

T.C.
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ BÖLÜMÜ

İNFLAMATUAR BAĞIRSAK HASTALIĞINDA
HEMŞİRE DESTEĞİNİN İLAÇ UYUMUNA ETKİSİ

DUYGU AKBAŞ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

İZMİR -2018

T.C.
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ BÖLÜMÜ

İNFLAMATUAR BAĞIRSAK HASTALIĞINDA
HEMŞİRE DESTEĞİNİN İLAÇ UYUMUNA ETKİSİ

DUYGU AKBAŞ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Doç.Dr. ELİF ÜNSAL AVDAL

İZMİR -2018

KABUL VE ONAY SAYFASI

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne

Izmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü "Hemşirelik Bölümü (İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı) Yüksek Lisans Programı" çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından "**İnflamatuvar Bağırsak Hastalıklarında Hemşire Desteğinin İlaç Uyumuna Etkisi**" yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi:02/11/2018

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Elif ÜNSAL AVDAL (Izmir Kâtip Çelebi Üniversitesi)

Üye: Prof.Dr.Yasemin TOKEM (Izmir Kâtip Çelebi Üniversitesi)

Üye: Prof.Dr.Yasemin YILDIRIM (Ege Üniversitesi)

Üye: Doç.Dr.Firdevs TOPAL (Izmir Kâtip Çelebi Üniversitesi)

Üye:Dr.Öğr.Üye Berna Nilgün ÖZGÜR SOY URAN (Izmir Kâtip Çelebi Üniversitesi)

ONAY: Bu "İnflamatuvar Bağırsak Hastalıklarında Hemşire Desteğinin İlaç Uyumuna Etkisi" konulu yüksek lisans tezi, Enstitü Yönetim Kurulu'na belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve kabul edilmiştir.

Prof.Dr.Ahmet KOYU

Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini İzmir Katip Çelebi Üniversitesi'ne verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

o Tezimin/Raporumun tamamı dünya çapında erişime açılabilir ve bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir.

İmza

Duygu AKBAŞ

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, Tez Danışmanım Doç.Dr. Elif ÜNSAL AVDAL danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kılavuzuna göre yazıldığını beyan ederim.

01/10/2018

Duygu AKBAŞ

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam sırasında kıymetli bilgi, birikim ve tecrübeleri ile bana yol gösterici ve destek olan değerli danışman hocam sayın Doç.Dr. Elif ÜNSAL AVDAL'a teşekkür ve saygılarımı sunarım.

Ayrıca yine bu çalışmamda konu, kaynak ve yöntem açısından sürekli yardımda bulunan ve yol gösteren Öğr. Gör. Dr. Berna Nilgün ÖZGÜR SOY URAN'a da sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Çalıőmalarım boyunca maddi manevi destekleriyle beni hiçbir zaman yalnız bırakmayan aileme de sonsuz teőekkürler ederim.

ÖZET

İNFLAMATUAR BAĞIRSAK HASTALIKLARINDA HEMŞİRE DESTEĞİNİN İLAÇ UYUMUNA ETKİSİ

Giriş: İnflamatuar bağırsak hastalığı (İBH) bağırsak mikroflorasına karşı düzensiz bağışıklık cevabının neden olduğu idiyopatik bir hastalıktır. İnflamatuar bağırsak hastalığının iki ana türü; kolondan sınırlı ülseratif kolit ve gastrointestinal kanalın ağzından anüse kadar herhangi bir bölümünü etkileyebilen crohn hastalığıdır. İnflamatuar bağırsak hastalığının tedavisinin temel amacı, hastalığın tam ve kalıcı remisyonunu sağlamaktır. Remisyon süresini uzun dönemli kılmak ve ilaç yan etkilerinin hastada oluşturacağı rahatsızlığı en aza indirmek için multidisipliner bir ekip anlayışı gerekmektedir. Yapılan literatür araştırmasında dünyada İBH alanında uzmanlaşmış hemşireler hastanın bakım ve tedavisini planlarken, sürekli hastaları tarama, takip, eğitim ve her türlü gereksinimleri için hastalara destek olma işlevlerini yerine getirme becerilerine sahiptirler. Ülkemizde ise İBH hemşireliği yeni uzmanlaşmaya başlamış olmakla birlikte bu hastaların ilaç yönetimlerinin takibi konusunda yapılmış herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle araştırmamızın, ülkemizdeki İBH hastaları için iyi düzenlenmiş bir hemşirelik danışmanlığı sağlamakla birlikte, ilaç yönetimleri konusunda da hastalara destek olacağı düşünülmektedir.

Amaç: Araştırmanın amacı; inflamatuvar bağırsak hastalığı olan bireylerde hemşire desteğinin ilaç uyumuna etkisini incelemektir.

Yöntem: Çalışmaya Ocak 2018'den itibaren İBH polikliniğine başvurup ve Gastaroentereoloji servisimizde yatmakta olan en az 6 aydır tanı almış olan inflamatuvar bağırsak hastalığı olan bireyler alınmıştır. Çalışma grubundaki bireylere pre-test olarak(0. Ay) “Hasta Bilgi Formu”, “İlaç Uyum Bilgi Değerlendirme Formu” ve hastalara uygun olan günlerde araştırmacı tarafından hazırlanan “İBH Tıbbi Eğitim Kitapçığı”nda yer alan bilgiler düzenli aralıklarla, post test olarak(3.ay) hasta ilaç uyum değerlendirme formu tekrar uygulanmış ve grubun aldığı puanlar analiz edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya n:30 (%46.67 si kadın,%53.33'ü erkek) hasta katılmıştır. Yapılan incelemeler sonucunda araştırmaya katılan İBH'li bireylerin pre-testte alınan puanların

ortalaması 49.67 olmasına rağmen son anketten alınan puanların ortalaması 72.67 elde edilmiştir. Hastalık süresi en fazla 2 yıl olan hastalar hariç diğer tüm demografik özellikler için hemşire desteği alan İBH hastalarının ilaç uyumuna etkisi yüksek olduğu gözlemlenmiştir ($p = 0.223 > 0.05$)

Sonuç: Çalışmamızda İBH'li bireylerin aldıkları planlı eğitimle ilaç uyum davranışında ciddi iyileşme olduğu görülmüştür.

Anahtar Sözcükler: İnflamatuvar bağırsak hastalığı, inflamatuvar bağırsak hastalığı hemşireliği, hemşire desteği, ilaç uyumu

ABSTRACT

THE EFFECT OF NURSE SUPPORT ON DRUG COMPLIANCE IN INFLAMMATORY BOWEL DISEASES

Introduction: Inflammatory bowel disease (IBD) is an idiopathic disease caused by an irregular immune response to intestinal microflora. Two main types of IBD; Colon disease is limited to colonic ulcerative colitis and can affect any part of the gastrointestinal tract from the mouth to the anus. The main purpose of the treatment of IBD is to provide a permanent remission of the disease. A multidisciplinary team approach is needed to make the remission period long-term and to minimize the discomfort associated with the drug side effects. In the literature research, nurses who are specialized in the field of IBD in the world have the ability to perform the functions of supporting patients for screening, follow-up, education and all kinds of needs of the patients while planning the care and treatment of the patient. In our country, although IBD nursing has recently started to specialize, there has been no study on the follow-up of drug management of these patients. For this reason, our study will provide a well-arranged nursing consultancy for patients with IBD in our country, but it will also be supportive for patients in drug management.

Aim: To examine the effects of nurse support on drug compliance in individuals with inflammatory bowel disease

Method: The aim of this study was to evaluate the prevalence of inflammatory bowel disease (IBD) in patients with Crohn's disease. As a pre-test to individuals with IBD (0.month) The information contained in the IBH medical training booklet prepared by the researcher is applied on a regular basis as post test (3.months) the drug compliance assessment form has been applied again and the results have been examined.

Results : n:30 (46.67% female, 53.33% male) patients were included in the study. IBD patients who received nurse support for other demographic characteristics except for patients with a maximum duration of 2 years ($p = 0.223 > 0.05$).

Conclusion: With the planned training of IBD individuals, there has been a significant improvement in drug compliance behavior.

Keywords: Inflammatory bowel disease, IBD nursing, nurse support, drug compliance

İÇİNDEKİLER

Onay	I
Yayımlama Ve Fikri Mülkiyet Hakları Beyanı	II
Etik Beyan Sayfası	III
Teşekkür	IV
Özet	V
Abstract	VII
İçindekiler	IX
Simgeler Ve Kısaltmalar	XII
Şekiller	XIII
Tablolar	XIV
1.GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
1.3. Hipotezler	3
1.4. Araştırmanın Önemi	3
1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları	4
2.GENEL BİLGİLER	5
2.1. İnflamatuar Bağırsak Hastalıkları Tanımı ve Çeşitleri	5
2.2. İnflamatuar Bağırsak Hastalığı Epidemiyolojisi	6
2.3. İnflamatuar Bağırsak Hastalıklarının Etyolojisi	7
2.3.1. Sigara Kullanımı	7

2.3.2. İlaçlar	8
2.3.3. Genetik Faktörler	8
2.3.4. Sosyoekonomik Durum	8
2.4. İnflamatuvar Bağırsak Hastalıkları Fizyopatolojisi	9
2.5. İnflamatuvar Bağırsak Hastalıkları Tedavisinin Amacı	10
2.5.1. Antiinflamatuvar ilaçlar	11
2.5.1.1. Aminosalisilatlar (5 ASA Grubu)	11
2.5.1.2. Kortikostreoid	12
2.5.2. İmmüsupresif Tedavi	13
2.5.3. Antibiyotik Tedavisi	15
2.6. İBH Tedavisinde İlaç Uyumunun Hastalığa Etkisi	16
2.7. İBH Tedavisinde Hemşirenin Rolü	16
2.7.1. İnflamatuvar Barsak Hastalıkları Hemşireliğinin Avrupa'daki Tanımı	16
2.7.2. İnflamatuvar Barsak Hastalıkları Hemşireliğinin Ülkemizdeki Tanımı	17
2.7.3. Hemşire Desteği ve İlaç Uyumunun Önemi	17
3. GEREÇ VE YÖNTEM	19
3.1. Araştırmanın Türü	19
3.1.1. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	19
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	19
3.2.1. Araştırmanın Değişkenleri	20
3.2.1.2. Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri	20
3.3. Araştırmanın Veri Toplama Araçları	20
3.3.1. İnflamatuvar Bağırsak Hastaları Bilgi Formu (EK 1)	21

3.3.2. İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı Tanısı Almış Hastalarda	
İlaç Uyum Bilgisi Değerlendirme Formu (EK 2)	21
3.3.3. İnflamatuvar Bağırsak Hastalıkları	22
Tıbbi Yönetim Bilgi Kitapçığı EK-3	
3.3.3.1 Veri Toplama Yöntemi	22
3.3.3.2. Verilerin Analizi	23
3.3.3.3. Araştırma Planı	23
3.4. Araştırma Etiği	24
4.BULGULAR	25
4.1.Birinci Bölüm: İBH’li Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri	25
4.1.2. İkinci Bölüm: Sosyodemografik özellikler ile ilaç uyumları arasında yapılan analizler	25
5.TARTIşMA	31
6.SONUÇ VE ÖNERİLER	33
6.1.Sonuç	35
6.2. Öneriler	36
7.KAYNAKLAR	37
8.EKLER	42
EK-1 HASTA BİLGİLENDİRME FORMU	43
EK-2 İBH’li HASTALARDA İLAÇ UYUM BİLGİSİ DEğERLENDİRME FORMU	45
EK-3 İNFLAMATUVAR BAğIRSAK HASTALIKLARI TIBBİ YÖNETİM BİLGİ KİTAPÇIğI	49
EK-4 ETİK KURUL ONAYI	80
9.ÖZGEÇMİş	81

Simgeler ve Kısaltmalar Dizini

İBH: İnflamatuvar bağırsak hastalığı

CH: Crohn hastalığı

ÜK: Ülseratif kolit

5 ASA: 5-aminosalisilik asit

N-ECCO: Avrupa Crohn ve Kolit Derneği

NSAII: Nonsteroidal antiinflamatuvar

OK: Oral kontraseptif

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

AZA: Azatiyopürin

6/MP: 6 -Merkaptopürin

KKY: Kronik Kalp Yetmezliği

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1: İnflamatuar Bağırsak Hastalıkları Fizyopatolojisi.....	10
---	----

TABLULAR DİZİNİ

Tablo 1: Ülseratif kolit ve crohn hastalığı arasındaki farkı.....	5-6
Tablo 2: IBH'lı bireylerin Sosyodemografik özellikleri.....	25
Tablo 3: Birden çok yanıt işaretlenen demografik sorular.....	27
Tablo 4: Yaş değişkeninin tanımlayıcı istatistikleri.....	28
Tablo 5: İnflamatuvar bağırsak hastalığı tanısı almış bireylerde ilaç uyum bilgi düzeyinin incelenmesi (pre-test-post-test).....	28
Tablo 6: Sosyodemografik özellikler ve ilaç uyumları arasında farkı gösteren ilk test ve son test puan analizleri.....	29

İNFLAMATUAR BAĞIRSAK HASTALIKLARINDA HEMŞİRE DESTEĞİNİN İLAÇ UYUMUNA ETKİSİ

1. GİRİŞ

1.1 Problemin Tanımı

İnflamatuvar Bağırsak Hastalıkları (İBH) kronik remisyon ve alevlenmelerle seyreden bir hastalıktır. İnflamatuvar bağırsak hastalığı(İBH) genellikle ergenlik veya genç erişkinlik döneminde ortaya çıkmakta olup hastalığın etyolojisi hala tam olarak bilinmemektedir(2). Son yıllarda İBH insidansında görülen artışın nedeni belirsizdir fakat, yaşam tarzı değişiklikleri, kentleşme, ilaç kullanım durumu ve beslenme gibi unsurlar artışa sebep gösterilebilir (3).

İnflamatuvar bağırsak hastalığının, sadece kolonun aralıksız tutulumu olan ülseratif kolit(ÜK) ve ağızdan anüse kadar gastrointestinal sistemin herhangi bir yerini aralıklı olarak tutan Crohn hastalığı(CH) olmak üzere iki çeşidi vardır(1,4). Ülseratif kolit tutulum yeri açısından rektum ve kolon ile sınırlı, inflamasyonun mukoza ile sınırlı ve sürekli olduğu genelde rektal kanama semptomu veren bir barsak hastalığıdır (2). Crohn hastalığı ise en sık olarak ileo-çekal bölgede ve sonra kolonda meydana gelmektedir. Ülseratif kolitin aksine CH'nda inflamasyon aralıklıdır ve atlanan lezyonlar şeklinde görülür. Semptomlar hastalığın tutulum yaptığı yere göre değişmekle birlikte en çok görülen semptom karın ağrısıdır (2).

İnflamatuvar bağırsak hastalığının tedavi ve bakımında temel amaç, hastalığın tam ve kalıcı remisyonunu sağlamaktır. Tedavi ve bakımda hedeflenen remisyon dönemine ulaşabilmek için inflamasyonun azaltılması gerekmektedir. Hedeflenen remisyon dönemi için, kullanılacak farmakolojik tedavi seçiminde, inflamasyonlu bölgenin yeri, o bölgenin yoğunluğu ve hastalık aktivasyon süresi gibi faktörler ele alınarak oral, subkutan veya parenteral ilaç şekillerinden uygun olan birinin seçimine sağlık profesyonelleri tarafından karar verilir. Bu kararın içerisinde hemşirenin de

yer alması beklenmektedir(2). İlaç tedavisinde genelde uygulanan ilaç grupları; 5-aminosalisilik asit(5-ASA), glikokortikoidler ve immünoşüpresanlardır. Son birkaç yılda biyolojik ajanların kullanılmaya başlanmasıyla birlikte de İBH tedavisinde ilerleme sağlanmış ve hemşire desteğine daha fazla ihtiyaç duyulmaya başlanmıştır(2,51).

Hastalığın tedavi sürecinde bütüncül bakım esas alınarak yapılan uygulamalarda ise hemşireler;İBH'li bireylerin fizyolojik sorunlarının yanında,psikolojik, sosyal, kültürel ve emosyonel sorunlarını da göz önüne alarak bakım vermelidirler (2,4,51). İBH'de hemşire desteği pek çok alanda olduğu gibi özellikle ilaç yönetimi konusunda önem kazanmaktadır. Örneğin İBH'de görülen ağrı semptomunun yönetiminde, Hemşire-Avrupa Crohn ve Kolit Derneği (N-ECCO)'e göre hemşireler; hastaların ilaçlarını yönetmek, farmakolojik ağrı kontrolleri konusunda geniş bilgiye sahip olmak ve bunun yanı sıra, İBH tedavisinde kullanılabilen analjezik, kortikosteroid, immünoşüpresif gibi ilaçların etkileşimlerini bilmek zorundadırlar (5). Bu literatür bilgisi göze alınarak tedavinin her basamağında hemşire desteğine duyulan önemin bir kez daha ortaya çıktığı görülmektedir.

Ayrıca İBH tedavisinde spesifik bir etyoloji olmadığından dolayı koruyucu tedavi yöntemleri de bulunmamaktadır(24).Bu yüzden klinikte bu hastaların kapsamlı bir şekilde yönetimi İBH hemşireleri tarafından sağlanmalıdır(24). Tedavinin temel hedeflerinden remisyon süresini uzun dönemli kılmak ve ilaç yan etkilerinin hastada oluşturacağı rahatsızlığı en aza indirmek için multidisipliner bir ekip anlayışı gerekmektedir. Bu anlamda hekimlerin rolleri iyi tanımlanmış, ancak bakımda profesyonel bir meslek grubu olan İBH hemşirelerinin rolleri dünyanın aksine ülkemizde yeterince kapsamlı tanımlanmamıştır(39).

Yapılan literatür araştırmasında da, dünyada İBH alanında uzmanlaşmış hemşireler hastanın bakım ve tedavisini planlarken, sürekli hastaları tarama, takip, eğitim ve her türlü gereksinimleri için hastalara destek olma işlevlerini yerine getirme becerilerine sahiptirler(2,39).

Ülkemizde ise İBH hemşireliği yeni uzmanlaşmaya başlamış olmakla birlikte bu hastaların ilaç yönetimlerinin takibi konusunda yapılmış herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle araştırmamızın, ülkemizdeki İBH hastaları için iyi düzenlenmiş bir hemşirelik danışmanlığı sağlamakla birlikte, ilaç yönetimleri konusunda da hastalara destek olacağı düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Araştırmanın amacı; İBH olan bireylerde hemşire desteğinin ilaç uyumuna etkisini incelemektir.

1.3. Hipotezler

H0: Hemşire desteği almayan İBH olan bireylerin ilaç uyumuna olan etkisi düşüktür.

H1: Hemşire desteği alan İBH olan bireylerin ilaç uyumuna olan etkisi yüksektir.

Alt Hipotezler

Alt H1: İlaç yönetimi konusunda bilgi alan İnflamatuvar bağırsak hastalığı olan bireylerin ilaca uyumları yüksektir

Alt H2: İlaç yönetimi konusunda bilgi alan İnflamatuvar bağırsak hastalığı olan bireylerin ilaca uyumları düşüktür.

Alt H3: İnflamatuvar bağırsak hastalığı olan bireylerin sosyodemografik özellikleriyle ilaç uyumları arasında bir ilişki vardır.

Alt H4: İnflamatuvar bağırsak hastalığı olan bireylerin sosyodemografik özellikleriyle ilaç uyumları arasında bir ilişki yoktur.

1.4. Araştırmanın Önemi

İnflamatuvar bağırsak hastalığı atak ve remisyon dönemlerini içeren kronik bir hastalık olmasından dolayı uzun bir tedavi ve bakım sürecini kapsar(3). Hastalıkla

baş etme ve tedavi sürecinde hemşirelere önemli roller düşmektedir(6). Hemşirelerin İBH'nin kronik bir hastalık olmasından dolayı evrelerinin olduğunu ve bu evrelere özgü tedavi rejimlerindeki farklılıklarını bilmesi ve eğitim verirken bunu göz önünde bulundurması gerekmektedir (6, 7).

Ülkemizde İBH alanına yönelik literatür incelendiğinde; farklı alanlarda birçok çalışmanın olduğu gözlenmiştir(24,35,53). Ancak İBH alanında hemşirelik bakımına ve hemşire desteği ile ilaç uyumuna yönelik yapılan bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Altuntaş ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kronik hastalıkları nedeni ile düzenli ilaç kullanan İBH'li bireyler, günlük hayatlarının olumlu yönde etkilendiğini ifade etmişlerdir(9). Yine aynı çalışmada kronik hastalığı olan 6 bireyin kullandıkları ilaçların yan etkilerini genellikle kendileri araştırdıklarını ve doktorların bu konuda çok fazla bilgi vermediğini belirtmişlerdir (9). Arslan'ın 2003 yılında yaptığı çalışmada ise; İBH'li bireylerin kullandıkları ilaçlar ile ilgili bilgiyi kimlerden aldıkları araştırılmış ve araştırmanın sonucunda İBH'li yaşlıların %43,9'unun ilaç bilgisini hekiminden, %39,0'unun eczacıdan, %17,1'inin ise hemşireden aldıklarını saptamıştır(10).

Yapılan çalışmalar da gösteriyor ki İBH'li bireylerin kendilerine ilaç eğitimi konusunda eğitim verecek sağlık profesyonellerine ihtiyaçları fazladır. Doğru ilaç kullanımı için sağlık profesyonellerinin hizmet içi eğitim programları da bu hususta güncellenmelidir (10).

Bu çalışmada da İBH'li bireylere, ilaç yönetimleri konusunda verilen hemşire desteğinin, İBH'li bireylerde ilaç kullanım etkinliğinin artması hedeflenmekte olup, literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma süre kısıtlılığı nedeniyle tek bir kurumda gerçekleştiği için genellenebilirliği konusunda sınırlılık taşımaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. İnflamatuvar Bağırsak Hastalıkları Tanımı ve Çeşitleri

İnflamatuvar bağırsak hastalığı, crohn hastalığı (CH) ve ülseratif kolit (ÜK) olmak üzere iki temel bağırsak hastalığını içerir. Bunlar, çoğunlukla genç erişkinlerde ve hatta çocuklarda görülen ve genellikle bir hastanın yaşamı boyunca süren, alevlenme ve rahatlama dönemleri ile karakterize edilen kronik hastalıklardır. İBH'nin etyolojisi tam olarak bilinmemektedir ve patogenezi de tam olarak açıklanamamıştır. Fakat son çalışmalar genetik yatkınlığı uygun olan bireylerde immun yanıt sisteminin değişmesiyle, çevresel faktörlere karşı meydana gelen bozulmuş bağışıklık yanıtı olarak hastalığın ortaya çıktığını belirtmişlerdir (Bknz tablo 1) (2, 11).

Ülseratif kolit, rektum ve kolonu etkileyen, genellikle biyopside granülomlar olmaksızın kolonun sürekli mukozal inflamasyonun neden olan kronik inflamatuvar bir durumdur(12).

Crohn hastalığı, genetik ve çevresel faktörler arasındaki etkileşimden kaynaklanan, gastrointestinal sistemin herhangi bir yerini tutan bir hastalıktır(12).

TABLO 1: Ülseratif kolit ve crohn hastalığı arasındaki farklar

	Ülseratif Kolit	Crohn Hastalığı
Epidemiyoloji	Ani başlangıçlı; 15-30 yaşları arasında pik yapar. Kadın>Erkek	Sinsi başlangıçlı; 15-40 yaşları arasında pik yapar. Kadın>Erkek
BELİRTİLER ve BULGULAR		
Abdominal Ağrı	Aralıklı, hafif kramplı hassasiyet	Kramp tarzında karın ağrısı
Kitle Varlığı	Hayır	Yaygın

TABLO 1: Ülseratif kolit ve crohn hastalığı arasındaki farklar

Kanama	Yaygın	Ara sıra
Perianal lezyonlar	Hayır	Üçte bir oranında perianal apseler veya fistüller gelişir
Hastalığın Devamı / Prognoz	İlk ataktan sonra%75-80 relaps; Çoğu hafiften orta düzeyde hastalıktır. Hastalık oluştuktan 7-8 yıl sonra biyopsi ile beraber kolonoskopi, çünkü kolon kanseri riski artar	Tekrarlayan, ilerleyen; Tipik olarak tedaviden /fistüllerin ya da apselerin düzelmesinden 7 yıl sonra cerrahi gelişir.
Diyare	Sık, sulu, kanlı ve mukuslu gaita	En sık tekrarlayan bulgudur özellikle rektal tutulumda
Kilo Kaybı	Şiddetli diyare ile	Yaygın

Kaynak: Başkan B.,2015, Friedman L.S., McQuaid and et.al 2007 :108-113

2.2. İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı Epidemiyolojisi

İnflamatuvar bağırsak hastalığı insidansı son yıllarda giderek artmaktadır. İnflamatuvar bağırsak hastalığında prevelans ve insidans artışları coğrafi bölgelere göre değişiklikler göstermektedir. Hastalık Batı ülkelerinde Asya'ya göre daha yaygın, etnik köken olarak Yahudilerde, ırk olarak ise beyazlarda daha fazla görülmektedir(13).

En yüksek yıllık ÜK insidansı sırasıyla Avrupa, Orta Doğu ve Kuzey Amerika'da en yüksek CH insidansı ise sırasıyla Asya ve Orta Doğuda görülmüştür(3).

Yapılan güncel bir sistematik çalışmada en yüksek prevelansın bulunduğu Avrupa ülkeleri Almanya ve Norveç, Kuzey Amerika ülkelerinden ise Kanada olarak belirtilmiştir (14).

Ülkemizde İBH insidansı ülseratif kolit için 2,6/100000 ve CH için 1,4/100 olarak bildirilmiştir (15).

Doğu Avrupa, güney Amerika, Asya ve Afrika'da insidans ve prevalans oranları önceki yıllarda daha düşük olmakla beraber son 10 yılda bu bölgelerde de hastalığın görülme sıklığı giderek artmaktadır. Bu oranlardaki değişikliklerin yaş, zaman ve coğrafik bölgelere göre değişmesi, çevresel faktörlerin hastalığın ortaya çıkmasında belirgin rol aldığını düşündürmektedir(16).

2.3. İnflamatuvar Bağırsak Hastalıklarının Etiyolojisi

Pek çok otoimmün ve kronik hastalık gibi bağırsaklarda bir dizi kronik inflamatuvar süreci kapsayan İBH'nin her iki hastalığında da (CH ve UK), genetik, immün ve çevresel faktörlerin etkileşimleri rol oynamaktadır(17).

2.3.1. Sigara Kullanımı

Sigara kullanımı CH için önemli bir risk faktördür, hastalığın şiddetini, hastalığın nüks etme riskini artırır(7,22). Ayrıca sigara kullanan Crohn hastalarının klinik gidişatı daha risklidir ve tedaviye verilen yanıt da genellikle olumsuzdur. Tedavide cerrahi müdahaleye olan gereksinimleri artmaktadır(7,17). Sigara içilmeye devam edilmesi halinde ise hastalık prognozu kötü yönde etkilenir. Patofizyolojik olarak ise sigara kullanımı CH olgularında intestinal kanalda vaskülit benzeri olayları tetikleyerek iskemik sonuçlara sebep olur(7, 17).

Sigara içme vücutta yarattığı patofizyolojik etkiye göre hem sistemik hem de mukozal bağışıklıkta değişimler meydana getirir; hem doğal hem de adaptasyon sonucu oluşan bağışıklık fonksiyonlarını değiştirir. T-yardımcı (Th), T-supresör oranını T-supresör lehine çevirir , apoptozisi değiştirir, serum ve mukozal immunglobulin seviyelerini düşürür. Ülseratif kolit vakalarında ise sigara kullanımı, mukozal mukus üretimini arttırır, mukus yapısını düzelterek olumlu etki gösterir(7, 17).

Günümüzde ise pasif içiciliğin olası rolü özellikle çocuklarda, ÜK veya CH için koruyucu ya da bir risk faktörü olarak düşünüldüğünde hala bir tartışma konusudur(7,22,24).

2.3.2. İlaçlar

İnflamatuarr bağırsak hastalığı etyolojisinde nonsteroidal antiinflamatuarr (NSAII) ve oral kontraseptiflerin kullanımının rol oynadığı yapılan çalışmalarla belirtilmiştir. Oral kontraseptif (OK) ilaç kullanan deney grubunda olan kadınların kontrol gruplarında olan kadınlara göre risk oranlarının iki kat artması bu ilaçların etyolojide rol oynadığını düşündürmüştür ancak, aralarındaki ilişkiyi açıklayacak özellikli kanıtlar bulunamamıştır(18). Bazı çalışmalar Nonsteroidal antiinflamatuarr(NSAII) ilaçların İBH'de alevlenme riskini artırdığı için bu ilaç grubunun etyolojiye alınmasını gerekli görmüştür(17). NSAII ilaç kullanımı, mukozal geçirgenliği artırarak, koruyucu prostaglandinleri bloke ederek, güçlü bir lökosit kemotraktanı olan lökotrien B4 düzeyini artırarak kolonik inflamasyonun alevlenmesine neden olur. Bu yüzden de NSAII kullanımının İBH riskiyle ilişkili olduğu düşünülmektedir(17).

2.3.3. Genetik Faktörler

İnflamatuarr bağırsak hastalığı etiyolojisi ile ilgili yapılan çalışmalarda genetik etmenlerin rolü birebir saptanamamıştır(24). Fakat aile içi dağılım, ikizlerde hastalığın sık görülmesi, çiftlerde nadir görülmesi ve etnik gruplardaki dağılım özellikleri etiyolojinin genetikle ilişkili olabileceğini akla getirmektedir (19). Özellikle CH'nda birinci derece akrabalarda normal nüfusa oranla hastalık 4-20 kat fazladır(20).

Monozigot ikizlerde insidansın artış göstermesi, Musevilerde ve beyaz ırkta görülme sıklığının artması, İİBH'li bireylerin birinci derece akrabalarında hastalık görülme oranının %10 artması hastalığın genetik ile ilişkisini destekleyen bulgulardır(21).

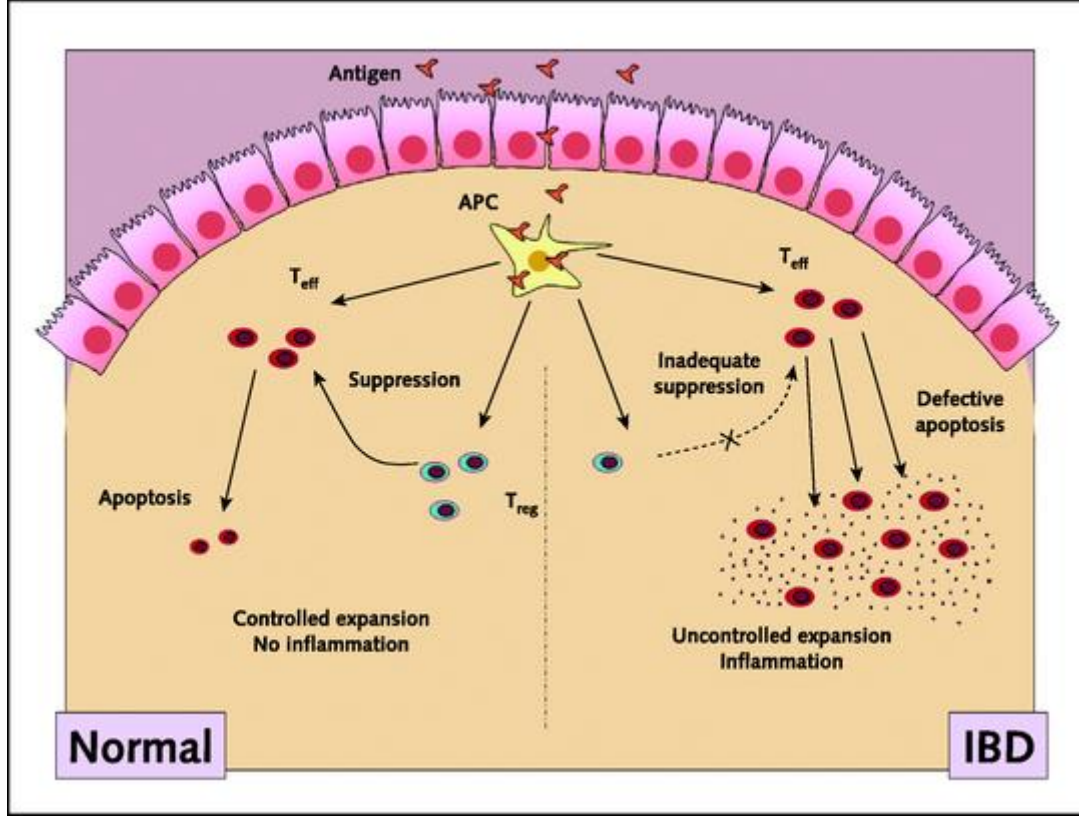
2.3.4. Sosyoekonomik Durum

Sosyoekonomik olarak refah düzeyine ulaşmış ülkelerde yaşam tarzı değişikliklerinin değişmesiyle birlikte modern hayatın getirdiği bazı yükler(hava kirliliği, stres, ilaç kullanımı gibi) bağırsak mikrobiyatasının yapısında ve aktivitesinde değişime sebep olmaktadır(22,23). Bu etkenlere maruz kalan mukozal bariyerde geçici hasarlanma sonucunda bağışıklık sisteminde yerleşik mikrobiyata görülebilmektedir(22).

Çocukluk çağlarında sosyoekonomik durumu iyi olan bireyler enfeksiyonlardan korunmaya yatkın oldukları için immun sistemleri yeterince antijene maruz kalmamıştır. Bu yüzden bu kişiler erişkin yaşa geldiklerinde kronik intestinal inflamasyonlara karşı daha duyarlı olmaktadır(23).

2.4. İnflamatuvar Bağırsak Hastalıkları Fizyopatolojisi

İnflamatuvar bağırsak hastalıklarında inflamasyonun baskılanmasında bir sorun olduğu düşünülmektedir Bu yüzden inflamasyon artarak devam eder. Her iki hastalıkta da mukozada CD4+T hücreleri ve bunlardan salınan Th1 ve Th2 major sitokinler artmıştır. CH'nda inflamasyonun oluşuma sebep olduğu düşünülen Th1 sitokini artarken ÜK'de Th2 sitokini artmaktadır. **Bknz. Şekil 1**(24)



Şekil 1. İnflamatuvar bağırsak hastalıkları fizyopatolojisi

Kaynak: https://www.researchgate.net/publication/7406111_American_College_of_Physicians_American_Physiological_Society_New_concepts_in_the_pathophysiology_of_inflammatory_bowel_disease erişim tarihi: 02.05.2018

2.5. İnflamatuvar Bağırsak Hastalıkları Tedavisinin Amacı

İnflamatuvar bağırsak hastalığı tedavisinin amacı remisyonun sağlanması ve hastalık ataklarının azaltılmasıdır. İnflamatuvar bağırsak hastalığına sahip bir bireyin tedavisi, ilaç tedavisi, cerrahi tedavi ve ya her ikisinin de kombinasyonu ile sağlanabilir(15). Tedavide önemli olan ayırıcı tanıda CH ve ÜK'nin belirlenmesidir. İnflamatuvar bağırsak hastalığı olan bireyler için seçilecek tedavi mukozal iyileşme ve semptomların hafifletilmesini kapsamaktadır(25).

İnflamatuvar bağırsak hastalıklarının ilaç tedavisi, anti-inflamatuvar ilaçlar, immün baskılayıcılar, biyolojik ajanlar, antibiyotikler ve semptomatik rahatlama için gerekli olan ilaçlar olmak üzere beş ana kategoriyi kapsamaktadır. Son yıllarda,

hastalığın altta yatan bazı patofizyolojik mekanizmalarına uygun olarak bazı farmasötik maddeler üretilmiş ve üzerinde çalışılmıştır (26).

2.5.1. Antiinflamatuvar ilaçlar

2.5.1.1. Aminosalisilatlar (5 ASA Grubu)

5-aminosalisilatlar(5-ASA),İBH’de uzun süredir kullanılan bir grup bileşiktir. Klinik pratikte kullanılan ilk 5-aminosalisilat ajanı, 5-ASA ajanı bir azo bağı ile bağlanan sülfiridinlden oluşan sülfasalazindir. Sülfasalazin ilk defa 1940’lı yıllarda artrit tedavisinde kullanılmaya başlanmıştır(27). İlerleyen dönemlerde İBH’de bu ajanın fazla kullanılmasıyla beraber ÜK hastalarında gastrointestinal semptomlarda iyileşme saptanmıştır (28).

Bütün amino salisilat türevleri, İBH ataklarının tedavisinde ve remisyonun sağlanmasında kullanılmaktadır. Yapılan çalışmalar doğrultusunda ülseratif kolit tedavisinde amino salisilatların neredeyse hepsinin aynı etkiyi gösterdiği kanıtlanmıştır. Ancak aminosalisilatların ülseratif kolitteki etkinliğinin CH’nda etkinliğine göre daha fazla olduğu saptanmıştır (29).

Yapılan çalışmalarla ülseratif kolit tedavisinde 5-ASA ilaçlarının plasebodan daha etkili olduğu ancak remisyon evresinde kalmak için sülfasalazine tedavisinin daha etkili olduğu saptanmıştır. Wang ve arkadaşlarının(30) yaptığı bir kohort çalışmasında hafif dereceli ülseratif kolit tedavisinde oral 5-ASA'nın plasebodan daha etkili olduğu bulunmuştur. Oral 5-ASA ilaçları aktif ülseratif kolit tedavisinde etkinlik göstermesine rağmen remisyon sağlanmasında sülfasalazine daha etkin rol oynamaktadır(30).Ancak 5-ASA kullanan hastalar sülfasalazine alan hastalara göre daha az yan etki bildirmişlerdir. Ve yine aynı çalışmada erkek infertilitesinin, 5-ASA ile değil, sülfasalazine ile ilişkili olduğu bu nedenle doğurganlık ile ilgili hastalar için 5-ASA'nın tercih edilebileceği belirtilmiştir (30).

Crohn hastalığında ise 5 - ASA kullanımı rolü ülseratif kolite göre daha az etkinlik göstermektedir. Ancak bunun yanı sıra, hafif iltihaplı hastalığı olan bazı hastalar, özellikle de terminal ileal hastalık, yüksek dozda (4 g / gün) mesalazine (mesalamin) cevap verebilir. 5 ASA'nın crohn hastalığında remisyonu

korunmasındaki önemi hala tartışma konusudur ve net sonuçlar vermemiştir. Araştırmalar farklı sonuçlar verdiği için hasta gruplarında 5 ASA ile remisyon evresinin devamı sağlanabilir(31).

5-ASA preparatları oral yoldan alındığında emilimi ve kana geçmesi çok hızlı olur bu yüzden bağırsaklarda etkili olabilecek konsantrasyona ulaşamazlar. Hızlı emilimin önüne geçmek için çeşitli formlarda üretilmişlerdir. Supozituar ve lavman şekilleri rektuma, sadece lavman formları ise rektum, sigmoid, sol kolon ve bazen kolonun sol köşesine çıkarak etki edebilirler (32).

5 ASA kullanmaya başlamadan önce hastaların böbrek testlerini yaptırmaları gerekmektedir. Böbrek yetmezliği yüksek doz 5 ASA kullanan hastalarla ilişkili bulunmuştur(33). Araştırılan vakaların %85 inde erken müdahale ile ilaç kesilmesi yapıldığında böbrek fonksiyonlarının geri döndüğü görülmüştür. Bu nedenle özellikle mesalazine içeren preparat alan hastalarda serum üre kreatinin düzeylerinin ilaç kullanımına başladıktan sonra ilk 3 ay boyunca her üç haftada bir ve daha sonra yıllık olarak testlerini yaptırmaları tavsiye edilmiştir bu konuda hemşirelerin hastayı bilgilendirmesi ve teşvik etmesi gerekir (33).

5 ASA'lar,nadiren sülfasalazine, folik asit absorpsiyonuna yol açar bu yüzden bazı hastaların folik asit takviyesi alması gerekebilir. Göğüs ağrısı, hızlı nefes alıp verme yüz ve ya dudakların şişmesi, morarma veya deri döküntüsü gibi şiddetli belirtilerle karşılaşılınca hastaların mutlaka doktora veya hemşireye belirtmeleri gerekir o yüzden bu konuda hemşirelerin olası yan etkiler hususunda eğitim vermeleri gerekmektedir (34).

2.5.1.2. Kortikosteroidler

Kortikosteroidler, otoimmün hastalıkların tedavisinde sıklıkla kullanılan güçlü, seçici olmayan sistemik anti-enflamatuar ilaçlardır. İnflamatuar bağırsak hastalıklarının tedavisinde kortikosteroidler, hastalığın alevlenme dönemlerinde “kurtarma” olarak bir temel dayanak noktasıdır. Kortikosteroidler kısa dönemde tedavi için efektif rol oynarken uzun süreli kullanılması halinde kemik kaybı, venöz

tromboembolizm, kötü yara iyileşmesi gibi ciddi yan etkilere sebebiyet vermektedir(35).

Kortikosteroidler tek başına ve ya kombine halinde uygulanır. Özellikle kortizonlara maruziyetin minimum seviyeye indirilmesi için ve hastalığın remisyon dönemini sürdürmek için mesalamin formülasyonu ile kombine edilebilir. Örneğin pentasa 4g/gün veya asacol 4,8g/gün ile birlikte kullanılabilir(36).

Kullanılan prednizolan dozu 40 mg'dan yüksek olduğunda yan etkilerin görülme sıklığı artmaktadır(37).

Ciddi aktiviteli ataklarda genellikle 40-60 mg/gün prednizolan veya eşdeğeri kullanılır. Cevap alındıkça yavaş yavaş doz azaltılmalıdır. Ancak hastaların %20-30'unda steroidlere cevap alınmaz(21). İnflamatuvar bağırsa hastalığı olan bireylerde steroidlere verilen cevap üç bölüme ayrılır. Genel sınıflar: steroid yanıtı, steroid bağımlı ve steroide yanıt vermeyen. Steroid tedavisine yanıt veren hastalar genelde, klinik olarak iyileşme ve sonrasında steroid dozu azaltıldığında remisyonunda kalmaya devam eden hasta gruplarıdır. Steroide bağımlı olan hastalar ise glikokortikoidlere yanıt verirler, ancak steroid tedavisi stoplandığında hastalık yeniden nüksetmektedir (38).

Avrupa Crohn ve Kolit Derneği(ECCO) günümüzde steroid ilaçlardan budesonidin prednizolan tercihen daha çok kullanılması gerektiği belirtilmiştir(2). Budesonidin karaciğerden ilk geçişinde yoğun olarak metabolize olduğu için sistemik etkisi azdır(36).

Budesonidin, steroide bağımlı olarak yanıt veren hastalarda yüksek doz toksik etki gösteren steroidlerin geri çekilmesini sağlayarak remisyon bakımını etkin kılar. Ayrıca budesonid geleneksel kortikosteroidlere (prednizon, prednizolan) göre daha kısa süreli toksik doz salınım yapar(39).

2.5.2. İmmüsupresif Tedavi

Azatioprin(AZ)ve 6-merkaptopurin(6-MP) gibi immün modülatörler, inflamatuvar barsak hastalığı olan hastaların tedavisinde kullanılan önemli bir ilaç

sınıfıdır. Azatioprin ve 6-merkaptopürinin bağışıklık sistemini bloke ederek inflamasyonu azalttığı düşünülmektedir.

Bu grup ilaçlar steroidsiz tedavinin sağlanmasında uzun yıllar İBH remisyonu için tedavide büyük olanak sağlamışlardır. Bu ajanlara verilen başlıca sınırlamalar, yavaş başlangıç aktiviteleri ve görülen olası yan etkiler olmuştur (40, 41)

AZ ve 6-MP'nin, 5 yıllık tedaviden sonra İBH hastalarının yaklaşık% 40'ında etkili olduğu düşünülmektedir. Son verilere göre, hastaların dörtte biri, istenmeyen olaylar nedeniyle ilaçları 3 ay içinde kesmiştir(30). Sonuçlar ilk aylarda olumlu ise, AZ kullanımı uzun yıllar boyunca uzatılabilir. AZ iyi tolere edilirse, ara verilmemesi gerekir. Çoğu uzman, İBH'li hastalarda eş zamanlı olarak mesalamin ve AZ'nin indüksiyon veya bakım tedavisi olarak kullanılmasının uygun olduğunu belirtmiştir.Son verilere göre, aminosalisilat ve AZ'nin birlikte kullanımı hastaya çok fayda sağlamaktadır (30).

Yapılan bir cohort güncellemesinde aktif Crohn hastalığı olan hastalarda AZA / 6-MP tedavisinin etkili olduğu, fakat ilacın özellikle Crohn hastalığı ve ülseratif koliti olan hastaların uzun süreli tedavisinde etkin öneme sahip olduğu belirtilmiştir(30,42. İlaçla ilişkili yan etkiler sık görülmektedir ve bu da AZA / 6-MP tedavisinin kesilmesini veya doz azaltılmasını gerektirir. Özellikle miyelosupresyona bağlı artmış enfeksiyon riski nedeniyle, hastaların dikkatli takip zorunlu kılınmıştır (42).

Son zamanlarda koruyucu aşılamanın gerekliliği ve güvenliği konusunda çeşitli görüşler ortaya konulmuştur. Özellikle İmmünespresif tedavi verilen inflamatuvar bağırsak hastalıkları hastaları, bazen fırsatçı enfeksiyonların varlığına maruz kalmaktadır(37). Mevcut standartlara göre, hastalar İmmünespresif ilaçların uygulanmasından önce gerekli olan tam bir aşılama döngüsünü almalıdırlar(42). Bu açıdan hemşirelerin rolü hastaları eğitmek ve onları grip ve pnömokoklara karşı aşılama teşvik etmektir (37).

Ayrıca hastaların 6 merkaptopürin ve azothiopürin toksisiteleri, kemik iliği baskılanması, pankreatit ve hepatit hakkında bilgilendirilmeleri gerekmektedir.

Kemik iliği supresyonuna karşı hastaların ilk ay haftada bir kez 2 ayda iki haftada bir sonra aylık, uzun tedavide 3 ayda bir kan tahlili yaptırımları gerekmektedir (36).

Tedavide dikkat edilmesi gereken bir hususta tedavinin devamlılığıdır çünkü crohn hastalığında İmmüsupresif tedavi bakımından önemli yer tutan azatioprinin etki gösterebilmesi için uzun süreli kullanımı gerekmektedir kısa süreli kullanımda tedaviye cevap alınamamıştır (38). Bu yüzden hemşirelerin tedaviye devam konusunda hastaları teşvik etmesi gerekmektedir.

2.5.3. Antibiyotik Tedavisi

İnflamatuvar barsak hastalığının etiyolojisi günümüzde tam olarak bilinmemektedir, bağırsak mikrobiyotalarına karşı tanımlanamayan bir bakteriyel patojen veya immünolojik reaksiyon ile ilişkili olabileceğine dair çalışmalar vardır.(59) Patogenezde yer alan bu mikrobiyotadaki değişim tedavide antibiyotik seçeneğinin yer almasına neden olmuştur(26).

Antibiyotikler, bağırsak lümenindeki bakterilerin yoğunluğunu azaltarak bakteri çoğalmasının önüne geçmiş olurlar. En sık kullanılan antibiyotikler metronidazol ve siprofloksasindir(7).Çoğunlukla antibiyotiklerin IBH'de kullanımı CH için çalışılmıştır. CH'nda apse, ameliyat sonrası enfeksiyon ve remisyon bakımında da kullanılabilirler(43).(33)

Ülseratif kolit tedavisinde antibiyotiklerin kullanımı ECCO'ya göre 2012 yılından sonra enfeksiyonun göz önünde bulundurulması halinde veya hemen öncesinde kullanılması gerektiği belirtilmiştir(33, 40).

Sistemik bir güncel derlemede CH olan bireylerin tedavisinde, siprofloksasinin, antibiyotiklerin etkinliği hakkındaki mevcut kanıtları incelenmiştir ve Crohn hastaları için antibiyotik kullanımının fayda sağladığı görülmüştür. Ayrıca tek başına siprofloksasin tedavisinin, perianal fistülleri olan CH hastaları için büyük ölçüde yarar sağladığı belirtilmiştir(35).

Sistemik bir güncel derlemede CH hastaların tedavisinde, siprofloksasinin, antibiyotiklerin etkinliği hakkındaki mevcut kanıtları incelenmiştir ve CH için

antibiyotik kullanımı yararlı olduğu görülmüştür. Bununla birlikte, alt grup analizleri, tek başına siprofloksasinin tedavisinin, perianal fistülleri olan CH hastaları için anlamlı derecede etkili olduğunu göstermiştir(40).

2.6. İBH Tedavisinde İlaç Uyumunun Hastalığa Etkisi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) uzun dönemli tedaviye uyumu; “bireyin ilaç kullanma, diyetine uyma ve/veya yaşam biçimi değişikliklerini sürdürme davranışı ve sağlık bakım çalışanının önerilerine uyumu” olarak tanımlamaktadır. Uyum konusunda yapılan çalışmalar hastalarla sağlıklı iletişim ve işbirliğinin özellikle tedavi ile ilgili konularda bilgilerin hastaları aktarılmasının, hastaların tedavilerine uyumu artırdığını göstermektedir(44).

İlaç uyumsuzluğu hastalar üzerinde ciddi sorunlar yaratmaktadır. Özellikle önerilen doz ve sıklıktan daha az kullanılan, doktor kontrolü olmadan yarıda bırakılan ilaçlar planlanan dozda alınmadığı için biyokimyasal hedeflere ulaşamamaktadır(39).

Örneğin İBH tedavisinde hastalığın tutulum gösterdiği yere göre topikal olarak 5-ASA veren oral ilaç formları kişinin yaşam kalitesini etkileyecek kadar çok sayıda günlük dozaj almayı gerektirir. Bu çoklu günlük doz ilaç uyumu üzerinde olumsuz bir etki yaratabilmektedir(45).

Uyumsuzluk klinikte kötü tedavi sonuçlarıyla doğrudan ilişkilidir örneğin bir kronik hastalık olan hipertansiyonda miyokard enfarktüsü, inme gibi sonuçlara sebep olabilirken İBH'de ise atakların başlamasına ve acil yatışlara sebep olmaktadır(46).

Uyumsuzluk klinikte istenmeyen sonuçların yanı sıra mali açıdan da sağlık bakım hizmetini etkilemektedir. Tedaviye uyumsuzluk sonucu görülen acil servis yatışları daha yüksek tedavi maliyetlerini de beraberinde getirmektedir(46).

2.7. İBH Tedavisinde Hemşirenin Rolü

2.7.1. İnflamatuar Barsak Hastalıkları Hemşireliğinin Avrupa'daki Tanımı

Avrupa Crohn ve Kolit Organizasyonu (ECCO)2001 yılında Avrupa'daki İBH olan bireylerin bakımını geliştirmek için kurulmuştur. NECCO ise Avrupa bazında İBH hemşire eğitimine erişimi destekleyen bir yapıdır(47).

NECCO İBH hemşiresini, kanıta dayalı bakım ve tedavi etkinliğinin değerlendirilmesinden sorumlu, İBH hastaları için eğitim, bilgi ve aynı zamanda emosyonel destek sağlayan bağımsız bir klinik uzmanı olarak tanımlamaktadır(2)

NECCO İBH hemşiresinin niteliklerini ele alırken özellikle her zaman ulaşılabilecek, hastayla iletişime geçecek ve iyi bir dinleyici olmasının yanı sıra hastaların sorunlarını da tartışacak analiz edecek nitelikte olması gerektiğini belirtmiştir(2,51).

2.7.2. İnflamatuvar Barsak Hastalıkları Hemşireliğinin Ülkemizdeki Tanımı

Ülkemizde şu anda kabul görülen genel geçer bir İBH hemşireliği uzmanlığı tanımı bulunmamaktadır. Ancak hastaların yaşam kalitelerini ciddi şekilde etkileyen bu hastalık için hemşirelerin lisans mezuniyeti sonrası eğitim programlarıyla branşlaşmaya teşvik edilmesi gerekmektedir. İBH konusunda özel eğitim almış, sahada hastalarla aktif çalışan, yeterli donanıma sahip uzman hemşirelere fazlasıyla ihtiyaç duyulmaktadır(48,51).

2.7.3. Hemşire Desteği ve İlaç Uyumunun Önemi

Hastanın reçete edilen ilaca karşı gösterdiği istemli ya da istem dışı davranışlar tedaviye uyum ve uyumsuzluk kavramlarını oluşturmaktadır. Hasta ilacın yan etkilerinin olmasından dolayı ya da eksik bilgi eksikliği ve ya kısa dönem kullanımı ile beklediği iyileşmeyi sağlayamadığında istemli olarak ilaç almayı bırakacaktır.

Diğer taraftan ilacın piyasada bulunmaması, ilaca erişememe gibi sebeplerden de istem dışı davranış olarak tedaviye uyumsuzluk gösterecektir. Ayrıca ilacın kullanım biçimini anlamama ya da yanlış anlama da istemsiz olarak uyumu etkilemektedir(49).

Yapılan araştırmaların çoğu ise genellikle kronik hastalıklarda hastanın tedaviye uyumsuzluk durumunun yüksek olduğunu göstermiştir. Görüldüğü üzere tedaviye uyum konusunda hastalara oldukça hassas davranmak gerekmektedir(46).Bu anlamda kronik hastalıklarda tanı ve tedavi hakkında bilgi vermek hemşirelik için önemli bir unsurdur. Hemşirelerin hastayla konuşurken optimal tedavi seçeneğinin hasta için faydalarını en anlaşılır biçimde uygun iletişim tekniği ile anlatması gerekmektedir(37).

Özbyram(47) yaptığı çalışmada ilaç uyumunun eğitim seviyesi ile arttığını saptamıştır. Eğitim seviyesinin artması kişinin tedaviye katılım oranını ve sağlık profesyonelleriyle olan ilişkisini dinamik tutmasını sağlar(47). Hastalara eğitim verilirken bir çok yöntem hastaya özgü birçok girişim geliştirilebilir.

Hemşirelerin hastayla iletişime kuracağı ve tedavi hakkında eğitim vereceği yeri iyi seçmeleri gerekmektedir. İletişim için klinikte veya poliklinikte sessiz, ferah bir ortam seçilmelidir.

-Hastalara ilaç almayı hatırlatacak küçük ama önemli pratikler kazandırılmalıdır; ilaç kutusu kullanma, alarm kurma, not defterine kaydetme gibi.

-hastaya ilacın adı(etken maddesi ve ticari adı), ne kadar doz alacağı, ilacın önerilen kullanım biçimi(oral,rektal) anlatılmalıdır.

- İlaçların olası yan etki semptomları hakkında hasta bilgilendirilmelidir(33, 50).

-Uzun tedavi süresi ve ilaç yan etkileri, hastanın ilaç etkinliğine olan inancını tehlikeye atabilir. Bu nedenle, sağlık hizmeti sağlayıcıları terapi planını tasarlarırken tedavi ile ilgili sorunları göz önünde bulundurmalı ve olası terapötik engelleri en aza indirmek için hastaları sürece dahil etmelidir(40,47).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma; İBH olan bireylerde, hemşire desteğinin ilaç uyumuna etkisini belirlemek amacıyla yarı deneysel (tek gruplu ön test- son test), prospektif, ilişkisel tipte bir araştırmadır.

3.1.1. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma; İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Bilim Dalında yürütülmüştür. Gastroenteroloji Bilim Dalı kendi içinde yataklı servisi olan, İBH tanısı alan hastaların da izleminin yapıldığı 25 yataklı Gastroenteroloji servisi ve 17 yataklı Gastroenteroloji Ek servisinden oluşmaktadır.

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, 11 Eylül 2017 - 01 Ocak 2018 tarihleri arasında İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Bilim Dalı yataklı birimlerinde yatan İBH'li bireyler ve İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde İBH polikliniğine başvuran İnflamatuvar bağırsak hastalığı tanısı almış İBH'li bireyler oluşturmuştur. İBH polikliniği pazartesi, çarşamba ve cuma günleri hizmet vermektedir. Poliklinikte İBH'li bireylere, sertifikalı ve NECCO üyeliği bulunan İBH hemşiresi tarafından eğitim verilmektedir. Eğitimler bireysel ve grup eğitimi olarak planlanmaktadır. Bireysel eğitimler haftada 10 kişiye verilebilirken grup eğitimlerinde 20 kişiye verilebilmektedir.

Bu evren içinden belirtilen tarihler arasında araştırmaya dahil olma kriterlerine uyan, ulaşılabilen ve gönüllülük esas alınan n:30 İBH'li birey araştırmanın örneklemini oluşturmuştur.

3.2.1. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmada aşağıda verilen bağımlı ve bağımsız değişkenlerin alanları incelenecektir..

Araştırmanın bağımlı değişkeni: İnflamatuar bağırsak hastalığı olan bireylerin ilaç uyumları

Araştırmanın bağımsız değişkeni: İnflamatuar bağırsak hastalığı olan bireylere hemşire desteği

3.2.1.2. Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri

1. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Bilim Dalı yataklı birimlerinde yatan ve İBH polikliniğine kontrol amaçlı başvuran İBH tanısı almış atak döneminde olmayan hastalar.

2. 18 yaşından büyük olmak.

3. Bilinci açık, koopere,

4. Herhangi bir iletişim sorunu olmayan,

5. Tanı almış psikiyatrik bir sorunu olmayan,

6. Tanı süresi 6 aydan fazla olan,

7. Araştırmaya katılmaya gönüllü olan tüm hastalar

3.2.1.3. Araştırmaya Dâhil Edilmeme Kriterleri

1. Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen hastalar

2. Anti TNF Ajanları kullanıyor olmak

3. Daha önceden İBH tedavisi hakkında eğitim almak

3.3. Araştırmanın Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada verileri toplamak amacıyla araştırmacı tarafından ilgili literatüre bağlı kalınarak oluşturulan, “İnflamatuvar Bağırsak Hastalıkları Hasta Bilgi Formu (Ek 1)” “İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı Tanısı Almış Hastalarda İlaç Uyum Bilgisi Değerlendirme Formu (Ek 2)”, “İnflamatuvar Bağırsak Hastalıkları Tıbbi Yönetim Bilgi Kitapçığı EK-3 kullanılmıştır.

3.3.1. İnflamatuvar Bağırsak Hastaları Bilgi Formu (EK 1)

Araştırmacı tarafından konuya ilişkin literatür doğrultusunda hazırlanan bireyin demografik ve klinik özelliklerini tanımlamaya yönelik formdur(24). Bu formda hastanın yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu gibi demografik özelliklerini inceleyen 9 soru; hastalığın ne kadar süredir var olduğunu, alevlenme dönemleriyle ilgili 5 soru bulunmaktadır(24). Araştırmaya katılan İBH’li bireyler yaklaşık 10 dakikada formu doldurmuşlardır.

3.3.2. İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı Tanısı Almış Hastalarda İlaç Uyum Bilgisi Değerlendirme Formu (EK 2)

Bu form araştırma kapsamına alınan İBH’li bireylerin ilaç ve ilaçlarına uyum bilgi düzeylerini değerlendirmek amacıyla konuyla ilgili literatürden yararlanılarak araştırmacı tarafından oluşturulmuştur(2,40). Hazırlanan bu form aminosalisilatlar, kortikosteroid, immünmodölatör gibi İBH tıbbi tedavide kullanılan ilaçların etkinliği, ilaçların yan etkileri, kullanım şekilleri ve dikkat edilmesi gereken bilgi sorularından oluşturulmuş ve İBH konusunda uzman olan 5 kişiden görüş alınmıştır.

Formda 10 tane kapalı uçlu soru yer almaktadır. Formdaki sorular doğru(1), yanlış/yanıtsız (0) olarak değerlendirilmiştir. İBH’li bireyler için 0-10 ham puan elde edilmiş ve yorumlama kolaylığı açısından puanlar 100 üzerinden değerlendirilmiştir. Bu formun cronbach alfa değeri 0.80 olarak bulunmuştu. İnflamatuvar bağırsak hastalığı tanısı almış hastalarda ilaç uyum bilgisi değerlendirme formundan alınan toplam puanın yüksek olması; İBH’li bireyin ilaçları hakkında bilgisinin yüksek olmasını göstermektedir. Bu form İBH’li hastalara pre-test (eğitim öncesi) ve post-

test (eğitim sonrası) olmak üzere iki kere uygulanmıştır. Form çalışmaya katılan İBH'li bireyler tarafından yaklaşık 15-20 dakika içinde doldurulmuştur.

3.3.3. İnflamatuvar Bağırsak Hastalıkları Tıbbi Yönetim Bilgi Kitapçığı EK-3

Eğitim kitapçığı, araştırmacı tarafından ilgili literatür taranarak ve İBH hemşireliği alanında uzman olan Berna Nilgün Özgürsoy Uran'ın görüşleri alınarak oluşturulmuştur(2,40,51). Kitapçıkta, İnflamatuvar Bağırsak Hastalığının Tıbbi Yönetimi, İBH Tıbbi Tedavisinin Amacı, Tedavide Sık Kullanılan İlaçlar (5-ASA ajanları, Sulfasalazine, Kortikosteroid, İmmünmodölatörler, Antibiyotikler) İBH Genel Tıbbi Tedavisinde Dikkat Edilmesi Gereken Unsurlar diye üç ana başlık yer almaktadır. Aynı zamanda hazırlanan eğitim kitapçığının son bölümünde hastaların özellikle dikkat etmesi gereken öneriler bulunmaktadır. Eğitim kitapçığındaki içerikler görsel unsurlarla desteklenmiştir.

3.3.3.1 Veri Toplama Yöntemi

Araştırma kapsamına alınan örneklem kriterlerine uygun hastalar seçildikten sonra çalışma grubu belirlenmiş olup çalışma grubundaki bireylere pre-test olarak(0. Ay) İnflamatuvar Bağırsak Hastaları Bilgi Formu (EK 1) ve İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı Tanısı Almış Hastalarda İlaç Uyum Bilgisi Değerlendirme Formu (EK 2) ve araştırmacı tarafından uygulanacak çalışma grubunda yer alan hastaların uygun olan günlerde . İnflamatuvar Bağırsak Hastalıkları Tıbbi Yönetim Bilgi Kitapçığı (EK-3) yer alan bilgiler düzenli aralıklarla araştırmacı tarafından verilmiştir.

Hastalara eğitim; poliklinik ortamında konuya yoğunlaşmayı destekleyecek rahatlıkta, sessiz ve güvenli ortamda, uygun olan ışık, ısı ve eşya düzeninde hastanın mahremiyeti korunarak verilmiştir. Eğitim araştırmacı tarafından verilmiştir, eğitimi veren araştırmacı yüksek lisans yapmaktadır ve konuyla ilgili eğitimlere katılmıştır. Eğitimler akademisyen hoca danışmanlığında kitapçık ve konuyla ilgili hazırlanan slayt gösterisi kullanılarak verilmiştir. Eğitim esnasında hastalar soru sormaya teşvik edilmiştir. Araştırmacı tarafından hastanın bireysel durumuna göre eğitim süresi

belirlenmiş olup eğitimler en az 15 dakika sürmüştür. Hastaların eğitim programı (eğitim konuları, eğitim sırasında kullanılan materyal) EK 3'te gösterilmiştir.

Post test olarak(3.ay) çalışma grubuna hasta ilaç uyum değerlendirme formu(ek-2) tekrar poliklinikte uygulanmıştır ve çalışma grubunun aldığı puanlar araştırmacı tarafından analiz edilmiştir.

3.3.3.2. Verilerin Analizi

Tezin yürütülmesi için enstitünün bağlı olduğu üniversitenin lisanslı olan SPSS(Statistical Package for the Social Sciences) 23 programı kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (mean, median, standart sapma, standart hata) yanı sıra demografik özellikler için normal dağılım göstermediği için parametrik olmayan istatistiksel testlerden Wilcoxon işaretlenmiş sıra sayıları testi kullanılmıştır

Araştırma kapsamına alınan İBH'li bireylerin tanımlayıcı özellikleri sayı yüzde olarak hesaplanmıştır. İBH'li hastaların ilaç bilgi puan ortalamaları student t testi ile uygulanarak ön test - son test uygun analizlerle değerlendirilmiştir.

3.3.3.3. Araştırma Planı

- 1) Literatür Taranması ve Konu Belirlenmesi (Ağustos- Eylül-Ekim 2017)
- 2) Kurum İzni ve Etik Kurul İzninin Alınması (Ekim-Kasım-Aralık 2017)
- 3) Veri toplanması(Ocak-Şubat-Mart 2018)
 - Pre test uygulanması (Ocak-2018)
 - Post test uygulanması (Mart-2018)
- 4) Verilerin Girilmesi ve Analiz (Nisan –Mayıs-Haziran 2018)
- 5) Tez Yazım Süreci ve Rapor Hazırlama (Temmuz-Ağustos-Eylül 2018)
- 6) Yüksek Lisans Tez Savunma Sınavı (Kasım 2018)

3.4. Araştırma Etiği

Araştırmanın yürütülebilmesi için İzmir Kâtip elebi Üniversitesi Etik Kuruluna başvurularak yazılı izin alınmıştır.(Ek 4). Araştırmanın rnekleme gönüllük esasına dayalı olarak olasılıksız örnekleme yöntemiyle seçilmiştir. Araştırma kapsamına alınan hastalara, araştırmanın amacı hakkında bilgi verilmiş, sözlü ve yazılı onayları alınmıştır.

4.BULGULAR

Bu bölümde, İBH olan hastalarda hemşire desteğinin ilaç uyumuna olan etkisini değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilen çalışmanın bulguları yer almaktadır.

Bulgular iki bölümde sunulmuştur. Birinci bölümde; hastaların sosyodemografik özellikleri, ikinci bölümde ise İBH'li bireylerin-sosyodemografik özellikler ile ilaç uyumları arasında yapılan analizler ile ilgili bulgular yer almaktadır.

4.1.Birinci Bölüm: İBH'li Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri

Tablo 2: İBH'li bireylerin sosyodemografik özellikleri

Sosyodemografik özellikler /Hastalığa ilişkin Özellikler		n	%
Cinsiyet	Kadın	14	46.67
	Erkek	16	53.33
	Toplam	30	100
Medeni Durum	Evli	20	66.67
	Bekar	9	30
	Boşanmış	1	3,33
	Toplam	30	100
Eğitim Durumu	Okur-Yazar	1	3,33
	İlk Öğretim	8	26,67
	Orta Öğretim	11	36,67
	Yüksek Öğretim	10	33,33
	Toplam	30	100
Çalışma Durumu	Çalışıyor	16	53.33
	Çalışmıyor	14	46.67
	Toplam	30	100
Meslek	Memur	4	25,00
	Emekli	2	12,50
	Tekniker	2	12,50
	Tekstil	1	6,25

Tablo 2-Devam: İBH’li bireylerin sosyodemografik özellikleri

Meslek	Zabıt Katibi	1	6,25
	İşçi	1	6,25
	Mekanik Teknisyen	1	6,25
	Askeri Personel	1	6,25
	Kahveci	1	6,25
	Serbest Meslek	2	12,50
	Toplam	16	100
Ekonomik Durum	Gelir Giderden Fazla	1	3,33
	Gelir Gidere Denk	21	70,00
	Gelir Giderden Az	8	26,67
	Toplam	30	100
Sosyal Güvence	Var	26	86.67
	Yok	4	13.33
	Toplam	30	100
Yaşadığınız Yer	İl	12	40,00
	İlçe	17	56,67
	Köy	1	3,33
	Toplam	30	100
Hastalık Süresi	0-2 yıl	6	20
	3-5 yıl	6	20
	6-10 yıl	8	26.67
	11 yıl ve daha fazla	10	33.33
	Toplam	30	100
Hastalığınız nedeniyle normal hayatınızda değişiklik oldu mu?	Evet	27	90
	Hayır	3	10
	Toplam	30	100
Hastalığınız nedeniyle destek aldığınız kişiler var mı?	Evet	14	46.67
	Hayır	16	53.33
	Toplam	30	100
Hastalığınızla ilgili kimden destek alıyorsunuz?	Aile	11	78,57
	Doktor	1	7,14
	Dernek	2	14,29
	Toplam	14	100

Tablo 2 de kesikli değerler alan demografik özellikler özetlenmiştir. Bu tabloya göre, ankete katılan hastaların; %46.67 si kadın,%53.33’ü erkektir. İBH’li bireylerin-%66.67’sinin evli, %30’unun bekar ve %3.3’ünün boşanmış olduğu, %3.3 ünün okur-yazar, %26.67’sinin ilköğretim, %36.67’sinin ortaöğretim ve %33.33’ünün yüksek öğretim mezunu olduğu belirlenmiştir. Çalışmaya katılan İBH’li bireylerin %53.33’ünün çalıştığı ve %46.67 sinin çalışmadığı belirlenmiştir. Çalışanlar arasında en fazla %25’lik ortalama ile memur olduğu görülmüştür.

Çalışmaya katılanlar arasında ekonomik düzeylere bakıldığında %70'nin gelir gidere denk şeklinde ifade ettiği ve %26.67 kişinin de gelir giderden az olarak ekonomik durumunu belirttiği saptanmıştır. %86.67'sinin sosyal güvencesinin olduğu ve %13.33'ünün olmadığı belirlenmiştir.

Çalışmamıza katılan İBH'li bireylerin yaşadıkları yerler şöyledir: %40'ının ilde,%56.67'sinin ilçede, %3.33'ünün köyde yaşadığını belirtmiştir.

Hastaların hastalık nedeniyle normal hayatlarında değişiklik olduğu sorgulanmış ve çalışmamıza katılan İBH'li bireylerin %90'ı normal hayatında değişiklik olduğunu sadece %10 gibi bir oranın değişiklik olmadığını belirttiği tespit edilmiştir. Birden çok işaretlenen demografik sorulara göre“Hastalık nedeniyle meydana gelen değişikliklerden hangisi sizi en çok rahatsız ediyor” sorusuna hastaların %45.83'ü boşaltım alışkanlıklarındaki değişimler yanıtını vermiştir. Birden çok işaretlenen demografik sorulara göre çalışmaya katılan bireylerin%33.33'ünün çalışma hayatında değişiklik olduğu saptanmıştır. Çalışmaya katılan hastalardan %46.67 sinin hastalığı ilgili birilerinden destek aldığı,%53.33 'ünün destek almadığı ve hastalığı ile ilgili destek alan kişilerden %78.57 sinin aileden destek aldığı, %14.29'sının dernekten ve %7.14'ünün doktordan destek aldığı saptanmıştır(Tablo 3).

Tablo 3. Birden çok yanıt işaretlenen demografik sorular

		n	%
Hastalık nedeniyle meydana gelen değişikliklerden hangisi sizi en çok rahatsız ediyor?	Yeme-içme alışkanlıklarındaki değişiklikler	10	20.83
	Günlük aktivitelerdeki değişiklikler	11	22.92
	Boşaltımdaki değişiklikler	22	45.83
	Dış görünümünüzdeki değişiklikler	4	8.34
	Cinsel fonksiyonlardaki değişiklikler	1	2.08
Hangisi ya da hangilerinde değişiklik oldu?	Aile içi ilişkilerde	6	22.22
	Çalışma hayatında	9	33.33
	Kişiler arası ilişkilerde	4	14.82
	Hepsi	8	29.63

Tablo 4: Yaş değişkeninin tanımlayıcı istatistikleri

	N	Range	Minimum	Maximum	Sum	Mean	Std. Deviation
Yaş	30	37	23	60	1241	41,37	11,226

Tablo 4'ten elde edilen verilere göre araştırmaya katılan İBH'li bireylerin yaşları **23 ile 60** arasında değişmektedir ve yaş ortalaması ise **41.37**'dir.

Tablo 5: İnflamatuvar bağırsak hastalığı tanısı almış bireylerde ilaç uyum bilgi düzeyinin incelenmesi (pre-test-post-test)

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std.Deviation	p değeri
Toplam puan (pre-test)	30	10	80	49.67	19.91	0,071
Toplam puan (post-test)	30	40	100	72.67	15.07	0,128

Tablo 5'ten elde edilen verilere göre ilk testten alınan en düşük puan 10 iken en yüksek puan 80 olarak elde edilmiştir. Son testten ise alınan puanların 40 ile 100 arasında değiştiği görülmektedir. Ayrıca ilk testte alınan puanların ortalaması $x=49.67$ olmasına rağmen son testten alınan puanların ortalaması $x=72.67$ elde edilmiştir. Teste katılan kişilere sorulara verdikleri her doğru yanıt için 10 puan ve her yanlış yanıt için 0 puan verilmiştir. Bu kişilerin ilk testte aldıkları toplam puanlar (Toplam puan (ilk test)) ve son testte aldıkları toplam puanlar (Toplam puan (son test)) hesaplanmıştır ve 100 puan üzerinden değerlendirilmiştir. One-Sample Kolmogorov-Smirnov Testi uygulanarak verilerin normal dağılım durumları incelenmiştir. Toplam puan (son test) değişkeni (p değeri = $0,128 > 0,05$) ve ön test

değişkeni (p değeri = 0,071 > 0,05) normal dağılıma sahip olduğu için de bağımlı t testi uygulanmıştır.

4.1.2. İkinci Bölüm: Sosyodemografik özellikler ile ilaç uyumları arasında yapılan analizler

Tablo 6: Sosyodemografik özellikler ve ilaç uyumları arasındaki fark

Sosyodemografik Özellikler			Toplam puan (son test) - Toplam puan (ilk test)
Cinsiyet	Kadın	Z Asymp. Sig. (2-tailed)	-3.075 0.002
	Erkek	Z Asymp. Sig. (2-tailed)	-3.003 0.003
Medeni durum	Evli	Z Asymp. Sig. (2-tailed)	-3.543 0.000
	Bekâr	Z Asymp. Sig. (2-tailed)	-2.503 0.012
Eğitim durumu	İlköğretim mezunu	Z Asymp. Sig. (2-tailed)	-2.257 0.024
	Ortaöğretim mezunu	Z Asymp. Sig. (2-tailed)	-2.741 0.006
	Yükseköğretim mezunu	Z Asymp. Sig. (2-tailed)	-2.552 0.011
Ekonomik durum	Gelirleri giderlere denk	Z Asymp. Sig. (2-tailed)	-3.480 0.001
	Gelirleri giderlerden az	Z Asymp. Sig. (2-tailed)	-2.401
Hastalık süresi	En fazla 2 yıl	Z Asymp. Sig. (2-tailed)	-1.219 0.223
	3-5 yıl arası	Z Asymp. Sig. (2-tailed)	-2.060 0.039
	6-10 yıl arası	Z Asymp. Sig. (2-tailed)	-2.207 0.027
	En az 11 yıl	Z Asymp. Sig. (2-tailed)	-2.844 0.004
Hastalığınız nedeniyle destek aldığınız kişiler var mı?	Evet	Z Asymp. Sig. (2-tailed)	-2.915 0.004
	Hayır	Z Asymp. Sig. (2-tailed)	-3.225 0.001

Tablo 6'daki verilere göre hemşire desteği alan İBH'li kadın bireylerin, ilaç uyumuna etkisi yüksek olduğu söylenmektedir.(p değeri = 0,002<0,05). Hemşire desteği alan İBH'li erkek bireylerin ilaç uyumuna etkisi yüksek olduğu söylenmektedir.(p değeri = 0,003<0,05). Hemşire desteği alan İBH olan evli olan hastaların ilaç uyumuna etkisi yüksek olduğu söylenmektedir.(p değeri = 0,000<0,05). Hemşire desteği alan İBH olan bekâr hastaların ilaç uyumuna etkisi yüksek olduğu söylenmektedir. (p değeri = 0,012<0,05). Hemşire desteği alan İBH olan ilköğretim mezunu hastaların ilaç uyumuna etkisi yüksek olduğu söylenmektedir.(p değeri = 0,024 < 0,05)

Hemşire desteği alan İBH'li bireylerin, yükseköğretim mezunu hastaların ilaç uyumuna etkisi yüksek olduğu söylenmektedir.(p değeri = 0,011 < 0,05). Hemşire desteği alan İBH'li bireylerin, gelirleri giderlere denk olan hastaların ilaç uyumuna etkisi yüksek olduğu söylenmektedir. (p değeri = 0,001 < 0,005). Hemşire desteği alan İBH'li bireylerin, gelirleri giderlere az olan hastaların ilaç uyumuna etkisi yüksek olduğu söylenmektedir. (p değeri = 0,016 < 0,005). Hemşire desteği alan en fazla 2 yıldır İBH olan hastaların ilaç uyumuna etkisi düşük olduğu söylenmektedir. (p değeri = 0,223 > 0,05). Hemşire desteği alan 3-5 yıl arası İBH olan hastaların ilaç uyumuna etkisi yüksek olduğu söylenmektedir. (p değeri = 0,039 < 0,05). Hemşire desteği alan 6-10 yıl arası İBH olan hastaların ilaç uyumuna etkisi yüksek olduğu söylenebilir. (p değeri = 0,027 < 0,05)

Hemşire desteğinin yanında başkasından da destek alan İBH olan hastaların ilaç uyumuna etkisi yüksek olduğu söylenebilir.(p değeri = 0,004 < 0,05). Hemşire desteğinin yanında başkasından da destek almayan İBH olan hastaların ilaç uyumuna etkisi yüksek olduğu söylenmektedir. (p değeri = 0,001 < 0,05).Hastalık süresi en fazla 2 yıl olan hastalar hariç diğer tüm demografik özellikler için hemşire desteği alan İBH hastalarının ilaç uyumuna etkisi yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Hastalık süresi en fazla 2 yıl olan hastalarda, p değeri 0.223 > 0.05 olduğu için hemşire desteği alan en fazla 2 yıldır İBH olan hastaların ilaç uyumuna etkisi düşüktür yorumu yapılmaktadır. Bu sonuç da bize İBH teşhisi yeni konmuş hastalarda, hemşire desteği ilaç uyumu üzerinde etkili olmadığını göstermektedir.

5.TARTIŞMA

Bizim araştırmamızda inflamatuvar bağırsak hastalıklarında(İBH) hemşire desteğinin ilaç uyumuna olan etkisi bakılmıştır. Aşağıda alışma sonuçlarına ilişkin bulgular literatüre dayalı olarak tartışılmıştır.

Araştırmamıza katılan İBH'li hasta bireylerin % 46.67'si kadın %53.33 ü erkektir. (Tablo 2) Loftus ve arkadaşlarının(53) Amerika Birleşik Devletlerinde İBH prevalansını değerlendirdiği sistematik çalışmada araştırmaya katılan İBH'li bireylerin kadın erkek sayılarının eşit oranda olduğu gürülmüştür(53). Ülkemizde yapılan İBH olgusunun epidemiyolojik verilerinin araştırıldığı bir çalışmada, erkeklerin kadınlara oranı Ülseratif kolitte 1,2 Chron hastalığı olgularında 1.6 olarak saptanmıştır ve bu veriler bizim verilerimizle benzerlik göstermektedir (19).(Tablo 2)

Araştırmamıza katılan İBH'li bireylerin %73,3 ü hastalık nedeniyle meydana gelen değişimlerden en çok boşaltım alışkanlığındaki değişimden rahatsız olduğunu belirtmiştir.(Tablo 3) N-ECCO(Hemşire –Avrupa Crohn Kolit Derneği)(2013) verilerine göre de hastaneye yatış sırasında hastaların en çok bağırsak kontrolü sorunlarından şikâyetçi olduğu belirtilmiştir(2). NECCO verilerine benzerlik gösteren diğer sonucumuz ise hastalık sebebiyle normal hayatlarında değişiklik olduğunu tespit ettiğimiz hasta oranıdır. Anketimize katılan 30 hastadan 27 tanesi(%90) normal hayatlarında değişiklik olduğunu belirtmiştir ve yine anket sonucuna göre çalışma hayatı başta olmak üzere sosyal yaşantılarının etkilendiği saptanmıştır. NECCO(2013) verilerinde göre de İBH'li bireylerin hastalıklarının günlük yaşamının birçok yönünün etkilediği, sosyalleşmeyi ve iç yaşantısını etkilediği belirtilmiştir(2).

Araştırmamızda sosyodemografik özelliklerden eğitim durumlarıyla ilgili verilere bakacak olursak anketimize katılan İBH'li hasta bireylerden %26.67 si ilköğretim mezunu, %36.67 si ortaöğretim mezunu olduğunu belirtmiştir(Tablo 2). Faust ve arkadaşlarının (54) yaptığı araştırmaya katılan hastalar en yüksek eğitim

seviyesi açısından, % 51'i lise ya da daha azını belirtmişlerdir. Bizim verilerimizle benzerlik bulunmuştur(Tablo 2)(54).

Hastalık süresi en fazla 2 yıl olan hastalar hariç diğer tüm demografik özellikler için hemşire desteği alan İBH hastalarının ilaç uyumuna etkisi yüksek olduğu gözlemlenmiştir(Tablo 6). Hastalık süresi en fazla 2 yıl olan hastalarda ise p değeri $0.223 > 0.05$ olduğu için, hemşire desteği alan ve en fazla 2 yıldır İBH olan hastaların ilaç uyumuna etkisi düşüktür yorumu yapılır. Bu sonuçta bize; İBH teşhisi yeni konmuş hastalarda, hemşire desteğinin ilaç uyumu üzerinde etkili olmadığını göstermektedir. Benzer şekilde, Elibol ve arkadaşlarının(66) hipertansif hastalar üzerine yaptıkları çalışmada, bir yıl ve daha az süredir hipertansiyon tanısı almış hastalarda uyumun daha düşük olduğu belirlenmiştir(66). Bu benzer sonuca dayanarak, kronik hastalıklarla yeni tanışan bireylerin hastalığı kabullenme aşamaları ve hastalık tanısını aldıktan sonra davranış değişikliğine gitmesi süreç almakta yorumunu yapmaktayız.

Araştırmamızda hastalık süresi en fazla 2 yıl olan hastalar hariç diğer tüm demografik özellikler için hemşire desteği alan İBH hastalarının ilaç uyumuna etkisi yüksek olduğu saptanmıştır(Tablo 6). Bu veriye göre, hastaların eğitim düzeyi, sosyoekonomik düzeyi gibi demografik özellikler ilaç uyumu konusunda fark yaratmamaktadır(Tablo 6). Literatür çalışmalarını incelediğimizde de kronik hastalıklarda yapılan ilaç uyum çalışmalarında hastaların eğitim seviyeleri ile uyum arasındaki ilişkinin anlamlı fark yaratmamış olduğu görülmektedir(50,71).

Ancak bazı çalışmalarda eğitim düzeyi arttıkça ilaç uyumu da artmaktadır(73,74).Bu durumda sosyodemografik özelliklerden kaynaklı farklılıklar sağlık hizmetine erişim gibi dolaylı yollardan uyumu etkileyebilir yorumunu yapabiliriz. Dolayısıyla eğitim verecek olan hemşirenin eğitimi planlarken hastaya özel bireyselleştirilmiş materyal ve tekniklerle eğitim verilmesi hastanın yararına olacak ve tedavi aşamasında ilaç uyumunu artıracakı düşünülmektedir.

Biz çalışmamızda tedaviye uyum ile yaş arasında anlamlı bir fark saptamadık($p>0,05$,Tablo 6).Yapılan bazı çalışmalarda yaşlı hastalarda tedaviye uyumun, genç hastalara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.(64,75).Bu durum

yaşlı hastaların, gençlere göre daha fazla kronik hastalıklara sahip olmasından dolayı ilaç kullanımının artış göstermesi nedeniyle olabilir.

Yılmaz ve Çolak' ın(65) Morisk ölçeğini kullanarak yaptıkları bir araştırmada ilaç uyum düzeylerine göre katılımcıların özellikleri analiz edildiğinde; medeni durumu evli olanların bekâr/dul olanlara göre, ilaç uyumunun istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır($p<0.05$)(65). Ancak biz çalışmamızda hiçbir sosyoekonomik faktörlerden kaynaklı uyumu etkileyecek bir fark saptamadık(Tablo 6). Bu durum evli olan çiftlerde eşlerin yardım etmek istemesi ve duygusal destek sağlayarak sağlıklı davranış için eşlerini teşvik etme durumu ile açıklanabilir(69,70).

Çalışmamızda ki verileri değerlendirdiğimizde, çalışmaya katılan İBH'li bireylerin, eğitim öncesi puan ortalamalarının $x= 49,67$ eğitim sonrası puan ortalamalarının $x=72,67$ olduğunu saptadık(p değeri = $0,128>0,05$, p değeri = $0,071 > 0,05$, Tablo 5). Çitçi'nin(67) yaptığı, kronik kalp yetmezliği(KKY) olan hastalarda hasta eğitiminin değerlendirildiği, tek gruplu yarı deneysel çalışmanın verileri de bizim verilerimizle örtüşmektedir. Çitçi(67) KKY sağlık davranışları, eğitim öncesi puan ortalamalarıyla, eğitim sonrası puan ortalamaları arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu saptamıştır($p=0,000<0,05$)(67).

Nurit ve arkadaşları(68) yaptıkları çalışmada, tedavi ile ilgili eğitim alan hastaların eğitimden memnun ve tedavi almaya istekli olduklarını saptamışlardır(68). Literatürde taradığımız çalışmalar doğrultusunda ve kendi çalışma sonucumuza göre, eğitim sonrası puan ortalamalarının artışının sebebi, öncelikle hastaların doğru tanılanması yapıldıktan sonra, hazırlanan eğitim kitapçığı, videolar, slayt gösterileri ve broşürler ile planlanan bireysel eğitimler olabilir(67,68).

Literatür taraması sonucunda Türkiye'de İBH hemşire desteği ve ilaç uyumu üzerine yapılmış herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ülkemizde İBH hemşireliği ile ilgili sınırlı sayıda çalışmalara erişilmesi verilerimizi karşılaştırma aşamasında araştırmanın sınırlılığı olmuştur. İnflamatuvar bağırsak hastalığı, uzun vadede bakım gereksinimi olan ve takip edilmesi gereken önemli bir kronik hastalıktır. Bu anlamda

İBH hemşirelerinin nitelikli çalışmalar yaparak, hemşirelik alanında deneysel kanıta dayalı verilerin oluşturulması gerekmektedir.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Çalışmamızda, hemşire desteği alan İBH'li bireylerin ilaç uyumuna etkisi incelendiğinde aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir(bkz tablo 6):

-Hemşire desteği alan İBH'li kadın bireylerin, ilaç uyumuna etkisi yüksek olduğu söylenmektedir.(p değeri = 0,002<0,05)

-Hemşire desteği alan İBH'li erkek bireylerin ilaç uyumuna etkisi yüksek olduğu söylenmektedir.(p değeri = 0,003<0,05)

-Hemşire desteği alan İBH olan evli olan hastaların ilaç uyumuna etkisi yüksek olduğu söylenebilir. (p değeri = 0,000<0,05) -Hemşire desteği alan İBH olan bekâr hastaların ilaç uyumuna etkisi yüksek olduğu söylenmektedir. (p değeri = 0,012<0,05)

-Hemşire desteği alan İBH olan ilköğretim mezunu hastaların ilaç uyumuna etkisi yüksek olduğu söylenmektedir.(p değeri = 0,024 < 0,05)

-Hemşire desteği alan İBH'li bireylerin, yükseköğretim mezunu hastaların ilaç uyumuna etkisi yüksek olduğu söylenmektedir.(p değeri = 0,011 < 0,05)

-Hemşire desteği alan İBH'li bireylerin, gelirleri giderlere denk olan hastaların ilaç uyumuna etkisi yüksek olduğu söylenmektedir. (p değeri = 0,001 < 0,005)

-Hemşire desteği alan İBH'li bireylerin, gelirleri giderlere az olan hastaların ilaç uyumuna etkisi yüksek olduğu söylenmektedir. (p değeri = 0,016 < 0,005)

-Hemşire desteği alan en fazla 2 yıldır İBH olan hastaların ilaç uyumuna etkisi düşük olduğu söylenmektedir. (p değeri = 0,223 > 0,05)

-Hemşire desteği alan 3-5 yıl arası İBH olan hastaların ilaç uyumuna etkisi yüksek olduğu söylenmektedir. (p değeri = 0,039 < 0,05)

-Hemşire desteği alan 6-10 yıl arası İBH olan hastaların ilaç uyumuna etkisi yüksek olduğu söylenmektedir. (p değeri = 0,027 < 0,05)

-Hemşire desteğinin yanında başkasından da destek alan İBH olan hastaların ilaç uyumuna etkisi yüksek olduğu söylenmektedir. (p değeri = 0,004 < 0,05)

-Hemşire desteğinin yanında başkasından da destek almayan İBH olan hastaların ilaç uyumuna etkisi yüksek olduğu söylenmektedir. (p değeri = 0,001 < 0,05)

6.2. Öneriler

-Çalışmamızda İBH'li bireylerin aldıkları planlı eğitimle ilaç uyum davranışında ciddi iyileşme olduğu görüldü. Bu çalışma sonucuna göre aşağıdaki öneriler araştırmacı tarafından oluşturulmuştur.

-İnflamatuvar bağırsak hastalığı olan bireylerin hasta eğitimlerinin, İBH hemşiresi tarafından aylık olarak planlanması, İBH'ye yönelik eğitim verecek hemşirelerin kurs, kongre, sempozyum gibi hizmet içi eğitimlerle desteklenmesi gerektiği

- Haftada üç gün bireysel ve grup eğitimlerinin verilmesi, bu eğitimlerin online hale getirilmesi hastaların ulaşılabilirliğinin sağlanması ya da CD halinde verilmesi önerilmektedir.

7. Kaynaklar

1. Kalkan, Ç., Soykan, İ. Ülseratif kolit: semptomlar, klinik bulgular ve doğal seyir. Ed. Ülkü Dağlı. İnflamatuvar bağırsak hastalığı. FersaMatbaacılık,2014; (sy: 63-80) Ankara.
2. O'connor M, Bager P, Duncan J, Gaarenstroom J, Younge L, Detre P, et al. N-ECCO Consensus statements on the European nursing roles in caring for patients with Crohn's disease or ulcerative colitis. 2013;7(9):744-64.
3. Molodecky NA SI, Rabi DM. Increasing incidence and prevalence of the inflammatory bowel diseases with time, based on systematic review.. Gastroenterology 2012;142(1):46-54
4. Aray C., Deneysel Kolit modeli üzerine glutamin, n-asetil sistein ve intrarektal metotreksatın etkilerinin incelenmesi, Uzmanlık Tezi, T.C Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, Adana-2009
5. Dobrowolska B., Nursing and holistic nursing care [polish].Pielęgniarstwo XXI Wieku 2002; 1: 14-9. .
6. Bielefeldt K., Davis B., G. Binion D. Pain and inflammatory bowel disease. Inflamm Bowel Dis. 2009; 15(5): 778–788.
7. http://www.acibademhemsirelik.com/edergi/yeni_tasarim/files/Kronik%20hastal%C4%B1klarda%20hem%20firelik%20bak%C4%B1m%C4%B1%20eder gi.pdf erişim tarihi 20.04.2018
8. Başkan B., İnflamatuvar Barsak Hastalığı Olan Kadınlarda Cinsel Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi, T.C. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,İstanbul-2015
9. Altuntaş O. Akı E, Huri M. Kronik hastalıklarda ilaç kullanımının yaşam kalitesi ve sosyal katılıma etkisi üzerine nitel bir çalışma. Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi 2015;3(2):79-86
10. Gürol Arslan G. Eİ. Yaşlıların kendi kendine ilaç kullanımına uyumu ve hemşirenin rolü. . Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2005;21 (2) 147-57.
11. Gökalp O., Mollaoğlu H. Uygunsuz ilaç kullanımı. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2003;10-(2):17-20

12. Özkaraman A, Orulu N, Atalay HÖ, Babadağ B, Yılmaz H, Dinçer M, ve ark. Oral Kemoterapi Alan Hastalarda Yaşanılan Güçlükler ve İlaç Uyumunun Değerlendirilmesi. 2017;30(2).
13. Tokdemir G., Kanser Tedavisinde Oral Ajan Kullanan Hastalara Verilen Eğitimin İlaç Uyumu ve Öz Etkililiğe Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, T.C. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Ankara-2011
14. Akyüz, Ü., Akyüz, F., İnflamatuvar bağırsak hastalığı mı? İrritablbağırsak sendromu mu? İç Hastalıkları Dergisi 2011; 18:35-40.
15. Mowat C, Cole A, Windsor A, Ahmad T, Arnott I, Driscoll R, et al. Guidelines for the management of inflammatory bowel disease in adults. 2011;60(5):571-607.
16. Leung WK Jr. Optimization of inflammatory bowel disease cohort studies in Asia. 2015;13(3):208-12.
17. Ng SC, Shi HY, Hamidi N, Underwood FE, Tang W, Benchimol EI, et al. Worldwide incidence and prevalence of inflammatory bowel disease in the 21st century: a systematic review of population-based studies. 2017;390(10114):2769-78.
18. Buran Tair. İnflamatuvar Barsak hastalığında epidemiyoloji, prevalans ve insidans. Türkiye Klinikleri Gastroenterohepatoloji Özel Dergisi 2017;10(1):15-7
19. Göktürk, S., ve Karaca, Ç. İnflamatuvar barsak hastalıkları epidemiyolojisi. Türkiye Klinikleri Journal of Gastroenterohepatology Special Topics 2012; 5(3), (11-16.)
20. Mercimek K., Trakya Bölgesinde İnflamatuvar Bağırsak Hastalıklarının Epidemiyolojik Özellikleri, Uzmanlık Tezi, T.C Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Edirne-2010
21. Godet PG, May GR, Sutherland LR. Meta-analysis of the role of oral contraceptive agents in inflammatory bowel disease. Gut 1995;37:668-73
22. Tözün, N., Hamzaoğlu H. İltihabi barsak hastalıklarında etyolojik faktörler. Güncel Gastroloji 1997; 1(2) 287-294
23. Hamarat H, ESOGÜ Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Kliniğinde İnflamatuvar Barsak Hastalığı Tanısı ile Takip Edilen Hastaların Retrospektif Değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi, Eskişehir-2010
24. Biber Tanrısever M., Ülseratif Kolit ve Crohn Hastalarında Yaşam Kalitesi, Anksiyete ve Depresyon, Uzmanlık Tezi, İstanbul-2009

25. Eminler AT, Bilal T, İhsan Uslan M., İnflamatuvar barsak hastalığı ve barsak mikrobiyotası. Journal of BSHR 2017;1:81-5.
26. Green C, Elliott L, Beaudoin C. A population-based ecologic study of inflammatory bowel disease: searching for etiologic clues. Am J Epidemiology 2006; 164: 615-23
27. Balkan F., İnflamatuvar Bağırsak Hastalıklarında Osteoporoz, İç Hastalıkları Uzmanlık Tezi, T.C.Sağlık Bakanlığı Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul 2006
28. <http://emedicine.medscape.com/article/179037-treatment>. [erişim tarihi:05.06.2018)
29. Current and emerging drugs for the treatment of inflammatory bowel disease [Internet]. 2011.
30. Svartz N. Salazopyrin, a new sulfanilamide preparation. a. therapeutic results in rheumatic polyarthritis. b. therapeutic results in ulcerative colitis. c. toxic manifestations in treatment with sulfanilamide preparations. JIM 1942;6(10) 577-598
31. Akobeng AK , Gardener E., Oral 5-aminosalicylic acid for maintenance of medically-induced remission in Crohn's disease. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 9.
32. Bernstein C., Eliakim A., Fedail S., et al. Inflammatory bowel disease. world gastroenterology organisation global guidelines J Clin Gastroenterol.2016;50(10) 803-818
33. Wang Y. Parker CE, Bhanji T, Feagan BG, MacDonald JK., Oral 5-aminosalicylic acid for induction of remission in ulcerative colitis. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016
34. Kamm MA., Review article: chronic active disease and maintaining remission in Crohn's disease. Alimentary pharmacology and therapeutics.2004; 4:102-5.
35. Yurdakul, İ. Beşinci Bölüm: İnflamatuvar barsak hastalıklarının tıbbi tedavisi. (İçinde Gastrointestinal Sistem Hastalıkları) Edt: Ertuğrul Göksoy, Hülya Uzun ismail. İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Sempozyum Dizisi 2011; (sy. 207-218) Yayın No:23. İstanbul
36. Ransford R, Langman MJG. Sulphasalazine and mesalazine: serious adverse reactions re-evaluated on the basis of suspected adverse reaction reports to the Committee on Safety of Medicines. 2002;51(4):536-9
37. Carter MJ, Lobo AJ, Travis SPL Guidelines inflammatory bowel disease in adults.2004; Gut 53(supply 5)1-16

38. Waljee AK, Wiitala WL, Govani S, Stidham R, Saini S, Hou J, et al. Corticosteroid use and complications in a US inflammatory bowel disease cohort. 2016;11(6):e0158017.
39. Grendell JH, McQuaid KR, Friedman SL. Current diagnosis & treatment in gastroenterology: Appleton & Lange; 1996.
40. Golik M, Kurek M, Poteralska A, Bieniek E, Marynka A, Pabich G, et al. Working Group Guidelines on the nursing roles in caring for patients with Crohn's disease and ulcerative colitis in Poland. 2014;9(4):179.
41. Stretton, J.G., Currie, B.K., Chauhan, U.K. Inflammatory bowel disease nurses in Canada: an examination of Canadian gastroenterology nurses and their role in inflammatory bowel disease care. 2014;28(2):89-93.
42. Pithadia AB, Jain SJPR. Treatment of inflammatory bowel disease (IBD). 2011;63(3):629-
43. Su C, Stein R, Lewis J, Lichtenstein GJD, Disease L. Azathioprine or 6-mercaptopurine for inflammatory bowel disease: do risks outweigh benefits? 2000;32(6):518-31.
44. Konduk B.T, Gülşen M.T., İnflamatuvar Barsak Hastalıklarında İmmünesüpresif Tedaviye Ne Zaman Başlanır? Güncel gastroenteroloji 2017; 21/4; (317-327)
45. BHW Lamers GG, RA van Hogezaand, RA Veenendaal, C %J Scandinavian Journal of Gastroenterology. Azathioprine: an update on clinical efficacy and safety in inflammatory bowel disease. 1999;34(230):111-5.
46. Nitzan O., Elias M., et al. Role of antibiotics for treatment of inflammatory bowel disease ; World J Gastroenterol. 2016 Jan 21; 22(3): 1078–1087.
47. Demirkıran F., Terakye G., Depresif hastaların ilaç tedavisine uyumları ve destekleyici hemşirelik uygulamalarının uyum düzeyine etkisi. Kriz Dergisi 2001;9:29-39.
48. Lacucci M., et al., Mesalazine in inflammatory bowel disease: A trendy topic once again?, Can J Gastroenterol. 2010 Feb; 24(2): 127–133.
49. Jin, J., Sklar, G.E., Oh, V.M.S. and Li, S.C. Factors Affecting Therapeutic Compliance: A Review From The Patient's Perspective. Therapeutics and Clinical Risk Management 2008; 4(1), 269–286
50. Özbayram Alpaslan, Yeni Hipertansiyon Tanısı Almış Hastalarda Tedavi Uyumu ve Etkileyen Faktörler, T.C. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul-2008.

51. Özgürsoy Uran B., Yıldırım Y., Yeni Bir Uzmanlık Alanı: İnflamatuar Barsak Hastalıkları Hemşireliği ; İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 2016; 1(2): 27-33

52. Taşkaya S.Diyabet Hastalarının Tedaviye Uyum Düzeyleri ile Sağlık Hizmeti Kullanımı ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Kurumları Yönetimi Programı Doktora Tezi. Ankara, 2014.

53. Baştürk A., Yılmaz A., Artan R., İnflamatuar bağırsak hastalığı tanılı 68 çocuk hastamızın retrospektif olarak değerlendirilmesi: Pam Med Derg 2018;11(1):11-7

54.Faust A.H., Halpern L.F.,Danoff-Burg S., et.al Psychosocial factors contributing to inflammatory bowel disease activity and health-related quality of life Gastroenterol Hepatol (N Y). 2012 Mar; 8(3): 173–181.

55.<http://emedicine.medscape.com/article/179037-treatment> (erişim tarihi 20.04.2018)

56.OvayoluN.,OvayoluÖ.,(2010).Patofizyoloji Bir Pratik Yaklaşım: Adana:Nobel

57.<https://crohnsandcolitis.org.uk/about-inflammatory-bowel-disease/publications/aminosalicylates-5-asas> erişim tarihi 13.04.2018

58.<https://www.ecco-ibd.eu/about-ecco/ecco-operational-board/n-ecco.html> erişim tarihi: 01.06.2018

59.<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4863044/> erişim tarihi14.04.2018

60.<https://crohnsandcolitis.org.uk/about-inflammatory-bowel-disease/publications/aminosalicylates-5-asas> erişim tarihi 13.04.2018).

61.Gül, A., Üstündağ, H., & Zengin, N. (2010). Böbrek nakli yapılan hastalarda öz-bakım gücünün değerlendirilmesi. Genel Tıp Dergisi, 20(1), 7-11.

62. Friedman SL, Mcquaid KR, Greendell JH. (Eds) Current Diagnosis & Treatment in Gastroenterology. Çev.Eds: Sivri B, Gönen Ö. Current Gastroenteroloji Tanı ve Tedavi. Öncü Basımevi, İstanbul; 2007, s: 108-129.

63.https://www.researchgate.net/publication/7406111_American_College_of_Physicians_American_Physiological_Society_New_concepts_in_the_pathophysiology_of_inflammatory_bowel_disease erişim tarihi: 02.05.2018

64. Curtin RB, Svarstad BL, Andress D, Keller T. Differences in older versus younger haemodialysis patients' noncompliance with oral medications. *Geriatr Nephrol Urol* 1997;7(1):35-44.
65. Özkurt S., Sağlan Y., Gölgeli H., ve ark. Hemodiyaliz hastalarında tedaviye uyumun değerlendirilmesi, *Ankara Med J*, 2017;(4):275-83
66. Erci B., Elibol M., Aktürk Ü., Hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumunu ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 2018;26(2):79-92
67. Çiftçi B., Kronik Kalp Yetmezliğine Yönelik Klinik Rutine Konulan Hasta Eğitiminin Değerlendirilmesi Doktora Tezi. T.C. Atatürk Üniversitesi. Erzurum-2018
68. Nurit P, Bella BC, Gila E, Revital Z. Evaluation of a nursing intervention project to promote patient medication education. *JCN*, 2009, 18: 2530-2536.
69. Kul Ö., Kronik Hastalıklarda İlaç Tedavisi Uyumu ve Etkili Faktörler, Uzmanlık Tezi Başkent Üniversitesi Ankara-2018
70. DiMatteo MR. Variations in patients' adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research. *Med Care*;42(3):200-209,2004.
71. Köseoğlu Gelçek N., Kronik Kalp Yetersizliği Olan Bireylerin İlaç Uyumuna Engel Olan Faktörlerin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, T.C. İstanbul Üniversitesi, İstanbul-2016
72. Wu, J.R., Moser, D.K., Lennie, T.A. ve Burkhart, P.V. Medication adherence in patients who have heart failure: A review of the literature. *nursing clinic of North America* 2008; 43:133-135
73. Aşlar R., Hipertansiyonda tedaviye uyum ve öz-bakım yönetimi, *Türk Kardiyol Dern Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi* -2015; 6(11):151-159
74. Tokem Y, Taşçı E, Yılmaz M. Hipertansiyon tanısı olan bireylerin evde hastalık yönetimlerinin incelenmesi. *Türk Kardiyol Dern Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi* 2013;4 (5):30-40.
75. Kutner NG, Zhang R, McClellan WM, Cole SA. Psychosocial predictors of non-compliance in haemodialysis and peritoneal dialysis patients. *Nephrol Dial Transplant* 2002;17:93-9.

EKLER

EK-1 HASTA BİLGİLENDİRME FORMU

1. Kaç yaşındasınız.

2. Cinsiyetiniz?

Kadın Erkek

3. Medeni durumunuz?

Evli Bekar Boşanmış Dul

4. Eğitim durumunuz nedir?

a. Okur-yazar b. İlköğretim c. Ortaöğretim d. Yüksek öğretim

5. Mesleğiniz nedir? Açıkça belirtiniz:

.....

6. Çalışma durumunuz:

Çalışıyor Çalışmıyor

7. Ekonomik durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

Gelir Giderden Fazla Gelir Gidere Denk Gelir Giderden Az

8. Sosyal güvenceniz var mı?

Var (Açıklayınız.....) Yok

9. Yaşadığınız yer neresidir?

İl İlçe Köy

10. Ne kadar süre önce inflamatuvar bağırsak hastalığı tanısı konuldu?

a. 0 – 2 yıl b. 3 - 5 yıl c. 6 - 10 yıl d. 11 yıl ve daha fazla

11. Hastalık nedeniyle meydana gelen değişikliklerden hangisi sizi en çok rahatsız ediyor?(birden fazla işaretleyebilirsiniz)

a. Yeme-içme alışkanlıklarındaki değişiklikler

b. Günlük aktivitelerdeki değişiklikler

c. Boşaltımdaki değişiklikler

d. Dış görünümünüzdeki değişiklikler

e. Cinsel fonksiyonlardaki değişiklikler

12. Hastalığınız nedeniyle normal hayatınızda da değişiklik oldu mu?

a. Evet b. Hayır

13. Hangisi ya da hangilerinde değişiklik oldu?

a. Aile içi ilişkilerde b. Çalışma hayatında c. Kişiler arası ilişkilerde

d. Hepsi

14. Hastalığınız nedeni ile destek aldığınız kişiler var mı?

a. Evet b. Hayır

15. Hastalığınızla ilgili kimden destek alıyorsunuz?

.....

EK-2 İBH'li HASTALARDA İLAÇ UYUM BİLGİSİ DEĞERLENDİRME FORMU

1. Hastalığınızın tedavisinde kortikosteroid(kortizon) kullanırken kemik erimesine karşı neler yapmaktasınız?

- a. Sigara kullanmayı bıraktım
- b. Egzersiz yapıyorum
- c. Günlük vitamin ihtiyacını karşılıyorum ve kalsiyum tedavisi alıyorum
- d. Hepsi
- e. Tedavimde yok bu ilacı kullanmıyorum

2. Kortikosteroid(kortizon) kullanımı sırasında aşağıdakilerden hangisini yapmak yanlış olur?

- a. Uzun süre kortikosteroid (kortizon) tedavisi alan hastaların düzenli göz muayenelerine gitmeleri gerekmektedir.
- b. Ağır halsizlik ya da baygınlık durumlarında kortikosteroid (kortizon) dozunun hızla azaltılması gerekmektedir.
- c. Bağışıklık sisteminin baskılanması enfeksiyonlara direnci de azaltabilir.
- d. Kortikosteroidlerle uzun süre tedaviden sonra ilacın aniden kesilmesinde hiçbir sakınca yoktur

3. Lavman uygulamasında hangisi yanlıştır?

- a. Kullanmadan önce lavman içeriği çalkalanır.

b. Koruyucu kapak çıkarılır.

c. Lavman yapılırkenki en uygun pozisyon, sol tarafının üzerine sol bacağı uzatıp, sağ bacağına karnına doğru çekerek uzanmaktır.

d. Şişedeki lavman içeriği sıkıldıktan sonra hiç vakit kaybetmeden tuvalete gidilir.

4. Aşağıdakilerden hangisi immunmodülatör (bağışıklık sisteminin gücünü artırma veya azaltma yoluyla bağışıklık yanıtını değiştiren madde) ilaç gruplarıyla ilgili yanlış bir bilgidir?

a. Bu gruptaki ilaçlar; Siklosporin, azatioprin (AZT), 6-merkaptopurin (6-MP)'dir

b. Azatioprin (AZT) ve 6-merkaptopurin (6-MP)'in bazı yan etkileri; bulantı, kusma, iştahsızlık, romatizmal ağrılar, ateş, deri döküntüleridir.

c. İmmünomodülatörlerle tedaviye başlandıktan sonra, doktorunuzun öngördüğü sıklıkta kan tahlili yapılması, böbrek ve karaciğer fonksiyonlarının değerlendirilmesi gerekmektedir.

d. İmmünomodülatör alan hastalar canlı aşı yaptırmalıdır.

e. Tedavimde bu ilaç yok kullanmıyorum.

5. 5 ASA kullanımı ile aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

a. Bu grup ilaçlar; Mesalamine, Ozalazine, Sulfasalazine türevleridir.

b. Tablet, lavman veya fitil şeklinde verilmektedir.

c. Kortikosteroidlerle birlikte kullanılmaz.

d. Hastalığın tutulum gösterdiği bölgeye göre ilaç dozları ve şekilleri değişebilir.

e. Tedavimde bu ilaç yok kullanmıyorum.

6. İBH tedaviniz sırasında aşağıdaki davranışlardan hangisini yapmak yanlış olur?

a. Alevlenme ihtimaline karşı remisyundayken ilaçları düzenli kullanmak.

b. Yan etkileri için ilaç prospektüslerini okumak.

c. Tedavinin zaman alması durumunda bile tedaviye devam etmek.

d. Bir doz ilaç almayı unuttuğunuzda iki katını almak.

7. Aşağıdakilerden hangisi İBH tedavisinin temel hedeflerinden biri değildir?

a. Remisyonun sağlanması.

b. İnflamasyonun azaltılması

c. Sadece hastalığın alevlendiği durumlarda müdahale etmek.

d. Yaşam kalitesini yükseltmek.

8. Aşağıdakilerden hangisi İBH tedavisinde kullanılan temel ilaç gruplarından değildir?

a. 5 ASA türevleri

b. İmmünmodülatörler

c. Anti TNF ajanları

d. Antihistaminikler

9. İBH ilaç uygulama yöntemleriyle ilgili hangisi yanlıştır?

a. Tedavide kullanılan oral ilaçlar kolonda dağılıbilir.

b. Fitiller sol kolona ulaşmaktadır.

c. Lavman sol kolon tutulumu olan hastalarda etkilidir.

d. Kortikosteroidler her gün aynı saatte alınmalıdır.

10. Bir inflamatuvar bağırsak hastası olarak kendimi iyi hissettiğimde ilaçlarımı bırakabilir miyim sorusunu kendinize sorduğunuz oluyor mu?

a. Evet b. Hayır

İNFLAMATUAR BAĞIRSAK HASTALIKLARINDA GENEL TIBBİ TEDAVİ YÖNETİMİ HASTA EĞİTİM KİTAPÇIĞI



Hemşire Duygu AKBAŞ
Doç. Dr. Elif ÜNSAL AVDAL
İKÇÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü

İZMİR, 2017

ÖNSÖZ

Bu çalışmanın amacı; inflamatuvar bağırsak hastalığı olan bireylerde hemşire desteğinin ilaç uyumuna etkisini incelemektir. Bu eğitim kitapçığı inflamatuvar bağırsak hastalığı olan bireylerin kendilerine uygulanan tedavi süreçlerine katılımına, kullandıkları ilaçların etkinlik ve olası yan etkilerinin bilinmesine ve ilaç kullanımı sırasında dikkat edilmesi gereken hususlar konusunda hastalara yardımcı olması amacıyla hazırlanmıştır.

Bu çalışmanın gerçekleştirilmesinde, değerli bilgilerini benimle paylaşan, kendisine ne zaman ihtiyaç duysam yanımda olan danışman hocam Doç. Dr. Elif ÜNSAL AVDAL'a teşekkürlerimi sunarım.

Ayrıca yine bu çalışmamda konu, kaynak ve yöntem açısından sürekli yardımda bulunan ve yol gösteren Öğr. Gör. Dr. Berna Nilgün ÖZGÜR SOY URAN'a da sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
1. İnflamatuvar Bağırsak Hastalığının Tıbbi Yönetimi	4
2. IBH Tıbbi Yönetimi	5
3. IBH Tıbbi Tedavisi Amacı	6
4. Tedavide Sık Kullanılan İlaçlar	7
4.1. 5 ASA Ajanları	8
4.2. Sulfasalazine	9
4.2.1. Lavman Uygulanması	10
4.3. Kortikosteroid (Kortizon)	12
4.4. İmmünomodölatörler	15
4.5. Antibiyotikler	18
5. IBH Genel Tıbbi Tedavisinde Dikkat Edilmesi Gereken Hususlar	19

INFLAMATUAR BAĞIRSAK HASTALIĞININ TIBBİ YÖNETİMİ

Inflamatuar Bağırsak Hastalığı Tanımı

Inflamatuar Bağırsak Hastalığı (İBH), sindirim sisteminde, özellikle de **bağırsaklarda, iltihap (inflamasyon)** içeren bir dizi durumu kapsar. Bağırsaklar bedenin, gıdanın sindirildiği, besinlerin ve suyun emildiği ve en sonunda atık maddelerin dışkı şeklinde dışarı atıldığı bölgesidir.



İBH'nın iki türü vardır: Ülseratif kolit (ÜK) ve Crohn hastalığı (CH). Bunlar, sindirim sisteminin farklı bölümlerini etkiler ve birbirinden kısmen farklı belirtiler gösterirler. ÜK rektumu ve kolonu (kalın bağırsak) etkiler. CH ağızdan rektuma kadar tüm sindirim sistemini etkileyebilir.

IBH TIBBİ TEDAVİSİ

Henüz kesin bir tedavisi bulunmamaktadır. Günümüzde kullanılan tedavi yöntemleri hastalığın belirtilerini hafifletmektedir.

Uygun bir tedavi ile kalın barsak yüzeyinin normale dönmesi ve inflamasyonun ortadan kalkması mümkündür.

TEDAVİNİN AMAÇLARI

- Remisyonun sağlanması
- Hastalık ataklarının azaltılması
- İnflamasyonun en aza indirilmesi
- Tedavi yan etkilerinin en aza indirilmesi



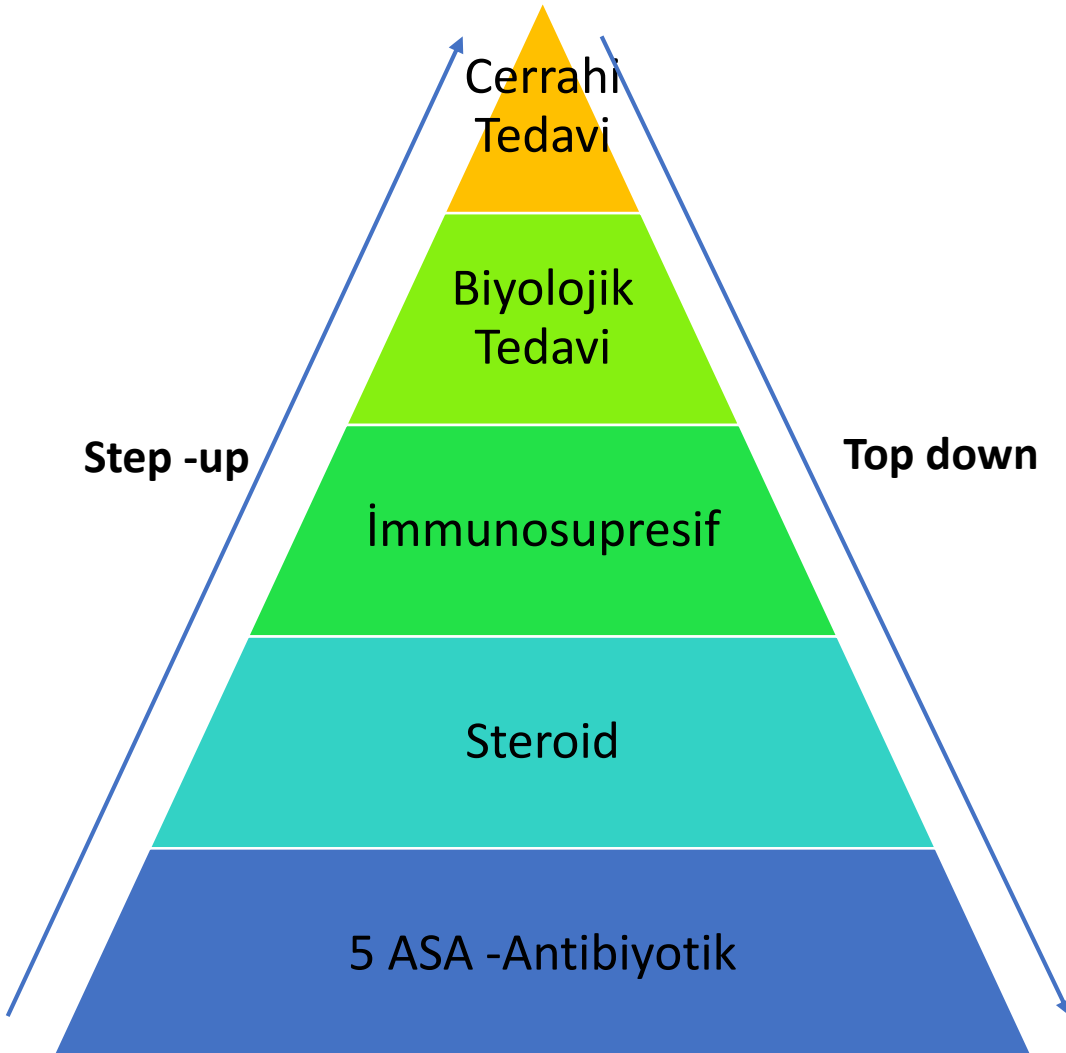
- ✓ IBH olan hastalar için tıbbi yaklaşım hem tedaviye kademeli yaklaşımı takiben semptomların hafifletilmesini ve mukozal iyileşme hem de tıbbi rejimin reaksiyon alınana kadar yükseltilmesidir.
- ✓ IBH ilaçları alevlenmeleri önlemek ve hastalığın remisyon evresinde kalmasını sağlamak için **düzenli olarak alınmalıdır. Tedavinin kısa sürede kesilmesiyle hastalık yeniden alevlenmektedir.** Bu nedenle tedavinin uzun süre **(yaşam boyu)** olması gerekmektedir
- ✓ **Yaşam boyu ilaç tedavisi** nedeniyle; hastanın kullanılan ilaçların uygun kullanım alanlarını, faydalarını, etkinlik derecesini ve risklerini bilmesi önemlidir.

TEDAVİDE SIK KULLANILAN İLAÇLAR

- Hastalığın belirtilerini ve iltihaplanmayı kontrol altına almak için birçok ilaç bulunmaktadır.

IBH ilaçları genel olarak 5 kategoriye ayrılır:

- Aminosalisilatlar
- Kortikosteroidler
- İmmunomodulators
- Antibiyotikler
- Biyolojik terapiler





AMINOSALİSİLATLAR (5- ASA)



AMİNOSALİSİLATLAR (5-ASA)

- ✓ Sulfasalazine
- ✓ Mesalazine
- ✓ Olsalazine

Belirtilerin iyileştirilmesi için ilk basamak tedavi olarak kullanılmaktadır. **Tablet, lavman veya fitil** şeklinde verilmektedir. Tek başına veya kortikosteroidlerle beraber kullanılabilir.

5 ASA AJANLARININ DAĞILIMI



ORAL

Ajanlara göre değişir, distal ileumda ve ya kolonda serbest kalabilir

LAVMAN

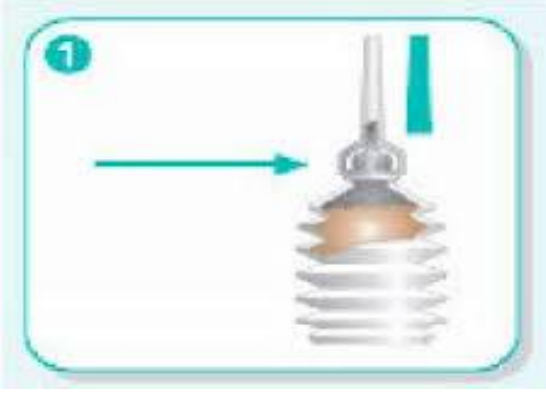
Splenik fleksuraya ulaşabilir
Sıklıkla rektumda yoğunlaşmazlar

FİTİL

Rektuma (dışkının atılmadan önce tutulduğu yer) kadar ulaşabilirler



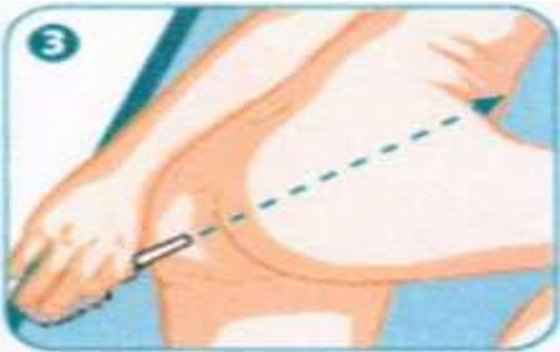
LAVMAN UYGULAMASI



Kullanmadan önce lavman içeriği iyice çalkalanır. Sonra koruyucu kapak çıkarılır, lavman içeriğinin dökülmemesi için şişe dik tutulur.



Kayganlaştırıcı film ile kaplı aplikatörün ucu karın boşluğuna bakacak yönde tutularak rektum içine



Hasta sol tarafının üzerine sol bacağı uzatıp, sağ bacağı karnına doğru çekerek uzanır.



Şişe sıkıca tutulur ve hafifçe eğilerek, aplikatörün arkanıza doğru yönelmesi sağlanır.

LAVMAN UYGULMASI - DEVAM



Şişe yavaşça itilir ve dışkının çıkması önlenir. Aynı pozisyonda 30 dakika uzanmaya devam ederek, lavmanın dengeli biçimde yayılması sağlanmalıdır.



Kullanıldıktan sonra, boş şişenin aplikatörü yavaşça rektumdan çıkarılır.

En iyi sonuç, lavmanın gece boyunca etki sağlamasına izin verildiğinde elde edilir. Mümkünse uygulamadan sonra sabaha kadar dışkılamaktan kaçınılması önerilir.

AMİNOSALİSİLATLAR

İlacın Etkisi

Aminosalisilatlar 5-aminosalisilik asit (5-ASA) içeren bileşiklerdir. Bu ilaçlar bağırsaklardaki iltihaplanmayı azaltmaktadırlar. Bazı formlar eklem iltihaplarını da azaltabilir.

- 5-ASA grubu ilaçlar risk potansiyeli açısından **oldukça güvenilir ilaçlardır.**

- 5-ASA'lar Crohn hastalığında veya ülseratif kolitte kullanılabilir, ancak **ülseratif tedavisinde genellikle daha etkilidir**

- Crohn hastalığında, 5-ASA ilaçları hafif iltihabı ve semptomları kontrol etmek için de yardımcı olmaktadır.

Aminosalisilat Grubu İlaçların Yan Etkisi

Genel olarak, 5-ASA'lar iyi tolere edilir ve **güvenlidir**. Tüm 5-ASA ajanlarının genel olarak gösterdiği yan etkiler:

- ✓ baş ağrısı,
- ✓ bulantı-kusma
- ✓ karın ağrısı,
- ✓ iştah kaybı,
- ✓ kızarıklık veya ateş

5-ASA'lar çok nadiren böbrek hasarına neden olur.

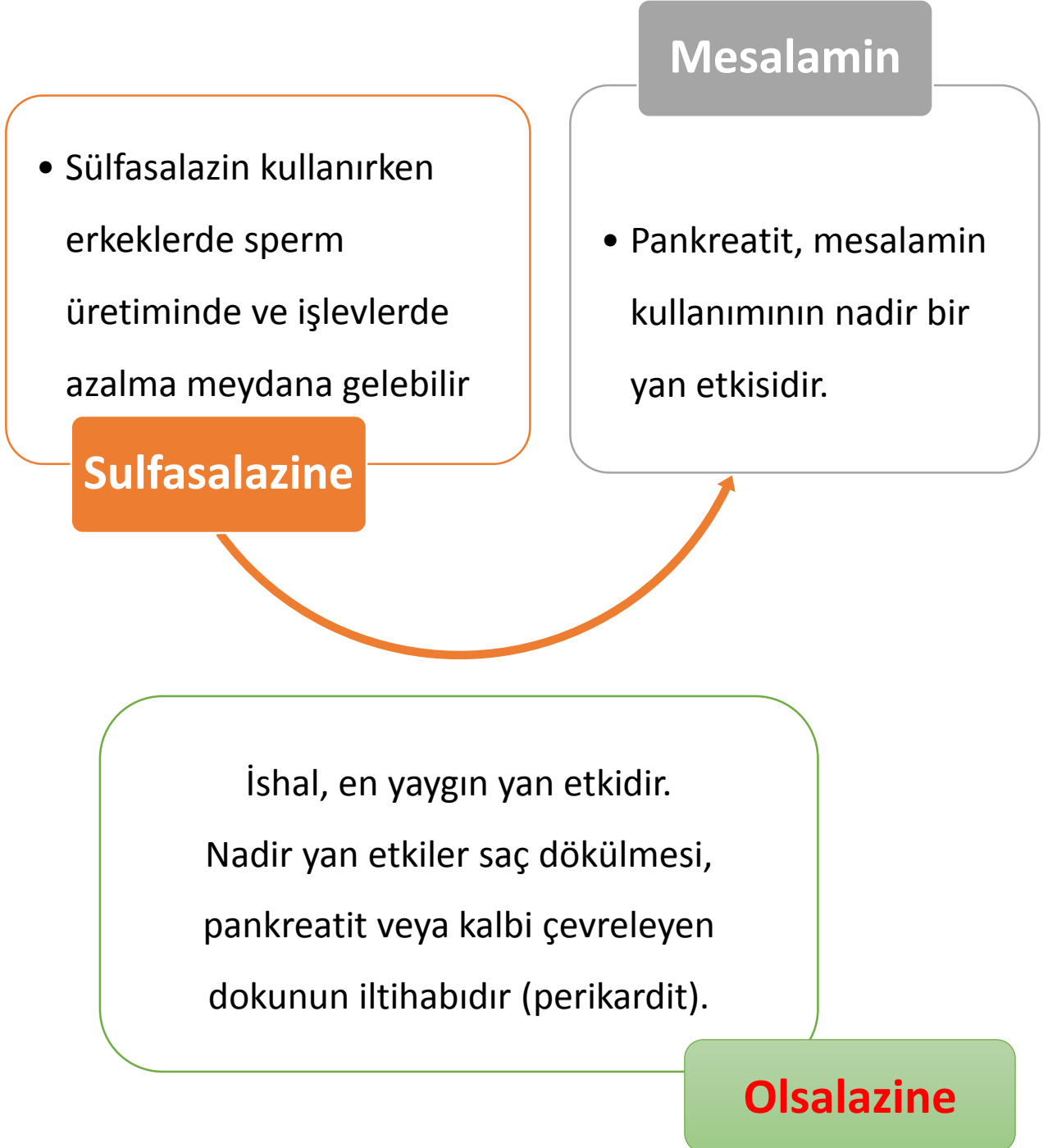
Fakat bilinen **böbrek problemleri** olanlar bu maddeleri **kullanmamalıdır**.

5-ASA alanlar için, **böbrek testleri rutin olarak** gerçekleştirilmelidir

Yapılan değerlendirmeler sonucunda bu ilaçların **gebelik esnasında kullanımı güvenlidir**.

Aminosalisilat İlaçlarının Yan Etkisi

Bireysel Ajanlarla İlgili Özel Konularda Görülen Etkiler





KORTİKOSTEROİDLER (KORTİZON)



KORTİKOSTEROİDLER (KORTİZON)

İlacın Etkisi

- ✓ Kortizon ilaçlar iltihaplanmayı azaltmaya ve vücudun bağışıklık tepkisini bastırmaya yardımcı oldukları için İBH hastaları için etkili bir tedavi olabilir. Bağışıklık tepkisinin bastırılması saldırıyı tamamen **"kapatamaz"**, ancak bunu engelleyebilir.
- ✓ Kortizonlar, **orta ve şiddetli** İBH semptomlarına sahip hastaların kısa süreli tedavisinde kullanılır.
- ✓ Remisyondaki hastalarda, hastalığın alevlenmesini önlemek için yapılan idame tedavide **kullanılmamaktadır**.
- ✓ Kortikosteroidler ağızdan, lavman şeklinde veya sistemik olarak diğer ilaçlarla veya başka ilaçlarla birlikte uygulanabilir.
- ✓ En yaygın olarak kullanılan kortikosteroidler; **prednizolan, metilprednizolon** ve **budesonid**dir.



Kortizon İlaçların Yan Etkileri

Kortizonların yan etkileri arasında;

- Ödem
- Kilo artışı
- Akne
- Uykusuzluk
- Titreme
- Gece terlemesi
- Duygusal rahatsızlıklar görülmektedir.

Diğer ciddi yan etkiler ise şunlardır;

- Yüksek kan basıncı
- Osteoporoz
- Sinir harabiyeti
- Katarakt
- Göz tansiyonu



Yan etkileri nedeniyle, kortizon dozu **doktor kontrolünde** başlangıç tedavisinden en fazla 4 hafta içinde **yavaş yavaş** azaltılmalıdır.

Kortizon Kullanım Özellikleri

- Kortizonlar her gün aynı saatte alınmalıdır.
- Kortizon ilaçlar adrenal bezlerin steroid kortizolünün **doğal üretimini yavaşlatmasına** veya durdurmasına neden olduğundan, aniden durdurulamazlar.
- Adrenal bezlerin tekrar kortizol üretmeye başlaması biraz zaman almaktadır. Bu yüzden **kademeli olarak kortikosteroid dozunu azaltmak** vücudun kendi kortizol ihtiyacını yeniden üretmeye başlamasını sağlar.
- **Osteoporoz (kemik erimesi)** uzun süreli kortikosteroid tedavi sonrasında sık rastlanan ve ciddi olabilen bir komplikasyondur. **Kemiklerde kırılmalar** ortaya çıkabilmektedir. Kortikosteroidler, bağırsaktan kalsiyum Emilimini engelleyerek ve parathormon (kemik yıkımı yapan bir hormon) serbestleşmesini uyararak kemik oluşumunu engellemekte ve yıkımını uyarmaktadırlar.

Kortizon Kullanım Özellikleri

Gerekirse, **kalsiyum ve D** vitamini alınmalıdır.

Kortizon ile ortaya çıkan kemik nekrozu kemiğe kan akımının ciddi şekilde bozulduğu seyrek rastlanan durumdur.

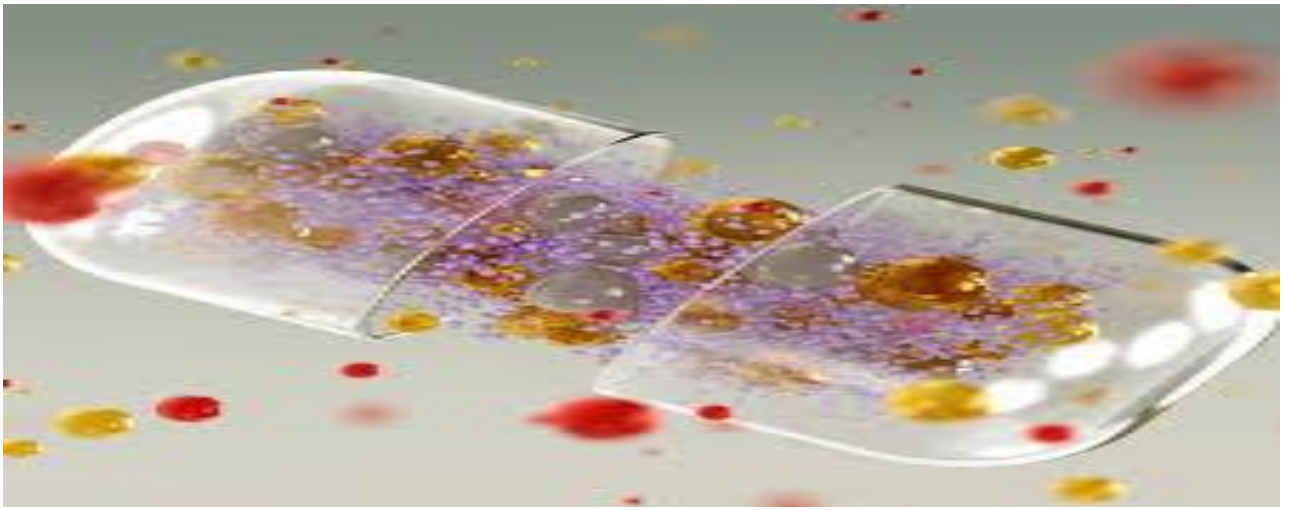
Esas olarak **kalça eklemi** etkilemekte ve **ağrı** ile ortaya çıkmaktadır.



Kortizon Kullanım Özellikleri

- Kortizon tedavisinin seyrek görülen yan etkilerini **glokom (göz içi basınç artışı) ve katarakt** tanısının hastalarda erken evrede konulabilmesi için uzun süreli kortizon tedavisi alan hastaların **düzenli göz muayenelerinin yapılması** gerekmektedir.
- Gerekirse ilaç değiştirilmeli ya da tedavi kesilmelidir.
- **Ağır halsizlik ya da baygınlık** kortikosteroid dozunun hızla azaltılmasının tipik semptomları olabilir.
- Kortikosteroidler ile **immün (bağışıklık) sistemin baskılanması** enfeksiyonlara **direnci de azaltmaktadır**. Bu nedenle, karın ağrısı, karında ele gelen kitleler, hassasiyet ve ya ateş olduğunda, kortikosteroid tedavisine başlanmadan önce bir **apse (iltihap birikimi) bulunmadığından** emin olunmalıdır.





İMMUNMODÜLATÖRLER



İMMÜNOMODÜLATÖRLER

İlacın Etkisi

Azatioprin (AZA) (Imuran®) ve 6-merkaptopurin (6-MP, Purinethol®) gibi immünomodülatörler,



Bağışıklık sistemini baskı altına almak ve hastalarda remisyon sağlamak için kullanılır



İmmünomodülatörler, bağışıklık sisteminin aktivitesini zayıflatır veya değiştirir



İmmünmodölatör İlaç Yan Etkileri

Azothiopurin- 6MP



Mide bulantısı



İshal-halsizlik



Ağızda döküntü



Eklem iltihabı

Daha az görülen yan etkiler



Pankreas iltihaplanması



Kemik iliği baskılanması,
enfeksiyon riski



İmmünmodölatör İlaç Yan Etkileri

Siklosporin- takrolimus



Böbrek fonksiyonlarında
azalma



hepatit



diyabet



Yüksek tansiyon

Metotreksat



Gribe benzer belirtiler



Bulantı, kusma, baş ağrısı



Ağız yaraları



Düşük beyaz küre sayısı



Akciğer iltihabı



Folik asit ve A vitamini
emilimi engellenebilir



İMMÜNMODÜLATÖR KULLANIM ÖZELLİKLERİ

Kemik iliği üzerindeki etkilerini kontrol etmek için immünmodölatör kullanan hastalarda doktorunuzun öngördüğü sıklıkta **kan testleri yapılmalıdır.**

İmmünmodölatörler bağışıklık sisteminin aktivitesini azaltmaktadır ve bu yüzden **titreme, ateş gibi belirtileriniz olduğunda doktorunuza belirtmeyi unutmayın.**

İmmünomodölatör alan hastalar, **grip(yılda) ve pnömoni (5yilda)** gibi bulaşıcı hastalıklardan korunmak için düzenli olarak aşılanmalıdır. Buna rağmen immünmodölatör alan **hastalar canlı aşılardan kaçınmalıdır.**



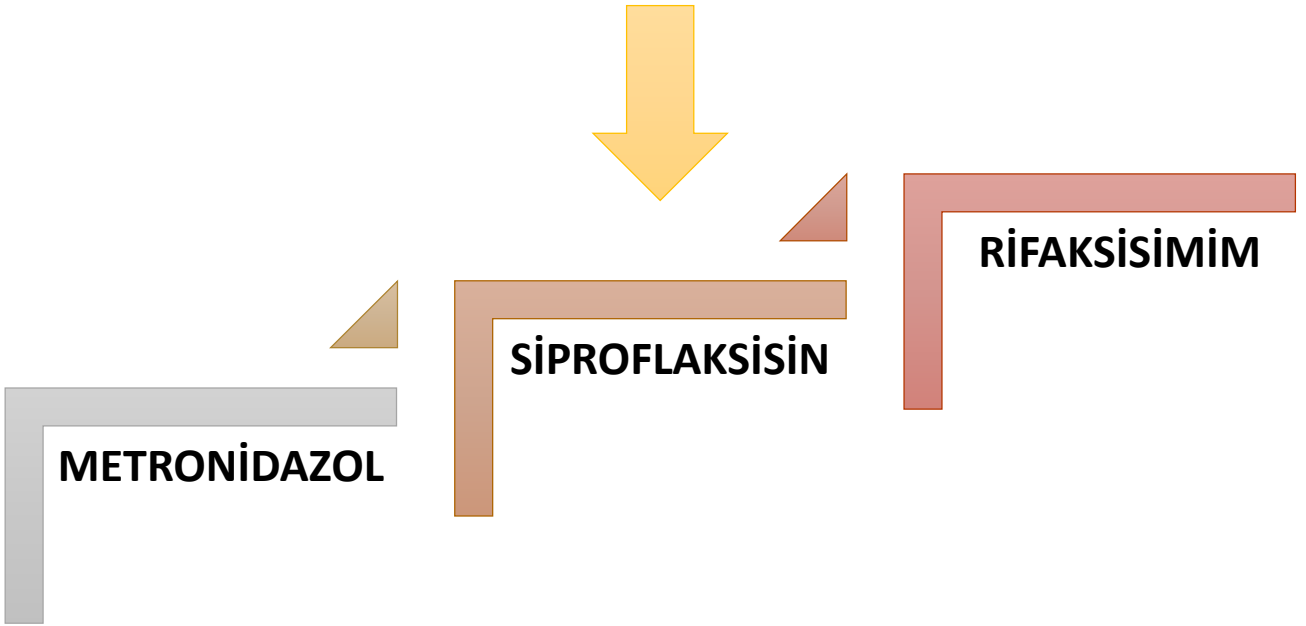
ANTİBİYOTİK TEDAVİSİ



ANTİBİYOTİK TEDAVİSİ

IBH'de özellikle crhon hastalığında antibiyotikler ince bağırsakta bakteriyel aşırı çoğalmayı tedavi etmek için kullanılır, apseler ve fistüller olabilir ve bağırsaktaki inflamasyonun kendisini tedavi etmek için de kullanılabilir, ancak bu ortamda kullanımlarını

SIK KULLANILAN ANTİBİYOTİKLER



**Bir enfeksiyon olmadığı sürece,
antibiyotiklerin Ülseratif Kolit tedavisinde rolü
yoktur.**

ANTİBİYOTİK TEDAVİSİ YAN ETKİLERİ

Genellikle çok iyi tolere edilse de, antibiyotikler

- bulantı, kusma,
- iştah kaybı,
- döküntü gibi ortak yan etkilere neden olabilir.

Her ilaca özgü bazı yan etkiler vardır:

Metronidazol



ANTİBİYOTİK TEDAVİSİ YAN ETKİLERİ

Siporoflaksasin

- Tendonit (**tendonların ağrısı ve iltihabı**), özellikle Aşil tendonu (baldırı bağlayan) kasların ayak tabanına kadar uzanması) ve **Aşil tendonunun** rüptürü uzun süreli kullanımla bildirilmiştir.
- **Vitamin ve mineral ile etkileşime girer (kalsiyum, demir veya çinko içeren takviyeleri).**
- Siprofloksasin kullanırken cildinizi **güneşe maruz bırakmayın**. Dışarıya çıktığınızda, gündüz saatlerinde güneş kremi sürün.

Vancomycin

- Vancomycin cildin kızarıklığı ve yüz, boyun ve üst vücutta kaşıntı



IBH GENEL TIBBİ TEDAVİSİ DİKKAT EDİLMESİ GEREKEN BİLGİLER

- ✓ IBH'ı kontrol altına almanın en iyi yolu doktorunuzun önerdiği **ilaçları düzenli almaktır.**
- ✓ İlaçları yalnızca doktorunuzun gerekli görmesi durumunda ve **reçeteli olarak kullanınız.**
- ✓ Doktorunuz, reçeteye kullanmanız gereken ilacın adını yazmakla kalmaz, **hangi doz şeklinin (tablet, ampul, şurup, v.b.) kullanılacağını, gereken miktarı ve kullanım tarifini de belirtir.** Lütfen bunlara uyum gösteriniz.
- ✓ İlaç tedavisinin doğruluğunu sağlamak, sağlık personellerinden daha çok **sizin sorumluluğunuzdur.** Lütfen bunu hiçbir zaman akıldan çıkarmamaya çalışın
- ✓ Tedaviye uyumu artırmak, ilaç dozunu gerektiğinden fazla veya az kullanmalarını önlemek için, ilaçlarınızı günlük/haftalık olarak ayırıp saklayabileceğiniz **özel kutular** kullanabilirsiniz.



IBH GENEL TIBBİ TEDAVİSİ DİKKAT EDİLMESİ GEREKEN BİLGİLER

- ✓ İlacınızı düzenli olarak kullanmanın, nüksetme veya alevlenme ihtimalini düşüreceğini hatırlayın.
- ✓ Tedavi zaman alabilir, bu yüzden hemen **pes etmeyin**.
- ✓ Belirtiler kaybolduğunda **tedaviyi bırakmayın**.
- ✓ Belirtilerin geri gelmesini önlemek için ilacınızı almaya devam etmeniz gerekir.
- ✓ Eğer hoş olmayan yan etkiler yaşıyorsanız doktorunuzla konuşana kadar ilaçlarınızı almayı bırakmayın.
- ✓ İlacın miktarını veya ne kadar sıklıkla alacağınıza **kendi başınıza karar vermeyin**.
- ✓ Tedavinizin ne şekilde işe yaradığını ve dikkat edilmesi gereken olası yan etkileri anlamak için **ilaç prospektüslerini okuyun**.

ŞUNLARI YAPMAYIN!!!

- ✓ 'İyi' hissetseniz bile ilacı azaltmak
- ✓ Bir doz ilaç almayı unuttuğunuzda iki katını almak
- ✓ Doktorunuzun onayı olmadan ilacı/ilaçları bırakmak



T.C.
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

GİZLİ

Sayı : 31829978-050.01.04-E.1700080677
Konu : Girişimsel Olmayan Etik Kurulu
Kararı

13/11/2017

Sayın Doç. Dr. Elif ÜNSAL AVDAL

Inflamatuar Bağırsak Hastalıklarında Hemşire Desteğinin İlaç Uyumuna Etkisi adlı araştırma başvuru dosyanız kurulumuzda gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiştir. Çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına kurulumuzun **01.11.2017 tarihli ve 239 sayılı karar numarası** ile toplantıya katılan etik kurul üyelerinin **oy birliği** ile karar verilmiştir. Bilgilerinizi rica ederim.

e-İmzalıdır

Doç. Dr. Orhan GÖKALP
Etik Kurul Başkanı

Belge Doğrulamak İçin: <http://ubs.ikc.edu.tr/ERMS/Record/ConfirmationPage/Index> adresinden HEFCM7H kodu girerek belgeyi doğrulayabilirsiniz.

Adres : İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Çiğli Ana
Yerleşkesi 35620 Çiğli/İzmir - TÜRKİYE

Bilgi İçin İrtibat : Bülent Maral - Memur

Telefon : (0 232) 3293535 (Santral)

Belgegeçer No : (0 232) 3860888

İnternet Adresi : www.ikc.edu.tr

e-posta : bulent.maral@ikc.edu.tr

