

2017

YÜKSEK LİSANS TEZİ

BURCU KARATAŞ DOĞAN



T.C.  
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**İNFLAMATUVAR BARSAK HASTALARINDA  
DEPRESYON VE UMUTSUZLUK DÜZEYİNİN  
BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Burcu KARATAŞ DOĞAN**

HEMŞİRELİK PROGRAMI

Ankara, 2017

T.C.  
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**İNFLAMATUVAR BARSAK HASTALARINDA DEPRESYON  
VE UMUTSUZLUK DÜZEYİNİN BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Burcu KARATAŞ DOĞAN**

HEMŞİRELİK PROGRAMI

**Bu araştırma; Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Bilimsel Araştırma  
Projeleri Birimi tarafından 3243 nolu proje ile desteklenmiştir.**

Ankara, 2017



**T.C.**  
**ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**TEZ KABUL VE ONAY**

İnflamatuvar Barsak Hastalarında Depresyon ve Umutsuzluk Düzeyinin Belirlenmesi

Burcu KARATAŞ DOĞAN

Yüksek Lisans Tezi

24.05.2017

Tez Danışmanı

Yrd. Doç. Dr. Ayşegül KOÇ

Jüri Üyeleri

Prof. Dr. Sultan KAV

Doç. Dr. Fatma İlknur ÇINAR

Yrd. Doç. Dr. Ayşegül KOÇ

Okuduğumuz ve Savunmasını dinlediğimiz bu tezin bir Yüksek Lisans derecesi için gereken tüm kapsam ve kalite şartlarını sağladığını beyan ederiz.

Prof. Dr. Özen ÖZENSOY GÜLER

Enstitü Müdürü

Bu tezin Yüksek Lisans derecesi için gereken tüm şartları sağladığını tasdik ederim.

## **BEYAN**

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tezde kullanılmış olan tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

24.05.2017

Burcu KARATAŞ DOĞAN

## TEŞEKKÜR

Tezimin planlanması ve gerçekleştirilmesi sırasında desteğini esirgemeyen, tezimin yürütülmesinde bilgi ve deneyimlerini sevgisiyle birlikte sunan ve önerileri ile bana yol gösteren danışman hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Ayşegül Koç'a,

Çalışmamı 3243 nolu proje kodu ile destekleyen Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeler Birimi'ne,

Tezimin veri toplama aşamasında verdikleri destekler için Sayın Prof. Dr. Ertuğrul Kayaçetin, Sayın Doç. Dr. Zeki Mesut Yalınkılıç ve İnflamatuvar Barsak Hastalıkları ve Hepatoloji Polikliniği memuru Sayın Gonca Çelikkol'a,

Ankara Kamu Hastaneleri Birliği'ne bağlı Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde araştırmanın uygulanabilmesi için gerekli izni verdiklerinden dolayı Kamu Hastaneleri Birliği 1. Bölge Genel Sekreterliği'ne ve hastane yönetimine,

Araştırmaya katılmayı gönülden kabul eden tüm hasta bireylere,

Bu süreçte bana inandıkları ve her zaman destek oldukları için başta klinik sorumlu hemşirem ve tüm hemşire arkadaşlarıma,

Bu günlere gelmemde en büyük paya sahip olan, destek, ilgi, sabır ve sevgilerini esirgemeyen, hiçbir fedakârlıktan kaçınmayan çok sevdiğim eşim Umut Doğan'a, annem İmren Karataş'a ve babam Sami Karataş'a,

SONSUZ TEŞEKKÜR EDERİM.

Burcu KARATAŞ DOĞAN

# İÇİNDEKİLER

<b>ÖZET</b> .....	vii
<b>ABSTRACT</b> .....	viii
<b>SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ</b> .....	ix
<b>ŞEKİLLER DİZİNİ</b> .....	x
<b>TABLolar DİZİNİ</b> .....	xi
<b>1. GİRİŞ</b> .....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	4
1.3. Araştırma Soruları.....	4
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	5
2.1. İnflamatuvar Barsak Hastalıkları.....	5
2.1.1. Ülseratif Kolit.....	5
2.1.2. Crohn Hastalığı.....	7
2.2. İnflamatuvar Barsak Hastalıklarında Tedavi.....	9
2.2.1. İnflamatuvar Barsak Hastalıklarında İlaç Tedavisi.....	9
2.2.2. İnflamatuvar Barsak Hastalıklarında Cerrahi Tedavi.....	11
2.3. İnflamatuvar Barsak Hastalıklarında Psikosomatik Değişkenler.....	12
2.3.1. Depresyon.....	12
2.3.2. Umutsuzluk.....	15
2.4. İnflamatuvar Barsak Hastalıklarında Hemşirelik Bakımı.....	16
<b>3. MATERYAL VE YÖNTEM</b> .....	26

3.1. Araştırmanın Şekli.....	26
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	26
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	26
3.4. Verilerin Toplanması.....	27
3.4.1. Veri Toplama Araçlarının Hazırlanması.....	27
3.5. Araştırmanın Ön Uygulaması.....	28
3.6. Araştırmanın Uygulanması.....	28
3.7. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	29
3.7.1. Bağımlı Değişkenler.....	29
3.7.2. Bağımsız Değişkenler.....	29
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	30
3.9. Araştırmanın Etik Boyutu.....	30
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları .....	31
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>32</b>
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>42</b>
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>51</b>
<b>7. KAYNAKLAR.....</b>	<b>54</b>
<b>8. EKLER.....</b>	<b>65</b>
EK-1. İBH Hastalarının Depresyon ve Umutsuzluk Düzeyini Belirlemek İçin Kullanılan Veri Toplama Formu.....	65
EK-2. Etik Kurul Onay Formu.....	70
EK-3. Araştırmanın Yapılabilmesi İçin Gerekli İzin Yazıları.....	71
EK-4. Bilimsel Araştırmalar İçin Gönüllü Olur Formu.....	73



EK-5. Özgeçmiş.....74



## ÖZET

### **İnflamatuvar Barsak Hastalarında Depresyon ve Umutsuzluk Düzeyinin Belirlenmesi**

Araştırma, inflamatuvar barsak hastalarında depresyon ve umutsuzluk düzeyinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı kesitsel olarak yapılmıştır.

Araştırmanın evrenini Ankara Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi İnflamatuvar Barsak Hastalıkları ve Hepatoloji Polikliniği'ne kayıtlı 1020 inflamatuvar barsak hastası (İBH) oluşturmuştur. Araştırmaya katılmaya gönüllü olan, sözlü ve yazılı onamları alınan 278 İBH hastası ile örneklem tamamlanmıştır. Araştırmada veri toplama aracı olarak hastaların tanıtıcı özelliklerini belirlemek amacıyla literatür doğrultusunda geliştirilen anket formu ile Beck Umutsuzluk (BUÖ) ve Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde ve ortalama, Mann-Whitney U Testi, Ki-kare ve Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır.

Bu araştırma doğrultusunda, 148 ülseratif kolit (ÜK), 130 crohn hastasının (CH) yaş ortalaması  $45.95 \pm 12.25$  yıldır. ÜK hastalarının %62.2'si, CH hastalarının %60'ı erkektir. Araştırma grubunun depresyon ve umutsuzluk puanı ortancası sırasıyla 11 ve 5 olarak hesaplanmıştır. Örneklem grubunun %7.9'unda 'şiddetli depresyon' bulguları görülürken; %31.7'sinde 'hafif depresyon' bulguları ile karşılaşmıştır. Geliri giderden az olan hastalarda, CH hastalarının BDÖ puanının ÜK hastalarından daha yüksek olduğu belirlenmiş olup, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p=0.035$ ). BDÖ ve BUÖ puanları arasındaki korelasyon incelendiğinde pozitif yönlü, orta dereceli ve doğrusal bir ilişki olduğu görülmüştür ( $p<0.001$ ).

Araştırmadan elde edilen sonuçlar ışığında, İBH hastalarının depresyon bulgularına yatkın olduğu, bu hastalarda depresyon bulgularının ve umutsuzluğun doğru orantılı olarak görüldüğü bulunmuştur. İBH hastalarının tedavi süreçlerinin psikolojik tedaviyle desteklenmesi ve hemşirelik alanında deneysel, kanıta dayalı araştırmaların planlanması ve yürütülmesi önerilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** depresyon, hemşirelik, inflamatuvar barsak hastalıkları, inflamatuvar barsak hemşireliği, umutsuzluk

## ABSTRACT

### **Determination of Depression and Hopelessness Levels in the Patients with Inflammatory Bowel Diseases**

The purpose of this study is to determine of depression and hopelessness levels in the patients with inflammatory bowel diseases.

The area of research is composed of 1020 inflammatory bowel diseases (IBD) patients registered with at Ankara Turkey Higher Education Training and Research Hospital, IBD and Hepatology Polyclinic. The sample of research was completed with 282 patients with IBD. The approvals for this research was received from Ethic Committee and the participants. Survey data was collected by utilizing Personal Into Form, Beck Depression Inventory (BDI) and Beck Hopelessness Inventory (BHI). For the analyse of data, descriptive statistics, Mann-Whitney U test, Chi Square test and Sperman correlation tests have been used. The data were entered to computer environment by SPSS statistics packet program (IBM Corp. Released 2012). The results were evaluated in %95 confidence interval and sense  $p < 0.05$  level.

The average of age 148 UC, 130 CD patients is  $45.95 \pm 12.25$ . 62.2% of UC's, 60% of CD's patients are male. The means of depression and hopelessness scores of the study group were calculated as  $12.73 \pm 9.8$  and  $5.95 \pm 4.48$ , respectively. While 7.9% of the sample had 'severe depression'; 31.7% had 'mild depression.' In low-income patients, the IBD scores of CD patients were found to be higher than UC patients ( $p = 0.031$ ). The correlation between BDI and BDI scores was positive, moderate and linear ( $p = 0.0001$ ).

According to the results from the research, it was found that IBD patients are prone to depression findigs, hopelessness and depression findings are seen to be directly proportional in these patients. It has been suggested that supporting the treatment of IBD patients with psychological therapy and that conducting experimental and blood-based research in the field of nursing.

**Key words:** digestive nursing, depression, hopelessness, inflammatory bowel diseases, inflammatory bowel nursing

## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

İBH	: İnflamatuvar Barsak Hastalığı
ÜK	: Ülseratif Kolit
CH	: Crohn Hastalığı
BUÖ	: Beck Umutsuzluk Ölçeği
BDÖ	: Beck Depresyon Ölçeği
Min.	: Minimum
Max.	: Maksimum
IL-6	: Interlökin-6
CRP	: C-Reaktif protein
TNF $\alpha$	: Tümör Nekroz Faktör Alfa
IBD	: Inflammatory Bowel Disease
CD	: Crohn's Disease
UC	: Ulcerative Colitis
BDI	: Beck Depression Inventory
BHI	: Beck Hopelessness Inventory
N	: Birey Sayısı
p	: Anlamlılık Düzeyi
$\chi^2$	:Ki-Kare
SS	: Standart Sapma
z	:Mann-Whitney U Testi
t	:Bağımsız örneklem testi

## ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1.1. İBH hastalarında alınan tedavi yöntemlerinin dağılımı.....37



## TABLÖLAR DİZİNİ

<b>Tablo 1.1.</b> İBH hastalarına ilişkin demografik veriler.....	33
<b>Tablo 2.2.</b> İBH hastalarının hastalıklarına ilişkin veriler .....	35
<b>Tablo 3.3.</b> İBH hastalarının dışkı kıvamlarının dağılımı.....	36
<b>Tablo 4.4.</b> İBH hastalarının depresyon ve umutsuzluk puanı dağılımı .....	38
<b>Tablo 5.5.</b> İBH hastalarının demografik ve hastalıklarına ilişkin özelliklerine göre depresyon puanı ortalamaları.....	39
<b>Tablo 6.6.</b> İBH hastalarının demografik ve hastalıklarına ilişkin özelliklerine göre umutsuzluk puanı ortalamaları.....	40
<b>Tablo 7.7.</b> BDÖ ve BUÖ puanlarının korelasyon analizi.....	41

# 1. GİRİŞ

## 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Ülseratif kolit (ÜK) ve crohn hastalığı (CH) olarak iki temel tanımdan oluşan inflamatuvar bağırsak hastalıkları (İBH), gastrointestinal kanalın remisyon ve relapslarla seyreden, kronik ve idiopatik bir hastalıdır (1,2,3).

ÜK hastaları 30-40 yaşları arasında, CH hastaları ise 20-30 yaşları arasında tanı alırlar (1). Böylelikle İBH'nın yaşam sürecinin en aktif dönemini kapsadığı söylenebilir (4).

Asya-Pasifik bölgesindeki İBH insidans ve prevalans oranlarının Avrupa ve Kuzey Amerika ile karşılaştırıldığında düşük olduğu, ancak bazı doğu ülkelerinde de artan vakaların olduğu çalışmalarla bildirilmiştir (5,6). Ülkemizde ise bu oran ÜK için 2.6/100.000; CH için 1.4/100.000 olarak belirtilmiştir (7).

İBH'nın karın ağrısı, diyare, rektal kanama gibi özgün belirtilerinin hastaların denetimi dışında olması, hastalığın aktivasyon dönemlerinde hastayı aşırı rahatsız etmesi bireyin hem aile hem de toplumla olan ilişkilerinde karşılaştıkları güçlükleri artırmaktadır (4). İBH kronik, öngörülemeyen, iş gücü kaybına uğratan, günlük yaşamdan alıkoyan ve giderek yıkıcı hale gelen önemli psikososyal etkileri olan bir hastalıktır (8). İBH, sıvı-elektrolit bozuklukları, beslenme bozuklukları gibi fiziksel sorunların yanı sıra ani kişisel duygu-durum bozuklukları gibi psikolojik sorunları da beraberinde getirmektedir. Anksiyete, depresyon ve psikososyal stres ile İBH arasında kesin kanıt olmamasına rağmen, bu değişkenlerin hastalığın seyrinde etkileri olduğu düşünülmektedir (8).

Psikososyal hastalıkların bireyin genel sağlığı üzerinde olumsuz etkisi olabildiği gibi, öte yandan ek kronik hastalık varlığı, psikiyatrik belirtilerin yoğunlaşmasına veya artmasına neden olmaktadır. Özellikle de depresyon, tanılanmış kronik hastalıklı bireylerde, hastalığın doğal sürecinden daha yüksek oranlarda işlev kaybına yol açmaktadır (9). Depresyon, bozulan hücrel bağışıklık

(azalan doğal killer hücre toksisitesi) ve artan inflamasyon [ IL-6 (İnterlökin-6), TNF- $\alpha$  (Tümör Nekroz Faktör alfa), CRP (C-Reaktif protein) ] ile ilişkilidir; benzer şekilde İBH'nın patogenezinde de bozulmuş immün yanıt önemli rol oynar (9). Depresyonu olan bireylerde ise umutsuzluk belirtileri görülmektedir. İBH ve depresyon arasındaki ortak nokta, kişinin bedence ve ruhen yaşadığı zorlanmalarla nöropsikolojik, bağışıklık, iç salgı sistemleriyle verilen yanıt verme biçimidir (1). Bu nedenle İBH'lı hastaların umutsuzluk ve depresyona yatkınlığının yüksek olabileceği öngörülebilir.

Literatürde kanser hastaları başta olmak üzere çeşitli kronik hastalıklı bireylerde depresyon ve umutsuzluk düzeylerinin araştırıldığı çeşitli çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir.

Yanartaş ve ark.'larının İBH'da ruhsal belirtiler ve yaşam kalitesini değerlendirdikleri çalışmalarında depresyon puanları CH hastalarında daha yüksek oranda hesaplanmış ve hastane anksiyete depresyon ölçeği depresyon ölçek ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bildirilmiştir ( $p=0.002$ ) (9).

Kim ile ark.'larının remisyon sürecindeki İBH hastalarında depresyon ve anksiyete ile ilişkili faktörlerini inceledikleri çalışmalarında, sosyoekonomik durumun depresyona etkisi incelendiğinde ÜK ve CH için depresyon puanı arasında anlamlı fark olduğu bildirilmiştir ( $p=0.013$ ) (10).

Tribbick ve ark.'larının Avustralya'da İBH hastalarında mental sağlık bozukluklarını inceledikleri kohort çalışmalarında hastaların %9.9'unda major depresif bozukluk olduğu ve akut dönemdeki İBH hastalarının remisyon dönemindeki İBH hastalarından daha fazla depresyon ölçek puanına sahip oldukları, aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı bulunduğunu bildirmişlerdir (11).

Walker ve ark.'larının İBH hastalarında kaygı ve duygu durum bozukluklarının yaygınlığının incelendiği kohort çalışmalarında hastalarda major depresyon oranının yüksek olduğu bildirilmiştir (12).

Long ve ark.'larının İBH'lı 65 yaş üzeri bireylerde depresyonu inceledikleri kohort çalışmalarında, bu hastaların %22.6'sında major depresyon semptomları olduğunu bildirmişlerdir (13).



Gheihman ve arkadaşlarının (2015) akut lösemi hastalarında depresyon ve umutsuzluk düzeyi arasındaki ilişkiyi ve yaygınlığını belirlemek amacıyla yaptıkları başka bir çalışmada ise, akut lösemili hastaların %8.5'inin umutsuzluk ölçek puanları 8'in üzerinde; %17.8'inin depresyon ölçek puanları 20'nin üzerinde-orta ağırlıklı depresyon olarak bulunmuştur (14).

Kim ve arkadaşları (2002) sürekli ayaktan periton diyalizi olan kronik böbrek yetmezlikli hastalarda umutsuzluk ve depresyon düzeyini analiz ettikleri araştırmalarında, hastaların %75'inde depresyon puanı ortalamalarını  $25.0 \pm 11.4$  ve umutsuzluk puanı ortalamalarını  $11.8 \pm 6.0$  olarak oldukça yüksek oranda belirlemişlerdir (15).

Kronik hastalıklarda depresyon ve umutsuzluk neredeyse eş zamanlı olarak karşımıza çıkmaktadır. İnflamatuvar barsak hastalıkları yaşam sürecinin en aktif sürecinde pik yapması nedeniyle depresyon ve umutsuzluğa elverişli bir hastalık olarak görülmektedir. Ülkemizde hemşirelik alanında yapılan literatür incelemelerinde bu hastaların fiziksel semptomlarının yanında psikolojik boyutunun da göz ardı edildiği görülmüştür. Buradan yola çıkarak bu çalışmamızda, İBH'lı hastalarda umutsuzluk ve depresyon düzeyi belirlenerek, ilgili değişkenler incelenmiştir.

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Araştırma, inflamatuvar barsak hastalarında depresyon ve umutsuzluk düzeylerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

## **1.3. Araştırma Soruları**

- 1-İnflamatuvar barsak hastalarının depresyon ve umutsuzluk düzeyleri nedir?
- 2-İnflamatuvar barsak hastalarının demografik değişkenleri depresyon düzeyleri üzerine etkili midir?
- 3-İnflamatuvar barsak hastalarının demografik değişkenleri umutsuzluk düzeyleri üzerine etkili midir?
- 4-İnflamatuvar barsak hastalarının hastalığa ilişkin değişkenleri depresyon düzeyleri üzerine etkili midir?
- 5-İnflamatuvar barsak hastalarının hastalığa ilişkin değişkenleri umutsuzluk düzeyleri üzerine etkili midir?

## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1. İnflamatuvar Barsak Hastalıkları**

İnflamatuvar barsak hastalığı değişik sistemik ve ekstraintestinal tutulumlarla seyreden kronik, tekrarlayıcı gastrointestinal inflamasyon ile karakterize hastalık grubudur (1). İBH, ülseratif kolit ve crohn hastalığı olarak iki temel tanıya ayrılır.

#### **2.1.1. Ülseratif Kolit**

Ülseratif kolit, kolon ve rektumun mukozal ve submukozal tabakalarının konjesyon, ödem, ülserasyonu ile seyreden kronik ve relapslar gösteren enflamatuvar hastalığıdır (1,2). ÜK, rektumdan başlayıp proksimale kadar farklı boyutlarda arada sağlam alan bırakmadan kolon mukozasını tutar. Kolon epiteli yüzeysel ülserler nedeni ile fragildir. Kolonun haustraları kaybolmuştur, psödopolipler görülebilir. Bu ülseratif koliti crohn hastalığından ayıran en önemli bulgulardandır (1).

##### **2.1.1.1. Etiyoloji**

Ülseratif kolitin kesin nedeni bilinmemektedir. Genetik, çevresel (sigara, oral kontraseptik kullanımı gibi), allerjik veya immün reaksiyon ile oluştuğuna inanılmaktadır (1,16-18).

##### **2.1.1.2. Belirti ve Bulgular**

Ülseratif kolit hastalığında semptomlar hem hastalığın tutulum bölgesiyle hem de aktivitenin şiddetiyle ilgilidir. Hastalığın kardinal belirtileri kanlı mukuslu diyare, karın ağrısı ve tenezdendir (1). Fekal inkontinans, mukuslu akıntı, abdominal kramp ve ağrı (18), tekrarlayan ataklar ile kilo kaybı, malnütrisyon, büyüme geriliği (19), halsizlik, ateş, bazı hastalarda gözde kızarıklık ve yanma, anemi, karaciğer safra yolu hastalıkları, böbrek anomalileri, artrit gibi bulgular da görülebilir. Buna ek olarak giderek sağlıkla ilgili yaşam kalitesini etkiler ve ciddi hareket sınırlılığına yol açar (20). Bazen sadece rektum tutulumu olan yaşlı hasta bireylerde, rektal spazm nedeniyle diyarenin tersine konstipasyon yaşanabilir (21). Diyareye bağlı olarak da

hipokalemi görülebilir. Yapılan bir araştırmada ise, hastaların %40'ında asidik tat ve tat değişikliği yaygın olarak bulunmuştur (22).

### **2.1.1.3. Tanı**

Ülseratif kolit tanısı, hasta ve aile öyküsü, laboratuvar testleri, klinik, endoskopik, histolojik ve radyolojik bulgularla konur (1). Rektum tutulduğu için rektosigmoidoskopi ve biyopsi tanıyı sağlar.

Endoskopi tanıda kilit rol oynar (23). Endoskopik bulgular hastalığın şiddetine göre değişiklik gösterir; hafif düzeyde hiperemi, toplu iğne başı büyüklüğünde kanama odakları, ince granüler yapı, eksüstasyonda artma görülürken; orta ve ağır düzeyde ise daha kalın granülarite, daha geniş ülserasyonlar, yaygın kanama, artmış iltihabi eksüstasyon, bazen soyulmuş mukoza gözlenir; remisyon döneminde ise normal veya atrofik görünüm vardır (21,24).

### **2.1.1.4. Komplikasyonlar**

**a. Masif Kanama:** Nadir gözlenir. Kanama hastalığın ilaç tedavisi ile kontrol altına alınabilir ancak medikal tedaviye dirençli ve ciddi kanama durumlarında tedavi cerrahidir (acil kolektomi) (25,26).

**b. Toksik Megakolon:** Toksik megakolon; radyografide total veya segmental, obstrüksif olmayan 6 cm'den daha büyük kolonik dilatasyonla birlikte sistemik toksisite belirtilerinin de eşlik ettiği İBH'nın acil, ölümcül ve en önemli komplikasyonlarından (27). Olguların %3-5'inde görülür (24). Toksik megakolon, spontane, baryumlu lavman ve kolonoskopi işlemleri, hipopotasemi, antikolinergik, antidepresanlar, narkotik ilaç kullanımı sonucunda gelişebilir (1). Toksik megakolon, kolonda ilerleyici dilatasyon, barsak duvarında gerilme ve sonuçta perforasyon ile seyrederek. Toksik megakolon taşikardi, takipne, ateş, karında hassasiyet, distansiyona neden olur. Tedaviye yanıt vermeyen hastalarda cerrahi tedavi (kolektomi) gerekir.

**c. Perforasyon:** Dağlı'nın aktardığına göre; perforasyon ÜK hastalarının yaklaşık %2'sinde toksik megakolonla ilişkili olarak gelişir (1). Perforasyon şüphesi varsa hasta cerrahi girişim için hazırlanmalıdır.

**d. Kolorektal Kanser:** İBH hastalarında normal popülasyona göre 2-3 kat artmış risk vardır (1). Pankolit, ailede öykü bulunması, striktür gibi faktörler riski artırmaktadır (1).

### **2.1.2.Crohn Hastalığı**

Crohn hastalığı, gastrointestinal kanalının herhangi bir yerinde olabilen, fakat çoğunlukla terminal ileumu ve kolonu tutan, kronik, transmural, tekrarlayan bir inflamatuvar hastalıktır (28,29).

İnflamasyon bağırsak duvarının tüm katmanlarını tutabilir, etrafındaki mezenteri ve lenf bezlerini de çevreleyerek barsak duvarının kalınlaşmasına ve lümenin daralmasına yol açar. Ayrıca inflamasyon, segmenter tutulum yapar yani lezyonlar arasında sağlam barsak segmentleri de bırakır. En sık tutulum yeri terminal ileum ve sağ kolonun beraber etkilendiği ileokolonik bölgedir (1).

#### **2.1.2.1. Etiyoloji**

Crohn hastalığının nedeni bilinmemesine rağmen otoimmün-benzeri bir cevapla ilişkili veya intestinal mikrobiyal flora karşılığında geliştirilen düzensiz bir cevapla ilişkili olabileceği düşünülmektedir (28). Etkilenen dokuda T hücre popülasyonu ve mukoza T helper hücrelerden TNF- $\alpha$  salınımı artmıştır (29).

#### **2.1.2.2. Belirti ve Bulgular**

CH'da belirgin semptomlar kanlı veya kansız uzun süreli diyare, kilo kaybı ve abdominal ağrıdır. Tanı öncesi hastalar, aylarca ya da yıllarca belirsiz abdominal ağrı ve aralıklı diyare yaşayabilirler. Ağrı, yemekten sonra veya defekasyondan önce sağ alt kadranda veya suprapubik bölgede belirginleşir; defekasyon sonrası azalır (1,2).

Diyare, hastaların %70-90'ında görülür (21). Rektumun tutulduğu hastalarda sık sık, küçük volümlü, tenezmle beraber kanlı mukuslu diyare yaşanır. Bununla beraber steatoreli (yağlı gaita) veya steatoresiz sulu diyare olabilir.

Dudak, dişeti ve yanak mukozasında aftöz ülserler oluşabilir. CH'da anemi ise; hastalık kökenli, kan kaybı, demirin, B12 vitaminin veya folik asitin nütrisyonel destek eksikliğinden oluşabilir (1,30).

Crohn hastalarında kilo kaybı sık görülür. Bunun nedeni diyare, karın ağrısı veya anoreksi nedeniyle gelişen malabsorbsiyon, obstrüksiyon ve oral alımın yetersiz olmasıdır (1).

### **2.1.2.3.Tanı**

Crohn tanısı anamnez, fizik muayene, gaita tetkiki, laboratuvar testleri, üst-alt gastrointestinal sistemin endoskopik muayenesi ve histopatolojik değerlendirmesi, radyolojik incelemeler, bilgisayarlı tomografi, ultrasonografi ve magnetik rezonans ile konulmaktadır. Bu tetkikler içerisinde İBH tanısı için en önemli tanı yöntemi kolonoskopi ve işlem esnasında alınan biyopsi örneğinin histopatolojik olarak incelenmesidir. Bu hastalarda rektal tutulum olması tanı esnasında ülseratif kolit ile ayırıcı tanı açısından zorluk oluşturmaktadır. Kolonoskopide, kolonda yer yer sağlam bölgelerin olması, daha belirgin olarak ince barsağın tutulması, fistüller, striktürler, perianal hastalığın olması, oral aftöz ülserlerin olması ve biyopside granüloma görülmesi ile crohn hastalığı ülseratif kolitten ayırt edilebilir (28).

### **2.1.2.4. Komplikasyonlar**

**a. Fistül ve abse:** CH'nın en sıkıntılı ve en zor şeklidir. Anal kanalda derin fissür, anal fissür ve perianal fissürlere sık rastlanır (1). Fistül varlığı her zaman aktif hastalığı düşündürmeli ve fistülün lokalizasyonu apseye yol açıp açmadığı araştırılmalıdır.

**b. Obstrüksiyon:** CH'da darlık gelişimi kronik transmural inflamasyona bağlı olarak gelişir. Tipik semptom karın ağrısıdır. Distansiyon, bulantı, kusma, konstipasyon ve bazen diyare de görülebilmektedir. Eğer medikal tedavi ile iyileşme sağlanamıyorsa cerrahi tedavi endikasyonu vardır (1).

**c. Periferik Artrit:** CH'daki inflamatuvar süreçlerdeki değişiklikler nedeniyle periferik eklemlerde artrit bulgularına rastlanabilir. Çoğunlukla diz, bilek,

topuk eklemlerinde saptanır (4). Eklem tutulumu ise CH hastalığında (%5-22) ÜK'den (%2-6) daha sık görülür, başlangıcı ve seyri bağırsak hastalığı aktivitesinden bağımsız özellik gösterir (31).

**d. Eritema Nodosum (EN) ve Piyoderma Gangrenozum (PG):** Dermatolojik lezyonlardan EN, en çok bacağın ön kısmında görünen, sıcak, ağrılı, çapı 1-5 cm arasında değişiklik gösteren nodül yapılarıdır. Hastalık aktivitesiyle ilgilidir. Skar bırakmadan iyileşme gösterirler. Dermatolojik lezyonlardan PG ise, ÜK'da CH'dan daha sık görülür. Ancak sık görülen bulgulardan değildir, tüm kolon tutumu olan ÜK'lı hastaların sadece %2'lik kısmında karşılaşırlar (32).

**e. Yağlı Karaciğer:** Kötü beslenme, steroid tedavisi sonucu oluşur (21).

**f. Tromboemboli:** Hastalık aktif döneme girdiğinde gözlenir. Pulmoner, serebrovasküler ve derin ven trombozları olarak görülür (21).

**g. Osteoporoz:** İnce bağırsak tutulumu olan CH'da Ca ve vit D malabsorbsiyonuna, ÜK'de ise steroid kullanımı sonucunda sıklıkla gözlenen bir komplikasyondur (33).

**h. Tromboz:** Hastalığın aktivite dönemlerinde ve kronik aktif hastalığı olanlarda tromboz riski daha yüksekken, remisyonda daha az görülür (34).

## **2.2. İnflamatuvar Barsak Hastalıklarında Tedavi**

Tedavide amaç, remisyonu sağlamak, sağlanan remisyonun uzun süreli idamesi ve nüksleri önlemektir (35). İBH'nın tedavi planı hastalığın anatomik lokalizasyonu, hastalık süresi, hastanın tolerebilitesi, hastalığın aktivitesi ve daha önce alınan tedavilere verilen yanıt göz önüne alınarak yapılmalıdır (1).

### **2.2.1. İnflamatuvar Barsak Hastalıklarında İlaç Tedavisi**

Tedavide uygulanacak ilaçlar hastalığın şiddeti ile tutulum alanı göz önüne alınarak belirlenmelidir (1).

### **a. 5-Aminosalisatlar**

5-aminosalisilat (5-ASA/5-Aminosalisilik asit) antiinflamatuvar ve immünsüpresif etkilere sahip bir ajandır. 5-ASA'nın etkileri ise şunlardır; lökotrienleri ve prostoglandinleri bloke etmek, adenezine bağlı sekresyonu ve bakteriyel peptitlere bağlı nötrofil kemotaksisini inhibe etmek, serbest oksijen metabolitlerini temizlemek (1). Bu hastalarda 5-ASA, remisyonu sağlamada ve idamesinde %70 oranında etkilidir (21,35). Ülkemizde bulunan klinik formlar mesalazin ve sulfalazindir.

Aminosalisilik asit tedavisi lokalizasyona göre yapılır. 5-ASA'nın emilimi proksimal kolonik hastalığı olanlarda yetersiz olduğu için oral preparatlar kullanılır. Hafif/orta düzeydeki yaygın kolitli hasta bireylerde tedavide oral (>2 gram/gün) ve topikal (4g/gün lavman) olarak birlikte kullanılır (1). Yeterli düzeyde immünomodülatör ve 5-ASA tedavisine karşılık hastada nüks geliştiğinde kortikosteroid kullanımı gerekli olabilir. 5-ASA ile idame tedavi ülseratif kolitte etkilidir ancak crohn hastalığında daha fazla araştırmaya ihtiyaç olduğu bildirilmiştir (36).

### **b. Kortikosteroidler**

Kortikosteroidler, orta ağır aktiviteli ÜK ve CH'da remisyonun sağlanması için kullanılan, ancak yan etkileri sebebiyle idame tedavisinde sürekli kullanılmayan güçlü anti-inflamatuvar ve immünsüpresif ajanlardır (1). Oral formlar orta-ağır ÜK ve CH'da kullanılırlar. Oral yolla günde 40-80 mg verilen prednizon tedavisi ile tüm ÜK ve CH hastalarında tamamına yakın remisyon sağlandıktan sonra haftada bir 4-5mg doz azaltılarak kesilmelidir (37). Uzun süreli kullanımda relaps oranı %60 olarak bildirilmiştir (35).

### **c. Pürin Analogları, Metotrexate ve Siklosporin**

Azatiopürin (AZA), CH'da remisyon idamesinde ve steroid bağımlı ÜK tedavisinde kullanılabilir. CH ve ÜK'de doğru dozda alındığında steroid dozunun azaltılması ile remisyon döneminin uzamasını sağlar. İBH'da AZA kullanımının lenfoma gelişimi ve melanom dışı deri kanseri gelişiminde az da olsa riski



artırmaktadır (1). Lenfoma riskine karşı tedavi başlangıcından itibaren aralıklarla lökosit sayımı yapılmalıdır (1).

Metotrexate, steroide tabi olan CH'da remisyonun devam ettirilmesine katkı sağlar. Siklosporin, steroide refakter ÜK'lı hastaların tedavisinde etkilidir (1).

#### **d. Anti-Tümör Nekrozis Faktör Alfa (İnfliximab/Anti-TNF $\alpha$ )**

TNF-  $\alpha$  blokerleri CH ve ÜK'nin remisyonu ve idame tedavisi için kullanılırlar. Etkilerini İBH'daki temel sitokinlerden olan tümör nekrozis faktör-alfayı (TNF-  $\alpha$ ) bloke edilerek hastalığının semptomlarının ortadan kaldırırlar (1).

Tezel'in aktardığına göre, anti TNF ajanlardan *infliximab*; IV infüzyon yoluyla verilir. İnfüzyon süresi 2 saati geçmemelidir. Kilograma 5 mg olarak uygulanır. İlk, ikinci ve altıncı haftalarda bir infüzyon yapılır, 8 hafta ara ile tekrar uygulanır. Tedavi genellikle 1 yıl sürer (38). Ancak bu grup ilaçların invaziv fungal ve fırsatçı infeksiyonlar, tüberküloz, latent multipl skleroz ve demyelinizan merkezi sinir sistemi hastalıkları gibi potansiyel riskleri vardır. Konjestif kalp yetmezliğinde ve lenfomada ise kontrendikedir (1). Bir diğer anti-TNF ajan olan *adalimumab* ise subkütan enjeksiyon şeklinde uygulanır. İlk haftada 160 mg, ikinci haftada 80 mg, daha sonra iki hafta ara ile 40 mg SC olarak uygulanır, tedavi 1 yıl sürer (38).

#### **e- Antibiyotikler**

Antibiyotikler fulminan kolit, toksik megakolon, lokalize enfeksiyonlu perianal hastalıkta ve fistülizan CH'da kullanılabilirler (1). Antibiyotik direncine sebep olabilecekleri için idame tedavisinde kullanılmamalıdır.

### **2.2.2. İnflamatuvar Barsak Hastalıklarında Cerrahi Tedavi**

Ülseratif kolitin tıbbi tedaviye cevapsızlığı, ciddi atağın komplikasyonları (toksik megakolon, perforasyon vs.), yaşam kalitesinin bozulmasına neden olan kronik aktif ÜK, kolorektal kanser ve displazi görüldüğünde acil kolektomi uygulanır (39).

Crohn hastalığının da tıbbi tedaviye cevapsızlığı, abse, fistül, masif kanama, striktür, intestinal obstrüksiyon, displazi/kanser ve perforasyon meydana geldiğinde cerrahi tedavi düşünülür (40). Tıbbi tedaviye yanıtız ve devamlı kortikosteroid kullanılması gereken hastalarda da semptomları kontrol etmek amacıyla başvurulur.

### **2.3. İnflamatuvar Barsak Hastalıklarında Psikososyal Değişkenler**

Kronik hastalıklar, tıbbi müdahalelerle tedavi olmayan, hastalığın şiddetini en aza indirmek ve öz bakımında bireyin becerisini ve üstünlüğünü artırmak için periyodik takip ve bakım isteyen hastalıklardır (41). Kronik hastalıklı hasta bireyler üzüntü, umutsuzluk, öfke, sürekli ağlama, kaygı, içe kapanma, çaresizlik, iş ve aile yaşantısına yönelik rol kaybı, öz-benlikte azalma, ölüm ve bağımlı kalma korkusu, yaşam tarzı ve beden imajında bozulma, sosyal izolasyon gibi birçok psikososyal sorunlar yaşayabilmektedirler (41,42).

Psikiyatrik hastalıkların bireyin genel sağlığı üzerinde olumsuz etkisi olabildiği gibi, öte yandan var olan kronik hastalık durumu, psikiyatrik belirtilerin yoğunlaşmasına/tetiklenmesine yol açabilmektedir. Diyare ve yorgunluk gibi semptomlar da hastaların psikolojik streslerini etkileyebilir. Hastalığın kökeni ve hastalık bilgisi, cerrahi ve ostomi torbası gereksinimi, barsak kontrolünü kaybetme, başkalarına yük olma, istenmeyen kokular üretme ve beden imajı gibi konular da psikiyatrik problemlere yol açabilir (43). Aynı zamanda İBH'nın heterojenliği, hastalık tipi, hastalık aktivitesi gibi etkenler psikiyatrik hastalıklarla olan ilişkileri belirlerken karmaşıklık katmaktadır (44). Bu bağlamda hastayı anlayabilmek, yeni duruma uyum sağlamasını kolaylaştırmak ve uygun tedavi ve bakımı planlamak amacıyla psikiyatrik sorunların ve bu psikiyatrik sorunları etkileyen faktörlerin belirlenmesi önem arz eder (42).

#### **2.3.1. Depresyon**

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre depresyon hüzün, ilgi veya zevk kaybı, suçluluk duygusu veya düşük öz benlik, uyku bozukluğu veya uyku isteğinin artması, yorgunluk hissi, konsantrasyon bozukluğu ile karakterize yaygın bir zihinsel bozukluktur (45,46). Dünyada 350 milyondan daha fazla kişinin depresyondan

etkilendiği tahmin edilmekte ve depresyondan kadınların erkeklerden daha fazla etkilendiği bilinmektedir (46).

Öz'e göre depresyon, bireyde çevresel, genetiksel ve ya hormonal bozuklukları takiben oluşan çökkünlük halidir (47). Depresyondaki kişi ağlamaklı, bitkin, neşesiz, omuzları çökkün bir görünümdeyir. Bireyin hoşlanarak yaptığı etkinliklerde azalma ve hayattan soğuma vardır. Depresyondaki bireyde yoksunluk-eksiklik düşünceleri, kendini yetersiz görme, aşırı şekilde kendini suçlama, umutsuzluk, ölüm ve intihar düşüncelerinin yinelenerek akla gelmesi görülür (47).

Depresyon, kronik tıbbi hastalığı olan hastalara, hastalığın normal sürecinden daha yüksek oranlarda işlev kaybı yaşatmaktadır. İBH hastalarında ise depresyon görülme sıklığının, %60 gibi yüksek bir prevalansa sahip olduğu bildirilmiştir (10). Ayrıca Kanada'da yapılan bir çalışmada İBH'lı hastalarda depresyon görülme sıklığı sağlıklı popülâsyondan 3 kat daha fazla bulunmuştur (48). Aynı zamanda depresyonun immün bozukluklar üzerinde direk etkisi olduğu ve birçok kronik hastalıkta da negatif etkilerinin olduğu bildirilmiştir (49,50). İBH patogenezindeki bozulmuş immün yanıt nedeniyle ağrı, fiziksel aktivitede azalma, tedavinin yan etki göstermesi, beden imajının bozulması/bozulma tehdidi, hastane yatışları, yakınlarından ayrı kalma, bireysel ve sosyal alanda kayıplar, kronik hastalık olması, relapslar göstermesi, cerrahi operasyon ve kanser gelişme riski olması, sürekli acil tuvalet gereksinimi duyması, dışkı kaçıırma, ostomi nedeniyle kötü koku yayılımı, prognozunun belirsiz olması, cinsel isteksizlik gibi nedenler İBH hastalarında depresyona yatkınlığı artırmaktadır (47).

Depresyonun tanı ölçümü için çeşitli ölçekler geliştirilmiştir ancak depresyon tanısı koymak için dünyada en çok Amerikan Psikiyatri Birliği'nce hazırlanmış olan DSM -IV tanı ölçütleri kullanılmaktadır. Bu tanı ölçütleri (51) ;

1. Her gün ve gün boyu devam eden depresif duygu durum
2. Her gün ve gün boyu devam eden etkinliklere olan ilginin azalması, eskisi gibi zevk alamama
3. Önemli miktarda kilo kaybı ya da kilo alımı
4. İnsomnia ya da hipersomnia
5. Psikomotor ajitasyon ya da retardasyonun olması

6. Bitkinlik, yorgunluk ve enerji kaybının olması
7. Değersiz hissetme, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duygularının (sanrısallık) olması
8. Odaklanmada azalma ya da kararsızlık
9. Tekrarlayan ölüm düşünceleri

Bu dokuz ölçütten en az beşinin olması, belirtilerin en az iki hafta süre gelmesi, sosyal ve mesleki görevlerini bozacak kadar şiddetli olması ya da aşırı sıkıntıya sebep olması gerekir (51).

Bu kriterlerin yanı sıra depresyonun ölçümüne yönelik Beck depresyon envanteri, Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği (HAD), Geriatrik depresyon ölçeği, Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeği, Zung depresyon ölçeği, Çocuklar için depresyon ölçeği gibi birçok çeşitli ölçekler geliştirilmiştir (52). Çalışmanın amacına göre ise uygun ölçek seçimi yapılmaktadır.

Depresyon tedavisi genellikle gözardı edilebilir. Uygun bir şekilde tedavi edildiğinde bile, depresyon hastalarının %75'inden fazlası tekrarlayan ataklara ve %10 ila 30'unda kalıcı belirtilere sahiptir (53). Depresyonun tedavisi, ölüm oranını düşürebilir, aynı zamanda intiharı önlemeye de yardımcı olabilir. Bu nedenle, uygun tedavinin başlatılabilmesi için depresyonu olan hastaların doğru bir şekilde belirlenmesi önemlidir (53). Depresyon tedavisinin aşamaları şu şekilde sıralanabilir; doğru tanı koymak, hastaya tanı ve tedavi bilgisini vermek, tedavi şekli, süresi, yan etkileri ve olası risklerini iletme, tedavi kararını hastayla beraber vermek, tedaviye kısa sürede başlamak, intihar riskini göz önünde tutmak, düzenli aralıklarla ilaçların etkinlik ve yan etkilerini izlemek (41). Depresyon genellikle antidepresanlar ve/veya psikolojik terapi ile tedavi edilir, ancak bazı insanlar alternatif yaklaşımları tercih edebilir (54). Antidepresanlar ve psikoterapi gibi kanıta dayalı tedaviler iyileşme zamanı hızlanmasında ve depresyon morbiditesinin azaltılmasında kritik öneme sahiptir. Depresyonun yönetimi, finansal problemler, iş yerindeki zorluklar, fiziksel veya zihinsel kötü muamele gibi stres faktörlerinin belirlenmesi ile aile üyeleri ve arkadaşlar gibi destek kaynakları içeren psikososyal yönleri de içermelidir (45).

### 2.3.2. Umutsuzluk

1986'da bir hemşire tanısı olarak onaylanan ve NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) tarafından tanımlanan umutsuzluk "bireyin kısıtlı ya da hiç olanak sağlayamadığı veya bireysel alternatifler bulamadığı ve kendi yararına enerji harcayamadığı bir durumdur."(46,55). NANDA'nın umutsuzluk hakkında belirttiği en spesifik kriterler pasiflik, etkililiğin azalması, konuşmanın azalması ve umutsuzluk içeren sözel ifadelerin söylenmesidir. Umutsuzlukta görülen diğer belirtiler ise çaresizlik, işlerini sürdürmede zorluk çekme, mutlu olamama, eyleme geçememe, kararsızlık, değersizlik ve suçluluk hissetmedir.

Umutsuzluğun bulunduğu en önemli psikosomatik bozukluklardan birisi depresyondur. Dilbaz'ın aktardığına göre; Beck, depresyonda hasta bireylerin %78'den fazlasının geleceğe olumsuz baktığını bildirmiştir (56).

Kronik hastalıklı hastalarda fiziksel ihtiyaçların giderilmesi önem arz etmektedir. Özellikle, fiziksel aktivitenin sınırlanması ve günlük yaşam aktivitelerinin sekteye uğraması bu hastalarda en çok huzursuzluğa yol açan durumlardır (57). Kronik hastalığa sahip olan birey veya aile, aile içi pozisyonunun ve bağımsızlığın, kendilerine olan güven ve saygının kaybedilmesi, ümitsizlik gibi duygularla büyük duygusal ve bireysel kayıplar yaşamaktadır. Umutsuz birey kendi yaşamında otonomi sahibidir ancak problemlerin hiçbir çözümünün olmadığını sanmaktadır. Bu sebeple, süregelen hastalığı olan bir hasta bozulmuş dengesini tekrar kurabilmek, sağlığıyla ilgili problemlerini çözümlenebilmek için sağlıklı bir bireyden çok daha destek görmeye, anlaşılmaya, anlamlı açıklamalara ve kabullenilmeye ihtiyaç duyar. Özellikle, umutsuzluk içerisindeki hastalarla ilişkilerin pozitif olması ve bu hastalara yardım etmek için hastaların kişisel özelliklerinin, iç kaynaklarının ele alınması ve bunlara göre uygun girişimlerin yapılması gerekir (57).

Hemşire, umutsuzluk içindeki bireylere sorunları ile baş edebilmesi için profesyonel yardım sağlamalıdır. Hemşirenin bu yaklaşımı, umutsuzluk içindeki bireyin problem çözebilmesine, isteklerinin gelişmesine ve karar vermesinin kolaylaşmasına yardım edecektir. Hemşire, umudu artırıcı stratejiler (başkalarıyla bağlantı, kişisel yaklaşımlar, bilişsel stratejiler, elde edilebilir amaçlar, anları

harekete geçirmek ve değerinin doğrulanması) uygulayarak umudun dinamik ve interaktif yapısını desteklemelidir (47).

Hemşirelerin umutsuzluktaki diğer görevleri şu şekilde sıralanabilir (47,55);

- Günlük yaşam aktivitelerini (uyku süresi ve kalitesi, hobileri, yeme alışkanlığı, kilo değişimi, yaptığı egzersizler gibi) ve motivasyonunu belirlemek,
- Yaşam hedefleri ve başarıları ile ilgili düşüncelerini belirlemek,
- Yaşamın anlamını ve amaçlarını belirlemek,
- Hastaları aktif dinlemek, empati kurmak,
- Sınırlılıklarından daha çok potansiyellerini yani güçlü olabilecek yönlerini vurgulamak ve bu yönlerini keşfetmelerini sağlamak,
- Aile bireylerine ve hasta bireye kısa ve uzun vadeli, gerçekçi amaçlar geliştirmesine yardım etmek
- Bu amaçların gözden geçirilmesi gerektiğinde onlara yol göstermek ve destek vermek,
- Onlara küçük başarılar elde etmelerinde yardımcı olmak,
- Bilişsel stratejilerin kullanımını yaygınlaştırmaya çalışmak,
- Pozitif geri bildirim vermek ve
- Azim, dayanıklılık, cesaret, sabır ve yılmazlık gibi pozitif özelliklerin geliştirilmesine olanak sağlamak olarak sıralanabilir.

#### **2.4. İnflamatuvar Barsak Hastalıklarında Hemşirelik Bakımı**

İnflamatuvar barsak hastalıklarının yönetimi hekim, hemşire, diyetisyen, sosyal hizmet uzmanları ve psikologları da içeren interdisipliner yaklaşımı içerir. Hastalığın kesin tedavisi olmadığından hemşire, hastalığın yönetimi, remisyonu artırmayı, komplikasyonları gidermeyi, semptomları azaltmayı ve yaşam kalitesini artırmayı hedefler (58,59). Nightingale ve ark. (2000) İBH hemşireliğinin etkisini araştırdıkları çalışmalarında; düzenli hemşirelik bakımı ve takibi yapılan İBH hastalarının hastaneye ziyaret oranının %38 oranında, hastanede kalma süresinin de %19 oranında azaldığını bulmuşlardır (60).

Hemşirenin rolü klinik alanda geniş bir yelpazeyi kapsamakta ve ihtiyaçlara göre sağlık bakımında güvene ve hemşirenin bireysel uzmanlık ve deneyimine göre değişiklik göstermektedir. Uzman İBH hemşiresi, tanı işlemleri boyunca hasta ve ailesine destek olma, gereksinimleri olan eğitimleri hasta ve ailesi ile birlikte planlama, endoskopi uygulamalarına hastayı hazırlama ve multidisipliner ekiple işbirliği yapma gibi rolleri gerçekleştirmelidir (43). Ayrıca İBH hemşiresi, uzman klinik bakımı sağlayarak, kilit klinik kararlar almak, bağımsız ilaç reçetelemek ve hastalık boyunca güvenli ve uygun bakım sağlamak için gelişmiş uygulama rollerine sahiptir (61). İBH hemşireleri, karar verme süreci boyunca hastalara kanıta dayalı protokoller geliştirmeye ve yenilikçi hemşire liderliğindeki hizmetleri geliştirmeye yönelik bilgi ve destek sağlayan ilk adımlardan, giderek genişleyen biyolojik terapi alanlarında kilit rol oynamaktadır (61). Uzman bir İBH hemşiresi hizmet geliştirme ve eğitimi yönlendiren merkezi bir güçtür. Bir biyolojik hizmetin koordine edilmesi ve yönetilmesi, yüksek uzmanlık gerektiren uzman hemşirelik bilgisi gerektirir. Uzman hemşireler, hasta bakımı ve hizmet geliştirmenin ön planındadır, çoğu zaman değişimi uygulayıcılar ve onları değiştirirler. Hastalarla terapötik ilişkiler kurmak, semptomlarını yönetmede onlara güç sağlamak için anahtardır (61,62).

İnflamatuvar barsak hastalıklarında bazı hemşirelik girişimleri aşağıda belirtilmiştir:

#### **2.4.1. Ağrı**

Abdominal ağrı İBH'nın yaygın bir özelliğidir ve sıklıkla hastalığı alevlendiren veya yeni tanı almada ilk semptomatik belirtidir (63,64). Ağrı devam eden alt klinik inflamasyon, fistül, adhezyon, fibrotik striktür veya bağırsak dismotilitesi, gıda intoleransları, ince barsakta bakteriyel çoğalma gibi sebeplerden gelişebilir (63,65). Hastaların bir grubu ağrı yaşamaya devam ettikleri için hemşirelerin empati sağlamak ve ağrıyı yönetmek için hastayı desteklemeleri esastır.

Hemşireler, İBH'da kullanılan farmakolojik ilaçları ve bu ilaçlara bağlı yan etkileri bilmelidir (64). Opioidler bağımlılık yapabildiği için dikkatli kullanılmalıdır. Ağrının nedeni saptandıktan sonra hasta düzenli analjezik kullanımı yönünden eğitilmelidir. Bilişsel ve davranışçı psikoterapi, ağrı ile başa çıkmada ve hastaların yaşam kalitesini artırmada yardımcı olabilir (65).

Ağrıya yönelik hemşirelik girişimleri şu şekilde sıralanabilir (55);

- Ağrının nedenleri, ne kadar süreceği gibi ağrıya yönelik bilgisizlik azaltılmalı
- Gün boyunca dinlenme fırsatı sağlanmalı
- Ağrı sırasında dikkati başka yöne çekmek için basit yöntemler (ritmik olarak nefes almak, kendi kendine sayı saymak gibi) öğretilmeli
- Ağrıyı azaltıcı invazif olmayan girişimler öğretilmeli (sırt ovma, masaj ya da banyo; vücut bölgelerini soğuk suya daldırma; buz torbası gibi)
- Reçete edilen analjezikleri uyguladıktan sonra etkinliğini değerlendirme
- Narkotik analjezik uygulamalarında bağımlılık riskini ailenin ve hasta bireyin yanlış anlamasını önlemek için doğru ve tam bilgi verilmeli
- Sağlanabilecek çeşitli tedavi yöntemleri (aile/grup terapisi, bio-feedback, akupunktur, egzersiz, bilişsel stratejiler vb.)

#### **2.4.2. Fekal İnkontinans**

Fekal inkontinans, İBH'lı hastalarda bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal yaşamını etkileyen önemli bir sorun olmaktadır (62). İnkontinans korkusu, hasta bireyi evden çıkamaz ve çalışamaz hale getirmektedir (66). Hemşirenin gerekli holistik bakımı sağlamak için hastanın semptomlarının doğasını anlamak ve çeşitli yönetim girişimlerinin farkında olması gerekir (67). Hastaların her biri farklı semptomlar yaşar ve onları bireysel olarak deneyimlerler. Böylece, hemşireler her hasta için özgün bakım planları oluştururlar. Fekal inontinanstaki hemşirenin rolleri çeşitli olmasına rağmen genel itibarıyla şunları içerir (50,55);

- Neden olan ve etkileyen faktörleri belirlenmeli
- Sodyum ve potasyum içeren sıvı içimine teşvik edilmeli
- Pelvik kas egzersizleri öğretilmeli
- Perianal cilt bakımı (her boşaltım sonrası deri bütünlüğünü korumak için uygun pomad kullanımının sağlanması)
- Bağırsak eğitimi
- İlaç-diyet yönetimi (anti-diyaretik gibi)



- Davranış terapi (biofeedback)
- Ped kullanımı
- Az az ve sık beslenme
- Baharatlı, lifli gıdalardan az beslenme
- Sağlığın sürdürülmesi ve yaşam tarzının belirlenmesi.

### 2.4.3. Fistül

Fistül, genellikle bağırsak ve perianal deri ya da karın duvarı ya da diğer organlar arasında bir iletişim gibi perianal alanda ortaya çıkan yapıdır (62). Fistül yönetimini planlamada beş önemli yön tespit edilmiştir. Bunlar; Lokal sepsisin teşhisi veya dışlanması; hastanın beslenme durumunun değerlendirilmesi; fistülün konumu ve anatomisi; bağırsak düğümünün başlangıcının değerlendirilmesi; fistülden etkilenen organların belirlenmesi ve onların sistemik sistemlere veya yaşam kalitesine katkıları (62).

İnflamatuvar barsak hastalığı olan tüm hastalarda fistül yönetimi en büyük zorluklardan biri olmaya devam etmektedir. Bu aşamada yara yönetimi, ilaç yönetimi, sepsisin önlenmesi, hastaya destek ve hasta ile iletişimin sağlanması gibi yönlerde hemşirelik bakımı önem kazanmaktadır. Ayrıca hemşireler gerekli yerlerde bilgi broşürleri gibi hastaya yön gösterici ve eğitim için alternatif kaynaklar sağlayabilir (62). Komplike vakalarda ise stoma bakım terapistleri ile iletişime geçilerek ilgili bakım prosedürleri uygulanabilir.

Ayrıca gastrointestinal fistüllerde, fistülden oluşan kayıpların artması ile birlikte malnütrisyon ortaya çıkar. Meydana gelen malnütrisyonun nedenleri şu şekilde sıralanabilir (68):

- Yeterince gıda alınmaması,
- Hiperkatabolik sepsis,
- Proteinden zengin ve enerji gerektiren sekresyonların fistül yolu ile kaybı
- Sodyumdan zengin hipertonic sekresyonların kaybı.

Malnütrisyona yönelik olarak; gastrointestinal fistülü olan hastalarda; sepsis kontrol altına alınarak ve efektif nütrisyonel destek sağlandığında olguların %23-

80'inde fistül, spontan olarak kapanmaktadır (68). Hastanın diyetinin belirlenmesi, diyetine uymasının denetlenmesi, aldığı çıkardığı takibi yapılarak sıvı kaybı olup olmadığının takibi, gerekli koşullarda beslenme eğitimi planlanması ve diyetisyen iş birliği ile uyumun kolaylaştırılması, hasta enteral beslenme alacak ise invaziv girişimlere bağlı sepsisin önlenmesine yönelik tedbirlerin alınması yönünde hemşirelik bakımı sağlanmalıdır (68).

#### **2.4.4.Yorgunluk**

İBH hem intestinal hem de ekstra-intestinal şikayetleri ile karakterize olan ve aktif ve remisyonlarla seyreden bir hastalık olduğu için hastalar sık sık yorgunluktan yakınır. Hatta remisyonda olan İBH hastalarının bile %40'ından fazlasının yorgunluktan muzdarip olduğu belirtilmiştir (69).

Kronik yorgunluğun etiyojisi çok faktörlü olabilir. Fiziksel değerlendirme, biyokimyasal ve hematolojik testler olası açıklamalar sağlayabilir. Düşük demir, hemoglobin, D vitamini düzeyi ya da artmış enflamatuvar bağırsak semptomları da yorgunluk nedenleri arasında sayılabilir. Yapılan bir araştırmada aneminin İBH hastalarında yorgunluğu artırdığı tespit edilmiştir (70).

Yorgunluk bir sorun olarak belirlendikten sonra, hemşireler için bireyin durumunda iyileşme ya da gerilemenin izlenmesi önemlidir. Eğer biyokimyasal, hematolojik ya da endokrin nedenler dışlanırsa hemşire, yorgunluğu yönetmek ve başa çıkma mekanizmaları tanımlamak için hasta ile birlikte yardımcı olabilecek adımlar uygulayabilir (55):

- Yorgunluğun nedenleri açıklanmalı,
- Bireyin güçlü yönlerini yeteneklerini tanımasına yardım edilmeli,
- Önceliklerinin tanımlanması ve vazgeçilebilir aktiviteleri bırakması için birey teşvik edilmeli,
- Zor işleri kısa sürede değil haftaya yayarak yapması sağlanmalı,
- Aşırı çaba ve zorlamadan kaçınılmalı,
- Uyku gereksiniminin önemi anlatılmalı ve uyku düzeni kurmasına yardımcı olunmalı, iyi bir gece uykusu alması sağlanmalı,
- Düzenli egzersiz yapılması yönünde desteklenmeli,

- İyi dengelenmiş bir diyet yemek yenmeli ve dehidratasyon önlenmeli.

#### **2.4.5. Cinsellik**

İBH, doğrudan ve dolaylı olarak kişinin vücut imajı, cinsel işlev ve kişilerarası ilişkileri üzerinde etkilidir (62,71). İBH, seksüel yönden aktif yaş dönemindeki hastaları etkiler. İnkontinans, kötü koku, ostomi, steroid kullanımının vücut görünümünde meydana getirdiği değişiklikler, hastalığa bağlı depresyon gelişimi gerek erkeklerde gerekse kadınlarda cinsel fonksiyonlarda bozulmaya neden olmaktadır (72). Çetinkaya ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmalarında kadın hastaların %57.14'ünde, erkek hastaların ise %58.82'sinde çeşitli derecelerde cinsel disfonksiyon saptanmıştır (72). Bu sonuçlara göre İBH hastalarında cinsel fonksiyon bozukluğu oldukça belirgin olduğu söylenebilir. Ancak hastalar cinsellik konusunda sorgulanmadıkları sürece bu konudaki sıkıntılarını söyleyememektedirler.

Hastaların cinselliğe yönelik tutum ve algıları etnik, kültürel, ekonomik, sosyal ve eğitim gibi birçok faktörle ilişkilidir. Bu nedenle hemşirelerin yaşadıkları toplumun özelliklerini bilmesi, toplumlar arasında çeşitli olan kültürel, spiritüel ve dini inanca yönelik bilgileri belirlemesi, cinsellik işlevi ve algısı ile birlikte bireyi bütüncül olarak ele almaları önemlidir. İletişim süresince hemşirenin açık ve anlaşılır olması, bireyin cinsel davranışları ve cinsel mitlerine yönelik suçlayıcı veya damgalayıcı bir tutum sergilememesi aralarındaki iletişimin güçlenmesine katkı sağlayacaktır. Cinsellik konusunda hasta ile konuşmayı başlatmak için hastanın mahremiyetinin sağlanması gereklidir. Ayrıca hemşirelerin hasta cinselliğini değerlendirmeye ilişkin bilgi ve becerilerinin artırılması, iletişim sırasında ve uygulamalarda daha rahat olmaları için desteklenmeleri gerekir (73). Ülkemizde yapılan bir araştırmada, hemşirelerin sadece %19.4'ünün cinsel konularda bakım hizmeti verdiğini saptanmıştır (74). Bu kapsamda, klinisyen hemşirelerin cinselliği ele almaya yönelik bilgi, beceri ve farkındalıklarının artırılması, cinsellikle ilgili konularda kurs ve hizmet içi eğitimler alması, cesaretlendirilmesi ve akademisyen hemşireler ile diyalog halinde olunması yararlı olabilir (75).

#### **2.4.6. İletişim ve Bilgi Eksikliği**

İBH, hastaların yaşamlarını önemli ölçüde etkiler ve onlara birçok belirsizlik sunar. Hastaların hemşireleri tarafından aldıkları destek, danışmanlık, şefkat, bakım ve empati onların bakımında çok önemli kabul edilmektedir. Hemşire-hasta ilişkisinin aktif olması için hastanın kendi bakımında pasif bir rol almasının yerine kendi kendini yönetebilmesi yönünde teşvik edilmesi gereklidir. Hastalar tarafından en değerli hemşirelik girişimleri arasında dinleme, kişilerarası yetenekler ve empati belirtilmektedir (76).

Hemşirelerin hastalara rehberlik edebilmesi için kilit alanlarda yeterli bilgiye sahip olmaları, empati yapmaları ve aktif bir dinleyici olmaları gerekmektedir (55). Bu kilit alanlar diyet, sosyal problemler, yaygın belirtiler, İBH'nın komplikasyonları, etiyolojisi, kullanılan ilaçlar ve olası yan etkileri ile cerrahi tedaviyi içermektedir. Bu konularda verilen bilgilerle hemşireler hastaların kaygılarını ifade edebilmesi için duygusal destek sağlamış olurlar.

#### **2.4.7. Nütrisyon**

Temel olarak İBH gastrointestinal sistemi ilgilendiren ve barsakta emilimin bir şekilde sekteye uğramasına sebep olan olaylar dizisini içerdiği için nütrisyon ve hastalık ilişkisini iyi bilmek, gerekli hallerde nasıl beslenme desteği verileceği konusunda hemşirenin hâkim olması gereklidir. Hastanede yatan hastalarda görülen malnütrisyon oranları kullanılan değerlendirme ölçütlerinin farklılığına bağlı olarak %20-50 arasında değişirken, İBH olanlarda bu oran %85'lere çıkmaktadır (77). Bu durum özellikle CH'da daha belirgin hale gelmektedir.

İBH'da besin alınımı etkileyen birçok faktör vardır (1):

- Gıda alımında azalma (anoreksi, bulantı kusma, diyet kısıtlamaları),
- Malabsorbsiyon,
- Artmış intestinal kayıp (protein kaybı, demir, potasyum atılımında artma),
- Hipermetabolik durum,
- İlaçların yan etkileri (anoreksi, bulantı-kusma, tat bozukluğu gibi).

Bu nedenlerle gerek alım, gerek emilim, gerekse atılım kaynaklı sorunlara bağılı olarak birçok besin ögesinin metabolizması bozulmaktadır. Ayrıca çok miktarda tekli doymamış ve çoklu doymamış yağ tüketiminin ÜK gelişiminde yüksek risk oluşturduğu; meyve ve sebze tüketiminin ise İBH gelişme riskini azalttığı belirtilmektedir (1,78).

Şu ana kadar İBH hastaları için kanıtlanmış tek bir diyet önerisi yoktur. Hastaların çoğu herhangi bir öneri doğrultusunda değil kendilerini rahatsız eden gıdalardan kaçınarak diyet yapmaktadır. Masif kanama, obstrüksiyon, toksik megakolon gibi komplike durumlarda ise enteral beslenme oral veya beslenme tüpü ile sağlanabilir. Bu yollarla verilecek ürünler içerdikleri protein yapısına göre üç gruba ayrılmaktadır (1):

1. Polimetrik Diyet: Süt, et, yumurta veya soya gibi tam proteinlerden oluşan diyettir.

2.Semi-Elemental Diyet: Proteinlerin hidrolizi sonucu oluşan oligopeptitlerden oluşan diyettir.

3.Elemental Diyet: Aminoasitlerden oluşur. Bunların yanında basit karbonhidratlar ve yağlar, vitamin ve mineraller bulunur. Bu diyetin özelliği absorpsiyon öncesinde herhangi bir sindirim işlemine gerek duyulmamasıdır. Hastalığın aktif döneminde sindirim gerektirmemesi ve antijenik yapı içermediği için elemental diyet tercih edilmektedir.

İBH'da özellikle barsaklardaki inflamasyona, kayba ve onarım ihtiyacına bağılı olarak ciddi protein açığı gelişebilir. Öztürk'ün aktardığına göre bu hastalarda önerilen günlük protein miktarı 1-1,5 g/kg'dır (77).

Vitamin B12 eksikliğine sebep olan başlıca etmenler arasında gıda ile yetersiz alım, midede intrensek faktör oluşmasına engel olan inflamasyon veya malignite, bakteriyel toksinler, parazit gibi etmenler sayılabilir. İBH'da ise vitamin B12 eksikliği özellikle intrensek faktörün salgılandığı mide dokusunun veya emilimin büyük ölçüde gerçekleştiği terminal ileumun rezeke edilmesi durumunda görülür (1). Bu durumlarda intramüsküler vit B12 desteği en çok kullanılan tedavi metodu olsa da oral yolla da hastaya verilebilir. Genel olarak 100-1000 µg/gün intramüsküler

(İM)/subkütan (SC) yolla bir hafta boyunca her gün, takibinde haftada iki gün iki hafta süreyle, sonra haftada bir defa iki hafta süreyle, en son ise aylık tedavi verilir (79).

Folat eksikliği, yetersiz alım, yetersiz emilim veya hem alım hem emilim yetersizliği sebebiyle ortaya çıkmaktadır. CH'da üst sindirim sistem tutulumunda emiliminde azalma olur. Ayrıca sülfosalazin ve metotreksat da folat eksikliği yapabilir (77). Ayrıca, yeşil sebzelerde bulunduğu için hastalar sebze alamaz ve folat eksikliği sık görülür. Tedavide hastalara folik asitin günlük 1-5 mg/gün oral yolla verilmesi yeterlidir (80).

İBH tedavisinde uzun dönem kullanılan steroidler kemik kaybına ve osteoporozu yol açar (80). İntolerans nedeniyle süt ve süt ürünlerinin az kullanılması da diyetle alınan kalsiyumu azalttığından ciddi bir kalsiyum eksikliği ve osteoporoz riski oluşturur. Steroidlerin 7,5 mg/gün'den yüksek doz sürekli kullanımı bu riski maksimuma arttırır. Bu hastaların günlük diyetini 1000-1500 mg kalsiyum ve 400-600 IU vitamin D içermelidir (80).

Anemi İBH'da yaygın olarak görülen bir komplikasyondur (81-84). İBH'da demir desteğinin amacı, hemoglobin düzeylerini yükseltmek ( $Hb > 2 \text{ g / dL}$ ), 4 hafta içinde normal hemoglobin seviyelerine ulaşmak, ferritin düzeylerini arttırmak, aneminin belirtilerini hafifletmek ve bu nedenle yaşam kalitesini artırmaktır (83). Buna yönelik olarak demir eksikliğinin tedavisinde yaygın olarak önerilen oral demir dozu günde bir defa 50-200 mg/gün elemental demir alınır (81). Demirin emiliminin en çok mide boşken olması nedeniyle, ilaç yemekten 1 saat önce aç iken içilmelidir. Ayrıca demir emilimini artırmak için vit C ile birlikte diyetle önerilmelidir. Demir eksikliği anemisi tedavisi geleneksel olarak oral demir takviyesini içermesine rağmen, İBH'lı hastalarda, intravenöz demir takviyesi, oral demir tedavisine kıyasla, tüketilen demir depolarını daha etkili bir şekilde doldurmaktadır (83)

Malnütrisyonu yönelik hemşirelik girişimleri şu şekilde sıralanabilir (55);

- Günlük kalori gereksiniminin karşılanabilmesi için diyetisyenle iş birliği yapılmalı
- Günlük vücut ağırlığı takibi yapılmalı
- Az az ve sık beslenmeli

- Hastalığın aktivasyon dönemlerinde diyare sayısını artırabileceği için lifli ve posalı yiyecek ve içeceklerden kaçınması sağlanmalı
- Hemoglobin, albümin, demir, folat, B12 gibi eksikliği gelişebilecek elementlerin takibi yapılmalı, eksiklik durumuna göre hekim iş birliğinde uygun görülen tedavi uygulanmalı
- Oral demir preparatları kullanan hastalar bulantı, kusma, konstipasyon, diyare veya koyu renk dışkıya sebep olabileceği yönünde bilgilendirilmeli
- Oral alımın hastanın ihtiyaçlarını karşılamaya yetmediği; malnütrisyonu olan ve intestinal komplikasyon (tıkanma veya striktür) gelişen, kısa barsak sendromu olan ve cerrahiye karar verilen hastalarda total parenteral nütrisyonu geçilebilir.

### **3. MATERYAL VE YÖNTEM**

#### **3.1.Araştırmanın Şekli**

Bu araştırma, inflamatuvar barsak hastalarında depresyon ve umutsuzluk düzeyinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak uygulanmıştır.

#### **3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri**

Araştırma Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi İnflamatuvar Barsak Hastalıkları ve Hepatoloji Polikliniği'nde yapılmıştır.

Poliklinikte muayene İBH hastaları için Salı ve Perşembe günleri öğleden sonra 13.00'de yapılmaktadır. Hastalar ilaçları bittiğinde yeniden yazdırmak için, doktorları tarafından belirlenen sürelerde rutin kontrolünü yaptırmaları için, randevu almak, randevu tarihlerini değiştirmek için polikliniğe başvurmaktadırlar. Salı ve Perşembe günleri muayene günü olmasına rağmen hastalar Pazartesi, Salı, Çarşamba ve Perşembe günleri (muayene günlerinden bir gün önce veya muayene günü) saat 12.00'ye kadar kayıt işlemlerini yaptırmak için polikliniğe kabul edilmektedirler. Kontrol için gelen hastaların bir önceki muayeneleri sonrası doktorları tarafından verilen istem kağıdı ile kan, kolonoskopi, endoskopi, rektoskopi ve ultrasonografi gibi tahlil ve tetkik işlemlerinin istemleri yapılmakta; öğleden sonra ise fiziksel değerlendirmeleri yapılarak tüm sonuçlar değerlendirilmekte ve yeni tedavi planı hastayla beraber yapılmaktadır.

Poliklinikte hemşire çalışmamaktadır. İki adet memur ile işlemler yürütülmektedir. Muayene ise öğleden sonraları en az 3 Gastroenteroloji uzmanı ile yapılmaktadır.

#### **3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi İnflamatuvar Barsak Hastalıkları ve Hepatoloji Polikliniği'nde 1.1.2015-31.12.2015 tarihleri arasında (tez önerisinin verildiği yıla ait veriler) kayıtlı 1020 İBH tanılı birey oluşturmuştur.



Evreni bilinen örneklem hesabı yapıldığında 183 bireye ihtiyaç olduğu bulunmuş olup, 4.4.2016-26.01.2017 tarihleri arasında araştırmaya katılmaya gönüllü olan 290 İBH hastası çalışmanın örneklemini oluşturmuştur.

Araştırmaya dahil olma kriterleri:

- İBH tanısı almak
- 18 yaş ve üstünde olma
- İlköğretim mezunu
- Türkçe anlayabilen
- Bilgilendirilmiş onam formunu okuyup çalışmaya katılmayı kabul etmek

Araştırmadan dışlanma kriterleri:

- Araştırmanın herhangi bir bölümünde araştırmadan ayrılmak
- Anket formunu eksik doldurmak olarak belirlenmiştir.

Dâhil olma ve dışlanma kriterleri dikkate alındığında veri toplama formunu eksik dolduran 6 hasta, görüşmeyi yarıda bırakan 2 hasta ve mix tip İBH tanısı olan 4 hasta çalışmaya dâhil edilmemiştir. Böylelikle araştırma 278 gönüllü birey ile tamamlanmıştır.

### **3.4. Verilerin Toplanması**

#### **3.4.1. Veri Toplama Araçlarının Hazırlanması**

Araştırmanın verilerini elde etmeye yönelik araştırmacı tarafından literatür taraması yapılarak oluşturulan anket formu kullanılmıştır (8-13,48,89,90) (Bkz. EK 1).

Üç bölümden oluşan anket formunun ilk bölümünde; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, yaşanan yer, çalışma durumu, gelir durumu, meslek, haftalık çalışma saati, sigara kullanma durumu, mizaç şekli gibi sosyodemografik özellikler ile hastalık tanısı, hastalık süresi, alınan tedavi yöntemleri, dışkı özelliği, kilo, son bir yılda kaybedilen kilo miktarı, özel besin takviyesi alma durumu, ek kronik hastalık varlığı gibi hastalığa ilişkin spesifik sorulardan oluşan 24 soru sorulmuştur. Anket formunun ikinci bölümünde; bilişsel, somatik, motivasyonel ve

duygusal bileşenleri ölçmek için Beck tarafından 1961 yılında geliştirilmiş bir öz bildirim ölçeği olan, Türkçe'de geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları, sırası ile Teğin (1980) (85) ve Hisli (1988, 1989) (86) tarafından yapılan Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) kullanılmıştır. 21 maddeden oluşan ölçekte her bir soru 0, 1, 2, 3 olmak üzere puan alarak ölçekten toplam 0-63 arasında puan alınmaktadır. Sonuç ise 0-9 puan hiç yok/minimal depresyon, 10-18 puan hafif depresyon, 19-29 puan orta depresyon, 30-63 puan şiddetli depresyon olarak değerlendirilmektedir. BDÖ'nün basit bir dile sahip olması, hasta tarafından doldurulabilmesi ve skorlanmasının kolay olması gibi avantajları nedeniyle bu çalışmada bu ölçek kullanılmıştır. Anket formunun üçüncü bölümünde ise; Beck ve arkadaşları tarafından oluşturulan, Seber ve arkadaşları (1993) (87) tarafından geçerlik güvenirliği yapılan Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ) kullanılmıştır. Ölçek 20 sorudan meydana gelmektedir ve her sorudan 0-1 arası puan alınmaktadır. Soruların 11 tanesinde (2, 4, 7, 9, 11, 12, 14,16, 17, 18, 20) evet seçeneği, 9 tanesinde (1, 3, 5, 6, 8, 10, 13, 15, 19) ise hayır seçeneği 1 puan almaktadır. Böylelikle 0-20 puan arası bir puan alınmaktadır. Alınan puan yüksek ise bireydeki umutsuzluk düzeyinin yüksek olduğu düşünülür. BUÖ, “gelecek ile ilgili duygular ve beklentiler” (1.,3.,7.,11. ve 18. sorular), “motivasyon kaybı” (2.,4.,9.,12.,14.,16.,17. ve 20. sorular) ve “umut” (5.,6.,8.,10.,13.,15., ve 19. sorular) olarak üç alt boyuta ayrılmaktadır.

### **3.5. Araştırmanın Ön Uygulaması**

Araştırmanın ön uygulaması, Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi İnflamatuvar Barsak Hastalıkları ve Hepatoloji Polikliniği'ne 4-5 Nisan 2016 tarihleri arasında gelen 10 hasta ile yapılmıştır. Ön uygulamadan elde edilen sonuçlara göre anket formlarında herhangi bir değişikliğe gidilmemiştir. Ardından araştırmanın uygulama aşamasına geçilmiştir.

### **3.6. Araştırmanın Uygulanması**

Araştırma 04.04.2016-26.01.2017 tarihleri arasında Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi İnflamatuvar Barsak Hastalıkları ve Hepatoloji Polikliniği'nde yapılmıştır. Pazartesi, Salı, Çarşamba ve Perşembe günleri saat 7.30-12.00 arası gelen ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan hastalarla görüşülmüştür.

Araştırmanın yürütüldüğü İBH-Hepatoloji polikliniği hastanenin zemin katında yer almaktadır, gastroenteroloji polikliniklerinden oda olarak ayrılmıştır. İBH tanısı alan hastaların invaziv işlemler dışındaki takip ve tedavi düzenlemeleri burada yapılmaktadır. İBH-Hepatoloji polikliniği içerisinde hasta kayıt ve takibinin yürütüldüğü beş masa ve bilgisayarlar bulunmaktadır. Araştırma kapsamında bize, kayıt işlemlerinin yapıldığı iki masa dışında kalan ve bu masalara en uzak mesafedeki masa sunulmuş, hasta-hemşire görüşmesi ve anket formlarının doldurulması esnasında bu masa kullanılmıştır. Araştırmaya katılmaya gönüllü olan hastalarla kısa bir tanışmadan sonra, araştırma ile ilgili olarak açıklama yapılmış, araştırmanın bilimsel çıktıları anlatılmış, katılımcının araştırmanın istediği noktada çekilebileceği, kişisel verilerinin asla paylaşılmayacağı, araştırmadan elde edilen sonuçların anonim olarak duyurulacağı açıklanmış ve onam formu okunarak sözel ve yazılı onamları alınmıştır. Veri toplama formunun ilk bölümü araştırmacı tarafından, ikinci ve üçüncü bölümleri ise hastalar tarafından doldurulmuştur. Görsel-işitsel sorun yaşayan ve yardım isteyen hastalarda ise veri toplama formundaki tüm sorular araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle kaydedilmiştir.

### **3.7. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri**

#### **3.7.1. Bağımlı Değişkenler**

Çalışmanın bağımlı değişkeni BUÖ ile BDÖ'ye göre alınacak puandır. BDÖ'ye göre sonuçlar 0-9 puan hiç yok/minimal depresyon, 10-18 puan hafif düzey depresyon, 19-29 puan orta düzey depresyon, 30-63 puan şiddetli düzey depresyon olarak; BUÖ'ye göre 0-20 puan arasından yüksek puan aldıkça umutsuzluk düzeyi yüksek olarak değerlendirilmiştir.

#### **3.7.2. Bağımsız Değişkenler**

**Hastalara ait özellikler:** Yaş, medeni durum, cinsiyet, yaşanılan yer, eğitim durumu, çalışma durumu, meslek, ekonomik durum, haftalık çalışma saati, kilo, kaybedilen kilo miktarı, sigara kullanma, mizaç şeklidir (kendi subjektif ifadesidir).

**Hastalığa ilişkin özellikler:** Tanı, hastalık süresi, alınan tedavi yöntemi, özel besin takviyesi alma durumu, dışkı sayısı, dışkı kıvamı, dışkı kaçırma sayısı, tuvalette harcanan süre, ek kronik hastalık sayısıdır.

### **3.8. Verilerin Değerlendirilmesi**

Çalışmada bulunan yaş, çalışma süresi gibi sürekli değişkenlerin dağılımı Shapiro Wilk testi ile incelenmiştir. Normal dağılan değişkenler ortalama  $\pm$  standart sapma ( $ort \pm s$ ), normal dağılım göstermeyen değişkenler ortanca (minimum-maksimum) ile gösterilmiştir. Cinsiyet, eğitim, alınan tedavinin yöntemi gibi kategorik değişkenler sayı (%) ile gösterilmiştir.

Hasta grupları demografik bilgiler, hastalığa ilişkin özellikler ve ölçek puanlarına göre karşılaştırılırken değişkenin türü/dağılımı ve grupların dengeli olmasına bağlı olarak bağımsız örneklem t testi, ki-kare veya Mann-Whitney U testi ile karşılaştırılmıştır. Demografik bilgiler ve hastalığa ilişkin özelliklere göre ÜK ve CH hastalarının ölçek puanları Mann-Whitney U testi ile karşılaştırılmıştır. Ki-kare testlerinde anlamlı bir fark olması durumunda sütun yüzdeleri z testi ile karşılaştırılmıştır. Ölçek puanları arasındaki ilişkiler Spearman korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi  $p < 0.05$  olarak kabul edilmiştir.

İstatistiksel analizler ve hesaplamalar için IBM SPSS Statistics 21.0 (IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.) programı, grafik çizimleri için Microsoft Office Excel 13 kullanılmıştır.

### **3.9. Araştırmanın Etik Boyutu**

Araştırmayı yapabilmek için gerekli Etik Kurul izni, Yıldırım Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu'ndan 31.03.2016 tarihli 259 karar numarası ile alınmıştır (Bkz. EK2). Daha sonra Türkiye Kamu Hastaneleri Birliği Birinci Bölge Genel Sekreterliği'ne başvurulup 70629056/514.05 sayılı tez uygulaması için yazılı izin alınmıştır (Bkz. EK3).

Tüm bilgiler Helsinki Deklarasyonu'na bağılı kalınarak toplanmıştır. Katılımcılara araştırmanın ne olduğu, amacı, önemi ve veri toplama formları ile ilgili bilgi verildikten sonra kişisel bilgilerinin gizli tutulacağı ve doldurdukları anketler ile kişisel bilgilerine araştırmacılarından başka kimsenin ulaşılamayacağı konularında bilgilendirme yapılmıştır. Hazırlanmış olan bilgilendirilmiş onam formu katılımcılara okunarak çalışma esnasında gönüllülük esas alınmıştır. Ardından katılımcılardan sözlü ve yazılı onam alınmıştır (Bkz. EK4).

### **3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Bu çalışmanın sınırlılıkları şu şekildedir:

1. Araştırma Ankara Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile sınırlıdır.
2. Çalışmadan elde edilen veriler, örneklem içindeki hastaların öz-bildirimine dayalıdır ve elde edilen sonuçlar örneklem dışına genellenemez.
3. Araştırma sonuçları, sonuçlar kullanılan ölçüm araçlarının tek seferlik ölçümü ile sınırlıdır.

#### 4. BULGULAR

Çalışmaya katılan 148 ÜK ve 130 CH hastasının yaş ortalaması sırasıyla  $48.95 \pm 11.64$  yıl ve  $42.54 \pm 12.08$  yıl olarak hesaplanmıştır (Tablo 1.1). ÜK hastalarının yaş ortalamasını istatistiksel olarak daha yüksektir ( $t=4.499$ ,  $p<0.001$ ). ÜK hastalarının %37.8'i ( $n=56$ ), CH hastalarının %40.0'ı ( $n=52$ ) kadındır. Cinsiyet dağılımı yönünden iki hasta grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ( $\chi^2=0.136$ ,  $p=0.715$ ).

Araştırma kapsamındaki 59 ÜK ve 67 CH hastasının haftalık çalışma saati ortancası sırasıyla 45 saat (min-maks:4-96) ve 48 saat (min-maks:10-100) olarak hesaplanmıştır (Çalışma durumuna “Çalışıyor” işaretleyip çalışma saati belirtmeyenler ve “Çalışmıyor” işaretleyip çalışma saati belirten hastaların çalışma durumu ile ilgili bilgileri dikkate alınmamıştır). İki hasta grubu çalışma süreleri açısından incelendiğinde aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $Z=0.785$ ,  $p=0.432$ ).

İBH hastaları sigara içme durumuna göre incelendiğinde, CH hastalarında (%30.0) ÜK hastalarına (%18.9) göre sigara içme oranının daha yüksek olduğu, aralarındaki farkın ise istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ) (Tablo 1.1.). Mizaç dağılımı gruplarda karşılaştırıldığında iki hasta grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $p=0.203$ ).

**Tablo 1.1.** İBH hastalarına ilişkin demografik veriler

Demografik bilgiler	Ülseratif Kolit	Crohn	Toplam	Test İstatistiği	p
	(n=148) Ort±SS n (%)	(n=130) Ort±SS n (%)	(n=278) Ort±SS n (%)		
Yaş	48.95±11.64	42.54±12.08	45.95±12.25	t=4.499 <sup>1</sup>	<0.001
Haftalık çalışma saati*	45 (4-96)	48 (10-100)	48 (4-100)	Z=0.785 <sup>2</sup>	0.432
Cinsiyet				$\chi^2=0.136^3$	0.715
	Kadın	56 (37.8)	52 (40.0)		
	Erkek	92 (62.2)	78 (60.0)		
Medeni durum				$\chi^2=4.706$	<b>0.030</b>
	Evli	125 (85.0)	97 (74.6)		
	Bekâr	22 (15.0)	33 (25.4)		
Eğitim durumu				$\chi^2=5.313$	0.070
	İlköğretim	69 (46.6)	44 (33.8)		
	Lise	48 (32.4)	47 (36.2)		
	Lisans ve üstü	31 (20.9)	39 (30.0)		
Yaşanılan yer				$\chi^2=1.335$	0.721
	Köy	6 (4.1)	5 (3.8)		
	İlçe merkezi	27 (18.2)	31 (23.8)		
	Büyük şehir	114 (77.0)	93 (71.5)		
	Diğer	1 (0.7)	1 (0.8)		
Çalışma durumu				$\chi^2=1.911$	0.167
	Çalışmıyor	84 (56.8)	63 (48.5)		
	Çalışıyor	64 (43.2)	67 (51.5)		
Meslek				$\chi^2=0.984$	0.912
	İşçi	31 (20.9)	30 (23.1)		
	Esnaf	13 (8.8)	15 (11.5)		
	Memur	18 (12.2)	16 (12.3)		
	Nöbetli memur (polis, hemşire, asker vb.)	6 (4.0)	5 (3.8)		
	Diğer (ev hanımı, emekli vb.)	80 (54.1)	64 (49.3)		
Gelir durumu				$\chi^2=0.767$	0.682
	Gelir giderden az	46 (31.1)	36 (27.7)		
	Gelir gidere denk	87 (58.8)	83 (63.8)		
	Gelir giderden fazla	15 (10.1)	11 (8.5)		
Sigara içme durumu				$\chi^2=6.046$	<b>0.049</b>
	Evet	28 (18.9) <sup>a</sup>	39 (30.0) <sup>a</sup>		
	Hayır	99 (66.9) <sup>b</sup>	69 (53.1) <sup>b</sup>		
	Bırakmış	21 (14.2)	22 (16.9)		
Mizaç				$\chi^2=7.241$	0.203
	Sportif-aktif	28 (18.9)	17 (13.1)		
	Pasif-içe kapanık	6 (4.1)	8 (6.2)		
	Sakin-uyumlu	53 (35.8)	41 (31.5)		
	Eğlenceli-neşeli	20 (13.5)	29 (22.3)		
	Çabuk sinirlenen-öfkeli	39 (26.4)	35 (26.9)		
	Diğer	2 (1.3)	0 (0.0)		

<sup>1</sup> Bağımsız örneklem t testi; <sup>2</sup> Mann-Whitney U testi; <sup>3</sup> Ki-kare testleri

\*Ortanca (min-maks)

<sup>a,b</sup> p<0.05

ÜK hastalarının %40.5'i (n=60) ve CH hastalarının %38.5'i (n=50) hastalık süresini 10 yıldan fazla olarak belirtmiştir. Hastaların %21.6'sının (n=60) özel besin takviyesi aldığı, %63.3'ünün (n=176) yaşamlarının hastalıktan olumsuz etkilendiği belirlenmiştir. İki hasta grubunun hastalık süresi, özel besin takviyesi alma durumu ve hastalığın yaşamı olumsuz etkileme durumu bakımından benzer olduğu tespit edilmiştir (p>0.05; Tablo 2.2.).

İBH hastalarının ortalama ağırlıkları ÜK hastalarında 75.61±13.52 kg, CH hastalarında 71.92±14.88 kg olarak hesaplanmıştır. ÜK hastalarının ortalama kilolarının daha fazla olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (Z=2.167, p=0.031). ÜK hastalarında 93 hasta (%62.8), CH hastalarında 72 hasta (%55.4) kilo kaybı yaşamamıştır. Kilo kaybı bakımından iki grubun benzer olduğu görülmüştür ( $\chi^2 = 1.594$ , p=0.207).

Hastaların gündüz ve gece dışkı sayıları, acilen tuvalete çıkma sayıları, günlük dışkı kaçırma sayıları, tuvalette harcanan süre ve hastalıkla ilgili meşguliyet süresine ait tanımlayıcı istatistikler Tablo 2.2.'de verilmiştir. Ortanca gündüz dışkı sayısı ÜK hastalarında 2 (min-maks:1-20), CH hastalarında 2 (min-maks:1-15) şeklinde elde edilmiştir. Gündüz dışkı sayısı bakımından iki hasta grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (Z=1.254, p=0.210). ÜK hastalarında gece dışkı sayısı ve gece acilen tuvalete çıkma sayısının CH hastalarına göre daha fazla olduğu bulunmuştur (p<0.05). Ek kronik hastalık sayısı bakımından iki grubun benzer olduğu gözlenmiştir (Z=0.149, p=0.881).



**Tablo 2.2.** İBH hastalarının hastalıklarına ilişkin verilerin dağılımı

	Ülseratif Kolit (n=148)	Crohn (n=130)	Toplam (n=278)	Test İstatistiği	p
Hastalığa İlişkin Özellikler	n (%)	n (%)	n (%)		
Hastalık Süresi				$\chi^2=0.343^1$	0.952
1 yıldan az	9 (6.1)	10 (7.6)	19 (6.8)		
1 – 5 yıl	37 (25.0)	33 (25.4)	70 (25.2)		
6 – 10 yıl	42 (28.4)	37 (28.5)	79 (28.4)		
10 yıl üzeri	60 (40.5)	50 (38.5)	110 (39.6)		
Özel besin takviyesi alma				$\chi^2=3.133$	0.077
Evet	38 (25.7)	22 (16.9)	60 (21.6)		
Hayır	110 (74.3)	108 (83.1)	218 (78.4)		
Hastalığın yaşamı olumsuz yönde etkileme durumu				$\chi^2=0.006$	0.940
Evet	94 (63.5)	82 (63.1)	176 (63.3)		
Hayır	54 (36.5)	48 (36.9)	102 (36.7)		
Kilo Ort±SS	75.61±13.52	71.92±14.88	73.89±14.26	t=2.167 <sup>2</sup>	<b>0.031</b>
Son bir yıl içindeki kilo kaybı durumu				$\chi^2=1.594$	0.207
Evet	55 (37.2)	58 (44.6)	113 (40.6)		
Hayır	93 (62.8)	72 (55.4)	165 (59.4)		
Gündüz dışkı sayısı*	n=145 2 (1-20)	n=129 2 (1-15)	n=274 2 (1-20)	Z=1.254 <sup>3</sup>	0.210
Gece dışkı sayısı*	n=38 2 (1-15)	n=34 1 (1-7)	n=72 1 (1-15)	Z=2.089	<b>0.037</b>
Gündüz acilen tuvalete çıkma sayısı*	n=58 2 (1-20)	n=72 2 (1-15)	n=130 2 (1-20)	Z=1.855	0.064
Gece acilen tuvalete çıkma sayısı*	n=15 2 (1-15)	n=17 1 (1-2)	n=32 1 (1-15)	Z=2.219	<b>0.049</b>
Günlük dışkı kaçırma sayısı*	n=10 1 (1-5)	n=15 1 (1-7)	n=25 1 (1-7)	Z=0.785	0.495
Tuvalette harcanan süre (dk)*	n=148 5 (2-40)	n=126 5 (1-30)	n=274 5 (1-40)	Z=0.111	0.911
Ek kronik hastalık sayısı*	n=69 1 (1-4)	n=56 1 (1-6)	n=125 1 (1-6)	Z=0.149	0.881

<sup>1</sup>Ki-kare testleri; <sup>2</sup>Bağımsız örneklem t testi, <sup>3</sup>Mann-Whitney U testi,

\*Ortanca (min-maks)

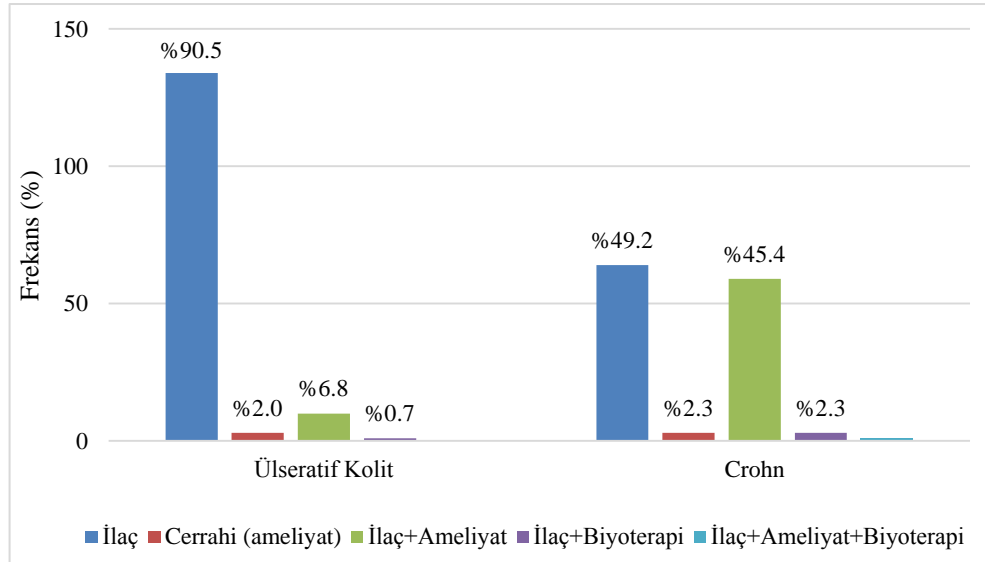
Hastaların dışkı kıvamı dağılımı Tablo 3.3.'te verilmiştir. ÜK hastalarının 76'sı CH hastalarının 58'i dışkılarının normal kıvamda olduğunu belirtmiştir. ÜK hastalarının 24'ünün (%16.2), CH hastalarının 30'unun (%23.1) dışkılarının yumuşak kıvamda olduğu görülmüştür. Dışkı kıvamı dağılımı iki grupta farklıdır ( $\chi^2= 28.958$ ,  $p=0.001$ ).

**Tablo 3.3.** İBH hastalarının dışkı kıvamlarının dağılımı

	Ülseratif Kolit (n=148)	Crohn (n=130)	Toplam (n=278)
	n (%)	n (%)	n (%)
<b>Dışkı Kıvamı</b>			
Normal	76 (51.4)	58 (44.6)	134 (48.2)
Yumuşak	24 (16.2)	30 (23.1)	54 (19.4)
Sulu	15 (10.1)	16 (12.3)	31 (11.2)
Kanlı	9 (6.1)	0 (0.0)	9 (3.2)
Diğer	7 (4.7)	6 (4.6)	13 (4.7)
Mukuslu	5 (3.4)	8 (6.2)	13 (4.7)
Yumuşak Sulu	4 (2.7)	10 (7.7)	14 (5.0)
Kanlı Sulu	4 (2.7)	0 (0.0)	4 (1.4)
Kanlı Mukuslu	3 (2.0)	0 (0.0)	3 (1.1)
Yumuşak Kanlı	1 (0.7)	1 (0.8)	2 (0.7)
Yumuşak Mukuslu	0 (0.0)	1 (0.8)	1 (0.4)

Ki-kare testi sonucu:  $\chi^2=28.958$ ,  $p=0.001$

Hastaların aldıkları tedavilerin yöntemlerine ilişkin dağılım hasta gruplarına göre Şekil 1.1.'de verilmiştir. İki grupta hastaların en fazla, ilaç ile tedavi oldukları, ikinci sırada ilaç ve cerrahi yönteminin olduğu görülmektedir. ÜK hastalarında sadece ilaç tedavisi oranı %90.5, ilaç ve cerrahi yöntemin oranı %6.8'dir. Bu oranlar CH hastalarında sırasıyla %49.2 ve %45.4 olarak hesaplanmıştır. Diğer yöntemlerin gruplardaki sayıları çok küçük olduğu için istatistiksel çıkarım yapılamamıştır.



Şekil 1.1. İBH hastalarında alınan tedavi yönteminin dağılımı

İç tutarlılık katsayısı BUÖ için 0.854, BDÖ için 0.883 olarak hesaplanmıştır. Buna sonuçlara göre hastaların ölçeklere verdikleri yanıtlar tutarlıdır.

BUÖ puanı ortancası ÜK hastalarında 5.0 (min-maks:0-20) ve CH hastalarında 5.0 (min-maks:0-19) olarak hesaplanmıştır. İki hasta grubu arasında BUÖ bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $Z=0.091$ ,  $p=0.928$ ). BDÖ puanı ortancası ÜK ve CH hastalarında sırasıyla 10.5 (min-maks: 0-47); 11 (min-maks:0-47) olarak hesaplanmıştır. İki grubun depresyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $Z=0.273$ ,  $p=0.785$ ). Hasta grupları depresyon puanı semptomları açısından incelendiğinde, ÜK hastalarında, CH hastalarına göre hafif depresyon semptomlarına sahip hastaların oranının yüksek, şiddetli depresyon semptomlarına sahip hastaların oranının düşük olduğu saptanmıştır ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0.05$ , Tablo 4.4.).

Tablolaştırmamakla birlikte araştırma grubunun %7.9'unda ( $n=22$ ) 'şiddetli depresyon'; %15.5'inde ( $n=43$ ) 'orta dereceli depresyon'; %31.7'sinde ( $n=88$ ) 'hafif depresyon' semptomları bulunmuştur.

**Tablo 4.4.** İBH hastalarında depresyon ve umutsuzluk puanı dağılımı

Ölçek Puanları	Ülseratif Kolit	Crohn	Test İstatistiği	p
BUÖ Puanı*	5.0 (0-20)	5.0 (0-19)	Z=0.091 <sup>1</sup>	0.928
BDÖ puanı*	10.5 (0 - 47)	11.0 (0 - 47)	Z=0.273	0.785
<b>BDÖ puanı semptomları [n(%)]</b>			$\chi^2=9.142^2$	<b>0.027</b>
Hiç yok/Minimal Depresyon	65 (43.9)	60 (46.2)		
Hafif Depresyon	55 (37.2) <sup>a</sup>	33 (25.4) <sup>a</sup>		
Orta Dereceli Depresyon	22 (14.8)	21 (16.2)		
Şiddetli Depresyon	6 (4.1) <sup>b</sup>	16 (12.2) <sup>b</sup>		

<sup>1</sup>Mann-Whitney U testi; <sup>2</sup>Ki-kare testi, \* Ortanca (min-maks)

<sup>a,b</sup>p<0.05

Hasta gruplarının BDÖ puanları, demografik ve hastalığa ilişkin özellikler bazında incelendiğinde; erkek hastaların BDÖ puanı ortancası ÜK grubunda 8.5 (min-maks: 0-46), CH grubunda 8 (min-maks: 0-47) olarak hesaplanmıştır (Tablo 5.5.). Erkek hastalarda hasta grubuna göre BDÖ puanı farklılık göstermemektedir (Z=0.415, p=0.678). Benzer şekilde, kadın hastalarda hasta grupları arasında BDÖ puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (Z=0.856, p=0.392).

Çalışmamızda hastaların medeni durumları, eğitim durumları, yaşadıkları yer, meslekleri, sigara içme durumları, hastalık süreleri, özel besin takviyesi alma durumları BDÖ açısından incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur (p>0.05).

Geliri giderden az olan ÜK ve CH hastalarında BDÖ puanı ortancası sırasıyla 12 (min-maks: 1-47) ve 19 (min-maks: 1-40)'dur. Geliri giderden az olan CH hastalarının BDÖ puanının ÜK hastalarından istatistiksel olarak daha yüksek olduğu hesaplanmıştır (Z=2.106, p=0.035). Diğer gelir seviyelerinde hasta grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p>0.05).

Hastalığı nedeniyle yaşamının olumsuz etkilenmediği belirten hastalar içerisinde ÜK hastalarının BDÖ puanının CH hastalarına göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (Z=1.987, p=0.047, Tablo 5.5.).

**Tablo 5.5.** İBH hastalarının demografik ve hastalıklarına ilişkin özelliklerine göre BDÖ puanlarının dağılımı

<b>BDÖ puanı</b>		<b>Ülseratif Kolit</b>	<b>Crohn</b>	<b>Z</b>	<b>p</b>
<b>Demografik ve Hastalığa İlişkin Özellikler</b>		Ortanca (min-maks)	Ortanca (min-maks)	<b>İstatistiği<sup>1</sup></b>	
<b>Cinsiyet</b>					
	Kadın	13 (0-47)	17 (0-40)	0.856	0.392
	Erkek	8.5 (0-46)	8 (0-47)	0.415	0.678
<b>Medeni Durum</b>					
	Evli	10 (0-47)	10 (0-47)	0.635	0.526
	Bekar	13 (0-27)	17 (0-40)	1.230	0.219
<b>Eğitim Durumu</b>					
	İlköğretim	12 (0-46)	14 (0-40)	0.701	0.483
	Lise	10 (0-47)	9 (0-47)	0.175	0.861
	Lisans ve üstü	8 (0-33)	9 (0-31)	0.681	0.496
<b>Yaşanılan Yer</b>					
	İlçe	9 (0-30)	13 (0-34)	0.835	0.404
	Büyük Şehir	11 (0-47)	11 (0-47)	0.251	0.802
<b>Meslek</b>					
	İşçi	11 (1-46)	10.5 (0-34)	0.145	0.885
	Esnaf	8 (0-47)	9 (1-47)	0.439	0.683
	Memur/Nöbetli Memur	9 (0-33)	6 (0-28)	1.141	0.254
	Diğer	12 (0-39)	14 (0-40)	1.177	0.239
<b>Gelir Durumu</b>					
	Gelir giderden az	12 (1-47)	<b>19 (1-40)</b>	2.106	<b>0.035</b>
	Gelir gidere denk	11 (0-46)	8 (0-47)	0.932	0.352
	Gelir giderden fazla	6 (0-17)	5 (2-20)	0.235	0.838
<b>Mizaç</b>					
	Sportif-aktif	8 (0-23)	4 (0-32)	0.258	0.796
	Pasif-içe kapanık	15 (7-46)	25.5 (11-40)	1.099	0.282
	Sakin-uyumlu	10 (0-33)	7 (0-34)	1.512	0.130
	Eğlenceli-neşeli	10 (0-22)	8 (0-26)	0.031	0.976
	Çabuk sinirlenen-öfkeli	14 (0-47)	18 (3-47)	1.148	0.251
<b>Sigara İçme Durumu</b>					
	Evet	13.5 (2-47)	12 (1-47)	0.299	0.765
	Hayır	10 (0-46)	11 (0-39)	0.213	0.831
	Bırakmış	8 (0-30)	7.5 (0-40)	0.110	0.913
<b>Hastalık Süresi</b>					
	1 yıldan az	11 (6-17)	12.5 (2-39)	0.164	0.905
	1-5 yıl	10 (0-46)	11 (1-33)	0.065	0.948
	6-10 yıl	10 (0-41)	13 (0-40)	1.465	0.143
	10 yıl üzeri	11 (0-47)	7 (0-47)	0.938	0.348
<b>Özel Besin Takviyesi Alma</b>					
	Evet	12 (0-46)	14.5 (2-38)	0.300	0.764
	Hayır	10 (0-47)	10 (0-47)	0.313	0.754
<b>Hastalığın yaşamı olumsuz yönde etkileme durumu</b>					
	Evet	12 (0-47)	16.5 (0-47)	1.765	0.078
	Hayır	<b>8 (0-28)</b>	4 (0-19)	1.987	<b>0.047</b>

<sup>1</sup> Mann-Whitney U testi

Hasta grupları, demografik ve hastalığa ilişkin özellikler bazında BUÖ puanı bakımından değerlendirildiğinde, kadın hastaların BUÖ ortancası ÜK grubunda 5 (min-maks: 0-16), CH grubunda 6 (min-maks: 0-17) olarak hesaplanmıştır (Tablo 6.6.). Kadınlarda hasta grubuna göre BUÖ puanlarının istatistiksel olarak farklılık göstermediği belirlenmiştir ( $Z=0.778$ ,  $p=0.437$ ). Diğer özellikler içerisinde hasta gruplarının BUÖ puanı bakımından benzer olduğu gözlenmiştir ( $p>0.05$ , Tablo 6.6.).

**Tablo 6.6.** İBH hastalarının demografik ve hastalıklarına ilişkin özelliklerine göre BUÖ puanı dağılımları

BUÖ puanı		Ülseratif Kolit	Crohn	Z	p
Demografik ve Hastalığa İlişkin Özellikler		Ortanca (min-maks)	Ortanca (min-maks)	İstatistiği <sup>1</sup>	
<b>Cinsiyet</b>					
	Kadın	5 (0-16)	6 (0-17)	0.778	0.437
	Erkek	4.5 (0-20)	4 (0-19)	0.544	0.587
<b>Medeni Durum</b>					
	Evli	5 (0-20)	4 (0-19)	0.481	0.630
	Bekâr	5 (1-14)	7 (0-16)	0.801	0.423
<b>Eğitim Durumu</b>					
	İlköğretim	5 (1-20)	6 (0-17)	0.718	0.473
	Lise	5 (1-17)	4 (0-19)	0.964	0.335
	Lisans ve üstü	3 (0-18)	3 (0-16)	0.949	0.343
<b>Yaşanılan Yer</b>					
	İlçe	4 (1-12)	3 (0-17)	0.888	0.375
	Büyük Şehir	5 (0-20)	5 (0-19)	0.548	0.584
<b>Meslek</b>					
	İşçi	5 (1-20)	4 (0-13)	1.031	0.302
	Esnaf	4 (1-16)	4 (0-19)	0.393	0.717
	Memur/Nöbetli Memur	2.5 (0-18)	3 (0-16)	0.173	0.863
	Diğer	5 (0-15)	5 (0-18)	0.636	0.525
<b>Gelir Durumu</b>					
	Gelir giderden az	6 (1-18)	7.5 (0-18)	1.063	0.288
	Gelir gidere denk	5 (0-20)	4 (0-19)	0.951	0.342
	Gelir giderden fazla	3 (0-9)	4 (2-12)	1.295	0.217
<b>Sigara İçme Durumu</b>					
	Evet	5 (1-16)	7 (0-19)	0.593	0.553
	Hayır	5 (0-20)	5 (0-18)	0.167	0.867
	Bırakmış	4 (1-17)	4 (0-12)	0.393	0.694
<b>Mizaç</b>					
	Sportif-aktif	4 (1-14)	4 (0-14)	0.495	0.621
	Pasif-içe kapanık	4.5 (2-20)	9 (3-16)	0.711	0.491
	Sakin-uyumlu	4 (0-17)	4 (0-16)	0.430	0.667
	Eğlenceli-neşeli	4 (0-14)	3 (0-16)	0.409	0.682
	Çabuk sinirlenen-öfkeli	6 (1-18)	8 (1-19)	0.966	0.334
<b>Hastalık Süresi</b>					
	1 yıldan az	5 (2-10)	4 (1-17)	0.328	0.780
	1-5 yıl	5 (1-20)	4 (0-15)	0.544	0.587
	6-10 yıl	5 (1-17)	7 (0-17)	0.956	0.339
	10 yıl üzeri	4.5 (0-18)	4 (0-19)	0.115	0.909
<b>Özel Besin Takviyesi Alma</b>					
	Evet	5 (0-20)	5.5 (0-17)	0.269	0.788
	Hayır	5 (0-18)	4.5 (0-19)	0.023	0.982
<b>Hastalığın yaşamı olumsuz yönde etkileme durumu</b>					
	Evet	5 (1-20)	6 (0-19)	0.353	0.724
	Hayır	3.5 (0-17)	4 (0-13)	0.118	0.906

<sup>1</sup> Mann-Whitney U testi

BDÖ ve BUÖ puanları arasındaki ilişkiler incelendiğinde, ÜK hastalarında 0.589'luk ( $p<0.001$ ), CH hastalarında 0.659'luk pozitif yönlü, orta dereceli ve doğrusal bir ilişki olduğu görülmektedir.

**Tablo 7.7.** İBH hastalarının BDÖ ve BUÖ puanları arasındaki ilişki

	ÜK	CH	Genel
	BUÖ	BUÖ	BUÖ
BDÖ			
r	0.589	0.659	0.633
p	<0.001	<0.001	<0.001

## 5. TARTIŞMA

İBH hastalarında diyare ve yorgunluk gibi semptomların yanı sıra, hastalık ile ilgili bilgi eksikliği, barsak kontrolünü kaybetme, başkalarına yük olma, istenmeyen kokular üretme ve beden imajı gibi konular sosyal ve psikiyatrik problemlere yol açabilir. Bu nedenle hastayı anlamak, yeni haline uyumunu sağlamak ve uygun yaklaşımı planlayabilmek amacıyla psikiyatrik sorunların ve bu psikiyatrik sorunları etkileyen faktörlerin belirlenmesi önem arz eder. Bu hasta grubuna bakım hizmeti sunan hemşirelerin fiziksel ve psikosomatik kökenli semptomları değerlendirmeleri önem arz eder. Fiziksel semptomların başında diyare, karın ağrısı, tenezm yer alırken; psikiyatrik belirtilerin öncülleri de depresyon ve umutsuzluk düzeyleri olarak düşünülmüştür. Bu fikirlerden yola çıkarak çerçevesini oluşturduğumuz araştırma sonucunda elde edilen bulgular bilimsel yazında konu ile ilgili çalışmalarla tartışılmış, yapılan değerlendirmeler sonunda ulaşılan sonuçlar aşağıda sunulmuştur.

### 5.1. Demografik Veriler ve Hastalığa İlişkin Özelliklerin Tartışılması

Ülkemizde hastalık prevalansı ÜK için 2.6/100.000; CH için 1.4/100.000 olarak belirtilmiştir (7). Bizim çalışmamıza alınan 278 hastanın ise 148'ü ÜK, 130'u ise CH olarak saptanmıştır. Bu değerler ülkemizin epidemiyolojik verileri ile benzerlik taşımaktadır. Zhu ve ark.'nın (88) Çin'de yapmış oldukları çalışmada İBH tanılı 177 hastanın 106'sı ÜK hastası ve 71'i Crohn hastası olarak saptanmıştır. Vahedi ve ark.'nın (89) İran'da yapmış oldukları çalışmada saptanan 500 hastanın 293'ü ÜK ve 207'si CH hastası olarak bildirilmiştir. İBH tanılı hastaların dağılımındaki benzerlikler literatürde de gösterilmiştir. Bu benzerliklerin, insan organizmasının ortak özellikler göstermesi ve hastalığın ayırıcı tanısında bazen keskin sınırların olmaması sonucu olduğu düşünülmektedir.

ÜK hastaları 30-40 yaşları arasında, CH hastaları ise 20-30 yaşları arasında tanı alırlar (1). Kim ve ark.'larının çalışmasında tanı yaşı ortalaması CH hastaları için  $32.9 \pm 10.7$ ; ÜK hastaları için  $44.7 \pm 11.6$  olarak bulunmuştur (10). Bizim çalışmamızda ÜK için yaş ortalaması  $48.95 \pm 11.64$  yıl iken CH için bu oran  $42.54 \pm 12.08$  olarak saptanmıştır. ÜK hastalarının yaş ortalamasının istatistiksel olarak daha yüksek olduğu hesaplanmıştır ( $t=4.499$ ,  $p<0.001$ , Tablo 1.1.). Ülkemizde



yürütülen bazı çalışmalarda araştırma bulgularımızı destekleyen veriler görülmüştür (21,90,91).

Cinsiyete göre baktığımızda ülkemizde erkek/kadın oranı ÜK için 1.2/1, CH için 1.6/1 oranında bildirilmiştir (91). Başka bir çalışmada CH için bu oran 1 olup cinsiyet açısından fark gözlenilmezken, ÜK için kadın hasta sayısı baskın belirtilmiştir ve bu oran 1.4 olarak bulunmuştur (3). Yine ülkemizde yapılan prospektif, çok merkezli, hastane bazlı bir diğer çalışmada ise İBH'nın erkeklerde daha fazla görüldüğü bildirilmiştir (90). Çalışmamızda ise ÜK için 1.6/1, CH için 1.5/1 olarak her iki hasta grubunda da erkek ağırlıklı olmakla birlikte literatürle uyumlu olarak bulunmuştur. Göreceli olarak örneklem grubunda bulunan erkeklerin sayısındaki yükseklik buna bağlı olabilir.

İBH eğitim düzeyi yüksek olan popülasyonda daha sık görülmektedir (91). Ülkemizde 230 İBH hastasının epidemiyolojik ve klinik özelliklerinin araştırıldığı retrospektif bir çalışmada, ÜK hastalarının %45.7'si yüksekokul ve lise düzeyindeki hastalardan, %35'inin ilkokul mezunu olan hastalardan oluştuğu; CH hastalarının %48.9'u lise ve yüksekokul mezunlarından, %27'sinin ilkokul mezunlarından oluştuğu bildirilmiştir (91). Bizim çalışmamızda ise ÜK tanılı olguların %53.3'ü lise ve lisans düzeyindeki (yüzde değeri lise ve lisans değerleri toplamıdır) hastalardan oluşurken; CH olgularının %66.2'si lise ve lisans düzeyindeki (yüzde değeri lise ve lisans değerleri toplamıdır) hastalardan oluştuğu tespit edilmiştir. Bu veriler ışığında eğitim düzeyinin yükselmesiyle doğru orantılı olarak İBH tanı alma sıklığının yükseldiği gözlenmiştir, verilerimiz literatürle uyum içerisindedir. Bu sonuçların da eğitim hastalık ilişkisinden değil, eğitim düzeyinin artmasıyla kişilerin çalışma koşulları ve yaşam konforunda yükselmeye bağlı olarak çevresel faktörlerin birey üzerinde daha geniş etkiler gösterebileceğini düşündürmüştür.

Sanayileşmiş toplumlarda şehirlerde büyüyen bireyler, kırsal bölgelerde büyüyenlere oranla çevresel risk faktörlerinden daha çok etkilenmektedirler (92). Bu nedenle İBH kentlerde yaşayanlarda daha çok görülen bir hastalıktır (91). Ülkemizde yapılan bir çalışmada İBH'lı hastaların çoğunluğunun (%57'si) kentlerde yaşayan hastalardan oluştuğu bildirilmiştir (91). Bizim çalışmamızda da İBH'lı olguların büyük çoğunluğunun (ÜK için %77'si, CH için %71.5'i) kentlerde yaşayan hastalardan oluştuğu tespit edilmiştir. Bu sonuçların, İBH'nın etiyolojik faktörlerine

ek olarak günümüzde sağlık sistemine daha kolay erişim ve sağlık sistemlerini kullanma becerilerinin yükselmesiyle ilişkili olduğu düşünülebilir.

Ülkemizdeki işsizlik oranının %12.7 olduğu göz önüne alınırsa (93), yaşa göre İBH'nın özellikle üretken dönemde ciddi işlev kaybına sebep olduğunu söylemek mümkündür (9). Yanartaş ve ark.'larının yaptıkları çalışmalarında düzenli çalışma oranının ÜK için %37.9, CH için %42.3 olarak yaş ortalamalarına göre genç olduğu bulunmuştur (9). Bizim çalışmamızda ise bu oran ÜK için %43.2, CH için ise %51.5 olarak; çalışma saati ortanca değeri ise ÜK için 45 saat, CH için 48 saat olarak bulunmuştur (Tablo 1.1.). Genç yaşta aktif üretken dönemde çalışmamak, çalışma esnasında olumsuz deneyimlere maruz kalmak ya da işini kaybetmek doğrudan ve dolaylı yollarla uzun süren strese yol açarak ruh sağlığını bozabilir. Özellikle de İBH'da bağırsak şikayetlerinin bireyi rahatsız edici şekilde seyretmesi işlevsellik kaybının artmasına, kişinin özbenliğini zedeleyerek üretici konumundan tüketici görevi üstlenmesine neden olmaktadır. Bu koşullar bireyin maluliyetine sebep olabilir. Bu durumun da umutsuzluk ve depresyona olan yakınlığı daha da artırabileceği düşünülmektedir. Araştırma sonucunda elde edilen bulgular literatürle uyumludur.

Örneklem grubuna alınan İBH hastaları sigara kullanımına göre incelendiğinde; sigara içmeyenlerin ÜK geliştirme riski daha yüksektir; tersine, sigara kullanımı CH'nin kötüleşmesine neden olan bir faktör gibi görünmektedir (89,94). Yani, sigara kullanımı ÜK ile ters orantılıyken; CH atağı ile doğru orantılıdır. Tozun ve ark.'larının (90) yaptıkları çalışmada sigara kullanan ÜK hasta oranı %15.5 iken, sigara kullanan CH hasta oranı %49.3 olarak bulunmuş. Özın ve ark.'larının (94) yaptığı çalışmada, sigara öyküsü olan ÜK hastalarının oranı %13.3 iken, sigara öyküsü olan CH hastalarının oranı %42.1 bulunmuş ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu bildirilmiştir ( $p<0.001$ ). Yanartaş ve ark.'larının çalışmalarında CH hastalarında sigara içme oranı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ( $p=0.024$ ) (9). Araştırma grubumuzun %60.4'ünde sigara öyküsüne rastlanılmazken; ÜK hastalarının %18.9'u ve CH hastalarının %30'i sigara kullanmaktaydı. Çalışmamızda **CH hastalarında ÜK hastalarına göre sigara içme oranının daha yüksek olduğu belirlenmiştir ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0.05$ )**. Nikotin, karbon monoksit ve muhtemelen diğer tütün

dumanları, bağırsak mukusunun, sitokin üretiminin, makrofaj fonksiyonunun ve mikrovasküleritenin sentezi üzerinde çeşitli etkiler yapar. ÜK'da, nikotin mütevazı bir terapötik değere sahiptir ancak sigara içme, sigara içenlerde faydasından daha çok vasküler hastalığı ve neoplaziyi artırdığı için önerilmemelidir (95). CH'da ise sigara içmek semptomları şiddetlendirirken ve hastayı sigarayı bırakmaya ikna etmek hastalık aktivitesini kontrol etmek açısından en uygun maliyet etkin strateji olarak düşünülebilir.

Cerrahi tedavi, ÜK için %23-45 oranında küratif sonuç verebilir, ancak CH için cerrahi tedavi küratif olmayıp komplikasyonların düzeltilmesine yöneliktir (3). Özin ve ark.'nın (92) yapmış oldukları çalışmada hastalığın kendisine bağlı cerrahi girişim oranları CH için %51.8 ve ÜK için %10.4 olarak saptanmıştır. Benzer şekilde İltar'ın (3) çalışmasında İBH'ya bağlı olarak operasyon gereksinimi CH hastalarında ÜK hastalarına göre belirgin oranda yüksek saptanmış ve opere olan hasta oranları içerisinde CH oranı %38.8 iken, ÜK için %4 olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızda ise hastaların en fazla, ilaç ile tedavi oldukları, ikinci sırada ilaçla birlikte cerrahi yönteminin olduğu görülmektedir. ÜK hastalarında sadece ilaç tedavisi oranı %90.5, ilaç ile cerrahi yöntemin oranı %6.8'dir. Bu oranlar CH hastalarında sırasıyla %49.2 ve %45.4 olarak hesaplanmıştır. CH'da gözlenen cerrahi oranlarının ÜK'e göre daha yüksek olması CH'da apse, fistül ve obstruksiyon gibi medikal tedavi ile düzeltilemeyen ve akut komplikasyonların daha sık gözlenmesi nedeniyledir. Bizim çalışmamızda da alınan tanı ve tedavi yöntemleri arasında hastaların en fazla, ilaç ve kolonoskopi/endoskopi ile tedavi oldukları, ikinci sırada ise ilaç, kolonoskopi/endoskopi ve bunlara ek olarak cerrahi yönteminin uygulandığı görülmektedir. Araştırmayı yürüttüğümüz hastanede gözlemlerimize göre hastalarda cerrahi oranlarının az olması; verilen tedavi ve tatbik edilen işlemler açısından ayrıntılı çalışılıp hasta bireyin gereksinimine göre planlanması, medikal tedavinin doğru sürdürülmesi ve invaziv işlemlerle kısmi tedavilerin gerçekleştirilmesi, hastaların bir grubunun yeni tanı almış 1-5 yıllık hastalar olması nedeniyle daha cerrahi tedavi kararı aşamasına gelinmemiş olması sonucunda olduğu düşünülmektedir.

Kanlı diyare, İBH'da hastalığın tipik bir semptomudur. Özin ve ark.'larının yapmış olduğu çalışmalarında ÜK hastalarının %91.2'sinde (n=456); CH'da ise

%17.7'sinde (n=34) kanlı diyare ve/veya hematokezya olduğunu bulmuştur (94). Bizim çalışma grubumuzda ise ÜK hasta grubunda dışkı kıvamı incelendiğinde kanlı dışkı belirtenler %6.1 (n=9); kanlı ve sulu dışkı belirtenler %2.7 (n=4); kanlı ve mukuslu dışkı belirtenler ise %2.0 (n=3) olarak belirlenip; CH'da kanlı dışkı belirten hasta hiç olmamıştır ayrıca dışkı kıvamı dağılımının iki hasta grubunda farklı olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 3.3.). Araştırma grubumuz ele alındığında, kanlı dışkı oranının diğer çalışmalara göre az olması, örneklem grubundaki hasta popülasyonun %39.6'sının (n=110) hastalık süresinin 10 yıl ve üzeri olarak belirtmesine ve böylelikle hastalığa ilişkin semptomların azaldığı ve bireyin uyum gösterdiği remisyon sürecinde olmalarına bağlanmaktadır.

Özin ve ark.'larının (94) yaptıkları çalışmasında İBH'lı hastalarda kilo kaybı deneyimleyen hasta oranı ÜK'da 30, CH'da ise 57 hasta bireyde görülmüştür. Bizim araştırmamızda bu oran ÜK'da 55, CH'da 58 ise hastada bireyde görülmüştür. Literatür sonuçlarına göre CH hastalarının birçoğunda ÜK hastalarına oranla daha fazla kilo kaybı görülmektedir. Bunun nedeni diyare, karın ağrısı veya anoreksi sebebiyle meydana gelen malabsorbsiyon veya emilimin yetersiz olmasıdır.

## **5.2. Psikosomatik Değişkenler Açısından Verilerin Tartışılması**

Depresyon puanına göre inceleme yapıldığında;

Depresyondan kadınların erkeklerden daha fazla etkilendiği bilinmektedir (46). Hauser ve ark.'larının İBH hastalarında cinsiyet değişkenine göre ele aldıkları çalışmalarında kadınların erkeklere göre depresyon ve anksiyete düzeylerini anlamlı derecede yüksek seviyede bulmuşlardır (96). Farklı psikiyatrik değişkenlere göre incelenen kanserli kadınlarda depresyon puanı ortalaması  $8.31\pm 4.74$  olarak bulunmuştur (97). Bizim çalışmamızda BDÖ ortancası kadınlarda ÜK için 13, CH için 17 bulunmuştur. Erkeklerde ise sırasıyla 8.5 ve 8 olarak bulunmuştur. Aralarındaki fark ise istatistiksel olarak anlamlı değildir (kadınlarda  $p=0.392$ ; erkeklerde  $p=0.678$ ; Tablo 5.5.). Çalışmamızda depresyon puan ortancasının cinsiyete göre fark bulunmamasının nedeni İBH'nın depresif etkilerinin her iki cinsiyette de benzer oranda etkiyi göstermiş olabileceğine yorumlanabilir.

Çalışmamızda medeni durum, eğitim durumu, yaşanılan yer, meslek, mizaç durumu, sigara içme, hastalık süresi, özel besin takviyesi alma durumları depresyon puanı açısından incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ( $p>0.05$ ). Kim ve ark.'ları da çalışmalarında depresyon puanı ile sigara içme, medeni durum, ekonomik durum, çalışma durumu incelenmişler ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı bildirilmişlerdir (10). Long ve ark.'larının İBH'lı 65 yaş üzeri bireylerde depresyonu inceledikleri kohort çalışmalarında ise, bizim çalışma bulgularımıza benzer olarak yaş, hastalık süresi ve cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı bildirilmiştir (13). Bizim çalışmamıza baktığımızda eğitim düzeyi ile depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmazken, Long ve ark.'larının çalışmasında yüksek okul mezunu olanlar ile depresyon düzeyi arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (13).

Kim ve ark.'larının remisyon sürecindeki İBH hastalarında depresyon ve anksiyete ile ilişkili faktörlerini inceledikleri çalışmalarında, sosyoekonomik durumun depresyona etkisi incelendiğinde ÜK ve CH için depresyon puanı arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur ( $p=0.013$ ) (10). Bizim çalışmamızda da **geliri giderden az olan hastalarda, CH hastalarının BDÖ puanının ÜK hastalarından daha yüksek olduğu belirlenmiş olup aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p=0.035$ ; Tablo 5.5.)**. Diğer gelir seviyelerinde ise hasta grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı hesaplanmıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo 5.5.). İBH'lı bireylerde alevlenme dönemlerinde semptomların artmasıyla beraber işe devamın azalması, az gelirlili bir işte çalışma, sosyoekonomik gelirin düşük olmasına neden olmaktadır. Gelir düşüklüğü ise bireyin temel ihtiyaçlarının yeterince karşılanamaması, kişinin yaşadığı rol kaybı, hastalığa bağlı komplikasyon ve belirtilerin şiddetlenmesiyle evle sınırlı yaşam, yaşam kalitesi ve konforunun düşmesi gibi nedenlerle depresyonu tetikleyebileceği öngörülebilir.

İBH hastalarında depresyon görülme sıklığının %60 gibi yüksek bir prevalansa sahip olduğu bildirilmiştir (10). Zhang ve ark.'larının 2013 yılında yaptıkları çalışmalarında depresyon puanı ortancası (BDÖ kullanılmış) ÜK için 8.5, CH için 8 olarak bulunmuş, aralarındaki farkın istatistiksel açıdan bir anlam göstermediği bildirilmiştir (98). Tribbick ve ark.'larının Avustralya'da İBH hastalarında mental sağlık bozukluklarını inceledikleri kohort çalışmalarında

hastaların %9.9'unda major depresif bozukluk olduğu ve akut dönemdeki İBH hastalarının remisyon dönemindeki İBH hastalarından daha fazla depresyon ölçek puanına sahip oldukları, aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı bulunduğunu bildirmişlerdir (11). Yanartaş ve ark.'larının İBH'da ruhsal belirtiler ve yaşam kalitesini değerlendirdikleri çalışmalarında depresyon puanları CH hastalarında daha yüksek oranda saptanmış ve HAD depresyon ölçek ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p=0.002$ ) (9). Bizim bulgularımızda ise ÜK ve CH hastaları için depresyon puanı ortancası sırasıyla 10.5 ve 11 olarak tespit edilmiştir, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (Tablo 4.4.;  $p=0.785$ ). Araştırma grubumuzun sadece %15.5'inde ( $n=43$ ) 'orta dereceli depresyon' hesaplanırken; %31.7'sinde ( $n=88$ ) 'hafif depresyon' bulunmuş; **ÜK hastalarında, CH hastalarına göre hafif depresyona sahip hastaların oranının yüksek, şiddetli depresyona sahip hastaların oranının düşük olduğu görülmüştür. Aralarındaki fark ise istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0.05$ ) (Tablo 4.4.)**. Araştırma sonuçlarındaki depresyon düzeyinin farklı çıkmasının nedenleri arasında hastalığın bireylerde farklı düzeylerde fiziksel şikayet ve algı oluşturması, tedavi süreci ve yöntemlerinin yorucu, uzun süreli ve maliyet arz etmesinden kaynaklı olabileceği düşünülmektedir. Araştırmamızda BDÖ puanlarına göre hafif düzeyde olan İBH hastalarının rakamsal olarak ( $n=88$ ) fazla olması, örneklem grubun ağırlıklı olarak hastalık süresinin 10 yıl ve üzerinde olan hastalardan oluşması, bu süreçte İBH'lı bireylerin tedaviye uyum sağlayarak hastalık semptomları ile başa çıkma becerilerini iyileştirmeleri olabileceği düşünülmüştür. Ayrıca kliniğimizde takip edilen İBH'lı bireylerin takipler sırasında ilaç kullanım uyumları yüksek olarak gözlenmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda araştırma bulgularımız literatürle uyumludur.

Umutsuzluk puanına göre inceleme yapıldığında;

Bu araştırma kapsamına alınan İBH'lı bireylerin BUÖ ortancası 5 olarak hesaplanmıştır. Örneklemimizde cinsiyet, medeni durum, yaşanılan yer, eğitim durumu, meslek, sigara içme, gelir durumu, mizaç durumu, hastalık süresi, özel besin takviyesi alma durumları ile ilgili değişkenler umutsuzluk puanı açısından incelendiğinde gruplarının homojen dağıldığı ve BUÖ puanı bakımından benzer olduğu gözlenmiştir. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p>0.05$ ). Bayramova ve Karadakovan'ın kronik hastalığı olan bireylerde umutsuzluk düzeylerini inceledikleri çalışmalarında (57), çalışmamızla benzer şekilde bireylerin

cinsiyet, yaş ile umutsuzluk puan ortalaması arasında anlamlı fark bulunmamışken ( $p>0.05$ ); umutsuzluk puan ortalaması ile ekonomik, eğitim ve medeni durumları arasında çalışmamızın aksine istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ( $p<0.05$ ). Gheihman ve arkadaşlarının (2015) akut lösemi hastalarında depresyon ve umutsuzluk düzeyi arasındaki ilişkiyi ve yaygınlığını belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada ise, umutsuzluk düzeyinin ileri yaşlarda düşük benlik algısı ile ilişkili olabileceği bulunmuş, akut lösemili hastaların %8.5'inin umutsuzluk ölçek puanları 8'in üzerinde bularak umutsuzluk düzeyinin yüksek olduğunu bildirmişlerdir (14). Kim ve arkadaşları (2002) sürekli ayaktan periton diyalizi olan böbrek yetmezlikli bireylerin umutsuzluk ve depresyon düzeyini analiz ettikleri araştırmalarında, hastaların umutsuzluk puanı ortalamalarını  $11.8\pm 6.0$  olarak oldukça yüksek oranda umutsuz olarak belirlemişlerdir (15). Çalışmamızda umutsuzluk düzeyi düşük olarak bulunmuştur. Bunun nedenleri arasında İBH'lı bireylerin tedaviye uyum sağlayarak hastalık semptomları ile başa çıkma becerilerini geliştirmiş olabilecekleri düşünülmüştür.

Çalışmamızda BDÖ ve BUÖ puanları arasındaki ilişkiler incelendiğinde, **ÜK hastalarında 0.589'luk, CH hastalarında 0.659'luk** pozitif yönlü, orta dereceli ve doğrusal bir ilişki olduğu görülmektedir. **Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.001$ )** (Tablo 7.7.). Kim ve ark.'larının (2002) çalışmalarında da depresyon ve umutsuzluk düzeyi arasında pozitif yönde ilişkinin olduğu belirlenmiştir (15). Bu sonuçlar bize depresyon ve umutsuzluğun hasta bireylerde doğrusal olarak bir ilişkiye sahip olduğunu göstermektedir. Literatürdeki araştırmalar farklı hastalıklar için yapılmış olsa da verilerimiz literatür ile uyumlu olarak bulunmuştur.

İncelenen literatürdeki sonuçların farklılık göstermesi kronik hastalık tanısı altında farklı sistemlere ilişkin olguları içeren araştırmalarla değerlendirilmiştir. Bu doğrultuda farklı sistemlere ait doku ve organların fizyopatolojik bozukluklara yol açma süreci, hastalıkların psikiyatrik semptomları ortaya çıkarma süreleri değişkendir. Beyin ve bağırsak arasındaki ilişkiyi inceleyen bazı çalışmalarda (99) değişen barsak mikrobiyotasının, immün sistemi zayıflatıp korunmayı düşürdüğü, vücuttaki toksinlerin artmasına yol açarak toksinlerin kan-beyin bariyerini aşmasına bağırsak beyin aksında yer alan gama-aminobutirik asit ve serotonin gibi nöroaktif

maddeleri üretmesine neden olarak kişilerde mizaç değişimine sebep olabileceği düşünölmektedir. Özelde İBH hastalarına geldiğimizde; depresyonlu bireylerde bozulmuş hücreseİ bağışıklık ve artmış enflamasyon mevcuttur; benzer şekilde İBH'nın patogeneğinde de bozulmuş immün yanıt önemli rol oynar. Bu bilgiler ışığında İBH'lı hastaların umutsuzluk ve depresyona yatkınlığının düşük olduğu çalışmamız sonucunda görölmüşür.





## 6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

### 6.1.Sonuçlar

İnflamatuvar barsak hastalarında depresyon ve umutsuzluk düzeyinin belirlenmesi amacıyla yapılan araştırmamızda bulunan sonuçlar şu şekildedir;

- 1- Çalışmaya katılan 148 ÜK 130 CH hastasının yaş ortalaması  $45.95 \pm 12.25$  yıl olarak hesaplanmıştır (Tablo 1.1.). Ülseratif kolit hastalarının % 37.8'i (n=57), CH hastalarının % 40'ı (n=52) kadındır.
- 2- İBH hastaları sigara içme durumuna göre incelendiğinde, CH hastalarında (%30.0) ÜK hastalarına (%18.9) göre sigara içme oranının daha yüksek olduğu, aralarındaki fark ise istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p < 0.05$ ) (Tablo 1.1.).
- 3- ÜK hastalarının %40.5'i (n=60) ve CH hastalarının %38.5'i (n=50) hastalık süresini 10 yıldan fazla olarak belirtmiştir.
- 4- Hastaların ortalama ağırlıkları ÜK hastalarında  $75.61 \pm 13.52$  kg, CH hastalarında  $71.92 \pm 14.88$  kg olarak hesaplanmıştır. ÜK hastalarının ortalama kilolarının daha fazla olduğu, aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $Z=2.167$ ,  $p=0.031$ ).
- 5- İki grupta hastaların en fazla, ilaç ile tedavi oldukları, ikinci sırada ilaç ve cerrahi yönteminin olduğu görülmektedir (Şekil 1.1.).
- 6- İç tutarlılık katsayısı BUÖ için 0.854, BDÖ için 0.883 olarak hesaplanmıştır. Buna sonuçlara göre hastaların ölçeklere verdikleri yanıtlar tutarlıdır.
- 7- Depresyon puanı ortancası ÜK'da 10.5; CH'da 11 olarak hesaplanmıştır.
- 8- Hasta grupları depresyon puanı semptomları açısından incelendiğinde, ÜK hastalarında, CH hastalarına göre hafif depresyon semptomlarına sahip hastaların oranının yüksek, şiddetli depresyon semptomlarına sahip

hastaların oranının düşük olduğu saptanmıştır ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0.05$ , Tablo 4.4.).

- 9- Araştırma grubunun %7.9'unda ( $n=22$ ) 'şiddetli depresyon'; %15.5'inde ( $n=43$ ) 'orta dereceli depresyon'; %31.7'sinde ( $n=88$ ) 'hafif depresyon' semptomları bulunmuştur.
- 10- Çalışmamızda medeni durum, eğitim durumu, yaşanılan yer, meslek, mizaç durumu, sigara içme, hastalık süresi, özel besin takviyesi alma durumları BDÖ açısından incelendiğinde aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ( $p<0.05$ ).
- 11- Geliri giderden az olan CH hastalarının BDÖ puanının ÜK hastalarından daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $Z=2.106$ ,  $p=0.035$ ). Diğer gelir seviyelerinde hasta grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı gözlenmiştir ( $p>0.05$ ).
- 12- Hastalığı nedeniyle yaşamının olumsuz etkilenmediği belirten hastalar içerisinde ÜK hastalarının BDÖ puanının CH hastalarına göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $Z=1.987$ ,  $p=0.047$ , Tablo 5.5.).
- 13- Araştırma grubunun umutsuzluk puanı ortancası ise 5.0 olarak hesaplanmıştır.
- 14- Çalışmamızda cinsiyet, meslek, eğitim durumu, yaşanılan yer, gelir durumu, medeni durum, sigara içme, mizaç durumu, hastalık süresi, özel besin takviyesi alma durumları, mizaç şekli ile ilgili değişkenler umutsuzluk puanı açısından incelendiğinde gruplarının homojen dağıldığı ve BUÖ puanı bakımından benzer olduğu gözlenmiştir ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ( $p>0.05$ ).
- 15- BDÖ ve BUÖ puanları arasındaki ilişkiler incelendiğinde, ÜK hastalarında 0.589'luk ( $p<0.001$ ), CH hastalarında 0.659'luk pozitif yönlü, orta dereceli ve doğrusal bir ilişki olduğu görülmektedir.

## 6.2. Öneriler

Araştırmamızdan elde edilen sonuçlar ışığında aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur;

- 1- Ülkemizde İBH hastalarının bakım yönetimini İç Hastalıkları Hemşireleri ve klinikte Gastroenteroloji hemşireleri yürütmektedir. Ancak İBH özel bakım gereksinimleri olan ayrıca ev ve iş koşullarında takip edilmesi gereken son derece özel bir alandır. İBH hastalarında hemşirelerin nitelikli çalışmalar yaparak, İBH hastalarının takip, tedavi, hastalığa uyum, beslenme, atak dönemi yönetimi, hastalığın getirdiği fiziksel semptomlarla baş edebilme gibi eğitimleri içeren birimlerin oluşturulması, hastalığın hemşire tarafından desteklenmesi gereken yönünün kolaylıkla yürütülebileceğinin ortaya konması gerekmektedir.
- 2- Araştırmamızda İBH hastalarının değişik düzeylerde depresyon yaşadığı bulunması nedeniyle İBH hastalarının tedavi süreçlerinin psikolojik destek tedavisiyle teşvik edilmesi; aynı hasta gruplarının birbirleriyle iletişimlerini kolayca sağlayabilecekleri ortam/kuruluşların oluşturulması ve yaygınlaştırılması.
- 3- Bizim araştırma sonuçlarımız doğrultusunda hemşirelik alanında deneysel, kanıta dayalı araştırmaların planlanması ve yürütülmesi.
- 4- Araştırmada kullanılan ölçüm araçlarının bir seferlik değil, tekrarlı ölçümler yapılarak genellenmesi önerilmiştir.

## 7. KAYNAKLAR

1. Dağlı Ü.;Ülkü Dağlı editors. İnflamatuvar Bağırsak Hastalıkları. Fersa Matbaacılık Ltd: Türk Gastroenteroloji Vakfı, 2014:1-618.
2. Akdemir N, Birol L. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. İçinde: Akdemir N. *Barsak Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*, Genişletilmiş 3.Baskı. Ankara, Sistem Ofset Yayıncılık, Eylül 2011:637-642.
3. İltar U. İnflamatuvar Bağırsak Hastalığının Epidemiyolojik ve Klinik Özellikleri, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Antalya: Akdeniz Üniversitesi, 2013.
4. Tanrısever M. Ülseratif Kolit ve Crohn Hastalarında Yaşam Kalitesi, Anksiyete ve Depresyon, Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Koordinatörlüğü, Uzmanlık tezi. İstanbul,: Sağlık Bakanlığı, 2009.
5. Ahuja V, Tandon RK. Inflammatory bowel disease in the Asia-Pacific area: a comparison with developed countries and regional differences. *J Dig Dis* 2010,11:134–147.
6. Vegh Z, Kurti Z, Lakatos PL. Epidemiology of inflammatory bowel diseases from west to east. *J Dig Dis*. 2017 Feb;18(2):92-98.
7. Buran T. İnflamatuvar Barsak Hastalığında Epidemiyoloji, Prevalans ve İnsidans. *Türkiye Klinikleri Journal of Gastroenterohepatology Special Topics*, 2017, 10(1): 15-17.
8. Alarhayem A, Achebe E, Logue AJ. Psychosocial support of the inflammatory bowel disease patient, *Surgical Clinics of North America*, 2015, 95(6): 1281-1293.
9. Yanartas O, Biakci E, Senkal Z, Karaman K, Türkkın A, Temel K, Kuşcu MK. Assessment of psychiatric symptoms and quality of life in patients with inflammatory bowel disease, *Journal of Mood Disorders*, 2014, 4(3): 115-121.

10. Kim MC, Jung YS, Song YS, Lee JI, Park JH, Sohn CI, Park DI. Factors associated with anxiety and depression in Korean patients with inactive inflammatory bowel disease, *Gut and liver*, 2016,10(3):399-405
11. Tribbick D, Salzberg M, Ftanou M, et al. Prevalence of mental health disorders in inflammatory bowel disease: an Australian outpatient cohort. *Clin Exp Gastroenterol* 2015, 8:197–204.
12. Walker JR, Ediger JP, Graff LA, Greenfeld JM, Clara I, Lix L, et al. The Manitoba IBD cohort study: a population-based study of the prevalence of lifetime and 12-month anxiety and mood disorders. *Am J Gastroenterol*. 2008;103(8):1989–97.
13. Long MD, Kappelman MD, Martin CF, Chen W, Anton K, Sandler RS. Risk factors for depression in the elderly inflammatory bowel disease population. *J Crohns Colitis*, Feb 2014, 8(2):113–9.
14. Gheihman G, Zimmermann C, Deckert A, Fitzgerald P, Mischitelle A, Rydall A, Schimmer A, Gagliese L, Lo C, Rodin G, Depression and hopelessness in patients with acute leukemia: the psychological impact of an acute and life-threatening disorder, *Psycho-Oncology*, 2016 Aug, 25(8): 979-89.
15. Kim JA, Lee YK, Huh WS, Kim YG, Kim DJ, Oh HY, Kang SA, Kim Moon YH, Kim HW and Kim JH. Analysis of depression in continuous ambulatory peritoneal dialysis patients, *Journal of Korean medical science*, 2002 Dec, 17(6): 790-794.
16. Oliveira SB, Monteiro IM. Diagnosis and management of inflammatory bowel disease in children, *BMJ*, 2017;1-15.
17. Ovayolu N, Ovayolu Ö. Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutlarıyla Kronik Hastalıklar, *Çukurova Nobel Tıp Kitabevi*, 2016: 278-283.
18. Ergün A. Gastrointestinal Hastalıkların Fizyolojisi. İçinde: *Tıbbi Fizyoloji*, Çavuşoğlu H, Yeğen BÇ, (Çeviri editörleri). *Textbook of Medical Physiology*,

- Guyton AC, Hall JE. 11. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2007: 819-825.
19. Olsen IØ, Jensen S, Larsen L, Sørensen EE. Adolescents' lived experiences while hospitalized after surgery for ulcerative colitis, *Gastroenterology nursing: the official journal of the Society of Gastroenterology Nurses and Associates*, 2016 Jul-Aug, 39(4):287-96.
20. Brown C, Gibson PR, Hart A, Kaplan GG, Kachroo S, Ding Q, Hautamaki E, Fan T, Black CM, Hu X, Beusterien K. Long-term outcomes of colectomy surgery among patients with ulcerative colitis, *SpringerPlus*, 2015, 4(1),1-11.
21. Balkan F. İnflamatuvar Bağırsak Hastalığında Osteoporoz, Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1. İç Hastalıkları Kliniği, İç Hastalıkları Uzmanlığı tezi, İstanbul: Sağlık Bakanlığı, 2006.
22. Elahi M, Telkabadı M, Samadi V, Vakili H. Association of oral manifestations with ulcerative colitis. *Gastroenterol Hepatol Bed Bench*. 2012,5(3):155-60.
23. Demir N, Erzin YZ. İnflamatuvar bağırsak hastalıklarında klinik belirtiler, *Güncel Gastroenteroloji*, 2014,18(4): 423-439.
24. Terzi C, Canda AE. Ülseratif kolit ve cerrahi tedavi, *SSK Tepecik Hastanesi Dergisi*, 2004,14(3):141-151.
25. Farmer RG. Lower gastrointestinal bleeding in inflammatory bowel disease, *Gastroenterol Jpn*, 1991,26(3):93-100.
26. Törüner M. İnflamatuvar hastalıklarda kanamalar: kronik inflamatuvar barsak hastalıkları (uc-crohn), iskemik, radyasyon, *Türkiye Klinikleri Journal of Gastroenterohepatology Special Topics*, 2008,1(2):47-50.
27. Bengi G, Akpınar H. İnflamatuvar bağırsak hastalıkları komplikasyonları: toksik megakolon, kolon perforasyonu, *Güncel Gastroenteroloji*, Aralık 2013,17(4):307-313.

28. Işık M, Sarı T. İnflamatuvar barsak hastalıkları. *Turkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics*, 2015,6(4):47-55.
29. Lima FD, Ribeiro TCDR, Chebli LA, Pace FHDL, Chaves LDDM, Ribeiro MS, Chebli JMF. Mood swings in patients with Crohn's disease: incidence and associated factors. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 2012,58(4): 481-488.
30. Nielsen OH, Ainsworth M, Coskun M, et al. Management of iron deficiency anemia in inflammatory bowel disease: a systematic review. *Medicine (Baltimore)*, 2015,23(94):1-14.
31. Çiftkaya, PÖ, Ofluoğlu D. İnflamatuvar bağırsak hastalıkları ile ilişkili eklem bulguları, *Güncel Gastroenteroloji*, Mart 2015, 19(1):42-47.
32. Güçlü M, Gülşen M, Sakallı H, Baba M. Ülseratif kolitli hastalarda pozitif paterji testi ve cilt bulgularının dağılımı, *Nobel Med*, 2011, 7(3): 95-99.
33. Lima CA, Lyra AC, Rocha R, Santana GO. Risk factors for osteoporosis in inflammatory bowel disease patients. *World J Gastrointest Pathophysiol*. 2015 Nov 15;6(4):210-8.
34. Alkım H. İnflamatuvar bağırsak hastalığı ve tromboz, *Güncel Gastroenteroloji*, Aralık 2013,1(4):354-362.
35. Bulut T. İnflamatuvar barsak hastalıklarında medikal ve cerrahi tedavi prensipleri, *Ankem Dergisi*, 2003,17(4):365-370.
36. Cosnes J, Nion-Larmurier I, Beaugerie L, et al. Impact of the increasing use of immunosuppressants in Crohn's disease on the need for intestinal surgery. *Gut*, 2005, 54: 237-41.
37. Ford AC, Bernstein CN, Khan KJ, Abreu MT, Marshall JK, Talley NJ & Moayyedi P. Glucocorticosteroid therapy in inflammatory bowel disease: systematic review and meta-analysis, *The American journal of gastroenterology*, 2011, 106(4): 590-9.

38. Tezel A. İnflamatuvar barsak hastalıklarında anti-TNF tedavilerin yeri ve uygulamada dikkat edilecek noktalar, *Güncel Gastroenteroloji*, 2010, 14(4):193-197.
39. Mowat C, Cole A, Windsor AL, Ahmad T, Arnott I, Driscoll R, ... , Lees C. Guidelines for the management of inflammatory bowel disease in adults, *Gut*, 2011, 60(5):571-607.doi: 10.1136/gut.2010.224154.
40. Ünal HÜ. Crohn hastalığında tedaviye güncel bakış, *Güncel Gastroenteroloji*, 2012, 16(1):11-25.
41. Özdemir Ü, Taşçı S. Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım, *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2013, 1(1): 57-72.
42. Mete HE. Kronik Hastalık ve Depresyon, *Klinik Psikiyatri*, 2008,11(Ek 3):3-18.
43. Uran BNÖ, Yıldırım Y. Yeni bir uzmanlık alanı: İnflamatuvar barsak hastalıkları hemşireliği, *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2016, 1(2): 27-33.
44. Graff LA, Brown SD. Common Psychological Disorders in Inflammatory Bowel Disease and Implications for Disease Management. *JCOM*, 2013,20(7):315-24.
45. WHO. Depression. <http://www.who.int/topics/depression/en/>.30.03.2017.
46. WHO. Mental disorders. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/en/>. 30.03.2017.
47. Öz F. Sağlık Alanında Temel Kavramlar, Yenilenmiş 2. Baskı. Ankara, Mattek Matbaacılık. 2010,189-224.
48. Fuller-Thomson E, Sulman J. Depression and inflammatory bowel disease: findings from two nationally representative Canadian surveys. *Inflamm Bowel Dis*. 2006;12: 697–707.



49. Persoons P, Vermeire S, Demyttenaere K, Fischler B, Vandenberghe J, Van Oudenhove L, et al. The impact of major depressive disorder on the short- and long-term outcome of Crohn's disease treatment with infliximab. *Aliment Pharmacol Ther.* 2005,22(2):101-10.
50. Mittermaier C, Dejaco C, Waldhoer T, Oefflerbauer-Ernst A, Miehsler W, Beier M, et al. Impact of depressive mood on relapse in patients with inflammatory bowel disease: a prospective 18-month follow-up study. *Psychosom Med.* 2004,66(1):79-84.
51. Major Depresyon Tanı Kriterleri.  
<http://www.psikiyatribursa.org/duygudurum-bozukluklari/major-depresyon-tani-kriterleri.html>. 30.03.2017.
52. Kılınç S ve Torun F. Türkiye'de Klinikte Kullanılan Depresyon Değerlendirme Ölçekleri. *Dirim Tıp Gazetesi*, 2011, 86 (1):39-47.
53. Douglas M. Screening for depression. *American Family Physician*, 2012 Jan 15,85(2):139-144.
54. Cooney GM, Dwan K, Greig CA, Lawlor DA, Rimer J, Waugh FR, Mead GE. Exercise for depression. *The Cochrane Library*, 2013 Sep, 12(9):CD004366. doi: 10.1002/14651858.CD004366.pub6.
55. Erdemir F. Hemşirelik Tanıları El Kitabı. 13. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2012;1-790.
56. Dilbaz N, Seber G. Umutsuzluk kavramı: Depresyon ve intiharda önemi. *Kriz Dergisi*, 1993,1(3):134-138.
57. Bayramova N, Karadakovan A. Kronik hastalığı olan bireylerin umutsuzluk durumlarının incelenmesi, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2004, 7(2):39-42.

58. Marin L, Torrejon A, Oltra L, et al. Nursing resources and responsibilities according to hospital organizational model for management of inflammatory bowel disease in Spain, *J Crohns Colitis*, 2011,5(3):211-217.
59. Stretton JG, Currie BK, Chauhan UK. Inflammatory bowel disease nurses in Canada: An examination of Canadian gastroenterology nurses and their role in inflammatory bowel disease care, *Canadian Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 2014, 28(2):89-93.
60. Nightingale AJ, Middleton W, Middleton SJ, Hunter JO. Evaluation of the effectiveness of a specialist nurse in the management of inflammatory bowel disease (IBD), *Eur J Gastroenterol Hepatol*, 2000,12(9):967-973.
61. Greveson K and Woodward S. Exploring the role of the inflammatory bowel disease nurse specialist. *Br J Nurs*, 2013,22(16):952-4.
62. O'Connor M, Bager P, Duncan J, Gaarenstroom J, Younge L, Detre P, ... , Greveson K. N-ECCO Consensus statements on the European nursing roles in caring for patients with Crohn's disease or ulcerative colitis. *Journal of Crohn's and Colitis*, 2013,7(9):744-764.
63. Bielefeldt K, Davis B, Binion DG. Pain and inflammatory bowel disease, *Inflamm Bowel Dis*,2009,15(5):778–788.
64. Norton C, Czuber-Dochan W, Artom M, Sweeney L, Hart A. Systematic review: interventions for abdominal pain management in inflammatory bowel disease,2017, *Aliment Pharmacol Ther*. 2017;1–11.
65. Docherty MJ, Jones III RC, Wallace MS. Managing pain in inflammatory bowel disease, *Gastroenterol Hepatol (N Y)*, 2011,7(9): 592–601.
66. Mason I. Continence care for patients with inflammatory bowel disease, *Nursing Standard*, 2007, 22(8):43-46.
67. Butcher L. Clinical skills: nursing considerations in patients with faecal incontinence, *Br J Nurs*, 2004, 13(13):760–767.

68. Salman B, Çekmen N. Gastrointestinal sistem fistüllerinde nutrisyonel destek ve güncel yaklaşımlar, *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 2005, 25(6):851-857.
69. Romberg-Camps MJ, Bol Y, Dagnelie PC, et al. Fatigue and health-related quality of life in inflammatory bowel disease: results from a population-based study in the Netherlands: the IBDSouth Limburg cohort. *Inflamm Bowel Dis* 2010; 16: 2137–47.
70. Yoo S, Jung YS, Park JH, et al. Fatigue severity and factors associated with high fatigue levels in Korean patients with inflammatory bowel disease. *Gut Liver* 2014,8:148–53.
71. Timmer A, Kemptner D, Bauer A, Taksas A, Ott C, Furst A. Determinants of female sexual function in inflammatory bowel disease: a survey based cross-sectional analysis, *BMC Gastroenterol*, 2008, 8(45):1-10.
72. Çetinkaya ZA, Sezikli M, Güzelbulut F, Öztürk M, Yetkin M, Yeşil A, Kurdaş Ö. İnflamatuvar barsak hastalığında cinsel disfonksiyon varlığı. *Akademik Gastroenteroloji Dergisi*, 2011, 10(3):104-107.
73. Gölbaşı Z, Evcili F. Hasta cinselliğinin değerlendirilmesi ve hemşirelik: engeller ve öneriler, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2013,16:182-189.
74. Bal DN. Hemşirelerin cinsel bakıma ilişkin tutum ve inançları, *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 2014,11(3):38-42.
75. Uslu E, İnfal S, Ulusoy, M.N. (2016). Cinsel Sorunların Çözümünde Plisst Modelinin Etkisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 8(1): 52-63.
76. Belling R, Woods L, McLaren S. Stakeholder perceptions of specialist Inflammatory Bowel Disease nurses' role and personal attributes, *Int J Nurs Pract*, 2008 Feb, 14(1):67-73.

77. Öztürk E. Farklı klinik durumlarda nütisyonel destek: inflamatuvar barsak hastalıklarında nütisyonel destek, *Türkiye Klinikleri J Gen Surg-Special Topics*, 2015, 8(1):79-83.
78. Lucendo AJ, De Rezende LC. Importance of nutrition in inflammatory bowel disease, *World Journal of Gastroenterology*, 2009, 15(17): 2081–2088.
79. Türk Hematoloji Derneği, B12 Vitamin Eksikliği Tanı ve Tedavi Kılavuzu Kılavuzu, 2011.
80. Mihai C, Prelipcean CC, Pintili I, Nedelciuc O, Jigaranu AO, Dranga M & Mihai B. Nutrition in inflammatory bowel diseases. *Rev Med Chir Soc Med Nat Iasi*, 2013, 117(3):662-669.
81. Nielsen OH, Ainsworth M, Coskun M & Weiss G. Management of iron-deficiency anemia in inflammatory bowel disease: a systematic review. *Medicine*, 2015, 94(23):1-14.
82. Bonovas S, Fiorino G, Allocca M, Lytras T, Tsantes A, Peyrin-Biroulet L & Danese S. Intravenous Versus Oral Iron for the Treatment of Anemia in Inflammatory Bowel Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Medicine*, 2016,95(2):1-9.
83. Akpınar H, Çetiner M, Keshav S, Örmeci N & Törüner M. Diagnosis and treatment of iron deficiency anemia in patients with inflammatory bowel disease and gastrointestinal bleeding: iron deficiency anemia working group consensus report. *Turk J Gastroenterol*, 2017,28: 81-7.
84. Stein J, Hartmann F, Dignass AU. Diagnosis and management of iron deficiency anemia in patients with IBD, *Nature Reviews Gastroenterology and Hepatology*, 2010, 7(11):599-610.
85. Teğın B. Depresyonda Bilişsel Bozukluklar Beck Modeline Göre Bir İnceleme Yayınlanmamış Doktora Tezi, Psikoloji Bölümü, Hacettepe Üniversitesi, 1980.

86. Hisli N. Beck Depresyon Envanteri'nin Üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği, *Psikoloji Dergisi*, 1988, 7 (23): 3-13.
87. Seber G. Beck Umutsuzluk Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirliği Üzerine Bir Çalışma, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Doçentlik Tezi, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi, 1991.
88. Zhu Q, Cao Q. Quality of care for patients with inflammatory bowel disease in East China. *World J Gastroenterol*, 2008, 14(4): 612-6.
89. Vahedi H, Merat S, Momtahn S, Olfati G, Kazzazi AS, Tabrizian T et al. Epidemiologic Characteristics of 500 Patients with Inflammatory Bowel Disease. *Arch Iranian Med*, 2009,12:454-60.
90. Tozun N, Atug O, Imeryuz N. Members of the Turkish IBD Study Group. Clinical characteristics of inflammatory bowel disease in Turkey: a multicenter epidemiologic survey. *J Clin Gastroenterology*, 2009, 43: 51-7.
91. Mercimek K. Trakya Bölgesinde İnflamatuvar Barsak Hastalıklarının Epidemiyolojik Özellikleri, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Edirne: Trakya Üniversitesi, 2010.
92. Can G, Poşul E, Yılmaz B, Can H, Korkmaz U, Ermiş F. Kurt M ve Dağlı Ü. Bolu/Düzce Bölgesi inflamatuvar barsak hastalıklarının insidans ve prevalans özellikleri: 2004-2013 Retrospektif kohort çalışması. *Abant Med J* 2015,4(3):210-220.
93. <http://www.tuik.gov.tr/HbGetirHTML.do?id=24625>. 21.3.2017.
94. Ozin Y, Kılıç MZ, Nadir I. Clinical features of ulcerative colitis and crohn's disease in Turkey. *J Gastrointestin Liver Disease* 2009, 18: 157-62.
95. Cosnes J. Tobacco and IBD: relevance in the understanding of disease mechanisms and clinical practice. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*, 2004,18: 481-496.

96. Hauser G 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.
97. Salehi ZM. The relationship between anxiety, depression, and quality of life among women with breast cancer, *International Journal of Academic Research in Psychology*, 2017, 4(1): 11-19.
98. Zhang CK, Hewett J, Hemming J, et al. The influence of depression on quality of life in patients with inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis*, 2013,19:1732–1739.
99. Evrensel A, Ceylan ME. Bağrsak Beyin Ekseni: Psikiyatrik Bozukluklarda Bağrsak Mikrobiyotasının Rolü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 2015,7(4):461-472.

## 8. EKLER

### EK – 1.

#### İBH HASTALARININ DEPRESYON VE UMUTSUZLUK DÜZEYİNİN BELİRLENMESİNDE KULLANILAN VERİ TOPLAMA FORMU

##### KİŞİSEL BİLGİ FORMU (KBF)

1. Doğum Yılıınız:

2. Cinsiyetiniz: ( ) Kadın ( ) Erkek

3. Medeni haliniz: ( ) Evli ( ) Bekâr

4. Eğitim Durumunuz : ( ) İlköğretim ( ) Lise ( ) Lisans ve üstü

5. En uzun süre yaşadığınız yer aşağıdakilerden hangisidir?

- ( ) Köy  
( ) İlçe merkezi  
( ) Büyük şehir (İstanbul, Ankara, İzmir, Bursa, Adana gibi)  
( ) Diğer

6. Çalışma Durumunuz: ( ) Çalışmıyor ( ) Çalışıyor

7. Mesleğiniz:

- ( ) İşçi  
( ) Esnaf (kendi işi)  
( ) Memur  
( ) Nöbetli memur (polis, hemşire, asker vb. )  
( ) Diğer (ev hanımı, emekli vb.)

8. Gelir durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

- ( ) Gelir giderden az ( ) Gelir gidere denk ( ) Gelir giderden fazla

9. Haftalık çalışma saatiniz : ( ..... saat)

10. Kilonuz kaçtır? ( ..... kg)

11. Son bir yılda kaybettiğiniz kilo miktarı nedir? ( ..... kg)

12. Sigara kullanıyor musunuz? ( ) Evet ( ) Hayır ( ) Bırakmış

13. Hastalığınızın tanısı nedir? ( ) Ülseratif kolit ( ) Crohn

14. Hastalık süreniz:

- ( ) 1 yıldan az ( ) 1-5 yıl ( ) 6 -10 yıl ( ) 10 yıl üzeri

15. Hastalığınızla ilgili hangi tedavi yöntemlerini aldınız?(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- ( ) İlaç tedavisi (kortikosteroid, ASA, Remicade, immünomodülatör)  
( ) Ameliyat (Cerrahi)  
( ) Biyoterapi

( ) Diğer (lütfeñ belirtiniz .....

**16. Hastalığınızla ilgili özel besin ya da besin takviyesi alıyor musunuz?**

( ) Evet ( ) Hayır

**17. Şuan ki günlük dışkı sayınız kaçtır? Gündüz ( ..... kez) Gece ( ..... kez)**

**18. Son bir hafta içindeki dışkı kıvamınız nasıl?(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz).**

( ) Normal ( )Yumuşak ( ) Sulu ( ) Kanlı ( )Mukuslu ( )Diğer

**19. Şuan ki acil tuvalete gitme gereksiniminiz kaç kez?**

**Gündüz ( ..... kez) Gece ( ..... kez)**

**20. Varsa şuan ki dışkı kaçırma sayınız günde kaç kez? ( ..... )**

**21. Her bir tuvalete (WC'ye) gittiğinizde harcadığınız zamanı belirtiniz. ( .....dakika)**

**22. Hastalığınız günlük yaşamınızı olumsuz yönde etkilediğini düşünüyor musunuz?**

( ) Evet ( ) Hayır

**23. Ek bir kronik bir hastalığınız var mı?**

- ( ) Hayır, yok
- ( ) Hipertansiyon ( Yüksek Tansiyon)
- ( ) Diyabet (Şeker Hastalığı)
- ( ) Alerji
- ( ) Kalp yetmezliği
- ( ) Astım
- ( ) Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAİ)
- ( ) Kronik Böbrek Yetmezliği
- ( ) Romatizmal Hastalık
- ( ) Diğer (Lütfeñ belirtiniz) .....

**24. Mizacınızı tanımlayınız (Çoğunlukla içinde bulunduğunuz seçeneği işaretleyiniz).**

- ( ) Sportif-aktif
- ( ) Pasif-içe kapanık
- ( ) Sakin-uyumlu
- ( ) Eğlenceli-neşeli
- ( ) Çabuk sinirlenen- öfkeli
- ( ) Diğer



Aşağıda geleceğe ait düşünceleri ifade eden bazı cümleler verilmiştir. Lütfen her bir ifadeyi okuyarak, bunların size ne kadar uygun olduğuna karar veriniz. Size uygun olanlar için "Evet", uygun olmayanlar için ise "Hayır" sütununun altındaki kutuyu ( X ) işaretleyiniz.

	Evet	Hayır
1. Geleceğe umut ve coşku ile bakıyorum.		
2. Kendim ile ilgili şeyleri düzeltemediğime göre çabalamayı bıraksam iyi olur.		
3. İşler kötüye giderken bile her şeyin hep böyle kalmayacağını bilmek beni rahatlatıyor.		
4. Gelecek on yıl içinde hayatımın nasıl olacağını hayal bile edemiyorum.		
5. Yapmayı en çok istediğim şeyleri gerçekleştirmek için yeterli zamanım var.		
6. Benim için çok önemli konularda ileride başarılı olacağımı umuyorum.		
7. Geleceğimi karanlık görüyorum.		
8. Dünya nimetlerinden sıradan bir insandan daha çok yararlanacağımı umuyorum.		
9. İyi fırsatlar yakalayamıyorum. Gelecekte yakalayacağıma inanmam için de hiçbir neden yok.		
10. Geçmiş deneyimlerim beni geleceğe iyi hazırladı.		
11. Gelecek, benim için hoş şeylerden çok tatsızlıklarla dolu görünüyor.		
12. Gerçekten özlediğim şeylere kavuşabileceğimi ummuyorum.		
13. Geleceğe baktığımda şimdikine oranla daha mutlu olacağımı umuyorum.		
14. İşler bir türlü benim istediğim gibi gitmiyor.		
15. Geleceğe büyük inancım var.		
16. Arzu ettiğim şeyleri elde edemediğime göre bir şeyler istemek aptallık olur.		
17. Gelecekte gerçek doyuma ulaşmam olanaksız gibi.		
18. Gelecek bana bulanık ve belirsiz görünüyor.		
19. Kötü günlerden çok, iyi günler bekliyorum.		
20. İstediğim her şeyi elde etmek için çaba göstermenin gerçekten yararı yok, nasıl olsa onu elde edemeyeceğim.		

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatan seçeneği işaretlemeniz ( X ) gerekmektedir.

1. ( ) Üzgün ve sıkıntılı değilim.  
( ) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.  
( ) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.  
( ) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.
2. ( ) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.  
( ) Gelecek için karamsarım.  
( ) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.  
( ) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
3. ( ) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.  
( ) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.  
( ) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğumu görüyorum.  
( ) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
4. ( ) Her şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.  
( ) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.  
( ) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.  
( ) Her şeyden sıkılıyorum.
5. ( ) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.  
( ) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.  
( ) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.  
( ) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
6. ( ) Kendimden memnunum.  
( ) Kendimden pek memnun değilim.  
( ) Kendime kızgınım.  
( ) Kendimden nefret ediyorum.
7. ( ) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.  
( ) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğumu düşünmüyorum.  
( ) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.  
( ) Her şeyi yanlış yapıyor muyum gibi geliyor ve hep kendimi kabahatli buluyorum.
8. ( ) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.  
( ) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.  
( ) Kendimi öldürmek isterdim.  
( ) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
9. ( ) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.  
( ) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.  
( ) Çoğu zaman ağlıyorum.  
( ) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.
10. ( ) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.  
( ) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.  
( ) Her şey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.  
( ) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum.

11. ( ) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.  
( ) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.  
( ) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.  
( ) Artık çevremde hiç kimseyi istemiyorum.
12. ( ) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.  
( ) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.  
( ) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.  
( ) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
13. ( ) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.  
( ) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.  
( ) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.  
( ) Kendimi çok çirkin buluyorum.
14. ( ) Eskisi kadar iyi iş gücü yapabiliyorum.  
( ) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.  
( ) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.  
( ) Artık hiçbir iş yapamıyorum.
15. ( ) Uykum her zamanki gibi.  
( ) Eskisi gibi uyuyamıyorum.  
( ) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.  
( ) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
16. ( ) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.  
( ) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.  
( ) Her şey beni yoruyor.  
( ) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.
17. ( ) İştahım her zamanki gibi.  
( ) Eskisinden daha iştahsızım.  
( ) İştahım çok azaldı.  
( ) Hiçbir şey yiyemiyorum.
18. ( ) Son zamanlarda zayıflamadım.  
( ) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.  
( ) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.  
( ) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.
19. ( ) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.  
( ) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.  
( ) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafama başka şeylere vermekte zorlanıyorum.  
( ) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.
20. ( ) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.  
( ) Eskisine oranla sekse ilgim az.  
( ) Cinsel isteğim çok azaldı.  
( ) Hiç cinsel istek duymuyorum.
21. ( ) Cezalandırılması gereken şeyler yaptığımı sanmıyorum.  
( ) Yaptıklarımın dolaylı cezalandırılabilceğimi düşünüyorum.  
( ) Cezamı çekmeyi bekliyorum.  
( ) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

**EK - 2.****ETİK KURULU ONAY FORMU**

222

Yıldırım Beyazıt Üniversitesi ..... Sağlık Bilimleri ..... Fakültesi / Enstitüsü  
Hemşirelik Bölümü ..... öğrencilerinden  
Burcu Karadaşlı'nın İnflamatuvar Parank Hastalarında Depresyon ve Umutsuzluk Düzeyinin Belirlenmesi adlı araştırması değerlendirilmiştir.

Proje etik açısından uygun bulunmuştur.

Proje etik açısından geliştirilmesi gerekmektedir.

Proje etik açısından uygun bulunmamıştır.

**ETİK KURUL KARARI**

Oturum / Sıra No.	10/02
Karar Tarihi	31.03.2016
Karar No.	259

**KURUL BAŞKANI, BAŞKAN YARDIMCISI VE ÜYELER:**

		İMZA
Prof. Dr. Cem Şafak ÇUKUR	Başkan	
Doç. Dr. Musa AYGÜL	Başkan Yardımcısı	
Prof. Dr. Şükrü ÖZEN	Üye	
Prof. Dr. Ergün ERASLAN	Üye	
Prof. Dr. Metin ÖZDEMİR	Üye	
Doç. Dr. Rıza GÖKLER	Üye	
Doç. Dr. Tekin AKDEMİR	Üye	
Doç. Dr. Necmiye ÜN YILDIRIM	Üye	

## EK – 3.

# ARAŞTIRMANIN YAPILABİLMESİ İÇİN GEREKLİ İZİN YAZILARI



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu  
Ankara I. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

ANKARA TLI I. BÖLGE KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ  
GENEL SEKRETERLİĞİ - ANKARA TLI I. BÖLGE KİRDOS  
ARGE BİRİMİ



Sayı : 70629056/514.05  
Konu : Tez Uygulama İzin Yazısı

YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİNE  
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne)

İlgi: 01.07.2016 tarih ve 4532 sayılı başvuru.

İlgi yazınız bağlı sağlık tesisimiz, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesine iletilmiş olup "İnflamatuvar Barsak Hastalıklarında Depresyon ve Umutsuzluk Düzeylerinin Belirlenmesi" konulu tez çalışmasının hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, araştırmaya katılım gönüllülük esasına göre yapılması, araştırmanın amacı, yöntemi, kapsamı, süresi, araştırma metodu ve kavramsal çerçevesini açıklayan bilgiler göz önünde bulundurularak yapılması çalışmanın sonucunun Bakanlığımız bilgisi dışında ilan edilmemesi, bir örneğinin Genel Sekreterliğimize gönderilmesi kaydıyla Hastane Yöneticiliğince uygun bulunmuştur.

Bilginizi ve gereğini arz ederim.

Dr. Ertuğrul ÜNKOÇ  
Genel Sekreter a.  
İdari Hizmetler Başkanı

EK: İlgi yazı (1 Sayfa)

Tıbbi Hizmetler Başkanlığı- İlaç ve Tıbbi Cihaz Yönetimi Birimi- Arge Birimi  
Anafartalar cad. Alındag Belediye Sarayı Talatpaşa Dülvari 06320 Tel:0 (312) 306 36 53  
Faks No: Bilgi için: Betül ÜÇER

e-Posta: betul.ucer@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Uzml.Ecz. Elif AVANER-3063710  
Uyvan, Veri Hazırlama ve Kontrol İşh. Telefon No:

Fırsatın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden b09521d5-0369-4b16-aame-68ac8a11f1fd1a ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

ANKARA TÜRKİYE YÜKSEK LİSANS  
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ  
GENEL SEKRETERLİĞİ - SAĞLIK BİLİMLERİ  
ÜNİVERSİTESİ ANKARA TÜRKİYE YÜKSEK  
LİSANS EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ  
EPKAK BİRLİĞİ  
04 08 2016 16:23 29620911-929-170  
T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Sayı : 29620911-EPK  
Konu : EPK

27863185  
T.C.  
BAKANLIĞI  
Ankara Hastane  
leri Üniversite  
as Eğitim ve A

Ankara İl 1.Bölge Kamu Hastaneleri Birliği  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi - Ankara  
Türkiye Yüksek Lisans Eğitim ve Araştırma Hastanesi



Giden Evrak Tarihi : 04/08/2016  
Giden Evrak No : 7407

TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU  
Ankara 1.Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

İlgi: 14.07.2016 tarih ve 70629056-514.05-E.24 sayılı yazınız.

Hastanemiz Hemşirelerinden Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans öğrencisi Burcu KARATAŞ DOĞAN'ın "İnflamatuvar Barsak Hastalıklarında Depresyon ve Umutsuzluk Düzeylerinin Belirlenmesi" konulu tez çalışması yapma talebi Hastanemiz Eğitim Plan ve Koordinasyon kurulumuzun 29/07/2016 tarih ve 348 sayılı toplantısında görüşülmüş olup; söz konusu çalışmanın sonucunun Bakanlığımız bilgisi dışında ilan edilmemesi, bir örneğinin Genel Sekreterliğimize gönderilmesi kaydıyla hastanemizde hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, araştırmaya katılımların gönüllülük esasına göre yapılması, araştırmanın amacı, yöntemi, kapsamı, araştırma metodu ve kavramsal çerçevesini açıklayan bilgiler göz önünde bulundurulması koşullarına dikkat edilmesi durumunda uygunluğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinizi arz ederim.

Prof. Dr. Mustafa PAÇ  
Hastane Yöneticisi

Kızılav Nokta: No:106100 Sıhhiye/ANKARA  
Telefon : (0312) 306 10 09  
e-posta : personel@tyyh.gov.tr  
TYHH-FRM-1KV-018412.12.3006/01

Belge Geçer : (0312) 312 41 26  
Elektronik Ağ : www.tyhh.gov.tr

EPK SEKRETERLİĞİ

## EK-4

# BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

### AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Sevgili Katılımcı;

Bu araştırma, **ülseratif kolit ve crohn hastalarında depresyon ve umutsuzluk düzeylerini** belirlemek için planlanmıştır. Lütfen soruları cevaplamadan önce her birini dikkatlice okuyunuz. Hiçbir soruyu atlamamaya özen gösteriniz. Burada sorulan sorulara verilebilecek cevapların **doğrusu veya yanlışı yoktur**. Önemli olan size en uygun ve aklınıza ilk gelen cevabı vermenizdir ve sizin duygu, düşünce ve tutumlarınızdır.

**Araştırmaya katılmak serbesttir.** Araştırmaya katılımınızda gönüllülük esas alınmıştır. Araştırmanın sonucunda elde edilen bilgiler anonim (gizli) kalacak ve sizin gibi aynı hastalıktan muzdarip olan bireylere fayda sağlamak amacıyla değerlendirilecektir. **Ankete katılıp katılmama durumunuz tetkik ve muayenenizi kesinlikle etkilemeyecektir.** Ankete katılmanız bilimsel olarak bizleri teşvik edecek ve bilim literatürüne katkı sağlayacaktır. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecek ve çalışmaya katıldığınız için size herhangi bir ödeme de yapılmayacaktır. **Anketteki sorulara vereceğiniz cevaplar tamamen gizli kalacaktır.** Anket sonucunda bilgilendirilmek isterseniz sizinle iletişime geçilecektir. Sorunuz olursa açık iletişim bilgilerim aşağıdadır. **Destek ve katkılarınız için şimdiden teşekkür ederim.**

**Katılımcının Beyanı:** Katılmam istenen çalışmanın amacını ve gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Bu çalışmaya katılmayı reddettiğim zaman herhangi bir ters tutum ile karşılaşmayacağımı anladım. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

**Katılımcı Ad Soyad:**

**İmza:**

Anket sonucunda bilgilendirilmek isteme durumunuz;

( ) Hayır, bilgilendirilmek istemiyorum.

( ) Evet, bilgilendirilmek istiyorum ( Lütfen size ulaşabileceğim güncel bir telefon numarası veya varsa e-mail adresi belirtiniz)(..... )

**Araştırmacı**

**Adı Soyadı:** Burcu KARATAŞ

**Unvanı:** Yıldırım Beyazıt Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi- Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Yoğun Bakım Hemşiresi

**Adres:** Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Yoğun Bakım

**İletişim:** 0505 704 35 74 /0312 306 13 01 /cuurcu\_14@hotmail.com

**İmza:**

**EK-5**  
**ÖZGEÇMİŞ**

<b>KİŞİSEL BİLGİLER</b>	
Adı Soyadı	Burcu (KARATAŞ) DOĞAN
Doğum Tarihi	13.07.1990
Doğum Yeri	Ankara
Medeni Hali	Evli
Uyruğu	T.C.
Adres	Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Ankara
Tel	0505 704 35 74
E-Mail	cuurcu_14@hotmail.com
<b>EĞİTİM</b>	
Lise	Selahattin Akbilek Lisesi (2007)
Lisans	Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi (2011)
Yüksek Lisans	Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı
<b>İŞ</b>	
Ankara Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi- Gastroenteroloji Yoğun Bakım, 2011-Halen.	
<b>YABANCI DİL BİLGİSİ</b>	
İngilizce	YÖK DİL: 62.5 (2017)
<b>YAYINLAR</b>	
<p>Karataş, B., Çelik, SS. &amp; Koç, A. 2016. Hemşirelik öğrencilerinin kesici-delici aletlerle yaralanmaya ilişkin bilgi düzeylerinin ve tutumlarının incelenmesi. <i>Bozok Tıp Dergisi Bozok Med J</i> 2016;6(4):21-9.</p> <p>Koç, A., Karataş B., Çelik SS. 2015. Hemşirelik öğrencilerinin kesici-delici aletlerle yaralanmaya ilişkin bilgi düzeylerinin incelenmesi. 17. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, 14-18 Ekim 2015, Antalya, s. 395-396.BİLDİRİ</p>	
<b>ÜYE OLUNAN MESLEKİ KURUŞLAR</b>	
--	



