



# Behçet ve Rekürren aftöz stomatit hastalarında yaşam kalitesi

*Quality of life in patients with Behcet's disease and Recurrent aphthous stomatitis*

Burcu Tuğrul Ayanoğlu, Aysel Gürler\*, Fatma Gülrü Erdoğan\*, Özge Gündüz\*, Aslıhan Alhan\*\*

Aksaray Devlet Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, Aksaray, Türkiye

\*Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar, \*\*Fen Edebiyat Fakültesi, İstatistik Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

## Öz

**Amaç:** Behçet hastalığı, yaşam kalitesini etkileyen önemli morbidite ve mortalite sebebidir. Rekürren aftöz stomatit (RAS) ise hastaların oral sağlıkla ilişkili yaşam kalitelerinin bozulduğu bir patolojidir. Çalışmada, Behçet hastalarının yaşam kaliteleri hastalığa özgü bir ölçek olan Behçet Hastalığı Yaşam Kalite Ölçeği (BYKÖ) değerlendirilirken; RAS hastaları ve sağlık kontrollerle yaşam kalitelerinin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Çalışmaya 40 Behçet hastası, 40 RAS hastası ve sosyo-demografik özellikleri yönünden benzer 40 sağlıklı birey alındı. Behçet hastalarının yaşam kalitelerini kendi arasında değerlendirme amaçlı BYKÖ, Behçet ve RAS hasta gruplarının yaşam kalitelerini karşılaştırma amaçlı Dermatolojik Yaşam Kalite indeksi uygulandı. Tüm hasta ve kontrol grubuna Kısa Form-36 ile tarafımızdan hazırlanan klinik bilgi veri formu uygulandı. Elde edilen veriler istatistiksel olarak değerlendirildi. Çalışmanın gücü %99 olarak belirlendi.

**Bulgular:** Behçet hastalarının yaşam kaliteleri sağlıklı popülasyondan düşük bulundu. Behçet hastalarının fiziksel fonksiyon ve fiziksel fonksiyona bağlı rol kısıtlılıkları geliştirdikleri; ağrının ve sağlığın genel algılanmasında sıkıntı yaşadıkları izlendi ( $p<0,001$ ,  $p=0,001$ ,  $p=0,016$   $<0,001$ ). RAS hastalarının ise sağlıklı popülasyona göre fiziksel fonksiyonlarının ve sağlık algılarının bozulduğu tespit edildi ( $p=0,018$ ,  $p=0,021$ ). Behçet ve RAS hastalarının yaşam kalitelerinde fark olmadığı görüldü ( $p>0,05$ ). Behçet hastalarının yaşam kalitelerini, hastalığın aktif dönemde olmasının, kadın cinsiyetin ve mukokutanöz bulguların negatif yönde etkilediği görüldü. RAS hastalarının yaşam kalitelerini ise en çok kadın cinsiyet ve hastalık süresinin etkilediği izlendi.

**Sonuç:** BYKÖ ile diğer ölçeklerden farklı olarak özellikle aktif dönemdeki ve kadın cinsiyetteki Behçet hastalarında yaşam kalitesindeki düşüklük dikkat çekmiştir. Çalışmada aktif mukokutanöz Behçet hastalarının baskınlığı, RAS hastalarının yaşam kaliteleri ile fark olmasını ve mukokutanöz bulguların yaşam kalitesi üzerindeki etkisini açıklayabilir. Aktif organ tutulumunun da görüldüğü, Behçet hastalarının yaşam kaliteleri, diğer hastalıklarla karşılaştırılarak ileri çalışmalarda değerlendirilebilir. Behçet hastalarının rutin kontrollerinde, yaşam kalitesinin değerlendirilmesi ile sıkıntı yaşadıkları semptomlara önem verilmesi, multidisipliner yaklaşımla tedaviye yön verilmesi hastaların yaşam kalitesini olumlu yönde artırabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Behçet hastalığı, rekürren aftöz stomatit, yaşam kalitesi, Behçet hastalığı yaşam kalite ölçeği

## Summary

**Background and Design:** Behçet's disease (BD) is an important cause of morbidity and mortality. Recurrent aphthous stomatitis (RAS) is a condition affecting oral health-related quality of life (QoL). In this study, we aimed to evaluate QoL of BD patients by using the Behçet's disease quality of life instrument (BDQLI) and to compare the QoL of patients with BD with that of patients with RAS and healthy controls.

**Materials and Methods:** Forty patients with BD and 40 patients with RAS and 40 healthy subjects with similar sociodemographic characteristics were included in the study. We used the BDQLI to evaluate QoL of patients with BD and the Dermatology-specific quality of life instrument for comparison of QoL between patients with BD and RAS. 36-Item Short Form Health Survey and clinical data form were applied in all participants. The results were analyzed statistically. The power of the study was 99%.

**Results:** QoL of patients with BD were lower than that of healthy controls. It was observed that patients with BD had decreased physical functions, impaired perception of pain and poor general health ( $p<0.001$ ,  $p=0.001$ ,  $p=0.016$ ,  $<0.001$ ). Physical functions were decreased and perception of general health was worse in patients with RAS compared to healthy controls ( $p=0.018$ ,  $p=0.021$ ). There was no difference in

**Yazışma Adresi/Address for Correspondence:** Dr. Burcu Tuğrul Ayanoğlu, Aksaray Devlet Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, Aksaray, Türkiye  
Tel.: +90 382 212 91 00/11 78 E-posta: burcutugrul@yahoo.com **Geliş Tarihi/Received:** 21.06.2014 **Kabul Tarihi/Accepted:** 20.10.2014

*Türkderm-Deri Hastalıkları ve Frengi Arşivi Dergisi, Galenos Yayınevi tarafından basılmıştır.  
Türkderm-Archives of the Turkish Dermatology and Venerology, published by Galenos Publishing.*

QoL between patients with BD and RAS ( $p>0.05$ ). Female gender, relapse periods and mucocutaneous symptoms negatively affected QoL of patients with BD. Female gender and duration of the disease were found to be the main factors affecting QoL of patients with RAS.

**Conclusion:** Unlike the results obtained with other instruments, with BDQLI, QoL, particularly in patients with active period and female gender was found to be decreased. In this study, there was a dominance of active mucocutaneous symptoms. This may explain the effect of mucocutaneous symptoms on QoL and the fact that there was no difference in QoL between BD and RAS patients. Further studies comparing QoL of patients with BD in whom visceral involvement is also observed with those with other diseases. QoL of BD patients may be improved by paying attention on symptoms that patients have trouble and by evaluating QoL with multidisciplinary approach during routine follow up.

**Keywords:** Behçet's disease, Recurrent aphthous stomatitis, quality of life, Behçet's disease quality of life instrument

## Giriş

Behçet hastalığı (BH), deri ve mukoza belirtilerinin yanında göz, eklem, vasküler, nörolojik, gastrointestinal, pulmoner sistem gibi diğer sistemlere ait bulguların da eşlik ettiği sistemik bir hastalıktır<sup>1,2</sup>. Rekürren aftöz stomatit (RAS) ise, oral mukozayı içeren patolojiler arasında en sık görülenlerdendir<sup>3,4</sup>. RAS terimi, altta yatan sistemik bir hastalık yokluğunda oluşan, oral mukozada yerleşen tekrarlayan aftlar için kullanılmaktadır<sup>5</sup>.

Yaşam kalitesinin henüz herkes tarafından kabul edilen bir tanımlanmamakla birlikte, "Kişinin kendi durumunu, kendi kültürü ve değerler sistemi içinde algılayış biçimi" olarak tanımlanmıştır<sup>6</sup>. Günümüzde özellikle kronik hastalıklarda yaşam kalitesini değerlendirmeye yönelik çalışmalar artmakta ve diğer tıp alanlarında olduğu gibi dermatolojide de giderek önem kazanmaktadır<sup>7</sup>.

Kronik ve ataklarla seyir gösteren BH; bedensel ve ruhsal engelliğe yol açabilen, önemli morbidite ve mortalite sebebidir<sup>7,8</sup>. BH ve yaşam kalitesi üzerine yapılan çalışmalarda, BH'nin yaşam kalitesi üzerine olumsuz etkileri olduğu, hayattan zevk alma indekslerinin düştüğü, depresyon oranlarının arttığı gözlenmiştir<sup>7,9,10</sup>. BH ile yapılan çalışmalarda yaşam kalitesini değerlendirme amaçlı dermatoloji ve genel sağlığa özgü testler kullanılmıştır. Çalışmamızda BH'ye özgü bir test olan BH Yaşam Kalitesi ölçeği (BYKÖ) ile yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi öncelikli olarak amaçlanmıştır<sup>11,12</sup>. RAS, BH gibi hastaların oral sağlıkla ilişkili yaşam kalitelerinin bozulduğu bir patolojidir<sup>13</sup>. Her iki patolojinin de kronik ve alevlenme-remisyon ataklarıyla seyredebileceği, psikolojik durumları üzerinde negatif etkileri olabilmesi sebebiyle yaşam kaliteleri değerlendirilmiştir. Çalışmada, Behçet hastalarının yaşam kalitelerini değerlendirirken; tekrarlayan oral aft ile seyreden iki patolojinin; BH ve RAS hastalarının yaşam kalitelerinin kendi aralarında ve sağlıklı kontrollerle karşılaştırılması amaçlanmıştır.

## Gereç ve Yöntem

Uluslararası Behçet Hastalığı Grubu'nun tanı kriterlerine göre BH tanısı almış 40 Behçet hastası ile Deri ve Zührevi Hastalıklar Polikliniği'ne başvuran üçlü paterji testi, göz muayeneleri ve BH bulguları açısından sorgulamalarında BH ekarte edilerek RAS tanısı koyulan 40 RAS hastası çalışmaya alındı.

BH ve RAS dışında sistemik ve/veya dermatolojik hastalığı olanlar, gebeler, 18 yaşından küçük, 65 yaşından büyük hastalar, daha önce psikiyatrik tedavi almış ya da son 3 ay içinde herhangi bir psikiyatrik ilaç kullanmış olan ve okur-yazar olmayan hastalar çalışmaya alınmadı. BH aktivasyonu ile ilişkili spesifik bir laboratuvar belirteci yoktur. Son yıllarda hastalık aktivasyon indeksleri ve skorları kullanılmaya başlanmıştır<sup>14</sup>. Lawton ve ark.<sup>15</sup> tarafından Behçet Hastalığı Klinik Aktivite Formu 'Behçet's Disease Current Activity Form' (BDCAF)

olarak tanımlanan formu Türkçe'ye Hamuryudan ve ark.<sup>16</sup> tarafından uyarlanmış ancak, Türk Behçet hastalarında mukokutanöz ve sistemik tutulumlar açısından tamamlayıcı kriterlere gereksinimi olduğunu belirtmişlerdir. Bu sebeple, klinik bulgulara dayanarak hastalık aktivitesi tanımlanan çalışmalara benzer şekilde; oral aft, genital ülser, deri bulguları, artrit, vasküler bulgular, üveit, nörolojik ve gastrointestinal sistem bulgularından en az ikisini içeren Behçet hastaları aktif dönemde kabul edildi<sup>7,17,18</sup>.

Kontrol grubu ise herhangi bir sistemik, dermatolojik ve psikiyatrik hastalığı olmayan hastane personeli, öğrenci ve yakınlarından rastgele seçilen ve yaş ve cinsiyet yönünden Behçet ve RAS hastaları ile benzer özelliklere sahip 40 gönüllü sağlıklı bireyden oluşturuldu.

Behçet hastalarının yaşam kalitelerini kendi arasında değerlendirme amaçlı, Behçet hastalarına BYKÖ, Behçet ve RAS hasta gruplarının yaşam kalitelerini karşılaştırma amaçlı her iki hasta grubuna Dermatolojik Yaşam Kalite İndeksi (DYKI) uygulandı. Tüm hasta ve kontrol grubuna Kısa Form-36 (SF-36) ile tarafımızdan hazırlanan klinik bilgi veri formu uygulandı. Ölçekler hasta ve kontrol grubu tarafından yaklaşık 30 dakikalık bir süre içinde dolduruldu ve kendilerine en uygun seçeneğin işaretlenmesi istendi. Hasta ve kontrol grubuna araştırmamızın konusu ve amacı hakkında bilgi verildi ve araştırmaya gönüllü olarak katılmak isteyenler çalışmaya dahil edildi. Çalışma öncesinde yerel etik kurul onayı ve tüm gönüllülerden çalışma konusunda bilgilendirildiklerine dair yazılı onay formu alındı.

Hasta ve kontrol grubunun demografik özellikleri ve hastaların öykülerindeki BH ve RAS ile ilişkili klinik özellikleri ve başvurusu sırasındaki muayenede saptanan aktif klinik bulguları, hastalık süresi, aile öyküsü, laboratuvar verileri, paterji testi sonucu ve halen kullandığı ilaçlar kaydedildi.

BYKÖ, Behçet hastalarında son bir ay içindeki yaşam kalitesini ölçmek amacıyla Gilworth ve ark.<sup>11</sup> tarafından 2004 yılında geliştirilmiştir. BYKÖ'de "doğru" ve "yanlış" yanıt seçeneklerinden oluşan 30 ifade vardır. BYKÖ negatif değerlendirmeye sahiptir. Doğru seçeneği, BH'li hastanın yaşamının o yönünü olumsuz yönde etkilediği anlamındadır. Değerlendirmede doğru yanıtlarına 1, yanlış yanıtlarına 0 verilir; verilen yanıtların toplanması ile 0-30 arasında değişen BYKÖ toplam puanı bulunur. Sıfır en iyi, 30 en kötü yaşam kalitesini temsil eder, puan arttıkça yaşam kalitesi düşer<sup>12</sup>. BYKÖ'nün Kore ve Arap versiyonları geliştirilmiş, geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanmıştır<sup>19,20</sup>.

Erdogan ve Pinar<sup>12</sup> tarafından, Türk Behçet hastalarına yapılan uygulamada anlaşılmasında güçlük olmadığı görülen BYKÖ'nün dil ve kültürel açıdan Türk Behçet hastalarına uygun olduğuna karar verilmiş ve Türkçe BYKÖ oluşturulmuştur (Ek 1). Ölçeğin güvenilirlik katsayısının 0,95 olduğu ve ölçüt geçerliğinde BYKÖ ortalama puanları ile SF-36'daki fiziksel ve mental boyut puanları arasında anlamlı ilişkilerin olduğu; ayırt edici geçerlilikte BYKÖ'nün depresif olanları olmayanlardan ayırt edebildiği belirlenmiştir.

Dermatolojiye özgü testler içerisinde en önemli ve yaygın olarak kullanılan DYKİ ilk olarak Finlay ve Khan<sup>21</sup> tarafından geliştirilmiştir. Türkçe geçerliliği Öztürkcan ve ark.<sup>22</sup> tarafından gösterilmiştir. Semptomlar ve hastanın hissettikleri, günlük aktiviteler, boş zamanını değerlendirme, okul/iş hayatı, kişisel ilişkiler ve tedavi alt başlıklarından oluşur. Dört olası cevabın olduğu toplam 10 soru içermektedir. Her bir sorunun alabileceği skor en az 0 en fazla 3 olup; toplam maksimum skor 30, minimum skor 0'dır. Toplam ve alt ölçeklerin skorunun yüksek olması bozulmuş yaşam kalitesiyle doğrusal ilişki gösterir<sup>23</sup>.

SF-36, sağlığın fiziksel ve mental komponentlerini değerlendiren; hastalık ilişkili yaşam kalitesini değerlendirmede çok boyutlu bir ölçektir. Ölçek son 4 hafta göz önüne alınarak değerlendirilmektedir. Ölçek 36 maddeden oluşmaktadır ve bunlar 8 boyutun ölçümünü sağlamaktadır; Fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel fonksiyonlara bağlı rol kısıtlılıkları, emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları, mental sağlık, enerji/vitalite, ağrı ve sağlığın genel algılanmasıdır. Alt ölçekler sağlığı 0 ile 100 arasında

değerlendirmektedir ve 0 kötü sağlık durumunu içerirken, 100 iyi sağlık durumuna işaret etmektedir<sup>24</sup>. SF-36'nın Türkçe versiyonunun güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Koçyiğit ve ark.<sup>25</sup> tarafından yapılmıştır.

İstatistiksel analizde SPSS 17.0 paket programı kullanılmıştır. Öncelikle ölçek verilerinin normal dağılıp dağılmadıklarına "Kolmogorov-Smirnov" testi ile bakılmıştır. İki değişken grubu karşılaştırmak amacıyla Ki-kare test, normal dağılan ölçekler değerlendirilirken parametrik testler (t test, Anova), normal dağılmayanlar değerlendirilirken non parametrik testler (Mann-Whitney U, Kruskal Wallis) uygulanmıştır. Aktif klinik bulguların hangilerinin yaşam kalite indeksleri üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu sorusuna yanıt aramak için verilere ayrı ayrı uygun istatistiksel analizler (t-test, Mann-Whitney U) uygulanmıştır. Yaş parametresinin değerlendirilmesinde korelasyon yapılmıştır. Normal dağılım gösteren ölçek korelasyonunda Pearson, normal dağılım göstermeyenlerde Spearman korelasyon testi uygulanmıştır. P değeri 0,05'ten küçük değerler istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

**Ek 1. Behçet Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği. Lütfen her cümleyi Behçet hastalığınızı düşünerek dikkatlice okuyun ve şu anda sizin durumunuza uyup uymadığına karar verin. Uygun cevabı çarpı koyarak işaretleyiniz.**

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

## Bulgular

Çalışmaya katılan 40 Behçet hastasının 25'i (%62,5) kadın ve 15'i (%37,5) erkekti. Yaşları 18-63 arasında değişmekte ve ortalaması 35,58±13,23'tü. Kırk RAS hastasının 22'si (%55) kadın, 18'i (%45) erkekti. Yaşları 19-65 arası değişmekte ve ortalaması 31,95±10,98'di. Kırk sağlıklı bireyden oluşan kontrol grubunun ise 26'sı (%65) kadın ve 14'ü (%35) erkekti. Kontrol grubunun yaşları 19-60 arasında değişmekte ve ortalaması 33,73±10,21'di. Değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görüldü (cinsiyet, yaş için p değerleri sırasıyla p=0,635, p=0,473). Çalışmaya katılan tüm Behçet hastalarının öykülerine dayanılarak geçirilmiş klinik bulguları ve çalışmaya alındıkları dönemdeki aktif bulguları Tablo 1'de özetlendi. Hastaların %27,5'ine tedavi altında olduklarından paterji testi yapılmazken; hastaların %40'ında paterji reaksiyonu pozitif. Hastaların 8'inde (%20) hastalık 1 yıl ve daha kısa süredir, 32'sinde (%80) 1 yıldan uzun süredir mevcuttu. Hastaların 5'inde (%12,5) ise ailede BH öyküsü mevcuttu. Ayrıca hastaların başvurusu sırasında en az 2 klinik bulgusunun varlığına göre hastaların 24'ü (%60) aktif dönemde olarak belirlendi.

Çalışmaya katılan RAS hastalarının öykülerinde %100'ünde tekrarlayan oral aft mevcuttu. Başvuruları sırasındaki muayenede hastaların 22'sinde (%55) oral aft vardı. Hastaların 16'sında (%40) hastalık 1 yıl ve/veya kısa süredir, 24'ünde (%60) 1 yıldan uzun süredir mevcuttu.

### Behçet hastalarında Behçet Yaşam Kalitesi Ölçeği ile yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi

Behçet hastalarında BYKÖ'ye göre değişkenlerin yaşam kalitesi üzerine etkisi değerlendirildiğinde hastalık süresinin etkisi izlenmezken, kadın cinsiyetin ve hastalığın aktif olma durumunun yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği görülmüştür. Behçet hastalarının başvuruları sırasındaki aktif klinik bulgularının yaşam kalitesi üzerindeki etkisi BYKÖ ile değerlendirildiğinde; aktif oral aftı olanların yaşam kalitelerinde düşüklük gözlenmiştir. Diğer klinik bulguların BYKÖ ile yaşam kaliteleri üzerinde anlamlı bir etki ortaya çıkarmadıkları görülmüştür (p>0,05) (Tablo 2). Aktif artrit ve tromboflebiti olan Behçet hasta sayısının azlığı sebebiyle anlamlı bir istatistiksel değerlendirme yapılamamıştır. Hastaların yaşlarının yaşam kalitesi ile ilişkisini değerlendirmek amacıyla BYKÖ ile Pearson korelasyon testi ile korelasyonuna bakılmıştır. Yaşam kalitesi üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı görülmüştür (p=0,836).

### Dermatolojik Yaşam Kalite İndeksi ile Behçet ve Rekürren aftöz stomatit hastalarının yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi

Behçet hastaları DYKİ toplam ve alt ölçek puanları Mann-Whitney U test ile incelendiğinde cinsiyet, hastalık aktivitesi, hastalık süresinin ve Spearman korelasyon analizi ile yaşın yaşam kalitesi üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı görülmüştür (p>0,05).

Behçet hastalarının aktif klinik bulguları ve tutulumlarının etkisi incelendiğinde, aktif genital ülser varlığının DYKİ alt ölçeklerinden "boş zamanı değerlendirme" alt ölçeği üzerinde, aktif papülopüstüler lezyon (PPL) varlığının DYKİ toplam puan ve alt ölçeklerden "boş zamanı değerlendirme" ve " okul/iş hayatı" üzerinde yaşam kalitesini olumsuz etkilediği görülmüştür (Tablo 3).

RAS hastalarının aktif oral aft varlığının ve yaşın DYKİ toplam ve alt ölçek puanları üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı görülmüştür (p>0,05). Cinsiyetin DYKİ toplam puan üzerine anlamlı bir etkisi olmadığı izlenirken (p>0,05); DYKİ alt ölçeklerinden "günlük aktiviteler" ile "boş zamanı değerlendirme" alanlarında kadın RAS hastalarının yaşam kalitelerinde düşüklük izlenmiştir. RAS hastaları için "günlük aktiviteler" ölçeği üzerinde hastalık süresinin anlamlı bir fark yarattığı görülmüştür. Hastalık süresi kronik olanların "günlük aktiviteler" alanında yaşam kalitelerinin düşük olduğu anlaşılmıştır (Tablo 3).

### Behçet ve Rekürren aftöz stomatit hastalarının Dermatolojik Yaşam Kalite İndeksi Ölçeği'ne göre yaşam kalitelerinin karşılaştırılması

RAS ve Behçet hastalarının DYKİ toplam ve alt ölçeklerinde aldıkları puan ortalamaları arasında Mann-Whitney U test ile anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür (p>0,05). Bu da bu iki grup hastanın DYKİ puan ortalamalarının birbirleri ile benzer olduğunu göstermektedir.

### Kısa Form-36 (SF-36) ile Behçet ve Rekürren aftöz stomatit hastalarının yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi

Behçet hastalarının yaşın, cinsiyetin, hastalık süresi ve hastalık aktivitesinin SF-36 alt ölçek puanları üzerinde anlamlı bir etkisi saptanmazken (p>0,05) aktif klinik bulguların etkisi değerlendirildiğinde; aktif oral aft ve genital ülser varlığının, SF-36 alt ölçeklerine anlamlı bir etkisi saptanmamıştır (p>0,05). Başvurusu sırasında eritema nodosum benzeri lezyon (ENBL) varlığının, SF-36 alt ölçeklerinden sosyal fonksiyon, mental sağlık ve ağrı alt ölçekleri üzerinde anlamlı bir etkisini olduğu

**Tablo 1. Behçet hastalarında geçirilmiş ve mevcut aktif bulgular**

Klinik tutulum	Behçet hastalarında geçirilmiş klinik bulgular		Behçet hastalarında mevcut aktif klinik bulgular	
	Sayı (n=40)	%	Sayı (n=40)	%
Tekrarlayan oral aft	40	100	20	50
Genital ülser	26	65	10	25
Eritema nodosum benzeri lezyon	14	35	9	22,5
Papülopüstüler lezyon	26	65	8	20
Yüzeysel tromboflebit	1	2,5	1	2,5
Göz tutulumu	19	47,5	5	12,5
Artrit	8	20	2	5
Nörolojik tutulum	2	5	0	0
Vasküler tutulum	5	12,5	0	0
Paterji pozitifliği	16	40	-	-

görülmüştür. PPL varlığının, SF-36 alt ölçeklerinden, fiziksel fonksiyon, emosyonel soruna bağlı kısıtlılık ve ağrı alt ölçekleri üzerinde anlamlı bir etkisini olduğu görülmüştür (Tablo 3).

RAS hastalarında yaşın SF-36 üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı görülmüştür ( $p>0,05$ ). Cinsiyet açısından değerlendirildiğinde ise kadın olmanın "emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılığı" SF alt ölçeği üzerinde anlamlı bir fark yarattığı görülmüştür (Tablo 3). Hastalık süresi ile hastalık bulgularından aktif oral aft varlığının SF-36 alt ölçek puanları üzerinde anlamlı bir etkisi saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

### Behçet, Rekürren aftöz stomatit hastası ve sağlıklı kontrollerin Kısa Form-36 Ölçeğine göre yaşam kalitelerinin karşılaştırılması

"Fiziksel Fonksiyon", "Fiziksel fonksiyona bağlı rol kısıtlılıkları", "ağrı" ve "Sağlığın genel algılanması" alt ölçekleri puanlarının gruplar arası anlamlı fark yarattığı gözlenmiştir (sırasıyla  $p=0,001$ ,  $p=0,003$ ,  $p=0,016$ ,  $p<0,001$ ). Ancak diğer SF-36 alt ölçek puanlarına bakıldığında hasta ve sağlıklı kontrol grubu arasında yaşam kaliteleri arasında fark olmadığı görülmüştür ( $p>0,05$ ).

Yaşam kalitelerinin ikili gruplar arasındaki dağılımı incelendiğinde; Behçet hastalarının "Fiziksel Fonksiyon", "Fiziksel fonksiyona bağlı rol kısıtlılıkları", "ağrı" ve "Sağlığın genel algılanması" alt ölçeklerinin puanları (sırasıyla  $ort=76,88\pm22,44$ ,  $ort=60,21\pm42,83$ ,  $ort=63,63\pm29,47$ ,  $ort=54,00\pm24,68$ ); kontrol grubunda ( $ort=93,13\pm10,42$ ,  $ort=90,31\pm21,65$ ,  $ort=79,13\pm17,90$ ,  $ort=74,00\pm14,51$ ) olanlara göre anlamlı derecede düşük olduğu bulunmuştur (sırasıyla  $p$  değerleri  $p<0,01$ ,  $p=0,001$ ,  $p=0,016$ ,  $p<0,001$ ). RAS hastalarının ise, "Fiziksel Fonksiyon" ve "Sağlığın genel algılanması" alt ölçek puanlarının (sırasıyla  $ort=83,00\pm21,24$ ,  $ort=61,88\pm19,47$ ), kontrol grubunda ( $ort=93,13\pm10,42$ ,  $ort=74,00\pm14,51$ ) olanlara göre anlamlı derecede düşük olduğu bulunmuştur (sırasıyla  $p$  değerleri  $p=0,018$ ,  $p=0,021$ ).

Behçet ve RAS hastalarının SF-36 alt ölçekleri puanlarına göre yaşam kalitelerinde fark olmadığı görülmüştür ( $p>0,05$ ).

### Tartışma

Son yıllarda, fizyolojik ya da ruhsal bir patolojinin olumsuz etkileri hakkında hastanın kendini değerlendirmesi ve farkındalığı önem kazanmıştır. Böylece, tıbbın bütün alanlarında hastaya bütünsel olarak yaklaşma, fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan iyilik durumunu ölçmek amacıyla yaşam kalitesi kavramı ortaya çıkmıştır<sup>26</sup>. BH'nin yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz etkilerine dair yapılmış çalışmalar mevcuttur<sup>7-10</sup>. Bu çalışmalarda BH'nin yaşam kalitelerindeki düşüşe ek olarak depresyon oranlarının arttığı, hayattan zevk alma indekslerinin düştüğü gözlenmiştir<sup>9,10</sup>. BH ile yapılan çalışmalarda yaşam kalitesini değerlendirme amaçlı dermatoloji ve genel sağlığa özgü testler kullanılmıştır. BYKÖ son yıllarda tanımlanmış yeni bir ölçektir<sup>11,12</sup>. Çalışmamızda BH olgularının yaşam kaliteleri, hastalığa özgü ölçeklerin değişime daha spesifik olması ve hastanın hayatına hastalığın etkisini yansıtmada yeterli bilgi sağlanması amacıyla BYKÖ ile değerlendirilmiş; RAS ve sağlıklı kontroller ile karşılaştırılması genel sağlık ölçekleri ile yapılmıştır.

BH olguları yaşam kaliteleri, BYKÖ ile değerlendirildiğinde kadın cinsiyette olmanın, hastalığının aktif dönemde olmasının ve aktif oral aft varlığının yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği görülmüştür. Buna karşın DYKÖ ve SF-36 ölçekleri ile aktif genital ülser, ENBL ve PPL varlığının yaşam kalitesini belirli alanlarda düşürdüğü gözlenmiştir. Buna göre, uygulanan ölçekler ile hastaların yaşam kalitelerini etkileyen faktörler değişiklik göstermektedir.

BYKÖ'nün Koreliler üzerindeki çalışmasında, benzer şekilde kadın BH olgularının yaşam kaliteleri düşük bulunurken<sup>20</sup>; yine çalışmamıza

**Tablo 2. Behçet hastalarında Behçet hastalığı yaşam kalite ölçeğini etkileyen değişkenler**

Hasta ve hastalığa ait değişkenler		Ortalama BYKÖ puanı ± Standart sapma	p	Klinik bulgu aktivitesi	Ortalama BYKÖ puanı ± Standart sapma	p
Cinsiyet	Kadın (n=25)	10,52±5,80	0,015*	Aktif oral aft olan hastalar (n=20)	10,70±6,90	0,041*
	Erkek (n=15)	5,47±6,44		Aktif oral aft olmayan hastalar (n=20)	6,55±5,38	
Behçet hastalığı aktivitesi	BH aktif hastalar (n=24)	10,37±6,38	0,034*	Aktif genital ülser olan hastalar (n=10)	9,30±7,80	0,745
	BH aktif olmayan hastalar (n=16)	6,00±5,8		Aktif genital ülseri olmayan hastalar (n=30)	8,40±6,08	
Hastalık süresi	1 yıldan kısa süredir (n=8)	6,75±4,13	0,234	Aktif ENBL olan hastalar (n=9)	10,0±5,17	0,413
	1 yıldan uzun süredir (n=32)	9,09±6,89		Aktif ENBL olmayan hastalar (n=31)	8,22±6,81	
				Aktif PPL olan hastalar (n=8)	10,50±7,23	0,421
				Aktif PPL olmayan hastalar (n=32)	8,15±6,28	
			Aktif göz tutulumu olan hastalar (n=5)	5,60±4,92	0,209	
			Aktif göz tutulumu olmayan hastalar (n=35)	9,05±6,59		

t-testi, \* $p<0,05$ , PPL: Papülopüstüler lezyon, BYKÖ: Behçet hastalığı Yaşam Kalite ölçeği, ENBL: Eritema nodosum benzeri lezyon, BH: Behçet hastalığı



benzer şekilde Kılınç ve ark.<sup>7</sup> DYKİ ile, Tanrıverdi ve ark.<sup>27</sup> oküler BH'de SF-36 ölçeği ile cinsiyetler arası yaşam kalitelerinde fark saptamamıştır. BH'de erkeklerde hastalığın daha şiddetli seyrettiği, sistemik tutulumun daha sık gözleendiği ve prognozun daha kötü gittiği bilinmektedir<sup>28,29</sup>. Ancak depresyon oranlarının kadınlarda erkeklerden daha sık olduğu<sup>30</sup> ve kadınların psikososyal ve duygudurum bozukluklarına daha yatkın oldukları görülmüştür<sup>31</sup>. Çalışmalarda kadın BH olgularının, hastalıkla başa çıkma stratejilerinin erkeklerden daha farklı olduğu ve hastalığa bağlı stresten ağrı algılamasının artabileceği belirtilmiştir<sup>9,27,28</sup>. Çalışmamızda RAS hastalarında da kadınlarda DYKİ ile günlük aktivitelerinde ve boş zamanlarını değerlendirmede sıkıntı ve SF-36 ölçeği ile emosyonel sorunlara bağlı kısıtlılık yaşadıkları görülmüştür. Benzer şekilde, Mumcu ve ark.<sup>13</sup> oral sağlık ilişkili yaşam kalitelerini BH ve RAS hastalarında değerlendirdiğinde kadınların yaşam kalitelerinin erkeklere göre daha düşük olduğunu, oral sağlığın sosyal ve psikolojik algılanmasının cinsiyetler arası farklılık gösterdiğini belirtmişlerdir. Bu sebeple çalışmamızda BH ve RAS kadın hasta grubunun yaşam kalitelerindeki düşüklük, kadınların hastalıklarını ve ağrıyı algılamasının erkeklerden farklı olmasıyla, strese ve psikolojik bozukluklara daha yatkın olmalarıyla açıklanabilir.

BYKÖ'yü geliştiren Gilworth ve ark.<sup>11</sup> ve Koreliler üzerindeki güvenilirlik, geçerlilik çalışmasında, ölçeğin beraberinde BDCAF uygulanmış ve

çalışmamız ile uyumlu olarak BH aktivitesiyle, yaşam kalitesindeki düşüklük korele bulunmuştur<sup>20</sup>. Arap versiyonunda ise hastalık ciddiyeti skoru kullanılmış ve hastalık ciddiyeti yaşam kalitesi ile aynı şekilde korele olarak gözlenmiştir<sup>19</sup>. BH gibi kronik hastalıkların geçici veya kalıcı bir takım fonksiyonel bozukluklara, psikiyatrik hastalıklara yol açabileceği bilinmektedir<sup>32</sup>. Kronik bir hastalık olarak BH, bireyin ruhsal ve bedensel sağlığını etkileyerek yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir<sup>33</sup>. Tanrıverdi ve ark.<sup>27</sup> BH gibi kronik hastalıkların duygudurum bozuklukları ile ilişkili olabileceğini, hastanın günlük yaşamını negatif yönde etkileyebileceğini bildirmişlerdir. Çalışmamızda, RAS hastalarında kronisitenin hastaların günlük aktiviteleri üzerindeki olumsuz etkisi belirlenmiştir. Uzun süre geçmeyen tekrarlayan ağrılı oral aftların günlük aktiviteyi etkilemesi şaşırtıcı bir bulgu olarak gözükmemektedir. Ancak, kronisitenin uygulanan tüm ölçekler ile Behçet hastalarının yaşam kalitesi üzerine etkisi saptanmamıştır. BH gibi ataklar ve remisyon dönemleriyle seyredabilen kronik ürtiker hastalarında yapılan bir çalışmada benzer şekilde hastalık süresinin yaşam kalitesine etkisi saptanmamıştır<sup>34</sup>. Çalışmamız bulgularına dayanılarak, hastalık süresinden çok BH'nin alevlenme dönemlerinin yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin daha belirgin olduğu gözükmektedir. Karlıdağ ve ark.<sup>35</sup> yaptıkları çalışmada BH'nin relaps döneminde hastaların depresyon skorlarının arttığı gözlenmiştir ve hastaların

**Tablo 3. Behçet ve Rekürren aftöz stomatit hastalarında Dermatolojik Yaşam Kalite indeksi ve SF-36 ölçek puanlarını etkileyen faktörler**

Etkilenen ölçek	Behçet hastalarında etkileyen faktör	p	Rekürren aftöz stomatit hastalarında etkileyen faktör	p
DYKİ toplam	Aktif papülopüstüler lezyon varlığı (ort (aktif)=8,5±5,15 > ort (inaktif) 3,40±4,49)	0,009*		
DYKİ "Boş zamanı değerlendirme"	Aktif papülopüstüler lezyon varlığı (ort (aktif)=1,37±1,59 > ort (inaktif)=0,31±0,96)	0,023*	Kadın cinsiyet (ort (kadın)=0,59±0,95 > ort (erkek)=0,22±0,94)	0,034*
	Aktif genital ülser varlığı (ort (aktif)=1±1,33 > ort (inaktif)=0,36±1,09)	0,026*		
DYKİ "Okul-iş hayatı"	Aktif papülopüstüler lezyon varlığı (ort (aktif)=2,62±0,74 > ort (inaktif)=0,62±1,03)	<0,001*		
DYKİ "Günlük aktiviteler"			Kadın cinsiyet (ort (kadın)=0,68±1,12 > ort (erkek)=0,33±1,41)	0,034*
			Kronisite (ort (kronik)=0,62±0,83 > ort (akut)=0,12±0,34)	0,039*
SF-36 "Sosyal fonksiyon"	Aktif eritema nodosum benzeri lezyon varlığı (ort (aktif)=68,06±20,83 <ort (inaktif)=82,42±25,16)	0,03*		
SF-36 "Mental sağlık"	Aktif eritema nodosum benzeri lezyon varlığı (ort (aktif)=47,56±16,30 <ort (inaktif)=64,12±22,23)	0,045*		
SF-36 "Ağrı"	Aktif papülopüstüler lezyon varlığı (ort (aktif)=43,75±9,92 < ort (inaktif)=68,59±4,96)	0,031**		
	Aktif eritema nodosum benzeri lezyon varlığı (ort (aktif)=41,94±19,11 <ort (inaktif)=69,92±29,15)	0,01**		
SF-36 " Fiziksel fonksiyon"	Aktif papülopüstüler lezyon varlığı (ort (aktif)=61,25±7,52 <ort (inaktif)=80,78±3,76)	0,044*		
SF-36" Emosyonel sorunlara bağlı kısıtlılık"	Aktif papülopüstüler lezyon varlığı (ort (aktif)=41,66±13,23 <ort (inaktif)=73,02±6,62)	0,027*	Kadın cinsiyet (ort (kadın)=48,48±39,47 < ort (erkek)=87,03±32,62)	0,002*

\*Mann-Whitney U test, \*\*T-test, p<0,05, DYKİ: Dermatolojik yaşam kalite indeksi, RAS: Rekürren aftöz stomatit, SF-36: Kısa form-36

%79,4'ünün bu dönemlerde strese girdiklerini tariflemişlerdir. Epstein ve ark.'nın<sup>36</sup> yaptığı çalışmada ise, hastalığın alevlenme dönemleri ile hastaların karakter koruma mekanizmaları arasında ilişki olduğu bildirilmiştir. Bu dönemlerde psikik rahatsızlıklar görülebilir. Çalışmaların da desteklediği gibi hastalığın aktif dönemleri hastaların stres cevaplarını, hastalığa karşı korunma mekanizmalarını harekete geçirebilir, depresif semptomları arttırabilir. Dolayısıyla hastalar kronisiteye adaptasyon geliştirse bile, hastalık aktivasyonu BH'de yaşam kalitesini etkileyen majör faktörlerden kabul edilebilir.

Çalışmamızda aynı zamanda Behçet hastalarının yaşam kalitelerini hangi aktif bulgunun etkilediği değerlendirilmiştir.

Oral sağlık durumunun yaşam kalitesiyle ilgili olduğu ve azalmış oral sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin kötü oral sağlık durumu ile ilişkili olduğu belirtilmiştir<sup>37</sup>. Aktif oral aftı olan Behçet hastalarının BYKÖ ile yaşam kalitelerinde azalma görülmüştür. Çalışmamıza benzer şekilde BH'de oral aft varlığının yaşam kalitesini fiziksel ve duygusal açıdan etkilediği çalışmalarda gösterilmiştir<sup>7,8</sup>. Oral patolojiler çoğunlukla ölümcül olmamasına rağmen, fiziksel, sosyal ve psikolojik yönden yaşam kalitelerini etkileyerek önemli morbiditeye yol açar. Ağız boşluğu kendine güven, kendini ifade etme, iletişim ve artmış fasyal estetik kaygısıyla ilişkilidir<sup>37</sup>. Ağrı, oral fonksiyon ve diğer günlük aktiviteleri kısıtlar ve bahsedilen özellikleri etkileyerek fiziksel ve fonksiyon bozukluğuna yol açabilir. Bu sebeple oral aftlara bağlı ağrıya yönelik tedaviler oral yaşam kalitesini iyileştirebilir. Çalışmamızda aktif oral aft varlığının RAS hastalarının yaşam kalitelerini etkileyen faktörlerden olmadığı görülmektedir. Benzer şekilde Mumcu ve ark.<sup>17</sup> çalışmasında Behçet hastalarının oral ilişkili yaşam kalitesini RAS hastalarından düşük bulunmuştur. Bu bulgu, RAS ve BH oral aftlarının bazı özelliklerinin farklılığından kaynaklanıyor olabilir. BH'de oral aft sıklığı daha fazla ve iyileşme süreleri daha uzundur.

Blackford ve ark.<sup>38</sup> semptomlar ve duygular ile kişisel ilişkilerin en çok orogenital ülserden etkilendiğini; Bodur ve ark.<sup>9</sup> ile Kılınç ve ark.<sup>7</sup> yaşam kalitesini etkileyen faktörler arasında genital ülser olduğunu belirtmişlerdir. Çalışmamızda aktif genital ülser en çok hastaların boş zamanlarını değerlendirmelerini etkilemiştir. Bodur ve ark.,<sup>9</sup> ağrılı ülserlerin ağrının yanında kendini değerlendirme, seksüel fonksiyonlar ve stres ile negatif duygular üzerinde etkili olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca hastaların genital ülser tedavilerinde yaş pansuman gibi topikal tedavilerin de günlük aktiviteleri ve boş zamanlarını değerlendirmelerini etkileyebileceği düşünülebilir.

Çalışmamızda BH deri belirtilerinden PPL ile ENBL'nin farklı alanlarda yaşam kalitesini olumsuz etkilediği görülmüştür. BH deri belirtileri, uluslararası BH kriterlerine göre, ENBL, psödofolikülit, PPL veya akneiform lezyonlar olarak tanımlanmıştır<sup>39</sup>. PPL klinikte en sık gözlenen deri belirtisidir<sup>40</sup>. Hastaların %40-70'inde beklenen bir bulgudur<sup>41</sup>. Çalışmamızda literatüre dayanılarak hastaların seboreik olmayan bölgelerindeki, foliküler yerleşim göstermeyen eritemli papül ve püstüller PPL olarak kabul edilmiştir<sup>42</sup>. Literatürde, BH'de PPL'nin yaşam kalitesine etkisi saptanmamıştır<sup>11,13,18,43</sup>. Ayrıca bazı çalışmalarda deri lezyonlarının birlikte ele alındığı, ENBL, PPL olarak ayrılmadığı dikkat çekmiştir<sup>13,43</sup>. Çalışmamızda, PPL'nin hastaların boş zamanı değerlendirme, okul/iş hayatlarını olumsuz etkilediği, ağrı skorlarını arttırdığı ve fiziksel fonksiyonlarında ve emosyonel sorunlara bağlı kısıtlılığa sebep olduğu gösterilmiştir. BH'de lezyonların görünür olmamasına rağmen yaşam kalitesini özellikle sosyal durumlarda olumsuz etkileenebileceği bildirilmiştir<sup>38</sup>.

PPL çoğunlukla alt ekstremitelere yerleşir, ancak daha az sıklıkla gövde ile vücudun daha görünür bölgeleri olan üst ekstremitelere, yüz ve boyunda da görülebilirler<sup>41</sup>. Görünümü etkileyen deri lezyonlarının ciddi bir klinik semptomu yol açmaksızın psikososyal hayat üzerinde olumsuz etkileri olabilir. Bu sebeple PPL'nin görünür olması, hastalarda utanma ve mental stres ile okul, iş ve sosyal hayatlarındaki yaşam kalitesini anksiyete, depresyon ve sosyal fobiye yol açarak olumsuz yönde etkileyebilir<sup>44</sup>. BH'de ikinci sıklıkta görülen bir diğer deri belirtisi olan ENBL'nin çalışmamızda, BH olgularının sosyal fonksiyonları ve mental fonksiyonları üzerinde olumsuz etkisi olduğu ve ağrı skorlarını arttırdığı görülmüştür. Benzer şekilde Kılınç ve ark.,<sup>7</sup> ENBL'nin sosyal yaşam alanı, semptomları ve günlük aktivitelerini olumsuz etkilediğini belirtmişlerdir. ENBL'nin ve PPL'nin yol açtığı ağrı semptomu yaşam kalitesini farklı alanlarda olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Çünkü Bernabe ve ark.'na<sup>43</sup> göre, BH olgularında ağrı en çok etkilenen alan olarak bildirilmiştir. Çalışmamızda deri lezyonlarının yaşam kalitesi üzerinde belirgin etkisi gözlenirken, yapılan çalışmaların aksine<sup>8,9,18,27,32,38</sup> göz, eklem ve diğer sistemik tutulumların yaşam kalitesi üzerine etkisi saptanmamıştır. Bunun sebebi olarak çalışmaya alındıkları dönemde aktif organ ve/veya sistemik tutulumu olan hasta sayısının azlığı gösterilebilir.

BH'nin genç yaşta aktif ve oküler, gastrointestinal, nörolojik ve vasküler tutulum gibi sistemleri tutarak kötü prognozla seyrettiği bilinmektedir<sup>28,45</sup>. Ancak çalışmamızda yaşın yaşam kalitesi üzerine etkisi her iki hasta grubunda da gözlenmemiştir. Önal ve ark.<sup>8</sup> tarafından yapılan göz tutulumu olan BH hastalarında yapılan çalışmada, çalışmamızla uyumlu olarak yaşın yaşam kalitesi üzerine etkisini saptanmamıştır. Touma ve ark.<sup>19</sup> BH'de yaşlılarda yaşam kalitesini daha düşük bulmuşlardır. Taner ve ark.<sup>46</sup> genç yaşta Behçet hastalarının anksiyete skorlarını, yaşlılarda ise depresyon skorlarını yüksek bulmuştur. Her iki çalışma da yaşlılardaki düşük yaşam kalitesini ve artmış depresyon oranını hastalık süresinin uzamasına bağlamışlardır. Özetle, BH her yaşta yaşam kalitesini etkileyebilen sistemik bir hastalık olarak gözükmemektedir.

Behçet hastalarının ve sağlıklı kontrollerin yaşam kaliteleri SF-36 ile karşılaştırıldığında literatürle uyumlu olarak BH olgularının özellikle yaşamlarının fiziksel hareketlere bağlı alanlarında kısıtlanma yaşadıkları, ağrı ve genel sağlık algılarının normal popülasyona göre bozulduğu gözlenmektedir<sup>9,18,27</sup>.

Behçet ve RAS hastalarının yaşam kaliteleri DYKİ ve SF-36 ölçeklerine göre karşılaştırıldığında ise anlamlı fark olmadığı gözlenmiştir. RAS ve sağlıklı kontrollerin yaşam kaliteleri SF-36 ile değerlendirildiğinde, "Fiziksel Fonksiyon" ve "Sağlığın genel algılanması" alt ölçeklerinde RAS hastalarının yaşam kalitelerinin sağlıklı kişilere göre etkilendiği görülmüştür. Mumcu ve ark.<sup>17</sup> Behçet hastalarının yaşam kalitelerini, RAS hastaları ve sağlıklı kontrollere göre düşük bulunmuştur. RAS hastaları ve sağlıklı kontroller arası oral sağlıkla ilişkili yaşam kalitelerinde fark bulunmamıştır. Oral sağlık yaşam kalitelerinin yanında SF-36 ölçeği ile yaşam kalitelerinin değerlendirdiği çalışmada, çalışmamızla uyumlu olarak Behçet hastalarının yaşam kalitelerini sağlık kontrollerden düşük olduğunu görmüştür. RAS hastalarının yaşam kaliteleri ise ağrı ve mental sağlık dışında Behçet hastalarından daha iyi bulunmuştur. Çalışmamızda Mumcu ve ark.'nın<sup>17</sup> tersine Behçet ve RAS hastalarının yaşam kaliteleri arasında fark yoktur. Ortak bulgu olan tekrarlayan oral aftın, her iki hastalık grubunun yaşam kalitelerini belirlemede önemli

bir etkileyici bir faktör olabileceği düşünülebilir. Ayrıca çalışmamızdaki BH olgularının çoğunun mukokutanöz tutulumla seyretmesi, sistemik veya organ tutulumu olan BH olgusunun azlığı da RAS ve BH olgularının yaşam kalitelerinin benzerliğini açıklayabilir. Çalışmamıza benzer şekilde Mumcu ve ark.'nın<sup>17</sup> çalışmasında "Genel sağlık" alanında RAS hastalarının yaşam kalitelerinin sağlıklı kontrollerden azalmış olduğu gözlenmiştir.

Sonuç olarak;

1. Behçet hastalarının yaşam kaliteleri, sağlıklı popülasyondan düşük bulunmuştur. BH, özellikle fiziksel işlevleri olumsuz etkilemekte, hastanın genel sağlığı kötü algılanmasına ve ağrı algısının artmasına yol açmaktadır. Hastalığın relaps dönemlerinde tekrarlayan oral aft, genital ülser ve deri belirtileri, hastaların yaşam kalitelerini farklı alanlarda etkilemektedir. Bu bulgular, hastaların hastalığa ve tedaviye uyum süreçlerini etkileyebilir. Hastalığın seyri sırasında aktivasyon dönemlerinin stresle tetiklendiği ve bu dönemlerde yaşam kalitesinin belirgin azaldığı da dikkate alınarak, relaps dönemindeki hastalarda özellikle sıkıntı yaşadıkları semptomlara önem verilmesi, gerekirse psikiyatrik semptomlar açısından da değerlendirilerek desteklenmesi ve tedaviye yön verilmesi hastanın yaşam kalitesini olumlu yönde artırabilir.
2. Behçet ve RAS hastalarının yaşam kaliteleri arasında fark görülmemiştir. Ayrıca çalışmada, Behçet hastalarının yaşam kalitesine belirgin olarak mukokutanöz bulgularının etkisi saptanmıştır. Bu bulgular, Behçet hastalarının çalışmaya katıldıkları sırada aktif mukokutanöz tutulumlarının olmasından ve aktif organ ve/veya sistemik tutulumlarının olmamasından kaynaklanıyor olabilir. Bu, çalışmanın kısıtlılığı olarak değerlendirilebilir. Daha fazla sayıda ve mukokutanöz tutulumun yanında aktif organ ve/veya sistemik tutulumu olan BH olgularının yaşam kalitelerinin ileri çalışmalarla değerlendirilmesi uygun olabilir.
3. Hastalığa özgü yaşam kalitesi değerlendirilmesi amaçlı ölçekler hastalığın hayat kalitesine etkisini farklı alanlarda daha spesifik yansıtabilir ve çalışmada BYKÖ genel sağlığa özgü ölçeklerden farklı sonuçlarla karşımıza çıkmıştır. Behçet hastalarının takip ve tedavileri süresince BYKÖ ile rutin olarak yaşam kaliteleri değerlendirilerek, akılcı ve multidisipliner yaklaşımla, hastayı etkileyen majör faktörler üzerine eğilerek tedaviye uyumları artırılabilir, hatta atakların azaltılması ve hastalığın seyrinin iyileşmesinin mümkün olabileceği düşünülebilir.

## Yazarlık Katkıları

*Etik Kurul Onayı: Çalışma için Ufuk Üniversitesi Dr. Rıdvan Ege Hastanesi Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır. Hasta Onayı: Çalışmamıza dahil edilen tüm hastalardan bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır. Konsept: Burcu Tuğrul Ayanoğlu, Aysel Gürler, Fatma Gülrü Erdoğan, Özge Gündüz, Dizayn: Burcu Tuğrul Ayanoğlu, Aysel Gürler, Veri Toplama veya İşleme: Burcu Tuğrul Ayanoğlu, Aysel Gürler, Fatma Gülrü Erdoğan, Özge Gündüz, Aslıhan Alhan, Analiz veya Yorumlama: Burcu Tuğrul Ayanoğlu, Aysel Gürler, Fatma Gülrü Erdoğan, Özge Gündüz, Aslıhan Alhan, Literatür Arama: Burcu Tuğrul Ayanoğlu, Yazan: Burcu Tuğrul Ayanoğlu, Hakem Değerlendirmesi: Editörler kurulu ve editörler kurulu dışında olan kişiler tarafından değerlendirilmiştir. Çıkar Çatışması: Yazarlar bu makale ile ilgili olarak herhangi bir çıkar çatışması bildirmemiştir. Finansal Destek: Çalışmamız için hiçbir kurum ya da kişiden finansal destek alınmamıştır.*

## Kaynaklar

1. Yurdakul S, Yazıcı H: Behçet's syndrome. Best Pract Res Clin Rheumatol 2008;22:793-809.
2. Önder M, Gürer MA: The multiple faces of Behçet's disease and its aetiological factors. J Eur Acad Dermatol Venereol 2001;15:126-36.
3. Chattopadhyay A, Shetty KV: Recurrent aphthous stomatitis. Otolaryngol Clin North Am 2011;44:79-88.
4. Preeti L, Magesh KT, Rajkumar K, Karthik R: Recurrent aphthous stomatitis. J Oral Maxillofac Pathol 2011;15:252-6.
5. Scully C: Aphthous ulceration. N Engl J Med 2006;355:165-72.
6. Saxena S, Orley J; WHOQOL Group. Quality of life assessment: the world health organization perspective. Eur Psychiatry 1997;12(suppl.3):263-6.
7. Kılınc Y, Yıldırım M, Ceyhan AM: Behçet hastalarında yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. S.D.Ü. Tıp Fak. Derg 2009;16:6-10.
8. Onal S, Savar F, Akman M, Kazokoglu H: Vision and health related quality of life in patients with Behçet uveitis. Arch Ophthalmol 2010;128:1265-71.
9. Bodur H, Borman P, Özdemir Y, Atan Ç, Kural G: Quality of life and life satisfaction in patients with Behçet's disease: relationship with disease activity. Clin Rheumatol 2006;25:329-33.
10. Uğuz F, Dursun R, Kaya N, Cilli AS: Quality of life in patients with Behçet's disease: the impact of major depression. Gen Hosp Psychiatry 2007;29:21-4.
11. Gilworth G, Chamberlain MA, Bhakta B, Haskard D, Silman A, Tennant A: Development of the BD-QoL: a quality of life measure specific to Behçet's disease. J Rheumatol 2004;31:931-7.
12. Erdoğan Z, Pinar R: Evaluation of quality of life in Behçet's disease. Eur J Intern Med 2009;20(suppl 1):s156-7.
13. Mumcu G, Hayran O, Ozalp DO, et al: The assessment of oral health-related quality of life by factor analysis in patients with Behçet's disease and recurrent aphthous stomatitis. J Oral Pathol Med 2007;36:147-52.
14. Türsen Ü: Behçet hastalığında aktivite belirteçleri. Turkderm 2009;43 Özel Sayı 2:74-86.
15. Lawton G, Bhakta BB, Chamberlain MA, Tennant A: The Behçet's disease activity index. Rheumatology 2004;43:73-8.
16. Hamuryudan V, Fresko I, Direskeneli H, et al: Evaluation of the turkish translation of a disease activity form for Behçet's syndrome. Rheumatology (Oxford) 1999;38:734-6.
17. Mumcu G, Inanc N, Ergun T, et al: Oral health related quality of life is affected by disease activity in Behçet's disease. Oral Dis 2006;12:145-51.
18. Ertam I, Kitapcioglu G, Aksu K, et al: Quality of life and its relation with disease severity in Behçet's disease. Clin Exp Rheumatol 2009;27(2 Suppl 53):18-22.
19. Touma Z, Ghandour L, Sibai A, et al: Cross-cultural adaptation and validation of Behçet's disease quality of life questionnaire. BMC Med Res Methodol 2011;11:52.
20. Yi SW, Kim JH, Lim KY, Bang D, Lee S, Lee ES: The Behçet's disease quality of life: reliability and validity of the korean version. Yonsei Med J 2008;49:698-704.
21. Finlay AY, Khan GK: Dermatology life quality index (DLQI)-a simple practical measure for routine clinical use. Clin Exp Dermatol 1994;19:210-6.
22. Öztürkcan S, Ermertcan AT, Eser E, Sahin MT: Cross validation of the turkish version of dermatology life quality index. Int J Dermatol 2006;45:1300-7.
23. Balci DD, Inandı T: Dermatology life quality index scores in lichen planus: comparison of psoriasis and healthy controls. Turkderm 2008;42:127-30.
24. McHorney CA, Ware JE Jr, Raczek AE: The mos 36-item short-form health survey (SF-36): II. psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. Med Care 1993;31:247-63.
25. Koçyiğit H, Aydemir Ö, Fişek G: Kısa form-36'nın türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. İlaç ve Tedavi Dergisi 1999;12:102-6.
26. Beşiroğlu L, Uğuz F, Sağlam M, Yılmaz E, Ağargün MY, Aşkın R: Obsessif kompulsif bozuklukta yaşam kalitesi ile ilişkili etkenler. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2007;8:5-13.
27. Tanrıverdi N, Taskintuna Y, Dürü Ç, Özdal P, Ortaç S, Fırat E: Health-related quality of life in Behçet patients with ocular involvement. Jpn J Ophthalmol 2003;47:85-92.
28. Türsen U, Gürler 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.
29. Alpsoy E, Donmez L, Onder M, et al: Clinical features and natural course of Behçet's disease in 661 cases: a multicentre study. Br J Dermatol 2007;157:901-6.



30. Weissman MM, Bland R, Joyce PR, Newman S, Wells JE, Wittchen HU: Sex differences in rates of depression: cross-national perspectives. *J Affect Disord* 1993;29:77-84.
31. Kroenke K, Spitzer RL: Gender differences in the reporting of physical and somatoform symptoms. *Psychosom Med* 1998;60:150-5
32. Gur A, Sarac AJ, Burkan YK, Nas K, Cevik R: Arthropathy, quality of life, depression, and anxiety in Behçet's disease: relationship between arthritis and these factors. *Clin Rheumatol* 2006;25:524-31.
33. Uğuz F, Dursun R, Kaya N, Çilli AS: Behçet hastalarında ruhsal belirtiler ve yaşam kalitesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2006;7:133-9.
34. Staubach P, Eckhardt-Henn A, Dechene M, et al: Quality of life in patients with chronic urticaria is differentially impaired and determined by psychiatric comorbidity. *Br J Dermatol* 2006;154:294-8.
35. Karlıdag R, Unal S, Evreklioğlu C, Sipahi B, Er H, Yoloğlu S: Stressful life events, anxiety, depression and coping mechanisms in patients with Behçet's disease. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2003;17:670-5.
36. Epstein RS, Cummings NA, Sherwood EB, Bergsma DR: Psychiatric aspects of Behçet's syndrome. *J Psychosom Res* 1970;14:161-72.
37. Kushner D, Zusman SP, Robinson PG: Validation of hebrew version of the oral health impact profile 14. *J Public Health Dent* 2004;64:71-5.
38. Blackford S, Finlay AY, Roberts DL: Quality of life in Behçet's syndrome: 335 patients surveyed. *Br J Dermatol* 1997;136:293.
39. Criteria for diagnosis of Behçet's disease. International Study Group for Behçet's Disease. *Lancet* 1990;335:1078-80.
40. Alpsoy E: Mucocutaneous lesions of Behçet's disease. *Turkderm* 2003;37:92-9.
41. Boyvat A, Okçu Heper A, Koçyigit P, Ereku S, Gürgey E: Can specific vessel-based papulopustular lesions of Behçet's disease be differentiated from nonspecific follicular-based lesions clinically? *International Journal of Dermatology* 2006;45:814-8.
42. Alpsoy E, Uzun S, Akman A, Acar MA, Memişoğlu HR, Başaran E: Histological and immunofluorescence findings of non-follicular papulopustular lesions in patients with Behçet's disease. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2003;17:521-4.
43. Bernabe E, Marceles W, Mather J, Phillips C, Fortune F: Impact of Behçet's syndrome on health-related quality of life: influence of the type and number of symptoms. *Rheumatology* 2010;49:2165-71.
44. Cresce ND, Davis SA, Huang WW, Feldman SR: The quality of life impact of acne and rosacea compared to other major medical conditions. *J Drugs Dermatol* 2014;13:692-7.
45. Hiz O, Ediz L, Gülcü E, Tekeoğlu I: Effects of Behçet's disease on sexual function and psychological status of male patients. *J Sex Med* 2011;8:1426-33.
46. Taner E, Coşar B, Burhanoğlu S, Calikoğlu E, Onder M, Arikan Z: Depression and anxiety in patients with Behçet's disease compared with that in patients with psoriasis. *Int J Dermatol* 2007;46:1118-24.