



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
TIPTA UZMANLIK TEZİ

**İNFLAMATUVAR BAĞIRSAK HASTALIĞI OLAN
ERGENLERDE HASTALIK AKTİVİTESİ, DEPRESYON VE
YAŞAM KALİTESİ İLİŞKİSİ**

Dr. MURAT BEĞENİK

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Prof. Dr. GÖKHAN BAYSOY

İSTANBUL-2020



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
TIPTA UZMANLIK TEZİ

**İNFLAMATUVAR BAĞIRSAK HASTALIĞI OLAN
ERGENLERDE HASTALIK AKTİVİTESİ, DEPRESYON VE
YAŞAM KALİTESİ İLİŞKİSİ**

Dr. MURAT BEĞENİK

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Prof. Dr. GÖKHAN BAYSOY

İSTANBUL-2020

TEZ ONAY

(FORM-U.03)

T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

UZMANLIK TEZİ İNCELEME-DEĞERLENDİRME TUTANAĞI*

ANABİLİM DALI	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
UZMANLIK ÖĞRENCİSİNİN T.C. KİMLİK NUMARASI	
UZMANLIK ÖĞRENCİSİNİN ADI SOYADI	Murat BEĞENİK
UZMANLIK TEZ DANIŞMANI	Prof. Dr. GÖKHAN BAYSOY
UZMANLIK TEZİNİN BAŞLIĞI/KONUSU	İnflamatuvar bağırsak hastalığı olan ergenlerde hastalık aktivitesi, depresyon ve yaşam kalitesi ilişkisi

Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği' nin 19' uncu maddesi gereğince yukarıda adı geçen uzmanlık öğrencisinin uzmanlık tezinin inceleme ve değerlendirilmesi 29/12/2020 tarihinde saat: 09:30' da yapılmıştır.

Tez inceleme jürisinin değerlendirmesi sonucu uzmanlık tezi hakkında;

- OYBİRLİĞİ ile OY ÇOKLUĞU ile
 KABUL DÜZELTME RED

kararı verilmiştir.

TEZ İNCELEME-DEĞERLENDİRME JÜRİ ÜYELERİ	İMZASI
ASİL ÜYE	Gökhan Baysoy
ASİL ÜYE	Nalan Karaboyun
ASİL ÜYE	Oğuzhan Bahadır

İÇİNDEKİLER TABLOSU

TEZ ONAY	i
İÇİNDEKİLER TABLOSU	i
BEYAN.....	iv
TEŞEKKÜR	v
KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ.....	vi
ŞEKİL VE TABLOLAR LİSTESİ.....	vii
ÖZET.....	1
ABSTRACT	2
1. GİRİŞ VE AMAÇ	3
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. İnflamatuvar Bağırsak Hastalığının Epidemiyolojisi	4
2.2. İnflamatuvar Bağırsak Hastalığının Etiyolojisi.....	4
2.3. İnflamatuvar Bağırsak Hastalığının Patogenezi	6
2.4. İnflamatuvar Bağırsak Hastalığının Tanı ve Sınıflandırması	7
2.5. İnflamatuvar Bağırsak Hastalığının Klinik Bulguları	8
2.6. İnflamatuvar Bağırsak Hastalığında Öykü	9
2.7. İnflamatuvar Bağırsak Hastalığının Laboratuvar Bulguları	10
2.8. İnflamatuvar Bağırsak Hastalığında Görüntüleme	10
2.9. İnflamatuvar Bağırsak Hastalığında Histopatoloji	14
2.10. İnflamatuvar Bağırsak Hastalığının Komplikasyonları.....	15
2.10.1. Crohn hastalığı komplikasyonları.....	15
2.10.2. Ülseratif kolit komplikasyonları.....	16

2.11. İnflamatuvar Bağırsak Hastalığında Ayırıcı Tanılar	17
2.12. İnflamatuvar Bağırsak Hastalığının Tedavisi	17
3. İNFLAMATUVAR BAĞIRSAK HASTALIĞINDA DEPRESYON VE YAŞAM KALİTESİ.....	20
3.1. İnflamatuvar Bağırsak Hastalığında Yaşam Kalitesi	20
3.2. Çocuklarda Yaşam Kalitesini Değerlendirmede Kullanılan Ölçekler	21
3.3. İnflamatuvar Bağırsak Hastalığında Yaşam Kalitesi ile İlgili Çalışmalar	21
3.4. İnflamatuvar Bağırsak Hastalığında Depresyon	23
3.5. İnflamatuvar Bağırsak Hastalığında Depresyon ile İlgili Çalışmalar	24
4. MATERYAL VE YÖNTEM.....	28
4.1. Çalışmada Kullanılan Depresyon Tarama Ölçeği.....	30
4.2. Çalışmada Kullanılan Yaşam Kalitesi Tarama Ölçeği	31
4.3. Çalışmada Kullanılan Hastalık Aktivite İndeksi.....	32
4.4. İstatiksel analizde kullanılan yöntemler ve etik kurul onayı	36
5. BULGULAR.....	37
5.1. Demografik Veriler ve Hastalıkla İlgili Bulgular	37
5.2. İlaç Kullanımı ile Hastalık Aktivitesi Bulguları	42
5.3. Ailenin Eğitim ve Gelir Düzeyiyle Hastalık Aktivitesi Bulguları	47
5.4. Hastaların Demografik Verilerine Göre Yaşam Kalitesi Bulguları.....	49
5.5. Hastaların Tedavilerine Göre Yaşam Kalitesi Bulguları	56
5.6. Hastaların Demografik Verilerine Göre Depresyon Bulguları	60
5.7. Hastaların Tedavilerine Göre Depresyon Bulguları	63
5.8. Kontrol Grubu Depresyon ve Yaşam Kalitesi ve Hasta Grubuyla Karşılaştırılması.....	65
5.9. Bulguların Özeti	70

6. TARTIŞMA	73
6.1. Demografik Verilerin Yorumlanması.....	74
6.2. İlaç Kullanımı ile Hastalık Aktivitesi Arasındaki İlişkinin yorumlanması.....	77
6.3. Ailenin Sosyoekonomik Düzeyiyle Hastalık Aktivitesi Arasındaki İlişkinin yorumlanması	78
6.4. Yaşam Kalitesi Analizlerinin Yorumlanması.....	79
6.5. Depresyon Analizlerinin Yorumlanması	83
6.6. Çalışmanın Kısıtlılıkları ve Güçlü Yanları	87
7. SONUÇ VE ÖNERİLER	89
8. KAYNAKÇA	90
9. EKLER	97

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içerisinde elde ettiğimi, bu tez çalışması ile elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Dr. Murat BEĞENİK

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim ve tez çalışmam sũresince her tũrlũ desteğini esirgemeyen, çalışmamızın en gũzel Şekilde tamamlanması için yoğun çalışma temposuna rağmen bana zaman ayırmaktan hiç geri durmayan, mesleki ve insani anlamda örnek teŐkil eden değerli hocam Prof. Dr. Gökhan BAYSOY'a teŐekkũrũ bir borç bilirim.

Uzmanlık eğitimim sũresince bilgi ve deneyimleri ile eğitimime katkıda bulunan başta Anabilim Dalı BaŐkanımız değerli hocam Prof. Dr. Ayhan TAŐTEKİN olmak ũzere birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum ve bana katkılarından dolayı minnettar olduğum tũm değerli hocalarıma, uzman abi ve ablalarıma ve birlikte çalıştığım tũm asistan arkadaŐlarıma teŐekkũrlerimi sunuyorum.

Tez çalışmamıza destek olan değerli hocalarımız Doç. Dr. Gũnsel KUTLUK ve Dr. Hasret AYYILDIZ CİVAN'a, ayrıca apa Fen Lisesi rehber öğretmenlerine teŐekkũrlerimi sunarım.

Bu zorlu sũrete manevi desteğiyle hep yanımda olan sevgili eŐim Kũbra BEĞENİK'e teŐekkũr ederim.

KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

İBH.....	İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı
CH.....	Crohn Hastalığı
ÜK.....	Ülseratif Kolit
HRQOL.....	Health Related Quality of Life (sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi)
GİS	Gastrointestinal Sistem
ESPGHAN.....	Avrupa Pediatrik Gastroenteroloji, Hepatoloji ve Beslenme Derneği
ASCA	Anti-Saccharomyces cerevisiae antikor
ANCA	anti-nötrofil sitoplazmik antikor
PedsQL.....	Pediatric quality of life inventory
ÇİYKÖ	Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği
ÇDE.....	Çocuklar için Depresyon Envanteri
ÇDÖ	Çocuklar için Depresyon Ölçeği
DEHB.....	Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
KF.....	Kistik Fibrozis
PHQ-9	Patient Health Questionnaire-9 (Hasta Sağlık Anketi-9)
DSM-4	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-4
NPD.....	Negatif Prediktif Değer
PPD	Pozitif Prediktif Değer
PUCAİ.....	Pediatric Ülseratif Kolit Aktivite İndeksi
PCDAİ.....	Pediatric Crohn Hastalığı Aktivite İndeksi
SD.....	Standart Sapma
BKİ.....	Beden Kitle İndeksi
EEN	Özel Enteral Ürün
EAH... ..	Eğitim Araştırma Hastanesi
IBD.....	Inflammatory Bowel Disease

ŞEKİL VE TABLOLAR LİSTESİ

Şekil 2. 1. İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı (İBH) patogenezi modeli	7
Tablo 2. 1. İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı Olan Çocuklarda Görülen Ekstraintestinal Bulgular	9
Tablo 2. 2. İnflamatuvar Bağırsak Hastalıklarında Endoskopi Bulguları[33]	13
Tablo 2. 3. İnflamatuvar bağırsak hastalıklarında histopatolojik bulgular[33].....	14
Tablo 4. 1. Ülseratif Kolit ve Crohn Hastalığı İçin Paris Sınıflandırması.....	29
Tablo 4. 2. Hasta Sağlık (PHQ9) Ölçeğine Göre Hastaların Değerlendirilmesi[76].....	31
Tablo 4. 3. Pediatrik Ülseratif Kolit Aktivite İndeksi.....	34
Tablo 4. 4. Pediatrik Crohn Hastalığı Aktivite İndeksi	35
Tablo 5. 1. Hasta ve Kontrol Gruplarında Cinsiyet Dağılımının Karşılaştırılması	37
Tablo 5. 2. Ülseratif Kolit ve Crohn Hastalığı tanı ve güncel BKİ- Boy Zskoru karşılaştırması	38
Tablo 5. 3. Paris Sınıflamasına Göre Ülseratif Kolit ve Crohn Hastalığı Hastalık Tutulum Yerleri	39
Tablo 5. 4. Ülseratif Kolit ve Crohn Hastalığı Hastalık Aktivitesi Dağılımı	40
Tablo 5. 5. Ülseratif Kolit ve Crohn Hastalığının Aktif Olup Olmamasına Göre Dağılımı	40
Tablo 5. 6. Ülseratif Kolit ve Crohn Hastalığında Cinsiyet ve Hastalık Aktivitesi İlişkisi	41
Tablo 5. 7. Ülseratif Kolit ve Crohn Hastalığı İlaç Kullanım Dağılımı	41
Tablo 5. 8. Mesalazin Kullanımı ile Hastalık Aktivitesi Arasındaki İlişki	42
Tablo 5. 9. Azatiyopurin Kullanımı ile Hastalık Aktivitesi Arasındaki İlişki.....	43
Tablo 5. 10. Steroid Kullanımıyla Hastalık Aktivitesi Arasındaki İlişki	43
Tablo 5. 11. Biyolojik Ajan Kullanımıyla Hastalık Aktivitesi Arasındaki İlişki.....	44
Tablo 5. 12. Steroid veya Biyolojik Ajan Kullanımıyla Hastalık Aktivitesi Arasındaki İlişki	45
Tablo 5. 13. Steroid veya Biyolojik Ajan Kullanımıyla İBH Hastaları Tek Grup Olarak İncelendiğinde Hastalık Aktivitesi Arasındaki İlişki	46
Tablo 5. 14. Anne Eğitim Düzeyi İle Hastalık Aktivitesi Arasındaki İlişki.....	47
Tablo 5. 15. Baba Eğitim Düzeyi ile Hastalık Aktivitesi Arasındaki İlişki.....	48
Tablo 5. 16. Aile Gelir Düzeyi ile Hastalık Aktivitesi Arasındaki İlişki.....	48
Tablo 5. 17. İnflamatuvar Bağırsak Hastalığında Cinsiyet ile Yaşam Kalitesi Puanları Arasındaki İlişki	49
Tablo 5. 18. İnflamatuvar Bağırsak Hastalığında Anne Eğitim Düzeyi ile Yaşam Kalitesi Puanları Arasındaki İlişki	50

Tablo 5. 19. İnflamatuvar Bağırsak Hastalığında Baba Eğitim Düzeyi ile Yaşam Kalitesi Puanları Arasındaki İlişki	51
Tablo 5. 20. İnflamatuvar Bağırsak Hastalığında Aile Gelir Düzeyi ile Yaşam Kalitesi Puanları Arasındaki İlişki	52
Tablo 5. 21. Ülseratif Kolit ve Crohn Hastaları Arasında Yaşam Kalitesi Puanlarının Karşılaştırılması.....	53
Tablo 5. 22. Crohn Hastalarında Hastalık Aktivitesi ile Yaşam Kalitesi Puanları Arasındaki İlişki	54
Tablo 5. 23. Ülseratif Kolit Hastalarında Hastalık Aktivitesi ile Yaşam Kalitesi Puanları Arasındaki İlişki	55
Tablo 5.24. İnflamatuvar Bağırsak Hastalığında Hastalık Aktivitesi ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki	56
Tablo 5. 25. İnflamatuvar Bağırsak Hastalığında Azatiyopurin ve Mesalazin Kullanımı ile Yaşam Kalitesi Puanları Arasındaki İlişki	57
Tablo 5. 26. İnflamatuvar Bağırsak Hastalığında Steroid ve Biyolojik Ajan Kullanımı ile Yaşam Kalitesi Puanları Arasındaki İlişki	58
Tablo 5. 27. İnflamatuvar Bağırsak Hastalığında Hastalık Aktivitesine Göre Steroid ve Biyolojik Ajan Kullanımı ile Yaşam Kalitesi Puanları Arasındaki İlişki.....	59
Tablo 5. 28. İBH Hastalarında Hastalık Alt Gruplarına Göre Depresyon Derecesi	60
Tablo 5. 29. İBH Hastalarında Gelir Düzeyine Göre Tedavi Gerektiren Depresyon Oranı	61
Tablo 5. 30. Crohn Hastalarında Hastalık Aktivitesi ile Depresyon Puanı İlişkisi	61
Tablo 5. 31. Ülseratif Kolit Hastalarında Hastalık Aktivitesi ile Depresyon Puanı İlişkisi.....	62
Tablo 5. 32. Tüm İBH Hastalarında Hastalık Aktivitesi ile Depresyon Puanı İlişkisi	62
Tablo 5 33. Azatiyopurin veya Mesalazin Kullanan Hastalarda Hastalık Aktivitesi ile Depresyon Puanı İlişkisi	63
Tablo 5. 34. Steroid veya Biyolojik Ajan Kullanımı ile Depresyon Puanı İlişkisi	63
Tablo 5. 35. Steroid veya Biyolojik Ajan Kullanan Hastalarda Hastalık Aktivitesi ile Depresyon Puanı İlişkisi...	64
Tablo 5. 36. Kontrol Grubunda Cinsiyet ile Yaşam Kalitesi Puanları Arasındaki İlişkisi	65
Tablo 5. 37. Kontrol Grubunda Cinsiyet ile Depresyon Puanı İlişkisi.....	66
Tablo 5. 38. Kontrol Grubunda Cinsiyete Göre Depresyon Şiddeti	66
Tablo 5. 39. Hasta ve Kontrol Grubunun Yaşam Kalitesi Puanlarının Karşılaştırması.....	67
Tablo 5. 40. Hasta ve Kontrol Grubunun Depresyon Şiddetinin Karşılaştırması	68
Tablo 5. 41. Hasta ve Kontrol Grubunun Depresyon Puanlarının Karşılaştırması	68
Tablo 5. 42. Hasta ve Kontrol Grubunun Tedavisi Gerektiren Depresyon Sıklığı Açısından Karşılaştırılması	69

ÖZET

İNFLAMATUVAR BAĞIRSAK HASTALIĞI OLAN ERGENLERDE HASTALIK AKTİVİTESİ, DEPRESYON VE YAŞAM KALİTESİ İLİŞKİSİ

İnflamatuvar bağırsak hastalığının insidansı çocuklarda ergenlik dönemiyle beraber giderek artmaktadır. Hastalığa bağlı psikososyal problemler ergenlik döneminin etkisi ile yoğunlaşmaktadır. Ayrıca atak ve remisyonlarla seyreden hastalığın klinik bulguları hastalarda psikososyal problemlerin daha sık ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bunlara bağlı olarak kısa ve uzun dönemde hastalarda depresyon gibi psikolojik rahatsızlıklar meydana gelmekte ve yaşam kaliteleri olumsuz etkilenmektedir. Psikolojik rahatsızlıkların tespit edilip gerekli müdahalelerin yapılması yaşam kalitesinin artırılması için çok önemlidir. Bu çalışmada İBH'lı ergen hastalarda depresyon ve yaşam kalitesinin tespit edilmesi ve bunlar üzerinde etkili faktörlerin ortaya konulması amaçlanmıştır. Bu amaçla hastalara 'Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği', "Hasta Sağlık Anketi-9" ve "Hastalık Aktivite İndeksleri (PUCAI, PCDAİ)" uygulanmıştır. Çalışmaya "İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi", "Bakırköy Sadi Konuk EAH" ve "Kanuni Sultan Süleyman EAH Çocuk Gastroenteroloji" bölümlerinden Temmuz 2020-Kasım 2020 tarihleri arasında en az 3 aydır İBH tanısı ile takip edilen 65 hasta ve 113 sağlıklı lise öğrencisi dahil edilmiştir. Hastalık aktivitesi yüksek olan İBH hastalarında remisyonunda olan hastalar ve kontrol grubu ile kıyaslandığında yaşam kalitesi alt gruplarının ve toplam yaşam kalitesinin daha kötü olduğu, depresyon puanlarının daha yüksek, depresyon sıklığının daha fazla olduğu saptanmıştır. Ayrıca İBH hastalarında aile sosyoekonomik düzeyinin düşük olmasının daha kötü yaşam kalitesi ve yüksek depresyon derecesi ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Bu bulgular ışığında İBH hastalarında belirli aralıklarla depresyonun taranması, erken dönemde depresyon varlığının saptanıp gerekli müdahalelerin yapılması hastalığa bağlı psikososyal problemlerin kontrol altına alınması için önemli olduğu düşünülmüştür.

Anahtar kelimeler: Çocuk, crohn hastalığı, ülseratif kolit, yaşam kalitesi, depresyon

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP OF DISEASE ACTIVITY, DEPRESSION AND QUALITY OF LIFE IN ADOLESCENTS WITH INFLAMMATORY BOWEL DISEASES

The incidence of inflammatory bowel disease is gradually increasing with adolescence in childhood. Psychosocial problems related to the disease intensify with the effect of the adolescence period. Furthermore, the nature of the disease with attacks and remissions leads to psychosocial problems. Therefore, psychological disorders such as depression occur in these patients, and short and long-term quality of life is adversely affected in patients. Diagnosing psychological disorders and providing the necessary interventions are very important for improving patients' quality of life. This study is aimed to determine the depression prevalence, quality of life, and the influencing factors in adolescent patients with IBD. For this purpose, the "Quality of Life Scale for Children", "Patient Health Questionnaire-9", and "Disease Activity Indices (PUCAI, PCDAI)" were applied to the patients. Sixty-five patients who were diagnosed with IBD and followed up for at least three months and 113 healthy high school students recruited between July 2020-November 2020 from the "Istanbul Medipol University Faculty of Medicine", "Bakirkoy Sadi Konuk Research and Training Hospital " and "Kanuni Sultan Suleyman Research and Training Hospital" Pediatric Gastroenterology departments. When IBD patients with high disease activity compared to patients in remission and control group, it was found that the quality of life subgroup and total scores was worse, depression scores were higher, and the frequency of depression was higher. Also, it was found that low family socioeconomic level in IBD patients was associated with worse quality of life and a higher degree of depression. In light of these findings, IBD patients should regularly be screened for depression; detecting depressive symptoms in the early periods of disease and performing necessary interventions are essential for managing psychosocial problems. **Keywords: Child, Crohn's disease, ulcerative colitis, quality of life, depression**

1.GİRİŞ VE AMAÇ

İnflamatuvar bağırsak hastalığı (İBH) patogenezi tam olarak bilinmeyen, gastrointestinal kanalın kronik, tekrarlayan inflamasyonu ile karakterize bir hastalıktır. Hastalık başlıca Crohn hastalığı (CH) ve ülseratif kolit (ÜK) olmak üzere iki klinik formdan oluşur. Bu iki hastalık grubu epidemiyolojik, klinik, immünolojik olarak benzer özellikleri taşımaktadır. Yapılan çalışmalar hastalığın genetik olarak duyarlı bireylerde, çevresel faktörlerin de etkisi ile normal bağırsak florasına karşı anormal immün yanıtın oluşması sonucunda ortaya çıktığını düşündürmektedir [1].

İnflamatuvar bağırsak hastalığının erken ergenlik dönemiyle beraber insidansı artmaktadır [2]. Tüm İBH hastalarının yaklaşık %20-25'i bu dönemde tanılmaktadır [3]. Bu hastalar hem hastalığa hem de içinde buldukları ergenlik öncesi ve ergenlik dönemin özelliklerine bağlı olarak psikososyal ve fiziksel olarak yoğun baskı altındadırlar. Hastaların çoğu okulda ya da arkadaş çevresinde kendilerini izole etmekte ve depresif olabilmektedir.

Yaşam kalitesi hastanın fiziksel, duygusal, zihinsel ve sosyal davranışlar bakımından iyilik halini kapsayan çok boyutlu bir kavramdır. Çocuklarda ve ergenlerde kullanılan en önemli ölçeklerden biri; “sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi” (Health related quality of life; HRQOL) ölçeğidir. Özellikle İBH gibi kronik hastalıklarda hastalık esnasında veya tedavi sürecinde hastalık ve tedavinin yaşam kalitesi üzerindeki etkisini anlamada bir tarama aracı olarak kullanılabilir [4].

Yapılan çalışmalarda çocuk yaş grubunda depresyon sıklığının arttığı ve bu hastaların %75 inin tanınmadığını bildirilmiştir [5]. İBH hastalığıyla beraber özellikle ergenlerde depresyon sıklığında %25 artış olduğu ve bu depresif bulguların İBH tedavisine uyumu güçleştirdiği bildirilmiş, bu nedenle bu hastalarda belli aralıklarla depresyon taramasının yapılması önerilmiştir [6].

Bu çalışmanın amacı en az 3 aydır İBH tanısıyla takip edilen 12-20 yaş arasındaki gençlerde depresyon oranını tespit etmek, yaşam kalitesini değerlendirmek ve sağlıklı çocuklarla karşılaştırmaktır. Ayrıca İBH’de depresyon ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin de belirlenmesi amaçlanmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. İnflamatuvar Bağırsak Hastalığının Epidemiyolojisi

İnflamatuvar bağırsak hastalığı başlıca adolesan ve genç erişkin döneminde görülen bir hastalıktır. İBH hastalarını yaklaşık olarak %25’i 20 yaşından önce tanı almakta ve bu yaş grubundaki hastaların çoğunu ergenler oluşturmaktadır[7]. Hastalık bununla beraber nadir de olsa küçük yaş grubunda da görülür[8].

İnflamatuvar bağırsak hastalığının insidans coğrafi farklılıklara bağlı olarak değişiklik göstermektedir. İBH’nin özellikle gelişmiş ve gelişmekte olan toplumlarda görülme sıklığının arttığı bildirilmiştir. Kuzey Amerika topluluklarında ve Kuzey Avrupa’da hastalık daha sık görülmektedir. Özellikle de Avrupa kökenli Yahudilerde (Askenazi) daha sık görüldüğü bildirilmiştir.

İBH sıklığı gelişmekte olan ülkelerde de artmaktadır. Bunun sebebi olarak da en sık hijyen hipotezi üzerinde durulmaktadır[9]. Buna göre giderek gelişen yiyecek saklama teknolojisi sayesinde bağırsakların daha az bakteri kontaminasyonu sonucunda yeterli bağışıklığın gelişmemesi, yaşamın ilerleyen dönemlerinde bakterilerle karşılaşan bireylerde anormal immün cevabın oluşması sonucu bağırsak epitel bariyerinin hasarı oluştuğu ifade edilmiştir.

2.2. İnflamatuvar Bağırsak Hastalığının Etiyolojisi

İnflamatuvar Bağırsak Hastalığının etyolojisi tam olarak bilinmemektedir. Hastalığın etyolojisinde birden fazla faktörün birlikte rol oynadığı düşünülmektedir. Yapılan çalışmalarda hastalığın genetik olarak yatkın bireylerde, çevresel faktörler ve bağırsak mikrobiyatasındaki bozukluğa bağlı olarak gelişen anormal immün yanıtın

neden olduğu görüŖü hakimdir[10]. Her iki hastalıkta da oluŖan bu anormal immün yanıtın regülasyonu ve baskılanması zorlaŖmıştır.

Genetik faktörler her iki hastalığın gelişiminde rol alıyor olsa da özellikle CH'da ÜK'e göre daha önem kazanmaktadır. İBH olan hastanın 1. ve 2. derece akrabalarında da hastalığın görülme oranı %6 – %32 olarak bildirilmiştir. Anne ve babanın her ikisinde İBH varsa çocukta İBH görülme sıklığının %35'in üzerine çıktığı bildirilmiştir. CH'da monozigotik ikizlerde hastalığın görülme sıklığı dizigotik ikizlerden anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (sırasıyla %58,3 ve %3,9). Ülseratif kolitte ise bu oran %6,3 ve %0 olarak saptanmıştır.

Genetik faktörleri mendelyan kalıttan ziyade çoklu genetik bozukluk ile açıklamak İBH etyolojisi açısından daha anlamlıdır. Crohn hastalığında NOD2, IL-23R ve ATG16 genleri üzerinde özellikle durulmuş fakat ÜK ile ilişkisi açıklanamamıştır[11, 12].

Genetik faktörler hastalık gelişimi açısından önemli olmalarının yanı sıra tek başlarına hastalığın ortaya çıkmasını açıklamada yetersizdir. Bu genetik faktörlerle beraber çevresel etkenlerin varlığı hastalığın ortaya çıkmasında rol oynar.

Yapılan gözlemsel çalışmalarda özellikle sanayi ve endüstrileşen topluluklarda hastalığın son 60 yılda giderek arttığı, ayrıca gelişmiş toplumlarda bu artış hızının gelişmekte olan toplumlara göre daha fazla olduğu bildirilmiştir[13]. Çevresel faktörlerin hastalığın nasıl ortaya çıktığını her ne kadar açıklamasa da ortaya çıkmasını hızlandırmaktadır.

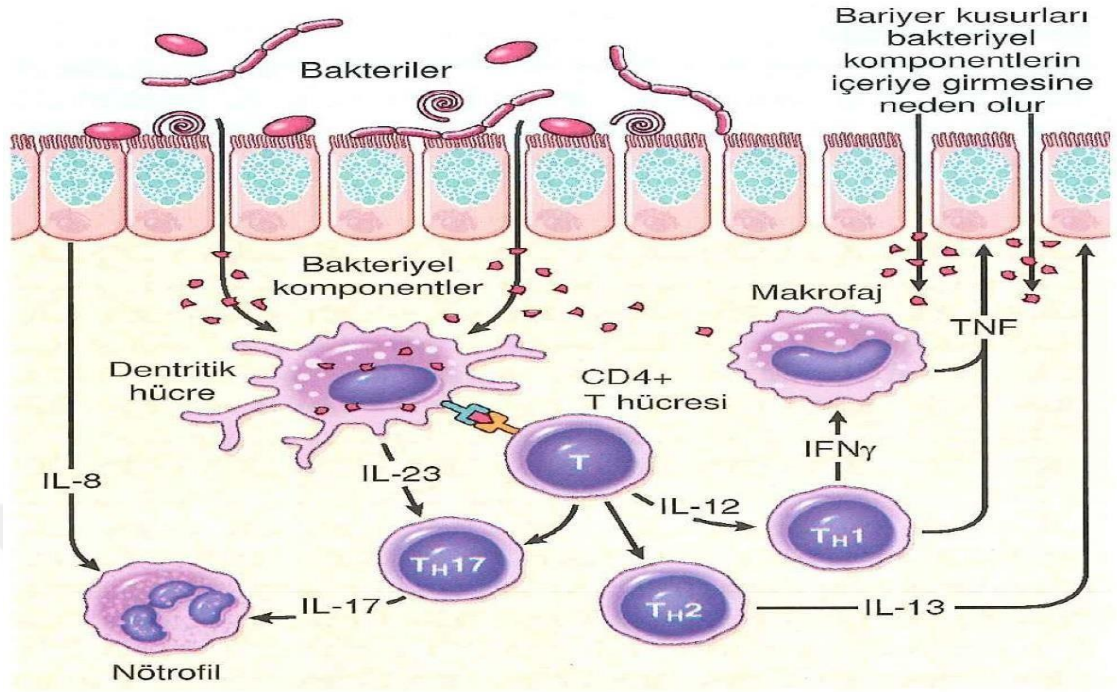
İBH sıklığını arttıran bazı çevresel faktörler arasında; özellikle ilerleyen yaşlarda ortaya çıkan gastrointestinal enfeksiyonlar, yağ ve karbonhidrattan zengin beslenme, kentsel yaşam ve endüstrileşme, hava kirliliği, antibiyotiklere erken maruziyet olarak bildirilmiştir. Bununla beraber; anne sütü ile beslenme, lifli gıda alımı, Helicobacter pylori enfeksiyonu ve çocukluk döneminde gastrointestinal enfeksiyon geçirmek ise İBH'den koruyucu çevresel faktörler olarak bildirilmiştir[14].

İnsan bağırsağında yaklaşık olarak 10 trilyon bakteri ve mantar bulunmaktadır. İnsan vücudu ile mikrobiyata uyum içinde yaşamaktadır. İnsan mukozal immünite hücreleri ile mikrobiyatayı intestinal epitel hücreleri ayırmaktadır. Son yıllarda yapılan çalışmalarda özellikle besin seçimlerinin mikrobiyata ile immün sistem arasındaki bozukluğu tetiklediği üzerinde durulmuştur[15].

2.3. İnflamatuvar Bağırsak Hastalığının Patogenezi

İBH oluşum mekanizması her ne kadar net olarak ortaya konulmamış olsa da yapılan çalışmalarda hastalığın konak ile bağırsak florası arasındaki anormal etkileşimin, bağırsak epitel disfonksiyonunun ve anormal immün cevabın ortak sonucu olarak ortaya çıktığına inanılmaktadır[16]. Aile bireylerinde İBH varlığında hastalığın ortaya çıkma sıklığında artış olduğu ve bu artışın sebeplerinden birinin NOD2 gen mutasyonları olduğu gösterilmiştir. NOD2 geni bağırsak epitelinin mikroorganizmaları tanımada, immün cevap oluşturmada ve anormal immün yanıt oluşmasını önlemede etkili olduğu düşünülmektedir[10].

Genetik olarak yatkın, mukozal hasarlanma olan bireylerde mukozanın bütünlüğünün bozulması bakteri ve antijenlere geçirgenliği arttırarak anormal bir immün yanıt oluşmasına neden olur. Bu oluşan anormal immün yanıt sınırlandırılmazsa kontrolsüz bir inflamasyona yol açarak hastalığın gelişmesine neden olduğu düşünülmektedir. Geçirgenliğin artmasıyla lamina propriyaya ulaşan bakteri ve antijenler Antijen sunan hücrelerce değerlendirilip T helper hücrelere sunulur. Belli başlı sitokinler (TNF-alfa, IFN-gama gibi) yardımcı T hücrelerinin hangi yönde çoğalacağını uyarır. Yardımcı T lenfositler özellikle IL-17, IL-23, IL-4, IL-10 aracılığıyla Th1, Th2 veya Thr (regülatör Th) yönüne farklılaşır. Eğer farklılaşma Thr yönüne olursa immünite düzenlenir ve baskılanır. Eğer Th1 ve Th2 yönünde farklılaşırsa İBH gelişebilir (Şekil 2.1). Yardımcı T lenfositler Th1 yönüne farklılaştığında hücrel immün yanıtın daha baskın olduğu CH fenotipi, Th2 yönünde farklılaştığında ise hücrel immün yanıtın ağırlıklı olduğu ÜK fenotipi görülür[17].



Şekil 2. 1. İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı (İBH) patogenezi modeli

2.4. İnflamatuvar Bağırsak Hastalığının Tanı ve Sınıflandırması

İnflamatuvar bağırsak hastalığı ÜK ve CH olarak sınıflandırılmaktadır. Crohn hastalığı ağızdan anüse kadar gastrointestinal sistemde herhangi bir yeri tutabilir. İnflamasyon genelde belli alanları tutar ve atlayarak ilerler. Hastalık mukoza dahil bağırsağın tüm katmanlarını tutabilir. Ülseratif kolitte ise inflamasyon kalın bağırsakta ve sadece mukoza tabakasına sınırlıdır. Crohn hastalığı en sık terminal ileum tutarken ülseratif kolitte ise en sık rektumu tutulur. Nadir de olsa bazı hastalarda ÜK ve CH ayrımı net olarak yapılamamaktadır. Bu hastalar da indetermine (belirsiz) kolit olarak tanımlanmaktadır[18].

2.5. İnflamatuvar Bağırsak Hastalığının Klinik Bulguları

İBH olan hastalar kliniğe sıklıkla ishal, karın ağrısı, rektal kanama, perianal hastalık gibi GİS şikayetleri, daha az sıklıkta ise ateş, eklem ağrısı, büyüme geriliği, anemi gibi GİS dışı bulgular ile başvurabilirler. Bulguların çoğu erişkin ve çocuk yaş grubunda görülmekle beraber farklı olarak çocuklarda büyüme geriliği riski vardır[19].

İBH gastrointestinal kanalın dışında diğer organ ve sistemlerini etkileyebilen bir hastalıktır[20]. İBH'da en sık görülen GİS dışı bulgularından biri anemidir. Anemi genellikle kan kaybına bağlı olarak görünmekle beraber emilim problemlerine bağlı demir, folik asit, B12 vitamini eksiklikleri de anemiye sebep olmaktadır. İBH'da kanser riski Crohn ve ülseratif kolitte artmakla beraber, özellikle ÜK'te kolorektal kanser sıklığı daha fazladır. Ağız ülserleri CH'de daha sık görülür. İBH'ya bağlı cilt lezyonları arasında perianal fistüller, perianal deri katlantıları, pyoderma gangrenosum, erythema nodosum bulunmaktadır. Üveit ve episklerit İBH'da görülebilen göz lezyonlarındanıdır. Nadir de olsa, sklerozan kolanjit, hepatit, yağlanma gibi karaciğer problemleri de görülebilmektedir. Ayrıca artrit, ankilozan spondilit, trombozlar, pankreatit, idrarda kalsiyum okzalat ve ürik asit taşları da görülebilmektedir. İBH ile ilgili GİS dışı bulgular Tablo 2.1'de belirtilmiştir[21].

Tablo 2. 1. İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı Olan Çocuklarda Görülen Ekstraintestinal Bulgular

	İnflamatuvar bağırsak hastalıklarında GİS dışı bulgular
1. Kas iskelet	Artrit, ankilozan spondilit
	Osteoartropati, periostit
	Osteoporoz, aseptik nekroz, miyozit
2. Dermatolojik	Eritema nodozum, piyoderma gangrenozum, aftöz ülserler
	Fissürler, fistüller
	Akrodermatitis, saç dökülmesi, glossit, kırılğan tırnaklar
	Sekonder hastalıklar: vitiligo, psoriazis vb
3. Hepatobiliyer	Primer sklerozan kolanjit, safra kesesi kanseri
	Ototimmün hepatit, siroz, kolanjit, portal fibrozis
	Karaciğer yağlanması, safra taşları
4. Göz bulguları	Üveit, irit, episklerit, korneal ülserler,
5. Metabolik sistem	Büyüme geriliği, puberte gecikmesi
6. Renal sistem	Böbrek taşları (kalsiyum oksalat)

2.6. İnflamatuvar Bağırsak Hastalığında Öykü

İBH tanısında öykü ve fizik muayene önemlidir. İyi bir öykü ile hastaya tanı konulabilir. İBH hastalığının tanı kriterleri Avrupa Pediatrik Gastroenteroloji, Hepatoloji ve Beslenme Derneği (ESPGHAN) tarafından belirlenmiştir[22]. Buna göre; dört haftadan daha fazla süredir olan ya da altı ay içinde iki veya daha fazla ishal, rektal kanama, karın ağrısı ve kilo kaybı varlığında İBH'dan şüphe edilmesi gerektiği belirtilmiştir.

Büyümenin etkilenmesi, menstürasyon problemlerini görülebilmesi nedeniyle öyküde bu şikayetlerin sorgulanması önemlidir. Özellikle son zamanlarda olan kilo kayıpları ÜK hastalarında belirgin olmakla beraber CH olan çocuklarda büyümenin duraksaması görülebilmektedir. Crohn hastalığında boy uzaması özellikle

etkilenebilmekte. CH'da üst GİS tutulumuna bağlı olarak yutma güçlüğü, epigastrik ağrı, doygunluk hissi, bulantı-kusma görülebilmektedir. Karın ağrısı, ağrıya eşlik eden dışkılama hissi varlığı İBH'yı düşündüren bulgulardandır. Ayrıca nedeni bilinmeyen ateş etyolojisinde İBH düşünölmelidir[23].

2.7. İnflamatuvar Bağırsak Hastalığının Laboratuvar Bulguları

İBH'dan şüphelenilen hastalardan öncelikle tam kan sayımı, CRP, ayrıntılı biyokimyasal testler ve dışkı tahlilleri istenmelidir. Bu tahlillerde İBH lehine olan bulgular genellikle: anemi, akut faz reaktanlarında yükseklik, trombosit sayısındaki artış, lökosit sayısında artış, albümin düşüklüğüdür. Laboratuvar tahlillerinin normal aralıklarda gelmesi İBH tanısını dışlamaz[24].

Dışkıda gizli kan pozitifliği ve dışkı mikroskopisinde inflamatuvar hücre varlığı İBH açısından anlamlı olabilir. Ayrıca tam idrar tahlilinde eritrosit ve oksalat kristalleri olabilir[25].

Son yıllarda sık kullanılan, hastalığın tanı ve takibinde kullanılan laboratuvar parametrelerinden biri de nötrofil kaynaklı bir protein olan fekal kalprotektindir[26]. İBH ya bağlı intestinal inflamasyonda fekal kalprotektin artışı görülebilir. Kalprotektinin İBH tanısında %98 duyarlılık ve %68 özgünlüğe sahip olduğu bildirilmiştir.

İBH tanısını desteklemekte antikorlar da kullanılmaktadır. Bu amaçla kullanılan antikorlar: Anti-Saccharomyces cerevisiae antikorları (ASCA) ve anti-nötrofil sitoplazmik antikordur (ANCA)[27]. ÜK'li hastalarda ANCA'nın özgüllüğü %90 duyarlılığı ise %83 olarak bildirilmiştir. Anti saccharomyces cerevisiae antikorları ise CH olanların %50-60'ında pozitif olarak görölmektedir.

2.8. İnflamatuvar Bağırsak Hastalığında Görüntüleme

İBH hastalarında klinik bulgularına göre çeşitle dönemlerde farklı görüntüleme yöntemleri kullanılabilmele beraber tanı koydurucu esas görüntüleme yöntemi endoskopi ve kolonoskopidir.

Düz karın grafisi İBH'lı hastalarda spesifik bir bulgu vermemekle beraber bu yöntemle ÜK hastalarında toksik mega kolona bağlı; hava-sıvı seviyelenmelerini, perforasyon, obstrüksiyon ile ilgili bulguları gösterebilir. Özofagus-mide-duodenum grafisi ve ince bağırsak pasaj grafisi özellikle CH'larında endoskopiyle değerlendirilemeyen ince bağırsak bölgelerdeki bağırsak mukozasının değerlendirilmesinde kullanılabilir. Bu görüntüleme yöntemi ile Crohn hastalarında erken dönemde mukoza lezyonları, sağlam ve inflamatuvar alanların oluşturduğu kaldırım taşı görüntüsü görülebilir.

Kolon grafisinde ÜK'nin ilk bulguları kolon mukozasında granülasyon ve haustralarda kalınlaşmadır. İnflamasyonun ilerlemesi ile zaman içinde mukozal ülserasyon, pseudopolip ve ileri evrelerde kolon duvarında düzleşme, fibrosize bağlı kurşun boru görünümü meydana gelir. ÜK hastalarında baryumlu pasaj grafileri özellikle toksik mega kolona bağlı perforasyon riski nedeniyle atak anında önerilmemektedir.

Bilgisayarlı tomografi (BT) bağırsak lümeninde daralma, sitrüktür, mukozal kalınlaşmayı gösterir. Hastalık takibinde kullanılabilir. Radyasyon dozunun yüksekliği nedeniyle çocuklarda çok sık kullanılmamaktadır.

Transabdominal ultrasonografi hastalık tanısında etkili bir yöntem olmamakla beraber, ilk basamakta ayırıcı tanı açısından non invaziv olması nedeniyle sık kullanılmaktadır. İBH'ya bağlı bağırsak duvar kalınlaşmasını gösterebilmektedir.

Manyetik rezonans görüntüleme (MRG), invazif olmaması, radyasyon içermemesi ve bağırsağın üç boyutlu yapısını gösterebilmesi nedeniyle diğer radyolojik görüntülemelere üstündür. Özellikle CH'larında endoskopi ile ulaşılamayan bölgelerin değerlendirilmesi için giderek daha sık kullanılmaktadır. CH'nin tutulum yerini, striktür varlığı, obstrüksiyonu ve fistülü göstermede etkilidir[28].

Endoskopi bağırsak mukozasının doğrudan görülmesini sağladığından ve biyopsi alma olanağı sunduğundan dolayı İBH'nın tanısında, sınıflandırılmasında ve tedavinin takibinde altın standart görüntüleme yöntemidir. İBH şüphesi olan her hastaya özefagogastroduodenoskopi ve ileokolonoskopi yapılır. Ulaşılabilen her bölgeden biyopsi alınması önerilir. İBH tanısı koymak, ÜK ve CH ayrımı yapmak, hastalığın şiddetini belirlemek için histopatolojik bulgular çok önemlidir[29]. Crohn hastalığında endoskopinin ulaşamadığı yada görüntülemeye yetersiz kaldığı ince bağırsak segmentlerinin tutulumunu değerlendirmede video kapsül endoskopi kullanılabilir[30].

Endoskopik incelemede eritem, ödem, vasküler yapının kaybı ve granüler görünüm gibi inflamasyon bulgularına her iki hastalıkta da rastlanır. Her iki hastalıkta görülen endoskopik bulgular Tablo 2.2'de özetlenmiştir.

Ülseratif kolitli hastalarda endoskopi ile görüntülemeye yaygın minik kanamalar görülebilir. Mukozada yüzeysel ülserler görülür. ÜK hastalarında ülserler arasında normal mukoza yoktur, lezyonlar birbiriyle devamlılık gösterir. Ülseratif kolit ileum nadir de olsa tutabilir; terminal ileumun tutulduğu durumlar "Backwash İleitis" olarak isimlendirilir. Bu tutulumda ileum mukozası çekum içerisindeki inflamasyona maruz kaldığından geriye doğru gelişen inflamasyon olarak adlandırılır. Bu tutulumun CH ile ayırıcı tanısı bu bölgeden alınan biyopsi ile yapılabilmektedir.

Crohn hastalığında tutulan bölgeler ve bu bölgelerin aralarında sağlam mukozanın olduğu atlar tarzda inflamasyon mevcuttur. Hastaların önemli bir kısmında özefagogastroduodenoskopide makroskopik değişiklikler vardır. Crohn hastalığına özgü aftöz ülserler, kaldırım taşı manzarası ve darlık görülebilir. CH hastalarının önemli bir kısmında sadece kolonik tutulum görülebilir[31].

Crohn hastalığı ağızdan anüse kadar gastrointestinal sistemin her alanını tutabilir. En sık terminal ileum ve kolon tutulur. CH olan hastalarda perianal tutulum görülür, genelde deri katlantıları, fistül, fissürler ve abse olarak karşımıza çıkar. Mukozada yüzeysel ülserler görülebilir. Bu lezyonlar birleşerek daha büyük ve derin

ülserler oluşturabilir. Mukozadaki enine ve boyuna ülserlerin birleşimi CH'ye özgü "kaldırım taşı manzarası"nı oluşturur. Ülserler mükülaris propriyaya kadar ulaşarak fissürlere dönüşebilirler. Fissürlere bağlı çevre organlara penetrasyon gelişebilir. Penetrasyon ve fistüllerin varlıkları hastalığın fenotipini belirler[32].

Tablo 2. 2. İnflamatuvar Bağırsak Hastalıklarında Endoskopi Bulguları[33]

	ÜLSERATİF KOLİT	CROHN HASTALIĞI
Tutulum yeri	Kolon ve rektum	Ağızdan anüse tüm GİS bölgeleri
Tutulum	Devamlı	Aralıklı tutulum
Ülserler	Yüzeysel	Derin, çizgisel ülserler
Pseudopolipler	Sık	Nadir
Atlayıcı lezyonlar	Yok	Var
Kaldırım taşı manzarası	Yok	Var
Fissür	Nadir	Var
Fistül	Nadir	Var
Mukoza atrofisi	Sık	Nadir
Duvar kalınlaşması	Normal	Artmış
Darlık	Nadir	Sık

2.9. İnflamatuvar Bağırsak Hastalığında Histopatoloji

Ülseratif kolitli hastalardan akut aktif dönemde alınan biyopsilerde tipik mikroskopik bulgu diffüz lenfoplazmositik hücre infiltrasyondur. Lamina propriyada kronik inflamatuvar hücreler varlığı, Kriptlerde nötrofil infiltrasyonu, kript apselerinin varlığı, goblet hücrelerinde müsin kaybı ÜK hastalığının primer histolojik bulgularını oluşturur. Kronik dönemde; kript düzensizliği, kriptlerde papiller yapılanma, Paneth hücre metaplazisi, muskularis mukozada kalınlaşma gibi bulgular görünür. Ülseratif kolitte bu inflamatuvar süreç genelde mukozaya sınırlıdır.

Crohn hastalığında ise bağırsağın tüm katmanlarında (transmural) tutulum vardır. İnflamatuvar bulgular ÜK hastalığındaki gibi olsa da tanı koydurucu bulgu bu inflamasyonun fokal ve atlar tarzda olmasıdır. Alınan biyopsilerde lamina propriyada lenfosit ve plazma hücrelerinde artış gözlenir. Kript hasarından bağımsız granülom varlığı CH'nı ÜK'ten ayıran en önemli histopatolojik bulgulardandır. İnflamatuvar hastalığındaki histopatolojik bulgular tablo 2.3'te belirtilmiştir.

Tablo 2. 3. İnflamatuvar bağırsak hastalıklarında histopatolojik bulgular[33]

	CROHN HASTALIĞI	ÜLSERATİF KOLİT
Tutulum şekli	Transmural tutulum	Yüzeyel, mukozaya sınırlı
İnflamasyon yayılımı	Fokal	Diffüz
Kript düzensizliği	Fokal	Diffüz
Seroza tutulumu	Var	Genelde yok
Granülomlar	Var	Kript hasarı olmadan yok
Kript absesi	Nadir	Yaygın
Kas tabakasında hipertrofi	Var	Yok
Müsin azalması	Nadir	Yaygın
Paneth hücre metaplazisi	Nadir	Yaygın

2.10. İnflamatuvar Bağırsak Hastalığının Komplikasyonları

2.10.1. Crohn hastalığı komplikasyonları

Crohn hastalığına komplikasyonlar genellikle hastalığın uzun dönem etkilerine bağlı olarak görülmekle beraber hastalığın başlangıcında da görülebilir. Crohn hastalığında komplikasyonlar genellikle:

Fistül oluşumu: Fistül oluşumu crohn hastalığının bağırsağın tüm segmentlerini tutması neticesinde görülmektedir. Fistüller sıklıkla perianal ve rektal bölgede görülürler. Bununla beraber bağırsağın herhangi bir noktasından; komşu ince bağırsak segmentine, mesaneye, vajinaya ve cilde doğru füstül oluşumu görülebilir.

Perforasyon: Nadir görülmekle beraber acil müdahale edilmesi gereken bir komplikasyondur.

Abse: Fistül ve perforasyon sonucu bağırsak segmentleri ve karın boşluklarında abseleşme oluşabilmektedir. Bunlar genelde karın ağrısı, ateş ile bulgu vermektedir.

Obstrüksiyon: Crohn hastalığına bağlı bağırsağın kronik inflamasyonu sonucu gelişmektedir. Safralı kusma gibi klinik bulgularla başvurur hastalar.

Kanama: Nadir olarak crohn hastalarında kanamalar görülebilir

Kanser oluşumu: Crohn hastalarında ÜK hastalarına benzer olarak adenokarsinom riski artmıştır. Lenfoma CH'da görülebilir.

Büyüme geriliği: Crohn hastalarında hastalıkla beraber en önemli klinik problemi oluşturan bulgulardan biridir. CH olan hastalarda özellikle ince bağırsak tutulumuna bağlı emilim problemleri, iştahsızlık, karın ağrısına bağlı yemek yemeden kaçınma sonucu görülür. Erken dönemde CH'ndan etkilenen hastalarda özellikle boy kısalığı olabilmektedir.

Bunlarla beraber vitamin mineral eksiklikleri, böbrek taşları, artrit, artralji, fibromiyalji, osteoporoz, pyoderma gangrenozum, safra asit emilim bozukluğu, göz bulguları, depresyon ve anksiyete CH'nın diğer komplikasyonlarındanndır.

2.10.2. Ülseratif kolit komplikasyonları

Kanama: Alt GİS kanaması sık görülür. Kanamanın varlığı özellikle hastalık aktivitesinin arttığını göstermesi açısından önemlidir. Masif kanamalar nadir görülür.

Büyüme geriliği: ÜK hastalarında büyüme geriliği Crohn hastalarında daha nadir görülür. Genelde kilo etkilenmiştir.

Toksik megakolon: Ülseratif kolitin nadir ama en mortal ve acil tedavi gerektiren komplikasyonudur. Crohn hastalarında da toksik megakolon gelişme riski ÜK hastalarına göre nadir de olsa vardır. Ateş, dehidratasyon, taşikardi, elektrolit bozukluğu klinik bulgulardandır. Bu klinik bulgularla beraber radyolojik olarak kolon çapının 5,6 cm'nin üzerinde olması toksik megakolonu düşündürmelidir. Ne kadar geç tanı konursa; perforasyon, elektrolit bozukluğu, hipoalbuminemi, kanama, sepsis sonucu gelişen şok ile hastayı kaybetme riski artar[34].

Kanser gelişimi: Ülseratif kolite bağlı bağırsak tümörü gelişme riski zaman içerisinde artmıştır. Kolon kanseri displazi zemininden gelişir. Hastalığın tutulum yaygınlığı arttıkça görülme riski artar. ÜK olan hastalarda primer sklerozan kolanjit varlığı ve ailede kanser öyküsünün varlığı, erken başlangıçlı kolit kanser gelişme riskini artırır. ÜK hastalığının 10. yılından itibaren kanser görülme riski artar. Kolorektal kanser gelişme riski; 10 yıl sonra %2, 20 yıl sonra %8 ve 30 yıl sonra %18 olarak tahmin edilmektedir[35]. Bundan dolayı düzenli aralıklarla kolonoskopi yapılması önerilmektedir.

Ayrıca ÜK'da primer sklerozan kolanjit, osteoporoz, vitamin eksiklikleri, göz tutulumları, artrit, artralji, fibromiyalji, böbrek taşları, anksiyete ve depresyon diğer komplikasyonlardır.

2.11. İnflamatuvar Bağırsak Hastalığında Ayırıcı Tanılar

Ülseratif kolit hastaları başvuru anında klinik bulgular genellikle gastroenterit, baze de alerjik kolitleri taklit edebilmektedir. Bu amaçla tanı konulan tüm hastalarda birinci basamakta kan sayımı, akut faz reaktanları ile beraber dışkı mikroskobisi, dışkı kültürü, dışkıda gizli kan bakılmalıdır. Antibiyotik kullanımında *Clostridium difficile*'ye sekonder gelişen pseudomembranöz enterokolit ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Ayrıca CMV enfeksiyonları, HSP, Behçet hastalığı, radyasyon koliti, immünsüprese hastalarda iskemik ve viral kolitler akılda tutulmalıdır. Süt çocuklarında inek sütü protein alerjisi gibi besin alerjileri akılda tutulmalıdır. Bunlarla beraber ÜK hastalarının ayırıcı tanısında en zorlanılan hastalık özellikle kolon tutulumu ile bulgu veren Crohn hastalığıdır.

Crohn hastalığının ayırıcı tanısında özellikle enfeksiyonlar ön plana çıkmaktadır. Yersinia CH'da görülen radyolojik ve endoskopik ince bağırsak bulgularını gösterebilir. Çölyak hastalığı ve Giardia enfeksiyonu protein kaybı, ishal, kilo kaybı gibi Crohn benzeri tablolar oluşturabilir. Ayrıca ince bağırsak lenfoması Crohn hastalığını taklit edebilir. Tekrarlayan fonksiyonel karın ağrıları klinik olarak CH'nı taklit edebilir.

2.12. İnflamatuvar Bağırsak Hastalığının Tedavisi

İBH etyopatogenezi belli olmayan kronik bir inflamatuvar süreç olduğundan tedaviler hastalığı ortadan kaldırmaz. Tedavinin amacı hastalığa bağlı inflamasyonu kontrol altında tutmak ve hastalığa bağlı komplikasyonların gelişmesini engellemektir. Bununla beraber ilaçların toksik etkisini minimum düzeyde tutmak için tedavinin basamak tedavisi şeklinde uygulanmasında fayda vardır. Ayrıca hastalığa bağlı gelişen komplikasyonlara bağlı olarak medikal tedavinin yanında cerrahi tedavi uygulamak da gerekebilmektedir.

Hastalığa bağlı komplikasyonlardan özellikle büyüme ve gelişmenin yakından takip edilmesi ve gerekli kalori ve vitamin desteklerinin sağlanması gerekmektedir. Ayrıca yine hastalığa bağlı gelişen anemilerde demir, B12, eritrosit süspansiyon

transfüzyonları da gerekebilmektedir. Tedavi etkinliği klinik izlemler kan tetkikleri ve görüntüleme ile takip edilir. Özellikle CH'da büyümenin takibi tedavinin etkinliği açısından etkili bir yöntemidir[36].

Crohn ve ülseratif kolit tedavi yaklaşımları her iki hastalığın benzer etyopatogenezinin kısmen ortak olması nedeniyle genelde birbirine benzerdir. Ek olarak gelişen komplikasyonlarda tedavi seçenekleri değişebilmektedir.

CH'da medikal tedavi hastalığın tutulum yerine, inflamasyona, komplikasyon varlığına bağlıdır. Hafif terminal ileuma lokalize crohn hastalarında başlangıçta mesalamin(50-100 mg/kg/gün) tedavisi başlanabilir. Hastalığın akut alevlenme tablosunda ilk seçenek tedavi steroidlerdir. İdame tedavide steroidlerin rolü yoktur. Hafif, orta dereceli ileokolik CH formunda özellikle steroide bağlı yan etkileri azaltmak için özel bir form olan budesonid enteral formu kullanılmaktadır. Bununla beraber CH'ların %50 si steroide direnç göstermekte ve bu hastalarda azatiyopurin ve 6-merkaptopürin gibi immünmodülatörler tercih edilebilir. Bu ilaçların etkisi 3-6 ay içinde görüldüğünden akut tedavide etkili değiller. Methotreksat daha hızlı etki gösterdiğinden akut ya da alevlenme döneminde steroid kullanılmayan hastalarda tercih edilebilir. Yan etkisini azaltmak için folik asit ile beraber kullanılmalıdır. İmmünmodülatör ilaçlar perianal fistül tedavide etkilidir. Orta ve şiddetli, hastalığı immünmodülatör ve steroidlerle kontrol altına alınmayan vakalarda biyolojik ajanlar olarak da ifade edilen infliksimab, adalimumab gibi monoklonal antikorlar kullanılabilir[37].

Medikal tedaviye yanıtız vakalarla beraber; izole ileoçekal hastalık, fistül, abse, striktür, akut batın gibi klinik durumlarda cerrahi tedavi gerekebilmektedir[38].

Ülseratif kolitin tedavisi CH'da olduğu gibi hastalığın yaygınlık ve şiddetine göre değişmektedir. Hafif şiddette ÜK'de topikal ya da oral mesalazin tedavisi ilk aşamada başlanabilir. Mesalazinin etkili olmadığı hastalarda kortikosteroidler başlangıç tedavisinde kullanılabilir. Toksik megakolon gibi şiddetli hastalık durumlarında intravenöz kortikosteroid tedavisi ilk seçenektir. Steroide yanıtız

hastalarda siklosporin ve infliksimab tedavileri kullanılabilir. İdame tedavide genellikle aminosalisilatlar kullanılmaktadır. Kortikosteroid tedavisi kesildikten sonraki remisyona girmeyen hastalığı sık tekrarlanan hastalarda idame tedaviye azatiopurin de eklenebilir.



3.İNFLAMATUVAR BAĞIRSAK HASTALIĞINDA DEPRESYON VE YAŞAM KALİTESİ

Çocuklarda inflamatuvar bağırsak hastalığının insidansı ergenlik döneminde artış göstermektedir. Ergenlik döneminin psikososyal güçlükleriyle beraber İBH'nın varlığı hastaların üzerindeki psikolojik baskıyı arttırmaktadır. Hastalığa bağlı sık tuvalete gitme gibi semptomların toplum içerisinde problem oluşturması nedeniyle kendini çevreden izole edebilmektedir. Uzun zaman gerektiren aktivitelere (sinema, tiyatro vb.) özellikle hastalığın aktif olduğu dönemlerde katılamamaktadırlar. Hastalar atak dönemlerinde okuldan geri kalmakta ve okul başarıları olumsuz etkilenebilmektedir. Bu faktörlerin varlığı hastaların yaşam kalitesini düşürmekte, psikososyal olarak izole olan hastalarda bunun depresyona yatkınlık artmaktadır.

İBH gibi birçok hastalık fiziksel etkilerinin yanında yaşam kalitesi ve duygu durumunu etkilemesi nedeniyle bu hastaların standart tedavilerinin yanında yaşam kalitesi ve psikolojik duruma da önem verilmesi gerektiğini düşünülmektedir[39]. Bu amaçla kronik hastalıkları olan çocuk ve erişkinler için düzenli aralıklarla psikososyal takip önerilmiş, bu takipler için ölçekler geliştirilmiştir[40].

3.1. İnflamatuvar Bağırsak Hastalığında Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi, Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımı ile, bireylerin değer yargıları ve kültürel yapıları doğrultusunda, kendi amaçları, standartları ve kaygılarıyla ilgili algıları olarak ifade edilmiştir[41]. Yaşam kalitesi dinamik bir durumdur. Kişinin fiziksel ve ruhsal sağlığı, psikososyal durumu, aile ve toplum içerisindeki bağımsızlık düzeyi, okul ve çevre gibi sosyal ilişkilerinden etkilenmektedir[42]. Kronik hastalıklarla beraber günümüzde medikal tedavi yaklaşımının yanında hastaların psikososyal olarak da değerlendirilmesinin gerekliliği ön plana çıkmıştır[43]. Hastalık sürecinde bireyler, aileleri ve yakın çevreleri özellikle tedavi, hastanede yatış, cerrahi gibi durumlarla sıklıkla karşılaşabilmektedir. Bu amaçla sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi kavramı gelişmiştir. Günümüzde hastalıkların tedavilerinde en önemli amaçlardan biri de yaşam kalitesini arttırmaktır.

3.2. Çocuklarda Yaşam Kalitesini Değerlendirmede Kullanılan Ölçekler

Kronik hastalıkların ve tedavilerinin çocukların okul ve sosyal yaşamlarını, aile ve arkadaş ilişkilerini nasıl etkilediği üzerinde durulmuştur. Bu doğrultuda yaşam kalitesini değerlendirmek için genel ölçekler ve hastalıklara özel ölçekler kullanılmıştır. Yaşam kalitesi ölçekleri yetişkinlerde sık kullanılmasına rağmen çocuklar için geliştirilen ölçekler nispeten daha yenidir. Bunlardan bazıları: “Pediatric quality of life inventory (PedsQL)”, “Child health and illness profile”, “Functional Status II Scale”, “Child quality of life questionnaire”, “Nordic quality of life questionnaire for children”, “German quality of life questionnaire (KINDL)”, “Netherlands Organisation for Applied Scientific Research Academic Medical Centre quality of life questionnaire” ve “Child health questionnaire (CHQ)” gibi ölçeklerdir.

1999 yılında Varni ve arkadaşları tarafından 2-18 yaş arası çocuklar için ‘Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL)’ ölçeği geliştirilmiştir[44]. Memik ve arkadaşları tarafından ‘Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği’ (ÇİYKÖ) adıyla Türkçe’ye çevrilmiş ve Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği 8-12 yaş çocuk formu için 2008 yılında[45], 13-18 yaş ergen formu 2007 yılında yapılmıştır[46]. Ölçek çocuk ve ebeveyn için ayrı formları olan, kolay uygulanabilen bir genel yaşam kalitesi ölçeğidir[47]. Yapılan çalışmalarda ölçeğin akut veya kronik hastalığı olan çocukları sağlıklı çocuklardan ayırt edebildiği, ölçeklerin değerlendirilmesinde elde edilen skorun hastalık morbiditesi ve hastalık yükü ile korele olduğu görülmüştür.

3.3. İnflamatuvar Bağırsak Hastalığında Yaşam Kalitesi ile İlgili Çalışmalar

İBH’ya bağlı yaşam kalitesinin değerlendirilmesi ile ilgili çalışmalar son yıllarda giderek artmakta ve bu hastalarla ilgili çeşitli yaklaşımlar geliştirilmektedir. Pediatrik İBH hastalarında yaşam kalitesiyle ilgili birçok çalışma bulunmaktadır. Griffiths ve ark. 1996 yılında İBH ile ilişkili yaşam kalitesi ölçeği geliştirmek için bir çalışma yapmıştır[48]. Bu çalışmada ÜK ve CH’nin çocuk ve ergenlerin yaşamlarını farklı şekilde etkilediği belirtilmiştir. Ülseratif kolit hastaları için barsak belirtileri daha büyük soruna yol açarken sistemik belirtiler ve beden algısıyla ilgili sorunlar

CH'de daha fazla görülmektedir. Crohn hastalığının okul ve boş zaman aktiviteleri üzerindeki olumsuz etkisi daha fazla bulunmuştur. Buna karşılık gelecekteki sağlık sorunları ve İBH'nın aile üzerindeki etkisinin her iki hastalıkta da ortak endişeler arasında yer aldığı görülmüştür. Araştırmacılar İBH ilişkili yaşam kalitesi ölçeği geliştirilirken herhangi bir hastalık grubu için en önemli maddelerin (diğeri için çok önemli olmasa bile) mutlaka ölçekte yer alması gerektiğini belirtmiştir. Bu çalışmanın sonuçlarına dayanarak aynı araştırmacılar 2002 yılında pediatrik İBH için yaşam kalitesi ölçeği geliştirmiştir[49]. Araştırmacıların IMPACT adını verdikleri ölçekte barsak, beden algısı, fonksiyonel/sosyal yeti yitimi, duygusal yeti yitimi, testler/tedaviler ve sistemik yeti yitimi gibi alt gruplar yer almıştır. 2009 yılında Marcus ve ark. tarafından İBH hastalarında yorgunluk ve yaşam kalitesi ile ilgili anket çalışması yapılmış, normal popülasyona göre anlamlı fark olduğu bildirilmiştir[50]. Henzer ve arkadaşlarının 2011 yılında İBH hastaları ve ailelerine yaptığı yaşam kalitesi anketinde her iki grup skorlarının normal popülasyondan düşük olduğunu, hasta ve aileleri arasında korelasyon bulunduğu gösterilmiştir[51]. Silva ve ark. tarafından 2015-2016 yılları arasında Brezilya'da yapılan bir çalışmada İBH hastalarının yaşam kalitesi skorunun sağlıklı kontrol grubundan anlamlı derecede düşük olduğu tespit edilmiştir. Bunun en büyük nedeni olarak kız cinsiyet, Crohn hastalarının bazı besinleri tüketememesi, hastaların okul hayatı ve sosyal hayatının hastalığa bağlı olumsuz etkilenmesi olarak ifade edilmiştir. Sonuç olarak İBH'nın hastaların fiziksel, duygusal, sosyal ve psikososyal durumları üzerindeki etkisine bağlı olarak çocukların ve ergenlerin yaşam kalitesini olumsuz etkilendiği belirtilmiştir[52].

Literatür taramasında ülkemizde yetişkin popülasyonda İBH'lı hastalarda yaşam kalitesi ile ilgili çalışmalar olsa da pediatrik popülasyonda yapılan bir çalışma bulunmamaktadır. Karaman ve arkadaşlarının 2016 yılında yayınladıkları bir erişkin çalışmasında erişkin ÜK hastalarında yaşam kalitesinin hastalık aktivitesi ile ilişkisine bakılmıştır. Çalışmanın sonucunda hastalık şiddeti arttıkça hastaların yaşam kalitelerinin tüm alanlarda azaldığı görülmüştür[53]. Yine 2016 yılında yayınlanan Yanartaş ve arkadaşlarının yaptığı başka bir çalışmada ÜK ve CH olanlarda depresyon ve yaşam kalitesi incelenmiştir. Hasta grupları arasında yaşam kalitesi açısından

anlamli fark bulunmamıştır ancak depresyon ve anksiyetesi fazla olan vakaların yaşam kalitesi daha kötü bulunmuştur[54].

Ülkemizde İBH ve diğer kronik hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi ile ilgili çalışmalar özellikle pediatrik hastalarda yok denecek kadar azdır. Yetişkin çalışmaları ise gelişmekte olan ülkelere nazaran çok azdır. Hastaların primer hastalıkların yanında ruhsal durumlarının da değerlendirilmesi için daha çok çalışmanın yapılması ve klinik hasta yaklaşımında yaşam kalitesi kavramının dikkate alınması önemlidir.

3.4. İnflamatuvar Bağırsak Hastalığında Depresyon

Depresyon, kişinin kendini hüzünlü hissettiği, günlük yaptığı zevk aldığı işlere karşı ilgi duymadığı, geleceğe yönelik kaygılarının arttığı, karamsar düşüncelere kapıldığı, geçmişe dönük pişmanlıklar yaşadığı, yaşama isteğinin azaldığı, intihar düşüncelerinin artışa geçtiği duygusal durum ile ilgili bir hastalıktır.

Depresyon ergenlerin en önemli sağlık problemidir. Günümüzde oldukça yaygın olan bir hastalıktır. Görülme sıklığı 20'li yaşlardan sonra artmakla beraber ergenlik döneminde de artış göstermektedir. Toplumda tüm yaş gruplarında görülme sıklığı %15-20 civarındadır. Bu hastaların çok azı (yaklaşık %25) tanı ve tedavi almaktadır[55]. Kadınlarda erkeklere göre iki kat daha sık görülmektedir. İBH olan ergenlerde depresyon sıklığı artmakla beraber yapılan literatür taramalarında günümüzde ABD'de İBH'lı gençlerde depresyon sıklığının %25'e yakın olduğu bildirilmiştir[56].

Mackner ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ergen İBH'li hastalarda depresyon taraması ile ilgili bir kılavuz oluşturulmaya çalışılmıştır. Bu çalışmada 12 yaş üzeri tüm İBH'lı hastaların depresyon açısından yıllık taranmasının gerektiği bildirilmiştir[6]. Taramada kullanılan materyal olarak 12 yaş üzeri çocuklarda Hasta Sağlık Anketi-9 (PHQ-9) önerilmiştir. Bu anketin tercih edilmesinin en önemli nedenleri; kolay uygulanabilirliği, duyarlılık ve özgüllüğünün yüksek olmasıdır. Hasta Sağlık Anketi-9: Hasta Sağlık Anketi Spitzer ve ark tarafından geliştirilmiştir[57].

Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Sarı ve ark. tarafından yapılmıştır[58]. HSA-9 depresyon taraması için hazırlanmış bir ölçektir. Depresif bozukluklu tarayan toplam dokuz sorudan oluşmaktadır.

3.5. İnflamatuvar Bağırsak Hastalığında Depresyon ile İlgili Çalışmalar

Ülkemizde depresyonla ilgili ergenlerde yapılan çalışma sınırlıdır. 2005 yılında Özfirat ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada Van’da eğitim gören 9042 lise öğrencisi arasında 1225 öğrenciye 16 soruluk BORDEPTA (Boratov depresyon tarama ölçeği) kullanılarak bir tarama yapılmış, çocukların %47’sinde depresif bozukluk belirtisi saptanmıştır[59]. 2006 yılında Türkleş ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ÇDÖ kullanılarak lise öğrencilerinde depresyon sıklığı ve depresyona sebep olan faktörler incelenmiştir. Toplam 3025 lise öğrencisi içerisinde seçilen 633 öğrenciye ÇDÖ uygulanmış; öğrencilerin %19,9 unda depresyon bulunmuştur. Depresyonla ilişkili belirtiler arasında kendini yalnız hissetme, arkadaşlık kurmada güçlük çekme, kendine güvenememe ve duygularını ifade etmede zorluklar bildirilmiştir[60]. 2008 yılında Eskin ve arkadaşlarının lise okul çağındaki ergenlerde yaptığı bir çalışmada depresif durum ile ilişkili sonuç %17,5 olmakla beraber, bu çocukların çoğunluğunun kız çocuğu olduğu bildirilmiştir[61]. 2010-2011 yılları arasında Adana ve arkadaşları tarafından Kars’ta ilkokul öğrencileri arasında yapılan, Çocuklar için Depresyon Ölçeği (ÇDÖ) kullanılan çalışmada erkeklerin puan ortalaması 11.30 ± 6.02 , kızların ise 13.3 ± 7.3 olarak bildirilmiş olup, puan ortalaması 19 üzerinde olanlar (%6,9) depresif olarak değerlendirilmiştir[62]. Toplum tabanlı çalışmalarda 18 yaş grubunda depresyon sıklık %20 olarak saptanmıştır. 2016 yılında Tanrıverdi’nin depresyonla farklı demografik verilerin ilişkisinin incelendiği çalışmasında cinsiyet, anne eğitim durumu ve yalnızlık değişkenleri anlamlı bulunmuştur[63]. Özkul ve arkadaşları tarafından 2018 yılında İzmir ilinde 2 lisede 755 öğrenci ile öğrencilerde depresif belirtilerin sıklığını belirlemek amacıyla çocuklar için depresyon ölçeği (ÇDÖ) kullanılarak bir çalışma yapılmıştır. Sonuç olarak öğrencilerde %41,9 oranında depresif belirtiler saptanmıştır.[64]

Ülkemizde çeşitli kronik hastalıkları olan yetişkin hasta gruplarında yapılan birkaç depresyon taraması çalışması bulunmaktadır: Güz ve arkadaşlarının 2001 yılında yayınlanan çalışmalarında bir grup dermatolojik hastalığı (psöriyazis, alopesi, ürtiker) olan yetişkin hastaların depresyon, anksiyete düzeyleri kontrol grubu ile karşılaştırılmış. Hastaların kontrol grubuna göre depresyon ve anksiyete puanları daha yüksek bulunmuş. Sonuç olarak dermatolojik hastalıklarda psikiyatrik belirtilerin önemli ölçüde görülebileceği ifade edilmiş[65]. 2011 yılında yayınlanan Havlucu ve arkadaşlarının yaptığı bir yetişkin çalışmasında Behçet’li hastalarda ruhsal sağlık ve yaşam kalitesinin kontrol grubuna göre bozuk olduğu bu nedenle medikal tedavi yanı sıra hastalarda psikiyatrik değerlendirme ve yaklaşımın yararlı olacağı sonucuna varılmıştır[66].

Ülkemizde İBH’lı çocuk hastalarda yapılan depresyon taraması çalışması olmamakla beraber diğer kronik hastalıklarda çeşitli çalışmalar mevcuttur. 2011 yılında yayınlanan, Fidan ve arkadaşlarının çocuk FMF hastalarında ve ailelerinde hastalığa bağlı psikososyal durumların değerlendirilmesi ile ilgili yaptığı çalışmada ÇDÖ kullanılmıştır. Hastaların ve annelerinin psikososyal durumları kontrol grubu ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Sonuç olarak ailelerin psikososyal iyilik halinin hastalar için depresyon açısından koruyucu bir faktör olabileceği düşünülmüştür[67]. 2013 yılında yayınlanan bir çalışmada Karaman ve arkadaşları dikkat eksikliği ve hipeaktivite bozukluğu olan çocuk ve ergenlerde depresyon ve anksiyete düzeyleri ÇDÖ kullanılarak kontrol grubu ile karşılaştırılmış. Sonuç olarak DEHB grubunda depresyon ve anksiyete puanları kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur[68].

Uluslararası çalışmalara göz attığımızda İBH’de depresyon sıklığıyla ilişkili birçok çalışma karşımıza çıkmaktadır. Stapersma ve arkadaşlarının 1994-2017 arasındaki yapılan çalışmalarını derledikleri bir meta analizde çalışmaların hemen hemen hepsinde Crohn ve ülseratif kolit arasında depresyon yönünden fark görülmemiş fakat hastaların hastalık aktivitesiyle depresyon puanları arasında anlamlı ilişki olduğu görülmüştür[69]. Bu meta analizde incelenen çalışmalarda kullanılan bazı depresyon ölçekleri: 1. ÇDÖ: Çocuk Depresyon Ölçeği (Child Depression

Inventory, CDI), 2: Epidemiyolojik Çalışma Depresyon Ölçeği (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, CES-D), 3: Beck Depresyon Ölçeği (Beck Depression Inventory, BDI), 4: Çocuk Depresyon Taraması (Children's Depression Screener, Child-S) ve 5: Hasta Sağlık Anketi-9 (Patient Health Questionnaire-9, PHQ9).

2018 yılında yayınlanan Van den Brink ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada 10-25 yaş aralığında, İBH tanısı olan 374 hastaya Çocuk Depresyon Ölçeği (ÇDÖ) ve Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) uygulanmış. Crohn ve ülseratif kolit arasında depresyon açısından anlamlı fark olmasa da aktif hastalığı olanlarda depresyon puanları yüksek çıkmıştır. Ayrıca kız cinsiyetinde depresyonun daha sık olduğu görülmüştür. Bu nedenle İBH hastalarının depresyon açısından düzenli aralıklarla taranması önerilmiştir[70]. 2014 yılında yayınlanan Reed-Knight ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada İBH'lı hastalarda depresyon düzeyi ÇDÖ kullanılarak sağlıklı kontrollerle karşılaştırılmış. Çalışmaya dahil edilen hastaların çoğu remisyondaymış ve remisyonunda olan grupla kontrol grubu arasında depresyon sıklığı benzer bulunmuştur. Hastalık aktivitesi yüksek olan İBH hastalarında depresyon skorlarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu görülmüştür[71].

Litster ve arkadaşlarının 2014 yılında yaptığı bir çalışmada İBH hastalarında depresyon taraması yapılmış ve hastalar depresyon şiddetine göre 3 sınıfa ayrılmıştır. Çalışmada Çocuk Depresyon Ölçeği (ÇDÖ) kullanılmış, çalışmaya 9-17 yaş aralığında 226 hasta alınmıştır. Çalışmada depresyonun şiddetli olduğu grupta hastalık aktivitesinin daha yüksek olduğu ifade edilmiştir[72]

2016 yılında Ituralde ve arkadaşları PHQ-9 kullanarak yaptığı bir çalışmada KF (Kistik fibrozis), diyabet ve İBH tanısı almış toplam 109 hastada depresyon taraması yapılmıştır. Katılımcıların 93'ünde PHQ-9 skoru <11 saptanmış ve bu grup düşük risk olarak kabul edilmiştir. PHQ-9 skoru 11-15 olan 7 hasta orta risk, PHQ-9 >15 veya intihar riski olan 9 hasta da yüksek riskli olarak değerlendirilmiştir. Anketlerden hemen sonra bu 16 hasta depresyon tanısının doğrulanması için psikiyatriye yönlendirilmiş ve bu hastaların 8 tanesine psikoterapi ve ilaç tedavisi

başlanmıştır. Hastalık bazında değerlendirildiğinde İBH hastalarında PHQ-9 skoru diyabetlilere göre daha yüksek bulunmuş, ayrıca hastalık aktivitesi yüksek olan İBH hastalarının skorları anlamlı olarak yüksek saptanmıştır[73].

2017 yılında yayınlanan bir çalışmada Bernstein ve arkadaşları İBH hastalarında depresyon sıklığının bakmışlar. Çeşitli ölçeklerle yapılan çalışmada PHQ-9'un klinik taramalarda daha sık kullanılması ve özellikle ölümle ilgili düşünceleri sorgulaması nedeniyle hastaların takibi için daha avantajlı olduğu sonucuna varılmıştır[74].

Brittany ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada PHQ-9 (hasta sağlık anketi 9)'un DSM-4 kriterlerine göre intihar düşüncesi olan İBH hastalarını tespit etmekte etkinliğini test edilmiştir. Bu çalışmaya 247 hasta katılmış. Hastalar PHQ-9 testi uygulandıktan sonra intihar düşüncesini tespit etmek için ayrıca yüz yüze görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın sonucunda PHQ-9'a göre 24 hastada intihar düşüncesi varken yüz yüze görüşmede intihar düşüncesi 5 hastada tespit edilmiştir. Sonuç olarak PHQ-9'un iyi duyarlılık (%100), özgüllük (%92,2) ve negatif prediktif değer (%100) ancak düşük pozitif prediktif değere (%20,8) sahip olduğu hesaplanmıştır. Genel olarak PHQ-9, IBD hastalarında intihar şüphesi için geçerli bir tarama aracıdır ve bu aracın rutin uygulanması İBH hastalarında depresyon ve intihar düşüncesi saptamak açısından yararlıdır[75].

4. MATERYAL VE YÖNTEM

Çalışmaya en az 3 aydır İBH tanısı alan hastalar dahil edilmiştir. Medipol Üniversitesi Çocuk Gastroenteroloji Kliniği, Kanuni Sultan Süleyman EAH Çocuk Gastroenteroloji Kliniği ve Bakırköy Sadi Konuk EAH Çocuk Gastroenteroloji Kliniğinde tedavi edilmekte olan İBH tanılı hastalara Temmuz 2020-Kasım 2020 tarihleri arasında yüz yüze ve online şeklinde anketler uygulanmıştır.

Hastaların demografik veriler; yaş, cinsiyet, boy-kilo, aile sosyoekonomik durumları, hastalık aktiviteleri ile ilgili klinik bulguları ve son 6 ay içinde yapılan tetkikleri kaydedilmiştir (Ek 4.1). Hastaların kullandığı ilaçlar, diyet, psikoterapi gibi destek tedavileri kaydedilmiştir. Tanı anında boy-kilo kayıtları retrospektif dosyaları taranarak kaydedilmiştir. Hastalık aktiviteleri ile ilgili klinik değerlendirme kaydedilmiştir. Ayrıca hastaların tanı anında ve varsa son 6 ay içerisinde yapılan endoskopi-kolonoskopi bulguları kaydedilmiştir.

Kontrol grubu olarak İstanbul İl Milli Eğitim Müdürlüğünden resmi izin alınmış (Ek 4.6) ve İstanbul Çapa Fen lisesinde okuyan 9-10-11-12. sınıflardan öğrenciler kura yöntemiyle rastgele seçilmiştir. Çalışmaya dahil edilen öğrencilerin yaş, cinsiyet bilgileri kaydedilmiştir. Velilerinden bilgilendirilmiş onam alınarak anketlerle ilgili sözel bilgi verilmiştir (Ek 4.4).

İBH tedavisinin nihai amacı olan mukozal iyileşmeyi değerlendirebilmek için son 6 ay içerisinde yapılan kolonoskopi, endoskopi ve kalprotektin testinin bir arada kullanılması amaçlanmıştır. Çalışmamızın pandemi dönemine denk gelmesinden dolayı hastalarımızın çok az bir kısmının son 6 ay içerisinde kalprotektin testi ya da kolonoskopisi olması nedeniyle mukozal iyileşme değerlendirmesi yapılamamıştır. Aynı şekilde laboratuvar testleri de dosyalardan taranmış, yakın dönemde test yaptıran hasta sayısı yetersiz olduğundan biyokimyasal analizler de yapılamamıştır.

Hastaların güncel olarak kullandığı ilaçlar not edilmiş, hem tek tek hem de gruplanarak hastalık aktivitesi, yaşam kalitesi ve depresyon ilişkileri değerlendirilmiştir. Klinik olarak remisyonda olan hastaların kullanması muhtemel kombinasyonlar olması nedeniyle sadece mesalazin ve azatiyopürin ilaçlarından

herhangi birini ya da her ikisini kullanan hastalar birlikte gruplanmıştır. Bunun yanı sıra hastalığı kontrol altında olmayan ya da sık nükseden hastaların tedavisinde daha sık tercih edilen steroid veya biyolojik ajan kullanan hastalar ayrıca gruplanmıştır.

Hastaların tanı anında ve çalışmaya dahil edildikleri anda boy ve BKİ Z skorları Dünya sağlık örgütü büyüme takip programı WHO Anthro plus ile değerlendirilmiştir. Hastalığın şiddeti ve fenotipi Paris sınıflandırmasına göre incelenmiştir (Tablo 4.1). Hastaların kullandığı özel diyet ürünleri ve psikoterapi veya antidepresan kullanımını da kaydedilmiştir.

Tablo 4. 1. Ülseratif Kolit ve Crohn Hastalığı İçin Paris Sınıflandırması

	Ülseratif Kolit	Crohn Hastalığı
Tanı Yaşı		A1a: 0–10 arası A1b: 10–17 arası A2: 17’den büyük
Tutulum Yeri	E1: Proktit E2: Sol kolon (splenik fleksura distali) E3: Yaygın kolit (hepatik fleksura distali) E4: Pankolit (hepa fleksura proksi)	L1: Distal ±kısıtlı ç L2: K L
Hastalığın Fenotipi		
Hastalığın Şiddet		
Büyüme G		

4.1. Çalışmada Kullanılan Depresyon Tarama Ölçeği

Çalışmamızda depresyon taraması için Türkçe geçerliliği 2016'da Sarı ve ark. tarafından yapılmış olan Hasta Sağlık Anketi-9(HSA-9 veya PHQ-9) kullanıldı[57, 58]. Bu anket toplam 9 sorudan oluşan, her soru 0 ila 3 aralığında puanlanan, toplam skoru maksimum 27 olan bir ölçektir. Testinin 9. Sorusu depresyon taramasında intihar riskini sorgulayan özel bir sorudan oluşmaktadır. Bu anket ekte (Ek 4.2) belirtilmiştir.

Anketten alınan puanlar aşağıda belirtilen şemaya göre (Tablo 4.2) gruplandırılmıştır. Hastaların yer aldığı gruba göre hangi destek tedavisinin uygulanması gerektiği tabloda verilmiştir depresyon açısından kategorize edilmekte ve hangi destek tedavisinin verileceği belirtilmektedir. Hastalar puanları 11 üzerinde (Tedavi alması gerekenler) ve 11 altında (tedavi gerekmeyenler) olmak üzere iki gruba ayrılarak ayrıca analiz edilmiştir. Depresyon analizlerinde hem toplam PHQ-9 puanı hem hafif-orta-ağır şeklindeki şiddete göre sınıflama hem de tedavi gerektiren ve tedavi gerektirmeyen depresyon şeklinde klinik anlamda gruplandırma yapılarak analizler gerçekleştirilmiştir.

Depresyon puanları ve tedavi gerektirme durumu hasta ve sağlıklı grup arasında karşılaştırılmıştır. Bunun yanı sıra hasta grubunda yaş, cinsiyet, hastalık süresi, hastalık türü, hastalık aktivitesi, kullanılan ilaçlarla depresyon arasındaki ilişki incelenmiştir.

Tablo 4. 2. Hasta Sağlık (PHQ9) Ölçeğine Göre Hastaların Değerlendirilmesi[76]

Yaş	Skor	Derece	Tedavi Önerileri
≥13	0 – 4	Depresyon Yok	<ul style="list-style-type: none"> • Tedavi yok • Semptomlar artarsa tekrar değerlendir
13-17	5 – 11	Hafif	• Eğitim ver
≥18	5 – 10		• Kontrolde tekrar değerlendir
13-17	12 – 14	Orta	• Eğitim ver
≥18	11 – 14		• Psikoterapiye yolla
			• Kontrolde tekrar tara ve takip et
≥13	≥ 15	Ağır	<ul style="list-style-type: none"> • Eğitim ver • Psikoterapiye yolla • Psikiyatriye yolla • Kontrolde tekrar değerlendir
≥13	9.soru > 0	İntihar Düşüncesi	<ul style="list-style-type: none"> • İntihar riskinden dolayı psikiyatriye sevk edin • Kontrolde tekrar değerlendir

4.2. Çalışmada Kullanılan Yaşam Kalitesi Tarama Ölçeği

Çalışmamızda Türkçe geçerliliği olan, 12-20 yaş arasındaki hastalarda ve sağlıklı bireylerde yaşam kalitesini değerlendiren “Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ)” kullanılmıştır (Ek 4.3)[44, 46]. Bu ölçek sağlıklı bireylerde veya hastalığı olan çocuklarda genel, fiziksel, zihinsel, sosyal sağlık bileşenlerini okul işlevselliğiyle birlikte değerlendirebilen bir ölçektir. Ölçek toplam 23 madde ve 4 alt ölçekten oluşmaktadır. Bu ölçekler fiziksel iyilik hali için 8 soru, duygusal, sosyal ve

okul alanlarındaki iyilik halleri için ise 5'er sorudan oluşmaktadır. Ölçekteki her soruya karşılık "Hiçbir zaman (100 puan), Nadiren (75 puan), Bazen (50 puan), Sıklıkla (25 puan), Hemen her zaman (0 puan)" şeklinde puanlama yapılmaktadır. Her alt ölçekte alınan puanlar toplanıp ölçekteki soru sayısına bölüldüğünde "alt ölçek ortalama puanı" elde edilmiştir. Tüm alt ölçeklerin ortalama puanları toplanarak ölçek sayısına bölünmesiyle "ortalama toplam yaşam kalitesi puanı" elde edilmiştir. Yaşam kalitesi puanları hem toplam hem de alt grup puanları olacak şekilde ifade edilmiş ve analizlere dahil edilmiştir.

Yaşam kalitesi puanları yaş, cinsiyet, hastalık süresi, hastalık türü, hastalık aktivitesi, kullanılan ilaçlar ve depresyon açısından değerlendirilmiş. Sağlıklı ve hasta çocuklar arasında toplam ve alt ölçek puanları karşılaştırılmıştır.

4.3. Çalışmada Kullanılan Hastalık Aktivite İndeksi

Çalışmamızda Crohn ve ülseratif kolit hastalarında hastalığa özel aktivite indeksleri kullanılmıştır. ÜK hastalarında hastalık aktivitesini ölçmek için "Pediatrik Ülseratif Kolit Aktivite İndeksi" (PÜKAİ veya PUCAİ) kullanılmıştır. (Tablo 4.3) Bu indekste hastalığa bağlı bazı şikayetlerin varlığı, sıklığı ve şiddeti sorgulanmaktadır. CH olanlarda hastalık aktivitesini ölçmek için "Pediatrik Crohn Hastalığı Aktivite İndeksi" (PCHAİ veya PCDAİ) kullanılmıştır. (Tablo 4.4) Bu indeks hastalığa bağlı şikayetlerin sıklığı ve şiddetinin ve kan değerlerinden hematokrit sayısı ile albümin miktarının sorgulandığı bir indekstir. Pediatrik ülseratif kolit aktivite indeksi puanı <10 inaktif hastalık, PUCAİ 10-35 arası orta aktif hastalık, PUCAİ>35 ise şiddetli hastalık' olarak ifade edilmiştir. Pediatrik Crohn hastalığı indeksi <10 inaktif hastalık, PCDAİ 10-30 arası orta aktif hastalık, PCDAİ>30 ise şiddetli hastalık' olarak ifade edilmiştir. (Tablo 4.5) İstatistik analizler yapılırken her iki hastalıkta da orta aktif ve şiddetli hastalık grupları birleştirilerek (hasta sayısını özellikle şiddetli hastalık gruplarında az olması nedeniyle) analiz yapılmıştır. Bu nedenle hastalık aktivitesiyle ilgili analizlerde, her iki hastalık için inaktif ve aktif hastalık kavramları kullanılmıştır. Hastalık aktivitesi (PUCAİ veya PCDAİ) <10 olanlar inaktif hasta, hastalık aktivitesi≥10 olanlar aktif hasta olarak kabul edilmiştir.

Hastalık aktivitesinin ailenin gelir düzeyi, ebeveyn eğitim durumu, kullanılan ilaç tedavileri, depresyon puanı, tedavi edilmesi gereken depresyon varlığı, toplam ve alt ölçek yaşam kalitesi puanı gibi parametrelerle ilişkisi incelenmiştir.



Tablo 4. 3. Pediatrik Ülseratif Kolit Aktivite İndeksi

1. KARIN AĞRISI	SKOR
Ağrı yok	0□
Önemsiz derecede hafif ağrı	5□
Şiddetli ağrı	10□
2. REKTAL KANAMA	
Kanama yok	0□
Az miktarda ama dışkılama sayısının yarısından azına eşlik eden kanama	10□
Az miktarda ama dışkılama sayısının yarısından çoğuna eşlik eden kanama	20□
Çok miktarda, dışkının çoğunu oluşturan kanama	30□
3. DIŞKI KIVAMI	
Normal kıvamlı	0□
Orta derece kıvamlı, şekilsiz	5□
Sulu, kıvamsız	10□
4. DIŞKILAMA SAYISI/24 SAATTEKİ	
0-2	0□
3-5	5□
6-8	10□
>8	15□
5. GECE TUVALETE KALKMA	
yok	0□
var	10□
6. GÜNLÜK AKTİVİTE DÜZEYİ	
Şikayetler çocuğun aktivitesini kısıtlamıyor	0□
Şikayetler çocuğun aktivitesini zaman zaman kısıtlıyor	5□
Şikayetler çocuğun aktivitesini şiddetli biçimde kısıtlıyor	10□
TOPLAM SKOR:	

Tablo 4. 4. Pediatrik Crohn Hastalığı Aktivite İndeksi

1.ÖYKÜ	
KARIN AĞRISI	SKOR
Ağrı yok	<input type="checkbox"/> 0
Hafif derecede ağrı (aktiviteleri engellemeyen)	<input type="checkbox"/> 5
Şiddetli ve orta dereceli ağrı (aktiviteleri bozan, gece olan ya da uzun süren)	<input type="checkbox"/> 10
GÜNLÜK DIŞKILAMA SAYISI	
0-1 adet sulu kıvamlı, kanamanın eşlik etmediği dışkılama	<input type="checkbox"/> 0
2-5 adet sulu dışkılama ya da yarı yarıya sulu kıvamlı hafif kanamalı	<input type="checkbox"/> 5
6'dan fazla sulu dışkılama, bol kanamalı veya gece sulu dışkılama	<input type="checkbox"/> 10
GENEL İYİLİK HALİ	
İyi, aktivitelerinde kısıtlanma yok	<input type="checkbox"/> 0
Orta, yaşına uygun aktiviteleri sürdürmede zaman zaman zorlanma	<input type="checkbox"/> 5
Kötü, sık sık aktivite kısıtlanması mevcut	<input type="checkbox"/> 10
2.FİZİK MUAYENE BULGULARI	
KİLO	
Son 6 ayda kilo alımı var ya da isteğe bağlı kilo verme ya da kilosunu muhafaza etme var	<input type="checkbox"/> 0
Son 6 ayda kilo kaybı var (kilo kaybı varsa 6 ay önceki ve güncel kilosunu aşağıya yazınız)	<input type="checkbox"/> 5
6 ay önceki kilo: Şu anki kilosu:	
BOY (TANI ANI VEYA TAKİPTE)	
Çocuğunuzun tanı anındaki boyu neydi?	
Çocuğunuzun güncel boyu nedir?	
SON KARIN MUAYENESİNDE DOKTORUN SAPTADIĞI BİR BULGU VAR MIYDI?	
Normal, bulgu yok	<input type="checkbox"/> 0
Karında hassasiyet vardı ya da hassasiyet olmadan kitle vardı	<input type="checkbox"/> 5
Karında hassasiyet ya da kitle var	<input type="checkbox"/> 10
PERİ-REKTAL HASTALIK (Çocuğun poposunun etrafında hastalık olması)	
Yok	<input type="checkbox"/> 0
1-2 fistül, az akıntı ve hassasiyet yok	<input type="checkbox"/> 5
Aktif fistül, drenaj, hassasiyet var veya apse var	<input type="checkbox"/> 10
BARSAK DIŞI BULGULAR (eklem tutulumu, gözde üveit, karaciğerde tutulum, eritema nodozum, vb)	
Yok	<input type="checkbox"/> 0
1 adet	<input type="checkbox"/> 5
2 veya daha fazla	<input type="checkbox"/> 10
3.LABORATUVAR BULGULARI	
Hematokrit	
Sedimentasyon hızı	
Albümin	

4.4. İstatiksel analizde kullanılan yöntemler ve etik kurul onayı

Verilerimizin analizi için SPSS 16.0 programını kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunlukları Kolmogirov-Smirnov testiyle belirlendikten sonra normal dağılıma uyan veriler ortalama \pm SD, uymayan veriler ortanca (25-75 p) olarak ifade edilmiştir. Gruplu verilerin karşılaştırılmasında, ki-kare testi, sürekli sayısal verilerin karşılaştırılmasında T testi ve Mann Whitney U test, sürekli verilerin aralarındaki bağıntıyı saptamak amacıyla Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. ‘ $p<0.05$ ’ anlamlı olarak kabul edildi. Çalışma için etik kurul onayı İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurul Başkanlığı’ndan 30.06.2020 tarihinde 10840098-604.01.01-E.18304 sayılı yazı ile alınmıştır (Ek 4.5).



5. BULGULAR

5.1. Demografik Veriler ve Hastalıkla İlgili Bulgular

- 1) Çalışmaya 12-20 yaş arası 71 hasta dahil edilmiş ancak 6 hasta anketleri doldurmak istemediği için çalışma dışı bırakılmıştır. Çalışma anketleri toplam 65 hasta 113 sağlıklı çocuk üzerinde yapılmıştır. Hastaların 31'i (%47,7) kız, 34'ü (%52,3) erkekti. Kontrol grubundaki çocukların 54'i (%47,8) kız, 59'u (%52,2) erkekti. Hasta ve kontrol grubu arasında cinsiyet dağılımı açısından fark saptanmamıştır. Hastaların 29'u (%44,6) Crohn, 36'sı (%55,4) ülseratif kolit hastasıydı. Crohn hastalarının 8'i (%27,6), ülseratif kolit hastalarının 23'ü (%63,9) kız, Crohn hastalarının 21'i (%72,4), ülseratif kolit hastalarının 13'ü (%36,1) erkek olduğu görülmüştür. Hastalık alt gruplarında cinsiyet dağılımı açısından anlamlı fark saptanmıştır (tablo 5.1).

Tablo 5. 1. Hasta ve Kontrol Gruplarında Cinsiyet Dağılımının Karşılaştırılması

	Cinsiyet		Toplam	p değeri
	Kız n (%)	Erkek n (%)		
Kontrol Grubu	54 (%47,8)	59 (%52,2)	113 (%100)	0,990
Hasta Grubu	31 (%47,7)	34 (%52,3)	65 (%100)	
1. Ülseratif kolit	23 (%63,9)	13 (%36,1)	36 (%100)	0,004
2. Crohn Hastalığı	8 (%27,6)	21 (%72,4)	29 (%100)	
Toplam	85 (%47,7)	93 (%52,3)	178 (%100)	

- 2) Hastalarımızın tanı anından itibaren geçen ortalama hastalık süreleri $3,7\pm 1,9$ yıl olarak hesaplanmıştır. Hastalarımızın tanı anındaki ortalama yaşları $12,6\pm 2,6$ yıl, çalışmaya dahil edildikleri sıradaki yaş ortalaması $16,3\pm 2,3$ yıl, kontrol grubunun yaş ortalaması $15,9\pm 1,3$ yıl olarak bulunmuştur. İki çalışma grubu arasında fark saptanmamıştır.
- 3) Tanı anında BKİ z skoru ülseratif kolitli çocuklarda $0,08\pm 1,44$, Crohn hastalarında ise $-0,72\pm 1,16$ idi. Tanı anında BKİ z skoru Crohn hastalarında anlamlı derecede düşük olarak saptanmıştır (tablo 5.2). Ülseratif kolit ve Crohn hasta grupları arasında tanı anındaki ve takipteki boy Z skoru ve takipteki BKİ Z skorları arasında fark saptanmamıştır.

Tablo 5. 2 Ülseratif Kolit ve Crohn Hastalığı tanı ve güncel BKİ- Boy Z skoru karşılaştırması

		Ortalama Z skoru	Standart sapma	p değeri
Tanı BKİ	Crohn Hastalığı	-0,72	1,16	0,03
	Ülseratif Kolit	0,08	1,44	
Tanı Boy	Crohn Hastalığı	-0,11	1,31	0,72
	Ülseratif Kolit	0,02	1,42	
Güncel BKİ	Crohn Hastalığı	-0,59	1,33	0,12
	Ülseratif Kolit	-0,03	1,24	
Güncel Boy	Crohn Hastalığı	-0,16	1,28	0,34
	Ülseratif Kolit	0,11	0,82	

- 4) Hastalık tutulum yeri açısından bakıldığında ülseratif kolit hastalarının çoğunda yaygın kolon tutulumu gözlemlenmiştir. Crohn hastalarında yaygın olarak ileokolik tutulum izlenmiştir. Crohn hastalarının fenotip açısından bakıldığında hastaların %58,6'sında (n=17) herhangi bir darlık ya da penetrasyon olmadığı gözlemlenmiştir (tablo 5.3).

Tablo 5. 3. Paris Sınıflamasına Göre Ülseratif Kolit ve Crohn Hastalığı Hastalık Tutulum Yerleri

Hastalık Tutulum Yeri	Ülseratif Kolit	Crohn
E1: Proktit	2 (%5,9)	
E2: Sol kolon (splenik fleksura distali)	5 (%14,7)	
E3: Yaygın kolit (hepatik fleksura distali)	21 (%61,8)	
E4: Pankolit (hepatik fleksura proksimali)	6 (%17,6)	
L1: Distal 1/3 ileum ±kısıtlı çekum		6 (%28,6)
L2: Kolon		3 (%14,3)
L3: İleokolonik		12 (%57,1)
L4a: Treitz ligamentinin proksimali		0 (%0)
L4b: Treitz ligamentinin distali ve distal 1/3 ileumun proksimali		0 (%0)

- 5) Hastalık aktivitesi şiddetine göre değerlendirildiğinde; CH olan hastaların %55,2'sinde (n=16) PCDAİ skoru <10 (inaktif hastalık), %41,4'ünde (n=12) PCDAİ skoru 10-30 arasında (orta aktif hastalık), hastaların %3,4'ünde (n=1) ise PCDAİ skoru >30 (şiddetli aktif hastalık) olarak izlenmiştir (Tablo 5.4).
- 6) ÜK hastaların %33,3'ünde (n=12) PUCAİ skoru <10 (inaktif hastalık), %44,4'ünde (n=16) PUCAİ skoru 10-35 arasında (orta aktif hastalık), hastaların %22,2'sinde (n=8) ise PUCAİ skoru >35 (şiddetli aktif hastalık) idi. ÜK hastalarının %11,1 inde (n:4) PUCAİ skoru 65'in üstünde bulunmuştur (tablo 5.4).

Tablo 5. 4. Ülseratif Kolit ve Crohn Hastalığı Hastalık Aktivitesi Dağılımı

	Ülseratif Kolit		Crohn Hastalığı	
	PUCAİ	Hasta Sayısı n (%)	PCDAİ	Hasta Sayısı n (%)
Şiddetli Aktif Hastalık	≥ 35	8 (%22,2)	≥ 30	1 (%3,4)
Orta Aktif Hastalık	10-35	16 (%44,4)	10-30	12 (%41,4)
İnaktif Hastalık	<10	12 (%33,3)	<10	16 (%55,2)

- 7) Hastalık aktivitesi her iki hastalık için de inaktif hastalık ve aktif hastalık olarak da gruplandırılmıştır (tablo 5.5).

Tablo 5. 5. Ülseratif Kolit ve Crohn Hastalığının Aktif Olup Olmamasına Göre Dağılımı

	Hasta Sayısı		
	Ülseratif Kolit n (%)	Crohn Hastalığı n (%)	Toplam n (%)
Aktif Hastalık	24 (%66,7)	13 (%44,8)	37 (%100)
İnaktif Hastalık	12 (%33,3)	16 (%55,2)	28 (%100)
Toplam	36 (%100)	29 (%100)	65 (%100)

- 8) Hastalık aktivitesinin cinsiyet ile ilişkisine bakıldığında anlamlı bir ilişki izlenmemiştir (tablo 5.6).

Tablo 5. 6. Ülseratif Kolit ve Crohn Hastalığında Cinsiyet ve Hastalık Aktivitesi İlişkisi

	İnaktif Hastalık	Aktif Hastalık		p skoru
Cinsiyet	Hasta Sayısı n (%)	Hasta Sayısı n (%)	Toplam n (%)	0,09
Kız	10 (%32,3)	21 (%67,7)	31 (%100)	
Erkek	18 (%52,9)	16 (%47,1)	34 (%100)	
Toplam	28 (%100)	37 (%100)	65 (%100)	

- 9) Hastaların kullandıkları ilaçlar hastalık grubuna göre tabloda verilmiştir. Buna göre azatiyopürin ve mesalazin ülseratif kolit hastalarında anlamlı oranda daha sık kullanılmaktadır. (tablo 5.7).

Tablo 5. 7. Ülseratif Kolit ve Crohn Hastalığı İlaç Kullanım Dağılımı

	Mesalazin		Azatiyopürin		Steroid		Biyolojik Ajan	
	Var n (%)	Yok n (%)	Var n (%)	Yok n (%)	Var n (%)	Yok n (%)	Var n (%)	Yok n (%)
Crohn Hastalığı	13 %46,4	15 %53,6	13 %46,4	15 %53,6	4 %14,3	24 %85,7	11 %39,3	17 %60,7
Ülseratif Kolit	33 %94,3	2 %5,7	29 %82,9	6 %17,1	6 %17,1	29 %82,9	7 %20	28 %80
Toplam	46 %73	17 %27	42 %66,7	21 %33,3	10 %15,9	53 %84,1	18 %28,6	45 %71,4
p değeri	0,001		0,002		0,75		0,09	

- 10) Steroid ya da biyolojik ajan tedavilerinden en az birini kullananların ülseratif kolit hastalarında %27,8 (n=10), Crohn hastalarında ise %48,3 (n=14) olduğu saptanmıştır.

5.2. İlaç Kullanımı ile Hastalık Aktivitesi Bulguları

11) Crohn hastalarında mesalazin kullanan hastaların %69,2'sinde (n=9) inaktif hastalık, %30,8'inde (n=4) ise aktif hastalık saptanmıştır. Ülseratif kolit hastalarında mesalazin kullananların PUCAİ skoru hastaların %36,4'ünde (n=12) 10'un altında, %63,6'sinde (n=21) ise 10'un üzerinde saptanmıştır (tablo 5.8).

Tablo 5. 8. Mesalazin Kullanımı ile Hastalık Aktivitesi Arasındaki İlişki

Mesalazin kullanımı	Crohn Hastalığı		Ülseratif Kolit	
	İnaktif Hastalık n (%)	Aktif Hastalık n (%)	İnaktif Hastalık n (%)	Aktif Hastalık n (%)
Var	9(%69,2)	4(%30,8)	12(%36,4)	21(%63,6)
Yok	6(%40)	9(%60)	0(%0)	2(%100)
Toplam	15(%53,6)	13(%46,4)	12(%34,3)	23(%65,7)
P değeri	0,12		0,29	

12) Crohn hastalarından azatiyopürin alanların %61,5'inin (n=8) PCDAİ skoru 10'un altında, %38,5'sinde ise (n=5) 10'un üzerinde bulunmuştur (p=0,43). Ülseratif kolit grubunda azatiyopürin kullanan hastaların %34,5'inin PUCAİ skoru 10'un altında, %65,5'inde 10'un üzerinde saptanmıştır. (tablo 5.9).

Tablo 5. 9. Azatiyopurin Kullanımı ile Hastalık Aktivitesi Arasındaki İlişki

	Crohn Hastalığı		Ülseratif Kolit	
	İnaktif Hastalık n (%)	Aktif Hastalık n (%)	İnaktif Hastalık n (%)	Aktif Hastalık n (%)
Azatiyopurin Kullanımı				
Var	8 (%61,5)	5 (%38,5)	10 (%34,5)	19 (%65,5)
Yok	7 (%46,7)	8 (%53,3)	2 (%33,3)	4 (%66,7)
Toplam	15 (%53,6)	13 (%46,4)	12 (%34,3)	23 (%65,7)
P değeri	0,43		0,95	

- 13) Crohn hastalarından steroid kullanan hastaların %50'sinin (n=2) PCDAİ skoru 10'un altında, %50'sinde (n=2) 10'un üzerinde (p=0,87), ülseratif kolit grubunda steroid kullanan hastaların %33,3'ünde (n=2) PUCAİ skoru 10'un altında, %66,7'sinde (n=4) 10'un üzerinde saptanmıştır (tablo5.10).

Tablo 5. 10. Steroid Kullanımıyla Hastalık Aktivitesi Arasındaki İlişki

	Crohn Hastalığı		Ülseratif Kolit	
	İnaktif Hastalık n (%)	Aktif Hastalık n (%)	İnaktif Hastalık n (%)	Aktif Hastalık n (%)
Steroid Kullanımı				
Var	2(%50)	2(%50)	2(%33,3)	4(%66,7)
Yok	13(%54,2)	11(%45,8)	10(%34,5)	19(%65,5)
Toplam	15(%53,6)	13(%46,4)	12(%34,3)	23(%65,7)
P değeri	0,87		0,95	

14) Crohn hastalarında biyolojik ajan (infliksimab ya da adalimumab) alan hastaların %36,4'ünün (n=4) PCDAİ skoru 10'un altında, %63,6'sının (n=7) 10'un üzerinde izlenmiştir (p=0,14). Ülseratif kolit hastalarında biyolojik ajan (infliksimab ya da adalimumab) kullanan hastaların %14,3'ünün (n=1) PUCAİ skoru 10'un altında, %85,7'sinde (n=6) 10'un üzerinde izlenmiştir (tablo 5.11).

Tablo 5. 11. Biyolojik Ajan Kullanımıyla Hastalık Aktivitesi Arasındaki İlişki

Biyolojik Ajan kullanımı	Crohn Hastalığı		Ülseratif Kolit	
	İnaktif Hastalık n (%)	Aktif Hastalık n (%)	İnaktif Hastalık n (%)	Aktif Hastalık n (%)
Var	4(%36,4)	7(%63,6)	1(%14,3)	6(%85,7)
Yok	11(%64,7)	6(%35,3)	11(%39,3)	17(%60,7)
Toplam	15(%53,6)	13(%46,4)	12(%34,3)	23(%65,7)
P değeri	0,14		0,21	

15) Crohn hastalarında steroid veya biyolojik ajanlardan en az birini kullanan hastaların %42,9'sinin PCDAİ skoru (n=6) 10'un altında, %57,1'inde (n=8) ise 10'un üzerinde izlenmiş, ülseratif kolit hastalarında steroid veya biyolojik ajanlardan en az birini kullanan hastaların PUCAİ skoru; hastaların %20'sinde (n=2) 10'un altında, %80'inde (n=8) ise 10'un üzerinde izlenmiş. İki ilaçtan en az birini kullanan hastaların skorları yüksek olarak izlenmiştir (tablo 5.12).

Tablo 5. 12. Steroid veya Biyolojik Ajan Kullanımıyla Hastalık Aktivitesi Arasındaki İlişki

Steroid veya Biyolojik Ajan Kullanımı	Crohn Hastalığı		Ülseratif Kolit	
	İnaktif Hastalık n (%)	Aktif Hastalık n (%)	İnaktif Hastalık n (%)	Aktif Hastalık n (%)
Var	6(%42,9)	8(%57,1)	2(%20)	8(%80)
Yok	10(%66,7)	5(%33,3)	10(%38,5)	16(%61,5)
Toplam	16(%55,2)	13(%44,8)	12(%33,3)	24(%66,7)
P değeri	0,19		0,29	

- 16) İBH hastaları tek grup olarak incelendiğinde steroid veya biyolojik ajanlardan en az birini kullanan hastalarda hastalık aktivitesi bu ilaçları kullanmayan hastalardan farklı değildi (tablo 5.13).

Tablo 5. 13. Steroid veya Biyolojik Ajan Kullanımıyla İBH Hastaları Tek Grup Olarak İncelendiğinde Hastalık Aktivitesi Arasındaki İlişki

İnflamatuvar Baırsak Hastalığı Aktivitesi				
Steroid veya Biyolojik Ajan Kullanımı	İnaktif Hastalık n (%)	Aktif Hastalık n (%)	Toplam n (%)	P değeri
Var	8 (%33,3)	16 (%66,7)	24 (%100)	0,22
Yok	20 (%48,8)	21(%51,2)	41 (%100)	
Toplam	28 (%43,1)	37 (%56,9)	65 (%100)	

5.3. Ailenin Eğitim ve Gelir Düzeyiyle Hastalık Aktivitesi Bulguları

17) Anne eğitim düzeyiyle hastalık aktivitesi (Crohn hastalığı ve Ülseratif kolit birlikte değerlendirildiğinde) arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Ancak anne eğitim düzeyi arttıkça hastalığın inaktif olma olasılığının artma eğiliminde olduğu görülmüştür (Eğimde ki-kare değeri 3,2, p=0,07) (tablo 5.14).

Tablo 5. 14. Anne Eğitim Düzeyi İle Hastalık Aktivitesi Arasındaki İlişki

Anne Eğitim düzeyi	İBH aktivitesi		Toplam n (%)	P değeri
	İnaktif Hastalık n (%)	Aktif hastalık n (%)		
İlkokul ve altı	9(%30)	21(%70)	30(%100)	0.07
Ortaokul	6(%60)	4(%40)	10(%100)	
Lise	3(%37,5)	5(%62,5)	8(%100)	
Üniversite	6(%66,7)	3(%33,3)	9(%100)	
Toplam	24(%42,1)	33(%57,9)	57(%100)	

18) Baba eğitim düzeyiyle hastalık aktivitesi arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Baba eğitim düzeyi arttıkça hastalığın inaktif olma olasılığının arttığı görülmüştür (eğimde ki-kare değeri 4,5, p=0,03). Ortaokul mezunu babaların çocuklarında ilkokul+eğitimsiz babaların çocuklarına göre inaktif hastalık 1,7 kat, lise mezunu babaların çocuklarında 2,2 kat ve üniversite mezunu babaların çocuklarında 2,5 kat daha fazla görülmektedir (tablo 5.15).

Tablo 5. 15. Baba Eğitim Düzeyi ile Hastalık Aktivitesi Arasındaki İlişki

Baba Eğitim düzeyi	İBH aktivitesi		Toplam n (%)	P değeri
	İnaktif Hastalık n (%)	Aktif hastalık n (%)		
İlkokul ve altı	4(%25)	12(%75)	16(%100)	0.03
Ortaokul	5(%35,7)	9(%64,3)	14(%100)	
Lise	8(%50)	8(%50)	16(%100)	
Üniversite	7(%63,6)	4(%36,4)	11(%100)	
Toplam	24(%42,1)	33(%57,9)	57(%100)	

19) Aile gelir düzeyi arttıkça İBH'nin anlamlı derecede inaktif olduğu saptanmıştır (eğimde ki-kare değeri 5,9, p=0,01) . Orta gelir düzeyindeki aile çocuklarında inaktif hastalık olma olasılığı düşük gelir düzeyindekilere oranla 2,5 kat, yüksek gelir düzeyindekilerin ise düşük gelir düzeyindekilere oranla 3,2 kat daha fazla olduğu saptanmıştır (tablo 5.16).

Tablo 5. 16. Aile Gelir Düzeyi ile Hastalık Aktivitesi Arasındaki İlişki

Aile Gelir Düzeyi	İBH aktivitesi		Toplam n (%)	P değeri
	İnaktif Hastalık n (%)	Aktif hastalık n (%)		
1-2 Aşgari ücret	2(%16,7)	10(%83,3)	12(%100)	0.01
3-4 Aşgari ücret	11(%39,3)	17(%60,7)	28(%100)	
4 Aşgari ücret üstü	10(%62,5)	6(%37,5)	16(%100)	
Toplam	23(%41,1)	33(%58,9)	56(%100)	

5.4. Hastaların Demografik Verilerine Göre Yaşam Kalitesi

Bulguları

20) İBH hastalarında cinsiyet ile toplam yaşam kalitesi ve yaşam kalitesi ölçeği alt grup puanları açısından fark bulunmamıştır (tablo 5.17).

Tablo 5. 17. İnflamatuvar Bağırsak Hastalığında Cinsiyet ile Yaşam Kalitesi Puanları Arasındaki İlişki

	Cinsiyet	Hasta Sayısı	Ortalama	Standart Sapma	P Değeri
Sağlık Yaşam Kalitesi	Kız	31	65,0202	26,17573	0,169
	Erkek	34	73,3456	22,01975	
Duyusal Yaşam Kalitesi	Kız	31	70,0000	21,25245	0,778
	Erkek	34	71,4706	20,54299	
Sosyal Yaşam Kalitesi	Kız	31	87,4194	17,02307	0,959
	Erkek	34	87,6471	18,22566	
Okul Yaşam Kalitesi	Kız	31	64,1935	19,71027	0,729
	Erkek	34	62,2059	25,67841	
Toplam Yaşam Kalitesi	Kız	31	71,6583	17,55000	0,655
	Erkek	34	73,6673	18,41764	

21) İBH hastalarında anne eğitim düzeyiyle okul ilişkili yaşam kalitesi alt ölçeğinde anlamlıya yakın fark saptanmıştır. Anne eğitim düzeyi ortaokul olan grupta diğer gruplara göre okul ilişkili yaşam kalitesi puanı anlamlıya yakın derecede yüksek bulunmuştur (tablo 5.18).

Tablo 5. 18. İnflamatuvar Bağırsak Hastalığında Anne Eğitim Düzeyi ile Yaşam Kalitesi Puanları Arasındaki İlişki

	Eğitim düzeyi	Kişi Sayısı	Ortalama	Standart Sapma	P Değeri
Sağlık Yaşam Kalitesi	İlkokul	30	62,8125	27,83435	0,162
	Ortaokul	10	82,5000	13,83496	
	Lise	8	71,0938	21,24409	
	Üniversite	9	70,8333	18,42160	
Duygusal Yaşam Kalitesi	İlkokul	30	66,8333	24,79166	0,561
	Ortaokul	10	77,0000	13,37494	
	Lise	8	73,7500	19,77553	
	Üniversite	9	67,2222	17,51983	
Sosyal Yaşam Kalitesi	İlkokul	30	84,3333	20,99808	0,443
	Ortaokul	10	95,0000	8,49837	
	Lise	8	84,3750	20,77731	
	Üniversite	9	87,7778	12,52775	
Okul Yaşam Kalitesi	İlkokul	30	59,6667	22,92918	0,058
	Ortaokul	10	78,5000	12,48332	
	Lise	8	55,0000	23,14550	
	Üniversite	9	55,0000	23,18405	
Toplam Yaşam Kalitesi	İlkokul	30	68,4115	20,63643	0,161
	Ortaokul	10	83,2500	7,82631	
	Lise	8	71,0547	18,85568	
	Üniversite	9	70,2083	12,36919	

22) İBH hastalarında baba eğitim düzeyiyle sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi alt ölçeğinde anlamlı fark saptanmıştır. Baba eğitim düzeyinin ilkökul+eğitimsiz olması diğer gruplara oranla anlamlı derecede daha düşük yaşam kalitesi puanıyla ilişkili bulunmuştur (p=0,02). Toplam yaşam

kalitesi puanı da baba eğitim düzeyinin ilkökul+eğitimsiz olduğu grupta diğer gruplara göre düşük olma eğiliminde bulunmuştur (tablo 5.19).

Tablo 5. 19. İnflamatuvar Bağırsak Hastalığında Baba Eğitim Düzeyi ile Yaşam Kalitesi Puanları Arasındaki İlişki

	Eğitim düzeyi	Kişi Sayısı	Ortalama	Standart Sapma	P Değeri
Sağlık Yaşam Kalitesi	İlkokul	16	54,1016	29,59621	0,023
	Ortaokul	14	70,3125	17,79415	
	Lise	16	79,2969	21,94557	
	Üniversite	11	72,4432	17,94186	
Duygusal Yaşam Kalitesi	İlkokul	16	62,1875	26,95482	0,292
	Ortaokul	14	68,5714	20,42139	
	Lise	16	76,5625	18,41365	
	Üniversite	11	71,8182	15,69598	
Sosyal Yaşam Kalitesi	İlkokul	16	79,0625	25,11432	0,124
	Ortaokul	14	91,0714	15,08675	
	Lise	16	92,8125	11,54249	
	Üniversite	11	83,6364	15,18073	
Okul Yaşam Kalitesi	İlkokul	16	55,6250	26,76285	0,508
	Ortaokul	14	62,1429	18,78157	
	Lise	16	67,8125	23,73245	
	Üniversite	11	60,4545	18,50061	
Toplam Yaşam Kalitesi	İlkokul	16	62,7441	23,07420	0,078
	Ortaokul	14	73,0246	15,41586	
	Lise	16	79,1211	15,71597	
	Üniversite	11	72,0881	11,50880	

23) Ailenin gelir düzeyiyle toplam yaşam kalitesi puanı arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır; ailenin gelir düzeyi düştükçe toplam yaşam kalitesi puanının daha düşük olduğu görülmüştür (p=0,04). Benzer şekilde sağlık, duygusal ve sosyal yaşam kalitesi puanının gelir düzeyi en düşük grupta daha düşük olduğu belirlenmiştir (p=0,08). Okul ilişkili yaşam kalitesi puanının ise gelir düzeyi en yüksek grupta daha yüksek olduğu saptanmıştır (tablo 5.20).

Tablo 5. 20. İnflamatuvar Bağırsak Hastalığında Aile Gelir Düzeyi ile Yaşam Kalitesi Puanları Arasındaki İlişki

	Gelir Düzeyi	Kişi Sayısı	Ortalama	Standart Sapma	P Değeri
Sağlık Yaşam Kalitesi	1-2 Asgari Ücret	12	54,1667	23,24574	0,009
	3-4 Asgari Ücret	28	68,3036	25,80748	
	5 ve Üstü Asgari Ücret	16	81,8359	14,71158	
Duygusal Yaşam Kalitesi	1-2 Asgari Ücret	12	56,2500	15,53954	0,025
	3-4 Asgari Ücret	28	70,1786	24,09403	
	5 ve Üstü Asgari Ücret	16	78,1250	16,00781	
Sosyal Yaşam Kalitesi	1-2 Asgari Ücret	12	77,0833	23,00774	0,019
	3-4 Asgari Ücret	28	86,7857	18,01308	
	5 ve Üstü Asgari Ücret	16	95,9375	6,11521	
Okul Yaşam Kalitesi	1-2 Asgari Ücret	12	54,5833	24,35144	0,037
	3-4 Asgari Ücret	28	58,0357	23,14765	
	5 ve Üstü Asgari Ücret	16	73,7500	16,27882	
Toplam Yaşam Kalitesi	1-2 Asgari Ücret	12	60,5208	18,63891	0,004
	3-4 Asgari Ücret	28	70,8259	18,57917	
	5 ve Üstü Asgari Ücret	16	82,4121	10,28468	

24) Hastanın güncel yaşı ve hastalık süresiyle toplam yaşam kalitesi puanı arasında anlamlı bir bağıntı (korelasyon) saptanmamıştır. Ancak hasta

yaşıyla sağlık yaşam kalitesi alt grup puanı arasında çok zayıf derecede, pozitif yönde anlamlı bir bağıntı saptanmıştır ($r^2=0,28$, $p=0,02$). Hastaların çalışmaya dahil edildikleri andaki boy ve beden kitle indeksi Z skorlarıyla toplam yaşam kalitesi ve yaşam kalitesi alt grup puanları arasında bir bağıntı saptanmamıştır. Çocuk sayısı ile okul yaşam kalitesi puanı arasında negatif yönde, zayıf derecede anlamlı bir bağıntı saptanmıştır ($r^2=-0,29$, $p=0,02$). Çocuk sayısı ile diğer yaşam kalitesi parametreleri arasında bağıntı saptanmamıştır.

- 25) Ülseratif kolit ve Crohn hastaları arasında toplam yaşam kalitesi ve yaşam kalitesi alt ölçekleri puanları arasında anlamlı fark saptanmamıştır (tablo 5.21).

Tablo 5. 21. Ülseratif Kolit ve Crohn Hastaları Arasında Yaşam Kalitesi Puanlarının Karşılaştırılması

	Tanı	Hasta sayısı	Ortalama puan	Standart sapma	P değeri
Sağlık Yaşam Kalitesi	Crohn hastalığı	29	68,4267	26,15023	0,780
	Ülseratif Kolit	36	70,1389	22,98151	
Duygusal Yaşam Kalitesi	Crohn hastalığı	29	69,1379	23,14816	0,573
	Ülseratif Kolit	36	72,0833	18,79875	
Sosyal Yaşam Kalitesi	Crohn hastalığı	29	87,7586	20,51072	0,928
	Ülseratif Kolit	36	87,3611	14,99934	
Okul Yaşam Kalitesi	Crohn hastalığı	29	60,6897	25,86794	0,440
	Ülseratif Kolit	36	65,1389	20,30081	
Toplam Yaşam Kalitesi	Crohn hastalığı	29	71,5032	20,47166	0,630
	Ülseratif kolit	36	73,6806	15,75599	

- 26) Crohn hastalarında hastalık aktivitesi yüksek olanların toplam yaşam kalitesi ve yaşam kalitesi alt grubu puanları anlamlı derecede daha düşük saptanmıştır (tablo 5.22).

Tablo 5. 22. Crohn Hastalarında Hastalık Aktivitesi ile Yaşam Kalitesi Puanları Arasındaki İlişki

	Hastalık aktivitesi	Hasta Sayısı	Ortalama Puan	Standart Sapma	P değeri
Sağlık Yaşam Kalitesi	İnaktif Hastalık	16	81,0547	20,00875	0,002
	Aktif Hastalık	13	52,8846	24,91723	
Duygusal Yaşam Kalitesi	İnaktif Hastalık	16	80,0000	15,70563	0,003
	Aktif Hastalık	13	55,7692	24,31102	
Sosyal Yaşam Kalitesi	İnaktif Hastalık	16	97,8125	4,46047	0,002
	Aktif Hastalık	13	75,3846	25,61425	
Okul Yaşam Kalitesi	İnaktif Hastalık	16	70,0000	24,63060	0,029
	Aktif Hastalık	13	49,2308	23,34935	
Toplam Yaşam Kalitesi	İnaktif Hastalık	16	82,2168	13,66489	0,001
	Aktif Hastalık	13	58,3173	20,07647	

27) Ülseratif kolit hastalarında hastalığı inaktif olanlarda sadece sağlık yaşam kalitesi puanı hastalığı aktif olanlardan anlamlı derecede yüksek saptanmıştır (p=0,04). Diğer alt grup puanları ve toplam yaşam kalitesi puanında iki grup arasında fark saptanmamıştır (tablo 5.23).

Tablo 5. 23. Ülseratif Kolit Hastalarında Hastalık Aktivitesi ile Yaşam Kalitesi Puanları Arasındaki İlişki

	Hastalık aktivitesi	Hasta Sayısı	Ortalama Puan	Standart Sapma	P değeri
Sağlık Yaşam Kalitesi	İnaktif Hastalık	12	80,7292	20,63590	0,049
	Aktif Hastalık	24	64,8438	22,63340	
Duygusal Yaşam Kalitesi	İnaktif Hastalık	12	79,5833	15,44173	0,091
	Aktif Hastalık	24	68,3333	19,48615	
Sosyal Yaşam Kalitesi	İnaktif Hastalık	12	86,2500	16,53165	0,758
	Aktif Hastalık	24	87,9167	14,51511	
Okul Yaşam Kalitesi	İnaktif Hastalık	12	70,4167	22,30556	0,276
	Aktif Hastalık	24	62,5000	19,16745	
Toplam Yaşam Kalitesi	İnaktif Hastalık	12	79,2448	16,10400	0,136
	Aktif Hastalık	24	70,8984	15,14965	

28) Tüm İBH hastalarında hastalığı inaktif olanların toplam yaşam kalitesi puanıyla yaşam kalitesi alt grup puanları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (tablo 5.24).

Tablo 5. 24. İnflamatuvar Bağırsak Hastalığında Hastalık Aktivitesi ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki

	Hastalık aktivitesi	Hasta Sayısı	Ortalama Puan	Standart Sapma	P değeri
Sağlık Yaşam Kalitesi	İnaktif Hastalık	28	80,9152	19,89809	0,001
	Aktif Hastalık	37	60,6419	23,82731	
Duygusal Yaşam Kalitesi	İnaktif Hastalık	28	79,8214	15,30445	0,002
	Aktif Hastalık	37	63,9189	21,83063	
Sosyal Yaşam Kalitesi	İnaktif Hastalık	28	92,8571	12,50397	0,032
	Aktif Hastalık	37	83,5135	19,75070	
Okul Yaşam Kalitesi	İnaktif Hastalık	28	70,1786	23,23320	0,030
	Aktif Hastalık	37	57,8378	21,39381	
Toplam Yaşam Kalitesi	İnaktif Hastalık	28	80,9431	14,54779	0,001
	Aktif Hastalık	37	66,4780	17,83432	

5.5. Hastaların Tedavilerine Göre Yaşam Kalitesi Bulguları

29) Tüm İBH hastalarında azatiyopurin veya mesalazinden en az birini kullanan hastalarla bu ilaçları kullanmayan hastalar arasında toplam yaşam kalitesi ve yaşam kalitesi alt grup puanları arasında fark saptanmamıştır (tablo 5.25).

Tablo 5. 25. İnflamatuvar Bağırsak Hastalığında Azatiyopurin ve Mesalazin Kullanımı ile Yaşam Kalitesi Puanları Arasındaki İlişki

	Azatiyopurin veya Mesalazin Kullanımı	Hasta Sayısı	Ortalama Puan	Standart Sapma	P değeri
Sağlık Yaşam Kalitesi	Evet	54	69,3866	24,36078	0,993
	Hayır	11	69,3182	24,95379	
Duygusal Yaşam Kalitesi	Evet	54	72,0370	20,05931	0,278
	Hayır	11	64,5455	23,81749	
Sosyal Yaşam Kalitesi	Evet	54	88,5185	16,67191	0,322
	Hayır	11	82,7273	21,48996	
Okul Yaşam Kalitesi	Evet	54	64,2593	22,11478	0,392
	Hayır	11	57,7273	26,77346	
Toplam Yaşam Kalitesi	Evet	54	73,5503	17,25767	0,405
	Hayır	11	68,5795	21,18677	

30) Tüm İBH hastalarında steroid ve/veya biyolojik ajandan en az birini kullanan hastaların kullanmayanlara göre toplam yaşam kalitesi ve yaşam kalitesi alt grup puanları anlamlı derecede düşük saptanmıştır (tablo 5.26). Ayrıca steroid ve biyolojik ajandan en az birini kullanan ve hiçbirini kullanmaya hastaların hastalık aktivitesine göre bakılan toplam yaşam kalitesi ve yaşam kalitesi alt gruplarının puanları arasında da fark saptanmıştır (tablo 5.27). Bu analizde yaşam kalitesi en kötü olan grup aktif hastalığı olan ve steroid-biyolojik ajan tedavisi alan iken yaşam kalitesi en iyi olan grup ise hastalığı inaktif olan ve steroid-biyolojik ajan almayan grup olarak saptanmıştır.

Tablo 5. 26. İnflamatuvar Bağırsak Hastalığında Steroid ve Biyolojik Ajan Kullanımı ile Yaşam Kalitesi Puanları Arasındaki İlişki

	Steroid veya Biyolojik ajan Kullanımı	Hasta Sayısı	Ortalama Puan	Standart Sapma	P değeri
Sağlık Yaşam Kalitesi	Evet	24	59,1146	26,35455	0,008
	Hayır	41	75,3811	21,03516	
Duygusal Yaşam Kalitesi	Evet	24	63,5417	23,24160	0,030
	Hayır	41	75,0000	18,09696	
Sosyal Yaşam Kalitesi	Evet	24	80,8333	21,60247	0,017
	Hayır	41	91,4634	13,42777	
Okul Yaşam Kalitesi	Evet	24	52,9167	25,49154	0,005
	Hayır	41	69,1463	19,06903	
Toplam Yaşam Kalitesi	Evet	24	64,1016	20,53439	0,002
	Hayır	41	77,7477	14,12637	

Tablo 5. 27. İnflamatuvar Bağırsak Hastalığında Hastalık Aktivitesine Göre Steroid ve Biyolojik Ajan Kullanımı ile Yaşam Kalitesi Puanları Arasındaki İlişki

	Steroid-Biyolojik Ajan Kullanımı ve Hastalık Aktivitesi	Hasta Sayısı	Ortalama Puan	Standart Sapma	P değeri
Sağlık Yaşam Kalitesi	İlaç alan aktif hasta	16	56,05	2,56	0,001
	İlaç alan inaktif hasta	8	65,23	2,83	
	İlaç almayan aktif hasta	21	64,13	2,23	
	İlaç almayan inaktif hasta	20	87,18	1,10	
Duygusal Yaşam Kalitesi	İlaç alan aktif hasta	16	55,93	2,23	0,004
	İlaç alan inaktif hasta	8	78,75	1,76	
	İlaç almayan aktif hasta	21	70,00	1,98	
	İlaç almayan inaktif hasta	20	80,25	1,47	
Sosyal Yaşam Kalitesi	İlaç alan aktif hasta	16	77,18	2,18	0,06
	İlaç alan inaktif hasta	8	88,12	2,05	
	İlaç almayan aktif hasta	21	88,33	1,69	
	İlaç almayan inaktif hasta	20	94,75	7,33	
Okul Yaşam Kalitesi	İlaç alan aktif hasta	16	50,3	2,55	0,014
	İlaç alan inaktif hasta	8	58,12	2,61	
	İlaç almayan aktif hasta	21	63,57	1,59	
	İlaç almayan inaktif hasta	20	75,00	2,07	
Toplam Yaşam Kalitesi	İlaç alan aktif hasta	16	59,87	2,05	0,002
	İlaç alan inaktif hasta	8	72,55	1,90	
	İlaç almayan aktif hasta	21	71,51	1,39	
	İlaç almayan inaktif hasta	20	84,29	1,12	

5.6. Hastaların Demografik Verilerine Göre Depresyon Bulguları

31) Hasta grubu kendi içerisinde depresyon derecesi ve varlığı açısından karşılaştırıldığında Crohn hastalarıyla Ülseratif kolit olanlar arasında anlamlı fark olmadığı görülmüştür. Crohn hastalarının %20,7'sinde (n=6) ağır depresyon saptanırken bu oran ülseratif kolit için %30,6'ı (n=11) olarak bulunmuştur. İki grup arasında anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 5.28). Depresyon puanları arasında da iki grup arasında fark olmadığı görülmüştür (Crohn için $7,8\pm 5,3$ ve Ülseratif kolit için $8,6\pm 6,2$, $p=0,5$). Hasta grubunun %32,3'ünde tedavi gerektiren, %67,7'sinde tedavi gerektirmeyen depresyon saptanmıştır.

Tablo 5. 28. İBH Hastalarında Hastalık Alt Gruplarına Göre Depresyon Derecesi

	Depresyon Derecesi				P Değeri
	Depresyon yok n (%)	Hafif depresyon n (%)	Orta depresyon n (%)	Ağır depresyon n (%)	
Crohn Hastalığı	9 (%31,0)	11 (%37,9)	3 (%10,3)	6 (%20,7)	0,529
Ülseratif Kolit	10 (%27,8)	13 (%36,1)	2 (%5,6)	11 (%30,6)	
Toplam	19 (%29,2)	24 (%36,9)	5 (%7,7)	17 (%26,2)	

32) İBH hastalarında depresyon ile anne ve baba eğitim düzeyleri arasında anlamlı ilişki yoktu ($p=0,1$, $p=0,49$). Ancak depresyon ile aile gelir düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (tablo 5.29). Aile gelir düzeyi en düşük hastaların tedavi gerektiren depresyon oranı en yüksek bulunmuştur.

Tablo 5. 29. İBH Hastalarında Gelir Düzeyine Göre Tedavi Gerektiren Depresyon Oranı

	Tedavi Gerekmeyen Depresyon n (%)	Tedavi Gereken Depresyon n (%)	Toplam n (%)	P Değeri
Düşük Gelir	5 (%41,7)	7 (%58,3)	12 (%100,0)	0,037
Orta Gelir	19 (%67,9)	9 (%32,1)	28 (%100,0)	
Yüksek Gelir	14 (%87,5)	2 (%12,5)	16 (%100,0)	
Toplam	38 (%67,9)	18 (%32,1)	56 (%100,0)	

33) İBH hastalarında depresyon ile cinsiyet arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (p=0,92).

34) Crohn hastalığı grubunda inaktif hastalığı olan çocukların depresyon puanları hastalığı aktif olanlara göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur (tablo 5.30).

Tablo 5. 30. Crohn Hastalarında Hastalık Aktivitesi ile Depresyon Puanı İlişkisi

	Hasta sayısı	Ortalama puan	Standart sapma	P Değeri
İnaktif Hastalık	16	5,5625	4,41163	0,008
Aktif Hastalık	13	10,6154	5,14034	

35) Ülseratif kolit grubunda inaktif hastalığı olanların depresyon puanları hastalığı aktif olanlara göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur (Tablo 5.31).

Tablo 5. 31. Ülseratif Kolit Hastalarında Hastalık Aktivitesi ile Depresyon Puanı İlişkisi

	Hasta sayısı	Ortalama puan	Standart sapma	P Değeri
İnaktif Hastalık	12	5,5833	5,61586	0,034
Aktif Hastalık	24	10,2083	6,07188	

36) Tüm İBH hastaları tek grup olarak değerlendirildiğinde de yine benzer şekilde hastalık aktivitesi düşük olan gruptaki hastaların depresyon puanları daha düşük olarak saptanmıştır (tablo 5.32).

Tablo 5. 32. Tüm İBH Hastalarında Hastalık Aktivitesi ile Depresyon Puanı İlişkisi

	Hasta sayısı	Ortalama puan	Standart sapma	P Değeri
İnaktif Hastalık	28	5,5714	4,86430	0,001
Aktif Hastalık	37	10,3514	5,69218	

5.7. Hastaların Tedavilerine Göre Depresyon Bulguları

37) Hasta grubunda sadece azatiyopurin ve/veya mesalazinden en az birini kullanan hastalar ile bu iki ilaçtan herhangi birini kullanmayanların depresyon puanları arasında fark saptanmamıştır (tablo 5.33).

Tablo 5. 33. Azatiyopurin veya Mesalazin Kullanan Hastalarda Hastalık Aktivitesi ile Depresyon Puanı İlişkisi

Azatiyopurin veya Mesalazin Kullanımı	Hasta sayısı	Ortalama puan	Standart sapma	P Değeri
Var	54	8,2963	5,99569	0,990
Yok	11	8,2727	5,13986	

38) Hastalarda steroid ve/veya biyolojik ajandan en az birini kullanan hastaların depresyon puanları bu iki ilacı da kullanmayanlara göre anlamlı derecede daha yüksek saptanmıştır (tablo 5.34). Ayrıca steroid ve biyolojik ajandan en az birini kullanan ve hiçbirini kullanmaya hastaların hastalık aktivitesine göre bakılan depresyon puanları arasında da anlamlı fark saptanmıştır (tablo 5.35). Bu analizde depresyon puanları en yüksek(kötü) olan grup aktif hastalığı olan ve steroid-biyolojik ajan tedavisi alan iken depresyon puanları en düşük (iyi) olan grup ise hastalığı inaktif olan ve steroid-biyolojik ajan almayan grup olarak saptanmıştır.

Tablo 5. 34. Steroid veya Biyolojik Ajan Kullanımı ile Depresyon Puanı İlişkisi

Steroid veya Biyolojik Ajan Kullanımı	Hasta sayısı	Ortalama puan	Standart sapma	P Değeri
Var	24	10,7083	6,20994	0,009
Yok	41	6,8780	5,14876	

Tablo 5. 35. Steroid veya Biyolojik Ajan Kullanan Hastalarda Hastalık Aktivitesi ile Depresyon Puanı İlişkisi

Steroid veya Biyolojik Ajan Kullanımı ve Hastalık Aktivitesi	Hasta sayısı	Ortalama puan	Standart sapma	P Değeri
İlaç alan aktif hasta	16	12,18	5,67	0,001
İlaç alan inaktif hasta	8	7,75	6,54	
İlaç almayan aktif hasta	21	8,95	5,42	
İlaç almayan inaktif hasta	20	4,70	3,88	

39) Crohn hastalarının %13,8'i(n=4), Ülseratif kolit hastalarının ise %2,8'i (n=1) modülen kullandığı saptanmıştır. Bunun dışında hastalığa bağlı olarak özel diyet yapan hasta oranı ülseratif kolit için %5,6 (n=2), Crohn için ise %3,4 (n=1) olarak saptanmıştır.

40) Her iki grupta da psikoterapi, antidepresan vb. psikolojik destek alan hasta olmadığı görülmüştür.

5.8. Kontrol Grubu Depresyon ve Yaşam Kalitesi ve Hasta Grubuyla Karşılaştırılması

41) Kontrol grubunda kızların sağlık ve okul yaşam kalitesi alt grup puanları ve toplam yaşam kalitesi puanları erkeklere oranla anlamlı derecede düşük bulunmuştur (tablo 5.36).

Tablo 5. 36. Kontrol Grubunda Cinsiyet ile Yaşam Kalitesi Puanları Arasındaki İlişkisi

	Cinsiyet	Hasta Sayısı	Ortalama	Standart Sapma	P Değeri
Sağlık Yaşam Kalitesi	Kız	54	72,6852	16,20032	0,002
	Erkek	59	81,7267	13,94906	
Duygusal Yaşam Kalitesi	Kız	54	66,2963	16,60260	0,231
	Erkek	59	70,2542	18,18070	
Sosyal Yaşam Kalitesi	Kız	54	87,1296	12,64918	0,926
	Erkek	59	87,3729	14,77871	
Okul Yaşam Kalitesi	Kız	54	72,2222	16,09719	0,049
	Erkek	59	77,9661	14,62516	
Toplam Yaşam Kalitesi	Kız	54	74,5833	12,02912	0,040
	Erkek	59	79,3300	12,16635	

42) Kontrol grubunda kızların depresyon puanları erkeklere oranla daha yüksek bulunmuştur (tablo 5.37). Ayrıca kızlarda ağır depresyon sıklığının erkeklere oranla anlamlı derecede daha fazla olduğu bulunmuştur (tablo 5.38).

Tablo 5. 37. Kontrol Grubunda Cinsiyet ile Depresyon Puanı İlişkisi

	Kişi sayısı	Ortalama puan	Standart sapma	P Değeri
Kız	54	8,4815	4,52557	0,004
Erkek	59	6,0678	4,14340	

Tablo 5. 38. Kontrol Grubunda Cinsiyete Göre Depresyon Şiddeti

	Depresyon Derecesi				P Değeri
	Depresyon yok n (%)	Hafif depresyon n (%)	Orta depresyon n (%)	Ağır depresyon n (%)	
Kız	10 18,5%	29 53,7%	0 0%	15 27,8%	0,007
Erkek	27 45,8%	21 35,6%	5 8,5%	6 10,2%	
Toplam	37 32,7%	50 44,2%	5 4,4%	21 18,6%	

- 43) Hasta grubunda kontrol grubuna oranla sağlık ve okul yaşam kalitesi alt grup puanları anlamı derecede düşük saptanmıştır (tablo 5.39). Bunun yanı sıra toplam yaşam kalitesi puanının hasta grubunda kontrol grubuna oranla düşük olma eğiliminde olduğu da saptanmıştır (p=0,058). Diğer yaşam kalitesi alt grup puanları arasında fark saptanmamıştır.

Tablo 5. 39. Hasta ve Kontrol Grubunun Yaşam Kalitesi Puanlarının Karşılaştırması

	Grup	Hasta Sayısı	Ortalama	Standart Sapma	P Değeri
Sağlık Yaşam Kalitesi	Hasta	65	69,3750	24,26407	0,008
	Kontrol	113	77,4060	15,66963	
Duygusal Yaşam Kalitesi	Hasta	65	70,7692	20,73325	0,410
	Kontrol	113	68,3628	17,48012	
Sosyal Yaşam Kalitesi	Hasta	65	87,5385	17,52505	0,905
	Kontrol	113	87,2566	13,74174	
Okul Yaşam Kalitesi	Hasta	65	63,1538	22,87140	0,000
	Kontrol	113	75,2212	15,54644	
Toplam Yaşam Kalitesi	Hasta	65	72,7091	17,89703	0,057
	Kontrol	113	77,0617	12,28003	

44) Hasta ve kontrol grubunda toplam yaşam kalitesi puanı ve depresyon puanları arasında çok güçlü derecede anlamlı bağıntı saptanmıştır (sırasıyla; $r_2=0,71$, $p=0,0001$ - $r_2=0,76$, $p=0,0001$)

45) Hasta ve kontrol grubu arasında depresyon şiddeti açısından fark saptanmamıştır (Tablo 5.40).

Tablo 5. 40. Hasta ve Kontrol Grubunun Depresyon Şiddetinin Karşılaştırması

	Depresyon Derecesi				P Değeri
	Depresyon yok n (%)	Hafif depresyon n (%)	Orta depresyon n (%)	Ağır depresyon n (%)	
Hasta	19 (%29,2)	24 (%36,9)	5 (%7,7)	17 (%26,2)	0,199
Kontrol	37 (%32,7)	50 (%44,2)	5 (%4,4)	21 (%18,6)	
Toplam	56 (%31,5)	74 (%41,6)	10 (%5,6)	38 (%21,3)	

46) Hasta ve kontrol grubu arasında depresyon puanları açısından fark saptanmamıştır (Tablo 5.41).

Tablo 5. 41. Hasta ve Kontrol Grubunun Depresyon Puanlarının Karşılaştırması

	Kişi sayısı	Ortalama puan	Standart sapma	P Değeri
Hasta	65	8,2923	5,82216	0,171
Kontrol	113	7,2212	4,47759	

47) Hasta grubunda yaşla ve hastalık süresiyle depresyon puanı arasında anlamlı bir bağıntı saptanmamıştır (sırasıyla $p=0,2$ ve $0,1$). Ancak kontrol grubunda yaşla depresyon puanı arasında pozitif yönde, zayıf derecede anlamlı bir bağıntı saptanmıştır ($r^2=0,30$, $p=0,002$).

- 48) Aktif hastalığı olanların hem İBH grubu içinde hem de kontrol grubuna göre daha yüksek oranda tedavi gerektiren depresyona sahip olduğu saptanmıştır (tablo 5.42).

Tablo 5. 42. Hasta ve Kontrol Grubunun Tedavisi Gerektiren Depresyon Sıklığı Açısından Karşılaştırılması

	Tedavi Gerekmez n (%)	Tedavi Gereken n (%)	Toplam n (%)	P Değeri	P Değeri
İnaktif Hastalık	25 89,3%	3 10,7%	28 100,0%	0,005	0,001
Aktif Hastalık	19 51,4%	18 48,6%	37 100,0%		
Kontrol	88 77,9%	25 22,1%	113 100,0%		
Toplam	132 74,2%	46 25,8%	178		

5.9. Bulguların Özeti

Çalışmamıza 65 hasta, 113 sağlıklı çocuk dahil edilmiştir. Çalışmada 36 ülseratif kolit, 29 crohn hastası yer almıştır. Crohn hastalarının 8'i (%27,6), ülseratif kolit hastalarının 23'ünün (%63,9) kız, Crohn hastalarının 21'inin (%72,4), ülseratif kolit hastalarının 13'ünün(%36,1) erkek olduğu görülmüştür (p=0.004).

Crohn hastalarının tanı BKI Z skorları ülseratif kolit grubuna göre anlamlı derecede düşük saptanmıştır (p=0,03). Güncel BKI ve boy ve tanı anındaki boy Z skorları arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Crohn hastalarından 16 çocuğun (%55,2), ÜK hastalarından 12 çocuğun (%33,3) hastalığının inaktif olduğu görülmüştür.

Azatiyopurin ve mesalazinin ÜK hastalarında daha sık kullanıldığı görülmüştür (sırasıyla p=0,002 ve p=0,001).

Herhangi bir ilaç kullanımıyla hastalık aktivitesi arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Anne eğitim düzeyi ile hastalık aktivitesi arasında ilişki saptanmamıştır. Fakat anne eğitim düzeyi arttıkça hastalığın inaktif olma olasılığının artma eğiliminde olduğu görülmüştür (eğimde ki-kare değeri 3,2, p=0,07). Baba eğitim düzeyi arttıkça hastalığın inaktif olma olasılığının arttığı görülmüştür (eğimde ki-kare değeri 4,5, p=0,03). Aile gelir düzeyi arttıkça İBH'nin anlamlı derecede inaktif olduğu saptanmıştır (eğimde ki-kare değeri 5,9, p=0,01).

İBH'da cinsiyet ile yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. İBH hastalarında anne eğitim düzeyiyle okul ilişkili yaşam kalitesi alt ölçeğinde anlamlıya yakın fark saptanmıştır (p=0,05).

İBH hastalarında baba eğitim düzeyinin ilkokul+eğitimsiz olması diğer gruplara oranla anlamlı derecede daha düşük sağlıkla ilgili yaşam kalitesi puanıyla ilişkili bulunmuştur (p=0,02). Toplam yaşam kalitesi puanı da baba eğitim düzeyinin ilkokul+eğitimsiz olduğu grupta diğer gruplara göre düşük olma eğiliminde bulunmuştur (p=0,07). Ailenin gelir düzeyi düştükçe yaşam kalitesi puanının daha düşük olduğu görülmüştür (p=0,04).

Hastanın güncel yaşı ve hastalık süresiyle toplam yaşam kalitesi puanı arasında anlamlı bir bağıntı (korelasyon) saptanmamıştır. Ülseratif kolit ve Crohn hastaları arasında toplam yaşam kalitesi ve yaşam kalitesi alt ölçekleri puanları arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Crohn hastalarında hastalığı aktif olanların yaşam kalitesi ve yaşam kalitesi alt grubu puanları daha düşük saptanmıştır (p=0,01). Ülseratif kolit hastalarında hastalığı aktif olanlarda sadece sağlık yaşam kalitesi puanı hastalığı inaktif olanlardan anlamlı derecede düşük saptanmıştır (p=0,04). Tüm İBH hastalarında hastalığı aktif olanların toplam yaşam kalitesi puanıyla yaşam kalitesi alt grup puanları anlamlı derecede düşük bulunmuştur (p=0,001).

Tüm İBH hastalarında steroid ve/veya biyolojik ajandan en az birini kullanan hastaların kullanmayanlara göre toplam yaşam kalitesi ve yaşam kalitesi alt grup puanları anlamlı derecede düşük saptanmıştır (p=0,002). Ayrıca steroid ve biyolojik ajandan en az birini kullan ve hiçbirini kullanmayan hastaların hastalık aktivitelerine göre yaşam kalitesi alt grupları ve toplam yaşam kalitesi puanları birbirinden anlamlı derecede farklı bulunmuş. Bu grupta yaşam kalitesi en kötü olanlar steroid ve biyolojik ajandan en az birini kullanan aktif hastalığı olanlar, yaşam kalitesi en iyi olan grup ise bu iki ilaçtan hiçbirini kullanmayan inaktif hastalığı olan hastalar olarak saptanmıştır.

Hasta ve kontrol grupları ayrı ayrı ve bir arada değerlendirildiklerinde toplam yaşam kalitesi puanları ve depresyon puanları arasında çok güçlü derecede anlamlı bağıntı saptanmıştır (sırasıyla; $r^2=0,71$, $p=0,0001$ ve $r^2=0,76$, $p=0,0001$)

Crohn ve ÜK hastalarında depresyon derecesi ve depresyon puanları arasında anlamlı fark saptanmamıştır. İBH hastalarında depresyon varlığı ile cinsiyet arasında

anlamli iliŒki bulunmamıŒtır. Ancak kontrol grubunda depresyon sıklığının kızlarda erkeklere oranla anlamli derecede fazla olduğu saptanmıŒtır ($p=0,007$). Crohn ve ÜK hastalarında depresyon puanları hastalığı inaktif olanlarda aktif olanlara göre daha düşük bulunmuŒtur (sırasıyla $p=0,008$ ve $p=0,03$).

İBH hastalarında depresyon ile anne ve baba eğitim düzeyleri arasında anlamli iliŒki yoktu (sırasıyla; $p=0,1$ ve $p=0,49$). Ancak aile gelir düzeyi düşük olan hastaların depresyon oranı daha yüksek bulunmuŒtur.

İBH hastalarında Mesalazin veya Azatiyopurin kullanan ve kullanmayan hastaların depresyon puanı arasında anlamli fark bulunmamıŒtır. Fakat steroid veya biyolojik ajan kullananların depresyon puanı bu ilaçları kullanmayan hastalardan anlamli derecede yüksek bulunmuŒtur ($p=0,009$). Ayrıca steroid ve biyolojik ajandan en az birini kullanan ve hiçbirini kullanmaya hastaların hastalık aktivitesine göre bakılan depresyon puanı arasında da anlamli fark saptanmıŒtır ($p=0,001$). Bu analizde depresyon puanları en yüksek (kötü) olan grup aktif hastalığı olan ve steroid-biyolojik ajan tedavisi alan iken depresyon puanı en düşük (iyi) olan grup ise hastalığı inaktif olan ve steroid-biyolojik ajan almayan grup olarak saptanmıŒtır.

Kontrol grubunda kızların sağlık ve okul yaŒam kalitesi alt grup puanları ve toplam yaŒam kalitesi puanları erkeklere oranla anlamli derecede düşük bulunmuŒtur (p değerleri sırasıyla 0,002, 0,04 ve 0,04). Yine kontrol grubunda kızların depresyon puanları erkeklere oranla daha yüksek bulunmuŒtur ($p=0,004$). Hasta grubunda kontrol grubuna oranla sağlık ve okul yaŒam kalitesi alt grup puanları anlamli derecede düşük saptanmıŒtır (sırasıyla $p=0,008$ ve $p=0,001$). Toplam yaŒam kalitesi puanının hasta grubunda kontrol grubuna oranla düşük olma eğiliminde olduğu da saptanmıŒtır ($p=0,058$). Hasta ve kontrol grubu arasında depresyon puanları açısından fark saptanmamıŒtır ($p=0,17$).

Hastalığı aktif olan İBH hastalarında tedavi edilmesi gereken depresyon sıklığı hastalığı inaktif olan ve sağlam çocuklardan anlamli derecede yüksek saptanmıŒtır ($p=0,001$).

6. TARTIŞMA

İnflamatuvar bağırsak hastalığının sıklığı hem erişkin hem de çocuklarda giderek artmaktadır. Hastalığın kronik olması ve nükslerle seyretmesi, ilaç ve beslenme tedavisinin zorluğu, hastalığa bağlı nedenlerle okula devamsızlık ve ergenlerin dış etkenlere daha duyarlı olması birleştiğinde hastaların yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesi beklenebilir. Ergenlik döneminde İBH tedavi uyumunun azaldığını bildiren çalışmalar bulunmaktadır [77, 78]. Hastalık ilişkili depresyona bağlı olarak tedavi uyumunda azalma ve buna bağlı nüks ve komplikasyonlar görülebilir. Kronik stres, olumsuz yaşam olayları ve depresyonun, hipotalamik- hipofiz-adrenal fonksiyonu, bakteri-mukozal etkileşimi, mukozal mast hücre aktivasyonunu bozmak ve kortikotropin salgılayıcı faktörü artırmak suretiyle İBH’de nükslere yol açabileceğini gösteren çalışmalar bulunmaktadır [79]. İnflamatuvar barsak hastalığı her ne kadar bir barsak hastalığı gibi görünse de hastalığa eşlik edebilecek depresyon ve yaşam kalitesi değişiklikleriyle birlikte biyopsikososyal yönden ele alınmalıdır.

Çalışmamızda ergen İBH hastalarında yaşam kalitesi düzeyinin belirlenmesi ve depresyon sıklığını saptanması ve sağlıklı çocuklarla karşılaştırılması ve İBH hastalarında yaşam kalitesi ve depresyona etki eden faktörlerin incelenmesi amaçlanmıştır.

Bu çalışmanın sonucunda hastalığı aktif olan İBH hastalarında yaşam kalitesinin azaldığı ve depresyonun sıklığının arttığı gözlemlenmiştir. Kullanılan tedaviler, ailenin ekonomik düzeyi, ebeveyn eğitim düzeyi gibi faktörlerin yaşam kalitesi ve depresyon üzerinde olumsuz etkileri saptanmıştır.

6.1. Demografik Verilerin Yorumlanması

Epidemiyolojik çalışmalar kuzey Avrupa ve Amerika'da CH'nin ÜK'ye göre daha sık olduğunu göstermektedir [80]. Buna karşılık güney Avrupa ülkeleri ve ülkemizde yapılan epidemiyolojik çalışmaların çoğunda ise çocukluk yaş grubundaki İBH'lerin sıklıkla ÜK olduğu gözlenmektedir. Castro ve arkadaşlarının yaptığı epidemiyolojik çalışmada 1996-2003 yılları arasında takip edilen 1576 İBH hastasının %52'sinin ÜK olduğu bildirilmiştir[81]. Ülkemizde 2012-2016 yılları arasında 43 merkezden toplanan 935 hastanın verileri incelendiğinde de hastaların %59.5'inin ÜK olduğu bildirilmiştir [82]. Çalışmamızın sonuçları Türkiye verilerine çok benzerlik göstermekte olup hastalarımızın %55,4'ünü ÜK hastaları oluşturmaktadır.

Çocuklarda yapılan epidemiyolojik çalışmalar İBH'nin erkeklerde daha fazla olduğunu göstermektedir[83]. Çalışmamızda literatürle uyumlu olacak şekilde İBH hastalarının %52,3 erkek, %47,7 kız olmakla birlikte, hastalık alt gruplarında CH'nin %72,4'ünde erkek, %27,6'sında kız, ÜK hastalarının %36,1'inde erkek, %63,9'unda kız olduğu saptanmıştır. Hastalık alt gruplarından ÜK hastalarında literatürden farklı olarak kız cinsiyetin baskın olduğu gözlemlenmiştir. Cinsiyet dağılımı açısından hastalık alt grupları arasında istatistiksel farklılık saptanmıştır. Bu durumun hasta sayısının az olmasından ve çalışma için belli yaş aralığının seçilmesinden kaynaklı olabileceği düşünülmüştür.

Ülseratif kolitli hastalarda sıklıkla rektal bölgenin de içinde olduğu kolon tutulumu vardır. Crohn hastalığı ise tipik olarak terminal ileumu tutmakla beraber, ağızdan anüse kadar tüm gastrointestinal sistemi tutabilir. Çalışmamızda literatürdeki çalışmalarına benzer şekilde, ÜK'li hastalarda yaygın kolonik tutulum, CH'li hastalarda ise ileokolonik tutulumun daha sık olduğu izlenmiştir [84]. Çalışmamızdaki Crohn hastalığının fenotipine bakıldığında hastaların %65,4'inde darlık veya penetrasyon saptanmazken %33,6'sında darlık ve penetrasyon saptanmıştır. Assa ve arkadaşlarının Paris sınıflandırmasına göre hastalığın tutulum yeri ve şiddetini inceledikleri çalışmalarında da ÜK hastalarında yaygın kolon tutulumu, CH'de ise terminal ileum tutulumunun daha sık olduğu bildirilmiştir [87]. Tutulum yeri

hastalığın klinik bulgularını, ortaya çıkışı ve tanı konulma hızını ve tedavi yanıtını belirleyici olabilir[85].

Crohn hastalarında tanı anındaki BKİ Z skorunun ülseratif kolitli çocuklara göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Özellikle CH'nin tüm gastrointestinal sistemi tutabilmesi, malabsorbsiyona yol açması, genellikle belirtilerinin çok spesifik olmaması nedeniyle ÜK'ye oranla tanı süresinin gecikebilmesi muhtemelen bu sonuca yol açmış olabilir. Ancak tanı anındaki boy z skorlarının etkilenmemiş olması Crohn hastaları için hastalık başlangıcıyla tanı arasındaki sürenin çok uzun olmadığını düşündürmektedir. Semptom ile tanı arasındaki sürenin çalışmamızda geriye dönük olarak sorgulanması hatırlama zorluğu yaratacağı için incelenmemiştir. Crohn hastalığı bulunan çocuk ve ergenlerin %65-85'inde büyüme geriliği ve beslenme durumunda problemler görülebileceği ve hastaların %15-40'ında hastalık boyunca büyüme ve beslenme sorunlarının sürebileceği bildirilmektedir[86]. İsrail'de 17 yaşında Yahudi gençler arasında, 2002-2016 arasında askerlik için zorunlu olarak yapılan tıbbi muayeneden geçen, 1.144.213 genç arasından saptanan 2372 İBH hastasının dahil edildiği bir çalışmada geç ergenlik döneminde boy ve kilo açısından hastalarla sağlıklı gençler arasında fark bulunmamıştır[87]. Ancak aynı çalışmada 14 yaş altında tanı alan kız ve erkek Crohn hastalarının sağlıklı gençlere oranla anlamlı derecede kısa boylu olduğu saptanmıştır. Ülseratif kolit hastalarında benzer bir bulgu saptanmamıştır. Crohn hastaları ayrıca incelendiğinde BKİ ve kilo ortalamalarının sağlıklı gençlerden daha düşük olduğu saptanmıştır. Bu durum CH'nin malabsorbsiyon ve malnütrisyona ÜK'den daha fazla yatkınlık yaratmasına bağlanmıştır.

Çalışmamızda tanı anındaki boy Z skorları ve güncel boy ve BKİ z skorları arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Ancak çalışmamızda sağlıklı çocukların boy ve kilolarının bilinmemesi hastaların sağlıklı çocuklarla boy/kilo ve BKİ açısından karşılaştırılmasını olanaksız kılmaktadır. Kendi çalışmamızda CH grubundaki hastalar arasında aktif hastalığı olanların boy z skorlarının inaktif hastalığı olanlardan anlamlı derecede düşük olduğu ancak BKİ arasında fark olmadığı saptanmıştır. Hastalığın kontrol altında olmaması, sistemik etkileri ve steroid kullanımı CH'de boy üzerinde

olumsuz etkiye yol açarken steroid kullanılması kiloyu artırarak BKİ'nin olduğundan yüksek görünmesine yol açmış olabilir. Ülseratif kolit grubunda bu iki parametre açısından inaktif ve aktif hastalığı olanlar arasında fark saptanmamıştır. Bu sonuçlar da büyüme problemlerinin daha çok CH'de olduğunu gösteren Ghersin ve ark.'nın çalışmasıyla benzer sonuçlar içermektedir[87]. İBH grubunda tanı anındaki boy z skorları arasında anlamlı fark saptanmamış olması hastalarda (özellikle CH'de) lineer büyümenin henüz etkilenmediğini düşündürmektedir.

İnflamatuvar bağırsak hastalığı aktivitesi klinik, laboratuvar ve görüntüleme yöntemleriyle değerlendirilebilir. Klinik hastalık şiddeti, kontrol sırasında şikayetlerin puanlaması ile yapılabilir. Bunun için geliştirilmiş pediatrik ülseratif kolit ve Crohn hastalığı aktivite indeksleri bulunmaktadır. Çalışmamızda Crohn hastalarının %44,8'inde, ÜK hastalarının %66,7'sinde aktif hastalık saptanmıştır. Hoekman ve arkadaşlarının pediatrik İBH'da infliximab tedavisi ile hastalık aktivitesini değerlendirmek için yaptıkları çalışmada CH'larının %26'sında aktif hastalık ($PCDAI \geq 10$), ÜK hastalarının %37'sinde aktif hastalık ($PUCAI \geq 10$) olduğu saptanmıştır[88]. Çalışmamızda iki hastalıkta da aktif hastalık oralarının yüksek olması hastaların düzenli kontrollere gelmemesine (özellikle COVID-19 pandemisi döneminde) ve tedavi uyumsuzluğuna bağlı olabilir. Hastalık aktivitesinin ölçümünün diğer bir yöntemi ise mukozal inflamasyonu dolaylı olarak gösteren fekal kalprotektindir. Kwapisz ve arkadaşlarının yaptığı bir yetişkin çalışmasında 126 hastadan hastalık aktivitesi kalprotektin seviyesi bakılarak ölçülmüş ve kalprotektin düzeyi endoskopik bulgularla karşılaştırılarak fekal kalprotektinin belirli değerlerdeki duyarlılık ve özgüllüğüne bakılmıştır [89]. Çalışmada fekal kalprotektin düzeylerinin endoskopi bulgularıyla korele olduğu, İBH şüphelenilen hastalarda ya da hastalık aktivitesinin değerlendirilmesinde invaziv olmayan tarama testi olarak kullanılabileceği ifade edilmiştir. Çalışmamızda son 3 ay içerisinde fekal kalprotektin düzeyleri sorgulanmış fakat çok az sayıda hastada bakıldığı için analiz yapılamamıştır.

Crohn hastalarının %13,8'i(n=4), Ülseratif kolit hastalarının ise %2,8'inin (n=1) modülen kullandığı saptanmıştır. Bunun dışında hastalığa bağlı olarak kendileri ya da doktor önerisiyle özel diyet yapan hasta oranı ülseratif kolit için %5,6 (n=2),

Crohn için ise %3,4 (n=1) olarak saptanmıştır. Levine ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada Crohn hastalarında diyet tedavisinin hastalık remisyonundaki etkilerine bakılmıştır[90]. Çalışmada hastalara 12 hafta boyunca iki çeşit diyet verilmiştir; 39 hastaya Crohn hastalığı dışlama diyetiyle beraber kısmi enteral destek ürünü verilmiştir. Bu diyet hastaların %97,5'inde iyi tolere edilmiştir. Bu hastaların %75'i 6 hafta sonra steroid tedavisi almadan remisyona girmiş, 12. haftanın sonunda ise hastaların %75,6'sının hala remisyonunda olduğu saptanmıştır. Buna karşılık 28 hastaya ise sadece özel enteral ürün (EEN) olan modülen verilmiştir. Bu ürün ise hastaların %75'inde tolere edilmiş, 6 hafta sonra hastaların %59'u, 12 hafta sonra %45,1'i steroid tedavisi almadan remisyona girmiştir. Crohn hastalığı dışlama diyetiyle beraber kısmi enteral ürün alan hastalardaki iyileşme, CRP ve kalprotektin düzeyleriyle de desteklenerek; mukozal inflamasyondaki iyileşmeye bağlanmıştır. Kendi çalışma grubumuzda da Crohn hastalarına özellikle tedavi başlangıcında modülen önerilmekle beraber modülene başlayan hastaların hemen hepsinin tat nedeniyle bu tedaviyi sürdüremediği gözlenmiştir. Crohn hastalığı dışlama diyetiyle yapılacak yeni çalışmalar hastaların diyete uyumunu artırırken steroid kullanımını azaltabilir.

6.2. İlaç Kullanımı ile Hastalık Aktivitesi Arasındaki İlişkinin yorumlanması

İBH hastalığında tedavi seçenekleri hastalığın aktivitesi ve yaygınlığına göre değişiklik göstermektedir. Genel olarak basamak tedavisi uygulanmaktadır. Her iki hastalıkta da eğer yaygın hastalık yoksa ve ciddi komplikasyonlar eşlik etmiyorsa ilk seçenek tedaviler genellikle lokal ve sistemik 5 ASA bileşikleridir. Bununla beraber hastalık aktivitesi arttıkça ya da nüks oldukça tedaviye immünmodülatörler, steroid ve biyolojik ajanlar eklenebilmektedir[91]. Özellikle steroidler şiddetli aktivite varlığında ya da hâlihazırda tedavi almakta olan bir hastada nüks gözlendiğinde belirtilerin kontrol altına alınması için kullanılabilir. Standart ilaçlara yanıtız ya da striktür gibi komplikasyonları bulunan hastalarda biyolojik ajanların tedaviye eklenmektedir. Geisz ve arkadaşlarının yetişkinlerde yaptıkları bir çalışmada genç erişkinlerde CH için steroid kullanımı %16,5, biyolojik ajan kullanımı %44,3 ve 5-ASA kullanımı %33,9 olarak saptanmıştır. Buna karşılık ÜK hastalarında steroid kullanımı %15,4, biyolojik ajan kullanımı %19,2 ve 5-ASA kullanımı %68,2 olarak

saptanmıştır[92]. Hastalarımızın özellikle steroid ve biyolojik ajan kullanımı bu çalışma ile benzerlik göstermektedir. Duricova ve arkadaşlarının yaptığı bir derleme çalışmasında 1935-2016 yılları arasındaki Crohn hastalığı ile ilgili çalışmalar elektronik ortamdan taranmıştır[93]. Bu derlemede 19 yaşından önce tanı alan Crohn hastalarının dahil edildiği 49 çalışma irdelenmiştir. Çalışmada Crohn hastalığının tutulum yeri, fenotipi, tedavisi, hastaneye yatış, büyüme, pubertal gelişim gibi hastalığın farklı yönleri irdelenmiştir. Hastaların %48 ile %88'inin tedavilerinin herhangi bir döneminde steroid aldığı bildirilmiştir. Steroid tedavisinin uzun dönem etkilerinin incelendiği altı çalışmanın sonuçlarına göre hastaların %12,3-%36,8 oranında steroide bağımlı olduğu saptanmıştır. Derlemedeki çalışmalardan birinin sonucuna göre ileokolonik tutulumun steroid bağımlılığı için risk faktörü olduğu saptanmıştır[94]. Aynı derlemede immünmodülatör tedavinin kullanımının yıllar içinde arttığı ifade edilmiştir. Fransız çalışmalarının analizinde 5 yıllık tedavilere göre 1988-1994 yılları ile 1995-2002 yılları karşılaştırılmış ve immünmodülatör kullanımının %32'den %68'lere çıktığı gözlemlenmiştir. Biyolojik ajanların kullanımının başlarda isteğe bağlı olmasına rağmen yıllar içinde kullanımının yaygınlaştığı ve tedavi etkinliğine göre ilaçların devam ettiği anlayış benimsenmiştir.

Çalışmamızda ilaç kullanımı ile hastalık aktivitesi arasında anlamlı fark olmamasına karşın, steroid ve biyolojik ajandan en az birini kullanan hastaların hastalık aktiviteleri bu iki ilaçtan hiçbirini kullanmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamızın sonucuna benzer şekilde Danimarka'da 18 yaşından büyük genç ve erişkinlerde yapılan bir çalışmada steroid kullanan hastaların hastalık aktivitesinin yüksek olduğu bildirilmiştir[95]. Bunun nedeni olarak bu tedavileri alan hastaların hastalığının kontrol altında olmadığı veya sık nüksettiği düşünülmüştür. Hastalığın zor kontrol edilmesi, steroid ya da biyolojik ajan kullanma gereksinimi hastalığa bağlı komplikasyonları da arttırabilir.

6.3. Ailenin Sosyoekonomik Düzeyiyle Hastalık Aktivitesi Arasındaki İlişkinin yorumlanması

İBH aktivitesiyle ailenin sosyoekonomik düzeyi arasında dolaylı bir ilişki olabilir. Özellikle düşük sosyoekonomik düzeyi olan aileler çocuklarını takiplerini

düzenli yaptırmayabilir, medikal ve diğer destek tedavileri uygulama konusunda yeterli olmayabilir. Çalışmamızda anne eğitim düzeyiyle İBH hastalık aktivitesi arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Ancak anne eğitim düzeyi arttıkça hastalığın inaktiflik olasılığının artma eğiliminde olduğu görülmüştür. Baba eğitim düzeyiyle hastalık aktivitesi arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Baba eğitim düzeyi arttıkça hastalığın inaktiflik olasılığının arttığı görülmüştür.

Aile gelir düzeyi arttıkça İBH'nin anlamlı derecede inaktif olduğu saptanmıştır. Çalışmamızdaki sosyoekonomik düzey ile hastalık ilişkisine benzer bir çalışma Benchimol ve ark. tarafından 1994-2004 yılları arasında 18 yaşından küçük hastaların geriye dönük taranmasıyla yapılmıştır[96]. Bu çalışmada gelir düzeyi ile sağlık hizmetleri kullanımı ve cerrahi tedavi gereksinimi arasındaki ilişkiye bakılmış. Düşük gelir düzeyi olan hastaların doktora gitme gereksiniminin daha fazla olduğu görülmüş ve bunun nedeninin hastalığın yaygınlığı, fenotipi ya da diğer sosyoekonomik durumlara bağlı olabileceği düşünülmüştür. Çalışmamızdaki sosyoekonomik düzey ile hastalık aktivitesi arasındaki ilişkinin nedeni hastaların düzenli takibe gitmemeleri olabileceği düşünülmüştür. Ancak ailelerin takibe gitme sıklıkları, tedavi uyumlarının sorgulanmamış olması bu konuda kesin yorum yapmayı güçleştirmektedir. Ailenin ekonomik durumu ve ebeveyn eğitim düzeyinin aktif hastalık için bir risk faktörü olarak görünmesi nedeniyle her hastada sorgulanmalı ve bu alandaki dezavantajlar hastaların randevuları ilgili klinikler tarafından düzenlenerek ya da hekime ulaşmalarını kolaylaştırıcı önlemler alınarak azaltılmaya çalışılmalıdır.

6.4. Yaşam Kalitesi Analizlerinin Yorumlanması

Yaşam kalitesi kişinin mutluluğunu, çevresi ile iletişim ve hayattan zevk alması ile ilgili genel bir kavramdır. İBH gibi kronik veya kronik olmayan hastalıkların varlığında kişinin yaşam kalitesi bozulmaktadır. Bu çalışmamızda ana hedeflerimizden birisi de yaşam kalitesinin hastalık aktivitesi, aile sosyoekonomik düzeyi ve hastaların mevcut tedavilerine göre nasıl değiştiğini ortaya koymaktır.

Silva ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada pediatrik İBH hastalarında yaşam kalitesini etkileyen faktörler incelenmiştir[52]. Bu çalışmaya 3-18 yaş aralığında 35 hasta ve 62 sağlıklı çocuk dahil edilmiş, PedsQL-4 ölçeğiyle yaşam kalitesi değerlendirilmiştir. Sonuç olarak İBH hastalarında kızlarda yaşam kalitesinin daha düşük olduğu bildirilmiştir. Bunun yanında hasta alt gruplarında CH olanların yaşam kalitesi düşük olsa da istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Çalışmamızda cinsiyet, hastalık alt grubu, hastalık süresi ve yaşla yaşam kalitesi arasında ilişki bulunmamıştır.

Anne ve baba eğitim düzeyi ile toplam yaşam kalitesi arasında anlamlı fark saptanmamış olmasına rağmen anne eğitim düzeyi düşük olan hastaların okul ile ilgili yaşam kaliteleri, baba eğitim düzeyi düşük olanlarda ise sağlıkla ilgili yaşam kaliteleri daha düşük bulunmuştur. Ebeveyn eğitim düzeyindeki azalmaya paralel olarak ebeveynlerin çocuklara destek verebilme kapasitelerinin de azaldığı düşünülmüştür. Aile gelir düzeyinin düşük olması ile toplam yaşam kalitesi ve yaşam kalitesi alt grup puanlarının düşüklüğü arasında anlamlı ilişki olduğu gözlemlenmiştir. Bunun nedenlerinden birisi ailenin sosyoekonomik açıdan düşük düzeyde olmasının hastanın genel yaşam kalitesini doğrudan olumsuz etkilemesi olabilir. Bunun yanı sıra ekonomik yetersizlik hastalığın takibini (kontrole gitmeyi, endoskopi/kolonoskopi yaptırmayı) zorlaştırarak etkin tedavi uygulanmasını engelleyebilir. Ancak çalışmamızda hastaların kontrol randevularına gidip gidemedikleri sorgulanmamış ve çalışmanın yapıldığı dönemde görülen COVID-19 pandemisi de kontrollerin aksatılmasına yol açmış olabilir. Gumidyala ve ark. yaptığı çalışmada çeşitli risk faktörlerini varlığında İBH hastalarının yaşam kalitesine bakılmış. Bu risk faktörleri arasında hastalık alt tipi (CH varlığı risk faktörü olarak kabul edilmiş), hastalığın şiddeti, cinsiyet (kadın cinsiyet risk kabul edilmiş), anksiyete/depresyon varlığı, tedavi uyumu ve ailenin sosyoekonomik durumu yer almıştır. Bu faktörlerden her birinin varlığı bir risk olarak belirlenmiş ve toplam bir risk ölçeği oluşturulmuş. Bu risk faktörlerinin varlığı daha düşük yaşam kalitesi ile ilişkili bulunmuştur [97]. Araştırmacılar, bu risk faktörleri hedeflenerek yapılacak iyileştirmelerin yaşam kalitesini artırmaya yardımcı olabileceğini belirtmiştir. Yeni tanı İBH hastalarında hastalık ve tedavinin aileye iyi anlatılması, düzenli kontrollerin öneminin

vurgulanması ve mümkün olduğunda hastaların multidisipliner İBH kliniklerinde takip edilmelerinin sağlanması ebeveyn eğitiminin hastalık aktivitesi ve yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz etkisinin azaltılmasına yarayabilir.

Çalışmamızda hem CH hem de ÜK hastalarında hastalık aktivitesi ile yaşam kalitesi ve yaşam kalitesi alt gruplarının puanları arasında anlamlı fark saptanmıştır. Hastalığın aktif olması yaşam kalitesini anlamlı derecede azaltmaktadır. Red-Knight ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da benzer sonuçlar saptanmıştır [98]. Bu çalışmaya 11-18 yaş aralığında 83 hasta dahil edilmiştir. Hastalık aktivitesi yüksek olan hastalarda yaşam kalitesinin daha kötü olduğu saptanmıştır. Hastalık aktivitesinin artmasının, kötü yaşam kalitesi ve depresyonun da içinde olduğu içsel problemlere yol açabileceği düşünülmüştür. Ailelerin ruh sağlığının çocukların yaşam kalitesini etkileyebileceği, bu nedenle tedavide aile temelli yaklaşımın önemi vurgulanmıştır. Çin’de yapılan bir çalışmada Fu ve arkadaşları 2016-2018 yılları arasında gastroenteroloji bölümüne gelen İBH tanısı olan, 18 yaş üzeri 199 hastaya yaşam kalitesi ölçeği (The Inflammatory Bowel Disease Questionnaire, IBDQ) uygulamışlar[99]. Ayrıca hastaların hastalık aktivitesi de gözden geçirilmiş. Çalışmanın sonucunda; 1) Hastaların birçoğunda anksiyete, depresyon gibi psikolojik problemler görülmekle beraber %40 oranında depresyon bildirilmiştir. Bu psikolojik bulguların diğer faktörlerden bağımsız olarak yaşam kalitesini bozduğu ifade edilmiş, psikolojik bozuklukların tedavi uyumunu da etkilediği, dolayısı ile erken dönemde tanınıp tedavi edilmesinin yaşam kalitesini desteklemek için çok önemli olduğu ifade edilmiştir. 2) Hastalık aktivitesinin yaşam kalitesini olumsuz etkilediği gözlemlenmiş, hastalık aktivitesinin hastalarda psikolojik problemler oluşturmak suretiyle yaşam kalitesini dolaylı olarak etkilediği ifade edilmiştir. Hastalarda depresyon ve anksiyete gibi psikolojik problemlerin sıklığının, bizim çalışmamızda olduğu gibi, %50,7’ye çıktığı gözlemlenmiştir. Bunun yanında yaşam kalitesinin bağırsak problemleri, ağrı gibi sebeplerle de doğrudan etkilenebildiği ifade edilmiştir. 3) Psikososyal desteğin hastalarda yaşam kalitesini arttırdığı ifade edilmiştir. Dolayısıyla arkadaş çevresi, aile veya profesyonel psikolojik desteğin İBH hastalarında çok önemli olduğu vurgulanmıştır. Çalışmamızın sonuçların bu çalışmaya benzerlik göstermektedir. Hastalarımızın önemli bir kısmında tedavi edilmesi gereken depresyon bulunmakla

birlikte hiçbir hastanın profesyonel tıbbi destek almadığı görülmüştür. Bu durum, hastalara bakım veren doktorların rutin depresyon taraması yapmamasına ya da hasta yakınlarının çocuklarının psikolojik durumunun farkında olmamasına bağlı olabilir. Profesyonel destek dışında aile ya da arkadaş desteğinin yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin de ayrıca değerlendirilmesi uygun olacaktır. Özellikle hastalığı kontrol altında olmayan ve steroid tedavisi kullanan hastaların düşük yaşam kalitesi açısından daha riskli grupta olduğu hatırlanmalı ve bu hasta grubunun psikolojik destek açısından rutin değerlendirmesi yapılmalıdır.

Çalışmamızın yapıldığı dönemde yaşanan Covid-19 pandemisinin de yaşam kalitesini olumsuz etkileyebileceği düşünülmüştür ancak bu konuda ek bir sorgulama yapılmamıştır.

Çalışma yapıldığı sırada steroid ve biyolojik ajandan en az birini kullanan hastaların yaşam kalitesi skorları daha düşük bulunmuştur. Steroid/biyolojik ajan kullanımını ve aktif hastalık varlığı en kötü yaşam kalitesiyle ilişkili bulunmuştur. Bunun nedenlerinin başında steroid ve biyolojik ajan kullanılmasına rağmen hastalığın belirtilerinin kontrol altına alınamaması hastalarda umutsuzluğa yol açması olabilir. Hastalığın standart ilaçlarla kontrol edilememesi hastalarda iyileşmeyecekleri duygusunun gelişmesine yol açabilir. Bunun yanı sıra steroid tedavisinin hem beden algısı hem de doğrudan merkezi sinir sistemi üzerindeki olumsuz etkilerinin de yaşam kalitesini negatif yönde etkileyebileceği düşünülmüştür. Sistemik steroid kullanımının yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin incelendiği ve 57.725 erişkinin dahil edildiği bir analizde yılda 4 ve daha fazla kez steroid reçete edilen hastaların yaşam kalite puanları hiç steroid kullanmayan ya da yılda 4 kereden daha az sayıda steroid reçete edilen kişilerden daha kötü bulunmuştur[100]. Hastalığı kontrol altında olmayan ve/veya steroid/biyolojik ajan kullanan hastalarda yaşam kalitesinin düşük olabileceği düşünülerek bu hasta grubu yakından izlenmeli ve gereken psikolojik destek sağlanmalıdır.

Kontrol grubunda kızların yaşam kalitesi daha kötü (sağlık ve okul) ve depresyona daha yatkın oldukları saptanmıştır. Silva ve arkadaşlarının çocuklarda

yaptığı bir çalışmada İBH hastalarında yaşam kalitesine bakılmış ve sağlıklı çocuklarla karşılaştırılmıştır[52]. Çalışma sonucunda İBH hastalarında ve kontrol grubunda kızlarda yaşam kalitesinin daha kötü olduğu ifade edilmiş, İBH hastalarının yaşam kalitesi alt grupları puanları ve toplam yaşam kalitesi puanlarının sağlıklı çocuklara göre daha düşük olduğu gözlemlenmiştir. Bu çalışmada kızlar, Crohn hastaları, cerrahi ve besin kısıtlamaları azalmış yaşam kalitesi puanlarıyla ilişkili bulunmuştur. Hastaların ishal ve ortak tuvaletleri kullanma korkusu düşük fiziksel yaşam kalitesi, antropometrik ölçümlerin 3 persentilin altında olması ve aktif hastalık varlığı sosyal yaşam kalitesi puanlarında azalmayla ilişkili bulunmuştur. Marcus ve ark. tarafından İBH hastalarında yorgunluk ve yaşam kalitesi ile ilgili anket çalışması yapılmış[50]. İBH hastaları normal popülasyon ile kıyaslandığında yorgunluğun daha fazla ve yaşam kalitesinin daha kötü olduğu bildirilmiştir.

Sonuç olarak İBH'lı gençlerde yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilecek sosyal, hastalık ilişkili ya da bireysel faktörler bulunmaktadır. Hasta takiplerinde düşük yaşam kalitesi için risk faktörlerinin belirlenmesi ve bunlara yönelik iyileştirmeler yapılmaya çalışılmalıdır.

6.5. Depresyon Analizlerinin Yorumlanması

Genç ergenlerde depresyon sıklığı %25 oranında görülmektedir[6]. Bu hastaların çok azı tanı almaktadır. Özellikle kronik hastalarda depresyon sıklığı daha da artmaktadır. Çalışmamızın en önemli amaçlarından birisi de İBH hastalarında depresyon sıklığını saptamak ve depresyon varlığını etkileyen faktörleri saptamaktır.

Ülkemizde 15-17 yaş arası lise öğrencilerinde Türkleş ve arkadaşlarının 2008'de yayınlanan çalışmalarında gençlerde depresyon oranı %19,9 olarak bulunmuştur[60]. Depresif belirtilerin kızlarda, gelir düzeyi düşük olanlarda, meslek lisesinde eğitim alan öğrencilerde, annesinde fiziksel hastalık olanlarda ve kronik hastalığı olanlarda daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda da hasta ve kontrol grubunda kızlarda depresyon oranı daha fazla bulunurken hasta grubundaki depresyon sıklığı da kontrol grubundan yüksek bulunmuştur. Ülkemizde İBH hastalarında depresyon sıklığını gösteren çalışma olmamasına karşın kronik

hastalıklarda depresyon sıklığını inceleyen çalışmalar yapılmıştır. Fidan ve arkadaşları 50 Ailesel Akdeniz Ateşi (FMF) olan hastayla 50 sağlıklı çocuğun dahil edildiği çalışmada depresyon gibi psikiyatrik belirtileri araştırmış, sonuçta iki grubun depresyon puanları birbirine yakın bulunmuş, istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır[67].

Ülkemizde 2016-2017 yılları arasında Van ilinde lise 10-11-12 sınıflarından rastgele seçilen 270 öğrenciye Kısa Semptom Envanteri (KSE) Depresyon Ölçeği kullanılarak bir tarama yapılmıştır[101]. Bu çalışmada öğrencilerin %20,7 sinde yüksek dereceli depresyon saptanmıştır. Depresyon sebepleri arasında en büyük faktörlerden birinin yalnızlık olduğu ifade edilmiştir. Kızlarda ve düşük eğitim düzeyi olan ailelerin çocuklarında depresyon oranı daha yüksek bulunmuştur. Eğitim düzeyi yüksek olan ailelerin çocuklarıyla daha doğru ve sağlıklı bir iletişim kurmasının sonuçta etkili olduğu belirtilmiştir. Sonuç olarak ergenlik döneminde depresyonun üstesinden gelebilmek için lisede ergen-aile etkileşimini arttırmaya yönelik etkinliklerin düzenlenebileceği ifade edilmiştir. Belirtilen çalışmanın aksine çalışmamızdaki hasta grubunun aile eğitim düzeyi ile depresyon arasında anlamlı ilişki saptanmamış, gelir düzeyi düşüklüğü ile depresyon varlığı arasında ise anlamlı ilişki saptanmıştır. Kontrol grubu aile eğitim düzeyi ve gelir düzeyleri sorgulanmadığı için depresyon ilişkisine bakılamamıştır.

Ituralde ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada Kistik Fibrozis, diyabet ve İBH tanısı almış toplam 109 hastaya depresyon taraması yapılmıştır[73]. Çalışmada PHQ-9 ölçeği kullanılmış olup 93 kişinin PHQ-9 skoru <11 saptanmış ve düşük risk olarak kabul edilmiştir. PHQ-9 skoru ≥ 11 olan 7 hasta veya intihar riski olan 9 hasta da yüksek riskli olarak değerlendirilmiştir. Anketlerden hemen sonra bu 16 hasta depresyon tanısının doğrulanması için psikiyatriye yönlendirilmiş. Bu hastaların 8 tanesine psikoterapi ve ilaç tedavisi başlanmıştır. Hastalık bazında değerlendirildiğinde İBH hastalarında skor diyabet hastalarına göre daha yüksek bulunmuş, ayrıca hastalık aktivitesi yüksek olan İBH hastalarının skorları anlamlı olarak yüksek çıkmış. Bu çalışmada kronik hastalığı olan çocukların depresyon açısından düzenli aralıklarla taranması gerektiği ve tarama için PHQ-9'un güvenilir bir araç olduğu ifade edilmiştir.

PHQ-9 ölçeğinin kısa oluşu, kolay uygulanabilir oluşu, Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasının yapılmış olması İBH hastalarında rutin olarak kullanılabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca bu çalışmada İBH hastalarından hastalık aktivitesi yüksek olanlarda depresyon skorlarının yüksek olması çalışmamıza benzer bulunmuştur.

Baudino ve arkadaşlarının 13-18 yaş arasında 85 İBH'lı adolesanda yaptığı çalışmada; hastalık aktivitesi, hastalık algısı ve ailenin hastalık algısının depresyon ile ilişkisine bakılmıştır[102]. Çalışmada İBH hastalarının depresyon riskinin arttığı, bunun önemli bir sebebinin hastalık aktivitesine bağlı psikolojik problemler olmakla beraber hastaların ve ailelerin hastalığı algılamaması olarak ifade edilmiştir. Çalışmamızda da hastalık aktivitesinin artmasına bağlı olarak depresyon sıklığının arttığı gözlemlenmiştir. Ailenin hastalık algısı genellikle rutin değerlendirilen bir parametre olmamasına karşın hem ailenin sosyokültürel düzeyinden etkilenebilmesi hem de ailenin ve çocuğun hastalığı kabullenmesi, tedavi ve takipleri aksatmamasını sağlayabileceği için önemlidir. Bu nedenle hasta ve ailesinin hastalık algısının saptanmış olması önemli olabilir.

Brink ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada aktif hastalık varlığında depresyon sıklığının %50'lere çıktığı görülmüştür [70]. Çalışmada İBH hastalarında depresyon sıklığı ve risk faktörlerini ortaya koymayı hedeflemiştir. Bu çalışmada 10-25 yaş aralığında 374 İBH hastası depresyon açısından Screen for Child Anxiety-Related Disorders (SCARED) ölçeğiyle taranmıştır. Çalışmada İBH hastalarında depresyon ve anksiyete sıklığının arttığı ve yaygın aktif hastalığı olanlarda oranın %50'lere çıktığı ifade edilmiştir. Çalışmamızda da aktif hastalığı olanlarda depresyon oranı %48,6'ya ulaşırken, hastalığı inaktif olanlarda depresyon oranı kontrol grubundan daha düşük çıkmıştır.

Stapersma ve arkadaşlarının İBH hastalarında depresyon ile ilgili 1994-2017 yılları arasında yapılan çalışmaları derledikleri bir meta analizde depresyon prevalansına ve depresyonu etkileyen faktörlere bakılmıştır[69]. Toplam 2.911 hasta üzerinde yapılan 22 çalışmanın sonuçları incelendiğinde; hastaların cinsiyeti ve

hastalık alt grupları ile depresyon sıklığı arasında ilişki saptanmamıştır. Fakat çalışmaların hemen hepsinde hastalık aktivitesiyle depresyon arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Hastalık aktivitesinin depresyon için önemli bir risk faktörü olduğu ifade edilmiştir. Çalışmamızda da yapılan meta analizlerinin sonuçlarına benzer şekilde hasta alt grupları arasında ve cinsiyet grupları arasında depresyon açısından anlamlı fark olmamasına karşın aktif hastalığı olanlarda depresyon sıklığının çok yüksek olduğu gösterilmiştir.

Szigethy ve arkadaşlarının 9-17 yaş aralığında olan 226 İBH hastasında yaptığı çalışmada depresyon varlığı taranıp gruplandırılmış[103]. Çalışmada hastalar depresyon puanlarına göre 3 gruba ayrılmış, hastaların %25'inde orta ve ağır depresyon saptanmış. Çalışmamızda ise hastalarımızın depresyon oranları bu çalışmaya göre daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamızın yapıldığı dönemin "Covid-19 pandemisine" denk gelmesi, iki çalışmada depresyonu saptamak için kullanılan ölçeklerin farklı olması, Szigethy'nin çalışmasında hastaların 1/3'ünün yeni tanı olmasının aradaki farkın nedeni olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda steroid/biyolojik ajan kullanan hastalarda, özellikle de aktif hastalık zemininde depresyon puanlarının daha kötü olduğu saptanmıştır. Hastalığın aktif olması ve steroidin merkezi sinir sistemi üzerinde yarattığı etkiler bu sonuca yol açmış olabilir. Literatürde 2016 yılında yayınlanan ABD'de yapılan bir çalışmada genç ve yaşlı hastaların tedavileri kıyaslanmış; uzun süreli steroid kullanımının depresyonu arttırdığı ifade edilmiş ve steroid tedavisinin uzun süre kullanılmaması önerilmiştir [92]. Steroid kullanımına bağlı hastalarda ciddi enfeksiyon, ani ölüm, kemik mineral kaybı gibi yan etkiler bilinmekle beraber depresyon, anksiyete, uyku ve yorgunluk gibi psikolojik ve mental problemlerin nasıl oluşturduğu kesin olarak bilinmemektedir[104, 105].

Hasta ve kontrol grubu arasında depresyon puanları açısından fark saptanmamış olmasına karşın aktif hastalığı olanlarda tedavi edilmesi gereken depresyon, hastalığı inaktif olanlar ve kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek saptanmıştır. Knight ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada İBH hastaları ile sağlıklı

ergenler depresyon açısından karşılaştırılmıştır[71]. Çalışmada beklentilerinin aksine sağlıklı çocuklarda depresyon oranı daha yüksek bulunmuştur. Ancak hasta grubu kendi içinde incelendiğinde aktif hastalığı olanlarda depresyon oranı sağlıklı çocuklardan ve inaktif hastalığı olanlardan daha yüksek bulunmuştur. Bu farkın ailelerin sosyoekonomik düzeyiyle ilişkili olduğu ifade edilmiştir. Çalışmamızda da buna paralel şekilde hastalığı aktif olanların depresyon oranları en yüksek iken, inaktif hastalığı olanlarda depresyon oranı kontrol grubuna göre daha düşük bulunmuştur. Çalışmamızdaki bu sonucun inaktif hasta sayısının yetersizliği veya ailelerin sosyoekonomik düzeyleri ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

Knight ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yaşam kalitesinin hastalık aktivitesinin artmasıyla kötüleştiği gösterilmiştir[98]. Yaşam kalitesinin bu derece kötüleşmesinin sebebi olarak hastalık aktivitesine bağlı çocuklarda depresyon, anksiyete gibi psikolojik problemlerin artması gösterilmiştir. Bu problemlerle başa çıkılarak yaşam kalitesinin yükseltilebileceği ifade edilmiştir. Çalışmamızda bu çalışmanın sonuçlarına benzer olarak depresyon ile yaşam kalitesi arasında güçlü bir bağlantı saptanmıştır. Hastalarımızın ve kontrol grubumuzun depresyon puanları arttıkça yaşam kalitelerinin düştüğü gösterilmiştir.

Sonuç olarak depresyon özellikle aktif hastalığı olan ve steroid/biyolojik ajan kullanan hastalarda daha sık görülmektedir. Bu risk faktörlerini taşıyan hastalar başta olmak üzere tüm İBH hastaları belirli aralıklarla depresyon açısından taranmalı ve gerekli yönlendirmeler yapılmalıdır.

6.6. Çalışmanın Kısıtlılıkları ve Güçlü Yanları

Çalışmamız ergenlerde İBH'de önemli bir konuya değinmekle birlikte bazı kısıtlılıklar içermektedir. Çalışma çok merkezli olmakla birlikte yine de katılımcı sayısı 65 kişi ile sınırlı kalmıştır. Bunu en önemli nedeninin Covid-19 pandemisine bağlı olarak hastaların hastaneye başvurmaması olduğu gözlenmiştir. Ayrıca kontrol grubundaki ergenleri seçmek için yaptığımız başvuruda tek liseden gönüllü seçmemiz ve bu pandemi döneminde okulların kapalı olmasından dolayı kısıtlı sayıda gönüllüye ulaşılması da diğer bir kısıtlılıktır. Okulların kademeli olarak açılması nedeniyle çalışmamızda 9. ve 12. Sınıf öğrencileri ağırlıklı olarak temsil edilmiştir. Bu nedenle lise dönemlerindeki öğrenci sayıları açısından amaçlanan homojen dağılıma

ulaşılamamıştır. Ancak buna rağmen hasta ve kontrol grubu arasında yaş ya da cinsiyet açısından fark saptanmamıştır. Diğer bir kısıtlılık kontrol grubumuzun aile eğitim ve gelir düzeylerinin sorgulanmamış olmasıdır. Böylelikle bu faktörün depresyon ve yaşam kalitesi ile ilişkisi değerlendirilememiştir. Bir başka kısıtlılık hastalık aktivitesinin sadece aktivite indeksleriyle değerlendirilebilmesi olmuştur. Hastalarda mukozal iyileşmeye göre değerlendirme yapılamamıştır. Bunun en önemli nedeni olarak hastaların Covid-19 pandemisi nedeniyle yakın zamanda kalprotektin testi ya da kolonoskopi yaptırmaması olduğu düşünülmüştür. Hastalık aktivite indekslerinin İBH’de diğer laboratuvar ve kolonoskopik bulgularla korelasyon göstermesi nedeniyle bu kısıtlılığın önemi azalmaktadır.

Çalışmanın güçlü yanları arasında İBH’li ergenlerde ülkemizde yaşam kalitesi ve depresyon sıklığını belirlemek için yapılan ilk çalışma olması ve klinik uygulamalarda İBH hastalarının bütüncül olarak değerlendirilmesine olanak sunan bir model geliştirmesi yer almaktadır.

7. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak aktif hastalığı olan İBH'lı ergenlerde yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenmekte ve depresyon sıklığı artmaktadır. Ebeveynlerin eğitimi ve ailenin sosyoekonomik durumu risk faktörü olarak ortaya çıkmaktadır. Bu durum hastaların okul başarısını, tedaviye uyumu, arkadaş ve aile ilişkilerini olumsuz yönde etkileyebilir. İnflamatuvar bağırsak hastalığı olan gençlerde depresyon ve yaşam kalitesi düzenli aralıklarla değerlendirilmelidir. Depresif olabileceği saptanan ya da yaşam kalitesinde bozulma olan hastalar çocuk ruh sağlığı uzmanlarıyla birlikte takip edilmelidir.



8. KAYNAKÇA

1. Ek, W.E., M. D'Amato, and J. Halfvarson, *The history of genetics in inflammatory bowel disease*. Ann Gastroenterol, 2014. **27**(4): p. 294-303.
2. Griffiths, A.M., *Specificities of inflammatory bowel disease in childhood*. Best Pract Res Clin Gastroenterol, 2004. **18**(3): p. 509-23.
3. Rosen, M.J., A. Dhawan, and S.A. Saeed, *Inflammatory Bowel Disease in Children and Adolescents*. JAMA Pediatr, 2015. **169**(11): p. 1053-60.
4. Knowles, S.R., et al., *Quality of Life in Inflammatory Bowel Disease: A Systematic Review and Meta-analyses-Part I*. Inflamm Bowel Dis, 2018. **24**(4): p. 742-751.
5. Mojtabai, R., M. Olfson, and B. Han, *National Trends in the Prevalence and Treatment of Depression in Adolescents and Young Adults*. Pediatrics, 2016. **138**(6).
6. Mackner, L.M., et al., *Depression Screening in Pediatric Inflammatory Bowel Disease Clinics: Recommendations and a Toolkit for Implementation*. J Pediatr Gastroenterol Nutr, 2020. **70**(1): p. 42-47.
7. Loftus Jr, E.V., *Clinical epidemiology of inflammatory bowel disease: incidence, prevalence, and environmental influences*. Gastroenterology, 2004. **126**(6): p. 1504- 1517.
8. Heyman, M.B., et al., *Children with early-onset inflammatory bowel disease (IBD): analysis of a pediatric IBD consortium registry*. The Journal of pediatrics, 2005. **146**(1): p. 35-40.
9. Koloski, N.A., L. Bret, and G. Radford-Smith, *Hygiene hypothesis in inflammatory bowel disease: a critical review of the literature*. World J Gastroenterol, 2008. **14**(2): p. 165-73.
10. Amre, D., *Gene-environment interactions in the etiopathogenesis of inflammatory bowel disease*. J Pediatr Gastroenterol Nutr, 2005. **40 Suppl 1**: p. S39.
11. Ogura, Y., et al., *A frameshift mutation in NOD2 associated with susceptibility to Crohn's disease*. Nature, 2001. **411**(6837): p. 603-6.
12. Peyrin-Biroulet, L., et al., *[IL-23R, a novel susceptibility gene for inflammatory bowel disease]*. Med Sci (Paris), 2007. **23**(3): p. 250-2.
13. Nakamura, K., *[Bibliographical study on international comparison of the frequency of ulcerative colitis and Crohn's disease]*. Nihon Koshu Eisei Zasshi, 1990. **37**(10): p. 873-9.
14. el-Omar, E., et al., *Low prevalence of Helicobacter pylori in inflammatory bowel disease: association with sulphasalazine*. Gut, 1994. **35**(10): p. 1385-8.
15. Albenberg, L.G., J.D. Lewis, and G.D. Wu, *Food and the gut microbiota in inflammatory bowel diseases: a critical connection*. Curr Opin Gastroenterol, 2012. **28**(4): p. 314-20.
16. Danese, S. and C. Fiocchi, *Etiopathogenesis of inflammatory bowel diseases*. World J Gastroenterol, 2006. **12**(30): p. 4807-12.

17. Vinay Kumar, A.K.A., Jon C. Aster, *The Turkish Edition of The ROBBINS BASIC PATHOLOGY* ROBBINS BASIC PATHOLOGY 9. Edition, ed. 9. 2013, 1600 John F. Kennedy Blvd, Suite 1800, Philadelphia, PA 19103-2398 United States.: Elsevier Inc. 588.
18. Guindi, M. and R.H. Riddell, *Indeterminate colitis*. *Journal of clinical pathology*, 2004. **57**(12): p. 1233-1244.
19. Gerasimidis, K., P. McGrogan, and C. Edwards, *The aetiology and impact of malnutrition in paediatric inflammatory bowel disease*. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 2011. **24**(4): p. 313-326.
20. Levine, J.S. and R. Burakoff, *Extraintestinal manifestations of inflammatory bowel disease*. *Gastroenterology & hepatology*, 2011. **7**(4): p. 235-241.
21. Su, H.-J., et al., *Inflammatory bowel disease and its treatment in 2018: Global and Taiwanese status updates*. *Journal of the Formosan Medical Association*, 2018. **118**.
22. Levine, A., et al., *ESPGHAN revised porto criteria for the diagnosis of inflammatory bowel disease in children and adolescents*. *Journal of pediatric gastroenterology and nutrition*, 2014. **58**(6): p. 795-806.
23. Voukelatou, P., et al., *Ulcerative Colitis Activity Presenting as Fever of Unknown Origin, in a Patient with Longstanding Disease under Continuous Treatment with Mesalazine*. *Case reports in medicine*, 2016. **2016**: p. 4396256-4396256.
24. Vermeire, S., G. Van Assche, and P. Rutgeerts, *Laboratory markers in IBD: useful, magic, or unnecessary toys?* *Gut*, 2006. **55**(3): p. 426-431.
25. Bianchi, L., et al., *Renal lithiasis and inflammatory bowel diseases, an update on pediatric population*. *Acta bio-medica : Atenei Parmensis*, 2018. **89**(9-S): p. 76-80.
26. Wills, E.S., et al., *Fecal microbial composition of ulcerative colitis and Crohn's disease patients in remission and subsequent exacerbation*. *PloS one*, 2014. **9**(3): p. e90981- e90981.
27. Smids, C., et al., *The value of serum antibodies in differentiating inflammatory bowel disease, predicting disease activity and disease course in the newly diagnosed patient*. *Scand J Gastroenterol*, 2017. **52**(10): p. 1104-1112.
28. Lee, S.S., et al., *Crohn disease of the small bowel: comparison of CT enterography, MR enterography, and small-bowel follow-through as diagnostic techniques*. *Radiology*, 2009. **251**(3): p. 751-761.
29. Magro, F., et al., *European consensus on the histopathology of inflammatory bowel disease*. *Journal of Crohn's and Colitis*, 2013. **7**(10): p. 827-851.
30. Gay, G., M. Delvaux, and J.-F. Rey, *The role of video capsule endoscopy in the diagnosis of digestive diseases: a review of current possibilities*. *Endoscopy*, 2004. **36**(10): p. 913-920.
31. Ekobom, A., et al., *Increased risk of large-bowel cancer in Crohn's disease with colonic involvement*. *The Lancet*, 1990. **336**(8711): p. 357-359.
32. Levine, A., et al., *Pediatric modification of the Montreal classification for inflammatory bowel disease: the Paris classification*. *Inflammatory bowel diseases*, 2011. **17**(6): p. 1314-1321.

33. Barkman, C., *Commensal microbes, immune reactivity and childhood inflammatory bowel disease*. 2020.
34. Desai, J., et al., *Toxic Megacolon: Background, Pathophysiology, Management Challenges and Solutions*. *Clinical and experimental gastroenterology*, 2020. **13**: p. 203-210.
35. Lakatos, P.-L. and L. Lakatos, *Risk for colorectal cancer in ulcerative colitis: changes, causes and management strategies*. *World journal of gastroenterology*, 2008. **14**(25): p. 3937-3947.
36. Lee, J.J., et al., *Final adult height of children with inflammatory bowel disease is predicted by parental height and patient minimum height Z-score*. *Inflammatory bowel diseases*, 2010. **16**(10): p. 1669-1677.
37. Adegbola, S.O., et al., *Anti-TNF Therapy in Crohn's Disease*. *International journal of molecular sciences*, 2018. **19**(8): p. 2244.
38. Kelay, A., L. Tullie, and M. Stanton, *Surgery and paediatric inflammatory bowel disease*. *Translational pediatrics*, 2019. **8**(5): p. 436-448.
39. Alarhayem, A., E. Achebe, and A.J. Logue, *Psychosocial support of the inflammatory bowel disease patient*. *Surgical Clinics*, 2015. **95**(6): p. 1281-1293.
40. Maddux, M.H., et al., *Assessing psychosocial functioning among youth with newly diagnosed inflammatory bowel disease (IBD): An interdisciplinary clinic approach*. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 2013. **1**(4): p. 333.
41. *The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties*. *Soc Sci Med*, 1998. **46**(12): p. 1569-85.
42. Casellas, F., et al., *Factors affecting health related quality of life of patients with inflammatory bowel disease*. *Quality of life research*, 2002. **11**(8): p. 775-781.
43. Megari, K., *Quality of life in chronic disease patients*. *Health psychology research*, 2013. **1**(3).
44. Varni, J.W., M. Seid, and P.S. Kurtin, *PedsQL™ 4.0: Reliability and validity of the Pediatric Quality of Life Inventory™ Version 4.0 Generic Core Scales in healthy and patient populations*. *Medical care*, 2001: p. 800-812.
45. Memik, N., B. Ağaoğlu, and A. Coskun, *The validity and reliability of Pediatric Quality of Life Inventory in 8-12 years old Turkish children*. *Turk J Child Adolesc Ment Health*, 2008. **15**: p. 87-98.
46. Cakin Memik, N., et al., *[The validity and reliability of the Turkish Pediatric Quality of Life Inventory for children 13-18 years old]*. *Turk Psikiyatri Derg*, 2007. **18**(4): p. 353-63.
47. Üneri, Ö. and M. NÇ, *Çocuklarda yaşam kalitesi kavramı ve yaşam kalitesi ölçeklerinin gözden geçirilmesi*. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 2007. **14**(1): p. 48-56.
48. Griffiths, A.M., et al., *Development of a Quality-of-Life Index for Pediatric Inflammatory Bowel Disease: Dealing with Differences Related to Age and IBD Type*. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 1999. **28**(4): p. S46-S52.

49. Otley, A., et al., *The IMPACT Questionnaire: A Valid Measure of Health-Related Quality of Life in Pediatric Inflammatory Bowel Disease*. Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition, 2002. **35**(4): p. 557-563.
50. Marcus, S.B., et al., *Fatigue and health-related quality of life in pediatric inflammatory bowel disease*. Clinical Gastroenterology and Hepatology, 2009. **7**(5): p. 554-561.
51. Herzer, M., et al., *Patient and parent psychosocial factors associated with health-related quality of life in pediatric inflammatory bowel disease*. Journal of pediatric gastroenterology and nutrition, 2011. **52**(3): p. 295-299.
52. Silva, L.C., R.B.P.M. Seixas, and E. de Carvalho, *Quality of Life in Children and Adolescents with Inflammatory Bowel Disease: Impact and Predictive Factors*. Pediatric gastroenterology, hepatology & nutrition, 2020. **23**(3): p. 286-296.
53. Karaman, E., et al., *Investigation of quality of life patients with ulcerative colitis*. Tepecik Eğit Hast Derg, 2016. **26**(1): p. 27-34.
54. Yanartas, O., et al., *İnflamatuvar Barsak Hastalıklarında Ruhsal Belirtiler ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi*. (Turkish). Journal of Mood Disorders, 2014. **4**: p. 115- 121.
55. Zuckerbrot, R., et al., *Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): I. Identification, Assessment, and Initial Management*. Pediatrics, 2007. **120**: p. e1299-312.
56. Mackner, L.M., et al., *Psychosocial issues in pediatric inflammatory bowel disease: report of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition*. Journal of pediatric gastroenterology and nutrition, 2013. **56**(4): p. 449- 458.
57. Spitzer, R.L., et al., *Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study*. Jama, 1999. **282**(18): p. 1737-1744.
58. Sari, Y.E., et al., *Turkish reliability of the patient health questionnaire-9*. 2016.
59. Özfırat, Ö., E. Pehlivan, and F.Ç. Özdemir, *Malatya il merkezindeki lise son sınıf öğrencilerinde depresyon prevalansı ve ilişkili faktörler*. 2009.
60. Türkleş, S., R. Hacıhasanoğlu, and S. Çapar, *Lise öğrencilerinde depresyon düzeyi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi*. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2008. **11**(2): p. 18-28.
61. Eskin, M., et al., *Lise Öğrencisi Ergenlerde Depresyonun Yaygınlığı ve İlişkili Olduğu Etmeler*. Turk Psikiyatri Dergisi, 2008. **19**(4).
62. Adana, F., et al., *İlköğretim Öğrencilerinde Depresif Belirti Sıklığı ve İlişkili Faktörler*. Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemsireleri Dernegi, 2015. **6**(1).
63. TANRIVERDİ, S., *Öğrencilerinin Depresyon Düzeylerini Yordayan Değerşkenlerin Belirlenmesi: Multinomial Lojistik Regresyon Analizi*. Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. **14**(1): p. 1517-1543.
64. Özkul, B. and N.P. Günüşen, *Lise öğrencilerinde depresif belirti yaygınlığının ve etkileyen etkenlerin incelenmesi: Epidemiyolojik bir araştırma*. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2020. **21**(2): p. 203-210.

65. Güz, H., M. Ay, and N. Dilbaz, *Bir grup dermatolojik hastalarda aleksitimi, depresyon ve anksiyete*. Düşünen Adam, 2001. **14**(2): p. 99-103.
66. Havlucu, D.Y., I. İnanir, and Ö. Aydemir, *BEHÇETLİ HASTALARDA YAŞAM KALİTESİ, ANKSİYETE, DEPRESYON VE HASTALIK HAKKINDAKİ BİLGİLER*. Anatolian Journal of Clinical Investigation, 2011. **5**(2).
67. Fidan, T., V. Ertekin, and İ. Sürücü, *Psychological correlates of child and adolescents with familial Mediterranean fever*. Rheumatology international, 2011. **31**(6): p. 837.
68. Karaman, D., et al., *Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocuk ve ergenlerde depresyon ve anksiyete düzeyleri*. Gülhane Tıp Dergisi, 2013. **55**: p. 36-41.
69. Stapersma, L., et al., *Systematic review with meta-analysis: anxiety and depression in children and adolescents with inflammatory bowel disease*. Alimentary Pharmacology & Therapeutics, 2018. **48**(5): p. 496-506.
70. van den Brink, G., et al., *Clinical disease activity is associated with anxiety and depressive symptoms in adolescents and young adults with inflammatory bowel disease*. Aliment Pharmacol Ther, 2018. **48**(3): p. 358-369.
71. Reed-Knight, B., et al., *Depressive symptoms in youth with inflammatory bowel disease compared with a community sample*. Inflammatory bowel diseases, 2014. **20**(4): p. 614-621.
72. Szigethy, E.M., et al., *Depression subtypes in pediatric inflammatory bowel disease*. Journal of pediatric gastroenterology and nutrition, 2014. **58**(5): p. 574.
73. Iturralde, E., et al., *Implementation of depression screening and global health assessment in pediatric subspecialty clinics*. Journal of Adolescent Health, 2017. **61**(5): p. 591-598.
74. Bernstein, C.N., et al., *The validity and reliability of screening measures for depression and anxiety disorders in inflammatory bowel disease*. Inflammatory bowel diseases, 2018. **24**(9): p. 1867-1875.
75. Litster, B., et al., *Validation of the PHQ-9 for suicidal ideation in persons with inflammatory bowel disease*. Inflammatory bowel diseases, 2018. **24**(8): p. 1641- 1648.
76. Mackner, L.M., et al., *Depression Screening in Pediatric Inflammatory Bowel Disease Clinics: Recommendations and a Toolkit for Implementation*. Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition, 2020. **70**(1): p. 42-47.
77. Hommel, K.A., C.M. Davis, and R.N. Baldassano, *Medication adherence and quality of life in pediatric inflammatory bowel disease*. J Pediatr Psychol, 2008. **33**(8): p. 867- 74.
78. Hommel, K.A., C.M. Davis, and R.N. Baldassano, *Objective versus subjective assessment of oral medication adherence in pediatric inflammatory bowel disease*. Inflamm Bowel Dis, 2009. **15**(4): p. 589-93.
79. Mawdsley, J.E. and D.S. Rampton, *Psychological stress in IBD: new insights into pathogenic and therapeutic implications*. Gut, 2005. **54**(10): p. 1481-91.
80. Benchimol, E.I., et al., *Increasing incidence of paediatric inflammatory bowel disease in Ontario, Canada: evidence from health administrative data*. Gut, 2009. **58**(11): p. 1490-7.

81. Castro, M., et al., *Inflammatory bowel disease in children and adolescents in Italy: data from the pediatric national IBD register (1996-2003)*. *Inflamm Bowel Dis*, 2008. **14**(9): p. 1246-52.
82. Ozgenc F, K.Z., Urganci N, Erkan T, Onal Z, Sari S, and Turkish Pediatric IBD Study Group, *Pediatric inflammatory bowel diseases in Turkey: results of Turkish pediatric IBD Database*, in *ESPGHAN 50. ANNUAL MEETING of The European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition*. 2017: Prague · Czech Republic.
83. Vernier-Massouille, G., et al., *Natural history of pediatric Crohn's disease: a population-based cohort study*. *Gastroenterology*, 2008. **135**(4): p. 1106-13.
84. Cakir, M., et al., *Inflammatory bowel disease in Turkish children*. *World J Pediatr*, 2015. **11**(4): p. 331-7.
85. Assa, A., F. Rinawi, and R. Shamir, *The Long-Term Predictive Properties of the Paris Classification in Paediatric Inflammatory Bowel Disease Patients*. *J Crohns Colitis*, 2018. **12**(1): p. 39-47.
86. Gasparetto, M. and G. Guariso, *Crohn's disease and growth deficiency in children and adolescents*. *World J Gastroenterol*, 2014. **20**(37): p. 13219-33.
87. Ghersin, I., et al., *Anthropometric Measures in Adolescents With Inflammatory Bowel Disease: A Population-Based Study*. *Inflamm Bowel Dis*, 2019. **25**(6): p. 1061-1065.
88. Hoekman, D.R., et al., *The association of infliximab trough levels with disease activity in pediatric inflammatory bowel disease*. *Scand J Gastroenterol*, 2015. **50**(9): p. 1110-7.
89. Kwapisz, L., et al., *Rapid fecal calprotectin testing to assess for endoscopic disease activity in inflammatory bowel disease: A diagnostic cohort study*. *Saudi journal of gastroenterology : official journal of the Saudi Gastroenterology Association*, 2015. **21**(6): p. 360-366.
90. Levine, A., et al., *Crohn's Disease Exclusion Diet Plus Partial Enteral Nutrition Induces Sustained Remission in a Randomized Controlled Trial*. *Gastroenterology*, 2019. **157**(2): p. 440-450.e8.
91. Baumgart, D.C. and W.J. Sandborn, *Inflammatory bowel disease: clinical aspects and established and evolving therapies*. *The Lancet*, 2007. **369**(9573): p. 1641-1657.
92. Geisz, M., et al., *Medication Utilization and the Impact of Continued Corticosteroid Use on Patient-reported Outcomes in Older Patients with Inflammatory Bowel Disease*. *Inflamm Bowel Dis*, 2016. **22**(6): p. 1435-41.
93. Duricova, D., et al., *The natural history of Crohn's disease in children: a review of population-based studies*. *Eur J Gastroenterol Hepatol*, 2017. **29**(2): p. 125-134.
94. Jakobsen, C., et al., *Steroid dependency and pediatric inflammatory bowel disease in the era of immunomodulators--a population-based study*. *Inflamm Bowel Dis*, 2011. **17**(8): p. 1731-40.
95. Lo, B., et al., *Disease activity, steroid use and extraintestinal manifestation are associated with increased disability in patients with inflammatory bowel disease using the inflammatory bowel disease disability index: a cross-sectional multicentre cohort study*. *Eur J Gastroenterol Hepatol*, 2018. **30**(10): p. 1130-1136.

96. Benchimol, E.I., et al., *Outcomes of Pediatric Inflammatory Bowel Disease: Socioeconomic Status Disparity in a Universal-Access Healthcare System*. The Journal of Pediatrics, 2011. **158**(6): p. 960-967.e4.
97. Gumidyala, A.P. and R.N. Greenley, *Correlates of health-related quality of life in pediatric inflammatory bowel disease: a cumulative risk model approach*. J Pediatr Psychol, 2014. **39**(1): p. 55-64.
98. Reed-Knight, B., et al., *Disease Activity Does Not Explain It All: How Internalizing Symptoms and Caregiver Depressive Symptoms Relate to Health-related Quality of Life Among Youth with Inflammatory Bowel Disease*. Inflamm Bowel Dis, 2016. **22**(4): p. 963-7.
99. Fu, H., et al., *Associations between disease activity, social support and health-related quality of life in patients with inflammatory bowel diseases: the mediating role of psychological symptoms*. BMC Gastroenterol, 2020. **20**(1): p. 11.
100. Sullivan, P.W., et al., *Health-related quality of life associated with systemic corticosteroids*. Qual Life Res, 2017. **26**(4): p. 1037-1058.
101. Tanriverdi, S., *Lise Öğrencilerinin Depresyon Düzeylerini Yordayan Değişkenlerin Belirlenmesi: Multinomial Lojistik Regresyon Analizi*. Yuzuncu Yil Universitesi Egitim Fakultesi Dergisi, 2017. **14**: p. 1517-1543.
102. Baudino, M.N., et al., *Disease Severity and Depressive Symptoms in Adolescents With Inflammatory Bowel Disease: The Mediating Role of Parent and Youth Illness Uncertainty*. J Pediatr Psychol, 2019. **44**(4): p. 490-498.
103. Szigethy, E.M., et al., *Depression subtypes in pediatric inflammatory bowel disease*. J Pediatr Gastroenterol Nutr, 2014. **58**(5): p. 574-81.
104. Ezzat, Y. and K. Hamdy, *The frequency of low bone mineral density and its associated risk factors in patients with inflammatory bowel diseases*. Int J Rheum Dis, 2010. **13**(3): p. 259-65.
105. Lichtenstein, G.R., et al., *Serious infections and mortality in association with therapies for Crohn's disease: TREAT registry*. Clin Gastroenterol Hepatol, 2006. **4**(5): p. 621- 30.

9. EKLER

EK 4.1 HASTA TAKİP FORMU

HASTA TAKİP FORMU			
Adı soyadı:			
Doğum tarihi:			
Cinsiyet (Kız/erkek): Tanı			
Boy/kilo:			
Son muayene boy/kilo:			
Hastalığının tanısı			
Tanı tarihi (ilk işlem tarihi)			
Tanı öncesi şikayetleri ve süresi			
Mevcut tedavisinde kullandığı ilaçlar ve kullanma süreleri	Ayakta:	Yatarak hastanede:	
Son kan sayımı ve biyokimyasal kan parametreleri	WB C: HGB : PLT: MCV:	FERRİTİ N: DEMİR: B12:	KALPROTEKTİN: CRP:
Ekstraintestinal hastalık var mı? (Varsa belirtiniz)			
İlk kolonoskopi /endoskopi bulguları (hastalık yaygınlığı) (Paris sınıflaması)	Tanı anında hastanın yaşı:		
	Hastalığın yerleşim yeri:		
	Hastalığın hasar derecesi:		
	Büyümeye etkisi:		
Son kolonoskopi veya endoskopi bulguları, zamanı, hastalık yaygınlığı (Paris sınıflaması)	Tanı anında hastanın yaşı:		
	Hastalığın yerleşim yeri:		
	Hastalığın hasar derecesi:		
	Büyümeye etkisi:		
Son 1 yıldaki hastalık aktivitesi	Son 1 yıldaki en uzun klinik remisyon süresi	Son 1 yıldaki atak sayısı	
Tanı anından itibaren mevcut hastalığı için kullandığı fakat şu an			

kullanmadığı geçmiş tedavileri belirtiniz



EK 4.2 HASTA SAĞLIK ANKETİ-9 (PHQ-9)

HASTA SAĞLIK ANKETİ-9				
Son iki hafta içerisinde aşağıdaki sorunlardan herhangi biri sizi ne sıklıkta rahatsız etti (Cevapları kutucuklara tıklayarak işaretleyin)	Hiçbir zaman	Bazı günler	Günlerin yarısından fazlasında	Hemen hemen her gün
1-Birşeyler yapmaya az ilgi veya zevk duymak	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
2-Üzgün, depresif veya umutsuz hissetmek	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
3-Uykuya dalmakta veya uyumaya devam etmekte zorluk veya çok fazla uyumak	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
4-Yorgun hissetmek veya enerjinizin az olması	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
5-İştahsızlık veya çok fazla yemek	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
6-Kendinizi kötü hissetmeniz-veya kendinizi başarısız ya da kendinizi veya ailenizi hayal kırıklığına uğrattığınızı düşünmeniz	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
7-Gazete/kitap okumak veya televizyon seyretmek gibi faaliyetlerde dikkatinizi toplamakta güçlük çekmeniz	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
8-Başkalarının fark edebileceği kadar yavaş hareket etmeniz veya konuşmanız? -veya tam aksine normalden çok daha fazla hareket edecek kadar kıpır kıpır veya huzursuz olmanız	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
9-Ölmüş olsanız veya bir şekilde kendinize zarar verseniz daha iyi olacağınız düşünceleri	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
	0 +.....+.....+..... =Toplam skor:			
Bu sorunlardan herhangi birini işaretlediyseniz, bu sorunlar işinizi yapmanızda, evinizle ilgili işlerinizi halletmenizde veya diğer insanlarla olan ilişkilerinizde ne kadar zorluk yarattı?				
Hiç zorluk yaratmadı	Oldukça zorluk yarattı	Çok zorluk yarattı	Aşırı derece zorluk yarattı	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

EK 4.3 ÇOCUKLAR İÇİN YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Sağlığım ve aktivitelerim ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1.Bir bloktan fazla yürümek bana zor gelir	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
2.Koşmak bana zor gelir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.Spor ya da egzersiz yapmak bana zor gelir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.Ağır bir şey kaldırmak bana zor gelir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.Kendi başıma duş ya da banyo yapmak bana zor gelir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.Evdeki günlük işleri yapmak bana zor gelir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.Bir yerim acır ya da ağrır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.Enerjim azdır	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Duygularımla ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1.Korkmuş ya da ürkmüş hissedirim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.Hüzünlü ya da üzgün hissedirim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.Öfkeli hissedirim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.Uyumakta zorluk çekerim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.Bana ne olacağı konusunda endişelenirim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Başkaları ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1.Yaşitlarımla geçinmekte sorun yaşıyorum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.Yaşitlarım benimle arkadaş olmak istemezler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.Yaşitlarım benimle alay eder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.Yaşitlarımın yapabildikleri şeyleri yapamam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.Yaşitlarıma ayak uydurmakta zorluk çekerim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Okul ile ilgili sorunlar	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman
1.Sınıfta dikkatimi toplamakta zorlanırım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.Bazı şeyleri unuturum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.Derslerimde geri kalmamak için zorluk çekerim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.Kendimi iyi hissetmediğim için okula gidemediğim olur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.Doktora ya da hastaneye gittiğim için okula gidemediğim olur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EK 4.4 GÖNÜLLÜ KATILIMCI ONAM FORMU

T.C
İSTANBUL MEDİPOL
ÜNİVERSİTESİ ETİK KURULU

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Bu formun amacı katılmanız rica edilen araştırma ile ilgili olarak sizi bilgilendirmek ve katılmanız ile ilgili izin almaktır.

Bu kapsamda “İnflamatuvar bağırsak hastalığı olan adölesanlarda depresyon, yaşam kalitesi ve beslenme alışkanlıkları” başlıklı araştırma “**Dr. Murat BEĞENİK**” tarafından **gönüllü katılımcılarla** yürütülmektedir. Araştırma sırasında sizden alınacak bilgiler gizli tutulacak ve sadece araştırma amaçlı kullanılacaktır. Araştırma sürecinde konu ile ilgili her türlü soru ve görüşleriniz için aşağıda iletişim bilgisi bulunan araştırmacıyla görüşebilirsiniz. Bu araştırmaya **katılmama** hakkınız bulunmaktadır. Aynı zamanda çalışmaya katıldıktan sonra çalışmadan **çıkabilirsiniz**. Bu formu onaylamanız, **araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** anlamına gelecektir.

Araştırmayla İlgili Bilgiler:

Araştırmanın Amacı: İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı olan çocuklarda depresyon taraması, besin tüketimi ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi

Kullanılacak materyal: Katılımcılara anket çalışması yapılacak, bunun için gerekli anketler dağıtılacak. 3 ay sonra depresyon, yaşam kalitesi ve besin tüketimi ile ilgili değişikliği saptamak için anketler tekrarlanacak. Süresi: 6 ay

Araştırmanın Yürütüleceği Yer: İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi

Çalışmaya Katılım Onayı:

Katılmam beklenen çalışmanın amacını, nedenini, katılmam gereken süreyi ve yeri ile ilgili bilgileri okudum ve gönüllü olarak çalışma süresince üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma ile ilgili ayrıntılı açıklamalar sözlü olarak araştırmacı tarafından yapıldı. Bu çalışma ile ilgili faydalar ve riskler ile ilgili bilgilendirildim.

Bu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının yada velisinin (Islak imzası ile)

Adı-Soyadı:

İmzası:

Araştırmacının

Adı-Soyadı: Murat Beğenik

EK 4.5 ETİK KURULU ONAY FORMU



İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
Karar Bilgileri	Karar No: 511		Tarih: 25/06/2020			
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "oybirliği" ile karar verilmiştir.					

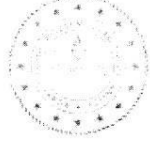
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *	
Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK	Tıbbi Farmakoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Mete ÜNGÖR	Endodonti	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Doç. Dr. Mehmet Kemal ÖZDEMİR	Elektrik ve Elektronik	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Doç. Dr. İlkur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>
Dr. Öğr. Üyesi Neriman İpek KIRMIZI	Tıbbi Farmakoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Dr. Öğr. Üyesi Neziha HACIHASANOĞLU ÇAKMAK	Biyokimya	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Dr. Öğr. Üyesi Devrim TARAKCI	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>

* :Toplantıda Bulunma

EK 4.6 MİLLİ EĞİTİM ONAY YAZISI



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Millî Eğitim Müdürlüğü

Sayı :E-59090411-44-13984556
Konu : Anket Araştırma İzni

02.10.2020

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İlgi: a) 22.09.2020 tarihli ve 2178 sayılı yazınız.
b) Valilik Makamının 30.09.2020 tarihli ve 13839919 sayılı oluru.

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Araştırmacısı Murat BEĞENİK'in "İnflamatuvar bağırsak hastalığı olan adölesanlarda depresyon, yaşam kalitesi ve beslenme ilişkisi" konulu araştırma çalışmanız hakkındaki ilgi (a) yazınız ve ekleri, ilgi (b) valilik onayı ile uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve araştırmacının söz konusu talebi; bilimsel amaç dışında kullanmaması, **uygulama sırasında bir örneği müdürlüğümüzde muhafaza edilen mühürlü ve imzalı veri toplama araçlarının kurumlarımıza araştırmacı tarafından ulaştırılarak uygulanması, katılımcıların gönüllülük esasına göre seçilmesi, araştırma sonuç raporunun kamuoyuyla paylaşılmaması koşuluyla, gerekli duyurunun araştırmacı tarafından yapılması, okul idarecilerinin denetim, gözetim ve sorumluluğunda, eğitim-öğretimi aksatmayacak şekilde ilgi (b) Valilik Onayı doğrultusunda uygulanması** ve işlem bittikten sonra 2 (iki) hafta içinde sonuçtan Müdürlüğümüz Strateji Geliştirme Bölümüne rapor halinde bilgi verilmesini arz ederim.

Murat GÖZÜDOK
İl Millî Eğitim Müdürü a.
Şube Müdürü

Ek:
1- Valilik Onayı
2- Ölçekler

Adres: İstanbul Millî Eğitim Müdürlüğü | Strateji Geliştirme Şb. Md.
Binbirdirek Mh. İmran Öktem Cd. No:1 Sultanahmet - Fatih İstanbul



Elektronik Ağ: istanbul.meb.gov.tr e-posta: ist.sgb34@gmail.com

Bilgi için: Dilek ALADAĞ
Tel: 0 (212) 384 36 28

Bu evrak güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır. <https://evraksorgu.meb.gov.tr> adresinden 5eeb-4259-3975-a720-777d kodu ile teyit edilebilir.



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Millî Eğitim Müdürlüğü

Sayı : E.59090411-20-13839919
Konu : Anket ve Araştırma İzin Talebi

30/09/2020

VALİLİK MAKAMINA

- İlgi : a) İstanbul Medipol Üniversitesinin 22.09.2020 tarihli ve 2178 sayılı yazısı.
b) Bakanlığımızın 21.01.2020 tarih ve 1563890/ 2020/2 No'lu genelgesi
c) Müdürlüğümüz Araştırma ve Anket Komisyonunun 30.09.2020 tarihli tutanağı.

İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Araştırmacı Murat BEĞENİK'in "İnflamatuvar bağırsak hastalığı olan adölesanlarda depresyon, yaşam kalitesi ve beslenme ilişkisi" konulu tezi kapsamında, İstanbul genelinde fen liselerinde çocuklar için yaşam kalitesi ölçeği uygulama isteği hakkındaki ilgi (a) yazı ve ekleri müdürlüğümüzce incelenmiştir.

Araştırmacının söz konusu talebi; bilimsel amaç dışında kullanılmaması, **uygulama sırasında bir örneği müdürlüğümüzde muhafaza edilen mühürlü ve imzalı veri toplama araçlarının kurumlarımıza araştırmacı tarafından ulaştırılarak uygulanması, katılımcıların gönüllülük esasına göre seçilmesi, araştırma sonuç raporunun kamuoyuyla paylaşılmaması koşuluyla, okul idarelerinin denetim, gözetim ve sorumluluğunda, eğitim-öğretimi aksatmayacak şekilde ilgi (b) Bakanlık emri esasları dâhilinde uygulanması, sonuçtan Müdürlüğümüze rapor halinde (CD formatında) bilgi verilmesi kaydıyla** Müdürlüğümüzce uygun görülmektedir.

Makamlarınızca da uygun görülmesi halinde olurlarınıza arz ederim.

Levent YAZICI
İl Millî Eğitim Müdürü

OLUR

<...>

Dr. Hasan Hüseyin CAN
Vali a.
Vali Yardımcısı

- Ek:
1-İlgi (a) başvuru (17 Sayfa)
2- Genelge (2 Sayfa)
3- Komisyon Tutanağı (1 Sayfa)

Adres: İstanbul Millî Eğitim Müdürlüğü | Strateji Geliştirme Şb. Md.
Binbirdirek Mh. İmran Öktem Cd. No:1 Sultanhamet - Fatih İstanbul



Elektronik Ağ: istanbul.meb.gov.tr e-posta: ist.sgb34@gmail.com

Bilgi için: Dilek ALADAĞ
Tel: 0 (212)384 36 28

Bu evrak güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır. <https://evraksorgu.meb.gov.tr> adresinden 1bb9-3285-3b65-9787-8e13 kodu ile teyit edilebilir.