

T.C.
TEKİRDAĞ NAMIK KEMAL
ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

Tez Yöneticisi:
Doç. Dr. Nurten Türkel KÜÇÜKMETİN

İNFLAMATUAR BARSAK HASTALARINDA
ALGILANAN STRES ÖLÇEĞİ EŞLİĞİNDE YAŞAM
KALİTESİ ve HASTANE ANKSİYETE, DEPRESYON
ÖLÇEĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

(Uzmanlık Tezi)

DR. LEYLA BÖLEK

TEKİRDAĞ- 2023

TEŞEKKÜR

Uzmanlık tezimin yazımı sürecinde yardım ve desteklerini esirgemeyen, bilgi ve deneyimleriyle yol gösteren tez danışmanım Doç.Dr. Nurten Türkel Küçükmetin'e ve İç Hastalıkları Anabilim Dalı hocalarıma, asistanlığımın bir kısmını geçirdiğim Şişli Hamidiye Etfal EAH nin çok değerli hocalarına, ordaki eşkıdemlerime, değerli asistan arkadaşlarıma; Ecem Erden, İsmail Karaköse, Barış Çabuk, Resul Yıldız, Meriç Can ve Nazlıcan Han'a, beni yetiştiren ve her daim desteklerini esirgemeyen anneme, babama, kardeşlerime, yoğun iş temposuna rağmen her zaman motivasyon kaynağı olan eşime ve bana anneliğı tattıran biricik oğluma teşekkür ederim.

Dr.Leyla Bölek

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
SİMGE ve KISALTMALAR LİSTESİ.....	v
TABLO LİSTESİ.....	vi
ŞEKİL LİSTESİ.....	viii
GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
GENEL BİLGİLER.....	3
2.1 İNFLAMATUAR BARSAK HASTALIĞI.....	3
2.1.1 Epidemiyoloji.....	3
2.1.2 Sosyodemografik Bulgular.....	4
2.1.3.Etyoloji ve Patogenez.....	4
2.2.ÜLSERATİF KOLİT.....	7
2.2.1.Tanım.....	7
2.2.2.Klinik Belirti ve Bulgular.....	7
2.2.3.Tanı.....	9
2.2.4. Klinik Sınıflandırma.....	10
2.2.5. Ülseratif Kolit Tedavisi.....	11
2.2.6.Komplikasyonlar ve İzlem.....	13
2.3. CROHN HASTALIĞI.....	14
2.3.1.Tanım.....	14
2.3.2.Klinik Belirti ve Bulgular.....	14
2.3.3. Tanı.....	16
2.3.4. Crohn Hastalığında Sınıflandırma ve Aktivite İndeksleri.....	17
2.3.5.Tedavi.....	18
2.4 KOMPLİKASYONLAR.....	19

2.5 EKSTRAİNTESTİNAL BULGULAR	21
2.6 STRES	21
2.6.1 Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ)	23
2.7 YAŞAM KALİTESİ	23
2.7.1. Kronik Hastalıklar ve Yaşam Kalitesi	24
2.7.2. Yaşam Kalitesi Değerlendirilmesi	24
2.8 DEPRESYON	26
2.9. ANKSİYETE BOZUKLUKLARI	27
2.10. KRONİK HASTALIKLARDA PSİKİYATRİK PROBLEMLER	30
2.11.İNFLAMATUVAR BARSAK HASTALIKLARINDA PSİKİYATRİK DURUM	30
2.11.1. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği	31
3. GEREÇ ve YÖNTEMLER	32
İstatistiksel Analiz	33
BULGULAR	34
TARTIŞMA	60
SONUÇLAR	66
ÖZET	68
SUMMARY	69
KAYNAKLAR	70
EKLER	79

SİMGE ve KISALTMALAR LİSTESİ

- 5-ASA**- 5-Aminosalisilat
AZA- Azatiopurin
ACTH- Adrenokortikotropik Hormon
AIEC- Adherent invasive Escheriaca Coli
ASÖ- Algılanan Stres Ölçeği
AZA- Azatiopurin
BT- Bilgisayarlı Tomografi
CH- Crohn Hastalığı
CDAI- Crohn Aktivite İndeksi
CRP- C Reaktif Protein
DSM- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ESH- Eritrosit Sedimentasyon Hızı
GABA-Gama aminobütirik asit
HAD-a- Hastane anksiyete depresyon- anksiyete
HAD-d- Hastane anksiyete depresyon- depresyon
İBH- İnflamatuvar Barsak Hastalığı
İK- İndetermine Kolit
MDP- Muramil Dipeptit Protein
MR- Manyetik Rezonans
NK- Naturel Killer
NOD-2- Nucleotide binding oligomerization domain containing protein-2
ppd- Pürified Protein Derivative **SES-CD**- Simple endoscopic score **sf-36**- short form- 36
TLR- Toll like reseptör
TNF- Tümör Nekroz Faktör

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Ülseratif kolit tutulum yerine göre Montreal Sınıflaması

Tablo 2: Truelove ve Witts Klinik Aktivite Skoru

Tablo 3: Ülseratif Kolit Mayo Klinik Aktivite İndeksi **Tablo**

4: Endoskopik Mayo Skoru

Tablo 5: Crohn Hastalığı Montreal ve Viyana Sınıflaması

Tablo 6: Crohn hastalığı aktivite indeksi(CDAİ)

Tablo 7: Crohn hastalık endoskopik skor (SES-CD)

Tablo 8: DSM-V'e göre major depresif bozukluk tanı kriterleri

Tablo 9: Yaygın anksiyete bozukluğu tanısı

Tablo 10: Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerin Dağılımı

Tablo 11: Laboratuvar Parametrelerinin Dağılımı

Tablo 12: Ölçek Skorlarının Dağılımı

Tablo 13: Cinsiyete Göre Yaş, Hastalık Yaşı, Dışkılama Sayısı Kıyaslaması

Tablo 14: Cinsiyete Göre Laboratuvar Parametrelerinin Kıyaslanması

Tablo 15: Cinsiyete Göre Ölçeklerin Kıyaslanması

Tablo 16: IBH'ye Göre Yaş, Hastalık Yaşı, Dışkılama Sayısı Kıyaslaması

Tablo 17: IBH'ye Göre Laboratuvar Parametrelerinin Kıyaslanması

Tablo 18: IBH'ye Göre Ölçeklerin Kıyaslanması

Tablo 19: Çalışma Durumuna Göre Yaş, Hastalık Yaşı, Dışkılama Sayısı Kıyaslaması

Tablo 20: Çalışma Durumuna Göre Laboratuvar Parametrelerinin Kıyaslanması

Tablo 21: Çalışma Durumuna Göre Ölçeklerin Kıyaslanması

Tablo 22: Komorbiditeye Göre Yaş, Hastalık Yaşı, Dışkılama Sayısı Kıyaslaması

Tablo 23: Komorbiditeye Göre Laboratuvar Parametrelerinin Kıyaslanması

Tablo 24: Komorbiditeye Göre Ölçeklerin Kıyaslanması

Tablo 25: Sigara kullanma Durumuna Göre Yaş, Hastalık Yaşı, Dışkılama Sayısı Kıyaslaması

Tablo 26: Sigara kullanma Durumuna Göre Laboratuvar Parametrelerinin Kıyaslanması

Tablo 27: Sigara kullanma Durumuna Göre Ölçeklerin Kıyaslanması

Tablo 28: Operasyon durumuna Göre Yaş, Hastalık Yaşı, Dışkılama Sayısı Kıyaslaması

Tablo 29: Operasyon durumuna Göre Laboratuvar Parametrelerinin Kıyaslanması

Tablo 30: Operasyon durumuna Göre Ölçeklerin Kıyaslanması

Tablo 31: İlaç Şekline Göre Yaş, Hastalık Yaşı, Dışkılama Sayısı Kıyaslaması

Tablo 32: İlaç Şekline Göre Laboratuvar Parametrelerinin Kıyaslanması

Tablo 33: İlaç Şekline Göre Ölçeklerin Kıyaslanması

Tablo 34: İlaç Sayısına Göre Yaş, Hastalık Yaşı, Dışkılama Sayısı Kıyaslaması

Tablo 35: İlaç sayısına Göre Laboratuvar Parametrelerinin Kıyaslanması

Tablo 36: İlaç sayısına Göre Ölçeklerin Kıyaslanması

Tablo 37: MAYO ve CDAİ skorların diğer ölçeklerle korelasyonu

Tablo 38: ASÖ, HAD A Ve HAD D' nin sf-36 İle Korelasyonu

Tablo 39: SF-36 Kendi İçinde Korelasyonu

Tablo 40: Yaş, Hasta Yaşı Ve Dışkılama Sayısının Ölçekler İle Korelasyonu

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. Cinsiyete Göre Dağılım



GİRİŞ VE AMAÇ

İnflamatuvar barsak hastalığı (İBH), genetik olarak yatkın bireylerde hem çevresel hem de immünolojik faktörlerin etkisi ile ortaya çıktığı düşünülen, sebebi tam olarak bilinmeyen, ataklarla karakterize kronik inflamatuvar seyirli bir hastalık grubudur. İBH; Crohn Hastalığı (CH), Ülseratif Kolit (ÜK) ve İndetermine Kolit'i (İK) içeren, gastrointestinal sistemin süreğen inflamatuvar hastalığıdır. CH ve ÜK ayrımı yapılamayan durumlarda İK kullanılan tanımlamadır. Klinik ve patolojik olarak net ayırt edilemeyen indetermine kolit (İK) vakaları, yaklaşık olarak İBH'nin %5-15'lik bir kısmını oluşturmaktadır (1).

İBH hastalık belirtileri açısından şiddetli semptomatik ataklarla seyredebilirken farklı psikososyal belirtilere yol açabilmektedir. İBH'nin sık görülen hastalık belirtileri; halsizlik, barsak hareketliliğinde artış, karın ağrısı, kanlı/mukuslu ishal, sık tuvalet ihtiyacı ve fekal inkontinans gibi nedenlerle hastaların tuvalete yakın yaşam sürmelerine neden olmaktadır. Ek olarak hastalık sürecinde diyet kısıtlamaları, yaşam tarzı değişiklikleri gibi nedenler hastaların günlük yaşantılarını kısıtlamakta, sekteye uğratmaktadır. Bunlara ilaveten beslenme ile ilgili sınırlamalar, hayat tarzı değişiklikleri hastaların yaşam kalitesini bozmaktadır.

Mevcut çalışmalar hastalığın süreğen nitelikte olması, kronik ilaç kullanma hali, hastalık aktivitesinin her an artabileceği kaygısı, ve olası cerrahi girişim ihtimali hastada yoğun anksiyete duygusunun yaşanmasına neden olmaktadır.

İBH her yaş grubunda görülebilmekle birlikte özellikle 2-3. dekatta hayat sürecinin en aktif döneminde daha yoğun ataklarla izlenmektedir . İBH' nin süreğen seyri, karın ağrısı, ishal, fekal inkontinans gibi semptomlarının kontrol edilebilir olmaması özellikle atak dönemlerinde hastaların sosyal hayatını sınırlaması hastalarda yaygın anksiyete ve depresyona yol açmaktadır. İBH, hastaların sosyal hayatlarını, insan ilişkilerini, iş hayatlarını, evliliklerini ve duygu durumlarını etkilemekte ve hastaları depresif anksiyöz bir hale getirerek yaşam kalitesini bozmaktadır. Literatür sonuçlarına göre de kronik hastalıklarda genel popülasyona göre daha çok anksiyete belirtileri görülmektedir.



GENEL BİLGİLER

2.1 İNFLAMATUAR BARSAK HASTALIĞI

Crohn ve Ülseratif kolit gastrointestinal kanalın henüz nedeni tam olarak belirlenememiş kronik inflamatuvar hastalığıdır. Klinik, endoskopik ve histopatolojik bulgular sonucu İBH tanısı konulur. Yapılan birçok çalışma sonucu genetik yatkınlığı olan bireylerde çevresel ve immünolojik faktörlerin etkisi ile ortaya çıktığı düşünülmektedir.

ÜK rektumdan başlayarak atlamasız ilerleyerek yüzeysel mukozayı tutarak kolonun bir kısmını veya hepsini tutabilir. CH ise gastrointestinal sistemin yamasal tarzda transmural olarak tüm mukozasını ağızdan perianal alana kadar tutabilen inflamasyonla karakterizedir. CH ve ÜK farklı patolojilere sahip olup farklı kliniklerle prezente olsalar da birçok özelliği örtüşür. (2)

2.1.1 Epidemiyoloji

CH ve ÜK hastalığının insidans ve prevalansı yaşanan coğrafi bölgeye göre büyük oranda farklılık gösterir. İBH'nin insidansı Kuzey Avrupa ve Amerika'da; Güney Amerika, Afrika, Asya ve Orta Doğu'ya göre daha yüksek oranda görülmektedir. Yahudilerde, beyaz ırkta daha sık görülmekle beraber Asya, Afrika ve Güney Amerika'daki yeni sanayileşen toplumlarda sıklığı gün geçtikçe artmaktadır. İBH'nin görülme sıklığı kuzey ülkelerinde güney ülkelerine oranla daha yüksektir (3). İBH için insidans 5/100.000 ve prevalans 50/100.000 arasında değişir. Ülkemizde ÜK insidansı 4.4/100.000 iken CH insidansı 2.2/100.000 olarak bildirilmiştir (4).

2.1.2 Sosyodemografik Bulgular

CH ve ÜK her yaşta görülebilmekle beraber 15-25 ve 55-65 yaşları arasında yaygındır.

ÜK genelde 30'lu yaşlarda tanı alır. Ülkemizde; ÜK'de 20-29 yaş grubunda prevalans 1.95/100.000, 40-49 yaş grubunda 4.77/100.000, 50-59 yaş grubunda 6.55/100.000 şeklinde olmaktadır. ÜK'nin her iki cinsiyette eşit oranlarda görüldüğü gözlenmiştir. CH'nin en sık rastlandığı yaş grubu 15-25 yaş olmakla birlikte 55-65 yaş grubunda ikinci piki görülmektedir. İBH'de insidans her iki cinste eşit olarak kabul edilmekle beraber CH'ye kadın cinsiyette %20-30 daha sık rastlanmaktadır (5). İBH'nin insidans ve prevalansının yaş, zaman ve yaşanılan bölgeye göre değişkenlik göstermesi çevresel etmenlerin hastalığın etyopatogeneziinde rol oynadığını düşündürmektedir.(6)

2.1.3.Etyoloji ve Patogenez

ÜK ve CH'nin etyopatogenezi henüz netleşmemiş olsa da çevresel etmenlerin, genetik yatkınlığın, konakçı mikrobiyotası ve abartılı immün yanıtın patogenezde rol oynadığı düşünülmektedir. Normal barsak mikrobiyotası, barsak immün hücreleri ve epitel hücreleri arasında denge halindedir. Genetik olarak yatkın kişilerde mevcut dengenin mikrobiyal faktörler ve çevresel etmenlerin rol oynadığı kronik süreçle hastalığın ortaya çıktığını düşünülmektedir (7).

2.1.3.1 Çevresel Faktörler ve Risk Faktörleri

İBH risk faktörlerinde en büyük paya sahip çevresel faktörler; diyet, sigara, ilaçlar, yaşanılan coğrafya ve stres faktörleri ve sahip olunan duygu durumunu içinde barındırır (8)

İBH insidans ve prevalansı gelişmiş ülkelerde gelişmekte olan ülkelere göre daha fazla izlenmekle beraber kentlerde kırsal bölgelere göre daha fazladır. Stres faktörlerinin ve beslenme içeriğinin bunda rol oynadığı düşünülmektedir. Az lifli ve karbonhidrat içeriği yüksek, kırmızı etten zengin beslenme düzeninin İBH gelişimine zemin hazırladığı düşünülmektedir. Crohn hastalığı için lifli gıdalar tüketiminin koruyucu nitelikte olduğu düşünülmektedir. Az stresli insanlarda hastalık riskinin daha düşük saptanması İBH gelişiminde stresin ne denli öneme sahip olduğunu göstermektedir (9).

Sigara kullanımı CH'nin daha şiddetli seyretmesine neden olurken ÜK için risk faktörü olmaktan ziyade hastalık için koruyucu olabilir. Sigarayı bırakma ÜK için hastalık aktivasyonuna neden olarak hastane başvurularını artırabilir (10) İBH ile beslenme şekli arasında güçlü bir ilişki olduğu varsayılır. Paketlenmiş gıda tüketimi ve antibiyotik maruziyeti ile hastalık artışı paralellik arz etmektedir. Erken çocuklukta antibiyotik kullanımının barsak florasını bozarak İBH oluşum riskinde artışa neden olduğu öne sürülmüştür. Özellikle anne sütünün her iki hastalık için koruyucu olduğu varsayılır. NSAİİ ların İBH aktivasyonuna yol açtığı bilinmektedir. Bu ilaçların kullanımı CH riskini 5 kat artırırken inaktif ÜK proktokolitte relapsa sebebiyet verdiği tespit edilmiştir (11). Apendektominin her iki hastalık için etkileri farklıdır. Apendektomi ÜK gelişimi için koruyucu etkisi mevcutken Crohn hastalığı riskinde artışa yol açtığı öne sürülür. Bunda apendektominin mukozal immün sistemi etkileyerek Crohn hastalık gelişim riskini artırırken ÜK oluşumunu azaltması varsayılır (12). Vitamin D nin tüm GİS hastalıkları ile ilişkili olduğu ortaya çıkmıştır. İBH lı bireylerde D vitaminin düşük olduğunu belirleyen Leslie ve ark.nın yaptığı çalışmada Vitamin D eksikliğinin Crohn ve ÜK hastalık oluşum riskinin artırmasında rol oynadığı gösterilmiştir (13)

2.1.3.2 Genetik

ÜK ve Crohn hastalığında genetik tam olarak netleşmemiştir. Ailede hasta bireylerin bulunması en önemli riski oluşturur. Mevcut ikiz çalışmalarında İBHlı kardeşi olan bireylerde CH riski 26 kat artmışken ÜK de bu oran 9 kattır. (11) 2001 yılında Crohn Hastalığı için naifliği artıran NOD2 geni (nucleotide-binding oligomerization domaincontaining protein 2) keşfedilmiştir. NOD-2 geni, gram pozitif ve negatif bakterilerden peptidoglikan tabakasında bulunan ve hücre içi reseptör olarak tanımlanan muramil dipeptidi (MDP) kodlar ve NOD 2 muramil dipeptid ile aktivasyonu dendritik hücrelerde otofajiyle sonuçlanır. Crohn hastalarında bu gende duyarlılık dendritik hücrelerde otofaji indüksiyonun yetersiz kaldığı saptanmıştır. Bu gende saptanan mutasyonların Crohn hastalık seyrinde erken başlangıç yaşı, ileal tutulum, ve fibrostenotik ince barsak hastalığı ile ilişkili olduğu saptanmıştır. (14)

2.1.3.3.Mikrobiyata

Yapılan çalışmalarda; kalabalık aile yapısı, çok kardeşlilik erken çocukluk döneminde evcil hayvan bakımı ile İBH oluşum riskini azalttığı ortaya konulmuştur. İBH'lı bireylerde disbiyozis olarak tanımlanan barsak mikrobiyatasında çeşitliliğin azalması daha sık izlenir.(15)) Disbiyozis Crohn hastalarında daha belirgindir. İBH gelişim mekanizmasında Adherent-invasive-Escheriaca Coli (AIEC) etkili olduğu düşünülmektedir. Yapılan bir çalışmada Darfeuille-Michaud ve arkadaşları; ileumda lokalize AIEC suşlarını, Crohn Hastalarının %22'sinde, sağlıklı kontrollerin %6,2'sinde mevcut olduğunu saptamışlardır. AIEC patojeni epitele invaze olup makrofajlar içinde kalarak Crohn hastalığı oluşmasında rol oynar. Bazı mikrobiyal ajanlar da hastalığın oluşmasını engellemekte rol oynar. Faecalibacterium prausnitzii (firmicutes filumuna ait bütirat üretir), İBH'lı hastalarda daha az rastlanır. İBH gelişiminde barsak mikrobiyatasında sadece bakteriyel disbiyozis olmayıp, virüsler arkeler ve mantarlar da rol alır (15).

2.1.3.4. İmmun Faktörler

Yapılan çalışmalar doğal ve edinsel immünite yollarındaki disfonksiyonların İBH'lı hastalarda anormal barsak inflamatuvar yanıtına neden olduğunu göstermektedir. Son yıllarda yapılan birçok çalışma, İBH patogenezinde anormal edinsel cevabın rol oynadığını ispatlar niteliktedir. Ülseratif Kolitte Th2 hücre yanıtı rol oynarken Crohn Hastalığında Th1 hücre yanıtı rol oynar (16). İBH da anormal barsak inflamasyon cevabından Th17 hücreli sorumlu tutulmuştur. Doğal immünite, yabancı organizmalara karşı oluşturulan ilk savunmayı oluşturur. Başta monosit, makrofaj, Naturel Killer (NK) ve dendritik hücrelerden oluşan bu savunma hattı hücre zarında bulunan Toll like Reseptörler (TLR) ve sitoplazmal NOD like reseptörlerin antijenleri tanınmasıyla aktive olur (17). Son çalışmalar; ÜK ve Crohn hastalarında TLR ve NOD like reseptörlerin fonksiyon ve ekspresyonunda ciddi varyasyonların olduğunu gösterir niteliktedir (8). Edinsel immünite, spesifiktir ve verilen immün cevap aktive olan T hücre nitelik ve niceliğine göre farklılık gösterir . Th1 hücreleri IL-12 tarafından aktiflenirken İFN-gama salınımı yapar, Th2 hücreleri ise IL-4, IL-5 ve IL13 salınımını yapar. Crohn hastalarında mukozal T hücrelerinden salınan IL-2 ve İFN gama daha yüksek saptanmıştır (18). Ülseratif Kolit hastalarında anormal NK hücrelerinin ve T hücrelerinin, daha çok IL-13 salgıladığı gözlemlenmiştir (19). Hem doğal hem de edinsel

immün yanıtta rol oynayan IL-23, yabancı organizmalara karşı oluşturulan erken yanıtta önemli bir rolü mevcuttur. IL23R gen polimorfizmlerinin İBH ile yakın ilişkisi bulunur (20).

2.2.ÜLSERATİF KOLİT

2.2.1.Tanım

Ülseratif kolit; rektumdan başlayarak proksimale segmentlere kadar ilerleyebilen kolon mukozasını diffüz devamlılık göstererek yüzeysel olarak tutan kronik inflamatuvar süreçlerle karakterize bir inflamatuvar barsak hastasıdır. ÜK Samuel Wilks tarafından 1859 yılında tariflenmiştir (21). Bu hastalık tipik olarak remisyon ve relapslarla görülür.

2.2.2.Klinik Belirti ve Bulgular

ÜK hastaları en sık kanlı ishal yakınması ile hastaneye başvururlar. %15lik hasta grubunda başlangıç başvurusu şiddetli hastalıktır. Artmış barsak hareketliliği, karın ağrısı, mukuslu dışkılama, inkontinans, nokturnal defekasyon sık yakınmalardır. Şiddetli hastalıkta ateş ve kilo kaybı daha çok gözlenir. ÜK barsakta tuttuğu yere göre 3 e ayrılır (Tablo 1). Kolonun tamamının tutulduğu hastaların yaklaşık %20'sinde inflamasyon terminal ileumu da etkileyebilir ve bu tabloya backwash ileitis denmektedir(22) .

Hafif hastalıkta fizik muayene genellikle normal olabilir; palpasyonla batında hassasiyet, rektal muayenede kan görülebilir. Kolonik dilatasyonun mevcudiyeti abdominal distansiyon ve perküsyonda timpanik ses duyulması ile akla gelmeli ve böyle bir durumda hemen batın görüntüleme istenmelidir. Crohn hastalığında daha fazla görülen skin tag ve anal fissür ÜK de de sık ishale bağlı görülebilir

Tablo 1: Ülseratif kolit tutulum yerine göre Montreal Sınıflaması (23)

Tutulum	Anatomik Lokalizasyon
E1:Proktit	Rektuma sınırlı hastalık
E2:Sol kolon Tutulumu (distal tutulumlu)	Splenik fleksuranın distalinde tutulum(rektum, sigmoid ve inen kolon)
E3:Ekstensif Tutulum(pankolit)	Splenik fleksuranın proksimaline uzanım(rektum,, sigmoid kolon, inen kolon, transvers kolon çekuma kadar)

Ülseratif kolit hastalarında mevcut semptomlar hastalık aktivite şiddeti ve hastalığın barsak tutulumu ile çok yakından ilişkilidir. Hastalık aktivite şiddetini belirlemek için "Truelove-Witts" klinik aktivite indeksi gerek hastanın acil değerlendirilmesinde gerek poliklinik kontrollerinde sıkça kullanılır. Bu klasifikasyona göre hastalık aktivitesi hafif, orta ve şiddetli olarak 3 kategoriye ayrılır (24).

Tablo 2 : Truelove ve Witts ‘Klinik Aktivite Skoru

	Hafif	Orta	Şiddetli
Kanlı İshal/24 saat	<4/24 h	>4/24 h	>6 gün/24 h
Nabız	90/dk	<90/dk	>90/dk
Ateş	<37.5°C	<37.8 °C	>37.8 °C
Hemoglobin	>11.5 g/dL	>10.5 g/dL	<10.5 g/dL
ESR	<20 mm/saat	<30 mm/saat	>30 mm/saat
veya CRP	Normal	<30 mg/L	>30 mg/L

2.2.3.Tanı

Ülseratif kolit tanısı koymak için; klinik, laboratuvar, endoskopi ve histopatolojik veriler yeterlidir. Hastaların bazı semptomları non spesifik olabileceğinden ÜK tanısı koyarken diğer kolit nedenleri ekarte edilmelidir. Yakın zamanda C. difficile enfeksiyonu açısından risk içeren antibiyotik kullanımı, NSAİİ/ilaç maruziyeti, abdominal ve pelvik radyasyon öyküsü, endemik bölgelere seyahat öyküsü, şüpheli cinsel birliktelik öyküsü, kolon iskemisine yol açabilecek aterosklerotik hastalık ile ilgili ayrıntılı anamnez alınmalıdır.

2.2.3.1. Laboratuvar, Histopatolojik ve Endoskopik Bulgular

Tanıda ilk muayenede; hemogram, elektrolitler, karaciğer ve böbrek fonksiyon tetkikleri, inflamatuvar biyomarkerlar istenmelidir. Enterit ekartasyonu için; gaita tetkikleri (gaita mikroskopisi, dışkı kültürü, dışkıda Clostridium difficile antijen testi) görülmelidir.

Hemogramda; hastalığın aktivasyon durumuna göre anemi, lökositoz, trombositoz eozinofili saptanabilir (25). İBH de en yaygın anemi şekli olan demir eksikliği anemisi genelde mikrositer şekilde prezente olur. İnflamasyon belirteçleri olan; Creaktif protein (CRP) ve Eritrosit sedimentasyon hızı (ESH) hastalık aktivasyon durumuna göre yüksek (şiddetli ÜK) veya normal (hafif veya orta ÜK) aralıklarda olabilir. Hipoalbuminemi hem malnutrisyon kaynaklı hem de negatif akut faz reaktanı olması sebebi ile bu hastalarda düşük saptanabilir.

Dışkıda bakılan fekal kalprotektin veya laktoferrin tetkikler hastalık için daha spesifik olmakla beraber her vizitte bakılmazlar. Fekal kalprotektin, nötrofil kaynaklı bir protein olup barsak mukozal inflamasyonunu gösterir. İBH için sensitivitesi yüksek ancak spesifitesi düşüktür (26).

ÜK tanısını koymada endoskopik biyopsi çok önemli yer tutar. Ülseratif Kolitin barsak tutulumu rektumdan başlayarak kesintisiz ilerleyerek proksimale doğrudur. ÜK endoskopisinde makroskopik olarak, eritem, normal vasküler paternin kaybolması, frajilite, spontan kanama, mukozada granülarite, ve ülserasyonlar izlenir (27).

ÜK histopatolojisinde ; kript yapısında bozulma, kript dallanma ve kısalması, lamina propriada artmış lenfositler ve plazma hücreleri , mukozal atrofi ve paneth hücre metaplazisi saptanır (28).

Radyolojik görüntülemelerin İBH tanısında yeri sınırlıdır. ÜK de toksik megakolon açısından ayakta direkt batin grafisinde transvers kolon çapı>5.5 cm olarak saptanması alarme edicidir. BT ve MR'da barsak duvar kalınlığında artış, haustra kaybı İBH için dikkat çekici olmakla beraber tanısal değildir.

2.2.4. Klinik Sınıflandırma

Ülseratif kolit takip ve tedavisi için hastalığı şiddetini ve tutulumunu sınıflandırmak çok önemlidir. Bu amaçla kullanılan en sık indeks Mayo Klinik Aktivite İndeksidir (29).

Tablo 3. Ülseratif Kolit Mayo Klinik Aktivite İndeksi (29)

Mayo indeks	0	1	2	3
Dışkı Sayısı	Normal	Normalden 1-2 fazla	Normalden 3-4 fazla	Normalden 5 veya daha fazla
Rektal Kanama	Yok	%50 den azında kanlı gaita	Çoğu zaman gaitada belirgin kan olması	Gaita olmadan kanlı ishal
Mukoza (endoskopik skor)	Normal veya inaktif hastalık	Hafif hastalık (eritem, azalmış vasküler patern, hafif frajilite)	Orta hastalık (belirgin eritem, vasküler patern yokluğu, belirgin frajilite, erozyon	Belirgin hastalık (spontan kanama, ülserasyon)
Hekimin global değerlendirmesi	Normal	Hafif Hastalık	Orta Hastalık	Ağır Hastalık

Mayo skoru; 4 değişken skorlamasının toplamıdır (maksimum skor:12) Klinik cevap;mayo skorunun ≥ 3 puan azalması ve rektal kanama skorunun 1 puan azalmasıyla birlikte mayo skorunun %30 azalması veya rektal kanama skorunun 0 veya 1 olmasıdır.

Klinik remisyon: mayo skorunun ≤ 2 olması ve hiçbir alt skorun >1 olmamasıdır. Hastalık aktivitesi:hafif:3-5,orta.:6-10,ağır:11-12

Mukozal iyileşme ve endoskopik iyileşmenin gözlenmesi uzamış remisyon süresi ve azalan cerrahi ihtiyacı ile ilişkili olduğundan, hastalığın şiddetini değerlendirmede endoskopi gereklidir(54). Ülseratif Kolit endoskopik skorlaması için en sık kullanılan skor Mayo endoskopik skoru olmakla beraber çok sayıda skorlama mevcuttur (30).

Tablo 4: Endoskopik Mayo Skoru

Mayo 0	Normal veya iyileşmiş mukoza
Mayo 1	Hafif frajilite, erozyon, soluk vasküler yapı
Mayo 2	Hafif frajilite, erozyon, vasküler patern yokluğu
Mayo 3	Spontan kanama, geniş ülserasyon

Mayo skorunun 0 veya 1 olması mukozal iyileşmeyi gösterir.

2.2.5. Ülseratif Kolit Tedavisi

Hafif - orta şiddetli ÜK hastalarında tedaviye önce, oral ve topikal formu bulunan 5Aminosalisilatlar ile (5-ASA) başlanır. Piyasada bulunan 5-ASA preparatları arasında etkinlik açısından bir fark yoktur. Sülfasalazin, 5-ASA ya metabolize olmasına rağmen hastalarca tolerasyonu daha azdır. 5-ASA suppozituarlar inflamasyon bölgesine daha iyi nüfuz etmesi sebebi ile özellikle proktiti olan hastalarda tercih sebebi olmalıdır. Hastalık proksimale ilerledikçe ilacın splenik fleksuraya ulaşabilmesi için 5-ASA supozituar yerine lavman tercih edilir. Sol kolon tutulumlu veya yaygın kolon tutulumlu ÜK hastalarında remisyon indüksiyonunda oral ve topikal 5-ASA preparatları birlikte kullanılır (31). Remisyon indüksiyonu ve idamesinde >2 gram/gün oral 5-ASA dozları, düşük doz

kullanımına göre daha ekilidir. 5-ASA nın günde bir kez kullanılması, hasta uyumu da düşünülerek etkinlik açısından da fark yaratmaması nedeni ile bölünmüş dozlara tercih edilebilir (32). 5-ASA tedavisine 2-2,4 gr/gün dozunda başlanıp 4,8 gr/gün e kadar doz artırılmalıdır.

5-ASA tedavisine yanıtızsız hafif-orta şiddetli ÜK hastalarında remisyon indüksiyonunda kortikosteroid kullanılabilir (33). Tedavi planlaması 0,5-1 mg/kg/2 hafta metilprednisolon veya eşdeğeri olan diğer oral steroidler şeklindedir. Tedaviye yanıtın 2 hafta içinde görülmesi beklenir ve steroid dozu azaltılarak kesilir. Sol kolon tutulumlu ÜK de remisyon indüksiyonunda rektal steroidler sekonder tedavide tercih edilir. Remisyon sağlamada topikal 5-ASA preparatları topikal steroidlere üstündür (32). Ülseratif Kolit atakta remisyon indüksiyonu için tek başına tiopürinler tercih edilmemektedir. Bunun başlıca nedeni bu grup ilaçların etki başlangıcının geç olmasıdır ki idame tedavide etkili bir indüksiyon preparatı ile kullanılır. Steroid bağımlı veya senede 2 veya daha çok steroid tedavisi gereksinimi olan hastalarda tiopurin grubu ilaçlar denenebilir. Steroidlerin uzun dönem etkinliğinin olmaması ve yan etkileri sebebi ile remisyon tedavisinde yeri yoktur (32).

Orta-şiddetli ÜK hastalarında indüksiyonu sağlamada oral veya intravenöz (İV) steroidler tercih edilmelidir. Anti TNF'ler, anti-integrinler, Janus kinaz inhibitörleri hem remisyon indüksiyonu hem de idamesinde etkiliyken tiopürinler indüksiyonda kullanılmaz. İnfliksimab, adalimumab ve golimumab başlıca anti TNF grubu ilaçlar olup orta ve şiddetli hastalıkta remisyon indüksiyonu ve idamesinde kullanılabilir. Ülseratif Kolit tedavisinde en yaygın kullanılan biyolojik ajan İnfliksimabdır. Anti-integrin grubu ilaç olan Vedolizumab ise barsakta heterodimer $\alpha 4\beta 7$ adezyon molekülünü inhibe ederek etkili olan bir biyolojik ajandır (34). Orta-şiddetli aktif konvansiyonel tedaviye yanıtızsız veya ilaç intoleransı olan hastalarda remisyon indüksiyonu için vedolizumab kullanılabilir. Ancak bu ilaç ortaşiddetli ÜK remisyon idamesinde daha etkilidir (35).

Orta-ağır ÜK idame tedavisinde, biyolojik ajanlar ve/veya tiopurinler idame tedavide tercih edilir. Steroid bağımlı orta-şiddetli hastalığı olan ÜK hastalarında tiopurin grubu ilaçlar tercih edilebilmektedir.

Truelove witts skoru şiddetli hastalık ile uyumlu (>6/gün kanlı ishal, ve bunlardan en az biri bulunan; nabız>90 atım/dk, ateş >37.8°C, hemoglobin <10.5 g/dL veya ESH > 30 mm/h) şiddetli ÜK olarak kabul edilir ve bu hastaların yakın takibinin yapılması açısından hastanede izlenmeleri gerekir. Bu hastalarda yaklaşık %1 oranında morbidite ve mortalite oranı mevcuttur. IV steroidlere %65 oranında klinik yanıt mevcuttur (36). 36-120 saat içerisinde IV steroidlere yanıtı olarak değerlendirilen hastalarda infliksimab veya siklosporin tedavi seçeneği olabilir . İki ilacın akut şiddetli ÜK de birbirine üstünlüğü saptanmamıştır (37). İnfliksimab veya siklosporin yanıtı olmayan hastalarda kolektomi yapılmalıdır. Bu hastalarda yaşanan gecikmeler artmış postoperatif komplikasyonlar ve mortalite oranları ile ilişkilendirilmiştir.

2.2.6.Komplikasyonlar ve İzlem

Ülseratif Kolitte komplikasyonlar hem hastalığın kendisinin hem de kullanılan ilaçlar sebebi ile olmaktadır. ÜK'nin gastrointestinal sistem komplikasyonlarına kanama, darlık, toksik megakolon, perforasyon, displazi ve adenokarsinom sayılabilir. ÜK'si olan hastalarda hem hastalık takibi hem premalign lezyonların erken saptanması düzenli kolonoskopik inceleme ile mümkün olmaktadır. 20 yıllık ÜK hastalarında %5-%10, 30-35 yıllık ÜK hastalarında %12-%30 kolorektal karsinom saptanmıştır (38). Ailede kolorektal kanser öyküsü ve primer sklerozan kolanjitisi olan ÜK hastalar kolorektal kanser riski artmıştır. Pankolit ve sol taraflı koliti olan hastalarda tanıdan 8 yıl sonra başlayarak yılda bir kolonoskopi yaptırması gerekmektedir. Proktiti olan hastalarda, kolorektal kanser riski artmaması sebebi ile standart kolon kanser tarama programlarına uyulmalıdır. Endoskopide kolorektal kanser veya eksize edilemeyen yüksek dereceli displazi saptanması halinde bu hastalara kolektomi yapılabilir. Ülseratif kolit hastalarında tiopurin kullanımı ile de ilişkili olarak malign melanom riskinde artış mevcuttur (39). İmmünespresif ilaç kullanan hastalarda servikal displazi ve malignite insidansında topluma göre artış mevcuttur. ÜK hastalarında birçok nütrisyonel problem görülmektedir; kilo kaybı, demir eksikliği anemisi, folik asit eksikliği, hipoalbuminemi,hipopotasemi bunlardan birkaç tanesidir (40). ÜK tedavisinde kullanılan immünespresif ilaçlar ve biyolojik ajanlar enfeksiyon riskini artırır. Hastaların aşılama durumları sürekli takip edilmeli, influenza aşısı rutin yapılabilir, immünespresif ajan kullanan hastalarda canlı aşılar tercih edilmemelidir. Özellikle Anti TNF

tedavisi başlamadan önce, tüberküloz tetkik edilmeli mutlaka PPD ve/ veya quantiferon testi bakılmalıdır. Latent tüberküloz açısından klinik ve radyolojik açıdan şüpheli olan hastalarda izoniazid Anti-TNF ten önce başlanmalıdır. Hepatit B bağışıklığı olmayanlar aşılanmalı. EBV enfeksiyon prevalansı tiopurin ve anti TNF ajanların sürekli kullanımında artmaktadır . EBV ile de artmış lenfoma ve lenfoproliferatif hastalık riski nedeni ile tedavi öncesinde EBV taraması önerilmektedir.

2.3. CROHN HASTALIĞI

2.3.1.Tanım

Crohn hastalığı tüm gastrointestinal kanalı ağızdan anüse kadar atlamalı tutabilen atak ve remisyon dönemleri olan, kronik inflamatuvar barsak hastalığıdır (6). CH ilk olarak 1931 de Dr. Burril B.Crohn ve arkadaşları tarafından tariflenmiştir (21). Genetik yatkınlığın, çevresel etmenler ve barsak mikrobiyata etkileşiminin barsak epitelyal bariyer fonksiyonlarını bozarak anormal immünite yanıtının da rol oynadığı kronik bir süreç olduğu düşünülmektedir (40). CH tüm gastrointestinal kanalı tutabilmekle beraber %50'sinde terminal ileum ve kolon tutulumu, %30'unda sadece ince barsak tutulumu ve %20'sinde izole kolon tutulumu görülmektedir.

Barsakta inflamasyon asimetrik, transmural ve segmental şekilde karakterize olur. Hastaların yarısında hastalık komplikasyonları; fistül, striktür, abse gelişir ve acil cerrahi girişim gerektirebilir.

2.3.2.Klinik Belirti ve Bulgular

CH da en sık görülen şikayetler; karın ağrısı, ishal ve kilo kaybıdır (6). Semptomlar genellikle inflamasyonun şiddeti ve tutulum yerine göre değişir. Kolonik Crohn hastalarında rektal kanama ve kanlı diyare görülebilir. Konstitüsyonel semptomlar da sık görülür (6). Perianal hastalıkla başvuran hastalar Crohn hastalarının üçte birini oluşturur. Ateş, üşüme, titremesi olan hastalarda abse akla gelmelidir. Fistülü olan hastalarda semptomlar fistülün lokalizasyonuna göre değişir; enteroenterik fistülde ishal, enteroveziküler fistülde idrar yolu enfeksiyonu, enterovajinal fistülde vajinal dışkı deşarjı, enterokütan fistülde barsak içeriğinin cilde çıkışı görülebilir (41).

Hastaların her muayenelerinde nutrisyonel durumları, anemi durumları değerlendirilir. Palpasyonla batın sağ alt kadranda hassasiyet, ele gelen kitle varlığı barsak anslarında ve mezenterde kalınlaşmayı veya abse olasılığını akla getirmelidir. Perianal bölge muayenesinde; ciltte ülserasyonlar ve skin tag, anal kanalda stenoz ve fissür, fistüller görülebilir. Perianal absede anal bölgede ağrı hassasiyet, pürülan akıntı mevcuttur (40).

CH inflamatuvar, striktürizan, penetran (fistülizan) olarak hastalığın klinik davranışına göre sınıflandırılır. İnflamatuvar Crohn hastalığında, sadece gastrointestinal sistemin inflamasyonu bulunur; inflamasyon ilerledikçe lümen fibroze olarak hastalık tipi striktüzan tipe evrilebilir. İnflamasyon ilerledikçe fistül gelişebilir bu durumda hastalık fistülizan tipe dönüşmüş olur. Başka barsak bölümüne, mesaneye veya vajinaya fistülleşme olabilir. Perianal komplikasyonlar bu tiplendirmeden bağımsız olarak tüm tiplerde görülebilir. Crohn hastalığı standardizasyonu için Viyana ve Montreal sınıflandırması kullanılır. Tanı yaşı, hastalık tutulum yeri ve hastalık fenotipi ile klasifiye edilir (42). **Tablo 5: Crohn Hastalığı Montreal ve Viyana Sınıflaması**

	Viyana sınıflaması	Montreal Sınıflaması
Tanı Yaşı	A1 <40 Yaş A2 ≥40Yaş	A1 ≤16 Yaş A2 17-40 Yaş A3 ≥40 Yaş
Tutulum Yeri	L1 İleum L2 Kolon L3 İleokolonik L4 Üst Gis	L1 İleum L2 Kolon L3 İleokolonik L4 Sadece Üst Gis L4+ Üst Gis+Diğer Tutulum Yerleri
Hastalık Davranışı	B1 İnflamatuvar B2 Stenozan B3 Penetran	B1 İnflamatuvar B2 Stenozan B3 Penetran P Perianal Hastalık

2.3.3. Tanı

Crohn tanısı klinik, radyolojik ve endoskopik ve histopatolojik bulguların beraber değerlendirilmesi ile konulur. CH klinik olarak birçok durumla karışabilir. Ağrısı olan hastalar appendisit, tüberküloz, lenfoma, Behçet hastalığı açısından değerlendirilmelidir. İshal açısından hastalar değerlendirilmeli ve Çölyak, enfektif patolojiler de ayırıcı tanıda akla gelmelidir. ÜK ve Crohn sıklıkla benzer tablolara yol açabilmektedir.

2.3.3.1. Laboratuvar, Histopatolojik ve Endoskopik Bulgular

Laboratuvarda tipik olarak CRP ve ESH de artış görülürken hemogramda anemi ve trombositoz görülebilir. CRP, poliklinik ve acil servislerde hastalık aktivasyonunu değerlendirmede kullanılsa da endoskopik bulgularla korelasyonu zayıftır (43). Hastalığın tutulum yerine göre hipoalbuminemi ve vitamin eksiklikleri görülebilir.

Anti-Saccharomyces cerevisiae, CH de %40-%70 oranında pozitifken, ÜK'de %5-%15'inde pozitiflik oranına sahiptir. CH'de %2-%20 P-ANCA pozitifliği saptanırken; ÜK de bu oran %40-%80 oranında pozitif görülebilmektedir (44).

Fekal kalprotektin seviyesi endoskopik aktivasyon ile korelasyonu iyi bir biyobelirteçtir. Hastalık aktivitesini izleme, tedavi yanıtını değerlendirme ve postoperatif nüks takibinde kullanılabilir. Fekal proteinin >20 olması hastalık açısından anlamlıdır (45).

Crohn hastalığı tanısında endoskopik görüntüleme altın standarttır. Bu hastalık endoskopisinde tipik olarak aralarda normal mukozal yapının korunduğu farklı nitelikte inflame alanlarla gözlenir. Endoskopide makroskopik olarak aftöz ülserler (<5 mm) veya daha uzun (>5 mm) parke taşı (arnavut kaldırımı) görünümünde olan ülserler izlenebilmektedir. Muskularis propria'yı aşan derin ülserler hastalık ciddiyetini gösterir (41).

Endoskopik biyopsi materyallerinin histopatolojik değerlendirilmesi, CH tanısı için altın standarttır. Fokal kronik inflamasyon, fokal kript distorsiyonu, terminal ileumda düzensiz villöz yapı, non-kazeifiye granülomlar tipik olarak Crohn hastalığını düşündürür (46).

İnce barsak kapsül endoskopisi olumsuz endoskopi ve radyolojik bulgulara rağmen devam eden yüksek Crohn hastalık şüphesinde yapılabilir.

CH nin transmural barsak tutulumu nedeni ile komplikasyonların tespiti için BT ve MR enterografi sıkça kullanılır. Perianal hastalık (abse/ fistül) tarama ve takipte pelvik MR görüntülemesi kullanılabilir.

2.3.4. Crohn Hastalığında Sınıflandırma ve Aktivite İndeksleri

Crohn hastalığının takip ve tedavisinde klinik ve endoskopik aktivite indekslerini kullanmak uygun tedavi seçmede ve hasta izleminde standardizasyon sağlamaktadır.

Crohn hastalığı Aktivite İndeksi 1976 yılında tanımlanmış olup, sekiz parametre içermektedir. Bu parametreler endoskopik ve radyolojik kriterleri içermemekte olup klinik ve laboratuvar olarak hastayı değerlendirir (47).

Tablo 6. Crohn hastalığı aktivite indeksi (CDAİ)

Değişken	Tanımlama	Skorlama	Çarpan
Günlük ishal sayısı	1 günlük total sayı		X2
Karın ağrısı	1 hafta ortalaması	0: hiç 1: hafif 2: orta 3: ciddi	X5
Genel İyilik Hali	1 hafta ortalaması	0: hiç 1: iyinin biraz altı 3: çok kötü 4 : berbat	X7
Ekstraintestinal Komplikasyonlar	Komplikasyon sayısı	eklem bulguları, cilt tutulumu, perianal hastalık, göz bulguları, ateş	X20
Antidiyareik ilaç kullanımı		0: hayır 1: evet	X30
Abdominal Kitle		0:yok 2: olası 5: kesin	X10
Hematokrit		E<47 K< 42	X6
Vücut ağırlığı	İdeal/mevcut oranı		X1

CDAİ göre skor remisyon<150, hafif: 150-220 , orta :221-450,CDAİ>450 ise ağır aktiviteli olarak değerlendirilmektedir. Tekrarlayan muayenelerde değerlendirilen hastada CDAİ değerinde 70 puandan fazla düşüş olması hastanın tedaviye yanıtı olduğunu gösterir.

CH da endoskopik değerlendirmesinde en çok kullanılan skorlama SES-CD skorudur.

Tablo 7.Crohn hastalık endoskopik skor (SES-CD) (48)

Değişkenler	0	1	2	3
Ülser Boyutu	Yok	Aftöz Ülser (0.1-0.5 cm)	Büyük Ülser (0.5-2 cm)	Çok büyük ülser (>2 cm)
Ülsere Yüzey	Yok	<%10	%10-30	>%30
Tutulan Yüzey	Yok	<%50	%50-75	>%75
Stenoz	Yok	Tek geçilebilir	Multipl geçilebilir	Geçilemez

İnaktif hastalık:0-3; Hafif Aktivite:4-10; Orta Aktivite:11-19; Şiddetli Aktivite:>20

2.3.5.Tedavi

Crohn hastalığında tedavi kararı verilirken; hastalığın tutulum yeri, şiddeti ve davranış şekli göz önünde bulundurulur. Hastalığın agresif seyredeceğini öngörmek bazı klinik bulgularla mümkün olabilmektedir; erken hastalık başlangıç yaşı, yaygın gis tutulumu, perianal hastalık öyküsü, striktür ve fistül gelişimi, operasyon öyküsü olan hastalarda hastalık daha agresif izlenir.

Hafif-orta şiddetli hastalıkta 5-ASA kullanımı oldukça sık olsa da yapılan çalışmalarda etkinliği kanıtlanmamış olup remisyon induksiyonu ve idamesinde monoterapide 5-ASA kullanımının plaseboya üstünlüğü saptanmamıştır (49). Hafif-orta şiddetli hastalık tedavisi steroidlerle olmalıdır. İleal veya ileoçekal hastalıkta, sistemik yan etkileri sınırlamak adına daha düşük etkinliğe sahip olmasına rağmen lokal etkili budesonid tercih edilir. İleal ve ileoçekal hastalık dışındaki tüm hastalık formlarında sistemik etkili

prednizolon kullanılır. Bu tedavilere yanıtıız olduğu görülen hastalarda biyolojik ajanlar tedaviye eklenmelidir.

Orta-Şiddetli hastalıkta; remisyon indüksiyonu için sistemik etkili steroidler kullanılmalıdır. İndüksiyon tedavisi sonrasında remisyon idamesi için tiyopurinler kullanılabilir. Tiopurinler ve metotreksatin CH tedavisinde yeri sadece idame tedavidir (50). Remisyon indüksiyonu ve idamesinde konvansiyonel tedaviye yanıtıız hastalarda TNF inhibitörlerinin kullanılması önerilir. Hastalığın agresif seyredeceği öngörülen hastalarda morbidite ve mortalite oranlarını azaltmak için anti-TNF tedavisine erken başlangıç kabul görmektedir. Anti TNF ilaçların erken hastalık yaşında tedaviye eklenmesi daha etkili bulunmuştur (51). Orta şiddetli CH de konvansiyonel tedaviye yanıtıızlık saptanırsa remisyon indüksiyonu için infliksimab ile tiopurin kombinasyon tedavisi önerilir. Vedolizumab ve ustekinumab anti-TNF ve konvansiyonel tedaviye yanıtıızlık durumunda tercih edilebilecek ajanlardır.

Oral steroid, AZA ve /veya anti-TNF ajan tedavisine rağmen semptomatik (ateş, kusma, ileus, kaşeksi, abse) olan şiddetli/fulminan Crohn hastaların yakın gözlem için hastaneye internasyonları gerekmektedir. 40-60 mg/gün İV steroid kullanımı bu hastalarda etkili olmaktadır . İV steroidlere yanıtıız şiddetli aktif / fulminan hastalıkta daha önce antiTNF tedaviye eklenmediyse başlanabilir. Tüm tedavilere dirençli hastalarda cerrahi önerilmektedir (46).

2.4 KOMPLİKASYONLAR

İBH da acil cerrahi girişimler oldukça önemli morbidite sebebi olmakla beraber mortalite oranları düşüktür. Bunda ön önemli sebep erken müdehaledir. İBH da sık görülen başlıca acil cerrahi durumlar; masif hemoraji, toksik megakolon, perforasyon ve intestinal obstrüksiyonken kronik komplikasyonlar; ileus, fistül, striktür ve kolorektal kanser olarak sayılabilir.

Masif hemoraji ÜK hastalarının yaklaşık %3'ünde görülebilirken bu hastalarda acil kolektomi gerektirir. Fulminan kolit; >10 kere/gün dışkılama, sürekli hemoraji, abdominal distansiyon, karın ağrısı, ateş ve anoreksi gibi şiddetli bir tablo olup İBH lı hastalarda hastalık seyri sırasında izlenebilir. Bu hastalar yakın gözlem ve tedavi amacıyla hospitalize

edilir, İV ve topikal steroidlerle birlikte İV sıvı replasmanı, geniş spektrumlu antibiyotiklerle tedavi edilir. Tedaviye dirençli olduğu gözlenen hastalarda süreç kolektomiye ilerleyebilir.

Görüntülemelerde >6 cm kolon veya >9 cm çekum dilatasyonuna ilaveten sistemik toksisitenin eşlik etmesi toksik megakolon için uyarıcıdır. Akut şiddetli karın ağrısı, ateş ve lökositozla görüntülemelerde lokalize veya total barsak dilatasyonu görülür. Fizik muayenede ateş, peritonit bulguları, batında distansiyon gözlenir. Toksik megakolon en sık ÜK de görülmekle beraber inflamatuvar ve enfektif tüm kolitlerde izlenebilir. Bu nedenle tanıda diğer nedenler dışlanmalıdır.

İleus ve striktürler, Crohn'da ve rektosigmoid bölgede daha sık görülür. ÜK lerin %10 unda tekrarlayan inflamatuvar ataklar ve kas hipertrofileri nedeni ile izlenebilir. ÜK'de saptanan herhangi bir darlık malignite açısından uyarıcı olmalıdır (52).

İBH da stenoz en çok ileal hastalıkta görülür. İleal hastalıkta tanı sırasında %15'inde, 10 yıllık hastalıkta % 43'ünde stenoz görülür (53).

Fistül mukozanın tam kat tutulumlu inflamasyonundan kaynaklanır ve stenozun ilerlemiş bir komplikasyonudur. İleal Crohn hastalığında daha sık görülür. MR ile tespiti yapılır. Çok farklı lokalizasyonlarda mevcut olabilir; entero-enteral, entero-kolik, enterokutanöz, entero-vesikal, entero-vaginal bunlara örnektir. Septomatik fistüllerde veya abseleşme mevcut olduğunda cerrahi endikasyon mevcuttur. Bu hastalar Anti-TNF tedaviden altta yatan inflamasyonun tedavisi yoluyla fayda görebilirler (54).

Crohn hastalarının tanı sırasında % 10'unda veya hastalık seyrinde % 30'undan fazlasında perianal lezyonlar görülebilir. İleokolik hastalıkta %15 rektal veya sol kolon tutulumununun % 50 si ile ilişkilidir. Proktit nadir görülür ancak % 75'inde perianal abse mevcuttur. Herhangi bir bölgede saptanan abse boşaltılmalıdır (55).

İBH'ın kronik komplikasyonlarına örnek displazi ve kolorektal kanser verilebilir. İBH hastaları özellikle ÜK hastaları malignite açısından yüksek risk altındadır. Bu hastalarda hastalık yaşı ve derecesi en önemli risk faktörleriyken, aile öyküsü, inflamasyon şiddeti, psödopolip ve primer sklerozan kolanjit mevcudiyeti bir diğer risk faktörleridir.

2.5 EKSTRAİNTESTİNAL BULGULAR

İBH seyri sırasında birçok sistemi etkileyebilen multisistemik bir hastalıktır. İBH hastalarının % 10'unda tanı sırasında % 25'inde yaşamları boyunca ekstraintestinal tutulum görülür (56).

Kas ve iskelet sistemi İBH'ın en sık ekstraintestinal tutulumu olan sistemdir. Hastaların % 20 sine artrit eşlik eder. Osteopeni, osteonekroz ve osteoporoz da bir diğer ekstraintestinal bulgulardır .

İBH de göz tutulumu <%10 olup sıklıkla konjuktivit ve anterior üveit şeklinde olurken sklerit, iritis de İBH seyri de görülebilir.

İBH de cilt tutulumu eritema nodozum ve piyoderma gangrenozum şeklinde olup hastalık aktivitesi ile yakından ilişkilidir.

İBH'de sistemik inflamasyon koagülasyon kaskadını aktive ederek ve trombosit agregasyonuna yol açarak tromboza meyle sebep olur. Venöz tromboemboli önemli morbidite ve mortalite sebebidir. Arteriyel tromboembolizm de İBH hastalarında risk oluşturur (57).

Pulmoner tutulum İBH da nadir gözlemlenmekle birlikte; parankimal akciğer hasarı, solunum yolu inflamasyonu, serozit, pulmoner tromboemboli şeklinde olur.

2.6 STRES

Stres; organizmanın beden ve ruh sınırlarının tehditi ve zorlanması ile ortaya çıkan durum, organizmanın dengesini bozan uyarıcılar tanımlamaları ile ilk olarak 19. yüzyılda kullanılmaya başlanmıştır. Stres sezgisel yolla organizmada psikosomatik hastalıklara yol açabilir. 1920'lerde Walter Canon stres ve hastalık ilişkisini incelemiş ve stresin sempatik sinir sistemi üzerindeki etkileri üzerinde çalışmalar yapmıştır. Bu çalışmalar neticesinde stresin kardiyovasküler yanıt ve gastrik mukozal hasara yol açtığı saptanmıştır (58). Metabolizmada otonom sinir sisteminin aktivasyonu bireyi "savaş ya da kaç" yanıtına

hazırlarken bu yanıtı uygunsuz (savaşamayan veya kaçamayan) bireylerde gelişen stres hastalıklarla neticelenir.

Stres, bireyin beklenmedik bir olay karşısında aniden yaşadığı durumdur. Bireyin stresi değerlendirme sürecinde; beklentileri, inançları ve davranış şekli etkili olur. Stres faktörlerine verilen yanıt ise 'savaş ya da kaç' şeklindedir. Bu tepkinin sonucunda meydana gelen durumlar da stresin sonucu olmaktadır. Stres maruziyeti sonrası bireylerde görülen somatizasyon kişiden kişiye değişmektedir; ağız kuruluğu, dispeptik yakınmalar, beslenme kusurları, ishal, kabızlık, aşırı terleme, baş ağrısı, kas ve eklem ağrıları, hipertansiyon, dermatolojik bulgular gözlenebilir. Stresi yaratan durumun sebat etmesi durumunda bireyde strese karşı başarı durumuna göre öfkelenme, anksiyete duyma veya depresif duygudurum görülebilir. Tüm bunlara ilaveten stresli bireylerde konsantrasyonda bozulma, kararsızlık, unutkanlık, verimlilikte düşme, iş kalitesinde zayıflama çok sık görülür.

Stres nedenlerini bireysel, fiziksel ve örgütsel olarak üç ana grupta toplamak mümkündür. Başta yaşanan çevre olmak üzere olaylar, koşullar ve kişiler birer stres kaynağıdır. İlerleyen süreçte sebat eden uyarıcılar bireyler açısından mücadele edilecek sorun olarak algılanır. Bu uyarıcılara stresör denir. Stresörler, sürekli etkileşim halinde olup sinerjistik etki gösterebilirler. Stresle başa çıkma bireyin sağlığını koruması ve nitelikli hayat sürmesi için şarttır. Bu mücadeledeki amaç stresin bütünüyle yok sayılması değildir. Tolere edilebilir ve kontrolü sağlanabilir verimliliği artıran olumlu bir güç sağlamaktır. Stres yönetiminde duygu ve problem odaklı olmak üzere iki tür yöntem mevcuttur. Problem odaklı yöntemde; birey stresörü ortadan kaldırmak için mantıksal analizi kullanılır. Birey stresörü değerlendirir, bulunduğu durumda aktif rol oynayarak stresörün etkisini azaltmak ve ortadan kaldırmak için çaba sarf eder. Problem odaklı yöntemde bireyler öneri ve tavsiyeye açıktır, yeni yetenekler edinerek, planlar yaparak, uyuyarak veya mekan değiştirerek olayın etkisini azaltmaya çalışırlar. Duygu odaklı yöntemde bireyler stresi inkar ederek kaçınırlar. Bu durum bireyi anlık olarak korur ve üzüntü yaşamasının önüne geçer. Bu yöntemde bireyler duygularını görmezden gelerek, ağlayarak, hiperfaji ile yaşarlar. Bu yöntemlerden hangisinin kullanılacağı bireye göre değişmektedir.

İBH multisistemik bir hastalıktır. Hastalık gerek tanı gerek tedavi süresince hastaların sosyal hayatını etkiler. Hayatın daha aktif olduğu dönemlerinde hastalık alevlenmeleri hospitalizasyon ihtiyacı İBH li bireyler için stres yaratan bir durumdur.

İBH’de hastalık remisyona altında olmadığında yaşanan semptomlar arasında özellikle karın ağrısı, tuvalet bağımlılığı kişinin hem sosyal hayatını hem de iş hayatını oldukça olumsuz etkiler.

Kronik hastalıklarda daha belirgin yaşanan stres ve üzüntü İBH de hastalık aktivasyonuna yol açabilmektedir. Bu sebeple İBH de psikiyatrik destek gerekebilir ki bu hastalarda stres regülasyonu hastalık remisyonda beklenenden daha etkili olabilir.

2.6.1 Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ)

Algılanan Stres Ölçeği 1983 yılında geliştirilmiş, 2009 yılında Türkçeye uyarlanmış olup bireylerin yaşadıkları stresi niceliksel olarak değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Bireyler son bir ay içerisinde yaşadıkları olaylara göre 14 maddeden oluşan, 5’li likert tipi bir ölçekle değerlendirilir. Katılımcılar her maddeyi “Hiçbir zaman (0)” ile “Çok sık (4)” arasında değişen 5’li Likert tipi ölçekle değerlendirilir. ASÖ’nün puanlaması 0-40 arasında değişir. Ölçekten alınan yüksek puanlar katılımcının stresinin niceliksel olarak yüksek olduğunu belirtir (59)

2.7 YAŞAM KALİTESİ

Sağlık, bireyde hastalık mevcudiyetinin yokluğu anlamına gelmeyip, bireyin hem fiziksel hem de psikolojik açıdan tam iyilik hali olarak Dünya sağlık örgütü tarafından tanımlanmaktadır. Bireylerin sağlık açısından değerlendirilmelerinde tek başına hastalık nicelendirmeleri yeterli olmayıp bireyin iyilik halinin de nicelendirilmesi gerekmektedir. Bu değerlendirme klinikte sıkça başvuru alan yaşam kalitesindeki olumlu gelişmelerin gösterilmesiyle mümkündür. Dünya sağlık örgütü; yaşam kalitesini kişilerin mevcut sosyo kültürel sistem içinde kendini algılama şekli olarak tanımlar ve bu kavram kişinin beklentileri, ilgisi ve yaşam standardı ile çok yakın ilişki halindedir. Özetle yaşam kalitesi; bireyin psikososyal durumu, fiziksel sağlığı, inançları ve çevresel özelliklerden etkilenen multifaktöryel bir kavramdır.

2.7.1. Kronik Hastalıklar ve Yaşam Kalitesi

Kronik hastalıklar, sürekli takip altında olma hissi ve hastalığa bağlı çeşitli komplikasyonlar kişilerin işlevselliğinde azalmaya, iş hayatlarında verimliliklerinde düşme ve asosyalliğe varan izole hayat sürmeye yol açarken aile hayatı ve ilişkileri de önemli ölçüde olumsuz etkilenir. Bu da bireylerin yaşam kalitesinde bozulmaya neden olur. Süreğen bir hastalık mevcudiyeti, hastalığın kendi semptomlarının getirdiği yükler, sürekli gözetim altında olma, ilaç kullanma zorunluluğu, hastalık ve tedavi nedeni ile olan kısıtlamalar, geleceğe dair olumsuzlamalar bireyin psikososyal durumunu ve fiziksel sağlığını çok yakından etkiler. Bu yüzden tedavi planlaması kişiye özgü olmalı; belirti ve bulgulara etkili olan tedavinin aynı zamanda yaşam kalitesini yükseltmeye yönelik en uygun tedavi olması en doğru yaklaşımdır.

2.7.2. Yaşam Kalitesi Değerlendirilmesi

Genel ölçekler ve hastalığa özgü ölçekler yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde kullanılan iki ana ölçek grubunu oluşturur. Bu ölçeklerin oluşturulması ve geliştirilmesi yoğun bir çalışma gerektirmektedir. Bir toplumda uygulanacak ölçek o toplumun diline çevrilip, yeterli geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarından geçtikten sonra o toplumda uygulanmaya başlanır (60).

2.7.2.1. Genel (jenerik) ölçekler

Herkeste uygulanabilen, değişik hastalıklarda ve sağlıklılarda değerlendirilebilen ölçekler bu grubu oluşturur. Böylelikle sağlıklı bireylerle hasta olduğu kabul edilen bireyler arasında mukayese etme imkanı oluştururlar. Ancak bu ölçekleri sınırlayan konu hastalığa özgü olmamaları sebebi ile duyarlılıklarının düşük olmasıdır (60). Bu ölçekler arasında yaygın kullanılanlar arasında:

- a. Kısa Form-36 (Medical Outcome Study SF-36)
- b. WHOQOL (World Health Organization Quality of Life)
- c. Duke Sağlık Ölçeği (Duke Health Profile)
- d. Spritzer Yaşam Kalitesi İndeksi (Spritzer Quality of Life Index-SQLI)

e. Hastalık Etki Ölçeği (Sickness Impact Profile) 10

f. McMaster Sağlık İndeks Anketi (McMaster Health Index Questionnaire)

g. Esenlik İndeksi (Index of Well-Being-IWB), sayılabilir.

2.7.2.2. Hastalığa özgü ölçekler

sınırlı hastalıkların, sınırlı grupların, sınırlı işlevsel bozuklukları ile yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde kullanılan ölçeklerdir. Bunlar arasında sıkça kullanılanlar;

a. Ankilozan Spondilit Yaşam Kalite İndeksi (Ankylosing Spondylitis Quality of Life Questionnaire)

b. Fibromiyalji Etki Anketi (Fibromyalgia Impact Questionnaire)

c. McGill Ağrı Anketi

d. Pediatrik Astım Yaşam Kalitesi Anketi (PAQLQ)

e. İdrar İnkontinanslı Çocuklarda Hastalığa Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (PinQ)

f. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADS), gibi sayılabilir (60)

2.7.2.3. Kısa form 36 (Short form 36 – SF 36)

Kişilerin yaşam kalitesini değerlendirmede çok sık kullanılan genel (jenerik) ölçeklerden biridir. 1992 yılında Ware ve arkadaşları tarafından geliştirilen bu ölçek başlangıçta 149 maddeden oluşmaktayken zamanla indirgenerek 36 maddeye dönüşmüş olup SF-36 adını almıştır (61). Kişilerin çok kısa sürede kendilerince doldurabildikleri mevcut sağlık durumlarını değerlendirme imkanı sunan bu ölçek; 36 madde ve 8 alt boyuttan oluşmaktadır. Bu alt boyutlar; fiziksel ve sosyal işlevsellik, fiziksel problemlere ve emosyonel problemlere bağlı rol kısıtlamaları, ağrı, enerji seviyesi/vitalite/canlılık, ruhsal sağlık ve genel sağlık algısından oluşmaktadır.

Ölçek kişilere değerlendirmelerini son bir ay üzerinden sorar (62). Her bir alt boyuttan ayrı puanlar alınıp bu puanlar toplanmaz. Alt boyutlar sağlığı 0 ila 100 arasında değerlendirmektedir. Yüksek puanlar (100) iyi sağlık durumunu ifade ederken düşük puanlar

0) kötü sağlık durumunun habercisidir. Bu ölçeğin dilimize ait güvenilirlik ve geçerlilik çalışmalarını Koçyiğit ve arkadaşları yapmıştır (63).

2.8 DEPRESYON

En az iki hafta süren mutsuzluk, hayattan eskisi gibi zevk alamama, karamsar olma hali depresyon olarak tanımlanır. Yaşanan duygu durum değişikliği kişinin duygulanımının ötesine geçerek tüm yaşamını değiştirerek rutin hayat düzenini olumsuz etkiler. Dolayısıyla depresyon sadece duygularla sınırlı kalmayıp, bireyin davranışlarını, bilişsel fonksiyonlarını ve fiziki yapısını etkileyen bir rahatsızlıktır.

Depresyonun belirtileri psikosomatiktir; halsizlik, sürekli yorgunluk hali, düşünce ve motor fonksiyonlarda yavaşlama, konsantrasyon güçlüğü, yeme bozuklukları, kilo artışı ya da kaybı, uyku bozuklukları, libido kaybı, konstipasyon, hipotansiyon, miyaljiler, yapılan hiçbir şeyden zevk alamama, kendini yetersiz ve küçük görme, suçluluk duygusu, öz saygıda azalma, geleceğe karşı umutsuzluk, sürekli endişe hali ve suicidal düşünceler ve girişimler bunlara örnektir.

% 15-20 arası oranla dünyada en sık saptanan psikiyatrik hastalık depresyondur. Bu grubun içinde yaklaşık %12'lik hasta grubu, tedavi ihtiyacı olacak şekilde ağır depresyon geçirir. Bir insanın hayatı boyunca major depresif olma olasılığı 1992'de Angst ve arkadaşlarınca %4,4-19,6 iken 1994'te Kessler ve arkadaşlarınca %17 olarak belirlenmiştir (64) Türkiye'de depresyon prevalansı %8-20 arasında olduğu tahmin edilmektedir (65). Hospitalize edilen hastalarda bu oran % 15 ken 1. basamakta % 10 dur (66). Depresyon tüm hastalıklar arasında % 10.4 ile dünya üzerinde en çok görülen hastalıklardan biri olarak Dünya Sağlık Örgütü'nün birçok araştırmasına konu olmuştur.

Depresyon en sık 25-44 yaş grubunda saptansa da her yaşta görülebilir. Kadın cinsiyette yaklaşık iki kat daha fazla olup boşanmış veya ayrı eşlerde bu oran daha fazladır. Bekar erkeklerde depresyon evlilere oranla daha yüksekken kadınlarda bu durumun tam tersi oranlar söz konusudur. Yaşlanmayla birlikte cinsiyet farkı ortadan kalkmaktadır. Depresyon hayatları boyunca kadınların %10-25'ini erkeklerin %5-12'ini etkiler (67). Depresyon, yaşam kalitesini morbidite oranları yüksek hastalıklar olan hipertansiyon, diyabetes mellitus

kadar etkiler. Suisidal düşünce riski topluma göre 100 kat fazladır. Sadece bu sebeple bile dikkate alınmaya değer bir hastalıktır.

Tablo.8: DSM-V'e göre major depresif bozukluk tanı kriterleri ;

<p>A. Aşağıdakilerden en az 5'inin en az 15 gün süre ile gün boyu bulunması (1.veya 2. kriter mutlaka bulunmalı)</p> <ul style="list-style-type: none">● Günlerce veya günün büyük bir kısmında görülen depresif duygudurum,● Sosyal aktivitelerine olan ilginin azlığı ve tad alamama,● Uyku düzensizlikleri,● Kilo alıp vermede düzensizlikler,● Değersizlik duygusu ve suçluluk hissi,● Psikomotor ajitasyon veya retardasyon,● Bitkin, halsiz enerjik hissedememe,● Dikkati ile ilgili problemler,● Suisidal düşünceler veya suisid girişimi (DSM-5). <p>B. Fonksiyonellikte kayıp</p> <p>C. Tüm semptomlar madde kullanımına veya organik bir rahatsızlığa bağlı gelişmemiş olmalıdır.</p> <p>D. Başka psikolojik sorunlarla açıklanamaz</p> <p>E. Manik veya hipomanik nöbet yoktur</p> <p>(Yas durumunun ekartasyonu DSM-V'te kaldırılmıştır.)</p>

2.9. ANKSİYETE BOZUKLUKLARI

Anksiyete, otonom sinir sisteminin aktive olduğu rahatsızlık verici bulguların birlikteliğiyle hissedilen şahsa özgü kaygınlık halidir. İlla dış uyaran olmak zorunda olmayıp bireylerde içsel olarak bir şeylerin kötü gideceği duygusu da anksiyete ile sonuçlanabilir.

Kişinin çeşitli yaşadığı durumlar; hastalık hali veya hastalanma endişesi, otokontrolün kaybolduğu hissi, maddi endişeler, toplumsal sorunlar, yas, ihtiyaçların karşılanmasında yetersizlik anksiyete ile sonuçlanabilir.

Anksiyete; mevcut yaşanan olayların sonucu, hastalık olarak veya tıbbi tedavinin ve rahatsızlığın sonucu ortaya çıkabilir. Bu duygu kişiyi yaşanacak sıkıntılara karşı alarme ederek hazırlıklı olmasını sağlar. Korku da aynı farkındalıkları yaratan bir uyarıcı olduğundan dikkatli ayırt edilmelidir.

Kaygı halinde bireylerde otonom sinir sistemi aktivasyonu ile fiziksel belirtiler ortaya çıkar. Belirli stresörlere karşı oluşan cevabın süresinin uzaması veya uygunsuz cevap oluşması da anksiyeteye yola açar. Γ -aminobütirik asit (GABA), inhibitör nörotransmitter olup anksiyete bozukluklarının meydana gelmesinde rolü olduğu düşünülmektedir.

Herhangi bir stresör maruziyetinde ACTH ve β -endorfin salınımı olur. Kaygı halinde meydana gelen belirtiler otonom sinir sisteminin aktivasyonu sebebi ile olur ve bunlar; pupillerde genişleme, hipertansiyon, taşikardi, terleme, sindirim ve ürogenital sistem belirtileri şeklindedir.

Anksiyete sonucu oluşan semptomlar; psikolojik ve otonomik uyanıklık belirtileridir. Aşırı uyarılabilirlik, sese hassasiyet, dikkati toplayamama psikolojik uyanıklık belirtileriyken; uyuyamama, titremeler, miyaljiler, pareteziler, hiperventilasyona sekonder hava açlığı otonom uyanıklık belirtileridir (68). Otonom uyanıklık belirtileri multisistemik komponentleri olan belirtilerdir; kserostomi, disfaji, pirozis, dispeptik yakınmalar gastrointestinal sistem ile, dispne, takipne, solunum sistemi ile, pollaküri, erektil disfonksiyon, menstrüel düzensizlikler genitoüriner sistem ile, taşikardi, angina, palpasyon kardiyovasküler sistem ile ilişkilidir (68).

Psikiyatrik hastalıklar içinde en fazla prevalansı olan hastalık anksiyete bozukluklarıdır. Ancak bu bozukluğa sahip hastaların sadece %23 ü tedavi olmaktadır. Anksiyete bozukluğu olan hastalarda, daha uzun hospitalizasyon, daha fazla invaziv işlem öyküsü, iş ve okul başarısızlığı, devlet yardımı alma daha sık rastlanmaktadır.

Birçok organik bozukluğun belirtileri anksiyete belirtileriyle örtüşmektedir. İlgili hekimin mevcut belirtilerin organik bir hastalıktan ya da tedaviye sekonder semptomlardan

veya psikiyatrik bozukluktan kaynaklandığını belirlemek durumundadır. Kafein toksisitesi, alkol ve ilaç kullanımı anksiyetenin en sık rastlanan organik nedenleridir.

Tablo 9. Yaygın anksiyete bozukluğu tanısı (68);

A. En az altı aylık bir sürenin çoğu gününde, bir takım olaylar ya da etkinliklerle ilgili olarak, aşırı bir kaygı ve kuruntu vardır.

B. Kişi kuruntularını denetim altına almakta güçlük çeker.

C. Bu kaygı ve kuruntuya, aşağıdaki altı belirtiden üçü (ya da daha çoğu) eşlik eder (en azından kimi belirtiler son altı ayın çoğu gününde bulunmuştur):

1. Dinginleşememe ya da gergin ya da sürekli diken üzerinde olma.

2. Kolay yorulma.

3. Odaklanmakta güçlük çekme ya da zihnin boşalması.

4. Kolay kızma.

5. Kas gerginliği.

6. Uyku bozukluğu (uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük çekme ya da dinlendirmeyen, doyurucu olmayan bir uyku uyuma).

D. Kaygı, kuruntu ya da bedensel belirtiler, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

E. Bu bozukluk, bir maddenin (kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun (örn. hipertiroidi) fizyolojisiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

F. Bu bozukluk, başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz

Anksiyete bozukluklarının tedavisinde birçok yöntem bulunmaktadır; ilaçlar, psikoterapiler, relaksasyon eğitimleri bunlara örnektir. Ancak ilaç ve psikoterapik yöntemlerin kombine edildiği modelin kullanılması en çok kabul görendir.

2.10. KRONİK HASTALIKLARDA PSİKİYATRİK PROBLEMLER

Kronik hastalığı olan kişilerde hastalıkla eşzamanlı ruhsal problemler görülür. Hastalığın kendi yükü dışında, hastanın bilinç düzeyi, sosyo kültürel özellikleri de kaygı ve depresif duygu duruma neden olabilir. Yapılan bir çalışmada; depresyonda olan bireylerin %69,5'inde en az bir kronik hastalık mevcutken, normal duygu durumu olan bireylerde bu oran %52,9 olarak saptanmış olup fiziksel hastalığı olanlarda %22,9, fiziksel hastalığı olmayanlarda bu oran %12,1 olarak saptanmıştır (69). Cinsiyet, medeni hal, eğitim ve gelir düzeyi gibi faktörler bazı psikiyatrik bozukluklara altyapı oluşturabilir. Bu faktörlerden bazıları değişmez özellikte iken bazıları çeşitli metotlarla değiştirilebilir.

Depresyon, birçok kronik hastalığa eşlik eden %9-58 oranla en sık görülen psikiyatrik hastalık olmasına rağmen hastaların ancak yarısı tanı alır. Bu kişilerde depresyon yaklaşık dörtte birinde preklinik aşamada görülürken geri kalanında hastalıkla birlikte ve komplikasyonlarına bağlı görülür. Depresyon beynin fonksiyonel işlevlerinde azalmaya yol açarak bireyin hastalık algısında bozulmaya yol açar. Ayrıca, depresyona bağlı immün sistem supresyonu hastalık seyrini olumsuz etkiler. Hastalığa bağlı kişide fiziksel etkilenmeler, etkilenen bölgenin özellikleri, hastalık yaşı depresyonun ağırlaşmasına yola açarak tedavide olumsuz etkilere yol açar. Bu da artmış morbidite ve mortalite oranları ile ilişkilidir. Kronik hastalığı olan depresif bireylerde ağrı eşiği düşer. Yaşanılan fiziksel belirtiler daha ağır algılanmaya başlar. Bu da hastanın yaşam kalitesini bozarken sosyal hayatına çeşitli olumsuzluklarla yansır bireylerin işlevselliğinde kayba yol açar.

2.11.İNFLAMATUVAR BARSAK HASTALIKLARINDA PSİKİYATRİK DURUM

Bireylerde kronik hastalık mevcudiyeti artmış depresif duygudurum ve anksiyete oranlarıyla yakından ilişkilidir. Depresyon, hücrel immüneyi bozup inflamasyonu tetikleyerek İBH patogeneğinde rol oynayabilir.

İnflamatuar barsak hastalığı yaşamın en aktif olduğu yıllarda bireylerde gerek iş hayatında gerek sosyal hayatta ileri derecede fonksiyonellik kaybı ve rol kaybına yol açar. Özellikle hastalık aktivasyonun olduğu zamanlarda hastalarda ciddi psikososyal bozulmalar görülür. Yapılan çalışmalar İBH'lı bireylerin toplumda daha sık görülen kronik hastalığa sahip (DM, malignite) bireylerden daha depresif olduğunu göstermektedir.

Bazı merkezlerde İBH lı bireyler anksiyete ve depresyon açısından değerlendirilerek lüzum halinde psikiyatrik desteğe yönlendirilmektedir. Yapılan psikoterapik tedavi metodların hastaların depresif modlarını düzeterек yaşam kalitesini artırdığı gösterilmiştir.

2.11.1. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği

Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği (HADS) 1983 te Zigmond ve Snaith tarafından İngilizce olarak oluşturulmuştur (70). Dilimize olan geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarını Aydemir ve arkadaşları yapmıştır (71). Bu ölçekte amaç tanı koymak olmayıp, hastaları anksiyete ve depresyon açısından hızlı bir şekilde taramaktır. Toplam 14 sorudan oluşan ölçekte; 7 soru depresyon belirtilerini, 7 soru anksiyete belirtilerini sorgular.



3. GEREÇ ve YÖNTEMLER

Çalışmamız Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Hastanesi Gastroenteroloji Bilim Dalında takipli 80 İBH hastasının bilgilendirilmiş gönüllü olur formu ile onamları alınarak yapılmıştır. Öncesinde Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Etik Kurul Başkanlığı 28.06.2022 tarihli 2022.112.06.02 protokol numarası ile etik kurul onayı alınmıştır.

Araştırmamızda hastalar öncelikle sosyodemografik özellikleri açısından sorgulanmıştır. Yaş, cinsiyet, hastalık başlangıç yaşı, hastalık yaşı, çalışır olma durumu, komorbid hastalıklar, dışkılama sayısı, sigara içme durumu, operasyon öyküsü ve kullanılan ilaçlar anketlerle ilişkilendirilerek verifiye edildi.

Araştırmamıza 18-65 yaş arası gebe veya emziren olmayan okur-yazar, mental retardasyonu olmayan Ülseratif Kolit ve Crohn hastaları dahil edildi.

Araştırmaya katılan tüm hastalar hastanemizde bakılan laboratuvar tetkikleri, endoskopileri ve klinik bulguları ile değerlendirildi. Ülseratif Kolit hastaları Mayo indeksi ile Crohn Hastaları CDAİ ile hastalık aktivasyonu açısından değerlendirildi. İki hastalık indeksi de poliklinik pratiklerinde sıkça kullanılmaktadır.

Araştırmamızda güvenilirliği artırmak adına üç farklı ölçek kullanılmış olup her ölçek birbiriyle karşılaştırılmıştır. Çalışmamıza dahil olan hastalar; algılanan stres ölçeği, yaşam kalitesi ölçeği ve hastane anksiyete, depresyon ölçeklerini kendileri doldurarak katılmışlardır.

Araştırmamıza toplam 80 İBH hastası katılmıştır. Bu hastaların 38 i Kadın, 42 si erkektir. Bu hasta grubunda 27 hasta Crohn 53 hasta Ülseratif kolit hastasıdır.

İstatistiksel Analiz

İstatistiksel analizler SPSS for mac versiyon 26 yazılımı kullanılarak yapılmıştır. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel (*histogram ve olasılık grafikleri*) ve analitik yöntemlerle (*Kolmogorov- Smirnov/ Shapiro-Wilk testleri*) incelenmiştir.

Tanımlayıcı analizler normal dağılan değişkenler için ortalama ve standart sapmalar kullanılarak verilmiştir. Normal dağılım gösteren numerik veriler bağımsız gruplar *Student T testi*, Normal dağılım göstermeyen veriler için *Mann Whitney U testi ve Kruskall Wallis Testi (post hoc Mann Whitney U Testi)* yapılmıştır. Normal dağılıma uymayan verilerin korelasyonunda Spearman Korelasyon Testi yapılmıştır. Nominal veriler çapraz tablolar kullanılarak verilmiştir, gruplar arasında fark bulunup bulunmadığı yerine göre *Ki-Kare ve Fisher testleri* kullanılarak karşılaştırılmıştır. İstatistiksel anlamlılık $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

BULGULAR

Çalışmamıza toplamda 80 hasta dahil edilmiştir. Hastaların 38'i (%47,5) kadın, 42'si (%52,5) erkek idi (Şekil 1). Cinsiyet yönünden görülen farklılık istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır ($p>0,05$).



Şekil 1. Cinsiyete Göre Dağılım

Hastaların yaş ortalamaları $41,83\pm 12,85$, hastalık yaş ortalamaları $8,29\pm 7,4$, Ülseratif kolit oranı %66,3, komorbidite oranı %31,3, sigara içme oranı %17,5, operasyon öyküsü %17,5, çalışma oranı %57,5, olarak saptanmıştır (Tablo 10).

Tablo 10. Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerin Dağılımı

	ORT	±SS	Median	Min	Max
Yaş	41,83	12,85	41,5	18	64
Hastalık Yaşı	8,29	7,4	7	1	27
		N	%		
IBH	Crohn	27	33,8		
	Ü. Kolit	53	66,3		
Komorbidite	Hayır	55	68,8		
	Evet	25	31,3		
Sigara	Hayır	66	82,5		
	Evet	14	17,5		
Operasyon	Hayır	66	82,5		
	Evet	14	17,5		
Çalışma	Hayır	34	42,5		
	Evet	46	57,5		
Dışkılama sayısı	1 kez	13	16,3		
	2 kez	18	22,5		
	3 kez	26	32,5		
	>3 kez	23	28,7		
İlaç	1 Ajan	40	50		
	2 Ajan	25	31,3		
	3 Ajan	15	18,8		
İlaç Şekli	Enteral	44	55		
	Biyolojik Ajan	36	45		
	Total	80	100		

Laboratuvar parametrelerinin dağılımı Tablo 11’de detaylı şekilde verilmiştir.

Tablo 11. Laboratuvar Parametrelerinin Dağılımı

	N	ORT	±SS	Median	Min	Max
HB	80	12,42	2,17	12,5	10	16
WBC	80	7157	2285	6700	2620	14000
PLT	80	275892	121900	253000	74000	929000
CRP	80	7,735	14,48	3	0	78
Sedimentasyon	80	25,83	19,4	20	1	80
Ferritin	80	73,93	77,7	51	2	412

Ölçek skorlarının dağılımı Tablo 12’te detaylı şekilde verilmiştir.

Tablo 12. Ölçek Skorlarının Dağılımı

	N	ORT	±SS	Median	Min	Max
ASÖ	80	30,58	5,96	30,5	9	42
HAD Anksiyete	80	8,56	4,51	8	0	20
HAD Depresyon	80	7,2	4,14	7	0	19
Fiziksel Fonksiyon	80	75,06	26,8	85	0	100
Fiziksel Rol Güçlüğü	80	53,88	45,1	75	0	100
Emosyonel Rol Güçlüğü	80	53,34	45,23	66	0	100
Enerji/Canlılık/Vitalite	80	49,75	24,04	50	0	100
Ruhsal Sağlık	80	63,94	17,95	68	16	100
Sosyal İşlevsellik	80	55,01	26,63	50	0	100
Ağrı	80	59,61	25,65	66	0	100
Genel Sağlık Algısı	80	52,19	18,71	50	15	95
MAYO	53	1,81	0,8	2	0	3
CDAİ	27	273	96,9	281	110	475

ASÖ= Algılanan Stres Ölçeği, HAD= Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği

Cinsiyete göre yaş, hastalık yaşı, dışkılama sayısı arasında görülen farklar istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 13).

Tablo 13. Cinsiyete Göre Yaş, Hastalık Yaşı, Dışkılama Sayısı Kıyaslaması

	Cinsiyet	N	ORT	SS	Median	P*
Yaş	Kadın	38	39,05	12,23	38,5	0,069 [^]
	Erkek	42	44,33	13,04	44,5	
Hastalık Yaşı	Kadın	38	8,24	6,77	7	0,896
	Erkek	42	8,33	8,02	5	
Dışkı sayısı	Kadın	38	3,32	2,15	3	0,917
	Erkek	42	3,62	2,88	3	

**Mann Whitney U Testi, ^Bağımsız Gruplar T Testi*

Cinsiyete göre hemoglobin ($p \leq 0,001$) ve ferritin ($p = 0,014$) değişkenlerinde erkeklerde tespit edilen yükseklik istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (Tablo 14).

Tablo 14. Cinsiyete Göre Laboratuvar Parametrelerinin Kıyaslanması

	Cinsiyet	N	ORT	SS	Median	P*
HB			11,37	2,1	11,75	$\leq 0,001$
	Erkek	42	13,38	1,79	14	
WBC	Kadın	38	7224	2695	6535	0,644
	Erkek	42	7096	1871	6715	
PLT	Kadın	38	270552	1066462500000	0,725	
	Erkek	42	280723	135344260500		
CRP	Kadın	38	6,6	12,83	2	0,257
	Erkek	42	8,76	15,95	3	
Sedimentasyon	Kadın	38	29,55	20,58	24	0,092
	Erkek	42	22,48	17,95	18	
Ferritin	Kadın	38	53,89	61,19	31	0,014
	Erkek	42	292,07	86,91	64	

**Mann Whitney U Testi,*

Cinsiyete göre tüm ölçeklerde tespit edilen farklar istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır ($p > 0,005$) (Tablo 15)

Tablo 15. Cinsiyete Göre Ölçeklerin Kıyaslanması

	Cinsiyet	N	ORT	SS	Median	P*
ASÖ	Kadın	38	31,26	6,27	31	0,254
	Erkek	42	29,95	5,67	29	
HAD_A	Kadın	38	9,26	4,85	9,5	0,137
	Erkek	42	7,93	4,13	7	
HAD_D	Kadın	38	6,97	4,23	7	0,85
	Erkek	42	7,4	4,09	7	
Fiziksel Fonksiyon	Kadın	38	72,37	28,45	82,5	0,346
	Erkek	42	77,5	25,31	85	
Fiziksel Rol Güçlüğü	Kadın	38	44,08	45,93	25	0,064
	Erkek	42	62,74	42,96	80	
Emosyonel Rol Güçlüğü	Kadın	38	46,42	46,84	33	0,238
	Erkek	42	59,6	43,32	66	
Enerji/Canlılık/Vitalite	Kadın	38	50,79	24,73	52,5	0,678
	Erkek	42	48,81	23,65	50	
Ruhsal Sağlık	Kadın	38	63,68	17,38	64	0,896
	Erkek	42	64,17	18,65	70	
Sosyal İşlevsellik	Kadın	38	54,71	27,07	50	0,88
	Erkek	42	55,29	26,55	56	
Ağrı	Kadın	38	56,5	26,05	55	0,279
	Erkek	42	62,43	25,26	67	
Genel Sağlık Algısı	Kadın	38	52,11	20,65	52,5	0,973
	Erkek	42	52,26	17,01	50	
MAYO	Kadın	24	1,88	0,74	2	0,594
	Erkek	29	1,76	0,87	2	
CDAİ	Kadın	14	305	97,2	294	0,12
	Erkek	13	240	87,97	256	

*Mann Whitney U Testi, ASÖ= Algılanan Stres Ölçeği, HAD= Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği

IBH tanısına göre yaş, hastalık yaşı, dışkılama sayısı arasında görülen farklar istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 16).

Tablo 16. IBH'ya Göre Yaş, Hastalık Yaşı, Dışkılama Sayısı Kıyaslaması

	IBH	N	ORT	SS	Median	p
Yaş	Crohn	27	40,74	13,26	39	0,594
	Ü. Kolit	53	42,38	12,74	43	
Hastalık Yaşı	Crohn	27	7,33	6,93	4	0,716
	Ü. Kolit	53	8,77	7,65	7	
Dışkı Sayısı	Crohn	27	2,7	1,51	3	0,08
	Ü. Kolit	53	3,87	2,87	3	

**Mann Whitney U Testi,*

IBH tanısına göre laboratuvar parametreleri arasında görülen farklar istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 17).

Tablo 17. IBH'ya Göre Laboratuvar Parametrelerinin Kıyaslanması

	IBH	N	ORT	SS	Median	p
HB	Crohn	27	11,93	2,95	12,5	0,529
	Ü. Kolit	53	12,68	1,63	12,5	
WBC	Crohn	27	6848	1826	6480	0,344
	Ü. Kolit	53	7314	2488	6880	
PLT	Crohn	27	265851	109421	256000	0,741
	Ü. Kolit	53	281007	128491	250000	
CRP	Crohn	27	10,3	17,25	3	0,324
	Ü. Kolit	53	6,43	12,87	2	
Sedimentasyon	Crohn	27	27,56	19,14	20	0,479
	Ü. Kolit	53	24,96	19,73	19	
Ferritin	Crohn	27	91,96	86,59	75	0,053
	Ü. Kolit	53	64,75	71,94	44	

**Mann Whitney U Testi,*

IBH tanısına göre; crohn hastalarında, ülseratif kolit hastalarına nazaran HAD A ($p=0,006$) ve HAD D ($p=0,003$) değişkenlerinde görülen yükseklik istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır. Diğer ölçeklerde IBH tanısına göre anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,005$) (Tablo 18).

Tablo 18. IBH'ya Göre Ölçeklerin Kıyaslanması

	IBH	N	ORT	SS	Median	p
ASÖ	Crohn	27	32	5,69	31	0,262
	Ü. Kolit	53	29,85	6,02	30	
HAD_A	Crohn	27	10,52	4,78	10	0,006
	Ü. Kolit	53	7,57	4,06	7	
HAD_D	Crohn	27	9,15	4,33	10	0,003
	Ü. Kolit	53	6,21	3,69	6	
Fiziksel Fonksiyon	Crohn	27	66,48	34,13	80	0,226
	Ü. Kolit	53	79,43	21,23	85	
Fiziksel Rol Güçlüğü	Crohn	27	53,15	46,39	75	0,991
	Ü. Kolit	53	54,25	44,87	75	
Emosyonel Rol Güçlüğü	Crohn	27	50,81	45,75	66	0,601
	Ü. Kolit	53	54,62	45,34	66	
Enerji/Canlılık/Vitalite	Crohn	27	42,41	21,85	45	0,06
	Ü. Kolit	53	53,49	24,43	55	
Ruhsal Sağlık	Crohn	27	58,56	18,46	56	0,053
	Ü. Kolit	53	66,68	17,22	72	
Sosyal İşlevsellik	Crohn	27	47,52	27,72	50	0,072
	Ü. Kolit	53	58,83	25,48	62	
Ağrı	Crohn	27	53,41	28,11	55	0,215
	Ü. Kolit	53	62,77	23,96	67	
Genel Sağlık Algısı	Crohn	27	48,15	20,39	45	0,234
	Ü. Kolit	53	54,25	17,63	55	

**Mann Whitney U Testi, ASÖ= Algılanan Stres Ölçeği, HAD= Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği*

Çalışmayan grupta yaş ($p=0,016$) ortalaması ve dışkılama sayısı ($p=0,008$) çalışan gruba göre daha yüksek bulunmuştur, bu fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($p=0,016$) (Tablo 19).

Tablo 19. Çalışma Durmuna Göre Yaş, Hastalık Yaşı, Dışkılama Sayısı Kıyaslaması

	Çalışma	N	ORT	SS	Median	p
Yaş	Evet	46	38,76	11,56	38	0,016
	Hayır	34	45,97	13,51	46,5	
Hastalık Yaşı	Evet	46	8,33	7,15	7,5	0,802
	Hayır	34	8,24	7,84	6	
Dışkı Sayısı	Evet	46	2,87	1,94	2,5	0,008
	Hayır	34	4,29	3,03	3	

**Mann Whitney U Testi,*

Çalışan grupta hemoglobin değeri çalışmayan gruba göre daha yüksek bulunmuştur, bu fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (p=0,020) (Tablo 20).

Tablo 20. Çalışma Durmuna Göre Laboratuvar Parametrelerinin Kıyaslanması

	Çalışma	N	ORT	SS	Median	p
HB	Evet	46	12,75	2,39	13	0,020
	Hayır	34	11,99	1,79	12	
WBC	Evet	46	7316	2040	6830	0,263
	Hayır	34	6941	2597	6510	
PLT	Evet	46	281530	138064	253000	0,637
	Hayır	34	268264	97343	261000	
CRP	Evet	46	8,08	17,01	2,5	0,45
	Hayır	34	7,26	10,43	5	
Sedimentasyon	Evet	46	25,28	20,46	18,5	0,453
	Hayır	34	26,59	18,27	23,5	
Ferritin	Evet	46	69	59,03	61	0,733
	Hayır	34	80,62	98,15	44	

**Mann Whitney U Testi,*

Çalışan grupta, çalışmayan gruba göre Fiziksel Fonksiyon (p=0,025), Fiziksel Rol Güçlüğü (p=0,008), Emosyonel Rol Güçlüğü (p=0,010) ve Ağrı (p=0,005) skorları daha yüksek tespit edilmiştir. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (Tablo 21).

Tablo 21. Çalışma Durumuna Göre Ölçeklerin Kıyaslanması

	Çalışma	N	ORT	SS	Median	p
ASÖ	Evet	46	30,61	4,95	30,5	0,903
	Hayır	34	30,53	7,2	30,5	
HAD_A	Evet	46	8,11	4,95	7	0,116
	Hayır	34	9,18	3,83	10	
HAD_D	Evet	46	6,85	4,12	6	0,213
	Hayır	34	7,68	4,17	7,5	
Fiziksel Fonksiyon	Evet	46	82,07	20,04	87,5	0,025
	Hayır	34	65,59	31,78	77,5	
Fiziksel Rol Güçlüğü	Evet	46	65,43	42,4	92,5	0,008
	Hayır	34	38,24	44,48	0	
Emosyonel Rol Güçlüğü	Evet	46	64,57	42,45	100	0,01
	Hayır	34	38,15	45,01	0	
Enerji/Canlılık/Vitalite	Evet	46	56,52	22,97	57,5	0,005
	Hayır	34	40,59	22,66	35	
Ruhsal Sağlık	Evet	46	68,76	15,77	72	0,011
	Hayır	34	57,41	18,86	60	
Sosyal İşlevsellik	Evet	46	59,7	26,22	62	0,087
	Hayır	34	48,68	26,24	50	
Ağrı	Evet	46	66,93	22,13	76	0,005
	Hayır	34	49,71	27,04	55	
Genel Sağlık Algısı	Evet	46	54,46	18,05	55	0,233
	Hayır	34	49,12	19,4	47,5	
MAYO	Evet	30	1,7	0,79	2	0,289
	Hayır	23	1,96	0,82	2	
CDAİ	Evet	16	261	89,46	263	0,430
	Hayır	11	292,36	108,55	307	

**Mann Whitney U Testi, ASÖ= Algılanan Stres Ölçeği, HAD= Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği*

Komorbiditesi olan grupta yaş ortalaması komorbiditesi olmayan gruba göre daha yüksek bulunmuştur, bu fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($p \leq 0,001$) (Tablo 22).

Tablo 22. Komorbiditeye Göre Yaş, Hastalık Yaşı, Dışkılama Sayısı Kıyaslaması

Komorbidite		N	ORT	SS	Median	p
Yaş			10,13	53		≤0,001
			12,28	38		
Hastalık Yaşı	Evet	25	8,76	6,39	7	0,328
	Hayır	55	8,07	7,87	6	
Dışkı Sayısı	Evet	25	3,28	2,09	3	0,941
	Hayır	55	3,56	2,74	3	

**Mann Whitney U Testi,*

Komorbiditeye göre laboratuvar parametreleri yönünden görülen farklar istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 23).

Tablo 23. Komorbiditeye Göre Laboratuvar Parametrelerinin Kıyaslanması

	Komorbidite	N	ORT	SS	Median	p
HB	Evet	25	12,6	1,83	12,5	0,851
	Hayır	55	12,35	2,33	12,5	
WBC	Evet	25	7340	2797	6790	0,852
	Hayır	55	7074	2035	6700	
PLT	Evet	25	278336	172504	240000	0,332
	Hayır	55	274782	92248	261000	
CRP	Evet	25	7,6	15,3	3	0,467
	Hayır	55	7,8	14,27	3	
Sedimentasyon	Evet	25	28,44	19,02	25	0,177
	Hayır	55	24,65	19,7	18	
Ferritin	Evet	25	54,8	50,9	45	0,193
	Hayır	55	82,64	86,26	57	

**Mann Whitney U Testi,*

Komorbiditeye göre Ölçek skorları yönünden görülen farklar istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 24).

Tablo 24. Komobiditeye Göre Ölçeklerin Kıyaslanması

	Çalışma	N	ORT	SS	Median	p
ASÖ	Evet	25	29,88	7,95	30	0,735
	Hayır	55	30,89	4,86	31	
HAD_A	Evet	25	8,8	4,7	8	0,731
	Hayır	55	8,45	4,46	7	
HAD_D	Evet	25	7,92	4,53	7	0,428
	Hayır	55	6,87	3,94	7	
Fiziksel Fonksiyon	Evet	25	69,4	31,17	85	0,207
	Hayır	55	77,64	24,44	85	
Fiziksel Rol Güçlüğü	Evet	25	47,4	44,98	50	0,252
	Hayır	55	56,82	45,25	75	
Emosyonel Rol Güçlüğü	Evet	25	56,24	45,97	66	0,781
	Hayır	55	52,02	45,25	66	
Enerji/Canlılık/Vitalite	Evet	25	43,4	25,97	45	0,139
	Hayır	55	52,64	22,77	50	
Ruhsal Sağlık	Evet	25	60,92	17,28	64	0,267
	Hayır	55	65,31	18,23	72	
Sosyal İşlevsellik	Evet	25	57,12	28,89	62	0,463
	Hayır	55	54,05	25,76	50	
Ağrı	Evet	25	61,76	26,05	62	0,770
	Hayır	55	58,64	25,64	67	
Genel Sağlık Algısı	Evet	25	48,6	19,45	50	0,283
	Hayır	55	53,82	18,31	55	
MAYO	Evet	17	1,71	0,77	2	0,471
	Hayır	36	1,86	0,83	2	
CDAİ	Evet	8	275,88	124,38	271	0,958
	Hayır	19	272,89	86,91	281	

**Mann Whitney U Testi,*

Sigara kullanmayan grupta yaş ortalaması kullanan gruba göre daha yüksek bulunmuştur, bu fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($p \leq 0,001$) (Tablo 25).

Tablo 25 . Sigara kullanma Durumuna Göre Yaş, Hastalık Yaşı, Dışkılama Sayısı Kıyaslaması

	Sigara	N	ORT	SS	Median	p
Yaş				11,61	37,5	≤0,001
	Hayır	66	42,17	13,16	42	
Hastalık Yaşı	Evet	14	10,14	7,52	9,5	0,328
	Hayır	66	7,89	7,38	5,5	
Dışkı Sayısı	Evet	14	2,93	1,69	3	0,941
	Hayır	66	3,59	2,69	3	

**Mann Whitney U Testi,*

Sigara kullanma durumuna göre laboratuvar parametreleri yönünden görülen farklar istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır (p>0,05) (Tablo 26).

Tablo 26. Sigara kullanma Durumuna Göre Laboratuvar Parametrelerinin Kıyaslanması

	Sigara	N	ORT	SS	Median	p
HB	Evet	14	13,79	1,59	14	0,851
	Hayır	66	12,14	2,18	12,2	
WBC	Evet	14	7212	1876	6585	0,852
	Hayır	66	7145	2375	6715	
PLT	Evet	14	234785	46092	235000	0,332
	Hayır	66	284612	131127	264000	
CRP	Evet	14	3,63	5,29	2	0,467
	Hayır	66	8,61	15,67	3	
Sedimentasyon	Evet	14	14,57	9,09	15	0,177
	Hayır	66	28,23	20,25	22	
Ferritin	Evet	14	76,36	59,84	57	0,193
	Hayır	66	73,42	81,4	51	

**Mann Whitney U Testi,*

Sigara kullanma durumuna göre Ölçek skorları yönünden görülen farklar istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır (p>0,05) (Tablo 27).

Tablo 27. Sigara kullanma Durumuna Göre Ölçeklerin Kıyaslanması

	Sigara	N	ORT	SS	Median	p
ASÖ	Evet	14	31,21	6,47	33,5	0,735
	Hayır	66	30,44	5,89	30	
HAD_A	Evet	14	7,5	4,99	6	0,731
	Hayır	66	8,79	4,41	8,5	
HAD_D	Evet	14	6,5	4,69	6	0,428
	Hayır	66	7,35	4,03	7	
Fiziksel Fonksiyon	Evet	14	68,93	31,63	82,5	0,207
	Hayır	66	76,36	25,74	85	
Fiziksel Rol Güçlüğü	Evet	14	55,36	47,21	62,5	0,252
	Hayır	66	53,56	45	75	
Emosyonel Rol Güçlüğü	Evet	14	49,86	46,63	66	0,781
	Hayır	66	54,08	45,25	66	
Enerji/Canlılık/Vitalite	Evet	14	51,79	22,5	50	0,139
	Hayır	66	49,32	24,49	50	
Ruhsal Sağlık	Evet	14	61,71	16,58	60	0,267
	Hayır	66	64,41	18,31	68	
Sosyal İşlevsellik	Evet	14	57,79	27,15	50	0,463
	Hayır	66	54,42	26,69	50	
Ağrı	Evet	14	59	25,36	55	0,770
	Hayır	66	59,74	25,9	67	
Genel Sağlık Algısı	Evet	14	54,64	21,79	60	0,283
	Hayır	66	51,67	18,13	50	
MAYO	Evet	8	1,75	0,71	2	0,471
	Hayır	45	1,82	0,83	2	
CDAİ	Evet	6	278,67	97,75	293	0,958
	Hayır	21	272,38	99,08	270	

**Mann Whitney U Testi, ASÖ= Algılanan Stres Ölçeği, HAD= Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği*

Operasyon öyküsü olan grupta hastalık yaş ortalaması operasyon öyküsü olmayan gruba göre daha yüksek bulunmuştur, bu fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($p \leq 0,048$) (Tablo 28).

Tablo 28. Operasyon durumuna Göre Yaş, Hastalık Yaşı, Dışkılama Sayısı Kıyaslaması

	Operasyon	N	ORT	SS	Median	p
Yaş	Evet	14	42,5	13,27	43	0,756
	Hayır	66	41,68	12,87	41	
Hastalık Yaşı	Evet	14	11,93	8,68	11	0,048
	Hayır	66	7,52	6,94	6	
Dışkı Sayısı	Evet	14	2,86	1,83	2,5	0,336
	Hayır	66	3,61	2,67	3	

**Mann Whitney U Testi,*

Operasyon durumuna göre laboratuvar parametreleri yönünden görülen farklar istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 29).

Tablo 29. Operasyon durumuna Göre Laboratuvar Parametrelerinin Kıyaslanması

	Operasyon	N	ORT	SS	Median	p
HB	Evet	14	11,24	3,7	12,45	0,382
	Hayır	66	12,68	1,63	12,5	
WBC	Evet	14	6084	1376,4	6475	0,085
	Hayır	66	7384	2381,2	6830	
PLT	Evet	14	259957	75330	232500	0,859
	Hayır	66	279273	129843	256000	
CRP	Evet	14	6,5	8,06	3	0,888
	Hayır	66	8	15,57	3	
Sedimentasyon	Evet	14	26,57	19,98	18,5	1
	Hayır	66	25,68	19,49	21	
Ferritin	Evet	14	95,71	101,66	81,5	0,262
	Hayır	66	69,32	71,78	45	

**Mann Whitney U Testi,*

Operasyon durumuna göre Ölçek skorları yönünden görülen farklar istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 30).

Tablo 30. Operasyon durumuna Göre Ölçeklerin Kıyaslanması

	Operasyon	N	ORT	SS	Median	p
ASÖ	Evet	14	32,43	6,11	33	0,245
	Hayır	66	30,18	5,9	30	
HAD_A	Evet	14	10	3,8	10	0,117
	Hayır	66	8,26	4,62	7	
HAD_D	Evet	14	7,93	3,52	7	0,427
	Hayır	66	7,05	4,26	7	
Fiziksel Fonksiyon	Evet	14	67,86	33,78	77,5	0,605
	Hayır	66	76,59	25,12	85	
Fiziksel Rol Güçlüğü	Evet	14	46,43	46,88	37,5	0,554
	Hayır	66	55,45	44,92	75	
Emosyonel Rol Güçlüğü	Evet	14	42,71	44,16	33	0,323
	Hayır	66	55,59	45,46	66	
Enerji/Canlılık/Vitalite	Evet	14	42,14	18,68	45	0,129
	Hayır	66	51,36	24,85	50	
Ruhsal Sağlık	Evet	14	61,43	19,76	60	0,633
	Hayır	66	64,47	17,66	68	
Sosyal İşlevsellik	Evet	14	47,14	25,98	43,5	0,215
	Hayır	66	56,68	26,66	56	
Ağrı	Evet	14	51,14	24,63	45	0,213
	Hayır	66	61,41	25,68	67	
Genel Sağlık Algısı	Evet	14	48,93	19,13	45	0,497
	Hayır	66	52,88	18,69	55	
MAYO	Evet	4	1,75	0,96	1,5	0,830
	Hayır	49	1,82	0,81	2	
CDAİ	Evet	10	313,4	97,58	300,5	0,108
	Hayır	17	250,47	91,4	250	

*Mann Whitney U Testi, ASÖ= Algılanan Stres Ölçeği, HAD= Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği

İlaç Şekline göre Yaş, Hastalık Yaşı, Dışkılama Sayısına tespit edilen farklar istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 31).

Tablo 31. İlaç Şekline Göre Yaş, Hastalık Yaşı, Dışkılama Sayısı Kıyaslaması

	İlaç Şekli	N	ORT	SS	Median	p
Yaş	Enteral	44	42,95	12,3	42,5	0,341
	Biyolojik Ajan	36	40,44	13,55	39	
Hastalık Yaşı	Enteral	44	8,41	7,39	6,5	0,969
	Biyolojik Ajan	36	8,14	7,52	7	
Dışkı Sayısı	Enteral	44	3,43	2,41	3	0,960
	Biyolojik Ajan	36	3,53	2,74	3	

**Mann Whitney U Testi,*

İlaç Şekline göre enteral uygulama yapılan grupta WBC (p=0,04) ve PLT(p=0,017) daha yüksek bulunmuştur, bu farklar istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (Tablo 32).

Tablo 32. İlaç Şekline Göre Laboratuvar Parametrelerinin Kıyaslanması

	İlaç Şekli	N	ORT	SS	Median	p
HB	Enteral	44	12,24	2,36	12,5	0,462
	Biyolojik Ajan	36	12,65	1,94	12,75	
WBC	Enteral	44	7601	2532	7055	0,040
	Biyolojik Ajan	36	6614	1833	6475	
PLT	Enteral	44	296918	133826	270000	0,017
	Biyolojik Ajan	36	250194	101502	232000	
CRP	Enteral	44	7,93	14,29	3	0,432
	Biyolojik Ajan	36	7,49	14,96	2	
Sedimentasyon	Enteral	44	27,64	20,83	21	0,413
	Biyolojik Ajan	36	23,64	17,65	19,5	
Ferritin	Enteral	44	70,11	84,52	45	0,197
	Biyolojik Ajan	36	78,61	69,43	62,5	

**Mann Whitney U Testi,*

İlaç Şekli göre enteral grupta ağrı skoru daha yüksek tespit edilmiştir bu fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (p=0,047) (Tablo 33).

Tablo 33. İlaç Şekline Göre Ölçeklerin Kıyaslanması

	İlaç Şekli	N	ORT	SS	Median	p
ASÖ	Enteral	44	29,89	6,52	30	0,404
	Biyolojik Ajan	36	31,42	5,17	31	
HAD_A	Enteral	44	8,25	4,62	7,5	0,446
	Biyolojik Ajan	36	8,94	4,41	8,5	
HAD_D	Enteral	44	6,45	3,74	6	0,075
	Biyolojik Ajan	36	8,11	4,45	7,5	
Fiziksel Fonksiyon	Enteral	44	81,82	20,91	85	0,043
	Biyolojik Ajan	36	66,81	30,92	80	
Fiziksel Rol Güçlüğü	Enteral	44	56,82	45,55	75	0,435
	Biyolojik Ajan	36	50,28	44,91	62,5	
Emosyonel Rol Güçlüğü	Enteral	44	58,25	45,55	83	0,226
	Biyolojik Ajan	36	47,33	44,73	49,5	
Enerji/Canlılık/Vitalite	Enteral	44	53,52	23,52	50	0,173
	Biyolojik Ajan	36	45,14	24,19	45	
Ruhsal Sağlık	Enteral	44	66,32	17,17	68	0,294
	Biyolojik Ajan	36	61,03	18,68	66	
Sosyal İşlevsellik	Enteral	44	57,86	25,57	50	0,331
	Biyolojik Ajan	36	51,53	27,84	50	
Ağrı	Enteral	44	65,66	22,71	67	0,047
	Biyolojik Ajan	36	52,22	27,36	55	
Genel Sağlık Algısı	Enteral	44	54,55	18,01	55	0,221
	Biyolojik Ajan	36	49,31	19,39	50	
MAYO	Enteral	35	1,77	0,81	2	0,674
	Biyolojik Ajan	18	1,89	0,83	2	
CDAİ	Enteral	9	282,11	81,55	270	0,959
	Biyolojik Ajan	18	269,61	105,76	287,5	

*Mann Whitney U Testi, ASÖ= Algılanan Stres Ölçeği, HAD= Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği

İlaç sayısına göre Yaş, Hastalık Yaşı, Dışkılama Sayısına tespit edilen farklar istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 34).

Tablo 34. İlaç Sayısına Göre Yaş, Hastalık Yaşı, Dışkılama Sayısı Kıyaslaması

		N	ORT	SS	Median	p
Yaş	1 Ajan	40	42,18	13,28	42	0,720
	2 Ajan	25	42,8	12,11	42	
	3 Ajan	15	39,27	13,44	39	
Hastalık Yaşı	1 Ajan	40	8,43	8,04	5	0,255
	2 Ajan	25	9,28	7,05	7	
	3 Ajan	15	6,27	6,18	5	
Dışkı Sayısı	1 Ajan	40	3,55	2,47	3	0,801
	2 Ajan	25	3,04	1,74	3	
	3 Ajan	15	4	3,7	3	

**Mann Whitney U Testi,*

İlaç sayısına göre Laboratuvar Parametrelerinde tespit edilen farklar istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 35).

Tablo 35. İlaç sayısına Göre Laboratuvar Parametrelerinin Kıyaslanması

		N	ORT	SS	Median	p
HB	1 Ajan	40	12,56	2,46	12,75	0,238
	2 Ajan	25	11,89	1,89	12,5	
	3 Ajan	15	12,97	1,68	13	
WBC	1 Ajan	40	7257	2313	6875	0,656
	2 Ajan	25	7316	2448	6440	
	3 Ajan	15	6625	1978	6500	
PLT	1 Ajan	40	279385	129126	264000	0,316
	2 Ajan	25	294840	133389	261000	
	3 Ajan	15	235000	66592	226000	
CRP	1 Ajan	40	7,55	14,77	2,5	0,643
	2 Ajan	25	10,11	17,64	3	
	3 Ajan	15	4,27	4,76	2	
Sedimentasyon	1 Ajan	40	23,58	19,31	18	0,255
	2 Ajan	25	30,32	19,72	24	
	3 Ajan	15	24,4	19,4	13	
Ferritin	1 Ajan	40	69,2	70,14	45	0,781
	2 Ajan	25	75,4	88,08	60	
	3 Ajan	15	84,13	83,13	64	

**Mann Whitney U Testi,*

Tablo 36. İlaç sayısına Göre Ölçeklerin Kıyaslanması

		N	ORT	SS	Median	P*
ASÖ	1 Ajan	40	30,58	5,54	31	0,149
	2 Ajan	25	31,56	7,34	33	
	3 Ajan	15	28,93	4,27	29	
HAD_A	1 Ajan	40	8,5	4,5	7,5	0,315
	2 Ajan	25	9,6	5	10	
	3 Ajan	15	7	3,34	7	
HAD_D	1 Ajan	40	6,68	3,43	6	0,459
	2 Ajan	25	8,36	5,12	7	
	3 Ajan	15	6,67	3,9	7	
Fiziksel Fonksiyon	1 Ajan	40	84,5	16,67	90	0,032
	2 Ajan	25	63,4	36,28	80	1>2
	3 Ajan	15	69,33	22,11	65	1>3
Fiziksel Rol Güçlüğü	1 Ajan	40	59,38	45,88	87,5	0,33
	2 Ajan	25	43,4	44,55	25	
	3 Ajan	15	56,67	43,78	75	
Emosyonel Rol Güçlüğü	1 Ajan	40	55,75	45,55	66	0,750
	2 Ajan	25	49,56	46,39	66	
	3 Ajan	15	53,2	45,07	66	
Enerji/Canlılık/Vitalite	1 Ajan	40	53,38	21,7	50	0,343
	2 Ajan	25	48	27,76	50	
	3 Ajan	15	43	23,13	40	
Ruhsal Sağlık	1 Ajan	40	65,65	16,65	68	0,781
	2 Ajan	25	61,48	21,14	64	
	3 Ajan	15	63,47	16,13	72	
Sosyal İşlevsellik	1 Ajan	40	57,4	23,59	56	0,643
	2 Ajan	25	52,4	31,02	50	
	3 Ajan	15	53	27,75	62	
Ağrı	1 Ajan	40	65,15	22,36	67	0,295
	2 Ajan	25	53,96	29,01	65	
	3 Ajan	15	54,27	26,46	55	
Genel Sağlık Algısı	1 Ajan	40	55,75	17,63	57,5	0,240
	2 Ajan	25	48,2	19,94	45	
	3 Ajan	15	49,33	18,79	50	
MAYO	1 Ajan	30	1,77	0,86	2	0,146
	2 Ajan	12	1,58	0,79	1	
	3 Ajan	11	2,18	0,6	2	
CDAİ	1 Ajan	10	266,7	84,85	286	0,281
	2 Ajan	13	299,85	106,29	307	
	3 Ajan	4	206,75	74,42	205	

*Kruskal Wallis Testi (Post Hoc Mann Whitney U Testi), ASÖ= Algılanan Stres Ölçeği, HAD= Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği

Kullanılan ilaç sayısına göre fiziksel fonksiyon değişkeninde görülen farklar istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($p=0,032$). İstatistiksel anlamlılığa neden olan 1 ajan kullanan grubun skor ortalamasının 2 ve 3 ajan kullanan gruplardan daha büyük olduğu saptanmıştır ($p\leq 0,001$, Post Hoc Mann Whitney U Testi) (Tablo 36).

MAYO skor ile emosyonel rol güçlüğü ($r=-0,312$, $p=0,023$), sosyal işlevsellik ($r=-0,305$, $p=0,027$) ve ağrı ($r=-0,424$, $p=0,002$) arasında negatif yönde korelasyon tespit edilmiştir, bu korelasyonlar istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (Tablo 37).

CDAİ skor ile HAD A ($r=0,412$, $p=0,033$) ve HAD D ($r=0,482$, $p=0,011$), arasında pozitif yönde korelasyon, emosyonel rol güçlüğü ($r=-0,647$, $p=0,001$), Fiziksel Rol Güçlüğü ($r=-0,615$, $p=0,001$), Enerji/Canlılık/Vitalite ($r=-0,561$, $p=0,002$), Ruhsal Sağlık ($r=-0,608$, $p=0,001$), Sosyal İşlevsellik ($r=-0,540$, $p=0,004$), ağrı ($r=-0,727$, $p=0,001$) ve Genel Sağlık Algısı ($r=-0,721$, $p=0,001$) arasında negatif yönde korelasyon tespit edilmiştir, bu korelasyonlar istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (Tablo 37).

Tablo 37. MAYO ve CDAİ skorların diğer ölçeklerle korelasyonu

		MAYO	CDAİ
ASÖ	r	0,019	0,374
	p	0,895	0,055
	N	53	27
HAD_A	r	0,204	,412
	p	0,143	0,033
	N	53	27
HAD_D	r	0,233	,482
	p	0,093	0,011
	N	53	27
Fiziksel Fonksiyon	r	-0,1	-,593
	p	0,476	0,001
	N	53	27
Fiziksel Rol Güçlüğü	r	-0,264	-,615
	p	0,056	0,001
	N	53	27
Emosyonel Rol Güçlüğü	r	-,312	-,647
	p	0,023	0,001
	N	53	27
Enerji/Canlılık/Vitalite	r	-0,238	-,561
	p	0,086	0,002
	N	53	27
Ruhsal Sağlık	r	-0,167	-,608
	p	0,231	0,001
	N	53	27
Sosyal İşlevsellik	r	-,305	-,540
	p	0,027	0,004
	N	53	27
Ağrı	r	-,424	-,727
	p	0,002	0,001
	N	53	27
Genel Sağlık Algısı	r	-0,033	-,721
	p	0,813	0,001
	N	53	27

Spearman Korelasyon Testi

ASÖ ile, HAD A ($r=0,458$, $p=0,001$) ve HAD D ($r=0,448$, $p=0,001$), arasında pozitif yönde korelasyon, emosyonel rol güçlüğü ($r=-0,323$, $p=0,003$), Fiziksel Rol Güçlüğü ($r=0,361$, $p=0,001$), Enerji/Canlılık/Vitalite ($r=-0,313$, $p=0,005$), Ruhsal Sağlık ($r=-0,344$,

p=0,002), Sosyal İşlevsellik ($r=-0,202$, $p=0,073$), ağrı ($r=-0,368$, $p=0,001$ ve Genel Sağlık Algısı ($r=-0,332$, $p=0,003$) arasında negatif yönde korelasyon tespit edilmiştir, bu korelasyonlar istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (Tablo 38).

HAD A ile HAD D ($r=0,727$, $p=0,001$), arasında pozitif yönde korelasyon, emosyonel rol güçlüğü ($r=-0,507$, $p=0,001$), Fiziksel Rol Güçlüğü ($r=-0,403$, $p=0,001$), Fiziksel Fonksiyon ($r=-0,352$, $p=0,001$) Enerji/Canlılık/Vitalite ($r=-0,541$, $p=0,001$), Ruhsal Sağlık ($r=-0,483$, $p=0,001$), Sosyal İşlevsellik ($r=-0,368$, $p=0,001$), ağrı ($r=-0,489$, $p=0,001$) ve Genel Sağlık Algısı ($r=-0,489$, $p=0,001$) arasında negatif yönde korelasyon tespit edilmiştir, bu korelasyonlar istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (Tablo 38).

HAD D ile emosyonel rol güçlüğü ($r=-0,492$, $p=0,001$), Fiziksel Rol Güçlüğü ($r=0,435$, $p=0,001$), Fiziksel Fonksiyon ($r=-0,391$, $p=0,001$) Enerji/Canlılık/Vitalite ($r=-0,635$, $p=0,001$), Ruhsal Sağlık ($r=-0,620$, $p=0,001$), Sosyal İşlevsellik ($r=-0,474$, $p=0,001$), ağrı ($r=-0,587$, $p=0,001$) ve Genel Sağlık Algısı ($r=-0,628$, $p=0,001$) arasında negatif yönde korelasyon tespit edilmiştir, bu korelasyonlar istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (Tablo 38)

Tablo 38. ASÖ, HAD A Ve HAD D' Nin SF36 İle Korelasyonu

		ASÖ	HAD_A	HAD_D
HAD_A	r	,458		
	p	0,001		
	N	80		
HAD_D	r	,448	,727	
	p	0,001	0,001	
	N	80	80	
Fiziksel Fonksiyon	r	-0,201	-,352	-,391
	p	0,074	0,001	0,001
	N	80	80	80
Fiziksel Rol Güçlüğü	r	-,361	-,403	-,435
	p	0,001	0,001	0,001
	N	80	80	80
Emosyonel Rol Güçlüğü	r	-,323	-,507	-,492
	p	0,003	0,001	0,001
	N	80	80	80
Enerji/Canlılık/Vitalite	r	-,313	-,541	-,635
	p	0,005	0,001	0,001
	N	80	80	80
Ruhsal Sağlık	r	-,344	-,483	-,620
	p	0,002	0,001	0,001
	N	80	80	80
Sosyal İşlevsellik	r	-0,202	-,368	-,474
	p	0,073	0,001	0,001
	N	80	80	80
Ağrı	r	-,368	-,479	-,587
	p	0,001	0,001	0,001
	N	80	80	80
Genel Sağlık Algısı	r	-,332	-,489	-,628
	p	0,003	0,001	0,001
	N	80	80	80

Spearman Korelasyon Testi

SF-36 alt grupları kendi içinde pozitif yönde korelasyon göstermektedir, bu korelasyonlar istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($p < 0,05$) (Tablo 39).

Tablo 39. SF-36 Kendi İçinde Korelasyonu

		Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel Rol Güçlüğü	Emosyonel Rol Güçlüğü	Enerji Canlılık Vitalite	Ruhsal Sağlık	Sosyal İşlevsellik	Ağrı
Fiziksel Rol Güçlüğü	r ,480 p 0,001 N 80							
Emosyonel Rol Güçlüğü	r ,409 p 0,001 N 80		,657 0,001 80					
Enerji Canlılık Vitalite	r ,504 p 0,001 N 80		,442 0,001 80	,450 0,001 80				
Ruhsal Sağlık	r ,414 p 0,001 N 80		,374 0,001 80	,466 0,001 80	,715 0,001 80			
Sosyal İşlevsellik	r ,403 p 0,001 N 80		,545 0,001 80	,444 0,001 80	,513 0,001 80	,500 0,001 80		
Ağrı	r ,482 p 0,001 N 80		,629 0,001 80	,578 0,001 80	,586 0,001 80	,506 0,001 80	,699 0,001 80	
Genel Sağlık Algısı	r ,504 p 0,001 N 80		,363 0,001 80	,484 0,001 80	,543 0,001 80	,548 0,001 80	,546 0,001 80	,589 0,001 80

Spearman Korelasyon Testi

Yaş ile ASÖ arasında negatif yönde korelasyon vardır ve bu korelasyon istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (p=0,032) (Tablo 40).

Hastalık yaşı ile HAD A, HAD D arasında negatif, enerji canlılık vitalite arasında pozitif yönde korelasyon tespit edilmiştir, bu korelasyonlar istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (P<0,05) (Tablo 40).

Dışkı sayısı ile Fiziksel Rol Güçlüğü, Enerji/Canlılık/Vitalite, Ruhsal Sağlık, Sosyal İşlevsellik, Ağrı arasında negatif yönde korelasyon, CDAİ ve MAYO arasında pozitif yönde korelasyon tespit edilmiştir, bu korelasyonlar istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (p<0,05) (Tablo 40).

Tablo 40. Yaş, Hasta Yaşı Ve Dışkılama Sayısının Ölçekler İle Korelasyonu

		Yaş	H_Yaşı	Dışkı_sayısı
ASÖ	r	-,240*	-0,048	0,029
	p	0,032	0,675	0,8
	N	80	80	80
HAD_A	r	-0,067	-,281*	0,043
	p	0,553	0,012	0,706
	N	80	80	80
HAD_D	r	-0,062	-,258*	0,135
	p	0,584	0,021	0,232
	N	80	80	80
Fiziksel Fonksiyon	r	-0,145	0,058	-0,08
	p	0,2	0,611	0,481
	N	80	80	80
Fiziksel Rol Güçlüğü	r	0,072	0,182	-,248*
	p	0,527	0,107	0,026
	N	80	80	80
Emosyonel Rol Güçlüğü	r	-0,029	0,109	-0,186
	p	0,796	0,338	0,099
	N	80	80	80
Enerji/Canlılık/Vitalite	r	0,016	,298**	-,296**
	p	0,889	0,007	0,008
	N	80	80	80
Ruhsal Sağlık	r	-0,016	0,151	-,262*
	p	0,891	0,18	0,019
	N	80	80	80
Sosyal İşlevsellik	r	0,114	0,212	-,274*
	p	0,313	0,059	0,014
	N	80	80	80
Ağrı	r	0,012	0,09	-,238*
	p	0,914	0,427	0,033
	N	80	80	80

Genel Sağlık Algısı	r	0,055	0,046	-0,122
	p	0,629	0,683	0,279
	N	80	80	80
MAYO	r	0,072	-0,137	,450**
	p	0,61	0,33	0,001
	N	53	53	53
CDAİ	r	-0,181	0,046	,501**
	p	0,367	0,819	0,008
	N	27	27	27
Yaş	r		,354**	0,026
	p		0,001	0,821
	N		80	80
Hastalık Yaşı	r			-0,081
	p			0,475
	N			80

Spearman Korelasyon Testi

TARTIŞMA

İnflamatuvar barsak hastalıkları yaşamın en aktif döneminde hastaları etkileyen ataklarla seyreden hastalık grubudur. Gerek hastalığın kendisinin gerek yapılan tedavilerin yarattığı psikolojik stresin neticesinde hastalar ağır bir stres yükü altındadırlar. Ekstraintestinal bulgular, komplikasyonlara sekonder operasyon riski, ilaç yan etkileri sebebi ile hastalar çoğu zaman yoğun anksiyete yaşamaktadırlar. Özellikle hastalık aktivasyonu söz konusu olduğunda yaşanan anksiyete had safhaya ulaşmakta ve çoğu zaman hastaları depresif moda sokmaktadır. Hastaların bir kısmı duygu durum değişiklikleri ile ilgili profesyonel destek almakta olup çoğu destekten yoksun hayatına devam etmektedir. Çalışmamızda primer amaç Ülseratif Kolit ve Crohn Hastalarının sosyodemografik özellikleri, klinik ve endoskopik bulguları ile yaşadıkları stresi, anksiyeteyi ve depresyonu belirleyerek yaşam kalitelerini belirlemek ve buna dair farkındalık oluşturmaktır.

Araştırmamız Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji polikliniğine temmuz- aralık 2022 tarihinde başvuran 80 İBH hastası ile bilgilendirilmiş gönüllü olur formu hakkında kısa bilgilendirme yapıp onamları alınarak yapılmıştır. Hastalar anketleri kendileri doldurmuş olup verdikleri cevaplar o anki duygu-durumlarını yansıtmaktadır.

Hastalar Algılanan stres ölçeği, Hastane Anksiyete ve Depresyon ölçeği ve Yaşam Kalitesi ölçeği ile çalışmaya katılmış olup laboratuvar değerlendirmelerinde Hb, WBC, PLT, sedim, CRP, ferritin kullanılmıştır. Hastalık aktivitesini belirlerken ÜK hastalarında Mayo, Crohn hastalarında CDAİ kullanılmıştır. Sosyodemografik özelliklerde; yaş, hastalık yaşı,

cinsiyet, çalışma durumu, komorbid hastalık durumu, dışkılama sayısı, sigara kullanımı, operasyon öyküsü sorgulanmış olup şu ana kadar kullandıkları tedavileri çalışmaya dahil edilmiştir.

Araştırmamızda İBH'nin cinsiyete göre yaş, hastalık yaşı, dışkılama sayısı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Erkeklerde hemoglobin ve ferritin düzeyi daha yüksek saptanmıştır. (p:0.001/p:0.014) Literatür taramalarında 104 İBH'li hastada yapılan bir İspanyol çalışmasında erkeklerde demir eksikliği anemisi %20 kadınlarda %50 prevalansta saptanmıştır.(72) Cinsiyete göre algılanan stres ölçeği, yaşam kalitesi ve hastane anksiyete depresyon ölçeklerinde anlamlı fark saptanmamıştır. Berknev ve arkadaşlarının (2005) yaptığı bir araştırmada kadın cinsiyette yaşam kalitesine dair yapılan ölçeklemelerde tüm skalalarda düşüklük saptanmıştır. Bu veri araştırmamızda paralellik arz etmemiştir. (73) Bunda yaşanan toplumun özellikleri ve normların etkili olduğunu düşünmekteyiz. Hastalarımızda cinsiyete göre WBC, PLT, CRP, ESR değerleri arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Hayatın en aktif döneminde ataklarla seyreden İBH hastalarının çalışmamıza katılan hastaların yaşı ile dışkılama sayısı, hastalık yaşı ve laboratuvar parametreleri arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Literatür çalışmalarında buna ilişkin herhangi bir bulguya rastlanmamıştır.

Araştırmamızda Crohn hastaları ile Ülseratif Kolit hastalarında ölçekler arasında kıyaslama yapılmış olup Crohn hastalarında (CH; HAD-a: 10.5±4.7, HAD-d: 9.1±4.3, ÜK; HAD-a: 7.5±4.06, HAD-d: 6.21±3.69, HAD-a p:0.006, HAD-d p:0.003) HAD anksiyete ve depresyon ölçekleri daha yüksek saptanmıştır. Navabi ve arkadaşlarının (2018) 432 İBH hastasının HAD ölçeği ile taradıkları kohortta da benzer özelliktedir. (74) Aynı şekilde Neuendorf ve arkadaşlarının yaptıkları sistematik derlemede de Crohn hastalarında anksiyete ve depresyon düzeyi daha yüksek saptanmıştır. (75) Bu da çalışmamızı destekler nitelikte olup genel olarak Crohn hastalarının Ülseratif Kolit hastalarına göre anksiyöz ve depresif oldukları klinik pratiklerde sıkça görmekteyiz. Özellikle karın ağrısı ve Crohn hastalığına sekonder komplikasyon riski ve acil operasyon olasılığı sebebi ile daha yüksek anksiyete ve depresyon oranlarının görüldüğünü düşünmekteyiz. İki hastalık grubu arasında algılanan stres ölçeği açısından (CH: 32±5.69, ÜK:29.85±6.02) istatistiksel açıdan anlamlı

fark saptanmamıştır. Targownik ve ark. (2015) 478 İBH hastasında yaptıkları stres ölçeklerinde hastalık grubu ile stres arasında anlamlı fark saptanmamıştır. (76) Anksiyete ve depresyonu yüksek olan Crohn hastalığında stresin ÜK ye göre anlamlı yüksek olmaması şaşırtıcı olmuştur.

İBH hastaları özellikle çalışan yaş grubunda sık görülmektedir. Hastalığın önlenemez natürü her an aktivasyon riskiyle beraber hastalar çalışma hayatlarına devam etmek zorundadırlar. Araştırmamızda çalışma hayatına devam edemeyen grupta yaş ortalaması (p:0.016), dışkılama sayısı (p:0.008) daha yüksek saptanmıştır. Bunda evdeyken tuvalete her an ulaşılabilirlik etkili olabilir. Aynı zamanda çalışma hayatına devam eden grupta fiziksel rol güçlüğü (p:0.025), emosyonel rol güçlüğü (p:0.01) ve ağrı skorları (p:0.005) daha yüksek saptanmıştır. Literatür taramalarında buna ilişkin veri saptanmamıştır.

İBH ile birçok hastalık birlikte seyredabilmektedir. Çalışmamızda verifiye edilmese de Ankilozan Spondilit özellikle bu hastalık grubunda sıkça görülmektedir. Çalışmamızda komorbiditesi olan hastalarda yaş ortalaması daha yüksek saptanmıştır. Yaşla birlikte komorbid hastalıklarda artış olması şaşırtıcı olmamakla birlikte laboratuvar sonuçları ve anksiyete-depresyon, yaşam kalitesi algılanan stres ölçekleri açısından anlamlı fark saptanmamıştır.

Sigara kullanımı ile İBH arasındaki ilişki sürekli araştırma konusu olmuştur. Genel olarak sigaranın ÜK' de koruyucu, CH' de aktivasyona yol açabileceğine dair birçok çalışma bulunmaktadır. (10) Hatta sigaranın bırakılması ile ÜK alevlenmesi arasında ilişki mevcuttur. Araştırmamızda sigara kullanmayan grupta yaş ortalaması daha yüksek saptanmıştır. Bunda zamanla hastalarda sigaranın zararlarına dair bilinçlenme olduğunu düşünmekteyiz. Sigara kullanım durumuna göre laboratuvar sonuçlarında ve ölçek skorlarında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Literatür taramalarında; Ananthakrishnan ve ark. (2022) oluşturdukları konsessusta Crohn ve Ülseratif Koliti olan hastalarda sigara içmekten kaçınmayı; tanı anında ve ataklarda (mümkünse profesyonel destek ile) anksiyete ve depresyon açısından, psikososyal risk faktörleri açısından taramayı önermişlerdir. (77) Bir meta analizde sigara içmenin ÜK geliştirmede koruyucu etkiye sahip olduğu gösterilmiştir. (78)

İBH hastalarında kümülatif olarak hastalık yaşı artışı ile birlikte birçok komplikasyon görülmektedir. Bu komplikasyonlara bağlı acil veya elektif operasyon ihtiyacı doğmaktadır. Çalışmamızda operasyon öyküsü olan hastalarda hastalık yaşı ortalaması operasyon öyküsü olmayan gruba göre daha yüksek bulunmuştur. (p:0328) Bu da hastalık ilerledikçe komplikasyon gelişme riskinin arttığı ve buna bağlı cerrahi girişim gerekliliğinin doğduğunu gösterir. Operasyon öyküsü ile laboratuvar sonuçları ve ölçek skorlarında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Burisch (2013) in yayınladığı bir makalede CH de Avrupa'da kümülatif cerrahi oranları yüksek saptanmış, tanıdan 5-10 yıl sonra %20 oranlarına kadar çıkmaktadır. ÜK de kolektomi 10 yıl sonra yaklaşık %10 olarak saptanmış olup her iki hastalık için cerrahi gereksinimi tedavi modalitelerindeki değişiklikler sonrasında giderek azalmaktadır. (79)

İBH tedavisinde her gün yeni gelişmeler meydana gelmektedir. 5-ASA, steroidler, immünmodülatörler ve biyolojik ajanlar tedavi modalitelerini oluşturur. Özellikle biyolojik ajanların kullanımı ile hastalık kontrolünün sağlanması hastalar için oldukça umut verici bir gelişme olmuştur. Çalışmamızda ilaçlar biyolojik ajanlar ve enteral uygulamalar olarak sınıflandırılmıştır. Buna göre enteral ilaç kullanan hastalarla biyolojik ajan kullanan hastalar kıyaslanmış olup aralarında yaş, hastalık yaşı, dışkılama sayısı açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır. Bunda biyolojik ajanlara erken başlanarak hastalık remisyonun sağlanma görüşünün etkili olduğunu düşünmekteyiz. İlginç bir şekilde enteral uygulamalarda WBC (p: 0.004) ve PLT (p:0.017) değerleri ve SF-36 ağrı skoru (p:0.047) daha yüksek saptanmıştır. Marrie ve arkadaşları (2021) bir dergi makalesinde İBH'de kullanılan biyolojik ajanlarla anksiyete ve depresyonu incelemiş, zamanla kişide meydana gelen depresyon ve anksiyetenin kullanılan biyolojik ajanlarla ilişkisinin olmadığını belirtmişlerdir. (80) Romanya da yayınlanan 110 İBH hastasını değerlendiren Stroie ve ark. bir çalışmada (2022) kullanılan biyolojik tedavi tipi ile yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. (81) Jain ve arkadaşlarının (2020) meta-analizlerinde İBH tedavisinde kullanılan biyolojik tedaviler ile depresyon, anksiyete, psikoz ve suicidal girişimler arasında herhangi bir ilişki saptanmamıştır. (82) Özetle kullanılan biyolojik ajanların hastalara ekstra stres yükü oluşturmadığını görmekteyiz. Bunda biyolojik ajan tedavisi ile semptomlarda belirgin gerileme olması etkili olabilir. Kullanılan stres ölçeklerinin biyolojik tedavi öncesinde yapılması halinde skorlamalarda farklılık olabileceğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızda kullanılan ajan sayısı ile yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel fonksiyon değişkeninde anlamlı fark saptanmıştır. Özellikle bir ajan kullananlarda skor ortalaması anlamlı yüksek saptanmıştır. Literatür taramalarında ilaç sayısı ile yaşam kalitesi arasında ilişkiye dair herhangi bir çalışma saptanmamıştır.

İBH da hastalık aktivasyonun belirlenmesinde birçok parametre ve ölçek bulunmaktadır. Çalışmamızda hastalık aktivite ölçeği olarak Crohn hastalarında CDAİ; ÜK hastalarında Mayo skoru kullanılmıştır. Mayo skoru ile emosyonel rol güçlüğü (p:0.023), sosyal işlevsellik (p:0.027) ve ağrı (p:0.002) arasında negatif yönde korelasyon saptanmıştır. CDAİ ile HAD- a (p:0.033) ve HAD-d (p:0.011) arasında pozitif korelasyon; yaşam kalitesinin emosyonel rol güçlüğü (p:0.001), enerji/canlılık/vitalite (p:0.002), ruhsal sağlık (p:0.001), sosyal işlevsellik (p:0.004) ve genel sağlık algısında (p:0.001) negatif yönde korelasyon tespit edilmiştir. Bu da hastalık aktivasyonu ile anksiyete ve depresyonun arttığı ve yaşam kalitesinin bozulduğunu net bir şekilde göstermektedir. Yarlan ve arkadaşlarının (2018) 30 makaleden derledikleri ÜK hastalarında yaşam kalitesinin incelendiği sistematik bir analizde ÜK hastalarında özellikle hastalık aktivasyonu söz konusu olduğunda fiziksel, duygusal işlevsellik ve genel sağlık algısında önemli derecede etkilenme olduğunu belirtmektedir. Bu da çalışmamızdaki verileri destekler niteliktedir. (83) Konowles ve arkadaşlarının (2018) 6173 çalışmadan seçtikleri 83 çalışmada yaşam kalitesi aktif ve aktif olmayan İBH hastalarında karşılaştırılmış olup fiziksel ve emosyonel rol güçlüğü daha düşük saptanmıştır. Yine aynı derlemede emosyonel skorlamalar fiziksel skorlamalara göre daha düşük saptanmıştır. Bu derlemede remisyonda CH nın ruhsal sağlığı remisyondaki ÜK hastalarına göre daha düşük saptanmıştır. Aynı zamanda hastalık yaşı ile yaşam kalitesinde iyileşme saptanmıştır (84). Çalışmamızda hastalık yaşı ile HAD-a ve HAD-d negatif korelasyon saptanması yaşam kalitesinde iyileşmeye anksiyete ve depresyonda azalmanın eşlik ettiğini göstermektedir.

Çalışmamızda yaş ile algılanan stres ölçeği değerlerinde negatif korelasyon saptanmıştır. (p:0.032) Yani genç İBH hastalarında stres daha belirgindir. Bu da genç İBH lılarda hastalığın kabullenilmesi, damgalanma ve utanç duygusunun daha belirgin olması sebebi ile olabilir. Sunavsyk ve ark.larının (2022) 131 adolesan üzerinde yaptığı çalışmada genç ve yaşlı katılımcılar arasında algılanan stres ölçeğinde anlamlı bir fark saptamamış olup

çalışmamızla çelişir niteliktedir. Bunda yaşanan coğrafya, sosyo-kültürel değerler ve normlar, eğitim düzeyi ve sistemi etkili olduğunu düşünmekteyiz (85).

Çalışmamızda dışkı sayısı ile fiziksel rol güçlüğü (p:0,026), enerji/canlılık/vitalite (p: 0,008), ruhsal sağlık (p: 0,019), sosyal işlevsellik (p: 0,014), ağrı (p:0,033) arasında negatif korelasyon, CDAİ (p: 0,008) ve Mayo skorları (p: 0,001) arasında pozitif yönde korelasyon saptanmıştır. Aktif hastalıkta dışkılama sayısının yüksek olması beklenen bir durumdur. Aynı zamanda hastaların tuvalete sık gitme ihtiyaçları ve tuvalet bağımlılıkları yaşam kalitesinde ciddi ölçüde bozulmaya yol açmış olup bu da çok şaşırtıcı değildir.

Araştırmamızda kullandığımız HAD, ASÖ arasında pozitif korelasyon sf-36 ile negatif korelasyon saptanması hastaların ölçekleri dikkatli doldurduğu, çalışmamızın güvenilirliğinin bir göstergesi niteliğindedir.

Literatür taramalarında İBH ya ilişkin birçok çalışma mevcuttur. Ancak bunların çoğunda ya sadece laboratuvar değerleri değerlendirilmiş ya da sadece psikososyal yönden taramalar yapılmıştır. Çalışmamız hem laboratuvar hem sosyodemografik özelliklerin tarandığı hem de hastaların duyu durumlarının üç farklı (ASÖ, HAD, sf-36) kıyaslandığı ender bir çalışma niteliğindedir.

Ülseratif kolit ve Crohn hastaları hastalığın kontrol edilemez niteliği sebebi ile yoğun stres yükü altında olup sıkça anksiyete yaşamaktadırlar. Aktivasyon sürecinde yaşadıkları sık tuvalete gitme durumu ve eşlik eden karın ağrısı ve daha birçok semptom hastaları daha da anksiyöz hale getirmektedir. Hastalığa veya komplikasyonlara bağlı evde olma ihtiyacı hastaları sosyal izolasyona zorlayarak depresyona sokmakta; işlevsellikte ileri derecede bozulmaya yol açmaktadır. Hastaların iş ve aile hayatlarındaki dengesizlikler yaşam kalitesinde bozulmaya yol açmakta bu da hastalığın gidişatında bozulmaya yol açmaktadır. Bu kısır döngü ancak hastaların profesyonel destek almaları ile kırılabilir. Çalışmamızda saptadığımız birçok istatistiksel anlamlı veri de bu düşüncemizi destekler niteliktedir.

Çalışmamızda sınırlamalar; 1- ÜK ve CH açısından daha homojen bir örneklem grubunda çalışılması özellikle iki hastalığın kıyaslandığı durumlarda daha objektif sonuçlar verebilir. 2-örneklem büyüklüğü artırılarak daha fazla veri ve çalışma yapılabilir.

SONUÇLAR

İnflamatuvar Barsak Hastalıkları, yaşam sürecinin ek aktif çalışma ve işlevselliğin söz konusu olduğu süre zarfı olan 2-3.dekatlarında hastaları etkilemeye başlayıp ataklar ve remisyon dönemleri ile karakterize zorlu süreçleri olan bir hastalık grubudur. Hastalığın kontrol edilemez niteliği, semptomlarının ağırlığı, devamlı kontrol altında olma hissi, diyet sorunları, tedavi süreci, komplikasyonları, ekstraintestinal bulguları, acil cerrahi girişim ihtiyacı gibi sorunlar sebebi ile hastalar ağır bir stres yükü altındadırlar. Her an aktivasyon riski sebebi ile çoğu zaman anksiyete yaşayan polikliniğimizde yakından takip ettiğimiz bu hastaların çoğu profesyonel destek almamaktadır. Depresif duygudurum bozuklukları ile semptomları iyice ağırlaşan bu hastaların yaşam kaliteleri ileri derecede bozulmaktadır.

Çalışmamızda çıkardığımız başlıca sonuçlar;

1- Hastalar her poliklinik muayenesinde ruhsal açıdan değerlendirilmelidir, Özellikle hastalık aktivasyonu söz konusu olduğunda çok yakın takip edilmeli sadece laboratuvar ve klinik iyileşme ile takip edilmeyip ruhsal sağlığın da iyilik halinin bir parçası olduğu unutulmamalıdır,

2-Özellikle Crohn hastalarında anksiyete ve depresyon daha yüksek olması sebebi ile gerekli hastalarda her vizitte duygu-durum sorgulaması yapılmalı,

3- İş hayatına devam eden hastalarda işyerlerine hastaların hastalıkları dikkate alınarak uygun pozisyon verilmeleri hakkında gerekirse bilgilendirme yapılmalı,

4-Yaşlandıkça komorbid hastalıkları artan İBH hastaları ek hastalıklar açısından yakından takip edilmeli,

5-Özellikle CH de sigara kullanımı erken dönemde engellenmeli,

6-Hastalık yaşı arttıkça operasyon geçirme olasılığı arttığından hastalara acil ameliyat durumları anlatılmalı,

7-Hastaları ilaç kullanımı çok dikkatli değerlendirilmeli ve yaşam kalitesine en uygun şekilde mümkün olan en az sayıda ajan kullanılarak tedaviye devam edilmeli,

8- Hastalar erken yaşlarda daha stresli olmaktadır, bu nedenle genç İBH hastaları daha dikkatli değerlendirilmeli,

9-Yeni tanı almış hastalarda eş zamanlı psikiyatrik değerlendirme yapılmalı, yaşam kalitesini artırmaya yönelik uygun önerilerde bulunulmalı,

10-Hastaların bu hastalıkta yalnız olmadıkları belirtilmeli hastaları bu hastalıkla ilgili çalışmalar yapan derneklere ve sosyal platformlara yönlendirilerek sosyal izolasyonun önüne geçilmelidir.

ÖZET

Bu çalışma, Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Gastroenteroloji polikliniğine başvuran İnflamatuvar Barsak Hastalarında stres düzeylerini, anksiyete ve depresyon düzeylerini, yaşam kalitelerini nicelendirerek bunları hastaların hastalık tipi, sosyodemografik özellikler, laboratuvar değerleri, aktivite indeksleri ile ilişkilendirerek araştırmayı amaçlamıştır. Çalışmaya 80 hasta dahil edilmiş bu hastalara gönüllü bilgilendirilmiş rıza formu ile ilgili kısaca bilgilendirme yapılarak ölçekleri kendilerinin doldurmaları istenmiştir. Aktivite indeksi olarak Ülseratif Kolit de Mayo indeksi Crohn Hastalarında Crohn aktivite indeksi kullanılmıştır.

Çalışmamızda cinsiyete göre laboratuvar sonuçlarından hemoglobin ve ferritin değeri erkeklerde daha yüksek saptanmıştır. Crohn Hastalığında Ülseratif Kolit'e göre Hastane Anksiyete Depresyon ölçeğinin her iki skorunda yükseklik saptanmıştır. İş hayatına devam etmeyen grupta dışkılama sayısı, çalışan grupta hemoglobin değeri, yaşam kalitesinin fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü ve ağrı skorları daha yüksek saptanmıştır. Sigara kullanımının laboratuvar sonuçları ve ölçeklerle ilişkisinde anlamlı sonuç görülmemiştir. Biyolojik ajan kullanmayan grupta yaşam kalitesi ölçeğinin ağrı skorlaması, lökosit ve trombosit sayısı daha yüksek olurken biyolojik ajan kullanan grupta ölçek skorlamaları açısından anlamlı farklılık görülmemiştir. Kullanılan ilaç sayısı arttıkça yaşam kalitesinin fiziksel fonksiyon skorunda düşme olmuş ancak bununla birlikte laboratuvar sonuçlarında anlamlı bulgu saptanmamıştır. Hastalık aktivasyonu söz konusu olduğunda Hastane Anksiyete Depresyon ölçeğinde yükseklik, yaşam kalitesinde düşme saptanmıştır. Yaş ile Algılanan Stres Ölçeği arasında negatif korelasyon saptanmıştır. Hastalık yaşı arttıkça anksiyete ve depresyon azalmıştır.

Sonuç olarak; İBH hastalık ve sosyal yükü ağır olan bir hastalık grubudur. Hastalar her vizitte ruhsal açıdan değerlendirilmeli stres, anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi açısından değerlendirilmelidir.

Anahtar kelimeler: İnflamatuvar barsak hastalığı, algılanan stres, sf-36, depresyon, anksiyete.

EVALUATION OF QUALITY OF LIFE AND HOSPITAL ANXIETY, DEPRESSION SCALE ACCORDING TO THE PERCEIVED STRESS SCALE IN INFLAMMATORY BOWEL PATIENTS

SUMMARY

This study aimed to quantify the stress levels, anxiety and home and quality of life in Inflammatory Bowel Patients in Tekirdağ Namık Kemal University Faculty of Medicine, Department of Internal Medicine, Gastroenterology outpatient clinic, and to investigate these by revealing the patients' disease type, sociodemographic characteristics, laboratory values, and activity indexes. Eighty patients were included in the study and they were asked to fill in the samples of the scales, which contain brief information about the formula of voluntary informed consent. Mayo index in Ulcerative Colitis and Crohn's activity index in Crohn's Patients were used as activity index.

In our study, hemoglobin and ferritin values were found to be higher in males according to gender. Removing the elevation in both scores of the Hospital Anxiety depression time according to Ulcerative Colitis at Crohn's borders. The number of generalizations of the working group, the hemoglobin value of the working group, the physical role power of life safety, emotional role power and pain scores higher performance. It is an unprecedented result in relation to smoking laboratory outputs and scales. Biological agent use group quality of life management has not been seen so far in terms of pain scoring, leukocyte and platelet counts in group scale scoring with higher targeted biological agents. Reducing the consumption of drugs used started to decrease in the physical function score of life preservation, however, no signs of finding were detected in the laboratory results. When it comes to disease clearance, Hospital Anxiety Reduces the height of the depression period, the decline in quality of life. Negative pressure pressure between age and the Perceived Stress Scale. Anxiety and depression in the disease age have decreased.

In conclusion; IBD is a group of diseases with a heavy disease and social burden. At each visit, patients should be evaluated for stress, anxiety, use, and quality of life.

Key words: Inflammatory bowel disease, perceived stress, p-36, depression, anxiety

KAYNAKLAR

1. Vermeire S, Van Assche G, Rutgeerts P. Laboratory markers in IBD: useful, magic, or unnecessary toys? *Gut* [Internet]. 2006 Mar;55(3):426–31. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/gut.2005.069476>
2. Sands BE. From symptom to diagnosis: clinical distinctions among various forms of intestinal inflammation. *Gastroenterology* [Internet]. 2004 May;126(6):1518–32. Available from: <http://dx.doi.org/10.1053/j.gastro.2004.02.072>
3. Children’s Health Defense. *Measles Book: Thirty-Five Secrets the Government and the Media Aren’t Telling You about Measles and the Measles Vaccine* [Internet]. Simon and Schuster; 2021. 192 p. Available from: <https://play.google.com/store/books/details?id=8YcjEAAAQBAJ>
4. Tozun N, Atug O, Imeryuz N, Hamzaoglu HO, Tiftikci A, Parlak E, et al. Clinical characteristics of inflammatory bowel disease in Turkey: a multicenter epidemiologic survey. *J Clin Gastroenterol* [Internet]. 2009 Jan;43(1):51–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/MCG.0b013e3181574636>
5. Danese S, Semeraro S, Papa A, Roberto I, Scaldaferrri F, Fedeli G, et al. Extraintestinal manifestations in inflammatory bowel disease. *World J Gastroenterol* [Internet]. 2005 Dec 14;11(46):7227–36. Available from: <http://dx.doi.org/10.3748/wjg.v11.i46.7227>
6. Torres J, Mehandru S, Colombel JF, Peyrin-Biroulet L. Crohn’s disease. *Lancet* [Internet]. 2017 Apr 29;389(10080):1741–55. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31711-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31711-1)
7. de Souza HSP, Fiocchi C. Immunopathogenesis of IBD: current state of the art. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* [Internet]. 2016 Jan;13(1):13–27. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/nrgastro.2015.186>
8. Zhang YZ, Li YY. Inflammatory bowel disease: pathogenesis. *World J Gastroenterol* [Internet]. 2014 Jan 7;20(1):91–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.3748/wjg.v20.i1.91>
9. Bitton A, Dobkin PL, Edwardes MD, Sewitch MJ, Meddings JB, Rawal S, et al. Predicting relapse in Crohn’s disease: a biopsychosocial model. *Gut* [Internet]. 2008 Oct;57(10):1386–92. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/gut.2007.134817>
10. Rubin DT, Hanauer SB. Smoking and inflammatory bowel disease. *Eur J Gastroenterol Hepatol* [Internet]. 2000 Aug;12(8):855–62. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/00042737-200012080-00004>
11. Loftus EV Jr. Clinical epidemiology of inflammatory bowel disease: Incidence, prevalence, and environmental influences. *Gastroenterology* [Internet]. 2004 May;126(6):1504–17. Available from: <http://dx.doi.org/10.1053/j.gastro.2004.01.063>

12. Radford-Smith GL. Protective role of appendicectomy on onset and severity of ulcerative colitis and Crohn's disease [Internet]. Vol. 51, Gut. 2002. p. 808–13. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/gut.51.6.808>
13. Leslie WD, Miller N, Rogala L, Bernstein CN. Vitamin D status and bone density in recently diagnosed inflammatory bowel disease: the Manitoba IBD Cohort Study. Am J Gastroenterol [Internet]. 2008 Jun;103(6):1451–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1572-0241.2007.01753.x>
14. Cuthbert AP, Fisher SA, Mirza MM, King K, Hampe J, Croucher PJP, et al. The contribution of NOD2 gene mutations to the risk and site of disease in inflammatory bowel disease. Gastroenterology [Internet]. 2002 Apr;122(4):867–74. Available from: <http://dx.doi.org/10.1053/gast.2002.32415>
15. Gevers D, Kugathasan S, Denson LA, Vázquez-Baeza Y, Van Treuren W, Ren B, et al. The treatment-naïve microbiome in new-onset Crohn's disease. Cell Host Microbe [Internet]. 2014 Mar 12;15(3):382–92. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chom.2014.02.005>
16. Cobrin GM, Abreu MT. Defects in mucosal immunity leading to Crohn's disease. Immunol Rev [Internet]. 2005 Aug;206:277–95. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/j.0105-2896.2005.00293.x>
17. Abreu MT, Fukata M, Arditi M. TLR signaling in the gut in health and disease. J Immunol [Internet]. 2005 Apr 15;174(8):4453–60. Available from: <http://dx.doi.org/10.4049/jimmunol.174.8.4453>
18. D'Incà R, Dal Pont E, Di Leo V, Ferronato A, Fries W, Vettorato MG, et al. Calprotectin and lactoferrin in the assessment of intestinal inflammation and organic disease. Int J Colorectal Dis [Internet]. 2007 Apr;22(4):429–37. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s00384-006-0159-9>
19. Mylonaki M, Langmead L, Pantes A, Johnson F, Rampton DS. Enteric infection in relapse of inflammatory bowel disease [Internet]. Vol. 16, European Journal of Gastroenterology & Hepatology. 2004. p. 775–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/01.meg.0000131040.38607.09>
20. Bossuyt X. Serologic markers in inflammatory bowel disease. Clin Chem [Internet]. 2006 Feb;52(2):171–81. Available from: <http://dx.doi.org/10.1373/clinchem.2005.058560>
21. Wilks S. Morbid appearances in the intestine of Miss Bankes. Med Times Gazette.
22. Annese V, Daperno M, Rutter MD, Amiot A, Bossuyt P, East J, et al. European evidence based consensus for endoscopy in inflammatory bowel disease. J Crohns Colitis [Internet]. 2013 Dec;7(12):982–1018. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.crohns.2013.09.016>

23. Dignass A, Eliakim R, Magro F, Maaser C, Chowers Y, Geboes K, et al. Second European evidence-based consensus on the diagnosis and management of ulcerative colitis part 1: definitions and diagnosis. *J Crohns Colitis* [Internet]. 2012 Dec;6(10):965–90. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.crohns.2012.09.003>
24. Baumgart DC. *Crohn's Disease and Ulcerative Colitis: From Epidemiology and Immunobiology to a Rational Diagnostic and Therapeutic Approach* [Internet]. Springer; 2017. 695 p. Available from: <https://play.google.com/store/books/details?id=zLE-DgAAQBAJ>
25. Monteiro E, Tavelo Veloso F. *Inflammatory Bowel Diseases: New Insights Into Mechanisms of Inflammation and Challenges in Diagnosis and Treatment* [Internet]. Springer Netherlands; 1995. 368 p. Available from: <https://play.google.com/store/books/details?id=DhNsAAAAMAAJ>
26. Sands BE. Biomarkers of Inflammation in Inflammatory Bowel Disease. *Gastroenterology* [Internet]. 2015 Oct;149(5):1275–85.e2. Available from: <http://dx.doi.org/10.1053/j.gastro.2015.07.003>
27. D'Haens G, Geboes K, Peeters M, Baert F, Ectors N, Rutgeerts P. Patchy cecal inflammation associated with distal ulcerative colitis: a prospective endoscopic study. *Am J Gastroenterol* [Internet]. 1997 Aug;92(8):1275–9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9260788>
28. Kornbluth A, Sachar DB. *Ulcerative Colitis Practice Guidelines in Adults: American College of Gastroenterology, Practice Parameters Committee* [Internet]. Vol. 105, *American Journal of Gastroenterology*. 2010. p. 501–23. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/ajg.2009.727>
29. Shah SC, Colombel JF, Sands BE, Narula N. Mucosal Healing Is Associated With Improved Long-term Outcomes of Patients With Ulcerative Colitis: A Systematic Review and Meta-analysis [Internet]. Vol. 14, *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. 2016. p. 1245–55.e8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cgh.2016.01.015>
30. Colombel JF, Rutgeerts P, Reinisch W, Esser D, Wang Y, Lang Y, et al. Early mucosal healing with infliximab is associated with improved long-term clinical outcomes in ulcerative colitis. *Gastroenterology* [Internet]. 2011 Oct;141(4):1194–201. Available from: <http://dx.doi.org/10.1053/j.gastro.2011.06.054>
31. Fuss IJ, Heller F, Boirivant M, Leon F, Yoshida M, Fichtner-Feigl S, et al. Nonclassical CD1d-restricted NK T cells that produce IL-13 characterize an atypical Th2 response in ulcerative colitis. *J Clin Invest* [Internet]. 2004 May;113(10):1490–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1172/JCI19836>
32. Bressler B, Marshall JK, Bernstein CN, Bitton A, Jones J, Leontiadis GI, et al. Clinical practice guidelines for the medical management of nonhospitalized ulcerative colitis:

- the Toronto consensus. *Gastroenterology* [Internet]. 2015 May;148(5):1035–58.e3. Available from: <http://dx.doi.org/10.1053/j.gastro.2015.03.001>
33. Ford AC, Bernstein CN, Khan KJ, Abreu MT, Marshall JK, Talley NJ, et al. Glucocorticosteroid therapy in inflammatory bowel disease: systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol* [Internet]. 2011 Apr;106(4):590–9; quiz 600. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/ajg.2011.70>
 34. Colombel JF, Sands BE, Rutgeerts P, Sandborn W, Danese S, D’Haens G, et al. The safety of vedolizumab for ulcerative colitis and Crohn’s disease. *Gut* [Internet]. 2017 May;66(5):839–51. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/gutjnl-2015-311079>
 35. Cominelli F. Inhibition of leukocyte trafficking in inflammatory bowel disease. *N Engl J Med* [Internet]. 2013 Aug 22;369(8):775–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMe1307415>
 36. Turner D, Walsh CM, Steinhart AH, Griffiths AM. Response to corticosteroids in severe ulcerative colitis: a systematic review of the literature and a meta-regression. *Clin Gastroenterol Hepatol* [Internet]. 2007 Jan;5(1):103–10. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cgh.2006.09.033>
 37. Laharie D, Bourreille A, Branche J, Allez M, Bouhnik Y, Filippi J, et al. Ciclosporin versus infliximab in patients with severe ulcerative colitis refractory to intravenous steroids: a parallel, open-label randomised controlled trial. *Lancet* [Internet]. 2012 Dec 1;380(9857):1909–15. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S01406736\(12\)61084-8](http://dx.doi.org/10.1016/S01406736(12)61084-8)
 38. Farraye FA, Odze RD, Eaden J, Itzkowitz SH. AGA technical review on the diagnosis and management of colorectal neoplasia in inflammatory bowel disease. *Gastroenterology* [Internet]. 2010 Feb;138(2):746–74, 774.e1–4; quiz e12–3. Available from: <http://dx.doi.org/10.1053/j.gastro.2009.12.035>
 39. Ariyaratnam J, Subramanian V. Association between thiopurine use and nonmelanoma skin cancers in patients with inflammatory bowel disease: a meta-analysis. *Am J Gastroenterol* [Internet]. 2014 Feb;109(2):163–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/ajg.2013.451>
 40. Ungaro R, Mehandru S, Allen PB, Peyrin-Biroulet L, Colombel JF. Ulcerative colitis. *Lancet* [Internet]. 2017 Apr 29;389(10080):1756–70. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32126-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32126-2)
 41. Roda G, Ng SC, Kotze PG, Argollo M, Panaccione R, Spinelli A, et al. Crohn’s disease [Internet]. Vol. 6, *Nature Reviews Disease Primers*. 2020. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/s41572-020-0156-2>
 42. Feuerstein JD, Cheifetz AS. Crohn Disease: Epidemiology, Diagnosis, and Management. *Mayo Clin Proc* [Internet]. 2017 Jul;92(7):1088–103. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mayocp.2017.04.010>

43. Mosli MH, Zou G, Garg SK, Feagan SG, MacDonald JK, Chande N, et al. C-Reactive Protein, Fecal Calprotectin, and Stool Lactoferrin for Detection of Endoscopic Activity in Symptomatic Inflammatory Bowel Disease Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Official journal of the American College of Gastroenterology | ACG* [Internet]. 2015 Jun [cited 2022 Dec 16];110(6):802. Available from: https://journals.lww.com/ajg/fulltext/2015/06000/c_reactive_protein,_fecal_calprotectin,_and_stool.10.aspx
44. Mitsuyama K, Niwa M, Takedatsu H, Yamasaki H, Kuwaki K, Yoshioka S, et al. Antibody markers in the diagnosis of inflammatory bowel disease. *World J Gastroenterol* [Internet]. 2016 Jan 21;22(3):1304–10. Available from: <http://dx.doi.org/10.3748/wjg.v22.i3.1304>
45. Menees SB, Powell C, Kurlander J, Goel A, Chey WD. A meta-analysis of the utility of C-reactive protein, erythrocyte sedimentation rate, fecal calprotectin, and fecal lactoferrin to exclude inflammatory bowel disease in adults with IBS. *Official journal of the American College of Gastroenterology | ACG* [Internet]. 2015;110(3):444–54. Available from: https://journals.lww.com/ajg/Fulltext/2015/03000/A_Meta_Analysis_of_the_Utility_of_C_Reactive.18.aspx
46. Magro F, Langner C, Driessen A, Ensari A, Geboes K, Mantzaris GJ, et al. European consensus on the histopathology of inflammatory bowel disease [Internet]. Vol. 7, *Journal of Crohn's and Colitis*. 2013. p. 827–51. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.crohns.2013.06.001>
47. Mazziotti S, Blandino A, Cicero G. *MR Enterography: Crohn's Disease and Beyond* [Internet]. Springer Nature; 2022. 156 p. Available from: <https://play.google.com/store/books/details?id=-BueEAAAQBAJ>
48. Daperno M, D'Haens G, Van Assche G, Baert F, Colombel JF, Bulois P, et al. Multicenter prospective validation of a simple endoscopic score for Crohn's disease (SES-CD) [Internet]. Vol. 124, *Gastroenterology*. 2003. p. A199. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/s0016-5085\(03\)80997-6](http://dx.doi.org/10.1016/s0016-5085(03)80997-6)
49. Harbord M, Annese V, Vavricka SR, Allez M, Barreiro-de Acosta M, Boberg KM, et al. The First European Evidence-based Consensus on Extra-intestinal Manifestations in Inflammatory Bowel Disease. *J Crohns Colitis* [Internet]. 2016 Mar;10(3):239–54. Available from: <http://dx.doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjv213>
50. Travis SPL, Schnell D, Krzeski P, Abreu MT, Altman DG, Colombel JF, et al. Developing an instrument to assess the endoscopic severity of ulcerative colitis: the Ulcerative Colitis Endoscopic Index of Severity (UCEIS). *Gut* [Internet]. 2012 Apr;61(4):535–42. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/gutjnl-2011-300486>
51. Siffledeen JS, Siminoski K, Jen H, Fedorak RN. Vertebral fractures and role of low bone mineral density in Crohn's disease. *Clin Gastroenterol Hepatol* [Internet]. 2007 Jun;5(6):721–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cgh.2007.02.024>

52. De Dombal FT, Watts JM, Watkinson G, Goligher JC. Local complications of ulcerative colitis: stricture, pseudopolyposis, and carcinoma of colon and rectum. *Br Med J* [Internet]. 1966 Jun 11;1(5501):1442–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.1.5501.1442>
53. Chang CW, Wong JM, Tung CC, Shih IL, Wang HY, Wei SC. Intestinal Stricture in Crohn's Disease [Internet]. Vol. 13, *Intestinal Research*. 2015. p. 19. Available from: <http://dx.doi.org/10.5217/ir.2015.13.1.19>
54. Colombel JF, Schwartz DA, Sandborn WJ, Kamm MA, D'Haens G, Rutgeerts P, et al. Adalimumab for the treatment of fistulas in patients with Crohn's disease. *Gut* [Internet]. 2009 Jul;58(7):940–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/gut.2008.159251>
55. Regueiro M, Mardini H. Treatment of perianal fistulizing Crohn's disease with infliximab alone or as an adjunct to exam under anesthesia with seton placement. *Inflamm Bowel Dis* [Internet]. 2003 Mar;9(2):98–103. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/00054725-200303000-00003>
56. Monsén U, Sorstad J, Hellers G, Johansson C. Extracolonic diagnoses in ulcerative colitis: an epidemiological study. *Am J Gastroenterol* [Internet]. 1990 Jun;85(6):711–6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2353691>
57. Nielsen OH, Vainer B, Rask-Madsen J. The treatment of inflammatory bowel disease with 6-mercaptopurine or azathioprine [Internet]. Vol. 15, *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*. 2001. p. 1699–708. Available from: <http://dx.doi.org/10.1046/j.13652036.2001.01102.x>
58. Garbarino C. *Modern Synopsis of Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 4th edition—edited by Harold I. Kaplan, M.D., and Benjamin J. Sadock, M.D.; Williams & Wilkins, Baltimore, 1985, 937 pages, \$38.50, softcover [Internet]. Vol. 36, *Psychiatric Services*. 1985. p. 889–90. Available from: <http://dx.doi.org/10.1176/ps.36.8.889>
59. Bilge A, Öğce F, Genç RE, Oran NT. Algılanan stres ölçeği (ASÖ)'nin Türkçe versiyonunun psikometrik uygunluğu. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*.
60. Şahin H. Eski bir kavram yeni bir ölçüt: Yaşam kalitesi. *Toplum ve hekim*.
61. Rubin RR, Peyrot M. Quality of life and diabetes. *Diabetes Metab Res Rev* [Internet]. 1999 May-Jun;15(3):205–18. Available from: [http://dx.doi.org/10.1002/\(sici\)1520-7560\(199905/06\)15:3<205::aid-dmrr29>3.0.co;2-o](http://dx.doi.org/10.1002/(sici)1520-7560(199905/06)15:3<205::aid-dmrr29>3.0.co;2-o)
62. Sarac ZF, Tutuncuoglu P, Paridar S, Saygili F, Yilmaz C, Tuzun M. Quality of life in Turkish diabetic patients. *Turkish Journal of Endocrinology and Metabolism*. 2007;11(2):48–53.

63. Kocyigit H. Kisa Form-36 (KF-36)'nm Turkce versiyonunun guvenilirliği ve gecerliliği. Ilac ve Tedavi Dergisi [Internet]. 1999 [cited 2022 Dec 16];12:102–6. Available from: <https://ci.nii.ac.jp/naid/10020179425/>
64. Angst J. Epidemiology of depression. Psychopharmacology [Internet]. 1992;106 Suppl:S71–4. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/BF02246240>
65. Dođan O, Dođan O. Ruhsal bozuklukların epidemiyoloğisi. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakóltesi; 1995.
66. Hodo DW. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, Eighth Edition by Benjamin James Daddock, Harold I. Kaplan, Virginia A. Sadock. Lippincott, Williams and Wilkins, 2004, 3,760 pp., \$279.00 [Internet]. Vol. 163, American Journal of Psychiatry. 2006. p. 1458–1458. Available from: <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.2006.163.8.1458>
67. Cohen RS, Weissman MM. Epidemiology of depressive and anxiety disorders. psychiatric epidemiology [Internet]. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/0471234311#page=386>
68. Öztürk MO, Na U. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları: Nobel Tıp Kitabevleri. Ankara; 2015.
69. Bayindir SK, Ünsal A. Sık Görülen Ruhsal Hastalıklardaki Hemşirelik Tanı ve Girişimleri. Dializ Transplant Yanık [Internet]. 2016 Aug 23 [cited 2022 Dec 16];6(2):115–9. Available from: <https://dergipark.org.tr/en/pub/duzcesbed/issue/24384/258503>
70. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatrica Scand [Internet]. 1983 Jun;67(6):361–70. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>
71. Aydemir Y, Doğu Ö, Amasya A, Yazgan B, Gazioğlu EÖ, Gündüz H. Kronik Solunum ve Kalp Hastalıklarında Anksiyete ve Depresyon Sıklığı ve İlişkilili Özelliklerin Değerlendirilmesi. Sakarya Tıp Dergisi [Internet]. 2015 Dec 17 [cited 2022 Dec 16];5(4):199–203. Available from: <https://dergipark.org.tr/en/pub/smj/issue/11345/135586>
72. Herrera-deGuise C, Casellas F, Robles V, Navarro E, Borrueal N. Iron Deficiency in the Absence of Anemia Impairs the Perception of Health-Related Quality of Life of Patients with Inflammatory Bowel Disease. Inflamm Bowel Dis [Internet]. 2016 Jun;22(6):1450–5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/MIB.0000000000000768>
73. Bernklev T, Jahnsen J, Lygren I, Henriksen M, Vatn M, Moum B. Health-related quality of life in patients with inflammatory bowel disease measured with the short form-36: psychometric assessments and a comparison with general population norms. Inflamm Bowel Dis [Internet]. 2005 Oct;11(10):909–18. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/01.mib.0000179467.01748.99>

74. Navabi S, Gorrepati VS, Yadav S, Chintanaboina J, Maher S, Demuth P, et al. Influences and Impact of Anxiety and Depression in the Setting of Inflammatory Bowel Disease. *Inflamm Bowel Dis* [Internet]. 2018 Oct 12;24(11):2303–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1093/ibd/izy143>
75. Neuendorf R, Harding A, Stello N, Hanes D, Wahbeh H. Depression and anxiety in patients with Inflammatory Bowel Disease: A systematic review. *J Psychosom Res* [Internet]. 2016 Aug;87:70–80. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2016.06.001>
76. Targownik LE, Sexton KA, Bernstein MT, Beatie B, Sargent M, Walker JR, et al. The Relationship Among Perceived Stress, Symptoms, and Inflammation in Persons With Inflammatory Bowel Disease. *Am J Gastroenterol* [Internet]. 2015 Jul;110(7):1001–12; quiz 1013. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/ajg.2015.147>
77. Ananthakrishnan AN, Kaplan GG, Bernstein CN, Burke KE, Lochhead PJ, Sasson AN, et al. Lifestyle, behaviour, and environmental modification for the management of patients with inflammatory bowel diseases: an International Organization for Study of Inflammatory Bowel Diseases consensus. *Lancet Gastroenterol Hepatol* [Internet]. 2022 Jul;7(7):666–78. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S24681253\(22\)00021-8](http://dx.doi.org/10.1016/S24681253(22)00021-8)
78. Parkes GC, Whelan K, Lindsay JO. Smoking in inflammatory bowel disease: impact on disease course and insights into the aetiology of its effect. *J Crohns Colitis* [Internet]. 2014 Aug;8(8):717–25. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.crohns.2014.02.002>
79. Burisch J, Jess T, Martinato M, Lakatos PL, ECCO -EpiCom. The burden of inflammatory bowel disease in Europe. *J Crohns Colitis* [Internet]. 2013 May;7(4):322–37. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.crohns.2013.01.010>
80. Marrie RA, Graff LA, Fisk JD, Patten SB, Bernstein CN. The Relationship Between Symptoms of Depression and Anxiety and Disease Activity in IBD Over Time. *Inflamm Bowel Dis* [Internet]. 2021 Jul 27;27(8):1285–93. Available from: <http://dx.doi.org/10.1093/ibd/izaa349>
81. Stroeie T, Preda C, Meianu C, Croitoru A, Gheorghe L, Gheorghe C, et al. HealthRelated Quality of Life in Patients with Inflammatory Bowel Disease in Clinical Remission: What Should We Look For? *Medicina* [Internet]. 2022 Mar 27;58(4). Available from: <http://dx.doi.org/10.3390/medicina58040486>
82. Jain A, Marrie RA, Shafer LA, Graff LA, Patten SB, El-Gabalawy R, et al. Incidence of Adverse Psychiatric Events During Treatment of Inflammatory Bowel Disease With Biologic Therapies: A Systematic Review. *Crohns Colitis* 360 [Internet]. 2020 Jan;2(1):otz053. Available from: <http://dx.doi.org/10.1093/crocol/otz053>
83. Yarlas A, Rubin DT, Panés J, Lindsay JO, Vermeire S, Bayliss M, et al. Burden of Ulcerative Colitis on Functioning and Well-being: A Systematic Literature Review of

the SF-36® Health Survey. *J Crohns Colitis* [Internet]. 2018 Apr 27;12(5):600–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjy024>

84. Knowles SR, Keefer L, Wilding H, Hewitt C, Graff LA, Mikocka-Walus A. Quality of Life in Inflammatory Bowel Disease: A Systematic Review and Meta-analyses-Part II. *Inflamm Bowel Dis* [Internet]. 2018 Apr 23;24(5):966–76. Available from: <http://dx.doi.org/10.1093/ibd/izy015>
85. Sunavsky A, Moreau J, Tripp DA. Understanding Perceived Stress in Adolescent Inflammatory Bowel Disease. *J Can Assoc Gastroenterol* [Internet]. 2022 Apr;5(2):79–85. Available from: <http://dx.doi.org/10.1093/jcag/gwab036>



EKLER

Ek.1 Etik Kurul Onayı



TEKİRDAĞ NAMİK KEMAL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU



BAŞVURU BİLGİLERİ	Araştırmanın Açık Adı	İnflamatuvar Barsak Hastalarında Algılanan Stres Ölçeği Eşliğinde Yaşam Kalitesi ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeğinin Değerlendirilmesi		
	Koordinatör / Sorumlu Araştırmacı	D. [] TNKÜ Tıp Fakültesi İç Hastalıkları		
	Etik Kurul Toplantı Tarihi	28.06.2022		
	Araştırma Protokol Numarası	2022.112.06.02		
	Araştırmanın Türü	Prospektif <input checked="" type="checkbox"/>	Retrospektif <input type="checkbox"/>	Diğer:
	Araştırmanın Destekleyicisi	TÜBİTAK <input type="checkbox"/>	TNKÜ BAP <input type="checkbox"/>	Araştırmacı <input checked="" type="checkbox"/> Diğer:
	Araştırmanın Bütçesi	551 ₺		
	Araştırmanın Merkezi	Tek Merkezli <input checked="" type="checkbox"/>	Cok Merkezli <input type="checkbox"/>	
	KARAR BİLGİLERİ	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmann/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, araştırmann/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik bilimsel sakınca bulunmadığına, toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının oy birliği ile karar verilmiştir.		

ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
----------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Araştırma ile İlişkili		Katılım *	
		E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Prof. Dr. []	Biyofizik	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Prof. Dr. []	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Prof. Dr. []	Tıbbi Biyokimya	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Prof. Dr. []	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Prof. Dr. []	Genel Cerrahi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>
Doç. Dr. []	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Doç. Dr. []	İç Hastalıkları	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Dr. Öğr. []	Tıbbi Biyokimya	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Dr. Öğr. []	Tıbbi Mikrobiyoloji	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Dr. Öğr. []	Biyostatistik	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Dr. Öğr. []	Ortopedi ve Travmatoloji	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Dr. Öğr. []	Adli Tıp	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Dr. Öğr. []	İç Hastalıkları Hemşireliği	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Dr. Öğr. []	Tıbbi Farmakoloji	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Dr. Öğr. []	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>

*: Toplantıda bulunma.

Etik Kurul Başkanı

Unvanı/Adı/Soyadı:

İmza:

Ek 2.Hastane Anksiyete Ve Depresyon Ölçeği

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD)

(Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS))

Hastanın Adı Soyadı: _____

Tarih: ____/____/____

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

1. Kendimi gergin "patlayacak gibi" hissediyorum.

- 3 Çoğu zaman 1 Zaman zaman, bazen
2 Birçok zaman 0 Hiçbir zaman

2. Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.

- 0 Aynı eskisi kadar 2 Yalnızca biraz eskisi kadar
1 Pek eskisi kadar değil 3 Hiçbir zaman

3. Sanki kötü bir şey olacakmış gibi bir korkuya kapılıyorum.

- 3 Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli
2 Evet, ama çok da şiddetli değil
1 Biraz, ama beni pek endişelendiriyor
0 Hayır, hiç de öyle değil

4. Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

- 0 Her zaman olduğu kadar 2 Kesinlikle o kadar değil
1 Şimdi pek o kadar değil 3 Artık hiç değil

5. Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.

- 3 Çoğu zaman 1 Zaman zaman, çok sık değil
2 Birçok zaman 0 Yalnızca bazen

6. Kendimi neşeli hissediyorum.

- 3 Hiçbir zaman 1 Bazen
2 Sık değil 0 Çoğu zaman

7. Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi rahat hissediyorum.

- 0 Kesinlikle 2 Sık değil
1 Genellikle 3 Hiçbir zaman

8. Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

- 3 Hemen hemen her zaman 1 Bazen
2 Çok sık 0 Hiçbir zaman

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

- 0 Hiçbir zaman 2 Oldukça sık
1 Bazen 3 Çok sık

10. Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

- 3 Kesinlikle
2 Gerektiği kadar özen göstermiyorum
1 Pek o kadar özen göstermeyebilirim
0 Her zamanki kadar özen gösteriyorum

11. Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.

- 3 Gerçekten de çok fazla 1 Çok fazla değil
2 Oldukça fazla 0 Hiç değil

12. Olacakları zevkle bekliyorum.

- 0 Her zaman olduğu kadar
1 Her zamankinden biraz daha az
2 Her zamankinden kesinlikle daha az
3 Hemen hemen hiç

13. Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

- 3 Gerçekten de çok sık 1 Çok sık değil
2 Oldukça sık 0 Hiçbir zaman

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

- 0 Sıklıkla 2 Pek sık değil
1 Bazen 3 Çok seyrek

Mavi renkli kutu içinde şıkları olan sorular anksiyete, turuncu renkli altı çizgili şıkları olan sorular depresyon skorlarını verir.
0-7 puan: normal ||| 8-10puan: sınırda ||| 11ve üstü anormal

Toplam Puan: Depresyon _____ Anksiyete _____

Acta psychiatr. scand. 1983;67:361-370 A. S. Zigmond and R. P. Snaith

Ek.3 Algılanan Stres Ölçeği

Algılanan Stres Ölçeği

Perceived Stress Scale (PSS)

Tarih: ___/___/___

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.

Son bir ay içinde ↓ ↓ ↓		Hiçbir Zaman	Neredeyse Hiçbir Zaman	Bazen	Oldukça Sık	Çok Sık
1	Geçen ay, beklenmedik bir şeylerin olması nedeniyle ne sıklıkta rahatsızlık duydunuz?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
2	Geçen ay, hayatınızdaki önemli şeyleri kontrol edemediğinizi ne sıklıkta hissettiniz?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
3	Geçen ay, kendinizi ne sıklıkta sınırlı ve stresli hissettiniz?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
4	Geçen ay, ne sıklıkta gündelik zorlukların üstesinden başarıyla geldiniz?	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
5	Geçen ay, hayatınızda ortaya çıkan önemli değişikliklerle etkili bir şekilde başa çıktığınızı ne sıklıkta hissettiniz?	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
6	Geçen ay, kişisel sorunlarınızı ele alma yeteneğinize ne sıklıkta güven duydunuz?	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
7	Geçen ay, her şeyin yolunda gittiğini ne sıklıkta hissettiniz?	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
8	Geçen ay, ne sıklıkta yapmanız gereken şeylerle başa çıkamadığınızı fark ettiniz?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
9	Geçen ay, hayatınızdaki zorlukları ne sıklıkta kontrol edebildiniz?	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
10	Geçen ay, ne sıklıkta her şeyin üstesinden geldiğinizi hissettiniz?	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
11	Geçen ay, ne sıklıkta kontrolünüz dışında gelişen olaylar yüzünden öfkelenediniz?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
12	Geçen ay, kendinizi ne sıklıkta başarmak zorunda olduğunuz şeyleri düşünürken buldunuz?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
13	Geçen ay, ne sıklıkta zamanınızı nasıl kullanacağınızı kontrol edebildiniz?	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
14	Geçen ay, ne sıklıkta problemlerin üstesinden gelemeyeceğinizi kadar biriktiğini hissettiniz?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

ASÖ-10'a ait soru numaraları: 1, 2, 3, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 14

ASÖ-4'e ait soru numaraları: 2, 6, 7, 14

Eskin, Harlak Algılanan Stres Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması: Güvenlilik ve Geçerlilik Analizi New/Yeni Symposium Journal Ekim 2013 Cilt 51 Sayı 3
Sheldon Cohen a Global Measure of Perceived Stress Journal of Health and Social Behavior 1983, Vol. 24 (December):385-396

SF-36 (Kısa Form 36)

_____ Tarih: ____/____/____

Aşağıdaki sorular sizin kendi sağlığınız hakkındaki görüşünüzü, kendinizi nasıl hissettiğinizi ve günlük aktivitelerinizi ne kadar yerine getirebildiğinizi öğrenmek amacıyla. Size en uygun yanıtı verin.

B1 1) Genel olarak sağlığınız için aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz?
 Mükemmel Çok iyi İyi Orta Kötü

B2 2) Bir yıl öncesi ile karşılaştığınızda şu anki genel sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?
 Bir yıl öncesinden Çok daha iyi Biraz iyi Hemen hemen aynı Biraz daha kötü Çok daha kötü

Aşağıdaki sorular bir gün içinde yapabileceğiniz işlerle (aktivitelerle) ilgilidir. Sağlığınız bu aktiviteleri kısıtlıyor mu? Eğer kısıtlıyorsa, ne kadar?

B3

	Evet, Çok Kısıtlı	Evet, Biraz Kısıtlı	Hayır, Hiç Kısıtlı Değil
3) Kopmak, ağır kaldırmak, ağır sporlara katılmak gibi ağır etkinlikler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Bir masayı çekmek, elektrik süpürGESİNİ İTMEK VE AĞIR OLMAYAN SPORLAR YAPMAK GİBİ ORTA DERECELİ ETKİNLİKLER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Market poşetlerini kaldırmak veya taşımak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Birkaç kat merdiven çıkmak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Bir kat merdiven çıkmak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Eğilmek, diz çökmek, çömelmek, diz çökmek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Bir kilometreden fazla yürümek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Birkaç yüz metre yürümek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) Yüz metre yürümek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) Kendi başına banyo yapmak ve giyinmek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınızın sonucu olarak, işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizde, aşağıdaki sorunlardan biriyle karşılaştınız mı?

B4

	Evet	Hayır
13) Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizde geçirdiğiniz zamana kısalttınız mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14) Arzu ettiğinizden daha az işi mi tamamlayabildiniz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15) Çalışma veya diğer yaptığınız işlerin çeşidinde kutlama yaptınız mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16) Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizi yapmada güçlük çektiniz mi? (Aşırı efor - çaba sarf ettiniz mi?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Son 4 hafta boyunca, duygusal sorunlarınızın (örneğin çökkünlük veya kaygı) sonucu olarak işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizle ilgili aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

B5

	Evet	Hayır
17) Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizde geçirdiğiniz zamana kısalttınız mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18) Arzu ettiğinizden daha az işi mi tamamlayabildiniz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19) İşinizle veya diğer aktivitelerinizle ilgili işleri her zamanki kadar dikkat vererek yapamadınız mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SF-36 (Kısa Form 36) Sayfa-2

B6

20) Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız, aileniz, arkadaş veya komşularınızla olan olağan sosyal etkinliklerinizi ne kadar etkiledi?

Hiç Etkilemedi

Çok Az

Orta Derecede

Epeyce

Çok Fazla

B7

21) Son 4 hafta içinde vücudunuzda ne kadar ağrı oldu?

Hiç Olmadı

Çok Az

Hafif

Orta

Çok

Pek Çok

B8

22) Son 4 hafta boyunca ağrınız, normal işinizi (hem ev işlerinizi hem ev dışı işinizi düşününüz) ne kadar etkiledi?

Hiç Etkilemedi

Biraz etkiledi

Orta Derecede

Epey Etkiledi

Çok Etkiledi

Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta boyunca neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için, sizin duygularınızı en iyi karşılayan yanıtı, son 4 haftadaki sıklığını göz önüne alarak seçiniz.

B9

	Sürekli	Çoğu zaman	Epey zaman	Bazen	Ara sıra	Hiç bir zaman
23) Kendinizi yaşam dolu olarak hissettiniz mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24) Çok sinirli biri oldunuz mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25) Hiçbir şeyin sizi neyelendiremeyeceği kadar moraliniz bozuk ve kötü oldu mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26) Kendinizi sakin ve huzurlu hissettiniz mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27) Çok enerjik oldunuz mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28) Kendinizi kalbi kırık ve üzgün hissettiniz mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29) Kendinizi yıpranmış, bitkin hissettiniz mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30) Mutlu, sevinçli bir insan oldunuz mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31) Yorgunluk hissettiniz mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B10

32) Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi (arkadaş veya akrabalarınızı ziyaret etmek gibi) ne sıklıkta etkiledi?

Sürekli

Çoğu zaman

Bazen

Ara sıra

Hiç bir zaman

Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru veya yanlıştır? Her bir ifade için en uygun olanını işaretleyiniz.

B11

	Kesinlikle doğru	Çoğunlukla doğru	Emin değilim	Çoğunlukla yanlış	Kesinlikle yanlış
33) Ben diğer insanlara göre daha kolay hastalanıyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34) Tanıdığım kişiler kadar sağlıklıyım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35) Sağlığımın kötüleşmekte olduğunu sanıyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36) Sağlığım mükemmeldir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Winn JC 2011, Sketisauer CD (1992) Med Care. 1990; Jun;30(6):473-83

