

İnflamatuvar Barsak Hastalıklarında Ruhsal Belirtiler ve Yaşam Kalitesinin Deęerlendirilmesi

Ömer Yanartaş¹, Ercan Bıçakcı¹, Zeynep Şenkal¹, Kübra Karaman², Asibe Türkkan², Kübra Temel², Nida Kara², Pelin Yılmaz², Hakan Akın³, Neşe İmeryüz⁴, Mehmed Kemal Kuşçu³

ÖZET:

İnflamatuvar barsak hastalıklarında ruhsal belirtiler ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi

Amaç: İnflamatuvar Barsak Hastalıkları (İBH) genetik yatkınlığı olduğu düşünölen bireylerde, çevresel faktörler ve konakçının bağışıklık sisteminin uygunsuz etkileşimi ile ortaya çıktığı iddia edilen süreğen, tekrarlayıcı özellikte bir hastalık grubudur. Süreğen hastalık varlığı sıklıkla anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesinin bozulması ile ilişkilidir. Çalışmamızın amacı İBH tanısı ile takip altında olan olgularda hastalık tanısına göre; depresyon, anksiyete seviyeleri ve yaşam kalitesini incelemektir.

Yöntem: Hastanemiz İBH Polikliniği'nde İBH tanısı ile takip edilen ve katılmayı kabul eden olgular çalışmamıza dahil edilmiştir. Her bir olgunun sosyodemografik özellikleri kaydedildikten sonra, Kısa Form 36 (KF-36), Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD) her bir hastanın kendisi tarafından doldurulmuştur.

Bulgular: Araştırmamıza 55 olgu katılmış olup bu olguların %50.9'u (n=28) Ülseratif Kolit (ÜK), %49.1'i de (n=27) Crohn Hastalığı (CH) tanısı almıştır. CH olgularında sigara içme oranı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (p=0.024). Hem anksiyete hem de depresyon skorları CH olgularında daha yüksek oranda belirlenmiş olup, HAD depresyon ölçek sonuçlarında anlamlı farklılık tespit edilmiştir (p=0.002). Diğer taraftan, gruplar arasında anksiyete sonuçlarında anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0.132). Yaşam kalitesi sonuçları açısından her iki grup arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Tüm İBH hastaları değerlendirildiğinde, depresyon ve anksiyete sonuçları yüksek olan vakaların yaşam kalitesi daha kötü bulunmuştur.

Sonuç: Mevcut veriler ışığında, her iki hastalık grubunda da yaşam kalitesi kötü bulunmuştur. Ülkemiz örnekleminde geniş kapsamlı takip araştırmalarına gereksinim vardır.

Anahtar sözcükler: inflamatuvar barsak hastalıkları, yaşam kalitesi, depresyon, anksiyete

Journal of Mood Disorders 2014;4(3):115-21

ABSTRACT:

Assessment of psychiatric symptoms and quality of life in patients with inflammatory bowel disease

Objective: Inflammatory Bowel Disease (IBD) is group of chronic and relapsing diseases claimed to be developed among genetically vulnerable individuals under the influence of misregulation of interactions between environmental factors and host immune system. The presence of a chronic disease is frequently associated with anxiety, depression and decline in the quality of life. In this study, our objective is to explore depression, anxiety and quality of life according to the diagnosis subtype in a group of IBD patients.

Method: Patients currently being followed with the diagnosis of IBD in the outpatient clinics of our hospital and who agreed to participate were included to the study. Each case was given self-administered queries of Short Form-36 (SF-36), Hospital Depression Anxiety Scale (HAS) after being questioned for socio-demographic data.

Results: 55 patients participated in our study, 50.9% (n=28) of whom had Ulcerative Colitis (UC), and 49.1% (n=27) had Crohn's Disease (CD). The rate of smoking in patients with CD was significantly high (p=0.024). Both anxiety and depression scores were found to be higher in CD patients. HAD depression scores were significantly higher (p=0.002) in CD patients, however the difference in anxiety scores between the two groups has not been found to be statistically significant (p=0.132). There was no statistically significant difference between groups in terms of quality of life. Among all IBD patients, the quality of life indexes were found to be worse in the cases with higher depression and anxiety scores.

Conclusion: In the light of the data analyzed, the quality of life in both CD and UC groups is determined to be poor. There is a need for further research in wider follow up patient groups.

Key words: inflammatory bowel disease, quality of life, depression, anxiety

Journal of Mood Disorders 2014;4(3):115-21



¹Uz. Dr., ²Tıp Fakültesi Öğrencisi, ³Doç. Dr., ⁴Prof. Dr., Marmara Üniversitesi Hastanesi, Pendik, İstanbul-Türkiye

Yazışma Adresi / Address reprint requests to: Ömer Yanartaş, Marmara Üniversitesi Hastanesi, Pendik, İstanbul-Türkiye

Elektronik posta adresi / E-mail address: omeryanartas@yahoo.com

Kabul tarihi / Date of acceptance: 28 Şubat 2014 / February 28, 2014

Bağıntı beyanı:

Ö.Y., E.B., Z.Ş., K.K., A.T., K.T., N.K., P.Y., H.A., N.İ., M.K.K.: Yazarlar bu makale ile ilgili olarak herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Declaration of interest:

Ö.Y., E.B., Z.Ş., K.K., A.T., K.T., N.K., P.Y., H.A., N.İ., M.K.K.: The authors reported no conflict of interest related to this article.

GİRİŞ

Günümüzde inflamatuvar barsak hastalıkları (İBH) etyolojisi tam olarak anlaşılmamakla birlikte, duyarlı bireylerde, genetik ve çevresel faktörler arasında, aşırı ve uygunsuz inflamatuvar yanıtı neden olan karmaşık bir etkileşimin tabloyu tetiklediği düşünülmektedir (1-2). İBH genellikle 15-35 yaşlar arasında en yüksek yaygınlığa sahiptir ve hastalığın sık belirtileri arasında ishal, rektal kanama, karın ağrısı ve şişkinlik mevcuttur. Hastalığın yineleme ve iyileşme dönemleri göstermesi ve ayrıca süregelen seyri azalmış yaşam kalitesi ile ilişkilidir. Hastalığın erken dönemde başlayabilmesi, beklenen yaşam süresinde kısaltmaya neden olmaması göz önüne alındığında, etkilenen olgularda bireysel tedavi yönetimi ve hasta bakımı daha da önem arz etmektedir (3-4).

Süregelen hastalık varlığı sıklıkla yüksek depresyon ve anksiyete ile ilişkilidir (5). Bu iki tablo arasında karşılıklı etkileşim süreçleri gözlenmektedir. Psikiyatrik hastalıklar genel sağlığı olumsuz yönde etkileyen bir unsur olabildiği gibi, diğer yönden bakıldığında da süregelen medikal hastalık durumu, psikiyatrik belirtilerin yoğunlaşmasına veya tetiklenmesine neden olabilmektedir (6-7). Bu iki tablonun ortak etiyolojisine yönelik alternatif bir açıklama da, her iki hastalık grubunda da gözlemlenen bağışıklık düzenleyici mekanizmalardaki işlevsel bozulmadır (8). Depresyon bozulmuş hücre salımlı bağışıklık (azalmış doğal öldürücü hücre toksisitesi) ve artmış enflamasyon (IL-6, TNF α , CRP) ile ilişkilidir (9). İBH'nin patogeneğinde de bozulmuş bağışıklık yanıt önemli rol oynamaktadır (10).

Anksiyete ve depresyon, süregelen tıbbi hastalığı olan bireylerde, hastalığın doğal seyrinden daha yüksek oranlarda işlevsellik kaybına neden olmaktadır (11). Bir çalışmada, İBH hastalarında, anksiyete ve depresyon varlığı sağlıklı toplum ile karşılaştırıldığında iki kattan fazla bulunmuştur (12). Bu birliktelik, İBH hastalarında İBH belirtileri ile depresyon ve anksiyete seviyelerinin ilişkilendirilmesine neden olmuştur.

Dünya Sağlık Örgütü, yaşam kalitesini; bireylerin kültür ve değerler sistemi içerisinde amaçları, beklentileri, ilgi alanları ve yaşam standartları doğrultusunda hayattaki pozisyonlarını nasıl algıladıkları olarak tanımlamıştır (13). Birçok hastalığın seyrinin ve tedavilerinin yaşam kalitesi üzerine etkisi araştırılmıştır ve bu konuda dikkati çeken bir hastalık grubu da İBH olmuştur. İBH olgularında, genel topluma göre yaşam kalitesi, psiko-sosyal işlev-

sellik ve iyilik halinin azaldığını gösteren ve ayrıca hastalığın aktif dönemlerinde, psiko-sosyal durumun daha kötü seyrettiğini gösteren çalışmalar mevcuttur (14-15). Çalışmalarda İBH olgularında yaşam kalitesini etkileyen psikiyatrik etmenler ile ilgili üç etmen üzerinde durulmuştur. Bunlar psikolojik stres, hastalık aktivitesi ve hastalığı olan olguların kişilik özellikleridir (16-18).

İBH olgularında anksiyete, depresyon seviyeleri ve yaşam kalitesi ile ilgili çalışmalar yapılmış olmakla birlikte biz ülkemiz örneğinde bu konunun ele alındığı çalışmalara literatür araştırmamızda rastlamadık. Özellikle birçok psikiyatrik yakınmanın eşlik ettiği bu olguların depresyon ve anksiyete seviyelerinin belirlenmesinin, yaşam kalitelerinin ortaya konulmasının ve ülkemizdeki muhtemel farklılıklarının tespitinin önemli olduğunu düşünmekteyiz. Çalışmamızın amacı İBH tanısı ile takip altında olan olgularda hastalık tanısına göre; depresyon anksiyete seviyeleri ve bu iki tablonun yaşam kalitesi ile olan ilişkisini incelemektir.

YÖNTEM

Çalışmamız kesitsel niteliktedir. Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi İBH Polikliniği'nde anamnez, fizik muayene, endoskopik ve histopatolojik inceleme ile İBH tanısı alan, ayrıca Nisan-Mayıs 2013 tarihleri arasında polikliniğimize başvuran olgular örneklem grubunu oluşturmaktadır. Çalışmaya dahil edilen her bir olguya çalışmanın amacı anlatıldıktan sonra form doldurmayı kabul eden, okuma yazma bilen olgular çalışmaya alınmıştır. Form doldurmayı kabul etmeyen, aktif psikiyatrik hastalığı olup tedavi altında olan, okuma yazma bilmeyen, zeka geriliği olan, İBH polikliniğine başvurup herhangi bir İBH tanısı almayan olgular çalışmaya dahil edilmemiştir. Onamları alınan, sosyodemografik form doldurulan hastalara yüz yüze görüşme yöntemiyle anketler uygulanmıştır. Çalışmayla ilgili etik kurul onayı Marmara Üniversitesi Etik Kurulu'ndan alındı.

Araçlar

Sosyodemografik Veri Formu: Hastanın yaşı, mesleği, gelir durumu ve medeni hali, semptomların başlama ve tanı konulma yaşı, süregelen bir hastalığın varlığı, ailede hastalık varlığı, atak sayısı, sigara içme durumu hakkında soruları içeren 10 adet sorudan oluşmaktadır.

Kısa Form-36 (KF-36) yaşam kalitesi ölçeği: Yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla Ware ve Sherbourne tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği Koçyiğit ve ark. tarafından yapılmıştır (19,20). Daha öncelikli bedensel hastalığı olanlarda kullanılan bu ölçek, psikiyatrik hastalığı olanlarda da kullanılabilen (21) öz bildirim ölçeğidir. Sekiz boyutu; fiziksel işlevsellik, sosyal işlevsellik, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, ruhsal sağlık, enerji, ağrı ve sağlığın genel algılanmasıdır ve 36 maddeden oluşmaktadır: Alt ölçekler sağlığı 0-100 arasında değerlendirir ve 0 kötü sağlık durumunu, 100 iyi sağlık durumunu göstermektedir. Ayrıca ölçeğin toplam puanı kullanılmaz ve alt kategoriler kendi içinde değerlendirilir.

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD-A, HAD-D): Anksiyete ve depresyon düzeyini, şiddet değişimini ölçmek ve bu hastalıklar açısından riski belirlemek amacıyla kullanılan ve Zigmond ve Snaith tarafından 1983 yılında geliştirilen bir ölçektir (22). Bedensel hastalığı olanlarda ve birinci derece sağlık hizmetine başvuranlar için uygun bir ölçektir. Ölçeğin anksiyete ve depresyon alt ölçekleri vardır. Hasta tarafından doldurulur ve on dört sorudan oluşan dördümlük likert tipi bir ölçektir. 14 sorudan yarısı anksiyeteyi yarısı depresyonu değerlendirmede kullanılır. Aydemir

ve ark. tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. Anksiyete alt ölçeği için kesme puanı 10/11, depresyon alt ölçeği için ise 7/8 bulunmuştur. En düşük puan sıfır iken her bir alt ölçek için en yüksek puan 21'dir (23).

İstatistik

Veriler SPSS 20.0 programına girilmiş ve analizleri yapılmıştır. CH ve ÜK vakalarında, depresyon ve anksiyete sonuçlarından yüksek alan olguların karşılaştırılması ile ilgili sürekli değişkenlerin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla kolmogorov smirnov testi uygulandı. Sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren verilerin karşılaştırılmasında t testi, normal dağılım göstermeyen verilerin karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi, kategorik değişkenler için ki-kare testi uygulandı ve değerlendirmelerde $p < 0.05$ düzeyi anlamlılık düzeyi olarak belirlenmiştir.

BULGULAR

Araştırmamıza 55 olgu katılmış olup bu olguların %50.9'u (n=28) ÜK, %49.1'i de (n=27) CH tanısı almıştır. Hastalık tanısına göre sosyo-demografik özellikleri Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1: Crohn ve Ülseratif Kolit Olgularında Sosyodemografik Özellikler

Sosyodemografik Özellikler	CH (s=27)		ÜK (s=28)		Ki-kare/F	p
Yaş ortalaması ± SS	43.11±10.62		38.68±12.48		1.516	0.163
Hastalık başlama yaşı	35.70±10.72		32.26±11.28		0.850	0.256
Hastalık teşhis yaşı	37.85±10.04		33.57±11.40		0.892	0.146
Cinsiyet						
Kadın (s/%)	12	44.4	14	50.0	0.170	0.680
Erkek (s/%)	15	55.6	14	50.0		
Çalışma durumu						
Düzenli	11	40.7	11	39.3	0.325	0.850
Düzensiz	3	11.1	2	7.1		
Çalışmıyor	13	48.1	15	53.6		
Ek Süreğen Hastalık						
Var	6	22.2	10	35.7	1.213	0.271
Yok	21	77.8	18	64.3		
Geçirilen Atak Sayısı						
Yok	3	11.1	4	14.3	2.198	0.699
1-3	7	25.9	7	25.0		
4-6	7	25.9	6	21.4		
7-9	5	18.5	2	7.1		
>10	5	18.5	8	28.6		
Sigara Kullanım						
Evet	7	25.9	2	7.2	9.398	0.024
Hayır (bırakmış)	13	48.2	10	35.7		
Hayır	7	25.9	16	57.1		

Tablo 2: Çalışmaya Katılan Olguların Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

	Crohn Hastaları (s=26) Ortalama±ss	Ülseratif Kolit Hastaları (s=27) Ortalama±ss	F	P
Hastane Anksiyete Depresyon Test Sonuçları				
HAD-A	9.80±4.78	7.77±4.86	0.091	0.132
HAD-D	8.84±4.54	5.25±3.32	1.589	0.002
KF-36 Alt Başlıkları				
Fiziksel İşlev	67.22±25.39	71.78±28.93	2.000	0.537
Fiziksel Rol Güçlüğü	54.33±34.45	59.28±37.75	1.364	0.614
Ağrı	49.92±25.69	61.07±24.37	0.174	0.105
Genel Sağlık Algısı	52.25±21.03	52.92±20.72	0.155	0.906
Enerji, canlılık	54.81±16.14	51.96±19.82	0.032	0.967
Sosyal İşlevsellik	60.64±23.94	64.73±27.64	1.585	0.561
Mental Sağlık	62.07±18.24	56.00±18.05	0.020	0.220
Emosyonel Rol Güçlüğü	66.67 (66.67)*	100.00 (66,67)*	1.145	0.905

*ortanca değerleri (Mann-Whitney U test sonucuna göre)

Tablo 3: Çalışmaya katılan olguların depresyon ve anksiyete sonuçlarına göre yaşam kalitesi

Yaşam Kalitesi	HAD-A<11 (s=26)	HAD-A≥11 (s=27)	F	p	HAD-D<8 (s=24)	HAD-D≥8 (s=29)	F	p
Fiziksel İşlevsellik	74.8±26.5	64.0±27.1	0.01	0.15	82.2±24.2	58.6±24.9	0.00	0.00
Fiziksel Rol Güçlüğü	63.3±36.9	50.0±34.2	0.97	0.17	73.1±35.0	42.8±30.9	0.99	0.00
Ağrı	64.4±19.9	45.6±26.5	3.32	0.00	61.6±17.5	44.9±20.4	1.30	0.00
Genel Sağlık Algısı	61.7±18.7	43.6±18.9	0.20	0.00	55.4±18.7	50.6±15.3	1.00	0.00
Enerji, canlılık	51.9±17.5	53.7±16.6	1.68	0.70	55.4±18.7	50.6±15.3	1.50	0.31
Sosyal İşlevsellik	69.2±27.8	56.0±21.4	5.59	0.05	76.0±24.9	51.2±20.1	3.66	0.00
Emosyonel Rol Güçlüğü	100.00 (41.67)*	66.67 (66.67)*	2.28	0.02	87.50 (50.00)*	50.00 (25.00)*	1.32	0.18
Mental Sağlık	64.6±16.3	52.2±16.9	0.12	0.01	65.6±15.9	52.2±16.9	0.08	0.00

*ortanca değerleri (Mann-Whitney U test sonucuna göre)

Çalışmamıza katılan olguların ek süregelen hastalıkları incelendiğinde; üç olguda hipertansiyon, iki olguda diyabet ve bir olguda da ankilozan spondilit ek tanıları mevcuttu. Sosyodemografik verileri hastalık tanılarına göre incelendiğinde sigara kullanımını açısından anlamlı farklılık gözlemlendi (p=0.024). Hastalarımızın halen sigara kullanma durumları göz önüne alındığında CH olgularında sigara kullanma oranı anlamlı olarak ÜK olgularından daha yüksek bulunmuştur.

Çalışmamıza katılan olguların hastalık tanısına göre Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçek puan ortalamaları Tablo 2'de karşılaştırılmıştır. Çalışmamıza katılan olgulardan ikisinin testi doldururken ölçekleri doldurmaktan vazgeçmesi nedeniyle o hastaların test sonuçları çalışmadan çıkarılmıştır.

Yapılan değerlendirme sonucunda iki hastalık grubunda HAD-A test sonucu açısından anlamlı fark bulun-

mazken HAD-D sonuçlarında CH'da daha yüksek (kötü) olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (p=0.002). Ayrıca KF-36 alt başlıklarının karşılaştırılmasında hastalık grubuna göre anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Çalışmaya katılan olguların muhtemel depresyon ve anksiyete bozukluğu olan olgular ile olmayanların yaşam kalitesi sonuçları incelendiğinde; anksiyetesi yüksek olan olgularda enerji, canlılık hariç tüm test sonuçları, anksiyetesi yüksek olan grupta daha düşük bulunmuştur ve ağrı, genel sağlık algısı, emosyonel rol güçlüğü, mental sağlık alt başlığı açısından anlamlı farklılık bulunmuştur (Tablo 3). Ayrıca depresyon sonuçları kesme puanı üzerinde olan olgularda, yaşam kalitesinin tüm sonuçları daha düşük bulunmakla birlikte fiziksel işlevsellik, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık algısı, sosyal işlevsellik ve mental sağlık sonuçları anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur (Tablo 3).

TARTIŞMA

Çalışmamıza katılan olgular hastalık grubuna göre sosyodemografik özellikleri açısından benzerlik göstermektedir. Dikkatimizi çeken bulgulardan biri her iki hastalık grubunda da özellikle yaş ortalamaları göz önüne alındığında düzenli çalışma oranının düşüklüğüdür (Çalışma oranları: ÜK %37.9, CH %42.3). Ülkemizdeki işsizlik oranının %9.8 olduğu (24) dikkate alındığında, İBH'nin özellikle üretken dönemde ciddi işlevsellik kaybına yol açtığını ifade edebiliriz. Yapılan bir çalışmada İBH olgularının işten ayrı kalma durumlarının kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulunduğu tespit edilmiş ve ayrıca genç olguların iş hayatının daha olumsuz etkilendiği belirtilmiştir (25).

CH'de, sigara içme oranı anlamlı yüksek bulunmuştur ($p=0.024$). Sigara tüketiminin gastrointestinal mukozal kan akımını bozduğu (26), ayrıca İBH olgularında, ekstra-intestinal patolojilere (spondiloartropati, eritema nodosum gibi) neden olduğu bilinmektedir (27). Bu olumsuz etkileri göz önüne alındığında, bu konuda hastaların daha fazla bilgilendirilmesi ve sigara bırakma programlarına dahil edilmesinin önemli bir konu olduğu düşünülebilir.

İBH'nin süregelen bir hastalık olması, yinelemelerle seyretmesi, prognozunun belirsiz olması, cerrahi operasyon ve kanser gelişme riski olması nedeniyle anksiyete ve depresyon sıklığı (28-31). Çalışmamızda hastalık aktivitesine bakılmaksızın muhtemel depresyonu olan hastaların oranı %55, muhtemel anksiyetesi olan hastaların oranı %51 civarındadır. İBH'de iyileşme döneminde anksiyete ve/veya depresyonun yaygınlığı %29-35, yineleme döneminde anksiyetenin %80, depresyonun %60 civarında olduğu tahmin edilmektedir (32,33). Çalışmamızda da İBH hastalarında anksiyete ve depresyon dünya literatürüne uyumlu şekilde yaygın bulunmuştur.

Çalışmamızda HAD ölçeği alt başlıkları alındığında, hem anksiyete hem de depresyon puanları bakımından CH olguları daha yüksek puan almışlardır ancak bu farklı-

lık anksiyete düzeyinde anlamlılık göstermezken ($p=0.132$), depresyon düzeyinde anlamlı bulunmuştur ($p=0.002$). Yapılan bazı çalışmalarda, CH olgularında depresyon sonuçları ÜK olgularına göre daha yüksek bulunmuştur (34-36). Simren M ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada, CH olgularında ÜK olgularına göre, artmış psikososyal işlev bozukluğu ve gastrointestinal semptomlar ve azalmış iyilik hali gösterilmiştir. Depresif belirtilerin CH olgularında yüksek olmasının bu hastalarda komplikasyonların fazla olması ve hastalık aktivasyonu ile ilgili olabileceğini düşünmekteyiz.

İBH genellikle çocukluk veya genç yetişkin dönemde başlar ve hayat boyu devam eder. Bununla birlikte İBH hastalarının yaşam beklentisi sağlıklı insanlara yakındır. İBH yaşam kalitesini önemli oranda kötü etkiler (37,38) ve ayrıca İBH'nin aktif döneminde yaşam kalitesinin iyileşme dönemine göre daha kötü olduğu gösterilmiştir (39-41). Çalışmamızda, CH ve ÜK hasta gruplarının, KF-36'nın alt başlıklarının karşılaştırılmasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (tablo 2). Bazı çalışmalarda çalışmamızla uyumlu şekilde hastalık aktivasyonu değerlendirmeye alınmadığında CH ile ÜK arasında hayat kalitesi açısından anlamlı bir fark olmadığı ileri sürülmüştür (37,42). Bunun yanında CH'nin ÜK'ye göre yaşam kalitesini daha kötü yönde etkilediğini ileri süren çalışmalarda mevcuttur (43,44).

İBH'de fiziksel hastalık tek başına hayat kalitesindeki bozulmayı açıklamaz. Çünkü hastalık aktivitesi ve hastaların belirtilerinin yoğunluğu tam olarak hayat kalitesindeki bozulma ile uyumsuz (45). Çalışmamızda HAD ölçeğine göre depresyon ve anksiyete sonuçları açısından riskli gruplar ile riski düşük gruplar karşılaştırıldığında, yaşam kalitesinin birçok sonucu anlamlı farklılık göstermektedir (Tablo 3). Çalışmamızdaki sonuca göre depresyon ve anksiyetenin İBH'de yaşam kalitesini olumsuz etkilediği söylenebilir. Yapılmış çalışmaların sonuçları da bizim bulgularımızla uyumlu şekilde İBH'de hastalık aktivitesinden bağımsız şekilde depresyon ve anksiyetenin hayat kalitesini bozduğu gösterilmiştir (41,46,47).

Kaynaklar:

1. Podolsky DK. Inflammatory bowel disease. N Engl J Med. 2002;347:417-29.
2. Sartor RB. Mechanisms of disease: pathogenesis of Crohn's disease and ulcerative colitis. Nat Clin Pract Gastroenterol Hepatol. 2006;3:390-407.
3. Graff LA, Walker JR, Lix L, Clara I, Rawsthorne P, Rogala L et al. The Manitoba IBD Cohort Study: The relationship of disease type and activity to psychological functioning and quality of life. Clin Gastroenterol Hepatol. 2006;4:1491-01.

4. Graff LA, Walker JR, Bernstein CN. Depression and anxiety in inflammatory bowel disease: review of comorbidity and management. *Inflamm Bowel Dis.* 2009;15:1105-18.
5. Katon W, Ciechanowski P. Impact of major depression on chronic medical illness. *J Psychosom Res.* 2002;53:859-63.
6. Mawdsley JE, Rampton DS. Psychological stress in IBD: new insights in pathogenic and therapeutic implications. *Gut.* 2005;54:1481-91.
7. Leue C, van Os J, Neeleman J, de Graaf R, Vollebergh W, Stockbrügger RW. Bidirectional associations between depression/ anxiety and bowel disease in a population based cohort. *J Epidemiol Community Health.* 2005;59:434-5.
8. Rosenkranz MA. Substance P at the nexus of mind and body in chronic inflammation and affective disorders. *Psychol Bull.* 2007;133:1007-37.
9. Blume J, Douglas SD, Evans DL. Immune suppression and immune activation in depression. *Brain Behav Immun.* 2011;25:221-9.
10. Hisamatsu T, Kanai T, Mikami Y, Yoneno K, Matsuoka K, Hibi T. Immune aspects of the pathogenesis of inflammatory bowel disease. *Pharmacol Ther.* 2013;137:283-97.
11. Kessler RC, Ormel J, Demler O, Stang PE. Comorbid mental disorders account for the role impairment of commonly occurring chronic physical disorders: results from the National Comorbidity Survey. *J Occup Environ Med.* 2003;45:1257-66.
12. Graff LA, Walker JR, Bernstein CN. It's not just about the gut: managing depression and anxiety in inflammatory bowel disease. *Practical Gastroenterol.* 2010;34:11-25.
13. The WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychol Med.* 1998;28:551-8.
14. Petrak F, Hardt J, Clement T, Börner N, Egle UT, Hoffmann SO. Impaired health-related quality of life in inflammatory bowel diseases: psychosocial impact and coping styles in a national German sample. *Scand J Gastroenterol.* 2001;36:375-82.
15. Casellas F, Arenas JJ, Baudet JSFábregas S, García N, Gelabert J, Medina C et al. Impairment of health-related quality of life in patients with inflammatory bowel disease: A Spanish multicenter study. *Inflamm Bowel Dis.* 2005;11:488-96.
16. Keles H, Ekici M, Bulcun E, Altinkaya V. Effect on chronic disease and associated psychological distress on health-related quality of life. *Int Med J.* 2007;37:6-11.
17. Tanaka M, Kazuma K. Ulcerative colitis: factors affecting difficulties of life and psychological well being of patients in remission. *J Clin Nurs.* 2005;14:65-73.
18. Zhang S, Huang LH, Wen YL, Hu ZH, Jin J, Shen LH et al. Impact of personality and coping mechanisms on health-related quality of life in liver transplantation recipients. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int.* 2005;4:356-9.
19. Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form healthsurvey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *MedCare.* 1992;30:473-83.
20. Koçyiğit H, Aydemir Ö, Ölmez N, Memiş A. Kısa Form 36(KF-36)'nın Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. İlaç ve Tedavi Dergisi. 1999;12:102-6.
21. Aydemir Ö. Konsültasyon-liyezon psikiyatrisinde yaşam kalitesi ölçümü: Kısa Form-36 (SF-36). 3P (Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji) Dergisi. 1999;7:14-22.
22. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand.* 1983;67:361-70.
23. Aydemir Ö. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Derg.* 1997;8:280-7.
24. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.doid>. Erişim tarihi 15.11.2013.
25. Boonen A, Dagnelie PC, Feleus A, Hesselink MA, Muris JW, Stockbrügger RW, et al. The impact of inflammatory bowel disease on labor force participation: results of a population sampled case-control study. *Inflamm Bowel Dis.* 2002;8:382-9.
26. Wu WK, Cho CH. The pharmacological actions of nicotine on the gastrointestinal tract. *J Pharmacol Sci.* 2004;94:348-58.
27. Manguso F, Sanges M, Staiano T, Gargiulo S, Nastro P, et al. Cigarette smoking and appendectomy are risk factors for extraintestinal manifestations in ulcerative colitis. *Am J Gastroenterol.* 2004;99:327-34.
28. Froch B, Zwolińska-Wcisło M, Bętkowska-Korpała B, Mach T. The dynamics of emotional reactions in patients with inflammatory bowel disease. *Przegląd Gastroenterologiczny.* 2009;4:141-6.
29. Kovács Z, Kovács F. Depressive and anxiety symptoms, dysfunctional attitudes and social aspects in irritable bowel syndrome and inflammatory bowel disease. *International Journal of Psychiatry in Medicine.* 2007;37:245-55.
30. Mikocka-Walus AA. Treatment of psychological comorbidities in common gastrointestinal and hepatologic disorders. *World Journal of Gastrointestinal Pharmacology and Therapeutics.* 2010;1:64-71.
31. Hardt J, Conrad S, Muche-Borowski C, Raspe H. Epidemiology of depression and distress in patients with inflammatory bowel disease and validation of an indicator scale of perceived stress for psychological impairments. *European Psychiatry.* 2011;26:2217-25.
32. Mittermaier C, Dejaco C, Waldhoer T, Oefflerbauer-Ernst A, Miehsler W, Beier M et al. Impact of depressive mood on relapse in patients with inflammatory bowel disease: a prospective 18-month follow-up study. *Psychosomatic Medicine.* 2004;66:79-84.
33. Addolorato G, Capristo E, Stefanini GF, Gasbarrini G. inflammatory bowel disease: a study of the association between anxiety and depression, physical morbidity, and nutritional status. *Scandinavian Journal of Gastroenterology.* 1997;32:1013-21.
34. Guthrie E, Jackson J, Shaffer J, Thompson D, Tomenson B, Creed F. Psychological disorder and severity of inflammatory bowel disease predict health-related quality of life in ulcerative colitis and Crohn's disease. *Am J Gastroenterol.* 2002;97:1994-9.
35. Nordin K, Pahlman L, Larsson K, Sundberg-Hjelm M, Loof L. Health-related quality of life and psychological distress in a population-based sample of Swedish patients with inflammatory bowel disease. *Scand J Gastroenterol.* 2002;37:450-7.

36. Caprilli R, Gassull MA, Escher JC, Moser G, Munkholm P, Forbes A et al; European Crohn's and Colitis Organisation. European evidence based consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: special situations. *Gut*. 2006;55(Suppl 1):36-58.
37. Casellas F, López-Vivancos J, Casado A, Malagelada JR. Factors affecting health related quality of life of patients with inflammatory bowel disease. *Quality of Life Research*. 2002;11:775-81.
38. Haapamaki J. Health-Related Quality of Life, Symptoms and Comorbidity in Inflammatory Bowel Disease [Ph.D. dissertation] The Medical Faculty of the University of Helsinki; 2011.
39. Albersnagel F, Dijkstra G. inflammatory bowel disease: medical and psychological aspects. *Psychologie & Gezondheid*. 2007;35:85-96.
40. Graff LA, Walker JR, Lix L, Clara I, Rawsthorne P, Rogala L, Miller N, Jakul L, McPhail C, Ediger J, Bernstein CN. The relationship of inflammatory bowel disease type and activity to psychological functioning and quality of life. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. 2006;4:1491-501.
41. Vidal A, Gomez-Gil E, Sans M, Portella MJ, Salamero M, Pique JM, Panes J. Health-related quality of life in inflammatory bowel disease patients: the role of psychopathology and personality. *Inflammatory Bowel Diseases*. 2008;14:977-83.
42. Keefer L, Kiebles JL, Martinovich Z, Cohen E, Van Denburg A, Barrett TA. Behavioral interventions may prolong remission in patients with inflammatory bowel disease. *Behaviour Research and Therapy*. 2011;49:145-50.
43. Drossman DA, Ringel Y. Psychological factors in ulcerative colitis and Crohn's disease. In: Sartor R, Sandborn W, editors. *Kirsner's Inflammatory Bowel Disease*. 6th edition. Philadelphia, Pa, USA: WB Saunders; 2004. pp. 340-56.
44. Farmer RG, Easley KA, Farmer JM. Quality of life assessment by patients with inflammatory bowel disease. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*. 1992;59:35-42.
45. Cuntz U, Welt J, Rupert E, Zillessen E. Determination of subjective burden from chronic inflammatory bowel disease and its psychosocial consequences. *Psychotherapy, Psychosomatics, Medical Psychology*. 1999;49:494-500.
46. Prasko J, Jelenova D, Mihal V. Psychological aspects and psychotherapy of inflammatory bowel diseases and irritable bowel syndrome in children. *Biomedical Papers of the Medical Faculty of the University Palacký, Olomouc, Czechoslovakia*. 2010;154:307-14.
47. Helzer JE, Chammas S, Norland CC. A study of the association between Crohn's disease and psychiatric illness. *Gastroenterology*. 1984;86:324-30.