TÜRKİYE CUMHURİYETİ
GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

COVID-19 PANDEMİ DÖNEMİNDE İNFLAMATUAR BAĞIRSAK HASTALIĞI OLANLARDA HASTALIK AKTİVİTESİ, YAŞAM KALİTESİ VE ANKSİYETE DÜZEYİNİN BELİRLENMESİ

Dr. Beril DEMİR
TIPTA UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Mehmet ARHAN

ANKARA
HAZİRAN 2021

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

COVID-19 PANDEMİ DÖNEMİNDE İNFLAMATUAR BAĞIRSAK HASTALIĞI OLANLARDA HASTALIK AKTİVİTESİ, YAŞAM KALİTESİ VE ANKSİYETE DÜZEYİNİN BELİRLENMESİ

Dr. Beril DEMİR
TIPTA UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Mehmet ARHAN

ANKARA
HAZİRAN 2021

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
Tez Sınav Tutanağı

Adı ve Soyadı	Beril Demir
Baba Adı	Aydın
Doğum Yeri/Tarihi	Yenimahalle / 21.11.1991
Diploma Tarihi / Diploma No	30/06/2016 / 13/2016/193031
Mezun Olduğu Fakülte	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
İhtisas Yaptığı Anabilim Dalı/Bilim Dalı	İç Hastalıkları Anabilim Dalı
İhtisas Süresi	**Yıl:** 4 **Ay:** 48
Sınav Yapılmasını İsteyen Makam	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı

UZMANLIK TEZİNİN ADI: "COVID-19 pandemi döneminde inflamatuar bağırsak hastalığı olanlarda hastalık aktivitesi, yaşam kalitesi ve anksiyete düzeyinin belirlenmesi"

JÜRİ KARARI: İç Hastalıkları Anabilim Dalı'nda araştırma görevlisi olarak çalışmakta olan Beril Demir'in "COVID-19 pandemi döneminde inflamatuar bağırsak hastalığı olanlarda hastalık aktivitesi, yaşam kalitesi ve anksiyete düzeyinin belirlenmesi" isimli tezi, komisyonumuzca yapılan tez sınavında başarılı bulunmuş ve uzmanlık tezi olarak kabul edilmiştir. Uzmanlık sınavına girmeye hak kazanmıştır.

JÜRİ ÜYELERİ

BAŞKAN
Prof.Dr. Mehmet ARITAN

ÜYE
Prof. Dr.Mehmet CİNDORUK

ÜYE
Prof. Dr. Metin UZMAN

TEŞEKKÜR

Asistanlık eğitimim süresince bilgi, tecrübe, çalışkanlık ve akademik duruşuyla bana örnek olan, desteğini her an hissettiğim kıymetli hocam ve tez danışmanım Prof. Dr. Mehmet Arhan'a

Tezimin her basamağında emeği olan Uzm. Dr. Mustafa Ergin'e

Tezimin başından itibaren desteğini esirgemeyen Doç. Dr. Asiye Uğraş Dikmen'e

Tezimin her aşamasında yardımlarını esirgemeyen canım arkadaşım Görkem Yazıcı Şener'e

Öğrencileri olmaktan her daim gurur duyduğum, mesleki ve bilimsel olarak bilgi ve tecrübeleriyle yolumu aydınlatan başta İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı Başkanı Prof. Dr. İlhan Yetkin olmak üzere tüm hocalarıma,

Asistanlık sürecimde birlikte çalışma fırsatı yakaladığım tüm uzmanlarım ve asistan arkadaşlarıma,

Bugünlere gelmemi sağlayan, hayattaki en büyük rol modellerim, her an yanımda olan, kendimi hep güvende hissetmemi sağlayan, beni çok seven ve benim de canımdan çok sevdiğim, en değerli varlıklarım olan canım babam Aydın Avcı, canım annem Selma Avcı, biricik ablam en yakın arkadaşım Betül Avcı ve canım kardeşim Yusuf Ali Avcı'ya

Hayatımızın her anını anlamlandıran güzelleştiren, yaptığım her işte sonsuz emeği ve fedakarlığı bulunan, koşulsuz sevgisini her an hissettiğim en büyük destekçim, yol arkadaşım Emre Demir 'e

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Beril Demir

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR i
İÇİNDEKİLER ii
ÖZET iv
ABSTRACT vi
SİMGELER VE KISALTMALAR viii
TABLOLAR x
ŞEKİLLER xi
1. GİRİŞ 1
2. GENEL BİLGİLER 4
2.1 İNFLAMATUAR BAĞIRSAK HASTALIĞI 4
2.1.1 Tanım ve Tarihçe 4
2.1.2 Epidemiyoloji 5
2.1.3 Etyopatogenez 6
2.1.4 Crohn Hastalığı 10
2.1.5 Ülseratif Kolit 17
2.1.6 İnflamatuar Bağırsak Hastalığında Ekstraintestinal Tutulum ve Komplikasyonlar 22
2.1.7 İnflamatuar Bağırsak Hastalıklarında Tedavi 24
2.2 COVID-19 Pandemisi ve İBH 28
2.2.1 Tanım, Viroloji ve Epidemiyoloji 28
2.2.2 Bulaş Yolu ve Klinik Özellikler 30
2.2.3 Tanı, Laboratuvar ve Radyolojik Tetkikler 30
2.2.4 Tedavi 31
2.2.5 COVID-19 ve İBH 31
2.3.Yaşam Kalitesi ve İBH 32
2.4 Anksiyete ve İBH 35
3. GEREÇ VE YÖNTEM 38
3.1. Çalışma Dizaynı, Evren ve Örneklemi 38
3.2. Etik Kurul İzni 38

3.3. Çalışmanın Uygulanması 38
3.4 Verilerin İstatistiksel Analizi 40
4. BULGULAR 41
4.1 İBH Hastalarının Klinik Özelliklerinin Değerlendirilmesi 45
4.2 İBH Hastalarının Pandemi Sürecinde Tutum ve Düşüncelerinin Değerlendirilmesi 47
4.3 Beck Anksiyete Ölçeği Bulguları 50
4.3.1 Demografik veriler ve Anksiyete Düzeyi Karşılaştırılması 53
4.3.2 Hasta Tutum ve Düşüncelerinin Anksiyete Düzeyleri Karşılaştırılması 55
4.4 WHOQOL-Bref Ölçeği Bulguları 56
4.4.1 Demografik Veriler ve Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması 59
4.4.2 Hasta Tutum ve Düşüncelerinin Yaşam Kalitesi ile Karşılaştırılması 60
4.4.3 Yaşam Kalitesi ile BAÖ Karşılaştırılması 61
5. TARTIŞMA 62
KAYNAKLAR 70
EKLER 80
Etik Kurul Onay Formu 80
COVID-19 Pandemi Döneminde İBH Anketi 82
Beck Anksiyete Ölçeği 83
Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği –Kısa Formu 84
ÖZGEÇMİŞ 86

ÖZET

Tüm dünyayı etkisi altına alan COVID-19 pandemisi günlük yaşamı tüm yönleriyle etkilemiştir. Beklenmedik iş kayıpları, izolasyon, COVID-19 enfeksiyonlarının yol açtığı hastalık ve ölümlerin artışı yaşamlarımızı oldukça değiştirmiştir. COVID-19 pandemisi dünya çapında bir sağlık sorunu olmasının yanında, İBH olan hastalarının takip ve tedavilerini de etkilemiştir.

Biz bu çalışmamızda COVID-19 pandemi döneminde İBH hastalarında yaşam kalitesi, hastalık aktivitesi ve anksiyete düzeylerini değerlendirerek, hastalığın takip ve tedavisine yön verilebilmeyi ve hasta-hekim ilişkisine yeni bir boyut kazandırabilmeyi amaçladık.

Çalışmamıza Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji polikliniğine ayaktan başvuran 62 İBH'li hasta ve 60 sağlıklı kontrol grubu dahil edildi. Hastaların ve sağlıklı kontrol grubunun anksiyete düzeyleri ve yaşam kaliteleri karşılaştırıldı. Aynı zamanda anksiyete düzeyleri ve yaşam kalitesi demografik veriler ve hastalık aktivasyonu ile karşılaştırıldı. Buna ek olarak İBH hastalarına COVID-19 pandemi sürecindeki tutum ve davranışlarını değerlendirmek için anket yapıldı.

Sonuçlar değerlendirildiğinde; İBH hastalarının yaşam kaliteleri daha kötü ve anksiyete düzeyleri daha yüksek bulundu. Aktif hastalığı olanların yaşam kalitesi daha kötü, anksiyete düzeyi daha yüksek bulundu. COVID-19 pandemisinin hastalığı için risk oluşturduğunu düşünenler ve düşünmeyenlerin yaşam kaliteleri ve anksiyete düzeyleri benzer tespit edildi. Ancak hastaların

çoğunun pandemi ve kullandığı tedaviler yüzünden risk altında olduğunu düşündüğü, insanlarla iletişime geçmekte zorlandığı ve yolculuk yapmaktan kaçındığı görüldü. Hastaların hemen hemen hepsi maske, mesafe ve hijyen kurallarına dikkat etmekteydi.

Sonuç olarak, COVID-19 pandemi sürecinde İBH ile takipli hastaların normal popülasyona göre yaşam kaliteleri düşük, anksiyete seviyeleri yüksek bulunmuştur. Bu süreçte hasta-hekim ilişkisine daha çok dikkat edilmeli, iletişim gerekirse teletıp uygulamaları ile gerçekleştirilmeli, hastalara daha çok bilgi verilmeli ve böylece yaşam kaliteleri arttırılmalı, hastane maliyetleri en aza indirilmelidir.

Anahtar kelimeler: İnflamatuar bağırsak hastalığı, COVID-19, yaşam kalitesi

ABSTRACT

COVID-19 pandemic has significantly changed our lives through various ways including social isolation, emotional and physical distress caused by COVID-19 related hospitalizations and deaths, and increased unemployment rates. Even though the COVID-19 pandemic became a worldwide health problem affecting millions, patient's with IBD constituted a special patient population which has been particularly impacted by the poor outcomes of the unprecedented situation.

In this study, we assess the quality of life, anxiety levels and disease flare-ups in patients with IBD during Covid-19 pandemic aiming to guide/assist the management of the patients and bring a new perspective into the physician-patient rapport.

The study includes the patient group with 62 IBD patients who visited Gazi University School of Medicine Gastroenterology outpatient clinic and the control group with 60 healthy individuals. The quality of life and anxiety levels of the individuals in the patient group vs control group were compared. In addition to the comparison between these two groups, same parameters were also compared according to demographics and disease activity within the patient group. Also, a separate survey was conducted for patients with IBD to evaluate their behavioral response to COVID-19 pandemic.

The study demonstrated higher anxiety levels and lower quality of life in patients with IBD compared to the control group. Higher anxiety level and lower quality of life was also found in patients with active disease as compared to

others. Quality of life and anxiety levels did not differ based on the patients' assumptions that COVID-19 pandemic placed them at increased risk due to their disease. However, most of the patients were concerned about being at increased risk due to their underlying health condition and current treatment. Moreover, patients had behavioral changes such as difficulty communicating with others and avoiding traveling. Most of the participants reported that they were compliant with masking, social distancing and hygiene standards.

In conclusion, our study demonstrated that the patients living with IBD had a lower quality of life and higher anxiety levels compared to normal population owing to the COVID-19 pandemic. In order to address the patients' mental health and the quality of life, physician-patient relationship must be maintained strong and satisfying in these difficult times through telemedicine visits and frequent follow ups which would eventually help lowering the cost of hospitalizations as well.

Key words: İnflammatory bowel disease, COVID-19, quality of life

SİMGELER VE KISALTMALAR

5-ASA : 5- Aminosalisik Asit

6-MP : 6-Merkaptopurin

ACE-2 : Anjiotensin Konverting Enzim -2

ALP : Alkalen Fosfataz

Anti-TNF : Anti-Tümör Nekrozan Faktör

ASCA : Anti-Saccharomyces Cerevisiae Mannan Antikoru

BAÖ : Beck Anksiyete Ölçeği

BT : Bilgisayarlı Tomografi

BTE : Bilgisayarlı Tomografi Enterografi

CH : Crohn Hastalığı

CHAİ : Crohn Hastalığı Aktivite İndeksi

COVID-19 : Koronavirus Hastalığı-1; Coronovirus Disease-19

CRP : C-Reaktif Protein

ÇAP : Çevresel Alan Puanı

DNA : Deoksiribo Nükleik Asit

E Proteinleri : Envelop Proteinleri

EN : Eritema Nodozum

ESH : Eritrosit Sedimantasyon Hızı

FAP : Fiziksel Alan Puanı

GGT : Glutamil Transferaz

GİS : Gastrointestinal Sistem

GSAP : Genel Sağlık Alan Puanı

HBİ : Harvey-Bradshaw İndeksi

HRQOL : Health Related Quality of Life; Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi

IFN : İnterferon

IL : İnterlökin

İBH : İnflamatuar Bağırsak Hastalığı

İBS : İrritable Bağırsak Sendromu

M Proteinleri : Membran Proteinleri

MRE : Magnetik Rezonans Enterografi

MRG : Magnetik Rezonans Görüntüleme

MTX : Metotreksat

N Proteinleri : Nukleokapsid Proteinleri

NK : Natural Killer

NOD-2 : Nucleotide Binding Oligomerization Domain Containing 2; Nükleotit Bağlayıcı Oligomerizasyon Alan 2

NSAİİ : Non-Steroid Antinflamatuar İlaç

P-ANCA : Perinüklear Antinötrofilik Sitoplazmik Antikorlar

PAP : Psikolojik Alan Puanı

PSK : Primer Sklerozon Kolanjit

QOL : Quality of Life; Yaşam Kalitesi

RNA : Ribo Nükleik Asit

RT-PCR : Reverse Transkripsiyon Polimeraz Zincir Reaksiyonu

S Proteinleri : Spike Proteinleri

SAP : Sosyal Alan Puanı

SARS-Cov-2 : Şiddetli Akut Solunum Sendromu Koronavirüs 2

Th : Yardımcı T hücreler

TLW : Truelove-Witts Şiddet İndeksi

USG : Ultrason Görüntüleme

ÜK : Ülseratif Kolit

WHO : World Health Organization; Dünya Sağlık Örgütü

TABLOLAR

Tablo 2.1. İBH Etyopatogenezinde Etkili Olduğu Düşünülen Çevresel Faktörler . 8
Tablo 2.2. Montreal Sınıflaması 14
Tablo 2.3. Harvey Bradshaw İndeksi 15
Tablo 2.4. CH Aktivite İndeksi 16
Tablo 2.5. Montreal Sınıflandırması 20
Tablo 2.6. Mayo Klinik Aktivite Skorlaması 21
Tablo 2.7. Truelove-Witts Hastalık İndeksi 21
Tablo 3.1. BAÖ Skorlaması 39
Tablo 4.1. İBH ve Kontrol Grubunun Demografik Özellikleri 42
Tablo 4.2. İBH Hastalarının Hastalık Tipine Göre Demografik Verilerinin Karşılaştırılması 44
Tablo 4.3. İBH için Kullanılan Tedaviler ve COVID-19 Hastalığınız için Risk Oluşturuyor mu Sorusunda Verilen Cevaplar 49
Tablo 4.4. İBH için Kullanılan Tedaviler ve Aldığınız Tedavi Yüzünden Risk Altında mısınız Sorusunda Verilen Cevaplar 50
Tablo 4.5. İBH ve Kontrol Grubu Anksiyete Düzeyleri Karşılaştırılması 51
Tablo 4.6. BAÖ Skorları ve CH Hastalık Aktivasyonu Karşılaştırması 52
Tablo 4.7. Hastalık Aktivitesi ve BAÖ Skoru Korelasyonu 52
Tablo 4.8. BAÖ Skorları ve ÜK Hastalık Aktivasyonu Karşılaştırması 53
Tablo 4.9. İBH Demografik Verilerinin BAÖ Skoru ile Karşılaştırılması 54
Tablo 4.10. Hastalık Süresine Göre BAÖ Skoru Değerleri 55
Tablo 4.11. Hastalık Aktivitesi ve Yaşam Kalitesi Korelasyonu 58
Tablo 4.12. Hastalık süresi ve Yaşam Kalitesi Karşılaştırılması 60
Tablo 4.13. BAÖ Skoru ve Yaşam Kalitesi Karşılaştırılması 61

ŞEKİLLER

Şekil 2.1. İBH etyopatogenezi 6
Şekil 2.2. SARS-CoV-2 ve Yapısal Proteinleri 29
Şekil 2.3. Anksiyete ve İBH İlişkisi 37
Şekil 4.1.ÜK ve CH' nin Hastalık Süresine Göre Karşılaştırılması 46
Şekil 4.2.ÜK ve CH tutulum lokalizasyonuna göre sınıflandırılması 46
Şekil 4.3. İBH Hastalarının Pandemi Sürecinde Tutum ve Düşünceleri 48
Şekil 4.4. İBH ve Kontrol Grubunun Yaşam Kaliteleri Karşılaştırılması 57

1. GİRİŞ

Ülseratif kolit (ÜK) ve Crohn hastalığı (CH) kronik inflamatuar hastalık olarak sınıflandırılan, benzer belirtilere sahip, sindirim sisteminde inflamasyonla kendini gösteren hastalıklardır [1]. Patogenezleri tam olarak aydınlatılamamakla birlikte, bağırsak inflamasyonu sebebinin nonpatojen bağırsak florasındaki değişikliğe karşı immun sistem disregulasyonu olduğu düşünülmektedir. Yapılan çalışmalarda potansiyel risk faktörlerinin çevresel tetikleyiciler, intestinal immun mekanizmalar, kalıtsal faktörler, bağırsak florası, diyet, ilaçlar, nikotin, enfeksiyöz ajanlar, hijyen, hamilelik, laktasyon, stres, yaşam stili olduğu gösterilmiştir [2].

Kuzey Amerika'da insidans oranları ÜK için 100.000'de 2,2 ile 14,3 arasında, CH için 3,1 ile 14,6 arasında değişmektedir [3]. En geniş çalışmalardan birinde yetişkinde CH prevelansı 100.000'de 201, ÜK prevelansı 238 olarak bildirilmiştir [4].

ÜK, rektumdan başlayıp kolonun proksimal bölümlerine kadar uzanabilen mukozal inflamasyonla ile karakterizedir. Relaps ve remisyonlarla kendini gösterir. Kanlı ishal, karın alt kadranlarda ağrı ve acil dışkılama hissi semptomlarındandır. Aminosalisilatlar, hafif ile orta dereceli ÜK için ana tedavi seçeneğidir, ÜK alevlenmelerini tedavi etmek için topikal ve sistemik steroidler kullanılabilirken, orta ve şiddetli hastalıkta immünosupresanlar ve biyolojik ilaçlar kullanılır [5, 6].

CH, ağızdan anüse tüm gastrointestinal sistemi (GİS) etkileyebilen inflamatuar bir hastalıktır. Sinsi başlangıçlı olup, karın ağrısı ve aralıklı ishal ile kendini gösterir. Tedavisinde steroidler, immunmodülatör ilaçlar ve biyolojik ajanlar kullanılır.

İBH tanısı, aktivitesi ve tedavi sonuçları; belirtiler, klinik muayene, laboratuvar testleri, radyoloji, endoskopi ve histolojik bulguların kombinasyonu ile değerlendirilmektedir. ÜK hastalık aktivasyonunun değerlendirilirken Truelove-Witts şiddet indeksi (TLW) ve mayo klinik skorlama sistemi kullanılırken, CH' de Harvey Bradshaw İndeksi (HBİ) ve CH aktivite indeksi (CHAİ) yaygın olarak kullanılmaktadır.

İBH, hastaların yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilemektedir. Bu etkilenme hastalık aktivitesi ve hastalık şiddeti ile ilgilidir. Hastalık şiddet ve aktivitesi bahsedilen skorlar kullanılarak değerlendirilir. Yaşam kalitesi hastaların fiziksel sağlığını, fizyolojik durumunu, sosyal ilişkilerini, bağımsızlık düzeyini, çevre ile ilişkilerini içeren geniş, çok yönlü bir konsepti tanımlar. Klinik uygulamalarda ve klinik araştırmalarda İBH'lı hastalarda yaşam kalitesini değerlendirmek hastalık ve hastalığın tedavi etkilerini anlamamıza yardımcı olur [7-9].

Yaşam kalitesi ve anksiyete düzeyini değerlendirmek için çeşitli ölçekler kullanılmaktadır. Dünya sağlık örgütü yaşam kalitesi ölçeği (World Health Organization Quality of Life; WHOQOL) ve Beck anksiyete ölçeği (BAÖ) yaygın olarak kullanılmaktadır.

Şiddetli akut solunum sendromu koronavirüs 2 (SARS-CoV-2) virüsü ilk olarak Aralık 2019'da Çin'in Hubei eyaletinde tanımlanmıştır. SARS-CoV-2 virüsünün neden olduğu epidemik hastalık koronavirus hastalığı-19 (Coronovirus Disease-19; COVID-19) olarak isimlendirilmiştir. COVID- 19, asemptomatik / hafif semptomlardan şiddetli hastalık ve ölüme kadar değişen çeşitli semptomlarla kendini göstermektedir. Hastalığın şiddeti yaş ve komorbiditelere bağlı olarak değişkenlik göstermektedir [10, 11].

İBH, hastalığın doğası gereği hastalarda immunsupresyon yaratmakta, İBH için kullanılan tedaviler ise immun sistemi daha da baskılayarak hastaları enfeksiyonlara yatkın hale getirmektedir. Hastalar hali hazırda bu durumla ilgili endişe duymakta iken COVID 19 pandemisi hastaların bu endişesini daha da artırmaktadır. Bu endişeden kaynaklanarak hastalar sosyal ortamlardan kendilerini soyutlamakta, bu durum onların iş ve günlük aktivitelerini olumsuz etkilemektedir. İBH'lı hastalar, pandemi nedeniyle değişik seviyelerde psikolojik sıkıntı yaşayabilmekte, bu durum, IBD hastalarında stres, kaygı ve korku gibi ruh sağlığı sorunlarına yol açabilmektedir. İlaç yan etkilerinden korkan hastalar bu süreçte ilaçlarını bırakabilmekte, COVID-19 bulaş riskinden dolayı hastane takiplerine gelmekten çekinebilmektedirler [12].

Biz bu çalışmamızda COVID-19 pandemi döneminde İBH hastalarında yaşam kalitesi, hastalık aktivitesi ve anksiyete düzeylerini değerlendirerek, hastalığın takip ve tedavisine yön verilebilmeyi ve hasta-hekim ilişkisi yeni bir boyut kazandırabilmeyi amaçladık.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 İNFLAMATUAR BAĞIRSAK HASTALIĞI

2.1.1 Tanım ve Tarihçe

İBH, genel olarak CH ve ÜK olarak iki alt grupta incelenen kronik intestinal hastalıklardır [13]. Etyopatogenez tam olarak aydınlatılmamakla beraber, hastalıklara genetik olarak yatkın bireylerde intestinal mikrobiyataya uygunsuz inflamatuar yanıtın neden olduğu düşünülmektedir[14].

İBH tarihçesi kesinlik içermemekle birlikte Hipocrates'e dayanmaktadır. Tanımlamış olduğu anal fistül olgularında ishalin kanlı olması ve opium içeren ilaçlardan fayda görmesi bunu destelemektedir [15]. Ancak ilk olarak ÜK tanımı 1859 da bir otopsi sunumunda Samuel Wilks tarafından kullanılmıştır [16]. Endoskopik görüntülerin elde edilmesi, radyolojik görüntülemenin tanı amaçlı kullanılmaya başlamasıyla inflamatuar bağırsak hastalıkları hakkındaki bilgiler artmıştır [15].

CH ve ÜK, İBH çatısı altında olmasına rağmen klinik ve histolojik açıdan farklılık göstermektedir. Ancak endoskopik ve histolojik değerlendirmeler vakaların %5 - %15'inde ÜK ve CH ayrımı yapılamamaktadır [17]. Bu hastalar *undiferansiye kolit* olarak adlandırılır. Kolektomi spesmenlerinin patolojik incelemesi sonucu halen ayrım yapılamıyor ise *indetermine kolit* olarak isimlendirilir [18].

ÜK'de inflamasyon mukoza ve submukozaya sınırlı iken CH'de transmuraldir. ÜK'de bazen terminal ileumun son kısmının tutulduğu backwash ileiti eşlik edebilmekle birlikte sadece kolon tutulumu olurken, CH ağızdan anüse tüm gastrointestinal sistemi tutabilmektedir. ÜK daha çok kanlı ishal ile seyrederken, CH daha çok karın ağrısı ile prezente olur.

2.1.2 Epidemiyoloji

CH ve ÜK prevelans ve insidansı coğrafi alanlara bağlı olarak büyük oranda değişkenlik göstermektedir. İki hastalık da gelişmiş toplumlarda ve batı toplumlarında daha sık görülmektedir. İBH için en yüksek insidans oranları Kuzey Avrupa, İngiltere, Kuzey Amerika ve Avustralya'da bildirilirken, en yüksek prevalans oranları ABD, Kanada ve Avrupa'da bulunmuştur [19, 20].

Popülasyon temelli çalışma Türkiye'de yapılmamış olup 2004-2007 yılları arasında hastane verilerine dayalı epidemiyolojik çalışma İBH Derneği tarafından yapılmıştır. Bu verilere göre Türkiye de CH insidansı 2.6/100.000 ÜK insidansı 4.1/100.000 olarak bulunmuştur. Türkiye'de İBH prevelansı ise CH için 7.7/100.000, ÜK için 25/100.000 şeklindedir [21].

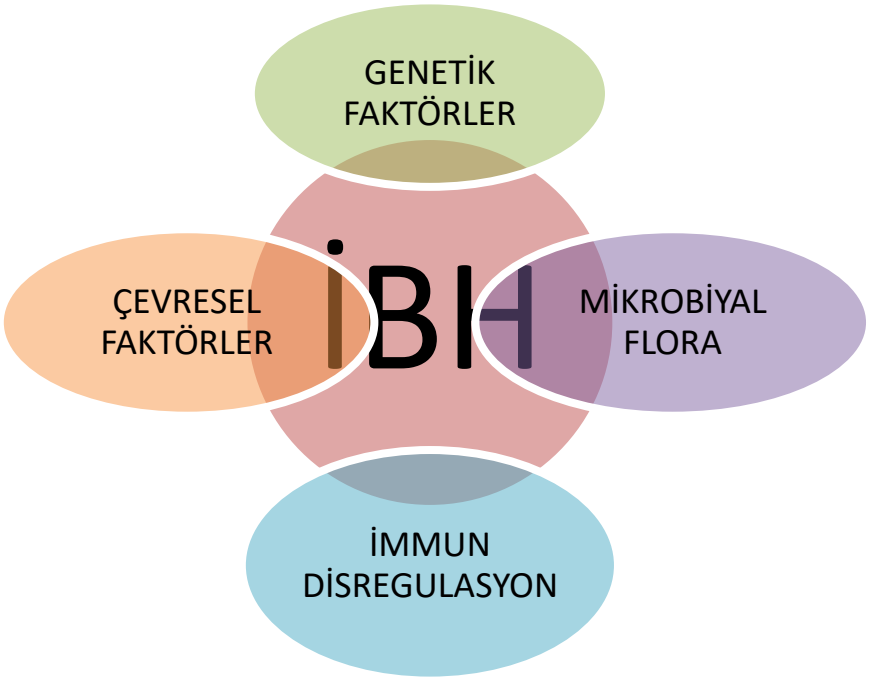
Her iki hastalıkta da sıklık açısından cinsiyetler arasında fark bulunmamaktadır.

Önceden İBH'nin beyaz ırkta siyah ırka göre daha fazla görüldüğüne inanılırken, bilgi birikimi arttıkça her iki ırkta da eşit sıklıkta görüldüğü anlaşılmıştır [20].

Her iki hastalık da 15-25 ve 60-70 yaşlarında olmak üzere iki pik görülmektedir.

2.1.3 Etyopatogenez

ÜK ve CH, GİS'te ortaya çıkmaları, benzer semptomları, relaps ve remisyonlarla seyretmeleri, sebebi bilinmeyen etyolojileri ile birlikte anılırlar. Etyopataogenezi aydınlatmak için pek çok hipotez ileri sürülmüştür. En çok kabul gören hipotez; genetik eğilimi olan kişilerde çevresel ve mikrobiyal etkenlerin etkisi ile immun regülasyonun bozulmasıdır [22].



Şekil 2.1. İBH etyopatogenezi[22]

2.1.3.1 Genetik Faktörler

İBH'si olan hastalarda aile öyküsünde ÜK ve CH olması patogenezde genetik faktörlerin etkili olduğunu göstermiştir. Deoksiribo Nükleik Asit (DNA) analizleri gibi teknolojik gelişmelerin artması ile İBH'nin genetik nedenleri daha anlaşılır hale gelmiştir [23, 24]. İkizler üzerinde yapılan çalışmalarda CH'de ÜK'ye göre genetik faktörlerin daha etkili olduğu görülmüştür [25]. 2001 yılında CH ve nükleotit bağlayıcı oligomerizasyon alan 2 (Nucleotide Binding Oligomerization Domain Containing 2; NOD2) ilişki bulunması ile başlayan süreç 2006 yılında interlökin (IL)-23 ve İBH ilişkisi ile devam etmiş olup, günümüzde İBH patogenezinde *ATG16L1, IRGM, CARD9, IL1R2, SMAD3* gibi yüz altmıştan fazla gen ile ilişki gösterilmiştir [26-28].

2.1.3.2 Çevresel Faktörler

Diyet, sigara kullanımı, non-steroid antinflamatuar ilaç (NSAİİ) kullanımı, appendektomi, enfeksiyonlar, yaşam tarzı, stres gibi pek çok faktör İBH'nin etyolojisinde etkili bulunmuştur. Anne sütü ile yetersiz beslenme, rafine şeker kullanımı, yağ tüketimi ve fast-food tüketiminin fazla olması hastalıklar için riski arttırırken, meyve ve sebze tüketimi hastalıklar için riski azaltır [29-33]. Çevresel faktörler arasından en güçlü ilişki sigara ile kurulmuş olup, sigara kullanımı ÜK aktivasyonu azaltırken, CH aktivasyonunu arttırmaktadır. NSAİİ kullanımı her iki hastalığın hem gelişmesini kolaylaştırır hem de aktivasyonunu arttırır. Yaklaşık 220.000 vaka ile yapılan bir çalışmada appendektomi yapılan hastalarda ÜK

riskinin %55 azaldığı gösterilmiştir [34]. Yedi çalışmanın yer aldığı bir meta-analizde fiziksel aktivitenin CH'ye karşı koruyucu olduğu ileri sürülmüştür [35].

Hem kronik stres hem de akut stres immün sistem üzerinde değişiklikler yaparak İBH etyopatogenezinde rol oynar [36]. ÜK ve CH olan yaklaşık 1000 hastanın katıldığı bir çalışmada, hastalara hastalık aktivasyonlarını ne ile ilişkilendirdikleri sorulmuş ve hastaların %75'i hastalık aktivasyonlarını fizyolojik stres ile ilişkilendirmiştir [37].

İBH etyopatogenezinde etkili olduğu düşünülen bir başka hipotez hijyen hipotezidir. Bu hipotez ilk olarak 1989'da Strachan tarafından dile getirilmiştir [38]. Çocukluk çağında enfeksiyöz ajanlarla daha az karşılaşan, daha temiz suya ulaşabilen, daha gelişmiş toplumlarda İBH'nin daha sık görülmesi bu hipotezin ortaya çıkmasında etkilidir [39].

Tablo 2.1. İBH Etyopatogenezinde Etkili Olduğu Düşünülen Çevresel Faktörler

- Diyet
- Sigara Kullanımı
- NSAİİ Kullanımı
- Appendektomi
- Enfeksiyonlar
- Yaşam Tarzı
- Stres

2.1.3.3 İntestinal Flora ve İmmun Yanıt

CH'de ve ÜK'de görülen inflamasyonun altta yatan nedeninin enterik mikroorganizmalara karşı anormal mukozal immün yanıt olduğu düşünülmektedir [40]. Enterik bakteriler ile konak arasında simbiyotik bir ilişki olup; konak enterik bakterilere besinden zengin yaşam alanı sunarken, enterik bakteriler konağın immün sisteminin düzenlenmesine katkıda bulunur [41]. Enterik bakteriler İBH'ye karşı koruyucu olabilirken, hastalık aktivasyonuna neden de olabilir. *Mycobacterium avium paratuberculosis* ile *adherent invaziv Escherichia coli* 'nin İBH gelişmesi ve aktivasyonunda etkili olduğu gözlenmiştir.

İBH'de bağırsak içeriğine karşı olan mukozal tolerans bozulmuştur. İBH'de epitel bariyeri bozulur, mukozal geçirgenlik artar. Böylece normalde geçemeyen antijenler ve proinflamatuar moleküller bu bariyeri geçerler ve immün disregülasyonda rol oynarlar [42, 43].

İBH'de hem doğal hem kazanılmış bağışıklık sistemi rol oynar. Natural - Killer (NK) hücreler, fagositler yabancı antijenlere karşı ilk yanıtı oluşturur. Kazanılmış bağışıklık sisteminde hem B lenfositler daha çok da T lenfositler rol oynar. Yardımcı T (Th) hücreleri aktivasyonunda düzensizlik söz konusudur. Th-1 hücreleri artarken otoimmüniteyi baskılayan Th-2 hücreleri azalır. Th-1, interferon-gamma (IFN-gamma), IL-1, IL-2, IL-6, IL-12 gibi inflamatuar sitokinler üreterek bağırsakta inflamasyonu tetikler ve İBH'ye yol açar. Patogenezdeki bu sitokinler hastalıkların tedavisinde önemli rol oynar.

2.1.4 Crohn Hastalığı

2.1.4.1 Tanım

CH, ağızdan anüse tüm GİS'i etkileyebilen, kronik, relaps ve remisyonlarla seyreden inflamatuar bir hastalıktır. En sık tutulan yer %70 tutulma oranı ile terminal ileumdur. Bunun %30 u primer ileal hastalıkken, %40'ı ileokolonik hastalık şeklindedir. Üst GİS tutulumu ve rektum tutulumu nadirdir. Tutulum bağırsak duvarının tüm katmanlarında ve atlamalı şekildedir. En sık 15-30 yaşları arasında görülür ve 7. dekatta ikinci pikini yapar.

2.1.4.2 Semptom ve Klinik Bulgular

Klinik bulgular hastalığın tutulum bölgesi, hastanın yaşı, hastalık sürecine göre değişkenlik göstermektedir. Başlangıç semptomları hastalığa özgü olmayıp, tanıda gecikmelere yol açabilmektedir. Diyare, karın ağrısı, kilo kaybı, karında kitle, halsizlik, yorgunluk, cilt bulguları, göz bulguları ile ortaya çıkabilmektedir. 2019 yılında 200'den fazla Crohn hastası ile yapılan bir çalışmada en sık başvuru semptomunun diyare ve kilo kaybı olduğu görülmüştür [44].

Diyare en sık görülen bulgulardan biridir ve transmural inflamasyon, sitokinler, bakteriyel aşırı çoğalma, enteroenterik fistüller, enfeksiyon gibi nedenlerle olabilir. Hastanın diyaresi gece de oluyorsa, ön planda diyarenin ÜK, CH gibi organik patolojilerden kaynaklandığı düşünülmelidir. ÜK' de görülen kanlı ve mukuslu diyarenin aksine CH'de genellikle kan ve mukus yoktur. Ancak CH'de kolonda tutulum var ise diyare kanlı ve mukuslu olabilir.

Karın ağrısı, CH' de sık görülen bulgulardan biridir. Ağrı inflamasyon kaynaklı, enfeksiyon kaynaklı, fistül kaynaklı olabilmektedir. Terminal ileumu tutan bazı vakalar akut apandisit kliniği ile başvurabilmektedir.

CH'de sık görülen semptomlardan kilo kaybı proinflamatuar sitokinlerin anoreksijenik etkisi, malabsorbsiyon ve hastaların istemli olarak (ağrıdan kaçınmak için) gıda alımlarını azaltmaları sonucu gelişir [45, 46]. Erken yaşta tanı alan ve cerrahi geçiren hastalarda kilo kaybının daha çok rastlanan bir bulgu olduğu görülmüştür [45].

Hastalar abse veya inflamatuar süreç kaynaklı olarak karında kitle ile tanı alabilirler. Abse, perianal hastalık, fistül gibi komplikasyon gelişen hastalar, ateş, yorgunluk, inkontinans, dizüri ile kliniğe başvurabilirler.

2.1.4.3 Tanı

CH'de tanı hastanın öykü ve fizik muayenesine dayalı klinik bir tanıdır. Tanıyı laboratuvar, radyolojik, serolojik, endoskopik, histolojik bulgular destekler [47]. Kronik karın ağrısı, ishal ile gelen hastalarda enfeksiyöz nedenlerden dışlandıktan sonra klinik şüphe varlığında kolonoskopi ile histopatolojik inceleme için örnekleme yapılmalıdır.

2.1.4.3.1 Laboratuvar ve Serolojik Bulgular

CH'de bakılması gereken başlıca laboratuvar testleri hemogram, biyokimya, C-reaktif protein (CRP), eritrosit sedimantasyon hızı (ESH) ve gaita tetkikleridir. Hemogramda sıklıkla anemi ve reaktif trombositoz görülmektedir.

CRP ve ESH de artış hastalık aktivasyonunu göstermektedir. Gaita tetkiklerine bakılarak enfektif nedenler dışlanmalıdır. Ayrıca fekal kalprotektin bağırsakta inflamasyonu göstererek, İBH'nın irritable bağırsak sendromundan (İBS) ayrılmasında yardımcı olabilir [48].

Serolojik testler yaygın olarak kullanılmamakla birlikte, CH için *anti-Saccharomyces cerevisiae mannan* antikorları (ASCA) yaklaşık %70 hastada pozitif tespit edilebilmektedir.

2.1.4.3.2 Endoskopik ve Histolojik Bulgular

Endoskopik uygulamalar özafagoduodenoskopi, kolonoskopi ve balon enteroskopiyi içermektedir. CH'nin tanısını, hastalık şiddet ve yaygınlığını, tedaviye cevabını, malignite gelişimini değerlendirmek için kullanılmaktadır [49]. Atlamalı lezyonların görüldüğü CH'de inflamasyon transmuraldır. Mukozal eritem, ödem, aftöz ülserler, striktürler, kaldırım taşı görünümü görülebilmektedir. Rektum tutulumu nadirdir.

Histolojik olarak kronik, fokal, atlamalı ve transmural inflamatuar infliltratlar görülmektedir. Lenfoid agregatlar, pilorik bez metaplazisi, Paneth hücre metaplazisi, intestinal vüluslarda küntleşme yaygın görülen bulgulardandır. Non-keazifiye granülomlar CH'nin ayırt edici özelliğidir. Fakat mukozal biyopsilerin sadece %15'inde tespit edilir [50, 51].

2.1.4.3.3 Radyolojik Bulgular

CH değerlendirilirken bilgisayarlı tomografi (BT), manyetik rezonans görüntüleme (MRG), ultrason görüntüleme (USG) gibi radyolojik teknikler kullanılmaktadır [49]. Bu teknikler CH tanısında, tedaviye yanıtın, hastalık yaygınlığının ve komplikasyonlarının değerlendirilmesinde fayda sağlamaktadır [52]. BT enterografi (BTE) ve MR enterografide (MRE) kontrast madde verilip, duvar kalınlık artışı ve mural konrast tutulumuna bakılarak inflamasyon değerlendirilebilir. CH'de penetran hastalık fistüllere, sinüs traktları oluşumuna, abse ve flegmonlara yol açabilmektedir [53]. BTE ve MRE ile bu komplikasyonlar da değerlendirilebilmektedir. USG'de kontrast madde verilmez, ucuz bir tekniktir. Fakat MRE ve BTE kadar sensitif değildir.

2.1.4.3.4 Hastalık Lokalizasyon ve Şiddetine Göre Sınıflandırma

CH'de hastalık lokalizasyonu, aktivasyonu ve tedaviye yanıtını değerlendirmek için pek çok sınıflandırma kullanılmaktadır. Yaygın olarak kullanılan Montreal sınıflamasında (Tablo-2.2) hastalar yaşları, hastalık lokalizasyonları ve hastalık davranışlarına göre kategorize edilir [54].

Hastalık aktivasyonu değerlendirilirken Harvey Bradshaw İndeksi (HBİ) (Tablo-2.3), CH aktivite indeksi (CHAİ) (Tablo-2.4) yaygın olarak kullanılmaktadır [55]. Her iki skorda da hastanın semptomları derecelendirilerek hastalık aktivasyonu değerlendirilir. HBİ'de skor 5 in altında ise remisyon, 5-7 arasında ise hafif aktivite, 8-16 arasında ise orta aktivite, 16 'nın üstünde ise şiddetli aktivite olarak değerlendirilir [56]. CHAİ'de skor 150'nin altında ise

klinik remisyon, skor 150-220 arasında ise hafif –orta aktivite, 221-450 arasında ise şiddetli aktivite, 450'nin üstünde ise fulminan hastalık olarak değerlendirilir [57].

Tablo 2.2. Montreal Sınıflaması[41]

TANI YAŞI	A1:<16 A2:17-40 A3: >40
LOKALİZASYON	L1:ileal L2:ileokolonik L3:kolonik L4:üst GİS tutulum
HASTALIK DAVRANIŞI	B1: penetran ya da striktüran olmayan B2:striktüran B3:penetran P:perianal hastalık

Tablo 2.3. Harvey Bradshaw İndeksi[55]

Parametre	**Skor**
Genel iyilik hali	0:çok iyi 1: ortalamanın biraz altında 2: kötü 3: çok kötü 4: berbat
Günlük dışkılama sayısı	
Karın ağrısı	0: yok 1: hafif 2: orta 3: şiddetli
Abdominal kitle	0:yok 1: şüpheli 2:belirgin 3: gergin ve belirgin
Komplikayonlar (artralji, üveit, eritema nodosum, aftöz ülser, anal fissür, yeni gelişen fistül, pyederma gangrenozum, abse)	Yok, ise 0 puan, var ise her biri için 1 puan

Tablo 2.4. CH Aktivite İndeksi [56]

DEĞİŞKEN	SKORLAMA	KATSAYISI
7 gün boyunca toplam sulu ya da yumuşak dışkılama sayısı	Toplam sayı	X2
7 gün boyunca ortalama karın ağrısı şiddeti	0: hiç 1: hafif 2: orta 3: şiddetli	X5
7 gün boyunca ortalama genel sağlık durumu	0: iyi 1:ortalamanın biraz altında 2: kötü 3: çok kötü 4: berbat	X7
Komplikasyon varlığı (artrit, artralji, iritis, üveit, eritema nodosum, pyoderma gangrenosum, aftöz stomatit, anal fissür/fistül/abse)	Her bir komplikasyon 1 puan, yoksa 0 puan	X20
İshal için opioid ya da lopermid kullanımı	0: yok 1: var	X30
Karında ele gelen kitle varlığı	0: yok 1:şüpheli 5: kesin	X10
Kilo kaybı	[1-(ideal/mevcut)]x100	X1
Hemotokrit (htc)	Erkekte 47-hastanın htc'i Kadında 42-hastanın htc'i	X6

2.1.5 Ülseratif Kolit

2.1.5.1 Tanım

ÜK, kolon ve rektumu tutan, ataklarla seyreden, kronik inflamatuar bir hastalıktır. İnflamasyon genel olarak mukozada sınırlıdır ve atlama olmadan devamlı tarzdadır [43]. Nadir olarak terminal ileumda da tutulum görülebilmektedir. Bu durum 'Backwash ileit' olarak isimlendirilir [58]. Hastalık 30-40 yaşlarında pik yapar [20].

2.1.5.2 Semptom ve Klinik Bulgular

ÜK 'de semptomların şiddeti inflamasyon yaygınlığı ile değişkenlik gösterir [59]. Montreal sınıflaması ÜK'yi kolon tutulum yaygınlığına göre sınıflandırır ve bu sınıflamaya göre hastalar proktit, sol kolit ve pankolit olarak üçe ayrılır [60]. Yapılan bir çalışmada ÜK hastalarının %0-%60 'ında proktit, %16-45'inde sol kolit ve %14-35'inde pankolit saptanmıştır [61]. Distal kolitlerin yaklaşık %25-50'si zaman içerisinde yaygın forma dönüşür[62].

Proktit de tutulum rektuma sınırlıdır, klinik olarak daha çok tenesmus, aciliyet hissi ile gösterir [6]. Rektal kanama da eşlik edebilir. Sistemik semptomlar nadiren görülür. Sol taraflı kolit olan hastalarda da rektal kanama, tenesmus, mukuslu diyare görülebilmektedir. Tutulum bütün kolon mukozasında mevcutsa pankolit olarak isimlendirilir. Kanlı -mukuslu diyare, aciliyet hissi, tenesmus, karın ağrısı sıklıkla görülür [63]. Pankolitli hastalarda artrit gibi ekstraintestinal bulgular daha sık görülmektedir [64].

Yaygın tutulumu olan bazı hastalar ateş, şiddetli karın ağrısı, sistemik semptomların eşlik ettiği, 10'dan fazla kanlı ishalin olduğu fulminan kolit tablosu ile karşımıza çıkabilmektedir. Bu şekilde başvuran hastalarda kolon anslarının dilatasyonu ile karakterize, mortalitesi bir hayli yüksek olan toksik megakolon açısından dikkatli olunmalıdır [59].

2.5.1.3 Tanı

ÜK'de tanı CH'de olduğu gibi klinik, endoskopik, histapatolojik, laboratuvar ve görüntüleme tekniklerinin bir bütün olarak değerlendirilmesi ile konulur. Rektal kanama, kronik diyare, karın ağrısı, tenesmus, acil dışkılama hissi ile gelen hasta ÜK ön tanısı ile değerlendirilmelidir. ÜK tanısı konulmadan önce enfeksiyöz nedenler ve mikroskobik kolit, safra asidi malabsorbsiyonu, bakteriyel aşırı çoğalma, malign nedenler, ilaç ilişkili diyare gibi enfeksiyon dışı nedenler dışlanmalıdır [43].

2.1.5.3.1 Laboratuvar ve Serolojik Bulgular

ÜK şüphesi olan her hastadan anemiyi saptamak için tam kan sayımı, elektrolit bozuklukları değerlendirmek için böbrek fonksiyon testleri, anemi nedenini aydınlatmak için anemi parametreleri istenmelidir. Anemi, trombositoz, hipoalbuminemi görülebilmektedir. Fekal kalprotektin ve CRP, ÜK'da infalmasyonu gösteren parametrelerdendir. Hastalık aktivasyonu ve tedaviye yanıtı değerlendirilirken kullanılabilir [65]. Perinüklear antinötrofilik sitoplazmik antikorlar (p-ANCA) ÜK'ların %70'inde, CH 'lerin %18 pozitif saptanmaktadır ve ÜK- CH ayrımında kullanılabilmektedir [66, 67].

2.1.5.3.2 Endoskopik ve Histolojik Bulgular

ÜK'den şüphelenildiğinde tanıyı doğrulamak için kolon endoskopik olarak görüntülenmeli, ileum ve rektumu da içeren 5 bölgeden 2 biyopsi alınarak histapatolojik olarak değerlendirilmelidir[68].

Endoskopik olarak ÜK'de devamlı bir inflmasyon, vaskülarite kaybı, haustral yapıların kaybı, mukozal erozyonlar, mukozal ödem, ülserasyon, spontan kanama ve uzun dönem hastalıkta psödopolipler görülebilmektedir [69, 70].

Histopatolojik olarak ÜK'de bazal plazmasitoz ile karakterize yaygın inflamatuar hücre infiltrasyonu, goblet hücrelerde azalma, kript yapısında bozulma, kript absesi, kript atrofisi görülebilir [71].

2.1.5.3.3 Radyolojik Bulgular

ÜK'de radyolojik tekniklerle non-invaziv olarak hastalık şiddeti, yaygınlığı, toksik megakolon, intestinal perforasyon gibi komplikasyonlar, kolektomi sonrası ileal poş fonksiyon ve anatomisi ile tedaviye yanıt değerlendirilebilir [72]. Direkt grafi, baryumlu grafiler, BTE, MRE ve daha az yaygın olarak USG kullanılabilmektedir [73]. Ayakta direkt batın grafisi ile kolon dilatasyonu değerlendirilebilir ve ateş, taşikardi ile gelen ÜK'li bir hastada toksik megakolon tanısı konulabilir [74]. Baryumlu grafilerde haustra kaybı görülebilir, mukoza yapısı değerlendirilebilir [60]. BTE ve MRE ile hastalık aktivasyonu ve komplikasyonlar değerlendirilmekle birlikte, CH'deki kadar sık kullanılan teknikler değildir. ÜK'li hastalarda BTE ve MRE 'de mural kalınlık artışı görülmektedir [75].

2.1.5.3.4 Hastalık Lokalizasyon ve Şiddetine Göre Sınıflandırma

ÜK'nin şiddetini ve lokalizasyonunu objektif olarak değerlendirmek, klinik tedaviyi şekillendirmek ve hastalığın uzun vadeli sonuçlarını öngörmek açısından son derece önemlidir. Bunun için pek çok sınıflandırma yapılmıştır. Montreal sınıflaması (Tablo-2.5), TLW (Tablo-2.7) ve Mayo klinik skorlama sistemi (Tablo-2.6) yaygın olarak kullanılmaktadır [54, 76, 77]. TLW'de hastalar günlük dışkı sayısına, dışkı kan olup olmamasına, ateşine, nabzına, ESH 'ye ve hemoglobin değerlerine göre hafif, orta, şiddetli olmak üzere sınıflandırılır. Mayo klinik skorlama sistemi dışkılama sıklığı, rektal kanama, proktosigmoidoskopi bulguları ve hekim hastalık değerlendirmesinden oluşur. Hastalar 0-12 arası puan alır. 0-2 puan remisyonu, 3-5 puan hafif aktiviteyi, 6-10 puan orta aktiviteyi, 11-12 puan ciddi aktiviteyi göstermektedir [78]. Montreal sınıflamasında hastalar hastalık yaygınlığı ve şiddetine göre sınıflandırılır.

Tablo 2.5. Montreal Sınıflandırması [67]

YAYGINLIK	E1→ ülseratif proktit E2→sol kolit (splenik fleksuranın distal kısmı) E3→yaygın kolit (splenik fleksura proksimal kısmı)
ŞİDDET	S0→ remisyon S1→hafif hastalık S2→orta şiddetli hastalık S3→şiddetli hastalık

Tablo 2.6. Mayo Klinik Aktivite Skorlaması [76]

	0	1	2	3
Dışkı sıklığı	Normal sayıda	Normalden 1-2 fazla	Normalden 3-4 fazla	Normalden 5 veya 5'ten çok fazla
Rektal kanama	Kan yok	Yarısından azında dışkıyla çizgiler şeklinde kan	Dışkıyla beraber belirgin kan	Sadece kan
Endoskopik değerlendirme	Normal endosopik bulgular veya remisyon	Hafif hastalık	Orta hastalık	Şiddetli hastalık
Hekimin bütüncül değerlendirmesi	Normal	Hafif hastalık	Orta hastalık	Şiddetli hastalık

Tablo 2.7. Truelove-Witts Hastalık İndeksi [75]

	Hafif	Orta	Şiddetli
Dışkılama sayısı	<4	≥4 - <6	≥6
Dışkıda kan	seyrek	sıklıkla	Her zaman
Ateş	<37.5 C	≤37.8 C	<37.8 C
Taşikardi	<90 bpm	<90 bpm	≥90 bpm
Anemi	>11.5 g/dl	>10.5 g/dl	<10.5 g/dl
ESH	<20 mm/h	≤30 mm/h	>30 mm/H

2.1.6 İnflamatuar Bağırsak Hastalığında Ekstraintestinal Tutulum ve Komplikasyonlar

Sistemik bir hastalık olan CH, bağırsak dışında kas-iskelet, dermatolojik, hepatobiliyer, vasküler sistem gibi pek çok sistemi etkiler. Gastrointestinal tutulum dışındaki tutulumlar ekstraintestinal tutulum olarak isimlendirilir. Ekstraintestinal bulgular CH'de ÜK'dan daha sıktır ve hastaların %25'den fazlasını etkiler [79].

CH ve ÜK'da en sık etkilenen ekstraintestinal sistem muskuloskelatal sistemdir ve hastaların yaklaşık olarak %20 'sinde görülür [80]. Periferik artrit, aksiyel artrit ve metabolik kemik bozuklukları en sık bulgulardandır. CH 'de ÜK'dan daha sık görülür. Hastalıkların herhangi bir zamanında ortaya çıkabilir. Aksiyel eklem tutulumu ankilozan spondilit ve izole sakroileit şeklindedir, ileal inflamasyon ile korrelasyon gösterir [81, 82]. Periferik eklem tutulumu tip 1 ve tip2 olarak ikiye ayrılılr. Tip 1'de 5 ten az eklem tutulumu vardır ve tutulum asimetriktir. Tip 2'de 5'ten fazla, simetrik ve küçük eklem tutulumu vardır. Eritema nodozum (EN) tip 1 periferik artritlerde daha sık görülürken, üveit tip 2 periferik artritlerde daha sık görülür [81].

Dermatolojik sistem, muskuloskleteal sistemden sonra en sık tutulan sistemdir. Hastalıkla doğrudan ilişkili olarak, reaktif, ilaç ilişkili olarak, malnutrisyona sekonder ortaya çıkabilmektedir [83]. En sık karışımıza EN ve pyoderma gangrenosum çıkar. EN, ÜK'da %3 görülürken, CH' de %8 ile daha sık görülür [84]. Nadir olarak ateş lökositoz ile seyreden, ağrılı eritemli plakların

görüldüğü Sweet sendromu da görülebilir [85]. Ağızda aftöz ülserler görülebilir ve aktivite ile ilişkilendirilmiştir.

İBH'lerin yaklaşık %10'unda karşılaşılan oküler bulgular immun aracılı veya ilaç ilişkili olabilmektedir [86]. Episklerit, sklerit, üveit olarak karşımıza çıkabilmektedir. Tedavide verilen steroide sekonder katarakt ve glokom da görülebilir.

İBH tüm sistemleri etkilediği gibi hepatobiliyer sistemi de etkiler. Primer sklerozon kolanjit (PSK), safra yolları karsinomu, kolelitiyazis, ilaç ilişkili pankreatit, ilaç ilişkili hepatotoksisite görülebilmektedir. En ciddi olanlardan biri PSK'dır. PSK safra yolları fibrozu ile giden kronik inflamatuar bir patolojidir. PSK olan hastaların en az %75'ine ÜK, %5'ine CH eşlik etmektedir, ancak ülseratif kolitli hataların %5inde, CH ile takip edilenlerin %2 sinde PSK görülür [87]. 6 aydan uzun süre alkalen fosfataz (ALP) ve gama glutamil transferaz (GGT) yüksekliği olan IBH'li hastalarda PSK mutlaka ön tanılarda bulunmalı ve gerekli tetkikler istenmelidir.

Ürogenital sistemde, nefrolitiyazis, üriner sistemin fistülizasyonu, obstruktif üropati, inflamasyona sekonder amiloidoz ve mesalazin kullanımına sekonder gelişen intersisyel nefrit görülebilmektedir [88]. Pulmoner tutulum nadir olmakla birlikte kolobronşiyal fistüller, granülamatöz hastalıklar, pulmoner tromboemboli şeklinde kendini gösterebilmektedir.

Hastalık aktivitesinden bağımsız olarak İBH'de hem venöz hem arteriyel tromboz riski artmıştır. Hiperhomosisteineminin, koagulasyon kaskadında

değişikliklerin, bozulmuş fibrinolizin artmış tromboz riskine yol açan faktörler olduğu düşünülmektedir [89].

2.1.7 İnflamatuar Bağırsak Hastalıklarında Tedavi

İBH ‘da tedavide amaç semptomları azaltmak, yaşam kalitesini geliştirmek, progresyonu ve komplikasyonları azaltmak, ilaç yan etkilerini en aza indirmek, uygun nutrisyonel desteği sağlamak, operasyona gidiş ve hastaneye yatışı en aza indirmektir [1].

İBH’da tedavi bireyseldir, tedavi hastalık şiddetine göre planlanır.

2.1.7.1 Medikal Tedavi

Medikal tedavide aminosalisilatlar, immünmodüatör ilaçlar, kortikosteroidler, biyolojik ajanlar ve antibiyotikler kullanılmaktadır.

2.1.7.1.1 Aminosalisilatlar

Aminosalisilatlar, sulfasazalin, mesalazin, olasazini içermektedir. 50 yılı aşkın süredir inflamatuar bağırsak hastalığı tedavisinde kullanılmaktadır. Aktif komponenti 5-aminosalisilik asittir (5-ASA), anti-inflamatuar ve imunsüprasan etkileri vardır [90]. Hafif ve orta şiddetli ÜK’de birinci sırada tercih edilen ajanlardır. CH’de güncel kılavuzlara göre tedavide yeri yoktur. Oral ve topikal formları mevcuttur. Proktitte rektal suppozivutarlar kullanılırken, sol kolitte lavman formu kullanılmaktadır. Transvers ve çıkan kolon tutulumu olması halinde oral formları kullanılmalıdır. Etki doz bağımlıdır [59]. Baş ağrısı, ishal, bulantı,

kusma sık görülen yan etkilerdir. Nadiren toksik hepatit, agranülositoz, pankreatit, hemolitik anemi, toksik hepatit görülebilmektedir. Yan etki olarak akut intersisyel nefrit gelişme olasılığı olup, ilaç kullanılırken yıllık böbrek fonksiyon takibi önerilmektedir. Gebelikte kullanılabilmektedir [91].

2.1.7.1.2 İmmunmodülatör İlaçlar

İmmunmodülatör ilaç olarak azatiyopürin (AZA), 6-merkaptopurin (6-MP) ve metotreksat (MTX) kullanılmaktadır. Ülkemizde en sık AZA kullanılmaktadır. Hem ÜK'nin hem CH'nin idame tedavisinde 2-2,5 mg/kg/gün dozunda kullanılmaktadır. Pürin üretimini baskılayarak, hücre proliferasyonunu inhibe etmektedirler. Yapılan çalışmalarda hem CH' de hem ÜK'de relapsları önlediği, steroid bağımlılığını azalttığı, postoperatif rekürensi azaltttığı gösterilmiştir. Bulantı, kusma, ishal gibi yan tekiler görülmekle birlikte majör doz bağımlı yan etki myelosupresyondur. Hemogramı yakından takip etmek gerekmektedir [92].

2.1.7.1.3 Kortikosteroidler

Kortikosteroidler İBH tedavisinde 65 yılı aşkın süredir kullanılmaktadır [76]. Hem ÜK hem de CH indüksiyon tedavisinde semptomları hızlı gidermeleri, ucuz olmaları, oral yolla kullanılmaları nedeni ile yaygın olarak kullanılmaktadır [93]. 4 hafta boyunca 0,75 mg/kg/gün metilprednizolon ve eşdeğeri almasına karşın aktif hastalığı olanlar steroid-refraktör hastalık olarak isimlendirilirken, steroid kesildikten sonraki 3 ay içinde hastalığı relaps olanlar veya kortikosteoroid başlanmasından 3 ay geçmesine rağmen metilprednizolon dozunun 10mg/gün ve eşdeğeri dozların altına düşülemedeği hastalar steroid bağımlı olarak

isimlendirilir. Steroid bağımlı veya steroid dirençli hastalarla karşılaşıldığında komplikasyonları ve tedavi modalitelerini tekrar gözden geçirmek gerekmektedir [47]. Uzun dönem steroid kullanımının osteoporoz, kilo alımı, kan şekeri yükselmesi gibi pek çok yan etkisi mevcuttur.

2.1.7.1.4 Biyolojik Ajanlar

Biyolojik tedavi modaliteleri son yıllarda sıklıkla kullanılan etkin tedavilerdir. Anti-tümör nekrozan faktör (anti-TNF) tedavi olarak infliksimab, sertolizumab pegol, adalimumab ve golimumab İBH'de onay almış tedavilerdir. Refrakter CH, refrakter ÜK, refrakter fistülizan CH, steroid bağımlı İBH, sistemik manifestasyonları olan İBH tedavisinde kullanılmaktadır [94].

İnfliksimab, proinflamatuar bir sitokin olan TNF-alfa'yı bloke eden kimerik immunglobulin G1 monoklonal antikordur. İBH'de ilk olarak kullanılan biyolojik ajandır. Hem ÜK'de hem CH'de kullanılmaktadır. Yapılan çalışmalarda infliksimabın diğer tedavilere dirençli İBH'si olan çocuk ve erişkinlerde klinik remisyon ve mukozal iyileşme sağladığı gösterilmiştir. 5 mg/kg dozunda intravenöz olarak uygulanır. 0,2 ve 6. Haftalarda indüksiyon dozu verildikten sonra 8 haftada bir idame tedaviye geçilir [95]. En sık görülen yan etki infüzyon reaksiyonlarıdır. Kaşıntı, kızarıklık ile kendini gösterir. Yan etkiler arasında tüberküloz reaktivasyonu, kalp yetmezliğinde kötüleşme, malignite riskinde artış da gösterilmiştir [96].

Adalimumab, TNF-alfa'yı inhibe eden insan monoklonal antikorudur. Hem ÜK'de hem CH' de kullanılmaktadır. Subkütan (SC) olarak uygulanan ilacın

indüksiyon dozu 160 mg olup 2 hafta sonra 80 mg olarak kullanılır. Daha sonra 2 haftada bir 40 mg olarak idame tedavisi verilir. Adalimumab fistülizan CH'de, infliksimab yanıtı kaybetmiş İBH'de etkili bulunmuştur. İnfliksimaba göre antikor geliştirme olasılığı daha düşüktür [97].

Sertolizumab pegol CH'de onay alan bir monoklonal antikor iken, golimumab ÜK'da onay alan bir monoklonal antikordur. Sertolizumab pegol plasenta geçişi olmaması nedeni ile gebelikte güvenle kullanılabilmektedir [98].

Vedolizumab, ÜK ve CH tedavisinde kullanılan alfa-4 beta-7 integrini bloke ederek antiinflamatuar etki gösteren monklonal bir antikordur. Malignite riskinde artış ile ilişkilendirilmemiş olması ve bağırsak seçici immunsupresyon yapması avantajlarındandır [99].

İBH ile ilgili çok sayıda yeni biyolojik ajanla ilgili çalışmalar yoğun bir şekilde devam etmekte olup, yakın gelecekte farklı ajanlarında tedavi seçenekleri arasına girmesi beklenmektedir.

2.1.7.1.5 Antibiyotikler

İBH etyopatogenezinde bakteriyel değişikliler gösterildikten sonra, İBH tedavisinde antibiyotikleri kullanmak teorik olarak anlamlı hale gelmiştir. Yapılan bir çalışmada postoperatif CH rekürrensi metronidazol kullanan grupta kullanmayanlara göre endoskopik ve klinik olarak anlamlı oranda düşük bulunmuştur [100]. Yapılan başka bir çalışmada perianal fistülizan CH'de siprofloksasin veya metronidazol kullanımının fistül drenajını azalttığı gösterilmiştir [101]. CH'de perianal fistül ve abse tedavisinde metronidazol ve

siprofloksasin kombinasyonu önerilmektedir. ÜK'de antibiyotik kullanımı ile daha az çalışma olmakla birlikte poşit tedavisinde ve fulminan kolitte kullanımının fayda sağladığı gösterilmiştir [102].

2.1.7.2 Cerrahi Tedavi

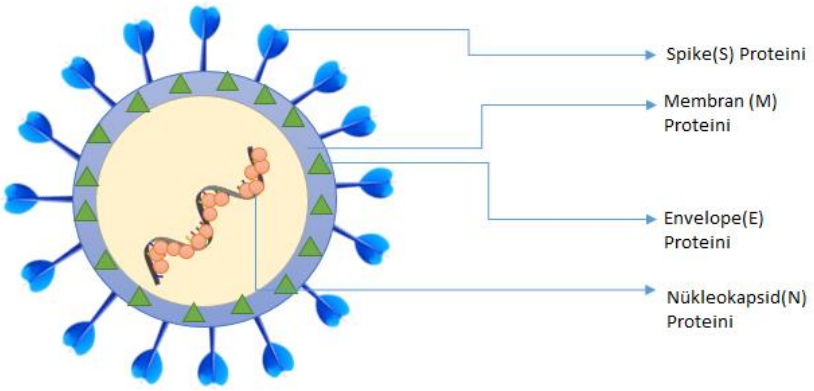
CH tanısı alan hastaların %40'ı 5 yıl içerisinde, %70'i 10 yıl içerisinde cerrahi tedaviye ihtiyaç duyar. Cerrahi başarısı tutulum yeri ve hastalığın şiddetine bağlı olarak değişmektedir. CH için cerrahi endikasyonları; abse, refrakter fistül, tedaviye yanıtsız perianal hastalık, masif kanama, kolonda displazi, kolon kanseri, fulminan hastalık, tedaviye yanıtsız striktür ve obstrüksiyondur. ÜK hastalarının yaklaşık %35'i yaşamları boyunca en az bir cerrahi müdahale geçirirler. Bağırsak perforasyonu, toksik megakolon, refrakter şiddetli kolit, şiddetli kanama, kolon displazisi, kolon kanseri başlıca cerrahi endikasyonlardır [25, 89].

2.2 COVID-19 Pandemisi ve İBH

2.2.1 Tanım, Viroloji ve Epidemiyoloji

Koronovirüsler, insanlarda hafiften şiddetliye değişebilen solunum yolu enfeksiyonlarına yol açan bir grup zarflı, tek zincirli, pozitif polariteli RNA virüsleridir. Genomlarında diken (Spike-S) proteinleri, Membran (M) proteinleri, Envelop (E) proteinleri ve Nukleokapsid (N) proteinleri kodlanmaktadır. (Şekil 2.2) S protein virüsün tutunması ve membran füzyonunda rol oynarken, N protein genomik RNA'nın nükleokapside uygun şekilde katlanmasını kolaylaştırır. E

proteinleri virulansı artırır. M proteini zarfın etrafını sararak virüsü bir arada tutar. S protein bulaşmanın başlamasında ve enfeksiyonun devamlılığında temel rol oynar [103]. Virüs dış yüzeyde bulunan anjiotensin konverting enzim -2 (ACE-2) 'ye bağlanarak hücre içine girer ve konağı enfekte eder [104].



Şekil 2.2. SARS-CoV-2 ve Yapısal Proteinleri

2002 yılında SARS-CoV ve 2012 yılında Orta Doğu solunum sendromu koronovirüs (MERS-CoV) ortaya çıkmış ve fatal solunum yolu enfeksiyonlarına yol açmıştır [105]. SARS-CoV-2 ilk olarak Çin'in Wuhan kentinde 2019 yılının sonlarında ortaya çıkmış, viral pnömoni salgınına yol açmış ve Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization;WHO) tarafından pandemi kabul edilmiştir. SARS-CoV-2'nin yol açtığı enfeksiyon COVID-19 olarak isimlendirilmiştir [106, 107].

Ülkemizde indeks vaka 11 Mart 2020'de görülmüş olup, Mart 2021 itibari ile 3 milyon vaka tespit edilmiştir [108].

2.2.2 Bulaş Yolu ve Klinik Özellikler

SARS-CoV-2 'nin temel bulaş şekli damlacıkla bulaşma olmakla birlikte fomitlerle de bulaş olabilmektedir. Transplasental bulaşma nadir olmakla görülebilmektedir. Fekal oral, cinsel yolla ve kan yoluyla bulaşma tariflenmemiştir. Semptomatik ve asemptomatik hastalar enfeksiyonun ana kaynağı olup virüs indirekt temas yoluyla da bulaşabilmektedir [109, 110]. Bulaş maruziyeti takiben 14 gün içinde olabilmektedir.

COVID-19 semptom olmadan seyredebildiği gibi hafif ve şiddetli semptomlarla da kendini gösterebilir. Yapılan bir çalışmada vakaların yaklaşık 1/3ünde semptom olmadığı görülmüştür [111]. En çok tarif edilen semptomlar arasında kas ağrısı, baş ağrısı, boğaz ağrısı, ateş, ishal, karın ağrısı, tat ve koku kaybı yer almaktadır. Hui ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada en sık görülen semptomun ateş olduğu görülmüştür [112].

Pnömoni en sık görülen ciddi tablo olup; ateş, nefes darlığı, öksürük ile kendini göstermekte, hastalar hastalığın yaklaşık 7. Gününde nefes darlığı ile hastaneye başvurmaktadır.

2.2.3 Tanı, Laboratuvar ve Radyolojik Tetkikler

COVID-19'un hızlı ve kesin tanısı uygun tedaviyi başlamak ve virüsün yayılımını engellemek için son derece önemlidir. Şüpheli vakalarda moleküler

temelli testler birinci basamak testlerdir [113]. Gerçek zamanlı reverse transkripsiyon polimeraz zincir reaksiyonu (RT-PCR) testi en çok kullanılan tanı testidir. Laboratuvarda lenfopeni, CRP ve d-dimer yüksekliği sıklıkla görülmektedir [114]. Görüntüleme yöntemi olarak akciğer radyografisi ve göğüs tomografisi kullanılmaktadır. Akciğer grafisinde daha çok orta ve alt zonlarda, bilateral, periferal yerleşimli konsolidasyonlar görülürken, göğüs tomografisinde alt zonlarda periferal yerleşimli buzlu camlar görülmektedir [115].

2.2.4 Tedavi

Tedavi hastalığın şiddeti göze alınarak planlanır ve henüz özellikli bir tedavisi yoktur. Hastalığın şiddetine göre ayaktan veya yatarak tedavi edilmelidir. Antiviral olarak favipravir, remdesivir, lopinavir-ritonavir kullanılırken konvaselan plazma, tosilizumab, anakinra gibi tedaviler de kullanılabilmektedir [113]. COVID-19 hastalarında artmış venöz tromboemboli riski mevcuttur ve bu nedenle hastalara antikoagülan tedavi verilmesi önerilmektedir [116].

2.2.5 COVID-19 ve İBH

COVID-19 pandemisi dünya çapında bir sağlık sorunu olmasının yanında, İBH olan hastalar medikal tedavi yönetimi ve enfeksiyon riski açısından özel bir öneme sahiptir. Çoğu İBH hastası tedavi için glukokortikoidler, immunmodülatör tedaviler ve biyolojik ajanlar kullanmaktadır [117]. Bu tedaviler immun sistemi zayıflatarak enfeksiyon riskini ve enfeksiyon sonrası komplikasyon riskini artırabilmektedir. Yapılan çalışmalarda sitomegalavirüs, ebstein barr virüs gibi viral enfeksiyonların İBH hastalarında 3 kat daha fazla olduğu gösterilmiştir

[118]. Sonuç olarak normal popülasyon ile kıyaslandığında İBH hastalarında COVID-19 geliştirme riskinin daha yüksek olduğu ve kliniğin daha şiddetli seyrettiğine dair yaygın bir endişe vardır. İBH hastalarında gastrointestinal traktın geçirgenliği artmış olması ve inflame bağırsakta ACE-2 ekspresyonu daha yüksek bulunmuş olması da, SARS-CoV-2 enfeksiyon riskinin İBH hastalarında daha yüksek olduğunu düşündürmektedir [119]. Virüsün bulaş yolu, klinik semptomları ve doğal seyri hakkında sınırlı bilgi oluşu İBH hastalarının yönetimini ve önleyici tedbirlerin benimsenmesini daha da zor hale getirmektedir [120]. Hastalar da bu endişelerle ilaçlarını bırakabilmekte ve hastane takiplerine gelmeyebilmektedir. Aynı zamanda bu süreçte çoğu hastane SARS-CoV-2 enfekte hastaları tedavi etmek aşırı iş yükü altına girmiş, acil olmayan ayaktan hasta başvurularını en aza indirmiştir. Tüm bunlar COVID-19 pandemi sürecinde İBH hastalarının tedavi ve takip sürecini daha zor bir hale getirmiştir.

2.3.Yaşam Kalitesi ve İBH

Yaşam kalitesi, bireyin bulunduğu yerdeki kültür ve değer sistemleri çerçevesinde, hedefleriyle, standartlarıyla, beklentileriyle ilgili olarak durumları nasıl algıladıklarıdır. Aynı zamanda hastalıklara, günlük rutin hayatın ruhsal, toplumsal ve fiziksel etkilerine verilen bireysel tepki olarak da tanımlanabilir. Bireysel doyumun düzeyini etkiler [121, 122].

Bireyin sağlığı ile ilgili durumlar tarafından belirlenen, klinik girişimlerden etkilenen yaşam kalitesi bileşeni ise sağlıkla ilgili yaşam kalitesi (health related quality of life, HRQOL) olarak isimlendirilir [123].

1946 yılında WHO tarafından sağlık “Yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik hali” olarak tanımlanmıştır [124]. Bu tanımdan sonra yaşam kalitesi daha önemli bir hale gelmiştir. Kişinin yaşam kalitesini testler ile değerlendirmek, sağlık hizmetlerine yön verebilmek, hastalara verilen tedavilerin etkilerini hasta gözüyle değerlendirebilmek için son derece önemlidir. Bu ölçeklerle hastaların yaşam kalitesini kötü etkileyen etkenler öğrenilebilecek, hastaların tedavi ve takiplerine yön verilebilecektir.

Yaşam kalitesinin değerlendirmek için pek çok ölçek geliştirilmiştir. Bunlardan başlıca kullanılanları, Nottingham sağlık profili, kısa form -36, Euro QOL, iyilik hali skalası, WHO yaşam kalitesi değerlendirme (WHOQOL) anketidir. WHOQOL 100 sorudan oluşmaktadır ve 26 sorudan oluşan WHOQOL-Bref adında kısa formu mevcuttur. Eser ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlilik onamı almıştır. WHOQOL-Bref 26 sorudan ve 4 ilgi alanından oluşmaktadır. 4 geniş ilgi alanı; sosyal, çevresel, psikilojik ve fiziksel alandır. Alanların değerlendirdikleri konular maddeler halinde sıralanmıştır [121].

- Fiziksel (bedensel) alan; medikal tedaviye ihtiyaç duyma, günlük yaşam aktiviteleri, yorgunluk, uyku, ağrı, iş kapasitesi
- Psikolojik (ruhsal) alan; fiziksel algısı, düşünceler, kendine güven, inançlar, öğrenme, hafıza, konsantrasyon
- Sosyal alan; kişiler arası ilişkiler, sosyal destek

- Çevresel alan; fiziksel çevre, güvenlik, sağlık ve ulaşım hizmetlerine ulaşım, yaşanılan ev

Yaşam kalitesinin etkileyen pek çok faktör vardır. Bunlardan başlıcaları cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, gelir düzeyi, yaşanılan ortam, çalışma durumu ve sağlık durumudur. Yapılan çalışmalarda yaşam kalitesinde düşmeye neden olan faktörler arasında kadın olmak, boşanmış olmak, yaşlı olmak, süreğen bir hastalığa sahip olmak, gelir düzeyinin düşük olması, boş zamanları değerlendirmede yetersizlik yer almaktadır [125].

İBH' de yaşam beklentisi normal popülasyonla benzer olmasına rağmen İBH, yaşam kalitesinde hastalık aktivitesinden bağımsız olarak düşmeye neden olur. Hastalığın kronik bir hastalık oluşu, ekstraintestinal bulgularının oluşu, cerrahi ve medikal tedavilerinin yan etkileri, semptomların tekrarlar nitelikte olması, ataklarla seyretmesi, kanser geliştirme korkusu yaşam kalitesinde önemli derecede düşmelere yol açabilmektedir. Sosyodemografik faktörler de yaşam kalitesinin düşmesine katkıda bulanabilmektedir [126].

İBH hastalarının yaşam kalitesi ölçülerek, hastaların yaşamdaki durumu ile kişisel algısı objektif olarak değerlendirilerek, hastalığın takip ve tedavisine yön verilebilecek, hasta-hekim ilişkisi yeni bir boyut kazanabilecektir.

2.4 Anksiyete ve İBH

Anksiyete tanımlaması güç bir duygudurumdur. Genellikle sebebi bilinmez. Bireyin korku, sıkıntı, endişe duymasına, kötü bir şey olacak hissine kapılmasına neden olur. Bireyin iç ya da dış dünyasından bir uyaranla karşılaştığında ortaya çıkan duygusal, zihinsel ve bedensel tepkilerle ortaya çıkabilir. Kalp çarpıntısı, terleme, midede hazımsızlık, baş ağrısı, huzursuzluk ile kendini gösterebilir. Normal anksiyete kişinin bir tehlike ile karşılaştığında tehlikeden kaçmasını sağlamak için ortaya çıkar. Eğer anksiyete ortada somut bir tehlike olmaksızın şiddetli ve devamlı olarak yaşanıyor, kişinin günlük işlerini aksatmasına neden oluyor ise kişide bir anksiyete bozukluğu olduğu düşünülebilir. Anksiyete bozukluklarının, yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluk, fobik bozukluk, sosyal anksiyete bozukluğu gibi pek çok alt tipi vardır [127].

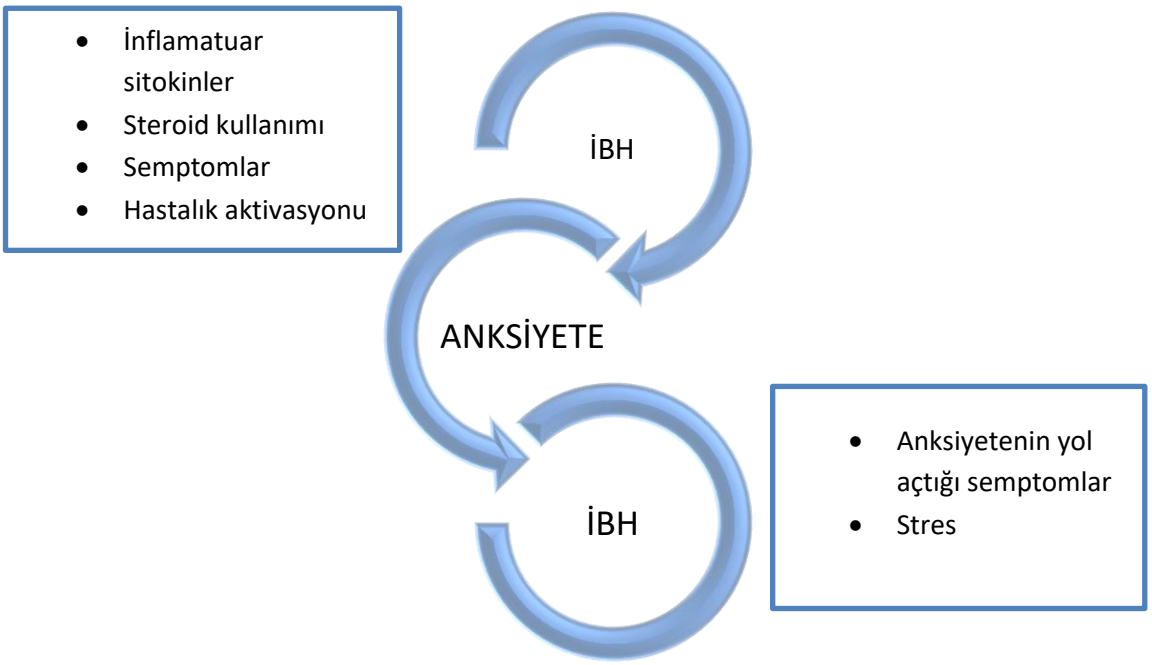
Anksiyete bozuklukları dünya çağında en sık görülen ruhsal sağlık bozukluklarıdır. Global prevelansı %3,8 ile %25 arasında değişkenlik göstermektedir. Kadınlarda erkeklere oranla 2 kat daha fazla görülmektedir. Anksiyete bozukluğuna sahip kişiler diğer ruhsal sağlık sorunları için de risk altındadır [128, 129]. Tedavi edilmemiş anksiyete bozuklukları; iş üretkenliğinde azalma, işsizlik, sosyal ilişkilerde bozulma, yaşam kalitesinde düşme gibi pek çok olumsuzluğa yol açmaktadır [130].

Anksiyeteyi ölçmek için pek çok ölçek geliştirilmiştir. Durumluk sürekli kaygı ölçeği (state trait anxiety inventory STAI), hastane anksiyete ve depresyon ölçeği, BAÖ bunlardan bazılarıdır [131]. BAÖ, Beck ve arkadaşları tarafından

geliştirilmiştir. Türkçe geçerlilik ve onamı Ulusoy ve arkadaşları tarafından alınmıştır. Anskiyeteyi ölçen 21 sorudan oluşun ölçekte; semptomlar yok, hafif, orta şiddetli olarak sınıflandırılır ve 0 ile 3 arasında puanlandırılır. 0-7 arası puanlar minimal düzeyde anksiyete belirtileri, 8-15 arası puanlar hafif düzeyde anksiyete belirtileri, 16-25 arası puanlar orta düzeyde anksiyete belirtileri, 26-63 arası puanlar ağır düzeyde anksiyete belirtileri şeklinde kategorize edilir [132].

İBH kronik bir hastalık olup, anksiyetenin kronik hastalığı olanlarda genel popülasyona göre daha çok görüldüğü bilinen bir gerçektir. Yapılan bir çalışmada remisyondaki İBH hastalarının yaklaşık %30'unda, aktif hastaların yaklaşık %80'inde anksiyete saptanmıştır. İBH'de inflamatuar sitokinler, hastalığın semptomları, steroid kullanımı anksiyeteye katkıda bulunurken anksiyetede yol açtığı semptomlarla ve stres ile İBH semptomlarının artmasına neden olabilir [133, 134]. (Şekil-2.3.)

Şekil 2.3. Anksiyete ve İBH İlişkisi



İBH hastalarında artmış anksiyete ve depresyon gözükmesine rağmen, hastalar gerekli tedaviyi almak için ruhsal sağlık merkezlerine başvurmamaktadır. Anksiyete ve depresyon İBH hastalarının yaşam kalitelerini düşürmekte, hastalık gidişatlarını kötüye götürmektedir. Bu durum hastaların psikososyal fonksiyonlarının azalmasının yanında, tedavi maliyetlerini de arttırmaktadır [135].

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Çalışma Dizaynı, Evren ve Örneklemi

Çalışma tek merkezli tanımlayıcı bir çalışma olup, tip 1 hata için alpha değeri 0,5 alınarak %80 power için %95 güven aralığında hesaplanan örnek sayısı 30 olarak hesaplanıp, 01.01.2021-01.04.2021 tarihleri arasında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji polikliniğine ayaktan başvuran 62 İBH'li hasta ve 60 sağlıklı kontrol grubu çalışmaya dahil edildi. 18 yaşından küçük olan ve bilgilerine ulaşılamayan İBH'li hastalar ve ek hastalığı olan kontrol grubu çalışmadan dışlandı. Birden fazla poliklinik başvurusu olması halinde hastalar sadece ilk başvurularında çalışmaya dahil edildi.

Hastalar çalışma hakkında bilgilendirildi ve bilgilendirilmiş gönüllü onam formları alındı.

3.2. Etik Kurul İzni

Çalışma öncesinde Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Etik Kurulu tarafından çalışmanın yapılmasında tıbbi etik açısından sakınca olmadığına dair 21 Aralık 2020 tarihinde 855 nolu karar ile izin ve onay alınmıştır. (ek 1)

3.3. Çalışmanın Uygulanması

İBH'li hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumları, çalışma durumu, yaşam alanı içeren sosyodemografik özellikleri ile sigara kullanımı, ek

hastalıkları, İBH için kullanılan ilaçlar ile ilgili olgu rapor formu hazırlandı. İBH grubu ve sağlıklı kontrol grubuna BAÖ, WHOQOL-Bref ölçeği, COVID-19 pandemisine ilişkin hasta tutumu anketleri yüz yüze maske, mesafe ve hijyen kurallarına dikkat edilerek uygulandı.

Türkçe geçerlilik ve onamı Ulusoy ve arkadaşları tarafından alınan BAÖ 21 sorudan oluşmakta olup; semptomlar yok, hafif, orta şiddetli olarak sınıflandırılır ve 0 ile 3 arasında puanlandırılır. Hastalara uygulanan ankette 0-7 arası puanlar minimal düzeyde anksiyete belirtileri, 8-15 arası puanlar hafif düzeyde anksiyete belirtileri, 16-25 arası puanlar orta düzeyde anksiyete belirtileri, 26-63 arası puanlar ağır düzeyde anksiyete belirtileri şeklinde kategorize edildi.

Tablo 3.1. BAÖ Skorlaması

PUAN	ANKSİYETE DÜZEYİ
0-7	Minimal düzeyde anksiyete
8-15	Hafif düzeyde anksiyete
16-25	Orta düzeyde anksiyete
26-63	Şiddetli düzeyde anksiyete

WHOQOL-Bref ölçeği 4 geniş ilgi alanından oluşan bir ölçek olup, Türkçe geçerliliği Eser ve arkadaşları tarafından alınmıştır. 26 sorudan oluşan ölçekte, hastaların yaşam kalitesi 4-20 arası puanlandırıldı. Puan ne kadar yüksekse yaşam kalitesi o kadar iyi olarak düşünüldü.

İBH hastalarının hastalık lokalizasyonunu değerlendirmek için Montreal sınıflaması kullanıldı. ÜK hastalarının hastalık aktiviteleri Mayo klinik aktivasyon

skorlaması ve TLW ile değerlendirilirken CH hastalarının hastalık aktivasyonu HBİ ve CHAİ ile değerlendirildi.

3.4 Verilerin İstatistiksel Analizi

Tanımlayıcı istatistikler n (%), ortalama±standart sapma (SS) ve ortanca (min-max) değerleri ile sunulmuştur. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkilerin analizinde Fisher's Exact Test veya Pearson ki-kare testi kullanılmıştır. Sürekli değişkenler arasındaki korelasyon için Spearman veya Perason korelasyon analizi kullanılmıştır. İki grubun ölçüm değerleri arasındaki farkın analizinde normal dağılıma uymadığı durumda Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen gruplarda üç veya daha fazla sayıda grubun ortalamaları arasındaki farklılığın anlamlılığını test amacıyla Kruskal Wallis-H testi kullanılmıştır. Analizler SPSS 22.0 paket programı ile yapılmıştır. 0,05'den küçük p değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Çalışmamıza 62 hasta, 60 sağlıklı kontrol olmak üzere 122 kişi alındı. 62 hasta kişinin 27'sinde CH, 35'inde ÜK mevcuttu. Hasta grubun yaş ortalaması 38,6±12,1 sağlıklı grubun yaş ortalaması 34,6±11,5 şeklindeydi. Hastaların %54,8'i (n=35) kadın, %45,2'si (n=28) erkek, kontrol grubunun %48,3'ü (n=29) kadın, %51,7'si (n=32) erkek şeklindeydi. Her iki grup cinsiyet bakımından eşit dağılmıştı. Kişilerin medeni durumları; hastaların %72,6'sı (n=45) evli, kontrol grubunun %48,3'ü (n=29) evli, hastaların %27,4' ü (n=17) bekâr, sağlıklı kontrol grubunun %51,7'si (n=31) bekârdı. Hastaların %82,3'i (n=51) kentsel alanda yaşamaktayken, %17,7'si (n=11) kırsal alanda yaşamaktaydı. Kontrol grubunun %81,7'si (n=49) kentsel alanda, %18,3'ü (n=11) kırsal alanda yaşamaktaydı. Hastaların %74,2'si (n=46) sigara içmiyor, %21'i (n=13) sigara içiyor, %4,8'i(n=3) sigarayı bırakmıştı. Kontrol grubunun %73,3'ü (n=44) sigara içmiyor, %25'i (n=15) sigara içiyor, %1,7'si (n=1) sigarayı bırakmıştı. İBH hastalarının %19,4'ü (n=12) COVID-19 geçirmişken, sağlıklı kontrol grubunun %25'i (n=15) COVID-19 geçirmişti. Hastaların %16,1'inin (n=10) psikiyatrik başvurusu varken, kontrol grubunun %23,3'ünün (n=14) psikiyatrik başvurusu vardı. Tablo 4.1.' de özetlenmiştir.

Tablo 4.1. İBH ve Kontrol Grubunun Demografik Özellikleri

	İBH n(%)	**Kontrol Grubu n(%)**	**Toplam n(%)**
Yaş, yıl			
ort±SD	38,6±12,1	34,6±11,5	36,6±12,0
Cinsiyet			
Erkek	28 (45,2)	31 (51,7)	59(48,2)
Kadın	34 (54,8)	29 (48,3)	63 (51,8)
Medeni durum			
Evli	45 (72,6)	29(48,3)	74(60,6)
Bekâr	17(27,4)	31(51,7)	47 (38,4)
Yaşam alanı			
Kentsel alan	51(82,3)	49(81,7)	100(82,0)
Kırsal alan	11(17,7)	11(18,3)	22(18,0)
Sigara kullanımı			
Evet	13(21)	15(25,0)	28 (23,0)
Hayır	46(74,2)	44(73,3)	90 (73,8)
Bıraktım	3(4,8)	1(1,7)	4 (3,2)
Öncesinde COVID-19 geçirme öyküsü			
COVID-19 geçirmiş	12(19,4)	15(25,0)	27(22,1)
COVID-19 geçirmemiş	50(80,6)	45(75,0)	95(87,9)
Daha önce psikiyatrik başvurusu			
Var	10(16,1)	14(23,3)	24(19,7)
Yok	52(83,9)	46(76,7)	98(80,3)

ÜK ve CH hastaları demografik olarak karşılaştırıldığında ÜK hastalarının yaş ortalaması 38,4±12,3 CH hastalarının yaş ortalaması 38,9±12,2 ÜK hastalarının %51,4'ü (n=18) erkek , %48,6'sı (n=17) kadındı. CH hastalarının %37'si (n=10) erkek, %63'ü (n=17) kadındı. ÜK hastalarının %77,1'i (n=27) evli, %22,9'u (n=8) bekârdı. CH hastalarının %66,7'si (n=18) evli, %33,3'ü (n=9) bekârdı. ÜK hastalarının %82,9'u(n=29), CH hastalarının %81,5'i (n=22) kentsel alanda yaşamaktaydı. ÜK hastalarının %17,2 si (n=6) CH hastalarının %25,9'u (n=7) sigara içmekteydi. Yaş, cinsiyet, medeni durum, yaşam alanı ve sigara kullanımı arasında anlamlı fark tespit edilmedi. ÜK hastalarının %5,7'sinin (n=2) daha öncesinde psikiyatrik başvurusu varken, CH hastalarının %29,6'sının (n=8) daha öncesinde psikiyatri başvurusu vardı. Hastaların %12,9'u (n=8) ilkokul,%11,3'ü (n=7) ortaokul, %30,7'si (n=19) lise , %45,1'i (n=28) üniversite mezunuydu. Hastaların %80,6'sı daha öncesinde COVID-19 geçirmemişti. Hastaların %51,6'sı (n=32) çalışmıyordu. İBH hastalarının demografik verileri tablo 4.2.'de özetlenmiştir.

Tablo 4.2. İBH Hastalarının Hastalık Tipine Göre Demografik Verilerinin Karşılaştırılması

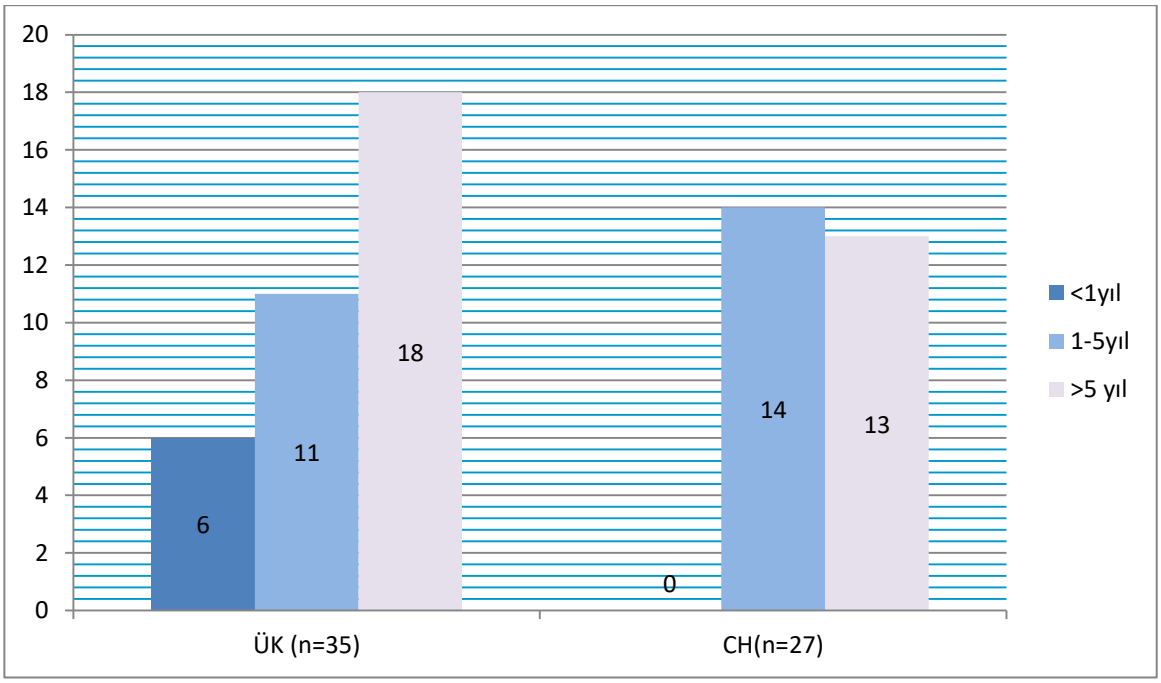
	ÜK n(%)	**CH** n(%)	**Toplam** n(%)	**p**
Yaş, yıl ort±SD	38,4±12,3	38,9±12,2	38,6±12,1	0,81
Cinsiyet				
Erkek	18 (51,4)	10 (37,0)	28 (45,2)	0,39
Kadın	17(48,6)	17(63,0)	34(54,8)	
Medeni durum				
Evli	27(77,1)	18(66,7)	45 (72,6)	
Bekâr	8(22,9)	9(33,3)	17(27,4)	0,40
Yaşam alanı				
Kentsel alan	29(82,9)	22(81,5)	51(82,3)	1
Kırsal alan	6 (17,1)	5 (18,5)	11(17,7)	
Sigara kullanımı				
Evet	6 (17,2)	7(25,9)	13(21)	
Hayır	27(77,1)	19(70,4)	46(74,2)	0,67
Bıraktım	2 (5,7)	1(3,7)	3(4,8)	
Öğrenim durumu				
İlkokul mezunu	8 (22,9)	0(0,0)	8(12,9)	
Ortaokul mezunu	4 (11,4)	3(11,1)	7 (11,3)	**0,02**
Lise mezunu	7(20,0)	12(44,45)	19 (30,7)	
Üniversite mezunu	16(45,7)	12(44,45)	28(45,1)	
Çalışma durumu				
Çalışıyor	16(45,7)	14(51,9)	30(48,4)	0,79
Çalışmıyor	19(54,3)	13(48,1)	32(51,6)	
Daha önce psikiyatrik başvurusu				
Var	2(5,7)	8(29,6)	10(16,1)	**0,016**
Yok	33(94,3)	19(70,4)	52(83,9)	
Öncesinde COVID-19 geçirme öyküsü				
COVID-19 geçirmiş	7 (20,0)	5(18,5)	12(19,4)	1
COVID-19 geçirmemiş	28(80,0)	22 (81,5)	50(80,6)	

4.1 İBH Hastalarının Klinik Özelliklerinin Değerlendirilmesi

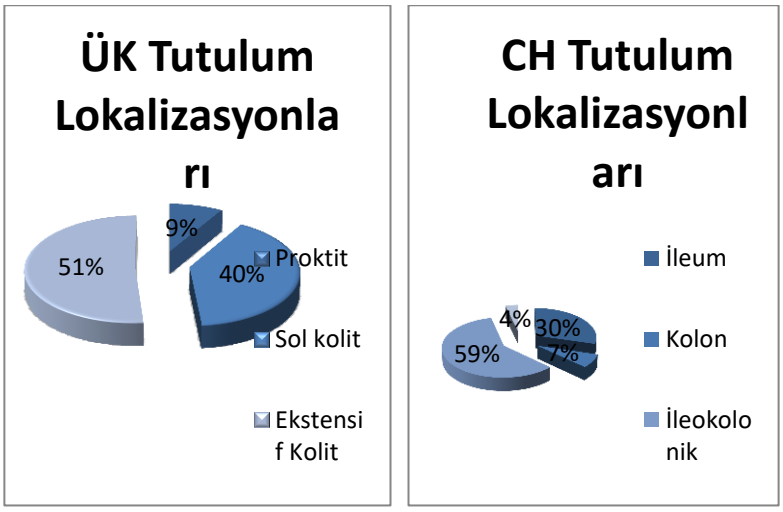
ÜK hastalarının %8,6'sı (n=3) proktit, %40'ı (n=14) sol kolit, %51,4'ü (n=18) ekstensif kolitti. ÜK hastalarının %9,7'sinin (n=6) hastalık süresi 1 yıla kadar, %40,3'ünün (n=25) hastalık süresi 1-5 yıl, %50'sinin (n=31) hastalık süresi 5 yılın üzerindeydi (Şekil 4.1.). ÜK hastalarının %35,1'i (n=13) aktif hastalıkken, %62,9'u (n=22) remisyondaydı.

CH hastalarının tutulum lokalizasyonları %29,6'sı (n=8) ileum, %7,4'ü (n=2) kolon, %59,3'ü (n=16) ileokolon, %3,7'si (n=1) izole üst GİS tutulumu şeklindeydi (Şekil 4.2.). CH hastalarının %11,1'i (n=3) 16 yaşından önce, %70,4'ü (19) 16-40 yaş arası, %18,5'u (n=5) 40 yaşından sonra tanı almıştı. CH hastalarının hastalık davranış şekilleri %63 (n=17) non-penetran, non-striktüran, %7,4 (n=2) striktüran, %22,2 (n=6) penetran, %7,4 (n=2) perianal hastalık şeklindeydi. CH hastalarının %29,6'sı (n=8) aktif hastalıkken, %70,4'ü (n=19) remisyondaydı. Hastaların 38'i 5-ASA, 21'i immünmodülatör tedavi, 26'sı anti-TNF tedavi, 2 'si vedolizumab, 4'ü kortikosteroid tedaviyi tekli veya kombine olarak almaktaydı.

Şekil 4.1.ÜK ve CH' nin Hastalık Süresine Göre Karşılaştırılması



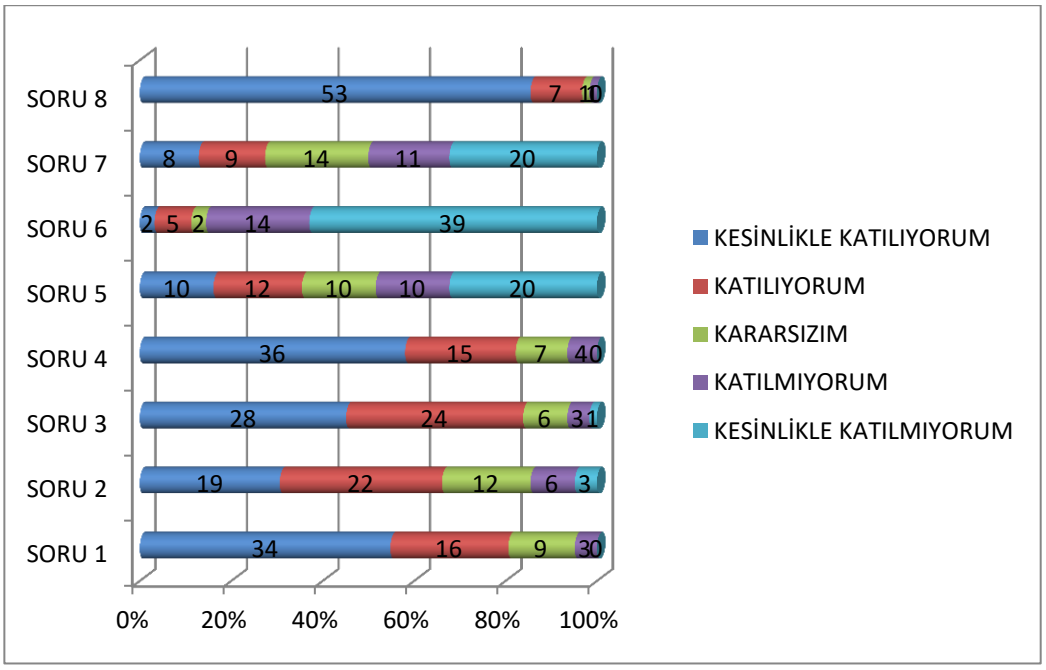
Şekil 4.2.ÜK ve CH tutulum lokalizasyonuna göre sınıflandırılması



4.2 İBH Hastalarının Pandemi Sürecinde Tutum ve Düşüncelerinin Değerlendirilmesi

Hastaların COVID-19 pandemi sürecinde tutumları ve düşünceleri değerlendirildiğinde; hastaların %80,6'sının (n=50) COVID-19'un hastalıkları ile risk oluşturduğunu düşündüğü, %65'inin (n=41) kullandığı ilaçlar yüzünden yüksek risk altında olduğunu düşündüğü, %83,9'unun (n=52) insanlarla iletişime geçmekten zorlandığı, %76,3'ünün (n=51) yolculuk yapmaktan kaçındığı gözlendi. Hastaların %48,4'ünün (n=30) hastane takiplerine devam ettiği ancak %35,5'inin (n=22) hastane takiplerine devam etmediği gözlendi. Hastaların %11,3'ü (n=7) bu süreçte ilaçlarına devam etmediğini beyan etti. Hastaların %27,4'ü (n=17) bu dönemde psikiyatrik destek alması gerektiğini düşünüyordu. Hastaların %96,8'i (n=60) bu dönemde maske, mesafe ve hijyen kurallarına dikkat etmişti (Şekil 4.3.).

Şekil 4.3. İBH Hastalarının Pandemi Sürecinde Tutum ve Düşünceleri



(Soru 1- COVID- 19 hastalığınız için risk oluşturuyor

Soru 2-Kullandığım tedaviler yüzünden yüksek risk altındayım

Soru 3- Bu dönemde hastalığım yüzünden insanlarla iletişime geçmekte zorlanıyorum

Soru 4-Bu dönemde yolculuk yapmaktan kaçındım

Soru 5- Bu dönemde hastane takiplerime gitmedim

Soru 6-Bu dönemde ilaçlarıma devam etmedim

Soru 7-Bu dönemde psikiyatrik destek almam gerekti

Soru 8- Bu dönemde maske, dezenfektan, eldiven, siperlik gibi koruyucu ekipmanları kullandım)

İBH'li hastaların pandemi sürecindeki tutum ve davranışları kullandığı ilaçlara göre değerlendirildi. Hastalar sadece 5-ASA türevi kullanan ve diğer ilaçları (anti-TNF, immünmodülatör, anti-integrin) kullananlar olarak 2 grupta incelendi. 5-ASA türevi dışında ilaç kullananların kullandıkları tedaviler yüzünden daha çok risk altında olduklarını düşündüğü ve COVID-19'un hastalıkları için daha çok risk oluşturduğunu düşündükleri görüldü. Fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,05$) (Tablo 4.3. , Tablo 4.4.).

Tablo 4.3. İBH için Kullanılan Tedaviler ve COVID-19 Hastalığınız için Risk Oluşturuyor mu Sorusunda Verilen Cevaplar

	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**Toplam**
5-ASA kullananlar	7	10	4	1	0	**22**
Diğer ilaçlar	27	6	5	2	0	**40**
Toplam	34	16	9	3	0	**62**

(1:kesinlikle katılıyorum, 2:katılıyorum, 3:kararsızım, 4:katılmıyorum, 5:kesinlikle katılmıyorum)

Tablo 4.4. İBH için Kullanılan Tedaviler ve Aldığınız Tedavi Yüzünden Risk Altında mısınız Sorusunda Verilen Cevaplar

	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**Toplam**
5-ASA kullananlar	4	6	9	2	1	**22**
Diğer ilaçlar	15	16	3	4	2	**40**
Toplam	19	22	12	6	3	**62**

(1:kesinlikle katılıyorum, 2:katılıyorum, 3:kararsızım, 4:katılmıyorum, 5:kesinlikle katılmıyorum)

Bu süreçte ilaçlarına devam etmeyen 5 hasta vardı. Hastaların 2'si sadece 5-ASA, 1 tanesi anti-TNF, 1 tanesi 5-ASA+anti-TNF+immünodülatör, 1 tanesi 5-ASA+immünmodülatör kullanmaktaydı. İlacını bırakan 5 hastanın 3'ü CH, 2'si ÜK idi. İlacını bırakan hastalardan sadece 1 hasta aktifleşmişti ve CH tanılı idi.

4.3 Beck Anksiyete Ölçeği Bulguları

Tüm katılımcıların uygulanan BAÖ sonuçları tabloda sunulmuş olup, istatiksel analize bakarak hasta grubun %51,6'sında (n=32) minimal düzeyde anksiyete bulguları, %22,6'sında (n=14) hafif düzeyde anksiyete bulguları, %17,7'sinde (n=11) orta düzeyde anksiyete bulguları, %8,1'inde (n=5) şiddetli düzeyde anksiyete bulguları saptandı. Kontrol grubunun %70'inde (n=42) minimal düzeyde anksiyete bulguları, %20'sinde (n=12) hafif düzeyde anksiyete bulguları, %8,3'ünde (n=5) orta düzeyde anksiyete bulguları, %1,7'sinde (n=1) şiddetli düzeyde anksiyete bulguları saptandı (Tablo 4.5.).

Kontrol grubunun BAÖ skoru median değeri 4 (min0- max27) iken, hasta grubun BAÖ skoru median değeri 7 (min.0-max59) şeklindeydi.

Tablo 4.5. İBH ve Kontrol Grubu Anksiyete Düzeyleri Karşılaştırılması

	İBH n (%)	**Kontrol n(%)**
Minimal düzeyde anksiyete	32(51,6)	42(70)
Hafif düzeyde anksiyete	14(22,6)	12(20)
Orta düzeyde anksiyete	11(17,7)	5(8,3)
Şiddetli düzeyde anksiyete	5 (8,1)	1(1,7)

Hasta ve kontrol grubun BAÖ skoru anksiyete düzeyi karşılaştırıldığında, iki grup arasında anlamlı fark saptandı. ($p<0,05$). CH için BAÖ skoru median değeri 8 (min.0-max59) iken ÜK için BAÖ skoru median değeri 7 (min0-max35) olarak tespit edildi. Ancak CH ve ÜK kendi arasında karşılaştırıldığında anlamlı fark saptanmadı. ($p=0,848$).

Hastalık aktivitesi ve BAÖ skoru arasındaki ilişki korelasyon testleri ile değerlendirildi. HBİ ve BAÖ skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde kuvvetli derecede korelasyon saptandı ($r:0,56$, $p<0,05$). CHAİ ile BAÖ skoru arasında istatiksel olarak anlamlı, pozitif yönde kuvvetli düzeyde korelasyon saptandı ($r:0,662$, $p<0,05$). Mayo klinik skoru ile BAÖ skoru arasında istatiksel olarak anlamlı, pozitif yönde orta düzeyde korelasyon saptandı ($r:0,357$, $p<0,05$). TLW ile BAÖ skoru arasında istatiksel olarak anlamlı, pozitif yönde orta düzeyde korelasyon saptandı ($r:0,364$, $p<0,05$). Tablo 4.6.'da özetlenmiştir.

Tablo 4.6. BAÖ Skorları ve CH Hastalık Aktivasyonu Karşılaştırması

	Minimal düzeyde anksiyete n(%)	**Hafif düzeyde anksiyete n(%)**	**Orta düzeyde anksite n(%)**	**Şiddetli düzeyde anksiyete n(%)**	**Toplam n(%)**
Remisyon	11(40,8)	2(7,4)	1(3,7)	1(3,7)	15(55,6)
Hafif şiddetli hastalık	1(3,7)	0(0)	3(11,1)	1(3,7)	4(18,5)
Orta şiddetli hastalık	1(3,7)	2(7,4)	2(7,4)	0	5(19,5)
Şiddetli hastalık	0	0	1(3,7)	1(3,7)	2(7,4)
Toplam	13(48,2)	4(14,8)	7(25,9)	3(11,1)	27(100)

CHAİ kullanılarak hastalar ‘’remisyonda’’, ‘’hafif şiddetli hastalık’’, ‘’orta şiddetli hastalık’’, ‘’şiddetli hastalık’’ olarak kategorize edildi. ÜK için mayo klinik skoru kullanılarak hastalar ‘’remisyonda’’, ‘’hafif şiddetli hastalık’’, ‘’orta şiddetli hastalık’’, ‘’şiddetli hastalık’’ olarak kategorize edildi. BAÖ skoru düzeylerine göre gruplara ayrıldı. Tablo 4.7. ve tablo 4.8.’de özetlenmiştir.

Tablo 4.7. Hastalık Aktivitesi ve BAÖ Skoru Korelasyonu

	HBİ		**CHAİ**		**Mayo klinik skoru**		**TLW**	
	r	p	r	p	r	p	r	p
BAÖ	0,56	<0,05	0,662	<0,05	0,357	<0,05	0,364	<0,05

Tablo 4.8. BAÖ Skorları ve ÜK Hastalık Aktivasyonu Karşılaştırması

	Minimal düzeyde anksiyete n(%)	**Hafif düzeyde anksiyete n(%)**	**Orta düzeyde anksiyete n(%)**	**Şiddetli düzeyde anksiyete n(%)**	**Toplam n(%)**
Remisyon	14(40)	5(14,3)	2(5,7)	1(2,85)	22(62,95)
Hafif şiddetli hastalık	3(8,6)	2(5,7)	0(0)	0(0)	5(14,3)
Orta şiddetli hastalık	2(5,7)	2(5,7)	1(2,85)	1(2,85)	6(17,1)
Şiddetli hastalık	0	1(2,8)	1(2,85)	0(0)	2(5,65)
Toplam	19(54,3)	10(28,5)	4(11,4)	2(5,7)	35

4.3.1 Demografik veriler ve Anksiyete Düzeyi Karşılaştırılması

İBH'lı hastalar için, BAÖ ile cinsiyet karşılaştırıldığında, skor kadınlarda daha yüksek saptandı. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,05$).

Daha önce psikiyatri başvurusu olanla ve olmayanların, BAÖ skorunda istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmedi ($p=0,183$)

Önceden COVID-19 geçirenler ve geçirmeyenlerin BAÖ skorları anlamlı fark tespit edilmedi ($p=0,715$).

Evli olan İBH'li hastalar ve bekâr olan İBH'li hastaların BAÖ skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmedi ($p=0,591$). Ancak evli olanların anksiyete düzeyleri daha yüksekti.

Kentsel alanda yaşayan İBH'li hastalar ve kırsal alanda yaşayan İBH'li hastaların BAÖ skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmedi (p=0,438). Ancak kentsel alanda yaşayanların anksiyete düzeyleri daha yüksekti.

Çalışan ve çalışmayan İBH'li hastaların BAÖ skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmedi (p=0,530). Tablo 4.9.'da özetlenmiştir.

Tablo 4.9. İBH Demografik Verilerinin BAÖ Skoru ile Karşılaştırılması

	Mean rank	**p**
Cinsiyet		
Erkek	24,6	**<0,05**
Kadın	37,2	
Medeni durum		
Evli	33,5	0,591
Bekâr	30,7	
Yaşam alanı		
Kentsel alan	32,3	0,438
Kırsal alan	27,6	
Öncesinde COVID-19 geçirme öyküsü		
COVID-19 geçirmiş	31,9	0,715
COVID-19 geçirmemiş	29,7	
Daha önce psikiyatrik başvurusu		
Var		
Yok	38,4	0,183
	30,1	
Çalışma durumu		
Çalışıyor	30,0	0,530
Çalışmıyor	32,8	

Hastalık süresi ile anksiyete düzeyi arasında korelasyon tespit edilmedi (p=0,165). Ancak hastalık süresi 1yıldan az olanların anksiyete düzeyi daha yüksek bulundu. Hastalık süresine göre BAÖ skoru median değerleri tablo 4.10.' da özetlenmiştir.

Tablo 4.10. Hastalık Süresine Göre BAÖ Skoru Değerleri

	BAÖ skoru Median(min-max)
<1yıl (n=6)	19(min 6-max 30)
1-5 yıl(n=25)	7(min0-max59)
>5 yıl(n=31)	8(min 6-max 30)

4.3.2 Hasta Tutum ve Düşüncelerinin Anksiyete Düzeyleri Karşılaştırılması

COVID-19'un hastalıkları için risk olduğunu düşünenler, kararsızlar ve düşünmeyenlerin BAÖ skorları arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmadı (p=0,585).

Kullandığı tedaviler yüzünden risk altında olduğunun düşünenler, kararsızlar ve düşünmeyenlerin BAÖ skorları arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmadı (p=0,677). Ancak risk altında olduğunu düşünenlerin anksiyete düzeyleri daha yüksekti.

Bu dönemde hastalığı yüzünden insanlarla iletişime geçmekte zorlananlar, kararsızlar ve zorlanmayanların BAÖ skorları arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmadı (p=0,204).

Bu dönemde yolculuk yapmaktan kaçınmayanlar, kararsızlar ve kaçınanların BAÖ skorları arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmadı (p=0,553).

Bu dönemde hastane takiplerine gitmeyenler, kararsızlar ve takiplerine gidenlerin BAÖ skorları arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmadı (p=0,310).

Bu dönemde ilaçlarına devam edenler, kararsızlar ve devam edenlerin BAÖ skorları arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmadı (p=0,401).

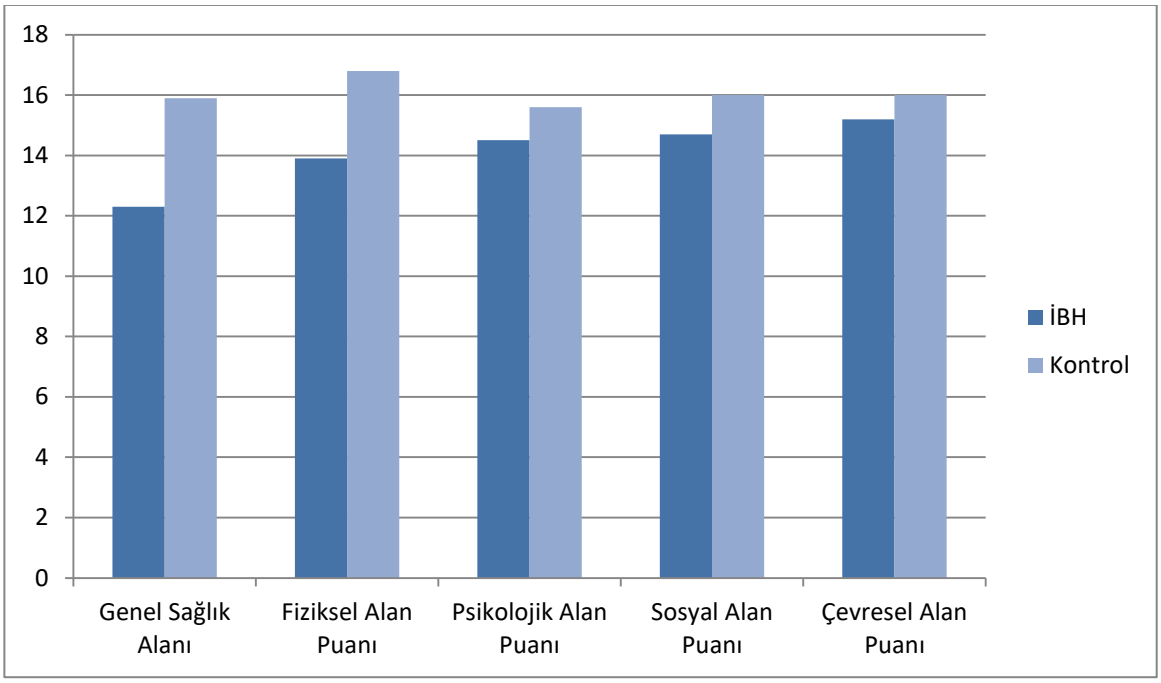
Bu dönemde psikiyatrik destek alması konusunda kararsız olanların BAÖ skoru, psikiyatrik destek alması gerektiğini düşünenler ve düşmeyenlerden daha yüksek bulundu. Fark istatistiksel olarak anlamlıydı (p<0,05).

4.4 WHOQOL-Bref Ölçeği Bulguları

Tüm katılımcıların yaşam kalitesi puanları, genel sağlık alanı puanı, fiziksel alan puanı, psikolojik alan puanı, sosyal alan puanı ve çevresel alan puanı olarak kategorize edilmiş olup şekil 4.4.'te özetlenmiştir. Kontrol grubunun genel sağlık alan puan ortalaması 15,9±2,4, fiziksel alan puan ortalaması 16,8±2,0, psikolojik alan puan ortalaması 15,6±2,2, sosyal alan puan ortalaması 16,1±2,5 ve çevresel alan puan ortalaması 16,0±2,2 şeklinde tespit edildi. İBH grubunun genel sağlık alan puan ortalaması 12,3±3,2, fiziksel alan puan ortalaması 13,9±2,9,

psikolojik alan puan ortalaması 14,5±2,5, sosyal alan puan ortalaması 14,7±3,2 ve çevresel alan puan ortalaması 15,2±2,4 şeklinde tespit edildi.

Şekil 4.4. İBH ve Kontrol Grubunun Yaşam Kaliteleri Karşılaştırılması



Hasta grubun ve kontrol grubunun yaşam kaliteleri karşılaştırıldığında; genel sağlık alan puanı, fiziksel alan puanı, psikolojik alan puanı ve sosyal alan puanında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmışken ($p<0,05$), çevresel alan puanında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmedi ($p=0,18$). CH ve ÜK yaşam kaliteleri karşılaştırıldığında hiçbir alan puanında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmedi.

Hastalık aktivitesi ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki korelasyon testleri ile değerlendirildi. CHAİ ve genel sağlık alan puanı arasında istatistiksel olarak

anlamlı, negatif yönde orta düzeyde korelasyon saptandı (r:-0,421, p<0,05). CHAİ ile fiziksel alan puanı arasında istatiksel olarak anlamlı, negatif yönde kuvvetli düzeyde korelasyon saptandı (r:-0,559, p<0,05). CHAİ ile psikolojik alan puanı arasında istatiksel olarak anlamlı, negatif yönde kuvvetli düzeyde korelasyon saptandı (r:-0,663 p<0,05). CHAİ ile sosyal alan puanı ve çevresel alan puanı istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptanmadı.

Mayo klinik skoru ve genel sağlık alan puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde kuvvetli düzeyde korelasyon saptandı (r:-0,669, p<0,05). Mayo klinik skor ile fiziksel alan puanı arasında istatiksel olarak anlamlı, negatif yönde kuvvetli düzeyde korelasyon saptandı (r:-0,560, p<0,05). Mayo klinik skoru ile psikolojik, sosyal ve çevresel alan puanında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptanmadı.

Tablo 4.11. Hastalık Aktivitesi ve Yaşam Kalitesi Korelasyonu

	GSAP		**FAP**		**PAP**		**SAP**		**ÇAP**	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
CHAİ	-0,41	<0,05	-0,56	<0,05	-0,66	<0,05	0,44	0,82	0,34	0,08
HBİ	-0,42	<0,05	-0,48	<0,05	-0,59	<0,05	0,37	0,85	0,43	<0,05
Mayo klinik skoru	-0,66	<0,05	-0,56	<0,05	0,18	0,30	0,12	0,46	0,27	0,114
TLW	-0,56	<0,05	-0,53	<0,05	0,20	0,24	0,17	0,32	0,26	0,12

(GSAP: Genel Sağlık Alan Puanı, FAP: Fiziksel Alan Puanı, PAP: Psikolojik Alan Puanı, SAP: Sosyal Alan Puanı, ÇAP: Çevresel Alan Puanı)

4.4.1 Demografik Veriler ve Yaşam Kalitesinin Karşılaştırılması

İBH'li hastalar için yaşam kalitesi ve cinsiyet karşılaştırıldığında, kadınlarda genel sağlık alan puanı erkeklerden daha düşük bulundu. Fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,05$). Erkeklerde sosyal alan puanı daha düşük bulundu. Fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,05$). Bekar olan İBH'li hastaların sosyal alan puanı evli olan İBH'li hastalardan daha düşük tespit edildi. Fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,05$).

Kırsal alanda yaşayan ve kentsel alanda yaşayan İBH'li hastaların hiçbir alan puanında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmedi. COVID-19 geçiren ve geçirmeyen İBH'li hastaların hiçbir alan puanında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmedi. Öncesinde psikiyatrik başvurusu olan ve olmayan İBH'li hastaların hiçbir alan puanında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmedi.

Hastalık süresi ile yaşam kalitesi arasında hiçbir alan puanında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon tespit edilmedi. Ancak tanı aldıktan itibaren geçen süre 1 yılın altında olanların genel sağlık alan puanı ve fiziksel alan puanı daha düşük tespit edildi. Tablo 4.12.'de tanı yılına göre yaşam kalitesi alan puanları özetlenmiştir.

Tablo 4.12. Hastalık süresi ve Yaşam Kalitesi Karşılaştırılması

	GSAP (ort±SD)	FAP (ort±SD)	PAP (ort±SD)	SAP (ort±SD)	ÇAP (ort±SD)
<1yıl (n=6)	10,5±2,1	12±3,1	15,6±1,7	15,3±2,5	16,3±2,5
1-5 yıl(n=25)	12,5±3,0	14,0±2,9	13,9±2,9	14,1±3,4	14,8±2,5
>5 yıl(n=31)	12,4±3,0	14,2±2,7	14,7±2,2	15,1±3,1	15,4±2,3

(GSAP: Genel Sağlık Alan Puanı, FAP: Fiziksel Alan Puanı, PAP:Psikolojik Alan Puanı ,SAP: Sosyal Alan Puanı, ÇAP: Çevresel Alan Puanı)

4.4.2 Hasta Tutum ve Düşüncelerinin Yaşam Kalitesi ile Karşılaştırılması

Hastaların yaşam kaliteleri ve pandemi sürecindeki tutum ve düşünceleri değerlendirildiğinde; COVID-19'un hastalıkları için risk oluşturduğunu düşünenler, kararsızlar ve düşünmeyenlerin hiçbir alan puanında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmedi.

Kullandığı tedaviler yüzünden risk altında olduğunun düşünenler, kararsızlar ve düşünmeyenlerin hiçbir alan puanında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmedi.

Bu dönemde hastalığı yüzünden insanlarla iletişime geçmekte zorlananlar, kararsızlar ve zorlanmayanların hiçbir alan puanında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmedi.

Bu dönemde yolculuk yapmaktan kaçınmayanlar, kararsızlar ve kaçınanların hiçbir alan puanında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmedi.

Bu dönemde hastane takiplerine gitmeyenler, kararsızlar ve takiplerine gidenlerin hiçbir alan puanında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmedi.

Bu dönemde psikiyatrik destek alması gerektiğini düşünenlerin sosyal alan ve fiziksel alan puanları daha düşük tespit edildi ($p<0,05$).

4.4.3 Yaşam Kalitesi ile BAÖ Karşılaştırılması

Hastaların BAÖ skoru ile WHOQOL-Bref alan puanları karşılaştırıldı. BAÖ skoru ve genel sağlık alan puanı, sosyal alan puanı ve çevresel alan puanı arasında korelasyon tespit edilmedi. BAÖ skoru ve fiziksel alan puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde kuvvetli düzeyde korelasyon saptandı (r:-0,668, $p<0,05$). BAÖ skoru ve psikolojik alan puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde kuvvetli düzeyde korelasyon saptandı (r:-0,665, $p<0,05$). Tablo 4.13.'de özetlenmiştir.

Tablo 4.13. BAÖ Skoru ve Yaşam Kalitesi Karşılaştırılması

	GSAP		**FAP**		**PAP**		**SAP**		**ÇAP**	
	r	**p**	**r**	**p**	**r**	**p**	**r**	**p**	**r**	**p**
BAÖ Skoru	-0,362	0,064	-0,668	<0,05	-0,66	<0,05	-0,36	0,06	-0,34	0,75

(GSAP: Genel Sağlık Alan Puanı, FAP: Fiziksel Alan Puanı, PAP: Psikolojik Alan Puanı ,SAP: Sosyal Alan Puanı, ÇAP: Çevresel Alan Puanı)

5. TARTIŞMA

Tüm dünyada hızla ilerleyen COVID-19 pandemisi günlük yaşamı tüm yönleriyle etkilemiştir. Beklenmedik iş kayıpları, izolasyon, COVID-19 enfeksiyonlarının yol açtığı hastalık ve ölümlerin artışı yaşamlarımızı oldukça değiştirmiştir [136]. Pandeminin ne kadar süreceği, ne zaman biteceği belirsizliği, enfekte olma korkusu, sosyal ilişkilerde azalma, pandemi sürecinin etkileri ile ilgili devamlı olarak haber akışına maruz kalma kişilerin ruh sağlıklarını bozmakta ve yaşam kalitelerini etkilemektedir.

Yaşam kalitesi ölçekleri, kronik hastalıkların hastayı duygusal, sosyal ve fiziksel yönden nasıl etkilediğini göstermek için sıklıkla başvurulan ölçeklerdir. Klinik çalışmalarda sıklıkla kullanılmaktadır. Hastanın sağlığı ve sosyal hayatı zaman zaman hastalığının kötüleşmesine neden olabilmektedir. Yaşam kalitesini değerlendirmekle, hastalığın kötüleşmesine neden olan sağlık ve sosyal hayat verilerini de değerlendirmektedir [137]. Sağlık ‘‘ruhsal, sosyal ve fiziksel tam bir iyilik hali’’ olarak tanımlanmış olup, sağlık hizmetlerinden sağlık üretilip üretilmediği sorusuna cevap vermek, yaşam kalitesini değerlendirmek ile mümkündür. Yaşam kalitesini arttırmak ömrü uzatmak kadar önemlidir [124].

Yaşam kalitesini ölçmek, hastalığın sosyal etkilerini değerlendirmek ve tıbbi kaynakların ne kadar doğru kullanıldığını öngörmek için de son derece önemlidir. İBH’nin süreğen bir hastalık olması, ataklarla seyretmesi, erken yaşlarda ortaya çıkması, hastalarda cerrahi geçirme ve kanser olma korkusu

olması İBH'li hastaların yaşam kalitelerini düşürmektedir. İBH hastaları genellikle 15-30 yaşlarında tanı alırlar. Bu yaşlar insan hayatında kariyer, evlilik, sosyal ilişkiler açısından önemli kararların verildiği ve planların yapıldığı yaşlardır. Devam eden hastane ziyaretleri, hastalığın ne zaman atak yapacağının bilinmezliği, iş gücü kaybı, sürekli ilaç kullanmak gerekliliği gibi nedenler yaşamın en aktif döneminde tanı alan hastaların sosyal ilişkilerini ve ruhsal durumlarını olumsuz etkilemektedir.

Biz çalışmamızda COVID-19 pandemi sürecinde, İBH'li hastaların yaşam kalitelerini, hastalık aktivitelerini ve anksiyete düzeylerini değerlendirdik.

Çalışmamızda bu süreçte İBH hastalarında yaşam kalitesi genel sağlık alanı, fiziksel alan, psikolojik alan, sosyal alan ve çevresel alan dahil olmak üzere tüm alanlarda kontrol grubuna göre daha düşük bulundu. Yalnızca çevresel alan puanında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu. Bu da yapılan diğer çalışmalar gibi İBH'nin yaşam kalitesini pandemi sürecinde de sağlıklı bireylerden daha fazla etkilediğini, İBH'li hastaların sadece hastalık ve tedavisi dışında, hastanın diğer sağlık sorunları, sosyal ilişkileri, yaşamdan beklentileri ile de ilgilenmek gerektiğini göstermektedir. İBH hastası değerlendirilirken klinik değerlendirmelerin yanında, iyi bir hasta-doktor ilişkisi sağlanmalıdır. Hastanın hastalığı nasıl algıladığı, iyileşmekten ne anladığı, beklentileri, istekleri, endişeleri, üzüntüleri ve korkuları belirlenmelidir. Hastanın yaşam kalitesini etkileyen etmenler belirlenmeli, düzeltmeye çalışılmalıdır.

İBH hastalarının demografik özellikleri ve hastalık şiddeti ile yaşam kalitesi ve psikolojik durumlarını değerlendiren çok az çalışma mevcuttur. Guthrie ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hastalık şiddetinin ve psikolojik rahatsızlığın bağımsız olarak yaşam kalitesi ile bağlantılı olduğu gösterilmiştir. Aynı zamanda bu çalışmada CH'nin ÜK'den daha çok psikolojik rahatsızlığa yol açtığı gösterilmiştir [138]. Çalışmamızda ÜK ve CH ayrı ayrı değerlendirildiğinde, yaşam kalitelerinde istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmedi.

Çalışmamızda İBH hastalarının demografik verileri ve yaşam kalitesi değerlendirildiğinde, kadınların genel sağlık alan puanı ve erkeklerin sosyal alan puanı düşük bulundu. Bekarların sosyal alan puanı evlilerden daha düşük bulundu. Bu da kadınların bu süreçte sosyal ilişkilerde erkeklerden daha aktif olduğunu, yalnız olmanın sosyal ilişkileri kötü etkilediğini göstermektedir.

Çalışmamızda hastalık süresi ve yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon tespit edilmedi. Ancak hastalık süresi 1 yılın altında olanların genel sağlık alan puanı ile fiziksel alan puanı daha düşük tespit edildi. Bu duruma yeni tanı almış olmanın verdiği üzüntü ve sürecin ne getireceği konusundaki bilinmezlik yol açmış olabilmektedir. Bunun için yeni tanı almış olan hastalara hastalıkları hakkında daha fazla bilgi verilmeli, hastalık süreci anlatılmalıdır.

Hastalık aktivasyonu ile yaşam kalitesi arasında çevresel alan hariç genel sağlık alanı, fiziksel alan, psikolojik alan, sosyal alanda istatistiksel olarak anlamlı orta ve şiddetli düzeyde korelasyon tespit edildi. Irvine ve arkadaşlarının yaptığı

çalışmada da İBH'nin yaşam kalitesini düşürdüğü gözlenmiş olup, yaşam kalitesini en çok etkileyen etmenin hastalık aktivasyonu olduğu gösterilmiştir [139].

Anksiyete, bireyin ortada somut bir tehlike yokken yaşadığı içten gelen endişe hissetmesine neden olan duygudurumdur. Anksiyete bozuklukları, depresyon birçok ruhsal hastalığının semptomudur. Artmış anksiyete yaşam kalitesini bozmakta, hastalıkları kötüye götürmekte ve sağlık maliyetlerini arttırmaktadır. Neuendorf ve arkadaşları yaptıkları meta-analizde İBH hastalarında anksiyete ve depresyon prevelansını değerlendirmiş olup, hastaların %35'sinde anksiyete semptomları ve %20'sinde anksiyete bozukluğu saptamıştır. Bu oranlar genel toplumun 3-4 katı kadardır. Benzer şekilde İBH hastalarının yaklaşık %15 in de depresyon semptomları saptamıştır. Aktif hastalıkta oranlar daha da yüksek bulunmuştur. İBH hastalarında anksiyete ve depresyonu taramanın, yaşam kalitesini ve sağlık getirilerini artıracağını göstermişlerdir [135]. Nahon ve arkadaşları 1663 İBH hastası ile yaptıkları başka bir çalışmada İBH'de anksiyete risk faktörlerini değerlendirmiş, kadınlarda, sigara içenlerde, aktif hastalığı olanlarda, uzun süreli hastalıkta anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu göstermişlerdir [133].

Çalışmamızda İBH ile kontrol grubu karşılaştırıldığında İBH hastalarının anksiyete düzeyi daha yüksek bulundu. Fark istatistiksel olarak anlamlıydı. Bu süreçte İBH ile takipli hastaların daha anksiyetik olması, kronik bir hastalığa sahip olmaları, COVID-19 için daha çok risk altında olduklarını düşünmeleri sebebiyle olabileceğini akla getirmektedir. Ayrıca hastaların yaklaşık olarak %48'inde

değişik düzeylerde anksiyete saptanmıştır. Bu oran daha önce İBH'li hastalar üzerinde yapılan çalışmalardan daha yüksek bulunmuştur. Bu durum pandemi sürecinin İBH hastalarında anksiyeteyi daha da arttırdığını düşündürmektedir. Bu süreçte hastalarla iletişimin daha iyi olması, hastaların birkaç soru ile anksiyetik düşüncelerinin olup olmadığının değerlendirilmesi ve gerekirse psikososyal destek için ilgili birimlere sevk etmek gerekliliğini göstermektedir.

Çalışmamızda anksiyete düzeyleri hastalık aktivasyonu ile korelasyon göstermektedir. Hastalık ne kadar aktifse BAÖ skoru o kadar yüksek bulunmuştur. Anksiyete düzeyi ile fiziksel alan puanı ve psikolojik alan puanı arasında negatif korelasyon saptanmıştır. Tüm bunlar İBH'li hastalarda özellikle hastalığın aktif olduğu dönemlerde anksiyeteyi taramanın ne kadar önemli olduğunu göstermektedir. Erken tanı ve tedavi ile hastaların yaşam kaliteleri yükseltilmeli, hastane maliyetleri en aza indirilmelidir.

Çalışmamızda istatistiksel olarak anlamlı olmasa da, kentsel alanda yaşayan İBH'li hastaların BAÖ skorları daha yüksek bulunmuştur. Kentsel alanlarda yaşamak, bireyleri iş, ekonomi, sosyal alanlarda baskı altına almaktadır. Bu durum bireylerin daha anksiyetik olmasına sebep olabilmektedir. Aynı zamanda COVID-19 pandemi sürecinde kentsel alanda yaşamanın daha kalabalık ortamlarda bulunmayı, kapalı ortamlarda çalışmayı ve toplu taşıma kullanmayı gerektirmesi bireylerde SARS-CoV-2 ile enfekte olma riskinin artması düşüncesine sebep olarak anksiyete düzeylerini arttırmış olabilir.

COVID-19 pandemi sürecinde İBH yaşam kaliteleri ve anksiyete düzeyleri ile yapılmış çok az çalışma bulunmaktadır. Suudi Arabistan'da 59 İBH hastasına pandemi öncesi ve sonrası yaşam kalitesi ölçeği anketi uygulanmış olup, öncesi ve sonrası dönemde yaşam kalitesinde anlamlı oranda bir düşme olmadığı görülmüştür [12].

COVID-19 enfeksiyonunun, komorbiditeleri olanlarda mortalite ve morbidite oranlarının daha yüksek olduğu çalışmalarda gösterilmiştir. İBH hastalarının da hem hastalığın tabiatı hem de kullanılan ilaçlar nedeniyle yüksek risk altında olduğu düşünülmekle beraber yapılan çalışmalar İBH hastalarının, COVID-19 için toplumla benzer riskte olduğunu gösterdi [140]. Ancak hastalar, ek hastalıkları olmaları, immünsupresif tedavi almaları nedeni ile yüksek risk altında olduğunu düşünüp hastalığa yakalanmaktan endişe duyabilmekteler. Bu endişe ile hastane takiplerine gelmeyip, ilaçlarını bırakabilmekteler. Hem duydukları endişe kaynaklı hem de ilaçlarını bıraktıkları için hastalık kontrolden çıkabilmekte ve hastaların yaşam kalitesi bozulmaktadır. Bu durum da sağlık hizmetlerinin maliyet artışına neden olmaktadır.

Hastaların COVID-19 pandemi sürecinde tutumları ve düşünceleri değerlendirildiğinde; hastaların %80,6'sının (n=50) COVID-19'un hastalıkları ile risk oluşturduğunu düşündüğü, %65'inin (n=41) kullandığı ilaçlar yüzünden yüksek risk altında olduğunu düşündüğü tespit edildi. Ancak risk altında olduğunu düşünmenin yaşam kalitesine ve anksiyete düzeyine bir etkisi olmadığı görüldü. Yapılan çalışmalar COVID-19 riskinin toplumla benzer olduğunu göstermiş olup, hastalara bu konuda bilgi verilip hastaların endişeleri ve korkuları azaltılmalıdır.

Grunert ve arkadaşları 400 hasta üzerinden yaptıkları çalışmada, İBH hastalarının COVID-19 döneminde hasta tutumlarını, ilaç uyumlarını değerlendirmiş olup, hastaların kontrol grubuna göre SARS-CoV-2 ile enfekte olmaktan daha çok korktukları gözlemlemişlerdir. İmmünsupresif tedavi alanların ilaç yan etkilerinden daha çok korktukları, 5-ASA tedavisini alanların ilaç yan etkisinden korkmadıkları gözlenmiş olup tüm hastaların genel olarak ilaçlarına devam ettiği saptanmıştır [141]. Bizim çalışmamızda da 5-ASA türevi dışında ilaç kullananların aldıkları immünsupresif tedaviler nedeniyle daha çok risk altında oldukları ve COVID-19'un hastalıkları için daha çok risk oluşturduğunu düşündükleri görüldü.

Hastaların %83,9'unun (n=52) insanlarla iletişime geçmekten zorlandığı, %76.3'ünün (n=51) yolculuk yapmaktan kaçındığı gözlendi.

Hastaların %48,4'ünün (n=30) hastane takiplerine devam ettiği ancak %35,5'inin (n=22) hastane takiplerine devam etmediği gözlendi. Hastaların %11,3'ü (n=7) bu süreçte ilaçlarına devam etmediğini beyan etti. Pandemi sürecinde hastaların rutin kontrollerinin mümkün olduğunca teletıp uygulamaları veya internet üzerinden yapılması ile hastaneye gelmekten çekinen hastaların takiplerinin ve ilaç kullanımlarının aksamasının önüne geçebilir.

Hastaların %27,4'ü (n=17) bu dönemde psikiyatrik destek alması gerektiğini düşünüyordu. Bu dönemde psikiyatrik destek almak konusunda kararsız olanların BAÖ skoru, psikiyatrik destek alması gerektiğini düşünenler ve düşünmeyenlerden daha yüksek bulundu. Fark istatistiksel olarak anlamlıydı.

Ayrıca bu dönemde psikiyatrik destek alması gerektiğini düşünenlerin sosyal alan ve fiziksel alan puanları daha düşük tespit edildi. Bu nedenle hastaların rutin kontrollerinde hastalar psikiyatrik destek ihtiyacı açısından sorgulanmalıdır. Hastaların %96,8'i (n=60) bu dönemde maske, mesafe ve hijyen kurallarına dikkat etmişti. Bu durum hastaların genel olarak salgın tedbirlerine uyulduğunu göstermektedir.

Sonuç olarak, COVID-19 pandemi sürecinde İBH ile takipli hastaların normal popülasyona göre yaşam kaliteleri düşük, anksiyete seviyeleri yüksek bulunmuştur. Bu süreçte hasta-hekim ilişkisine daha çok dikkat edilmeli, iletişim gerekirse teletıp uygulamaları ile gerçekleştirilmeli, hastalara daha çok bilgi verilmeli ve böylece yaşam kaliteleri arttırılmalı, hastane maliyetleri en aza indirilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Seyedian, S.S., F. Nokhostin, and M.D. Malamir, *A review of the diagnosis, prevention, and treatment methods of inflammatory bowel disease.* J Med Life, 2019. **12**(2): p. 113-122.

2. Malik, T. and P. Mannon, *Inflammatory bowel diseases: emerging therapies and promising molecular targets.* Frontiers in bioscience (Scholar edition), 2012. **4**: p. 1172-1189.

3. Loftus Jr, E.V., *Clinical epidemiology of inflammatory bowel disease: incidence, prevalence, and environmental influences.* Gastroenterology, 2004. **126**(6): p. 1504-1517.

4. Kappelman, M.D., et al., *The prevalence and geographic distribution of Crohn's disease and ulcerative colitis in the United States.* Clinical Gastroenterology and Hepatology, 2007. **5**(12): p. 1424-1429.

5. Peyrin-Biroulet, L., et al., *Selecting therapeutic targets in inflammatory bowel disease (STRIDE): determining therapeutic goals for treat-to-target.* American Journal of Gastroenterology, 2015. **110**(9): p. 1324-1338.

6. Ungaro, R., et al., *Ulcerative colitis.* Lancet, 2017. **389**(10080): p. 1756-1770.

7. Romberg-Camps, M., et al., *Fatigue and health-related quality of life in inflammatory bowel disease: results from a population-based study in the Netherlands: the IBD-South Limburg cohort.* Inflammatory bowel diseases, 2010. **16**(12): p. 2137-2147.

8. Gray, W.N., et al., *Disease activity, behavioral dysfunction, and health-related quality of life in adolescents with inflammatory bowel disease.* Inflammatory bowel diseases, 2011. **17**(7): p. 1581-1586.

9. Saxena, S., J. Orley, and W. Group, *Quality of life assessment: the World Health Organization perspective.* European psychiatry, 1997. **12**: p. 263s-266s.

10. Esakandari, H., et al., *A comprehensive review of COVID-19 characteristics.* Biological procedures online, 2020. **22**: p. 1-10.

11. Wu, C., et al., *Risk factors associated with acute respiratory distress syndrome and death in patients with coronavirus disease 2019 pneumonia in Wuhan, China.* JAMA internal medicine, 2020. **180**(7): p. 934-943.

12. Azzam, N.A., et al., *Disability and quality of life before and during the COVID-19 outbreak: A cross-sectional study in inflammatory bowel disease patients.* Saudi journal of gastroenterology: official journal of the Saudi Gastroenterology Association, 2020. **26**(5): p. 256.

13. Graham, D.B. and R.J. Xavier, *Pathway paradigms revealed from the genetics of inflammatory bowel disease.* Nature, 2020. **578**(7796): p. 527-539.

14. Abraham, C. and J.H. Cho, *Inflammatory bowel disease.* N Engl J Med, 2009. **361**(21): p. 2066-78.

15. John A. , W.-S., *History of Inflammatory Bowel Disease.* Churchill Livingstone, 2003. **3**: p. 8.

16. S., W., *The morbid appearance of the intestine of Miss Banks.* Medical Times and Gazette, 1859. **2**: p. 264.

17. Price, A.B., *Overlap in the spectrum of non-specific inflammatory bowel disease--'colitis indeterminate'.* J Clin Pathol, 1978. **31**(6): p. 567-77.

18. Tremaine, W.J., *Review article: Indeterminate colitis--definition, diagnosis and management.* Aliment Pharmacol Ther, 2007. **25**(1): p. 13-7.

19. Molodecky, N.A., et al., *Increasing incidence and prevalence of the inflammatory bowel diseases with time, based on systematic review.* Gastroenterology, 2012. **142**(1): p. 46-54.e42; quiz e30.

20. Cosnes, J., et al., *Epidemiology and natural history of inflammatory bowel diseases.* Gastroenterology, 2011. **140**(6): p. 1785-94.

21. Dağlı, Ü. and I.S. Group. *Epidemiology and genetics of inflammatory bowel disease in Turkey*. in *Falk Symposium*. 2008.

22. Ülkü, D., *İnflamatuvar Bağırsak Hastalıklarının Epidemiyolojisi ve Etyopatogenezi.* Türk Kolon ve Rektum Cerrahisi Derneği, 2012.

23. Gaya, D.R., et al., *New genes in inflammatory bowel disease: lessons for complex diseases?* Lancet, 2006. **367**(9518): p. 1271-84.

24. Duerr, R.H., *Genome-wide association studies herald a new era of rapid discoveries in inflammatory bowel disease research.* Gastroenterology, 2007. **132**(5): p. 2045-9.

25. Wehkamp, J., et al., *Inflammatory Bowel Disease.* Dtsch Arztebl Int, 2016. **113**(5): p. 72-82.

26. Ogura, Y., et al., *A frameshift mutation in NOD2 associated with susceptibility to Crohn's disease.* Nature, 2001. **411**(6837): p. 603-6.

27. Duerr, R.H., et al., *A genome-wide association study identifies IL23R as an inflammatory bowel disease gene.* Science, 2006. **314**(5804): p. 1461-3.

28. McGovern, D.P., S. Kugathasan, and J.H. Cho, *Genetics of Inflammatory Bowel Diseases.* Gastroenterology, 2015. **149**(5): p. 1163-1176.e2.

29. Koletzko, S., et al., *Infant feeding practices and ulcerative colitis in childhood.* Bmj, 1991. **302**(6792): p. 1580-1.

30. Martini, G.A. and J.W. Brandes, *Increased consumption of refined carbohydrates in patients with Crohn's disease.* Klin Wochenschr, 1976. **54**(8): p. 367-71.

31. Thornton, J.R., P.M. Emmett, and K.W. Heaton, *Diet and Crohn's disease: characteristics of the pre-illness diet.* Br Med J, 1979. **2**(6193): p. 762-4.

32. Mayberry, J.F., J. Rhodes, and R.G. Newcombe, *Increased sugar consumption in Crohn's disease.* Digestion, 1980. **20**(5): p. 323-6.

33. Tragnone, A., et al., *Dietary habits as risk factors for inflammatory bowel disease.* Eur J Gastroenterol Hepatol, 1995. **7**(1): p. 47-51.

34. N., O.K.O.H.W., *A patient with improvement of ulcerative colitis after appendectomy.* Gastroenterology, 2000. **119**: p. 502.

35. Wang, Q., et al., *Association between physical activity and inflammatory bowel disease risk: A meta-analysis.* Digestive and Liver Disease, 2016. **48**(12): p. 1425-1431.

36. Mawdsley, J. and D. Rampton, *Psychological stress in IBD: new insights into pathogenic and therapeutic implications.* Gut, 2005. **54**(10): p. 1481-1491.

37. Araki, M., et al., *Psychologic stress and disease activity in patients with inflammatory bowel disease: A multicenter cross-sectional study.* PLOS ONE, 2020. **15**(5): p. e0233365.

38. Strachan, D.P., *Hay fever, hygiene, and household size.* BMJ: British Medical Journal, 1989. **299**(6710): p. 1259.

39. Bloomfield, S., et al., *Too clean, or not too clean: the hygiene hypothesis and home hygiene.* Clinical & Experimental Allergy, 2006. **36**(4): p. 402-425.

40. Sartor, R.B., *Therapeutic manipulation of the enteric microflora in inflammatory bowel diseases: antibiotics, probiotics, and prebiotics.* Gastroenterology, 2004. **126**(6): p. 1620-33.

41. Guarner, F., *The intestinal flora in inflammatory bowel disease: normal or abnormal?* Current Opinion in Gastroenterology, 2005. **21**(4): p. 414-418.

42. Heller, F., et al., *Interleukin-13 is the key effector Th2 cytokine in ulcerative colitis that affects epithelial tight junctions, apoptosis, and cell restitution.* Gastroenterology, 2005. **129**(2): p. 550-564.

43. Ordás, I., et al., *Ulcerative colitis.* Lancet, 2012. **380**(9853): p. 1606-19.

44. Cury, D.B., R. Oliveira, and M.S. Cury, *Inflammatory bowel diseases: time of diagnosis, environmental factors, clinical course, and management - a follow-up study in a private inflammatory bowel disease center (2003-2017).* J Inflamm Res, 2019. **12**: p. 127-135.

45. Elsherif, Y., C. Alexakis, and M. Mendall, *Determinants of Weight Loss prior to Diagnosis in Inflammatory Bowel Disease: A Retrospective Observational Study.* Gastroenterol Res Pract, 2014. **2014**: p. 762191.

46. Karmiris, K., I.E. Koutroubakis, and E.A. Kouroumalis, *Leptin, adiponectin, resistin, and ghrelin–implications for inflammatory bowel disease.* Molecular nutrition & food research, 2008. **52**(8): p. 855-866.

47. Van Assche, G., et al., *The second European evidence-based Consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: Definitions and diagnosis.* Journal of Crohn's and Colitis, 2010. **4**(1): p. 7-27.

48. Kaiser, T., et al., *Faecal S100A12 as a non-invasive marker distinguishing inflammatory bowel disease from irritable bowel syndrome.* Gut, 2007. **56**(12): p. 1706-13.

49. Al-Bawardy, B., et al., *Endoscopic and Radiographic Assessment of Crohn's Disease.* Gastroenterol Clin North Am, 2017. **46**(3): p. 493-513.

50. Wilkins, T., K. Jarvis, and J. Patel, *Diagnosis and management of Crohn's disease.* American family physician, 2011. **84**(12): p. 1365-1375.

51. Torres, J., et al., *Crohn's disease.* The Lancet, 2017. **389**(10080): p. 1741-1755.

52. Fletcher, J.G., et al., *New concepts in intestinal imaging for inflammatory bowel diseases.* Gastroenterology, 2011. **140**(6): p. 1795-806.

53. Bruining, D.H., et al., *Prevalence of penetrating disease and extraintestinal manifestations of Crohn's disease detected with CT enterography.* Inflammatory Bowel Diseases, 2008. **14**(12): p. 1701-1706.

54. Spekhorst, L.M., et al., *Performance of the Montreal classification for inflammatory bowel diseases.* World J Gastroenterol, 2014. **20**(41): p. 15374-81.

55. Sostegni, R., et al., *Crohn's disease: monitoring disease activity.* Alimentary pharmacology & therapeutics, 2003. **17**: p. 11-17.

56. Harvey, R. and J. Bradshaw, *A simple index of Crohn's-disease activity.* The Lancet, 1980. **315**(8167): p. 514.

57. Best, W.R., et al., *Development of a Crohn's disease activity index: National Cooperative Crohn's Disease Study.* Gastroenterology, 1976. **70**(3): p. 439-444.

58. Najarian, R.M., et al., *Microscopic/"Backwash" Ileitis and Its Association With Colonic Disease in New Onset Pediatric Ulcerative Colitis.* Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition, 2019. **68**(6): p. 835-840.

59. Sairenji, T., K.L. Collins, and D.V. Evans, *An update on inflammatory bowel disease.* Primary care, 2017. **44**(4): p. 673-692.

60. Satsangi, J., et al., *The Montreal classification of inflammatory bowel disease: controversies, consensus, and implications.* Gut, 2006. **55**(6): p. 749-753.

61. Magro, F., et al., *Review of the disease course among adult ulcerative colitis population-based longitudinal cohorts.* Inflammatory bowel diseases, 2012. **18**(3): p. 573-583.

62. Langholz, E., et al., *Changes in extent of ulcerative colitis a study on the course and prognostic factors.* Scandinavian journal of gastroenterology, 1996. **31**(3): p. 260-266.

63. Nurhan DEMİR, Y.Z.E., *İnflamatuvar Bağırsak Hastalıklarında Klinik Belirtiler.* Güncel Gastroentereoloji, 2014. **18/4**: p. 423-439.

64. Farmer, R.G., K.A. Easley, and G.B. Rankin, *Clinical patterns, natural history, and progression of ulcerative colitis.* Digestive diseases and sciences, 1993. **38**(6): p. 1137-1146.

65. Flynn, S. and S. Eisenstein, *Inflammatory Bowel Disease Presentation and Diagnosis.* Surg Clin North Am, 2019. **99**(6): p. 1051-1062.

66. Zholudev, A., et al., *Serologic testing with ANCA, ASCA, and anti-OmpC in children and young adults with Crohn's disease and ulcerative colitis: diagnostic value and correlation with disease phenotype.* American Journal of Gastroenterology, 2004. **99**(11): p. 2235-2241.

67. Prideaux, L., et al., *Serological antibodies in inflammatory bowel disease: a systematic review.* Inflammatory bowel diseases, 2012. **18**(7): p. 1340-1355.

68. Mowat, C., et al., *Guidelines for the management of inflammatory bowel disease in adults.* Gut, 2011. **60**(5): p. 571-607.

69. Conrad, K., D. Roggenbuck, and M.W. Laass, *Diagnosis and classification of ulcerative colitis.* Autoimmunity reviews, 2014. **13**(4-5): p. 463-466.

70. Spiceland, C.M. and N. Lodhia, *Endoscopy in inflammatory bowel disease: Role in diagnosis, management, and treatment.* World J Gastroenterol, 2018. **24**(35): p. 4014-4020.

71. 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.

72. Deepak, P. and D.H. Bruining, *Radiographical evaluation of ulcerative colitis.* Gastroenterology Report, 2014. **2**(3): p. 169-177.

73. Vilela, E.G., et al., *Evaluation of inflammatory activity in Crohn's disease and ulcerative colitis.* World J Gastroenterol, 2012. **18**(9): p. 872-81.

74. Autenrieth, D.M. and D.C. Baumgart, *Toxic Megacolon.* Inflammatory Bowel Diseases, 2011. **18**(3): p. 584-591.

75. Gajendran, M., et al., *A comprehensive review and update on ulcerative colitis.* Disease-a-month, 2019. **65**(12): p. 100851.

76. Truelove, S.C. and L.J. Witts, *Cortisone in ulcerative colitis; final report on a therapeutic trial.* Br Med J, 1955. **2**(4947): p. 1041-8.

77. Lewis, J.D., et al., *Use of the noninvasive components of the Mayo score to assess clinical response in ulcerative colitis.* Inflamm Bowel Dis, 2008. **14**(12): p. 1660-6.

78. D'haens, G., et al., *A review of activity indices and efficacy end points for clinical trials of medical therapy in adults with ulcerative colitis.* Gastroenterology, 2007. **132**(2): p. 763-786.

79. Ephgrave, K., *Extra-intestinal manifestations of Crohn's disease.* Surgical Clinics of North America, 2007. **87**(3): p. 673-680.

80. Lakatos, L., et al., *Association of extraintestinal manifestations of inflammatory bowel disease in a province of western Hungary with disease phenotype: results of a 25-year follow-up study.* World journal of gastroenterology, 2003. **9**(10): p. 2300.

81. ÜNSAL, B. and C. ÇEKİÇ, *İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı: Eklem Bulguları.*

82. Sturrock R, N.J., *Extraintestinal Manifestations of Inflammatory Bowel Disease: Arthritis, arthropathy and osteoporosis, Crohn's disease and ulcerative colitis.* Baumgart DC,Crohn's Disease and Ulcerative Colitis, 2012: p. 631-9.

83. Keyal, U., Y. Liu, and A.K. Bhatta, *Dermatologic manifestations of inflammatory bowel disease: a review.* Discovery medicine, 2018. **25**(139): p. 225-233.

84. Karmiris, K., et al., *Prevalence and characteristics of extra-intestinal manifestations in a large cohort of Greek patients with inflammatory bowel disease.* Journal of Crohn's and Colitis, 2016. **10**(4): p. 429-436.

85. Gibson, L.E., *Sweet syndrome.* Mayo Clin Proc, 2005. **80**(4): p. 549.

86. Danese, S., et al., *Extraintestinal manifestations in inflammatory bowel disease.* World J Gastroenterol, 2005. **11**(46): p. 7227-36.

87. Levine, J.S. and R. Burakoff, *Extraintestinal manifestations of inflammatory bowel disease.* Gastroenterol Hepatol (N Y), 2011. **7**(4): p. 235-41.

88. AKIN, H., *İnflamatuvar bağırsak hastalıklarında üriner ve renal problemler.* Güncel Gastroentereoloji, 2013. **17/4**: p. 345-348.

89. . Harrison's principles of internal medicine 20th edition, ed. L.C. L.Jameson, L.Longo. 2018.

90. Gisbert, J.P., Y. González-Lama, and J. Maté, *5-Aminosalicylates and renal function in inflammatory bowel disease: A systematic review.* Inflammatory Bowel Diseases, 2007. **13**(5): p. 629-638.

91. Nielsen, O.H. and L.K. Munck, *Drug insight: aminosalicylates for the treatment of IBD.* Nature clinical practice Gastroenterology & hepatology, 2007. **4**(3): p. 160-170.

92. Frei, P., et al., *Use of thiopurines in inflammatory bowel disease.* World journal of gastroenterology: WJG, 2013. **19**(7): p. 1040.

93. Abraham, B.P., T. Ahmed, and T. Ali, *Inflammatory bowel disease: pathophysiology and current therapeutic approaches.* Gastrointestinal Pharmacology, 2017: p. 115-146.

94. TEZEL, A., *İnflamatuvar Barsak Hastalıklarında anti-TNF Tedavilerin Yeri ve Uygulamada Dikkat Edilecek Noktalar.* Güncel Gastroentereoloji, 2010. **14/4**: p. 193-197.

95. Hemperly, A. and N.V. Casteele, *Clinical pharmacokinetics and pharmacodynamics of infliximab in the treatment of inflammatory bowel disease.* Clinical pharmacokinetics, 2018. **57**(8): p. 929-942.

96. Scheinfeld, N., *A comprehensive review and evaluation of the side effects of the tumor necrosis factor alpha blockers etanercept, infliximab and adalimumab.* Journal of dermatological treatment, 2004. **15**(5): p. 280-294.

97. Hanauer, S.B., et al., *Human anti–tumor necrosis factor monoclonal antibody (adalimumab) in Crohn's disease: the CLASSIC-I Trial.* Gastroenterology, 2006. **130**(2): p. 323-333.

98. McConnell, R.A. and U. Mahadevan, *Pregnancy and the patient with inflammatory bowel disease: fertility, treatment, delivery, and complications.* Gastroenterology Clinics, 2016. **45**(2): p. 285-301.

99. Wright, E.K., N.S. Ding, and O. Niewiadomski, *Management of inflammatory bowel disease.* The Medical Journal of Australia, 2018. **209**(7): p. 318-323.

100. Rutgeerts, P., et al., *Controlled trial of metronidazole treatment for prevention of Crohn's recurrence after ileal resection.* Gastroenterology, 1995. **108**(6): p. 1617-1621.

101. Khan, K.J., et al., *Antibiotic therapy in inflammatory bowel disease: a systematic review and meta-analysis.* American Journal of Gastroenterology, 2011. **106**(4): p. 661-673.

102. Nitzan, O., et al., *Role of antibiotics for treatment of inflammatory bowel disease.* World J Gastroenterol, 2016. **22**(3): p. 1078-87.

103. Shi, Y., et al., *An overview of COVID-19.* Journal of Zhejiang University. Science. B, 2020: p. 1.

104. Wan, D.Y., et al., *Current practice and potential strategy in diagnosing COVID-19.* Eur Rev Med Pharmacol Sci, 2020. **24**(8): p. 4548-4553.

105. Cui, J., F. Li, and Z.-L. Shi, *Origin and evolution of pathogenic coronaviruses.* Nature Reviews Microbiology, 2019. **17**(3): p. 181-192.

106. Hu, B., et al., *Characteristics of SARS-CoV-2 and COVID-19.* Nat Rev Microbiol, 2021. **19**(3): p. 141-154.

107. WHO, *Coronavirus disease (COVID-2019) situation reports. situation report–51.* 2020.

108. https://covid19.saglik.gov.tr/, 03.03.2021.

109. Wang, M.Y., et al., *SARS-CoV-2: Structure, Biology, and Structure-Based Therapeutics Development.* Front Cell Infect Microbiol, 2020. **10**: p. 587269.

110. Meyerowitz, E.A., et al., *Transmission of SARS-CoV-2: A Review of Viral, Host, and Environmental Factors.* Ann Intern Med, 2021. **174**(1): p. 69-79.

111. Oran, D.P. and E.J. Topol, *The Proportion of SARS-CoV-2 Infections That Are Asymptomatic : A Systematic Review.* Ann Intern Med, 2021.

112. Hui, D.S., et al., *The continuing 2019-nCoV epidemic threat of novel coronaviruses to global health—The latest 2019 novel coronavirus outbreak in Wuhan, China.* International journal of infectious diseases, 2020. **91**: p. 264-266.

113. Liu, X., et al., *COVID-19: Progress in diagnostics, therapy and vaccination.* Theranostics, 2020. **10**(17): p. 7821-7835.

114. Pourbagheri-Sigaroodi, A., et al., *Laboratory findings in COVID-19 diagnosis and prognosis.* Clin Chim Acta, 2020. **510**: p. 475-482.

115. Ceylan, N. and R. Savas, *Radiological findings of COVID-19 pneumonia.* Eurasian Journal of Pulmonology, 2020. **22**(4): p. 19.

116. Thachil, J., et al., *ISTH interim guidance on recognition and management of coagulopathy in COVID-19.* J Thromb Haemost, 2020. **18**(5): p. 1023-1026.

117. Bai, X., H. Yang, and J. Qian, *COVID-19 Outbreak and Inflammatory Bowel Disease Management: A Questionnaire Survey From Realistic Practice.* Journal of Crohn's and Colitis, 2020. **14**(10): p. 1494-1495.

118. Wisniewski, A., et al., *Increased incidence of systemic serious viral infections in patients with inflammatory bowel disease associates with active disease and use of thiopurines.* United European Gastroenterol J, 2020. **8**(3): p. 303-313.

119. Al-Ani, A., R. Prentice, and C. Rentsch, *Review article: prevention, diagnosis and management of COVID-19 in the IBD patient. Aliment PharmacolTher.-2020*. Apr.

120. D'Amico, F., L. Peyrin-Biroulet, and S. Danese, *Inflammatory bowel diseases and COVID-19: the invisible enemy.* Gastroenterology, 2020. **158**(8): p. 2302-2304.

121. Eser, E., et al., *WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF'in psikometrik özellikleri.* Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi, 1999. **7**(Suppl 2): p. 23-40.

122. Group, T.W., *The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties.* Social science & medicine, 1998. **46**(12): p. 1569-1585.

123. Juniper, E.F., *How important is quality of life in pediatric asthma?* Pediatric Pulmonology, 1997. **24**(S15): p. 17-21.

124. Organization, W.H., *The constitution of the WHO.* WHO Chronicle, 1947. **1**.

125. BOYLU, A.A. and B. PAÇACIOĞLU, *Yaşam kalitesi ve göstergeleri.* Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi (AKAD), 2016. **8**(15): p. 137-150.

126. Habibi, F., et al., *Quality of life in inflammatory bowel disease patients: A cross-sectional study.* J Res Med Sci, 2017. **22**: p. 104.

127. Türkçapar, H., *Anksiyete bozukluğu ve depresyonun tanısal ilişkileri.* Klinik Psikiyatri, 2004. **4**: p. 12-16.

128. Remes, O., et al., *A systematic review of reviews on the prevalence of anxiety disorders in adult populations.* Brain and behavior, 2016. **6**(7): p. e00497.

129. Somers, J.M., et al., *Prevalence and incidence studies of anxiety disorders: a systematic review of the literature.* The Canadian Journal of Psychiatry, 2006. **51**(2): p. 100-113.

130. Simpson, H.B., et al., *Anxiety disorders: Theory, research and clinical perspectives*. 2010: Cambridge University Press.

131. Julian, L.J., *Measures of anxiety: State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Beck Anxiety Inventory (BAI), and Hospital Anxiety and Depression Scale-Anxiety (HADS-A).* Arthritis Care Res (Hoboken), 2011. **63 Suppl 11**(0 11): p. S467-72.

132. Ulusoy, M., N.H. Sahin, and H. Erkmen, *The Beck anxiety inventory: psychometric properties.* J. Cogn. Psychother, 1998. **12**(2): p. 163-172.

133. Nahon, S., et al., *Risk Factors of Anxiety and Depression in Inflammatory Bowel Disease.* Inflammatory Bowel Diseases, 2012. **18**(11): p. 2086-2091.

134. Bannaga, A.S. and C.P. Selinger, *Inflammatory bowel disease and anxiety: links, risks, and challenges faced.* Clin Exp Gastroenterol, 2015. **8**: p. 111-7.

135. Neuendorf, R., et al., *Depression and anxiety in patients with Inflammatory Bowel Disease: A systematic review.* J Psychosom Res, 2016. **87**: p. 70-80.

136. Ciążyńska, M., et al., *Quality of life of cancer patients during coronavirus disease (COVID-19) pandemic.* Psychooncology, 2020. **29**(9): p. 1377-1379.

137. Fortin, M., et al., *Multimorbidity and quality of life in primary care: a systematic review.* Health and Quality of life Outcomes, 2004. **2**(1): p. 1-12.

138. Guthrie, E., et al., *Psychological disorder and severity of inflammatory bowel disease predict health-related quality of life in ulcerative colitis and Crohn's disease.* The American journal of gastroenterology, 2002. **97**(8): p. 1994-1999.

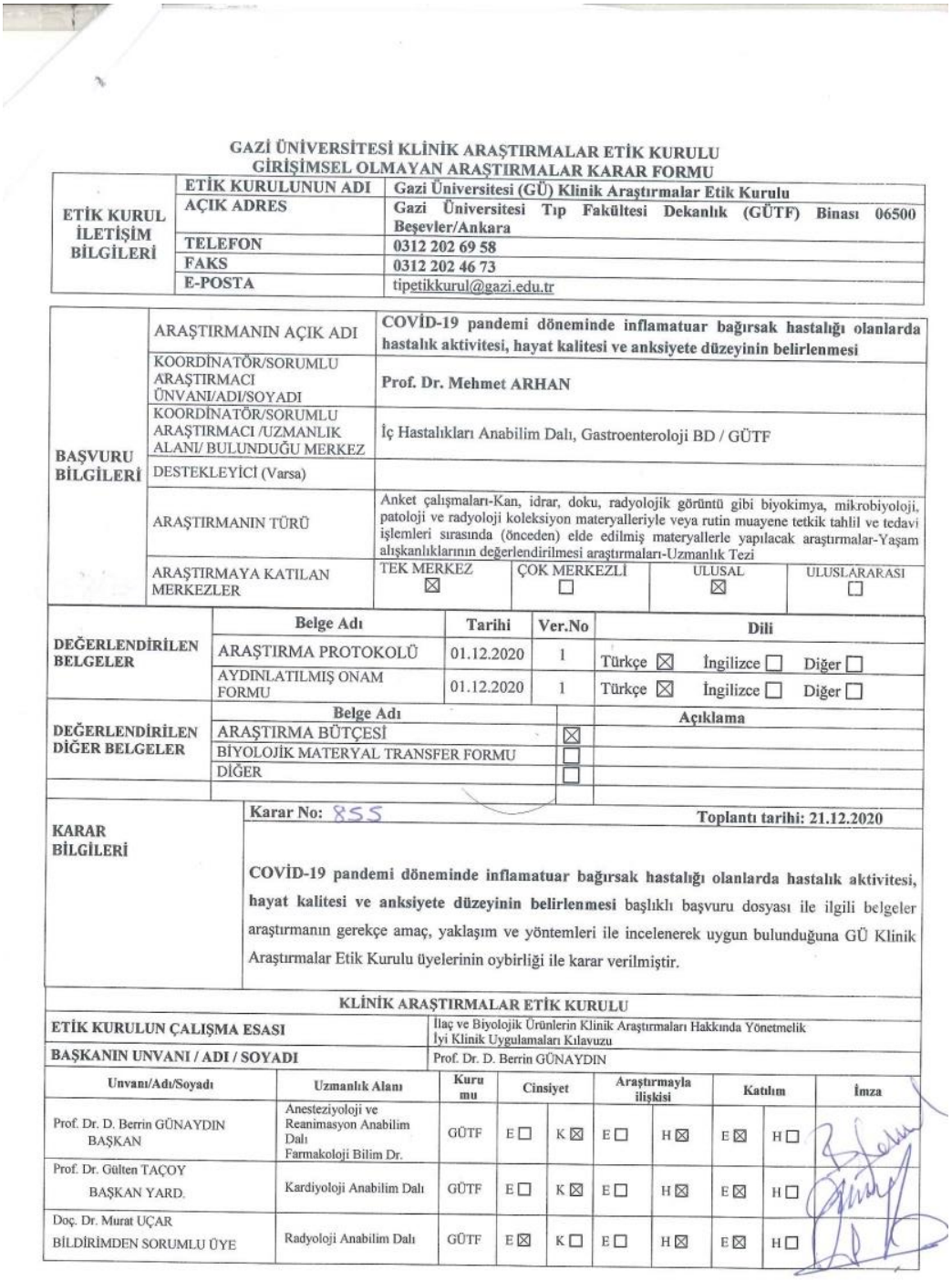
139. Love, J.R., E.J. Irvine, and R.N. Fedorak, *Quality of life in inflammatory bowel disease.* Journal of clinical gastroenterology, 1992. **14**(1): p. 15-19.

140. Monteleone, G. and S. Ardizzone, *Are Patients with Inflammatory Bowel Disease at Increased Risk for Covid-19 Infection?* Journal of Crohn's and Colitis, 2020. **14**(9): p. 1334-1336.

141. Grunert, P.C., et al., *Inflammatory Bowel Disease in the COVID-19 Pandemic: the Patients' Perspective.* Journal of Crohn's and Colitis, 2020. **14**(12): p. 1702-1708.

EKLER

Etik Kurul Onay Formu



GAZİ ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR KARAR FORMU

ETİK KURUL İLETİŞİM BİLGİLERİ	**ETİK KURULUNUN ADI**	**Gazi Üniversitesi (GÜ) Klinik Araştırmalar Etik Kurulu**
	AÇIK ADRES	**Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık (GÜTF) Binası 06500 Beşevler/Ankara**
	TELEFON	**0312 202 69 58**
	FAKS	**0312 202 46 73**
	E-POSTA	tipetikkurul@gazi.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	**COVİD-19 pandemi döneminde inflamatuar bağırsak hastalığı olanlarda hastalık aktivitesi, hayat kalitesi ve anksiyete düzeyinin belirlenmesi**			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI	**Prof. Dr. Mehmet ARHAN**			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI /UZMANLIK ALANI/ BULUNDUĞU MERKEZ	İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Gastroenteroloji BD / GÜTF			
	DESTEKLEYİCİ (Varsa)				
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Anket çalışmaları-Kan, idrar, doku, radyolojik görüntü gibi biyokimya, mikrobiyoloji, patoloji ve radyoloji koleksiyon materyalleriyle veya rutin muayene tetkik tahlil ve tedavi işlemleri sırasında (önceden) elde edilmiş materyallerle yapılacak araştırmalar-Yaşam alışkanlıklarının değerlendirilmesi araştırmaları-Uzmanlık Tezi			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☒	ULUSLARARASI ☐

	Belge Adı	Tarihi	Ver.No	Dili
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	01.12.2020	1	Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU	01.12.2020	1	Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐

	Belge Adı		Açıklama
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☒	
	BİYOLOJİK MATERYAL TRANSFER FORMU	☐	
	DİĞER	☐	

KARAR BİLGİLERİ

Karar No: 855 **Toplantı tarihi: 21.12.2020**

COVİD-19 pandemi döneminde inflamatuar bağırsak hastalığı olanlarda hastalık aktivitesi, hayat kalitesi ve anksiyete düzeyinin belirlenmesi başlıklı başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe amaç, yaklaşım ve yöntemleri ile incelenerek uygun bulunduğuna GÜ Klinik Araştırmalar Etik Kurulu üyelerinin oybirliği ile karar verilmiştir.

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI	Prof. Dr. D. Berrin GÜNAYDIN

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırmayla ilişkisi		Katılım		İmza
Prof. Dr. D. Berrin GÜNAYDIN BAŞKAN	Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı Farmakoloji Bilim Dr.	GÜTF	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Gülten TAÇOY BAŞKAN YARD.	Kardiyoloji Anabilim Dalı	GÜTF	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç. Dr. Murat UÇAR BİLDİRİMDEN SORUMLU ÜYE	Radyoloji Anabilim Dalı	GÜTF	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	

Prof. Dr. Nevzat YÜKSEL ÜYE	Psikiyatri Anabilim Dalı	GÜTF	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Prof. Dr. Nesrin ÇOBANOĞLU ÜYE	Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı	GÜTF	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Mehmet Ali ERGÜN ÜYE	Tıbbi Genetik Anabilim Dalı	GÜTF	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Ö. Sezai LEVENTOĞLU ÜYE	Genel Cerrahi Anabilim Dalı	GÜTF	E ☒	K ☐	E ☒	H ☐	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Nuriye ÖZDEMİR ÜYE	İç Hastalıkları Anabilim Dalı Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı	GÜTF	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☒	
Prof. Dr. Aylin SEPİCİ DİNÇEL ÜYE	Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	GÜTF	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Ebru ARHAN ÜYE	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Nöroloji Bilim Dalı	GÜTF	E ☐	K ☒	E ☒	H ☐	E ☒	H ☐	Oylamaya katılmadı
Doç. Dr. Gökçe S. ÖZTÜRK FİNCAN ÜYE	Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	GÜTF	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç. Dr. Elçin ÖZGÜR BÜYÜKATALAY ÜYE	Biyofizik Anabilim Dalı	GÜTF	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Uzm. Dr. Emine AVCI ÜYE	Halk Sağlığı	Halk Sağlığı Genel Müd.	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Araş. Gör. Dr. Fahri Erdem KAŞAK ÜYE	Hukukçu	Hacı Bayram Veli Üniv.	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
İ. Nükhet EKŞİ ÜYE	Sivil Temsilci	-	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	

COVID-19 Pandemi Döneminde İBH Anketi

1- Covid 19 hastalığınız için risk oluşturuyor

Kesinlikle katılıyorum☐ katılıyorum☐ bilmiyorum☐ katılmıyorum ☐kesinlikle katılmıyorum☐

2-Kullandığım tedaviler yüzünden yüksek risk altındayım

Kesinlikle katılıyorum☐ katılıyorum☐ bilmiyorum☐ katılmıyorum ☐kesinlikle katılmıyorum☐

3- Bu dönemde hastalığım yüzünden insanlarla iletişime geçmekte zorlanıyorum

Kesinlikle katılıyorum☐ katılıyorum☐ bilmiyorum☐ katılmıyorum ☐kesinlikle katılmıyorum☐

4-Bu dönemde yolculuk yapmaktan kaçındım

Kesinlikle katılıyorum☐ katılıyorum☐ bilmiyorum☐ katılmıyorum ☐kesinlikle katılmıyorum☐

5- Bu dönemde hastane takiplerime gitmedim

Kesinlikle katılıyorum☐ katılıyorum☐ bilmiyorum☐ katılmıyorum ☐kesinlikle katılmıyorum☐

6-Bu dönemde ilaçlarıma devam etmedim

Kesinlikle katılıyorum☐ katılıyorum☐ bilmiyorum☐ katılmıyorum ☐kesinlikle katılmıyorum☐

7-Bu dönemde psikiyatrik destek almam gerekti

Kesinlikle katılıyorum☐ katılıyorum☐ bilmiyorum☐ katılmıyorum ☐kesinlikle katılmıyorum☐

8- Bu dönemde maske, dezenfektan, eldiven , siperlik gibi koruyuvu ekipmanları kullandım

Kesinlikle katılıyorum☐ katılıyorum☐ bilmiyorum☐ katılmıyorum ☐kesinlikle katılmıyorum☐

Beck Anksiyete Ölçeği

Beck Anksiyete Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:..... **Tarih:**.....

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir.
Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin **BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR** sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif düzeyde Beni pek etkilemedi	Orta düzeyde Hoş değildi ama katlanabildim	Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zorlandım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

Toplam BECK-A skoru:.....

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği –Kısa Formu

WHOQOL-BREF

(Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalite Ölçeği-Kısa Formu)

Hastanın Adı Soyadı: ..... Tarih: ..../..../.....

Başlamadan önce kendinizle ilgili genel bir kaç soruyu cevaplamanızı istiyoruz. Lütfen doğru yanıtlara işaret koyun ya da verilen boş yerleri doldurunuz.

Cinsiyetiniz nedir? ❑ Erkek ❑ Kadın Doğum tarihiniz nedir?

Gördüğünüz en yüksek eğitim derecesi nedir?

❑ Hiç Eğitim Almadım ❑ İlkokul-Ortaokul

❑ Lise Veya Eşdeğeri ❑ Üniversite

Medeni durumunuz nedir?

❑ Hiç Evlenmemiş ❑ Evli Gibi Yaşıyor ❑ Evli

❑ Boşanmış ❑ Ayrılmış ❑ Eşi Yaşamıyor

Şu anda bir hastalığınız var mı? ❑ Evet ❑ Hayır Eğer şu anda sağlığınızla ilgili yolunda gitmeyen bir durum varsa;

Sizce bu nedir? ..... (hastalık/sorun)

Bu anket sizin yaşamınızın kalitesi, sağlığınız ve yaşamınızın öteki yönleri hakkında neler düşündüğünüzü sorgulamaktadır. Lütfen bütün soruları son 2 haftayı göz önünde bulundurarak ve size en uygun olanı seçerek cevaplayınız.

1 G1	Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	Çok kötü ❑1	Biraz kötü ❑2	Ne iyi, ne kötü ❑3	Oldukça iyi ❑4	Çok iyi ❑5
2 G4	Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	Hiç hoşnut değil ❑1	Çok az hoşnut ❑2	Ne hoşnut, ne de değil ❑3	Epeyce hoşnut ❑4	Çok hoşnut ❑5
3 F1.4	Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne kadar engellediğini düşünüyorsunuz?	Hiç ❑5	Çok az ❑4	Orta derecede ❑3	Çokça ❑2	Aşırı derecede ❑1
4 F11.3	Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?	❑5	❑4	❑3	❑2	❑1
5 F4.1	Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?	❑1	❑2	❑3	❑4	❑5
6 F24.2	Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?	❑1	❑2	❑3	❑4	❑5
7 F5.3	Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?	Hiç ❑1	Çok az ❑2	Orta derecede ❑3	Çokça ❑4	Son derecede ❑5
8 F16.1	Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?	❑1	❑2	❑3	❑4	❑5
9 F22.1	Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?	❑1	❑2	❑3	❑4	❑5
10 F2.1	Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	Hiç ❑1	Çok az ❑2	Orta derecede ❑3	Çokça ❑4	Tamamen ❑5
11 F7.1	Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?	❑1	❑2	❑3	❑4	❑5
12 F18.1	İhtiyaçlarınızı karşılamaya yeterli paranız var mı?	❑1	❑2	❑3	❑4	❑5
13 F20.1	Günlük yaşantınızda size gerekli bilgi ve haberlere ne ölçüde ulaşabiliyorsunuz?	❑1	❑2	❑3	❑4	❑5
14 F21.1	Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?	❑1	❑2	❑3	❑4	❑5

WHOQOL-BREF Sayfa-2

15 F9.1	Bedensel hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?	Çok kötü ❑1	Biraz kötü ❑2	Ne iyi, ne kötü ❑3	Oldukça iyi ❑4	Çok iyi ❑5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
16 F13.3	Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?	❑1	❑2	❑3	❑4	❑5
17 F10.3	Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	❑1	❑2	❑3	❑4	❑5
18 F12.4	İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?	❑1	❑2	❑3	❑4	❑5
19 F6.3	Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	❑1	❑2	❑3	❑4	❑5
20 F13.3	Aile dışı kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	❑1	❑2	❑3	❑4	❑5
21 F15.3	Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	❑1	❑2	❑3	❑4	❑5
22 F14.4	Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?	❑1	❑2	❑3	❑4	❑5
23 F17.3	Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	❑1	❑2	❑3	❑4	❑5
24 F19.3	Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	❑1	❑2	❑3	❑4	❑5
25 F23.3	Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	❑1	❑2	❑3	❑4	❑5

26 F8.1	Ne sıklıkta hüzün, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi duygulara kapılırsınız?	Hiçbir zaman ❑5	Nadiren ❑4	Ara sıra ❑3	Çoğunlukla ❑2	Her zaman ❑1
27 U	Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?	Hiç ❑1	Çok az ❑2	Orta derecede ❑3	Çokça ❑4	Aşırı derecede ❑5

Bu formun doldurulmasında size yardım eden oldu mu? ❑ Evet ❑ Hayır	Bu formun doldurulması ne kadar sürdü? ------

ÖZGEÇMİŞ

Ad: Beril

Soyadı: DEMİR

Doğum Yeri ve Tarihi: Yenimahalle – 21.11.1991

Eğitimi (Tarih sırasına göre yeniden eskiye doğru):

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi (2017-Halen)

Ahlat İlçe Devlet Hastanesi/ Bitlis Pratisyen Hekim (2016-2017)

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi –Tıp Fakültesi İngilizce (2009-2016)

Yabancı Dili: İngilizce