TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

İNFLAMATUAR BARSAK HASTALIĞI OLAN BİREYLERDE HASTALIK TİPİ, AKTİVİTESİNİN CİNSEL YAŞANTI VE HAYAT KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ

Dr. Esra BULUT

İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI
UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Murat TÖRÜNER

ANKARA
2015

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

İNFLAMATUAR BARSAK HASTALIĞI OLAN BİREYLERDE HASTALIK TİPİ, AKTİVİTESİNİN CİNSEL YAŞANTI VE HAYAT KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ

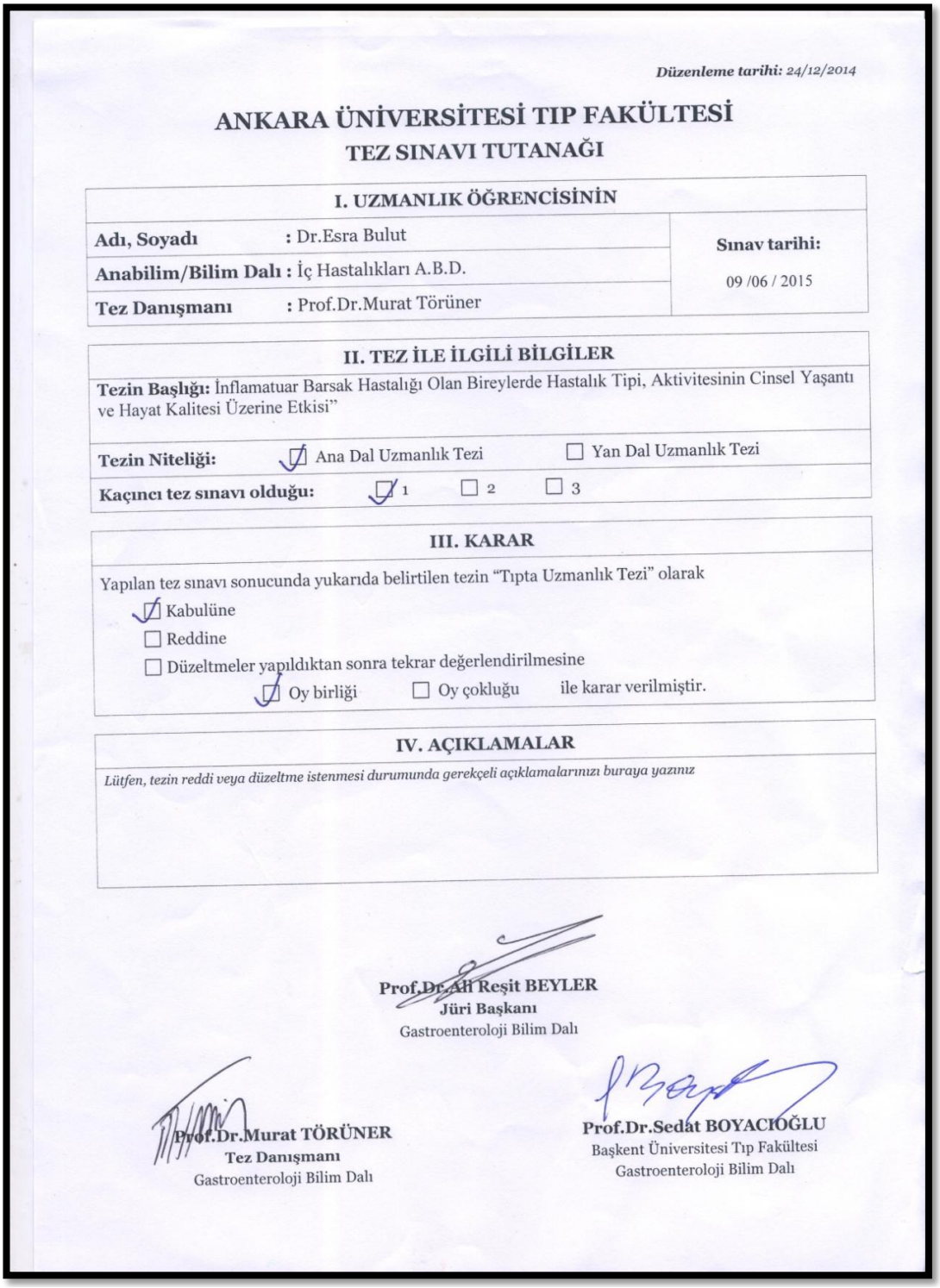
Dr. Esra BULUT

İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI
UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Murat TÖRÜNER

ANKARA
2015

KABUL ve ONAY



Düzenleme tarihi: 24/12/2014

ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
TEZ SINAVI TUTANAĞI

I. UZMANLIK ÖĞRENCİSİNİN		
Adı, Soyadı	: Dr.Esra Bulut	**Sınav tarihi:** 09 /06 / 2015
Anabilim/Bilim Dalı	: İç Hastalıkları A.B.D.	
Tez Danışmanı	: Prof.Dr.Murat Törüner	

II. TEZ İLE İLGİLİ BİLGİLER

Tezin Başlığı: İnflamatuar Barsak Hastalığı Olan Bireylerde Hastalık Tipi, Aktivitesinin Cinsel Yaşantı ve Hayat Kalitesi Üzerine Etkisi"

Tezin Niteliği: ☑ Ana Dal Uzmanlık Tezi ☐ Yan Dal Uzmanlık Tezi

Kaçıncı tez sınavı olduğu: ☑ 1 ☐ 2 ☐ 3

III. KARAR

Yapılan tez sınavı sonucunda yukarıda belirtilen tezin "Tıpta Uzmanlık Tezi" olarak

☑ Kabulüne
☐ Reddine
☐ Düzeltmeler yapıldıktan sonra tekrar değerlendirilmesine

☑ Oy birliği ☐ Oy çokluğu ile karar verilmiştir.

IV. AÇIKLAMALAR

Lütfen, tezin reddi veya düzeltme istenmesi durumunda gerekçeli açıklamalarınızı buraya yazınız

Prof.Dr.Ali Reşit BEYLER
Jüri Başkanı
Gastroenteroloji Bilim Dalı

Prof.Dr.Murat TÖRÜNER
Tez Danışmanı
Gastroenteroloji Bilim Dalı

Prof.Dr.Sedat BOYACIOĞLU
Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi
Gastroenteroloji Bilim Dalı

ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim süresince ve tez çalışmamın planlanma, yapım ve yazım aşamasında benimle bilgi ve deneyimlerini paylaşan değerli hocam Sayın Prof. Dr. Murat Törüner'e,

Rotasyonlarımız süresince eğitimimize katkı sağlayan Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı öğretim görevlilerine,

Uzmanlık eğitimi ve tez çalışmam sırasında yardım ve desteklerini esirgemeyen asistan arkadaşlarıma, istatistik verilerimi toparlayan Sayın Dr. Zeynep Bıyıklı Gençtürk'e,

Hayatım boyunca beni destekleyen ve yanımda olan anneme, babama, ablama ve ağabeyime,

Her zaman sevgi ve desteğiyle yanımda olan eşime, tez yazım aşamasında hep birlikte olduğum biricik kızıma teşekkür ederim.

Dr. Esra BULUT

İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

KABUL ve ONAY i
ÖNSÖZ ii
İÇİNDEKİLER iii
KISALTMALAR v
ŞEKİLLER DİZİNİ vi
TABLOLAR DİZİNİ vii
1. GİRİŞ 1
2. GENEL BİLGİLER 3
2.1 İnflamatuar Barsak Hastalığı 3
2.1.1 Tanım ve Epidemiyoloji 3
2.1.2 Etyopatogenez 3
2.1.2.1 Genetik Faktörler 4
2.1.2.2 İmmün Yanıt 4
2.1.2.3 Enfeksiyöz Ajanlar 5
2.1.2.4 Çevresel ve Diğer Faktörler 5
2.1.3 Klinik 6
2.1.4 Patoloji 7
2.1.5 Ekstraintestinal Bulgular. 8
2.1.6 Laboratuvar ve Radyoloji. 9
2.1.7 Komplikasyonlar 10
2.1.8 Tanı 11
2.1.9 Tedavi. 12
2.2 Yaşam Kalitesi. 15
2.3 Anksiyete ve Depresyon. 17
2.4 Cinsel İşlev Bozukluğu 19
3.GEREÇ VE YÖNTEM. 21
3.1 Hayat Kalitesinin Sf-36 İle Değerlendirilmesi. 22

Sayfa No:

3.2 Anksiyete ve Depresyonun Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği ile Değerlendirilmesi 23
3.3 Cinsel Fonksiyon Bozukluğunun Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği İle Değerlendirilmesi 24
3.4 Değerlendirme ve İstatistiksel Analiz 24
4.BULGULAR 25
5.TARTIŞMA 35
6.SONUÇ 39
7.ÖZET 40
8.SUMMARY 42
9.KAYNAKLAR 44
10.EKLER 50
Ek 1 Hasta Takip Formu 50
Ek 2 Harvey-Bradshaw İndeksi 51
Ek 3 Mayo-Klinik Ülseratif Kolit Aktivite İndeksi 52
Ek 4 SF-36 Ölçeği 53
Ek 5 Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği 56
Ek 6 Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Kadın Formu 58
Ek 7 Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Erkek Formu 59
Ek 8 Hasta Gönüllü Onam Formu 60
Ek 9 Kontrol Grubu Takip Formu 61
Ek 10 Kontrol Grubu Gönüllü Onam Formu 62
Ek 11 Etik Kurul Onay Formu 63

KISALTMALAR

İBH : İnflamatuar Barsak Hastalığı
ÜK : Ülseratif Kolit
CH **:** Crohn Hastalığı
IL **:** İnterlökin
TGF-β : Transforming Growth Factor β
TH : T Helper
Treg : T Regülatuar
E. coli : Escherichia coli
AIEC : Adherent-Invasive Escherichia Coli
CHAI : Crohn Hastalığı Aktivite İndeksi
CRP : C-Reaktif Protein
MR : Manyetik Rezonans
BT : Bilgisayarlı Tomografi
USG : Ultrasonografi
EUS : Endosonografi
5-ASA : 5-Aminosalisilat
TNF : Tümör Nekroz faktör
SF 36 : Short Form 36
WHOQOL : Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Anketi
HAD : Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği
ACYÖ : Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği
ASKH : Aterosklerotik Koroner Arter Hastalığı
IPAA : İleal-Poş Anal Anastomoz

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa No:

Şekil 2.1. İnflamatuar Barsak Hastalığında Ekstraintestinal Bulgular 9

Şekil 2.2. Crohn Hastalığı Tedavisi 13

Şekil 2.3 Ülseratif Kolit Medikal Tedavisi 15

Şekil 4.1 Cinsiyet Dağılım Yüzdesi..... 25

Şekil 4.2 Kentsel-Kırsal Yaşam Yüzdesi..... 25

Şekil 4.3 Hastalık Aktivitesine Göre SF-36 Puan Ortalamaları 32

TABLOLAR DİZİNİ

Sayfa No:

Tablo2.1 Ülseratif Kolit-Crohn Hastalığı Ayırıcı Tanısı 12

Tablo 3.1 SF-36 Değerlendirme Kriterleri 23

Tablo 4.1 Sosyodemografik Özellikler 26

Tablo 4.2 Ek Sistemik Hastalıklar..... 27

Tablo 4.3 Eğitim Düzeyi 28

Tablo 4.4 Anksiyete ve Depresyon Puanları 29

Tablo 4.5 SF-36 Puanları..... 30

Tablo 4.6 Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Puanları 31

Tablo 4.7 Hastalık Aktivitesine Göre Anksiyete, Depresyon ve Cinsel Fonksiyon Bozukluğu Puanları..... 31

Tablo 4.8 Hastaların Hastanede Tedavi Şekillerine Göre Hastalık Aktivitesi 33

Tablo 4.9 Anksiyete ve Depresyon Açısından Riskli Hastaların SF 36 ve ACYÖ puanları..... 34

1.GİRİŞ

İnflamatuar barsak hastalığı; gastrointestinal sistemin çeşitli kısımlarını ve katmanlarını tutabilen relaps, remisyonlarla giden patogenezi net olarak aydınlatılamamış, kronik inflamatuar hastalık grubudur. İmmün sistem aktivasyonuyla oluşan bu klinik tabloyu hangi mekanizmaların tetiklediği net olarak bilinmemektedir. İnflamatuar barsak hastalığı temel olarak Crohn hastalığı, Ülseratif kolit ve indetermine kolit olarak üç gruba ayrılmaktadır. En sık 15-30 yaş arasında, ikinci olarak 60-80 yaş arasında görülmektedir.

Hastalarda aktif dönem; kanlı ishal, ateş, karın ağrısı, kilo kaybı gibi bulgularla karakterizedir. Ayrıca artrit, sakroileit, ankilozan spondilit, primer sklerozan kolanjit, pyoderma gangrenozum, eritema nodozum, sklerit, episklerit gibi ekstraintestinal etkilenimler görülebilmektedir. Özellikle Crohn hastalığı ciddi morbiditeye sebep olmaktadır.

Yapılan çalışmalarda hastalığın alevli dönemlerinde hastaların yaşam kalitesinin belirgin olarak düştüğü gösterilmiştir. Bu durum hastaların günlük aktivitelerini ve sosyal yaşantılarını olumsuz olarak etkilemektedir. Hastalarda oluşturmuş olduğu mental ve fiziksel rahatsızlıklar nedeniyle emosyonel bozukluklarla daha sık karşılaşılmaktadır. Hastalarda yoğun anksiyete ve depresif semptomlar görülmektedir. Anksiyete ve depresyon kronik hastalığı olan bireylerde hastalığın doğal seyrinden daha fazla işlevsellik kaybına yol açmaktadır.

İnflamatuar barsak hastalığı sıklıkla üretken çağdaki kişilerde görülmesi nedeniyle ciddi işgücü kaybına sebep olmaktadır. Bu durum hastaların iş hayatlarına yansımaktadır. Hastaların psiko-sosyal durumlarının daha kötü seyretmesine sebep olmaktadır. Reprodüktif olarak aktif hastaların fertilite ve cinsel yaşantıları gerek hastalığın komplikasyonları, gerekse duygusal sorunlar nedeniyle olumsuz olarak etkilenmektedir. Sorunlu cinsellik kişiyi ve ilişkilerini yıpratarak kişilerin toplumdaki görevlerini aksatmalarına yol açmaktadır. Hastaların cinsel fonksiyon bozuklukları aynı zamanda yaşam kalitelerini de düşürmektedir.

Bu çalışmada İBH tanısı olmayan bireylere göre; inflamatuar barsak hastalığı olan bireylerde hastalık tipi ve aktivitesinin yaş, cinsiyet, takip süresi, eğitim seviyesi gibi sosyodemografik özelliklerle birlikte cinsel yaşantı, hayat kalitesi, anksiyete ve depresyon seviyeleri üzerine etkilerinin araştırılması amaçlanmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1 İnflamatuar Barsak Hastalığı

2.1.1 Tanım ve Epidemiyoloji

İnflamatuar Barsak Hastalığı (İBH); gastrointestinal sistemin çeşitli kısımlarını ve katmanlarını tutabilen relaps, remisyonlarla giden çeşitli immün mekanizmaların sebep olduğu kronik inflamatuar hastalık grubudur. İnflamatuar barsak hastalığı Crohn hastalığı (CH), Ülseratif kolit (ÜK) ve indetermine kolit olarak üç gruba ayrılmaktadır.

En sık 15-30 yaş arasında, ikinci olarak 60-80 yaş arasında görülür. Her iki cinsiyet eşit oranda tutulmaktadır. Kuzeybatı Avrupa'da, kuzey Amerika'da ve Askanazi Musevilerinde sık görülür. Kuzey Amerika'da insidans 3-14/100.000 olarak tespit edilmiştir [1]. İmmün sistem aktivasyonuyla oluşan bu klinik tabloyu hangi antijenik mekanizmaların tetiklediği net olarak bilinmemektedir. Gelişmiş ülkelerde fazla görülmesi, hastalığın ortaya çıkmasında çevresel faktörlerin ve yaşam biçiminin de etkili olduğunu göstermektedir.

Türkiye'de İBH derneğinin 2007 yılındaki verilerine göre İBH insidansı 4/100.000 olarak bildirilmiştir. Kırsal kesimde yaşayanlara göre şehirde yaşayanlarda daha sık görülmektedir. Ülkemizde kadınlarda CH, erkeklerde ise ÜK daha sık görülmektedir.

2.1.2 Etyopatogenez

Genetik yatkınlığı olan bireylerde endojen (intestinal epitel bariyer fonksiyonu, immün sistem mekanizmaları) ve ekzojen (intestinal flora) faktörlerin etkileşiminin kronik düzensiz mukozal immün fonksiyonuna sebep olarak bazı çevresel etkenlerle birlikte (sigara, enteropatojenler) hastalık gelişimine neden olduğu düşünülmektedir.

%5-10 hastada aile hikayesi mevcuttur. Bir hastada İBH varsa birinci derece akrabalarının etkilenme şansı %10'dur. Her iki ebeveyn etkilenmişse her bir çocuğun etkilenme şansı %36'dır. İkiz çalışmalarında %70 (İdentikal) ve %5-10 (non-identikal) konkordans saptanmıştır [2].

Normal barsakta birçok immün hücre kronik olarak fizyolojik inflamasyona sebep olmaktadır. Barsak mukozası zararsız mikroorganizma ve diyet antijenlerine karşı verilen immünolojik cevabı, immün sistemin regulatuar yolakları ($FoxP3^+$ T hücreleri gibi) sayesinde sınırlar. Enfeksiyon durumunda barsak ilişkili lenfoid doku tamamen aktive olur; ancak hızlıca immün yanıt sınırlandırılır, doku tamiri başlar. İBH'da bu mekanizmanın doğru çalışmadığı düşünülmektedir.

Etyopatogenezde dört ana mekanizma belirlenmiştir.

2.1.2.1 Genetik Faktörler

İBH, farklı klinikteki hastalıklara sebep olabilen poligenetik bir hastalıktır. Çalışmalarda bu tabloya yol açabilecek farklı kromozomlarda birçok gen gösterilmiştir. Doğal bağışıklık ve otofaji (NOD2, ATG16L1, IRGM, JAK2, STAT3 gibi), endoplazmik retikulum ve metabolik stres (XBP1, ORMDL3, OCTN gibi) , doğal bağışıklık regülasyonu (IL23R, IL12B, IL10, PTPN2 gibi), inflamasyon gelişimi ve durdurulmasıyla (MST1, CCR6, TNFAIP3, PTGER4, NF-kappaB gibi) ilgili genetik faktörler belirlenmiştir [3-6].

İBH ile ağır immün eksiklik sendromu, Turner Sendromu, Glikojen depo hastalığı tip 1b, Wiskott-Aldrich Sendromu, Hermansky-Pudlak sendromu gibi bazı genetik sendromların ilişkili olabileceği görülmüştür [7-9].

2.1.2.2 İmmün Yanıt

Mukozal immün sistem, oral tolerans nedeniyle lümendeki içeriklere reaksiyon göstermez. Bunun için doğal ve edinsel immün sistem mekanizmalarına sahiptir. Genetik yatkınlığı olan bireylerde uygunsuz doğal hücre reaksiyonu sonucunda CD4 hücreler inflamatuar cevap başlatır. İnterlökin 10 (IL-10) ve transforming growth

factor β (TGF-β) gibi antiinflamatuar sitokin yanıtı yetersiz kalır. 3 major tipiyle $CD4^+$ T Helper (T_H) hücreleri inflamasyonu düzenler. T_H 1 hücreleri interferon (IFN) gamma; T_H 2 hücreleri IL-4, IL-5, IL-13; T_H 17 hücreleri IL-17, IL-21 salgılar. T regülatuar (Treg) hücreler (CD4+, CD25+, FoxP3+, CD8+) immün cevabı kontrol ederek aşırı ve zararlı immün yanıtın oluşmasını engeller. T_H 1 hücreleri, CH benzer transmural granülomatöz inflamasyonu tetikler. T_H 2 hücreleri ve doğal katil hücreler, IL-13 ile ÜK'ya benzer yüzeyel mukozal inflamasyon başlatır. T_H 17 hücreleri nötrofil çekiminden sorumludur [10].

2.1.2.3 Enfeksiyöz Ajanlar

Mycobacterium avium paratuberculosis, Adherent-Invasive Escherichia Coli (AIEC) gibi bakteriler hastalık gelişiminde suçlanmıştır. Ancak henüz tek ve özgül bir ajan ile İBH arasında tutarlı bir ilişki gösterilememiştir. CH'de mukoza tabakasındaki bakteri sayısının önemli derecede arttığı; ancak mikrofloradaki bakteri çeşitliliğinin azaldığı görüşü hakimdir [11].

2.1.2.4 Çevresel ve Diğer Faktörler

İBH etyopatogenezinde pek çok risk faktörü araştırılmış ancak sadece sigara ile direk bağlantı bulunmuştur. ÜK sigara içenlerde daha az görülürken, CH sigara içenlerde daha sık görülmektedir [12]. Sigara bağımlıları CH için daha şiddetli bir seyre, remisyon için daha fazla tedavi gereksinimine ve cerrahi sonrası daha hızlı rekürrense sahiptir. ÜK içinse sigara klinik seyirde koruyucu etki göstermektedir.

İBH ile diyet arasında ilişki olduğu düşünülmektedir. Bu sebeple akut ataklar sırasında immünolojik alevlenmenin kontrol edilebilmesi için oral alım kesilir. Batı tipi beslenmeyle İBH riski arttığı bildirilmiştir. En güçlü ilişkinin artmış rafine şeker alımıyla birlikte olduğu düşünülmektedir [13]. Yapılan çalışmalarda İBH ile gıdaların net bir ilişkisi gösterilememiştir.

Bazı yayınlarda oral kontraseptif ve nonsteroid antiinflamatuar ilaç kullanımının İBH riskini arttırdığı belirtilmiştir [14]. Appendektominin ÜK için koruyucu olduğunu gösteren çalışmalar vardır [15]. Stres gibi psikososyal

faktörlerin, enterik sinir sistemini ve proinflamatuar sitokin salınımını uyararak hastalık aktivasyonuyla ilişkili olabileceği bildirilmiştir [16].

2.1.3 Klinik

Ülseratif Kolit: ÜK kolonu tutar. Endoskopik olarak hastalık rektumdan başlar, kesintisiz olarak ilerler. Hastalığın semptomları kolonun tutulum yerine ve inflamasyonun şiddetine göre değişiklik gösterir. %40-50 hastada rektum (proktit) ve rektosigmoid bölgeye sınırlı (proktosigmoidit) tutulum, %30-40 hastada rektosigmoid bölgeyi aşar ama tüm kolonu tutmaz (sol kolon tutulumu ve yaygın tutulum), %20 hastada tüm kolon (pankolit) tutulumu yapar. Hastaların %67'sinde 10 yıllık takip süresince en az bir defa relaps görülür. %20-30 hastada medikal tedaviye yanıtsızlık veya akut komplikasyonlar nedeniyle cerrahi gerekir [17, 18]. Kanlı ve mukuslu ishal, tenesmus, karın ağrısı sık görülen semptomlardır. Komplike hastalarda ateş ve kilo kaybı ön plandadır. Erken yaşta tanı alan, inflamasyon alanı geniş olan hastalarda hastalık daha şiddetli seyretme eğilimindedir. Masif hemoraji, toksik megakolon, perforasyon, striktür ve uzun dönemde kolorektal malignite gelişimi ÜK'nın başlıca komplikasyonlarıdır [19].

Crohn Hastalığı: CH'de sıklıkla terminal ileum tutulumu görülür. Ancak gastrointestinal sistemin herhangi bir bölümü etkilenebilir. ÜK aksine rektum CH'de genellikle tutulmaz. Hasta alanlar arasında genellikle korunmuş normal alanlar vardır. 1/3 hastada perirektal fissür, fistül, apse ve anal stenoz oluşur. %30-40 hastada yalnızca ince barsak tutulumu, %40-55 hastada ince ve kalın barsak tutulumu, %15-25 hastada yalnızca kolit yapar. İnce barsak tutulumu olan hastaların %90'ında terminal ileit görülür. CH fenotip açısından inflamatuar, striktüran ve fistülizan tipte görülebilir. Hastalarda predominant semptomlar diyare, karın ağrısı ve kilo kaybıdır. İnce barsak tutulumunda diyare nedenleri absorbsiyonun bozulması, ozmotik diyare, bakteri çoğalması, enterik fistül olarak görülmektedir. Üst gastrointestinal tutulum erken doyma, bulantı kusma, epigastrik ağrı ve disfajiye neden olur. Malabsorbsiyon ve oral alımın azalması kilo kaybına neden olur. CH

sıklıkla striktür, apse ve fistül oluşumu gibi gastrointestinal komplikasyonlara sebep olur [20].

CH'de %10-20 hastada başlangıç prezentasyonu sonrasında uzun süre remisyon sağlanır. %50 hastada 10 yıl içerisinde strüktizan veya perforan hastalık gelişir [21]. Ciddi klinik seyir için risk faktörleri; 40 yaş altında olmak, perianal ve rektal tutulum, sigara kullanımı, düşük eğitim düzeyi, striktüran fenotip, başlangıçta glukokortikoid tedavisi ve tekrarlayan ince barsak rezeksiyonu gereksinimidir.

2.1.4 Patoloji

Ülseratif Kolit: ÜK'de inflamasyon fulminan hastalık haricinde mukoza ve submukozada sınırlıdır. Hafif inflamasyonda mukoza ödemli, eritematözdür, zımpara kağıdına benzer. Şiddetli hastalıkta ise ülserler, eksudalar ve spontan kanama odakları gözlenir. Uzun süreli hastalık durumunda epitelyal rejenerasyon nedeniyle inflamatuar polipler (psödopolip) oluşabilir. Remisyonda mukoza normal görünebilir; ancak uzun süredir takip edilen vakalarda mukoza atrofikleşmiştir, bütün kolon daralıp kısalmıştır, haustralar kaybolmuştur.

Histopatolojik olarak kriptlerin atrofisi, kript apsesi, lamina propriada nötrofil ve mononükleer hücrelerden oluşan inflamasyon, mukoza yüzeyinin villöz görünümü ülseratif kolit lehinedir. Kript yapısının bozulması ve sayıca azalması, bazalde plazma hücreleri veya lenfoid agregatlar görülmesi kronikleşmeyi düşündürür.

Crohn Hastalığı: Endoskopik olarak aralarında korunmuş alanlar bulunan ülsere aftöz lezyonlar görülür. Yama tarzında tutulum kaldırım taşı görünümüne neden olur. Submukoza ve muskularis mukozaya invazyon, nonkazeöz granülomlar olması, transmural lenfoid agregatlar Crohn hastalığı ile uyumludur. Granülomlar patognomonik bulgu olsa da mukozal biyopsilerde nadiren, cerrahi rezeksiyon materyallerinin ise sadece yarısında görülür [22].

2.1.5 Ekstraintestinal Bulgular

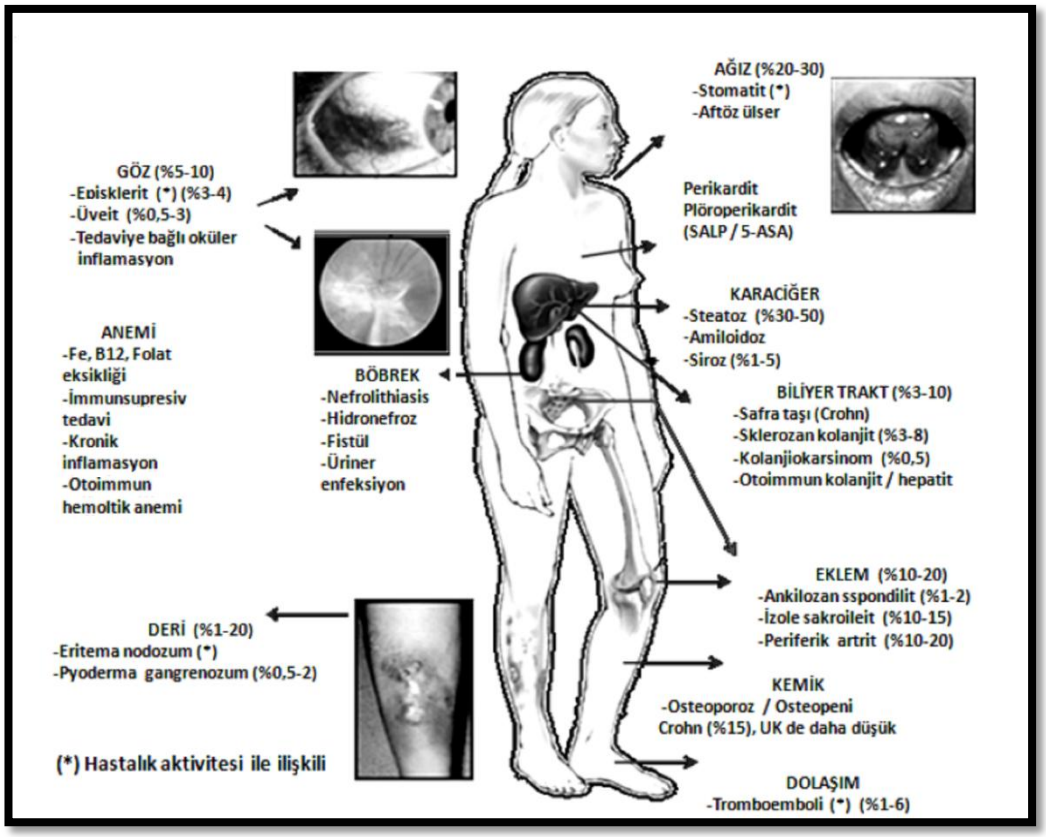
İnflamatuar barsak hastalıklarında %20 hastada sinoviyal destrüksiyonsuz artrit görülür. Periferal artropati genellikle diz, dirsek ve el bileği gibi büyük eklemleri tutar. Eklemlerde kalıcı deformite bırakmaz. Ankilozan spondilit ve sakroileitis tablosu çoğu zaman HLA-B27 pozitifliğiyle birliktedir. Sakroileitis ve ankilozan spondilit hastalığın aktivitesi ile ilgili değildir.

Oftalmolojik tutuluma %4-10 sıklıkta rastlanır. En sık konjunktivit ve blefarit şeklindedir. Fotofobi ve görmede bulanıklık şikayetlerine neden olur. İritis ve uveitis sıklıkla HLA-B27 pozitifliğiyle birliktedir. Bu iki tablo barsak hastalığının şiddetinden bağımsız bir seyir gösterir.

Dermatolojik bulgular %10 hastada görülür. Eritema nodozum, piyoderma gangrenozum gibi bulguların şiddeti hastalık aktivitesiyle koreledir. Hafif oral aftöz lezyonlara CH'de sık rastlanır.

Hepatobiliyer tutulum primer sklerozan kolanjit, otoimmün hepatit, perikolanjit veya overlap tablolar şeklinde olabilir. Ek olarak safra kesesinde kolelitiyazis; karaciğerde hepatik apse, portal ven trombozu, karaciğer yağlanması, granülomatöz hepatit, lenfoma ve amiloidozis şeklinde tutulum da görülebilir. Primer sklerozan kolanjit sıklıkla ÜK ile birliktedir ve sıklıkla p-ANCA otoantikorları pozitiftir. Hastalığın seyri altta yatan barsak hastalığının seyrinden bağımsızdır. Total kolektomi sonrası devam edebilir. Primer sklerozan kolanjit tanısı konulan hastaların %70-80'ninde İBH olduğu ortaya konulmuştur [23].

Üriner sistemde ileal tutulum nedeniyle oksalat taşları görülür. Hiperkoagülopati nedeniyle derin ven trombozu, pulmoner emboli, intrakranial ve intraoküler tromboembolik olaylar riski artmıştır. Malabsorbsiyon ve kortikosteroid kullanımı nedeniyle osteoporoz ve kemik mineral kaybı görülür. **Şekil 2.1**'de ekstraintestinal bulgular özetlenmiştir.



Şekil 2.1. İnflamatuar Barsak Hastalığında Ekstraintestinal Bulgular

2.1.6 Laboratuvar ve Radyoloji

Rutin laboratuvar testlerinde hastalarda anemi, demir eksikliği, lökositoz, B12 vitamin eksikliği, artmış sedimentasyon ve C-reaktif protein (CRP) görülebilir. Şiddetli hastalıkta hipoalbüminemi, hipergammaglobulinemi ve elektrolit bozuklukları tespit edilebilir. İmmünolojik markerlardan Anti-Saccharomyces cerevisiae (ASCA) CH'de %35-75, ÜK'de %5-15 oranında; p-ANCA ise ÜK'de %30-80, CH'de ise % 2-20 oranında pozitif saptanmaktadır [24]. Düşük sensitivite ve spesifisiteleri nedeniyle İBH'nın tanısında rutin kullanımı önerilmemektedir. Escherichia coli'nin (E. coli) dış membran porinine karşı oluşturulan Anti-OmpC antikorları CH'de %25, ÜK'de %11 ve kontrol grubunda ise %5 oranında tespit edilmiştir [25]. Fekal kalprotektin; inflamasyonlu hastaların tespitinde yardımcı olup İBH'lı hastaların ortaya konmasında %93 duyarlı ve %96 özgül olarak bulunmuştur [26]. Fekal laktoferrinin intestinal inflamasyonu göstermede yardımcı olabileceği belirtilmiştir [27].

Gaita mikroskopisinde eritrositler ve inflamatuvar hücreler görülebilir. Dışkı kültüründe Campylobacter, Shigella, Salmonella ve Yersinia aranmalıdır. Parazit incelemesi yapılmalı, antibiyotik kullanım öyküsü varsa Clostridium difficile toksini araştırılmalıdır. İmmünsupressif hastalıklarda sitomegalovirüs (CMV) koliti akla getirilmelidir.

İBH'dan şüphelenilen hastalarda kolonoskopi ve biyopsi hastalığın kesin tanısı için gereklidir. Endoskopi İBH'nın tanı ve yaklaşımında yönlendirici temel tetkiktir. Endoskopi hastalık şiddeti, lokalizasyonunun değerlendirilmesi, tıbbi tedaviye yanıt ve postoperatif hastalık açısından değerlendirmede önemli bilgiler verir.

CH'de baryumlu floroskopik inceleme intestinal lümen ve barsak mukozal paternindeki anormalliklerin görüntülenmesine olanak sağlar. Günümüzde yerini manyetik rezonans (MR) ve bilgisayarlı tomografiye (BT) bırakmıştır. Kapsül endoskopi CH'de ince barsakların standart endoskopik yöntemlerle değerlendirilemeyen kısımlarının incelenebilmesine imkan verir. Ultrasonografi (USG) CH'de hastalığın aktivitesi ve komplikasyonlarının değerlendirilmesinde faydalı bilgiler sunmaktadır. Hastanın terminal ileum duvar kalınlığı ve mural vaskülaritesinin değerlendirilmesine olanak tanır. Endosonografi (EUS) CH'nin perirektal komplikasyonlarında değerlidir. BT ve BT enterografi ince barsak obstruksiyonu/darlıkları, enfeksiyöz hastalıklar, ince barsak neoplazileri, gizli GİS kanama ve adezyonların değerlendirilmesinde kullanılır. MR ve MR enterografi ince barsak görüntülenmesi, ekstraluminal bulgu ve komplikasyonların gösterilmesi açısından önemlidir [28].

2.1.7 Komplikasyonlar

Hastaların %15'inde ÜK başlangıçta katastrofik hastalıkla ortaya çıkar. Bunlar masif kanama, toksik megakolon, perforasyon gibi tablolardır. ÜK'de striktürler altta yatan neoplaziyi gösterebildiği için önemlidir. Hastalarda anal fissür, perianal apse, hemoroid görülebilir. Uzun süreli (>10 yıl), yaygın kolon tutulumu (kolonun >%50'si) olan hastalarda kolorektal kanser riski genel popülasyona göre artmıştır [29].

CH'de transmural tutulum görüldüğü için serozal adezyonlar fistül oluşumuna sebep olur. Bu yüzden perforasyon sık görülmez. Perforasyona bağlı olarak peritonit ve pelvik apse gelişebilir. Hastalarda obstrüksiyon, masif kanama, malabsorbsiyon, ciddi perianal hastalık görülebilir. Artmış kolorektal kanser, yassı hücreli anüs ve cilt kanseri, testiküler kanser, duodenal neoplazi riskinin olduğunu belirten çalışmalar vardır [30].

Hastalarda steroid, azathioprine, Anti TNF kullanıma bağlı olarak enfeksiyon riski (Tüberküloz, Clostridium difficile, Sitomegalovirüs) ve lenfoma gelişim riski artmıştır [31, 32].

2.1.8 Tanı

Klinik ve laboratuvar bulguları ile İBH şüphesi olan hastalarda tanı için altın standart endoskopik tetkik ve histopatolojik incelemedir. Hastalarda gaita tetkikleri yapılarak enfeksiyöz sebepler dışlanmalıdır.

ÜK'de ishal, kanama ve mukuslu gaita görülür. Hastalarda genellikle rektum tutulumu olur. Tutulum aralıksız devam eder. Endoskopik olarak mukoza ödemli, hiperemik ve frajil yapıdadır. Hastalarda sıklıkla p-ANCA pozitifliği görülür.

CH'de hastalarda karın ağrısı esas belirtidir. Gastrointestinal sistemin herhangi bir bölümü tutulabilir. Perianal apse, hemoroid ve fistül oluşumu sıktır. Endoskopik olarak yaygın aftöz ülserler görülür. Lezyonlar arasında normal mukoza bulunur. Kaldırım taşı görünümü karakteristiktir. Hastalarda ASCA pozitifliği sıktır.

Radyolojik incelemeler özellikle CH'de barsak dışı tutulumların, hastalık yaygınlığınun, aktivitesinin ve tedaviye yanıtın değerlendirilmesinde bilgiler sağlamaktadır.

İki tablonun birbirinden net olarak ayırılamadığı %10-15 hasta indetermine kolit olarak kabul edilir.

Tablo 2.1'de ayırıcı tanı için kullanılan klinik ve radyolojik özellikler özetlenmiştir.

Tablo2.1 Ülseratif Kolit-Crohn Hastalığı Ayırıcı Tanısı

	Ülseratif Kolit	*Crohn Hastalığı*
Klinik		
Şiddetli kanama	Sık	Nadir
Mukus	Sık	Nadir
Sistemik semptomlar	Nadir	Sık
Ağrı	Nadir	Sık
Karında kitle	Nadir	Sık
Ciddi perineal hastalık	Yok	Sık
Fistül	Yok	Sık
İnce barsak obstrüksiyonu	Yok	Karakteristik
Kolon obstrüksiyonu	Nadir	Sık
Antibiyotiklere cevap	Yok	Sık
Cerrahi sonrası rekürrens	Yok	Sık
ANCA+	Sık	Nadir
ASCA+	Nadir	Sık
Endoskopik		
Rektal tutulum	Daima	Sıklıkla yok
Devamlı tutulum	Daima	Olağandışı
Kaldırım taşı görünümü	Yok	Karakteristik
Fokal granülomlar	Yok	Sık
Radyografik		
Terminal ileum tutulumu	Nadir	Sık
Segmental kolit	Yok	Sık
Asimetrik kolit	Yok	Sık
Striktür	Yok	Sık

2.1.9 Tedavi

İdeal tedavi hastalığın remisyonunu indüklemeyi, alevlenmeleri önlemeyi, hastaneye yatış gereksinimlerini azaltmayı, kortikosteroid kullanımı olmadan ve minimal cerrahinin gerektiği uzun dönem remisyon sağlayabilmeyi hedeflemektedir.

İBH'da kullanılan başlıca tedaviler: 5-aminosalisilatlar (5-ASA) (sulfasalazin, mesalamin), antibiyotikler (siprofloksasin, metronidazol), konvansiyonel glukokortikoidler (prednizolon) , sistemik olmayan glukokortikoidler (budesonid), immün düzenleyiciler (azathioprin, metotreksat) ve biyolojik ajanlardır (infliximab, adalimumab).

CH tedavisine başlamadan önce hastanın hastalık lokalizasyonu ve fenotipi, hastalık aktivitesi, komplikasyonları, bireysel semptomatik yanıt, medikal tedaviye tolerans, hastanın tanısal araçlara ve tedavi yöntemlerine ulaşabilmesi gibi faktörlerinin değerlendirilmesi gereklidir. Hastalık aktivitesini belirlemek üzere Crohn Hastalığı Aktivite İndeksi (CHAI) veya Harvey Bradshaw İndeksi kullanılır. Hastalar remisyon, hafif-orta-şiddetli hastalık olarak sınıflandırılır.

Hastalarda step-up ya da top-down tedavi şekilleri kullanılır. Step-up tedavide daha az etkili ilaçlar başlanır, tedavi yanıtına göre daha potent ilaçlar kullanılır. Top-down tedavide hastalara glukokortikoid tedavisine bağımlı olmadan immün düzenleyici ya da biyolojik ajanlar başlanır. Günümüzde FDA tarafından orta şiddetli luminal ve fistülizan CH için onaylanmış 3 anti-Tümör Nekroz Faktör (TNF) ajan (infliximab, adalimumab ve certolizumab pegol) bulunmaktadır [33]. **Şekil 2.2**'de CH tedavisi özetlenmiştir.

Aktif Hastalık

Hafif-orta aktiviteli hastalık
- Sulfasalazin veya oral 5-ASA
- Metronidazol
- Prednison
- Azathioprine veya 6-MP

Şiddetli aktiviteli hastalık
- Prednison
- İntravenöz kortikosteroid
- Total parenteral nutrisyon veya elemental diyet
- Anti-TNF
- İntravenöz siklosporin

Perianal veya fistül ile seyreden hastalık
- Metronidazol veya alternatif antibiyotik
- Azathioprine veya 6-MP
- Anti-TNF

İdame tedavisi
- Sulfasalazine veya 5-ASA
- Metronidazol
- Azathioprine veya 6-MP

Şekil 2.2 CH tedavisi

Hastalarda tedaviyle primer cevap olmaması, yanıtın kaybolması (genellikle biyolojik ajanlara karşı immünojenite gelişmesi), yetersiz etkinlik, intolerans ve yan etkiler nedeniyle ilaç sınıfının değiştirilmesi düşünülür. Hastalarda tedavi genişletilmesi öncesinde kiloya göre doz ayarlaması yapılması, tedavi aralıklarının azaltılması (Anti TNF ajanlarında), hastalık komplikasyonları (safra asit kaybı, striktür oluşumu, enfeksiyon) göz önüne alınmalıdır. Bakteriyel ve viral enfeksiyonlar hastalığı taklit edebilir, immünsupresif tedavinin arttırılması ölümcül sonuçlara sebep olabilir.

İdeal tedavi süresiyle ilgili net bilgi bulunmamaktadır. Tedavinin ne zaman kesileceği veya tedaviye ne kadar süre, ne zaman ara verileceği ile ilgili çeşitli düşünceler mevcuttur [34].

Cerrahi tedavi CH'de küratif değildir. Cerrahi tedavi endikasyonları supüratif komplikasyonlar, medikal tedaviye yanıtsız hastalık, neoplastik ve preneoplastik lezyonların varlığı, obstrüksiyona neden olan stenozlardır.

Ülseratif kolitli hastalarda tedavi başlangıcında veya tedavi değişikliği öncesinde hastalığın başlangıç yaşı, süresi, yaygınlığı, paterni (relaps sıklığı, hastalık seyri), aktivitesi belirlenmeli; hastanın ilaçlara alınan yanıtları, yan etkileri, barsak dışı hastalık aktivitesi Truelove-Witts, Rachmilewitz veya Mayo Klinik aktivite kriterleri ile değerlendirilir.

Hafif-orta hastalıkta topikal 5-ASA etkilidir; ancak yaygın tutulumlu hastalıkta oral preparatlar kullanılmalıdır. 2-4 hafta arasında etkinlik görülür. Semptomlar düzelmezse kortikosteroid başlanmalıdır. Hastaların %22'sinde steroide bağımlılık görülür [35]. Optimum steroid kullanım süresi ve azaltım şeması ile ilgili randomize kontrollü çalışma bulunmamaktadır. Steroid bağımlı hastalar azathioprine veya 6-MP ile tedavi edilir. Konvansiyonel tedavilere yanıtsız ayaktan hastalara Anti TNF tek başına veya azathioprine ile kombine verilebilir. Kombinasyon tedavisinin daha etkili olduğu çalışmalarda gösterilmiştir [36].

Şiddetli hastalığı olan hastalara intravenöz kortikosteroid verilmelidir. Hastalarda enfeksiyöz etkenler dışlanmalıdır. 3-5 gün içinde kortikosteroid tedavisine yanıt alınamayan vakalarda acilen kurtarma tedavisi başlanmalıdır. Siklosporin, takrolimus, Anti TNF ve cerrahi etkili kurtarma tedavileridir. Hastaların %20-30'unda cerrahi tedavi gerekir.

ÜK'de cerrahi endikasyonları tedaviye yanıtsızlık, fulminan hastalık, perforasyon, masif kolon kanaması, kolon obstruksiyonu, kolon displazisi veya kanseridir. Elektif cerrahide rutin prosedür ileal-poş anal anastomozdur (IPAA).

ÜK medikal tedavisi **Şekil 2.3** 'te özetlenmiştir.

Aktif Hastalık

Hafif-orta aktiviteli hastalık

• Distal kolit
  - Sulfasalazin veya 5-ASA (oral veya topikal)
  - Topikal kortikosteroid

• Yaygın kolit (extensive colitis)
  - Sulfasalazin veya oral 5-ASA

Orta-şiddetli aktiviteli hastalık

• Distal kolit
  - Topikal veya oral 5-ASA
  - Topikal kortikosteroid
  - Prednison

• Yaygın kolit
  - Prednison

Şiddetli-fulminan hastalık

• Distal veya yaygın kolit
  - İntravenöz kortikosteroidler
  - İntravenöz siklosporin, takrolimus
  - Anti-TNF

İdame Tedavisi

• Distal kolit
  - Sulfasalazin veya 5-ASA (oral veya topikal)
  - Azathioprine veya 6-MP

• Yaygın kolit
  - Sulfasalazin veya oral 5-ASA
  - Azathioprine veya 6-MP
  - Anti-TNF

Şekil 2.3 ÜK medikal tedavisi

2.2 Yaşam Kalitesi

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre yaşam kalitesi, bireyin yaşadığı kültür ve değerler sistemi içinde kendi yaşamını nasıl algıladığıdır; bireyin amaçları, umutları, standartları ve endişeleri ile ilişkilidir. Beklentileri, standartları, ilgileri ile bağlantılı olarak kişilerin yaşadıkları kültür ve değer yargılarının bütünü içinde durumlarını algılama biçimidir. Bir diğer değişle; yaşam kalitesi, kişinin içinde yaşadığı sosyokültürel ortamda kendi sağlığını öznel olarak algılayışını tanımlamaktadır. Yaşam kalitesi geniş bir kavram olup bireyin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, bağımsızlık düzeyi, sosyal ilişkileri ve finansal durum gibi etkenlerle ilişkilidir.

Yaşam kalitesi kavramı ile sağlığın nesnel ve öznel olarak değerlendirilmesi yapılmaktadır. Nesnel değerlendirmeler; kişilerin fiziksel sağlığı, ekonomik geliri, yaşadığı konutun kalitesi, soysal ilişkileri, fiziksel aktivite, sosyal roller gibi yaşam koşullarının tanımlanmasına dayanır. Öznel değerlendirmeler, bu koşullardan kişinin aldığı tatmini anlatmaktadır. Bu objektif göstergeler temel olarak fiziksel iyilik hali olarak açıklanmakta ve bireyin sosyoekonomik durumu, evdeki durumu gibi fiziksel aktivitelerini yapmada güçlük, fonksiyonel yetersizlik, çalışma durumu, sağlık durumu ile ilgili konuları kapsamaktadır. Subjektif göstergeler bireyin psikolojik

durumunu yansıtmaktadır ve emosyonel iyilik hali gibi psikolojik etki ile ilgili konuları kapsamaktadır.

Kronik hastalıkların giderek artması ve beklenen hayat süresinin uzaması yaşam kalitesi kavramını ön plana çıkarmaktadır. Son yıllarda hekimler yaşam süresini uzatma, hastalığın ilerlemesini yavaşlatma ve fiziksel semptomları kontrol altına alma gibi tedavi başarı göstergelerinin ötesinde özellikle kronik hastalıklarda hastanın fonksiyonel, psikolojik ve sosyal sağlığını, yani yaşam kalitesini arttırmayı da hedeflemektedir.

İBH pek çok organ ve sistemi etkileyebilen, genç popülasyonda daha sık görülen kronik inflamatuar bir hastalıktır. Hastalarda sosyal, duygusal, ekonomik problemler çok sık görülmekte ve hastaların yaşam kalitesi ciddi olarak etkilenmektedir. Hastalar yaşamlarındaki değişikliklere alışmayı ve bunlarla birlikte yaşamayı öğrenirken bu yaşam tarzına bağlı fiziksel ve psikolojik sorunlar geliştirmektedir. Ekonomik bağımlılık, ailevi sorumluluklarla başa çıkmadaki zorluklar, kısıtlanmış sosyal yaşam, hastalarda karamsarlık ve umutsuzluğa yol açarak hastaların hayat kalitelerini bozar. Kısa dönemde fiziksel sorunlara bağlı rol güçlükleri ve genel sağlık algısında bozulma, uzun dönemde fiziksel işlevsellikte ve emosyonel sorunlara bağlı rol güçlüklerine yol açmaktadır. Ayrıca, bu hastalarda normal topluma kıyasla başta anksiyete ve depresyon olmak üzere çok fazla ruhsal sorun ortaya çıkmaktadır [37].

Türkiye'de yetişkinlerde klinik uygulamada yaşam kalitesi ölçeği olarak sıklıkla Short Form (SF) 36 ve SF 12, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Anketi (WHOQOL-100) ve bunun kısa formu WHOQOL-BREEF kullanılır. SF-36 Yaşam kalitesini değerlendirmede geçerli ve oldukça sık kullanılan bir ölçüttür. Ware ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, ülkemizde geçerlilik ve güvenirliliği Koçyiğit ve arkadaşları tarafından yapılmıştır [38]. Herhangi bir yaş, hastalık veya tedavi grubuna özgü değildir. Genel sağlık kavramlarını içerir. Klinik pratikte ve araştırmalarda kullanılmak üzere geliştirilmiştir. Fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlanması, emosyonel rol kısıtlanması, vücut ağrısı, sosyal fonksiyon, mental sağlık, vitalite, genel sağlık olmak üzere sekiz alt skalada 36 soru içerir [39].

Fiziksel fonksiyon: Günlük aktiviteler (koşmak, ağır kaldırmak, spor yapmak, süpürge ile temizlik yapmak, bir masayı çekmek, günlük alış verişte alınanları kaldırmak, merdiven çıkmak, eğilmek, diz çökmek, yürümek) sorgulanır.

Fiziksel rol güçlüğü: Kişinin fiziksel sağlığı sonucu iş ve diğer günlük etkinliklerde bir sorunla karşılaşıp karşılaşılmadığı (iş veya diğer etkinlikler için harcanılan zaman süresi, kısıtlanma, güçlük çekme, daha fazla çaba gerektirmesi) araştırılır.

Ağrı: Ağrının şiddeti, kişinin işini engelleyip engellemediği araştırılır.

Genel sağlık: Kişinin kendi sağlığı hakkındaki düşüncesi sorgulanır, diğer insanlara göre kendi sağlığını kıyaslaması istenir.

Enerji (vitalite): Kişinin kendisini yorgun veya canlı hissetmesi sorgulanır.

Sosyal fonksiyon: Kişinin fiziksel sağlığı ve duygusal sorunlarının sosyal yaşantısını ne kadar etkilediği araştırılır.

Emosyonel rol güçlüğü: Kişinin duygusal sorunlarının günlük iş ve aktivitelere olan etkisi araştırılır.

Mental sağlık: Kişinin ruhsal durumu (sinirli, karamsar, huzursuz, sakin, mutlu vs.) sorgulanır.

Her bir alt boyutun puanı 0-100 arasında değişir. Puan ile yaşam kalitesi doğru orantılıdır. SF-36'nın son 4 haftayı değerlendiren standart versiyonunun yanı sıra son 1 haftayı değerlendiren versiyonu da mevcuttur.

2.3 Anksiyete ve Depresyon

Depresyon; sık görülen, atakları uzun suren, yineleme oranları yüksek, şiddetli fiziksel ve psikososyal yeti yitimine neden olan yıkıcı bir bozukluktur. Depresyonun neden olduğu yeti yitimi, sosyal ve mesleki alanlarda olabilir ve kişinin aile düzeniyle ekonomik durumuna olumsuz etkiler yapabilir.

Depresyonda çökkün duygulanım, enerji azlığı ve alınan zevkin kaybı ana bulgulardır. Konsantrasyon azlığı, özgüven azalması, suçluluk duyguları, karamsarlık, kendine zarar verme ya da özkıyım düşünceleri, uyku düzeninde bozulma, iştah değişiklikleri ve libido azalması diğer sık görülen belirtilerdir. Depresyonun büyük oranda fiziksel hastalıklarla ilişkili olduğu bilinmektedir.

Depresyon ve anksiyete sıklıkla birlikte görülür ve diğer tıbbi hastalıklara da çok sık eşlik ederek onların seyrini ve tedavi yanıtını olumsuz olarak etkiler.

Major depresyonun yaşam boyu yaygınlığı, kadınlar için %10-25, erkekler için %5-12 olarak bulunmuştur. Major depresyon insidansı, birinci basamakta %10, yatan hastalarda ise %15'tir [40]. Kadınlarda erkeklere göre iki kat daha fazla görülmektedir. Kadınlarda daha sık görülmesinin sebepleri; kadının toplumdaki rolü, kadındaki hormonal değişim, kadın üstündeki toplumsal baskı olduğu düşünülmektedir.

Anksiyete bozukluğu; sosyal ya da mesleki işlevlerde önemli bozulmaya, hastada belirgin strese sebep olan, çeşitli somatik belirtilerin eşlik ettiği aşırı ve yaygın endişe hali olarak tanımlanmıştır. Anksiyete hoş olmayan özellikleri ile diğer duygulanım şekillerinden ayrılır. Kaygı veya bunaltı olarak da adlandırılır. Kişi endişesini kontrol etmekte zorlanır. Fizyolojik olarak çarpıntı, nefes almada zorluk, ellerde ve ayaklarda titreme, aşırı terleme; psikolojik olarak sıkıntı, heyecan, aniden kötü bir şey olacakmış hissi ve korkusu gibi belirtiler görülür. Hastalarda huzursuzluk, aşırı heyecan ya da endişe, kolay yorulma, düşüncelerini yoğunlaştırmada zorluk, irritabilite, kas gerginliği ve uyku bozukluğuna sebep olur. Yıllık prevalansı %3-8'dir. Kadınlarda erkeklere göre daha sık rastlanmaktadır [41].

Depresyon değerlendirme ölçekleri depresyonun şiddetinin belirlenebilmesi açısından oldukça önemlidir; ancak tanı için mutlaka klinik gözlemin göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Bütün depresyon ölçekleri daha çok takip amaçlı olarak kullanılmakta ve depresif belirtilerin varlığını göstermektedir. Türkiye'de yetişkinde kullanılan kendini değerlendirme depresyon ölçekleri: Beck depresyon envanteri, Zung depresyon ölçeği, Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeği, Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği (HAD)'dir.

HAD toplum ve hastane örnekleminde kolaylıkla kullanılan bir ölçektir. Fiziksel belirtiler yerine duygudurumun öznel yıkımı üzerinde durulmaktadır. Depresif semptomları tam olarak kapsamamasına karşın, anhedonik semptomları araştırmaktadır. İntihar düşüncesi, suçluluk ve umutsuzluğu içermemektedir. HAD, 14 maddeden oluşmakta ve maddeler 4 özellik içermektedir. İki alt ölçek depresyon ve anksiyeteyi değerlendirmektedir. Yedi maddelik depresyon alt ölçeği 0-21 puan arasında skorlanmakta, >7 puan depresyonu işaret etmektedir. Diğer yedi madde yine

0-21 puan arasında skorlanıp >10 puan anksiyete açısından anlamlıdır. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirliği 1997 yılında Aydemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır[42].

2.4 **Cinsel İşlev Bozukluğu**

Cinsellik bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal yaşamının önemli bir parçasıdır. Cinsel aktivite yalnızca neslin devamı için yapılan biyolojik bir fonksiyon değil, insanlar arası duyguların iletişimine katkı sağlayan bir işlevdir. Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre cinsel sağlık; "Cinsel bir varlık olarak insanın sadece bedensel değil, duygusal, düşünsel ve sosyal bütünlüğünü sağlayan, kişilik gelişimi, iletişim ve sevginin paylaşımını pozitif yönde zenginleştiren ve artıran sağlıklılık hali" olarak belirlenmiştir. Cinsellikle ilgili sorunlar bu bütünlüğün bozulmasına yol açarak, bireylerin ruhsal ve sosyal sorunlar yaşamasına sebep olur.

Dünya Sağlık Örgütü, cinsel fonksiyon bozukluğunu bireyin umduğu cinsel ilişkiyi yaşayamaması durumu olarak tanımlamaktadır [43]. Cinsel fonksiyon bozukluğunun etyolojisinde genetik yatkınlık dahil çok sayıda biyolojik, bilişsel, emosyonel, sosyal faktörler rol oynamaktadır. Depresyon ve anksiyetenin varlığı cinsel fonksiyonu olumsuz etkiler [44]. Yaşlanma ile birlikte artan kronik hastalıklar ve alınan ilaçlar cinsel fonksiyonda azalmaya neden olmaktadır [45]. Kronik hastalığı olan bireylerdeki cinsel istek azlığı hastalığın kendisi ve tedavisi yüzünden hastaların maruz kaldığı değişikliklerle açıklanabilir. Cinsel bozukluklar kişinin yeteneklerini, verimliliğini, toplumsal iletişimini etkiler.

Cinsel işlev bozuklukları, diğer hastalıkların aksine sağlık çalışanları tarafından çoğunlukla sorgulanmaz; ayrıca hastaların cinsellikle ilgili sorunlarını dile getirmeleri çeşitli çekinceler nedeniyle zor olmaktadır. Ülkemizde cinsel bilgilendirmenin yapılmaması, katı ahlaki ve toplumsal kuralların olması nedeniyle gençlerde cinsellikle ilgili problemler daha sık görülmektedir. Hastalar cinsel sorunları için sağlık kuruluşuna başvurmamaktadır. Hastaların yaşam kalitesini, toplumsal ilişkilerini, işgücü verimliliğini etkileyen bir etmenin göz ardı edilmesi hastaların tedavi sürecini de olumsuz olarak etkilemektedir.

Cinsel fonksiyon bozukluklarını belirlemek için bazı ölçekler geliştirilmiştir. Yetişkenlerde sıklıkla Cinsel Öz-yeterlik Ölçeği (Sexual Self-efficacy Scale), Cinsel Özgüven Ölçeği (Sexual Self-confidence Scale), Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın versiyonu (Sexual Quality of Life Questionnaire-Female), Golombok Rust Cinsel Doyum Envanteri, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği (ACYÖ) kullanılmaktadır. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği; sistemli özdeğerlendirme ölçeği olup cinsel dürtü, uyarılma, vaginal lubrikasyon, penis sertleşmesi, orgazma ulaşma kapasitesi ve orgazm sonucu doyum duygusunu belirler. Her bir maddenin son dört hafta içindeki cinsel yaşamı düşünülerek yanıtlanması beklenmektedir. Toplam skor 5'ten 30'a kadar değişir. Düşük skorlar cinsel yanıtın güçlü, kolay ve tatmin edici olduğunu gösterirken; yüksek skorlar cinsel işlev bozukluğunun varlığını düşündürür. Türkçe geçerlik-güvenirlik çalışması 2004 yılında Soykan tarafından yapılmıştır [46].

3.GEREÇ VE YÖNTEM

İnflamatuar barsak hastalığı olan bireylerde hastalık tipi ve aktivitesinin cinsel yaşantı, hayat kalitesi, anksiyete ve depresyon seviyeleri üzerine etkilerinin araştırılması amaçlanan çalışma 01.01.2014-01.10.2014 tarihleri arasında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina Hastanesi Gastroenteroloji polikliniğine başvuran veya yataklı servisinde tedavi edilen hastalar ile gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya İBH'sı olmayan bireylerden oluşan kontrol grubu da dahil edilmiştir.

Hastaların adı, soyadı, bilgi işlem numarası, tanısı, tanı tarihi, yaş, cinsiyet, sigara ve alkol kullanımı, eğitim seviyesi, yaşadığı bölge (kent-kırsal bölge), eşlik eden sistemik hastalıklar, şimdiye kadar kullanılan tedaviler, şu anda kullandığı tedaviler ve hastalık aktiviteleri Hasta Takip Formu (EK 1) ile kaydedilmiştir. Crohn hastalarında hastalık aktivitesi Harvey-Bradshaw İndeksi (EK 2), Ülseratif Kolit hastalarında Mayo-Klinik Ülseratif Kolit Aktivite İndeksi (EK 3) ile belirlenmiştir. Hastaların remisyonda olup olmadığı bu indekslere göre belirtilmiştir. Tüm katılımcılara SF-36 (EK 4), HAD (EK 5), Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği Kadın-Erkek Formu (EK 6 ve EK 7) uygulanmıştır. Her katılımcı hastaya gönüllü onam formu (EK 8) imzalatılmıştır. Hastalara bu anketler yalnızca sorumlu öğretim üyesi ve sorumlu araştırmacı tarafınca verilmiştir. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği hasta mahremiyeti göz önüne alınarak, hastanın uygun ortamda yalnız olarak doldurması sağlanmıştır. Hastalara bu anket formları bir defa uygulanarak kesitsel bir çalışma yapılmıştır.

İBH'sı olmayan gönüllü kontrol grubunun yaş, cinsiyet, sigara ve alkol kullanımı, eğitim seviyesi, yaşadığı bölge, eşlik eden sistemik hastalıklar, kullanılan tedaviler, Kontrol Grubu Takip Formu (EK 9) ile kaydedilmiştir. Kontrol grubuna da gönüllü onam formu (EK 10) doldurulmuştur.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri:

-18 yaş üzerindeki İBH hastaları,

-Endoskopik ve patolojik olarak inflamatuar barsak hastalığı tanısı alan hastalar

-Bilgilendirilmiş onam formunu imzalamış hastalar olarak belirlenmiştir.

Dışlanma kriterleri:

-18 yaşından küçük hastalar,

-İndetermine koliti olan hastalar olarak belirlenmiştir.

Çalışmaya gönüllü 42 kişi, 58 Crohn ve 64 Ülseratif Kolit hastası kabul edilmiştir. Hastalık aktivitesine, komorbidite durumuna, sosyodemografik özelliklere göre cinsel yaşantı, hayat kalitesi, anksiyete ve depresyon seviyelerinin nasıl etkilendiği araştırılmıştır.

Çalışma için Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul'undan onay (EK 11) alınmıştır.

3.1 Hayat Kalitesinin Sf-36 İle Değerlendirilmesi

SF-36, toplumun her kesimine uygulanabilen kendini değerlendirme ölçeğidir. Ölçek 36 maddeden oluşur. 8 alt skalayı değerlendirir: Fiziksel fonksiyon (10 madde), fiziksel rol güçlüğü (4 madde), ağrı (2 madde), genel sağlık (5 madde), vitalite (4 madde), sosyal fonksiyon (2 madde), emosyonel rol (3 madde), mental sağlık (5 madde). Son 4 haftayı göz önüne alarak değerlendirmektedir. Yukarıda bahsedilen ilk 4 boyut özet olarak Fiziksel Komponent Skoru'nu, diğer 4'ü ise özet olarak Mental Komponent Skoru'nu belirler. SF–36'nın değerlendirmesi dördüncü ve beşinci maddeler dışında Likert Tipi (üçlü-altılı) yapılmaktadır. Alt ölçekler, sağlığı 0 ile 100 arasında değerlendirmektedir. Her sağlık alanının puanı yükseldikçe, sağlıkla ilgili hayat kalitesinin arttığı görülmektedir. **Tablo 3.1**'de ölçek değerlendirme kriterleri gösterilmiştir.

Tablo 3.1 SF-36 Değerlendirme Kriterleri

Parametreler		İlgili Seçenekler	En Düşük Ham Puan	Olası Ham Puan
Fiziksel Sağlık Bileşenleri	Fiziksel Fonksiyon	3(a+b+c+d+e+f+g+h+i+j)	10	20
	Fiziksel Rol	4(a+b+c+d)	4	4
	Ağrı	7+8	2	10
	Genel Sağlık Algısı	1+11(a+b+c+d)	5	20
Mental Sağlık Bileşenleri	Canlılık	9(a+e+g+i)	4	20
	Sosyal Fonksiyon	6+10	2	8
	Emosyonel (Sosyal) Rol	5(a+b+c)	3	3
	Ruhsal Sağlık	9(b+c+d+f+g)	5	25

Puan hesaplaması: Elde edilen puan – en düşük ham puan / olası ham puan * 100

3.2 Anksiyete ve Depresyonun Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği ile Değerlendirilmesi

HAD, hastane ve toplum örnekleminde anksiyete ve depresyon yönünden riski belirlemek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla uygulanan kendini değerlendirme ölçeğidir. Ölçeğin amacı tanı koymak değildir, bedensel hastalığı olanlarda anksiyete ve depresyonu tarayarak risk grubunu belirlemektir. Ölçekteki soruların 7'si depresyon, 7'si anksiyete belirtilerini araştırır. Tek numaralı sorular anksiyeteyi, çift numaralı sorular depresyonu ölçmektedir. Yanıtlar 4'lü Likert biçiminde değerlendirilip, 0-3 arasında puanlanmaktadır. Anksiyete (HAD-A) ve depresyon (HAD-D) alt ölçekleri vardır. Türkiye'de yapılan geçerlilik çalışması sonucunda anksiyete için kesme puanı 10, depresyon için ise 7 bulunmuştur [42].

3.3 Cinsel Fonksiyon Bozukluğunun Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği İle Değerlendirilmesi

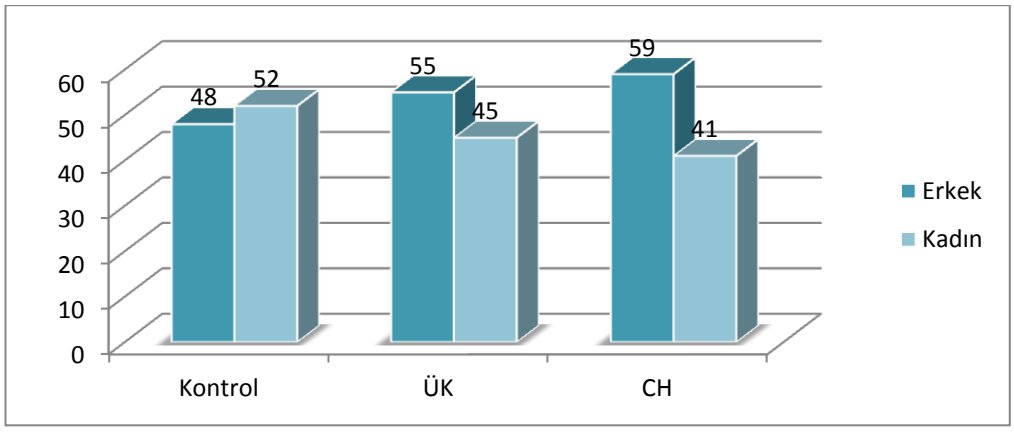
ACYÖ, sistemli Likert tipi özdeğerlendirme ölçeği olup, cinsel dürtü, uyarılma, vaginal lubrikasyon, penis sertleşmesi, orgazma ulaşma kapasitesi ve orgazm sonucu doyum duygusunu belirler. Bu sorular günümüzde geçerli olan DSM-IV ve ICD-10 cinsel işlev bozuklukları tanı kriterleri için uygundur. Her sorunun 1'den 6'ya kadar değişen puanlamasıyla total skor 5'ten 30'a kadar değişir. Düşük skorlar cinsel yanıtın güçlü, kolay ve tatmin edici olduğunu gösterirken, yüksek skorlar cinsel işlev bozukluğunun varlığını gösterir. Türkçe geçerlilik çalışmasında son dönem böbrek yetmezliği olan hastalarda kesim puanı 11 olarak bulunmuştur [46].

3.4 Değerlendirme Ve İstatistiksel Analiz

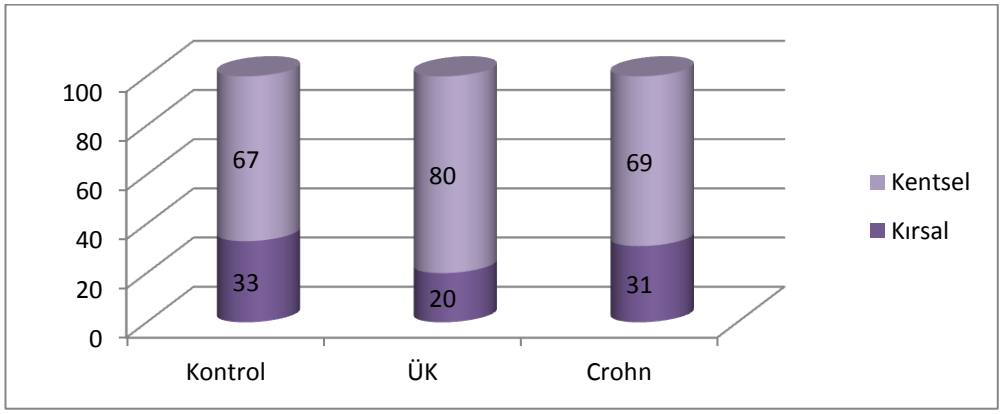
Verilerin analizi SPSS for Windows 15 paket programında yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler dağılımı normal olan değişkenler için ortalama ± standart sapma, dağılımı normal olmayan değişkenler için median (minimum – maksimum), nominal değişkenler ise vaka sayısı ve (%) olarak gösterilmiştir. Grup sayısı iki olduğunda gruplar arasında ortalamalar yönünden farkın önemliliği t testi ile ortanca değerler yönünden farkın önemliliği Mann Whitney testi ile araştırılmıştır. Grup sayısı ikiden fazla olduğunda gruplar arasında ortalamalar yönünden farkın önemliliği ANOVA varyans analizi testi ile ortanca değerler yönünden farkın önemliliği Kruskal Wallis testi ile araştırılmıştır. Nominal değişkenler Pearson Ki-Kare veya Fisher Exact testi ile değerlendirilmiştir. Sürekli değişkenler arasındaki ilişki araştırılırken dağılım normal olmadığında Spearman korelasyon testi ile normal olduğunda Pearson korelasyon testi ile değerlendirilmiştir. $p<0,05$ için sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

4.BULGULAR

Çalışmaya 58 (24 kadın, 34 erkek) Crohn, 64 (29 kadın, 35 erkek) ÜK, 42 (22 kadın, 20 erkek) gönüllü İBH'sı olmayan kontrol grubu olmak üzere toplam 164 kişi dahil edildi. ÜK grubunda yaş ortalaması 44±14; CH grubunda 38±12; kontrol grubunda 43±13 olarak görüldü. Gruplar arasında yaş ve cinsiyet açısından anlamlı farklılık görülmedi. Cinsiyet dağılım yüzdeleri **Şekil 4.1**'de gösterilmiştir. Her üç grupta kentsel yaşam daha sık görülmekle birlikte gruplar arasında farklılık (p=0,254) gözlenmedi. Hastaların kentsel-kırsal yaşam yüzdesi **Şekil 4.2**'de belirtilmiştir.



Şekil 4.1 Cinsiyet dağılım yüzdesi



.**Şekil 4.2** Kentsel-Kırsal Yaşam Yüzdesi

CH grubundan 25, ÜK grubundan 31 hasta serviste yatarken çalışmaya kabul edildi. Tanı tarihinden itibaren izlem süresi ÜK grubunda ortalama 5,6±6 yıl, CH grubunda 5,1±4,9 yıl olarak bulundu. Yatan hastaların %7'sinin remisyonda, ayaktan hastaların %44'ünün remisyonda olduğu görüldü. Yatan hastalarda anlamlı olarak aktif hastalığın daha fazla olduğu (p=0,001) izlendi. Hastalık aktivitesi ÜK grubunda %75, Crohn grubunda %70 olarak tespit edildi. Gruplar arasında aktif hastalık açısından anlamlı farklılık (p=0,592) gözlenmedi.

Aktif olarak sigara içenler ÜK grubunda %6, CH grubunda %40, kontrol grubunda %31; sigara hiç kullanmamış olanlar sırasıyla %60, %36, %59; alkol kullanmayanlar %92, %86, %81 olarak görüldü. Aktif sigara kullanımının ve geçmişte sigara maruziyetinin CH'de istatistiksel olarak daha fazla olduğu (p=0,001) tespit edildi. ÜK, CH grubunda sigara maruziyeti ve sigara bırakma oranlarının erkeklerde daha fazla olduğu belirlendi. Alkol maruziyeti ve cinsiyetle bir ilişki saptanmadı.

Hastaların sosyodemografik özellikleri **Tablo 4.1**'de özetlenmiştir.

Tablo 4.1 Sosyodemografik özellikler

	Kontrol	**ÜK**	**CH**
Hasta sayısı	42	64	58
Kadın/Erkek	22/20	29/35	24/34
Ortalama yaş	43	44	38
Yaş aralığı	27-72	20-81	18-67
Yatan/Ayaktan Hasta	0/42	31/33	25/33
Aktif Hastalık	0	48(%75)	41(%70)
Takip Süresi	0	5,68±6,01	5,15±4,96
Kırsal/Kentsel Yaşam	14/28	13/51	18/40
Anti TNF kullanımı	0	14(%22)	25(%43)
Komorbidite	7(%17)	23(%36)	23(%40)
Sigara Maruziyeti	17(%41)	26(%40)	37(%64)
Alkol Maruziyeti	8(%19)	5(%8)	8(%14)

Kontrol grubunda %17, ÜK grubunda %36, CH grubunda %40 ek sistemik hastalık olduğu; kontrol grubunda anlamlı olarak sistemik hastalığı olmayanların fazla olduğu görüldü. En sık görülen komorbiditelerin hipertansiyon, diyabetes mellitus, aterosklerotik koroner arter hastalığı (ASKH), ankilozan spondilit olduğu fark edildi. Bu hastalıklar arasında sadece ASKH olanların ÜK grubunda fazla olabileceği (p=0,069); ancak anlamlılık için daha fazla hasta sayısına ihtiyaç olduğu tespit edildi. Cerrahi rezeksiyonun ÜK grubunda 3 hastada (%5), CH grubunda 3 hastada (%5) yapıldığı görüldü, bunların malignite dışındaki cerrahi endikasyonlar nedeniyle yapıldığı öğrenildi. Bu hastaların sayı yetersizliği nedeniyle hastalık aktivite ve anksiyete-depresyon skala puanları karşılaştırılmadı.

Hastaların 46'sında (%38) en az bir komorbidite olduğu; ancak komorbidite varlığı ve hastalık aktivitesi arasında anlamlı ilişki olmadığı saptandı. Aktif hastalığı olan bireylerin %43'ünün kadın, %57'sinin erkek; remisyondaki bireylerin %48'inin kadın, %52'sinin erkek olduğu görüldü. Hastalık aktivitesiyle cinsiyet arasında ilişki tespit edilmedi.

Hastaların ek sistemik hastalıkları **Tablo 4.2**'de gösterilmiştir.

Tablo 4.2 Ek sistemik hastalıklar

	Kontrol	ÜK	CH
Ortalama	0,16	0,43	0,43
Min.-maks.	0-1	0-4	0-3
Hipertansiyon	5(%12)	6(%9)	4(%7)
Diyabetes Mellitus	0	4(%6)	1(%2)
ASKH	0	5(%8)	1(%2)
Ankilozan Spondilit	0	5(%8)	7(%12)

Anti TNF kullanımının ÜK grubunda 14 (%22), CH grubunda 25 (%43), aktif hastalarda 30 (%34) olduğu; CH grubunda anlamlı olarak anti TNF kullanımının daha yüksek olduğu gözlemlendi (p=0,012). Anti TNF kullanımının eğitim, sigara ve alkol maruziyeti ile ilişkisi saptanmadı.

Eğitim düzeyinin her üç grupta, kadın ve erkek cinsiyette en sık ortaöğretim ve lise mezunu olduğu görüldü. Gruplar arasında eğitim düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark (p=0,616) gözlenmedi. Kadın ve erkek cinsiyette eğitim seviyesinin de farklı olmadığı görüldü.

Tablo 4.3 'te katılımcıların eğitim düzeyi gösterilmiştir.

Tablo 4.3 Eğitim Düzeyi

	Kontrol			**ÜK**			**CH**		
	K	**E**	**Top.**	**K**	**E**	**Top.**	**K**	**E**	**Top.**
Okur yazar değil	0	0	0	3	0	3 (%5)	1	0	1(%2)
İlköğretim	4	7	11(%26)	11	10	21(%33)	10	15	25(%43)
Lise	10	5	15(%35)	8	10	18(%28)	8	9	17(%30)
Önlisans ve Lisans	8	8	16(%39)	7	15	22(%34)	5	10	15(%25)

HAD-A puan ortalaması CH grubunda anlamlı olarak daha yüksek bulundu. ÜK ve kontrol grubunda farklılık gözlenmedi. HAD-A için alt sınır olan 10 puana göre kesme uygulandığında CH grubunda yine anlamlı olarak anksiyete açısından riskli grup daha yüksek oranda bulunmuştur. ÜK ve kontrol grubunda farklılık saptanmadı. HAD-D puan ortalaması kontrol grubuna göre CH ve ÜK grubunda anlamlı olarak daha yüksek bulundu. HAD-D için alt sınır 7 puan alındığı zaman kontrol grubuna göre CH ve ÜK grubunda depresyon açısından riskli grubun daha yüksek oranda olduğu görüldü. ÜK-CH grupları arasında anlamlı farklılık saptanmadı. Anksiyete ve depresyon puanları **Tablo 4.4**'te gösterilmiştir.

Depresyon puan ortalamasına göre kadın ve erkek cinsiyette anlamlı değişiklik tespit edilmedi. Anksiyete puanının kadınlarda anlamlı olarak daha yüksek olduğu görüldü. Eğitim düzeyinin artışıyla anksiyete ve depresyon puanlarının anlamlı olarak arttığı (p=0,027) tespit edildi. Yaş ile anksiyete ve depresyon puanları arasında ilişki kurulamadı.

Tablo 4.4 Anksiyete ve Depresyon Puanları

	Kontrol (Grup 1)	ÜK(Grup 2)	CH(Grup 3)
HAD-A			
N	42	64	58
Ort.	6,05	7,22	9,17
SS	3,18	4,17	5,32
HAD-A 10			
≤10	39 (%93)	52 (%81)	36 (%62)
>10	3 (%7)	12 (%19)	22 (%38)
p	F (1-2)* 0,094	F(2-3) 0,018	F (1-3) 0,001
HAD-D			
Ort	5	8,23	8
SS	3,21	5,50	4,89
HAD-D 7			
≤7	29 (%69)	31 (%48)	31 (%53)
>7	13 (%31)	33 (%52)	27 (%47)
p	F (1-2) 0,006	F(2-3) 1,000	F (1-3) 0,011

*Gruplar arasındaki p değeri

Hastaların yaşam kalitesini değerlendirmek üzere yapılan SF 36 formu alt skalalarının puanları **Tablo 4.5**'te belirtilmiştir. 8 alt skalada kontrol grubuna göre ÜK ve CH gruplarında anlamlı olarak puanların daha düşük olduğu tespit edildi. CH ve ÜK grubu arasında farklılık saptanmadı. Hastaların eğitim seviyesinin arttıkça fiziksel rol güçlüğü ve emosyonel rol güçlüğü puanlarının arttığı tespit edildi. Yaşla birlikte fiziksel fonksiyon puanının azaldığı (p=0,03) görüldü. Kadın hastalarda fiziksel fonksiyon, vitalite, emosyonel rol güçlüğü ve mental sağlık puanlarının daha düşük olduğu saptandı.

Tablo 4.5 SF-36 puanları

	Kontrol (Grup 1)		**ÜK(Grup 2)**		**CH(Grup 3)**	
	Ort.	p	Ort	p	Ort	p
Fiziksel Fonksiyon	80,2±22,6	F* (1-2) 0,001	60,2±28,2	F(2-3) 1,000	58,8±26,5	F(1-3) 0,001
Fiziksel Rol Güçlüğü	70,2±38,7	F (1-2) 0,001	31,2±40,5	F(2-3) 1,000	34,4±43,1	F(1-3) 0,001
Ağrı	72,6±18,0	F (1-2) 0,001	45,7±27,5	F(2-3) 1,000	48,1±29,4	F(1-3) 0,001
Genel Sağlık	66,5±19	F (1-2) 0,001	46±21	F(2-3) 1,000	43,1±21,8	F(1-3) 0,001
Vitalite	60,8±21,1	F (1-2) 0,002	43,7±27	F(2-3) 1,000	40,5±25	F(1-3) 0,001
Sosyal Fonksiyon	74,7±27,3	F (1-2) 0,001	45,2±33,9	F(2-3) 1,000	48±32,9	F(1-3) 0,001
Emosyonel Rol Güçlüğü	74,6±36,6	F (1-2) 0,001	36,9±56,6	F(2-3) 1,000	37,9±42,5	F(1-3) 0,001
Mental Sağlık	72,6±12,2	F (1-2) 0,002	59,2±22,8	F(2-3) 1,000	57,7±20,4	F(1-3) 0,001

*Gruplar arasındaki p değeri

ACYÖ uygulanan gruplar arasında ortalama puan kontrol grubunda istatistiksel olarak sınırda anlamlı (p=0,059) düşük gözlendi, daha net sonuçlar elde etmek için hasta sayısının arttırılması gerektiği görüldü. Hastaların eğitim seviyesinin arttıkça ACYÖ puanının azaldığı (p=0,039) belirlendi. Kadın cinsiyette ve artan yaş ile birlikte ACYÖ puanının da arttığı belirlendi (p=0,001). Ülkemizde yapılan geçerlilik çalışmasında belirtilen üst sınır 11 puan alındığı zaman da her üç grupta istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmedi. ACYÖ puanları **Tablo 4.6**'da gösterilmiştir.

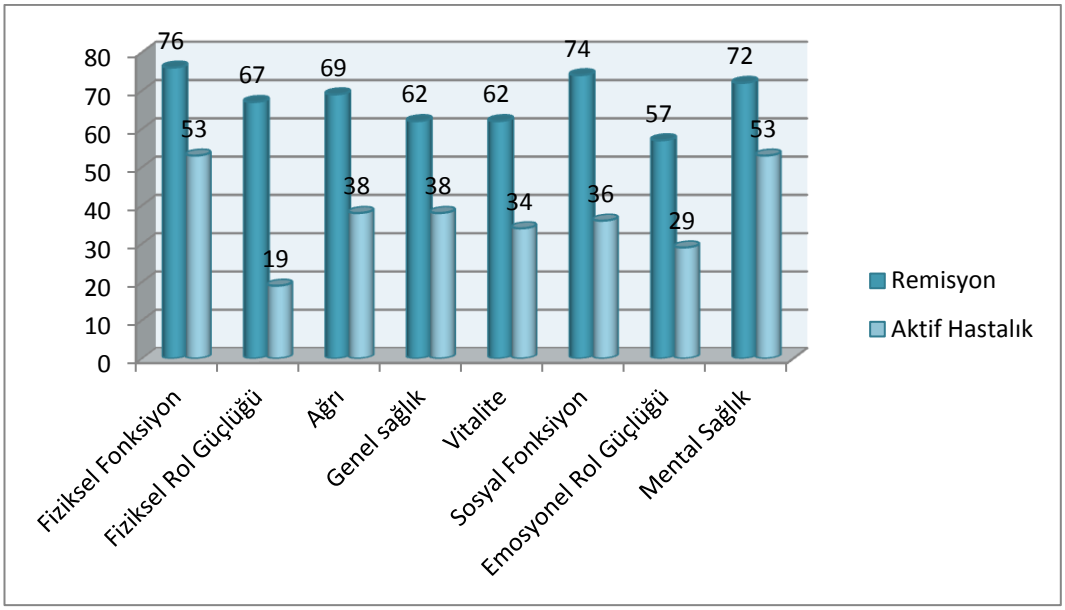
Tablo 4.6 Arizona Cinsel Yaşantı Ölçeği Puanları

	Kontrol (Grup 1)	ÜK(Grup 2)	CH(Grup 3)
ACYÖ			
N	42	64	58
Ort.	13,31	16,92	15,79
SS	4,88	7,51	6,51
p	0,059		
ACYÖ 11			
≤11	16 (%38)	17 (%27)	20 (%35)
>11	26 (%62)	47 (%73)	38 (%65)
p	0,42		

Aktif hastalığı olanlarda remisyondaki hastalara göre anlamlı olarak anksiyete ve depresyon puanlarının fazla olduğu gözlemlendi. Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği ortalama puanı aktif hastalığı olanlarda daha yüksek olmasına rağmen üst sınır 11 olarak alınınca aktif hastalığı olan veya remisyonda olan grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir değişiklik görülmedi (**Tablo 4.7**). Remisyondaki hastaların SF-36'daki 8 skalada anlamlı olarak daha yüksek puanları olduğu tespit edildi **(Şekil 4.3)**

Tablo 4.7 Hastalık aktivitesine göre anksiyete, depresyon ve cinsel fonksiyon bozukluğu puanları

	Remisyon	Aktif Hastalık
HAD-A 10		
≤10	29 (%88)	59 (%66)
>10	4 (%12)	30 (%34)
p	0,018	
HAD-D 7		
≤7	29 (%88)	33 (%37)
>7	4 (%12)	56 (%63)
p	0,001	
ACYÖ		
Ort	13,7±6	17,3±7,1
p	0,011	
≤11	13 (%39)	24 (%27)
>11	20 (%61)	65 (%73)
p	0,185	



Şekil 4.3 Hastalık Aktivitesine Göre SF-36 Puan Ortalamaları

Yatan hastalarda ayaktan hastalara göre anlamlı olarak SF-36 puanlarının düşük, HAD ortalama puanlarının yüksek, ACYÖ puanlarının yüksek olduğu belirlendi. Ayaktan hastalar ve kontrol grubu kendi içinde karşılaştırıldığında sadece genel sağlık, vitalite ve emosyonel rol güçlüğünde kontrol grubunda anlamlı olarak skala puanlarının daha yüksek olduğu bulundu. Yatan ÜK-CH hastalarında kullanılan bütün ölçeklerde gruplar arasında anlamlı farklılık gözlenmedi. Hastalık aktivasyonuna göre CH ve ÜK hastaları incelendiğinde fiziksel rol güçlüğü ve ağrı puanlarının ÜK grubunda, sosyal fonksiyon puanının CH grubunda anlamlı olarak düşük olduğu bulundu. Hastalığı aktif olan yatan hastalarda fiziksel rol güçlüğü, ağrı ve sosyal fonksiyon puanlarının anlamlı olarak düşük olduğu görüldü. Ayaktan aktif hastalar incelendiğinde CH-ÜK grupları arasında ölçek puanları arasında anlamlı farklılık tespit edilmedi. Yine remisyondaki 33 hasta ile kontrol grubu karşılaştırıldığında her üç ölçek puanlarında anlamlı farklılık tespit edilmedi.

Tablo 4.8' de hastaların hastanede tedavi şekillerine göre hastalık aktivitesi gösterilmiştir.

Tablo 4.8 Hastaların Hastanede Tedavi Şekillerine Göre Hastalık Aktivitesi

	AYAKTAN HASTA		YATAN HASTA	
	Aktif hastalık	Remisyon	Aktif hastalık	Remisyon
Kontrol	-	42	-	-
ÜK	18(%28)	15(%23)	30(%47)	1(%2)
CH	19(%33)	14(%24)	22(%38)	3(%5)

Anti TNF kullanan hastaların kullanmayan hastalara göre HAD-A, HAD-D, ACYÖ puan ortalamasında anlamlı fark saptanmadı. Sadece SF-36 skalasının alt gruplarından Genel Sağlık puanının daha düşük olduğu (p=0,002) belirlendi.

Komorbiditesi olan hastalarda diğer hastalara göre göre HAD-A, HAD-D, ACYÖ puan ortalamasında farklılık olmadığı ancak SF 36 alt gruplarından Fiziksel Fonksiyon ve Ağrı puanlarının (p=0,006 ve 0,033) daha düşük olduğu görüldü. Sigara kullanan hastalarda bütün ölçeklerden sadece Fiziksel Rol Güçlüğü puanının anlamlı olarak düşük olduğu görüldü.

Anksiyete açısından riskli grupta (HAD-A ort. puanı >10) anlamlı olarak depresyon riskinin (HAD-D ort. puanı >7) fazla olduğu (p=0,001) görüldü. Anksiyete risk grubunun %84'ünde depresyon birlikteliği olduğu saptandı. Aynı zamanda SF 36 alt grupları puanının daha düşük, ACYÖ puanının daha yüksek olduğu tespit edildi. Depresyon açısından riskli grubunun da SF 36 skala puanlarının düşük, ACYÖ puanının yüksek olduğu; böylelikle hayat kalitelerinin daha düşük, cinsel fonksiyonlarının daha bozuk olduğu belirlendi.

Anksiyete ve depresyon açısından riskli hastaların SF 36 ve ACYÖ puanları **Tablo 4.9**'da gösterilmiştir.

Tablo 4.9 Anksiyete ve Depresyon Açısından Riskli Hastaların SF 36 ve ACYÖ puanları

	HAD-A			**HAD-D**		
	≤10	**>10**		**≤7**	**>7**	
	Ort.	**Ort.**	**p**	**Ort**	**Ort.**	**p**
Fiziksel Fonksiyon	70,7±25,7	44,7±24,7	0,001	76,3±23,8	50,6±25,5	0,001
Fiziksel Rol Güçlüğü	50±44,2	16,2±31,8	0,001	62,9±41,8	16,7±31,4	0,001
Ağrı	59,6±20,8	32,1±24	0,001	65,3±23,3	38,6±27,3	0,001
Genel Sağlık	55,1±20,8	33,5±21,5	0,001	59,4±21,6	38,9±18,9	0,001
Vitalite	54,2±23,9	22±16	0,001	61,2±22	29,2±19	0,001
Sosyal fonksiyon	61,45±32,6	27,5±25,5	0,001	68,8±31,2	35±27,9	0,001
Emosyonel Rol Güçlüğü	56,6±50,4	13,5±28,8	0,001	63±42,2	26,9±51,4	0,001
Mental Sağlık	68,8±17,3	39,2±13	0,001	72,4±15,3	49,3±19	0,001
Arizona	14,1±6	20,4±6,6	0,001	13,3±5,9	18,3±6,5	0,001

5. TARTIŞMA

Çalışmamıza Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina Hastanesi'nde takipli 122 İBH tanılı hasta, 42 İBH'sı olmayan gönüllü kontrol grubu dahil edilmiştir. Hastaların ve kontrol grubunun cinsiyet, yaş, eğitim durumu, kentsel yaşam gibi sosyodemografik özellikleri yönünden istatistiksel olarak fark gözlenmedi. CH ve ÜK hastalarında epidemiyolojik çalışmalardaki gibi kentsel yaşamın daha sık olduğu belirlendi.

ÜK ve CH grubunda ek sistemik hastalıkların daha fazla olduğu saptandı. Hastaların komorbiditeleri incelendiğinde hastalarda en sık hipertansiyon, diyabetes mellitus, ASKH, ankilozan spondilit tanıları olduğu görüldü. Kontrol grubuna göre sadece ASKH'nın ÜK grubunda daha fazla görülebileceği; ancak hasta sayısının istatistiksel anlamlılık için yetersiz olduğu saptandı. İnflamatuar hastalıklarda ASKH insidansının arttığı çalışmalarda belirtilmektedir [47].

Sigaranın Crohn hastalarındaki hastalık aktivitesini ve immünsupresif ihtiyacını arttırdığı; hatta ağır kullanımda cerrahi rezeksiyon oranını yükselttiği gösterilmiştir [48]. Çalışmamızdaki Crohn hastalarında sigara içme, daha önce kullanıp bırakma oranlarının daha yüksek olduğu görüldü. Çalışmada ÜK ve CH grubunda hastalık aktivitesinde anlamlı farklılık görülmedi (%75 vs %70). Komorbidite varlığı ve cinsiyet ile hastalık aktivitesi arasında ilişki saptanmadı. Yatan hastalarda umulduğu gibi hastalık aktivitesinin daha yüksek olduğu görüldü.

Anti TNF kullanımının CH grubunda anlamlı olarak daha fazla olduğu tespit edildi. Crohn hastalarında komplikasyonların daha sık görülmesi, hastalığın daha ciddi morbiditelere sebep olması anti TNF kullanımının daha yaygın olmasıyla ilişkilendirildi. Araştırmamız bir defaya mahsus kesitsel çalışma olduğu için anti TNF başlandıktan sonra hastaların hayat kalitesindeki etkilenim belirlenememiştir.

Yapılan HAD ölçeğiyle anksiyöz bulguların CH grubunda, depresif bulguların ÜK ve CH grubunda anlamlı olarak fazla olduğu tespit edildi. Çalışmamızda anksiyete kontrol grubunda %7, ÜK'de %19, CH'de %38; depresyon kontrol grubunda %31, ÜK'de %52, CH'de %47 tespit edildi. Amerikan Ulusal Komorbidite Anket çalışması sonucuna göre toplumda hayat boyu yaygın anksiyete prevalansı

%4-6, major depresyon prevelansı %12-17 olarak belirtilmiştir [49]. ÜK ve CH grubunda topluma göre daha yüksek oranda anksiyete ve depresyon gözlendiği tespit edildi. Diğer çalışmalarda da belirtildiği gibi kadınlarda anksiyöz bulguların daha sık olduğu görüldü. Yaş, komorbidite ile anksiyete ve depresyon arasında ilişki olmadığı belirlendi. Eğitim düzeyi arttıkça anksiyöz ve depresif bulguların arttığı tespit edildi.

İngiltere'de Andrews ve ark. yaptığı çalışmada DSM III kriterlerine göre değerlendirilen İBH hastalarında psikiyatrik hastalık oranının CH'de %33, ÜK'de %34; HAD'a göre anksiyete veya depresyon oranının CH'de %47, ÜK'de %34 olduğu belirtilmiştir [50]. Guthrie ve ark. 2002'de İngiltere'de 116 İBH hastasında HAD ve SF-36 kullanarak yaptığı kesitsel çalışmada anksiyete oranı %25, depresyon oranı %47 olarak bulunmuştur. Hastalık aktivitesi ve fizyolojik semptomların hayat kalitesini etkilediği vurgulanmıştır [51].

Psikolojik hastalıkların diğer sistemik hastalıklarla birlikteliğini araştıran çalışmalarda net sonuçlar elde edilememiştir. Andrews ve ark. yaptığı çalışmada İBH hastalarının anksiyete ve depresyon oranının, diğer çalışmalardaki kronik hastalığı olan hastaların psikolojik hastalık oranları benzer görülmüştür [52]. 12500 kişinin dahil edildiği vaka-kontrol, retrospektif çalışmada psikolojik komorbiditelerin arttığı bildirilmiştir. Ancak kontrol grubu kronik hastalığı olanlardan çok hastaneye minör operasyon veya medikal durumlar için başvuran hastalardan seçilmiştir [53].

Hastaların yaşam kalitelerini değerlendirmek amacıyla yapılan SF-36 ölçeğinde kontrol grubuna göre ÜK ve CH gruplarının daha düşük puanlar aldığı görüldü. Hastaların eğitim seviyesinin arttıkça fiziksel rol güçlüğü ve emosyonel rol güçlüğü puanlarının arttığı, yaşla birlikte fiziksel fonksiyon puanının azaldığı görüldü. Kadın hastalarda fiziksel fonksiyon, vitalite, emosyonel rol güçlüğü ve mental sağlık puanlarının daha düşük olduğu saptandı.

Hayat kalitesinde objektif kriterlerden daha çok subjektif kriterler önem taşımaktadır. Hastanın öncelikle kendi sağlığını nasıl algıladığı yaşam kalitesini ortaya koymaktadır. Bununla birlikte fiziksel ve psikolojik sağlık, finansal durum, sosyal ilişkiler gibi etmenler de hayat kalitesini etkilemektedir. Çalışmada hastaların konut tipi, aylık ortalama geliri, meslek grubu, çalışma koşulları, medeni durumu belirtilmedi. Hayat kalitesini etkileyebilecek diğer etkenlerin ilişkisi araştırılmadı. Bu çalışmanın bir kısıtlılığı olarak karşımıza çıkmaktadır.

İBH hastalarının beklenen yaşam süresinin sağlıklı insanlarla aynı olduğu gösterilmiştir [54]. Ancak kronik hastalığı olan kişilerde hayat kalitesi ciddi olarak etkilenmektedir. Düşük bilgi düzeyi hastalarda endişeye sebep olarak hastaların hayat kalitesinin düşmesine neden olmaktadır. Bu yüzden hastaların aldığı sağlık hizmeti geliştirilmeli, hastalara yeterince bilgilendirilme yapılmalıdır. Hastaların sağlık hizmeti kalitesiyle tatmin olması hayat kalitelerinde belirgin düzelmeye sebep olmaktadır [55].

Cinsel fonksiyon bozukluğunu araştırmak üzere bakılan ACYÖ gruplar arasında istatistiksel bir anlamlılık görülmedi. Ortalama puanın ÜK ve CH grubunda daha yüksek olduğu; yani cinsel fonksiyon bozukluğunun daha fazla görülebileceği belirlendi. İstatistiksel olarak anlamlı farklılığın oluşmaması katılımcıların düzenli cinsel hayatlarının olup olmadığı, medeni durumlarının belirtilmemesine bağlandı. Aktif cinsel yaşantısı olan katılımcılar net olarak gösterilemedi. Bu da çalışmanın diğer bir kısıtlılığı olarak karşımıza çıktı.

ACYÖ Türkçe geçerlilik çalışmasında kesme puanı olarak 11 alınması nedeniyle katılıcımların 11 puan üzerinde alanları incelendiğinde her üç grupta cinsel fonksiyon bozukluğunun sık olarak gözlendiği belirlendi (Kontrol grubu %62, ÜK %73, CH %65). Laumann ve ark. tarafınca 18-59 yaş populasyonu incelenerek Birleşik Devletler'de cinsel fonksiyon bozukluğu kadınlarda %43, erkeklerde %31 olarak görülmüştür [56]. Çalışmamızda da kadın cinsiyet ve artan yaşın cinsel disfonksiyonla ilşikili olduğu gösterilmiştir. Timmer ve ark. tarafınca yapılan çalışmada İBH'lı erkekler ve kontrol grubunda cinsel fonksiyon bozukluğunun benzer olduğu; ancak aktif hastalık ile cinsel disfonksiyonun arttığı gösterilmiştir. Kadınlarda hastalık aktivitesinden bağımsız daha fazla olduğu tespit edilmiştir [57].

Katılımcılara komorbiditeleri sorulduğunda hiçbir hasta depresyon, anksiyete gibi psikiyatrik bir tanı veya impotans, prematür ejekülasyon gibi cinsel fonksiyon bozukluğuna sebep olabilecek bir hastalık belirtmemiştir. Toplumda bu kadar sık görülebilen cinsel fonksiyon bozukluğunun genellikle gözden kaçması; hastaların bu durumları söylemekten çekinmesine ve doktorların başvurularda cinsel fonksiyonun sorgulamamasına bağlandı. Toplumda yaşam kalitesi ve işgücü verimliliğini etkileyen önemli bir sorununun sağlık çalışanları tarafınca daha dikkatli irdelenmesi gerektiği sonucuna varıldı.

Kontrol grubu ve remisyondaki hastalar arasında anksiyete, deprsyon, cinsel fonksiyon bozukluğu, hayat kalitesi açısından farklılık görülmedi. Kontrol grubunun ve remisyondaki hastaların sayı yetersizliği nedeniyle ek sistemik hastalıklarına göre subgrup analizi yapılamadı. Aktif hastalığı olan hastalarda beklendiği gibi depresyon, anksiyete ve cinsel fonksiyon bozukluğunun daha sık görüldüğü tespit edildi. Anksiyete açısından riskli bulunan grupta depresyon birlikteliğinin çok sık olduğu belirlendi. Depresyon ve anksiyete bozuklukları iki ayrı hastalık olmakla birlikte oldukça geniş bir kesişim göstermektedir. Belirtilerdeki benzerliklerin yanı sıra anksiyete veya depresyon yakınmasıyla başvuran hastalarda çoğu zaman her iki rahatsızlığın belirtileri birlikte bulunur. Depresyona eşlik eden anksiyetenin etkin şekilde giderilmesi depresyon tedavisinde hedefe ulaşmak için önemlidir. Bu hastaların çoğunda bedensel belirtiler ruhsal rahatsızlıklarından kaynaklanmaktadır. Bu hastalardaki fiziksel rahatsızlıkların tedavisi, takibi zorlaşmaktadır. Hastalarda mesleki ve sosyal yaşantılarında işlevsellik kaybına neden olmaktadır.

Depresyon, anksiyete bozuklukları ve psikozlar gibi çeşitli psikiyatrik hastalıklar cinsel işlev bozukluklarının ortaya çıkmasında önemli rol oynarlar. Yaygın olarak kullanılan antidepresanlar, antipsikotikler, antihipertansifler de cinsel disfonksiyona sebep olabilmektedir [58]. Prospektif Zurich kohort çalışmasında cinsel fonksiyon bozukluğunun depresif vakalarda kontrol grubuna göre iki kat sıklıkta olduğu gösterilmiştir (%50 vs %24) [59]. Hindistan'da yapılan bir çalışmada DSM-IV kriterlerine göre major depresif hastalık tanısı alan 60 hasta üzerinde ACYÖ ve Hamilton depresyon ölçeği kullanılarak yapılan çalışmada cinsel disfonksiyon oranı %71 olarak görülmüştür [60]. Bizim çalışmamızdaki gibi kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğunun daha sık olduğu tespit edilmiştir. Hamilton depresyon ölçeği ile ACYÖ puanlarının pozitif ilişkili olduğu gösterilmiştir. Ayrıca bu hastaların hayat kalitelerinin de negatif olarak etkilendiği bildirilmiştir.

6.SONUÇ

İBH relaps ve remisyonlarla seyreden, sebebi net olarak belirlenememiş kronik inflamatuar bir hastalıktır. Genç yaş grubunu etkilemesi nedeniyle hastalarda ciddi iş gücü kaybına sebep olmaktadır. Hastalarda beklenen yaşam süresi azalmamıştır; ancak kronik bir hastalık olması nedeniyle hastaların hayat kalitesi, cinsel yaşantısı ciddi olarak etkilenmektedir. Aktif hastalığı olanlarda anksiyete, depresyon, cinsel disfonksiyon daha sık görülmektedir.

Hastaların endişelerinin azaltılması ve hastalıkları açısından bilinçlendirilmesi, hayat kalitesinde iyileşmeye sebep olmaktadır. Hastalara daha kaliteli sağlık hizmeti verilerek hastaların tedavi uyumu ve hayat kalitesi arttırılmalıdır. İBH hastaları psikolojik hastalıklar açısından taranmalı ve gerekli tedavileri yapılmalıdır.

7.ÖZET

Giriş: İnflamatuar Barsak Hastalığında (İBH) azalmış hayat kalitesi ve cinsel disfonksiyon görülmektedir. Ancak farklı kültürler ve sosyokültürel değişiklikler nedeniyle ülkeler arasında bazı farklılıklar olabilmektedir. Bu çalışmada Türk İBH hastalarında cinsel disfonksiyon sıklığı ve hayat kalitesi düzeyini değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Çalışmamızda 112 İBH hastasını (Ülseratif kolitli 64 hasta: %57) ve kontrol grubu olarak 42 kişiyi değerlendirdik. Bütün hastaların ve kontrol grubunun üç anket (SF 36, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD), Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği(ACYÖ)) doldurması istendi. Demografik özellikler toplandı ve her hasta için hastalık aktivitesi belirlendi.

Bulgular: Değerlendirilen bütün hastalarda demografik özelliklerde (yaş, hastalık aktivitesi, cinsiyet, eğitim) farklılık görülmedi. Beklendiği gibi yatan hastalarda ayaktan hastalara göre ciddi hastalık sıklığının fazla olduğu görüldü. Sigara içenler ve daha önce içmiş olanlar Crohn hastalarında daha sıktı ama alkol kullanımında değişiklik belirlenmedi. HAD-D skorları Ülseratif Kolit (ÜK) ve Crohn Hastalığı (CH) olanlarda kontrol grubuna göre daha yüksek bulundu (8 vs 5). Ama iki hasta grubu arasında farklılık görülmedi. HAD-A skorları ÜK ve kontrol grubuna göre CH grubunda ciddi olarak yüksek saptandı (p:0,01). ÜK ve kontrol grubunda farklılık bulunmadı. Kadın hastalarda anksiyete skorlarının daha yüksek olduğu belirlendi, depresyon skorları ve cinsiyet arasında ilişki görülmedi. HAD-A ve HAD-D skorları eğitim seviyesi ile pozitif ilişkili olarak bulundu. SF 36 skorları incelendiğinde, beklendiği gibi kontrol grubuna göre her iki hastalık grubunda skorların daha kötü olduğu; ÜK ve CH grubunda farklılık olmadığı görüldü. Cinsel disfonksiyon sıklığının her üç grupta farklı olduğu; ancak ciddi hastalığı olanlarda daha sık cinsel disfonksiyon olduğu tespit edildi (%61 vs %73).

Sonuç: ÜK, CH, kontrol grupları arasında cinsel disfonksiyon skorları açısından farklılık bulunmadı. Ancak kontrol grubuna göre ÜK ve CH grubunda hastalık aktivitesi arttıkça daha fazla cinsel disfonksiyon olduğu görüldü. Hastalık aktivitesinin anksiyete ve depresyon skorlarıyla pozitif ilşkili olduğu bulundu; bunun yanında hayat kalitesiyle hastalık aktivitesi arasında negatif ilişki olduğu saptandı. Anksiyete ve depresyonun eğitimli grupta daha sık olduğu görüldü.

Anahtar Sözcükler: İnflamatuar Barsak Hastalığı, Hayat Kalitesi, Cinsel Disfonksiyon, Anksiyete, Depresyon

8.SUMMARY

Background : In Inflammatory Bowel Diseases (IBD) patients, there is an impaired quality of life (QoL) and sexual dysfunction. However, there might be some differences between countries because of different cultures and socio-economical alterations. In this study, we aimed to evaluate the frequency of sexual dysfunction and the level of QoL in Turkish IBD patients.

Methods : We evaluated 112 IBD patients (64 patients with Ulcerative colitis: 57%) and 42 control subjects. All patients and control subjects were asked to fill three questionnaires (SF 36, Hospital Anxiety and Depression Scales (HAD), Arizona Sexual Experience Scale (ASEX)). Demographic characteristics are collected and disease activity was determined for each patient.

Results : In all evaluated patients, demographic data (age, disease activity, gender, education) was not differ from each other. Inpatient subjects had more severe disease than outpatient subjects as expected.Smokers and ex-smokers were more frequent in Crohn's Disease group whereas there were no difference in alcohol consumption.

HAD-D scores were significantly higher in both Ulcerative colitis (UC) and Crohn's Disease (CD) patients when compared to control group (8 vs 5). However, there was no difference between 2 disease groups. HAD-A scores were significantly higher in CD group when compared to UC and control subjects (p:0.01). There was no difference between UC and control group. Female patients had more anxiety scores, there were no correlation between depression scores and gender. Both HAD-D and HAD-A scores are positively correlated with educational status. When SF-36 scores were evaluated, in both disease groups, scores were worse than control group as expected, whereas there was no difference between UC and CD patients. Sexual dysfunction frequency was different between three groups, however, patients with more severe disease had more sexual dysfunction (61% vs 73%).

Conclusions : In conclusion, we found no difference between CD/UC groups and control group for sexual dysfunction scores. However, with the increase in disease activity, both UC and CD patients have more sexual dysfunction than control subjects. Disease activity was also found to be positively correlated by anxiety and depression score whereas, there was a negative correlation between disease activity and QoL. Anxiety and depression were seen more frequently in highly educated subgroup.

Key Words: Inflammatory Bowel Disease, Quality of Life, Sexual Dysfunction, Anxiety, Depression.

9. KAYNAKLAR

1. Loftus, E.V., Jr., Clinical epidemiology of inflammatory bowel disease: Incidence, prevalence, and environmental influences. Gastroenterology, 2004. 126(6): p. 1504-17.
2. Cho, J.H., Inflammatory bowel disease: genetic and epidemiologic considerations. World J Gastroenterol, 2008. 14(3): p. 338-47.
3. Hisamatsu, T., et al., CARD15/NOD2 functions as an antibacterial factor in human intestinal epithelial cells. Gastroenterology, 2003. 124(4): p. 993-1000.
4. Weersma, R.K., et al., ATG16L1 and IL23R are associated with inflammatory bowel diseases but not with celiac disease in the Netherlands. Am J Gastroenterol, 2008. 103(3): p. 621-7.
5. McGovern, D.P., et al., Genome-wide association identifies multiple ulcerative colitis susceptibility loci. Nat Genet, 2010. 42(4): p. 332-7.
6. Anderson, C.A., et al., Meta-analysis identifies 29 additional ulcerative colitis risk loci, increasing the number of confirmed associations to 47. Nat Genet, 2011. 43(3): p. 246-52.
7. Price, W.H., A high incidence of chronic inflammatory bowel disease in patients with Turner's syndrome. J Med Genet, 1979. 16(4): p. 263-6.
8. Schinella, R.A., et al., Hermansky-Pudlak syndrome with granulomatous colitis. Ann Intern Med, 1980. 92(1): p. 20-3.
9. Gahl, W.A., et al., Genetic defects and clinical characteristics of patients with a form of oculocutaneous albinism (Hermansky-Pudlak syndrome). N Engl J Med, 1998. 338(18): p. 1258-64.
10. Schirbel, A. and C. Fiocchi, Inflammatory bowel disease: Established and evolving considerations on its etiopathogenesis and therapy. J Dig Dis, 2010. 11(5): p. 266-76.
11. Sun, L., G.M. Nava, and T.S. Stappenbeck, Host genetic susceptibility, dysbiosis, and viral triggers in inflammatory bowel disease. Curr Opin Gastroenterol, 2011. 27(4): p. 321-7.

12. Mahid, S.S., et al., Smoking and inflammatory bowel disease: a meta-analysis. Mayo Clin Proc, 2006. 81(11): p. 1462-71.
13. Sakamoto, N., et al., Dietary risk factors for inflammatory bowel disease: a multicenter case-control study in Japan. Inflamm Bowel Dis, 2005. 11(2): p. 154-63.
14. Cornish, J.A., et al., The risk of oral contraceptives in the etiology of inflammatory bowel disease: a meta-analysis. Am J Gastroenterol, 2008. 103(9): p. 2394-400.
15. Andersson, R.E., et al., Appendectomy and protection against ulcerative colitis. N Engl J Med, 2001. 344(11): p. 808-14.
16. Singh, S., L.A. Graff, and C.N. Bernstein, Do NSAIDs, antibiotics, infections, or stress trigger flares in IBD? Am J Gastroenterol, 2009. 104(5): p. 1298-313; quiz 1314.
17. Hoie, O., et al., Ulcerative colitis: patient characteristics may predict 10-yr disease recurrence in a European-wide population-based cohort. Am J Gastroenterol, 2007. 102(8): p. 1692-701.
18. Ha, C.Y., et al., Patients with late-adult-onset ulcerative colitis have better outcomes than those with early onset disease. Clin Gastroenterol Hepatol, 2010. 8(8): p. 682-687.e1.
19. Ordas, I., et al., Ulcerative colitis. Lancet, 2012. 380(9853): p. 1606-19.
20. Baumgart, D.C. and W.J. Sandborn, Crohn's disease. Lancet, 2012. 380(9853): p. 1590-605.
21. Solberg, I.C., et al., Clinical course in Crohn's disease: results of a Norwegian population-based ten-year follow-up study. Clin Gastroenterol Hepatol, 2007. 5(12): p. 1430-8.
22. Harrison's Principles of Internal Medicine, 18th Edition Dan Longo A, Fauci D, Kasper S, Hauser J., Jameson J, 18th Edition,2011
23. Broome, U. and A. Bergquist, Primary sclerosing cholangitis, inflammatory bowel disease, and colon cancer. Semin Liver Dis, 2006. 26(1): p. 31-41.
24. Austin, G.L., H.H. Herfarth, and R.S. Sandler, A critical evaluation of serologic markers for inflammatory bowel disease. Clin Gastroenterol Hepatol, 2007. 5(5): p. 545-7.

25. Zholudev, A., et al., Serologic testing with ANCA, ASCA, and anti-OmpC in children and young adults with Crohn's disease and ulcerative colitis: diagnostic value and correlation with disease phenotype. Am J Gastroenterol, 2004. 99(11): p. 2235-41.
26. van Rheenen, P.F., E. Van de Vijver, and V. Fidler, Faecal calprotectin for screening of patients with suspected inflammatory bowel disease: diagnostic meta-analysis. Bmj, 2010. 341: p. c3369.
27. Sipponen, T., Diagnostics and prognostics of inflammatory bowel disease with fecal neutrophil-derived biomarkers calprotectin and lactoferrin. Dig Dis, 2013. 31(3-4): p. 336-44.
28. Korkmaz U, Şentürk Ö, İnflamatuar Barsak Hastalıklarında Tanı,Turkiye Klinikleri J Gastroenterohepatol-Special Topics 2012;5
29. Jess, T., et al., Decreasing risk of colorectal cancer in patients with inflammatory bowel disease over 30 years. Gastroenterology, 2012. 143(2): p. 375-81.e1; quiz e13-4.
30. Hemminki, K., et al., Cancer risks in Crohn disease patients. Ann Oncol, 2009. 20(3): p. 574-80.
31. Bongartz, T., et al., Anti-TNF antibody therapy in rheumatoid arthritis and the risk of serious infections and malignancies: systematic review and meta-analysis of rare harmful effects in randomized controlled trials. Jama, 2006. 295(19): p. 2275-85.
32. Beaugerie, L., et al., Lymphoproliferative disorders in patients receiving thiopurines for inflammatory bowel disease: a prospective observational cohort study. Lancet, 2009. 374(9701): p. 1617-25.
33. Farrell R J , Peppercorn M A, Overview of the medical management of mild to moderate Crohn disease in adults, UpToDate
34. Talley, N.J., et al., An evidence-based systematic review on medical therapies for inflammatory bowel disease. Am J Gastroenterol, 2011. 106 Suppl 1: p. S2-25; quiz S26.
35. Faubion, W.A., Jr., et al., The natural history of corticosteroid therapy for inflammatory bowel disease: a population-based study. Gastroenterology, 2001. 121(2): p. 255-60.

36. Panaccione R, Gosh S, Middleton S, et al. Infliximab, azathioprine,or infl iximab + azathioprine for treatment of moderate to severe ulcerative colitis: The UC SUCCESS trial. J Crohn's Colitis 2011; 5: S3–12.
37. Ghosh, S. and R. Mitchell, Impact of inflammatory bowel disease on quality of life: Results of the European Federation of Crohn's and Ulcerative Colitis Associations (EFCCA) patient survey. J Crohns Colitis, 2007. 1(1): p. 10-20.
38. Koçyiğit H, Aydemir Ö, Ölmez N, MemişA. Kısa Form-36 (KF-36)'nınTürkçe Versiyonunun Güvenilirliği ve Geçerliliği. İlaç ve Tedavi Dergisi 1999; 12: 102-106
39. Ware, J.E., Jr. and C.D. Sherbourne, The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. Med Care, 1992. 30(6): p. 473-83.
40. Rihmer Z, Angst J: Mood disorders: epidemiology. In: Sadock BJ and Sadock VA (eds) Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 7. Baskı, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005, s 447-59
41. Starcevic V. Anxiety disorders in adults: a clinical guide. 2.Baskı,New York: Oxford University Press: 2009: 1-480
42. Aydemir Ö, Güvenir T, Küey L, Kültür S. Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi 1997;8(4):280-7.
43. World Health Organization. ICD–10; İnternational Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Geneva: World Health Organization, 1992
44. Zemishlany, Z. and A. Weizman, The impact of mental illness on sexual dysfunction. Adv Psychosom Med, 2008. 29: p. 89-106.
45. Gallicchio, L., et al., Correlates of sexual functioning among mid-life women. Climacteric, 2007. 10(2): p. 132-42.
46. Soykan, A., The reliability and validity of Arizona sexual experiences scale in Turkish ESRD patients undergoing hemodialysis. Int J Impot Res, 2004. 16(6): p. 531-4.

47. Mason, J.C. and P. Libby, Cardiovascular disease in patients with chronic inflammation: mechanisms underlying premature cardiovascular events in rheumatologic conditions. Eur Heart J, 2014.
48. Seksik, P., et al., Effects of light smoking consumption on the clinical course of Crohn's disease. Inflamm Bowel Dis, 2009. 15(5): p. 734-41.
49. Kessler, R.C., et al., Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry, 1994. 51(1): p. 8-19.
50. Andrews, H., P. Barczak, and R.N. Allan, Psychiatric illness in patients with inflammatory bowel disease. Gut, 1987. 28(12): p. 1600-4.
51. Guthrie, E., et al., Psychological disorder and severity of inflammatory bowel disease predict health-related quality of life in ulcerative colitis and Crohn's disease. Am J Gastroenterol, 2002. 97(8): p. 1994-9.
52. Rodin, G. and K. Voshart, Depression in the medically ill: an overview. Am J Psychiatry, 1986. 143(6): p. 696-705.
53. Kurina, L.M., et al., Depression and anxiety in people with inflammatory bowel disease. J Epidemiol Community Health, 2001. 55(10): p. 716-20.
54. Andrews, J.M., et al., Inflammatory bowel disease: a retrospective review of a specialist-based cohort. Med J Aust, 1995. 163(3): p. 133-6.
55. van der Eijk, I., R. Stockbrugger, and M. Russel, Influence of quality of care on quality of life in inflammatory bowel disease (IBD): literature review and studies planned. Eur J Intern Med, 2000. 11(4): p. 228-234.
56. Laumann, E.O., A. Paik, and R.C. Rosen, Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. Jama, 1999. 281(6): p. 537-44.
57. Timmer, A., et al., Sexual function in persons with inflammatory bowel disease: a survey with matched controls. Clin Gastroenterol Hepatol, 2007. 5(1): p. 87-94.
58. Bossini, L., et al., [Sexual dysfunctions, psychiatric diseases and quality of life: a review]. Psychiatr Pol, 2014. 48(4): p. 715-26.
59. Angst, J., Sexual problems in healthy and depressed persons. Int Clin Psychopharmacol, 1998. 13 Suppl 6: p. S1-4.

60. Thakurta, R.G., et al., Nature of sexual dysfunctions in major depressive disorder and its impact on quality of life. Indian J Psychol Med, 2012. **34**(4): p. 365-70.

10. EKLER

EK 1 HASTA TAKİP FORMU

HASTA TAKİP FORMU

Demografik Veriler
Adı Soyadı: …… Yaş:…..Bim No: ……Hasta No:
Cinsiyet:
Eğitim durumu:
Yaşadığı Yer: Kentsel / Kırsal Bölge
Sigara öyküsü:
Alkol Öyküsü:
Adres: …….
Telefon:
Hastalık Öyküsü
Primer Tanısı: …… Tanı Tarihi: ……..
Eşlik Eden Diğer Hastalık/durumlar: ……..
……
Şimdiye kadar kullandığı tedaviler: ……
……
Şu an kullanılan Tedaviler: …….
……..
Hastalık aktivite indexleri
Harvey-Bradshaw İndeksi
Mayo Klinik Ülseratif Kolit Aktivite İndeksi
Cinsel Hayat ve Yaşam Kalitesi Ölçekleri
Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği
Short Form 36
Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği

EK 2 HARVEY-BRADSHAW İNDEKSİ

Crohn Hastalığında Harvey-Bradshaw İndeksi Formu

Hastanın Adı, Soyadı:
Protokol No:
Tarih:
Cinsiyet:
Lütfen aşağıdaki soruları okuduktan sonra size en yakın gelen kutucuğu işaretleyin!

1. **Genel iyilik hali**	□ 0=İyi □ 1=Normalin biraz altında □ 2=Kötü □ 3=Çok kötü □ 4=Berbat
2. K**arın ağrısı**	□ 0=Yok □ 1=Hafif □ 2=Orta □ 3=Şiddetli
3.Günlük dışkılama sayısı	□ ……. (Her bir dışkılama 1 puan)
4. Abdominal kitle	□ 0=Yok □ 1=Şüpheli □ 2=Kesin □ 3=Belirgin ve hassas
5. Komplikasyonlar	□ •Artralji □ •Üveit □ •Eritema nodozum □ •Aftöz ülser □ •Piyoderma gangrenozum □ •Anal fissür □ •Yeni fistül □ •Apse (Her biri 1 puan)

Harvey–Bradshaw indeks skor:

Remisyon <5; Hafif hastalık 5–7; Orta şiddette hastalık 8–16; Şiddetli hastalık > 16

EK 3 MAYO-KLİNİK ÜLSERATİF KOLİT AKTİVİTE İNDEKSİ

Mayo Klinik Ülseratif Kolit Hastalık Aktivite İndeksi

Hastanın Adı, Soyadı:

Protokol No:

Cinsiyet:

Tarih:

Lütfen aşağıdaki soruları okuduktan sonra size en yakın gelen kutucuğu işaretleyin!

1.Defekasyon sıklığı	☐ 0 Normal ☐ 1 1-2/gun ☐ 2 3-4/gun ☐ 3 5/gun
2.Rektal kanama	☐ 0 Yok ☐ 1 İnce çizgilenme ☐ 2 Aşikar ☐ 3 Çoğunluğu kan
3.Mukoza	☐ 0 Normal ☐ 1 Hafif frajil ☐ 2 Orta dereceli frajil ☐ 3 Spontan kanamalı
4. Klinisyen değerlendirmesi	☐ 0 Normal ☐ 1 Hafif ☐ 2 Orta ☐ 3 Ciddi

Mayo Skoru:

Remisyon 0-2; Hafif hastalık 3-6; Orta şiddette hastalık 7-10; Şiddetli hastalık > 10

EK 4 SF-36 ÖLÇEĞİ

ÇALIŞMASI YAŞAM KALİTESİ FORMU

(SF36)

Hastanın Adı, Soyadı:
Protokol No:
Cinsiyet:
Tarih:

1. Genel sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz ?	☐ 5 Mükemmel ☐ 4 Çok iyi ☐ 3 İyi ☐ 2 Orta ☐ 1 Kötü
2. Geçen yıl ile karşılaştırıldığında, sağlığınızı şu an için nasıl değerlendirirsiniz ?	☐ 5 Geçen seneden **çok daha iyi** ☐ 4 Geçen seneden **biraz daha iyi** ☐ 3 Geçen sene **ile aynı** ☐ 2 Geçen seneden **biraz daha kötü** ☐ Geçen seneden **çok daha kötü**

3. Aşağıdaki tipik bir günümüzde yapmış olabileceğiniz bazı aktiviteler yazılmıştır. Sağlığınız bunları yaparken sizi sınırlandırmakta mıdır ? Öyleyse ne kadar ?

AKTİVİTİLER	**Evet,** Çok kısıtlıyor	**Evet,** Çok az kısıtlıyor	**Hayır,** Hiç kısıtlamıyor
a. Kuvvet gerektiren aktiviteler, koşma, ağır eşyaları kaldırmak , zor sporlar	1	2	3
b. Orta aktiviteler, bir masayı oynatmak, elektrik süpürgesi ile süpürmek, bowling, golf	1	2	3
c. Sebze-meyveleri kaldırmak, taşımak	1	2	3
d. Pek çok katı çıkmak	1	2	3
e. Tek katı çıkmak	1	2	3
f. Çömelmek, diz çökmek, eğilmek	1	2	3
g. 1 kilometreden fazla yürüyebilmek	1	2	3
h. Pek çok mahalle arası yürüyebilmek	1	2	3
i. Bir mahalleden (sokak) diğerine yürümek	1	2	3
j. Kendi kendine yıkanmak, giyinmek	1	2	3

4. Son 4 hafta içerisinde, fiziksel sağlığınız yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı ?

	EVET	HAYIR
a. İş yada diğer aktiviteler için harcadığınız zamanda kesinti	1	2
b. İstediğinizden daha az miktar işin tamamlanması	1	2
c. İşin veya diğer aktivitelerin çeşidinde kısıtlama	1	2
d. İş veya diğer aktiviteleri yaparken zorluk olması	1	2

5. Son 4 hafta içerisinde, duygusal problemler (örnek-üzüntü ya da sinirli hissetmek) yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı ?

	EVET	HAYIR
a. İş yada diğer aktiviteler ayırdığınız süreden kesilme oldu mu ?	1	2
b. İstediğinizden daha az kısım tamamlanması	1	2
c. İşin veya diğer aktiviteleri eskisi gibi dikkatli yapmama	1	2

6. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, aileniz, arkadaşınız, komşularınız veya gruplar ile olan normal sosyal aktivitelerinize ne kadar engel oldu?	□ 5 **Hiç** □ 4 **Çok az** □ 3 **Orta derecede** □ 2 **Biraz** □ 1 **Oldukça**
7. Son 4 hafta içerisinde, ne kadar fiziksel acı (ağrı) hissettiniz?	□ 6 **Hiç** □ 5 **Çok az** □ 4 **Orta** □ 3 **Çok** □ 2 **İleri derecede** □ 1 **Çok şiddetli**
8. Son 4 hafta içerisinde, ağrı normal işinize ne kadar engel oldu?	□ 5 **Hiç** □ 4 **Çok az** □ 3 **Orta** □ 2 **Çok** □ 1 **İleri derecede**

9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerin nasıl gittiği ile ilgilidir. Lütfen her soru için hissettiğinize en yakın olan sadece 1 cevap verin.

	Her Zaman	Çoğu Zaman	Bir Kısım	Bazen	Çok Nadir	Hiçbir Zaman
a. Kendinizi capcanlı hissediyor musunuz?	6	5	4	3	2	1
b. Çok sinirli bir kişi misiniz?	1	2	3	4	5	6
c.Kendinizi hiçbir şey güldürmeyecek kadar batmış hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5	6

d. Kendinizi sakin ve huzurlu hissettiniz mi?	6	5	4	3	2	1
e. Çok enerjiniz var mı?	6	5	4	3	2	1
f. kendinizi çökmüş ve karamsar hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
g. Yıpranmış hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
h. Mutlu bir insan mıydınız?	6	5	4	3	2	1
i. Yorulmuş hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6

10. Geçen 4 hafta içende, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, sosyal aktivitelerinize (arkadaşları, akrabaları ziyaret etmek gibi) ne kadar engel oldu?

- ☐ 1 **Her zaman**
- ☐ 2 **Çoğu zaman**
- ☐ 3 **Bazı zamanlarda**
- ☐ 4 **Çok az zaman**
- ☐ 5 **Hiçbir zaman**

11. Aşağıdaki cümleler sizin için ne kadar doğru ya da yanlış?

	Tamamen Doğru	**Çoğunlukla Doğru**	**Bilmiyorum**	**Çoğunlukla Yanlış**	**Tamamen Yanlış**
a. Diğer insanlardan biraz daha kolay hasta oluyorum	1	2	3	4	5
b. Tanıdığım herkes kadar sağlıklıyım	1	2	3	4	5
c. Sağlığımın kötüleşmesini bekliyorum	1	2	3	4	5
d. Sağlığım mükemmel	1	2	3	5	5

EK 5 HASTANE ANKSİYETE DEPRESYON ÖLÇEĞİ

HASTANE ANKSİYETE ve DEPRESYON ÖLÇEĞİ FORMU

Hasta Adı, Soyadı:
Protokol No:
Tarih:

Bu anket sizi daha iyi anlamamıza yardımcı olacak. Her maddeyi okuyun ve son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden cevabın yanındaki kutuyu işaretleyin. Cevabınız için çok düşünmeyin, aklınıza ilk gelen cevap en doğrusu olacaktır.

1. Kendimi gergin, 'patlayacak gibi' hissediyorum.	☐ **3 Çoğu zaman** ☐ **2 Birçok zaman** ☐ **1 Zaman zaman, bazen** ☐ **0 Hiçbir zaman**
2. Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.	☐ 0 Aynı eskisi kadar ☐ 1 Pek eskisi kadar değil ☐ 2 Yalnızca biraz eskisi kadar ☐ 3 Neredeyse hiç eskisi kadar değil
3. Sanki kötübir şey olacakmış gibi bir korkuya kapılıyorum	☐ 3 Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli ☐ 2 Evet, ama çok da şiddetli değil ☐ 1 Biraz, ama beni endişelendiriyor ☐ 0 Hayır, hiç öyle değil
4. Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.	☐ 0 Her zaman olduğu kadar ☐ 1 Şimdi pek o kadar değil ☐ 2 Şimdi kesinlikle o kadar değil ☐ 3 Artık hiç değil.
5. Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.	☐ 3 Çoğu zaman ☐ 2 Birçok zaman ☐ 1 Zaman zaman, ama çok sık değil ☐ 0 Yalnızca bazen
6. Kendimi neşeli hissediyorum.	☐ 3 Hiçbir zaman ☐ 2 Sık değil ☐ 1 Bazen ☐ 0 Çoğu zaman

7. Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.	☐ 0 Kesinlikle ☐ 1 Genellikle ☐ 2 Sık değil ☐ 3 Hiçbir zaman
8. Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.	☐ 3 Hemen hemen her zaman ☐ 2 Çok sık ☐ 1 Bazen ☐ 0 Hiçbir zaman
9. Sanki içim 'pır pır' ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.	☐ 0 Hiçbir zaman ☐ 1 Bazen ☐ 2 Oldukça sık ☐ 3 Çok sık
10. Görünüşüme ilgimi kaybettim	☐ 3 Kesinlikle ☐ 2 Gerektiği kadar özen göstermiyorum ☐ 1 Pek o kadar özen göstermeyebiliyorum ☐ 0 Her zamanki kadar ilgi gösteriyorum
11. Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.	☐ 3 Gerçekten de çok fazla ☐ 2 Oldukça fazla ☐ 1 Çok fazla değil ☐ 0 Hiç değil
12. Olacakları zevkle bekliyorum.	☐ 0 Her zaman olduğu kadar ☐ 1 Her zamankinden biraz daha az ☐ 2 Her zamankinden kesinlikle daha az ☐ 3 Hemen hemen hiç
13.Aniden panik duygusuna kapılıyorum.	☐ 3 Gerçekten de çok sık ☐ 2 Oldukça sık ☐ 1 Çok sık değil ☐ 0 Hiçbir zaman
14. İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.	☐ 0 Sıklıkla ☐ 1 Bazen ☐ 2 Pek sık değil ☐ 3 Çok seyrek

EK 6 ARİZONA CİNSEL YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ KADIN FORMU

ARİZONA CİNSEL YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ (ACYÖ)
KADIN FORMU

Hastanın Adı, Soyadı:

Lütfen her madde için **BUGÜN** de dahil **GEÇEN HAFTAKİ** durumunuzu işaretleyin:

1. Cinsel açıdan ne derece isteklisiniz?	□ **1 Oldukça istekli** □ **2 Çok istekli** □ **3 Biraz istekli** □ **4 Biraz isteksiz** □ **5 Çok isteksiz** □ **6 Tamamen isteksiz**
2. Cinsel açıdan ne kadar kolay uyarılırsınız (tahrik olursunuz)?	□ **1 Oldukça kolay** □ **2 Çok kolay** □ **3 Biraz kolay** □ **4 Biraz zor** □ **5 Çok zor** □ **6 Oldukça zor**
3. Vajinanız / cinsel organınız kolayca ıslanır veya nemlenir mi?	□ **1 Oldukça kolay** □ **2 Çok kolay** □ **3 Biraz kolay** □ **4 Biraz zor** □ **5 Çok zor** □ **6 Asla olmaz**
4. Ne kadar kolay orgazm olursunuz?	□ **1 Oldukça kolay** □ **2 Çok kolay** □ **3 Biraz kolay** □ **4 Biraz zor** □ **5 Çok zor** □ **6 Asla boşalamam**
5. Boşalmanız tatmin edici midir?	□ **1 Oldukça tatmin edici** □ **2 Çok tatmin edici** □ **3 Biraz tatmin edici** □ **4 Pek tatmin etmiyor** □ **5 Çok tatmin etmiyor** □ **6 Orgazma ulaşamam**

EK 7 ARİZONA CİNSEL YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ ERKEK FORMU

ARİZONA CİNSEL YAŞANTILAR ÖLÇEĞİ (ACYÖ)
ERKEK FORMU

Hastanın Adı, Soyadı:

Lütfen her madde için **BUGÜN** de dahil **GEÇEN HAFTAKİ** durumunuzu işaretleyin:

1. Cinsel açıdan ne derece isteklisiniz?	□ **1 Oldukça istekli** □ **2 Çok istekli** □ **3 Biraz istekli** □ **4 Biraz isteksiz** □ **5 Çok isteksiz** □ **6 Tamamen isteksiz**
2. Cinsel açıdan ne kadar kolay uyarılırsınız (tahrik olursunuz)?	□ **1 Oldukça kolay** □ **2 Çok kolay** □ **3 Biraz kolay** □ **4 Biraz zor** □ **5 Çok zor** □ **6 Oldukça zor**
3. Penisiniz / cinsel organınız kolayca sertleşir ve bu sertliğini sürdürür mü?	□ **1 Oldukça kolay** □ **2 Çok kolay** □ **3 Biraz kolay** □ **4 Biraz zor** □ **5 Çok zor** □ **6 Asla olmaz**
4. Ne kadar kolay boşalırsınız?	□ **1 Oldukça kolay** □ **2 Çok kolay** □ **3 Biraz kolay** □ **4 Biraz zor** □ **5 Çok zor** □ **6 Asla boşalamam**
5. Boşalmanız tatmin edici midir?	□ **1 Oldukça tatmin edici** □ **2 Çok tatmin edici** □ **3 Biraz tatmin edici** □ **4 Pek tatmin etmiyor** □ **5 Çok tatmin etmiyor** □ **6 Orgazma ulaşamam**

EK 8 HASTA GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Çalışmanın Adı**:** İnflamatuar Barsak Hastalığı olan bireylerde hastalık tipi ve aktivitesinin cinsel yaşantı , hayat kalitesi üzerine etkisi

Araştırmanın kolay anlaşılır bir dilde, sağlık mesleği mensubu olmayan kişilere yönelik başlığı: **İnflamatuar Barsak Hastalığı olan bireylerde hastalık aktivitesinin cinsel hayat ve yaşam kalitesi üzerine etkisi**

Sorumlu Araştırmacı: Prof. Dr. Murat TÖRÜNER

Bu araştırmanın amacı Gastroenterololji Bilim Dalı'nda takip edilen aktif hastalığı veya inaktif hastalığı olan inflamatuar barsak hastalığı olan hastalarda cinsel yaşantı ve hayat kalitesinin gösterilmesidir. Bunun için çalışmaya uygun bulunursanız size Short Form 36, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği anket değerlendirme formları uygulanacaktır.Hastalığınızın aktivitesini ölçmek için Mayo Klinik Ülseratif Kolit Hastalık Aktivite İndeksi ile Crohn hastalarına Harvey-Bradshaw İndeksi(HBI) kullanılacaktır.

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır; ayrıca, bu araştırma kapsamında sizin hastalığınızın takibinde bulunan tetkikleriniz dışında tetkik yapılmayacaktır.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; bu durum sizin tedavinizi hiçbir şekilde etkilemeyecektir. Araştırmacı da sizi çalışma dışı bırakabilir.

Bu çalışma ile ilgili olabilecek sorular ile ilgili olarak **Dr. Esra BULUT ile 05054620005** no'lu telefondan irtibata geçilebilir.

ONAM FORMU

Ben …… : İnflamatuar Barsak Hastalığı olan bireylerde hastalık aktivitesinin cinsel hayat ve yaşam kalitesi üzerine etkisi başlıklı çalışma bana sözlü olarak da açıklandı. Çalışma ile ilgili tüm sorularıma tatmin edici cevaplar aldım. Çalışmaya kendi rızamla gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı soyadı Tarih

İmza

Doktor Adı Soyadı Tarih

İmza

EK 9 KONTROL GRUBU TAKİP FORMU

KONTROL GRUBU TAKİP FORMU

Demografik Veriler
Adı Soyadı: …… Yaş:…..Bim No: ……Hasta No:
Cinsiyet:
Eğitim durumu:
Yaşadığı Yer: Kentsel / Kırsal Bölge
Sigara öyküsü:
Alkol Öyküsü:
Adres: …….
Telefon:
Hastalık Öyküsü
Eşlik Eden Diğer Hastalık/durumlar: ……..
……
Cinsel Hayat ve Yaşam Kalitesi Ölçekleri
Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği
Short Form 36
Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği

EK 10 KONTROL GRUBU GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

(KONTROL GRUBU İÇİN)

Çalışmanın Adı: **İnflamatuar Barsak Hastalığı olan bireylerde hastalık tipi ve aktivitesinin cinsel yaşantı , hayat kalitesi üzerine etkisi**

Araştırmanın kolay anlaşılır bir dilde, sağlık mesleği mensubu olmayan kişilere yönelik başlığı: **İnflamatuar Barsak Hastalığı olan bireylerde hastalık aktivitesinin cinsel hayat ve yaşam kalitesi üzerine etkisi**

Araştırmacı: Prof. Dr. Murat TÖRÜNER

Bu araştırmanın amacı Gastroenterololji Bilim Dalı'nda takip edilen aktif hastalığı veya inaktif hastalığı olan inflamatuar barsak hastalığı olan hastalarda cinsel yaşantı ve hayat kalitesinin gösterilmesidir.Bunun için size Short Form 36, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği, Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği anket değerlendirme formları uygulanacaktır. Çalışmada İnflamatuar Barsak Hastalarında sağlıklı bireylere göre cinsel yaşantı ve hayat kalitesindeki farklılıklar gösterilmek amaçlanmıştır.Sizin bu çalışmada olmanız sizde herhangi bir sağlık sorunu olmasından kaynaklanmamaktadır.

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır; ayrıca, bu araştırma kapsamında sizin hastalığınızın takibinde bulunan tetkikleriniz dışında tetkik yapılmayacaktır.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; bu durum sizin tedavinizi hiçbir şekilde etkilemeyecektir. Araştırmacı da sizi çalışma dışı bırakabilir.

Bu çalışma ile ilgili olabilecek sorular ile ilgili olarak **Dr. Esra BULUT ile 05054620005** no'lu telefondan irtibata geçilebilir

ONAM FORMU

Ben ……. : İnflamatuar Barsak Hastalığı olan bireylerde hastalık aktivitesinin cinsel hayat ve yaşam kalitesi üzerine etkisi başlıklı çalışma bana sözlü olarak da açıklandı. Çalışma ile ilgili tüm sorularıma tatmin edici cevaplar aldım. Çalışmaya kendi rızamla gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

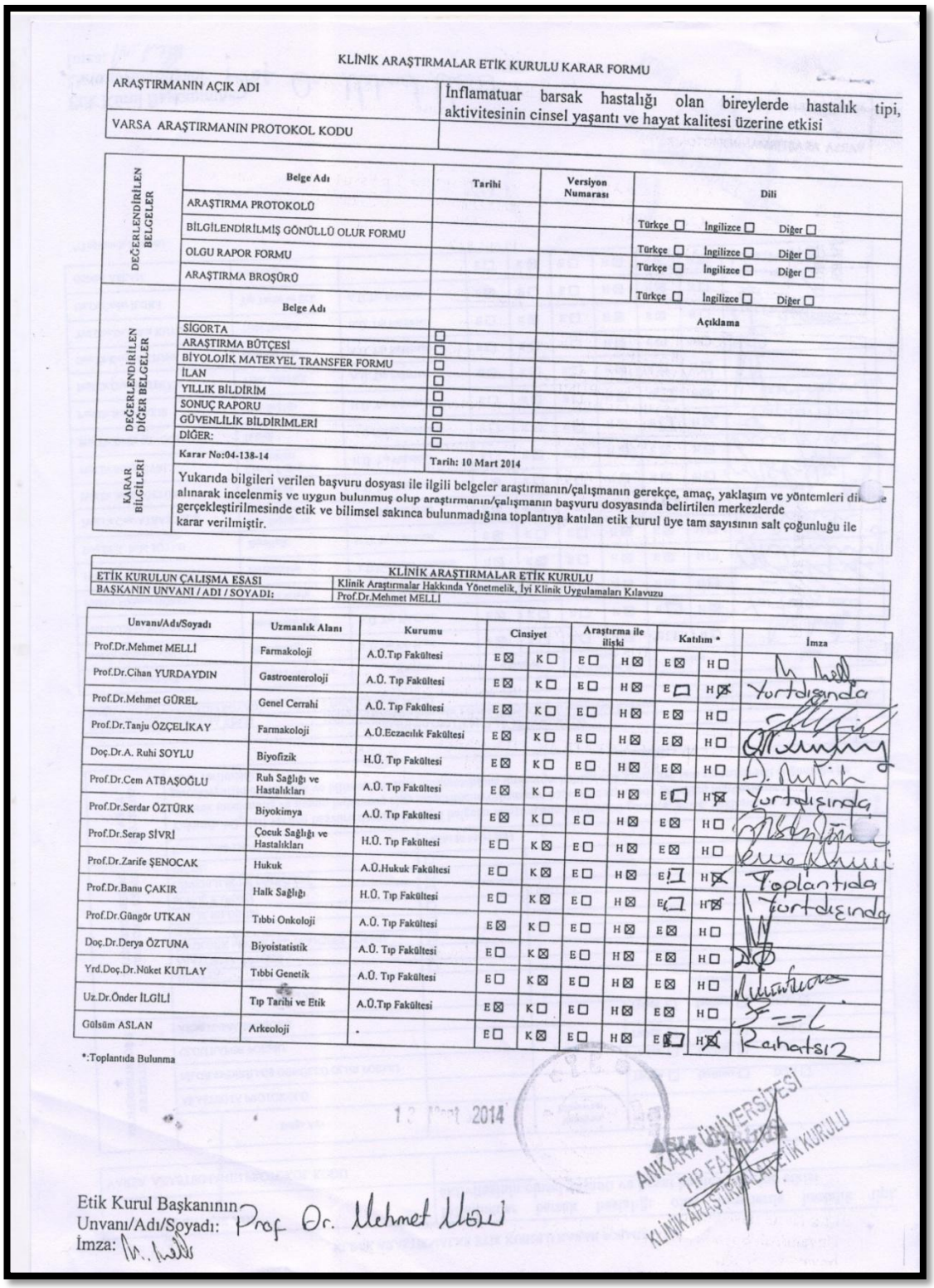
Gönüllünün Adı soyadı Tarih

İmza

Doktor Adı Soyadı Tarih

İmza

EK 11 ETİK KURUL ONAY FORMU



KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	İnflamatuar barsak hastalığı olan bireylerde hastalık tipi, aktivitesinin cinsel yaşantı ve hayat kalitesi üzerine etkisi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐

	Belge Adı		Açıklama
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	SİGORTA	☐	
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐	
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐	
	İLAN	☐	
	YILLIK BİLDİRİM	☐	
	SONUÇ RAPORU	☐	
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐	
	DİĞER:	☐	
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:04-138-14	Tarih: 10 Mart 2014	

Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri di... alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.

ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
	Prof.Dr.Mehmet MELLİ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof.Dr.Mehmet MELLİ	Farmakoloji	A.Ü.Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof.Dr.Cihan YURDAYDIN	Gastroenteroloji	A.Ü. Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	Yurtdışında
Prof.Dr.Mehmet GÜREL	Genel Cerrahi	A.Ü. Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof.Dr.Tanju ÖZÇELİKAY	Farmakoloji	A.Ü.Eczacılık Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç.Dr.A. Ruhi SOYLU	Biyofizik	H.Ü. Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof.Dr.Cem ATBAŞOĞLU	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	A.Ü. Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	Yurtdışında
Prof.Dr.Serdar ÖZTÜRK	Biyokimya	A.Ü. Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof.Dr.Serap SİVRİ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	H.Ü. Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof.Dr.Zarife ŞENOCAK	Hukuk	A.Ü.Hukuk Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	Toplantıda
Prof.Dr.Banu ÇAKIR	Halk Sağlığı	H.Ü. Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	Yurtdışında
Prof.Dr.Güngör UTKAN	Tıbbi Onkoloji	A.Ü. Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç.Dr.Derya ÖZTUNA	Biyoistatistik	A.Ü. Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Yrd.Doç.Dr.Nüket KUTLAY	Tıbbi Genetik	A.Ü. Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Uz.Dr.Önder İLGİLİ	Tıp Tarihi ve Etik	A.Ü.Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Gülsüm ASLAN	Arkeoloji	-	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	Rahatsız

*:Toplantıda Bulunma

1 Mart 2014

ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Etik Kurul Başkanının Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Mehmet Mellî
İmza:

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	İnflamatuar barsak hastalığı olan bireylerde hastalık tipi aktivitesinin cinsel yaşantı ve hayat kalitesi üzerine etkisi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Morfoloji Binası 06100 Sıhhıye/ANKARA
	TELEFON	0312 595 82 27
	FAKS	0312 310 63 70
	E-POSTA	etik@medicine.ankara.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof.Dr.Murat TÖRÜNER			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Gastroenteroloji			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Gastroenteroloji Bilim Dalı			
	DESTEKLEYİCİ				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZI VE TÜRÜ	FAZ 1	☐		
		FAZ 2	☐		
		FAZ 3	☐		
		FAZ 4	☐		
		Gözlemsel ilaç çalışması	☐		
		İlaç dışı klinik araştırma	☐		
		Diğer ise belirtiniz: Anket Çalışması			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☒	ULUSLARARASI ☐

13 Mart 2014

ASLI GİBİDİR

ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Etik Kurul Başkanının Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Mehmet Mercan

İmza: