

T.C.
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

Ayşe TÜRK

İNFLAMATUVAR BAĞIRSAK HASTALIĞI TANISI ALMIŞ 13-18
YAŞ ÇOCUK HASTALARIN BESLENME BİLGİ DÜZEYLERİNİN
YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Şadiye DUR

İSTANBUL, 2022

T.C.

**İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Ayşe TÜRK
184003162**

**İNFLAMATUVAR BAĞIRSAK HASTALIĞI TANISI ALMIŞ 13-18
YAŞ ÇOCUK HASTALARIN BESLENME BİLGİ DÜZEYLERİNİN
YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ**

**DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Şadiye DUR**

İSTANBUL, 2022

T.C
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

**Y Ü K S E K L İ S A N S
T E Z O N A Y I**

ÖĞRENCİNİN

Adı ve Soyadı : Ayşe TÜRK Öğrenci No : 184003162
Anabilim/Bilim Dalı : Hemşirelik Tez Savunma Tarihi : 16/05/2022
Danışman : Dr. Öğr. Üyesi Şadiye DUR Tez Savunma Saati : 12:00
Tez Konusu: “İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı Tanısı Almış 13-18 Yaş Çocuk Hastaların Beslenme Bilgi Düzeyinin Yaşam Kalitesine Etkisi”
“TEZ SAVUNMA SINAVI, Lisansüstü Öğretim Yönetmeliği’nin 28.Maddesi uyarınca yapılmış, sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin KABULÜ’ne OYBİRLİĞİ/OYÇOKLUĞUYLA karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Dr. Öğr. Üyesi Şadiye DUR Okan Üni Dışı (Danışman) (İzmir Demokrasi Üniversitesi)	KABUL	
Doç. Dr. Gülzade UYSAL Okan Üni. Üye	KABUL	
Doç. Dr. Duygu SÖNMEZ DÜZKAYA Okan Üni. Dışı (Tarsus Üniv.)	KABUL	

YEDEK JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Prof. Dr. Gülçin BOZKURT Okan Üni. Dışı (İÜ- Cerrahpaşa)		
Dr. Öğr. Üyesi Ceren AYCANOĞLU Okan Üni. Üye		

ÖZET

İNFLAMATUVAR BAĞIRSAK HASTALIĞI TANISI ALMIŞ 13-18 YAŞÇOCUK HASTALARIN BESLENME BİLGİ DÜZEYLERİNİN YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ

Bu araştırma inflamatuvar bağırsak hastalığı (İBH) olan adölesanlarda beslenme bilgi düzeyi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirilmiştir. Araştırma örneklemini Nisan 2021-Aralık 2021 tarihleri arasında S.B.Ü. Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi çocuk gastroenteroloji poliklinik ve kliniğine başvuran 13-18 yaş arası 102 İBH'lı adölesan oluşturdu. Veriler adölesanların beslenme bilgi düzeylerini ölçen Beslenme Bilgi Düzeyi Formu ve Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ) kullanılarak elde edildi. Araştırma bulguları SPSS 25 paket programında uygun istatistiksel yöntemlerle değerlendirildi.

Araştırmaya katılan 102 adölesanın %54,90'ı kız olup yaş ortalaması $15,05 \pm 1,64$ aralığındadır. Adölesanların %55,88'i ülseratif kolit, %44,12'si crohn tanısı almıştır. Adölesanların hastalıkla ilgili diyet uygulayanların sayısı 29 iken, beslenme konusunda eğitim alanların oranı ise %30,39'dur. Adölesanların beslenme bilgi düzeylerine ilişkin puan ortalaması ($37,40 \pm 4,45$) ve ÇİYKÖ Ölçek Toplam Puanı ($70,71 \pm 15,57$) orta düzeyin üstünde bulundu. Beslenme Bilgi Düzeyi değerlendirme formunda, en yüksek oranda doğru cevap verilen madde (%96,08) "Ev yapımı yoğurtların tüketimi tercih edilmelidir" olmuştur. En yüksek oranda yanlış cevap verilen madde; "Protein hayvansal gıdalardan (et, süt, peynir vb.) alınmalıdır" (doğru yanıt oranı %4,9) ifadesi olmuştur. Adölesanların beslenme bilgi düzeyi formu ve yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puanlar cinsiyetlere göre değerlendirildiğinde Çocuklar İçin Yaşam Kalite Ölçeğinin (ÇİYKÖ) alt boyutu olan "Fiziksel Sağlık Toplam Puanı (FSTP)" erkeklerin, kızlara oranla anlamlı derecede yüksek bulundu ($p < 0,05$). Beslenme Bilgi Formu ve ÇİYKÖ alt boyutları ana öğün atlama durumuna göre değerlendirildiğinde, ana öğün atlayanların psikososyal sağlık toplam puanı (PSTP), okul işlevselliği, sosyal işlevsellik, duygusal işlevsellik puanları ana öğün atlamayanlara göre anlamlı derecede düşük olduğu görüldü ($p < 0,05$). ÇİYKÖ toplam puan ortalaması ise ana öğün atlayan

adölesanların, ana öğünlerini atlamayanlara göre ÇİYKÖ toplam puanları anlamlı derecede düşük olduğu saptandı ($p<0,05$).

Araştırmadan elde edilen bulgular sonucunda beslenme bilgi düzeyi puanı, sosyodemografik özellikler ve hastalık semptomları ile ilişkili yaşam kalitesi ölçeği alt boyutların etkilendiği görüldü. Ancak beslenme bilgi düzeyi puanı ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı.

Anahtar Kelimeler: Adölesan, Beslenme, Çocuklar için Yaşam Kalitesi, Ölçeği, İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı,



ABSTRACT

THE EFFECT OF NUTRITIONAL KNOWLEDGE LEVELS ON QUALITY OF PATIENTS AGED 13-18, DIAGNOSED WITH INFLAMMATORY BOWEL DISEASE

This research was carried out as a descriptive study to examine the relationship between nutritional knowledge level and quality of life in adolescents with inflammatory bowel disease (IBD). The research sample was collected from S.B.Ü between January 2021 and December 2021. It consisted of 102 adolescents with IBD between the ages of 13-18 who applied to the pediatric gastroenterology outpatient clinic and clinic of Ümraniye Training and Research Hospital. The data were obtained by using the Nutrition Knowledge Level Form, which measures the nutritional knowledge level of adolescents, and the Quality of Life Scale for Children (PILQL), and were evaluated with appropriate statistical methods in the SPSS 25 package program.

54.90% of the 102 adolescents participating in the study were girls and the mean age was between 15.05 ± 1.64 years. 55.88% of the adolescents were diagnosed with ulcerative colitis and 44.12% with Crohn's. While the number of adolescents who follow a diet related to the disease is 29, the rate of those who receive training in nutrition is 30.39%. The mean score regarding the nutritional knowledge level of the adolescents (37.40 ± 4.45) and the PIDQQ Total Scores (70.71 ± 15.57) were found above the medium level. In the nutritional knowledge level evaluation form, the item with the highest percentage of correct answers (96,08%) was "Homemade yogurt should be consumed". The item with the highest rate of wrong answers; The expression "Protein must be obtained from animal foods (meat, milk, cheese, etc.)" (correct response rate 4.9%). When the scores of the adolescents on the nutritional knowledge level form and the quality of life scale were evaluated according to gender, the "physical health total score (FSTP)", which is a sub-dimension of the Childhood Quality of Life Scale (PILQ), was found to be significantly higher in boys than in girls ($p < 0.05$). When the nutritional information form and PIDQ sub-dimensions were evaluated according to the status of skipping the main meal, it was observed that the psychosocial health total score (PSTP), school functionality, social functionality, and emotional functionality scores of those who skipped the main meal were significantly lower than those who did not skip the main

meal ($p<0.05$). . On the other hand, it was determined that the total scores of the PDQQ scores of the adolescents who skipped the main meals were significantly lower than those who did not skip the main meals ($p<0.05$).

As a result of the findings obtained from the research, it was seen that the sub-dimensions of the nutritional knowledge level score, sociodemographic characteristics and the quality of life scale associated with disease symptoms were affected. However, there was no statistically significant difference between the nutritional knowledge level score and the quality of life.

Keywords: Adolescent, Nutrition, Children's Quality of Life Scale, Inflammatory Bowel Disease,



ÖNSÖZ

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım, sabrını ve desteğini eğitimim boyunca hissettiğim çok değerli hocam Doç. Dr. Gülzade UYSAL'a

Yüksek lisans tezimin her aşamasında desteğini esirgemeyen, bilgi ve deneyimleriyle rehber olan, titizlik ve sabırla tezimin her aşamasında büyük emeği olan, karşılaştığım her sorunumda desteğini esirgemeyen çok değerli tez danışmanım Dr. Öğr.Üyesi Şadiye DUR'a

Tez çalışmam sırasında verilerin toplanma aşamasında desteklerini esirgemeyen başta Uzm. Dr. Nelgin GERENLİ ve Doç. Dr. Esra POLAT olmak üzere Asist. Dr. Fulden Kavas, Asist. Dr. Işıl İnanc ve tüm ekibe,

Lisansüstü eğitime başlamama vesile olan, tez sürecinde beni yalnız bırakmayan, bilgi ve deneyimlerini esirgemedi paylaşan sevgili arkadaşım Güldan KAHVECİ'ye,

Hayatımın her döneminde destekleriyle yanımda olduklarını hissettiren, beni cesaretlendiren aileme,

En içten teşekkürlerimi sunarım.

Ayşe TÜRK

BEYAN

Bu çalışmanın, kendi tez çalışmam olduğunu, tezde kullanılan bilgileri etik kurallar içinde elde ettiğimi, daha önce üretilmiş olan ve yararlandığım bütün bilgi, fikir ve yorumları akademik kurallar içinde kullandığımı ve kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

Ayşe TÜRK

İÇİNDEKİLER

SAYFA NO

ÖZET	ii
ABSTRACT	iv
ÖNSÖZ	vi
BEYAN	vii
İÇİNDEKİLER	viii
TABLolar LİSTESİ	x
SİMGELER / KISALTMALAR DİZİNİ	xi
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1 İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı Tanımı	5
2.2 İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı Tarihçesi	6
2.3 İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı Epidemiyolojisi	6
2.4 İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı Etiyolojisi	7
2.4.1 Genetik Faktörler	7
2.4.2 Çevresel Faktörler	8
2.4.3 Sosyoekonomik Durum	8
2.4.4 İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı ve Anne Sütü	9
2.5 İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı Çeşitleri	9
2.5.1 Crohn Hastalığı	9
2.5.2 Ülseratif Kolit	10
2.6 İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı Tedavisi	12
2.7 İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı Komplikasyonları	12
2.7.1 Büyüme Geriliği	13
2.7.2 Abdominal Ağrı	31

2.7.3 Kanama.....	14
2.7.4 Diyare.....	14
2.7.5 İştah ve Kilo Kaybı	15
2.7.6 Ateş.....	15
2.8. Adölesanlarda Beslenme	15
2.8.1. İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı Olan Adölesanlarda Beslenme Kuralları.....	16
2.8.1.1. Süt Ürünü alımı Azaltılması	16
2.8.1.2. Karbonhidrat Tüketiminin Azaltılması.....	16
2.8.1.3. Posa Lif Tüketimi.....	17
2.8.1.4. Yağ Tüketiminin Azaltılması.....	17
2.8.1.5. Protein Tüketimi.....	18
2.9. İnflamatuvar Hastalığında Enteral Beslenme.....	18
2.10. İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı Olan Adölesanlarda Malnütrisyon....	19
2.11. Yaşam Kalitesi.....	19
2.11.1. İnflamatuvar Bağırsak Hastalığının Adölesanların Yaşam Kalitesine Etkisi.....	20
2.11.2. İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı Yönetiminde İBH Hemşiresinin Görev-Sorumlulukları ve Önemi	21
2.12.1 Dünyada İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı Hemşireliği	21
2.12.2 Ülkemizde İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı Hemşireliği.....	22
3. GEREÇ VE YÖNTEM	
3.1. Araştırmanın Tipi	24
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	24
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	24

3.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	25
3.5. Veri Toplama Araçları.....	26
3.5.1. Aile Bilgi Formu	26
3.5.2. Adölesan Bilgi Formu	26
3.5.3. Adölesan Beslenme Bilgi Formu	26
3.5.4. Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ)	27
3.6. Verilerin Toplama Aracının Ön Uygulaması	28
3.7. Verilerin Toplanması.....	28
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	29
3.9. Araştırmanın Etik Boyutu	29
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	29
4. BULGULAR.....	30
5. TARTIŞMA.....	52
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	63
KAYNAKLAR	66
EKLER	76

TABLÖLER LİSTESİ

SAYFA NO

Tablo 1. Ülseratif kolit ve crohn hastalığı arasındaki farklar.....	11
Tablo 2. İBH Tanısı Almış Adölesanların ve Ebeveynlerinin Tanıtıcı Özellikleri... ..	30
Tablo 3. İBH Tanısı Alan Adölesanların Demografik Özellikleri ve Hastalık Özellikleri.....	31
Tablo 4. Adölesanların Beslenme Bilgi Düzeyi Formundaki İfadelere Verilen Yanıtlar.....	33
Tablo 5. Adölesanların Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Beslenme Bilgi Düzeyi Anket Puan Ortalama Sonuçlar.....	34
Tablo 6. Adölesanların Beslenme Bilgi Düzeyi ve Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanların Cinsiyete Göre Karşılaştırılması... ..	35
Tablo 7. Adölesanların Beslenme Bilgi Düzeyi ve Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanların Hastalık Tanısına Göre Karşılaştırılması... ..	37
Tablo 8. Adölesanların Beslenme Bilgi Düzeyi ve Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanların Beslenme Eğitimi Alma Durumuna Göre Karşılaştırılması... ..	38
Tablo 9. Adölesanların Beslenme Bilgi Düzeyi ve Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanların Ana Öğün Atlama Durumuna Göre Karşılaştırılması... ..	39
Tablo 10. Adölesanların Beslenme Bilgi Düzeyi ve Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanların Yemek Yeme Korkusu Durumuna Göre Karşılaştırılması... ..	41
Tablo 11. Adölesanların Beslenme Bilgi Düzeyi ve Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanların Diyet Uygulama Durumuna Göre Karşılaştırılması.....	43

Tablo 12. Adölesanların Beslenme Bilgi Düzeyi ve Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karın Ağrısı Durumuna Göre Karşılaştırılması	44
Tablo 13. Adölesanların Beslenme Bilgi Düzeyi ve Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanların İshal Olma Durumuna Göre Karşılaştırılması	45
Tablo 14. Adölesanların Beslenme Bilgi Düzeyi ve Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanların Dışkıda Kan Olması Durumuna Göre Karşılaştırılması... ..	47
Tablo 15. Adölesanların Beslenme Bilgi Düzeyi ve Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanların Ekonomik Durumuna Göre Karşılaştırılması	48
Tablo 16. Adölesanların Beslenme Bilgi Formu ve Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanların Ailede İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı Tanısı Alma Durumuna Göre Karşılaştırılması	50
Tablo 17. Yaşam Kalitesi Ölçek Düzeyleri ile Adölesan beslenme Bilgi Puan Düzeylerinin Karşılaştırılması	51

SİMGELER/ KISALTMALAR DİZİNİ

BDÖ	: Beck Depresyon Ölçeği
CH	: Crohn Hastalığı
ÇİYKÖ	: Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ECCO	: Avrupa Crohn ve Kolit Derneği (European Crohn's and Colitis Organisation)
ESPGHAN	: Avrupa Pediatrik Gastroenteroloji, Hepatoloji ve Beslenme Derneği
FODMAP	: Fermente Oligo-, Di- ve Mono-Sakkaritler Ve Polyoller
GİS	: Gastrointestinal Sistem
IOM	: Amerikan Ulusal Bilimler Akademisi Tıp Enstitüsü
İBH	: İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı
NSAİİ	: Nonsteroidal Antiinflamatuar
OSB	: Otizm Spektrum Bozukluğu
PEM	: Protein enerji malnutrisyonu
PCDAI	: Pediatrik Crohn Hastalığı Aktivite İndeksi
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
TÜBER	: Türkiye beslenme Rehberi
ÜK	: Ülseratif Kolit

1. GİRİŞ

Gastrointestinal sistem (GİS), ağızdan anüse kadar özofagus, mide ve ince-kalın bağırsakları içine alan bir sistemdir. Bu sistem tükürük bezleri, pankreas ve karaciğer ile birlikte çalışarak, vücudun dengede kalmasını sağlayan sistemin en önemli parçalarından birini oluşturur (1, 2). GİS'in en önemli fizyolojik görevleri arasında gıda alımı sonrası sindirim, emilim, motilite, sekresyon ve eliminasyon gibi işlevleri bulunmaktadır (2). Yetişkin ve çocuklarda GİS hastalıkları oldukça fazla görülmektedir. Çocuklarda görülen GİS hastalıkları, etiyolojileri ve görülme sıklığı bakımından yetişkinlerden farklılık göstermektedir (1).

İnflamatuvar bağırsak hastalıkları (İBH) bağırsak mikroflorasına karşı gelişen anormal immün yanıtın neden olduğu, ataklar ve iyileşme dönemleri ile devam eden kronik bir hastalıktır (3, 4). İBH crohn (CH) ve ülseratif kolit (ÜK) olmak üzere iki ana alt gruba ayrılmaktadır (3). CH ağız, özofagus, mide, bağırsak ve anüse kadar olan bölgelerdeki mukozayı etkilerken, ÜK ise sadece kolon mukozasını etkilemektedir (5). İBH'nın görülme sıklığı yer, zaman, kişi ve sosyoekonomik faktör gibi etkenlere bağlı olarak farklılık göstermektedir (6). Hastalığın sebebi tam olarak bilinmesede bireylerin genetik yatkınlığı ve çevresel faktörlerden etkilenmesi sonucu sindirim sistemi florasının bozulması İBH'na neden olduğu düşünülmektedir (7, 8).

İnflamatuvar bağırsak hastalığı Kuzey Amerika ve Kuzey Avrupa'da daha sık görülmektedir. Günümüzde, İBH'nın görülme sıklığı özellikle gelişmekte olan ülkelerde arttığı gözlenmiştir (8). Ülkemizde İBH hastalarında, Tozun ve arkadaşlarının (2009) yapmış olduğu çalışmada ÜK insidansı 4.4/100.000, CH insidansı 2.2/100.000 olarak bildirilmiştir (9). Dünya'da genel olarak çocukluk çağında CH ve ÜK hastalığının görülme oranı oldukça artmıştır (4). Dünya genelinde, İBH insidans ve prevalansını belirlemek için yapılan bir çalışmada 1950-2010 yılları arasındaki veriler değerlendirilmiştir. En yüksek yıllık ÜK insidansı Avrupa'da 24.3/100.000, Kuzey Amerika'da 19.2/100.000, Asya ve Orta Doğu'da 6.3/100.000 olarak bulunmuştur. CH insidansı yıllık olarak en yüksek, Kuzey Amerika'da 20.2/100.000, Avrupa'da 12.7/100.000, Asya ve Orta Doğu'da 5/100.000 olarak saptanmıştır (10).

Crohn hastalığı adölesan dönemde daha sık görülürken, ÜK daha çok 10-18 yaşları arasında görülmektedir (4). Çocuklarda, son yıllarda rutin kolonoskopi ve

endoskopi yapılması sonucu GİS hastalıklarında tanı konması, farkındalığı arttırmıştır (1).

Beslenme; büyüme, gelişme, sağlığın korunması ve yaşam kalitesinin artırılması için vücudun günlük ihtiyacı olan makro besinler (proteinler, yağlar, karbonhidratlar) ve mikro besinlerin (vitaminler, mineraller, iz elementler) belirli miktarlarda alınmasıdır (11, 12). Beslenmede rafine gıdalar, yüksek yağ ve şeker oranına sahip besinlerin tüketimi İBH riskini arttırmaktadır. Sebze ve meyve tüketiminin yüksek olduğu beslenme şekli İBH riskini azaltırken, işlenmiş veya hazır gıdaların tüketimi İBH riskini artırmaktadır (13). İBH’da besin alımının azalması, buna bağlı olarak malnütrisyon riskinin artması, çocuk ve adolesanlarda beslenme durumunun yakından takip edilmesini gerektirmektedir (14). İBH’ da oral alımda azalma, emilim bozukluğu ve ciddi oranda protein kaybı ile beraber bağırsakta bakteri üremesini artırarak yetersiz beslenmeye sebep olmaktadır (15).

Çocukluk yaş grubu, büyüme ve gelişmenin çok hızlı gerçekleştiği bir süreç olduğundan İBH’nın remisyon süresi, atakların sıklığı ve tedavisi büyük bir önem taşımaktadır (16). İBH’nda alevlenme dönemlerinde meydana gelen atakların sıklığını belirleyen en önemli etkenlerden biri beslenmedir (11). Sağlıklı beslenme, hastalığın komplikasyonları ve atak sıklığını azaltmaktadır. Sağlıklı beslenme sonucu İBH’lı adolesanlar remisyonla erken ulaşmakta ve remisyon süresinin uzamasına neden olmaktadır (17). Beslenme, İBH’nda etkili bir tedavi yöntemi olarak kullanılmaya başlanmıştır. Çocuklarda yan etkisi olmayan, steroid alımını azaltan enteral beslenme, tedavide ilk seçenek olarak kullanılmaktadır (11, 18).

Beslenme tedavisinin temel amacı; malnütrisyonun engellenmesi ve tedavisi, büyüme ve gelişmenin sağlanması, yaşam kalitesinin artırılması ile beraber iyileşmenin sağlanmasıdır. İBH’nın aktif dönemde şiddeti, hastalığın seyri ile beraber artan karın ağrısı, mide bulantısı, kusma gibi belirtiler sebebi ile, besin almayı reddetmekte ve diyet sınırlamaları ile beraber besin alımında azalma görülmektedir (14).

İnflamatuvar bağırsak hastalığının tedavisinde amaç, hastalığın yan etkilerini azaltarak, çocukların fiziksel ve mental gelişimini sürdürmek aynı zamanda hastalığın sebep olduğu şikayetleri önlemektir (19). Beşer ve arkadaşlarının (2015) İBH tanılı çocukların uzun süreli izlemi 53 olgunun değerlendirildiği çalışmada tanının erken konulması ve uygun tedaviyle iyileşme sürecinde kalan hastalarda iltihaplanma durumu

ve büyüme geriliğinin düzeldiği görülmüştür (7). İBH tedavisindeki bir diğer amaç öncelikle hastalığın şiddetli seyrettiği dönemlerinde inflamasyonun baskılanması, iyileşmenin sağlanması ve sürdürülmesidir. Aynı zamanda inflamasyona bağlı komplikasyonların (malnütrisyon, büyüme geriliği, anemi, geç puberte, osteoporoz vb.) önlenmesi, ayrıca en önemli amaçlarından olan hastanın sosyal gelişimini sağlayarak yaşam kalitesini üst seviyeye çıkarabilmektir (14). Werkstetter ve arkadaşları (2012) tarafından İBH tanılı çocuklarda yaşam kalitesini değerlendirildiği bir çalışmada hareketliliğin fiziksel sağlık üzerinde olumlu etkilerinin yanı sıra, ruh sağlığına da fayda sağlayabileceği bildirilmiştir. Aynı çalışmada fiziksel egzersizin gelişim çağındaki olan çocukların kas kütlesi gelişiminde, fiziksel ve zihinsel gelişiminde çok önemli bir rolü olduğu bildirilmiştir (20).

Çocukların gelişim döneminde İBH tanısı almaları hastalığın fiziksel, duygusal ve sosyal semptomları ile mücadele etmeleri psikososyal sıkıntılara sebep olurken yaşam kalitesinin azalmasına sebep olmaktadır (21, 22). İBH tanısı olan çocuklarda sosyal hayata uyum sorunları, anksiyete ve depresyon görülmektedir (23, 24). Anksiyete ve depresyon durumunu tespit edip, uyum problemlerini çözme becerisini kazanması ve geliştirmesinde yardımcı olunmalı aynı zamanda duygu durumunu incelemek için yaşam kalitesinin değerlendirilmesi gerekmektedir (23).

İnflamatuvar bağırsak hastalıkları tedavisi multidisipliner bir yaklaşım gerektirmektedir. Ekip hemşire, diyetisyen, doktor, sosyal hizmet uzmanı ve psikologdan oluşmaktadır (25). Ekipte önemli bir yere sahip olan hemşireler, sorunları erken tespit ederek, hastaların karşılaştıkları sorunları yönetmeleri konusunda yetenekleri ve deneyimlerini kullanarak hastayı desteklemelidir (26).

İnflamatuvar bağırsak hastalığı hemşireliği ülkemizde yeni uzmanlaşmaya başlamış bir hemşirelik alanıdır. Ayrıca İBH tanısı almış çocuk hastalarla yapılan araştırmalar oldukça sınırlıyken, beslenme bilgi düzeylerinin yaşam kalitesine olan etkilerini inceleyen bir araştırmaya rastlanmamıştır. Çocuklardaki İBH tanısı ve tanı sonrası başlayan tedavi süreci çocuklarda psikososyal problemlere yol açmaktadır. Çocukların düzenli bir şekilde hastane yatışlarının olması sosyal hayatlarını etkileyerek yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir.

Bu problemlerle baş etme becerisini kazandırma konusunda destek sağlanmalıdır. Araştırmamız, İBH tanısı almış çocuk ve ailesine iyi planlanmış hemşirelik danışmanlığı sağlayarak, doğru beslenme konusunda destek olacağı düşünülmüştür. Bu çalışmada, İBH tanısı almış 13-18 yaş çocuk hastaların beslenme bilgi düzeyleri ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkilerin saptanması amaçlanmıştır



2. GENEL BİLGİLER

2.1. İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı Tanımı

İnflamatuvar bağırsak hastalıkları (İBH); etiyoloji ve patogenezi tam olarak bilinmeyen, remisyon ve alevlenmeler ile devam eden, gastrointestinal sistemin çeşitli bölgelerini tutabilen kronik inflamatuvar hastalıklardır (27).

İnflamatuvar bağırsak hastalığı temel olarak ülseratif kolit ve crohn hastalığı olarak iki ana alt hastalığı içine alan, insidansı her geçen gün artan kronik bir hastalıktır (28, 29).

2.2. İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı Tarihçesi

İnflamatuvar barsak hastalığı etyolojisi henüz tam olarak bilinemesede intestinal mukozanın kronik inflamasyonu ile karakterize yaşam boyu süren bir hastalık olarak tanımlanmaktadır (30).

Ülseratif kolit ilk kez antik Yunanistan'da Hipokrat, kronik ishal ve kanlı dışkı ile karakterize bir durum olarak tanımlanmıştır. Bu semptomların kalın bağırsağın ülserasyonu ve inflamasyonu ile ilişkili olduğu düşünülmüştür. 1600'lerde Dr. Thomas Sydenham bu hastalığa “kanlı akış” adını vermiştir. Bağırsak hastalığı ile ilgili literatürdeki ilk tanım ise 1793'te Matthew Baillie tarafından yapılmıştır. Daha sonra ÜK ayrı bir hastalık olarak 1859'da Dr Samuel Wilks tarafından literatüre kazandırılmıştır (31, 32).

Crohn hastalığı ilk olarak 1913 yılında Dr. Kennedy Dalziel hastalarda ince ve kalın bağırsak inflamasyonu bildirene kadar tanımlanmamıştır. Dr. Burrill Crohn, Dr. Leon Ginzburg ve Dr. Gordon Oppenheimer 1932 yılında terminal ileumun inflamasyonuna neden olan, terminal ileit olarak adlandırdıkları bir durumu anlatan makaleler yayınlamıştır. Bu hastalık daha sonra Crohn hastalığı olarak adlandırılmaya başlanmıştır (31).

2.3. İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı Epidemiyolojisi

İnflamatuvar bağırsak hastalığı çocuklarda görülme sıklığı son zamanlarda oldukça artmıştır (4). İBH'nin insidans ve prevalansı coğrafi yerleşime, etnik grup ve ırklara bağlı olarak değişiklik göstermektedir. Kuzey Avrupa, Amerika ve İskandinav ülkelerinde daha fazla görülmektedir. İBH Afrika ve Avustralya'da daha az sıklıkla görülürken, beyaz ırk ve Yahudi ırkında daha fazla görülmektedir. Aynı zamanda sosyokültürel düzeyi yüksek olan şehirde yaşayanlarda, kırsalda yaşayanlara oranla daha fazla görülmektedir (19, 33).

İnflamatuvar bağırsak hastalığının epidemiyolojik çalışmalarında daha çok yetişkin hasta verileri bulunurken, çocuk hastalara ait epidemiyolojik veriler oldukça az sayıdadır. İBH tanısı almış çocuk hastalarda epidemiyolojik veriler; tanı almadaki zorluklar, verilerin yetersiz olması ve tanısız imkanların farklı olması nedeni ile yetişkinler kadar net değildir. Son yıllarda çocuk yaş grubunda İBH farkındalığının artması, tanısız alanda imkanların artışıyla sağlanmıştır (34). Tanı koymada girişimsel işlem olan endoskopi ve kolonoskopi işlemindeki gelişmeler çocuklarda yaşamın ilk yıllarından itibaren İBH tanısı almasını sağlamaktadır (35).

İnflamatuvar bağırsak hastalığı tanısını çocuklar daha çok ergenlik döneminde almaktadır (36). Çocuklarda İBH insidansını belirleyen geniş çaplı araştırmalar olmamasına karşın, hastalık oranında belirgin bir artış gözlenmektedir. Batı ülkelerindeki çocuklarda CH insidansı 0.2-8.5/100.000 iken, ÜK insidansı 0.5-4.3/100.000 olarak bildirilmiştir (37). İBH'nin en çok görüldüğü ülkelerden olan Kanada'da yapılan bir çalışmada 1994 ve 2009 yılları arasında çocuklarda İBH insidansı 100.000 çocukta 9.4'ten 13.2'ye yükseldiği görülmüştür (38).

Ülkemizde, çocuk ve yetişkinlerin dahil olduğu Tozun ve arkadaşlarının (2009) toplam 12 merkezin katılımı ile 877 İBH hastasının katıldığı çalışmada CH insidansı 2.2/100000, ÜK insidansı 4.4/100000 olarak bildirilmiştir (9). Aynı zamanda Ozin ve arkadaşları (2009) tarafından 702 İBH hastanın katıldığı çalışmada ÜK tanısı alan hasta oranı %72,2 iken CH tanısı almış hasta oranı %27,8 olduğu bildirilmiştir (39).

Benchimol ve arkadaşlarının (2011) yapmış olduğu bir çalışmada incelenen 169 makalenin %77,8'inde İBH sıklığında artış olduğu gözlenmiştir (38). İnflamatuvar

bağırsak hastalığındaki bu artış, sağlık hizmetlerine ulaşımın kolay olması, hastalık ile ilgili farkındalığın artması, gerekli tetkik, taramaların başarılı bir şekilde uygulanması ve batılı yaşam tarzının benimsenmesi İBH'ı artıran önemli faktörler arasında yer almaktadır (40).

2.4. İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı Etiyolojisi

İnflamatuvar bağırsak hastalıklarında etiyoloji tam olarak bilinmemektedir. Genetik, çevresel ve immün sistem gibi birçok faktörün etkileşimi ile gelişen bağırsak florasında bozulma ve anormal immün yanıtın rol oynadığı düşünülmektedir (33, 31).

2.4.1. Genetik Faktörler

İnflamatuvar bağırsak hastalığında yapılan aile ve ikiz çalışmalarında genetik faktörlerin çok büyük önem taşıdığı bildirilmiştir (41). Özellikle ikizlerde Musevilerde ve beyaz ırkta görülme oranı oldukça yüksek olduğu saptanmıştır. Bu artış özellikle birinci derecede akrabası İBH olan bireylerde görülme oranının %10 daha fazla olması, hastalığın genetik faktörlerle ilişkili olduğunu destekleyen bulgulardır (42). Araştırmalar sonucu yapılan analizlerde 160 genin İBH'na sebep olduğu tespit edilmiştir. Bununla beraber İBH'na sebep olan yeni gen mutasyonları araştırılmaya devam edilmektedir (43).

İnflamatuvar bağırsak hastalığı olan aileler incelendiğinde CH tanılı bireylerin birinci dereceden akrabasında CH hastası olma riski %2,2-%16,2 arasında iken, İBH olma riski %5,2-22,5 arasında bulunmuştur. Çocuklarda İBH görülme oranı daha yüksek olduğu gözlenmiştir. ÜK'li hastaların birinci dereceden akrabaların ÜK olma riski %5,7-15,5 iken, İBH olma riski %6,6-%15,8'dir (44).

Tek yumurta ikizlerinde her iki ikizin de çift yumurta ikizlere oranla İBH ile daha uyumlu olduğu bildirilmiştir (45). Orhlom ve arkadaşlarının (2000) çalışmasında tek yumurta ikizlerinde her iki ikizinde İBH olma oranı CH için %58,3 iken ÜK için %18,2 olduğu bildirilmiştir, çift yumurta ikizlerinde ise bu oran CH için %0 ve ÜK için %4,5 olduğu bildirilmiştir (46)

2.4.2. Çevresel Faktörler

İnflamatuvar bağırsak hastalığı patogeneğinde birden fazla etken, risk faktörü olarak kabul edilmektedir. En önemli etkenlerden biri olarak çevresel faktörler kabul edilmektedir. İBH oluşumunda etkili olan en önemli çevresel faktörler; sigara içilmesi, non-steroid anti-inflamatuvar ilaçlar (NSAİİ), oral kontraseptif kullanılması, diyet, stres, anne sütü kullanımı, apendektomi ve geçirilen enfeksiyonlardır (34, 47).

Sigara içilmesi ÜK hastalığının görülme sıklığının azalmasına sebep olurken, crohn hastalarında hastalığın seyrinin daha kötüye gitmesine (örneğin fistül, darlık) sebep olmaktadır. Crohn da sigaraya maruz kalmak komplikasyonları artırarak hastalığın klinik seyrinin komplike ilerlemesine sebep olmaktadır (48, 49). Nikotin ya da sigaranın yan ürünleri direk mukozal immün yanıtları, bağırsak geçirgenliğini, düz kas tonusunu ve mikro damarları büyük oranda etkilediği bildirilmiştir (49).

Sigara içen veya pasif tütün dumanına maruz kalan çocukların ÜK'e karşı korunduğu bildirilmiştir. Annenin hamile iken sigara içmesi yada doğumda sigara dumanına maruz kalmış olması İBH gelişimi özellikle CH için yüksek risk faktörü olduğu saptanmıştır (50). Erken yaşta sigara kullanımına başlamış olmak özellikle crohn hastalığını tetikleyen etkenlerden biridir (51). Aynı zamanda erken yaşlarda başlayan antibiyotik kullanımı bağırsakta bulunan bakterilere karşı olan doğal süreci etkilediği için İBH'na yol açmaktadır (52).

İnflamatuvar bağırsak hastalığı, gelişmiş ülkelerde yaygın görülme nedenleri arasında fazla hijyenik olma durumu olarak tanımlanmaktadır. Kişilerin kirli yaşam tarzından daha az mikrobiyal karşılaşma, temiz ve güvenli gıdaya ve suya ulaşma, daha yaygın antibiyotik kullanma kirli yaşam tarzından temiz bir yaşam tarzına geçilerek hijyen sağlanmaktadır. Hijyenik olma durumu çocukluk çağı enfeksiyon hastalıkları azalırken; bağışıklık sistemi uyarılmadığından CH ve ÜK başta olmak üzere otoimmün ve kronik inflamatuvar hastalıklarında artışa sebep olduğu bildirilmiştir (53).

2.4.3. Sosyoekonomik Durum

İnflamatuvar bağırsak hastalığı sosyoekonomik düzeyi yüksek batı ülkelerinde fazla görülürken, az gelişmiş doğu ülkelerde daha az görülmektedir (54). Sosyoekonomik

refah düzeyine ulaşmış ülkelerin değişen yaşam tarzları ile beraber modern yaşam tarzının getirdiği (stres, ilaç kullanımı gibi) etkenler bağırsak mikrobiyota yapısını bozarak aktivitesinde olumsuz değişimlere sebep olmaktadır (55, 11).

Sosyoekonomik durumu iyi olan bireyler çocukluk çağlarında iyi korunduklarından dolayı mikrobiyal karşılaşma daha az gerçekleşmektedir. Bu nedenle bağırsak mikrobiyotası iyi korunmamakta ve çocuklar kronik İBH'na karşı daha duyarlı olmaktadır (55).

2.4.4. İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı ve Anne Sütü

Anne sütünün yenidoğan bağırsak mikrobiyotası üzerine etkisi oldukça önemlidir. Özellikle yaşamın ilerleyen dönemlerinde bağışıklık sebebi ile oluşan hastalıkların (inflamatuvar bağırsak hastalığı, astım, tip 1 diyabet) ortaya çıkmasını engeller (56). Anti-inflamatuvar özelliğe sahip olan anne sütü, laktoferrin LPS, PAF-asetil hidrolaz gibi bakteriyel toksinlere bağlanır ve parçalayarak, IL-10 ve TGF-1 inflamatuvar lökositleri düzenler (57). Anne sütü ile ilgili birçok araştırma yapılmıştır. İçeriğinde bulunan whey proteini kazein, büyüme faktörleri, immünoglobülinler, anti-inflamatuvar ve anti-infektif etkisi olduğu bildirilmiştir (33). Anne sütü alımının İBH oluşumunda koruyuculuğu ile ilgili 2017 yılında yapılan 35 çalışmanın yer aldığı meta-analize göre anne sütünün CH ve ÜK riskini düşürmekte çok önemli etkisi olduğu bildirilmiştir (58, 59)

2.5. İnflamatuvar Bağırsak Hastalıkları Çeşitleri

İnflamatuvar bağırsak hastalığı, nedeni bilinmeyen, kronik tekrarlayan, GİS'in tutulum yerine, belirti ve bulgulara ki farklılık sebebi ile CH ve ÜK olmak üzere iki alt gruba ayrılmaktadır (60, 11).

2.5.1. Crohn Hastalığı

İnflamatuvar bağırsak hastalıklarından biri olan CH, ağız, özofagus, mide, bağırsak ve anüse kadar bütün GİS'in herhangi bir bölümünü tutan bir hastalıktır. CH kronik kendini tekrarlayan alevlenme ve iyileşme süreçlerini içeren klinik bir durumdur (61, 51). CH, GİS'de duvarı tutan, mukozada açıklık oluşturarak hasar meydana getiren

bir hastalıktır (5). CH hastalığının etiyolojisi tam olarak bilinmemekte ancak ortaya çıkmasında genetik faktörlerin etkili olduğu bilinmektedir (61).

Crohn hastalığında, semptomlar değişiklik göstermektedir. Bunlar genellikle mide bulantısı, kusma, ateş, kronik ishal, kilo kaybı ve çocukluk yaş grubunda büyüme geriliği olarak gözlenmiştir. İnflamasyon bağırsaklarda hasar, fissür, fistül ve apse gibi perianal komplikasyonlara sebep olmaktadır (62, 63).

Crohn hastalığı, artan katabolizma ile artmış olan enerji ihtiyacı karşılanmadığı için hastada yüksek oranda protein-enerji malnütrisyonuna (PEM) yol açmaktadır. Bu nedenle, hastaların tedavisinde beslenme desteği çok önemli bir yere sahiptir. Özellikle, adolesan hastalarda remisyonun sürdürülmesi, büyüme ve gelişme geriliğini engellemek için enteral nutrisyon uygulanmaktadır (64). Crohn hastalığında tedavinin amacı cerrahi komplikasyonları önlemek ve hastalığın ilerlemesini engelleyerek hastanın uzun süre remisyonunda kalmasını sağlayarak yaşam kalitesini artırmaktır (65).

2.5.2. Ülseratif Kolit

Ülseratif kolit; inflamatuvar bağırsak hastalığının alt tiplerinden biridir (66, 67). Etiyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte hastalığa genetik yatkınlık, immünolojik ve çevresel faktörlerin sebep olduğu düşünülmektedir. Hastalık ataklar ve remisyon süreçlerinin birbirini takip ettiği süreçlerden oluşmaktadır (68). ÜK, kolon mukozasında çoğunlukla rektumu tutarken, kolonun proksimal alanına doğru bütün bölümlerine dağılarak bu alanlarda inflamasyona neden olan inflamatuvar bir hastalıktır.

En sık karşılaşılan semptomlar diyare, kanlı mukuslu dışkılama, karın ağrısı, sürekli ıkınma hissi ve sıkışmadır. Hastalığın şiddetli dönemlerinde bu semptomların beraberinde ateş ve kilo kaybı da görülmektedir. ÜK'te aynı zamanda eklem, göz ve cilt gibi ekstraintestinal tutulumlar da görülmektedir (66, 67, 48).

TABLO 1: Ülseratif kolit ve crohn hastalığı arasındaki farklar

	Ülseratif Kolit	Crohn Hastalığı
Epidemiyoloji	Ani başlangıçlı; 15-30 arasında pik yapar. Kadın>Erkek	Sinsi başlangıçlı; 15-40 yaşları arasında pik yapar. Kadın>Erkek
BELİRTİLER ve BULGULAR		
Abdominal Ağrı	Aralıklı, hafif kramplı hassasiyet	Kramp tarzında karın ağrısı
Kitle Varlığı	Hayır	Yaygın
Kanama	Yaygın	Ara sıra
Perianal lezyonlar	Hayır	Üçte bir oranında perianal apseler veya fistüller gelişir.
Hastalığın Devamı Prognoz	İlk ataktan sonra %75-80 relaps; Genellikle hafiften orta düzeyde hastalıktır. Hastalık oluşuktan 7-8 yıl sonra biyopsi ile beraber kolonoskopi, önerilir çünkü kolon kanseri riski artar.	Tekrarlayan, ilerleyen; Tipik olarak tedaviden /fistüllerin ya da apselerin düzelmesinden 7 yıl sonra cerrahi gelişir.
Diyare	Sık, sulu, kanlı ve mukuslu gaita	En sık tekrarlayan bulgudur özellikle rektal tutulumda
Kilo Kaybı	Şiddetli diyare ile	Yaygın

Kaynak: Başkan B.,2015, Friedman L.S., McQuaid and et.al 2007 :108-113 (7,39)

2.6. İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı Tedavisi

İnflamatuvar bağırsak hastalığı bireylerin yaşam kalitesini olumsuz etkileyen kronik bir hastalıktır. İBH tedavisine başlamadan önce hastalık türünün CH ya da ÜK olduğu tespit edilmelidir. Tedavi başlamadan önce semptomlar dikkatli gözlenmeli ve belirli testlerin yapılması ile hastalığın tutulum yeri, hastalığın şiddeti tespit edilmelidir (48, 27). Adölesan tedavi edilirken yaşı, hastalığın şiddeti, büyüme ve gelişimine etkisi aynı zamanda hastanın psikososyal durumu gibi etkenler göz önünde bulundurulmalıdır (34, 69).

Adölesanda İBH tedavisinde amaç; komplikasyonları önleyerek remisyon süresini uzatmak ve hastalığın yan etkilerini en aza indirmektir. Hastanın beslenmesinin düzeltilmesi ile normal büyüme seviyesini yakalayarak, yaşam kalitesini iyileştirip hastanın psikososyal gelişimini sağlamaktır (33). İBH’da tedavi ilaç tedavisi, cerrahi tedavi ve beslenme tedavisi seçeneklerinin kombinasyonu ile gerçekleşmektedir. Tedavide öncelikli amaç iyilik halini sürdürmeyi sağlayarak, hastanın bedensel ve ruhsal gelişimini destekleyip yaşam kalitesini akranları seviyesinde olmasını sağlamaktır (34, 69).

Hastanın ihtiyaç duyduğu enerji ve besin öğeleri planlanmalı, bununla birlikte oluşabilecek halsizlik, malnütrisyon, protein enerji metabolizmalarında oluşabilecek herhangi bir problemin önüne geçilmelidir. İBH tanısı alan hastaların doğru beslenme bilgisine sahip olması tedavinin temelini oluşturacaktır (11).

2.7. İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı Komplikasyonları

İnflamatuvar bağırsak hastalığında tedaviler düzenli bir şekilde uygulanmasına rağmen komplikasyonlar oldukça sık görülmektedir. Hastaneye başvuru şikayetleri farklılık gösterirken, hastalığın şiddeti değişkenlik göstermektedir. İBH tanısı alan hastalar sıklıkla ishal ve karın ağrısı şikayetleri ile hastaneye başvururken, aynı zamanda iştahsızlık kilo kaybı, ateş ve yorgunluk gibi semptomlar da göstermektedir. Ülseratif kolitin en belirgin semptomu mukuslu ya da mukussuz kanamalardır (34, 31). Crohn hastalarında ise daha çok kilo almada azalma, gelişme geriliği, fissür, fistül, kanama, perforasyon ve apse en çok görülen komplikasyonlardır (31).

2.7.1. Büyüme Geriliği

Büyüme, adölesanlarda sağlıklı gelişimin en önemli göstergesidir. İBH tanılı çocuklarda büyüme geriliği en önemli komplikasyonlarından biridir. İBH adölesanlarda ilk olarak büyüme geriliği ve ergenliğin gecikmesi görülmektedir. İBH'nın süreci kadınlarda daha ağır seyrederken, büyüme geriliği ve ergenlikte gecikme erkeklerde daha belirgin olduğu gözlenmiştir (70).

Büyüme geriliği karın ağrısı, uzun süreli steroid kullanımı ve kronik inflamasyona bağlı olarak gelişen beslenme yetersizliği sonucu gelişir. Yağ dokusunda azalmaya ve sonrasında puberte sürecinde normal gelişim için gerekli olan leptin hormonu azalır. Ve buna bağlı olarak malnütrisyon görülür (71, 72). İBH tanısı olan çocukların büyüme geriliği konusundaki endişeleri yaşam kalitelerini, psikososyal gelişim ve eğitimlerini etkilemektedir. Çocukta ergenliğin geç başlaması yaşitlarına kıyasla büyümenin gecikmesi ve boy kısalığı ergenlikten yetişkinliğe geçiş sürecinde birçok olumsuzluğa neden olmaktadır (72).

Çocuk için gerekli olan normal büyümenin sağlanması için beslenme durumu, büyüme ve ergenlik durumunun değerlendirilmesi ve doğru bir şekilde yorumlanması çocukların bakımından sorumlu (doktor, hemşire, diyetisyen, pedagog vb) herkes için öncelikli olmalıdır (72, 71).

2.7.2. Abdominal Ağrı

İnflamatuvar bağırsak hastalığında kronik karın ağrısı en önemli semptomlardan biridir. Bazı hastalarda sadece karın ağrısı hastalığın belirtisi olabilir. Ağrı semptomunun doğru teşhis edilememesi ve ağrısına çözüm bulunamayacağı düşüncesi ağrının yönetimini olumsuz etkilemektedir İBH olan adölesanlarda karın ağrısı hastalığın her aşamasında sıklıkla görülmektedir. Bundan dolayı ağrı ya da ağrı korkusu İBH'lı adölesanlarda yaşam kalitesini bozmaktadır (73, 74).

2.7.3. Kanama

İnflamatuvar bağırsak hastalığında GİS kanamalar küçük ya da büyük kanamalar şeklinde görülebilmektedir. Ülseratif kolitte kanlı ishal ve abdominal ağrının beraber kendini gösterdiği bir durumdur (75).

Gastrointestinal kanama sonucu anemi, hemodinamide bozulma ve bilinç kaybı görülebilmektedir. Yetişkinlerde kanamalar kolon ve rektal divertikülit daha sık görülürken, çocuklarda nadir görülen bir durumdur. Çocuklarda GİS kanamaları daha çok anal fissür, enterik enfeksiyon, alerjik kolit, ve juvenil polipler nedeni ile oluşmaktadır (76). Gastrointestinal kanamalar adölesanların hastaneye daha çok yatmalarına sebep olurken adölesanların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilenmektedir (77).

2.7.4. Diyare

İnflamatuvar bağırsak hastalığı semptomlarından biri olan diyarenin birçok sebebi bulunmaktadır. Sebebi tam olarak bilinmeyen diyarenin, bakterilerin normalden fazla olması, safra asidi veya ileumun bir bölümünün alınmasına bağlı olarak geliştiği düşünülmektedir. İshalin şiddeti ve sıklığı, bağırsak iltihabının yerine bağlı olarak elektrolit takviyesi yada hastaneye yatışı gerektiren durumlar görülmektedir (78, 27).

İnflamatuvar bağırsak hastalığı olan adölesanlarda diyare, yaşam kalitesini olumsuz etkileyen semptomlarından biridir. Diyare, İBH'nın alt grubuna, iltihabın yeri, şiddeti ve yayılım bölgesine göre klinik durumu farklılık göstermektedir (79).

Ülseratif kolit hastalığında diyare, şiddetli kanamalar dışkı ve kan ile birlikte görülmektedir. ÜK'te semptomlar öncesinde diyare ilk olarak görülmektedir. Crohn da ise diyare hastalığın her aşamasında sıklıkla görülebilen bir semptomdur (27). Ülseratif kolitte hastaların %77'si diyare olurken, crohn hastalığında hastaların %82'si diyare nedeni ile hastaneye başvurmaktadır (80).

2.7.5. İştah ve Kilo Kaybı

İnflamatuvar bağırsak hastalığında en sık görülen semptomlardan biri yetersiz beslenmedir. Yetersiz beslenme ÜK ve CH'nda çok sık karşılaşılan bir durumdur (81).

Crohn hastalığında özellikle sağ kolon tutulumu ile beraber abdominal bölgede hassasiyet ve spazm oluşmaktadır. Besin alımı sonrasında peristaltizm uyarıldığı için kramp tarzı ağrılar görülmektedir. Hasta oral alımı sonrasında kramp tarzı ağrıları yaşamamak için besin alımını azaltmaktadır. Bu nedenle hastada ciddi oranda iştahsızlık ve kilo kaybına sebep olmaktadır. Ülseratif kolite oranla CH'da kilo kaybı daha fazla görülmektedir (82, 27).

2.7.6. Ateş

İnflamatuvar bağırsak hastalığı tanısı almış adölesanlarda genellikle ateş düşük seyreder. Şiddetli ÜK atakları sırasında ateş olabilir. Ateşle birlikte titreme, anemi ve hipoalbuminemiye bağlı olarak halsizlik, yorgunluk görülebilmektedir. Komplikasyonlar ilerlediğinde ateş yükselir ve gece terlemeleri ile birlikte görülebilmektedir (27).

2.8. Adölesanlarda Beslenme

Beslenme; büyüme, gelişme, sağlığın korunması ve sürdürülmesi, yaşam kalitesinin artırılması için vücudun ihtiyacı olan besin maddelerinin düzenli ve dengeli bir şekilde alınmasıdır.

Adölesan dönemi bireyin çocukluktan yetişkinliğe geçtiği, fiziksel büyüme ve gelişimini en hızlı tamamladığı bu nedenle besin ve enerjiye en çok ihtiyaç duyduğu bir dönemdir. Adölesanın ihtiyaç duyduğu besin ögesi ve enerji cinsiyet, fiziksel aktivite ve vücut ağırlığına göre değişiklik göstermektedir (83, 84).

Adölesan dönemini sağlıklı ve dengeli beslenerek geçiren çocuklar hastalıklardan korunurken, ileri yaşlarda karşılaşılabilecekleri hastalıkların en aza inmesi sağlanır. Adölesanın beslenme durumu; sağlığı, büyüme ve gelişimi hakkında bilgi verirken aynı zamanda yetersiz beslenme durumunun tespit edilerek önlem alınmasını sağlamaktadır (66).

2.8.1. İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı Olan Adölesanlarda Beslenme Kuralları

İnflamatuvar bağırsak hastalığı tanısı alan adölesanlarda semptomların görüldüğü dönemde enerji ve mikro besin öğelerinin alımının yetersiz olduğu tespit edilmiştir. İBH'nda yetersiz besin alımına sebep olan birçok önemli faktör mevcuttur. İBH olan adölesanlar atakları tetikleyen yiyeceklerden uzak kalmak için diyet kısıtlaması yaparken, karın ağrısı, mide bulantısı, kusma gibi semptomlar sebebi ile besin alımını azaltmaktadır. Bu nedenle çinko, bakır gibi eser elementlerin eksikliği görülmekte ve bundan dolayı tat duyusu değişimi ve sitofobi (yeme korkusu) besin alımını zorlaştırmaktadır (85).

2.8.1.1. Süt Alımı Azaltılması

Süt, içeriğinde bulunan protein, laktoz, yağ, mineraller ve vitaminler ile oldukça zengin bir maddedir. Sadece sütte bulunan süt proteini olan kazein ve süt karbonhidratı olan laktoz sütin besin değerini artırmaktadır (11).

Laktoz ince bağırsakta bulunan laktaz enzimi aracılığı ile sindirilerek glikoz ve galaktoza dönüştürülerek emilir. Laktaz enzimi eksikliği ya da yetersiz çalışması laktoz intoleransına sebep olmaktadır. Sindirimi gerçekleşmeyen laktoz, ince barsak ve kolonda bulunan bakteriler tarafından fermente edilerek karbondioksit, metan, kısa zincirli yağ asitleri ve hidrojen oluşumuna neden olmaktadır. Bu nedenle laktoz içeren besinler tüketildiğinde ishal, gaz, karın ağrısı, şişkinlik ve bulantı görülmektedir (86, 87). Laktoz intoleransı, ÜK'e göre CH hastalığında daha çok görülmektedir. İBH ve laktoz intoleransı belirtileri benzerlik gösterdiği için karıştırılabilir. Bu nedenle hastanın özellikle atak dönemlerinde laktoz intoleransı tanısını tespit edebilmek için iki hafta laktoz sınırlaması uygulanmalıdır (11).

2.8.1.2. Karbonhidrat Alımının Azaltılması

İnflamatuvar bağırsak hastalığı seyrini etkileyen mekanizmalardan biri karbonhidrat mekanizması olduğu bilinmektedir (11). Karbonhidrat alımı sonucunda sindirim sistemi bozukluğu ve semptomların şiddetinde artış olduğu gözlenmiştir (29).

İnflamatuvar bağırsak hastalığında semptomların giderilmesi ve remisyon

süresinin uzaması için diyet önerileri geliştirilmiştir (88). İBH’da önerilen diyetlerden biri olan, kısa zincirli emilimi az, fermente edilebilir disakkarit, monosakkarit, oligosakkarit ve polioller (FODMAP) yönünden düşük olan diyetdir. Sindirimi gerçekleşmeyen karbonhidratlar bağırsak lümeninde sıvı artışına sebep olarak osmolariteyi artırır. Bu sıvı artışı nedeniyle karın ağrısı, gaz, şişkinlik, ishal ve karın ağrısı gibi belirtiler görülür. Bu nedenle FODMAP diyeti hastalığın iyileşmesinde rol oynadığı gibi semptomların azalmasına katkı sağlamaktadır (88, 17, 29).

2.8.1.3. Posa Lif Tüketimi

Lifler, çözünebilir ve çözünmeyen karbonhidratlardır. Lifli besinleri vücutta parçalayıcı enzimler olmadığı için sindirilemez yada emilmezler. Ancak bağırsakta bulunan bakteriler tarafından fermente edilerek liflerin sindirimi gerçekleşmektedir. Fermente olan ve çözünebilir lifler inülin, fruktooligosakkaritler, galakto-oligosakkaritler ve pektindir. Bunlar çavdar, sarımsak, kabuklu yemişler, yulaf ve soğanda bulunmaktadır. Sindirilebilir lifler bağırsakta hacim sağlayarak, dışkının kanaldan geçmesini sağlayarak GİS’in sağlığını korumaktadır (88, 29).

Lifli besinler kolonda fermantasyon sonucunda bağırsakta düzenleyici substrat olan kısa zincirli yağ asidini oluştururlar. Kısa zincirli yağ asitlerinden biri olan butirat; kolonda yer alan protein ile sindirimi gerçekleşmemiş polisakkaritlerin fermantasyonu sonucu oluşmaktadır. Butirat; su ile sodyumun emilmesini sağlarken, gastrointestinal hormonların üretimini artırır ve kan akışını düzenler. Ayrıca, lif bağırsakta toksik etki oluşturabilecek olan maddelere bağlanarak emilimini önlemektedir (88, 11).

2.8.1.4. Yağ Tüketiminin Azaltılması

Yağ asitleri, bağışıklık sistemi ve bağırsak mikrobiyotasını etkilemektedir. Beslenmede kullanılan yağlar, doymuş yağ asitleri, doymamış yağ asitleri ve trans yağ asitleri olarak üçe ayrılmaktadır. Doymamış yağ asitleri kendi aralarında tekli doymamış yağ asitleri ve çoklu doymamış yağ asitleri olarak ikiye ayrılır. Çoklu doymamış yağ asitleri içinde omega 6 (linoleik asit) ve omega 3 yağ asitleri olarak iki gruba ayrılmaktadır. Omega 6 zengin bitkisel yağlarda bulunurken, omega 3 ise yağlı balıklarda bulunmaktadır. Omega 6 ve omega 3 yağ asitleri metabolik olarak birbirinden farklı ve

zıt işlevler yapmaktadır (11, 88, 89).

Yağ asitleri arasında bağışıklık sistemini en iyi şekilde düzenleyen çoklu doymamış omega-3 yağ asitleridir. Günümüzde çok yaygın olan romatoid artrit, crohn hastalığı, ülseratif kolit, sedef hastalığı, multipl skleroz ve migren gibi inflamatuvar ve otoimmün hastalıkların tedavisi için yapılmış olan çalışmalarda balık yağı ve diyet desteğinin sağladığı faydalar araştırılmıştır (90, 11).

2.8.1.5. Protein Tüketimi

Protein, büyüme ve gelişme için gerekli olan amino asitlerin birleşmesinden oluşan en önemli besinlerden biridir. Proteinin kaynağı ve türüne göre vücutta kullanım süresi ve proteinden faydalanma oranı değişiklik göstermektedir (11). Çocuk ve ergenlerin sağlıklı bir büyüme ve gelişim sağlaması için en çok ihtiyaç duyduğu besin makro besin ögesi olan proteinlerdir (91). Hayvansal protein kaynakları, esansiyel aminoasitleri bulundurduğu için zengin ve kaliteli proteinler olarak bilinmektedir. Bitkisel protein kaynakları, esansiyel olmayan aminoasitleri içeren, düşük kaliteli proteinler olarak adlandırılmaktadır (92, 11).

İnflamatuvar bağırsak hastalığı etiyolojisinde fazla protein tüketiminin İBH'na olan etkileri tartışılmaktadır. Kırmızı ve beyaz etin fazla tüketilmesi İBH için büyük bir risk olduğu düşünülürken, özellikle salam, sosis gibi işlenmiş gıdaların fazla tüketimi CH hastalığında artışa neden olduğu düşünülmektedir (11). İBH hastalarında diyet kişiye özel belirlenirken, özellikle ülserlere bağlı vücutta protein kaybı ve malabsorbsiyonlar görülmektedir. Bundan dolayı kişiye özel protein kayıpları tespit edilerek diyet programı yapılmaktadır (93).

İnflamatuvar bağırsak hastalarında yetersiz beslenmeye bağlı ortaya çıkan protein enerji malnutrisyonu (PEM), CH ve ÜK'te en fazla görülen beslenme yetersizliğidir (94).

2.9. İnflamatuvar Bağırsak Hastalığında Enteral Beslenme

Enteral beslenme, sağlıklı ya da kısmen sağlıklı GİS'e sahip olmasına rağmen yeterli oral beslenme sağlayamayan bireylerin beslenme durumunu korumayı sağlamaktır. İBH'da yetersiz besin alımı, artan besin alma ihtiyacı, ilaç besin etkileşimi ve besin ögesi kaybına bağlı malnütrisyon sık karşılaşılan bir durumdur (5, 95, 96).

Malnütrisyon görülen çocukta, ilk olarak normal büyüme ve gelişmeyi sağlamak, mikro besin eksiklikleri gidermek ve hiperkatabolik durumu dengede tutabilmek için takviye besine ihtiyaç duyulmaktadır. Çocuklarda bu beslenme yetersizliğini gidermek için enteral nutrisyon (EN) önerilmektedir (36).

Enteral beslenme elemental, yarı elemental ve polimerik olmak üzere küçük parçalara bölünmüş besinlerden oluşan sıvı diyetdir. Enteral beslenme özellikle CH tanısı almış çocuklarda büyüme ve gelişmenin iyileştirilmesi, yetersiz beslenmenin önlenmesi ve tedavisi, yaşam kalitesinin iyileştirilmesi ve hastanın remisyon süresinin uzaması için kullanılan tedavi planının birinci basamağını oluşturmaktadır (90).

2.10. İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı Olan Adölesanlarda Malnütrisyon

İnflamatuvar bağırsak hastalığında PEM özellikle çocukları etkileyen çok önemli bir sorundur (97). İBH olan bireylerin malnütrisyon riski altında olma sebepleri, yetersiz beslenme, gıda alımı sonrası semptomların alevlenmesi ile bazı gıdaların alımının reddedilmesi ve tat alma duyusunun bozulması ile yemekten kaçınma davranışı yer almaktadır (98, 97). İBH hastalarında besin alımında azalma sonucu vitamin eksiklikleri de görülmektedir. Aynı zamanda bağışıklık fonksiyonlarında bozulma görülürken kas ve solunum fonksiyonları olumsuz etkilenir, yara iyileşmelerinde gecikme ve postoperatif komplikasyonlar görülmektedir. İBH, tanısı alan çocuklarda sıklıkla kilo kaybı görülürken, bunun sonucunda büyüme geriliği görülür (98).

2.11. Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi, kişinin fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik hali içinde olma durumudur. Aynı zamanda bireylerin aile içindeki ve sosyal çevrelerindeki ilişkilerini içine alan değerler ve kültür sisteminde kendini algılama biçimidir (82, 11). Dünya Sağlık Örgütü, kişilerin toplum içindeki kültür ve değerler sisteminde ilgi alanları, amaçları, beklentileri ve bulundukları yaşam standartlarında, kendilerini nasıl algıladıkları olarak yaşam kalitesini tanımlamıştır (99).

Dünya Sağlık Örgütünün sağlıklı yaşam kalitesini kişinin sadece hastalığının olmaması değil aynı zamanda bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak tam iyilik hali içinde olması olarak tanımlamaktadır. Bu tanımla beraber sağlık durumunda iyilik halini

değerlendirebilmek için araştırmalar da yaşam kalitesi kavramı sağlık hizmetleri uygulamasında yer almaya başlamıştır (11, 82).

2.11.1. İnflamatuvar Bağırsak Hastalığının Adölesanların Yaşam Kalitesine Etkisi

Yaşam kalitesi, kişilerin kendilerini hem ruhsal hem de bedensel olarak iyi hissetmesi durumudur. Yaşam kalitesini olumlu ya da olumsuz etkileyen birçok etken vardır. Sağlıkla ilişkili olan yaşam kalitesi kişinin sağlık durumunu değerlendiren, klinik girişimlerden ve kronik hastalıklardan etkilenen yaşam kalitesi kavramı olarak kabul edilmektedir (11). Yaşam kalitesi, bireylerin sağlık durumunun değerlendirilmesi ve tedavi etkilerini gözlemlemek için oldukça önemli bir sonuç ölçüm aracıdır (82). İBH gibi tedavisi ömür boyu süren kronik hastalıklar, birey ve ailesinin yaşam tarzını etkileyen önemli değişikliklere sebep olduğu için yaşam kalitesini doğrudan etkilemektedir (100).

İnflamatuvar bağırsak hastalığının çocuklarda hastalık yükünü değerlendirmek, hastanın tıbbi ve sağlık bakımını değerlendirmenin en iyi yolu yaşam kalitesini ölçmektir. Yaşam kalitesi çocukların hastalığa karşı algılarını ölçerek bunun yanında hastalık ile birlikte değişen fiziksel, duygusal, ve sosyal durumlarını anlamamıza yardım etmektedir (101). Çocukların gelişim döneminde kronik bir hastalıkla karşılaşmaları psikososyal sıkıntılar ve yaşam kalitesinin azalmasına sebep olmaktadır (102). İBH olan çocuklar sosyal hayatta karşılaştıkları uyum sorunları ve kronik hastalık ile baş etme süreci, anksiyete ve depresyona neden olmaktadır. Anksiyete ve depresyon durumunu tespit edip, uyum problemlerini çözme becerisini geliştirmesine yardımcı olunmalı aynı zamanda duygu durumunu, sosyal yaşantısını incelemek için yaşam kalitesinin değerlendirilmesi gerekmektedir (23).

İnflamatuvar bağırsak hastalığında sık hastane yatışları yanında ameliyat sonrası stoma takılması sonucu fiziksel görünümde değişikliğe bağlı çocukta utanç oluşmakta ve sosyal çevresi ile iletişimini kısıtlamaya yol açmaktadır. Aynı zamanda beden imajı, öz saygısı ve ruh hali olumsuz etkilenmektedir. Hastaneye sık başvuru ve sosyal kısıtlamaları sonucu önemli sayıda okula devamsızlık ve hareket kısıtlılığına neden olmaktadır (103).

İnflamatuvar bağırsak hastası olan çocuklar kronik hastalığın getirdiği olumsuz sonuçları yaşarken, aynı zamanda gelişim ve büyüme döneminde hastalığın sorunları ile mücadele etmesi gerekmektedir (100).

2.12. İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı Yönetiminde İBH Hemşiresinin Görev-Sorumlulukları ve Önemi

İnflamatuvar bağırsak hastalığı tanısı almış çocuk ve aile üyeleri çocuğun almış olduğu tanıdan dolayı yas yaşamaktadır. Ailenin kronik hastalığa karşı olan tepkisi, stres ve problemlerle baş etme yöntemleri çocuğun hastalıkla baş etme durumunu etkilemektedir. Bundan dolayı çocuk, aile ve sosyal çevresi sağlık personelleri tarafından beraber değerlendirilmelidir (100).

İnflamatuvar bağırsak hastalıkları tedavisi multidisipliner bir yaklaşım gerektirmektedir. İBH hastası olan bireylerin en iyi şekilde tedavi ve bakımlarının gerçekleştirilmesi için sağlık profesyonelleri olarak diyetisyenler, hemşireler, doktorlar, sosyal hizmet uzmanları ve psikologlar bu ekibin içinde yer almalıdır. Ekip içinde hemşireler doğrudan bakım ve sağlık profesyonelleri arasındaki irtibatı sağladığından oldukça önemli bir rolü vardır (25, 104).

İnflamatuvar bağırsak hastaları, bütün yaşamları boyunca semptomları farklı şiddetlerde yaşamaktadır. İBH tanısı almış çocuk ve ailesi için oldukça zor bir durumdur. Çocuk ve ailenin hastalığın komplikasyonlarını ve ciddiyetini anlamalarına yardımcı olunmalıdır (105). İBH hemşireleri, sorunları erken tespit ederek ve hastaların karşılaştıkları sorunları ve bu sorunları çözme yöntemleri konusunda bütün yetenekleri ve deneyimlerini kullanarak hastaları desteklemelidir (26).

2.12.1. Dünyada İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı Hemşireliği

İnflamatuvar bağırsak hastalığı multidisipliner yaklaşım gerektiren kronik bir hastalıktır. Uzman hemşireler bu ekibin en önemli üyesidir (106). İBH uzman hemşiresi, kişilere özgü disiplinli bir yaklaşım ile bireysel ihtiyaçları karşılarken, remisyon süresinin uzaması ve hastalık bilgisinin artmasında eğitici ve danışmanlık rolünü üstlenmektedir. Aynı zamanda gerekli olmayan hastane yatışlarını engelleyerek, maliyet avantajı sağlar

ve yenilikçi bir hizmet sunumu gerçekleştirir (27, 107).

İngiltere’de İBH hemşireliği 1990’larda gelişirken İBH hemşirelerinin sayısı 2005 yılından sonra artmıştır (25). İnflamatuvar barsak hastalıklarında dünya çapında büyük bir dernek olan Avrupa Crohn ve Kolit Derneği (European Crohn’s and Colitis Organisation – ECCO) aktif üyesi olan N-ECCO (Nurses-European Crohn’s & Colitis Organisation) adlı kuruluş; hemşire eğitimi ve hemşirelerin uluslararası iletişim fırsatı sağlamak amacıyla 2007 yılında kurulmuştur (104). Los Angeles’ta Kaliforniya üniversitesi, 2012 yılında İBH merkezi tarafından Hemşirelik Yüksekokulu öğrencileri için ilk defa İBH konusunda eğitim programı düzenlemiştir. Düzenlenen bu programda İBH tanısı, tedavisi, semptomları ve hastalık yönetimi öğretilmiştir (108). Avustralya’da Queensland Üniversitesi’nde hemşirelik, ebellek ve sosyal hizmetleri bölümünde iki kredilik ders olarak bir dönem “İBH Yönetimi” dersi okutulmaktadır.

Birleşik Krallık’ta Aneurin Bevan Üniversitesi’nde İBH kliniğın de uzman İBH hemşireleri görev yapmaktadır. İBH hastalarına telefon ve elektronik posta ile danışmanlık yaparak tedavinin kontrolünü ve yönetimini sağlayarak hastaya hizmet eden ekip içinde iletişimi sağlamaktadır (25).

Avrupa’da İBH hemşireliği hasta bakımındaki becerisi, sorumluluğu, uzmanlık bilgisi, hastalık yönetimi ve liderlik gibi farklı rolleri uzun süredir kabul edilmektedir (11, 109).

2.12.2. Ülkemizde İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı Hemşireliği

Ülkemizde birçok alanda uzmanlık kazandıran lisansüstü ve sertifikalı programlar varken İBH alanında uzmanlık kazandıran yüksek lisans, doktora ve sertifika programı bulunmamaktadır (11).

Gastroenteroloji hemşireliği alanında ülkemizde Gastroenteroloji Hemşireliği Derneği ve Gastrointestinal Endoskopi Hemşireleri ve Teknisyenleri Derneği olmak üzere iki tane dernek bulunmaktadır. Bu dernekler birçok kongreler ve kurslar düzenlemektedir (110). İç Hastalıkları Hemşireliği dalında Gastroenteroloji Hemşireliği dersi lisans, yüksek lisans ve doktora programında yer alan “Sindirim Sistemi Hastalıkları

ve Hemşirelik Bakımı” dersleri İBH konusunda çok kapsamlı bilgiler içermemekle birlikte kişiye özel hasta bakımı konusunda yeterli değildir. İBH hemşireliği yeni bir alan olduğundan, alanda çalışan uzman İBH konusunda özel eğitim alan hemşireler bulunmamaktadır. Ülkemizde İBH hastalarının multidisipliner bir ekip içinde yeterli bilgi, beceri ve donanıma sahip aktif sorumlulukları olan uzman hemşirelere ihtiyaç vardır (25).

İnflamatuvar bağırsak hastalığı yaşam kalitesini önemli derecede etkilediği için alanında uzman hemşirelerin hastalara sağlayacağı danışmanlık ve eğitim desteği çok büyük önem taşımaktadır (11, 111).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma; İBH tanısıyla izlenen 13-18 yaş adölesanların beslenme bilgi düzeyinin yaşam kalitesine etkisini incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma İstanbul S.B.Ü. Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Gastroenteroloji Polikliniği ve Çocuk Gastroenteroloji Kliniğinde Nisan 2021- Aralık 2021 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Çocuk Gastroenteroloji Polikliniğinde 2 uzman doktor, 2 asistan doktor görev yapmaktadır. On yataklı olan Çocuk Gastroenteroloji Kliniğinde ise bir profesör, 2 uzman doktor, 5 asistan doktor ve 8 hemşire hizmet vermektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, İstanbul S.B.Ü. Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin Çocuk Gastroenteroloji Polikliniği ve Çocuk Gastroenteroloji Kliniğine Nisan 2021-Aralık 2021 tarihleri arasında İBH tanısı ile başvuru yapan çocukların (N= 121) tümü oluşturmuştur. Araştırmanın örneklem büyüklüğü için evreni temsil edilebilirliğini güvence altına almak ve veri toplama sürecinin sonunda güvenilir tahminler üretilmesini sağlamak amacıyla evreni bilinen örneklem formülü ile hesaplanmış ve örneklem sayısı (n=102) olarak belirlenmiştir.

Evreni oluşturan birim sayısı bilindiğinde örnek hacmi hesaplanırken aşağıda belirtilen formülden faydalanılmıştır.

$$n= N. t^2.p.q / d^2.(N-1) + t^2pq$$

$$n= 177.(1,96)^2.(0,5).(0,5)/ (0,05)^2.(177-1)+ (1,96)^2.(0,5).(0,5) =102$$

n: Örneklem alınacak birey sayısı

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer ($\alpha = 0.05$ için terik t değeri 1.96 olarak alınmıştır).

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı (olasılığı) (0,50 olarak alınmıştır)

q: İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı (1-p) (1-0,50= 0,50 olarak alınmıştır)

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen $\pm$ sapma (0,10 olarak alınmıştır)

Araştırma, Çocuk Gastroenteroloji Kliniği ve Polikliniğine başvuru yapan 13-18 yaş yaş aralığında İBH tanısı almış, araştırma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 102 adölesan ile tamamlanmıştır.

Örneklem seçim kriterleri;

- Çocuğun ve ebeveynin araştırmaya katılmaya gönüllü olması,
- Çocuğun 13-18 yaş aralığında olması,
- Çocuk gastroenteroloji kliniği, ve polikliniğinde inflamatuvar bağırsak hastalığı tanısı ile tedavi alması,
- Çocuk ve ebeveynin ruhsal - mental durumunun sağlıklı olması,
- Çocuğun görme, işitme ve konuşma probleminin olmaması,
- Çocuk ve ebeveynin Türkçe konuşup anlayabilmesi,

Örneklem dışlama kriterleri;

- Çocuğun/ebeveynin iletişim engelinin bulunması (konuşma ve işitme, mental, nörolojik sağlık problemleri)

3.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Araştırmada aşağıda verilen bağımlı ve bağımsız değişkenlerin alanları incelenmiştir.

Bağımlı Değişkenler: İnflamatuvar bağırsak hastalığı tanısı almış 13-18 yaş grubu adölesanların beslenme bilgi düzeyi testi puan ortalamaları ve yaşam kalitesi ölçeği toplam puan ortalaması araştırmanın bağımlı değişkenlerini oluşturmaktadır.

Bağımsız Değişkenler: İnflamatuvar bağırsak hastalığı tanısı almış 13-18 yaş grubu adölesanların cinsiyeti, eğitim düzeyi ve beslenme eğitimi alma durumu araştırmanın bağımsız değişkenlerini oluşturmaktadır.

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri, araştırmacı tarafından hazırlanan, ebeveynleri ve adölesanları tanıtıcı özelliklerini belirlemek için Aile Bilgi Formu (EK-2), Adölesan Bilgi Formu (EK-3) aynı zamanda adölesanların beslenme bilgi düzeylerini ölçmek amacıyla hazırlanan Adölesan Beslenme Bilgi Düzeyi Formu (EK-4) ve adölesanların yaşam kalitesini belirlemek için adölesan (13-18 yaş), Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKO) (EK-6) formu kullanılarak toplanmıştır.

3.5.1. Aile Bilgi Formu: Araştırmacı tarafından hazırlanan “Aile Bilgi Formu” araştırmaya katılan ebeveynlerin eğitim durumu, yaşı, ekonomik durumunu belirlemeye yönelik toplam 11 sorudan oluşmaktadır (EK-2).

3.5.2. Adölesan Bilgi Formu: Araştırmacı tarafından hazırlanan “Adölesan Bilgi Formu” araştırmaya katılan adölesanları tanımaya yönelik yaş, cinsiyet, aldığı tanı, boy, kilo ile ilgili tanıtıcı özellikleri kapsayan 16 sorudan oluşmaktadır (EK-3).

3.5.3. Adölesan Beslenme Bilgi Formu: Bu veri toplama aracı İBH tanısı almış adölesanlarda beslenme bilgi düzeylerini değerlendirmek üzere araştırmacılar tarafından literatürden yararlanılarak oluşturulmuştur (11, 13, 17, 29, 85, 88, 92). Süt ve süt ürünlerinin alımı, karbonhidratlı yiyeceklerin tüketimi, lifli gıdaların alımı, şekerli yiyeceklerin tüketimi, gazlı içeceklerin alımı, işlenmiş yiyeceklerin tüketimi, su alımı, beyaz et ve kırmızı et tüketimine yönelik 25 ifadeden oluşmaktadır.

Formda “Doğru”, “Yanlış” ve “Bilmiyorum/ Fikrim Yok” olarak yanıtlanan 25 ifade yer almaktadır. İfadelere “Doğru” ise (D), “Yanlış” ise (Y), “Bilmiyorum/Fikrim Yok” kısmına ise X işareti konularak yanıtlanması istenmiştir. Ankette; doğru yanıtlanan her bir ifade 2 puan, “Bilmiyorum/Fikrim Yok” yanıtlanan her ifadeye 1 ve yanlış yanıtlanan ifadeye 0 puan verilmiştir. Ankette yer alan ifadelerin yanıtları 2, 3, 5, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 15, 18, 19, 23 ve 25. ifadeleri için “Doğru”, 1, 4, 8, 9, 13, 16, 17, 20, 21, 22, ve 24. ifadeleri için “Yanlış” olacak şekilde yapılandırılmıştır. Formdan toplamda minimum 0 puan, maksimum 50 puan

alınmaktadır. Alınan yüksek puan, bilgi düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir (EK 4).

Araştırmacı tarafından hazırlanmış olan Adölesan Beslenme Bilgi Formundaki soruların anlaşılır ve uygunluğunu değerlendirmek için sekiz öğretim üyesinden görüş ve öneri alınmıştır. Önerilen düzeltmeler doğrultusunda bütün maddeler gözden geçirilerek forma son hali verilmiştir. Görüş ve önerileri alınan öğretim üyelerinin uzmanlık alanları; Gastroenteroloji ve Hepatoloji hastalıkları Prof. Dr (1 öğretim üyesi), Gastroenteroloji ve Hepatoloji hastalıkları Doç. Dr (2 öğretim üyesi), Gastroenteroloji ve Hepatoloji hastalıkları Uzman Dr (3 öğretim üyesi), İç Hastalıkları Hemşireliği Dr (1 öğretim üyesi), Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dr (1 öğretim üyesi) (EK-5).

Uzmanlardan her ölçek maddesi dil uygunluğunu 1-4 arasında bir puan vererek değerlendirmeleri istenmiştir (1 puan: uygun değil, 2 puan: biraz uygun/ifadenin uygun şekle getirilmesi gerekir, 3 puan oldukça uygun /uygun ancak değişiklik gerekir, 4 puan: ifadenin çok uygun/ifade olduğu gibi kalabilir).

Bu çalışmada bilgi formunun (Adölesan Beslenme Bilgi Formu) yapı geçerliliği indeksi %90 olarak bulunmuştur.

3.5.4. Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ)

Bu araştırmada adölesan dönemin yaşam kalitesi incelendiği için çocuklar için yaşam kalitesi ölçeği (Pediatric Quality of Life Inventory, PedsQL) kullanılmıştır. Ölçek Varni ve ark. (1999) tarafından adölesanların yaşam kalitesini ölçmek amacı ile geliştirilmiştir. Çakın Memik ve ark. (2005) tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ölçek Türkçe'ye Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ) adıyla çevrilmiştir.

ÇİYKÖ toplamda 23 maddeden oluşmaktadır. Bu maddeler fiziksel sağlık, duygusal işlevsellik, sosyal işlevsellik ve okul işlevsellik olmak üzere dört alt grupta yer almaktadır. Fiziksel sağlık toplam puanı (FSTP) 8, duygusal işlevsellik 5, sosyal işlevsellik 5, okul işlevselliği 5 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte puanlama 3 grupta yapılmaktadır. Birinci puanlama ölçek toplam puan (ÖTP) (23 madde), ikinci puanlama fiziksel sağlık toplam puanı (FSTP) (8 madde), üçüncü puanlama duygusal, sosyal, ve

okul işlevselliğini değerlendiren madde puanlarının hesaplanmasından oluşan psikososyal sağlık toplam puanı (PSTP) 15 madde olarak hesaplanmaktadır. Maddeler değerlendirilirken 0-100 arasında puanlar kullanılmaktadır. Ölçek beşli likert tipi olup sorular hiçbir zaman olarak işaretlenmişse 100, nadiren olarak işaretlendiyse 75, bazen olarak işaretlendiyse 50, sıklıkla olarak işaretlenmişse 25, hemen her zaman olarak işaretlenmişse 0 puan almaktadır. ÇİYKÖ toplam puanının yüksek olması, adolesanının sağlıklı ilgili yaşam kalitesinin yüksek olduğunu göstermektedir (EK-5). Çakın Memik ve ark. tarafından (2006) ÇİYKÖ'nün Türkçe güvenilirliğini değerlendirmede iç tutarlılık çalışması yapılmış ölçeğin Cronbach alpha katsayısı 0.93 olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada Cronbach alpha değeri ölçek toplam puanı için 0,91; FSTP için 0,85; PSTP için 0,87 olarak bulunmuştur.

3.6. Veri Toplama Aracının Ön Uygulaması

Bilgi formunun işlerliğini değerlendirmek için İstanbul S.B.Ü. Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin Çocuk Gastroenteroloji Polikliniği ve Çocuk Gastroenteroloji Kliniğine başvuruda bulunan örneklem seçim kriterlerine uyan 10 adolesan ve ebeveyne ön uygulama gerçekleştirilmiştir. Form içeriğindeki sorular uzman görüşlerinin önerileri dikkate alınarak araştırmacılar tarafından yeniden düzenlenmiştir. Ön uygulama yapılan adolesanlar çalışma kapsamına dahil edilmemiştir.

3.7. Verilerin Toplanması

Araştırmanın örneklem grubuna dahil edilen çocukların ebeveynleri ile tanışılarak çalışmanın amacı, süresi, çalışmaya katılmanın gönüllük esasına dayandığı, katılımlarını herhangi bir noktada sonlandırabilecekleri, verdikleri bilgilerin araştırma dışında kullanılmayacağı, anketlere isim yazmanın zorunlu olmadığı gibi açıklamalar yapıp, soruları varsa cevapladıktan sonra çalışmaya katılımları konusunda sözel ve yazılı onamları alınmıştır. Veriler çalışmaya katılmayı kabul eden, çocuk gastroenteroloji kliniğine yatan ve poliklinik kontrollerine gelen çocuk için hazırlanmış olan anketin yüz yüze doldurulması ile elde edilmiştir. Örneklem alınan çocuklardan veri toplama araçlarını sessiz ve boş ortamda kendisinin doldurması istenmiştir. Veri toplama anketinin toplam süresi ortalama 15-20 dk sürmüştür.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma sonucunda elde edilen veriler SPSS 25 paket programına aktarılıp uygun istatistiksel yöntemlerle analizler yapılarak incelenmiştir. Veriler değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel yöntem olarak (sayı, yüzde, standart sapma, ortalama) kullanılmıştır. Veri analizi öncesinde parametrik test yöntemlerine uygunluğunu belirlemek amacıyla birim sayıları nedeniyle Kolmogorov Smirnov Z testi uygulanmıştır. Gruplar arasındaki farklılıklar incelenirken değişkenlerin normal dağılım göstermemesi nedeniyle Mann-Whitney U testi ve Kruskal Wallis H testi kullanılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişki incelenirken normal dağılım göstermemesi nedeniyle Spearman Kolerasyon testi uygulanmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ düzeyinde kabul edilmiştir.

3.9. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yürütülebilmesi için veri toplama öncesi Okan Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna başvurularak yazılı izin (No: 133, Tarih: 17.02.2021) (EK-8) alınmıştır. Etik kurul onayı sonrası araştırmanın yapıldığı İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesinden gerekli kurum onayı (Sayı: E-15916306-604.01.02, Tarih: 06.04.2021) (EK-9) alınmıştır. Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ) için ilgili izinler mail yolu ile elde edilmiştir (EK-7). Veri toplama öncesinde çalışmaya katılmayı kabul eden adölesan ve ebeveynlerine araştırma konusunda bilgi verilerek yazılı ve sözlü onamları alınmıştır (EK-1).

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmadan elde edilen veriler sadece İstanbul ilinde bir eğitim ve araştırma hastanesi çocuk gastroenteroloji kliniği ve polikliniği bölümünde bulunan hastalar için geçerli olup İstanbul ili sınırları dışında bulunan hastanelere genellenemez. Elde edilen sonuçlar, verilerin toplandığı tarihlerde (Nisan 2021-Aralık 2021) araştırmanın yapıldığı hastaneye gelen ve gönüllü katılım gösteren hastaların yanıtları ile sınırlıdır.

4. BULGULAR

Tablo 2. İBH Tanısı Almış Adölesanların ve Ebeveynlerinin Tanıtıcı Özellikleri (n=102)

Özellikler		n	%
Görüşülen ebeveyn	Anne	79	77,45
	Baba	23	22,55
Anne öğrenim durumu	Okuryazar	11	10,78
	İlköğretim	55	53,92
	Lise	30	29,41
	Üniversite	6	5,88
Baba öğrenim durumu	Okuryazar	3	2,94
	İlköğretim	49	48,04
	Lise	36	35,29
	Üniversite	14	13,73
Ailenin gelir durumu	Gelir giderden fazla	10	79,80
	Gelir gidere eşit	60	58,82
	Gelir giderden az	32	31,37
Çocuğun anne sütü alma durumu	Evet	100	98,04
	Hayır	2	1,96
Ailede İBH tanısı alma durumu	Var	20	19,61
	Yok	82	80,39
Çocuğun tanı aldıktan sonra beslenme alışkanlığı değişiklik durumu	Evet	78	76,47
	Hayır	24	23,53
Annede kronik hastalık durumu	Var	15	14,71
	Yok	87	85,29
Baba kronik hastalık durumu	Var	16	15,69
	Yok	86	84,31
Anne yaş	Ort±SS 41,67±6,32 (Min- Maks) (30-65)		
Baba yaş	Ort±SS 45,80±6,26 (Min- Maks) (35-69)		

Araştırmaya katılan adölesan ve ailesine ilişkin tanıtıcı özellikler Tablo 2’de incelenmiştir. Araştırma kapsamındaki ebeveynlerin %77,45’ini anneler, %22,55’ini ise babalar oluşturmaktadır. Anne yaş ortalamasının 41,67±6,37, baba yaş ortalamasının

45,80±6,26 ile dağıldığı görülmüştür. Araştırmaya katılan annelerin %53,92'si yarıdan fazlası ilköğretim mezunu, %29,41 lise mezunu, %5,88'i üniversite mezunu olduğu belirlenmiştir. Babaların ise %48,04'ünün ilköğretim, %35,29'u lise mezunu, %12,75'i üniversite mezunu olduğu gözlenmiştir. Araştırma kapsamındaki ebeveynlerin %9,80'inin geliri giderden fazla, %58,82'sinin gelir gidere eşit ve %31,27'sinin gelir giderden az olduğu saptanmıştır. Araştırma kapsamındaki çocukların %98,04'ünün anne sütü aldığı, %19,61'inin ailesinde İBH teşhisi olduğu, %76,47'sinin çocuğu tanı aldıktan sonra beslenme alışkanlığının değiştiği, %14,71'inin annesinde, %15,69'unun babasında kronik hastalık öyküsü olduğu görülmüştür.

Tablo 3. İBH Tanısı Alan Adölesanların Demografik Özellikleri ve Hastalık Özellikleri (n=102)

Özellikler		n	%
Cinsiyet	Kız	56	54,90
	Erkek	46	45,10
Aile tipi	Çekirdek aile	82	80,39
	Geniş aile	16	15,69
	Parçalanmış aile	4	3,92
Çocuğa konulan tıbbi tanı	Ülseratif Kolit	57	55,88
	Crohn	45	44,12
Sürekli kullanılan ilaç durumu	Evet	77	75,49
	Hayır	25	24,51
Takviye gıda ürün kullanım durumu	Evet	30	29,41
	Hayır	72	70,59
Hastalıkla ilgili diyet uygulama durumu	Evet	29	28,43
	Hayır	73	71,57
Hastalığına yönelik beslenme konusunda eğitim alma durumu	Evet	31	30,39
	Hayır	71	69,61
Son 6 ayda kiloda yaşanan değişim	Evet	67	65,69
	Hayır	33	32,35
	Bilmiyorum	2	1,96

Ana öğün atlama durumu	Evet	59	57,84
	Hayır	43	42,16
Öğün atlama sebebi	Canım istemiyor	46	77,97
	Geç kalıyorum	6	10,17
	Zaman yetersizliği	6	10,17
	Zayıflamak için	1	1,69
Hastalık belirtisi nedeni ile yemek yeme korkusu (sitoloji)	Evet	44,00	43,14
	Hayır	58,00	56,86
Karın ağrısı	Evet	70,00	68,63
	Hayır	32,00	31,37
İshal durumu	Evet	38,00	37,25
	Hayır	64,00	62,75
Dışkıda kan	Evet	29,00	28,43
	Hayır	73,00	71,57
Yaş (yıl)	Ort±SS 15,05±1,64	(Min- Maks) (13-18)	
Boy (cm)	Ort±SS 1,42±1,85	(Min- Maks) (1,63-0,10)	
Kilo (kg)	Ort±SS 56,10±13,40	(Min- Maks) (30-97)	

Araştırmaya katılan adölesanların hastalık özelliklerine ilişkin dağılımlar Tablo 3'te incelenmiştir. Adölesanların yarıdan fazlası %54,90 kız, %45,10'u ise erkektir. Adölesanların aile yapısının tamamına yakını %80,39'u çekirdek aile, %15,69'unun geniş aile ve %3,92'si parçalanmış aile yapısına sahip olduklarını ifade etmişlerdir. İBH tanısı alan adölesanların %55,88'i Ülseratif Kolit, %44,12'si Crohn hastalığı teşhisi almıştır. Sürekli ilaç kullanan adölesanların oranı %75,49 iken, takviye gıda ürünü kullanan adölesanlar grubun %29,41'i olduğu saptanmıştır. Tanı aldıktan sonra diyet uygulayan adölesan oranı %28,43, beslenme konusunda eğitim alan %30,39' dur. Son 6 ayda kilo değişikliği olan adölesan oranının %65,69 olduğu, %57,84'ünün ana öğünleri atladığı ve ana öğün atlayanların %77,97'sinin canı istemediği için öğün atladığını, %43,14'ünün ise yemek yeme korkusu olduğu görülmüştür. Karın ağrısı şikayeti olan %68,63, ishal şikayeti yaşayan %37,25 ve dışkıda kan bulunan adölesan oranı ise %28,43'dür. Araştırmaya katılan adölesanların yaş ortalaması 15,05±1,64 (yıl), boy ortalaması 1,63±0,10 (cm) ve kilo ortalaması ise 56,10±13,40 (kg) arasında olduğu saptanmıştır.

Tablo 4. Adölesanların Beslenme Bilgi Düzeyi Formundaki İfadelere Verilen Yanıtlar (n=102)

Beslenme Durumu ile İlgili İfadeler	Doğru YanıtOranı	
	n	%
1. Hastalığın aktif döneminde süt ve süt ürünleri tüketilebilir. (Y)	42	41,18
2. Kepekli tahıl ekmeği, yulaf, muz, nohut, meyve ve pişirilmiş sebze yüksek orandalı bulunur. (D)	77	75,49
3. Lifli gıdalar hastalığın aktif döneminde yeteri kadar tüketilmelidir. (D)	39	38,24
4. Hastalığın aktif döneminde sebze ve meyve tüketimi kısıtlanmalıdır. (Y)	55	53,92
5. Hastalığın aktif döneminde probiyotik bakteri içeren gıdalar (kefir, yoğurt, turşu, tereyağı vb.) kullanılmalıdır. (D)	54	52,94
6. Ev yapımı yoğurtların tüketimi tercih edilmelidir. (D)	98	96,08
7. Hastalığın aktif döneminde yağlı ve şekerli (karbonhidratlı) yiyeceklerden uzak durulmalıdır. (D)	83	81,37
8. Fırınlanmış ya da ızgarada pişmiş gıdaları tüketmektense yağda kızartılmış gıdalar tüketilmelidir. (Y)	87	85,29
9. Fast-food gıda (ekmek arası döner, çiğ köfte, hamburger, patates kızartması, pizza vb.) tüketilebilir. (Y)	90	88,24
10. Balık, ceviz, keten tohumu, zeytin, zeytinyağı omega-3 yönü yönünden zengin yiyeceklerdir. (D)	92	90,2
11. Haftada en az 2 öğün balık tüketilmelidir. (D)	77	75,49
12. Az yağ kullanılarak hazırlanmış yiyecekler tüketilmelidir. (D)	91	89,22
13. Protein hayvansal gıdalardan (et, süt, peynir vb.) alınmalıdır. (Y)	5	4,9
14. Bol baharat içeren (pulbiber, karabiber, yenibahar, kimyon...) gıdalardan uzakdurulmalıdır. (D)	90	88,24
15. Steroid (kortizol) kullanımı sırasında tuzsuz gıdalar tüketilmelidir. (D)	53	51,96
16. Steroid (kortizol) kullanımı sırasında şekerli gıdalar tüketilmelidir. (Y)	48	47,06
17. Yiyecekler ile beraber gazlı içecekler tüketilebilir. (Y)	98	96,08
18. Hastalığın aktif döneminde yeterli miktarda (1,5lt-2lt) su tüketilmelidir. (D)	94	92,16
19. Hastalığın aktif döneminde şeker içeren gıdalar tüketilmemelidir. (D)	64	62,75
20. Beyaz et ürünleri (tavuk, hindi vb.) yerine kırmızı et ürünleri tüketilmelidir. (Y)	11	10,78
21. Hastalığın aktif döneminde sebzeler çiğ (pişirilmeden) olarak tüketilmelidir. (Y)	45	44,12
22. Hastalığın aktif döneminde kurubaklagil (nohut, fasulye vb) tüketilmelidir. (Y)	34	33,33
23. Aburcubur (patates cipsi, çiğköfte, sucuk, sosis ve çikolata) tüketilmemelidir. (D)	92	90,2
24. Hastalığın aktif döneminde meyve suyu, koyu kahve ve koyu çay içilebilir. (Y)	66	64,71
25. Hastalığın aktif olmayan döneminde lifli gıdalar tüketilebilir. (D)	57	55,88

Bu bölümde araştırmaya katılan IBH tanısı alan adölesanların “Adölesan Beslenme Bilgi Formu”ndaki ifadeleri doğru yanıtlama oranlarına ilişkin bulgulara yer verilmiştir (Tablo 4). En yüksek oranda doğru cevap verilen ilk madde (%96,08) “*Ev yapımı yoğurtların tüketimi tercih edilmelidir. (D)*” (6. Madde) olmuştur. En yüksek oranda doğru cevap verilen ikinci madde (%96,08) “*(Yiyecekler ile beraber gazlı içecekler tüketilebilir. (Y)*” (17. Madde) ifadesi olmuştur. En yüksek oranda doğru yanıt verilen üçüncü madde (%90,2) “*Abur cubur (patates cipsi, çiğköfte, sucuk, sosis ve çikolata) tüketilmemelidir. (D)*” ifadesi (23. Madde) olmuştur. En yüksek oranda yanlış cevap verilen birinci madde; “*Protein hayvansal gıdalardan (et, süt, peynir vb.) alınmalıdır. (Y)*” (doğru yanıt oranı %4,9) ifadesi (13. Madde) olmuştur. En yüksek oranda yanlış cevap verilen ikinci madde; “*Beyaz et ürünleri (tavuk, hindi vb.) yerine kırmızı et ürünleri tüketilmelidir. (Y)*” (doğru yanıt oranı %10,78) ifadesi (20. Madde) olmuştur. En yüksek oranda yanlış cevap verilen üçüncü madde; “*Hastalığın aktif döneminde kurubaklagil (nohut, fasulye vb.) tüketilmelidir. (Y)*” (doğru yanıt oranı %33,33) ifadesi (22. Madde) olmuştur. İnflamatuvar bağırsak hastalığı tanısı alan adölesanların beslenme bilgi düzeyi formuna ortalama %65 doğru cevap verdikleri görülmektedir.

Tablo 5. Adölesanların Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Beslenme Bilgi Düzeyi Anket Puan Ortalama Sonuçları (n=102)

ÇİYKÖ	n	Min.	Max.	Ort ± SS
Fiziksel Sağlık Toplam Puan (FSTP)	102	12,50	100,00	71,75±18,98
Duygusal İşlevsellik Puan (DİP)	102	10,00	100,00	62,01±21,71
Sosyal İşlevsellik Puan (SİP)	102	30,00	100,00	89,31±13,50
Okul İşlevselliği Puan (OİP)	102	0,00	95,00	59,12±22,38
Psikososyal Sağlık Toplam Puan (PSTP)	102	33,33	96,67	70,15±15,98
ÇİYKÖ Ölçek Toplam Puan (ÖTP)	102	30,43	95,65	70,71±15,57
Adölesan Beslenme Bilgi Puan (ABBP)	102	24,00	48,00	37,40±4,45

*ÇİYKÖ=Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi

(FSTP=Fiziksel sağlık toplam puanı, DİP= Duygusal işlevsellik puanı, SİP= Sosyal işlevsellik puanı, OİP= Okul işlevsellik puanı, PSTP= Psikososyal sağlık toplam puanı, ÖTP= Ölçek toplam puanı, ABBP= Adölesan beslenme bilgi puanı)

Araştırmaya katılan İBH tanısı almış adölesanların yaşam kalitesi ve beslenme bilgi düzeyi puan ortalamaları Tablo 5'te gösterilmiştir. Araştırmaya katılan adölesanların ölçekten ve beslenme bilgi düzeyi formundan aldıkları puanlara bakıldığında fiziksel sağlık toplam puan ortalaması (71.75 ± 18.98), duygusal işlevsellik puan ortalaması (62.01 ± 21.71), sosyal işlevsellik puanı ortalaması (89.31 ± 13.50), okul işlevsellik puan ortalaması (59.12 ± 22.38), psikososyal sağlık işlevsellik puan ortalaması (70.15 ± 15.98), ölçek toplam puan ortalama puanı (70.71 ± 15.57) ve adölesan beslenme bilgi düzeyi puan ortalaması (37.40 ± 4.45) olarak dağıldığı bulunmuştur.

Tablo 6. Adölesanların Beslenme Bilgi Düzeyi ve Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanların Cinsiyete Göre Karşılaştırılması (n=102)

ÇİYKÖ	Cinsiyet	Ort $\pm$ SS	Test	
			z	p
Fiziksel Sağlık ToplamPuan	Kız	67,97 $\pm$ 18,57	-2,218	0,027*
	Erkek	76,36 $\pm$ 18,63		
Duygusal İşlevsellik Puan	Kız	58,21 $\pm$ 22,91	-1,559	0,119
	Erkek	66,63 $\pm$ 19,41		
Sosyal İşlevsellik Puan	Kız	89,46 $\pm$ 13,06	-0,111	0,912
	Erkek	89,13 $\pm$ 14,15		
Okul İşlevselliği Puan	Kız	58,66 $\pm$ 23,44	-0,064	0,949
	Erkek	59,67 $\pm$ 21,25		
Psikososyal Sağlık Toplam Puan	Kız	68,78 $\pm$ 16,81	-0,717	0,474
	Erkek	71,81 $\pm$ 14,92		
ÇİYKÖ Ölçek ToplamPuan	Kız	68,50 $\pm$ 16,04	-1,457	0,145
	Erkek	73,39 $\pm$ 14,72		
Adölesan Beslenme Bilgi Puan	Kız	36,82 $\pm$ 3,75	-1,714	0,086
	Erkek	38,11 $\pm$ 5,14		

*Z=Mann Whitney U Testi *ÇİYKÖ=Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi *p<0,05

(FSTP=Fiziksel sağlık toplam puanı, DİP= Duygusal işlevsellik puanı, SİP= Sosyal işlevsellik puanı, OİP= Okul işlevsellik puanı, PSTP= Psikososyal sağlık toplam puanı, ÖTP= Ölçek toplam puanı, ABBP= Adölesan beslenme bilgi puanı)

Araştırmaya katılan adölesanların beslenme bilgi düzeyi formu ve yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puanların cinsiyetlere göre dağılımı değerdendirilmiş olup Tablo 6’da verilmiştir.

Fiziksel sağlık toplam puanları açısından değerdendirildiğinde cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0,05$). Erkeklerin fiziksel sağlık puanları ($76,36\pm18,63$) kızlara ($67,97\pm18,57$) göre anlamlı derecede yüksek olduğu gözlenmiştir ($Z= -2,218$; $p= 0,027$). IBH tanısı alan kız adölesanların duygusal işlevsellik puanları ($58,21\pm22,91$) iken erkeklerin ($66,63\pm19,41$) puan aldıkları saptanmıştır. Adölesanların Duygusal İşlevsellik Puanlarında cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($Z= -1,559$; $p= 0,119$). Ayrıca sosyal işlevsellik (Kız= $89,46\pm13,06$; Erkek= $89,13\pm14,15$), okul işlevselliği (Kız= $58,66\pm23,44$; Erkek= $59,67\pm21,25$) ve psikososyal işlevsellik (Kız= $68,78\pm16,81$; Erkek= $71,81\pm14,92$) puanları açısından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). IBH’lı adölesanlarda ÇİYKÖ toplam ölçek puanları incelendiğinde kız adölesanların toplam puanı ($68,50\pm16,04$) iken erkeklerin ($73,39\pm14,72$) puan aldıkları belirlenmiştir. Toplam ölçek puanının cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Adölesan beslenme bilgi puanları açısından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadığı görülürken kızların beslenme bilgi toplam puanı ($36,82\pm3,75$) iken erkeklerin ($38,11\pm5,14$) puanda oldukları bulunmuştur ($Z= -1,714$; $p= 0,086$) (Tablo 6).

Tablo 7. Adölesanların Beslenme Bilgi Düzeyi ve Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanların Hastalık Tanısına Göre Karşılaştırılması (n=102)

ÇİYKÖ	İBH Tanı	Ort ± SS		Test	
				z	P
Fiziksel Sağlık Toplam Puan	Ülseratif kolit	72,04	18,76	-0,203	0,839
	Crohn	71,39	19,45		
Duygusal İşlevsellik Puan	Ülseratif kolit	62,37	22,64	-0,247	0,805
	Crohn	61,56	20,72		
Sosyal İşlevsellik Puan	Ülseratif kolit	90,09	11,71	-0,232	0,816
	Crohn	88,33	15,56		
Okul İşlevselliği Puan	Ülseratif kolit	61,32	20,80	-0,956	0,339
	Crohn	56,33	24,18		
Psikososyal Sağlık Toplam Puan	Ülseratif kolit	71,26	15,42	-0,688	0,491
	Crohn	68,74	16,74		
ÇİYKÖ Ölçek Toplam Puan	Ülseratif kolit	71,53	15,13	-0,506	0,613
	Crohn	69,66	16,23		
Adölesan Beslenme Bilgi Puan	Ülseratif kolit	37,75	4,71	-1,444	0,149
	Crohn	36,96	4,12		

*Z=Mann Whitney U Testi *ÇİYKÖ=Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi

(FSTP=Fiziksel sağlık toplam puanı, DİP= Duygusal işlevsellik puanı, SİP= Sosyal işlevsellik puanı, OİP= Okul işlevsellik puanı, PSTP= Psikososyal sağlık toplam puanı, ÖTP= Ölçek toplam puanı, ABBP= Adölesan beslenme bilgi puanı)

Araştırmaya katılan İBH'lı adölesanların Fiziksel Sağlık Toplam Puanı, Duygusal İşlevsellik Puanı, Sosyal İşlevsellik Puanı, Okul İşlevsellik Puanı ve Psikososyal İşlevsellik puanları değerlendirildiğinde hastalık tanıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). ÇİYKÖ Toplam ölçek puanları

açısından hastalık tanıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadığı belirlenmiştir ($Z = -0,506$; $p = 0,613$). Benzer şekilde Adölesan Beslenme Bilgi Puanları açısından hastalık tanıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($Z = -1,444$; $p = 0,149$) (Tablo 7).

Tablo 8. Adölesanların Beslenme Bilgi Düzeyi ve Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanların Beslenme Eğitimi Alma Durumuna Göre Karşılaştırılması (n=102)

ÇİYKÖ	Beslenme konusunda beslenme	Ort $\pm$ SS	Testi	
			z	p
Fiziksel Sağlık Toplam Puan	Evet	69,05 $\pm$ 19,35	-1,036	0,3
	Hayır	72,93 $\pm$ 18,82		
Duygusal İşlevsellik Puan	Evet	63,71 $\pm$ 18,26	-0,197	0,844
	Hayır	61,27 $\pm$ 23,14		
Sosyal İşlevsellik Puan	Evet	86,61 $\pm$ 15,19	-1,407	0,159
	Hayır	90,49 $\pm$ 12,63		
Okul İşlevselliği Puan	Evet	57,26 $\pm$ 22,13	-0,573	0,567
	Hayır	9,93 $\pm$ 22,59		
Psikososyal Sağlık Toplam Puan	Evet	69,19 $\pm$ 15,70	-0,411	0,681
	Hayır	70,56 $\pm$ 16,20		
ÇİYKÖ Ölçek Toplam Puan	Evet	69,14 $\pm$ 15,89	-0,582	0,56
	Hayır	71,39 $\pm$ 15,50		
Adölesan Beslenme Bilgi Puan	Evet	38,55 $\pm$ 3,54	-1,351	0,177
	Hayır	36,90 $\pm$ 4,74		

*Z=Mann Whitney U Testi *ÇİYKÖ=Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi

(FSTP=Fiziksel sağlık toplam puanı, DİP= Duygusal işlevsellik puanı, SİP= Sosyal işlevsellik puanı, OİP= Okul işlevsellik puanı, PSTP= Psikososyal sağlık toplam puanı, ÖTP= Ölçek toplam puanı, ABBP= Adölesan beslenme bilgi puanı).

Araştırmaya katılan adölesanların beslenme bilgi düzeyi ve yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puanların beslenme eğitimi desteği alma durumuna göre karşılaştırılması Tablo 8’de belirtilmiştir.

Adölesanların beslenme bilgi düzeyi ve yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puanlarla beslenme desteği alma durumları arasında Fiziksel Sağlık, Duygusal İşlevsellik, Sosyal İşlevsellik, Okul İşlevselliği, Psikososyal Sağlık ve ÇİYKÖ toplam ölçek puan arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$).

Adölesan beslenme bilgi puanları açısından değerlendirildiğinde beslenme eğitimi alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadığı belirlenmiştir ($Z = -1,351$; $p = 0,177$).

Tablo 9. Adölesanların Beslenme Bilgi Düzeyi ve Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanların Ana Öğün Atlama Durumuna Göre Karşılaştırılması (n=102)

ÇİYKÖ	Ana Öğün Atlama	Ort $\pm$ SS	Test	
			z	p
Fiziksel Sağlık Toplam Puan	Evet	69,92 $\pm$ 18,33	-1,416	0,157
	Hayır	74,27 $\pm$ 19,76		
Duygusal İşlevsellik Puan	Evet	57,71 $\pm$ 21,50	-2,4	0,016*
	Hayır	67,91 $\pm$ 20,82		
Sosyal İşlevsellik Puan	Evet	86,78 $\pm$ 13,61	-2,97	0,003*
	Hayır	92,79 $\pm$ 12,69		
Okul İşlevselliği Puan	Evet	51,86 $\pm$ 21,67	-3,907	0,001*
	Hayır	69,07 $\pm$ 19,50		
Psikososyal Sağlık Toplam Puan	Evet	65,45 $\pm$ 15,57	-3,554	0,001*
	Hayır	76,59 $\pm$ 14,35		
ÇİYKÖ Ölçek Toplam Puan	Evet	67,00 $\pm$ 15,53	-2,742	0,006*
	Hayır	75,78 $\pm$ 14,31		
Adölesan Beslenme Bilgi Puan	Evet	37,07 $\pm$ 4,90	-0,554	0,579
	Hayır	37,86 $\pm$ 3,77		

*Z=Mann Whitney U Testi *p<0,05

Araştırmaya katılan adölesanların beslenme bilgi düzeyi ve yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puanların ana öğün atlama durumuna göre karşılaştırılması Tablo 9’da belirtilmiştir. Adölesanların Fiziksel sağlık toplam puanları açısından ana öğün

atlama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadığı saptanmıştır ($Z = -1,416$; $p = 0,157$).

Duygusal işlevsellik puanları açısından ana öğün atlama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($z = -2,4$; $p = 0,016$).

Ana öğün atlayan adölesanların ($57,71 \pm 21,50$) ana öğün atlamayanlara ($67,91 \pm 20,82$) göre puanları anlamlı derecede düşük olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde Sosyal işlevsellik puanları açısından ana öğün atlama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir ($Z = -2,97$; $p = 0,003$). Ana öğününü atlayan adölesanların puanlarının ($86,78 \pm 13,61$) anlamlı derecede düşük olduğu bulunmuştur. Okul işlevsellik puanları ve Psikososyal sağlık toplam puanları açısından ana öğün atlama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($Z = -3,907$, $p = 0,001$; $Z = -3,554$, $p = 0,001$ sırasıyla). Ayrıca her iki grup puanlarında ana öğünlerini atladıklarını ifade eden adölesanlarda daha düşük olduğu belirlenmiştir ($51,86 \pm 21,67$; $65,45 \pm 15,57$ sırasıyla).

ÇİYKÖ Ölçek toplam puanları açısından ana öğün atlama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($z = -2,742$; $p = 0,006$). Ana öğün atlayan adölesanların ($67,00 \pm 15,53$) ana öğünlerini atlamayanlara ($75,78 \pm 14,31$) göre puanları anlamlı derecede düşük olduğu saptanmıştır. Adölesan beslenme bilgi puanları açısından ana öğün atlama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakla ($Z = -0,554$; $p = 0,579$) birlikte ana öğünü atladıklarını ifade eden ($37,07 \pm 4,90$) adölesanlarla ana öğünü atlamadıklarını ($37,86 \pm 3,77$) ifade eden adölesanların benzer beslenme bilgi puanına sahip oldukları görülmüştür.

Tablo 10. Adölesanların Beslenme Bilgi Düzeyi ve Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanların Yemek Yeme Korkusu Durumuna Göre Karşılaştırılması (n=102)

ÇİYKÖ	Hastalık belirtisi nedeni ile yemek yeme korkusu	Ort ± SS	Testi	
			z	p
Fiziksel Sağlık Toplam Puan	Evet	68,54 ± 22,34	-0,979	0,328
	Hayır	74,19 ± 15,73		
Duygusal İşlevsellik Puan	Evet	56,36 ± 22,50	-2,176	0,03*
	Hayır	66,29 ± 20,25		
Sosyal İşlevsellik Puan	Evet	84,55± 16,35	-3,024	0,002*
	Hayır	92,93± 9,51		
Okul İşlevselliği Puan	Evet	55,57± 23,83	-1,284	0,199
	Hayır	61,81± 21,02		
Psikososyal Sağlık Toplam Puan	Evet	65,49± 17,18	-2,39	0,017*
	Hayır	73,68± 14,16		
ÇİYKÖ Ölçek Toplam Puan	Evet	66,55± 17,44	-2,089	0,037*
	Hayır	73,86± 13,30		
Adölesan Beslenme Bilgi Puan	Evet	38,02± 4,64	-1,075	0,282
	Hayır	36,93± 4,29		

*Z=Mann Whitney U Testi *ÇİYKÖ=Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi

Araştırmaya katılan adölesanların beslenme bilgi düzeyi ve yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puanların yeme korkusu (sitofobi) durumuna göre karşılaştırılması Tablo 10'da belirtilmiştir.

Adölesanların Fiziksel sağlık toplam puanları açısından yeme korkusu durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadığı belirlenmiştir (Z= -0,979; p= 0,328).

Duygusal işlevsellik puanları açısından yeme korkusu durumları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunduğu saptanmıştır ($Z = -2,176$; $p = 0,03$). Yeme korkusu olan adölesanların ($56,36 \pm 22,50$) puanları yemek korkusu olmayana adölesanlara göre ($66,29 \pm 20,25$) anlamlı derecede düşük olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde Sosyal işlevsellik puanları açısından yeme korkusu durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($Z = -3,024$; $p = 0,002$). Yeme korkusu olanların puanlarının ($84,55 \pm 16,35$) diğer gruba göre ($92,93 \pm 9,51$) daha düşük olduğu görülmüştür. Okul işlevsellik puanları açısından yeme korkusu durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadığı belirlenmiştir ($Z = -1,284$; $p = 0,199$). Psikososyal sağlık toplam puanları açısından ise yeme korkusu durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunduğu ($Z = -2,39$; $p = 0,017$), yeme korkusu olanların puanları anlamlı derecede düşük olduğu saptanmıştır ($65,49 \pm 17,18$). ÇİYKÖ Toplam ölçek puanları açısından yeme korkusu durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($Z = -2,089$; $p = 0,037$). Yeme korkusu olan adölesanların ($66,55 \pm 17,44$), yemek korkusu olmayan ($73,86 \pm 13,30$) gruba göre puanları anlamlı derecede düşük olduğu belirlenmiştir. Adölesan beslenme bilgi puanları açısından yeme korkusu durumları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadığı saptanmıştır ($Z = -1,075$; $p = 0,282$).

Tablo 11. Adölesanların Beslenme Bilgi Düzeyi ve Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanların Diyet Uygulama Durumuna Göre Karşılaştırılması (n= 102)

ÇİYKÖ	Hastalıkla ilgili diyet uygulama	Ort ± SS	Test	
			z	p
Fiziksel Sağlık Toplam Puan	Evet	69,50±20,11	-0,524	0,6
	Hayır	72,65±18,57		
Duygusal İşlevsellik Puan	Evet	65,34±19,41	-0,971	0,331
	Hayır	60,68±22,55		
Sosyal İşlevsellik Puan	Evet	84,83±18,87	-1,309	0,191
	Hayır	91,10±10,28		
Okul İşlevselliği Puan	Evet	60,52±21,81	-0,357	0,721
	Hayır	58,56±22,72		
Psikososyal Sağlık Toplam Puan	Evet	70,23±16,46	-0,108	0,914
	Hayır	70,11±15,90		
ÇİYKÖ Ölçek Toplam Puan	Evet	69,98±16,63	-0,223	0,824
	Hayır	70,99±15,25		
Adölesan Beslenme Bilgi Puan	Evet	36,97±4,35	-0,975	0,329
	Hayır	37,58±4,51		

*Z=Mann Whitney U Testi *ÇİYKÖ=Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi

Araştırmaya katılan adölesanların beslenme bilgi düzeyi ve yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puanların hastalıklarına yönelik diyet uygulama durumuna göre karşılaştırılması Tablo 11’de belirtilmiştir. Adölesanların Fiziksel Sağlık, Duygusal İşlevsellik, Sosyal İşlevsellik, Okul İşlevselliği, Psikososyal Sağlık ve ÇİYKÖ toplam ölçek puan arasında diyet uygulama durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$). Ayrıca benzer şekilde Adölesan beslenme bilgi puanları açısından diyet uygulama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Tablo 12. Adölesanların Beslenme Bilgi Düzeyi ve Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanların Karın Ağrısı Durumuna Göre Karşılaştırılması (n= 102)

ÇİYKÖ	Karın ağrısı	Ort ± SS	Test	
			z	p
Fiziksel Sağlık Toplam Puan	Evet	68,26±18,73	-2,863	0,004*
	Hayır	79,39±17,44		
Duygusal İşlevsellik Puan	Evet	59,29±20,94	-1,95	0,051
	Hayır	67,97±22,50		
Sosyal İşlevsellik Puan	Evet	89,64±12,83	-0,275	0,784
	Hayır	88,59±15,04		
Okul İşlevselliği Puan	Evet	55,71±22,15	-2,311	0,021*
	Hayır	66,56±21,34		
Psikososyal Sağlık Toplam Puan	Evet	68,21±15,45	-1,949	0,051
	Hayır	74,38±16,54		
ÇİYKÖ Ölçek Toplam Puan	Evet	68,23±15,24	-2,504	0,012*
	Hayır	76,12±15,14		
Adölesan Beslenme Bilgi Puan	Evet	36,97±4,64	-1,473	0,141
	Hayır	38,34±3,92		

*Z=Mann Whitney U Testi *ÇİYKÖ=Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi *p<0,05

Araştırmaya katılan adölesanların beslenme bilgi düzeyi ve yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puanların hastalıklarına yönelik karın ağrısı yaşama durumuna göre karşılaştırılması Tablo 12’de belirtilmiştir. Adölesanların Fiziksel sağlık toplam puanları açısından karın ağrısı durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunduğu (Z= -2,863; p= 0,004), karın ağrısı çekenlerin (68,26±18,73) puanlarının ağrı yaşamayanlara (79,39±17,44) göre anlamlı derecede düşük olduğu saptanmıştır. Duygusal işlevsellik (Z= -1,95; p= 0,051) ve sosyal işlevsellik (Z= -0,275; p= 0,784) puanları açısından karın ağrısı durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadığı belirlenmiştir. Okul işlevsellik puanları açısından karın ağrısı durumları

arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($Z = -2,311$; $p = 0,021$). Karın ağrısı yaşayan adölesanların puanlarının ($55,71 \pm 22,15$) ağrı yaşamadığını belirten adölesanlardan ($66,56 \pm 21,34$) anlamlı derecede düşük olduğu görülmüştür.

Psikososyal sağlık toplam puanları açısından karın ağrısı durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadığı saptanmıştır ($Z = -1,949$; $p = 0,051$). ÇİYKÖ toplam ölçek puanları açısından karın ağrısı durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu ($Z = -2,504$; $p = 0,012$), karın ağrısı yaşayan adölesanların puanlarının ($68,23 \pm 15,24$) anlamlı derecede düşük olduğu belirlenmiştir. Adölesan beslenme bilgi puanları açısından karın ağrısı durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadığı belirlenmiştir ($Z = -1,473$; $p = 0,141$).

Tablo 13. Adölesanların Beslenme Bilgi Düzeyi ve Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanların İshal Olma Durumuna Göre Karşılaştırılması (n= 102)

ÇİYKÖ	İshal	Ort $\pm$ SS	Test	
			z	p
Fiziksel Sağlık Toplam Puan	Evet	69,08 $\pm$ 19,37	-1,166	0,244
	Hayır	73,34 $\pm$ 18,71		
Duygusal İşlevsellik Puan	Evet	58,82 $\pm$ 20,87	-1,09	0,276
	Hayır	63,91 $\pm$ 22,14		
Sosyal İşlevsellik Puan	Evet	87,24 $\pm$ 14,51	-1,324	0,185
	Hayır	90,55 $\pm$ 12,82		
Okul İşlevselliği Puan	Evet	52,89 $\pm$ 23,06	-2,106	0,035*
	Hayır	62,81 $\pm$ 21,29		
Psikososyal Sağlık Toplam Puan	Evet	66,32 $\pm$ 16,14	-1,86	0,063
	Hayır	72,42 $\pm$ 15,57		
ÇİYKÖ Ölçek Toplam Puan	Evet	67,28 $\pm$ 16,51	-1,728	0,084
	Hayır	72,74 $\pm$ 14,75		
Adölesan Beslenme Bilgi Puan	Evet	37,58 $\pm$ 4,85	-0,038	0,97
	Hayır	37,30 $\pm$ 4,24		

*Z=Mann Whitney U Testi *ÇİYKÖ=Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi *p<0,05

Araştırmaya katılan adölesanların beslenme bilgi düzeyi ve yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puanların hastalıklarına yönelik ishal tanısı alma durumuna göre karşılaştırılması Tablo 13’te belirtilmiştir. Adölesanların Fiziksel sağlık toplam puanları, Duygusal işlevsellik ve Sosyal işlevsellik puanları açısından ishal durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Okul işlevsellik puanları açısından ishal durumları arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunduğu ($Z= -2,106$; $p= 0,035$), ishal olan adölesan grubun puanlarının ($52,89\pm23,06$) anlamlı derecede düşük olduğu bulunmuştur. Psikososyal sağlık toplam puan, ÇİYKÖ toplam ölçek puan ve Adölesan beslenme bilgi puanları açısından ishal durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Tablo 14. Adölesanların Beslenme Bilgi Düzeyi ve Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanların Dışkıda Kan Olması Durumuna Göre Karşılaştırılması (n= 102)

ÇİYKÖ	Dışkıda kan	Ort ± SS	Test	
			z	p
Fiziksel Sağlık Toplam Puan	Evet	69,18±17,25	-1,06	0,289
	Hayır	72,77±19,64		
Duygusal İşlevsellik Puan	Evet	63,62±18,94	-0,45	0,652
	Hayır	61,37±22,81		
Sosyal İşlevsellik Puan	Evet	90,69±11,86	-0,363	0,717
	Hayır	88,77±14,14		
Okul İşlevselliği Puan	Evet	57,59±23,51	-0,346	0,729
	Hayır	59,73±22,05		
Psikososyal Sağlık Toplam Puan	Evet	70,63±15,00	-0,174	0,862
	Hayır	69,95±16,45		
ÇİYKÖ Ölçek Toplam Puan	Evet	70,13±15,18	-0,338	0,736
	Hayır	70,94±15,83		
Adölesan Beslenme Bilgi Puan	Evet	37,69±4,87	-1,027	0,301
	Hayır	37,29±4,31		

*Z=Mann Whitney U Testi *ÇİYKÖ=Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi

Araştırmaya katılan adölesanların beslenme bilgi düzeyi ve yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puanların dışkıda kan olma durumuna göre karşılaştırılması Tablo 14'te belirtilmiştir. Adölesanların Fiziksel Sağlık, Duygusal İşlevsellik, Sosyal İşlevsellik, Okul İşlevselliği, Psikososyal Sağlık ve ÇİYKÖ toplam ölçek puan açısından dışkıda kan durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Ayrıca benzer şekilde Adölesan beslenme bilgi puanları açısından dışkıda kan durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$).

Tablo 15. Adölesanların Beslenme Bilgi Düzeyi ve Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanların Ekonomik Durumuna Göre Karşılaştırılması (n= 102)

ÇİYKÖ	Gelir Durumu	Ort ± SS	Test		İkili Karş.
			H	p	
Fiziksel Sağlık Toplam Puan	Gelir giderden fazla	69,69±16,54	2,667	0,264	-
	Gelir gidere esit	73,59±20,92			
	Gelir giderden az	68,95±15,65			
Duygusal İşlevsellik Puan	Gelir giderden fazla	68,00±22,63	9,716	0,008*	2-3
	Gelir gidere esit	66,33±19,57			
	Gelir giderden az	52,03±22,54			
Sosyal İşlevsellik Puan	Gelir giderden fazla	86,50±10,81	2,034	0,362	-
	Gelir gidere esit	90,08±13,85			
	Gelir giderden az	88,75±13,80			
Okul İşlevselliği Puan	Gelir giderden fazla	60,50±23,97	3,325	0,19	-
	Gelir gidere esit	62,08±22,63			
	Gelir giderden az	53,13±20,86			
Psikososyal Sağlık Toplam Puan	Gelir giderden fazla	71,67±17,88	5,624	0,06	-
	Gelir gidere esit	72,83±15,16			
	Gelir giderden az	64,64±15,99			
ÇİYKÖ Ölçek Toplam Puan	Gelir giderden fazla	70,98±15,88	4,601	0,1	-
	Gelir gidere esit	73,10±15,91			
	Gelir giderden az	66,13±14,24			
Adölesan Beslenme Bilgi Puan	Gelir giderden fazla	31,90±5,90	8,766	0,012*	1-2 1-3
	Gelir gidere esit	37,87±3,85			
	Gelir giderden az	38,25±3,93			

Araştırmaya katılan adölesanların beslenme bilgi düzeyi ve yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puanların ekonomik durumuna göre karşılaştırılması Tablo 15’de belirtilmiştir. Adölesanların Fiziksel sağlık toplam puanları, Sosyal işlevsellik, Okul işlevsellik puanları ve Psikososyal sağlık toplam puanları açısından gelir durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Duygusal işlevsellik puanları açısından gelir durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunduğu belirlenmiştir ($H= 9,716$; $p= 0,008$). Geliri gidere eşit olanların ($66,33\pm19,57$) puanları, geliri giderden az ($52,03\pm22,54$) olanların puanlarına göre anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır. ÇİYKÖ toplam ölçek puanları açısından gelir durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Adölesan beslenme bilgi puanları açısından gelirdurumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunduğu ($H= 8,766$; $p= 0,012$), geliri giderden fazla olanların puanları ($31,90\pm5,90$) gelir gidere eşit ($37,87\pm3,85$) ve gelir giderden az ($38,25\pm3,93$) olanların puanlarına göre anlamlı derecede düşük olduğu bulunmuştur.

Tablo 16. Adölesanların Beslenme Bilgi Formu ve Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanların Ailede İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı Tanısı Alma Durumuna Göre Karşılaştırılması (n= 102)

ÇİYKÖ	Ailede İBH tanısı alan	Ort ± SS	Test	
			z	p
Fiziksel Sağlık Toplam Puan	Var	76,41±16,21	-1,314	0,189
	Yok	70,62±19,51		
Duygusal İşlevsellik Puan	Var	59,00±15,69	-0,816	0,414
	Yok	62,74±22,96		
Sosyal İşlevsellik Puan	Var	92,25±8,35	-0,481	0,63
	Yok	88,60±14,43		
Okul İşlevselliği Puan	Var	58,25±17,94	-0,334	0,738
	Yok	59,33±23,42		
Psikososyal Sağlık Toplam Puan	Var	69,83±11,15	-0,371	0,711
	Yok	70,22±17,01		
ÇİYKÖ Ölçek Toplam Puan	Var	72,12±11,34	-0,202	0,84
	Yok	70,36±16,48		
Adölesan Beslenme Bilgi Puan	Var	38,55±4,19	-1,087	0,277
	Yok	37,12±4,50		

*Z=Mann Whitney U Testi *ÇİYKÖ=Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi

Araştırmaya katılan adölesanların beslenme bilgi düzeyi ve yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puanların ailede İBH tanısı alan birinin olmasına göre karşılaştırılması Tablo 16’de belirtilmiştir. Adölesanların Fiziksel Sağlık, Duygusal İşlevsellik, Sosyal İşlevsellik, Okul İşlevselliği, Psikososyal Sağlık ve ÇİYKÖ toplam ölçek puan arasında ailede İBH tanısı alan birinin olması açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$). Ayrıca benzer şekilde adölesan beslenme bilgi puanları açısından ailede İBH tanısı alan birinin olma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Tablo 17. Yaşam Kalitesi Ölçek Düzeyleri ile Adölesan Beslenme Bilgi Puan Düzeylerinin Karşılaştırılması (n= 102)

		Fiziksel Sağlık Toplam Puan	Duygusal İşlevsellik Puan	Sosyal İşlevsellik Puan	Okul İşlevsellik Puan	Psikososyal Sağlık Toplam Puan	ÇİYKÖ Ölçek Toplam Puan
Adölesan Beslenme Bilgi Puan	r	0,109	0,022	0,057	0,127	0,070	0,074
	p	0,274	0,823	0,571	0,204	0,483	0,462
	N	102	102	102	102	102	102

Araştırmaya katılan adölesanların yaşam kalitesi ölçek düzeyleri ile adölesan beslenme bilgi puan düzeylerinin karşılaştırılması Tablo 17’de belirtilmiştir. Adölesanların Fiziksel Sağlık, Duygusal İşlevsellik, Sosyal İşlevsellik, Okul İşlevselligi, Psikososyal Sağlık ve ÇİYKÖ toplam ölçek puan arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$).

5. TARTIŞMA

İnflamatuvar bağırsak hastalığı (İBH), genetik ve çevresel faktörlere karşı fazla duyarlı olan kişilerde, nedeni tam olarak bilinmeyen kronik devam eden, remisyon ve atak dönemlerinin birbirini takip ettiği kronik bir hastalıktır. İBH; ülseratif kolit (ÜK) ve crohn hastalığı (CH) olmak üzere iki gruba ayrılmaktadır. ÜK tanısı alan hastaların etkilene alanı kolon ile sınırlı iken, CH tanısı alan hastalar daha çok ağızdan anüse kadar olan bölümün herhangi bir yerinden etkilendiği bildirilmiştir (112, 69). İBH'nın en önemli belirtileri karın ağrısı, ishal, dışkıda kan, iştahsızlık ve kilo kaybı olarak görülmektedir.

Adölesan dönemi bireyin çocukluktan yetişkinliğe geçtiği büyüme ve gelişiminin en hızlı gerçekleştiği süreçtir. Bu süreçte büyüme ve gelişimi için gerekli olan makro ve mikro besin ihtiyacı artmaktadır. Bu nedenle adölesan dönemde beslenme çok büyük önem taşımaktadır. İBH olan adölesanda yetersiz besin alımı ergenliğin gecikmesi ve büyüme geriliğine sebep olmaktadır (32, 84, 70). Yeteri kadar besin almak, adölesanın büyüme ve gelişimi sağlarken aynı zamanda sosyal aktivite ve okul başarısını sağlayabilmek için oldukça önemlidir (113, 114)

Bu bölümde İBH tanısı almış adölesanların beslenme bilgi düzeylerinin yaşam kalitesine olan etkisini incelemek amacıyla yapılan araştırmanın bulguları, konu ile ilgili literatür ve benzer çalışmalar doğrultusunda yorumlanarak tartışılmıştır.

Bu çalışmada görüşülen ebeveynlerin %77,45'i anne iken annelerin yaş ortalaması $41,67 \pm 6,32$, görüşülen ebeveynin %22,55'i baba iken babaların yaş ortalaması $45,80 \pm 6,26$ olarak bulunmuştur. Adölesanların yaş ortalaması $15,05 \pm 1,64$ olduğu belirlenirken, %80'nin aile tipinin çekirdek aile olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılan adölesanların %98,04'ü anne sütü aldığını belirtirken, adölesanların %19,61'inin ailesinde İBH öyküsü olduğu bulunmuştur (Tablo 2). Emzirmenin yenidoğanlarda beslenme ve enfeksiyonlardan koruma dışında ilerleyen yaşlarda hastalıklardan koruma gibi faydaları olduğu belirtilmiştir. Aynı zamanda anne sütü, yenidoğanın ilk yıllarında gastrointestinal mukozanın olgunlaşmasını sağlayarak, GİS enfeksiyonlara karşı bebeği korumaktadır. Bu nedenle İBH gelişim riskini azalttığı bildirilmiştir (115, 116, 117). X Lu ve arkadaşlarının (2017) yapmış olduğu çalışmada, anne sütü ile beslenen kişilerde

İBH görülme riskinin düştüğü, anne sütünün İBH için koruyucu olduğu tespit edilmiştir (59). Klement ve arkadaşları (2004) tarafından emzirmenin İBH üzerindeki etkilerini inceledikleri 17 çalışmanın bulunduğu meta-analizde anne sütünün ÜK riskini %23 ve CH riskini %33 düşürdüğünü göstermiştir (58). Barclay ve arkadaşlarının (2009) 79 çalışma ile yaptıkları meta-analiz sonucunda anne sütünün 16 yaşından önce İBH'na yakalanma riskini %31 azalttığını göstermiştir (118). Bunun yanında Baron ve arkadaşları (2005) tarafından pediatrik İBH'da çevresel faktörlerin incelendiği vaka kontrol çalışmasında 17 yaş altı grup incelenmiş ve anne sütü alımının İBH için koruyucu bir faktör olmadığı bildirilmiştir (119).

Adölesanların cinsiyeti yaşam kalitesini etkileyen önemli etkenlerden biridir (125). Bu araştırmaya katılan adölesanların cinsiyet dağılımları incelendiğinde yarıdan fazlasının %54,90'ı kız olduğu, %45,10'unu ise erkeklerin oluşturduğu görülmüştür. Silva ve arkadaşları (2020) tarafından İBH tanısı alan çocuk ve ergenlerde yaşam kalitesinin değerlendirildiği çalışmada, görüşülen hastaların %31,4'ünü kız, %68,6'sını erkeklerin oluşturduğu görülmüştür (120). Sighn ve arkadaşlarının (2015) İBH'lı çocukların akademik başarısının değerlendirildiği bir çalışmada ise %46'ü kız, %54'ünün erkek olduğu gözlenmiştir (121). Beğenik (2020) tarafından İBH'lı ergenlerde depresyon ve yaşam kalitesi ilişkisini incelediği çalışmada, İBH tanısı almış adölesanların %47,7'si kız iken %52,3'ünü erkekler oluşturmaktadır (122). Pekmez (2014) tarafından İBH tanısı olan çocukların beslenme durumu ve kemik mineral yoğunluğunun değerlendirildiği bir çalışmada cinsiyetlere göre farklılıkları olduğu, ÜK'in kızlarda (%55,6), CH'nın ise erkeklerde (%51,9) daha fazla görüldüğü saptanmıştır (85). Bu çalışma, Pekmez (2014)'in çalışma sonuçları ile benzer iken, literatüründen farklı olarak, kız adölesanlarda İBH'nın görülme oranı (%54, 90) yüksek bulunmuştur. Bunun sebebinin araştırma için belli yaş grubunun (13-18 yaş) seçilmesi olabileceği düşünülmüştür.

İnflamatuvar bağırsak hastalığının adölesanlar üzerinde fiziksel sağlığın yanında, sosyal hayat, okul yaşamı, duygu durumu, beslenmesi ve özgüveni üzerinde olumsuz etkileri görülmektedir. İBH'nın semptomları olan karın ağrısı, ishal, sıkışma hissi ve yorgunluk çocuğun sosyal ortamlara girmesinde korkuya sebep olurken yaşam kalitesini önemli ölçüde azaltmaktadır (123, 124).

Araştırmaya katılan IBH'lı adölesanların cinsiyet dağılımı açısından incelendiğinde, beslenme bilgi düzeyi ve yaşam kalitesi ölçeği alt grupları olan duygusal, sosyal, okul, psikososyal işlevsellik ve ölçek toplam puanların sıra ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ($p>0.05$). Ancak erkeklerin fiziksel toplam sağlık puanı ($76,36\pm18,63$), kızların fiziksel toplam sağlık puanından ($67,97\pm18,57$) anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 6). Tuna (2010) tarafından 13- 18 yaş kanser tedavisi bitmiş olan adölesanlarda yaşam kalitesinin değerlendirildiği çalışmada kız adölesanların ölçek toplam puanı, erkek adölesanların ölçek toplam puanından düşük bulunmuştur (125). Benzer şekilde Reinfjell ve arkadaşları (2006) tarafından IBH tanısı olan 13-15 yaş aralığındaki adölesanların yaşam kalitesi değerlendirdiği çalışmada, kızların yaşam kalitesinin, erkeklerden düşük düzeyde olduğu belirlenmiştir (126). Silva ve arkadaşları (2020) tarafından 3 ile 18 yaşları arasında IBH tanısı alan çocuk ve adölesanlarda, yaşam kalitesini etkileyen faktörleri inceledikleri çalışmada, kızların yaşam kalitesinin erkeklere oranla daha düşük olduğunu ifade etmişlerdir (120). Upton ve arkadaşları (2005) tarafından 2-18 yaş çocuk ve adölesanlarda yapmış olduğu çalışmada kızların yaşam kalitesi alt gruplarında özellikle duygusal işlevsellik puanı, erkeklerden daha düşük olduğu bulunmuştur (127). Bu çalışmadan farklı olarak De Boer ve arkadaşları (2005) tarafından yapılan IBH tanısı olan adölesanların (12-18 yaş) yaşam kalitesi ve psikososyal durumunun incelendiği araştırmada erkeklerin yaşam kalitesinin kız hastalara oranla daha düşük olduğu tespit edilmiştir (128). Yapılan bazı çalışmalarda elde edilen bulgulara, farklı olarak cinsiyetin yaşam kalitesini etkilemediği sonucuna varılmıştır (129, 130, 131).

Yapılan çalışmalar çoğunlukta erkeklerin yaşam kalitesini kızlardan daha yüksek olduğunu göstermiştir. IBH semptomlarından olan beslenme yetersizliği sonucu düşük kilo, gelişme geriliğine bağlı boy kısalığı erkeklere oranla beden imajını daha çok önemseyen kızlarda yaşam kalitesinin daha düşük olduğu gözlenmiştir. Aynı zamanda cinsiyet özellik ve cinsiyet rollerindeki farklılıklardan kaynaklanan sorunlar yaşam kalitesini olumsuz etkilediği düşünülmüştür.

İnflamatuvar bağırsak hastalıkları alt grupları olan ÜK ve CH adölesan hastaların yaşamlarını farklı şekilde etkilemektedir (132). Araştırmada beslenme bilgi düzeyi ve yaşam kalitesi alt grup toplam puanları incelendiğinde ÜK ve CH arasında anlamlı bir

fark olmadığı görülmüştür ($p>0,05$) (Tablo 7). Yanartaş ve arkadaşları (2014) tarafından yaş ortalaması ($43,11\pm10,62$) olan 28 CH ve yaş ortalaması ($38,68\pm12,48$) olan 27 ÜK yetişkin İBH hastada yaşam kalitesini incelediği çalışmada depresyon puanlarının CH hastalarında daha yüksek olduğu saptanmıştır (99). Doğan (2017) çalışmasında ÜK hastalarının CH hastalarına oranla şiddetli depresyona sahip olduğu bildirilmiştir (133). Loonen ve arkadaşları (2002) tarafından İBH tanılı 8-18 yaş grubu çocuklarda yaşam kalitesini değerlendirmek için hastalığa özgü (IMPACT-III) yaşam kalitesi ölçeğini kullanarak yaptıkları çalışmada, İBH'lı çocukların yaşam kalitesinin düşük olduğu ve çalışma sonucunda CH hastası olan çocukların yaşam kalitesinin, ÜK olan çocukların yaşam kalitesinden daha düşük olduğu saptanmıştır (134). Araştırma sonuçları literatürden farklı olarak ÜK ve CH hastası olan adölesanların yaşam kalitesinde farklılığın olmaması remisyon sürecinde olan hasta sayısının fazla olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Sağlık eğitimi; kişilerin fiziksel ve ruhsal olarak sağlıklı yaşamaları, bireylerin sağlık düzeylerinin korunması ve geliştirilmesi amacıyla gerçekleştirilen eğitim uygulamalarıdır (12). Araştırmaya katılan adölesan hastalarda beslenme bilgi düzeyi ve yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puanlar beslenme eğitim desteği alma durumuna göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadığı saptanmıştır ($p>0,05$) (Tablo 8). Kahskoha (2019) tarafından diyabet tanısı olan 13-16 yaş aralığındaki adölesanlarla hipoglisemi korkusunu engellemek için yaptıkları çalışmada, hipoglisemi farkındalık eğitiminin adölesanlarda hipoglisemiyi önlediği gözlenmiştir (135). Ata (2020)'nin diyabetli adölesanlarda yapmış olduğu araştırmada ise hastaların %58,6'sı eğitimin yeterli olduğunu bildirirken, eğitim alan grubun yarısı tekrar eğitim almak istediklerini dile getirmişlerdir (136). Araştırma bulgularından farklı olarak Jaghult (2007) tarafından İBH'lı 18-75 yaş aralığındaki 116 yetişkin hastaya, verilen eğitimin etkilerini incelediği çalışmada, eğitim alan hastaların yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir (137). Mete (2010) tarafından İBH'lı yetişkinlerde beslenme alışkanlıklarının yaşam kalitesi üzerine etkisini araştırdığı bir çalışmada beslenme eğitimi öncesi ve sonrası beslenme alışkanlığı ve yaşam kalitesi değerlendirilmiştir. Eğitim sonrası değerlendirilen hastaların, beslenme alışkanlığı ve yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmüştür (11). Beslenme eğitimi, İBH'lı adölesanların beslenme konusunda bilgilerini artırıp

beslenme davranışlarını olumlu yönde etkilemektedir. Beslenme eğitimi almaları hastalığa bağlı semptomları azaltarak, remisyon süresinin uzamasını sağlayacağı ve adölesanın hastalığı yönetme becerisini kazandıracağı düşünülmektedir. Araştırma sonuçları çalışma bulgularının aksine beslenme bilgi düzeyinin adölesanların yaşam kalitesini etkilemediği görülmüştür. Bu durumun araştırma örneklem sayısı (n=102) ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Adölesan hastalarda İBH'nin komplikasyonlarından olan yeterli besin alamama, anoreksi, yeme korkusu ve metabolik sebeplerden büyüme ve gelişme geriliği sıklıkla görülmektedir. Bu nedenle özellikle İBH'lı adölesanlarda beslenme desteği çok önemli bir faktördür (138). Bu çalışmada ana öğün atlayan İBH'lı adölesanların beslenme bilgi düzeyi ve yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puanlar öğün atlama durumuna göre karşılaştırıldığında, yaşam kalitesi ölçeği alt gruplarında fiziksel sağlık toplam ölçek puanında anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir ($p>0.05$). Yaşam kalitesi alt gruplarından duygusal, sosyal, psikososyal, okul işlevselliği ve toplam ölçek puan sıra ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Ana öğün atlayan adölesanların ölçek toplam puan ortalamalarının oldukça düşük olduğu belirlenmiştir. Adölesan beslenme bilgi puanları açısından ana öğün atlama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadığı görülmüştür ($p>0,05$) (Tablo 9). Tekkeli (2021) tarafından 3-12 yaş grubu 30 çocukta otizm spektrum bozukluğu (OSB) olan çocuklarda glutensiz ve kazainsiz diyetin GİS semptomlarına etkisinin araştırıldığı çalışmada %33,3'ünün öğünleri atladığı gözlenmiştir (139). Benzer şekilde Çıtar (2019)'ın OSB olan çocuklarda yapmış olduğu çalışmasında ise %10,5'inin öğün atladığı bulunmuştur (140). Pekmez (2014) tarafından İBH olan 45 çocukta beslenme durumu ve kemik mineral yoğunluğunu değerlendirdiği çalışmasında, ÜK olan çocuklarda öğün atlama oranı %33,3 iken, CH hastası çocuklarda %11 olarak bulunmuştur (84). Başaran (2015)'ın yapmış olduğu İBS tanılı 54 yetişkin hastanın beslenme düzeylerinin değerlendirildiği çalışmada ise %88,9'unun bazen öğün atladığı bildirilmiştir (141). Araştırma literatür ile uyumlu olarak öğün atlama düzeyinin yüksek olduğunu göstermiştir. Aynı zamanda öğün atlayan adölesanların yaşam kalitelerinin oldukça düşük olduğu bulunmuştur. İBH'nin komplikasyonları olan iştahsızlık, sitofobi, mide bulantısı, öğün atlama durumunun en önemli sebebi olduğu düşünülmüştür.

İnflamatuvar bağırsak hastası olan adölesanlar yemek yeme sonrası peristaltizmin uyarılması ile kramp tarzı ağrılar görülmektedir. Adölesanlar bu ağrıları yaşamamak için besin alımını azaltmaya çalışır ve bunun sonucunda kilo kaybı, malnütrisyon gibi birçok besin eksiklikleri gözlenmektedir (82). Araştırmaya katılan adölesanların yeme korkusu ile beslenme bilgi düzeyi ve yaşam kalitesi alt grupları karşılaştırıldığında adölesanların yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları fiziksel sağlık ve okul işlevselliği grupları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Duygusal işlevsellik ($p=0,003$), sosyal işlevsellik ($p=0,002$), psikososyal işlevsellik ($p=0,017$) ve ölçek toplam puan ortalamaları ($p=0,037$) arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Yeme korkusu olan adölesanların duygusal, sosyal, psikososyal ve ÇİYKÖ toplam ölçek puanları anlamlı derecede düşük olduğu ve beslenme bilgi puanları açısından yeme korkusu durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadığı saptanmıştır ($p>0,05$) (Tablo 10). Yılmaz ve Akbulut (2021) tarafından iritabl bağırsak sendromlu (İBS) 20-55 yaş aralığındaki hastalarda yapmış oldukları çalışmada hastaların %85,7'sinde sitofobi olduğu bildirilmiştir (142). Uçar (2021) tarafından İBS tanısı olan 18-50 yaş grubu hastaların beslenme ve yaşam kalitesini değerlendirdiği çalışmasında hastaların %90'ında sitofobi olduğu bildirilmiştir. Aynı çalışmada sitofobisi olan hastaların olmayanlara göre fiziksel puanları düşük, ağrı puanlarının ise yüksek olduğu tespit edilmiştir (143). Pekmez (2014) tarafından 7-18 yaş grubu 18'i ülseratif kolit, 27'si crohn olan 45 hasta ile yapmış olduğu çalışmada crohn tanısı olan hastaların %18,5'i, ülseratif kolit olan hastaların ise %27,8'i ve çalışmaya katılan hastaların tamamının ise %22,2'si sitofobi olduğunu bildirmiştir (85). Sitofobi, adölesan dönemde en çok ihtiyaç duyulan, adölesanın büyüme ve gelişimi için gerekli makro ve mikro besinlerin alımında eksikliğe neden olabilir. Çalışmanın sonuçları bu araştırma bulguları ile uyumlu bulunmuştur. Bu sonuca göre sitofobi, İBH olan çocukların yaşam kalitesini olumsuz etkilerken büyüme ve gelişmeyi olumsuz etkileyen malnütrisyonun nedenlerinden biri olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmada adölesanlar diyet uygulama durumuna göre beslenme bilgi düzeyi ile yaşam kalitesi alt gruplarında aldıkları puanlar karşılaştırıldığında, adölesanların diyet uygulama durumuna göre beslenme bilgi düzeyi puanı arasında anlamlı bir fark bulunmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Ayrıca diyet uygulama durumuna göre

adölesanların yaşam kalitesi alt grupları fiziksel sağlık toplam puanı, duygusal, sosyal, okul, psikososyal işlevsellik ve ölçek toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$) (Tablo 11). Hartman ve arkadaşları (2016) tarafından yapılan çalışmada İBH olan çocuk ve adölesanların normal besin dışında, ek beslenme desteği almadığı sürece alması gereken mikro ve makro besin ögesi alımının önerilen günlük alımların altında kaldığı sonucuna ulaşmışlardır (144). İbagüner (2020)'in yapmış olduğu çalışmada ise İBH'lı çocukların besin alma durumlarını yaş ve cinsiyete göre hem IOM (Amerikan Ulusal Bilimler Akademisi Tıp Enstitüsü)'un önerileri ayrıca ülkemiz için düzenlenmiş olan TÜBER önerilerini karşılama durumunu değerlendirmiş ve hastaların günlük alması gereken enerjiyi alamadıkları, ancak yetersizlik sınırına ulaşmadığı, yeterli kabul edilen değerlerde kaldığı bildirilmiştir (145). İnflamatuvar bağırsak hastalığı semptomlarını tetikleyen gıdaların tüketimi sosyal aktivitenin bozulması ve yaşam kalitesinin düşmesine sebep olmaktadır (17).

Araştırmada karın ağrısı şikayeti olan adölesanların yaşam kalitesinden aldıkları fiziksel sağlık toplam puanı, okul işlevselliği puanı ve ölçek toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ($p<0,05$), duygusal, sosyal ve psikososyal işlevsellik arasında istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$) (Tablo 12). İBH olan adölesanlarda özellikle atak dönemlerinde oldukça artan karın ağrısı şikayetleri nedeniyle fiziksel toplam puanı, okul işlevselliği ve ölçek toplam puanının anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Beşer ve arkadaşları (2015) tarafından İBH tanılı çocukların incelendiği bir çalışmada CH tanısı almış çocuklarda en çok karşılaşılan belirtiler ishal, karın ağrısı ve kilo kaybı iken ÜK tanısı almış çocuk hastalarda daha çok ishal, kanama ve karın ağrısı şikayetleri olduğu bildirilmiştir (7). Bu araştırmada, İBH semptomlarından olan karın ağrısının çocuklarda yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkileyen bir faktör olduğu görülmüştür. Araştırma bulgularına paralel olarak Bungau ve arkadaşları (2020) tarafından çoklu psikososyal faktörlerin değerlendirildiği çalışmada karın ağrısının yüksek oranda kaygı ve depresyona yol açtığı görülmüştür (146). Uçar (2021) tarafından İBS tanısı olan 18-50 yaş grubu hastada yapmış olduğu çalışmada cinsiyetler arasında İBS semptomskoru ve karın ağrısı sıklığı arasında anlamlı bir farklılık olduğu bildirilmiştir. Kadınlarda ağrı sıklık ve şiddeti erkeklere oranla daha yüksek olduğu bulunmuştur (143). Bunun yanında anksiyete ya da

depresyon gibi şiddetli semptomları olan hastaların, olmayanlara kıyasla daha şiddetli karın ağrısı şikayeti olduğu bildirilmiştir (147).

Araştırma kapsamındaki adölesanların beslenme bilgi düzeyi ve yaşam kalitesi alt grupları karşılaştırıldığında, ishal olma durumuna göre beslenme bilgi düzeyi puanı arasında anlamlı bir fark bulunmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). İshal olma durumuna göre adölesanların yaşam kalitesi alt grupları fiziksel sağlık toplam puanı, duygusal işlevsellik, sosyal işlevsellik, psikososyal işlevsellik ve ölçek toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Yaşam kalitesi alt gruplardan okul işlevsellik puanının ise istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0,05$) (Tablo 13). Balık (2018) tarafından İBH tanısı almış çocuklarla yaptığı çalışmada, çocukların başvuru şikayetlerinin çoğunlukla karın ağrısı, ishal ve kanlı dışkılama olduğunu bildirmiştir (33). Sawczenco ve Sandhu (2003) tarafından 16 yaşından küçük IBH tanısı alan 739 hasta incelemiştir. Crohn olan 431 hastanın %25'inde karın ağrısı, ishal, ve kilo kaybı görüldüğü bildirilmiştir (148). Beşer ve arkadaşlarının (2015) yaptıkları çalışmada, ülseratif kolit tanısı olan çocuk hastalarda en sık başvuru şikayetleri ishal, kanama ve karın ağrısı iken; crohn hastalarında karın ağrısı, ishal ve kilo kaybının birincil şikayetleri oluşturduğu saptanmıştır (7). Yapılan çalışmalarla uyumlu olarak İBH tanısı almış adölesanların semptomları nedeniyle yaşam kalitesi alt gruplarından okul işlevselliği büyük oranda etkilendiği tespit edilmiştir (Tablo 9, Tablo 12, Tablo 13). Mackner ve arkadaşları (2012) tarafından İBH tanısı olan ($n=52$) ve sağlıklı çocuklarla ($n=42$) yürüttükleri çalışmada, çocukların okul sürecinde yaşam kalitesi değerlendirilmiştir. İBH tanılı çocukların okul devamsızlıkları, akademik başarısı ve sınıf tekrarı incelenmiş, İBH'lı çocukların sağlıklı çocuklara oranla okul yaşam kalitelerinin çok düşük olduğu gözlenmiştir (102). İBH tanısı almış okul çağı çocukların devamsızlık yapmalarında hastalıklarının önemli bir etkisi vardır. Hastane yatışlarında hastanede kalınan gün sayısı, hastalık yükü ve hastalığın semptomları nedeni ile yaşam kalitesinin alt grubu olan okul işlevselliği büyük oranda olumsuz etkilenmektedir. İBH'lı çocukları desteklemek amacı ile sağlık ve eğitim arasında işbirliği sağlanarak çocukların okula devamı sağlanmalıdır (149).

Kanlı diyare, İBH tanısı almış hastaların karşılaştıkları en önemli komplikasyonlardan biridir (150). Araştırmada adölesanlar dışkıda kan bulunma

durumuna göre beslenme bilgi düzeyi ve yaşam kalitesi alt grupları karşılaştırıldığında, dışkıda kan olma durumuna göre beslenme bilgi düzeyi puanı arasında anlamlı bir fark bulunmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Dışkıda kan olma durumuna göre adölesanların yaşam kalitesi alt grupları fiziksel sağlık toplam puanı, duygusal işlevsellik, sosyal işlevsellik, okul işlevselliği, psikososyal işlevsellik ve ölçek toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$) (Tablo 14). Çakır (2019) tarafından yapılan Konya bölgesinde IBH insidansının değerlendirildiği araştırmada yaş ortalaması 47.3 ± 14.2 yıl olan 111 hasta katılmıştır. Araştırmada bulunan 53 ÜK tanılı hastanın %73,6'sında kanlı ishal görülmüştür (151). Sevinç (2009) tarafından 4-18 yaş grubunda hastanın değerlendirildiği araştırmada ÜK hastaların %95'inde ($n=22$) kanlı diyare görülürken, CH hastalarının %60'ında ($n=10$) kanlı diyare tespit edilmiştir (4). Karaman ve arkadaşları (2016) tarafından 18 yaş üstü ÜK olan yetişkin hastalarda yaşam kalitesi incelenmiştir. ÜK olan bireylerden dışkısında kan olan hastaların, dışkısında kan olmayan hastalara göre yaşam kalitesi oldukça düşük olduğu bildirilmiştir (150). Araştırmada hastaların çoğunun remisyon döneminde olmaları ve örneklem sayısının diğer çalışma örneklerine göre daha küçük olmasından dolayı yaşamkalitesi anlamlı bulunmadığı düşünülmektedir.

Araştırmada adölesanlarda beslenme bilgi düzeyi ve yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları alt grupları ile sosyo ekonomik durum karşılaştırılmıştır. Adölesan beslenme bilgi puanları açısından sosyo ekonomik durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Geliri giderden fazla olan adölesanların puanları, gelir gidere eşit ve gelir gidere az olanların puanlarına göre anlamlı derecede düşük olduğu belirlenmiştir. Yaşam kalitesi alt grupları ile sosyoekonomik durumları incelendiğinde fiziksel sağlık toplam puanı, sosyal, psikososyal, okul işlevselliği ve toplam ölçek puanları ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p>0,05$). Yaşam kalitesi alt gruplardan duygusal işlevsellik puanı istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0,05$) (Tablo 15). Kim ve arkadaşlarının (2016) yapmış oldukları çalışmada remisyon sürecindeki yetişkin 142 İBH'lı hastanın sosyoekonomik durumunun depresyona etkisi incelendiğinde, ÜK ve CH için anksiyete ve depresyon alt ölçek puanları ile arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir (152). Didsbury ve arkadaşları (2016) tarafından 2-21 yaş grubu astım, kronik böbrek hastalığı, tip 1 diyabet ve epilepsi tanısı olan 6957 hastayı kapsayan 30

çalışma değerlendirilerek sosyoekonomik durum ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Kronik hastalığı olan düşük gelirli çocukların, geliri iyi olan akranlarına göre daha düşük yaşam kalitesine sahip olduğu bildirilmiştir (153). Doğan (2017) çalışmasında ise, geliri giderden az olan CH hastalarının BDÖ (Beck Depresyon Ölçeği) puanlarının ÜK hastalarından daha yüksek olduğu ($z=2.106$, $p=0,035$) görülmüştür (133). Erdem ve arkadaşları (2017) tarafından farklı sosyoekonomik düzeye sahip çocuklarda ailenin beslenme tutum ve davranışlarını incelediği çalışmada, sosyoekonomik durumlarına göre, çocukların BKİ değerinin değiştiği bildirilmiştir (154). Benzer şekilde Özdemir ve arkadaşlarının (2005) yapmış olduğu çalışmada ise, farklı sosyoekonomik düzeyde iki ilköğretim okulu öğrencilerinde ($n=392$) sosyoekonomik durumu diğer gruba göre daha kötü olan okulda gelişme geriliğinin daha fazla olduğu görülmüştür (155). Büyük ve Topçu (2015) tarafından 7-8 yaş grubu çocuklarda beslenme ve fiziksel aktiviteleri arasındaki ilişkiyi değerlendirdikleri çalışmada, çocuklarda bodurluk oranı %12,8 olarak belirlenmiş, aynı zamanda sosyoekonomik duruma göre bulunan okullar ve çocukların boyları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (156). İBH tanısı almış çocukların ailelerinin gelir düzeyi düşüklüğü büyüme gelişme çağındaki çocuğun temel ihtiyaçlarının karşılanmasını engellerken, büyüme ve gelişimini sınırlamakta aynı zamanda hastalığa bağlı komplikasyon ve belirtilerin şiddetlenmesine neden olmaktadır. Bu durumdan dolayı çocuğun yaşam kalitesi olumsuz etkilenmektedir.

Araştırmada İBH'nin ailede bulunma durumu ile beslenme bilgi düzeyi ve yaşam kalitesi alt grupları karşılaştırıldığında, ailede İBH tanılı bireyin bulunma durumuna göre beslenme bilgi düzeyi puanı arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Ailede İBH olma durumuna göre adolesanların yaşam kalitesi alt grupları fiziksel sağlık toplam puanı, duygusal işlevsellik, sosyal işlevsellik, okul işlevselliği, psikososyal işlevsellik ve ölçek toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Aynı zamanda toplam ölçek puanları ile ailede İBH tanısı alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$) (Tablo 16). Beşer ve arkadaşlarının (2015) yapmış olduğu çalışmada, İBH tanısı almış çocukların %18,9'unun birinci, ikinci ya da üçüncü derece akrabalarında İBH tanısı alan bireyler olduğunu saptamıştır (7). Benzer şekilde İbagüner (2020) çalışmasında hastaların %21,9'unun birinci, ikinci veya üçüncü derece akrabalarında İBH öyküsü

olduğu bildirilmiştir (145). Balık (2018)'ın yapmış olduğu (n=92) çalışmada ailesinde İBH tanısı almış birey oranı %12 olarak bulunmuştur (33). Heyman (2015) tarafından İBH'lı hastaların birinci derece akrabalarında İBH görülme riskinin daha yüksek olduğunu belirlemiştir. Bubireylerin yaşam boyu CH hastası olma ihtimali %5 iken, ÜK gelişme riski %1,6 olarak bulunmuştur. İBH hastası olan ebeveynlerin çocuklarında ise İBH gelişme riskinin sağlıklı gruba göre %30'dan fazla olduğu belirtilmiştir (157). Araştırma bulguları literatürle uyumlu olarak tüm hastaların %19,6'sının birinci, ikinci veya üçüncü derece akrabalarında İBH öyküsü olduğu tespit edilmiştir (Tablo 2).

Son zamanlarda yapılan çalışmalarda İBH tanısı alan bireylerin beslenmesi ile yaşam kalitesi ve psikososyal faktörleri arasındaki ilişkinin önemi vurgulanmaktadır (11). Bu çalışmada yaşam kalitesi alt ölçek puanları ile beslenme bilgi düzeyi puanları karşılaştırılmış ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Literatür taramaları sonucunda Türkiye'de çocuklarda beslenme bilgi düzeyinin yaşam kalitesi üzerine etkisinin araştırıldığı herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ülkemizde İBH tanılı çocuklarda yapılan çalışmaların az sayıda olması verilerimizin karşılaştırılması aşamasının sınırlı olmasına neden olmuştur. İBH'lı adölesanlar için beslenme hayati önem taşımaktadır. Doğru beslenme bilgisine sahip adölesanlar hastalığı yönetme becerisi kazanarak hastalığın semptomlarını azaltıp yaşam kalitesinin artmasına sebep olacaklardır.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

İnflamatuvar bağırsak hastalığı tanısıyla izlenen 13-18 yaş adölesanların beslenme bilgi düzeyinin yaşam kalitesine etkisini incelemek amacıyla gerçekleştirilen araştırmanın sonuçları incelendiğinde;

Adölesan beslenme bilgi düzeyi puanı $37,40 \pm 4,45$ iken yaşam kalitesi ölçek toplam puanı $70,71 \pm 15,57$ olarak bulundu. Beslenme bilgi düzeyi ve yaşam kalitesi ölçeği alt puanları değerlendirildiğinde erkeklerin FSTP ($76,36 \pm 18,63$), kızların FSTP ($67,97 \pm 18,57$) daha yüksek olduğu, Beslenme Bilgi Formu puan ortalamasının ise cinsiyetler arasında farklılık olmadığı saptandı.

Ana öğün atlama durumu ile yaşam kalitesi alt grup puanları karşılaştırıldığında yaşam kalitesi alt grup puanları, duygusal, sosyal, okul, psikososyal işlevsellik ve ölçek toplam puanları ana öğün atlayanların, ana öğün atlamayanlara göre anlamlı derecede düşük olduğu saptandı. Beslenme Bilgi Düzeyi Formu puanları ile ana öğün atlama durumu arasında ise anlamlı bir farklılık bulunmadı.

Yemek yeme korkusu durumu ile yaşam kalitesi alt grup puanları değerlendirildiğinde; duygusal, sosyal, psikososyal işlevsellik ve ÇİYKÖ ölçek toplam puanı daha düşük olduğu saptandı.

Karın ağrısı durumu ile yaşam kalitesi alt grup puanları karşılaştırıldığında fiziksel, okul işlevsellik ve ÇİYKÖ toplam ölçek puanı, karın ağrısı olanların olmayanlara göre anlamlı derecede düşük olduğu saptandı. Beslenme Bilgi Düzeyi Formu puanı ile karşılaştırıldığında ise farklılık olmadığı görüldü.

İBH'lı adölesanın ishal olma durumu ile yaşam kalitesi değerlendirildiğinde okul işlevsellik puanı, ishal olmayanlara göre oldukça düşük olduğu belirlendi. Beslenme Bilgi Düzeyi Formu puanı ile ishal olma durumu arasında farklılık saptanmadı.

Adölesanın, ailesinin ekonomik durumu ile yaşam kalitesi karşılaştırıldığında duygusal işlevsellik puanı anlamlı derecede farklı bulundu. Geliri gidere eşit olanların puanları, geliri giderden az olanların puanlarına göre anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı. Adölesan Beslenme Bilgi Düzeyi puanları açısından gelir durumları arasında anlamlı bir farklılık saptandı. Geliri giderden fazla olanların puanları gelir gidere eşit ve geliri giderden az olanların puanlarına göre anlamlı derecede düşük olduğu bulundu.

Adölesanların Yaşam Kalitesi Ölçek Düzeyleri ile Adölesan Beslenme Bilgi Puan Düzeyleri karşılaştırıldığında; Fiziksel Sağlık Toplam Puan, Duygusal işlevsellik, Sosyal işlevsellik, Okul İşlevselliği, Psikososyal Sağlık ve ÇİYKÖ toplam ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur.

Öneriler

İBH tanısı alan adölesan ve ailesinin ihtiyaçları, hastalık ile başa çıkma becerileri değerlendirilerek, erişilebilir, yenilikçi ve görsel-yazılı materyallerle devamlılığı sağlanan eğitim programları ile eğitim verilmesi,

İnflamatuvar bağırsak hastalığı tanılı adölesanların yaşam kalitesi değerlendirilerek, ruhsal problemlerin saptanması fiziksel, sosyal, duygusal ve okul ortamlarına uyum sağlaması için psikolojik destek sağlanmalı,

Eğitim konusunda adölesan ve ailelerin teşvik edilmesi ve çocukların okula devam durumunun sorgulanması, okulla ilgili sorunlar belirlenerek çözüm önerileri sunulması,

Hastalığı en iyi şekilde yönetebilmek, yaşam kalitesini iyileştirip üst seviyede tutabilmek için multidisipliner yaklaşım gereklidir. Multidisipliner profesyonel bir ekip (örneğin doktorlar, hemşireler, psikologlar, diyetisyenler, sosyal hizmet uzmanları) ile adölesan değerlendirilmeli aile, hastane ve okul işbirliğinin desteklendiği projeler planlanmalı,

İnflamatuvar bağırsak hastası adölesan hastalık ile başa çıkmaya çalışırken yetişkinliğe başarılı geçiş, kendine güven ve tedaviye uyumu sağlar. Yaşam boyu bakım ve gerekli tedavinin sağlanması için yetişkinliğe başarılı geçiş sağlanmalı,

Eğitim programları ile hasta ve ailesinin doğru sağlık bilgisine ulaşabilmesi ve sağlık profesyonellerine rehberlik etmesi için İBH hemşirelerinin yetiştirilmesi, eğitilmesi ve lkemizde İBH hemşireliğinin yaygınlaştırılması,

Adlesanlara hastalığa uyum, takip, tedavi, beslenme, atak dönemi ve semptom yönetimi gibi eğitimleri içeren birimler oluşturulması, hasta eğitimlerinin, aylık İBH hemşiresi tarafından planlanması ve İBH hemşirelerinin kurs, kongre, sempozyum gibi hizmet içi eğitimlerle desteklenmesi gerektiği,

Sonuç olarak; İBH tanısı almış adölesanlarda yaşam kalitesi ve beslenme bilgi düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılan araştırmada; İBH'lı adölesanların yaşam kalitesi ile beslenme bilgi düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptandı. Ülkemizde İBH'lı adölesanlarda beslenme bilgi düzeyi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi araştıran çalışma bulunmamaktadır. Adölesanlarda beslenmenin yaşam kalitesine olan etkisini inceleyen, daha geniş örneklem gruplarıyla çalışmalar yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Yıldırım HT, Diniz G, Ecevit Ç, Aktaş S. “Pediatrik gastrointestinal sistem hastalıklarına patolojik yaklaşım”, *İzmir Dr Behçet Uz Çocuk Hast Dergisi*, 2015, 5(1): 1-9.
2. Akyüz F, Demir K. “Gastrointestinal Fizyopatoloji”, *Klinik Gelişim Dergisi*, 2009, 22(3): 77-80.
3. Ünal F, Şahin G, Cebe A, Ayhan S, Eren F, Kasırga E. “Ülseratif kolit tanılı olgularımızın retrospektif olarak değerlendirilmesi”, *Güncel Pediatri Dergisi*, 2012, 10(2): 17-23.
4. Sevinç E. “İnflamatuvar barsak hastalığı olan çocuk hastalarımızın değerlendirilmesi”, *Endoskopi Gastrointestinal*, 2017, 25(2): 35-39.
5. Tümer G. “Crohn hastalığında gelişen komplikasyonlara göre değişen tıbbi beslenme tedavisi: Bir olgu sunumu”, *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 2018, 46(2): 208-214.
6. Türker PF, Güneş SD. “Crohn hastalığı ve tıbbi Beslenme”, *Güncel Gastroenteroloji*, 2016, 20(3): 267-273.
7. Beşer ÖF, Kutlu T, Çokuğraş FÇ, Erkan T. “İnflamatuvar barsak hastalığı tanılı çocukların uzun süreli izlemi: 53 Olgunun değerlendirilmesi”, *Güncel Pediatri Dergisi*, 2015, 13(2): 81-88.
8. Kayacan AG. *İnflamatuvar Bağırsak Hastası Bireylerde Kronotipin İlgili Biyokimyasal bulgular, beslenme ve gastrointestinal semptomlar üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi* (Tez). Ondokuz Mayıs Üniversitesi Beslenme Bilimleri Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; Samsun, 2019.
9. Tozun N, et al. ” Clinical Characteristics of Inflammatory Bowel Disease in Turkey A Multicenter Epidemiologic Survey”, *Journal of Clinical Gastroenterology*, 2009, 43(1): 51–57.
10. Molodecky NA. et al. “Increasing incidence and prevalence of the inflammatory bowel diseases with time, based on systematic review”, *Gastroenterology*, 2012, 142(1): 46-54.
11. Mete A. *İnflamatuvar Bağırsak Hastalıklarında Beslenme Alışkanlıklarının Yaşam Kalitesine Etkisi* (Tez). İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; İzmir, 2019.
12. Kahveci G. *Perkütan Endoskopik Gastrostomi Tüpü ile Beslenen Hastalara Bakım Veren Bireylerin Enteral Beslenme Uygulamalarına İlişkin Bilgi Düzeyleri ve Uygulamalarının Değerlendirilmesi* (Tez). İstanbul Okan Üniversitesi, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek

Lisans Tezi; İstanbul, 2020.

13. Dinçkal Ç, Ünal NG. “ İnflamatuvar Barsak Hastalıklarında Nütrisyon”, *Güncel Gastroenteroloji Dergisi*, 2019, 23(2): 79-84
14. Pekmez CT, Samur G, Aydemir Y, Özen H, Yüce A. “İnflamatuvar Barsak Hastalığı Olan Çocuklarda Malnütrisyon ve Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi”, *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 2015, 43(3): 205-212
15. Balestrieri P, Ribolsi M, Guarino MPL, Emerenziani S, Altomare A, Cicala M. ”Nutritional Aspects in Inflammatory Bowel Diseases”, *Nutrients*, 2020,12(2): 372.
16. Çokuğraş FÇ. “Kronik enflamatuvar barsak hastalıkları”, *Türk Pediatri Arşivi Dergisi*, 2011, 46: 70-8.
17. Owczarek D, Rodacki T, Rodacka RD, Cibor D, Mach T. “Diet and nutritional factors in inflammatory bowel diseases”, *World J Gastroenterol*, 2016, 22(3): 895-905.
18. Condrad MA, Rosh JR. “Pediatric Inflammatory Bowel Disease”, *Pediatric Clinics*, 2017, 67(3): 577–591.
19. Baştürk A, Yılmaz A, Artan R. ”İnflamatuvar bağırsak hastalığı tanılı 68 çocuk hastamızın retrospektif olarak değerlendirilmesi”, *Pamukkale Tıp Dergisi*, 2018, 11(1): 11-17.
20. Werkstetter KJ, Ullrich J, Schatz SB, Prell C, Koletzko B, Koletzko S. “Lean body mass, physical activity and quality of life in paediatric patients with inflammatory bowel disease and in healthy controls”, *Journal of Crohn’s and Colitis*, 2011, 6(6): 665-673.
21. Mackner LM, Bickmeier RM, Crandall WV. “ Academic Achievement, Attendance, and School-Related Quality of Life in Pediatric Inflammatory Bowel Disease”, *Journal of Developmental Behavioral Pediatrics*, 2012, 33(2):106 –111.
22. Kohut SA, Stinson J, Jelen A, Ruskin D. “Feasibility and Acceptability of a Mindfulness -Based Group Intervention for Adolescents with Inflammatory Bowel Disease”, *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 2020, 27(1): 68–78.
23. Ross SC, Strachan J, Russell RK, Wilson SL. ”Psychosocial Functioning and Health-related Quality of Life in Paediatric Inflammatory Bowel Disease”, *JPGN*, 2011, 53(5): 480–488.
24. Sidebottom AM, Rodriguez TG, Karpin JE, Rubin DT. ”Clinical and Translational Considerations for Understanding Depression and Anxiety in Patients with Inflammatory Bowel Disease”, *Gastroenterology research and practice*, 2021.

25. Uran BNÖ, Yıldırım Y. "Yeni Bir Uzmanlık Alanı: İnflamatuvar Barsak Hastalıkları Hemşireliği", *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2016, 1(2): 27-33.
26. Stretton JG, Currie BK, Chauhan UK. "Inflammatory bowel disease nurses in Canada: An examination of Canadian gastroenterology nurses and their role in inflammatory bowel disease care", *Canadian Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 2014, 28(2):89-93.
27. Uran BNÖ. *İnflamatuvar Barsak Hastalıklarında Web Tabanlı Eğitimin Hastalık Aktivitesine, Semptom Yönetimine ve Yaşam Kalitesine Etkisi* (Tez). Ege Üniversitesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Tezi; İzmir, 2017.
28. Wark G, Bonet DS, Ghaly S, Danta M. "The Role of Diet in the Pathogenesis and Management of Inflammatory Bowel Disease: A Review", *Nutrients*, 2020, 13(1): 135.
29. Yoldaş H. "İnflamatuvar Bağırsak Hastalıklarında Güncel Diyet Yaklaşımları", *Güncel Gastroenteroloji*, 2017, 21(1): 73-77.
30. Nazlıkul H. "İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı Regülasyon Tıbbı Nöralterapi Yaklaşımı", *Bilimsel Tamamlayıcı Regülasyon ve Nöralterapi Dergisi*, 2020, 14(3): 80-92.
31. Yırgın G. *İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı Aktivitesi ile Serum Sistatin C ve Fekal Kalprotektin Düzeylerinin İlişkisi* (Tez). Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haseki Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, İç Hastalıkları Tıpta Uzmanlık Tezi; Ankara, 2020.
32. Koçoğlu SS. *İnflamatuvar Bağırsak Hastalarında Malnutrisyonun Değerlendirilmesi ve Önemi* (Tez). Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi; Ankara, 2020.
33. Balık Z. *Çocukluk Çağı İnflamatuvar Bağırsak Hastalıklarının Hastalık Gruplarına ve Semptom Başlama Yaşına Göre Özelliklerinin Değerlendirilmesi* (Tez). Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi; Ankara, 2018.
34. Altaş U. *İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı Olan Çocuklarda Büyümenin Değerlendirilmesi* (Tez). Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi; İstanbul, 2019.
35. Edeer E. *Çocuklarda İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı Aktivitesi ile Fonksiyonel Trombosit Göstergeleri Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması* (Tez). Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi; İstanbul, 2016.

36. Nalçacı S. *İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı Olan Çocuklarda Fiziksel Büyümenin Değerlendirilmesi* (Tez). Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi; Ankara, 2017.
37. Koma M, Amosy E. "Inflammatory Bowel Disease: An Expanding Global Health Problem", *Clinical Medicine Insights: Gastroenterology*, 2013, 6: 33-47.
38. Benchimol EI, Mack DR, Nguyen GC, Scott B, Snapper SB, Li W, Mojaverian N, Quach P, Muise AM. "Incidence, Outcomes, and Health Services Burden of Very Early Onset Inflammatory Bowel Disease", *Gastroenterology*, 2014, 147(4): 803–813
39. Ozin Y, Kilic MZ, Nadir I, Çakal B, Dişibeyaz S, Aehan M, Dağlı Ü, Tunç B, Ülker A, Şahin B. "Clinical features of ulcerative colitis and Crohn's disease in Turkey", *J Gastrointestin Liver Dis*, 2009, 18(2):157-62.
40. Sartor RB. "Hastalığın mekanizmaları: Crohn hastalığı ve ülseratif kolitin patogenezi", *Doğa klinik uygulaması Gastroenteroloji ve hepatoloji*, 2006, 3(7): 390-407.
41. Polito JM, Childs ED, Mellits D, Tokayer AZ, Harris ML, Bayless TM. "Crohn's Disease: Influence of Age at Diagnosis on Site and Clinical Type of Disease", *Gastroenteroloji*, 1996, 111(3):580-586.
42. Godet PG, May GR, Sutherland LR. "Meta-analysis of the role of oral contraceptive agents in inflammatory bowel disease", *Gut*, 1995, 37(5): 668-673.
43. Cummings JRF, Derek P, Jewell, Phil D. "Clinical Implications of Inflammatory Bowel Disease Genetics on Phenotype", *Inflammatory bowel disease*, 2005, 11(1): 56–61.
44. Satsangi J, Grootcholten C, Holt H, Jewell DP. "Clinical patterns of familial inflammatory bowel disease", *Gut*, 1996, 38(5): 738-741.
45. Achkara JP, Duerrb R. "The expanding universe of inflammatory bowel disease genetics", *Current Opinion in Gastroenterology*, 2008, 24(4): 429–434.
46. Orholm M, Binder V, Sørensen TIA, Rasmussen LP, Kyvik KO. "Concordance of inflammatory bowel disease among Danish twins: results of a nationwide study", *Scandinavian journal of gastroenterology*, 2000, 35(10): 1075–1081.
47. Uran BNÖ, Yüksel ES, Avdal EÜ, Arkan B. "İnflamatuvar barsak hastalıklarında epidemiyolojik özellikler ve hastalık farkındağı; İzmir örneğı ile kesitsel bir çalışma", *Akademik gastroenteroloji dergisi*, 2019, 18(3): 112-119.
48. Duman S. *İnflamatuvar Barsak Hastalığındaki Anemi Prevelansı ve Özelliklerinin Diğer Sebeplerle Kolonoskopi Yapılan Hastalarla Karşılaştırılması* (Tez). Sağlık Bilimleri

- Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Uzmanlık Tezi; İstanbul, 2020.
49. Erdik N. *İnflamatuvar Barsak Hastalığı Tanılı Hastalarda 13 Valanlı Konjuge Pnömonokok Aşısına Antikor Yanıtının Değerlendirilmesi* (Tez). Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi; Kocaeli, 2019.
 50. Tümgör G, Arıkan Ç, Yağcı RV. "Çocukluk Çağı İnflamatuvar Barsak Hastalığı", *Ege Pediatri Bülteni*, 2007, 14(1): 63-78.
 51. Baumgart DC, Sandborn WC. "Crohn's disease", *Lancet*, 2012, 380: 1590–1605.
 52. Sofuoğlu Aİ. *Samsun İli ve Çevresindeki İnflamatuvar Barsak Hastalığı Tanısı Alan Çocuk ve Adölesanların Retrospektif İncelenmesi* (Tez). Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi; Samsun, 2016.
 53. Dığrak GS. *İnflamatuvar Barsak Hastalıklarında Sosyal Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi ve Hastalık Aktivitesinin Sosyal Anksiyete Düzeyine Etkisi* (Tez). Sağlık Bilimleri Üniversitesi Keçiören Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Aile Hekimliği Tıpta Uzmanlık Tezi; Ankara, 2020.
 54. İbili NS. *İnflamatuvar Bağırsak Hastalarında Hastalıkla İlgili Bilgilerin Değerlendirilmesine Yönelik Kısa Soru Anketinin Validasyonu* (Tez). Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi; İzmir, 2015.
 55. Hamarat H. *Esogü Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Kliniğinde İnflamatuvar Barsak Hastalığı Tanısı ile Takip Edilen Hastaların Retrospektif Değerlendirilmesi* (Tez). Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi; Eskişehir, 2010.
 56. Walker WA, Iyengar RS. "Breastmilk, Microbiota and Intestinal Immune Homeostasis", *Pediatric research*, 2015, 77(1): 220-228.
 57. Abegunde AT, Muhammad BH, Bhatti O, Ali T. "Environmental risk factors for inflammatory bowel diseases: Evidence based literature review", *World J Gastroenteroloji*, 2016, 22(27): 6296.
 58. Klement E, Cohen RV, Boxman J, Joseph A, Reif S. "Breastfeeding and risk of inflammatory bowel disease: a systematic review with meta-analysis", *American Journal of Clinical Nutrition*, 2004, 80(5):1342–52.
 59. Xu L, Lochhead P, Ko Y, Claggett B, Leong RW, Ananthakrishnan AN. "Systematic review with meta-analysis: breastfeeding and the risk of Crohn's disease and ulcerative colitis", *Nutritional pharmacology and therapeutics*, 2017, 46(9): 780-789.

60. Yönet ÇK. *İnflamatuvar Barsak Hastalığı Tanısı ile Takipli Hastalarda Eklem Tutulumunun Değerlendirilmesi* (Tez). Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi; Konya, 2020.
61. Şahin G, Akbulut G. "Pediatrik Crohn Hastalarında Bir Tedavi Seçeneği Olarak Enteral Beslenme Desteği", *Türkiye Klinikleri J Gastroenteroloji*, 2013, 20(1):13-9.
62. Feuerstein JD, Cheifetz AS. "Crohn Disease: Epidemiology, Diagnosis, and Management", *Mayo Clinic Proceedings, Elsevier*, 2017, 92(7):1088-1103.
63. Smith CJ, Harris H. "Crohn disease: Taking charge of a lifelong disorder", *Nursing*, 2014, 44(12): 36-42.
64. Ferre MPB, Bosca-Watts MM, Perez MM. "Enfermedad de Crohn", *Medicina Clínica*, 2018, 151(1): 26-33.
65. Torres J, Mehandru S, Colombel JF, Peyrin-Biroulet F. "Crohn's disease", *Lancet*, 2017, 389(10080):1741-1755.
66. Ünal NG, Şenkaya A, Çelik F, Aslanov S, Özütemiz AÖ. "Klinik remisyondaki ülseratif kolit hastalarında anemi sıklığı, sebepleri ve ilişkili faktörler", *DEU Tıp Dergisi*, 2020, 34(2): 131-139.
67. Yaman HE. "*Ülseratif Kolit Hastalarında Plazma Aterojenite İndeksinin Log(tg/hdl) Değerlendirilmesi*", Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi; Konya, 2020
68. Yalaki S, Yalçın MS, Pulat H, İlhan A. "Ülseratif kolit hastalarında değişen ne? yeni tanı almış 99 vakanın retrospektif değerlendirilmesi", *Acta Medica Nicomedia*, 2020, 3(1): 20-24.
69. Akbaş, D. *İnflamatuvar Bağırsak Hastalığında Hemşire Desteğinin İlaç Uyumuna Etkisi* (Tez). İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi; İzmir, 2018.
70. Amaro F, Chiarelli F. "Growth and Puberty in Children with Inflammatory Bowel Diseases", *Biomedicines*, 2020, 8(11): 458.
71. Altowati MA, Russell RK, Ahmed SF. "Endocrine Therapy for Growth Retardation in Paediatric Inflammatory Bowel Disease", *Pediatr Drugs*, 2014, 16(1): 29-42.
72. Heuschkel R, Salvestrini C, Beattie RM, Hildebrand H, Walters T, Griffiths A. "Guidelines for the Management of Growth Failure in Childhood", *Inflammatory Bowel Disease*, 2008, 14(6): 839-849.

73. Norton C, Czuber-Dochan W, Artom M, Sweeney L, Hart A. "Systematic review: interventions for abdominal pain management in inflammatory bowel disease", *Alimentary pharmacology & therapeutics*, 2017, 46(2): 115-125.
74. Bielefeldt K, Davis B, Binion DG. "Pain and Inflammatory Bowel Disease", *Inflammatory bowel diseases*, 2009, 15(5): 778-788.
75. Farrar FC. "Akut gastrointestinal kanamanın yönetimi", *Yoğun Bakım Hemşireliği Klinikleri*, 2018, 30(1): 55-66.
76. Sahn B, Bitton S. "Lower gastrointestinal bleeding in children", *Gastrointestinal Endoscopy Clinics*, 2016, 26(1): 75-98.
77. Akpınar H, Çetiner M, Keshav S, Örmeci N, Törüner M. "Diagnosis and treatment of iron deficiency anemia in patients with inflammatory bowel disease and gastrointestinal bleeding: iron deficiency anemia working group consensus report", *Turk J Gastroenteroloji*, 2017, 28(2): 81-7.
78. Anbazgahan AN, Priyamvada S, Alrefai WA, Dudeja PK. "Pathophysiology of IBD associated diarrhea", *Tissue Barriers*, 2018, 6(2): e1463897.
79. Tang Y, Forsyth CB, Keshavarzian A. "New molecular insights into inflammatory bowel disease-induced diarrhea", *Expert review of gastroenterology & hepatology*, 2011, 5(5): 615-625.
80. Wenzl HH. "Diarrhea in chronic inflammatory bowel diseases", *Gastroenterology Clinics*, 2012, 41(3): 651-675.
81. Elsherif Y, Alexakis C, Mendall M. "Determinants of weight loss prior to diagnosis in inflammatory bowel disease: a retrospective observational study" *Gastroenterology Research and Practice*, 2014: 1-7.
82. Öztürk N. "İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı Olan Bireylerde İlaç Uyumu ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki", Ege Üniversitesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; İzmir, 2018.
83. Yorgan ND. "Lise Öğrencilerinde Sağlıklı Beslenme Farkındalık Düzeyi ve Beslenme Alışkanlıkları", İstanbul Okan Üniversitesi, Gastronomi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; İstanbul, 2019.
84. Akan M. "Adölesanlarda Beslenme Egzersiz Davranışları ile Beden Kitle İndeksi Arasındaki İlişki", Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; Trakya, 2018.

85. Pekmez CT. "İnflamatuvar Barsak Hastalığı Olan Çocukların Beslenme Durumunun ve Kemik Mineral Yoğunluğunun Değerlendirilmesi", Hacettepe Üniversitesi, Diyetetik Programı Yüksek Lisans Tezi; Ankara, 2014.
86. Yıldırım D, Özen H. "Laktoz intoleransı tıbbi beslenme tedavisi olgu sunumu", *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 2017, 45(3): 294-297.
87. Jasielska M, Grzybowska-Chlebowczyk U. "Lactose malabsorption and lactose intolerance in children with inflammatory bowel diseases", *Gastroenterology research and practice*, 2019: 1-6
88. Sugihara K, Morhardt TL, Kamada N. "The role of dietary nutrients in inflammatory bowel disease", *Frontiers in Immunology*, 2019, 9: 3183.
89. Simopoulos AP. "Omega-3 fatty acids in inflammation and autoimmune diseases", *Journal of the American College of nutrition*, 2002, 21(6): 495-505.
90. Brown AC, Rampertab SD, Mullin GE. "Existing dietary guidelines for Crohn's disease and ulcerative colitis", *Expert review of gastroenterology & hepatology*, 2011, 5(3): 411-425.
91. Scarallo L, Lionetti P. "Dietary Management in Pediatric Patients with Crohn's Disease", *Nutrients*, 2021, 13(5): 1611.
92. Selimoğlu MA. "İnflamatuvar Bağırsak Hastalığında Beslenme", *Sağlıkta ve Hastalıkta Çocuk Beslenmesi*, Akademi Yayıncılık, İstanbul, 2014, 290-299.
93. Schicho R, Shaykhtudinov R, Ngo J, Nazyrova A, Schneider C, Panaccione R, Kaplan GG, Vogel HJ, Storr M. "Quantitative metabolomic profiling of serum, plasma, and urine by 1H NMR spectroscopy discriminates between patients with inflammatory bowel disease and healthy individuals", *Journal of proteome research*, 2012, 11(6): 3344-3357.
94. Lucendo AJ, Rezende LCD. "Importance of nutrition in inflammatory bowel disease", *World journal of gastroenterology: WJG*, 2009, 15(17): 2081.
95. Altomare R, Damiano G, Abruzzo A, Palumbo VD, Tomasello G, Buscemi S, Monte AIL. "Enteral nutrition support to treat malnutrition in inflammatory bowel disease", *Nutrients*, 2015, 7(4): 2125-2133.
96. Salzer E, et al. "Early-onset inflammatory bowel disease and common variable immunodeficiency-like disease caused by IL-21 deficiency", *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 2014, 133(6): 1651-1659.
97. Aydoğdu S, Güven Ş, Yazar AS, Yakut K. "Protein-enerji malnütrisiyonu olan çocuklarda

- serum transferin düzeyleri”, *Dicle Tıp Dergisi*, 2013, 40(1): 35-39.
98. Marcil V, et al. ”İnflamatuvar barsak hastalığında malnütrisyon üzerine kesitsel bir çalışma: Pediatrik veya erişkin yaş gruplarına göre farklılık var mı?”, *İltihaplı bağırsak hastalıkları*, 2019, 25(8): 1428-1441.
99. Yanartaş Ö, et al. ”İnflamatuvar barsak hastalıklarında ruhsal belirtiler ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi”, *Journal of Mood Disorders*, 2014, 4(3): 115-21.
100. Sezer TA, İlhan SE. ”Kronik hastalığa sahip çocuk-ergen ve ebeveynlerinin yaşam kalitesi algıları”, *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 2019, 28(2): 127-136.
101. Abdovic S, et al. ”The IMPACT-III (HR) questionnaire: a valid measure of health-related quality of life in Croatian children with inflammatory bowel disease”, *Journal of Crohn's and Colitis*, 2013, 7(11): 908-915.
102. Mackner LM, Greenley RN, Szigethy E, Herzer M, Deer K, Hommel KA. ”Psychosocial issues in pediatric inflammatory bowel disease: a clinical report of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition”, *Journal of pediatric gastroenterology and nutrition*, 2013, 56(4): 449.
103. Knowles SR, et al. ”Quality of Life in Inflammatory Bowel Disease: A Systematic Review and Meta-analyses-Part”, *Inflammatory bowel diseases*, 2018, 24(4): 742-751.
104. Guarini A, et al. ”Inflammatory bowel disease nurse specialists for patients on biological therapies: a nationwide Italian survey”, *Annals of Gastroenterology: Quarterly Publication of the Hellenic Society of Gastroenterology*, 2016, 29(4): 1-6.
105. Törüner E, Büyükgönenç L. ”Çocuk Sağlığı Temel Hemşirelik Yaklaşımları”, Ankara Nobel Tıp Kitapevleri, Ankara, 2017, 461-462.
106. Younge L, Norton C. ”Contribution of specialist nurses in managing patients with IBD”, *British Journal of nursing*, 2007, 16(4): 208-212.
107. Coenen S, et al. ”Effects of introduction of an inflammatory bowel disease nurse position on the quality of delivered care”, *European journal of gastroenterology & hepatology*, 2017, 29(6): 646-650.
108. UCLA. ”Health System Center for Inflammatory Bowel Diseases”, <http://www.uclaibd.com/about-us.php> / Erişim Tarihi 20 Ekim 2021
109. Leary A, Mason I, Punshon G. ”Modelling the inflammatory bowel disease specialist nurse workforce standards by determination of optimum caseloads in the UK”, *Journal of Crohn's and Colitis*, 2018, 12(11): 1295-1301.

110. Özden A. "Gastrointestinal Endoskopi Hemşireleri Derneğinin Türkiye'de Kuruluşu", *Güncel Gastroenteroloji*, 2009, 13(2): 65-68.
111. Martinez-Vinson C, Le S, Blachier A, Lipari M, Hugot JP, Viala J. "Effects of introduction of an inflammatory bowel disease nurse position on healthcare use", *BMJ open*, 2020, 10(5): e036929.
112. Iltar U, Adanır H, Akın M, Dinçer D. "Antalya Bölgesinde İnflamatuvar Bağırsak Hastalığının Epidemiyolojik ve Klinik Özellikleri", *Akademi Tıp Dergisi*, 2020, 6(1):32-41.
113. Köseoğlu SZA, Tayfur AÇ. "Adölesan Dönemi Beslenme ve Sorunları ve Nutrition and Issues in Adolescence Period", *Güncel Pediatri*, 2017, 15(2): 50-62.
114. Ulu B. *Annenin Beslenme Bilgi Düzeyi İle Çocukların Beslenme Durumu ve Beden Adipoz İndeksi Arasındaki İlişki* (Tez). Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; Ankara, 2019.
115. Davis MK. "Breastfeeding and chronic disease in childhood and adolescence", *Pediatric Clinics of North America*, 2001, 48(1): 125-141.
116. Rogierac EW, Frantzad AL, Brunoa MEC, Wedlunda L, Cohena DA, Strombergb AJ, Kaetzela CS. "Lessons from mother: Long-term impact of antibodies in breast milk on the gut microbiota and intestinal immune system of breastfed offspring", *Gut microbes*, 2014, 5(5): 663-668.
117. Newburg DS, Walker WA. "Protection of the Neonate by the Innate Immune System of Developing Gut and of Human Milk", *Pediatric research*, 2007, 61(1): 2-8.
118. Barclay AR. et al. "Systematic review: the role of breastfeeding in the development of pediatric inflammatory bowel disease", *The Journal of pediatrics*, 2009, 155(3): 421-426.
119. Baron S, et al. "Environmental risk factors in paediatric inflammatory bowel diseases: a population based case control study", *Gut*, 2005, 54(3): 357-363.
120. Silva LC, Seixas RBPM, Carvalho E. "Quality of life in children and adolescents with inflammatory bowel disease: Impact and predictive factors", *Pediatric gastroenterology, hepatology & nutrition*, 2020, 23(3): 286.
121. Singh H, Nugent Z, Brownell M, Targownik LE, Roos LL, Bernstein CN. "Academic performance among children with inflammatory bowel disease: a population-based study", *The Journal of pediatrics*, 2015, 166(5): 1128-1133.
122. Beğenik M. *İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı Olan Ergenlerde Hastalık Aktivitesi*,

- Depresyon ve Yaşam Kalitesi İlişkisi* (Tez). İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıpta Uzmanlık Tezi; İstanbul, 2020.
123. Navas-López VM, et al. "The Effect of the Inflammatory Bowel Disease Classroom in Nature on the Quality of Life of Patients With Inflammatory Bowel Disease" *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 2020, 71(2): 243-245.
124. Akkuş SY, Ayhan AB. "Kronik hastalığı olan çocukların davranışlarının ve yaşam kalitelerinin incelenmesi", *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*, 2020, 14: 129-135.
125. Tuna S. *Tedavisi Biten Kanserli Adölesanların (13-18) yaşam kalitesini etkileyen etmenlerin belirlenmesi* (Tez). Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi; İzmir, 2010.
126. Reinfjell T, Diseth TH, Veenstra M, Vikan A. "Measuring health-related quality of life in young adolescents: Reliability and validity in the Norwegian version of the Pediatric Quality of Life Inventory™ 4.0 (PedsQL) generic core scales", *Health and quality of life outcomes*, 2006, 4(1): 1-9.
127. Upton P, Eiser C, Cheung I, Hutchings HA, Jenney M, Maddocks A, Russell IT, Williams JG. "Measurement properties of the UK-English version of the Pediatric Quality of Life Inventory™ 4.0 (PedsQL™) generic core scales", *Health and quality of life outcomes*, 2005, 3(1): 1-7.
128. De Boer M, Grootenhuis M, Derkx B, Last B. "Health-related Quality of Life and Psychosocial Functioning of Adolescents with Inflammatory Bowel Disease", *Inflammatory bowel diseases*, 2005, 11(4): 400-406.
129. Topçu E. *Çocukları Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanısı alan ebeveynlerin iletişim becerilerinin, çocukların yaşam kalitesi ile ilişkisi* (Tez). Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; İzmir, 2017.
130. Dolgun G, Savaşer S, Yankı Y. "Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu Olan 8-12 Yaş Grubu Çocuklarda Yaşam Kalitesi Ölçeğinin (DE/HB-YKÖ) Geliştirilmesi", *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 7(1): 39-52.
131. Söngüt S. *Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu olan çocuklarda yaşam kalitesi* (Tez). Hitit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; Çorum, 2019.
132. Karwowski CA, Keljo D, Szigethy E. "Strategies to Improve Quality of Life in Adolescents with Inflammatory Bowel Disease", *Inflammatory bowel diseases*, 2009,

- 15(11): 1755-1764.
133. Doğan BK. *İnflamatuvar Bağırsak Hastalarında Depresyon ve Umutsuzluk Düzeyinin Belirlenmesi* (Tez). Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi; Ankara, 2017.
134. Loonen HJ, Grootenhuys MA, Last BF, Koopman HM, Derkx HHF. "Quality of life in paediatric inflammatory bowel disease measured by ageneric and a disease-specific questionnaire", *Acta Paediatrica*, 2002, 91(3): 348-354.
135. Kahkoska AR, Crandell J, Driscoll KA, Kichler JC, Seid M, Mayer-Davis EJ, Maahs DM. "Dysglycemia among youth with type 1 diabetes and suboptimal glycemic control in the Flexible Lifestyle Empowering Change trial", *Pediatric diabetes*, 2019, 20(2): 180-188.
136. Ata SM. *Diyabet Tanısı ile İzlenen Adölesanların Hipoglisemi Korkusu ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi* (Tez). İstanbul Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; İstanbul, 2020.
137. Jaghult S, Larson J, Wredling R, Kapraali M. "A multiprofessional education programme for patients with inflammatory bowel disease: A randomized controlled trial", *Scandinavian journal of gastroenterology*, 2007, 42(12): 1452-1459.
138. Matary WE. "Advances in Nutritional Management of Pediatric Inflammatory Bowel Disease", *Nutrients*, 2021, 13(2): 324.
139. Tekkeli Ş. *Otizm Spektrum Bozukluğu Olan Çocuklarda Glutensiz ve Kazeinsiz Diyetin Gastrointestinal Semptomlara Etkisi* (Tez). İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; İstanbul, 2021.
140. Çıtar ME. *Otizm Spektrum Bozukluğu Olan Bireylerin Beslenme Durumu ve Diyet Antioksidan Kapasitelerinin Değerlendirilmesi* (Tez). Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; Ankara, 2019.
141. Başaran H. *İrritabl Barsak Sendromlu Hastaların Beslenme Düzeylerinin Değerlendirilmesi* (Tez). Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; İstanbul, 2015.
142. Yılmaz B, Akbulut G. "The Evaluation of the Nutritional Status in Patients with Irritable Bowel Syndrome", *Clinical and Experimental Health Sciences*, 2021, 11(1): 119-126.
143. Uçar M. *İrritabl Bağırsak Sendromu Olan Hastaların Beslenme ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi* (Tez). İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık

- Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; İstanbul, 2021.
144. Hartman C, Marderfeld L, Davidson K, Mozer-Glassberg Y, Poraz Z, Silbermintz A, Zevit N, Shamir R. “Food Intake Adequacy in Children and Adolescents With Inflammatory Bowel Disease”, *Journal of pediatric gastroenterology and nutrition*, 2016, 63(4): 437-444.
 145. İbagüner S. *İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı Olan Çocuklarda Beslenme Durumunun, Eser Element Düzeylerinin ve Yağ Malabsorbsiyonunun Değerlendirilmesi* (Tez). İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Beslenme ve Diyetetik Yüksek Lisans Tezi; İstanbul, 2020.
 146. İlias T. et al. “Psychosocial profile of the patients with inflammatory bowel disease”, *Experimental and Therapeutic Medicine*, 2020, 20(3): 2493-2500.
 147. Lee JCW, Lennard-Jones JE. “Inflammatory Bowel Disease in 67 Families Each With Three or More Affected First-Degree Relatives”, *Gastroenterology*, 1996, 111(3): 587-596.
 148. Sawczenko A, Sandhu BK. “Presenting features of inflammatory bowel disease in Great Britain and Ireland”, *Archives of disease in childhood*, 2003, 88(11): 995-1000.
 149. Barnes C, Ashton JJ, Borca F, Cullen M, Walker DM, Beattie RM. “Children and young people with inflammatory bowel disease attend less school than their healthy peers”, *Archives of disease in childhood*, 2020, 105(7): 671-676.
 150. Karaman E, Kasar KS, Doğan S, Yıldırım Y, Dinçer G. “Ülseratif kolit hastalarının yaşam kalitesinin incelenmesi”, *İzmir Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi*, 2016, 26(1): 27-34.
 151. Çakır ÖÖ. “Bölgemizdeki inflamatuvar barsak hastalığı tanılı olguların insidansı, demografik ve klinik özellikleri”, *Akademik Gastroenteroloji Dergisi*, 2019, 18(2): 49-58.
 152. Kim MC, Jung YS, Song YS, Lee JI, Park JH, Sohn CI, Choi KY, Park DI. “Factors Associated with Anxiety and Depression in Korean Patients with Inactive Inflammatory Bowel Disease”, *Gut and liver*, 2016, 10(3): 399.
 153. Didsbury MS. et al. “Socio-economic status and quality of life in children with chronic disease: A systematic review”, *Journal of paediatrics and child health*, 2016, 52(12): 1062-1069.
 154. Erdem S, Özel HG, Çınar Z, Işıksan SY. “Farklı Sosyoekonomik Düzeye Sahip

- Çocuklarda Ailenin Beslenme Tutum ve Davranışlarının Çocuğun Beslenme Durumuna Etkisi”, *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 2017, 45(1): 3-11.
155. Özdemir O, Erçevik E, Çalışkan D. “Farklı sosyoekonomik düzeye sahip iki ilköğretim okulunda öğrencilerin büyümelerinin değerlendirilmesi”, *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 2005, 58(1): 23-29.
156. Büyük ET, Topçu S. “İki Farklı İlkokulda Okuyan Birinci Sınıf Öğrencilerinin Beslenme ve Fiziksel Aktiviteleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi”, *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2015, 5(1): 10-15.
157. Heyman MB. et al. “Children With Early-Onset Inflammatory Bowel Disease (IBD): Analysis of a Pediatric IBD Consortium Registry”, *The Journal of pediatrics*, 2005, 146(1): 35-40.

EKLER

EK-1

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Sevgili anne-baba,

Çocuğunuzu Dr.Öğr.Üyesi Şadiye DUR danışmanlığında Ayşe TÜRK tarafından yürütülen “İnflamatuvar bağırsak hastalığı tanısı almış 13-18 yaş çocuk hastaların beslenme bilgi düzeylerinin yaşam kalitesi üzerine etkisi” başlıklı araştırmaya dahil etmek istiyoruz.Bu araştırmanın amacı inflamatuvar bağırsak hastalığı tanısı almış çocukların beslenme bilgi düzeyleri ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemek. Araştırmaya tahminen 30-40 dk süre ayırmanız istenmektedir. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için beklenen, bütün soruların eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, en uygun cevapların verilmesidir. Bu formu okuyup onaylamanız, çocuğunuzun araştırmaya katılmasını kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup gizli tutulacaktır; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya e-posta adresinden ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

Araştırmacının

Veli yada Vasisinin

Adı-Soyadı: Ayşe TÜRK

Adı-soyadı:.....

İmzası:

İmzası:

e-posta:

e-posta:

Tlf :

EK – 2

AİLE BİLGİ FORMU

1) Görüşülen ebeveyn

☐ Anne

☐ Baba

2) Anne yaşı:.....

Baba yaşı:.....

3) Anne öğrenim durumu ?

☐ Okur yazar ☐ İlköğretim ☐ Lise ve dengi ☐ Üniversite ☐ Yüksek Lisans

4) Baba öğrenim durumu ?

☐ Okur yazar ☐ İlköğretim ☐ Lise ve dengi ☐ Üniversite ☐ Yüksek Lisans

5) Anne ve baba mesleği

Anne:.....

Baba:.....

6) Ailenizin ekonomik durumu nasıldır?

☐ Gelir giderden fazla

☐ Gelir gidere eşit

☐ Gelir giderden az

7) Kronik bir hastalığınız var mı ?

Anne:.....

Baba :.....

8) Çocuğunuz anne sütü aldı mı?

☐ Hayır

☐ Evet

9) Cevabınız evet iseay/yıl anne sütü aldı.

10) Ailede inflamatuvar bağırsak hastalığı tanısı almış kimse var mı?

☐ Var

☐ Yok

11) Çocuğunuz tanı aldıktan sonra beslenme alışkanlığınız değişti mi?

☐ Hayır

☐ Evet

EK-3

ADÖLESAN BİLGİ FORMU

- 1) Yaşınız (yazınız):.....
- 2) Cinsiyetiniz
☐ Kız ☐ Erkek
- 3) Boyunuz :
- 4) Kilonuz :.....
- 5) Aile tipiniz nedir?
☐ Çekirdek aile (anne-baba ve çocuklardan oluşur)
☐ Geniş aile (aile büyükleriyle beraber oturulan aile)
☐ Parçalanmış aile (anne ve babanın ayrı yaşadığı aile tipi)
- 6) Aşağıdaki tanılardan hangisini aldınız ?
☐ Ülseratif kolit ☐ Crohn hastalığı
- 7) Sürekli olarak kullandığınız bir ilacınız var mı?
☐ Hayır ☐ Evet
- 8) Hastalığınıza yönelik beslenme konusunda eğitim aldınız mı?
☐ Hayır ☐ Evet
- 9) Son 6 ayda kilonuzda bir değişme oldu mu ?
☐ Hayır değişme olmadı
☐ Evetkg aldım..... kg verdim
☐ Bilmiyorum.
- 10) Ana öğünleri atlar mısınız?
☐ Hayır ☐ Evet

11) Öğün atlama sebebiniz nedir?

- ☐ Canım istemiyor
- ☐ Geç kalıyorum
- ☐ Zaman yetersizliği
- ☐ Hazırlanmadığı için
- ☐ Zayıflamak için

12) Hastalık belirtisi nedeni ile yemek yeme korkunuz (sitofobi) var mı?

- ☐ Hayır
- ☐ Evet

13) Herhangi bir takviye gıda (Protifar, Modülen vb) ürün kullanıyor musunuz?

- ☐ Hayır
- ☐ Evet

14) Karın ağrınız oluyor mu?

- ☐ Hayır
- ☐ Evet

15) İshaliniz (Günde 3 ten fazla gaita (büyük tuvalet) yapmak ya da gaitanın cıvık olması) varmı?

- ☐ Hayır
- ☐ Evet

16) Dışkıınızda kan oluyor mu ?

- ☐ Hayır
- ☐ Evet

EK – 4

ADÖLESAN BESLENME BİLGİ FORMU

Aşağıdaki ifadeleri lütfen dikkatlice okuyunuz. Her bir maddenin altında yer alan size en uygun gelen kutucuğu (x) işaretleyiniz.

- 1) Hastalığın aktif döneminde süt ve süt ürünleri tüketilebilir.
☐ Doğru ☐ Yanlış ☐ Bilmiyorum, fikrim yok
- 2) Kepekli tahıl ekmeği, yulaf, muz, nohut, meyve ve pişirilmiş sebze yüksek oranda lif bulunur.
☐ Doğru ☐ Yanlış ☐ Bilmiyorum, fikrim yok
- 3) Lifli gıdalar hastalığın aktif döneminde yeteri kadar tüketilmelidir.
☐ Doğru ☐ Yanlış ☐ Bilmiyorum, fikrim yok
- 4) Hastalığın aktif döneminde sebze ve meyve tüketimi kısıtlanmalıdır.
☐ Doğru ☐ Yanlış ☐ Bilmiyorum, fikrim yok
- 5) Hastalığın aktif döneminde probiyotik bakteri içeren gıdalar (kefir, yoğurt, turşu, tereyağı vb.) kullanılmalıdır.
☐ Doğru ☐ Yanlış ☐ Bilmiyorum, fikrim yok
- 6) Ev yapımı yoğurtların tüketimi tercih edilmelidir.
☐ Doğru ☐ Yanlış ☐ Bilmiyorum, fikrim yok
- 7) Hastalığın aktif döneminde yağlı ve şekerli (karbonhidratlı) yiyeceklerden uzak durulmalıdır.
☐ Doğru ☐ Yanlış ☐ Bilmiyorum, fikrim yok
- 8) Fırınlanmış yada ızgarada pişmiş gıdaları tüketmektense, yağda kızartılmış gıdalar tüketilmelidir.
☐ Doğru ☐ Yanlış ☐ Bilmiyorum, fikrim yok
- 9) Fast-food gıda (ekmek arası döner, çiğ köfte, hamburger, patates kızartması, pizza vb.) tüketilebilir.
☐ Doğru ☐ Yanlış ☐ Bilmiyorum, fikrim yok

10) Balık, ceviz, keten tohumu, zeytin, zeytinyağı omega 3 yönünden zengin yiyeceklerdir.

☐ Doğru ☐ Yanlış ☐ Bilmiyorum, fikrim yok

11) Haftada en az 2 öğün balık tüketilmelidir.

☐ Doğru ☐ Yanlış ☐ Bilmiyorum, fikrim yok

12) Az yağ kullanılarak hazırlanmış yiyecekler tüketilmelidir.

☐ Doğru ☐ Yanlış ☐ Bilmiyorum, fikrim yok

13) Protein hayvansal gıdalardan (et, süt, peynir vb.) alınmalıdır.

☐ Doğru ☐ Yanlış ☐ Bilmiyorum, fikrim yok

14) Bol baharat içeren(pulbiber, karabiber, yenibahar, kimyon...) gıdalardan uzak durulmalıdır.

☐ Doğru ☐ Yanlış ☐ Bilmiyorum, fikrim yok

Steroid(kortizol) kullanıyorsanız 15. ve 16. Sorulara cevap verebilirsiniz.

15) Steroid (kortizol) kullanımı sırasında tuzsuz gıdalar tüketilmelidir.

☐ Doğru ☐ Yanlış ☐ Bilmiyorum, fikrim yok

16) Steroid (kortizol) kullanımı sırasında şekerli gıdalar tüketilmelidir.

☐ Doğru ☐ Yanlış ☐ Bilmiyorum, fikrim yok

17) Yiyecekler ile beraber gazlı içecekler tüketilebilir.

☐ Doğru ☐ Yanlış ☐ Bilmiyorum, fikrim yok

18) Hastalığın aktif döneminde yeterli miktarda (1,5lt-2lt) su tüketilmelidir.

☐ Doğru ☐ Yanlış ☐ Bilmiyorum, fikrim yok

19) Hastalığın aktif döneminde şeker içeren gıdalar tüketilmemelidir.

☐ Doğru ☐ Yanlış ☐ Bilmiyorum, fikrim yok

20) Beyaz et ürünleri (tavuk, hindi vb.) yerine kırmızı et ürünleri tüketilmelidir.

☐ Doğru ☐ Yanlış ☐ Bilmiyorum, fikrim yok

21) Hastalığın aktif döneminde sebzeler çiğ (pişirilmeden) olarak tüketilmelidir.

☐ Doğru ☐ Yanlış ☐ Bilmiyorum, fikrim yok

22) Hastalığın aktif döneminde kurubaklagil (nohut, fasulye vb) tüketilmelidir.

☐ Doğru

☐ Yanlış

☐ Bilmiyorum, fikrim yok

23) Aburcubur (patates cipsi, çiğköfte, sucuk, sosis ve çikolata) tüketilmemelidir.

☐ Doğru

☐ Yanlış

☐ Bilmiyorum, fikrim yok

24) Hastalığın aktif döneminde meyve suyu, koyu kahve ve koyu çay içilebilir.

☐ Doğru

☐ Yanlış

☐ Bilmiyorum, fikrim yok

25) Hastalığın aktif olmayan döneminde lifli gıdalar tüketilebilir.

☐ Doğru

☐ Yanlış

☐ Bilmiyorum, fikrim yok



EK-5

Adölesan Beslenme Bilgi Düzeyi Değerlendirme Formunu değerlendiren alanında uzman hemşire, doktor ve akedemisyenler

Danışmanlar Grubu

Adölesan Beslenme Bilgi Düzeyi Değerlendirme Formu sorularının oluşturulmasında görüşü alınan uzmanlar şunlardır;

- ☐ Doç. Dr Ömer Faruk Beşer
- ☐ Uzm. Dr. Nevzat Aykut Bayram
- ☐ Uzm. Dr. Hasret Ayyıldız Civan
- ☐ Prof. Dr Coşkun Çeltik
- ☐ Uzm. Dr. Nelgin Gerenli
- ☐ Dr. Öğr. Üyesi Burcu Aykanat Girgin
- ☐ Doç. Dr. Nuray Uslu Kızılhan
- ☐ Dr. Öğr. Üyesi Özlem Tekir

*Danışma kurulu üyeleri soy isimlerine göre alfabetik sırada sıralanmıştır.

EK-6

ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Adölesan Değerlendirme Formu

Bir sonraki sayfada sizin için sorun olabilecek durumların listesi bulunmaktadır.

Lütfen son bir aylık süre içinde her birinin sizin için ne kadar sorun oluşturduğunu daire içine alarak belirtiniz.

Eğer senin için hiçbir zaman sorun değilse	0
Eğer senin için nadiren sorun oluyorsa	1
Eğer senin için bazen sorun oluyorsa	2
Eğer senin için sıklıkla sorun oluyorsa	3
Eğer sizin için hemen her zaman sorun oluyorsa	4

Burada yanlış ya da doğru cevaplar yoktur.

Eğer herhangi bir soruyu anlayamazsan lütfen yardım isteyiniz.

Son bir ay içinde aşağıdakiler sizin için ne kadar sorun yarattı?

Sağlığım ve aktivitelerim ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Bir bloktan fazla yürümek bana zor gelir.	0	1	2	3	4
2. Koşmak bana zor gelir.	0	1	2	3	4
3. Spor ya da egzersiz yapmak bana zor gelir.	0	1	2	3	4
4. Ağır bir şey kaldırmak bana zor gelir.	0	1	2	3	4
5. Kendi başıma duş ya da banyo yapmak bana zor gelir.	0	1	2	3	4
6. Evdeki günlük işleri yapmak bana zor gelir	0	1	2	3	4
7. Bir yerim acır ya da ağrır.	0	1	2	3	4
8. Enerjim azdır.	0	1	2	3	4

Duygularımla İlgili Sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Korkmuş ya da ürkmüş hissedirim.	0	1	2	3	4
2. Hüzünlü ya da üzgün hissedirim.	0	1	2	3	4
3. Öfkeli hissedirim.	0	1	2	3	4
4. Uyumakta zorluk çekerim.	0	1	2	3	4
5. Bana ne olacağı konusunda endişelenirim.	0	1	2	3	4

Başkaları İle İlgili Sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Yaşıtlarımla geçinmekte sorun yaşıyorum.	0	1	2	3	4
2.Yaşıtlarım benimle arkadaş olmak istemezler.	0	1	2	3	4
3. Yaşıtlarım benimle alay eder.	0	1	2	3	4
4. Yaşıtlarımın yapabildikleri şeyleri yapamam.	0	1	2	3	4
5.Yaşıtlarıma ayak uydurmakta zorluk çekerim	0	1	2	3	4
Okul İle İlgili Sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1. Sınıfta dikkatimi toplamakta zorlanırım.	0	1	2	3	4
2. Bazı şeyleri unuturum.	0	1	2	3	4
3.Derslerimden geri kalmamak için zorluk çekerim.	0	1	2	3	4
4.Kendimi iyi hissetmediğim için okula gidemediğim olur.	0	1	2	3	4
5.Doktora ya da hastaneye gittiğim için okula gidemediğim olur.	0	1	2	3	4

EK-7

ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTE ÖLÇEĞİ (13-18 YAŞ) KULLANIM İZİNİ



Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği

Turkish Association for Child and Adolescent Psychiatry

İLGİLİ MAKAMA

Ayşe Türk'ün ÇİYKO Çocuklar için yaşam kalitesi ölçeğini kullanmasına derneğimiz tarafından izin verilmiştir.

Prof. Dr. Eyüp Sabri Ercan

Dernek Başkanı



EK.8

OKAN ÜNİVERSİTESİ Etik Kurul Kararı

Toplantı Tarihi: 17.02.2021

Toplantı Sayısı: 133

Toplantıya Katılanlar:

Prof. Dr. Mithat Kıyak	(Başkan)
Prof. Dr. Mazhar Semih Başkan	(Üye)
Prof. Dr. Mübariz Hasanov	(Üye)
Prof. Dr. Ali İlker Gümüşeli	(Üye)
Doç.Dr. Kerime Derya Beydağ	(Üye)
Dr. Öğr. Üyesi Zeynep Hale Aksuna	(Üye)
Dr. Öğr. Üyesi Uğur Tarık Özkut	(Üye)

Okan Üniversitesi Etik Kurulu 17.02.2021 tarihinde toplandı.

Yapılan görüşmeler sonucunda;

Karar 1- Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü-Hemşirelik Bölümü'nden **Ayşe TÜRK'ün Dr. Öğretim Üyesi Şadiye DUR** danışmanlığında **"İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı Tanısı Almış 13-18 Yaş Çocuk Hastaların Beslenme Bilgi Düzeylerinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi"** başlıklı çalışmalarının etik açıdan uygun olduğuna oy birliğiyle karar verildi.

Prof. Dr. Mithat Kıyak
(Başkan)

Prof. Dr. Mazhar Semih Başkan
(Üye)

Prof. Dr. Mübariz Hasanov
(Üye)

Prof. Dr. Ali İlker Gümüşeli
(Üye)

Doç. Dr. Kerime Derya Beydağ
(Üye)

Dr. Öğr. Üyesi Zeynep Hale Aksuna
(Üye)

Dr. Öğr. Üyesi Uğur Tarık Özkut
(Üye)



00138370825

EK.9

T.C.

İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : E-15916306-604.01.02
Konu : Ayşe TÜRK Tez Çalışması İzni

ÜMRANİYE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİNE

İlgi : 22/03/2021 tarihli ve 54132726-771-E-54132726-771-25 sayılı yazınız.

İlgi yazı ile Hastanenizde Hemşire olarak görev yapmakta olan Okan Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Yüksek Lisans öğrencisi Ayşe TÜRK'ün Dr. Öğr. Üyesi Şadiye DUR danışmanlığında yürüteceği "*İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı Tanısı Almış 13-18 Yaş Çocuk Hastaların Beslenme Bilgi Düzeylerinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi*" konulu tez çalışmasını kurumunuzda yapma talebi Birimimize iletilmiş olup Müdürlüğümüz Sağlık Hizmetleri Başkanlığı *Araştırma, Basılı Yayın, Duyuru İçeriği Değerlendirme Komisyonu* 06.04.2021 tarih ve 2021/14 sayılı kararınca uygun görülmüştür. Çalışmanın kurumunuzun uygun gördüğü zaman diliminde (başvuru dosyasında belirtilen aralık gözetilerek) sürecin koordinasyonunun tarafınızca sağlanması ve araştırmanın bitiminde bir nüshasının elektronik ortamda (CD halinde) Müdürlüğümüze teslim edilmesi gerektiğinin başvuru sahibine tebliği hususunda;

Gereğini bilgilerinize rica ederim

Uz. Dr. Hasan Basri VELİOĞLU

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: f88fb77f-cb27-4a61-b9f1-054470ea0624
<https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

Belge Doğrulama Adresi:

