



T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
İÇ HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI

İNFLAMATUVAR BAĞIRSAK HASTALARINDA HASTALIKLA İLGİLİ BİLGİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİNE YÖNELİK KISA SORU ANKETİNİN VALİDASYONU

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Dr. Nur Seda İBİLİ

TEZ DANIŞMANI

Prof.Dr. Mesut AKARSU

İZMİR-2015

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	I
TABLO LİSTESİ	II
KISALTMALAR.....	III
ÖZET.....	IV
SUMMARY.....	V
1 GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. TANIM ve TARİHÇE.....	3
2.2. EPİDEMİYOLOJİ.....	3
2.3. ETİYOLOJİ VE PATOGENEZ.....	4
2.4. AYIRICI TANI	6
2.5. PATOLOJİ	7
2.6. CROHN ve ÜLSERATİF KOLİT.....	7
2.7. EKSTRAİNTESTİNAL MANİFESTASYONLAR	10
2.8. IBH'DA TANI YÖNTEMLERİ	11
2.9. KOMPLİKASYONLAR.....	13
2.10. TEDAVİ.....	14
2.11. HASTALIKLA İLGİLİ FARKINDALIK - BİLİNÇ DURUMU – BİLGİ DÜZEYİ	16
2.12. DEĞERLENDİRME ARAÇLARI	17
3. GEREÇ VE YÖNTEM	21
4. BULGULAR	26
5. TARTIŞMA	45
KAYNAKLAR.....	49
EKLER.....	53

TABLO LİSTESİ

Tablo-1 Hastaların sosyodemografik özellikler

Tablo-2 Hastaların iş-meslek, gelir ve sosyal güvence özellikleri

Tablo-3 Hastaların şuan ki çalışma durumu, çalışamama nedenleri ve bakım özellikleri

Tablo-4 Hastaların alışkanlık ve komorbidite özellikleri

Tablo-5 Hastaların aile öyküleri ve hastalığa bağlı engel durumu özellikleri

Tablo-6 Hastaların hastalık türü, tanı yılı ve tutulum yerlerine göre sınıflandırma özellikleri

Tablo-7 İnflamatuvar bağısak hastalarında hastalıkla ilgili bilgilerin ve bilinç durumunun değerlendirilmesine yönelik kısa soru anketinin yanıtları

Tablo-8 Hastalar ve sağlıklı gönüllülerin yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, geçimini sağlama, çalışma durumu ve çalışamama nedenleri gibi özelliklerinin karşılaştırılması

Tablo-9 Hastalar ve sağlıklıların sosyodemografik, meslek ve gelir özellikleri

Tablo-10 Hasta ve sağlıklıların alışkanlık ve komorbidite özelliklerinin karşılaştırılması

Tablo-11 Hasta ve sağlıklıların soru temelli yanıtlarının karşılaştırılması

KISALTMALAR

5-ASA	: 5-Asetil salisilik asit
6-MP	: 6-Merkaptopürin
ALP	: Alkalen fosfataz
ASCA	: Anti <i>Saccharomyces cerevisiae</i> antikoru
AZA	: Azatiopürin
BT	: Bilgisayarlı tomografi
CARD	: Caspase activation and recruitment domain
CH	: Crohn hastalığı
CMV	: Sitomegalovirüs
CRP	: C-reaktif protein
DEXA	: Dual energy x ray absorptiometry
GGT	: Gamma glutamil transferaz
IC	: Indeterminate Colitis
ICC	: Intraclass correlation
IFN γ	: İnterferon gamma
İBH	: İnflamatuvar bağırsak hastalığı
MAP	: Mikobakterium avium paratuberculosis
MMPs	: Matriks metalloproteinazlarında
MR	: Manyetik rezonans
NSAİD	: Non steroid antiinflamatuvar drugs
NF κ B	: Nükleer faktör kapa B
P ANCA	: Perinuclear antineutrophil cytoplasmic antibody
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
TNF-a	: Tümör nekroz faktör alfa
USG	: Ultrasonografi
ÜK	: Ülseratif kolit

ÖZET

İNFLAMATUVAR BAĞIRSAK HASTALARINDA HASTALIKLA İLGİLİ BİLGİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİNE YÖNELİK KISA SORU ANKETİ

Dr.Nur Seda İBİLİ

**Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı İnciraltı / İZMİR
35340**

drnursedaiibili@gmail.com

Amaç :

Hayat boyu yaşam kalitesi ve iş gücü verimliliği olumsuz yönde etkilenen inflamatuvar bağırsak hastalarının problemlerinin saptanarak çözüm yolları üretilmesi ve hastalıkla mücadele edilmesi yönünde hastaların bilgi düzeyleri, bilinç ve farkındalık durumları son derece önemlidir. Bu çalışma 2012’de yayınlanan ‘Development, validation and clinical assessment of a short questionnaire to assess disease-related knowledge in inflammatory bowel disease patients’ ‘İnflamatuvar barsak hastalarında hastalıkla ilgili bilinç düzeyi ve bilgilerin değerlendirilmesine yönelik kısa soru anketi’ nin Türk Toplumuna İçin Geçerlik ve Güvenirliği’ nin değerlendirilmesi bununla birlikte İnflamatuvar bağırsak hastalarının hastalıkla ilgili bilinç durumu tanımlamak ve bu durumu etkileyen değişkenleri belirlemek amaçlarıyla yapılmış bir çalışmadır.

Gereç ve Yöntem :

Çalışmaya Ocak 2015 - Haziran 2015 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı İnflamatuvar Bağırsak Polikliniği’ne başvuran dahil olma kriterlerine uyan 150 inflamatuvar bağırsak hastası alınmıştır. Anket yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmış zamana bağlı güvenirliliğini test etmek için 2 hafta sonra tekrarlanmıştır. Hastalıkla ilgili bilgilerin ve bilinç düzeyinin değerlendirilmesi için geliştirilmiş anket; toplam 9 kısa sorudan oluşan basit, kendi kendini uygulanabilir ve hastalık-spesifik bir ölçektir. Verilerin analizinde SPSS 15.0 paket programı kullanılmıştır.

Sonuçlar :

Hastaların yaş ortalaması 47.2 ± 14.0 , sağlıklı kontrollerin 38.4 ± 13.0 yıldır. Hastaların yaş ortalaması anlamlı olarak kontrollerin yaş ortalamasından yüksektir ($p < 0.001$). Hastaların %40.0’ı sağlıklıların %51.4’ü kadındır. Hastalarla sağlıklı gönüllüler arasında cinsiyet açısından anlamlı fark yoktur ($p < 0.111$). Eğitim düzeyine göre karşılaştırıldığında; hastaların

%41.3'ü; sağlıklıların %7.1'i ilköğretim mezunudur. Sağlıklı gönüllülerde eğitim düzeyi hastalara göre anlamlı olarak daha yüksektir($p < 0.000$). Ankete verdikleri yanıtların dağılımına göre incelendiğinde 'İçki içmek' olan soru 5 dışında tüm sorularda hasta ve kontrol grubunda yanıt dağılımları anlamlı olarak farklıdır. İBH ile ilgili ankette doğru yanıtlar hastalar tarafından sağlıklı gönüllülere göre daha yüksek sıklıkta cevaplanmıştır($p < 0.001$).

Tartışma :

Çalışma sonucunda İBH kısa soru anketinin hastalarda daha büyük oranda doğru cevaplandığı tespit edilmiş; verilen yanıtlara göre hastalıkla ilgili bilgi ve bilinç düzeyleri sağlıklı gönüllülere göre hastalarda daha yüksek saptanmıştır. Anket inflamatuvar bağırsak hastalığı olanlarda ayırteıcı özelliğe sahiptir. Dolayısıyla bu anketin kullanılması hastalarının problemlerinin anlaşılaraq çözüm yolları üretilmesinde ve hastalıkla mücadelede büyük katkılar sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: inflamatuvar bağırsak hastalığı, bilgi düzeyi, hasta farkındalığı

SUMMARY

VALIDATION OF A SHORT QUESTIONNAIRE TO ASSESS DISEASE-RELATED KNOWLEDGE IN INFLAMMATORY BOWEL DISEASE PATIENTS

Dr.Nur Seda İBİLİ

**Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı İnciraltı / İZMİR
35340**

drnursedaiibili@gmail.com

Purpose

The standard of knowledge and the states of consciousness and awareness are very important to determine the problems of patients with inflammatory bowel disease, whose life quality and productivity are negatively affected during lifetime, in order to find solutions and deal with the disease. This study is designed to establish the validity and the reliability of the ‘Development, validation and clinical assessment of a short questionnaire to assess disease-related knowledge in inflammatory bowel disease patients’ in Turkey in addition to define the states of consciousness and the factors that may affect this in patients with inflammatory bowel disease.

Material And Methods

The study includes 150 patients with inflammatory bowel disease who applied to Dokuz Eylül University Faculty of Medicine Department of Gastroenterology between January 2015 and June 2015 and fits the inclusion criteria. The questionnaire was performed by face to face interview method and repeated within 2 weeks in order to test the time-dependent reliability. The questionnaire is a simple, self applicable and disease specific scale consisting 9 questions which were designed to determine the state of consciousness and information about the disease. SPSS 15.0 package is used for statistical analysis.

Conclusion

The mean age was 47.2 ± 14.0 in patients and 38.4 ± 13.0 in control group. The average age of the cases were statistically higher in patients than in the control group ($p < 0.001$). Among the patients 40% were female whilst 51.4% were in the control group with no statistical significant relation between the groups ($p < 0.111$). From the patients 41.3% were graduated from only elementary school but this percentage was 7.1% in control group supporting the standard of knowledge was significantly higher in control group ($p < 0.000$). The distribution of the answers were significantly different for all questions except “the use of alcohol” between the patient group and the control group. True answers were given in high rates by patients when compared to control group ($p < 0.001$).

Discussion

The short questionnaire of inflammatory bowel disease was found to be answered significantly more accurate in patients rather than healthy volunteers and the standard of knowledge and the state of consciousness were detected as higher in patient group than the control group. The questionnaire was distinctive in patients with inflammatory bowel disease supporting the effect of the questionnaire in understanding the problems of the patients and finding solutions in fighting the disease.

Key Words: Inflammatory Bowel Disease, Knowledge about disease, awareness of patient

1. GİRİŞ VE AMAC

İnflamatuvar bağırsak hastalıkları, ülkemizde ve dünyada önemli mortalite ve morbiditeye yol açan kronik hastalıklardan biridir. Özellikle gelişmiş toplumlarda organik bağırsak hastalıklarının başında gelir. Ülkemizde insidansı 4.1 olan inflamatuvar bağırsak hastalığı hastaların yalnızca yaşam kalitesini bozmakla kalmayıp aynı zamanda ciddi tablolara sebep olabilecek komplikasyonlara yol açması ve ülke ekonomisini olumsuz yönde etkilemesi açısından hayati önem taşır.

İBH, sanitasyonun iyi olduğu daha yüksek sosyoekonomik düzeye sahip batı toplumlarında, daha az gelişmişlik düzeyine sahip doğu toplumlarına göre daha sık görülmektedir. Bu da İBH'nın yaşam tarzı ile yakından ilgili olduğunu ayrıca hastaların iş, aile yaşamı, sosyal ilişkileri, sportif ve sosyokültürel faaliyetleri, sigara, alkol gibi alışkanlıkları, beslenme tarzlarının mevcut hastalıkla yakın ilişki içinde olduğunu gösterir. İşte bu noktada hastaların belirtilen faktörlerle inflamatuvar bağırsak hastalığı arasındaki ilişki hakkındaki farkındalıkları, bilgi ve bilinç düzeylerinin geliştirilmesi hastaların yaşam kalitesinin arttırılarak hastalığa harcanan maliyetin azaltılmasında kaçınılmaz bir rol oynar.

Sigara, alkol, egzersiz, beslenme, stres gibi birtakım çevresel faktörler ve aile öyküsü gibi genetik faktörler, hastalığın gidişatını olumlu veya olumsuz yönde değiştirmesinin yanında hastalığın ortaya çıkmasında da rol oynar. Bu durumda hastaların mevcut hastalıklarıyla ilgili bilinç düzeyleri gerek hasta hekim ilişkisi gerek tedavi uyumu açısından katkılar sağlar. Bununla beraber bu etkileri ve hastaların bu değişkenlerle ilgili bilinç durumlarını ölçecek bir objektif kriter bulunmamakla birlikte ülkemizde bu konuda yapılmış herhangi bir çalışma yoktur. Biz bu çalışmamızda inflamatuvar bağırsak hastalarının hastalıkları ile ilgili farkındalıklarını ve bilgi düzeylerini ölçecek bir skala geliştirmeyi planlıyoruz.

Crohn ve Ülseratif Kolit hastalarının hastalıkla ilgili bilinç durumu ve bilgi düzeyinin ölçülmesi için Hugh Mulcahy ve arkadaşları tarafından 2012 yılında İrlanda'da Orjinal adı "Development, validation and clinical assessment of a short questionnaire to assess disease-related knowledge in inflammatory bowel disease patients" olan bir anket yayımlanmıştır. Türkiye'de daha önce valide edilmiş İBH hakkında bilgi düzeyini gösteren bir ölçüm aracı bulunmamaktadır. Çalışmamızda hedeflenen iki temel amaç vardır. Bu araştırma öncelikle "İnflamatuvar bağırsak hastalarında hastalıkla ilgili bilgilerin değerlendirilmesi ile ilgili kısa soru anketi" nin Türk Toplumunda geçerliliği ve güvenilirliğini saptamak amacıyla planlanan tanımlayıcı ve metodolojik bir araştırmadır. İkinci olarak ise hastaların bilinç ve farkındalık durumlarının tanımlamak bu durumları etkileyen değişkenleri tespit etmek amacıyla ve ikinci amaca yönelik olarak kesitsel türde yapılmış bir çalışmadır.

Günümüzde gittikçe önem kazanan inflamatuvar bağırsak hastalarında bilinç durumu ve bilgi düzeyinin değerlendirilmesi hem tanı hem izlem hem de tedavi sırasında sağlığa ayrılan maliyetin düşürülmesinde etkili olacaktır. Türk toplumu için sağlıklı gönüllülerden ayıricılığı kanıtlanmış olan İnflamatuvar barsak hastalarında hastalıkla ilgili bilgilerin ve bilinç düzeyinin değerlendirilmesine yönelik kısa soru anketi hastaların izleminde kullanılarak hasta ve hasta yakınlarının sağlık, sosyal ve ekonomik durumlarının kısacası yaşam standartlarının arttırılmasına etki edecektir. Ayrıca ölçek kullanılarak hastaların farkındalıklarının belirlenmesi tedavi sırasında değerlendirilmesi, dikkat edilmesi gereken noktalar hatta gerekirse hastanın yaşam tarzında yapması gereken değişiklikleri öngörebilmesi açısından büyük önem taşır. Sonuç olarak bilinçli ve farkındalığı yüksek hasta tedaviye uyumlu hasta anlamına gelmektedir. Hastaların hastalıkları ile ilgili bilgi düzeyleri uzun süren tedavi gerektiren bu kronik hastalığın gidişatı sırasında karşılaşılabilecek olumlu veya olumsuz sonuçları daha iyi kontrol edebilme açısından hekime de kolaylık sağlar.

Yapacağımız bu çalışma sonucunda anket güvenilir ve anlamlı saptanırsa bu ölçek diğer çalışmalarda ve günlük pratikte uygulanabilecektir. Böylece inflamatuvar bağırsak hastalarının hayat kaliteleri arttırmakla beraber ölümcül komplikasyonların ve hastalığa ayrılan bütçenin yönetiminde de büyük katkılar sağlanacaktır

2. GENEL BİLGİLER

2.1. TANIM ve TARİHÇE

İnflamatuvar bağırsak hastalıkları; idiopatik, kronik, tekrarlayan bağırsak hastalıkları olup ülseratif kolit (ÜK) ve crohn hastalığı (CH) olmak üzere iki gruba ayrılır. Kolon mukozasının hastalığı olan ÜK ilk kez 1870 de tanımlanmış, CH ise ondan 60 yıl sonra Crohn BC. tarafından terminal ileumun transmural hastalığı olarak tanımlanmıştır. Terminal ileit, rejijyonel enteritis, transmural veya granulamatoz enterit gibi isimlerle anılan bu hastalık daha sonra ağızdan anüse kadar tüm gastrointestinal kanalın tüm katlarını segmenter tuttuğu için Crohn Hastalığı olarak adlandırılmıştır(1,2). ÜK ve CH, birçok ortak özellik içermekle birlikte, her birine ait farklı karakteristik bulgular bulunmaktadır. 1960 yılında CH ve ÜK'in birbirinden ayırtdilmesinde kullanılacak tanı kriterleri oluşturulmasına rağmen tüm hastalar net olarak ayrılamaz ve indeterminate kolit denilen her iki hastalığa ait özellikler taşıyan ara olgulara rastlanır(2).

2.2. EPİDEMİYOLOJİ

Crohn hastalığı ve ülseratif kolitin insidans ve prevalansı coğrafi bölgelere bağlı olarak büyük oranda farklılık göstermektedir. İBH, sanitasyonun iyi olduğu daha yüksek sosyoekonomik düzeye sahip batı toplumlarında, daha az gelişmişlik düzeyine sahip doğu toplumlarına göre daha sık görülmektedir. Gelişmekte olan toplumlardaki hızlı artış ise endüstrileşme ve batı yaşam tarzının yaygınlaşması ile paralellik göstermektedir(3,4). En yüksek insidans, Batı Avrupa ve Kuzey Amerika'da izlenmektedir . Ortalama insidans ve prevalans oranları Batı Avrupa ve Kuzey Amerika'da sırasıyla Crohn hastalığı (CH) için 6/105 ve 150/105, ülseratif kolit (ÜK) için 20/105 ve 200/105'dir (5-8). Son zamanlarda, İBH insidans ve prevalansı gelişmekte olan toplumlarda artış gösterir iken, batı toplumlarında aynı seviyelerde seyretmektedir. Bu da doğu-batı arasındaki farkın giderek azalmasına katkıda bulunmaktadır. Diğer yandan, ÜK ve CH'nın insidansında etnik kökenin de etkili olduğu söylenebilir. İBH insidansının, Askenazi yahudileri ve Kafkas kökenlilerde daha yüksek, uzakdoğuda ve Güney Afrika bölgesinde daha düşük olması genetik yatkınlığı düşündürse de, insidansın gelişmiş ülkelere göç eden Asyalıların çocuklarında artış göstermesi çevresel etkenlerin de etkili olduğunu göstermektedir (9,10). Türkiye, batı toplumlarına göre gelişmekte olan ülkeler arasında olup, sosyoekonomik düzey, sanitasyon ve sanayileşme açısından doğuyla batı arasında geçiş konumundadır. Hastalık insidansı batı toplumları kadar yüksek olmamakla birlikte doğudaki kadar düşük değildir. Bu nedenle ülkemiz İBH açısından bir köprü vazifesi

görmektedir. Etnik köken açısından oldukça heterojen bir yapıya sahip olan ülkemizde, hastalık insidansı bölgelere göre farklılık gösterebilmektedir.

2.3. ETİYOLOJİ VE PATOGENEZ

Her iki hastalığın da etyoloji ve patogenezi henüz açıklık kazanamamıştır. Bugün Kabul gören düşünceye göre inflamasyonun kronik olması, genetik yatkınlığı olan kişilerde özgül çevresel faktörler ve eksik immun regulasyon sonucunda meydana geldiğidir.

2.3.1. Genetik Faktörler

İBH, poligenetik bir bozukluk olup hastalığa sahip olan kişilerin birinci derecedeki akrabalarında görülme sıklığı %10 kadar artmıştır. Anne ve babada İBH olması halinde çocukta gelişme olasılığı %36'dır. Aile ilişkisi crohn hastalarında ülseratif kolite göre daha belirgin olmakla birlikte tek yumurta ikizlerinde bulunma sıklığı CH için %58 iken ÜK için %6 dır. Hastalıkla ilişkili spesifik gen birliktelikleri tanımlanamamasa da bazı predispozan genler tanımlanmıştır. Kromozom 16 üzerindeki CARD 15 molekülünde gelişen mutasyonlar, CH riskinin %10 undan fazlasını oluşturabilir. CARD 15 homozigot homozigot allelleri özellikle ileumda fibrostenotik CH riskini dört kat arttırır(11).

2.3.2 İntestinal Mikroflora

Bu konuda uzun yıllardan beri pek çok araştırma yapılmasına rağmen hiçbir bakteriyel, viral, fungal ajanın etkisi net olarak ortaya konulamamıştır. Paramyxovirus (kızamık virüsü) ve CH arasında bağırsakta mikroinfarkt ve granülom oluşturması nedeniyle ilişki olduğunu gösteren çalışmalar vardır. Erken kızamık aşılması ile CH sıklığının artması arasında ilişki bulunmuştur. Etyolojide rolü olan bir ajan da Mycobacterium paratuberculosis'dir. 1980 sonrasında MAP ile ilgili birçok çalışma yapılmış olsa da bu hipotezi destekleyecek veya reddettirecek bir sonuca varılamamıştır(4,12).

2.3.3.Çevresel Faktörler

Asyalı göçmenlerde İBH'nın yerli halkla aynı derecede görülmesi ve batılılaşan Asyalı bölgelerde insidansın artması, çevresel faktörlerin etkili olduğunu gösterir.

2.3.3.1. Sigara

CH'nın gelişiminde ve kötüleşmesinde risk faktörü olan sigara ÜK için koruyucudur. sigara içmeyen/bırakanlarda ÜK daha fazla görülmektedir. ÜK li hastalarda hastalık aktivitesinin de

sigara içenlerde daha az olduğu bilinmektedir. Sigara içiminin İBH üzerine olan etkisi çeşitli mekanizmalarla açıklanmaktadır. Bu mekanizmalar eikosanoidlerin oluşumu, T-helper/T-supressor oranı, immunglobulinlerde ve kan akımında değişiklikler ve vasküler hasar olarak sıralanmaktadır(12).

2.3.3.2. Diyet

İBH'nın diyet rejimleri ve besin ürünleri ile olan ilişkisi her zaman merak konusu olmasına rağmen gıda toleransının kişisel değişiklikler göstermesi ve gerek bölgesel gerekse etnik diyet farklılıkları nedeni ile hastalığın diyetle ilişkisi kesin olarak ortaya konması mümkün olmamıştır. Ülseratif kolite göre Crohn hastalığında yetersiz emilim ve sindirim nedeni ile besinsel eksiklikler daha fazla önem taşımaktadır. Nutrisyon tipi ve inflamatuvar barsak hastalığı (İBH) ilişkisini araştıran çalışmalar rafine şeker kullanımının hem Crohn hastalığı hem de ülseratif kolit riskini arttırdığı, bu risk artışının Crohn hastalığında daha belirgin olduğu saptanmıştır. Meyve ve sebze tüketiminin ön planda olduğu fiberden zengin diyetlerde hem Crohn hastalığı hem de ülseratif kolit görülme sıklığı azalmaktadır(13,14). Buna karşın fast-food gıdalar yağ oranı yüksek diyetlerde İBH riski yüksek bulunmuştur. Yine İBH hastalarının çocukluk döneminde daha az anne sütü ile beslendikleri tespit edilmiştir(13,15). Beslenme şeklinin inflamatuvar barsak hastalıklarının patogenezinde önemli yere sahip olması yanında, İBH olanlarda çeşitli nedenlerle ortaya çıkan malnütrisyon, özellikle de Crohn hastalığını, daha komplike bir hale getirmektedir. Crohn hastalığında bildirilen protein-enerji malnütrisyon oranları %20-85 arasında değişmektedir (16,17).

2.3.3.3. Egzersiz

Egzersiz İBH'nın kendisine direk etkisi olduğuna dair net kanıt olmamasına rağmen kas kitlesi ve osteoporozun önlenmesine katkısı vardır. Düşük aktiviteli egzersiz İBH üzerine negative etki yaratmamakla birlikte aksine yaşam kalitesini arttırmasına ve osteoporozun önlenmesine katkıda bulunmaktadır. Ayrıca yapılan epidemiyolojik çalışmalar fiziksel aktivitenin CH riskini azalttığını ileri sürmüştür(18).

2.3.3.4. Psikososyal Faktörler

Günümüzde birçok gastroenterolog emosyonel stresin inflamatuvar barsak hastalığında semptomları ağırlaştırabileceğine inanır. Hastalığın başlaması veya aktivasyonlarının stresle ilişkisi bulunmuştur. Psikolojik faktörler semptomların kötüleşmesine katkıda bulunabilir. Ailede hastalık, ölüm, boşanma, kişiler arası anlaşmazlık, gibi temel yaşam

olayları hastalarda ağrı, kanama, barsak fonksiyon bozukluğu gibi semptomların artmasına sebep olabilir. Temel yaşam olayları kontrol edilse bile akut günlük stresler semptomları kötüleştirebilir. Hastalığın direnme gücünü kıran doğası nedeniyle emosyonel sorunlar, uzun dönemde tedaviyi de güçleştirebilir (19).

2.3.3.5. Appendektomi

Appendektomi yapılan hastalarda ÜK riskinin azaldığı çok sayıda çalışma ile gösterilmiştir. Appendektomi geçiren 212.693 olguyu içeren kohort çalışmasında ÜK gelişme riski yaklaşık %55 oranında azalmış olarak bildirilmiştir. CH'da ise appendektomi ile hastalık gelişimi arasında ilişki gözlenememiştir(20,21).

2.3.3.6 Hijyen Hipotezi

Bu konu henüz tam bir netlike kazanmamakla birlikte çocukluk çağıda sıklıkla rastlanan enfeksiyonlara maruz kalmamak immun sistem gelişimini bozabildiği için İBH yaşam kalitesinin yüksek olduğu ve sosyoekonomik, kültürel seviyenin gelişmiş olduğu Kuzey Avrupa ve Kuzey Amerika bölgelerinde daha sık görülmektedir.

2.3.4 İmmun Yanıt

İBH, T lenfositlerinin aracı olduğu proinflamatuvar sitokinlerin anormal çoğalması sonucu ortaya çıkmaktadır. Bazı çalışmalarda Interlökin-10 veya Interlökin-2 genlerinin devre dışı bırakıldığı ancak intestinal bakterilerin korunduğu farelerde ağır İBH olduğu izlenmiştir. IL-10'un az salgılanmasının enterik bakterilere karşı bozulmuş makrofaj yanıtı ile lezyonlara neden olduğu sürülür. IL-2 genleri tahrip olduğu zaman otoimmünite reaksiyonları oluşmakta inflamasyon başlamaktadır. Bu inflamasyon yine bağışıklık sistemi tarafından baskılanarak bağırsakların harabiyeti önlenmektedir. İBH olan kişilerde başlayan bu immün yanıt baskılanamaz, tam tersine artarak devam eder.

2.4. AYIRICI TANI

İBH tanısını koyduran altın standart bir tanı yöntemi olmayıp tanı için klinik öykü, endoskopi, radyolojik bulguların eşliğinde histolojik verilerden birlikte yararlanılır. ÜK ve CH ayırıcı tanısında en etkili ve en sensitif yöntem endoskopik inceleme ve endoskopik biyopsi materyalinin histolojik incelenmesidir. Kolit yapabilen diğer nedenlerin başında enfeksiyon ajanları (Shigella, Salmonella, Campylobacter jejuni, E. Coli, Clostridium difficile) gelir. Tüm hastalara dışkı kültürü yapılmalıdır. C. difficile tanısında dışkıda bakteri toksinlerinin

varlığından yararlanılır. Amebiasis de aynı klinik tabloyu oluşturur, endoskopik olarak küçük ülserler bulunur ama ülser çevresindeki mukoza normaldir, bu nedenle erken evredeki Crohn kolitine daha çok benzer. Amib taze dışkıda aranır kesin tanı dışkıda E.Histolitica antijenlerinin saptanması ile konur. Viral ajanlardan CMV ve Herpes simplex infeksiyonu benzer klinik tablo yapabilir. Bu infeksiyonlar daha çok immün yetmezliği olanlarda görülse de, immünitesi normal kişilerde de gözlenebilirler. CMV’de histopatolojik olarak intranükleer inklüzyonlar saptanır. Son yayınlarda ağır tedaviye dirençli olguların bir bölümünde CMV süperinfeksiyonu bildirilmektedir.

Yukarıda sayılan tüm infeksiyonlar ve amebiazis ÜK’e eklendiği için sadece ilk tanı sırasında değil tüm aktivasyonlarda ÜK’li hastalarda yukarıdaki ajanlar için gerekli testler yapılmalıdır. Ayırıcı tanıda yer alan hastalıklardan biri iskemik kolittir. 50 yaşın üzerinde, abdominal aort anevrizması operasyonu geçirmiş, kardiyak veya periferik dammar hastalığı olanlarda düşünülmelidir. Radyasyon koliti ülseratif kolite benzer klinik ve endoskopik bulgular yapar. Nonsteroidal antiinflamatuvar ilaç kullanımına bağlı kolitler veya fitillerinin kullanımına bağlı proktitler de ayırıcı tanıda yer alır. Bu hastalıkların ayırımını yapabilmek için geliştirilen klasifikasyon sistemleri ve yeni tanısal yöntemlere rağmen ayırıcı tanı her zaman kolay olmamakta olguların %10-15 kadarı “Indeterminate Colitis” (IC) olarak tanı almaktadır (1, 22, 23).

2.5. PATOLOJİ

Biyopsi materyaline ait histolojik verilerin değerlendirilmesi ÜK ve CH ayırıcı tanısında önemli bir yöntemdir. ÜK ve CH, histopatolojik olarak, birçok ortak özelliği barındırmasının yanında iki hastalığa özgü karakteristik da mevcuttur. Kriptlerde yapısal distorsiyon, lamina propriada artmış mononükleer iltihabi hücreler ve nötrofil lökositler, villöz yüzey, kript atrofisi, bazal plazmositoz ÜK’de izlenen bulgularken, granülomların varlığı, biyopsi materyalinde fokal aktif inflamasyonla karakterli kesintili inflamasyonun görülmesi ve kript morfolojisi ile birlikte epitelde kolonik müsinin korunmuş olması daha çok CH’da izlenen bulgulardır (24).

2.6. CROHN ve ÜLSERATİF KOLİT

Ülseratif kolit kolonun mukoza ve submukozasına sınırlı, kronik, tekrarlayan, kontrolsüz inflamasyonu şeklinde kendini gösteren inflamatuvar bağırsak hastalığıdır. Hemen hemen hastaların tamamında rektum tutulmuş olup, inflamasyon buradan proksimale doğru diffüz, simetrik, devamlı yayılım gösterir. Tutulum devamlı olmakla birlikte lezyonun başladığı ve

bittiği yer arasında sağlam alan bulunmaz. Terminal ileum tipik olarak tutulmamış olup kolonun tutulduğu vakalarda ‘backwash ileitis’ görülebilir.

“Crohn hastalığı”(CH) ise; gastrointestinal traktusun ağızdan anüse kadar asimetrik segmental tutulumla karakterize, genellikle terminal ileumu, kolonu ve perianal bölgeyi etkileyen; nüksler ile seyreden, sebebi bilinmeyen, transmural inflamasyon ile prezente olan, kronik granülatöz inflamatuvar bağırsak hastalığıdır. Olguların %50 sinden fazlasında ileoçekal veya ileokolonik tutulum gösterirken, yaklaşık 2/3 olguda kolon etkilenir. CH’da sıklıkla fissür, sinüs traktları, fistül ve apse gelişimi söz konusudur. Gastrointestinal belirtilerin yanında pek çok ekstraintestinal bulgu gelişimine crohn hastalığında ülseratif kolite göre daha sık rastlanır.

Yerleşim

Ülseratif kolit üç tip tutulum paterni (proktitis, sol kolon tipi, pankolitis) ile kendini gösterebilir. Sadece rektum tutulursa ülseratif proktit veya hemorajik proktit diye de isimlendirilir. Sadece rektum ve sigmoid kolon tutulursa distal tutulumlu ülseratif kolit denir. Splenik fleksuraya kadar olan bölge (rektum+sigmoid+inen kolon) tutulursa sol kolon tutulumlu, transvers kolon da tutulursa (rektum+sigmoid+inen kolon+transvers kolon) yaygın tutulumlu ülseratif kolit, çekuma kadar olan tüm kolon tutulursa pankolit denir. Vakaların %40-50’de distal, %40’da sol kolon tutulumu ve %20’de pankolit görülür. Semptomların şiddeti hastalığın anatomik tutulumu ile paralellik gösterir

Crohn hastalığı da tıpkı ülseratif kolit gibi üç ana dağılım paterni ile karşımıza çıkmaktadır. Yalnızca ince bağırsak tutulumu yaklaşık %30’ unu oluşturup ileal tip diye isimlendirilir. Hem ince bağırsak hem de kalın bağırsak tutulumu sıklıkla rastlanan tutulum tipi olup %40-55 kadarını oluşturur ve ileokolonik tip olarak adlandırılır. Tek başına kolon tutulumu ise %15-25 sıklıkta görülür ve kolonik tip denilir. Kolonu ilgilendiren hastalık, olguların 1/3’ünde segmental, 1/3 ünde ise pankolit tarzında tutulum gösterir. Hastalık çekum ve çıkan kolonda en şiddetlidir. Bu üç ana dağılım dışında, Crohn hastalığı daha az sıklıkla gastrointestinal traktusun proksimal bölgelerini de tutabilir. ÜK de gözlenmeyen Üst gastrointestinal sistem tutulumu (Ağız, özefagus, mide, duodenum tutulumu) CH da çok değişik oranlarda bildirilmesine karşın serilerin çoğunda %5 den az olarak rapor edilmektedir. Perirektal ve perianal lezyonlar 1/3 olguda mevcuttur. CH da perianal anormallikler son derece sıktır. Rektumun tutulmaması ise Crohn hastalığının karakteristiğidir.

Klinik ve Fizik muayene

Klinik belirtiler, hem CH hem ÜK'da hastalığın şiddeti ve yaygınlık derecesi ile orantılıdır. Hastalık, ÜK olgularının %68'inde hafif, %26'sında orta şiddette ve %6'sında şiddetli seyreder(25). Kanlı ve müküslü ishal (sıklıkla postprandiyel ve nocturnal), tenezzus ve %50-70 hastada izlenen bağırsak hareketleri sırasında kramp şeklinde karın ağrısı ÜK'daki en sık görülen belirtilerdir. Distal kolit ve proktitte semptomlar genellikle şiddetli değildir. Hastaların çoğunda hastalık aktivitesi azalırken ağrı da tipik olarak düzelir. Ancak bazı hastalarda inflamasyon gerilese ve klinik remisyona sağlansa bile ağrı devam edebilir. Elimizdeki veriler santral sinir sisteminde duyuşal yolların kalıcı şekilde duyarlılaştığını göstermektedir (26-28).

Crohn hastalığında da ishal hemen her zaman var olan bir belirti olmakla birlikte ÜK'dan farklı olarak dışkı kan içermeyebilir. Bağırsak segmentinde meydana gelen obstruksiyon ve daralmaya bağı karın ağrısı, hastalığın tipik semptomudur. CH'da inflamasyonlu bağırsak, yapışıklıklar gelişmiş mezenter dokusu ve konglomelere lenf nodları nedeniyle sağ alt kadranda inflamatuvar bir kitle oluşabilir. ÜK'da olduğı gibi bu hastalıkta belirgin kanama görülmez. Bunun yerine Karın ön duvarında fistül ağızı, perine bölgesinde ise abse ve anal fissür izlenebilir. Malabsorbsiyona ve obstruksiyona sekonder kusmaya bağı olarak gelişen kilo kaybı ÜK'e kıyasla daha çoktur(29).

Labaratuar

Fe eksikliği anemisi, lökositoz, sola koyma ve trombositoz bulunur. Akut faz reaktanlarından, eritrosit sedimentasyon hızı yükselir, CRP artar. Protein kaybettiği için albumin seviyesi düşer. Ağır olgularda hipokalemi gelişir. Sklerozan kolonjit gelişmiş ise ALP, GGT ve bilirubinlerde artış bulunur. Son yıllarda 2 serolojik markır ÜK ve CH için anlamlı bulunmuştur. Perinuclear antineutrophil cytoplasmic antibody (pANCA) ÜK'de, anti Saccharomyces cerevisiae antibody (ASCA) ise CH'li hastalarda daha yüksek oranlarda pozitif bulunmaktadır (1, 30).

ÜLSERATİF KOLİT VE CROHN HASTALIĞI KARŞILAŞTIRILMASI

Tutulum şekli	Simetrik	Asimetrik
Bağırsak duvarında kalınlaşma	Nadir	Karakteristik
Bağırsak duvarında daralma	Nadir	Çok sık
Devamlı tutulum paterni	Daima	Olağandışı
Atlama tutulum paterni	Yok	Sık
Rektal tutulum	Daima var	Sıklıkla yoktur
Vasküler görünüm	kaybolmuş	Sıklıkla normal
Rektal kanama	Sık	Nadir
Kaldırım taşı görünümü	Yok	Karakteristik
Birbirinden ayrı mukozal ülserler	Yok	Sık
Yüzeysel, ufak ülserasyonlar	Ara sıra	Sık
Büyük (>1cm) ülserasyonlar	Şiddetli hastalarda	Sık
Derin longitudinal ülserasyonlar	Nadir	Sık
Aftoid ülserler	Yok	Karakteristik
Ülserasyonu çevreleyen mukoza	Anormal	Normal
Derin fissürler ve fistüller	Yok	Sık
Transmural tutulum	Nadir	Karakteristik
Submukozal infiltrasyon	Nadir	Karakteristik
Submukozal kalınlaşma ve fibrozis	Yok	Sık
Fokal granülomalar.	Yok	Sık

2.7. EKSTRAİNTESTİNAL MANİFESTASYONLAR

Romatolojik Bulgular Hastalık aktivitesi ile ilikilidir %10 - 20 hastada görülür. Periferik eklemleri tutar,deformasyon yapmaz, seronegatiftir, mono veya poliartiküler olup gezici özelliktedir.En sık diz, topuk, bilek eklemlerinde gözlenir. Kolitin remisyona girmesi ile düzelir(31). Ankilozan spondilit (AS) CH’de sık, sakroileit, CH ve ÜK’de aynı sıklıkta gözlenir. Artritin derecesi hastalığın şiddeti ile ilişkili değildir, yıllar önce başlayabilir.

Deri Bulguları İBH’da en sık görülen deri belirtileri eritema nodozum ve piyoderma gangrenozumdur. İBH’da en sık görülen ve en önemli cilt belirtisi eritema nodozumdur. CH’da daha siktir. Hastalık aktivitesi ile ilikilidir. Genellikle simetrik dağılım gösteren kırmızı renkli ağırlı subkutan nodüller şeklindedir. Hastalın erken safhalarında alt

extremitede tabanı nekrotik ülserlerle kaplı kronik lezyonlar olan Piyoderma gangrenozum ise hastalık aktivitesi ile ilikisiz olup ÜK'da daha sıktır(32).

Göz Konjuktivit, episklerit, tekrarlayan irit, üveit, korneal subepitelyal opasiteler, makulada pigment epitel defekti bu grupta sayılabilir (33). Lokal kortikosteroidler kullanılır. Üveit, hasta remisyonda iken veya kolon rezeksiyonundan sonra da görülebilir, sistemik kortikosteroid gerekebilir.

Karaciğer ve safra kesesi CH'de özellikle terminal ileum tutulumlarında veya rezeksiyonunda kolelitiazis gelişir. Malabsorbsiyon, protein kaybı, ilaçlara bağlı makroveziküler tipte yağ birikimi sonucu geri dönüşümlü karacier yağlanması gelişir. Safra kanallarının fibrozisi ve inflamasyonu sonucu %2- 26 sıklıkla görülen Primer sklerozan kolonjit ÜK ve genç erkeklerde daha sıktır(34). Primer sklerozan kolanjitli hastaların % 90'nında İBH tanısı vardır ve intra-ekstrahepatik safra yolları birlikte tutulur (35-37).

Renal Böbrek taşları, enterovezikal fistül ve üreter obstruksiyonu en çok görülen komplikasyonlardır. Amiloidoz; nadir görölse de morbidite ve mortalitesi yüksek olan bulgudur. Böbrek tutulumu olan vakalarda genellikle nefrotik sendrom gelişir.

Tromboemboli Serebrovasküler, pulmoner, derin ven trombozları şeklinde hastalığının aktif devresinde ortaya çıkabilir.

Osteoporoz Ca ve vitamin D'nin emilimlerinin bozukluğu, azalmış aktivite ve steroide bağlı izlenmektedir(38).

Kardiyopulmoner Perikardit, myokardit ve AV bloklar gibi kardiyak semptomlar, Ülseratif kolitte Crohn hastalığına göre daha sık karşımıza çıkar. Ayrıca tedavide kullanılan 5 ASA, sülfasalazine bağlı perikardit meydana gelebilmektedir.

Nörolojik Periferik nöropati, myelopati, myastenia gravis, serebrovasküler bozukluklar gibi nörolojik hadiseler Crohn hastalığı ve ülseratif kolitte aynı sıklıkta ve %3 oranında izlenir.

2.8. İBH da Tanı Yöntemleri

Dışkı Analizi: Dışkı makroskopik görünümü ÜK'da kanlı- mukuslu- iltihaplı, CH'da ise rektal tutulum olmadıkça kansız, bazen yağlıdır. Mikroskopik incelemede ÜK'te lökosit, eritrosit; CH'da lökosit, bazen yağ globülleri görülür.

Radyolojik İnceleme: Hastalığın natürünü, yaygınlığını saptamak, ÜK ile CH ayırıcı tanısını yapmak için kullanılır. Bu amaçla direkt karın grafisi özellikle ÜK nin iki önemli komplikasyonu olan toksik megakolon ve perforasyon tanısında yardımcı olur. Toksik megakolonda kolon çapı 6 cm’den fazla ölçülür, ayakta çekilen grafide diyafragma altında serbest hava bulunması perforasyonu gösterir.

Çift kontrast baryum lavmanı ile mukozal değişiklikler gösterilebilir. ÜK’da cidarın düzensiz olması, yüzeysel erozyonlar, küçük ülserasyonlar ve psödopolipler erken bulgu; gelişen fibroz ve longitudinal retraksiyon haustra kaybı, kurşun boru görünümü ise geç dönemde izlenir.

CH’da ince barsak tutulumunda “kaldırım taşı görünümü” sık görülür. CH’nın en erken makroskopik bulgusu aftöz ülserlerdir hastalık ağırlaştıkça aftöz ülserler birleşir ve lineer ülserleri oluştururlar. Daha ileri hastalıkta, striktürler, fistüller, inflamatuvar kitleler ve abseler saptanabilir. CH’nda inflamasyon sonucu lümen çarpını daralır ve “ip işareti” halini alır. Ülserler derinleşerek fistül oluşturur. Segmental doğası gereği tutulan segmentler arasında normal ya da genişlemiş barsak segmentlerinin görülmesine neden olur. BT’de abse, fistül, fissür, striktür, duvar kalınlaşması, perianal hastalık, mezenterik yağ değişiklikleri ve lenfadenopati izlenir.

Ultrasonografide inflamasyon yaygınlık ve komplikasyonlar; Manyetik rezonans görüntüleme (MRG) iskiyorektal abse gibi pelvik lezyonlar izlenir. Özellikle gadoliniumla MRI ile inaktif ve aktif hastalık ayırdedilebilir.

Endoskopik Muayene: Tanı ve tedavi amaçlı yapılan kolonoskopide.ÜK’de vasküler paternin kaybı, ödem ve granülarite; CH’de ise küçük aftöz ülserlerdir. İleri aşamada ÜK’li mukozada yüzeysel ülserler, kan ve eksuda ile psödopolipler; CH’da kaldırım taşı görünümü, lümende düzensizlikler, yapışıklık darlık, fistüller ve polipler dikkati çeker. Histopatolojik olarak kriptlerde yapısal distorsiyon, lamina propriada artmış mononükleer iltihabi hücreler ve nötrofil lökositler, villöz yüzey, kript atrofi, bazal plazmositoz ÜK tanısı için yardımcı bulgularken, granülomların varlığı, biyopsi materyalinde fokal aktif inflamasyonla karakterli kesintili inflamasyonun görülmesi ve kript morfolojisi ile birlikte epitelde kolonik müsinin korunmuş olması daha çok CH yönünde değerlendirilmesi gereken bulgulardır (39,40)

Serolojik Testler: Serum antinötrofilik sitoplazmik antikor (ANCA) ölçümü yapılması, ÜK ayırıcı tanısını kolaylaştırmaktadır. ANCA'nın perinükleer paterni (p-ANCA) ile birlikte bakılması özgünlüğü arttırır. Anti-saccharomyces cerevisae antikorları (ASCA) ise CH olan çocuk ve erişkinlerde %50- 60 oranında oldukça spesifik bulunmuştur. Bu nedenle İBH için ilk basamak tarama testi olarak p-ANCA/ ASCA önerilmektedir (41).

2.9. KOMPLİKASYONLAR

1- Hemoraji: Hematoçezya ÜK'da CH'ya göre sık görülmektedir ağır masif kanamaya sık rastlanmasa da kötü sonuçlanabilir, mezenterik anjiyografi ile cerrahi rezeksiyon planlanabilir.

2- Perforasyon: Serbest perforasyon geliştiğinde genel durum bozukluğu ortaya çıkar ayakta direkt batın grafisinde serbest hava izlenir. Pek sık karşılaşılmayan komplikasyon olmakla beraber akut fulminant kolit, toksik megakolon, kontrastlı grafi veya kolonoskopi perforasyona sebep olabilir. Kortikosteroid tedavi alan hastalarda akut batın semptomlarını gizlemesi nedeniyle daha alert olunmalı.

3- Toksik megakolon: CH'da çok nadirdir genelde ÜK'nın pankolit tutulumlu hastalarında gelişir. Transvers kolon dilate olup çapı 6 cm üzerinde olduğu zaman bereberinde ateş $>38^{\circ}\text{C}$, nabız $>120/\text{dk}$, nötrofil $>10.500/\text{mm}^3$, anemi bulgularından üçünün ve toksisiteyi gösteren dehidratasyon, şuur bulanıklığı, elektrolit bozukluğu, hipotansiyon bulgularından en az birinin olması bu komplikasyonun tanısını koydurur.

4- Fistül Oluşumu: CH'da ülserler derinleşerek fistül oluşumuna sebep olur. En sık perianal ve perirektal fistüller görülür. Enteroenterik, enterovezikal, enterovajinal ve enterokutanöz fistüller de görülebilir.

5- Abse: CH'da sıklıkla izlenen komplikasyon olup transmural enflamasyon, fistülizasyon abseye gelişiminde etkindir. Flegmon ile ayırıcı tanısını yapmak klinik yaklaşım ve tedavi açısından önemlidir.

6- Büyüme ve gelişme: CH'da ÜK'ya göre daha sık karşılaşılr. Hastaların %10 unda lineer büyümede duraklama izlenir. Genel olarak kronik kayıptan çok akut kilo kaybı izlenir(42,43).

7- Karsinoma: Adenokarsinom ÜK'da CH'ya göre sık rastlanan komplikasyonlardandır. Kolonik tutulum gösteren CH' da kolon karsinoma riski diğer tutulumlara göre biraz daha sıktır. Hastalarda 1. Dekattan sona risk artar ve yılda % 0,5- 1 artış gösterir. CH'da ince bağırsakta kanser bağırsağın yapışıklık- fistüller nedeni ile by-pass olmuş kısımlarında gelişmektedir, ayrıca gastrointestinal lenfoma insidensi artmıştır (42,44).

2.10. TEDAVİ

İbh tedavisinde hastalarda remisyonu sağlamak, yaşam kalitesini iyileştirmek, uzun süreli steroid kullanım ihtiyacını azaltmak, hastalığın ve tedavide kullanılan ilaçların komplikasyonlarını onlemek hedeflenmiştir. Tedavi yaklaşımları basitten komplekse doğru giderek artan şekillerde uygulanır. Tedaviyi düzenlemede hastanın yaşı, komorbiditleri, ekstraintestinal bulgular, ilaçlara intoleransı, eğitim düzeyi, yaşam tarzı ve kişisel tedavi tercihleri gibi değişkenler göz önünde bulunarak hastalık değil hasta spesifik tedavi benimsenir. Tedavide kullanılan ilaçlardan 5-aminosalisilik asit (5-ASA) temel tedavi ajanı olarak kabul edilirken, steroidler ve immunomodulatorler tedaviyi yoğunlaştırıcı olarak ve infliksimab, kalsinorin inhibitörleri [siklosporin A (CsA) ve takrolimus] veya cerrahi, kurtarıcı tedavi olarak kabul edilir (45).

Antiinflamatuvar İlaçlar

Sulfasalazine ve meselamin: Sulfasalazin, sulfapiridine azo bağıyla bağlanmış 5-aminosalisilik asit'ten (5-ASA) ibarettir. Molekölün esas etkili ve aktif kısmı 5-ASA inaktif ve yan etkilerden sorumlu kısım sulfapiridindir. 5-ASA'nın muhtemel etki mekanizmaları arasında 'natural killer' hücrelerinin, antikor sentezinin, siklooksijenaz ve lipooksijenaz yollarının ve nötrofil fonksiyonlarının inhibisyonu ile serbest oksijen radikallerinin temizlenmesi yer alır. ÜK tedavisinde ağırlıklı olarak kullanılan bu bileşiğin CH'nda etkileri sınırlıdır.

5-ASA ağız yoluyla direkt verildiğinde, hemen hemen tamamı üst sindirim kanalından emilir ve kana geçer. Halbuki inflamatuvar barsak hastalığında 5-ASA etkisini sindirim kanalındaki inflamasyonlu bölgeye ulaşır diffüze olarak gösterir, yani topikal etkilidir. Sulfasalazin ağız yoluyla alındığında çekuma ulaşınca bakteriler azoredüktaz enzimi aracılığıyla sulfasalazin ve 5-ASA arasındaki azo bağına parçalar ve aktif bileşik 5-ASA açığa çıkar. Sulfapiridin hızla emilip karaciğerde metabolize edilir ve idrarla atılır. 5-ASA'nın %25 kadarı kolondan emilir, geri kalanı dışkı ile değişmeden atılır(46).

Meselamin sadece 5-ASA molekülü içerir. Ağız yolundan alınan 5-ASA molekülü jejunumdan emildiğinden kolona ulaşamaz. Bu nedenle 5-ASA, pH'ya duyarlı membranla kaplanarak veya etilsellüloz kaplı granül ile kolona ulaşması sağlanır ve istenen etkiyi yapar. Lavman ve suppozituar formu da vardır. Meselamin, sulfasalazin'e kıyasla daha az yan etkiye sahiptir. Ülseratif kolitte hem remisyonu sağlamada, hem de remisyonun idamesinde sulfasalazin ve 5-ASA bileşikleri eşdeğer dozlarda eşdeğer etkinliğe sahiptir, ancak sulfasalazin çok daha ucuzdur. Dolayısı ile ülseratif kolitte ilk kullanılacak oral aminosalisilat

bileşigi, sulfasalazindir. Genç erkeklerde ve sulfasalazin intoleransında 5-ASA verilir. Kolon tutulumlu CH'da sulfasalazin yararlıdır(47,48)

Kortikosteroidler Hafif ve orta şiddetli hastalıkta oral kortikosteroidler tercih edilirken ağır şiddetli hastalıkta intravenöz formlar tercih edilir Başlangıçta Yüksek doz steroid (prednizolon 60mg/gün, hidrokortizon 300mg/gün ile tedavi başlanır sonrasında klinik düzelme sağlanmasıyla birlikte yavaş olarak doz azaltımına gidilir . Kortikosteroid tedavisi uygulanan Crohn hastalarının yarıya yakınında steroide bağımlılık veya direnç gelişebileceği akılda tutulmalıdır.. Kortikosteroid tedavisi öncesinde tüberküloz aranmalı, hepatit serolojisi ve kan şekeri değeri görülmeli DEXA ile kemik yoğunluğu ölçülmeli tedavi sırasında ve gerektiğinde kalsiyum ve D vitamini takviyesi yapılmalı tuz ve şeker kısıtlamasına gidilmelidir

İmmünoşüpresif Ajanlar: Azothiopürin ve 6-merkaptopürin gibi immünoşüpresif ilaçlar steroid bağımlı veya dirençli olgularda kullanılmalıdır diğer endikasyonları yılda iki veya daha fazla nüks olması, kronik aktif hastalık, ve fistüllü Crohn hastalığıdır. Remisyon idamesi ve nüksünün engellenmesi için de kullanılan bu ilaçlar purin analogları olup endojen purinlere karşı antagonist etki gösterirler purin biosentezini etkileyerek hücre proliferasyonunu inhibe ederler. Azothiopürin 1.5 mg/kg/gün ve 6-merkaptopürin 50-100 mg/gün dozda kullanılır.

İmmunomodulator ilaçlar Tümör nekroz faktör alfa (TNF- α) özellikle CH gelişiminde anahtar bir sitokin olup, İBH immünoopatogenezinde merkezi bir role sahiptir.TNF- α çok yönlü aktif bir biyolojik molekül olup, immün yanıtta önemli roller üstlenir. Örneğin; hücre içi transkriptör faktörlerin aktivasyonu (NF κ B) proinflamatuvar sitokin salınımını artırır. Adhezyon moleküllerinin “upregulation”u inflamatuvar hücrelerin toplanması (ör. Nötrofiller vb) ve hücre trafiğinde artışı açar. TNFR-1 üzerinden apoptosisi kolaylaştırır. Granülom oluşumuna neden olur. “Fibroblast growth factor”ü uyarır, Matriks metalloproteinazlarında (MMPs) artışa neden olur. “Ceratinocyt growth factor”ü uyarır. İBH tedavisinde kullanılan iki ajan vardır.. Bunlarda infliximab, kimerik monoklonal bir ant-TNF ajan olup, %25 murin, %75 insan yapısındadır IV infüzyon olarakken fazla 2 saatte uygulanır. 5 mg/kg dozuyla verilir. 0., 2., 6. haftalarda biryükleme yapıldıktan sonra, 8 hafta ara 1 yıl boyunca idame tedavi devam ettirilir.Diğer ajan olan Adalimumab ise Başlangıçta 160 mg, 2. haftada 80 mg, daha sonra iki hafta ara ile 40 mg SC olarak uygulanır, toplam tedavi süresi 1 yıldır.(49)

Cerrahi Cerrahi tedavi; acil olarak toksik megakolon ve perforasyon durumlarında uygulanır. Elektif olarak da tıbbi tedaviye yanıt vermeyen veya yüksek doz kortikosteroid tedavi gerektiren hastalarda medikasyonu sonlandırmak için uygulanır.Crohnda cerrahi sonrası nüks

riski olduğundan konservatif yaklaşımla sık uygulanan cerrahi prosedür segmental rezeksiyondur.ÜK de ise crohn aksine cerrahi küratif bir işlem olup medical tedaviye yanıtızsız yaygın ÜK'lı hasta kolektomiye gider.

2.11. HASTALIKLA İLGİLİ FARKINDALIK-BİLİNÇ DURUMU – BİLGİ DÜZEYİ

Kronik hastalıklardan biri olan ve yaşam kalitesinde ciddi azalmalara yol açan İnflamatuvar barsak hastalığı gerek hastalar gerekse hasta yakınları açısından tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de ciddi bir tehdit oluşturmaktadır.

Yüksek ölüm oranları ve sağlık harcamalarındaki aşırı artış ile kronik hastalıklar, sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliği açısından küresel bir tehdit oluşturmaktadır. Kronik hastalıkla yaşayan bir kişi daha erken emekli olmakta, daha az çalışmakta, daha çok işsiz kalmakta, cebinden daha fazla sağlık harcaması yapmakta ve evine daha az para getirmektedir (50).

inflamatuvar barsak hastalıkları ile daha çok gelişmiş ülkelerde karşılaşılmakta ve görülme sıklığı dünyada gün geçtikçe artmakta. Yapılan araştırmalara göre hastalığın en fazla görüldüğü Avrupa'da her 1000 kişiden 5'inin Ülseratif Kolit, 3'ünün ise Crohn hastası olduğu görülmüyor. Kuzey Amerika'da bu oranlar sırasıyla 2 ve 3 iken, ülkemizde ise 2009 yılında yayımlanan İnflamatuvar Barsak Hastalıkları Derneği verilerine göre her yıl 100.000 kişiden 4,4'üne Ülseratif Kolit, 2,2'sine de Crohn hastalığı teşhisi konuyor. (51). İBH'na dikkat çekmek, konu hakkında toplumsal bilinç düzeyini yükseltip farkındalık oluşturmak amacıyla CROHNS vakfı tarafından kabul ettirililen 17 ARALIK Amerika senatosunun yasalaştırdığı İBH Farkındalık Günü olarak kabul edilmiştir. Hayat boyu yaşam kalitesi ve iş gücü verimliliği olumsuz yönde etkilenen inflamatuvar bağırsak hastalarının problemlerinin saptanması bunlara çözüm yolları üretilmesi yönünde hastaların hastalıkla ilgili bilinç durumları ve bilgi düzeyleri son derece önem taşımaktadır. Uzun süreli ilaç kombinasyonları ile kontrol altına alınabilen hastalıkta erken dönemde uygun tedaviye başlamak ve tedavinin devamını sağlamak açısından hastanın farkındalık durumu hekimle olan kooperasyonu hastalıkla ilgili bilinç düzeyi ve bu doğrultuda yaşam tarzı değişiklikleri kısacası hastanın tedaviye uyumu için gereken hasta farkındalığı hastalığın seyri açısından çok önemlidir. Geliştirilen ölçeklerle hastaların hastalıkla ilgili bilgi düzeyleri saptanarak yanlış bilgilerin düzeltilmesi bilinç durumlarının eksik yönlerin geliştirilmesi bilgi ve farkındalıklarının artırılması hastalıkla mücadelede hasta ve hasta yakınları için önemli bir etken oluşturmaktadır.

2.12. DEĞERLENDİRME ARAÇLARI

2.12.1. Ölçek

Bilimsel çalışmalar yapılırken bilimselliğin ana kurallarından biri araştırılan kavramlar, konular veya değişkenlerin ölçülebilir olmasıdır. Araştırmalarda karşılaşılan en önemli sorunlardan biri yapılan araştırmanın konusunda hangi amaçların gerçekleştirileceği, hangi problemlerin çözüleceğidir. Bu sorunun çözümünde ölçek (scale) önemli bir rol oynar. Ölçme göstergeleri olan ölçekler, deneklerin belli veriler baz alınarak sınıflandırıldıkları araç veya mekanizmalardır. Bir araştırmanın amacının, sonuçların ve teorilerin ortaya konulabilmesi için verileri toplama ve karşılaştırma gereksinimi duyulur. Bu sürecin gerçekleşmesi ise Ölçme (measurement) ile sağlanır. Ölçme gözlem ve kayıt etme sürecidir. Kullanılan ölçüm aracı incelenen konuyu açıklığa kavuşturabiliyorsa yada soruna çözüm getirebiliyorsa uygun bilgi üreten bir ölçüm aracı olarak kabul edilir.

2. 12. 2. Güvenilirlik analizi

Güvenilirlik, ölçüm sonuçlarının farklı ana kütlelerde veya aynı ana kütleyle ait farklı örnek kütlelerde benzer sonuçlar vermesidir. Pek çok tanımı ve yorumu olsa da güvenilirlik sadece test edilen gruptan toplanan verilerle ilgilidir. Buna göre verilerin güvenilirliği, aynı ana kütleden seçilecek başka örneklemelerde aynı yöntemle, aynı prosedür uygulanarak yapılacak başka ölçümlerde benzer sonuçlar elde etme olasılığıdır. Bir ölçeğin standardize edilebilmesi ve doğru sonuçlar verebilmesi için ölçüm değerlerinin temel özelliği olan kararlılığının göstergesi olarak ‘güvenilirlik’ özelliğine sahip olması gerekmektedir. Güvenilir bir ölçek hatasız ölçme yapan ölçektir. Güvenilirlik, -1’den +1’e kadar değişen (r) korelasyon katsayısı ile ifade edilir. İki değişken arasındaki ilişkinin derecesi ve yönü ile ilgili bilgi korelasyon ile belirlenir. İki ölçüm arasında pozitif ve mükemmel bir ilişki olduğunda korelasyon katsayısı +1, negatif ve mükemmel bir ilişki olduğunda -1 olarak hesaplanır. Ölçümler arasında bir ilişki olmadığında ise korelasyon katsayısı 0.00 olarak sonuçlanır. Hata oranı azaldıkça Testin güvenilirliği yükselir. Çalışmalarda korelasyon katsayısı 0.7’ den daha düşük olan ölçeklerin kullanılması güvenilirlik açısından uygun bulunmamaktadır.. Güvenilirlik analizleri dört grupta ele alınır.

İç Tutarlılık Analizleri: İç tutarlılık güvenilirliğinde, tek bir ölçüm aracı kullanılarak ve tek bir seansta ölçüm yapılarak maddelerin belirli bir kavramsal yapıyı tutarlı bir şekilde ölçüp ölçmediği araştırılır. Böylece ölçüm aracındaki soruların kendi içlerinde ne kadar

birbirleriyle ilişkili olduklarını, ne kadar homojen bir soru grubu oluşturduklarını tespit eder. Bir ölçeğin iç tutarlılık güvenilirliğine sahip olduğundan söz edebilmek için ölçeğin tüm alt bölümlerinin aynı özelliği ölçtüğünü kanıtlamak gerekir. Bir ölçekte, alfa katsayısının hesaplanabilmesi için bir niteliği ölçen iki ya da daha fazla sorunun olması gerekir. Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı, Cronbach tarafından 1951 yılında geliştirilmiş maddeler doğru-yanlış olacak şekilde planlanmadığında, 1-3,1-4,1-5 gibi puanlandığında, kullanılması uygun olan bir iç tutarlılık tahmin yöntemidir. Cronbach alfa katsayısı, ölçekte yer alan k maddenin varyansları toplamının genel varyansa oranlanması ile bulunan bir ağırlıklı standart değişim ortalamasıdır(52).

Test-yeniden test güvenilirliği: Bu analizde ölçek kişilere iki defa uygulanır ve uygulama sonrası puanların korelasyonu hesaplanır. Ölçeğin zamana karşı değişmez olduğu sonucu elde edilerek ölçeğin kararlılığı değerlendirilir. Bu zaman genellikle iki-üç ile dört-altı haftaya kadar değişebilir, zamanın uzaması ölçülen özelliklerin değişikliğe uğrayabilme ihtimali nedeniyle düşük güvenilirlik katsayıları elde edilmesine sebep olur . Ölçüm zamanları arasında ölçülen değişkenlerin istikrarlı kalması zorunluluğu vardır. Bu güvenilirlik analizi aynı zamanda kararlılık veya istikrarlılık katsayısı olarak da adlandırılır. Kişiler aynı sorulara aynı koşullar altında fakat değişik zamanlarda aynı yanıtı vermelidir. Ölçeğin zamana karşı değişmez olduğunu saptamak için hesaplanan korelasyon katsayısının pozitif ve yüksek olması istenir. Güvenirliğin bulunmasında genelde Pearson ya da Spearman Korelasyon eşitliği kullanılmaktadır. Ölçeğin zamana karşı değişmez olduğunu saptamak için hesaplanan korelasyon katsayısının pozitif ve yüksek olması istenir. Bu sınır ölçekler için en az 0,70'dir(52).

Paralel formlar güvenilirliği : Testin farklı iki zaman diliminde yapılması konusunda güçlük varsa paralel grup uygulaması yöntemine başvurulur. Bu uygulamada ölçülmek istenen özellik açısından grupların birbirine tam paralel olması gerekmektedir. İki eşdeğer ölçek kişilere uygulanır ve bu iki uygulamanın korelasyonuna bakılır. Sonuçların aynı ortalama, standart sapma ve maddeler arası bağlantıyı vermesi koşulu vardır. Her iki uygulamanın da varyanslarının, kovaryanslarının, madde sayılarının ve tiplerinin eşit olması gerekir.

Gözlemciler arası güvenilirlik : Gözlemciler, belirli bir olguyla ilgili olarak puan veren veya değerlendirme yapan kişilerdir. Ölçmelerde gözlemcilerin ayrı ayrı yaptıkları ölçümlerin ortalamaları alınarak, her bir durum için tek bir değer bulunur. Ayrı gözlem sonuçları

birbirine ne kadar yakın ise sonuçta elde edilen ortalama değerin güvenilirliği o kadar yüksek olur. Yani yapılan ölçümlerde gözlemciler benzer puanları vermişlerse sonuçlar güvenilir demektir. Herhangi bir ölçüm aracını kullanmadan önce güvenilirliğini kesinlikle ölçmek gerekir. Güvenilir olmayan bir araçla araştırmayı sürdürmektense aracı geliştirinceye kadar araştırmaya ara vermek veya farklı yöntemler geliştirmek daha uygun bir davranış olur.

2. 12. 3. Geçerlik

Geçerlilik, ölçülmesi amaçlanan özelliğin, ölçüm aracı tarafından başka özelliklerle karıştırılmadan, doğru ölçülebilmek derecesidir. Bir ölçeğin ölçmeyi hedeflediği değişkenin ölçülüp ölçülmediğini belirtmesidir. Ölçeğin amacına hizmet edebilme özelliğidir. Geçerliliğin yüksek olması, büyük ölçüde, ölçülmek istenen değişkenin ifade edilebilmesine bağlıdır. Ölçeğin standardize edilerek uygun bilgiler üretme yeteneğine sahip olması için ölçmeyi amaçladığı özelliği doğru ölçebilme derecesinin göstergesi olan ‘geçerlilik’ olarak nitelendirilen temel özelliğe sahip olması gerekmektedir. Geçerlilik için bir ön koşul ise güvenilirliğin sağlanmasıdır. Ölçme araçlarının geçerli ve güvenilir olması birbirinden bağımsız olarak düşünülemez, her ikisinin bir arada olması ile ölçek anlam bulur(53). Ölçülen özelliğe sahip oluş derecesi bakımından bireyler arası gerçek farklardan meydana gelen değişkenliğin, ölçümlerde meydana gelen toplam değişkenliğe oranı hesaplanır. Geçerliliğin yüksek olması, büyük ölçüde, ölçülmek istenen değişkenin ifade edilebilmesine bağlıdır. Ölçek geliştirme ve uyarlama aşamalarında sık kullanılan üç tür geçerlilik bulunmaktadır. İdeal bir geçerlik saptama bu üç geleneksel kategoriyi de kapsayan bilgileri içermelidir (53).

İçerik geçerliliği Diğer adı kapsam geçerliliği olan içerik geçerliliği, örneklem olarak belirlenen test veya ölçek maddelerinin belirli bir amaca yönelik olarak kavramsal ana kütleyi temsil etme derecesidir. Seçilen örneklem maddeleri kavramsal ana kütleyi temsil ettiği oranda içerik geçerliliğine sahiptir ve geçerlik düzeyi sayısal değerlerle belirlenemez. Ölçüm aracının ölçmek istediği yapıyı ölçüp ölçmediği ölçeği geliştiren kişilere değil uzman kararına bırakılmıştır. Uzman görüşüne göre ölçeğin ölçmeyi hedeflediği konuyu temsil edip edemediği değerlendirilir. Uzmanla danışılarak ölçeğin konuyla ilgili yeterli veriyi toplayacak niteliğe sahip olup olmadığı ortaya konulur ve böylece daha anlamlı ve anlaşılır soru ve cevaplardan oluşan bir ölçek elde edilmeye çalışılır.

Yapı geçerliliği Kavramsal yapının tam olarak açığa çıkarılma konusuyla ilgilidir ve diğer geçerlilik analizlerine göre daha geniş kapsamlıdır. Sadece geliştirilen ölçek veya testin kendisi değil, aynı zamanda kurulan hipoteze dayalı ilişkiler de test edilir.

Deneyisel geçerlilik Aynı zamanda ölçüt-bağımlı geçerlilik olarak da bilinen deneyisel geçerlilik, bir testin diğer testle elde edilen sonuçları verme yeteneğidir. Ölçüm aracının ölçmeyi amaçladığı özelliği ne kadar başarıyla yordadığı sorusuna cevap verir. Yordama (kestirimsel) ve eş zaman (uyum) geçerliliği olarak iki türdür.

1.Yordama (kestirimsel) geçerliliği: Geliştirilen ölçme aracından elde edilen puanlarla gelecekte gözlenecek, ölçülecek davranış arasındaki korelasyon hesaplanır. Testin yordama geçerliliğine kişilerin ölçümle ilgili puanlarına ileride ne olacağına karar vermek için ihtiyaç duyulacaksa bakılır.

2.Eş zamanlı / benzer ölçek geçerliliği: Üzerinde çalışılan ölçme aracından elde edilen puanların daha önce geliştirilmiş olan ve geçerlik güvenirliği test edilmiş olan aynı özelliği ölçen bir başka ölçme aracının puanları ile arasındaki korelasyon hesaplanır. Burada önemli olan karşılaştırılacak ölçeğin geçerlilik güvenirliği yapılmış olmasıdır.

3. GEREK VE YÖNTEM

İnflamatuvar bağırsak hastalarında hastalıkla ilgili bilgilerin değerlendirilmesine yönelik yapılan çalışmada Ocak 2015 - Haziran 2015 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı İnflamatuvar Barsak Polikliniği'ne başvuran 70 ülseratif kolit; 80 crohn olmak üzere toplam 150 inflamatuvar bağırsak hastası çalışmaya alınmıştır. Tüm hastalar sosyodemografik, ekonomik, bakım özellikleri, engel durumu, alışkanlıklar, eşlik eden komorbid hastalıklar ve hastalığa ait özellikler açısından sorgulandı. İBH ile ilgili kısa soru anketi hastalara gastroenteroloji polikliniğine başvurdıklarında uygulandı. Hastalara çalışmanın hastalıklarıyla ilgili bilgi ve bilinç durumunu değerlendirdiği anlatıldı. Soruları kendilerinin cevaplaması gerektiği belirtilerek anlaşılmayan sorular ve cevap şıkları açıklandı. Çalışma, İnflamatuvar bağırsak hastalarında hastalıkla ilgili bilgilerin ve bilinç durumunun değerlendirilmesine yönelik kısa soru anketi' nin Türk toplumunda geçerlik ve güvenilirliğini belirlemek bununla birlikte hastaların bilinç durumunu tanımlayarak bu durumu etkileyen değişkenleri tespit etmek amacıyla yapılmıştır. Araştırma ilk amaca yönelik olarak metodolojik ve ikinci amaca yönelik olarak kesitsel dizaynda planlanarak gerçekleştirilmiştir. Dokuz eylül üniversitesi gastroenteroloji bilim dalından gerekli izinler alındıktan sonra çalışmaya başlanmış girişimsel olmayan araştırmalar etik kurulundan çalışma için onay alınmıştır. Araştırmaya katılanlar anket öncesinde çalışma ile ilgili bilgilendirilerek teker teker onam formları alınmıştır.

3.1 Amaç

Çalışmanın hedeflediği iki temel amaç vardır.

1.Amaç; İnflamatuvar barsak hastalarında hastalıkla ilgili bilinç düzeyi ve bilgilerin değerlendirilmesine yönelik kısa soru anketi' nin Türk Toplumu İçin Geçerlik ve Güvenirliğinin değerlendirilmesi

2.Amaç; İnflamatuvar bağırsak hastalarının hastalıkla ilgili bilinç durumu tanımlamak ve bu durumu etkileyen değişkenleri belirlemektir.

3.2. Hastalar

Araştırmaya Alınma Kriterleri:

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı İnflamatuvar barsak Polikliniği' ne başvuran ÜK ve Crohn hastalarından;

- Okuma-yazması olan,

- araştırmaya gönüllü,
- 18 yaş ve üstü,
- bilişsel fonksiyonları yerinde

olan kronik inflamatuvar barsak hastaları çalışmaya dahil edilmiştir. Hastaların halen DEÜTF gastroenteroloji bilim dalında takipleri devam etmektedir.

Araştırmaya Alınmama Kriterleri:

- Akıl sağlığı yerinde olmayıp anket formunu dolduramayacak hastalar
- Genel durumu kötü, klinik açıdan iyi olmayan, düşkün hastalar

Gecerlilik güvenilirlik çalışmalarında her madde sayısı x 5-10 kişinin çalışmaya alınması gerekmektedir. 90 hastanın çalışmaya alınması yeterlidir. Bu çalışmaya minimum örnek sayısını aşan 150 hasta alınmıştır. Katılımcılara anketler yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmış, 2 hafta sonra zamana bağlı güvenilirliğini test etmek için anket tekrar uygulanmıştır.

3.3. Araştırmada kullanılan gereçler

Çalışmada verileri toplamak amacıyla iki adet veri toplama aracından yararlanılmıştır.

- İnflamatuvar bağırsak hastalarında hastalıkla ilgili bilinç düzeyi ve bilgilerin değerlendirilmesine yönelik kısa soru anketi(ek 1)
- Sosyodemografik özellikler anket formu(ek 2)

İnflamatuvar bağırsak hastalarında hastalıkla ilgili bilgilerin ve bilinç düzeyinin değerlendirilmesi anketi :

İnflamatuvar bağırsak hastalarında hastalıkla ilgili bilgilerin ve bilinç düzeyinin değerlendirilmesi anketi Crohn ve Ülseratif Kolit hastalarının hastalıkla ilgili bilinç durumu ve bilgi düzeyinin ölçülmesi için geliştirilmiş hastalık-spesifik bir ölçektir. Toplam 9 sorudan oluşan anket basit, kendi kendini uygulayabilir ve sonuçları hastaların hastalıkla ilgili bilinç durumu ile birlikte bu durumu etkileyen değişkenleri ortaya koymak amacıyla oluşturulmuştur. Orjinal adı Development, validation and clinical assessment of a short questionnaire to assess disease-related knowledge in inflammatory bowel disease patients olan ölçek DENISE KEEGAN, EDEL MCDERMOTT, KATHRYN BYRNE, DAVID

MOLONEY,GLEN A DOHERTY & HUGH E MULCAHY tarafından İrlanda da geliştirilmiştir. Her soruda toplam 3 adet seçilebilecek tek kelimeden oluşan cevap bulunmaktadır. İlk 7 sorunun cevap şıkları arttırır, etkilemez, azaltır olarak hazırlanmışken son 2 sorunun cevapları ise iyileştirir, etkilemez, kötüleştirir olarak hazırlanmıştır. Anketin uygulama şekli kendi kendine olup toplamda 15 dakika sürmektedir. Likert tipinde hazırlanmış olan ölçekte her bir seçenek en az ‘1’ en fazla ‘3’ arasında bir puan almaktadır. ‘1’ en düşük puanı; dolayısıyla yanlış cevabı ifade ederken ‘3’ en yüksek puanı yani doğru cevabı ifade etmektedir. Ölçekten alınan yüksek puanlar inflamatuvar bağırsak hastalarında hastalıkla ilgili bilgi düzeyi ve bilinç durumunun fazla olduğunu göstermektedir.

Sosyodemografik özellikler anket formu :

Bu form hastaların sosyodemografik ve sosyoekonomik özelliklerini, alışkanlıklarını, hastalığa bağlı değişkenleri inceleyen bir formdur.

Sosyodemografik özellikleri yaş, cinsiyet, medeni hal, çocuk sayısı, ev halkı sayısı, eğitim düzeyi gibi sorularla incelenirken; sosyoekonomik özellikleri ise meslek, çalışma durumu, nasıl bir işte çalıştığı, sosyal güvence, aile geliri, bakmakla yükümlü olduğu kimse gibi sorularla incelenmiştir. Ayrıca sigara, alkol tüketimi ve miktarı gibi sorularla hastaların alışkanlıkları irdelenirken hastalık tanısı, tanı yılı, komorbid hastalık, hastalığın tutulum yeri, hastalığın engel durumu gibi sorularla hastalığa bağlı değişkenler sorgulanmaktadır. Toplam 22 sorudan oluşan form, lüzum halinde hastalara tekrar ulaşılması için gerekli olan ad, soyadı, adres, telefon e-posta adresi bilgilerini içermektedir.

3.4 Yöntem

3.4.1 Dil eşdeğerliliği

“İnflamatuvar barsak hastalarında hastalıkla ilgili bilinç düzeyi ve bilgilerin değerlendirilmesine yönelik kısa soru anketinin validasyonu” çalışmasında öncelikle ölçeğin dil geçerliliği ve eşdeğerliliğini sağlamak planlanmıştır. Bunun için İngilizce’ den Türkçe’ ye ‘çeviri-tekrar çeviri yöntemi’ kullanılmıştır. İlk başta ölçek İngilizce’ den Türkçe’ ye iki dile de hakim, tıp alanında çalışan iki kişi tarafından çevrilmiştir. Ölçeğin Türkçe’ den İngilizce’ ye çevirisi her iki dili de çok iyi bilen bir İngiliz dili uzmanı ve yurt dışında eğitim almış uzman hekim tarafından yapılmıştır. Son olarak İngilizce’ ye çevrilmiş olan ölçek; iki uzman hekim tarafından Türkçe’ ye çevrilmiştir. Ölçeğin son hali anlaşılabilirlik, amaca uygunluk, kültüre uygunluk yönünden değerlendirilmesi için üç kişilik uzman görüşüne

sunulmuştur. Uzmanlar tarafınca önerilen değişiklikler yapılmış ve ölçek son uygulamaya hazır son haline getirilmiştir. Verileri araştırma kapsamına alınmayan 10 hastaya anket uygulanmış hastalardan anketin anlaşılabilirliği anlatım biçimi gibi konularda görüş alınarak ankete son şekli verilmiştir.

3.4.2.Psikometrik Uygunluk:

3.4.2.1. Güvenilirlik ve Geçerlilik Analizleri

İnflamatuar barsak hastalarında hastalıkla ilgili bilinç düzeyi ve bilgilerin değerlendirilmesine yönelik kısa soru anketinin validasyonu ” ölçeğinde Tüm istatistiksel analizler SPSS-version13 (Statistical Software Social Sciences)programı kullanılarak yapılmış, güvenilirliği kapsamında zamana göre değişmezlik, iç tutarlılık ölçütleri incelenmiştir [71]. Ölçeğin zamana göre değişmezliğini değerlendirmek için **test- tekrar test yöntemi** kullanılmıştır. İlk uygulamadan iki hafta sonra 10 kişiye anket tekrar uygulanmıştır. Önceki ve sonraki ölçümler arasındaki korelasyon sıralı ve veriler karşılaştırıldığı için **“Spearman Korelasyon Katsayısı”** hesaplanmıştır.

İlk amaca yönelik olarak ölçeğin güvenilirlik analizinde iç tutarlılığı **“Cronbach Alpha Güvenilirlik Katsayısı” ve ICC** analizi ile değerlendirilmiştir. Sağlık alanındaki çalışmaların güvenilirlik analizinde Cronbach-alfa katsayısının en az 0.70 olması gerekmektedir. İnflamatuar barsak hastalarında hastalıkla ilgili bilinç düzeyi ve bilgilerin değerlendirilmesine yönelik kısa soru anketinin validasyonu” çalışmasında Cronbach-alfa katsayısının 0.34 ve ICC nin de düşük çıkması nedeniyle ölçek güvenilir bulunmamıştır. Güvenilir olmayan ölçeğin geçerlilik analizi yapılamayacağı için ölçekle ilgili analizler bu aşamada durdurulmuştur. Sonuçların birarada ölçek oluşturma özelliği olmamasına rağmen her soru temelinde hastaların yanıtları değerlendirilmiştir. Tek tek soruların İnflamatuar barsak hastalarında ayırteediciliğinin olup olmadığını göstermek için sağlıklı gönüllü grubu da araştırmaya dahil edilmiştir.Ölçek olarak değerlendirilemeyen soru formunun her soruya hastaların verdiği yanıtların sağlıklılardan farklı olup olmadığı Ki-kare analizi ile değerlendirilmiştir.

3.5.Etik

Araştırmaya dahil edilen tüm hasta ve sağlıklılara anket öncesinde sözlü ve yazılı bilgi verilmiştir. Araştırmanın tüm katılımcıları gönüllülüklerini bildiren yazılı onam formunu doldurarak tanık eşliğinde imzaları alınmıştır.

Ölçeğin Türk Toplumunda uygulanması için e-posta mesajı ile Hugh Mulcahy den izin alınmıştır.

Çalışmanın yapılabilmesi için Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Gastroenteroloji Bilim Dalı'ndan ve Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan yazılı izin alınmıştır .

4. BULGULAR

4.1. Hastaların özellikleri

4.1.1.Hastaların sosyodemografik, ekonomik ve sağlık durumuna ait tanımlayıcı özellikleri

İnflamatuvar bağırsak hastalarında hastalıkla ilgili bilgilerin değerlendirilmesine yönelik yapılan çalışmada Ocak 2015 -Haziran 2015 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Polikliniğine başvuran ve dahil olma kriterlerine uygun 80 crohn 70 ülseratif kolit olmak üzere toplam 150 hasta çalışmaya alındı. Araştırmaya katılan inflamatuvar bağırsak hastalarının yaş ortalaması 47.2±14.0 yıldır.

Araştırmaya katılanların %60.0'ı erkek, %78.0'i evlidir, %76.9'unun çocuğu vardır, %3.3'ü yalnız yaşamaktadır. Kişilerin %41,3'ü ilköğretim mezunu, %35.3'ü üniversite mezunudur. Hastaların sosyodemografik özellikleri Tablo-1'de sunulmuştur.

Tablo-1 Hastaların sosyodemografik özellikleri

ÖZELLİK	Ortalama	Sapma
Yaş		
	47.2	±14.0
ÖZELLİK	N(150)	%
Cinsiyet		
Kadın	60	40.0
Erkek	90	60.0
Medeni hal		
Evli	117	78.0
Bekar	26	17.5
Dul	2	1.3
Boşanmış	5	3.3
Çocuk sayısı		
0	35	23.0
1	24	16.0
2	73	48.0
3 ve üzeri	18	12.9
Ev halkı sayısı		
Yalnız	5	3.3
2-4	127	84.7
5 ve üzeri	18	12.0
Eğitim durumu		
İlköğretim	62	41.3
Lise	35	22.3
Üniversite	53	35.3

Hastalar mesleklerine göre incelendiğinde; %24.0'ının ev hanımı %24.7'sinin emekli olduğu görülmüştür. Hastaların %51.3'ü serbest, memur veya işçi olarak çalışmaktadır. Büyük çoğunluğun aylık toplam geliri 1000-3000 lira arasında olup bu oran %47.3' tür. Geliri 500 lira altında olan hasta %2.7, 3000 lira üzerinde olan %22.7'dir. Hastaların %60.0'ı geçimini kendileri sağlamaktadır. Sosyal güvencelerine göre irdelendiğinde %53.3'ünün sosyal

güvencesinin SSK, %36.7'sinin emekli sandığı olduğu görülmüştür. Hastaların iş-meslek – çalışma-gelir ve sosyal güvence özellikleri aşağıda Tablo-2’de özetlenmiştir.

Tablo-2 Hastaların iş-meslek, gelir ve sosyal güvence özellikleri

Özellik	N(150)	%
Meslek		
Serbest	43	28.6
Memur	18	12.0
İşçi	16	10.7
Ev hanımı	36	24.0
Emekli	37	24.7
Sosyal güvence		
Emekli sandığı	55	36.7
Ssk	80	53.3
Bağkur	12	8.0
Ücretli	3	2.0
Aile geliri		
500 altı	4	2.7
500-1000 arası	41	27.3
1000 3000	71	47.3
3000 üzeri	34	22.7
Geçimini sağlama		
Kendi	90	60.0
Eş	41	19.0
Anne/baba	19	12.7

Hastaların %54.7’si araştırmanın yapıldığı anda herhangi bir işte çalışmamaktadır. Çalışmama nedenleri sorgulandığında, %14.0’ı hastalık şikayeti nedeni ile çalışmadığını, %4.0’ı ise hastalığa bağlı iş bulamadıkları için çalışmadığını belirtmiştir. Hastaların %57.4’ünün bakmakla yükümlü olduğu kimse yokken, %22.7’si çocuğuna, %12.4’ü eşine bakmakla yükümlüdür. Hastaların %38.0’ının bakımlarını üstlenebilecek kimsesi yoktur. Hastaların şuanki çalışma durumu, çalışmama nedenleri ve bakım özelliklileri Tablo-3’de özetlenmiştir.

Tablo-3 Hastaların şuanaki çalışma durumu, çalışamama nedenleri ve bakım özellikleri

Özellik	N(150)	%
Çalışma		
Çalışmayan	82	54.7
Çalışan	68	45.3
Çalışamama nedeni		
Hastalığa bağlı iş bulamama	6	4.0
Hastalık şikayetlerine bağlı	21	14.0
Diğer nedenler	55	82.0
Bakmakla yükümlü olduğu kişi		
Yok	86	57.4
Anne/baba	11	7.4
Çocuk	34	22.7
Eş	19	12.4
Evde bakımını üstlenebilecek kişi		
Yok	57	38.0
Var	93	62.0

Çalışmaya katılan hastalar, alışkanlıkları ve komorbid hastalıkları açısından incelendiğinde, %76.0 hastanın sigara kullanmadığı, %76.7'sinin hiç alkol tüketmediği belirlenmiştir. Hastaların %62.0'ında, İBH dışında eşlik eden sistemik hastalık bulunmamaktadır. Komorbiti olanların %12.7'sinde ht, %6.0'ında dm, %5.3'ünde kardiyak hastalıklar vardır. İBH'na büyük ölçüde eşlik eden romatolojik hastalıklardan RA %4.7'sinde, AS %3.3'ünde, psöriatik artrit %2.0'ında mevcuttur. Çağımızın önemli hastalıklarından biri olan depresyon da çalışmadaki hastaların %2.0'ına eşlik etmektedir. Hastaların alışkanlık ve eşlik eden komorbidite özellikleri aşağıda Tablo-4 de özetlenmiştir.

Tablo-4 Hastaların alışkanlık ve komorbidite özellikleri

Özellik	N(150)	%
Sigara		
İçmeyen	114	76.0
İçen	36	24.0
Alkol		
Tüketmeyen	115	76.7
Tüketen	35	23.3
Komorbit varlığı		
Var	57	38.0
Yok	93	62.0
Komorbit		
ht	19	12.7
Dm	9	6.0
Kardiak	8	5.3
Ra	7	4.7
As	5	3.3
Psöriatkartrit	3	2.0
Depresyon	3	2.0
Tiroid	3	2.0
yok	93	62.0

Hastalar soygeçmişlerinde İBH olması bakımından sorgulandığında, %12.7'sinin 1. derece akrabasında hastalığın olduğu saptanmıştır.

Hastalıkla ilişkin engel durumuna bakıldığında ise; mevcut hastalığının hayatında yapmayı istediği hiçbirşeye engel olmadığını söyleyen %12.0 hasta, hayatlarındaki herşeye engel olduğunu söyleyen %20.7 hasta vardır. Özellikle seyahat etmelerine engel olduğunu söyleyen %60.7 hasta vardır. Hastaların %32.7'si hastalığına bağlı olarak eşlerine olan görevini, %25.3'ü ise annelik ve babalık görevini yerine getiremediğinden yakınmaktadır. Hastaların aile öyküsü ve hastalığa bağlı engel durumu özellikleri aşağıda Tablo-5 de özetlenmiştir.

Tablo-5 Hastaların aile öyküleri ve hastalığa bağlı engel durumu özellikleri

Özellik	N(150)	%
Ailede ibh öyküsü		
Var	19	12.7
Yok	131	87.3
İsteklere engel olma		
Olmadı	18	12.0
Herşey	31	20.7
Seyehat	91	60.7
Diğer	10	6.7
Göreve engel olma		
Olmadı	62	42.0
Anne/baba	38	25.3
Eş	49	32.7

4.1.2. Hastalıkla ilgili bazı tanımlayıcı bulgular

Çalışmaya alınan 150 hastanın tanısı, tanı yılı ve tanı anındaki hastalık tutulumuna ait bilgileri incelendiğinde; %53.3'ü crohn hastalığı, %46.7'si ülseratif kolittir. Hastalar tanı aldıkları yıllara göre de incelenmiş %11.2 hastanın 2000 yılı ve öncesinde %45.4 hastanın da 2001 - 2010 yılları arasında tanı aldığı saptanmıştır. 2010 yılı sonrasında ise tanı alan %43.3 hasta vardır.

Hastalar yapılan alt gis endoskopi sonuçlarıyla tutulum yerlerine göre sınıflandırıldığında %20.0 crohn'lu hasta yalnızca ileal tutulum, %21.3 hasta ileokolonik tutulum, %12.0 hasta ise yalnızca kolonik tutulumla prezente olmuştur.

Yine ÜK'lı hastalar tutulum yerlerine göre sınıflandırıldığında 13.3'ünün ilk tanı anında sol kolit, %16.0'ının distal kolit, %17.3'ünün ise pankolit şeklinde tutulum gösterdiği izlenmiştir. Hastaların hastalık türü,tanı yılı ve tutulum yerlerine göre sınıflandırma özellikleri aşağıda tablo-6 da gösterilmiştir.

Tablo-6 Hastaların hastalık türü,tanı yılı ve tutulum yerlerine göre sınıflandırma özellikleri

Özellik	N(150)	%
Hastalık		
Crohn	80	53.3
Ülseratif kolit	70	46.7
Süresi		
2000 ve öncesi	17	11.3
2001-2010	68	45.3
2010 sonrası	65	43.3
Tutulum yeri		
İleal	30	20.0
İleokolonik	32	21.3
Kolonik	18	12.0
Sol kolit	20	13.3
Distal kolit	24	16.0
Pankolit	26	17.3

4.1.3. Hastaların İBH ile ilgili bilgilerin ve bilinç durumunun değerlendirilmesine yönelik ölçeğin sorularına verdikleri yanıtların dağılımı

- ✓ Hastaların %50.7'si ailesinin diğer bireylerinde daha önceden İBH hastalığı olmasının kendisinde hastalık gelişme riskini arttırdığını, %49.3 hasta ise etkilemediğini düşünmektedir. Aile öyküsünün hastalık gelişme riskini azalttığını düşünen hasta yoktur.
- ✓ Hastaların %67.3'ü sebze yemenin hastalığını arttırdığını, % 27.3 hasta etkilemediğini, %5.3'ü ise azalttığı yanıtını cevaplamıştır.
- ✓ Egzersiz yapmanın İBH'nı azalttığını düşünen %53.3 hasta varken, %42.0 hasta egzersizin hastalığa herhangi bir etkide bulunmadığını %4.7 hasta ise arttırdığını düşünmektedir.
- ✓ Sigaranın crohn hastalığı ve ülseratif kolit üzerine farklı şekillerde etkisi vardır. Sigarayı bırakmak crohn hastalığı üzerinde olumlu etkilere sebep olurken ülseratif kolit hastalarında hastalık aktivasyonunun çoğu zaman sigarayı bırakma sonrasında

ortaya çıktığı görülmüştür. Bu sebeple İnflamatuvar barsak hastalarının bu soruya verdikleri cevaplar crohn ve ülseratif kolit hastaları olmak üzere ayrı ayrı değerlendirilmiştir.

Crohn hastaların %71.3'ü sigarayı bırakmanın hastalığı azaltacağını, %20.0'ı etkilemeyeceğini, %8.7'si ise arttıracığı yanıtını vermiştir. ÜK hastalarının ise %33.3'ü sigarayı bırakmanın hastalığı azaltacağını, %30.4'ü etkilemeyeceğini, %36.2'si ise arttıracığını yanıtlamıştır.

- ✓ Hastalardan %62.0'ı içki içmenin hastalığı arttıracığına, %10.0'ı azaltacağına %28.0'ı da içki içmenin hastalığa herhangi bir etkisinin olmadığına inanmaktadır.
- ✓ Yağlı yiyeceklerle beslenmenin %66.0 hasta semptomların artmasına sebep olduğunu %25.3 hasta herhangi bir etkiye sebep olmadığını, %8.7 hasta ise azalttığını savunmaktadır.
- ✓ Hastaların %63.3'ü bağırsak spazmı yaşamının hastalığı arttırdığını, %34.0'ı etkilemediğini, %2.7'si ise azalttığını yanıtını vermiştir.
- ✓ İnflamatuvar bağırsak hastalarının %98.0'ı stresin hastalığın gidişatını kötüleştirdiğini, %2.0 hasta ise etkilemediğini söylemiştir. Stresin hastalığın seyrini iyileştirdiğini söyleyen hasta yoktur.
- ✓ Yine Soru-4'de olduğu gibi sigaraya başlamanın da hastalığa olan etkisi CH ve ÜK'li hastalarda ayrı ayrı irdelenmiştir. Crohn hastalarının %85.0'ı sigaraya başlamanın hastalığı arttıracığını, %15.0'ı ise etkilemeyeceğini söylemiştir. Sigaraya başlamanın hastalığı azaltacağını söyleyen hiç Crohn hastası bulunmamaktadır. ÜK hastalarının ise %55.0'ı azaltacağını, %20.0'ı etkilemeyeceğini, %26.1'i ise arttıracığını söylemiştir. İnflamatuvar barsak hastalarında hastalıkla ilgili bilgilerin ve bilinç durumunun değerlendirilmesine yönelik kısa soru anketinin cevap dağılımı aşağıdaki tablo 7 de gösterilmektedir.

Tablo-7 İnflamatuvar bağısak hastalarında hastalıkla ilgili bilgilerin ve bilinç durumunun değerlendirilmesine yönelik kısa soru anketinin yanıtları

Özellik	N(150)	%
Soru1 (aile öyküsü)		
Arttırır	76	50.7
Etkilemez	74	49.2
Azaltır	0	0.0
Soru2 (sebze)		
Arttırır	101	67.3
Etkilemez	41	27.3
Azaltır	8	5.3
Soru3 (egzersiz)		
Arttırır	7	4.7
Etkilemez	63	42.0
Azaltır	80	53.3
Soru4 (sigarayı bırakmak)		
Arttırır (ch/ük)	7 /26	8.7/37.1
Etkilemez(ch/ük)	16 / 21	20.0 / 30.4
Azaltır(ch/ük)	57 / 23	71.3 /33.3
Soru5 (içki içmek)		
Arttırır	93	62.0
Etkilemez	42	28.0
Azaltır	15	10.0
Soru6 (yağlı yiyecekler)		
Arttırır	99	66.0
Etkilemez	38	25.3
Azaltır	13	8.7
Soru7 (bağırsak spazmı)		
Arttırır	95	63.3
Etkilemez	51	34.0
Azaltır	4	2.7
Soru8 (stres)		
Arttırır	147	98.0
Etkilemez	3	2.0
Azaltır	0	0.0
Soru9(Sigaraybaşlamak)		
Arttırır (ch/ük)	68 / 18	85.0 /25.7
Etkilemez (ch/ük)	12 / 14	15.0 / 20.0
Azaltır (ch/ük)	0 / 38	0.0 / 54.3

4.2. İBH kısa soru anketinin güvenilirlik analizi

İnflamatuvar bağırsak hastalarında hastalıkla ilgili bilgilerin değerlendirilmesine yönelik kısa soru anketinin geçerlilik ve güvenilirlik analizinde öncelikle güvenilirliği değerlendirmek amacıyla SPSS paket programı kullanılarak cronbach alfa katsayısı hesaplanmış ve ICC analiz sonuçları değerlendirilmiştir. Cronbach alfa katsayısının 0,364 ve ICC nin de düşük çıkması nedeniyle ölçek güvenilir bulunmamıştır. Bir ölçme aracında mutlaka bulunması gereken iki özellik, ölçeğin geçerli olması ve güvenilir olmasıdır. Bir ölçeğin güvenilir olması o ölçeğin geçerli olması için bir ön koşuldur; buna bağlı olarak bir ölçeğin güvenilirliği saptanmamış ise ölçeğin analiz edilmesi gereksizdir. Güvenilir olmayan ölçeğin geçerlilik analizi yapılamayacağı için ölçekle ilgili analizler bu aşamada sonlandırılmıştır. Bu çalışmaya alınan hastaların verdikleri yanıtlara göre; anketin ölçek olma özelliği yoktur. Böylelikle anketin ölçek olarak değerlendirilmesinden vazgeçilmiştir.

Soruların çalışmaya alınan hastalarda birarada ölçek oluşturma özelliği olmamasına rağmen her soru temelinde hastaların yanıtları değerlendirilmiştir. İşte bu aşamada soruların teker teker bu hastalık için hastalarda ayırtedici özelliğinin olup olmadığını göstermek için sağlıklı gönüllü grubu da araştırmaya dahil edilmiştir. Çalışmada hasta ve sağlıklılar arasındaki fark incelenmiştir. Anketin hasta ve sağlıklılar tarafından nasıl yanıtladığı irdelenmiştir. Sorular tek tek değerlendirilerek soru temelinde hastalar ile sağlıklı grubun her soru için verdikleri yanıtların karşılaştırılması yapılmıştır. Testin toplanabilirlik özelliği bulunmadığından Mann Witney U testi kullanılmıştır.

4.3 Hasta ve sağlıklı gönüllülerin tanımlayıcı özelliklerinin karşılaştırılması

Çalışmaya toplam 70 sağlıklı gönüllü alınmıştır. Hastaların yaş ortalaması 47.2 ± 14.0 ve sağlıklı kontrollerin 38.4 ± 13.0 yıldır. Hastaların yaş ortalaması anlamlı olarak kontrollerin yaş ortalamasından yüksektir ($p < 0.001$). Hastaların %40.0'ını kadın %60.0'ını erkekler oluştururken, sağlıklıların %51.4'ünü kadın %48.6'sını erkekler oluşturmaktadır. Hastalarla sağlıklı gönüllüler arasında cinsiyet açısından anlamlı fark yoktur ($p < 0.111$). Hasta ve sağlıklıları eğitim düzeyine göre karşılaştırdık; hastaların %41.3'ü; sağlıklıların %7.1'i ilköğretim mezunu iken hastaların %35.3'ü ; sağlıklıların ise %75.7'si üniversite mezunudur. Sağlıklı gönüllülerde eğitim düzeyi hastalara göre anlamlı olarak daha yüksektir ($p < 0.000$). Hastaların %60.0'ı sağlıklı gönüllülerin %68.6'sı geçimlerini kendileri sağlamakta, geçimini kendileri üstlenebilme durumu açısından hasta ve sağlıklı grup arasında anlamlı fark yoktur ($p < 0.067$). Anketin uygulandığı anda hastalardan %54.7'si , sağlıklı gönüllülerden %22.9'u

çalışmamaktadır. Çalışmayan hasta sayısı anlamlı olarak çalışmayan sağlıklı gönüllüden fazladır($p < 0.000$). Hastalar grubunda çalışmama nedenlerinin %4.0'ını hastalık nedeniyle iş bulamama ve %14.0'ını hastalık şikayetlerine bağlı çalışmama oluşturmaktadır. Hastalığın kendisi nedeniyle iş bulamayan veya şikayetlerine bağlı çalışamayan sağlıklı gönüllü yoktur. Hastalıktan dolayı çalışmama hasta grupta anlamlı olarak sağlıklı gönüllülere göre yüksektir($p < 0.001$). Hastalar ve sağlıklı gönüllülerin yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, geçimini sağlama, çalışma durumu ve çalışmama nedenleri özelliklerinin karşılaştırılması aşağıda tablo-8 de verilmiştir.

Tablo-8 Hastalar ve sağlıklı gönüllülerin yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, geçimini sağlama, çalışma durumu ve çalışmama nedenleri gibi özelliklerinin karşılaştırılması

ÖZELLİK	Hasta		Sağlıklı		P
Sürekli değişk	Ort	sapm	ort	sapma	
Yaş	47.2	14.0	38.4	13.0	0.001
değişkenler	Sayı(150)	%	Sayı(70)	%	
Cinsiyet					
Kadın	60	40.0	36	51.4	0.111
Erkek	90	60.0	34	48.6	
Eğitim durumu					
ilköğretim	62	41.3	5	7.1	0.000
lise	35	23.3	12	17.1	
üniversite	53	35.3	53	75.7	
Geçimini sağlama					
Kendi	90	60.0	48	68.6	0.067
Eş	41	19.0	20	28.5	
Anne/baba	19	12.7	2	2.9	
Çalışma					
Çalışmayan	82	54.7	16	22.9	0.000
Çalışan	68	45.3	54	77.1	
Çalışmama nedeni					
iş bulamama	6	4.0	0.	0.0	0.001
şikayetlerine bağlı	21	14.0	0	0.0	
özel nedenler	23	82.0	70	100	

Hastalar ve sağlıklı gönüllülerin medeni durum,  ocuk sayısı, ev halkı, meslek, sosyal güvence, aile geliri, bakmakla yükümlü ve bakımını üstlenebileceği kişi  zellikleri Tablo-9’da tanımlayıcı olarak sunulmuştur. Bu  zelliklerin İBH için hasta ve sağlıklı gönüllülerin yanıtlarını etkilemeyeceği öngörüldüğünden İstatiksel karşılaştırması yapılmamıştır. Hastaların %78.0’ı sağlıklıların %67.1’i evlidir. Hastalardan %23.3’ünün sağlıklılarından %50.0’ının çocuğu yoktur. Hastaların %3.3’  sağlıklıların %28.6’sı evde yalnız yaşamaktadır.

Hastaların %51.3’ı memur, serbest meslek ve işçi olarak  alımmaktadır. Ev hanımı olan %24.0; emekli olan %24.7 hasta vardır. Sağlıklıların %77.2’si memur, serbest meslek ve işçi olarak çalışırken %17.1’i ev hanımı, %5.7’si ise emeklidir. Aylık toplam gelir düzeyi 1000 lira nın altında olan %30.0 hasta, %1.4 sağlıklı gönüllü vardır. Gelir düzeyi 1000 lira ve üzerinde ise %70.0 hasta, %98.6 sağlıklı mevcuttur. Her iki grupta da sağlık güvencesinin %90.0 kadarını emekli sandığı ve SSK oluşturmaktadır.

Tablo-9 Hastalar ve sağlıklıların sosyodemografik, meslek ve gelir özellikleri

ÖZELLİK	Olgu		kontrol	
Değişkenler	Sayı 150	%***	Sayı 70	%***
Medeni durum				
Evli	117	78.0	47	67.1
Evli değil	33	21.9	23	32.9
Çocuk				
Yok	35	23.3	35	50.0
Var	115	76.6	35	49.9
Ev halkı				
Yalnız yaşayan	5	3.3	20	28.6
2-4	127	84.7	47	67.1
5 ve üzerinde	18	12.0	3	4.3
Meslek				
Serbest	43	28.6	17	24.3
Memur	18	12.0	34	48.6
İşçi	16	10.7	3	4.3
Ev hanımı	36	24.0	12	17.1
Emekli	37	24.7	4	5.7
Aile geliri				
1000 altında	45	30.0	1	1.4
1000 üzerinde	105	70.0	69	98.6
Sosyal güvence				
Emeklisandığı	55	36.7	43	61.4
Ssk	80	53.3	20	28.6
Bağkur	12	8.0	7	10.0
Ücretli	3	2.0	0	0.0

Hastaların %24.0'ı sağlıklıların %45.7'si sigara içmektedir. Sigara tüketen sağlıklı gönüllü hastalara göre anlamlı olarak fazladır($p < 0.001$).

Alkol tüketen %23.3 hasta %24.3 sağlıklı gönüllü mevcuttur, hasta ve sağlıklı gönüllüler arasında alkol alışkanlığı açısından istatistiksel anlamlı fark yoktur($p < 0.825$).

İBH dışında eşlik eden sistemik hastalığı olan %34.7 hasta, %28.5 sağlıklı gönüllü bulunmaktadır. İnflamatuvar bağırsak hastalarında yandaş hastalık varlığı sağlıklı gönüllülere

göre anlamlı olarak fazla saptanmıştır($p < 0.001$). HT, DM, tiroid, depresyon ve kardiyak hastalıklar gibi İBH'ndan bağımsız ve toplumda sık rastlanan hastalıklarda hastalar ve sağlıklı gönüllülerin değerleri sırasıyla %28.0 ve %28.4 olarak hesaplanmıştır buna rağmen İBH' na büyük ölçüde eşlik eden RA, AS ve psöriatik artrit gibi hastalıklar hastalarda %10.0 kadar izlenirken sağlıklı gönüllülerde bu hastalıklara rastlanmamıştır. Hastalarla sağlıklı gönüllülerin alışkanlık ve komorbidite özelliklerinin karşılaştırılması aşağıda Tablo-10 da gösterilmiştir.

Tablo-10 Hasta ve sağlıklıların alışkanlık ve komorbidite özelliklerinin karşılaştırılması

ÖZELLİK	Olgu		Kontrol		P*
Değişkenler	Sayı(150)	%***	Sayı(70)	%***	
Sigara					
kullanmıyan	114	76.0	38	54.3	0.001
kullanan	36	24.0	32	45.7	
Alkol					
Tüketmeyen	115	76.7	53	75.7	0.825
Tüketen	35	23.3	17	24.3	
Komorbit varlığı					
Var	52	34.7	20	28.5	0.000
Yok	98	65.3	50	71.4	
ht	19	12.7	8	11.4	
Dm	9	6.0	4	5.7	
Kardiak	8	5.3	4	5.7	
Ra	7	4.7	0	0.0	
As	5	3.3	0	0.0	
Psöriatikartrit	3	2.0	0	0.0	
Depresyon	3	2.0	2	2.8	
Tiroid	3	2.0	2	2.8	

4.4 Hastalarla sağlıklı gönüllülerin ölçümdeki her bir soruya verdikleri yanıtların karşılaştırılması

- ✓ Hastaların %50.7'si ailesinin başka bireylerinde daha önceden İBH hastalığının olmasının kendisinde hastalık gelişme riskini arttırdığını, %49.3 hasta ise etkilemediği yanıtını vermiştir. Sağlıklıların %17.1'i aile öyküsünün hastalığın gelişme riskini kendilerinde de arttıracığını cevabını verirken %77.1'i etkilemediğini söylemiştir. Hasta grupta ailesinin başka bireylerinde daha önceden İBH olmasının kendisinde hastalık gelişme riskini azaltacağı cevabını veren kimse olmamasına karşın sağlıklı grupta %5.7 kişi aile öyküsünün hastalık gelişme riskini azaltacağını söylemiştir. Hasta ve kontrol grubunun soru 1'e verdikleri yanıt dağılımları anlamlı olarak farklıdır ($p < 0.007$). Hastalar doğru yanıt olan aile de İBH olmasının diğer aile bireylerinde hastalık olma ihtimalini artırır cevabını daha yüksek sıklıkta yanıtlamıştır. Anket sırasında her soru başında hastalara soruları kendilerine göre yorumlamamaları genel olarak düşünmeleri gerektiği konusunda bilgi verilmesine karşın %49.3 hasta ailede kendinden başka İBH olmaması nedeniyle soruya etkilemez olarak yanlış cevap vermiştir.
- ✓ Sebze yemek %67,3 hastada hastalığı arttırırken, % 27.3 hastada etkilememekte, %5,3 hastada ise azalttığı şeklinde yorumlanmıştır. Bununla birlikte %12,9 sağlıklı sebze yemenin hastalığı arttırdığını,%28,6 sağlıklı etkilemediğini, %58,6' sı ise azalttığı cevabını vermiştir. Hastaların anlamlı olarak yüksek kısmı kendi kişisel deneyimlerinden ötürü doğru cevabı yanıtlarken sebze yemenin genel toplum inancına göre faydalı olması nedeniyle sağlıklı gönüllüler soru 2 ye anlamlı olarak yanlış cevap vermiştir ($p < 0.000$).
- ✓ Hastaların %53.3'ü egzersiz yapmanın İBH'nı azalttığını, %42.0'ı hastalığına herhangi bir etkide bulunmadığını, %4.7'si arttırdığını söylemiştir. Sağlıklı gönüllüler ise büyük ölçüde kas iskelet sistemi üzerine etkili olan egzersizin barsak hastalıklarını etkilemeyeceğini anket sırasında belirtmiş ve %47.1 sağlıklı gönüllü etkilemediğini, %32.9 sağlıklı arttırdığını %20.0'ı ise azalttığını cevaplamıştır. Doğru cevabı egzersiz, ibh' nı azaltır olan soru-3 e hastaların verdiği doğru cevap anlamlı olarak sağlıklı gönüllülerden fazladır ($p < 0.000$).

- ✓ Sigarayı bırakmak CH ve ÜK üzerinde farklı etkilere sebep olmaktadır. Crohn hastalarında sigarayı bırakmak İBH'nı azaltır cevabı doğru yanıt kabul edilirken Ülseratif kolitlilerde sigarayı bırakmak hastalığı artırır cevabı doğru yanıt kabul edilmiştir. Bu zıt etkiden dolayı sağlıklı gönüllüler crohn ve ülseratif kolit hastaları ile ayrı ayrı karşılaştırılmıştır.
- CH olanların %71.3'ü sigarayı bırakmanın hastalığı azaltacağını, %20.0'ı etkilemeyeceğini düşünmektedir. Sağlıklı gönüllülerin %22.9'u azaltacağına, %64.3'ü etkilemeyeceğine inanmaktadır. Soru 4 ün doğru yanıtı olan sigarayı bırakmanın hastalığı azaltması, Crohn hastalarında sağlıklı gönüllülere göre anlamlı olarak yüksek cevaplandırılmıştır($p < 0.001$).
 - Sağlıklı gönüllüler sigarayı bırakmanın hastalığa olan etkisi sorusunun cevap dağılımına göre ÜK'lı hastalarla karşılaştırılmış ve ÜK'lı hastaların %37.1'i sigarayı bırakmak hastalığı artırır olarak Soru 4'ü doğru olarak cevaplarken sağlıklı gönüllülerin yalnızca %12.9'u doğru cevabı vermiştir. Her iki hastalık grubunda da Soru 4 e verilen yanıtların dağılımı anlamlı olarak sağlıklı gönüllülerinkinden farklıdır.ÜK' li hastalar da bu soruya sağlıklı gönüllülere kıyasla yüksek sıklıkta doğru cevap vermiştir.
- ✓ Alkolün genel görüşe göre birçok hastalığı kötüleştirdiği düşünülmektedir. İçki içmenin hastalığı arttırdığı cevabını hastaların %62.0'ı sağlıklıların %72.9'u yanıtlamıştır. Her iki grupta da hastaların çoğu bu soruya yanlış cevap vermiştir. İçki içmenin İBH'nı etkilemediği olan doğru cevap ise hastalarda %28.0 sağlıklılarda %20.0 oranında yanıtlanmıştır. Her iki grubun soru 5 e verdikleri cevaplar arasında anlamlı fark bulunmamaktadır ($p < 0.288$).

- ✓ Hastaların büyük çoğunluğu kendi deneyim ve gözlemlerine dayanarak yağlı yiyeceklerin İBH'nı arttırdığını ve buyüzden yağlı besinlerden uzak durduklarını belirtmişlerdir. Sağlıklı gönüllüler ise yağlı gıdaların bağırsak hareketlerini hızlandırarak sindirim sisteminin çalışmasını daha kolaylaştıracağını düşünmüş ve çoğunlukla hastalığı azaltacağı cevabını vermişlerdir. Oranlara bakıldığında hastaların %66.0'ı yağlı yiyecek yemenin hastalığı arttırdığını, %25.3'ü hastalığa etki etmediğini, %8.7'si azalttığını söylemiştir. Buna karşın sağlıklıların %21.4'ü arttırdığını, %10.0'ı etkilemediğini, %68.6'sı ise hastalığı azalttığını söylemiştir. Soru 6'nın doğru cevabı olan etkilemez hastalar tarafından sağlıklı gönüllülere göre anlamlı olarak fazla yanıtlanmıştır($p < 0.000$).
- ✓ Hastaların %2.7'si bağırsak spazmı yaşamının hastalığı azalttığını, %34.0'ı etkilemediğini söylerken; sağlıklı bireylerin %45.7'si spazmın hastalığı azalttığını %12.9'u etkilemediğini belirtmiştir. Hasta ve kontrol grubunun soru 7'ye verdikleri cevapların dağılımları anlamlı olarak farklıdır($p < 0.001$). Hastalar doğru yanıt olan bağırsak spazmı yaşamının İBH'nı etkilemez cevabını daha yüksek sıklıkta yanıtlamıştır.
- ✓ Stresin %98.0 hasta İBH semptomlarını artırarak hastalığı kötüleştirdiğini ve çoğu kez hastalık aktivasyonunda tetikleyici olarak baş rolde olduğunu söylerken %2.0 hasta etkilemediğini savundu. Sağlıklı bireylerin %78.6'sı kötüleştirdiğini, %20.0'ı etkilemediği cevabını vermiştir. Stresin hastalığı iyileştirdiğini yanıtlayan hasta yokken %1.4 sağlıklı iyileştirdiği cevabını yanıtlamıştır. Hasta ve sağlıklı gönüllüler Soru 8'e verdikleri cevap dağılımına göre karşılaştırıldığında hastaların stresin hastalığı kötüleştirdiği doğru cevabını anlamlı olarak sağlıklı gönüllülere göre yüksek yanıtladığı görülmüştür($p < 0.001$).
- ✓ Sigaraya başlamak da soru 4 de olduğu gibi CH ve ÜK de farklı etkilere sebep olduğundan her iki grup sağlıklı gönüllülerle ayrı ayrı karşılaştırılmıştır.

Crohn'lular için doğru cevap olan sigaraya başlamanın hastalığı kötüleştirmesi sağlıklı gönüllülerin %12.9'u tarafınca verilirken Crohn hastalarının %85.0'ı tarafınca verilmiştir. Crohn ve kontrol grubunun soru 1'e verdikleri yanıt dağılımları anlamlı olarak farklıdır.

Yine soru 9'un ÜK'lı hastalar ve sağlıklı gönüllülerin cevaplarına göre dağılımı irdelendiğinde ÜK'lı hastalar için doğru olan sigaraya başlamak hastalığı iyileştirir cevabı ÜK'lıların %54.3'ü tarafınca verilirken sağlıklı gönüllülerin %12.9'unca verilmiştir. ÜK ve kontrol grubunun soru 9'a verdikleri yanıt dağılımları anlamlı olarak farklıdır.

Sigaraya başlamak hastalığı iyileştirir cevabı hem crohn hem de ülseratif kolit hastalarında sağlıklı gönüllülere kıyasla daha yüksek sıklıkta yanıtlanmıştır. Aşağıda tablo-11'de Hasta ve sağlıklıların soru temelli yanıtlarının karşılaştırılması verilmiştir

Tablo-11 Hasta ve sağlıklıların soru temelli yanıtlarının karşılaştırılması

	Hasta		Sağlıklı		P*
	Sayı(150)	%***	Sayı(70)	%***	
Soru1 (aile öyküsü)					
Arttırır	76	50.7	54	17.1	0.007
Etkilemez	74	49.3	12	77.1	
Azaltır	0	0.0	4	5.7	
Soru2 (sebze)					
Arttırır	101	67.3	9	12.9	0.001
etkilemez	41	27.3	20	28.6	
Azaltır	8	5.3	41	58.6	
Soru3 (egzersiz)					
Arttırır	7	4.7	23	32.9	0.001
etkilemez	63	42.0	33	47.1	
Azaltır	80	53.3	14	20.0	
Soru4 (sigara)					
Arttırır(ch/ük)	7/26	87/37.1	10	14.0	0.001
Etkilemez	16/21	28.0/30	28	36.0	
Azaltır	57/23	71.3/33.3	32	42.0	
Soru5 (içki içmek)					
Arttırır	93	62.0	51	72.9	0.288
etkilemez	42	28.0	14	20.0	
Azaltır	15	10.0	5	7.1	

Soru6 (yağlı yiyecekler)					
Arttırır	99	66.0	15	21.4	0.001
etkilemez	38	25.3	7	10.0	
Azaltır	13	8.7	48	68.6	
Soru7 (bağırsak spazmı)					
Arttırır	95	63.3	29	41.4	0.001
etkilemez	51	34.0	9	12.9	
Azaltır	4	2.7	32	45.7	
Soru8 (stres)					
kötüleştirir	147	98.0	55	78.6	0.001
etkilemez	3	2.0	14	20.0	
iyileştirir	0	0.0	1	1.4	
Soru9 (sigara)					
kötüleştirir	68/18	85.0/25.7	35	50.0	0.001
etkilemez	12/14	15.0/20.0	25	36.0	
iyileştirir	0/38	0.0/54.3	10	14.0	

Hastaların %12' si sağlıklıların %74,3' ü inflamatuvar barsak hastalığının yapmak istedikleri hiçbir şeye engel olmadığını söyledi.%60,7 hasta hastalığın seyahat etmelerine engel olduğunu söylerken sağlıklıların %10' u hastalığın seyahat etmeye engel oluşturabileceği cevabını verdi.%20,7 hasta hastalıklarının hayatlarındaki herşeye engel olduğunu söylerken sağlıklıların sadece %1,4' ü hayattaki herşeye engel olduğu cevabını vermiştir.Hastalarla sağlıklı gönüllülerin alışkanlık ve komorbidite açısından karşılaştırılması aşağıda tablo 7 de gösterilmiştir.

5. TARTIŞMA

İnflamatuvar bağırsak hastalarında hastalıkla ilgili bilgilerin ve bilinç düzeyinin değerlendirilmesine yönelik kısa soru anketinin güvenilirlik analizinde ölçeğin iç tutarlılığı **“Cronbach Alpha Güvenilirlik Katsayısı”** ve ICC analizi ile değerlendirilmiştir. Bir ölçekte güvenilirlikten bahsetmek için Cronbach-alfa katsayısının en az 0.70 olması gerekmektedir. Sağlık alanındaki çalışmaların güvenilirlik analizinde ise minimum 0.90 olması beklenmektedir. Çalışmada Cronbach-alfa katsayısının 0.34 ve ICC nin de düşük çıkması nedeniyle ölçek güvenilir bulunmamıştır. Geçerlilik analizi için güvenilirliğin sağlanması ön koşuldur. Ölçme araçlarının geçerli ve güvenilir olması birbirinden bağımsız olarak düşünülemez, her ikisinin bir arada olması ile ölçek anlam bulur. Bu nedenle güvenilir olmayan ölçeğin geçerlilik analizi yapılamamıştır. Sonuçların birarada ölçek oluşturma özelliği olmamasına rağmen hastaların her soru için verdikleri yanıtlar ayrı ayrı değerlendirilmiştir. Tek tek soruların İnflamatuvar bağırsak hastalarında ayırtediciliğinin olup olmadığını göstermek için sağlıklı gönüllü grubu da araştırmaya dahil edilmiştir. Ölçek olarak değerlendirilemeyen soru formunun her soruya hastaların verdiği yanıtların sağlıklılardan farklı olup olmadığı Ki-kare analizi ile değerlendirilmiştir.

Çalışma sonucunda İnflamatuvar bağırsak hastalarında hastalıkla ilgili bilgilerin ve bilinç düzeyinin değerlendirilmesine yönelik kısa soru anketinin sağlıklı gönüllülere göre daha yüksek oranda doğru cevaplandığı tespit edilmiş ve anketin inflamatuvar bağırsak hastalığı olanlarda ayırtediciliğinin olduğu saptanmıştır.

Ölçeğin faktörlenebilirliği Bartlett testi ile sorgulanmıştır. Bartlett testinden elde edilen sonuç 0.05'ten küçük ise verilerin faktör analizine uygun olduğu kabul edilmektedir. Çalışmada 5. Soru olan içki içmenin İBH üzerine etkisi dışında her soru için Bartlett testi 0.05' ten küçük bulunmuştur, bu da ölçeğin faktörlenebilirliğini göstermektedir.

Bu sonuçlara göre İnflamatuvar bağırsak hastalarında hastalıkla ilgili bilgilerin ve bilinç düzeyinin değerlendirilmesine yönelik kısa soru anketi Türk Toplumuna için geçerli güvenilir bir test olmamasına rağmen anketin inflamatuvar bağırsak hastalarında ayırtediciliği vardır. Çalışmada ikinci amaca yönelik İnflamatuvar bağırsak hastalarının hastalıkla ilgili bilinç durumu tanımlamış ve bu durumu etkileyen değişkenleri belirlenmiştir.

Çalışmaya alınan inflamatuvar bağırsak hastalarının eğitim düzeyleri daha düşük olduğu halde İBH kısa soru anketine verdikleri yanıtlara göre hastalıkla ilgili bilgi ve bilinç düzeyleri sağlıklı gönüllülere göre yüksek saptanmıştır.

İnflamatuvar bağırsak hastalarında hastalıkla ilgili bilgilerin ve bilinç düzeyinin değerlendirilmesine yönelik kısa soru anketi analiz sonuçları değerlendirildiğinde anketin

tamamlanması için zaman tutulmamıştır bazı hastalar anketi çok kısa sürede teslim ederken bazıları poliklinik bitiminde getirmişlerdir zaman sınırlamasının olmaması anketin güvenilirliğini olumsuz yönde etkileyebilir.

İkinci konu hastaların çoğunun özellikle bazı soruları içselleştirerek cevapladığı tespit edilmiştir, örneğin soru 1 de ailede İBH olması hastalık gelişme riskini nasıl etkiler sorusu çoğu hasta tarafınca anlaşılamamakta ve anket sırasında ailede kendilerinden başka inflamatuvar bağırsak hastası olmadığı için etkilemez cevabı işaretlenmiştir hastalara anket sonrasında bu soru için gerekli açıklama yapılmış ve soruda kendi ailelerinden başka İBH olup olmadığının sorgulanmadığı aile öyküsünün genel olarak hastalık gelişiminde etkili olup olmadığının sorulmak istendiği anlatılmış hatta örnekler verilerek gelecekte kendi çocuklarında veya torunlarında çıkma ihtimali olup olmayacağının sorulmaya çalışıldığı hatta bu hastalık kalıtsal mıdır genetik aktarımı var mıdır gibi ifadelerle açıklanmıştır. Ancak ailesinde kendilerinden başka İBH olmayanlardan soruyu anlamayan %49.2 oranında hasta bu soruya etkilemez yanıtını vermiştir.

Bununla ilgili diğer bir örnek ise sigaranın İBH a olan etkisinin sorgulandığı Soru 4 tür Hastalardan sigara kullanmayanlar bu soruya anket sırasında sözel olarak sigara içmiyorum olarak cevap vermiş olup hastalara yine açık bir dille soru da kendilerinin sigara içip içmediğinin sorgulanmadığı eğer içseydi veya içen biri için düşünüldüğünde hastalığın bundan etkilenip etkilenmeyeceği etkilenecekse arttırmı azaltırmı yönünde sorgulandığı anlatılmasına rağmen sigara içmeyenler soruyu yine de bilmiyorum diyerek cevaplamadı soruların herbirinin cevaplanması gerektiği söylendiğinde %50.4 oranında hastanın 'bilmiyorum'a en yakın olan etkilemez cevabını veridiği saptandı

Hastaların büyük bir kısmı soru 7 deki bağırsak spazmının ne olduğunu bilmediklerini ifade etmiştir. Hastalara bağırsakta kramp, sancı gibi ifadeler kullanıldığında soru daha anlaşılabilir olmuştur.

Soru 2'deki sebze yemenin hastalığa olan etkisinin sorgulanmasında hastaların çoğunluğu soruda pişmiş mi yoksa çiğ sebzenin mi etkisinin sorulmak istendiğini öğrenmek istemiştir. İBH'nda sebzenin çiğ ya da pişmiş olmasının farklı etkiler yarattığını çiğ sebzenin hastalığı arttırdığını pişmiş olanın ise azalttığını belirten bazı hastalar soruda sebzenin çiğ veya pişmiş olması hakkında bilgi olmaması nedeniyle yine etkilemez olarak yanlış cevabı vermiştir.

. Araştırmaya alınan hastaların %41.3' ünün ilköğretim mezunu olması soruları yeterli olarak anlayamamasına ve yanlış cevaplamasına neden olabilir. Anket sorularının anlaşılabilirliği yanında cevap şıklarının da anlaşılabilirliği konusunda sorun olduğu anket sırasında tespit edilmiştir. Şıklar artırır, azaltır, etkilemez yerine iyileştirir, kötüleştirir etkilemez olarak

verildiğinde anket hastalar için daha anlaşılır olmuştur. Örneğin 9. Soru’da sigaraya başlamak kötüleştirir diyen crohn hastalarının birkismi 4. Soru’da sigarayı bırakmanın hastalığa olan etkisini arttırır olarak yanlış cevaplamıştır. Anket sırasında bu hastalara 4. Soru sözel olarak sigarayı bırakmak hastalığı iyileştirir mi kötüleştirir mi etkilemez mi diye sorulduğunda ise bu sefer doğru cevap olan ‘iyileştirir’ cevabı alınmıştır. Sonuçta sözel olarak sigarayı bırakmanın hastalığı iyileştirdiğini söyleyen ve aslında sorunun doğru yanıtını bilen aynı hasta grubu cevabını kağıda geçirirken şıkları arttırır veya azaltır olarak gördüğünde arttırır şikkını pozitif ve olumlu bir çağırışım yapması nedeniyle doğru cevap kabul edip normalde doğru bildikleri soruyu yanlış yanıtlamışlardır.

Yine soru 2 olan egzersizin İBH’na olan etkisinde de bazı hastalar sözel olarak egzersizin hastalığa iyi geldiğini belirtmesine rağmen şıkları algılamada zorluk çekip doğru cevap olarak azaltır düşünmelerine karşın pozitif çağırışım yapan arttırır yanıtını işaretlemişlerdir. İleride yapılacak olan çalışmalarda sorularda cevap şıklarının arttırır azaltır gibi ifadeler yerine iyileştirir kötüleştirir gibi daha açıklayıcı kelimeler kullanılması veya incelenmek istenen soru maddelerinin İBH’na etkisi nasıldır gibi açık uçlu olarak sorulması anketin Türk toplumu için daha açıklayıcı ve anlaşılabilir bir elde edilmesine yardımcı olabilir. Ayrıca çalışmada yaş ortalaması 47.2 ± 14.0 olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların ileri yaşta olması soruları yeterli olarak anlayamamalarına ve yanlış cevaplamalarına neden olabilir. Bundan sonraki çalışmalarda çalışmaya katılanların eğitim düzeyi yanında yaş aralığının da dikkate alınması araştırmaların o toplum bireylerince daha kolay anlaşılabilmesini sağlayabilir.

Hastaların sorulara verdiği cevaplar incelendiğinde bazı sorularda tek cevapta yığılma olduğu izlenmiştir. Anketteki yanıt yüzdesi Türk Toplumundaki inflamatuvar bağırsak hastalarının bilinç ve bilgi düzeyini ölçmemektedir. Hasta ve sağlıklılar yaş ortalaması ve eğitim düzeyine göre kıyaslandığında hastaların yaş ortalamasının sağlıklı gönüllülere kıyasla daha ve aynı zamanda eğitim düzeylerinin daha düşük olmasına rağmen hastalarda bilgi düzeyi sağlıklı gönüllülerden yüksektir.

Literatürde bu anketle ilgili valide edilmiş başka çalışma olmamakla birlikte farklı anketlerin kullanıldığı çalışmalar vardır. İtalya da CCKNOW (crohn-kolit bilgi skoru) isimli farklı bir anket üzerinde yapılan 90 hastanın dahil edildiği bir çalışmada bilgi düzeyinde 5 puanlık bir artışın yılda yaklaşık 109,953 euro maliyet azalmasına karşılık geldiği gösterilmiştir.

Yine aynı anket kullanılarak Leicester’ da yapılan 120 kişilik bir çalışmada sağlıklı grubun bilgi düzeyi hastalara göre anlamlı olarak yüksek saptanmış ve Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.95 olarak hesaplanmıştır. Ancak bu çalışmada bizim çalışmamızdan farklı olarak sağlıklı grup doktor ve hemşirelerden oluşmaktadır.

Kore’de 313 hastada yapılan tanı, tedavi ve komplikasyon bilgilerinin değerlendirildiği farklı bir ankette bizim çalışmamızla uyumlu olarak crohn hastalarının bilgi düzeyleri ülseratif kolitlere göre anlamlı olarak yüksek saptanmıştır ($p < 0.0001$)

2012’de Kanada’da yapılmış çalışmaya göre İBH’nın ülke için toplam maliyeti 2.8 milyar dolar olduğu saptanmıştır. Bunun 1.2 milyar doları tedavi maliyetleri, 979 milyon doları ise uzun dönem iş gücü kayıplarının sebep olduğu belirlenmiştir. Günümüzde gittikçe önem kazanan inflamatuvar bağırsak hastalarında bilinç durumu ve bilgi düzeyinin değerlendirilmesi tedavi sırasında ve sağlığa ayrılan maliyetin düşürülmesinde etkili olacaktır.

Türk toplumu için sağlıklı gönüllülerden ayıricılığı kanıtlanmış olan İnflamatuvar barsak hastalarında hastalıkla ilgili bilgilerin ve bilinç düzeyinin değerlendirilmesine yönelik kısa soru anketi hastaların izleminde kullanılarak hasta ve hasta yakınlarının sağlık sosyal ve ekonomik durumlarının kısacası yaşam standartlarının artırılmasına etki edecektir. Ayrıca ölçek kullanılarak hastaların farkındalıklarının belirlenmesi tedavi sırasında değerlendirilmesi, dikkat edilmesi gereken noktalar hatta gerekirse hastanın yaşam tarzında yapması gereken değişiklikleri öngörebilmesi açısından büyük önem taşır. Sonuç olarak bilinçli ve farkındalığı yüksek hasta tedaviye uyumlu hasta anlamına gelmektedir. Hastaların hastalıkları ile ilgili bilgi düzeyleri uzun süren tedavi gerektiren bu kronik hastalığın gidişatı sırasında karşılaşılabilecek olumlu veya olumsuz sonuçları daha iyi kontrol edebilme açısından hekime de kolaylık sağlar.

Tüm bunlara rağmen daha önce de belirtildiği üzere ölçeğin İBH da eğitim düzeyleri daha yüksek olan sağlıklılardan ayıricılığı olmasına karşın bazı noktaların ileride yeniden gözden geçirilerek çalışma ve araştırmaların yürütülmesi; yaş, eğitim düzeyi, soruların yanında cevap şıklarının algılanma biçimi ve anket süresi üzerinde durularak çalışmanın yinelenmesi anketin hastalarda ayırtediciiliğinin olması yanında Türk toplumu için güvenilir ve geçerli olmasına da katkı sağlayabilir.

Sonuç olarak İnflamatuvar bağırsak hastalarında hastalıkla ilgili bilgilerin ve bilinç düzeyinin değerlendirilmesine yönelik kısa soru anketi son hali ile istatistiksel olarak Türk toplumunda güvenilir olmamakla birlikte inflamatuvar bağırsak hastalarında ayırt ediciliği vardır. Bu anketin hastalarda kullanılması, İnflamatuvar bağırsak hastalarının hastalıkla ilgili bilinç durumunu ve bu durumu etkileyen değişkenleri belirlemeye katkıda bulunur. Böylece hem ölçeğin geliştirilmesine hem ileride yeni ölçekler bulunmasına hem de İBH olanların tanı ve takipleri sırasında kullanılabilecek girişimsel olmayan ucuz basit anlaşılabilir ve kendi kendine uygulanabilir bir ölçüm metodu olmasına katkı sağlayacaktır

KAYNAKLAR

1. Cerrahpaşa İç hastalıkları Mehmet Rıza ALTIPARMAK,Vedat HAMURYUDAN,Abdullah SONSUZ,Hasan YAZICI 2.Baskı 2012 cilt 2 ,syf :1029
2. İnflamatuvar Barsak Hastalıkları Tarık AKÇAL,Sümer YAMANER,İsmail HAMZAOĞLU Türk kolon ve rektum cerrahisi derneği syf 12
3. Zheng JJ, Zhu XS, Huangfu Z, Gao ZX, Guo ZR, Wang Z. Crohn's disease in mainland China: a systematic analysis of 50 years of research. Chin J Dig Dis 2005; 6: 175-81.
4. Desai HG, Gupte PA. Increasing incidence of Crohn's disease in India: is it related to improved sanitation? Indian J Gastroenterol 2005; 24: 23-4.
5. Shivananda S, Lennard-Jones J, Logan R, Fear N, Price A, Carpenter L, van Blankenstein M. Incidence of inflammatory bowel disease across Europe is there a difference between north and south? Results of the European Collaborative Study on IBD (EC-IBD). Gut 1996; 39: 690-7.
6. Logan RF. Inflammatory bowel disease incidence: up, down or unchanged? Gut 1998; 42: 309-11.
7. Loftus EV Jr, Silverstein MD, Sandborn WJ, Tremaine WJ, Harmsen WS, Zinsmeister AR. Crohn's disease in Olmsted County, Minnesota, 1940-1993: incidence, prevalence, and survival. Gastroenterology 1998; 114: 1161-8.
8. Loftus EV Jr, Silverstein MD, Sandborn WJ, Tremaine WJ, Harmsen WS, Zinsmeister AR. Ulcerative colitis in Olmsted County, Minnesota,1940-1993:incidence, prevalence, and survival.Gut 2000;46:336 43.
9. Bolu/Düzce Bölgesi inflamatuvar barsak hastalıklarının insidans ve prevalans özellikleri ile ilgili retrospektif çalışması Güray Can, Emrah Poşul ve arkadaşları Abant Medical Journal Orijinal Makale / Cilt 4 Sayı 3 Yıl 2015
10. Hanauer SB. Inflammatory bowel disease: epidemiology, pathogenesis, and therapeutic opportunities. Inflamm Bowel Dis 2006; 12 Suppl 1: S3-9.
11. Harrison's principles of internal medicine Kısım 13 289 İBH Sonia Friedman,Richard S. Blimberg syf 1886-1899
- 12 SUTHERLAND L,R ve ark., Effect of cigarette smoking on recurrence of crohn's disease. Gastroenterology. 1990, 98, s1123 - 1128.
13. Reif S, Klein I, Lubin F, et al. Pre-illness dietary factors in inflammatory bowel disease. Gut 1997;40:754-60.

14. Persson PG, Ahlbom A, Hellers G. Diet and inflammatory bowel disease: a case-control study. *Epidemiology* 1992;3:47-52.
15. Sakamoto N, Kono S, Wakai K, et al. Dietary risk factors for inflammatory bowel disease: a multicenter case-control study in Japan. *Inflamm Bowel Dis* 2005;11:154-63.
16. Mekhjian HS, Switz DM, Melnyk CS, et al. Clinical features and natural history of Crohn's disease. *Gastroenterology* 1979;77:898-906.
17. Hodges P, Gee M, Grace M, et al. Protein-energy intake and malnutrition in Crohn's disease. *J Am Diet Assoc* 1984;84:1460-4.
18. Persson PG, Leijonmarck CE, Bernell O, et al. Risk indicators for inflammatory bowel disease. *Int J Epidemiol* 1993;22:268-272.
19. ÖKTEN, Atila (Ed.); *Gastroenterohepatoloji*, Nobel Tıp Kitabevi, 2001, s189 - 211.
20. Andersson, RE, Ekborn, A. Appendectomy and protection against ulcerative colitis (letter). *N Engl J Med* 2001;345:223.
21. Okazaki K, Onodera H, Watanabe N, et al. A patient with improvement of ulcerative colitis after appendectomy. *Gastroenterology* 2000;119:502.
22. JOAN, E. Does my patient have UC or Crohn's disease? *Nursing* 2007. Vol:37 N:3 s.30
23. HUGOT J, P, Etiology of inflammatory bowel diseases, *International Journal of Colorectal Disease*. 1999, 14, 1,
24. SAVAŞ, B. ve Ark, İnflamatuvar barsak hastalığında histopatolojik kriterlerin klinik semptomatolojiyle ilişkisi, *AKADEMİK GASTROENTEROLOJİ DERGİSİ*, 2008; 7 (1): 24-29
25. TRAVIS SPL, Predicting outcome in severe ulcerative colitis. *Digestive and Liver Disease*. 2004, 36, s448 - 449
26. Baumgart DC, Sandborn WJ. IBD: clinical aspect and established and evolving therapies. *Lancet* 2007;369:1641-57
27. Paul Collins, Jonathan Rhodes, ÜC: diagnosis and management. *BMJ* 2006;333:340-3.
28. BERKOW, Robert (Ed.), *The Merck Manual of Medical Information*, Merck research Labs, 1997, s527 - 532.
29. BRAUNWALD, E; KASPER, D.I.; HAUSER, S.L.; LONGO, D.L.; JAMESON, J.L.. *HARRISON's Principles of Internal Medicine*, 15th International edition. 2001, V:2, s1679 - 1692.
30. EZEL, A ve ark., İnflamatuvar barsak hastalıklarında anti - nötrofilik sitoplazmik antikorun özellikleri, *Turkish Journal of Gastroenterology*, 1997, 8(4), s434 - 439

- 31 . Monsen U, Sorstad J, Hellers G, Johansson C. Extracolonic diagnosis in ulcerative colitis: An epidemiological study. *Am J Gastroenterol* 1990; 85: 711-716
- 32 . Greenstein AJ, Janowitz HD, Sachar DB: The extra-intestinal complications of Crohn's disease and ulcerative colitis. A study of 700 patients. *Medicine* 1976;55:401-412
33. İLİÇİN, G., BİBEROĞLU, Kadir; SÜLEYMANLAR, Gültekin; ÜNAL, İç .Hastalıkları;. Güneş Kitapevi, Ankara, 2003, 2nci Baskı, Cilt - 1, s1577 - 1590.
34. Edward V, Loftus, Jr.William, J. Sandborn, et al: Interactions between chronic liver disease and inflammatory bowel disease. *Inflammatory Bowel Disease* 1997;3(4):288-302
35. Chapman RW: Pimary sclerosing cholangitis: A review of its clinical features, cholangiography, and hepatic histology. *Gut* 1980; 21:870-877
36. Wiesner RH, LaRusso NF: Clinicopathologic features of the syndrome of primary sclerosing cholangitis. *Gastroenterology* 1980; 79: 200-206
37. Thorpe MEC, Scheuer PJ, Sherlock S: Primary sclerosing cholangitis the biliary tree, and ulcerative colitis. *Gut* 8: 435-448
38. DAĞLI, Ü ve ark., İnflamatuvar barsak hastalığında kemik mineral dansitesi, *Turkish Journal of Gastroenterology*, 1997,8(3):295 - 299.
39. Whitehead R. Colitis: problems in definition and diagnosis. *Virch Arch Path Anat* 1990; 187-90.
40. Odze R. Diagnostic problems and advances in inflammatory bowel disease. *Mod Pathol* 2003; 16: 347-58.
41. Cuffary C., Darbari A. Inflammatory bowel disease in the pediatric and adolescent patient. *Gastroenterol. Clin. North Am.* 2002; 31(1): 275- 91.
42. Griffiths A.M. , Buller H.B. Inflammatory Bowel Disease In: Walker, Durie, Hamilton (eds). *Pediatric Gastrointestinal Disease* 3rd edition. Ontario: B.C. Decker Inc; 2000: 613- 52.
43. Markowitz. JF. Ulcerative Colitis. In: Willie/ Hyams (eds). *Pediatric Gastrointestinal Disease*. 2nd edition Philadelphia: W.B. Saunders Company; 1999: 419- 32
44. Hyams JS. Crohn's Disease In: Willie/Hyams (eds). *Pediatric Gastrointestinal Disease*. 2nd edition. Philadelphia W.B. Saunders Company; 1999: 401- 18.
45. Kornbluth A, Sachar DB. Ulcerative colitis practice guidelines in adults: American College Of Gastroenterology, Practice Parameters Committee. *Am J Gastroenterol* 2010;105:501-23.
- 46 .MacDermott RP: Progress in understanding the mechanisms of action of 5- aminosalicylic acid. *Am J Gastroenterol* 2000; 95:3343.

47. Sutherland L, MacDonald JK: Oral 5-aminosalicylic acid for induction of remission in ulcerative colitis. Cochrane Database Syst Rev 2003;CD000543
48. Misiewicz JJ, Lond MB. Controlled trial of sulphasalazine in maintenance therapy for ulcerative colitis. Lancet: 1965;2: 185
49. Lichtenstein GR, Abreu MT, Cohen R, Tremaine W. American Gastroenterological Association Institute technical review on corticosteroids, immunomodulators and infliximab in inflammatory bowel disease. Gastroenterology 2006; 130: 904-87.
50. Carter M J, et al. Gut 2004; 53 (Suppl V):v1–v16. doi: 10.1136/gut.2004.043372
51. Tozun N, et al. J Clin Gastroenterol 2009; 43(1): 51–57.
52. Sumbuloglu V. SK: Biyoistatistik Ankara: Hatipoğlu Yayıncılık; 1997.
53. Küçüküçlü Ö.: Bakımverenlerin Yükü Envanteri' nin Türk Toplumı İçin Geçerlik ve Güvenilirliğinin İncelenmesi. İzmir; 2004

EK 1

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Birtakım ailesel ve çevresel faktörler İnflamatuvar bağırsak hastalığının gidişatını ve buna bağlı olarak hastaların yaşam kalitesini büyük ölçüde etkilemektedir. Bu etkileri belirlemek için çeşitli anket formları ve ölçekler kullanılmaktadır. Bu çalışmada bahsedilen faktörlerin hastaların yaşam kalitesini ve hastalıklarını nasıl etkilediği aynı zamanda yapılan anketin Türk Toplumunu için geçerli ve güvenli bir ölçek olup olmadığının belirlenmesi amaçlanmıştır. Anket formunda yer alan soruların tarafınızdan yanıtlanması istenecektir. Anket formu 6 hafta sonra tekrar uygulanacaktır. Bu çalışmada elde edilen veriler kimliğinizin anlaşılmasına imkan olmayacak şekilde kodlanacaktır. Çalışma ile ilgili sorunlarınız için aşağıda belirtilen sorumlu kişileri arayabilirsiniz. Bunun dışında bu çalışmayla ilgili olarak herhangi bir ek ilaç ya da tedavi verilmeyecektir. Bu çalışma rutin kontrol ve tedavinizi herhangi bir şekilde etkilemeyecek ve aksatmayacaktır. Bu çalışmaya katılmamakta özgürsünüz. Araştırmaya katılmayı kabul ettikten sonra fikrinizi değiştirirseniz araştırmadan ayrılabilirsiniz. Araştırmacı da gönüllünün kendi rızasına bakmadan, olguyu araştırma dışı bırakabilir. Bununla birlikte kayıtlarınız kurumun yerel etik kurul komitesine ve Sağlık Bakanlığına açık olacaktır. Hassas olabileceğiniz kişisel bilgileriniz, yalnızca araştırma amacıyla toplanacak ve işlenecektir. Çalışma verileri, herhangi bir yayın ya da raporda kullanılırken bu yayınlarda isminiz kullanılmayacak ve veriler izlenerek size ulaşılamayacaktır.

Araştırmayı yürüten Sorumlu Hekimler:

- 1.Dr.Nur Seda Vural TLF: 05447656163
- 2.Prof.Dr.Mesut Akarsu TLF: 05055250971
- 3.Prof.Dr. Pembe Keskinoglu TLF 0533 254 56 31

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri okudum. Bunlar hakkında bana yeterli yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarda söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Hastanın:

Adı-Soyadı	Yer-Tarih	İmza
------------	-----------	------

Tanıklık edenin :

Adı-soyadı	Yer-tarih	İmza
------------	-----------	------

EK 2

İNFLAMATUVAR BAĞIRSAK HASTALARINDA HASTALIKLA İLGİLİ BİLGİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİNE YÖNELİK KISA SORU ANKETİ

Aşağıdakilerin, hastalığınızın gelişme riskini nasıl etkilediğini düşünüyorsunuz?

Ailenizin başka bireylerinde daha önceden Crohn hastalığı olması

Arttırır Azaltır Etkilemez Bilmiyorum

Ailenizin başka bireylerinde daha önceden ulcerative colitis hastalığı olması

Arttırır Azaltır Etkilemez Bilmiyorum

Sebze yemek

Arttırır Azaltır Etkilemez Bilmiyorum

Egzersiz yapmak

Arttırır Azaltır Etkilemez Bilmiyorum

Sigarayı bırakmak

Arttırır Azaltır Etkilemez Bilmiyorum

İçki içmek

Arttırır Azaltır Etkilemez Bilmiyorum

Yağlı yiyecekler yemek

Arttırır Azaltır Etkilemez Bilmiyorum

Bağırsak spazmı yaşamak

Arttırır Azaltır Etkilemez Bilmiyorum

Aşağıdakilerin, hastalığınızın şiddetini nasıl etkilediğini düşünüyorsunuz?

Stress

Kötüleştirir İyileştirir Etkilemez

Bilmiyorum

Sigara içmeye başlamak

Kötüleştirir İyileştirir Etkilemez

Bilmiyorum