T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

GASTROİNTESTİNAL KANAMASI OLAN BİREYLERİN RİSK FAKTÖRLERİ, SEMPTOMLARI VE HASTALIK YÖNETİMİ HAKKINDA BİLGİ DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Makbule SONUÇYARAÇ ÖZKANCA

DANIŞMAN
Doç. Dr. Hilal UYSAL

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

İç Hastalıkları Hemşireliği Programı

Ocak, 2023

TEZ KABUL VE ONAYI

Makbule SONUÇYARAÇ ÖZKANCA tarafından, **Doç. Dr. Hilal UYSAL** danışmanlığında hazırlanan **" Gastrointestinal Kanaması Olan Bireylerin Risk Faktörleri, Semptomları Ve Hastalık Yönetimi Hakkında Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi "** başlıklı bu çalışma, jürimiz tarafından **04/01/2023** tarihinde yapılan sınav sonucunda **oy birliği** ile başarılı bulunarak **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tez Jürisi

		İmza	**Sonuç**
DANIŞMAN	Doç. Dr. Hilal UYSAL Bartın Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı		☒ Kabul ☐ Ret
ÜYE	Prof. Dr. Gülbeyaz CAN İstanbul Üniversitesi – Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı		☒ Kabul ☐ Ret
ÜYE	Prof. Dr. Sıdıka OĞUZ Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı		☒ Kabul ☐ Ret

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve bilimsel etik kuralları içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını ve her türlü hukuki sorumluluğu aldığımı kabul ederim.

Makbule SONUÇYARAÇ ÖZKANCA

(İmza)

Tüm zorlu süreçlerimde benden desteğini esirgemeyen, her zaman yanımda olan başta eşim Oğuz ÖZKANCA, annem Vildan SONUÇYARAÇ ve babam Metin SONUÇYARAÇ olmak üzere canım aileme ithaf ediyorum…

BÜTÇE DESTEKLERİ

GASTROİNTESTİNAL KANAMASI OLAN BİREYLERİN RİSK FAKTÖRLERİ, SEMPTOMLARI VE HASTALIK YÖNETİMİ HAKKINDA BİLGİ DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu tez çalışması için herhangi bir kurumdan bütçe desteği alınmamıştır.

TEŞEKKÜR

Lisans eğitimimden itibaren bana rehberlik eden, yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmam sırasında değerli katkılarını, bilgilerini ve sonsuz desteğini sunup paylaşan tez danışmanım Sayın hocam Doç.Dr. Hilal UYSAL'a,

Lisans ve yüksek lisans eğitimim boyunca emeği geçen ve bilgileriyle yoluma ışık tutan hocalarım Prof. Dr. Gülbeyaz Can'a, Prof. Dr. Nuray Enç'e ve Doç.Dr. Zeliha Tülek'e

Çalışma hayatımda eğitimimi destekleyip, imkanları kolaylaştıran sevgili sorumlum Zülfiye Karaal ve Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dahiliye Servisindeki tüm meslektaşlarıma,

Bugüne kadar sevgilerini ve desteklerini benden esirgemeyen, yaşamımın her anında, verdiğim tüm kararlarda yanımda olan canım ailem; annem Vildan Sonuçyaraç, babam Metin Sonuçyaraç, ablam Seçil Deveci ve eniştem Hasan Ali Deveci'ye

Yaptığım her işte, aldığım tüm kararlarda desteğini ve sevgisini hisettiğim varlığıyla mutluluk veren hayat arkadaşım, eşim Oğuz ÖZKANCA' ya sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Ocak 2023 **Makbule SONUÇYARAÇ ÖZKANCA**

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEZ KABUL VE ONAYI ..... HATA! YER İŞARETİ TANIMLANMAMIŞ.
BEYAN ..... **İİİ**
BÜTÇE DESTEKLERİ ..... **V**
TEŞEKKÜR ..... **Vİ**
İÇİNDEKİLER ..... **Vİİ**
ŞEKİLLER LİSTESİ ..... **Xİ**
TABLOLAR LİSTESİ ..... **Xİİİ**
ÖZET ..... **XVİ**
ABSTRACT ..... **XVİİİ**
1. GİRİŞ **1**
2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE **4**
2.1. Gastrointestinal Sistem 4
2.1.1. Özofagus 7
2.1.2. Mide 8
2.1.3. Pankreas 9
2.1.4. İnce ve kalın bağırsak 10
2.1.5. Karaciğer 12
2.1.6 Safra Kesesi 12
2.2. Gastrointestinal Sistem Kanama Tanımı 13
2.3. Gastrointestinal Sistem Kanama Epidemiyolojisi 14
2.4. Gastrointestinal Kanamada Semptomlar 16
2.5. Gastrointestinal Kanamaların Etiyolojisi 18
2.5.1. Üst Gastrointestinal Kanamalar 18
2.5.2. Alt Gastrointestinal Kanamalar 25
2.6. Gastrointestinal Kanamalı Hastanın Değerlendirilmesi 32
2.6.1. Anamnez 33
2.6.2. Fizik Muayene 33
2.6.3. Laboratuvar 34

2.6.4. Radyolojik Tetkikler 35
2.7. Gastrointestinal Kanamada Yararlanılan Risk Skorlama Sistemleri 37
2.8. Gastrointestinal Kanamada Tedavi 41
2.8.1. Üst Gastrointestinal Kanama Tedavisi 41
2.8.2. Alt Gastrointestinal Kanama Tedavisi 44
2.9. Sağlık Okuryazarlığı 46
3. YÖNTEM 55
3.1. Araştırmanın Amacı ve Türü 55
3.2. Araştırma Soruları 55
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih 55
3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi 55
3.5. Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri: 56
3.6. Araştırmaya Dâhil Edilmeme Kriterleri: 56
3.7. Verilerin Toplanması 56
3.8. Veri Toplama Araçları 57
3.8.1. Hasta Bilgi Formu (EK-1) 57
3.8.2. Sayısal Ağrı Derecelendirme Ölçeği 57
3.8.3. Dispne Sözel Derecelendirme Ölçeği 58
3.8.4. Glasgow Blatchford Skor (EK-2) 58
3.8.5. Gastrointestinal Kanaması Olan Bireylerin Bilgi Düzeyi Değerlendirme Soru Formu (EK-3) 59
3.9. Araştırmanın Etik Yönü 61
3.10. Araştirmanin Güçlü ve Sınırlı Yönleri 61
3.10.1. Araştirmanin Güçlü Yönleri 61
3.10.2. Araştırmanın Sınırlı Yönleri 62
3.11. Verilerin İstatistiksel Analizi 62
4.BULGULAR 63
4.1. Bireylerin Tanımlayıcı Özellikleri ile İlişkili Bulgular 64
4.2. Bireylerin Ağrı ve Dispne Durumuna İlişkin Bulguları 69
4.3. Bireylerin Nabız, Kan Basıncı ve Kan Değerleri ile İlişkili Bulgular 69
4.4. Bireylerin Glasgow Blatchford Skoru ile İlişkili Bulgular 71

4.5. Gastrointestinal Kanaması Olan Bireylerin Bilgi Düzeyi Değerlendirme Soru Formu ile İlişkili Bulgular 71
4.6. Gastrointestinal Kanaması Olan Bireylerin Bilgi Düzeyi Değerlendirme Soru Formuna Verilen Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu 83
4.7. Gastrointestinal Kanaması Olan Bireylerin Bilgi Düzeyi Değerlendirme Soru Formunun Geçerlik Güvenirliğine İlişkin Bulgular 88
5.TARTIŞMA 89
5.1. Gastrointestinal Kanama Tanısı Olan Bireylerin Tanımlayıcı Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması 89
5.1.1. Gastrointestinal Kanama Tanısı Olan Bireylerde Cinsiyet ile ilişkili Bulguların Tartışılması 89
5.1.2. Gastrointestinal Kanama Tanısı Olan Bireylerde Yaş ile İlişkili Bulguların Tartışılması 90
5.1.3. Gastrointestinal Kanama Tanısı Olan Bireylerde Sigara ve Alkol Kullanımı ile İlişkili Bulguların Tartışılması 90
5.1.4. Gastrointestinal Kanama Tanısı Olan Bireylerde Ağrı Kesici ve Kan Sulandırıcı İlaç Kullanımı ile İlişkili Bulguların Tartışılması 91
5.1.5. Gastrointestinal Kanama Tanısı Olan Bireylerde Ek Hastalık Varlığı ile İlişkili Bulguların Tartışılması 92
5.1.6. Gastrointestinal Kanama Tanısı Olan Bireylerde Belirtiler ile İlişkili Bulguların Tartışılması 93
5.1.7. Gastrointestinal Kanama Tanısı Olan Bireylerde Hastalığı Geçirme Sıklığı ile İlişkili Bulguların Tartışılması 93
5.1.8. Gastrointestinal Kanama Tanısı Olan Bireylerde Hastaneye Başvurudaki Sistolik-Diyastolik Kan Basınç Durumu ve Kan Sonuçları ile İlişkili Bulguların Tartışılması 94
5.1.9. Gastrointestinal Kanama Tanısı Olan Bireylerde Glasgow Blatchford Skoru (GBS) İle İlişkili Bulguların Tartışılması 95
5.2. Gastrointestinal Kanaması Olan Bireylerin Bilgi Düzeyi ile Tanımlayıcı Sosyodemografik Özellikleri Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulguların Tartışılması 96
5.3. Gastrointestinal Kanaması Olan Bireylerin Risk Faktörleri, Semptomları ve Hastalık Yönetimi Hakkındaki Bilgi Düzeyilerine İlişkin Bulguların Tartışılması 98
6.SONUÇ VE ÖNERİLER 100

KAYNAKLAR **104**
EKLER **126**
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI **136**
ETİK KURUL İZİN YAZISI **137**
KURUM İZNİ YAZILARI **141**
ÖZGEÇMİŞ **147**

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2.1. Gastrointestinal Sistem (GİS) 5
Şekil 2.2. Özofagus (Yemek borusu) 7
Şekil 2.3. Midenin Anatomik Görünümü 9
Şekil 2.4. Pankreas 10
Şekil 2.5. Bağırsak Anatomisi 12
Şekil 2.6. Gastrointestinal Kanama Anatomisi 14
Şekil 2.7. GİS Kanamaları İnsidans ve Mortalite Verileri 15
Şekil 2.8. Melenalı Dışkı 17
Şekil 2.9. Peptit Ülser 20
Şekil 2.10. Özofagus Varisleri 21
Şekil 2.11. Akut Gastrik Mukozal Lezyonlar 21
Şekil 2.12. Mallory Weiss Sendromu 22
Şekil 2.13. Dieulafoy Lezyonu 23
Şekil 2.14. Özefajit 24
Şekil 2.15. Anal Fissür 26
Şekil 2.16. Hemoroid 26
Şekil 2.17. Divertiküler Hastalıklar 27
Şekil 2.18. Anjiyodisplaziler 28
Şekil 2.19. Normal Bağırsak ve Ülseratif Kolitli Bağırsak 29
Şekil 2.20. Meckel Divertikülü 30
Şekil 2.21.Ülseratif Kolit 31
Şekil 2.22. Bir Kadının Enine Kolonunda İskemik Kolit 32

Şekil 2.23. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler 51

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2.1. Semptomlar ve Kanama 18

Tablo 2.2. Üst GİS Kanama Sebepleri ve Görülme Sıklığı 19

Tablo 2.3. Glasgow Blatchford Skorlama Sistemi 38

Tablo 2.4. Rockhall Risk Skorlama Sistem 39

Tablo 2.5. Forrest Sınıflaması 40

Tablo 2.6. AIMS-65 Skoru 41

Tablo 3.1. Uzman Görüşleri 60

Tablo 3.2. Normal Dağılım Tablosu 62

Tablo 4.1.1-4.1.5. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı 64

Tablo 4.2.1. Bireylerin Ağrı ve Dispne Durumuna İlişkin Bulguları 69

Tablo 4.3.1. Nabız, Kan Basıncı ve Kan Değerleri Ortalamaları 70

Tablo 4.4.1. Bireylerin Glasgow Blatchford Skor Ortalaması 71

Tablo 4.5.1. Bilgi Puan Ortalamaları 72

Tablo 4.5.2.1. Gastrointestinal Kanaması Olan Bireylerde Bilgi Düzeyi Değerlendirme Soru Formu (Mide Kanamasına Etkisi Olan Durumlar) 73

Tablo 4.5.2.2. Gastrointestinal Kanaması Olan Bireylerde Bilgi Düzeyi Değerlendirme Soru Formu (Belirti- Bulgusu Olduğu Durumlar) 79

Tablo 4.5.2.3. Gastrointestinal Kanaması Olan Bireylerde Bilgi Düzeyi Değerlendirme Soru Formu (Önlenmesi ve Tekrarlamasını Önlemeye Yönelik Durumlar) 81

Tablo 4.6.1. Bilgi Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu 84

SİMGE VE KISALTMA LİSTESİ

Kısaltmalar **Açıklama**

AGİS : Alt Gastrointestinal Sistem
BUN : Blood Urea Nitrogen
CRF : Corticotropin Releasing Hormone (Kortikotropin Serbestlestirici Faktör)
DM : Diabetes Mellitus
DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü
G : Gram
GBS : Glaskow Blatchford Skor
Gİ : Gastrointestinai
GİS : Gastrointestinal Sistem
HCT : Hemotokrit
HB : Hemoglobin
HT : Hipertansiyon
IBS : İrritabl Bağırsak Sendromu (Irritable Bowel Syndrome)
INR : Uluslararası Düzeltme Oranı
KBY : Kronik Böbrek Yetersizliği
KC Hastalığı : Karaciğer Hastalığı
KG : Kilogram
KGİ : Kapsam Geçerlik İndeksi
KGO : Kapsam Geçerlik Oranı
KRE : Kreatinin
L : Litre
MG : Miligram
ML : Mililitre
NSAİİ : Nonsteroid Antiinflamatuvar İlaç
OAK : Oral Antikoagülan
pH : Power of Hydrogen (Hidrojen Gücü)
PPİ : Proton Pompa İnhibitörü
SOY : Sağlık Okuryazarlığı
TRH : Training and Research Hospital

ÜGİS : Üst Gastrointestinal Sistem

Ve ark. : Ve arkadaşları

Et al. : Ve diğerleri

ÖZET

YÜKSEK LİSANS TEZİ

GASTROİNTESTİNAL KANAMASI OLAN BİREYLERİN RİSK FAKTÖRLERİ, SEMPTOMLARI VE HASTALIK YÖNETİMİ HAKKINDA BİLGİ DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

MAKBULE SONUÇYARAÇ ÖZKANCA

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

İç Hastalıkları Hemşireliği Programı

Danışman : Doç. Dr. Hilal UYSAL

Bu araştırma gastrointestinal (Gİ) kanaması olan bireylerin risk faktörleri, semptomları ve hastalık yönetimi hakkında bilgi düzeylerinin değerlendirilebilmesi için geçerli ve güvenilir bir araç geliştirmek ve bireylerin bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla planlanan ve uygulanan tanımlayıcı bir araştırmadır.

Araştırma T.C. Sağlık Bakanlığı Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi (EAH), Haydarpaşa Numune EAH, Kanuni Sultan Süleyman EAH, Bağcılar EAH, Göztepe EAH'leri dahiliye servislerinde yatan Gİ kanama tanısı olan 01.09.2020-28.02.21 tarihleri arasında araştırmanın dahil edilme kriterlerine uyan aynı zamanda araştırmaya katılmayı yazılı ve sözlü onam alınarak kabul eden 142 hasta ile gerçekleştirildi. Araştırmada verileri toplamak için araştırmaya katılan bireylerin tanımlayıcı özelliklerini belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından oluşturulmuş olan "Hasta Bilgi Formu", Gİ kanamalı hastaların klinik müdahale ihtiyacını kolay tahmin etmek ve belirti-bulgularını hızlı bir şekilde belirlemek amacıyla "Glasgow Blatchford Score (GBS)" formu, araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanıp 7 uzman görüşüne sunularak hazırlanan "Gastrointestinal Kanaması Olan Bireylerin Bilgi Düzeyi Değerlendirme Soru Formu" kullanıldı. Bu soru formuna yönelik uzman görüşü

alınarak kapsam geçerlilik indeksi hem madde düzeyinde hemde ölçek düzeyinde hesaplandı. Uygulanan formun KGİ=0.826 hesaplanarak geçerlilik düzeyinde oldukça yüksek sonuç elde edildi ve soru formunun doğru hazırlanmış olduğu belirlendi. Ayrıca veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 programında analiz edildi. Demografik değişkenlere göre dağılımların belirlenmesi amacıyla frekans (f) ve yüzdeler (%) hesaplandı. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler olarak çarpıklık-basıklık, sayı, ortalama, yüzde, t-testi, ANOVA testi, standart sapma ve korelasyon analizi kullanıldı. Araştırmaya katılan bireylerin %43.7' si kadın cinsiyet, %56.3' ü erkek cinsiyet oluştururken bunlardan; %64.1' i 61 yaş ve üzeri olduğu saptandı. Bireylerin %47.2'sinde sigara kullanımı, %49.3'ünde sık ağrı kesici ilaç kullanımı, %50'den fazlasında kafein tüketimi ve %81'inde kronik hastalık varlığı gibi çeşitli risk faktörleri incelendi ve literatürle anlamlı sonuçlar elde edildi. Çalışmada eğitim düzeyi düşük bulunurken %34.5 lise ve üzeri okuyan birey, Gİ kanama ile ilgili oluşturulan soru formundaki bilgi ortalama puanları 29.493±8.393 olarak hesaplandı ve orta düzeyde bilgi sahibi olunduğuna ulaşıldı. Bu araştırmanın bilgi testine ilişkin güvenirlik katsayıları KR21=0.815; KR20=0.892 bulunarak oldukça yüksek güvenilirliğe sahip, homojen dağılımlı ve yapı geçerliliği yüksek bir soru formu elde edildiği istatistiksel olarak saptandı.

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda, gastrointestinal kanaması olan bireylerin risk faktörleri, semptomları ve hastalık yönetimi hakkındaki bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi ve yeterli düzeye ulaştırılması, bilgi formunun etkin kullanımı ile Gİ kanama konusunda hemşirelerin hasta eğitimini ve sağlık okuryazarlığını desteklediği çalışmaların arttırılması önerilmektedir.

Ocak 2023 , 153 sayfa.

Anahtar kelimeler: Gastrointestinal Sistem, Gastrointestinal Kanama, Sağlık Okuryazarlığı

ABSTRACT

M.Sc. THESIS

EVALUATION OF KNOWLEDGE LEVELS ABOUT RISK FACTORS, SYMPTOMS AND DISEASE MANAGEMENT OF INDIVIDUALS WITH GASTROINTESTINAL BLEEDING

Makbule SONUÇYARAÇ ÖZKANCA

Istanbul University-Cerrahpaşa Institute of Graduate Studies

Department of Internal Medicine Nursing

Internal Medicine Nursing Programme

Supervisor : Assoc. Prof. Dr. Hilal UYSAL

This research is a descriptive study planned and applied to develop a valid and reliable tool to evaluate the knowledge level of individuals with gastrointestinal (GI) bleeding about risk factors, symptoms and disease management, and to determine the level of knowledge of individuals.

Research Turkish Health Ministry Gaziosmanpaşa Training and Research Hospital (TRH), Haydarpaşa Numune TRH, Kanuni Sultan Süleyman TRH, Bağcılar TRH, Göztepe TRH's were performed between 01.09.2020 and 28.02.21, the GI bleeding diagnosis in internal services, with 142 patients who agreed to participate in the research in writing and verbal consent, which met the criteria for inclusion of the research. In order to collect the data in the study, the 'Patient Information Form' was created by the researcher to determine the descriptive characteristics of the individuals participating in the study, and the 'Glasgow Blatchford Score (GBS)' form to easily predict the need for clinical intervention in patients with GB bleeding and to quickly determine their symptoms and findings. was prepared by the researcher in line with the literature. And It was used The "Knowledge Level Evaluation Questionnaire for Individuals with

Gastrointestinal Bleeding", which was prepared by 7 experts. The content validity index was calculated at both the item level and the scale level by taking expert opinion on this questionnaire. By calculating the CGI=0.826 of the applied form, a very high result was obtained at the level of validity and it was determined that the questionnaire was prepared correctly. In addition, the data were analyzed in SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 program. Frequency (f) and percentages (%) were calculated to determine the distributions according to demographic variables. In the analysis of the data, skewness- kurtosis, number, mean, percentage, t-test, ANOVA test, standard deviation and correlation analysis were used as descriptive statistical methods. While 43.7% of the individuals participating in the research were female, 56.3% were male; It was determined that 64.1% were 61 years and older. Various risk factors such as smoking in 47.2% of the individuals, frequent use of painkillers in 49.3%, caffeine consumption in more than 50% and presence of chronic disease in 81% of the participants were examined and significant results were obtained with the literature. While the level of education was low in the study (34.5% of high school students and above), the mean information score in the questionnaire about GB bleeding was calculated as 29.493±8.393. And it has been reached that you have a medium level of knowledge. The reliability coefficients for the knowledge test of this study were found to be KR21=0.815; KR20=0.892, and it was statistically determined that a highly reliable, homogeneously distributed and construct validity questionnaire was obtained.

In line with the findings obtained from the study, it is recommended to increase the knowledge level of individuals with gastrointestinal bleeding about risk factors, symptoms and disease management, and to increase the number of studies that support nurses' patient education and health literacy on GB bleeding with the effective use of the information form.

January 2023, 153 pages.

Keywords: Gastrointestinal System, Gastrointestinal Bleeding, Health Literacy

1. GİRİŞ

Gastrointestinal (Gİ) kanamalar, kanama nedeni olan lezyonların lokalizasyonuna göre çeşitlilik gösteren, morbidite ve mortalite oranı yüksek, önemli bir sağlık sorunudur. Toplumda 1000 kişiden 1-2'sinde görülmekte olup, insidansı yıllık hastane başvurularının 100.000'de 50-150'si arasında değişmektedir. Gİ kanamalar yoğun bakım şartlarındaki gelişmelere rağmen mortalitesi %10'lara kadar varabilmekte; bu durum klinik ve ekonomik yönde önemli bir yük getirmektedir (Feinman & Haut, 2014; Gençay, M., 2009).

Gİ kanama Amerika Birleşik Devletleri'nde her yıl 250000-300000 sıklıkta başvuruya neden olurken, akut üst gastrointestinal sistem (GİS) kanamaları Amerika Birleşik Devletleri'ndeki yıllık ölümlerin 20000 kadarından sorumlu olduğu tahmin edilmektedir Ülkemizde ise hasta kayıt sistemlerinin ve çok merkezli çalışmaların yetersizliği nedeniyle Gİ kanamaların sıklığı kesin olarak bilinmezken; Gİ kanamalarının %85'inin üst GİS kaynaklı olduğu ifade edilmektedir (Di Fiore et al., 2005; Memişoğlu, 2005; Gençay, 2009).

1920'li yıllarda üst GİS kanamalar sebebiyle hastaneye başvuran bireylerin %10'unun 60 yaş üzerindeki bireyleri kapsadığı belirtilirken, günümüzde bu oran %60'lara ulaşmaktadır. Yapılan çalışmalar ise ölümlerin çoğunun 60 yaş üzerindeki yaşlı hastalarda ve ciddi kalp hastalığı, kanser, böbrek yetersizliği, karaciğer yetersizliği gibi ek ağır hastalığı bulunanlarda olduğunu belirtmektedir (Chassaignon et al., 2003; Törüner M., 2004).

Gastrointestinal kanamalar, hastanede yatan 60 yaş üzeri bireylerde geliştiğinde mortalite %40'lara ulaşırken, 60 yaş altında olup da birlikte başka ciddi bir hastalığı veya malignitesi olmayanlarda ise bu oran % 0.6 olarak tespit edilmiştir. Bu da, yaşlı popülasyonda üst GİS kanamalarının önemini artırmaktadır (Brooks et al., 2013; Alkım et al., 2002). Ayrıca yapılan araştırmalar, gastrointestinal kanaması olan bireylerin %57'sinin ilk kez üst GİS kanaması geçirdiğini, %43'ünün birden fazla üst GİS kanama geçirme hikayesi olduğunu belirtilmektedir (Alkım et al., 2002; Bayır et al., 2003; Öcal et al., 2011).

Gastrointestinal kanama risk faktörleri incelendiğinde hastalardaki ileri yaş, erkek cinsiyet, kronik böbrek yetersizliği (KBY), kalp hastalığı, karaciğer hastalığı, diabetes mellitus

(DM) ve malignite gibi birlikte bulunan hastalıkların önemli etkisi olduğu belirtilmektedir. Ayrıca nonsteroid anti-inflamatuvar ilaçlar (NSAİİ), aspirin, steroid ilaçlar ve antikoagülan ilaçların kullanılması, helikobakter pilori, gastrik asidite, emosyonel stres, aşırı fiziksel zorlanma, sigara-alkol tüketimi ve yaşam şekli de önemli risk faktörleri olarak gösterilmektedir (Bayır et al., 2003; Gürel et al., 2004; Gölgeli et al.,2014). Bu doğrultuda yapılan araştırmalarda da üst Gİ kanama ile başvuran bireylerin predispozan olabilecek ilaç kullanım öyküsünün %49-56 olduğu belirtilirken, bireylerin %62-78'inde ek hastalıkların (DM, KAH, KC hastalığı vb.) bulunduğu ve %24-36'sının sigara ve alkol kullanımı olduğu belirtilmiştir (Sezgin et al., 2007; Yenigün et al., 2006).

Gİ kanamalar incelendiğinde semptomlar, Gİ bölgeye göre farklılık gösterirken kanamalar gizli veya aşikar bir durum sergilemektedir. Üst GİS kanamalı olgularda hematemez ve melena ya da sadece melena bulunurken, alt GİS kanamalarında ise hematokezya veya kahve telvesi renginde dışkı bulunmaktadır. Melena Gİ kanamalardaki en sık başvuru nedeni olarak belirtilmektedir. Yapılan araştırmalarda hastaların %48-70'inde sadece melena, %40-55'inde melena ve hematemez, %2-3'ünde hematokezya ile başvuru olduğu belirtilirken; ülkemizde yapılan araştırmalarda başvuruların %64'ünde melena, %50'sinde hematemez, %16'sında hematokezya şeklinde olduğu görülmüştür (Yenigünet al.,2006; Erkuş et al.,2013). Bunların yanı sıra kanamanın derecesine ve hızına göre hastalarda farklı semptomlar da gelişebilmektedir. Solukluk, dispne, efor kapasitesinde azalma ve anjinal ağrı gibi demir eksikliği anemisinde görülen bulgular; taşikardi, hipotansiyon, susuzluk hissi, ekstremitelerde cilt soğukluğu, oryantasyon bozukluğu ve titreme bireylerde görülen diğer semptomlardandır (Törüner, 2004; Karabulut et al., 2021).

Ulusal ve uluslar arası çalışmalar incelendiğinde Gİ kanaması olan bireylerin aynı etkenler doğrultusunda benzer semptomlarla hastaneye başvurduğu gözlenmiş, ancak hastaneye başvuruları önlemeye yönelik ve hastalık yönetimlerini geliştirmeye yönelik eksikleri belirleyen çalışmalara ulaşılamamıştır. Gastrointestinal kanamaların sıklıkla tekrarlanmaması konusunda erken önlem alınması da oldukça önemlidir ve hemşirelere bu konuda büyük bir görev düşmektedir. Hemşirelerin öncelikle sağlığın geliştirilmesi ve hastalığın önlenmesi konusunda rol ve sorumlulukları vardır.

Eğitici rolüde bunlardan biridir. Bireylerin bütüncül olarak ele alınıp mevcut hastalığa yönelik bilgilendirilmesinde, risk faktörleri ve semptomlarını tanıyarak hastalığın iyileştirilmesinde önemli bir rol oynamaktadırlar. Hemşirenin rolleri doğrultusunda bu eksikliği gidermek ve literatüre katkı sağlamak amacıyla, araştırma gastrointestinal kanaması olan bireylerin risk faktörleri, semptomları ve hastalık yönetimi hakkında bilgi düzeylerinin hızlıca değerlendirilebilmesi için bir araç geliştirmek ve bireylerin bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla bir çalışma olarak planlandı. Literatüre yeni bir bakış açısı sunarak katkıda bulunmak istendi.

2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1. Gastrointestinal Sistem

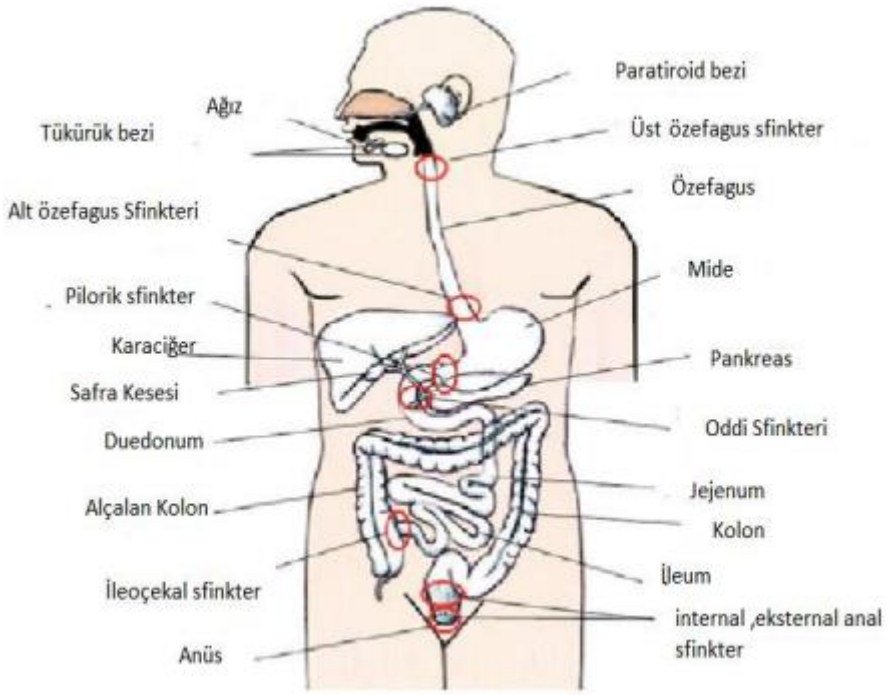
Gastrointestinal sistem, luminal GİS ve hepato-biliyer-pankreatik GİS olacak şekilde iki şekilde ele alınmaktadır. Ağızdan başlayıp anüste sonlanan sindirim kanalından oluşan luminal gastrointestinal sistemdir. Luminal gastrointestinal sistemin unsurları şu şekilde sıralanmaktadır (Leung, 2014):

- Farinks
- Özofagus
- Mide
- Duendenum
- Jejunum
- İleum
- İnce bağırsak
- Kolon
- Çekum
- Rektum

Hepato-biliyer-pankreatik gastorintestinal sistemin unsurları ise şunlardır (Leung, 2014):

- Parotis
- Dilaltı ve submandibular bezler
- Pankreas
- Safra kesesi
- Karaciğer

Luminal GİS ve hepato-biliyer-pankreatik GİS sürecinin unsurları Şekil 2.1. de gösterilmiştir.



Şekil 2.1. Gastrointestinal Sistem (GİS)

Kaynak: Leung, 2014.

Yutulan gıda maddelerine has sindirim enzimlerini salgılanması ve karışık periyotlarla besin emiliminin sindirilmesinin ve emilmesinin sağlanması gastrointestinal sisteminin esas görevi olarak belirlenmiştir. Gastrointestinal sistem, tüketilen gıda ve sıvıları sindirilmesini ve emilmesini sağlamakla yükümlüdür (Camilleri ve ark., 2012). Gastrointestinal sistem kanalının birtakım kısımları "sfinkter" yardımıyla birbirinden ayrılmaktadır. "Özofagus, pilorik ileoçekal, anal sfinkterler, oddi sfinkteri" bunlara örnek gösterilebilir. Sfinkter denilenbu yapıların çalışmasındaki eksiklikler gastrointestinal sistemde bazı motilite sorunlarına neden olabilmektedir. Bu motilite sorunlarının bazıları şu şekilde örneklendirilmiştir (Leung, 2014):

- Dumping
- Akalazya,
- Gastro özofagael reflü hastalığı
- Gastroparezi
- Gastrointestinal motilitesi
- Gastrointestinal sekresyonu

- Peptik ülser
- İshal

Gastrointestinal sistemin fonksiyonunu açıklarken dört tane fizyolojik süreçten faydalanılmaktadır. Bu fizyolojik süreçler şunlardır:

- Sindirim
- Salgı
- Emilim
- Hareketlilik

Gastrointestinal sistemde sekresyon ve aynı anda emilme oluşurken, gastrointestinal kanal çeperindeki adeleler kasılmaktadır. Çeşitli türden sekresyonlarla luminal içerik karıştırılır ve bu luminal içerik, proksimal bölgeden distal bölgeye olacak şekilde (ağızdan anüse doğru) harekete geçirilmektedir. Gastrointestinal kanal duvarındaki bu kasılmalara GİS motilitesi adı verilmektedir (Leung, 2014).

Gastrointestinal sistem, enterik sinir sistemini kapsadığı için merkezi sinir sisteminden tamamıyla ayrım yapabilen geniş bir iç sinir sistemini içeriğinde bulundurmaktadır. Bundan dolayı öteki periferik organlardan ayrılmaktadır. Enteroendokrin hücreler olarak adlandırılan özel endodern emsali epitel hücreler, vücut içindeki en büyük endokrin organını meydana getirmektedir. Bu epitel hücrelerin gastrointestinal sistemdeki sayısı oldukça fazladır. Enteroendokrin hücrelerin GİS üzerindeki işlevleri şu şekilde verilmiştir:

- Salgılama,
- Besin alımının düzenlenmesi,
- Hareketlilik,
- Postprandiyal glikoz seviyelerinin ve metabolizmanın kontrolü,
- Gastrointestinal fonksiyonun kontrolü.

Gastorintestinal sistem, organizmanın immün sisteminin önemsenen bir kısmıdır. Bağırsak ile alakalı lenfoid doku (GALT), immün hücrelerinden oluşmaktadır. Bağırsak ile alakalı lenfoid dokunun esas iki fonksiyonu bulunmaktadır. Bu iki fonksiyon; potansiyel mikrobiyal patojenlere karşı koruma sağlamak ve GİS lümeninde

hem immünolojik besin maddelerine hem de bakterilere karşı immünolojik yanıt oluşturmaktır (Leung, 2014).

2.1.1. Özofagus

Özofagusun esas işlevi, yutulan yiyecekleri ya da sıvıları mideye taşımak ve gastroözofageal reflünün önüne geçmek olan, erişkin kişilerde ortalama 18-26 cm uzunluğunda tübüler bir organdır. Özofagus, peristalsik hareketleri nöral refleksler yardımıyla yapmaktadır. Gastrointestinal sistemin öteki kısımlarına göre özofagus, serozal katmanını bulunduramazken, dış çeperde ince bir bağ dokusu katmanını bulundurmaktadır (Yazaki ve Sifrim, 2011).

Özofagus, sempatik ve parasempatik sinir sistemi innerve edilir. Parasempatik sinirler nervus vagus ile gelmektedir. Sempatik sinirler ise servikal ve torasik ganglionlardan köken alır. Özofagusun "sirküler ve müsküler" tabakaları arasında bulunan pleksusu, peristaltik hareketleri düzenler.

Özofagusun görevleri arasında kas tabakasının peristaltik hareketleri ile gıdaların mideye taşınmasını alt özofageal sfinkter ile mide içeriğinin reflü olmasının önlenmesini sağlar. Burada sindirim gerçekleşmemektedir. Özofagus 4 tabakadan oluşmaktadır. Bunlar skuamöz mukoza, submukoza, sirküler ve longitudinal müsküler tabaka ve elastik fibröz dokudan meydana gelmektedir (Yıldız Fındık, Ünver, Eyi; 2019)



Şekil 2.2. Özofagus (Yemek borusu)

Kaynak:https://www.koruhastanesi.com/yemek-borusu-kanseri--1641-5
ErişimTarihi:09.08.2022

2.1.2. Mide

Mide, özofagustan duedonuma kadar uzanıp karın alt kadranında bulunan bir organdır. Mide anatomik olarak dört bölümden oluşur. Bunlar; kardiya, fundus, lorpus ve pilordur. Kardiya ve pilor kısımları hareketlidir ve düz kaslar yardımıyla midedeki besinlerin duedonuma geçişini sağlar.

Midedeki kas tabakası içten dışa doğru üç tabaka olarak (oblik, sirküler ve longitidual) kas liflerini içermesi sebebiyle diğer sindirim bölümlerinden ayrılır. Bu kas tabakaları midede peristaltik hareketler, çalkalanma ve dalgalanma hareketleri şeklinde yiyeceklerin sindirimini ve gastrik sıvıyla karışmasını sağlar (Yıldız Fındık, Ünver, Eyi; 2019).

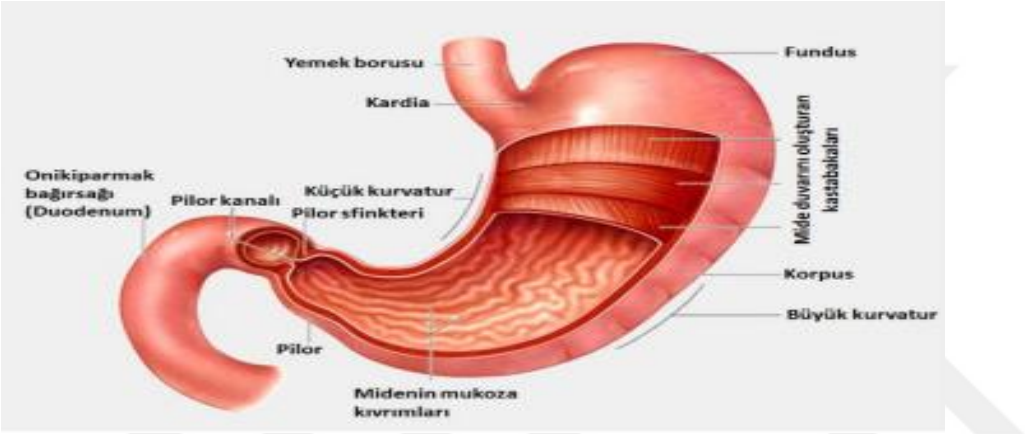
Mide mukozasındaki salgı bezleri sayesinde günde yaklaşık 2 lt kadar gastrik sıvı salgılanmaktadır. Gastrik sıvı içeriğinde; mineral tuzlar, su, mukus, hidroklorik asit, intrensek faktör ve pepsinojenler bulunur (Yıldız Fındık, Ünver, Eyi; 2019). Gastrik sıvılar; besinler vücuda alınmadan koklama, tatma ve görme duyularının harekete geçirilmesi ile birlikte gasrik sıvının %20 kadarı oluşmaya başlar (sefalik faz). Daha sonra gastrin mekanizmasının aktive edilmesi sağlanır (gastrik faz) ve son olarak ince bağırsağa ulaşan besinlerle sekretin ve kolesistokinin hormonlarının salgılanmasıyla gastrik sıvı üretilmiş olur (intestinal faz).

Midenin rezervuar işlevi,

- Asit salgısı,
- Enzim salgısı,
- GI motilitedeki rolü şeklinde gerçekleşir.

Anatomik olarak mide rezervuarının geneli midenin fundusunda yer almaktadır. Gastrik sınır, yaklaşık 1-2 litreye kadar değişiklik göstermektedir. Mide aynı zamanda ghrelin (açlık hormonu) ve leptin (tokluk hotmonu) de dahil olacak şekilde enterik ve enterik olmayan fizyolojik bir takım peptit hormonu üretebilen önemli endokrin özelliğe sahip bir organdır. Mide asidi salgısının anotomik işlevi, sindirim sürecini başlatmanın yanında yiyeceklerden kaynaklı mikropları engellemektir (O'Connor ve O'Morain, 2014). Ayrıca gastrik salgı ile besinlerin daha fazla parçalara ayrılması ile enzim salgılanmasını uyarırken; gastrik sekresyonlardaki hormonlar ile motiliteyi etkilemektedir (Yıldız Fındık, Ünver, Eyi; 2019).

Mide pH'ı genellikle 5.5'in altındadır ve besin alımı ile birlikte pH 2'ye kadar düşebilmektedir. Midede yiyecek alımına yanıt olarak leptin salınmaktadır. Bağırsakta leptin konsantrasyonunun artış göstermesi, vagal afferent liflerin aktivasyonu ile hipotalamustaki tokluk merkezlerinin uyarılmasını etkilemektedir. Ayrıca leptinin gastrointestinal sistemin düzenlenmesinde, motilitesinde ve pankreatik hücre fonksiyonlarında da bulunduğu belirtilmiştir. Serum leptin konsantrasyonunun cinsiyete göre farklılık gösterdiği ve kadınlarda serum leptin konsantrasyonunun erkeklere göre biraz daha fazla olduğu ifade edilmektedir (Anusha et al., 2019; Yıldız Fındık et al., 2019)).



Şekil 2.3. Midenin Anatomik Görünümü

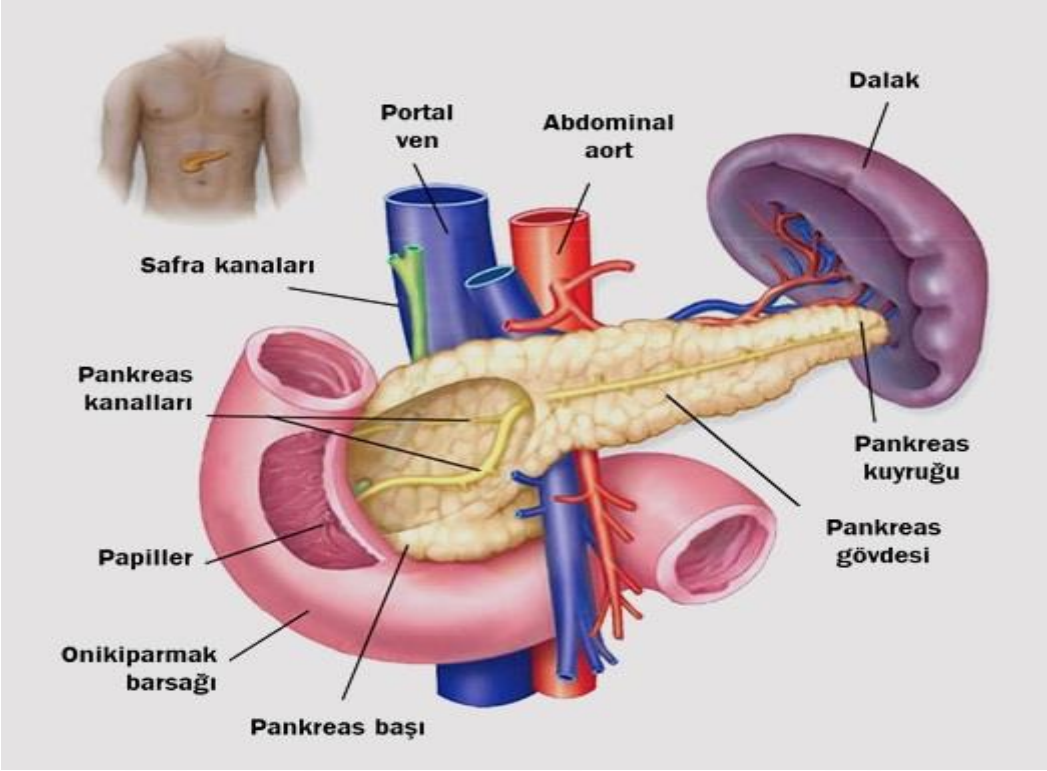
Kaynak: Bozkurt ve Halıcı, 2015.

2.1.3. Pankreas

Pankreas, ekzokrin ve endokrin salgıları olan, 15-18 cm uzunluğunda karın arka duvarındaki bölgede yer alan bir bezdir. Vücuttaki amilaz karbonhidratlarını maltoz ve glikoza çevirir. Lipaz trigliseritlerini fosfolide ve kolesterole ayrır ve proteinleri aminoasitlere ayırarak hidrolizi sağlar. Pankreasta bulunan bu enzimler normalde aktif değildir, duedonuma iletildikten sonra aktifleşir. Böylelikle sindirim greçekleşirken pankreas korunmuş olur. Pankreas salgıladığı farklı sindirim enzimleri ve pankreas hormonlarıyla büyük besinlerin sindiriminde; metabolizma ve enerji homeostazının düzenlenmesinde önemli görevlere sahiptir (Eti Aslan, 2017; Chandra ve Liddle, 2013).

Pankreas salgılarından olan ekzokrin salgı, içeriğinde yeralan bikarbonat sayesinde bazik özelliktedir. Bu durum mideden gelen asit ile pankreastan salgılanan bazik salgı

birleşimini ile duedonuma geçişte kimusun nötralize olmasını sağlar. Böylelikle duedonum Ph'ı korunur (Eti Aslan, 2017).



Şekil 2.4. Pankreas

Kaynak: https://www.pankreasnedir.com/Videolar/34/pankreas-anatomisi-pankreatit-tumorler-ve-whipple-ameliyati Erişim Tarihi:10.10.2022

2.1.4. İnce ve kalın bağırsak

Sindirim ve emilimin en fazla olduğu, pilorik sfinkterden başlayıp ileoçekal valf ile sonlanan kısım ince bağırsaktır. Midenin periton boşluğu ile kalın bağırsakta çekum arasında yer alır. 5-6 metre uzunluğunda ve 2.5-4 cm çapında yapıya sahiptir. İnce bağırsak;

- Duedonum
- Jejenum
- İleum olarak 3 bölümden oluşur (Yıldız Fındık et al., 2019).

Duedonum ince bağırsakta en kısa (25-30 cm) bölüm olup, pankreas başı etrafında yer alır. Duedonum ilk kısmı intrapertonel olup mide ile hareket etme özelliğine sahiptir. Midedeki

besinlerin ilk buluşma yeri olarakta bilinen ampulla (duedonum ilk 5 cm'lik bölümü) peptik ülser gelişme riskini taşımaktadır (Yıldırım, 2018).

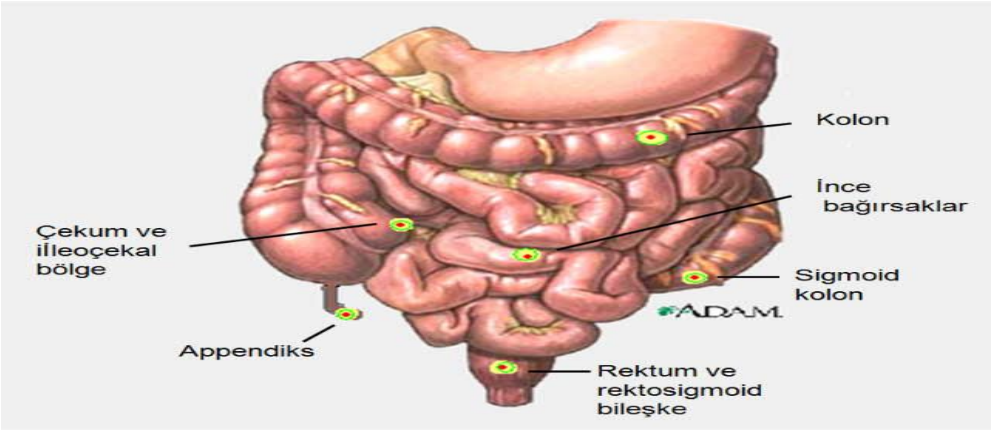
Duedonumdan sonra gelen kan damarları açısından zengin olan kısım jejenum ve daha geniş yapıya sahip ileum şeklinde devam eder. İnce bağırsağın üç temek fonksiyonu vardır. Bunlar; peristaltik hareket, sindirim ve emilimdir. Burada besinlerin bazı sindirim basamakları tamamlanır ve bağırsak duvarında bulunan villuslar sayesinde emilim gerçekleşir (Yıldız Fındık et al., 2019). Peptidleri aminoasitlere dönüştüren peptidazlar; disakkaritleri parçalara ayıran maltaz, sakkaraz, laktaz; yağ asiti ve nötral yağları parçalayan lipazlar ince bağırsakta salgılanan enzimlerdir. Enzimler sayesinde yapı taşlarına ayrılan ve sindirime uğrayıp parçalanan besinlerin emilimi burada sağlanır. Ayrıca yağda eriyen vitaminler, su, B12, demir ve bazı elektrolitlerin emilimi de ince bağırsakta tamamlanmatadır (Eti Aslan, 2017).

Kalın bağırsak ileoçekal valfle başlayıp anüsle sonlanan; çekum, kolon ve rektum olarak 3 bölümden oluşur. Organın beslenmesi mezenterik arter ile sağlanırken, inervasyon otonom sinir sistemi ile gerçekleşmektedir. Kalın bağırsakta sadece mukus salgılanır, villuslar bulunmaz. Mukus mukozayı koruyucu ve kayganlaştırıcı özelliği ile besinlerin ilerleyişini kolaylaştırır. Su ve elektrolitlerin absorbasyonu burada gerçekleşmektedir (Yıldız Fındık et al., 2019).

Kalın bağırsağın esas işlevi su ve elektrolit emilinden sonra, emilemeyen besinlerin bir süre bekletip feçesi oluşturmaktır. Daha sonra defekasyon olarak dışarı atılması sağlanır. Kalın bağırsakta diğer sindirim bölümleri gibi peristaltik hareket bulunmaz, kasılma ve parasempatik kontroller defekasyon refleksini başlatır. Böylece sindirim işlemi tamamlanır.

Kalın bağırsak lümeninde çok sayıda bakteriler bulunmaktadır. Bunlar insan vücudunda üretilemeyen K vitamini, B1, B2, B12 vitaminlerini oluşturur. Ayrıca kalın bağırsakta bulunan mikroorganizmalar ince bağırsakta sindirilememiş bazı proteinlerin yıkımını ve sonrası oluşan amonyak ayrıştırımınıda gerçekleştirmektedir (Eti Aslan, 2017; Yıldız Fındık et al., 2019).

Şekil 2.5.te ince bağırsağın anatomik görüntüsü verilmiştir.



Şekil 2.5. Bağırsak Anatomisi

Kaynak: https://www.nedirbul.com/ince-bagirsak-nedir-ve-anatomisi/ Erişim Trihi:15.10.2022

2.1.5. Karaciğer

Abdominal boşluğun sağ üst kısmında yer alan, çok önemli metabolik işleve sahip sindirime yardımcı bir organdır. Vücutta birden fazla maddenin sentezlenmesi, salgılanması ve depolanmasını sağlamaktadır ve hayati önem taşımaktadır. Karaciğerin görevleri şu şekildedir;

- Safra üretimi ve salgılanması,
- Glikozun glikojene dönüştürülmesi,
- Kolesterol, lipoprotein ve fosfolipid sentezlenmesi,
- Plazma proteinlerin üretimi,
- A, D, E, K vitaminleri ve ferritin depolanması,
- Amonyağın üre/ ürik asite dönüştürülmesi,
- Kan yapımı ve depolanması,
- Vücut sıcaklığının ayarlanması (Eti Aslan, 2017; Yıldırım,2018).

2.1.6 Safra Kesesi

Karaciğerin altında yer alan, amut şeklinde ince duvarlı bir kesedir ve karaciğerde üretilen safranin konsantre edilerek depo edildiği yerdir (Yıldırım, 2018). Yemek yenildiğinde safra kesesi kasılarak konsantre edilmiş safrayı duedonuma boşaltır. Yağların mekanik sindirilmesi

görevini, mide asidinin nötralizasyonunu ve bağırsaklardaki zararlı bakterilerin çoğalmasının engellenmesi gibi görevleri mevcuttur (Eti Aslan, 2017).

2.2. Gastrointestinal Sistem Kanama Tanımı

Gastrointestinal sistem (GİS) kanaması, hastaneye yatışların sıkça sebebi olmakla beraber potansiyel şekilde insan yaşamını riske sokabilecek etkiye sahip bir abdominal acildir. Ciddi hastalıkların ve ölümün açık bir sebebidir. GİS kanaması yüzünden hayatını kaybeden kişi sayısının oranı %10 civarlarında saptanmıştır (Feinman & Haut, 2014; Nadler & Eliakim, 2014). GİS kanamaları, alt ve üst gastrointestinal kanamalar olmak üzere iki grupta ele alınmaktadır. Üst GİS kanamasının görülme oranı 150/100.000 şeklindeyken alt GİS kanamasının görülme oranı ortalama 20/100.000 şeklinde tespit edilmiştir (Strate, 2016). GİS kanamalar belirgin bir hastalık ve ciddi ölüm oranları sebebiyle tanılamada hızlı ve belirleyici olup, yaşamsal faaliyetleri koruyup, doğru resusitasyonla stabilite sağlanmalıdır. Klinik olarak durumu stabil olmayan hastalar için erken resüsitasyon, intravenöz sıvı infüzyonu ve kan transfüzyonu üzerinde durulmaktadır. Böylelikle "hipoksi ve prerenal azotemi" gibi uç organ zedelenmeleri düzenlenebilir ve kan akışının önüne geçilir (Cappell ve Friedel, 2008).

Üst gastrointestinal kanamalar "treitz ligamentinin proksimalinde" den meydana gelen kanamalar olarak anılırken, alt gastrointestinal kanamalar "treitz ligamemtinin distali" nden dolayı gerçekleşen kanamalar olarak belirtilir (Kim, Li, Engel, 2014).

Şekil 2.6.' da alt ve üst GİS kanamalarının anatomisi verilmektedir.



Şekil 2.6. Gastrointestinal Kanama Anatomisi

Kaynak: https://www.acilcalisanlari.com/gastrointestinal-sistem-kanamalari-genel-bakis.html Erişim Tarihi:15.09.2022

2.3. Gastrointestinal Sistem Kanama Epidemiyolojisi

Üst gastrointestinal kanamalar toplumda 100/100.000 oranında tespit edilmekteyken alt gastrointestinal sistem kanamalarıysa üst gastrointestinal kanamadan daha az görülmekte ve yıllık görülme oranı yaklaşık 20/100.000 şeklinde tespit edilmiştir (Feinman et al., 2014). Yapılan araştırmalard GİS kanamaları en çok 50-80 yaş aralığındaki kişilerde görülüğü belirtilmiştir (Gölgeli et al., 2014; Erkuş et al., 2013). Ölümle sonuçlanan GİS kanamaları ise daha çok 60 yaş ve üstündeki hastalarda görülmektedir.

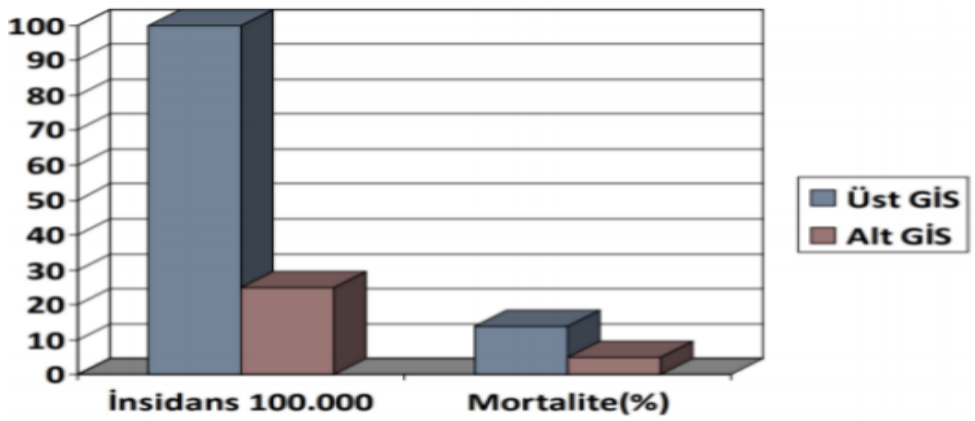
GİS kanamalarının görülme sıklığında cinsiyet farklılığı bulunmaktadır. Gastrointestinal kanamalı hastaların epidemiyolojini ele alan çalışmalara bakıldığında erkeklerde Gİ kanamaların görülme sıklığı, kadınlardaki Gİ kanamaların görülme sıklığının yaklaşık iki katı olarak belirlenmiştir (Yalçın, Kara, Öztürk, et al., 2016).

Bütün GİS kanamalarının yaklaşık %80-85'ine yakınını üst GİS kanamaları oluşturmaktadır. Bu oran literatürdeki çalışmalar doğrultusunda yaklaşık 20-30 senedir aynı şekilde seyretmektedir (Longstreth, 1995; Szura & Pasternak, 2015). Üst Gİ kanamaların daha fazla görülme oranının senelerdir standart kalması, yaşı genç bireylerde peptik ülsere bağlı

kanamaların sayısının azalmasına karşın, yaşlı kişilerde aspirin ya da NSAİİ kullanılmasına bağlı gerçekleşen kanamaların artması şeklinde açıklanmaktadır (Tırnaksız, 2005; Gölgeli et al., 2014).

GİS kanamalarının ölümcül riski 90' lı yıllarda 60 yaş altındakilerde %10 olarak tespit edilirken, 60 yaş üstündekilerde %12-25 aralığında tespit edilmiştir (Aksöz et al., 1999). Bu oranlar günümüz çalışmalarında tedavi yöntemlerinin artması ve erken tanılama ile mortalite oranını % 5' lere kadar gerilediği görülürken, komorbid hastalık varlığı, ilaç kullanımı vb. risk faktörleri sebebiyle zaman zaman değişiklikler olduğu belirtilmiştir (Şimşek et al., 2003; Yalçın et al., 2016). Son iki yılı değerlendirdiğimizde ise dünya genelinde etkisi görülen pandemi sürecinin üst gastrointestinal kanamalarındaki (ÜGİK) görülme oranını oratalama yüzde 0.5' lik bir katkı yaptığı belirtilmiştir. Bunun nedeni olarak ise COVİD-19 geçiren bireylerin ilaç kullanımının artması, peptik ülser gelişme oranının yüksek çıkması ve 4'te 3'ünde antikoagülan/kan sulandırıcı tedavi almış olması şeklinde belirtilmiştir (Mauro, De Grazia, Lenti et al., 2021)

Alt GİS kanamalarının tanı ve tedavi süreci zor bir süreçtir. Alt gastrointestinal kanamaların görülme oranı senelik 20/100.000 olduğu ifade edilmiştir. Ayrıca alt Gİ kanamalarda da üst Gİ kanamalarda olduğu gibi ileri yaş ve erkek cinsiyet bireylerde daha sık görüldüğü belirtilmiştir (Feinman et al., 2014). GİS kanamalarının görülme sıklığı ve ölüm oranları Şekil 2.7'de belirtilmiştir.



Şekil 2.7. GİS Kanamaları İnsidans ve Mortalite Verileri

2.4. Gastrointestinal Kanamada Semptomlar

Gastrointestinal sistem kanamaları, gizli ya da aşikâr kanama şeklinde gerçekleşebilmektedir. Genel olarak üç şekilde semptom vererek gerçekleşmektedir. Bunlardan melena ve hematemez ayrı ayrı ya da birlikte semptom vererek üst Gİ kanamayı düşündürürken; hematokezya ise alt Gİ kanamayı akla getirmektedir. Ancak kanamanın çok olduğu olaylarda, üst Gİ kanamada dahil hematokezya görülmesi mümkündür. Bazı durumlarda ise (kanama az ise) hiç semptom görülmez ve gaitada gizli kan testi ile tanılama sağlanır (Fujishiro, Iguchi, et al., 2016).

Hematemez:

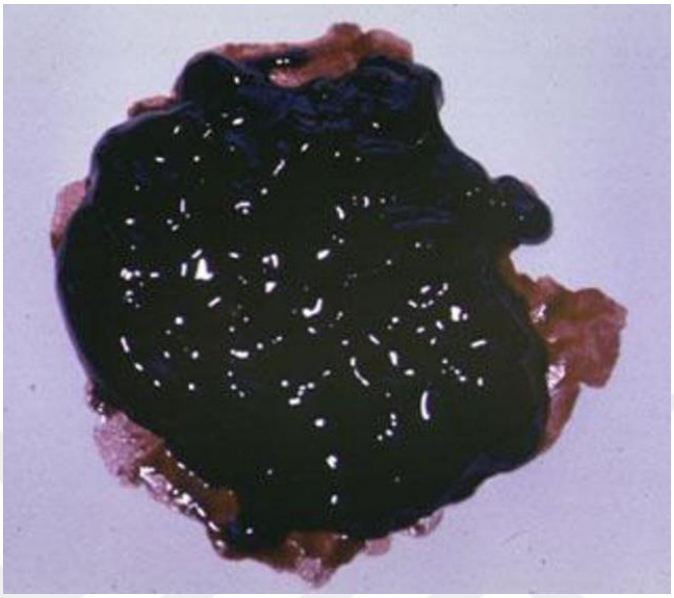
Taze kırmızı kan veya ″kahve telvesi″ şeklinde olan kanlı kusmaya hematemez denilmektedir. Kırmızı renkli kan halinde ise yeni bir kanamanın habercisi olarak düşünülür (Peter, 2004; Sarıdas & Duyan, 2021). Eğer ″kahve telvesi″ şeklinde ise genellikle o esnada aktif kanama olmadığı anlamına gelmektedir (Yüceyar H.,2005). Hematemezin karakteri kanamanın miktarına, yerine ve midenin boşalma hızına bağlı olarak değişebilir. Bu farklılaşma kanın ÜGİ kanama bölgesindeki kanın hemolize olması ile gelişir. Eğer nazofareksten kaynaklı bir kan ihtimali yoksa kanamanın "treitz bağı proksimalinden", üst Gİ kaynaklı olduğunu akla gelmelidir (Sarıdas & Duyan, 2021).

Melena:

Rengi siyah, katran gibi olan; cıvık yapıya sahip, kötü kokulu dışkılama melena olarak tanımlanır. Üst gastrointestinal kanamanın en çok görülen belirtisidir. Fakat mide, ince bağırsak ve proksimal kolondan olan kanamalar da melenaya neden olabilir (Sarıdas & Duyan, 2021). Melena oluşması için üst GİS'ten 100 ml kanama olması yeterlidir. Duodenal ülser kanamalarında 8 saat içerisinde kan tamamen siyahlaşır ve gaita melena haline gelir. Kanama durduktan sonra 1–3 gün melena şeklinde dışkılama devam eder. 7–10 gün gaitada gizli kan pozitifliği görülür. Bazı maddeler gaita rengini siyahlaştırıp melena ile karıştırılabilir (Yüceyar H.,2005). Bu maddeler şunlardır:

- Demir içeren preparatlar,
- Bizmut içeren preparatlar,
- Aktif kömür,
- Gıda boyaları,

- Ispanak,
- Pancar.



Şekil 2.8. Melenalı Dışkı

Kaynak: https://www.hekim.net/doktor/kutalmis-cem-bagdatli-p1a2/hekimsozluk/melena-ss219/ Erişim Tarihi:15.09.2022

Hematokezya:

Gastrointestinal sistemdeki kanın fiziksel özelliği değişmeden, taze kan şeklinde defekasyon ile atılmasıdır. Parlak kırmızı renkli kanamalar olarak da tanımlanır. Genellikle alt GİS kanamalarda gözlenir, ancak masif akut üst GİS kanamasına bağlı da oluşabilir. Üst gastrointestinal kanalda bulunan 1000 ml veya daha fazla kan hematokezyaya neden olur (Goldman E., Ausiello D., et al:2006). Ortostatik hipotansiyonla beraber oluşması ihtimaller içinde olan masif üst gastrointestinal kanamaları düşündürmektedir.

Gizli Kanama:

Dışkı testinde gizli kanın görüldüğü aşikâr olmayan kanamalardır. Aşikâr kanama bu durumda görülmemektedir. Bu durumun nedeni kanamanın az ölçüde olmasıdır. Belirtiler içinde efor kapasitesinde düşme, solukluk, ağrı ve dispne gibi demir eksikliği anemisi olmasıyla bilinmektedir. Kanama alt ve üst GİS nedenli olabilmektedir. Bazı durumlarda bu kanama GİS

malignitelerinin ilk semptomu olabilmektedir (Cerulli, 2016). Tablo 2.1.' de hangi semptomların hangi kanamaya neden olduğu belirtilmiştir.

Tablo 2.1. Semptomlar ve Kanama

Semptomlar	Üst Kanama	Alt Kanama
Hematemez	Var	Yok
Melena	Var	Yok
Hematokezya	Yok	Var

Kaynak: https://docplayer.biz.tr/19213533-Gastrointestinal-kanamalar-doc-dr-mehtap-bulut-uutf-acil-tip-ad-bursa.html Erişim Tarihi:15.09.2022

2.5. Gastrointestinal Kanamaların Etiyolojisi

2.5.1. Üst Gastrointestinal Kanamalar

Üst gastrointesinal kanamaların birçok sebebi bulunmakta ve yaşa göre farklılık göstermektedir. En fazla başvuru nedeni yaklaşık yüzde 20-65 değeriyle peptik ülser olarak belirtilmiştir. Yaşlılarda genellikle "peptik ülser, özefajit*"* görülmekte iken; gençlerde ise gastropati, Gİ varisler, "Mallory Weiss yırtıkları" gibi sebeplerden kaynaklı üst gastrointestinal kanamalar daha yüksek bir yüzdeyi oluşturmaktadır (Tariq & Mekhjian, 2007; Oruç, 2021)

Üst gastrointestinal kanamaların sebepleri ve görülme sıklıklarıyla beraber Tablo 2.2.'de özetlenmiştir.

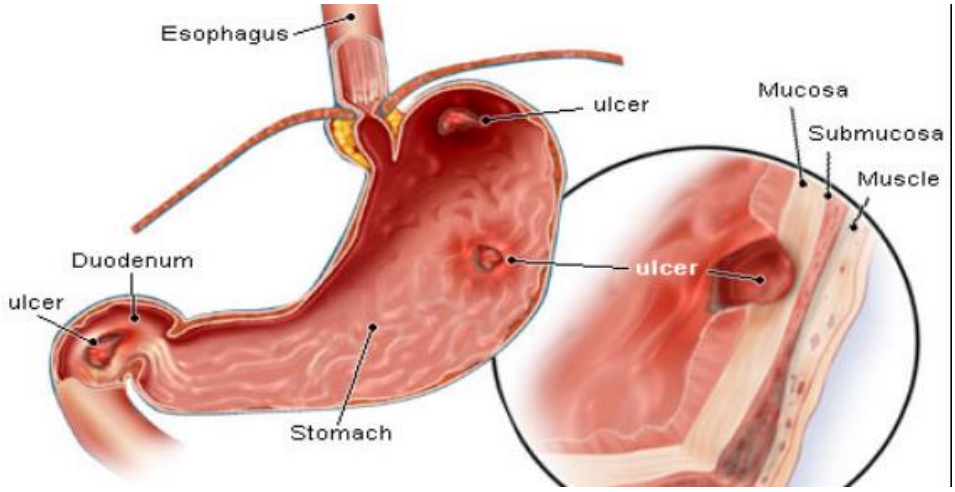
Tablo 2.2. Üst GİS Kanama Sebepleri ve Görülme Sıklığı

Üst Kanama Sebepleri	Görülme Sıklığı (%)
Peptik ülser hastalığı	55
Gastrik ülser	21,3- 23,1
Duodenal ülser	13,9- 24,3
Özefageal varis	10,3- 23,1
Özefajit	3,7- 6,3
Duodenit	3,7- 5,8
Gastrit	4,7- 23,4
Mallory weis yırtıkları	5- 10,2
Anjiodisplazi	6
Neoplazi	2- 4,9
Stomal	1,8
Özefageal ülser	1,9
Dieulafoy lezyonu	1

Kaynak: Cappell ve Friedel, 2008.

Peptik Ülser:

Üst gastrointestinal kanamanın en belirgin nedenidir. Peptik ülserlerin 2/3'ü duedenal ülser, 1/3'ü gastrik ülser biçiminde olduğu belirtilmektedir. Ülser gelişimine yol açan iki temel durum söz konusudur. Biri nonsteroid ilaç kulllanımı diğeri ise Helicobakter pylori (H. pylori) enfeksiyonudur. Her iki durumda da gastrit veya duedonal ülserasyon görülmektedir. Helicobacter pylori enfeksiyonu, muköz membran hasarına yol açar ve mukoza üzerinde inflamasyona neden olmaktadır. Yaş ilerledikçe artan ilaç kullanımı peptik ülser görülme oranını arttırmaktadır. NSAİİ ve aspirin kullanımı peptik ülser oluşumuna sebep olurken; stres, sigara ve alkol kullanımıda risk faktörleri arasındadır (Kamboj et al., 2019; Okutur, 2007).

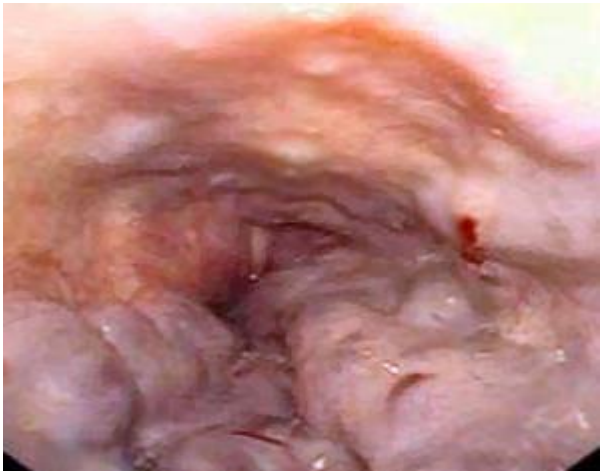


Şekil 2.9. Peptit Ülser

Kaynak: https://www.msdmanuals.com/professional/gastrointestinal-disorders/esophageal-and-swallowing-disorders/mallory-weiss-syndrome Erişim Tarihi:15.10.2022

Özefageal Varis Kanaması:

Portal hipertansiyona tabii ciddi bir etkidir ve sirozlu hastaların neredeyse tümünde görülmektedir. Bu kanamanın ölümle sonuçlanmasının oranı yaklaşık yüzde 30'dur. Varis kanaması, GİS kanamaları içinde en fazla öldürücü etkiye sahip kanamadır. Bunun nedeni, kanamaların rekürren oranının fazla oluşu ve akut kanayan varislerin tedavisinde rastlanan güçlükler olarak açıklanmıştır (Onur, 2008). Karaciğer (KC) hastalarında; KC yetersizliği olan hastalarda sirozun gelişmesi, bakteriyle enfeksiyonların eşlik etmesi, alkol alımının devamı, endoskopi bulgularında tanecikli kırmızı renkli lekelerin görülmesi ve karaciğer transplantasyonu varis kanaması riskini yükselten etmenler arasındadır (Garcia et al., 2007).



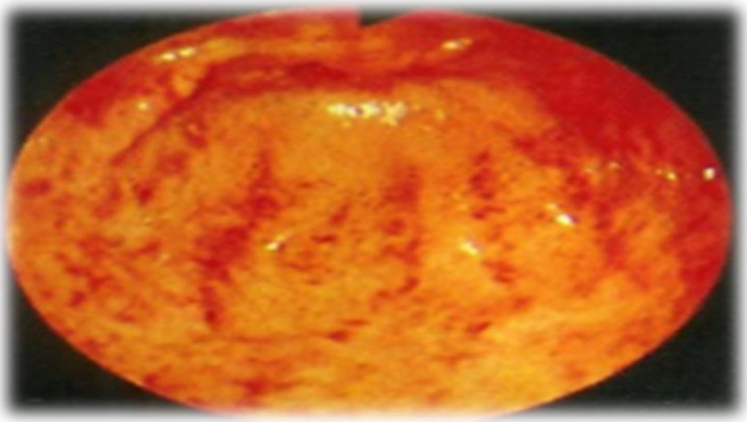
Şekil 2.10. Özofagus Varisleri

Kaynak:https://www.nkfu.com/ozofagus-varis-kanamasi-nedir-belirtileri-ve-tedavisi/

Erişim Tarihi:17.10.2022

Akut Gastrik Mukozal Lezyonlar

Akut gastrik mukozal lezyonlar "eroziv gastrit, stres gastriti, curling ülseri, cushing ülseri" gibi lezyonlara verilen genel bir addır. Üst gastrointestinal sistem hemorajilerinin yüzde 30'unu akut gastrik mukozal lezyonlar oluşturmaktadır. NSAİİ, stres, solunum yetersizliği, hemodinamik instabilite, iskemik problemler (hipoperfüzyon) gibi etmenler akut gastrik mukozal lezyonların sebeplerindendir (Paksoy et al., 2009).

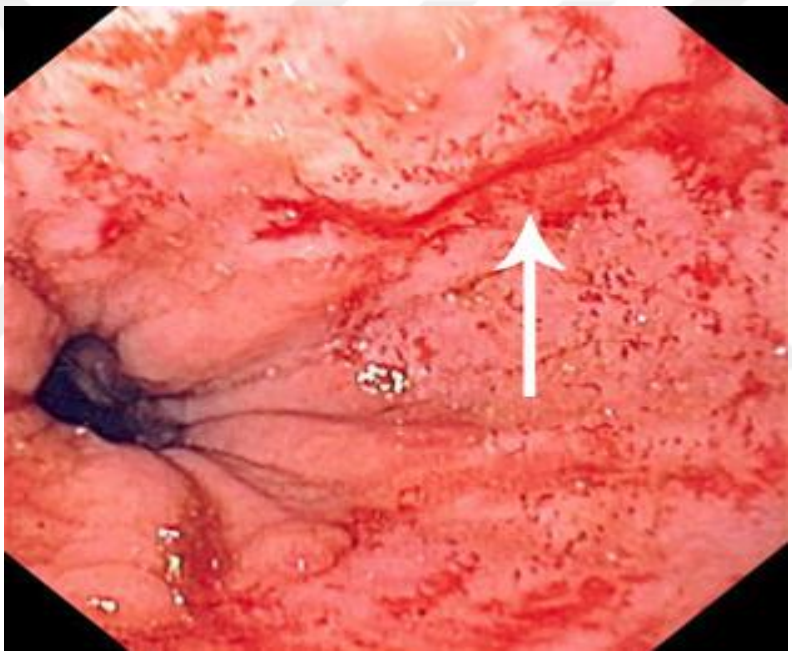


Şekil 2.11. Akut Gastrik Mukozal Lezyonlar

Kaynak: (Okutur ve ark., 2007)

Mallory Weiss Sendromu:

"Mallory Weiss Sendromu" şiddetli bulantı, öğürme ve kusmanın ardından "gastroözofageal bileşke"de oluşan mukozal lineer yırtıklar neticesinde kanamaların görülmesi olarak tanımlanmaktadır. Erkek cinsiyette ve orta yaş bireylerde daha sık görülür. Bu sendrom**,** üst GİS kanamalarının yüzde 5-15 aralığını oluşturmaktadır. Aşırı alkol kullanımı, mide fıtığı (hiatal herni), yeme bozuklukları "anoreksia nervosa, hiperemezis gravidarum, bulimia", portal hipertansiyon ve reflü mallory weiss sendromunun oluşumunda etkin rol oynamaktadır. Mallory-Weiss yırtığı bulunan bireylerin yüzde 35 ve üzerinde hiatal herni bulunmaktadır. Sendromun ölüm riski yüzde 50 oranındadır (Paksoy et al., 2009; Adem, 2021).



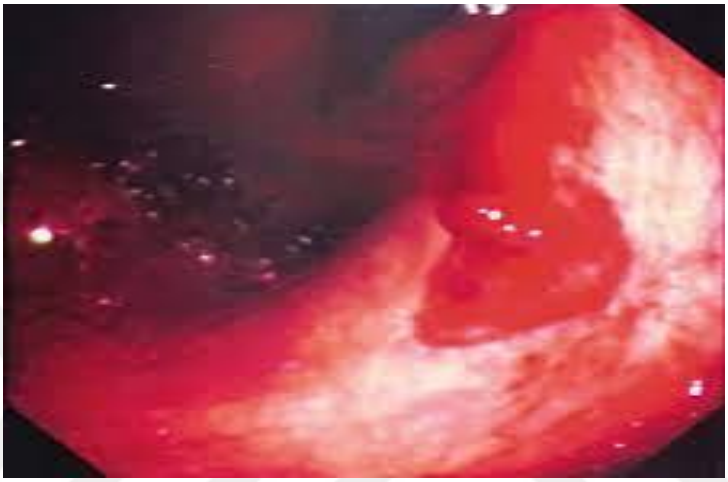
Şekil 2.12. Mallory Weiss Sendromu

Kaynak: https://www.msdmanuals.com/professional/gastrointestinal-disorders/esophageal-and-swallowing-disorders/mallory-weiss-syndrome Erişim Tarihi:15.10.2022

Dieulafoy Lezyonu:

Mide mukozasının yüzeysel damarsal bir lezyonu olmakla beraber yaşamı riske sokan, ender görülen ve genellikle rekürren hemorajilere neden olan bir lezyondur. Geniş kapsamlı bir arterin, submukozal bir defekten çıkıntı yapması neticesinde meydana gelen ciddi kanamalar bütündür. Bulunduğu yer değerlendirildiğinde genellikle mide proksimalinde ve özofagogastrik

bileşke etrafında oluşum gerçekleştirdiği belirlenmiştir. İkinci olarak en çok bulunduğu alan ise duedonum olarak belirlenmiştir. Endoskopi bu lezyonun tanı ve tedavisinde etkin ve güvenli bir tekniktir (Brown et al., 2018; Paksoy et.al., 2009). Dieulafoy lezyonu sıklıkla kronik gastrit zemininde oluşmakta ve yüzde 2-5 oranında üst gastrointestinal sistem kanamasına neden olmaktadır (Kamboj et al.,2019).

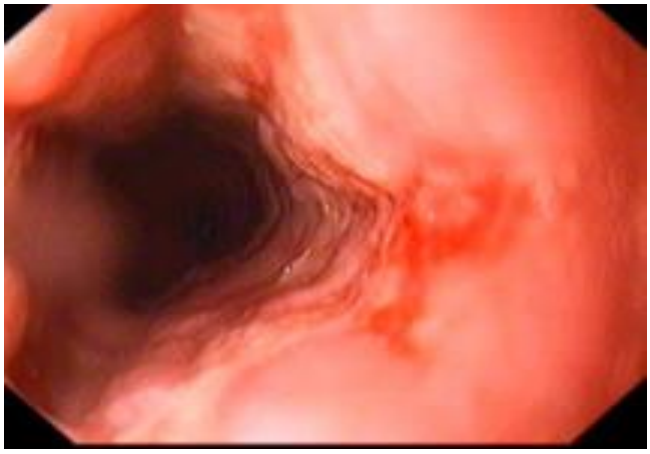


Şekil 2.13. Dieulafoy Lezyonu

Kaynak: Alkım, 2012.

Özefajit:

Üst gastrointestinal sistem kanamalı hastalarda yüzde 8-10 arasında özefajit gözlenmektedir. Özefajitin yaşlı bireylerde görülme sıklığı daha çoktur. NSAİİ, çeşitli antibiyotik grupları (tetrasiklin grubu) ve çeşitli enfeksiyonlar (herpes virüsü, candida) özefajit gelişme riskini arttıran faktörlerdendir. Bu bireylerde kanlı kusma (hematemez) ve gizli kanama bulgularına daha çok rastlanılmaktadır. Kanama oranının daha az olması sebebi ile özefajitte morbidite ve mortalite oranları daha düşüktür (Kamboj et al., 2019).



Şekil 2.14. Özefajit

Kaynak: http://www.kadikoy-endoscopy.com/videolar.asp?ID=27 Erişim Tarihi:17.11.2022

Malignite:

Özefagus, mide ve üst ince bağırsak maligniteleri ender görülse de üst gastrointestinal sistem kanamasına yol açmaktadır. Bunda sıklıkla gizli ve asemptomatik kanamalar oluşmaktadır. Malignite nedenli üst gastrointestinal kanamanın en bariz sebebinin ileri evre gastrik adenokarsinom olduğu belirtilmektedir. Malignite sebebiyle üst gastrointestinal sistem kanaması geçiren hastaların bir senelik yaşam oranı yüzde 11 olarak tespit edilmiştir (Saltzman & Feldman, 2018).

Diğer:

Yukarıda açıklaması yapılan sendromların yanında üst gastrointesinal sistem kanamasına yol açan diğer nedenler şu şekilde sıralanmıştır:

- Hemobilia,
- Vasküler-Enterik fistül,
- Anjiodisplazi,
- Gastrik antral vasküler ektazi,
- Osler-Weber-Rendu sendromu (Adem, 2021)

2.5.2. Alt Gastrointestinal Kanamalar

Alt gastrointestinal kanamalar, "ileoçekal vavlvin distali" nden rektuma kadar olan alanı içine alan kanamalardır. Alt GİS'in anatomik yapıları incelendiğinde ince bağırsak, kolon ve anorektal kısımları içerir (Triantafyllou, Gkolfakis, et al., 2021). GİS kanamalarının yüzde 24'ünü alt gastrointestinal kanamalar oluşturmaktayken; kanamaların yüzde 80'i kendiliğinden durulmaktadır. Ancak bunun hangi durumlarda gerçekleşeceği, kanamanın hangi faktörlerden etkilenip duracağı literatürdeki belirsizlikler arasındadır. Bu sebeple hastaların yüzde 25'ine tanılama yapılamamaktadır. Araştırmalara bakıldığında mortalite oranları deiğişirken, ciddi yandaş hastalığı olan ve büyük yaştaki hastalarda ölüm oranı yüzde 20'ye kadar çıkmaktadır (Concor et al., 2015; Cook et al., 1992). Yetişkinlerde en fazla alt gastrointestinal kanama sebepleri şunlardır:

- Polipler,
- Hemoroidler,
- Divertiküler Hastalıklar,
- Anjiodisplazi (Avm),
- İnflamatuar Bağırsak Hastalığı,
- Meckel Divertikülü
- Kanser

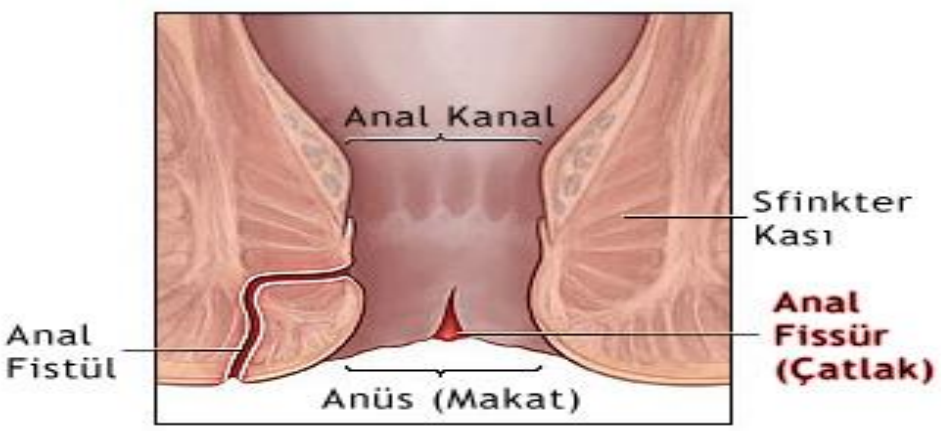
Alt Gİ kanama insidansı değerlendirildiğinde ulaşılan bilgilerin çok az olduğu, çalışmaların bölgesel düzeyde yapılması ve sekonder kanama olarak gelişen anjiodisplazi vb. hastalıkların görülme sıklığının olması ile ilgilidir. Majör alt gastrointestinal sistem kanamalarının yüzde 60'ı "divertikül ve angiodisplazi" den meydana gelmektedir. 65 yaş ve üstünde en çok rastlanan alt Gİ kanama nedeniyse angiodisplazilerdir (Oakland, (2019).

Hemoroidler ve Anal Fissür:

Hemoroid anal kanal yanındaki genişleyen damarların hasar görmesi neticesinde alt Gİ kanama meydana gelmektedir. Çoğunluğu "internal hemoroid" olarak adlandırılmaktadır. Bu gibi kanamalarda ağrı oranı azdır. Alt gastrointestinal sistemi kanamalarının yüzde 65-70 aralığı hemoroidden dolayı oluşmaktadır. Makat kısmında oluşan çatlak ise anal fissür olarak

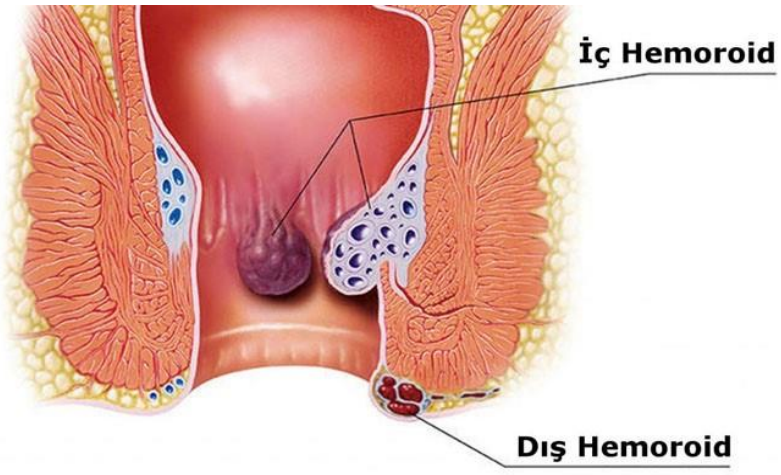
bilinmektedir. Anal fissür nedenli alt Gİ kanamalarında ağrı hissedilmektedir. Hemoroidler ve anal fissür kanamaların en belirgin nedenleri arasında gösterilmektedir (Oakland, (2019).

.



Şekil 2.15. Anal Fissür

Kaynak: https://www.nizamkurtdere.com/makatta-catlak-anal-fissur-neden-olur ErişimTarihi:17.11.2022

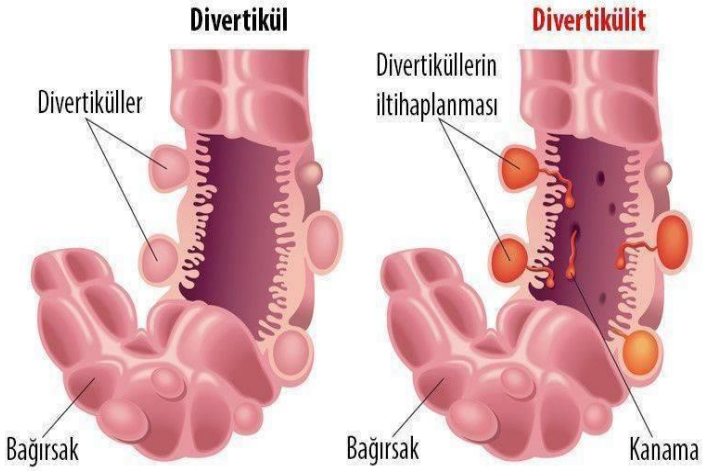


Şekil 2.16. Hemoroid

Kaynak:https://www.adilaltinsoy.com/hemoroide-ne-iyi-gelir/ Erişim Tarihi:17.11.2022

Divertiküler Hastalık:

Gaitada parlak kırmızı kanın (hematokezya) görüldüğü akut ve ağrısız gelişen divertikülün kubbe veya boynundan kaynaklanan arteryel kolon kanamasıdır. Prevelansı yaşla birlikte artar. 60 yaş üstünde daha sık rastlanmakla birlikte, 80 yaşın üzerindeki bireylerin üçte ikisinde rastlanabilir. Akut alt Gİ kanamalı durumların en sık rastlanılan nedenleri arasında yüzde 26-33 ile divertiküler hastalık yer almaktadır (Oakland, 2019). Kolon divertikülünde aktif kanama, yapışık pıhtılaşma ve görünür damar şeklinde ortaya çıkabilir (Jensen et al., 2000). Kolonoskopide gözlenen divertikül kanamalar yüzde 60 oranında sol kolonda görülür. Ancak tanılama için anjiografi yapıldığında divetiküler kanamaların neredeyse hepsi sağ kolonda tespit edilir, bu kanamaların yüzde 75'i kendiliğinden durur (Farrell, et al., 2005).



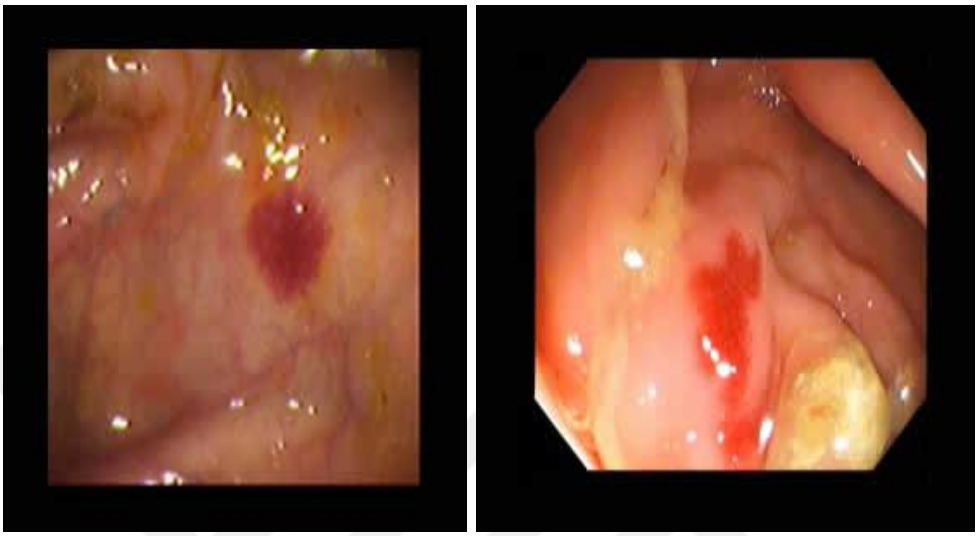
Şekil 2.17. Divertiküler Hastalıklar

Kaynak: https://www.drozdogan.com/divertikulit-nedir-kalin-bagirsak-kanserleriyle-iliskisi-var-midir/ Erişim Tarihi:17.11.2022

Anjiyodisplaziler:

Anjiodisplazile Gİ sistemin en çok görülen vasküler anomalisi olarak bilinir. Akut alt Gİ kanamaların yüzde 3 ile yüzde 12'lik oranını oluştururlar. 60 yaş ve üzeri bireylerde, divertikülozdan sonra sıkça rastlanabilen kanama sebeplerindendir. Oluşma nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte ilerleyen yaş ve bozulan damar yapısı etken faktörler arasında yer alır.

Endoskopide belli bir şekilde çapı 0,1-1,0 aralığında bulunan genişlemiş kılcal damarlar şeklinde görülür. Diyertiküler kanamanın tersine hızlı değil ancak rekürren kanamalara yol açmaktadır. Kanamalrın yüzde 90 ‘ı kendiliğinden durur (Kendir, Karaali, Baysal, 2004).

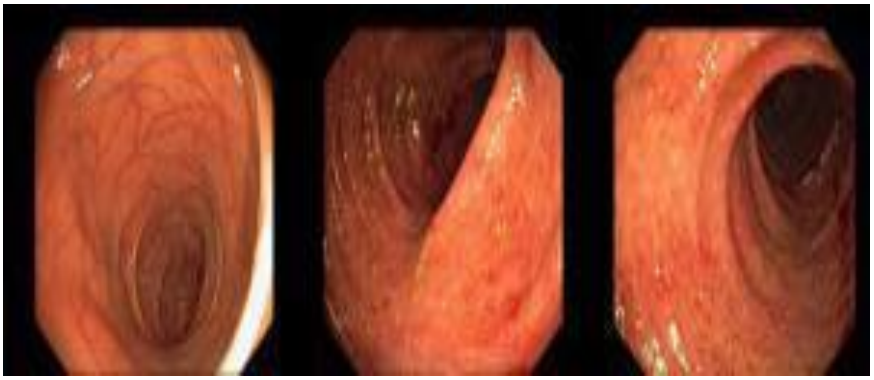


Şekil 2.18. Anjiyodisplaziler

Kaynak: http://www.kadikoy-endoscopy.com/resimler.asp?id=24 Erişim Tarihi:17.11.2022

İnflamatuar Bağırsak Hastalığı:

Özellikle 20-40 yaş aralığındaki bireylerde fazla görülen, rektumu tutan ve mukozal tutulumla kendini gösteren hastalık ülseratif kolit olarak adlandırılmaktadır. Gastrointestinal sistemi tutan (yemek borusundan anüse kadar), kronik enfeksiyöz hastalık ise crohn hastalığı olarak tanımlanmaktadır. Ülseratif kolit, hastaların binde 1'inde; Crohn hastalığı ise hastaların yüzde 1,2'sinde hastaneye yatışa neden olan kanamalar şeklinde görülür. Hastaların yarıdan fazlasında kanama kendiğilinden dururken, yüzde 35’inde bu durum tekrarlar nitelikte olabilmektedir (Oakland, Chadwick, et al., 2019). Crohn hastalığında ise şiddetli, hayati kanama olma olasılığı çok ender bir durumdur ve multipl, süreklilik göstermeyen transmural tutulum ile karakterize olmaktadır.



Şekil 2.19. Normal Bağırsak ve Ülseratif Kolitli Bağırsak

Kaynak: https://www.bilgiustam.com/ulseratif-kolit/ Erişim Tarihi:15.10.2022

Malignite:

Malignite; parlak kırmızı gaita şikayetiyle gelen vakalarının yüzde 9'unu oluşturmaktadır. Hastalığın erken evrelerinde rektal kanama olarak ortaya çıkmaktadır. Demir eksikliği anemisinde en büyük etkendir. Çoğunlukla 50 yaş üzeri erkek bireylerde karşımıza çıkan bir durumdur. Tümörde oluşan ülserasyonlar ve erozyonlar meydana gelen knamaların sebebi olarak düşünülür. Bu kanamalar "nonsteroid-antiinflamatuar ilaç" kullanımı ile artış göstermektedir (Barnert, Messmann, 2009; Kim et al., 2006).

Meckel Divertikülü:

İleumun son bölümünde rastlanan konjenital bir anomal meckel divertikülü olarak bilinmektedir. Bağırsak çeperinden dışa doğru ufak bir çıkıntı, gelişmesi durumudur. Gastrointestinal sistemin sıkça rastlanılan doğumsal bir anomalisi olarak bilinir ve yüzde 1-3 arasında görülnektedir. Çocuklarda gastrointestinal sistem kanamanın en çok görülen nedenidir. Meckel divertikülü, sıklıkla 2 yaş ve altındakilerde semptomatik haldedir. Rektumdan parlak kırmızı kanama ya da ağrısız melena belirtisi görülebilmektedir. Çoğu zaman asemptomatik seyreden bu durum komplikasyon olursa barsak tıkanıklığı, gi kanama, divertükilit vb. şekilde sonuçlanabilmektedir. Meckel divertikülü, toplumda yüzde 2 oranında görülmekte ve tanısı kolay belirlenememektedir. Mecker divertikülü, çocuklarda hematokezya veya melenaya, erişkinlerde karın ağrısı ve intestinal obstrüksiyona neden olabilmektedir (Kamal et al., 2004).



Şekil 2.20. Meckel Divertikülü

Kaynak:http://drmehmetciftci.com/hastal%C4%B1klar/meckeldivertik%C3%BCl%C3%BC.html Erişim Tarihi:28.11.2022

Kolit:

Enfeksiyöz ve iskemik kolit genellikle hematokezya ile belirti veren bir hastalıktır. Akut başlangıçlı iltihabi durumla meydana gelir. Farklı kolit çeşitlerinin klinik görüntüsü ve endoskopi görüntüsünün ayrımı kolay bir şekilde yapılamamaktadır. Kolitin semptomları şunlardır:

- Karın ağrısı,
- Hematokezya,
- Ateş,
- Dehidrasyon.

. Kolitte kan kaybı hafif olmaya yatkındır. Endoskopik açıdan kolit farklı şekillerde karşımıza çıkmaktadır. Bunlar; Ödem, eritem, frajilite ve ülserasyondur (Strate et al., 2016).



Şekil 2.21.Ülseratif Kolit

Kaynak:https://www.medikalakademi.com.tr/ulseratif-kolit-nedir-neden-olur-belirtileri-ve-tedavisi-nedir/ Erişim tarihi:28.11.2022

İskemik Kolit:

Genel olarak yaşlı kişilerde karında şişkinlik hissi ve dışkıda kanla beraber bağırsak sol alt kısmında, ani başangıç gösteren kram şeklinde ağrı ile birlikte görülmektedir (Jutabha & Jensen 2003). Belirleyici teşhis olarak enfeksiyoz kolitler, divertükilitler ve inflamatuar barsak hastalıklarını içermektedir. İskemik kolitin tanısı için abdominal BT bazı işlemler için kullanışlıdır. Bu işlemler;

- Klinik şüpheyi desteklemek,
- Kolon tutulumunun değerlendirilmesi,
- Komplikasyonları teşhis etmek,
- Diğer bozuklukları dışlamak.

İskemik kolit tedavisi, cerrahi tekniklerin olmadığı hallerde, destekleyici olmakla beraber bağırsak dinlenmesi, hidrosyon ve ağrıyla başetme yöntemlerini içermektedir. Bağırsak florasını çerçeveleyen geniş spektrumlu antibiyotikler daha net belirtileri olan kişilerde endike durumdadır. Cerrahi operasyon periton belirtileri bulunan veya sepsiste veya klinik tedaviye cevap veremeyen hastalar için ayrılmaktadır (Jensen et al., 2000).



Şekil 2.22. Bir Kadının Enine Kolonunda İskemik Kolit

Kaynak: https://stringfixer.com/tr/Ischemic_colitis Erişim tarihi:28.11.2022

2.6. Gastrointestinal Kanamalı Hastanın Değerlendirilmesi

Gastrointestinal sistem (GİS) kanaması bulunan kişiye yaklaşımın esas prensipleri bulunmaktadır. GİS muayenesinde bireylerin öncelikle yaşam bulgularının değerlendirilmesi ve stabilize edilmesi amaçlanmaktadır. Bireylerin stabilitasyonu sonrasında komorbide hastalıklar öğrenilip risk faktörlerin bilinmesi büyük önem taşımaktadır. Ek hastalık varlığı olup beta-bloker kullanımı olan bireylerde bunun bilinmesi, kan kaybının geliştireceği bazı belirtilerini gizleyebileceği sebebiyle hasta öyküsü büyük önem taşımaktadır (Sarıdas & Duyan, 2021). Stabilizasyon sağlanmasının ardından kanama odağı tespit edilip, aktif kanamanın durdurulması sağlanmalıdır. Daha sonra kanama yinelenmesinin önüne geçilmesi gelmektedir.

Gastrointestinal sistem kanama şüphesi bulunan bir kişinin değerlendirilmesinde kullanılan yöntemler şunlardır:

- Öykü,
- Fizik muayene,
- Laboratuvar Testleri

2.6.1. Anamnez

Kanamanın etiyolojisine dair bilgi edinme bakımından anamnez oldukça önem göstermektedir. Gençlerde peptik ülser, Mallory-Weiss yırtıkları, varis kanaması; yaşlılarda ise divertikül, kanser, iskemik kolit nedenli GİS hemorajiler daha çok görülmektedir. Hastanın geçmişine bakıldığında benzer biçimde kanama öyküsünün bulunması; peptik ülser, divertiküler hastalık, herediter hemorajik telenjektazi gibi etiyolojik etkenlere dair ipucu vermektedir. Hastadan detaylı anamnez alındığında bilinen hastalıklar içinde karaciğer hastalığının olması portal hipertansiyon ve bundan dolayı varis kanamasını düşündürmektedir (Kamboj et al., 2019). Ayrıca bireylerde hipertansiyon hastalık varlığı ve betabloker ilaç kullanımlarının olması, kanama belirtilerini maskelemeyebilir. Bu nedenle anamnez çok önemli bir detaydır (Sarıdas & Duyan, 2021). Kullanılan ilaçlar içinde aspirin ve NSAİİ olması, kanama belirtilerini tettikleyen durumu oluştururken; eşlik eden belirtilerin varlığının sorgulanması tanılamayı kolaylaştırmaktadır.

Ayrıca kanamanın akutluğu ve süresi, daha önceki atak sayısı, ağrı, melena, mide yanması, hematemez, yakın zamanda yapılan endoskopik/kolonoskopik/aort prosedürleri, non-steroid anti-inflamatuar (NSAİİ) kullanımı, sigara ve kafein tüketimi gibi bilgiler direkt olarak üst Gİ kanama veya alt Gİ kanamaya yönlendirebilir (Chong et al.,2016).

2.6.2. Fiziksel Muayene

Fiziksel muayane hastanın görünümü ve vital bulguların değerlendirilmesi ile başlar. Dinlenme halinde taşikardi genellikle hipovoleminin ilk bulgusudur. Kan kaybının ek belirtileri arasında hipotansiyon (ortostatik, supin pozisyonda), takipne, azalmış idrar çıkışı, santral sinir sistemi semptomları (letarji, konfüzyon) vardır. Bağırsak sesleri, palpasyonda hassasiyet, peritoneal bulgular, melena ya da hematokezya olup olmamasını içeren tam bir karın ve rektal muayene yapılmalıdır (Srygley et al.,2012)

Hastanın fiziki muayenesinde;

- Hastanın bilinç hali,
- Vitalleri,
- Turgor basıncı,

- Anemisi,
- Solunum hali.

göz önünde bulundurulmalıdır.

Kanama miktarı çok olmayan ve genç hastanın genel hali iyi ve yalnızca melena şikâyeti olabilmekteyken, kanama miktarı az olmayan kişilerde şok hali görülebilmektedir. Masif kanama belirtileri şu şekilde sıralanmıştır:

- Taşipne,
- Hipotansiyon,
- Nabız Basıncında Daralma,
- Taşikardi,
- Hipovolemiye sekonder paradoksal bradikardi (Kamboj et al., 2019).

Batın muayenesinde ise kanamayla alakalı olabilecek bir kolon yapısını veya bağırsak ansını tespit etmek mümkün görülmektedir. Rektal tuşe muayenesine ve anal inspeksiyona kesinlikle başvurulmalıdır (Onur, 2008).

2.6.3. Laboratuvar

Gastrointestinal sistem kanama şikayetiyle acil servise gelen hastalara bazı biyokimya testleri yapılmaktadır. Bu testlerden bazıları şu şekilde sıralanmıştır:

- Kan sayımı,
- Kan grubu tayini,
- Cross-match,
- Kan gazı,
- Koagülasyon testleri,
- Böbrek fonksiyon testi,
- Karaciğer fonksiyon testi,
- Glikoz

Daha sonra hemtokrit oranı belirlenmelidir. Bu oran yüzde 30 civarlarındaysa hemarojinin ciddi olduğu akla gelmelidir. Şok tablosunda yer alan genel hali bozuk olan

hastalardan kan gazı testi istenebilmektedir. Kan gazında metabolik asidoz görünümü, kötü prognoza işaret etmektedir. Literatürde, ölçülen serum laktat değerinin Gİ hemarojilerinde ölüm ve ciddi hastalıkla ilişkisinin belirlendiğini gösteren araştırmalar bulunmaktadır (Lee, Min, et al.,2017).

Akut kan kayıplarında HCT seviyelerinde değişiklik olmamakla beraber 72 saatin sonunda HCT'de azalma gerçekleşmektedir. Hematokrit değerinin çok az olması, kanama haricinde B12 ve folik asit yetersizliği gibi anemi sebepleri de düşünülmelidir. Gastrointesitinal sistem kanamalı kişilerde incelenmesi gereken diğer bir önemli değişken ise kan üre azotu değeridir, bu kişilerde kan üre azotu değerinde az bir yükselme oluşmaktadır ve bu yükselme kreatinin yükselmesiyle ters orantılıdır (Saltzman, 2018). Kan üre azotundaki yükselme, kandaki proteinlerin bağırsaktaki bakteriler tarafından üreye dönüşümü ve bunun da bağırsakta emilmesinin artışı hipoyolemiye bağlanmaktadır. Azotemi genelde alt GİS kanamalarında gözlemlenmemekle beraber fazla ölçüde bulunan üst GİS kanamalarında kan üresinde artış görülmektedir. Kan üre azot değerlerindeki fazlalığıyla beraber kreatinin fazlalığı da bulunursa, böbrek yetmezliği tabloya eşlik ettiği anlamına gelmektedir. Kan üre azotunun kreatinin oranı 36 ve üstündeyse ÜGİS kanama akla gelmektedir (Saltzman, 2018). Kişide melena veya hematokezya bulunmuyorsa gaitada saklı kan testi endikasyonu bulunmaktadır. Akut gastrointestinal sistemi kanama sonunda 3 hafta süresince gaitada gizli kan pozitif sonuç verebilmektedir. Karaciğer sentez fonksiyonunda bozukluk ile ilişkili olarak ise hipoalbüminemi, PT'de uzama, hipokolesterolemi tespit edilebilir. Trombositopeni ve lökopeni varlığı portal hipertansiyona bağlı "hipersplenizmin" işareti olabilir (Jutabha, 2003).

2.6.4. Radyolojik Tetkikler

Üst Gİ sistem kanaması bulunan hastaya tanı ve tedavi maksadıyla seçilecek görüntüleme tekniği endoskopi olarak belirlenmiştir. Endoskopinimn ilk 24 saat içerisinde yapılıyor olması hastanede kalış süresini olumlu yönde etkileyip, kısalttığı düşünüldüğü için çok büyük avantaj sağlamaktadır (Samule, Bilal et al., 2018). Şiddetli ve fazla ölçüde kanaması bulunan bu nedenden mide içinin değerlendirilmesinin mümkün görülmediği kişilerde, nazogastrik tüp ile lavaj ve konservatif tedavinin ardında kanamanın şiddeti azaldığında endoskopik analiz yapılabilmektedir. Endoskopi ile birçok tedavi tekniği gerçekleştirilebilmektedir. Bunlar; hemoklips, enjeksiyon, fibrin dolgusu, hemoklips, termal

koagülant, fibrin dolgusu ve homostatik tozdur. En çok tercih edilip, kullanılan yöntem ise hemoklipsler ve termal koagülantlardır (Samule, Bilal et al., 2018).

Genel hali kötü olan ve komorbiteleri sebebiyle endoskopik analiz yapılamayan kişilerin klinik tablo düzenlenene kadar endoskopik analizi ertelenebilmektedir.

Alt gastrointestinal sistem (AGİS) kanamaları, üst gastrointestinal sistem kanamalarına nazaran daha az görülmekte ve toplumdaki görülme oranı 100.000/20 olarak belirtilmektedir (Erol, Yoldaş, et al., 2013). Alt GİS kanamalarında tedavi ve tanılama amaçlı kullanılmak üzere birden fazla görüntüleme yöntemine (anjiografi, sintigrafi, bilgisayarlı tomografi (BT), kolonoskopi gibi) başvurulmaktadır. Kolonoskopi ise tanılama ve tedavi amaçlı olarak kullanılan yöntemlerin en çok tercih edilenidir. Bireylerde hemodinami stabilitesi sağlandıysa kolonoskopi hzılıca tercih edilmektedir. Alt GİS kanamalı hastalarda kolonoskopinin teşhissel faydası yüzde 85-95 şeklinde tespit edilmiştir (Erol, Yoldaş, et al., 2013). Ancak kanamaların aktif olduğu durumlarda koloboskopi kullanılmamaktadır.

Kanama şiddetliyse ve endoskopik analize engel olacak durumdaysa sintigrafi ve anjiografiye başvurulmaktadır. Tc sintigrafisi; sülfür kolloid ya da kırmızı kan hücresi bazlı radyofarmasötik ajanla yapılmaktadır. Aktif hemorojinin açıklanmasında en duyarlı radyolojik yöntemdir (Michael ve ark., 2018).

Gastrointestinal sistem kanamalı hastalarda BT, hızlı ve sık kullanılan, geniş çerçeveli değerlendirme yetisini bulunduran bir teşhis tekniğidir. Karışık ya da belirgin olmayan bir klinik hikayesiyle gelen hastalarda fazla farklı rahatsızlıkları hızlı bir biçimde tanımak ve dışlamak için kullanılmaktadır. BT, enterik sistemin lezyonlu alanının yerini etkili bir biçimde tespit etmek, bağırsağın ve vasküler katmanın görsel hale getirilmesine imkân tanımak için kullanılmaktadır (Michael et al., 2018).

Gastrointestinal sistem hemorojisine, karın ağrısı ya da akut batın belirtilerinin eşlik ettiği kişilerde perforasyonu dışlamak için doğrudan grafi çekilmektedir. İnce bağırsak malignitelerinin yaygın bir nedeni tespit edilemeyen hemoroji sebebi olduğu genç hastalarda MR görüntülemenin payı olmaktadır (Mellinger, 2011).

Baryumlu görüntülemeler, düşük hassaslıklardan kaynaklı gastrointestinal sistem hemorojinin değerlendirilmesinde kısıtlı bir kullanışa sahiptir.

Kontrastlı ultrasonografi, aktif hemoroji odağının tespit edilmesine imkân sağlamaktadır. Ultrasonografinin hemoroji odağı tespit edilmesi dışında da hastanın volüm halinin değerlendirme maksadıyla gerçekleştirecek ultrasonografik VCI ölçümleri, klinisyene transfüzyon stratejileri ve erken dönemde kötü prognozlu hastayı belirleme konusunda yararı bulunmaktadır (Keikha et al., 2018).

2.7. Gastrointestinal Kanamada Yararlanılan Risk Skorlama Sistemleri

Birden fazla skorlama sistemine, yüksek riskli hastaları gruplandırmak ve düşük riskli hastaları ayırt etmek için başvurulmaktadır. ÜGİS hemorojilerde kullanılan skorlama sistemleri yalnızca endoskopik veriler gerektiren, yalnızca klinik verilere dayandırılan ve endoskopik ve klinik verileri kapsayan şeklinde de gruplandırılmıştır. "Forrest sınıflaması" yalnızca endoskopik bulguları içeren bir gruplamayken, "Rockall kanama skoru" endoskopik ve klinik bulguları içeren bir gruplamadır. "Glasgow Blatchford Skoru" ise klinik verilere dayandırılan skorlama sistemi olarak bilinir. İçlerinde en sık kullanılan skorlama sistemleri "Glasgow Blatchford Skoru" ve "Rockall Skorlama Sistemleri" dir (Blatchford et al., 2000).

"**Glasgow Blatchford Skoru**" endoskopik veri kullanımı olmadan, yalnızca klinik ve laboratuvar verilerine dayandırılarak oluşturulan bir puanlama sistemidir. Acil polikliniğinde, endoskopi verilerine gerek duyulmadığı ve yalnızca klinik bulgu kullanıldığından dolayı ilk başta kullanılacak skorlama sistemlerinden biridir. Ana amaç kanamayı kontrol altına almak için klinik müdahale gerekip gerekmediğini tahmin etmektir. Skoru 0 olan hastalar yatış açısından düşük riskli, 0-5 arası artmış riskli, ≥5 yüksek riskli kabul edilmiştir. "Glaskow Blatchford Skoru" değeri 0-1 puan aralığında bulunan kişiler, erken endoskopiye gerek duyulmadan hastaneden taburcu edilebilirler. (Curdia, 2018). Örnek bir GBS skoru Tablo 2.3.' te verilmektedir.

Tablo 2.3. Glasgow Blatchford Skorlama Sistemi

PARAMETRELER	SKOR
A. Kan Üre Azotu (mg/dl)	
>70	6
>28- <70	4
>22.4-<28	3
≥18.2- <22.4	2
<18.2	
B.Hemoglobin (g/dl)	
<10g/dl erkek ve kadında	6
10- <12 yalnızca erkekte	3
10- <12 kadında, 12- <13 erkekte	1
> 12 kadında, > 13 erkekte	0
C.Sistolik kan basıncı (mmHg)	
<90	3
90-99	2
100-109	1
>110	0
D.Diğer markerler	
Kardiyak Yetersizlik	2
Karaciğer Hastalığı	2
Senkop ile prezentasyon	2
Melena ile prezentasyon	1
Nabız ≥100/dak	1
Total Skor A+B+C+D Minimum Skor:0, Maksimum Skor:23	

Kaynak: (Curdia, 2018)

Akut üst gastrointestinal hemorojilerde sık kullanılan öteki bir skorlama sistemi de "**Rockall skorlama sistemi"** dir ve kişinin ölüm riskine dair fikir oluşturmaktadır. Rockall skorlama sistemi klinik verileri ve endoskopik görüntüleri kapsayan bir skorlama sistemidir. Rockall skoru, klinik verileri kapsayan üç bileşen ve endoskopik iki bileşenden oluşmaktadır. Amaç düşük riskli hastalara erken endoskopi uygulanıp taburcu etmeyi ve böylelikle hastanede yatış süresini azaltmayı ve muayene maliyetini düşürmektir. "Rockall skoru", ikinin altında belirlenen hastalar için ölüm oranı yüzde 0-1 olarak saptanırken, yeniden kanama ihtimali

yüzde 4 olarak belirlenmiştir. Rockall skoru beşin üstündeyse, yeniden hemoroji ihtimali yüzde 24'e, ölüm oranıysa yüzde 11'lere çıkmaktadır (Curdia, 2018). Örnek bir rockall skor tablosu aşağıdaki Tablo 2.4.'te verilmektedir.

Tablo 2.4. Rockhall Risk Skorlama Sistem

Parametreler	Skor
A. Yaş	
> 80	2
60-79	1
<60	0
B. Şok	
Hipotansiyon, SKB <100 mmHg	2
Taşikardi, ≥100 mmHg ve nabız >100/dak	1
Şok yok, ≥100 mmHg ve nabız < 100/dak	0
C.Yandaş Hastalık	
Böbrek yetersizliği, karaciğer yetersizliği ve yaygın malignite	3
Kardiyak yetmezlik, iskemik kalp hastalığı, başka major yandaş hastalık	2
Major yandaş hastalık yok	0
D.Endoskopik Tanı	
Üst gastrointestinal kanser	2
Bütün diğer tanılar	1
Lezyon yok, yeni kanama bulgusu yok, Mallory-Weiss lezyonu	0
E. Major yeni kanama bulgusu	
Üst gastrointestinal sistemde kan, yapışık pıhtı, görüleilir veya fışkırır tarzda kanayan damar	2
Normal veya yalnızca koyu noktasal lezyon	0
Endoskopi öncesi skor: A+B+C Total skor: A+B+C+D+E Minimum skor:0 Maksimum skor:11	

Kaynak: (Curdia, 2018)

Üst GİS endoskopisi esnasında belirlenen hemoroji lezyonları ve ülserler "**Forrest sınıflandırması**"na göre derece almaktadır. Endoskopik tedavi kararı hemorojinin seviyesinde göre alınmaktadır. Aktif hemoroji, kanaması bulunmayan gözlemlenebilir. Yapışık pıhtısı bulunan lezyonlarda endoskopik tedaviye başvurulması tavsiye edilmektedir. Bu lezyonlar yeniden hemoroji bakımından daha fazla risk içermektedirler. Örnek bir forrest sınıflaması aşağıdaki tablo 2.5.'te gösterilmiştir (Giese et al., 2014).

Tablo 2.5. Forrest Sınıflaması

Sınıflama	**Endokopik Bulgu**
1a	Fışkırır tarzda aktif kanama
1b	Sızıntı tarzında aktif kanama
2a	Kanamayan görünür damar
2b	Yapışık pıhtı
2c	Düz pigmente lezyon
3	Temiz tabanlı ülser

Kaynak: (Giese et al.,2014).

Hastanede yatılı tedavi gören hastalarda ölüm olasılığını tespit etmek için kullanılan başka bir skorlama sistemi de "**AIMS-65 skoru**" dur. Risk etkeni artış gösterdikçe hastada ölüm riski de artış göstermektedir. "AIMS-65 skoru" nun birtakım değişkenleri şunlardır:

- Hastanın yaşı,
- Serum albümin seviyesi,
- Sistolik kan basıncı,
- Protrombin zamanı,
- Mental durum.

AIMS-65 skorunun belirlenmesi öteki hemoroji skorlama türlerine göre kolaydır. Bu skor endoskopi prosedüründen önce yatağın yanında da saptanabilmektedir. Skordaki bazı hesaplamalar sonucu hastanede mortaliteyi, yatış süresini ve akut ÜGİS hemorojisi bulunan

kişilerde tedavi masraflarını yordayabildiği ifade edilmiştir (Nakamura et al., 2014). Örnek bir AIMS-65 skoru aşağıdaki Tablo 2.6.'da verilmektedir.

Tablo 2.6. AIMS-65 Skoru

Risk Faktörü
Albumin <3 g/dl
INR> 1.5
Bilinç bozukluğu (altere mental status)
SBP> 90 mmHg
>65 yaş

Kaynak: (Gadaputi et al., 2014).

2.8. Gastrointestinal Kanamada Tedavi

2.8.1. Üst Gastrointestinal Kanama Tedavisi

Varis dışı üst Gİ kanama hastalarının ilk müdahalesinde kişiler pulse oksimetreye bağlanmalı, fazla doz oksijen verilip satürasyon seviyesi yüzde 94'ün altına inmesi engellenmelidir. Daha sonraki adımlar; iki geniş intravenöz kateter takılması, resüsitasyon, yakın hemodinamik monitorizasyon, proton pompa inhibitörü kullanımını içerir. Hastalarda kan transfüzyonu göz önünde bulundurulmalıdır. Hemoglobin 70 g/L'nin altına inerse 70-90 g/L'ye çıkarmak hedeflenmektedir. Yeterli resüsitasyondan sonraki ilk adım genellikle üst Gİ sisteme endoskopi yapmaktır. Son rehberler endoskopiyi ilk 24 saat içinde önermektedir. Fakat özellikle yüksek riskli hastalarda endoskopinin en uygun zamanı hala tam olarak netleştirilmemiştir (Dworzynski et al., 2012; Laine et al., 2012; Graknek et al., 2015).

Üst Gİ kanamalı hastalarda yeterli resüsitasyon ve stabilizasyon ilk adımdır. Normal kan dolaşımını sağlamak için salin ya da laktatlı ringer solüsyonları gibi sıvılar verilebilir. Şok veya ortostatik hipotansiyon gibi hemodinamik bozukluğu olan hastalarda hızlı intravenöz sıvı ve vazopressor kullanımı göz önünde alınmalıdır. İlk resüsitasyonu takiben çoğu hasta hemodinamik olarak stabildir ve normal serviste takip edilebilir. Fakat solunum sıkıntısı olan, hemodinamik olarak stabil olmayan, çoklu komorbiditesi olanlarda, hematemez ile ilerleyen ya

da geniş volümlü kanamayla ortaya çıkan durumlarda hastalar yoğun bakımda yakın gözlemle takip edilmelidir (Kumar et al.,2016). Masif hematemez nedenli gelişen, aspirasyon pnömonisi olan ya da resüsitasyonu takiben aşırı volüm yüklemesi olan üst gis kanamalı seçilmiş hastalarda kardiyopulmoner yan etki riskini azaltmak için profilaktik endotrakeal entübasyon yapılabilir (Hayat et al., 2017).

Farmakolojik tedaviler:

Üst GİS kanamada sunulan farmakolojik tedavilere hemoroji sebebine göre başvurulmaktadır. Endoskopik tedavideki gelişmeler yeniden kanama insidansını ve cerrahi ihtiyacını önemli ölçüde azaltırken; "proton pompa inhibitörleri (PPİ), histamin H2 reseptör antagonistleri (H2RA), somatostatin analogları ve traneksamit asit" ile birlikte kanama tedavileri tamamlanır.

Üst Gİ kanamalarda en verimli tedavi yöntemi proton pompa inhibitörleri olarak belirlenmiştir. Asit sayısının artığı peptik ülserden kaynaklı kanamalarda proton pompa inhibitörleri mide pH'sını arttırarak pepsin aktivitesini düşürür, trombosit agregasyonunu arttırır ve pıhtının erimesinde ertelenmeye yol açmaktadırlar. Omeprazol, pantoprazol, lansoprazol gibi PPİ'ler peptik ülser hastalıklarını tedavi etmek için yaygın kullanılmaktadır (Sachs et al.,2006). Aktif kanaması bulunan kişiye endoskopik müdahele öncesinde ve müdahelenin ardından 80 mg proton pompa inhibitörleri IV bolusun sonrasında 8 mg/saat sürekli proton pompa inhibitörleri (PPİ) infüzyonu verilebilmektedir. Hemodinamik açıdan stabilizasyonun sağlanmasının ardından proton pompa inhibitörleri tedavisinde 20-40 mg/gün oral idameyle sürdürülebilir (Neumann et al., 2013; Barkun et al.,2003). Gastrointestinal sistem harici öteki nedenlerden hastaneye yatan hastalarda oluşan mukozal zarar ve stres ülserleri de kanamaya neden olabilmektedir. Bu hastalara da profilaktik amaçlı proton pompa inhibitörleri tedavisi sunulabilir. Gastrointestinal kanamaya aspirin, NSAİİ ve steroidler gibi ilaçların kullanılması da neden olabilmektedir. NSAİİ kullanımına tabii peptik ülser kanamalarında NSAİİ kullanımına derhal ara verilmelidir (Gölgeli et al., 2014).

Somatostatin, büyüme hormonu inhibe edici hormon olarak bilinir. Somatostatin portal akım hızını azaltabilir. Bu sebeple karaciğer sirozu olan hastalarda kanamalı özefagus varislerini yönetmek için acil durumlarda başvurulan bir tedavidir (Avgerinos et al.,2005).

Bunun yanı sıra somatostatin pepsin sekresyonunu baskılayabilir ve dolayısıyla üst gastrointestinal kanamanın şiddetini azaltabilir.

Traneksamik asit, plazmin ve plazminojen (plazma proteinini bozan enzim) reseptörlere bağlanıp, antifibrinolitik faktör olarak hareket edebilir. Bu nedenle daha çok travma veya ameliyat nedeniyle aşırı kan kaybını önlemek için özel olarak kullanılan bir ilaç grubundandır (Bennet et al., 2014; Napolitano et al., 2013).

H2 reseptör antagonistleri olan; simetidin, ranitidin, famotidin ve nizatidin parietal hücrelerin H2 reseptörünü hedef alan başka bir antagonist tipidir. Midede bulunan enterokromaffin (serotonin-prostaglandin üretip, depolayan mide mukoza hücresi) benzeri hücreler tarafından salgılanan histamin, parietal hücrelerdeki H2 reseptörlerine bağlanarak asit salgılanmasını uyararak tedavi sağlanır (Panula et al., 2015) PPİ'a göre etkisi daha olduğundan kullanımları sınırlıdır.

Endoskopik tedaviler:

Üst GİS kanamalarında hemoroji merkezinin tespit edilip, acil müdahale imkanının sağlanmasın bakımından endoskopi önem arz etmektedir. Endoskopik müdahele rekürren kanama riski bulunduran kişilere uygulanır. Bunlar; enjeksiyon tedavi, termal tedavi ve mekanik tedavi şeklinde ayrılır.

Termal tedaviler:

Termal tedaviler Laser (Light Amplified Stimulated Emission of Radiation);

monopolar elektrokoagülasyon, bipolar veya multipolar elektrokoagülasyon, heater prob şeklinde dört farklı gruptan oluşmaktadır (Mujtaba ve ark., 2020). Heater prob bunlar arasında en sık kullanılan teknik olmakla beraber 250-330 j'lük ısı enerjisi üretmektedir. Aktif ülser kanamalarında ve rekürren kanama olasılığının fazla olduğu lezyonlarda etkili bir tedavi yöntemidir

Enjeksiyon tedavileri:

Birincil etki mekanizması lokal tamponaddır. Adrenalin (1:10.000 veya 1:20.000) ülser hattının çevresine 0.5-2 ml'lik kısımlar halinde injekte edilir bu da lokal vazokonstriksiyon ile ikincil etkiyi yapar. Bu yöntemle rekkürren hemorojisi yüzde 5'lere kadar gerilemektedir. Etanol, etanolamin ve polidokanol gibi sklerozan ajanlar, doğrudan doku hasarına ve tromboza yol açarak hemostazı sağlar. Enjekte edilebilir maddelerin başka bir sınıfı, kanama bölgesinde birincil tıkaç oluşturmak için kullanılan trombin, fibrin ve siyoakrilat yapıştırıcılar dahil doku yapıştırıcılarıdır (Barkun et al.,2009)

Mekanik tedaviler:

Kanamanın önüne geçilmesinde başvurulan başka bir teknik ise klipsleri ve bant ligasyonunu içeren mekanik tedavilerdir. Hayashi ve arkadaşlarının geliştirdiği bu yöntemle kanama olan damarlarda mekanik tedavi sağlanmaktadır. Klipsin doğru şekilde ve sıkı yerleştirilmesi kanamanın önlenmesi ve tekrarlamaması için büyük önem taşımaktadır. Ülser, sızıntı ve perforasyon gibi durumlarda başarılı şekilde kullanılabilmektedir (Samuel et al., 2018).

Cerrahi tedavi:

Varis harici üst GİS hemorojilerde, endoskopik tedavi olanaklarının ve başarısının gittikçe artış göstermesi cerrahi tedavi gereksinimini azaltmıştır. Kanamanın önüne geçilmediği hastalarda cerrahi tedaviye başvurulmalıdır. Operasyonun tarzı bulunan patolojiye göre değişir. Midedeki ülserlerde vagotomi ve ülseri içine alan mide operasyonları uygulanır. Gastroduodenal arterin ligasyonu ile trunkal vagotomi yöntemi Aktif kanamalı duodenal ülserlerde ilk tedavi yöntemi olarak kullanılır (Bass, et al., 2004).

2.8.2. Alt Gastrointestinal Kanama Tedavisi

Alt Gİ kanamanın ilk değerlendirmesi anamnez, fizik muayene, laboratuvar testleri ile başlar ve tam ayrımı sağlamak için bazı durumlarda üst GİS endoskopiyi de kapsar.Akut gelişen alt Gİ kanamalı hastanın yönetiminde; öncelikle triyajın belirlenip; ıv kateter açılması, gerekli oksijen desteğinin sağlanması ve destekleyici tedavinin yapılması (sıvı ve kan transfüzyonu

verilmesi, koagülapatinin değerlendirilmesi) vardır. Bu adımların peşisıra hastaya kolonoskopi gibi ek tanı çalışmaları yapılır (Strate et al., 2016). İlk değerlendirmeden sonra, lokalizasyon ve kontrol için hastalar stabil ve anstabil şeklinde gruplandırılarak takip edilir. Alt Gİ kanama ve üst Gİ kanama ayrımı yapıldığında, alt Gİ kanama ile ilgili taılamalara kolonoskopi yapılması ilk tedavi yöntemidir (Erol, Yoldaş, et al., 2013). Kolonoskopi burada hem tanısal hem tedavi edici özelliği olarak kullanılmaktadır.Ayrıca etyoloji ve kanama hızının dışında kanama bölgesini tespit etme, patoloji için örnek alma ve terapötik müdahale etme yeteneğine sahiptir (Strate et al., 2016). Kolonoskopinin kullanılamadığı aktif kanama varlığı durumlarında ise alt gastrointestinal kanamaları tanılamak için; radyonüklid görüntüleme, bilgisayarlı tomografi anjiografi, mezenterik anjiografi gibi diğer işlemlerden faydanılır (Erol, Yoldaş, et al., 2013).

Endoskopik Tedavi:

Akut alt Gİ kanama için endoskopik hemostaz yöntemleri arasında enjeksiyon, termal cihazlar ve mekanik tedaviler yer alır. Epinefrin enjeksiyonu aktif kanamanın primer hemostazını kolaylaştırır ancak net bir hemostaz elde etmek için ikinci bir yönteme ihtiyaç duyulmaktadır. Gerekli kaynaklar incelendiğinde kolonoskopide yakın zamanda kanama işaretleri varsa divertiküler kanamanın endoskopik olarak tedavi edilmesini önermektedir. Endoskopik klipslerin kullanımıyla mekanik tedavi divertiküler kanama için tercih edilirken, doku hasarını sınırlamak için klipslerin kullanılması (mekanik tedaviler) tercih edilebilir (Pasha et al., 2014; Strate et al., 2014).

Anjiografi ve Endovasküler Tedavi:

Anjiyografi bir yandan kanama yeri lokalizasyonu sağlarken bir yandan da terapötik müdahaleyi sağlar. Anjiyografinin kullanımı kanama bölgesi belirleme olasılığını artırabilir, ancak kontrolsüz kanama riski de oluşturur. Bu nedenle bu yöntem sadece seçilmiş deneyimli merkezlerde gerçekleştirilmelidir (Karuppasaym et al., 2021; Kim et al., 2010).

Selektif transkatater endovasküler tedavi ise kanama bölgesindeki arteryel perfüzyonu azaltmayı amaçlar. Mikrokateterlerin kullanımıyla ufak arterlerin embzolizasyonu sağlanır. Transkateter embolizasyonlu anjiyografi ile de endoskopik tedavi sonucu etkin şekilde tedavi

edilemeyen ya da aktif devam eden kanaması olan hastalar için düşünülmelidir (Karuppasaym et al., 2021; Kim et al., 2010).

Cerrahi tedavi:

Cerrahi dışında diğer yöntemler uygulandığında kanamanın durdurulamadığı veya kanama yerine ulaşılamayan durumlarda acil cerrahi gereksinimi olmaktadır. Hastalarda kan nakli ihtiyacı olması, endoskopik hemostaz ile başarı sağlanamaması ya da endoskopi ile kanama bölgesine ulaşılamaması durumunda cerrahi tedavi gerektiği belirtilmektedir (Fujishiro et al., 2016).

Kronik Intermittant Anorektal Kanamalarda Tedavi:

Hemoroidler, rektal ülserler ve anal fissürler gibi durumların sebep olduğu alt Gİ kanamalarda klinik tedavi ilk başta kullanılmamaktadır. Bu durumlarda daha sık gaita yumuşatan ajanlar ve oturma banyoları kullanılır. Ayrıca supozituarlar ve steroid içeren pomadlar, östrojen-progesteron kombinasyonları ile hastalardaki kanamanın önüne geçilebilmektedir (Pınarbaşı ve Kaymakoğlu, 2005).

2.9. Sağlık Okuryazarlığı

Sağlık okuryazarlığı kavramı 1974 senesinde literatüre kazandırılmıştır (Simonds, 1974). Sağlık okuryazarlığının uzunca bir süre ilk kullanıldığı şekliyle açıklandığı 1990'lara gelindiğinde sağlık okuryazarlığıyla ilgili yeni açıklama ve tanımların yapıldığı ifade edilmiştir. 2000'li yılların ilk başlarında da bu kavramla ilgili araştırmaların sıklaştığı belirtilmiştir (Sezgin, 2013). Bireylerin, hayatlarını daha sağlıklı bir şekilde sürdürebilmeleri için hastalık sürecinde sağlık ile ilgili bilgilere ulaşmaları, anlamaları ve bu bilgileri hayatlarına geçirebilmeleri zamanla önem kazanmış ve bu konuda yapılan çalışmalar ile Sağlık Okuryazarlığı (SOY) kavramı ortaya çıkmıştır (Copurlar & Kartal, 2016) Yakın bir tarihte gerçekleştirilen bu araştırmalarla beraber sağlık okuryazarlığı kavramının yeni bir terim olarak ele alındığı görülmektedir. Bu sağlık okuryazarlığı kavramının yaygın kullanılmasında Kanada'nın başkenti Ottawa şehrinde 1986 yılında düzenlenen "Uluslararası Sağlığı Geliştirme

Konferansı" nın etkisinin olduğu ifade edilmiştir (Sabırcan, 2020). "Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansı" nda verilen kararlar "*Ottawa Bildirgesi*" başlığı altında bir araya getirilmiştir (Catford, 2007). Konferansta ülkelerin sağlık sistemlerinin gelişmesi ön plana çıkarılmış ve bu konuda yalnızca sağlık sektörünün değil diğer sektörlerin de sorumlulıklarının olduğu belirtilmiştir. Diğer sektörlerin sağlık gelişimi konusunda farklı aktiviteler düzenlemesinin toplumun sağlık okuryazarlık seviyesinin yukarıya çekilmesinde faydalı olacağı düşünülmüştür.

Son senelerde toplumsal ve kişisel manada çok boyutlu büyük revizyonlar meydana gelmektedir. İnsanların sağlıklı yaşam anlayışının belirlenmesinde etkili olan faktörler bulunmaktadır. Bu faktörlerden bazıları şunlardır (Çopurlar ve Kartal, 2006):

- Sosyolojik değişimler,
- Teknolojik gelişimler,
- İletişim araçlarındaki ilerlemeler,
- Çeşitli hastalıklar,
- Hastalıkların nedenleri,
- Hastalıkların tedavileri

Bireylerin hasta olduklarında neye ihtiyaç duyduğu, nereye gitmesi gerektiği ve hangi tedbirlere başvurması gerektiği konularında birtakım bilgilere gereksinim duymaktadır. Bu gereksinim sağlık okuryazarlığı kavramının ortaya çıkmasında etkili olmuştur (Çopurlar ve Kartal, 2016).

Genel olarak sağlığın gelişiminde bireysel sorumlulukların yanında toplumsal sorumlulukların da olduğu ifade edilmektedir. Sağlık ile ilgili kurumların sağlıkla alakalı kararları verdikten sonra toplumun yapması gereken bu verilen kararlara adapte olunmasıdır (Özkan ve ark., 2020). Bu kararlara uygun davranma ihtiyacı sağlık okuryazarlığı kavramını daha da önemli hale getirmektedir.

Sağlık okuryazarlığı kavramı incelendiğinde kavramla alakalı pek çok tanım yapılmıştır. Dünya Sağlık Örgütü'nün 1998 senesinde yayınladığı bir raporda da sağlık okuryazarlığıyla alakalı açıklamaya yer verilmektedir (Nutbeam, 1998). "Sağlığın Geliştirilmesi Sözlüğü" ismiyle yayımlanan raporda sağlık okuryazarlığı kavramı bir bireyin

sağlıkla alakalı bir bilgiye erişmesi, bilgiyi kavrayabilmesi ve bu bilgiyi hayatında kullanabilmesi için ihtiyaç duyulan beceriler şeklinde tanımlanmaktadır (Nutbeam, 1998).

Sağlık Bakanlığı'nın sağlık okuryazarlığına dair yaptığı tanım "Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlığın Teşviki ve Geliştirmesi Sözlüğü" nde bireyin, kişisel ve sosyal sağlığını geliştirmek için yaşam koşullarında değişiklik yapması için gereken yekinliğe sahip olunması biçiminde açıklama yapılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2011: 814).

Birden fazla sağlık okuryazarlığı tanımlamasını bir araya getirip yeni bir sağlık okuryazarlığı tanımlaması oluşturan Sorensen ve arkadaşları (2012), sağlık okuryazarlığını, kişinin sağlığına dair kararlar verdirebilen yaşam kalitesini arttırmaya yardım eden, rahatsızlıklara karşı tedbir almaya yardım eden bilgi ve birikime erişmeyi sağlayan beceri olarak tanımlamıştır.

Sağlık okuryazarlığı hakkında birçok tanım bulunmaktadır. Kişinin genel sağlığına dair bilgi ve bulguları okuyup kavrayabilmesi, bu bilgi ve bulguları analiz edebilmesi ve vücut sağlığına uyumlu kararlar verebilme becerisi biçiminde tanımlanmıştır (Peerson et al., 2009).

Sağlık okuryazarlığı, bireye sağlıklı bir hayat için bilgi ve tavsiyeler vermektedir (Çopurlar ve Kartal, 2016). Bireyin sağlığı için pozitif kararlar verebilmek için sağlıkla alakalı etkinlikleri kavrama seviyesi, sağlık okuryazarlığı biçiminde açıklanmaktadır (IOM, 2004).

Sağlık okuryazarlığı, sağlıkla alakalı verileri kavrayabilmek ve bunları bireyin faydası olacak biçimde kullanabilmek şeklinde tanımlanmaktadır (Parvanta et al., 2010). Sağlık okuryazarlığının yalnızca hastaneden randevu alabilmek ya da reçeteyi anlayabilmekten ibaret bir kavram olmadığı ifade edilmektedir (Nutbeam, 2000).

Sağlık okuryazarlığı kavramına dair yapılan tanımlamalar çoğunlukla, kişinin ve toplumun sağlıklı bir hayat yaşaması için gereken bilgi, birikim ve bulgulara erişmesi bunları kullanabilmesi yetisi üzerine yapılmaktadır (Bernhardt & Cameron, 2003). Sağlık okuryazarlığı, bireyin sağlığı hususunda etkili kararlar vermesi için gereken tıbbi bulguya erişme becerisi olarak açıklanmaktadır (Taş ve Akış, 2016). Farklı bir sağlık okuryazarlığı çalışmasında ise okuma, anlama, dinleme ve yorumlama yeteneklerini sağlık hususunda uygulayabilmek olarak tanımlanmıştır (Çopurlar ve Kartal, 2016).

Bireyin hayat stili ve sıradan etkinliklerinde farklılaşmaya yol açıp o kişinin bireysel ve sosyal sağlığını pozitif bir biçime getirmek için verilen çabaya sağlık okuryazarlığı adı

verilmektedir. Sağlık okuryazarlığını sadece afiş ve broşülerdeki yönergeleri izlemek biçiminde açıklamanın yanlış olacağı ifade edilmiştir (Taş ve Akış, 2016).

Sağlık okuryazarlığı, kişilerin sağlıklarıyla alakalı bilgilere erişmesini ve bu bilgilerin etkili biçimde kullanımını sağlamaktadır. Bireylerin sağlıkları hususunda bilgi sahibi olmasını sağlamasından kaynaklı sağlık okuryazarlığı önemsenmesi gereken bir kavram haline gelmiştir (Taş ve Akış, 2016). DSÖ, sağlık okuryazarlığını bireyin sağlığını koruması ve daha iyi bir duruma getirmesi için ihtiyaç duyulan bilgi ve birikime erişilmesini sağlayan bilişsel etkinlikler olarak adlandırmıştır (Taş ve Akış, 2016).

"Amerikan Tıp Birliği" sağlık okuryazarlığı kavramını, bazı sağlık hizmetleri için gereken okuma yeteneklerinin kullanımı şeklinde tanımlamıştır (Sand-Jecklin et al., 2010).

Son zamanlarda sağlık sistemlerinin devamlı bir değişiklik içinde bulunduğu gözlemlenmektedir. Bu değişiklik ara ara sağlık hizmetlerinin karışık bir hale gelmesine yol açmaktadır. Bu karışık hal, bireyleri sağlık sistemleri hususunda zorlayıcı bir duruma getirmektedir. İyileşen teknolojik sistemlerle beraber değişikliğe uğrayan aletler, dilimize giren farklı sağlık kavramları insanların uyum sorunu yaşamasına neden olmaktadır. Bu uyum sorununa sağlık okuryazarlığı gibi eksiklikler de ilave olunca durum daha da karuşık bir hal almaktadır (Sand-Jecklin et al., 2010). Yeni sağlık sistemlerinde tedavi sürecinden ilaç alımına kadar pek çok faaliyet kaydedilmektedir (Aslantekin ve Yumrutaş, 2014).

Sağlık okuryazarlığı kavramı, bireylerin, sağlığıyla alakalı veri ve bilgilere kolay bir şekilde erişebildiği ve erişilen bu bilgileri etkili şekilde kullanma yeteneklerini geliştirdiği için önemli hale gelmektedir (Nutbeam, 2000). Sağlık okuryazarlığı bireyin sağlık sistemleri hususunda bilgi sahibi olmasının yanı sıra bireyin girişkenlik niteliklerine de pozitif mana da katkı vermektedir. Çok yönlü bir kavram olan sağlık okuryazarlığının sınırları geniştir be çeşitli işlevsel nitelikleri bulunmaktadır. Sağlık okuryazarlığının başlıca işlevleri şunlardır (Aslantekin ve Yumrutaş, 2014):

- Hastanın doğru servise başvurabilmesi,
- Hastaneden randevu alabilmesi ve ön kayıt yapabilmesi,
- Muayene, yapılacak test ve tahliller hakkında bilgi sahibi olunması,
- Sağlık çalışanlarıyla etkili iletişim kurulabilmesi,
- İlaçların eczaneden alınabilmesi,

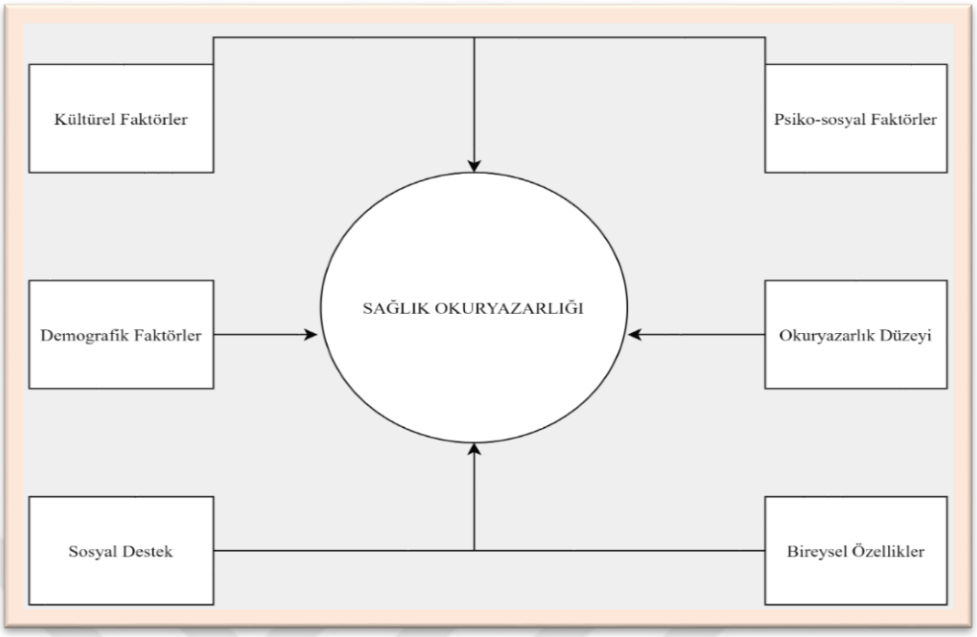
- İlaçların doğru, düzenli şekilde kullanılabilinmesi.

Bireyin sağlığıyla alakalı etkili kararlar alıp kullanabilmesi için gereken yerlerden aldığı geri dönüşleri etkili bir şekilde kavrayabilmesi gerekmektedir. Bu kavramanın verimli biçimde oluşmasında sağlık okuryazarlığı kavramının önemi anlaşılır hale gelmektedir. Sağlık okuryazarlık düzeyine dair yapılan bir araştırmada, düzeyi düşül olan bireylerin hastanede yattığı sürenin düzeyi normal olan bireylere göre daha çok olduğu belirtilmektedir. Sağlık okuryazarlık düzeyi düşük olan bireyler, gerek duyulmayan harcamalara ve gerek duyulmayan tedavi ve testlere başvurmaktadır. Bu durum geçmişten günümüze kadar acil servisi de gereksiz biçimde kullanma, zaman kaybına ve masrafların artmasına yol açmaktadır (Baker et al., 1998; Aslantekin & Yumrutaş, 2014). Sağlık okuryazarlığının gerekliliği bu gibi hallerde daha net bir biçimde anlaşılır hale gelmektedir. Hastaların aldığı sağlık hizmeti sürecinde sağlık çalışanlarıyla kurduğu verimli iletişim ve tedaviye dair bilgi sahibi olması hizmetin etkililiğini arttırmaktadır. Aynı zamanda bu durum zaman kaybına ve ekstra masrafların önüne geçmektedir. Sağlık okuryazarlık düzeyi yüksek olan bireylerin tedaviye dair çalışma gerçekleştirmesi, referansların sorgulanmasını sağlamaktadır. Referanslara dair olumlu bulgulara erişen birey sağlığıyla alakalı etkili kararlar almaktadır

Bireylerin geçirdiği rahatsızlıkların ve bu hastalık periyodunun bireyin karakteristik özelliklerini etkilediği ifade edilmiştir, Bireyin tedavi sürecinde sağlık çalışanlarıyla verimli iletişim kurması, tedaviye dair bilgi sahibi olması ve tedaviye göre hareket etmesi gerekmektedir. Bu durum, bireyin sağlık okuryazarlık düzeyini etkilemektedir. (Yılmaz, 2014).

Bugüne kadar sağlık sistemlerinin iyileşmesi ve bireylere sağlık eğitimi sunulması adına kullanılan yöntem ve metotların kimi zaman başarılı kimi zaman başarısız olması sağlık okuryazarlık kavramının üzerinde durulmasını sağlamıştır (Zanchetta et al., 2013). Aynı zamanda sağlık okuryazarlığıi toplum sağlığına katkıda bulunması, toplumun üretkenliğini arttırması gibi sebeplerle önemli bir kavram haline gelmiştir (Brach et al., 2012).

Sağlık okuryazarlığını etkileyen etkenler Şekil 2.1.1.de şema olarak gösterilmektedir.



Şekil 2.23. Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler

Kaynak: https://slideplayer.biz.tr/slide/14173471/ Erişim Tarihi:28.11.2022

Sağlık okuryazarlığını etkileyen etkenler şu şekilde açıklanmıştır (Sorensen et al., 2012):

Demografik Etkenler

Sağlık okuryazarlığını etkileyen demografik etkenlerden bazıları şu şekilde sıralanmıştır (Balçık et al., 2014):

- Yaş,
- Cinsiyet,
- İş durumu,
- Eğitim seviyesi,
- Etnik kökeni
- Medeni durum.

Bu konuda gerçekleştirilen çalışmalarda yaşlı kişilerin, kadınların, eğitim düzeyi düşük kişilerin ve ekonomik durumu yetersiz kişilerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin alt seviyede olduğu belirtilmektedir (Balçık et al., 2014).

Kültürel Faktörler

Kişinin sağlık okuryazarlığını etkileyen kültürel etkenlerden bazıları şunlardır:

- Bireyin içinde bulunduğu sosyal yapıda konuşulan dilin haricine farklı bir dil konuşması
- İnanç konusunda farklı düşüncelerinin olması,
- Göçmenlik durumların olması

Bireyin okuryazarlık seviyesiyle sahip olduğu kültürel yapı arasında sıkı bir ilişki bulunmaktadır. Birey, edinmiş olduğu sağlıkla ilgili bilgi ve birikimleri sahip olduğu kültürel yapısı kombine edip uygulamaktadır. Toplumda sağlığın muhafaza edilmesi ve vücut sağlığının faydasına gerçekleştirecek uygulamalar ilk başta ailede öğrenilmektedir. Birtakım kişiler, tedavi teknikleri, başvuracağı ilaçları seçerken kültürel etkenleri dikkate almaktadır. Sağlık çalışanının hastaya yönelik tutumu, hastanın kültürel yapısına uygun olacak şekilde olduğunda tedavi süreci daha verimli hale gelmektedir (Sezgin ve ark., 2014).

Psikososyal Etkenler

Bireylerin ailesinden ve etrafındakilerden gereken desteği görememesi bireylerin benlik gelişimini ve toplumsal yeteneklerini negative yönde etkilemektedir. Sosyal becerileri alt seviyede olan bireyler bir konuya dair bilgi erişimi konusunda güçlük yaşamaktadır. Bu güçlük sağlık konusu için de geçerlidir. Bu bireyler sağlıkla ilgili bilgi ve birikime erişimde, sağlıkla ilgili bilgi ve birikimi anlamada ve sağlıkla ilgili bilgi ve birikimi verimli biçimde uygulamakta problem yaşamaktadır. Psiko-sosyal niteliklerin gelişim göstermemesi sağlık okuryazarlk seviyesinin yeterli seviyeyeye gelememesine yol açmaktadır (Balçık et al., 2014).

Genel Okur-Yazarlık Düzeyi

Okuryazarlık seviyesinin üst düzeyde olduğu topluluklarda yaşam standartları da üst düzeydedir. Bir toplulukta okuryazarlık düzeyinin yüksek olması, bilgiye erişimde kolaylık sağlanmasını sağlamaktadır. Bilgiye erişimin kolay olmasının yanı sıra bilginin kavranıp verimli bir şekilde uygulanmasında da büyük problemler yaşanmamaktadır. Ara ara okuryazarlık düzeyi yüksek olan bireylerin birtakım hususları kavramakta güçül yaşadığı

görülse de genel olarak okuryazarlık seviyesi yüksek olan topluluklarda sağlık okuryazarlık seviyesinin de iyi bir düzeyde olduğu ifade edilmektedir (Balçık et al., 2014).

Bireysel Özellikler

Bireylerin sağlık okuryazarlık seviyelerini etkileyen kişisel özelliklerden kaynaklı etkenler şunlardır (Sorensen et al., 2012):

- Görme, konuşma, işitme gibi fizyolojik yetileri,
- Bellek düzeyleri,
- Algılama kapasiteleri.

Hastalıkla ilgili Deneyimler

Bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerini etkileyen hastalıkla ilgili deneyimlerden dolayı oluşan etkenlerden bazıları şu şekilde verilmiştir (Balçık et al., 2014):

- Tedavi sürecinin uzaması,
- Kullanılan ilaçların yan etkisi,
- Başka patolojik vakaların oluşması.

Sağlık Hizmet Sistemi ile ilgili Diğer Etkenler

Sağlık hizmeti sistemiyle alakalı diğer etkenler, sağlık servislerine ulaşmasındaki güçlük, karmaşık sağlık sistemi ve sağlık çalışanlarıyla hasta arasındaki iletişimi çerçevelendirmektedir (Kanj et al., 2009).

Sezgin ve arkadaşları (2014) tedavi sürecini ve sağlık okuryazarlığını olumsuz etkileyen nedenleri şu şekilde belirlemiştir:

- Kişinin öz güveninin düşük olması,
- Hastanın tedavi sürecinin bir an önce sonlanmasını istemesi,
- Gerginlik,
- Tedirginlik,
- Korku.

Birtakım hastalar da ilaç kullanımı hususunda tavsiye edilen ölçeğe ve kullanım süresine dikkat etmeyip, yanlış ilaç kullanımını neden olmaktadır. Bunun gibi etkili olmayan iletişimin neden olduğu durumlar, sunulan sağlık hizmetini negative yönde etkileyen etkenlerden biri olarak ifade edilmektedir (Akbolat et al., 2016).

Sağlık okuryazarlığını etkileyen etkenlere dair çeşitli çalışma ve araştırmalar gerçekleştirilmiştir. Bu çalışma ve araştırmaların yanında sağlık okuryazarlığının etkilediği durumlar üzerine de araştırma ve çalışmaların gerçekleştirildiği ifade edilmiştir. Bu çalışmalardan ilki sağlık okuryazarlığını kişisel seviyede ve ikincisi sistem seviyesinde olacak şekilde iki grupta analiz etmektedir (Nutbeam, 2000).

Kişisel seviyedeki sağlık okuryazarlığının yeterli olmamasının neticeleri altta verilmiştir (Nutbeam, 2000):

- Hastalığın kontrolü konusunda zorluk yaşanması,
- İlaç kullanımında gerçekleşen yan etkilerin artış göstermesi,
- Hayat standartlarının düşüşe geçmesi,
- Tedaviye uygun davranılmaması,
- Alınan sağlık hizmetinden tatmin olunmaması.

Sağlık okuryazarlığı düşük olan kişilerin, sağlık okuryazarlığı normal düzeyde olan kişilere göre daha sık acil servise başvurduğu ve hastanede yattığı, sağlık sistemlerinin koruyuculuk fonksiyonundan daha az yararlandığı ifade edilmiştir (Tekin, 2011). Sağlık okuryazarlığı düşük olan kişilerin hastalıklara karşı alınabilecek tedbirler ve ölüme neden olabilecek riskler konusunda da herhangi bir enformasyona sahip olmadığı ifade edilmektedir (Tekin, 2011).

Sistemsel seviyedeki sağlık okuryazarlığı düzeyinin yeterli olmaması sunulan sağlık hizmet sürecini negative yönde etkilemektedir. Bu yüzden sağlık okuryazarlığının önemini ifade eden ve sağlık okuryazarlığını olumsuz ve olumlu biçimde etkileyen etkenlerin saptanması hususunda çeşitli çalışma ve araştırmaların gerçekleştirilmesinin gerekliliğinden söz edilmektedir (Nutbeam, 2000).

3. YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Türü

Araştırma, gastrointestinal kanaması olan bireylerin risk faktörleri, semptomları ve hastalık yönetimi hakkında bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı bir çalışma olarak planlandı ve uygulandı.

3.2. Araştırma Soruları

- Gastrointestinal kanaması olan bireylerin sosyodemografik özellikleri nelerdir?
- Gastrointestinal kanaması olan bireylerin risk faktörleri hakkındaki bilgi düzeyleri nasıldır?
- Gastrointestinal kanaması olan bireylerin semptomları ve hastalık yönetimi hakkında bilgi düzeyleri nasıldır?
- Gastrointestinal kanaması olan bireylerin sosyodemografik özelliklerinin Gİ kanama risk faktörlerine, semptomlarına ve hastalık yönetimine etkisi nasıldır?
- Gastrointestinal kanaması olan bireylerin bilgi düzeyi değerlendirme soru formu geçerli ve güvenilir bir araç mıdır?

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih

Araştırma 01.09.2020– 28.02.2021 tarihleri arasında İstanbul'daki beş eğitim ve araştırma hastanesi (EAH) olan; T.C. Sağlık Bakanlığı Gaziosmanpaşa EAH, Haydarpaşa Numune EAH, Kanuni Sultan Süleyman EAH, Bağcılar EAH, Göztepe EAH'nin dahiliye servislerinde yatan Gİ kanama tanısı olan hastalar ile gerçekleştirildi.

3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırma son bir yılda İstanbul'daki beş eğitim ve araştırma hastanesi (EAH) olan; T.C. Sağlık Bakanlığı Gaziosmanpaşa Taksim EAH, Haydarpaşa Numune EAH, Kanuni Sultan Süleyman EAH, Bağcılar EAH, Göztepe EAH' leri dahiliye servislerinde yatan Gİ kanama tanısı olan hastalardan oluşmaktadır. Hastanelerin dahiliye servislerinden alınan bilgilere göre son 1 yılda yatan hasta sayısı toplam 1180 hasta sayısı belirtilmiştir. Bu evrene göre görülme insidansı 0.12 ve hata oranı %5 düzeyinde kabul edildiğinde 01.09.2020-28.02.2021 tarihleri arasında veri toplanması planlanan araştırmanın örneklem büyüklüğü 142 olarak belirlendi. Bu evrene gör örneklem büyüklüğü Salant ve Dillman'ın belirlemiş olduğu formül ile hesaplandı (Salant & Dillman, 1994).

Anakütle büyüklüğü biliniyorsa; n=(Nt^2 pq)/(d^2 (N-1)+t^2 pq) N: Anakütle büyüklüğü n: Örneklem büyüklüğü p: İlgilenilen olayın görülme olasılığı q: 1-p (veya ilgilenilen olayın görülmeme olasılığı) d: kabul edilen ± örnekleme hata oranı t_(α,sd): α anlamlılık düzeyinde, serbestlik derecesine göre t tablosu kritik değeri	
Anakütle:	1,180
t değeri:	1.96
Olayın Görünme Olasılığı:	0.12
Olayın Görünmeme Olasılığı:	0.88
Hata Oranı:	0.05
Örneklem Sayısı:	**142**

3.5. Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri:

1) Hekim tarafından Gİ kanama tanısı konulan,
2) Veri toplamak için sağlık durumunun uygun olduğu uzman hekim tarafından onaylanan,
3) 18 yaş ve üzeri,
4) Araştırmaya katılmayı kabul eden hastaların araştırmaya dâhil edilmesi planlandı.

3.6. Araştırmaya Dâhil Edilmeme Kriterleri:

1) Araştırmaya katılmaya istekli olmayan,
2) Ciddi mental hastalık tanısı olan,
3) Bilişsel işlev bozukluğu olan,
4) Veri toplamak için uygun olmayan, taşikardi, dispne çarpıntı ve ağrı şikâyeti olan hastaların araştırmaya dâhil edilmemesi planlandı.

3.7. Verilerin Toplanması

Araştırmanın 01.09.2020– 28.02.2021 tarihleri arasında evrende belirtilen beş hastanede gerçekleştirildi. Çalışmaya dahil edilmesi planlanan Gİ kanama tanısı olan bireylere çalışma hakkında sözlü bilgi verildikten sonra yazılı onam alındı. Daha sonra yüz yüze görüşme yöntemi ile veri toplama araçları kullanılarak veriler toplandı. Çalışmada öncelikle dâhil edilen bireylerin ağrı ve dispne şikâyetinin olup olmadığını belirlemek için hastaya ağrı ve dispne ölçekleri uygulandı. Araştırma sorularına cevap vermeyi engelleyecek düzeyde 7-10 arasında ağrı sınıflandırması olanlar ve 4-10 arasında şiddetli dispnesi olan bireyler araştırmaya dâhil edilmemiştir (Hughes, 2019; Biber 2020). Araştırmada kullanılan veri toplama araçları; Hasta

Bilgi Formu (EK-1), Glasgow Blatchford Score (EK-2), Gastrointestinal Kanaması Olan Bireylerin Bilgi Düzeyi Değerlendirme Soru Formu (EK -3).

3.8. Veri Toplama Araçları

3.8.1. Hasta Bilgi Formu (EK-1)

Araştırmaya katılan hastaların sosyo-demografik özelliklerinin; sigara, alkol kullanımı, kafeinli içecek tüketimi, acılı-baharatlı yiyecek tüketimi, ağrı kesici-ateş düşürücü ve kan sulandırıcı gibi ilaçların kullanımı, hekim tarafından tanısı konulan diğer hastalıkları, bireylerde görülen Gİ kanama belirtileri, hastalığın tekrarlama sıklığı, ailede Gİ kanama öyküsünün varlığı gibi sosyodemografik özelliklerinin değerlendirildiği 26 madde, ağrı ve dispne skalası yer almaktadır. Ayrıca hastaların, literatüre göre Gİ kanama tanısını doğrulayan, risk faktörlerinin belirlenmesi ve komplikasyonların gelişmesi konusunda ön bilgi sağlayan kan basıncı ölçümü, nabız ölçümü ve laboratuar test sonuçları (hematokrit, hemoglobin, uluslararası standardize oran, kan üre azotu ve kreatinin) hasta bilgi formunda yer almaktadır (Karadağ, 2008; Blactford, 2000).

3.8.2. Sayısal Ağrı Derecelendirme Ölçeği

Visual Analog Skala (VAS) sayısal olarak ölçülemeyen bazı değerleri sayısal hale çevirmek için kullanılır. 10 cm lik bir çizginin iki ucuna değerlendirilecek parametrenin iki uç tanımı yazılır ve hastadan bu çizgi üzerinde kendi durumunun nereye uygun olduğunu bir çizgi çizerek veya nokta koyarak veya işaret ederek belirtmesi istenir. Mesela ağrı için bir uca hiç ağrım yok, diğer uca dayanılmaz ağrı yazılır ve hasta kendi o anki durumunu bu çizgi üzerinde işaretler. Ağrının hiç olmadığı yerden hastanın işaretlediği yere kadar olan mesafenin uzunluğu hastanın ağrısını belirtir (Richard & Fogoros, 2018). Ağrı sınıflamasında sıfır hiç ağrı olmadığı, 1-3 arasında olması hafif ağrı, 4-6 arasında olması orta şiddetli ağrı, 7-9 arasında olması çok şiddetli ağrı, 10 dayanılmaz ağrı olarak değerlendirilmiştir (Hughes, 2019). Gİ kanama tanısı olan bireylerde ağrı durumu bireyin günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirebilmesinde güçlük çekmesine yol açar ve yaşam kalitesini negatif yönde etkilemektedir. Bu nedenle çalısmada ağrı skalası kullanılarak bireylerin ağrı derecesi belirlendi, orta (6-4) ve daha düşük derecede ağrısı olanlar araştırmaya dahil edildi.

3.8.3. Dispne Sözel Derecelendirme Ölçeği

Dispne Sözel Derecelendirme Ölçeği yatay bir çizgi üzerinde rakamlar 0 ile 10 arasında yerleştirilmiştir. Nefes darlığı algısının hiç olmaması ile şiddetli dispne arasında hasta işaretleme yapar. Kolay uygulanabilir ve kullanımı basittir (30,32). Dispne sınıflamasında sıfır hiç dispne olmadığı, 1-3 arasında olması hafif, 4-6 arasında olması şiddetli, 7-8 arasında olması çok şiddetli, 9-10 en şiddetli dispne olarak değerlendirilmiştir (Biber, 2020). Dispne bireyin günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmesinde güçlük çekmesine yol açar ve yaşam kalitesini olumsuz olarak etkiler. Hipoksi, hiperkapni, hiperventilasyon ve solunum yetersizlikleri doğrudan beyin işlevlerini etkilemektedir (McDonagh et al., 2021). Bu nedenle araştırmada dispne skalası kullanılarak bireylerin dispne derecesi belirlendi, dispnesi olmayan ve hafif dipnesi olan (1-3) bireyler araştırmaya dahil edildi.

3.8.4. Glasgow Blatchford Skor (EK-2)

Glasgow Blatchford Score, Gİ Kanamalı hastaların klinik müdahale ihtiyacını tahmin etmek, endoskopik veriler olmadan laboratuvar bulguları kullanılarak; BUN (kan üre azotu), Hb (hemoglobin), kan basıncı, belirti-bulgu ve ek hastalık bilgisi ile değerlendirme sağlayan puanlama sistemidir (Blatchford et al., 2000). Uygulanabilirliğin kolay olması ve Gİ kanaması olan hastalarda ölüm, kan transfüzyonu, endoskopik ve cerrahi müdahale gibi sonuçları öngörmede kolaylık sağlayan, Gİ kanama skorlamasıdır (Chandra et al., 2012; Işık et al., 2014). İçinde bulundurduğu parametreler ile hastalık risk faktörleri ve belirti-bulguları konusunda hızlı tanılama ve kolay müdahale sağlamaktadır. Skorun 6 ve üzerinde olması bu hastalara %50 oranında müdahele gerekeceğini gösterir (Blatchford et al., 2000). Blatchford risk skorundan 11 ve üzeri puan almış hastalar yüksek mortalite nedeniyle daha yakından takip edilmelidir (Laursen et al., 2012).

3.8.5. Gastrointestinal Kanaması Olan Bireylerin Bilgi Düzeyi Değerlendirme Soru Formu (EK-3)

Araştırma, Gİ kanaması olan bireylerin risk faktörleri, semptomları ve hastalık yönetimi hakkında bilgi düzeylerinin değerlendirilebilmesi amacıyla planlanmış ve yapılan çalışmalarda (Gölgeli et al., 2014; Gönen et al.,1998; Paspatis et al., 2000) konuya ilişkin verilere rastlanamamıştır. Bu nedenle oluşturulan form, hastalık yönetimi ve hastalığın tekrarlamaması için bilgi düzeyini değerlendirecek bir araç olarak geliştirilmektedir. Gastraointestinal kanaması olan bireylerin bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi için Gİ kanama risk faktörleri, semptomları ve hastalık yönetimi konularında sorulardan oluşmaktadır. Bu sorular literatürdeki benzer çalışmalardan yararlanılarak oluşturulmuştur. Soruların ankette kullanılabilmesi adına alanında çalışma yapmış veya bu çalışma konusu hakkında araştırma yapan 7 uzmana danışılmıştır. Ardından soruların uygunluk durumu değerlendirilmiş ve son hali 3'lü likert tip olarak ankette kullanılmıştır. Daha sonra sorular gastrointestinal kanaması olan bireylere pilot çalışma olarak uygulanmış ve bireylerin soruları anlama ve cevap verme durumları değerlendirilerek sorular tekrar gözden geçirilmiştir. Araştırma soruları Gİ kanama risk faktörleri, semptomları ve hastalık yönetimi ile ilgili bilgi düzeylerinin değerlendirildiği üç bölüm ve toplamda 56 sorudan oluşmaktadır.

Gİ kanaması olan bireylerin hastalık risk faktörü, semptom ve yönetim bilgi düzeyini belirlemek üzere hazırlanan bilgi formuna yönelik uzman görüşü alınarak kapsam geçerlilik indeksi hesaplanmıştır. Kapsam geçerlilik indeksi Lawshe (1975) tarafında geliştirilen yöntem kullanılarak hem madde düzeyinde (KGO) hem de ölçek düzeyinde (KGİ) hesaplandı. Uzman görüşlerine ait veriler aşağıdaki tablo 3.1.' de verildi.

Tablo 3.1. Uzman Görüşleri

Madde No.	Uzman1	Uzman2	Uzman3	Uzman4	Uzman5	Uzman6	Uzman7	CVR (KGO)	Madde No.	Uzman1	Uzman2	Uzman3	Uzman4	Uzman5	Uzman6	Uzman7	CVR (KGO)
1	x	x	x		x	x	x	0.714	**29**	x		x	x	x	x	x	0.714
2	x	x	x	x	x	x	x	1	**30**	x	x	x		x	x	x	0.714
3	x	x	x	x	x	x	x	1	**31**	x	x	x	x		x	x	0.714
4	x	x	x	x		x	x	0.714	**32**	x		x	x	x	x	x	0.714
5	x	x	x	x	x	x	x	1	**33**	x	x	x	x		x	x	0.714
6	x	x	x	x	x	x	x	1	**34**	x	x	x	x	x	x	x	1
7	x	x	x	x	x	x	x	1	**35**	x	x	x	x		x	x	0.714
8	x	x	x	x	x	x	x	1	**36**	x		x	x	x	x	x	0.714
9	x	x	x	x	x	x	x	1	**37**	x	x	x	x	x	x	x	1
10	x	x	x	x	x	x	x	1	**38**	x	x	x	x	x	x		0.714
11	x	x	x	x	x	x	x	1	**39**	x	x	x	x	x		x	0.714
12		x	x	x	x	x	x	0.714	**40**	x		x	x	x	x	x	0.714
13	x	x	x	x	x	x	x	1	**41**	x	x	x	x		x	x	0.714
14	x		x	x	x	x	x	0.714	**42**	x	x	x	x		x	x	0.714
15	x	x	x		x	x	x	0.714	**43**		x	x	x	x	x	x	07.14
16	x	x	x	x	x	x	x	1	**44**	x	x	x	x	x	x	x	1
17		x	x	x	x	x	x	0.714	**45**	x		x	x	x	x	x	07.14
18	x		x	x	x	x	x	0.714	**46**	x		x	x	x	x	x	0.714
19	x	x	x	x	x	x	x	1	**47**	x	x	x	x		x	x	0.714
20	x		x	x	x	x	x	0.714	**48**	x		x	x	x	x	x	0.714
21	x	x	x		x	x	x	0.714	**49**		x	x	x	x	x	x	0.714
22	x	x	x	x	x	x	x	1	**50**	x	x	x	x	x	x	x	1
23	x	x	x	x	x	x	x	1	**51**	x	x	x	x	x	x	x	1
24		x	x	x	x	x	x	0.714	**52**		x	x	x	x	x	x	0.714
25		x	x	x	x	x	x	0.714	**53**	x	x	x	x	x	x	x	1
26	x	x	x		x	x	x	0.714	**54**	x	x	x	x	x	x		0.714
27	x	x	x	x	x	x	x	1	**55**		x	x	x	x	x	x	0.714
28	x	x	x	x	x	x	x	1	**56**	x		x	x	x	x	x	0.714
CVI= 0.826																	

Kapsam geçerlilik indeksi KGİ=0.826 olarak, kapsam geçerlilik oranları 0.71-1 arasında bulunmuştur. Bilgi testinde doğru yanıtlar 1 puan, yanlış yanıtlar 0 puan almaktadır. Bilgi testine ilişkin toplam puan 0 ile 56 arasında değişmektedir. Bu araştırmada bilgi testine ilişkin güvenirlik katsayıları KR21=0.815; KR20=0.892 olarak bulunmuştur.

3.9. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma için ilk olarak İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Sosyal ve Beşerî Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu'ndan 2019/178 sayılı etik kurul onayı alınmıştır. Ancak COVID-19 salgını nedeniyle çalışmanın belirtilen veri toplama başlangıç ve bitiş tarihinde gerçekleştirilemediğinden veri toplama başlangıç ve bitiş tarihlerinin 01.09.2020-28.02.2021 tarihleri arasında yapılması için etik kuruldan tekrar etik kurul uzatma izni alındı (EK-4, EK-5). Araştırmanın kurum izni T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nden yazılı çalışma izni (EK-6) alındı.

Araştırmaya katılan bireylere "Helsinki Bildirgesi" nde yer alan ilkelere bağlı kalınarak hazırlanan "Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu (EK-4)" ile araştırmanın amacı, planı, süresi hakkında sözlü bilgilendirme yapıldıktan sonra sözlü ve yazılı onam alındı. Araştırmaya katılımın gönüllülük ilkesine dayandığı ve gizlilik ilkesine uyulacağı açıklandı.

3.10. Araştirmanin Güçlü ve Sınırlı Yönleri

3.10.1. Araştirmanin Güçlü Yönleri

- Araştırmanın örneklem belirlenmesinde istatistik uzmanı yardımıyla çalışılması ve araştırmanın sonucunda elde edilen verilerin, istatistik uzmanı yardımıyla lisanslı Statistical Package Social Sciences (SPSS) 22 software program (IBM Corp., Armonk, NY, USA) kullanılması,
- Araştırma sorularının alanında çalışma yapmış 7 uzmana danışılarak hazırlanmış olması,
- Daha önce gastrointestinal kanaması olan hastalarda bilgi düzeyinin değerlendirildiği buna benzer kapsamlı bir soru formunun bulunmaması,
- Bu soru formundaki veriler kullanılarak gelecek çalışmalarda hastalara yönelik eğitim programları ile hastalığın önlenmesi konusunda literatüre yeni bir bakış açısı sunabilmesi araştırmanın güçlü yönlerini oluşturmaktadır.

3.10.2. Araştırmanın Sınırlı Yönleri

- Araştırmanın COVİD-19 pandemi sürecine denk gelmesi,
- Araştırmada yeralan laboratuvar değerleri ve yaşam bulgularına ilişkin verilere ulaşma konusunda hemşirelerin iş birliği içinde bulunmak istememeleri.

3.11. Verilerin İstatistiksel Analizi

Araştırmada elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS 22.0 istatistik programı aracılığıyla değerlendirildi. Araştırmaya katılan hastaların tanımlayıcı özelliklerinin belirlenmesinde frekans ve yüzde analizlerinden, ölçeğin incelenmesinde ortalama ve standart sapma istatistiklerinden faydalanıldı. Araştırma değişkenlerinin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek üzere Kurtosis (Basıklık) ve Skewness (Çarpıklık) değerleri incelendi.

Tablo 3.2. Normal Dağılım

	N	Basıklık	Çarpıklık
Bilgi Toplam	142	-0.294	-0.326

İlgili literatürde, değişkenlerin basıklık çarpıklık değerlerine ilişkin sonuçların +1.5 ile -1.5 (Tabachnick ve Fidell, 2013), +2.0 ile -2.0 (George, ve Mallery, 2010) arasında olması normal dağılım olarak kabul edilmektedir. Araştırma değişkenlere ilişkin basıklık değerleri en düşük -0.294, en yüksek -0.294; çarpıklık değerleri en düşük -0.326, en yüksek -0.326 olarak saptandı. Değişkenlerin normal dağılım gösterdiği belirlenmiştir. Verilerin analizinde parametrik yöntemler kullanıldı.

Hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre bilgi düzeylerindeki farklılaşmaların incelenmesinde t-testi, tek yönlü varyans analizi (Anova) ve post hoc (Tukey, LSD) analizlerinden faydalanılmıştır. Etki büyüklüğünü hesaplamak için Cohen(d) ve Eta kare(η^2) katsayıları kullanılmıştır. Etki büyüklüğü gruplar arasındaki farkın önemli kabul edilecek büyük bir fark olup olmadığını göstermektedir. Cohen değeri 0.2: küçük; 0.5: orta; 0.8: büyük olarak, eta kare değeri 0.01: küçük; 0.06: orta; 0.14: büyük olarak değerlendirilmektedir (Büyüköztürk ve ark., 2018).

4.BULGULAR

Araştırmanın bu bölümünde, araştırmada toplanan verilerden elde edilen bulgulara yer verildi. Her bir bulgu yorumlanarak ve çıkarım yapılarak değerlendirildi.

4.1. Bireylerin Tanımlayıcı Özellikleri ile İlişkili Bulgular

4.2. Bireylerin Ağrı ve Dispne Durumuna İlişkin Bulguları

4.3. Bireylerin Nabız, Kan Basıncı ve Kan Değerleri ile İlişkili Bulgular

4.4. Bireylerin Glasgow Blatchford Skoru ile İlişkili Bulgular

4.5. Bireylerin Gastrointestinal Kanaması Olan Bireylerin Bilgi Düzeyi Değerlendirme Soru Formu ile İlişkili Bulgular

4.6. Gastrointestinal Kanaması Olan Bireylerin Bilgi Düzeyi Değerlendirme Soru Formuna Verilen Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu Bulguları

4.7. Gastrointestinal Kanaması Olan Bireylerin Bilgi Düzeyi Değerlendirme Soru Formunun Geçerlik Güvenirliğine İlişkin Bulgular

4.1. Bireylerin Tanımlayıcı Özellikleri ile İlişkili Bulgular

Araştırmaya katılan bireylerin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin verileri Tablo 4.1.1., Tablo 4.1.2., Tablo 4.1.3., Tablo 4.1.4., Tablo 4.1.5.' te açıklandı.

Tablo 4.1.1. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı(N=142)

Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	62	43.7
Erkek	80	56.3
Yaş		
18-40	14	9.9
41-60	37	26
61 Ve Üzeri	91	64.1
Eğitim Durumu		
Okuryazar Değilim	31	21.8
İlkokul Ortaokul	62	43.7
Lise ve Üzeri	49	34.5
Medeni Durum		
Bekâr	13	9.2
Evli	129	90.8

Çalışmaya katılan bireyler cinsiyete göre %43.7'si kadın, %56.3'ü erkek olarak dağılmaktadır. Bireylerin yaşa göre %9.9'u 18-40 yaş aralığında yer alırken, %26'sı 41-60 yaş aralığında, %64.1'i ise 61 ve üzeri yaş grubu aralığında yer aladığı tespit edildi. Bu bireylerden %9.2'sinin bekar olduğu, %90.8'i evli olduğu tespit edildi (Tablo 4.1.1.)

Bireylerin eğitim durumu incelendiğinde %21.8'i okuryazar değilken, %43.7'si ilkokul ortaokul, %34.5'i ise lise ve üzeri olarak bulundu (Tablo 4.1.1.).

Tablo 4.1.2. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı(N=142)

Çalışma Durumu		
	Frekans(n)	**Yüzde (%)**
Evet	25	17.6
Hayır	117	82.4
Meslek		
Özel Sektör	15	10.6
Serbest Meslek	12	8.4
Çalışmıyor	72	50.7
Emekli	43	30.3
Gelir Düzeyi		
Günlük İhtiyaçlarını Karşılayabiliyorum	87	61.3
Sadece Zorunlu İhtiyaçlarını Karşılayabiliyorum	55	38.7
Sağlık Güvencesi Varlığı		
Evet	138	97.2
Hayır	4	2.8

Araştırmaya katılanların %17.6'sı mesleki açıdan çalıştığı, %82.4'ünün çalışmadığı belirlenmiştir. Meslek dağılımına göre araştırmada bireylerin %10.6'sı özel sektörde çalışırken, %30.3'ünün emekli olduğu, %8.4'ü serbest meslek grubunda olduğunu belirtmiştir. %50.7'sinin ise herhangi bir işte çalışmadığı tespit edildi (Tablo 4.1.2).

Bireyler gelir düzeyine göre %61.3'ü günlük ihtiyaçlarını karşılayabiliyor olarak cevaplarken, %38.7'si sadece zorunlu ihtiyaçlarını karşılayabiliyor şeklinde cevap vermiştir. Ayrıca bireylerden %97.2'sinin sağlık güvencesi bulunduğu, %2.8'inin sağlık güvencesinin olmadığı belirlendi (Tablo 4.1.2.).

Tablo 4.1.3. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı (N=142)

Sigara Kullanım Durumu		
Evet	67	47.2
Hayır	75	52.8
Sigara Kullanım Sıklığı		
Günde Yarım Paketten Az	9	13.4
Günde Yarım-1 Paket	39	58.2
Günde 1 Paketten Fazla	19	2.4
Alkol Kullanım Durumu		
Evet	25	17.6
Hayır	117	82.4
Alkol Kullanım Sıklığı		
Haftada 1-2 Kez	12	48
Nadiren	13	52
Kafeinli İçecek Tüketme Durumu		
Hiç Tüketmem	18	12.7
Günde 1 veya 2 Kez Tüketirim	53	37.3
Günde 3 Ten Fazla Tüketirim	71	50
Baharatlı Yiyecek Tüketme Durumu		
Hiç Tüketmem	9	6.3
Nadiren Tüketirim	65	45.8
Her Öğünde Tüketirim	68	47.9

Araştırmaya katılan bireylerin %47.2'sinde sigara kullanımı olduğu, %52.8'inde sigara kullanımı olmadığı tespit edilirken; sigara kullanım sıklığına göre %13.4'ünde günde yarım paketten az kullanımın olduğu, %58.2'sinde günde yarım-1 paket kullanımın olduğu, %28.4'ünde ise günde 1 paketten fazla kullanımın olduğu tespit edildi. Bireylerin %17.6'sında alkol kullanımı mevcut iken, %82.4 'ünde alkol kullanımı olmadığu tespit edildi (Tablo 4.1.3.).

Bireylerin kafeinli içecek tüketimi değerlendirildiğinde; %12.7'sinde kafeinli içeçecek tüketmediği, %37.3'ünde günde 1 veya 2 kez kafein tüketimi olduğu, %50'sinde ise günde 3 ten fazla kafein tüketimiolduğu tespit edildi. Baharatlı yiyecek tüketme durumu ise %6.3'ü hiç baharatlı gıda tüketmezken, %45.8'inin nadiren baharatlı gıda tükettiği, %47.9'unun ise her öğünde baharatlı gıda tükettiği tespit edildi (Tablo 4.1.3.).

Tablo 4.1.4. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı (N=142)

Ağrı Kesici İlaç Kullanma Durumu		
Sık Kullanırım	70	49.3
Nadiren	72	50.7
Kronik Hastalık Varlığı		
Evet	115	81
Hayır	27	19
Kronik Hastalıklar*		
Diabetes Mellitus (DM)	45	39.1
Hipertansiyon (HT)	71	61.7
Kronik Böbrek Yetmezliği (KBY)	14	12.2
Karaciğer Hastalıkları (KC hastalıkları)	9	7.8
Kalp Hastalıkları	58	50.4
Diğer	59	51.3
Kan Sulandırıcı Kullanımı		
Evet	102	71.8
Hayır	40	28.2

*Birden fazla seçilen madde

Bireylerde ağrı kesici ilaç kullanım durumu değerlendirildiğinde tümünde ağrı kesici ilaç kullanımı olduğu; %49.3'ünde sıkça ağrı kesici ilaç kullanımı mevcutken, %50.7'sinin nadiren ağrı kesici ilaç kullandığı tespit edildi (Tablo 4.1.4.).

Araştırmaya katılan bireylerin %81'inde kronik hastalık bulunurken, %19'unda kronik hastalık olmadığı tespit edildi (Tablo 4.1.4.).

Araştırmaya katılan bireylerde kronik hastalıkların dağılımı değerlendirildiğinde %39.1'inde DM, %61.7'sinde HT, %12.2'sinde KBY, %7.8'inde KC Hastalıkları, %50.4'ünde Kalp Hastalıkları ve %51.3'ünde ise diğer kronik hastalıklar olduğu tespit edildi. Bireylerin kan sulandırıcı ilaç kullanım durumu değerlendirildiğinde ise %71.8'i kan sulandırıcı kullandığı, %28.2'sinde kan sulandırıcı ilaç kullanımı olmadığı tespit edildi (Tablo 4.1.4.).

Tablo 4.1.5. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı (N=142)

Hastaneye Başvuru Şikayeti*		
Siyah Görünümlü Dışkı	93	65.5
Kahve Telvesi Şeklinde Kusma	30	21.1
Halsizlik	101	71.1
Kırmızı Kanlı Dışkı	10	7
Karın Ağrısı	69	48.6
Hazımsızlık Hissi Şişkinlik	75	52.8
İştah Kaybı	74	52.1
Mide Kanaması Durumu		
İlk Kez Geçiren	111	78.2
2 ve Daha Fazla Geçiren	31	21.8
Ailede Mide Kanaması Durumu		
Evet	19	13.4
Hayır	123	86.6

*Birden fazla seçilen madde

Araştırmaya katılan bireylerin hastaneye başvuru şikayetleri incelendiğinde %65.5'inde siyah görünümlü dışkı (melena), %21.1'inde kahve telvesi şeklinde kusma (hematemez), %7'sinde kırmızı kanlı dışkı (hematokezya) görülürken; %71.1'inde halsizlik, %48.6'sında karın ağrısı, %52.8'inde hazımsızlık hissi ve şişkinlik, %52.1'inde iştah kaybı belirtileri tespit edildi (Tablo 4.1.5.).

Araştırmaya katılan bireylerden %78.2'sinin mide kanamasını ilk kez geçirirken, %21.8'inin 2 ve daha fazla mide kanaması geçirdiği tespit edildi. Ayrıca bu bireylerin %13.4'ünün ailesinde mide kanama öyküsü mevcutken, %86.6'sının ailesinde mide kanama öyküsü bulunmadığı tespit edildi (Tablo 4.1.5.).

4.2. Bireylerin Ağrı ve Dispne Durumuna İlişkin Bulguları

Bu kısımda araştırmaya katılan bireylerin ağrı ve dispne durumuna ilişkin verileri Tablo 4.2.1.'de açıklandı.

Tablo 4.2.1. Bireylerin Ağrı ve Dispne Durumuna İlişkin Bulguları(N=142)

Ağrı		
Hiç Yok	13	9.2
1-3 Ağrı	65	45.8
4-6 Ağrı	64	45
7-9 Ağrı	0	0
Dispne		
Hiç Yok	46	32.4
1-3 Hafif	96	67.6
4-6 Şiddetli	0	0
7-9 Çok Şiddetli	0	0

Ağrı ve dispne bireylerin günlük yaşam aktivitelerini olumsuz etkileyen ve yaşam kalitesini düşüren faktörlerdendir. Bu nedenle çalışmaya katılan bireylerin (Tablo 4.2.1) ağrı ve dispne durumu değerlendirildi. Araştırmaya çok şiddetli (7-9) ve dayanılmaz ağrısı (10) olan bireyler ile şiddetli dispnesi olan bireyler (4 ve üzeri puan) araştırma sorularını etkin cevaplayamayacağı düşünüldüğünden araştırmaya alınmadı. Araştırmaya dahil edilen bireylerden ağrısı 0 puan (hiç yok) olanlar %9.2, 1-3 ağrı puanı olanlar %45.8, 4-6 ağrı puanı olanlar ise %45 olarak tespit edilirken; dispnesi hiç yok (0 puan) olanlar %32.4, 1-3 dispne puanı olanlar ise %67.6 bulundu (Tablo 4.2.1.).

4.3. Bireylerin Nabız, Kan Basıncı ve Kan Değerleri ile İlişkili Bulgular

Gİ kanaması olan bireylerde; doğru tanılamayı sağlamak, yaşamsal açıdan risk faktörlerini değerlendirebilmek ve gelişebilecek komplikasyonları hızla belirleyebilmek için yaşam bulgularının değerlendirilmesi önemlidir. Bu nedenle çalışmamıza katılan bireylerin, hastaneye başvuru aşamasındaki yaşam bulguları hasta tanılama formuna (EK-1) eklenmiş ve tabloda (Tablo 4.3.1.) verilere yer verilmiştir. Ayrıca Gİ kanama tanılamasında ilk akla gelen ve

literatürde tanı koymaya yardımcı laboratuvar bulguları arasında yer alan değerlerde bu bölümde (Tablo 4.3.1.) verilmiştir.

Tablo 4.3.1. Nabız, Kan Basınç ve Kan Değerleri Ortalamaları

	N	Ort	Ss	Min.	Maks.
Radiyal Nabız	142	97.2	13.256	54	132
Sistolik Kan Basıncı	142	102.96	12.774	80	140
Diyastolik Kan Basıncı	142	64.33	7.928	50	90
Hct	142	26.77	6.188	12.8	46.3
Hb	142	8.68	2.123	3.7	15.4
INR	142	1.543	1.545	0.8	14
Kreatinin	141	1.082	0.463	0.4	2.89
BUN	73	29.753	19.347	6.54	98

Araştırmaya katılan bireylerin "**radiyal nabız**" ortalaması 97.200±13.256 (Min=54; Maks=132), "**sistolik kan basıncı**" ortalaması 102.960±12.774 (Min=80; Maks=140), "**diyastolik kan basıncı**" ortalaması 64.330±7.928 (Min=50; Maks=90) olarak tespit edildi. Yani çalışmamızda yer alan bireylerin nabız ortalamaları yüksek olup, kan basıncı değerleri düşük olarak saptandı (Tablo 4.3.1.).

Araştırmada Yer alan bireylerin laboratuvar değerleri incelendiğinde ise aktif kanama varlığının ya da kanamış olduğunun belirtisi olarak düşünülen "**Hct**" ortalaması 26.770±6.188 (Min=12.8; Maks=46.3) olarak, "**Hb**" ortalaması ise 8.680±2.123 (Min=3.7; Maks=15.4) olarak tespit edildi (Tablo 4.3.1).

Akut Gİ kanamada risk faktörü olarak değerlendirilenilecek "**INR**" ortalaması 1.543±1.545 (Min=0.8; Maks=14) olarak tespit edilirken, özellikle üst Gİ kanama durumunda yükseldiği için tanılamada yararlanılan **"kreatinin**" ortalaması 1.082±0.463 (Min=0.4; Maks=2.89), "**BUN"** ortalaması ise 29.753±19.347 (Min=6.54; Maks=98) olarak tespit edildi (Tablo 4.3.1).

4.4. Bireylerin Glasgow Blatchford Skoru ile İlişkili Bulgular

Glasgow Blatchford Skoru (EK-2), Gİ kanamalı bireylerde içinde bulundurduğu değerlere verilen puanlar ile hızlı tanılama ve yeniden kanama riskini belirleyen skordur. Puan arttıkça bireyin kanama risk faktörlerinin fazla olduğu anlamı ortaya çıkmaktadır. Bu bölümde bireylerin Glasgow Blatchford Skoruna ilişkin değer ortalaması Tablo 4.4.1.'de verilmiştir.

Tablo 4.4.1. Bireylerin Glasgow Blatchford Skor Ortalaması

	N	Ort	Ss	Min.	Maks.
Glasgow Blatchford	142	12.528	3.554	2	21

Araştırmaya katılan bireylerde hastalık varlığı ve klinik seyri, kanama risk durumu değerlendirebilmek için Glasgow Blatchford Skoru kullanıldı. Hastalardan elde edilen verilere göre "glasgow blatchford" ortalaması 12.528±3.554 (Min=2; Maks=21) olarak orta düzeyde risk puanına sahip olduğu saptandı.

4.5. Gastrointestinal Kanaması Olan Bireylerin Bilgi Düzeyi Değerlendirme Soru Formu ile İlişkili Bulgular

Bu bölümde bireylerin "Gastrointestinal Kanaması Olan Bireylerin Bilgi Düzeyi Değerlendirme Soru Formu"na verdikleri cevaplar doğrultusunda ortaya çıkan bilgi toplam puanları yönelik; aritmetik ortalama, standart sapma ve minimum-maksimum değerleri verildi. Ayrıca soru formunda yer alan bölümlerin bilgi toplam puanları ayrı ayrı hesaplanarak, bireylerin bilgi ağırlıklarının hangi alanlarda olduğu, farklılık olup/ olmadığı durumu değerlendirildi. Soru formunda yer alan 56 bilgiye verilen cevaplar Tablo 4.5.1.'de gösterildi.

Tablo 4.5.1. Bilgi Puan Ortalamaları

	N	Ort	Ss	Min.	Maks.
Bilgi Toplam	142	29.493	8.393	5	47
Mide Kanamasında Etkisi Olduğu Düşünülen Bilgilere Verilen Cevaplar	142	16.338	6.249	1	27
Mide Kanamasinda Belirti-Bulgusu Olduğu Düşünülen Bilgilere Verilen Cevaplar	142	3.606	2.470	0	10
Mide Kanaması Önlenmesi ve Tekrarlamasına Yönelik Bilgilere Verilen Cevaplar	142	9.549	1.966	1	14

Bireylerin "Gastrointestinal Kanaması Olan Bireylerin Bilgi Düzeyi Değerlendirme Soru Formu"na verdikleri bilgi toplam" ortalaması 29.493±8.393 (Min=5; Maks=47) olarak hesaplandı. Elde edilecek toplam puan 56 olarak ele alındığında, bireylerin Gİ kanama hakkında orta düzey bilgiye sahip olduğu tespit edildi (Tablo 4.5.1.).

Bireylerin "mide kanamasına etkisi olduğu düşünülen bilgiler" ortalaması 16.338±6.249 (Min=1; Maks=27) olarak tespit edildi. Bilgi ortalama toplam puanı ile etkisi olduğu durumlar bilgisi (risk faktörleri bilgisi) karşılaştırıldığında daha düşük bilgi puanı elde edildi (Tablo4.5.1.)

Bireylerin "mide kanamasi belirti bulgusuna yönelik bilgiler" ortalaması 3.606±2.470 (Min=0; Maks=10) olarak saptanırken bireylerin belirti bulgular konusunda çok az bilgiye sahip olduğu tespit edildi (Tablo4.5.1.).

Bireylerin "mide kanaması önlenmesi ve tekrarlamasına yönelik bilgiler" ortalaması ise 9.549±1.966 (Min=1; Maks=14) olarak saptandı. Bilgi ortalama toplam puanına göre düşük bilgi puanı tespit edilirken, bireylerin mide kanamasını önlemeye yönelik bilgilerinin, belirti bulgular bilgisinden daha yüksek olduğu tespit edildi (Tablo 4.5.1).

Bu durumda tablo 4.5.1.' deki bilgi ortalamaları değerlendirilirse; bireylerin mide kanamasına etki eden faktörleri, mide kanamasını önlemeye-tekrarlamaya yönelik bilgilerden daha fazla bildiği ancak belirti bulgular konusunda çok az bilgiye sahip olduğu tespit edildi.

Aşağıdaki tabloda bireylerin mide kanaması olmasında etkisi olduğunu düşündüğü durumlara verdiği cevaplar değerlendirilmiştir. 3'lü likert tip olarak hazırlanan soru formu (Doğru/ Yanlış/ Bilmiyorum); değerlendirme ve istatiksel süreçte bilgi varlığını araştırdığı için ifadeye verilen doğru cevaplar "1" puan diğer cevaplar (yanlış ve bilmiyorum) "0" puan olacak şekilde ele alınarak hesaplandı. Tablo 4.5.2.1., Tablo 4.5.2.2., Tablo 4.5.2.3.'te ifadelere verilen cevaplar, doğru ve yanlış şeklinde ayrımı yapılarak gösterildi.

Tablo 4.5.2.1. Gastrointestinal Kanaması Olan Bireylerde Bilgi Düzeyi Değerlendirme Soru Formu (Mide Kanamasına Etkisi Olan Durumlar)

			YANLIŞ Cevaplayan		DOĞRU Cevaplayan	
Sıra No	**Bilginin Gerçek Cevabı**	**Bilgi**	**n**	**%**	**n**	**%**
1	Doğru	Sigara İçmek Mideye Zarar Verir	113	79.6	29	20.4
2	Yanlış	Stres Mideye Herhangi Bir Zarar Vermez	49	34.5	93	65.5
3	Yanlış	Sigara İçmenin Mide Kanaması Olmasında Etkisi Yoktur	117	82.4	25	17.6
4	Doğru	Alkol Tüketiminin Mide Kanaması Olmasında Etkisi Vardır	80	56.3	62	43.7
5	Doğru	Kahve, Kola Gibi Kafeinli İçeceklerin Mide Kanaması Olmasında Etkisi Vardır	43	30.3	99	69.7
6	Yanlış	Ateş Düşürücü, Ağrı Kesici İlaçların Mide Kanaması Olmasında Herhangi Bir Etkisi Yoktur	128	90.1	14	9.9
7	Yanlış	Acılı, Baharatlı Yiyeceklerin Fazla Tüketilmesinin Mide Kanaması Olmasına Herhangi Bir Etkisi Yoktur	63	44.4	79	55.6
8	Yanlış	Alkol Tüketmek Mide Kanamasına Neden Olmaz	97	68.3	45	31.7
9	Doğru	Gastrit, Ülser Gibi Mide Rahatsızlıklarının Mide Kanaması Olmasında Etkisi Vardır	29	20.4	113	79.6
10	Doğru	Aspirin Gibi Kan Sulandırıcı İlaçların Mide Kanaması Olmasında Etkisi Vardır	94	66.2	48	33.8

Bireyler “sigara içmek mideye zarar verir” ifadesine %79.6’sı yanlış cevaplarken, %20.4’ü doğru cevap verdi (Tablo 4.5.2.1).

“Stres mideye herhangi bir zarar vermez” ifadesini bireylerin %34.5’i yanlış cevap verirken, %65.5’i doğru olarak cevap verdi (Tablo 4.5.2.1).

“Sigara içmenin mide kanaması olmasında etkisi yoktur” ifadesine bireylerin %82.4’ü yanlış olarak cevaplarken; %17.6’sı doğru cevap verdi (Tablo 4.5.2.1).

“Bireylerin ‘alkol tüketiminin mide kanaması olmasında etkisi vardır” ifadesine %56.3 yanlış cevap verirken, %43.7’sinin doğru cevap verdiği tespit edildi (Tablo 4.5.2.1).

“Kahve, kola gibi kafeinli içeceklerin mide kanaması olmasında etkisi vardır” ifadesini bireylerin %30.3’ü yanlış cevaplarken, %69.7’si doğru olarak cevapladı (Tablo 4.5.2.1).

Bireyler “Ateş düşürücü, ağrı kesici ilaçların mide kanaması olmasında herhangi bir etkisi yoktur” ifadesini %90.1’i yanlış cevaplar verirken, %9.9’u doğru şekilde cevap verdi (Tablo 4.5.2.1).

Bireyler “Acılı, baharatlı yiyeceklerin fazla tüketilmesinin mide kanaması olmasına herhangi bir etkisi yoktur” ifadesine %44.4’ü yanlış cevap verirken, %55.6’sı doğru olarak cevapladı (Tablo 4.5.2.1).

Bireylerde “Alkol tüketmek mide kanamasına neden olmaz.” ifadesini %68.3’ü yanlış olarak cevap verirken, %31.7’si doğru olarak cevap verdi (Tablo 4.5.2.1).

Bireylerin “Gastrit, ülser gibi mide rahatsızlıklarının mide kanaması olmasında etkisi vardır” ifadesine %20.4’ü yanlış olarak cevap verirken, %79.6’sı doğru cevap verdiği tespit edildi (Tablo 4.5.2.1).

Bireylerin “Aspirin gibi kan sulandırıcı ilaçların mide kanaması olmasında etkisi vardır” ifadesine %66.2’si yanlış cevap verirken, %33.8’i doğru olarak cevap verdiği tespit edildi (Tablo 4.5.2.1).

Tablo 4.5.2.1. Gastrointestinal Kanaması Olan Bireylerde Bilgi Düzeyi Değerlendirme Soru Formu (Mide Kanamasına Etkisi Olan Durumlar) (DEVAMI)

			YANLIŞ Cevaplayan		DOĞRU Cevaplayan	
Sıra No	**Bilginin Gerçek Cevabı**	**Bilgi**	**n**	**%**	**n**	**%**
11	Doğru	Stresli Yaşam Biçimi Mide Kanaması Olmasında Önemli Bir Etkendir	30	21.1	112	78.9
12	Doğru	Kahve, Kola Gibi Kafeinli İçecekler Mideyi Olumsuz Etkiler	24	16.9	118	83.1
13	Doğru	Yemekten Hemen Sonra Egzersiz Yapılması Mide İçin Zararlıdır	133	93.7	9	6.3
14	Doğru	Bazı İlaçların Mide Kanaması Olmasında Etkisi Vardır	72	50.7	70	49.3
15	Doğru	Alkol Tüketmek Mideye Zarar Verir	57	40.1	85	59.9
16	Doğru	Ağrı Kesici, Ateş Düşürücü İlaçların Mide Kanaması Olmasında Etkisi Vardır	111	78.2	31	21.8
17	Yanlış	Mide Kanaması Olmasında Sigaranın Etkisi Yoktur	116	81.7	26	18.3
18	Yanlış	Ağrı Kesici İlaçlar Mide Sorunlarını Hafifletir	138	97.2	4	2.8
19	Yanlış	Sigara İçmek Mide Kanamasına Neden Olur	90	63.4	52	36.6
20	Doğru	İlaçlarınızı Doktorunuzun Önerdiği Miktarda ve Zamanda Kullanmanın Mide Kanamasını Önlemede Etkisi Vardır	12	8.5	130	91.5

Bireylerin “Stresli yaşam biçimi mide kanaması olmasında önemli bir etkendir” ifadesine %21.1’i yanlış cevaplarken, %78.9’u doğru olarak cevapladı (Tablo 4.5.2.1).

Bireylerin “kahve, kola gibi kafeinli içecekler mideyi olumsuz etkiler” ifadesine %16.9’u yanlış olarak cevaplar verirken, %83.1’inin doğru olarak cevapladığı tespit edildi (Tablo 4.5.2.1).

Bireylerin “yemekten hemen sonra egzersiz yapılması mide için zararlıdır” ifadesine %93.7’si yanlış cevaplar verirken, %6.3’ünün doğru olarak cevap verdiği tespit edildi (Tablo 4.5.2.1).

Bireylerin “Bazı ilaçların mide kanaması olmasında etkisi vardır” ifadesine %50.7’si yanlış cevap verirken, %49.3’ünün doğru olarak cevap verdiği tespit edildi (Tablo 4.5.2.1).

Bireylerin “Alkol tüketmek mideye zarar verir” ifadesine %40.1’i yanlış cevaplarken, %59.9’unun doğru olarak cevap verdiği tespit edildi (Tablo 4.5.2.1).

Bireylerin “Ağrı kesici, ateş düşürücü ilaçların mide kanaması olmasında etkisi vardır” ifadesini %78.2’si yanlış cevap verirken, %21.8’inin doğru olarak cevap verdiği tespit edildi (Tablo 4.5.2.1).

Bireylerin “Mide kanaması olmasında sigaranın etkisi yoktur” ifadesine %81.7’si yanlış cevaplarken, %18.3’ünün doğru cevap verdiği tespit edildi (Tablo 4.5.2.1).

Bireylerin “Ağrı kesici ilaçlar mide sorunlarını hafifletir” ifadesine %97.2’si yanlış cevap verirken, %2.8’inin doğru cevap verdiği tespit edildi (Tablo 4.5.2.1).

Bireylerin “Sigara içmek mide kanamasına neden olur” ifadesine %63.4’ü yanlış cevap verirken, %36.6’sının doğru cevap verdiği tespit edildi (Tablo 4.5.2.1).

Bireylerin “İlaçlarınızı doktorunuzun önerdiği miktarda ve zamanda kullanmanın mide kanamasını önlemede etkisi vardır” ifadesine %8.5’i yanlış cevap verirken, %91.5’inin doğru cevap verdiği tespit edildi (Tablo 4.5.2.1).

Tablo 4.5.2.1. Gastrointestinal Kanaması Olan Bireylerde Bilgi Düzeyi Değerlendirme Soru Formu (Mide Kanamasına Etkisi Olan Durumlar) (DEVAMI)

			YANLIŞ Cevaplayan		DOĞRU Cevaplayan	
Sıra No	**Bilginin Gerçek Cevabı**	**Bilgi**	**n**	**%**	**n**	**%**
21	Yanlış	Alkol Tüketmenin Mideye Zararı Yoktur	67	47.2	75	52.8
22	Doğru	Yemekten Hemen Sonra Egzersiz Yapılmasının Mide Kanaması Olmasında Etkisi Vardır	119	83.8	23	16.2
23	Doğru	Stresin Mide Kanaması Olmasında Etkisi Vardır	48	33.8	94	66.2
24	Doğru	Mide Rahatsızlığı Olan Bireylerin Kahve, Kola Gibi Kafeinli İçecekleri İçmesi Mide İçin Zararlıdır	29	20.4	113	79.6
25	Yanlış	Beslenmenin Mide Kanaması Olmasında Etkisi Yoktur	61	43	81	57
26	Yanlış	Mide Sorunlarının Stresle İlişkisi Yoktur	56	39.4	86	60.6
27	Yanlış	Mide Kanamasının Oluşmasında Kullanılan İlaçların Etkisi Yoktur	87	61.3	55	38.7
28	Doğru	Acılı, Baharatlı Yiyeceklerin Fazla Tüketilmesi Mideye Zarar Verir	23	16.2	119	83.8
29	Doğru	Acılı, Baharatlı Yiyeceklerin Fazla Tüketilmesinin Mide Kanaması Olmasında Etkisi Vardır	31	21.8	111	78.2
30	Doğru	Stresin Mideye Olumsuz Etkisi Vardır	26	18.3	116	81.7
31	Doğru	Düzensiz ve Sağlıksız Beslenmenin Mide Kanaması Olmasında Etkisi Vardır	33	23.2	109	76.8
32	Yanlış	Beslenme Şeklinin Mide Kanaması Olmasında Etkisi Yoktur	48	33.8	94	66.2

Bireylerin “Alkol tüketmenin mideye zararı yoktur” ifadesini %47.2’si yanlış cevap verirken, %52.8’sinin doğru cevapladığı tespit edildi (Tablo 4.5.2.1).

Bireylerin “Yemekten hemen sonra egzersiz yapılmasının mide kanaması olmasında etkisi vardır” ifadesine verilen cevapların 119'u (%83.8) yanlış, 23'ü (%16.2) doğru cevap veriği tespit edildi. (Tablo 4.5.2.1).

Bireyler “Stresin mide kanaması olmasında etkisi vardır” ifadesini %33.8’i yanlış cevap verirken, %66.2’sinin doğru cevap verdiği tespit edildi (Tablo 4.5.2.1).

Bireylerin “Mide rahatsızlığı olan bireylerin kahve, kola gibi kafeinli içecekleri içmesi mide için zararlıdır” ifadesini %20.4’ü yanlış cevap verirken, %79.6’sının doğru cevap verdiği tespit edildi (Tablo 4.5.2.1).

Bireylerin “Beslenmenin mide kanaması olmasında etkisi yoktur” ifadesini %43’ü yanlış cevap verirken, %57’sinin doğru cevapladığı tespit edildi (Tablo 4.5.2.1).

Bireylerin “Mide sorunlarının stresle ilişkisi yoktur” ifadesini %39.4’ü yanlış cevap verirken, %60.6’sının doğru cevapladığı tespit edildi (Tablo 4.5.2.1).

Bireylerin “Mide kanamasının oluşmasında kullanılan ilaçların etkisi yoktur” ifadesini %61.3’ü yanlış cevap verirken, %38.7’sinin doğru cevapladığı tespit edildi (Tablo 4.5.2.1).

Bireylerin “Acılı, baharatlı yiyeceklerin fazla tüketilmesi mideye zarar verir” ifadesini %16.2’si yanlış cevap verirken, %83.8’inin doğru cevapladığı tespit edildi (Tablo 4.5.2.1).

Bireylerin “Acılı, baharatlı yiyeceklerin fazla tüketilmesinin mide kanaması olmasında etkisi vardır” ifadesini %21.8’i yanlış cevap verirken, %78.2’sinin doğru cevapladığı tespit edildi (Tablo 4.5.2.1).

Bireylerin “Stresin mideye olumsuz etkisi vardır” ifadesini %18.3’ü yanlış cevap verirken, %81.7’sinin doğru cevapladığı tespit edildi (Tablo 4.5.2.1).

Bireylerin “Düzensiz ve sağlıksız beslenmenin mide kanaması olmasında etkisi vardır” ifadesini %23.2’si yanlış olarak cevaplarken, %76.8’inin doğru cevap verdiği tespit edildi. (Tablo 4.5.2.1).

Bireylerin “Beslenme şeklinin mide kanaması olmasında etkisi yoktur” ifadesini %33.8’i yanlış cevap verirken, %66.2’sinin doğru olarak cevapladığı tespit edildi (Tablo 4.5.2.1).

Tablo 4.5.2.2. Gastrointestinal Kanaması Olan Bireylerde Bilgi Düzeyi Değerlendirme Soru Formu (Belirti- Bulgusu Olduğu Durumlar)

			YANLIŞ Cevaplayan		DOĞRU Cevaplayan	
Sıra No	**Bilginin Gerçek Cevabı**	**Bilgi**	**n**	**%**	**n**	**%**
33	Doğru	Karın Ağrısı Mide Kanaması Belirtisidir	103	72.5	39	27.5
34	Doğru	Bulantı ve Kusma Şikayeti Mide Kanaması Belirtisidir	99	69.7	43	30.3
35	Doğru	Kahve Telvesi Görünümünde Kusma Olması Mide Kanaması Belirtisidir	42	29.6	100	70.4
36	Doğru	Dışkının Siyah-koyu Renkte Olması Mide Kanaması Belirtisidir	25	17.6	117	82.4
37	Doğru	Dışkının Belirgin Kırmızı Renkte Kanlı Olması Mide Kanaması Belirtisidir	20	14.1	122	85.9
38	Doğru	Çabuk Yorulma, Halsizlik, Göğüste Çarpıntı Belirtilerinin Birlikte Olması Mide Kanaması Belirtisidir	107	75.4	35	24.6
39	Doğru	İştahsızlık Mide Kanaması Belirtisidir	126	88.7	16	11.3
40	Doğru	Susuzluk Hissi Mide Kanaması Belirtilerinden Biridir	134	94.4	8	5.6
41	Doğru	El ve Ayaklarda Derinin Soğuk ve Soluk Renkte Olması Mide Kanaması Belirtisidir	133	93.7	9	6.3
42	Doğru	Midede Hazımsızlık Hissi, Şişkinlik Olması Mide Kanaması Belirtisidir	119	83.8	23	16.2

Bireylerin “Karın ağrısı mide kanaması belirtisidir” ifadesine %72.5’i yanlış cevap verirken, %27.5’inin doğru cevap verdiği tespit edildi (Tablo 4.5.2.2).

Bireylerin “Bulantı ve kusma şikayeti mide kanaması belirtisidir” ifadesine %69.7’si yanlış cevap verirken, %30.3’ünün doğru cevap verdiği tespit edildi (Tablo 4.5.2.2).

Bireylerin “Kahve telvesi görünümünde kusma olması mide kanaması belirtisidir” ifadesine %29.6’sı yanlış cevap verirken, %70.4’sinin doğru cevap verdiği tespit edildi (Tablo 4.5.2.2).

Bireylerin “Dışkının siyah-koyu renkte olması mide kanaması belirtisidir” ifadesine %17.6’sı yanlış cevap verirken, %82.4’ünün doğru cevap verdiği tespit edildi (Tablo 4.5.2.2).

Bireylerin “Dışkının belirgin kırmızı renkte kanlı olması mide kanaması belirtisidir” ifadesine %14.1’i yanlış cevap verirken, %85.9’unun doğru cevap verdiği tespit edildi (Tablo 4.5.2.2).

Bireylerin “Çabuk yorulma, halsizlik, göğüste çarpıntı belirtilerinin birlikte olması mide kanaması belirtisidir” ifadesine %75.4’ü yanlış cevap verirken, %24.6’sının doğru cevap verdiği tespit edildi (Tablo 4.5.2.2).

Bireylerin “İştahsızlık mide kanaması belirtisidir” ifadesine %88.7’si yanlış cevap verirken, %11.3’ünün doğru cevap verdiği tespit edildi (Tablo 4.5.2.2).

Bireylerin “Susuzluk hissi mide kanaması belirtilerinden biridir” ifadesine %94.4’ü yanlış cevap verirken, %5.6’sının doğru cevap verdiği tespit edildi (Tablo 4.5.2.2).

Bireylerin “El ve ayaklarda derinin soğuk ve soluk renkte olması mide kanaması belirtisidir” ifadesine %93.7’si yanlış cevap verirken, %6.3’ünün doğru cevap verdiği tespit edildi (Tablo 4.5.2.2).

Bireylerin “Midede hazımsızlık hissi, şişkinlik olması mide kanaması belirtisidir” ifadesine %83.8’i yanlış cevap verirken, %16.2’sinin doğru cevap verdiği tespit edildi (Tablo 4.5.2.2).

Tablo 4.5.2.3. Gastrointestinal Kanaması Olan Bireylerde Bilgi Düzeyi Değerlendirme Soru Formu (Önlenmesi ve Tekrarlamasını Önlemeye Yönelik Durumlar)

			YANLIŞ Cevaplayan		DOĞRU Cevaplayan	
Sıra No	**Bilginin Gerçek Cevabı**	**Bilgi**	**n**	**%**	**n**	**%**
43	Doğru	Mide Kanamasını Önlemek ve Tekrarlamasını Engellemek İçin Sigara İçilmemelidir	52	36	90	64
44	Doğru	Mide Kanamasını Önlemek ve Tekrarlamasını Engellemek İçin Alkol Tüketilmemelidir	19	13.4	123	86.6
45	Doğru	Mide Kanamasını Önlemek ve Tekrarlamasını Engellemek İçin Stresten Uzak Durulmalıdır	9	6.3	133	93.7
46	Doğru	Mide Kanamasını Önlemek ve Tekrarlamasını Engellemek İçin Acılı, Baharatlı Yiyecekler Tüketilmemelidir	23	16.2	119	83.8
47	Doğru	Mide Kanamasını Önlemek ve Tekrarlamasını Engellemek İçin Mide Koruyucu İlaçlar Kullanılır	5	3.5	137	96.5
48	Yanlış	Mide Rahatsızlıkları Tedavi Edilirken Acı ve Baharatlı Yiyecekler Tüketilmeye Devam Edilebilir	136	95.8	6	4.2
49	Doğru	Doktor Tarafından Reçete Edilen İlaçların Önerilen Şekilde ve Dozda Kullanılması Mide Kanamasından Korur ve Tekrarlamasını Önler	7	4.9	135	95.1
50	Yanlış	Mide Koruyucu İlaç Kullanılırken Beslenme Şeklinde Kısıtlama Yapmaya Gerek Yoktur	115	81	27	19
51	Doğru	Doktor Kontrollerine Zamanında Gitmek Mide Kanaması Tedavisinde Önemlidir	6	4.2	136	95.8
52	Doğru	Stresin Azalması Mide Kanamasının Önlenmesinde Etkili Olabilir	11	7.7	131	92.3
53	Yanlış	Midede Hazımsızlık, Şişkinlik Hissi Olması Durumunda Doktora Gitmeye Gerek Yoktur	100	70.4	42	29.6
54	Yanlış	Midede Hazımsızlık, Şişkinlik Hissi Olduğunda Bitki Çayı İçerek Mideyi Rahatlatmak Yeterlidir	117	82.4	25	17.6
55	Doğru	Midede Hazımsızlık, Şişkinlik Şikayetleri Sık Tekrarlıyorsa Hastaneye Başvurulmalıdır	11	7.7	131	92.3
56	Doğru	Acı ve Baharatlı Yiyeceklerin Sık Tüketilmesi Durumunda Mide Koruyucu İlaçlar Kullanmak Mide Kanamasını Önler	21	14.8	121	85.2

Bireylerin “Mide kanamasını önlemek ve tekrarlamasını engellemek için sigara içilmemelidir” ifadesine %36’sı yanlış cevap verirken, %64’ü doğru olarak cevap verdi (Tablo 4.5.2.3).

Bireylerin “Mide kanamasını önlemek ve tekrarlamasını engellemek için alkol tüketilmemelidir” ifadesine %13.4’ü yanlış olarak cevap verirken, %86.6’sının doğru cevap verdiği tespit edildi (Tablo 4.5.2.3).

Bireylerin “Mide kanamasını önlemek ve tekrarlamasını engellemek için stresten uzak durulmalıdır” ifadesine %6.3’ü yanlış cevap verirken, %93.7’sinin doğru olarak cevap verdiği tespit edildi (Tablo 4.5.2.3).

Bireylerin “Mide kanamasını önlemek ve tekrarlamasını engellemek için acılı, baharatlı yiyecekler tüketilmemelidir” ifadesine %16.2’si yanlış cevap verirken, %83.8’sinin doğru olarak cevap verdiği tespit edildi (Tablo 4.5.2.3).

Bireylerin “Mide kanamasını önlemek ve tekrarlamasını engellemek için mide koruyucu ilaçlar kullanılır” ifadesine %3.5’i yanlış cevap verirken, %96.5’inin doğru cevap verdiği tespit edildi (Tablo 4.5.2.3).

Bireylerin “Mide rahatsızlıkları tedavi edilirken acı ve baharatlı yiyecekler tüketilmeye devam edilebilir” ifadesine %95.8’i yanlış cevap verirken, %4.2’sinin doğru olarak cevap verdiği tespit edildi (Tablo 4.5.2.3).

Bireylerin “Doktor tarafından reçete edilen ilaçların önerilen şekilde ve dozda kullanılması mide kanamasından korur ve tekrarlamasını önler” ifadesine %4.9’u yanlış cevap verirken, %95.1’inin doğru olarak cevap verdiği tespit edildi (Tablo 4.5.2.3).

Bireylerin “Mide koruyucu ilaç kullanılırken beslenme şeklinde kısıtlama yapmaya gerek yoktur” ifadesine %81’i yanlış cevap verirken, %19’unun doğru olarak cevapladığı tespit edildi (Tablo 4.5.2.3).

Bireylerin “Doktor kontrollerine zamanında gitmek mide kanaması tedavisinde önemlidir” ifadesine %4.2’si yanlış cevap verirken, %95.8’inin doğru olarak cevapladığı tespit edildi (Tablo 4.5.2.3).

Bireylerin “Stresin azalması mide kanamasının önlenmesinde etkili olabilir” ifadesine %7.7’si yanlış cevap verirken, %92.3’ünün doğru olarak cevapladığı tespit edildi (Tablo 4.5.2.3).

Bireylerin “Midede hazımsızlık, şişkinlik hissi olması durumunda doktora gitmeye gerek yoktur” ifadesine %70.4’ü yanlış cevap verirken, %29.6’sının doğru olarak cevap verdiği tespit edildi (Tablo 4.5.2.3).

Bireylerin “Midede hazımsızlık, şişkinlik hissi olduğunda bitki çayı içerek mideyi rahatlatmak yeterlidir” ifadesine %82.4’i yanlış cevap verirken, %17.6’sının doğru olarak cevap verdiği tespit edildi (Tablo 4.5.2.3).

Bireylerin “Midede hazımsızlık, şişkinlik şikayetleri sık tekrarlıyorsa hastaneye başvurulmalıdır” ifadesine %7.7’si yanlış cevap verirken, %92.3’ünün doğru olarak cevapladığı tespit edildi (Tablo 4.5.2.3).

Bireylerin “Acı ve baharatlı yiyeceklerin sık tüketilmesi durumunda mide koruyucu ilaçlar kullanmak mide kanamasını önler” ifadesine %14.8’i yanlış cevap verirken, %85.2’sinin doğru olarak cevapladığı tespit edildi (Tablo 4.5.2.3).

4.6. Gastrointestinal Kanaması Olan Bireylerin Bilgi Düzeyi Değerlendirme Soru Formuna Verilen Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu

Araştırmalara bakıldığında bireylerin sosyodemografik özellikleri ile bilgi düzeyinin ilişkili olduğu gözlenmiştir. Bizde çalışmamızın bu bölümünde Gİ kanaması olan bireylerin “Gastrointestinal Kanaması Olan Bireylerin Bilgi Düzeyi Değerlendirme Soru Formu” na verdikleri cevaplar doğrultusunda ortaya çıkan bilgi puanlarının, tanımlayıcı özelliklere göre farklılaşma durumu incelendi. Buna göre apılan analiz sonuçları tablo 4.6.1.’ de verilmiştir.

Tablo 4.6.1 Bilgi Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu

Demografik Özellikler	n	Bilgi Toplam
Cinsiyet		Ort±SS
Kadın	62	26.387±8.119
Erkek	80	31.900±7.835
t=		-4.093
p=		**0.000**
Yaş		Ort±SS
18-40	14	31.786±5.780
41-60	37	31.649±7.258
61 Ve Üzeri	91	28.264±8.955
F=		2.788
p=		0.065
Eğitim Durumu		Ort±SS
Okuryazar Değilim	31	25.097±9.617
İlkokul Ortaokul	62	29.903±8.210
Lise Ve Üzeri	49	31.755±6.747
F=		6.591
p=		**0.002**
PostHoc=		2>1, 3>1 (p<0.05)
Medeni Durum		Ort±SS
Bekâr	13	29.615±7.869
Evli	129	29.481±8.472
t=		0.055
p=		0.956
Çalışma Durumu		Ort±SS
Evet	25	31.880±6.412
Hayır	117	28.983±8.696
t=		1.575
p=		0.062

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc:Tukey. LSD

Kadınların bilgi toplam puanları (x=26.387), erkeklerin bilgi toplam puanlarından (x=31.900) düşük bulundu (t=-4.093; p=0<0.05; d=0.693; η^2=0.107) (Tablo 4.6.1).

Bireylerın bilgi toplam puanları yaşa göre anlamlı farklılık göstermezken (p>0.05), ortalama bilgi puanları birbirine çok yakın bulundu (Tablo 4.6.1).

Bireylerın bilgi toplam puanları eğitim durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği saptandı (F=6.591; p=0.002<0.05; η^2=0.087). Lise ve üzeri eğitim düzeyi ile ilkokul ortaokul eğitim düzeyine sahip bireylerin okuryazar olmayan bireylere göre toplam bilgi puanı daha yüksek saptandı (p<0.05) (Tablo 4.6.1). Bireylerin bilgi toplam puanları medeni duruma göre değerlendiriliğinde anlamlı farklılık göstermediği tespit edildi (p>0.05) (Tablo 4.6.1).

Tablo 4.6.1 Bilgi Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu (DEVAMI)

Demografik Özellikler	n	Bilgi Toplam
Meslek		Ort±SS
Özel Sektör	15	32.400±4.188
Serbest Meslek	12	30.833±8.178
Çalışmıyor	72	27.236±8.488
Emekli	43	31.884±8.556
F=		3.816
p=		**0.012**
PostHoc=		1>3, 4>3 (p<0.05)
Gelir Düzeyi		Ort±SS
Günlük İhtiyaçlarını Karşılayabiliyorum	87	30.218±8.002
Sadece Zorunlu İhtiyaçlarını Karşılayabiliyorum	55	28.346±8.930
t=		1.299
p=		0.196
Sağlık Güvencesi Varlığı		Ort±SS
Evet	138	29.587±8.464
Hayır	4	26.250±4.924
t=		0.783
p=		0.435

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc: Tukey. LSD

Bireylerin bilgi toplam puanları mesleğe göre değerlendirildiğinde anlamlı farklılık olduğu saptandı ($F=3.816$; $p=0.012<0.05$; $\eta^2=0.077$). Emekli bireyler ile özel sektörde çalışan bireylerin bilgi toplam puanı, çalışmayan bireylerin bilgi toplam puanından yüksek bulundu ($p<0.05$) (Tablo 4.6.1).

Bireylerın bilgi toplam puanlarının gelir düzeyine anlamlı farklılık göstermediği saptandı ($p>0.05$) (Tablo 4.6.1).

Bireylerin bilgi toplam puanı sağlık güvencesi varlığına göre değerlendirildiğinde anlamlı farklılık göstermediği tespit edildi ($p>0.05$) (Tablo 4.6.1).

Tablo 4.6.1 Bilgi Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu (DEVAMI)

Demografik Özellikler	n	Bilgi Toplam
Sigara Kullanım Durumu		Ort±SS
Evet	67	31.269±8.076
Hayır	75	27.907±8.404
t=		2.424
p=		**0.017**
Alkol Kullanım Durumu		Ort±SS
Evet	25	32.280±8.274
Hayır	117	28.897±8.332
t=		1.845
p=		0.067
Kafeinli İçecek Tüketme Durumu		Ort±SS
Hiç Tüketmem	18	23.944±6.366
Günde 1 Veya 2 Kez Tüketirim	53	31.057±8.502
Günde 3 Ten Fazla Tüketirim	71	29.732±8.277
F=		5.171
p=		**0.007**
PostHoc=		2>1, 3>1 (p<0.05)
Baharatlı Yiyecek Tüketme Durumu		Ort±SS
Hiç Tüketmem	9	26.778±9.667
Nadiren Tüketirim	65	29.339±8.333
Her Öğünde Tüketirim	68	30.000±8.334
F=		0.603
p=		0.549
Ağrı Kesici İlaç Kullanma Durumu		Ort±SS
Sık Kullanırım	70	27.614±8.700
Nadiren	72	31.319±7.711
t=		-2.688
p=		**0.008**

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc: Tukey. LSD

Bireylerde sigara kullananların bilgi toplam puanları (x=31.269), sigara kullanmayanların bilgi toplam puanlarından (x=27.907) yüksek bulundu (t=2.424; p=0.017<0.05; d=0.407; η^2=0.040). Bu durumun çalışmaya katılan bireylerin çoğunun erkek cinsiyet olması ve birçoğunda sigara kullanımlarının mevcut olması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (Tablo 4.6.1).

Bireylerın alkol kullanım durumu ve baharatlı yiyecek tüketme durumu ile bilgi toplam puanları arasında anlamlı farklılık görülmedi (p>0.05) (Tablo 4.6.1.).

Bireylerın bilgi toplam puanlarının kafeinli içecek tüketme durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edildi. (F=5.171; p=0.007<0.05; η^2=0.069). "günde 1 veya 2 kez kafein tüketenler"in bilgi toplam puanları, "kafeinli içecek tüketmeyenler"in bilgi toplam puanlarından yükesk bulunarak anlamlı farklılık gösterdiği saptandı (p<0.05) (Tablo 4.6.1). "Günde 3'ten fazla kafein tüketenler"in bilgi toplam puanları da "kafeinli içecek tüketmeyenler"in bilgi toplam puanlarından yüksek olarak saptandı (p<0.05) (Tablo4.6.1).

Bireylerın bilgi toplam puanlarının baharatlı yiyecek tüketme durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edildi (p>0.05) (Tablo 4.6.1).

Bireylerde "sıkça ağrı kesici ilaç kullananlar"ın bilgi toplam puanları (x=27.614) iken; "nadiren ağrı kesici ilaç kullananlar"ın bilgi toplam puanlarından (x=31.319) düşük bulundu (t=-2.688; p=0.008<0.05; d=0.451; η^2=0.049), anlamlı farklılık olduğu tespit edildi (p<0.05) (Tablo 4.6.1.).

Tablo 4.6.1 Bilgi Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu (DEVAMI)

Demografik Özellikler	n	Bilgi Toplam
Kronik Hastalık Varlığı		Ort±SS
Evet	115	29.296±8.844
Hayır	27	30.333±6.177
t=		-0.577
p=		0.476
Kan Sulandırıcı Kullanımı		Ort±SS
Evet	102	29.245±9.124
Hayır	40	30.125±6.203
t=		-0.561
p=		0.511
Mide Kanaması Durumu		Ort±SS
Evet	111	28.946±8.132
Hayır	31	31.452±9.139
t=		-1.476
p=		0.142
Ailede Mide Kanaması Durumu		Ort±SS
Evet	19	32.053±5.749
Hayır	123	29.098±8.681
t=		1.434
p=		0.063

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc: Tukey. LSD

Bireylerın bilgi toplam puanları kronik hastalık varlığına ve kan sulandırıcı kullanımına göre anlamlı farklılık göstermezken (p>0.05); bireylerın bilgi toplam puanları mide kanaması durumuna ve ailede mide kanama öyküsü durumuna göre de anlamlı farklılık olmadığı saptandı (p>0.05) (Tablo4.6.1.

4.7. Gastrointestinal Kanaması Olan Bireylerin Bilgi Düzeyi Değerlendirme Soru Formunun Geçerlik Güvenirliğine İlişkin Bulgular

Çalışmamızda bireylerin Gİ kanama konusundaki bilgi düzeyini değerlendirebilmek için oluşturulan soru formu (EK-3), 3'lü likert tipte ve 56 bilgiden oluşmaktadır. Burada doğru yanıtlar 1 puan, yanlış yanıtlar 0 puan olarak alındı. Formda yer alan bilgiler kapsam geçerliliğinin sağlanması için hem madde hemde ölçek boyutunda yedi uzmana danışılarak hazırlandı (Tablo 3.1.).

Soru formunun kapsam geçerlilik indeksi KGİ= 0.826 olarak hesaplanırken, kapsam geçerlilik oranı KGO= 0.71-1 olarak saptandı ve geçerlik güvenirlik oranı oldukça yüksek çıkarak hem madde hemde ölçek düzeyinde iyi bir form oluşturulduğu bilgisi tespit edildi.

Soru formunda yer alan bilgilerin tutarlılığı ve yeterliliği için KR20-KR21 değerleri hesaplandı. Bu değerler KR21=0.815; KR20=0.892 olarak tespit edilerek geliştirilen soru formunun kendi içerinde tutarlı olduğu ve oldukça yüksek bir geçerlik- güvenirliğe sahip form elde edildiği tespit edildi.

5.TARTIŞMA

Gastrointestinal kanama tanısı olan bireylerin risk faktörleri, semptomları ve hastalık yönetimi hakkında bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan araştırma aşağıdaki gibi gruplandırılarak literatür ile karşılaştırılarak tartışıldı.

- Gastrointestinal Kanama Tanısı Olan Bireylerin Tanımlayıcı Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması
- Gastrointestinal Kanaması Olan Bireylerin Bilgi Düzeyi ile Tanımlayıcı Sosyodemografik Özellikleri Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulguların Tartışılması
- Gastrointestinal Kanaması Olan Bireylerin Risk Faktörleri, Semptomları ve Hastalık Yönetimi Hakkındaki Bilgi Düzeyilerine İlişkin Bulguların Tartışılması

5.1. Gastrointestinal Kanama Tanısı Olan Bireylerin Tanımlayıcı Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

5.1.1. Gastrointestinal Kanama Tanısı Olan Bireylerde Cinsiyet ile ilişkili Bulguların Tartışılması

Gastrointestinal sistem kanamaları önemli morbidite ve mortalite nedeni olup. kanamaların sıklığı 100.000'de 80-100 arasındadır (Alkım, 2002). Yaş, cinsiyet, ek hastalıkların varlığı, ilaç kullanımı vb. faktörler hastalığı etkileyen faktörlerdendir. 1996-2003 yılları arasında yapılan, kliniğe varis ve malignite dışı Gİ kanaması tanısı ile başvuran bireylerın erkek cinsiyetinin yüksek oranda mevcut olduğu gösterilip bireylerin %76.5'i erkek ve % 23.5'i kadın olarak bildirilmiştir (Gürel et al., 2004). Cryer ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmalarda da %41.93 kadın, %58.07 erkek şeklinde oranlar bulunmuştur (Cryer et al., 2010). Benzer şekilde Vonbach ve arkadaşları (2007) çalışmalarında erkek hasta yüzdelerini %54 olarak saptamıştır. Gölgeli ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise vakaların %68.77'si erkek iken %31.23'ü kadın olarak belirtilmiştir (Gölgeli et al.,2014). Bu çalışmada Gİ kanamalı bireylerin cinsiyet durumu incelendiğinde %43.7'si kadın, %56.3'ü erkek değer bulundu ve literatür ile karşılaştırıldığında benzer sonuçlar olduğu saptandı (Tablo 4.1.1).

5.1.2. Gastrointestinal Kanama Tanısı Olan Bireylerde Yaş ile İlişkili Bulguların Tartışılması

1920'li yıllarda üst GİS kanamalar sebebiyle hastaneye başvuran bireylerin %10'unun 60 yaş üzerindeki bireyleri kapsadığı belirtilirken, günümüzde bu oran %60'lara ulaşmaktadır (Gençay, 2009). Gürel ve arkadaşları yapığı bir çalışmada en fazla kanamanın 61-70 yaş grupları arasında olduğunu belirtmiştir (Gürel et al., 2004). O'Connor ve arkadaşları yaptıkları pilot çalışmada bireylerin yaş ortalamasını 64.97±10.38 olarak saptamıştır. Diamantopoulou yaptığı çalışmada ise bireylerin yaş ortalamasını 70.2±14.6 olarak tespit etmiştir (Diamantopoulou et al., 2017). Benzer şekilde Leu ve arkadaşları 516 hasta ile yaptıkları çalışmada bireylerin yaş ortalamalarını 70.5±15.45 olarak tespit etmiştir (Leu et al., 2020). Longstreth ise yaptığı çalışmasında alt gastrointestinal kanamanın ağırlıklı olarak 65 yaş üstü yaş ortalaması olan yaşlı bir popülasyonu etkilediğinin sonucuna varmıştır (Longstreth et al., 1997). Ayrıca acil servise gelen 342 Gİ kanamalı olguyu inceleyen Öcal ve arkadaşları ise başvuruların %73.6'sı erkek, %26.4'ünü kadın olarak belirtmiştir (Öcal et al., 2011). Bu çalışmada bireylerin %9.9'u 48-40 yaş aralığında, %25.4' 41-60 yaş aralığında, %64.8'i 61 yaş ve üzeri olarak tespit edildi. Bu araştırmanın yaş ortalaması ile literatürdeki araştırmaların yaş ortalaması karşılaştırıldığında benzer sonuçlar elde edildi (Tablo 4.1.1).

5.1.3. Gastrointestinal Kanama Tanısı Olan Bireylerde Sigara ve Alkol Kullanımı ile İlişkili Bulguların Tartışılması

Gİ kanamalardan özellikle üst Gİ kanamalarının önemli sebeplerinden bazıları gastrit, peptik ülser gibi mide sorunlarıdır. Alkol ve sigara alışkanlığı ise mide sorunlarının gelişmesinde önemli bir rol oynar (Kaufman et al., 1999). Bayır yaptığı bir çalışmada üst GİS kanamalı bireylerde %36 sigara kullanımı ve %10 alkol kullanımı olduğunu belirtmiştir (Bayır et al., 2003). Çoban ve arakadaşları ise 177 vaka içeren bir çalışmada sigara kullanımını %46.9, alkol kullanımını ise %24.9 olarak saptamıştır (Çoban et al.,1997). Gürel ve arkadaşlarının katıldığı araştırmada ise %43.4 sigara kullanımı, %17.6 alkol kullanımı olduğu saptanmıştır (Gürel et al., 2004). Okutur ve arkadaşları da ele aldıkları 230 vakalık olgu analizinde bireylerin %38.7'sinde sigara, %12.7'sinde alkol kullanımı olduğunu belirtmiştir (Okutur et al., 2007). Bu çalışmada ise bireyler sigara kullanım durumuna göre değerlendirildiğinde bireylerin

%47.2’sinde sigara kullanımının olduğu; alkol kullanım durumu değerlendirildiğinde ise %17.6’sında alkol kullanımı olduğu, %82.4’ünde alkol kullanımı olmadığı saptandı. Literatür ile bu bilgiler karşılaştırıldığında benzer sonuçlar bulundu (Tablo 4.1.3).

5.1.4. Gastrointestinal Kanama Tanısı Olan Bireylerde Ağrı Kesici ve Kan Sulandırıcı İlaç Kullanımı ile İlişkili Bulguların Tartışılması

NSAİİ kullanımı, Gİ kanama için en çok akla gelen risk faktörlerinden biridir. Çünkü NSAİİ’ler sindirim sistemindeki mukoza üzerinde toksik etki gösterip hasara yol açabilir. Özellikle ileri yaşta NSAİİ kullanımı ve buna bağlı komplikasyonlar artmaktadır. Ayrıca Üst GİS kanamaya en çok neden olan ilaç aspirindir. Bu sebeple üst GİS kanamaya sebep olan bu ilaçların gereksiz veya kontrolsüz bir şekilde kullanılması hastalık oluşumunda önemli etmenlerdendir (Armstrong et al.,1987). Bini ve arkadaşlarının gastrik ülseri olan ve akut üst GİS kanaması ile başvuran 331 vakada yaptıkları çalışmada % 43.8’inde aspirin ve diğer NSAİİ kullanımı, % 7.9’unda antikoagulan kullanımı olduğu bulunmuştur (Bini et al., 1998). Öcal ve arkadaşlarının yaptığı 342 olgunun analizinde bireylerin %61.4’ünün ilaç kullandığı saptanmıştır (Öcal et al.,2011). Skok P. ve Skok M. üst GİS kanaması tanısı bulunan 2905 hastada yaptığı araştırmada bireylerin %94.5 gibi büyük çoğunluğunda NSAİİ ve salinat kullanımı tespit edilmiştir (Skok. P. ve Skok.M.,2002). Günşar ve arkadaşlarının çalışmasında ise aspirin ve diğer NSAİİ kullanımı %50 olarak bulunmuştur (Günşar et al., 1997). Ünsal ve arkadaşarının 724 vakalık çalışmasında aspirin kullanımı oranı %68 bulunmuştur (Ünsal et al., 1993). Gürel ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada hastaların %19.5’inde NSAİİ kullanımı, %49.8’inde aspirin kullanımı tespit edilmiştir (Gürel et al., 2004). Bu çalışmada ağrı kesici ilaç kullanım durumuna göre bireylerin %49.3’ü sıkça ağrı kesici kullanırken, %50.7’sinin nadiren kullandığı tespit edildi. Ayrıca bireylerin %71.8’inde kan sulandırıcı ilaç kullanımı olduğu tespit edildi. Bu veriler literatürle karşılaştırıldığında benzer sonuç alındı (Tablo 4.1.4).

5.1.5. Gastrointestinal Kanama Tanısı Olan Bireylerde Ek Hastalık Varlığı ile İlişkili Bulguların Tartışılması

Üst gastrointestinal kanamalarda prognozu etkileyen en önemli faktörlerden biri ek hastalıklarının varlığıdır. Bu çalışmada yer alan bireylerin %81'inin kronik bir rahatsızlığı bulunmaktadır. Bireylerin %39.1'inde diabetes mellitus, %61.7'sinde hipertansiyon, %12.2'sinde kronik böbrek yetmezliği, %7.8'inde karaciğer hastalıkları, %50.4'ünde kalp hastalıkları, %51.3'ünde ise diğer kronik rahatsızlıkları bulunduğu tespit edildi (Tablo 4.1.4). Literatüre baktığımızda; Theocharis ve arkadaşları yaptıkları çalışmalarında üst Gİ kanamasında ek hastalık sıklığını 1995 yılında %69.1, 2005 yılında %78.2 olarak saptamıştır (Theocharis et al., 2008). Gürel ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada da bireylerin %58.4'ünde komorbid hastalık mevcut olduğu belirtilmiştir (Gürel et al., 2004). Yavorski ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada üst GİS kanaması olan 3294 hasta incelenmiş ve %50.9'unda ek hastalık varlığı saptanmıştır (Yavorski et al., 1995). 412 vakanın incelendiği Özen ve arkadaşlarının yaptığı çalışma da ise %51.2'sinde ek hastalık olduğu tespit edilmiş ve en sık görülen KAH ve DM olarak saptanmıştır (Özen et al., 2007). Yenigün ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise üst Gİ kanamasında ek hastalık görülme oranını %50.8 olarak saptamıştır (Yenigün et al., 2006). Okutur ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada bireylerin %40'ında ek hastalık mevcut olduğu ve bunlardan %46.2 ile ilk sırada hipertansiyon (HT) ve ikinci sırada %22 ile diabetes mellitus (DM) yer aldığı belirtilmiştir (Okutur et al., 2007). Yalçın ve arkadaşlarının ülkemizde yaptığı bir çalışmada ise kronik hastalık dağılımını %17.3 KAH, %18.3 HT, %14.3 DM olarak saptamıştır (Yalçın et al., 2016).

Literatürde saptanan veriler ile bu çalışmadan elde edilen veriler karşılaştırıldığında Gİ kanama tanısı olan bireylerde ek hastalık varlığı benzer sonuçlara ulaşıldı. Ayrıca ek hastalıkların dağılımı incelendiğinde; ilk sırada HT olması literatür ile benzer sonuç verirken; ikinci sırada KAH, üçüncü sırada DM ile çalışmamız Yalçın ve arkadaşlarının (2016) yaptığı çalışma ile benzer bulundu (Tablo 4.1.4).

5.1.6. Gastrointestinal Kanama Tanısı Olan Bireylerde Belirtiler ile İlişkili Bulguların Tartışılması

Gastrointestinal kanamalar gizli ve belirgin kanama şeklinde olabilir. Belirgin kanamalar; melena, hematemez veya hematokezya şeklinde belirtiler verir (Saltzman & Feldman, 2018). Gİ şikayetleri olan bireylerin yaklaşık yarısında kronik Gİ rahatsızlıklarına sahip olmakta ve bu bireylerde fonksiyonel sindirim bozuklukları sebebiyle ishal, kabızlık, şişkinlik, hazımsızlık vb. şikayetler görülmektedir (Kasper et al., 2005). Gİ kanama tanısı konmuş bireylerin literatürdeki başvuru sebepleri incelendiğinde: Adamopoulos ve arkadaşlarının yaptığı çalışmalarda bireylerin hastaneye yaptığı en sık başvuru şikayeti %66.3 melena olarak bulunmuştur (Adamopoulos et al., 2003). Yenigün ve arkadaşlarının Türkiye'de yaptıkları çalışmalarda ise bireylerin %37.9'unun melena, %8.7'sinin sadece hematemez, geriye kalan %53.3'ünün melena+hematemez şikâyeti ile acil servise başvurduğu belirtilmiştir (Yenigün et al., 2006). Lewis ve arkadaşları yaptıkları bir araştırmada bireylerin hastaneye en fazla başvuru şikâyetlerini %48 ile melena olduğunu saptamıştır (Levis et al., 2000). Gürel ise arkadaşları ile yaptığı bir çalışmada bireylerin başvuru şikayetlerinde %55.6 ile yalnız melena, %19 ile yalnız hematemez, %19.4'ünde ise her ikisinin mevcut olduğunu saptamıştır (Gürel et al.,2004). Paksoy ve arkadaşları üst GİS kanama ile başvuran tüm bireylerde başvuru semptomlarını değerlendirdiğinde %50'sinde hematemez, %64'ünde melena, %16'sında hematokezya olduğu tespit edilmiştir (Paksoy et al., 2000). Bu çalışmada hastaneye başvuru şikâyetleri incelendiğinde bireylerin %65.5'inde siyah görünümlü dışkı (melena), %21.1'inde kahve telvesi şeklinde kusma (hematemez), %7'sinde kırmızı kanlı dışkı (hematokezya) olduğu tespit edildi. Bu sonuçlar literatür ile karşılaştırıldığında uyumlu bulundu. Belirtilere ek olarak bireylerde %71.1'inde halsizlik, %48.6'sında karın ağrısı, %52.8'inde hazımsızlık hissi-şişkinlik, %52.1'inde iştah kaybı olduğu saptandı (Tablo 4.1.5).

5.1.7. Gastrointestinal Kanama Tanısı Olan Bireylerde Hastalığı Geçirme Sıklığı ile İlişkili Bulguların Tartışılması

Gİ kanamalı bireylerle yapılan bu çalışmada elde eldilen verilere göre bireylerin hastalığı geçirme sıklığı bir iken %78.2, hastalığı geçirme oranı 2 ve daha fazla olduğunda ise bu değer %21.8 şeklinde bulundu (Tablo 4.1.5). Literatürde yapılan araştırmalar değerlendirildiğinde; Gürel ve arkadaşlarının yürüttüğü çalışmada %32.1 oranında daha önceden üst GİS kanama öyküsü olduğu belirtilmiştir (Gürel et al., 2004). Sarı ve

arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise daha önceden en az bir kez üst GİS kanama geçiren vaka oranı %29.2 olarak saptanmıştır (Sarı et al., 2007). Bayır ve arkadaşlarının 115 vaka ile yaptıkları bir çalışmada bireylerin %43'ünde daha önceden kanama öyküsü mevcut olduğu saptanmıştır.

Literatür ile yapılan bu çalışma karşılaştırıldığında ilk kez Gİ kanama geçirme oranı %50'den yüksek, birden fazla Gİ kanama geçirmiş olma %50'den düşük bulunarak benzer sonuç elde edildi (Tablo 4.1.5).

5.1.8. Gastrointestinal Kanama Tanısı Olan Bireylerde Hastaneye Başvurudaki Sistolik-Diyastolik Kan Basınç Durumu ve Kan Sonuçları ile İlişkili Bulguların Tartışılması

Gastrointestinal kanamalı bireylerin takibinde, prognozunda ve tedavisinde hastanın ilk gelişindeki sistolik ve diyastolik kan basınçları ile hemoglobin değerleri çok önemlidir. Chassaignon ve arkadaşları Gİ kanamalarında ortalama ilk başvurudaki hemoglabini 9.8 g/dl olarak belirtmiştir (Chassaignon et al., 2003). Di Fiore 2005'te yaptığı araştırmada bireylerin Hb değerlerinin ortalaması 9.5 g/dl, Göksu ve arkadaşları 2004'te yaptığı çalışmada Hb değer ortalaması 9.9 g/dl, Yenigün ve arkadaşlarının 2006'daki çalışmalarında ise bireylerden elde edilen Hb değer ortalamaları 8.8 g/dl olarak tespit etmişlerdir. Ayrıca Kasap ve arkadaşlarının 97 vakalık çalışmasında bireylerin ortalama geliş hemoglobini 7.2 g/dl bulurken, hematokriti ise %21 olarak tespit edilmiştir (Kasap et al., 2008). Eyinç ve arkadaşları ise ortalama hemoglobin düzeyini 8.5 mg/dl olarak bulmuşlardır (Eyinç et al., 2005). Bayır arakadaşları ile yaptığı Gİ kanama tanılı bireylerin ilk değerlendirme sırasında ortalama sistolik kan basıncı değeri 105±15 mm/Hg, ortalama kalp hızı değeri 110±20/dk, ortalama Hb değeri 7.7±1.8 g/dl ve ortalama Htc değeri %23±8 olarak saptanmıştır (Bayır et al., 2003). Tanar uzmanlık tezinde yaptığı çalışmalar sonucunda elde ettiği verilerde; ortalama sistolik kan basıncı 108.6 ±14.96 mmHg, ortalama diastolik kan basıncı 68.7±9.81 mmHg, ortalama nabız 92.8±13.1/dk. ortalama hemoglobin değeri 9.8 ± 2.6gr/dl olarak bulmuştur (Tanar, 2011). Bu çalışmada ise bireylerin hastaneye başvuru sırasında incelenen ortalama hemoglobin değerleri 8.680±2.123 (Min=3.7; Maks=15.4), hemotokrit ortalaması 26.770±6.188 (Min=12.8; Maks=46.3) olarak tespit edildi. Ayrıca bireylerin "sistolik kan basıncı" ortalaması 102.960±12.774 (Min=80; Maks=140). "diyastolik kan basıncı" ortalaması 64.330±7.928 (Min=50; Maks=90). "radiyal nabız" ortalaması 97.200±13.256 (Min=54; Maks=132) şeklinde bulundu. Elde edilen sonuçlar literatür ile uyumlu olarak tespit edildi (Tablo 4.3.1).

Yapılan araştırmalarda gastrointestinal sistem kanaması olan bireylerde kanamanın lokalizasyonuna göre kanın sindirimi ve gastrointestinal sistemde kalma süresinin üremide rol oynadığı yönünde çalışmalar bulunmaktadır (Snook, 1986; Holster et al., 2012). Ernst ve arkadaşları yaptıkları çalışmada üst Gİ kanaması olan bireylerde BUN/Kre oranının alt Gİ kanaması olan bireylere göre daha yüksek olduğunu bulmuş ve BUN/Kre değerlerindeki düşüşü kanamanın durması lehinde yorumlamıştır (Ernst et al.,1999; Holster et al., 2012). Bu nedenle Gİ kanaması olan bireylerde BUN değerleride takip edilmektedir.

Kaya ve arkadaşlarının ülkemizde yaptığı çalışmada BUN değeri 36.9±25.2 mg/dl, ortalama kreatinin değeri 1.1 ± 1 mg/dl olarak saptanmıştır (Kaya et al., 2016). Gonzales ve arkadaşları ise GİS kanamalı bireylerde yaptıkları çalışmada BUN değerini 35.8±30.2 mg/dl saptamıştır (Gonzales et al., 2011). Bu çalışmada ise kreatinin ortalaması 1.082±0.463 (Min=0.4; Maks=2.89) bulunup literatür ile benzer sonuç verirken, BUN değeri ortalaması 29.753±19.347 (Min=6.54; Maks=98) olarak saptandı. Elde edilen veriler literatüre oranla daha düşük çıksada (142 hastadan sadece 73 tanesinin yatış tahlillerinde BUN sonucu mevcut idi), bu çalışma ile literatür uyumlu bulundu (Tablo 4.3.1).

Greenspoon ve arkadaşı 2010'da yaptığı bir araştırmada INR düzeyinin <1.3 olması gerektiğini ancak INR 1.3 ve daha büyük değerler olduğunda da mortalite, yatış süresi, yeniden kanama, cerrahi ve transfüzyon ihtiyacını artırmadığını belirtmiştir (Greenspoon et al., 2010). Bu çalışmada da INR ortalaması 1.543±1.545 (Min=0.8; Maks=14) şeklinde bulundu. Ancak bu değerin yatış süresi, yeniden kanama ve transfüzyon ihtiyacına etkisi bilinmemektedir (Tablo 4.3.1).

5.1.9. Gastrointestinal Kanama Tanısı Olan Bireylerde Glasgow Blatchford Skoru (GBS) İle İlişkili Bulguların Tartışılması

Stanley ve arkadaşları (2017) tarafından yayınlanan 3012 kişilik örneklem büyüklüğündeki bir çalışmada GBS'nin hastaneye yatışı en iyi öngördüğü skorlama sistemi olduğunu belirtmişlerdir. Araştırmalara bakıldığında benzer şekilde Budimir ve arkadaşları (2016), Yaka ve arkadaşları (2015), Park ve arkadaşları (2016) Gİ kanamalı bireylerde tanılama, yeniden kanama ve klinik müdahele olarak en başarılı sistemin "Glasgow Blatchford Skoru" olduğunu ifade etmişlerdir.

Bu çalışmada GBS'nin laboratuvar parametrelerini içeren detaylı bir skorlama sistemine sahip olması ve çalışmada ele aldığımız vakaların Gİ kanama tanısına sahip olduğu tespit edilirken (Tablo 4.4.1); literatürdeki gibi (Stanley, 2017; Budimir, 2016; Park, 2016) "Glasgow Blatchford Skoru"nu destekleyerek uyumlu sonuç elde edildi. Bu çalışmada elde edilen verilere göre bireylerin Glasgow Blatchford Skor ortalaması 12.528±3.554 (Min=2; Maks=21) olarak gözlemlendi. Ayrıca bu çalışmaya benzer şekilde Selçuk (2017) yaptığı çalışmasında gastrointestinal kanamalı bireylerde Glasgow Blatchford skor değerlerinin 1-7 arasında değiştiğini ve toplam puan ortalamasını 10.38±3.72 olarak tespit etmiştir. Literatürdeki bu bilgi ile çalışmamız karşılaştırıldığında benzer sonuç elde edildi (Tablo 4.4.1).

5.2. Gastrointestinal Kanaması Olan Bireylerin Bilgi Düzeyi ile Tanımlayıcı Sosyodemografik Özellikleri Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulguların Tartışılması

Araştırmamızda Gİ kanaması olan bireylerin risk faktörleri, semptomları ve hastalık yönetimi hakkında bilgi düzeylerinin değerlendirilebilmesi amacıyla planlanmış ve yapılan çalışmalar incelendiğinde (Gölgeli et al., 2014; Gönen et al., 1998; Paspatis et al., 2000) konuya ilişkin verilere rastlanamamıştır. Ayrıca Gastrointestinal kanama tanısı olan bireyler ile ilgili döküman analizleri yapılıp, araştırmalar değerlendirildiğinde literatürde hemşirelik çalışmalarına ilişkin bir bilgiye rastlanmamıştır. Bu nedenle çalışmamızın bu bölümde kısmi olarak araştırma sonuçlarıyla benzerlik gösteren çalışmalar tartışılacaktır. Çalışmamızda bulunan sosyodemografik özelliklerle bilgi formuna verilen cevap ortalamaları litertürdeki benzerlikleri ele alınacaktır.

Arıkan ve ark'ın (2020) HT tanılı bireylerde bilgi düzeyini incelediği bir çalışmada 200 katılımcının %49.50'i kadın, %50.50'i erkek; %85.92'si evli, %49,00'ı ilkokul mezunu bulmuştur. Ayrıca bu bireylerin yaş ortalaması 60.37±10.91 yıl hesaplanmıştır. Katılımcıların aldığı ortalama toplam bilgi puan 18.19±3.23'tür. Bireylerin; ortaokul, lise, üniversite ve üzeri mezun grubunun bilgi düzeyi; ilkokul ve altı grubundan anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır (p=0.028). Lise ve üstü eğitime sahip olan katılımcıların, ortaokul ve altı eğitim düzeyine sahip katılımcılara göre istatistiksel anlamlı bir şekilde kullandıkları ilaç isimlerini daha fazla bildikleri görülmüştür (p=0.002) (Tablo 4.6.1).

Ayrıca Yunanistan'da yapılan, bir sağlık kurumuna herhangi bir nedenle başvurmuş 68 hastada yapılan bir çalışmada, hipertansiyon hastası olanların puan ortalaması 15.76±2.40 SS olarak bulunmuştur (Chatziefstratiou et al., 2015)

Bu çalışmayla bireylerin %43.7'si kadın, %56.3'ü erkek, %90.8'i evli; %21.8 okuryazar değil, %43.7'si ilkokul-ortaokul, %34.5 lise ve üzeri bulundu (Tablo 4.1.1). Ayrıca bireylerin %64.1'inin 61 ve üzeri yaş grubu olduğu tespit edildi. Bireylerin 'bilgi toplam" ortalaması ise 29.493±8.393 (Min=5; Maks=47) olarak bulundu (Tablo 4.5.1). Bu doğrultuda bireylerin bilgi toplam puanları değerlendirildiğinde eğitim durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği görülüp ($F=6.591$; $p=0.002<0.05$; $\eta^2=0.087$); Farkın nedeni ilkokul ortaokul olanların bilgi toplam puanlarının okuryazar olmayanların bilgi toplam puanlarından yüksek olduğu tespit edildi ($p<0.05$). Lise ve üzeri olanların bilgi toplam puanlarının da okuryazar olmayanların bilgi toplam puanlarından yüksek olduğu saptandı ($p<0.05$) (Tablo 4.6.1). Bu çalışmada elde edilen bilgiler ile Arıkan ve arkadaşlarının (2020) yaptığı çalışma karşılaştırılığında; bilgi düzeyindeki cinsiyet, yaş ortalaması, eğitim durumu ve eğitim durumu ile bilgi seviyesindeki anlamlı ilişkinin sonucu literatür ile uyumlu sonuç verirken, bilgi ortalama puanı literatürden yüksek olarak bulunmuştur. Bu da ele alınan bilgi konusunun farklı olması ve mevcut hastalık durumu ile ilişkili ayrılıkların olması mevcut sonucu oluşturabileceği düşünülmektedir (Tablo 4.6.1).

Literatürde bilgi düzeyinin değerlendirilmesi konusundaki benzer çalışmalar incelendiğinde; oral anikoagülan kullanımı (OAK) ve hastaların bilgi düzeyine ilişkin yapılan araştırmalardan Yakar ve arkadaşları (2020) yaptığı bir çalışmada hastaların %52'si erkek, yaş ortalaması 64.75 olarak saptanmıştır. Hastaların çoğunda 1'den fazla komorbid hastalık durumunun mevcut olduğu belirtilirken; hastaneye kanama sebepli başvuruların en sık sebebi ise OAK endikasyonu olduğu belirtilmiştir. Bununla birlikte acile başvurularda OAK sebeoli en sık rastlanan GİS kanamaları olmuştur. Bu çalışma sonucunda bireylerin ilaç kullanımı ve etkileri hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıkları (%80.6-%86.7 oranında) ve yaş ile bu durumun anlamlı olduğu ($p=0,001$) sonucu elde edilmiştir. Baker ve arkadaşları (2011) antikoagülan kullanımı ve bilgi düzeyi araştırmasında anlamlı farklılık saptanamazken; Mercan&Enç (2011) varfarin kullanan bireylerle yaptıkları çalışmada yarıdan fazlasında yan etkilerin bilinmediği saptanmış, bilgi düzeyi düşük olduğunu belirtmişler.

Literatürdeki bu bilgiler doğrultusunda çalışmamızdaki bireylerin bilgi düzeylerinin cinsiyet (erkek) ile anlamlı farklılık oluşturduğu (Tablo 4.6.1.) ancak Yakar ve ark. (2020) çalışmalarının aksine bilgi düzeyi bizim çalışmamızdaki erkek cinsiyette daha yüksek olduğu tespit edildi. Ayrıca kronik hastalık varlığı ve kan sulandırıcı ilaç kullanımı ile bilgi düzeyi ilişkisi literatürdeki bilgilere karşın anlamlı farklılık saptanmadı (Tablo 4.6.1). Bunun sebebi ise bilgi formunda ele alınan soruların farklı bilgileri içermiş olması (mide kanamasında etkisi/ belirti-bulguları/önlenmesi), karşılaştırılan konuların farklı olması ve çalışmada ele alınan bireylerin sosyokültürel özelliklerinin farklı olması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Macit ve ark. (2019) akılcı ilaç kullanımı ve bilgi düzeylerini değerlendirdiği bir çalışmada ilaç kullanımı bilgisi ve bilgiyi hekime danışma konusunda erkek cinsiyetin kadın cinsiyete oranla daha fazla bilgi sahibi olduğu belirtilmiştir. Bu literatür bilgisi ile alışmamız karşılaştırıldığında benzer sonuçlar alındı. Bu çalışmamızda cinsiyete göre kadınların bilgi toplam puanları (x=26.387), erkeklerin bilgi toplam puanlarından (x=31.900) düşük bulundu (t=-4.093; p=0<0.05; d=0.693; η^2=0.107). Ve kadınların bilgi puan aralığı 26.387±8.119 iken erkeklerin bilgi puan aralığı 31.900±7.835 olarak saptandı (Tablo 4.6.1).

Özçelikkay'ın yaptığı akılcı ilaç kullanımına ilişkin bir pilot çalışmada hekime başvurmadan ve bilinçsizce alınan ilaçlardan en sık kullanılanı %54 ile ağrı kesiciler oluşturmuştur (Özçeilkkay, 2001). Ayrıca Üniversite öğrencileriyle yapılan bir çalışmada öğrencilerin de hekime danışmadan aldıkları ilaçların başında %63 oranıyla ağrı kesici ilaçlar gelmiştir (Özçelikkay et al., 1995). Bu çalışmalardan ağrı kesici ilaç kullanımı konusunda bireylerde bilgi düzeyinin düşük olduğu konusuna varılmıştır. Bu çalışmada da ağrı kesici ilaç sık kullananların bilgi toplam puanları (x=27.614), nadiren kullananların bilgi toplam puanlarından (x=31.319) düşük bulundu (t=-2.688; p=0.008<0.05; d=0.451; η^2=0.049). Bu bilgi literatür ile karşilaştırıldığında benzer sonuçlar görüldüğü saptandı (Tablo 4.6.1).

5.3. Gastrointestinal Kanaması Olan Bireylerin Risk Faktörleri, Semptomları ve Hastalık Yönetimi Hakkındaki Bilgi Düzeyilerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu çalışmada bireylerde bilgi toplam değeri ortalaması 29.493±8.393 arasında bulunup bu bilgilerden; mide kanamasına etkisi olan ve risk faktörleri olarak belirlenen bilglere veilen toplam bilgi ortalaması 16.338±6.249, mide kanamasi belirti bulgularına yönelik bilgi

oratalaması 3.606±2.470 olarak bulunurken; mide kanaması önlenmesi ve tekrarlamaması yönündeki bilgi ortalaması 9.549±1.966 olarak saptandı (Tablo 4.5.1).

Viera, Cohen ve arkadaşlarının (2008) yaptığı hipertansiyon tanısı almış bireylerin hipertansiyon bilgi düzeyini araştıran bir çalışmada en çok yanlış yapılan sorular hipertansiyonun semptomu konulu sorular olurken; çalışmadaki sonuçlarda bireylerin sadece semptom olup tansiyon yükselince ilaç kullanmaları yönünde bulunmuştur. Bu da bireylerde yanlış hastalık yönetimine sebep olabileceği bilgisine ulaştırmıştır.

Yaptığımız bu çalışmayla Viera'nın yaptığı çalışma karşılaştırıldığında benzer sonuçlara ulaşıldı. Çalışmamızda ortalama bilgi puanı 29.493±8.393 iken, belirti bulgulara yönelik bilgi ortalaması düşük (3.606±2.470) olarak saptandı. Araştırılan konular farklı olsada bireylerin hastalık semptomlarına yönelik bilgi düzeylerinin düşük olduğu ve literatürle benzer olduğu saptanırken; bunun hastalık yönetimine ilişkin bilgi düzeylerinide olumsuz etkilediği (9.549±1.966) görüldü (Tablo 4.5.1).

Izmir'de sağlık ocağındaki bireylerle yapılan bilgi ve görüşlerin değerlendirildiği bir çalışmada (Oskay ve ark., 2010) bireylerin çoğu hipertansiyonun yaşamı tehdit eden bir faktör olduğunu bilirken, tansiyonun hangi durumlarda yükselebileceği, nasıl tedavi edilmesi ve ilaçların nasıl alınacağı konusunda pek fazla bilgi sahibi olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu çalışmayla literatürdeki bilgiler karşılaştırıldığında; bilgi düzeyi sorularında, hastalık risk faktörlerine ilişkin toplam bilgi puanı daha yüksek (16.338±6.249) çıkarken; semptomlar (3.606±2.470) ve hastalık yönetimi konusundaki (9.549±1.966) bilgi puanı ortalamaları daha düşük saptandı. Çalışmamız tartışılan konu yönüyle literatürden farklılık sağlarken, bilgi düzeylerinde risk faktörleri bilgisinin yüksek olup, hastalık yönetimi bilgilerinin düşük çıkması yönüyle literatüre benzer bulundu (Tablo 4.5.1).

Tokem ve arkadaşlarının (2013) HT tanılı hastalarda yaptığı bir çalışmada hastalık yönetimini konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıklarını ve bu sebeple hastalık sürecinin olumsuz etkilendini belirtmişlerdir. Bu çalışmada da bireylerin hastalık yönetimi hakkındaki bilgi düzeyleri düşük bulunup literatür ile uyumlu olduğu saptandı (Tablo 4.5.1). Çalışılan popülasyonun ve konunun farklı olması literatüreden ayrılırken hastalık yönetimi konusunda bilgi eksiklilikleri olması ortak nokta olarak görülmektedir.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Gastrointestinal kanaması olan bireylerin risk faktörleri, sempromları ve hastalık yönetimi hakkında bilgi düzeylerinin değerlendirilmesine yönelik yapılan çalışmamızdaa sonuç ve öneriler şu şekildedir:

-Gastrointestinal Kanaması Olan Bireylerin Tanımlayıcı Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Sonuçları:

- Gastrointestinal kanama tanısı olan bireylerin sosyodemografik özellikleri ile ilişkili olduğu,
- Bireylerin cinsiyete göre %43.7'sinin kadın, %56.3'ünün erkek olduğu ve %64.1'in 61 ve üzeri yaş olduğu,
- Bireylerden %21.8 okuryazar değilken, %43.7'si ilkokul-ortaokul, %34.5'inin lise ve üzeri olduğu,
- Bireylerden %9.2'sinin bekar, %90.8'inin evli olduğu,
- Bireylerden %82.4'ü çalışmadığı; bunlardan %50.7 çalışmayan, %30.3 emekli olarak dağıldığı,
- Bireylerin %61.3'ünün gelir durmu günlük ihtiyaçlarını karşılayabilir olduğu ve %97.2'sinin sağlık güvencesinin olduğu,
- Bireylerin %47.2'sinde sigara kullanımı olduğu ve %13.4'ü günde yarım paketten az, %58.2'sinin günde yarım-1 paket, %28.4'ünde günde 1 paketten fazla sigara kullanımı olduğu,
- Bireylerin %17.6'sında alkol kullanımı mevcutken; bunlardan %48'i haftada 1-2 kez, %52 'sinin nadiren alkol kullandığı,
- Bireylerin %50'sinde günde 3 ten fazla kafeinli içecek tükettiği; %47.9'unda her öğün baharat tüketimi olduğu
- Bireylerin %49.3'ünde sık ağrı kesici kullanımı olduğu,
- Bireylerden%81'inin kronik hastalıkları olduğu bunlardan; %39.1'i DM, %61.7'si HT, %12.2'si KBY, %7.8'i KC hastalığı, %50.4'ü Kalp hastalıkları ve %49.6'sında diğer kronik hastalıkların olduğu,
- Bireylerin %71.8'inde kan sulandırıcı ilaç kullanımı olduğu,
- Bireylerin %65.5'inde melena, %21.1'inde hematemez, %7'sinde hematokezya, % 71.1'inde halsizlik, %48.6'sında karın ağrısı, %52.1'inde iştah kaybı olduğu,

- Bireylerin %78.2'sinin ilk kez mide kanaması geçirdiği ve %86.6'sında aile öyküsü bulunmadığı saptandı.

-Gastrointestinal Kanaması Olan Bireylerin Bilgi Düzeyi Değerlendirme Soru Formu ile İlişkili Sonuçlar

- Gİ kanaması olan bireylerin bilgi düzeyine yönelik oluşturulan soru formu değerlendirildiğinde; Kapsam geçerlilik indeksi **KGİ=0.826** olarak, **kapsam geçerlilik oranları 0.71-1** arasında olduğu,
- Bireylerin; "bilgi toplam" ortalaması 29.493±8.393 (Min=5; Maks=47) olduğu,
- Bireylerin cinsiyete göre bilgi toplam puanları kadınlarda **(x=26.387)** iken, erkekde ise **(x=31.900)** olduğu; kadınların erkeklere göre bilgi puanının düşük olduğu **(t=-4.093; p=0<0.05; d=0.693; η^2=0.107),**
- Bireylerin bilgi toplam puanları eğitim durumuna göre anlamlı farklılık olduğu **(F=6,591; p=0.002<0.05; η^2=0,087**),
- Bireylerde eğitim düzeyi ilkokul-ortaokul olanların bilgi toplam puanlarının okuryazar olmayanların bilgi toplam puanlarından yüksek olması **(p<0.05)** ve lise ve üzeri olanların bilgi toplam puanlarının okuryazar olmayanların bilgi toplam puanlarından yüksek olduğu **(p<0.05),**
- Bireylerin bilgi toplam puanlarında yaş, medeni durum, çalışıp-çalışmama durumu, gelir durumu ve sağlık güvencesi varlığına göre anlamlı farklılık olmadığı**(p>0.05),**
- Bireylerin bilgi toplam puanları mesleğe göre anlamlı farklılık olduğu saptanırken **(F=3.816; p=0.012<0.05; η^2=0.077);** özel sektör çalışanlarının bilgi toplam puanlarının çalışmayanların bilgi toplam puanlarından yüksek olduğu **(p<0.05),** emekli olanların bilgi toplam puanlarının çalışmayanların bilgi toplam puanlarından yüksek olduğu saptandı **(p<0.05).**
- Bireylerde sigara kullananların bilgi toplam puanları **(x=31.269),** sigara kullanmayanların bilgi toplam puanlarından **(x=27.907)** yüksek olduğu **(t=2.424; p=0.017<0.05; d=0,407; η^2=0.040),**

- Bireylerde bilgi toplam puanları kafeinli içecek tüketme durumuna göre anlamlı farklılık olduğu **(F=5.171; p=0.007<0.05; η^2=0.069**); günde 1 veya 2 kez tüketenlerin bilgi toplam puanlarının kafeinli içecek tüketmeyenlerin bilgi toplam puanlarından yüksek olduğu **(p<0.05),** günde 3 ten fazla tüketenlerin bilgi toplam puanlarının kafeinli içecek tüketmeyenlerin bilgi toplam puanlarından yüksek olduğu belirlendi (**p<0.05**).
- Bireylerin alkol kullanım durumu ve baharatlı yiyecek kullanımının bilgi düzeyi ile anlamlı ilşklisi olmadığı(**p>0.05),**
- Ağrı kesici ilaç sık kullananların bilgi toplam puanları **(x=27.614),** nadiren kullananların bilgi toplam puanlarından (**x=31.319)** düşük olduğu (t=**-2.688; p=0.008<0.05; d=0.451; η^2=0.049),** agrı kesici kullananların daha za bilgi sahibi olduğu(**p<0.05**),
- Bireylerde kronik hastalık varlığı, kan sulandırıcı kullanımı, mide kanaması geçirmiş olma durumu ve ailede mide kanaması varlığı ile bilgi toplam puanı arasında anlamlı farklılık olmadığı(**p>0.05)** saptandı**.**

-Öneriler

- Bu çalışma 'Gastrointestinal Kanaması Olan Bireylerin Risk Faktörleri, Semptomları ve Hastalık Yönetimi Hakkında Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi' amacıyla yapılan ilk çalışmadır. Yapılan çalışmalar incelendiğinde hemşirelerin Gİ kanamalı hastalar ve bilgi düzeyleri konusunu ele alan çalışmalara rastlanmamıştır. Bu nedenle bu çalışmanın farklı il ve kurumlarda benzerlerinin yapılması, elde veriler doğrultusunda eğitimlerin planlanması önerilir.
- Yapılan araştırmalar değerlendirildiğinde Gİ kanama ve GİS konusunda tıp literatürünün olduğu ancak hemşirelik araştırmalarına ilişkin verilerin bulunmadığı görülmüştür. Yaptığımız çalışmada oluşturulan soru formu kullanılarak elde eldilen veriler doğrultusunda bakımın ve eğitimin planlanması önerilir.
- Çalışmadan elde ettiğimiz sonuçlar doğrultusunda bireylerin Gİ kanama ile bilgi düzeyi ilişkisi orta düzey olarak çıksada; çeşitli sosyodemografik özelliklerin Gi kanama ve bilgi düzeyleri arasında farklılık oluşturduğu özellikle eğitim durumunun bireylerdeki bilgi düzeyini etkilediği saptandı. Bu nedenle hasta bireylerin "Gastrointestinal Kanaması Olan Bireylerin Bilgi Düzeyi Değerlendirme Soru Formu" kullanılarak bilgi eksikliklerinin giderilmesi ve farkındalıklarının arttırılması, hasta bireylerin eğitimlerle desteklenmesi ve sürecin yakından izlenmesi önerilir.

- Hemşireler, sağlık profesyonelleri arasında hasta bilgilerine ilk sırada ulaşan, hastayla ilk ve en çok karşılaşan, hasta ile en sık iletişim kuran meslek grubudur. Bu nedenle hemşireler, hastaların tedaviye uyumu konusunda davranışlarını etkileyebilecek güç ve bilgiye sahiptirler (Porter, 2002; Eti Aslan, 2017). Bu nedenle hemşirelerin GİS hastalıkları ve yönetimi hakkında hasta eğitimi verdiği-sonuç aldığı çalışmaları arttırması ve bu konudaki sağlık okuryazarlığı değerlendirildiği araştırmaların artırılması önerilir.

KAYNAKLAR

- Adamopoulos, A. B., Baibas, N. M. Efstathiou, S. P., Tsioulos, D. I., Mitromaras, A. G., Tsami., A. A., & Mountokalakis, T. D., (2003). Differentiation between patients with acute upper gastrointestinal bleeding who need early urgent upper gastrointestinal endoscopy and those who do not. A prospective study. European journal of gastroenterology & hepatology, 15(4),381-387.
- Adem E. Y, (2021). Üst Gastrointestinal Sistem Kanamalı 40 Yaş Üstü Ve Komorbiditesi Olan Hastalarda İlk 24 Saatte ve 24-72. Saatte Yapılan Gastroskopilerin Karşılaştırılması. T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıklar Kliniği Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul.
- Akbolat, M., Kahraman, G., Erigüç, G., ve Sağlam, H., (2016). Sağlık okuryazarlığı hasta-hekim ilişkisini etkiler mi?: Sakarya ilinde bir araştırma. TAF Preventive Medicine Bulletin, 15(4).
- Aksöz, K., Ünsal, B., Akyol Z., (1995). Üst gastrointestinal sistem kanamalı 2568 hastanın değerlendirilmesi. Turk J Gastroenterol, 6,262-264.
- Anusha, K., Hettiaratchi, U.P.K. Athiththan, L. V., ve Perera, P.P.R., (2019). Inter-relationship of serum leptin levels with selected anthropometric parameters among a non-diabetic population: a cross-sectional study. Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia. Bulimia and Obesity, 24(3), 551-556.
- Armstrong, G.P., Blower, AL., (1987). Non Steroidal anti-inflammatory drugs and life threatening complications of peptic ulceration. GUT, 28, 527–532.
- Arıkan, A., Aydın, A., Ekerbiçer, H.Ç., Karaaytaç, R., Zeytinoğlu, Y., vd. (2020) Hipertansiyon Tanısı Olan Hastaların Hastalıkları Hakkındaki Bilgi Düzeyleri ve İlişkili Faktörler. Sakarya Tıp Dergisi / Sakarya Med J, 10, 33-40
- Aslantekin, F., ve Yumrutaş, M., (2014). Health Literacy and Measurement. TAF Preventive Medicine Bulletin, 13(4), 327-334.
- Avgerinos, A., Sgouros, S., Viazis, N., Vlachogiannakos, J., Papaxoinis, K., Bergele, C., et al. (2005). Somatostatin inhibits gastric acid secretion more effectively than pantoprazole in patients with peptic ulcer bleeding: a prospective. randomized. placebo-controlled trial. Scandinavian journal of gastroenterology, 40(5), 515-22.

- Bakanlığı, T. S., ve Müdürlüğü. T. S. H. G., (2011). Sağlığın Teşviki Ve Geliştirilmesi Sözlüğü. Bakanlık Yayın, 814(1).
- Baker, D. W., Parker, R. M., Williams, M. V., and Clark, W. S, (1998). Health Literacy and The Risk Of Hospital Admission. Journal Of General İnternal Medicine, 13(12), 791-798.
- Baker, J. W., Pierce, KL., Ryals, CA., (2011). INR goal attainment and oral anticoagulation knowledge of patients enrolled in an antico- agulation clinic in a Veterans Affairs Medical Center. J Manag Care Pharm, 17,133-42.
- Balçık, P. Y., Taşkaya, S., ve Şahin, B., (2014). Sağlık Okur-Yazarlığı. TAF Preventive Medicine Bulletin, 13(4), 321-326.
- Barkun, A., Bardou, M., Marshall, JK., (2003). Consensus recommendations for managing patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. Annals of internal medicine, 139(10),843-57.
- Barkun, AN., Martel. M., Toubouti. Y., Rahme, E., Bardou, M., (2009). Endoscopic hemostasis in peptic ulcer bleeding for patients with high-risk lesions: a series of meta-analyses. Gastrointestinal endoscopy, 69(4), 786-99
- Barnert, J., Messmann, H., (2009). Diagnosis and management of lower gastrointestinal bleeding. Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology, 6,637.
- Bass, BL., Turner, DJ., (2004). Acute gastrointestinal hemorrhage. Towsend CM (ed). Sabiston Textbook of Surgery. 17 th edition. Philedelphia: SaundersCompany, 1244-1255
- Bayır, A., Okumuş. M., Köstekçi, Ş., Şahin, T., (2003). Üst gis kanamalarındarisk faktörlerinin prognoz üzrine etkisi. Selçuk Üniversitesi Genel Tıp Dergisi, 13(4)
- Bennett, C., Klingenberg, SL., Langholz, E., Gluud, LL., (2014). Tranexamic acid for upper gastrointestinal bleeding. The Cochrane database of systematic reviews, (11),Cd006640.
- Bernhardt, J. M., & Cameron, K. A., (2003). Accessing, Understanding, And Applying Health Communication Messages: The Challenge of Health Literacy. In The Routledge Handbook of Health Communication (Pp. 597-620).
- Berry, AR., Collin, J., Frostick, SP., et al. (1984). Upper Gastrointestinal Hemorrhage in Oxford. J R Coll Surg Edinb, 29 (3), 134-8.
- Biber, Ç. (2020). Pulmoner Rehabilitasyonda Dispne Algısının Değerlendirmesi. Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi, 7(1), 19-25. https://doi.org/10.5152/gghs.2019.002

- Bini, EJ., Unger, JS., Cohen, J., (1998). Predictors of gastrointestinal hemorrhage in 893 patients with benign-appearing gastric ulcers. Gastroenterology, 114-5,15.
- Blatchford O. Murray WR. Blatchford M. (2000). A risk score to predict need for treatment for upper-gastrointestinal haemorrhage. Lancet. 356:1318-21
- Bornschein, J., Selgrad, M., Wex, T., Kuester. D., and Malfertheiner, P., (2012). Serological assessment of gastric mucosal atrophy in gastric cancer. BMC gastroenterology, 12(1), 1-8.
- Bozkurt, İ., Halici, M.B., (2015) Maclura Pomifera Bitkisinden İzole Edilen Pomiferin Maddesinin Ratlarda İndometazin İle Oluşturulan Gastrik Hasar Üzerine Etkilerinin Araştirilmasi.
- Brach, C., Keller, D., Hernandez, L. M., Baur, C., Parker, R., Dreyer, B., and Schillinger, D., (2012). Ten Attributes of Health Literate Health Care Organizations.Nam Perspectives, (20),35-42.
- Brooks, J., Warburton, R., Beales, IL. ,(2013). Therapetic Advances Prevention of upper gastrointestinal haemorrhage: Current controversies and clinical guidance. Ther Adv Chronic Dis, 4,206-225
- Brown, C. V., Inaba, K., Martin, M. J., ve Salim, A. (Eds.)., (2018). Emergency General Surgery: A Practical Approach. Springer,87-102
- Budimir, I., Gradišer, M., Nikolić, M., Baršić, N., Ljubičić, N., Kralj, D., & Budimir, Jr. I.,(2016) Glasgow Blatchford. pre-endoscopic Rockall and AIMS65 scores show no difference in predicting rebleeding rate and mortality in variceal bleeding. Scandinavian journal of gastroenterology,51(11),1375-1379.
- Büyük, E. T., Rizalar, S., Çetin, A., ve Sezgin, S.,(2014) Hemşirelerin İntörn Eğitim Uygulamasi Hakkindaki Görüş Ve Önerileri. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi,3(3),135-140.
- Büyüköztürk, Ş., Çokluk, Ö. Ve Köklü, N., (2018). Sosyal bilimler için istatistik, Ankara: Pegem Akademi.
- Camilleri, Á., Madsen, K., Spiller, R., Van Meerveld, B. G., and Verne, G. N., (2012) Intestinal barrier function in health and gastrointestinal disease. Neurogastroenterology & Motility,24(6),503-512.

- Cammisotto, P. G., Levy, É., Bukowiecki, L. J., and Bendayan, M., (2010). Cross-talk between adipose and gastric leptins for the control of food intake and energy metabolism. Progress in histochemistry and cytochemistry,45(3),143-200.
- Cappell, M. S., and Friedel, D., (2008). Initial management of acute upper gastrointestinal bleeding: from initial evaluation up to gastrointestinal endoscopy. Medical Clinics of North America, 92(3).,491-509.
- Catford, J., (2007). Ottawa 1986: The Fulcrum Of Global Health Development. Promotion & Education. 14, 6-7.
- Cazador, A. C., Barreras, A. C., Pujol, F. O., Hernández, D. A., & González-Huix, F., (1989). Descriptive analysis of 660 cases of upper digestive hemorrhage: relation of emergency endoscopy and mortality. Revista espanola de las enfermedades del aparato digestivo, 75(6 Pt 2).,665-670.
- Cerulli, M., Anand, B. S., (2016). Upper Gastrointestinal bleeding , Medscape Mar, (21).
- Chandra, R., and Liddle, RA., (2013). Neural and hormonal regulation of pancreatic secretion. Current opinion in gastroenterology,25(5), 441.
- Chandra, S., Hess, EP., Agarwal, D. et al, (2012). External validation of the Glasgow-Blatchford Bleeding Score and the Rockall Score in the US setting. AJEM,30,673-679
- Chassaignon, C., Letoumelin, P., & Pateron, D., (2003). Upper gastrointestinal haemorrhage in Emergency Departments in France: causes and management. European Journal of Emergency Medicine,10(4),290-295.
- Chatziefstratiou, AA., Giakoumidakis, K., Fotos, NV., Baltopoulos, G., Brokalaki-Pananoudaki, H., (2015). Translation and validation of the Greek version of the hypertension knowledge-level scale. Journal of clinical nursing, 24(23-24),3417-3424.
- Chong, V., Hill, AG., MacCormick, AD., (2016). Accurate triage of lower gastrointestinal bleed (LGIB)-A cohort study. International journal of surgery (London. England),25,19-23.
- Cipolletta, L., Bianco, M. A., Rotondano, G., Piscopo, R., Prisco, A., and Garofano, M. L, (1998). Prospective comparison of argon plasma coagulator and heater probe in the endoscopic treatment of major peptic ulcer bleeding, Gastrointestinal endoscopy, 48(2), 191-195.
- Çoban, E., Süleymanlar, İ., Ertuğrul, C., Işıtan, F., (1997) Gastrointestinal sistem kanamaları: 177 olgunun değerlendirilmesi. Türk J Gastroenterol, 8,35.

- Cook, D. J., Guyatt, G. H., Salena, B. J., and Laine, L. A., (1992). Endoscopic therapy for acute nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: a meta-analysis. Gastroenterology, 102(1), 139-148.
- Çopurlar, C., & Kartal, M., (2016). Sağlık Okuryazarlığı Nedir? Nasıl Değerlendirilir? Neden Önemli? Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care, 10(1), 42-47. https://doi.org/10.5455/tjfmpc.193796
- Cryer, B. L., Wilcox, C. M., Henk, H. J., Zlateva, G., Chen, L., & Zarotsky, V., (2010). The economics of upper gastrointestinal bleeding in a US managed-care setting: a retrospective. claims-based analysis. Journal of medical economics, 13(1), 70-77.
- Diamantopoulou, G., Konstantakis, C., Kottorou, A., Skroubis, G., Theocharis, G., Theopistos, V., & Thomopoulos, K., (2017). Acute lower gastrointestinal bleeding: characteristics and clinical outcome of patients treated with an intensive protocol. Gastroenterology Research, 10(6), 352-358.
- Dicksved, J., Schreiber, O., Willing, B., Petersson, J., Rang, S., Phillipson, M., and Roos, S., (2012). Lactobacillus reuteri maintains a functional mucosal barrier during DSS treatment despite mucus layer dysfunction, 10
- Di Fiore, F., Lecleire, S., Merl, V., et al. (2005). Changes in charecteristics and outcome of acute upper gastrointestinal haemorrhage: A comparison of epidemiology and practices between 1996 and 2000 in a multicentre French study. European Journal of Gastroenterology & Hepatology, 17 (6), 641-647
- Dobritz, M., Engels, H. P., Schneider, A., Bauer, J., and Rummeny, E. J., (2009). Detection of intestinal bleeding with multi-detector row CT in an experimental setup. How many acquisitions are necessary? European radiology, 19(12),2862-2869.
- Dunlop, S. P., Hebden, J., Campbell, E., Naesdal, J., Olbe, L., Perkins, A. C., and Spiller.R. C. (2006). Abnormal intestinal permeability in subgroups of diarrhea predominant irritable bowel syndromes. Official journal of the American College of Gastroenterology| ACG, 101(6), 1288-1294.
- Dworzynski, K., Pollit, V., Kelsey, A., Higgins, B., Palmer, K., (2012). Management of acute upper gastrointestinal bleeding: summary of NICE guidance. BMJ (Clinical research ed), 344,3412.

- Ndjitoyap Ndam, E. C., Koki Ndombo, P. O., Fouda, O. A., Mougnutou, R. S., Nguemne, T. A., Behle, A., & Essomba, R., (1990). Upper digestive system hemorrhages in Cameroon (apropos of 172 cases examined via endoscopy). Medecine tropicale: revue du Corps de sante colonial, Med Trop (Mars), 50(2), 181-184.
- Ernst, A. A., Haynes, M. L., Nick, T. G., & Weiss, S. J., (1999). Usefulness of the blood urea nitrogen/creatinine ratio in gastrointestinal bleeding. The American journal of emergency medicine, 17(1), 70-72.
- Erol, V., Yoldaş, T., Gümüş, T., Özütemiz, Ö., Çalışkan, C., Akgün, E., Korkut, M., (2013). Alt gastrointestinal sistem kanamalarında tedavi yönetimi: Cerrahi ve minimal invaziv tedavi yöntemlerinin irdelenmesi. Akademik Gastroenteroloji Dergisi, 12(3), 113-117.
- Eti Aslan, F. (Ed.), (2017). "Gastrointestinal Sistem Değerlendirilmesi ve Klinik Karar Verme". Sağlığın Değerlendirilmesi ve Klinik Karar Verme.Akademisyen Kitabevi. Ankara, 20,557-561.
- Eutamene, H., & Bueno, L., (2007). Role of probiotics in correcting abnormalities of colonic flora induced by stress. Gut, 56(11), 1495-1497.
- Eyinç, DB., Durmuş, B., Karasakal, M., (2005) Nonsteroidal antiinflamatuar ilaçlara bağlı üst gastrointestinal kanamaların klinik bulguları MN-Klinik Bilinler& Doktor, 11, 5-9.
- Farrell J. J., (2005). Friedman LS. Review article: the management of lower gastrointestinal bleeding. Alimentary pharmacology & therapeutics, 21(11),1281-98.
- Feinman, M., Haut, ER., (2014). Upper gastrointestinal bleeding. Surg Clin North Am.,94,43-53.
- Fujishiro, M., Iguchi, M., Kakushima, N., Kato, M., Sakata, Y., Hoteya, S., Fujimoto, K., (2016). Guidelines For Endoscopic Management Of Non-Variceal Upper Gastrointestinal Bleeding. Digestive Endoscopy, 28(4): 363-78
- Foutch, P.G., Rex, D.K., Lieberman, D.A., (1995). Prevalence and natural history of colonic angiodysplasia among healthy asymptomatic people. The American journal of gastroenterology, 90(4),564-7.
- Gaduputi, V., Abdulsamad, M., Tariq, H., Rafeeq, A., Abbas, N., Kumbum, K., and Chilimuri, S., (2014). Prognostic value of AIMS65 score in cirrhotic patients with upper gastrointestinal bleeding. Gastroenterology research and practice.

- Garcia-Tsao, G., Sanyal, A. J., Grace, N. D., Carey, W., and Practice Guidelines Committee of the American Association for the Study of Liver Diseases. the Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. (2007). Prevention and management of gastroesophageal varices and variceal hemorrhage in cirrhosis, Hepatology, 46(3), 922-938.
- Gayer, C., Chino, A., Lucas, C., Tokioka, S., Yamasaki, T., Edelman, D. A., & Sugawa, C., (2009). Acute lower gastrointestinal bleeding in 1.112 patients admitted to an urban emergency medical center. Surgery, 146(4), 600-607.
- Gençay, M., (2009). Üst GİS kanaması nedeniyle hastaneye yatırılan olgularda mortalite ve morbidite üzerine etkili faktörler, Uzmanlık tezi, İstanbul Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi.
- George, D., & Mallery, M. (2010). SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference, 17.0 update (10a ed.) Boston: Pearson
- Giese, A., Grunwald, C., Zieren, J., Büchner, N. J., and Henning, B. F., (2014). Use of the complete Rockall score and the Forrest classification to assess outcome in patients with non-variceal upper gastrointestinal bleeding subject to after-hours endoscopy: a retrospective cohort study. The West Indian Medical Journal, 63(1), 29.
- Gilbert, D,A., (1990). Epidemiology of upper gastrointestinal bleeding. Gastrointest Endosc, 36, (8).
- Goldman, E., Ausiello, D., et al., (2006). Cecil Textbook of Medicine. Chapter 133: Gastrointestinal Haemorrhage and Occult Gastrointestinal Bleeding. David J Bjorkman. 22nd edition, pp: 795- 800
- Gonçalves, T. C., Barbosa, M., Xavier, S., Carvalho, P. B., Machado, J. F., Magalhães, J., and Cotter, J., (2018). Optimizing the Risk Assessment in Upper Gastrointestinal Bleeding: Comparison of 5 Scores Predicting 7 Outcomes. GE-Portuguese Journal of Gastroenterology, 25(6), 299-307.
- González-González, JA., García-Compean, D., Vázquez-Elizondo, G., GarzaGalindo, A., Jáquez-Quintana, JO., Maldonado-Garza, H., (2011) Nonvariceal upper gastrointestinal bleeding in patients with liver cirrhosis. Clinical features. outcomes and predictors of in-hospital mortality. A prospective study. Annals of hepatology, 10(3),287-95.

- Göksu, E., Erken, Ö., Erçetin, Y., Kılıçaslan, İ., & Çete, Y. (2004). Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Acil Servisine üst gastrointestinal sistem kanaması ile başvuran Bireylerda mortaliteyi belirleyen faktörler ve demografik özellikleri. Türkiye Acil Tıp Dergisi, 4, 121-126.
- Gölgeli, H., Ecirli, Ş., Kutlu, O., Başer, H., Karasoy, D., (2014). Üst gastrointestinal sistem kanaması nedeniyle izlenen Bireylerın değerlendirilmesi. Dicle Tıp Dergisi, 41(3), 495-501
- Gönen, Ö., Yücesoy, M., Ünal, A., et al., (1998). Kayseri bölgesinde üst gastrointestinal sistem kanamaları. Erciyes Tıp Dergisi, 10, 293- 9
- Gölgeli, H., Ecirli, Ş., Kutlu, O., (2014). Başer, H., Karasoy, D., (2014). Üst gastrointestinal sistem kanaması nedeniyle izlenen Bireylerin değerlendirilmesi. Dicle Tıp Dergisi, 41 (3), 495-501
- Gralnek, IM., Dumonceau, JM., Kuipers, EJ., Lanas, A., Sanders, DS., Kurien, M. et al., (2015). Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. Endoscopy, 47(10),a1-46.
- Greenspoon, J., Barkun, A., (2010) A summary of recent recommendations on the management of patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. Polskie Archiwum Medycyny Wewnetrznej,120(9),341-6.
- Gunnar, M., and Quevedo, K., (2007). The neurobiology of stress and development. Annu. Rev. Psychol.,58:145-173.
- Günşar, F., Akarca, US., Yönetçi, N., et al., (1997). Üst gastrointestinal sistem kanamalı 502 hastanın değerlendirilmesi. Turk J Gastroenterol, 8:188-193.
- Gürel, S., İmadoğlu, O., (2004). Varis ve Malignite Dışı Üst Gastrointestinal Sistem Kanamalarının Değerlendirilmesi.Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi,30 (2),87-91
- Hayat, U., Lee, P. J., Ullah, H., Sarvepalli, S., Lopez, R., Vargo, JJ., (2017). Association of prophylactic endotracheal intubation in critically ill patients with upper GI bleeding and cardiopulmonary unplanned events. Gastrointestinal endoscopy,86(3),500-9.e1.
- Hearnshaw, S. A., Logan. R. F., Palmer, K. R., Card, T. R., Travis, S. P., & Murphy, M. F., (2010). Outcomes following early red blood cell transfusion in acute upper gastrointestinal bleeding. Alimentary pharmacology & therapeutics, 32(2),215-224.

- Hernandez-Diaz, S., Garcia-Rodriguez, L.A., (2002). Incidence of serious upper gastrointestinal bleeding/perforation in the general population: Review of epidemiologic studies.J Clin Epidemiol,55,157-163
- Holster, I. L., ve Kuipers, E. J., (2012). Management Of Acute Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding: Current Policies And Future Perspectives. World Journal Of Gastroenterology: WJG,18(11), 1202-3
- http://drmehmetciftci.com/hastal%C4%B1klar/meckeldivertik%C3%BCl%C3%BC.html Erişim Tarihi: 28.11.2022
- http://www.kadikoy-endoscopy.com/resimler.asp?id=24 ErişimTarihi:17.11.2022
- http://www.kadikoy-endoscopy.com/videolar.asp?ID=27 Erişim Tarihi:17.11.2022
- https://docplayer.biz.tr/19213533-Gastrointestinal-kanamalar-doc-dr-mehtap-bulut-uutf-acil-tip-ad-bursa.html Erişim Tarihi:15.09.2022
- https://slideplayer.biz.tr/slide/14173471/ Erişim tarihi:28.11.2022
- https://stringfixer.com/tr/Ischemic_colitis Erişim tarihi:28.11.2022
- https://www.acilcalisanlari.com/gastrointestinal-sistem-kanamalari-genel-bakis.html Erişim Tarihi:15.10.2022
- https://www.adilaltinsoy.com/hemoroide-ne-iyi-gelir/ Erişim Tarihi:17.11.2022
- https://www.bilgiustam.com/ulseratif-kolit/ Erişim Tarihi:15.10.2022
- https://www.drozdogan.com/divertikulit-nedir-kalin-bagirsak-kanserleriyle-iliskisi-var-midir/ Erişim Tarihi: 17.11.2022
- https://www.hekim.net/doktor/kutalmis-cem-bagdatli-p1a2/hekimsozluk/melena-ss219/ Erişim Tarihi:15.09.2022
- https://www.koruhastanesi.com/yemek-borusu-kanseri--1641-5 Erişim Tarihi:09.08.2022
- https://www.medikalakademi.com.tr/ulseratif-kolit-nedir-neden-olur-belirtileri-ve-tedavisi-nedir/ Erişim tarihi:28.11.2022
- https://www.msdmanuals.com/professional/gastrointestinal-disorders/esophageal-and-swallowing-disorders/mallory-weiss-syndrome Erişim Tarihi:15.10.2022
- https://www.nedirbul.com/ince-bagirsak-nedir-ve-anatomisi/ Erişim Tarihi:15.10.2022
- https://www.nizamkurtdere.com/makatta-catlak-anal-fissur-neden-olur Erişim Tarihi:17.11.2022

- https://www.nkfu.com/ozofagus-varis-kanamasi-nedir-belirtileri-ve-tedavisi/ Erişim Tarihi: 17.10.2022
- https://www.pankreasnedir.com/Videolar/34/pankreas-anatomisi-pankreatit-tumorler-ve-whipple-ameliyati Erişim Tarihi:10.10.2022
- Hughes, G. (2019, Kasım 19). 10 Common Types of Pain Scales. Verywell Health. https://www.verywellhealth.com/pain-scales-assessment-tools-4020329 Erişim Tarihi: 08.10.2022
- Işık, B., Büyükcam, F., Ekiz, F., Atik, D., Karakılıç, M., (2014). Acil servise üst gastrointestinal kanama ile başvuran Bireylerda bazı skorlama istemleri ve ortalama platelet hacminin mortalite öngörüsünde değeri. Abant Medical Journal,3:(3), Erişim adresi:
- http://www.journalagent.com/abantmedj/pdfs/ABANT-92485-ORIGINAL_ARTICLE-BUYUKCAM.pdf
- Je, H. ,(2011). Guyton and Hall textbook of medical physiology. Philadelphia, PA: Saunders Elsevier,107:1146.
- Jensen, D. M., Machicado, G. A., Jutabha, R., Kovacs, T. O., (2000). Urgent colonoscopy for the diagnosis and treatment of severe diverticular hemorrhage. The New England journal of medicine, 342(2), 78-82.
- Jones, K. R., Vojir, C. P., Hutt, E., & Fink, R., (2007). Determining mild. Moderate, and severe pain equivalency across pain-intensity tools in nursing home residents. Journal of rehabilitation research and developmenT,44(2),305.
- Jutabha, R., Jensen, DM., Acute upper gastrointestinal bleeding. In: Friedman, SL. McQuaid, KR., Grendell JH (eds)., (2003). CurrentDiagnosis&Treatment in Gastroenterology, 2nd ed. McGraw-HillCo. New York,53-69.
- Kamal, E., Bani-Hani, Nawaf, J., Shatnawi., (2004). Meckel's Diverticulum: Comparison of Incidental and Symptomatic Cases. World J. Surg., 28, 917–920,
- Kamboj, A. K., Hoversten, P., ve Leggett, C. L., (2019). Upper Gastrointestinal Bleeding: Etiologies And Management. In Mayo Clinic Proceedings Elsevier, 94(4), 697-703.
- Kanj, M., and Mitic, W., (2009). Health Literacy and Health Promotion: Definitions. Concepts and Examples İn The Eastern Mediterranean Region. In 7th Global Conference

on Health Promotion Promoting Health and Development: Closing the Implementation Gap,16, 26-30.

- Karabulut, K., Örs, M. B., Derebey, M., Tarım, İ. A., Yörüker, S. S., Özbalcı, G. S., (2021). Our Surgery of Non-oesophageal Varices Upper Gastrointestinal bleeding. Journal Exp. Clin. Med.,38(1), 39-41.
- Karadağ F., (2008). Üst gastrointestinal sistem kanamalı hastaların genel değerlendirilmesi (Uzmanlık tezi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul) Erişim adresi: http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/tez/pdf/aile_hekimligi/dr_ferhat_karadag.pdf
- Karuppasamy, K., Kapoor, BS., Fidelman ,N., Abujudeh, H., Bartel, TB., Caplin, DM., et al., (2021).ACR Appropriateness Criteria® Radiologic Management of Lower Gastrointestinal Tract Bleeding: 2021 Update. Journal of the American College of Radiology: JACR,18(5),139-152.
- Kasap, E., (2008). Çorum devlet hastanesi üst gastrointestinal sistem kanamalı Bireylerın değerlendirilmesi. Akademik Gastroenteroloji Dergisi, 7:171-173.
- Kasper Dennis, L., Braunwald, E., Hauser, S., Longo, D., Jameson, J. L., & Fauci, AS. (2005). Harrison's principles of internal medicine. McGraw-Hill, 310:2024-2029.
- Katlar, T., (2007). Üst gastrointestinal sistem kanamalı Bireylerda steroid olmayan antiinflamatuar ilaç kullanımı ve bu Bireylerde hemostaz parametrelerine etkilerinin incelenmesi. Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi.
- Kaufman, DW., Kelly, JP., Wiholm, BE., et al., (1999). The risk of acute major upper gastrointestinal bleeding amang users of aspirin and ibuprofen at various levels of alcohol consumption. Am J Gastroenterol, 94,3189–3196.
- Kaya, E., Karaca, M. A., Aldemir, D., & Ozmen, MM., (2016). Predictors of poor outcome in gastrointestinal bleeding in emergency department. World Journal of Gastroenterology,22(16),421-429.
- Keikha, M., Salehi-Marzijarani, M., Nejat, R. S., Vahedi, H. S. M., and Mirrezaie, SM., (2018). Diagnostic Accuracy of Rapid Ultrasound in Shock (RUSH) Exam; A systematic review and meta-analysis. Bulletin of emergency & trauma, 6(4),271.
- Kendir, M., Karaali, Z., Baysal, B., (2004). Anemi Nedeni ile Tetkik Edilen Hastalarda Kolonoskopide Anjiodisplazi Görülme Sıklığı. Akademik Gastroenteroloji Dergisi,3(1), 24-27.

- Kim, B.S., Li, B. T., Engel, A., (2014). Diagnosis of gastrointestinal bleeding: A practical guide for clinicians. World J Gastrointest Pathophysiol, 5,467-478.
- Kim, CY., Suhocki, PV., Miller, MJ. Jr., Khan, M., Janus, G., Smith, TP., (2010). Provocative mesenteric angiography for lower gastrointestinal hemorrhage: results from a single-institution study. Journal of vascular and interventional radiology: JVIR, 21(4),477-83.
- Kim, H. S., Kim, T. I., Kim, W. H., Kim, Y. H., Kim, H. J., Yang, S. K., et al., (2006). Risk factors for immediate postpolypectomy bleeding of the colon: a multicenter study. The American journal of gastroenterology, 101(6),1333-41.
- Kim, JJ., Sheibani, S., Park, S., Buxbaum, J., & Laine, L., (2014). Causes of bleeding and outcomes in patients hospitalized with upper gastrointestinal bleeding. Journal of clinical gastroenterology, 48(2),113-118.
- Laine, L., Jensen, D.M., (2012). Management of patients with ulcer bleeding. The American journal of gastroenterology,107(3),345-60; quiz 61.
- Lau, J. Y., Yu, Y., Tang, R. S., Chan, H. C., Yip, H.C., Chan, S. M., & Sung, J.J., (2020). Timing of endoscopy for acute upper gastrointestinal bleeding. New England Journal of Medicine,382(14),1299-1308.
- Laursen, S.B., Hansen, J.M., Schaffalitzky de Muckadell, O.B., (2012). The Glasgow Blatchford score is the most accurate assessment of patients with upper gastrointestinal hemorrhage. Clinical gastroenterology and hepatology: the official clinical practice journal of the American Gastroenterological Association, 10(10),1130-1135
- Lawshe, C. H., (1975). A quantitative approach to content validity. Personnel psychology, 28(4), 563-575.
- Lee, S. H., Min, Y. W., Bae, J., Lee, H., Min, B. H., Lee, J. H., and Kim. J.J., (2017). Lactate parameters predict clinical outcomes in patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. Journal of Korean medical science, 32(11), 1820-1827.
- Lennard-Jones, J. E., & Shivananda, S., (1997). Clinical uniformity of inflammatory bowel disease a presentation and during the first year of disease in the north and south of Europe. EC-IBD Study Group. European journal of gastroenterology & hepatology., 9(4), 353-359.
- Leung, P., (2014). The gastrointestinal system: gastrointestinal, nutritional and hepatobiliary physiology. Springer Science & Business.

- Lewis, J. D., Shin, E. J., & Metz, D. C., (2000). Characterization of gastrointestinal bleeding in severely ill hospitalized patients. Critical care medicine, 28(1), 46-50.
- Lo, B.M., Lower Gastrointestinal Bleeding, In: Tintinalli, J.E., Stapczynski, J.S., Cline, D.M., Ma, J., Cydulka, RK., Meckler, G.D., eds, (2011). Emergency Medicine: A Comprehesive Study Guide, 7th edit. New York, NY: McGraw-Hill, 545-547
- Longstreth, G., (1995). Epidemiology of Hospitalization for Acute Upper Gastrointestinal Hemorrhage: A Population--Based Study. American Journal of Gastroenterology (Springer Nature), 90(2).
- Macit, M., Karaman, M., Parlak, M., (2019). "Bireylerin Akılcı İlaç Kullanım Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi", İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi.İstanbul,6(2),372-387.
- Maciorkowska, E., Panasiuk, A., Kondej-Muszyńska, K., Kaczmarski., M., and Kemona, A., (2006). Mucosal gastrin cells and serum gastrin levels in children with Helicobacter pylori infection. Advances in medical sciences,51,137-141.
- Mauro, A., De Grazia, F., Lenti, M. V., Penagini, R., Frego, R., Ardizzone, S., ve Di Sabatino, A., (2021) Upper Gastrointestinal Bleeding İn Covıd-19 İnpatients: Incidence And Management İn A Multicenter Experience From Northern Italy. Clinics And Research İn Hepatology And Gastroenterology, 45(3): 1015-21.
- McDonagh, T. A., Metra, M., Adamo, M., Gardner, R. S., Baumbach, A., Böhm, M., Burri, H., Butler, J., Čelutkienė, J., Chioncel, O., Cleland, J. G. F., Coats, A. J. S., Crespo-Leiro, M. G., Farmakis, D., Gilard, M., Heymans, S., Hoes, A. W., Jaarsma, T., Jankowska, E. A., ESC Scientific Document Group, (2021). 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: Developed by the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) With the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. European Heart Journal, 42(36),3599-3726. https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab368
- Memişoğlu, K., (2005). Akut üst gastrointestinal sistem kanamaları. Türkiye Klinikleri J SurgMed Sci,1(4),1-6.
- Mercan, S., Enç, N., (2011). Warfarin kullanan bireylerin eğitim gereksinimleri. Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi, 2,12-7.

- Miño, G., Jaramillo, J. L., Gálvez, C., Carmona, C., Reyes, A., & De la Mata, M., (1992). Análisis de una serie general prospectiva de 3270 hemorragias digestivas altas. Rev Esp Enf Dig, 82, 7-15.
- Mujtaba, G., Kalwar, H. A., Shaikh, T., Khalid, M. T., Shaikh, N., and Manzoor, W., (2020). Diagnostic accuracy of AIMS-65 clinical scoring system in predicting outcome in patients with upper gastrointestinal bleeding presenting at Tertiary Care Hospital. Karachi. The Professional Medical Journal, 27(10), 2104-2109.
- Nadler, M., Eliakim, R., (2014). The role of capsule endoscopy in acute gastrointestinal bleeding. Therap Adv Gastroenterol, 7,87-92.
- Nakamura, S., Matsumoto, T., Sugimori, H., Esaki, M., Kitazono, T., and Hashizume, M., (2014). Emergency endoscopy for acute gastrointestinal bleeding: P rognostic value of endoscopic hemostasis and the AIMS65 score in J apanese patients. Digestive Endoscopy, 26(3), 369-376.
- Napolitano, LM., Cohen, MJ., Cotton, BA., Schreiber, MA., Moore, EE., (2013). Tranexamic acid in trauma: how should we use it? The journal of trauma and acute care surgery,74(6),1575-86.
- Neumann, I., Letelier, LM., Rada, G., Claro, J.C., Martin, J., Howden, C.W., et al., (2013). Comparison of different regimens of proton pump inhibitors for acute peptic ulcer bleeding. The Cochrane database of systematic reviews, (6), Cd007999.
- Neunlist, M., Toumi, F., Oreschkova, T., Denis, M., Leborgne, J., Laboiss, C. L., and Jarry, A., (2003). Human ENS regulates the intestinal epithelial barrier permeability and a tight junction-associated protein ZO-1 via VIPergic pathways. American Journal of Physiology-Gastrointestinal and Liver Physiology, 285(5), G1028-G1036.
- Ng, D.A., Opelka, F.G., Beck, D.E., (1997). Milburn JM. Witherspoon LR. Hicks TC. et al. Predictive value of technetium Tc 99m-labeled red blood cell scintigraphy for positive angiogram in massive lower gastrointestinal hemorrhage. Diseases of the colon and rectum, 40(4),471-7.
- Nutbeam, D., (2000). Health Literacy as A Public Health Goal: A Challenge For Contemporary Health Education And Communication Strategies İnto The 21st Century. Health Promotion İnternational, 15(3),259-267.

- Nutbeam, D., and Kickbusch, I., (1998). Health promotion glossary. Health promotion international, 13(4), 349-364.
- O'Connor, R., Kazemi, A., Venkat, A., Asaly, M., Aoun, E., (2015). Differentiation of Patients With Acute Gastrointestinal Bleeding From Those With Occult Bleeding by End-Tidal Carbon Dioxide Levels: a Pilot Study. GIE Gastrointestinal Endoscopy VOLUME 81, ISSUE 5, SUPPLEMENT. AB 227, MAY 01. 2015. DOI: https://doi.org/10.1016/j.gie.2015.03.1305.
- O'Connor, A., and O'Moráin, C., (2014). Digestive function of the stomach. Digestive diseases, 32(3),186-191.
- Oakland, K., (2019). Changing Epidemiology And Etiology Of Upper And Lower Gastrointestinal Bleeding. Best Practice Ve Research Clinical Gastroenterology, 42, 1016-1110.
- Oakland, K., Chadwick, G., East, J. E., Guy, R., Humphries, A., Jairath, V., ve Hoare, J., (2019) Diagnosis And Management Of Acute Lower Gastrointestinal Bleeding: Guidelines From The British Society Of Gastroenterology. Gut, 68(5), 776-89.
- O'connor, M., Bager, P., Duncan. J., Gaarenstroom, J., Younge, L., Détré, P., & van de Woude, C. J., (2013). N-ECCO Consensus statements on the European nursing roles in caring for patients with Crohn's disease or ulcerative colitis. Journal of Crohn's and Colitis, 7(9), 744-764.
- Okutur, S.K., Alkım, C., Bes, C., et al., (2007). Akut üst gastrointestinal sistem kanamaları:230 olgunun analizi. Akademik Gastroenteroloji Dergisi, 6: 30-36.
- Onur, Ö., (2008). Gastrointestinal Kanamalı Hastaya Yaklaşım. Marmara Üniversitesi Klinik Gelişim, 21(4), 57-62.
- Oruç, E., (2021). Acil Servise Gastrointestinal Kanama Şikayeti ile Başvuran Hastaların Mortalite ve Morbidite Değerlendirmesinde End-Tidal Kapnografinin Değeri, T.C. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, İzmir.
- Oskay, E.M., Önsüz, M.F., Toğuzoğlu, A., (2010). İzmir'de bir sağlik ocağı'nda başvuranların hipertansiyon hakkındaki bilgi, tutum ve görüşlerinin değerlendirilmesi. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 11(1),3-9

- Öcal, O., Kaya, B., Demirhan, R., et al., (2011). Acil Tıp Kliniği'nde "üst gastrointestinal kanamasi''tanisi alan 342 olgunun değerlendirilmesi. J Academ Emerg Med,10:69-72
- Özçelikay, G., Asil, E., Köse,K.,(1995). "Ankara Üniversitesi Öğrencilerinin Doktora Gitme ve Doktora Başvurmadan İlaç Kullanma Alışkanlıkları Üzerinde Bir Çalışma", Ankara Ecz.FakDergisi, 24 (1)
- Özçelikkay, G., (2001). Akılcı İlaç KullanımıÜzerinde Bir Pilot Çalışma.Ankara Eczacılık Fakültesi Dergisi,30(2), 9-18
- Özdemir, H., Alper, Z., Uncu, Y., ve Bilgel, N., (2010). Health literacy among adults: a study from Turkey. Health education research, 25(3), 464-477.
- Özen, E., Tekin, F., Oruç, N., et al., (2007). Varis dışı üst gastrointestinal sistem kanamalı 412 olgunun irdelenmesi. Akademik Gastroenteroloji Dergisi , 6: 62-67.
- Özkan, S., Tüzün, H., Dikmen, A. U., ve İlhan, M. N., (2020). Salgınlarda Toplum Davranışı ve Sağlık Okuryazarlığı. Journal Of Biotechnology and Strategic Health Research, 4,105-110.
- Paksoy, M., Yavuz, N., Ergüney, S., (2000). Akut Üst Gastrointestinal Sistem Kanamasında Mortaliteyi Etkileyen Risk Faktörleri. Türkiye Klinikleri Cerrahi Dergisi,1: 53- 58.
- Paksoy, F., Cemal, B. E. S., Aniktar, H., Karaca, Ç., ve Borlu, F., (2009). Dieulafoy Lezyonu: Üst Gastrointestinal Sistem Kanamalarının Nadir Bir Nedeni: Üç Olgu Sunumu. Akademik Gastroenteroloji Dergisi,8(1),35-37.
- Pan, F. C., and Wright, C., (2011). Pancreas organogenesis: from bud to plexus to gland. Developmental Dynamics, 240(3), 530-565.
- Panula, P., Chazot, P.L., Cowart, M., Gutzmer, R., Leurs, R., Liu, W.L., et al., (2015). International Union of Basic and Clinical Pharmacology. XCVIII, Histamine Receptors. Pharmacological reviews,67(3),601-55.
- Park, S. M., Yeum, S. C., Kim, B. W., Kim, J. S., Kim, J. H., Sim, E. H., & Choi, H., (2016). Comparison of AIMS65 score and other scoring systems for predicting clinical outcomes in Koreans with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. Gut and liver, 10(4), 526.
- Parvanta, C., Nelson, D. E., Parvanta, S. A., and Harner, R. N, et al. (2010). Essentials Of Public Health Communication. Jones & Bartlett Publishers, 3, 18.

- Pasha, S. F., Shergill, A., Acosta, R. D., Chandrasekhara, V., Chathadi, K. V., Early, D., et al. (2014). The role of endoscopy in the patient with lower GI bleeding. Gastrointestinal endoscopy, 79(6), 875-85.
- Paspatis, G. A., Matrella, E., Kapsoritakis, A., et al. (2000). An epidemiological study of acute upper gastrointestinal bleeding in Crete. Greece. Eur J Gastroenterol Hepatol, 12, 1215-20.
- Peerson, A., and Saunders, M., (2009). Health Literacy Revisited: What Do We Mean And Why Does İt Matter?. Health Promotion İnternational, 24(3), 285-296.
- Peter, R. M., DO. FSCP. FACG: Gastrointestinal Sistem/Karaciğer Sırları (çev. F.Beşışık) Nobel Tıp Kitabevleri, 373–377.
- Peoples, T., Lichtenberger, E. T., Dunn, M., (1995). Incidental Meckel's diverticulectomy in the adults. Surgery,118,649–652.
- Peura, D. A., Lanza, F. L., Gostout, C. J., and Foutch, P., et al. (1997). The American College of Gastroenterology bleeding registry: preliminary findings. American Journal of Gastroenterology (Springer Nature), 92(6).
- Porter, B., (2002). The role of the advanced practice nurse in anticoagulation. AACN clinical issues, 13(2),221-33.
- Qin, H. L., Shen, T. Y., Gao, Z. G., Fan, X. B., Hang, X. M., Jiang, Y. Q, and Zhang, H., et al. (2005). Effect of lactobacillus on the gut microflora and barrier function of the rats with abdominal infection. World journal of gastroenterology: WJG, 11(17), 2591
- Rockall, T. A., Logan, R. F., Devlin, H. B., & Northfield, T. C, (1996). Risk assessment after acute upper gastrointestinal haemorrhage, Gut, 38(3), 316-321.
- Sabırcan, F., (2020). Sağlık İletişimi Perspektifinde Sağlık Okuryazarlığı. İstanbul: Hiperlink Yayınları, 32-48
- Sachs, G., Shin, J. M., Howden, C. W., (2006). Review article: the clinical pharmacology of proton pump inhibitors. Alimentary pharmacology & therapeutics, 23 Suppl 2, 2-8.
- Salant, P., & Dillman, D., (1994). How to Conduct Your Own Survey. John Wiley & Sons, Inc.
- Saltzman, J. R., Feldman, M., and Travis, A., (2018). Approach to acute upper gastrointestinal bleeding in adults. Up-ToDate. Waltham. MA, 3, 8

- Samloff, I. M., (1971). Pepsinogens. pepsins. and pepsin inhibitors. Gastroenterology, 60(4), 586-604.
- Samuel, R., Bilal, M., Tayyem, O., Ve Guturu, P., (2018). Evaluation And Management Of NonVariceal Upper Gastrointestinal Bleeding. Disease-A-Month, 64(7), 333-43.
- Sand-Jecklin, K., Murray, B., Summers, B., and Watson, J., (2010). Educating Nursing Students About Health Literacy: From The Classroom To The Patient Bedside. OJIN: The Online Journal Of Issues İn Nursing, 15, 1.
- Sarıdas, A., Duyan, M., (2021). Gastrointestinal Bleeding. Health & Scıence, 3, 107-108.
- Sarı, O., Tanoğlu, A., İnal, V., et al., (2007). GATA Acil Dahiliye Kliniğinde üst gastrointestinal sistem kanaması nedeniyle 1998-2005 yılları arasında takip edilen hastaların sosyodemografik özelliklerinin incelenmesi. Gülhane Tıp Dergisi, 49, 226-231.
- Savides, T. J., and Jensen, D. M., (2000). Therapeutic endoscopy for nonvariceal gastrointestinal bleeding. Gastroenterology Clinics of North America, 29(2), 465-487.
- Sezgin, D., (2013). Sağlık Okuryazarlığını Anlamak. İstanbul: İletişim Yaınları, 73-92.
- Sezgin, O., Altintaş, E., Tombak, A., (2007). Effect of seasonal variations on acute upper gastrointestinal bleeding and its etiology. Turk J Gastroenterol, 18, 172-76.
- Shih, H. P., Wang, A., and Sander, M., (2013). Pancreas organogenesis: from lineage determination to morphogenesis. Annual review of cell and developmental biology, 29, 81-105.
- Simonds, S. K, (1974). Health Education As Social Policy. Health Education Monographs, 2, 1-10.
- Singh, S., Blanchard, A., Walker, J. R., Graff, L. A., Miller, N., & Bernstein, C. N., (2011). Common symptoms and stressors among individuals with inflammatory bowel diseases. Clinical Gastroenterology and Hepatology, 9(9), 769-775.
- Skok, P., (1998). The epidemiology of hemorrhage from the upper gastrointestinal tract in the mid-nineties--has anything changed ? Hepato-gastroenterology, 45(24), 2228-2233.
- Skok, P., Skok, M., (2002). Upper Gastrointestinal tract hemorrhage and nonsteroidal-antiinflamatory drugs- A 5-year prospective study. Zdrav Vestn, 71,153-6.
- Snook, J., (1986). Urea/creatinine ratio and gastrointestinal haemorrhage. The Lancet, 328(8503), 400.

- Srygley, F. D., Gerardo, C. J., Tran, T., Fisher, D. A., (2012). Does this patient have a severe upper gastrointestinal bleed? Jama, 307(10), 1072-9.
- Stanley, A. J., Laine, L., Dalton, H. R., Ngu, J. H., Schultz, M., Abazi, R., & Laursen, S. B., (2017). Comparison of risk scoring systems for patients presenting with upper gastrointestinal bleeding: international multicentre prospective study. Bmj, 356.
- Strate, L. L., Gralnek, I. M., (2016). ACG Clinical Guideline: Management of Patients With Acute Lower Gastrointestinal Bleeding. The American journal of gastroenterology, 111(4), 459-74.
- Szura M, Pasternak A., (2015). Upper non-variceal gastrointestinal bleeding review the effectiveness of endoscopic hemostasis methods. World J Gastrointest Endosc.,7,1088-1095.
- Şimşek, Z., Harzadın, T., Yıldırım, İ. S, (2003). Üst gastrointestinal sistem kanamalı 161 hastanın değerlendirilmesi. MN-Klinik Bilimler&Doktor, 9,675-680.
- Tabachnick and Fidell, B. G., Tabachnick, L. S., (2013). Fidell Using Multivariate Statistics (sixth ed.)Pearson, Boston
- Tanar, K., (2011). Üst Gastrointestinal Sistem Kanamali Bireylerin Demografik. Klinik Ve Endoskopik Özelliklerinin Prospektif Olarak Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi.
- Tariq, S. H., and Mekhjian, G., (2007). Gastrointestinal bleeding in older adults. Clinics in geriatric medicine, 23(4), 769-784.
- Taş, T. A., ve Akış, N., (2016). Sağlık Okuryazarlığı. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 25(3), 119-124.
- Tekin, N., (2011). Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitiminde Yaşlı Sağlığı Eğitiminin Yeri. The Journal of Turkish Family Physician, 2(1), 1-7.
- Theocharis, G. J., Thomopoulos, K. C., Sakellaropoulos, G., Katsakoulis, E., & Nikolopoulou, V., (2008). Changing trends in the epidemiology and clinical outcome of acute upper gastrointestinal bleeding in a defined geographical area in Greece. Journal of clinical gastroenterology, 42(2), 128-133.
- Tırnaksız, B., ve Yorgancı, K., (2005). Gastrointestinal kanamanın cerrahi yönetimi. Yoğun Bakım Dergisi, 5, 174-81.

- Tokem, Y., Taşçı, E., Yılmaz, M., (2013). Hipertansiyon Tanısı Olan Bireylerin Evde Hastalık Yönetimlerinin İncelenmesi. Turkish Social Cardiology Turkish Journal of Cardiovascular Nursing, 4(5),30-4
- Törüner, M., (2004). Gastrointestinal hastalıkların belirtileri. Geçim İ E (Çeviri ed). Cerrahinin İlkeleri. 1. baskı. Ankara: Antıp, 1053-1100
- Triantafyllou, K., Gkolfakis, P., Gralnek, I. M., Oakland, K., Manes, G., Radaelli, F., ve Van Hooft, J. E., (2021). Diagnosis And Management Of Acute Lower Gastrointestinal Bleeding: European Society Of Gastrointestinal Endoscopy (Esge) Guideline. Endoscopy, 53(08), 850-68.
- Ünsal, B., Altınay, Z. A., Kara, B., et al. (1993). 1987-1991 yıllarında kliniğimizde yatan üst gastrointestinal sistem kanamaları ve bunların içinde ilaca bağlı olanların değerlendirilmesi. Turk J Gastroenterol, 4, 460-462.
- Viera, A. J., Cohen, L. W., Mitchell, CM., Sloane, P. D., (2008). High blood pressure knowledge among primary care patients with known hypertension: A North Carolina Family Medicine Research Network (NC-FM-RN) study. J Am Board Fam Med, 21(4), 300-8.
- Vonbach, P., Reich, R., Möll, F., Krähenbühl, S., Ballmer, P. E., & Meier, C. R, (2007). Risk factors for gastrointestinal bleeding: a hospital-based case-control study. Drug-Drug Interactions in the Hospital, 103.
- Wang, S., and Wu, W., (2005). Effects of psychological stress on small intestinal motility and bacteria and mucosa in mice. World Journal of Gastroenterology: WJG, 11(13), 2016.
- Wilcox, C. M., Alexander, L. N., Cotsonis, G. A., (1997). prospective characterization of upper gastrointestinal hemorrhage presenting with hematochezia. The American journal of gastroenterology, 92(2), 231-5.
- Yaka, E., Yılmaz, S., Özgür Doğan, N., & Pekdemir, M., (2015). Comparison of the Glasgow-Blatchford and AIMS 65 Scoring Systems for Risk Stratification in Upper Gastrointestinal Bleeding in the Emergency Department, Academic
- Yakar, Ş., Baykan, N., Durukan, P., Özkan, S., (2020). Acil Servis Başvurularında Varfarin İlişkili Komplikasyonların ve Hastaların İlaç Bilgi Düzeyinin Değerlendirilmesi. AkdenizTıp Dergisi. Ordu, 2, 231-6.

- Yalçın, M., Banu, K., Öztürk, N. A., Ölmez, Ş., Taşdoğan, B. E., Adnan, T., (2016). Epidemiology and endoscopic findings of the patients suffering from upper gastrointestinal system bleeding. Dicle Tıp Dergisi, 43(1), 73-6.Emergency Medicine, 22(1), 22-30.
- Yamada, T., (1998). Handbook of gastroenterology. Lippincott Williams & Wilkins.
- Yavorski, R. T,. Wong,, R. K., Maydonovitch, C., et al., (1995). Analysis of 3294 cases of upper gastrointestinal bleeding in military medical facilities. Am J Gastroenterol, 90,568-573.
- Yazaki, E., and Sifrim, D., (2012). Anatomy and physiology of the esophageal body. Diseases of the Esophagus, 25(4), 292-298.
- Yenigün, E. C., Pirpir, A., Aytan, P., Ulusal, G., & Yıldırım, İ. S., (2006). Üst gastrointestinal sistem kanamalı Bireylerın özelliklerinin değerlendirilmesi. Akademik Gastroenteroloji Dergisi, 5(2),116-122.
- Yıldız Fındık, Ü., Ünver, S., Eyi, S., (Ed.). (2019). Gastrointestinal Sistemin Yapı ve Fonksiyonu. Gastrointestinal Sistemin Cerrahi Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, (1), 5-6.
- Yıldırım, M., (2018). "Sindirim Sistemi". İnsan Antomisi. Nobel Tıp Kitabevleri. İstanbul, (8):5,179-204.
- Yılmaz, E., (2014). Türkiye'de Bireylerın İnternette Tıbbi Enformasyon Arama Davranışlarının Doktor-Hasta İletişimine Etkileri. Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi, 93-108.
- Yılmazel, G., Cetinkaya, F., (2005). Sağlık okuryazarlığının toplum sağlığı açısından önemi. TAF preventive medicine bullletin, 15,69-74.
- Yüceyar, H., (2005). Gastrointestinal Sistem Acil Hastalıkları, 96-108
- Zanchetta, M., Taher, Y., Fredericks, S., Waddell, J., Fine, C., and Sales, R., (2013). Undergraduate Nursing Students İntegrating Health Literacy İn Clinical Settings. Nurse Education Today, 33(9),1026-1033.
- Zimmerman, J., Arnon, R., Ligumski, M., Beeri, R., Keret, D., Lysy. J., & Gonzalez, J., (1993). Acute upper gastrointestinal bleeding in Jerusalem 1988-91: causes, characteristics and relation to nonsteroidal anti-inflammatory drugs. Israel journal of medical sciences, 29(5), 292-297.

- Zuccaro, G. Jr., (1998). Management of the adult patient with acute lower gastrointestinal bleeding. American College of Gastroenterology. Practice Parameters Committee. The American journal of gastroenterology, 93(8),1202-8.

EKLER

EK-1.HASTA BİLGİ FORMU

Sayın katılımcı;

Bu çalışma Gİ kanama tanısı olan bireylerin hastalık risk faktörleri, semptomları ve yönetimi hakkında bilgi düzeylerinin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır. Anketteki tüm bilgileriniz saklı tutulacak ve sadece bu çalışma için kullanılacaktır. Anket sorularının doğru bir şekilde cevaplanması çalışmanın güvenirliği açısından önemlidir.

Teşekkürler.

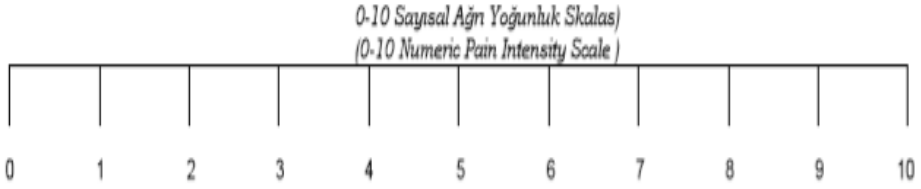
Yüksek Lisans Tez Öğrencisi:

MakbuleSONUÇYARAÇ

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi

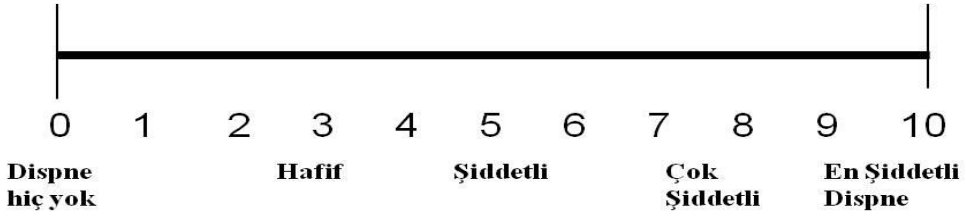
Hilal UYSAL

AĞRI SKALASI



□[1] 0 Hiç yok □[2] 1-3 Hafif ağrı □[3] 4-6 Orta şiddetli ağrı
□[4] 7-9 Çok şiddetli ağrı □[5] 10 Dayanılmaz ağrı

DİSPNE SKALASI



□[1] 0 Hiç yok □[2] 1-3 Hafif □[3] 4-6 şiddetli □[4] 7-8 Çok şiddetli □[5] 9-10 En şiddetli dispne

SOSYODEMOGRAFİK BİLGİLER

<table>
<tr><td colspan="2">1. Cinsiyetiniz? □[1] Kadın □[2] Erkek</td></tr>
<tr><td colspan="2">2. Yaşınız hangi gruptadır? □[1] 18-40 □[2] 41-60 □[3] 61 ve üzeri</td></tr>
<tr><td colspan="2">3. Eğitim durumunuz?
□[1] Okur yazar değilim □[2] İlkokul-Ortaokul □[3] Lise □[4] Üniversite / Lisans üstü</td></tr>
<tr><td colspan="2">4. Medeni durumunuz? □[1] Bekar □[2] Evli</td></tr>
<tr><td>5. Çalışıyor musunuz?
□[1] Evet □[2] Hayır</td><td>6. Mesleğiniz nedir?
□ ……..….</td></tr>
<tr><td colspan="2">7. Gelir düzeyiniz nedir?
□[1] Günlük ihtiyaçlar için rahat para harcıyorum □[2] Günlük ihtiyaçlarını karşılayabiliyorum.
□[3] Sadece zorunlu ihtiyaçlarını karşılayabiliyorum. □[4] Zorunlu ihtiyaçlarını bile zor karşılıyorum.</td></tr>
<tr><td colspan="2">8. Sağlık güvenceniz var mı? □[1] Evet □[2] Hayır</td></tr>
<tr><td colspan="2">9.Sigara kullanım sıklığınız nedir?
□[1] Günde yarım paketten az □[2] Günde yarım-1 paket □[3] Günde 1 paketten fazla □[4] Hiç</td></tr>
<tr><td colspan="2">10. Alkol kullanım sıklığınız nedir?
□[1] Hergün kullanırım □[2] Haftada 1-2 kez □[3] Nadiren □[4] Hiç kullanmam</td></tr>
<tr><td colspan="2">11.Kahve, kola gibi kafeinli içecekleri tüketirsiniz misiniz? Ne sıklıkta tüketirsiniz?
□[1] Hiç tüketmem □[2] Günde 1 veya 2 kez tüketirim □[3] Günde 3’ ten fazla tüketirim</td></tr>
<tr><td colspan="2">12.Acılı-baharatlı yiyecekleri tüketir misiniz? Ne sıklıkta tüketirsiniz?
□[1] Hiç tüketmem □[2] Nadiren tüketirim □[3] Her öğünde tüketirim</td></tr>
<tr><td colspan="2">13.Ağrı kesici-Ateş düşürücü ilaç kullanır mısınız?
□[1] Sık kullanırım □[2] Nadiren □[3] Hiç kullanmam</td></tr>
<tr><td colspan="2">14. Herhangi bir kronik rahatsızlığınız var mı? □[1] Evet □[2] Hayır</td></tr>
<tr><td colspan="2">15. Eğer varsa, kronik rahatsızlığınız nedir?</td></tr>
<tr><td>□[1] Diabetes Mellitus
□[2] Hipertansiyon
□[3]Kronik böbrek yetersizliği</td><td>□[4]Karaciğer hastalıkları
□[5] Kalp Hastalıkları (KAH,KKY)
□[6] Diğer</td></tr>
</table>

16. Kan sulandırıcı ilaç kullanıyor musunuz? □[1] Evet □[2] Hayır
17. Hastaneye başvuru şikayetiniz nedir? □[1] Siyah görünümlü dışkı (Melena) □[2] Kahve telvesi şeklinde kusma(Hematemez) □[3] Halsizlik □[4] Kırmızı kanlı dışkı □[5] Karın ağrısı □[6] Hazımsızlık hissi-şişkinlik □[7] İştah kaybı
18.Mide kanaması nedeniyle yatış sıklığınız nedir? □[1] 1 □[2] 2 ve 2'den fazla
19.Ailede mide kanama nedeniyle hastaneye başvuru hikayesi var mı? □[1] Evet □[2] Hayır
20.Radiyal Nabız:……/dk
21.Kan basıncı:……mmHg

LABORATUVAR BULGULARI

Hematoloji ve Koagülasyon	**Hasta Sonuçları**
22.Hematokrit(HCT): Kadın:%33-%45 Erkek:%37-%50	
23.Hemoglobin(HB): Kadın: 11-15 g/dl Erkek: 13-17 g/dl	
24.INR: 0.8-1.2	
Biyokimya	
25.Kreatinin: Kadın:0.5 mg/dl Erkek:0.7-1.15 mg/dl	
26. BUN : 5-20 mg/dl	

EK-2. GLASGOW BLATCHFORD SCORE

Parametreler	Skor
A. Kan üre azotu(mg/dL)	
≥ 70	6
≥28- < 70	4
≥22,4- < 28	3
≥18,2- < 22,4	2
<18,2	0
B. Hemoglobin (g/dL)	
< 10 g/dL erkek ve kadında	6
10- < 12 yalnızca erkekte	3
10- < 12 kadında, 12- <13 erkekte	1
≥ 12 kadında, ≥13 erkekte	0
C.Sistolik kan basıncı (mmHg)	
<90	3
90-99	2
100-109	1
≥ 110	0
D. Diğer markerlar	
Kardiak yetersizlik	2
Karaciğer hastalığı	2
Senkop ile prezentasyon	2
Melena ile prezentasyon	1
Nabız ≥ 100/dak	1
Total skor: A+B+C+D **Minimum skor: 0 Maksimum skor: 23**	

EK-3. GASTROİNTESTİNAL KANAMASI OLAN BİREYLERDE BİLGİ DÜZEYİ DEĞERLENDİRME FORMU

Mide kanaması olmasında etkisi olduğunu düşündüğünüz durumlardan sizin için uygun olan kutuyu (X) şeklinde işaretleyiniz.

	Doğru	Yanlış	Bilmiyorum
1) Sigara içmek mideye zarar verir.			
2) Stres mideye herhangi bir zarar vermez.			
3) Sigara içmenin mide kanaması olmasında etkisi yoktur.			
4) Alkol tüketiminin mide kanaması olmasında etkisi vardır.			
5) Kahve, kola gibi kafeinli içeceklerin mide kanaması olmasında etkisi vardır.			
6) Ateş düşürücü, ağrı kesici ilaçların mide kanaması olmasında herhangi bir etkisi yoktur.			
7) Acılı, baharatlı yiyeceklerin fazla tüketilmesinin mide kanaması olmasına herhangi bir etkisi yoktur.			
8) Alkol tüketmek mide kanamasına neden olmaz.			
9) Gastrit, ülser gibi mide rahatsızlıklarının mide kanaması olmasında etkisi vardır.			
10) Aspirin gibi kan sulandırıcı ilaçların mide kanaması olmasında etkisi vardır.			
11) Stresli yaşam biçimi mide kanaması olmasında önemli bir etkendir.			
12) Kahve, kola gibi kafeinli içecekler mideyi olumsuz etkiler.			
13) Yemekten hemen sonra egzersiz yapılması mide için zararlıdır.			
14) Bazı ilaçların mide kanaması olmasında etkisi vardır.			
15) Alkol tüketmek mideye zarar verir.			
16) Ağrı kesici, ateş düşürücü ilaçların mide kanaması olmasında etkisi vardır.			
17) Mide kanaması olmasında sigaranın etkisi yoktur.			
18) Ağrı kesici ilaçlar mide sorunlarını hafifletir.			
19) Sigara içmek mide kanamasına neden olur.			
20) İlaçlarınızı doktorunuzun önerdiği miktarda ve zamanda kullanmanın mide kanamasını önlemede etkisi vardır.			
21) Alkol tüketmenin mideye zararı yoktur.			
22) Yemekten hemen sonra egzersiz yapılmasının mide kanaması olmasında etkisi vardır.			
23) Stresin mide kanaması olmasında etkisi vardır.			
24) Mide rahatsızlığı olan bireylerin kahve, kola gibi kafeinli içecekleri içmesi mide için zararlıdır.			
25) Beslenmenin mide kanaması olmasında etkisi yoktur.			
26) Mide sorunlarının stresle ilişkisi yoktur.			

27) Mide kanamasının oluşmasında kullanılan ilaçların etkisi yoktur.			
28) Acılı, baharatlı yiyeceklerin fazla tüketilmesi mideye zarar verir.			
29) Acılı, baharatlı yiyeceklerin fazla tüketilmesinin mide kanaması olmasında etkisi vardır.			
30) Stresin mideye olumsuz etkisi vardır.			
31) Düzensiz ve sağlıksız beslenmenin mide kanaması olmasında etkisi vardır.			
32)Beslenme şeklinin mide kanaması olmasında etkisi yoktur.			

GASTROİNTESTİNAL KANAMASI OLAN BİREYLERDE BİLGİ DÜZEYİ DEĞERLENDİRME FORMU (DEVAMI)

Mide kanaması belirti ve bulgusu olduğunu düşündüğünüzdurumlardan sizin içinuygun olan kutuyu (X) şeklinde işaretleyiniz.

	Doğru	Yanlış	Bilmiyorum
33) Karın ağrısı mide kanaması belirtisidir			
34) Bulantı ve kusma şikayeti mide kanaması belirtisidir.			
35) Kahve telvesi görünümünde kusma olması mide kanaması belirtisidir.			
36) Dışkının siyah-koyu renkte olması mide kanaması belirtisidir.			
37) Dışkının belirgin kırmızı renkte kanlı olması mide kanaması belirtisidir.			
38) Çabuk yorulma, halsizlik, göğüste çarpıntı belirtilerinin birlikte olması mide kanaması belirtisidir.			
39) İştahsızlık mide kanaması belirtisidir.			
40) Susuzluk hissi mide kanaması belirtilerinden biridir.			
41) El ve ayaklarda derinin soğuk ve soluk renkte olması mide kanaması belirtisidir			
42) Midede hazımsızlık hissi, şişkinlik olması mide kanaması belirtisidir.			

Mide kanamasının önlenmesi ve tekrarlamaması ile ilgili aşağıdaki konulara katılma durumunuza uygun olan kutuyu (X) şeklinde işaretleyiniz.

	Doğru	Yanlış	Bilmiyorum
43) Mide kanamasını önlemek ve tekrarlamasını engellemek için sigara içilmemelidir.			
44) Mide kanamasını önlemek ve tekrarlamasını engellemek için alkol tüketilmemelidir.			
45) Mide kanamasını önlemek ve tekrarlamasını engellemek için stresten uzak durulmalıdır.			
46) Mide kanamasını önlemek ve tekrarlamasını engellemek için acılı, baharatlı yiyecekler tüketilmemelidir.			
47) Mide kanamasını önlemek ve tekrarlamasını engellemek için mide koruyucu ilaçlar kullanılır.			
48) Mide rahatsızlıkları tedavi edilirken acı ve baharatlı yiyecekler tüketilmeye devam edilebilir.			
49) Doktor tarafından reçete edilen ilaçların önerilen şekilde ve dozda kullanılması mide kanamasından korur ve tekrarlamasını önler.			
50) Mide koruyucu ilaç kullanılırken beslenme şeklinde kısıtlama yapmaya gerek yoktur.			
51) Doktor kontrollerine zamanında gitmek mide kanaması tedavisinde önemlidir.			
52) Stresin azalması mide kanamasının önlenmesinde etkili olabilir.			
53) Midede hazımsızlık, şişkinlik hissi olması durumunda doktora gitmeye gerek yoktur.			
54) Midede hazımsızlık, şişkinlik hissi olduğunda bitki çayı içerek mideyi rahatlatmak yeterlidir.			
55) Midede hazımsızlık, şişkinlik şikayetleri sık tekrarlıyorsa hastaneye başvurulmalıdır.			
56) Acı ve baharatlı yiyeceklerin sık tüketilmesi durumunda mide koruyucu ilaçlar kullanmak mide kanamasını önler.			

EK-4. GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

T.C. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği programı adına tez çalışması olarak yürütmekteyim. Sizi Dr. Öğretim Üyesi Hilal UYSAL danışmanlığında gerçekleştirilecek olan "Gastrointestinal kanaması olan bireylerin risk faktörleri, semptomları ve hastalık yönetimi hakkında bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi" başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı gastrointestinal kanaması olan bireylerin risk faktörleri, semptomları ve hastalık yönetimi hakkında bilgi düzeylerinin değerlendirilebilmesi için geçerli ve güvenilir bir araç geliştirmek ve bireylerin bilgi düzeylerini belirlemek'tir. Araştırmada sizden tahminen 30 dk ayırmanız istenmektedir. Araştırmaya sizinle birlikte tahminen 142 kişi katılacaktır. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır**; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. Sorulan sorulara cevap vermeniz Gİ kanama tanısı olan bireylerin hastalık risk faktörleri,semptomları ve yönetimindeki bilgi düzeyini belirlenmesine yardımcı olacaktır.Elde edilen bilgiler, Gİ kanama tanısı olan bireylerin hastalık süreci ve yönetimi hakkında bilgi düzeyinin belirlenmesine ve bilgi eksiklerinin giderilmesi için yeni yöntemlerin geliştirilmesine katkı sağlayacaktır.Bu çalışmadan elde edilen yararlar sonrasında size bildirilecektir. Araştırma verileri sosyodemografik durumuzu değerlendirmek üzere 22 soruluk Hasta Bilgi Formu, Gİ kanama risk ve semptomlarını değerlendirebilmek için 'Glasgow Blatchford Score' ve Gİ kanama risk faktörleri,semptomları ve yönetimi ile ilgili bilgi düzeyini değerlendirebilmek için 'Gastrointestinal Kanaması Olan Bireylerin Bilgi Düzeyi Değerlendirme Soru Formu' uygulanarak toplanacaktır. Sorular araştırmacı tarafından yüz yüze cevaplanacaktır.

Planlanan bu çalışmaya katılım baskı ve zorlama olmaksızın, tamamen kendi isteğinize bağlıdır. İstediğiniz zaman gerekçeli ya da gerekçesiz çalışmadan ayrılabilirsiniz. Bu araştırma kapsamında yapılacak her türlü işlem için sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Size de bu çalışmaya katıldığınız için herhangi bir ücret verilmeyecektir. Çalışmada toplanan veriler yalnızca araştırma için kullanılacak ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır.

İletişim bilgileriniz ise sadece izninize bağlı olarak ve farklı araştırmacıların sizinle iletişime geçebilmesi için "ortak katılımcı havuzuna" aktarılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya …….. e-posta adresi ve ……. numaralı telefondan ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında genel/size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güven verildi.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının **:**

Adı-

Soyadı:.....

İmzası: İletişim Bilgileri: e-posta: Telefon:

İletişim bilgilerimin diğer araştırmacıların benimle iletişime geçebilmesi için "ortak araştırma havuzuna" aktarılmasını; □ **kabul ediyorum** □ **kabul etmiyorum** (lütfen uygun seçeneği işaretleyiniz)

Araştırmacının

Adı-

Soyadı:.....

İmzası:

İNTİHAL RAPORU

GASTROİNTESTİNAL KANAMASI OLAN BİREYLERİN RİSK FAKTÖRLERİ, SEMPTOMLARI VE HASTALIK YÖNETİMİ HAKKINDA BİLGİ DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

ORİJİNALLİK RAPORU

%18	%17	%4	%8
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	%7
2	Submitted to Middle East Technical University Öğrenci Ödevi	%1
3	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Öğrenci Ödevi	%1
4	Submitted to Istanbul University Öğrenci Ödevi	%1
5	Submitted to Istanbul Gelisim University Öğrenci Ödevi	%1
6	acikerisim.medipol.edu.tr İnternet Kaynağı	%1
7	openaccess.acibadem.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<%1
8	acikerisim.erbakan.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1

ETİK KURUL İZİN YAZISI

Uyarı: Canlı denekler üzerinde yapılan tüm araştırmalar için Etik Kurul Belgesi alınması zorunludur.

☒ **Etik Kurul izni gerekmektedir.**

☐ **Etik Kurul izni gerekmemektedir.**

Makbule SONUÇYARAÇ ÖZKANCA
(İmza)

ETİK KURUL UZATMA İZNİ

KURUM İZNİ YAZILARI

Uyarı: Canlı ve cansız deneklerle yapılan tüm çalışmalar için kurum izin belgelerinin eklenmesi zorunludur. Gizlilik ve mahremiyet içeren durumlarda kurum adı kapatılmalıdır.

☒ **Kurum izni gerekmektedir.**

☐ **Kurum izni gerekmemektedir.**

Makbule SONUÇYARAÇ ÖZKANCA
(İmza)

ÖZGEÇMİŞ