

**T.C.**  
**EGE ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**İNFLAMATUAR BARSAK HASTALARINDA WEB TABANLI EĞİTİMİN**  
**HASTALIK AKTİVİTESİNE, SEMPTOM YÖNETİMİNE VE**  
**YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ**

**İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı**

**Doktora Tezi**

**Uzm. Hemş. Berna Nilgün ÖZGÜR SOY URAN**

**DANIŞMAN**  
**Prof. Dr. Yasemin YILDIRIM**

**İZMİR**

**2017**

**T.C.**  
**EGE ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**İNFLAMATUAR BARSAK HASTALARINDA WEB TABANLI EĞİTİMİN**  
**HASTALIK AKTİVİTESİNE, SEMPTOM YÖNETİMİNE VE**  
**YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ**

**İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı**

**Doktora Tezi**

**Uzm. Hemş. Berna Nilgün ÖZGÜR SOY URAN**

**DANIŞMAN**  
**Prof. Dr. Yasemin YILDIRIM**

**İZMİR**  
**2017**

## TEZ ONAY SAYFASI

**Kurum Adı** : Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

**Anabilim Dalı** : İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

**Program** : Doktora

**Tez Konusu** : İnflamatuvar Barsak Hastalarında Web Tabanlı Eğitimin Hastalık Aktivitesine, Semptom Yönetimine ve Yaşam Kalitesine Etkisi

**Danışman** : Prof. Dr. Yasemin YILDIRIM

**Tezi Hazırlayan** : Berna Nilgün ÖZGÜR SOY URAN

**Değerlendirme Kurulu Üyeleri** :

**Adı Soyadı** :

**Başkan (Danışman)** : Prof. Dr. Yasemin YILDIRIM

**Üye / İmza** : Prof. Dr. Fisun ŞENÜZÜN AYKAR

**Üye / İmza** : Prof. Dr. Belkıs ÜNSAL

**Üye / İmza** : Prof. Dr. Aynur TÜREYEN

**Üye / İmza** : Doç. Dr. Yasemin TOKEM

**Tezin Kabul Edildiği Tarih** : 02.10.2017

## ÖNSÖZ

2012 yılında başladığım Doktora yolculuğu, sunmuş olduğum bu tez ile sona eriyor... Bu çalışmada amacım; inflamatuvar barsak hastalarına özgü hazırladığım bir web sitesi aracılığı ile hastalara verilen web tabanlı eğitimin hastalık aktivitesine, semptom yönetimine ve yaşam kalitesine etkisini değerlendirmektir.

Doktora eğitimim ve akademik gelişimim boyunca destek ve ilgisini esirgemeyen, her zaman yol gösteren, önerileri ile tezin başından sonuna kadar büyük emek sarf eden tez danışmanım Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği AD Öğretim Üyesi Prof. Dr. **Yasemin YILDIRIM**'a;

Tezin her anında fikirlerine, önerilerine başvurduğum ve sürekli kapılarını açan değerli tez jüri üyesi Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dekanı, İç Hastalıkları Hemşireliği AD Öğretim Üyesi Prof. Dr. **Fisun ŞENUZUN AYKAR**'a; tezimin şekillenmesinde fikir ve önerileri ile katkı sağlayan, uygulanma aşamasında bizzat uğraş veren, uygun hasta eğitim ortamı oluşturulmasını sağlayan, beni İBH olan hastalarla tanıştıran ve onlarla çalışmama fırsat veren değerli tez jüri üyesi İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğretim Üyesi Prof. Dr. **Belkıs ÜNSAL**'a;

Her görüşmemizde zihnimde yeni pencereler açan ve farklı düşünmemi sağlayan değerli tez jüri üyesi Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği AD Öğretim Üyesi Prof. Dr. **Aynur TÜREYEN**'e;

Doktora sürecimde yol gösteren, motive eden, gerek akademik, gerek mesleki yönlendirmeleri ve katkıları ile desteğini hissettiğim değerli tez jüri üyesi İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekan Yardımcısı, İç Hastalıkları Hemşireliği AD Başkanı Doç. Dr. **Yasemin TOKEM**'e;

Tezimin uygulanması aşamasında bizzat uğraş veren, hastaları yönlendiren, eğitim kitaplarının oluşturulmasında yol gösteren, çalışmanın ilerlemesi ve doğru şekilde sonuçlanması için titizlikle çaba gösteren hem uygulama sürecime hem de bilgi dağarcığıma büyük katkı sağlayan canım ablam İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk EAH Gastroenteroloji Uzmanı Doç. Dr. **Elif SARITAŞ YÜKSEL**'e;

Bu süreçte desteğini ve yardımını esirgemeyen, moral ve motivasyon kaynağım, değerli hocam ve canım dostum İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği AD Öğretim Üyesi Doç. Dr. **Elif ÜNSAL AVDAL**'a;

*Her zaman yanımda olan, desteklerini esirgemeyen, bana şanslı olduğumu hissettiren sevgili dostlarım İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD Öğretim Görevlisi **Beste ÖZGÜVEN ÖZTORNACI**'ya, Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği AD Arş. Gör. **Mahmut ATEŞ**'e, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği AD Öğretim Elemanı Arş. Gör. **Funda SOFULU**'ya ve Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Tıp Kliniği Başhemşiresi Dr. **Gülbin KONAKÇI**'ya;*

*Doktora yolculuğumda akademik yönden gelişmem için katkı sağlayan, üzerimde emeği olan tüm hocalarıma;*

*İBH ile ilgili edindiğim bilgilerin uygulama ile bütünleşmesine yardımcı olan ve çalışmama katılan tüm hastalara ve ailelerine;*

*Bu zorlu ve yorucu süreçte her zaman elimi tutan, moral veren, tükendiğim anlarda beni tekrar motive eden, hayatımı kolaylaştıran, en büyük desteğim, enerji kaynağım **SEVGİLİ EŞİM**'e, beni bugünlere getiren ve desteklerini hep üzerimde hissettiğim **Sevgili ANNEM**'e, **BABAM**'a ve **Canım KARDEŞLERİM**'e sonsuz teşekkürlerimi ve minnettarlığımı sunarım...*

*Sizler olmadan asla başaramazdım... Emekleriniz, destekleriniz hayatıma çok şey kattı... Sizlerle çalışmak benim için büyük onurdur...*

**Uzm. Hemş. Berna Nilgün ÖZGÜR SOY URAN**

**İZMİR, 2017**

## ÖZET

# İNFLAMATUAR BARSAK HASTALARINDA WEB TABANLI EĞİTİMİN HASTALIK AKTİVİTESİNE, SEMPTOM YÖNETİMİNE VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

Uzm. Hemş. Berna Nilgün ÖZGÜRSOY URAN

Doktora Tezi

İç Hastalıkları Hemşireliği AD

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Yasemin YILDIRIM

Eylül 2017

**Amaç:** Bu çalışmada; inflamatuvar barsak hastalığı (İBH) olan bireylerde web tabanlı eğitimin hastalık aktivitesine, semptom yönetimine ve yaşam kalitesine etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Çalışma; randomize kontrollü olarak Temmuz 2015–Mayıs 2017 tarihleri arasında İzmir’de bir eğitim ve araştırma hastanesinin gastroenteroloji polikliniğinde yürütülmüştür. Çalışmanın örneklemini basit tabakalı randomizasyon yöntemi ile belirlenen web tabanlı eğitim grubunda 30 hasta ve standart eğitim grubunda 30 hasta olmak üzere toplam 60 hasta oluşturmuştur. Veriler Hasta Tanıtım Formu, İBH Aktivite İndeksleri, İBH Semptom Kontrol Listesi ve İBH Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Hastalığın tanımı, anatomisi, semptomları, tedavi ve beslenme yönetimi gibi hastalıkla ilgili bilgiler web sitesi veya eğitim kitapları aracılığı ile hastalara sunulmuştur. Veri toplama formlarının tümü sekiz haftada tamamlanmıştır. Web tabanlı eğitim grubundaki hastalarla ilk değerlendirme yüz yüze, sonraki değerlendirmeler ikinci, dördüncü ve sekizinci haftalarda web sitesi üzerinden yürütülmüştür. Standart eğitim programında ise tüm değerlendirmeler yüz yüze görüşme yöntemiyle yapılmış, eğitimler eğitim kitaplarıyla gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın uygulanması için gerekli etik izinler alınmıştır.

**Bulgular:** Her iki eğitim grubunda da hastaların yarısından fazlası erkektir. Yaş ortalaması web tabanlı eğitim grubunda  $37.26 \pm 12.99$ , standart eğitim grubunda  $41.63 \pm 11.85$ ’tir. Web tabanlı eğitim grubunun %40.0’ı, standart eğitim grubunun %53.3’ü ilköğretim mezunudur. Her iki eğitim grubunda da hastaların %53.3’ü

ülseratif kolit tanısı almıştır. Çalışma başlangıcında çoğunlukla hafif hastalık döneminde olan hastaların, ilerleyen ölçüm zamanlarında çoğunun remisyona girdiği, ancak ölçüm zamanlarına göre hastalık aktiviteleri bakımından gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Hastaların gastrointestinal semptomlarının şiddet ortalamaları incelendiğinde; standart eğitim grubunda diyare, dışkıda mukus ve karın ağrısı semptomlarının, web tabanlı eğitim grubunda karın ağrısı ve iştahta azalma semptomunun anlamlı olarak azaldığı saptanmıştır. Web tabanlı ve standart eğitim gruplarındaki hastaların diyare, karın ağrısı, dışkıda kan, dışkıda mukus, tenesmus, rektal hassasiyet, bulantı ve iştahta azalma semptomlarının şiddeti ortalamaları bakımından zaman etkileşimi açısından anlamlı bir fark olduğu, eğitim grupları açısından bir farklılık olmadığı belirlenmiştir. Web tabanlı eğitim grubundaki hastalarda İBH YKÖ toplam puan ortalamaları bakımından çalışmanın başlangıcında tanı, defekasyon sayısı ve genel durumlarını değerlendirme değişkenleri arasında grup içinde anlamlı fark olduğu; web tabanlı eğitim grubundaki ülseratif kolit hastalarının başlangıç dönemindeki hastalık aktiviteleri ile İBH YKÖ sistemik ve sosyal fonksiyon alt boyutları arasında negatif yönlü orta derecede anlamlı bir ilişki olduğu ve hastalık aktivitesi artarken, bu alt boyutlarda yaşam kalitesinin azaldığı saptanmıştır. Çalışmanın sonuna kadar olan süreçte, web tabanlı ve standart eğitim gruplarındaki hastaların yaşam kalitesi puanlarının birbirine benzer olduğu, grup içinde ve gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı, ancak zamanla hastaların yaşam kalitesinde bir iyileşme olduğu görülmüştür.

**Sonuç:** Hemşire tarafından oluşturulan web sayfası ve eğitim kitapları kullanılarak verilen yapılandırılmış hasta eğitimi sonucunda; web tabanlı ve standart eğitim verilmesi arasında büyük farklılıklar olmadığı, her iki eğitim grubunda da yaşanan semptomların şiddetlerinde, hastalık aktivitesinde ve yaşam kalitesinde iyileşme olduğu görülmüştür. Web tabanlı İBH eğitim programının hastalık aktivitesini, semptom yönetimini ve yaşam kalitesini etkilemek açısından standart eğitimden farklı olmadığı, hangi yöntemle olursa olsun hastaların gereksinimlerine göre yapılandırılmış ve bireyselleştirilmiş hasta eğitim programlarının etkili ve önemli olduğu sonucuna varılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** İnflamatuar barsak hastalıkları; Ülseratif kolit; Crohn hastalığı; Web tabanlı eğitim; Hemşire

## ABSTRACT (İNGİLİZCE ÖZET)

### THE EFFECT OF WEB-BASED EDUCATION ON DISEASE ACTIVITY, SYMPTOM MANAGEMENT AND QUALITY OF LIFE ON PATIENTS WITH INFLAMMATORY BOWEL DISEASE

MSc Nurse Berna Nilgün ÖZGÜRSOY URAN

PhD Thesis

Department of Internal Medicine Nursing

Supervisor: Prof. Dr. Yasemin YILDIRIM

September, 2017

**Objective:** In this study; it is aimed to determine the effect of web based education on disease activity, symptom management and quality of life in inflammatory bowel diseases (IBD).

**Methods:** The study which is randomized controlled trial conducted between July 2015 and May 2017 in a gastroenterology polyclinic of an education and research hospital in Izmir. The sample of the study consisted of 60 patients who were determined by simple stratified randomization method, 30 patients in the web-based training group and 30 patients in the standard training group. Data were collected using the Patient Identification Form, the IBD Activity Index, the IBD Symptom Check List and the IBD Quality of Life Scale (IBD QOL). Information about the disease, such as the definition, anatomy, symptoms, treatment and nutritional management of the disease is presented through the website or educational books. All data collection forms were completed in eight weeks. The first assessment was conducted face-to-face with the patients in the web-based training group, and the next evaluations were conducted on the second, fourth and eighth week through the website. In the standard training program, all the evaluations were made by face-to-face interview method. Ethical permits have been taken to implement the work.

**Findings:** In both training groups, more than half of the patients were male. The average age was  $37.26 \pm 12.99$  in the web-based training group and  $41.63 \pm 11.85$  in the standard training group. 40.0% of the web-based education group and 53.3% of the standard education group are primary education graduates. In both training groups, 53.3% of the patients were diagnosed with ulcerative colitis. At the beginning of the study, it was determined that the patients who were mostly in the

mild illness period entered into the remission mostly at the later measurement times, but there was no significant difference in the disease activities according to the measurement times. When the severity averages of gastrointestinal symptoms of patients were examined; symptoms of diarrhea, constipation, stool mucus and abdominal pain in the standard training group were significantly reduced in the web-based education group, the symptom of abdominal pain and decreased appetite. It has been determined that there is no difference in terms of educational groups between the web-based and standard education groups in terms of the time-average of severity of diarrhea, abdominal pain, stool blood, mucus in the stool, tenesmus, rectal tenderness, nausea and appetite reduction. In the web-based training group, in terms of IBD QOL total score averages, there was a significant difference between the variables of the diagnosis, the number of defecation and the evaluation of general conditions in the beginning of the study; it was found that there was a meaningful negative correlation between the disease activities in the initial phase of the patients with ulcerative colitis at the web-based education group and the systemic and social function subscales of the IBD QOL scale, and also while the disease activity was increased, the quality of life decreased in these subscales. In the process up to the end of the study, it was seen that the quality of life scores of the web-based and standardized education groups were similar, there was no significant difference in-group and between the groups, but in time there was an improvement in the quality of life of the patients.

**Conclusion:** As a result of structured patient education using the web page and educational books created by the nurse, there was no significant difference between web-based and standardized training, and both groups showed improvement in severity of symptoms, disease activity and quality of life. The web-based IBD training program is not different from standard education in terms of affecting disease activity, symptom management and quality of life, no matter which method, it has been concluded that according to needs of the patients the structured and individualized patient education programs are effective and important.

**Key Words:** Inflammatory bowel diseases; Ulcerative colitis; Crohn's disease; Web based education; Nurse.

## İÇİNDEKİLER

### Sayfa No

|                                           |      |
|-------------------------------------------|------|
| ÖNSÖZ.....                                | ii   |
| ÖZET.....                                 | iv   |
| İNGİLİZCE ÖZET.....                       | vi   |
| İÇİNDEKİLER.....                          | viii |
| TABLolar, ŞEKİLLER, GRAFİKLER DİZİNİ..... | xiii |
| KISALTMALAR.....                          | xix  |

### **BÖLÜM I..... 1**

|                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| 1. GİRİŞ.....                         | 1 |
| 1.1. Araştırmanın Konusu.....         | 1 |
| 1.2. Araştırmanın Önemi.....          | 4 |
| 1.3. Araştırmanın Varsayımları.....   | 5 |
| 1.4. Araştırmanın Sınırlılıkları..... | 5 |
| 1.5. Tanımlamalar.....                | 5 |
| 1.6. Araştırmanın Hipotezleri.....    | 6 |
| 1.7. Araştırmanın Amacı.....          | 7 |

### **BÖLÜM II..... 8**

|                                                                             |    |
|-----------------------------------------------------------------------------|----|
| 2. GENEL BİLGİLER.....                                                      | 8  |
| 2.1. İnflamatuvar Barsak Hastalıkları.....                                  | 8  |
| 2.1.1 İnflamatuvar Barsak Hastalıklarının Tanımı ve Etiyolojisi.....        | 8  |
| 2.1.1.1. Ülseratif Kolitin Etiyolojik Faktörleri.....                       | 10 |
| 2.1.1.2. Crohn Hastalığının Etiyolojik Faktörleri.....                      | 10 |
| 2.1.2. İnflamatuvar Barsak Hastalıklarının Epidemiyolojisi.....             | 11 |
| 2.1.3. İnflamatuvar Barsak Hastalıklarının Patolojisi.....                  | 12 |
| 2.1.3.1. Ülseratif Kolitin Patolojisi.....                                  | 12 |
| 2.1.3.2. Crohn Hastalığının Patolojisi.....                                 | 12 |
| 2.1.4. İnflamatuvar Barsak Hastalıklarının Klinik Belirti ve Bulguları..... | 13 |
| 2.1.4.1. Ülseratif Kolitin Klinik Belirti ve Bulguları.....                 | 15 |
| 2.1.4.2. Crohn Hastalığının Klinik Belirti ve Bulguları.....                | 15 |
| 2.1.4.3. Barsak Dışı Klinik Belirti ve Bulgular.....                        | 16 |
| 2.1.5. İnflamatuvar Barsak Hastalıklarında Aktivite İndeksleri.....         | 18 |
| 2.1.6. İnflamatuvar Barsak Hastalıklarının Tanısı.....                      | 21 |
| 2.1.6.1. Ülseratif Kolitin Tanısı.....                                      | 23 |
| 2.1.6.2. Crohn Hastalığının Tanısı.....                                     | 23 |
| 2.1.7. İnflamatuvar Barsak Hastalıklarının Komplikasyonları.....            | 23 |
| 2.1.7.1. Ülseratif Kolitin Komplikasyonları.....                            | 23 |
| 2.1.7.2. Crohn Hastalığının Komplikasyonları.....                           | 24 |
| 2.1.8. İnflamatuvar Barsak Hastalıklarının Tedavisi.....                    | 25 |
| 2.1.8.1. Ülseratif Kolitin Tedavisi.....                                    | 30 |

|                                                                                |           |
|--------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 2.1.8.2. Crohn Hastalığının Tedavisi.....                                      | 31        |
| 2.1.9. İnflamatuvar Barsak Hastalıklarının Hemşirelik Yönetimi.....            | 33        |
| 2.2. İnflamatuvar Barsak Hastalıklarında Semptom Yönetimi.....                 | 36        |
| 2.3. İnflamatuvar Barsak Hastalıklarında Yaşam Kalitesi.....                   | 37        |
| 2.4. Hasta Eğitimi ve Web Tabanlı Eğitim.....                                  | 38        |
| 2.5. İnflamatuvar Barsak Hastalıklarında Web Tabanlı Eğitim.....               | 41        |
| <b>BÖLÜM III.....</b>                                                          | <b>43</b> |
| 3. GEREÇ YÖNTEM.....                                                           | 43        |
| 3.1. Araştırmanın Tipi.....                                                    | 43        |
| 3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....                                          | 43        |
| 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....                                     | 43        |
| 3.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....                        | 47        |
| 3.5. Veri Toplama Tekniği.....                                                 | 47        |
| 3.5.1. Veri Toplama Araçları.....                                              | 47        |
| 3.5.1.1. Hasta Tanıtım Formu.....                                              | 47        |
| 3.5.1.2. İnflamatuvar Barsak Hastalıkları Aktivite İndeksleri.....             | 48        |
| 3.5.1.3. İnflamatuvar Barsak Hastalıkları Semptom Kontrol Listesi.....         | 49        |
| 3.5.1.4. İnflamatuvar Barsak Hastalıkları Yaşam Kalitesi Ölçeği.....           | 50        |
| 3.5.2. İnflamatuvar Barsak Hastalarına Yönelik Eğitim Programının İçeriği..... | 50        |
| 3.5.3. Verilerin Toplanması.....                                               | 51        |
| 3.6. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması.....                                 | 53        |
| 3.6.1. Web Tabanlı Eğitim Grubu ve Süreci.....                                 | 54        |
| 3.6.2. Standart Eğitim Grubu ve Süreci.....                                    | 55        |
| 3.7. Verilerin Değerlendirilmesi ve Analizi.....                               | 59        |
| 3.8. Süre ve Olanaklar.....                                                    | 59        |
| 3.9. Etik Açıklamalar.....                                                     | 60        |
| <b>BÖLÜM IV.....</b>                                                           | <b>61</b> |
| 4. BULGULAR.....                                                               | 61        |
| 4.1. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri.....                               | 61        |
| 4.2. Hastaların Hastalık Özellikleri.....                                      | 65        |
| 4.3. Hastaların Hastalık Aktivitelerine Göre Değerlendirilmesi.....            | 72        |
| 4.4. Hastaların Deneyimledikleri Semptomlara İlişkin Veriler.....              | 77        |
| 4.4.1. Hastaların GİS Semptomlarına İlişkin Bulguları.....                     | 78        |
| 4.4.1.1. Hastaların Diyare Semptomuna İlişkin Bulguları.....                   | 81        |
| 4.4.1.2. Hastaların Karın Ağrısı Semptomuna İlişkin Bulguları.....             | 84        |
| 4.4.1.3. Hastaların Dışkıda Kan Semptomuna İlişkin Bulguları.....              | 87        |
| 4.4.1.4. Hastaların Dışkıda Mukus Semptomuna İlişkin                           |           |

|                                                                                                             |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Bulguları.....                                                                                              | 90  |
| 4.4.1.5. Hastaların Tenesmus Semptomuna İlişkin Bulguları.....                                              | 93  |
| 4.4.1.6. Hastaların Rektal Hassasiyet Semptomuna İlişkin Bulguları.....                                     | 96  |
| 4.4.1.7. Hastaların Bulantı Semptomuna İlişkin Bulgular.....                                                | 100 |
| 4.4.1.8. Hastaların Kusma Semptomuna İlişkin Bulguları.....                                                 | 103 |
| 4.4.1.9. Hastaların İştah Azalma Semptomuna İlişkin Bulguları.....                                          | 106 |
| 4.4.1.10. Hastaların Kilo Kaybı Semptomuna İlişkin Bulguları.....                                           | 109 |
| 4.4.2. Hastaların Sistemik Semptomlarına İlişkin Bulgular.....                                              | 112 |
| 4.4.3. Hastaların Ağrı İle İlişkili Özellikleri.....                                                        | 118 |
| 4.5. Hastaların Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi.....                                                  | 122 |
| 4.5.1. Hastaların Yaşam Kalitelerine Göre Dağılımları.....                                                  | 122 |
| 4.5.2. Hastaların Yaşam Kalitelerini Etkileyebilecek Değişkenlerin Dağılımları.....                         | 123 |
| 4.5.3. Hastaların Başlangıç Döneminde Hastalık Aktivitelerine Göre Yaşam Kaliteleri.....                    | 125 |
| <b>BÖLÜM V</b> .....                                                                                        | 135 |
| <b>5. TARTIŞMA</b> .....                                                                                    | 135 |
| 5.1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin İncelenmesi.....                                             | 135 |
| 5.2. Hastaların Hastalık Aktivitelerine Göre İncelenmesi.....                                               | 139 |
| 5.2.1. Hastaların Başlangıç Döneminde Hastalık Aktivitelerinin İncelenmesi.....                             | 139 |
| 5.2.2. Hastaların Ölçüm Zamanlarına Göre Hastalık Aktivitelerinin İncelenmesi.....                          | 139 |
| 5.3. Hastaların Deneyimledikleri Semptomlara İlişkin Verilerin İncelenmesi.....                             | 141 |
| 5.3.1. Hastaların Başlangıç Döneminde GİS Semptomlarının İncelenmesi.....                                   | 141 |
| 5.3.1.1. Hastaların Ölçüm Zamanlarına Göre Diyare Semptomuna İlişkin Bulgularının İncelenmesi.....          | 142 |
| 5.3.1.2. Hastaların Ölçüm Zamanlarına Göre Karın Ağrısı Semptomuna İlişkin Bulguların İncelenmesi.....      | 144 |
| 5.3.1.3. Hastaların Ölçüm Zamanlarına Göre Dışkıda Kan Semptomuna İlişkin Bulguların İncelenmesi.....       | 145 |
| 5.3.1.4. Hastaların Dışkıda Mukus Semptomuna İlişkin Bulguların İncelenmesi.....                            | 146 |
| 5.3.1.5. Hastaların Ölçüm Zamanlarına Göre Tenesmus Semptomuna İlişkin Bulguların İncelenmesi.....          | 148 |
| 5.3.1.6. Hastaların Ölçüm Zamanlarına Göre Rektal Hassasiyet Semptomuna İlişkin Bulguların İncelenmesi..... | 149 |
| 5.3.1.7. Hastaların Ölçüm Zamanlarına Göre Bulantı Semptomuna                                               |     |

|                                                                                                          |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| İlişkin Bulguların İncelenmesi.....                                                                      | 150        |
| 5.3.1.8. Hastaların Ölçüm Zamanlarına Göre Kusma Semptomuna İlişkin Bulguların İncelenmesi.....          | 151        |
| 5.3.1.9. Hastaların Ölçüm Zamanlarına Göre İştahta Azalma Semptomuna İlişkin Bulguların İncelenmesi..... | 152        |
| 5.3.1.10. Hastaların Ölçüm Zamanlarına Göre Kilo Kaybı Semptomuna İlişkin Bulguların İncelenmesi.....    | 153        |
| 5.3.2. Hastaların Sistemik Semptomlarının İncelenmesi.....                                               | 155        |
| 5.3.3. Hastaların Ağrıya İlişkin Özelliklerinin İncelenmesi.....                                         | 157        |
| 5.4. Hastaların Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi.....                                                     | 159        |
| 5.4.1. Hastaların Başlangıç Döneminde Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi.....                               | 159        |
| 5.4.2. Hastaların Yaşam Kalitelerini Etkileyebilecek Değişkenlerin İncelenmesi.....                      | 160        |
| 5.4.2.1. Hastaların Bazı Özelliklerine Göre Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi.....                         | 160        |
| 5.4.2.2. Hastaların Hastalık Aktivitelerine Göre Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi.....                    | 162        |
| 5.4.3. Hastaların Ölçüm Zamanlarına Göre Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi.....                            | 163        |
| <b>BÖLÜM VI.....</b>                                                                                     | <b>167</b> |
| <b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>                                                                         | <b>167</b> |
| 6.1. Sonuç.....                                                                                          | 167        |
| 6.1.1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Sonuçları.....                                          | 168        |
| 6.1.2. Hastaların Hastalık Özelliklerinin Sonuçları.....                                                 | 169        |
| 6.1.3. Hastaların Hastalık Aktivitelerine Göre Dağılımlarının Sonuçları.....                             | 170        |
| 6.1.4. Hastaların Deneyimledikleri Semptomların Sonuçları.....                                           | 171        |
| 6.1.4.1. Hastaların Ölçüm Zamanlarına Göre GİS Semptomlarına İlişkin Sonuçları.....                      | 171        |
| 6.1.4.1.1. Hastaların Diyare Semptomuna İlişkin Sonuçları.....                                           | 171        |
| 6.1.4.1.2. Hastaların Karın Ağrısı Semptomuna İlişkin Sonuçları.....                                     | 171        |
| 6.1.4.1.3. Hastaların Dışkıda Kan Semptomuna İlişkin Sonuçları.....                                      | 172        |
| 6.1.4.1.4. Hastaların Dışkıda Mukus Semptomuna İlişkin Sonuçları.....                                    | 173        |
| 6.1.4.1.5. Hastaların Tenesmus Semptomuna İlişkin Sonuçları.....                                         | 173        |
| 6.1.4.1.6. Hastaların Rektal Hassasiyet Semptomuna İlişkin Sonuçları.....                                | 174        |
| 6.1.4.1.7. Hastaların Bulantı Semptomuna İlişkin                                                         |            |

|                                                                     |     |
|---------------------------------------------------------------------|-----|
| Sonuçları.....                                                      | 175 |
| 6.1.4.1.8. Hastaların Kusma Semptomuna İlişkin                      |     |
| Sonuçları.....                                                      | 175 |
| 6.1.4.1.9. Hastaların İştahta Azalma Semptomuna İlişkin             |     |
| Sonuçları.....                                                      | 176 |
| 6.1.4.1.10. Hastaların Kilo Kaybı Semptomuna                        |     |
| İlişkin Sonuçları.....                                              | 176 |
| 6.1.4.2. Hastaların Sistemik Semptomlarına İlişkin Sonuçlar.....    | 177 |
| 6.1.4.3. Hastaların Ağrı İle İlişkili Özelliklerinin Sonuçları..... | 177 |
| 6.1.4.4. Hastaların Yaşam Kalitelerine İlişkin Sonuçlar.....        | 178 |
| 6.1.4.4.1. Hastaların Ölçüm Zamanlarına Göre Yaşam                  |     |
| Kalitelerine İlişkin Sonuçlar.....                                  | 178 |
| 6.2.Öneriler.....                                                   | 179 |
| <b>BÖLÜM VII</b> .....                                              | 180 |
| 7. KAYNAKLAR.....                                                   | 180 |
| <b>BÖLÜM VIII</b> .....                                             | 195 |
| 8. EKLER.....                                                       | 195 |
| Ek 1 Hasta Tanıtım Formu.....                                       | 195 |
| Ek 2 İBH Aktivite İndeksleri.....                                   | 199 |
| Ek 3 İBH Semptom Kontrol Listesi.....                               | 201 |
| Ek 4 İnflamatuvar Barsak Hastalığı Yaşam Kalitesi Ölçeği.....       | 204 |
| Ek 5 İBH Hasta Eğitim Programı Web Eğitim Sayfası Ekran             |     |
| Görüntüleri.....                                                    | 208 |
| Ek 6 Etik Kurul İzni.....                                           | 215 |
| <b>ÖZGEÇMİŞ</b> .....                                               | 217 |

## TABLolar, ŞEKİLLER, GRAFİKLER DİZİNİ

**Sayfa No**

### TABLolar

|                                                                                                                        |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tablo 1: İnflamatuvar Barsak Hastalıklarında Klinik Belirti ve Bulguların Varlığı.....                                 | 18 |
| Tablo 2: Mayo Endoskopik Değerlendirme.....                                                                            | 19 |
| Tablo 3: Harvey Bradshaw Klinik Aktivite İndeksi.....                                                                  | 20 |
| Tablo 4: İnflamatuvar Barsak Hastalıklarının Ayırıcı Tanısı.....                                                       | 22 |
| Tablo 5: İnflamatuvar Barsak Hastalıklarının Medikal Tedavisi.....                                                     | 26 |
| Tablo 6: Aminosalisilat Preparatları.....                                                                              | 28 |
| Tablo 7: Araştırma Örnekleminin Randomizasyonu.....                                                                    | 45 |
| Tablo 8: İnflamatuvar Barsak Hastalıklarına Yönelik Eğitim Kitapçığının ve Web Tabanlı Eğitim Programının İçeriği..... | 52 |
| Tablo 9: Veri Toplama Formlarının Uygulama Zamanları.....                                                              | 53 |
| Tablo 10: Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....                                                  | 61 |
| Tablo 11: Hastaların Bazı Özelliklerine Göre Dağılımı.....                                                             | 63 |
| Tablo 12: Hastaların İBH'ye İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı.....                                                   | 65 |
| Tablo 13: Hastaların İBH Nedeniyle İlaç Kullanımına İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı.....                           | 66 |
| Tablo 14: Hastaların Başlangıç Döneminde İBH Nedeniyle Kullandıkları İlaçların Dağılımı.....                           | 67 |
| Tablo 15: Hastaların İBH Nedeniyle Yaşadıkları Problemlere Göre Dağılımı...                                            | 68 |
| Tablo 16: Hastaların İBH'ye Eşlik Eden Hastalıklarına ve Ameliyat Olma Durumlarına Göre Dağılımı.....                  | 69 |
| Tablo 17: Hastaların İBH Nedeniyle Rapor Alma Durumlarına Göre Dağılımı.....                                           | 70 |
| Tablo 18: Hastaların İBH İle İlgili Bazı Ortalamalarına Göre Dağılımı.....                                             | 71 |
| Tablo 19: Hastaların Başlangıç Döneminde Hastalık Aktivitelerine Göre Dağılımı.....                                    | 72 |
| Tablo 20: Hastaların Ölçüm Zamanlarına Göre ÜK Hastalık Aktivitelerinin Dağılımı.....                                  | 73 |
| Tablo 21: Hastaların Ölçüm Zamanlarına Göre CH Hastalık Aktivitelerinin Dağılımı.....                                  | 75 |
| Tablo 22: Çalışma Başlangıcında Hastaların GİS Semptomlarına Göre Dağılımı.....                                        | 78 |
| Tablo 23: Hastaların Ölçüm Zamanlarına Göre Diyare Semptomunun Dağılımı.....                                           | 81 |

|                                                                                                                    |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Tablo 24: Hastaların Ölçüm Zamanlarına Göre Diyare Semptom Şiddeti Ortalamalarının Karşılaştırması.....            | 82  |
| Tablo 25: Hastaların Ölçüm Zamanlarına Göre Karın Ağrısı Semptomunun Dağılımı.....                                 | 84  |
| Tablo 26: Hastaların Ölçüm Zamanlarına Göre Karın Ağrısı Semptom Şiddeti Ortalamalarının Karşılaştırması.....      | 85  |
| Tablo 27: Hastaların Ölçüm Zamanlarına Göre Dışkıda Kan Semptomunun Dağılımı.....                                  | 87  |
| Tablo 28: Hastaların Ölçüm Zamanlarına Göre Dışkıda Kan Semptom Şiddeti Ortalamalarının Karşılaştırması.....       | 88  |
| Tablo 29: Hastaların Ölçüm Zamanlarına Göre Dışkıda Mukus Semptomunun Dağılımı.....                                | 90  |
| Tablo 30: Hastaların Ölçüm Zamanlarına Göre Dışkıda Mukus Semptom Şiddeti Ortalamalarının Karşılaştırması.....     | 91  |
| Tablo 31: Hastaların Ölçüm Zamanlarına Göre Tenesmus Semptomunun Dağılımı.....                                     | 93  |
| Tablo 32: Hastaların Ölçüm Zamanlarına Göre Tenesmus Semptom Şiddeti Ortalamalarının Karşılaştırması.....          | 94  |
| Tablo 33: Hastaların Ölçüm Zamanlarına Göre Rektal Hassasiyet Semptomunun Dağılımı.....                            | 96  |
| Tablo 34: Hastaların Ölçüm Zamanlarına Göre Rektal Hassasiyet Semptom Şiddeti Ortalamalarının Karşılaştırması..... | 97  |
| Tablo 35: Hastaların Ölçüm Zamanlarına Göre Bulantı Semptomunun Dağılımı.....                                      | 100 |
| Tablo 36: Hastaların Ölçüm Zamanlarına Göre Bulantı Semptom Şiddeti Ortalamalarının Karşılaştırması.....           | 101 |
| Tablo 37: Hastaların Ölçüm Zamanlarına Göre Kusma Semptomunun Dağılımı.....                                        | 103 |
| Tablo 38: Hastaların Ölçüm Zamanlarına Göre Kusma Semptom Şiddeti Ortalamalarının Karşılaştırması.....             | 104 |
| Tablo 39: Hastaların Ölçüm Zamanlarına Göre İştahta Azalma Semptomunun Dağılımı.....                               | 106 |
| Tablo 40: Hastaların Ölçüm Zamanlarına Göre İştahta Azalma Semptom Şiddeti Ortalamalarının Karşılaştırması.....    | 107 |
| Tablo 41: Hastaların Ölçüm Zamanlarına Göre Kilo Kaybı Semptomunun Dağılımı.....                                   | 109 |
| Tablo 42: Hastaların Ölçüm Zamanlarına Göre Kilo Kaybı Semptom Şiddeti                                             |     |

|                                                                                                                              |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Ortalamalarının Karşılaştırması.....                                                                                         | 110 |
| Tablo 43: Çalışma Başlangıcında Hastaların Sistemik Semptomlarına Göre Dağılımı.....                                         | 112 |
| Tablo 44: Çalışma Sonunda Hastaların Sistemik Semptomlarına Göre Dağılımı.....                                               | 114 |
| Tablo 45: Hastaların Ölçüm Zamanlarına Göre Sistemik Semptomlarının Şiddetinin Değerlendirilmesi.....                        | 116 |
| Tablo 46: Hastaların Başlangıç Döneminde Ağrı İle İlişkili Özelliklerinin Dağılımı.....                                      | 118 |
| Tablo 47: Hastaların Çalışma Sonunda Ağrı İle İlişkili Özelliklerinin Dağılımı.....                                          | 119 |
| Tablo 48: Hastaların Ölçüm Zamanlarına Göre Ağrısını Arttıran Faktörlerin Dağılımı.....                                      | 120 |
| Tablo 49: Hastaların Ölçüm Zamanlarına Göre Ağrısını Azaltan Faktörlerin Dağılımı.....                                       | 121 |
| Tablo 50: Çalışmanın Başlangıcında Hastaların İBH YKÖ Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarına Göre Karşılaştırılması.....    | 122 |
| Tablo 51: Hastaların Bazı Sosyodemografik Değişkenlere Göre Çalışmanın Başlangıcındaki İBH-YKÖ Toplam Puan Ortalamaları..... | 123 |
| Tablo 52: Ülseratif Kolit Hastaların Başlangıç Döneminde Hastalık Aktivitelerine Göre Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi.....   | 125 |
| Tablo 53: Crohn Hastalarının Başlangıç Döneminde Hastalık Aktivitelerine Göre Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi .....          | 126 |
| Tablo 54: Hastaların Ölçüm Zamanlarına Göre İBH YKÖ Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....          | 127 |
| Tablo 55: Hastaların Ölçüm Zamanlarına Göre İBH YKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırması.....                                | 131 |
| Tablo 56: Çalışmanın Başlangıcında ve Sonundaki Yaşam Kalitesi Toplam Puan Ortalamaları ve Değişim Yüzdeleri.....            | 133 |

## ŞEKİLLER

|                                                                           |     |
|---------------------------------------------------------------------------|-----|
| Şekil 1: İBH İçin Tetikleyici Faktörler.....                              | 9   |
| Şekil 2: Ana Sayfa Görüntüsü -1.....                                      | 208 |
| Şekil 3: Ana Sayfa Görüntüsü -2.....                                      | 208 |
| Şekil 4: İBH Ara Yüzü.....                                                | 209 |
| Şekil 5: CH Ara Yüzü .....                                                | 209 |
| Şekil 6: ÜK Ara Yüzü .....                                                | 210 |
| Şekil 7: İBH Özel Durumlar Ara Yüzü .....                                 | 210 |
| Şekil 8: Sıkça Sorulan Sorular Ara Yüzü .....                             | 211 |
| Şekil 9: Sözlük Ara Yüzü .....                                            | 211 |
| Şekil 10: İletişim Ara Yüzü .....                                         | 212 |
| Şekil 11: İBH Ara Yüzünde Yer Alan Bilgilerden Örnek Görüntü.....         | 212 |
| Şekil 12: CH Ara Yüzünde Yer Alan Bilgilerden Örnek Görüntü.....          | 213 |
| Şekil 13: ÜK Ara Yüzünde Yer Alan Bilgilerden Örnek Görüntü.....          | 213 |
| Şekil 14: Özel Durumlar Ara Yüzünde Yer Alan Bilgilerden Örnek Görüntü... | 214 |

## GRAFİKLER

|                                                                         |     |
|-------------------------------------------------------------------------|-----|
| Grafik 1: Ölçüm Zamanlarına Göre Diyare Semptom Şiddeti.....            | 83  |
| Grafik 2: Ölçüm Zamanlarına Göre Karın Ağrısı Semptom Şiddeti.....      | 86  |
| Grafik 3: Ölçüm Zamanlarına Göre Dışkıda Kan Semptom Şiddeti.....       | 89  |
| Grafik 4: Ölçüm Zamanlarına Göre Dışkıda Mukus Semptom Şiddeti.....     | 92  |
| Grafik 5: Ölçüm Zamanlarına Göre Tenesmus Semptom Şiddeti.....          | 95  |
| Grafik 6: Ölçüm Zamanlarına Göre Rektal Hassasiyet Semptom Şiddeti..... | 98  |
| Grafik 7: Ölçüm Zamanlarına Göre Bulantı Semptom Şiddeti.....           | 102 |
| Grafik 8: Ölçüm Zamanlarına Göre Kusma Semptom Şiddeti.....             | 105 |
| Grafik 9: Ölçüm Zamanlarına Göre İştahta Azalma Semptom Şiddeti.....    | 108 |
| Grafik 10: Ölçüm Zamanlarına Göre Kilo Kaybı Semptom Şiddeti.....       | 111 |
| Grafik 11: Ölçüm Zamanlarına Göre İBH YKÖ Puan Ortalaması.....          | 132 |

## **RESİMLER**

|                                                                  |    |
|------------------------------------------------------------------|----|
| Resim 1: Eğitim Kitaplarının Kapak Sayfalarının Görüntüleri..... | 56 |
|------------------------------------------------------------------|----|

## **ALGORİTMALAR**

|                                                         |    |
|---------------------------------------------------------|----|
| Algoritma 1: Araştırma Planını Gösteren Algoritma ..... | 58 |
|---------------------------------------------------------|----|



## KISALTMALAR

|                |                                                                                |
|----------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| <b>İBH</b>     | : İnflamatuvar Barsak Hastalıkları                                             |
| <b>ÜK</b>      | : Ülseratif Kolit                                                              |
| <b>CH</b>      | : Crohn Hastalığı                                                              |
| <b>HBI</b>     | : Harvey-Bradshaw İndeksi                                                      |
| <b>DSÖ</b>     | : Dünya Sağlık Örgütü                                                          |
| <b>ECCO</b>    | : Avrupa Crohn ve Kolit Derneği<br>(European Crohn's and Colitis Organisation) |
| <b>IBH YKÖ</b> | : İnflamatuvar Barsak Hastalıkları Yaşam Kalitesi Ölçeği                       |
| <b>IBDQ</b>    | : Inflammatory Bowel Disease Quality of Life                                   |

## BÖLÜM I

### 1. GİRİŞ

#### 1.1.ARAŞTIRMANIN KONUSU

İnflamatuvar barsak hastalıkları (İBH); gastrointestinal kanalın çeşitli bölgelerini tutabilen, remisyon ve alevlenmelerle seyreden, patogenezi tam olarak açıklanamayan kronik inflamatuvar hastalıklardır. Ülseratif Kolit (ÜK) ve Crohn Hastalığı (CH) olmak üzere iki türü vardır. Bu iki hastalık da klinik seyirleri ve aynı tedavi yöntemlerine cevap vermeleri açısından benzerlik göstermektedir. Ülseratif kolitteki inflamatuvar cevap genellikle mukoza ve submukozaya sınırlı olup; Crohn hastalığındaki inflamasyon, mukozadan serozaya kadar tüm duvar boyunca yayılmaktadır. Genellikle klinik, anatomik ve histolojik bulgulara farklılıklar ile ÜK ve CH'nın ayrımı yapılmasına rağmen, halen %10 hastada tam bir sınıflama mümkün değildir. Bu durum “İndetermine kolit” olarak adlandırılmakta ve iki hastalığın ayırt edilemediği durumlarda kullanılmaktadır (1-3).

Diğer kronik hastalıklarda olduğu gibi İBH'nda da yaşanan çok sayıda sorun ve semptom nedeniyle hastaların yaşam kaliteleri olumsuz etkilenmektedir. İnflamatuvar barsak hastalıkları yaşam boyu relaps ve remisyonlarla seyreden hastalıklar olduğu için, vücudun tüm sistemlerini; ayrıca hastalık belirtilerinin ortaya çıktığı dönemden başlayarak tanı ve tedavi süresince bireyin sosyal ve iş hayatını etkilemektedir. Özellikle hayatın daha hareketli ve dışa bağımlı olduğu gençlik dönemlerinde hastalık alevlenmeleri, fiziksel gelişim problemleri veya hastaneye yatışlar gibi durumlar sosyal hayatta bir takım olumsuzluklara neden olabilir. Erişkin dönem ve daha ileri yaşlardaki hastalarda hastalığın tam olarak kontrol altına alınamadığı dönemlerde karın ağrısı, sık tuvalet ihtiyacı gibi yakınmalar hastanın mesleki hayatını ve iş gücü verimini olumsuz etkileyerek yaşam kalitesini düşürmektedir. Bu olumsuzluklar genellikle hastalığın aktif dönemlerinde ve hastalık şiddetinin arttığı durumlarda meydana gelmektedir. Bu nedenle İBH olan hastalar komplikasyonlar ve hastalıkla ilgili diğer konulara ilişkin çoğu zaman endişe yaşamaktadırlar (4).

Lönnfors ve arkadaşlarının 25 ülkede 4670 İBH hastası ile yaptıkları bir çalışmada; hastaların %60'ının İBH nedeniyle işlerini bırakmaları konusunda stres veya baskı yaşadıkları, %40'ının evde, yarı zamanlı veya esnek çalışma saatleri oluşturarak çalışma hayatlarında kendilerine göre düzenlemeler yapmak durumunda

kaldıkları saptanmıştır. Aynı çalışmada, işe devamsızlıkların ortak nedenleri olarak; yorgunluk, halsizlik, kramplar veya karın ağrısı gibi semptomlar ve doktor randevularının sık olması, acil servise başvuruları gibi tıbbi durumlar sıralanmıştır (5). Tüm bunlar semptomların kontrol altına alınmasının yaşam kalitesine olan olumlu etkisini vurgulamaktadır. Bu bağlamda hastaların tedavilerinde amaç; semptomların kontrol altına alınması ve böylece yaşam kalitesinin artırılmasıdır.

İnflamatuvar barsak hastalığı; hastanın tüm yaşantısı boyunca süren ve zaman zaman da alevlenmelerin görüldüğü kronik bir hastalık olduğu için, hastanın istediği zamanda doğru bilgiye ulaşması ve hastalığına dair kapsamlı bilgiye sahip olması gerekmektedir. İnflamatuvar barsak hastalığı olan hastanın yaşam kalitesinin yükselmesi; hastalığa dair bilgilerinin artmasına, semptomlarını yönetebilmesine, hastalık aktivitesine ve medikal tedaviye bağlı olmakla birlikte bu konulardaki başarısı hastaya verilecek olan düzenli eğitimlerle değerlendirilir.

Hastalığın erken dönemde başlaması ve yaşam süresini kısaltmaması nedeniyle, hastanın hastalığı nasıl yöneteceğini ve hastalıktan nasıl etkileneceğini bilmesi bakımın önemli bir yönünü oluşturmaktadır (6-8). Bu kapsamda; semptomların yönetimi, hastalık aktivitesinin saptanması ve medikal tedavinin düzenli bir şekilde yürütülmesi konularında hemşirenin aktif rol oynaması etkili bir hastalık yönetim sürecine ve artmış yaşam kalitesine katkı sağlayacaktır.

Hasta eğitimlerinde son yıllarda giderek yaygınlaşan alanlardan biri web tabanlı eğitimlerdir. Günümüzde insanların çalışma ortamlarında ve evlerinde internetin yaygınlaşması, hastanelerin kalabalık olması, hastanede sıra alma işlemlerinin internetten yapılabilmesi ve test sonuçlarına internetten erişilebiliyor olması, doktor muayenesi için randevu alma, hasta ve ailelerini sağlık problemleri için interneti kullanmaya alıştırmıştır. Ayrıca sağlık personelinin zaman kısıtlılığı nedeniyle yüz yüze sağlık eğitimine yeterince zaman ayıramaması ve bireylerin sağlıklarıyla ilgili daha fazla bilgi edinme gereksinimi internetten sağlık bilgi arayışını arttırmıştır (9). Çeşitli çalışmalarla, birçok sağlık sorununa ilişkin yapılan eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin sağlık sonuçlarına etkisi araştırılmıştır (10-18). Bu çalışmaların sonuçlarında, web tabanlı yürütülen eğitim programlarının bireyler için olumlu sonuçları üzerinde durulmuştur.

Ülkemizde İBH olan bireylerin izlemleri ve eğitimleri polikliniklerde yapılmakta; hastalığı aktif olanlar ise kliniğe yatırılmaktadır. Poliklinik ortamlarının kalabalık olması ve hastalara ayrılan sürelerin çoğu zaman yetersiz olması hastaların

belirtilen kontrol günlerine düzenli gelmelerine engel olmaktadır. Ayrıca ülkemizde “İBH hemşireliği” olarak herhangi bir sertifikasyon programının olmaması göz önüne alındığında, hastaların takibi ve gereksinimlerine göre eğitim programlarının oluşturulması mümkün olamamaktadır. Polikliniklerde bu konuda uzman hemşirelerin olmaması ve polikliniğe başvuran hasta sayısının fazla olması, İBH olan bireylerin düzenli izlem, takip ve eğitimlerini kısıtlamaktadır.

Avrupa sağlık otoriterleri E-sağlığın artış gösterdiğini vurgulamaktadır. İnflamatuvar barsak hastalıkları kliniklerine kolay erişim, hastaların eğitimi ve relaps durumunda erken tedavinin önemini anlamaları ile ilgili eksiklikler uyumsuzluğa yol açmaktadır. Danimarka ve İrlanda’da yapılan “sürekli bakım” çalışmasında; orta hafif düzeyde ÜK olan hastanın, hastalığa özgü web tabanlı eğitim ile hastalık uyumunun ve yaşam kalitesinin arttığı, böylece sağlık bakım sistemi için ekonomik fayda sağladığı görülmüştür. Bu kavram hastaların uyumunu, yaşam kalitesini ve kendi tedavilerini uygulamaları için güçlendirilmesini arttırarak sağlık maliyetlerini ve relaps sürecini önemli ölçüde azaltmaktadır (19).

Günümüzde internetin geniş kitlelere ulaşması, bu sayede bireyler, aileleri ve sağlık çalışanları için öğrenme fırsatları sunması ve birbirleriyle sürekli iletişim halinde olması; sağlıklı veya hasta bireylerin interaktif, verimli ve uygun içeriğe ulaşarak web ortamında sağlık eğitimi alabilmeleri için oldukça önemlidir. Ayrıca internetin ulaşılabilirliği ve kapsamı göz önüne alındığında, kronik durumlar başta olmak üzere her türlü sağlık problemlerinde sağlık profesyonelleri ile hastaların iletişimini sağlamada, hastaların izleminde, kontrolünde ve sağlık problemlerinin çözümünde etkili olduğu ve daha etkin kullanılabileceği görülmektedir (9,20).

Bilgi iletişim teknolojilerindeki gelişmeler, sağlıkla ilgili birçok web sayfasının varlığı, hastaların sağlıklarını ilgilendiren konularda daha fazla bilgi ve sorumluluk alma istekleri, hastaların internetten edindikleri bilgilerle sağlık profesyonellerine daha bilinçli sorular yöneltmeleri, internetin sağlık sistemine ulaşamayan, kısıtlı zamanlarda öğrenmek istediklerini sormaya zaman ayıramayan bireyler için eşsiz fırsatlar sağlaması gibi birçok avantajı web destekli sağlık eğitiminin önemini artırmaktadır. Bireye ve topluma sağlık eğitimi vermekle yükümlü olan hemşireler, bakım verdiği grubun sağlık davranışlarını etkileyen dinamiklerin ve yapacakları eğitimlerde web ortamından nasıl yararlanabileceklerinin farkında olmalıdırlar (9).

Web tabanlı eğitimin yararlarının yanı sıra İBH olan hastalar için bir eğitim programının olmaması gibi durumlar göz önünde bulundurulduğunda; web tabanlı

bir eğitim programı ile etkin bir hastalık yönetimi sağlamak ve yaşam kalitesini arttırmak büyük önem taşımaktadır. Bu nedenle yapılan bu çalışmada web sitesi üzerinden hastalara İBH eğitimi verilmiş; eğitimin hastalık aktivitesine, semptom yönetimine ve yaşam kalitesine etkisi değerlendirilmiştir. Ayrıca web tabanlı ve standart eğitim alan gruplar karşılaştırılarak web tabanlı eğitimin etkinliği araştırılmıştır.

## **1.2. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ**

İnflamatuvar barsak hastalıklarının her anında (remisyon veya relaps durumlarında) uygun tedavi, doğru gıdalarla beslenmek, düzenli egzersiz yapmak, ortaya çıkan semptomları yönetmek ve hastalık ile ilgili her türlü bilgiye sahip olmak yaşam kalitesinin artması açısından büyük önem taşımaktadır. Hastalarının semptomlarını bütüncül olarak gözlemlemek ve bu semptomlara çözüm üretebilmek, hastaya gereksinim duyduğu konularda eğitim vermek; onların yaşam kalitelerini de yükselteceği için, İBH olan hastalara özgü bir web sitesi oluşturarak istedikleri her yerde ve doğru sağlık bilgisine ulaşmaları konusunda desteklenmesi gerekmektedir. Bunun yanı sıra, hastaların yaşadıkları sorunları site üzerinden hemşireye ulaştırması, çözülebilecek sorunlarına ilişkin polikliniğe gelmeden danışmanlık hizmeti alabilmesi ve hastalık bilgisini arttırması, bu sayede semptomlarını yöneterek hastalığın remisyonunda kaldığı süreyi uzatması ve yaşam kalitesini yükseltmesi düşünülmektedir.

Ayrıca web tabanlı İBH eğitim programının rutin olarak kullanılabilir hale getirilmesi ve poliklinik bünyesinde bir eğitim odasının kurulmasıyla hastaların hastalıklarına ve tedavi süreçlerine uyumlu olacak şekilde yaşantılarını düzenlemesi, bu sayede hastalığın uzun yıllar sessiz seyretmesi veya atak dönemlerinin en az sıkıntı ile atlatılması sağlanabilir.

Bu çalışmanın bir başka önemli yönü de, ülkemizde kronik hastalıklarla ilgili olarak hastaların kullanabileceği ve bir sağlık profesyoneli ile web sitesi üzerinden aktif iletişim kurarak, sorunlarını çözmek adına aktif destek alacağı eğitim içerikli web siteleri bulunmamaktadır. İnflamatuvar barsak hastalıklarına özgü olarak tasarlanan bu web sitesinde hastanın ve ailesinin her türlü doğru bilgiye ulaşması sağlanmış ve ihtiyacı olduğunda hemşire ile direkt iletişime geçmesine fırsat sunulmuştur.

### 1.3. ARAŞTIRMANIN VARSAYIMLARI

Çalışmada; web tabanlı İBH eğitim programına alınan olan hastaların internete erişim olanaklarının ve e-posta adreslerinin olması gerekmektedir. Çalışma süresince web tabanlı İBH eğitimi alan grup ile sadece poliklinik ortamında verilen rutin İBH eğitimi alan hastalardan oluşan grup, aynı soru formlarını aynı aralıklarla uygulamışlardır. Araştırmadaki web tabanlı eğitim ve standart eğitim alan gruplar, araştırmanın amaçlarını gerçekleştirebilecek kapasitededir.

### 1.4. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLAR

Araştırmanın yeri İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Polikliniği'ne başvuran ve internet kullanmayı bilen hastalarla sınırlandırılmıştır. Ayrıca çalışma boyunca hastaların ilaç değişimleri de göz önünde bulundurulmamış ve ilaçlardan bağımsız olarak değerlendirmeler yapılmıştır.

### 1.5. TANIMLAMALAR

**İnflamatuvar Barsak Hastalıkları (İBH):** Gastrointestinal kanalın çeşitli bölgelerini tutabilen, remisyon ve alevlenmelerle seyreden, patogenezi tam olarak açıklanamayan, klinik seyirleri ve aynı tedavi yöntemlerine cevap vermeleri açısından benzerlik gösteren kronik intestinal ve inflamatuvar hastalıklardır (1,2,3).

**Ülseratif Kolit (ÜK):** İnflamatuvar barsak hastalıklarının iki türünden biri olup; diffüz mukozal inflamasyonun ile sadece kolonu tutan ve kolektominin küratif olarak tercih edildiği hastalıktır (1,21,22).

**Crohn Hastalığı (CH):** Ülseratif kolitin aksine, mukozadan serozaya transmural inflamasyon ile tüm gastrointestinal kanalı etkileyebilen ve tekrarlı enflamasyonlarla seyreden İBH türüdür (3,21,22).

**İndetermin Kolit:** Kolonun etkilendiği İBH olan bireylerin % 5'inde klinik, radyolojik, endoskopik ve patolojik kriterlerle sınıflandırılmayan, ÜK ve CH'nın bazı özelliklerini taşıyan İBH türüdür (3,23).

## **1.6. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ**

**H<sub>1</sub>:** Web tabanlı İBH eğitimi alan hastaların hastalık aktiviteleri standart eğitim alan hastalardan farklıdır.

**H<sub>2</sub>:** Hastaların, diyare şikayetlerinin kontrol altına alınmasında web tabanlı İBH eğitim programı ile standart eğitim arasında fark vardır.

**H<sub>3</sub>:** Hastaların, karın ağrısı şikayetlerinin kontrol altına alınmasında web tabanlı İBH eğitim programı ile standart eğitim arasında fark vardır.

**H<sub>4</sub>:** Hastaların, dışkıda kan şikayetlerinin kontrol altına alınmasında web tabanlı İBH eğitim programı ile standart eğitim arasında fark vardır.

**H<sub>5</sub>:** Hastaların, dışkıda mukus şikayetlerinin kontrol altına alınmasında web tabanlı İBH eğitim programı ile standart eğitim arasında fark vardır.

**H<sub>6</sub>:** Hastaların, tenesmus şikayetlerinin kontrol altına alınmasında web tabanlı İBH eğitim programı ile standart eğitim arasında fark vardır.

**H<sub>7</sub>:** Hastaların, rektal hassasiyet şikayetlerinin kontrol altına alınmasında web tabanlı İBH eğitim programı ile standart eğitim arasında fark vardır.

**H<sub>8</sub>:** Hastaların, bulantı şikayetlerinin kontrol altına alınmasında web tabanlı İBH eğitim programı ile standart eğitim arasında fark vardır.

**H<sub>9</sub>:** Hastaların, kusma şikayetlerinin kontrol altına alınmasında web tabanlı İBH eğitim programı ile standart eğitim arasında fark vardır.

**H<sub>10</sub>:** Hastaların, iştah azalma şikayetlerinin kontrol altına alınmasında web tabanlı İBH eğitim programı ile standart eğitim arasında fark vardır.

**H<sub>11</sub>:** Hastaların, kilo kaybı şikayetlerinin kontrol altına alınmasında web tabanlı İBH eğitim programı ile standart eğitim arasında fark vardır.

**H<sub>12</sub>:** Web tabanlı İBH eğitimi alan hastaların yaşam kalitesi standart eğitim alan hastalardan farklıdır.

### **1.7. ARAŞTIRMANIN AMACI**

Bu çalışmada temel amaç; İBH olan hastalara özgü bir web sitesi oluşturmak, bu site üzerinden web tabanlı eēitim ile hastaların yaşadıkları semptomlara yönelik çözüm nerileri geliştirerek web tabanlı eēitimin hastalık aktivitesine, semptom yönetimine ve yaşam kalitesine etkisini belirleyerek; standart eēitim alan hastalarla karşılaştırmaktır. Çalışmanın alt amaçları ařaēıda belirtilmiştir:

1. Web tabanlı İBH eēitim programının hastalık aktivitesine etkisini belirlemek
2. Web tabanlı İBH eēitim programının semptom yönetimine etkisini belirlemek
3. Web tabanlı İBH eēitim programının yaşam kalitesine etkisini belirlemek



## BÖLÜM II

### 2. GENEL BİLGİLER

#### 2.1. İNFLAMATUAR BARSAK HASTALIKLARI

##### 2.1.1. İnflamatuvar Barsak Hastalıklarının Tanımı ve Etiyolojisi

İnflamatuvar barsak hastalığı (İBH); gastrointestinal yolun herhangi bir alanını etkileyebilen intestinal mukozanın kontrolsüz bir şekilde inflamasyonudur. Ülseratif kolit (ÜK) ve Crohn hastalığını (CH) içeren İBH idiopatik, kronik, relaps ve remisyon dönemleri ile seyreden hastalıklardır. Ülseratif kolitteki inflamatuvar cevap genellikle mukoza ve submukozaya sınırlıdır ancak CH'deki inflamasyon, mukozadan serozaya kadar tüm duvar boyunca yayılır. Crohn hastalığı en sık olarak distal ince barsak ve kolonu tutar ancak ağızdan anüse kadar gastrointestinal kanalın herhangi bir yerinde segmenter tarzda görülebilir. Ülseratif kolitteki inflamasyon ise genellikle kolon ile sınırlı olmakla birlikte arada sağlam segment bırakmaksızın diffüz yüzeyel tutulum göstermektedir. Herhangi bir tanısal anormallik olmamasına rağmen, kronik inflamasyon normal bir barsağın özelliği de olabilir. Uzun sürdüğü ve önemli sağlık bakım kaynakları gerektirdiği için dikkat edilmesi gereken hastalıklardır (1,2,21,24-26).

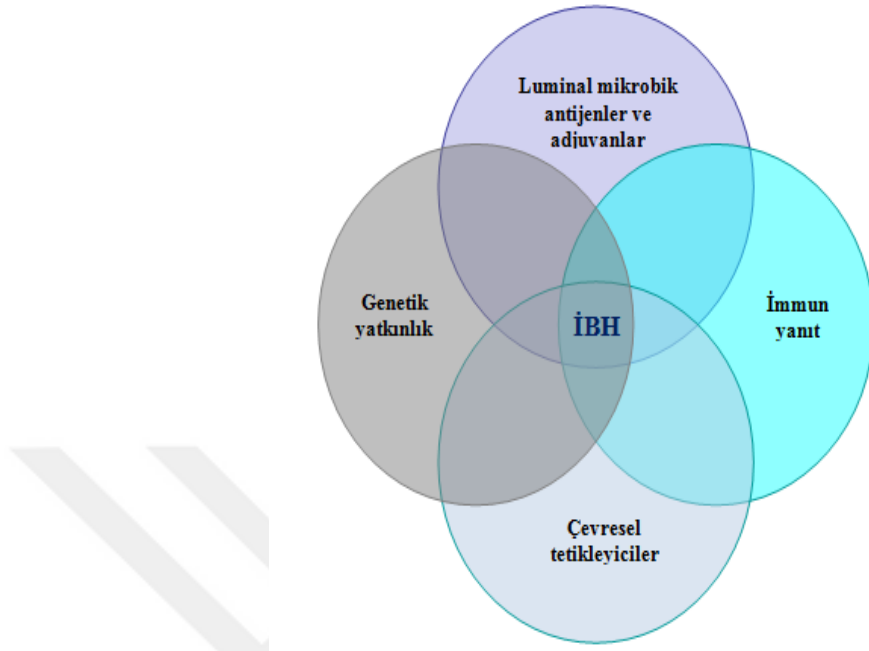
Joseph Barnett Kirsner; ÜK ve CH'nin aynı etiyopatolojik yolu kullandığı gerekçesiyle 1969 yılında ÜK ve CH'nı **inflamatuvar barsak hastalığı** adı altında birleştirmiştir (27).

Bu gruptaki hastalıkların başlıca ortak özellikleri; alevlenme ve remisyon dönemleri ile devam eden klinik seyir, genetik yatkınlık, ekstraintestinal belirtiler ve uzun hastalık döneminde görülebilen kanser riskidir (21).

Genellikle uzmanlar tarafından büyük ölçüde yönetilen nadir durumlar olarak algılanmasına karşın, birincil bakım ünitelerinin/birimlerinin İBH hastalarının uzun dönem bakımında önemli bir rol oynayabileceğine dair bazı kanıtlar vardır (25,26).

Hastalığın etiyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte genetik, çevresel ve konakçı immün cevabı gibi faktörler sorumludur (Şekil 1) (28). Coğrafi açıdan kentsel bölgelerde yaşayanlarda, sosyal durumu iyi olanlarda, yoğun stres yaşayanlarda ve apendektomi olan bireylerde İBH ortaya çıkabilir. Beslenme, genç yaş grubunda olma, sigara alışkanlıkları, hormonal ve ilaç kullanım durumları hastalığı etkileyen faktörler olarak görülmektedir. Ayrıca genetik çalışmalar da, İBH

hastalarının dörtte birinde ailesinde bu hastalığa sahip birey(ler)in olduğunu ortaya koymaktadır (28-30).



**Şekil 1: İBH İçin Tetikleyici Faktörler:** Çeşitli faktörlerin etkileşimi, duyarlı konağın genetik yatkınlığında, kronik barsak inflamasyonuna katkıda bulunur. Genetik yatkınlık, patojenik veya koruyucu immün yanıtları baskılayan antijenleri ve adjuvanları sağlayan lümen mikrobiotasından etkilenir. Çevresel tetikleyiciler hastalığı başlatmak veya etkinleştirmek için görev yaparlar.

**Kaynak:** Sartor RB. *Mechanisms of Disease: Pathogenesis of Crohn's Disease and Ulcerative Colitis.* *Nature Clinical Practice Gastroenterology and Hepatology*, 2006; 3(7): 390 – 407.

Erkeklerde ÜK'nin, kadınlarda CH'nin hafif yüksek seyrettiği; sıklıkla 2. ve 3. dekatta, daha sonra da 6. dekatta pik yaptığı saptanmıştır (30).

Geleneksel olarak İBH yüksek sosyoekonomik gruplar, beyaz yakalı çalışanlar, kapalı ortamlarda çalışanlarda daha fazla görülmektedir. Ayrıca sedanter işçilerde İBH gelişme riski daha fazladır. Aynı zamanda çevresel faktörler (örneğin endüstri), yaşam tarzı, sigara ve beslenme alışkanlıkları ve güneş ışınlarına maruziyetle ilişkisi olabilir. İBH eğitim düzeyi yüksek gruplarda daha fazla görülmektedir. İlk artış genetik yatkınlık, ikinci artış ise kronik maruziyet ve çevresel faktörlerle ilişkilidir. Mart 1998 ile Mart 2002 yılları arasında yapılan insidans ve prevalans araştırmasında hem Türkiye hem de Trakya bölgesinde ÜK insidansının Avrupa ülkelerinden düşük olduğu saptanmıştır (31).

İnflamatuvar barsak hastalığında immün sistem aktivasyonunun mevcut olduğu lamina propriada lenfosit, makrofaj ve diğer hücrelerin infiltrasyonu ile anlaşılmaktadır, fakat bu immün mekanizmayı aktive eden antijenik mekanizma

bilinmemekle birlikte çeşitli virüslerin ve bakterilerin (kızamık, mikobakterium paratüberkülozis) sebep olduğu düşünülmektedir (25,32).

Sigara içme ile İBH arasındaki ilişki incelendiğinde; ÜK hastalarında sigara içme oranı %8, CH'larında %42, kontrollerde ise %44 saptanmıştır. Ülseratif kolit olanların %48'i hayatlarında hiç sigara içmemiş, CH olanların ise %30'unun hiç sigara içmemiş olduğu tespit edilmiştir (27).

#### **2.1.1.1. Ülseratif Kolitin Etiyolojik Faktörleri**

Hemolitik ve non-hemolitik streptokoklar, Escherichia Coli, Pseudomonas Aeruginosa, Shigella, Staphylococcus, virüsler, parazitler (Escherichia histolityca) ve funguslar gibi birçok faktörlerin yanı sıra, besin-polen alerjisi (özellikle süt alerjisi), anne sütü almamış olmak, intestinal permeabilitenin bozulması ve genetik yatkınlık da hastalığın oluşmasında tetikleyici faktörler olarak görülmektedir (27).

En büyük insidans 15–25 yaş arasında ve 60'lı yaşlarda görülse de ÜK her yaşta ortaya çıkabilir. 35 yaş ve üzeri kadınlarda bir pik yaptıktan sonra giderek azalma eğilimi gösterirken, insidans erkeklerde aynı düzeyde kalmaktadır (30).

ÜK hastaları sıklıkla sigara içici değillerdir ve sigarayı bırakma ÜK gelişimi riskini arttırmaktadır. ÜK olgularında sigara kullanımı mukozal mukus üretimini arttırmakta, mukus yapısını düzelterek olumlu etki göstermektedir (29).

Taze meyve, sebze ve lif tüketimi, İBH riskini düşürdüğü, yağ alımının ÜK ile pozitif bir şekilde ilişkilendirildiği rapor edilmiştir (29).

#### **2.1.1.2. Crohn Hastalığının Etiyolojik Faktörleri**

Çok sayıda bakteriyel ve viral faktörler hastalığın oluşmasında etkilidir (Mycobacteria, Yersinia, Campylobacter, Clostridium, Clamidas gibi bakterilerin yanı sıra, herpes, rotavirüs ve kızamık virüsü gibi bazı virüsler) (30).

Crohn hastalarında 20'li yaşlarda pik yapan hastalık daha sonra azalırken, 50–70 yaş arasında tekrar pik yapmaktadır (30).

Sigara kullanımı CH için önemli bir risk faktörü olup, hastalığın şiddetini, hastalık tekrarlamaya sıklığını arttırmaktadır. Sigara kullanan CH olgularının tedaviye yanıtı daha kötü olmakla birlikte, cerrahi müdahale gereksinimini artmaktadır. Sigaraya devam edilmesi hastalık sürecini uzatmaktadır. CH olgularında intestinal kanalda vaskülit benzeri olaylar sigara ile tetiklenmekte ve iskemik sonuçlar ortaya çıkmaktadır (29).

Birinci dereceden akrabalarda İBH görülme oranı %15'tir. Gerek ülseratif kolit ve gerekse Crohn hastalarının akrabalarında hastalığın sık görülmesi bu iki hastalığın birbiri ile ilgili hastalık olduğunu göstermektedir. Crohn hastalığında barsak permeabilitesinin artması, birinci dereceden akrabalarda gösterilmiştir. Aynı şekilde klinik olarak ÜK hastalarının sağlıklı akrabalarında antinötrofil sitoplazmik antikorlarda artma gösterilmiştir (32).

### **2.1.2. İnflamatuvar Barsak Hastalıklarının Epidemiyolojisi**

Cronh hastalığı ve ÜK tedavi edilemez; dünya genelinde genç erişkinlerde insidans artar. Dünya genelinde beş milyondan fazla insanı etkileyen ÜK ve CH, sadece Amerika'da 1.4 milyon civarında görülmektedir. Amerika ile birlikte en yüksek İBH insidansı Kuzey Avrupa'da ve Büyük Britanya'da bildirilmiştir (33-35).

Son epidemiyolojik veriler, gelişmekte olan ülkelerde İBH insidansının 20. yüzyılın ikinci yarısında belirgin bir şekilde arttığını göstermektedir. Batı'da İBH insidans ve prevalansı son 50 yılda artış göstermiş, ÜK için sırasıyla 8-14/100.000 ve 120-200/100.000 ve CH için sırasıyla 6-15/100.000 ve 50-200/100.000 kişide görülmüştür. İtalya'da, İBH prevalansı son 15 yılda önemli derecede artmış, Sardunya'da ÜK için 124/100.000 ve CH için 15/100.000, Veneto'da CH için 59.63/100.000 ve ÜK için 119.5/100.000 aralığında bir prevalans saptanmıştır (34-39).

Şehirlerde yaşayanlar, kırsal kesimdekilere göre İBH'ye daha fazla yakalanırlar. Sosyoekonomik durumu iyi, sedanter yaşamı olan, kapalı ortamlarda çalışan bireylerde görülme sıklığı artar. Açık havada beden gücü ile çalışan bireylerde daha az görülmektedir. Ülkemizde İBH insidansı ÜK için 2.6/100.000 ve CH için 1.4/100.000 olarak saptanmıştır. Ayrıca Trakya bölümünde ÜK'nin kırsal kesimdeki prevalansı 2.18/100.000 iken, şehir kesiminde 5.87/100.000'dir. Crohn hastalığının prevalansı ise 47/1000 olarak bildirilmiştir (29,31).

Hastalığın en sık görüldüğü yaşlar 15–25 yaş ve 55–65 yaş arasındır. Kadın ve erkek arasında sıklık bakımından bir fark yoktur. On yaşından küçük çocuklarda ÜK, CH'den daha sık görülmektedir. Ülseratif kolitli hastalarda normal popülasyona oranla daha az sigara içme; CH'de normal popülasyona oranla aynı veya daha fazla sigara içme mevcuttur (22,29,32).

Doğal beslenen, kırsal kesim halklarında az görülür. Bugün Afrika'nın kırsalında aşırı posalı diyetle beslenen, doğa ile iç içe yaşayan toplumlarda İBH

önemli bir sorun değil iken batı ülkelerinde, şehirleşmenin arttığı gelişmekte olan ülkelerde gün geçtikçe artan bir sorun olarak varlığını devam ettirmektedir (27).

### **2.1.3. İnflamatuvar Barsak Hastalıklarının Patolojisi**

Ülseratif kolit ve CH'nın her ikisinde de barsak duvarı akut ve kronik inflamatuvar hücreler ile infiltredir. Her iki hastalık arasında ancak histopatolojik inceleme ile ayırım yapılabilir. Bazı durumlarda patolojik tablo ikisini birbirinden ayırmaya veya infeksiyöz kolit, iskemik kolit gibi diğer hastalıklardan ayırt etmeye yetmeyebilir. İnflamatuvar barsak hastalığında hastalık aktivitesinin patolojik değerlendirilmesi, klinik ve endoskopik değerlendirme ile korele olmayabilir (1).

#### **2.1.3.1. Ülseratif Kolitin Patolojisi**

Hastalık mukoza ve submukoza tutulumu ile kendini göstermektedir. Kript atrofisi, şiddetli inflamasyon veya yüzeysel erozyonlar ÜK'de yaygın olarak görülmektedir (32).

Rektum-rektosigmoidden proksimale doğru yayılarak tüm kolonu tutan ÜK, mukozanın lenfosit, monosit, eozinofil-plazma hücreleri ile infiltre olduğu, goblet hücre azalması, vasküler konjesyon ve kript abseleriyle karakterize diffüz, idiopatik bir hastalık olarak karşımıza çıkmaktadır. Ülseratif kolitte rektum daima tutulmuş ve CH'nın aksine hastalıklı alanlar arasında sağlıklı alanlar yoktur. Bu tutulumların patogenezinde intestinal yoldaki mukozanın inflamasyon esastır ve inflamasyon sonucunda ülserasyon, ödem, kanama, sıvı ve elektrolit kaybı görülür (1,27,39).

#### **2.1.3.2. Crohn Hastalığının Patolojisi**

Crohn hastalığında barsak duvarı kalın ve transmural inflamasyondan dolayı serttir. Mezenter kalınlaşmış ve ödemlidir. Yağlı doku serozal yüzeyi örter. Bu tablo CH'nın en önemli patolojik özelliğidir. Cerrahi olarak çıkarılan barsakta granülomlar görülebilir. Ayrıca lenf düğümlerinde, mezenterde, periton ve karaciğerde de görülebilir. Bu granülomların varlığı CH için kuvvetli bir bulgudur (32).

Crohn hastalığı ağızdan anüse kadar, gastrointestinal sistemin herhangi bir bölümünü tutabilir. Üç değişik şekilde görülür: inflamatuvar tip, stenotik tip, fistülizan tip. Nonspesifik granümatöz inflamatuvar süreç sonucunda segmenter tutulum yapar. Crohn hastalığının en erken lezyonu ise ince barsakta peyer yamaları ve kolonda lenfoid kümeleri üzerinde oluşan aftöz ülserlerdir (1).

Crohn hastalının %35'inde ileum ve kolon, %32'sinde sadece kolon, %28'inde ince barsak ve %5'inde gastroduedonal bölge tutulumları görülmektedir (40).

#### 2.1.4. İnflamatuvar Barsak Hastalıklarının Klinik Belirti ve Bulguları

İnflamatuvar barsak hastalıklarında majör belirti ve bulgular benzer olmakla birlikte; diyare, ateş ve aşırı yorgunluk, abdominal ağrı ve kramp, dışkıda kan görülmesi, iştah ve kilo kayıpları olarak belirtilmektedir (4,23,31,41-43):

**Diyare:** Hastalık aktivitesinin şiddetlendiği durumlarda kanlı, iltihaplı ve sulu dışkılama görülür. Aktif ÜK kanaması, dışkıda mutlaka gözle görülür kan ile birlikte. Rektal kanama ile birlikte görülen diyare temel beslenme öğelerinin, vücut sıvılarının ve elektrolitlerin kaybına neden olabilir.

Ülseratif kolitte, hastalığın başlangıcında ve aktivitenin az olduğu durumda diyare vardır. Genellikle müküslü feçes çıkartılır. İnaktif evrede diyare spastik kolon belirtisidir. Rektum tutulduğunda kanama, rektal kanama şeklindedir. Anal bölgenin tutulması ile inkontinans belirir ve tenezm şiddetlenir. Lezyon proksimale doğru yayıldıkça, önce üzerine kan bulaşmış feçes, daha sonra kanla karışık feçes çıkartılır. Crohn hastalığında ise hemen her zaman var olan bir belirtidir. Nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte, bakteri aşırı çoğalmasına, safra asidine ve uzunca bir ileum segmentinin yakalanmasına veya cerrahi olarak rezeke edilmesine bağlı olabilir.

**Ateş ve Yorgunluk:** Çoğu hastada ateş düşük seyreder. Şiddetli ÜK atakları sırasında ateş olabilir. Ateşle birlikte titreme, anemi, hipoalbuminemiye bağlı olarak halsizlik, yorgunluk bulunabilir. Komplikasyonlar geliştiğinde daha da yükselir ve gece terlemeleri eşlik edebilir.

**Abdominal Ağrı ve Kramp:** Hastaların %70'inden fazlasında görülen majör semptomlardan biridir. Abdominal kramp daha sık görülür. Barsak segmentinde meydana gelen darlığa bağlı olarak ortaya çıkan ağrı; defekasyondan önce kramp şeklinde belirir ve defekasyonla geçer. Ağrı ile birlikte karında “gurultu” sesleri duyulur. Crohn hastalığında kramp tarzı ağrı daha sık görülmekle birlikte, terminal ileuma sınırlı olan hastalık sıklıkla sağ alt kadranda kolik tarzda ağrı ile görülür. Özellikle sağ kolon tutulumlu CH'de ağrı, periumblikal olabilir veya alt kadrana yayılabilir. Ateş ile birlikte görülen ağrı, iştah kaybına ve kilo kaybına neden olabilir.

**Dışkıda Kan:** Crohn hastalığında dışkıda sıklıkla mikroskopik düzeyde kan gözlense de büyük kanama ÜK'deki kadar sık değildir. Ülseratif kolit hastalarında

karakteristik bir bulgu olmasıyla birlikte, genellikle dışkıdan ayrı veya normal kıvamda dışkının üzerine bulaşmış kan gelmesi niteliğindedir.

**İştah ve Kilo Kaybı:** Crohn hastalığındaÜK'ye kıyasla daha belirgindir, malabsorbsiyona, gıda alımının azalmasına ve kusmaya bağlı olabilir. Malabsorpsiyon ve oral alımın azalması sonucu birçok Crohn hastası %20'den fazla kilo kaybı yaşar.

Bu majör belirtilerin hepsi her hastada görülmektedir, ancak kusma, anemi, gece terlemesi, halsizlik, taşikardi, artralji ve yüksek ateş gibi bazı ek belirtiler de ortaya çıkabilir.

Emosyonel stres, enfeksiyon, gebelik, uygunsuz diyet programları, akut ya da kronik başka inflamatuvar hastalık dönemlerinde İBH'de rekürrensler ve alevlenmeler görülebilir. Dünya Gastroenteroloji Örgütü de, İBH 2009 kılavuzunda bazı semptomların sindirim sisteminde inflamatuvar hasar ile ilişkili olabileceğini belirtmiştir (8,32)

**1. Diyare:** Mukus veya kan içerebilir, noktürnal diyare şeklinde görülebilir, inkontinans eşlik edebilir. Yemeklerden sonra daha sık görülür.

**2.** Barsak hareketlerinde anormallikler, gaita urge inkontinansı

**3.** Barsak hareketleri ile birlikte ağrı ve rektal kanama

**4.** Tenesmus

**5.Abdominal kramplar ve karın ağrısı:** Crohn hastalarında ağrı, intermittent veya serozal iltihaplanma sonucunda kısmi tıkanmadan ileri gelebilir. Genellikle ağrı ve distansiyon, sağ alt kadranda hissedilir. Buna bulantı ve kusma da eşlik edebilir.

**6.Bulantı ve kusma:** Crohn hastalığında ülseratif kolite göre daha sık görülür.

#### 2.1.4.1. Ülseratif Kolitin Klinik Belirti ve Bulguları

ÜK üç tip klinik ile karşımıza çıkar; remisyon ve alevlenmelerle giden *kronik intermittan tip*, devamlı hafif aktivasyon bulguları ile karakterize *kronik devamlı tip* ve şiddetli tek bir atak ile karakterize *akut fulminan tip*. Ülseratif kolitte öncelikle kanlı ve mukuslu diyare semptomu görülür. Barsak hareketleri sık olmakla birlikte rektal inflamasyon nedeniyle ÜK'lilerin dışkı volümü düşüktür (1,32,43-45).

Ateş, halsizlik, kilo kaybı ve alt kadranda görülen karın ağrısı gibi sistemik bulgular kolonun tümü ya da büyük bir kısmı tutulan bireylerde görülebilir. Bazen rektumda da ağrı hissedilebilir. Sadece rektal tutulumu olanlarda ise rektal kanama, acil defekasyon yapma isteği, tenezm ve nadir olarak karın ağrısı görülebilir (21,32,43,45).

Sadece diyare ve rektal kanama ile seyreden hafif şiddette ÜK olan hastaların %90'ından fazlası ilk ataktan sonra remisyona girse de bazı hastalarda semptomların kontrol altına alınması pek mümkün olamamaktadır. Özellikle yaşlı hastalarda remisyon süresi uzun sürmesine rağmen, semptomlar kontrol altına alınamadığı için tedaviye yanıt düşük olmaktadır. Günde dört-altı defa kanlı diyaresi olan orta şiddetteki ve günde 6'dan fazla kanlı diyaresi olan ağır şiddetteki ÜK hastalarında, etkilenmiş kolonda bir hasssiyet söz konusu olabilir. Yapılan rektal muayenede hassasiyet ve eldivende kan görülebilir. Ağır şiddette seyreden ÜK hastaları atak geçirdiklerinde genel durumları iyi olmamakla birlikte; ateş, taşikardi, abdominal bölgede distansiyon ve barsak seslerinde azalma ortaya çıkabilir. Bunlara bağlı olarak da meydana gelebilecek sıvı ve elektrolit kayıpları (özellikle hipokalemi) ciddi problemlere yol açabilir. Bunların yanı sıra anemi, lökositoz ve eritrosit sedimentasyon hızında artma gibi bulgular ağır şiddette seyreden hastalığın teşhis edilmesinde ve ağır alevlenmenin klinik izleminde büyük önem taşımaktadır (21,46,47).

#### 2.1.4.2. Crohn Hastalığının Klinik Belirti ve Bulguları

Crohn hastalığında klinikte inflamatuvar tip, striktür yapan tip ve fistülizan tip olmak üzere üç tipte görülebilir. Bugün için hastalığın tanımlanmasında Viyana sınıflaması kullanılmaktadır. Crohn hastalığında sindirim sistemindeki lokalizasyonuna göre üç tip tutulma görülür. Bunlar; ileum ve çekum tutulması (hastaların %40'ı), yalnız ince barsak tutulumu (hastaların %30'u) ve yalnız kolonun tutulumu (hastaların %25'i) olarak ortaya çıkmaktadır. Hastaların %10 kadarında

yalnızca perianal hastalık görülmektedir. İleoçekal bölgede lokalize hastalıkta appendiks %50 oranında hastalığa katılır ve akut apendisit benzeri bir tablo oluşturur. Crohn hastalığı ağız, dil, özefagus, mide ve duodenum gibi gastrointestinal kanalın daha proksimal bölümlerini daha az sıklıkta tutar (21,32,37).

Crohn hastalığında belirgin semptomlar diyare, abdominal ağrı ve kilo kaybıdır. Tanı konulmadan önce hastalar, aylar veya yıllarca belirsiz abdominal ağrı ve aralıklı diyareden yakınabilirler. Kolon lezyonlarının baskın olduğu hastalarda rektal kanama, perianal fistül, toksik megakolon, deri ve eklem komplikasyonları görülebilir. Diyare, özellikle rektal tutulumlu kolon hastalığı olanlarda küçük hacimli olup, acil defekasyon ihtiyacı ve tenezm ile beraberdir. Rektum inflamasyonun uzaması ve rektumda skar oluşması rektumun rijid olmasına neden olur, inflamasyonun gerilemesine engel olur. Böylece hastada inkontinans gelişir. İnce barsağa sınırlı hastalıkta gaita daha hacimlidir, acil defekasyon ihtiyacı ve tenezm genelde görülmez. Hastalık ince barsakta yaygın ise, dışkı steatoreye benzer. İnce barsak tutulmasında diyare nedeni absorpsiyonun bozulması, ozmotik diyare, bakteri çoğalması, enterit veya enteroenterik veya enterokolonik fistül sonucu emilim yapan yüzeyin azalmasıdır (21,32,37,45,48).

Anemi, kronik hastalık, kan kaybı, demir, folat veya B12 vitaminin nütrisyonel eksikliğinden kaynaklanabilir. Albümin düşüklüğü malnütrisyonun sonucudur. 100 cm ve üzeri ileum rezeksiyonu B12 vitamini düzeyinin azalmasına neden olur (21).

#### **2.1.4.3. Barsak Dışı Klinik Belirti ve Bulgular**

Barsak dışı belirtiler, İBH olan bireylerin %21–36’sında meydana gelmekte ve hemen hemen her sisteme ait organları tutmaktadır. Barsak dışı belirtiler; İBH varlığı veya tedavisinin bir sonucu olarak ortaya çıkmakta, hastalık aktivitesi ile ilişkili olabilmekte ve üç grupta ele alınmaktadır (7,21,28,31,41,49-52):

**Birinci Grup:** Deri, göz, eklem ve ağız kapsayan bozuklukları içermektedir. Çoğunlukla, kolonu tutan durumlarda ortaya çıkmakta ve kolit ile ilişkili bu belirtilerin aktivitesi altta yatan barsak hastalığının aktivitesine paralel olarak görülmektedir. Periferik artrit periferik eklemleri tutar, hasta eklem şiş ve ağrılıdır. İnflamatuvar barsak hastalığının en sık görülen ekstraintestinal bulgusu kolitik artrit ve ankilozan spondilittir. Ankilozan spondilit sabah sertliği, aksiyal tutulum, hareketle azalan sırt ve bel ağrısı ile karakterizedir.

En sık görülen dermal lezyonları; piyoderma gangrenosum ve eritema

nodosumdur. Piyoderma gangrenosum nekrotizan ülseratif lezyonlardır. Ağrılı nodül veya püstül şeklinde başlayan lezyonlardan kenarları deriden kabarık, dokunmakla hassas, kenar kısımlarının altı oyuk, giderek genişleme eğilimi gösteren ülser gelişir. Akut ÜK’de hemen her zaman gelişir, ancak sistemik veya intradermal kortikosteroidlerle düzelebilir. Eritema nodosum ise daha çok bacağın ön yüzünde gözlenen, ağrılı, sıcak, çapları bir-beş cm arasında değişen nodüllerdir. Hastalığın aktivitesi ile ilişkilidir. Skar bırakmadan iyileşirler. Oküler tutulum olarak da en sık üveit, episklerit, skleromalazi, retinal vasküler hastalıklar, katarakt, gece körlüğü ve korneal ülser görülebilir.

**İkinci Grup:** Barsak hastalığının doğrudan uzantısı veya komplikasyonlarına sekonder olarak gelişir. Bunlar genellikle, ÜK’den ziyade CH olan hastalarda meydana gelir ve böbrek taşı, obstruktif üropatiyi, malabsorbsiyonu ve safra taşı içerir.

**Üçüncü Grup:** İlk iki grupta açıkça belirtilemeyen belirtileri içermektedir. Bu non-spesifik barsak dışı belirtiler osteoporoz, hepatik hastalıklar ve amiloidozdur. Vasküler, hematolojik, pulmoner, kardiyak ve nörolojik sistemleri etkileyen komplikasyonlar bu gruba aittir. Tromboemboli; hastalığın aktif devresinde görülmekle birlikte serebrovasküler, pulmoner, derin ven trombozu şeklinde ortaya çıkar. Kalsiyum alımının azlığı, kalsiyum ve D vitamininin malabsorbsiyonu, azalmış aktivite ve amenore nedeniyle de osteoporoz görülmektedir.

Barsak dışı belirtiler ile başvuran İBH olan tüm hastalarda; tedaviye ilişkin komplikasyonlar açısından dikkatli bir taramanın yapılması oldukça önemlidir (25).

Tablo1’de İBH klinik belirti ve bulgularının ÜK ve CH’ye özgü olanları liste halinde gösterilmiştir (7,21,22,31,32,45-48,53).

**Tablo 1: İnflamatuvar Barsak Hastalıklarında Klinik Belirti ve Bulguların Varlığı**

| KLİNİK BULGULAR          | ÜLSERATİF KOLİT                 | CROHN HASTALIĞI                                                       |
|--------------------------|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| Ateş                     | +                               | +                                                                     |
| Halsizlik                | +                               | +                                                                     |
| Kilo kaybı               | +                               | +                                                                     |
| Abdominal ağrı           | Alt kadranda                    | +                                                                     |
| Rektal kanama            | Rektal tutulumu olanlarda       | Kolon lezyonları hakim olanlarda                                      |
| Acil defekasyon isteği   | Rektal tutulumu olanlarda       | Rektal tutulumu olanlarda                                             |
| Diyare                   | +                               | +                                                                     |
| Rektal hassasiyet        | Orta ve ağır şiddetli vakalarda | -                                                                     |
| Taşikardi                | Ağır şiddetli vakalarda         | -                                                                     |
| Barsak seslerinde azalma | Ağır şiddetli vakalarda         | -                                                                     |
| İnkontinans              | -                               | Rektum inflamasyonu uzun sürenlerde ve rektumda skar oluşan vakalarda |
| Perianal fistül          | -                               | +                                                                     |
| Anemi                    | Ağır şiddetli vakalarda         | +                                                                     |
| Deri komplikasyonları    | -                               | +                                                                     |
| Eklem komplikasyonları   | -                               | +                                                                     |

#### 2.1.5. İnflamatuvar Barsak Hastalıklarında Aktivite İndeksleri

Ülseratif kolitte hastalık şiddetinin belirlenmesinde Rachmilevitz Endoskopik Aktivite İndeksi, Truelove Witts ve Mayo Endoskopik skorum sistemi gibi birçok skorum sistemi mevcuttur. Ancak kolay hatırlanması bakımından klinik pratikte en sık kullanılan Mayo endoskopik değerlendirme sistemidir (Tablo 2). Mayo skoru hastalık aktivitesinin değerlendirilmesi ve tedavi yanıtının görülmesi için kullanılmaktadır. Hastanın dışkılama frekansı normale dönmüşse, rektal kanama kalmamışsa, hastanın fonksiyonel değerlendirmesinde genel iyilik hali varsa hasta remisyonda kabul edilir (1,41,54,55).

**Tablo 2: Mayo Endoskopik Değerlendirme**

|                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Dışkılama Sayısı</b>                 | 0=Hasta için normal olan sayı<br>1=Normalden 1–2 fazla<br>2=Normalden 3–4 fazla<br>3=Normalden 5 veya daha fazla                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Rektal Kanama</b>                    | 0=Kan yok<br>1=Dışkıda bulaşık şekilde<br>2=Belirgin<br>3=Sadece kan var                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Sigmoidoskopi Bulguları</b>          | 0=Normal veya inaktif hastalık bulguları<br>1=Eritem, vasküler yapıda bozulma, hafif friabilite<br>2=Belirgin eritem, vasküler yapıda kayıp, friabilite, erozyonlar<br>3=Spontan kanama, ülserler                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Hekimin Genel Değerlendirmesi</b>    | 0=Normal ( <i>dışkılama sayısı:0, rektal kanama:0, sigmoidoskopi:0, hastanın kendini değerlendirmesi:0</i> )<br>1=Hafif ( <i>dışkılama sayısı:0-1, rektal kanama:0 veya 1, sigmoidoskopi:0 veya 2, hastanın kendini değerlendirmesi:0 veya 2</i> )<br>2=Orta ( <i>dışkılama sayısı:1 veya 2, rektal kanama:1 veya 2, sigmoidoskopi:1 veya 2, hastanın kendini değerlendirmesi:1 veya 2</i> )<br>3=Şiddetli ( <i>dışkılama sayısı:2 veya 3, rektal kanama:2 veya 3, sigmoidoskopi:2 veya 3, hastanın kendini değerlendirmesi veya 3</i> ) |
| <b>Hastanın Kendini Değerlendirmesi</b> | 0=Genellikle iyi<br>1=Orta<br>2=Kötü<br>3=Çok kötü                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

Crohn hastalığında ise Harvey-Bradshaw indeksi (HBI) ile hastalık aktivitesi hesaplanmaktadır. 1980 yılında geliştirilmiş ve klinik pratikte kullanım açısından daha basitleştirilmiş bir indeks olan HBI (Tablo 3), CH'nin klinik aktivitesinin sınıflamasında kullanılmaktadır (37,56).

**Tablo 3: Harvey Bradshaw Klinik Aktivite İndeksi**

| HARVEY BRADSHAW KLİNİK AKTİVİTE İNDEKSİ                                                                                                                  | SKOR |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| <b>Genel İyilik Hissi</b>                                                                                                                                |      |
| Çok iyi                                                                                                                                                  | 0    |
| Ortalamanın hafif altı                                                                                                                                   | 1    |
| Kötü                                                                                                                                                     | 2    |
| Çok kötü                                                                                                                                                 | 3    |
| Korkunç                                                                                                                                                  | 4    |
| <b>Abdominal ağrı</b>                                                                                                                                    |      |
| Yok                                                                                                                                                      | 0    |
| Hafif                                                                                                                                                    | 1    |
| Orta                                                                                                                                                     | 2    |
| Ciddi                                                                                                                                                    | 3    |
| <b>Günlük Dışkılama sayısı (Her biri için 1 puan)</b>                                                                                                    |      |
| <b>Abdominal kitle</b>                                                                                                                                   |      |
| Yok                                                                                                                                                      | 0    |
| Şüpheli                                                                                                                                                  | 1    |
| Belirgin                                                                                                                                                 | 2    |
| Belirgin ve duyarlı                                                                                                                                      | 3    |
| <b>Komplikasyonlar (Her biri için 1 puan)</b><br>Artralji, üveitis, eritema nodozum, aftöz ülserler, piyoderma gangrenozum, anal fissür, fistül, abse vb |      |
| <b>SKOR:</b> 5'in altı puan remisyon<br>5-7 puan hafif hastalık<br>8-16 puan orta derecede aktif hastalık<br>16'nın üzeri puan şiddetli aktif hastalık   |      |

Klinik pratikte hastalık aktivitesi şu şekilde sınıflandırılır (57):

- ❖ **Hafif - orta şiddette hastalık;** Ayaktan gelen, genel durumu iyi, oral alımı yeterli, dehidratasyon bulgusu göstermeyen, karında hassasiyet ve ağrılı kitlesi bulunmayan, obstrüksiyon belirtileri ve %10'dan fazla kilo kaybı olmayan hastalar,
- ❖ **Orta - ağır şiddette hastalık;** Hafif-orta derecede hastalık tedavisine yanıt vermeyen, belirgin kilo kaybı, anemi, ateş, karın ağrısı veya hassasiyeti bulunan,

belirgin intestinal obstrüksiyon olmadan aralıklı bulantı ve kusma tanımlayan hastalar,

- ❖ **Ağır - fulminan hastalık;** Kortikosteroid tedavisi altında semptomları devam eden, yüksek ateş, intestinal obstrüksiyon, kaşeksi, karında rebound ve abse bulguları olan hastalar.

#### 2.1.6. İnflamatuvar Barsak Hastalıklarının Tanısı

İnflamatuvar barsak hastalığında tanı yöntemleri, hastalığın yaygınlığını, aktivitesini ve spesifik komplikasyonlarını belirlemek için kullanılır. İyi bir anamnez ve fizik muayeneden sonra gaita incelemeleri, hematolojik, endoskopik, histolojik değerlendirmeler ve görüntüleme yöntemleri ile tanı konulmalıdır. Bilgisayarlı tomografi, radyolojik incelemeler, sintigrafi (özellikle galyum sintigrafisi), magnetik rezonans görüntüleme ve ultrasonografi gibi görüntüleme yöntemleri fistül ve abse gibi oluşumların saptanmasında, abse lokalizasyonunun ve barsak duvarının kalınlığının değerlendirilmesinde kullanılmaktadır. Aktivitesi yüksek hastalıkta, ayakta direkt batın grafisi mutlaka çekilmelidir. Ancak tüm bu testlere ve incelemelere rağmen halen %10–15 vakada tam bir sınıflama mümkün değildir. Bu durum İndetermine kolit olarak adlandırılır ve iki hastalığın ayırt edilemediği durumlarda kullanılan bir terimdir (21,45,48).

Hastalığın tanısında önemli bir yer tutan endoskopik incelemeler erken tanı ve hastalığın tutulum alanlarının saptanması açısından yarar sağlamaktadır. Ancak İBH semptomlarındaki değişkenlik, endoskopik bulguların atipik veya silik olması nedeniyle tanı altı ay ile bir yıl arasında gecikebilir. Şiddetli hastalıkta perforasyonu önlemek için bütün kolon incelenmemelidir. Bu durumda proktoskopi yeterlidir. Derin ülserlerin varlığı veya toksik megakolon şüphesi endoskopi için kontrendikasyon oluşturmaktadır. Endoskopide hafif ÜK'de yüzeysel erozyonlar, diffüz eritemler ve rektal mukozada ince vasküler görünümde kayıp olurken; mukoza üzerindeki sarımsı eksüda inflamasyonu göstermektedir. Hastalık şiddeti arttığında mukoza kendiliğinden kanar ve yüzeysel küçük ülserasyonlar ortaya çıkar. Şiddetli hastalıkta derin ülserasyonlar, dökülmüş mukoza belirgindir. On seneyi geçen ÜK'de striktür ve kitle bulguları maligniteyi göstermektedir (21,32,58).

Tanı için standart bir biyokimya testi yoktur. Tipik olarak tanı klinik belirtiler, endoskopik ve histolojik bulgularla konulur. Hafif aktiviteli hastalıkta özellikle

irritabl barsak sendromu ile karışabilir (59). Bu nedenle bu iki hastalığın ayırıcı tanısının yapılması tedavi şekline karar verebilmek açısından oldukça önemlidir.

Literatür taraması doğrultusunda belirlenen, ayırıcı tanıya ilişkin ipuçları Tablo 4'te gösterilmektedir (21,22,32,40,45,47,48,58,60).

**Tablo 4: İnflamatuvar Barsak Hastalıklarının Ayırıcı Tanısı**

| Özellik                                  | Ülseratif Kolit                                                                                    | Crohn Hastalığı                                                                                                                                                                 |
|------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>İnflamasyonun anatomik dağılımı</b>   | Rektumda başlar ve proksimal belirli bir uzaklığa kadar yayılır, ince barsaklar genelde tutulmaz.  | Birçoğunda kolona ek olarak ince barsak tutulumu da vardır. Eğer rektum korunmuşsa, inflame alanların arasında tamamen normal mukoza alanları (atlama segmentleri) görülebilir. |
| <b>Submukozal infiltrasyon</b>           | Nadiren görülür.                                                                                   | Karakteristiktir.                                                                                                                                                               |
| <b>Submukozal kalınlaşma ve fibrozis</b> | Görülmez.                                                                                          | Karakteristiktir.                                                                                                                                                               |
| <b>İnflamasyonun niteliği</b>            | İnflamasyon devamlıdır ve mukoza ile submukozaya sınırlıdır.                                       | İnflamasyon transmural seyreder. Fistül ve abseler ile seyreden perianal hastalık ve non-kazeifiye granülomlar görülür.                                                         |
| <b>Ülserlerin yerleşimi</b>              | İltihaplı mukoza ile çevrilmiştir.                                                                 | Normal görünümlü mukozanın üzerine yerleşmiştir                                                                                                                                 |
| <b>&gt; 1 cm ülserasyonlar</b>           | Şiddetli hastalıkta görülür.                                                                       | Sıklıkla görülür.                                                                                                                                                               |
| <b>Yüzeysel, ufak ülserasyonlar</b>      | Ara sıra görülür.                                                                                  | Sıklıkla görülür.                                                                                                                                                               |
| <b>Derin uzunlamasına ülserasyonlar</b>  | Nadiren görülür.                                                                                   | Sıklıkla görülür.                                                                                                                                                               |
| <b>Aftoid ülserler</b>                   | Görülmez.                                                                                          | Karakteristiktir.                                                                                                                                                               |
| <b>Tutulum</b>                           | Simetriktir. Endoskopik ve radyolojik olarak yaygın tutulum gözlenir. Rektal tutulum daima vardır. | Asimetriktir. Atlama segmentleri, segmenter tutulum ve kaldırım taşı manzarası görüntüsü gözlenir. Rektal tutulum çoğunlukla yoktur.                                            |
| <b>Abdominal kitle ve hassasiyet</b>     | Nadiren görülür                                                                                    | Özellikle ileoçekal tutulumda görülebilir.                                                                                                                                      |
| <b>Cerrahi sonrası</b>                   | Genellikle sadece poşit gelişir.                                                                   | Rekürrens görülebilir.                                                                                                                                                          |
| <b>Şiddetli kanama ve Spontan peteşi</b> | Sık görülür.                                                                                       | Nadiren görülür.                                                                                                                                                                |
| <b>Derin fissürler ve fistüller</b>      | Görülmez.                                                                                          | Sıklıkla görülür.                                                                                                                                                               |

#### **2.1.6.1. Ülseratif Kolitin Tanısı**

Hastalığın aktivasyonunu gösteren laboratuvar bulguları; hemoglobin değeri, lökosit sayısı, albumin düzeyi, serum elektrolitleri ve eritrosit sedimentasyon hızıdır (ESH). Laboratuvar bulguları hafif ve orta şiddetli hastalarda genellikle normaldir, fakat hafif ESH ve hafif anemi görülebilir. Şiddetli durumda yüksek ESH, anemi, hipoalbuminemi, hipokalemi ve metabolik alkaloz belirgindir. Hastalığın başlangıcında enfeksiyöz kolit için dışkı kültüründe özellikle *Campylobacter*, *Shigella*, *Salmonella* ve *Yersinia* aranmalıdır. Barsak dışı komplikasyonlarda çok yüksek lökositöz ÜK'de perforasyonu veya toksik megakolonu gösterir (21,32).

#### **2.1.6.2. Crohn Hastalığının Tanısı**

Crohn hastalığının laboratuvar bulguları nonspesifiktir. Anemi, kronik hastalıktan, kan kaybından, demir (Fe), Folat ve B12 eksikliğinden ileri gelebilir. Hastalığın transmural tutulumu nedeniyle CRP daha anlamlı yüksektir, ancak 1/3 olguda aktif olmamasına rağmen CRP yüksek olabilir. Tam tersi 1/3 olguda da aktif hastalığa rağmen CRP normal olabilir. Hafif aktiviteli olgularda ESH artmaz; ancak aktif hastalıkta ESH yüksekliği ve lökositöz görülür. Hipoalbuminemi, protein kaybeden enteropati veya malnütrisyonun dolaylı ortaya çıkabilir. Dışkıda ileri düzeyde yağ kaybının olması da CH'nin ileal alanda mevcut olduğuna işaret etmektedir. Barsak dışı komplikasyon durumlarında; perikolanjit, sklerozan kolanjit, karaciğer testlerinde anormallik ve ALP yüksekliği saptanır. Hematüri varlığı da CH'ye böbrek taşının eşlik ettiğini gösterir (32,58).

#### **2.1.7. İnflamatuvar Barsak Hastalıklarının Komplikasyonları**

##### **2.1.7.1. Ülseratif Kolitin Komplikasyonları**

Ülseratif kolitin en ağır komplikasyonu olan toksik megakolon; pankolitli hastalarda ve hastalık başlangıç dönemlerindeki akut alevlenmelerde daha sık görülür. Hastanın genel durumu kötüleşmiş; 38°'nin üzerinde ateş, taşikardi ve lökositöz vardır. Fizik muayenede postural hipotansiyon, kolonun yerleştiği bölgede hassasiyet, barsak seslerinde azalma ya da tamamiyle kaybolma saptanabilir. Bazı hastalarda anemi, dehidratasyon, hipotansiyon, elektrolit bozuklukları ve şuur bozukluğu görülebilir. Özellikle sol kolon tutulumu olan hastalarda görülen

perforasyon riski en tehlikeli lokal komplikasyonlardandır. Striktür gelişimi %5–10 vakada ortaya çıkabilir (21,61).

Ülseratif kolitte kolon kanserinin gelişme riski, ileri derecede hastalığı olanlarda normal popülasyona oranla daha yüksektir. Ayrıca kolon kanserine yakalanma riski göz önünde bulundurulduğunda, hastalık başlangıcından ortalama 8–10 yıl sonra takip kolonoskopilerine başlanmalıdır (21).

#### **2.1.7.2. Crohn Hastalığının Komplikasyonları**

Crohn hastalığı olan hastalarda komplikasyonlar, ÜK olanlara göre daha fazla görüldüğü için hastaların yaşam kalitesi daha kötüdür. Hastaların önemli bir bölümünde bu komplikasyonlardan dolayı cerrahi girişim gerekmektedir. Mukozal fissür, abse ve fistüller CH'nin sık görülen komplikasyonlarıdır. Crohn hastalığında hastaların %15-20'sinde abse görülmekle birlikte sıklıkla terminal ileumda meydana gelmektedir. İnflamasyonun komşu organ duvarına ilerlemesi veya karın duvarından dışarı ulaşması sonucu oluşan fistüller de CH'nda %20–40 oranında görülmektedir (21,45,48,61).

Perianal hastalık; CH'nin tedavisi zor bir komplikasyonu olup, CH olanların yaklaşık yarısında ortaya çıkmaktadır. Anal kanaldaki ülserler problemlidir ve genellikle fistüllerle sonuçlanır. Eğer fistüller kendiliğinden drene olmazsa perianal abse oluşabilir. Obstrüksiyon da CH'nin en sık görülen, çoğunlukla ince barsakta ortaya çıkan ve en sık cerrahi endikasyon gerektiren bir komplikasyondur. İnce barsak obstrüksiyonu, akut inflamasyona bağlı mukozal kalınlaşma, müsküler hiperplazi veya önceki inflamasyonlara bağlı skar oluşumu ile gelişen fibrozis nedeniyle oluşur. Yemek sonrası kramp tarzında ağrı ile karakterize olan obstrüksiyonda ağrının açlıkla azalması en tipik bulgudur (21).

Crohn hastalığında kolon kanseri gelişme riski normal popülasyona oranla artmıştır. Ancak CH'de, ÜK'ye göre bu risk belirgin olarak daha azdır. Ayrıca CH'de Hodgkin, non-Hodgkin lenfoma, vulva ve anal yassı hücreli karsinom gelişme riski de artmıştır (21).

### 2.1.8. İnflamatuvar Barsak Hastalıklarının Tedavisi

İnflamatuvar barsak hastalıkları yaşam kalitesini ciddi düzeyde etkileyen kronik hastalıklardır. Son yıllarda tüm dünyada insidansında belirgin bir artış söz konusudur. Endoskopik tanı olanaklarında ve özellikle immunopatogeneziindeki gelişmeler nedeniyle, İBH tedavisinde immünosupresif ve immünomodülatör ajanların da kullanılmaya başlaması ile hastalık surveyansında düzelmeler olmuştur (62).

Tedavinin amaçları; semptomların düzeltilmesi/iyileştirilmesi, inflamasyonun azaltılması, komplikasyonların önlenmesi, tedavi toksisitelerinin en aza indirilmesi, hastanın beslenmesinin düzeltilmesi ile remisyona ve devamlılığının sağlanması ve yaşam kalitesinin yükseltilmesidir. Tedavi planlanırken, hastalığın lokalizasyonu, aktivitesi, süresi, hastanın tolerabilitesi ve daha önce uygulanan tedavilere verdiği yanıt göz önünde bulundurulmalıdır (21,23).

Hastaların tedavisi hastalığın yaygınlığına, şiddetine ve tutulum yerine göre farklılık göstermektedir (Tablo 5). Atak tedavisi yapılmış ve remisyona girmiş hastalarda remisyona devamı için de tedavi gerekmektedir. Tedavide sıklıkla kullanılan ilaçlar; aminosalisilatlar (5-Aminosalisilik asit [5-ASA], sulfasalazine ve sulfapyridine), kortikosteroidler ve antibiyotiklerdir, ancak tedaviye yanıt alınamadığı durumlarda güçlü immünomodülatörler (örneğin; siklosporin) de kullanılmaktadır. Ayrıca kortikosteroidlere bağımlı hale gelen hastalarda ise uzun süreli kullanıma daha uygun olan azatioprin (AZT), 6-merkaptopurin (6-MP) gibi immünomodülatörler kullanılabilir. Bunların yanı sıra nutrisyonel ve destekleyici tedaviler ve etkisi henüz kanıtlanamamış biyolojik tedavi modelleri de vardır (22,45,48,57,62,63).

Semptomlar kontrol edildikten ve remisyona ulaşıldıktan sonra ikinci amaç uzun süreli olarak remisyona sürdürmektir. Sigara içilmesi nüksleri artırır ve bu nedenle kesilmesi tavsiye edilir. Sulfasalazin ve mesalaminin idame tedavisinde yararları sınırlıdır ve ÜK'deki kadar belirgin değildir. Azatioprin ve 6-merkaptopürin remisyona idamesinde etkilidir. İnfliksimab kullanımı, Crohn hastalığında idame tedavinin de seyrini değiştirmiştir (64).

**Tablo 5: İnflamatuvar Barsak Hastalıklarının Medikal Tedavisi**

| <b>Ülseratif Kolit</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>Crohn Hastalığı</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b><i>Aktif Hastalık</i></b></p> <p><b><u>Hafif – Orta Aktiviteli Hastalık</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Distal Kolit: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sulfasalazin veya 5-ASA (oral/topikal)*</li> <li>- Topikal Kortikosteroid**</li> </ul> </li> <li>• Yaygın Kolit: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sulfasalazin veya oral 5-ASA</li> </ul> </li> </ul> <p><b><u>Orta – Şiddetli Aktiviteli Hastalık</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Distal Kolit: <ul style="list-style-type: none"> <li>- 5-ASA (oral/topikal)</li> <li>- Topikal Kortikosteroid**</li> <li>- Prednizon</li> </ul> </li> <li>• Yaygın Kolit: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prednizon</li> </ul> </li> </ul> <p><b><u>Şiddetli – Fulminan Hastalık</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Distal veya Yaygın Kolit: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kortikosteroid (IV)</li> <li>- Siklosporin (IV)***</li> </ul> </li> </ul> <p><b><u>İdame Tedavisi</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Distal Kolit: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sulfasalazin veya 5-ASA (oral/topikal)*</li> <li>- Azathioprine veya 6-MP****</li> </ul> </li> <li>• Yaygın Kolit: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sulfasalazin veya oral 5-ASA</li> <li>- Azathioprine veya 6-MP****</li> </ul> </li> </ul> | <p><b><i>Aktif Hastalık</i></b></p> <p><b><u>Hafif – Orta Aktiviteli Hastalık</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sulfasalazin veya oral 5-ASA*</li> <li>• Metronidazol</li> <li>• Prednizon**</li> <li>• Azathioprine veya 6-MP****</li> <li>• İnfliximab (Anti TNFα)</li> </ul> <p><b><u>Şiddetli Aktiviteli Hastalık</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prednizon</li> <li>• İV Kortikosteroid</li> <li>• TPN veya elemental diyet</li> <li>• İnfliximab</li> <li>• İV Siklosporin****</li> </ul> <p><b><u>Perianal veya Fistül İle Seyreden Hastalık</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Metronidazol veya alternatif antibiyotik</li> <li>• Azathioprine veya 6-MP</li> <li>• İnfliximab</li> <li>• İV Siklosporin****</li> </ul> <p><b><u>İdame Tedavisi</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sulfasalazin veya oral 5-ASA</li> <li>• Metronidazol</li> <li>• Azathioprine veya 6-MP</li> </ul> |
| <p>*Topikal 5-ASA tek başına veya bir oral 5-ASA veya sulfasalazin ile birlikte kullanılır.</p> <p>**Topikal kortikosteroidler tek başına veya bir oral 5-ASA veya sulfasalazin ile birlikte kullanılır.</p> <p>***IV kortikosteroidlere yanıt vermeyen ÜK hastalarında İV siklosporin veya total kolektomi düşünülmelidir.</p> <p>****Azathioprine veya 6-MP, steroide dirençli veya bağımlı hastalarda kullanılır.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <p>*Verilecek preparat, aktif mukozal inflamasyonun bulunduğu hedefe yönelik olmalıdır.</p> <p>**Prednison aminosalisilatların maksimal dozlarda etkili olmadığı hallerde verilmelidir.</p> <p>***Siklosporin parenteral kortikosteroidlere cevap vermeyen hastalar ile şiddetli perianal veya fistül ile seyreden hastalıkta verilmelidir.</p> <p>****İdame tedavisindeki ilaçlar postoperatif reküransta da kullanılır.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

**Aminosalisilatlar:** Aktif ülseratif proktitli ve sol kolon tutulumlu hastalarda tedavi, gece uygulanan 5-ASA (örneğin; Mesalamine) lavman veya supozitivarların verilmesidir. Oral olarak verildiklerinde çok hızlı bir şekilde emilerek kana karıştığı için, barsak lümeninde etkili olabilecek bir konsantrasyona ulaşamazlar. Supozitivar 5-ASA olan Mesalamine rektumda etki göstermesi için doğrudan mukozaya, 500 mg dozunda günde bir veya iki kez uygulanırken; lavman preparatı rektum ve sol kolonu etkilemesi için yatmadan önce 60 ml içinde 4g kalıcı lavman şekilde uygulanmaktadır. Lavman formundaki 5-ASA distal kolonun 60 cm'ye kadar tutulduğu durumlarda yarar sağlamaktadır. Tek başına veya kortikosteroidlerle birlikte kullanılabilir (21,22,48,62,63).

Mukozadan emilmeyen 5-ASA kolonda intraluminal, lokal tedavi edici etkisini gösterir. Hafif-orta ve orta şiddetli aktiviteli ÜK'de ve CH'de 2–4 g/gün ve hatta 6 g/gün verilebilir. Dozun artışı ile ilacın tedavi edici etkisi de artmaktadır. Fakat doza bağlı toksik etkiler (başağrısı, bulantı, kusma, abdominal sıkıntı) meydana gelebilir. Hipersensitivite reaksiyonları (döküntü, ateş, aplastik anemi, pankreatit, deri döküntüleri, nefrotoksisite, hepatitis, agranulositozis ve otoimmün hemolizis) ise doza bağlı olmadan ortaya çıkabilir. Ayrıca folik asit emilimini bozabileceği için 5-ASA ile birlikte 1–2 mg/gün folik asit verilebilir (63).

5-ASA preparatları (Tablo 6) lavman olarak verildiği gibi beraberinde oral olarak da (2–4 gram/gün) kullanılabilir. Hafif veya orta şiddette yaygın kolitli hastalarda tedaviye oral 5-ASA preparatlar (2–4 gram/gün) veya sülfasalazin (3–6 gram/gün) ile başlanabilir. Bu tedaviye 3–4 hafta içinde yanıt alınamadığı zaman oral kortikosteroid (40 mg/gün prednizon) başlanmalıdır (21,22,43,45,63).

**Tablo 6: Aminosalisilat Preparatları**

| Preparat                                 |          | Jenerik                            | Şekli                            | Etki Yeri                          | Dozu                    |
|------------------------------------------|----------|------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|-------------------------|
| <b><i>Sulfasalazine Preparatları</i></b> |          |                                    |                                  |                                    |                         |
| Salazopyrin, Azulfidine                  |          | Sulfapyridine + 5-ASA              | Tablet (500 mg)                  | Kolon                              | 4–6 g/gün               |
| <b><i>5-ASA Preparatları</i></b>         |          |                                    |                                  |                                    |                         |
| Mesalamine                               | Asacol   | 5-ASA                              | Tablet (400 mg)                  | Distal ileum, kolon                | 2.4–4 g/gün             |
|                                          | Pentasa  | 5-ASA                              | Granül (250 mg)                  | Proksimal jejunumdan rektuma kadar | 3–4 g/gün               |
|                                          | Salofalk | 5-ASA                              | Tablet (250 mg)                  | İleum, kolon                       | 3–4 g/gün               |
| Mesalamine (Salofalk)                    |          | 5-ASA                              | Supozituar (500 mg)              | Rektum                             | 0.5–1 g/gün             |
| Mesalamine (Salofalk)                    |          | 5-ASA                              | Lavman (60 ml içinde 4 g lavman) | Rektum ve sol kolon                | Yatmadan önce, 1 lavman |
| Balsalazide (Colazide)                   |          | 5-ASA + 4-Aminobenzoyl Beta alanin | Kapsül                           | Kolon                              | 6.75 g/gün              |

**Kortikosteroidler:** Hastalığın aktif döneminde kullanılmaktadır. Aktif dönem dışında, remisyondaki hastalarda, hastalığın alevlenmesini önlemek için yapılan idame tedavide kullanılmamaktadır. Ayrıca drene edilmemiş abseleri olan, semptomları sitriktür ve fibrotik nedenlerle oluşmuş hastalarda da kullanılmamalıdır.

Oral kortikosteroidler, orta şiddetli aktiviteli ÜK’de ve hafif-orta aktiviteli ve şiddetli aktiviteli CH’de kullanılmaktadır. Şiddetli-fulminan ÜK’de ve şiddetli CH’de intravenöz ajanlar tercih edilir. Çoğu hasta, yüksek doz kortikosteroide birkaç gün içinde yanıt verir ve semptomlar kontrol altına alındıktan sonra, kademeli bir şekilde azaltılarak kesilir. Oral steroid tedavisi kesilen hastalarda tedaviye oral 5-ASA ile devam edilmelidir. Eğer steroidlere yanıt alınamazsa veya steroid kesildikten sonra hastalıkta tekrar alevlenme görülürse tedaviye bir immünomodülatör ajan (azatioprin 1.5–2.5 mg/kg/gün veya 6-merkaptopürin 5 mg/kg/gün) eklenmelidir. İmmünomodülatör ajanlardan da yanıt alınamazsa kolektomi düşünülmelidir (21,22,48,62,65).

**İmmünomodülatörler:** Bu ilaçlar lenfositlerin aktivasyonunu, proliferasyonunu ve bazı mekanizmaları bloke ederek etkilerini gösterir. Bu grup ilaçlar içinde azatioprin (AZT), 6-merkaptopurine (6-MP), metotreksat (MTX), siklosporin vardır. Aazatioprin ve onun metaboliti olan 6-MP sık kullanılmaktadır. Her iki ilaç ÜK tedavisinde daha az rol oynamakla birlikte; aktif CH'nin tedavisinde ve remisyonunun devamında etkilidir. İlacın etkisi çok geç başladığı için ÜK hastalarında tedavi gecikmektedir ve bu nedenle ÜK hastalarının tedavisinde pek tercih edilmemektedir. Buna karşın CH'de 1–1.5 mg/kg/gün 6-MP, 2–2.5 mg/kg/gün AZT ile tedaviye başlanarak, etkili bir klinik cevap için en az üç ay tedaviye devam edilmelidir. Bu ilaçlar aktif hastalığı steroide cevap vermeyen hastalarda veya steroide bağımlı olan hastalarda kullanılır. Ancak bu ilaçların lökopeni, pankreatit ve lenfoma riskinde artış gibi önemli yan etkileri olduğu da göz önünde bulundurulmalıdır (22,48,62,63).

Diğer bir immunomodulator ilaç siklosporindir. İntravenöz siklosporin; diğer ilaçlarla tedaviye cevap vermeyen ve total kolektominin kaçınılmaz olduğu, şiddetli-fulminan gidişli ÜK hastalarında, hastayı kolektomiden kurtarabilmek için bir-iki hafta boyunca 4 mg/kg/gün dozda devamlı infüzyon şeklinde verilmektedir. Daha sonra üç ay süre ile oral siklosporine geçilerek; 6-MP veya azathioprine ile kombine olarak uygulanmaktadır. Üç ay sonra siklosporin kesilir, diğerleri birkaç yıl devamlı kullanılır. Küratif tedavi olan kolektomi daha çok tercih edildiği için uzun süreli immunomodulator ilaç kullanımına karar vermek oldukça zor bir karardır (62,63).

Siklosporin, kronik aktif CH'de 5–7.5 mg/kg/gün oral olarak verildiğinde iyi cevap alınmaktadır. Şiddetli seyreden CH'nda ve tedaviye dirençli fistülleri olan hastalarda 4mg/kg/gün intravenöz olarak veirilmekte ve etkisi de çok daha iyi olmaktadır (22,57,62,63).

Metotreksat ise oral yol ile verildiğinde kronik aktif CH'nda haftada 15 mg ile klinik iyileşme veya günlük steroid dozunda azaltmayı sağlamaktadır. Aktif hastalığı veya fistülleri olan hastalarda 25 mg/hafta intramuskuler veya subkutan yol ile verildiğinde klinik olarak remisyon sağlamaktadır (63).

**Antibiyotikler:** Mukozadaki immün ve inflamatuvar olayları uyarmasından dolayı antibiyotikler İBH tedavisinde çok sık kullanılmaktadır. Antibiyotikler ÜK'de fazla etkili olamasa da fulminan kolit veya toksik megakolon durumlarında intravenöz olarak kullanılmaktadır. Cerrahi ooperasyon geçirmiş ÜK hastalarında poşiti önlemek amacıyla metronidazol veya siprofloksasin ile kombine olarak

kullanıldığında tedaviye iyi yanıt vermektedir. Crohn hastalığının tedavisinde ise immünosupresif özelliğe sahip olan metranidazol sıklıkla kullanılmaktadır. Hafif-orta aktiviteli CH'nda 20 mg/kg/gün dozda metranidazol, sulfasalazine ile aynı etkiyi göstermektedir. Perianal CH'de de etkisi güçlüdür (45,63,66).

**Nutrisyonel Tedaviler:** Diyetteki intraluminal antijenlerin İBH'de mukozal immün cevabın önemli bir uyarıcısı olması nedeni ile CH ve ÜK'de nutrisyonel tedavi önemli hale gelmiştir. Aktif dönemdeki CH'de total enteral ve total parenteral beslenme (TPN) ile birlikte barsakları dinlendirmek oldukça yararlı olmaktadır. Böylece kortikosteroidlere eş değerde bir etki elde edilerek aktif hastalıktan remisyona geçiş sağlanabilir (45,63).

**Destekleyici Tedaviler:** Ağrı, diyare ve genel durum bozukluğunun tedavisi mukozal inflamasyonun düzeltilmesi kadar önemlidir. Diphenoxylate, atropine, loperamide obstrüksiyon ve toksisitenin olmadığı hafif ve orta aktiviteli İBH'de diyarenin tedavisinde faydalıdır. Antikolinerjik ilaçlar (clidinium, propantheline bromide, dicyclomine hydrochloride) krampları, ağrıyı ve defekasyon hissini azaltır. Antidiyareik ve antispasmodik ilaçlar birlikte kullanılabilir. Antidepresan ilaçlar faydalı olabilir. Ancak toksik megakolona sebep olabileceği için, İBH'nın aktifleştirdiği dönemlerde bu ilaçlar kullanılmaz (63).

#### 2.1.8.1. Ülseratif Kolitin Tedavisi

Hafif-orta aktiviteli hastalıkta; lavman veya supozituarlar (5-ASA) ile lavman veya köpük şeklinde kullanılan kortikosteroidler etkilidir. Gece yatmadan önce 60 ml kalıcı lavman içinde 1–4 g mesalazine, bir veya iki defa 500 mg/gün supozituar şeklinde mesalazine ile çok iyi sonuçlar elde edilir. Hasta iyi cevap verirse; gün aşırı veya üç günde bir lavman veya supozituarlar uygulanabilir. Distal kolitte; topikal olarak Hidrokortizon preparatları (Cortenema) hem kalıcı lavman hem de köpük şeklinde (Cortifoam, Proctofoam-HC) kullanılmaktadır. Köpük şeklinde olanlar rektum, lavman şeklinde olanlar rektum sigmoid ve sol kolonda etkili olurlar. Rektumdan önemli bir miktarda emilerek sistemik dolaşıma geçtiği için uzun süre kullanımında adrenal supresyonuna neden olabileceği için, hızla emilmeyen, yan etkileri daha az olan steroidler (Budesonide, Fluticasone) İBH'de ve özellikle distal ÜK'de kullanılmaktadır (supozituar / lavman formu) (45,62,63).

Şiddetli pankolitli hastalarda kan kaybı önemli bir hospitalizasyon nedeni olmasına rağmen, geçmeyen diyare en sık hospitalizasyon nedenidir. Mowat ve

arkadaşlarının erişkin İBH hastalarının hastalık yönetimi kılavuzu, bu hastalara intravenöz kortikosteroid (hidrokortizon 300 mg/gün, metilprednizon 45–60 mg/gün veya prednizon 60–80 mg/gün) tedavisi başlanmalıdır. Eğer malnütrisyon varsa total parenteral nütrisyon gerekebilir. Tedaviye yedi-on gün içinde yanıt alınamayan hastalarda intravenöz siklosporin (1–3 mg/kg/gün) başlanabilir. Eğer yine yanıt alınamazsa kolektomi için cerrahiye verilmelidir (21,45,66).

Antispazmotikler, narkotik analjezikler, antikolinerjikler ve antidiyareik ilaçlar toksik megakolonun başlamasına veya artmasına neden olabileceği için ÜK hastalarında kontrendikedir (21).

Gebe olan ÜK hastasında; kortikosteroidler, sulfasalazin ve azathioprin kullanımında herhangi bir sakınca yoktur. Gebe hastada idame tedavisinin durdurulması da gereksizdir. Gebelikte hastalık aktive olursa remisyon sağlamak için agresif bir tedavi uygulanabilir (45,63).

Ülseratif kolit; elemental diyet veya TPN ile etkili bir şekilde tedavi edilemez. Ancak kısa-zincirli yağ asitlerinin topikal uygulanmasının tedavide etkili olduğu söylenmektedir. Ayrıca hastaların yoğun fiberli gıdalardan kaçınmalarının faydalı olabileceği de ileri sürülmektedir (45,62,63).

Kolayca tedavi edilen ve hafif bir aktivasyon gösteren hastalarda remisyon süresi bir senedir. Aktivasyonu zor kontrol altına alınan veya çok sık tekrarlayan hastalarda idame tedavisi hayat boyu sürmelidir. Sulfasalazinin idame dozu 2g/gün olup 4g/gün'e kadar çıkabilir. Mesalaminin 1.5–2g/gün, Asakolun 2.4g/gün, olsalazine'in 1g/gün'dür. Azathioprine 1.5-2.5mg/gün verilebilir. Kortikosteroidler remisyon sürecinde kullanılmamalıdır (63).

#### **2.1.8.2. Crohn Hastalığının Tedavisi**

Crohn hastalığı aktivasyon ve remisyonla seyreder. Hastaların %20'si tedavisiz remisyona girer. Remisyonda kalma süresi hastaların %50'sinde iki yıldır. Hastaların %60'ında 10 yıl içinde cerrahi tedaviye gerek duyulur. Cerrahi rezeksiyona tabi tutulan hastaların % 45'i sonuçta yine cerrahi tedaviye gerek duyar (21).

Terminal ileum ve ileoçekal bölgede yerleşim gösteren hafif şiddetteki CH'nda 5-ASA 2–4 g/gün dozunda verilerek tedaviye yanıt gözlenebilir. 5-ASA tedavisi altında klinik ve laboratuvar bulguları düzelme yolunda olan hastalarda tedavinin altıncı ayında endoskopi yapılarak mukozal iyileşme kontrol edilmelidir. İnflamatuvar tip CH'nda ASA preparatlarına ve kortikosteroidlere ek olarak antibiyotikler de tek

başına veya kombine olarak kullanılabilirler. İleumdan kontrollü bir şekilde salınan budesonide preparatları, aktif CH'nın tedavisinde (günde 9 mg, oral) etkili olmaktadır. Remisyon tedavisinde en sık kullanılan antibiyotikler, metronidazol (10–20 mg/kg/gün), siprofloksasin (günde iki defa 500 mg) ve klaritromisindir. Antiinflatuar ilaçlardan oral 5-ASA preparatları, sulfasalazin, oksalazin ve mesalamin kullanılmaktadır. Bu ajanlarla tedavi yetersiz kaldığında tedaviye kısa süreli kortikosteroidler eklenir. Prednizona olan cevap, ASA'ya olan cevaba göre daha hızlıdır. Abdominal ağrı, ateş ve lökositozu olan Crohn hastalarına, kortikosteroidler verilmeden önce abseyi ekarte etmek gerekir. Kortikosteroidlere bağımlı hastalarda, doz azaltılırken 6-merkaptopürin veya azatioprin gibi bir immünomodülatör verilebilir (21,22,34,45,57,62).

İleit, kolit veya ileokolitli CH'de, bu tedavilere rağmen aktivite devam ederse infliksimab tedavisi veya cerrahi tedavi düşünülmelidir. Son zamanlarda, her sekiz haftada bir yapılan infliksimab infüzyonunun remisyon için önemli olduğu belirtilmektedir. Ancak infliksimab kullanımının en önemli riski özofajial kandidiazis ve sitomegalovirüs kaynaklı kolitis gibi fırsatçı enfeksiyonlardır (2,67).

Şiddetli veya fulminan CH; yüksek ateş, kaşeksi, kusma, rebound hassasiyet, obstrüksiyon veya abse bulguları ve oral kortikosteroidlere rağmen devam eden semptomlar olarak tanımlanmakta ve bu hastalar mutlaka hospitalize edilerek agresif bir tedavi almalıdırlar. Tedavinin temel taşı öncelikle intravenöz kortikosteroidlerin uygulanması, yanıt alınamazsa cerrahi tedavi veya diğer tedavi yöntemlerine başvurulması gerekebilir. Crohn hastalığında beş-yedi gün kadar parenteral hiperalimentasyon veya elemental beslenme uygulanabilir. Dehidrate hastalarda sıvı-elektrolit desteği verilmeli ve anemik hastalarda kan transfüzyonu yapılmalıdır. Obstrüksiyonlu veya abse bulguları olan hastalarda cerrahi tedavi düşünülmelidir (57,65).

Klinikte ateş, lökositoz, karın ağrısı, batında hassasiyet ve genel durum bozukluğu görülüyorsa geniş spektrumlu antibiyotik tedavisi başlanmalıdır. Tanı sıklıkla bilgisayarlı tomografi ile konulur. Absenin geliştiği barsak segmentinin rezeksiyonu ile kesin tedavi sağlanabilir (21,65).

Fistülizan tip hastalığın tedavisinde antibiyotikler (metronidazol, siprofloksasin), immünomodülatörler (6-MP, azatioprin) ve infliksimab kullanılabilir. Fistüllerde distal obstrüksiyon tedavi edilmelidir. Barsak istirahati ve parenteral nütrisyon gerekebilir. İntravenöz siklosporin kullanımı ile hastaların

yaklaşık yarısında fistülün kapanmasını sağlanabilir. İnfliksimab ile tedavi edilen hastaların çoğunda histolojik ve endoskopik olarak mukozal iyileşme de sağlanmaktadır. Ancak nüksler sık olarak görülür ve sekiz haftalık aralar ile tedavinin tekrarı gerekir (21,64).

Crohn hastalığında Siprofloksasin alternatif olarak kullanılmakla birlikte etkisi mesalamine eş değerdedir. Dirençli perianal hastalıkta ve fistüllerde tek başına veya metranidazolle birlikte çok etkilidir. Ancak baş ağrısı, bulantı, deri döküntüsü ve aritmi yan etkilerine karşı dikkatli olunmalıdır (57,63).

Aktif CH'de elemental veya peptid içeren preparatlar ile yapılan enteral beslenme, kortikosteroidler ve TPN kadar etkili olsa da remisyona devamında pek etkili değildir. TPN ve elemental enteral diyetler barsak lümenindeki antijen yükünü azaltarak mukoza inflamasyonunu azaltmak yönünde etkilidir (45,63).

Remisyon sağlanan CH'nda Mesalamin 2g/gün üç ay içinde kullanılırsa remisyona iki sene devam ettirmektedir. Sulfasalazine 2-4 g/gün, bir-iki sene; 5-ASA 1.5-3 g/gün, iki sene; azatioprin 2.2-2.5 mg/kg/gün altı-24 ay kullanılabilir (66).

#### **2.1.9. İnflamatuvar Barsak Hastalıklarının Hemşirelik Yönetimi**

İnflamatuvar barsak hastalığı hemşireliği; İBH hastalarının tedavisinde yeni rollere sahip bir uzmanlık alanı olarak ortaya çıkmıştır. Bu alanda uzman hemşireler hastalar, yakınları ve sağlık ekibi tarafından oldukça önemli kabul edilmektedir. Maliyet etkin yönetimde C düzeyinde kanıtlarla, etkili rolleri olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin rollerinin tanımlanması gerekmektedir. Hemşirenin;

- Birinci basamak ve diğer kurumlar arasındaki bağlantıyı sağlamada,
- Hasta ve bakım verenlerinin hastanede ve toplum içerisinde bakımın tüm yönlerini desteklemede,
- Klinik, telefon desteği ve takibini içeren hemşire liderliğindeki hizmetlerin hızla hastalara ulaştırılmasında,
- İnflamatuvar barsak hastalarının bakımını desteklemede araştırma projelerinin denetimini sağlama ve projelere katılmada,
- İnflamatuvar barsak hastalıklarının yönetimi için hasta ve sağlık personelinin gelişmesinde ve eğitiminde öğretim planı yapmada önemli rolleri bulunmaktadır (22,68).

İnflamatuvar barsak hastalıkları aktif ve remisyonlarla seyreden, yaşam boyu süren ve atak dönemlerinde semptomların artması nedeniyle yaşam kalitesini ciddi düzeyde etkileyen kronik hastalıklardır. Kronik hastalıklarda sağlık ekibinin olmazsa olmaz elemanı olan hemşireler; hastalığın semptom yönetiminde, aktif sürecin yönetiminde, uzun süre remisyonda kalmasını sağlamada, hastalık bilgisinin artmasında eğitici, savunucu ve danışmanlık rollerini yürütmektedir. Ülkemizde İBH hemşireliği gastroenteroloji alanında henüz çok yeni bir gelişme olmakla birlikte uzmanlık alanı haline gelmemiştir. Hemşirenin bu alandaki rolü klinik açıdan geniş bir yelpazede ele alınmakta ve hastanın gereksinimlerine göre değişiklik göstermektedir.

İngiltere’de İBH hemşiresinin sayısı son 10 yılda artış göstermiştir. Günümüzde İBH hastalarının bakımında uzman olan yaklaşık 240 hemşire bulunmaktadır. İnflamatuvar barsak hastalıkları uzmanı hemşire, bireysel ihtiyaçları karşılamak için daha güçlü ve dikkatli olmanın yanı sıra karmaşık ilaç tedavilerinin yönetiminde de çok önemlidir. Uzman hemşirenin rolü; hasta bakımına, bekleme sürelerini azaltarak maliyet avantajı sağlamaya, gereksiz hastane yatışlarını önlemeye ve yenilikçi hizmet sunumunu arttırmaya yöneliktir (69,70).

Hernández-Sampelayo ve arkadaşlarının kanıta dayalı açıklamalarında belirtildiği gibi hemşirelik aktivitelerinin hasta sonuçlarına etkisi çok az bilinmektedir. Biyolojik hizmetlerin koordinasyonu ve yönetimi uzman hemşirelik bilgisi ve desteğini, tanılamayı, değerlendirmeyi ve bu konuda hastanın desteklenmesini gerektirir (71).

Henüz yeni tanı almış 74 İBH olan hasta ile yapılan bir çalışmada, hastaların bilgi gereksinimleri araştırılmış; asıl bilgi kaynağının doktor ve internet olduğu, buna karşın hastaların üçte ikisinin hemşireden bilgi almak istedikleri saptanmıştır (72).

İnflamatuvar barsak hastalıklarında dünya çapında büyük bir dernek olan Avrupa Crohn ve Kolit Derneği (European Crohn’s and Colitis Organisation – ECCO) bünyesinde çeşitli çalışma grupları oluşturulmuş ve bu gruplardan biri de yine tüm dünyadaki İBH hemşirelerinin birbirleriyle iletişim kurabildiği, çalıştay ve eğitim programları düzenlediği hemşirelik grubudur (Nurse – ECCO / N-ECCO). N-ECCO CH ve ÜK hastalarının bakımında Avrupa’daki hemşirelerin rollerini tanımlayan bir uzlaşma raporu yayınlamış ve bu raporda hastanın İBH ile yaşamasını güçlendirmek ve etkinleştirmek amacıyla yönelik olarak İBH hemşiresinin özellikleri tanımlanmıştır (19,68,69,73):

- Hastalık hakkında temel bilgiye sahip olmalı,
- CH ve ÜK arasındaki farkları bilmeli,
- Zamanında tedavinin önemini kavramalı,
- Hastalığın diğer fiziksel etkisinin ve sağlıklı ilişkili yaşam kalitesine etkisinin farkında olmalı,
- Hasta eğitiminde, hastanın gereksinimlerine, seçimlerine ve başa çıkma yeteneklerine odaklanmalıdır.

Hemşireler; tüm hastalar için savunuculuk rollerini yerine getirirken, karmaşıklık, belirsizlik ve kronik hastalığın doğası gereği İBH hastalarında, onların ihtiyaçlarını tanımlamayı ve uzman bakıma uygun şekilde ulaşmayı içerir (19,68).

Elkjaer ve arkadaşları tarafından ECCO kapsamında oluşturulan uzlaşma raporunda İBH hemşiresinin görevleri de açıklanmıştır. Buna göre hastanın genel durumuna göre tanılama yapan hemşire, kanıta dayalı bakımı planlayarak teorik bilgisini uygulamaya dönüştürür. Tanı ve tedavi sürecinde hasta ve ailesine destek olur, gereksinimleri olan eğitimleri hasta ve ailesi ile birlikte planlar. Hemşireler; fistül varlığı, inkontinans durumu, cinsellik, gebelik ve fertilite, ağrı, yorgunluk gibi özel durumlara ilişkin de yapıcı ve empatik bir yaklaşım geliştirmelidir. Hemşirelerin bu görevlerini başarı ile yerine getirebilmesi için multidisipliner bir ekibin parçası olarak görülmesi gerekmektedir. Hemşirenin görev tanımında; beslenme desteği sağlama, eğitim ve danışmanlık rollerini yerine getirme, İBH hizmetlerini tanımlama ve geliştirme, endoskopi uygulamalarına hastayı hazırlama ve multidisipliner ekiple birlikte çalışma gibi önemli başlıklar yer almaktadır (19).

Tıbbi tanı konduktan sonra, hastaların yaşadıkları ruhsal gerilimler, onları etkileyen ve bazen günlük yaşam aktivitelerini de yapmalarına engel olan semptomların şiddeti ve hastanın yanıt aradığı tüm sorular hemşire–hasta arasındaki diyalog ile azaltılabilir. Hemşire; var olan semptomların kontrolü, günlük yaşam aktivitelerinin devamlılığı, yaşam kalitesinin artırılması, doğru beslenme alışkanlıklarının kazandırılması, tıbbi tedavinin gerekliliği ve bu sürecin doğru işleminin önemi konularında hastalara eğitim ve danışmanlık sağlamalıdır. Her hastanın yakınmalarının ve gereksinimlerinin birbirinden farklı olduğu göz önüne alınırsa, bu saydığımız konular da hastadan hastaya değişiklik göstermektedir.

Hasta eğitimi hemşirelerin önemli rollerinden biridir. Ancak yüz yüze veya internet üzerinden verilse de, eğitimde asıl etkili olan nokta; alanında uzman bir

hemşire tarafından yapılandırılmış ve hastanın gereksinimlerine odaklanmış bir eğitim içeriğinin oluşturulmasıdır. İnflamatuvar barsak hastalıklarının yönetiminde hemşirelerin yaşam kalitesine katkısının araştırıldığı bir metaanalizde 10 araştırma incelenmiştir. Buna göre; hasta eğitimi ve memnuniyeti, hastanede kalış sürelerinde azalma, remisyona giren hasta sayısında artış ve hastalığın iyileştirilmesi açısından İBH hemşiresinin gastroenteroloji ekibinin önemli bir üyesi olduğu, hasta ve sağlık çalışanları arasında köprü görevi gördüğü sonucuna varılmıştır (74).

Etkili bir hekim–hasta–hemşire ilişkisi sağlandığı takdirde hastaların sağlıkları kontrol altına alınarak, sürekli izlemlerle olumsuz yönde etkilenen yaşam kaliteleri daha iyi duruma getirilecektir. Bu nedenle hemşire, hastanın yaşam kalitesini etkileyecek olası risk faktörlerini değerlendirerek hastaların değerlerini, inançlarını, önceliklerini belirlemelidir. Hastaya vereceği eğitim planında da, yaşam kalitesini etkilediği saptanan faktörlere uyumunun arttırılmasına yer vermelidir.

## **2.2. İNFLAMATUAR BARSAK HASTALIKLARINDA SEMPTOM YÖNETİMİ**

İnflamatuvar barsak hastalıklarında görülen semptomlar hastalığın aktivitesine ve lokalizasyonuna göre değişkenlik göstermektedir. Hastalıkların klinik aktiviteleri ÜK için Mayo Endoskopik ve CH için Harvey Bradshaw aktivite indeksleri ile saptanmaktadır. Her iki hastalıkta da görülen majör semptomlar benzerlik gösterse de hastalıkların şiddetine göre hastanın deneyimlediği semptom şiddeti de farklı olmaktadır. Diyare, ateş, aşırı yorgunluk, abdominal ağrı ve kramp, dışkıda kan görülmesi, tenesmus, iştah ve kilo kayıpları gibi majör semptomların yanı sıra diğer tüm sistemleri etkileyebilecek barsak dışı semptomlar da ortaya çıkabilir (4,9,22,23,31,47,48).

Gastrointestinal sistemi ve diğer sistemleri etkileyen tüm bu semptomlar; hastaların biyo-psiko-sosyal fonksiyonlarını etkileyebilen çok boyutlu ve oldukça kompleks tablolardır. Zamana, hastalık aktivitelerine, tedavi şekillerine ve hastanın psikolojik ve sosyal durumuna göre değişiklik gösterebileceği için bütüncül ve kapsamlı bir bakım ile hastaların günlük yaşam aktivitelerini ve yaşam kalitelerini etkilemeleri en aza indirilebilir.

Her hastanın her semptomu verdiği yanıt farklı düzeylerde olmaktadır, bu nedenle literatür kapsamında oluşturduğumuz semptom kontrol listesi ile öncelikle

hastanın semptomlarının varlığı, ardından hastaya göre ne şiddette olduğu değerlendirilerek her hastanın duruma göre farklı bir yönetim planı oluşturulması gerekmektedir. Semptom kontrol listesine göre planlanan semptom yönetimi hem hastanın semptomları ile daha kolay baş edebilmesini sağlayacak, hem de sağlık profesyoneline yol gösterici olacaktır.

Bir semptomu belirlemenin en doğru yolu olan “bireyin semptomu kendisinin bildirmesi” ve “sözlü olarak ifade etmese de semptomu deneyimlemesi” bu süreçte hasta ile yakın bir iletişim halinde olan hemşirenin nitelikli ve uygun bakımı vermekle sorumlu olması gerektiğini göstermektedir. Hemşire; dinamik, değişken ve tekrar düzelebilen bu semptom yönetim sürecinde hastayı ve hastalığı çok iyi tanımalı, hastanın gereksinimlerine göre bireyselleştirilmiş bir bakım yönetimini planlamalıdır. Bunun için de öncelikle hastada var olan semptomları belirlemelidir.

Semptomların belirlenmesinde literatürde bazı ölçekler bulunmaktadır, ancak İBH olan hastalar için böyle bir semptom belirleme ölçeği bulunmadığından, araştırmacı tarafından kapsamlı bir literatür taramasıyla kılavuzlara dayalı olarak oluşturulan ve uzman görüşüne sunulan “Semptom Kontrol Listesi” ile İBH olan hastaların sıklıkla deneyimledikleri semptomlar saptanabilir.

### **2.3. İNFLAMATUAR BARSAK HASTALIKLARINDA YAŞAM KALİTESİ**

Yaşam kalitesi, yaşamdan duyulan hoşnutluk ve mutluluk olarak tanımlanabileceği gibi **“bireylerin kültür ve değerler sistemi içinde, kendi durumlarını algılayış biçimidir”** diye de tanımlanabilir (59,75).

Sağlık alanı çalışmalarıyla yaşam kalitesinin birleştirilmesi ve **“sağlıkla ilgili yaşam kalitesi”** kavramına ilk kez Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Anayasası’nda (1948) yer alan sağlığın tanımı içinde rastlamaktayız. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, bireylerin yaşam fonksiyonlarını yerine getirmedeki yeteneklerini ve yaşamlarında algıladıkları fiziksel, sosyal ve mental alanı ifade eder (59).

Yaşam kalitesi ölçümleri kronik hastalığı olan bireylerin bakım ve tedavilerinin karşılanmasında bağımsızlık davranışlarını geliştirmede ve desteklemede etkili olan birçok boyutla yakından ilişkilidir. Hemşireler hastaların ve ailelerin sağlık durumlarını belirlemekte, onların yaşam kalitesini olası en üst düzeye çıkarmak için çaba göstermektedirler. Yaşam kalitesi ölçümleri, hemşirelik uygulamalarının değerlendirilmesinde, bakımın kalitesinin ve alternatif hastalık yönetme

stratejilerinin karşılaştırılmasında sağladığı kolaylıklar nedeniyle hemşirelik araştırmalarında daha çok kullanılmaktadır (59).

Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi, subjektif sağlık durumunu değerlendirmek için gerekli olmakta ve hastaların durumlarına daha iyi adapte olmalarını sağlayan çok yönlü bir yapı olarak karşımıza çıkmaktadır (76).

Hastanın yaşam kalitesinin belirlenmesi ve gerçek sorunların tedavisi ile İBH’de gereksiz tedavi değişikliği, agresif yaklaşımlar, invaziv testlerin gereksiz yapılışı azalacaktır. Sağlığı izlem altında, mutlu hastaların işgörme güçleri ve kapasiteleri, hasta ve toplum yararına olumlu bir şekilde kullanılmış olacaktır. Hastaların genel endişesinin sebepleri, hayatlarının hastalık tarafından kontrol edilmesi, inkontinans sorunları, hastalığın alevlenme belirsizliği, tedavi başarısındaki sorunlar, çevre ile oluşan olumsuz iletişimler olarak dikkati çekmektedir. Bu değerlendirmeler sonucu hedef endişeyi ortadan kaldırmak ve beraberinde yaşam kalitesini de arttırmaktır (77).

İnflamatuvar barsak hastalıkları gibi kronik hastalıklarda sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi hasta sonuçlarından etkilenmektedir. Sıklıkla genç erişkinlerde görülen İBH’de yaşam kalitesi; psikolojik durum, stresli durumlar, sosyal destek, başa çıkma, bakım kalitesi ve hastalık aktivitesi ile ilişkilidir ve bu etkenlerin hepsi hastaların sağlıkla ilişkili yaşam kalitelerini ciddi düzeyde etkilenmektedir. Ayrıca hastaların mevcut hastalık bilgisine ulaşma düzeyleri, sunulan sağlık bakımının kalitesine bağlıdır (19,78).

Elkjaer ve arkadaşlarının yayınladığı ECCO kılavuzunda; hastaların hastalıkları ile ilgili bilgi eksikliklerinin olduğunu bildirdikleri ve bu nedenle yaşam kalitelerindeki azalmanın, endişe ve kaygılarındaki artış ile ilgili olduğu belirtilmektedir (19). Hastalık bilgisinin yaşam kalitesine olan etkisi nedeniyle hastaların doğru sağlık bilgisine ulaşması önem taşımaktadır.

#### **2.4. HASTA EĞİTİMİ VE WEB TABANLI EĞİTİM**

Hasta eğitimi; sağlıkla ilgili problemleri saptama, sağlığı geliştirme davranışları kazandırma, kişinin fiziksel, sosyal psikolojik yönden tam bir iyilik halinde olmasını amaçlar. Hasta eğitimi için birçok öğrenme seçenekleri vardır; bireysel ve grup eğitiminde yüz yüze öğretimin yanı sıra televizyon ve radyo programları, internet üzerinden (web tabanlı eğitim) geniş kitlelere ulaşılabilir (9,79).

Yazılı dökümanlarla bilgi ulaştırma, video, eğitim sınıfları ve son zamanlarda internet üzerinden eğitimler gibi hasta eğitiminin farklı onaylanmış yöntemleri bulunmaktadır. Modern iletişim araçları arasında, internet teknolojisi bu yüzyılda hızlı kitle iletişiminin en güçlü aracı olarak ortaya çıkmakta ve bilginin yayılmasını büyük oranda arttırmaktadır. İnternetin en sık kullanıldığı alanlardan biri sağlıkla ilgili konularda bilgi arayışıdır. İnternet ile sağlık bilgisi arayan hastaların sayısı günden güne artmaktadır. İnternet; küresel olarak, maliyet-etkin ve yüksek kalitede multimedya hasta eğitim materyallerini dağıtmak için etkili bir şekilde kullanılabilir (9,80,81).

Literatürde web tabanlı eğitim yerine; web tabanlı öğretim, web tabanlı öğrenme, web tabanlı öğretim, internet tabanlı eğitim, elektronik öğrenme ve online öğrenme gibi birçok farklı kavram kullanılmaktadır. Ancak bu çalışmada “web tabanlı eğitim” kavramı kullanılmıştır.

Web tabanlı eğitimin en önemli yararları; maliyetinin düşük olması, elektronik mesajların iletilmesi açısından güvenilir olması, interaktif olması ve kullanıcıyla sürekli bir iletişim sağlamasıdır ve bu yararları ile sağlık eğitiminin vazgeçilmez unsurlarından biri olarak görülmektedir. İnternetin sağlık bilgisi için kullanımı, web sitesi üzerinden sağlıkla ilgili erişilebilen her türlü hizmeti ve aktiviteyi içermektedir. Web destekli sağlık eğitiminin en önemli özelliği; sağlık bilgisi ve davranışı kazandırmak amacıyla danışan grubu kapsamı ve web ortamında sunulmasıdır. Böylece sağlıkla ilgili davranış kazandırmak için birey, aile ve topluma bilgi ulaştırmada web ortamından yararlanılmaktadır. Web tabanlı eğitim yöntemiyle yapılacak sağlık eğitiminde şu soruların yanıtlanması başarılı bir sağlık eğitim için önemlidir (9,80,82,83):

1. Web sitesinden kimler yararlanacak, hedef kitle nedir? (hangi konuda, hangi yaş, hangi cinsiyet, hangi eğitim düzeyi hedefleniyor)?
2. Siteye ulaşılabilirlik nasıl olacak?
3. Konu kapsamı ne olacak?
4. Hedef kitle Web’i en çok hangi saatlerde kullanıyor?
5. Geri bildirim alınacak mı?
6. İnteraktif eğitim için web kamerası, forum sayfası, e-mail imkânları sağlanacak mı?

Kronik hastalıkların yönetiminde sağlık ekibinin uyum içinde çalışması gerekmektedir. Bu ekibin merkezinde yer alan ve en önemli üyesi olan hasta, hastalık

yönetiminde etkili olabilmek için hastalık bilgisini arttırmalı ve semptomlarını yönetebilmelidir. Hasta eğitiminin temel amaçları şu şekilde özetlenebilir (84,85):

- Hasta ve ailesinin, tedavi ve yönetim sürecine etkin katılımının sağlanması
- Semptomların yönetilmesi ve böylece komplikasyonların önlenmesi
- Tedavi için gerekli hastalık bilgisine sahip olması
- Tedavi maliyetinin ve hastaneye yatış tekrarlarının azaltılması
- Düzenli beslenmesi ve egzersiz yapması
- Düzenli olarak sağlık kontrollerine gelmesinin desteklenmesi
- Hastalığın remisyon sürecinin uzatılması

Bu amaçları yerine getirebilmesi için hastaların çok iyi bir şekilde planlanmış eğitim programlarına katılmaları ve bu eğitimlerin belirli aralıklarla tekrarlanması gerekmektedir. Yetişkin bireylerin eğitimini “zorunlu öğrenim çağının dışına çıkmış ve asıl uğraşısı artık okula gitmek olmayan kimselerin, hayatlarının herhangi bir döneminde duyacakları öğrenim gereksinimini gidermek üzere özellikle düzenlenen aktiviteler ya da programlar” şeklinde tanımlayan Knowles; istedik davranış değişikliğini kazandırmanın önemi üzerinde durmaktadır (86-88).

Colvin ve arkadaşlarının; internet tabanlı sosyal desteğin avantaj ve dezavantajlarını belirlemeye yönelik olarak yapmış olduğu kalitatif bir çalışmada (2004), ailesinden birine bakım vermek zorunda olan bireyler internete dayalı olarak yapılan sosyal desteğin avantajlarını sıralamışlardır. Buna göre çalışmaya dahil edilen bireyler bu avantajları; gerçek ismini saklayabilmesinin getirdiği rahatlık, bakım verenin rahat olması ve hemen cevap vermek zorunda olmaması, bireye özgü olması, çok sayıda kişiyle etkileşim halinde olması ve problemlerine çözüm bulunması olarak belirtmişlerdir. Dezavantajlarını ise; fiziksel ve sosyal etkileşimin olmaması şeklinde ifade etmişlerdir.

Sağlık eğitim programları da yetişkin eğitiminin ilkeleri ışığında planlanmaktadır (86-88):

- Öğrenmek istediklerini kendilerinin belirlemesi gerekir.
- Küçük grup etkileşiminden hoşlanırlar.
- Diğer kişilerin deneyimlerinden faydalanırlar.
- Öğrendiklerinin, gereksinimlerinin karşılaması gerekir.
- Pratik problem çözme süreçlerinden hoşlanırlar. Aktif katıldıkları sürece öğrenirler.

- Sosyal/profesyonel baskı veya programı kendilerine uygun bulurlarsa motive olurlar ve öğrenirler.
- Geçmiş deneyimlerinden etkilenirler. Bu nedenle kolayca değişim yapmaları zordur.
- Fiziksel rahatlık önemlidir. Hoş bir çevre, dinamik bir ortam önemlidir.
- Sertifika gibi ödüller almaktan hoşlanırlar ve öğrenmek için cesaret kazanırlar.

## **2.5. İNFLAMATUAR BARS AK HASTALIKLARINDA WEB TABANLI EĞİTİM**

Web tabanlı eğitim “birey” merkezli olduğu için, eğitim alacak bireylerin eğitim veren kişiye ulaşmalarından ziyade, eğitim verecek olan bireylerin eğitim alacak kişiye ulaşması eğitimin en önemli noktası olarak ifade edilmektedir. Bu eğitim ile bireyin yer ve zaman kısıtlaması olmadan kendi eğitimini tamamlamak adına eğitim alabilmesi amaçlanmaktadır (73,81,89,90).

Web tabanlı hasta eğitimiyle ilgili 17 çalışmanın incelenmesi sonucunda, internete dayalı eğitimin hastaların kullanabilmesi ve yararlılığı açısından pozitif etkiye sahip olduğu belirlenmiştir (20).

Lewis (1999) tarafından yapılan literatür incelemesinde ise; web ortamında eğitimle ilgili 66 makale gözden geçirilmiş ve bu çalışmalarda hastaların bilgi gereksinimlerinin hızla karşılanması nedeniyle bilgisayar temelli eğitimin desteklenmesi gerektiği belirtilmiştir (91).

Kronik hastalıkların özbakım yönetiminde, 1996 ve 2003 yılları arasındaki web tabanlı girişimlerin etkilerini meta analiz yöntemi ile inceleyen 22 makalede (n:11754); web tabanlı girişimlerin sağlık ve hastalıkla ilgili bilgi ve davranışı değiştirmede etkin oldukları saptanmıştır (18).

Örneğin; Tip 2 diyabetli bireylerde internet ortamında eğitim ve bireysel kayıt sisteminin etkilerini inceleyen bir çalışmada deney grubuna (n:91) internet ortamında eğitim verme ve bireysel sağlık kayıtlarının girmeleri konusunda bilgi verilirken, kontrol grubuna (n:163) sadece rutin klinik eğitimi ve bakımı uygulanmıştır. Çalışmanın başında ve altıncı ayda yapılan değerlendirmeler sonucunda deney grubunun A1c, LDL, total kolesterol ve kan basıncı sonuçlarının bu eğitimin etkisi ile kontrol grubuna göre daha iyi olduğu belirlenmiştir (92).

Yetişkin eğitiminde önemli olan yetişkinin eğitilmesidir. Yetişkin eğitimi doğrudan bireyin eğitimini hedeflemesine rağmen, bireylerin oluşturduğu grupların eğitilmesini de amaçlar. Ancak web tabanlı eğitimin bazı avantajları ve

dezavantajları vardır. Bu eğitimin avantajları bireyin istediği yerde ve istediği zamanda yüksek kalitede eğitim alması, istediği zaman konuyu tekrar edebilmesi, iş ve sosyal yaşantısını aksatmadan kısa zamanda eğitim alabilmesi, ne kadar çalışmak istediğine karar verebilmesi, dinlenme aralarını belirleyebilmesi, önceden öğrendiklerini gözden geçirebilmesidir. Web tabanlı eğitimin dezavantajı ise, web ortamında grup değerlendirilmesinin zor olmasıdır (86-88).

İnflamatuvar barsak hastalığı olan hastalar bilgi eksiklikleri nedeniyle yaşam kalitelerinde düşme, buna bağlı olarak endişe ve kaygı düzeylerinde artma yaşamaktadırlar. Hastalar bilgi eksikliklerini internet üzerinden farklı kaynaklardan bilgi arayışına girmektedirler. İnternet kullanımı yaş ile ters ilişkili olmasına karşın, eğitim düzeyi ile doğru orantılı bir korelasyon göstermektedir (19).



## BÖLÜM III

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Araştırma; web tabanlı verilen İBH Hasta Eğitim Programı'nın (İBHHEP) hastalık aktivitesine, semptom yönetimine ve yaşam kalitesine etkisini incelemek amacıyla randomize kontrollü bir çalışma olarak planlanmıştır.

#### 3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırma 01 Temmuz 2015 – 01 Mayıs 2017 tarihleri arasında İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Polikliniği'nde yürütülmüştür.

Gastroenteroloji Polikliniği'nde haftanın üç günü (Pazartesi, Çarşamba ve Cuma günleri) İBH Polikliniği yürütülmektedir. Belirtilen bu günlerde hastalara tanı, tedavi ve eğitim hizmetleri tek bir doktor tarafından verilmektedir. Hastaların; hastalık aktivitelere göre uygun zaman aralıklarında kontrol randevusu ve randevu öncesinde yaptırmaları gereken testlere ilişkin bilgiler verilmektedir. Özellikle hastaların tedavilerine ilişkin yazılı yönergeler düzenlenerek ilaçlarını düzenli kullanmaları sağlanmaktadır. Ayrıca okuma yazma bilen hastalara İBH ile ilgili pratik bilgiler içeren el broşürü de verilmektedir.

#### 3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırma evrenini, belirtilen tarihler arasında İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Polikliniği'ne İBH tanısı ile başvuran tüm hastalar oluşturmuştur.

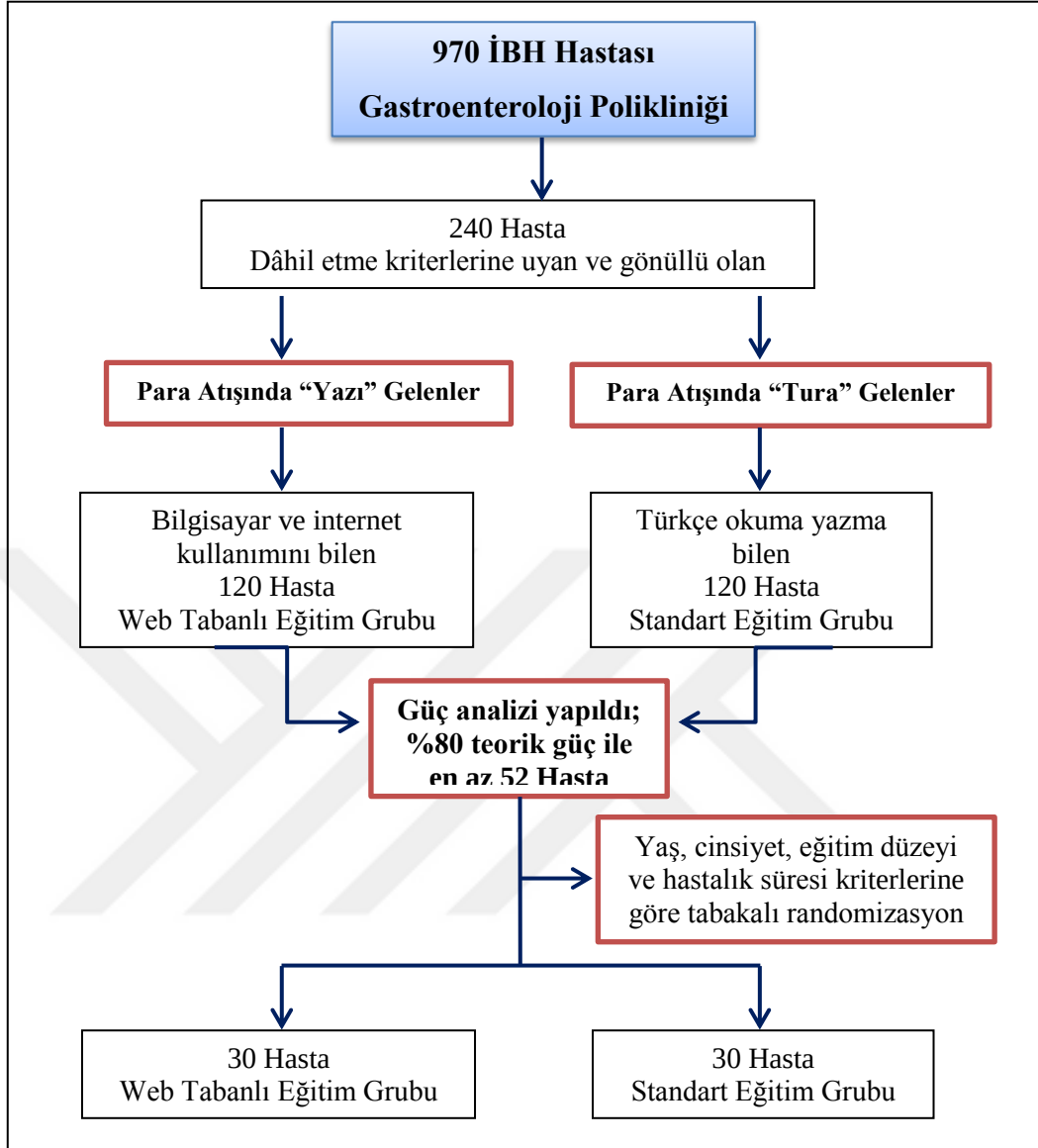
Örneklem büyüklüğünün belirlenmesi için güç analizi yapılmıştır. Bağımsız iki grup t testi (Student's t-test) yöntemi için yapılan güç analizine göre %95 güvenirlikte %80 teorik power ile her bir grupta 26 hasta olmak üzere toplamda en az 52 hasta ile çalışılması hedeflenmiştir. Bu durumda 0.05 güven aralığında testin gücü yaklaşık %80.18 olarak belirlenmiştir.

Güç analizi sonuçlarına göre, araştırma örneklemine, belirtilen tarihler arasında polikliniğe başvuran ve araştırmaya dâhil edilme kriterlerine uygun olan basit tabakalı randomizasyon yöntemi ile web tabanlı eğitim grubunda 30 hasta ve standart eğitim grubunda 30 hasta olmak üzere toplam 60 hasta oluşturmuştur.

Araştırma örnekleminin planlanmasında basit ve tabakalı randomizasyon yöntemi kullanılmıştır. Araştırma kapsamındaki eğitim grupları basit randomizasyon yöntemi (yazı-tura) ile belirlenmiştir. Randomizasyon, çalışmalarda etkinliği incelenecek olan uygulama dışında öngörülen ve öngörülmeleyen bazı etkenler açısından benzer özelliklere sahip olmasını sağlamak ve gruplar arası dağılımlardaki dengesizliklerin önlenmesini sağlayarak araştırmacının taraf tutmasını önlemektedir. Randomizasyon yöntemi, çalışma kapsamına alınan grupların tüm faktörler açısından benzer özelliklere sahip olmasını sağlamak amacıyla kullanılmaktadır. Randomizasyonun kullanılması çalışmanın kanıt değeriinin yüksekliği açısından önemlidir (93). Bu çalışmada örneklem gruplarının seçiminde yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi ve hastalık süresi kriterlerine göre tabakalı randomizasyon yapılmıştır. Hastalar web tabanlı eğitim grubu ve standart eğitim grubu olarak ikiye ayrılmıştır. Basit tabakalı randomizasyon için polikliniğe gelen hastalar arasından yazı-tura atılmış; “yazı” olanlar web tabanlı eğitim grubuna ve “tura” olanlar standart eğitim grubuna dahil edilmişlerdir. Böylece örneklemin her iki grupta normal veya normale yakın bir dağılım göstermesi ve varyansların homojen olması sağlanmıştır.

**Örneklem Seçim Basamakları:** Gastroenteroloji polikliniğinde bir aylık süre içerisinde İBH nedeniyle başvuran hasta sayısı 970 olup, araştırmanın örneklem kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan 240 hastaya ulaşılmıştır. “Yazı-tura” yöntemi ile web tabanlı ve standart eğitim grupları için 120 hasta ayrılmıştır. Yapılan güç analizi ile %95 güven aralığında ve %80 teorik güç ile her grupta 26 hastanın olması belirlenmiştir. Seçilen örneklem büyüklüğüne göre yaş, cinsiyet, eğitim durumu ve hastalık süresi açısından randomizasyon yapılmıştır (Tablo 7).

**Tablo 7:** Araştırma Örneklemine Randomizasyonu



Araştırmaya dahil edilme kriterleri:

1. En az altı ay önce İBH tanısı almış olma,
2. 18 yaş ve üzerinde olma,
3. Bilgisayar, internet ve cep telefonu kullanabilme,
4. Türkçe okuma ve yazma bilme,
5. Koopere olan ve iletişim kurulabilen,
6. Çalışmaya katılmaya gönüllü olmadır.

Kanser, diyabet, kronik obstrüktif akciğer hastalığı gibi ileri derecede komorbid hastalığı olan hastalar; semptomların, hastalık aktivitesinin ve yaşam kalitesinin daha farklı düzeyde etkileneceğinden dolayı çalışma dışında tutulmuştur.



### 3.4. ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ

Eğitim gruplarındaki hastaların hastalık aktiviteleri, İBH semptomları ve İBH Yaşam Kalitesi Ölçeği'nden (İBH YKÖ - IBDQ) aldıkları puanlar araştırmanın bağımlı değişkenlerini oluşturmaktadır.

Araştırmanın bağımsız değişkenleri ise; hastaların demografik ve hastalığa ilişkin verileri, verilen eğitim türüdür.

### 3.5. VERİ TOPLAMA TEKNİĞİ

Araştırma verileri; Hasta Tanıtım Formu (EK 1), İBH Aktivite İndeksleri (Ek 2), İBH Semptom Kontrol Listesi (EK 3) ve İBH Yaşam Kalitesi Ölçeği (EK 4) kullanılarak toplanmıştır.

#### 3.5.1. Veri Toplama Araçları

Araştırmada kullanılan veri toplama araçları şunlardır:

##### 3.5.1.1. Hasta Tanıtım Formu (EK 1)

Konuyla ilgili literatür taraması doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlanan ve iki bölümden oluşan 33 soruluk bir formdur (1,3,15,17,28,30,32,34,65,67,73,77,94-96).

**A. Sosyodemografik Değişkenler:** Hasta tanıtım formunun birinci bölümü 15 soruluk sosyodemografik değişkenlerden oluşmaktadır. Bu bölümde; hastanın yaşı, tıbbi tanısı, medeni durumu, eğitim durumu, mesleği, sigara ve alkol kullanımı gibi genel sosyodemografik sorular yer almaktadır.

**B. Hastalığa İlişkin Değişkenler:** Hasta tanıtım formunun 22 soruluk ikinci bölümü olup; hastalığın teşhis edilme yaşı, daha önce hastaneye yatış öyküsü, atak geçirip geçirmediği, geçirdiyse atak sayısı, İBH'ya eşlik eden başka hastalıklarının varlığı, kullandığı ilaçlar, günlük defekasyon sayısı, dışkıda kan varlığı ve varsa uyguladığı geleneksel uygulamalar ile ilgili sorular yer almaktadır.

### 3.5.1.2. İnflamatuvar Barsak Hastalıkları Aktivite İndeksleri (EK 2)

İnflamatuvar barsak hastalıkları klinik aktivitelerinin değerlendirilmesinde ÜK için Mayo Endoskopik Değerlendirme (Tablo 2) İndeksi; CH için Harvey Bradshaw Aktivite İndeksi (Tablo 3) kullanılmıştır.

**Tablo 2: Mayo Endoskopik Değerlendirme**

|                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Dışkılama Sayısı</b>                 | 0=Hasta için normal olan sayı<br>1=Normalden 1- 2 fazla<br>2=Normalden 3-4 fazla<br>3=Normalden 5 veya daha fazla                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Rektal Kanama</b>                    | 0=Kan yok<br>1=Dışkıda bulaşık şekilde<br>2=Belirgin<br>3=Sadece kan var                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Sigmoidoskopi Bulguları</b>          | 0=Normal veya inaktif hastalık bulguları<br>1=Eritem, vasküler yapıda bozulma, hafif friabilite<br>2=Belirgin eritem, vasküler yapıda kayıp, friabilite, erozyonlar<br>3=Spontan kanama, ülserler                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Hekimin Genel Değerlendirmesi</b>    | 0=Normal ( <i>dışkılama sayısı:0, rektal kanama:0, sigmoidoskopi:0, hastanın kendini değerlendirmesi:0</i> )<br>1=Hafif ( <i>dışkılama sayısı:0-1, rektal kanama:0 veya 1, sigmoidoskopi:0 veya 2, hastanın kendini değerlendirmesi:0 veya 2</i> )<br>2=Orta ( <i>dışkılama sayısı:1 veya 2, rektal kanama:1 veya 2, sigmoidoskopi:1 veya 2, hastanın kendini değerlendirmesi:1 veya 2</i> )<br>3=Şiddetli ( <i>dışkılama sayısı:2 veya 3, rektal kanama:2 veya 3, sigmoidoskopi:2 veya 3, hastanın kendini değerlendirmesi veya 3</i> ) |
| <b>Hastanın Kendini Değerlendirmesi</b> | 0=Genellikle iyi<br>1=Orta<br>2=Kötü<br>3=Çok kötü                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

**Tablo 3: Harvey Bradshaw Klinik Aktivite İndeksi**

| HARVEY BRADSHAW KİLİNİK AKTİVİTE İNDEKSİ                                                                                                                 | SKOR |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| <b>Genel İyilik Hissi</b>                                                                                                                                |      |
| Çok iyi                                                                                                                                                  | 0    |
| Ortalamanın hafif altı                                                                                                                                   | 1    |
| Kötü                                                                                                                                                     | 2    |
| Çok kötü                                                                                                                                                 | 3    |
| Korkunç                                                                                                                                                  | 4    |
| <b>Abdominal ağrı</b>                                                                                                                                    |      |
| Yok                                                                                                                                                      | 0    |
| Hafif                                                                                                                                                    | 1    |
| Orta                                                                                                                                                     | 2    |
| Ciddi                                                                                                                                                    | 3    |
| <b>Günlük Dışkılama sayısı (Her biri için 1 puan)</b>                                                                                                    |      |
| <b>Abdominal kitle</b>                                                                                                                                   |      |
| Yok                                                                                                                                                      | 0    |
| Şüpheli                                                                                                                                                  | 1    |
| Belirgin                                                                                                                                                 | 2    |
| Belirgin ve duyarlı                                                                                                                                      | 3    |
| <b>Komplikasyonlar (Her biri için 1 puan)</b><br>Artralji, üveitis, eritema nodozum, aftöz ülserler, piyoderma gangrenozum, anal fissür, fistül, abse vb |      |
| <b>SKOR:</b> 5'in altı puan remisyon<br>5-7 puan hafif hastalık<br>8-16 puan orta derecede aktif hastalık<br>16'nın üzeri puan şiddetli aktif hastalık   |      |

### 3.5.1.3. İnflamatuvar Barsak Hastalıkları Semptom Kontrol Listesi (EK 3)

Literatürde İBH'ya özgü bir semptom kontrol listesi bulunmamaktadır. Bu nedenle literatür taraması doğrultusunda araştırmacı tarafından geliştirilen ve iki bölümden oluşan bir formdur. İlk bölümde; hastaların sıklıkla ifade ettiği 10'u sindirim sistemi şikayetleri, 12'si diğer sistem şikayetleri olmak üzere toplam 22 semptomun değerlendirmesi (1,3,15,28,30,32,40,49,50,51,53,73,77,78,97-99) yer alırken; ikinci bölümde ağrının özelliklerini tanımlayan beş soru bulunmaktadır.

#### **Birinci Bölüm:**

**a. Sindirim sistemine ait semptomlar;** diyare, karın ağrısı, dışkıda kan, dışkıda mukus, acil defekasyon isteği, rektal hassasiyet, bulantı, kusma, iştahta azalma ve kilo kaybı olarak ele alınmıştır.

**b. Diğer sistemlere ait semptomlar;** eklem ağrısı, bel ağrısı, yorgunluk, halsizlik, ateş, gece terlemesi, deride kaşıntı, deride kabarık döküntüler, taşikardi, sık uyanma, gözde kaşıntı ve gözde yanma hissi olarak değerlendirilmiştir.

Hastalar semptomları, önce “VAR–YOK” şeklinde belirtmiş, ardından kendilerini etkileme şiddetini de visüel analog skala yardımıyla değerlendirmişlerdir. Hastalardan, son üç ayda yaşadıkları semptomları, “0 Yok” ve “10 Dayanılmaz” şeklinde puanlamaları istenmiştir.

**İkinci Bölüm:** İnflamatuvar barsak hastalıklarında ağrı; hastanın günlük yaşam aktivitelerini, iş yaşamını veya okul yaşamını etkileyen en önemli semptomlardandır. Bu nedenle hastalara, ağrıya ilişkin beş soru sorulmuştur: Ağrının yeri, süresi, niteliği, arttıran ve azaltan faktörlerin neler olduğu.

Semptom kontrol listesi İBH alanında uzman olan hekimlere ve gastroenteroloji kliniklerinde çalışan hemşirelere gönderilerek uzman görüşleri alınmış ve gerekli düzeltmelerle semptom kontrol listesinin son şekli verilmiştir.

#### **3.5.1.4. İnflamatuvar Barsak Hastalıkları Yaşam Kalitesi Ölçeği (İBHYKÖ) (EK4)**

Guyatt ve arkadaşları tarafından geliştirilen İBH YKÖ çoktan seçmeli bir ölçek olup; İBH ile ilişkili hastaların yaşam kalitelerini değerlendirmek için kullanılmaktadır. Akçura ve arkadaşları tarafında Türkçe uyarlaması yapılan ölçeğin Cronbach alpha katsayısının 0.95 ve tüm madde-toplam puan korelasyonlarının anlamlı derecede iyi olduğu ( $p < .05$  ve rho değerleri  $> .50$ ); böylece ölçeğin geçerli ve güvenilir olduğu saptanmıştır(100).

Toplamda 32 maddeden oluşan ölçek dört alt boyuttan oluşmaktadır: Barsak semptomları (10 md), sistemik semptomlar (5 md), emosyonel fonksiyon (12 md) ve sosyal fonksiyon (5 md). Her soru 1 puan “en kötü durum” ve 7 puan “en iyi durum” olarak puanlanmakta; ölçekten alınacak en düşük puan 32 ve en yüksek puan 224 olarak hesaplanmaktadır. Alınan puan arttıkça hastaların yaşam kalitesi de artmaktadır (76,95,101,102).

#### **3.5.2. İnflamatuvar Barsak Hastalarına Yönelik Eğitim Programının İçeriği**

İnflamatuvar barsak hastaları ile web tabanlı olarak yürütülmesi planlanan eğitim ile poliklinik ortamında verilen standart eğitim programının içerik ve kapsamı aynı olacak şekilde oluşturulmuştur. Bunun için araştırmacı tarafından literatür bilgileri ışığında hazırlanan eğitimin içeriğinde yer alan konu başlıkları Tablo 8’de

gösterilmiştir (3,5-7,19,22,24,32,34,40-43,45,48,52,53,62,69,70,97). Bu içerik; standart eğitim grubunda yer alan hastalara kitapçık haline getirilerek sunulmuştur.

Eğitim programlarına alınan İBH hastaları; öncelikle hastalığın tanımı ve anatomisini, fizyolojisini içeren, anlayabilecekleri düzeyde basit hastalık bilgisine ulaşmışlardır. Ardından ortaya çıkabilecek Ek 3'te yer alan tüm semptomları içeren açıklamalara yer verilmiş ve bu semptomlar “gastrointestinal sisteme ilişkin” ve “diğer sistemlere ilişkin” olarak sınıflandırılmıştır. Tanı testleri, tedavi ilkeleri, ilaç kullanımları, doğru ve düzenli ilaç kullanımının önemi gibi konularda çeşitli arayüzler oluşturulmuştur. Hastaların aktif ve remisyonda oldukları zamanlarda nasıl beslenecekleri, hangi gıdalardan kaçınmaları gerektiği, diyetlerinin özellikleri, gıda hijyeni gibi beslenme ilkeleri ile hastaların beslenme sorunlarına çözüm olabilecek bilgiler aktarılmıştır. İnflamatuar barsak hastalıklarında gebelik, cinsellik ve ergenlik gibi özel durumlara özgü açıklamalara da yer verilmiş ve her duruma karşı hastaların bilgi sahibi olması sağlanmıştır. Tüm bunların yanı sıra hastaların acil durumlar, semptomların alevlenmesi, iş ya da sosyal yaşam gibi durumlara yönelik merak ettiği sorular da “Sıkça Sorulan Sorular” başlığı altında toplanmıştır. Web tabanlı eğitim grubunda yer alan hastaların; sitede yer alan bilgilerle veya kendi genel durumlarıyla ilgili olarak araştırmacı ile sürekli iletişim halinde olmaları sağlanmıştır.

### **3.5.3. Verilerin Toplanması**

Örneklem grubunun seçilmesinin ardından web tabanlı eğitim ve standart eğitim olmak üzere gruplar oluşturulmuştur. Çalışma kapsamına alınan hastalara, araştırma ile ilgili gerekli bilgiler verildikten sonra, yazılı gönüllü olurları alınmıştır.

**Tablo 8:** İnflamatuvar Barsak Hastalıklarına Yönelik Web Tabanlı Eğitim Programının ve Eğitim Kitaplarının İçeriği

| ANA KONU                          | ALT BAŞLIKLARI                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>İBH Hakkında Genel Bilgi</b>   | Nedir?<br>Nedenleri?<br>Sindirim Sisteminin Anatomisi ve Fizyolojisi<br>Tanı ve İnceleme Yöntemleri                                                                                                          |
| <b>ÜK Hakkında Genel Bilgiler</b> | Tanımı<br>Belirtileri<br>Hastalığın Tıbbi Yönetimi<br>Beslenme Yönetimi                                                                                                                                      |
| <b>CH Hakkında Genel Bilgiler</b> | Tanımı<br>Belirtileri<br>Hastalığın Tıbbi Yönetimi<br>Beslenme Yönetimi                                                                                                                                      |
| <b>İBH’da Özel Durumlar</b>       | Ergenlik<br>Cinsellik<br>Gebelik ve Laktasyon<br>Yaşlılık<br>Ruhsal Durumlar<br>Cerrahi Sonrası Stoma Bakımı<br>Acil Durumlar<br>Yaşam Kalitesi                                                              |
| <b>Sıkça Sorulan Sorular</b>      | Soru ve Yanıtları<br><ul style="list-style-type: none"> <li>- Bulaşıcılık</li> <li>- Acil cerrahi gerektiren durumlar</li> <li>- Kanser ile ilişkisi</li> <li>- İş ve sosyal yaşam</li> <li>- ...</li> </ul> |
| <b>Hemşireniz İle İletişim</b>    | Hemşire ile İletişim Kurma                                                                                                                                                                                   |

### 3.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARININ UYGULANMASI

Ülseratif kolit veya CH tanısı ile polikliniğe başvuran, araştırma sınırlılıklarına uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar eğitim gruplarını oluşturmuştur.

Veri toplama formlarının işlerliğini ve araştırmanın uygulanabilirliğini belirlemek amacıyla 01 – 15 Haziran 2015 tarihleri arasında web tabanlı eğitim grubunda beş hasta ve standart eğitim grubunda beş hasta olmak üzere toplam 10 hasta ile araştırmanın ön uygulaması yapılmış; sonrasında gerekli düzeltmeler yapılarak veri toplama formlarına ve eğitim içeriğine son şekli verilmiştir. Ön uygulamaya alınan hastalar çalışma grubuna dâhil edilmemiştir.

Araştırma verileri her iki gruptan da farklı şekillerde toplanmıştır (Tablo 9).

**Tablo 9: Veri Toplama Formlarının Uygulama Zamanları**

| <b>ZAMANLAMA</b>                   | <b>0. Gün</b>   | <b>2. Hafta</b>             | <b>4. Hafta</b>             | <b>8. Hafta</b>             |
|------------------------------------|-----------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <b>GRUPLAR</b>                     |                 |                             |                             |                             |
| <b>Web Tabanlı Eğitim Grubu</b>    |                 |                             |                             |                             |
| Hasta Tanıtım Formu (EK 1)         | ✓<br>(Yüz yüze) |                             |                             |                             |
| İBH Aktivite İndeksleri (EK 2)     | ✓<br>(Yüz yüze) | ✓<br>(Web sitesi üzerinden) | ✓<br>(Web sitesi üzerinden) | ✓<br>(Web sitesi üzerinden) |
| İBH Semptom Kontrol Listesi (EK 3) | ✓<br>(Yüz yüze) | ✓<br>(Web sitesi üzerinden) | ✓<br>(Web sitesi üzerinden) | ✓<br>(Web sitesi üzerinden) |
| İBH Yaşam Kalitesi Ölçeği (EK 4)   | ✓<br>(Yüz yüze) | ✓<br>(Web sitesi üzerinden) | ✓<br>(Web sitesi üzerinden) | ✓<br>(Web sitesi üzerinden) |
| <b>Standart Eğitim Grubu</b>       |                 |                             |                             |                             |
| Hasta Tanıtım Formu (EK 1)         | ✓<br>(Yüz yüze) |                             |                             |                             |
| İBH Aktivite İndeksleri (EK 2)     | ✓<br>(Yüz yüze) | ✓<br>(Yüz yüze)             | ✓<br>(Yüz yüze)             | ✓<br>(Yüz yüze)             |
| İBH Semptom Kontrol Listesi (EK 3) | ✓<br>(Yüz yüze) | ✓<br>(Yüz yüze)             | ✓<br>(Yüz yüze)             | ✓<br>(Yüz yüze)             |
| İBH Yaşam Kalitesi Ölçeği (EK 4)   | ✓<br>(Yüz yüze) | ✓<br>(Yüz yüze)             | ✓<br>(Yüz yüze)             | ✓<br>(Yüz yüze)             |

### 3.6.1. Web Tabanlı Eğitim Grubu ve Süreci

Örneklem seçim kriterlerine uyan ve randomize olarak seçilen web tabanlı eğitim grubunda yer alan İBH hastalarına anket formlarının (Ek 1, Ek 2, Ek 3 ve Ek 4) ilk uygulaması yüz yüze görüşme yöntemiyle, diğer haftalardaki (ikinci, dördüncü ve sekizinci haftalardaki) uygulamalar ise web sitesi üzerinden yapılmıştır. Hasta ile ilgili olan bazı genel bilgiler (hastalık tanısı, süresi, kullandığı ilaçlar, vb.) hasta dosyasından alınmak sureti ile doldurulmuştur.

Web tabanlı eğitim süreci beş aşamadan oluşmuştur:

- a. Birinci Aşama:** Web sitesinin oluşturulması ve işler hale getirilmesi
- b. İkinci Aşama:** Tüm veri toplama formlarının ve İBH konusundaki tüm eğitim içeriğinin (Tablo 8) siteye aktarılması, ön uygulamanın yapılması
- c. Üçüncü Aşama:** Tüm veri toplama formlarının ilk uygulamasının yüz yüze görüşülerek uygulanması ve aynı zamanda hastalara kullanıcı adı ve şifrelerin verilmesi
- d. Dördüncü Aşama:** Hastaların siteyi ziyaret etmesine devam etmesi için her hafta cep telefonuna mesaj göndererek ya da telefon ile arayarak siteyi incelemeleri hususunda hatırlatmaların yapılması ve her hasta için ikinci ve dördüncü haftalarda veri toplama formlarının tekrar uygulanması
- e. Beşinci Aşama:** Son olarak sekizinci haftada veri toplama formunu uygulayan hastaların eğitimlerinin sonlandırılması

Web tabanlı eğitim sürecinin birinci aşamasında; web sitesinin istenen şekilde oluşturulması için bir web tasarımcısı ile görüşülmüştür. Hastalığa özgü olarak hazırlanan bu sitede; hastaların tüm semptomlarına yönelik bilgiler ve direkt olarak araştırmacıya sorularını yazarak çözüm arayabilecekleri ara yüzler oluşturulmuş ve [www.ibhhep.com](http://www.ibhhep.com) adresli web sitesine ait ekran görüntüleri Ek 5'te sunulmuştur.

Eğitim programının içeriği web sitesine yüklenerek web tabanlı eğitim alan hastalara, web sayfasının kullanımı ile ilgili olarak bilgilendirme toplantısı yapılmıştır. Açıkça anlaşılamadığı tespit edilen konular ve sayfalar tekrar gözden geçirilmiştir.

Veri toplama formlarının ilk uygulaması, poliklinik ortamında gerçekleştirilen bu bilgilendirme toplantısının ardından yapılmıştır. Web tabanlı eğitim alan hastaların siteye girişleri için kullanıcı adı ve şifre oluşturulmuştur. Web tabanlı eğitim grubundaki hastalara, çalışmaya dahil edildikten beş gün sonra, web tabanlı eğitimi düzenli olarak takip etmeleri için, her hafta cep telefonu ile kısa mesaj

gönderilerek siteyi ziyaret etmeleri konusunda hatırlatma yapılmıştır. Web sitesinin kullanımı ile ilgili olarak hastanede verilen bilgilerin tamamen anlaşılması sağlanmış ve hastalara anlaşılamayan konular hakkında soru sorma fırsatı verilmiştir.

Web tabanlı eğitim ve hasta izlemi web sitesi üzerinden yürütülmüştür. Öncelikle hastanın semptomlarına ilişkin sorunları ve bunun nedenlerini anlaması, fark etmesi sağlanmıştır.

Web sitesinin IP adresi 160.153.129.20'dir. Bu grupta çalışma kapsamına alınan 30 hasta tarafından toplam 415 kez sayfaya giriş yapılmış ve tüm sayfalar toplamda 3480 kez görüntülenmiştir.

### 3.6.2. Standart Eğitim Grubu ve Süreci

Standart eğitim alan hastaların oluşturduğu bu gruptaki hastalara Ek 1, Ek 2, Ek 3 ve Ek 4'teki formlar yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır. Ön uygulamanın ardından standart eğitim programına dahil edilen hastaların ilk ziyaretinde veri toplama formları uygulanmış, ardından eğitim kitaplarının yanı sıra bilgisayar ortamında hazırlanan bir sunum ile eğitim verilmiştir. Ayrıca eğitim kitapları hastalara verilerek evde okumaları önerilmiştir. Poliklinik ortamında verilen standart eğitimden sonra beşinci günde hastalarla temasa geçilerek, hastanede verilen bilgilerin tamamen anlaşılması sağlanmış ve hastalara soru sorma fırsatı verilmiştir.

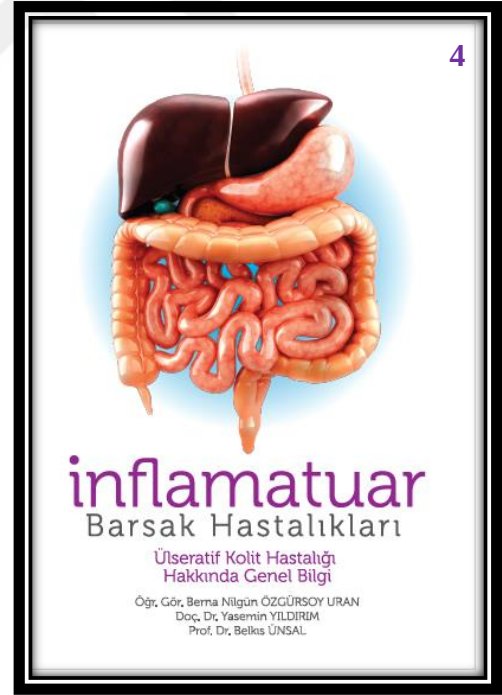
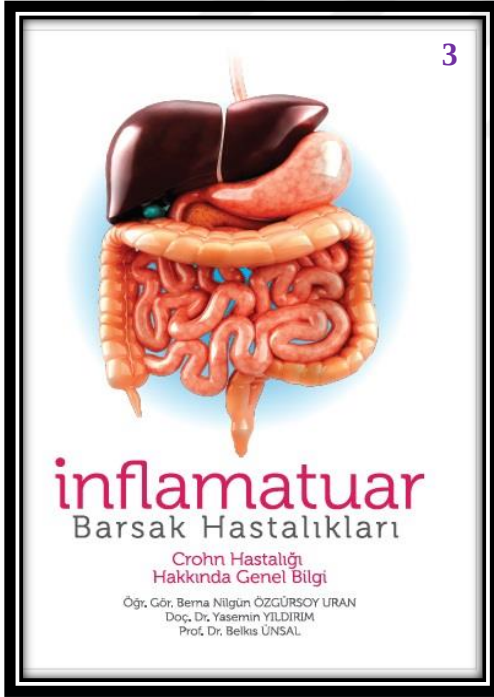
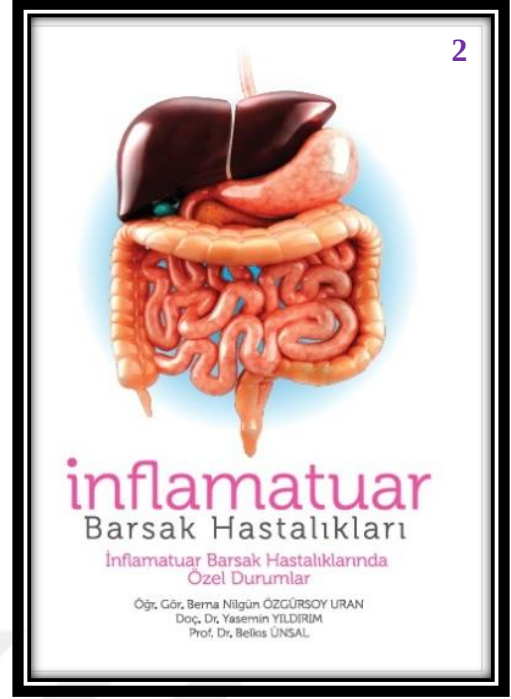
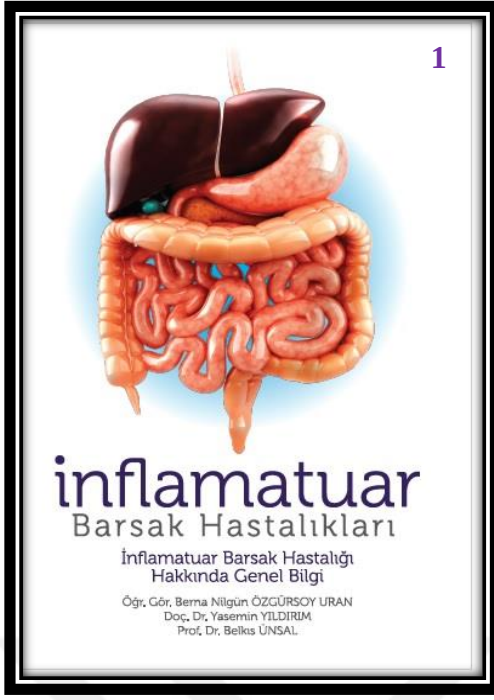
Standart eğitim için dört eğitim kitabı oluşturulmuştur (Resim 1):

**1. İBH Hakkında Genel Bilgi:** İçerisinde sindirim sistemi anatomi ve fizyoloji, İBH nedenleri, hastalığın tanı ve inceleme yöntemlerine yönelik bilgiler yer almaktadır.

**2. İBH'de Özel Durumlar:** Ergenlik, cinsellik, gebelik ve laktasyon, yaşlılık, ruhsal durumlar, cerrahi sonrası stoma bakımı, acil durumlar ve yaşam kalitesi konularında bilgiler içermektedir.

**3. Crohn Hastalığı Hakkında Genel Bilgiler:** Hastalığın tanımı, belirtileri, hastalığın tıbbi ve beslenme yönetimi hakkında bilgileri içermektedir.

**4. Ülseratif Kolit Hastalığı Hakkında Genel Bilgiler:** Hastalığın tanımı, belirtileri, hastalığın tıbbi ve beslenme yönetimi hakkında bilgileri içermektedir.



**Resim 1: Eğitim Kitaplarının Kapak Sayfalarının Görüntüleri**

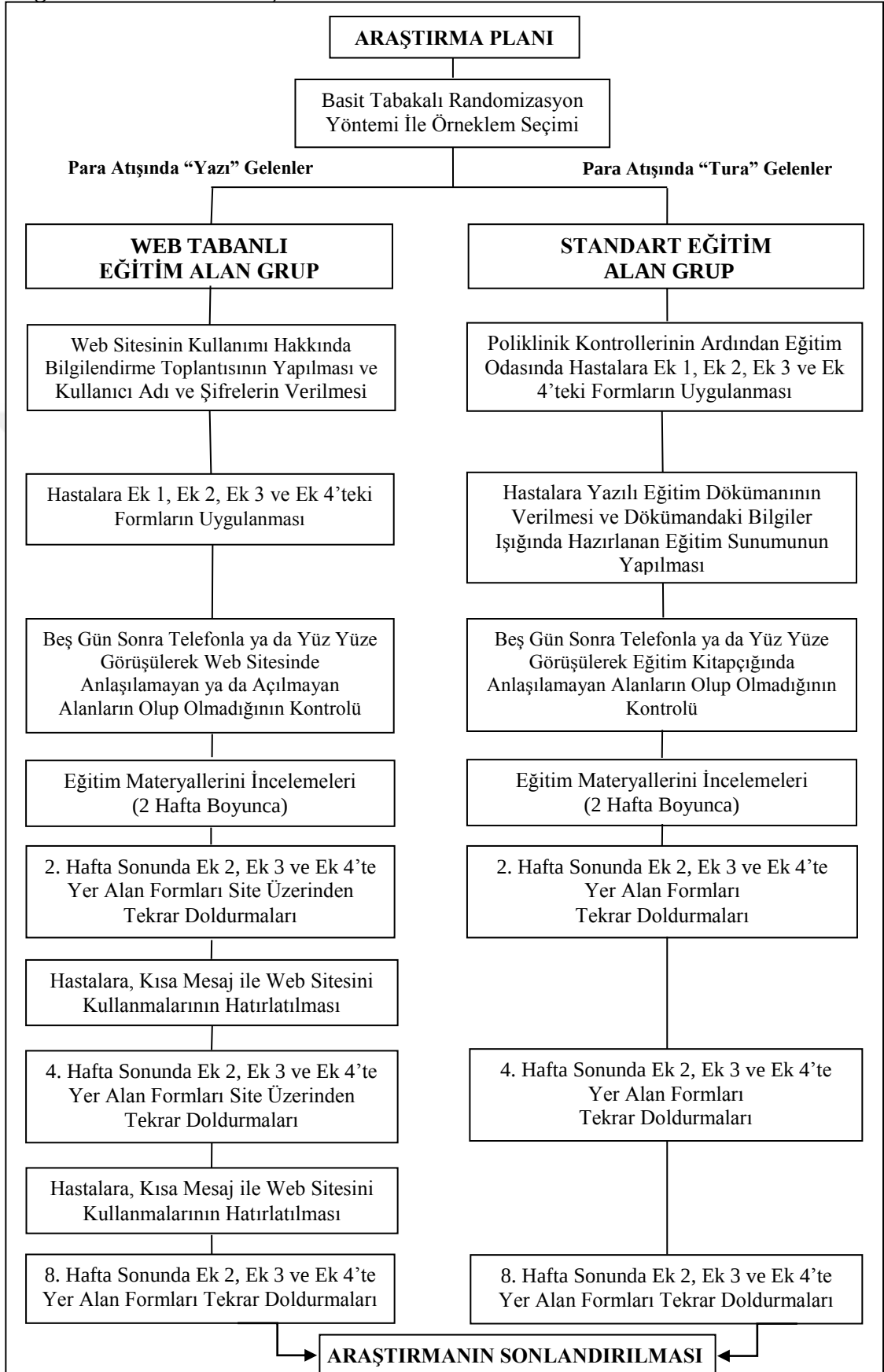
Birinci ve ikinci kitap tüm hastalara verilmiştir. Bunun yanı sıra İBH türüne göre ÜK veya CH hakkında genel bilgileri içeren kitaplardan da uygun olanı verilmiştir. Böylece her hastaya üç eğitim kitabı sunulmuştur.

Eğitim odası; sessiz, sakın, uygun ısıda, polikliniğin kalabalık ortamından uzakta ve yeterince aydınlatılmış bir ortam olarak düzenlenmiştir. Hasta ile aynı göz hizasında ve karşılıklı olarak oturularak eğitim kitapçığı ve sunumu birebir olarak hastaya aktarılmıştır.

Bu grupta yer alan hastalar ikinci, dördüncü ve sekizinci haftalarda kontrole çağrılarak veri toplama formları tekrar uygulanmıştır. Her uygulamadan sonra hastaların gereksinim duydukları ve merak ettikleri konularda eğitimler tekrarlanmış ve soru sormalarına, endişelerini ifade etmelerine zaman verilmiştir.



Her iki grubun, araştırma boyunca izlediği yolları içeren araştırma planı Algoritma 1’de özetlenmiştir.



Algoritma 1: Araştırma Planını Gösteren Algoritma

### 3.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ VE ANALİZİ

Araştırmanın amacına uygun olarak toplanan verilerin değerlendirilmesi için uygun olan parametrik ve parametrik olmayan analizler yapılmıştır (103-105):

1. Hastalarla ilgili tanıtıcı bilgiler için **sayı ve yüzde analizi**
2. Web tabanlı eğitim ve standart eğitim gruplarının yaş, cins, eğitim düzeyi, medeni durum, gelir durumu, beden kitle indeksi, çalışma durumu, gelir durumu, hastalık süresi, sigara, alkol ve ilaç kullanımı gibi değişkenlere göre benzer dağılımlarını test etmek amacıyla  **$\chi^2$  (ki-kare) önemlilik ve bağımsız iki grup t testi**
3. Normallik dağılımlarını test etmek amacıyla **Kolmogorov Smirnov ve Levene testi**
4. Web tabanlı ve standart eğitim gruplarındaki hastaların yaşadığı semptomların dağılımını incelemek için **sayı ve yüzde analizi**, semptomların şiddet ortalamalarının karşılaştırması için **eşleştirilmiş ve bağımsız iki grup t testi**
5. Bağımlı değişkenler açısından web tabanlı ve standart eğitim grupları arasında fark olup olmadığını incelemek için **Tekrarlı Ölçümlerde Varyans Analizi (Repeated Measures ANOVA)**
6. Web tabanlı ve standart eğitim grubundaki hastalarda aktivite indeksleri ile İBH yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemek için **Spearman Sıra Korelasyon analizi**
7. Gruplardaki hastaların GİS semptomlarına ve yaşam kalitesine etki edebilecek değişkenler arasındaki ilişkiyi belirlemek için **bağımsız iki grup t testi ve ANOVA testi**
8. Hastaların sistemik semptomlarının şiddetlerinin ölçüm zamanları arasındaki farkı test etmek için **Wilcoxon İşaretlenmiş Sıra Sayıları testi**
9. Web tabanlı ve standart eğitim gruplarının ölçüm zamanlarına göre yaşam kalitesi puanları arasında fark olup olmadığını belirlemek için **bağımsız iki grup t testi**

### 3.8. SÜRE VE OLANAKLAR

**Şubat – Mayıs 2015:** Araştırma konusunu belirleme, literatür tarama, tez önerisi hazırlama

**Haziran 2015:** Tez önerisi

**Temmuz 2015 –Ekim 2015:** Web sitesinin ve eğitim materyallerinin hazırlanması

**Ekim 2015 – Mayıs 2017:** Veri toplama

**Temmuz – Eylül 2017:** Veri analizi, tez yazımı

**Ekim 2017:** Tez savunması

### 3.9. ETİK AÇIKLAMALAR

Araştırmanın yürütülebilmesi için İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı'ndan; araştırmanın uygulanabilmesi için İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği'nden yazılı izinler alınmıştır. Ayrıca araştırma kapsamına alınan hastalara araştırmanın amacı, uygulama yöntemi ve elde edilmesi planlanan sonuçlar hakkında gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra katılımları için bilgilendirilmiş gönüllü olur formunu doldurmaları istenmiştir.

Araştırmada kullanılan IBH YKÖ'nin Türkçe versiyonunun kullanılması için Akçura'dan da izin alınmıştır.



## BÖLÜM IV

### 4. BULGULAR

#### 4.1. HASTALARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

Bu bölümde, hastaların web tabanlı ve standart eğitim grubu olarak sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 10 ve Tablo 11’de sunulmuştur.

**Tablo 10:** Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı

| Eğitim Türü<br>Özellik                            | Web Tabanlı Eğitim |           | Standart Eğitim |           | Toplam      |           | Test             | p    |
|---------------------------------------------------|--------------------|-----------|-----------------|-----------|-------------|-----------|------------------|------|
|                                                   | Sayı (n)           | Yüzde (%) | Sayı (n)        | Yüzde (%) | Sayı (n)    | Yüzde (%) |                  |      |
| <b><u>Cinsiyet*</u></b>                           |                    |           |                 |           |             |           |                  |      |
| Kadın                                             | 13                 | 43.3      | 12              | 40.0      | 25          | 41.7      | $\chi^2 = 0.069$ | .500 |
| Erkek                                             | 17                 | 56.7      | 18              | 60.0      | 35          | 58.3      |                  |      |
| <b>Yaş ortalaması (<math>\bar{X} \pm</math>)*</b> | 37.26±12.99        |           | 41.63±11.85     |           | 39.45±12.52 |           | t= 1.360         | .179 |
| <b><u>Eğitim Durumu</u></b>                       |                    |           |                 |           |             |           |                  |      |
| İlköğretim                                        | 12                 | 40.0      | 16              | 53.3      | 28          | 46.7      | $\chi^2 = 1.294$ | .862 |
| Lise                                              | 11                 | 36.7      | 8               | 26.7      | 19          | 31.7      |                  |      |
| Üniversite                                        | 7                  | 23.3      | 6               | 20.0      | 13          | 21.7      |                  |      |
| <b><u>Medeni Durum</u></b>                        |                    |           |                 |           |             |           |                  |      |
| Evli                                              | 23                 | 76.7      | 20              | 66.7      | 43          | 71.7      | $\chi^2 = 0.739$ | .284 |
| Bekar/ Eşinden Ayrı                               | 7                  | 23.1      | 10              | 33.3      | 17          | 28.3      |                  |      |
| <b><u>Çocuk Sayısı</u></b>                        |                    |           |                 |           |             |           |                  |      |
| Çocuk Yok                                         | 11                 | 36.7      | 7               | 23.3      | 18          | 30.0      | $\chi^2 = 3.378$ | .185 |
| Bir Çocuk                                         | 10                 | 33.3      | 7               | 23.3      | 17          | 28.3      |                  |      |
| İki ve Daha Fazla Çocuk                           | 9                  | 30.0      | 16              | 53.4      | 25          | 41.7      |                  |      |
| <b><u>Meslek</u></b>                              |                    |           |                 |           |             |           |                  |      |
| Emekli                                            | 5                  | 16.7      | 7               | 23.3      | 12          | 20.0      | $\chi^2 = 1.105$ | .576 |
| Memur-İşçi-Serbest                                | 16                 | 53.3      | 12              | 39.9      | 28          | 46.7      |                  |      |
| Çalışmıyor                                        | 9                  | 30.0      | 11              | 36.7      | 20          | 33.3      |                  |      |
| <b><u>Toplam Gelir</u></b>                        |                    |           |                 |           |             |           |                  |      |
| Gelir Giderden Az                                 | 10                 | 33.3      | 13              | 43.3      | 23          | 38.3      | $\chi^2 = 0.635$ | .298 |
| Gelir Gidere Denk/Fazla                           | 20                 | 66.7      | 17              | 56.6      | 37          | 61.7      |                  |      |

\* Levene testi

t= Bağımsız Gruplarda t Testi

$\chi^2$  = Ki Kare testi

Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 10’da incelenmiştir. Çalışma kapsamına alınan hastaların web tabanlı eğitim grubunun %56.7’si, standart eğitim grubunun %60.0’ı erkektir. Web tabanlı eğitim grubunun yaş ortalaması 37.26±12.99 ve standart eğitim grubunun yaş ortalaması 41.63±11.85

olarak saptanmıştır. Web tabanlı eğitim grubunun %40.0'ı, standart eğitim grubunun %53.3'ü ilköğretim mezunudur. Web tabanlı eğitim grubundaki hastaların %76.7'sinin evli, %30.0'ının iki ve daha fazla çocuğu olduğu, %53.3'ünün memur, işçi veya serbest meslek sahibi olduğu saptanmıştır. Standart eğitim grubundaki hastaların ise %66.7'si evli, %53.4'ü iki ve daha fazla sayıda çocuk sahibi, %39.9'u memur, işçi veya serbest meslek sahibidir. Web tabanlı eğitim grubunda olan hastaların %66.7'sinin standart eğitim grubunda ise %56.6'sının gelirinin giderine denk veya gelirinin daha fazla olduğu belirlenmiştir.

Web tabanlı ve standart eğitim grubundaki hastaların, sosyodemografik özellikleri bakımından homojen bir dağılım gösterdiği, istatistiksel olarak gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>.05$ ).



**Tablo 11:** Hastaların Bazı Özelliklerine Göre Dağılımı

| Eğitim Türü<br>Hastalık Özellikleri    | Web Tabanlı Eğitim |           | Standart Eğitim |           | Toplam      |           | Test             | p      |
|----------------------------------------|--------------------|-----------|-----------------|-----------|-------------|-----------|------------------|--------|
|                                        | Sayı (n)           | Yüzde (%) | Sayı (n)        | Yüzde (%) | Sayı (n)    | Yüzde (%) |                  |        |
| <b>Beden Kitle İndeksi Ortalaması*</b> | 24.90±3.19         |           | 25.21±3.69      |           | 25.06±3.42  |           | t= 0.353         | .725   |
| <b><u>Beden Kitle İndeksi</u></b>      |                    |           |                 |           |             |           | $\chi^2$         |        |
| Normal                                 | 18                 | 60.0      | 15              | 50.0      | 33          | 55.0      | =0.60            | .604   |
| Şişman                                 | 12                 | 40.0      | 15              | 50.0      | 27          | 45.0      | 6                |        |
| <b><u>İşten Ayrılma Durumu</u></b>     |                    |           |                 |           |             |           | $\chi^2$ = 2.308 | .254   |
| Hayır                                  | 28                 | 93.3      | 24              | 80.0      | 52          | 86.7      |                  |        |
| Evet                                   | 2                  | 6.7       | 6               | 20.0      | 8           | 13.3      |                  |        |
| <b><u>Sigara Kullanımı</u></b>         |                    |           |                 |           |             |           | $\chi^2$ = 3.827 | .148   |
| Kullanmıyor                            | 16                 | 53.3      | 9               | 30.0      | 25          | 41.7      |                  |        |
| Bırakmış                               | 9                  | 30.0      | 11              | 36.7      | 20          | 33.3      |                  |        |
| Kullanıyor                             | 5                  | 16.7      | 10              | 33.3      | 15          | 25.0      |                  |        |
| <b>Sigara Tüketim (paket/ay)</b>       | 23.00±19.77        |           | 12.45±8.49      |           | 17.13±15.11 |           | t= -1.408        | .192   |
| <b><u>Alkol Kullanımı</u></b>          |                    |           |                 |           |             |           | $\chi^2$ = 0.300 | .785** |
| Kullanmıyor                            | 21                 | 70.0      | 19              | 63.3      | 40          | 66.6      |                  |        |
| Bırakmış                               | 7                  | 23.3      | 6               | 20.0      | 13          | 21.7      |                  |        |
| Kullanıyor                             | 2                  | 6.7       | 5               | 16.7      | 7           | 11.7      |                  |        |
| <b>Alkol Tüketim (kadeh/hafta)</b>     | 2.33±1.52          |           | 2.87±3.01       |           | 2.69±2.51   |           | t= 0.286         | .783   |

t= Bağımsız Gruplarda t Testi       $\chi^2$  = Ki Kare testi      \* Levene testi      \*\*Fisher Exact Test

Hastaların bazı sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 11’de gösterilmiştir. Web tabanlı eğitim grubundaki hastaların %60.0’ı, standart eğitim grubundaki hastaların %50.0’ı normal kilodadır.

Web tabanlı eğitim grubundaki hastaların %93.3’ü, standart eğitim grubundaki hastaların ise %80.0’ı hastalığı nedeniyle işinden ayrılmadığını ifade etmiştir.

Gruplara göre sigara kullanım durumu incelendiğinde; web tabanlı eğitim grubunun en fazla oranla %53.3’ü hiçbir zaman sigara kullanmadığını, %30.0’ı ise sigarayı bıraktığını belirtmiştir. Standart eğitim grubunun ise en fazla oranla %36.7’si hastalığı nedeniyle sigarayı bıraktığını ve %33.3’ü hala sigara kullandığını belirtmiştir. Hastaların aylık sigara tüketim ortalamaları incelendiğinde; web tabanlı eğitim grubundaki hastaların sigara kullanım ortalaması ayda 23.00±19.77 paket, standart eğitim grubundaki hastaların sigara kullanım ortalaması ayda 12.45±8.49 pakettir.

Web tabanlı eğitim grubundaki hastaların %70.0'ı ve standart eğitim grubundaki hastaların %63.3'ü hiç alkol kullanmadığını belirtmiştir. Alkol kullanan hastaların haftalık alkol tüketim ortalamaları ise web tabanlı ve standart eğitim gruplarında sırasıyla haftalık  $2.33 \pm 1.52$  ve  $2.87 \pm 3.01$  kadehtir.

Web tabanlı ve standart eğitim grubundaki hastaların, bazı özellikleri bakımından istatistiksel olarak gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p > .05$ ).



#### 4.2. HASTALARIN HASTALIK ÖZELLİKLERİ

Bu bölümde, web tabanlı ve standart eğitim grubundaki hastaların, hastalık özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 11-16’da sunulmuştur.

**Tablo 12:** Hastaların İBH’ye İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı

| Eğitim Türü<br>Hastalık<br>Özellikleri         | Web Tabanlı<br>Eğitim |              | Standart Eğitim |              | Toplam      |              | Test             | p     |
|------------------------------------------------|-----------------------|--------------|-----------------|--------------|-------------|--------------|------------------|-------|
|                                                | Sayı<br>(n)           | Yüzde<br>(%) | Sayı<br>(n)     | Yüzde<br>(%) | Sayı<br>(n) | Yüzde<br>(%) |                  |       |
| <b><u>İBH Türü*</u></b>                        |                       |              |                 |              |             |              |                  |       |
| ÜK                                             | 16                    | 53.3         | 16              | 53.3         | 32          | 53.3         | $\chi^2 = 0.000$ | 1.000 |
| CH                                             | 14                    | 46.7         | 14              | 46.7         | 28          | 46.7         |                  |       |
| <b><u>Hastalık Süresi Ort. (ay)*</u></b>       | 82.23±54.52           |              | 81.93±56.71     |              | 82.08±55.15 |              | t=-0.021         | .983  |
| <b><u>Hastalık Süresi*</u></b>                 |                       |              |                 |              |             |              | $\chi^2 = 2.889$ | .236  |
| 36 ay ve daha az                               | 7                     | 23.3         | 10              | 33.3         | 17          | 28.3         |                  |       |
| 37-72 ay                                       | 12                    | 40.0         | 6               | 20.0         | 18          | 30.0         |                  |       |
| 73 ay ve üzeri                                 | 11                    | 36.7         | 14              | 46.7         | 25          | 41.7         |                  |       |
| <b><u>Genel Durumunu<br/>Değerlendirme</u></b> |                       |              |                 |              |             |              | $\chi^2 = 0.067$ | .500  |
| İyi                                            | 13                    | 43.3         | 14              | 46.7         | 27          | 45.0         |                  |       |
| Ortalamanın Altı / Kötü                        | 17                    | 56.7         | 16              | 53.3         | 33          | 55.0         |                  |       |
| <b><u>Kanser Korkusu</u></b>                   |                       |              |                 |              |             |              | $\chi^2 = 1.270$ | .199  |
| Evet                                           | 23                    | 76.7         | 19              | 63.3         | 42          | 70.0         |                  |       |
| Hayır                                          | 7                     | 23.3         | 11              | 36.7         | 18          | 30.0         |                  |       |

$\chi^2$  = Ki kare testi

t= Bağımsız Gruplarda t Testi

\* Levene testi

Tablo 12’de çalışma kapsamına alınan hastaların İBH’ye ilişkin bazı özelliklerinin dağılımları gösterilmiştir. Buna göre web tabanlı ve standart eğitim gruplarındaki hastaların İBH türlerinin eşit olarak dağıldığı, her iki eğitim grubunda da hastaların %53.3’ünün ÜK, %46.7’sinin CH olduğu görülmüştür.

Hastaların hastalık sürelerinin ortalamaları web tabanlı eğitim grubunda 82.23±54.52 ay, standart eğitim grubunda 81.93±56.71 ay olarak hesaplanmıştır. Web tabanlı eğitim grubundaki hastaların %40.0’ı 37-72 aydır İBH tanısı ile izlenirken; standart eğitim grubundaki hastaların %46.7’si 73 aydan daha uzun süredir İBH hastası olduğunu belirtmiştir.

Web tabanlı eğitim grubundaki hastalar %56.7 oranında, standart eğitim grubunda yer alan hastalar ise %53.3 oranında genel durumlarını “ortalamanın altı/kötü” olarak değerlendirmişlerdir.

Hastaların kanser korkuları değerlendirildiğinde; web tabanlı eğitim grubundaki hastaların en fazla oranla %76.7’sinin, standart eğitim grubundaki hastaların ise en yüksek oranla %63.3’ünün kanser olmaktan korktuğu saptanmıştır.

Web tabanlı ve standart eğitim grubundaki hastaların İBH’ye ilişkin özellikleri bakımından istatistiksel olarak gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>.05$ ).

**Tablo 13:** Hastaların İBH Nedeniyle İlaç Kullanımına İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı

| Eğitim Türü<br>İlaç Kullanımı             | Web Tabanlı Eğitim |           | Standart Eğitim |           | Toplam   |           |
|-------------------------------------------|--------------------|-----------|-----------------|-----------|----------|-----------|
|                                           | Sayı (n)           | Yüzde (%) | Sayı (n)        | Yüzde (%) | Sayı (n) | Yüzde (%) |
| <b><u>İlaçlarını Düzenli Kullanma</u></b> |                    |           |                 |           |          |           |
| Evet                                      | 29                 | 96.7      | 23              | 76.7      | 52       | 86.7      |
| Hayır                                     | 1                  | 3.3       | 7               | 23.3      | 8        | 13.3      |
| <b><u>İlaç Dışı Ürün Kullanımı</u></b>    |                    |           |                 |           |          |           |
| Evet                                      | 8                  | 26.7      | 5               | 16.7      | 13       | 21.7      |
| Hayır                                     | 22                 | 73.3      | 25              | 83.3      | 47       | 78.3      |

Hastaların ilaç kullanım durumları Tablo 13’te gösterilmiştir. Web tabanlı eğitim grubunda hastaların %76.7’sinin ve standart eğitim grubunda hastaların %96.7’sinin ilaçlarını düzenli kullandığı saptanmıştır. Web tabanlı eğitim grubunda hastaların %83.3’ünün ve standart eğitim grubunda hastaların %73.3’ünün ilaç dışında herhangi bir ürün kullanmadıkları görülmüştür. Hastaların ilaç dışı kullandıkları ürünler sorulduğunda; baharat karışımları, balıkyağı kapsülü, çörek otu yağı, kantaron otu yağı, keten tohumu-bal-zencefil karışımı, kudret narı, arı sütü, vb ürünler kullandıkları saptanmıştır.

Web tabanlı ve standart eğitim gruplarındaki hastaların, ilaçlarını düzenli kullanma ve ilaç dışında ürün kullanma durumlarının benzer oranlarda dağılım gösterdiği saptanmıştır.

**Tablo 14:** Hastaların Başlangıç Döneminde İBH Nedeniyle Kullandıkları İlaçların Dağılımı

| İlaçlar \ Eğitim Türü        | Web Tabanlı Eğitim |              | Standart Eğitim |              | Toplam       |              |
|------------------------------|--------------------|--------------|-----------------|--------------|--------------|--------------|
|                              | Sayı*<br>(n)       | Yüzde<br>(%) | Sayı*<br>(n)    | Yüzde<br>(%) | Sayı*<br>(n) | Yüzde<br>(%) |
| Aminosalisilat               | 26                 | 40.6         | 41              | 51.3         | 67           | 46.6         |
| Kortikosteroid               | 3                  | 4.7          | 6               | 7.5          | 9            | 6.2          |
| Antibiyotik                  | -                  | -            | 1               | 1.2          | 1            | 0.7          |
| İmmünomodülatör              | 24                 | 37.5         | 21              | 26.3         | 45           | 31.2         |
| Nutrisyonel ve Destek Tedavi | 7                  | 10.9         | 10              | 12.5         | 17           | 11.9         |
| Diğer                        | 4                  | 6.3          | 1               | 1.2          | 5            | 3.4          |

\* Birden fazla ilaç kullanımı nedeniyle n değişmiştir.

**Aminosalisilat:** Salazoprin, Asacol, Pentasa, Salofalk

**Kortikosteroid:** Metilprednizolon

**Antibiyotik:** Metronidazol, Siprofloksasin

**İmmünomodülatör:** Azatioprin, 6-Merkaptopurin, Siklosporin, Adalumimab, Infliximab

**Destek Tedavi:** Isoniazid, pompa inhibitörü, antidepresan, antikolinerjik, antidiyareik, antispazmodik

**Diğer:** Antihipertansif

Çalışma kapsamına alınan hastaların başlangıç döneminde kullandıkları ilaçların dağılımı Tablo 14'te gösterilmiştir. Web tabanlı eğitim grubundaki hastaların en fazla oranla %40.6'sının aminosalisilat ve %37.5'inin immünomodülatör ilaç kullandıkları saptanmıştır.

Standart eğitim grubundaki hastaların ise en fazla oranla %51.3'ünün aminosalisilat ve %26.3'ü immünomodülatör ilaç kullandıkları saptanmıştır.

**Tablo 15:** Hastaların İBH Nedeniyle Yaşadıkları Problemlere Göre Dağılımı

| Eğitim Türü<br>Problem               | Web Tabanlı Eğitim |           | Standart Eğitim |           | Toplam   |           | $\chi^2$ | p    |
|--------------------------------------|--------------------|-----------|-----------------|-----------|----------|-----------|----------|------|
|                                      | Sayı (n)           | Yüzde (%) | Sayı (n)        | Yüzde (%) | Sayı (n) | Yüzde (%) |          |      |
| <b>İBH Nedeniyle Hastaneye Yatma</b> |                    |           |                 |           |          |           |          |      |
| Evet                                 | 18                 | 60.0      | 17              | 56.7      | 35       | 58.3      | 0.069    | .500 |
| Hayır                                | 12                 | 40.0      | 13              | 43.3      | 25       | 41.7      |          |      |
| <b>Tuvaletini Tutamama Durumu</b>    |                    |           |                 |           |          |           |          |      |
| Evet                                 | 9                  | 30.0      | 14              | 46.7      | 23       | 38.3      | 1.764    | .144 |
| Hayır                                | 21                 | 70.0      | 16              | 53.3      | 37       | 61.7      |          |      |
| <b>Tuvalette Kan Miktarı</b>         |                    |           |                 |           |          |           |          |      |
| Kan Yok                              | 20                 | 66.7      | 23              | 76.7      | 43       | 71.7      | 0.739    | .284 |
| Kan Var                              | 10                 | 33.3      | 7               | 23.3      | 17       | 28.3      |          |      |

Hastaların İBH nedeniyle yaşadıkları problemlere göre dağılımları Tablo 15’te gösterilmiştir. Web tabanlı eğitim grubunda hastaların %60.0’ı, standart eğitim grubunda ise hastaların %56.7’si hastalıkları nedeniyle hastaneye yattığını belirtmiştir.

Web tabanlı eğitim grubundaki hastaların %70.0’inin tuvaletini tutabildiği ve %66.7’sinin defekasyonlarında kan görmediği saptanmıştır. Buna karşın standart eğitim grubunda yer alan hastaların %53.3’ünün tuvaletini tutabildiği, %76.7’sinin defekasyonlarında kan görmediği saptanmıştır.

Web tabanlı ve standart eğitim gruplarındaki hastaların, İBH nedeniyle yaşadığı sorunlar bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ( $p>.05$ ).

**Tablo 16:** Hastaların İBH'ye Eşlik Eden Hastalıklarına ve Ameliyat Olma Durumlarına Göre Dağılımı

| Eğitim Türü<br>Özellik             | Web Tabanlı Eğitim |           | Standart Eğitim |           | Toplam   |           | $\chi^2$ | p      |
|------------------------------------|--------------------|-----------|-----------------|-----------|----------|-----------|----------|--------|
|                                    | Sayı (n)           | Yüzde (%) | Sayı (n)        | Yüzde (%) | Sayı (n) | Yüzde (%) |          |        |
| <b>İBH'ye Eşlik Eden Hastalık</b>  |                    |           |                 |           |          |           |          |        |
| Var                                | 16                 | 53.3      | 16              | 53.3      | 32       | 53.3      | 0.000    | .602   |
| Yok                                | 14                 | 46.7      | 14              | 46.7      | 28       | 46.7      |          |        |
| <b>Diğer Hastalıklar*</b>          |                    |           |                 |           |          |           | -        | -      |
| Deri İle İlgili Hastalıklar        | 2                  | 11.8      | 1               | 5.9       | 3        | 8.9       |          |        |
| Solunum Sistemi Hastalıkları       | 1                  | 5.9       | -               | -         | 1        | 2.9       |          |        |
| Eklem-Kemik Hastalıklar            | 6                  | 35.2      | 3               | 17.6      | 9        | 26.5      |          |        |
| Mide Hastalıkları                  | 1                  | 5.9       | -               | -         | 1        | 2.9       |          |        |
| Göz İle İlgili Hastalıklar         | -                  | -         | 1               | 5.9       | 1        | 2.9       |          |        |
| Diğer Hastalıklar                  | 7                  | 41.2      | 12              | 70.6      | 19       | 55.9      |          |        |
| <b>İBH Nedeniyle Ameliyat Olma</b> |                    |           |                 |           |          |           | 1.176    | .472** |
| Evet                               | 3                  | 10.0      | 6               | 20.0      | 9        | 15.0      |          |        |
| Hayır                              | 27                 | 90.0      | 24              | 80.0      | 51       | 85.0      |          |        |

\* Birden fazla hastalığı olanlar nedeniyle n sayısı değişmiştir.

\*\* Fisher Exact Test

Tablo 16'da hastaların İBH'ye eşlik eden hastalıkları ve ameliyat olma durumlarına göre dağılımı gösterilmiştir.

Web tabanlı eğitim ve standart eğitim gruplarındaki hastaların %53.3'ü İBH dışında başka hastalıklarının da olduğunu ifade etmiştir.

Web tabanlı eğitim grubundaki hastaların %58.8'inin, standart eğitim grubundaki hastaların %29.4'ünün İBH ile ilişkili olabilecek hastalıklara (deri, solunum, eklem-kemik, mide ve göz hastalıkları) sahip olduğu tespit edilmiştir.

Ayrıca İBH nedeniyle ameliyat olanların sayısının web tabanlı eğitim grubunda %10.0 ve standart eğitim grubunda %20.0 olduğu saptanmıştır.

Web tabanlı ve standart eğitim gruplarındaki hastaların, İBH'ye eşlik eden hastalık varlığı ve ameliyat olma durumları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ( $p>.05$ ).

**Tablo 17:** Hastaların İBH Nedeniyle Rapor Alma Durumlarına Göre Dağılımı

| Eğitim Türü<br>Sağlık Rapor       | Web Tabanlı Eğitim |           | Standart Eğitim |           | Toplam   |           | $\chi^2$ | p     |
|-----------------------------------|--------------------|-----------|-----------------|-----------|----------|-----------|----------|-------|
|                                   | Sayı (n)           | Yüzde (%) | Sayı (n)        | Yüzde (%) | Sayı (n) | Yüzde (%) |          |       |
| <b>Sağlık Raporu Alma</b>         |                    |           |                 |           |          |           |          |       |
| Evet                              | 13                 | 43.3      | 8               | 26.7      | 21       | 35.0      | 1.832    | .279  |
| Hayır                             | 17                 | 56.7      | 22              | 73.3      | 39       | 65.0      |          |       |
| <b>Sağlık Raporu Alma Sıklığı</b> |                    |           |                 |           |          |           |          |       |
| Yılda 5'ten Az                    | 11                 | 84.6      | 8               | 100.0     | 19       | 90.5      | 1.360    | .505* |
| Yılda $\geq 5$                    | 2                  | 15.4      | 0               | 0.0       | 2        | 9.5       |          |       |

\* Fisher Exact Test

Hastaların İBH nedeniyle rapor alma durumları Tablo 17'de gösterilmiştir. Web tabanlı eğitim grubundaki hastaların %43.3'ü, standart eğitim grubundaki hastaların %26.7'si sağlık raporu aldıklarını, rapor alan bu hastaların web tabanlı eğitim grubunda %84.6'sı ve standart eğitim grubunda tümü bir yılda beşten daha az sayıda rapor aldıklarını belirtmişlerdir.

Web tabanlı ve standart eğitim gruplarındaki hastaların, sağlık raporu alma durumları ve rapor alma sıklıkları bakımından homojen bir dağılım gösterdiği, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ( $p>.05$ ).

**Tablo 18:** Hastaların İBH İle İlgili Bazı Ortalamalarına Göre Dağılımı

| <b>Eğitim Türü</b><br><b>Hastane Yatış</b>             | <b>Web Tabanlı Eğitim</b> | <b>Standart Eğitim</b> | <b>Toplam</b> | <b>t</b> | <b>p</b> |
|--------------------------------------------------------|---------------------------|------------------------|---------------|----------|----------|
| İBH Nedeniyle Son Bir Yılda Hastaneye Yatma Ortalaması | 0.40±0.81                 | 0.60±1.13              | 0.50±0.98     | 0.786    | .435     |
| Barsak Hastalığı Dışında Hastaneye Yatma Ortalaması    | 1.00±1.46                 | 0.53±0.89              | 0.76±1.22     | -1.489   | .142     |
| İBH Nedeniyle Geçirdiği Atak Ortalaması                | 6.86±6.92                 | 8.73±7.25              | 7.80±7.09     | 1.019    | .312     |
| Günlük Tuvalete Çıkma Ortalaması                       | 3.76±1.65                 | 3.06±2.19              | 3.41±1.95     | -1.394   | .168     |

Tablo 18’de hastaların İBH ile ilgili bazı özelliklerinin ortalamaları verilmiştir. Buna göre hastaların İBH nedeniyle son bir yılda hastaneye yatış ortalamaları incelendiğinde web tabanlı eğitim grubunda  $0.40\pm0.81$  iken, standart eğitim grubunda benzer olarak  $0.60\pm1.13$ ; İBH dışında hastaneye yatış ortalamaları web tabanlı eğitim grubunda  $1.00\pm1.46$  ve standart eğitim grubunda  $0.53\pm0.89$  olarak belirlenmiştir.

Hastaların tanı aldıkları günden itibaren geçirdikleri atak sayısı ortalaması web tabanlı eğitim grubunda  $6.86\pm6.92$  ve standart eğitim grubunda  $8.73\pm7.25$ ’dir.

Ayrıca hastaların günlük olarak tuvalete çıkma sayıları değerlendirildiğinde web tabanlı ve standart eğitim grubunda olan hastalarda benzer ortalamalar olduğu görülmüştür (sırasıyla  $3.76\pm1.65$  ile  $3.06\pm2.19$ ).

Web tabanlı ve standart eğitim grubundaki hastaların son bir yılda İBH nedeniyle hastaneye yatış ortalamaları, İBH dışında hastaneye yatış ortalamaları, geçirdikleri atak sayıları ve günlük tuvalete çıkma sayıları bakımından homojen bir dağılım gösterdiği, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>.05$ ).

#### 4.3. HASTALARIN HASTALIK AKTİVİTELERİNE GÖRE DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu bölümde, web tabanlı ve standart eğitim grubunda yer alan hastaların hastalık aktiviteleri ile ilgili değerlendirmeler yapılmış olup, buna ilişkin bulgular Tablo 19, Tablo 20 ve Tablo 21’de sunulmuştur.

Hastaların hastalık aktiviteleri ÜK için Mayo İndeksi, CH için Harvey Bradshaw Klinik Aktivite İndeksi kullanılarak değerlendirilmiştir.

**Tablo 19:** Hastaların Başlangıç Döneminde Hastalık Aktivitelerine Göre Dağılımı

| Eğitim Türü<br>Hastalık Aktivitesi | Web Tabanlı Eğitim |           | Standart Eğitim |           | $\chi^2$ | p      |
|------------------------------------|--------------------|-----------|-----------------|-----------|----------|--------|
|                                    | Sayı (n)           | Yüzde (%) | Sayı (n)        | Yüzde (%) |          |        |
| <b>ÜK MAYO İndeksi</b>             |                    |           |                 |           |          |        |
| Remisyon                           | 5                  | 31.3      | 4               | 25.0      | 0.155    | 1.000* |
| Hafif Hastalık                     | 5                  | 31.3      | 8               | 50.0      |          |        |
| Orta Şiddetli Hastalık             | 6                  | 37.4      | 4               | 25.0      |          |        |
| Şiddetli Hastalık                  | -                  | -         | -               | -         |          |        |
| <b>CH Harvey Bradshaw İndeksi</b>  |                    |           |                 |           |          |        |
| Remisyon                           | 5                  | 35.6      | 9               | 64.3      | 2.286    | .257*  |
| Hafif Hastalık                     | 8                  | 57.1      | 4               | 28.6      |          |        |
| Orta Derecede Aktif Hastalık       | 1                  | 7.1       | 1               | 7.1       |          |        |
| Şiddetli Aktif Hastalık            | -                  | -         | -               | -         |          |        |

\* Fisher Exact Test

Çalışma kapsamına alınan hastaların başlangıç döneminde hastalık aktivitelerine göre dağılımı Tablo 19’da gösterilmiştir. Buna göre web tabanlı eğitim grubunda ÜK tanılı hastaların kullandıkları ilaçlar göz önünde bulundurulmadan, %31.3’ünün remisyonunda, %31.3’ünün hafif şiddetli ve %37.4’ünün orta şiddetli hastalık döneminde olduğu; standart eğitim grubundaki ÜK tanılı hastaların ise %25.0’nın remisyonunda, %50.0’nın hafif şiddetli ve %25.0’nın orta şiddetli hastalık döneminde olduğu saptanmıştır.

Web tabanlı eğitim grubunda CH tanılı hastaların %37.5’inin remisyonunda, %57.1’inin hafif hastalık ve %7.1’inin orta şiddetli hastalık döneminde olduğu; buna karşın standart eğitim grubundaki CH tanılı hastaların %64.3’ünün remisyonunda,

%28.6'sının hafif hastalık ve %7.1'inin orta şiddetli hastalık döneminde olduğu saptanmıştır.

Her iki eğitim grubunda da çalışma kapsamına alınan hastaların hiçbirinin şiddetli hastalık döneminde olmadığı görülmüştür.

Çalışmanın başlangıç döneminde web tabanlı ve standart eğitim grubundaki hastaların, kullandıkları ilaçlar göz önünde bulundurulmadan, hastalık aktiviteleri bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>.05$ ).

**Tablo 20:** Hastaların Ölçüm Zamanlarına Göre ÜK Hastalık Aktivitelerinin Dağılımı

| Eğitim Türü<br>Zaman    | Web Tabanlı Eğitim |           | Standart Eğitim |           | $\chi^2$ | P      |
|-------------------------|--------------------|-----------|-----------------|-----------|----------|--------|
|                         | Sayı (n)           | Yüzde (%) | Sayı (n)        | Yüzde (%) |          |        |
| <b><u>BAŞLANGIÇ</u></b> |                    |           |                 |           |          |        |
| Remisyon Dönemi         | 5                  | 31.3      | 4               | 25.0      | 0.155    | 1.000* |
| Hafif Hastalık          | 5                  | 31.3      | 8               | 50.0      |          |        |
| Orta Şiddetli Hastalık  | 6                  | 37.4      | 4               | 25.0      |          |        |
| Şiddetli Hastalık       | -                  | -         | -               | -         |          |        |
| <b><u>2. HAFTA</u></b>  |                    |           |                 |           |          |        |
| Remisyon Dönemi         | 5                  | 31.3      | 6               | 37.4      | 0.182    | .913   |
| Hafif Hastalık          | 6                  | 37.4      | 5               | 31.3      |          |        |
| Orta Şiddetli Hastalık  | 4                  | 25.0      | 4               | 25.0      |          |        |
| Şiddetli Hastalık       | 1                  | 6.3       | 1               | 6.3       |          |        |
| <b><u>4. HAFTA</u></b>  |                    |           |                 |           |          |        |
| Remisyon Dönemi         | 8                  | 50.0      | 8               | 50.0      | 0.000    | 1.000* |
| Hafif Hastalık          | 4                  | 25.0      | 5               | 31.3      |          |        |
| Orta Şiddetli Hastalık  | 4                  | 25.0      | 3               | 18.7      |          |        |
| Şiddetli Hastalık       | -                  | -         | -               | -         |          |        |
| <b><u>8. HAFTA</u></b>  |                    |           |                 |           |          |        |
| Remisyon Dönemi         | 8                  | 50.0      | 10              | 62.4      | -0.508   | .722*  |
| Hafif Hastalık          | 6                  | 37.5      | 4               | 25.0      |          |        |
| Orta Şiddetli Hastalık  | 2                  | 12.5      | 1               | 6.3       |          |        |
| Şiddetli Hastalık       | -                  | -         | 1               | 6.3       |          |        |

\* Fisher Exact Test

Çalışma kapsamına alınan hastaların, kullandıkları ilaçlar göz önünde bulundurulmadan, ölçüm zamanlarına göre ÜK hastalık aktivitelerinin dağılımı Tablo 20'de gösterilmiştir.

Çalışmanın başlangıç döneminde ÜK hastalarının hastalık aktiviteleri değerlendirildiğinde; web tabanlı eğitim grubundaki ÜK hastalarının %31.3'ünün remisyon, %31.3'ünün hafif ve %37.4'ünün orta şiddetli hastalık döneminde olduğu, hiçbir hastanın şiddetli hastalık döneminde olmadığı saptanmıştır. Standart eğitim grubundaki ÜK hastalarının ise %25.0'nin remisyonunda, %50.0'nin hafif ve %25.0'nin orta şiddetli hastalık döneminde olduğu, hiçbir hastanın şiddetli hastalık döneminde olmadığı saptanmıştır. Çalışmanın başlangıcında ÜK hastalarının hastalık aktiviteleri bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>.05$ ).

Çalışmanın ikinci haftasında web tabanlı eğitim grubundaki ÜK hastalarının %31.3'ünün remisyonunda, %37.4'ünün hafif şiddetli, %25.0'nin orta şiddetli ve %6.3'ünün şiddetli hastalık döneminde olduğu; standart eğitim grubundaki hastaların en yüksek oranla %37.4'ünün remisyonunda, %31.3'ünün hafif şiddetli, %25.0'nin orta şiddetli ve %6.3'ünün şiddetli hastalık döneminde olduğu görülmüştür. Çalışmanın ikinci haftasında ÜK hastalarının hastalık aktiviteleri bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>.05$ ).

Çalışmanın dördüncü haftasındaki hastalık aktiviteleri incelendiğinde; web tabanlı eğitim grubundaki ÜK hastalarının en yüksek oranla %50.0'nin remisyonunda %25.0'nin hafif ve %25.0'nin orta şiddetli hastalık döneminde olduğu saptanmıştır. Buna karşın standart eğitim grubundaki ÜK hastalarının en yüksek oranla %50.0'nin remisyonunda, %31.3'ünün hafif ve %18.7'sinin orta şiddetli hastalık döneminde olduğu saptanmıştır. Çalışmanın dördüncü haftasında ÜK hastalarının hastalık aktiviteleri bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>.05$ ).

Çalışmanın sekizinci haftasında web tabanlı eğitim grubundaki ÜK hastalarının %50.0'nin remisyonunda, %37.5'inin hafif ve %12.5'inin orta şiddetli hastalık döneminde olduğu saptanmıştır. Standart eğitim grubundaki ÜK hastalarının ise önceki haftalardan daha yüksek oranla %62.4'ünün remisyonunda, %25.0'nin hafif şiddetli, %6.3'ünün orta şiddetli ve %6.3'ünün şiddetli hastalık döneminde olduğu belirlenmiştir. Çalışmanın sekizinci haftasında ÜK hastalarının hastalık aktiviteleri bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>.05$ ).

**Tablo 21:** Hastaların Ölçüm Zamanlarına Göre CH Hastalık Aktivitelerinin Dağılımı

| Eğitim Türü<br>Zaman   | Web Tabanlı Eğitim |           | Standart Eğitim |           | $\chi^2$ | p     |
|------------------------|--------------------|-----------|-----------------|-----------|----------|-------|
|                        | Sayı (n)           | Yüzde (%) | Sayı (n)        | Yüzde (%) |          |       |
| <b>BAŞLANGIÇ</b>       |                    |           |                 |           |          |       |
| Remisyon Dönemi        | 5                  | 35.6      | 9               | 64.3      | 2.286    | .257* |
| Hafif Hastalık         | 8                  | 57.1      | 4               | 28.6      |          |       |
| Orta Şiddetli Hastalık | 1                  | 7.1       | 1               | 7.1       |          |       |
| Şiddetli Hastalık      | -                  | -         | -               | -         |          |       |
| <b>2. HAFTA</b>        |                    |           |                 |           |          |       |
| Remisyon Dönemi        | 7                  | 50.0      | 10              | 71.4      | 1.348    | .440* |
| Hafif Hastalık         | 5                  | 35.7      | 3               | 21.5      |          |       |
| Orta Şiddetli Hastalık | 2                  | 14.3      | 1               | 7.1       |          |       |
| Şiddetli Hastalık      | -                  | -         | -               | -         |          |       |
| <b>4. HAFTA</b>        |                    |           |                 |           |          |       |
| Remisyon Dönemi        | 7                  | 50.0      | 10              | 71.4      | 1.348    | .440* |
| Hafif Hastalık         | 5                  | 35.7      | 2               | 14.3      |          |       |
| Orta Şiddetli Hastalık | 2                  | 14.3      | 2               | 14.3      |          |       |
| Şiddetli Hastalık      | -                  | -         | -               | -         |          |       |
| <b>8. HAFTA</b>        |                    |           |                 |           |          |       |
| Remisyon Dönemi        | 5                  | 35.7      | 10              | 71.4      | 3.590    | .128* |
| Hafif Hastalık         | 7                  | 50.0      | 3               | 21.5      |          |       |
| Orta Şiddetli Hastalık | 2                  | 14.3      | 1               | 7.1       |          |       |
| Şiddetli Hastalık      | -                  | -         | -               | -         |          |       |

\* Fisher Exact Test

Çalışma kapsamına alınan hastaların, kullandıkları ilaçlar göz önünde bulundurulmadan, ölçüm zamanlarına göre CH hastalık aktiviteleri Tablo 21’de gösterilmiştir.

Web tabanlı eğitim grubundaki CH olan hastaların hastalık aktiviteleri değerlendirildiğinde; başlangıçta %37.5’inin remisyonunda, en yüksek oranla %57.5’inin hafif hastalık döneminde ve %7.1’inin orta şiddetli hastalık döneminde olduğu saptanmıştır. Standart eğitim grubunda ise CH olan hastaların başlangıçta en yüksek oranla %64.3’ünün remisyonunda, %28.6’sının hafif şiddetli ve %7.1’inin orta şiddetli hastalık döneminde olduğu saptanmıştır. Çalışmanın başlangıcında CH olan hastaların hastalık aktiviteleri bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>.05$ ).

Çalışmanın ikinci haftasında web tabanlı eğitim grubundaki CH olan hastaların en yüksek oranla %50.0'nın remisyonda, %35.7'sinin hafif şiddetli ve %14.3'ünün orta şiddetli hastalık döneminde olduğu; standart eğitim grubunda CH olan hastaların en yüksek oranla %71.4'ünün remisyonda olduğu, %21.5'inin hafif şiddetli ve %7.1'inin orta şiddetli hastalık döneminde olduğu görülmüştür. Çalışmanın ikinci haftasında CH olan hastaların hastalık aktiviteleri bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>.05$ ).

Çalışmanın dördüncü haftasında web tabanlı eğitim grubundaki CH olan hastaların en yüksek oranla %50.0'nın remisyonda, %35.7'sinin hafif şiddetli ve %14.3'ünün orta şiddetli hastalık döneminde olduğu; standart eğitim grubunda CH olan hastaların en yüksek oranla %71.4'ünün remisyonda olduğu, %14.3'ünün hafif şiddetli ve %14.3'ünün orta şiddetli hastalık döneminde olduğu belirlenmiştir. Çalışmanın dördüncü haftasında CH olan hastaların hastalık aktiviteleri bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>.05$ ).

Çalışmanın sekizinci haftasında web tabanlı eğitim grubundaki CH olan hastaların %35.7'sinin remisyonda, %50.0'nın hafif ve %14.3'ünün orta şiddetli dönemde olduğu; standart eğitim grubunda ise CH olan hastaların %71.4'ünün remisyonda, %21.5'inin hafif şiddetli ve %7.1'inin orta şiddetli hastalık döneminde olduğu görülmüştür. Çalışmanın sekizinci haftasında CH olan hastaların hastalık aktiviteleri bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>.05$ ).

Tablo 20 ve Tablo 21'de web tabanlı ve standart eğitim grubundaki hastaların ilerleyen ölçüm zamanlarında hastalık aktivitelerinin azaldığı, daha çok hastanın remisyona girdiği ve çalışma boyunca hiçbir hastanın şiddetli hastalık yaşamadığı saptanmıştır. Bununla birlikte eğitim grupları arasında hastalık aktiviteleri bakımından anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. Çalışmanın birinci hipotezi (Web tabanlı İBH eğitimi alan hastaların hastalık aktiviteleri standart eğitim alan hastalardan farklıdır) reddedilmiştir.

#### **4.4. HASTALARIN DENEYİMLEDİKLERİ SEMPTOMLARA İLİŞKİN VERİLER**

Bu bölümde, her iki eğitim grubunda yer alan hastaların yaşadıkları GİS ve sistemik semptomlara ilişkin değerlendirmeler yapılmış olup; bu kapsamda elde edilen bulgular her semptom için ayrı ayrı olmak üzere Tablo 22–51 ve Grafik 1–11 arasında sunulmuştur.



#### 4.4.1. Hastaların GİS Semptomlarına İlişkin Bulguları

**Tablo 22:** Çalışma Başlangıcında Hastaların GİS Semptomlarına Göre Dağılımı

| GİS Semptomları            |                 | Web Tabanlı Eğitim |           | Standart Eğitim |           | $\chi^2$ | p      |
|----------------------------|-----------------|--------------------|-----------|-----------------|-----------|----------|--------|
|                            |                 | Sayı (n)           | Yüzde (%) | Sayı (n)        | Yüzde (%) |          |        |
| <b>Diyare</b>              | Semptom yok     | 10                 | 33.3      | 7               | 23.3      | 3.411    | .182   |
|                            | 1-5 şiddetinde  | 16                 | 53.3      | 13              | 43.3      |          |        |
|                            | 6-10 şiddetinde | 4                  | 13.4      | 10              | 33.3      |          |        |
| <b>Karın Ağrısı</b>        | Semptom yok     | 9                  | 30.0      | 11              | 36.7      | 2.819    | .244   |
|                            | 1-5 şiddetinde  | 17                 | 56.7      | 11              | 36.7      |          |        |
|                            | 6-10 şiddetinde | 4                  | 13.3      | 8               | 26.6      |          |        |
| <b>Dışkıda Kan</b>         | Semptom yok     | 20                 | 66.7      | 21              | 70.0      | 0.077    | 1.000* |
|                            | 1-5 şiddetinde  | 6                  | 20.0      | 4               | 13.3      |          |        |
|                            | 6-10 şiddetinde | 4                  | 13.3      | 5               | 16.7      |          |        |
| <b>Dışkıda Mukus</b>       | Semptom yok     | 6                  | 20.0      | 8               | 26.7      | 3.694    | .158   |
|                            | 1-5 şiddetinde  | 20                 | 66.7      | 13              | 43.3      |          |        |
|                            | 6-10 şiddetinde | 4                  | 13.3      | 9               | 30.0      |          |        |
| <b>Tenesmus</b>            | Semptom yok     | 8                  | 26.7      | 7               | 23.3      | 2.993    | .224   |
|                            | 1-5 şiddetinde  | 16                 | 53.3      | 11              | 36.7      |          |        |
|                            | 6-10 şiddetinde | 6                  | 20.0      | 12              | 40.0      |          |        |
| <b>Rektumda Hassasiyet</b> | Semptom yok     | 9                  | 30.0      | 16              | 53.4      | 6.945    | .031** |
|                            | 1-5 şiddetinde  | 17                 | 56.7      | 7               | 23.3      |          |        |
|                            | 6-10 şiddetinde | 4                  | 13.3      | 7               | 23.3      |          |        |
| <b>Bulantı</b>             | Semptom yok     | 16                 | 53.4      | 18              | 60.0      | 0.271    | .795*  |
|                            | 1-5 şiddetinde  | 13                 | 43.3      | 9               | 30.0      |          |        |
|                            | 6-10 şiddetinde | 1                  | 3.3       | 3               | 10.0      |          |        |
| <b>Kusma</b>               | Semptom yok     | 27                 | 90.0      | 27              | 90.0      | -        | -      |
|                            | 1-5 şiddetinde  | 3                  | 10.0      | 3               | 10.0      |          |        |
|                            | 6-10 şiddetinde | -                  | -         | -               | -         |          |        |
| <b>İştahta Azalma</b>      | Semptom yok     | 15                 | 50.0      | 17              | 56.7      | 0.458    | .795   |
|                            | 1-5 şiddetinde  | 8                  | 26.7      | 8               | 26.7      |          |        |
|                            | 6-10 şiddetinde | 7                  | 23.3      | 5               | 16.6      |          |        |
| <b>Kilo Kaybı</b>          | Semptom yok     | 22                 | 73.4      | 23              | 76.7      | 0.089    | 1.000* |
|                            | 1-5 şiddetinde  | 7                  | 23.3      | 3               | 10.0      |          |        |
|                            | 6-10 şiddetinde | 1                  | 3.3       | 4               | 13.3      |          |        |

\* Fisher Exact Test

\*\* p: <.05 düzeyinde anlamlıdır

Çalışma başlangıcında hastaların yaşadığı GİS semptomlarının dağılımı Tablo 22’de gösterilmiştir.

Başlangıç döneminde web tabanlı eğitim grubundaki hastaların %53.3’ü, standart eğitim grubundaki hastaların %43.3’ü 1–5 şiddetinde diyare yaşadığını belirtmiş; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ( $\chi^2= 3.411$ ;  $p>.05$ ).

Web tabanlı eğitim grubundaki hastaların %56.7’si 1–5 şiddetinde karın ağrısı yaşarken; standart eğitim grubundaki hastaların %36.7’si ya hiç karın ağrısı yaşamadığını ya da 1–5 şiddetinde karın ağrısı yaşadığını belirtmiştir. Karın ağrısı semptomunun dağılımı bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ( $\chi^2= 2.829$ ;  $p>.05$ ).

Her iki grupta çalışma kapsamına aldığımız hastaların çoğunluğunun dışkıda kan semptomu yaşamadığını; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $\chi^2= 0.077$ ;  $p>.05$ ).

Web tabanlı eğitim grubundaki hastaların %66.7’si, standart eğitim grubundaki hastaların %43.3’ü 1–5 şiddetinde dışkıda mukus yaşadığını belirtmiş; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ( $\chi^2= 3.694$ ;  $p>.05$ ).

Web tabanlı eğitim grubundaki hastaların en fazla oranla %53.3’ü 1–5 şiddetinde tenesmus yaşarken; standart eğitim grubundaki hastaların en fazla oranla %40.0’ı 6–10 şiddetinde tenesmus yaşadığını belirtmiştir. Tenesmus semptomunun dağılımı bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ( $\chi^2= 2.993$ ;  $p>.05$ ).

Web tabanlı eğitim grubundaki hastaların %56.7’si 1–5 şiddetinde rektumda hassasiyet semptomu yaşarken; standart eğitim grubundaki hastaların %53.4’ü rektumda hassasiyet yaşamadığını belirtmiştir. Rektumda hassasiyet semptomunun dağılımı bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ( $\chi^2= 6.945$ ;  $p<.05$ ).

Her iki grupta çalışma kapsamına aldığımız hastaların çoğunluğunun bulantı yaşamadığını; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $\chi^2= 0.271$ ;  $p>.05$ ).

Her iki grupta çalışma kapsamına aldığımız hastaların neredeyse tamamının kusma yaşamadığını saptanmıştır.

Her iki grupta çalışma kapsamına aldığımız hastaların yarısının iştahta azalma semptomu yaşamadığı; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $\chi^2= 0.458$ ;  $p>.05$ ).

Her iki grupta çalışma kapsamına aldığımız hastaların çoğunluğunun kilo kaybı semptomu yaşamadığı; gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $\chi^2= 0.089$ ;  $p>.05$ ).



#### 4.4.1.1. Hastaların Diyare Semptomuna İlişkin Bulguları

**Tablo 23:** Hastaların Ölçüm Zamanlarına Göre Diyare Semptomunun Dağılımı

| Diyare Semptomu |                 | Web Tabanlı Eğitim |           | Standart Eğitim |           | $\chi^2$ | p     |
|-----------------|-----------------|--------------------|-----------|-----------------|-----------|----------|-------|
|                 |                 | Sayı (n)           | Yüzde (%) | Sayı (n)        | Yüzde (%) |          |       |
| Başlangıç       | Diyare yok      | 10                 | 33.4      | 7               | 23.3      | 3.411    | .182  |
|                 | 1-5 şiddetinde  | 16                 | 53.3      | 13              | 43.3      |          |       |
|                 | 6-10 şiddetinde | 4                  | 13.3      | 10              | 33.4      |          |       |
| 2. Hafta        | Diyare yok      | 7                  | 23.3      | 7               | 23.3      | 1.804    | .406  |
|                 | 1-5 şiddetinde  | 19                 | 63.4      | 15              | 50.0      |          |       |
|                 | 6-10 şiddetinde | 4                  | 13.3      | 8               | 26.7      |          |       |
| 4. Hafta        | Diyare yok      | 7                  | 23.3      | 10              | 33.3      | 8.216    | .007* |
|                 | 1-5 şiddetinde  | 22                 | 73.4      | 12              | 40.0      |          |       |
|                 | 6-10 şiddetinde | 1                  | 3.3       | 8               | 26.7      |          |       |
| 8. Hafta        | Diyare yok      | 8                  | 26.7      | 12              | 40.0      | 1.339    | .381* |
|                 | 1-5 şiddetinde  | 20                 | 66.7      | 14              | 46.7      |          |       |
|                 | 6-10 şiddetinde | 2                  | 6.6       | 4               | 13.3      |          |       |

\* Fisher Exact Test

Çalışma kapsamına alınan hastaların ölçüm zamanlarına göre diyare semptomunun dağılımı Tablo 23'te incelenmiştir.

Başlangıç döneminde web tabanlı eğitim grubundaki hastaların %53.3'ü, standart eğitim grubundaki hastaların %43.3'ü 1-5 şiddetinde diyare yaşadığını belirtmiştir. Web tabanlı ve standart eğitim gruplarındaki hastaların diyare semptomu bakımından başlangıç dönemindeki ölçümlerinin homojen olduğu, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ( $\chi^2= 3.411$ ;  $p>.05$ ).

Çalışmanın ikinci ve sekizinci haftalarında da web tabanlı ve standart eğitim alan hastalarda en fazla oranla diyarenin 1-5 şiddetinde olduğu görülmüştür. Web tabanlı ve standart eğitim gruplarındaki hastaların diyare semptomu bakımından ikinci ve sekizinci haftalarda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür (sırasıyla  $\chi^2= 1.804$  ve  $\chi^2=1.339$ ;  $p>.05$ ).

Çalışmanın dördüncü haftasında ise web tabanlı ve standart eğitim alan hastalarda diyare semptomunun en fazla oranda 1-5 şiddetinde olduğu görülmüştür.

Web tabanlı ve standart eğitim gruplarındaki hastaların dördüncü haftadaki diyare semptomu dağılımlarının normal olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ( $\chi^2= 8.216$ ;  $p<.05$ ).

**Tablo 24:** Hastaların Ölçüm Zamanlarına Göre Diyare Semptom Şiddeti Ortalamalarının Karşılaştırması

| Diyare Semptomu    | Web Tabanlı Eğitim | Standart Eğitim     | t     | p    |
|--------------------|--------------------|---------------------|-------|------|
|                    | $\bar{X} \pm SS$   | $\bar{X} \pm SS$    |       |      |
| Başlangıç          | 2.53 $\pm$ 2.30    | 3.93 $\pm$ 3.33     | 1.894 | .064 |
| 2. Hafta           | 2.43 $\pm$ 2.16    | 3.36 $\pm$ 2.85     | 1.427 | .159 |
| 4. Hafta           | 2.20 $\pm$ 1.82    | 3.13 $\pm$ 2.87     | 1.501 | .140 |
| 8. Hafta           | 2.20 $\pm$ 2.04    | 2.36 $\pm$ 2.44     | 0.287 | .775 |
| t , p              | t = 0.854 p= .400  | t = 3.065 p= .005** |       |      |
| Değişim Yüzdesi    | %13.04             | %39.94              |       |      |
| Zaman <sup>a</sup> | F=5.960            | p=.004**            |       |      |
| Grup x Zaman       | F=2.435            | p=.096              |       |      |

\* p: <.05 düzeyinde anlamlıdır

\*\* p: <.001 düzeyinde anlamlıdır

<sup>a</sup>: Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi

t: Eşleştirilmiş iki grup t testi (başlangıç & 8. hafta)

t: Bağımsız iki grup t testi

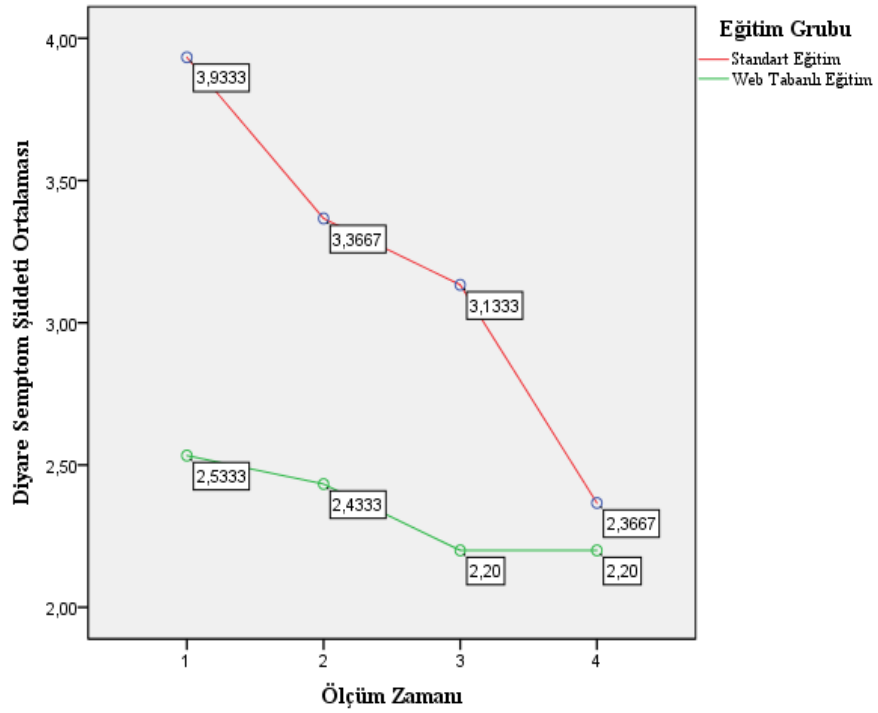
Çalışma kapsamına alınan hastaların ölçüm zamanlarına göre diyare semptom şiddet ortalamalarının karşılaştırması Tablo 24'te ve Grafik 1'de gösterilmiştir.

Web tabanlı eğitim grubunda diyare semptom şiddet ortalaması başlangıçta 2.53 $\pm$ 2.30 iken; çalışma sonunda 2.20 $\pm$ 2.04 olarak hesaplanmış ve şiddet ortalamasında haftalar içerisinde düşme olduğu görülmüştür. Web tabanlı eğitim grubundaki hastaların diyare semptom şiddet ortalaması bakımından çalışmanın başlangıcı ve sonu arasında grup içinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (t=0.854;  $p>.05$ ).

Standart eğitim grubunda diyare semptomunun başlangıçtaki ortalaması 3.93 $\pm$ 3.33 ve çalışma sonundaki ortalaması 2.36 $\pm$ 2.44'tür. Standart eğitim grubundaki hastaların diyare semptom şiddet ortalaması bakımından çalışmanın başlangıcı ve sonu arasında grup içinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (t=3.065;  $p<.05$ ).

Diyare semptom şiddetinin standart eğitim grubundaki hastalarda, web tabanlı eğitim grubundaki hastalara kıyasla daha yüksek olduğu görülmüştür. Web tabanlı ve standart eğitim gruplarındaki hastaların diyare semptom şiddeti ortalaması bakımından çalışmanın başlangıcında, ikinci, dördüncü ve sekizinci haftalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görülmüştür ( $p>.05$ ).

Elde edilen bulgulara göre web tabanlı ve standart eğitim gruplarındaki hastaların diyare semptom şiddeti ortalaması bakımından zaman ( $F=5.960$ ;  $p<.05$ ) etkileşimi açısından anlamlı bir fark olduğu, ancak grup x zaman ( $F=2.435$ ;  $p>.05$ ) etkileşimi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Bu analizler doğrultusunda çalışmanın ikinci hipotezi (Hastaların, diyare şikayetlerinin kontrol altına alınmasında web tabanlı İBH eğitim programı ile standart eğitim arasında fark vardır) reddedilmiştir.



**Grafik 1: Ölçüm Zamanlarına Göre Diyare Semptom Şiddeti**

Çalışma kapsamına alınan hastaların başlangıç ve sekizinci haftadaki diyare semptom şiddeti ortalamalarının değişim yüzdeleri web tabanlı eğitim grubunda %13.04, standart eğitim grubunda %39.94 olarak saptanmıştır.

#### 4.4.1.2. Hastaların Karın Ağrısı Semptomuna İlişkin Bulguları

**Tablo 25:** Hastaların Ölçüm Zamanlarına Göre Karın Ağrısı Semptomunun Dağılımı

| Karın Ağrısı Semptomu |                  | Web Tabanlı Eğitim |           | Standart Eğitim |           | $\chi^2$ | P      |
|-----------------------|------------------|--------------------|-----------|-----------------|-----------|----------|--------|
|                       |                  | Sayı (n)           | Yüzde (%) | Sayı (n)        | Yüzde (%) |          |        |
| <b>Başlangıç</b>      | Karın Ağrısı yok | 9                  | 30.0      | 11              | 36.7      | 2.819    | .244   |
|                       | 1-5 şiddetinde   | 17                 | 56.7      | 11              | 36.7      |          |        |
|                       | 6-10 şiddetinde  | 4                  | 13.3      | 8               | 26.6      |          |        |
| <b>2. Hafta</b>       | Karın Ağrısı yok | 8                  | 26.6      | 11              | 36.7      | 1.098    | .578   |
|                       | 1-5 şiddetinde   | 17                 | 56.7      | 13              | 43.3      |          |        |
|                       | 6-10 şiddetinde  | 5                  | 16.7      | 6               | 20.0      |          |        |
| <b>4. Hafta</b>       | Karın Ağrısı yok | 12                 | 40.0      | 8               | 26.7      | 1.200    | .412*  |
|                       | 1-5 şiddetinde   | 15                 | 50.0      | 18              | 60.0      |          |        |
|                       | 6-10 şiddetinde  | 3                  | 10.0      | 4               | 13.3      |          |        |
| <b>8. Hafta</b>       | Karın Ağrısı yok | 13                 | 43.3      | 14              | 46.7      | 0.067    | 1.000* |
|                       | 1-5 şiddetinde   | 16                 | 53.4      | 13              | 43.3      |          |        |
|                       | 6-10 şiddetinde  | 1                  | 3.3       | 3               | 10.0      |          |        |

\* Fisher Exact Test

Tablo 25’te hastaların ölçüm zamanlarına göre karın ağrısı semptomunun dağılımı verilmiştir.

Başlangıç döneminde web tabanlı eğitim grubundaki hastaların en fazla oranla %56.7’si 1–5 şiddetinde karın ağrısı yaşadığını belirtmiştir. Standart eğitim grubundaki hastaların ise en fazla oranla %36.7’si ya hiç karın ağrısı yaşamadığını ya da 1–5 şiddetinde karın ağrısı yaşadığını ifade etmiştir. Web tabanlı ve standart eğitim gruplarındaki hastaların karın ağrısı semptomu bakımından başlangıç dönemindeki ölçümlerinin homojen ve normal dağılım gösterdiği ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ( $\chi^2= 2.819$  ;  $p>.05$ ).

Çalışmanın ikinci ve dördüncü haftalarında yapılan ölçümlerde de web tabanlı ve standart eğitim gruplarındaki hastalarda karın ağrısı en fazla 1–5 şiddetinde görülmüştür. Karın ağrısı semptomu bakımından ikinci ve dördüncü haftalarda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ( $p>.05$ ).

Çalışmanın sekizinci haftasında ise web tabanlı eğitim grubundaki hastaların en fazla oranla %53.4’ünde karın ağrısı semptom şiddeti 1–5 şiddetinde görülürken; standart eğitim grubundaki hastaların en fazla oranla %46.7’sinde hiç karın ağrısı yaşamadığı saptanmıştır. Karın ağrısı semptomunun normal dağılım göstermediği ve sekizinci haftada gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ( $p>.05$ ).

**Tablo 26:** Hastaların Ölçüm Zamanlarına Göre Karın Ağrısı Semptom Şiddeti Ortalamalarının Karşılaştırması

| Karın Ağrısı Semptomu | Web Tabanlı Eğitim   | Standart Eğitim      | t     | p    |
|-----------------------|----------------------|----------------------|-------|------|
|                       | $\bar{X} \pm SS$     | $\bar{X} \pm SS$     |       |      |
| Başlangıç             | 2.60±2.67            | 3.33±3.47            | 0.916 | .364 |
| 2. Hafta              | 2.60±2.85            | 2.66±2.75            | 0.092 | .927 |
| 4. Hafta              | 2.13±2.54            | 2.76±2.62            | 0.950 | .346 |
| 8. Hafta              | 1.80±2.04            | 1.93±2.39            | 0.232 | .817 |
| t , p                 | t = 2.449   p= .021* | t = 2.341   p= .026* |       |      |
| Değişim Yüzdesi       | %30.76               | %42.04               |       |      |
| Zaman <sup>a</sup>    | F=6.991              | p=.000**             |       |      |
| Grup x Zaman          | F=0.953              | p=.416               |       |      |

\* p: <.05 düzeyinde anlamlıdır

\*\* p: <.001 düzeyinde anlamlıdır

<sup>a</sup>: Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi

t: Eşleştirilmiş iki grup t testi (başlangıç & 8. hafta)

t: Bağımsız iki grup t testi

Hastaların ölçüm zamanlarına göre karın ağrısı semptomunun şiddet ortalamaları Tablo 26’da ve Grafik 2’de gösterilmiştir.

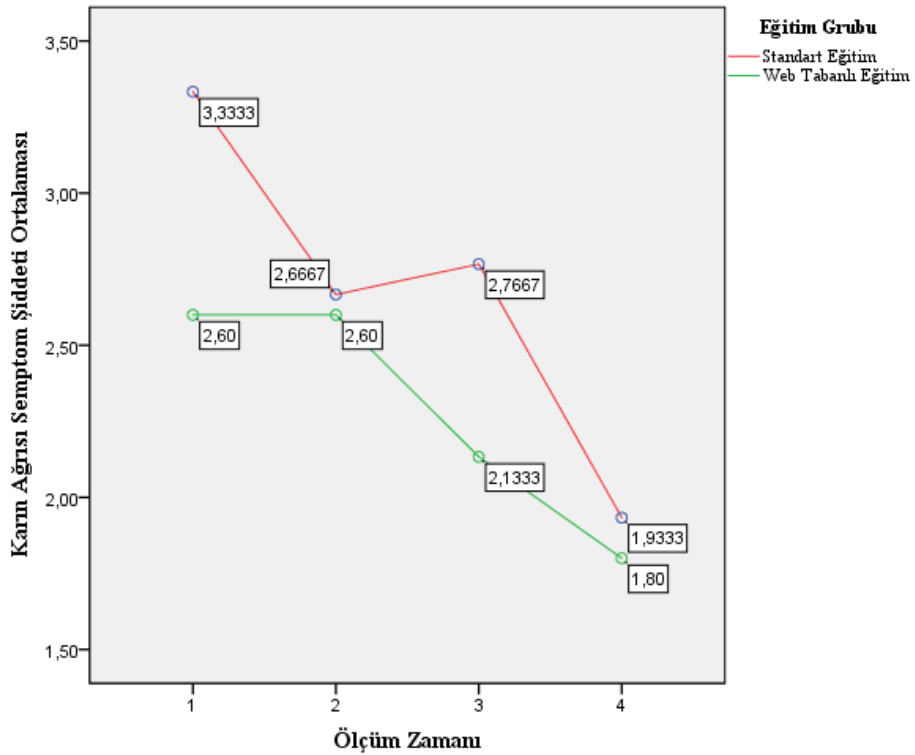
Web tabanlı eğitim grubunda karın ağrısı semptom şiddet ortalaması başlangıçta 2.60±2.67 iken; çalışmanın sonunda 1.80±2.04 olarak hesaplanmıştır. Web tabanlı eğitim grubundaki hastaların karın ağrısı semptom şiddet ortalaması bakımından çalışmanın başlangıcı ve sonu arasında grup içindeki farkın normal dağılım gösterdiği ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ( $t=2.449$ ;  $p<.05$ ).

Standart eğitim grubundaki hastaların karın ağrısı semptomu, web tabanlı eğitim grubundaki hastalardan daha yüksek olup; başlangıçta 3.33±3.47 ve çalışma sonunda 1.93±2.39 olarak hesaplanmıştır. Standart eğitim grubundaki hastaların

karın ağrısı semptom şiddet ortalaması bakımından çalışmanın başlangıcı ve sonu arasında grup içinde normal dağılım gösterdiği ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ( $t=2.341$ ;  $p<.05$ ).

Web tabanlı ve standart eğitim gruplarındaki hastaların karın ağrısı semptom şiddeti ortalaması bakımından çalışmanın başlangıcında, ikinci, dördüncü ve sekizinci haftalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>.05$ ).

Web tabanlı ve standart eğitim gruplarındaki hastaların karın ağrısı semptom şiddeti ortalaması bakımından zaman ( $F=6.991$ ;  $p=.000$ ) etkileşimi açısından anlamlı bir fark olduğu, buna karşın grup x zaman ( $F=0.953$ ;  $p>.05$ ) etkileşimi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Bu analizler doğrultusunda çalışmanın üçüncü hipotezi (Hastaların, karın ağrısı şikayetlerinin kontrol altına alınmasında web tabanlı İBH eğitim programı ile standart eğitim arasında fark vardır) reddedilmiştir.



**Grafik 2: Ölçüm Zamanlarına Göre Karın Ağrısı Semptom Şiddeti**

Çalışma kapsamına alınan hastaların başlangıç ve sekizinci haftadaki karın ağrısı semptom şiddeti ortalamalarının değişim yüzdeleri web tabanlı eğitim grubunda %30.76, standart eğitim grubunda %42.04 olarak saptanmıştır.

#### 4.4.1.3. Hastaların Dışkıda Kan Semptomuna İlişkin Bulguları

**Tablo 27:** Hastaların Ölçüm Zamanlarına Göre Dışkıda Kan Semptomunun Dağılımı

| Dışkıda Kan Semptomu |                 | Web Tabanlı Eğitim |           | Standart Eğitim |           | $\chi^2$ | P      |
|----------------------|-----------------|--------------------|-----------|-----------------|-----------|----------|--------|
|                      |                 | Sayı (n)           | Yüzde (%) | Sayı (n)        | Yüzde (%) |          |        |
| <b>Başlangıç</b>     | Kan yok         | 20                 | 66.7      | 21              | 70.0      | 0.077    | 1.000* |
|                      | 1-5 şiddetinde  | 6                  | 20.0      | 4               | 13.3      |          |        |
|                      | 6-10 şiddetinde | 4                  | 13.3      | 5               | 16.7      |          |        |
| <b>2. Hafta</b>      | Kan yok         | 18                 | 60.0      | 20              | 66.7      | 0.287    | .789*  |
|                      | 1-5 şiddetinde  | 8                  | 26.7      | 8               | 26.7      |          |        |
|                      | 6-10 şiddetinde | 4                  | 13.3      | 2               | 6.6       |          |        |
| <b>4. Hafta</b>      | Kan yok         | 20                 | 66.7      | 22              | 73.4      | 0.317    | .779*  |
|                      | 1-5 şiddetinde  | 8                  | 26.7      | 6               | 20.0      |          |        |
|                      | 6-10 şiddetinde | 2                  | 6.6       | 2               | 6.6       |          |        |
| <b>8. Hafta</b>      | Kan yok         | 20                 | 66.7      | 22              | 73.4      | 0.317    | .779*  |
|                      | 1-5 şiddetinde  | 10                 | 33.3      | 6               | 20.0      |          |        |
|                      | 6-10 şiddetinde | -                  | -         | 2               | 6.6       |          |        |

\* Fisher Exact Test

Tablo 27’de hastaların ölçüm zamanlarına göre dışkıda kan semptomunun dağılımı verilmiştir.

Başlangıç döneminde web tabanlı eğitim alanların %66.7’sinde, standart eğitim alanların ise %70.0’ında dışkıda kan görülmemiştir. Web tabanlı ve standart eğitim gruplarındaki hastaların dışkıda kan semptomu bakımından başlangıç dönemindeki ölçümlerinin homojen olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ( $\chi^2= 0.077$ ;  $p>.05$ ).

Çalışmanın ikinci, dördüncü ve sekizinci haftalarında da hastaların büyük çoğunluğunda dışkıda kan semptomu görülmemiştir. Dışkıda kan semptomu bakımından ikinci, dördüncü ve sekizinci haftalarda normal dağılım göstermediği ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>.05$ ).

**Tablo 28:** Hastaların Ölçüm Zamanlarına Göre Dışkıda Kan Semptom Şiddeti Ortalamalarının Karşılaştırması

| Dışkıda Kan Semptomu | Web Tabanlı Eğitim | Standart Eğitim   | t      | p    |
|----------------------|--------------------|-------------------|--------|------|
|                      | $\bar{X} \pm SS$   | $\bar{X} \pm SS$  |        |      |
| Başlangıç            | 1.83±3.06          | 1.63±3.14         | -0.249 | .804 |
| 2. Hafta             | 1.83±2.61          | 1.36±2.47         | -0.711 | .480 |
| 4. Hafta             | 1.60±2.49          | 1.00±1.96         | -1.034 | .306 |
| 8. Hafta             | 1.16±1.76          | 0.63±1.54         | -1.247 | .217 |
| t , p                | t = 1.904 p= .067  | t = 1.750 p= .091 |        |      |
| Değişim Yüzdesi      | %36.61             | %61.34            |        |      |
| Zaman <sup>a</sup>   | F=4.928            | p=.003**          |        |      |
| Grup x Zaman         | F=0.277            | p=.842            |        |      |

\* p: <.05 düzeyinde anlamlıdır

\*\* p: <.001 düzeyinde anlamlıdır

<sup>a</sup>: Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi

t: Eşleştirilmiş iki grup t testi (başlangıç & 8. hafta)

t: Bağımsız iki grup t testi

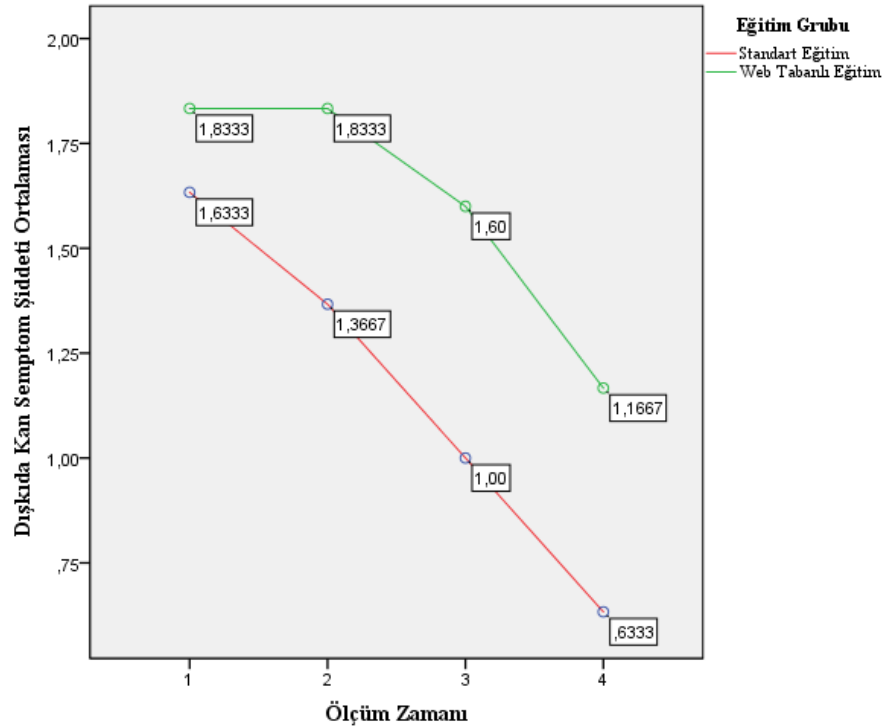
Tablo 28’de ve Grafik 3’te hastaların ölçüm zamanlarına göre dışkıda kan semptom şiddeti ortalamaları karşılaştırılmıştır.

Web tabanlı eğitim grubunda çalışma başlangıcında 1.83±3.06 olan dışkıda kan semptom şiddet ortalaması çok az bir düşüş ile çalışma sonunda 1.16±1.76 olarak hesaplanmıştır. Web tabanlı eğitim grubundaki hastaların dışkıda kan semptom şiddeti ortalaması bakımından çalışmanın başlangıcı ve sonu arasında grup içinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür (t=1.904; p>.05).

Standart eğitim grubundaki hastalarda ise dışkıda kan semptomunun başlangıçtaki ortalaması 1.63±3.14 olup, sekizinci haftadaki ortalaması 0.63±1.54 olarak azalma göstermiştir. Standart eğitim grubundaki hastaların dışkıda kan semptom şiddeti ortalaması bakımından çalışmanın başlangıcı ve sonu arasında grup içinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür (t=1.750; p>.05).

Web tabanlı ve standart eğitim gruplarındaki hastaların dışkıda kan semptom şiddeti ortalaması bakımından çalışmanın başlangıcında, ikinci, dördüncü ve sekizinci haftasında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (p>.05).

Web tabanlı ve standart eğitim gruplarındaki hastaların dışkıda kan semptom şiddeti ortalaması bakımından zaman ( $F=4.928$ ;  $p=.003$ ) etkileşimi açısından anlamlı bir fark olduğu, buna karşın grup x zaman ( $F=0.277$ ;  $p=.842$ ) etkileşimi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Bu analizler doğrultusunda çalışmanın dördüncü hipotezi (Hastaların, dışkıda kan şikayetlerinin kontrol altına alınmasında web tabanlı İBH eğitim programı ile standart eğitim arasında fark vardır) reddedilmiştir.



**Grafik 3: Ölçüm Zamanlarına Göre Dışkıda Kan Semptom Şiddeti**

Çalışma kapsamına alınan hastaların başlangıç ve sekizinci haftadaki dışkıda kan semptom şiddeti ortalamalarının değişim yüzdeleri web tabanlı eğitim grubunda %36.61, standart eğitim grubunda %61.34 olarak saptanmıştır.

#### 4.4.1.4. Hastaların Dışkıda Mukus Semptomuna İlişkin Bulguları

**Tablo 29:** Hastaların Ölçüm Zamanlarına Göre Dışkıda Mukus Semptomunun Dağılımı

| Dışkıda Mukus Semptomu |                 | Web Tabanlı Eğitim |           | Standart Eğitim |           | $\chi^2$ | p     |
|------------------------|-----------------|--------------------|-----------|-----------------|-----------|----------|-------|
|                        |                 | Sayı (n)           | Yüzde (%) | Sayı (n)        | Yüzde (%) |          |       |
| Başlangıç              | Mukus yok       | 6                  | 20.0      | 8               | 26.7      | 3.694    | .158  |
|                        | 1-5 şiddetinde  | 20                 | 66.7      | 13              | 43.3      |          |       |
|                        | 6-10 şiddetinde | 4                  | 13.3      | 9               | 30.0      |          |       |
| 2. Hafta               | Mukus yok       | 7                  | 23.3      | 5               | 16.7      | 0.444    | .801  |
|                        | 1-5 şiddetinde  | 17                 | 56.7      | 19              | 63.3      |          |       |
|                        | 6-10 şiddetinde | 6                  | 20.0      | 6               | 20.0      |          |       |
| 4. Hafta               | Mukus yok       | 8                  | 26.7      | 6               | 20.0      | 0.373    | .761* |
|                        | 1-5 şiddetinde  | 17                 | 56.7      | 20              | 66.7      |          |       |
|                        | 6-10 şiddetinde | 5                  | 16.6      | 4               | 13.3      |          |       |
| 8. Hafta               | Mukus yok       | 8                  | 26.7      | 10              | 33.4      | 0.317    | .779* |
|                        | 1-5 şiddetinde  | 18                 | 60.0      | 16              | 53.3      |          |       |
|                        | 6-10 şiddetinde | 4                  | 13.3      | 4               | 13.3      |          |       |

\* Fischer Exact Test

Tablo 29’da hastaların ölçüm zamanlarına göre dışkıda mukus semptomunun dağılımı verilmiştir.

Başlangıç döneminde web tabanlı eğitim alanların %66.7’sinde, standart eğitim alanların ise %43.3’ünde dışkıda mukus semptomu 1–5 şiddetinde görülmüştür. Web tabanlı ve standart eğitim gruplarındaki hastaların dışkıda mukus semptomu bakımından başlangıç dönemindeki ölçümlerinin homojen olduğu, normal dağılım gösterdiği ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ( $\chi^2= 3.694$ ;  $p>.05$ ).

Çalışmanın ikinci, dördüncü ve sekizinci haftalarında da web tabanlı ve standart eğitim alan hastaların büyük çoğunluğunda dışkıda mukus semptomu 1–5 şiddetinde görülmüştür. Dışkıda mukus semptomu bakımından ikinci, dördüncü ve

sekizinci haftalarda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>.05$ ).

**Tablo 30:** Hastaların Ölçüm Zamanlarına Göre Dışkıda Mukus Semptom Şiddeti Ortalamalarının Karşılaştırması

| Dışkıda Mukus Semptomu   | Web Tabanlı Eğitim | Standart Eğitim    | t        | p    |
|--------------------------|--------------------|--------------------|----------|------|
|                          | $\bar{X}\pm SS$    | $\bar{X}\pm SS$    |          |      |
| <b>Başlangıç</b>         | 3.06 $\pm$ 2.61    | 3.46 $\pm$ 3.05    | 0.545    | .588 |
| <b>2. Hafta</b>          | 2.86 $\pm$ 2.38    | 3.20 $\pm$ 2.72    | 0.504    | .616 |
| <b>4. Hafta</b>          | 2.50 $\pm$ 2.35    | 2.93 $\pm$ 2.76    | 0.653    | .516 |
| <b>8. Hafta</b>          | 2.40 $\pm$ 2.07    | 2.43 $\pm$ 2.62    | 0.055    | .957 |
| <b>t , p</b>             | t = 1.836 p= .077  | t = 2.373 p= .024* |          |      |
| <b>Değişim Yüzdesi</b>   | %21.56             | %29.76             |          |      |
| <b>Zaman<sup>a</sup></b> | F=5.759            |                    | p=.001** |      |
| <b>Grup x Zaman</b>      | F=0.349            |                    | p=.790   |      |

\* p: <.05 düzeyinde anlamlıdır

\*\* p: <.001 düzeyinde anlamlıdır

<sup>a</sup>: Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi

t: Eşleştirilmiş iki grup t testi (başlangıç & 8. hafta)

t: Bağımsız iki grup t testi

Hastaların ölçüm zamanlarına göre dışkıda mukus semptomunun şiddet ortalamaları Tablo 30'da ve Grafik 4'te gösterilmiştir.

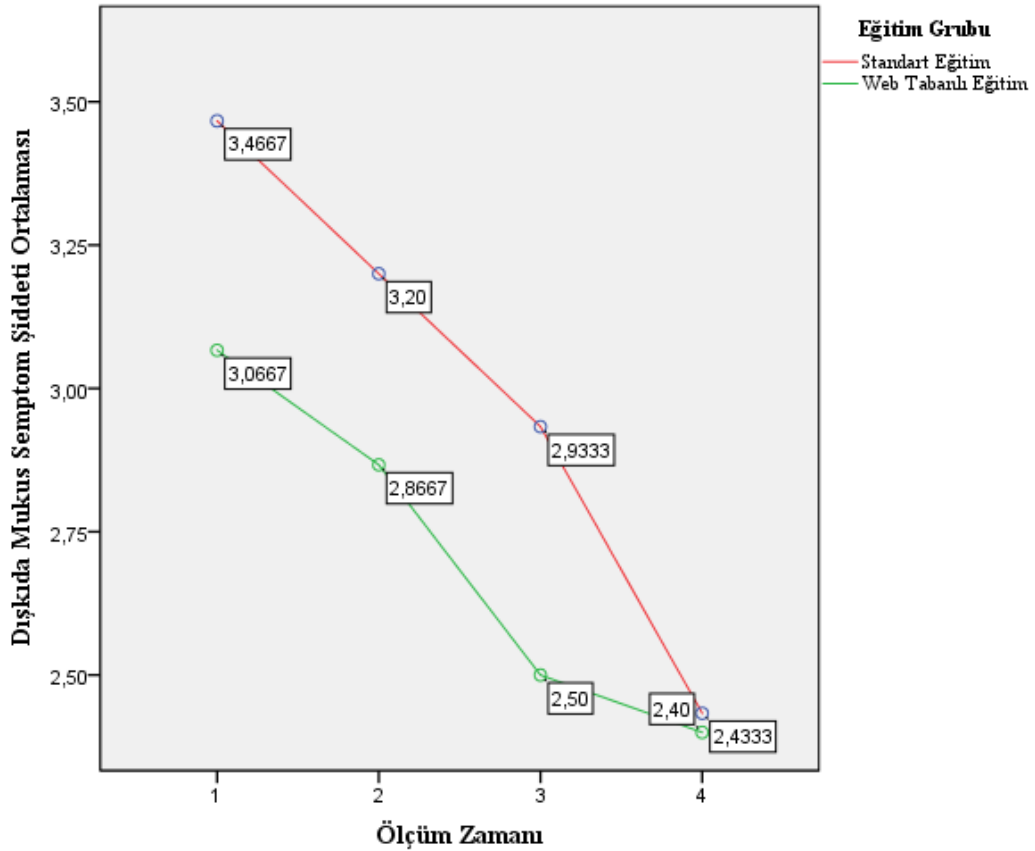
Web tabanlı eğitim grubunda başlangıçta 3.06 $\pm$ 2.61 olan dışkıda mukus semptom şiddeti ortalaması, çalışma sonunda 2.40 $\pm$ 2.0'a düşmüştür. Web tabanlı eğitim grubundaki hastaların dışkıda mukus semptom şiddet ortalaması bakımından çalışmanın başlangıcı ve sonu arasında grup içinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ( $t=1.836$ ;  $p>.05$ ).

Standart eğitim grubundaki hastaların dışkıda mukus semptomu, web tabanlı eğitim grubundaki hastalardan daha yüksek olup; başlangıçtaki ortalaması 3.46 $\pm$ 3.05 olup, çalışma sonundaki ortalaması 2.43 $\pm$ 2.62 olarak azalma göstermiştir. Standart eğitim grubundaki hastaların dışkıda mukus semptom şiddet ortalaması bakımından çalışmanın başlangıcı ve sonu arasında grup içinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ( $t=2.373$ ;  $p<.05$ ).

Web tabanlı ve standart eğitim gruplarındaki hastaların dışkıda mukus semptom şiddet ortalaması bakımından çalışmanın başlangıcında, ikinci, dördüncü

ve sekizinci haftalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir.

Web tabanlı ve standart eğitim gruplarındaki hastaların dışkıda mukus semptom şiddet ortalaması bakımından zaman ( $F=5.759$ ;  $p=.001$ ) etkileşimi açısından anlamlı bir fark olduğu, buna karşın grup x zaman ( $F=0.349$ ;  $p=.790$ ) etkileşimi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Bu bulgular doğrultusunda çalışmanın beşinci hipotezi (Hastaların, dışkıda mukus şikayetlerinin kontrol altına alınmasında web tabanlı İBH eğitim programı ile standart eğitim arasında fark vardır) reddedilmiştir.



**Grafik 4: Ölçüm Zamanlarına Göre Dışkıda Mukus Semptom Şiddeti**

Çalışma kapsamına alınan hastaların başlangıç ve sekizinci haftadaki dışkıda mukus semptom şiddeti ortalamalarının değişim yüzdeleri web tabanlı eğitim grubunda %21.56, standart eğitim grubunda %29.76 olarak saptanmıştır.

#### 4.4.1.5. Hastaların Tenesmus Semptomuna İlişkin Bulguları

**Tablo 31:** Hastaların Ölçüm Zamanlarına Göre Tenesmus Semptomunun Dağılımı

| Tenesmus Semptomu |                 | Web Tabanlı Eğitim |           | Standart Eğitim |           | $\chi^2$ | P     |
|-------------------|-----------------|--------------------|-----------|-----------------|-----------|----------|-------|
|                   |                 | Sayı (n)           | Yüzde (%) | Sayı (n)        | Yüzde (%) |          |       |
| <b>Başlangıç</b>  | Tenesmus yok    | 8                  | 26.7      | 7               | 23.3      | 2.993    | .224  |
|                   | 1-5 şiddetinde  | 16                 | 53.3      | 11              | 36.7      |          |       |
|                   | 6-10 şiddetinde | 6                  | 20.0      | 12              | 40.0      |          |       |
| <b>2. Hafta</b>   | Tenesmus yok    | 6                  | 20.0      | 6               | 20.0      | 4.463    | .107  |
|                   | 1-5 şiddetinde  | 19                 | 63.3      | 12              | 40.0      |          |       |
|                   | 6-10 şiddetinde | 5                  | 16.7      | 12              | 40.0      |          |       |
| <b>4. Hafta</b>   | Tenesmus yok    | 8                  | 26.7      | 7               | 23.3      | 3.445    | .179  |
|                   | 1-5 şiddetinde  | 18                 | 60.0      | 13              | 43.3      |          |       |
|                   | 6-10 şiddetinde | 4                  | 13.3      | 10              | 33.4      |          |       |
| <b>8. Hafta</b>   | Tenesmus yok    | 7                  | 23.3      | 10              | 33.4      | 0.739    | .567* |
|                   | 1-5 şiddetinde  | 21                 | 70.0      | 13              | 43.3      |          |       |
|                   | 6-10 şiddetinde | 2                  | 6.7       | 7               | 23.3      |          |       |

\*Fisher Exact Test

Hastaların ölçüm zamanlarına göre tenesmus semptomunun dağılımı Tablo 31’de verilmiştir.

Başlangıç döneminde web tabanlı eğitim alan hastaların %53.3’ünde tenesmus semptomu 1–5 şiddetinde görülürken; standart eğitim alan hastaların ise %40.0’inde tenesmus semptomu 6–10 şiddetinde görülmüştür. Web tabanlı ve standart eğitim gruplarındaki hastaların tenesmus semptomu bakımından başlangıç dönemindeki ölçümlerinin homojen olduğu ve gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ( $\chi^2= 2.993$ ;  $p>.05$ ).

Çalışmanın ikinci, dördüncü ve sekizinci haftalarında da web tabanlı ve standart eğitim alan hastaların büyük çoğunluğunda tenesmus semptomu 1–5 şiddetinde görülmüştür. Tenesmus semptomu bakımından ikinci, dördüncü ve sekizinci haftalarda gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>.05$ ).

**Tablo 32:** Hastaların Ölçüm Zamanlarına Göre Tenesmus Semptom Şiddeti Ortalamalarının Karşılaştırması

| Tenesmus Semptomu        | Web Tabanlı Eğitim      | Standart Eğitim   | t     | p    |
|--------------------------|-------------------------|-------------------|-------|------|
|                          | $\bar{X} \pm SS$        | $\bar{X} \pm SS$  |       |      |
| <b>Başlangıç</b>         | 3.10±3.04               | 4.26±3.42         | 1.395 | .168 |
| <b>2. Hafta</b>          | 3.10±2.96               | 4.33±3.40         | 1.496 | .140 |
| <b>4. Hafta</b>          | 2.73±2.77               | 3.86±3.56         | 1.372 | .176 |
| <b>8. Hafta</b>          | 2.26±1.96               | 2.90±3.18         | 0.926 | .359 |
| <b>t , p</b>             | t = 1.801 p= .082       | t = 2.039 p= .051 |       |      |
| <b>Değişim Yüzdesi</b>   | %27.09                  | %31.92            |       |      |
| <b>Zaman<sup>a</sup></b> | F=5.812 <b>p=.001**</b> |                   |       |      |
| <b>Grup x Zaman</b>      | F=0.397 p=.755          |                   |       |      |

\* p: <.05 düzeyinde anlamlıdır

\*\* p: <.001 düzeyinde anlamlıdır

<sup>a</sup>: Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi

t: Eşleştirilmiş iki grup t testi (başlangıç & 8. hafta)

t: Bağımsız iki grup t testi

Tablo 32’de ve Grafik 5’te hastaların ölçüm zamanlarına göre tenesmus semptom şiddeti ortalamaları karşılaştırılmıştır.

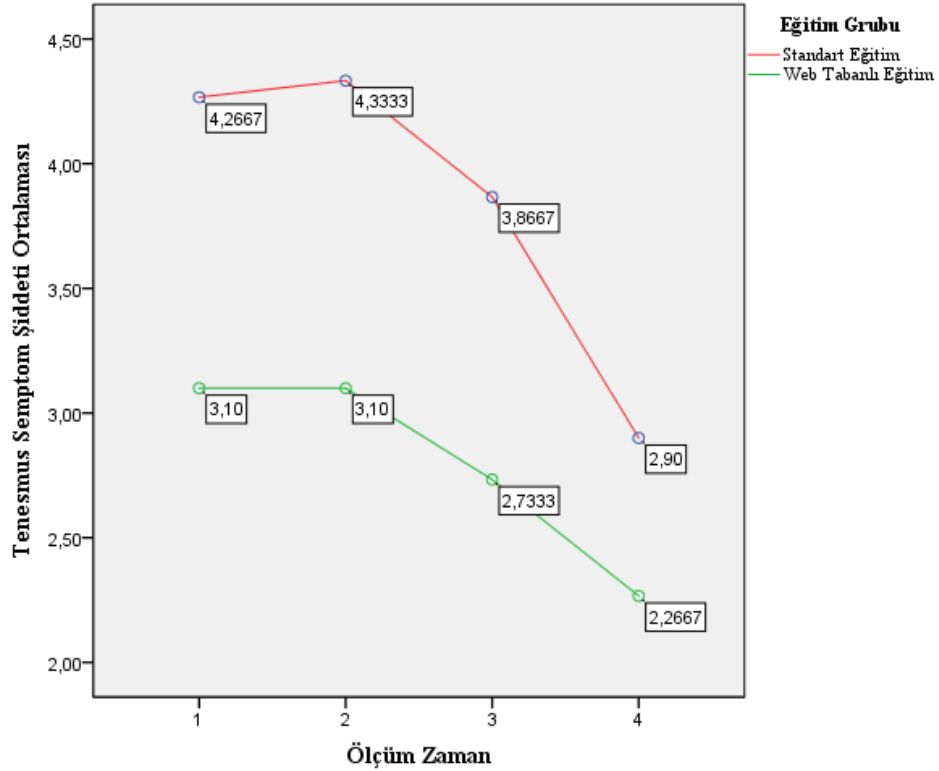
Web tabanlı eğitim grubundaki hastaların tenesmus semptom şiddet ortalaması başlangıçta 3.10±3.04 olup, çalışma sonunda bir miktar düşüş ile 2.26±1.96 olarak hesaplanmıştır. Web tabanlı eğitim grubundaki hastaların tenesmus semptom şiddeti ortalaması bakımından çalışmanın başlangıcı ve sonu arasında grup içinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür (t= 1.801; p>.05).

Standart eğitim grubunda ise tenesmus semptom şiddetinin başlangıçtaki ortalaması 4.26±3.42 olup, çalışma sonundaki ortalaması 2.90±3.18 olarak azalma göstermiştir. Standart eğitim grubundaki hastaların tenesmus semptom şiddeti ortalaması bakımından çalışmanın başlangıcı ve sonu arasında grup içinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (t=2.039; p>.05).

Web tabanlı ve standart eğitim gruplarındaki hastaların tenesmus semptom şiddeti ortalamaları bakımından çalışmanın başlangıcında, ikinci, dördüncü ve sekizinci haftasında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir.

Web tabanlı ve standart eğitim gruplarındaki hastaların tenesmus semptom şiddeti ortalamaları bakımından zaman (F=5.812; p=.001) etkileşimi açısından anlamlı bir fark olduğu, buna karşın grup x zaman (F=0.397; p=.755) etkileşimi

açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Bu bulgular doğrultusunda çalışmanın altıncı hipotezi (Hastaların, tenesmus (acil tuvalete gitme isteği) şikayetlerinin kontrol altına alınmasında web tabanlı İBH eğitim programı ile standart eğitim arasında fark vardır) reddedilmiştir.



**Grafik 5: Ölçüm Zamanlarına Göre Tenesmus Semptom Şiddeti**

Çalışma kapsamına alınan hastaların başlangıç ve sekizinci haftadaki tenesmus semptom şiddeti ortalamalarının değişim yüzdeleri web tabanlı eğitim grubunda %27.09, standart eğitim grubunda %31.92 olarak saptanmıştır.

#### 4.4.1.6. Hastaların Rektal Hassasiyet Semptomuna İlişkin Bulguları

**Tablo 33:** Hastaların Ölçüm Zamanlarına Göre Rektal Hassasiyet Semptomunun Dağılımı

| Rektal Hassasiyet Semptomu |                       | Web Tabanlı Eğitim |           | Standart Eğitim |           | $\chi^2$ | p            |
|----------------------------|-----------------------|--------------------|-----------|-----------------|-----------|----------|--------------|
|                            |                       | Sayı (n)           | Yüzde (%) | Sayı (n)        | Yüzde (%) |          |              |
| <b>Başlangıç</b>           | Rektal Hassasiyet yok | 9                  | 30.0      | 16              | 53.4      | 6.945    | <b>.031*</b> |
|                            | 1-5 şiddetinde        | 17                 | 56.7      | 7               | 23.3      |          |              |
|                            | 6-10 şiddetinde       | 14                 | 13.3      | 7               | 23.3      |          |              |
| <b>2. Hafta</b>            | Rektal Hassasiyet yok | 7                  | 23.3      | 10              | 33.3      | 2.422    | .298         |
|                            | 1-5 şiddetinde        | 18                 | 60.0      | 12              | 40.0      |          |              |
|                            | 6-10 şiddetinde       | 5                  | 16.7      | 8               | 26.7      |          |              |
| <b>4. Hafta</b>            | Rektal Hassasiyet yok | 9                  | 30.0      | 12              | 40.0      | 2.532    | .282         |
|                            | 1-5 şiddetinde        | 17                 | 56.7      | 11              | 36.7      |          |              |
|                            | 6-10 şiddetinde       | 4                  | 13.3      | 7               | 23.3      |          |              |
| <b>8. Hafta</b>            | Rektal Hassasiyet yok | 8                  | 26.7      | 12              | 40.0      | 1.200    | .412**       |
|                            | 1-5 şiddetinde        | 19                 | 63.3      | 13              | 43.3      |          |              |
|                            | 6-10 şiddetinde       | 3                  | 10.0      | 5               | 16.7      |          |              |

\*  $p$ : <.05 düzeyinde anlamlıdır

\*\*Fisher Exact Test

Hastaların ölçüm zamanlarına göre rektal hassasiyet semptomunun dağılımı Tablo 33'te verilmiştir.

Başlangıç döneminde web tabanlı eğitim alanların %56.7'sinde rektal hassasiyet semptomu 1-5 şiddetinde görülürken; standart eğitim alan hastaların %53.4'ünde rektal hassasiyet semptomu yaşanmamıştır. Web tabanlı ve standart eğitim gruplarındaki hastaların rektal hassasiyet semptomu bakımından başlangıç dönemindeki dağılımlarının gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ( $\chi^2= 6.945$ ;  $p<.05$ ).

Çalışmanın ikinci haftasında web tabanlı ve standart eğitim alan hastaların büyük çoğunluğunda rektal hassasiyet semptomu 1-5 şiddetinde görülmüştür

(sırasıyla %60.0 ve %40.0). Rektal hassasiyet semptomu bakımından ikinci haftada gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>.05$ ).

Çalışmanın dördüncü haftasında web tabanlı eğitim grubunda %56.7 oranında hastada 1–5 şiddetinde rektal hassasiyet semptomu görülmüştür. Buna karşın standart eğitim grubunda dördüncü haftada %40.0 oranında hastada rektal hassasiyet semptomu görülmemiştir.

Çalışmanın sekizinci haftasında da web tabanlı ve standart eğitim alan hastaların büyük çoğunluğunda rektal hassasiyet semptomu 1–5 şiddetinde görülmüştür.

Rektal hassasiyet semptomu bakımından ikinci, dördüncü ve sekizinci haftalarda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>.05$ ).

**Tablo 34:** Hastaların Ölçüm Zamanlarına Göre Rektal Hassasiyet Semptom Şiddeti Ortalamalarının Karşılaştırması

| Rektal Hassasiyet Semptomu | Web Tabanlı Eğitim | Standart Eğitim    | t       | p    |
|----------------------------|--------------------|--------------------|---------|------|
|                            | $\bar{X} \pm SS$   | $\bar{X} \pm SS$   |         |      |
| Başlangıç                  | 2.76 $\pm$ 2.71    | 2.50 $\pm$ 3.25    | -0.345  | .732 |
| 2. Hafta                   | 3.10 $\pm$ 2.89    | 3.36 $\pm$ 3.06    | 0.346   | .730 |
| 4. Hafta                   | 2.66 $\pm$ 2.53    | 2.90 $\pm$ 2.95    | 0.328   | .744 |
| 8. Hafta                   | 2.30 $\pm$ 2.27    | 2.50 $\pm$ 2.87    | 0.299   | .766 |
| t , p                      | t = 1.057 p= .299  | t = 0.000 p= 1.000 |         |      |
| Değişim Yüzdesi            | %16.66             | %0.00              |         |      |
| Zaman <sup>a</sup>         | F=4.249            |                    | p=.006* |      |
| Grup x Zaman               | F=0.544            |                    | p=.653  |      |

\* p: <.05 düzeyinde anlamlıdır

\*\* p: <.001 düzeyinde anlamlıdır

<sup>a</sup>: Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi

t: Eşleştirilmiş iki grup t testi (başlangıç & 8. hafta)

t: Bağımsız iki grup t testi

Tablo 34'te ve Grafik 6'da hastaların ölçüm zamanlarına göre rektal hassasiyet semptom şiddeti ortalamaları karşılaştırılmıştır.

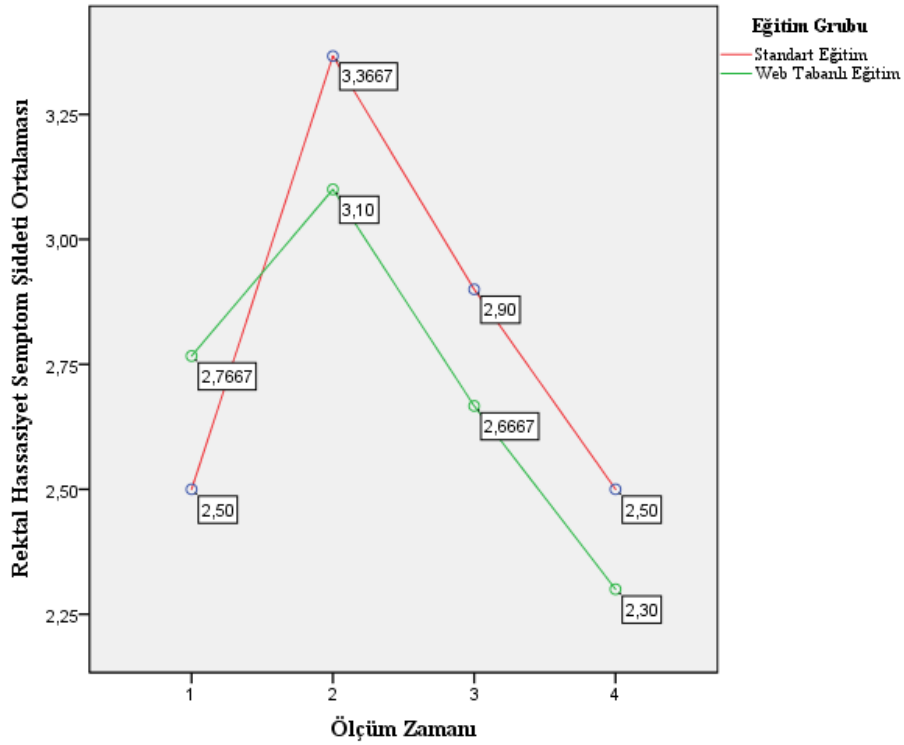
Web tabanlı eğitim grubunda başlangıçta 2.76 $\pm$ 2.71 olan rektal hassasiyet semptom şiddet ortalaması bir miktar düşüş ile çalışma sonunda 2.30 $\pm$ 2.27 olarak hesaplanmıştır. Web tabanlı eğitim grubundaki hastaların rektal hassasiyet semptom

şiddeti ortalaması bakımından çalışmanın başlangıcı ve sonu arasında grup içinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ( $t=1.057$ ;  $p>.05$ ).

Standart eğitim grubunda ise rektal hassasiyet semptom şiddetinin başlangıçtaki ortalaması  $2.50\pm3.25$  ve çalışma sonundaki ortalaması  $2.50\pm2.87$ 'dir. Standart eğitim grubundaki hastaların rektal hassasiyet semptom şiddet ortalaması bakımından çalışmanın başlangıcı ve sonu arasında grup içinde anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $t=0.000$ ;  $p>.05$ ).

Web tabanlı ve standart eğitim gruplarındaki hastaların rektal hassasiyet semptom şiddeti ortalaması bakımından başlangıçta, ikinci, dördüncü ve sekizinci haftalarda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür.

Elde edilen bulgulara göre web tabanlı ve standart eğitim gruplarındaki hastaların rektal hassasiyet semptom şiddeti ortalaması bakımından zaman ( $F=4.249$ ;  $p=.006$ ) etkileşimi açısından anlamlı bir fark olduğu, buna karşın grup x zaman ( $F=0.544$ ;  $p=.653$ ) etkileşimi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Bu bulgular doğrultusunda çalışmanın yedinci hipotezi (Hastaların, rektal hassasiyet şikayetlerinin kontrol altına alınmasında web tabanlı İBH eğitim programı ile standart eğitim arasında fark vardır) reddedilmiştir.



Grafik 6: Ölçüm Zamanlarına Göre Rektal Hassasiyet Semptom Şiddeti

Çalışma kapsamına alınan web tabanlı eğitim grubundaki hastaların başlangıç ve sekizinci haftadaki rektal hassasiyet semptom şiddeti ortalamalarının değişim yüzdesi %16.66 olarak saptanmıştır. Buna karşın standart eğitim grubunda rektal hassasiyet semptom şiddeti ortalamasının herhangi bir değişim göstermediği saptanmıştır.



#### 4.4.1.7. Hastaların Bulantı Semptomuna İlişkin Bulguları

**Tablo 35:** Hastaların Ölçüm Zamanlarına Göre Bulantı Semptomunun Dağılımı

| Bulantı Semptomu |                 | Web Tabanlı Eğitim |           | Standart Eğitim |           | $\chi^2$ | P     |
|------------------|-----------------|--------------------|-----------|-----------------|-----------|----------|-------|
|                  |                 | Sayı (n)           | Yüzde (%) | Sayı (n)        | Yüzde (%) |          |       |
| Başlangıç        | Bulantı yok     | 16                 | 53.4      | 18              | 60.0      | 0.271    | .795* |
|                  | 1–5 şiddetinde  | 13                 | 43.3      | 9               | 30.0      |          |       |
|                  | 6–10 şiddetinde | 1                  | 3.3       | 3               | 10.0      |          |       |
| 2. Hafta         | Bulantı yok     | 14                 | 46.7      | 18              | 60.0      | 1.071    | .438* |
|                  | 1–5 şiddetinde  | 14                 | 46.7      | 10              | 33.4      |          |       |
|                  | 6–10 şiddetinde | 2                  | 6.6       | 2               | 6.6       |          |       |
| 4. Hafta         | Bulantı yok     | 16                 | 53.4      | 18              | 60.0      | 0.271    | .795* |
|                  | 1–5 şiddetinde  | 12                 | 40.0      | 10              | 33.4      |          |       |
|                  | 6–10 şiddetinde | 2                  | 6.6       | 2               | 6.6       |          |       |
| 8. Hafta         | Bulantı yok     | 17                 | 56.7      | 19              | 63.3      | 0.278    | .792  |
|                  | 1–5 şiddetinde  | 13                 | 43.3      | 11              | 36.7      |          |       |
|                  | 6–10 şiddetinde | -                  | -         | -               | -         |          |       |

\*Fisher Exact Test

Hastaların ölçüm zamanlarına göre bulantı semptomunun dağılımı Tablo 35’te verilmiştir.

Başlangıç döneminde web tabanlı eğitim grubundaki hastaların %53.4’ünde, standart eğitim grubundaki hastaların ise %60.0’ında bulantı semptomu görülmemiştir. Web tabanlı ve standart eğitim gruplarındaki hastaların bulantı semptomu bakımından başlangıç dönemindeki ölçümlerinin homojen olduğu ve gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ( $\chi^2= 0.271$ ;  $p>.05$ ).

Çalışmanın ikinci haftasında web tabanlı eğitim alan hastaların %46.7’sinde bulantı semptomu hiç görülmemiş ve %46.7’sinde 1–5 şiddetinde görülmüştür. Standart eğitim alan hastaların ise %60.0’ında bulantı semptomu hiç görülmemiştir.

Çalışmanın dördüncü ve sekizinci haftalarında web tabanlı ve standart eğitim grubunda hastaların en fazla oranla bulantı semptomu yaşamadığı saptanmıştır.

Bulantı semptomu bakımından ikinci, dördüncü ve sekizinci haftalarda gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>.05$ ).

**Tablo 36:** Hastaların Ölçüm Zamanlarına Göre Bulantı Semptom Şiddeti Ortalamalarının Karşılaştırması

| Bulantı Semptomu         | Web Tabanlı Eğitim     | Standart Eğitim   | t      | p    |
|--------------------------|------------------------|-------------------|--------|------|
|                          | $\bar{X} \pm SS$       | $\bar{X} \pm SS$  |        |      |
| <b>Başlangıç</b>         | 1.33 $\pm$ 1.80        | 1.40 $\pm$ 2.34   | 0.123  | .902 |
| <b>2. Hafta</b>          | 1.60 $\pm$ 2.12        | 1.03 $\pm$ 1.84   | -1.102 | .275 |
| <b>4. Hafta</b>          | 1.26 $\pm$ 1.79        | 1.06 $\pm$ 1.89   | -0.420 | .676 |
| <b>8. Hafta</b>          | 0.93 $\pm$ 1.31        | 0.76 $\pm$ 1.25   | -0.504 | .616 |
| <b>t , p</b>             | t = 1.795 p= .083      | t = 1.773 p= .087 |        |      |
| <b>Değişim Yüzdesi</b>   | %30.07                 | %45.71            |        |      |
| <b>Zaman<sup>a</sup></b> | F=4.536 <b>p=.004*</b> |                   |        |      |
| <b>Grup x Zaman</b>      | F=1.434 p=.234         |                   |        |      |

\* p: <.05 düzeyinde anlamlıdır

\*\* p: <.001 düzeyinde anlamlıdır

<sup>a</sup>: Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi

t: Eşleştirilmiş iki grup t testi (başlangıç & 8. hafta)

t: Bağımsız iki grup t testi

Çalışma kapsamına alınan hastaların ölçüm zamanlarına göre bulantı semptom şiddeti ortalamaları Tablo 36’da ve Grafik 7’de karşılaştırılmıştır.

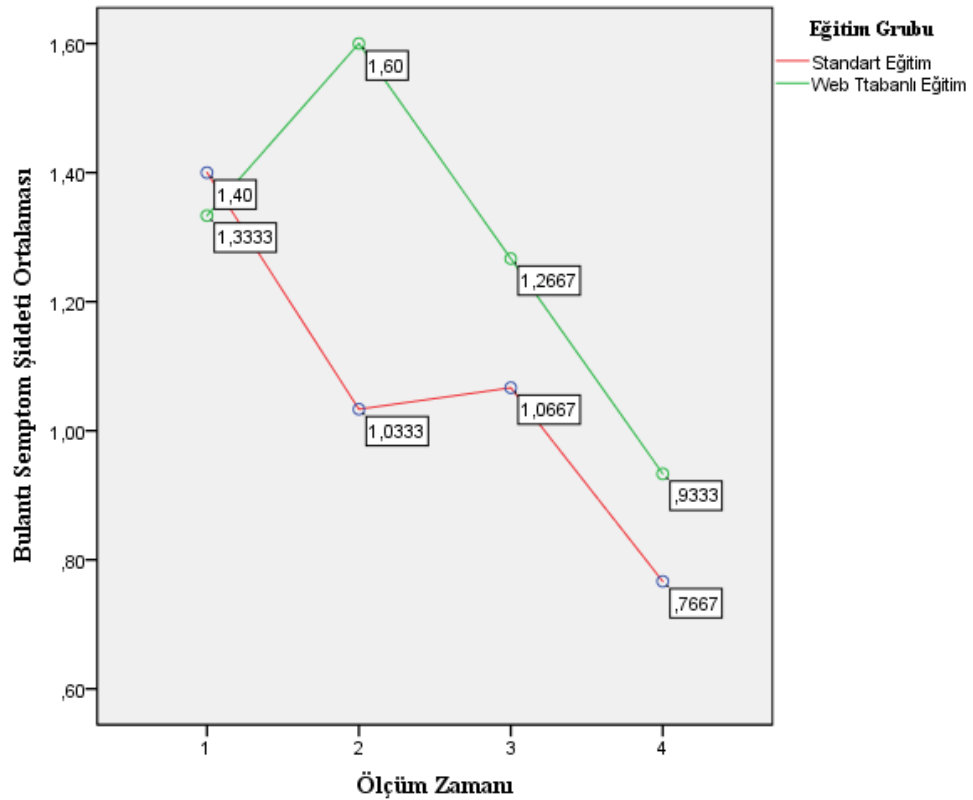
Web tabanlı eğitim grubunda bulantı semptom şiddet ortalaması başlangıçta 1.33 $\pm$ 1.80 ve çalışma sonunda 0.93 $\pm$ 1.31 olarak hesaplanmıştır. Web tabanlı eğitim grubundaki hastaların bulantı semptom şiddeti ortalaması bakımından çalışmanın başlangıcı ve sonu grup içindeki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür (t= 1.795;  $p>.05$ ).

Standart eğitim grubunda bulantı semptom şiddeti ortalaması başlangıç döneminde 1.40 $\pm$ 2.34 ve sekizinci haftada 0.76 $\pm$ 1.25 olarak hesaplanmıştır. Standart eğitim grubundaki hastaların bulantı semptom şiddeti ortalaması bakımından çalışmanın başlangıcı ve sonu arasında grup içindeki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (t=1.773;  $p>.05$ ).

Web tabanlı ve standart eğitim gruplarındaki hastaların bulantı semptom şiddeti ortalamaları bakımından çalışmanın başlangıcında, ikinci, dördüncü ve

sekizinci haftalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır.

Web tabanlı ve standart eğitim gruplarındaki hastaların bulantı semptom şiddeti ortalamaları bakımından zaman ( $F=5.812$ ;  $p=.001$ ) etkileşimi açısından anlamlı bir fark olduğu, buna karşın grup x zaman ( $F=0.397$ ;  $p=.755$ ) etkileşimi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Bu bulgular doğrultusunda çalışmanın sekizinci hipotezi (Hastaların, bulantı şikayetlerinin kontrol altına alınmasında web tabanlı İBH eğitim programı ile standart eğitim arasında fark vardır) reddedilmiştir.



**Grafik 7: Ölçüm Zamanlarına Göre Bulantı Semptom Şiddeti**

Çalışma kapsamına alınan hastaların başlangıç ve sekizinci haftadaki bulantı semptom şiddeti ortalamalarının değişim yüzdeleri web tabanlı eğitim grubunda %30.07, standart eğitim grubunda %45.71 olarak saptanmıştır.

#### 4.4.1.8. Hastaların Kusma Semptomuna İlişkin Bulguları

**Tablo 37:** Hastaların Ölçüm Zamanlarına Göre Kusma Semptomunun Dağılımı

| Kusma Semptomu   |                 | Web Tabanlı Eğitim |           | Standart Eğitim |           |
|------------------|-----------------|--------------------|-----------|-----------------|-----------|
|                  |                 | Sayı (n)           | Yüzde (%) | Sayı (n)        | Yüzde (%) |
| <b>Başlangıç</b> | Kusma yok       | 27                 | 90.0      | 27              | 90.0      |
|                  | 1-5 şiddetinde  | 3                  | 10.0      | 3               | 10.0      |
|                  | 6-10 şiddetinde | -                  | -         | -               | -         |
| <b>2. Hafta</b>  | Kusma yok       | 24                 | 80.0      | 27              | 90.0      |
|                  | 1-5 şiddetinde  | 6                  | 20.0      | 3               | 10.0      |
|                  | 6-10 şiddetinde | -                  | -         | -               | -         |
| <b>4. Hafta</b>  | Kusma yok       | 26                 | 86.7      | 26              | 86.7      |
|                  | 1-5 şiddetinde  | 4                  | 13.3      | 4               | 13.3      |
|                  | 6-10 şiddetinde | -                  | -         | -               | -         |
| <b>8. Hafta</b>  | Kusma yok       | 25                 | 83.3      | 29              | 96.7      |
|                  | 1-5 şiddetinde  | 5                  | 16.7      | 1               | 3.3       |
|                  | 6-10 şiddetinde | -                  | -         | -               | -         |

Hastaların ölçüm zamanlarına göre kusma semptomunun dağılımı Tablo 37’de verilmiştir.

Başlangıç, ikinci, dördüncü ve sekizinci haftalarında web tabanlı ve standart eğitim alan hastaların büyük çoğunluğunda kusma semptomu yaşanmamıştır. Web tabanlı ve standart eğitim gruplarındaki hastaların kusma semptomu bakımından başlangıç, ikinci, dördüncü ve sekizinci haftalarda gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır.

**Tablo 38:** Hastaların Ölçüm Zamanlarına Göre Kusma Semptom Şiddeti Ortalamalarının Karşılaştırması

| Kusma Semptomu           | Web Tabanlı Eğitim | Standart Eğitim   | t      | p    |
|--------------------------|--------------------|-------------------|--------|------|
|                          | $\bar{X} \pm SS$   | $\bar{X} \pm SS$  |        |      |
| <b>Başlangıç</b>         | 0.16±0.59          | 0.23±0.81         | 0.362  | .719 |
| <b>2. Hafta</b>          | 0.40±1.06          | 0.23±0.72         | -0.705 | .483 |
| <b>4. Hafta</b>          | 0.33±1.06          | 0.30±0.79         | -0.138 | .891 |
| <b>8. Hafta</b>          | 0.26±0.78          | 0.06±0.36         | -1.265 | .213 |
| <b>t , p</b>             | t = -0.619 p= .541 | t = 1.000 p= .326 |        |      |
| <b>Değişim Yüzdesi</b>   | % -62.50           | %73.91            |        |      |
| <b>Zaman<sup>a</sup></b> | F=1.366 p=.255     |                   |        |      |
| <b>Grup x Zaman</b>      | F=0.848 p=.469     |                   |        |      |

\* p: <.05 düzeyinde anlamlıdır

\*\* p: <.001 düzeyinde anlamlıdır

<sup>a</sup>: Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi

t: Eşleştirilmiş iki grup t testi (başlangıç & 8. hafta)

t: Bağımsız iki grup t testi

Hastaların ölçüm zamanlarına göre kusma semptom şiddeti ortalamaları Tablo 38’de ve Grafik 8’de gösterilmiştir.

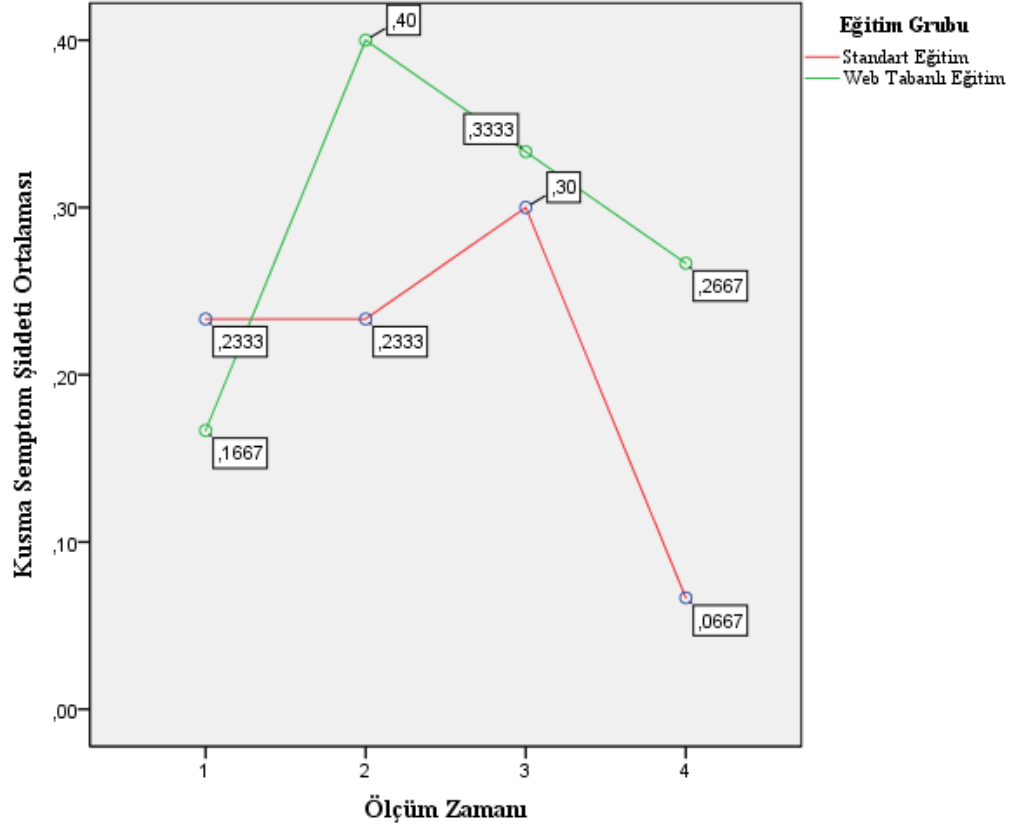
Web tabanlı eğitim grubunda başlangıçta 0.16±0.59 olan kusma semptom şiddet ortalaması çalışma sonunda 0.26±0.78 olmuştur. Web tabanlı eğitim grubundaki hastaların kusma semptom şiddeti ortalaması bakımından çalışmanın başlangıcı ve sonu arasında grup içinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (t=-0.619; p>.05).

Standart eğitim grubundaki hastaların kusma semptom şiddeti ortalamasının başlangıç döneminde 0.23±0.81 ve sekizinci haftada 0.06±0.36 olduğu görülmüştür. Standart eğitim grubundaki hastaların kusma semptom şiddet ortalaması bakımından çalışmanın başlangıcı ve sonu arasında grup içinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür (t=1.000; p>.05).

Web tabanlı ve standart eğitim gruplarındaki hastaların kusma semptom şiddeti ortalaması bakımından başlangıçta (t=0.362; p>.05) ve sekizinci haftada (t=-1.265; p>.05) gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır.

Web tabanlı ve standart eğitim gruplarındaki hastaların kusma semptom şiddeti ortalaması bakımından zaman (F=1.366; p=.255) ve grup x zaman (F=0.848; p=.469) etkileşimi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Bu bulgular doğrultusunda çalışmanın dokuzuncu hipotezi (Hastaların, kusma

şikayetlerinin kontrol altına alınmasında web tabanlı İBH eğitim programı ile standart eğitim arasında fark vardır) reddedilmiştir.



**Grafik 8: Ölçüm Zamanlarına Göre Kusma Semptom Şiddeti**

Çalışma kapsamına alınan hastaların başlangıç ve sekizinci haftadaki kusma semptom şiddeti ortalamalarının değişim yüzdeleri web tabanlı eğitim grubunda artış göstererek % -62.50, standart eğitim grubunda %73.91 olarak saptanmıştır.

#### 4.4.1.9. Hastaların İştahta Azalma Semptomuna İlişkin Bulguları

**Tablo 39:** Hastaların Ölçüm Zamanlarına Göre İştahta Azalma Semptomunun Dağılımı

| İştahta Azalma Semptomu |                    | Web Tabanlı Eğitim |           | Standart Eğitim |           | $\chi^2$ | p      |
|-------------------------|--------------------|--------------------|-----------|-----------------|-----------|----------|--------|
|                         |                    | Sayı (n)           | Yüzde (%) | Sayı (n)        | Yüzde (%) |          |        |
| <b>Başlangıç</b>        | İştahta Azalma yok | 15                 | 50.0      | 17              | 56.7      | 0.458    | .795   |
|                         | 1–5 şiddetinde     | 8                  | 26.7      | 8               | 26.7      |          |        |
|                         | 6–10 şiddetinde    | 7                  | 23.3      | 5               | 16.6      |          |        |
| <b>2. Hafta</b>         | İştahta Azalma yok | 12                 | 40.0      | 17              | 56.7      | 1.880    | .391   |
|                         | 1–5 şiddetinde     | 11                 | 36.7      | 9               | 30.0      |          |        |
|                         | 6–10 şiddetinde    | 7                  | 23.3      | 4               | 13.3      |          |        |
| <b>4. Hafta</b>         | İştahta Azalma yok | 15                 | 50.0      | 16              | 53.3      | 0.067    | 1.000* |
|                         | 1–5 şiddetinde     | 10                 | 33.3      | 13              | 43.4      |          |        |
|                         | 6–10 şiddetinde    | 5                  | 16.7      | 1               | 3.3       |          |        |
| <b>8. Hafta</b>         | İştahta Azalma yok | 16                 | 53.3      | 21              | 70.0      | 1.763    | .288*  |
|                         | 1–5 şiddetinde     | 12                 | 40.0      | 8               | 26.7      |          |        |
|                         | 6–10 şiddetinde    | 2                  | 6.7       | 1               | 3.3       |          |        |

\*Fisher Exact Test

Hastaların ölçüm zamanlarına göre iştahta azalma semptomunun dağılımı Tablo 39’da verilmiştir.

Başlangıç döneminde web tabanlı eğitim alan hastaların %50.0’ında, standart eğitim alan hastaların %56.7’sinde iştahta azalma semptomu yaşanmadığı görülmüştür. Web tabanlı ve standart eğitim gruplarındaki hastaların iştahta azalma semptomu bakımından başlangıç dönemindeki ölçümlerinin homojen olduğu ve gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ( $\chi^2= 0.458$ ;  $p>.05$ ).

Çalışmanın ikinci, dördüncü ve sekizinci haftalarında da web tabanlı ve standart eğitim alan hastaların büyük çoğunluğunda iştahta azalma semptomu görülmemiştir.

İştahta azalma semptomu bakımından ikinci, dördüncü ve sekizinci haftalarda gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>.05$ ).

**Tablo 40:** Hastaların Ölçüm Zamanlarına Göre İştahta Azalma Semptom Şiddeti Ortalamalarının Karşılaştırması

| İştahta Azalma Semptomu | Web Tabanlı Eğitim  | Standart Eğitim    | t      | p    |
|-------------------------|---------------------|--------------------|--------|------|
|                         | $\bar{X} \pm SS$    | $\bar{X} \pm SS$   |        |      |
| Başlangıç               | 2.53±2.75           | 1.83±2.64          | -1.006 | .319 |
| 2. Hafta                | 2.66±2.80           | 1.70±2.38          | -1.438 | .156 |
| 4. Hafta                | 2.00±2.40           | 1.30±1.78          | -1.280 | .206 |
| 8. Hafta                | 1.63±2.07           | 1.03±1.86          | -1.177 | .244 |
| t, p                    | t = 2.757 p = .010* | t = 2.032 p = .051 |        |      |
| Değişim Yüzdesi         | %35.57              | %43.71             |        |      |
| Zaman <sup>a</sup>      | F=7.931 p=.000**    |                    |        |      |
| Grup x Zaman            | F=0.278 p=.841      |                    |        |      |

\* p: <.05 düzeyinde anlamlıdır

\*\* p: <.001 düzeyinde anlamlıdır

<sup>a</sup>: Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi

t: Eşleştirilmiş iki grup t testi (başlangıç & 8. hafta)

t: Bağımsız iki grup t testi

Tablo 40'ta ve Grafik 9'da çalışma kapsamına alınan hastaların ölçüm zamanlarına göre iştahta azalma semptom şiddeti ortalamaları gösterilmiştir.

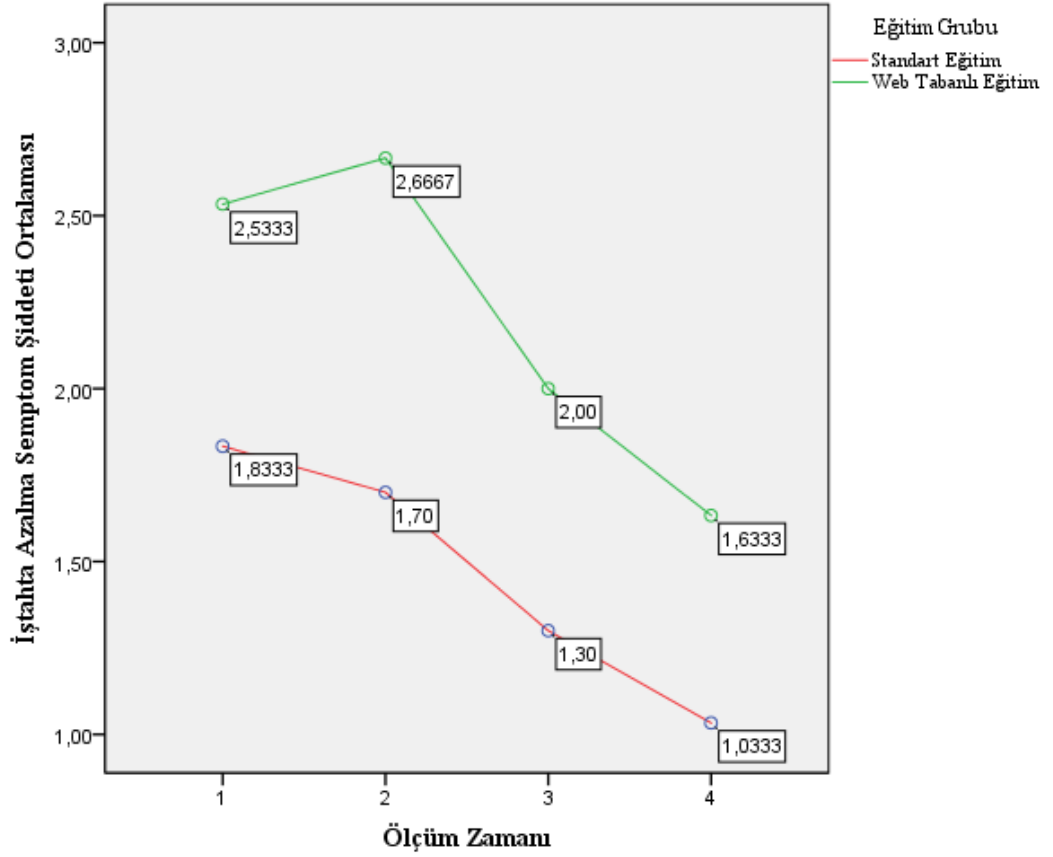
Web tabanlı eğitim grubunda başlangıçta 2.53±2.75 olan iştahta azalma semptom şiddet ortalaması çalışma sonunda 1.63±2.07'ye düşmüştür. Web tabanlı eğitim grubundaki hastaların iştahta azalma semptom şiddeti ortalaması bakımından çalışmanın başlangıcı ve sonu arasında grup içinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (t=2.757; p<.05).

Standart eğitim grubunda iştahta azalma semptomunun başlangıçtaki ortalaması 1.83±2.64 ve sekizinci haftadaki ortalaması 1.03±1.86 olarak hesaplanmıştır. Standart eğitim grubundaki hastaların iştahta azalma semptom şiddeti ortalaması bakımından çalışmanın başlangıcı ve sonu arasında grup içinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (t=2.032; p>.05).

İştahta azalma semptom şiddeti ortalamaları bakımından çalışmanın ikinci, dördüncü ve sekizinci haftasında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür (p>.05).

Web tabanlı ve standart eğitim gruplarındaki hastaların iştahta azalma semptom şiddeti ortalamaları bakımından zaman (F=7.931; p=.000) etkileşimi açısından oldukça anlamlı bir fark olduğu, buna karşın grup x zaman (F=0.278;

p=.841) etkileşimi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Bu bulgular doğrultusunda çalışmanın 10'uncu hipotezi (Hastaların, iştahta azalma şikayetlerinin kontrol altına alınmasında web tabanlı İBH eğitim programı ile standart eğitim arasında fark vardır) reddedilmiştir.



**Grafik 9: Ölçüm Zamanlarına Göre İştahta Azalma Semptom Şiddeti**

Çalışma kapsamına alınan hastaların başlangıç ve sekizinci haftadaki iştahta azalma semptom şiddeti ortalamalarının değişim yüzdeleri web tabanlı eğitim grubunda %35.57, standart eğitim grubunda %43.71 olarak saptanmıştır.

#### 4.4.1.10. Hastaların Kilo Kaybı Semptomuna İlişkin Bulguları

**Tablo 41:** Hastaların Ölçüm Zamanlarına Göre Kilo Kaybı Semptomunun Dağılımı

| Kilo Kaybı Semptomu |                 | Web Tabanlı Eğitim |           | Standart Eğitim |           | $\chi^2$ | p      |
|---------------------|-----------------|--------------------|-----------|-----------------|-----------|----------|--------|
|                     |                 | Sayı (n)           | Yüzde (%) | Sayı (n)        | Yüzde (%) |          |        |
| Başlangıç           | Kilo Kaybı yok  | 23                 | 76.7      | 23              | 76.7      | 0.089    | 1.000* |
|                     | 1-5 şiddetinde  | 3                  | 10.0      | 7               | 23.3      |          |        |
|                     | 6-10 şiddetinde | 4                  | 13.3      | -               | -         |          |        |
| 2. Hafta            | Kilo Kaybı yok  | 22                 | 73.3      | 24              | 80.0      | 0.373    | .761*  |
|                     | 1-5 şiddetinde  | 6                  | 20.0      | 3               | 10.0      |          |        |
|                     | 6-10 şiddetinde | 2                  | 6.7       | 3               | 10.0      |          |        |
| 4. Hafta            | Kilo Kaybı yok  | 23                 | 76.7      | 25              | 83.3      | 0.417    | .748*  |
|                     | 1-5 şiddetinde  | 6                  | 20.0      | 2               | 6.7       |          |        |
|                     | 6-10 şiddetinde | 1                  | 3.3       | 3               | 10.0      |          |        |
| 8. Hafta            | Kilo Kaybı yok  | 23                 | 76.7      | 24              | 80.0      | 0.098    | 1.000* |
|                     | 1-5 şiddetinde  | 6                  | 20.0      | 5               | 16.7      |          |        |
|                     | 6-10 şiddetinde | 1                  | 3.3       | 1               | 3.3       |          |        |

\*Fisher Exact Test

Web tabanlı ve standart eğitim alan hastaların ölçüm zamanlarına göre kilo kaybı semptomunun dağılımı Tablo 41’de verilmiştir.

Başlangıç döneminde web tabanlı ve standart eğitim alan hastaların %76.7’sinde kilo kaybı semptomu yaşanmadığı görülmüştür. Web tabanlı ve standart eğitim gruplarındaki hastaların kilo kaybı semptomu bakımından başlangıç dönemindeki ölçümlerinin homojen olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $\chi^2= 0.089$ ;  $p>.05$ ).

Çalışmanın ikinci, dördüncü ve sekizinci haftalarında da web tabanlı ve standart eğitim gruplarındaki hastaların büyük çoğunluğunda kilo kaybı semptomu görülmemiştir. Kilo kaybı semptomu bakımından ikinci, dördüncü ve sekizinci haftalarda gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>.05$ ).

**Tablo 42:** Hastaların Ölçüm Zamanlarına Göre Kilo Kaybı Semptom Şiddeti Ortalamalarının Karşılaştırması

| Kilo Kaybı Semptomu      | Web Tabanlı Eğitim | Standart Eğitim   | t     | p     |
|--------------------------|--------------------|-------------------|-------|-------|
|                          | $\bar{X} \pm SS$   | $\bar{X} \pm SS$  |       |       |
| <b>Başlangıç</b>         | 0.83±2.00          | 1.16±2.36         | 0.589 | .558  |
| <b>2. Hafta</b>          | 0.90±2.39          | 1.03±1.93         | 0.237 | .814  |
| <b>4. Hafta</b>          | 0.83±2.16          | 0.83±1.72         | 0.000 | 1.000 |
| <b>8. Hafta</b>          | 0.60±1.47          | 0.76±1.73         | 0.401 | .690  |
| <b>t , p</b>             | t = 1.022 p= .315  | t = 1.326 p= .195 |       |       |
| <b>Değişim Yüzdesi</b>   | %27.71             | %34.48            |       |       |
| <b>Zaman<sup>a</sup></b> | F=1.862            | p=.138            |       |       |
| <b>Grup x Zaman</b>      | F=0.421            | p=.739            |       |       |

\* p: <.05 düzeyinde anlamlıdır

\*\* p: <.001 düzeyinde anlamlıdır

<sup>a</sup>: Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi

t: Eşleştirilmiş iki grup t testi (başlangıç & 8. hafta)

t: Bağımsız iki grup t testi

Tablo 42’de ve Grafik 10’da çalışma kapsamına alınan hastaların ölçüm zamanlarına göre kilo kaybı semptom şiddeti ortalamaları gösterilmiştir.

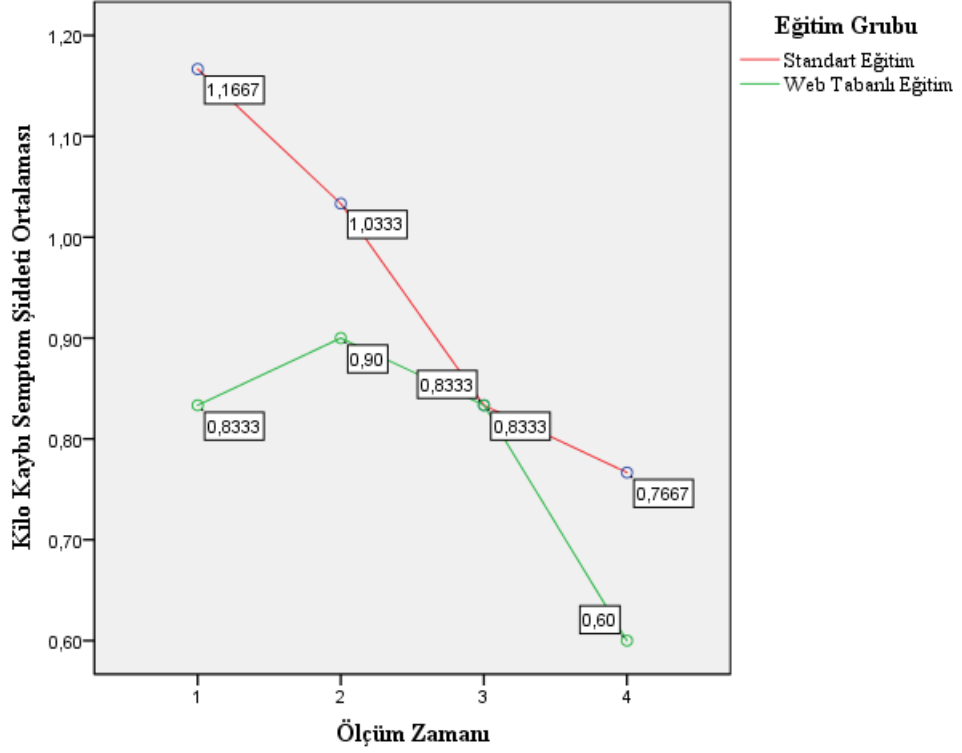
Web tabanlı eğitim grubunda başlangıçta 0.83±2.00 olan kilo kaybı semptom şiddet ortalaması çalışma sonunda 0.60±1.47’ye düşmüştür. Web tabanlı eğitim grubundaki hastaların kilo kaybı semptom şiddeti ortalaması açısından çalışmanın başlangıcı ve sonu arasında grup içinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (t=1.022; p>.05).

Standart eğitim grubunda ise kilo kaybı semptomunun başlangıçtaki ortalaması 1.16±2.36 olup, sekizinci haftadaki ortalaması 0.76±1.73’tür. Standart eğitim grubundaki hastaların kilo kaybı semptom şiddeti ortalaması bakımından çalışmanın başlangıcı ve sonu arasında grup içindeki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (t=1.326; p>.05).

Web tabanlı ve standart eğitim gruplarındaki hastaların kilo kaybı semptom şiddeti ortalamaları bakımından çalışmanın ikinci, dördüncü ve sekizinci haftalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır.

Web tabanlı ve standart eğitim gruplarındaki hastaların kilo kaybı semptom şiddeti ortalamaları bakımından zaman ve grup x zaman etkileşimi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (p>.05). Bu bulgular

doğrultusunda çalışmanın 11'inci hipotezi (Hastaların, kilo kaybı şikayetlerinin kontrol altına alınmasında web tabanlı İBH eğitim programı ile standart eğitim arasında fark vardır) reddedilmiştir.



**Grafik 10: Ölçüm Zamanlarına Göre Kilo Kaybı Semptom Şiddeti**

Çalışma kapsamına alınan hastaların başlangıç ve sekizinci haftadaki kilo kaybı semptom şiddeti ortalamalarının değişim yüzdeleri web tabanlı eğitim grubunda %27.71, standart eğitim grubunda %34.48 olarak saptanmıştır.

#### 4.4.2. Hastaların Sistemik Semptomlarına İlişkin Bulgular

**Tablo 43:** Çalışma Başlangıcında Hastaların Sistemik Semptomlarına Göre Dağılımı

| Sistemik Semptomlar                 |                 | Web Tabanlı Eğitim |           | Standart Eğitim |           |
|-------------------------------------|-----------------|--------------------|-----------|-----------------|-----------|
|                                     |                 | Sayı (n)           | Yüzde (%) | Sayı (n)        | Yüzde (%) |
| <b>Eklemler Ağrısı</b>              | Semptom yok     | 11                 | 36.7      | 6               | 20.0      |
|                                     | 1-5 şiddetinde  | 15                 | 50.0      | 14              | 46.7      |
|                                     | 6-10 şiddetinde | 4                  | 13.3      | 10              | 33.3      |
| <b>Bel Ağrısı</b>                   | Semptom yok     | 11                 | 36.7      | 9               | 30.0      |
|                                     | 1-5 şiddetinde  | 17                 | 56.7      | 16              | 53.3      |
|                                     | 6-10 şiddetinde | 2                  | 6.6       | 5               | 16.7      |
| <b>Yorgunluk</b>                    | Semptom yok     | 4                  | 13.3      | 6               | 20.0      |
|                                     | 1-5 şiddetinde  | 17                 | 56.7      | 12              | 40.0      |
|                                     | 6-10 şiddetinde | 9                  | 30.0      | 12              | 40.0      |
| <b>Halsizlik</b>                    | Semptom yok     | 4                  | 13.3      | 8               | 26.7      |
|                                     | 1-5 şiddetinde  | 18                 | 60.0      | 10              | 33.3      |
|                                     | 6-10 şiddetinde | 8                  | 26.7      | 12              | 40.0      |
| <b>Ateş</b>                         | Semptom yok     | 19                 | 63.3      | 22              | 73.3      |
|                                     | 1-5 şiddetinde  | 9                  | 30.0      | 6               | 20.0      |
|                                     | 6-10 şiddetinde | 2                  | 6.7       | 2               | 6.7       |
| <b>Gece Terlemesi</b>               | Semptom yok     | 20                 | 66.7      | 16              | 53.3      |
|                                     | 1-5 şiddetinde  | 8                  | 26.7      | 10              | 33.3      |
|                                     | 6-10 şiddetinde | 2                  | 6.6       | 4               | 13.4      |
| <b>Deride Kaşıntı</b>               | Semptom yok     | 17                 | 56.7      | 16              | 53.3      |
|                                     | 1-5 şiddetinde  | 11                 | 36.7      | 10              | 33.3      |
|                                     | 6-10 şiddetinde | 2                  | 6.6       | 4               | 13.4      |
| <b>Deride Kabarıklık Döküntüler</b> | Semptom yok     | 23                 | 76.7      | 20              | 66.6      |
|                                     | 1-5 şiddetinde  | 5                  | 16.7      | 5               | 16.7      |
|                                     | 6-10 şiddetinde | 2                  | 6.6       | 5               | 16.7      |
| <b>Taşikardi</b>                    | Semptom yok     | 27                 | 90.0      | 20              | 66.7      |
|                                     | 1-5 şiddetinde  | 2                  | 6.7       | 8               | 26.7      |
|                                     | 6-10 şiddetinde | 1                  | 3.3       | 2               | 6.6       |
| <b>Sık Uyanma</b>                   | Semptom yok     | 21                 | 70.0      | 16              | 53.3      |
|                                     | 1-5 şiddetinde  | 9                  | 30.0      | 10              | 33.4      |
|                                     | 6-10 şiddetinde | -                  | -         | 4               | 13.3      |
| <b>Gözde Kaşıntı</b>                | Semptom yok     | 18                 | 60.0      | 15              | 50.0      |
|                                     | 1-5 şiddetinde  | 12                 | 40.0      | 12              | 40.0      |
|                                     | 6-10 şiddetinde | -                  | -         | 3               | 10.0      |
| <b>Gözde Yanma Hissi</b>            | Semptom yok     | 16                 | 53.3      | 17              | 56.7      |
|                                     | 1-5 şiddetinde  | 14                 | 46.7      | 9               | 30.0      |
|                                     | 6-10 şiddetinde | -                  | -         | 4               | 13.3      |

Tablo 43'te çalışma başlangıcında hastaların sistemik semptomlarına göre dağılımı gösterilmiştir. Web tabanlı eğitim grubundaki hastaların %50.0'ı eklem ağrısı, %56.7'si bel ağrısı ve yorgunluk, %60.0'ı halsizlik semptomunu 1–5 şiddetinde yaşadığını ifade etmiştir. Ayrıca web tabanlı eğitim grubunda taşikardi, deride kabarık döküntüler, sık uyanma, gece terlemesi, ateş, gözde kaşıntı, deride kaşıntı ve gözde yanma hissi semptomları hastaların çoğunda hiç yaşanmamıştır.

Standart eğitim grubundaki hastalarda da eklem ağrısı (%46.7), bel ağrısı (%53.3) ve yorgunluk (%40.0) semptomları daha fazla oranda 1–5 şiddetinde görülürken; halsizlik ve yorgunluk semptomları %40.0 oranında 6–10 şiddetinde görülmüştür. Ayrıca standart eğitim grubunda ateş, deride kabarık döküntüler, taşikardi, gözde yanma hissi, gece terlemesi, deride kaşıntı, sık uyanma, gözde kaşıntı semptomları hastaların çoğunda hiç yaşanmamıştır.

**Tablo 44:** Çalışma Sonunda Hastaların Sistemik Semptomlarına Göre Dağılımı

| Sistemik Semptomlar                 |                 | Web Tabanlı Eğitim |           | Standart Eğitim |           |
|-------------------------------------|-----------------|--------------------|-----------|-----------------|-----------|
|                                     |                 | Sayı (n)           | Yüzde (%) | Sayı (n)        | Yüzde (%) |
| <b>Eklem Ağrısı</b>                 | Semptom yok     | 9                  | 30.0      | 11              | 36.7      |
|                                     | 1–5 şiddetinde  | 17                 | 56.7      | 16              | 53.3      |
|                                     | 6–10 şiddetinde | 4                  | 13.3      | 3               | 10.0      |
| <b>Bel Ağrısı</b>                   | Semptom yok     | 8                  | 26.7      | 7               | 23.3      |
|                                     | 1–5 şiddetinde  | 18                 | 60.0      | 20              | 66.7      |
|                                     | 6–10 şiddetinde | 4                  | 13.3      | 3               | 10.0      |
| <b>Yorgunluk</b>                    | Semptom yok     | 2                  | 6.7       | 4               | 13.3      |
|                                     | 1–5 şiddetinde  | 19                 | 63.3      | 18              | 60.0      |
|                                     | 6–10 şiddetinde | 9                  | 30.0      | 8               | 26.7      |
| <b>Halsizlik</b>                    | Semptom yok     | 2                  | 6.6       | 7               | 23.3      |
|                                     | 1–5 şiddetinde  | 23                 | 76.7      | 15              | 50.0      |
|                                     | 6–10 şiddetinde | 5                  | 16.7      | 8               | 26.7      |
| <b>Ateş</b>                         | Semptom yok     | 21                 | 70.0      | 21              | 70.0      |
|                                     | 1–5 şiddetinde  | 7                  | 23.3      | 8               | 26.7      |
|                                     | 6–10 şiddetinde | 2                  | 6.7       | 1               | 3.3       |
| <b>Gece Terlemesi</b>               | Semptom yok     | 19                 | 63.3      | 16              | 53.3      |
|                                     | 1–5 şiddetinde  | 9                  | 30.0      | 13              | 43.4      |
|                                     | 6–10 şiddetinde | 2                  | 6.7       | 1               | 3.3       |
| <b>Deride Kaşıntı</b>               | Semptom yok     | 17                 | 56.7      | 15              | 50.0      |
|                                     | 1–5 şiddetinde  | 9                  | 30.0      | 14              | 46.7      |
|                                     | 6–10 şiddetinde | 4                  | 13.3      | 1               | 3.3       |
| <b>Deride Kabarıklık Döküntüler</b> | Semptom yok     | 24                 | 80.0      | 23              | 76.7      |
|                                     | 1–5 şiddetinde  | 4                  | 13.3      | 6               | 20.0      |
|                                     | 6–10 şiddetinde | 2                  | 6.7       | 1               | 3.3       |
| <b>Taşikardi</b>                    | Semptom yok     | 23                 | 76.7      | 22              | 73.3      |
|                                     | 1–5 şiddetinde  | 5                  | 16.7      | 6               | 20.0      |
|                                     | 6–10 şiddetinde | 2                  | 6.6       | 2               | 6.7       |
| <b>Sık Uyanma</b>                   | Semptom yok     | 18                 | 60.0      | 17              | 56.7      |
|                                     | 1–5 şiddetinde  | 10                 | 33.3      | 9               | 30.0      |
|                                     | 6–10 şiddetinde | 2                  | 6.7       | 4               | 13.3      |
| <b>Gözde Kaşıntı</b>                | Semptom yok     | 16                 | 53.3      | 17              | 56.7      |
|                                     | 1–5 şiddetinde  | 13                 | 43.4      | 10              | 33.3      |
|                                     | 6–10 şiddetinde | 1                  | 3.3       | 3               | 10.0      |
| <b>Gözde Yanma Hissi</b>            | Semptom yok     | 16                 | 53.3      | 17              | 56.7      |
|                                     | 1–5 şiddetinde  | 13                 | 43.4      | 10              | 33.3      |
|                                     | 6–10 şiddetinde | 1                  | 3.3       | 3               | 10.0      |

Tablo 44’te çalışma sonunda hastaların sistemik semptomlarına göre dağılımı gösterilmiştir. Çalışma başlangıcında olduğu gibi çalışma sonunda da web tabanlı eğitim grubundaki hastaların %56.7’si eklem ağrısı, %60.0’ı bel ağrısı, %63.3’ü yorgunluk, %76.7’si halsizlik semptomunu 1–5 şiddetinde yaşadığını ifade etmiştir. Ayrıca web tabanlı eğitim grubunda deride kabarıklık döküntüleri, taşikardi, ateş, gece terlemesi, sık uyanma, deride kaşıntı, gözde kaşıntı ve gözde yanma hissi semptomları hastaların çoğunda hiç yaşanmamıştır.

Web tabanlı grupta olduğu gibi standart eğitim grubundaki hastalarda da eklem ağrısı (%53.3), bel ağrısı (%66.7), yorgunluk (%60.0) ve halsizlik (%50.0) semptomları daha fazla oranda 1–5 şiddetinde görülmüştür. Ayrıca standart eğitim grubunda deride kabarıklık döküntüleri, taşikardi, ateş, sık uyanma, deride kaşıntı, gözde yanma hissi, gözde kaşıntı ve gece terlemesi semptomları hastaların çoğunda hiç yaşanmamıştır.

**Tablo 45:** Hastaların Ölçüm Zamanlarına Göre Sistemik Semptomlarının Şiddetinin Değerlendirilmesi

|          | Web Tabanlı Eğitim                               |             |             | Standart Eğitim |             |             |
|----------|--------------------------------------------------|-------------|-------------|-----------------|-------------|-------------|
|          | 0.-2. Hafta                                      | 0.-4. Hafta | 0.-8. Hafta | 0.-2. Hafta     | 0.-4. Hafta | 0.-8. Hafta |
| <b>Z</b> | <b>Eklem Ağrısı Semptom Şiddeti</b>              |             |             |                 |             |             |
|          | -1.502                                           | -0.289      | -0.923      | -1.505          | -1.621      | -3.424      |
| <b>p</b> | .133                                             | .773        | .356        | .132            | .105        | .001        |
| <b>Z</b> | <b>Bel Ağrısı Semptom Şiddeti</b>                |             |             |                 |             |             |
|          | -1.575                                           | -0.066      | -0.130      | -0.443          | -0.164      | -1.866      |
| <b>p</b> | .115                                             | .947        | .896        | .658            | .870        | .062        |
| <b>Z</b> | <b>Yorgunluk Semptom Şiddeti</b>                 |             |             |                 |             |             |
|          | -0.595                                           | -0.977      | -0.832      | -0.707          | -1.209      | -1.719      |
| <b>p</b> | .552                                             | .328        | .405        | .480            | .227        | .086        |
| <b>Z</b> | <b>Halsizlik Semptom Şiddeti</b>                 |             |             |                 |             |             |
|          | -.071                                            | -2.313      | -2.070      | -0.118          | -1.170      | -2.109      |
| <b>p</b> | .943                                             | .021        | .038        | .906            | .242        | .035        |
| <b>Z</b> | <b>Ateş Semptom Şiddeti</b>                      |             |             |                 |             |             |
|          | -0.213                                           | -0.299      | -1.078      | -0.743          | -0.172      | -1.612      |
| <b>p</b> | .832                                             | .765        | .281        | .458            | .863        | .107        |
| <b>Z</b> | <b>Gece Terlemesi Semptom Şiddeti</b>            |             |             |                 |             |             |
|          | -0.447                                           | -0.489      | 0.000       | -1.913          | -2.438      | -2.121      |
| <b>p</b> | .655                                             | .625        | 1.000       | .056            | .015        | .034        |
| <b>Z</b> | <b>Deride Kaşıntı Semptom Şiddeti</b>            |             |             |                 |             |             |
|          | -1.661                                           | -0.830      | -0.029      | -0.179          | -0.592      | -0.985      |
| <b>p</b> | .097                                             | .407        | .977        | .858            | .554        | .324        |
| <b>Z</b> | <b>Deride Kabarıklık Döküntü Semptom Şiddeti</b> |             |             |                 |             |             |
|          | -1.549                                           | -1.219      | -0.724      | -0.353          | -1.207      | -2.409      |
| <b>p</b> | .121                                             | .223        | .469        | .724            | .227        | .016        |
| <b>Z</b> | <b>Kalp Çarpıntısı Semptom Şiddeti</b>           |             |             |                 |             |             |
|          | -1.826                                           | -1.625      | -1.527      | -0.632          | -0.499      | -0.838      |
| <b>p</b> | .068                                             | .104        | .127        | .915            | .618        | .402        |
| <b>Z</b> | <b>Sık Uyanma Semptom Şiddeti</b>                |             |             |                 |             |             |
|          | -2.212                                           | -1.492      | -1.029      | -1.338          | -1.760      | -1.446      |
| <b>p</b> | .027                                             | .136        | .303        | .181            | .078        | .148        |
| <b>Z</b> | <b>Gözde Kaşıntı Semptom Şiddeti</b>             |             |             |                 |             |             |
|          | -0.614                                           | -1.697      | -1.428      | -1.693          | -0.915      | -2.176      |
| <b>p</b> | .539                                             | .090        | .153        | .090            | .360        | .030        |
| <b>Z</b> | <b>Gözde Yanma Hissi Semptom Şiddeti</b>         |             |             |                 |             |             |
|          | -0.565                                           | -1.140      | -0.346      | -1.476          | -0.045      | -0.236      |
| <b>p</b> | .572                                             | .254        | .729        | .140            | .964        | 1.814       |

Z= Wilcoxon işaretlenmiş sıra sayıları testi

Hastaların ölçüm zamanlarına göre sistemik semptomlarının şiddetlerini değerlendirmek için Wilcoxon İşaretlenmiş Sıra Sayıları testi kullanmış ve veriler Tablo 45'te gösterilmiştir.

Web tabanlı eğitim grubundaki hastaların, çalışmanın başlangıç zamanına göre dördüncü ve sekizinci haftalardaki halsizlik semptomu değerlerindeki değişim istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (sırasıyla  $Z = -2.313$ ,  $Z = -2.070$ ,  $p < .05$ ). Ayrıca hastaların, çalışmanın başlangıç zamanına göre ikinci haftadaki sık uyanma semptomu değerlerindeki değişim de istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $Z = -2.212$ ,  $p < .05$ ). Web tabanlı eğitim grubundaki hastaların, ölçüm zamanları bakımından diğer sistemik semptomları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ( $p > .05$ ).

Standart eğitim grubundaki hastaların, çalışmanın başlangıç zamanına göre sekizinci haftada eklem ağrısı ( $Z = -3.424$ ,  $p < .05$ ), halsizlik ( $Z = -2.109$ ,  $p < .05$ ), deride kabarık döküntüler ( $Z = -2.409$ ,  $p < .05$ ) ve gözde kaşıntı ( $Z = -2.176$ ,  $p < .05$ ) semptomları değerlerindeki değişim istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Hastaların, çalışmanın başlangıç zamanına göre dördüncü ve sekizinci haftalardaki gece terlemesi semptomu değerlerindeki değişim istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (sırasıyla  $Z = -2.438$ ,  $Z = -2.121$ ,  $p < .05$ ). Standart eğitim grubundaki hastaların, ölçüm zamanları bakımından diğer sistemik semptomları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ( $p > .05$ ).

#### 4.4.3. Hastaların Ağrı İle İlişkili Özellikleri

**Tablo 46:** Hastaların Başlangıç Döneminde Ağrı İle İlişkili Özelliklerinin Dağılımı

| Eğitim Türü<br>Özellik                      | Web Tabanlı Eğitim |           | Standart Eğitim |           | Toplam   |           | $\chi^2$ | P     |
|---------------------------------------------|--------------------|-----------|-----------------|-----------|----------|-----------|----------|-------|
|                                             | Sayı (n)           | Yüzde (%) | Sayı (n)        | Yüzde (%) | Sayı (n) | Yüzde (%) |          |       |
| <b>Ağrının Varlığı</b>                      |                    |           |                 |           |          |           |          |       |
| Var                                         | 23                 | 76.7      | 26              | 86.7      | 49       | 81.7      | 1.002    | .506  |
| Yok                                         | 7                  | 23.3      | 4               | 13.3      | 11       | 18.3      |          |       |
| <b>Ağrının Niteliği</b>                     |                    |           |                 |           |          |           | 0.333    | .847* |
| Akut                                        | 1                  | 4.3       | -               | -         | 1        | 2.0       |          |       |
| Kronik                                      | 4                  | 17.4      | 4               | 15.4      | 8        | 16.3      |          |       |
| Künt/Batıcı                                 | 8                  | 34.8      | 10              | 38.5      | 18       | 36.8      |          |       |
| Yanıcı/Sızlayıcı                            | 10                 | 43.5      | 12              | 46.2      | 22       | 44.9      |          |       |
| <b>Ağrının Süresi</b>                       |                    |           |                 |           |          |           | 8.194    | .042* |
| 60 dk ve daha az                            | 1                  | 4.3       | 10              | 38.5      | 11       | 22.4      |          |       |
| 61 dk ve üzeri                              | 6                  | 26.1      | 4               | 15.4      | 10       | 20.4      |          |       |
| Sürekli                                     | 9                  | 39.1      | 7               | 26.9      | 16       | 32.7      |          |       |
| İlaç içene kadar /<br>Tuvalete gidene kadar | 7                  | 30.4      | 5               | 19.2      | 12       | 24.5      |          |       |

\* Fisher Exact Test

Tablo 46’da hastaların çalışmanın başlangıç döneminde ağrı ile ilişkili özelliklerinin dağılımı gösterilmiştir. Web tabanlı eğitim grubunda hastaların %76.7’si, standart eğitim grubunda %86.7’si ağrı yaşadığını belirtmiştir. Çalışmanın başlangıcında web tabanlı ve standart eğitim grupları arasında ağrı varlığı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $\chi^2= 1.002$ ;  $p>.05$ ).

Ağrının niteliği incelendiğinde; web tabanlı eğitim grubundaki hastalar daha fazla oranda künt/batıcı (%34.8) veya yanıcı/sızlayıcı (%43.5) ağrı yaşadıklarını tariflerken; standart eğitim grubundaki hastalar da benzer oranlarda künt/batıcı (%38.5) veya yanıcı/sızlayıcı (%46.2) ağrı yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Web tabanlı ve standart eğitim grupları arasında ağrının niteliği açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $\chi^2= 0.333$ ;  $p>.05$ ).

Ağrının süresi açısından web tabanlı eğitim grubundaki hastaların %39.1’i sürekli ağrıdan yakınırken; standart eğitim grubundaki hastaların %38.5’i bir saatten daha az süren bir ağrı yaşadıklarını belirtmişlerdir. Web tabanlı ve standart eğitim grupları arasında ağrının süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ( $\chi^2= 8.194$ ;  $p<.05$ ).

**Tablo 47:** Hastaların Çalışma Sonunda Ağrı İle İlişkili Özelliklerinin Dağılımı

| Eğitim Türü<br>Özellik                      | Web Tabanlı Eğitim |           | Standart Eğitim |           | Toplam   |           | $\chi^2$ | P     |
|---------------------------------------------|--------------------|-----------|-----------------|-----------|----------|-----------|----------|-------|
|                                             | Sayı (n)           | Yüzde (%) | Sayı (n)        | Yüzde (%) | Sayı (n) | Yüzde (%) |          |       |
| <b>Ağrının Varlığı</b>                      |                    |           |                 |           |          |           |          |       |
| Var                                         | 24                 | 80.0      | 23              | 76.7      | 47       | 78.3      | 0.098    | 1.000 |
| Yok                                         | 6                  | 20.0      | 7               | 23.3      | 13       | 21.7      |          |       |
| <b>Ağrının Niteliği</b>                     |                    |           |                 |           |          |           |          |       |
| Akut                                        | -                  | -         | -               | -         | -        | -         | 0.693    | .707  |
| Kronik                                      | 6                  | 25.0      | 6               | 26.1      | 12       | 25.5      |          |       |
| Künt/Batıcı                                 | 12                 | 50.0      | 9               | 39.1      | 21       | 44.7      |          |       |
| Yanııcı/Sızlayıcı                           | 6                  | 25.0      | 8               | 34.8      | 14       | 29.8      |          |       |
| <b>Ağrının Süresi</b>                       |                    |           |                 |           |          |           |          |       |
| 60 dk ve daha az                            | 5                  | 20.8      | 13              | 56.5      | 18       | 38.3      | 1.798    | .407* |
| 61 dk ve üzeri                              | 5                  | 20.8      | 1               | 4.3       | 6        | 12.8      |          |       |
| Sürekli                                     | 7                  | 29.2      | 5               | 21.7      | 12       | 25.5      |          |       |
| İlaç içene kadar /<br>Tuvalete gidene kadar | 7                  | 29.2      | 4               | 17.4      | 11       | 23.4      |          |       |

\* Fisher Exact Test

Tablo 47’de hastaların çalışma sonunda ağrı ile ilişkili özelliklerinin dağılımı gösterilmiştir. Buna göre web tabanlı eğitim grubunda hastaların %80.0’ı, standart eğitim grubunda ise %76.7’si ağrı yaşadığını belirtmiştir. Web tabanlı ve standart eğitim grupları arasında çalışma sonunda ağrı varlığı bakımından anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $\chi^2= 0.098$ ;  $p>.05$ ).

Ağrının niteliği incelendiğinde; web tabanlı eğitim grubundaki hastaların %50.0’ı күnt/batıcı ağrı yaşadıklarını tariflerken; standart eğitim grubundaki hastalar ise %44.7 oranında күnt/batıcı ağrı yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Web tabanlı ve standart eğitim grupları arasında çalışma sonunda ağrının niteliği açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $\chi^2= 0.333$ ;  $p>.05$ ).

Web tabanlı eğitim grubundaki hastaların %29.2’si sürekli ağrıdan yakınırken, yine aynı oranda hasta (%29.2) ilaç içene kadar veya tuvalete gidene kadar ağrı yaşadığını belirtmiştir. Standart eğitim grubunda %56.5 oranında hasta ağrı deneyiminin bir saatten daha az sürdüğünü belirtmiştir. Web tabanlı ve standart eğitim grupları arasında ağrının süresi bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $\chi^2= 1.798$ ;  $p>.05$ ).

**Tablo 48:** Hastaların Ölçüm Zamanlarına Göre Ağrısını Arttıran Faktörlerin Dağılımı

| Ağrıyı Arttıran Nedenler |          | Web Tabanlı Eğitim |           | Standart Eğitim |           | $\chi^2$ | p      |
|--------------------------|----------|--------------------|-----------|-----------------|-----------|----------|--------|
|                          |          | Sayı (n)           | Yüzde (%) | Sayı (n)        | Yüzde (%) |          |        |
| <b>Başlangıç</b>         | Stres    | 15                 | 65.2      | 19              | 73.1      | 0.355    | .757*  |
|                          | Pozisyon | 2                  | 8.7       | 3               | 11.5      |          |        |
|                          | Diğer    | 6                  | 26.1      | 4               | 15.4      |          |        |
| <b>2. Hafta</b>          | Stres    | 16                 | 66.7      | 17              | 63.0      | .027     | 1.000* |
|                          | Pozisyon | 3                  | 12.5      | 3               | 11.1      |          |        |
|                          | Diğer    | 5                  | 20.8      | 7               | 25.9      |          |        |
| <b>4. Hafta</b>          | Stres    | 15                 | 62.5      | 18              | 66.7      | 0.097    | .778*  |
|                          | Pozisyon | 3                  | 12.5      | 3               | 11.1      |          |        |
|                          | Diğer    | 6                  | 25.0      | 6               | 22.2      |          |        |
| <b>8. Hafta</b>          | Stres    | 15                 | 65.2      | 16              | 69.6      | 0.099    | 1.000* |
|                          | Pozisyon | 2                  | 8.7       | 3               | 13.0      |          |        |
|                          | Diğer    | 6                  | 26.1      | 4               | 17.4      |          |        |

\* Fisher Exact Test

Çalışma kapsamına alınan hastaların ölçüm zamanlarına göre ağrıyı arttıran faktörlerinin dağılımı Tablo 48’de gösterilmiştir.

Buna göre web tabanlı eğitim alan hastalarda ağrıyı arttıran etkenin tüm ölçüm zamanlarında en fazla oranda stres faktörü (%65.2, %66.7, %62.5 ve %65.2) olduğu ifade edilmiştir. Standart eğitim alan hastalarda da ağrıyı arttıran etkenin tüm ölçüm zamanlarında en fazla oranda stres faktörü (%73.1, %63.0, %66.7 ve %69.6) olduğu saptanmıştır. Web tabanlı ve standart eğitim alan hastaların pozisyon ve diğer etkenler (yemek, içecek, ilaç, soğuğa maruz kalma) açısından benzer oranlarda dağılıma sahip oldukları; web tabanlı ve standart eğitim gruplarındaki hastalarda ağrıyı arttıran nedenler bakımından ölçüm zamanlarına göre istatistiksel olarak farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $p>.05$ ).

**Tablo 49:** Hastaların Ölçüm Zamanlarına Göre Ağrısını Azaltan Faktörlerin Dağılımı

| Ağrıyı Azaltan Nedenler |                 | Web Tabanlı Eğitim |           | Standart Eğitim |           | $\chi^2$ | p    |
|-------------------------|-----------------|--------------------|-----------|-----------------|-----------|----------|------|
|                         |                 | Sayı (n)           | Yüzde (%) | Sayı (n)        | Yüzde (%) |          |      |
| <b>Başlangıç</b>        | Tuvalete Gitmek | 9                  | 39.1      | 8               | 30.8      | 4.776    | .092 |
|                         | İlaçlar         | 12                 | 52.2      | 9               | 34.6      |          |      |
|                         | Diğer           | 2                  | 8.7       | 9               | 34.6      |          |      |
| <b>2. Hafta</b>         | Tuvalete Gitmek | 7                  | 30.4      | 10              | 37.0      | 0.594    | .743 |
|                         | İlaçlar         | 11                 | 47.8      | 10              | 37.0      |          |      |
|                         | Diğer           | 5                  | 21.7      | 7               | 25.9      |          |      |
| <b>4. Hafta</b>         | Tuvalete Gitmek | 7                  | 29.2      | 11              | 40.7      | 0.989    | .610 |
|                         | İlaçlar         | 12                 | 50.0      | 10              | 37.0      |          |      |
|                         | Diğer           | 5                  | 20.8      | 6               | 22.2      |          |      |
| <b>8. Hafta</b>         | Tuvalete Gitmek | 7                  | 30.4      | 8               | 34.8      | 0.514    | .773 |
|                         | İlaçlar         | 10                 | 43.5      | 11              | 47.8      |          |      |
|                         | Diğer           | 6                  | 26.1      | 4               | 17.4      |          |      |

Hastaların ölçüm zamanlarına göre ağrılarını azaltan faktörler Tablo 49’da incelenmiştir.

Web tabanlı eğitim alan hastalarda ağrıyı azaltan etkenin tüm ölçüm zamanlarında en fazla oranda ilaç kullanımı (%52.2, %47.8, %50.0 ve %43.5) olduğu belirlenmiştir. Standart eğitim alan hastalarda ise ağrıyı azaltan etken çalışmanın başlangıcında %34.6 ile ilaç kullanımı veya diğer etkenler (pozisyon, yemek, sıcak uygulama) olurken, ikinci haftada %37.0 ile tuvalete gitmek ya da ilaç kullanmak olarak saptanmıştır. Standart eğitim grubunda dördüncü hafta %40.7 oranında hastada tuvalete gitmek ağrıyı azaltırken; sekizinci haftada %47.8 oranında hastada ilaç kullanımının ağrıyı azalttığı saptanmıştır.

Ölçüm zamanlarına göre ağrıyı azaltan nedenler açısından web tabanlı ve standart eğitim grupları arasındaki farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $p>.05$ ).

#### 4.5. HASTALARIN YAŞAM KALİTELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu bölümde, her iki eğitim grubunda yer alan hastaların yaşam kaliteleri ile ilgili bulgular verilmektedir.

Web tabanlı ve standart eğitim alan hastaların yaşam kalitesi yönünden karşılaştırmasında uygulanacak olan teste karar verebilmek için öncelikle varsayımlarının sağlanması gerekmektedir. Bu nedenle yapılan analizlerde İBH-YKÖ tüm alt boyutları ve toplam ölçek puanı haftalar arasında normal ve homojen dağılım göstermiştir. Bu kapsamda yaşam kalitesine ilişkin bulgular Tablo 50–56’da ve Grafik 12’de sunulmuştur.

##### 4.5.1. Hastaların Yaşam Kalitelerine Göre Dağılımları

**Tablo 50:** Çalışmanın Başlangıcında Hastaların İBH YKÖ Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarına Göre Karşılaştırılması

| Yaşam Kalitesi                  | Web Tabanlı Eğitim | Standart Eğitim  | t      | p    |
|---------------------------------|--------------------|------------------|--------|------|
|                                 | $\bar{X} \pm SS$   | $\bar{X} \pm SS$ |        |      |
| Barsak Semptomları Alt Boyutu   | 4.60±1.22          | 4.49±0.96        | -0.387 | .700 |
| Sistemik Semptomlar Alt Boyutu  | 4.72±1.24          | 4.71±1.21        | -0.042 | .967 |
| Emosyonel Semptomlar Alt Boyutu | 4.75±1.32          | 4.68±1.16        | -0.224 | .823 |
| Sosyal Fonksiyon Alt Boyutu     | 4.63±1.41          | 4.78±1.30        | 0.418  | .677 |
| Toplam Ölçek Puanı              | 149.90±38.76       | 148.60±31.85     | -0.142 | .888 |

t: Bağımsız iki grup t testi

Tablo 50’de hastaların çalışmanın başlangıç dönemindeki İBH YKÖ alt boyut ve toplam puan ortalamalarına göre karşılaştırması verilmiştir. Elde edilen bulgulara göre; web tabanlı eğitim alan hastalarda sosyal fonksiyon alt boyutu dışındaki tüm alt boyutlarda puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, sosyal fonksiyon alt boyutunda ise standart eğitim alan hastaların daha yüksek puan ortalamasına sahip olduğu saptanmıştır. Web tabanlı ve standart eğitim grubundaki hastaların yaşam kalitesi puan ortalaması bakımından çalışmanın başlangıcında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ( $p > .05$ ).

#### 4.5.2. Hastaların Yaşam Kalitelerini Etkileyebilecek Değişkenlerin Dağılımları

**Tablo 51:** Hastaların Bazı Sosyodemografik Değişkenlere Göre Çalışmanın Başlangıcındaki İBH-YKÖ Toplam Puan Ortalamaları

| Değişken                     |                      | Web Tabanlı Eğitim |                    | Standart Eğitim   |                    | F     | p    |
|------------------------------|----------------------|--------------------|--------------------|-------------------|--------------------|-------|------|
|                              |                      | Sayı               | $\bar{X} \pm SS$   | Sayı              | $\bar{X} \pm SS$   |       |      |
| Cinsiyet                     | Kadın                | 13                 | 158.07 $\pm$ 42.39 | 12                | 140.08 $\pm$ 31.03 | 2.386 | .128 |
|                              | Erkek                | 17                 | 143.64 $\pm$ 35.78 | 18                | 154.27 $\pm$ 31.97 |       |      |
|                              |                      | t= 1.011 p= .321   |                    | t= -1.205 p= .238 |                    |       |      |
| Eğitim Düzeyi                | İlkokul / İlköğretim | 12                 | 147.00 $\pm$ 29.07 | 16                | 144.18 $\pm$ 36.69 | 0.195 | .823 |
|                              | Lise                 | 11                 | 154.00 $\pm$ 43.43 | 8                 | 149.50 $\pm$ 26.48 |       |      |
|                              | Üniversite           | 7                  | 148.42 $\pm$ 50.20 | 6                 | 159.16 $\pm$ 25.78 |       |      |
|                              |                      | F= 0.094 p= .911   |                    | F= 0.469 p= .631  |                    |       |      |
| İBH Türü                     | ÜK                   | 16                 | 134.56 $\pm$ 40.13 | 16                | 145.75 $\pm$ 33.30 | 2.315 | .134 |
|                              | CH                   | 14                 | 167.42 $\pm$ 29.55 | 14                | 151.85 $\pm$ 31.02 |       |      |
|                              |                      | t= -2.521 p= .018* |                    | t= -0.517 p= .609 |                    |       |      |
| Hastalık süresi              | 36 ay ve daha kısa   | 7                  | 154.14 $\pm$ 31.05 | 10                | 142.70 $\pm$ 32.03 | 0.500 | .609 |
|                              | 37-72 ay             | 12                 | 156.91 $\pm$ 28.01 | 6                 | 154.00 $\pm$ 38.10 |       |      |
|                              | 73 ay ve daha uzun   | 11                 | 139.54 $\pm$ 52.22 | 14                | 150.50 $\pm$ 30.82 |       |      |
|                              |                      | F= 0.614 p= .549   |                    | F= 0.268 p= .767  |                    |       |      |
| Toplam Atak Sayısı           | 0-5 kez              | 18                 | 155.22 $\pm$ 34.39 | 12                | 147.25 $\pm$ 31.55 | 1.030 | .364 |
|                              | 6-11 kez             | 8                  | 146.75 $\pm$ 34.99 | 11                | 142.18 $\pm$ 34.35 |       |      |
|                              | 12 kez ve üzeri      | 4                  | 132.25 $\pm$ 66.00 | 7                 | 161.00 $\pm$ 29.20 |       |      |
|                              |                      | F= 0.593 p= .559   |                    | F= 0.751 p= .481  |                    |       |      |
| Defekasyon Sayısı            | 1-3 kez              | 13                 | 173.30 $\pm$ 22.95 | 21                | 152.23 $\pm$ 32.39 | 2.222 | .118 |
|                              | 4 kez ve üzeri       | 17                 | 132.00 $\pm$ 39.28 | 9                 | 140.11 $\pm$ 30.64 |       |      |
|                              |                      | t= 3.368 p= .002*  |                    | t= 0.954 p= .348  |                    |       |      |
| Genel Durumunu Değerlendirme | İyi                  | 13                 | 173.38 $\pm$ 26.12 | 14                | 165.64 $\pm$ 27.43 | 0.280 | .757 |
|                              | Ortalamanın altı     | 14                 | 136.92 $\pm$ 39.85 | 14                | 135.21 $\pm$ 29.75 |       |      |
|                              | Kötü                 | 3                  | 108.66 $\pm$ 8.08  | 2                 | 123.00 $\pm$ 15.55 |       |      |
|                              |                      | F= 6.817 p= .004*  |                    | F= 4.943 p= .015* |                    |       |      |

\* p: <.05 düzeyinde anlamlıdır

F: Anova testi (değişkenxeğitim türü)

t: Bağımsız iki grup t testi

Çalışma kapsamına alınan hastaların bazı sosyodemografik değişkenlere göre İBH YKÖ toplam puan ortalamaları Tablo 51’de gösterilmiştir.

Web tabanlı eğitim grubunda kadın hastalarda, lise mezunlarında, 32–72 aydır hasta olanlarda ve hastalık tanısı aldığı günden bu yana 0–5 kez atak geçirenlerde yaşam kalitesi ortalaması daha yüksek olarak hesaplanmıştır. Web tabanlı eğitim grubundaki hastalarda İBH YKÖ toplam puan ortalamaları bakımından cinsiyet, eğitim düzeyi, hastalık süresi ve toplam atak sayısı değişkenleri arasında grup içinde anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>.05$ ).

Web tabanlı eğitim grubunda; CH olanlarda, günde 1–3 kez defekasyona çıkanlarda ve genel durumlarını “iyi” olarak tanımlayanlarda yaşam kalitesi ortalaması daha yüksek olarak hesaplanmıştır. Web tabanlı eğitim grubundaki hastalarda İBH YKÖ toplam puan ortalamaları bakımından tanı, defekasyon sayısı ve genel durumlarını değerlendirme değişkenleri arasında grup içinde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ( $p<.05$ ).

Standart eğitim grubunda; erkeklerde, üniversite mezunlarında, CH olanlarda, 32–72 aydır hasta olanlarda, hastalık tanısı aldığı günden bu yana 12 kez ve daha fazla sayıda atak geçirenlerde, günde 1–3 kez defekasyona çıkanlarda ve genel durumlarını “iyi” olarak tanımlayanlarda yaşam kalitesi ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Ancak standart eğitim grubundaki hastalarda İBH YKÖ toplam puan ortalamaları bakımından genel durumlarını “iyi” olarak tanımlayanlar arasında grup içinde anlamlı fark olduğu ( $p<.05$ ); bunun dışındaki değişkenler arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ( $p>.05$ ).

Web tabanlı ve standart eğitim gruplarındaki hastaların İBH YKÖ toplam puan ortalaması ile bazı sosyodemografik değişkenler arasında fark olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan iki yönlü varyans analizine göre; değişken x eğitim türü etkileşimi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>.05$ ).

#### 4.5.3. Hastaların Başlangıç Döneminde Hastalık Aktivitelerine Göre Yaşam Kaliteleri

**Tablo 52:** Ülseratif Kolit Hastaların Başlangıç Döneminde Hastalık Aktivitelerine Göre Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi

| Mayo Endoskopik Değerlendirme Skoru<br>İBH YKÖ | Web Tabanlı Eğitim |              | Standart Eğitim |             |
|------------------------------------------------|--------------------|--------------|-----------------|-------------|
|                                                | r                  | p            | r               | p           |
| Barsak Semptomları Alt Boyutu                  | -0.427             | 0.099        | -0.586          | 0.17        |
| Sistemik Semptomlar Alt Boyutu                 | -0.603             | <b>0.013</b> | -0.356          | 0.17        |
| Emosyonel Fonksiyon Alt Boyutu                 | -0.484             | 0.057        | -0.423          | 0.10        |
| Sosyal Fonksiyon Alt Boyutu                    | -0.577             | <b>0.019</b> | -0.356          | 0.17        |
| Toplam Ölçek Puanı                             | -0.463             | 0.071        | -0.604          | <b>0.01</b> |

Hastaların ÜK hastalık aktivitesi ile İBH YKÖ toplam ve alt boyutları arasındaki ilişki Tablo 52’de gösterilmiştir.

Web tabanlı eğitim grubundaki ÜK hastalarının başlangıç dönemindeki hastalık aktivitesi ile sadece sistemik ve sosyal fonksiyon alt boyutları arasında negatif yönlü orta derecede anlamlı bir ilişki olduğu ( $r_{\text{sistemik}} = -0.603$ ;  $r_{\text{sosyal}} = -0.577$ ;  $p < .05$ ) saptanmıştır. Çalışma başlangıcında sistemik ve sosyal fonksiyon alt boyutları dışındaki diğer alt boyut ve toplam ölçek ortalamaları bakımından hastalık aktivitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür ( $p > .05$ ).

Standart eğitim grubunda yer alan ÜK hastalarının başlangıç döneminde İBH YKÖ toplam ölçek ortalaması bakımından hastalık aktivitesi arasında negatif yönlü orta derecede anlamlı bir ilişki olduğu ( $r = -0.604$ ;  $p < .05$ ); bunun dışındaki boyutlarda anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür ( $p > .05$ ).

**Tablo 53:** Crohn Hastalarının Başlangıç Döneminde Hastalık Aktivitelerine Göre Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi

| İBH YKÖ                        | Harvey-Bradshaw<br>Değerlendirme Skoru | Web Tabanlı Eğitim |      | Standart Eğitim |      |
|--------------------------------|----------------------------------------|--------------------|------|-----------------|------|
|                                |                                        | r                  | p    | r               | p    |
| Barsak Semptomları Alt Boyutu  |                                        | -0.267             | .356 | -0.074          | .801 |
| Sistemik Semptomlar Alt Boyutu |                                        | -0.342             | .231 | -0.310          | .281 |
| Emosyonel Fonksiyon Alt Boyutu |                                        | -0.196             | .502 | -0.023          | .937 |
| Sosyal Fonksiyon Alt Boyutu    |                                        | -0.075             | .798 | -0.237          | .414 |
| Toplam Ölçek Puanı             |                                        | -0.260             | .369 | -0.164          | .576 |

Hastaların CH Hastalık Aktivitesi ile İBH YKÖ toplam ve alt boyutları arasındaki ilişki Tablo 53'te gösterilmiştir.

Web tabanlı eğitim grubunda CH olan hastaların başlangıç döneminde hastalık aktivitesi ile İBH YKÖ toplam puanı ve alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ( $p>.05$ ).

Standart eğitim grubundaki CH olan hastaların başlangıç döneminde hastalık aktivitesi ile İBH YKÖ toplam puanı ve alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ( $p>.05$ ).

**Tablo 54:** Hastaların Ölçüm Zamanlarına Göre İBH YKÖ Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

| Yaşam Kalitesi                  | Web Tabanlı Eğitim  | Standart Eğitim    | t      | p    |
|---------------------------------|---------------------|--------------------|--------|------|
|                                 | $\bar{X} \pm SS$    | $\bar{X} \pm SS$   |        |      |
| Barsak Semptomları Alt Boyutu   |                     |                    |        |      |
| Başlangıç                       | 4.60±1.22           | 4.49±0.96          | -0.387 | .700 |
| 2. Hafta                        | 4.59±1.14           | 4.61±0.96          | 0.049  | .961 |
| 4. Hafta                        | 4.76±1.06           | 4.72±0.98          | -0.176 | .861 |
| 8. Hafta                        | 4.83±0.94           | 4.79±1.07          | -0.153 | .879 |
| t, p                            | t=-1.498    p=.145  | t=-1.600    p=.121 |        |      |
| Sistemik Semptomlar Alt Boyutu  |                     |                    |        |      |
| Başlangıç                       | 4.72±1.24           | 4.71±1.21          | -0.042 | .967 |
| 2. Hafta                        | 4.83±1.20           | 4.60±1.14          | -0.766 | .447 |
| 4. Hafta                        | 5.09±1.31           | 4.66±1.20          | -1.311 | .195 |
| 8. Hafta                        | 5.04±1.18           | 4.98±1.35          | -0.183 | .856 |
| t, p                            | t=-2.089    p=.046* | t=-1.330    p=.194 |        |      |
| Emosyonel Semptomlar Alt Boyutu |                     |                    |        |      |
| Başlangıç                       | 4.75±1.32           | 4.68±1.16          | -0.224 | .823 |
| 2. Hafta                        | 4.65±1.09           | 4.44±1.11          | -0.750 | .456 |
| 4. Hafta                        | 4.88±1.16           | 4.55±1.30          | -1.006 | .318 |
| 8. Hafta                        | 4.87±1.03           | 4.71±1.31          | -0.537 | .593 |
| t, p                            | t=-0.855    p=.400  | t=-0.140    p=.889 |        |      |
| Sosyal Fonksiyon Alt Boyutu     |                     |                    |        |      |
| Başlangıç                       | 4.63±1.41           | 4.78±1.30          | 0.418  | .677 |
| 2. Hafta                        | 4.50±1.25           | 4.74±1.23          | 0.725  | .471 |
| 4. Hafta                        | 4.77±1.32           | 4.79±1.27          | 0.060  | .953 |
| 8. Hafta                        | 4.88±1.33           | 5.24±1.35          | 1.015  | .314 |
| t, p                            | t=-1.698    p=.100  | t=-2.011    p=.054 |        |      |
| Toplam Ölçek Puanı              |                     |                    |        |      |
| Başlangıç                       | 149.90±38.76        | 148.60±31.85       | -0.142 | .888 |
| 2. Hafta                        | 148.53±34.14        | 146.10±27.72       | -0.303 | .763 |
| 4. Hafta                        | 155.56±34.84        | 149.20±31.66       | -0.741 | .462 |
| 8. Hafta                        | 156.53±30.97        | 155.63±34.30       | -0.107 | .915 |
| t, p                            | t=-1.642    p=.111  | t=-1.171    p=.251 |        |      |

\*p: <.05 düzeyinde anlamlıdır

t: Eşleştirilmiş iki grup t testi (başlangıç & 8. hafta)

t: Bağımsız iki grup t testi

Tablo 54'te hastaların ölçüm zamanlarına göre İBH YKÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları verilmiştir.

Web tabanlı eğitim grubundaki hastaların barsak semptomları alt boyut ortalamaları başlangıçta  $4.60 \pm 1.22$ , ikinci haftada bir miktar düşerek  $4.59 \pm 1.14$ , 4. ve sekizinci haftada başlangıç ortalamasının da üzerine çıkmıştır (sırasıyla  $4.76 \pm 1.06$  ve  $4.83 \pm 0.94$ ). Web tabanlı eğitim grubundaki hastaların barsak semptomları alt boyut ortalamaları açısından çalışmanın başlangıcı ve sonu arasında grup içinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $t = -1.498$ ;  $p > .05$ ).

Standart eğitim grubundaki hastaların barsak semptomları alt boyut ortalamaları başlangıçta  $4.49 \pm 0.96$  olup, ikinci, dördüncü ve sekizinci haftalarda giderek artış göstermiş ve sekizinci haftada  $4.79 \pm 1.07$  olduğu saptanmıştır. Standart eğitim grubundaki hastaların barsak semptomları alt boyut ortalamaları açısından çalışmanın başlangıcı ve sonu arasında grup içinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $t = -1.600$ ;  $p > .05$ ).

Web tabanlı ve standart eğitim gruplarındaki hastaların barsak semptomları alt boyut ortalamaları bakımından çalışmanın başlangıcında, ikinci, dördüncü ve sekizinci haftalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p > .05$ ).

Web tabanlı eğitim grubundaki hastaların sistemik semptomlar alt boyut ortalamaları başlangıçta  $4.72 \pm 1.24$ , ikinci, dördüncü ve sekizinci haftalarda giderek artış göstermiş ve sekizinci haftada  $5.04 \pm 1.18$  olduğu saptanmıştır. Web tabanlı eğitim grubundaki hastaların sistemik semptomlar alt boyut ortalamaları açısından çalışmanın başlangıcı ve sonu arasında grup içinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ( $t = -2.089$ ;  $p < .05$ ).

Standart eğitim grubundaki hastaların sistemik semptomlar alt boyut ortalamaları başlangıçta  $4.71 \pm 1.21$  olup, ikinci ve dördüncü haftalarda giderek azalma gösterse de sekizinci haftada başlangıç ortalamasının da üzerine çıktığı ve  $4.98 \pm 1.35$  olduğu saptanmıştır. Standart eğitim grubundaki hastaların sistemik semptomlar alt boyut ortalamaları açısından çalışmanın başlangıcı ve sonu arasında grup içinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $t = -1.330$ ;  $p > .05$ ).

Web tabanlı ve standart eğitim gruplarındaki hastaların sistemik semptomlar alt boyut ortalamaları bakımından çalışmanın başlangıç döneminde, ikinci, dördüncü ve

sekizinci haftalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>.05$ ).

Web tabanlı eğitim grubundaki hastaların emosyonel semptomlar alt boyut ortalamaları başlangıçta  $4.75\pm1.32$ , ikinci haftada bir miktar azalsa da dördüncü haftada başlangıç ortalamasının üzerine çıkmış, ancak sekizinci haftada çok az bir düşüşle  $4.87\pm1.03$  olarak hesaplanmıştır. Web tabanlı eğitim grubundaki hastaların emosyonel semptomlar alt boyut ortalamaları açısından çalışmanın başlangıcı ve sonu arasında grup içinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $t= -0.855$ ;  $p>.05$ ).

Standart eğitim grubundaki hastaların emosyonel semptomlar alt boyut ortalamaları ise başlangıçta  $4.68\pm1.16$  olup, ikinci ve dördüncü haftalarda başlangıç ortalamasının altına gerilemiş, ancak sekizinci haftada tekrar artarak  $4.71\pm1.31$  olarak hesaplanmıştır. Standart eğitim grubundaki hastaların emosyonel semptomlar alt boyut ortalamaları açısından çalışmanın başlangıcı ve sonu arasında grup içinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $t= -0.140$ ;  $p>.05$ ).

Web tabanlı ve standart eğitim gruplarındaki hastaların emosyonel semptomlar alt boyut ortalamaları bakımından başlangıç döneminde, ikinci, dördüncü ve sekizinci haftalarda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>.05$ ).

Web tabanlı eğitim grubundaki hastaların sosyal fonksiyon alt boyut ortalamaları başlangıçta  $4.63\pm1.41$ , ikinci haftada bir miktar azalsa da dördüncü ve sekizinci haftada başlangıç ortalamasının üzerine çıkmış, sekizinci haftada  $4.88\pm1.33$  olarak hesaplanmıştır. Web tabanlı eğitim grubundaki hastaların sosyal fonksiyon alt boyut ortalamaları açısından çalışmanın başlangıcı ve sonu arasında grup içinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $t= -1.698$ ;  $p>.05$ ).

Standart eğitim grubundaki hastaların sosyal fonksiyon alt boyut ortalamaları başlangıçta  $4.78\pm1.30$  olup, ikinci haftada bir miktar düşmüş, dördüncü ve sekizinci haftalarda başlangıç ortalamasının üzerine çıkmış, sekizinci haftada  $5.24\pm1.35$  olarak saptanmıştır. Standart eğitim grubundaki hastaların sosyal fonksiyon alt boyut ortalamaları açısından çalışmanın başlangıcı ve sonu arasında grup içinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $t= -2.011$ ;  $p>.05$ ).

Web tabanlı ve standart eğitim gruplarındaki hastaların sosyal fonksiyon alt boyut ortalamaları bakımından çalışmanın başlangıcında, ikinci, dördüncü ve

sekizinci haftalarda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>.05$ ).

Web tabanlı eğitim grubundaki hastaların İBH YKÖ toplam puan ortalamaları başlangıçta  $149.90\pm38.76$ , ikinci haftada bir miktar azalsa da dördüncü ve sekizinci haftalarda başlangıç ortalamasının üzerine çıkmış, sekizinci haftada  $156.53\pm30.97$  olarak hesaplanmıştır. Web tabanlı eğitim grubundaki hastaların İBH YKÖ toplam puan ortalamaları açısından çalışmanın başlangıcı ve sonu arasında grup içinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $t= -1.642$ ;  $p>.05$ ).

Standart eğitim grubundaki hastaların İBH YKÖ toplam puan ortalamaları başlangıçta  $148.60\pm31.85$  olup, ikinci haftada bir miktar düşmüş, dördüncü ve sekizinci haftalarda başlangıç ortalamasının üzerine çıkmış, sekizinci haftada web tabanlı eğitim grubu ortalamasına yaklaşılarak  $155.63\pm34.30$  olarak hesaplanmıştır. Standart eğitim grubundaki hastaların İBH YKÖ toplam puan ortalamaları açısından çalışmanın başlangıcı ve sonu arasında grup içinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $t= -1.171$ ;  $p>.05$ ).

Hastaların İBH YKÖ toplam puan ortalamaları bakımından çalışmanın başlangıcında, ikinci, dördüncü ve sekizinci haftalarda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>.05$ ).

**Tablo 55:** Hastaların Ölçüm Zamanlarına Göre İBH YKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırması

| İBH YKÖ                  | Web Tabanlı Eğitim   | Standart Eğitim      | t      | p    |
|--------------------------|----------------------|----------------------|--------|------|
|                          | $\bar{X} \pm SS$     | $\bar{X} \pm SS$     |        |      |
| <b>Başlangıç</b>         | 149.90±38.76         | 148.60±31.85         | -0.142 | .888 |
| <b>2. Hafta</b>          | 148.53±34.14         | 146.10±27.72         | -0.303 | .763 |
| <b>4. Hafta</b>          | 155.56±34.84         | 149.20±31.66         | -0.741 | .462 |
| <b>8. Hafta</b>          | 156.53±30.97         | 155.63±34.30         | -0.107 | .915 |
| <b>t , p</b>             | t= -1.642 p=.111     | t= -1.171 p=.251     |        |      |
| <b>Değişim Yüzdesi</b>   | % <sub>0</sub> -4.42 | % <sub>0</sub> -4.73 |        |      |
| <b>Zaman<sup>a</sup></b> | F=4.268              | <b>p=.019*</b>       |        |      |
| <b>Grup x Zaman</b>      | F=0.452              | p=.620               |        |      |

\* p: <.05 düzeyinde anlamlıdır

\*\* p: <.001 düzeyinde anlamlıdır

<sup>a</sup>: Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi

t: Eşleştirilmiş iki grup t testi (başlangıç & 8. hafta)

t: Bağımsız iki grup t testi

Tablo 55'te ve Grafik 11'de çalışma kapsamına alınan hastaların ölçüm zamanlarına göre İBH YKÖ toplam puan ortalamaları verilmiştir.

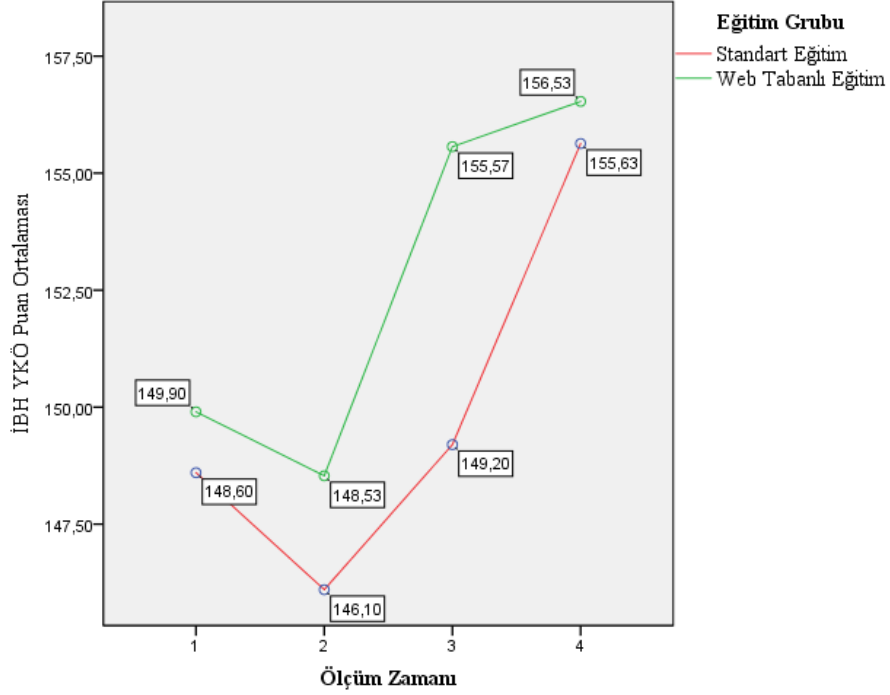
Web tabanlı eğitim grubunda başlangıçta 149.90±38.76 olan yaşam kalitesi çalışma sonunda 156.53±30.97'ye yükselmiştir. Web tabanlı eğitim grubundaki hastaların İBH YKÖ puan ortalamaları bakımından çalışmanın başlangıcı ve sonu arasında grup içinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (t= -1.171; p>.05).

Standart eğitim grubunda İBH YKÖ'nin başlangıçtaki ortalaması 148.60±31.85 ve çalışma sonundaki ortalaması 155.63±34.30 olarak hesaplanmıştır. Standart eğitim grubundaki hastaların İBH YKÖ puan ortalamaları bakımından çalışmanın başlangıcı ve sonu arasında grup içinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (t= -1.642; p>.05).

Web tabanlı ve standart eğitim gruplarındaki hastaların yaşam kalitesi ortalamaları bakımından çalışmanın başlangıcında, ikinci, dördüncü ve sekizinci haftalarda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür (p>.05).

Web tabanlı ve standart eğitim gruplarındaki hastaların yaşam kalitesi ortalamaları bakımından zaman (F=4.268; p=.019) etkileşimi açısından anlamlı bir fark olduğu, buna karşın grup x zaman (F=0.452; p=.620) etkileşimi açısından

istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Bu analizler doğrultusunda çalışmanın 12'inci hipotezi (Web tabanlı İBH eğitimi alan hastaların yaşam kalitesi standart eğitim alan hastalardan farklıdır) reddedilmiştir.



**Grafik 11: Ölçüm Zamanlarına Göre İBH YKÖ Puan Ortalaması**

Çalışma kapsamına alınan hastaların başlangıç ve sekizinci haftadaki İBH YKÖ puan ortalamalarının değişim yüzdeleri web tabanlı eğitim grubunda %<sub>0</sub> -4.42, standart eğitim grubunda %<sub>0</sub> -4.73 olarak saptanmış ve her iki grupta da yaşam kalitesinin iyileştiği görülmüştür.

**Tablo 56:** Çalışmanın Başlangıcında ve Sonundaki Yaşam Kalitesi Toplam Puan Ortalamaları ve Değişim Yüzdeleri

| Hasta No | Web Tabanlı Eğitim |          |           | Standart Eğitim |          |           |
|----------|--------------------|----------|-----------|-----------------|----------|-----------|
|          | Başlangıç          | 8. Hafta | Değişim % | Başlangıç       | 8. Hafta | Değişim % |
| 1        | 116.00             | 146.00   | 26        | 170.00          | 168.00   | -1        |
| 2        | 180.00             | 130.00   | -28       | 142.00          | 203.00   | 43        |
| 3        | 158.00             | 149.00   | -6        | 202.00          | 205.00   | 1         |
| 4        | 191.00             | 159.00   | -17       | 166.00          | 207.00   | 25        |
| 5        | 176.00             | 197.00   | 12        | 92.00           | 132.00   | 43        |
| 6        | 171.00             | 176.00   | 3         | 153.00          | 116.00   | -24       |
| 7        | 135.00             | 142.00   | 5         | 117.00          | 102.00   | -13       |
| 8        | 200.00             | 214.00   | 7         | 134.00          | 116.00   | -13       |
| 9        | 156.00             | 157.00   | 1         | 125.00          | 132.00   | 6         |
| 10       | 103.00             | 73.00    | -29       | 192.00          | 96.00    | -50       |
| 11       | 148.00             | 161.00   | 9         | 175.00          | 193.00   | 10        |
| 12       | 113.00             | 126.00   | 12        | 160.00          | 170.00   | 6         |
| 13       | 192.00             | 198.00   | 3         | 113.00          | 162.00   | 43        |
| 14       | 182.00             | 180.00   | -1        | 217.00          | 194.00   | -11       |
| 15       | 136.00             | 153.00   | 13        | 169.00          | 163.00   | -4        |
| 16       | 215.00             | 195.00   | -9        | 166.00          | 168.00   | 1         |
| 17       | 169.00             | 152.00   | -10       | 144.00          | 183.00   | 27        |
| 18       | 178.00             | 180.00   | 1         | 95.00           | 95.00    | 0         |
| 19       | 177.00             | 185.00   | 5         | 120.00          | 150.00   | 25        |
| 20       | 46.00              | 109.00   | 137       | 141.00          | 145.00   | 3         |
| 21       | 100.00             | 128.00   | 28        | 166.00          | 161.00   | -3        |
| 22       | 142.00             | 161.00   | 13        | 128.00          | 129.00   | 1         |
| 23       | 180.00             | 178.00   | -1        | 163.00          | 108.00   | -34       |
| 24       | 91.00              | 107.00   | 18        | 185.00          | 194.00   | 5         |
| 25       | 148.00             | 169.00   | 14        | 183.00          | 194.00   | 6         |
| 26       | 108.00             | 124.00   | 15        | 116.00          | 159.00   | 37        |
| 27       | 194.00             | 188.00   | -3        | 112.00          | 120.00   | 7         |
| 28       | 138.00             | 150.00   | 9         | 164.00          | 171.00   | 4         |
| 29       | 144.00             | 161.00   | 12        | 111.00          | 153.00   | 38        |
| 30       | 110.00             | 148.00   | 35        | 137.00          | 180.00   | 31        |
| Ort.     | 149.90             | 156.53   | 4         | 148.60          | 155.63   | 5         |
| t        | -1.642             |          |           | -1.211          |          |           |
| p        | 0.111              |          |           | 0.235           |          |           |

Hastaların çalışmanın başlangıcındaki ve sonundaki yaşam kalitesi puan ortalamaları ve değişim yüzdelerine göre dağılımları Tablo 56’da verilmiştir. Buna göre; web tabanlı eğitim grubundaki hastaların İBH YKÖ puan ortalaması değişim yüzdesi ortalama %4.00 iken, standart eğitim grubundaki hastaların İBH YKÖ puan ortalaması değişim yüzdesi ortalama %5.00 olarak saptanmıştır. Gruplar arasındaki değişim yüzdeleri Paired t testi ile karşılaştırıldığında, yapılan analizde iki eğitim grubunda da çalışmanın başlangıç ve bitiş zamanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $t_{web} = -1.642$ ;  $t_{st} = -1.211$ ;  $p > .05$ ).



## BÖLÜM V

### 5. TARTIŞMA

#### 5.1. HASTALARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMESİ

Çalışma kapsamına web tabanlı eğitim grubunda 30, standart eğitim grubunda 30 olmak üzere toplam 60 hasta alınmıştır.

Çalışma kapsamına alınan web tabanlı eğitim grubundaki hastaların %56.7'si, standart eğitim grubunun %60.0'ı erkektir. Web tabanlı eğitim grubunun yaş ortalaması  $37.26 \pm 12.99$ , standart eğitim grubunun yaş ortalaması ise  $41.63 \pm 11.85$  olarak bulunmuştur. Cinsiyet ve yaş ortalaması bakımından iki grup arasında bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p > .05$ ) (Tablo 9). Literatürde kadın ve erkek arasında sıklık bakımından bir fark olmadığı, hastalığın en sık 15–25 yaş ve 55–65 yaş arasında görüldüğü belirtilmiştir. Çalışma bulgularımız yapılan bazı çalışmalarla farklılık gösterirken (22,29,32,106,107); bazı çalışmalarla uyumludur (19,108-111).

Web tabanlı eğitim grubunun en fazla oranla %40.0'ının, standart eğitim grubunun %53.3'ünün ilköğretim mezunu olduğu ve iki grup arasında bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p > .05$ ) (Tablo 9). Eğitim düzeyi yüksek olan gruplarda İBH'nin daha fazla görüldüğünü belirten çalışmaların (31,108) aksine, çalışmamızla benzer olarak eğitim düzeyi düşük olan hastalarda da İBH'nin görüldüğü ifade edilmektedir (17,106,109).

Web tabanlı eğitim grubundaki hastaların büyük çoğunluğunun (%76.7) evli ve (%66.3) en az bir çocuğu olduğu ve hastaların yarısına yakınının (%53.3) memur, işçi veya serbest meslek sahibi olduğu saptanmıştır. Standart eğitim grubundaki hastaların ise büyük bir kısmının (%66.7) evli, yarısından çoğunun (%76.7) en az bir çocuğu olduğu ve büyük bir kısmının (%39.9) memur, işçi veya serbest meslek sahibi olduğu görülmüştür (Tablo 10). Yapılan çalışmalarda hastaların genelde evli ve aktif çalışma yaşantısı içinde olduğu görülmüştür (19,31,109,112).

Web tabanlı ve standart eğitim gruplarında hastaların yarıdan fazlasının (%61.7 ve %56.6) gelirinin giderine denk veya gelirinin daha fazla olduğu belirlenmiştir (Tablo 10). Hastaların ekonomik durumları, yapılan insidans çalışmaları ile uyumlu olup, sosyoekonomik durumu iyi olanlarda hastalığın görülme olasılığının yüksek olduğu bildirilmiştir (29,31,113).

Hastaların BKİ ortalamasının web tabanlı eğitim grubunda  $24.90 \pm 3.19$  ve standart eğitim grubunda  $25.21 \pm 3.69$  olduğu; web tabanlı eğitim grubundaki hastaların en fazla oranda %60.0'nın, standart eğitim grubundaki hastaların %50.0'nın normal kiloda olduğu saptanmıştır (Tablo 11). Web tabanlı ve standart eğitim gruplarındaki hastaların BKİ ortalaması bakımından aralarında anlamlı bir fark olmadığı, grupların homojen dağıldığı belirlenmiştir. Yapılan çalışmalarda da İBH ile BKİ arasında bir ilişki olmadığı; hastaların sağlıklı kişilerle karşılaştırılmasında gruplar arasında (ÜK, CH ve kontrol grupları) anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür (114,115).

Web tabanlı ve standart eğitim gruplarındaki hastaların büyük çoğunluğu (%93.3 ve %80.0) İBH nedeniyle işlerinden ayrılmadıklarını, hala çalışma hayatlarına devam edebildiklerini ifade etmiştir (Tablo 11).

Gruplara göre sigara kullanım durumu incelendiğinde; web tabanlı eğitim grubunun yarıdan fazlasının (%53.3) hiçbir zaman sigara kullanmadığı ve %30.0'nın sigarayı bıraktığı saptanmıştır. Web tabanlı eğitim grubunda sigara tüketen hastaların sigara kullanım ortalamaları aylık  $23.00 \pm 19.77$  pakettir. Standart eğitim grubunun ise %36.7'si hastalığı nedeniyle sigarayı bıraktığını, büyük bir kısmı da (%33.3) hala kullanmaya devam ettiğini belirtmiştir. Standart eğitim grubunda sigara tüketenlerin sigara kullanım ortalaması aylık  $12.45 \pm 8.49$  pakettir. Web tabanlı eğitim grubunda sigara tüketen hasta oranı daha az olmakla birlikte, bu grupta aylık sigara tüketim miktarı, standart eğitim grubuna göre iki kat daha fazladır. Buna karşın şuan sigara kullanmayan hastaların oranı web tabanlı eğitim grubunda çok daha yüksek olarak bulunmuştur (%83.3 ve %66.7) (Tablo 11). Sigara, İBH'yi etkileyen çevresel etkenlerden biridir. Sigara kullanımı ÜK hastalarına kıyasla CH olanlarda hastalığın şiddetini ve tekrarlama sıklığını arttıran önemli bir etkidir. Sigara kullanan İBH hastalarının tedaviye yanıtı daha kötü olmakla birlikte, cerrahi müdahale gereksinimi de artış göstermektedir. Yapılan literatür incelemesinde hastaların çoğunluğunun sigara içmediği ya da eskiden içtiği, hastalık nedeniyle bıraktığı görülmüş ve bu bulgular çalışmamızla benzerlik göstermiştir (17,28-30,111,112,116).

Web tabanlı ve standart eğitim gruplarındaki hastaların büyük çoğunluğunun hiç alkol kullanmadığını görülmüştür. Alkol kullanım ortalamaları ise web tabanlı ve standart eğitim gruplarında benzer olarak hesaplanmıştır (Tablo 11).

Web tabanlı ve standart eğitim gruplarındaki hastaların İBH türlerine göre eşit olarak dağıldığı, hastaların %53.3'ünün ÜK, %46.7'sinin CH olduğu; gruplardaki hastaların İBH türü açısından homojen bir dağılım gösterdiği saptanmıştır ( $p>.05$ ) (Tablo 12).

Hastaların hastalık süresi ortalamalarının web tabanlı ( $82.23\pm54.52$  ay) ve standart eğitim grubunda ( $81.93\pm56.71$  ay) benzer olduğu saptanmıştır. Web tabanlı eğitim grubundaki hastaların en fazla oranla %40.0'ı 37–72 aydır İBH tanısı ile izlenirken; standart eğitim grubundaki hastaların en fazla oranla %46.7'si 73 aydan daha uzun süredir hasta olduğunu belirtmiştir. Hastaların hastalık süreleri açısından homojen bir dağılım gösterdiği ve iki grup arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (Tablo 12). Çalışma bulgularımızla uyumlu olarak, yapılan çalışmalarda hastaların hastalık süresi ortalamalarının 60 aydan fazla olduğu görülmüştür (19,106,109,110,117).

Web tabanlı (%56.7) ve standart eğitim (%53.3) grubundaki hastaların yarısından fazlası genel durumlarını “ortalamanın altı/kötü” olarak değerlendirmiş, her iki grupta da hastaların büyük çoğunluğunun kanser korkusu yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 12).

Web tabanlı eğitim grubundaki hastaların çoğu (%76.7) ve standart eğitim grubundaki hastaların neredeyse tamamı (%96.7) ilaçlarını düzenli kullandığını; web tabanlı eğitim grubunda %83.3'ü ve standart eğitim grubunda %73.3'ü ilaç dışında herhangi bir ürün kullanmadığını belirtmiştir (Tablo 13). Web tabanlı ve standart eğitim grubundaki hastaların başlangıç döneminde en fazla oranla aminosalisilat ve immünomodülatör ilaç kullandıkları saptanmıştır (Tablo 14). Web tabanlı ve standart eğitim gruplarının ilaç ve ilaç dışı ürün kullanım durumları açısından benzer olarak dağıldığı saptanmıştır. Batı toplumlarında ilaç dışında alternatif ürün kullanımı ya da uygulama (geleneksel Çin tedavisi, ayurveda, homeopati, bitkisel ürün, aromaterapi, refleksoloji vb) oranları %5-50 arasında değişmektedir (118-121). Bu sonuçlar çalışmamızla uyum içindedir.

Web tabanlı eğitim grubunda hastaların %60.0'ı İBH nedeniyle hastaneye yattığını belirtirken; standart eğitim grubunda hastaların %56.7'si İBH nedeniyle hastaneye yattığını ifade etmiştir. Hastaneye yatış durumları açısından grupların benzer oranlara sahip olduğu görülmüştür (Tablo 15).

Web tabanlı eğitim grubundaki hastaların %70.0'inin, standart eğitim grubunda yer alan hastaların %53.3'ünün tuvaletini tutabildiği; web tabanlı (%66.7) ve standart

eğitim grubunda hastaların çoğunun (%76.7) defekasyonda kan görmediği saptanmıştır (Tablo 15).

Web tabanlı ve standart eğitim gruplarındaki hastaların yarısından fazlasında (%53.3) İBH dışında başka hastalıkların da olduğu; web tabanlı eğitim grubundaki hastaların %58.8'inin, standart eğitim grubundaki hastaların ise %29.4'ünün İBH ile ilişkili olabilecek hastalıklara (deri, solunum, eklem–kemik, mide ve göz hastalıkları) sahip olduğu saptanmıştır. Web tabanlı eğitim grubundaki hastalarda İBH dışı hastalıkların daha fazla olduğu görülmektedir (Tablo 16). Ülkemizde bir tıp fakültesi hastanesine başvuran 150 İBH hastası ile yapılan bir çalışmada; hastaların yarısında İBH dışında kronik sistemik bir hastalığın olduğu saptanmıştır (1). Büyük popülasyonlu başka bir çalışmada ise artrit-artralji değerlendirildiğinde ÜK ve CH için oranlar sırasıyla %16 ve %33 olarak bulunmuştur (122).

Web tabanlı ve standart eğitim gruplarındaki hastaların büyük bir çoğunluğu (sırasıyla %90.0 ve %80.0) İBH nedeniyle ameliyat olmadıklarını ifade etmiştir (Tablo 16). Yapılan bir çalışmada hastaların %60'ının İBH nedeniyle ameliyat olmadıkları, buna karşın %16'sının bir kez ameliyat olduğu saptanmıştır (5). İnflamatuvar barsak hastalıkları nedeniyle ameliyat olmama durumu bizim çalışmamızda çok daha yüksek oranlarda bulunmuştur.

Çalışma kapsamına alınan web tabanlı eğitim grubundaki hastaların %43.3'ü, standart eğitim grubundaki hastaların %26.7'si sağlık raporu aldıklarını, rapor alan bu hastaların web eğitim grubunda büyük çoğunluğu (%84.6) ve standart eğitim grubunda hastaların tümü bir yılda beşten daha az sayıda rapor aldıklarını belirtmişlerdir (Tablo 17). Yapılan bir çalışmada 4670 İBH hastasının %29'u geçen yıl 10 güne kadar rapor aldığını, %41'i ise 11 günden fazla rapor aldığını belirtmiştir (5).

Hastaların İBH nedeniyle son bir yılda hastaneye yatış ortalamaları web tabanlı eğitim grubunda  $0.40 \pm 0.81$  ve standart eğitim grubunda  $0.60 \pm 1.13$  olarak belirlenmiştir. Eğitim grupları arasında hastaların son bir yılda İBH nedeniyle hastaneye yatış ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir (Tablo 18).

Çalışma kapsamına alınan hastaların tanı aldıkları günden itibaren geçirdikleri atak sayısı ortalaması web tabanlı eğitim grubunda  $6.86 \pm 6.92$  ve standart eğitim grubunda  $8.73 \pm 7.25$ 'tir ve gruplar arasında anlamlı bir fark yoktur (Tablo 18).

Günlük olarak tuvalete çıkma sayılarının web tabanlı ve standart eğitim gruplarında benzer ortalamalarda olduğu görülmüştür (sırasıyla  $3.76 \pm 1.65$  ile  $3.06 \pm 2.19$ ) (Tablo 18).

## **5.2. HASTALARIN HASTALIK AKTİVİTELERİNE GÖRE İNCELENMESİ**

### **5.2.1. Hastaların Başlangıç Döneminde Hastalık Aktivitelerinin İncelenmesi**

Çalışmanın başlangıcında web tabanlı eğitim grubundaki ÜK tanılı hastaların en fazla oranla %37.4'ünün orta şiddetli hastalık döneminde ve %31.3'ünün remisyonda olduğu, CH tanılı hastaların ise en fazla oranla %57.1'inin hafif hastalık döneminde ve %35.6'sının remisyonda olduğu saptanmıştır. Standart eğitim grubundaki ÜK tanılı hastaların en fazla oranla %50.0'inin hafif hastalık döneminde ve %25.0'inin remisyonda olduğu; CH tanılı hastaların ise en fazla oranla %64.3'ünün remisyonda ve %28.6'sının hafif hastalık döneminde olduğu saptanmıştır (Tablo 19). Yapılan bir çalışmada ÜK olan hastaların %40.7'sinin remisyonda, %45.6'sının aktif ve %13.5'inin ise şiddetli hastalık döneminde olduğu belirlenmiştir. Aynı çalışmada CH olanların %37.2 hafif-orta şiddette, %37.2'sinin orta-şiddetli, %25.6'sının şiddetli hastalık evresinde olduğu; buna karşın hiçbir hastanın remisyonda olmadığı saptanmıştır (1). Literatürde ifade edilenin aksine, ÜK olan hastalar arasında remisyonda olan hasta oranlarının daha düşük olduğu, ancak CH olan hastalar arasında remisyonda olan hasta oranlarının çok daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Çalışmanın başlangıç döneminde web tabanlı ve standart eğitim gruplarındaki hastaların hastalık aktiviteleri karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür (Tablo 19). Elde edilen bu sonuç web tabanlı ve standart eğitim grubundaki hastaların hastalık aktiviteleri yönünden fark olmadığını ve iki grubun homojenlik gösterdiğini göstermektedir.

### **5.2.2. Hastaların Ölçüm Zamanlarına Göre Hastalık Aktivitelerinin İncelenmesi**

Araştırma kapsamına alınan web tabanlı ve standart eğitim grubundaki hastaların ikinci, dördüncü ve sekizinci hafta hastalık aktiviteleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p > .05$ ) (Tablo 20 ve 21). Web tabanlı ve standart eğitim grubundaki hastaların ilerleyen ölçüm zamanlarında hastalık aktivitesinin azaldığı, daha çok hastanın remisyona girdiği ve çalışma boyunca hiçbir hastanın şiddetli hastalık yaşamadığı; bununla birlikte eğitim grupları arasında

hastalık aktiviteleri bakımından anlamlı bir fark olmadığı görülmüş; çalışmanın birinci hipotezi (Web tabanlı İBH eğitimi alan hastaların hastalık aktiviteleri standart eğitim alan hastalardan farklıdır) reddedilmiştir.

İnflamatuvar barsak hastalıklarının yönetiminde hastalık hakkında bilgi sahibi olma, kendi kendini izleme ve öz yönetim inflamasyon süresini kısaltabilir, hastalık şiddetini azaltabilir ve bu sayede remisyon süresinin de uzun sürmesini sağlayabilir. Bu çalışmada hastalık hakkındaki bilgilerinin arttırılması, hastalığın kötüleşmesi durumunda alevlenme belirtilerini ve sağlık kurumuna başvurması gereken durumları tanınması için hastaların doğru bir şekilde eğitilmesi ve bilgilendirilmesi sayesinde hastalık aktivitesinin azaldığı ve çalışma sonunda remisyonda olan hasta oranında artış olduğu görülmüştür.

### 5.3. HASTALARIN DENEYİMLEDİKLERİ SEMPTOMLARA İLİŞKİN VERİLERİN İNCELENMESİ

#### 5.3.1. Hastaların Başlangıç Döneminde GİS Semptomlarının İncelenmesi

Çalışma başlangıcında hastaların yaşadığı GİS semptomlarının dağılımı incelendiğinde; web tabanlı eğitim grubundaki hastaların çoğunluğunun 1–5 şiddetinde diyare, karın ağrısı, dışkıda mukus, tenesmus ve rektumda hassasiyet semptomu yaşadığı; standart eğitim grubundaki hastaların ise çoğunluğunun 1–5 şiddetinde diyare, karın ağrısı ve dışkıda mukus yaşadığı saptanmıştır. GİS semptomları bakımından sadece rektumda hassasiyet semptomunun dağılımı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ( $p<.05$ ); bunun dışındaki semptomların dağılımında gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ( $p>.05$ ) (Tablo 22).

İnflamatuvar barsak hastalıklarında GİS’e yönelik semptomların değerlendirildiği bir çalışmada, aktif dönemdeki hastalarda en fazla görülen GİS semptomlarının diyare, dışkıda kan veya mukus ve karın ağrısı olduğu, remisyon dönemine göre anlamlı düzeyde artış gösterdiği; remisyonda ya da aktif dönemde olsalar da hastalarda en yaygın görülen GİS semptomlarının diyare ve karın ağrısı olduğu saptanmıştır (53,68,117,123-126).

Hastaların GİS ile ilgili yaşadıkları semptomların incelendiği çalışmalara yönelik yapılan literatür taramasında; aktif dönemde olan İBH tanılı hastaların %91’inde diyare, %87’sinde karın ağrısı, %62’sinde rektal kanama, %89’unda tenesmus yaşandığı; remisyon sürecinde ise bu oranların azalma gösterdiği ancak tamamen ortadan kalkmadığı saptanmıştır. Remisyon döneminde hastaların %58’i diyare, %62’si karın ağrısı, %28’i rektal kanama, %65’i tenesmus deneyimlemiştir (5). Aghazadeh ve arkadaşlarının çalışmasında, 401 ÜK hastasının en çok yaşadığı semptomların dışkıda kan (%31) ve diyare (%14.5) olduğu; 47 Crohn hastasının en çok yaşadığı semptomların ise karın ağrısı (%46.9) ve diyare (%27.8) olduğu saptanmıştır (116). Başka bir çalışmada da hastaların yüksek stres, utanç ve kızgın hissetmesine neden olan ilk üç semptomun; diyare, dışkıda kan ve tenesmus olduğu belirlenmiştir. Aynı çalışmada aktif ya da remisyonda olan 247 İBH hastası semptomlar açısından karşılaştırılmış ve tenesmus semptomunun her iki grupta da %50.0’ından fazlasında görüldüğü; buna karşın aktif hastalığı olanlarda diyare (%74.6), karın ağrısı (%55.9) ve dışkıda mukus (%50.0) semptomlarının anlamlı

olarak daha fazla görüldüğü saptanmıştır. Aynı çalışmada daha az oranla görülse de dışkıda kan, dışkıda mukus ve bulantı semptomları aktif ve remisyonda olan hastalar arasında anlamlı olarak yüksek oranlarda görülmüştür (127).

#### **5.3.1.1. Hastaların Ölçüm Zamanlarına Göre Diyare Semptomuna İlişkin Bulgularının İncelenmesi**

Çalışma kapsamına alınan web tabanlı ve standart eğitim grubundaki hastaların tüm ölçüm zamanlarında en fazla oranla 1–5 şiddetinde diyare yaşadıkları görülmüştür. Gruplar arasında diyare semptomu dağılımı bakımından dördüncü haftada istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ( $p<.05$ ), ikinci ve sekizinci haftalarda anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>.05$ ) (Tablo 23).

Diyare semptomunun şiddet ortalamaları incelendiğinde; web tabanlı eğitim grubundaki hastaların şiddet ortalamasının başlangıçta  $2.53\pm2.30$  olduğu ve çalışma sonuna doğru azalma göstererek  $2.20\pm2.04$  olduğu; web tabanlı eğitim grubundaki hastaların diyare semptom şiddet ortalaması bakımından çalışmanın başlangıcı ve sonu arasında grup içinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>.05$ ) (Tablo 24, Grafik 1).

Standart eğitim grubunda ise diyare semptomunun başlangıçtaki ortalaması  $3.93\pm3.33$ 'tür. Çalışma sonunda belirgin bir azalma göstererek ortalaması  $2.36\pm2.44$  olmuştur. Standart eğitim grubundaki hastaların diyare semptom şiddet ortalaması bakımından çalışmanın başlangıcı ve sonu arasında grup içinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ( $p<.05$ ) (Tablo 24, Grafik 1).

Standart eğitim grubundaki hastalarda, web tabanlı eğitim grubundaki hastalara göre diyare semptom şiddeti ortalamasının daha yüksek olduğu görülmüştür. Her iki eğitim grubunda ölçüm zamanlarına göre diyare semptomunun şiddeti ortalamaları karşılaştırıldığında; ikinci, dördüncü ve sekizinci haftalarda iki grup arasında anlamlı bir farkın olmadığı saptanmıştır ( $p>.05$ ) (Tablo 24, Grafik 1).

Diyare semptomu hastaların hastalık aktivitesini ve ciddiyetini değerlendirmelerinin en önemli göstergelerinden biri olup, hastalarda stres ve utanma duygusunu arttırmaktadır. Yapılan çalışmalarda hastaların büyük çoğunluğunda diyare görüldüğü, günde 2–3 kez tuvalete gitmenin kendileri için normal olduğunu, ancak hastalık şiddetlendikçe her yarım saatte bir tuvalete gitmek durumunda kaldıklarını ve bunun kendilerini hastaneye gitmek zorunda bıraktığını, hastalığın

alevlendiğini tuvalete çıkma sayılarından anladıklarını ifade etmişlerdir (5,116,126,127). Büyük popülasyonlu hastalarla yapılan çalışmalarda da diyare görülme oranlarının oldukça yüksek olduğu; 1397 İBH hastasının %93'ünde, 1705 ÜK hastasının %66'sında diyare yaşandığı bildirilmiştir (123,124).

Hastaların diyare semptom şiddeti ortalaması bakımından zaman ve grup x zaman etkileşimleri incelendiğinde; zaman etkileşimi açısından anlamlı bir fark olduğu ( $p<.05$ ), ancak grup zaman etkileşimi açısından anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>.05$ ) (Tablo 24, Grafik 1). Bu sonuçlar diyare semptomunun kontrol altına alınmasında zamanın etkili olduğunu göstermekle birlikte çalışmanın ikinci hipotezi (Hastaların, diyare şikayetlerinin kontrol altına alınmasında web tabanlı eğitim ile standart eğitim arasında fark vardır) reddedilmiştir. Çalışma kapsamına aldığımız hastalarda diyare sık görülen bir semptom olarak ifade edilmiş ve diyare semptomunun şiddet ortalamaları göz önüne alındığında diyare semptomunun kontrol altına alınmasında standart eğitimin daha etkili olduğu görülmüştür.

### 5.3.1.2. Hastaların Ölçüm Zamanlarına Göre Karın Ağrısı Semptomuna İlişkin Bulguların İncelenmesi

Hastaların karın ağrısı semptomunun dağılımı incelendiğinde; web tabanlı eğitim grubundaki hastaların çoğunluğunda karın ağrısı semptomunun 1-5 şiddetinde görüldüğü, standart eğitim grubundaki hastaların ise çoğunluğunun karın ağrısı yaşamadığı ya da 1-5 şiddetinde yaşadığı saptanmıştır. Hastaların karın ağrısı semptomunun dağılımı bakımından ikinci, dördüncü ve sekizinci haftalarda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>.05$ ) (Tablo 25).

Web tabanlı eğitim grubundaki hastaların karın ağrısı semptom şiddet ortalamasının başlangıçta  $2.60\pm2.67$  iken; çalışma sonunda  $1.80\pm2.04$  olduğu; karın ağrısı semptom şiddet ortalaması bakımından çalışmanın başlangıcı ve sonu arasında grup içinde anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ( $p<.05$ ) (Tablo 26, Grafik 2).

Standart eğitim grubunda karın ağrısı semptom şiddet ortalaması başlangıçta  $3.33\pm3.47$ 'dir. Çalışma sonunda belirgin bir azalma ile  $1.93\pm2.39$  olmuştur. Standart eğitim grubundaki hastaların karın ağrısı semptom şiddet ortalaması bakımından çalışmanın başlangıcı ve sonu arasında grup içinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ( $p<.05$ ) (Tablo 26, Grafik 2).

Hastaların ölçüm zamanlarına göre karın ağrısı semptom şiddeti ortalamalarının gruplar arası karşılaştırmasında; çalışmanın ikinci, dördüncü ve sekizinci haftasında iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı saptanmıştır ( $p>.05$ ) (Tablo 26, Grafik 2).

Karın ağrısı İBH hastalarında ortak bir sorun olup; çoğunlukla tanıya götüren veya hastalığın alevlendiğini gösteren ilk semptomdur. Hastaların yaşamlarını olumsuz yönde etkileyen önemli semptomlardan biri olarak karın ağrısının hastalık aktivitesi ile ilişkili olmaksızın hem remisyon sürecinde hem de hastalık döneminde ortaya çıktığı, remisyon sürecinde olsalar da hastaların %20-70'inde karın ağrısı yaşandığı ifade edilmiştir (68,116,117,128-135). Retrospektif bir çalışmada 502 ÜK hastasının hastaneye geliş şikayetleri incelenmiş; %52.2'sinin karın ağrısı ile geldiği ve bunların %21.5'inin "bazen ya da daha fazla" sıklıkla ağrı yaşadığı saptanmıştır (136). Lennard-Jones ve Shivananda'nın çalışmasında hafif veya orta derecede aktif ÜK hastalarının %55'inde karın ağrısı yakınması olduğu bildirilmiştir (123). Uzakdoğu'da yapılan bir çalışmada 3100 hastanın %67'sinde karın ağrısı semptomu tariflenmiştir (125). Bu veriler çalışma bulgularımızla paralellik göstermiştir.

Hastaların karın ağrısı semptom şiddeti ortalaması bakımından zaman ve grup x zaman etkileşimi incelendiğinde; zaman etkileşimi açısından anlamlı bir fark olduğu ( $p=.000$ ), buna karşın grup x zaman etkileşimi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>.05$ ) (Tablo 26, Grafik 2). Bu sonuçlar grupların kendi içinde zamanla karın ağrısı semptomunun azalmasının anlamlı olduğunu göstermesine karşın, gruplar arasında karın ağrısı semptomunun azalması bakımından anlamlı bir fark olmadığını, her iki eğitim türünün de karın ağrısı semptomunun kontrol altına alınmasında etkili olduğunu göstermiştir. Bu bulgular nedeniyle çalışmanın üçüncü hipotezi (Hastaların, karın ağrısı şikayetlerinin kontrol altına alınmasında web tabanlı eğitim ile standart eğitim arasında fark vardır) reddedilmiştir. Karın ağrısı semptomunun yönetimi için eğitim verilmesinin önemli olduğu, eğitim şeklinin önemli olmadığı düşünülmektedir.

#### **5.3.1.3. Hastaların Ölçüm Zamanlarına Göre Dışkıda Kan Semptomuna İlişkin Bulguların İncelenmesi**

Web tabanlı ve standart eğitim grubundaki hastaların dışkıda kan semptomunun ölçüm zamanlarına göre dağılımı incelendiğinde; web tabanlı ve standart eğitim alan hastaların büyük çoğunluğunda dışkıda kan semptomu görülmemiştir. İkinci, dördüncü ve sekizinci haftalarda gruplar arasında dışkıda kan semptomunun dağılımı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>.05$ ) (Tablo 27).

Dışkıda kan semptom şiddet ortalamaları incelendiğinde; web tabanlı eğitim grubundaki hastaların şiddet ortalamasının başlangıçta  $1.83\pm3.06$  olduğu; çok az bir düşüş ile çalışma sonunda  $1.16\pm1.76$  olduğu; web tabanlı eğitim grubundaki hastaların dışkıda kan semptom şiddeti ortalaması açısından çalışmanın başlangıcı ve sonu arasında grup içinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ( $p>.05$ ) (Tablo 28, Grafik 3).

Standart eğitim grubunda ise dışkıda kan semptomunun şiddet ortalamasının web tabanlı eğitim grubundan daha düşük olduğu; başlangıçta  $1.63\pm3.14$  ve çalışma sonunda  $0.63\pm1.54$  olduğu; standart eğitim grubundaki hastaların dışkıda kan semptom şiddet ortalaması açısından çalışmanın başlangıcı ve sonu arasında grup içinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ( $p<.05$ ) (Tablo 28, Grafik 3).

Hastaların dışkıda kan semptom şiddeti ortalamalarının gruplar arası karşılaştırmasında; ölçüm zamanlarına göre ikinci, dördüncü ve sekizinci haftalarda iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı saptanmıştır ( $p>.05$ ) (Tablo 28, Grafik 3).

Hastalık alevlenmesini gösteren en önemli semptomlardan biri olarak dışkıda kan semptomu, hastaların endişelerini büyük ölçüde arttıran ve yaşam kalitelerini etkileyen bir semptomdur (126). 1397 İBH hastasının dahil edildiği bir çalışmada, en sık yakınma dışkıda kan (%96) semptomu olarak bildirilmiştir (123). Uzakdoğu’da yapılan bir çalışmada ise hastaların %48’inde dışkıda kan semptomu tariflenmiştir (125). Ülkemizde 507 ÜK ve 195 CH ile yapılan bir çalışmada ÜK olanların %91,2’sinde ve CH olanların %17.7’sinde dışkıda kan semptomu bildirilmiştir (137). Literatürün aksine çalışma kapsamına aldığımız hastaların çoğunun remisyon sürecinde olması nedeniyle dışkıda kan semptomunun daha az oranlarda görüldüğü düşünülmektedir.

Hastaların dışkıda kan semptom şiddeti ortalaması bakımından zaman ve grup x zaman etkileşimi incelendiğinde; zaman etkileşimi açısından anlamlı bir fark olduğu ( $p=.000$ ), buna karşın grup x zaman etkileşimi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ( $p>.05$ ) saptanmıştır (Tablo 28, Grafik 3). Bu sonuçlar hastaların, dışkıda kan şikayetlerinin kontrol altına alınmasında web tabanlı eğitim ile standart eğitim arasında fark olmadığını göstermiştir. Buna göre çalışmanın dördüncü hipotezi (Hastaların, dışkıda kan şikayetlerinin kontrol altına alınmasında web tabanlı eğitim ile standart eğitim arasında fark vardır) reddedilmiştir.

#### **5.3.1.4. Hastaların Ölçüm Zamanlarına Göre Dışkıda Mukus Semptomuna İlişkin Bulguların İncelenmesi**

Çalışma kapsamına alınan web tabanlı ve standart eğitim grubundaki hastaların tüm ölçüm zamanlarında hastaların büyük çoğunluğunda dışkıda mukus semptomu 1–5 şiddetinde görülmüştür. İkinci, dördüncü ve sekizinci haftada dışkıda mukus semptomunun dağılımında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>.05$ ) (Tablo 29).

Dışkıda mukus semptom şiddet ortalamaları incelendiğinde; web tabanlı eğitim grubundaki hastaların dışkıda mukus semptom şiddet ortalamasının başlangıçta  $3.06\pm2.61$  olduğu ve çalışma sonunda  $2.40\pm2.0$ ’a düştüğü; web tabanlı eğitim

grubundaki hastaların dışkıda mukus semptom şiddeti ortalaması bakımından çalışmanın başlangıcı ve sonu arasında grup içinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>.05$ ) (Tablo 30, Grafik 4).

Standart eğitim grubunda ise dışkıda mukus semptomunun başlangıçtaki ortalaması  $3.46\pm3.05$ 'tür. Çalışma sonundaki ortalaması  $2.43\pm2.62$ 'ye düşmüştür. Standart eğitim grubundaki hastaların dışkıda mukus semptom şiddet ortalaması açısından çalışmanın başlangıcı ve sonu arasında grup içinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ( $p<.05$ ) (Tablo 30, Grafik 4).

Çalışma kapsamına alınan tüm hastaların ölçüm zamanlarına göre dışkıda mukus semptom şiddeti ortalamaları karşılaştırıldığında; ikinci, dördüncü ve sekizinci haftalarda iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>.05$ ) (Tablo 30, Grafik 4).

Dışkıda mukus semptomu, dışkıda kan semptomunda olduğu gibi hastalık aktivitesinin arttığını ve hastalığın alevlendiğini göstermektedir (123,126). Çalışmamızda hastaların çoğunda 1–5 şiddetinde dışkıda mukus semptomunun görülmesi ve standart eğitim grubundaki hastaların dışkıda mukus semptomunun şiddet ortalamalarının grup içinde anlamlı olması literatürle uyumluluk göstermiştir.

Hastaların dışkıda mukus semptom şiddeti ortalaması bakımından zaman ve grup x zaman etkileşimleri incelendiğinde; zaman etkileşimi açısından anlamlı bir fark olduğu ( $p<.05$ ), ancak grup x zaman etkileşimi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>.05$ ) (Tablo 30, Grafik 4). Bu sonuçlar, dışkıda mukus semptomunun kontrol altına alınmasında web tabanlı eğitim ile standart eğitim arasında fark olmadığını, ancak zaman etkileşimi açısından dışkıda mukus semptomunun şiddetinin azaldığını göstermiştir. Standart eğitim grubundaki hastalarda dışkıda mukus semptom şiddet ortalamasının anlamlı olarak azalma göstermesine karşın, çalışmanın beşinci hipotezi (Hastaların, dışkıda mukus şikayetlerinin kontrol altına alınmasında web tabanlı eğitim ile standart eğitim arasında fark vardır) reddedilmiştir.

### 5.3.1.5. Hastaların Tenesmus Semptomuna İlişkin Bulguların İncelenmesi

Web tabanlı ve standart eğitim grubundaki hastaların tenesmus semptomunun ölçüm zamanlarına göre dağılımı incelendiğinde; ikinci, dördüncü ve sekizinci haftalarda web tabanlı ve standart eğitim gruplarındaki hastaların büyük çoğunluğunda tenesmus semptom şiddeti 1–5 şiddetinde görülmüştür. Gruplar arasında tenesmus semptom şiddeti dağılımı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>.05$ ) (Tablo 31).

Tenesmus semptom şiddet ortalamaları incelendiğinde; web tabanlı eğitim grubundaki hastaların şiddet ortalamasının başlangıçta  $3.10\pm3.04$  olduğu ve çalışma sonunda  $2.26\pm1.96$  olduğu; web tabanlı eğitim grubundaki hastaların tenesmus semptom şiddeti ortalaması bakımından çalışmanın başlangıcı ve sonu arasında grup içinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ( $p>.05$ ) (Tablo 32, Grafik 5).

Standart eğitim grubunda tenesmus semptom şiddet ortalaması ise web tabanlı eğitim grubundaki hastalardan daha yüksek olup başlangıçta  $4.26\pm3.42$  ve çalışma sonunda  $2.90\pm3.18$  olarak hesaplanmıştır. Standart eğitim grubundaki hastaların tenesmus semptom şiddet ortalaması bakımından çalışmanın başlangıcı ve sonu arasında grup içinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ( $p>.05$ ) (Tablo 32, Grafik 5).

Ölçüm zamanlarına göre web tabanlı ve standart eğitim gruplarındaki hastaların tenesmus semptom şiddeti ortalamaları karşılaştırıldığında; ikinci, dördüncü ve sekizinci haftalarda iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>.05$ ) (Tablo 32, Grafik 5).

Çalışma bulgularımızla uyumlu olarak, hastaların günlük yaşamlarını etkileyen, stresini arttıran ve utanmalarına yol açan en önemli sorunlardan birinin tenesmus olduğu, aktif ya da remisyon sürecinde olsalar da hastaların çoğunluğunda tenesmus semptomunun görüldüğü belirlenmiştir (5,125).

Hastaların tenesmus semptom şiddeti ortalaması bakımından zaman ve grup x zaman etkileşimleri incelendiğinde; zaman etkileşimi açısından anlamlı bir fark olduğu ( $p<.05$ ), buna karşın grup x zaman etkileşimi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>.05$ ) (Tablo 32, Grafik 5). Bu sonuçlar hastaların, tenesmus semptomlarının kontrol altına alınmasında web tabanlı eğitim ile standart eğitim arasında fark olmadığını ve çalışmanın altıncı hipotezinin (Hastaların, tenesmus şikayetlerinin kontrol altına alınmasında web tabanlı eğitim ile

standart eğitim arasında fark vardır) reddedildiğini göstermiştir. Şiddet ortalamalarındaki belirgin azalma göz önünde bulundurulduğunda iki eğitim türünün de hastalar için etkili olduğu, birbirine karşı bir üstünlüğü olmadığı düşünülmektedir.

#### **5.3.1.6. Hastaların Ölçüm Zamanlarına Göre Rektal Hassasiyet Semptomuna İlişkin Bulguların İncelenmesi**

Rektal hassasiyet semptomunun ölçüm zamanlarına göre dağılımı incelendiğinde; çalışmanın ikinci ve sekizinci haftasında her iki eğitim grubunda da hastaların çoğunda rektal hassasiyet semptomu 1–5 şiddetinde görülmüştür. Çalışmanın dördüncü haftasında ise web tabanlı eğitim grubundaki hastaların büyük çoğunluğunda 1–5 şiddetinde görülmesine karşın, standart eğitim grubundaki hastaların çoğunda rektal hassasiyet semptomu görülmemiştir. Gruplar arasında rektal hassasiyet semptomunun dağılımı bakımından ikinci, dördüncü ve sekizinci haftalarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>.05$ ) (Tablo 33).

Hastaların rektal hassasiyet semptom şiddet ortalamaları incelendiğinde; web tabanlı eğitim grubundaki hastaların şiddet ortalamasının başlangıçta  $2.76\pm2.71$  olduğu ve çalışma sonunda  $2.30\pm2.27$ 'ye düştüğü; ancak web tabanlı eğitim grubundaki hastaların rektal hassasiyet semptom şiddeti ortalaması bakımından çalışmanın başlangıcı ve sonu arasında grup içinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ( $p>.05$ ) (Tablo 34, Grafik 6).

Standart eğitim grubunda ise rektal hassasiyet semptom şiddet ortalaması başlangıçta  $2.50\pm3.25$  ve çalışma sonunda  $2.50\pm2.87$ 'dir. Standart eğitim grubundaki hastaların rektal hassasiyet semptom şiddet ortalaması bakımından çalışmanın başlangıcı ve sonu arasında grup içinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ( $p>.05$ ) (Tablo 34, Grafik 6).

Her iki eğitim grubunda ölçüm zamanlarına göre rektal hassasiyet semptomunun şiddeti ortalamaları karşılaştırıldığında; ikinci, dördüncü ve sekizinci haftalarda iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>.05$ ) (Tablo 34, Grafik 6).

Hastaların rektal hassasiyet semptom şiddeti ortalaması bakımından zaman ve grup x zaman etkileşimleri incelendiğinde; zaman etkileşimi açısından anlamlı bir fark olduğu ( $p<.05$ ), buna karşın grup x zaman etkileşimi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>.05$ ) (Tablo 34, Grafik 6). Bu

sonuçlar hastaların, rektal hassasiyet şikayetlerinin kontrol altına alınmasında web tabanlı eğitim ile standart eğitim arasında fark olmadığını göstermiş; çalışmanın yedinci hipotezi (Hastaların, rektal hassasiyet şikayetlerinin kontrol altına alınmasında web tabanlı eğitim ile standart eğitim arasında fark vardır) reddedilmiştir. Web tabanlı eğitim grubundaki hastalarda rektal hassasiyet semptom şiddet ortalamasının standart eğitim grubundaki hastalara göre daha fazla azalma gösterdiği görülmesine karşın, web tabanlı ya da standart olarak yürütülen hasta eğitimlerinin birbirlerinden farklı olmadığı ve her iki eğitim yönteminin de hasta gereksinimlerine göre uygulanabileceği düşünülmektedir.

#### **5.3.1.7. Hastaların Ölçüm Zamanlarına Göre Bulantı Semptomuna İlişkin Bulguların İncelenmesi**

Bulantı semptomunun ölçüm zamanlarına göre dağılımı incelendiğinde; web tabanlı ve standart eğitim gruplarındaki hastaların büyük çoğunluğunda bulantı semptomu hiç görülmemiştir. Hastaların bulantı semptomunun ölçüm zamanlarına göre dağılımı bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ( $p>.05$ ) (Tablo 35).

Bulantı semptom şiddet ortalamaları incelendiğinde; web tabanlı eğitim grubundaki hastaların şiddet ortalamasının başlangıçta  $1.33\pm1.80$  olduğu ve çalışma sonunda  $0.93\pm1.31$  olduğu; web tabanlı eğitim grubundaki hastaların bulantı semptom şiddeti ortalaması bakımından çalışmanın başlangıcı ve sonu arasında grup içindeki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ( $p>.05$ ) (Tablo 36, Grafik 7).

Standart eğitim grubunda ise bulantı semptom şiddet ortalamasının başlangıçta  $1.40\pm2.34$  ve çalışma sonunda  $0.76\pm1.25$  olduğu; standart eğitim grubundaki hastaların bulantı semptom şiddet ortalaması bakımından çalışmanın başlangıcı ve sonu arasında grup içinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ( $p>.05$ ) (Tablo 36, Grafik 7).

Web tabanlı ve standart eğitim gruplarındaki hastaların grubunda ölçüm zamanlarına göre bulantı semptom şiddeti ortalamaları karşılaştırıldığında; gruplar arasında çalışmanın ikinci, dördüncü ve sekizinci haftalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>.05$ ) (Tablo 36, Grafik 7).

Hastaların bulantı semptom şiddeti ortalaması bakımından zaman ve grup x zaman etkileşimleri incelendiğinde; zaman etkileşimi açısından anlamlı bir fark

olduğu ( $p<.05$ ), buna karşın grup x zaman etkileşimi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>.05$ ) (Tablo 36, Grafik 7). Standart eğitim grubundaki hastalarda bulantı semptom şiddet ortalamasının daha fazla azalma gösterdiği, buna karşın bu azalmanın anlamlı olmadığı saptanmış ve çalışmanın sekizinci hipotezi (Hastaların, bulantı şikayetlerinin kontrol altına alınmasında web tabanlı İBH eğitim programı ile standart eğitim arasında fark vardır) reddedilmiştir.

#### **5.3.1.8. Hastaların Ölçüm Zamanlarına Göre Kusma Semptomuna İlişkin Bulguların İncelenmesi**

Çalışma kapsamına alınan hastaların tamamına yakınında kusma semptomu görülmemiştir (Tablo 37).

Kusma semptomunun şiddet ortalamaları incelendiğinde; web tabanlı eğitim grubundaki hastaların şiddet ortalamaları başlangıçta  $0.16\pm0.59$  ve çalışma sonunda  $0.26\pm0.78$  olup; web tabanlı eğitim grubundaki hastaların kusma semptom şiddeti ortalaması bakımından çalışmanın başlangıcı ve sonu arasında grup içinde anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>.05$ ) (Tablo 38, Grafik 8).

Standart eğitim grubundaki hastaların kusma semptomunun şiddet ortalamasının başlangıçta  $0.23\pm0.81$  olduğu ve çalışma sonunda  $0.06\pm0.36$  olduğu; standart eğitim grubundaki hastaların kusma semptom şiddet ortalaması bakımından çalışmanın başlangıcı ve sonu arasında grup içinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ( $p>.05$ ) (Tablo 38, Grafik 8).

Web tabanlı ve standart eğitim gruplarındaki hastaların ölçüm zamanlarına göre kusma semptom şiddeti ortalamaları karşılaştırıldığında; ikinci, dördüncü ve sekizinci haftalarda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>.05$ ) (Tablo 38, Grafik 8).

Literatürle paralel olarak, yapılan bir çalışmada kusma semptomu daha az oranlarda görülmüş, hastalarda kusma semptomu bakımından anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (116).

Hastaların kusma semptom şiddeti ortalaması bakımından zaman ve grup x zaman etkileşimleri incelendiğinde; zaman etkileşimi ve grup x zaman etkileşimi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>.05$ ). Gruplar arasında kusma semptomunun azalması bakımından anlamlı bir fark olmadığı, her iki eğitim türünün de kusma semptomunun kontrol altına alınmasında etkili olmadığı görülmüş ve çalışmanın dokuzuncu hipotezi (Hastaların, kusma şikayetlerinin

kontrol altına alınmasında web tabanlı İBH eğitim programı ile standart eğitim arasında fark vardır) reddedilmiştir.

#### **5.3.1.9. Hastaların Ölçüm Zamanlarına Göre İştah Azalma Semptomuna İlişkin Bulguların İncelenmesi**

İştah azalma semptomunun ölçüm zamanlarına göre dağılımı incelendiğinde; tüm ölçüm zamanlarında her iki eğitim grubundaki hastaların büyük bir çoğunluğunda iştah azalma semptomu hiç yaşanmamıştır. Gruplar arasında iştah azalma semptomunun dağılımı bakımından ikinci, dördüncü ve sekizinci haftalarda anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>.05$ ) (Tablo 39).

İştah azalma semptomunun şiddet ortalamaları incelendiğinde; web tabanlı eğitim grubundaki hastaların şiddet ortalamasının başlangıçta  $2.53\pm2.75$  olduğu, çalışma sonunda azalma göstererek  $1.63\pm2.07$  olduğu; web tabanlı eğitim grubundaki hastaların iştah azalma semptom şiddeti ortalaması bakımından çalışmanın başlangıcı ve sonu arasında grup içinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ( $p<.05$ ) (Tablo 40, Grafik 9).

Standart eğitim grubunda ise iştah azalma semptomunun başlangıçtaki ortalamasının  $1.83\pm2.64$  ve çalışma sonundaki ortalamasının  $1.03\pm1.86$  olduğu; standart eğitim grubundaki hastaların iştah azalma semptom şiddeti ortalaması bakımından çalışmanın başlangıcı ve sonu arasında grup içinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>.05$ ) (Tablo 40, Grafik 9).

Gruplar arasında ölçüm zamanlarına göre iştah azalma semptom şiddeti ortalamaları bakımından çalışmanın ikinci, dördüncü ve sekizinci haftalarında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>.05$ ) (Tablo 40, Grafik 9).

Yapılan bir çalışmada İBH olan hastalarda iştah kaybı semptomunun daha az oranlarda görüldüğü bildirilmiş; aktif ve remisyonda olan hastalar arasında iştah kaybı semptomu bakımından anlamlı bir fark olmadığı saptanmış ve bu verilerin çalışmamızla uyumlu olduğu görüşmüştür (116).

Hastaların iştah azalma semptom şiddeti ortalaması bakımından zaman ve grup x zaman etkileşimleri incelendiğinde; zaman etkileşimi açısından oldukça anlamlı bir fark olduğu ( $p<.05$ ), ancak grup x zaman etkileşimi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>.05$ ). İştah azalma semptomunun kontrol altına alınmasında web tabanlı eğitim ile standart eğitim arasında fark olmadığı görülmüş ve çalışmanın 10'uncu hipotezi (Hastaların, iştah azalma

şikayetlerinin kontrol altına alınmasında web tabanlı İBH eğitim programı ile standart eğitim arasında fark vardır) reddedilmiştir. Ancak şiddet ortalamaları göz önünde bulundurulduğunda web tabanlı eğitim grubundaki ortalamaların daha fazla azalma gösterdiği, web tabanlı eğitimin bu semptomun yönetiminde etkili olabileceği düşünülmektedir.

#### **5.3.1.10. Hastaların Ölçüm Zamanlarına Göre Kilo Kaybı Semptomuna İlişkin Bulguların İncelenmesi**

Kilo kaybı semptomunun ölçüm zamanlarına göre dağılımı incelendiğinde; her iki eğitim grubundaki hastaların büyük bir çoğunluğunda kilo kaybı semptomu hiç yaşanmamıştır. Gruplar arasında ölçüm zamanlarına göre kilo kaybı semptomunun dağılımı bakımından ikinci, dördüncü ve sekizinci haftalarda anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>.05$ ) (Tablo 41).

Kilo kaybı semptomunun şiddet ortalaması incelendiğinde; web tabanlı eğitim grubundaki hastalarda şiddet ortalaması başlangıçta  $0.83\pm2.00$  ve çalışma sonunda  $0.60\pm1.47$ 'dir. Web tabanlı eğitim grubundaki hastaların kilo kaybı semptom şiddeti ortalaması açısından çalışmanın başlangıcı ve sonu arasında grup içinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>.05$ ) (Tablo 42, Grafik 10).

Standart eğitim grubunda ise kilo kaybı semptomunun başlangıçtaki ortalaması  $1.16\pm2.36$  olup, çalışma sonunda şiddet ortalaması  $0.76\pm1.73$ 'tür. Standart eğitim grubundaki hastaların kilo kaybı semptom şiddeti ortalaması bakımından çalışmanın başlangıcı ve sonu arasında grup içindeki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $p>.05$ ) (Tablo 42, Grafik 10).

Ölçüm zamanlarına göre gruplar arasındaki fark incelendiğinde; web tabanlı ve standart eğitim gruplarındaki hastaların kilo kaybı semptom şiddeti ortalamaları bakımından çalışmanın ikinci, dördüncü ve sekizinci haftalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (Tablo 42, Grafik 10).

Çalışma bulgularımızın aksine literatürde İBH olan hastalarda malnütrisyonun yüksek olduğu ve kilo kaybı semptomunun sıklıkla ortaya çıktığı bildirilmiştir (22,125,138,139). Başka bir çalışmada ise ÜK hastalarında minimal düzeyde kilo kaybı görüldüğü, buna karşın CH olanlarda %73 oranında kilo kaybı yaşandığı saptanmıştır (123). Ülkemizde yapılan bir çalışmada da 507 ÜK hastasının %6'sında, CH tanılı 195 hastanın %29.7'sinde kilo kaybı semptomu görülmüştür (137). Ancak bizim çalışma bulgularımıza paralel olarak, başka bir çalışmada kilo kaybı semptomu

daha az oranlarda görülmüş, aktif ve remisyonda olan hastalar arasında kilo kaybı semptomu bakımından anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (116).

Çalışma sonuçlarımızın aksine, Wantland ve arkadaşlarının farklı kronik hastalıkların ele alındığı 22 çalışmayı incelediği bir meta analizde (2004), web tabanlı girişimlerin davranış değişikliği sağlamada etkili olduğu; hastalarda egzersiz süresini, beslenme ve tedavi hakkında bilgi artışı sağladığı ve sağlık hizmetlerine katılımı arttırdığı saptanmıştır. Ayrıca bu meta analizde web tabanlı girişimin sağlığın kötüleşmesini yavaşlattığı, beden algısında iyileşme sağladığı ve 18 aylık izlemde kilo kaybı sağlama konusunda etkili olduğu sonucuna varılmıştır (140).

Hastaların kilo kaybı semptom şiddeti ortalaması bakımından zaman ve grup x zaman etkileşimleri incelendiğinde; zaman ve grup x zaman etkileşimi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>.05$ ) (Tablo 42, Grafik 10). Bu analizler doğrultusunda çalışmanın 11'inci hipotezi (Hastaların, kilo kaybı şikayetlerinin kontrol altına alınmasında web tabanlı İBH eğitim programı ile standart eğitim arasında fark vardır) reddedilmiştir. Gruplar arasında kilo kaybı semptomunun azalması bakımından anlamlı bir fark olmadığı görülmekte ve her iki eğitim türünün de kilo kaybı semptomunun kontrol altına alınmasında etkili olmadığı düşünülmektedir.

Web tabanlı eğitim grubundaki hastalarda; karın ağrısı ve iştahta azalma semptomlarının şiddet ortalamasının anlamlı olarak azalma gösterdiği, buna karşın standart eğitim grubundaki hastalarda; diyare, karın ağrısı, dışkıda kan ve dışkıda mukus semptomlarının şiddet ortalamasının anlamlı olarak azalma gösterdiği saptanmıştır. Ayrıca bu semptomlar içerisinde; diyare, karın ağrısı, dışkıda kan dışkıda mukus, tenesmus, rektal hassasiyet, bulantı ve iştahta azalma semptomlarının şiddet ortalamaları bakımından zaman etkileşimi açısından anlamlı bir fark olduğu; hiçbir semptomun şiddet ortalamasında grup x zaman etkileşimi açısından anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür.

### 5.3.2. Hastaların Sistemik Semptomlarının İncelenmesi

Çalışma başlangıcında ve sonunda web tabanlı eğitim grubundaki hastalarda en fazla oranda görülen ilk üç sistematik semptom; halsizlik, yorgunluk ve bel ağrısı; standart eğitim grubunda ise bel ağrısı, eklem ağrısı ve yorgunluk olup; her iki grupta da bu semptomların şiddeti 1–5 arası olarak saptanmıştır (Tablo 43, Tablo 44). Çalışma başlangıcında ve sonunda her iki eğitim grubunda da bel ağrısı ve yorgunluk semptomları hastaların büyük bir kısmını orta düzeyde etkilemiştir.

Hastalığın seyri GİS ve sistemik semptomlar ile ilgili yakınmalara ve hastalık aktivitesine göre değişmektedir. Deri, gözler ve eklemlerin inflamatuvar belirtileri İBH olan hastalarda birincil sorunlardandır. Hastaların hemen hemen hepsinde GİS dışında sistemik semptomlar mevcuttur (141). Ülkemizde yapılan bir çalışmada da hastalarda en sık görülen sistemik semptomun artrit olduğu bildirilmiştir (107,137). Kanada’da İBH olan 299 hasta ile yapılan bir çalışmada, hastaların büyük çoğunluğunda (%77) artrit, yarısına yakınında (%49) deri ve (%47) göze ilişkin yakınmalar görülmüştür (142). Yapılan bir çalışmada İBH olan hastaların %49’unun eklem, %34’ünün deri ile ilgili şikayetler yaşadığı, ancak hastaların günlük yaşantılarını etkileyen en önemli iki sorunun yorgunluk ve ağrı olduğu ifade edilmiştir (5). Halsizlik ve yorgunluk hastalarda sık görülen semptomlardır. Yorgunluk, hastalık aktivitesi ile ilişkili olmaksızın, İBH olan hastaların en önemli sorunlarından. Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi araştırmalarında İBH olan hastalarda yorgunluğun, genel popülasyondan daha yüksek olduğu, remisyon sürecinde dahi hastaların yarısına yakınında yorgunluk şikayetinin yaşandığı, ancak bu hasta grubunda yorgunluk şiddetini veya yorgunluğu etkileyen faktörleri saptamaya yönelik çok fazla çalışma olmadığı ifade edilmiştir (5,110,118,123,142).

İnflamatuvar barsak hastalığı olan 552 hasta ile yapılan başka bir çalışmada ise; CH olanlarda yorgunluk, eklem ağrısı, ateş ve gece terlemesi anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (53).

Barsak dışı semptomların incelendiği çalışmalarda, İBH olan hastalarda en fazla oranla artrit-artralji ve deri ile ilişkili şikayetleri olduğu, deri ile ilişkili semptomların İBH hastalarının %2-34’ünde görüldüğü saptanmıştır (1,143). Literatürde ifade edilenin aksine, bizim çalışmamızda web tabanlı eğitim grubunda eklem ağrısı ilk üç semptom arasında görülse de, deri ile ilgili sorunlar ön plana çıkmamıştır. Ancak, her iki eğitim grubunda da yorgunluk ve bel ağrısı

semptomlarının hastaların büyük çoğunluğunda 1–5 şiddetinde yaşandığı ve bunun literatür sonuçları ile uyum içinde olduğu saptanmıştır.

Hastaların GİS dışında görülen sistemik semptomlarının şiddetlerinin ölçüm zamanları arasında anlamlı fark olup olmadığı incelendiğinde; web tabanlı eğitim grubundaki hastalarda; başlangıç–ikinci hafta arasında sık uyanma, başlangıç–dördüncü hafta ve başlangıç–çalışma sonu arasında halsizlik semptomlarında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ( $p<.05$ ). Buna karşın standart eğitim grubundaki hastalarda başlangıç–dördüncü hafta arasında gece terlemesi; başlangıç–sekizinci hafta arasında eklem ağrısı, halsizlik, gece terlemesi, deride kabarık döküntüler ve gözde kaşıntı semptomlarında anlamlı fark olduğu saptanmıştır ( $p<.05$ ) (Tablo 45). Sistemik semptomlar içerisinde sık uyanma semptomu erken dönemde iyileşme gösterirken; halsizlik gece terlemesi, eklem ağrısı, deride kabarık döküntüler ve gözde kaşıntı semptomları dördüncü ve sekizinci haftalardan sonra anlamlı olarak düzelme göstermiştir.

### 5.3.3. Hastaların Ağrıya İlişkin Özelliklerinin İncelenmesi

Hastaların ağrıya ilişkin özellikleri değerlendirildiğinde; çalışmanın başlangıcında ve sonunda web tabanlı ve standart eğitim gruplarındaki hastaların büyük çoğunluğunda ağrı yaşandığı; gruplar arasında ağrı varlığı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>.05$ ) (Tablo 46, Tablo 47). Çalışma boyunca ağrı yaşayan hasta oranında web tabanlı eğitim grubundaki hastalarda bir artış gözlenirken; standart eğitim grubundaki hastalarda bir azalma olduğu görülmüştür.

Ağrı İBH’de sık görülen bir semptom olup, hastanın yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilemekte ve anksiyeteyi de yükseltmektedir. Aktif hastalık, sekonder komplikasyonlar ve fonksiyonel ağrı arasında ayırım yapmak için hastaların kapsamlı bir şekilde (klinik, laboratuvar, radyolojik ve endoskopik olarak) değerlendirilmesi gerekmektedir. Konu ile ilgili olarak yapılan çalışmalar incelendiğinde; hastaların yaşamlarını etkileyen en önemli sorunlardan birinin ağrı olduğu, 294 İBH hastasının %51’inin ağrı deneyimlediği, klinik ve endoskopik açıdan remisyon sürecinde olsalar dahi hastaların %20’sinde ağrının devam ettiği görülmüştür (5,106,130,133,144). Bu sonuçlar çalışmamız ile uyum içinde olmakla birlikte; web tabanlı ve standart eğitim gruplarındaki hastalarda çalışma başlangıcında ve sonunda ağrı görülme oranlarının çok daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Web tabanlı ve standart eğitim grubundaki hastalarda ağrının niteliği çalışmanın başlangıcında çoğunlukla yanıcı/sızlayıcı şeklinde görülürken; çalışmanın sonunda her iki eğitim grubunda da çoğunlukla künt/batıcı nitelikte görülmüş ve gruplar arasında ağrının niteliği açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>.05$ ) (Tablo 46 ve 47).

Çalışmanın başlangıcında web tabanlı eğitim grubundaki hastaların çoğu (%39.1) “sürekli” ağrıdan yakınırken; standart eğitim grubundaki hastaların çoğu (%38.5) “1 saatten daha az süren” bir ağrı ifade etmiş; gruplar arasında ağrının süresi açısından anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ( $\chi^2= 8.194$ ;  $p<.05$ ) (Tablo 46).

Çalışmanın sonunda ise web tabanlı eğitim grubundaki hastaların çoğu (%29.2) “sürekli” veya “ilaç içene/tuvalete gidene kadar” ağrı yaşadığını, standart eğitim grubundaki hastaların büyük çoğunluğu ise (%56.5) “1 saatten daha az süren” ağrı yaşadığını belirtmiş; gruplar arasında ağrının süresi açısından anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $\chi^2= 1.798$ ;  $p>.05$ ) (Tablo 47).

Çalışma kapsamına alınan web tabanlı ve standart eğitim grubundaki hastaların yarısından fazlasında tüm ölçüm zamanlarında ağrıyı arttıran etkenin stres faktörü olduğu; gruplar arasında ağrıyı arttıran nedenler açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>.05$ ) (Tablo 48).

Web tabanlı eğitim grubundaki hastaların yaklaşık olarak yarısında tüm ölçüm zamanlarında ağrıyı azaltan etkenin ilaç kullanımı olduğu; standart eğitim grubundaki hastaların çoğunluğunda ağrıyı azaltan etkenlerin ilaç kullanımı ve tuvalete gitmek olduğu saptanmış; gruplar arasında başlangıç, ikinci, dördüncü ve sekizinci haftalarda ağrıyı azaltan nedenler açısından anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ( $p>.05$ ) (Tablo 49).

Ağrı, İBH'nin ilerleyişinin ana göstergesi olabilir ve daha güçlü bir tedavi yaklaşımını gerektirebilir. Hastalarda birçok ağrı kaynağı mevcuttur. GİS semptomlarının yanı sıra eklem, deri ve gözlerdeki GİS dışı semptomlar da sıklıkla ağrıya neden olabilir. Ayrıca enflamasyonun, apselerin veya darlıkların varlığı da İBH'de sık görülen ağrı nedenleridir. Hastanın ağrısının varlığını kabul etmek ve bu konuda gerekli terapötik girişimleri sunmak, ağrıyı hafifletmek sağlık ekibinin en zor ve en temel görevlerinden biridir. Ağrının nedenlerini anlamak, arttıran ve azaltan faktörleri belirlemek ve bunları nasıl yönetileceğini bilmek, hemşireler başta olmak üzere İBH olan hastalara sağlık hizmeti sunan tüm sağlık ekibinin temel becerilerindendir (144).

## 5.4. HASTALARIN YAŞAM KALİTELERİNİN İNCELENMESİ

### 5.4.1. Hastaların Başlangıç Döneminde Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi

Çalışmanın başlangıç döneminde hastaların İBH YKÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında; web tabanlı eğitim grubundaki hastalarda barsak semptomları alt boyut ortalamasının  $4.60 \pm 1.22$ , sistemik semptomlar alt boyut ortalamasının  $4.72 \pm 1.24$ , emosyonel semptomlar alt boyut ortalamasının  $4.75 \pm 1.32$  ve sosyal fonksiyon alt boyut ortalamasının  $4.63 \pm 1.41$  olduğu ve İBH YKÖ toplam puan ortalamasının  $149.90 \pm 38.76$  olduğu saptanmıştır. Standart eğitim grubundaki hastalarda barsak semptomları alt boyut ortalamasının  $4.49 \pm 0.96$ , sistemik semptomlar alt boyut ortalamasının  $4.71 \pm 1.21$ , emosyonel semptomlar alt boyut ortalamasının  $4.68 \pm 1.16$  ve sosyal fonksiyon alt boyut ortalamasının  $4.78 \pm 1.30$  olduğu ve İBH YKÖ toplam puan ortalamasının  $148.60 \pm 31.85$  olduğu saptanmıştır. İnflamatuvar barsak hastalıkları YKÖ'den alınacak puanlar 32-224 arasındadır. Çalışmanın başlangıcında web tabanlı ve standart eğitim grubundaki hastaların İBH YKÖ puan ortalamasının bu değerlerin arasında olması, çalışma kapsamına alınan hastaların “orta düzey”de yaşam kalitesine sahip olduğunu göstermiştir (Tablo 50).

Çalışma kapsamına alınan web tabanlı ve standart eğitim gruplarındaki hastaların İBH YKÖ toplam puan ortalamalarının sonuçları; İsveç ( $188.5 \pm 28.0$ ), Kanada ( $175.0$ ), İngiltere ( $173.7 \pm 33.1$ ), Kore ( $174.1 \pm 33.3$ ) ve Yunanistan'da ( $178.4 \pm 35.3$ ) yapılan çalışmalarla karşılaştırıldığında, çalışmamızda hastaların yaşam kalitesinin, diğer ülkelerdeki hastaların yaşam kalitesi puan ortalamalarından daha düşük olduğu saptanmıştır (109, 145-148).

## **5.4.2. Hastaların Yaşam Kalitelerini Etkileyebilecek Değişkenlerin İncelenmesi**

### **5.4.2.1. Hastaların Bazı Özelliklerine Göre Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi**

Hastaların yaşam kalitelerini etkileyebilecek değişkenler sadece çalışmanın başlangıç döneminde incelenmiştir. Web tabanlı eğitim grubunda CH olanlarda, günde 1–3 kez defekasyona çıkanlarda ve genel durumlarını “iyi” olarak tanımlayanlarda yaşam kalitesi ortalaması daha yüksek olarak hesaplanmış ve bu değişkenlerin hastaların yaşam kalitelerini anlamlı olarak etkilediği saptanmıştır ( $p<.05$ ). Ancak kadın hastalarda, lise mezunlarında, 32–72 aydır hasta olanlarda ve hastalık tanısı aldığı günden bu yana 0–5 kez atak geçirenlerde yaşam kalitesi ortalaması daha yüksek olarak hesaplanmış olsa da cinsiyetin, eğitim düzeyinin, hastalık süresinin ve toplam atak sayısının yaşam kalitesini etkilemediği görülmüştür (Tablo 51).

Standart eğitim grubundaki hastaların ise sadece genel durumlarını “iyi” olarak tanımlayanlarla arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır ( $p<.05$ ). Standart eğitim grubunda; erkeklerde, üniversite mezunlarında, CH olanlarda, 32–72 aydır hasta olanlarda, hastalık tanısı aldığı günden bu yana 12 kez ve daha fazla sayıda atak geçirenlerde, günde 1–3 kez defekasyona çıkanlarda ve genel durumlarını “iyi” olarak tanımlayanlarda yaşam kalitesi ortalaması daha yüksek bulunmasına karşın bu değişkenler ile standart eğitim almak arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ( $p>.05$ ) (Tablo 51).

İnflamatuar barsak hastalarının yaşam kalitesinin değerlendirildiği çalışmalarda, kadın hastaların yaşam kalitesinin erkeklerden anlamlı düzeyde daha düşük olduğu, kadın cinsiyetin yaşam kalitesini etkileyen bir faktör olduğu belirlenmiştir (109,140,145,149-159,161). Keeton ve arkadaşlarının (2015) yaptığı çalışmada ise, yaşam kalitesinin cinsiyet ile anlamlı derecede ancak zayıf ilişkili olduğu bulunmuştur (106). Buna karşın İngiltere ve Kore’de yapılan çalışmalarda ise cinsiyet ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır (146,147). Bizim çalışmamızda da web tabanlı eğitim grubunda kadınların, standart eğitim grubunda ise erkeklerin yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ancak İngiltere ve Kore örneğine benzer olarak, cinsiyetin yaşam kalitesi üzerine etkili olmadığı, her iki cinsiyetin de benzer şekilde yaşam kalitelerinin orta düzeyde olduğu görülmüştür.

Bernklev ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında CH olanların İBH YKÖ puan ortalamalarının ÜK hastalarının puan ortalamalarından anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır. Crohn hastalarının, ÜK hastalarından daha fazla ağrı yaşadıklarını, bu yüzden iş ve sosyal yaşantılarının daha çok etkilendiğini belirtmişlerdir (159). Başka bir çalışmada, CH olanlarda yaşam kalitesi puanı 174.35 ve ÜK olan hastalarda 186.76 ile yaşam kalitesinin daha iyi olduğu saptanmıştır (162). Bizim çalışmamızda ise her iki eğitim grubunda da hastaların “orta” düzeyde yaşam kalitesine sahip oldukları görülmüştür. Her iki grupta da CH olanların yaşam kalitesi puan ortalamasının ÜK olanlardan daha yüksek olduğu; web tabanlı eğitim grubunda CH olanların yaşam kalitesi ortalamalarının istatistiksel olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Çalışma sonuçlarımıza karşıt olarak, yapılan bazı çalışmalarda CH ve ÜK tanısı alan hastalar arasında yaşam kaliteleri açısından anlamlı bir farklılığın olmadığı saptanmıştır (154,163,164).

Eğitim düzeyi düşük olan hastalarda yaşam kalitesinin daha düşük olduğu, hastaların eğitim düzeyleri ile İBH YKÖ toplam ölçek puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (160,162,163). Buna karşın, bizim çalışmamızla benzer olarak, İsveç ve Kore’deki çalışmalarda hastaların eğitim düzeylerinin yaşam kalitelerini etkilemediği görülmüştür (109,146).

#### 5.4.2.2. Hastaların Hastalık Aktivitelerine Göre Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi

Hastaların ÜK hastalık aktivitesi ile İBH YKÖ toplam puanı ve alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde; web tabanlı eğitim grubundaki ÜK hastalarının hastalık aktivitesi ile sadece sistemik ve sosyal fonksiyon alt boyutları arasında negatif yönlü orta derecede anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ( $p<.05$ ). Standart eğitim grubunda yer alan ÜK hastalarının ise hastalık aktivitesi ile İBH YKÖ toplam puanı arasında negatif yönlü orta derecede anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür ( $p<.05$ ) (Tablo 52).

ÜK hastalarının hastalık aktivitesi ile yaşam kalitesinin incelendiği bir çalışmada; hastalık aktivitesi orta şiddetli olan ÜK hastalarında İBH YKÖ toplam puanının, hafif şiddetli hastalığı olanlara göre daha düşük olduğu, hastalık aktivitesi arttıkça yaşam kalitesinin düştüğü saptanmıştır. İnflamatuvar barsak hastalıkları YKÖ tüm alt boyutlarında da orta şiddetli hastalık aktivitesi olan hastalarda daha düşük puan ortalamalarının elde edildiği, ölçek toplam puanı ile hastalık aktivitesi arasında negatif yönlü bir ilişki olduğu, hastalık aktivitesi şiddetlendikçe yaşam kalitesinin azaldığı saptanmıştır ( $p<.001$ ) (158). İsveç'te 300 ÜK hastası ile yapılan bir çalışmada, remisyon döneminde olan hastaların yaşam kalitesinin ve alt boyutlarının, aktif hastalığı olanlardan çok daha iyi olduğu, bunun da istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<.0001$ ). Hastaların, hastalık aktiviteleri arttıkça yaşam kalitesi puanlarında düşme olduğu gözlenmiştir (109). Bu çalışmaların, bizim çalışma sonuçlarımız ile uyumlu olduğu; web tabanlı ve standart eğitim gruplarındaki ÜK hastalarının hastalık aktivitesi arttıkça yaşam kalitesinin kötüleştiği saptanmıştır.

Çalışma kapsamına alınan CH olan hastaların hastalık aktivitesi ile İBH YKÖ arasındaki ilişki incelendiğinde ise; her iki eğitim grubunda da hastaların hastalık aktivitesi ile İBH YKÖ toplam puanı ve alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ( $p>.05$ ) (Tablo 53). Web tabanlı ve standart eğitim gruplarındaki CH olanların hastalık aktivitesi arttıkça yaşam kalitesinin azalmasına karşın, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Bizim çalışmamızla benzer olarak birçok çalışma, hastalık aktivitesinin artmasının hem CH hem de ÜK hastaları için sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini olumsuz etkileyen en önemli faktör olduğunu belirtmiştir (160,161,163,165,166).

#### 5.4.3. Hastaların Ölçüm Zamanlarına Göre Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi

Ölçüm zamanlarına göre web tabanlı eğitim grubundaki hastaların sadece İBH YKÖ sistemik semptomlar alt boyut ortalamaları açısından çalışmanın başlangıcı ve sonu arasında grup içinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ( $p<.05$ ); diğer tüm alt boyutlarda ve toplam puan ortalamalarında grup içinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ( $p>.05$ ). Standart eğitim grubundaki hastaların ise İBH YKÖ toplam puan ve alt boyut ortalamaları bakımından çalışmanın başlangıcı ve sonu arasında grup içinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>.05$ ) (Tablo 54).

Çalışmanın tüm ölçüm zamanlarında İBH YKÖ toplam puan ve tüm alt boyut puan ortalamaları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>.05$ ) (Tablo 54). Hastaların ölçüm zamanlarına göre yaşam kaliteleri her iki grupta da giderek artış göstermesine karşın, çalışma sonunda da yaşam kalitelerinin orta düzeyde olduğu saptanmıştır.

Web üzerinden tedavisi ve izlemi yapılan İBH olan hastalarla yürütülen bir çalışmada hastaların yaşam kaliteleri anlamlı şekilde düzelme göstermiştir (167). Başka bir çalışmada ise, çalışma başlangıcında ve sonunda hastaların yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ( $p>.05$ ) (162). Pedersen'in (2012) çalışmasında, web destekli olarak takip edilen CH olan hastaların yaşam kaliteleri çalışma başlangıcında ve sonunda aynı düzeylerde seyretmiştir. Ancak web programı üzerinden e-öğrenmenin kullanıldığı hastalarda özyönetim, ilaç kullanımı ve olası komplikasyonların tedavisine yönelik hastalık bilgisinin önemli ölçüde arttığı gözlenmiştir (168). Başka kronik hastalıklar ile yürütülen çalışmada ise tele tıbbın diyabet, KOAH veya kalp yetersizliği olan hastaların yaşam kalitesinde ve psikolojik sonuçlarında herhangi bir etki göstermediği saptanmıştır (149). Bu sonuçlar bizim çalışmamızla paralellik göstermekle birlikte, e-sağlık yaklaşımlarını kullanarak yaşam kalitesinde artış gösteren diğer çalışmaların sonuçları ile tutarlılık göstermiştir. Web tabanlı eğitim grubundaki hastalarda yaşam kalitesi puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Web tabanlı eğitimi grubundaki hastaların yaşam kalitesi standart eğitim alan hastalardan ortalama olarak daha yüksek olsa da gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Çalışma kapsamına alınan tüm hastaların, başlangıçta orta düzeyde olan yaşam kalitelerinin, çalışma sonunda bir miktar

yükseldiği ancak yine orta düzeyde olduğu saptanmıştır (Tablo 55, Grafik 11). Web tabanlı eğitim grubundaki hastaların yaşam kalitelerinde artış olmasına karşın, bu artışın anlamlı olmadığı belirlenmiştir. Hastaların yaşam kalitesi ortalamalarındaki değişimin zaman etkileşimi açısından anlamlı olduğu ve zamanla yaşam kalitesi puanlarının artış gösterdiği belirlenmiştir (Tablo 55). Ancak bu farkın grup x zaman etkileşimi açısından istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmış ve çalışmanın 12'inci hipotezi (Web tabanlı İBH eğitimi alan hastaların yaşam kalitesi standart eğitim alan hastalardan farklıdır) reddedilmiştir.

Hastaların yaşam kalitesinin zamanla artması göz önünde bulundurulduğunda; yaşam kalitesini arttırmada hastalara eğitim verilmesinin önemli olduğu saptanmıştır. Seçilecek olan eğitim yaklaşımının hasta gereksinimlerine ve niteliklerine göre seçilmesi, bazı hastalarda web tabanlı eğitimin, bazılarında standart eğitimin, bazılarında ise her iki eğitim türünün de bir arada sunulması hasta odaklı eğitim yaklaşımı sağlayacaktır.

Elkjaer ve arkadaşlarının geliştirdiği “sürekli bakım” adı verilen bir web tabanlı girişimde İBH olan hastaların yaşam kaliteleri değerlendirilmiş, standart olarak poliklinikte takip edilen hastalara oranla, web takip grubundaki Danimarkalı hastaların yaşam kalitesinde belirgin bir iyileşme olduğu, İrlandalı web grubunda anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır (19).

Tele tıp uygulamaları ile standart bakımın karşılaştırıldığı bir çalışmada ise, tedavi amaçlı tele-sağlık girişimlerinin uygulandığı grupta yaşam kalitesinin standart bakım grubundan anlamlı olarak çok daha yüksek olduğu ( $190.8 \pm 24.2$  ve  $171.6 \pm 30.1$ ), ancak dördüncü, sekizinci ve 12. haftalarda yapılan ölçümlere göre tele-sağlık grubundaki hastaların yaşam kaliteleri daha yüksek olsa da, bu ortalamaların anlamlı olmadığı saptanmıştır. Çalışmanın başlangıcından 12 ay sonrasına kadar olan süreçte, tele-sağlık ve standart bakım gruplarındaki yaşam kalitesi puanları arasındaki farkın anlamlı olduğu, zamanla hastaların yaşam kalitesinde bir iyileşme olduğu görülmüştür (111). Bu çalışma sonuçları, bizim çalışmamızdaki zaman etkileşimi ile uyumluluk göstermiş; hastaların yaşam kalitelerinin zamanla iyileştiği saptanmıştır.

Hasta eğitimi, kronik hastalıkların yönetiminde oldukça önemli bir etkidir. Kapsamlı bir kronik hastalık bakımı, yapılandırılmış bir hasta eğitimini içermektedir. Hastalık bilgisi, yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyebilir, tedavi uyumluluğunu teşvik edebilir ve işbirliğine dayalı olarak hasta odaklı bir yaklaşım ile uygun

tedavinin sağlanmasına yardımcı olabilir. Daha fazla bilgi hastalıkla ilgili yaşam kalitesini arttırırken, hastalıkla ilgili endişeleri azaltabilir. Bu nedenle hastaların doğru sağlık bilgisine ulaşmaları sağlanmalıdır. Web tabanlı eğitim planlanıyorsa; etkili veri ve bilgi alışverişini sağlayan üst düzey web programları oluşturulmalıdır. Bu programlar, hasta bakımı için interaktif olmaya ve kendi kendini sürekli izlemeye, geribildirim vermeye ve bilgi alışverişini sağlamaya olanak sağlamalıdır.

İnflamatuvar barsak hastalıklarının yönetiminde e-sağlık teknolojilerinin (web tabanlı girişimler, akıllı telefon uygulamaları, tele tıp, sanal klinikler) kullanıldığı 17 çalışmanın incelendiği bir metaanalizde; standart poliklinik görüşmeleri ile karşılaştırıldığında e-sağlık teknolojilerinin hastalık nüksünde, hastalık aktivitesinde, yaşam kalitesinde, hastalık bilgisinde ve maliyet etkin sağlık bakımında gelişme sağladığı, hastalığın uzaktan yönetimini kolaylaştırdığı sonucuna varılmıştır (150). Bizim çalışmamızda web tabanlı ve standart eğitim gruplarının karşılaştırmalarında anlamlı farklılıklar görülme de, hastalık aktivitesinde azalma, hastalık bilgisinde artma ve maliyet etkin sağlık bakımı sağlama açısından web tabanlı eğitimin daha etkili olabileceği düşünülmektedir.

Web tabanlı ve standart yaklaşım ile psikolojik tedavi verilen İBH hastaların karşılaştırıldığı bir çalışmada; web tabanlı psikolojik girişim grubundaki hastaların yaşam kalitelerinin, standart tedavi grubundakilerden daha iyi olduğu, web tabanlı gruptaki CH olanların hastalık aktivitelerinin standart gruptaki CH olanlardan daha iyi olduğu, ÜK olan hastaların hastalık aktivitelerinde gruptaki ortalamaların benzer olduğu saptanmıştır (112).

Altı randomize kontrollü çalışmanın incelendiği bir metaanalizde ise; İBH'nin web tabanlı destek ile uzaktan yönetiminin klinik ziyaretleri azalttığı, ancak hastaların yaşam kalitesinde, nüks oranlarında ve hastaneye yatış oranlarında önemli ölçüde bir iyileşme sağlamadığı saptanmıştır (151).

Kılavuzlarda ve farklı araştırma sonuçlarında, hasta eğitiminin tekrarlanması, multidisipliner ekibe veya diğer kaynaklara (telefon, elektronik araçlar, yazılı materyaller, vb) doğrudan erişimin desteklenmesi üzerinde durulmuştur. İnternet üzerinde hastalık hakkında bilgi veren çok fazla kaynak bulunduğu, ancak bu kaynaklardaki bilgilerin güvenilirliği ve doğruluğu açısından şüphelerin olduğu ifade edilmiş ve bu nedenle bireyselleştirilmiş eğitim önerilmiştir. Hasta eğitimi üzerine yapılan çalışmalarda, katılımcıların bilgi düzeyinde bir miktar

artış olduğu, ancak bunun yaşam kalitesi üzerine anlamlı bir etkisinin olmadığı saptanmıştır (68,152-156,162).

Yeni teknolojiler ve çözümler IBH bakımında olumlu etki göstermektedir. Özellikle genç, çalışan veya kırsal bölgelerdeki IBH hastalarına veya standart eğitim için uygun koşul ve zamanın ayrılmadığı durumlarda hastalar için takip ve tedavide web tabanlı yaklaşımlar giderek daha fazla kullanılmaktadır. Poliklinik ortamında yüz yüze gerçekleştirilen eğitim ve yaklaşım seçeneklerine alternatif olarak web tabanlı yaklaşımlar, bu alanda henüz çok yeni olsa da, takip ve tedavi için umut verici, fayda sağlayıcı, zaman ve maliyet düşürücü bir araç olarak ön plana çıkmaktadır. Bilgisayar teknolojileri tarafından desteklenen bakım diğer sağlık hizmetlerinin kullanımını azaltabilir ya da arttırabilir. Ancak yüz yüze görüşmeler arasındaki zaman aralığı arttıkça maliyetler de düşecektir.

Birleşik Krallık'ta yapılan bir çalışmada, IBH olan hastaların yaşam kalitelerinde 24 aylık takipte önemli bir değişiklik saptanmamış, bununla birlikte IBH YKÖ alt boyutlarında web tabanlı takip edilen (88 hasta) ve poliklinikten takip edilen (92 hasta) hasta gruplarında bir miktar bozulma olduğu belirlenmiştir (157).

Hasta eğitiminde web tabanlı ve standart eğitim türünün farklı açılardan birbirlerine üstünlükleri olsa da, özellikle zaman kısıtlılığının olduğu poliklinik ortamındaki görüşmelerde hastalara kapsamlı eğitimin verilemediği göz önünde bulundurulursa; hastaların web tabanlı eğitim ve destek programlarından faydalanması sağlanmalıdır. Programın uzun vadede başarılı olabilmesi için hasta gereksinimlerine odaklanmalı, bir hemşire tarafından aktif bir şekilde yönetilmeli ve web üzerinden danışmanlık verilerek hastanın direkt olarak hemşireye soru sormasına olanak sağlanmalıdır. Hasta web tabanlı eğitim alırken de yalnız olmadığını, her an danışabileceği bir sağlık profesyonelinin olduğunu bilirse, standart eğitimlerde elde edilen etki, web tabanlı eğitim programlarında da daha hızlı ve maliyet etkin bir şekilde elde edilebilir.

## BÖLÜM VI

### 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

#### 6.1. SONUÇ

Hasta eğitiminde günümüzde en yaygın kullanılan araçlardan biri olan internet, çoğu kronik hastalıkta olduğu gibi İBH tanılı hastalar arasında da giderek daha fazla kullanılmaktadır. Web tabanlı eğitim yaklaşımları, İBH'nın izlenmesi, semptomların tanınması ve tedavi uygulamalarının doğru bir şekilde yürütülmesi hastanın öz yönetiminde yeni bir yaklaşımı temsil etmektedir. Çalışma sonuçlarımıza göre semptomların kontrol altına alınmasında web tabanlı ve standart eğitim grupları arasında büyük farklılıklar olmamasına karşın, bazı semptomların yönetiminde web tabanlı eğitimin, bazılarının yönetiminde standart eğitimin etkili olduğu saptanmıştır.

İnflamatuvar barsak hastalarında web tabanlı eğitimin hastalık aktivitesine, semptom yönetimine ve yaşam kalitesine etkisinin incelendiği bu çalışmanın sonuçlarına göre; hemşire tarafından oluşturulan web sayfası ve aynı bilgileri içeren eğitim kitapları kullanılarak verilen yapılandırılmış hasta eğitimi programı için (İBHHEP) web tabanlı ve standart eğitim yöntemleri arasında büyük farklılıkların olmadığı, her iki eğitim grubunda da yaşanan semptomların şiddetlerinde, hastalık aktivitesinde ve yaşam kalitesinde iyileşme olduğu görülmüştür. Web tabanlı olarak uygulanan İBH eğitim programının hastalık aktivitesini, semptom yönetimini ve yaşam kalitesini etkilemek açısından standart eğitimden farklı veya üstün olmadığı; hangi türde eğitim olursa olsun hastaların gereksinimlerine göre yapılandırılmış ve bireyselleştirilmiş hasta eğitim programlarının hastanın tercihin ve eğitim ortamının uygunluğuna göre web tabanlı veya standart olarak uygulanmasının etkili ve önemli olduğu; klinik takipler ve ziyaretler sırasında, güncel uygulamalar ışığında yazılı ve görsel materyaller ile planlanmış bir eğitimin hastalık aktivitesine, semptom yönetimine ve yaşam kalitesine katkı sağlayacağı sonucuna varılmıştır.

Çalışmanın önemli sonuçlarından biri de bilgi ve farkındalığı artan hastaların bir araya gelerek, diğer hastalara ve ailelerine yol göstermek, onların da bilinçlenmesine vesile olmak için Ocak 2017 tarihi itibarıyla İnflamatuvar Barsak Hastaları ve Aileleri Yardımlaşma Derneği'ni (İBHAYD) kurmalarıdır (169).

Bu sonuçların yanı sıra çalışmadan elde edilen diğer sonuçlar aşağıda ayrıntılı olarak açıklanmıştır.

### 6.1.1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Sonuçları

- ❖ Web tabanlı ve standart eğitim grubundaki hastaların yarısından fazlası erkek olup, web tabanlı eğitim grubunun yaş ortalaması  $37.26 \pm 12.99$  ve standart eğitim grubunun yaş ortalaması  $41.63 \pm 11.85$  olarak saptanmıştır. Her iki eğitim grubunda da hastaların çoğunun evli ve ilköğretim mezunu olduğu, gelirinin giderine denk veya gelirinin daha fazla olduğu saptanmıştır (Tablo 10).
- ❖ Web tabanlı eğitim grubundaki hastaların %60.0'ı, standart eğitim grubundaki hastaların %50.0'ı normal kilodadır (Tablo 11).
- ❖ Web tabanlı eğitim grubunun en fazla oranla %53.3'ü hiçbir zaman sigara kullanmadığını, %30.0'ı ise sigarayı bıraktığını belirtmiştir. Standart eğitim grubunun ise en fazla oranla %36.7'si hastalığı nedeniyle sigarayı bıraktığını ancak %33.3'ü hala sigara kullandığını belirtmiştir. Web tabanlı eğitim grubundaki hastaların sigara kullanım ortalaması ayda  $23.00 \pm 19.77$  paket, standart eğitim grubundaki hastaların sigara kullanım ortalaması ayda  $12.45 \pm 8.49$  pakettir (Tablo 11).
- ❖ Web tabanlı eğitim grubundaki hastaların %70.0'ı ve standart eğitim grubundaki hastaların %63.3'ü hiç alkol kullanmadığını belirtmiştir. Alkol kullanan hastaların haftalık alkol tüketim ortalamaları ise web tabanlı ve standart eğitim gruplarında sırasıyla haftalık  $2.33 \pm 1.52$  ve  $2.87 \pm 3.01$  kadehtir (Tablo 11).
- ❖ Web tabanlı ve standart eğitim grubundaki hastaların, sosyodemografik özellikleri bakımından homojen bir dağılım gösterdiği, istatistiksel olarak gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p > .05$ ) (Tablo 10 ve 11).

### 6.1.2. Hastaların Hastalık Özelliklerinin Sonuçları

- ❖ Web tabanlı ve standart eğitim gruplarında İBH türlerinin (ÜK ve CH) eşit olarak dağıldığı, hastaların hastalık sürelerinin ortalamaları web tabanlı eğitim grubunda  $82.23 \pm 54.52$  ay, standart eğitim grubunda  $81.93 \pm 56.71$  ay olduğu; web tabanlı eğitim grubundaki hastaların %40.0'ı 37-72 aydır İBH tanısı ile izlendiği; standart eğitim grubundaki hastaların %46.7'si 73 aydan daha uzun süredir İBH hastası olduğu saptanmıştır (Tablo 12).
- ❖ Web tabanlı ve standart eğitim grubundaki hastaların yarıdan fazlası genel durumlarını “ortalamanın altı/kötü” olarak değerlendirmişlerdir (Tablo 12).
- ❖ Hastaların kanser korkuları değerlendirildiğinde; web tabanlı eğitim grubundaki hastaların en fazla oranla %76.7'sinin, standart eğitim grubundaki hastaların ise %63.3'ünün kanser olmaktan korktuğu saptanmıştır (Tablo 12).
- ❖ Web tabanlı eğitim grubundaki hastaların %76.7'sinin ve standart eğitim grubundaki hastaların neredeyse tamamının ilaçlarını düzenli kullandığı saptanmıştır. Web tabanlı eğitim grubunda hastaların %83.3'ünün ve standart eğitim grubunda hastaların %73.3'ünün ilaç dışında herhangi bir ürün kullanmadıkları görülmüştür (Tablo 13).
- ❖ Web tabanlı ve standart eğitim grubundaki hastaların başlangıç döneminde en fazla oranla aminosalisilat ve immünomodülatör ilaç kullandıkları saptanmıştır (Tablo 14).
- ❖ Web tabanlı ve standart eğitim grubundaki hastaların yarısından fazlasının hastalıkları nedeniyle hastaneye yattığı saptanmıştır (Tablo 15).
- ❖ Web tabanlı eğitim grubundaki hastaların %70.0'inin tuvaletini tutabildiği ve %66.7'sinin defekasyonda kan görmediği; standart eğitim grubundaki hastaların %53.3'ünün tuvaletini tutabildiği, %76.7'sinin defekasyonda kan görmediği saptanmıştır (Tablo 15).
- ❖ Web tabanlı eğitim grubundaki hastaların %58.8'inin, standart eğitim grubundaki hastaların %29.4'ünün İBH ile ilişkili olabilecek hastalıklara (deri, solunum, eklem – kemik, mide ve göz hastalıkları) sahip olduğu; web tabanlı eğitim grubunda hastaların %10.0'unun, standart eğitim grubunda ise %20.0'sinin İBH nedeniyle ameliyat olduğu saptanmıştır (Tablo 16).
- ❖ Web tabanlı eğitim grubundaki hastaların %43.3'ü, standart eğitim grubundaki hastaların %26.7'si sağlık raporu aldıklarını, rapor alan bu hastaların web tabanlı

eğitim grubunda %84.6'sı ve standart eğitim grubunda tümü bir yılda beşten daha az sayıda rapor aldıklarını belirtmişlerdir (Tablo 17).

- ❖ Hastaların İBH nedeniyle son bir yılda hastaneye yatış ortalamaları web tabanlı eğitim grubunda  $0.40 \pm 0.81$  iken, standart eğitim grubunda  $0.60 \pm 1.13$ ; İBH dışında hastaneye yatış ortalamaları web tabanlı eğitim grubunda  $1.00 \pm 1.46$  ve standart eğitim grubunda  $0.53 \pm 0.89$  olarak belirlenmiştir (Tablo 18).
- ❖ Hastaların tanı aldıkları günden itibaren geçirdikleri atak sayısı ortalaması web tabanlı eğitim grubunda  $6.86 \pm 6.92$  ve standart eğitim grubunda  $8.73 \pm 7.25$ 'dir (Tablo 18).
- ❖ Web tabanlı ve standart eğitim grubundaki hastaların günlük olarak tuvalete çıkma sayıları benzerdir (sırasıyla  $3.76 \pm 1.65$  ile  $3.06 \pm 2.19$ ) (Tablo 18).
- ❖ Web tabanlı ve standart eğitim gruplarındaki hastaların İBH'ye ilişkin özellikleri, İBH nedeniyle yaşadığı sorunlar, İBH nedeniyle ameliyat olma durumları, sağlık raporu alma durumları ve rapor alma sıklıkları, son bir yılda İBH nedeniyle hastaneye yatış ortalamaları, İBH dışında hastaneye yatış ortalamaları, geçirdikleri atak sayıları ve günlük tuvalete çıkma sayıları bakımından homojen bir dağılım gösterdiği, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ( $p > .05$ ) (Tablo 12, 15, 16, 17 ve 18).

### 6.1.3. Hastaların Hastalık Aktivitelerine Göre Dağılımlarının Sonuçları

- ❖ Ölçüm zamanlarına göre hastaların hastalık aktivitelerinin dağılımları değerlendirildiğinde; çalışmanın ikinci haftasında web tabanlı eğitim grubundaki ÜK hastalarının %37.4'ünün hafif şiddetli hastalık döneminde olduğu; standart eğitim grubundaki hastaların ise %37.4'ünün remisyonda olduğu saptanmıştır. Çalışmanın dördüncü ve sekizinci haftalarında her iki eğitim grubunda da ÜK hastalarının yarısının veya yarısından fazlasının remisyonda olduğu saptanmıştır (Tablo 19).
- ❖ Ölçüm zamanlarına göre ÜK hastalarının hastalık aktiviteleri bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p > .05$ ) (Tablo 20).
- ❖ Ölçüm zamanlarına göre web tabanlı ve standart eğitim gruplarındaki CH olan hastaların büyük çoğunluğunun remisyonda olduğu belirlenmiş; ikinci, dördüncü ve sekizinci haftalarda CH olan hastaların hastalık aktiviteleri bakımından

gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>.05$ ) (Tablo 21).

#### **6.1.4. Hastaların Deneyimledikleri Semptomların Sonuçları**

##### **6.1.4.1. Hastaların Ölçüm Zamanlarına Göre GIS Semptomlarına İlişkin Sonuçları**

###### **6.1.4.1.1. Hastaların Diyare Semptomuna İlişkin Sonuçları**

- ❖ Web tabanlı ve standart eğitim grubundaki hastaların tüm ölçüm zamanlarında en fazla oranla 1–5 şiddetinde diyare yaşadıkları görülmüştür. Gruplar arasında diyare semptomu dağılımı bakımından dördüncü haftadaki dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ( $p<.05$ ), ikinci ve sekizinci haftalarda anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>.05$ ) (Tablo 23).
- ❖ Ölçüm zamanlarına göre diyare semptom şiddet ortalaması bakımından çalışmanın başlangıcı ve sonu arasında web tabanlı eğitim grubundaki hastalarda grup içinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ( $p>.05$ ), buna karşın standart eğitim grubundaki hastalarda grup içinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ( $p<.05$ ) (Tablo 24, Grafik 1).
- ❖ Diyare semptom şiddetinin standart eğitim grubundaki hastalarda, web tabanlı eğitim grubundaki hastalara kıyasla daha yüksek olduğu; web tabanlı ve standart eğitim gruplarındaki hastaların diyare semptom şiddeti ortalaması bakımından çalışmanın ikinci, dördüncü ve sekizinci haftalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görülmüştür ( $p>.05$ ) (Tablo 24, Grafik 1).
- ❖ Web tabanlı ve standart eğitim gruplarındaki hastalarda diyare semptom şiddeti ortalaması bakımından zaman etkileşimi açısından anlamlı bir fark olduğu ( $p<.05$ ), ancak grup x zaman etkileşimi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>.05$ ) (Tablo 24).

###### **6.1.4.1.2. Hastaların Karın Ağrısı Semptomuna İlişkin Sonuçları**

- ❖ Çalışmanın ikinci ve dördüncü haftalarında yapılan ölçümlerde de web tabanlı ve standart eğitim alan hastalarda karın ağrısı en fazla 1–5 şiddetinde görülmüştür. Çalışmanın sekizinci haftasında ise web tabanlı eğitim grubundaki hastaların en fazla oranla %53.4'ünde karın ağrısı semptom şiddeti 1–5

şiddetinde görülürken; standart eğitim grubundaki hastaların en fazla oranla %46.7'sinde hiç karın ağrısı yaşamadığı saptanmıştır. Karın ağrısı semptomu bakımından ikinci, dördüncü ve sekizinci haftalardaki dağılımlarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ( $p>.05$ ) (Tablo 25).

- ❖ Ölçüm zamanlarına göre karın ağrısı semptom şiddet ortalaması bakımından çalışmanın başlangıcı ve sonu arasında web tabanlı ve standart eğitim gruplarının kendi içlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ( $p<.05$ ) (Tablo 26, Grafik 2).
- ❖ Karın ağrısı semptom şiddetinin standart eğitim grubundaki hastalarda, web tabanlı eğitim grubundaki hastalara kıyasla daha yüksek olduğu; web tabanlı ve standart eğitim gruplarındaki hastaların karın ağrısı semptom şiddeti ortalaması bakımından çalışmanın ikinci, dördüncü ve sekizinci haftasında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görülmüştür ( $p>.05$ ) (Tablo 26, Grafik 2).
- ❖ Web tabanlı ve standart eğitim gruplarındaki hastaların karın ağrısı semptom şiddeti ortalaması bakımından zaman etkileşimi açısından anlamlı bir fark olduğu ( $p<.05$ ), ancak grup x zaman etkileşimi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>.05$ ) (Tablo 26).

#### **6.1.4.1.3. Hastaların Dışkıda Kan Semptomuna İlişkin Sonuçları**

- ❖ Dışkıda kan semptomunun dağılımı incelendiğinde; çalışmanın ikinci, dördüncü ve sekizinci haftalarında web tabanlı ve standart eğitim grubundaki hastaların büyük çoğunluğunda dışkıda kan semptomu görülmemiş; her iki gruptaki hastaların dışkıda kan semptomu bakımından ikinci, dördüncü ve sekizinci haftalardaki dağılımlarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>.05$ ) (Tablo 27).
- ❖ Dışkıda kan semptom şiddet ortalaması bakımından çalışmanın başlangıcı ve sonu arasında web tabanlı eğitim grubu içinde ve standart eğitim grubu içinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ( $p>.05$ ) (Tablo 28, Grafik 3).
- ❖ Dışkıda kan semptom şiddetinin web tabanlı eğitim grubundaki hastalarda, standart eğitim grubundaki hastalara kıyasla daha yüksek olduğu; dışkıda kan semptom şiddeti ortalaması bakımından ölçüm zamanlarına göre gruplar

arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görülmüştür ( $p>.05$ ) (Tablo 28, Grafik 3).

- ❖ Web tabanlı ve standart eğitim gruplarındaki hastaların dışkıda kan semptom şiddeti ortalaması bakımından zaman etkileşimi açısından anlamlı bir fark olduğu ( $p<.05$ ), ancak grup x zaman etkileşimi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>.05$ ) (Tablo 28).

#### **6.1.4.1.4. Hastaların Dışkıda Mukus Semptomuna İlişkin Sonuçları**

- ❖ Çalışmanın ikinci, dördüncü ve sekizinci haftalarında web tabanlı ve standart eğitim grubundaki hastaların çoğunda dışkıda mukus semptomunun 1–5 şiddetinde olduğu; her iki grupta da dışkıda mukus semptomu bakımından ikinci, dördüncü ve sekizinci haftalardaki dağılımlarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>.05$ ) (Tablo 29).
- ❖ Dışkıda mukus semptom şiddet ortalaması bakımından çalışmanın başlangıcı ve sonu arasında web tabanlı eğitim grubu içinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ( $p>.05$ ), buna karşın standart eğitim grubu içinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ( $p<.05$ ) (Tablo 30, Grafik 4).
- ❖ Dışkıda mukus semptom şiddetinin standart eğitim grubundaki hastalarda, web tabanlı eğitim grubundaki hastalara oranla daha yüksek olduğu; dışkıda mukus semptom şiddeti ortalaması bakımından ölçüm zamanlarına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görülmüştür ( $p>.05$ ) (Tablo 30, Grafik 4).
- ❖ Web tabanlı ve standart eğitim gruplarındaki hastaların dışkıda mukus semptom şiddeti ortalaması bakımından zaman etkileşimi açısından anlamlı bir fark olduğu ( $p<.05$ ), ancak grup x zaman etkileşimi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>.05$ ) (Tablo 30).

#### **6.1.4.1.5. Hastaların Tenesmus Semptomuna İlişkin Sonuçları**

- ❖ Çalışmanın ikinci, dördüncü ve sekizinci haftalarında da her iki grupta da hastaların büyük çoğunluğunda tenesmus semptomu 1-5 şiddetinde görülmüştür. Tenesmus semptomu bakımından ikinci, dördüncü ve sekizinci haftalardaki dağılımlarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>.05$ ) (Tablo 31).

- ❖ Tenesmus semptom şiddet ortalaması bakımından çalışmanın başlangıcı ve sonu arasında web tabanlı eğitim grubu içinde ve standart eğitim grubu içinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ( $p>.05$ ) (Tablo 32, Grafik 5).
- ❖ Tenesmus semptom şiddetinin standart eğitim grubundaki hastalarda, web tabanlı eğitim grubundaki hastalara kıyasla daha yüksek olduğu; tenesmus semptom şiddeti ortalaması bakımından ölçüm zamanlarına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ( $p>.05$ ) (Tablo 32, Grafik 5).
- ❖ Web tabanlı ve standart eğitim gruplarındaki hastaların tenesmus semptom şiddeti ortalaması bakımından zaman etkileşimi açısından anlamlı bir fark olduğu ( $p<.05$ ), ancak grup x zaman etkileşimi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>.05$ ) (Tablo 32).

#### **6.1.4.1.6. Hastaların Rektal Hassasiyet Semptomuna İlişkin Sonuçları**

- ❖ Çalışmanın ikinci ve sekizinci haftasında web tabanlı ve standart eğitim grubundaki hastaların büyük çoğunluğunda rektal hassasiyet semptomu 1–5 şiddetinde görülmüştür. Çalışmanın dördüncü haftasında ise web tabanlı eğitim grubunda hastaların yarısından fazlasında rektal hassasiyet semptomu 1–5 şiddetinde görülmesine karşın; standart eğitim grubunda hastaların %40.0'ında rektal hassasiyet semptomu görülmemiştir. Rektal hassasiyet semptomu bakımından ikinci, dördüncü ve sekizinci haftalardaki dağılımlarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>.05$ ) (Tablo 33).
- ❖ Rektal hassasiyet semptom şiddet ortalaması bakımından çalışmanın başlangıcı ve sonu arasında web tabanlı eğitim grubu içinde ve standart eğitim grubu içinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ( $p>.05$ ) (Tablo 34, Grafik 6).
- ❖ Rektal hassasiyet semptom şiddetinin web tabanlı eğitim grubundaki hastalarda, standart eğitim grubundaki hastalara kıyasla daha yüksek olduğu; hastaların rektal hassasiyet semptom şiddeti ortalaması bakımından çalışmanın ikinci, dördüncü ve sekizinci haftasında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görülmüştür ( $p>.05$ ) (Tablo 34, Grafik 6).

- ❖ Web tabanlı ve standart eğitim gruplarındaki hastaların rektal hassasiyet semptom şiddeti ortalaması bakımından zaman etkileşimi açısından anlamlı bir fark olduğu ( $p<.05$ ), ancak grup x zaman etkileşimi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>.05$ ) (Tablo 34).

#### **6.1.4.1.7. Hastaların Bulantı Semptomuna İlişkin Sonuçları**

- ❖ Çalışmanın ikinci, dördüncü ve sekizinci haftalarında web tabanlı ve standart eğitim gruplarındaki hastaların yarıdan fazlasında bulantı semptomu görülmemiştir. Ölçüm zamanlarına göre bulantı semptomunun dağılımı bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>.05$ ) (Tablo 35).
- ❖ Bulantı semptom şiddet ortalaması bakımından çalışmanın başlangıcı ve sonu arasında web tabanlı eğitim grubu içinde ve standart eğitim grubu içinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ( $p>.05$ ) (Tablo 36, Grafik 7).
- ❖ Bulantı semptom şiddeti ortalaması web tabanlı ve standart eğitim gruplarında benzer olup; hastaların bulantı semptom şiddeti ortalaması bakımından çalışmanın ikinci, dördüncü ve sekizinci haftasında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ( $p>.05$ ) (Tablo 36, Grafik 7).
- ❖ Web tabanlı ve standart eğitim gruplarındaki hastaların bulantı semptom şiddeti ortalaması bakımından zaman etkileşimi açısından anlamlı bir fark olduğu ( $p<.05$ ), ancak grup x zaman etkileşimi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>.05$ ) (Tablo 36).

#### **6.1.4.1.8. Hastaların Kusma Semptomuna İlişkin Sonuçları**

- ❖ Çalışmanın ikinci, dördüncü ve sekizinci haftalarında web tabanlı ve standart eğitim alan hastaların büyük çoğunluğunda kusma semptomu yaşanmamıştır. Ölçüm zamanlarına göre kusma semptomunun dağılımı bakımından her iki grupta da benzer olduğu saptanmıştır (Tablo 37).
- ❖ Kusma semptom şiddet ortalaması bakımından çalışmanın başlangıcı ve sonu arasında grupların kendi içinde ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ( $p>.05$ ) (Tablo 38, Grafik 8).

- ❖ Web tabanlı ve standart eğitim gruplarındaki hastaların kusma semptom şiddeti ortalaması bakımından zaman ve grup x zaman etkileşimi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>.05$ ) (Tablo 38).

#### **6.1.4.1.9. Hastaların İştahta Azalma Semptomuna İlişkin Sonuçları**

- ❖ Çalışmanın ikinci, dördüncü ve sekizinci haftalarında web tabanlı ve standart eğitim grubundaki hastaların büyük çoğunluğunda iştahta azalma semptomu görülmemiştir. İştahta azalma semptomu bakımından ölçüm zamanlarına göre gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>.05$ ) (Tablo 39).
- ❖ Hastaların iştahta azalma semptom şiddet ortalaması bakımından çalışmanın başlangıcı ve sonu arasında web tabanlı eğitim grubu içinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ( $p<.05$ ), buna karşın standart eğitim grubu içinde anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ( $p>.05$ ) (Tablo 40, Grafik 9).
- ❖ İştahta azalma semptom şiddetinin standart eğitim grubundaki hastalarda, web tabanlı eğitim grubundaki hastalara kıyasla daha yüksek olduğu; iştahta azalma semptom şiddeti ortalaması bakımından çalışmanın ikinci, dördüncü ve sekizinci haftasında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ( $p>.05$ ) (Tablo 40, Grafik 9).
- ❖ Web tabanlı ve standart eğitim gruplarındaki hastaların iştahta azalma semptom şiddeti ortalaması bakımından zaman etkileşimi açısından anlamlı bir fark olduğu ( $p<.05$ ), ancak grup x zaman etkileşimi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>.05$ ) (Tablo 40).

#### **6.1.4.1.10. Hastaların Kilo Kaybı Semptomuna İlişkin Sonuçları**

- ❖ Çalışmanın ikinci, dördüncü ve sekizinci haftalarında web tabanlı ve standart eğitim gruplarındaki hastaların büyük çoğunluğunda kilo kaybı semptomu görülmemiş; kilo kaybı semptomu bakımından ikinci, dördüncü ve sekizinci haftalarda gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>.05$ ) (Tablo 41).
- ❖ Ölçüm zamanlarına göre hastaların kilo kaybı semptom şiddet ortalaması bakımından çalışmanın başlangıcı ve sonu arasında grupların kendi içinde ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>.05$ ) (Tablo 42, Grafik 10).

- ❖ Web tabanlı ve standart eğitim gruplarındaki hastaların kilo kaybı semptom şiddeti ortalaması bakımından zaman ve grup x zaman etkileşimi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ( $p>.05$ ) (Tablo 42).

#### **6.1.4.2. Hastaların Sistemik Semptomlarına İlişkin Sonuçlar**

- ❖ Çalışma sonunda web tabanlı ve standart eğitim gruplarında en sık eklem ağrısı, bel ağrısı, yorgunluk ve halsizlik semptomları görülmüş ve bu semptomlar 1–5 şiddetinde yaşanmıştır (Tablo 44).
- ❖ Hastaların ölçüm zamanlarına göre sistemik semptomlarının şiddetleri değerlendirildiğinde; web tabanlı eğitim grubundaki hastaların, çalışmanın başlangıç zamanına göre ikinci haftadaki sık uyanma semptomu değerlerindeki değişim, başlangıç zamanına göre dördüncü ve sekizinci haftalardaki halsizlik semptomu değerlerindeki değişim istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<.05$ ). Web tabanlı eğitim grubundaki hastaların, ölçüm zamanları bakımından diğer sistemik semptomları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ( $p>.05$ ) (Tablo 45).
- ❖ Standart eğitim grubundaki hastaların, çalışmanın başlangıç zamanına göre sekizinci haftada eklem ağrısı, halsizlik, deride kabarıklık döküntüleri ve gözde kaşıntı semptomları değerlerindeki değişim istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<.05$ ). Hastaların, çalışmanın başlangıç zamanına göre dördüncü ve sekizinci haftalardaki gece terlemesi semptomu değerlerindeki değişim istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<.05$ ). Standart eğitim grubundaki hastaların, ölçüm zamanları bakımından diğer sistemik semptomları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ( $p>.05$ ) (Tablo 45).

#### **6.1.4.3. Hastaların Ağrı İle İlişkili Özelliklerinin Sonuçları**

- ❖ Çalışma sonunda web tabanlı ve standart eğitim gruplarındaki hastaların çoğunluğunda ağrı olduğu, her iki grupta da hastaların yaklaşık olarak yarısında künt/batıcı ağrı görüldüğü, web tabanlı eğitim grubunda hastaların en fazla oranla “sürekli” ya da “ilaç içene kadar/tuvalete gidene kadar” ağrı yaşadığı, standart eğitim grubunda ise hastaların yarısından fazlasında “ağrının bir saatten daha kısa sürdüğü” saptanmıştır. Çalışma sonunda ağrıya ilişkin özellikler bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>.05$ ) (Tablo 46 ve 47).

- ❖ Web tabanlı ve standart eğitim grubundaki hastalarda ölçüm zamanına göre ağrıyı arttıran en önemli faktörün stres olduğu; ağrıyı azaltan faktörlerin ise ilaç kullanımı veya tuvalete gitmek olduğu saptanmıştır. Tüm ölçüm zamanlarına göre ağrıyı arttıran ve azaltan faktörler bakımından web tabanlı ve standart eğitim grupları arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>.05$ ) (Tablo 48 ve 49).

#### **6.1.4.4. Hastaların Yaşam Kalitelerine İlişkin Sonuçlar**

##### **6.1.4.4.1. Hastaların Ölçüm Zamanlarına Göre Yaşam Kalitelerine İlişkin Sonuçlar**

- ❖ Ölçüm zamanlarına göre web tabanlı eğitim grubundaki hastaların sadece İBH YKÖ sistemik semptomlar alt boyut ortalamaları açısından çalışmanın başlangıcı ve sonu arasında grup içinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ( $p<.05$ ); diğer tüm alt boyutlarda ve toplam puan ortalamalarında grup içinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ( $p>.05$ ). Standart eğitim grubundaki hastaların ise İBH YKÖ toplam puan ve alt boyut ortalamaları bakımından çalışmanın başlangıcı ve sonu arasında grup içinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>.05$ ) (Tablo 54).
- ❖ Hastaların yaşam kalitelerinin gruplar arası değerlendirmesinde; web tabanlı eğitim grubundaki hastaların çalışmanın başlangıcında ve sonunda İBH YKÖ toplam puan ve barsak semptomları, sistemik semptomlar, emosyonel fonksiyon alt boyut puan ortalamaları standart eğitim grubundaki hastalardan daha yüksek bulunmuş; çalışmanın tüm ölçüm zamanlarında İBH YKÖ toplam puan ve tüm alt boyut puan ortalamaları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>.05$ ) (Tablo 54).
- ❖ Web tabanlı ve standart eğitim gruplarındaki hastaların İBH YKÖ toplam puan ortalamaları bakımından zaman etkileşimi açısından anlamlı bir fark olduğu ( $p<.05$ ), ancak grup x zaman etkileşimi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ( $p>.05$ ) (Tablo 55, Grafik 11).

## 6.2. Öneriler

Web tabanlı İBH eğitiminin hastalık aktivitesine, semptom yönetimine ve yaşam kalitesine etkisini incelemek amacıyla yürütülen bu çalışmadan elde edilen bulgular ve sonuçlar doğrultusunda web tabanlı eğitimin hastalık aktivitesini, semptom yönetimini ve yaşam kalitesini etkilemek açısından standart eğitimden farklı veya üstün olmadığı saptanmıştır.

Bu sonuçlara göre şu önerilerde bulunmaktadır:

- İnflamatuvar barsak hastalıkları hemşiresi tarafından, kanıta dayalı bilgilerle hastanın değerlendirilmesi,
- Hasta ve ailesinin gereksinimleri, tercihleri ve başa çıkma becerileri göz önünde bulundurularak, hastalara ve ailelerine esnek ve erişilebilir olan yenilikçi eğitim programları ile eğitim verilmesi,
- İBH tanısı alan tüm hastalara web tabanlı ya da standart olarak yapılandırılmış ve bireyselleştirilmiş eğitim programlarının uygulanması ve mutlaka görsel – yazılı materyallerle bu eğitimin hastane dışında da devamlılığının sağlanması,
- Eğitim sonrasında hastaların, eğitimi veren hemşireye ulaşabilmesinin ve soru sorabilmesinin sağlanması,
- Hastane ortamında başlatılacak eğitimler için uygun bir eğitim ortamının sağlanması, hastalara yeterince zaman ayrılması ve web tabanlı yaklaşımlara yönlendirmek için uygun alt yapının hazırlanması,
- Eğitimin kalıcı olabilmesi için farklı zamanlarda tekrarların yapılması ve hastalık bilgisinin düzenli olarak kontrol edilmesi,
- Bireyselleştirilmiş eğitim programları ile hastaların doğru sağlık bilgisine ulaşabilmesi, hastalara, ailelerine ve diğer sağlık profesyonellerine rehberlik etmesi için İBH alanında uzman İBH hemşirelerinin yetiştirilmesi, eğitilmesi ve ülkemizde İBH hemşireliğinin yaygınlaştırılması,
- Hastalık yönetiminde en iyi ve maliyet etkin seçeneği belirlemek için daha geniş örneklem grupları ile çalışmaların yapılması, randomize kontrollü çalışmalarla, farklı İBH hasta gruplarıyla hastalık yönetiminin farklı türlerinin karşılaştırılması önerilmektedir.

## BÖLÜM VII

### KAYNAKLAR

1. Demirebulat A. Ülseratif kolit ve Crohn hastalarının demografik. klinik ve laboratuvar özellikleri ve bulguların hastalık aktivitesi ile korelasyonu [uzmanlık tezi]. Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi; 2013.
2. Frolkis A, Dieleman LA, Barkema HW, Panaccione R, Ghosh S, Fedorak RN, et al. Environment and the inflammatory bowel disease. Can J Gastroenterol 2013;27(3):18-24.
3. Hanauer SB. Inflammatory bowel disease: Epidemiology, pathogenesis, and therapeutic opportunities. Inflamm Bowel Dis. 2006;12(1):3–9.
4. Crohn Hastalığı ve Ülseratif Kolit İle Yaşam [internet]. Erişim tarihi: 10 Nisan 2015. Erişim adresi: [ibhportali.com/content.php?id=662](http://ibhportali.com/content.php?id=662)
5. Lönnfors S, Vermeire S, Greco M, Hommes D, Bell C, Avedano L. IBD and health-related quality of life – Discovering the true impact. Journal of Crohn's and Colitis. 2014;8:1281-6.
6. Graff LA, Walker JR, Bernstein CN. Depression and anxiety in inflammatory bowel disease: Review of comorbidity and management. Inflamm Bowel Dis. 2009;15:1105-18.
7. Peyrin-Biroulet L, Loftus EV Jr, Colombel JF, Sandborn WJ. Long-term complications. extraintestinal manifestations. and mortality in adult Crohn's disease in population-based cohorts. Inflamm Bowel Dis. 2011;17(1):471-8.
8. World Gastroenterology Organisation (WGO). World Gastroenterology Organisation Global Guideline. Inflammatory bowel disease: a global perspective. Munich. Germany: World Gastroenterology Organisation (WGO); 2009.
9. Demir Y, Gözüml S. Sağlık eğitiminde yeni yönelimler; web destekli sağlık eğitimi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi. 2011;4(4):196-203.
10. Avdal EÜ, Kızılcı S, Demirel N. The effects of web-based diabetes education on diabetes care results: A randomized control study. Computers Informatics Nursing. 2011;29(2):101-6.
11. Bennett GG, Herring S, Puleo E, Stein KE, Emmons KM, Gillman MW. Web-based weight loss in primary care: A randomized controlled trial. Obesity. 2010;18(2):308-13.

12. Carlbring P, Bohman S, Brunt S, Buhrman M, Westling BE, Ekselius L, et al. Remote treatment of panic disorder: A randomized trial of internet-based cognitive behavior therapy supplemented with telephone calls. *The American Journal of Psychiatry*. 2006;163(12):2119–25.
13. Heinrich E, Nooijer J, Schaper NC, Schoonus-Spit MHG, Janssen MAJ, Vries NK. Evaluation of the web-based Diabetes Interactive Education Programme (DIEP) for patients with type 2 diabetes. *Patient Education and Counseling*. 2012;86:172-8.
14. Ramadas A, Quek KF, Chan CK, Oldenburg B. Web-based interventions for the management of type 2 diabetes mellitus: A systematic review of recent evidence. *International Journal of Medical Informatics*. 2011;80(6):389-405.
15. Rezailashkajani M, Roshandel D, Ansari S, Zali MR. A web-based patient education system and self-help group in Persian language for inflammatory bowel disease patients. *International Journal of Medical Informatics*. 2008;77:122–8.
16. Scherrer-Bannerman A, Fofonoff D, Minshall D, Downie S, Brown M, Leslie F, et al. Web based education and support for patients on the cardiac surgery waiting list. *Journal of Telemedicine and Telecare*. 2000;6(2):72-4.
17. van der Valk ME, Mangen MJJ, Leenders M, Dijkstra G, van Bodegraven AA, Fidder HH, et al. Risk factors of work disability in patients with inflammatory bowel disease-A Dutch nationwide web-based survey. *Journal of Crohn's and Colitis*. 2014;8:590-7.
18. Wantland JD, Portillo JC, Holzemer LW, Slaughter R, McGhee EM. The effectiveness of web-based vs. non-web-based interventions: A meta-analysis of behavioral change outcomes. *Journal of Medical Internet Research*. 2004;6(4):e40.
19. Elkjaer M, Shuhaibar M, Burish J, Bailey Y, Scherfig H, Laugesen B, et al. E-health empowers patients with ulcerative colitis: A randomized controlled trial of the web-guided “constant-care” approach. *Gut*. 2010;59:1652-61.
20. Nguyen HQ, Kohlman CV, Rankin SH, Slaughter R, Stulbarg MS. Internet-based Patient Education and Support Interventions: A review of evaluation studies and directions for future research. *Computers in Biology and Medicine An International Journal*. 2004;34(2):95-112.
21. Aygün B, İnflamatuvar barsak hastalıklarının P-ANCA ve ASCA'nın tanıdaki

- rolü [Uzmanlık Tezi]. Adana: Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2008.
22. Carter MJ, Lobo AJ, Travis SPL. Guidelines for the management of inflammatory bowel disease in adults. *Gut*. 2004;53(Suppl 5):1-16.
  23. İltar U. İnflamatuvar Bağırsak Hastalığının Epidemiyolojik ve Klinik Özellikleri [Uzmanlık Tezi]. Antalya: Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2013.
  24. Kaymakoğlu S. İnflamatuvar barsak hastalıkları. ed. Ökten A. *Gastroenterohepatoloji*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2001:189-211.
  25. Tözün N, Hamzaoğlu ÖH. İltihabi barsak hastalıklarında etyolojik faktörler. *Güncel Gastroenteroloji*. 1997;1(2):287-94.
  26. Tursi A, Elisei W, Picchio M. Incidence and prevalence of inflammatory bowel diseases in gastroenterology primary care setting. *European Journal of Internal Medicine*. 2013;24:852–6.
  27. Özden A. İnflamatuvar bağırsak hastalığının tarihi (iltihabi bağırsak hastalığı). *Güncel Gastroenteroloji*. 2013;17/4.
  28. Sartor RB. Mechanisms of disease: Pathogenesis of Crohn's disease and ulcerative colitis. *Nature Clinical Practice Gastroenterology and Hepatology*. 2006;3(7):390–407.
  29. Mercimek. K. Trakya Bölgesinde inflamatuvar barsak hastalıklarının epidemiyolojik özellikleri [Uzmanlık Tezi]. Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2010.
  30. Karlinger K, Györke T, Makö E, Mester A, Tarjan Z. The epidemiology and the pathogenesis of inflammatory bowel disease. *European Journal of Radiology*. 2000;35:154–67.
  31. Tezel A, Dökmeci G, Eskiocak M, Ümit H, Soylu AR. Epidemiological features of ulcerative colitis in Trakya, Turkey. *J Int Med Res*. 2003;31:141-8.
  32. Oktay E. Beşinci Bölüm: İnflamatuvar barsak hastalıkları: etyopatogenez. semptomatoloji. tanı ve komplikasyonlar. Edt: Prof. Dr. Ertuğrul Göksoy. Prof. Dr. Hülya Uzunismail. *Gastrointestinal Sistem Hastalıkları*. İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Sempozyum Dizisi Yayın No: 23. 2001:199-206.
  33. Burisch J, Jess T, Martinato M, Lakatos PL. The burden of inflammatory bowel disease in Europe. *J Crohns Colitis*. 2013;7:322–37.
  34. Cosnes J, Beaugerie L, Carbonnel F. Smoking cessation and the course of Crohn's disease; An intervention study. *Gastroenterology*. 2001;120:1093-9.

35. Molodecky NA, Soon IS, Rabi DM, Ghali WA, Ferris M, Chernoff G, et al. Increasing incidence and prevalence of the inflammatory bowel diseases with time. based on systematic review. *Gastroenterology* 2012;142:46–54.e42.
36. Cosnes J, Gower-Rousseau C, Seksik P, Cortot A. Epidemiology and natural history of inflammatory bowel diseases. *Gastroenterology* 2011;140:1785-94.
37. Lichtenstein GR, Hanauer SB, Sandborn WJ. Practice parameters committee of American College of gastroenterology. Management of Crohn's disease in adults. *Am J Gastroenterol.* 2009;104(2):465-83.
38. Sardu C, Cocco E, Mereu A, Massa R, Cuccu A, Marrosu MG. et al. Population based study of 12 autoimmune diseases in Sardinia. Italy: prevalence and comorbidity. *PLoS One* 2012;7:e32487.
39. Thoreson R, Cullen JJ. Pathophysiology of inflammatory bowel disease: An overview. *Surg Clin North Am* 2007;87:575-85.
40. Wilkins T, Jarvis K, Patel J. Diagnosis and management of Crohn's disease. *Am Fam Physician* 2011;84:1365-75
41. Deberry JJ, Bielefeldt K, Davis BM, Szigethy EM, Hartman DJ, Coates MD. Abdominal pain and neurotrophic system in ulcerative colitis. *Inflammatory Bowel Disease.* 2014; 20(12):2330-9.
42. Kalkan Ç, Soykan İ. Ülseratif kolit: semptomlar. klinik bulgular ve doğal seyir. Ed. Ülkü Dağlı. İnflamatuvar bağırsak hastalığı. Ankara; Fersa Matbaacılık. 2014;63-80.
43. Managing flares and other IBD symptoms. Crohn's and Colitis Foundation of America. Erişim tarihi: 04 Nisan 2015 Erişim adresi: <http://www.crohnscolitisfoundation.org/assets/pdfs/Managing-flares.pdf>
44. Aydınтуğ O. Anti-nötrofil sitoplazmik anikorlar (ANCA) ile ilişkili hastalıklar. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri.* 1992;12:222-230.
45. Mowat C, Cole A, Windsor A, Ahmad T, Arnott I, Driscoll R, et al. Guidelines for the management of inflammatory bowel disease in adults. *Gut.* 2011;60(5):571-607.
46. Saibeni S, Folli C, de Franchis R. Diagnostic role and clinical correlates of anti-saccharomyces cerevisiae antibodies (ASCA) and anti-neutrophil cytoplasmic antibodies (p-ANCA) in Italian patients with inflammatory bowel diseases. *Dig Liver Dis.* 2003;35:862-8.

47. Zholudev A, Zurakowski D, Young Y, Leichtner A, Bousvaros A. Serologic testing with ANCA, ASCA and Anti-OmpC in children and young adults with Crohn's disease and ulcerative colitis: Diagnostic value and correlation with disease phenotype. *Am J Gastroenterol*. 2004;99:2235-41.
48. National Institute For Health and Clinical Excellence (NICE) Guideline. Crohn's disease management in adults. children and young people; 2012.
49. Bernstein N. Osteoporosis and other complications of inflammatory bowel disease. *Current Opinion in Gastroenterology*. 2002;18(4):428-34.
50. Greenstein AJ, Janowitz HD, Sachar DB. The extra-intestinal complications of Crohn's disease and ulcerative colitis. A study of 700 patients. *Medicine*. 1976;55:401-12.
51. Levine JS, Burakoff R. Extraintestinal manifestations of inflammatory bowel disease. *Gastroenterol Hepatol* 2011;7(4):235-41.
52. Su CG, Judge TA, Lichtenstein GR. Extraintestinal manifestations of inflammatory bowel disease. *Gastroenterology Clin North Am* 2002;31:307-27.
53. Singh S, Blanchard A, Walker JR, Graff LA, Miller N, Bernstein CN. Common symptoms and stressors among individuals with inflammatory bowel disease. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. 2011;9:769-75.
54. Truelove SC, Witts LJ. Cortisone in ulcerative colitis: Final report on a therapeutic trial. *BMJ* 1955;2:1041-1048.
55. Truelove and Witts Score. Erişim tarihi: 20.03.2015. Erişim adresi: <http://www.e-guide.ecco-ibd.eu/>.
56. Harvey RF, Bradshaw JM. A simple index of Crohn's disease activity. *Lancet*. 1980;1:514.
57. Dobrucalı A. Crohn hastalığının medikal tedavisi. Erişim Tarihi: 20.04.2015. Erişim adresi: [194.27.141.99/...dobrucali/Crohn-hastaliginin-medikal-tedavisi.pdf](http://194.27.141.99/...dobrucali/Crohn-hastaliginin-medikal-tedavisi.pdf)
58. Akyüz Ü, Akyüz F. İnflamatuvar bağırsak hastalığı mı? İrritabl bağırsak sendromu mu? *İç Hastalıkları Dergisi*. 2011;18:35-40.
59. Arslantaş D, Metintaş S, Ünsal A, Kalyoncu C. Eskişehir Mahmudiye İlçesi Yaşlılarında Yaşam Kalitesi. *Osmangazi Tıp Dergisi*. 2006;28(2):81-89.
60. Ricanek P, Brackmann S, Perminow G, Lyckander LG, Sponheim J, Holme O, et al. Evaluation of disease activity in IBD at the time of diagnosis by clinical.

biochemical. and fecal markers. Scandinavian Journal of Gastroenterology 2011;46:1081–1091.

61. Aydoğan F. İnflamatuvar barsak hastalığında P-ANCA ve ASCA'nın klinik önemleri. Uzmanlık Tezi. SB Okmeydanı EAH. İstanbul. 2009.
62. Boztaş G. İnflamatuvar barsak hastalıkları: Klinik. tanı. tıbbi ve cerrahi tedavi indikasyonları. [www.tkrcd.org.tr/KRveAnalBolgeHastaliklari/577-590.pdf](http://www.tkrcd.org.tr/KRveAnalBolgeHastaliklari/577-590.pdf). Erişim T: 20.04.2015.
63. Yurdakul. İ. Beşinci Bölüm: İnflamatuvar barsak hastalıklarının tıbbi tedavisi. (İçinde Gastrointestinal Sistem Hastalıkları) Edt: Prof. Dr. Ertuğrul Göksoy. Prof. Dr. Hülya Uzunismail. İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Sempozyum Dizisi Yayın No: 23. 2001:207-218.
64. Gornet JM, Couve S, Hassani Z, Delchier JC, Marteus P, Cosnes J, et al. Infliximab for refractory ulcerative colitis or indeterminate colitis: An open-label multicentre study. Aliment Pharmacol Ther. 2003;18(2):175-81.
65. Koutrobakis IE, Ulachonikolis IG. Appendectomy and the development of ulcerative colitis; results of a meta-analysis of published case-control studies. Am J Gastroenterol. 2000;95(1):171-6.
66. Yüceyar S. Beşinci Bölüm: İnflamatuvar barsak hastalıklarının cerrahi tedavisi.(İçinde Gastrointestinal Sistem Hastalıkları) Edt: Prof. Dr. Ertuğrul Göksoy. Prof. Dr. Hülya Uzunismail. İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Sempozyum Dizisi Yayın No: 23. 2001:219-234.
67. Odes HS, Fich A, Reif S. Effects of current cigarette smoking on clinical course of Crohn's disease and ulcerative colitis. Dig Dis Sci. 2001;46:1717-21.
68. O'Connor M, Bager P, Duncan J, Gaarenstrom. J. N-ECCO consensus statements on the European nursing roles in caring for patents with Crohn's disease or ulcerative colitis. Journal of Crohn's and Colitis. 2013;7:744-64.
69. Greveson K, Woodward S. Exploring the role of the inflammatory bowel disease nurse specialist. British Journal of Nursing. 2013;22(17):16-22.
70. Mason I, Holbrook K, Kemp K, Garrick V, Johns K, Kane M. Inflammatory bowel disease nursing: Results of an audit exploring the roles. responsibilities and activity of nurses with specialist/advanced roles. Erişim tarihi: 20 Nisan 2015. Erişim adresi: Royal Collage of Nursing ([www.rcn.org.uk](http://www.rcn.org.uk)).
71. Hernández-Sampelayo P, Seoane M, Oltra L, Marín L, Torrejón A, Vera MI, et al. Contribution of nurses to the quality of care in management of

- inflammatory bowel disease: a synthesis of the evidence. *J Crohn's Colitis* 2010;4(6):611–22.
72. Bernstein KI, Promislow S, Carr R, Rawsthorne P, Walker JR, Bernstein CN. Information needs and preferences of recently diagnosed patients with inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis*. 2011;17:590–8.
  73. van der Marel S, Duijvestein M, Hardwick JC, van der Brink GR, Veenendaal R, Hommes D et al. Quality of Web-based information on inflammatory bowel diseases. *Inflamm Bowel Dis* 2009;15(12):1891–6.
  74. Hernandez-Sampelayo P, Seoane M, Oltra L, Marin L, Torrejon A, Vera MI, et al. Contribution of nurses to the quality of care in management of inflammatory bowel disease: a synthesis of the evidence. *Journal of Crohn's and Colitis* 2010; 4(6):611 –22.
  75. Parlar S. Hassas Barsak Sendromu Olan Hastalarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi [Yüksek Lisans Tezi] Gaziantep; Gaziantep Üniv. Sağlık Bil. Ens. 2004;1–32.
  76. Verissimo R. Quality of life in inflammatory bowel disease: psychometric evaluation of an IBDQ cross-culturally adapted version. *J Gastrointest Liver Dis*. 2008;17:439-44.
  77. Tanrıseven BM. Ülseratif kolit ve Crohn hastalarında yaşam kalitesi. anksiyete ve depresyon [Uzmanlık Tezi]. İstanbul: Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Koordinatörlüğü; 2009.
  78. Yanartaş Ö, Bıçakcı E, Şenkal Z, Karaman K, Türkkın A, Temel K, ve ark. İnflamatuvar barsak hastalıklarında ruhsal belirtiler ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Journal of Mood Disorders* 2014;4(3):115-21.
  79. Avşar G, Kaşıkçı M. Ülkemizde hasta eğitiminin durumu. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2009;12(3):67-73.
  80. Pandey KS, Hart JJ, Tiwary S. Women's health and internet: understanding emerging trends and implications. *Social Science & Medicine*. 2003;56:179–91
  81. Richards B, Colman AW, Hollingsworth RA. The current and future role of the internet in patient education. *International Journal of Medical Informatics*. 1998;50:279–85.
  82. Al U, Mardan OR. Web tabanlı uzaktan eğitim sistemleri: Sahip olması gereken özellikler ve standartlar. *Bilgi Dünyası* 2004;5(2):259-71.

83. Rodriguez ES. Using a patient portal for electronic communication with patient with cancer: implications for nurses. *Oncology Nursing Forum*. 2010;37(6):667-671.
84. Colvin J, Chenoweth L, Bold M, Harding C. Caregivers of older adults: Advantages and disadvantages of internet based social support. *Family Relation*. 2004;53:149–57.
85. Devineni T, Blanchard EB. A Randomized controlled trial of an internet-based treatment for chronic headache. *Behaviour Research and Therapy* 2005;43(3):277-292.
86. Knowles MS. The modern practice of adult education. Association Press New York.1970;95-99.
87. Knowles MS. The modern practice of adult education: From pedagogy to andragogy. Follet Publishing Company. Chicago. 1980.
88. Merriam SB. Andragogy and Self-directed learning: Pillars of adult learning theory. *New Directions for Adult and Continuing and Education* 2001;89:3-13.
89. Kahn CE. Design and implementation of an internet-based health information resource. *Computer Methods and Programs in Biomedicine*. 2007;63:85–97.
90. Lewis D. Computers in patient education. *Computer Informatics Nursing*. 2003;21:88-96.
91. Lewis D. Computer-based approaches to patient education a review of the literature. *J Am Med Inform Assoc*. 1999;6:272-82.
92. Johnson AJ, Singal SR. Impact of A web-based diabetes program and personal health record on diabetes quality of care. *Journal of Management Care Medicine* 2006;9:12-16.
93. Özdemir O. Temel klinik araştırma düzenleri: Paralel gruplu araştırmalar ve çapraz gruplu araştırmalar. *O.M.Ü Tıp Dergisi* 1998;15(4):271-287.
94. Eaden J, Abrams K, Mayberry J. The Crohn's and Colitis Knowledge Score: A test for measuring patient knowledge in inflammatory bowel disease. *Am Coll of Gastroenterology* 1999;94(12):3560-66.
95. Pallis AG, Mouzas IA, Vlachonikolis IG. The Inflammatory Bowel Disease Questionnaire: A review of its national validation studies. 10(3):261-9.
96. Pullen RL, Julian MK. Caring for a patient with inflammatory bowel disease. *Lippincott Williams and Wilkins* 2012;36-45.

97. Botoman VA, Bonner GF, Botoman DA. Management of inflammatory bowel disease. *Am Fam Physician* 1998;57(1):57–68.
98. Uyanıkoğlu A, Akyüz F, Ermiş F, Demir K, Özdil S, Beşışık F, ve ark. Extraintestinal manifestations of inflammatory bowel disease. *Akademik Gastroenteroloji Dergisi* 2014;13(1):18–21.
99. Wardle RA, Mayberry JF. Patient knowledge in inflammatory bowel disease: The Crohn's and colitis knowledge score. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2013; 26(1):1-5.
100. Akçura C, Akpınar H, Keskinoglu P. İnflamatuvar bağırsak hastalarında yaşam kalitesi değerlendirme anketinin Türk toplumu için geçerlilik ve güvenilirliğinin değerlendirilmesi. 30. Ulusal Gastroenteroloji Haftası; 11-15 Eylül 2013; Antalya.
101. Guyatt G, Mitchell A, Irvine EJ, Singer J, Williams N, Goodacre R, et al. A new measure of health status for clinical trials in inflammatory bowel disease. *Gastroenterology*. 1989;96:804-10.
102. Irvine EJ, Feagan B, Rochon J, Archambault A, Fedorak RN, Groll A. Quality of life: a valid and reliable measure of therapeutic efficacy in the treatment of inflammatory bowel disease. Canadian Crohn's Relapse Prevention Trial Study Group. *Gastroenterology*. 1994;106(2):287-96.
103. Erefe. İ. (Ed.). Hemşirelikte araştırma ilke. süreç ve yöntemleri; 3. Baskı; Odak Ofset. 2004. Ankara.
104. Özdamar K. SPSS ile Biyoistatistik. Eskişehir: Kaan Kitapevi. 5. Baskı. 2003.
105. Sumbüloğlu K. Sumbüloğlu V. Biyoistatistik. Ankara: Hatiboğlu Yayınevi; Hatiboğlu Basım ve Yayım San. Tic. Ltd. Şti. 10. Baskı. 2002.
106. Keeton RL, Mikocka-Walus A, Andrews JM. Concerns and worries in people living with IBD: A mixed methods study. *J Psychosomatic Research (J Psychosom Res)* 2015; 78(6):573-8.
107. Tözün N, Atug O, Imeryuz N. Members of the Turkish IBD Study Group. Clinical characteristics of inflammatory bowel disease in Turkey: a multicenter epidemiologic survey. *J Clin Gastroenterology* 2009;43:51-7.
108. Diaz JA, Griffith RA, Ng JJ, Reinert SE, Friedmann PD, Moulton AW. Patients' use of the internet for medical information. *J Gen Intern Med* 2002;17:180-5.

109. Hjortswang H, Jarnerot G, Curman B, Sandberg-Gertzen H, Tysk C, Blomberg B, et al. The influence of demographic and disease-related factors on health-related quality of life in patients with ulcerative colitis. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2003;15:1011-20.
110. Bager P, Befrits R, Wikman O, Lindgren S, Moum B, Hjortswang H, et al. Fatigue in out-patients with inflammatory bowel disease is common and multifactorial. *Aliment Pharmacol Ther* 2012;35:133-41.
111. Cross RK, Cheevers N, Rustgi A, Langenberg P, Finkelstein J. Randomized, controlled trial of home telemanagement in patients with ulcerative colitis (UC HAT). *Inflamm Bowel Dis* 2012;18:1018-25.
112. McCombie A, Gearry R, Andrews J, Mulder R, Mikocka-Walus A. Does computerized cognitive behavioral therapy help people with inflammatory bowel disease? A randomized controlled trial. *Inflamm Bowel Dis* 2016;22:171-81.
113. Green C, Elliott L, Beaudoin C. A population-based ecologic study of inflammatory bowel disease: searching for etiologic clues. *Am J Epidemiology* 2006;164:615-23.
114. Chan SSM, Luben R, Olsen A, Tjonneland A, Kaaks R, Teucher B, et al. Body Mass Index and the Risk for Crohn's Disease and Ulcerative Colitis: Data From a European Prospective Cohort Study (The IBD in EPIC Study) *Am J Gastroenterol* 2013;108(4):575-582.
115. Jahnsen J, Falch JA, Mowinckel P, Aadland E. Body composition in patients with inflammatory bowel disease: a population-based study. *The American Journal of Gastroenterology*; Cambridge 98.7 (Jul 2003): 1556-1562.
116. Aghazadeh R, Zali MR, Bahari A, Amin K, Ghahghaie F, Firouzi F. Inflammatory bowel disease in Iran: a review of 457 cases. *J Gastroenterol Hepatol*. 2005;20:1691-5.
117. Minderhoud IM, Oldenburg B, van Dam PS, van Berge Henegouwen GP. High prevalence of fatigue in quiescent inflammatory bowel disease is not related to adrenocortical insufficiency. *Am J Gastroenterol* 2003;98:1088-93.
118. Langmead L, Rampton DS. Review article: complementary and alternative therapies for inflammatory bowel disease. *Aliment Pharmacol Ther*. 2006;23,341-9.

119. Johnston BC, Mills E. n-of-1 randomised controlled trials: an opportunity for complementary and alternative medicine evaluation. *J Altern Complement Med* 2004;10:979–84.
120. Hilsden RJ, Scott CM, Verhoef MJ. Complementary medicine use by patients with inflammatory bowel disease. *Am J Gastroenterol* 1998;93:697–701.
121. Langhorst J, Anthonisen IB, Steder-Neukamm U, Lüdtke R, Spahn G, Michalsen A, et al. Amount of systemic steroid medication is a strong predictor for the use of complementary and alternative medicine in patients with inflammatory bowel disease: results from a German national survey. *Inflamm Bowel Dis* 2005;11(3):287–95.
122. Orchard TR, Wordsworth BP, Jewell DP. Peripheral arthropathies in inflammatory bowel disease: their articular distribution and natural history. *Gut* 1998; 42: 387-91.
123. Lennard-Jones JE, Shivananda S. Clinical uniformity of inflammatory bowel disease a presentation and during the first year of disease in the north and south of Europe. EC-IBD Study Group. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 1997;9(4):353-9.
124. Riegler G, Tartaglione MT, Carratú R, D'incá R, Valpiani D, Russo MI, et al. Age-Related Clinical Severity at Diagnosis in 1705 Patients with Ulcerative Colitis. *Digestive Diseases and Sciences.* 2000;45(3):462-5.
125. Wang Y, Ouyang Q, APDW 2004 Chinese IBD working group. Ulcerative colitis in China: Retrospective analysis of 3100 hospitalized patients. *J Gastroenterol Hepatol.* 2007;22(9):1450-5.
126. Waljee AK, Joyce JC, Wren PA, Khan TM, Higgins PD. Patient reported symptoms during an ulcerative colitis flare: a Qualitative Focus Group Study. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2009;21(5):558–64.
127. Farrell D, McCarthy G, Savage E. Self-reported symptom burden in individuals with inflammatory bowel disease. *Journal of Crohn's and Colitis* 2016;315–22.
128. Van Assche G, Dignass A, Panes J, Beaugerie L, Karagiannis J, Allez M, et al. The second European evidence-based Consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: definitions and diagnosis. *J Crohns Colitis* 2010;4:7–2.

129. Dignass A, Eliakim R, Magro F, Maaser C, Chowers Y, Geboes K, et al. Second European evidence-based consensus on the diagnosis and management of ulcerative colitis part 1: definitions and diagnosis. *J Crohns Colitis* 2012;6:965–90.
130. Bielefeldt K, Davis B, Binion DG. Pain and inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis* 2009;15:778–88.
131. Farrokhyar F, Marshall JK, Easterbrook B, Irvine EJ. Functional gastrointestinal disorders and mood disorders in patients with inactive inflammatory bowel disease: prevalence and impact on health. *Inflamm Bowel Dis*. 2006;12:38–46.
132. Siegel CA, MacDermott RP. Is chronic pain an extraintestinal manifestation of IBD? *Inflamm Bowel Dis*. 2009;15:769–71.
133. Simren M, Axelsson J, Gillberg R, Abrahamsson H, Svedlund J, Bjornsson ES. Quality of life in inflammatory bowel disease in remission: the impact of IBS-like symptoms and associated psychological factors. *Am J Gastroenterol*. 2002;97:389–96.
134. Gearry RB, Irving PM, Barrett JS, Nathan DM, Shepherd SJ, Gibson PR. Reduction of dietary poorly absorbed short-chain carbohydrates (FODMAPs) improves abdominal symptoms in patients with inflammatory bowel disease—a pilot study. *Journal of Crohn's and Colitis*. 2009;3:8–14.
135. Prince A, Whelan K, Moosa A, Lomer MCE, Reidlinger DP. Nutritional problems in inflammatory bowel disease: The patient perspective. *Journal of Crohn's and Colitis*. 2011;5:443–50.
136. Coates MD, Lahoti M, Binion DG, Szigethy EM, Regueiro MD, Bielefeldt K. Abdominal pain in ulcerative colitis. *Inflamm Bowel Dis*. 2013;19(10):2207–14.
137. Özin Y, Kılıç MZ, Nadir I, Çakal B, Dişibeyaz S, Arhan M, et al. Clinical features of ulcerative colitis and Crohn's disease in Turkey. *J Gastrointest Liver Dis*. 2009;18;(2):157-62.
138. Vaisman N, Dotan I, Halack A, Niv E. Malabsorption is a major contributor to underweight in Crohn's disease patients in remission. *Nutrition*. 2006;22(9):855–9.

139. Yamamoto T, Nakahigashi M, Saniabadi AR. Review article: diet and inflammatory bowel disease—epidemiology and treatment. *Aliment Pharmacol Ther.* 2009;30(2):99–112.
140. Wantland DJ, Portillo CJ, Holzemer WL, Slaughter L, McGhee EM. The Effectiveness of Web-Based vs. Non-Web-Based Interventions: A Meta-Analysis of Behavioral Change Outcomes. *J Med Internet Res.* 2004;6(4):e40.
141. Isaacs KL. How prevalent are extraintestinal manifestations at the initial diagnosis of IBD? *Inflamm Bowel Dis.* 2008;14(suppl 2):S198-S199.
142. Huang V, Mishra R, Thanabalan R, Nguyen GC. Patient awareness of extraintestinal manifestations of inflammatory bowel disease. *Journal of Crohn's and Colitis,* 2013;7:318–24.
143. Veloso FT. Review article: skin complications associated with inflammatory bowel disease. *Aliment Pharmacol Ther.* 2004;20(suppl 4):50-3.
144. Docherty MJ, Jones CW, Wallace MS. Managing pain in inflammatory bowel disease. *Gastroenterology and Hepatology.* 2011;7(9):592-601.
145. Irvine EJ. Quality of life in inflammatory bowel disease: biases and other factors affecting scores. *Scand J Gastroenterol.* 1995;30(suppl 208):136–40.
146. Han SW, McColl E, Steen N, Barton JR, Welfare MR. The Inflammatory Bowel Disease Questionnaire: a valid and reliable measure in ulcerative colitis patients in the North East of England. *Scand J Gastroenterol.* 1998;33:961–6.
147. Kim WH, Cho YS, Yoo HM, Park IS, Park EC, Lim JG. Quality of life in Korean patients with inflammatory bowel diseases: ulcerative colitis, Crohn's disease and intestinal Behcet's disease. *Int J Colorect Dis.* 1999;14:52–7.
148. Pallis AG, Vlachonikolis IG, Mouzas IA. Assessing health-related quality of life in patients with inflammatory bowel disease in Crete, Greece. *BMC Gastroenterol.* 2002;2:1.
149. Cartwright M, Hirani SP, Rixon L, et al. Effect of telehealth on quality of life and psychological outcomes over 12 months (Whole Systems Demonstrator telehealth questionnaire study): nested study of patient reported outcomes in a pragmatic, cluster randomised controlled trial. *BMJ.* 2013;346:f653.
150. Jackson BD, Gray K, Knowles SR, Cruz P. EHealth Technologies in inflammatory bowel disease: A systematic review. *Journal of Crohn's and Colitis.* 2016;1103–21.

151. Huang VW, Reich KM, Fedorak RN. Distance management of inflammatory bowel disease: Systematic review and metaanalysis. *World J Gastroenterol*. 2014;20(3):829-42.
152. Bernard A, Langille M, Hughes S, Rose C, Leddin D, Veldhuyzen van ZS. A systematic review of patient inflammatory bowel disease information resources on the World Wide Web. *Am J Gastroenterol*. 2007;102:2070–7.
153. Promislow S, Walker JR, Taheri M, Bernstein CN. How well does the Internet answer patients' questions about inflammatory bowel disease? *Can J Gastroenterol*. 2010;24:671–7.
154. Jäghult S, Larson J, Wredling R, Kapraali M. A multiprofessional education programme for patients with inflammatory bowel disease: a randomized controlled trial. *Scand J Gastroenterol*. 2007;42:1452–9.
155. Oxelmark L, Magnusson A, Lofberg R, Hilleras P. Group-based intervention program in inflammatory bowel disease patients: effects on quality of life. *Inflamm Bowel Dis*. 2007;13:182–90.
156. Verma S, Tsai HH, Giaffer MH. Does better disease-related education improve quality of life? A survey of IBD patients. *Dig Dis Sci*. 2001;46:865–9.
157. Williams JG, Cheung WY, Russell IT, Cohen DR, Longo M, Lervy B. Open access follow up for inflammatory bowel disease: pragmatic randomised trial and cost effectiveness study. *BMJ*. 2000;320:544-8
158. Zheng K, Zhang S, Wang C, Zhao W, Shen H. Health-related quality of life in Chinese patients with mild and moderately active ulcerative colitis. *Plos One*. 2015;10(4):1-12.
159. Bernklev T, Jahnsen J, Lygren I, Henriksen M, Vatn M, Moum B. Health-related quality of life in patients with inflammatory bowel disease measured with the short form-36: psychometric assessments and a comparison with general population norms. *Inflamm Bowel Dis*. 2005;11:909-18.
160. Casellas F, López-Vivancos J, Casado A, Malagelada JR. Factors affecting health related quality of life of patients with inflammatory bowel disease. *Qual Life Res*. 2002;11:775–81.
161. Casellas F, Arenas JI, Baudet JS, Fábregas S, García N, Gelabert J, et al. Impairment of health-related quality of life in patients with inflammatory bowel disease: a Spanish multicenter study. *Inflamm Bowel Dis*. 2005;11:488–96.

162. Waters BM, Jensen L, Fedorak RN. Effects of formal education for patients with inflammatory bowel disease: A randomized controlled trial. *Can J Gastroenterol*. 2005;19(4):235-244.
163. Kalafateli M, Triantos C, Theocharis G, Giannakopoulou D, Koutroumpakis E, Chronis A, et al. Health-related quality of life in patients with inflammatory bowel disease: a single-center experience. *Annals of Gastroenterology*. 2013;26(3):243-248.
164. Zhou Y, Ren W, Irvine EJ, Yang D. Assessing health-related quality of life in patients with inflammatory bowel disease in Zhejiang, China. *J Clin Nurs*. 2010;19:79-88.
165. Mnif L, Mzid A, Amouri A, Chtourou L, Tahri N. Health-related quality of life in patients with inflammatory bowel disease: a Tunisian study. *Tunis Med*. 2010;88:933-6.
166. Romberg-Camps MJL, Bol Y, Dagnelie PC, Hesselink-van de Kruijs MAM, Kester ADM, Engels LGJB, et al. Fatigue and health-related quality of life in inflammatory bowel disease: results from a population-based study in the Netherlands: the IBD South Limburg Cohort. *Inflamm Bowel Dis*. 2010;16:2137-47.
167. Elkjaer M. E-health: Web-guided therapy and disease self-management in ulcerative colitis. Impact on disease out-come, quality of life and compliance. *Dan Med J*. 2012;59:B4478.
168. Pedersen N, Elkjaer M, Duricova D, Burisch J, Dobrzanski C, Andersen NN, et al. eHealth: individualisation of infl iximab treatment and disease course via a self-managed web-based solution in Crohn's disease *Aliment Pharmacol Ther*. 2012;36:840-9.
169. İnflamatuvar Barsak Hastaları ve Aileleri Yardımlaşma Derneği. Erişim tarihi: 23.08.2017. Erişim adresi: <http://www.ibhayd.com/>

## BÖLÜM VIII

### EKLER

#### EK 1

#### HASTA TANITIM FORMU

#### GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Bu araştırma; İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Bilim Dalı'nda sizin barsak hastalığınız nedeniyle yaşadığınız sıkıntıları ve bu sıkıntıların yaşam kalitenize olan etkisini değerlendirmek amacıyla yapılmaktadır. Kimlik bilgileriniz gizli tutulacak olup daha sonra tekrar size ulaşmada kolaylık sağlaması açısından kullanılacaktır.

Bu araştırma süresince sağlık hizmeti almanız konusunda herhangi bir kısıtlama olmayacaktır. Araştırma süresince size herhangi bir girişimde bulunulmayacaktır.

İstedığınız anda araştırmadan ayrılabilme hakkınız bulunmaktadır. Araştırmadan ayrılırsanız bile size sunulan ya da sunulacak olan sağlık hizmetinde hiçbir değişiklik olmayacaktır. Araştırmanın herhangi bir bölümünde çekilme hakkına sahipsiniz.

Çalışmadan sağlıklı sonuçlar elde edilebilmesi, hiçbir soruyu cevapsız bırakmamanıza ve samimi cevaplar vermenize bağlıdır. Araştırmamıza katılmayı kabul ediyorsanız; lütfen bu formu imzalayınız.

İmzanız : Tarih : ..... / ..... / 20..

Adınız Soyadınız :

Telefon Numaranız :

\* EV: (0 )

\* İŞ: (0 )

\* CEP: (0 )

*Araştırmamıza katıldığınız için teşekkür ederiz.*

**Araştırma Grubu adına**

**Uzm. Hemş. Berna Nilgün ÖZGÜRSOY URAN**

## A. SOSYODEMOGRAFİK DEĞİŞKENLER

1. Yaşınız? .....
2. Tıbbi tanınız nedir? a. Ülseratif kolit b. Crohn hastalığı
3. Cinsiyetiniz? ☐ Kadın ☐ Erkek
4. Boyunuz? ..... Kilonuz? ..... BKİ? .....
5. Eğitim durumunuz nedir?
  - a. Okur yazar değil
  - b. Okur yazar
  - c. İlkokul mezunu
  - d. Ortaokul / İlköğretim mezunu
  - e. Lise mezunu
  - f. Üniversite mezunu
6. Mesleğiniz nedir?
  - a. Emekli
  - b. Memur
  - c. İşçi
  - d. Serbest meslek
  - e. Ev hanımı
  - f. Öğrenci
  - g. Çalışmıyor (Soru 7'ye geçiniz)
7. Hastalık nedeniyle mi işinizden ayrıldınız ya da çalışamıyorsunuz?
  - a. Hayır
  - b. Evet
8. Sosyal güvenceniz nedir?
  - a. Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK)
  - b. Yeşilkart
  - c. Özel Sağlık Sigortası
9. Toplam hane gelirinizi nasıl değerlendirirsiniz?
  - a. Gelir giderden az
  - b. Gelir gidere denk
  - c. Gelir giderden fazla
10. Medeni durumunuz?
  - a. Evli
  - b. Bekar
  - c. Eşinden ayrı ya da eşi ölmüş
11. Çocuk sayınız? .....
12. Sigara kullanıyor musunuz?
  - a. Hayır, hiç kullanmadım
  - b. Hastalığım nedeniyle bıraktım
  - c. Evet (Soru 13'e geçiniz)
13. Ayda kaç paket sigara içiyorsunuz? .....paket/ay
14. Alkol kullanıyor musunuz?
  - a. Hayır, hiç kullanmadım
  - b. Hastalığım nedeniyle bıraktım
  - c. Evet (Soru 15'e geçiniz)
15. Haftada kaç kadeh alkol alıyorsunuz? .....kadeh/hafta

## B. HASTALIĞA İLİŞKİN DEĞİŞKENLER

16. Hastalığınız kaç yıldır var? Açıkça yazınız. ....
17. Bu hastalığınız nedeniyle daha önce hastaneye yattınız mı?  
a. Hayır (Soru 23'e geçiniz) b. Evet (Soru 18'e geçiniz)
18. Hastalığınız nedeniyle son 1 yılda kaç kez hastaneye yattınız? .....
19. Hastalığınız nedeniyle bugüne kadar toplam kaç kez atak geçirdiniz? .....
20. Hastalığınız nedeniyle ameliyat oldunuz mu?  
a. Hayır (Soru 23'e geçiniz) b. Evet (Soru 21'e geçiniz)
21. Geçirdiğiniz ameliyatın adını yazınız. ....
22. Geçirdiğiniz ameliyatın yılını yazınız .....
23. Barsak hastalığınız dışında kaç kez hastaneye yattınız? .....
24. Barsak hastalığınıza eşlik eden başka bir hastalığınız var mı?  
a. Hayır (Soru 26'ya geçiniz) b. Evet (Soru 25'e geçiniz)
25. Şu anki barsak hastalığınıza hangi hastalık veya hastalıklar eşlik ediyor? Tanıyı aldığınız yılı da belirtiniz. (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)  
a. Deri ile ilgili hastalıklar (..... Yılında)  
b. Solunum sistemi hastalıkları (..... Yılında)  
c. Eklem - kemik hastalıkları (.....Yılında)  
d. Mide hastalıkları (..... Yılında)  
e. Göz ile ilgili hastalıklar (.....Yılında)  
f. Diğer (Lütfen açıkça yazınız (.....) (..... Yılında))
26. İlaçlarınızı düzenli kullanıyor musunuz?  
a. Hayır b. Evet c. Ataklar olduğunda
27. Şuan hangi ilaçları kullanıyorsunuz. tablo üzerinde açıkça yazınız.

| İlaç adı | Günde kaç kere | Aç | Tok | Yemek ile birlikte | Kullanılan saat |       |       |
|----------|----------------|----|-----|--------------------|-----------------|-------|-------|
|          |                |    |     |                    | Sabah           | Öğlen | Akşam |
|          |                |    |     |                    |                 |       |       |
|          |                |    |     |                    |                 |       |       |
|          |                |    |     |                    |                 |       |       |
|          |                |    |     |                    |                 |       |       |
|          |                |    |     |                    |                 |       |       |
|          |                |    |     |                    |                 |       |       |

28. Ataklarınız olduğu dönemde kullandığınız ilaçlar dışında uyguladığınız ya da kullandığınız herhangi bir ürün ya da yöntem var mıdır? Hangi geleneksel uygulamaları yapıyorsunuz?  
a. Hayır b. Evet (Soru 29'a geçiniz)

29. Hangi geleneksel uygulamaları yapıyorsunuz? açıkça yazınız.

.....

30. Günde kaç kez büyük tuvaletinizi yapıyorsunuz? Açıkça yazınız.....

31. Tuvaletinizi tutamadığınız oluyor mu? a. Hayır b. Evet

32. Büyük tuvaletinizde gördüğünüz kan miktarını nasıl değerlendirirsiniz?

a. Kan yok b. Çok az c. Çok

33. Şu an genel durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

a. İyi b. Ortalamanın hafif altı c. Kötü d. Çok kötü e. Korkunç

34. Hastalığınızdan dolayı kanser olma korkunuz var mı? a. Hayır b. Evet

35. Hastalığınız nedeniyle işe gidemediğiniz ve bunun sonucunda sağlık raporu aldığınız oldu mu? a. Hayır (Soru 37'ye geçiniz) b. Evet

36. Hangi sıklıkta rapor alıyorsunuz? a. Yılda 5'ten az b. Yılda 5 ve daha fazla

37. Hastalığınız nedeniyle yaşadığınız sorunlarla nasıl baş ediyorsunuz? Sorunlarınızı nasıl çözüyorsunuz? Açıkça yazınız.

.....

.....

.....

.....

## EK 2

### İBH AKTİVİTE İNDEKSLERİ

\*\* Tıbbi tanınız Ülseratif kolit ise aşağıdaki Tablo 1'i doldurunuz.

**Tablo 1: Mayo Endoskopik Değerlendirme**

|                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Dışkılama Sayısı</b>                 | 0=Hasta için normal olan sayı<br>1=Normalden 1- 2 fazla<br>2=Normalden 3-4 fazla<br>3=Normalden 5 veya daha fazla                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Rektal Kanama</b>                    | 0=Kan yok<br>1=Dışkıda bulaşık şekilde<br>2=Belirgin<br>3=Sadece kan var                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Sigmoidoskopi Bulguları</b>          | 0=Normal veya inaktif hastalık bulguları<br>1=Eritem, vasküler yapıda bozulma, hafif friabilite<br>2=Belirgin eritem, vasküler yapıda kayıp, friabilite, erozyonlar<br>3=Spontan kanama, ülserler                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Hekimin Genel Değerlendirmesi</b>    | 0=Normal ( <i>dışkılama sayısı:0, rektal kanama:0, sigmoidoskopi:0, hastanın kendini değerlendirmesi:0</i> )<br>1=Hafif ( <i>dışkılama sayısı:0-1, rektal kanama:0 veya 1, sigmoidoskopi:0 veya 2, hastanın kendini değerlendirmesi:0 veya 2</i> )<br>2=Orta ( <i>dışkılama sayısı:1 veya 2, rektal kanama:1 veya 2, sigmoidoskopi:1 veya 2, hastanın kendini değerlendirmesi:1 veya 2</i> )<br>3=Şiddetli ( <i>dışkılama sayısı:2 veya 3, rektal kanama:2 veya 3, sigmoidoskopi:2 veya 3, hastanın kendini değerlendirmesi veya 3</i> ) |
| <b>Hastanın Kendini Değerlendirmesi</b> | 0=Genellikle iyi<br>1=Orta<br>2=Kötü<br>3=Çok kötü                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

\*\* Tıbbi tanınız Crohn Hastalığı ise aşağıdaki Tablo 3'ü doldurunuz.

**Tablo 3: Harvey Bradshaw Klinik Aktivite İndeksi**

| <b>HARVEY BRADSHAW KİLİNİK AKTİVİTE İNDEKSİ</b>                                                                                                                                    | <b>SKOR</b> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| <b>Genel İyilik Hissi</b>                                                                                                                                                          |             |
| Çok iyi                                                                                                                                                                            | <b>0</b>    |
| Ortalamanın hafif altı                                                                                                                                                             | <b>1</b>    |
| Kötü                                                                                                                                                                               | <b>2</b>    |
| Çok kötü                                                                                                                                                                           | <b>3</b>    |
| Korkunç                                                                                                                                                                            | <b>4</b>    |
| <b>Abdominal ağrı</b>                                                                                                                                                              |             |
| Yok                                                                                                                                                                                | <b>0</b>    |
| Hafif                                                                                                                                                                              | <b>1</b>    |
| Orta                                                                                                                                                                               | <b>2</b>    |
| Ciddi                                                                                                                                                                              | <b>3</b>    |
| <b>Günlük Dışkılama sayısı (Her biri için 1 puan)</b>                                                                                                                              |             |
| <b>Abdominal kitle</b>                                                                                                                                                             |             |
| Yok                                                                                                                                                                                | <b>0</b>    |
| Şüpheli                                                                                                                                                                            | <b>1</b>    |
| Belirgin                                                                                                                                                                           | <b>2</b>    |
| Belirgin ve duyarlı                                                                                                                                                                | <b>3</b>    |
| <b>Komplikasyonlar (Her biri için 1 puan)</b><br>Artralji. üveitis. eritema nodozum. aftöz ülserler. piyoderma<br>gangrenozum. anal fissür. fistül. abse vb                        |             |
| <b>SKOR:</b> <i>5'in altı puan remisyon</i><br><i>5-7 puan hafif hastalık</i><br><i>8-16 puan orta derecede aktif hastalık</i><br><i>16'nın üzeri puan şiddetli aktif hastalık</i> |             |

**EK 3****İBH SEMPTOM KONTROL LİSTESİ**

**A.** Aşağıdaki tabloda hastalığınızla ilişkili olarak yaşayabileceğiniz bazı sorunlar / şikâyetler yer almaktadır. Son 3 ayda belirtilen şikâyetlerin var olup olmadığını, varsa hangi şiddette olduğunu **0 (YOK)** ile **10 (ÇOK ŞİDDETLİ)** arasında işaretleyiniz.

| ŞİKAYETİNİZ                            | ŞİKAYETİN VARLIĞI |     | ŞİKAYETİN ŞİDDETİ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----------------------------------------|-------------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                        | YOK               | VAR |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>a) Sindirim Sistemi Şikayetleri</b> |                   |     | <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <span><b>YOK</b></span> <span><b>DAYANILMAZ</b></span> </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| a.1. İshal                             |                   |     | <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="flex: 1; border-bottom: 1px solid black; position: relative;"> <div style="position: absolute; left: 0; bottom: -5px;">0</div> <div style="position: absolute; right: 0; bottom: -5px;">10</div> <div style="position: absolute; left: 10%; bottom: -5px;">1</div> <div style="position: absolute; left: 20%; bottom: -5px;">2</div> <div style="position: absolute; left: 30%; bottom: -5px;">3</div> <div style="position: absolute; left: 40%; bottom: -5px;">4</div> <div style="position: absolute; left: 50%; bottom: -5px;">5</div> <div style="position: absolute; left: 60%; bottom: -5px;">6</div> <div style="position: absolute; left: 70%; bottom: -5px;">7</div> <div style="position: absolute; left: 80%; bottom: -5px;">8</div> <div style="position: absolute; left: 90%; bottom: -5px;">9</div> </div> </div> |
| a.2. Karın ağrısı                      |                   |     | <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="flex: 1; border-bottom: 1px solid black; position: relative;"> <div style="position: absolute; left: 0; bottom: -5px;">0</div> <div style="position: absolute; right: 0; bottom: -5px;">10</div> <div style="position: absolute; left: 10%; bottom: -5px;">1</div> <div style="position: absolute; left: 20%; bottom: -5px;">2</div> <div style="position: absolute; left: 30%; bottom: -5px;">3</div> <div style="position: absolute; left: 40%; bottom: -5px;">4</div> <div style="position: absolute; left: 50%; bottom: -5px;">5</div> <div style="position: absolute; left: 60%; bottom: -5px;">6</div> <div style="position: absolute; left: 70%; bottom: -5px;">7</div> <div style="position: absolute; left: 80%; bottom: -5px;">8</div> <div style="position: absolute; left: 90%; bottom: -5px;">9</div> </div> </div> |
| a.3. Dışkıda kan                       |                   |     | <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="flex: 1; border-bottom: 1px solid black; position: relative;"> <div style="position: absolute; left: 0; bottom: -5px;">0</div> <div style="position: absolute; right: 0; bottom: -5px;">10</div> <div style="position: absolute; left: 10%; bottom: -5px;">1</div> <div style="position: absolute; left: 20%; bottom: -5px;">2</div> <div style="position: absolute; left: 30%; bottom: -5px;">3</div> <div style="position: absolute; left: 40%; bottom: -5px;">4</div> <div style="position: absolute; left: 50%; bottom: -5px;">5</div> <div style="position: absolute; left: 60%; bottom: -5px;">6</div> <div style="position: absolute; left: 70%; bottom: -5px;">7</div> <div style="position: absolute; left: 80%; bottom: -5px;">8</div> <div style="position: absolute; left: 90%; bottom: -5px;">9</div> </div> </div> |
| a.4. Dışkıda mukus                     |                   |     | <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="flex: 1; border-bottom: 1px solid black; position: relative;"> <div style="position: absolute; left: 0; bottom: -5px;">0</div> <div style="position: absolute; right: 0; bottom: -5px;">10</div> <div style="position: absolute; left: 10%; bottom: -5px;">1</div> <div style="position: absolute; left: 20%; bottom: -5px;">2</div> <div style="position: absolute; left: 30%; bottom: -5px;">3</div> <div style="position: absolute; left: 40%; bottom: -5px;">4</div> <div style="position: absolute; left: 50%; bottom: -5px;">5</div> <div style="position: absolute; left: 60%; bottom: -5px;">6</div> <div style="position: absolute; left: 70%; bottom: -5px;">7</div> <div style="position: absolute; left: 80%; bottom: -5px;">8</div> <div style="position: absolute; left: 90%; bottom: -5px;">9</div> </div> </div> |
| a.5. Acil tualete gitme isteği         |                   |     | <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="flex: 1; border-bottom: 1px solid black; position: relative;"> <div style="position: absolute; left: 0; bottom: -5px;">0</div> <div style="position: absolute; right: 0; bottom: -5px;">10</div> <div style="position: absolute; left: 10%; bottom: -5px;">1</div> <div style="position: absolute; left: 20%; bottom: -5px;">2</div> <div style="position: absolute; left: 30%; bottom: -5px;">3</div> <div style="position: absolute; left: 40%; bottom: -5px;">4</div> <div style="position: absolute; left: 50%; bottom: -5px;">5</div> <div style="position: absolute; left: 60%; bottom: -5px;">6</div> <div style="position: absolute; left: 70%; bottom: -5px;">7</div> <div style="position: absolute; left: 80%; bottom: -5px;">8</div> <div style="position: absolute; left: 90%; bottom: -5px;">9</div> </div> </div> |
| a.6. Makat bölgesinde hassasiyet       |                   |     | <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="flex: 1; border-bottom: 1px solid black; position: relative;"> <div style="position: absolute; left: 0; bottom: -5px;">0</div> <div style="position: absolute; right: 0; bottom: -5px;">10</div> <div style="position: absolute; left: 10%; bottom: -5px;">1</div> <div style="position: absolute; left: 20%; bottom: -5px;">2</div> <div style="position: absolute; left: 30%; bottom: -5px;">3</div> <div style="position: absolute; left: 40%; bottom: -5px;">4</div> <div style="position: absolute; left: 50%; bottom: -5px;">5</div> <div style="position: absolute; left: 60%; bottom: -5px;">6</div> <div style="position: absolute; left: 70%; bottom: -5px;">7</div> <div style="position: absolute; left: 80%; bottom: -5px;">8</div> <div style="position: absolute; left: 90%; bottom: -5px;">9</div> </div> </div> |
| a.7. Bulantı                           |                   |     | <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="flex: 1; border-bottom: 1px solid black; position: relative;"> <div style="position: absolute; left: 0; bottom: -5px;">0</div> <div style="position: absolute; right: 0; bottom: -5px;">10</div> <div style="position: absolute; left: 10%; bottom: -5px;">1</div> <div style="position: absolute; left: 20%; bottom: -5px;">2</div> <div style="position: absolute; left: 30%; bottom: -5px;">3</div> <div style="position: absolute; left: 40%; bottom: -5px;">4</div> <div style="position: absolute; left: 50%; bottom: -5px;">5</div> <div style="position: absolute; left: 60%; bottom: -5px;">6</div> <div style="position: absolute; left: 70%; bottom: -5px;">7</div> <div style="position: absolute; left: 80%; bottom: -5px;">8</div> <div style="position: absolute; left: 90%; bottom: -5px;">9</div> </div> </div> |
| a.8. Kusma                             |                   |     | <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="flex: 1; border-bottom: 1px solid black; position: relative;"> <div style="position: absolute; left: 0; bottom: -5px;">0</div> <div style="position: absolute; right: 0; bottom: -5px;">10</div> <div style="position: absolute; left: 10%; bottom: -5px;">1</div> <div style="position: absolute; left: 20%; bottom: -5px;">2</div> <div style="position: absolute; left: 30%; bottom: -5px;">3</div> <div style="position: absolute; left: 40%; bottom: -5px;">4</div> <div style="position: absolute; left: 50%; bottom: -5px;">5</div> <div style="position: absolute; left: 60%; bottom: -5px;">6</div> <div style="position: absolute; left: 70%; bottom: -5px;">7</div> <div style="position: absolute; left: 80%; bottom: -5px;">8</div> <div style="position: absolute; left: 90%; bottom: -5px;">9</div> </div> </div> |
| a.9. İştahta azalma                    |                   |     | <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="flex: 1; border-bottom: 1px solid black; position: relative;"> <div style="position: absolute; left: 0; bottom: -5px;">0</div> <div style="position: absolute; right: 0; bottom: -5px;">10</div> <div style="position: absolute; left: 10%; bottom: -5px;">1</div> <div style="position: absolute; left: 20%; bottom: -5px;">2</div> <div style="position: absolute; left: 30%; bottom: -5px;">3</div> <div style="position: absolute; left: 40%; bottom: -5px;">4</div> <div style="position: absolute; left: 50%; bottom: -5px;">5</div> <div style="position: absolute; left: 60%; bottom: -5px;">6</div> <div style="position: absolute; left: 70%; bottom: -5px;">7</div> <div style="position: absolute; left: 80%; bottom: -5px;">8</div> <div style="position: absolute; left: 90%; bottom: -5px;">9</div> </div> </div> |
| a. 10. Kilo kaybı                      |                   |     | <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="flex: 1; border-bottom: 1px solid black; position: relative;"> <div style="position: absolute; left: 0; bottom: -5px;">0</div> <div style="position: absolute; right: 0; bottom: -5px;">10</div> <div style="position: absolute; left: 10%; bottom: -5px;">1</div> <div style="position: absolute; left: 20%; bottom: -5px;">2</div> <div style="position: absolute; left: 30%; bottom: -5px;">3</div> <div style="position: absolute; left: 40%; bottom: -5px;">4</div> <div style="position: absolute; left: 50%; bottom: -5px;">5</div> <div style="position: absolute; left: 60%; bottom: -5px;">6</div> <div style="position: absolute; left: 70%; bottom: -5px;">7</div> <div style="position: absolute; left: 80%; bottom: -5px;">8</div> <div style="position: absolute; left: 90%; bottom: -5px;">9</div> </div> </div> |

| ŞİKÂyetİNİZ                        | ŞİKÂyetİN VARLIĞI |     | ŞİKÂyetİN ŞİDDETİ                    |
|------------------------------------|-------------------|-----|--------------------------------------|
|                                    | YOK               | VAR |                                      |
| <b>b) Diğer Sistem Şikâyetleri</b> |                   |     | <div>YOK</div> <div>DAYANILMAZ</div> |
| b.1. Eklem ağrısı                  |                   |     |                                      |
| b.2. Bel ağrısı                    |                   |     |                                      |
| b.3. Yorgunluk                     |                   |     |                                      |
| b.4. Halsizlik                     |                   |     |                                      |
| b.5. Ateş                          |                   |     |                                      |
| b.6. Gece terlemesi                |                   |     |                                      |
| b.7. Deride kaşıntı                |                   |     |                                      |
| b.8. Deride kabarıklık döküntüler  |                   |     |                                      |
| b.9. Kalp çarpıntısı               |                   |     |                                      |
| b.10. Sık uyanma                   |                   |     |                                      |
| b.11. Gözde kaşıntı                |                   |     |                                      |
| b.12. Gözde yanma hissi            |                   |     |                                      |

## B. AĞRI ÖZELLİKLERİ

1. Hastalığınız nedeniyle yaşadığınız ağrının yerini tanımlayınız.

.....

2. Ağrınız ne kadar sürüyor?

.....

3. Ağrınızın niteliği nasıl?

- a. Akut      b. Kronik      c. Künt      d. Batıcı  
e. Sızlayıcı      f. Yanıcı      g. Diğer (açıkça yazınız)

.....

4. Ağrınızı başlatan ve arttıran etkenler / durumlar nelerdir?

- a. Stres      b. Pozisyon      c. İlaçlar      d. Diğer (açıkça yazınız)

.....

5. Ağrınızı durduran ve azaltan etkenler / durumlar nelerdir? Yazınız.

.....

#### EK 4

### İNFLAMATUAR BARSAK HASTALIĞI YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Bu anket son iki hafta boyunca kendinizi nasıl hissettiğinizi belirlemek için tasarlanmıştır. Size barsak hastalığınızın sonucunda yaşamakta olduğunuz belirtiler genel olarak kendinizi bedensel ve duygusal açıdan nasıl hissettiğiniz ve ruh halinizin nasıl olduğu hakkında sorular sorulacaktır. Lütfen verilen seçeneklerden sizin için **en uygun** olanı seçiniz.

1. Son 2 hafta boyunca barsak hareketleriniz ne kadar sıklaştı?
  - a. Barsak hareketleri şimdiye kadar veya hiç olmadığı kadar sık
  - b. Son derece sık
  - c. Çok sık
  - d. Barsak hareketleri sıklığında orta derecede artış var
  - e. Barsak hareketleri sıklığında biraz artış var
  - f. Barsak hareketleri sıklığında çok hafif artış var
  - g. Normal, barsak hareketleri sıklığında artış yok
2. Son 2 haftadır bitkinlik duygusu ya da yorgunluk ve tükenmişlik hissi sizin için ne sıklıkla sorun oluyor?
  - a. Her zaman
  - b. Çoğu zaman
  - c. Epeyce bir zaman
  - d. Bazen
  - e. Nadiren
  - f. Neredeyse hiçbir zaman
  - g. Hiçbir zaman
3. Son 2 haftadır ne sıklıkla kendinizi sabırsız, huzursuz ya da sinirli hissediyorsunuz?
  - a. Her zaman
  - b. Çoğu zaman
  - c. Epeyce bir zaman
  - d. Bazen
  - e. Nadiren
  - f. Neredeyse hiçbir zaman
  - g. Hiçbir zaman
4. Son 2 haftadır barsak sorunuz yüzünden ne sıklıkla okula gidemiyorsunuz ya da işinizi yapamıyorsunuz?
  - a. Her zaman
  - b. Çoğu zaman
  - c. Epeyce bir zaman
  - d. Bazen
  - e. Nadiren
  - f. Neredeyse hiçbir zaman
  - g. Hiçbir zaman
5. Son 2 haftadır barsak hareketleriniz zamanın ne kadarında durgunlaşıyor?
  - a. Her zaman
  - b. Çoğu zaman
  - c. Epeyce bir zaman
  - d. Bazen
  - e. Nadiren
  - f. Neredeyse hiçbir zaman
  - g. Hiçbir zaman
6. Son 2 haftadır canlılığınız ve enerjiniz nasıldır? Lütfen aşağıdaki seçeneklerden birini seçiniz.
  - a. Hiç canlı değilim, enerjim hiç yok
  - b. Canlılığım ve enerjim çok çok az
  - c. Canlılığım ve enerjim çok az
  - d. Biraz canlılığım ve enerjim var
  - e. Canlılığım ve enerjim orta derecede
  - f. Canlılığım ve enerjim fazla
  - g. Canlılığım ve enerjim tamamen yerinde

7. Son 2 hafta boyunca barsak sorunuz nedeniyle bir ameliyat gerekmesi ihtimalinden ne sıklıkla endişe duyuyorsunuz?

- a. Her zaman      b. Çoğu zaman      c. Epeyce bir zaman      d. Bazen  
e. Nadiren      f. Neredeyse hiçbir zaman      g. Hiçbir zaman

8. Son 2 haftadır barsak sorunuz yüzünden sosyal faaliyetlerinizi ne sıklıkla ertelemek ya da iptal etmek zorunda kalıyorsunuz?

- a. Her zaman      b. Çoğu zaman      c. Epeyce bir zaman      d. Bazen  
e. Nadiren      f. Neredeyse hiçbir zaman      g. Hiçbir zaman

9. Son 2 haftadır ne sıklıkla karnınızda kramplardan rahatsız oluyorsunuz?

- a. Her zaman      b. Çoğu zaman      c. Epeyce bir zaman      d. Bazen  
e. Nadiren      f. Neredeyse hiçbir zaman      g. Hiçbir zaman

10. Son 2 haftadır ne sıklıkla, genel olarak kendinizi iyi hissetmiyorsunuz?

- a. Her zaman      b. Çoğu zaman      c. Epeyce bir zaman      d. Bazen  
e. Nadiren      f. Neredeyse hiçbir zaman      g. Hiçbir zaman

11. Son 2 haftadır ne sıklıkla etrafta tuvalet bulamama korkusu nedeniyle rahatsız oluyorsunuz?

- a. Her zaman      b. Çoğu zaman      c. Epeyce bir zaman      d. Bazen  
e. Nadiren      f. Neredeyse hiçbir zaman      g. Hiçbir zaman

12. Son 2 haftadır barsak sorunlarınız nedeniyle, yapmayı istediğiniz boş zaman ya da spor faaliyetlerini yapmakta ne kadar güçlük çekiyorsunuz? Lütfen seçeneklerden birini seçiniz.

- a. Büyük oranda güçlük çekiyorum; faaliyet yapmak imkansız  
b. Epeyce güçlük çekiyorum  
c. Oldukça güçlük çekiyorum  
d. Bir miktar güçlük çekiyorum  
e. Biraz güçlük çekiyorum  
f. Pek az güçlük çekiyorum  
g. Hiç güçlük çekmiyorum; barsak problemlerim spor ya da boş zaman faaliyetlerimi yapmama hiç engel olmuyor.

13. Son 2 haftadır ne sıklıkla karın ağrısı nedeniyle sıkıntı çekiyorsunuz?

- a. Her zaman      b. Çoğu zaman      c. Epeyce bir zaman      d. Bazen  
e. Nadiren      f. Neredeyse hiçbir zaman      g. Hiçbir zaman

14. Son 2 haftadır ne sıklıkla iyi bir gece uykusu uyumada sorunuz oluyor ya da gece sırasında uyanma dolayısıyla güçlük çekiyorsunuz?

- a. Her zaman      b. Çoğu zaman      c. Epeyce bir zaman      d. Bazen  
e. Nadiren      f. Neredeyse hiçbir zaman      g. Hiçbir zaman

15. Son 2 haftadır ne sıklıkla kendinizi depresyonda ya da cesareti kırılmış hissediyorsunuz?

- a. Her zaman      b. Çoğu zaman      c. Epeyce bir zaman      d. Bazen  
e. Nadiren      f. Neredeyse hiçbir zaman      g. Hiçbir zaman

**16.** Son 2 haftadır yakında kullanıma hazır bir tuvalet olmaması nedeniyle ne sıklıkla bazı faaliyetlere katılmaktan kaçınıyorsunuz? Lütfen aşağıdaki seçeneklerden birini seçiniz.

- a. Her zaman      b. Çoğu zaman      c. Epeyce bir zaman      d. Bazen  
e. Nadiren      f. Neredeyse hiçbir zaman      g. Hiçbir zaman

**17.** Son 2 haftadır genel olarak, karnınızda çok miktarda gaz olması sizin için ne kadar sorun oluyor?

- a. Başlıbaşına bir sorun  
b. Büyük sorun oluyor  
c. Önemli bir sorun oluyor  
d. Biraz sorun oluyor  
e. Çok az sorun oluyor  
f. Hemen hemen hiç sorun olmuyor  
g. Hiç sorun olmuyor

:

**18.** Son 2 haftadır sahip olduğunuz kiloyu sürdürmek ya da olmak istediğiniz kiloya ulaşmak sizin için genel olarak ne kadar sorun oluyor? Lütfen aşağıdaki seçeneklerden birini seçiniz.

- a. Başlıbaşına bir sorun  
b. Büyük sorun oluyor  
c. Önemli bir sorun oluyor  
d. Biraz sorun oluyor  
e. Çok az sorun oluyor  
f. Hemen hemen hiç sorun olmuyor  
g. Hiç sorun olmuyor

:

**19.** Barsak problemleri olan birçok hastanın sıklıkla hastalığına ilişkin endişeleri ve kaygıları vardır. Bunlar arasında kanser olma endişeleri, hiçbir zaman kendini daha iyi hissedememeye ilişkin endişeler, hastalığın nüks etmesine ilişkin endişeler de bulunur. Genel olarak son 2 haftadır ne sıklıkla kendinizi endişeli ya da kaygılı hissediyorsunuz? Lütfen seçeneklerden birini seçiniz.

- a. Her zaman      b. Çoğu zaman      c. Epeyce bir zaman      d. Bazen  
e. Nadiren      f. Neredeyse hiçbir zaman      g. Hiçbir zaman

**20.** Son 2 haftadır ne kadar süreyle karın şişkinliğinden rahatsız oluyorsunuz?

- a. Her zaman      b. Çoğu zaman      c. Epeyce bir zaman      d. Bazen  
e. Nadiren      f. Neredeyse hiçbir zaman      g. Hiçbir zaman

**21.** Son 2 haftadır ne sıklıkla kendinizi gevşemiş ve gerginlikten uzak hissediyorsunuz?

- a. Her zaman      b. Çoğu zaman      c. Epeyce bir zaman      d. Bazen  
e. Nadiren      f. Neredeyse hiçbir zaman      g. Hiçbir zaman

**22.** Son 2 haftadır barsak problemlerinizi sonucunda ne kadar süreyle makattan kanamanız oluyor?

- a. Her zaman      b. Çoğu zaman      c. Epeyce bir zaman      d. Bazen  
e. Nadiren      f. Neredeyse hiçbir zaman      g. Hiçbir zaman

**23.** Son 2 haftadır, zamanın ne kadarında barsak sorununuzun sonucu olarak tedirginlik hissediyorsunuz? Lütfen aşağıdaki seçeneklerden birini seçiniz.

- a. Her zaman      b. Çoğu zaman      c. Epeyce bir zaman      d. Bazen  
e. Nadiren      f. Neredeyse hiçbir zaman      g. Hiçbir zaman

24. Son 2 haftadır ne kadar süreyle barsaklarınız boş olmasına rağmen tuvalete gitme ihtiyacı hissetmeniz nedeniyle rahatsızlık duyuyorsunuz? Lütfen aşağıdaki seçeneklerden birini seçiniz.

- a. Her zaman      b. Çoğu zaman      c. Epeyce bir zaman      d. Bazen  
e. Nadiren      f. Neredeyse hiçbir zaman      g. Hiçbir zaman

25. Son 2 haftadır ne kadar süreyle kendinizi ağlamaklı veya sıkıntılı hissediyorsunuz?

- a. Her zaman      b. Çoğu zaman      c. Epeyce bir zaman      d. Bazen  
e. Nadiren      f. Neredeyse hiçbir zaman      g. Hiçbir zaman

26. Son 2 haftadır ne sıklıkla iç çamaşırlarınızı kazara kirletmekten dolayı rahatsız oluyorsunuz?

- a. Her zaman      b. Çoğu zaman      c. Epeyce bir zaman      d. Bazen  
e. Nadiren      f. Neredeyse hiçbir zaman      g. Hiçbir zaman

27. Son 2 haftadır barsak sorunuz yüzünden ne kadar süreyle kendinizi kızgın hissediyorsunuz?

- a. Her zaman      b. Çoğu zaman      c. Epeyce bir zaman      d. Bazen  
e. Nadiren      f. Neredeyse hiçbir zaman      g. Hiçbir zaman

28. Son 2 haftadır barsak sorunuz cinsel faaliyetinizi ne ölçüde kısıtlıyor?

- a. Barsak hastalığı nedeniyle cinsel faaliyetim yok  
b. Barsak hastalığı nedeniyle cinsel faaliyetim çok kısıtlanıyor  
c. Barsak hastalığı nedeniyle cinsel faaliyetim orta derecede kısıtlanıyor  
d. Barsak hastalığı nedeniyle cinsel faaliyetim bir miktar kısıtlanıyor  
e. Barsak hastalığı nedeniyle cinsel faaliyetim çok az kısıtlanıyor  
f. Barsak hastalığı nedeniyle cinsel faaliyetimde pek bir kısıtlama yok  
g. Barsak hastalığı nedeniyle cinsel faaliyetimde hiç kısıtlama yok

29. Son 2 haftadır zamanın ne kadarında bulantı ya da midede hastalık hissi nedeniyle zorluk çekiyorsunuz? Lütfen aşağıdaki seçeneklerden birini seçiniz.

- a. Her zaman      b. Çoğu zaman      c. Epeyce bir zaman      d. Bazen  
e. Nadiren      f. Neredeyse hiçbir zaman      g. Hiçbir zaman

30. Son 2 haftadır zamanın ne kadarında kendinizi asabi hissediyorsunuz?

- a. Her zaman      b. Çoğu zaman      c. Epeyce bir zaman      d. Bazen  
e. Nadiren      f. Neredeyse hiçbir zaman      g. Hiçbir zaman

31. Son 2 haftadır ne sıklıkla başkaları tarafından anlaşılmadığınızı hissediyorsunuz?

- a. Her zaman      b. Çoğu zaman      c. Epeyce bir zaman      d. Bazen  
e. Nadiren      f. Neredeyse hiçbir zaman      g. Hiçbir zaman

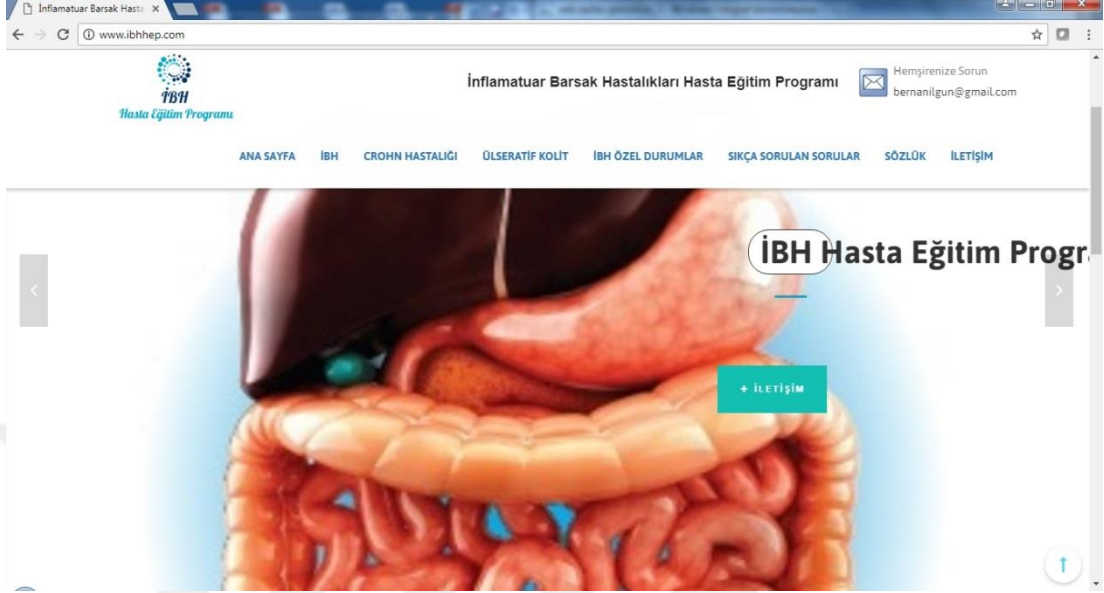
32. Son 2 haftadır kişisel yaşamınızda ne ölçüde hoşnut, mutlu ya da keyifli oluyorsunuz?

- a. Her zaman      b. Çoğu zaman      c. Epeyce bir zaman      d. Bazen  
e. Nadiren      f. Neredeyse hiçbir zaman      g. Hiçbir zaman

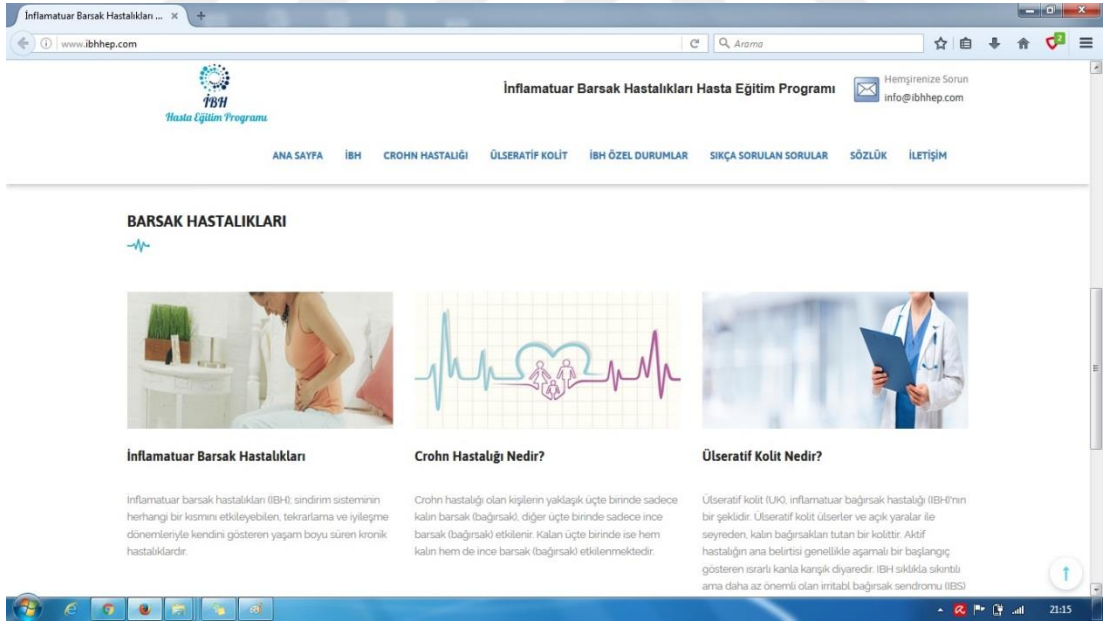
*Katılımınız için teşekkür ederiz.*

## EK 5

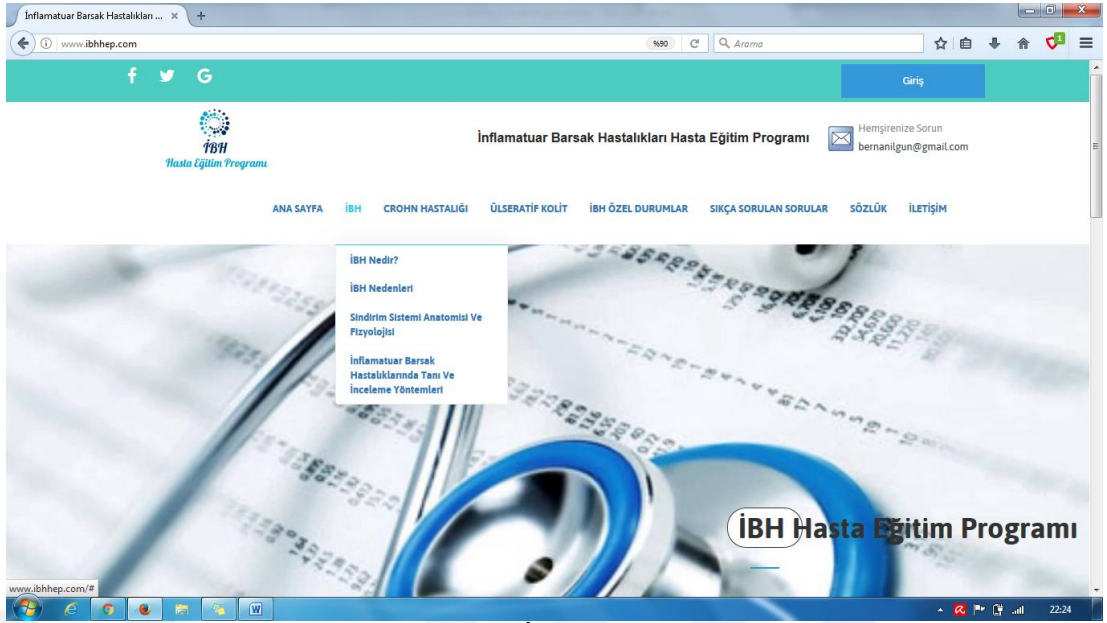
### İNFLAMATUAR BARSAK HASTALIKLARI HASTA EĞİTİM PROGRAMI WEB EĞİTİM SAYFASI EKRAN GÖRÜNTÜLERİ ([www.ibhhep.com](http://www.ibhhep.com))



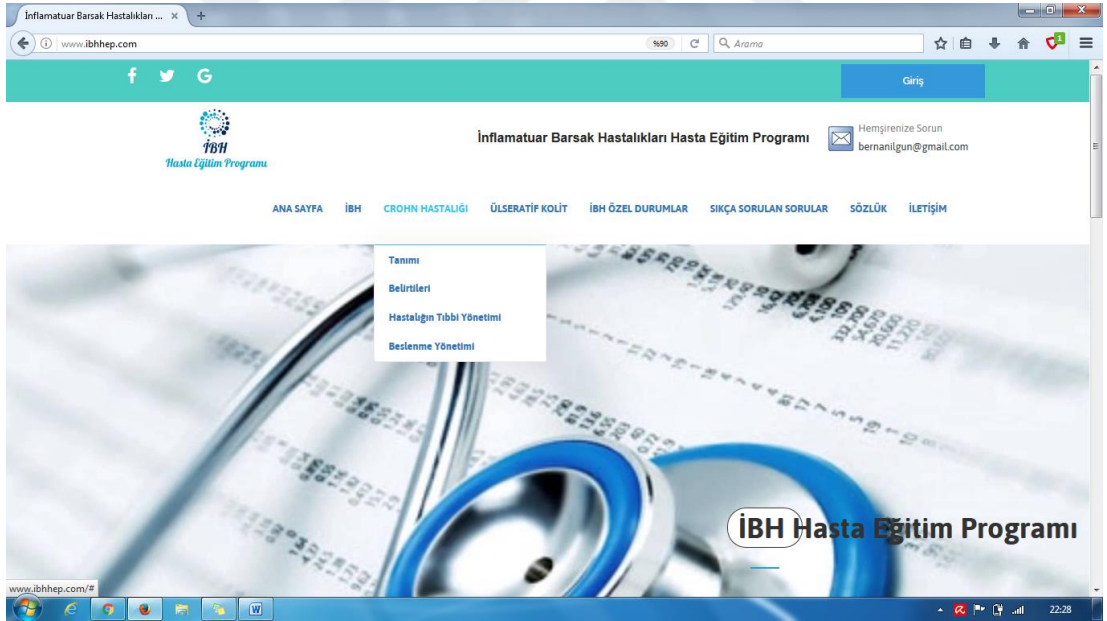
Şekil 2: Ana Sayfa Görüntüsü -1



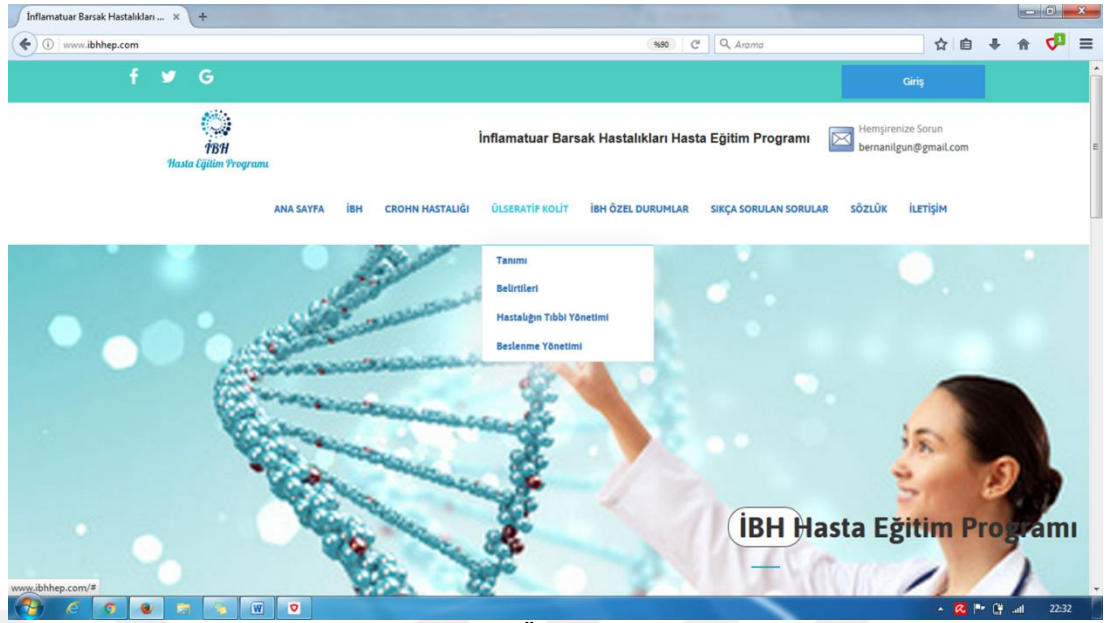
Şekil 3: Ana Sayfa Görüntüsü -2



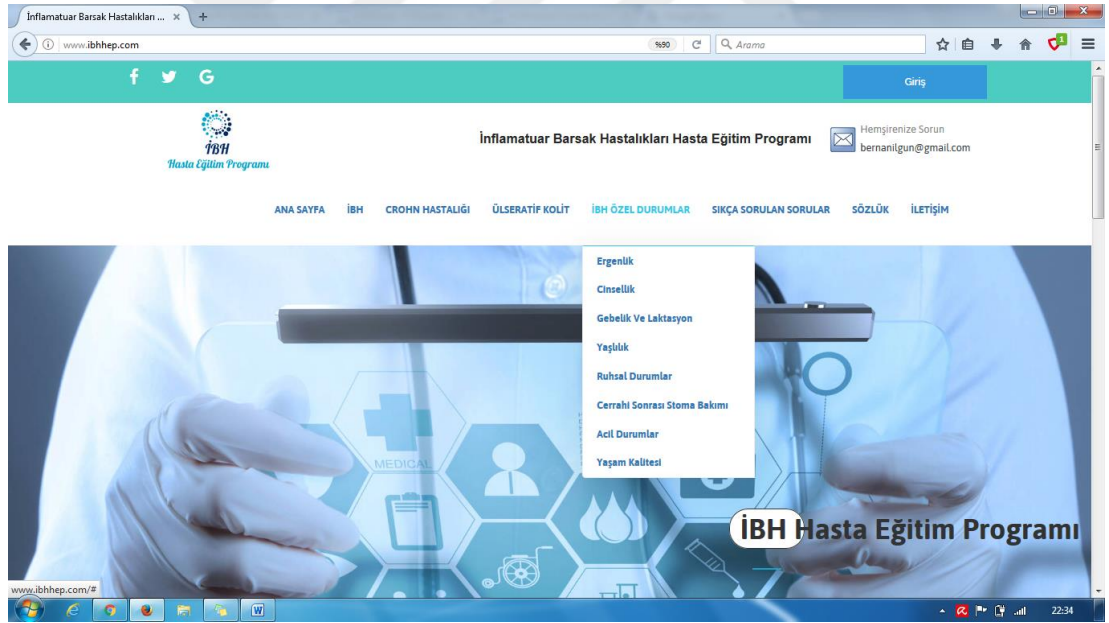
Şekil 4: İBH Arayüzü



Şekil 5: CH Arayüzü



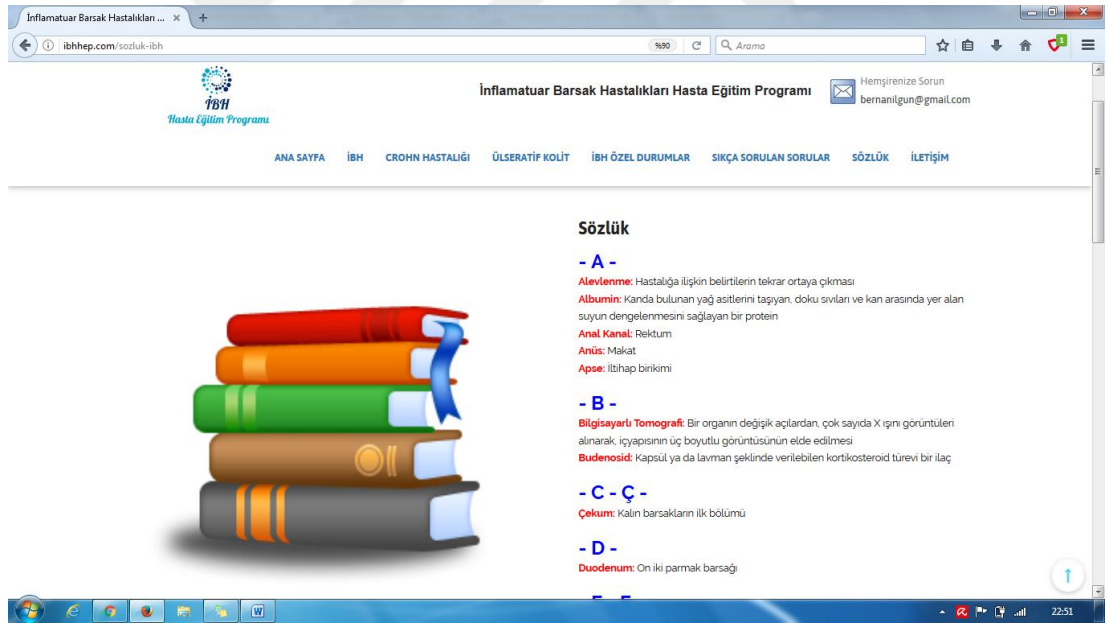
Şekil 6: ÜK Arayüzü



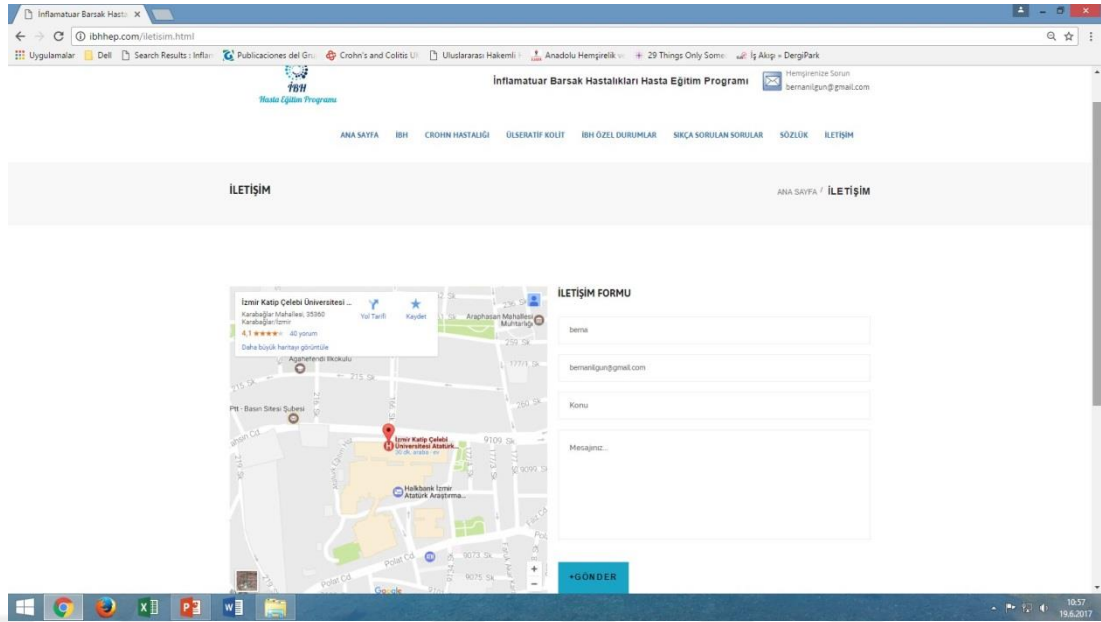
Şekil 7: İBH Özel Durumlar Arayüzü



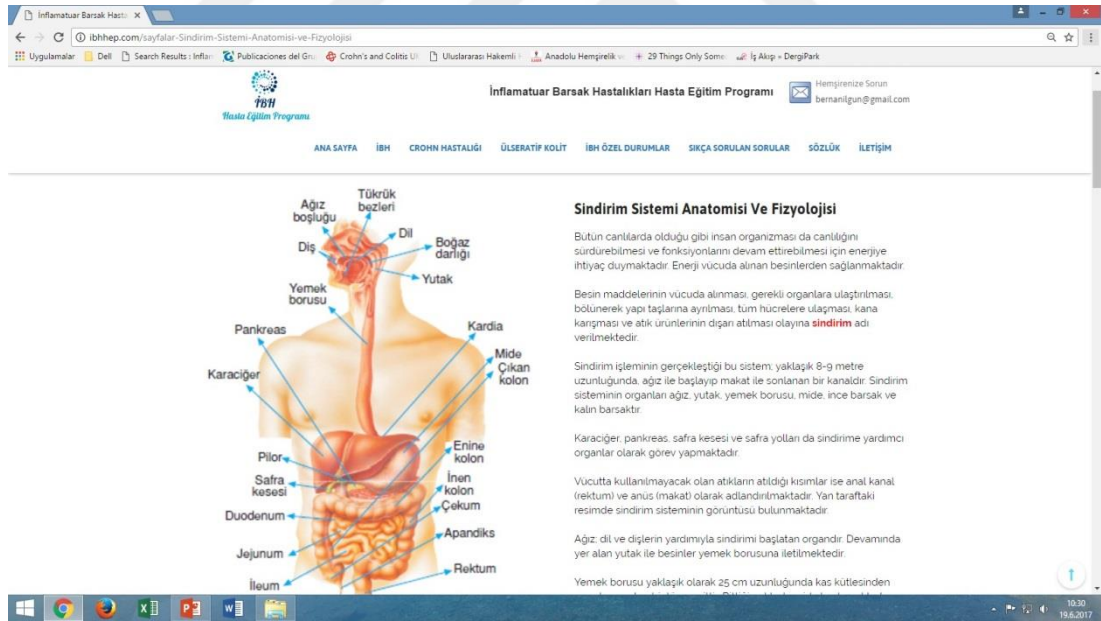
Şekil 8: Sıkça Sorulan Sorular Arayüzü



Şekil 9: Sözlük Arayüzü



Şekil 10: İletişim Arayüzü



Şekil 11: İBH Arayüzünde Yer Alan Bilgilerden Örnek Görüntü

Infamatur Barsak Hastalıkları Hastası Eğitim Programı

ANA SAYFA İBH CROHN HASTALIĞI ÜLSERATİF KOLİT İBH ÖZEL DURUMLAR SIKÇA SORULAN SORULAR SÖZLÜK İLETİŞİM

### Hastalığın Tıbbi Yönetimi

Henüz kesin bir tedavisi bulunmamaktadır. Günümüzde kullanılan tedavi yöntemleri hastalığın belirtilerini hafifletmektedir. Ancak aynı hastalığa sahip iki hasta, bireysel özelliklerinden dolayı tamamen farklı şekillerde tedavi edilebilmektedir.

**Tedavinin amaçları:**  
 Belirtilerin düzeltilmesi ya da ilyetirilmesi (semptomların yönetimi)  
 İnflamasyonun azaltılması  
 Tedavi yan etkilerinin en aza indirilmesi  
 Hastanın beslenmesinin düzeltilmesi

Tedavi planlanırken hastalığın yeri, şiddeti, süresi, hastanın dayanma gücü ve daha önce uygulanan tedavilere verdiği yanıt göz önünde bulundurulmaktadır.

Hastalığın başlangıç tedavisi ilaçlar ile yapılmaktadır. Tedavi seçiminde daha güvenli ve yan etkisi düşük olan ilaçlar öncelikle tercih edilmektedir. İnflamasyonu onarıcı ilaçlar belirtileri kontrol altına almakta yetersiz kalırsa, çok uzun süreli olmayacak şekilde kortizon türevi ilaçlar kullanılabilir. Kortizonlar da yetersiz kalır veya daha fazla kullanılmazsa bağışıklık sisteminin düzenleyici ilaçları kullanılabilir. İlaçla tedavinin yanı sıra beslenme, yeterli uyku ve egzersiz hastalığın yönetiminde oldukça önemli etkenlerdir.

Tedavinin kısa sürede kesilmesiyle hastalık yeniden alevlenmektedir. Bu nedenle tedavinin uzun süre (yaşam boyu) olması gerekmektedir. Bu şekilde hastalığın yeniden aktivasyonu önlenmiş olur. Yine de tedavi altında dahi, hastaların az bir kısmında hastalık alevlenmektedir.

Şekil 12: CH Arayüzünde Yer Alan Bilgilerden Örnek Görüntü

Infamatur Barsak Hastalıkları Hastası Eğitim Programı

ANA SAYFA İBH CROHN HASTALIĞI ÜLSERATİF KOLİT İBH ÖZEL DURUMLAR SIKÇA SORULAN SORULAR SÖZLÜK İLETİŞİM

### Ülseratif Kolit

**Tanımı**

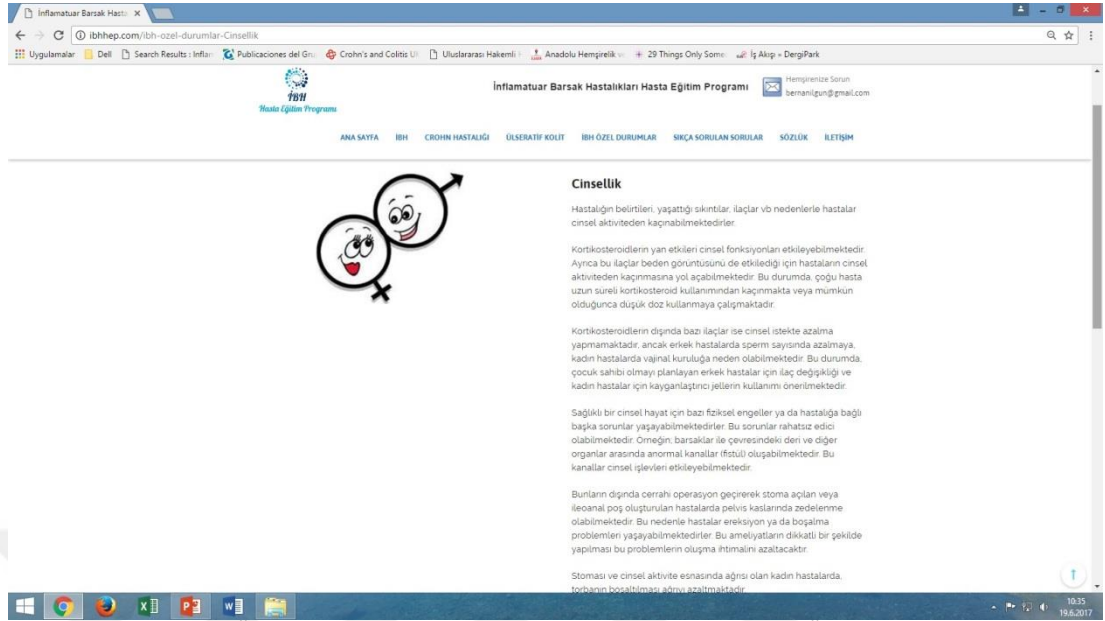
Ülseratif kolit (ÜK) kalın barsağın inflamasyonlu bir hastalığıdır. Nedeni tam bilinmemekte ancak genetik, çevresel ve bağışıklık sistemine ait bazı faktörler rol oynamaktadır.

ÜK olan hastaların kalın barsağındaki mukozal tabakasında yüzeysel bir inflamasyon söz konusudur. Bu inflamasyon anal kanalda (rektumda) başlamakta ve kalın barsağın üst kısımlarına doğru yayılmaktadır. Bu özellik, ÜK hastalığının Crohn Hastalığından ayıran en önemli özelliğidir.

| ÜLSERATİF KOLİT | CROHN HASTALIĞI                         |
|-----------------|-----------------------------------------|
| İnflamasyon     | Darlık<br>Terminal İleum<br>İnflamasyon |

Çoğunlukla 15-25 yaş arasında ve 60'lı yaşlarda görülebilir her yaşta ortaya çıkabilmektedir. Yağlı beslenme ÜK riskini artırmaktadır.

Şekil 13: ÜK Arayüzünde Yer Alan Bilgilerden Örnek Görüntü



Şekil 14: Özel Durumlar Arayüzünde Yer Alan Bilgilerden Örnek Görüntü

## ETİK KURUL İZNİ



İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU  
(İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi 35360 Karabağlar / İZMİR  
Tel:0 232 245 04 38 --- 0 232 244 44 44 / 1234 Fax: 0 232 245 04 38 E-posta [ikcetik2@gmail.com](mailto:ikcetik2@gmail.com))

Öğretim Görevlisi **Berna Nilgün ÖZGÜR SOY URAN**  
İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Fakültesi  
Hemşirelik Bölümü

Karar No: 153  
Tarih : 13.08.2015

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Öğretim Görevlisi **Berna Nilgün ÖZGÜR SOY URAN** sorumluluğunda yapılması planlanan “**İnflamatuvar Barsak Hastalarında Web Tabanlı Eğitimin Hastalık Aktivitesine, Semptom Yönetimine ve Yaşam Kalitesine Etkisi**” adlı araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca **bulunmadığına** toplantıya katılan Etik Kurul üyelerinin **oy birliği** ile karar verilmiştir.

Prof. Dr. Recep SÜTÇÜ  
İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi  
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar  
Etik Kurulu Başkanı



(İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi 35360 Karabağlar / İZMİR / TÜRKİYE  
Tel:0 232 245 04 38 - 0 232 244 44 44 / 1234 Fax: 0 232 245 04 38 E-posta [ikcetik2@gmail.com](mailto:ikcetik2@gmail.com))

**İZMİR KÂTİP ÇELEBİ UNIVERSITY  
NON-INTERVENTIONAL CLINICAL STUDIES  
INSTITUTIONEL REVIEW BOARD**

**To** : Berna Nilgün ÖZGÜRSOY URAN, PhD

**From** : Prof. Recep SÜTÇÜ, MD, Chair

**Date** : 13.08.2015

**IRB #** : 153

**Study Title:** The Effect of Web-Based Education on Disease Activity, Symptom Management and Quality of Life on Patients With Inflammatory Bowel Disease

At its board meeting on **13.08.2015** your submission for the above referenced research study has received review and approval from İzmir Kâtip Celebi Non-Interventional Clinical Studies Institutional Review Board.

Prof. Recep SÜTÇÜ, MD,  
Chair

## ÖZGEÇMİŞ

*Berna Nilgün ÖZGÜRSOY URAN, 1983 yılında Bursa'da doğdu.*

*İlk, orta ve lise öğrenimini Aydın'da tamamladı. 2006 yılında Ege Üniversitesi Ödemiş Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü'nden "Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nden Hizmet Almış Bireylerin, Hastaneden Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesi" konulu lisans bitirme tezi ile mezun oldu. 2010 yılında Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'ndan "İrritabl Barsak Sendromu Yaşam Kalitesi Ölçeği Geçerlik Güvenirlik Çalışması" konulu yüksek lisans bitirme tezi ile mezun oldu.*

*2006–2009 yılları arasında Medline Acil Sağlık Hizmetleri'nde ve Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde Hemşire olarak çalıştı.*

*Ocak 2010–Eylül 2013 tarihleri arasında bir vakıf üniversitesinde Araştırma Görevlisi olarak, Eylül 2013–Ocak 2014 tarihleri arasında aynı üniversitede Öğretim Görevlisi olarak çalıştı. Şubat 2014 tarihinden bu yana İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'nde Öğretim Görevlisi olarak çalışmaktadır.*