



T.C.

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ  
KEIREN SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ  
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

İNFLAMATUAR BARSAK HASTALIKLARINDA  
SOSYAL ANKSİYETE DÜZEYLERİNİN  
BELİRLENMESİ VE HASTALIK  
AKTİVİTESİNİN SOSYAL ANKSİYETE  
DÜZEYİNE ETKİSİ

Dr. Gizem SÖĞÜTLÜK DIĞRAK

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA/2020



T.C.

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ  
KEÇİÖREN SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ  
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

İNFLAMATUAR BARSAK HASTALIKLARINDA  
SOSYAL ANKSİYETE DÜZEYLERİNİN  
BELİRLENMESİ VE HASTALIK  
AKTİVİTESİNİN SOSYAL ANKSİYETE  
DÜZEYİNE ETKİSİ

Dr. Gizem SÖĞÜTLÜK DIĞRAK

Tez Danışmanı:

Doç. Dr. Tijen ŞENGEZER

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA/2020

## TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca her zaman yanımda olan, bir aile büyüğüm hissiyatını derinden yaşatan, koruyup kollayan, mesleki olarak örnek aldığım sayın hocam Tijen ŞENGEZER'e,

Tezim için desteklerini esirgemeyen Yasemin ÖZDERİN ÖZİN ve Ferdane PİRİNÇCİ SAPMAZ'a,

Tezim için bana önder olan, abilik yapan Emrah SONGUR'a

Büyük fedakarlıkla beni yetiştiren, her konuda desteğini sonsuz hissettiğim canım anneme, babama, kardeşlerime,

Son olarak hayatımda olduğu için kendimi çok şanslı saydığım, her koşulda yanımda olan biricik eşim Halid DIĞRAK'a ve değerli ailesine çok teşekkür ederim.

Dr. Gizem SÖĞÜTLÜK DIĞRAK  
Ankara, 2020

## İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER .....	ii
KISALTMALAR .....	iv
TABLolar DİZİNİ .....	v
ÖZET.....	vii
ABSTRACT.....	ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ .....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	3
2.1. İNFLAMATUAR BARSak HASTALIKLARI .....	3
2.1.1. Epidemiyoloji .....	3
2.1.2. Etiyopatogenez .....	4
2.1.3. Klinik.....	8
2.1.4. Tanı.....	11
2.1.4.1. Labarotuar bulguları .....	11
2.1.4.2. Radyolojik yöntemler .....	12
2.1.4.3. Endoskopik ve histopatolojik yöntemler.....	12
2.1.5. Komplikasyonlar .....	13
2.1.6. Tedavi.....	14
2.1.6.1. Ülseratif kolit tedavi .....	15
2.1.6.2. Crohn tedavi .....	16
2.2. SOSYAL ANKSİYETE BOZUKLUĞU .....	18
2.2.1. Epidemiyoji .....	20
2.2.2. Klinik.....	20
2.2.3. Komorbidite .....	21
2.2.4. Tedavi.....	21
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	22
4. BULGULAR .....	27
5. TARTIŞMA .....	36
6. SONUÇLAR .....	42
KAYNAKLAR .....	44

# PDF Eraser Free

ÖZGEÇMİŞ .....	53
EKLER.....	54
EK 1. OLGU RAPOR FORMU.....	54
EK 2. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU.....	56
EK 3. ETİK KURUL ONAYI.....	57



## KISALTMALAR

<b>ADBG</b>	: Ayakta Direkt Batın Grafisi
<b>ANTI-TNF</b>	: Antitümör Nekroz Faktör
<b>CH</b>	: Crohn Hastalığı
<b>CHAI</b>	: Crohn Hastalığı Aktivite İndeksi
<b>DSM</b>	: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
<b>FDA</b>	: Food And Drug Administration
<b>ICD</b>	: International Classification of Disease
<b>IFN</b>	: Interferon
<b>IL</b>	: Interlökin
<b>IV</b>	: Intravenöz
<b>İBH</b>	: İnflamatuvar Barsak Hastalığı
<b>İK</b>	: İndetermine Kolit
<b>LSAÖ</b>	: Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği
<b>MAOI</b>	: Monoaminooksidaz İnhibitörü
<b>SAB</b>	: Sosyal Anksiyete Bozukluğu
<b>SSRI</b>	: Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörü
<b>TH</b>	: T Helper
<b>TLR</b>	: Toll Like Reseptör
<b>ÜK</b>	: Ülseratif Kolit
<b>5-ASA</b>	: 5-Aminosalisilik Asit

## TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Mayo Aktivite İndeksi .....	23
Tablo 2. Crohn Hastalığı Aktivite İndeksi .....	24
Tablo 3. Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği.....	26
Tablo 4. Çalışmaya Alınan Hastaların Değişkenlerine Ait Verilerin Tanımlayıcı Özellikleri.....	27
Tablo 5. Mayo Hastalık Aktivitesinin Sosyal Anksiyete ve Alt Skorları Üzerine Etkisi.....	29
Tablo 6. Crohn Hastalık Aktivitesinin Sosyal Anksiyete ve Alt Skorları Üzerine Etkisi.....	29
Tablo 7. Hastalara Uygulanan Tedavi Yöntemlerinin Hastaların Sosyal Anksiyete ve Alt Skorları Üzerine Etkisi .....	30
Tablo 8. Hastaların Hastalık Tanısının Sosyal Anksiyete ve Alt Skorları Üzerine Etkisi.....	30
Tablo 9. Hastaların Cinsiyetlerinin Hastaların Sosyal Anksiyete ve Alt Skorları Üzerine Etkisi .....	30
Tablo 10. Hastaların Yaşadıkları Yerlerin Hastaların Sosyal Anksiyete ve Alt Skorları Üzerine Etkisi .....	31
Tablo 11. Hastaların Medeni Durumlarının Hastaların Sosyal Anksiyete ve Alt Skorları Üzerine Etkisi .....	31
Tablo 12. Hastaların Sigara Kullanımının Hastaların Sosyal Anksiyete ve Alt Skorları Üzerine Etkisi .....	32
Tablo 13. Hastaların Fiziksel Hastalık Varlığının Hastaların Sosyal Anksiyete ve Alt Skorları Üzerine Etkisi .....	32
Tablo 14. Hastaların Ruhsal Bozukluk Varlığının Hastaların Sosyal Anksiyete ve Alt Skorları Üzerine Etkisi .....	33
Tablo 15. Hastaların Kullandığı Psikiyatrik İlaçların Hastaların Sosyal Anksiyete ve Alt Skorları Üzerine Etkisi .....	33
Tablo 16. Hastaların Evde Yaşadığı Kişi Durumuna Göre Hastaların Sosyal Anksiyete ve Alt Skorları .....	34

# PDF Eraser Free

Tablo 17. Hastalara Ait Bazı Değişkenler İle Sosyal Anksiyete ve Alt Skorları Arasındaki İlişki .....	34
Tablo 18. Hastalara Ait Sosyal Anksiyete ve Alt Skorları Dışındaki Diğer Değişkenler Arası İlişkiler .....	35



## ÖZET

**Giriş ve Amaç:** İnflamatuvar barsak hastalığı karın ağrısı, diyare, rektal kanama, şişkinlik gibi semptomların olduğu, birden çok komplikasyonun görüldüğü, kişinin sosyal hayatını ciddi derecede kısıtlayan kronik bir hastalıktır. Literatürde inflamatuvar barsak hastalığında sosyal anksiyete düzeylerinin değerlendirildiği çalışma ile pek karşılaşılmamıştır. Bu çalışmanın amacı; inflamatuvar barsak hastalığında sosyal anksiyete düzeylerini belirlemek ve bu düzeylerin hastalık aktivitesiyle ilişkisini incelemektir.

**Gereç ve Yöntem:** İnflamatuvar barsak hastalığı tanısı olan, 18-65 yaş arasında, okuryazar olan ve araştırma için ıslak imzalı bilgilendirilmiş onam veren 160 hastaya Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği uygulanmıştır. Hastalık aktivite indeksleri crohn hastalığı için, Crohn Hastalık Aktivite İndeksi; ülseratif kolit için, Mayo İndeksi uygulanmıştır.

**Bulgular:** Hastaların kaygı skoru  $44,98 \pm 13,34$ , kaçınma  $44,81 \pm 13,71$  ve toplam anksiyete skoru  $89,78 \pm 26,82$  olarak kesme puanı üzerinde bulunmuştur. Hastaların sosyal anksiyete ve alt skorları ile hiçbir değişken arasında istatistiksel olarak bir ilişki saptanmadı ( $p>0,05$ ). Hastaların sigara kullanımına göre sosyal anksiyete ve alt skorları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak sigara kullanımına “hayır” cevabı verenler lehine kaygı skoru açısından fark bulunurken ( $p<0,05$ ); diğer değişkenler arasında anlamlı bir fark bulunmadı ( $p>0,05$ ). Hastaların yaşıyla kaybedilen kilo, eğitim durumu, Crohn Hastalık Aktivite İndeksi arasında negatif yönde düşük düzeyde istatistiksel olarak bir ilişki bulunurken ( $p<0,05$ ); hastaların yaşıyla sigara kullanım süresi (yıl) ve hastalık süresi (yıl) arasında pozitif yönde düşük düzeyde istatistiksel olarak bir ilişki bulundu ( $p<0,05$ ). Hastaların yaşıyla diğer değişkenler arasında bir ilişki bulunmadı ( $p>0,05$ ). Hastaların kaybedilen kilosuyla Crohn Hastalık Aktivite İndeksi arasında negatif yönde düşük düzeyde istatistiksel olarak bir ilişki bulunurken ( $p<0,05$ ); hastaların kaybedilen kilosuyla diğer değişkenler arasında bir ilişki bulunmadı ( $p>0,05$ ). Hastaların sigara kullanım süresiyle hastalık süresi arasında pozitif yönde orta düzeyde istatistiksel olarak bir ilişki bulunurken ( $p<0,05$ ); hastaların sigara kullanım süresiyle diğer değişkenler arasında bir ilişki bulunmadı ( $p>0,05$ ). Hastaların eğitim durumuyla gelir durumu arasında pozitif yönde

## PDF Eraser Free

orta düzeyde; hastaların eğitim durumuyla Crohn Hastalık Aktivite İndeksi arasında pozitif yönde düşük düzeyde istatistiksel olarak bir ilişki bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Hastaların eğitim durumuyla diğer değişkenler arasında bir ilişki bulunmadı ( $p>0,05$ ).

**Sonuç:** İnflamatuvar barsak hastalığında sosyal anksiyete düzeyleri yüksek olarak bulunmuştur. Hastalık aktivitesi, sosyodemografik özellikler, eşlik eden komorbiditeler gibi faktörlerin sosyal anksiyete düzeyleri arasında klinik olarak anlamlı farklılıklar görülmesine rağmen istatistiksel olarak fark anlamlı bulunmamıştır. Bu konuda örneklem büyüklüğü artırılarak daha çok sayıda çalışma yapılabilir.

**Anahtar Kelimeler:** İnflamatuvar Barsak Hastalığı, Crohn, Ülseratif Kolit, Sosyal Anksiyete

## ABSTRACT

**Introduction and Purpose:** Inflammatory bowel disease is a chronic disease with the most common symptoms including abdominal pain, diarrhea, hematochezia, bloating. Inflammatory bowel disease may result with multiple complications and severely restrict the patient's social life. There's no literature exist on a study which evaluates the social anxiety disorder in Inflammatory bowel disease. The present study was conducted to determine the level of social anxiety disorder in inflammatory bowel patients and to investigate the relation with disease activity.

**Material and Methods:** Liebowitz Social Anxiety Scale was applied to 160 patients having the diagnosis of inflammatory bowel disease and aged between 18-65 years old. All participants were literate and informed consent form was obtained for the study. In order to determine disease activity, Crohn's Disease Activity Index was used for patients with crohn's disease, whereas Mayo Score was preferred for ulcerative colitis disease.

**Results:** The anxiety score of the patients was found to be  $44.98 \pm 13.34$ , avoiding  $44.81 \pm 13.71$ , and the total anxiety score as  $89.78 \pm 26.82$ , above the cut-off score. There was no statistically significant relationship was found between the social anxiety scores of the patients and any variables ( $p > 0.05$ ). When the social anxiety sub-scale scores of the patients were compared according to smoking behavior, statistically significant difference was reported in terms of anxiety score in favor of those who are non-smokers ( $p < 0.05$ ). While the age of patients were shown to have negative low-level statistically relationship between weight loss, educational status of patients and Crohn's Disease Activity Index ( $p < 0.05$ ), a positive and low statistically significant correlation was found between the age of the patients and the duration of smoking (years) and the duration of the disease (years) ( $p < 0.05$ ). Any relationship was found between the age of the patients and other variables ( $p > 0.05$ ). Crohn's Disease Activity Index was found to be related with patients' weight loss ( $p < 0.05$ ) and their educational level ( $p < 0.05$ ). Moderate level positive correlation was detected between smoking year and the duration of the disease ( $p < 0.05$ ).

**Conclusion:** Social anxiety levels have been found to be high in inflammatory bowel disease. Although clinically significant differences were observed between

## PDF Eraser Free

social anxiety levels of inflammatory bowel disease and disease activity, sociodemographic characteristics, accompanying comorbidities, they were not found to be statistically significant. More studies can be conducted on this subject by increasing the sample size.

**Keywords:** Inflammatory Bowel Disease, Crohn's Disease, Ulcerative Colitis, Social Anxiety



## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

İnflamatuvar Barsak Hastalıkları (İBH); Crohn Hastalığı (CH), Ülseratif Kolit (ÜK) ve İndetermine Kolit'i (İK) içeren, gastrointestinal kanalın kronik inflamatuvar hastalığıdır. İK; CH ve ÜK ayrımı yapılamayan durumlarda kullanılan tanımlamadır.

İnflamatuvar barsak hastalıkları hem şiddetli hastalık belirtileri göstermekte, hem de farklı psikososyal komorbiditelerle ilişki göstermektedir. İBH'nın sık görülen hastalık belirtileri; karın ağrısı, mukuslu/kanlı ishal ve halsizlik yanında, bağırsak hareketliliğinin artmış olması, tuvalete sık çıkma ve fekal inkontinans gibi belirtiler hastanın tuvalete yakın olma ihtiyacına sebep olmaktadır. Ek olarak hastalık sürecinde diyet kısıtlamaları, yaşam tarzı değişiklikleri gibi nedenler hastaların günlük yaşantılarını kısıtlamakta, sekteye uğratmaktadır.

Yapılan çalışmalarda hastalığın seyrinin kronik olması hastalık aktivitesinin her an artabileceği kaygısının olması ve ileriki zamanlarda cerrahi müdahale ihtimali hastada yoğun anksiyete duygusunun yaşanmasına neden olmaktadır. Hastaların gelecekle ilgili karamsar düşünce ve tutumları psikiyatrik hastalıklar açısından riskli bir sürece sokmaktadır. Literatür sonuçlarına göre de kronik hastalıklarda genel popülasyona göre daha çok anksiyete belirtileri görülmektedir.

Sosyal Anksiyete Bozukluğu (SAB); sosyal ortamlarda veya performans gerektiren durumlarda kişinin reddedileceği, olumsuz yargılanacağı veya değerlendirileceği ile ilgili yoğun endişesinin ve korkusunun olduğu bir anksiyete bozukluğudur. Korkulan durumlarda kendini eleştirme eğilimleri olan bu kişilerde kendine yönelik dikkati aşırı artmakta ve fiziksel belirtileri olmaktadır. Bu fiziksel belirtiler arasında en belirgin görülenler; çarpıntı, titreme, terleme, ağız kuruluğu, kasılmış hissetme, yüz kızarması, sıcak basması, baş ağrısı ve idrar-defekasyondur. Benlik saygısının düşük olması, sosyal ilişkilerde beceri eksikliği (göz teması kuramama veya az kurma gibi), eleştirilere karşı aşırı hassaslık, girişkenlik gerektiren durumlarda güçlük yaşanması sıklıkla tablonun bir parçası olmaktadır. Bu korku ve sonucunda oluşabilen kaçınma davranışları kişinin sosyal, iş ve özel yaşamında kısıtlılıklar meydana getirmektedir.

Çalışmamızda İBH'da hastalık belirtileri nedeniyle sosyal anksiyete düzeylerinin yüksek olacağını düşünüyoruz ve hekimlerin hastaları fiziksel

# PDF Eraser Free

semptomlar dışında, ruhsal olarak da belirli aralıklarla sosyal anksiyete ölçeği kullanarak sorgulamaları ve sosyal anksiyete düzeyi yüksek olan hastaların fiziksel tedavinin yanında ruhsal tedavilerine dikkat çekilmesini amaçlıyoruz.

Araştırma hipotezi:

H1.1: İnflamatuvar barsak hastalarında hastalık aktivitesinin sosyal anksiyete düzeyine etkisi vardır.

H1.2: Hastalık süresinin sosyal anksiyete düzeyi ile ilişkisi vardır.

H1.3: İnflamatuvar barsak hastalarında ülseratif kolit ve crohn hastalarının sosyal anksiyete düzeyleri farklılık göstermektedir.

H1.4: İnflamatuvar barsak hastalarında yaş,cinsiyet,eğitim durumu vb.faktörlerin sosyal anksiyete düzeyleriyle ilişkisi vardır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. İNFLAMATUAR BARSAK HASTALIKLARI

İnflamatuvar barsak hastalıkları; ÜK, CH ve İK'yı içeren, gastrointestinal kanalın kronik inflamatuvar hastalığıdır. İK; İBH olup CH ve ÜK ayrımı veya patolojik olarak İBH ve İBH dışı inflamasyon ayrımı yapılamayan durumlarda kullanılan tanımlamadır (1). Bu gruptaki hastalıklar alevlenme atakları ve remisyonlar ile seyreden, gastrointestinal sistemi tutan kronik hastalıklardır (2).

Crohn hastalığında, inflamasyon gastrointestinal sistemin herhangi bir bölümünü etkileyebilir; ÜK'da mukozal inflamasyon kolon tutulumu ile sınırlıdır (3). CH sıkça alevlenme ve remisyon atakları ile seyreden karın ağrısı, ateş kanlı veya mukuslu diyare, bağırsak tıkanıklığı ile giden kronik bir hastalıktır (4). ÜK'da hastalığın, bağırsaktaki tutulum yerine ve şiddetine göre kanlı-mukuslu diyare, urgency, tenesmus, karın ağrısı, ateş, halsizlik, kilo kaybı görülmektedir (5). ÜK'da CH de olduğu gibi alevlenme ve remisyon atakları ile seyreder.

#### 2.1.1. Epidemiyoloji

İnflamatuvar barsak hastalığında etiyoloji tam olarak anlaşılamasa da genetik olarak eğilimli bireylerde bir tetikleyiciye bağlı olarak kontrolsüz bağışıklık tepkisi görülmektedir (6). 1990-2017 yılları arasında dünya genelinde İBH hastalarının sayısının 3,7 milyondan, % 85,1 (79,5-89,9) artarak 6,8 milyona (6,4-7,3) yükseldiği belirtilmektedir (7).

Sistematik incelemelerden elde edilen kanıtlar Kuzey Amerika ve Avrupa'da azalan insidans, daha batılı hale gelen, yeni sanayileşmenin arttığı Asya, Güney Amerika, Afrika gibi ülkelerde artan insidansla, İBH'da değişen epidemiyolojiye işaret etmektedir (8).

Ülkemizde, Tozun ve ark. (2009) toplam 12 merkezin katılımı ve 877 İBH hastasının katılımıyla yaptıkları çalışmada, insidans ÜK vakalarını 4,4/100000, CH 2,2/100000 olarak belirtmektedir (9). Ozin ve ark. (2009), 702 İBH olgusunun epidemiyolojik verilerinin araştırıldığı bir çalışmada ÜK oranının (%72,2) CH'ye göre (27,8) daha sıklıkta bulunduğunu belirtmişlerdir (10).

1990-2017 yılları arasında 195 ülke ve bölgede yapılan çalışmalarda yaşa özgü prevalans oranı erkeklerde tepe 70-74 yaşlarında görülürken, kadınlarda 60-64 yaşlarında olduğu görülmüştür (8).

N.Tozun ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada İBH ülkemizde 20-30'lu yaşlar ve 50-70'li yaşlar arası iki pik olmak üzere bimodal dağılım göstermiştir (9). Ozin ve ark. (2009) yaptığı çalışmada ortalama tanı yaşı ÜK'da 46,2 ve CH'de 40 olarak bulunmuştur. Erkek / kadın oranı ÜK için 1,2 ve CH için 1,6 olarak bulunmuştur (10).

Ülkemizde yapılan diğer bir bölgesel çalışmada ÜK %50,9 ile erkek cinsiyette daha sık görülürken, CH %52,1 ile kadın cinsiyette daha sık görülmüştür. Yaşlara göre dağılımlara bakıldığında, ÜK 40-49 yaş aralığında %60 ile en sık görülürken, CH'nin ise 19-29 yaş aralığında %53,8 ve  $\geq 60$  yaşta %57,1 olmak üzere bimodal pik yaptığını belirtmişlerdir (11).

### 2.1.2. Etiyopatogenez

İnflamatuvar barsak hastalığı etiyolojisi tam anlaşılammış kronik hastalıktır. Son yıllarda yapılan çalışmalarda dış çevre, hastanın genetik yapısı, bağırsak mikrobiyal florası ve bağışıklık sisteminin tamamı kronik bağırsak iltihabının oluşumuna sebep olan faktörler olarak düşünülmektedir (12).

#### a) Çevre

İnflamatuvar barsak hastalığının başlangıçta Kuzey Amerika'da gözlemlendiği gibi sosyal ve ekonomik ilerleme ile ilişkili olduğu düşünülmüştür. (12). Hijyen hipotezi, gelişmiş ülkelerde İBH'nin artan insidans ve prevalansından sorumlu tutulurken, diğer otoimmün, kronik inflamatuvar hastalıklarda da ana teori olmaya devam etmektedir(13). Bu hipoteze göre yüksek mikrobiyal maruziyete sahip kirli yaşam tarzından, daha güvenli su ve yiyecek, daha az enfeksiyon, yaygın antibiyotik kullanımı, aşı kullanımı, düşük mikrobiyal maruziyet, temiz bir yaşam tarzına geçen popülasyonlarda hijyen ve sanitasyon da büyük bir iyileşme gözlemlenmektedir (12). Bu teori ayrıca enfeksiyon hastalıklarının yaşamın erken dönemlerinde giderek azalmasının; daha az uyarılmış bağışıklık sistemi CH ve ÜK dahil olmak üzere alerjik, otoimmün ve kronik inflamatuvar hastalıklarda paralel bir artışa yol açtığını öne sürmektedir. Yaşamın ilerleyen dönemlerinde daha az etkene maruz kalmış ve daha az uyarılmış bağışıklık sistemi, hastanın kendi bağırsak bakterileri gibi yaygın ajanlara

uygun şekilde yanıt verememekte ve etkisiz daha uzun inflamatuvar yanıt oluşturmaktadır (14). Kanada vaka kontrol çalışmasında kentte yaşamak, pastörize süt tüketimi, aile öyküsü, sigara öyküsü, CH için risk faktörü olduğu belirtilmektedir. Aynı çalışmada ÜK hastalarında bu risk faktörleriyle daha az ilişki ifade edilmektedir (15). Bu çalışma hijyen hipotezini destekleyen bir çalışmadır.

İnflamatuvar barsak hastalığı için risk faktörleri arasında sigara kullanımı, diyet, ilaçlar (oral kontraseptifler, nonsteroid antiinflamatuvarlar) coğrafya, sosyal durum, stres, bağırsak florası, geçirilen gastroenterit, apendektomi sayılabilir (16). Yakın zamanda yapılan bir meta-analizde sigara; İBH riski veya modülasyonu için en güçlü çevresel faktör olarak belirtilmektedir. Sigara CH için predispoze , ÜK için koruyucu faktör olarak gözlemlenmektedir (17).

Japonya'dan çok merkezli bir vaka kontrol çalışması, İBH patogenezinde diyet faktörlerinin potansiyel önemini yinelemektedir. Özellikle bu çalışma; şeker-tatlandırıcı, yağ, balık ve kabuklu deniz ürünleri tüketimi CH riski ile pozitif yönde ilişkiliyken, daha yüksek şeker tüketimi ÜK riski ile pozitif olarak ilişkide bulunmuştur. İlginç bir şekilde; c vitamini alımı ÜK riski ile negatif yönde ilişkiliyken, tekli ve çoklu doymamış yağ asitleri, E vitamini ve n-3 ve n-6 yağ asitleri CH ile pozitif yönde ilişkili olduğu ifade edilmektedir (18).

Geçirilen bağırsak enfeksiyonlarının; CH için bazı çalışmalarda artma, bazı çalışmalarda azalma riski oluşturduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır.

### **b) Genetik**

İnflamatuvar barsak hastalığı kalıtımı henüz tam olarak açıklığa kavuşmamıştır. Aile öyküsü en önemli risk faktörüdür (19). Bu konuda yapılan ikiz çalışmaları bize en iyi bilgiyi sağlamakta; İBH'ya sahip kardeşi olan çocukta 26 kat artmış CH risk gözlemlenmiştir, ÜK için bu durum 9 kat olarak gözlemlenmiştir (20)

Yıl 2001'de CH için duyarlılık oluşturan 2 nükleotid içeren NOD2 gen alanı keşfedilmiştir. Bu gen monositlerdeki hücre içi reseptör görevi gören bir proteini kodlamakta ve nükleer faktör kabba b aktivasyonuna yol açan sinyalleri dönüştürmektedir. NOD 2 muramil dipeptid ile aktivasyonu dendritik hücrelerde otofajiye neden olmaktadır. NOD2 geninde duyarlılık varyantlarına sahip CH hastalarında, dendritik hücrelerde otofaji indüksiyonu yetersiz olduğu görülmüştür (21).

Genetik analizlerde, otofaji için IRGM VE ATG16L1 genleri belirlenmiştir. IRGM VE ATG16L1 polimorfizmlerinin CH riskinde artış sağladığı görülmüştür. Genetik varyantlar hastalığın patogenezinde doğuştan gelen bağışıklığın önemini göstermektedir (19).

Otoimmün hastalıklarla ilişkili IL23R ve PTPN2 gibi genler CH patogenezinin başka yönünü düşündürmektedir (19).

Yapılan çalışmalar İBH patogenezinde, genetik faktörlerin önemli olduğunu göstermekte ve tanımlanan genetik faktörlerin hastalık varyansının sadece küçük kısmını oluşturduğu düşünülmektedir. İBH kalıtımının sadece %20-25 ini keşfedilebilen duyarlılık lokusları ve genetik risk faktörleri oluşturmaktadır (22,23)

### **c) Mikrobiyal Faktör**

Bağırsak mikrobiyotası genelde yaşamın ilk iki haftasında oluşur ve büyük oranda aynı kalır. Bağırsak mikrobiyotasının %20-30 kadarı kültüre edilebilse de, mikrobiyomdaki değişikliklerle İBH arasında ilişki kurulmuştur (24). Pek çok çalışma da İBH hastalarının inflamasyonlu ve inflamasyonsuz bağırsak segmentlerinin floraları incelenmiş olup İBH hastalarında azalmış mikrobiyal çeşitlilik görülmüştür (25).

Normal bağırsak florasının çoğunu Firmicutes ve Bacteroidetes oluşturur ve epitelyal metabolik substratların üretimine katkıda bulunur. Buna karşılık CH'de Firmicutes, Bacteroidetes kaybı ve aşırı Enterobacter sp. çoğalması, ÜK'de Clostridium spp. ve Escherichia coli artışı bildirilmiştir (26).

Normal kolonda, dış kısımda mikrobiyatanın gelişmesi için gevşek bir mukus tabakası, iç kısımda steril sıkı bağlı bir mukus tabakası mevcuttur. İBH'de özellikle CH'de kolonik mukus tabakası ile ilişkili bakterilerde belirgin artış vardır (27,28). Hem ileum hem de kolonda mukozayla ilişkili E. coli'de artış olduğuna dair güçlü kanıtlar vardır ve bunların CH'deki granülomlar içindeki varlığı patojenik rolü olduğunu göstermektedir (29).

### **d) Bağışıklık Sistemi**

İnflamatuvar barsak hastalığı patogeneziyle ilgili yapılan çalışmalarda mukozal immünite özellikle T- hücre yanıtı ile ilişkisi bulunmuştur. Mevcut kanıtlar da İBH'lı hastalarda doğal ve adaptif bağışıklık yollarındaki işlev bozukluğu nedeniyle anormal intestinal inflamasyon tepkisi olmaktadır (30). Son zamanlarda inflamasyon nedenini araştıran çalışmalar adaptif immünite üzerinde odaklanmış ve CH'de T

helper 1 (Th) yanıtı üzerinden ÜK'de Th2 üzerinden inflamasyon yollarının ilerlediği gözlemlenmiştir (31,32). Yeni çalışmalarda Th17 hücreleri de İBH inflamasyon yolağında rol oynamaktadır (33).

### e) Doğal İmmünite

Doğal bağışıklık, patojenlere karşı ilk savunma hattımızı oluşturur. Bu bağışıklık formu, hücre yüzeyindeki Toll Like Reseptörler (TLR) ve sitoplazmada NOD reseptörlerinin aracılık ettiği mikrobiyal antijenlerin tanınmasıyla başlatılır (34). Son araştırmalarda doğuştan gelen bağışıklığa aracılık eden hücrelerin ve hem TLR'lerin hem de NOD proteinlerinin ekspresyonunun ve işlevinin İBH'li bireylerde önemli ölçüde değiştiği belirtilmektedir (30).

Yapılan bir çalışmada travmaya yanıt olarak mukozal nötrofil birikiminin ve interlökin-1 $\beta$  (IL), IL-8 üretiminin CH hastalarında seçici olarak azaldığını, ancak ÜK hastalarında azalmadığını göstermektedir (35). Genom çalışmaları CH ile ilişkilendirilen NOD2 mutasyonunun lipopolisakkarit yanıtı konusunda defektli olduğunu ve yetersiz yanıt oluşturduğunu, oluşan defektin İBH yatkınlığı oluşturduğu göstermektedir (36). Bu yetersiz yanıt, antibakteriyel ajan üretiminin azalmasına ve patojenik mikrobiyal invazyona neden olabilmektedir (37). Diğer çalışmalarda, NOD2'nin işlev kaybının, TLR2 stimülasyonunun inhibisyonunun olmamasına neden olabileceğini, bu da inflamatuvar yolların aktivasyonuna ve aşırı Th-1 yanıtlarına yol açabileceğini düşündürmektedir (38). Ayrıca NOD2, bağışıklık toleransına da katkıda bulunmakta ve bu özelliğin NOD2 mutasyonu olan hastaların hücrelerinde bozulduğu belirtilmektedir (39). IL23R polimorfizmleri hem CH hem de ÜK ile ilişkilendirilmiştir, bu da IL-23'ün kronik bağırsak iltihabında paylaşılan bir inflamatuvar molekölü temsil edebileceğini düşündürmektedir. Son araştırmalar, IL-23'ün Th17 hücreleri üzerindeki aktivitesinin yanı sıra, doğuştan gelen bağışıklık sisteminin hücreleri üzerinde de etkili olabileceğini göstermektedir.

İnflamatuvar barsak hastalarında uzun süredir defektif epitel bariyer ve artmış intestinal permeabilite gözlemlenmektedir (40). Epitel hücreleri, bakterilere karşı fiziksel bir bariyer oluşturmanın yanı sıra, bir dizi antimikrobiyal peptit salgılayabilmekte ve bu durumun CH hastalarında antimikrobiyal peptitlerin hatalı ekspresyonuna neden olduğu bildirilmektedir (41).

## Adaptif İmmünite

Anormal bir Th1 bağışıklık tepkisinin, CH'de bağırsak iltihabına neden olduğu düşünölmektedir ve CH hastalarından alınan mukozal T hücrelerinin, ÜK hastalarından veya kontrollerden alınan T hücrelerinden daha yüksek miktarlarda IL-2 ve interferon (IFN) gama ürettiği belirtilmektedir (42). Ayrıca ÜK'da atipik natural killer hücrelerinin, kontroller veya CH'den daha yüksek miktarlarda Th2, IL-13 salgıladığı gösterilmiştir (43,44). İn vitro kültürlenem hem ÜK hem de CH biyopsileri yüksek ve karşılaştırılabilir miktarda IFN-γ salgılar. Yapılan çalışmalarda kültürlenem bağırsak biyopsilerinin süpernatantlarındaki IL-13 seviyelerinin, IFN konsantrasyonundan daha düşük olduğu ve konsantrasyonların CH, ÜK ve kontrol grupları arasında karşılaştırılabilir olduğu da gözlenmiştir (45).

Bernardo ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada, IL-6'nın baskın olduğu karışık bir sitokin profilinin varlığını ve in vitro olarak kültürlenem ÜK biyopsilerinin süpernatantlarında IL-13'ün yokluğunu tanımlanmıştır (46). Th17 hücreleri, IL-21'in önemli bir kaynağıdır ve inflame bağırsak hücrelerinde artmış seviyeleri artmış IL-21 seviyeleri görölmektedir (47,48). Bu veriler CH ve ÜK'deki Th1/Th2 paradigmasını yeniden gözden geçirmeye yönlendirmektedir (49).

### 2.1.3. Klinik

Ülseratif kolitte kolon tutulum yerine göre proktit, proktosigmoidit ve pankolit olarak sınıflandırabilmektedir. Nadir olarak görölen terminal ileumda inflamasyon görölmesi 'backwash ileitis' olarak adlandırılmakta ve bu durumda CH ile ayrımı zorlaşabilmektedir. Proktit ÜK'nin en hafif klinik formudur ve hastaların yaklaşık %25-%30'unda görölmektedir. Proktit hastalarında sistematik semptom görölmesi beklenmemekte, ancak cilt ve eklem semptomları görölebilmektedir (50). Ülseratif proktit hastaları kanlı, mukuslu dışkılama ve tenezmden şikayetçi olmaktadır. Hastalık çoğunlukla rektumla sınırlı kalmakta, ancak hastaların %10-%40'ında inflamasyon proksimale ilerlemekte ve hastaların yaklaşık %20'si kolektomiye gitmektedirler (51).

Proktosigmoidit (sol taraflı kolit); ÜK hastalarının %40'ını oluşturmaktadır. Hastalarda sol alt kadran ağrısı diğer klinik tutulumlardan daha fazla görölmektedir. Bunun yanında tenesmus, acil tuvalet ihtiyacı, rektal kanama, kabızlık veya ishal hastalarda sıkça görölen diğer yakınmalardır. Pankolit de tüm kolon tutulumu söz

konusudur. Kolonun emilim görevinin zayıflaması nedeniyle hastalar da sıkça ishal, kanama, acil tuvalet ihtiyacı ve tenesmus belirtileri görülmektedir (50). Hastaların karın ağrısı, kilo kaybı yaşamaları olasıdır, ayrıca ekstraintestinal semptomlar ve kansızlık da hastalığın yandaş bulgularıdır (52). Pankolit hastalarında daha çok görülen toksik megakolon hastalarda ateş, halsizlik, ağır kramplar, karın ağrısı, karında hassasiyet ile kendini gösteren ÜK'nin en ağır klinik durumudur (50).

Crohn hastalığı, sindirim sisteminin fokal, asimetric, transmural tutulumla seyreden ağızdan anüse kadar her yerini tutabilen inflamatuvar hastalıdır. CH'de, %40-%55 oranında ileoçekal tutulum gözlenirken, %30-%40 oranında anorektal hastalık; anal fissür, fistül ile periproktit, %25-%30 oranda yalnızca ince barsak tutulumu, %20-%25 oranda yalnızca kolon tutulumu, %11-%20 oranda rektum tutulumu, %3-%5 oranında özofagus ve mide tutulumu gözlenmektedir (53). ÜK'de diffüz devamlılık gösteren yüzeysel mukozal tutulum görülürken, CH'de fokal transmural skip tutulum söz konusudur. CH gastrointestinal sistemin herhangi bir yerini tutabileceğinden semptomlar ÜK'de görülenden çok farklı ve çeşitli olabilmektedir. Bu bulgular inflamasyonun yaygınlığı, yeri ve ağırlığına göre değişebilmektedir. Bu hastalıkta tam kat tutulum nedeniyle fistül ve striktür gibi bağırsak komplikasyonları sık görülmektedir. (50) Crohn hastaları genellikle polikliniklere kronik hastalık şikayetleri ile başvururlar. Bunun yanında akut şikayetler de şiddetli karın ağrısı, bağırsak tıkanıklığı ya da kanama gibi başvuru sebebi olabilir. CH'de tanı sırasında en sık görülen şikayetler ağrı, kilo kaybı ve kronik ishaldir. CH'de karın ağrısının sık görülmesinin nedeni seroza ve peritonda yerleşik ağrı reseptörlerinin uyarılmasıdır (54). Bağırsaklarda inflamasyona sekonder tam veya kısmi darlık görülme ihtimali yüksektir ve tıkanıklığa bağlı bulantı kusma da bu hastalarda görülebilmektedir. Hastalığın başlangıç şekli, hastanın şikayetleri; tutulum yerine, yaygınlığına, şiddetine, hastalığın bağırsak ve bağırsak dışı komplikasyonlarına bağlı olmaktadır (55). ÜK cerrahi olarak kolon rezeksiyonu ile küre kavuşma şansına sahipken CH hastalarında cerrahi rezeksiyon yerinde ve diğer alanlarda hastalık tekrarlama eğilimindedir (56).

İnflamatuvar barsak hastalığı sırasında veya gastrointestinal semptomların başlamasından önce ekstraintestinal semptomlar görülebilmektedir (57). İBH'de görülen ekstraintestinal bulgular kas iskelet sisteminde; periferik ve aksiyel artropati

dermatolojik; eritema nodozum, aftöz ülser, pyedorma gangrenozum, sweet sendromu oküler; üveit, episklerit hepatobilier; kolelitiyazis, primer sklerozan kolanjit, portal ven trombozu pulmoner; bronşektazi, kronik bronşit renal; nefrolitiyazis, obstruktif üropati, fistulizasyondur (57). Çocuk ve adolesan İBH hastalarında büyüme gelişme ve sekonder seks karakterlerinde gerilik psikososyal sorunlar karşımıza çıkmaktadır (58).

### **Hastalık Aktivite İndeksleri**

İnflamatuvar barsak hastalığında, hastalık aktivitesinin objektif olarak değerlendirilebilmesi için çok sayıda hastalığa özgü ölçümler ve parametreler geliştirilmeye çalışılmıştır. İBH hastalık şiddetini sınıflandırmak için Laurent ve ark. çalışmasında 3 alana göre gruplandırma önerilmektedir. Bu alan hastalığın hasta üzerindeki etkisi, hastalık yükü ve hastalık seyridir. Hastalığın hasta üzerindeki etkisi (klinik semptomlar, yaşam kalitesi, halsizlik ve engellilik) ölçülebilir enflamatuvar yük (C-reaktif protein, mukozal lezyonlar, üst gastrointestinal tutulum ve hastalık kapsamı) ve hastalık seyri (yapısal hasar, bağırsak rezeksiyonu öyküsü, perianal hastalık, alevlenme sayısı ve ekstraintestinal belirtiler) (59). İBH klinik aktivitesinin değerlendirilmesi, klinisyenin tanısal testleri seçmesine ve terapötik kararlar vermesine yardımcı olur.

Ülseratif kolit için geliştirilen aktivite indekslerinden en çok kullanılanları Mayo indeksi, Seo Klinik Aktivite indeksi, Rachmilewitz Klinik ve Endoskopik İndeksi, Truelove Witts Kriterleridir. Bu indeksler de benzer olarak dışkılama sayısı, rektal kanama varlığı, hastanın fonksiyonel değerlendirilmesi gibi ölçütlere göre sınıflama yapılmaktadır. ÜK hafif şiddette hastalıkta aralıklı rektal kanama ile mukusun eşlik ettiği günde en fazla 4 olmak üzere hafif ishal görülmektedir (60). Hafif kramplar tenesmus ve kabızlık dönemleri görülebilmekte ateş, kilo kaybı, şiddetli karın ağrıları görülmesi beklenmemektedir. Orta şiddette hastalıkta kanlı dışkı sayısını 4-6 arası görülmektedir. Minimal toksisite belirtileri görülmektedir. Hafif ateş, artmış karın ağrısı ve kan tranfüzyonu gerektirmeyen anemi yine orta şiddette hastalıkta görülmesi beklenmektedir. Ağır şiddetli hastalıkta günde 6'dan fazla dışkılama ve ateş, taşikardi gibi toksisite belirtileri görülmektedir. En şiddetli form olan fulminan kolitte ise 39,5 ulaşan ateş, kan transfüzyonu gerektiren anemi, ciddi karın ağrısı ve günde 10'u geçen kanlı dışkılama görülmektedir (60).

Crohn hastalığı için CHAI ve Harvey Bradshaw İndeksi olmak üzere aktivite indeksleri kullanılmaktadır. Bu indekslerde hastanın genel iyilik hali, karın ağrısı, dışkılama sayısı, komplikasyon varlığı gibi ölçütlere göre sınıflamalar yapılmaktadır. CH da remisyon; semptomsuz ya da inflamatuvar komplikasyonları olmayan hastalar için kullanılan tanımlamadır. Tedavi yanıtı iyi ya da cerrahi uygulanmış rezidü hastalık bulgusu kalmamış hastaları da kapsayan bir tanımlamadır. Hastalık steroid kullanımıyla birlikte iyi haldeyse bu durum remisyon olarak değerlendirilmemektedir. CH, hafif-orta şiddette hastalık; oral alımı iyi dehidratasyon bulguları olmayan, toksisite (yüksek ateş, titreme, takatsizlik) belirtileri göstermeyen, karında hassasiyet olmayan, obstrüksiyon, ağırlı kitle bulunmayan kilo kaybı %10 altında olan hastaları kapsamaktadır. Orta-ciddi şiddette hastalık; birinci basamak tedaviye yani hafif-orta şiddette hastalık da verilen tedaviye cevap vermeyen hastalardır. Belirgin anemi, ateş, %10 üzeri kilo kaybı, karın da hassasiyet veya ağrı, aralıklı bulantı-kusma şikayetleri olan hastalardır. Ciddi-fulminan şiddette hastalık, yoğun tedaviye rağmen cevap yoktur. Kaşeksi, yüksek ateş, şiddetli kusma, periton iritasyon bulguları, obstrüksiyon ve abse bulunan hastalardır (61).

### 2.1.4. Tanı

İnflamatuvar barsak hastalığında tanı, anamnez, fizik muayeneyi takip eden biyokimyasal testler, dışkı testleri, endoskopik ve histopatolojik değerlendirme ile kombine edilerek belirlenmektedir. Radyografik yöntemler hastalığın seyri sırasında daha çok kullanılmaktadır. İBH tanısında altın standart yöntem, kolonoskopi ve histopatolojik incelemedir (62).

**2.1.4.1. Labarotuar bulguları:** Ülseratif kolit ve CH'de kronik hastalık anemisi, demir, B12, folik asit, D vitamini eksikliği sık karşılaşılan bir durumdur. Bunun sebebi, hastalık sebepli kan kaybına bağlı olabildiği gibi, hastalık seyri sırasında ortaya çıkan komplikasyonlar veya geçirilen cerrahi sonrası oluşan malabsorbsiyon, uzun süreli immüsupresif kullanımına sekonder kemik iliği supresyonuna bağlı oluşabilmektedir.

Hastalığın aktive olduğu dönemlerde hasta takibinde biyokimyasal testler ve akut faz reaktanları önemli rol oynamaktadır. Hastalığın başlangıç zamanında

enfeksiyöz etkenleri ayırt edebilmek için gayta mikroskopisi ve gayta kültürü yapılması gerekmektedir.

*Anti-Saccharomyces cerevisiae*, CH hastalarında %40-%70 oranında pozitif görülürken, ÜK'de sadece %5-%15'inde pozitiflik saptanmaktadır. ÜK hastalarında peri-nükleer anti-nötrofil stoplazmik antikor %40-%80 oranında pozitif görülürken, CH'de %2-%20 oranında pozitiflik tespit edilebilmektedir (63).

**2.1.4.2. Radyolojik yöntemler:** İnflamatuvar barsak hastalığı görülebilecek komplikasyonlardan olan toksik megakolon, ileus ve perforasyon açısından karın ağrılarında Ayakta Direkt Batın Grafisi (ADBG) ilk istenecek tetkik olmalıdır. ADBG de hava sıvı seviyesi varlığında ileus, diyafram altı serbest hava da perforasyon, transfer kolon çapı 6 cm den fazlaysa toksik megakolon düşündürmelidir (63). Abse, fistül ve sinüs yollarının duvar kalınlaşması saptanmasında BT bulguları yardımcı olabilmektedir.

Baryumlu grafi de erken dönemde ÜK'de mukozal ülser, CH'de aftöz ülser çevresi baryum birikintileri görülebilmektedir. Hastalığın ilerleyen döneminde, barsak segmentinde oluşan kısılma, daralma, haustrasyon kaybını ve polipoid yapıları göstermektedir. İBH'da hastalığa sekonder gelişen komplikasyonların araştırılmasında Manyetik Rezonans popüler hale gelmektedir. Farklı yoğunluktaki dokuları çok iyi seçebilmektedir. Aktif inflamasyonun fibrozisten ayrımını iyi yapmaktadır. Lenfadenopati, fistül ve apse gibi diğer patolojik oluşumların tespitinde Manyetik Rezonans Enterografi tercih edilmekte, hem intralüminal hem de ekstralüminal lezyonları erken dönemde tespiti çok güçlü bir şekilde olabilmektedir (64).

Ultrasonografi ince bağırsağın yanı sıra kolonun iltihaplı bölgelerini yüksek hassasiyetiyle tespit edebilmektedir. Bu inflamasyon teşhisini, bağırsak duvarı çapı ve kan akışının değerlendirilmesine dayanarak yapmaktadır. Ayrıca büyümüş lenf düğümleri, apseler, darlıklar ve hatta fistüller gibi patolojik bulgular sonografi ile tespit edilebilmektedir (65).

**2.1.4.3. Endoskopik ve histopatolojik yöntemler:** İnflamatuvar barsak hastalığı endoskopi tanı ve tedavi amaçlı kullanılmaktadır. Hastalığın tanısı, hastalığın aktivite durumu, diğer hastalıklardan ayrımı, hastalığın yaygınlığı

değerlendirilebilmektedir. Aynı zamanda endoskopi işlemi darlıkların açılması ve şüpheli dokulardan örnek alınabilmesine de olanak sağlamaktadır.

Ülseratif kolitte endoskopide, tipik olarak mukozada ödem, eritem, erozyon, ülser vaskülarizasyonun kaybolması, spontane kanamaya eğilim görülmektedir. Ayrıca kronik hastalarda mukozadaki granülasyon dokusunun iyileşirken, psödopolip denilen yapıları oluşmaktadır. Hastalık rektum bölgesinde proksimale ilerleyen aralıksız bir inflamasyona sebep olur. CH'de çok sayıda görülen aftöz ülserler aralarındaki mukoza sağlamdır ve nodüler mukozanın lineer ülserle kesildiği bu görüntüye 'kaldırım taşı manzarası' denir. CH'de diffüz yaygın inflamasyon yoktur arada sağlam dokuların görüldüğü skip lezyonlar mevcuttur. ÜK'daki gibi mukoza da eritem, ödem ve granülirite pek görülmemektedir (50). CH ve ÜK ayrımı yapabilmek için çekum ve terminal ileumu içine alan kolonoskopi yapmak en iyi yoldur (66).

Kapsül endoskopi, ince bağırsakta standart endoskopi ile ulaşamayan bölgelere ulaşmak için kullanılan yeni yöntemlerdendir. Enterografi veya ince bağırsak enteroklizisi gibi yöntemler hastalığın takibi sırasında kullanılan yeni konvansiyonel yöntemlerdir (65).

Histopatolojik olarak ÜK'da goblet hücrelerinden azalmış mukus üretimi veya kaybı, kript apsesi ve bozulmuş kript yapısı görülmektedir. Ancak bu durum kronik CH kolitinde de görülebilmektedir. CH'de kolonik goblet hücreleri genellikle sağlamdır (65). CH için granülom görünümü tipiktir. Ancak rezeksiyon örneğinde vakaların sadece %40-%60'ında granülom saptanmaktadır. Bu durum biyopsi örneklerinde çok daha az sıklıkta %15-%36 görülmektedir (67).

### 2.1.5. Komplikasyonlar

Ülseratif kolitte en sık görülen komplikasyon toksik megakolondur. Genellikle ağır pankolitli hastalarda gelişmektedir. Lavman, kolonoskopi, baryum grafi sırasında gelişebileceği gibi potasyum kaybı, antikolinergik, narkotik analjezik, antidiyaretik kullanımı (müsküler aktiviteyi azaltır) gibi nedenlerle de gelişebilmektedir. Spontan olarak da gelişebileceği belirtilmektedir. Hastaların %60-%70'i tıbbi tedavi ile düzelebilirken, diğer hastalarda acil kolektomi gerekebilir (69). Masif kanama çok nadir görülen bir komplikasyondur ve acil kolektomi gerektirmektedir. Perforasyon en korkulan komplikasyondur ve nadir olarak karşılaşılr. Mortalitesi % 15'dir (68).

ÜK'da CH kadar sık darlık görülmez. Pankolitli hastalar da daha sık olmak üzere hastalık süresi 8-10 yılı aştıktan sonra adenokarsinom görülme riski artmaktadır. Risk her yıl için %1-%2 artış göstermektedir. Hastalığın aktif olmayan döneminde (aktif dönemde displazi benzeri değişiklikler görülebilir) 1-2 yıl aralarla farklı seviyelerden çok sayıda biyopsi alınarak displazi varlığı araştırılmalıdır. Displazi saptandığında gerekirse kolektomi kararı verilmektedir (69).

Crohn hastalığında komplikasyon görülme olasılığı ÜK'dan daha fazladır. CH'de sık karşılaşılan yaklaşık hastaların üçte birinde görülen komplikasyon fistüllerdir. CH'de görülen fistüller genellikle enteroenterik ve enterokütandır. Daha nadir olarak gastrokolik, vezikorektal, rektovezikal, rektovajinal fistüller de görülebilmektedir. Fistül tedavisinde immünomodülatörler ve total parenteral nütrisyon tedavisi etkili olmaktadır. Kesin tedavi yöntemi tutulan bağırsak segmentinin cerrahi rezeksiyonudur (70). CH'de tedavisi en zor komplikasyon hastalarının çoğunda görülen perianal hastalıklardır. Anal kanal çevresinde oluşan ülserler çoğunlukla fistüllere dönüşmektedir. Perianal abse bu fistüllerin kendiliğinden drene olmaması sonucu oluşur. Perianal hastalıkların tedavisinde amaç, sfinkteri koruyarak fekal inkontinansı önlemektir (70,71). CH'de darlıklarla daha sık karşılaşırız ve darlığa bağlı obstrüksiyon görülme oranı %20-30'dur. Bu darlıkların nedeni hastalığın erken döneminde mukozal kalınlaşma, ödem, müsküler hiperplazi ve spazm nedeniyle oluşabildiği gibi uzun yıllardır devam eden inflamasyon sonucuna sekonder gelişen skar dokusuna bağlı olarak da ortaya çıkabilmektedir. Obstrüksiyon CH'de en sık cerrahi tedavi gerektiren komplikasyondur (72). CH kolon tutulumunda toksik megakolon çok nadir gözlemlenmiştir. Kanser riski ÜK'da görüldüğü gibi hastalık süresi arttıkça artış göstermektedir. Kolonun en az üçte birini içeren CH kolitli hastalar yüksek risk altındadır ve sürekli gözetim gerektirir (4). Kolonik hastalık varsa, Amerikan Gastroenteroloji Derneği mevcut kılavuzlarına göre teşhisten 8 yıl sonra taramanın başlatılması önerilmektedir (73).

### 2.1.6. Tedavi

İnflamatuvar barsak hastalarında tedavide amaç inflamasyonun azaltılması remisyonun sağlanması ve remisyonun idame ettirebilmesidir. Bunun için tedavide antiinflamatuvar antimikrobial, immünomodülatör, immünsupresif ve nutrisyonel

destekleyici ajanlar kullanılmaktadır. Tedavi planı oluşturulurken hastalığın süresi, aktivitesi, anatomik lokalizasyonu, hastanın daha önce uygulanan tedavileri ve hastanın bu tedavilere verdiği yanıt gözden geçirilmelidir.

**2.1.6.1. Ülseratif kolit tedavisi:** Ülseratif kolitte, hafif ile orta dereceli hastalık vakalarında, 5-aminosalisilatlar (5-ASA'lar) tercih edilen tedavidir. 5-ASA'lar ağızdan, makattan veya birlikte uygulanabilmektedir. Oral ve rektal 5-ASA kombinasyonu tedavide en etkili sonucu vermektedir (74). Semptomlar tedaviye rağmen devam ederse, kortikosteroidlerle remisyon indüklenebilir ve ardından hastalar steroid koruyucu ajanlara, tipik olarak bir tiyopürin veya bir antitümör nekroz faktöre (Anti-TNF) geçirilebilir (75). Orta ila şiddetli semptomlarla başvuran hastalar benzer şekilde, remisyonu sağlamak için kortikosteroidlerle tedavi edilebilmekte ve ardından remisyonu sürdürmek için bir tiyopürin uygulanmaktadır. Anti-TNF tedavileri, kortikosteroidlere karşı kontrendikasyonu olan hastalarda, oral kortikosteroid tedavisinin başarısız olduğu hastalarda, tiyopürin tedavisinin başarısız olduğu hastalarda veya tiyopürin yerine remisyonu indüklemek ve sürdürmek için kullanılabilir (76). Şiddetli fulminan kolitli hastalar, yakın izlem ve intravenöz (IV) steroid tedavisi için hastaneye yatırılmalıdır. Benzer şekilde, tedaviye rağmen orta ile şiddetli semptomları devam eden hastalar, oral prednizon tedavisi veya IV steroid denemesi için hastaneye yatırılmalıdır (77,78). Hastaneye yatırılan hastaların çoğu IV kortikosteroidlere yanıt vermektedir (79). Yanıt vermeyen hastaların üçte biri için seçenekler kurtarma tedavisi infliksimab, IV siklosporin veya ameliyattır (76).

Hafif ile orta şiddette hastalık için tipik başlangıç tedavisi 5-ASA'dır. 5-ASA preparatları (sülfasalazin, meselamin) fitil veya lavman şeklinde ağızdan veya topikal olarak uygulanabilmektedir. Hastalık sol kolon ile sınırlı olduğunda, lavman veya fitillerle topikal tedavi, vakaların% 90'ının üzerinde remisyon sağlamada ve remisyonu sürdürmede oldukça etkilidir (80). Daha yaygın hastalığı olan hastalarda, remisyonun indüksiyonu ve sürdürülmesi için oral 5-ASA kullanılmaktadır (81). Nadir <%5 vakalarda, hastalar 5-ASA'lara paradoksal bir reaksiyon geliştirebilir ve bu da ishal de artışa neden olabilmektedir. Bu gibi durumlarda ilacın kullanımına son verilmeli ve farklı sınıf ilaçlar kullanılmalıdır. 5-ASA'lar remisyonu devam ettiremezse veya hasta

steroid kullanımını azaltamazsa, tedaviye bir tiyopürin veya anti-TNF ajanını eklenmesi düşünülmelidir (72).

Steroidler remisyonu indüklemeye etkilidir, remisyonu idamesinde kullanılmaz. Hastalık proktit veya proktosigmoidit ile sınırlıysa, steroid lavmanlar semptomları iyileştirmede etkili olabilir (78). Hafif ila orta dereceli hastalık alevlenmelerinde, budesonidin kolonik salım formülasyonu yakın zamanda onaylanmıştır ve minimal sistemik absorpsiyon daha az yan etki ile ilişkilendirilmiştir (76).

Tiyopürinlerin; azatioprin sodyum, onun aktif metaboliti merkaptopürin remisyonu idamesinde kullanılmaktadır. Steroidler remisyonu sürdürmek için kullanılan tiyopürine köprü oluşturarak remisyonu indüksiyonunu sağlamaktadır. Hastada ilaca uyum sorunu varsa veya tedaviye yanıt vermiyorsa, toksik etki belirtileri görülüyorsa (düşük beyaz kan hücresi sayısı veya yüksek karaciğer testi sonuçları), tiyopürin metabolitleri değerlendirilebilir (82). Tiyopürinler, anti-TNF ilaç düzeyini artırmada ve antikor gelişme riskini azaltmada etkilidir (83).

Anti-tümör nekroz faktör ajanları remisyonu indüklemeye ve idamede tek başlarına veya tiyopürinlerle kombinasyon halinde etkilidir (76). Şu anda 3 anti-TNF ajanı olan infliksimab, adalimumab ve golimumab orta ile şiddetli ÜK'nin tedavisi için onaylanmıştır (84,85). Anti-TNF tedavisine başlamadan önce hastalar latent tüberküloz ve kronik hepatit B enfeksiyonunu dışlamak için teste tabi tutulmalıdır.

Vedolizumab standart tedavinin başarısız olduğu orta ila şiddetli ÜK'de kullanım için onaylanan ilk seçici adezyon molekülü inhibitörüdür (76). Orta ile şiddetli ÜK'da remisyonu indüklemeye ve sürdürmeye etkili olduğu bulunmuştur (86).

**2.1.6.2. Crohn tedavisi:** Crohn hastalığında tedavi genellikle hastanın risk profiline yani aktif inflamasyon ve dolayısıyla ortaya çıkan semptomları kontrol etme ve bunu sürdürme, hastalığın ciddiyetine lokalizasyonuna göre seçilir. Diğer bir amaç da striktür ve fistül gibi komplikasyonların oluşumunu önlemektir. CH'yi tedavi etmek için 5-ASA, antibiyotikler, kortikosteroidler, immünomodülatörler ve biyolojikler ajanlar kullanılır. Cerrahi girişimin; tıkaçıcı darlıklarda, süpüratif komplikasyonlarda yada medikal tedaviye dirençli hastalıklarda uygulanması önerilmektedir (70).

Hafif ila orta derecede aktif kolonik veya ileoklonik CH'de 5-ASA etkilidir, ancak izole ince bağırsak hastalığı olanlarda etkisi yoktur.5-ASA topikal preparatları ÜK'da remisyon indüksiyonu ve idamesinde kullanılmasına rağmen CH'de sınırlı fayda sağlamaktadır (70).

Kortikosteroidler orta ila şiddetli derecede aktivite gösteren CH'de belirti ve semptomlarını azaltmak ve remisyon indüksiyonu için kullanılır. Oral preparatlar hafif ila orta dereceli hastalıklar için kullanılabilir, sistemik kortikosteroidler ise orta ila şiddetli aktiviteli hastalıkta kullanılır. Hafif ,orta şiddetli CH'de terminal ileum ve sağ kolon tutulumlarında kontrollü salınan budesonid semptomlarının kısa süreli rahatlamaında etkili olabilir (70).

Geçmişte yaygın olarak kullanılmasına rağmen, antibiyotiklerin tedavide birincil rolü belirlenmemiştir. Metronidazol, siprofloksasin remisyonu indüklemeye plasebodan daha etkili değildir. Bağırsakta oluşan aşırı bakteriyel çoğalma veya batın içi abselerde antibiyotik tedavisi kullanılır (70).

Tiyopürin analogları (6-merkaptopürin ve azatiopürin) kortikosteroid tedavisine rağmen semptomatik kalan orta ila şiddetli CH hastalarında remisyon indüksiyonunda kullanılabilir. Merkaptopürin, onun ön ilacı olan azatiopürin ve immünmodülatör olan metotreksat CH'de etkili steroid koruyucu ajanlardır. Tiyopürin analoglarını kullanırken alerjik reaksiyonlar, pankreatit, miyelosupresyon, mide bulantısı, enfeksiyonlar, hepatotoksisite, melanom dışı deri kanseri ve lenfoma açısından dikkatli olunmalıdır. Yine aynı şekilde metotreksatta benzer yan etkiler görülürken ek olarak teratojenite gösterdiğinden etkili doğum kontrol yöntemleri kullanılmalıdır (70).

Anti-tümör nekroz faktör,tiyopürinlere veya metotreksata dirençli CH için verilmelidir (87). Tedavi yanıtı hızlıdır ve genellikle başladıktan 2 hafta sonra etki gösterir. Biyolojik ajanlardan olan adalimumab ve certolizumab pegol orta ila şiddetli CH'yi tedavi etmek için onaylanmıştır. Anti-TNF tedavisi için yüksek risk altında olan bireyler, daha önce demiyelinizan bozuklukları olan örneğin; optik nörit ve multiple skleroz olan hastaları içerir. Orta ila şiddetli aktiviteli hastalıkta kortikosteroidler, tiyopürinler, metotreksat veya anti-TNF ajanları ile tedaviye rağmen semptomları devam eden hastalarda anti-adezyon melokülleri olan vedolizumab, natalizumab kullanılır (70).

Hastalık semptomları kontrol edildikten sonra uzun süre remisyonda kalabilmek için beslenme konusunda da dikkatli olunmalıdır. Gaz, şişkinlik şikayetleri için süt ürünleri ve karbonhidrat alımı kısıtlanmalı malabsorbsiyon durumunda yağ alımı azaltılmalıdır. Özellikle CH’de hastalığın aktif veya alevlenme dönemlerinde ya da fistül, sitriktür, stenoz varlığında yüksek fiber içerikli gıda alımı kısıtlanmalıdır (88).

### 2.2. SOSYAL ANKSİYETE BOZUKLUĞU

Sosyal anksiyete bozukluğu; bireyin utanç duyacağı, gülünç duruma düşeceği ya da aşağılanacağı biçimde davranış göstereceğinden korkma durumu olarak tanımlanmıştır (89).

Marks ve Gelder ilk kez 1966 da sosyal fobiyi tanımlamıştır (90). 1980’de sosyal fobi tanımlaması ‘The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders’a’(DSM III) girmiştir (91). DSM-IV’te sosyal fobi tanımlamasına bireyin belirgin anksiyete belirtileri göstermesinden korkması koşulu eklenmiştir ve hastalığın adı ‘Sosyal Anksiyete Bozukluğu’ olarak revize edilmiştir (92).

#### **Sosyal anksiyete bozukluğunun DSM V’e (93) göre tanı kriterleri:**

- a) Kişinin, başkalarınca değerlendirilebilecek olduğu bir ya da birden çok toplumsal durumda belirgin bir korku ya da kaygı duyması. Örnekler arasında toplumsal etkileşimler (karşılıklı konuşma, tanımadık insanlarla karşılaşma), gözlenme (yemek yerken, birşeyler içerken) ve başkalarının önünde bir eylemi gerçekleştirme (topluluk önünde konuşma yapma) vardır.
- b) Kişi, olumsuz olarak değerlendirilebilecek biçimde davranmaktan ya da kaygı duyduğuna ilişkin belirtiler göstermekten korkar. (küçük düşeceği ya da utanç duyacağı gibi, başkalarınca dışlanacağı ya da başkalarının kırılmasına yol açacağı gibi)
- c) Söz konusu toplumsal durumlar, neredeyse her zaman, korku ya da kaygıya neden olur.
- d) Kişi söz konusu toplumsal durumlardan kaçınır ya da yoğun bir korku ya da kaygı ile bunlara katlanır.

## PDF Eraser Free

- e) Duyulan korku ya da kaygı, söz konusu toplumsal ortamlarda çekinilen duruma bakıldığında toplumsal-kültürel bağlamda orantısızdır.
- f) Korku, kaygı ya da kaçınma sürekli bir durumdur ve 6 ay ya da daha uzun sürer.
- g) Korku, kaygı ya da kaçınma klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili ya da diğer önemli alanlarda işlevsellikte azalmaya sebep olur.
- h) Korku, kaygı ya da kaçınma bir maddenin (kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojik etkilerine bağlanamaz.
- i) Korku, kaygı ya da kaçınma, panik bozukluk, beden algısı bozukluğu ya da otizm açılımı kapsamında bozukluk gibi başka bir ruhsal bozuklukla açıklanamaz.
- j) Sağlığı ilgilendiren başka bir durum varsa (parkinson hastalığı, şişmanlık, yanık ya da yaralanmadan kaynaklanan biçimsel bozukluk), korku, kaygı ya da kaçınma bu durumla açıkça ilişkisizdir yada aşırı düzeydedir.

**Varsa belirtiniz:** Yalnızca bir eylemi gerçekleştirme sırasında: Duyulan korku, toplum önünde konuşma ya da başka bir eylemi gerçekleştirme ile sınırlı ise.

**Sosyal anksiyete bozukluğunun International Classification of Disease'e (ICD) 11 (94) göre tanı kriterleri:**

- a) Sosyal etkileşimler (örneğin, sohbet etmek), gözlemlenmek (örneğin, yemek yemek veya içmek) veya başkalarının önünde sahne almak (örneğin, bir konuşma yapmak) gibi bir veya daha fazla sosyal durumda, sürekli olarak ortaya çıkan belirgin ve aşırı korku veya endişe ile karakterizedir.
- b) Birey, başkaları tarafından olumsuz olarak değerlendirilecek bir şekilde davranması veya endişe belirtileri göstermesi ile ilgilenir.
- c) Sosyal durumlardan sürekli olarak kaçınılmakta ya da yoğun korku veya endişe ile bu duruma katlanılmaktadır.
- d) Belirtiler en az birkaç ay devam etmelidir.
- e) Belirtiler kişisel, aile, sosyal, eğitimsel, mesleki veya diğer önemli işlev alanlarında önemli bir sıkıntı ile sonuçlanacak kadar şiddetlidir.

## 2.2.1. Epidemiyoloji

Sosyal anksiyete bozukluğu ile ilgili 1999-2009 yılları arasında yapılan 22 çalışmanın değerlendirildiği bir araştırma da ülkeler arası farklılık göstermekle birlikte yaşam boyu prevalans hızı %4,0-%13,7, 12 aylık prevalans hızı ise %1,3-%7,9 olarak bildirilmiştir. Aynı çalışmada sosyal anksiyete bozukluğu prevalansı 18 yaşın üstünde %0,4-%17,0, 18 yaşın altında %1,6 olarak raporlanmıştır.

Cinsiyete göre yaygınlık oranları erkeklerde %0,4-%10,0, kadınlarda %1,3-%17,2 arasında değiştiği gözlemlenmiştir. Değerlendirilen 22 çalışmada ortak olarak SAB'ın kadınlarda erkeklerden daha fazla olduğu gözlemlenmiştir (90).

Ülkemizde üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışma da sosyal anksiyetenin bir yıllık yaygınlığı %20,9, yaşam boyu yaygınlığı %21,7 olarak bulunmuştur (95). ABD'de yapılan bir çalışmada sosyal anksiyete bozukluğu başlama ortalama yaşı 13 olarak saptanmış, bireylerin %75'inde başlangıç 8-15 yaş arası bulunmuştur (96).

Uluslararası düzeyde farklı gelir seviyelerinden olan ülkelerde, 142 bini aşkın kişi ile yapılan bir çalışmada, sosyal anksiyete bozukluğu görülme sıklığı kadın cinsiyet, genç yaş, hiç evlenmemiş yada boşanmış olmak, düşük gelir seviyesi, öğrenim seviyesinin düşük olması gibi değişkenlerle ilişkili olduğu bulunmuştur (97).

## 2.2.2. Klinik

Sosyal anksiyete bozukluğuna sahip bireylerde toplum içinde olma, konuşma, sunum yapma, yemek yeme, yeni insanlarla tanışma, eğlencelere katılma, otoriteyle iletişim kurma, gösteri yapma gibi durumlarda korkuları artar (98,99). Korkulan durumlarda kendini eleştirme eğilimleri olan bu kişilerde kendine yönelik dikkati aşırı artar ve fiziksel belirtileri olur. Bu fiziksel belirtiler arasında en belirgin görülenler çarpıntı, titreme, terleme, ağız kuruluğu, kasılmış hissetme, yüz kızarması, sıcak basması, baş ağrısı ve idrar-defekasyondur (100,101).

Kaygı, korku düzeyinin yüksek olması ek olarak yoğun fiziksel belirtileri olması nedeniyle kaçınma davranışı gelişebilir. Bu durum son aşamada sosyal izolasyonla sonuçlanabilir (100).

Klinik tanıda belirti değerlendirme ölçeklerinden bazıları:Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği (LSAÖ), Kısa Sosyal Fobi Ölçeği, Sosyal Fobi ve Anksiyete Ölçeği, Korku Soru Formudur (89).

### 2.2.3. Komorbidite

Yapılan çalışmalarda SAB olan bireylerde duygudurum bozuklukları başta olmak üzere psikiyatrik eş tanı sık olarak görülür (102,103). SAB'ın diğer psikiyatrik bozukluklar için zemin oluşturduğuna dair kanıtlar da mevcuttur (104). Yapılan bir çalışma da SAB ile birlikte psikiyatrik eş tanı görülme ihtimali %81 olarak saptanmıştır. En sık görülen eş tanılar ise majör depresyon ve özgül fobi olmuştur. Hastaların bir psikiyatrik eş tanı olanları %18,9, iki eş tanı olanları % 14,1,üç veya daha fazla eş tanı olanları %48 olarak saptanmıştır (102). Ülkemizde yapılan bir çalışmada psikiyatrik eş tanı görülme oranı %58, major depresyon görülme oranı ise %10,4 olarak belirtilmiştir (105).

### 2.2.4. Tedavi

Sosyal anksiyete bozukluğu tedavisinde farmokoterapi ve psikoterapi hastadan hastaya değişmek üzere birlikte veya ayrı ayrı kullanılır.

Sosyal anksiyete bozukluğu da kullanılan tedavi yöntemlerinden olan bilişsel davranışçı terapi yüksek kanıt düzeyine sahip tedavi yöntemlerinden biridir (103). Bilişsel davranışçı terapi dört aşamadan oluşur; psikoeğitim, sosyal beceri kazandırma eğitimi, bilişsel yeniden yapılandırma, maruz bırakmadır (100).

Sosyal anksiyete bozukluğu tedavisinde en çok tercih edilen ajanlar seçici serotonin geri alım inhibitörleridir (SSRI). Hasta SSRI yanıtı vermezse o zaman monoamin oksidaz inhibitörününün (MAOI) fayda sağladığına yönelik çalışmalar vardır. Hastaların tedavisi konusunda kanıta dayalı kılavuzlar olmamasına rağmen bir SSRI veya MAOI'ne tam olarak yanıt vermediyse, titreme çarpıntı gibi şikayetler için beta blokerlerin yardımcı kullanımını önermektedir. Benzer şekilde klonidinin kızarma semptomlarına fayda sağladığı gösterilmiştir. Benzodiazepinlerin yan etkileri ve etki süresinin kısalığı nedeniyle pek kullanımı önerilmemektedir (106). SAB tedavisi ile ilgili yapılan bir meta-analiz ilaç tedavisinin daha hızlı sonuç verdiği ancak bilişsel davranışçı terapinin daha yavaş etki ettiği ama daha uzun süre etkisinin devam ettiğini ve relaps oranınının daha az olduğunu göstermiştir (107).

### 3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

Bu araştırmaya başlamadan önce Sağlık Bilimleri Üniversitesi Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu'ndan 23.09.2020 tarih ve 2171 No.lu kararıyla onay alınmıştır. (Bkz. EK 4)

Araştırmamız, İBH'da SAB düzeylerinin belirlenmesi ve hastalık aktivitesinin sosyal anksiyete düzeyine etkisini incelemek üzere yapılan tanımlayıcı, kesitsel bir çalışmadır. Çalışmamızda Cohen'in etki büyüklüğü  $d=0,1$  olarak alındığında %80 güç ve  $\alpha=0,05$  yanılma düzeyinde 155 hasta alınması gerektiği hesaplanmıştır. Hesaplama 'G Power 3.1.9.2' paket programı kullanılarak yapılmıştır. Çalışmamıza 18-65 yaş arasında, okur-yazar olan, araştırma için ıslak imzalı bilgilendirilmiş onam veren 160 İBH hastası dahil edildi. Çalışmamıza okuma yazma bilmeyen, ağır ruhsal hastalık tanısı olan (şizofreni, bipolar bozukluk, demans vb.), mental retardasyon tanısı olan, alkol ve/veya madde kullanımı veya bağımlılığı öyküsü olanlar dahil edilmedi.

Araştırmamıza katılan hastalardan olgu rapor formu ile yaş, medeni durum, eğitim durumu, meslek, gelir durumu, evde kiminle yaşadığı, son 10 yıldır yaşadığı yer, son bir yılda kaybedilen kilo, sigara kullanımı, hastalık süresi, aldığı tedaviler, fiziksel hastalık varlığı ve ilaç kullanımı, ruhsal hastalık varlığı ve ilaç kullanımı gibi bilgiler sorgulandı. (Bkz. EK 1) Tüm hastalar laboratuvar tetkikleri, endoskopik ve histopatolojik tetkiklerle eş zamanlı olarak klinik bulguları ile değerlendirildi. Ayrıca her hastanın hastalık aktivite indeksi hesaplandı. ÜK hastalarında aktivasyon 'Mayo İndeksi' (tablo 1) ile hesaplanırken CH aktivasyonu 'CHAI' (tablo 2) ile hesaplandı. Her iki aktivite indeksi de literatürde kabul gören indekslerdir (108,109).

Tablo 1. Mayo Aktivite İndeksi

<p>Gaita sıklığı 0=Normal sıklıkta defekasyon 1=Normalden 1-2 fazla defekasyon 2=Normalden 3-4 fazla defekasyon 3=Normalden 5 veya &gt; defekasyon Subskor:0-3</p>
<p>Rektal kanama 0=Kan yok 1=Yarıdan az zamanda gaitada çizgi şeklinde kan görülmesi 2=Gaita ile beraber zamanın çoğunda belirgin kan görülmesi 3= Sadece kan gelmesi Subskor:0-3</p>
<p>Endoskopi bulguları 0 =Normal veya inaktif hastalık 1=Hafif aktiviteli hastalık (eritem, azalmış vasküler patern,hafif frajilite 2=Orta aktiviteli hastalık (belirgin eritem,vasküler paternin kaybı, erozyonlar 3=Ağır aktiviteli hastalık(spontan kanama, ülserasyonlar) Subskor:0-3</p>
<p>Klinisyenin global değerlendirmesi 0=Normal 1=Hafif aktiviteli hastalık 2=Orta aktiviteli hastalık 3=Ağır aktiviteli hastalık</p>
<p>2 puan ≤remisyon 3-5 puan=hafif dereceli aktivite 6-10 puan=orta derecede aktivite 11-12 puan =ağır derecede aktivite</p>

Tablo 2. Crohn Hastalığı Aktivite İndeksi (CHAI)

Crohn Hastalık Aktivite İndeksi	Puanlama
Son yedi günde sıvı veya çok yumuşak kıvamda toplam dışkılama sayısı	Bir hafta içinde bu şarta uyan günlerin toplam sayısı X 2
Son yedi günde karın ağrısı durumu (0=yok, 1=hafif, 2=orta, 3=şiddetli)	Son yedi günün ortalaması X 5
Son yedi günde genel iyilik durumu: (0=iyi, 1=ortalamanın biraz altı, 2=kötü, 3=çok kötü, 4=berbat)	Son yedi günün ortalaması X 7
Crohn hastalığı ile ilgili olduğu varsayılan aşağıdaki hastalık belirti veya semptomlarından herhangi birisi sizde var mı? a-Eklem problemleri (Artrit veya artralji) b-Göz problemleri (İritis veya üveit) c-Cilt veya deri sorunları d-Anal fissür, fistül veya perirektal abse e-Bağırsakla ilişkili diğer fistül oluşumu f-Son yedi günde ateşin 37,8 C nin üstünde artmış olması	Hiçbiri yoksa 0 puan, her bir var olan şık için 20 puan
Son yedi günde ishal için lomotil veya benzeri ishal kesici ilaçlar alındı mı?	Hayır ise 0 puan Evet ise 30 puan
Batında (karın bölgesi) anormal kitle varlığı	yok ise 0 puan ,emin değilim ise 20 puan, var ise 50 puan
Eğer bir hafta içerisinde kan hemogram testi yapıldı ve Hematokrit değeri (HTC) ölçüldüyse bu soruya cevap verin yapılmadıysa bu soruyu geçiniz. Normal ortalamalar: Erkek için HTC= 47 Kadın için HTC= 42	[ (Normal ortalama HTC değeri – Hastanın ölçülen HTC değeri) X 6 ]
Not: Standartlarınızdaki sağlıklı bir insanın kilosundan fazlaysanız bu soruyu atlayınız. Standartlarınızdaki sağlıklı bir insanın kilosu ortalama olarak boyunuzun son iki rakamına denk gelen rakamdır. Örneğin boyunuz 180 cm ise Standartlarınızdaki sağlıklı bir insanın kilosu 80 Kg'dır	100 x [ (Standartlarınızdaki sağlıklı bir insanın kilosu –Sizin kilonuz) / Standartlarınızdaki sağlıklı bir insanın kilosu] CHAI değerinizi= Her bir soru için çıkan puanlarınızı toplayınız
0-149 puan: Asemptomatik remisyon 150-220 puan: Hafif dereceli aktivite 221-450 puan: Orta dereceli aktivite 451-1100 puan: Ağır dereceli aktivite	

Çalışmamızda hastaların sosyal anksiyete düzeyleri LSKÖ (Tablo 3) kullanılarak değerlendirildi. Liebowitz tarafından ilk kez ortaya çıkarılan bu ölçek, sosyal etkileşim ve performans durumlarında yaşanan korku ve kaçınma düzeylerini belirlemek amacıyla Safren ve ark. (1999) tarafından geliştirilmiştir (110). Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışmaları Soykan ve ark. (2003) tarafından yapılmıştır. Ölçek 24 kaygı 24 kaçınma için toplam 48 sorudan oluşur. Verilen cevaplara göre sorular 1-4 arası puanlanır. Hastalarda kaygı uyandıran durumlar için hesaplanan kaygı skoru ve kaygılı durumlar karşısında gösterilen kaçınma davranışı için hesaplanan kaçınma skoru kesme puanı 25, toplam anksiyete skoru için ise kesme puanı 50 olarak önerilmiştir (111).

## İstatistiksel Analiz

İstatistiksel analizler “IBM® SPSS© 24 yazılımı” kullanılarak yapıldı. Sayısal değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik yöntemler (Kolmogorov-Smirnov/Shapiro Wilk testleri) kullanılarak yapıldı. Değişkenler arası ilişkiler için en az biri normal dağılmayan ya da ordinal ise korelasyon katsayıları ve istatistiksel anlamlılıklar Spearman testi ile hesaplandı. Korelasyonun derecesi korelasyon katsayısına göre 0,05-0,4 arası düşük derecede korelasyon, 0,4-0,7 orta derecede korelasyon ve 0,7-1,0 arası yüksek derecede korelasyon şeklinde yorumlandı (112). Karşılaştırmalarda normal dağılım gösteren sayısal değişkenler için tanımlayıcı istatistikler ortalama ve standart sapma ile verildi. Kategorik değişkenlerin tanımlayıcı istatistikleri ise sayı ve yüzde değerleri kullanılarak verildi. Normal dağılım gösteren bağımsız iki grubun karşılaştırılması için Independent Sample t Testi kullanıldı. Normal dağılım gösteren üç grubun karşılaştırılmasında Tek Yönlü Varyans Analizi kullanıldı. İstatistiksel olarak anlamlılık düzeyi;  $p < 0,05$  olarak kabul edildi.

Tablo 3. Liebowitz Sosyal Anksiyete Ölçeği

	Kaygı				Kaçınma			
	<i>Yok ya da çok hafif</i>	<i>Hafif</i>	<i>Orta derecede</i>	<i>Şiddetli</i>	<i>Kaçınma yok ya da çok ender</i>	<i>Zaman zaman kaçınıyorum</i>	<i>Çoğunlukla kaçınıyorum</i>	<i>Her zaman kaçınıyorum</i>
<b>1</b> Önceden hazırlanmaksızın bir toplantıda kalkıp konuşmak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2</b> Seyirci önünde hareket, gösteri ya da konuşma yapmak.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3</b> Dikkatleri üzerinde toplamak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4</b> Romantik veya cinsel bir ilişki kurmak amacıyla birisiyle tanışmaya çalışmak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5</b> Bir gruba önceden hazırlanmış sözlü bilgi sunmak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>6</b> Başkaları içerideyken bir odaya girmek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>7</b> Kendisinden daha yetkili biriyle konuşmak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>8</b> Satın aldığı bir malı, ödediği parayı geri almak üzere mağazaya iade etmek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>9</b> Çok iyi tanımadığı birisine fikir ayrılığı veya hoşnutsuzluğun ifade edilmesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>10</b> Gözlendiği sırada çalışmak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>11</b> Çok iyi tanımadığı kişiyle yüz yüze konuşmak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>12</b> Bir eğlenceye gitmek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>13</b> Çok iyi tanımadığı birisinin gözlerinin içine doğrudan bakmak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>14</b> Yetenek, beceri ya da bilginin sınanması	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>15</b> Gözlendiği sırada yazı yazmak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>16</b> Çok iyi tanımadığı biriyle telefonda konuşmak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>17</b> Umumi yerlerde yemek yemek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>18</b> Evde misafir ağırlamak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>19</b> Küçük bir grup faaliyetine katılmak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>20</b> Umumi yerlerde bir şeyler içmek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>21</b> Umumi telefonları kullanmak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>22</b> Yabancılarla konuşmak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>23</b> Satış elemanının yoğun baskısına karşı koymak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>24</b> Umumi tuvalette idrar yapmak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 4. BULGULAR

Bu bölümde yapılan ilişkisel analizler ve alt analizlere ait istatistiksel sonuçlar tablolar halinde verilmiştir.

Çalışmaya alınan hastaların sayısal ve kategorik değişkenlerine ait verilerin tanımlayıcı özellikleri Tablo 4'te verilmiştir. Bu çalışmaya İBH tanılı 160 hasta dahil edilmiştir. Çalışmaya katılanların 87'si ÜK, 73'ü CH tanısına sahipti. Hastaların 82'si erkek, 78'i kadındı. Yaş ortalaması 38,73 (en düşük: 18 en yüksek: 63) idi. Çalışmaya katılanların çoğunluğunu evliler (n=119 %74,4) oluşturmaktaydı. Eğitim durumu incelendiğinde 80 (%50) kişi üniversite mezunu, 36 (%22,5) kişi lise mezunu, 32 (%20) kişi ilköğretim mezunu, 12 (%7,5) kişi yüksek lisans ve doktora mezunu idi. Aylık gelir durumları 36 kişi de 2000 TL altı ve 20 kişi de 5000 TL üzeriydi. Çalışmaya katılan 111 kişi bir mesleğe sahip ve çalışıyor idi. Kentte yaşayanlar (%91,9) çoğunlukta idi. 84 (52,5) kişi hiç sigara kullanmamıştı. Çalışmada 19 kişide ruhsal bozukluk var, 15'i psikiyatrik ilaç kullanıyordu. 54 kişide fiziksel hastalık var, 43'ü ilaç kullanıyordu. Hastaların çoğunluğu remisyonda idi. Hastaların yılda ortalama kilo kaybı 3,83 kg (en az:0 en çok :20) idi. Hastalık süreleri ortalama 8,63 yıl (en az:1 en çok:35) idi. Hastaların kaygı skoru ortalama 44,98, kaçınma skoru ortalama 44,81 ve toplam anksiyete skoru ortalama 89,78 idi.

Tablo 4. Çalışmaya Alınan Hastaların Değişkenlerine Ait Verilerin Tanımlayıcı Özellikleri

		Ort±SS (n=160)	Min-Max
Yaş (yıl)		38,73 ± 9,93	18-63
Kaybedilen kilo (kg)		3,83 ± 4,61	0-20
Sigara kullanımı (paket sayısı)		1,00 ± 0,26	0,5-2
Sigara kullanımı (yıl)		12,05 ± 9,13	1-30
Hastalık süresi (yıl)		8,63 ± 6,53	1-35
Kaygı skoru		44,98 ± 13,34	24-96
Kaçınma skoru		44,81 ± 13,71	24-96
Anksiyete skoru		89,78 ± 26,82	48-192
		n	(%)
Cinsiyet	Kadın	78	48,8
	Erkek	82	51,3
Medeni durum	Bekar	37	23,1
	Evli	119	74,4
	Boşanmış	4	2,5

Tablo 4. (Devam). Çalışmaya Alınan Hastaların Değişkenlerine Ait Verilerin Tanımlayıcı Özellikleri

		Ort±SS (n=160)	Min-Max
Eğitim durumu	Okur-yazar	1	0,6
	İlkokul	17	10,6
	Ortaokul	14	8,8
	Lise	36	22,5
	Üniversite	80	50,0
	Yüksek lisans	7	4,4
	Doktora	5	3,1
Gelir durumu	<2000	36	22,5
	2000-3000	42	26,3
	3000-5000	62	38,8
	>5000	20	12,5
Meslek	Ev hanımı	27	16,9
	Emekli	12	7,5
	Çalışıyor	111	69,4
	Çalışmıyor	7	4,4
	Öğrenci	3	1,9
Hastalık tanısı	Ülseratif kolit	87	54,4
	Crohn hastalığı	73	45,6
Uygulanan tedavi yöntemleri	İlaç tedavisi	109	68,1
	Ameliyat	1	0,6
	Biyoterapi	6	3,8
	İlaç+ameliyat	15	9,4
	Ameliyat+biyoterapi	4	2,5
	İlaç+biyoterapi	25	15,6
Yaşadığı yer	Köy-kırsal	13	8,1
	Şehir-kentsel	147	91,9
Evde kimle yaşadığı	Yalnız	27	16,9
	Aile	133	83,1
Sigara kullanımı	Hayır	84	52,5
	Bırakmış	37	23,1
	Evet	39	24,4
Mayo	Remisyon	35	40,2
	Hafif aktivite	30	34,5
	Orta aktivite	22	25,3
	Ağır aktivite	0	0,0
CHAI	Remisyon	64	87,7
	Hafif aktivite	4	5,5
	Orta aktivite	5	6,8
	Ağır aktivite	0	0,0
Ruhsal bozukluk varlığı	Var	19	11,9
	Yok	141	88,1
Kullandığı psikiyatrik ilaç	Var	15	9,4
	Yok	145	90,6
İlaç kullanımı (Psikiyatrik dışında)	Kullanmıyor	117	73,1
	Kullanıyor	43	26,9
Fiziksel hastalık varlığı	Yok	106	66,3
	Var	54	33,8

CHAI:crohn hastalığı aktivite indeksi

Hastaların Mayo hastalık aktivitesine göre sosyal anksiyete ve alt skorları karşılaştırılması Tablo 5'te verilmiştir. Bu tabloya göre:

Hastaların Mayo hastalık aktivitesine göre sosyal anksiyete ve alt skorları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak bir fark bulunmadı ( $p>0,05$ ).

Tablo 5. Mayo Hastalık Aktivitesinin Sosyal Anksiyete ve Alt Skorları Üzerine Etkisi

	Mayo Hastalık aktivitesi			p
	Remisyon (n=35) Ort±SS	Hafif aktivite (n=30) Ort±SS	Orta aktivite (n=22) Ort±SS	
Kaygı skoru	46,08 ± 15,33	46,56 ± 13,97	46,54 ± 11,94	0,988
Kaçınma skoru	45,45 ± 15,53	47,36 ± 14,66	46,63 ± 11,97	0,865
Anksiyete skoru	91,82 ± 30,81	93,93 ± 28,51	93,22 ± 23,71	0,955

One Way Anova Testi

Hastaların crohn hastalığı aktivite indeksine göre sosyal anksiyete ve alt skorları karşılaştırılması Tablo 6'da verilmiştir. Bu tabloya göre:

Hastaların crohn hastalığı aktivite indeksine göre sosyal anksiyete ve alt skorları karşılaştırıldığında klinik olarak remisyon aktivitesi gösteren hastaların ortalama sosyal anksiyete ve alt skorları lehine farklılık bulunmasına rağmen, istatistiksel olarak bu fark anlamlı değildi ( $p>0,05$ ) (Tablo 6).

Tablo 6. Crohn Hastalık Aktivitesinin Sosyal Anksiyete ve Alt Skorları Üzerine Etkisi

	CHAI hastalık aktivitesi			p
	Remisyon (n=64) Ort±SS	Hafif aktivite (n=4) Ort±SS	Orta aktivite (n=5) Ort±SS	
Kaygı skoru	42,73±12,24	49,75±16,33	46,00±14,15	0,512
Kaçınma skoru	42,26±12,30	49,25±17,15	46,00±17,47	0,497
Anksiyete skoru	84,84±24,01	98,50±34,30	91,60±31,60	0,504

One Way Anova Testi

Hastalara uygulanan tedavi yöntemlerine göre sosyal anksiyete ve alt skorları karşılaştırılması Tablo 7'te verilmiştir. Bu tabloya göre:

Hastalara uygulanan tedavi yöntemlerine göre sosyal anksiyete ve alt skorları karşılaştırıldığında klinik olarak hastaların ortalama sosyal anksiyete ve alt skorları arasında farklılık bulunmasına rağmen, istatistiksel olarak fark anlamlı değildi ( $p>0,05$ ) (Tablo 7).

Tablo 7. Hastalara Uygulanan Tedavi Yöntemlerinin Hastaların Sosyal Anksiyete ve Alt Skorları Üzerine Etkisi

	Uygulanan tedavi yöntemleri						p
	İlaç tedavisi (n=109) Ort±SS	Ameliyat (n=1) Ort±SS	Biyoterapi (n=6) Ort±SS	İlaç+ameliyat (n=15) Ort±SS	Ameliyat+bi yoterapi (n=4) Ort±SS	İlaç+biyotera pi (n=25) Ort±SS	
Kaygı	45,22±12,84	38,00±0,00	50,16±24,04	43,00±9,89	39,75±14,63	44,96±14,67	0,831
Kaçınma	45,44±13,31	42,00±0,00	49,50±24,35	42,13±10,81	34,25±4,85	44,36±14,91	0,563
Anksiyete	90,66±25,88	80,00±0,00	96,66±48,42	85,00±21,25	74,00±18,83	89,32±29,39	0,715

One Way Anova Testi

Hastaların hastalık tanısının göre sosyal anksiyete ve alt skorları karşılaştırılması Tablo 8’te verilmiştir. Bu tabloya göre:

Hastaların hastalık tanısına göre sosyal anksiyete ve alt skorları karşılaştırıldığında klinik olarak crohn hastalığı bulunan hastalar lehine farklılık bulunmasına rağmen, istatistiksel olarak fark anlamlı bulunmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 8).

Tablo 8. Hastaların Hastalık Tanısının Sosyal Anksiyete ve Alt Skorları Üzerine Etkisi

	Ülseratif kolit (n=87) Ort±SS	Crohn hastalığı (n=73) Ort±SS	p
Kaygı skoru	46,36±13,91	43,31±12,50	0,150
Kaçınma skoru	46,41±14,27	42,90±12,84	0,107
Anksiyete skoru	92,90±28,06	86,05±24,92	0,108

Student T Testi

Hastaların cinsiyetlerine göre sosyal anksiyete ve alt skorları karşılaştırılması Tablo 9’da verilmiştir. Bu tabloya göre:

Hastaların cinsiyetine göre sosyal anksiyete ve alt skorları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak bir fark bulunmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 9).

Tablo 9. Hastaların Cinsiyetlerinin Hastaların Sosyal Anksiyete ve Alt Skorları Üzerine Etkisi

	Cinsiyet		p
	Kadın (n=78) Ort±SS	Erkek (n=82) Ort±SS	
Kaygı skoru	45,30±11,92	44,65±14,61	0,759
Kaçınma skoru	45,57±12,22	44,08±15,02	0,493
Anksiyete skoru	90,85±23,82	88,75±29,49	0,622

Student T Testi

Hastaların yaşadıkları yerlere göre sosyal anksiyete ve alt skorları karşılaştırılması Tablo 10’da verilmiştir. Bu tabloya göre:

Hastaların yaşadıkları yerlere göre sosyal anksiyete ve alt skorları karşılaştırıldığında klinik olarak ortalama sosyal anksiyete ve alt skorları açısından kent-şehirdede yaşayan hastalar lehine farklılık bulunmasına rağmen, istatistiksel olarak bu fark anlamlı bulunmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 10).

Tablo 10. Hastaların Yaşadıkları Yerlerin Hastaların Sosyal Anksiyete ve Alt Skorları Üzerine Etkisi

	Yaşadığı yer		p
	Köy-kırsal (n=13) Ort±SS	Kent-şehir (n=147) Ort±SS	
Kaygı skoru	49,38±11,53	44,58±13,44	0,215
Kaçınma skoru	49,53±11,47	44,39±13,84	0,196
Anksiyete skoru	98,92±22,89	88,79±27,05	0,201

Student T Testi

Hastaların medeni durumlarına göre sosyal anksiyete ve alt skorları karşılaştırılması Tablo 11’de verilmiştir. Bu tabloya göre:

Hastaların medeni durumlarına göre sosyal anksiyete ve alt skorları karşılaştırıldığında klinik olarak ortalama sosyal anksiyete ve alt skorları açısından bekâr olanlar lehine farklılık bulunmasına rağmen, istatistiksel olarak bu fark anlamlı bulunmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 11).

Tablo 11. Hastaların Medeni Durumlarının Hastaların Sosyal Anksiyete ve Alt Skorları Üzerine Etkisi

	Medeni durum			p
	Bekâr (n=37) Ort±SS	Evli (n=119) Ort±SS	Boşanmış (n=4) Ort±SS	
Kaygı skoru	43,86±13,67	45,21±13,38	48,25±10,43	0,768
Kaçınma skoru	42,86±14,73	45,39±13,39	45,50±15,54	0,618
Anksiyete skoru	86,40±28,39	90,69±26,48	93,75±25,46	0,669

One Way Anova Testi

Hastaların sigara kullanımına göre sosyal anksiyete ve alt skorları karşılaştırılması Tablo 12’de verilmiştir. Bu tabloya göre:

Hastaların sigara kullanımına göre sosyal anksiyete ve alt skorları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak sigara kullanımına “hayır” cevabı verenler

lehine kaygı skoru açısından fark bulunurken ( $p < 0,05$ ); diğer değişkenler arasında anlamlı bir fark bulunmadı ( $p > 0,05$ ) (Tablo 12). Post-Hoc analiz sonrası “hayır” cevabı veren (44,71) hastaların kaygı düzeyi skorunun “evet” cevabı verenlerden (49,92) daha düşük olduğu gözlemlendi.

Tablo 12. Hastaların Sigara Kullanımının Hastaların Sosyal Anksiyete ve Alt Skorları Üzerine Etkisi

	Sigara kullanımı			p	Post-Hoc
	Hayır <sup>a</sup> (n=84) Ort±SS	Bırakmış <sup>b</sup> (n=37) Ort±SS	Evet <sup>c</sup> (n=39) Ort±SS		
Kaygı skoru	44,71±13,39	41,40±11,69	49,92±13,93	<b>0,046</b>	c-b
Kaçınma skoru	44,66±13,62	41,75±12,97	48,02±14,20	0,136	
Anksiyete skoru	89,36±26,85	83,16±24,50	96,94±27,73	0,079	

One Way Anova Testi,  $p < 0,05$

Hastaların fiziksel hastalık varlığına göre sosyal anksiyete ve alt skorları karşılaştırılması Tablo 13’te verilmiştir. Bu tabloya göre:

Hastaların fiziksel hastalık varlığına göre sosyal anksiyete ve alt skorları karşılaştırıldığında klinik olarak ortalama sosyal anksiyete ve alt skorları açısından fiziksel hastalığı bulunmayanlar lehine farklılık bulunmasına rağmen, istatistiksel olarak bu fark anlamlı bulunmadı ( $p > 0,05$ ) (Tablo 13).

Tablo 13. Hastaların Fiziksel Hastalık Varlığının Hastaların Sosyal Anksiyete ve Alt Skorları Üzerine Etkisi

	Fiziksel hastalık varlığı		p
	Var (n=54) Ort±SS	Yok (n=106) Ort±SS	
Kaygı skoru	46,62±14,35	44,13±12,77	0,264
Kaçınma skoru	46,83±14,75	43,78±13,10	0,184
Anksiyete skoru	93,66±28,97	87,80±25,66	0,192

Student T Testi

Hastaların ruhsal bozukluk varlığına göre sosyal anksiyete ve alt skorları karşılaştırılması Tablo 14’te verilmiştir. Bu tabloya göre:

Hastaların ruhsal bozukluk varlığına göre sosyal anksiyete ve alt skorları karşılaştırıldığında klinik olarak ortalama sosyal anksiyete ve alt skorları açısından

ruhsal bozukluğu bulunmayanlar lehine farklılık bulunmasına rağmen, istatistiksel olarak bu fark anlamlı bulunmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 14).

Tablo 14. Hastaların Ruhsal Bozukluk Varlığının Hastaların Sosyal Anksiyete ve Alt Skorları Üzerine Etkisi

	Ruhsal bozukluk varlığı		p
	Var (n=19) Ort±SS	Yok (n=141) Ort±SS	
Kaygı skoru	49,68±12,28	44,34±13,38	0,101
Kaçınma skoru	49,42±12,94	44,19±13,73	0,119
Anksiyete skoru	99,10±25,20	88,52±26,86	0,107

Student T Testi

Hastaların kullandığı psikiyatrik ilaç varlığına göre sosyal anksiyete ve alt skorları karşılaştırılması Tablo 15’te verilmiştir. Bu tabloya göre:

Hastaların kullandığı psikiyatrik ilaç varlığına göre sosyal anksiyete ve alt skorları karşılaştırıldığında klinik olarak ortalama sosyal anksiyete ve alt skorları açısından psikiyatrik ilaç kullanmayanlar lehine farklılık bulunmasına rağmen, istatistiksel olarak bu fark anlamlı bulunmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 15).

Tablo 15. Hastaların Kullandığı Psikiyatrik İlaçların Hastaların Sosyal Anksiyete ve Alt Skorları Üzerine Etkisi

	Kullandığı psikiyatrik ilaç		p
	Var (n=15) Ort±SS	Yok (n=145) Ort±SS	
Kaygı skoru	50,06±13,12	44,44±13,29	0,121
Kaçınma skoru	49,60±13,95	44,31±13,63	0,156
Anksiyete skoru	99,66±27,04	88,75±26,67	0,134

Student T Testi

Hastaların evde yaşadığı kişi durumuna göre sosyal anksiyete ve alt skorları karşılaştırılması Tablo 16’da verilmiştir. Bu tabloya göre:

Hastaların evde yaşadığı kişi durumuna göre sosyal anksiyete ve alt skorları karşılaştırıldığında klinik olarak ortalama sosyal anksiyete ve alt skorları açısından yalnız yaşayanlar lehine farklılık bulunmasına rağmen, istatistiksel olarak bu fark anlamlı bulunmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 16).

Tablo 16. Hastaların Evde Yaşadığı Kişi Durumuna Göre Hastaların Sosyal Anksiyete ve Alt Skorları

	Evde yaşadığı kişi		p
	Yalnız (n=27) Ort±SS	Aile (n=133) Ort±SS	
Kaygı skoru	42,77±10,92	45,42±13,76	0,349
Kaçınma skoru	41,74±11,95	45,43±13,99	0,203
Anksiyete skoru	84,51±22,55	90,84±27,55	0,265

Student T Testi

Hastaların sosyal anksiyete ve alt skorları ile bazı değişkenleri arasındaki ilişkiler incelenmiş olup Tablo 17’de verilmiştir. Bu tabloya göre:

Hastaların sosyal anksiyete ve alt skorları ile hiçbir değişken arasında istatistiksel olarak bir ilişki saptanmadı ( $p>0,05$ ).

Tablo 17. Hastalara Ait Bazı Değişkenler ile Sosyal Anksiyete ve Alt Skorları Arasındaki İlişki

		Kaygı skoru (n=160)	Kaçınma skoru (n=160)	Anksiyete skoru (n=160)
Yaş	r	-0,094	-0,040	-0,064
	p	0,236	0,617	0,422
Kaybedilen kilo (kg)	r	0,090	0,107	0,096
	p	0,258	0,179	0,225
Sigara kullanımı (paket sayısı)	r	0,214	0,208	0,213
	p	0,190	0,205	0,192
Sigara kullanımı (yıl)	r	-0,195	-0,189	-0,201
	p	0,235	0,249	0,219
Hastalık süresi (yıl)	r	-0,006	0,047	0,024
	p	0,938	0,554	0,768
Eğitim durumu	r	-0,090	-0,144	-0,118
	p	0,258	0,068	0,139
Gelir durumu	r	0,031	-0,033	-0,002
	p	0,697	0,679	0,983
Mayo	r	0,053	0,074	0,052
	p	0,625	0,496	0,629
CHAİ	r	0,121	0,097	0,097
	p	0,309	0,412	0,416

Pearson korelasyon testi, Spearman korelasyon testi CHAI:crohn hastalığı aktivite indeksi

Hastalara ait sosyal anksiyete ve alt skorları dışındaki değişkenlere ait ilişkiler incelenmiş olup Tablo 18’de verilmiştir. Bu tabloya göre:

Hastaların yaşıyla kaybedilen kilo, eğitim durumu, crohn hastalık aktivite indeksi arasında negatif yönde düşük düzeyde istatistiksel olarak bir ilişki bulunurken

( $p < 0,05$ ); hastaların yaşıyla sigara kullanım süresi (yıl) ve hastalık süresi (yıl) arasında pozitif yönde düşük düzeyde istatistiksel olarak bir ilişki bulundu ( $p < 0,05$ ). Hastaların yaşıyla diğer değişkenler arasında bir ilişki bulunmadı ( $p > 0,05$ ).

Hastaların kaybedilen kilosuyla crohn hastalık aktivite indeksi arasında pozitif yönde düşük düzeyde istatistiksel olarak bir ilişki bulunurken ( $p < 0,05$ ), hastaların kaybedilen kilosuyla diğer değişkenler arasında bir ilişki bulunmadı ( $p > 0,05$ ).

Hastaların sigara kullanım süresiyle hastalık süresi arasında pozitif yönde orta düzeyde istatistiksel olarak bir ilişki bulunurken ( $p < 0,05$ ), hastaların sigara kullanım süresiyle diğer değişkenler arasında bir ilişki bulunmadı ( $p > 0,05$ ).

Hastaların eğitim durumuyla gelir durumu arasında pozitif yönde orta düzeyde; hastaların eğitim durumuyla crohn hastalık aktivite indeksi arasında pozitif yönde, düşük düzeyde istatistiksel olarak bir ilişki bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Hastaların eğitim durumuyla diğer değişkenler arasında bir ilişki bulunmadı ( $p > 0,05$ ).

Tablo 18. Hastalara Ait Sosyal Anksiyete ve Alt Skorları Dışındaki Diğer Değişkenler Arası İlişkiler

		Yaş (n=160)	Kaybedilen kilo (kg) (n=160)	Sigara kullanım 1 (paket sayısı) (n=160)	Sigara kullanım 1 (yıl) (n=160)	Hastalık süresi (yıl) (n=160)	Eğitim durumu (n=160)	Gelir durumu (n=160)
Yaş	r							
	p							
Kaybedilen kilo (kg)	r	-0,160						
	p	<b>0,044</b>						
Sigara kullanımı (paket sayısı)	r	0,092	-0,301					
	p	0,578	0,062					
Sigara kullanımı (yıl)	r	0,399	0,007	-0,123				
	p	<b>0,012</b>	0,965	0,457				
Hastalık süresi (yıl)	r	0,259	-0,089	-0,239	0,465			
	p	<b>0,001</b>	0,261	0,144	<b>0,003</b>			
Eğitim durumu	r	-0,290	0,047	0,035	-0,135	-0,067		
	p	<b>0,000</b>	0,556	0,834	0,414	0,400		
Gelir durumu	r	-0,124	0,117	0,219	-0,047	-0,075	0,519	
	p	0,117	0,140	0,181	0,778	0,346	<b>0,000</b>	
Mayo	r	0,067	0,097	-0,031	0,178	-0,031	-0,042	-0,015
	p	0,540	0,372	0,909	0,509	0,775	0,702	0,891
CHAI	r	-0,241	,241	0,000	0,136	-0,087	0,251	-0,007
	p	<b>0,040</b>	<b>0,040</b>	1,000	0,536	0,465	<b>0,032</b>	0,950

Spearman korelasyon testi,  $p < 0,05$  CHAI:crohn hastalığı aktivite indeksi

## 5. TARTIŞMA

İnflamatuvar Barsak Hastalığı tanılı 160 hastada yaptığımız çalışmada LSAÖ ölçeği kullanarak hastaların sosyal anksiyete durumları değerlendirilmiştir. Hastalarda kaygı oluşturan durumlar için hesaplanan kaygı skoru ortalama 44,98, kaygı uyandıran durumlar karşısında gösterilen kaçınma davranışı için hesaplanan kaçınma skoru ortalama 44,81 olarak tesbit edilmiştir. Her iki alt ölçekten elde edilen toplam anksiyete skoru ise 89,78 olarak tespit edilmiştir. Soykan ve ark. SAB tanısı için LSAÖ ölçeğinin alt ölçekleri için 25 puan, toplam ölçek için kesme puanını 50 puan olarak önermişlerdir (111). Çalışmamıza katılan hastaların kaygı, kaçınma alt skorlarının ve toplam anksiyete skorlarının kesme puanının üzerinde olduğu görülmüştür. İBH'da ciddi fiziksel semptomlar görülür ve psikolojik komorbiditelerle ilişkilidir. İBH tanılı hastalarda yapılan çalışmada %40'a yakın hastada anormal anksiyete seviyeleri görülmüştür (121). Başka bir çalışmada İBH tanılı hastaların %43'ünde yüksek düzeyde anksiyete veya depresyon belirtileri görülmüştür (122). Hekimlerin İBH tanılı hastaları fiziksel semptomlar yanında ruhsal olarak aralıklılarıyla değerlendirmelerinin; hastaların erken psikiyatrik tanı ve tedavi görmelerini sağlayacağını, yaşam kalitelerinde iyileştirici etmen olabileceğini ön görmekteyiz.

Ülseratif kolit hastalarının Mayo hastalık aktivitesine göre sosyal anksiyete ve alt skorları karşılaştırılması incelendiğinde klinik olarak remisyon hastaları lehine farklılık görülsede, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu duruma çalışma boyunca ağır hastalık aktivitesine sahip hasta ile karşılaşılmanın etkili olabileceğini düşünüyoruz. Bu hastalarda kaygı skoru, remisyon, hafif ve orta aktivite gösteren hastalarda yaklaşık benzer sonuçlar vermiştir. Kaçınma skorlarında çok belirgin bir fark görünmemekle beraber, hafif aktivite gösteren hastalarda diğer hastalık aktivitelerinden daha yüksek olarak tespit edilmiştir. Bu hastalarda toplam anksiyete skoru ise remisyondaki hastalarda 91,82 ile diğer hastalardan daha düşük olduğu bulunmuştur.

Hastaların CHAI'ye göre sosyal anksiyete ve alt skorları karşılaştırıldığında, CH'de hastalık aktivitesine göre anksiyete skoru ÜK hastalarının hastalık aktivitesinde olduğu gibi remisyondaki hastalarda diğer hastalık aktivitelerine göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bu sonuca

CH hastalarında da ağır hastalık aktivitesiyle karşılaşılmamış olmasının ve hastaların çoğunun remisyonda olmasının neden olabileceğini düşünmekteyiz.

Brink ve ark. (2018) yaptığı çalışmada, İBH hastalarında klinik hastalık aktivitesi ile anksiyete depresyon şikayetleri arasında anlamlı pozitif bir ilişki görülmüştür. Klinik aktivitesi yüksek olan hastaların, düşük olanlara kıyasla daha şiddetli anksiyete semptomları gösterdiğini bildirmişlerdir (123). Yapılan başka bir çalışmada benzer olarak daha şiddetli hastalık aktivitesiyle anksiyete semptomlarının ilişkili olduğu bulunmuştur (124). Byrine ve ark. (2017) hastalık aktivitesinin depresyon ve/veya anksiyete semptomları ile önemli ölçüde ilişkili olduğunu ifade etmişlerdir (114). İBH'da semptomlarının şiddetlenmesiyle birlikte SAB semptomlarının artabileceği öngörülüp hastaların uygun şekilde değerlendirilmesinin faydalı olacağı kanaatindeyiz.

Hastalara uygulanan tedavi yöntemlerine göre sosyal anksiyete ve alt skorları karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktur. Klinik olarak ilaç ve biyoterapi tedavisi gören hastalarda anksiyete skoru daha yüksek bulunurken (sırasıyla  $90,66\pm 25,88$ ;  $96,66\pm 48,42$ ), ameliyat+biyoterapi alan hastalarda anksiyete skoru en düşük ( $74,00\pm 18,83$ ) olarak belirlenmiştir. Bu durum ameliyat+biyoterapi gören hastaların klinik olarak şikayetlerinin azalması ya da hiç olmaması nedeniyle anksiyete seviyelerinin daha az olabileceğini düşündürmektedir. Yapılan bir çalışmada İBH'da anksiyete semptomları ile tedavi yöntemleri arasında ilişki bulunamamıştır (123). Çalışmamızın sonucu ile uyumludur.

Çalışmamızda CH veya ÜK tanısına sahip olmanın sosyal anksiyete ve alt skorları açısından istatistiksel olarak farklılık yaratmadığı görülmüştür. Yapılan bir Kanada çalışmasında ÜK ve CH tanısı arasında anksiyete bozukluğu olasılığı açısından fark olmadığı görülmüştür (125). Başka bir çalışmada CH tanısına sahip hastaların daha yüksek kaygı puanı aldıkları görülmüştür (122). Çalışmamız Kanada çalışmasıyla uyumludur.

Hastaların cinsiyetlerine göre sosyal anksiyete ve alt skorları karşılaştırıldığında, kadın hastalarda ( $90,85\pm 23,82$ ) anksiyete skorunun erkek hastalardan ( $88,75\pm 29,49$ ) daha yüksek olduğu görülmüş olup bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Nijerya'da üniversite öğrencilerinde yapılan çalışmada yaşam boyu sosyal anksiyete görülme oranı kadınlar da erkeklerden daha yüksek olmasına

rağmen istatikselsel olarak bu fark anlamlı bulunmamıştır (126). Yapılan diğler çalışmalarında kadınlarda sosyal anksiyete düzeylerinin erkeklere göre daha yüksek olduğu belirtilmektedir (95,113). Byrine ve ark. (2017), İBH’da anksiyete ve depresyon prevalansı üzerine yaptıkları çalışmada, kadınların anksiyeteye sahip olma olasılığının daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir (114). Çalışmamızla Nijerya’da üniversite öğrencilerinde yapılan çalışma benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda köy-kırsalda yaşayan hastalar ile kent-şehirlerde yaşayan hastalar arasında SAB açısından istatikselsel olarak fark yoktur. Klinik olarak köy-kırsalda yaşayan hastaların (98,92±22,89) anksiyete skorunun, kent ve şehirlerde yaşayan hastalardan (88,79±27,05) daha yüksek olduğu görülmüştür. Üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada kadınlar erkeklere göre 1,7 kat, son 15 yılda şehirlerde yaşayanlara göre ilçelerde yaşayanlar 1,5 kat, köyde yaşayanlar 1,9 kat, ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü olanlar olmayanlara göre 1,8 kat daha fazla sosyal anksiyete riskine sahip olarak değerlendirilmiştir (95). Çalışmamızda istatikselsel olarak farklılık olmama sebebi, köy-kırsaldan yaşayan hastaların sayısının çok az olmasıyla ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda hastaların medeni durumlarına göre sosyal anksiyete ve alt skorları değerlendirildiğinde istatikselsel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Klinik olarak boşanmış olanların sosyal anksiyete skoru evli ve bekar olanlardan daha yüksek bulunmuştur. Anksiyete skoru en düşük olan grup bekar olanlardır. Reinhorn ve ark. (2020) yaptığı çalışmada sosyal anksiyetenin medeni durum, gelir durumu ve ırk ile ilişkisi bulunmamıştır (127). Stein ve ark. (2017) yaptıkları çalışmada, şu anda evli olan bireylerde sosyal anksiyete düzeyinin bekar ve evlendikten sonra ayrılan bireylerden daha düşük düzeyde olduğunu, boşanmış olanlarda ise sosyal anksiyete düzeyinin en yüksek olduğunu bildirmişlerdir (97). Çalışmamız klinik olarak Stein ve ark. çalışmasına benzesede, istatikselsel olarak Reinhorn ve ark. çalışması ile benzer bulunmuştur.

Çalışmamızda hiç sigara kullanmayan hastaların kaygı skoru, sigara kullanan hastalardan istatikselsel olarak anlamlı derecede düşüktür. Üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada SAB olmayanların, SAB olanlara göre sigara kullanma oranı yüksek bulunmuştur (95). Buna SAB’a sahip bireylerin sosyal ortamlara daha az katılımı ve sigara kullanım konusunda akran baskısının daha az olmuş olma ihtimalide

sebepe olabilir. SAB semptomları ile sigara içme davranışı arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada SAB semptomları arttıkça sigara içme davranışının arttığı gösterilmiştir. Sigara bırakma tedavisi sırasında hastanın SAB semptomlarının hedeflenmesinin tedaviye yardımcı olacağı gösterilmiştir (115). Buckner ve ark. (2013) yaptığı çalışmada SAB'a sahip bireylerin nikotin bağımlılığına karşı özellikle savunmasız olabileceğini göstermiştir (116). Nikotinin sosyal ortamlarda gerginliği azalttığı yönündeki yanlış düşünce sigara kullanımını artırmaktadır (128). Hekimlerin hastaların sigara kullanımını sorgulaması ve bu konuda bilgi vermesinin hastaları sigara bırakmaya bir adım daha yaklaştıracağını düşünmekteyiz.

Çalışmamızda hastaların fiziksel hastalık varlığına göre sosyal anksiyete ve alt skorları incelendiğinde, fiziksel hastalığı olanlarda anksiyete skorunun fiziksel hastalığı olmayanlara göre daha yüksek olduğu görülmüş olup; bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada SAB ve fiziksel hastalık arasında ilişki bulunamamıştır (95). Peter ve ark. kronik hastalıklarla psikiyatrik hastalıklar arasındaki ilişkiyi değerlendirmişlerdir. Anksiyete ve depresyonun irritable bağırsak sendromu, kronik ağrı, kardiyovasküler problemler gibi durumlarla ilişkilerini incelemişlerdir. Hastalarda kronik hastalıkların ve anksiyete, depresyonun birbirleri ile pozitif yönde ilişki içerisinde olduğunu belirtmişlerdir. Anksiyete semptomlarının fiziksel hastalıkları tetiklediği veya artırdığı aynı şekilde hastalık semptomlarının anksiyete semptomlarını artırdığını gözlemlemişlerdir (117). Byrine ve ark. (2017), İBH hastalarında anksiyete ve depresyon prevalansı üzerine yaptıkları çalışmada depresyon ve anksiyete oranlarının %25,8 ve %21,2 olduğunu bildirmişlerdir. Hastaların %30,3'ünün depresyon ve/veya endişeden sıkıntı çektiklerini belirtmişlerdir (114). Pumar ve ark. (2014), anksiyete ve depresyonun, kronik obstrüktif akciğer rahatsızlığı olan hastalarda yaygın ve önemli komorbiditeler olduğunu göstermişlerdir (118). Hynninen ve ark. (2005), 1968 ile 2004 yılları arasında yayınlanan toplam 81 çalışmada, kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan hastaların yüksek bir psikolojik bozukluk prevalansına sahip olduğunu ve nöropsikolojik bozukluklara bağlı olarak düşük bir verimlilik seviyesinde işlev görebileceğini belirtmişlerdir (119). SAB ile ilgili yeterince çalışma yoktur ve bu alanda daha çok çalışma yapılması fiziksel hastalık SAB ilişkisini net olarak ortaya koyabilir.

Çalışmamızda ruhsal bozukluğu olan hastalarda ortalama anksiyete skoru ruhsal bozukluğu olmayan hastalara göre daha yüksek olarak tespit edilmiş olup, bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Koyuncu ve ark. (2019), genellikle SAB'ın, spesifik fobi, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve ayrılık anksiyetesi bozukluğu dışında birçok vakada komorbid bozukluktan daha erken başladığını bildirmiştir. Diğer taraftan obsesif kompulsif bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu ve yeme bozukluğu gibi diğer psikiyatrik bozuklukları ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu gibi çocukluk çağı bozuklukları olan hastalarda aynı anda sosyal anksiyete bozukluğu görülme oranının daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir (120). Binbay ve Koyuncu (2012) SAB ve duygudurum bozuklukları ilişkisini inceledikleri çalışmada SAB'ın diğer psikiyatrik bozukluklar için zemin oluşturduğu sonucuna ulaşmışlardır (104). Ruscio ve ark. SAB ile duygudurum bozuklukları başta olmak üzere psikiyatrik eş tanı görülme oranını artmış olarak bulmuşlardır (103). Çalışmamızda ruhsal bozukluğa sahip hasta sayısı azdı. Ruhsal bozukluk tanılı hasta sayımızın az olması istatistiksel anlamlılık oranını azaltmış olabilir.

Çalışmamızda hastalara ait sosyal anksiyete dışındaki diğer değişkenler arası ilişkilerde; yaş ile kaybedilen kilo, eğitim durumu, CHAI arasında negatif yönde ilişki görüldü. Yaş arttıkça, sigara kullanımı (yıl) ve hastalık süresi (yıl) beklediğimiz gibi artış gösterdi. Çalışmamıza katılan hastaların yarısından fazlası lisans ve üzeri eğitim seviyesine sahipti. CHAI'ye göre remisyonda olan hasta sayısı tarafında yığılma vardı. Bu yığılmalar hastaların hastalık aktivitesi ve eğitim durumu ile ilgili korelasyonların yönünde beklemediğimiz farklılıklar yaratmış olabilir. Hastaların kaybedilen kilosu ve CHAI arasında pozitif yönde, eğitim durumu CHAI arasında pozitif yönde ilişki görüldü. Hastaların eğitim durumu arttıkça gelir durumunda iyileşme görüldü.

Literatür de İBH tanılı hastalarda SAB'ın araştırıldığı çalışma ile karşılaşılmamıştır, bu açıdan bizim çalışmamız ilk olma özelliği taşımaktadır.

Çalışmamızın kısıtlı yönleri şunlardır: 1. Çalışmamızın Covid-19 pandemi sürecinde yapılmış olması nedeniyle hasta başvurusunun kısıtlı olması çalışmamızı etkilemiştir. 2. Çalışmamız boyunca ağır hastalık aktiviteli hasta ile karşılaşılmamıştır. Bu duruma ağır hastalık aktivitesindeki hastalarda, hastaneye başvuruda covid bulaşma korkusu yaşamaları nedeniyle hastaneye başvurmayıp evde tedavi olmaya

## PDF Eraser Free

alışmalarının neden olabileceğini dşnmemekteyiz. Bu sebep, ağır hastalık aktivitesi ile sosyal anksiyete arasındaki ilişkiyi tam olarak ortaya koymamızı engellemiş olabilir. 3.örneklem büyüklüğü artırılarak bu konuda daha fazla çalışma yapılabilir.



## 6. SONUÇLAR

İnflamatuvar barsak hastalıkları zorlu hastalık semptomları olan kronik bir hastalıktır. Çalışmamızda hastalardaki SAB düzeylerinin yüksek olduğunu gözlemledik. SAB düzeylerinin yüksek olmasının nedeninin zorlu hastalık semptomları olduğunu düşünmekteyiz. Çalışmamızda hastaların SAB düzeylerinin hastalık aktivitesi, uygulanan tedavi yöntemi, hastalık tanısı, cinsiyet, medeni durum, yaşanılan yer, ek fiziksel ruhsal hastalık varlığı gibi nedenlere göre klinik olarak farklılık gösterdiği görülmüş olup istatistiksel olarak farklılık saptanmamıştır.

Kronik hastalıklarda yaşam kalitesi ciddi düzeyde etkilenmektedir. Kronik hastalık takibinin büyük bölümünü yönetmesi ve ilk tıbbi temas noktası olması aile hekimliğine bu konuda ciddi sorumluluklar yüklemektedir. Bu sorumluluk başvuran İBH tanılı hastaların erken dönemde ayırılmış sorunlarının fark edilmesiyle başlar ve hastalık semptomlarının bireylerin yaşam kalitelerini ne denli etkilediğinin, sorgulanması ile devam eder. İlk tıbbi temas noktası olmasının verdiği sorumlulukla aile hekimliği tütün kullanımı gibi zararlı alışkanlıklar konusunda da uyanık ve sorgulayıcı olmalıdır. Çalışmamızda sigara ile SAB düzeyleri kaygı skoru açısından istatistiksel ilişki içerisindedir. Bu ilişki çerçevesinde aile hekiminin sigara kullanan hastalarda davranış değişikliği konusunda teşvik edici olmasının, sigara bırakma konusunda destek sağlayacağı ve hastayı güçlendireceği öngörülmektedir.

Aile hekimliğinin, başvuran İBH tanılı hastaları sadece başvuru sebebi ile ilgili değil fiziksel, ruhsal, sosyal her yönüyle değerlendirmesi önem arz etmektedir. Hastalık semptomları gereği sık tuvalete çıkma ihtiyacı vs. olan bireylerin yaşadığı ortam ve sorunlar ile birlikte değerlendirilmesi önerilmektedir. Ruhsal olarak hastalar belirli aralıklarla sorgulanmalıdır. Lüzum halinde tedavi düzenlenmeli, donanım olarak kendini yeterli görmediği durumlarda hastayı sağlık sistemi olanakları konusunda bilgilendirmeli ve yönlendirmelidir.

Hastanın sosyal yaşamında kısıtlılık yaratabilme ihtimali yüksek olan bu hastalıkla ilgili hastayı yakından takip etmesi önerilmektedir. Sosyal olarak kısıtlılık yaşayan hastaları aile hekimliği ilkelerinden sağlık ve iyiliğin teşviki prensibine uygun olarak davranış değişikliği konusunda desteklemelidir. Aile hekimliği prensipleri

## PDF Eraser Free

çerçevesinde süreklilik gösteren danışma hizmeti ve güven ortamında görüşmelerin sağlanmasının hastaların yaşam kalitesini yükselteceği düşünülmektedir.



## KAYNAKLAR

1. Jenkins D, Balsitis M, Dixon MF, Gilmour HM, Shepherd NA, Theodossi A, et al. Guidelines for the initial biopsy diagnosis of suspected chronic idiopathic inflammatory bowel disease. The British Society of Gastroenterology Initiative. *J Clin Pathol*. 1997;50(2):93–105.
2. Friedman S, Blumberg R. İnflammatory bowel disease. In: Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, et al (Eds.). *Harrison's principles of internal medicine*. 17th ed. Newyork: Mc Graw Hill; 2008. p.1777-89.
3. Fatahzadeh M. İnflammatory bowel disease. *Oral surgery, oral medicine oral pathology oral radiology and endodontology*. 2009;108(5):e1–10. Doi: 10.1016/j.tripleo.2009.07.035.
4. Baumgart DC, Sandborn WJ. Crohn's disease. *Lancet* . 2012;380(9853):1590–605.
5. Stange EF, Travis SPL, Vermeire S, Reinisch W, Geboes K, Barakauskiene A, et al. European evidence-based Consensus on the diagnosis and management of ulcerative colitis: Definitions and diagnosis. *J Crohn's Colitis*. 2008;2(1):1–23.
6. Abraham C, Cho JH. İnflammatory bowel disease. *N Engl J Med*. 2009;361(21):2066–78.
7. Kaplan GG, Ng SC. Understanding and preventing the global increase of inflammatory bowel disease. *Gastroenterology*. 2017;152(2):313-321
8. Alatab S, Sepanlou SG, Ikuta K, Vahedi H, Bisignano C, Safiri S, et al. The global, regional, and national burden of inflammatory bowel disease in 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2020;5(1):17–30.
9. Tozun N, Atug O, Imeryuz N, O. Hamzaoglu H, Tiftikci A, Parlak E, ve ark. Clinical characteristics of inflammatory bowel disease in Turkey: A multicenter epidemiologic survey. *J Clin Gastroenterol*. 2009;43(1):51–7.
10. Ozin Y, Kilic M, Isilay N, Cakal B, Disibeyaz S, Arhan M, ve ark. Clinical features of ulcerative colitis and Crohn's disease in Turkey. *J Gastrointestin Liver Dis*. 2009;18(2)157–62.
11. Özer Çakır Ö. Bölgemizdeki inflamatuvar barsak hastalıkları tanılı olguların insidansı, demografik ve klinik özellikleri. *Akad Gastroenteroloji Derg*. 2019;18(2):49-58
12. Scaldaferrri F, Fiocchi C. İnflammatory bowel disease: Progress and current concepts of etiopathogenesis. *J Dig Dis* . 2007;8(4):171–8.
13. Yazdanbakhsh M, Kremsner PG, Van Ree R. Immunology: Allergy, parasites, and the hygiene hypothesis . *Science*. 2002;296(5567):490–4.
14. Rook GAW, Brunet LR. Microbes, immunoregulation, and the gut . *Gut*. 2005;54(3):317-20.
15. Bernstein CN, Rawsthorne P, Cheang M, Blanchard JF. A population-based case control study of potential risk factors for IBD. *Am J Gastroenterol*. 2006;101(5):993–1002.
16. Loftus E V. Clinical epidemiology of inflammatory bowel disease: Incidence, prevalence, and environmental influences. *Gastroenterology*. 2004;126(6):1504–17.

17. Mahid SS, Minor KS, Soto RE, Hornung CA, Galandiuk S. Smoking and inflammatory bowel disease: A meta-analysis. *Mayo Clin Proc.* 2006;81(11):1462–71.
18. Sakamoto N, Kono S, Wakai K, Fukuda Y, Satomi M, Shimoyama T, et al. Dietary risk factors for inflammatory bowel disease: A multicenter case-control study in Japan. *Inflamm Bowel Dis.* 2005 Feb;11(2):154–63.
19. Loddo I, Romano C. Inflammatory bowel disease: Genetics, epigenetics, and pathogenesis. *Frontiers in Immunology.* 2015 Nov 2;6:551. Doi: 10.3389/fimmu.2015.00551.
20. Uhlig HH, Schwerdt T, Koletzko S, Shah N, Kammermeier J, Elkadri A, et al. The diagnostic approach to monogenic very early onset inflammatory bowel disease. *Gastroenterology.* 2014;147:990–1007
21. Cooney R, Baker J, Brain O, Danis B, Pichulik T, Allan P, et al. NOD2 stimulation induces autophagy in dendritic cells influencing bacterial handling and antigen presentation. *Nat Med.* 2010;16(1):90–7.
22. Uhlig HH. Monogenic diseases associated with intestinal inflammation: Implications for the understanding of inflammatory bowel disease. *Gut.* 2013;62(12):1795–805.
23. Liu JZ, Van Sommeren S, Huang H, Ng SC, Alberts R, Takahashi A, et al. Association analyses identify 38 susceptibility loci for inflammatory bowel disease and highlight shared genetic risk across populations. *Nat Genet.* 2015;47(9):979–86.
24. Eckburg PB, Bik EM, Bernstein CN, Purdom E, Dethlefsen L, Sargent M, et al. Microbiology: Diversity of the human intestinal microbial flora. *Science.* 2005;308(5728):1635–8.
25. Joossens M, Huys G, Cnockaert M, De Preter V, Verbeke K, Rutgeerts P, et al. Dysbiosis of the faecal microbiota in patients with Crohn's disease and their unaffected relatives. *Gut.* 2011;60(5):631–7.
26. Martinez C, Antolin M, Santos J, Torrejon A, Casellas F, Borrueal N, et al. Unstable composition of the fecal microbiota in ulcerative colitis during clinical remission. *Am J Gastroenterol.* 2008;103(3):643–8.
27. Johansson MEV, Phillipson M, Petersson J, Velcich A, Holm L, Hansson GC. The inner of the two Muc2 mucin-dependent mucus layers in colon is devoid of bacteria. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2008;105(39):15064–9.
28. Ott SJ, Musfeldt M, Wenderoth DF, Hampe J, Brant O, Fölsch UR, et al. Reduction in diversity of the colonic mucosa associated bacterial microflora in patients with active inflammatory bowel disease. *Gut.* 2004 May;53(5):685–93.
29. Ryan P, Kelly RG, Lee G, Collins JK, O'Sullivan GC, O'Connell J, et al. Bacterial dna within granulomas of patients with Crohn's disease - Detection by laser capture microdissection and PCR. *Am J Gastroenterol.* 2004;99(8):1539–43.
30. Zhang YZ, Li YY. Inflammatory bowel disease: Pathogenesis. *World J Gastroenterol.* 2014;20(1):91–9.
31. Targan SR, Karp LC. Defects in mucosal immunity leading to ulcerative colitis. *Immunological Reviews.* 2005;206:296-305.

32. Cobrin GM, Abreu MT. Defects in mucosal immunity leading to Crohn's disease. *Immunological Reviews*. 2005;206:277–95.
33. Geremia A, Jewell DP. The IL-23/IL-17 pathway in inflammatory bowel disease. *Expert Review of Gastroenterology and Hepatology*. 2012 Apr;6(2):223–37.
34. Abreu MT, Fukata M, Arditi M. TLR signaling in the gut in health and disease. *J Immunol*. 2005;174(8):4453–60.
35. Marks DJB, Harbord MWN, MacAllister R, Rahman FZ, Young J, Al-Lazikani B, et al. Defective acute inflammation in Crohn's disease: A clinical investigation. *Lancet*. 2006;367(9511):668–78.
36. Bonen DK, Ogura Y, Nicolae DL, Inohara N, Saab L, Tanabe T, et al. Crohn's disease-associated NOD2 variants share a signaling defect in response to lipopolysaccharide and peptidoglycan. *Gastroenterology*. 2003;124(1):140–6.
37. Abraham C, Cho JH. Functional consequences of NOD2 (CARD15) mutations. Vol. 12, *Inflammatory Bowel Diseases*. 2006 Jul;12(7):641–50.
38. Watanabe T, Kitani A, Murray PJ, Strober W. NOD2 is a negative regulator of Toll-like receptor 2-mediated T helper type 1 responses. *Nat Immunol*;5(8):800–8.
39. Noguchi E, Homma Y, Kang X, Netea MG, Ma X. A Crohn's disease-associated NOD2 mutation suppresses transcription of human IL10 by inhibiting activity of the nuclear ribonucleoprotein hnRNP-A1. *Nat Immunol*. 2009;10(5):471–9.
40. Salim SY, Söderholm JD. Importance of disrupted intestinal barrier in inflammatory bowel diseases. 2011 Jan;17(1):362–81.
41. Wehkamp J, Harder J, Weichenthal M, Mueller O, Herrlinger KR, Fellermann K, et al. Inducible and constitutive beta-defensins are differentially expressed in Crohn's disease and ulcerative colitis. *Inflamm Bowel Dis*. 2003;9(4):215–23.
42. Melgar S, Yeung MMW, Bas A, Forsberg G, Suhr O, Öberg Å, et al. Over-expression of interleukin 10 in mucosal T cells of patients with active ulcerative colitis. *Clin Exp Immunol*. 2003 Oct 1;134(1):127–37.
43. Fuss IJ, Heller F, Boirivant M, Leon F, Yoshida M, Fichtner-Feigl S, et al. Nonclassical CD1d-restricted NK T cells that produce IL-13 characterize an atypical Th2 response in ulcerative colitis. *J Clin Invest*. 2004;113(10):1490–7.
44. Heller F, Florian P, Bojarski C, Richter J, Christ M, Hillenbrand B, et al. Interleukin-13 is the key effector Th2 cytokine in ulcerative colitis that affects epithelial tight junctions, apoptosis, and cell restitution. *Gastroenterology*. 2005;129(2):550–64.
45. Wilson MS, Ramalingam TR, Rivollier A, Shenderov K, Mentinkkane MM, Madala SK, et al. Colitis and intestinal inflammation in IL10<sup>-/-</sup> mice results from IL-13R $\alpha$ 2-mediated attenuation of IL-13 activity. *Gastroenterology*. 2011;140(1):254–264.
46. Bernardo D, Vallejo-Díez S, Mann ER, Al-Hassi HO, Martínez-Abad B, Montalvillo E, et al. IL-6 promotes immune responses in human ulcerative colitis and induces a skin-homing phenotype in the dendritic cells and T cells they stimulate. *Eur J Immunol*. 2012 May;42(5):1337–53.

47. Sarra M, Monteleone I, Stolfi C, Fantini MC, Sileri P, Sica G, et al. Interferon-gamma-expressing cells are a major source of interleukin-21 in inflammatory bowel diseases. *Inflamm Bowel Dis*. 2010;16(8):1332–9.
48. Monteleone G, Monteleone I, Fina D, Vavassori P, Del Vecchio Blanco G, Caruso R, et al. Interleukin-21 enhances T-helper cell type I signaling and interferon- $\gamma$  production in Crohn's disease. *Gastroenterology*. 2005;128(3):687–94.
49. Di Sabatino A, Biancheri P, Rovedatti L, MacDonald TT, Corazza GR. New pathogenic paradigms in inflammatory bowel disease. *Inflammatory Bowel Diseases*. 2012 Feb;18(2):368-71
50. Demir N, Erzin YZ. İnflamatuvar Bağırsak Hastalıklarında Klinik Belirtiler. *Güncel Gastroenteroloji*. 2014;18(4).
51. Moum B, Ekbom A, Vatn MH, Elgjo K. Change in the extent of colonoscopic and histological involvement in ulcerative colitis over time. *Am J Gastroenterol*. 1999;94(6):1564–9.
52. Massinha P, Portela F, Campos S, Duque G, Ferreira M, Mendes S, et al. Ulcerative Colitis: Are We Neglecting Its Progressive Character. *GE - Port J Gastroenterol*. 2018 ;25(2):74–9.
53. Bozdemir N, Kara İH, Birinci basamakta tanı ve tedavi. *Adana: Nobel Tıp Kitabevi*, 2010:321–322.
54. Schwartz DA, Loftus E V, Tremaine WJ, Panaccione R, Harmsen WS, Zinsmeister AR, et al. The natural history of fistulizing Crohn's disease in Olmsted County, Minnesota. *Gastroenterology*. 2002;122(4):875–80.
55. Sands BE. From symptom to diagnosis: Clinical distinctions among various forms of intestinal inflammation. *Gastroenterology*. 2004;126(6):1518–32.
56. Vadlamudi N, Alkhouri N, Mahajan L, Lopez R, Shen B. Ileoscopy via stoma after diverting ileostomy: A safe and effective tool to evaluate for crohn's recurrence of neoterminal ileum. *Dig Dis Sci*. 2011;56(3):866–70.
57. Brown SR, Coviello LC. Extraintestinal Manifestations Associated with Inflammatory Bowel Disease. *Surgical Clinics of North America*. 2015 Dec;95(6):1245-59
58. Kapoor A, Bhatia V, Sibal A. Pediatric inflammatory bowel disease. *Indian Pediatrics*. 2016 Nov 15;53(11):993-1002.
59. Peyrin-Biroulet L, Panés J, Sandborn WJ, Vermeire S, Danese S, Feagan BG, et al. Defining Disease Severity in Inflammatory Bowel Diseases: Current and Future Directions. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2016;14(3):348-354.
60. Conrad K, Roggenbuck D, Laass MW. Diagnosis and classification of ulcerative colitis. *Autoimmun Rev*. 2014 Apr-May;13(4-5):463-6.
61. Hanauer SB, Sandborn W. PRACTICE GUIDELINES Management of Crohn's Disease in Adults. *Am J Gastroenterol*. 2001 Mar;96(3):635-43.
62. Odes HS, Fich A, Reif S, Halak A, Lavy A, Keter D, et al. Effects of current cigarette smoking on clinical course of Crohn's disease and ulcerative colitis. *Dig Dis Sci*. 2001;46(8):1717–21.
63. Tözün N, Atuğ Ö. İltihabi barsak hastalıkları. In: Memik F, Ed. *Klinik Gastroenteroloji*. Bursa: Nobel & Güneş Kitabevi, 2004:448-461. 2004.

64. Tolan DJM, Greenhalgh R, Zealley IA, Halligan S, Taylor SA. MR enterographic manifestations of small bowel Crohn disease. *Radiographics*. 2010 Mar;30(2):367-84.
65. Nikolaus S, Schreiber S. Diagnostics of Inflammatory Bowel Disease. *Gastroenterology*. 2007;133(5):1670-89.
66. Leighton JA, Shen B, Baron TH, Adler DG, Davila R, Egan J V., et al. ASGE guideline: Endoscopy in the diagnosis and treatment of inflammatory bowel disease. *Gastrointest Endosc*. 2006;63(4):558-65.
67. Wolfson DM, Sachar DB, Cohen A, Goldberg J, Styczynski R, Greenstein AJ, et al. Granulomas Do Not Affect Postoperative Recurrence Rates in Crohn's Disease. *Gastroenterology*. 1982 Aug 1;83(2):405-9.
68. Goldstone RN, Steinhagen RM. Abdominal Emergencies in Inflammatory Bowel Disease. *Surgical Clinics of North America* 2019 Dec;99(6):1141-1150.
69. Ordás I, Eckmann L, Talamini M, Baumgart DC, Sandborn WJ. Ulcerative colitis. *Lancet*. 2012 Nov 3;380(9853):1606-19.
70. Lichtenstein GR, Loftus E V, Isaacs KL, Regueiro MD, Gerson LB, Sands BE. ACG Clinical Guideline: Management of Crohn's Disease in Adults. *Am J Gastroenterol*. 2018;113(4):481-517.
71. Park SH, Aniwaniwan S, Scott Harmsen W, Tremaine WJ, Lightner AL, Faubion WA, et al. Update on the Natural Course of Fistulizing Perianal Crohn's Disease in a Population-Based Cohort. *Inflamm Bowel Dis*. 2019;25(6):1054-60.
72. Rieder F, Zimmermann EM, Remzi FH, Sandborn WJ. Crohn's disease complicated by strictures: A systematic review. *Gut*. 2013;62:1072-84.
73. Farrar FA, Odze RD, Eaden J, Itzkowitz SH. AGA Medical Position Statement on the Diagnosis and Management of Colorectal Neoplasia in Inflammatory Bowel Disease. *Gastroenterology*. 2010;138(2):738-45.
74. Ford AC, Khan KJ, Achkar JP, Moayyedi P. Efficacy of oral vs. Topical, or combined oral and topical 5-aminosalicylates, in ulcerative colitis: Systematic review and meta-analysis. *American Journal of Gastroenterology*. *Am J Gastroenterol*; 2012;107(2):167-76.
75. Panaccione R, Rutgeerts P, Sandborn WJ, Feagan B, Schreiber S, Ghosh S. Review article: Treatment algorithms to maximize remission and minimize corticosteroid dependence in patients with inflammatory bowel disease. *Alimentary Pharmacology and Therapeutics*. 2008 Sep 15;28(6):674-88.
76. Feuerstein JD, Cheifetz AS. Ulcerative colitis: Epidemiology, diagnosis, and management. *Mayo Clin Proc*. 2014;89(11):1553-63.
77. Doherty GA, Cheifetz AS. Management of acute severe ulcerative colitis [Internet]. Vol. 3, Expert Review of Gastroenterology and Hepatology. 2009 Aug;3(4):395-405.
78. Kornbluth A, Sachar DB; Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. Ulcerative colitis practice guidelines in adults: American College Of Gastroenterology, Practice Parameters Committee. *Am J Gastroenterol*. 2010 Mar;105(3):501-23; quiz 524.

79. Turner D, Walsh CM, Steinhart AH, Griffiths AM. Response to Corticosteroids in Severe Ulcerative Colitis: A Systematic Review of the Literature and a Meta-Regression. *Clin Gastroenterol Hepatol* . 2007 Jan;5(1):103–10.
80. Marshall JK, Thabane M, Steinhart AH, Newman JR, Anand A, Irvine EJ. Rectal 5-aminosalicylic acid for maintenance of remission in ulcerative colitis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Nov 14;11:CD004118.
81. Karagozian R, Burakoff R. The role of mesalamine in the treatment of ulcerative colitis, *Therapeutics and Clinical Risk Management*.2007;3(5):893-903.
82. Lichtenstein GR. Use of laboratory testing to guide 6-mercaptopurine/azathioprine therapy. *Gastroenterology*. 2004 Nov;127(5):1558–64.
83. Ben-Horin S, Waterman M, Kopylov U, Yavzori M, Picard O, Fudim E, et al. Addition of an immunomodulator to infliximab therapy eliminates antidrug antibodies in serum and restores clinical response of patients with inflammatory bowel disease. *Clin Gastroenterol Hepatol* . 2013 Apr;11(4):444–7.
84. Rutgeerts P, Sandborn WJ, Feagan BG, Reinisch W, Olson A, Johanns J, et al. Infliximab for induction and maintenance therapy for ulcerative colitis. *N Engl J Med*. 2005;353(23):2462–76.
85. Reinisch W, Sandborn WJ, Hommes DW, D’Haens G, Hanauer S, Schreiber S, et al. Adalimumab for induction of clinical remission in moderately to severely active ulcerative colitis: Results of a randomised controlled trial. *Gut*. 2011;60(6):780–7.
86. Feagan BG, Rutgeerts P, Sands BE, Hanauer S, Colombel JF, Sandborn WJ, et al. Vedolizumab as induction and maintenance therapy for ulcerative colitis. *N Engl J Med*. 2013;369(8):699–710.
87. Akobeng AK, Zachos M. Tumor necrosis factor-alpha antibody for induction of remission in Crohn’s disease . *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2004;(1):CD003574.
88. Shah ND, Parian AM, Mullin GE, Limketkai BN. Oral Diets and Nutrition Support for Inflammatory Bowel Disease: What is the Evidence? *Nutrition in Clinical Practice*. 2015;30(4): 462-73.
89. Dilbaz N. Sosyal Fobi. *Psikiyatir Dünyası*. 1997;1(1):18–24.
90. Marks IM, Gelder MG. Different ages of onset in varieties of phobia. *Am J Psychiatry*. 1966;123(2):218–21.
91. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. In: 3rd ed (DSM-III) Washington DC: APA,. 1980.
92. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. In: 4th ed (DSM-IV) Washington DC: APA. 1994
93. Amerikan Psikiyatri Birliği, *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri El Kitabından*. çev.yay.yön Koroğlu E, Hekimler Yayın Birliği Ankara; 2014.
94. World Health Organization. *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. Social Anxiety Disorder*,. 2018.

95. Gültekin BK, Dereboy F. Üniversite Öğrencilerinde Sosyal Fobinin Yaygınlığı ve Sosyal Fobinin Yaşam Kalitesi , Akademik Başarı ve kimlik oluşum üzerine etkileri. Türk Psikiyatr Derg. 2011;22(3):150–8.
96. Burstein M, Ameli-Grillon L, Merikangas KR. Shyness versus social phobia in US youth. Pediatrics. 2011;128(5):917–25.
97. Stein DJ, Lim CCW, Roest AM, de Jonge P, Aguilar-Gaxiola S, Al-Hamzawi A, et al. The cross-national epidemiology of social anxiety disorder: Data from the World Mental Health Survey Initiative. BMC Med. 2017;15(1):143
98. Ballenger JC, Davidson JRT, Lecrubier Y, Nutt DJ, Borkovec TD, Rickels K, et al. Consensus statement on generalized anxiety disorder from the international consensus group on depression and anxiety. Journal of Clinical Psychiatry. 2001 ;62 Suppl 11:53-8.
99. Beidel DC, Turner SM, Morris TL. Psychopathology of childhood social phobia. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1999;38(6):643–50.
100. Bandelow B, Wedekind D. Soziale Phobie. Nervenarzt 2014;85(5):635-647.
101. Bögels SM, Alden L, Beidel DC, Clark LA, Pine DS, Stein MB, et al. Social anxiety disorder: Questions and answers for the DSM-V .Depression and Anxiety. 2010;27(2)168-189
102. Magee WJ, Eaton WW, Wittchen HU, McGonagle KA, Kessler RC. Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry. 1996;53(2):159–68.
103. Ruscio AM, Brown TA, Chiu WT, Sareen J, Stein MB, Kessler RC. Social fears and social phobia in the USA: Results from the National Comorbidity Survey Replication. Psychol Med . 2008;38(1):15–28.
104. Binbay Z, Koyuncu A. Sosyal anksiyete bozukluğu ve duygudurum bozuklukları birlikteliği. Psikiyatri Guncel Yaklasimler.2012;4(1):1-13
105. Dilbaz N, Güz H. Sosyal kaygı bozukluğunda cinsiyet farklılıkları Nöropsikiyatri Arşivi. 2002;39:79-86.
106. Veale D. Treatment of social phobias. Adv Psychiatr Treat. 2003;9:258–64.
107. Fedoroff IC, Taylor S. Psychological and pharmacological treatments of social phobia: A meta-analysis. J Clin Psychopharmacol. 2001;21(3):311–24.
108. Best WR, Beckett JM, Singleton JW, Kern F. Development of a Crohn's Disease Activity Index. National Cooperative Crohn's Disease Study. Gastroenterology. 1976 Mar;70(3):439-44.
109. Schroeder KW, Tremaine WJ, Ilstrup DM. Coated Oral 5-Aminosalicylic Acid Therapy for Mildly to Moderately Active Ulcerative Colitis. N Engl J Med. 1987;317(26):1625–9.
110. Heimberg RG, Horner KJ, Juster HR, Safren SA, Brown EJ, Schneier FR, et al. Psychometric properties of the Liebowitz Social Anxiety Scale. Psychol Med. 1999;29(1):199–212.
111. Soykan Ç, Özgüven HD, Gençöz T. Liebowitz social anxiety scale: The Turkish version. Psychol Rep. 2003;93(3 Pt 2):1059–69.
112. Hayran M. Sağlık Araştırmaları İçin Temel İstatistik (1. Basım). Art Ofset Matbaacılık Yayıncılık Organizasyon Ankara; 2011. p 95.

113. Asher M, Asnaani A, Aderka IM. Gender differences in social anxiety disorder: A review. *Clinical Psychology Review*. 2017 Aug;56:1-12.
114. Byrne G, Rosenfeld G, Leung Y, Qian H, Raudzus J, Nunez C, et al. Prevalence of anxiety and depression in patients with inflammatory bowel disease. *Can J Gastroenterol Hepatol*. 2017;7:1-6.
115. Watson NL, VanderVeen JW, Cohen LM, DeMarree KG, Morrell HER. Examining the interrelationships between social anxiety, smoking to cope, and cigarette craving. *Addict Behav*. 2012 Aug 1;37(8):986–9.
116. Buckner JD, Vinci C. Smoking and social anxiety: The roles of gender and smoking motives. *Addict Behav*. 2013 Aug 1;38(8):2388–91.
117. Roy-Byrne PP, Davidson KW, Kessler RC, Asmundson GJG, Goodwin RD, Kubzansky L, et al. Anxiety disorders and comorbid medical illness. *Gen Hosp Psychiatry*. 2008 May 1;30(3):208–25.
118. Pumar MI, Gray CR, Walsh JR, Yang IA, Rolls TA, Ward DL. Anxiety and depression-Important psychological comorbidities of COPD. *Journal of Thoracic Disease* 2014 Nov;6(11):1615-31.
119. Hynninen KMJ, Breivve MH, Wiborg AB, Pallesen S, Nordhus IH. Psychological characteristics of patients with chronic obstructive pulmonary disease: A review. *Journal of Psychosomatic Research*. 2005 Dec;59(6):429-43.
120. Koyuncu A, İnce E, Ertekin E, Tükel R. Comorbidity in social anxiety disorder: Diagnostic and therapeutic challenges. *Drugs in Context*. 2019; 8: 212573.
121. Bannaga AS, Selinger CP. Inflammatory bowel disease and anxiety; links, risks, and challenges faced. *Clin Exp Gastroenterol*. 2015;8:111-117.
122. Bennebroek Evertsz' F, Thijssens NA, Stokkers PC, Grootenhuis MA, Bockting CL, Nieuwkerk PT, et al. Do Inflammatory Bowel Disease patients with anxiety and depressive symptoms receive the care they need? *J Crohns Colitis*. 2012 Feb;6(1):68-76.
123. Van den Brink G, Stapersma L, Vlug LE, Rizopolous D, Bodelier AG, Van Wering H, et al. Clinical disease activity is associated with anxiety and depressive symptoms in adolescents and young adults with inflammatory bowel disease. *Aliment Pharmacol Ther*. 2018 Aug;48(3):358-369.
124. Porcelli P, Zaka S, Centonze S, Sisto G. Psychological distress and levels of disease activity in inflammatory bowel disease. *The Italian Journal of Gastroenterology*. 1994 Apr;26(3):111-115.
125. Fuller-Thomson E, Lateef R, Sulman J. Robust Association Between Inflammatory Bowel Disease and Generalized Anxiety Disorder: Findings from a Nationally Representative Canadian Study. *Inflammatory Bowel Diseases*. 2015;21(10): 2341–2348.
126. Bella TT, Omigbodun OO. Social phobia in Nigerian university students; prevalence, correlates and co-morbidity. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2009 Jun;44(6):458-63.
127. Reinhorn IM, Bernstein CN, Graff LA, Patten SB, Sareen J, Fisk JD, et al. Social phobia in immune-mediated inflammatory diseases. *J Psychosom Res*. 2020 Jan; 128:109890.

## PDF Eraser Free

128. Sonntag H, Wittchen HU, Höfler M, Kessler RC, Stein MB. Are social fears and DSM-IV social anxiety disorder associated with smoking and nicotine dependence in adolescents and young adults? *Eur Psychiatry*. 2000 Feb;15(1):67-74.



## ÖZGEÇMİŞ

### I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı : Gizem Söğütlük Dığrak  
Doğum yeri ve tarihi :  
Uyruğu : T.C  
Medeni durumu : Evli  
İletişim adresi :  
Yabancı dili : İngilizce

### II- Eğitimi

2016 : Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi  
2009 : Kahramanmaraş Anadolu Öğretmen Lisesi  
2005 : Kahramanmaraş Mimar Sinan İlköğretim Okulu

### IV- Mesleki Deneyimi

2017 – devam ediyor : SBÜ Keçiören Eğitim Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Asistanı  
2016 – 2017 : Van Muradiye Devlet Hastanesi Pratisyen Hekim

**EKLER**

**EK 1. OLGU RAPOR FORMU**

1. Araştırma ID: .....

2. Görüşme tarihi: ...../...../.....

3. Yaş: .....

4. Cinsiyet:  Kadın  Erkek

5. Medeni durum:  Bekar  Evli  Boşanmış  Ayrı yaşıyor

6. Eğitim durumu:  Okur-yazar değil  Okur-yazar  İlkokul  Ortaokul  
 Lise  Üniversite  Yüksek lisans  Doktora

7. Meslek:  Yok.  Var. Belirtiniz. ....

8. Son 10 yıldır yaşadığı yer:  Köy-kırsal bölge  Şehir-kentsel bölge

9. Gelir durumu: .....TL./ay (Evde kişi başı aylık gelir)

10. Evde kiminle yaşadığı: .....

11. Son bir yılda kaybedilen kilo (Kg)?: .....

12. Sigara kullanımı:  Hayır  Bırakmış  Evet

*Günde kaç paket?: .....*

*Kaç yıl?: .....*

13. İnflamatuar barsak hastalığı tanısı:  Ülseratif Kolit  Crohn Hastalığı

14. Hastalık süresi (yıl): .....

15. İnflamatuar barsak hastalığıyla ilgili daha önce uygulanan tedavi yöntemleri

(Birden çok seçenek işaretlenebilir.)

İlaç tedavisi

Ameliyat

Biyoterapi

Diğer. Belirtiniz. ....

16. Şu anda kullandığı ilaç tedavileri (psikiyatrik ilaç tedavisi dışında)

İlaç kullanmıyor.

İlaç kullanıyor. Belirtiniz. ....

17. Fiziksel hastalıklar (İnflamatuar barsak hastalığı dışında)

Yok

Var. Belirtiniz.

.....

## PDF Eraser Free

18. Halen tedavi gördüğü bir ruhsal bozukluğu var mı?

Hayır

Evet. Belirtiniz.

.....

19. Şu anda kullandığı psikiyatrik ilaç tedavisi var mı?

Hayır

Evet. Belirtiniz. ....



## EK 2. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sayın katılımcı;bir bilimsel araştırma olan çalışmamıza davet edilmektesiniz.Yapılması planlanan çalışmamızın ismi “**İnflamatuvar barsak hastalarında sosyal anksiyete düzeylerinin belirlenmesi ve hastalık aktivitesinin sosyal anksiyete düzeyine etkisi**”dir.

Çalışmanın amacı inflamatuvar barsak hastalıklarında hastalığın seyri ile sosyal anksiyete belirtilerinin arasındaki ilişkinin araştırılmasının ilerleyen dönemlerde hastalıkların daha iyi anlaşılabilmesi ve tedavilerinin daha uygun şekilde verilebilmesi konusunda yol gösterici olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmaya Keçiören Eğitim Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Kliniği ve Bilkent Şehir Hastanesi Gastroenteroloji Kliniği’nde inflamatuvar barsak hastalığı tanısı olan 155 hasta dahil edilecektir. Size doldurmanız için birtakım ölçekler verilecek ve görüşmeci de size klinik durumunuzla ilgili bazı sorular soracaktır. Bu araştırma için ayırmanız gerek süre yaklaşık 10-20 dakikadır.Çalışma hiçbir şekilde kişisel kimlik bilgisi içermemektedir.

Hemen belirtilmelidir ki araştırmaya katılıp katılmamak gönüllülük esasına dayalıdır. Sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Hekim ile aranızda kalması gereken size ait bilgilerin gizliliğine büyük özen ve saygı gösterilecektir. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgileriniz çok büyük bir hassasiyetle korunacaktır. Çalışmaya katılmayı kabul etmemeniz durumunda tedavinizde ve klinik izlemlerinizde hiçbir değişiklik olmayacak, her zaman olduğu gibi aynı özen ve ihtimam ile hastalığınızın tedavisi sürdürülecektir.

Bilgilendirilmiş gönüllü olur formundaki tüm açıklamaları okudum. Bu çalışmanın amacı ile ilgili olarak bilgilendirildiğimi, anketi uygulayan görüşmecinin sorularına cevap verdiğini, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak çalışmadan ayrılabileceğimi veya kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından çalışma dışı bırakılabileceğimi,araştırma sonuçları hakkında araştırmacıdan telefon ve/veya e-posta ile bilgi alabileceğimi biliyorum. Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmadan kendi isteğimle katılmayı;

Kabul ediyorum

Kabul etmiyorum  Nedeni.....

Teşekkür ederiz.

### Açıklamaları yapan araştırmacının:

Adı-Soyadı: Gizem SÖĞÜTLÜK DIĞRAK

Görevi: Aile Hekimliği Asistanı

Adres: SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ KEÇİÖREN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Tel: +90 312 330 20 00

E-mail:

Araştırma yürütücüsü: Dr.Gizem SÖĞÜTLÜK DIĞRAK TARİH:

İMZA:

**EK 3: ETİK KURUL ONAYI**



T.C.  
ANKARA VALİLİĞİ  
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ  
Ankara Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Baştabipliği  
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 2012-KAEK-15/2171

23.09.2020

Konu: Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
Etik Kurul Kararı

**KEÇİÖREN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KLİNİK ARAŞTIRMA  
ETİK KURULU**

“İnflamatuvar Barsak Hastalıklarında Sosyal Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi Ve Hastalık Aktivitesinin Sosyal Anksiyete Düzeyine Etkisi” adlı klinik araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına ve kurulumuz kararının başvuru sahibi tarafından Sağlık Bakanlığı’na arzına gerek olmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.

Prof. Dr. Mustafa ALTAY  
Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
Klinik Araştırmalar Etik Kurul  
Pınarbaşı Mahallesi Sanatoryum Cad.  
Ardahan Sokak No:25Keçiören / ANKARA  
Web: [www.akeah.gov.tr](http://www.akeah.gov.tr)

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	İnflamatuvar Barsak Hastalıklarında Sosyal Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi Ve Hastalık Aktivitesinin Sosyal Anksiyete Düzeyine Etkisi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama	
		SIGORTA	<input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>	
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>	
	ILAN	<input type="checkbox"/>	
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>	
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>	
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>	
	DİĞER:	<input type="checkbox"/>	
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2171	Tarih:23.09.2020	
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmann/çalışmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmann/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.		

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU							
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI		İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu					
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:		Prof Dr Mustafa ALTAY					
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişki	Katılım *		İmza
Prof. Dr. Mustafa ALTAY (Etik Kurul Başkanı)	Endokrinoloji ve Metabolizma Hst.	Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		
Doç.Dr.Osman KORUCU (Etik Kurul Başkan Yrd)	Noroloji	Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		
Doç.Dr.Emine EMEKTAR (Bildirimden Sorumlu Üye)	Acil tıp	Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		
Prof. Dr. İsmet Faruk ÖZGÜNER	Çocuk Cerrahisi	Dr.Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları E. A. H	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		
Doç.Dr. İşıl ÖZAKCA	Farmakoloji (PhD)	Ankara Üniv.Ecz. Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		
Prof. Dr. Selma UYSAL RAMADAN	Radyodiagnostik	Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		
Op. Dr. S. Ş. Erkmen GÜLHAN	Göğüs Cerrahisi	Atatürk Göğüs Hst. Ve Göğüs Cer.E.A.H.	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		
Doç.Dr.Gülçin GÜLER ŞİMŞEK	Patoloji	Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		
Dr. Öğr.Üyesi Ayşe Şebnem İLHAN	Fizyoloji	Gülhane Dış Hekimliği Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		
Uzm. Dr. Volkan MEDENİ	Halk Sağlığı	Atatürk Göğüs Hst. Ve Göğüs Cer.E.A.H.	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		
Uzm Dr Mutlu ŞAHİN	Genel Cerrahi	Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		
Av. Abdullah Emin TEKİN	Avukat	Serbest	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		
Cafer TATLILIOĞLU	Din Görevlisi	Diyanet İşleri Başkanlığı Ankara Müftülüğü	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		

Etik Kurul Başkanı Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Mustafa ALTAY  
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	İnflamatuvar Barsak Hastalıklarında Sosyal Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi Ve Hastalık Aktivitesinin Sosyal Anksiyete Düzeyine Etkisi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 2012-KAEK-15
	AÇIK ADRESİ:	Pınarbaşı Mah. Sanatoryum Cad. Ardahan Sok. No:25 06380 Keçiören / Ankara
	TELEFON	0312 356 90 00-1065
	FAKS	
	E-POSTA	

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr Gizem SÖĞÜTLÜK DİĞRAK			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Aile Hekimi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	SBÜ Keçiören Eğitim Ve Araştırma Hastanesi			
	VARSA İDARI SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
FAZ 4		<input type="checkbox"/>			
Gözlemsel ilaç çalışması		<input type="checkbox"/>			
Tıbbi cihaz klinik araştırması		<input type="checkbox"/>			
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	İN VİTRO TIBBİ TANİ CİHAZLARI İLE YAPILAN PERFORMANS DEĞERLENDİRME ÇALIŞMALARI	<input type="checkbox"/>			
	İLAÇ DIŞI KLİNİK ARAŞTIRMA	<input checked="" type="checkbox"/>	Uzmanlık Tezi		
	Diğer ise belirtiniz Anket Çalışması				
	TEK MERKEZ	<input type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ	<input checked="" type="checkbox"/>	
	ULUSAL	<input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI	<input type="checkbox"/>	

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>

Etik Kurul Başkanı Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Mustafa ALTAY  
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmaktadır.