kronik hastalığının bulunduğu saptanmıştır.

Behçet hastalarının %72,9’unun hastalığın atak döneminde uyku problemi yaşadıkları, %68,1’inin hastalıklarında atak döneminin gelişmesinde uykusuzluğun etken olduğu ve %68,8’inin hastalığın atak döneminde uykusuz kaldıkları saptanmıştır.

4.2. Hastaların Algılanan Stres Düzeyleri ve Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulguları

Tablo 4.3. Algılanan Stres Ölçeği Puan Ortalaması (n=144).

	n	\bar{x}	SS	%95 güven aralığında		Min-Max
				Alt sınır	Üst sınır	
Algılanan Stres Ölçeği Toplam Puan Ortalaması	144	19,37	6,49	18,298	20,437	5-36

Tablo 4.3’de hastaların ASÖ toplam puan ortalamasına ait bulgular yer almaktadır. Hastaların ASÖ toplam puan ortalaması $19,37 \pm 6,49$ bulunmuştur.

Tablo 4.4. Hastaların Sosyo-demografik Özellikleri ile ASÖ Puan Ortalamalarının karşılaştırılması.

Sosyo-demografik Özellikler	Algılanan Stres Ölçeği	
	n	$\bar{x} \pm SS$
Yaş		
20-40 yıl	78	$19,39 \pm 6,43$
≥ 41	66	$19,33 \pm 6,62$
t/p		0,159/0,672

Tablo 4.4. Hastaların Sosyo-demografik Özellikleri ile ASÖ Puan Ortalamalarının karşılaştırılması (Devam).

Cinsiyet		
Kadın	71	17,67±5,59
Erkek	73	21,11±6,92
t / p		3,287/0,001
Medeni Durum		
Evli	123	18,85±5,97
Bekâr	21	22,38±8,51
t / p		2,337/0,021
Eğitim Durumu		
İlkokul	57	19,22±6,32
Ortaokul	25	17,76±6,30
Lise	24	20,37±6,78
Lisans/Lisansüstü	38	20,21±6,89
F/p		1,015/0,402
Çalışma durumu		
Evet	80	18,73±6,67
Hayır	64	20,15±6,36
t / p		1,306/0,194
Gelir durumu		
Gelir giderden fazla	18	18,44±5,37
Gelir gidere eşit	71	19,45±6,82
Gelir giderden az	55	19,56±6,47
F/p		0,211/0,810
Yaşamın geçtiği yer		
Köy	10	19,66±6,57
İlçe	24	18,92±6,53
Şehir	110	17,20±5,57
F/p		0,727/0,485
Birlikte yaşanan birey durumu		
Yalnız	6	23,00±7,85
Eşi ile yaşıyor	8	18,12±6,19
Eşi ve çocukları ile	114	18,71±6,01
Aile ile	16	23,38±8,03
F/p		3,308/0,022
Çocuk Sayısı		
Yok	19	21,68±8,06
1-2 çocuk	53	19,17±5,43
3 çocuk	49	19,37±7,27
4 ve üzeri çocuk	23	17,13±5,07
F / p		1,816/0,147
Sigara kullanım durumu		
Evet	44	19,02±7,06
Hayır	100	19,52±6,25
t / p		0,422/0,674

F: Bağımsız gruplarda varyans analizi, t: Bağımsız gruplarda t testi

Behçet hastalarının sosyo-demografik özellikleri ile ASÖ toplam puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 4.4’de yer almaktadır. 20-40 yaş grubundaki hastaların ASÖ toplam puan ortalaması 41 yaş ve üzeri hastalara göre yüksek olduğu fakat bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Erkek hastaların kadınlara göre ASÖ toplam puan ortalamasının yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p=0.001$). Bekar olanların evlilere göre ASÖ toplam puan ortalamasının anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0.021$). Lise mezunu olanların ASÖ toplam puan ortalamasının diğer değişkenlere sahip hastalara göre yüksek olduğu, çalışmayan hastaların çalışan hastalara göre ASÖ toplam puan ortalamasının yüksek olduğu, geliri giderden az olan hastaların ASÖ toplam puan ortalamasının diğer gelir gruplarındaki hastalara göre yüksek olduğu, köyde yaşayan hastaların ASÖ toplam puan ortalamasının ilçe ve şehirde yaşayan hastalara göre yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Aile ile yaşayan hastaların ASÖ puanının diğer değişkenlere göre anlamlı olarak yüksek olduğu görüldü ($p=0.022$). Çocuğu olmayan hastaların diğer gruptaki hastalara göre ASÖ puanının yüksek olduğu, sigara kullanan hastaların ASÖ puanının sigara içmeyen hastalara göre düşük olduğu fakat bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.5. Hastaların Tıbbi Özellikleri ile ASÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.

Tıbbi Özellikler	Algılanan Stres Ölçeği	
	n	$\bar{X} \pm SS$
Tanı alma süresi		
6 ay-5 yıl	44	18,48±7,55
6 -10 yıl	40	19,87±5,82
11-15 yıl	26	19,42±6,95
16-20 yıl	21	20,14±4,82
21 yıl ve üzeri	13	19,46±6,62
F / p	13	2,338/0,012
Hastalık için ilaç alma durumu		
Evet	131	19,51±6,42
Hayır	13	17,92±7,29
t / p		0,840/0,402
Hastalık için ilaç dışı tedavi kullanma durumu		
Evet	16	19,19±7,21
Hayır	128	19,39±6,43
t/p		0,118/0,907

Tablo 4.5. Hastaların Tıbbi Özellikleri ile ASÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (Devam).

Hastalığın stresle ilişkili olduğunu düşünme		
Evet	124	20,01±6,43
Hayır	20	15,35±5,48
t/p		3,069/0,003
Hastalığa atak dönemlerine stresin etken olduğunu düşünme		
Evet	128	19,95±6,31
Hayır	16	14,75±6,23
t/p		3,108/0,002
Atak geçirme sıklığı		
Atak yok	14	15,07±5,49
Haftada bir	19	25,63±3,68
15 günde bir	38	20,28±4,41
3ayda bir	16	17,25±6,01
6 ayda bir	21	20,42±8,26
Değişkenlik gösteriyor	36	18,63±6,43
F / p		3,712/0,001
Başka kronik hastalık bulunma durumu		
Evet	66	19,91±6,39
Hayır	78	18,91±6,58
t/p		2,919/0,009
Hastalığın atak döneminde uyku problemi yaşama durumu		
Evet	105	20,69±6,14
Hayır	39	15,82±6,15
t/p		4,225/0,001
Hastalığın atak döneminde uykusuzluğun etken olduğunu düşünme		
Evet	98	20,39±6,32
Hayır	46	17,19±6,39
t/p		2,817/0,005
Hastalığın atak dönemi uykusuz kalma durumuna etkisi		
Evet	99	20,79±6,21
Hayır	45	16,24±6,05
t/p		4,102/0,001

F: Bağımsız gruplarda varyans analizi, t: Bağımsız gruplarda t testi

Behçet hastalarının klinik özellikleri ile ASÖ toplam puan ortalamalarına ilişkin bulgular Tablo 4.5’de gösterilmektedir. BH tanı alma süresi 16-20 yıl aralığında bulunan hastaların ASÖ toplam puan ortalaması anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır (p=0.012). Behçet hastalarından tedavi için ilaç kullananların kullanmayanlara göre ve ilaç dışı tedavi kullanmayanların kullananlara göre ASÖ toplam puan ortalamasının yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (p>0.05). Hastalığın stresle ilişkili olduğunu düşünen hastaların bu görüşe katılmayan hastalara göre ASÖ toplam puan ortalamasının anlamlı olarak

yüksek olduğu saptanmıştır (p=0.003). Ayrıca hastalığa atak döneminde stresin etken olduğunu düşünen hastaların düşünmeyenlere göre ASÖ toplam puan ortalamasının anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır (p=0.002). Haftada bir atak geçiren hastaların diğer atak geçirme sıklığına sahip hastalara göre ASÖ toplam puan ortalamasının anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır (p<0.05). Başka kronik hastalığı bulunan hastaların bulunmayanlara göre ASÖ toplam puan ortalamasının anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır (p=0.009). Hastalığın atak döneminde uyku problemi yaşayanların yaşamayanlara göre ASÖ toplam puan ortalamasının anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır (p=0.001). Hastalığın atak döneminde uykusuzluğun etken olduğunu düşünenlerin düşünmeyenlere göre (p=0.005) ve hastalığın atak döneminde uykusuz kalanların kalmayanlara göre ASÖ toplam puan ortalamasının anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır (p=0.001).

Tablo 4.6. Hastaların Algılanan Stres Ölçeği toplam puan ortalamalarını etkileyen faktörler: Çoklu regresyon analizi sonuçları.

Algılanan Stres Ölçeği toplam puan ortalamasını etkileyen bağımsız değişkenler	B	β (Beta)	t	p
Yas	2,879	,189	3,139	0,002
Medeni durumu	3,064	,432	2,695	0,011
Atak geçirme sıklığı	2,621	,569	3,412	0,022
Başka kronik hastalık varlığı	-2,157	-,369	-1,658	<0,001
Hastalığın atak döneminde uyku problemi yaşama	-2,370	-,183	-2,587	<0,001
Hastalığın atak dönemi uykusuz kalma durumuna etkisi	-2,401	-,172	-1,194	0,035
	R:0,522	R ² :0,272	F:2,298	p<0,001

ASÖ: Algılanan Stres Ölçeği, **B**: Regresyon katsayısı, **F**: Varyans Analizi, **B (Standartize Beta)**: Kısmi regresyon katsayısı, **T**: Regresyon katsayıları için anlamlılık testi, **R**: İlişki düzeyi, **R²**: Belirlilik (Determinasyon) Katsayısı

Hastalardan atak geçirme sıklığı çok olanların olmayanlara göre Algılanan Stres Ölçeği puanının 2,62 (p<0,05) puan arttığı saptanmıştır.

4.3. Hastaların Hastalık Aktivitesi ve Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulguları

Tablo 4.7. BSAS puan ortalaması(n=144).

	n	\bar{x}	SS	%95 güven aralığında		Min- Max
				Alt sınır	Üst sınır	
Behçet Sendromu Aktiv Skoru Toplam Puan Ortalaması	144	31,94	20,83	28,51	35,37	0-98,0

Hastaların BSAS toplam puan ortalamasına ilişkin bulguları Tablo 4.7’de yer almaktadır. Hastaların BSAS toplam puan ortalamaları $31,94 \pm 20,83$ bulunmuştur.

Tablo 4.8. Hastaların Sosyo-demografik Özellikleri ile BSAS Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.

Sosyo-demografik Özellikler	Behçet Sendromu Aktivite Skoru	
	n	$\bar{x} \pm SS$
Yaş		
20-40 yıl	78	27,47 \pm 17,20
≥ 41	66	37,22 \pm 23,49
t/p		3,869/0,005
Cinsiyet		
Kadın	71	35,75 \pm 21,94
Erkek	73	28,24 \pm 19,11
t / p		2,193/0,030
Medeni Durum		
Evli	123	32,39 \pm 21,55
Bekâr	21	29,29 \pm 16,15
t / p		0,399/0,529
Eğitim Durumu		
İlkokul	57	37,75 \pm 24,98
Ortaokul	25	24,54 \pm 16,14
Lise	24	27,60 \pm 16,59
Lisans/Lisansüstü	38	31,35 \pm 16,94
F/p		2,496/0,046
Çalışma durumu		
Evet	80	28,81 \pm 17,99
Hayır	64	35,87 \pm 23,47
t / p		4,176/0,043
Gelir durumu		
Gelir giderden fazla	18	31,83 \pm 24,39
Gelir gidere eşit	71	27,61 \pm 17,29
Gelir giderden az	55	37,58 \pm 22,75
F/p		3,688/0,027
Yaşamın geçtiği yer		
Köy	10	34,65 \pm 24,75
İlçe	24	30,71 \pm 19,29
Şehir	110	31,97 \pm 20,95

F/p		0,125/0,882
Birlikte yaşanılan birey durumu		
Yalnız	6	29,08±22,84
Eşi ile yaşıyor	8	28,31±15,58
Eşi ve çocukları ile	114	32,27±21,60
Anne Baba ile	16	32,50±19,54
F/p		0,130/0,942
Çocuk Sayısı		
Yok	19	26,52±14,14
1-2 çocuk	53	31,28±19,41
3 çocuk	49	30,18±19,12
4 ve üzeri çocuk	23	41,69±28,89
F / p		2,304/0,080
Sigara kullanım durumu		
Evet	44	26,75±18,92
Hayır	100	34,23±21,31
t/ p		4,023/0,047

t: Bağımsız gruplarda t testi, F: Bağımsız gruplarda varyans analizi

Tablo 4.8. Hastaların Sosyo-demografik Özellikleri ile BSAS Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (Devam).

Tablo 4.8’de hastaların sosyo-demografik özellikleri ile BSAS toplam puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır. 41 yaş ve üzeri hastaların BSAS toplam puan ortalaması 20-40 yaş aralığındaki hastalara göre anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0.005$). Kadınların erkeklere göre BSAS toplam puan ortalaması yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p=0.030$). Evlilerin BSAS toplam puan ortalaması bekarlara göre yüksek olduğu fakat bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). İlkokul mezunu olanların BSAS puanının Ortaokul, Lise ve Lisans/Lisansüstü mezunu olanlara göre anlamlı olarak yüksek olduğu belirlenmiştir ($p=0.046$). Çalışmayan hastaların çalışan hastalara göre BSAS toplam puan ortalaması anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0.043$). Geliri giderinden az olan hastaların BSAS toplam puan ortalamasının diğer gelir gruplarındakilere göre anlamlı olarak yüksek olduğu ($p=0.027$), köyde yaşayanların BSAS toplam puan ortalaması ilçe ve şehirde yaşayanlara göre anlamlı olarak yüksek olduğu, ailesi ile yaşayanların BSAS puan ortalaması diğer değişkenlere göre yüksek olduğu, dört ve üzeri çocuk sahibi olan hastaların diğer gruptaki hastalara göre BSAS toplam puan ortalaması yüksek olduğu fakat bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Sigara kullananların BSAS toplam puan ortalaması sigara içmeyen hastalara göre anlamlı olarak düşük olduğu belirlenmiştir ($p=0.047$).

Tablo 4.9. Hastaların Tıbbi Özellikleri ile BSAS Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.

Tıbbi Özellikler	Behçet Skoru n	Sendromu Aktivite $\bar{x} \pm SS$
Tanı alma süresi		
6 ay-5 yıl	44	30,64±22,39
6 -10 yıl	40	28,07±17,95
11-15 yıl	26	32,21±18,71
16-20 yıl	21	40,81±23,28
21 yıl ve üzeri	13	33,38±22,28
F / p	13	1,369/0,248
Hastalık için ilaç alma durumu		
Evet	131	32,23±20,37
Hayır	13	29,03±25,73
t / p		0,526/0,797
Hastalık için ilaç dışı tedavi kullanma durumu		
Evet	16	33,62±18,78
Hayır	128	31,73±21,13
t/p		0,341/0,743
Hastalığın stresle ilişkili olduğunu düşünme		
Evet	124	33,29±20,93
Hayır	20	23,61±18,59
t/p		1,949/0,053
Hastalığa atak dönemlerine stresin etken olduğunu düşünme		
Evet	128	33,54±21,26
Hayır	16	19,15±10,53
t/p		2,659/0,007
Atak geçirme sıklığı		
Atak yok	14	19,25±17,24
Haftada bir	19	46,86±20,52
15 günde bir	38	36,15±20,24
3ayda bir	16	23,03±17,28
6 ayda bir	21	30,38±17,33
Değişkenlik gösteriyor	36	29,23±19,01
F / p		3,548/0,001
Başka kronik hastalık bulunma durumu		
Evet	66	38,15±23,31
Hayır	78	26,69±16,91
t/p		3,409/0,003
Hastalığın atak döneminde uyku problemi yaşama durumu		
Evet	105	35,96±21,14
Hayır	39	21,15±15,65
t/p		3,895/0,028

Tablo 4.9. Hastaların Tıbbi Özellikleri ile BSAS Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (Devam).

Hastalığın atak döneminde uykusuzluğun etken olduğunu düşünme		
Evet	98	36,14±21,07
Hayır	46	22,98±17,36
t/p		3,687/0,006
Hastalığın atak dönemi uykusuz kalma durumuna etkisi		
Evet	99	36,68±20,77
Hayır	45	22,19±17,53
t/p		4,242/0,001

F: Bağımsız gruplarda varyans analizi,t: Bağımsız gruplarda t testi

Tablo 4.9’da Behçet hastalarının klinik özellikleri ile BSAS toplam puan ortalamalarına ilişkin bulgular yer almaktadır. BH tanı alma süresi 16-20 yıl aralığında bulunan hastaların BSAS toplam puan ortalaması yüksek olduğu, Behçet hastalarından tedavi için ilaç kullananların kullanmayanlara göre ve ilaç dışı tedavi kullanan hastaların kullanmayanlara göre BSAS toplam puan ortalaması yüksek olduğu, hastalığın stresle ilişkili olduğunu düşünen hastaların bu görüşe katılmayan hastalara göre BSAS toplam puan ortalaması yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Bunun yanı sıra hastalığın atak dönemine stresin etken olduğunu düşünen hastaların düşünmeyenlere göre BSAS toplam puan ortalaması anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0.007$). Haftada bir atak geçiren hastaların diğer atak geçirme sıklığına sahip hastalara göre ($p=0.001$) ve başka kronik hastalığı bulunan hastaların bulunmayanlara göre BSAS toplam puan ortalaması anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0.003$). Hastalığın atak döneminde uyku problemi yaşayanların yaşamayanlara göre BSAS toplam puan ortalaması anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Hastalığın atak döneminde uykusuzluğun etken olduğunu düşünenlerin düşünmeyenlere göre ($p=0.006$) ve hastalığın atak döneminde uykusuz kalanların kalmayanlara göre BSAS toplam puan ortalaması anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0.001$).

Tablo 4.10. Hastaların Behçet Sendromu Aktivite Ölçeği toplam puan ortalamalarını etkileyen faktörler: Çoklu regresyon analizi sonuçları.

BSAS toplam puan ortalamasını etkileyen bağımsız değişkenler	B	β (Beta)	t	p
Yaş	9,064	,218	2,134	0,035
Çalışma durumu	2,921	,070	1,630	0,043
Eğitim durumu	2,186	-,016	1,748	0,007
Gelir durumu	4,629	,148	1,835	0,049
Birlikte yaşanılan birey	5,762	,167	2,018	0,046
Hastalığın atak döneminde stresin etkenliği	-	-,171	-1,925	<0,001
Atak geçirme sıklığı	-3,562	-,189	-3,012	0,018
Başka kronik hastalık varlığı	-3,332	-,080	-3,885	<0,001
Hastalığın atak döneminde uyku problemi yaşama	-5,959	-,134	-2,326	<0,001
	R:0,560	R ² : 0,413	F:2,804	p<0,001

BSAS: Behçet Sendromu Aktivite Skoru, B:Regresyon katsayısı, F: Varyans Analizi, B (Standartize Beta): Kısmi regresyon katsayısı, T: Regresyon katsayıları için anlamlılık testi, R: İlişki düzeyi, R2: Belirlilik (Determinasyon) Katsayısı

4.4. Hastaların Uyku Kalitesi ve Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulguları

Tablo 4.11. Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKİ) Puan Ortalaması(n=144).

	n	χ	SS	%95 güven aralığında		Min-Max
				Alt sınır	Üst sınır	
PUKİ Ölçeği						
Toplam Puan Ortalaması	144	7,75	4,14	7,068	8,431	1-19

Hastaların PUKİ puan ortalamasına ilişkin bulguları Tablo 4.11’de yer almaktadır. Hastalarının PUKİ puan ortalamasının 7,75±4,14 olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.12. Hastaların Sosyo-demografik Özellikleri ile PUKİ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.

Sosyo-demografik Özellikler	PUKİ	
	n	\bar{x}±SS
Yaş		
20-40 yıl	78	7,12±3,69
≥41	66	8,48±4,53
t/p		-1,980,048
Cinsiyet		
Kadın	71	8,95±4,11
Erkek	73	6,57±3,84
t / p		3,595/0,001

Tablo 4.12. Hastaların Sosyo-demografik Özellikleri ile PUKİ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (Devam).

Medeni Durum		
Evli	123	7,67±4,09
Bekâr	21	8,19±4,45
t / p		0,526/0,624
Eğitim Durumu		
İlkokul	57	8,15±4,27
Ortaokul	25	6,84±4,11
Lise	24	7,67±3,71
Lisans/Lisansüstü	38	7,94±4,22
F/p		1,945/0,440
Çalışma durumu		
Evet	80	7,12±4,06
Hayır	64	8,53±4,13
t / p		3,197/0,032
Gelir durumu		
Gelir giderden fazla	18	6,50±3,99
Gelir gidere eşit	71	7,83±4,15
Gelir giderden az	55	8,05±4,17
F/p		0,983/0,377
Yaşamın geçtiği yer		
Köy	10	6,20±4,02
İlçe	24	7,67±3,82
Şehir	110	7,90±4,21
F/p		0,785/0,458
Birlikte yaşanan birey durumu		
Yalnız	6	8,83±6,55
Eşi ile yaşıyor	8	8,01±2,39
Eşi ve çocukları ile	114	7,68±4,14
Anne Baba ile	16	7,69±4,11
F/p		0,155/0,926
Çocuk Sayısı		
Yok	19	7,52±3,64
1-2 çocuk	53	7,28±3,62
3 çocuk	49	8,53±5,01
4 ve üzeri çocuk	23	7,35±3,56
F / p		0,895/0,445
Sigara kullanım durumu		
Evet	44	7,43±3,88
Hayır	100	7,89±4,26
t / p		0,373/0,542

F: Bağımsız gruplarda varyans analizi, t: Bağımsız gruplarda t testi

Behçet hastalarının sosyo-demografik özellikleri ile PUKİ toplam puan ortalamalarına ilişkin bulgular Tablo 4.12’de yer almaktadır. 41 yaş ve üzeri hastaların PUKİ toplam puan ortalaması 20-40 yaş grubundakilere göre anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır (p=0.048). Kadın hastaların erkeklere göre PUKİ toplam puan ortalaması anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır (p=0.01). Bunun yanı sıra bekarların evlilere göre PUKİ toplam puan ortalamasının yüksek olduğu fakat bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (p>0.05). İlkokul mezunu hastaların PUKİ toplam puan ortalaması Ortaokul, Lise ve Lisans/Lisansüstü mezunlarına göre anlamlı olarak yüksek olduğu belirlenmiştir (p>0.05). Çalışmayan hastaların çalışanlara göre PUKİ toplam puan ortalaması yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p<0.05). Geliri giderden az hastaların PUKİ toplam puan ortalaması diğer gelir gruplarındaki hastalara göre yüksek olduğu, şehirde yaşayan hastaların ilçe ve köyde yaşayan hastalara göre ve yalnız yaşayanların aile ile yaşayanlara göre PUKİ toplam puan ortalaması yüksek olduğu, üç çocuk sahibi olan hastaların diğer gruptaki hastalara göre PUKİ toplam puan ortalaması yüksek olduğu, sigara kullanan hastaların PUKİ toplam puan ortalaması sigara içmeyen hastalara göre anlamlı olarak düşük olduğu fakat bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (p>0.05).

Tablo 4.13. Hastaların Tıbbi Özellikleri ile PUKİ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.

Tıbbi Özellikler	Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKİ)	
	n	$\bar{x} \pm SS$
Tanı alma süresi		
6 ay-5 yıl	44	7,06±4,29
6 -10 yıl	40	6,95±3,92
11-15 yıl	26	8,27±3,99
16-20 yıl	21	9,85±3,93
21 yıl ve üzeri	13	8,07±4,11
F / p	13	2,230/0,049
Hastalık için ilaç alma durumu		
Evet	131	7,78±4,19
Hayır	13	7,39±3,64
t / p		0,374/0,740
Hastalık için ilaç dışı tedavi kullanma durumu		
Evet	16	8,81±4,19
Hayır	128	7,61±4,13
t/p		1,090/0,278

Tablo 4.13. Hastaların Tıbbi Özellikleri ile PUKİ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (Devam).

Hastalığın stresle ilişkili olduğunu düşünme		
Evet	124	8,13±4,11
Hayır	20	5,35±3,49
t/p		2,864/0,005
Hastalığa atak dönemlerine stresin etken olduğunu düşünme		
Evet	128	8,06±4,17
Hayır	16	5,25±2,91
t/p		2,615/0,011
Atak geçirme sıklığı		
Atak yok	14	4,42±1,65
Haftada bir	19	11,15±4,10
15 günde bir	38	8,63±4,12
3ayda bir	16	6,00±3,05
6 ayda bir	21	7,88±4,25
Değişkenlik gösteriyor	36	7,06±4,11
F / p		4,125/0,001
Başka kronik hastalık bulunma durumu		
Evet	66	9,37±4,48
Hayır	78	6,37±3,26
t/p		4,647/0,001
Hastalığın atak döneminde uyku problemi yaşama durumu		
Evet	105	9,00±4,02
Hayır	39	4,38±2,02
t/p		6,831/0,001
Hastalığın atak döneminde uykusuzluğun etken olduğunu düşünme		
Evet	98	9,01±4,17
Hayır	46	5,08±2,47
t/p		4,562/0,001
Hastalığın atak dönemi uykusuz kalma durumuna etkisi		
Evet	99	9,18±4,06
Hayır	45	4,60±2,03
t/p		7,159/0,001

F: Bağımsız gruplarda varyans analizi, t: Bağımsız gruplarda t testi

Behçet hastalarının klinik özellikleri ile PUKİ toplam puan ortalamalarına ilişkin bulgular Tablo 4.13’de yer almaktadır. Behçet hastalığı tanı alma süresi 16-20 yıl aralığında bulunan hastaların PUKİ toplam puan ortalaması anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Behçet hastalarından tedavi için ilaç kullananların kullanmayanlara göre ve ilaç dışı tedavi kullanan hastaların kullanmayanlara göre PUKİ toplam puan ortalaması yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Hastalığın stresle ilişkili olduğunu düşünen hastaların bu görüşe katılmayanlara göre PUKİ toplam puan ortalaması anlamlı olarak yüksek

olduğu saptanmıştır (p=0.005). Ayrıca hastalığa atak döneminde stresin etken olduğunu düşünen hastaların düşünmeyenlere göre PUKİ toplam puan ortalaması anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır (p=0.011). Haftada bir atak geçiren hastaların diğer atak geçirme sıklığına sahip hastalara göre ve başka kronik hastalığı bulunan hastaların bulunmayanlara göre PUKİ toplam puan ortalaması anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır (p=0.001). Hastalığın atak döneminde uyku problemi yaşayanların yaşamayanlara göre PUKİ toplam puan ortalaması anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır (p=0.001). Hastalığın atak döneminde uykusuzluğun etken olduğunu düşünenlerin düşünmeyenlere göre ve hastalığın atak döneminde uykusuz kalanların kalmayanlara göre PUKİ toplam puan ortalaması anlamlı olarak yüksek olduğu belirlenmiştir (p=0.001).

4.5. Hastaların BSAS, ASÖ ve PUKİ Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular

Tablo 4.14. Hastaların BSAS ve ASÖ ile PUKİ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.

	PUKİ Toplam Puanı	
	r _p	P
BSAS Toplam Puan	0,564	<0,001
ASÖ Toplam Puanı	0,611	<0,001

BSAS: Behçet Sendromu Aktivite Skoru

PUKİ: Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi

ASÖ: Algılanan Stres Ölçeği

r_p: Pearson korelasyon analizi

Araştırmada hastaların “BSAS” ve “ASÖ” toplam puanları ile “PUKİ” toplam puanı arasındaki ilişki Tablo 4.14’de gösterilmektedir. Hastaların “BSAS” ve “PUKİ” Ölçeklerinin korelasyon analiz değeri %56,4 bulunmuştur. Hastaların “ASÖ” toplam puanı ile “PUKİ” ölçeği toplam puanı arasında pozitif yönde, yüksek düzeyde (r: ,611) ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin (p< 0.001) olduğu tespit saptanmıştır.

Tablo 4.15. Hastaların BSAS ile ASÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.

	ASÖ Toplam Puanı	
	r _p	P
BSAS Toplam Puan	0,382	<0,001

BSAS: Behçet Sendromu Aktivite Skoru

ASÖ: Algılanan Stres Ölçeği

r_p: Pearson korelasyon analizi

Araştırmada hastaların “BSAS” toplam puanları ile “ASÖ” toplam puanı arasındaki ilişki Tablo 4.15’de yer almaktadır. Hastaların “BSAS” ve “ASÖ” Ölçeklerinin korelasyon analiz değeri %38,2 bulunmuştur. Her iki ölçek arasında birbirini pozitif yönde etkilediği ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin (p< 0.001) olduğu tespit saptanmıştır.

5. TARTIŞMA

Behçet Hastalığı olan bireylerde algılanan stres düzeyi, hastalık aktivitesi ve uyku kalitesi arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmanın bulguları dört başlık altında tartışılmıştır.

5.1. Hastaların Algılanan Stres Düzeyleri ve Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmamızda hastaların ASÖ toplam puan ortalamasının $19,37 \pm 6,49$ olduğu bulunmuştur. Literatür incelendiğinde Yağmur ve Türkmen 2017 yılında yaptığı çalışmada hasta yakınlarının ASÖ toplam puan ortalaması $19,58 \pm 5,36$ yani orta düzeyde ASÖ puanı aldığı bulunmuştur (Yağmur ve Türkmen 2017). Göksu ve Kumcağız' ın yaptığı çalışmada ASÖ toplam puan ortalaması $25,83 \pm 7,43$ yani orta düzeyde yüksek bulunmuştur. Literatür ile benzer olarak çalışmamızdan da elde edilen sonuçlar doğrultusunda ASÖ orta düzeyde yüksek sonucuna ulaşılmıştır (Göksu ve Kumcağız 2020).

20-40 yaş grubundaki hastaların ASÖ toplam puan ortalaması 41 yaş ve üzeri hastalara göre ASÖ toplam puan ortalaması yüksekti ama bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p > 0,05$). Literatür incelendiğinde birçok çalışmada gençlerde algılanan stres düzeyi daha yüksek bulunmuştur ve gençlerin daha stresli oldukları sonucuna ulaşılmıştır (Göksu ve Kumcağız 2020, Ayraller ve Ark. 2020). Bizim çalışmamızda da hastalığın genç yaşlarda daha aktif olmasından da kaynaklanarak ASÖ toplam puan ortalaması gençlerde daha yüksek bulunmuştur.

Erkek hastaların kadınlara göre ASÖ toplam puan ortalaması yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$). BH erkek hastalarda daha ağır seyrettiğini ortaya koyan birçok çalışma bulunmaktadır (Aytuğar ve Namdar Pekiner 2011, Balta ve ark. 2014, Zengin 2020). Bu nedenle de erkeklerde semptomların daha ağır seyretmesinden kaynaklı stres durumlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bunun yanı sıra bekar olanların evlilere göre ASÖ toplam puan ortalamasının anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$). Literatür incelendiğinde bekar olanların evli olanlara göre ASÖ toplam puan ortalaması daha yüksektir ve çalışmamızla aynı sonuca ulaşılmıştır (Ayraller ve Ark. 2020, Göksu ve Kumcağız 2020).

Lise mezunu hastaların ASÖ toplam puan ortalamasının ilkökul, ortaokul ve lisans/lisansüstü mezunu hastalara göre yüksek olduğu fakat bu farkın istatistiksel

olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Literatür incelendiğinde genellikle eğitim durumunun düşük olduğu kişilerde algıladıkları stresin daha fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Bayrak ve ark. 2019, Ayraller ve ark. 2020,). Çalışmayan hastaların ve gelir durumu giderden daha az olan hastaların ASÖ toplam puan ortalaması yüksekti ama bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0.05$). Literatür incelendiğinde gelir durumu düşük olanların ASÖ toplam puan ortalamasının daha yüksek olduğu bulunarak, çalışmamızla aynı sonuçlara ulaşılmıştır (Yağmur ve Türkmen 2017, Bayrak ve ark. 2019, Ayraller ve ark. 2020, Topçu Odabaş 2021). Sosyo-ekonomik düzeyin düşük olduğu kişilerde maddi sıkıntıların çokça yaşanacağı, eğitim seviyesinin, sağlık hizmetlerinden yararlanmanın ve bakmakla yükümlü olunan aile bireylerinin ihtiyaçları ile birlikte bireysel ihtiyaçların karşılanmasını zorlaştırabileceği için kişilerde stres durumlarını arttırmaktadır.

Köyde yaşayan hastaların ASÖ toplam puan ortalaması ilçe ve şehirde yaşayan hastalara göre yüksekti ama bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0.05$). Literatür incelendiğinde yaşanılan yere göre stres düzeylerinde bir farklılık olacağını gösteren çalışmalara ulaşılammıştır. Aile ile yaşayan hastaların ASÖ toplam puan ortalamasının diğer değişkenlere göre anlamlı olarak yüksek olduğu görüldü ($p<0.05$). Bayrak ve ark. 2019 yılında yaptığı çalışmada çekirdek aile ile yaşayan hastalarda ASÖ toplam puan ortalaması yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Bayrak ve Ark. 2019). Aile ile yaşamının belirli kurallara ve disipline neden olmasından dolayı algılanan stres düzeyi daha yüksek bulunmuş olabilmektedir. Çocuğu olmayan hastaların diğer grupta ki hastalara göre ASÖ toplam puan ortalaması yüksekti ama bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0.05$). Topçu Odabaş' ın 2021' de yaptığı çalışmada da çocuğu olmayan ya da bir ya da iki çocuğu olanların algılanan stres düzeylerinin yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Topçu Odabaş 2021). Literatür incelendiğinde çocuk sayısının artması ile algılanan stres düzeyinin de arttığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Poloski Vokic ve Bogdanic 2008, Dönmez ve ark. 2017). Çalışmamızda çocuğu olmayan hastaların daha genç olması ve hastalığın gençlerde daha ağır seyretmesinden kaynaklı algılanan stres düzeylerinin daha fazla olabileceği yorumu yapılabilir.

Sigara kullanmayan hastaların ASÖ toplam puan ortalaması sigara içen hastalara göre yüksekti ama bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0.05$). Bayrak ve ark. 2019 yılında yaptıkları çalışmada da sigara kullanmayan hastaların algılanan stres düzeylerinin yüksek olduğu bulunmuştur (Bayrak ve Ark. 2019).

BH tanı alma süresi 16-20 yıl aralığında bulunan hastaların ASÖ toplam puan ortalaması anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Literatür incelendiğinde BH tanı alma süresi ile ASÖ arasında bir ilişki olduğunu gösteren çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmamızda ki bu sonucun uzun süredir BH olan kişilerde hastalığın komplikasyonlarının artmasına bağlı olarak algılanan stres düzeyinin yüksek olması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Behçet hastalarından tedavi için ilaç kullananların kullanmayanlara göre ve ilaç dışı tedavi kullanmayanların kullananlara göre hastaların ASÖ toplam puan ortalaması yüksekti ama bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0.05$). Çalışmamızla benzer olarak ilaç kullanan hastalarda algıladıkları stresin daha yüksek olduğu bulunan çalışmalara ulaşılmıştır (Çalışkan ve Ark. 2018, Ayraller ve ark. 2020). Kronik rahatsızlığın düzenli ilaç kullanılmasına sebep olmasından kaynaklı veya ilaç kullanan hastalarda semptomların daha aktif olduğunu düşünürsek ASÖ toplam puan ortalaması yüksek bulunmuş olabilmektedir. Çalışmamızla zıt sonuca ulaşan çalışmalarda bulunmaktadır. Bayrak ve ark. 2019 yılında yaptığı çalışmada düzenli ilaç kullanmayanların ASÖ toplam puan ortalaması ilaç kullananlara göre daha yüksek bulunmuştur (Bayrak ve ark. 2019).

Başka kronik hastalığı bulunan hastaların bulunmayanlara göre ASÖ toplam puan ortalaması anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Literatür incelendiğinde komorbid hastalığı bulunan kişilerde ASÖ toplam puan ortalamasını yüksek olduğunu bulan çalışmalara ulaşılmıştır (Xu ve Ark. 2015, Bayrak ve ark. 2019). Komorbid hastalığı bulunan kişilerde semptomların daha şiddetli seyrettiği ve ek semptomların ortaya çıktığı; hastalığa uyumu ve hastalığın yönetilmesini zorlaştıracığı nedeni ile algılanan stresi arttırabilir.

5.2. Hastaların Hastalık Aktivitesi ve Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmamızda hastaların BSAS toplam puan ortalaması $31,94\pm 20,83$ Behçet hastalarında atakların olması hastalık aktivitesinin zaman zaman değiştiğini göstermektedir. Çalışmamızda hastalık aktivitesini etkileyen faktörler incelendiğinde yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, sigara kullanım durumunun BSAS toplam puan ortalamasını etkilediği belirlenmiştir. Araştırmamız da BH'nın yaş ortalaması $38,85\pm 8,81$ yıl olarak tespit edilmiştir ve hastaların çoğunun 6-

10 yıldır BH olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Hastaların yarısından fazlası 20-40 yaş aralığında olduğu bulunmuştur. Hastalıktan kaynaklanan belirtiler çoğunlukla 20-40 yaş arasında ortaya çıkmaktadır ve bu yaş aralığında ataklar sık tekrarladığından hastalık aktif durumdadır. 50 yaşından büyük bireylerde ve çocukluk döneminde hastalığın görülmesi nadir olmakla birlikte hastalığın aktivitesi azalır, ataklar arası süre uzar ve bazı semptomlar tamamen kaybolabilir (Evereklioglu 2006, Taylor ve ark. 2014, Khabbazi ve ark. 2018). Bu sonuçlarda gösteriyor ki BH görülme oranı genç ve ilerleyen yaşlarda daha az ortaya çıkmakta ve buna yönelik; orta yaş hastalara BH hakkında bilgilendirmenin arttırılması gerektiğini düşündürmektedir. Fakat bizim çalışmamızda 41 yaş ve üzeri yaş aralığındaki hastaların BSAS toplam puan ortalaması 20-40 yaş grubundaki hastalara göre anlamlı olarak yüksek olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Hastalık nadir görüldüğü için tanı alma yaşının geç olması nedeni ile tedaviye başlanmamasından ileri yaş grubunda BSAS toplam puan ortalaması yüksek bulunmuş olabilir. BSAS toplam puan ortalamasının yaştan etkilenmediğini gösteren çalışma da bulunmaktadır (Yılmaz ve ark. 2013).

Araştırmamızda kadın hastaların erkeklere göre BSAS toplam puan ortalamasının yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Kadın hastalarda hastalığın daha aktif olduğunu gösteren yani çalışmamızla ortak sonuca ulaşan çalışma da bulunmaktadır (Gorial ve Jabbar 2020). Bu çalışmadan farklı olarak hastalığın erkeklerde ve genç nüfusta daha şiddetli seyrettiği sonucuna ulaşılan çalışmalar da bulunmaktadır (Aytuğar Pekiner 2011, Balta ve ark. 2014, Khabbazi ve ark. 2018, Zengin 2020). Çalışmamızda ilköğretim mezunu hastaların BSAS toplam puan ortalamasının Ortaokul, Lise ve Lisans/Lisansüstü mezunu hastalara göre anlamlı olarak yüksek olduğu bulunmuştur. Araştırmamızda eğitim seviyesi azaldıkça BSAS toplam puan ortalamasının yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızla ortak sonuca ulaşan çalışmada da belirtildiği gibi BH'ı çoğunlukla ilköğretim mezunu bireylerde daha fazla görüldüğü sonucu ortaya çıkmaktadır (Uğuz ve ark. 2006). Behçet hastalığı; uzun süreli, sistemleri etkileyen ve ataklarla meydana gelen bir hastalık olduğundan hastaların hastalıkları hakkında bilgilendirilmesi hastalığın yönetimi için önemlidir Eğitim durumu düşük olan hastaların hastalıklarını yönetebilmesinde yeterli olamayacağı ihtimali ile BSAS toplam puan ortalamalarının yüksek olduğu bulunmuş olabilmektedir. Eğitim seviyesi arttıkça hastalığı üzerindeki kontrol duygusunu arttırmakta ve tedaviye uyumu arttırabileceği düşünülebilir. Araştırma bulgularına göre eğitim düzeyi yüksek olan

Behçet hastalarının, hastalığın öneminin ve kontrolünün farkında olduğunu düşündürmektedir.

Herhangi bir işte çalışmayan hastaların, çalışan hastalara göre BSAS toplam puan ortalamasının yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). BH' nda işsizlik hastaların kendi kendine yeterlilik duygularını azalttığı, maddi olarak yetersizlik de hastalarda strese neden olduğu ve stresinde hastalık aktivitesini arttırdığı, stresle baş etme mekanizmalarını bilmemek de BH' nin seyrini olumsuz etkilediği bilinmektedir. Hastalığı ağır seyreden hastalarda herhangi bir işte çalışma durumu olmayabileceği nedeni ile çalışmayan hasta sayısı daha fazla olabilmektedir. Gelirleri ile giderlerini karşılayamayan hastalarda BSAS toplam puan ortalaması diğer gruplara göre anlamlı olarak yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Maddi durumu kötü olan hastaların sağlık sistemlerinden daha az yararlanabileceği ve ihtiyaçlarını karşılayamama strese ve sıkıntıya neden olabileceği için BSAS toplam puan ortalaması daha yüksek çıkmış olabilmektedir.

Sigara kullanmayan hastaların BSAS toplam puan ortalamasının sigara kullanan hastalara göre anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Literatürde birçok çalışmada sigara içiminin rekürrent aftöz stomatitlerin azalmasında etkili olduğu düşünülmektedir (Tüzün ve ark. 2000, Lee ve ark. 2019). Bu nedenle hastaların sigara içme oranlarının yüksek olduğu da düşünülebilir ve bizim çalışmamızda da sigara içen hastalarda BSAS toplam puan ortalaması düşük olarak bulunmuştur.

Bu çalışmada BH tanı alma süresi 16-20 yıl aralığında bulunan hastaların BSAS toplam puan ortalaması yüksek bulunmuştur ama bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$). BSAS toplam puan ortalaması hastalığın uzun süre devam edenlerde komplikasyonlarda kaynaklı yüksek bulunduğu düşünülmektedir. Behçet hastalarından tedavi için ilaç kullananların ve ilaç dışı tedavi kullanan hastaların kullanmayan hastalara göre BSAS toplam puan ortalaması yüksek bulunmuştur ama bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$). Çalışmamızda ilaç dışı tedavi kullanan hasta sayısı kullanmayan hastalara göre çok azdır bu da hastaların ilaç dışı tedavi yöntemlerine yönelimlerinin az olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmamızda da hastalığa atak döneminde stresin etken olduğunu düşünen hastaların düşünmeyenlere göre BSAS toplam puan ortalamasının anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır. Canbolat ve Yurtsever'in yaptığı çalışmada (2011) hastaların %76.6'sının stresin atak dönemlerini etkilediğini ifade ettikleri belirtilmiştir

(Canbolat ve Yurtsever, 2011) Aynı çalışmada hastalığın stresle ilişkili olduğunu düşünen hastaların yaşam kalitesinin fiziksel rol kısıtlılığı, emosyonel rol kısıtlılığı ve ağrı alt boyutları ortalama puanlarının düşük olduğu belirlenmiştir. Behçet hastalığında stres tedaviye uyumu azaltabildiği gibi atakları da tetiklediği için stresli dönemlerde yaşam kalitesinin belirgin azalmaktadır. Bu nedenle hastaların sıkıntı yaşadıkları semptomlara önem verilmesi ve gerekli durumlarda psikiyatrik semptomlar açısından değerlendirilmesi ve tedaviye yön verilmesi hemşirelik müdahalelerinin önemini vurgulamaktadır ve sonuç olarak hastanın yaşam kalitesini arttırmaktadır (Havlıcu Yurtman ve ark. 2011, Tuğrul Ayanoglu ve ark. 2015, Khabbazi ve ark. 2021)

Haftada bir atak geçiren hastaların diğer atak geçirme sıklığına sahip hastalara göre ve başka kronik hastalığı bulunan hastaların bulunmayanlara göre BSAS toplam puan ortalaması anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Atak geçirme sıklığının fazla olduğu hastalarda hasta aktif dönemdedir ve bu nedenle BSAS toplam puan ortalaması yüksek bulunmuştur. Kronik rahatsızlığı bulunan hastalarda semptomların diğer kronik hastalıkla beraber tetiklenmesinden kaynaklı BSAS puan ortalaması daha yüksek bulunmuş olabilmektedir.

5.3.Hastaların Uyku Kalitesi ve Etkileyen Faktörlere İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmamızda hastaların PUKİ toplam puan ortalamasının $7,75\pm 4,14$ olduğu bulunmuştur. Literatür incelendiğinde çalışmamızla benzer sonuçlar bulunmuştur. Koca ve ark. 2015 yılında yaptıkları çalışmada PUKİ toplam puan ortalaması $6,4\pm 4,4$ olarak saptanmıştır (Koca ve ark. 2015). Herdi ve Cankorur' un yaptığı çalışmada ise $4,7\pm 2,5$ olarak belirlenmiştir (Herdi ve Cankorur 2018). Araz ve ark. 2020 yılında yaptığı çalışmada ise PUKİ ortanca değerinin 6.5 olduğu bulunmuştur ve literatür ile benzerdir (Araz ve ark. 2020).

PUKİ toplam puan ortalaması 41 ve üzeri yaş hastalarda, 20-40 yaş grubundaki hastalara göre anlamlı olarak yüksek olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Uyku kalitesinin bozulmasının yaşla doğru orantılı olduğunu gösteren birçok çalışma bulunmaktadır. Yaşla beraber artan ağrılar, ek kronik hastalığının olması, yorgunluk, duygu-durum bozukluğunun olması ile uyku kalitesi yaşla beraber bozulmaktadır (Taylor-Gjevre ve ark. 2011, Taşçılar ve ark 2012, Evcik ve ark. 2013, Uygunoğlu ve ark 2014, Purabdollah ve ark.2015, Koca ve ark. 2015, Lee ve ark. 2017, Yazmalar ve ark. 2017)

Kadın hastaların, erkeklere göre PUKİ toplam puan ortalaması yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Çalışmamız kronik hastalığı olan hastalar ile yapılan birçok çalışmada kadın hastaların uyku kalitelerinin erkek hastalara göre daha kötü olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Herdi ve Cankorur 2017, Kacaroglu Vicdan 2018, Emre 2019, Sakman ve Tosun 2020) Çalışmamızda kadın hastaların BSAS toplam puan ortalaması yüksek olması kadın hastaların aktif dönemde olduğunu göstermektedir. BH ataklar şeklinde ortaya çıkan bir hastalık olması nedeni ile hastaların aktif dönemde olması ağrının artmasına neden olduğu için hastaları olumsuz etkilemektedir. Kadın hastaların hastalık aktivitelerinin erkeklere göre yüksek olması uyku kalitelerinin düşük olması sonucunu ortaya çıkarmış olabilir.

Araştırmamızda bekar olanların evlilere göre PUKİ toplam puan ortalaması yüksekti ama bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0.05$). Literatür incelendiğinde de bekarların uyku kalitesinin daha kötü olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Karagözoğlu ve Bingöl 2008, Üstün ve Yücel 2011, Eyüpoğlu ve ark. 2019). Bu çalışmada bekarların sayı olarak az olmasından kaynaklı PUKİ toplam puan ortalaması daha yüksek bulunmuş olabilmektedir.

İlkokul mezunu hastaların PUKİ toplam puan ortalaması Ortaokul, Lise ve Lisans/Lisansüstü mezunu hastalara göre yüksektir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$). Literatür incelendiğinde öğrenim düzeyi düşük olanlarda uyku kalitesinin daha kötü olduğunu gösteren çalışmalara ulaşılmıştır (Bilgili ve ark. 2012, Sakman ve Tosun 2020). Daha iyi eğitim düzeyine sahip bireylerde fiziksel ve mental sağlıklarının daha iyi olduğu ve yaşam biçimlerinin daha iyi olması sonuç olarak da uyku kalitelerinin daha iyi olduğu gösterilmiştir (Karagözoğlu ve ark. 2008). Eğitim düzeyi, çalışma ve ekonomik durum birbirini etkilediği düşünülmektedir. Herhangi bir işte çalışmayan hastaların çalışan hastalara göre PUKİ toplam puan ortalamasının yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Gelir durumu giderden daha az hastaların PUKİ toplam puan ortalaması diğer gelir gruplarındaki hastalara göre yüksekti ama bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0.05$). Literatür incelendiğinde herhangi bir işte çalışmayan ve gelir durumu düşük olan hastalarda uyku kalitesinin daha kötü olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Bilgili ve Ark. 2012, Sakman ve Tosun 2020).

Şehirde yaşayan hastaların ilçe ve köyde yaşayan hastalara göre ve yalnız yaşayanların aile ile yaşayanlara göre PUKİ toplam puan ortalaması yüksek ve bu fark

istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$). Bu çalışmada şehirde yaşayan hastaların hem sayı olarak fazla olması hem de şehrin sesinden, havasından kaynaklanan nedenlerden dolayı uyku kaliteleri olumsuz etkilenmiş olabilmektedir. Aile ile yaşayanlarda düzenli bir hayatın olması nedeni ile uyku kaliteleri daha iyi olduğu düşünülebilir.

Çocuk sayısı 3 olan hastaların diğer gruptaki hastalara göre PUKİ toplam puan ortalaması yüksekti ama bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0.05$). Literatüre bakıldığında çocuk sayısı ile uyku kalitesi arasında bir ilişkinin olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (Üstün ve Yücel 2011, Eyüpoğlu ve ark. 2019). Çocukların sağlık problemlerinin artması, ebeveynlerin sosyal yaşamlarının bozulmasına ve stresli olmalarına sebep olması nedeni ile uyku kalitesinin bozulduğu sonucuna ulaşılabılır (Gallagher ve ark. 2010, Üstün ve Yücel 2011, Ridolo ve ark. 2015).

Sigara kullanan hastaların PUKİ toplam puan ortalaması sigara içmeyen hastalara göre anlamlı olarak yüksekti ama bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0.05$). Behçet hastalığı tanı alma süresi 16-20 yıl aralığında bulunan hastaların PUKİ toplam puan ortalamasının yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Literatür incelendiğinde birçok çalışmada kronik hastalığın bulunması uykuyu etkilemekte, uyku bozukluğu da hastalığın daha şiddetli seyretmesine neden olmaktadır (Kamel ve Gammack 2006, Malakouti ve ark. 2009, Birgili ve ark. 2012, Sakman ve Tosun 2020). Çalışmamızda uzun süre BH olan hastalarda uyku probleminin daha fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır çünkü; tanı süreleri arttıkça hastalığın komplikasyonlarının arttığı ve yaşlarının da yükseldiği, dolayısıyla uyku sorunlarının daha fazla görüldüğü düşünülebilir.

Araştırmamızda tedavi için ilaç kullananların kullanmayanlara göre ve ilaç dışı tedavi kullanan hastaların kullanmayanlara göre PUKİ toplam puan ortalaması yüksekti ama bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0.05$). İlaç kullanan hastalarda uyku kaliteleri ilaç yan etkilerine bağlı olarak daha kötü olabilmektedir.

Araştırmamızda hastalığın stresle ilişkili olduğunu düşünen hastaların bu görüşe katılmayan hastalara göre PUKİ toplam puan ortalamasının anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Stres hastalarda semptomların artmasına ve daha ağır seyretmesine sebep olduğundan hastalarda uyku kaliteleri daha kötü durumdadır. Literatür incelendiğinde uyku kaliteleri kötüleşen hastalarda algılanan stres düzeylerinin de arttığı sonucuna ulaşılmıştır (Ko ve ark. 2010, Ertekin Pınar ve Ark. 2014). Uyku kalitesi, fiziksel ve ruhsal sağlıkla ilişkili bir kavramdır. Bu nedenle uyku

sorunları fiziksel ve psikolojik stresle doğrudan ilişkilidir (Uzelli Yılmaz ve Sarı 2017).

Hastalığa atak döneminde stresin etken olduğunu düşünen hastaların düşünmeyenlere göre PUKİ toplam puan ortalamasının anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Canbolat ve Yurtsever'in yaptığı çalışmada; araştırma kapsamına alınan hastaların hastalıklarının stresle ilişkisinin olduğunu düşünme durumu incelendiğinde, hastaların %56.4' ü hastalıklarının stresle ilişkili olduğunu düşündüğünü ifade etmiştir (Canbolat ve Yurtsever 2011). Stres te hastalık aktivitesinin artışına neden olduğundan hastaların aktif dönemde uyku kaliteleri olumsuz yönde etkilenmektedir. Behçet hastaları ile yapılan birçok çalışmada uyku kalitelerinin hastalık aktivitesi ile ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Taşçılar ve ark. 2012, Evcik ve ark. 2013, Uygunoğlu ve ark. 2014, Koca ve ark. 2015, Purabdollah ve ark. 2015, Lee ve ark. 2017, Yazmalar ve ark. 2017).

Haftada bir atak geçiren hastaların diğer atak geçirme sıklığına sahip hastalara göre ve başka kronik hastalığı bulunan hastaların bulunmayanlara göre PUKİ toplam puan ortalamasının anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Atak sıklığının artması hastalığın belirtilerinin artmasına sebep olduğundan aktif hastalarda ağrıdan dolayı uyku kalitelerinde bozulma meydana gelmektedir. Başka bir kronik hastalığı bulunan hastaların bulunmayan hastalara göre PUKİ toplam puan ortalamasının anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Literatürde ek kronik rahatsızlığı olan hastaların uyku kalitelerinin kötü olduğunu destekleyen çalışmalar bulunmaktadır (Sakman ve Tosun 2020, Çamur 2020).

5.4. Algılanan Stres Düzeyi, Hastalık Aktivitesi ve Uyku Kalitesi Arasındaki İlişkiye Ait Bulguların Tartışılması

Yoğun strese maruz kalan BH'de tedaviye uyum azalabildiği gibi ataklarda tetiklenmektedir (Havlucu Yurtman ve ark. 2011). Yapılan çalışmalarda hastalığın ilk aşamasında stresin etken olduğu, stresin hastalık belirtilerini arttırdığı ve hastalığın atak dönemlerinde etkili olduğu yani hastalık aktivitesinin arttığı belirtilmektedir (Karlıdağ ve ark. 2003; Canbolat ve Yurtsever, 2011; Özel, 2014). Araştırmamız da hastalığın stresle ilişkili olduğunu düşünen hastaların ve atak döneminde stresin etken olduğunu düşünen hastaların ASÖ toplam puan ortalamasının anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Ayrıca çok sık atak geçiren hastaların diğer atak geçirme sıklığına sahip hastalara göre ASÖ toplam puan ortalamasının anlamlı olarak

yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Bu sonuç stres düzeyinin yüksek olması BH' de hastalığın daha aktif seyretmesine neden olduğunu düşündürmektedir. Çalışmamızda elde edilen bulgular bu görüşü desteklemektedir. Hastaların "BSAS" ve "ASÖ" toplam puan ortalamaları arasında pozitif yönde, yüksek düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin ($p<0.001$) olduğu tespit edilmiştir. BSAS' tan toplam puan ortalaması yüksek alan hastaların ASÖ' den de yüksek puan aldığı sonucuna ulaşılmıştır ve stres düzeylerinin de yüksek olduğu hastalarda hastalık aktivitesinin de yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

BH'da hastalık aktivitesinin artması relaps- remisyon döngüsünde belirtilerin arttığı dönemlerin artması anlamına gelmektedir. Hastalığın aktif döneminde hastalığın belirtilerinin artması sonucu yaşam kalitelerini bozulduğu düşünülmektedir (Masoumi ve ark. 2020). Yaşam kalitesini ve iyilik durumunu etkileyen fizyolojik gereksinimlerden biri de uyku kalitesidir (Ölçer ve Bozkurt 2015). Uyku problemleri kronik hastalıklarda sıkça rastlanan bir yakınmadır. BH' nda uyku kalitesinin düşük olmasının kaygı, depresyon, yaşam kalitesi, genital ülserler ve artrit gibi klinik bulguların birbirleri ile ilişki gösterdiği gözlenmektedir (Taşçılar ve ark. 2012; Yazmalar ve ark. 2017). Behçet hastaları ile yapılan birçok çalışmada uyku kalitelerinin hastalık aktivitesi ile ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Evcik ve ark. 2013, Uygunoğlu ve ark 2014, Purabdollah ve ark., 2015, Koca ve ark 2015, Lee ve ark. 2017, Herdi ve Cankorur 2018, Araz ve ark. 2020). Çalışmamızın sonuçları da literatürü desteklemektedir. Uyku kalitesi ile hastalık aktivitesi arasındaki ilişki incelendiğinde iki ölçek arasında pozitif yönde, yüksek düzeyde ($r: ,564$) ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin ($p < 0.001$) olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca çalışmamızda hastalığın atak döneminde uyku problemi yaşayanların yaşamayanlara göre PUKİ toplam puan ortalamasının anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Hastalığın atak döneminde hastalarda ağrıların artması uyku kalitelerini olumsuz etkilemektedir. Hastalığın atak döneminde uykusuzluğun etken olduğunu düşünenlerin düşünmeyenlere göre ve hastalığın atak döneminde uykusuz kalanların kalmayanlara göre PUKİ toplam puan ortalamasının anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). BH ağrılı belirtilerin aktif olduğu dönemler ile seyreden bir hastalıktır. Yeterli uyku uyumayan hastalarda hastalığın belirtilerinin tetiklendiği ve belirtilerden dolayı da uyku kalitelerinin bozulduğu anlaşılmaktadır. Uykusuz kalan

hastalar belirtilerden dolayı uykusuz kaldığı için uyku kaliteleri olumsuz etkilenmiş olabilmektedir.

Çalışmamızda hastaların “ASÖ” toplam puan ortalaması ile “PUKİ” ölçeği toplam puan ortalaması arasında pozitif yönde, yüksek düzeyde ($r: ,611$) ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin ($p<0.001$) olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca çalışmamızda hastalığın stresle ilişkili olduğunu düşünen hastaların bu görüşe katılmayan hastalara göre PUKİ toplam puan ortalamasının anlamlı olarak yüksek olması, hastalığa atak ödeminde stresin etken olduğunu düşünen hastaların düşünmeyenlere göre PUKİ toplam puan ortalamasının anlamlı olarak yüksek olması da bu bulguyu desteklemektedir. Literatür incelendiğinde de uyku kaliteleri kötüleşen hastalarda algılanan stres düzeylerinin de arttığı sonucuna ulaşılmıştır (Ko ve ark. 2010, Ertekin Pınar ve Ark. 2014,). Uyku kalitesi, fiziksel ve ruhsal sağlıkla ilişkili bir kavramdır. Bu nedenle uyku sorunları fiziksel ve psikolojik stresle doğrudan ilişkilidir (Uzelli Yılmaz ve Sarı 2017). Stres hastalık aktivitesinin artışına neden olduğundan hastaların aktif dönemde uyku kaliteleri olumsuz yönde etkilenmektedir. Ayrıca stres fizyolojik, psikolojik ve davranışsal sorunlara da yol açabilmektedir (Kaba, 2019). Stres durumunda karşılaşılan fizyolojik semptomlar arasında uykusuzluk, aşırı ya da düzensiz uykuda yer almaktadır. Uyku yaşamın vazgeçilmez ihtiyaçlarından biridir ve bireyin sağlığında ki bir aksama uyku problemlerine yol açabileceği gibi uyku düzenindeki bozulma da bireyin sağlığını etkileyebilmektedir. Stres hastalarda semptomların artmasına ve daha ağır seyretmesine sebep olduğundan hastalarda uyku kaliteleri daha kötü durumdadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda 41 yaş ve üzeri bireylerde, kadınlarda, ilkokul mezunu olanlarda, çalışmayanlarda, geliri giderinden az olanlarda, sigara kullanmayanlarda, hastalığın atak dönemlerinde stresin etken olduğunu ifade edenlerde, haftada bir atak geçirenlerde, başka bir kronik hastalığı olanlarda, hastalığın atak döneminde uyku problemi yaşayanlarda, hastalığın atak döneminde uykusuzluğun etken olduğunu ifade edenlerde ve hastalığın atak döneminde uykusuz kaldığını ifade edenlerde hastalık aktivitesi anlamlı olarak yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Çalışmamızda 41 yaş ve üzeri bireylerde, kadınlarda, çalışmayanlarda, 16-20 yıl aralığında BH tanısı almış olanlarda, hastalığın stresle ilişkili olduğunu ifade edenlerde, hastalığın atak dönemlerinde stresin etken olduğunu ifade edenlerde, haftada bir atak geçirenlerde, başka bir kronik hastalığı olanlarda, hastalığın atak döneminde uyku problemi yaşayanlarda, hastalığın atak döneminde uykusuzluğun etken olduğunu ifade edenlerde ve hastalığın atak döneminde uykusuz kaldığını ifade edenlerde uyku kalitesinin kötü olduğu sonucuna ulaşılmıştır ($p<0.05$).

Çalışmamızda kadınlarda, bekarlarda, aile ile yaşayanlarda, 16-20 yıl aralığında BH tanısı almış olanlarda, hastalığın stresle ilişkili olduğunu ifade edenlerde, hastalığın atak dönemlerinde stresin etken olduğunu ifade edenlerde, başka bir kronik hastalığı olanlarda, hastalığın atak döneminde uyku problemi yaşayanlarda, hastalığın atak döneminde uykusuzluğun etken olduğunu ifade edenlerde ve hastalığın atak döneminde uykusuz kaldığını ifade edenlerde algılanan stres düzeyinin anlamlı olarak yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Çalışmamızda BSAS puan ortalaması ve ASÖ puan ortalaması ile PUKI puan ortalaması arasında pozitif yönde yüksek düzeyde ve istatistik olarak anlamlı bir ilişkinin olduğu tespit edilmiştir ($p<0.001$).

Çalışmamızda BSAS puan ortalaması ile ASÖ puan ortalaması arasında pozitif yönde yüksek düzeyde ve istatistik olarak anlamlı bir ilişkinin olduğu tespit edilmiştir ($p<0.001$).

Bu sonuçlar doğrultusunda;

1. Behçet hastalarında hastalık aktivitesini etkileyebilecek bireysel ve hastalık ile ilgili özelliklerin değerlendirilmesi gerektiği ve bu değerlendirme sonuçları doğrultusunda gerekli hemşirelik girişimlerinin planlanması,
2. Behçet hastalarında stres etmenlerinin değerlendirilmesi ve stres ile baş etme yöntemleri hakkında hasta ve ailelerine danışmanlık sağlaması, stresi azaltmaya yönelik destek programlarının geliştirilmesi ve multidisipliner bir sağlık hizmetinin sunulması,
3. Behçet hastalarında uyku kalitesi üzerinde etken olan faktörlerin değerlendirilmesi ve uyku kalitelerini olumsuz etkileyen faktörleri belirlenerek uyku kalitelerini arttırmaya yönelik girişimlerde bulunulmasını sağlaması,
4. Behçet hastaları ile yapılan çalışmaların sayı olarak artırılması ve daha fazla örnekleme ulaşılarak yapılması önerilmektedir.

7.KAYNAKLAR

- Alpsoy E. Behçet hastalığında tedavi. Türk J Dermatol. 2007; 1:1-7.
- Seyahi E. Behçet hastalığı. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Sempozyum Dizisi. 2007; 55: 55-68.
- Aytuğar E, Namdar Pekiner F. Behçet hastalığı; MÜSBED; 2011; 1(1):65-73.
- Azizlerli G, Köse AA, Sarica R, et al. Prevalence of behçet's disease in İstanbul, Turkey. Int J Dermatol. 2003; 42:803-6.
- Herdi O, Cankorur VŞ. Behçet hastalarında depresyon anksiyete belirtileri sıklığı ve Behçet hastalığı aktivitesi ile ilişkisi. Turk Psikiyatri Derg. 2017;28 (2): 65.
- Karlıdağ R, Unal S, Evreklioglu C, Sipahi B, Er H, Yologlu S. Stressful life events, anxiety, depression and coping mechanisms in patients with Behçet's disease. JEADV. 2003; 17(6), 670-5.
- Canbolat Ö, Yurtsever S. The quality of life in patients with behçet's disease. Asian Nursing Research. 2011; 5(4), 229-35.
- Tascılar NF, Tekin NS, Ankaralı H, Sezer T, Atık L. ve ark. Behçet hastalığında uyku bozuklukları ve ilişkileri yorgunluk ve yaşam kalitesi ile. Uyku Araştırmaları Dergisi. 2012; 21: 281-8.
- Özel F. Behçet hastalığı semptom değerlendirme ölçeği'nin geliştirilmesi: Karma metod çalışması (Yayınlanmamış doktora tezi). Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2014 (Tez danışmanı: Prof. Dr. Aynur Esen).
- Koca I, Savas E, Ozturk Z A, Tutoglu A, Boyaci A. et al. The relationship between disease activity and depression and sleep quality in behçet's disease patients. Clinical Rheumatology. 2015; 34(7), 1259-63.
- Lee J, Kim SS, Jeong HJ, Son CN, Kim JM. et al. Association of sleep quality in Behçet disease with disease activity, depression, and quality of life in Korean population. Korean J Intern Med. 2017; 32(2), 352.
- Boyyat A. Behçet hastalığında deri ve mukoza belirtileri. Türkderm. 2009; 43(2): 42-7.
- Özdemir L, Kalyoncu U, Akdemir N. Behçet hastalığında cinsel sorunlar ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. Trakya Univ Tıp Fak Derg. 2010; 27(3):238-42
- Özbalkan Z, Apraş Bilgen Ş. Behçet hastalığı. Hacettepe Tıp Derg 2006; 37:14-20
- Özyazgan Y. Behçet hastalığında göz tutulumu. Türkderm 2009; 43 Özel Sayı 2: 48-53.
- Örmeci N. Behçet hastalığında gastrointestinal tutulum. Türkderm, 43 Özel Sayı. 2009; 2: 65-8.
- Karaoğlan B. Behçet hastalığında klinik bulgular ve lokomotor sistem tutulumu. Türk Fiz Tıp Rehab Derg. 54 Özel Sayı. 2008; 1: 34-7.
- Özişik HI, Altınayar S, Özcan AÇ. Behçet hastalığında nörolojik tutulum. İnönü Üniversitesi Tıp Fak. Derg. 2005; 12(4) 239-42.
- Erberk ÖN, Birol A, Boratav C, Kocak M. Executive dysfunctions and depression in Behçet's disease without explicit neurological involvement. Psychiatry Clin. Neurosci. 2006; 60(4), 465-72.
- Uğuz F, Dursun R, Kaya N, Çilli AS. Behçet hastalarında ruhsal belirtiler ve yaşam kalitesi. Anadolu Psikiyatri Derg. 2006; 7:133-9
- Havlıcu Yurtman D, İnanır I, Aydemir Ö. Behçetli hastalarda yaşam kalitesi, Anksiyete, Depresyon ve Hastalık Hakkındaki Bilgiler. Anatol J Clin Investig. 2011; 5(2):82-8.
- Kaba İ. Stres, ruh sağlığı ve stres yönetimi: güncel bir gözden geçirme. Akademik Bakış Derg. 2019; 72:74-92.
- Yazmalar L, Batmaz İ, Sarıyıldız MA, Yıldız M, Uçmak D. Ve ark. Behçet hastalarında uyku kalitesi. Uluslararası Romatizmal Hastalıklar Derg. 2017;20(12), 2062-9
- Tuğrul Ayanoğlu B, Gürler A, Erdoğan FG, Gündüz Ö, Alhan A. Behçet ve rekürren aftöz stomatit hastalarında yaşam kalitesi. Turkderm - Arch Turk Dermatol Venerology; 2015; 49: 276-84.

- Tekkaş Kerman K, Bahar Z. Stresle baş etmede hemşirelerin kullandığı kanıt çalışmaları. Bahar Z, editör. Yaşam Döngüsünde Sağlığı Geliştirme: Hemşirelik Uygulamaları. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2019; 78-83.
- Behçet H. Über rezidivierende aphthöse, durch ein virus verursachte geschwüre am mund, am auge, und an den genitalien. *Dermatol Wochenschr* 1937; 105:1152-7.
- Tüzün Y. Dr. Hulusi Behçet (20 Şubat 1889-18 Mart 1948). *Türkderm*, 43 Özel Sayı 2009; 2: 24-7.
- Cho Sb, Cho S, Bang D. New insights in the clinical understanding of Behçet's disease. *Yonsei Med J*, 2012;53: 35-42.
- Evereklioğlu C. Regarding neutrophil and lymphocyte responses to oral streptococcus in adamantiades Behçet's disease. *Fems Immunol Med Microbiol*. 2006; 47; 311-14.
- Taylor J, Glenny AM, Walsh T, Brocklehurst P, Riley P. Et al. Interventions for the management of oral ulcers in Behçet's disease. *The Cochrane Database Of Systematic Reviews*, 2014; 9.
- Baş Y. Behçet hastalığında klinik ve demografik bulgular. S.B Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2009 (Tez Danışmanı: Doç. Dr. Emine Derviş).
- Tursen U, Gurler A, Boyvat A. Evaluation of clinical findings according to sex in 2313 Turkish patients with Behçet's disease. *Int J Dermatol*. 2003; 42: 346-51.
- Balta I, Akbay G, Kalkan G, Eksioğlu M. Demographic and clinical features of 521 Turkish patients with Behçet's disease. *Int J Dermatol*. 2014;53(5):564- 9.
- Алекберова З.С., Лисицына Т.А., Голоева Р.Г., Давыдова Г.А. Болезнь Бехчета: клиничко-гендерные ассоциации. *Современная ревматология*. 2019;13(2):84-9. <https://doi.org/10.14412/1996-7012-2019-2-84-9>
- Zengin O. "Adıyaman ilinde Behçet hastalığı: 150 hastanın retrospektif değerlendirilmesi." *Journal of Harran University Medical Faculty* 17, no. 3 September 2020; 351-4. doi:10.35440/hutfd.750305.
- Alpsoy E. Behçet's disease: a comprehensive review with a focus on epidemiology, etiology and clinical features, and management of mucocutaneous lesions. *Journal of Dermatology*, 2016; 43: 620-32.
- Kural -Seyahi E., Fresko İ., Seyahi N. The long-term mortality and morbidity of Behçet syndrome: a 2-decade outcome survey of 387 patients followed at a dedicated center. *Medicine*;2003; 82(1):60-76.
- Gül A, İnanç M, Öcal L, Aral O, Konice M. Familial aggregation of Behçet's disease in Turkey. *Ann Rheum Dis*, 2000; 59(8):622-5.
- Demirseren DD, Ceylan GG, Akoğlu G, Emre S, Erten S. Et al. Hla-B51 Subtypes İn Turkish Patients With Behçet's Disease And Their Correlation With Clinical Manifestations. *Genetics and Molecular Research* 13 (3): 2014; 4788-96.
- Yıldırım M, Kılınç Y, Ceyhan AM. Behçet hastalığı patogenezindeki yenilikler. *S.D.Ü. Tıp Fak. Derg.*,2009; 16(3)/ 29-34.
- Takeuchia M, Kastner DL, Remmersa EF. The immunogenetics of Behçet's disease: a comprehensive review. *J Autoimmun*, 2015; 64: 137-48.
- Akman A, Alpsoy E. Behçet hastalığı etyopatogenezi güncel bilgiler. *Türkderm*, 2019; 43 Özel Sayı 2: 32-8.
- Oğuz AK, Taşır Yılmaz S, Oygür ÇŞ, Çandar T, Sayın I. ve ark. Uyku kalitesinin doğuma ve doğum ağrısına etkisi *HSP* 2016;2(3):334-44. doi: 10.17681/hsp.55766
- Chae EJ, Do KH, Seo JB, Park SH, Kang JW. Et al. Radiologic and clinical findings of Behçet disease: comprehensive review of multisystemic involvement. 2008; *Radiographics* Vol. 28, No. 5, S 1- 56
- Alpsoy E. Behçet Hastalığının Deri ve Mukoza Bulguları. *Türk-Derm*, 2003; 37:92-9.
- Vaiopoulos AG, Kanakis MA, Kapsimali V, Vaiopoulos G, Kaklamanis PG. Et. Al. Juvenile adamantiades-Behçet disease. *Dermatology*,2016; 232:129-36.
- Uslu M, Karaman G, Şavk E, Şendur N, Yılmaz E. Aydın'da Behçet hastalığı deneyimi: 67 hastanın retrospektif değerlendirilmesi. *Adü Tıp Fakültesi Derg*. 2008;9(3): 21 - 6.

- Marshall SE. Behçet's disease. best practice & research clinical rheumatology 2001; Vol. 18, No. 3, S: 291–311.
- Çölgeçen E, Özyurt K, Borlu M. Behçet hastalığında deri ve mukoza belirtileri. Bozok Tıp Derg.,2014; 4(2):53-8
- Shahram F, Davatchi A, Nadji A, Jamshidi K, Bahar M. et al. Association Of Hla-B51 with clinical expression Of Behçet's disease. Adamantiades-Behçet's Disease,2004; 5: 147-8.
- Biçer A. Musculoskeletal findings In Behçet's disease. Pathology Research International.2012.
- Gur A, Sara AJ, Burkan YK, Nas K, Çevik R. Arthropathy, quality of life, depression, and anxiety in Behçet's disease: relationship between arthritis and these factors, Clin Rheumatol., 2006;25: 524-31.
- International Study Group for Behçet's Disease. criteria for diagnosis of Behçet's disease. Lancet, 1990;335:1078-80.
- International Team For The Revision Of The International Criteria For Behçet's Disease, (2014) Evaluation Of The International Criteria For Behçet's Disease (Icbbd)
- Yurdakul S. Behçet's syndrome. Best Practice & Research Clinical Rheumatology 2008; Vol. 22, No. 5, S. 793–809.
- Hatemi G, Seyahi E, Fresko I, Talarico R, Hamuryudan V. Behçet's syndrome: a critical digest of the 2014-2015 literature, 2015; 33 (Suppl. 94): 3-14.
- Bozkurt E. Behçet hastalığı ve tedavi yöntemleri. Erciyes Üniversitesi Eczacılık Fakültesi. Kayseri, 2012 (Tez Danışmanı: Doç. Dr. Nalan İmamoğlu).
- Khabbazi A, Ebrahimzadeh Attari V, Asghari Jafarabadi M, Malek Mahdavi A. Quality of life in patients with Behçet disease and its relation with clinical symptoms and disease activity. Reumatol Clin (Engl Ed). 2021 Jan;17(1):1-6. English, Spanish. doi: 10.1016/j.reuma.2019.03.002. Epub 2019 May 8. PMID: 31078452.
- Fabiani C, Vitale A, Orlando I, Sota J, Capozzoli M. Et al. Quality of life impairment in Behçet's disease and relationship with disease activity: a prospective study. Intern Emerg Med. 2017 Oct;12(7):947-55. doi: 10.1007/s11739-017-1691-z. Epub 2017 Jun 15. PMID: 28620840.
- Herdi O, Cankorur VŞ. Behçet hastalığı olanlarda uyku kalitesinin ve uyku kalitesi ile hastalık aktivitesi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Kriz Dergisi. 2018; 26(3):1-7.
- Şahin L, Aşçıoğlu M. Uyku ve uykunun düzenlenmesi. Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal of Health Sciences) 2013; 22(1) 93-8.
- Ölçer Z, Bozkurt G. Uyku kalitesinin doğuma ve doğum ağrısına etkisi. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi. 2015; 2. 334. 10.17681/hsp.55766.
- Masoumi M, Tabaraii R, Shakiba S. et al. Behçet hastalığı olan hastalarda yaşam tarzı öğelerinin kendi kendine değerlendirilen iyilik hali ve sağlık durumu ile ilişkisi. BMC Romatol 4, 2020; 49. <https://doi.org/10.1186/s41927-020-00148-1>
- Evcik D, Doğan SK, Ay S, et al. Behçet hastalığı nöropatik ağrı sendromu ve bozulmuş iyilik hali ile ilişkili midir? Klinik Romatol. 2013;32(1):33–6. <https://doi.org/10.1007/s10067-012-2086-1> .
- Uygunoğlu U, Benbir G, Saip S, Kaynak H, Siva A. A polysomnographic and clinical study of sleep disorders in patients with Behçet and neuro-Behçet syndrome. Eur Neurol. 2014;71(3–4):115–9.
- Purabdollah M, Lakdizaji S, Rahmani A, Hajalilu M, Ansarin K. Relationship between sleep disorders, pain and quality of life in patients with rheumatoid arthritis. Journal of Caring Sciences,2015; 4(3), 233– 41. doi:10.15171/jcs.2015.024
- Lee YB, 0 JH, Lee SY, Lee JH, Yu DS. Et al. Association between smoking and Behçet's disease: a nationwide population-based study in Korea. JEADV 2019; 33, 2114–22.
- Forbes C, Swearingen C, Yazici Y. Behçet's syndrome activity score (BSAS): a new disease activity assessment tool, composed of patient-derived measures only, is strongly correlated with the Behçet's Disease Current Activity Form (BDCAF). Arthritis Rheum 2008;58(Suppl 9):854–5.

- Yılmaz S, Simsek I, Cinar M, et al: Patient-driven assessment of disease activity in Behçet's syndrome: Cross-cultural adaptation, reliability and validity of the Turkish version of the Behçet's Syndrome Activity Score. *Clin Exp Rheumatol* 2013;31(Suppl 3):77-83.
- Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A Global measure of perceived stress. *Journal Of Health And Social Behavior*. 1983; 385-96.
- Eskin M, Harlak H, Demirkıran F, Dereboy Ç. Algılanan stres ölçeğinin türkçeye uyarlanması: güvenilirlik ve geçerlik analizi. *Yeni Symposium Journal* 2013; 51 (3): 132-40.
- Ağargün MY, Kara H, Anlar OA. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi'nin geçerliliği ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Derg*. 1996; 7(2): 107-15.
- Yağmur T, Türkmen SN. Ruhsal hastalığı olan hastalara bakım veren aile üyelerinde algılanan stres ve psikolojik dayanıklılık. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*,2017; 4(1), 542-8.
- Göksu Ö, Kumcağız H. Covid-19 salgınında bireylerde algılanan stres düzeyi ve kaygı düzeyleri. *Turkish Studies*, 2020; 15(4), 463-79.
- Ayraler A, Akturan S, Kumlu G. Onkolojik palyatif bakım servisinde yatan hastaların bakımını üstlenen bireylerin algılanan stres düzeyleri ve strese etki eden faktörlerin belirlenmesi: kesitsel bir çalışma. *Konuralp Medical Journal*. 2020; 12(2), 227-35.
- Bayrak B, Oğuz S, Arslan, Candar B, Keleş S. Ve ark. Miyokard infarktüsü geçirmiş hastalarda algılanan stresin belirlenmesi. *Turk J Cardiovasc Nurs*, 2019; 10(23), 129-37.
- Topçu Odabaş Z. Behçet hastalarının algılanan stres düzeyleri ve stresle baş etme yöntemleri, İstanbul Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2021 (Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Sibel Şentürk).
- Pološki Vokić N, Bogdanić A. Bireysel farklılıklar ve algılanan mesleki stres: bir Hırvat anketi. *Zagreb International Review of Economics & Business*, 2008; 11 (1), 61-79.
- Dönmez M, Civan HY, Ahlatçioğlu EN, Dülgeroğlu D, Yazıcı E. Ve ark. Annelerin çalışma durumları ile depresyon ve anksiyete düzeyleri ilişkisinin incelenmesi-bir ön çalışma. *Marmara Üniversitesi Kadın ve Topumsal Cinsiyet Araştırmaları Derg*. 2017; 1(1), 17-22.
- Çalışkan S, Aydoğan S, Işıklı B, Metintaş S, Yenilmez F, ve ark. Üniversite öğrencilerinde algılanan stres düzeyi ve ilişkili olabilecek faktörlerin değerlendirilmesi. *Eskişehir Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Derg*. 2018; 3(2):40-9.
- Xu X, Bao H, Strait K, Spertus JA, Lichtman JH. et al. Sex differences in perceived stress and early recovery in young and middle-aged patients with acute myocardial infarction. *Circulation* 2015; 17:131(7): 614–23.
- Gorial FI, Jabbar MA. Impact of disease activity on health related quality of life in patients with Behçet's disease: A cross- sectional study. *Annals of Medicine and surgery*. 2020;54: 43-6.
- Khabbazi A, Noshad H, Shayan FK, Kavandı H, Hajjaliloo M. et al. Demographic and clinical features of Behçet' s diseasein Azebeijan. *International Journal of Rheumatic Diseases*. 2018;21: 1114-9.
- Tuzun B, Wolf R, Tuzun Y, Serdaroglu S. Recurrent aphthous stomatitis and smoking. *Int J Dermatol*. 2000; 39:358-60.
- Taylor-Gjevre RM, Gjevre JA, Nair B, Skomro R, Lim HJ. Components of sleep quality and sleep fragmentation in rheumatoid arthritis and osteoarthritis. *Musculoskeletal care*, 2011; 9(3):152–9.
- Araz C, Güner A, Pehlivan S, Pehlivan Y. 'Behçet hastalarının uykusu kalitesi, depresyon düzeyi ve etkileyen faktörler'. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 46 ,2020; 145-50.
- Kaçaroğlu Vicdan A. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarının Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi. *DEUHFED* 2018, 11 (1), 14-8.
- Emre N. Diyabetik hastalarda uyku kalitesi ile anksiyete ve depresyon durumlarının değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Clinics and Laboratory*,2019; 10(3), 283-8.
- Sakman Z, Tosun N. KoronerArter hastalığı olan bireylerde uyku kalitesi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Zeugma Sağlık Arş*. 2020;2(1):9-18.

- Karagözoğlu S, Bingöl N. Sleep Quality and Job Satisfaction of Turkish Nurses. *Nursing Outlook*, November- December. 2008; 56(6):298-307.
- Üstün Y, Yücel ŞÇ. Hemşirelerin Uyku Kalitesinin İncelenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*. 2011; 4(1):29-38.
- Eyüpoğlu A, Ünlüoğlu İ, Bilgin M, Bilge U. Evaluation of sleep quality and factors affecting sleep quality of research assistant doctors at Eskişehir Osmangazi University medical faculty. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 2019.
- Bilgili N, Kitiş Y, Ayaz S. Yaşlılarda yalnızlık, uyku kalitesi ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Geriatrics* 2012; 15:81-8.
- Gallagher S, Phillips AC, Carroll D. Parental stress is associated with poor sleep quality in parents caring for children with developmental disabilities. *J. Pediatr. Psychol.* 2010; 35 (7):728-37.
- Ridolo E, Montagni M, Bonzano L, Incorvaia C, Canonica GW. Bilastine: new insight into antihistamine treatment. *Clin Mol Allergy*. 2015 Apr 15;13(1):1. doi: 10.1186/s12948-015-0008-x. PMID: 25878559; PMCID: PMC4397738.
- Kamel NS, Gammack JK. Insomnia in the elderly: cause, approach, and treatment. *The American journal of medicine*, 2006; 119(6), 463-9.
- Malakouti SK, Foroughan M, Nojomi M, Ghalebani MF, Zandi T. Sleep patterns, sleep disturbances and sleepiness in retired Iranian elders. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2009;24(11):1201-08.
- Ko SH, Chang SC, Chen CH. A Comparative study of sleep quality between pregnant and nonpregnant Taiwanese women. *Journal of Nursing Scholarship*, 2010; 42(1), 23–30.
- Ertekin Pınar Ş, Arslan Ş, Polat K, Çiftçi D, Cesur B. Ve ark. Gebelerde uyku kalitesi ile algılanan stres arasındaki ilişkinin incelenmesi. 2014; 7(3)171-7
- Uzelli Yılmaz D., Sarı D. Kronik hastalığı olan hastalara bakım veren yakınlarının uyku kalitesi ve yorgunluk düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Derg.* 2017; 20-2.

8.ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı- Soyadı	Şeyma KORUYUCU
Uyruğu	T.C.
Doğum Tarihi ve Yeri	
Medeni Durum	
E- mail	
Tel	
Yazışma Adresi	

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora		
Yüksek Lisans		
Lisans	Yozgat Bozok Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu	2018
Lise	İlgin Şehit Musa Altun Anadolu Sağlık Meslek Lisesi	2014

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

Görevi	Kurum / Görev	Süre (Yıl - Yıl)
1. HEMŞİRE	Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Yeni Hizmet Binası Beyin Cerrahi Servisi	2020-DEVAM EDİYOR
2. HEMŞİRE	Özel Medova Hastanesi Yenidoğan Yoğunbakım Ünitesi	2019-2020

Yabancı Dil	İNGİLİZCE
--------------------	------------------

Yayımları/Tebliğleri/Sertifikaları/Ödülleri

Özel İlgi Alanları: Kitap Okumak, Yüzmek, Resim yapmak.

9. EKLER

Ek1. Hasta Bilgi Formu

I-Behçet Hastalarının Sosyodemografik Özellikleri

1- Yaşınız: ()

2- Cinsiyetiniz: Erkek () Kadın ()

3- Eğitim Durumunuz:

4- Medeni Durumunuz: Evli () Bekar ()

5-Çocuk Sayınız:.....

6- Çalışma Durumunuz: Çalışmıyor () Çalışıyor(.....)

7-Size Göre Ekonomik Durumunuz:

Gelir Giderden Fazla () Gelir Gidere Denk () Gelir Giderden Az ()

8- Birlikte Yaşadığınız Bireyler: Yalnız () Eş ve Çocuklarla Birlikte ()

Diğer(.....)

9-Nerede Yaşıyorsunuz? Köy () İlçe () Şehir ()

10- Sigara kullanıyor musunuz? Evet (.....) Hayır ()

II- Behçet Hastalarının Hastalıkları İle İlgili Özellikleri

11- Hastalığınızın Süresi?.....

12- Hastalığınız İçin İlaç Kullanıyor musunuz?

Evet (.....) Hayır ()

13- Hastalığınız İçin İlaçlar Dışında Tedavi (Non-farmakolojik) Uyguluyor musunuz?

Evet (.....) Hayır ()

14-Sizce Hastalığınızın Stresle Bir İlişkisi Var mı? () Evet (Stresörün Türü.....) () Hayır

15- Sizce Hastalığınızın Atak Dönemlerine Stres Etken mi? () Evet (Stresörün Türü.....) () Hayır

16- Ne kadar sıklıkta atak geçiriyorsunuz? (.....)

17- Başka Bir Kronik hastalığınız var mı? Evet () (Kronik hastalık.....ve süresi.....) Hayır ()

18- Hastalığınızın atak döneminde uyku probleminiz oluyor mu? Evet (.....) Hayır ()

19- Hastalığınızın Atak Dönemleri Uykusuz Kalmanıza Neden Oluyor mu?

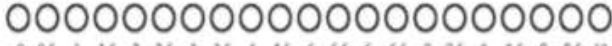
Evet () (Neden?.....)



Hayır ()

20- Hastalığınızın Atak Dönemlerine Uykusuzluk Etken mi? Evet () Hayır ()

Ek 2. Behçet Sendromu Aktivite Ölçeği

Tablo 3. Behçet Sendromu Aktivite Ölçeği

- Soru 1: Ağızımızdaki ülserler son 4 hafta içinde sizi ne kadar rahatsız etti?
Hiç ülser olmadı Ülserler büyük problemdi

0 0.5 1 1.5 2 2.5 3 3.5 4 4.5 5 5.5 6 6.5 7 7.5 8 8.5 9 9.5 10
- Soru 2: Son 4 hafta içinde ağızımızda (eski ya da yeni) kaç tane ülser vardı ?
0
1-3
3'den fazla
- Soru 3: Genital bölgenizdeki ülserler son 4 hafta içinde sizi ne kadar rahatsız etti?
Hiç ülser olmadı Ülserler büyük problemdi

0 0.5 1 1.5 2 2.5 3 3.5 4 4.5 5 5.5 6 6.5 7 7.5 8 8.5 9 9.5 10
- Soru 4: Son 4 hafta içinde genital bölgenizde (eski ya da yeni) kaç tane ülser vardı ?
0
1-3
3'den fazla
- Soru 5: Akne veya akne benzeri cilt lezyonlarımız son 4 hafta içinde sizi ne kadar rahatsız etti?
Hiç cilt lezyonu olmadı Cilt lezyonları büyük problemdi

0 0.5 1 1.5 2 2.5 3 3.5 4 4.5 5 5.5 6 6.5 7 7.5 8 8.5 9 9.5 10
- Soru 6: Son 4 hafta içinde (eski ya da yeni) kaç tane akne veya akne benzeri cilt lezyonunuz oldu ?
0
1-5
5'den fazla
- Soru 7: Son 4 hafta içinde haftanın çoğu günü boyunca devam eden karın ağrısı ve sürekli ishal şikayetiniz oldu mu ?
 Hayır Evet
- Soru 8: Son 4 hafta içinde gözünüzde ağrı veya kızarıklık ve /veya bulanıklık yada görmede azalma oldu mu ?
 Hayır Evet
- Soru 9: Son 4 hafta içinde alt ekstremitelerinizde şişlik, renk değişikliği veya kan pıhtısı gelişti mi?
 Hayır Evet
- Soru 10: Sonuç olarak Behçet hastalığımızın aktivitesi (oral ülserler, genital ülserler, cilt problemleri, eklem ağrıları, göz, nörolojik problemler), son 4 haftadaki durumunuza baktığımızda size göre nasıl ?
Aktif değil Son derece aktif

0 0.5 1 1.5 2 2.5 3 3.5 4 4.5 5 5.5 6 6.5 7 7.5 8 8.5 9 9.5 10

Ek 3. Algılanan Stres Ölçeği

EK-III Algılanan Stres Ölçeği

Aşağıda geçtiğimiz ay içerisindeki kişisel deneyimleriniz hakkında bir dizi soru yöneltilmektedir. Her soruyu dikkatlice okuyarak size en uygun seçeneğin altındaki kutuya bir çarpı işareti koyarak cevaplayınız. Soruların doğru veya yanlış cevabı yoktur. Önemli olan sizin duygu ve düşüncelerinizi yansıtan yanıtları vermenizdir.

	Hiçbir Zaman	Neredeyse Hiçbir Zaman	Bazen	Oldukça Sık	Çok sık
1. Geçen ay, beklenmedik bir şeylerin olması nedeniyle ne sıklıkta rahatsızlık duydunuz?					
2. Geçen ay, hayatınızdaki önemli şeyleri kontrol edemediğinizi ne sıklıkta hissettiniz?					
3. Geçen ay, kendinizi ne sıklıkta sinirli ve stresli hissettiniz?					
4. Geçen ay, kişisel sorunlarınızı ele alma yeteneğinize ne sıklıkta güven duydunuz?					
5. Geçen ay, her şeyin yolunda gittiğini ne sıklıkta hissettiniz?					
6. Geçen ay, ne sıklıkta yapmanız gereken şeylerle başa çıkamadığınızı fark ettiniz?					
7. Geçen ay, hayatınızdaki zorlukları ne sıklıkta kontrol edebildiniz?					
8. Geçen ay, ne sıklıkta her şeyin üstesinden geldiğinizi hissettiniz?					
9. Geçen ay, ne sıklıkta kontrolünüz dışında gelişen olaylar yüzünden öfkeleniniz?					
10. Geçen ay, ne sıklıkta problemlerin üstesinden gelemeyeceğiniz kadar biriktiğini hissettiniz?					

EK 4: Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi

KATILIMCI NO:

Aşağıdaki sorulara vereceğiniz cevaplar için son bir ayı göz önünde bulundurun. Lütfen tüm soruları cevaplandırın.

- 1) Geçen ay geceleri genellikle ne zaman yattınız?.....
- 2) Geçen ay geceleri uykuya dalmanız genellikle ne kadar zaman (dakika) aldı?.....dakika
- 3) Geçen ay sabahları genellikle ne zaman kalktınız?.....
- 4) Geçen ay geceleri kaç saat uydunuz (bu süre yatakta geçirdiğiniz süreden farklı olabilir)saat
- 5) Geçen ay aşağıdaki durumlarda belirtilen uyku problemlerini ne sıklıkla yaşadınız?

Haftada	Hiç	1' den az	1- 2 kez	3' ten çok
30 dakika içinde uykuya dalamadınız				
Gece yarısı veya sabah erkenden uyandınız				
Tuvalete gittiniz				
Rahat bir şekilde nefes alıp veremediniz				
Aşırı derecede üşüdünüz				
Aşırı derecede sıcaklık hissettiniz				
Kötü rüyalar gördünüz				
Ağrı duydunuz				
Diğer nedenler				
Öksürdünüz veya gürültülü bir şekilde horladınız				

- 6) Geçen ay uyku kalitenizi bütünü ile nasıl değerlendirirsiniz.
Çok iyi ()
Oldukça iyi ()
Oldukça kötü ()
Çok kötü ()
- 7) Geçen ay uyumanıza yardımcı olması için ne sıklıkta (reçeteli veya reçetesiz) uyku ilacı aldınız?
Hiç ()
Haftada 1' den az ()
Haftada 1-2 kez ()
Haftada 3' ten çok ()
- 8) Geçen ay araba sürerken, yemek yerken veya sosyal bir aktivite esnasında ne kadar sıklıkla uyanık kalmak için zorlandınız?
Hiç ()
Haftada 1' den az ()
Haftada 1-2 kez ()
Haftada 3' ten çok ()
- 9) Geçen ay bu durum işlerinizi yeteri kadar istekle yapmanızda ne derecede problem oluşturdu?

EK 4: Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (Devam)

Hiç problem oluşturmadı ()

Bir dereceye kadar problem oluşturdu ()

Yalnızca çok az bir problem oluşturdu ()

Çok büyük bir problem oluşturdu ()

10) Bir yatak partneriniz veya oda arkadaşınız var mı?

Bir yatak partneri veya oda arkadaşı yok ()

Partneri aynı odada fakat aynı yatakta değil ()

Diğer odada bir partneri veya oda arkadaşı var ()

Partner aynı yatakta ()

11)Eğer bir oda arkadaşı veya yatak partneriniz varsa son bir ayda ona aşağıdaki durumları ne sıklıkta yaşadığınızı sorun.

Haftada	Hiç	1' den az	1- 2 kez	3' ten çok
Gürültülü horlama				
Uykuda nefes alıp verme arasında uzun aralıklar				
Uyurken bacaklarda seğirme veya sıçrama				
Uyku esnasında uyumsuzluk veya şaşkınlık				
Diğer huzursuzluklarınız				


Ek 5. Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurul Kararı

T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ İLAÇ VE TIBBİ CİHAZ DIŞI ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI	
Toplantı Sayısı: 122	Toplantı Tarihi: 18 Aralık 2020
<p>Karar Sayısı: 2020/2950: N.E.Ü. Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Dr. Öğr. Üyesi Özlem CANBOLAT' ın "Behçet Hastalığı Olan Bireylerde Algılanan Stres Düzeyi, Hastalık Aktivitesi ve Uyku Kalitesi Arasındaki İlişki" başlıklı yüksek lisans tez çalışması ile ilgili 08.12.2020 tarihli veri toplama yöntemi, veri toplanması planlanan yer ve veri toplama aracı değişikliği dilekçesi ve ekleri görüşüldü, Şeyma TANYAL'ın yüksek lisans tez çalışmasında veri toplama yöntemi, veri toplama aracı ve veri toplanması planlanan yer değişikliğinin uygun olduğuna oybirliği ile karar verilmiştir.</p> <p>Not: Çalışma ile ilgili gerekli izin ve yasal sorumluluk araştırmacılara aittir. Sorumlu Araştırmacı: Dr. Öğr. Üyesi Özlem CANBOLAT Yardımcı Araştırmacı: Şeyma TANYAL</p>	

ASLI GİBİDİR
18.12.2020
Ömer KONDU
İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurul Sekreteri

Ek 6. Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Kurum İzni

T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliği



Sayı : E-14567952-900-20841
Konu : Tez Çalışması

Sayın, Şeyma TANYAL

İlgi : 28.12.2020 tarihli dilekçeniz.

"Behçet Hastalığı Olan Bireylerde Algılanan Stres Düzeyi, Hastalık Aktivitesi ve Uyku Kalitesi Arasındaki İlişki" başlıklı tez çalışmanızı hastanemizde yapmanız uygun görülmüştür.
Bilgilerinizi rica ederim.


Prof. Dr. Tefrik KÜÇÜKKARTALLAR
Başhekim

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : 0H7G-2SEO-0YU9
Belge Doğrulama Adresi : <https://ebyssorgu.erbakan.edu.tr>

Adres: Hocacıhan Mahallesi Sultan Abdühamit Han Caddesi No:3 Selçuklu/ Konya
Telefon No : 0332 223 60 01
e-Posta :
Fax No :
İnternet Adresi : <http://www.erbakan.edu.tr>

Bilgi için :Leyla BAĞCI
Sekreter
Telefon No:0332 223 60 01



Ek 7. Çalışmaya Katılma İzni

Behçet Hastalığı Olan Bireylerde Algılanan Stres Düzeyi, Hastalık Aktivitesi ve Uyku Kalitesi Arasındaki İlişki

Sayın katılımcı;

Bu çalışma "Behçet Hastalığı Olan Bireylerde Algılanan Stres Düzeyi, Hastalık Aktivitesi ve Uyku Kalitesi Arasındaki İlişki" yi belirlemek amacıyla gerçekleştirilmektedir. Araştırmaya katılmama ya da daha sonra ayrılma hakkınız vardır. Bu araştırma süresince elde edilen bilgiler kesinlikle gizli tutulacaktır ve hiçbir rapor/ yayında adınız geçmeyecektir. Katılımınız durumunda sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Cevaplarınız araştırmanın güvenilirliği açısından çok önemlidir bu yüzden sorulara doğru ve eksiksiz cevap vermenizi rica ederim. İlginiz ve katkınız için teşekkür ederiz.

ARAŞTIRMACILAR:

Hemşire Şeyma TANYAL

Dr. Öğr. Üyesi Özlem CANBOLAT

 (paylaşılmıyor) [Hesap değiştir](#) 

* Gerekli

YUKARIDA VERİLEN BİLGİLER DOĞRULTUSUNDA ; *

AÇIKLAMAYI OKUDUM, ANLADIM VE ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL EDİYORUM.

[Sonraki](#)

[Formu temizle](#)

EK 9. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi Kullanım İzni

Pittsburgh uyku kalitesi indeksi

seyma tanyal 19 Ağu 2020 Çar 09:23 ☆
Sayın Mehmet Yücel hocam, Necmettin Erbakan Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalında yüksek lisans yapmaktayım. 1996 yılında geçerlilik- güvenlilik çalışması y

Myagorun - [redacted].com.tr 19 Ağu 2020 Çar 09:55 ☆ ↩ ⋮
Alınan kişi: seyma tanyal

Seyma hanım,
Ölçeği çalışmanızda kullanabilirsiniz.
Selamlar

seyma tanyal <[redacted]@gmail.com>, 19 Ağu 2020 Çar, 09:28 tarihinde şunu yazdı

☰

Sayın Mehmet Yücel hocam,
Necmettin Erbakan Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalında yüksek lisans yapmaktayım. 1996 yılında geçerlilik- güvenlilik çalışması yaptığınız Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi'ni bu çalışmada sizin de izniyle kullanmak istiyorum. Yardımcı olursanız çok sevinirim.

Saygılarımla.

↩ Yanıtla ➡ Yönlendir