

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
İÇ HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI

İNFLAMATUVAR BARSAK HASTALARINDA YAŞAM KALİTESİ DEĞERLENDİRME ANKETİ

Dr. Can AKÇURA

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Hale AKPINAR

İZMİR-2015

TEŞEKKÜR

Tezimin hazırlanması sürecinde ajandası ne kadar dolu olsa da hiçbir zaman yardımlarını esirgemeyen danışman hocam Prof. Dr. Hale AKPINAR'a,

Tezimin istatistiksel analizinde uzun saatler birlikte çalıştığım, görece yabancı olduğum bir konuda beni en iyi şekilde aydınlatan Doç. Dr. Pembe KESKİNOĞLU'na,

Sadece tezimin hazırlanma sürecinde değil, asistanlık sürecim boyunca bana destek olan Uz. Dr. Göksel BENGİ ve Dr. Rukiye ARIKAN'a,

Yaklaşık dört buçuk yıl süren asistanlığım süresince beraber uyum içinde çalıştığım İç Hastalıkları Anabilim Dalı bünyesindeki servis ve poliklinik hemşireleri, personelleri ve sekreterlerine,

Bir ömür boyu birlikte olmayı dilediğim, hayat arkadaşım, biricik eşim Dr. Yağmur Damla AKÇURA'ya,

Beni her konuda destekleyen, yüreklendiren, beni ben yapan ailem; kardeşim Deniz AKÇURA'ya; rol modellerim babam Op. Dr. Kenan AKÇURA'ya ve annem Dt. Füsün AKÇURA'ya; anneannem, ikinci annem Leman ÖZÜNCER'e,

en içten teşekkürlerimi sunmayı borç bilirim.

Dr. Can AKÇURA

ŞEKİL VE TABLO LİSTESİ

Şekil-1 : Lümendeki doğal bağışıklık sisteminin yanıtı.

Şekil-2 : Lümendeki adaptif immün yanıt.

Şekil-3 : Ağır şiddetli ülseratif kolitte büyük ülserler ve spontan kanama alanları

Şekil-4 : Crohn hastalığında aftöz ülserler ve kaldırım taşı görünümü

Şekil-5 : Faktör analizine tabi tutulan bileşenlerin özdeğerleri (Eigenvalue)

Tablo-1 : Montreal sınıflandırmasına göre ülseratif kolit kolon tutulumu

Tablo-2 : Ülseratif kolitte Truelove ve Witts kriterleri

Tablo-3 : Mayo skoru

Tablo-4 : Crohn hastalığında tutulum yerleri ve tutulum sıklıkları

Tablo-5 : Crohn hastalığı aktivite indeksi (Crohn disease activity index-CDAI)

Tablo-6 : Harvey-Bradshaw indeksi

Tablo-7 : Araştırma grubu hastaların sosyodemografik özelliklerinin bazılarına göre dağılımı

Tablo-8 : Araştırmaya katılan hastaların sosyoekonomik verilerinden bazıları

Tablo-9 : Çalışmaya katılan hastaların alışkanlık ve sosyal bakım yönünden verileri

Tablo-10: Güvenilirlik madde analizleri

Tablo-11: İnflamatuvar Bağırsak Hastalığında Yaşam Kalitesi Değerlendirme Anketi'nin faktör analizi

Tablo-12: Soruların faktörler altında gruplanması

Tablo-13: Soruların cevap yüzde dağılımları (1:Hiç olmadığı kadar çok, 2:Aşırı derecede çok, 3:Çok, 4:Orta derecede, 5:Bir miktar, 6:Az, 7:Hiç, SD: standart sapma)

KISALTMALAR

5-ASA	: 5-Asetilsalisilik asid
6-MP	: 6-Merkaptopürin
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AIEC	: Adherent invasive eschericia coli
ALP	: Alkalen fosfataz
APC	: Antijen sunan hücre
ASCA	: Anti Saccharomyces cerevisiae antikoru
AZA	: Azatiopürin
BT	: Bilgisayarlı tomografi
CDAI	: Crohn hastalığı aktivite indeksi
CH	: Crohn hastalığı
DEXA	: Dual-energy x-ray absorptiometry
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GGT	: Gamma glutamil transferaz
HIV	: İnsan immünyetmezlik virüsü
IEC	: İntestinal epitel hücresi
IFN-γ	: İnterferon gamma
IL	: İnterlökin
ILC	: Doğal lenfoid hücreler
İBH	: İnflamatuvar barsak hastalığı
İBH-YKA	: İnflamatuvar barsak hastalığı yaşam kalitesi değerlendirme anketi
KMO	: Kaiser-Meyer-Olkin ölçütü
MAP	: Mycobacterium avium paratuberculosis
MMP	: Metalloproteinaz
MRCP	: Manyetik rezonans kolanjiopankreatografi
NF-κB	: Nükleer faktör kappa B
NLR	: NOD-like reseptör
NSAİİ	: Non-steroid antiinflamatuvar ilaçlar

PPD	: Pürifiye protein derivesi
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
Th	: T helper hücresi
TLR	: Toll-like reseptör
TNF- α	: Tümör nekroz faktörü alfa
USG	: Ultrasonografi
ÜK	: Ülseratif kolit
WHOQOL	: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Değerlendirme Anketi

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
ŞEKİL VE TABLO LİSTESİ	ii
KISALTMALAR	iii
İÇİNDEKİLER	v
ÖZET	1
SUMMARY	3
1.GİRİŞ VE AMAÇ	5
2.GENEL BİLGİLER	7
2.1.TANIM	7
2.2.EPİDEMİYOLOJİ	7
2.3.ETYOPATOGENEZ	8
2.4.KLİNİK	12
2.5.EKSTRAİNTESTİNAL BULGULAR	17
2.6.TANI	19
2.7.TEDAVİ	22
2.8.YAŞAM KALİTESİ VE SAĞLIKTA YAŞAM KALİTESİ	25
2.9.DEĞERLENDİRME ARAÇLARININ PSİKOMETRİK ÖZELLİKLERİ	27
3.GEREÇ VE YÖNTEM	32
4.SONUÇLAR	36
5.TARTIŞMA	45
KAYNAKLAR	52
EKLER	56

ÖZET:

İNFLAMATUVAR BARSAK HASTALARINDA YAŞAM KALİTESİ DEĞERLENDİRME ANKETİ

Dr. Can AKÇURA

**Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı İnciraltı /
İZMİR 35340**

can.akcura@deu.edu.tr

Amaç:

İnflamatuvar bağırsak hastalıkları (İBH) hastaların yaşam kalitesini etkileyen hastalıklardandır. Türkçede valide edilip geçerlik ve güvenirliği gösterilmiş İBH ile ilgili yaşam kalitesi anketi bulunmamaktadır. Bu çalışma 1992 yılında yayınlanan, farklı ülkelerde valide edilen “Inflammatory Bowel Disease Quality of Life Questionnaire” “İnflamatuvar bağırsak hastalığında yaşam kalitesi değerlendirme anketi” (İBH-YKA)’nin Türk toplumu için geçerlik ve güvenirliğini belirlemek amacıyla yapılmış olan tanımlayıcı ve metodolojik bir araştırmadır.

Gereç ve Yöntem:

Araştırma kapsamına, Mart-Mayıs 2013 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi İBH polikliniğine başvuran okuma-yazması olan, araştırmaya gönüllü, 18 yaş ve üstü, bilişsel fonksiyonları yerinde olan İBH hastaları (n= 176, yaş ort. 44.1 ± 13.5) alınmıştır. Katılımcılara İBH-YKA “yüz yüze” görüşme yöntemi ile uygulanmıştır. Anketin güvenirliğini ölçmek amacıyla 30 hastaya anket 2 hafta arayla bir kez daha uygulanmıştır. İBH-YKA puanlaması ve yapısı bakımından kompleks bir ölçek olup, toplam 36 sorudan oluşmaktadır. Ölçeğin faktör analiz yapısı; “Sistemik semptomlar”, “Bağırsak semptomları”, “Fonksiyonel yetersizlik”, “Sosyal yetersizlik” ve “Duygusal fonksiyon” olmak üzere 5 boyuttan oluşmaktadır. Verilerin analizinde SPSS 18.0 paket programı kullanılmıştır.

Sonuçlar:

Araştırma grubunun % 44.3'ü kadındır ve % 21.6'sının ilkokul düzeyinde eğitimi vardır. İBH-YKA İngilizce'den Türkçe'ye "çeviri-tekrar çeviri" yöntemi ile çevrilmiştir. Anketin içerik geçerliliği uzman görüşlerine dayanılarak sınanmıştır. Ölçeğin güvenilirliğini kontrol etmek için, iç tutarlılık, madde-toplam puan korelasyonları ile değerlendirme yapılmış ve anketin güvenilir olduğu saptanmıştır (Cronbach-alpha katsayısı 0.951 ve tüm madde-toplam puan korelasyonları anlamlı-iyi düzeydedir, $p < 0.05$ ve rho değerleri > 0.50). İBH-YKA'nın yapı geçerliliğini test etmek için uygulanan faktör analizi sonucuna göre; sorular 4 faktör altında toplanmıştır ve bu faktör yapısı ile toplam varyansın %62.77'sinin açıklanabildiği saptanmıştır.

SUMMARY:

QUALITY OF LIFE QUESTIONNAIRE IN INFLAMMATORY BOWEL DISEASE PATIENTS

Dr. Can AKÇURA

**Dokuz Eylül University Faculty of Medicine Department of Internal Diseases
İnciraltı / İZMİR 35340**

can.akcura@deu.edu.tr

Purpose:

Inflammatory bowel diseases (IBD) are diseases that effect the life quality of the patient. There is not a valid and reliable questionnaire about the quality of life in IBD in Turkish language. This research is a descriptive and a methodologic research, aiming to describe the validity and the reliability of the “Inflammatory Bowel Disease Quality of Life Questionnaire” (IBD-QOL), which was published in 1992 and validated in different countries, for Turkish population.

Materials and Method:

In the research,conscious, literate and willing patients above the age of 18 (n=176, mean age 44.1 ± 13.5) that have admitted to the Dokuz Eylul University Inflammatory Bowel Diseases Clinic during the time period March-May 2013 were included. IBD-QOL was applied to the patients via the “face-to-face” method. To calculate the reliability of the questionnaire, 30 patients filled the questionnaire for a second time after two weeks. The IBD-QOL is a complex scale about its structure and scoring, and it consists of 36 questions. The factor analysis structure of the questionnaire consists of five dimensions; “Systemic symptoms”, “Bowel symptoms”, Functional impairment”, “Social impairment” and “Emotional function”. SPSS 18.0 program was used to analyze the data.

Results:

44.3% of the research group is female, and 21.6% of them have an elementary education level. IBD-QOL was translated from English to Turkish via “Translation-re-translation” method. The content validity of the questionnaire was tested with the opinion of an expert. To test the reliability of the scale, evaluation was made via inner consistency, item-total correlation and the scale was proven to be reliable (Cronbach-alpha coefficient was 0.951, and all item-total correlation values were significant, $p < 0.05$ and rho values > 0.50). According to the results of the factor analysis, which was applied to test the structure validity of IBD-QOL, the questions were collected under four factors and with this factor structure, 62.77% of the total variance could be explained.

1.GİRİŞ VE AMAÇ:

Yıllar içinde tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de ortalama yaşam süresi artmıştır. Yaşam süresinin uzaması, sosyoekonomik ve kültürel seviyenin artması, sağlık hizmetlerine ulaşımın kolaylaşması, kullanılan tanı yöntemlerindeki gelişmelerin ortak sonucu olarak kronik hastalıkların görülme sıklığında artış söz konusudur. Kronik hastalıklar uzun seyirli, tedavileri uzun süreli ve komplike olan, dolayısıyla genellikle tam olarak tedavi edilemeyen, bunların sonucunda hastaya ve devlete hem ekonomik hem de sosyal anlamda önemli yükler getiren hastalıklardır. Son dönemde üzerinde daha fazla durduğumuz bir diğer konu ise kronik hastalıkların kişinin yaşam kalitesi üzerinde ki etkileridir.

1948 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlık tanımını “ sadece hastalık ve sakatlık durumunun olmayışı değil, bedenlen ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” şeklinde yapmıştır [1]. Aynı kurum yaşam kalitesi tanımını ise “kişinin içinde yaşadığı kültür ve değer sistemleri nezdinde; hedefleri, standartları, beklentileri ve kaygıları ile ilişkili yaşam algısı” olarak yapmıştır [2]. Birbiriyle son derece yakından ilişkili olan bu iki kavram günümüzde hem sağlıklı bireylerin taramasında, hem de hasta bireylerin tedavi ve takibinde son derece önem arz etmektedir.

İnflamatuvar bağırsak hastalığı (İBH) Crohn hastalığı (CH) ve ülseratif kolit (ÜK) olarak iki ana başlıkta incelenen, kronik seyirli, gastrointestinal sistemi tutan, ataklar ve remisyon dönemleri ile seyreden, kişinin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen bir hastalıktır. Çocukluk çağından itibaren görülmeye başlayan bu iki hastalık genellikle sinsi ve progresif seyirlidir ve tedavi ile tam iyileşme olasılığı düşüktür. Hastalığın klinik bulguları arasında yer alan ishal ve kabızlık atakları, karın ağrısı, karında şişkinlik ve rahatsızlık hissi gibi bulgular hastanın gerek sosyal, gerek aile, gerek de iş hayatını olumsuz yönde etkileyerek kişinin yaşam kalitesini önemli ölçüde düşürmektedir.

İnflamatuvar bağırsak hastalığı'nın bir diğer boyutu ise tedavi maliyetidir. Tedavi için kullanılan ilaçların maliyetinin yanı sıra hastalığa bağlı iş gücü kayıpları da indirekt olarak ülke ekonomisini olumsuz yönde etkilemektedir. Örnek vermek gerekirse 2012'de Kanada'da yapılmış bir çalışmanın sonuçlarına göre İBH'nın ülkeye yıllık

toplam maliyeti 2.8 milyar \$ olarak tahmin edilmiştir; bunun 1.2 milyar \$ kısmını tedavi maliyetleri, 979 milyon \$ kısmını ise uzun dönem işgücü kayıplarının oluşturduğu saptanmıştır [3]. Türkiye’de bu konuda yapılmış olan herhangi bir çalışma bulunmamaktadır.

Tedavi maliyetlerinin bu denli yüksek olduğu İBH’nda hastanın rutin izlemi ve tedaviye yanıtın değerlendirilmesi büyük önem taşımaktadır. Crohn hastalığı aktivitesinin belirlenmesinde “Crohn’s disease activity index-CDAI” (Crohn hastalığı aktivite indeksi), Harvey Bradshaw indeksi ile ÜK aktivitesinin belirlenmesinde de Mayo skorum sistemi, Truelove Witts kriterleri gibi kriterler kullanılmaktadır. Ancak bu skorum sistemleri hastanın yaşam kalitesi ile ilgili bir bilgi vermemektedir. 1992 yılında Kanada’da Jonathan R. Love, E. Jan Irvine and Richard N. Fedorak “Inflammatory Bowel Disease Quality of Life Questionnaire” (İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı Yaşam Kalitesi Anketi) adlı bir anket yayımlamıştır. Bu anket inflamatuvar bağırsak hastalarının yaşam kalitesinin değerlendirilmesine olanak sağlamıştır. Toplumdan topluma dil, kültür, sosyal yaşam, gelenek ve görenek farklılıkları nedeniyle anketin daha geniş bir hasta profiline uygulanabilmesini sağlamak amacıyla yıllar içinde birçok farklı ülkeden klinisyen anketi kendi dillerine çevirmiştir. Hasta gruplarına uygulayarak anketin standardizasyonu sağlanmıştır. Türkiye’de geçerliği ve güvenilirliği gösterilmiş bir İBH yaşam kalitesi anketi bulunmamaktadır. Bu çalışma “Inflammatory Bowel Disease Quality of Life Questionnaire” anketinin Türk toplumu için geçerlik ve güvenilirliğini belirlemek amacıyla yapılan tanımlayıcı ve metodolojik bir araştırmadır.

Geçerlik “ölçümün amacına uygunluk ve ölçüm yapılan ana kütleye genelleme yapabilme” anlamına gelirken, güvenilirlik “test veya ölçek sonuçlarının kavramsal yapıya ilişkin olguyu doğru bir şekilde ortaya çıkarması, ölçüm sonuçları farklı yerlerde uygulandığında benzer sonucu vermesi” olarak tanımlanmaktadır [4]. Bu çalışmanın sonunda anketin Türk toplumu için geçerliği ve güvenilirliği saptanırsa anket inflamatuvar bağırsak hastalarının klinik takibinde rutin olarak uygulanabilecektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. TANIM

İnflamatuvar bağırsak hastalıkları gastrointestinal kanalın kronik inflamatuvar hastalıkları olup ÜK ve CH olarak iki grupta incelenir. Klinik, endoskopik ve histopatolojik özelliklerine göre tanı alan bu hastalıklarda hiçbir bulgu kesin tanısal olmayıp bir kısım hasta iki hastalık arasında kalan bir kliniğe sahiptir. Bu hastalar “belirlenemeyen kolit - indeterminate colitis” ‘li olarak değerlendirilirler. Hastalığın patogenezi henüz net olarak bilinmemekle birlikte genetik olarak yatkın bir bireyde, çevresel faktörlere (intestinal mikrobiyota) karşı disregüle immün yanıt sonucu geliştiğine inanılmaktadır.

Ülseratif kolitteki inflamatuvar tutulum mukozaya sınırlı iken, CH’nda inflamasyon transmuraldır. Ülseratif kolit kolona sınırlı bir hastalık iken, CH’nda en sık tutulum yeri terminal ileumdur ancak gastrointestinal kanalın herhangi bir yeri tutulabilir. İnflamatuvar bağırsak hastalığı tekrarlayıcı inflamasyon ataklarıyla karakterlidir.

2.2. EPİDEMİYOLOJİ

Ülseratif kolit ve CH’nın insidansı ve prevalansı coğrafi bölgelere göre farklılık göstermektedir. En yüksek insidans ve prevalans oranları İskandinavya, İngiltere ve ABD’den bildirilmektedir. Bununla beraber 1980 ortalarından itibaren Avrupa, Pasifik ülkeleri, Ortadoğu ve Latin Amerika’da insidans ve prevalansta artış olmuştur. Kuzey Amerika için insidans oranları ÜK için 100.000’de 2.2 ile 14.3 arasında, CH için 3.1 ile 14.6 arasındadır [5]. Prevalans oranları ÜK için 100.000’de 37’den 246’ya, CH için 26’dan 201’e değişmektedir. Genel olarak hem ÜK hem CH için en yüksek insidans ve prevalans Kuzey Avrupa ve Kuzey Amerika’dan bildirilmektedir. Türkiye’de 2009 yılında yapılmış olan bir çalışmada ÜK insidansı 100.000’de 4.4, CH insidansı 100.000’de 2.2 saptanmıştır [6]. Her iki hastalık da herhangi bir yaşta ortaya çıkabilmekle birlikte CH sıklıkla yirmili yaşlarda, ÜK ise otuzlu yaşlarda tanı alır. Hastalığın yaş dağılımı bimodaldır, en fazla adolesan ve genç erişkinde (15-25 yaş) görülür; ikinci pik ise beşinci ve altıncı dekatlarda (55-65 yaş) görülür. Hastalık her iki cinste de eşit oranda görülür [7].

2.3. ETYOPATOGENEZ

İnflamatuvar bağırsak hastalığı'nın etyopatogenezinde ileri sürülen hipotez; genetik olarak yatkın bireylerde çevresel ve mikrobiyal faktörlerin etkisi ile immünolojik disregülasyon sonucu gelişmesidir.

2.3.1. Çevresel Faktörler

Çok sayıda çalışmada İBH'nın fenotipini etkilediği ileri sürülen risk faktörleri belirlenmiştir. Bunlar sigara, diyet, oral kontraseptifler, non-steroid antiinflamatuvar ilaçlar (NSAİİ), enfeksiyonlar, aşılama, appendektomi, perinatal ve çocukluk çağındaki faktörlerdir.

2.3.1.1. Sigara

Çevresel faktörler arasında İBH patogenezinde en güçlü kanıt sigara ile kurulmuştur. Sigara kullanımı ile ÜK arasında negatif ilişki, CH arasında pozitif korelasyon bildirilmiştir. Ancak bu klinik ilişkinin patofizyolojisi tam olarak açıklanamamıştır. Sigaranın İBH gelişimi üzerindeki etkisi artmış müsin sentezi, azalmış proinflamatuvar sitokin yapımı, mikrodolaşımdaki değişiklikler, artmış lipid peroksidasyonu ve makrofaj eksikliği gibi zıt etkilerin toplamı sonucu ortaya çıkabilir. Bunlardan hiçbirisi henüz tam olarak doğrulanmamakla birlikte, sigaranın ÜK ve CH üzerindeki ters etkisi de tam olarak aydınlatılamamıştır.

2.3.1.2. Diyet

Modern beslenme tarzının İBH patogenezinde rolü olabileceği düşünülmektedir. Et, tatlandırıcı ve şeker tüketimi ile ÜK ve CH'nin ortaya çıkışı arasında pozitif ilişki bulunmuştur. Diyet yağları, protein ağırlıklı beslenme, düşük oranda D vitamini en önemli belirleyicilerdir.

2.3.1.3. Fiziksel Aktivite

İBH'da fiziksel aktivitenin rolü tam olarak belirlenememiştir. Ancak epidemiyolojik çalışmalarda fiziksel aktivitenin CH riskini azalttığı ileri sürülmüştür [8]. Fiziksel aktivite indirekt olarak yaşam kalitesini artırarak ve osteoporozun önlenmesine katkıda bulunarak İBH üzerine olumlu etki yaratmaktadır.

2.3.1.4. Appendektomi

Appendektomi yapılanlarda ÜK gelişiminin azaldığı gösterilmiştir. 212.693 appendektomili olgu ile yapılan kohort çalışmada ÜK gelişme riskinin yaklaşık %55 oranında azaldığı bildirilmiştir [9]. Crohn hastalığı gelişimi ile appendektomi arasında herhangi bir ilişki gösterilememiştir.

2.3.1.5. Hijyen Hipotezi

İlk olarak 1989'da Strachan tarafından öne sürülen bu hipoteze göre çocukluk çağında sık rastlanan enfeksiyöz ajanlara maruz kalmamak immün sistemin gelişimini olumsuz yönde engellemektedir [10]. Bu hipotez aslında İBH'nin yaşam standartlarının ve sosyokültürel seviyenin görece daha yüksek olduğu Kuzey Avrupa ve Kuzey Amerika bölgesinde daha sık görülmesini bir derece açıklayabilmektedir, ancak bu konu ile ilgili henüz kesin bilgi bulunmamaktadır.

2.3.2. Genetik

İnflamatuvar bağırsak hastalarında aile öyküsü ve ikizlerde yapılan çalışmalar İBH'nin patogenezinde genetik faktörlerin de sorumlu olduğunu göstermektedir. İnflamatuvar bağırsak hastalarının yaklaşık %10'unda aile öyküsü pozitifdir. Monozigot ikizlerde yapılan çalışmalarda CH görülmesi için rölatif riskin genel popülasyona oranla 800 kat arttığı saptanmıştır. Bu oran ÜK için daha az olmakla beraber rölatif risk artışı ÜK için de mevcuttur. İnflamatuvar bağırsak hastalığı'nda klasik Mendelyan kalıtım paterni görülmemektedir, dolayısıyla poligenik bir kalıtım söz konusudur. Son yıllarda yapılan çalışmalarla İBH ile birçok gen arasında ilişki bulunmuştur. Genome-Wide Association Studies (GWAS) çalışmaları sonucunda İBH ile ilişkili 163 lokus tanımlanmıştır.

Ülseratif kolit ve CH klinik formlarının genetik temeli üzerinde yapılan çalışmalar İBH patogenezinde yer alan bir dizi yolağı tanımlamada yardımcıdır. Bunlar NOD2 (CARD 15) genleri, otofaji genleri, adaptif immüniteyi düzenleyen genler, epitelyal bariyer genleri vb. dir. Bu genetik olarak belirlenen yollar immün sistemin düzenlenmesinde ve bakterilere yanıtta etkilidir. İBH patogenezindeki genetik anomalilerin incelenmesi ayrıca klinik açıdan da faydalı olabilir; örneğin arada kalınmış vakalarda kombine gen

analizleri ile ÜK ve CH ayrımı yapılabilir, ÜK'lı hastaların infliksimaba cevabı önceden tahmin edilebilir.

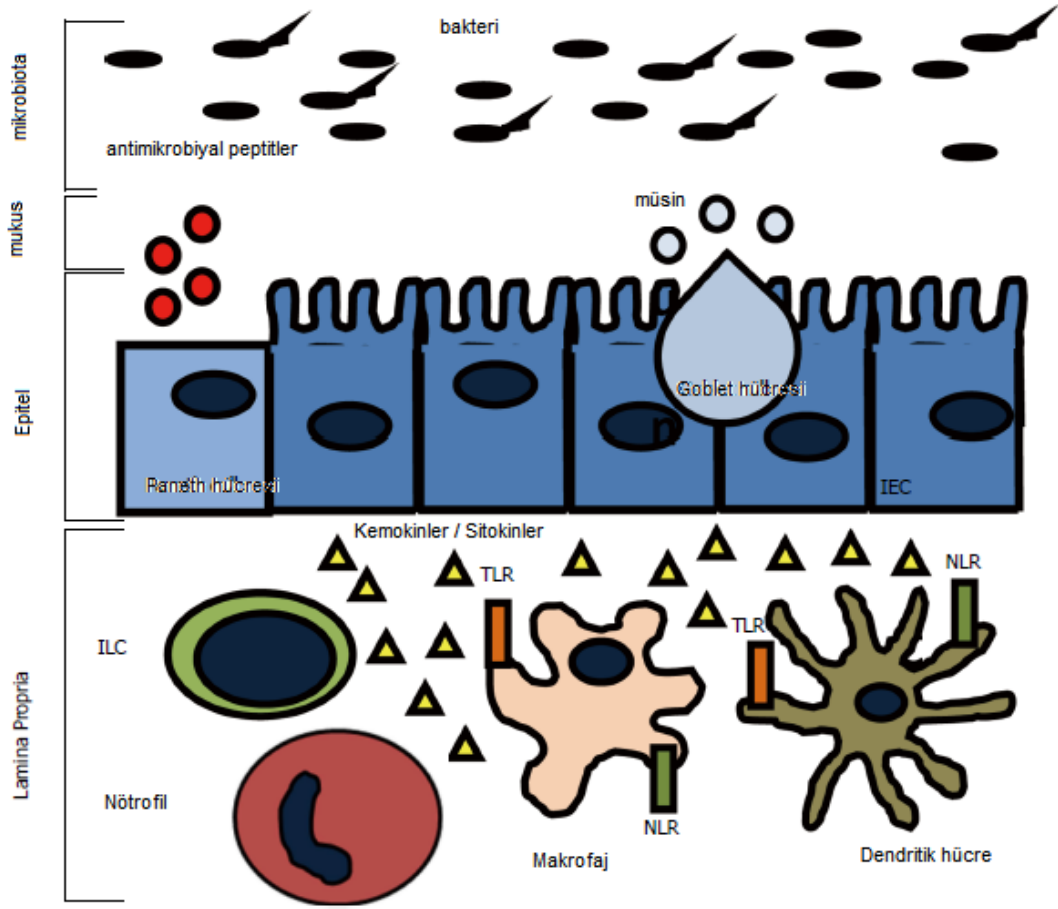
2.3.3. İntestinal Mikrobiyota

İnflamatuvar bağırsak hastalığı'nın mikrobiyal ajanlara karşı kronik inflamatuvar bir yanıt olma olasılığının üzerinde uzun yıllardır durulmaktadır. Yıllar boyunca farklı bakteriyel, viral ve fungal etkenler tanımlamak adına çalışmalar yapılmış olsa da hiçbirinin rolü kesin olarak açıklanamamıştır. Bunlara bir örnek 1980'lerde tanımlanan *Mycobacterium avium paratuberculosis*'dir. Birçok araştırmacı tarafından özellikle CH etyolojisinde rol oynadığı öne sürülmüştür, ancak CH tanılı hastalarda yapılan bir çalışmada iki yıl sonunda antimikobakteriyel tedavinin plaseboya üstünlüğü gösterilememiştir. 1990'larda Crohn hastalarının ileum mukozalarında intestinal epitelyal hücrelerine yapışma ve penetre olma kapasitesi olan *adherent invasive Eschericia coli* gösterilmiştir. Ancak etkin antibiyoterapi sonrasında Crohn tanılı hastalarda kür elde edilememiştir.

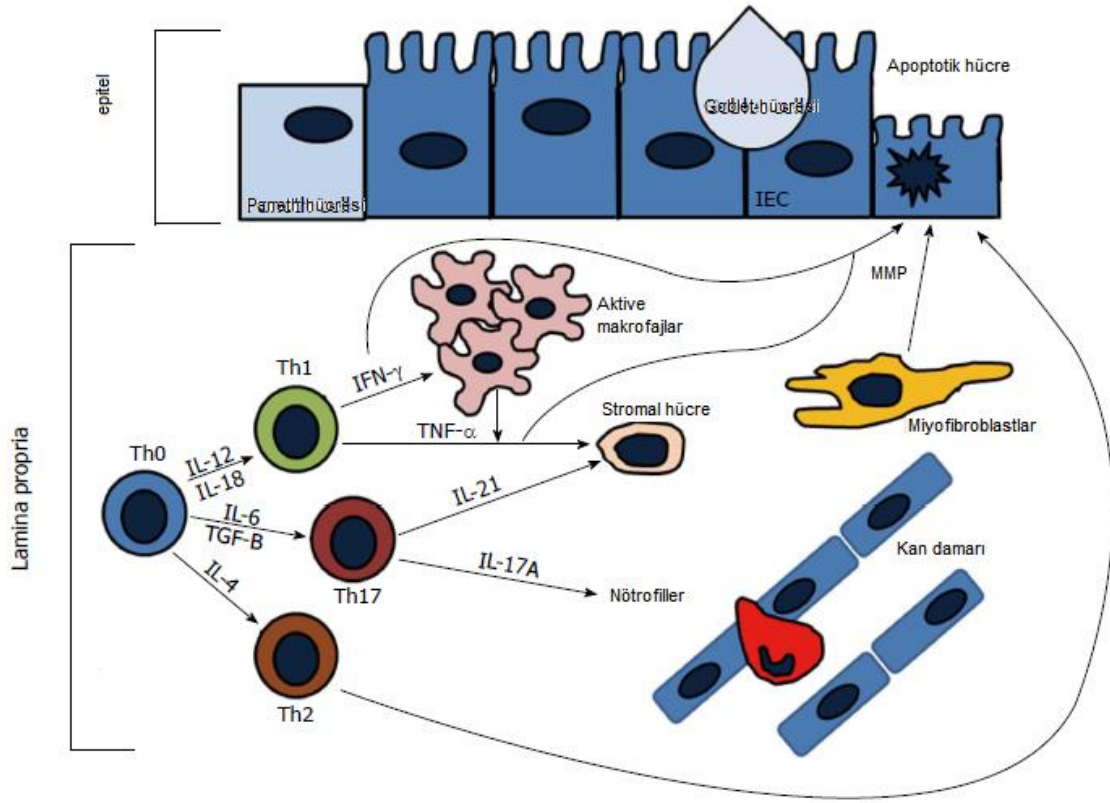
Bu başarısız sonuçlar üzerine etyolojide kronik intestinal inflamasyonun başlatıcısı olarak intestinal mikrobiyota üzerinde durulmuştur. İnflamatuvar bağırsak hastalığı'nda mikrobiyotaya karşı bir reaktivitenin varlığı uzun süredir bilinmektedir. BU reaktivite değişik mikroorganizma çeşitlerine karşı gelişmiş *antisaccharomyces cerevisiae*, anti dış membran protein C, anti C1 flagellin gibi serum antikorlarının varlığı ile gösterilmiştir. İnflamatuvar bağırsak hastalığı'nda mikrobiyotada floradaki mikrobiyal çeşitlilik azalmaktadır; özellikle azalan önemli iki tür olarak *Firmicutes* ve *Bacteroidetes* göze çarpmaktadır. [11]

2.3.4. İmmün Yanıt

İnflamatuvar bağırsak hastalığı'nda doğal ve adaptif immünitede izlenen değişiklikler Şekil 1 ve 2'de izlenmektedir.



Şekil-1: Lümendeki doğal bağışıklık sistem yanıtı. İntestinal epitelyal bariyer lüminal antijen translokasyonunu sınırlamak amacıyla birkaç tabaka defans mekanizması ile donatılmıştır. Goblet hücreleri, Paneth hücreleri ve enterositler (intestinal epithelial cells-IEC) müsin ve antimikrobiyal peptit sekrete ederler; bu maddeler bir mukus tabakası oluşturur. Makrofajlar ve dendritik hücreler gibi doğal bağışıklık sistemi hücreleri ekstrasellüler ve intrasellüler yolak algılayıcı reseptörler (Toll-like reseptör:TLR, NOD-like reseptör:NLR) vasıtasıyla bakterileri algılayabilirler ve sitokin ve kemokin salgılanması suretiyle hızlı inflamatuvar yanıtı başlatabilirler. Doğal lenfoid hücreler (ILC) aynı zamanda lamina propriada da bulunurlar; burada sitokin üretimine ve inflamatuvar hücre sağlanmasına katkıda bulunurlar [12].



Şekil-2: Lümendeki adaptif immün yanıt. Aktif inflamasyon durumunda nativ T hücreler (Th0) değişik sitokinlerin stimülasyonu sonucu T helper hücrelerine (Th1, Th2, Th17) dönüşürler. Th1 hücreleri interferon gamma (IFN- γ) ve tümör nekroz faktör alfa (TNF- α)'yı üretirler. IFN- γ ile aktive olmuş doku makrofajları ek TNF- α üretirler; bu da epitel apoptozisi ve stromal hücrelerin miyofibroblastlara dönüşümüne sebep olur. Aktive miyofibroblastlar doku degradasyonuna neden olan metalloproteinazları (MMP) üretir. Th2 hücreleri intestinal geçirgenliği artıran ve epitelyal apoptozisi indükleyen interlökin-13 (IL-13) üretirler. Th17 hücreleri nötrofillerin aktif inflamasyon alanına gitmesinde rol oynayan interlökin 17A (IL-17A) ve aynı zamanda ekstrasellüler matriks degradasyonuna neden olan MMP'leri indükleyen interlökin-21 (IL-21) salgılar [12].

2.4. KLİNİK

2.4.1. Ülseratif Kolit

Ülseratif kolit kolonun mukozasına sınırlı, tekrarlayıcı inflamasyon ataklarıyla karakterli İBH'dır.. Hemen daima rektumu tutar. Kolonda arada sağlam alan

bırakmaksızın sürekli tutulum gösterir. Ülseratif kolit de tutulum yerlerini belirlemek amacıyla Montreal sınıflaması kullanılmaktadır.

Tablo-1: Montreal sınıflandırmasına göre ülseratif kolit kolon tutulumu[13]

Terim	Tutulum	Tanım
E1	Proktit	Rektuma sınırlı tutulum
E2	Sol taraflı	Splenik fleksuranın distalindeki kolon parçasına sınırlı tutulum
E3	Yaygın	Tutulum pankoliti de içerecek şekilde splenik fleksuranın proksimaline uzanır

Bazı hastalarda ileal inflamasyon da görülebilir, bu durum “backwash ileitis” olarak adlandırılır. Ülseratif kolit’li hastalarda en sık görülen semptomlar kanlı ve/veya mukuslu ishal, kramp şeklinde karın ağrısı, defekasyonda aciliyet hissi ve tenezzümdür. Ağrının sebebi intestinal inflamasyon, bağırsak distansiyonu, intestinal obstrüksiyon olabilir. Hastalık semptomların şiddetine göre hafif, orta ve şiddetli olarak üç grupta incelenir. Bu ayrım Truelove ve Witts kriterlerine göre veya Mayo skoruna göre yapılır.

Tablo-2: Ülseratif kolitte Truelove ve Witts kriterleri[14]

	Hafif hastalık	Şiddetli hastalık	Fulminan hastalık
Dışkılama (sayı/gün)	<4	>6	>10
Dışkıda kan	Aralıklı	Sık	Devamlı
Vücut ısı (°C)	Normal	>37.5°	>37.5°
Nabız (atım/dakika)	Normal	>90	>90
Hemoglobin	Normal	Normal değer %75'inden düşük	Transfüzyon gerekli
ESR (mm/saat)	≤30	>30	>30
Direkt grafi görüntüsü		Hava, duvar ödemi, başparmak işareti	Dilatasyon
Klinik bulgular		Abdominal hassasiyet	Abdominal distansiyon ve hassasiyet
Orta şiddetli hastalıkta hafif ve şiddetli hastalıkta görülen bulgular görülebilir.			

Tablo-3: Mayo skoru[15]

Mayo indeksi	1	2	3	4
Dışkı sıklığı	Normal	1-2/gün normal	> 3-4/gün > normal	5/gün > normal
Rektal kanama	Yok	Yok	Aşık	Çoğunlukla kanlı
Mukoza	Normal	Hafif friabilite	Orta şiddette friabilite	Spontan kanama
Hekimin genel değerlendirmesi	Normal	Hafif	Orta	Şiddetli

Hafif hastalıkta tutulum genellikle rektuma sınırlıdır, aralıklı olarak kanlı mukuslu ishal, karın ağrıları görülebilir. Dışkılama sayısı genellikle günde dörtten azdır. Orta şiddette hastalıkta genellikle splenik fleksuraya kadar olan bölüm tutulmuştur, kanlı mukuslu ishal daha sık görülür, hastada ılımlı derecede anemi ve subfebril ateş saptanabilir. Şiddetli hastalıkta ve fulminan hastalıkta yaygın kolonik tutulum mevcuttur. İnflamasyon splenik fleksurayı aşar ancak çekuma ulaşmazsa “ekstensif kolit”, çekum tutulumu da olursa “pankolit” adını alır. Şiddetli hastalıkta günde 10’dan fazla kanlı mukuslu dışkılama, şiddetli kramp tarzında karın ağrıları, ciddi anemi, ateş yüksekliği saptanabilir. Fulminan kolitte ise şiddetli hastalık bulgularına ek olarak transfüzyon gerektirecek kadar derin anemi, ciddi taşikardi, batında hassasiyet ve distansiyon, akut faz reaktanlarında ciddi yükselme, belirgin kilo kaybı ve malnütrisyon görülür. Bazı hastalarda “toksik megakolon” denilen durum ortaya çıkar; bu durum şiddetli hastalıkta inflamatuvar sürecin kolonda mukoza ve submukozayı aşip kas tabakasına yayılması nedeniyle ortaya çıkar. Kolonun kas tabakasının tutulmasıyla motilitesi bozulan kolon segmenti dilate olur, transvers kolonda dilatasyon 6 cm’yi aşabilir. İnflamasyonun daha da ilerleyip serozayı da tutması perforasyonlara neden olabilir. Fizik muayenedeki bulgular son derece değişken olabilir. En sık izlenen bulgular karında duyarlılık, distansiyon, kilo kaybı, solukluktur. Rektal tuşede taze kırmızı kan ele gelebilir. Hastalığın seyri hastalık aktivitesi, inflamasyonun progresyon riski, relapsların sayısı, cerrahi gereksinim ve mortalite açısından tarif edilir. Hastalık seyrinde kolorektal kanser sıklığının arttığı bilinmektedir; bu risk uzun süreli ve geniş anatomik bölge tutulumlu kolitte, primer sklerozan kolanjit beraberliğinde ve ailede kolorektal kanser öyküsü varlığında artmaktadır. Epidemiyolojik çalışmalarda mortalite açısından ÜK’da prognoz genel popülasyonla benzer saptanmıştır [16].

2.4.2. Crohn Hastalığı

Crohn hastalığı gastrointestinal sistemin herhangi bir bölümünü tutabilmesi, tam kat tutulum yapması ve atlamalı tutulum yapmasıyla ÜK'den ayrılan İBH'dır. Tutulum alanının daha geniş olması, klinik davranışta farklılaşmalar nedeniyle tanıda gecikme ÜK'ya göre daha belirgindir. Tam kat tutulum olması nedeniyle hastalığın seyrinde fistül, fissür, striktür ve abse gelişebilir. Olguların yaklaşık yarısında terminal ileum ve çekum tutulumu görülür. Diğer tutulum yerleri sıklıkları ile birlikte aşağıdaki tabloda (Tablo 4) gösterilmektedir.

Tablo-4: Crohn hastalığında tutulum yerleri ve tutulum sıklıkları[17]

Tutulum yeri	Sıklık (%)
İleokolonik	35 (26-48)
Sadece ince bağırsak	28 (11-48)
Sadece kolon	32 (19-51)
Gastroduodenal ^a	1-4
Perianal ^a	18 (14-20)

^a Genellikle başka bir bölgedeki hastalıkla birlikte.

İzole duodenum, mide tutulumu nadir, özofagus tutulumu ise çok nadirdir. Perianal tutulum sık görülmekle birlikte genellikle terminal ileum tutulumu ile beraberdir. Diyare ve karın ağrısı CH'nın erişkindeki en sık iki bulgusudur. Diyare genellikle kansız ve mukussuz karakterde olup günlük sayısı değişkendir. Diyarinin kronik gidişli olup 6 haftadan fazla sürmesi CH lehine yorumlanmalıdır. Dışkıda kan saptanması inflamasyonun daha derinlere ulaştığına dair bir işaret olabilir. Derin ülserli olgularda vasküler yapıların da tutulumu nedeniyle abondan kanamalar meydana gelebilir. Ek olarak striktürlere, enteroenterik fistüllere bağlı olarak da diyare görülebilir. Karın ağrısı tipik olarak sağ alt kadrana lokalizedir. Terminal ileum tutulumlu Crohn hastalarının önemli bir kısmında bu ağrı akut appendisit ağrısı ile karışmakta ve hastalar appendektomi materyelinden CH tanısı almaktadır. Crohn hastalığı seyrinde sık görülen bir diğer bulgu ise kilo kaybı ve malnütrisyonudur. Ek olarak komplikasyonlara bağlı olarak farklı bulgular da görülebilir; perianal fistüle bağlı pü veya gaita drenajı, karın içi abselere bağlı akut batın bulguları gibi. Fizik muayenede batında sağ alt kadranda hassasiyet, rektal tuşede kan, malnütrisyonu

bağlı bulgular, kaşeksi saptanabilir. Hastalığın ciddiyetine göre laboratuvar bulguları arasında hemogramda lökositoz, akut faz reaktanlarında artış, hipoalbuminemi, elektrolit bozuklukları görülebilir. Dışkı mikroskopisinde lökosit ve bazen eritrosit görülebilir.[18] Crohn hastalığı aktivitesinin değerlendirilmesinde Crohn hastalığı aktivite indeksi (Crohn's disease activity index-CDAI) veya Harvey-Bradshaw indeksi kullanılır.

Tablo-5: Crohn hastalığı aktivite indeksi (Crohn disease activity index-CDAI)[19]

Değişken	Tanımlama	Skorlama	Çarpan katsayısı
Günlük sıvı dışkılama sayısı	7 günün toplamı		X2
Karın ağrısı	Son 7 günün ortalaması	0=hiç, 1=hafif, 2=orta, 3=ciddi	X5
Genel iyilik hali	Son 7 günün ortalaması	0=iyi, 1=iyinin biraz altı, 2=kötü, 3=çok kötü, 4=berbat	X7
Ekstraintestinal komplikasyonlar	Komplikasyon sayısı	artrit, artralji, iritis, üveit, eritema nodosum, pyoderma gangrenosum, aftöz stomatit, anal fissür/fistül/abse, >37.8°C ateş	X20
Antidiyareik ilaçlar	Son 7 günde kullanım	0=hayır, 1=evet	X30
Abdominal kitle		0=yok, 2=olası, 5=kesin	X10
Hematokrit	Beklenen-mevcut hematokrit değeri	Erkek: 47-mevcut Kadın: 42-mevcut	X6
Vücut ağırlığı	İdeal/mevcut oranı	[1-(ideal/mevcut)]x100	X1

CDAI skorunun 150'nin altında olması remisyonu, bir önceki ziyaret skoruna göre aktivitede 70 puan veya daha üzeri düşüşün olması yanıtı, 150-220 arası hafif şiddette hastalığı, 220-450 arası orta şiddette hastalığı, 450'nin üzerindeki puanlar ağır hastalığı gösterir. Klinik pratikte kullanımı bir miktar güç olabilen bu skora sistemine alternatif olarak daha pratik şekilde kullanılabilen Harvey-Bradshaw indeksi mevcuttur.

Tablo-6: Harvey-Bradshaw indeksi[20]

Değişken	Skor
Genel iyilik hali	0=çok iyi, 1=iyi, 2=kötü, 3=çok kötü, 4=feci
Karın ağrısı	0=yok, 1=hafif, 2=orta, 3=ağır
Günlük sıvı dışkılama sayısı	Sayı olarak belirtilecek
Abdominal kitle	0=yok, 1=kuşkulu, 2=kesin, 3=kesin ve ağrılı
Komplikasyon (her biri bir puan)	Artralji, üveit, eritema nodosum, aftöz ülser, pyoderma gangrenosum, anal fissür, yeni fistüller, apse

Harvey-Bradshaw indeksinde 5'in altındaki skor remisyonu, 5-7 arası hafif aktiviteyi, 8-16 arası orta aktiviteyi, 16'nın üzerindeki skor ağır aktiviteyi gösterir.

2.5. EKSTRAİNTESTİNAL BULGULAR

İnflamatuvar bağırsak hastalığı'nın seyrinde çeşitli ekstraintestinal bulgular görülebilir. Bunlar bazen hastalığın ilk bulgusu olabilir ve de altta yatan hastalıktan daha fazla morbiditeye sebep olabilir. Bu ekstraintestinal bulguların çoğu hastalık aktivitesi ile ilişkilidir ancak tutulum yaygınlığı ile ilişkili olup olmadıkları halen tartışma konusudur.

2.5.1. Artropatiler

İnflamatuvar bağırsak hastalığı seyrinde %4-23 oranında izlenir. Pauciartiküler periferik artropati ağırlıklı olarak el ve ayak bileği, diz, dirsek, kalça ve omuz gibi

ağırlık taşıyan eklemlerde izlenir; genellikle akutur, kendini sınırlar, kalıcı eklem hasarı bırakmadan haftalar içinde hastalık aktivitesindeki azalmayla birlikte düzelir. Poliartiküler periferik artropati ise çoğunlukla simetrik ve her iki elin küçük eklemlerini tutar. Genellikle aylar ve yıllar boyunca devam eder ve seyri hastalık aktivitesinden bağımsızdır. Aksiyel artropati ise sakroileit şeklinde kendini gösterir; temel semptomu bel ağrısıdır. Aksiyel artritli hastaların çoğunda HLA-B-27 pozitifliği bulunur.

2.5.2. Deri Bulguları

Eritema nodosum; kabarıklık, hassas, kırmızı veya mor renkte 1-5 cm çapında subkutan nodüllerdir. Özellikle tibia ön yüzde, ekstremitelerin ekstensör yüzlerinde izlenir. Hastalık aktivitesi ile ortaya çıkar, aktivite azalması ile kendiliğinden kaybolur. Aktif hastalıkta, kadınlarda ve periferik artritli hastalarda daha sık görülür. Pyoderma gangrenosum ise en sık baldırlarda ve stoma kenarlarında izlenir. Tek veya multipl eritematöz papül veya püstül şeklinde başlar, sonrasında dermis nekrozu ve steril pü içeren ülserasyonlara neden olur.

2.5.3. Göz Bulguları

İnflamatuvar bağırsak hastalarının yaklaşık %12'sinde hastalık seyrinde göz bulguları ortaya çıkar. En sık olarak episklerit, sklerit ve üveit görülür. Üveit en ciddi komplikasyon olup önemli bir morbidite nedenidir; ek olarak intestinal hastalıktan bağımsız ortaya çıkmaktadır.

2.5.4. Hepatobiliyer Bulgular

Primer sklerozan kolanjit İBH seyrinde izlenen, intrahepatik ve ekstrahepatik safra kanallarının inflamasyon ve fibrozisi ile karakterize progresif kolestatik bir hastalıktır. İnflamatuvar bağırsak hastalarının %1.4-7.5'inde primer sklerozan kolanjit saptanmaktadır. Öte yandan primer sklerozan kolanjit tanılı hastaların %70-80'inde İBH bulunmaktadır. Primer sklerozan kolanjit ÜK'da ve erkeklerde daha sık görülmektedir. Hastalık aktivitesi İBH aktivitesinden bağımsızdır. Hastalık kronik seyirli olup siroz ve son dönem karaciğer yetmezliği tablosuna yol açabilir. Genellikle asemptomatik seyreden hastalıktan rutin tetkikler sırasında saptanan karaciğer

fonksiyon testi bozukluğu, alkalen fosfataz ve/veya gamma glutamil transferaz testlerindeki yükseklik ile şüphelenilir. Tipik semptomları halsizlik, kaşıntı, sağ üst kadranda ağrısı, ateş, sarılık ve kilo kaybıdır. Tanıda manyetik rezonans kolanjiografi'den yararlanılır. Hastalarda hem safra kanalı kanseri riskinde artış vardır, hem de kolonik displazi ve karsinom açısından yüksek risk mevcuttur. Bu nedenle hastalara yıllık kolonoskopik tarama önerilir.

2.5.5. Tromboembolik Olaylar

İnflamatuvar bağırsak hastalarında hem arteriel hem de venöz tromboza eğilim artmıştır. Bunun sebebi olarak güçlü bir protrombotik stimulus olan sistemik inflamatuvar yanıt gösterilmektedir. Prokoagülan faktörlerde artış olurken fibrinolitik aktivitede ve doğal antikoagülanlarda azalma saptanır.

2.5.6. Metabolik Kemik Hastalıkları

Hastalık seyrinde kemik mineral yoğunluğunda azalma sonucunda osteopeni, osteoporoz ve fraktürlere eğilimin artması söz konusu olabilir. Risk faktörleri arasında ileri yaş, kadın cinsiyet, fraktür öyküsü, kronik veya tekrarlayan steroid kullanımı, sigara içimi, immobilizasyon sayılabilir. Risk gruplarında belirli aralıklarla "Dual energy X-ray absorptiometry" ile kemik mineral yoğunluğunun ölçülmesi gerekmektedir.

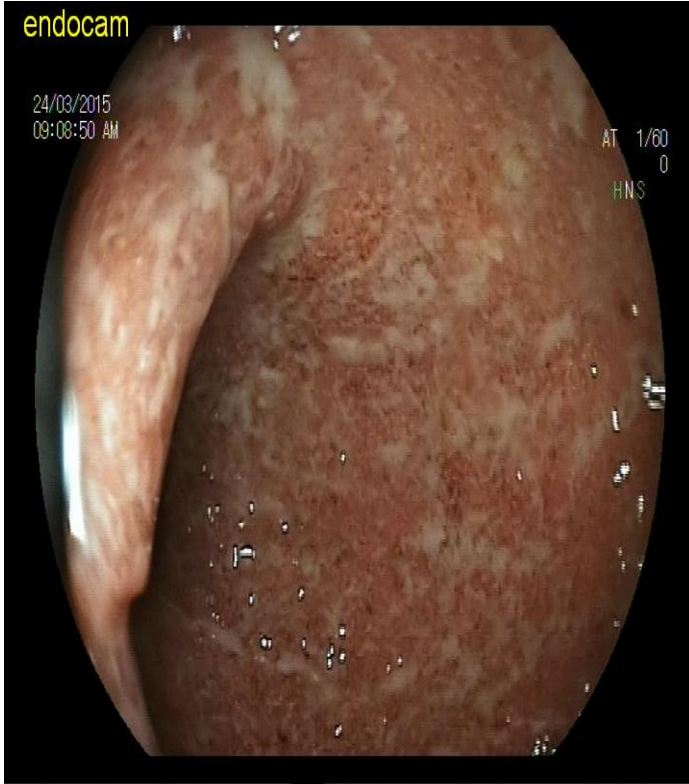
2.6. TANI

Hiçbir semptom, muayene bulgusu veya tetkik sonucu tek başına İBH tanısı koymak için yeterli değildir. Hem ÜK hem de CH iyi bir anamnez, kapsamlı bir fizik bakı, laboratuvar, radyolojik, endoskopik ve histopatolojik bulgular ışığında tanı konulabilen hastalıklardır. Hastalıklara özgü anamnez ve fizik bakı bulguları bir üst bölümde kapsamlı olarak anlatılmıştır. Laboratuvar tetkiklerinde aktif hastalık döneminde akut faz reaktanlarında (özellikle C-reaktif protein ve eritrosit sedimentasyon hızı) artış, hemogramda lökositöz saptanabilir. Dışkı direkt bakısında lökosit görülebilir; dışkıda eritrosit ÜK'da daha çok beklenirken CH'da da görülebilir. Fekal kalprotektin seviyesinin tespiti son yıllarda geliştirilmiş ve İBH için tarama testi olarak kullanılabilen bir testtir [21].

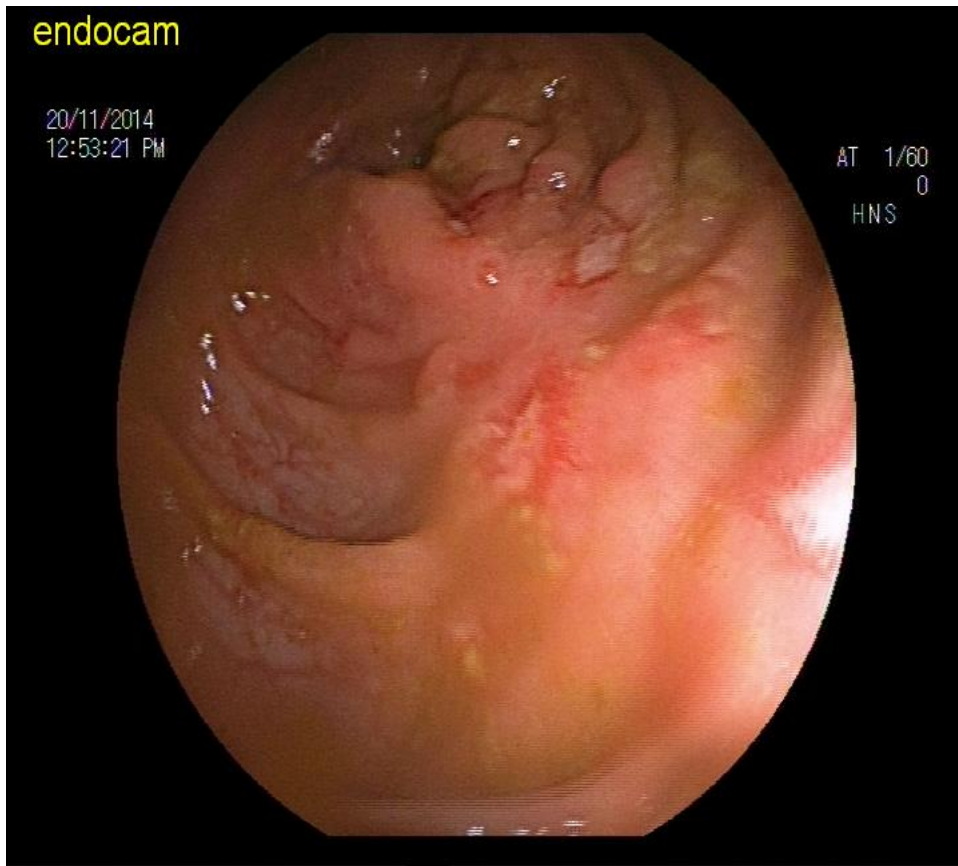
Bilgisayarlı tomografi ve ultrasonografi abse veya diğer sıvı koleksiyonlarının gösterilmesi ve bağırsak duvar kalınlığının değerlendirilmesinde yararlıdır.

Kuşkusuz İBH tanısında ve hastalık şiddetinin belirlenmesinde endoskopik incelemeler en temeldir. ÜK'in en erken endoskopik bulguları; diffüz eritem gelişmesi ve normal mukozada görülen ince vasküler paternin kaybolmasıdır. Eriteme sıklıkla mukozal ödem eşlik eder. İnflame mukoza oldukça frajildir; endoskop ile dokunulduğunda kolayca kanar ve bu durum “ağlayan mukoza” olarak adlandırılır. Daha şiddetli hastalıkta mukozada spontan kanamalar saptanır ve küçük ülserasyonlar görülür. İnflamasyon rektumda başlar, %30-50 oranında proksimale yayılım gösterir.

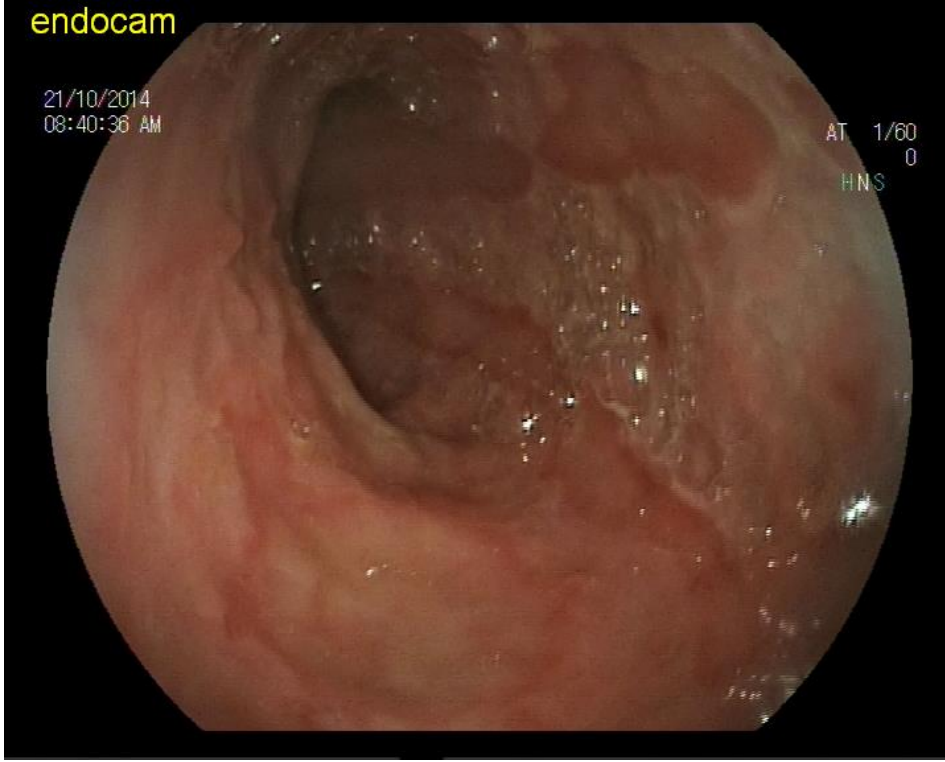
CH'nin en erken endoskopik bulgusu ödemli dokunun ince kırmızı bir hale ile çevrili küçük, milimetrik çaplı bir ülser olan aftöz ülserdir. Ülserler yuvarlak veya kıvrımlı olabilir; longitudinal ve transvers ülserler birbirini kesebilir ve non-ülser mukozada “kaldırım taşı” görünümüne neden olabilir. Tutulan alanlar tipik olarak arada atlama alanları gösterir.



Şekil-3: Ülseratif kolitte yüzeyel ülserler (Dr. Hale Akpınar endoskopi arşivinden)



(a)



(b)

Şekil-4: Crohn hastalığında (a) serpinjinö ülserler (b) lineer ülserler (Dr. Hale Akpınar endoskopi arşivinden)

2.7. TEDAVİ

2.7.1. Genel Destek Tedavisi

Hafif şiddetteki İBH hastalarında loperamid, difenoksilat gibi antidiyareik ajanlar faydalı olabilir; ancak ağır şiddetteki ÜK de toksik megakolonu hızlandırma riski nedeniyle antidiyareik ve antispazmodik ajanlar kontrendikedir. Ağrı tedavisinde hastalık alevlenmesine yol açabilmeleri nedeniyle NSAİİ kullanımı konusunda dikkatli olunmalıdır; ayrıca narkotik analjezikler de dikkatli kullanılmalı, rutin ağrı tedavisinin bir parçası olarak görülmemelidir. Hastalara semptomlarını kötüleştiren gıdalardan (genellikle yüksek lif içerikli gıdalar) uzak durmaları önerilir. Oral alımın azaldığı durumlarda destek olarak oral enteral ürünler ile multivitamin ve mineral destekleri (C vitamini, B12 vitamini, çinko, magnezyum gibi) faydalı olabilir.

2.7.2. Aminosalisilatlar

5-Aminosalisilat (5-ASA) grubu ilaçlar (sulfasalazin, mesalamin) ÜK tedavisinde ağırlıklı olarak kullanılır. CH tedavisinde etkileri sınırlıdır. 5-ASA bileşikleri NF-κB aktivasyonunu engelleyerek inflamasyonun baskılanmasını sağlarlar [22]. Bu grup ilaçların ilk örneği sulfasalazindir. Sulfasalazin sulfapiridin ve 5-ASA'dan oluşur. Sulfapiridin ilacın yan etkilerinden sorumlu olan kısımdır. Tedavide tek başına 5-ASA içeren ve emilmeden kolona ulaşmasını sağlayacak mesalamin distal ince bağırsak ve kolona ulaşabilecek biçimde tasarlanmıştır. Mesalamin ve mesalamine dönüşen ön ilaç formları sayesinde oral 5-ASA daha az yan etkiyle etkin biçimde kullanılabilir. Mesalamin lokal formları olarak fitil ve lavman mevcuttur. Fitil formu kısıtlı bir alanda (rektumda) etkili iken, lavman formu sol kolonda etkili olmaktadır. Sulfasalazin yan etkilerinden en sık görülenleri; bulantı, kusma, artralji, baş ağrısı ve ateştir. Yan etkiler doza bağımlıdır. En korkulan yan etkisi kemik iliği süpresyonudur. Mesalamin'in en sık görülen yan etkileri baş ağrısı, dispepsi ve döküntüdür. Nadiren pankreatit görülebilir; bu durumda ilaç kesilmeli ve bir daha başlanmamalıdır.

2.7.3. Kortikosteroidler

Oral kortikosteroidler hafif ve orta şiddetli hastalıkta etkilidir; ağır şiddetli hastalıkta parenteral olarak verilebilir. Orta ve ağır şiddetli hastalıkta prednizolon başlangıç dozu 40-60 mg/gün'dür; daha sonra doz kademeli olarak azaltılır. Bazı hastalarda prednizolon dozu belirli bir seviyenin altına düşürüldüğünde hastalık aktivitesi alevlenir (steroid bağımlılığı). Kortikosteroidler absesi drene edilmemiş hastalarda veya semptomlar striktür veya fibrotik olaya bağlı olduğunda kullanılmamalıdır. Kortikosteroidler ile idame tedavi nüksleri önlemede etkili değildir. Pek çok yan etkisi olması kortikosteroidlerin İBH idame tedavisinde kullanılmasını kısıtlar.

2.7.4. Pürin Analogları

Azatiopirin (AZA) ve 6-merkaptopürin (6-MP) tiopürinler olarak adlandırılan ilaç grubuna dahildir. Pürin biyosentezini etkileyerek hücre proliferasyonunu inhibe ederler. Pürin analogu olarak deoksiribonükleik asid, ribonükleik asid ve bazı koenzimlerin yapısına katılan endojen pürinlere karşı antagonist etki gösterirler.

İdiosinkratik ve doza bağımlı yan etkileri mevcuttur. Bunlar arasında akut pankreatit, bulantı, kusma, dispepsi, artralji, döküntü, ateş sayılabilir. Doza bağlı yan etkilerinden en önemlisi kemik iliği süpresyonudur ama bununla birlikte karaciğer toksisitesi de sayılabilir. AZA kullanımı lenfoma ve melanom dışı deri kanseri gelişim riskinde küçük de olsa bir artışa neden olmaktadır.

2.7.5. Metotreksat

Metotreksat folik asidin yapısal analogudur. Dihidrofolik asidin dihidrofolat redüktaza bağlanmasını inhibe eder. İnflamatuvar bağırsak hastalığı idame tedavisinde etkindir. En sık görülen yan etkileri bulantı, kusma, abdominal rahatsızlık, baş ağrısı, döküntü, karaciğer fonksiyon testlerinde yükselmedir. Metotreksat kullanan hastalara rutin olarak folik asid suplementasyonu yapılmalıdır.

2.7.6. Tümör Nekroz Faktörü-Alfa (TNF- α) İnhibitörleri:

Tümör Nekroz Faktörü-Alfa İBH'daki temel sitokinlerden biridir. Monosit, aktive makrofaj ve T hücrelerinden salınır. İnflamasyon sürecinde intersellüler iletişimi düzenler. Tümör Nekroz Faktörü-Alfa'nın immün sistem üzerine etkileri inflamatuvar sitokinlerin salınımı, endotelyal adhezyon moleküllerinin ve kemokinlerin regülasyonu ve lökosit migrasyonudur. İnflamatuvar bağırsak hastalığı tedavisinde anti-TNF ilaç olarak ülkemizde infliksimab ve adalimumab kullanılmaktadır. Kimerik IgG1 yapısında olan İnfliksimeab indüksiyon tedavisinde 0, 2 ve 6. haftalarda, kg başına 5mg olarak; idame tedavisinde 2 ayda bir aynı dozda kullanılır. Adalimumab ise TNF- α 'ya karşı geliştirilmiş insan immunglobulin G1 monoklonal antikordur. Subkutan uygulanmaktadır. Başlangıç dozu 160mg olup 2 hafta sonra 80 ve sonra 40mg ile 2 haftada bir idame tedavisi uygulanır. Bu ilaçların en önemli yan etkilerinden biri tüberkülozdur. Tümör Nekroz Faktörü-Alfa tüberküloz basilinin hapsedilmiş olduğu granülom yapısının sürdürülebilmesi için gereklidir; Tümör Nekroz Faktörü-Alfa blokerleri bu yapının bozulmasıyla latent enfeksiyonun aktif hale gelmesine neden olabilir. Pürifiye protein derivesi testi anerjik veya 5mm'den büyük olan hastalara 9 ay boyunca izoniazid profilaksisi verilmelidir. Tümör Nekroz Faktörü-Alfa blokerleri tüberküloz yanı sıra bakteriyel, fungal ve viral enfeksiyon riskini de artırırlar. Tedavi öncesi hepatit B, hepatit C ve insan immün yetmezlik virüsü rutin olarak taranmalıdır.

Aktif enfeksiyon mevcutsa anti-TNF tedavi uygulanmamalıdır. İlaç kullanıldığı dönemde hastalara canlı aşı uygulanmamalıdır. Bunun dışında nötropeni, karaciğer toksisitesi, infliksimab infüzyonu sırasında alerjik reaksiyonlar gibi yan etkileri mevcuttur [23].

2.7.7. Cerrahi

Yaygın ÜK'i olan hastaların %25'i medikal tedaviye yanıtsızlıktan dolayı kolektomiye gider. Kolektomi ÜK de kûratif bir işlemdir; standart operasyon proktokolektomi ve Brooke ileostomidir. Acil kolektomi toksik megakolon veya toksik megakolon olmadan ağır fulminan atak durumunda gerekebilir. Crohn hastalığı'nda tanı anından sonraki 10 yıl içinde yaklaşık %60 hasta cerrahi işlem geçirir. Crohn hastalığı'nda cerrahi işlem kûratif olmadığı ve nüks riski olduğu için yaklaşım daha konservatiftir. Medikal tedavinin başarısızlığı yanı sıra komplikasyonlar (ör. fistül, abse, obstrüksiyon) da cerrahi tedavi endikasyonları arasında yer alır. Cerrahi aynı zamanda hastalarda medikasyonu (sıklıkla kortikosteroidler) sonlandırmak amacıyla da uygulanır. Crohn hastalığı'nda en sık uygulanan cerrahi prosedür obstrüksiyon veya fistül için segmental rezeksiyondur [24].

2.8. YAŞAM KALİTESİ VE SAĞLIKTA YAŞAM KALİTESİ

“Yaşam kalitesi” kavramı Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından “kişinin içinde yaşadığı kültür ve değer sistemleri nezdinde; hedefleri, standartları, beklentileri ve kaygıları ile ilişkili yaşam algısı” şeklinde yapılmıştır. Yirminci yüzyılın ikinci yarısından itibaren sağlık hizmetleri alanında nesnel olarak ölçülen değerlerin yetersiz kaldığı durumlar ortaya çıkmıştır. Bu süreçte kronik hastalıklar tıbbın gündeminde daha çok yer tutmaya başladığından hastalığın tam düzelmemiş olduğu durumların da belirlenmesi gerekmiştir. 1946 yılında DSÖ tarafından sağlığın tanımlanmasında geçen “tam iyilik hali” teriminin bilinen ölçeklerle tanımlamanın mümkün olmadığı, özellikle “sosyal yönden tam iyilik hali” kavramının açıklanamayacağı saptanmıştır. Bu sebeplerden dolayı hem sağlıkçılar, hem de sosyal bilimciler “yaşam kalitesi” ve “sağlıkta yaşam kalitesi” kavramları üzerinde düşünmeye başlamıştır. Sağlıkta yaşam kalitesi kavramının içine nelerin girmesi gerektiği konusunda farklı görüşler olmakla birlikte, örneğin bedensel ve ruhsal

becerilerin, kişinin kendine özgü beklenti ve algılarının bu tanımda yer almasının uygun olacağı aşağı yukarı tüm otörler tarafından benimsenmektedir [25].

Yaşam kalitesi 4 ana boyutta ortaya çıkar:

- 1- Kişisel içsel alan (değerler, inançlar, arzular, kişisel hedefler, sorunlarla başa çıkma, vb.)
- 2- Kişisel sosyal alan (aile yapısı, gelir durumu, iş durumu, toplumun sağladığı olanaklar, vb.)
- 3- Dışsal doğal çevre alanı (hava, su kalitesi, vb.)
- 4- Dışsal toplumsal çevre alanı (kültürel, sosyal ve dini kurumlar, toplumsal olanaklar, okul, sağlık hizmetleri, güvenlik, ulaşım, alışveriş, vb.)

Yaşam kalitesinin coğrafi düzeyleri, sırasıyla, evde, toplum içinde, bölgesel, ulusal, uluslar arası ve küresel; sağlıkta yaşam kalitesinin düzeyleri ise yine sırasıyla, birey olarak hasta, bir klinik müdahale altındaki hasta, belirli bir hastalık alt grubunda olan birey, belirli bir hastalığı olanlar içinde belirli özelliğe sahip olanlar ve belirli bir hastalığa sahip tüm bireyler olarak sıralanır.

Sağlıkta yaşam kalitesinin ölçümü öznel bir kavramsal temele dayanmaktadır; bu ölçüm konvansiyonel sağlık hizmeti çıktıları (kurtarılan hasta oranı, uzatılan yaşam yılı ya da biyokimyasal göstergeler gibi) ile birlikte veya onlardan bağımsız bir girişimdir. Sağlıkta yaşam kalitesi tek bir sayı (indeks ölçüt) ile veya bir profil ile ölçülebilir. İndeks ölçütler doğrudan (Görsel Eşdeğerlik Ölçekleri = Visual Analog Scales veya tercihe dayalı ölçekler) veya dolaylı yoldan (birden çok indeks ölçütün toplanmasıyla) ölçülür. Profil ölçütler ise sağlıkta yaşam kalitesinin bütünü belirleyen alt bileşenlerden oluşurlar. Bu alt bileşenlere boyut veya alan (domain), bunların da alt bileşenlerine bölüm (facet) denir. Profil ölçeklerin genellikle bir toplam puanı yoktur. Ölçek ister indeks ister profil olsun sağlıkta yaşam kalitesi ölçüm araçları şekil ve görünüm açısından ikiye ayrılır: Genel amaçlı (generic) ve özel amaçlı (specific). Genel amaçlı ölçütler sağlıkta yaşam kalitesini ilgilendiren geniş bir işlev kaybı ve genel olarak rahatsızlık spektrumunu içermeleri nedeniyle, toplumun tüm kesimlerinde; tüm hastalıklar ve durumlarda kullanılırlar. Bunlara örnek olarak Short form-36 (Sf-36), Dünya Sağlık Örgütü Sağlıkta Yaşam Kalitesi Ölçeği (World

Health Organization Quality of Life-WHOQOL), Nottingham Sağlık Profili, Hastalık Etki Profili (Sickness Impact Profile) sayılabilir.

Özel amaçlı ölçütler ise belirli bir nüfus grubuna, hastalığa, işleve özel ölçekler olarak ayrılırlar. Hemen her hastalığa (epilepsi, diyabet, romatoid artrit vb.), duruma (ağrı), ve işleve (cinsel işlev, emosyonel durum, uyku vb.) özel ölçekler bulunmaktadır. Hastalığa ve duruma özel ölçeklerin temel avantajı, yapılan tıbbi girişime bağlı değişimi daha duyarlı olarak ölçebilmeleri; temel dezavantajları ise kişiyi bir bütün olarak ele alamamaları ve farklı durumlar ve programlar arasında karşılaştırma yapamamalarıdır [26].

2.9. DEĞERLENDİRME ARAÇLARININ PSİKOMETRİK ÖZELLİKLERİ

Öznel yaşantıların değerlendirilmesinde giderek daha fazla önem kazanan ölçek kullanımı beraberinde bu ölçüm araçlarının gerek hazırlanmasında gerekse psikometrik özelliklerinin ortaya konmasında birtakım kurallar oluşmasını zorunlu kılmıştır. Bu kurallar standartlaştırma, nesnellik, güvenilirlik ve geçerlik olmak üzere dört maddede incelenebilir.

2.9.1. Standartlaştırma

Standartlaştırma yorum hatasının en aza indirgenmesine olanak sağlar. Bir ölçek geliştirilirken belli başlı bazı noktaların netleştirilmesi standartlaştırma açısından önem arz etmektedir. Bunlar arasında ölçeğin ham puanı, doldurulması gereken süre, deneğin yaş sınırları, deneğin eğitim düzeyi, doldurma sırasında en fazla boş bırakılabilecek madde sayısı sayılabilir. [27] Standardizasyon ölçeğin uygulama ve puanlama işlemlerinin ayrılığını belirler. Uygulayıcı ve denekler değişse de test işlemleri değişmezliğini korur. Standardizasyon sürecinde kullanılan örneklem grubu ve bu grubun sayısal büyüklüğü önemlidir. Örneklem grubu testin hedeflediği kitleyi temsil etmeyi sağlayan bir yöntemle oluşturulmalıdır ve bu yöntemin ayrıntıları test kılavuzunda açıklanmalıdır [28].

2.9.2. Nesnellik

Değerlendirme aracının bireysel hatalardan kurtulması amacıyla nesnellik de önemli bir özelliktir. Nesnellik doğrudan ölçeğin güvenilirliği içinde yer alır ve güvenilirlik

hesaplanmasında sabit katsayı olarak bulunur.

2.9.3. Güvenirlik

Güvenirlik, bir değerlendirme aracının kullanılabilmesi için mutlaka bulunması gereken bir özelliktir. Bir ölçme aracıyla aynı koşullarda tekrarlanan ölçümlerde elde edilen ölçüm değerlerinin kararlılığının bir göstergesidir [29]. Güvenirlik ile ölçeğin değişken hatasının üstesinden gelinir. Güvenirlik deneklerden birinden diğerine ayrımın tutarlı ölçümüdür ve değerlendirme aracının üretkenliğini ve sürekliliğini; testin ölçmek istediği özelliği ne kadar iyi ve doğru ölçtüğünü gösterir. Güvenilir bir ölçek aynı yöntemle her araştırmacı tarafından, hastada değişiklik olmadığı sürece farklı zamanlarda aynı sonucu vermelidir. Bir ölçek bazı durumlarda güvenilir iken diğer durumlarda güvenilir olmayabilir. Bu çerçevede bir ölçeğin güvenilirliği, bir ölçümün belli bir dizi koşulda yinelenebilir olmasıdır. Güvenirlik çeşitli yollarla değerlendirilir.

İçsel Güvenirlik (tutarlılık): Öncelikle bir ölçeğin içerdiği maddelerin bir bütün oluşturarak ölçümün üretkenliğini sağlaması gereklidir. Ölçeğin maddeleri birbirleriyle karşılıklı ilişki içinde olup bir bütün oluşturulmalıdır. Bunu sınamanın yöntemleri arasında yarıya bölme katsayısı, Kuder-Richardson yöntemi ve Cronbach-alfa katsayısı hesaplanması bulunmaktadır. Bunların hepsi bir ölçeğin içerdiği maddelerin birbirleriyle ilişkilerini gösterir. Yani eğer bir ölçek güvenilir ise, maddelerden elde edilen puanların ve tüm ölçekten elde edilen puanların birbirleriyle pozitif bağıntı göstermesi gereklidir ve güvenirlik katsayısı yüksek bulunur. Sonuçta ölçeğin maddelerinin aşağı yukarı aynı şeyi ölçtükleri ortaya konmuş olur.

Test-yeniden test Güvenilirliği: Zaman içinde aynı sonuçları elde ederek ölçeğin istikrarlılığını değerlendirir. Burada ölçüm zamanları arasında ölçülen değişkenlerin istikrarlı kalması, öte yandan diğer koşulların da buna etki etmemesi zorunluluğu vardır. Bu koşulun her zaman yerine getirilmesi olanaklı olmadığından, test-yeniden test güvenilirliği çoğu zaman olduğundan daha düşük düzeyde hesaplanır. Diğer yandan deneklerin ölçeği anımsamaları da test-yeniden test güvenilirliğini bozan bir başka unsurdur ve bu durumda beklenenden daha yüksek düzeyde güvenirlik elde edilir. Ölçek seçiminde, eğer hastanın ölçülen özelliği gün içinde belirgin dalgalanma

gösteriyorsa, o zaman yüksek test-yeniden test güvenilirliği olan bir ölçek kullanmak uygun olmayabilir.

Eşdeğerli Ölçek (paralel ölçek) Güvenilirliği: Deneklere iki ayrı durumda farklı ama eşdeğerli iki ölçek uygulanır. Bunun amacı hastanın anımsama riskini en aza indirmek olduğu gibi, gün içi değişkenlik gösteren hastayı çeşitli yönleriyle değerlendirebilmektir. Burada söz konusu iki ölçek aynı özelliği aynı yolla ölçmelidir. Sonuçta da aynı ortalamayı, standart sapmayı ve maddeler arası bağıntıyı vermelidir. Böylesi iki ölçekten farklı puanlar elde eden bir denek, bir hata durumu oluşturmaktadır.

Değerlendirmeciler Arası Güvenirlik: Aynı denek grubunu değerlendiren değerlendirmeciler arasındaki uyumu gösterir. Psikiyatrik yapının yineleyen biçimde değerlendirilmesinin pek uygun olmadığı durumlarda kullanılmaktadır. Bunun en belirgin örneği psikiyatrik tanıdır. Puan olarak uyum sağlayamayan maddeler iyi tanımlanmamış ya da ayırt edilmesi güç yapıları oluşturmaktadır.

2.9.4. Geçerlik

Geçerlik doğruluğa ya da gerçekliğe dayanır ve bir ölçeğin ölçmeyi amaçladığını ölçüp ölçmediğini belirtmektedir. Geçerlik sabit hataların üstesinden gelmeyi sağlar. Bu hataları temsil eden üç temel geçerlik alanı vardır: ölçek performansı ile ilişkili, davranışı belirleyen ruhsal özellikler ile ilişkili ve ölçüt ile ilişkili. Buna göre de, üç tür geçerlik bulunmaktadır: içerik geçerliliği, deneysel (ampirik) geçerlik ve yapı geçerliliği.

İçerik Geçerliliği: Ölçeğin içeriğinin amaca uygun olup olmadığı ve hedef konunun uygun kısımlarının değerlendirilip değerlendirilmediği ile ilgilidir. Bir başka deyişle ölçeğin içerdiği maddelerin araştırılan konuyu temsil edip etmediğini tespit eder. İçerik geçerliliğinin en yaygın kullanılanı yüzey geçerliliğidir. Yüzey geçerliliğinde ölçeğin ne ölçtüğü değil, öznel değerlendirmeye dayanarak ne ölçebileceği ortaya konur. Buna göre de en az doğruluğu kanıtlanabilir geçerliktir. Yöntem olarak hazırlanan ölçek o alanın uzmanı tarafından incelenip hedef konuyu araştırıp araştıramayacağı yargısına varılır. Mantık ya da örneklem geçerliliği bir diğer içerik geçerliliği türüdür. İlgili alanı özgül olarak tanımlanmış bir psikopatoloji evreninin

ölçekteki sorularla yeterince örneklenip örneklenmediğidir. Yüzey geçerliliğinden öte, mantık geçerliliği konunun tüm alanları ile ilgili kaynaklar gözden geçirilerek ve ölçeğin soru örüntüsü incelenerek sağlanır. Faktör geçerliliği de bir geçerlik türüdür. En karmaşık içerik geçerliliği olan faktör geçerliliği faktör analizine dayanmaktadır. Söz konusu ölçeğin araştırılan konuyla ilgili alanları ne ölçüde kapsadığı ortaya konur.

Deneysel Geçerlik: Ölçüt ile ilişkili etkinliğin ortaya konmasını sağlar. Ölçüt geçerliliği adı da verilen bu geçerlik ölçeğin kullanılabilmesi açısından oldukça önemlidir ve güvenilirliğine de katkıda bulunur. Deneysel geçerlikte en yaygın olarak kullanılan yöntemlerden biri birlikte geçerliktir. Çoğunlukla geçerliliği sınanan ölçek ile birlikte, aynı alanda kullanılan ve geçerliliği ortaya konmuş bir başka ölçek uygulanır. Aralarındaki bağıntıya bakılarak geçerlik sağlanmış olur. Bir diğer deneysel geçerlik ise yordama (önceden tahmin) geçerliliğidir. Daha çok tedaviye yanıt ya da hastalığın gidişi yönünden yordama tercih edilir; ancak bunun dışında tanısal yordama da araştırmacılar tarafından kullanılmaktadır.

Ölçüt geçerliliği içinde iki kavram önemli bir yer tutmaktadır. Bunlardan özgüllük bir ölçeğin bir sağlıklı grup içinde hasta olmayanları hasta olanlardan ayırt etme gücü ile belirlidir ve doğru negatiflik ile gösterilir. Duyarlılık ise yine ölçeğin bir hasta grubu içinde hasta olanları hasta olmayanlardan ayırt etme yetisidir ve doğru pozitiflik ile belirlenir. Ölçüt geçerliliği için kullanılan bir başka yöntem ise çapraz geçerliktir. Çapraz geçerlikte ölçek hedef örneklem grubu dışında bir başka örneklem grubuna uygulanır ve bu gruptaki performansı değerlendirilir. Burada, özgün gruptakine yakın bir performans elde edilmesi beklenir. Ölçeğin hedef toplum dışında bir grupta kullanılabilmesi için mutlaka çapraz geçerliliğin tamamlanmış olması gerekir. Grup üyelerinin sayısı ne kadar küçükse, ne kadar çok sayıda öngörücü değerlendirmeye alınırsa ve sonuçta yalnızca küçük bir kısmı göz önüne alınırsa çapraz geçerlik katsayısı o ölçüde düşük elde edilir.

Yapı Geçerliliği: Bir ölçeğin benzer diğer ölçeklerle nasıl kesiştiği ve ilişkisiz başka ölçeklerden nasıl farklı olduğuna dayanır. İç içe geçmiş bir dizi işlem sonucu elde edilebilir. Değişkenler arasındaki kuramsal ilişkiler kesin sınırlarıyla belirlenmelidir. Bundan sonra değişkenler arasında deneysel ilişkiler araştırılmalıdır. Son olarak,

toplanan veriler ayrıntılı bir biçimde gözden geçirilmeli ve ölçeğin yapısı ortaya konmalıdır. Burada yöntem olarak örtüştürücü ve ayrıştırıcı geçerlik bakılır. Örtüştürücü geçerlikte ilişkili olduğu öngörülen ölçümlerin ne derece ilişkili olduğu incelenir. Ayrıştırıcı geçerlikte ise ölçeğin ilişkisi olmayan diğer yapıların ölçümlerinden ne derece ayırt edici özellik taşıdığına bakılır. Bu amaçla en sık olarak multitrait-multimetod matrisi uygulanır. Burada esas nokta, değişik tanı gruplarına benzer özellik gösteren değişik ölçekler uygulanarak söz konusu ölçeğin ne derece ayırt edici özellik taşıdığı ve ne derece diğer ölçeklerle örtüştüğü belirlenir. Uygulanan ölçekler arasındaki bağıntı katsayılarının, bir ölçeğin tüm tanı grupları arasındaki bağıntı katsayılarından yüksek olması beklenir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı bünyesinde faaliyet göstermekte olan İnflamatuvar Bağırsak Hastalıkları Polikliniği'ne başvuran ülseratif kolit ve Crohn hastalığı tanılı hastalara uygulanan "İnflamatuvar Bağırsak Hastalığında Yaşam Kalitesi Değerlendirme Anketi"nin Türk toplumu için geçerlik ve güvenilirliğini belirlemek amacıyla planlanan kesitsel, tanımlayıcı ve metodolojik bir çalışmadır. Çalışmaya, Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alındıktan sonra başlanmış ve çalışma kapsamındaki tüm hastalar çalışmaya katılmadan önce çalışma hakkında bilgilendirilmiş; hastalara bilgilendirilmiş onam formu imzalatılmıştır.

3.1. Amaç

Çalışmanın amacı "İnflamatuvar Bağırsak Hastalığında Yaşam Kalitesi Değerlendirme Anketi"nin Türk toplumu için geçerlik ve güvenilirliğinin saptanmasıdır. Ölçeğin geçerlik ve güvenilirliği saptanırsa biyolojik hedeflere odaklı değerlendirmenin yanında hastanın algılarını ve diğer belirleyicileri de gösteren bir değerlendime mümkün olacak; ölçek başka çalışmalarda kullanılabilecek ve klinik pratikte hastaların değerlendirilmesinde daha bütüncül bir yaklaşıma olanak sağlayacaktır.

3.2. Hastalar

Çalışmaya Mart 2013-Mayıs 2013 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı İBH Polikliniği'ne başvurmuş olan;

- 18 yaş ve üstü
- bilişsel fonksiyonları yerinde ve okur-yazar olan
- araştırmaya gönüllü ÜK ve CH tanılı hastalar dahil edilmiştir.

Geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarında örneklem büyüklüğünün madde sayısının en az beş katı olması gerektiği bilgisine dayanılarak ölçeği oluşturan 36 soru için soru sayısının beş katı olan 180 kişilik örneklem büyüklüğüne ulaşılması hedeflenmiş ve toplamda 176 hasta bu çalışmaya alınmıştır [30].

3.3. Araştırmada Kullanılan Gereçler

Araştırma kapsamında verilerin toplanması amacıyla araştırmada aşağıdaki veri toplama araçları kullanılmıştır:

- Ek-3: İnflamatuvar Bağırsak Hastalığında Yaşam Kalitesi Değerlendirme Anketi
- Ek-4: Sosyodemografik özellikler anket formu

İnflamatuvar Bağırsak Hastalığında Yaşam Kalitesi Değerlendirme Anketi:

Bu anket İBH (ÜK ve CH) tanısı almış hastaların yaşam kalitesini ölçmek amacıyla oluşturulmuş, toplam 36 sorudan oluşan, her soruda 7 adet seçilebilecek cevap bulunan, soruların “bağırsak”, “sistemik”, “emosyonel”, “fonksiyonel bozulma” ve “sosyal bozulma” olacak şekilde 5 grupta toplandığı bir ölçektir. Ölçek 1992 yılında Jonathan R. Love, Jan E. Irvine ve Richard N. Fedorak tarafından geliştirilmiştir ve orijinal adı “Inflammatory Bowel Disease Quality of Life Questionnaire”dir.

Sosyodemografik Özellikler Anket Formu

Bu form çalışmaya katılan hastanın sosyodemografik özelliklerini irdeleyen ve toplamda 21 sorudan oluşan bir formdur. İçeriğinde hastanın yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, varsa çocuk sayısı, evde kaç kişi ile birlikte yaşadığı, eğitim düzeyi, mesleği, sosyal güvencesi, ailesinin toplam gelir düzeyi, ailenin gelirinin kim tarafından sağlandığı, çalışıyorsa çalıştığı işin tipi (tam gün / yarım gün), ailesinde bakmakla yükümlü kimse olup olmadığı, evde bakımını üstlenebilecek kimse olup olmadığı, sigara ve alkol kullanımı, kronik hastalık varlığı ile ilgili bilgiler yer almaktadır.

3.4. Araştırmada Kullanılan Yöntemler

3.4.1. Dil Eşdeğerliği Sağlanmasına Yönelik Çalışmalar

İnflamatuvar Bağırsak Hastalığında Yaşam Kalitesi Değerlendirme Anketinin geçerlik ve güvenilirliğinin sağlanması amaçlanan çalışmada öncelikle dil eşdeğerliğinin sağlanması hedeflenmiştir. Bunun için orijinal ölçek Türkçe ve İngilizce dillerine hakim iki hekim tarafından Türkçeye çevrilmiştir. Türkçeye çevrilmiş olan anket, biri yurtdışında eğitim görmüş hekim, biri de İngilizce alanında ileri derecede eğitim

görmüş olan tıp dışı bir branşa mensup kişi tarafından tekrar İngilizceye çevrilmiştir (çeviri-tekrar çeviri yöntemi). İngilizceye çevrilmiş olan ölçek, tekrardan Türkçeye çevrilmiş ve ilk çevrilen ölçek ile uzman düzeyinde karşılaştırılmış, öneriler doğrultusunda gerekli değişiklikler yapılmıştır. Değişiklikler yapıldıktan sonra anket, verileri araştırma kapsamına alınmayan 5 hastaya uygulanmış ve anket içeriğinin anlaşılabilirliği, toplumun sosyokültürel yapısına uygunluğu, ankette kullanılan anlatım biçiminin akıcılığı gibi konularda hastalardan görüş alınmıştır. Bu görüşler de göz önüne alınarak ankete son hali verilmiştir.

3.4.2. Psikometrik Uygunluğun Sağlanmasına Yönelik Çalışmalar

3.4.2.1. Güvenirlik ve Geçerlik Analizleri

Ölçeğin iç tutarlılığı Cronbach-alfa katsayısı ile değerlendirilmiştir. Her sorunun ölçekte yer alması ile ilgili soru silindiğinde ölçeğin Cronbach-alfa değerleri tekrar değerlendirilerek güvenilirliği olmayan maddelerin olup olmadığı tekrar değerlendirilmiştir. Sağlık alanındaki çalışmaların güvenirlilik analizinde Cronbach-alfa katsayısının en az 0.70 olması gerekmektedir. Tüm maddelerin güvenilir olduğu son hali ile geçerlik analizi kapsamında değerlendirilmiştir. Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi ile madde sayısına göre örneklem büyüklüğünün kontrolü yapılmıştır. KMO katsayısının 0.60'ın üzerinde olması maddeye göre örneklem bütünlüğünün yeterli olduğunu göstermektedir. Bartlett testi ile de faktörlenebilme özelliği test edilmiştir. Bartlett testinin p değerinin 0.05'in altında olması faktörlenebilirliği göstermektedir. Anti-imaj korelasyonu ile her maddenin kendi içindeki korelasyonu değerlendirilerek geçerlik analizinde yer alma durumu kontrol edilmiştir. Rho değeri 0.50'nin üzerinde olan maddelerin tümü analize alınmıştır. Yapı geçerliliği doğrulayıcı faktör analizi ile test edilmiştir.

3.5. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya katılan tüm hastalara çalışmaya katılmadan önce çalışma ile ilgili detaylı bilgi verilmiş; sonrasında bilgilendirilmiş onam formu imzalatıldıktan sonra hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmaya başlanmadan önce orijinal ölçeği geliştirmiş olan Jonathan R. Love, Jan E. Irvine ve Richard N. Fedorak'tan e-posta yolu ile

ölçeğin kullanılması için izin istenmiştir. Araştırma öncesi Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu onayı alınarak çalışmaya başlanmıştır.

4. SONUÇLAR

4.1. İnflamatuvar Bağırsak Hastalarının Sosyodemografik Özellikleri

Araştırmaya katılmış olan 176 kişinin yaş ortalaması 44.14 olarak hesaplanmıştır (Standart sapma: 13.5). Çalışmaya katılan deneklerin %44.3'ü kadındır, %69.3'ü evlidir, %21.6'sının ilkokul düzeyinde eğitim seviyesi vardır. Çalışmaya katılan hastaların sosyodemografik özelliklerinden bazıları Tablo-7'de özetlenmiştir.

Tablo-7: Araştırma grubu hastaların sosyodemografik özelliklerinin bazılarına göre dağılımı

ÖZELLİK	SAYI (n:176)	YÜZDE
Cinsiyet		
Kadın	78	%44.3
Erkek	98	%55.7
Medeni durum		
Evli	122	%69.3
Bekar	46	%26.1
Dul	2	%1.1
Boşanmış	6	%3.4
Eğitim düzeyi		
İlkokul	38	%21.6
Lise	51	%29.0
Üniversite	86	%48.9
Diğer	1	%0.6

Çalışma grubunun mesleki özellikleri, çalışma durumları, sosyal güvenceleri ve gelir durumlarına göre dağılımları ise Tablo-9'da özetlenmiştir. Buna göre hastaların %20.5'i emekli, %14.8'i ise ev hanımıdır. %62.5'inin ailesinin toplam aylık geliri 1000TL-3000TL arasındadır. Hastaların yarısı herhangi bir işte çalışmamakta, %42.6'sı ise tam günlük bir işte çalışmaktadır. Sosyal güvenceleri bakımından irdelendiğinde hastaların %42.6'sının sosyal güvencesi SSK; yine %42.6'sının sosyal güvencesi ise Emekli Sandığı'dır. Halihazırda Türkiye Cumhuriyeti'nde bu iki kurum "Sosyal Güvenlik Kurumu" (SGK) çatısı altında toplanmış bir şekilde hizmet vermektedir. İlgili veriler aşağıda Tablo-8'de sunulmuştur.

Tablo-8: Araştırmaya katılan hastaların sosyoekonomik verilerinden bazıları

ÖZELLİK	SAYI (n:176)	YÜZDE
Meslek		
Serbest meslek	16	%9.0
Devlet memuru	9	%5.1
İşçi	5	%2.8
Ev hanımı	26	%14.8
Emekli	36	%20.5
Diğer	84	%47.7
Ailenin aylık geliri		
500TL ve daha az	0	%0.0
500-1000TL	28	%15.9
1000-3000TL	110	%62.5
3000TL ve daha fazla	38	%21.6
Ailenin gelirini sağlayan kişi		
Kendisi	132	%75.0
Eşi	23	%13.0
Anne / baba	21	%12.0
Çocuk	0	%0.0
Çalışma Durumu		
Çalışmıyor	88	%50.0
Yarım günlük iş	13	%7.4
Tam günlük iş	75	%42.6
Sosyal Güvence		
Emekli Sandığı	75	%42.6
SSK	75	%42.6
Yeşil kart	2	%0.1
Bağ Kur	22	%12.5
Ücretli	2	%0.1

Çalışmaya katılan hastaların alışkanlık ve sosyal bakım durumlarına bakıldığında hastaların %78.4'ünün sigara kullanmadığı, %79.5'inin ise alkol kullanmadığı görülmektedir. Çalışmaya katılan hastaların %40.3'ünün evinde bakmak ile yükümlü olduğu bir kişi vardır; hastaların %68.8'inin evde bakımını üstlenebilecek bir kişi bulunmaktadır. Veriler Tablo-9'da özetlenmiştir.

Tablo-9: Çalışmaya katılan hastaların alışkanlık ve sosyal bakım yönünden verileri

ÖZELLİK	SAYI (n:176)	YÜZDE
Sigara Kullanımı		
Kullanıyor	38	%21.6
Kullanmıyor	138	%78.4
Alkol Kullanımı		
Kullanmıyor	140	%79.5
Sosyal içici	17	%9.7
Ayda 1-2 kez	10	%5.7
Haftada 1-2 kez	7	%4
Hemen hemen her gün	2	%1.1
Bakmakla Yükümlü Olduğu Kişi		
Var	71	%40.3
Yok	105	%59.7
Evde Bakımını Üstlenebilecek Kişi		
Var	121	%68.8
Yok	55	%31.2

4.2. İnflamatuvar Bağırsak Hastalığında Yaşam Kalitesi Değerlendirme Anketi'nin Değerlendirilmesi

Ölçek bulguları ölçeğin güvenilirliğinin saptanması amacıyla yapılan çalışmalar ve ölçeğin geçerliliğinin saptanması için yapılan çalışmalar olmak üzere iki ayrı başlık altında incelenmiştir.

Bir ölçme aracında mutlaka bulunması gereken iki özellik, ölçeğin geçerli olması ve güvenilir olmasıdır. Bir ölçeğin güvenilir olması o ölçeğin geçerli olması için bir ön koşuldur; buna bağlı olarak bir ölçeğin güvenilirliği saptanmamış ise ölçeğin geçerliliğinin analiz edilmesi gereksizdir.

4.2.1. İnflamatuvar Bağırsak Hastalığında Yaşam Kalitesi Değerlendirme Anketi'nin Güvenirliğinin Değerlendirilmesi

“İnflamatuvar Bağırsak Hastalığında Yaşam Kalitesi Değerlendirme Anketi” adlı ölçeğin güvenilirliğinin değerlendirilmesi amacıyla SPSS paket programı kullanılarak Cronbach-alfa katsayısı hesaplanmıştır. Ölçekte bulunan 36 sorunun tümünün dahil edildiği analizde ölçeğin Cronbach-alfa katsayısı 0.947 saptanmıştır. Ölçekteki her bir soru için ayrı ayrı olmak üzere sorunun ölçekten kaldırılması durumunda geriye kalan

ölçeğin güvenilirliği açısından Cronbach-alfa katsayısı yeniden hesaplanmıştır. Elde edilen verilere göre bir soru ölçekten çıkarılmış; geriye kalan 35 soruluk ölçek için Cronbach-alfa katsayısı tekrar hesaplanmıştır; yeni bulunan değer 0.951 olarak saptanmıştır. Çıkarılan soru “Son iki haftadır özel hayatınızla ilgili ne kadar mutlu, memnun ve hoşnut idiniz?” (33. Soru) sorusudur.

Tablo-10: Güvenirlilik madde analizleri

Son iki haftada...	Madde silinirse ölçek ortalaması	Madde-toplam korelasyon	Madde silinirse Cronbach's Alpha
barsak hareket sıklığı	189,3	,581	,946
yorgunluk bitkinlik tükenmişlik	190,3	,676	,945
barsak problemi sebepli öfke sabırsızlık huzursuzluk	190,2	,778	,944
barsak problemi sebepli okul veya iş devamsızlığı	188,8	,519	,946
dışkı gevşekliliği	190,0	,607	,946
ne kadar enerji hissettiniz	190,1	-,204	,965
ameliyat ihtimali nedeniyle endişe	189,3	,648	,945
barsak problemi sebepli sosyal olayı erteleme iptal	189,2	,750	,945
karında kramp nedenli sıkıntı sıklığı	189,6	,693	,945
genellikle sağlıklı hissetme sıklığı	190,2	,661	,945
barsak problemi nedenli boş zaman aktivite yapma zorluğu	189,6	,789	,944
barsak problemi nedenli spor yapma zorluğu	189,6	,754	,944
uykuya dalmada problem yaşama sıklığı	189,9	,728	,945
gecenin ortasında uyanma problemi sıklığı	189,7	,739	,945
uyku hapi ihtiyacı sıklığı	188,4	,353	,947
barsak problemi nedenli karamsar dertli hayal kırıklığı sıklığı	189,9	,785	,944
yakında tuvalet yok diye sosyal program iptal sıklığı	189,1	,695	,945
gaz çıkarma nedenli problem sıklığı	190,1	,667	,945
kilo alma verme muhafaza etmede problem sıklığı	189,4	,594	,946
kanser olma endişe kaygı sıklığı	189,5	,607	,946
daha iyi hissedememe endişe kaygı sıklığı	189,7	,796	,944
hastalık tekrarı endişe kaygı sıklığı	190,2	,779	,944
karında şişkinlik hissi problem sıklığı	190,0	,710	,945
barsak hareketiyle makattan kanama problemi sıklığı	188,8	,433	,947
barsak problemi kötü koku ses nedenli sosyal utanma hissi sıklığı	189,5	,682	,945
barsak boş olduğu halde tuvalet ihtiyacı sıklığı	189,3	,734	,945
iç çamaşırını kirletme problemi sıklığı	188,9	,566	,946
barsak problemi nedenli öfke sıklığı	189,7	,854	,944
bulantı mide rahatsızlık hissi sıklığı	189,4	,660	,945
sinirlilik miktarı	190,2	,713	,945
barsak problemi dolaylı cinsel hayatta problem miktarı	189,1	,541	,946
çocuklarda benzer hastalık olma endişesi miktarı	189,8	,463	,947
özel hayatta mutlu memnun hoşnutluk miktarı	190,8	-,209	,951
iştah problemi miktarı	189,7	,568	,946
barsak probleminin aile hayatını bozma miktarı	189,2	,675	,945
barsak probleminin çalışabilme süresini kısaltma miktarı	189,7	,822	,944

4.2.2. İnflamatuvar Bağırsak Hastalığında Yaşam Kalitesi Değerlendirme Anketi'nin Geçerliliğinin Değerlendirilmesi

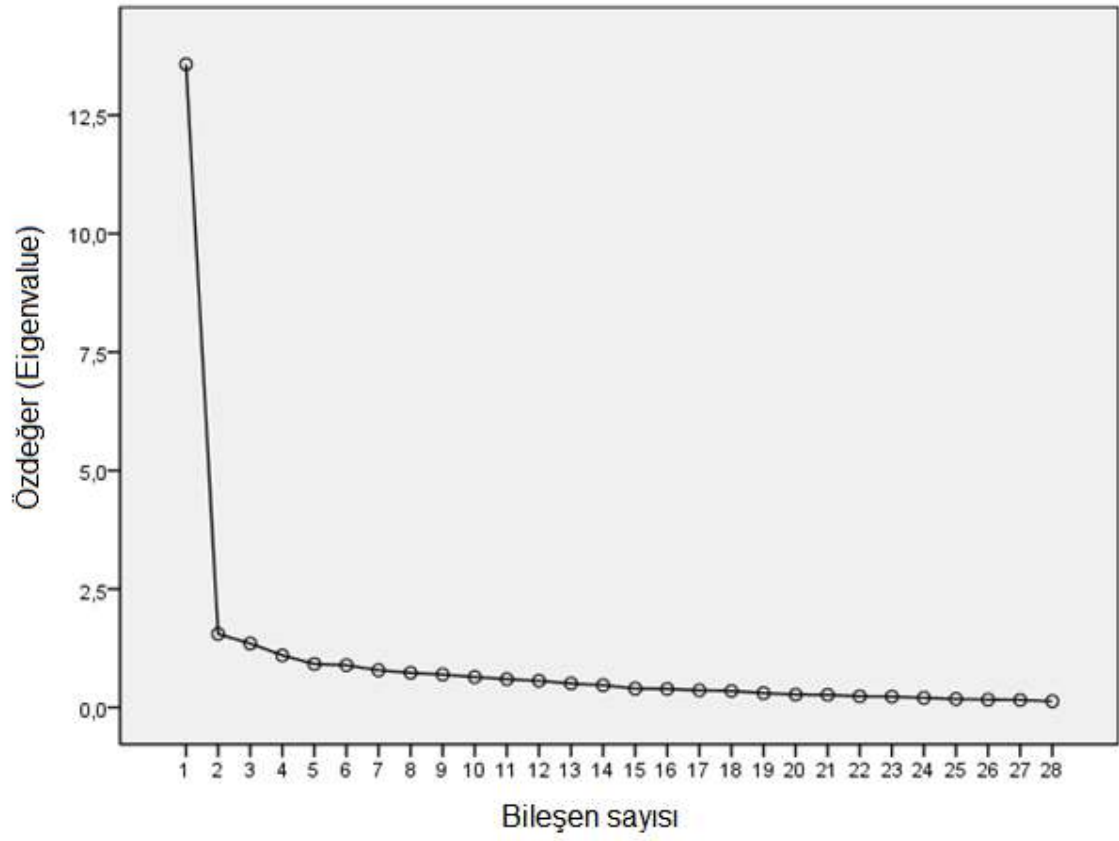
Ölçek tüm maddelerin güvenilir olduğu son hali ile geçerlik analizi kapsamında değerlendirilmiştir. Faktör analizine geçildiğinde öncelikle tanımlayıcı olarak Kaiser-Meyer-Olkin testi, Bartlett testi ve anti imaj matrisi incelenmiştir. Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi ile madde sayısına göre örneklem büyüklüğünün kontrolü yapılmıştır. Ölçeğin KMO ölçütü 0.950 olarak saptanmıştır. Bartlett testi ile de faktörlenebilme özelliği test edilmiştir. Ölçeğin Bartlett testi sonucu <0.001 (0.000) olarak saptanmıştır. Anti-imaj korelasyonu ile her maddenin kendi içindeki korelasyonu değerlendirilerek geçerlik analizinde yer alma durumu kontrol edilmiştir. Analiz edilen maddelerin tamamının Rho katsayısı %50'nin üzerinde saptanmıştır. Yapı geçerliliği değerlendirmesinde varimax eksen döndürme yöntemi seçilerek dönen yük faktörleri kontrol edilmiştir. İlk olarak tüm sorular üzerinde yapılan doğrulayıcı faktör analizi sonucunda soruların toplamda 5 faktör altında toplandığı, toplam varyansın %63.57'sinin açıklandığı saptanmıştır. Analizde minimum özdeğer (Eigenvalue) 1.00 alınmıştır. Hiçbir faktör altında toplanmayan, yükü eşit dağılan ve negatif değer içeren sorular çıkarılarak (6., 18. ve 34. sorular) kalan sorular yeniden analiz edilmiştir. Kalan 32 sorunun toplamda 4 faktör altında toplandığı ve toplam varyansın %62.57'sinin açıklanabildiği görülmüştür. Sorular yine tek tek analiz edilip yine hiçbir faktör altında toplanamayan, yükü eşit dağılan veya negatif değer içeren sorular (3., 10., 13. ve 28. sorular) kalan 28 soru 3. kez analiz edilmiştir. Bu 28 soru 4 faktör altında toplanmış ve toplam varyansın %62.77'sinin açıklandığı görülmüştür. Bu noktada tüm sorular herhangi bir faktör altında toplanabilmiştir. Aşağıdaki tablolarda ve şekilde bu faktör analizine ait bulgular yer almaktadır.

Tablo-11:İnflamatuvar Bağırsak Hastalığında Yaşam Kalitesi Değerlendirme Anketi'nin faktör analizi

Faktör	Varyansın Yüzdesi (%)	Kümülatif Yüzde (%)
1	20.18	20.18
2	19.46	39.63
3	13.48	53.12
4	9.65	62.77

Tablo-12: Soruların faktörler altında gruplanması

Sorular	Bileşenler			
	1	2	3	4
20	0,821	0,122	0,098	0,155
32	0,711	0,202	0,105	-0,214
22	0,703	0,32	0,31	0,208
21	0,652	0,355	0,318	0,289
23	0,648	0,188	0,261	0,406
16	0,620	0,415	0,243	0,312
7	0,599	0,333	0,147	0,200
30	0,591	0,352	0,28	0,192
29	0,549	0,208	0,203	0,446
8	0,261	0,777	0,305	0,164
4	0,117	0,726	-0,07	0,295
12	0,258	0,699	0,201	0,367
17	0,238	0,685	0,384	0,094
11	0,333	0,648	0,252	0,389
36	0,409	0,628	0,300	0,328
35	0,326	0,596	0,323	0,099
31	0,343	0,539	0,229	-0,043
14	0,447	0,525	0,285	0,158
24	0,242	0,071	0,740	-0,039
27	0,129	0,416	0,685	-0,074
1	0,127	0,144	0,675	0,413
26	0,436	0,286	0,615	0,167
5	0,117	0,361	0,493	0,354
25	0,291	0,400	0,461	0,243
15	0,067	0,164	0,010	0,660
2	0,343	0,326	0,337	0,449
9	0,442	0,210	0,428	0,445
19	0,364	0,326	0,100	0,437



Şekil-5: Faktör analizine tabi tutulan bileşenlerin özdeğerleri (Eigenvalue)

5. TARTIŞMA

İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı'nda Yaşam Kalitesi Değerlendirme Anketi'nin güvenilirlik analizinde Cronbach-alfa katsayısı 0.947 olarak hesaplanmış, güvenilirliği olumsuz yönde etkileyen bir soru çıkarıldıktan sonra tekrar hesaplanan Cronbach-alfa katsayısı değeri 0.951 bulunmuştur. Geçerlik analizinde Kaiser-Meyer-Olkin ölçütü, Bartlett testi ve anti-imaj matrisi değerlendirilmiş; Kaiser-Meyer-Olkin ölçütü 0.950, Bartlett testi sonucu 0.000 bulunmuş, anti-imaj matrisinde her bir soru için Rho katsayısı $> \%50$ olarak saptanmıştır. Doğrulayıcı faktör analizinde sorular 5 faktör altında toplanmış, ve toplam varyansın $\%63.57$ 'sin açıklanabilmiştir. Hiçbir faktör altında toplanamayan, yükü eşit dağılan, negatif değer içeren sorular çıkarılarak tekrar analiz yapıldığında kalan 28 soru 4 faktör altında toplanmış ve toplam varyansın $\%62.77$ 'si açıklanabilmiştir.

Çalışma neticesinde İnflamatuvar bağırsak hastalarında yaşam kalitesi değerlendirme anketinin Türk toplumu için geçerli ve güvenilir olduğu saptanmıştır. Öncelikle ölçeğin güvenilirliği açısından Cronbach-alfa katsayısı hesaplanmıştır. Bir ölçeğin güvenilir kabul edilmesi için Cronbach-alfa katsayısının minimum 0.70, tercihen 0.70-0.80 aralığında olması gerekmektedir. Klinik araştırmalar içinse minimum 0.90'lı değerlerden bahsedilmektedir [31]. Ölçeğimizin Cronbach-alfa katsayısı ilk analizde 0.947 bulunmuştur. Daha sonrasında "If item deleted" özelliği ile her soru tek tek analiz edilerek her sorunun ölçekten kaldırılması durumunda ölçeğin yeni Cronbach-alfa katsayıları ayrı ayrı hesaplanmıştır. Bu bağlamda "Son iki haftadır özel hayatınızla ilgili ne kadar mutlu, memnun ve hoşnut idiniz?" (33. Soru) sorusu ölçekten çıkarıldıktan sonra hesaplanan Cronbach-alfa katsayısı 0.951 bulunmuştur. Başka ülkelerde yapılan inflamatuvar bağırsak hastalarında yaşam kalitesi değerlendirme anketi validasyon çalışmaları incelendiğinde Çin'de yapılan çalışmada Cronbach-alfa katsayısının ÜK grubu için 0.95 ve CH grubu için 0.94 saptandığı[32], İspanya'daki çalışmada Cronbach-alfa katsayısının 0.96 saptandığı[33], Almanya'da 0.88-0.89 saptandığı[34], Brezilya'da ise 0.92 saptandığı[35] görülmektedir. Tüm bu analizler İnflamatuvar Bağırsak Hastalığında Yaşam Kalitesi Değerlendirme Anketi'nin güvenilirliğini kanıtlamıştır.

Ölçeğin güvenilirliğinin kanıtlanması sonrasında geçerlik analizleri yapılmıştır. Bu bağlamda örneklem büyüklüğünün yeterliliği için Kaiser-Meyer-Olkin ölçütü hesaplanmıştır. Yeterli bir örneklem büyüklüğü için bu ölçütün en az 0.60 olması gerekmektedir [36]. Ölçeğimizin Kaiser-Meyer-Olkin ölçütü 0.950 bulunmuştur; bu da örneklem büyüklüğünün yeterli olduğunu göstermektedir. Ölçeğin faktörlenebilirliği Bartlett testi ile sorgulanmıştır. Bartlett testinden elde edilen değer 0.05'ten küçük ise verilerin faktör analizine uygun olduğu kabul edilmektedir [37]. Çalışmamızda Bartlett testi sonucu 0.000 bulunmuştur. Bu da ölçeğin faktörlenebilirliğini göstermektedir. Anti-imaj korelasyonu ile her maddenin kendi içindeki korelasyonu değerlendirilerek geçerlik analizinde yer alma durumu kontrol edilmiştir. Burada her bir madde için en az 0.50 değer elde edilmelidir [38]. Ölçeğimizde her soru için en az 0.50 değer elde edildiği, bir madde (6. soru) hariç diğer tüm maddeler için değer 0.9 ve üzeri değer saptanmıştır. Faktör analizi sonucunda da en son analizde 28 sorunun 4 faktör altında toplandığı ve toplam varyansın %62.77'sinin açıklanabildiği görülmüştür. Bu oranın %50'nin üzerinde olması gerekmektedir [39]. Ölçekten elde edilen %62.77 değer ölçeğin geçerliliği açısından yeterli bir değerdir. Faktör analizi sırasında çıkarılan soruların orijinal ölçekteki grupları kontrol edilmiştir; buna göre çıkarılan soruların üçü "Sistemik", biri "Bağırsak", ikisi "Emosyonel", biri "Fonksiyonel Bozulma" grubundandır. "Sosyal Bozulma" grubundan hiç soru çıkartılmamıştır. Çıkartılan soruların gruplar arasındaki dağılımının dengeli olduğu görülmektedir. Bu da soruların faktör analizinin ve gruplandırmasının iyi bir şekilde yapıldığını göstermektedir. Tüm bu bilgiler ışığında İnflamatuvar Bağırsak Hastalığında Yaşam Kalitesi Değerlendirme Anketi'nin geçerli ve güvenilir olduğunun kanıtlanmış olduğu ve Türk toplumu için validasyonunun sağlanmış olduğu söylenebilir.

İnflamatuvar Bağırsak Hastalığında Yaşam Kalitesi Değerlendirme Anketi'nin analiz sonuçları değerlendirildiğinde sonuçları olumsuz yönde etkileyebilecek bazı durumlar saptanmıştır. Öncelikle anketin tamamlanması esnasında zaman tutulmamıştır. Belli bir süre aralığının üstünde veya altındaki sürelerde anketin tamamlanması anketin güvenilirliğini olumsuz yönde etkileyebilir. Bundan sonraki çalışmalarda çalışma öncesi bir kontrol grubu tarafından anketin doldurulması esnasında zaman tutulması ve anketin doldurulması için ortalama bir zaman dilimi saptanması; çalışma yapılırken bu zaman diliminden çok kısa ve çok uzun sürede tamamlanan anketlerin çalışma

kapsamı dışında tutularak analiz yapılması daha doğru sonuçlar elde edilmesine olanak sağlayabilir. Sonuçları olumsuz yönde etkilemesi muhtemel bir başka konu da deneklerin eğitim düzeyidir. Araştırmaya katılan 176 hastanın %21.6'sının eğitim düzeyi ilkokul seviyesindedir. Bu da hastaların bazı soruları yeterince anlayamamasına ve doğru cevaplayamamasına neden olmuş olabilir. Anketin üzerinden tekrar geçilmesi, gerekirse anketi uygulayan hastalar veya en azından bir kısmı ile tekrar görüşülerek anketin anlaşılabilirliği ile ilgili geribildirim alınması anlaşılması zor olan kısımların değiştirilerek bu konudaki sorunları azaltmaya yardımcı olabilir.

Hastaların sorulara verdiği cevapların yüzdeleri incelendiğinde bazı soruların aşırı uç yanıtlarında yığılma olduğu gözlenmiştir. Anketteki 4., 8., 15., 17., 24., 27. ve 31. sorular bu bağlamda tekrar incelenmiş ve bu yığılmanın olası nedenleri araştırılmıştır. Hastalık aktivitesi nedeniyle hastalığın hastanın işe veya okula gitmesine ne derece engel olduğunun sorgulandığı 4. soruda hastaların %72.7'si hastalıklarının işe veya okula gitmesine bir engel oluşturmadığını belirtmiştir. Bunu hastalık şiddeti ile doğru orantılı olarak değerlendirmek yanlış olacaktır, çünkü ankete katılan hastaların %14.8'i ev hanımı, %20.5'i ise emeklidir; her iki grup da işe veya okula gitmeyen kişilerden oluşmaktadır. Dolayısıyla anketin ilerideki kullanımlarında bu soru değişik çalışma statüsündeki kişileri de kapsayacak bir şekilde değiştirilerek kullanılırsa hastalık aktivitesini daha doğru bir şekilde yansıtacaktır. Bir diğer soruda (8. soru) hastanın bağırsak problemi nedeniyle ne sıklıkta bir sosyal aktiviteyi ertelemek veya iptal etmek zorunda kaldığı araştırılmıştır; hastaların yarısından fazlası (%55.1) bu konuda herhangi bir erteleme veya iptal zorunluluğu yaşamadığını beyan etmiştir. Diğer soruların yanıt oranları ile kıyaslandığında bu oranın tam doğruyu yansıtmadığı görülmektedir. Olasılıkla "sosyal aktivite" tabiri ile neyin ifade edilmek istendiği tam olarak anlaşılamamıştır. Sorunun içeriğine Türk toplumunun sosyokültürel yapısına uygun sosyal aktivite örnekleri eklenirse (ör. arkadaş ziyareti, sinemaya gitme, kahveye gitme, vb.) bu problemin önemli ölçüde çözüleceği düşünülmektedir. Aynı durum 17. soruda da mevcuttur; bu soruda hastaların yanı başında tuvalet olmaması nedeniyle bir sosyal programa katılmaktan ne sıklıkta vazgeçmek zorunda kaldıkları sorgulanmıştır ve bu soruda da katılımcıların %60.2'si "Hiç" yanıtını vermiştir. Burada da "sosyal program" kavramı örneklerle açıklanırsa daha doğru sonuçlar elde etmek

mümkün olacaktır. 15. soruda hastaların iyi uyuyabilmek için ne sıklıkta uyku hapi almak zorunluluğunu yaşadıkları sorgulanmıştır; bu soruya da %84.1 hasta “Hiç” yanıtını vermiştir. Elbette ki bu yanıt yüzdesi Türkiye’deki tüm inflamatuvar bağırsak hastalarını tam olarak yansıtmamaktadır. Sonuçta bu anket sadece ayakta gününbirlik muayene olan poliklinik hastalarına uygulanmıştır ve bu hastalar genel durumu belli bir iyilik halinin üstünde olan, polikliniğe gidip gelebilen hastalardır. Anketin poliklinik hastalarının yanı sıra yataklı servislerde yatan, aktivite olarak daha yüksek düzeyde olan inflamatuvar bağırsak hastalarına da uygulanması daha dengeli ve hastaları daha iyi yansıtan sonuçlar elde edilmesine olanak sağlayacaktır. Benzer müdahale ile bağırsak hareketleri ile makattan kanama olması sıklığının sorgulandığı 24. soruda ve iç çamaşırlarının kirletilmesi nedeniyle yaşanan sorunların sorgulandığı 27. soruda da hastalık popülasyonunu daha iyi temsil eden sonuçların alınması mümkün olacaktır. Bu sorulara da hastalar sırasıyla %71.0 ve %64.8 oranlarında “Hiç” yanıtını vermiştir. Son olarak bağırsak problemi nedeniyle oluşan cinsel hayattaki problemlerin sıklığının sorgulandığı 31. soruda deneklerin %58.5’i herhangi bir problem yaşamadığını ifade etmiştir. Gerek hastaların görece daha stabil olan poliklinik hasta grubunda olması, gerek de Türk toplumunda cinsel hayat hakkında görüşmelerin batı toplumlarına kıyasla daha kısıtlı olması nedeniyle bu sorudaki yanıtların da gerçeği tam olarak yansıtmayabileceği düşünülmektedir. Hastaların ölçekteki sorulara verdikleri yanıtların yüzdeleri aşağıdaki tabloda gösterilmektedir (6. ve 33. sorular cevapsal bağlamda diğer sorulara göre negatif sorular olduğundan bunların yüzdeleri cevaplar ters çevrilerek analiz edilmiştir)

Tablo-13: Soruların cevap yüzde dağılımları (1:Hiç olmadığı kadar çok, 2:Aşırı derecede çok, 3:Çok, 4:Orta derecede, 5:Bir miktar, 6:Az, 7:Hiç, SD: standart sapma)

	1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	4 n (%)	5 n (%)	6 n (%)	7 n (%)	ORTANCA	SD
SORU 1	5 (2.8)	3 (1.7)	10 (5.7)	20 (11.4)	17 (9.6)	28 (15.9)	93 (52.8)	5.82	1.60
SORU 2	4 (2.3)	12 (6.8)	18 (10.2)	49 (27.8)	24 (13.6)	42 (23.9)	27 (15.3)	4.77	1.57
SORU 3	5 (2.8)	10 (5.7)	21 (11.9)	43 (24.4)	25 (14.3)	30 (17.0)	42 (23.9)	4.88	1.68
SORU 4	7 (4.0)	3 (1.7)	7 (4.0)	2 (1.1)	5 (2.8)	24 (13.6)	128 (72.7)	6.29	1.53
SORU 5	1 (0.6)	9 (5.1)	9 (5.1)	54 (30.7)	25 (14.2)	43 (24.4)	35 (19.9)	5.06	1.45
SORU 6	12 (6.8)	39 (22.2)	26 (14.8)	75 (42.6)	19 (10.8)	2 (1.1)	2 (1.1)	4.64	1.23
SORU 7	4 (2.3)	5 (2.8)	13 (7.4)	20 (11.4)	11 (6.3)	27 (15.3)	96 (54.5)	5.81	1.65
SORU 8	4 (2.3)	6 (3.4)	9 (5.1)	18 (10.2)	16 (9.1)	26 (14.8)	97 (55.1)	5.85	1.62
SORU 9	6 (3.4)	9 (5.1)	9 (5.1)	22 (12.5)	21 (11.9)	44 (25.0)	65 (36.9)	5.47	1.69
SORU 10	4 (2.3)	10 (5.7)	17 (9.7)	46 (26.1)	25 (14.2)	43 (24.4)	31 (17.6)	4.88	1.57
SORU 11	2 (1.1)	5 (2.8)	23 (13.1)	26 (14.8)	22 (12.5)	28 (15.9)	70 (39.8)	5.41	1.64
SORU 12	5 (2.8)	9 (5.1)	15 (8.5)	22 (12.5)	17 (9.7)	28 (15.9)	80 (45.5)	5.51	1.77
SORU 13	7 (4.0)	10 (5.7)	13 (7.4)	31 (17.6)	29 (16.5)	27 (15.3)	59 (33.5)	5.17	1.76
SORU 14	7 (4.0)	8 (4.5)	19 (10.8)	25 (14.2)	15 (8.5)	39 (22.2)	63 (35.8)	5.28	1.79
SORU 15	2 (1.1)	1 (0.6)	5 (2.8)	8 (4.5)	3 (1.7)	9 (5.1)	148 (84.1)	6.57	1.16
SORU 16	9 (5.1)	9 (5.1)	19 (10.8)	22 (12.5)	19 (10.8)	41 (23.3)	57 (32.4)	5.18	1.83
SORU 17	3 (1.7)	9 (5.1)	9 (5.1)	16 (9.1)	10 (5.7)	23 (13.1)	106 (60.2)	5.92	1.65
SORU 18	2 (1.1)	13 (7.4)	27 (15.3)	31 (17.6)	20 (11.4)	43 (24.4)	40 (22.7)	4.95	1.67
SORU 19	4 (2.3)	6 (3.4)	13 (7.4)	27 (15.3)	18 (10.2)	21 (11.9)	87 (49.4)	5.61	1.69
SORU 20	2 (1.1)	6 (3.4)	18 (10.2)	21 (11.9)	19 (10.8)	36 (20.5)	74 (42.0)	5.57	1.61
SORU 21	5 (2.8)	5 (2.8)	14 (8.0)	30 (17.0)	21 (11.9)	40 (22.7)	61 (34.7)	5.39	1.64
SORU 22	7 (4.0)	9 (5.1)	29 (16.5)	26 (14.8)	23 (13.1)	46 (26.1)	36 (20.5)	4.88	1.73
SORU 23	6 (3.4)	12 (6.8)	13 (7.4)	38 (21.6)	26 (14.8)	35 (19.9)	46 (26.1)	5.02	1.71
SORU 24	5 (2.8)	2 (1.1)	8 (4.5)	9 (5.1)	9 (5.1)	18 (10.2)	125 (71.0)	6.23	1.49
SORU 25	5 (2.8)	5 (2.8)	12 (6.8)	25 (14.2)	22 (12.5)	31 (17.6)	76 (43.2)	5.56	1.65
SORU 26	3 (1.7)	3 (1.7)	10 (5.7)	23 (13.1)	14 (8.0)	48 (27.3)	75 (42.6)	5.76	1.48
SORU 27	1 (0.6)	4 (2.3)	9 (5.1)	18 (10.2)	7 (4.0)	23 (13.1)	114 (64.8)	6.13	1.43
SORU 28	4 (2.3)	15 (8.5)	14 (8.0)	23 (13.1)	19 (10.8)	31 (17.6)	70 (39.8)	5.34	1.80
SORU 29	6 (3.4)	3 (1.7)	12 (6.8)	22 (12.5)	24 (13.6)	29 (16.5)	80 (45.5)	5.63	1.64
SORU 30	4 (2.3)	12 (6.8)	21 (11.9)	36 (20.5)	25 (14.2)	54 (30.7)	24 (13.6)	4.84	1.58
SORU 31	4 (2.3)	5 (2.8)	12 (6.8)	16 (9.1)	12 (6.8)	24 (13.6)	103 (58.5)	5.90	1.63
SORU 32	7 (4.0)	8 (4.5)	18 (10.2)	29 (16.5)	18 (10.2)	25 (14.2)	71 (40.3)	5.28	1.82
SORU 33	10 (5.7)	24 (13.6)	14 (8.0)	83 (47.2)	37 (21.0)	4 (2.3)	4 (2.3)	4.20	1.27
SORU 34	2 (1.1)	7 (4.0)	12 (6.8)	30 (17.0)	33 (18.8)	30 (17.0)	62 (35.2)	5.40	1.55
SORU 35	0 (0.0)	5 (2.8)	10 (5.7)	15 (8.5)	27 (15.3)	26 (14.8)	93 (52.8)	5.92	1.41
SORU 36	5 (2.8)	11 (6.3)	15 (8.5)	21 (11.9)	27 (15.3)	33 (18.8)	64 (36.4)	5.32	1.74

20. yüzyılın sonlarına doğru farkına varılan, 21. yüzyılda önemi daha da iyi bir şekilde anlaşılmaya başlanan sağıkta yaşam kalitesi kavramının hastaların takibinde kullanılması hem tedavi süreçlerini olumlu yönde etkilemekte, hem de sağığa harcanan maliyetin azaltılmasına yardımcı olmaktadır. Türk toplumu için geçerliliğini ve güvenilirliğini kanıtlayıp valide edilmiş olan İnflamatuvar Bağırsak Hastalığında Yaşam Kalitesi Değerlendirme Anketi'nin, Türkiye'deki inflamatuvar bağırsak hastalarının takibinde kullanılarak yaşam kalitelerinin, dolaylı yoldan hastalık

aktivitelerinin ve tedavi başarılarının ölçüm ve takibine olanak sağlayacağı düşünülmektedir. Ölçeğin inflamatuvar bağırsak hastalarının takibinde diğer objektif ölçeklerle (ör: Mayo skoru, Crohn Disease Activity Index-CDAI) birlikte kullanılması hastaların hastalık aktivitelerinin ve iyilik hallerinin daha güvenilir bir şekilde değerlendirilmesine olanak sağlayacaktır.

Yine de ölçeğin validasyonu aşamasında yapılan çalışmalar sonucunda bazı noktaların tekrar değerlendirilmesi gerektiği görülmektedir. Daha önce de değinilmiş olduğu gibi bu ölçek sadece poliklinik hastaları üzerinde uygulanmıştır; dolayısıyla hastalık aktivitesi ile doğrudan ilişkili olabilecek bazı sorularda yüzdesel olarak uç şıklarda yığılma olmuştur. İlerleyen dönemlerde serviste yatmakta olan ve hastalık aktivitesi daha yüksek olan hastalarla da çalışılması istatistiksel olarak daha homojen ve doğru sonuçlar ortaya çıkaracaktır. Bir başka nokta da ölçeğin doldurulma süresidir. Bu ölçek doldurulurken süre tutulmamıştır, dolayısıyla çok hızlı veya çok yavaş doldurulan ölçekler olabilir; bu da kişinin verdiği cevapların ciddiyetinin ve doğruluğunun yeterli olmadığını gösterebilir. Çalışma öncesi bir grup deneğe anket doldurularak ortalama bir süre hesaplanır ve çalışma grubunun süreleri bu hesaplanan süre bağlamında değerlendirilip çok hızlı ve çok yavaş doldurulan ölçekler çalışma kapsamı dışında bırakılırsa daha doğru sonuçlar elde edilebilir. Yine bir başka nokta deneklerin eğitim seviyesidir; hastaların 1/5'inin sadece ilkokul mezunu olması testteki bazı soruların anlaşılmasını zorlaştırmış olup verilen cevapların güvenilir olmamasına yol açmış olabilir. Eğitim seviyesi daha yüksek bir grupta yapılan yeni bir çalışma ile daha doğru sonuçlar elde edilebilir. Bu konuda ele alınabilecek bir diğer şey soruların anlaşılabilirliğidir; özellikle bazı soruların açıklamasına Türk toplumu için uygun olabilecek örnekler verilmesi soruların anlaşılabilirliğini artırıp daha doğru sonuçlar elde edilmesine olanak sağlayacaktır.

Özet olarak, Türk toplumu için geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanmış olan İnflamatuvar Bağırsak Hastalığında Yaşam Kalitesi Değerlendirme Anketi, istatistiksel olarak mevcut şekli ile kullanıma uygun olmakla beraber geliştirme ve değişikliklere açık bir ölçektir. Ölçek kullanılarak değişik hasta grupları ile yapılacak yeni çalışmalar hem ölçeğin geliştirilmesine, hem de gelecekte inflamatuvar bağırsak hastalarının

takiplerinde rutin olarak kullanılabilecek ucuz, kolay ve girişimsel olmayan bir ölçüm aracı olmasına olanak sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

- [1] "Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no."
- [2] T. H. E. W. Group, "The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties," *Soc. Sci. Med.*, vol. 46, no. 12, pp. 1569–1585, Jun. 1998.
- [3] A. Rocchi, E. I. Benchimol, C. N. Bernstein, A. Bitton, B. Feagan, R. Panaccione, K. W. Glasgow, A. F. Mba, S. Ghosh, A. Rocchi, E. I. Benchimol, and C. N. Bernstein, "COPYRIGHT PULSUS GROUP INC . – DO NOT COPY Inflammatory bowel disease : A Canadian burden of illness review COPYRIGHT PULSUS GROUP INC . – DO NOT COPY," vol. 26, no. 11, pp. 811–817, 2012.
- [4] H. Cakmur, "Measurement-Reliability-Validity in Research," *TAF Prev. Med. Bull.*, vol. 11, no. 3, p. 1, 2012.
- [5] E. V. Loftus, "Clinical epidemiology of inflammatory bowel disease: Incidence, prevalence, and environmental influences," *Gastroenterology*, vol. 126, pp. 1504–1517, 2004.
- [6] N. Tozun, O. Atug, N. Imeryuz, H. O. Hamzaoglu, A. Tiftikci, E. Parlak, U. Dagli, A. Ulker, S. Hulagu, H. Akpinar, C. Tuncer, I. Suleymanlar, O. Ovunc, F. Hilmioglu, S. Aslan, K. Turkdogan, H. I. Bahcecioglu, and C. Yurdaydin, "Clinical characteristics of inflammatory bowel disease in Turkey: a multicenter epidemiologic survey.," *J. Clin. Gastroenterol.*, vol. 43, pp. 51–57, 2009.
- [7] "Dağlı Ü. İnflamatuvar Bağırsak Hastalıklarının Epidemiyolojisi ve Etyopatogenezi. Akçal T, Yamaner S, Hamzaoğlu İ. İnflamatuvar Bağırsak Hastalıkları. İstanbul: Türk Kolon Rektum Cerrahisi Derneği; s15-23."
- [8] "PERSSON, PER-GUNNAR, et al. 'Risk indicators for inflammatory bowel disease.' International journal of epidemiology 22.2 (1993): 268-272."
- [9] R. E. Andersson, G. Olaison, C. Tysk, and A. Ekbom, "Appendectomy and protection against ulcerative colitis.," *N. Engl. J. Med.*, vol. 344, pp. 808–814, 2001.
- [10] "Strachan DP. Hay fever, hygiene, and household size. *BMJ : British Medical Journal*. 1989;299(6710):1259-1260."
- [11] D. Comito, A. Cascio, and C. Romano, "Microbiota biodiversity in inflammatory bowel disease.," *Ital. J. Pediatr.*, vol. 40, no. 1, p. 32, Jan. 2014.

- [12] K. L. Wallace, L.-B. Zheng, Y. Kanazawa, and D. Q. Shih, "Immunopathology of inflammatory bowel disease.," *World J. Gastroenterol.*, vol. 20, no. 1, pp. 6–21, 2014.
- [13] J. Satsangi, M. S. Silverberg, S. Vermeire, and J.-F. Colombel, "The Montreal classification of inflammatory bowel disease: controversies, consensus, and implications.," *Gut*, vol. 55, no. 6, pp. 749–53, Jun. 2006.
- [14] "Truelove S C, Witts L. Cortisone in ulcerative colitis: final report on a therapeutic trial. *BMJ*. 1955;2:1041–1048."
- [15] E. F. Stange, S. P. L. Travis, S. Vermeire, W. Reinisch, K. Geboes, a Barakauskiene, R. Feakins, J. F. Fléjou, H. Herfarth, D. W. Hommes, L. Kupcinskis, P. L. Lakatos, G. J. Mantzaris, S. Schreiber, V. Villanacci, and B. F. Warren, "European evidence-based Consensus on the diagnosis and management of ulcerative colitis: Definitions and diagnosis.," *J. Crohns. Colitis*, vol. 2, no. 1, pp. 1–23, Mar. 2008.
- [16] "Akpınar H. Ülseratif Kolitte Özellikler, Belirtiler, Bulgular ve Doğal Seyir. Akçal T, Yamaner S, Hamzaoğlu İ. İnflamatuvar Bağırsak Hastalıkları. İstanbul: Türk Kolon Rektum Cerrahisi Derneği; s29-33."
- [17] "Burakoff R, Hande S. Inflammatory Bowel Disease: Medical Considerations. Greenberger N, Blumberg R, Burakoff R. Current Diagnosis & Treatment Gastroenterology, Hepatology, & Endoscopy. New York. McGraw Hill Lange 2009. s23."
- [18] "Tezel A. Crohn Hastalığında Klinik Özellikler, Belirtiler, Bulgular ve Doğal Seyir. Akçal T, Yamaner S, Hamzaoğlu İ. İnflamatuvar Bağırsak Hastalıkları. İstanbul: Türk Kolon Rektum Cerrahisi Derneği; s35-44."
- [19] J. Dretzke, R. Edlin, J. Round, M. Connock, C. Hulme, J. Czczot, C. McCabe, and C. Meads, "A systematic review and economic evaluation of the use of tumour necrosis factor-alpha (TNF- α) inhibitors, adalimumab and infliximab, for Crohn's disease," *Health Technol. Assess. (Rockv)*, vol. 15, no. 6, 2011.
- [20] "Harvey RF, Bradshaw JM. A simple index of Crohn's disease activity. 1980;1:514., *Lancet*."
- [21] P. F. van Rheeën, E. Van de Vijver, and V. Fidler, "Faecal calprotectin for screening of patients with suspected inflammatory bowel disease: diagnostic meta-analysis.," *BMJ*, vol. 341, p. c3369, 2010.
- [22] "Gan H, Ouyang Q, Jia D, Xia Q. [Activation of nuclear factor-kappaB and its relationship with cytokine gene expression in colonic mucosa of ulcerative colitis patients] *Zhonghua Neike Zazhi*. 2002;41:252–255."

- [23] "Hatemi A. İnflamatuvar Bağırsak Hastalıklarının Tedavisinde Kullanılan İlaçlar. Akçal T, Yamaner S, Hamzaoglu İ. İnflamatuvar Bağırsak Hastalıkları. İstanbul: Türk Kolon Rektum Cerrahisi Derneği; s93-99."
- [24] "Stenson F. İnflamatuvar Barsak Hastalıkları. Goldman L., Ausiello D. Cecil Medicine. (S. Ünal, Çev.) Ankara. Güneş Tıp Kitabevleri 2011. s1042-1050."
- [25] "Fidaner C: Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kavramı. In: 1Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu. İzmir; 2004: 1-3."
- [26] "Eser E: Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kavramı. In: 1Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu. İzmir; 2004: 4-6."
- [27] "Aydemir Ö: Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kavramı. In: 1Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu. İzmir; 2004: 7-9."
- [28] "Ebrinç, S. (2000) [Psychiatric rating scales and their use in studies]. Bulletin of Clinical Psychopharmacology, 10 (2), 109-116."
- [29] İ. Ercan and İ. Kan, "Ölçeklerde Güvenirlik ve Geçerlik," vol. 30, no. 3, pp. 211–216, 2004.
- [30] "Şencan H: Sosyal ve Davranışsal Ölçümlerde Güvenirlik ve Geçerlilik; 2011."
- [31] "Bland J, Altman D. Statistics notes: Cronbach's alpha. BMJ 1997;314:572." .
- [32] "Ren, Wei Hong, et al. 'Validation of the mainland Chinese version of the Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (IBDQ) for ulcerative colitis and Crohn's disease.' Inflammatory bowel diseases 13.7 (2007): 903-910."
- [33] "Lopez Vivancos J, Casellas F, Badia X. et al. Validation of the Spanish Ulcerative, version of the inflammatory bowel disease questionnaire on 1999;60:274–280., colitis and Crohn's disease. Digestion."
- [34] "Janke, Karl-Heinz, et al. '[Validation of the German version of the Inflammatory Bowel Disease Questionnaire (Competence Network IBD, IBDQ-D)].' Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 56.7 (2006): 291-298."
- [35] "Pontes, Rose Meire Albuquerque, et al. 'Quality of life in patients with inflammatory bowel diseases: translation to Portuguese language and validation of the' Inflammatory Bowel Disease Questionnaire'(IBDQ).' Arquivos de gastroenterologia 41.2 (2."
- [36] "Field, A. (2009). Discovering Statistics using SPSS for Windows. Los Angeles-London-New Delhi-Singapore-Washington D.C.: Sage publications. s.647."

- [37] "Field, A. (2009). Discovering Statistics using SPSS for Windows. Los Angeles-London-New Delhi-Singapore-Washington D.C.: Sage publications. s.660."
- [38] "Field, A. (2009). Discovering Statistics using SPSS for Windows. Los Angeles-London-New Delhi-Singapore-Washington D.C.: Sage publications. s.651."
- [39] "Floyd, Frank J., and Keith F. Widaman. 'Factor analysis in the development and refinement of clinical assessment instruments.' Psychological assessment 7.3 (1995): 295."

Ek - 1

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Konu: Karar hk.- 309

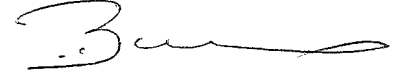
06.05.2013

Sayın Prof.Dr.Hale AKPINAR

Kurulumuz tarafından 02.05.2013 tarih ve 1001-GOA protokol numaralı 2013/16-05 karar numarası ile görüşülen “İnflamatuvar Barsak Hastalarında Yaşam Kalitesi Değerlendirme Anketi” konulu araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr.Banu ÖNVURAL
Başkan



Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Yerleşkesi İnciraltı 35340 İZMİR-TÜRKİYE
Tel:0 232 4122254 - 0 232 4122258 Faks: 0232 4122243 Elektronik posta:etikkurul@deu.edu.tr

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
AÇIK ADRES	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR
TELEFON	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
FAKS	0 232 412 22 43
E-POSTA	etikkurul@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	1001-GOA	
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☐ AKADEMİK AMAÇLI ☐	
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	İnflamatuvar Barsak Hastalarında Yaşam Kalitesi Değerlendirme Anketi	
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	-	
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Prof.Dr.Hale AKPINAR İç Hastalıkları A.D Gastroenteroloji B.D.	
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ	-	
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ	-	
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe ☐	İngilizce ☒	Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐

KARAR BİLGİLERİ

Karar No:2013/16-05

Tarih: 02.05.2013

Prof.Dr.Hale AKPINAR'ın sorumlusu olduğu "İnflamatuvar Barsak Hastalarında Yaşam Kalitesi Değerlendirme Anketi" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmannın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.

-Ölçek izin yazısının bir örneğinin etik kurulumuza iletilmesi gerekmektedir.

ETİK KURUL BİLGİLERİ

ÇALIŞMA ESASI

Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi
İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu

ETİK KURUL ÜYELERİ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr..Besti ÜSTÜN (Başkan Yardımcısı)	Ph.D.Psikiyatri Hemşireliği	DEU Hemşirelik Fakültesi	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ece BÖBER	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Hüseyin BASKIN	Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Vesile ÖZTÜRK	Nöroloji	DEU Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Bilgin CÖMERT	İç Hastalıkları (Yoğun Bakım B.D)	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Mukaddes GÜNELİ	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Nihal GELECEK	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.İşıl TEKME	Histoloji ve Embriyoloji	DEU Tıp Fakültesi Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Müge KIRAY	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN	Hukuk	DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D	Erkek	E ☐	H ☒	
İhsan ÇELİKDEMİR	Sağlık mensubu olmayan üye	75. Yıl Özel İlköğretim Okulu Müdür Yrd.	Erkek	E ☐	H ☒	

Ek - 2

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

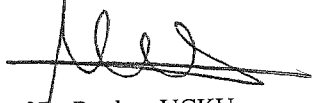
Konu: Karar hk.
Sayı: 702

03.11.2014

Sayın Prof.Dr.Hale AKPINAR,

Kurulumuz tarafından 30.10.2014 tarih ve 1001-GOA protokol numaralı 2014/33-24 karar numarası ile görüşülen “İnflamatuvar Barsak Hastalarında Yaşam Kalitesi Değerlendirme Anketi” konulu araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.


Prof.Dr.Reyhan UÇKU
Başkan Yard.

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Yerleşkesi İnciraltı 35340 İZMİR-TÜRKİYE
Tel:0 232 4122254 - 0 232 4122258 Faks: 0232 4122243 Elektronik posta:etikkurul@deu.edu.tr

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
AÇIK ADRES	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR
TELEFON	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
FAKS	0 232 412 22 43
E-POSTA	etikkurul@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	1001-GOA	AKADEMİK AMAÇLI ☐
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☐	
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	İnflamatuvar Barsak Hastalarında Yaşam Kalitesi Değerlendirme Anketi	
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	-	
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Prof.Dr.Hale AKPINAR İç Hastalıkları A.D Gastroenteroloji B.D.	
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ	-	
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ	-	
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	Araştırmacı Dilekçesi	24.10.2014		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2013/33-24	Tarih: 30.10.2014
	Prof.Dr.Hale AKPINAR'ın sorumlusu olduğu "İnflamatuvar Barsak Hastalarında Yaşam Kalitesi Değerlendirme Anketi" isimli klinik araştırmaya ait 24.10.2014 tarihli araştırıcı dilekçesine ilişkin olarak; -Ölçek izin formu incelenerek bilgi edinilmiş ve uygun bulunmuştur.	

ETİK KURUL BİLGİLERİ

ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
ETİK KURUL ÜYELERİ	

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU (Başkan Yardımcısı)	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ece BÖBER	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Hüseyin BASKIN	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Vesile ÖZTÜRK	Nöroloji	DEU Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Bilgin CÖMERT	İç Hastalıkları (Yoğun Bakım B.D)	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Mukaddes GÜNELİ	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Nihal GELECEK	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.İşıl TEKME	Histoloji ve Embriyoloji	DEU Tıp Fakültesi Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Müge KIRAY	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Şeyda Seren İNTEPELER	Hemşirelik Yönetimi	DEU Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Yönetimi A.D	Kadın	E ☐	H ☒	
Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN	Hukuk	DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D	Erkek	E ☐	H ☒	
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E ☐	H ☒	

Ek-3

İNFLAMATUVAR BARSAK HASTALIĞINDA YAŞAM KALİTESİ DEĞERLENDİRME ANKETİ

Lütfen okuduğunuz seçeneklerden sadece birini işaretleyiniz

1- [B] Son iki haftada bağırsak hareketleriniz ne sıklıktaydı?

1. Bağırsak hareketlerim hiç olmadığı kadar sıkı
2. Aşırı derecede sıkı
3. Çok sıkı
4. Bağırsak hareketlerimin sıklığında orta derecede artış vardı
5. Bağırsak hareketlerimin sıklığında biraz artış vardı
6. Bağırsak hareketlerimin sıklığında hafif artış vardı
7. Normaldi; bağırsak hareketlerimin sıklığında artış yoktu

2- [S] Son iki haftada sizin için yorgunluk, bitkinlik, tükenmişlik hissi hangi sıklıkta bir problem oluşturdu?

1. Hiç olmadığı kadar çok
2. Aşırı derecede çok
3. Çok
4. Orta derecede
5. Bir miktar
6. Az
7. Hiç

3-[E] Son iki haftada bağırsak probleminizden dolayı ne sıklıkta kendinizi öfkeli, sabırsız veya huzursuz hissettiniz?

1. Hiç olmadığı kadar çok
2. Aşırı derecede çok
3. Çok
4. Orta derecede
5. Bir miktar
6. Az
7. Hiç

4-[FB] Son iki haftadır bağırsak probleminizden dolayı ne sıklıkta okula veya işe gidememek zorunda kaldınız?

1. Okula/işe hiç gidemedim
2. Okula/işe neredeyse hiç gidemedim
3. Okula/işe çok seyrek gidebildim
4. Okula/işe önemli bir süre gidemedim
5. Okula/işe bir süre gidemedim
6. Okula/işe gidemediğim nadiren oldu
7. Okula/işe gitmeme engel olmadı

5-[B]Son iki haftadır ne sıklıkta bağırsak hareketleriniz (dışkıınız) gevşekti?

1. Hiç olmadığı kadar çok
2. Aşırı derecede çok
3. Çok
4. Orta derecede
5. Bir miktar
6. Az
7. Hiç

6-[S]Son iki haftadır kendinizi ne kadar enerjik hissettiniz?

1. Hiç olmadığı kadar çok
2. Aşırı derecede çok
3. Çok
4. Orta derecede
5. Bir miktar
6. Az
7. Hiç

7-[E]Son iki haftadır bağırsak probleminizden dolayı ameliyat olma ihtimali nedeniyle ne sıklıkta endişe hissettiniz?

1. Hiç olmadığı kadar çok
2. Aşırı derecede çok
3. Çok
4. Orta derecede
5. Bir miktar
6. Az
7. Hiç

8-[SB]Son iki haftadır bağırsak probleminiz nedeniyle ne sıklıkta sosyal bir aktiviteyi ertelemek veya iptal etmek zorunda kaldınız?

1. Hiç olmadığı kadar çok
2. Aşırı derecede çok
3. Çok
4. Orta derecede
5. Bir miktar
6. Az
7. Hiç

9-[B]Son iki haftadır ne sıklıkta karnınızda kramplar nedeniyle sıkıntı yaşadınız?

1. Hiç olmadığı kadar çok
2. Aşırı derecede çok
3. Çok
4. Orta derecede
5. Bir miktar
6. Az
7. Hiç

10-[S]Son iki haftadır ne sıklıkta kendinizi genellikle sağlıksız hissettiniz?

1. Hiç olmadığı kadar çok
2. Aşırı derecede çok
3. Çok
4. Orta derecede
5. Bir miktar
6. Az
7. Hiç

11-[FB]Son iki haftadır bağırsak problemlerinizi nedeniyle yapmak istediğiniz boş zaman aktivitelerini yapmakta ne kadar zorluk yaşıadınız?

1. Hiç olmadığı kadar çok
2. Aşırı derecede çok
3. Çok
4. Orta derecede
5. Bir miktar
6. Az
7. Hiç

12-[FB]Son iki haftadır bağırsak problemlerinizi nedeniyle yapmak istediğiniz sporları yapmakta ne kadar zorluk yaşıadınız?

1. Hiç olmadığı kadar çok
2. Aşırı derecede çok
3. Çok
4. Orta derecede
5. Bir miktar
6. Az
7. Hiç

13-[FB]Son iki haftadır uykuya dalmada ne sıklıkta problem yaşıadınız?

1. Hiç olmadığı kadar çok
2. Aşırı derecede çok
3. Çok
4. Orta derecede
5. Bir miktar
6. Az
7. Hiç

14-[FB]Son iki haftadır ne sıklıkta gecenin ortasında uyanma problemi yaşıadınız?

1. Hiç olmadığı kadar çok
2. Aşırı derecede çok
3. Çok
4. Orta derecede
5. Bir miktar
6. Az
7. Hiç

15- [FB]Son iki haftadır ne sıklıkta iyi uyuyabilmek için bir uyku hapi almak zorunda kaldınız?

1. Hiç olmadığı kadar çok
2. Aşırı derecede çok
3. Çok
4. Orta derecede
5. Bir miktar
6. Az
7. Hiç

16-[E]Son iki haftadır bağırsak probleminiz nedeniyle ne sıklıkta kendinizi karamsar, dertli veya hayal kırıklığına uğramış hissettiniz?

1. Hiç olmadığı kadar çok
2. Aşırı derecede çok
3. Çok
4. Orta derecede
5. Bir miktar
6. Az
7. Hiç

17-[SB]Son iki haftadır ne sıklıkta yanı başınızda tuvalet olmaması nedeniyle sosyal bir programa katılmaktan vazgeçmek zorunda kaldınız?

1. Hiç olmadığı kadar çok
2. Aşırı derecede çok
3. Çok
4. Orta derecede
5. Bir miktar
6. Az
7. Hiç

18- [B] Genelde, son iki haftada, çok miktarda gaz çıkarma nedeniyle ne kadar problem yaşadınız?

1. Hiç olmadığı kadar çok
2. Aşırı derecede çok
3. Çok
4. Orta derecede
5. Bir miktar
6. Az
7. Hiç

19-[S]Genelde, son iki haftada olmak istediğiniz kiloya ulaşabilme veya kiloyu muhafaza etme konusunda ne kadar problem yaşadınız?

1. Hiç olmadığı kadar çok
2. Aşırı derecede çok
3. Çok
4. Orta derecede
5. Bir miktar
6. Az
7. Hiç

20-[E] Bağırsak problemleri olan çoğu hasta sıklıkla hastalıklarına ilişkin endişe ve kaygı yaşar. Genelde, son iki haftada kanser olma konusunda ne sıklıkta endişe ve kaygı yaşadınız?

1. Hiç olmadığı kadar çok
2. Aşırı derecede çok
3. Çok
4. Orta derecede
5. Bir miktar
6. Az
7. Hiç

21-[E] Genelde, son iki haftadır “hiçbir zaman daha iyi hissedememe” endişe ve kaygısını ne sıklıkta yaşadınız?

1. Hiç olmadığı kadar çok
2. Aşırı derecede çok
3. Çok
4. Orta derecede
5. Bir miktar
6. Az
7. Hiç

22-[E]Genelde, son iki haftadır hastalığınızın tekrarı konusunda ne sıklıkta endişe ve kaygı yaşadınız?

1. Hiç olmadığı kadar çok
2. Aşırı derecede çok
3. Çok
4. Orta derecede
5. Bir miktar
6. Az
7. Hiç

23- [B]Son iki haftadır karında şişkinlik hissi nedeniyle ne kadar problem yaşadınız?

1. Hiç olmadığı kadar çok
2. Aşırı derecede çok
3. Çok
4. Orta derecede
5. Bir miktar
6. Az
7. Hiç

24-[B]Son iki haftada bağırsak hareketlerinizle makattan kanama olmasıyla ne kadar problem yaşadınız?

1. Hiç olmadığı kadar çok
2. Aşırı derecede çok
3. Çok
4. Orta derecede
5. Bir miktar
6. Az
7. Hiç

25-[SB]Son iki haftada bağırsak probleminiz nedeniyle oluşan kötü koku veya seslerden dolayı sosyal olarak utanma hissini ne kadar yaşadınız?

1. Hiç olmadığı kadar çok
2. Aşırı derecede çok
3. Çok
4. Orta derecede
5. Bir miktar
6. Az
7. Hiç

26-[B]Son iki haftadır bağırsaklarınız boş olduğu halde tuvalete gitme ihtiyacını ne kadar yaşadınız?

1. Hiç olmadığı kadar çok
2. Aşırı derecede çok
3. Çok
4. Orta derecede
5. Bir miktar
6. Az
7. Hiç

27-[SB]Son iki haftadır iç çamaşırınızı kirletme gibi bir problemi ne kadar yaşadınız?

1. Hiç olmadığı kadar çok
2. Aşırı derecede çok
3. Çok
4. Orta derecede
5. Bir miktar
6. Az
7. Hiç

28-[E] Son iki haftadır bağırsak probleminiz nedeniyle ne kadar öfke hissettiniz?

1. Hiç olmadığı kadar çok
2. Aşırı derecede çok
3. Çok
4. Orta derecede
5. Bir miktar
6. Az
7. Hiç

29-[S] Son iki haftadır midenizde bulantı veya rahatsızlık hissini ne kadar yaşadınız?

1. Hiç olmadığı kadar çok
2. Aşırı derecede çok
3. Çok
4. Orta derecede
5. Bir miktar
6. Az
7. Hiç

30-[S] Genelde, son iki haftadır kendinizi ne kadar sinirli hissettiniz?

1. Hiç olmadığı kadar çok
2. Aşırı derecede çok
3. Çok
4. Orta derecede
5. Bir miktar
6. Az
7. Hiç

31-[SB] Genelde, son iki haftadır bağırsak probleminiz cinsel hayatınızda ne kadar büyük bir problem yarattı?

1. Hiç olmadığı kadar çok
2. Aşırı derecede çok
3. Çok
4. Orta derecede
5. Bir miktar
6. Az
7. Hiç

32-[E] Son iki haftadır “çocuklarımda da benimki gibi bir hastalık olur mu?” endişe ve kaygısını ne kadar yaşadınız?

1. Hiç olmadığı kadar çok
2. Aşırı derecede çok
3. Çok
4. Orta derecede
5. Bir miktar
6. Az
7. Hiç

33-[SB] Son iki haftadır özel hayatınızla ilgili ne kadar mutlu, memnun ve hoşnut idiniz?

1. Hiç olmadığı kadar çok
2. Aşırı derecede çok
3. Çok
4. Orta derecede
5. Bir miktar
6. Az
7. Hiç

34-[S] Genelde, son iki haftadır iştahınızı istediğiniz ölçüde tutma ile ilgili ne kadar problem yaşadınız?

1. Hiç olmadığı kadar çok
2. Aşırı derecede çok
3. Çok
4. Orta derecede
5. Bir miktar
6. Az
7. Hiç

35-[B]Genelde, son iki haftada bağırsak probleminiz aile hayatınızda ne kadar bir bozulma yarattı?

1. Hiç olmadığı kadar çok
2. Aşırı derecede çok
3. Çok
4. Orta derecede
5. Bir miktar
6. Az
7. Hiç

36-[FB] Tipik olarak, son iki haftada bağırsak probleminiz her gün çok yorulmadan önce çalışabileceğiniz süreyi ne kadar kısalttı?

1. Hiç olmadığı kadar çok
2. Aşırı derecede çok
3. Çok
4. Orta derecede
5. Bir miktar
6. Az
7. Hiç

ANKETİMİZE KATILDIĞINIZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİZ...

Ek - 4

DEMOGRAFİK VERİLER

Anket No:

Tarih:

Adınız Soyadınız:

Adresiniz:

Tel No:

e-mail:

Protokol Numarası:

Sosyodemografik Özellikler Anket Formu

1) Kaç yaşındasınız?

2) Cinsiyetiniz:

a) Kadın b) Erkek

3) Medeni Durumunuz:

a) Evli

b) Bekâr

c) Dul

d) Boşanmış

4) Çocuğunuz var mı? Kaç tane olduğunu belirtiniz.

a) Evet..... b) Hayır

5) Siz de dahil ev halkı kaç kişi?

6) Eğitim düzeyiniz nedir?

141

a) İlkokul

b) Lise

c) Üniversite

d) Diğer.....

7) Mesleğiniz nedir?

a) Serbest meslek

b) Devlet memuru

c) İşçi

d) Ev Hanımı

e) Emekli

f) Diğer

8) Bağlı olduğunuz sosyal güvence nedir?

a) Emekli Sandığı

b) SSK

c) Yeşil Kart

d) Bağ Kur

e) Ücretli

9) Ailenizin gelir düzeyi nedir?

a) 500 YTL veya daha az

b) 500 YTL – 1000 YTL

c) 1000 – 3000 YTL

d) 3000 YTL veya daha fazla

10) Ailenizin geçimini kim sağlıyor?

a) Kendiniz

b) Eşiniz

c) Anne/Babanız

d) Çocuğunuz

11) Nasıl bir işte çalışıyorsunuz?

a) Çalışmıyorum

b) Part time (yarım günlük)

c) Full time (tam günlük)

12) Tam günlük bir işte çalışmamanızın nedeni nedir?

a) Hastalığıma bağlı iş bulamama

b) Hastalık şikayetlerime bağlı çalışamama

c) Öğrenci olma

d) Diğer.....

13) Ailenizde bakmakla yükümlü olduğunuz kimse var mı?

Belirtiniz.....

14) Evde bakımınızı üstlenebilecek kimse var mı?

Belirtiniz.....

15) Sigara içiyor musunuz?

a) Evet b) Hayır

16) Günde kaç paket/adet?.....

17) Ne sıklıkta alkol tüketiyorsunuz?

a) Tüketmiyorum

b) Sosyal içiciyim

c) Ayda bir iki kere

d) Haftada bir iki kere

e) Hemen hemen her gün

18) Kronik bir hastalığınız var mı?

a) Evet b) Hayır

19) 18. soruya cevabınız evet ise belirtiniz.....

20) Hastalığınız hayatınızda yapmayı çok istediğiniz bir şeye engel oldu mu?

Belirtiniz.....

21) Hastalığınıza bağlı size ait görevi yerine getiremediğiniz oldu mu?

a) Olmadı

b) Annelik/babalık görevi

c) Eş görevi

d) Öğrenci

e) Diğer (Belirtiniz)