

**T.C.
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**İNFLAMATUAR BAĞIRSAK HASTALIKLARINDA
BESLENME ALIŞKANLIKLARININ YAŞAM KALİTESİNE
ETKİSİ**

Aslıhan METE

**DANIŞMAN
Doç.Dr. Elif ÜNSAL AVDAL**

2019-İZMİR

T.C.
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

İNFLAMATUAR BAĞIRSAK HASTALIKLARINDA
BESLENME ALIŞKANLIKLARININ YAŞAM KALİTESİNE
ETKİSİ

ASLIHAN METE
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
DOÇ.DR. ELİF ÜNSAL AVDAL

2019-İZMİR

KABUL VE ONAY SAYFASI

Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğüne;

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü HEMŞİRELİK **Anabilim Dalı** İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ TEZLİ YL **Programı** Çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından YÜKSEK LİSANS **Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 02 /08 / 2019

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Elif ÜNSAL AVDAL

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Gülbin KONAKÇI

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Berna Nilgün ÖZGÜR SOY URAN

ONAY: Bu Yüksek lisans tezi, Enstitü Yönetim Kurulu'nca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve kabul edilmiştir.

(İMZA)

Prof. Dr. Ahmet KOYU

Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kâğıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi'ne verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Tezimin/Raporumun tamamı dünya çapında erişime açılabilir ve bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir.

(Bu seçenekte teziniz arama motorlarında indekslenebilecek, daha sonra tezinizin erişim statüsünün değiştirilmesini talep etmeniz ve kütüphane bu talebinizi yerine getirirse bile, teziniz arama motorlarının önbelleklerinde kalmaya devam edebilecektir.)

Tezimin/Raporumun tarihine kadar erişime açılmasını ve fotokopi alınmasını istemiyorum (İç kapak, Özet, İçindekiler ve Kaynakça hariç)

(Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde tezimin/raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir, kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir.)

Tezimin/Raporumun 01/01/2020 tarihine kadar erişime açılmasını istemiyorum ancak kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisinin alınmasını onaylıyorum.

Serbest Seçenek/Yazarın Seçimi

09/09/2019

İmza

Aslıhan METE

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında zgn olduğunu, Tez Danışmanım Doç. Dr. Elif ÜNSAL AVDAL danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve İzmır Kâtip elebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kılavuzuna göre yazıldığını beyan ederim.

09/09/2019

İmza

Aslıhan METE

TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın gerçekleştirilmesinde, değerli bilgilerini benimle paylaőan, kendisine ne zaman danıősam bana kıymetli zamanını ayırıp sabırla ve büyük bir ilgiyle bana faydalı olabilmek için elinden gelenden fazlasını sunan her sorun yaőadıęımda yanına çekinmeden gidebildiğim, güler yüzünü ve samimiyetini benden esirgemeyen ve gelecekteki mesleki hayatımda da bana verdiği değerli bilgilerden faydalanacağımı düőündüęüm kıymetli ve danışman hoca statüsünü hakkıyla yerine getiren Doç. Dr. Elif ÜNSAL AVDAL'a teőekkürü bir borç biliyor ve őükranlarımı sunuyorum. Yine çalıőmamda konu, kaynak ve yöntem açısından bana sürekli yardımda bulunarak yol gösteren ve gelecekteki hayatında çok daha baőarılı olacağına inandığım kıymetli hocam Dr. Öğr. Üyesi Berna Nilgün ÖZGÜRSOY URAN'a da sonsuz teőekkürlerimi sunarım.

Son olarak hayatım boyunca ve bu çalışmam süresince desteğini ve bana olan güvenini benden esirgemeyen ve beni bu günlere sevgi ve saygı kelimelerinin anlamlarını bilecek şekilde yetiőtirerek getiren bu hayattaki en büyük őansım olan aileme ve bu süreçte mental ve sosyal anlamda desteklerini daima içtenlikle hissettiren sevgili arkadaşlarıma sonsuz teőekkürler.

ÖZET

İNFLAMATUAR BAĞIRSAK HASTALIKLARINDA BESLENME ALİŞKANLIKLARININ YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

Giriş-Amaç: İnflamatuar bağırsak hastalığı atak ve remisyon süreçlerinden oluşan ve bireyin yaşamını derinden etkileyen kronik bir hastalık olmakla birlikte, insidansı giderek artmaktadır. Hastalığın remisyonunun sağlanmasında ise ilk başvuru yolu medikal tedavi olmakla birlikte; beslenme alışkanlıkları ve uygulanan diyet sistemi de hastalığın prognozunu kontrolünde etkili olabilmektedir. Bu çalışmanın amacı bireye özgü ve semptomlar üzerine belirlenen beslenme alışkanlıklarının yaşam kalitesi üzerine etkisini incelemektir.

Materyal-metod: Bu araştırma yarı deneysel (tek gruplu ön test-son test), prospektif, ilişkisel tipte araştırma olup İKÇÜ Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Bölümü'nde takipli olan 30 İBH tanılı birey seçilip örneklem oluşturulmuştur. Örneklem grubunun sosyodemografik özellikleri, hazırlanan anketle öğrenilmiştir. Ardından beslenme alışkanlıkları testi ve yaşam kalitesi ölçekleri pre-test (0. Ay) olarak uygulanmıştır. Bu testlerden sonra katılımcılara beslenme alışkanlıkları eğitimi verilip aynı anketler post-test (3. Ay) uygulanmıştır.

Sonuç: Bireye ve semptomlara özgü uygulanan beslenme alışkanlığı eğitiminin İBH tanılı hastaların yaşam kalitesini anlamlı olarak arttırdığı bulunmuştur.

Anahtar kelimeler: inflammatuar bağırsak hastalığı, yaşam kalitesi, beslenme

ABSTRACT

THE EFFECT OF NUTRITIONAL HABITS ON THE QUALITY OF LIFE IN INFLAMMATORY BOWEL DISEASES

Introduction-Aim: Inflammatory bowel disease is a chronic disease, which consists of exacerbation and remission processes and deeply affects the life of the individual, but its incidence is gradually increasing. Although medical treatment is the first way to achieve remission; Nutritional habits and diet system may also be effective in controlling the prognosis of the disease. The aim of this study was to investigate the effects of nutritional habits specific to the individual and symptoms on quality of life.

Materials and Methods: This study was a quasi-experimental (single-group pre-test-post-test), prospective, relational type of study. The sociodemographic characteristics of the sample group were learned by a questionnaire. Nutritional habits test and quality of life scales were applied as pre-test (0 months). After these tests, the participants were given nutritional habits training and the same questionnaires were administered post-test (3rd month).

Conclusion: Nutritional habits training specific to the individual and symptoms was found to significantly improve the quality of life of patients with IBD.

Keywords: inflammatory bowel disease, quality of life, nutrition

İÇİNDEKİLER

1. GİRİŞ	1
1.1.Problemin Tanımı	1
1.2.Araştırmanın Amacı	3
1.3.Hipotezler	4
1.4.Araştırmanın Önemi	4
1.5.Araştırmanın Sınırlılıkları	6
2. GENEL BİLGİLER	7
2.1.İnflamatuvar Bağırsak Hastalığının Tanımı	7
2.2.İnflamatuvar Bağırsak Hastalığının Epidemiyolojisi	7
2.3.İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı Etiyolojisi	8
2.3.1. Sigara kullanımı	8
2.3.2. İlaçlar	8
2.3.3. Genetik faktörler	9
2.3.4. Sosyoekonomik durum	9
2.4.İnflamatuvar Bağırsak Hastalığının Fizyopatolojisi	10
2.5.İnflamatuvar Bağırsak Hastalığının Sınıflandırılması	10
2.5.1. Ülseratif Kolit	10
2.5.2. Crohn Hastalığı	10
2.5.3. Ülseratif Kolit Ve Crohn Hastalığı Arasındaki Farklar	11
2.6.İnflamatuvar Bağırsak Hastalığında Tedavi	11
2.7.İnflamatuvar Bağırsak Hastalığında Beslenmenin Altın Kuralları	12
2.7.1. Süt Ürünlerinin Azaltılması	13
2.7.2. Yağ Alımının Kısıtlanması	13
2.7.3. Protein Tüketimi	14
2.7.4. Karbonhidrat Tüketiminin Azaltılması	15
2.7.5. Posa-Lif Tüketimi	16
2.8. İnflamatuvar Bağırsak Hastalığının Bireyin Yaşam Kalitesine Etkisi ...16	

2.8.1. Yaşam Kalitesi Nedir?.....	16
2.8.2. İnflamatuvar Bağırsak Hastalarında Yaşam Kalitesi.....	17
2.9. İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı Yönetiminde İbh Hemşiresinin Görev- Sorumlulukları Ve Önemi.....	17
2.9.1. Dünyada İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı Hemşireliği.....	18
2.9.2. Ülkemizde İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı Hemşireliği.....	18
3. GEREÇ YÖNTEM	20
3.1. Araştırmanın türü.....	20
3.1.1. Araştırmanın Yeri Ve Zamanı.....	20
3.2. Araştırmanın Evreni Ve Örneklemi.....	20
3.2.1. Araştırmanın Değişkenleri.....	21
3.2.1.2. Araştırmaya Dâhil Olma Kriterleri.....	21
3.2.1.3. Araştırmaya Dâhil Edilmeme Kriterleri.....	21
3.3. Araştırmanın Veri Toplama Araçları.....	21
3.3.1. Hasta Bilgi Formu (EK 1):.....	22
3.3.2. İnflamatuvar Bağırsak Hastalarında Beslenme Alışkanlıkları Formu (EK 2).....	22
3.3.3. İnflamatuvar Bağırsak Hastalarında Yaşam Kalitesi Ölçeği (EK 3).....	22
3.3.4. İnflamatuvar Bağırsak Hastalıklarında Beslenme – Hasta Eğitim Kitapçığı (Ek 4).....	23
3.3.4.1. Veri Toplama Yöntemi.....	24
3.3.4.2. Verilerin Analizi.....	25
3.3.4.3. Araştırma Planı.....	25
3.4. Araştırma Etiği.....	25
4. BULGULAR	27
5. TARTIŞMA.....	40
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	44
6.1. Sonuç	44
6.2. Öneriler	47

KAYNAKLAR	48
EKLER	54
Ek 1.....	54
Ek 2.....	56
Ek 3.....	60
Ek 4	66
Ek 5	67
Ek 6	68
ÖZGEÇMİŞ	69



Simgeler Ve Kısaltmalar Dizini

İBH: İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı

ÜK: Ülseratif Kolit

CH: Crohn Hastalığı

N-ECCO: Nurses-European Crohn's & Colitis Organisation

OK: Oral Kontraseptif

NSAII: Nonsteroidal Antiinflamatuvar

FODMAP: Fermente Oligo-, Di- ve Mono-Sakkaritler Ve Polyoller

DM: Diabetes Mellitus

HT: Hipertansiyon

KAH: Koroner Arter Hastalığı

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

Tablolar Dizini

Tablo 1: Ülseratif kolit ve crohn hastalığı arasındaki farklar	11
Tablo 2: Araştırmaya katılan İBH'lı bireylerin Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları	27
Tablo 3: Araştırmaya katılan İBH'lı bireylerin demografik özelliklere göre dağılımları	28
Tablo 4: Ölçeklerin Güvenilirlik Analizi Sonuçları.....	29
Tablo 5: Araştırmaya Katılanların Beslenme Alışkanlıkları Testi ve Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanların Cinsiyete Göre Karşılaştırılması.....	30
Tablo 6: Araştırmaya Katılanların Beslenme Alışkanlıkları Testi ve Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanların Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması.....	30
Tablo 7: Araştırmaya Katılanların Beslenme Alışkanlıkları Testi ve Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanların Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılması...31	
Tablo 8: Araştırmaya Katılanların Beslenme Alışkanlıkları Testi ve Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanların Çalışma Durumuna Göre Karşılaştırılması..32	
Tablo 9: Araştırmaya Katılanların Beslenme Alışkanlıkları Testi ve Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanların Ekonomik Durumuna Göre Karşılaştırılması.....	33
Tablo 10: Araştırmaya Katılanların Beslenme Alışkanlıkları Testi ve Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanların Yaşadığı Yere Göre Karşılaştırılması.....	34
Tablo 11: Araştırmaya Katılanların Beslenme Alışkanlıkları Testi ve Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanların İBH Tanı Sürelerine Göre Karşılaştırılması.....	35

Tablo 12: Araştırmaya Katılanların Beslenme Alışkanlıkları Testi ve Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanların Hayatlarında Meydana Gelen Değişikliklere Göre Karşılaştırılması.....	36
Tablo 13: Araştırmaya Katılanların Beslenme Alışkanlıkları Testi ve Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanların Hastalık Nedeni ile Destek Alınmasına Göre Karşılaştırılması.....	37
Tablo 14: Araştırmaya katılan İBH'lı bireylerin Eğitim Önce ve Sonrasında Uygulanan Beslenme Alışkanlıkları Testi Puanlarının Sıra Ortalamalarının Dağılımı.....	38
Tablo 15: Araştırmaya katılan İBH'lı bireylerin Eğitim Önce Ve Sonrasında Uygulanan İnflamatuar Barsak Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarının Sıra Ortalamalarının Dağılımı.....	39
Tablo 16: Beslenme Alışkanlıkları Testi ile Yaşam Kalitesi Ölçeği Arasındaki İlişki.....	39

İNFLAMATUAR BAĞIRSAK HASTALIKLARINDA BESLENME ALİŞKANLIKLARININ YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı

İnflamatuar bağırsak hastalığı relapslarla ve atak dönemleri ile süregelen kronik bir hastalıktır. Hastalığın en iyi bilinen iki formu ülseratif kolit (ÜK) ve Crohn hastalığı (CH)'dır. İBH'nın daha az oranda görülen diğer bir formu ise belirsiz (indetermine) kolittir. Hastalığın patogenezindeki çalışmalar ümit vadetmesine rağmen henüz beklentileri karşılayabilecek düzeyde değildir. Bu nedenle hastalığın belirlenmesinde ve ayırıcı tanısında bireyin hastalık öyküsü, laboratuvar, endoskopi, histoloji ve radyolojik testlerden ve bunların toplamında oluşan klinik tablodan yararlanılmaktadır (1).

İnsidans olarak en sık 15-35 yaşları arasında ve ikinci pik dönemi ise 55 yaşlarında görülmektedir ve bireyin yaşamın en aktif dönemlerini kapsar(1). Bu yaş aralığı insan hayatında eğitim, evlilik, kariyer gibi önemli olaylarından ödün vermesine neden olur. Bu nedenle inflamatuvar bağırsak hastalığında prognozu nedeniyle bireyin yaşamını ve kalitesini aktif bir şekilde etkilemektedir. İBH semptomlarından arınma ya da bu semptomları kontrol altına alabilme bireyin yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyecektir. Atak dönemi ve relapslarla seyreden inflamatuvar bağırsak hastalığının klinik prognozu farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemlerle kontrol altına alınmaya çalışılmaktadır. Nonfarmakolojik yöntemlerin içinde beslenme alışkanlıkları da etkili olmaktadır. Bazı besinlerin alımının kısıtlanması ya da artırılması atak dönemlerinde etkili olabilmektedir (1,2).

Beslenme; sağlığı korumak, geliştirmek ve yaşam kalitesini yükseltmek için vücudun gereksinimi olan besin öğelerini yeterli miktarlarda ve uygun zamanlarda almak için bilinçli yapılması gereken bir davranıştır. Besin öğeleri vücudun gereksinmesi düzeyinde alınamadığında yetersiz beslenme oluşur. Kişilerin fiziksel ve

ruhsal olarak günlük ihtiyacını karşılayacak protein, karbonhidrat, yağ, vitamin, mineral ve lifin doğru ve yeterli alınmasına yeterli ve dengeli beslenme denir (3).

İnflamatuvar bağırsak hastalıklarının varoluşunda etkili olan çevresel faktörlerin en önemlilerinden biri olan beslenme; alevlenme dönemlerinde meydana gelen atakların tekrarını etkilemektedir. Besinler; potansiyel antijenleri sağlayarak kalıcı mikrofloranın içerik ve çeşidini etkileyebilmektedir. Ayrıca birçok besin de inflamatuvar yanıtın çeşidinde önemli rol oynar (1,3).

Beslenme desteği amacı ile uygulanan beslenme ilkelerinin ilk amacı İBH tanılı bireyde malnütrisyon gelişimini önlemek ya da var olan malnütrisyonu tedavi etmektir. Fakat yapılan uygulamalarda uygulanan beslenme ilkelerinin hastalığın remisyon süreçlerinde de etkili olduğu görülmüş ve nutrisyon destek tedavi olmaktan çıkıp tedavi yöntemi haline gelmiştir (1).

İnflamatuvar bağırsak hastalığı bireyin yaşamının herhangi bir döneminde ortaya çıkabilen ve yaşam kalitesinde ciddi kötüleşmelere neden olabilen kronik bir hastalıktır (2). Bu hastalara hemşirelik bakımı da dâhil olmak üzere multidisipliner bakım sağlanması, tedavinin en uygun hale getirilmesindeki temel koşullardan biridir (2,3).

Crohn hastalığı ve ülseratif kolit de dâhil olmak üzere inflamatuvar barsak hastalığı (İBH), artan insidansları, kronik doğası, hastaların yaşam kalitesinin kalıcı kötüleşmesi riski maliyetleri nedeniyle günümüzdeki gastroenteroloji için büyük bir zorluk teşkil etmektedir. Tedavisinde temel ve ileri hemşirelik bakımı, hastalar için multidisipliner bakımın önemli parçalarıdır. Hastalığın tedavisinin yönetimi ve yaşam kalitesinin korunmasını sağlamak adına Nurses-European Crohn's & Colitis Organisation (N-ECCO) tarafından yayınlanan Avrupa yönergeleri ile uyumlu hemşirelik bakımı konusunda geliştirilen rehberler kullanılmaktadır (6).

N-ECCO haricinde Avrupa'da yapılan çalışmalar sonucunda da kılavuzlar oluşturulmuştur. Örneğin Polonya'da inflamatuvar bağırsak hastalarından oluşan bir grupla yapılan çalışma sonucunda bir hemşire bakım kılavuzu oluşturulmuştur. Bu kılavuza göre hemşirelik bakımı, aşağıdaki unsurlardan oluşan desteği sağlamaya dayanmalıdır:

- ✓ Empati şeklinde oluşması, bireyin duygularına özen göstermesi ve güven hissi vermesi gereken zihinsel, duygusal destek.

- ✓ Bilgi (bilişsel) destek - desteklenmiş bir kişinin durumu ve durumu hakkında anlaşılır ve erişilebilir bir bilgi sunmak.
- ✓ Araçsal destek - prosedürler hakkında bilgi sağlamak ve karşılaşılabilecek komplikasyonlara karşı etkili önlemlerin alınmasına teşvik edilmesi gerekir (4).

Bu nedenle hemşire, optimum hasta bakımı sağlayacak bilgi ve becerilere sahip olmalıdır (5).

Oluşturulan bu rehberlerin araştırmacılara sağladığı kolaylık ile Avrupa'da inflamatuvar bağırsak hastalarının yaşam kalitelerini ve aldıkları hemşirelik bakımlarını inceleyen birçok çalışma bulunmaktadır (5,6).

Uyumlaştırılmış prosedürlerin uygulanması sadece sağlık personelinin çalışmasını kolaylaştırmakla kalmaz, aynı zamanda daha önemlisi, doğrudan hasta bakımının geliştirilmesine de yol açar. Avrupa'da standart tıbbi ve hemşirelik bakımı ayrıca inflamatuvar barsak hastalığı olan hastaları da içerir (5,6).

Yapılan literatür araştırmasında da, dünyada İBH alanında uzmanlaşmış hemşireler hastanın bakım ve tedavisini planlarken, sürekli hastaları tarama, takip, eğitim ve her türlü gereksinimleri için hastalara destek olma işlevlerini yerine getirme becerilerine sahiptirler (6,7).

Ülkemizde ise İBH hemşireliği yeni uzmanlaşmaya başlamış olmakla birlikte bu hastaların beslenme alışkanlıklarının yaşam kalitelilerine etkisini inceleyen yapılmış herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle araştırmamızın, ülkemizdeki İBH hastaları için iyi düzenlenmiş bir hemşirelik danışmanlığı sağlamakla birlikte, beslenme alışkanlıkları konusunda da hastalara destek olacağı düşünülmektedir (62).

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı; inflamatuvar bağırsak hastalığı olan bireylerde, beslenme alışkanlıklarının yaşam kaliteleri üzerine etkisinin incelenmesidir.

1.3. Hipotezler

H0: Beslenme alışkanlıkları inflamatuvar bağırsak hastalarının yaşam kalitelerini etkilemez.

H1: Beslenme alışkanlıkları inflamatuvar bağırsak hastalarının yaşam kalitelerini etkiler.

Alt Hipotezler:

Alt H1: İBH'lı bireylerin sosyodemografik özellikleri ile beslenme alışkanlıkları arasında ilişki vardır.

Alt H2: İBH'lı bireylerin sosyodemografik özellikleri ile beslenme alışkanlıkları arasında ilişki yoktur

Alt H3: İBH'lı bireylerin sosyodemografik özellikleri ile yaşam kaliteleri arasında ilişki vardır.

Alt H4: İBH'lı bireylerin sosyodemografik özellikleri ile yaşam kaliteleri arasında ilişki yoktur.

1.4 Araştırmanın Önemi

İnflamatuvar bağırsak hastalığı atak ve remisyon dönemlerini içeren kronik bir hastalık olmasından dolayı uzun bir tedavi ve bakım sürecini kapsar (9). Hastalıkla baş etme ve tedavi sürecinde hemşirelere önemli roller düşmektedir (10). Hemşirelerin İBH'nın kronik bir hastalık olmasından dolayı evrelerinin olduğunu ve bu evrelere özgü tedavi rejimlerindeki farklılıklarını bilmesi ve eğitim verirken bunu göz önünde bulundurması gerekmektedir (10,11).

Ülkemizde İBH alanına yönelik literatür incelendiğinde; farklı alanlarda birçok çalışmanın olduğu gözlenmiştir (12,14). Ancak inflamatuvar bağırsak hastalığı olan bireylerin beslenme alışkanlıklarının yaşam kalitesine etkisine yönelik yapılan bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Türker ve Günaldı (15) yayımladıkları bir makalelerinde inflamatuvar bağırsak hastalıklarının insidansının giderek arttığını ve bu artışta İBH'nın ortaya çıkışında

etkili çevresel faktörlerden biri olan beslenmenin etkisinin olduğunu ifade etmişlerdir. (15).

Bunun yanı sıra Bartel ve arkadaşlarının (16) yaptıkları araştırmada bireyin diyetindeki kısıtlamaların inflamatuvar bağırsak hastalığı belirtilerinin iyileşmesinde ve remisyon sürecinin uzamasında oldukça etkili olduğunu belirtmişlerdir (16). Keetarut ve arkadaşları (17) ise yaptıkları araştırma sonucunda beslenme özelliklerinin hastalığın seyrinde etkili bir terapötik yöntem olduğunu belirtmiş ayrıca kas kütlesi tükenmesi de dâhil olmak üzere vücut kompozisyonlarında bozulmalar meydana getiren bir hastalık olan İBH 'da beslenme ilişkilerinin rutin klinik uygulamalara dâhil edilmesi önermişlerdir (17).

İnflamatuvar bağırsak hastalığında beslenmenin; bireyin psikososyal yönleri üzerinde önemli bir etkisi olduğuna, yeterli beslenmenin sağlanmasındaki gerekliliğine, bireyin haz duymasına ve yeme-içme yoluyla sosyal faaliyetlerin sürdürülmesinde önemli bir katkısı olduğuna dair kanıtlar giderek artmaktadır. Bunun yanı sıra İBH'nın bir sonucu olan kötü beslenmenin düşük yaşam kalitesini desteklediği araştırmalarla kanıtlanmıştır (18,19,20).

İnflamatuvar bağırsak hastalığı tanılı bireylerin tükettikleri yiyeceklerin hastalık belirtilerinde etkili olduğu yönünde çok güçlü inanışları bulunmaktadır. Bu duruma yanıt olarak hasta bireyler; belli yiyecek gruplarının alımını ciddi miktarda sınırlandırmakta, hatta diyetlerinden tamamen çıkarmaktadırlar. Bunun sonucunda ise bireyler hem ciddi malnütrisyon tehlikesi ile karşı karşıya kalmakta hem de kendilerine oluşturdukları sosyal izolasyon ile yaşam kalitelerini direkt ve derinden etkilemektedirler (21).

Bu araştırmada inflamatuvar bağırsak hastalığı tanılı bireylerin, tükettikleri besin gruplarına göre klinik seyirlerindeki etkileri saptamak, hastalığın remisyon sürecinin uzatılmasında beslenmenin altın kurallarını belirlemek ve böylece atak dönemleri ile bireyin yaşam kalitesini aktif bir biçimde etkileyen bu kronik hastalığı remisyon sürecinde tutabilmeyi sağlayacak yöntemlerin bulunmasına rehberlik etmesi hedeflenmiştir.

Bu nedenle araştırmadan elde edilen sonuçlar, inflamatuvar bağırsak hastalığının klinik seyrinde beslenme uygulamalarının etkisini belirlemeyi ve yaşam

kalitesi yönetiminde en önemli basamaklardan biri olan hastalığın remisyon sürecinin uzatılmasında etkili yöntemlerin keşfedilmesini sağlayacaktır. Böylelikle İBH tanılı bireylerin yaşam kalitelerini arttırmaya yönelik hemşirelik girişimleri arasında yer alan; bireye özgü beslenme kuralları oluşturma, gıda intoleransları ve baş etme yöntemleri geliştirme, besin grupları ve remisyon süreçlerine etkilerine yönelik stratejiler geliştirilmesinde katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

1.5 Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma süre kısıtlılığı nedeniyle tek bir kurumda gerçekleştiği için genellenebilirliği konusunda sınırlılık taşımaktadır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. İnflamatuvar Bağırsak Hastalığının Tanımı

İnflamatuvar bağırsak hastalıkları (İBH) etiyolojisi net bir şekilde belli olmayan fakat T hücrelerinin aktivasyon artışına bağdaştırılan, genetik ve çevresel faktörler ile intestinal immün faktörler arası etkileşim sonucu ortaya çıktığına inanılan sistemik ve kronik bir hastalıktır. İmmünolojik temelleri olan inflamatuvar bağırsak hastalığının ülseratif kolit (ÜK) ve crohn hastalığı (CH) olmak üzere iki adet alt başlığı bulunmaktadır (22).

2.2. İnflamatuvar Bağırsak Hastalığının Epidemiyolojisi

İnflamatuvar bağırsak hastalığı insidansı son yıllarda giderek artmaktadır. İnflamatuvar bağırsak hastalığında prevalans ve insidans artışları coğrafi bölgelere göre değişiklikler göstermektedir. Hastalık Batı ülkelerinde Asya'ya göre daha yaygın, etnik köken olarak Yahudilerde, ırk olarak ise beyazlarda daha fazla görülmektedir (31).

En yüksek yıllık ÜK insidansı sırasıyla Avrupa, Orta Doğu ve Kuzey Amerika'da en yüksek CH insidansı ise sırasıyla Asya ve Orta Doğuda görülmüştür (24).

Yapılan güncel bir sistematik çalışmada en yüksek prevalansın bulunduğu Avrupa ülkeleri Almanya ve Norveç, Kuzey Amerika ülkelerinden ise Kanada olarak belirtilmiştir (25).

Ülkemizde İBH insidansı ülseratif kolit için 2,6/100000 ve CH için 1,4/100 olarak bildirilmiştir (31).

Doğu Avrupa, güney Amerika, Asya ve Afrika'da insidans ve prevalans oranları önceki yıllarda daha düşük olmakla beraber son 10 yılda bu bölgelerde de hastalığın görülme sıklığı giderek artmaktadır. Bu oranlardaki değişikliklerin yaş, zaman ve coğrafik bölgelere göre değişmesi, çevresel faktörlerin hastalığın ortaya çıkmasında belirgin rol aldığını düşündürmektedir (27).

2.3. İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı Etiyolojisi

İnflamatuvar bağırsak hastalıklarında etiyoloji tam olarak bilinmemekle birlikte; genetik ve çevresel faktörler tarafından tetiklenen immün yanıtlarda meydana gelen anomalilerin patogeneizde etkili olduğu düşünülmektedir (28).

2.3.1. Sigara Kullanımı

Sigara kullanımı crohn hastalığı için önemli bir risk faktördür, hastalığın şiddetini, hastalığın tekrar etme riskini artırır (11,29). Ayrıca sigara kullanan Crohn hastalarının klinik gidişatı daha risklidir ve tedaviye verilen yanıt da genellikle olumsuzdur. Tedavide cerrahi müdahaleye olan gereksinimleri artmaktadır (11,30). Sigara içilmeye devam edilmesi halinde ise hastalık prognozu kötü yönde etkilenir. Patofizyolojik olarak ise sigara kullanımı CH olgularında intestinal kanalda vaskülit benzeri olayları tetikleyerek iskemik sonuçlara sebep olur (11, 30).

Sigara içme vücutta yarattığı patofizyolojik etkiye göre hem sistemik hem de mukozal bağışıklıkta değişimler meydana getirir; hem doğal hem de adaptasyon sonucu oluşan bağışıklık fonksiyonlarını değiştirir. T-yardımcı (Th), T-supresör oranını T-supresör lehine çevirir, apoptozisi değiştirir, serum ve mukozal immunglobulin seviyelerini düşürür. Ülseratif kolit vakalarında ise sigara kullanımı, mukozal mukus üretimini artırır, mukus yapısını düzelterek olumlu etki gösterir (11, 30).

Günümüzde ise pasif içiciliğin olası rolü özellikle çocuklarda, ÜK veya CH için koruyucu ya da bir risk faktörü olarak düşünüldüğünde hala bir tartışma konusudur (11,29,12).

2.3.2. İlaçlar

İnflamatuvar bağırsak hastalığı etiyolojisinde nonsteroidal antiinflamatuvar (NSAII) ve oral kontraseptiflerin kullanımının rol oynadığı yapılan çalışmalarla belirtilmiştir. Oral kontraseptif (OK) ilaç kullanan deney grubunda olan kadınların kontrol gruplarında olan kadınlara göre risk oranlarının iki kat artması bu ilaçların etyolojide rol oynadığını düşündürmüştür ancak, aralarındaki ilişkiyi açıklayacak özellikli kanıtlar bulunamamıştır (38). Bazı çalışmalar Nonsteroidal

antiinflamatuvar(NSAII) ilaçların İBH'de alevlenme riskini artırdığı için bu ilaç grubunun etyolojiye alınmasını gerekli görmüştür (30). NSAII ilaç kullanımı, mukozal geçirgenliği artırarak, koruyucu prostaglandinleri bloke ederek, güçlü bir lökosit kemotraktanı olan lökotrien B4 düzeyini artırarak kolonik inflamasyonun alevlenmesine neden olur. Bu yüzden de NSAII kullanımının İBH riskiyle ilişkili olduğu düşünülmektedir (30).

2.3.3. Genetik Faktörler

İnflamatuvar bağırsak hastalığı etiyolojisi ile ilgili yapılan çalışmalarda genetik etmenlerin rolü birebir saptanamamıştır (12). Fakat aile içi dağılım, ikizlerde hastalığın sık görülmesi, çiftlerde nadir görülmesi ve etnik gruplardaki dağılım özellikleri etiyolojinin genetikle ilişkili olabileceğini akla getirmektedir (31). Özellikle CH'nda birinci derece akrabalarda normal nüfusa oranla hastalık 4-20 kat fazladır (32).

Monozigot ikizlerde insidansın artış göstermesi, Musevilerde ve beyaz ırkta görülme sıklığının artması, İBH'li bireylerin birinci derece akrabalarında hastalık görülme oranının %10 artması hastalığın genetik ile ilişkisini destekleyen bulgulardır (33).

2.3.4. Sosyoekonomik Durum

Sosyoekonomik olarak refah düzeyine ulaşmış ülkelerde yaşam tarzı değişikliklerinin değişmesiyle birlikte modern hayatın getirdiği bazı yükler(hava kirliliği, stres, ilaç kullanımı gibi) bağırsak mikrobiyatasının yapısında ve aktivitesinde değişime sebep olmaktadır (29,34). Bu etkenlere maruz kalan mukozal bariyerde geçici hasarlanma sonucunda bağışıklık sisteminde yerleşik mikrobiyata görülebilmektedir (29).

Çocukluk çağlarında sosyoekonomik durumu iyi olan bireyler enfeksiyonlardan korunmaya yatkın oldukları için immun sistemleri yeterince antijene maruz kalmamıştır. Bu yüzden bu kişiler erişkin yaşa geldiklerinde kronik intestinal inflamasyonlara karşı daha duyarlı olmaktadır (34).

2.4. İnflamatuvar Bağırsak Hastalığının Fizyopatolojisi

İnflamatuvar bağırsak hastalıklarında inflamasyonun baskılanmasında bir sorun olduğu düşünülmektedir Bu yüzden inflamasyon artarak devam eder. Her iki hastalıkta da mukozada CD4+T hücreleri ve bunlardan salınan Th1 ve Th2 major sitokinler artmıştır. CH'nda inflamasyonun oluşuma sebep olduğu düşünülen Th1 sitokini artarken ÜK'de Th2 sitokini artmaktadır (12).

2.5. İnflamatuvar Bağırsak Hastalığının Sınıflandırılması

İnflamatuvar bağırsak hastalığı, gerek kolondaki tutulum alanları gerekse klinik belirti ve bulgularındaki farklılıklar nedeniyle ülseratif kolit (ÜK) ve crohn hastalığı (CH) olmak üzere iki başlık altında incelenmektedir (12).

2.5.1. Ülseratif Kolit

Ülseratif kolitte inflamasyon incelendiğinde tutulum kolonun mukoza ve submukoza tabakasındadır. Klinik belirtiler sıklıkla rektal kanama, yoğun ishal ve abdomende ağrıdır. Komplikasyonlar arasında genellikle megakolon, darlıklar, kolorektal displazi ve kanser sayılabilir. Farmakolojik tedavi hastalığın prognozunun kontrol altına alınmasında etkili olup cerrahi tedavi endikasyonu bulunmaktadır (36).

2.5.2. Crohn Hastalığı

Crohn hastalığında ise inflamatuvar tutulum transmural olup gastrointestinal sistemin her bölümünde gerçekleşebilir. Crohn hastalığının etiyolojisi tam olarak bilinmemektedir. Hastalarda en sık görülen belirtiler ishal, karın ağrısı ve kilo kaybıdır. Cerrahi müdahale gerektiren intestinal darlık ve fistül en sık karşılaşılan komplikasyonlardır. Ekstraintestinal tutulumlar sıklıkla meydana gelmektedir. Medikal tedavi hastalığın seyrinde etkili olup küratif değildir (37).

2.5.3. Ülseratif Kolit Ve Crohn Hastalığı Arasındaki Farklar

Tablo 1: Ülseratif kolit ve crohn hastalığı arasındaki farklar

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

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

2.6. İnflamatuvar Bağırsak Hastalığında Tedavi

Tedaviye karar verme süresinde bireye hastalık ve planlanan tedavi açıkça anlatılmalıdır bunun sebebi hastanın tedaviye aktif katılımının büyük önem arz etmesidir. Semptomların kontrol altına alınabilmesinde genellikle uzun süreli ve kombine ilaç tedavileri gerekmektedir. Hekim ve İBH hemşirelerinin hastalara ilaç

etkileşimleri ve olası yan etkiler hakkında bilgi vermesi gerekmektedir. Tedavinin optimizasyonunda cerrahi süreç de göz önüne alınarak gastroenteroloji hekimleri ve genel cerrahlar yakın işbirliği içinde olmaktadır (40).

Son dönemde yapılan araştırmalar ve olgu sunumları incelediğinde İBH'nın tedavi planı yapılırken beslenme tedavisi de bu sürece eşlik etmesi ve klinik tablonun dikkatle incelenmesi gerektiği görülmüştür. Bireyin ihtiyaç duyduğu enerji ve besin öğeleri planlanmalı bununla birlikte oluşabilecek halsizlik, malnütrisyon, protein enerji metabolizmalarında meydana gelebilecek herhangi bir problemin önüne geçilmelidir. Hastanın yaşam kalitesinin artırılmasında uygulanacak beslenme alışkanlıkları temeli oluşturacaktır (41)

2.7.İnflamatuvar Bağırsak Hastalığında Beslenmenin Altın Kuralları

İnflamatuvar bağırsak hastalığı ve beslenme arasındaki etkileşim kapsamlı olarak araştırılmış olsa da, inflamatuvar bağırsak hastalarının kendileri tarafından algılanan beslenme ve beslenme rolüyle ilgili daha az bilgi bulunmaktadır. Diyetin rolü bireyin psikolojik, sosyal ve kültürel refahının merkezi olup, sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ile bağlantılıdır (21).

İnflamatuvar bağırsak hastalığında da beslenme önemli bir role sahiptir. Bu rol malnütrisyonun önlenmesini ve düzeltilmesini, osteoporozun önlenmesini ve çocuklarda optimal büyüme ve gelişmenin gerçekleşmesini üstlenmektedir. Beslenme şeklinin inflamatuvar bağırsak hastalığı etiyolojisinde rol oynadığını ileri süren birçok teori olmakla beraber hastalığın gelişimini önleyen bir diyet yaklaşımı henüz kanıtlanmamıştır (42).

Bazı hastalar, yiyeceklerin hastalık belirtilerini tetiklediği veya şiddetlendirdiğine inanır ve hastalığı kontrol altına almak amacıyla diyetlerini değiştirebilir. Böylece, hastaların besin ve beslenme hakkındaki inançları, diyet kısıtlamasından veya öngörülen vitamin veya mineral takviyelerine uyulmamasından kaynaklanan beslenme durumunu etkileyebilir (43).

2.7.1.Süt Ürünlerinin Azaltılması

Süt, içerdiği protein, laktoz, mineral maddeler, vitamin ve yağ yönünden oldukça zengin bir besin maddesi olarak bilinmektedir. Süt proteini olan kazein ile süt karbonhidratı olan laktozun doğada sadece sütte bulunması süütün besin değerini daha da arttırmaktadır (44).

Besinlerin sindirim kanalından geçerken emilimlerinde birtakım sorunlar yaşanabilir. Bu durum ise malabsorbsiyon olarak nitelendirilir (44). Besin malabsorbsiyonlarından biri olan laktoz intoleransı, bireylerde en sık görülen karbonhidrat emilim bozukluğudur. Laktaz, ince bağırsakta bulunan bir enzim olup, laktozun hidrolize olması için gereklidir. Laktaz enzimi eksikliğinde, ince bağırsakta laktoz birikir ve böylece osmotik yük ve gaz oluşumu artar (45).

Laktoz içeren gıdalar tüketildikten sonra 2,5 saat içerisinde bağırsaklarda gaz birikimi başlar bu durum bireylerde şişkinlik, kramplar, karın ağrısı, ishal ve kusmaya kadar giden tablolar oluşturur (46).

Laktoz intoleransı crohn hastalığında, ülseratif kolite oranla daha sık karşılaşılan bir tablodur. İnflamatuvar bağırsak hastalıkları ve laktoz intoleransı bulguları birbirleri ile çok benzeyip karışabilirler. Bu nedenle özellikle atak dönemlerinde laktoz intoleransının tanısını koyma adına yaklaşık iki hafta laktoz kısıtlamasına gidilmelidir (47).

2.7.2.Yağ Alımının Kısıtlanması

Beslenmede tüketilen yağlar doymuş, doymamış ve trans yağ asitleri olmak üzere üç başlık altında incelenmektedir. Doymamış yağ asitleri kendi aralarında içerdikleri karbon moleküllerinin bağlara göre tekli ve çoklu doymamış yağ asitleri olarak ikiye ayrılır. Çoklu doymamış yağ asitleri ise omega 6 (linoleik asit) ve omega 3 yağ asitleri olup; omega 6 zengin bitkisel yağlarda, omega 3 ise yağlı balıklarda bulunur (48).

Yapılan çalışmalarda inflamatuvar bağırsak hastalığı ve yağ tüketimi ilişkisinde kesin kanıya varılamamakla beraber malabsorbsiyonu olan hastaların yağ asidi emiliminde sıkıntı olacağından diyetle kısıtlamamanın uygun olmadığı

düşünülmektedir. Fakat bazı hastalarda diyetle alınan aşırı yağa da reaksiyonlar gelişmektedir. Bu nedenle inflamatuvar bağırsak hastalığı olan bireylerde doymuş yağ asitlerinden ziyade doymamış yağ asitlerinin alımını desteklemek gerekmektedir (49).

Batı diyetinin etkisi ile artan yağ kullanımının genetik yatkınlığı olan bireylerde inflamatuvar bağırsak hastalığının prevalansını arttırdığı düşünülmektedir (50).

Yağ asitleri arasından en güçlü bağışıklık sistemi düzenleyici aktivasyona sahip olan çoklu doymamış omega 3 yağ asitleridir. Hayvan deneyleri ve klinik çalışmalar; omega 3 yağ asitlerinin anti-inflamatuvar özellikleri olduğunu kanıtlamış olup, otoimmün ve inflamatuvar hastalıkların tedavisinde yararlı olabileceği saptamıştır (48).

Romatoid artrit, crohn hastalığı, ülseratif kolit, sedef hastalığı, lupus eritematozusu, multipl skleroz ve migren dâhil olmak üzere, insanlardaki birçok inflamatuvar ve otoimmün hastalıklarda balık yağı ile diyet takviyesinin faydalarını değerlendiren bir dizi klinik araştırma yapılmıştır. Kronik inflamatuvar hastalıklarda plasebo kontrollü balık yağı denemelerinin çoğunda, hastalık aktivitesinde azalma ve anti-inflamatuvar ilaçların kullanımını azaltılması gibi önemli yararlar ortaya çıkmıştır (48).

2.7.3. Protein Tüketimi

Protein büyüme ve gelişme için gerekli besinlerin en önemlisidir. Vücudun en küçük birimi olan hücrenin yapı taşlarını oluşturur. Proteinlerin kaynak ve türlerine göre vücutta kullanım süreleri farklılık gösterir. Proteinden vücudun yararlanma ve alınan proteinin vücut proteinlerine çevrilme miktarı proteinin kalitesinin göstergesidir (61).

Günlük besin ihtiyacının %10-15 ini karşılayan proteinler hücrenin temel yapı taşı olduğundan; yalnızca bitkisel ve hayvansal gıdalarda bulunur. Bu durum proteinlerin iki başlık altında incelenmesine neden olmaktadır. Hayvansal proteinler; zengin ve kaliteli protein kaynakları iken bitkisel proteinler; sindirimleri güç olduğu için düşük kalitede protein içeren gıdalar olarak bilinir (61).

İnflamatuvar bağırsak hastalarında ise; % 20-85'inde, hem crohn hastalığı (CH) hem de ülseratif kolitte (ÜK), ortaya çıkan protein enerji malnütrisyonu en sık görülen beslenme yetersizliklerindedir (52).

İnflamatuvar bağırsak hastalarında genel bir diyet programından ziyade bireysel listeler planlanmalıdır. Bunun en belirgin örneği ülserasyonlara bağlı yaşanan protein kayıpları ve malabsorbsiyonlarda görülür. Bu durum klinikte bireysel amino asit eksiklikleri olarak ortaya çıkmaktadır (53).

İBH etiolojisinde aşırı protein tüketiminin rolü tartışılmaktadır. Aşırı kırmızı ve beyaz et tüketiminin İBH'ta bir risk faktörü olduğu düşünülmektedir. Özellikle sosis, salam gibi işlenmiş, rafine gıdaların aşırı tüketiminin crohn hastalığı artışında ilişkili olduğu saptanmıştır (54).

2.7.4.Karbonhidrat Tüketiminin Azaltılması

Bağırsak hastalıklarında çok sık karşılaşılan ve hastalığın seyrinde etkili olan mekanizmalardan biri de karbonhidrat mekanizmasıdır ve bu mekanizma ile ilgili araştırmalarla kanıtlanan birçok diyet önerisi bulunmaktadır (55).

Bunlardan biri de kısa zincirli, emilimi düşük karbonhidratlardan olan fermente oligo-, di- ve mono-sakkaritler ve polyollerin (FODMAP) sınırlandırıldığı diyetdir. FODMAP içeren karbonhidratların sindirimi ile fermente substratların, suyun ince barsak ve kolondaki miktarı artmaktadır. Bu durum luminal distansiyon ve gaz oluşumuna neden olmaktadır (45).

Literatürde diyetle fermente karbonhidratların sınırlandırılmasının gastrointestinal sistem belirtileri üzerine olumlu etkiler gösterebileceğini savunan çalışmalar bulunmaktadır. Son dönemlerde İBH ve İBS için güncel tedavi yaklaşımı olan FODMAP içeren karbonhidratlardan sınırlı tıbbi beslenme tedavisinin sağlık üzerine etkinliği konusunda çalışmalar yapılmaktadır (45).

Herhangi bir enzime ihtiyaç duymayan monosakkaritlerin yanı sıra disakkarit ve polisakkaritlerin sindirimi için enzim gerekir. Bunun sonucunda aşırı karbonhidrat alımında bağırsak florasının değiştiği ve sindirim bozuklukları yaşandığı araştırmalarla kanıtlanmıştır. Bu neden inflamatuvar bağırsak hastalığı tanılı bireylerin

karbonhidrat alımlarının kısıtlanmasının hastalığı klinik seyrinde etkili olacağı düşünülmektedir (56).

2.7.5. Posa-Lif Tüketimi

Diyet posası insanlar tarafından sindirimi olmayan karbonhidratlara bağlı bir grup olarak tanımlanmaktadır. Posaların çözülebilir ve fermente olabilen türleri bağırsaktaki bakteriler tarafından sindirilebilir. Sebze, yulaf, kabuklu yemiş, soğan ve sarımsakta bulunabilirler. Etiyolojisi tam olarak bilinmeyen inflamatuvar bağırsak hastalıklarının insidansının artışı azalan lifli gıda alımına bağlanabilmektedir. Ayrıca lif bağırsakta vücut için toksik etki yaratabilecek maddelere bağlanarak emilimini engellemektedir (57).

Lifli gıdalar bağırsaktan dışkıya geçişini kolaylaştırmaktadır ve kolonda uğradıkları fermantasyon sonucu kısa zincirli yağ asidi oluştururlar (58).

Kısa zincirli yağ asitlerinden olan *bütirat*; kolonda bulunan protein ve sindirilemeyen polisakkaritlerin fermantasyonu ile oluşur. *Bütirat*; sodyum ve su emiliminde etkili olmakla birlikte, gastrointestinal hormonların üretimini artırır ve kan akımını düzenler (59).

2.8. İnflamatuvar Bağırsak Hastalığının Bireyin Yaşam Kalitesine Etkisi

2.8.1. Yaşam Kalitesi Nedir?

Yaşam kalitesi, bir kişinin hem fiziksel hem de mental iyilik durumudur. İnsan yaşamındaki birçok faktör yaşam kalitesini etkileyebilmektedir. Sağlıkla ilişkili olan yaşam kalitesi primer olarak kişinin sağlığı durumu ile ilişkilenen, klinik girişimlerden ya da kronik hastalıklardan etkilenebilen genel yaşam kalitesinin kavramının bir alt kümesidir (12).

Hastalığa bağlı olarak gelişen ağrı ve bu durumun yaşamsal ve günlük aktivitelere getirdiği sınırlamaların yaşanması resmi bir sonuca dayanmamakla birlikte yaşam kalitesi ile ilgili fikir verebilmektedir (12). Son yıllarda gelişmiş ülkelerde sağlık alanında yapılan çalışmalarda araştırmacılar yaşam kalite düzeyini anket uygulaması ile ölçmektedirler. Bu anketler, hastadaki fiziksel ve mental belirtiler, ağrı ve günlük yaşam aktivitelerine katılım yetisi gibi birkaç konuyla ilgili sorular içerir.

Bu tür anketler, araştırmacının bir hastalığın ya da tedavi uygulamalarının bireyin yaşamını nasıl etkilediğini daha iyi anlamasını sağlamaktadırlar (12).

2.8.2. İnflamatuvar Bağırsak Hastalarında Yaşam Kalitesi

Günümüzde kronik hastalıkların yönetimi giderek hasta merkezli hale gelmektedir. İnflamatuvar bağırsak hastaları normal yaşam beklentisine sahip olsalar da klinik seyir günlük yaşamlarında, davranışlarını, duygu durumlarını, aile ve sosyal ilişkilerini etkilemektedir (60). Yaşanan bu sosyal ve duygusal problemler yaşam kalitesi ölçekleri kullanılarak rapor edilmektedir. Hem tıbbi hem cerrahi olarak uygulanan etkili tedaviler de yaşam kalitesini arttırmada etkili olurken; alevlenme dönemlerine eşlik eden anksiyete ve depresyon ya da kullanılan ilaçlar nedeniyle meydana gelebilecek yan etkiler yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (60).

Genel olarak kronik hastalığı olan bireylerin takip ve tedavisi fiziki ve biyolojik değişkenlere bağlı incelenmektedir. Hastaların günlük aktivitelerini eksiksiz ve ağrısız yapmalarını sağlamak tedavinin ilk amacı olmalıdır. Buna rağmen çoğunlukla klinikte tedavisinde günlük aktivitelerin uygulanabilmesini sağlama durumu ikinci belki de üçünü plana atılmaktadır (12).

Bunların yanı sıra İBH pelvik taban fonksiyon bozuklukları, yorgunluk, artropati gibi gastarointestinal sistem dışı belirtilerle de ilişkilendirilmektedir. Bu belirtilerin ne düzeyde olduğu, ne süreyle devam ettiği ve fiziksel iyileştirme süreci de hastaların yaşam kalitesi ile birebir ilişki kapsamında olup henüz araştırmalarda yeteri kadar yer almamaktadır (61).

2.9. İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı Yönetiminde İbh Hemşiresinin Görev-Sorumlulukları Ve Önemi

İnflamatuvar bağırsak hastalıkları; ataklarla ve alevlenme dönemleri ile seyreden bir kronik hastalık olduğu için bireyin yaşamında dengesizlikler oluşturabilmektedir. İnflamatuvar bağırsak hastalığı hemşireliğinde amaç; hastaların günlük yaşam aktivitelerine adaptasyonunu kolaylaştırmak, hasta bireyler ve aileleri için uzman klinik bakım ve eğitimin sağlanmasıdır (2-6).

2.9.1. Dünyada İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı Hemşireliği

Hemşirelik uzmanlığı; uygulama standartlarının geliştirilmesi ve kanıta dayalı bakım sağlanması; kanıt ve sonuçları analiz etme, eleştirme ve değerlendirme becerisi, kritik düşünce; uygulama yenilikleri veya denetimleri yayınlama, hemşirelik alanında araştırmalar yapıp gelişimini sağlama, liderlik, eğitim ve değişim yönetimi sağlayabilmektir (6).

N-ECCO (Nurses-European Crohn's & Colitis Organisation) adlı kuruluş; hemşire eğitimi ve hemşirelerin uluslararası ağa bağlanma fırsatını sağlama amacıyla 2007 yılında kurulmuş ECCO'nun aktif üyesidir. N-ECCO'nun amacı hemşireliğin inflamatuvar bağırsak hastalığına ilişkin bilgilerini geliştirmek, en iyi uygulamayı paylaşmak ve böylece inflamatuvar bakım hastalarına sunulan bakımın kalitesini arttırmaya yönelik faaliyetlerin artırılması ve sürdürülmesidir (6). Dünyaya genel bakış atıldığında; rol, unvan, maaş ve eğitim seviyesindeki ülkelere özgü farklılıklar göz önüne alındığında, Avrupa çapındaki inflamatuvar bağırsak hastalığı hemşirelerinin hasta bakımında gösterdikleri performans ve üstlendikleri farklı roller olduğu uzun süredir kabul gören bir gerçektir (6).

İnflamatuvar bağırsak hastalığı hemşiresinin temel görev ve sorumluluklarına bakıldığında; ideal bir bakım standardı oluşturup tüm hasta bireylere uygulamaktır. İBH hemşiresi; hastalıkla ilgili temel bilgiye sahip olup, crohn ve ülseratif kolit ayırımına yapabilecek, terapötik girişimlerin ve önemlerinin farkında ve standartize edilmiş bakım kıstaslarından haberdar olup uygulayabilen ve ileri düzeyde iletişim bilgilerine sahip bireylerdir (6). Kanıta dayalı bakım planlaması ve tedavisinin değerlendirilmesinden ve sağlanmasından ve inflamatuvar bağırsak hastaları için pratik bilgi, eğitim ve duygusal destek sağlayan İBH'nin özerk bir klinik uzmanıdır. Protokoller veya yönergelerle desteklenen kendi mesleki yetkinlikleri ve sorumlulukları çerçevesinde uygulama yapabilmektedirler (6).

2.9.2. Ülkemizde İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı Hemşireliği

Ülkemizde birçok hemşirelik dalında lisansüstü ve doktora eğitimleri, bulunmasına rağmen inflamatuvar bağırsak hastalığında uzmanlık sağlayan eğitim programı bulunmamaktadır (62). Özellikle hastane ortamında; inflamatuvar bağırsak

hastalıkları hakkında bilgi düzeyi yeterli hemşireler bulunmamaktadır. Hastalığın klinik tablosunun en iyi şekilde yönetimini ve bireyin süreç boyunca kaliteli bir destek almasını sağlamak adına bilgi ve tecrübesi yüksek hemşirelere ihtiyaç duyulmaktadır (62). Ülkemizde yasal düzeyde görev tanımlaması yapılmış inflamatuvar bağırsak hastalığı hemşireliği uzmanlık olarak belirtilmemiştir. İnflamatuvar bağırsak hastalığı gibi kronik rahatsızlıkların bireyin yaşam kalitesini ne denli etkilediği düşünüldüğünde alanında uzmanlaşmış hemşireler tarafından hazırlanan eğitim programları ile sunulacak destek büyük önem arz etmektedir (62).

Sonuç olarak; hastaların bakım ile bütünleşmelerini sağlayıp bireyleri ve sağlık profesyonellerini teşvik etmek için hemşirelik bakımı sistemleştirilmeli ve bireyselleştirilmelidir. Bir İBH hemşiresi belirtilere hâkim olmalı ve her hasta bireyi tek tek ele alıp inceleyebilmelidir (6). Tanının kabulü, tıbbi tedaviye uyum, klinik iyilik halinin sürdürülmesi, hastaneye kaldırılma- cerrahi müdahaleler- mortalite gibi istenmeyen durumların azaltılması gibi tatmin edici sonuçların elde edilebilmesi için İBH alanında uzmanlaşmış hemşirelere fazlasıyla ihtiyaç duyulmaktadır. Bu şartlar sağlandığında bireyin yaşam kalitesi de arttırabilmektedir. Sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi için eğitimin önemi tartışılmazken, İBH uzman hemşiresi sağlık bakım hizmetlerinin iyileştirilmesinde kilit rol oynamaktadır (6).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Türü

Araştırma; İBH olan bireylerde, beslenme alışkanlıklarının yaşam kaliteleri üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan yarı deneysel (tek gruplu ön test-son test), prospektif, ilişkisel tipte bir araştırmadır.

3.1.1 Araştırmanın Yeri Ve Zamanı

Araştırma; İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Bilim Dalında yürütülmüştür. Gastroenteroloji Bilim Dalı kendi içinde yataklı servisi olan, İBH tanısı alan hastaların da izleminin yapıldığı 25 yataklı Gastroenteroloji servisi ve 17 yataklı Gastroenteroloji Ek servisinden oluşmaktadır.

Bunun yanı sıra var olan hastaların takibinin yapıldığı İBH polikliniği bulunmaktadır. Bu poliklinik, pazartesi, çarşamba ve cuma günleri hizmet vermektedir. Poliklinikte İBH tanılı bireylere, sertifikalı ve NECCO üyeliği bulunan İBH hemşiresi tarafından eğitim verilmektedir. Eğitimler bireysel ve grup eğitimi olarak planlanmaktadır. Bireysel eğitimler haftada 10 kişiye verilebilirken grup eğitimlerinde 20 kişiye verilebilmektedir.

3.2. Araştırmanın Evreni Ve Örneklemi

Araştırmanın evreni, 11 Kasım 2017 - 01 Ocak 2018 tarihleri arasında İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Bilim Dalı yataklı servisinde tedavi gören ve İBH Polikliniği'nde takip edilen 250 hastadan seçilerek oluşturulmuştur.

Bu evren içinden belirtilen tarihler arasında araştırmaya dâhil olma kriterlerine uyan, ulaşılabilen ve gönüllülük esas alınan n:30 İBH tanılı birey araştırmanın örneklemini oluşturmuştur.

3.2.1. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmada aşağıda verilen bağımlı ve bağımsız değişkenlerin alanları incelenmiştir.

Araştırmanın bağımlı değişkeni: İNFLAMATUAR bağırsak hastalığı olan bireylerin beslenme alışkanlıkları testi puan ortalamaları,

Araştırmanın bağımsız değişkeni: İNFLAMATUAR bağırsak hastalığı olan bireylerin yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamaları.

3.2.1.2 Araştırmaya Dâhil Olma Kriterleri

1. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Bilim Dalı yataklı servisinde tedavi gören ve İBH Polikliniği'ne kontrol amaçlı başvurup atak döneminde olmayan hastalar,

2. 18 yaşından büyük olanlar,
3. Bilinci açık, koopere,
4. Herhangi bir iletişim sorunu olmayan,
5. Tanılanmış psikiyatrik bir hastalığı olmayan,
6. Tanı süresi 6 aydan fazla olan,
7. Araştırmaya gönüllü olan tüm hastalar.

3.2.1.3. Araştırmaya dâhil edilmeme kriterleri;

1. Steroid kullanımı olan,
2. Komorbidite hastalığı bulunan (DM,HT,KAH) tüm hastalar.

3.3. Araştırmanın Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada verileri toplamak amacıyla araştırmacı tarafından ilgili literatüre bağlı kalınarak oluşturulan, “İNFLAMATUAR Bağırsak Hastaları Bilgi Formu (Ek 1)” “İBH Beslenme Alışkanlıkları Formu (Ek 2)”, “İBH Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ek 3)”, “İNFLAMATUAR Bağırsak Hastalıklarında Beslenme-Hasta Eğitim Kitapçısı (Ek 4)” kullanılmıştır.

3.3.1.Hasta Bilgi Formu (EK 1):

Bu form literatür taraması sonucunda; evrenden araştırmaya dahil edilecek örnekleme seçmek ve bireylerin sosyodemografik özelliklerini belirlemek amacıyla araştırmacılar tarafından hazırlanmış formdur (12). Bu formda hastanın yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu gibi demografik özelliklerini inceleyen 8 soru; hastalığın ne kadar süredir var olduğunu, alevlenme dönemleriyle ilgili 8 soru bulunmaktadır.

3.3.2.İnflamatuvar Bağırsak Hastalarında Beslenme Alışkanlıkları Formu (EK 2):

Bu form araştırma kapsamına alınan İBH'lı bireylerin beslenme alışkanlıkları ve hastalık dönemlerine göre beslenme kurallarına ilişkin bilgi düzeylerini ölçmek amacıyla konuyla ilgili yapılan literatür taraması sonucunda araştırmacı tarafından oluşturulmuştur (2-6). Bu form besin grupları, alevlenme dönemi beslenme gereksinimleri, remisyon dönemi beslenme gereksinimleri hakkında bilgi sorularından oluşturulmuştur. Formun hazırlanma sürecinde İBH konusunda uzman olan kişilerden görüş alınmıştır.

Kapalı uçlu 15 sorudan oluşan bu formda; yanıtlar dört şık üzerinden çok seçmeli şekilde planlanmıştır. Formdaki sorular doğru(1), yanlış/yanıtsız (0) olarak değerlendirilmiştir. İBH tanılı bireyler için 0-15 ham puan elde edilmiş ve yorumlama kolaylığı açısından puanlar 100 üzerinden değerlendirilmiştir. Bu form İBH'li hastalara pre-test (eğitim öncesi) ve post-test (eğitim sonrası) olmak üzere iki kere uygulanmıştır. Form çalışmaya katılan İBH'li bireyler tarafından yaklaşık 15-20 dakika içinde doldurulmuştur.

3.3.3.İnflamatuvar Bağırsak Hastalarında Yaşam Kalitesi Ölçeği (EK 3)

Guyatt ve arkadaşları tarafından geliştirilen inflamatuvar bağırsak hastalıkları Yaşam Kalitesi Ölçeği (Quality of life in patients with inflammatory bowel disease-IBd QoL) çoktan seçmeli bir ölçek olup; İBH ile ilişkili hastaların yaşam kalitelerini değerlendirmek için kullanılmaktadır (63). Akçura ve arkadaşları tarafından Türkçe uyarlaması yapılan ölçeğin Cronbach alpha katsayısının 0.95 ve tüm madde-toplam

puan korelasyonlarının anlamlı derecede iyi olduğu ($p < 0.05$ ve rho değerleri > 0.50); böylece ölçeğin geçerli ve güvenilir olduğu saptanmıştır.

İnflamatuvar bağırsak hastalıklarında yaşam kalitesi ölçeği kullanım izni Ek 6'da belirtilmiştir.

Toplamda 32 maddeden oluşan ölçek 4 alt boyuttan oluşmaktadır: Barsak semptomları (10 md), sistemik semptomlar (5 md), emosyonel fonksiyon (12 md) ve sosyal fonksiyon (5 md). Her soru 1 puan "en kötü durum" ve 7 puan "en iyi durum" olarak puanlanmakta; ölçekten alınacak en düşük puan 32 ve en yüksek puan 224 olarak hesaplanmaktadır. Alınan puan arttıkça hastaların yaşam kalitesi de artmaktadır.

Araştırmamızda kullanılan yaşam kalitesi ölçeğinin Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı hem eğitimden önce (Pre-test) hem de eğitimden sonra (Post-test) için hesaplanmıştır (Tablo 4). Eğitimden önce uygulanan yaşam kalitesi ölçeğinin Cronbach Alfa güvenilirlik değeri 0.955 ve eğitimden sonra uygulanan yaşam kalitesi ölçeğinin Cronbach Alfa güvenilirlik değeri 0.928 olarak bulunmuştur. Chronbach Alfa değerlerinin 0.70'den büyük olması, kullanılan ölçeklerin güvenilir olduğunu göstermektedir. Bu da çalışmada kullanılan ölçeğin içsel tutarlılığının iyi olduğunu göstermektedir.

3.3.4.İnflamatuvar Bağırsak Hastalıklarında Beslenme – Hasta Eğitim Kitapçığı (Ek 4)

Eğitim kitapçığı, araştırmacı tarafından ilgili literatür taranarak ve İBH hemşireliği alanında uzman olan Berna Nilgün Özgürsoy Uran'ın görüşleri alınarak oluşturulmuştur(2,40,51). Kitapçıkta, beslenme olgusunun tanımı, inflamatuvar bağırsak hastalıklarında beslenmenin kuralları, karbonhidrat-protein-yağ-vitamin-mineral gruplarının neler oldukları remisyon ve alevlenme süreçlerinde ne şekilde tüketilmesi gerektiği ile ilgili öneriler bulunmaktadır. Eğitim kitapçığında bireye aktarılmaya çalışılan bilgiler görsel unsularla da pekiştirilmiştir.

Pre-test uygulaması biten hasta bireylere eğitim kitapçıkları dağıtılmış ve kitapçık içeriği ile eşdeğer olan power point sunusu eşliğinde beslenme eğitimleri tamamlanmıştır. Ellerinde var olan dokümanlara da istedikleri şekilde notlar alarak eğitim dinlemişlerdir. Verilen bu eğitim ortalama 20 dakika sürmüştür, eğitim sonunda

katılımcılardan sormak istedikleri sorular yanıtlanmış böylece interaktif bir eğitim gerçekleştirilmiştir.

3.3.4.1 Veri Toplama Yöntemi

Araştırma kapsamına alınan örneklem seçim kriterlerine uygun hastalar seçildikten sonra çalışma grubu belirlenmiş olup çalışma grubundaki bireylere pre-test olarak (0. Ay); Hasta Bilgi Formu (EK 1) , İnflamatuvar Bağırsak Hastalarında Beslenme Alışkanlıkları Formu (EK 2), İnflamatuvar Bağırsak Hastalıklarında Yaşam Kalitesi Ölçeği (EK 3) uygulanmıştır. Bu formların uygulanma sürecinden sonra; örnekleme yer alan çalışma grubuna, İBH konusunda uzmanlaşmış kişilerin yardımı ile hazırlanmış İnflamatuvar Bağırsak Hastalıklarında Beslenme – Hasta Eğitim Kitapçığı (EK4) ‘nda yer alan bilgiler hastalara aktarılmıştır.

Hastalara verilen bu eğitim; poliklinik ortamında, sessiz ve güvenli ortamda, uygun olan ışık, ısı ve eşya düzeninde hastanın mahremiyeti korunarak gerçekleştirilmiştir. Eğitim araştırmacı tarafından verilmiştir, eğitimi veren araştırmacı yüksek lisans yapmaktadır ve konuyla ilgili eğitimlere katılmıştır. Eğitimler alanında uzman kişilerin danışmanlığında kitapçık ve konuyla ilgili hazırlanan slayt gösterisi kullanılarak verilmiştir. Eğitim esnasında hastalar soru sormaya teşvik edilmiştir. Araştırmacı tarafından hastanın bireysel durumuna göre eğitim süresi belirlenmiş olup eğitimler en az 30 dakika sürmüştür. Hastaların eğitim programı (eğitim konuları, eğitim sırasında kullanılan materyal) EK 4’te gösterilmiştir.

Post test olarak(3.ay) çalışma grubuna İnflamatuvar Bağırsak Hatalarında Beslenme Alışkanlıkları Testi (Ek 2) Ve İnflamatuvar Bağırsak Hastalıklarında Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ek 3) tekrar poliklinikte uygulanmıştır ve çalışma grubunun aldığı puanlar araştırmacı tarafından analiz edilmiştir.

3.3.4.2. Verilerin Analizi

Araştırmanın veri analizleri için enstitünün bağlı olduğu üniversitenin lisanslı olan SPSS(Statistical Package for the Social Sciences) 25 programı kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (mean, median, standart sapma, standart hata) yanı sıra demografik özellikler için normal dağılım göstermediği için parametrik olmayan istatistiksel testlerden Wilcoxon işaretlenmiş sıra sayıları testi kullanılmıştır

Araştırma kapsamına alınan İBH tanılı bireylerin tanımlayıcı özellikleri sayı yüzde olarak hesaplanmıştır. İBH tanılı hastaların yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamaları student t testi ile uygulanarak ön test - son test uygun analizlerle değerlendirilmiştir.

3.3.4.3. Araştırma Planı

- 1) Literatür Taranması ve Konu Belirlenmesi (Ağustos- Eylül-Ekim 2017)
- 2) Kurum İzni ve Etik Kurul İzninin Alınması (Ekim-Kasım-Aralık 2017)
- 3) Veri toplanması(Ocak-Şubat-Mart 2018)

-Pre test uygulanması (Ocak-2018)

-Post test uygulanması (Mart-2018)

- 4) Verilerin Girilmesi ve Analiz (Şubat-Mart-Nisan 2019)
- 5) Tez Yazım Süreci ve Rapor Hazırlama (Mayıs-Haziran 2019)
- 6) Yüksek Lisans Tez Savunma Sınavı (Ağustos 2019)

3.5. Araştırma Etiği

Araştırmanın yürütülebilmesi için İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna başvurularak yazılı izin alınmıştır (EK 5). Alınan etik kurul izninin tarihi 01/11/2017 karar numarası 240'tır. Araştırma

kapsamına alınan hastalara, araştırmanın amacı hakkında bilgi verilmiş, sözlü onayları alınmıştır.



4. BULGULAR

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 25.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotları (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma) kullanılmıştır. Ayrıca, kullanılan verilerin normal dağılım göstermesi çarpıklık ve basıklık değerlerinin ± 3 arasında olmasına bağlıdır. Kullanılan verilerin araştırmada bulunan kategorilere göre dağılımında örneklem sayısının 30'un altında olmasından dolayı çalışmanın analizinde non-parametrik testler uygulanmıştır. Normal dağılıma sahip ölçekler için ise parametrik testler kullanılmıştır. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki grup arasındaki farkı Mann Whitney U testi, ikiden fazla grup ortalamalarında karşılaştırmalarında Kruskal Wallis H testi uygulanmıştır. Araştırmada yapılan ön test ve son test arasındaki farkın incelenmesi için normal dağılım ölçekler için Bağımlı Örneklem T testi ve normal dağılıma sahip olmayan ölçekler için Wilcoxon İşaret testi uygulanmıştır.

Tablo 2: Bireylerin Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları

		n	%
Cinsiyet	Kadın	14	46.7
	Erkek	16	53.3
Medeni durum	Evli	21	70.0
	Bekar	9	30.0
Eğitim durumu	İlköğretim	8	26.7
	Lise	14	46.7
	Üniversite	4	13.3
	Yüksek lisans	4	13.3
Çalışma durumu	Çalışıyor	17	56.7
	Çalışmıyor	13	43.3
Ekonomik durum	Gelir giderden az	6	20.0
	Gelir gidere denk	19	63.3
	Gelir giderden fazla	5	16.7
Yaşadığı yer	İl	24	80.0
	İlçe	6	20.0
	Toplam	30	100.0

Araştırmaya katılan İBH'lı bireylerin demografik özelliklerine göre dağılımları Tablo 2'de verilmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin %53.3'ünün (n=16) erkek olduğu, medeni durumlarına göre dağılımları incelendiğinde %70'inin (n=21) evli, %46.7'sinin (n=14) lise, %56.7'sinin (n=17) çalıştığı, %63.3'ünün (n=19) gelirinin giderine denk olduğu, %80'inin (n=24) il,

Tablo 3: Bireylerin hastalık özelliklerine göre dağılımları

		n	%	
İBH süresi	6-24 ay	5	16.7	
	25-60 ay	10	33.3	
	61-120 ay	7	23.3	
	121 ay ve üzeri	8	26.7	
Tanı aldıktan sonra hayatınızda değişiklikler oldu mu?	Evet	27	90.0	
	Hayır	3	10.0	
En çok rahatsız eden değişiklikler	Günlük aktivitelerdeki değişiklikler	Evet	15	50.0
		Hayır	15	50.0
	Dışkılamada meydana gelen değişiklikler	Evet	7	23.3
		Hayır	23	76.7
Uyguladığınız tedavinin yan etkileri	Evet	22	73.3	
	Hayır	8	26.7	
Meydana gelen değişiklikler	Aile hayatı	5	16.7	
	İş hayatı	10	33.3	
	Kişiler arası ilişkiler	4	13.3	
	Hepsi	11	36.7	
Hastalık nedeni ile destek aldığınız kişiler var mı?	Evet	19	63.3	
	Hayır	11	36.7	
Uygulamanız gereken beslenme özellikleri ile ilgili daha önceden bir eğitim alındı mı?	Evet	9	30.0	
	Hayır	21	70.0	
Toplam		30	100.0	

Araştırmaya katılan bireylerin hastalık özelliklerine göre dağılımları incelendiğinde; (n=10) 3-5 yıl ve %26.7'si (n=8) 11 yıl ve daha fazla zamandır İBH tanısı ile izlendiği saptanmıştır. Ayrıca bireylerin hastalık nedeniyle yaşadığı değişikliklerden %26.7'si (n=8) yeme içme alışkanlıklarındaki değişkenliklerin, %50'si (n=15) günlük aktivitelerdeki değişikliklerin, %23.3'ü (n=7) dışkılamada meydana gelen değişikliklerin ve %73.3'ü (n=22) ise uygulanan tedavinin yan etkilerinin rahatsız

edici bulduklarını belirtmiştir. Bireylerin normal hayatlarında değişiklik olup olmadığı incelendiğinde %90'ının (n=27) değişiklik olduğu görülmüştür. Meydana gelen değişikliklerin neler olduğu incelendiğinde %16.7'sinin (n=5) aile hayatında, %33.3'ünün (n=10) iş hayatında ve %36.7'sinin (n=11) ise hepsinde bir değişiklik meydana geldiği görülmüştür.

Bireylerin hastalıkları nedeniyle destek aldıkları kişiler olup olmadığın incelendiğinde %30'unun (n=9) destek aldığı kişilerin bulunduğu, %70'inin (n=21) ise destek almadığı tespit edilmiştir (Tablo 3).

Tablo 4: Beslenme Alışkanlıkları Testi Ve Yaşam Kalitesi Ölçekleri Güvenilirlik Analizi Sonuçları

	Ölçek	Soru Sayısı	Cronbach Alfa
Pre-test	Beslenme alışkanlıkları	15	0.661
Post-test	Beslenme alışkanlıkları	15	0.414
Pre-test	Yaşam kalitesi ölçeği	32	0.955
Post-test	Yaşam kalitesi ölçeği	32	0.928

Araştırmada kullanılan beslenme alışkanlıklar ölçeğinin Cronbach Alfa katsayısı hem eğitimden önce (Pre-test) hem de eğitimden sonra (Post-test) için hesaplanmıştır (Tablo 4). Eğitimden önce ki beslenme alışkanlıkları ölçeğinin Cronbach Alfa değeri 0.661 ve eğitimden sonra ki Cronbach Alfa değeri 0.414 olarak bulunmuştur. Bu değer bu testin iç tutarlılığının düşük olduğu anlamına gelmektedir.

Araştırmada kullanılan Yaşam kalitesi ölçeğinin Cronbach Alfa katsayısı hem eğitimden önce (Pre-test) hem de eğitimden sonra (Post-test) için hesaplanmıştır (Tablo 4). Eğitimden önce Cronbach Alfa değeri 0.955 ve eğitimden sonra ki Cronbach Alfa değeri 0.928 olarak bulunmuştur. Cronbach Alfa değerlerinin 0.70'den büyük olması, kullanılan ölçeklerin güvenilir olduğunu göstermektedir. Bu da çalışmada kullanılan ölçeğin içsel tutarlılıklarının iyi olduğunu göstermektedir.

Tablo 5: Araştırmaya Katılanların Beslenme Alışkanlıkları Testi ve Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanların Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

Ölçekler		Cinsiyet	n	Sıra ortalaması	U	p
Beslenme Alışkanlıkları	Pre-test	Kadın	14	15.43	111.000	0.966
		Erkek	16	15.56		
	Post_test	Kadın	14	17.07	90.000	0.322
		Erkek	16	14.13		
Yaşam Kalitesi Ölçeği	Pre-test	Kadın	14	14.75	101.500	0.662
		Erkek	16	16.16		
	Post_test	Kadın	14	15.39	110.500	0.950
		Erkek	16	15.59		

*p<0.05

Araştırmaya katılan İBH'lı bireylerin eğitimden önce (Pre-test) ve eğitimden sonra (Post-test) beslenme alışkanlıkları testi ile yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puanların cinsiyete göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere, Mann Whitney U testi yapılmıştır. Analiz sonucunda araştırmaya katılan araştırmaya katılan İBH'lı bireylerin cinsiyetlerine göre eğitim öncesi ve eğitim sonrasında uygulanan beslenme alışkanlıkları puanlarının sıra ortalamaları bakımından kadın ile erkek arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir. ($p>0.05$). Ayrıca araştırmaya katılan İBH'lı bireylerin cinsiyetlerine göre hem eğitim öncesi hem de eğitim sonrasında uygulanan inflamatuvar barsak hastalıkları yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puanların sıra ortalamaları bakımından kadın ile erkek arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir. ($p>0.05$). (Tablo 5).

Tablo 6: Araştırmaya Katılanların Beslenme Alışkanlıkları Testi ve Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanların Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması

Ölçekler		Medeni durum	n	Sıra ortalaması	U	p
Beslenme Alışkanlıkları	Pre-test	Evli	21	16.33	77.000	0.423
		Bekar	9	13.56		
	Post_test	Evli	21	16.64	70.500	0.240
		Bekar	9	12.83		
Yaşam Kalitesi Ölçeği	Pre-test	Evli	21	16.07	82.500	0.925
		Bekar	9	14.17		
	Post_test	Evli	21	15.40	0.587	0.928
		Bekar	9	15.72		

*p<0.05

Araştırmaya katılan İBH'lı bireylerin eğitimden önce (Pre-test) ve eğitimden sonra (Post-test) beslenme alışkanlıkları testi ile yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puanların medeni durumlarına göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere, Mann Whitney U testi yapılmıştır. Analiz sonucunda araştırmaya katılan İBH'lı bireylerin medeni durumlarına göre hem eğitim öncesi hem de eğitim sonrasında uygulanan beslenme alışkanlıkları testinden aldıkları puanların sıra ortalamaları bakımından evli ile bekâr katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Ayrıca araştırmaya katılan İBH'lı bireylerin medeni durumlarına göre hem eğitim öncesi hem de eğitim sonrasında uygulanan inflamatuvar barsak hastalıkları yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puanların sıra ortalamaları bakımından evli ile bekâr katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). (Tablo 6).

Tablo 7: Araştırmaya Katılanların Beslenme Alışkanlıkları Testi ve Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanların Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılması

Ölçek	Eğitim durumu	N	Sıra ortalaması	X ²	p	
Beslenme Alışkanlıkları	Pre-Test	İlköğretim	8	13.13	0.818	0.664
		Lise	14	16.46		
		Üniversite ve Yüksek lisans	8	16.19		
	Post-Test	İlköğretim	8	15.00	0.077	0.962
		Lise	14	15.93		
		Üniversite ve Yüksek lisans	8	15.25		
Yaşam Kalitesi Ölçeği	Pre-Test	İlköğretim	8	12.63	1,671	0.434
		Lise	14	15.54		
		Üniversite ve Yüksek lisans	8	18.31		
	Post-Test	İlköğretim	8	11.25	2,836	0.242
		Lise	14	16.29		
		Üniversite ve Yüksek lisans	8	18.38		

* $p<0.05$

Araştırmaya katılan İBH'lı bireylerin eğitimden önce (Pre-test) ve eğitimden sonra (Post-test) beslenme alışkanlıkları testi ile yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puanların eğitim durumlarına göre farklılaşıp farklılaşmadığını tespit edilebilmesi için

Kruskal Wallis H testi yapılmıştır. Araştırmaya katılan İBH'lı bireylerin eğitim durumlarına göre eğitimden önce (Pre-test) ve eğitimden sonra (Post-test) beslenme alışkanlıkları testinden aldıkları puanların sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Ayrıca araştırmaya katılan İBH'lı bireylerin eğitim durumlarına göre hem eğitim öncesi hem de eğitim sonrasında uygulanan inflamatuvar barsak hastalıkları yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puanların sıra ortalamaları bakımından katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$) (Tablo 7).

Tablo 8: Araştırmaya Katılanların Beslenme Alışkanlıkları Testi ve Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanların Çalışma Durumuna Göre Karşılaştırılması

Ölçekler		Çalışma durumu	n	Sıra ortalaması	U	p
Beslenme Alışkanlıkları	Pre-test	Çalışıyor	17	16.03	101.500	0.703
		Çalışmıyor	13	14.81		
	Post-test	Çalışıyor	17	16.06	101.000	0.667
		Çalışmıyor	13	14.77		
Yaşam Kalitesi Ölçeği	Pre-test	Çalışıyor	17	16.68	90.500	0.402
		Çalışmıyor	13	13.96		
	Post-test	Çalışıyor	17	17.03	84.500	0.276
		Çalışmıyor	13	13.50		

* $p<0.05$

Araştırmaya katılan İBH'lı bireylerin eğitimden önce (Pre-test) ve eğitimden sonra (Post-test) beslenme alışkanlıkları testi ile yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puanların çalışma durumlarına göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere, Mann Whitney U testi yapılmıştır. Analiz sonucunda araştırmaya katılan İBH'lı bireylerin çalışma durumlarına göre hem eğitim öncesi hem de eğitim sonrasında uygulanan beslenme alışkanlıkları testinden aldıkları puanların sıra ortalamaları bakımından çalışan katılımcı ile çalışmayan katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Ayrıca araştırmaya katılan İBH'lı bireylerin çalışma durumlarına göre hem eğitim öncesi hem de eğitim sonrasında uygulanan inflamatuvar barsak hastalıkları yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puanların sıra ortalamaları bakımından çalışan katılımcılar ile çalışmayan

katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir (p>0.05) (Tablo 8).

Tablo 9: Araştırmaya Katılanların Beslenme Alışkanlıkları Testi ve Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanların Ekonomik Durumuna Göre Karşılaştırılması

Ölçek	Ekonomik durumuna	N	Sıra ortalaması	X ²	p	
Beslenme Alışkanlıkları	Pre-Test	Gelir giderden az	6	12.25	1.483	0.476
		Gelir gidere denk	19	15.71		
		Gelir giderden fazla	5	18.60		
	Post-Test	Gelir giderden az	6	17.75	3.018	0.221
		Gelir gidere denk	19	13.61		
		Gelir giderden fazla	5	20.00		
Yaşam Kalitesi Ölçeği	Pre-Test	Gelir giderden az	6	12.75	1.097	0.578
		Gelir gidere denk	19	15.63		
		Gelir giderden fazla	5	18.30		
	Post-Test	Gelir giderden az	6	9.58	5.294	0.071
		Gelir gidere denk	19	15.71		
		Gelir giderden fazla	5	21.80		

*p<0.05

Araştırmaya katılan İBH'lı bireylerin eğitimden önce (Pre-test) ve eğitimden sonra (Post-test) beslenme alışkanlıkları testi ile yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puanların ekonomik durumlarına göre farklılaşıp farklılaşmadığını tespit edilebilmesi için Kruskal Wallis H testi yapılmıştır. Araştırmaya katılan İBH'lı bireylerin ekonomik durumlarına göre eğitimden önce (Pre-test) ve eğitimden sonra (Post-test) beslenme alışkanlıkları testinden aldıkları puanların sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir (p>0.05). Ayrıca araştırmaya katılan İBH'lı bireylerin ekonomik durumlarına göre hem eğitim öncesi hem de eğitim sonrasında uygulanan inflamatuvar barsak hastalıkları yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puanların sıra ortalamaları bakımından katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir (p>0.05) (Tablo 9).

Tablo 10: Araştırmaya Katılanların Beslenme Aışkanlıkları Testi ve Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanların Yaşadığı Yere Göre Karşılaştırılması

Ölçekler		Yaşadığı yer	n	Sıra ortalaması	U	p
Beslenme Aışkanlıkları	Pre-test	İl	24	16.48	48.500	0.218
		İlçe	6	11.58		
	Post_test	İl	24	15.46		
		İlçe	6	15.67		
Yaşam Kalitesi Ölçeği	Pre-test	İl	24	15.81	64.500	0.697
		İlçe	6	14.25		
	Post_test	İl	24	15.96		
		İlçe	6	13.67		

*p<0.05

Araştırmaya katılan İBH'lı bireylerin eğitimden önce (Pre-test) ve eğitimden sonra (Post-test) beslenme alışkanlıkları testi ile yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puanların yaşadığı yere göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere, Mann Whitney U testi yapılmıştır. Analiz sonucunda araştırmaya katılan İBH'lı bireylerin yaşadığı yere göre hem eğitim öncesi hem de eğitim sonrasında uygulanan beslenme alışkanlıkları testinden aldıkları puanların sıra ortalamaları bakımından ilde yaşayan katılımcılar ile ilçede yaşayan katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Ayrıca araştırmaya katılan İBH'lı bireylerin yaşadığı yere göre hem eğitim öncesi hem de eğitim sonrasında uygulanan inflamatuvar barsak hastalıkları yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puanların sıra ortalamaları bakımından ilde yaşayan katılımcılar ile ilçede yaşayan katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$) (Tablo 10).

Tablo 11: Araştırmaya Katılanların Beslenme Alışkanlıkları Testi ve Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanların İBH Tanı Süresine Göre Karşılaştırılması

Ölçek	İBH Tanı süresi	N	Sıra ortalaması	X ²	p	
Beslenme Alışkanlıkları	Pre-Test	0-2 yıl	5	15.70	0.053	0.997
		3-5 yıl	10	15.45		
		6-10 yıl	7	16.00		
		11 yıl ve üzeri	8	15.00		
	Post-Test	0-2 yıl	5	15.40	2.098	0.552
		3-5 yıl	10	18.25		
		6-10 yıl	7	12.64		
		11 yıl ve üzeri	8	14.63		
Yaşam Kalitesi Ölçeği	Pre-Test	0-2 yıl	5	12.30	4.799	0.187
		3-5 yıl	10	20.10		
		6-10 yıl	7	15.43		
		11 yıl ve üzeri	8	11.81		
	Post-Test	0-2 yıl	5	18.00	3.981	0.264
		3-5 yıl	10	18.35		
		6-10 yıl	7	15.29		
		11 yıl ve üzeri	8	10.56		

*p<0.05

Araştırmaya katılan İBH'lı bireylerin eğitimden önce (Pre-test) ve eğitimden sonra (Post-test) beslenme alışkanlıkları testi ile yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puanların İBH tanı sürelerine göre farklılaşıp farklılaşmadığını tespit edilebilmesi için Kruskal Wallis H testi yapılmıştır. Araştırmaya katılan İBH'lı bireylerin İBH sürelerine göre eğitimden önce (Pre-test) ve eğitimden sonra (Post-test) beslenme alışkanlıkları testinden aldıkları puanların sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir (p>0.05). Ayrıca araştırmaya katılan İBH'lı bireylerin İBH sürelerine göre hem eğitim öncesi hem de eğitim sonrasında uygulanan İnflamatuvar barsak hastalıkları yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puanların sıra ortalamaları bakımından katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir (p>0.05) (Tablo 11).

Tablo 12: Araştırmaya Katılanların Beslenme Alışkanlıkları Testi ve Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanların Hayatlarında Meydana Gelen Değişikliklere Göre Karşılaştırılması

Ölçek	Değişiklikler	N	Sıra ortalaması	X ²	p	
Beslenme Alışkanlıkları	Pre-Test	Aile hayatı	5	14.20	2.527	0.470
		İş hayatı	10	17.15		
		Kişiler arası ilişkiler	4	12.38		
		Hepsi	11	15.73		
	Post-Test	Aile hayatı	5	19.60		
		İş hayatı	10	13.45		
		Kişiler arası ilişkiler	4	12.75		
		Hepsi	11	16.50		
Yaşam Kalitesi Ölçeği	Pre-Test	Aile hayatı	5	20.90	2.758	0.430
		İş hayatı	10	13.25		
		Kişiler arası ilişkiler	4	13.50		
		Hepsi	11	15.82		
	Post-Test	Aile hayatı	5	21.90		
		İş hayatı	10	15.30		
		Kişiler arası ilişkiler	4	14.38		
		Hepsi	11	13.18		

*p<0.05

Araştırmaya katılan İBH'lı bireylerin eğitimden önce (Pre-test) ve eğitimden sonra (Post-test) beslenme alışkanlıkları testi ile yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puanların hayatlarında meydana gelen değişikliklere göre farklılaşıp farklılaşmadığını tespit edilebilmesi için Kruskal Wallis H testi yapılmıştır. Araştırmaya katılan İBH'lı bireylerin hayatlarında meydana gelen değişikliklere göre eğitimden önce (Pre-test) ve eğitimden sonra (Post-test) beslenme alışkanlıkları testinden aldıkları puanların sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir (p>0.05). Ayrıca araştırmaya katılan İBH'lı bireylerin hayatlarında meydana gelen değişikliklere göre hem eğitim öncesi hem de eğitim sonrasında uygulanan İnflamatuar barsak hastalıkları yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puanların sıra ortalamaları bakımından katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir (p>0.05) (Tablo 12).

Tablo 13: Araştırmaya Katılanların Beslenme Alışkanlıkları Testi ve Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanların Hastalık Nedeni ile Destek Alınmasına Göre Karşılaştırılması

Ölçekler		Destek	n	Sıra ortalaması	U	p
Beslenme Alışkanlıkları	Pre-test	Evet	19	16.61	83.500	0.360
		Hayır	11	13.59		
	Post_test	Evet	19	17.18	72.500	0.136
		Hayır	11	12.59		
Yaşam Kalitesi Ölçeği	Pre-test	Evet	19	15.42	103.000	0.949
		Hayır	11	15.64		
	Post_test	Evet	19	16.13	92.500	0.605
		Hayır	11	14.41		

*p<0.05

Araştırmaya katılan İBH'lı bireylerin eğitimden önce (Pre-test) ve eğitimden sonra (Post-test) beslenme alışkanlıkları testi ile yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puanların hastalık nedeni ile destek alıp almadıklarına göre farklılaşp farklılaşmadığını belirlemek üzere, Mann Whitney U testi yapılmıştır. Analiz sonucunda araştırmaya katılan İBH'lı bireylerin hastalık nedeni ile destek alıp almadıklarına göre hem eğitim öncesi hem de eğitim sonrasında uygulanan beslenme alışkanlıkları testinden aldıkları puanların sıra ortalamaları bakımından hastalık nedeni ile destek alan katılımcılar ile hastalık nedeni ile destek almayan katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Ayrıca araştırmaya katılan inflamatuvar bağırsak hastalığı olan bireylerin hastalık nedeni ile destek alıp almadıklarına göre hem eğitim öncesi hem de eğitim sonrasında uygulanan İnflamatuvar barsak hastalıkları yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puanların sıra ortalamaları bakımından hastalık nedeni ile destek alan katılımcılar ile hastalık nedeni ile destek almayan katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$) (Tablo 13).

Tablo 14: Araştırmaya katılan İBH'lı bireylerin Eğitim Önce ve Sonrasında Uygulanan Beslenme Alışkanlıkları Testi Puanlarının Sıra Ortalamalarının Dağılımı

Puan		Sıralar	N	Sıra ortalaması	Z	p
Beslenme Alışkanlıkları	Post_test – Pre-test	Negatif sıralar	0	0.00	-	0.000*
		Pozitif sıralar	30	15.00	4.797	
		Eşit	0			
		Toplam	30			

*p<0.05

Araştırmaya katılan İBH'lı bireylerin normal dağılıma sahip olmayan eğitimden önce uygulanan beslenme alışkanlıkları testinden aldıkları puanlar ile eğitim verildikten sonra uygulanan beslenme alışkanlıkları testinden aldıkları puanların farklı olup olmadığını ve verilen eğitimin bir etkisinin olup olmadığını tespit edilmesi için Wilcoxon İşaret testi yapılmıştır. Analiz sonucuna göre araştırmaya katılan İBH'lı bireylerin eğitimden önce uygulanan beslenme alışkanlıkları pre-testinden aldıkları puan sıra ortalamaları ile eğitimden sonra uygulanan beslenme alışkanlıkları post-testinden aldıkları puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir (p<0.05). Söz konusu farklılık post-test lehine gerçekleşmiştir. Yani eğitimden sonra araştırmaya katılan İBH'lı bireylerin beslenme alışkanlıkları testinden aldığı puanlarda anlamlı bir şekilde artış meydana gelmiştir (Tablo 14).

Tablo 15: Araştırmaya katılan İBH'lı bireylerin Eğitim Önce Ve Sonrasında Uygulanan İnflamatuvar Barsak Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarının Sıra Ortalamalarının Dağılımı

		N	\bar{x}	Ss	t	p
Yaşam Kalitesi Ölçeği	Pre-test	30	4.74	0.96	-8.901	0.000*
	Post_test	30	5.75	0.53		

Araştırmaya katılan İBH'lı bireylerin normal dağılıma sahip eğitimden önce uygulanan yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puanlar ile eğitim verildikten sonra uygulanan yaşam kalitesi ölçeğinde aldıkları puanların farklı olup olmadığını ve verilen eğitimin bir etkisinin olup olmadığını tespit edilmesi için bağımlı örneklem t testi yapılmıştır. Analiz sonucuna göre araştırmaya katılan İBH'lı bireylerin eğitimden önce uygulanan yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları ile eğitimden sonra uygulanan yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p < 0.05$). Buna göre araştırmaya katılan İBH'lı bireylerin eğitimden sonra uygulanan yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puanların ortalamasının, eğitimden önce uygulanan yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puan ortalamasından daha fazla olduğu tespit edilmiştir. (Tablo 15).

Tablo 16: Beslenme Alışkanlıkları Testi ile Yaşam Kalitesi Ölçeği Arasındaki İlişki

		Pre-Test Yaşam kalitesi	Post-Test Yaşam kalitesi
Pre-Test	Beslenme Alışkanlıkları	-0.030	
	p	0.877	
Post-Test	Beslenme Alışkanlıkları		0.277
	p		0.138

* $p < 0.05$

Araştırmanın değişkenleri arasındaki ilişkinin test edilmesi için Spearman korelasyon analizi yapılmıştır. Analiz sonucunda korelasyon katsayılarının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($p > 0.05$). Bu nedenle korelasyon katsayılarını yorumlamak istatistiksel olarak anlamsız olacaktır. (Tablo 16).

5. TARTIŞMA

Bizim araştırmamızda inflamatuvar bağırsak hastalıklarında (İBH) beslenme alışkanlıklarının yaşam kalitesine etkisi incelenmiştir. Aşağıda alışma sonuçlarına ilişkin bulgular literatüre dayalı olarak tartişılmıştır.

Araştırmamıza katılan inflamatuvar bağırsak hastalığı tanılı bireylerin demografik özelliklerine göre dağılımları Tablo 2’de verilmiştir. Araştırmaya katılan katılımcıların cinsiyetlerinde göre dağılımları incelendiğinde %46.7’sinin (n=14) kadın, %53.3’ünün (n=16) erkek olduğu görülmüştür. Loftus ve arkadaşlarının (14) Amerika Birleşik Devletlerinde İBH prevalansını değerlendirdiği sistematik çalışmada araştırmaya katılan İBH’li bireylerin kadın erkek sayılarının eşit oranda olduğu görülmüştür (14).

Araştırmamıza katılan katılımcıların hastalık nedeniyle yaşadığı değişikliklerden hangisinin daha çok rahatsız edici olduğu incelendiğinde %73.3’ü (n=22) uygulanan tedavinin yan etkilerinin rahatsız edici bulduklarını belirtmiştir. Yapılan literatür taramasında karşılaşılan çalışmalarda da görülmüştür ki inflamatuvar bağırsak hastalığında kullanılan tedavi yöntemlerinin yan etkileri olan gastrointestinal şikayetler (% 12’ye kadar), hepatotoksisite (% 4’e kadar) ve pankreatit (% 1) dahil olmak üzere ciddi yan etkilerle karşılaşılabilmektedir (64,65). (Tablo 3)

Hughes ve arkadaşlarının (66) yaptığı beslenme ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi araştırdıkları çalışmada da olduğu gibi bizim araştırmamızda da bireylerin cinsiyetlerine göre hem eğitim öncesi hem de eğitim sonrasında uygulanan beslenme alışkanlıkları testinden aldıkları puanların sıra ortalamaları bakımından kadın ile erkek arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir (66). (Tablo 5) ($p>0.05$).

Ayrıca araştırmamıza katılan İBH’li bireylerin cinsiyetlerine göre hem eğitim öncesi hem de eğitim sonrasında uygulanan inflamatuvar barsak hastalıkları yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puanların sıra ortalamaları bakımından kadın ile erkek arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir. Fakat yapılan literatür çalışmasında; inflamatuvar bağırsak hastalarında yaşam kalitesi

düzeylerinin kadınlarda erkeklere oranla daha düşük olduğu saptanmıştır (67). İBH'lı kadınların erkeklere kıyasla kaygı bozuklukları ve depresyonla daha çok karşılaştıkları görülmüş ve artan kaygı ve depresyon düzeyinin yaşam kalitesini azalttığı görülmüştür (Tablo 5). ($p>0.05$) (68).

Araştırmamızdaki verileri değerlendirdiğimizde araştırmaya katılan İBH'lı bireylerin medeni durumlarına göre hem eğitim öncesi hem de eğitim sonrasında uygulanan beslenme alışkanlıkları testinden ve yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puanların sıra ortalamaları bakımından evli ile bekâr katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). (Tablo 6). Ancak yapılan literatür taramasında yaşam kalitesi ile medeni durum arasında anlamlı bir ilişki olduğu ve bu ilişkinin cinsiyet ve yaşa göre farklılık gösterdiği görülmüştür (69).

Katılımcıların eğitim durumlarına göre dağılımları incelendiğinde %26.7'sinin ($n=8$) ilköğretim, %46.7'sinin ($n=14$) lise, %13.3'ünün ($n=4$) üniversite ve %13.3'ünün ($n=4$) yüksek lisans mezunu olduğu tespit edilmiştir. Faust ve arkadaşlarının (69) yaptığı araştırmaya katılan hastalar en yüksek eğitim seviyesi açısından, % 51'i lise ya da daha azını belirtmişlerdir. Bizim verilerimizle benzerlik bulunmuştur(Tablo 7)(70).

Çalışmamızdaki verileri değerlendirdiğimizde; katılımcıların hem eğitim öncesi hem de eğitim sonrasında uygulanan beslenme alışkanlıkları testinden ve yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puanların sıra ortalamaları bakımından çalışan katılımcılar ile çalışmayan katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$) (Tablo 8). Boonen ve arkadaşları (71) ise çalışmalarında inflamatuvar bağırsak hastalığının bireyin en üretken olduğu dönemlerde ortaya çıktığını ve bu durumun mesleğe devamlılığı etkilediği belirtmekte ve iş hayatlarını dolayısı ile yaşam kalitelerini olumsuz etkilediklerini belirtmişlerdir (71).

Araştırmaya katılan İBH'lı bireylerin eğitimden önce (Pre-test) ve eğitimden sonra (Post-test) beslenme alışkanlıkları testi ile yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puanların ekonomik durumlarına göre farklılaşıp farklılaşmadığına baktığımızda katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$) (Tablo 9). Drossman ve arkadaşlarının (72) yaptıkları araştırmada;

inflatuar bağırsak hastalığı nedeniyle bireyin enerji yetersizliği yaşadığı ve bu durumun iş yaşamlarında aksaklıklara neden olduğu görülmüştür. Bu aksaklıkların getirdiği finansal sıkıntıların bireyin hem beslenme kalitelerini hem de yaşam kalitesi seviyelerini etkilediğini belirtmektedirler (72).

Katılımcıların normal hayatlarında değişiklik olup olmadığı incelendiğinde %90'ının (n=27) değişiklik olduğu, %10'unun (n=3) ise hayatlarında herhangi bir değişikliğin olmadığı görülmüştür. Meydana gelen değişikliklerin neler olduğu incelendiğinde katılımcıların %16.7'sinin (n=5) aile hayatında, %33.3'ünün (n=10) iş hayatında, %13.3'ünün (n=4) kişiler arası ilişkilerde ve %36.7'sinin (n=11) ise hepsinde bir değişiklik meydana geldiği görülmüştür. NECCO(2013) verilerine göre de İBH'li bireylerin hastalıklarının günlük yaşamını, sosyalleşmeyi ve iş yaşantısını etkilediği belirtilmiştir (6). (Tablo 12)

Çalışmamızda ki verileri değerlendirdiğimizde, çalışmaya katılan İBH'li bireylerin, eğitim öncesi uygulanan beslenme alışkanlıkları pre-testinden aldıkları puan sıra ortalamaları ile eğitimden sonra uygulanan beslenme alışkanlıkları post-testinden aldıkları puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Eğitimden sonra İBH'li bireylerin beslenme alışkanlıkları testinden aldığı puanlarda anlamlı bir şekilde artış meydana gelmiştir (Tablo 14). Ayrıca İBH'li bireylerin eğitimden sonra uygulanan yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puanların ortalamasının, eğitimden önce uygulanan yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puan ortalamasından daha fazla olduğu tespit edilmiştir. (Tablo 15). Literatüre bakıldığında yapılan son araştırmalarda inflamatuvar bağırsak hastalığında alınan gıda ve beslenme hususunda sahip olunan farkındalık ile bireyin psikososyal faktörleri ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin önemi vurgulanmaktadır. (73-78)

İnflatuar bağırsak hastalığında düşük olan yaşam kalitesini hedef alan müdahaleler şimdiye kadar stres yönetimine odaklı ilerlemektedir. Bu nedenle beslenme konusundaki potansiyel stresleri ortadan kaldırmayı ve kontrollü beslenme listesi oluşturarak İBH'da semptomları yönetebilme imkânları göz ardı edilmiştir. (79,80)

Nurit ve arkadaşları (81) yaptıkları çalışmada, eğitim alan hastaların eğitimden memnun ve tedaviye istekli ve uyumlu, yaşam kalitelerinin yüksek olduklarını

saptamışlardır (81). Literatürde taradığımız çalışmalar doğrultusunda ve kendi çalışma sonucumuza göre, eğitim sonrası puan ortalamalarının artışının sebebi, öncelikle hastaların doğru tanılanması yapıldıktan sonra, hazırlanan eğitim kitapçığı, videolar, slayt gösterileri ve broşürler ile planlanan bireysel eğitimler olabilir (81,82).

Literatür taraması sonucunda Türkiye’de İBH’da beslenme alışkanlıklarının yaşam kalitesine etkisi üzerine yapılmış herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ülkemizde İBH hemşireliği ile ilgili sınırlı sayıda çalışmalara erişilmesi verilerimizi karşılaştırma aşamasında araştırmanın sınırlılığı olmuştur. İnflamatuvar bağırsak hastalığı, uzun vadede bakım gereksinimi olan ve takip edilmesi gereken önemli bir kronik hastalıktır. Bu anlamda İBH hemşirelerinin nitelikli çalışmalar yaparak, hemşirelik alanında deneysel kanıta dayalı verilerin oluşturulması gerekmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Analiz sonucunda araştırmaya katılan araştırmaya katılan İBH'lı bireylerin cinsiyetlerine göre hem eğitim öncesi hem de eğitim sonrasında uygulanan beslenme alışkanlıkları testinden aldıkları puanların sıra ortalamalarına bakıldığında pre-test sonucu $p=0.966$ post-test sonucu $p=0.322$ bulunmuş olup beslenme alışkanlıkları testinden aldıkları puanların sıra ortalamaları bakımından kadın ile erkek arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir. ($p>0.05$).

Ayrıca araştırmaya katılan İBH'lı bireylerin cinsiyetlerine göre hem eğitim öncesi hem de eğitim sonrasında uygulanan inflamatuvar barsak hastalıkları yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puanların sıra ortalamalarına bakıldığında; pre-test sonucu $p=0.622$ post-test sonucu $p=0.950$ bulunmuştur. Sonuçlar incelendiğinde puanların sıra ortalamaları bakımından kadın ile erkek arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir. ($p>0.05$). (Tablo 5).

Araştırmaya katılan İBH'lı bireylerin eğitimden önce (Pre-test) ve eğitimden sonra (Post-test) beslenme alışkanlıkları testi ile yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puanların medeni durumlarına göre farklılaşıp farklılaşmadığı analiz edildiğinde araştırmaya katılan İBH'lı bireylerin medeni durumlarına göre beslenme alışkanlıkları testinden aldıkları puanların sıra ortalamaları pre-test sonucu $p=0.423$ post-test sonucu $p=0.240$ bulunmuş olup evli ile bekâr katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

İBH'lı bireylerin medeni durumlarına göre hem eğitim öncesi hem de eğitim sonrasında uygulanan inflamatuvar barsak hastalıkları yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puanların sıra ortalamaları pre-test sonucu $p=92.5$ post-test sonucu $p=0.928$ bulunmuş olup evli ile bekâr katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). (Tablo 6).

Araştırmaya katılan İBH'lı bireylerin eğitimden önce (Pre-test) ve eğitimden sonra (Post-test) beslenme alışkanlıkları testi ile yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puanların eğitim durumlarına göre farklılaşıp farklılaşmadığını bakıldığında; beslenme alışkanlıkları testi puanlarının sıra ortalama değerleri pre-test $p=0.664$ post-test

$p=0.962$ olarak; inflamatuvar barsak hastalıkları yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puanların sıra ortalamaları pre-test $p=0.434$ post-test $p=0.242$ bulunmuştur. Bu değerler doğrultusunda araştırmaya katılanların eğitim durumlarına göre beslenme alışkanlıkları ve yaşam kaliteleri arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. ($p>0.05$) (Tablo 7).

Araştırmaya katılan İBH'lı bireylerin eğitimden önce (Pre-test) ve eğitimden sonra (Post-test) beslenme alışkanlıkları testi ile yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puanların çalışma durumlarına göre farklılığı incelendiğinde beslenme alışkanlıkları testi puan sıra ortalamaları pre-test $p=0.703$ post-test $p=0.667$ inflamatuvar barsak hastalıkları yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puanların sıra ortalamaları pre-test $p=0.402$, post-test $p=0.276$ olarak hesaplanmıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda çalışma durumunun beslenme alışkanlıkları ve yaşam kalitesi arasında anlamlı bir istatistik fark saptanmamıştır. ($p>0.05$) (Tablo 8).

Araştırmaya katılan İBH'lı bireylerin eğitimden önce (Pre-test) ve eğitimden sonra (Post-test) beslenme alışkanlıkları testi ile yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puanların ekonomik durumlarına göre farklılaşıp farklılaşmadığına bakıldığında beslenme alışkanlıkları testi puanların sıra ortalama değerleri pre-test $p=0.476$ post-test $p=0.221$, İBH yaşam kalitesi ölçeği pre-test $p=0.578$ post-test $p=0.071$ olarak hesaplanmıştır. Bu değerler doğrultusunda gelir düzeyinin araştırmaya katılan İBH'lı bireylerin beslenme alışkanlıklarında ve yaşam kalitelerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yaratmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$) (Tablo 9).

Araştırmamıza katılan bireylerin pre-test ve post-test puan sıra ortalamalarının yaşadıkları yer ile olan bağlantısına bakıldığında; beslenme alışkanlıkları pre-test $p=0.218$ post-test $p=0.955$, İBH'da yaşam kalitesi ölçeği pre-test $p=0.697$ pot-test $p=0.568$ olarak hesaplanmıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda ilde yaşayan katılımcılar ile ilçede yaşayan katılımcılar arasında beslenme alışkanlıkları ve yaşam kalitesi düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$) (Tablo 10).

Araştırmamıza katılan İBH'lı bireylerin eğitimden önce (Pre-test) ve eğitimden sonra (Post-test) beslenme alışkanlıkları testi ile yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puanların İBH tanı sürelerine göre farklılıklarına bakıldığında beslenme alışkanlıkları testinden aldıkları puanların sıra ortalamaları pre-test $p=0.997$ post-test $p=0.552$,

inflatuar barsak hastalıkları yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puanların sıra ortalamaları bakımından pre-test $p=0.187$ post-test $p=0.264$ olarak hesaplanmıştır. Katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$) (Tablo 11).

Araştırmamıza katılan İBH'lı bireylerin eğitimden önce (Pre-test) ve eğitimden sonra (Post-test) beslenme alışkanlıkları testi ile yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puanların hayatlarında meydana gelen değişikliklere göre farklılaşıp farklılaşmadığına baktığımızda beslenme alışkanlıkları testi puanları sıra ortalamaları pre-test $p=0.802$ post-test $p=0.470$, yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puanların sıra ortalamaları pre-test $p=0.430$, post-test $p=0.323$ hesaplanmıştır ($p>0.05$). Bu değerlerle görülmektedir ki katılımcıların pre ve post test puanlarının sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$) (Tablo 12).

Araştırmaya katılan İBH'lı bireylerin eğitimden önce (Pre-test) ve eğitimden sonra (Post-test) beslenme alışkanlıkları testi ile yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puanların sıra ortalamalarına bakıldığında beslenme alışkanlıkları testi pre-test $p=0.360$ post-test $p=0.136$, yaşam kalitesi ölçeği puan sıra ortalamaları pre-test $p=0.949$ post test $p=0.605$ olarak hesaplanmıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda araştırmaya katılan İBH'lı bireylerin hastalık nedeni ile destek alıp almadıklarına göre hem eğitim öncesi hem de eğitim sonrasında uygulanan beslenme alışkanlıkları testinden ve yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puanların sıra ortalamaları bakımından destek alan katılımcılar ile hastalık nedeni ile destek almayan katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$) (Tablo 13).

Araştırmamıza katılan İBH'lı bireylerin eğitimden önce (Pre-test) ve eğitimden sonra (Post-test) beslenme alışkanlıkları testi ile yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puanların beslenme özellikleri ile ilgili eğitim alıp almama durumları kıyaslandığında; beslenme özellikleri ile ilgili eğitim alan katılımcılar ile beslenme ile ilgili eğitim almayan katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı $p=0.891$, eğitim sonrasında uygulanan beslenme alışkanlıkları testinden aldıkları puanların sıra ortalamaları bakımından ise beslenme özellikleri ile ilgili eğitim alan katılımcılar ile beslenme ile ilgili eğitim almayan katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. ($p=0.031<0.05$) Katılımcıların yaşam

kalitesi ölçeği puanlarının sıra ortalamalarına bakıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. (Pre-test $p=0.277$, Post-test $p=0.717$) (Tablo 14).

Araştırmamıza katılan İBH'lı bireylerin eğitimden önce ve sonra beslenme alışkanlıkları testinden aldığı puanların sıra ortalamaları değerlerine bakıldığında anlamlı bir şekilde artış meydana gelmiştir. (p değeri = $0,000<0,05$) (Tablo 15).

Araştırmamıza katılan İBH'lı bireylerin eğitimden önce ve sonra uygulanan yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. (p değeri = $0,000<0,05$) Buna göre araştırmamıza katılan İBH'lı bireylerin eğitimden sonra uygulanan yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puanların ortalamasının, eğitimden önce uygulanan yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puan ortalamasından daha fazla olduğu tespit edilmiştir (Tablo 16).

6.2. Öneriler

Çalışmamızda İBH'lı bireylerin aldıkları planlı eğitimle beslenme alışkanlıklarında ve dolayısı ile yaşam kalitelerinde ciddi iyileşme olduğu görüldü. Bu çalışma sonucuna göre aşağıdaki öneriler araştırmacı tarafından oluşturulmuştur.

İnflamatuvar bağırsak hastalığı olan bireylerin hasta eğitimlerinin, İBH hemşiresi tarafından periyodik olarak planlanması, İBH'na yönelik eğitim verecek hemşirelerin kurs, kongre, sempozyum gibi hizmet içi eğitimlerle desteklenmesi gerektiği

Haftada üç gün bireysel ve grup eğitimlerinin verilmesi, bu eğitimlerin online hale getirilmesi hastaların ulaşılabilirliğin sağlanması ya da CD halinde verilmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Smith PA, Nutritional Therapy for Active Crohn's Disease, World Journal of Gastroenterology, 2008; Vol: 14: 4420-4423
2. Talarska D, Strugała M, Nursing care of people with gastrointestinal diseases. In: Talarska D, Zozulińska-Ziółkiewicz D, editors. Nursing in Internal Medicine [Polish] Warszawa: PZWL; 2009. pp. 147–75.
3. Andrews JM, Mountifield RE, Van Langenberg DR, et al, Un-promoted issues in inflammatory bowel disease: opportunities to optimize care. Intern Med J. 2010;40:173–82
4. Golik, M., Kurek, M., Poteralska, A., Bieniek, E., Marynka, A., Pabich, G, et al, Working Group Guidelines on the nursing roles in caring for patients with Crohn's disease and ulcerative colitis in Poland, Przegląd gastroenterologiczny, 2014, 9(4), 179.
5. Ślusarska B, Dobrowolska B, Zarzycka D, The theoretical basis of the category of “care” in nursing [Polish] Problemy Pielęgniarstwa, 2008;16:384–9.
6. O'connor M, Bager P, Duncan J, Gaarenstroom J, Younge L, Detre P, et al. NECCO Consensus statements on the European nursing roles in caring for patients with Crohn's disease or ulcerative colitis. 2013;7(9):744-64
7. Grendell JH, McQuaid KR, Friedman SL, Current diagnosis & treatment in gastroenterology: Appleton & Lange; 1996.
8. <http://emedicine.medscape.com/article/179037-treatment>. [erişim tarihi:05.06.2018)
9. Molodecky NA SI, Rabi DM, Increasing incidence and prevalence of the inflammatory bowel diseases with time, based on systematic review, Gastroenterology 2012;142(1):46-5
10. Bielefeldt K, Davis B, G. Binion D, Pain and inflammatory bowel disease. Inflammatory Bowel Dis, 2009; 15(5): 778–788
11. http://www.acibademhemsirelik.com/edergi/yeni_tasarim/files/Kronik%20hastal%C4%B1klarda%20hem%C5%9Firelik%20bak%C4%B1m%C4%B1%20eder%20gi.pdf erişim tarihi, 20.04.2018
12. Biber Tanrıseven M, Ülseratif Kolit ve Crohn Hastalarında Yaşam Kalitesi, Anksiyete ve Depresyon, Uzmanlık Tezi, İstanbul-2009
13. Yurdakul İ, Beşinci Bölüm: İnflamatuar barsak hastalıklarının tıbbi tedavisi. (İçinde Gastrointestinal Sistem Hastalıkları) Edt: Ertuğrul Göksoy, Hülya Uzun ismail. İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Sempozyum Dizisi 2011; (sy. 207-218) Yayın No:23. İstanbul
14. Baştürk A., Yılmaz A., Artan R., İnflamatuar bağırsak hastalığı tanılı 68 çocuk hastamızın retrospektif olarak değerlendirilmesi: Pam Med Derg 2018;11(1):11-7
15. Türker, P., Günaldı, S., Crohn Hastalığı ve Tıbbi Beslenme, Güncel Gastroenteroloji, 2016, Sayı 20/3, Sayfa 267-273

16. Bartel G, Weiss I, Turetschek K, Schima W, Püspök A, Waldhoer T, et al, Ingested matter affects intestinal lesions in Crohn's disease, *Inflamm Bowel Dis* 2008;14(3): 374-82.
17. Keetarut, K., Bloom, S., et al., Assessment Of Nutritional Status And Food Related Experience Of Adult İnflammatory Bowel Disease İnpatients, *Journal of Crohn's and Colitis*, 2017, V 11/1, S 269
18. Mowat C, Cole A, Windsor A, et al, Guidelines for the management of inflammatory bowel disease in adults . *Gut* 2011 ; 60 : 571 – 607 .
19. Norman K, Kirchner H, Lochs H, et al Malnutrition affects quality of life in gastroenterology patients, *World J Gastroenterol* 2006 ; 12 : 3380 .
20. Cooper JM, Collier J, James V, et al Beliefs about personal control and self-management in 30–40 year olds living with inflammatory bowel disease: a qualitative study, *Int J Nurs Stud* 2010 ; 47 : 1500 – 9 .
21. Hughes, L. D., King, L., Morgan, M., et al, Food-related quality of life in inflammatory bowel disease: development and validation of a questionnaire. *Journal of Crohn's and Colitis*, 2015, 10(2), 194-201.
22. Ünal, H., Fırat, D., İnflamatuvar Bağırsak Hastalarında Nutrisyon, *Güncel Gastroenteroloji*, 2012, Sayı 16/2, Sayfa 166-170
23. Tokdemir G., Kanser Tedavisinde Oral Ajan Kullanan Hastalara Verilen Eğitimin İlaç Uyumu ve Öz Etkililiğe Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, T.C. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Ankara 2011
24. Molodecky NA SI, Rabi DM. Increasing incidence and prevalence of the inflammatory bowel diseases with time, based on systematic review.. *Gastroenterology* 2012;142(1):46-54
25. Akyüz, Ü., Akyüz, F., İnflamatuvar bağırsak hastalığı mı? İrritablbağırsak sendromu mu? *İç Hastalıkları Dergisi* 2011; 18:35-40.
26. Mowat C, Cole A, Windsor A, Ahmad T, Arnott I, Driscoll R, et al. Guidelines for the management of inflammatory bowel disease in adults. 2011;60(5):571607.
27. Leung WK Jr, Optimization of inflammatory bowel disease cohort studies in Asia, 2015;13(3):208-12
28. Kantarçeken, B., inflamatuvar Bağırsak Hastalıklarında Etiyopatogenez, *Türkiye Klinikleri J Gastroenterohepatol*, 2012, V 5/3, Sayfa 11-16
29. Tözün, N., Hamzaoğlu H. İltihabi barsak hastalıklarında etyolojik faktörler. *Güncel Gastroloji* 1997; 1(2) 287-294
30. Ng SC, Shi HY, Hamidi N, Underwood FE, Tang W, Benchimol EI, et al, Worldwide incidence and prevalence of inflammatory bowel disease in the 21st century: a systematic review of population-based studies, 2017;390(10114):2769-78.
31. Göktürk, S., ve Karaca, Ç. İnflamatuvar barsak hastalıkları epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Gastroenterohepatology Special Topics* 2012; 5(3), (11-16.)
32. Mercimek K., Trakya Bölgesinde İnflamatuvar Bağırsak Hastalıklarının Epidemiyolojik Özellikleri, *Uzmanlık Tezi, T.C Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Edirne-2010*
33. Godet PG, May GR, Sutherland LR, Meta-analysis of the role of oral contraceptive agents in inflammatory bowel disease. *Gut* 1995;37:668-73

34. Hamarat H, ESOGÜ Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Kliniğinde İnflamatuvar Barsak Hastalığı Tanısı ile Takip Edilen Hastaların Retrospektif Değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi, Eskişehir-2010
35. https://www.google.com/search?q=pathophysiology+of+ibd&safe=strict&rlz=1C1OKWM_trTR783TR783&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUK Ewj2qTJu9zfAhUptYsKHSmfCwAQ_AUIDigB&biw=1366&bih=667#imgrc=kOYBmY0blByJeM Erişim tarihi:07.01.2019
36. Lichtenstein, AH., Quality Of Life After Proctocolectomy With İleoanal Anastomosis For Patients With Ulcerative Colitis, *Journal Of Clinical Gastroenterology*, 2006, V: 40(8), P 669-677.
37. Clark, Michael, et al, American gastroenterological association consensus development conference on the use of biologics in the treatment of inflammatory bowel disease, June 21–23, 2006, *Gastroenterology* 133.1 (2007): 312-339.
38. Buran Tair. İnflamatuvar Barsak hastalığında epidemiyoloji, prevalans ve insidans. *Türkiye Klinikleri Gastroenterohepatoloji Özel Dergisi* 2017;10(1):157
39. Başkan B., İnflamatuvar Barsak Hastalığı Olan Kadınlarda Cinsel Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi, T.C. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul-201
40. Bernstein, Charles N, et al, World Gastroenterology Organization Practice Guidelines for the diagnosis and management of IBD in 2010, *Inflammatory bowel diseases* 16.1 (2010): 112-124.
41. Tümer G, Crohn Hastalığında Gelişen Komplikasyonlara Göre Değişen Tıbbi Beslenme Tedavisi: Bir Olgu Sunumu, *Beslenme ve Diyet Dergisi* 46.2 (2018): 208-214.
42. O'Sullivan, M., Vitamin D Deficiency İn Crohn's Disease: Prevalence, Risk Factors And Supplement Use İn An Outpatient Setting, *Journal of Crohn's and Colitis*, 2012, V 6(2), S 182-188.
43. Fletcher, A., Pensabene, L., Research And Clinical Challenges İn Paediatric İnflammatory Bowel Disease, *Digestive and Liver Disease*, 2008, V 40(1), P 32-38.
44. Yoldaş H, Saka M, İnflamatuvar Bağırsak Hastalıkları ve Anemi İlişkisi, *Beslenme ve Diyet Dergisi* 43.1 (2015): 66-70.
45. Çelebi F, Akbulut G, Barsak Hastalıklarında Güncel Diyet Yaklaşımı: Fermente Oligo-, Di-ve Mono-Sakkaritler ve Polyol (FODMAP) İçeriği Düşük Diyet, *Türkiye Klinikleri Journal of Gastroenterohepatology* 21.2 (2014): 43-52.
46. Karşılıgil, T, Kılıç H., Balcı,İ., 6 Yaş Çocuklarda Rotavirus Gastroenteritleri Ve Bunun Laktoz İntoleransı Üzerine Etkisi, *Türk Mikrobiyoloji Cemiyeti Dergisi*, 2003, V 33, S 137-142.
47. Shah ND, Oral Diets And Nutrition Support For İnflammatory Bowel Disease: What Is The Evidence?, *Nutr Clin Pract*, 2015;30:462-73.
48. Artemis, P., Omega-3 Fatty Acids in Inflammation and Autoimmune Diseases, *Journal of the American College of Nutrition*, 2013, Volume 21, Sayfa 495-505

49. Brown AC, Rampertab SD, Mullin, GE, Dietary Guidelines For Crohn's Disease And Ulcerative Colitis, *Expert Rev Gastroenterol Hepatol*, 2011, V5, S 411-425
50. Devkota S, Wang Y, Musch MW, Leone V, Fehlner-Peach H, Nadimpalli A, Antonopoulos D, Jabri B, Chang EB, Dietary-Fat-Induced Taurocholic Acid Promotes Pathobiont Expansion And Colitis In Mice, *Nature*, 2012, V 487, P 104-108
51. Efe Aydın, G., Sağlıklı Bireyler İçin Temel Beslenme El Kitabı, Türk Böbrek Vakfı, 2016
52. Lucendo, AJ, Importance of Nutrition in Inflammatory Bowel Disease, *World of Gastroenterol*, 2009, V 8
53. Schicho R, Shaykhutdinov R, Ngo J, Nazyrova A, Schneider C, et al, Quantitative metabolomic profiling of serum, plasma, and urine by 1H NMR spectroscopy discriminates between patients with Inflammatory Bowel Disease and healthy individuals, *J Proteome Res* 2012; 11: 3344-57
54. Wedrychowicz A, Advances in nutritional therapy in inflammatory bowel diseases, *World Gastroenterology*, 2006, Sayı 22/3, Sayfa 1045-1066
55. Geary, Richard B, et al, Reduction of dietary poorly absorbed short-chain carbohydrates (FODMAPs) improves abdominal symptoms in patients with inflammatory bowel disease—a pilot study, *Journal of Crohn's and Colitis* 3.1 (2009): 8-14.
56. Chan SS, Luben R, van Schaik F, Oldenburg, B, Bueno-de-Mesquita, HB, et al, Carbohydrate Intake In The Etiology Of Crohn's Disease And Ulcerative Colitis, *Inflammatory Bowel Disease*, 2014, V 20, S 21
57. Eswaran S, Muir J, Chey WD, Fiber And Functional Gastrointestinal Disorders, *Am J Gastroenterol*, 2013, V 108, S 718-727.
58. Klosterbuer A, Zamzam R, and Slavin J, Benefits of dietary fiber in clinical nutrition, *Nutrition in Clinical Practice* 26.5 (2011): 625-635.
59. Uygun A, Saka M. Spesifik gastrointestinal sistem hastalıklarında beslenme, *Güncel Gastroenteroloji* 2005;9(2):145-55.
60. Irvine, Jan E, Quality of life of patients with ulcerative colitis: past, present, and future, *Inflammatory bowel diseases* 14.4 (2007): 554-565.
61. Elia J, Ha C, & Kane S, Impact Of Inflammatory Bowel Disease On Physical Mobility And Quality Of Life: Physician And Patient Physical Rehabilitation Perspectives Diverge, *Inflammatory Bowel Diseases*, (2018). P054, S19-S20.
62. Özgürsoy Uran B., Yıldırım Y., Yeni Bir Uzmanlık Alanı: İnflamatuar Barsak Hastalıkları Hemşireliği ; İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 2016; 1(2): 27-33
63. Guyatt G. H, Feeny D. H, & Patrick, D., Measuring health-related quality of life, *Annals of internal medicine*, 1993 118(8), 622-629.
64. Rogler G, Gastrointestinal and liver adverse effects of drugs used for treating IBD, *Best practice & research Clinical gastroenterology* 24.2 (2010): 157-165.
65. Stallmach A, Hagel S, and Bruns T, Adverse effects of biologics used for treating IBD, *Best practice & research Clinical gastroenterology* 24.2 (2010): 167-182.

66. Hughes L. D, King L, Morgan, M. A, et al, Food-related quality of life in inflammatory bowel disease: development and validation of a questionnaire, *Journal of Crohn's and Colitis*, 2015 *10*(2), 194-201.
67. Sainsbury A, Heatley Rv, *Aliment Pharmacol Ther*, 21 (2005) 499.
68. Hauser G, Tkalčić M, Štimac D, Milić S, et al, Gender related differences in quality of life and affective status in patients with inflammatory bowel disease. *Collegium antropologicum*, 2011, *35*(2), 203-207.
69. Han, Kyu-Tae, et al, Is marital status associated with quality of life?, *Health and quality of life outcomes* 12.1 (2014): 109.
70. Faust A.H, Halpern L.F, Danoff-Burg S, et al, Psychosocial factors contributing to inflammatory bowel disease activity and health-related quality of life *Gastroenterol Hepatol (N Y)*, 2012 Mar; *8*(3): 173–181
71. Boonen A, Dagnelie PC, Feleus A, Hesselink MA, et al, The impact of inflammatory bowel disease on labor force participation: results of a population sampled casecontrol study, *Inflamm Bowel Di.* 2002;*8*:382-9.
72. Drossman, D. A., Leserman, J, et al, (1991). The rating form of IBD patient concerns: a new measure of health status, *Psychosomatic medicine*, 1991 *53*(6), 701-712
73. Prince A, Whelan K, Moosa A, et al, Nutritional problems in inflammatory bowel disease: the patient perspective, *J Crohns Colitis*, 2011; *5* : 443 – 50 .
74. Hughes LD, Lindsay J, Lomer M, et al, Psychosocial impact of food and nutrition in people with Inflammatory Bowel Disease: A qualitative study, *Gut* 2013; *62* : A168 .
75. Fletcher PC, Jamieson AE, Schneider MA, et al, “I Know This Is Bad for Me, But...”: A Qualitative Investigation of Women With Irritable Bowel Syndrome and Inflammatory Bowel Disease: Part II , *Clin Nurse Spec*, 2008 ; *22* : 184 – 91 .
76. Fletcher PC, Schneider MA, Van Ravenswaay V, et al, I Am Doing The Best That I Can!: Living With Inflammatory Bowel Disease And/Or Irritable Bowel Syndrome: [Part II], *Clin Nurse Spec*, 2008; *22* : 278 – 85 .
77. Hall NJ, Rubin GP, Dougall A, et al, The fight for ‘health-related normality’: a qualitative study of the experiences of individuals living with established inflammatory bowel disease [IBD], *J Health Psychol*, 2005 ; *10* : 443 – 55 .
78. Fletcher PC, Schneider MA, Is There Any Food I Can Eat?: Living With Inflammatory Bowel Disease and/or Irritable Bowel Syndrome, *Clin Nurse Spec*, 2006 ; *20* : 241 – 247 .
79. Cohen AB, Lee D, Long MD, et al, Dietary patterns and self-reported associations of diet with symptoms of inflammatory bowel disease, *Dig Dis Sci*, 2013 ; *58* : 1322 – 28
80. Triggs CM, Munday K, Hu R, et al, Dietary factors in chronic inflammation: food tolerances and intolerances of a New Zealand Caucasian Crohn’s disease population, *Mutat Res*, 2010 ; *690* : 123 – 38 .
81. Nurit P, Bella BC, Gila E, Revital Z, Evaluation of a nursing intervention project to promote patient medication education, *JCN*, 2009, *18*: 2530-2536.
82. Çiftçi B, Kronik Kalp Yetmezliğine Yönelik Klinik Rutine Konulan Hasta Eğitiminin Değerlendirilmesi Doktora Tezi. T.C. Atatürk Üniversitesi. Erzurum 2018

83. Dobrowolska B, Nursing and holistic nursing care, [Polish] Pielęgniarstwo XXI Wieku, 2002;1:14–9.



EKLER

EK 1:

Hasta Bilgi Formu

1. Kaç Yaşındasınız?

.....

2. Cinsiyetiniz?

Kadın Erkek

3. Medeni Durumunuz?

Evli Bekâr Boşanmış

4. Eğitim Durumunuz Nedir?

Okur-Yazar İlköğretim Lise Üniversite Yüksek Lisans

5. Mesleğiniz Nedir? Açıkça Belirtiniz:

.....

6. Çalışma Durumunuz Nedir?

Çalışıyor Çalışmıyor

7. Ekonomik Durumunuzu Özetleyiniz.

Gelir Giderden Az Gelir Gidere Denk Gelir Giderden Fazla

8. Yaşadığınız Yer Neresidir?

İl İlçe Köy

9. Ne Kadar Süre Önce İBH Tanısı Aldınız?

0-2 Yıl 3-5 Yıl 6-10 Yıl 11 Yıl Ve Üzeri

10. İnflamasyonun Kolonunuzdaki Tutulum Yeri Neresidir?

.....

11. Hastalık Nedeniyle Yaşadığınız Değişikliklerden Hangisi Sizi En Çok Rahatsız Ediyor?

(Birden Fazla İşaretleyebilirsiniz)

- a) Yeme-İçme Alışkanlıklarındaki Değişiklikler
- b) Günlük Aktivitelerdeki Değişiklikler
- c) Dışkılamada Meydana Gelen Değişiklikler
- d) Uyguladığınız Tedavinin Yan Etkileri

12. Hastalığınız Nedeniyle Normal Hayatınızda Değişiklikler Oldu Mu?

Evet Hayır

13. Meydana Gelen Değişiklikler Hangisi Ya Da Hangilerinde Oldu?

Aile Hayatı İş Hayatı Kişiler Arası İlişkiler Hepsi

14. Hastalığınız Nedeni İle Destek Aldığınız Kişiler Var Mı?

Evet, (15. Soruyu Cevaplayınız) Hayır

15. Hastalığınızda Destek Aldığınız Kişi Kimdir?

.....

16. Uygulamanız Gereken Beslenme Özellikleri İle İlgili Daha Önce Bir Eğitim Aldınız Mı?

Evet (Nerede.....) Hayır

TEŞEKKÜR EDERİZ.

EK:2

İnflamatuvar Bağırsak Hastalarında Beslenme Alışkanlıkları Testi

1. Beslenme kavramı ile ilgili aşağıdaki **yanlış ifadeyi** işaretleyiniz.
 - a. İBH' da beslenme yaşam kalitesi ile doğrudan bağlantılı bir husus sayılamaz.
 - b. Beslenme tüm besin gruplarından dengeli bir alım ile doğru bir şekilde gerçekleşir.
 - c. Alevlenme ve remisyon süreçlerinde ayrı beslenme alışkanlıkları edinilmez.
 - d. İBH'da beslenme yetersizliği sık karşılaşılan bir tablodur.
2. Beslenme ile ilgili en sık karşılaşılan problemlerden **yanlış olanı** işaretleyiniz.
 - a. İshali tetikleme endişesi ya da hasta bireylerin gıdalardan korkması nedeniyle besin alımı azalmaktadır.
 - b. İBH bağırsak duvarında harabiyet yapar, besinlerin emilimi bozulur.
 - c. Birey alevlenme dönemlerinde direkt vitamin, mineral takviyeleri başlayabilir.
 - d. Kullanılan ilaçlar ile alınan gıdalar birbirlerinin emilimini etkileyebilir.
3. İBH ve beslenme ilişkisinin önemini **yanlış açıklayan** maddeyi seçiniz.
 - a. Beslenme alışkanlıkları İBH'nın varoluşunu etkilemektedir.
 - b. İBH'nın seyrinde (alevlenme-remisyon dönemleri) beslenme alışkanlıklarının da etkisi bulunmaktadır.
 - c. Hastalığın tedavi sürecinde beslenme artık destek tedavi olmaktan çıkıp ana tedavi başlıkları altına girmiştir.
 - d. Ülseratif kolit ve crohn hastaları alevlenme dönemlerinde kendilerine açıklanan yasak gıda listelerine mutlaka uymalıdır.
4. **Alevlenme dönemlerinde** beslenme nasıl olmalıdır?
 - a. Her zamanki diyet listesi aynen uygulanmalıdır.

- b. Enerji ihtiyacı meyve suları ve süt gibi sıvılardan ya da çiğ sebze meyvelerden karşılanabilir.
 - c. Bağırsaklar dinlendirilmeli haşlama, buğulama, ya da püre olan gıdalar tercih edilmelidir.
 - d. Bağırsakların çok çalışmaması adına yalnızca iki öğün yemek yenmelidir.
5. Süt ürünlerinin İBH' da tüketimi ile ilgili **yanlış** işaretleyiniz.
- a. Süt ürünlerini sindirememe (laktöz intoleransı) İBH ile benzer belirtiler içerir.
 - b. İBH'da süt ürünleri alımı bir dönem kısıtlanarak bireyde hazımsızlık yapıp yapmadığı test edilmelidir.
 - c. Alevlenme (atak) dönemlerinde süt ve süt ürünlerinin alımı durdurulmalıdır.
 - d. Dondurma en sık tercih edilebilecek masum gıdalar arasındadır.
6. Protein alımı ile ilgili **yanlış** bulunuz.
- a. Alevlenme dönemlerinde ishal nedeniyle vücudun enerji ihtiyacı artar, bu nedenle alınan protein miktarı arttırılmalıdır.
 - b. Bağırsakta yaşanan emilim problemleri nedeniyle proteinden yeterli enerji sağlanamayabilir.
 - c. Alevlenme (atak) dönemlerinde protein alımı kısıtlanmalıdır.
 - d. Alınan proteinin dışkılama alışkanlıklarını etkilememesi adına yağsız et ürünlerinden tercih edilmesi daha doğru olur.
7. İBH' da omega 3 tüketimi ile ilgili **yanlış** işaretleyiniz.
- a. Balık, ceviz, keten tohumu, zeytin ve zeytinyağı omega 3 açısından zengin gıdalardır.
 - b. Omega 3'ü yerine koymak için ilk olarak gıdalar değil hap şeklinde olan formları tercih edilmelidir.
 - c. Omega 3 inflamatuvar (enfeksiyonel) yanıtın kontrol altına alınmasında çok önemli bir besin türüdür.
 - d. İBH gibi kronik hastalıkların seyrinin kontrollü ilerlemesindeki önemi yapılan araştırmalarca desteklenmiştir.

8. Alevlenme dönemlerinde posa tüketimi ile ilgili **yanlış** ifadeyi seçiniz.
- Lifli gıda dışkının bağırsaktan geçişini kolaylaştırdığı için alevlenme dönemlerinde fazlasıyla tüketilmelidir.
 - Bağırsağın iltihaplı olduğu dönemde ishali tetikler, alım kısıtlanmalıdır.
 - Lif oranı yüksek sebze-meyveler asla çiğ tüketilmemeli, sirkeli suda yakınıp kabukları mutlaka soyulmalı ve pişirilerek tüketilmelidir.
 - Bu faydalı gıdaları diyetten çıkarmak yerine pişirerek tüketmek tercih edilmelidir.
9. İBH'da alevlenme dönemlerinde beslenme alışkanlığı edinirken **tercih edilmesi gereken** pişirme şekli aşağıdakilerden hangisidir?
- Kızartma
 - Haşlama - Buğulama
 - Çiğ Tüketim
 - Mikrodalgada Pişirme (Dondurulmuş Gıdalar)
10. Beslenme günlüğü tutmanın önemi nedir?
- Yalnızca kalori hesabı yapmaya yarar.
 - Alevlenme dönemlerinde alınan gıdaların oluşturduğu semptomları saptamada etkili olacağından yaşam kalitesini yükseltmek adına çok etkilidir.
 - İBH'yı tedavi edecek olan besin grubunun bulunmasını sağlar.
 - İBH' ya neden olan besin grubunun bulunmasını sağlar.
11. Sebze-meyve alımında dikkat edilmesi gerekenlerden **yanlış** olanı seçiniz.
- Alevlenme dönemlerinde ishal nedeniyle vitamin-minerel ihtiyacı artacağından fazlaca alınmalıdır.
 - Sebze ve meyvelerin posaları ishali tetikler alevlenmede kısıtlanmalıdır.
 - Alevlenme dönemlerinde asla kabuklu ve çekirdekli ve çiğ tüketilmemelidir.
 - Gaza neden olabilecek fasulye, lahana türevlerinden kaçınılmalıdır.
12. Aşağıdaki karbonhidrat gruplarından sindirimi **zor olanı** seçiniz.
- Patates püresi

- b. Pirinç, arpa
- c. Yulaf ezmesi
- d. Hazır müsli karışımları

13. Aşağıdaki yağ içeren besin gruplarından sindirimi **kolay** olan hangisidir?

- a. İç yağı
- b. Kavrulmuş yağ
- c. Zeytinyağı
- d. Mayonez

14. Aşağıdaki pastane türevi yiyeceklerden **tercih edilebilir** olanı işaretleyiniz.

- a. Kremalı turta
- b. Mayalı hamur işleri
- c. Katlı/dolgulu pasta
- d. Kızartılmış tatlılar

15. İBH'da alevlenme döneminde **sakınılması** gereken meşrubat grupları aşağıdakilerden hangisidir?

- a. Açık çay
- b. Karbonatsız maden suyu
- c. Sert kahve – Koyu Çay
- d. Sulandırılmış meyve suyu

EK 3:

İnflamatuvar Barsak Hastalıkları Yaşam Kalitesi Ölçeği

Bu anket son 2 hafta boyunca kendinizi nasıl hissettiğinizi belirlemek için tasarlanmıştır. Size, barsak hastalığınızın sonucunda yaşamakta olduğunuz belirtiler, genel olarak kendinizi bedensel ve duygusal açıdan nasıl hissettiğiniz ve ruh halinizin nasıl olduğu hakkında sorular sorulacaktır. Lütfen her soru için verilen seçeneklerden birini seçiniz.

1. Son 2 hafta boyunca barsak hareketleriniz ne kadar sıklaşmıştı?

- a. Barsak hareketleri şimdiye kadar veya hiç olmadığı kadar sık
- b. Son derece sık
- c. Çok sık
- d. Barsak hareketleri sıklığında orta derecede artış var
- e. Barsak hareketleri sıklığında biraz artış var
- f. Barsak hareketleri sıklığında çok hafif artış var
- g. Normal, barsak hareketleri sıklığında artış yok

2. Son 2 haftadır bitkinlik duygusu ya da yorgunluk ve tükenmişlik hissi sizin için ne sıklıkla sorun oluyor?

- a. Hiç olmadığı kadar çok
- b. Aşırı derecede çok
- c. Çok
- d. Orta derecede
- e. Bir miktar
- f. Az
- g. Hiç

3. Son 2 haftadır ne sıklıkla kendinizi sabırsız, huzursuz ya da sinirli hissediyorsunuz?

- a. Hiç olmadığı kadar çok
- b. Aşırı derecede çok
- c. Çok
- d. Orta derecede
- e. Bir miktar
- f. Az
- g. Hiç

4. Son 2 haftadır barsak sorunuz yüzünden ne sıklıkla okula gidemiyorsunuz ya da işinizi yapamıyorsunuz?

- a. Hiç olmadığı kadar çok
- b. Aşırı derecede çok
- c. Çok
- d. Orta derecede
- e. Bir miktar
- f. Az
- g. Hiç

5. Son 2 haftadır barsak hareketleriniz zamanın ne kadarında durgunlaşıyor?

- a. Hiç olmadığı kadar çok b. Aşırı derecede çok c. Çok
d. Orta derecede e. Bir miktar f. Az g. Hiç

6. Son 2 haftadır kendinizi ne kadar enerjik hissettiniz?

- a. Hiç olmadığı kadar çok b. Aşırı derecede çok c. Çok
d. Orta derecede e. Bir miktar f. Az g. Hiç

7. Son 2 haftadır barsak sorunuzdan dolayı ameliyat olma ihtimali nedeniyle ne sıklıkta endişe hissettiniz?

- a. Hiç olmadığı kadar çok b. Aşırı derecede çok c. Çok
d. Orta derecede e. Bir miktar f. Az g. Hiç

8. Son 2 haftadır barsak sorunuz nedeniyle ne sıklıkta sosyal bir faaliyetinizi ertelemek ya da iptal etmek zorunda kaldınız?

- a. Hiç olmadığı kadar çok b. Aşırı derecede çok c. Çok
d. Orta derecede e. Bir miktar f. Az g. Hiç

9. Son 2 haftadır ne sıklıkta karnınızda kramplar nedeniyle sıkıntı yaşadınız?

- a. Hiç olmadığı kadar çok b. Aşırı derecede çok c. Çok
d. Orta derecede e. Bir miktar f. Az g. Hiç

10. Son 2 haftadır ne sıklıkta, kendinizi sağlıksız hissettiniz?

- a. Hiç olmadığı kadar çok b. Aşırı derecede çok c. Çok
d. Orta derecede e. Bir miktar f. Az g. Hiç

11. Son 2 haftadır ne sıklıkla yanı başınızda tuvalet olmaması nedeniyle rahatsız oluyorsunuz?

- a. Hiç olmadığı kadar çok b. Aşırı derecede çok c. Çok
d. Orta derecede e. Bir miktar f. Az g. Hiç

12. Son 2 haftadır barsak sorunlarınız nedeniyle, yapmayı istediğiniz boş zaman ya da spor faaliyetlerini yapmaktan vazgeçmek zorunda kaldınız?

- a. Hiç olmadığı kadar çok b. Aşırı derecede çok c. Çok
d. Orta derecede e. Bir miktar f. Az g. Hiç

13. Son 2 haftadır ne sıklıkla karın ağrısı nedeniyle sıkıntı çekiyorsunuz?

- a. Hiç olmadığı kadar çok b. Aşırı derecede çok c. Çok
d. Orta derecede e. Bir miktar f. Az g. Hiç

14. Son 2 haftadır ne sıklıkla iyi bir gece uykusu uyumada sorununuz oluyor ya da gece sırasında uyanma dolayısıyla güçlük çekiyorsunuz?

- a. Hiç olmadığı kadar çok b. Aşırı derecede çok c. Çok
d. Orta derecede e. Bir miktar f. Az g. Hiç

15. Son 2 haftadır ne sıklıkla kendinizi depresyonda ya da cesareti kırılmış hissediyorsunuz?

- a. Hiç olmadığı kadar çok b. Aşırı derecede çok c. Çok
d. Orta derecede e. Bir miktar f. Az g. Hiç

16. Son 2 haftadır yakında kullanıma hazır bir tuvalet olmaması nedeniyle ne sıklıkla bazı faaliyetlere katılmaktan kaçınıyorsunuz? Lütfen aşağıdaki seçeneklerden birini seçiniz.

- a. Hiç olmadığı kadar çok b. Aşırı derecede çok c. Çok
d. Orta derecede e. Bir miktar f. Az g. Hiç

17. Son 2 haftadır genel olarak, karnınızda çok miktarda gaz olması sizin için ne kadar sorun oluyor?

- a. Başlıbaşına bir sorun
b. Büyük sorun oluyor
c. Önemli bir sorun oluyor
d. Biraz sorun oluyor
e. Çok az sorun oluyor
f. Hemen hemen hiç sorun olmuyor :
g. Hiç sorun olmuyor

18. Son 2 haftadır sahip olduğunuz kiloyu sürdürmek ya da olmak istediğiniz kiloya ulaşmak sizin için genel olarak ne kadar sorun oluyor? Lütfen aşağıdaki seçeneklerden birini seçiniz.

- a. Başlıbaşına bir sorun
- b. Büyük sorun oluyor
- c. Önemli bir sorun oluyor
- d. Biraz sorun oluyor
- e. Çok az sorun oluyor
- f. Hemen hemen hiç sorun olmuyor :
- g. Hiç sorun olmuyor

19. Barsak problemleri olan birçok hastanın sıklıkla hastalığına ilişkin endişeleri ve kaygıları vardır. Bunlar arasında kanser olma endişeleri, hiçbir zaman kendini daha iyi hissedememeye ilişkin endişeler, hastalığın nüks etmesine ilişkin endişeler de bulunur. Genel olarak son 2 haftadır ne sıklıkla kendinizi endişeli ya da kaygılı hissediyorsunuz?

- a. Hiç olmadığı kadar çok
- b. Aşırı derecede çok
- c. Çok
- d. Orta derecede
- e. Bir miktar
- f. Az
- g. Hiç

20. Son 2 haftadır karın şişkinlik hissi nedeniyle ne kadar problem yaşadınız?

- a. Hiç olmadığı kadar çok
- b. Aşırı derecede çok
- c. Çok
- d. Orta derecede
- e. Bir miktar
- f. Az
- g. Hiç

21. Son 2 haftadır ne sıklıkla kendinizi gevşemiş ve gerginlikten uzak hissediyorsunuz?

- a. Hiç olmadığı kadar çok
- b. Aşırı derecede çok
- c. Çok
- d. Orta derecede
- e. Bir miktar
- f. Az
- g. Hiç

22. Son 2 haftada barsak hareketlerinizle makattan kanama olmasıyla ne kadar problem yaşadınız?

- a. Hiç olmadığı kadar çok
- b. Aşırı derecede çok
- c. Çok
- d. Orta derecede
- e. Bir miktar
- f. Az
- g. Hiç

23. Son 2 haftadır, zamanın ne kadarında barsak sorununuzun sonucu olarak tedirginlik hissediyorsunuz? Lütfen aşağıdaki seçeneklerden birini seçiniz.

- a. Hiç olmadığı kadar çok
- b. Aşırı derecede çok
- c. Çok

d.Orta derecede e. Bir miktar f. Az g. Hiç

24. Son 2 haftadır ne kadar süreyle barsaklarınız boş olmasına rağmen tuvalete gitme ihtiyacı hissetmeniz nedeniyle rahatsızlık duyuyorsunuz? Lütfen aşağıdaki seçeneklerden birini seçiniz.

a.Hiç olmadığı kadar çok b. Aşırı derecede çok c. Çok
d.Orta derecede e. Bir miktar f. Az g. Hiç

25. Son 2 haftadır ne kadar süreyle kendinizi ağlamaklı veya sıkıntılı hissediyorsunuz?

a.Hiç olmadığı kadar çok b. Aşırı derecede çok c. Çok
d.Orta derecede e. Bir miktar f. Az g. Hiç

26. Son 2 haftadır ne sıklıkla iç çamaşırınızı kazara kirletmekten dolayı rahatsız oluyorsunuz?

a.Hiç olmadığı kadar çok b. Aşırı derecede çok c. Çok
d.Orta derecede e. Bir miktar f. Az g. Hiç

27. Son 2 haftadır barsak sorunuz yüzünden ne kadar süreyle kendinizi kızgın hissediyorsunuz?

a.Hiç olmadığı kadar çok b. Aşırı derecede çok c. Çok
d.Orta derecede e. Bir miktar f. Az g. Hiç

28. Son 2 haftadır barsak sorunuz cinsel hayatınızda ne kadar büyük bir sorun yarattı?

a. Hiç olmadığı kadar çok b. Aşırı derecede çok c. Çok
d.Orta derecede e. Bir miktar f. Az g. Hiç

29. Son 2 haftadır zamanın ne kadarında bulantı ya da midede hastalık hissi nedeniyle zorluk çekiyorsunuz? Lütfen aşağıdaki seçeneklerden birini seçiniz.

a. Hiç olmadığı kadar çok b. Aşırı derecede çok c. Çok
d. Orta derecede e. Bir miktar f. Az g. Hiç

30. Son 2 haftadır zamanın ne kadarında kendinizi asabi hissediyorsunuz?

a. Hiç olmadığı kadar çok b. Aşırı derecede çok c. Çok
d.Orta derecede e. Bir miktar f. Az g. Hiç

31. Son 2 haftadır ne sıklıkla başkaları tarafından anlaşılmadığınızı hissediyorsunuz?

- a. Hiç olmadığı kadar çok b. Aşırı derecede çok c. Çok
d.Orta derecede e. Bir miktar f. Az g. Hiç

32. Son 2 haftadır kişisel yaşamınızda ne ölçüde hoşnut, mutlu ya da keyifli oluyorsunuz?

- a. Çok memnuniyetsiz, zamanın çoğunda mutsuz
b. Genellikle memnuniyetsiz, mutsuz
c. Biraz memnuniyetsiz, mutsuz
d. Genellikle memnun, mutlu
e. Zamanın çoğunda memnun, mutlu
f. Çok memnun, mutlu
g. Oldukça memnun, bundan daha fazla mutlu ve memnun olamazdım.

EK 4:

İnflamatuvar bağırsak hastalarında beslenme eğitim kitapçığı tez savunma sınavı esnasında jüriye elden teslim edilmiştir.



EK 5:

Araştırma Etik Kurul İzni



T.C.
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu



GİZLİ

Sayı : 31829978-050.01.04-E.1700080678
Konu : Girişimsel Olmayan Etik Kurulu
Kararı

13/11/2017

Sayın Doç. Dr. Elif ÜNSAL AVDAL

İnflamatuar Bağırsak Hastalıklarında Beslenme Alışkanlıklarının Yaşam Kalitesine Etkisi adlı araştırma başvuru dosyanız kurumumuzda gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiştir. Çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına kurumumuzun **01.11.2017 tarihli ve 240 sayılı karar numarası** ile toplantıya katılan etik kurul üyelerinin **oy birliği** ile karar verilmiştir. Bilgilerinizi rica ederim.

e-İmzalıdır

Doç. Dr. Orhan GÖKALP
Etik Kurul Başkanı

EK 6:

İnflamatuvar Bağırsak Hastalıklarında Yaşam Kalitesi Ölçeği Kullanım İzni (IBDQol)

From: AslıhanMete<aslhnmete@outlook.com>

To: cakcura777@hotmail.com<cakcura777@hotmail.com>

Subject: Ölçek Kullanım İzni

SayınCanAkçura;

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Bölümünde yüksek lisans yapmaktayım. Tez çalışmam olarak İnflamatuvar Bağırsak Hastalıklarında Beslenme Alışkanlıklarının Yaşam Kalitesine Etkisini incelemek istiyorum. Örneklemeimi aynı zamanda hemşire olarak da görev yaptığım İKÇÜ Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Bölümünde yatan veya poliklinik üzerinden takipli hastalar olarak belirlemeyi hedefliyorum. Danışman hocam Doç. Dr. Elif ÜNSAL AVDAL ve aynı zamanda çalışmama verdiği destekler ile katkı sağlayan Dr. Öğr. Üyesi Berna Nilgün ÖZGÜR SOY URAN ile İnflamatuvar Bağırsak Hastalıklarında Yaşam Kalitesi Ölçeğini kullanmak istiyoruz. Sizin için de uygunsa ölçeğinizi kullanmak üzere izninizi talep ediyorum. Şimdiden teşekkür ederim.

Can Akçura <can.akcura@hotmail.com>

Aslıhan hanım ölçeği kullanma izniniz mevcuttur iyi çalışmalar.

ÖZGEÇMİŞ

2015 yılında Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu'nda lisans eğitimimi tamamladıktan sonra İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji ve Göğüs servisinde meslek hayatıma başladım. 2015-2016 yılları boyunca bu serviste iş yaşamıma devam ettim.

Bu sırada 2016 güz döneminde İKÇÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği bölümüne yüksek lisans için başvuru yapıp kabul edildikten sonra eğitim hayatıma yeniden başladım. 2016 Ekim ayı itibari ile İKÇÜ Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi Anestezi Yoğun Bakımda görevime devam etmekteyim.