



**İRRİTABL BAĞIRSAK SENDROMLU
HASTALARDA YAŞAM KALİTESİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Gülşen KAYA GÜVEN
İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Emine KIYAK

Yüksek Lisans Tezi-2019

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

İRRİTABL BAĞIRSAK SENDROMLU HASTALARDA YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Gülşen KAYA GÜVEN

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Emine KIYAK

ERZURUM
2019

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**İRRİTABL BAĞIRSAK SENDROMLU HASTALARDA YAŞAM
KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Gülşen KAYA GÜVEN

Tez Savunma Tarihi : 29.03.2019

Tez Danışmanı : Prof. Dr. Emine KIYAK (Atatürk Üniversitesi)

Jüri Üyesi : Prof. Dr. Elanur YILMAZ KARABULUTLU
(Atatürk Üniversitesi)

Jüri Üyesi : Dr. Öğr. Üyesi Sebahat ATALIKOĞLU BAŞKAN
(Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi)

Onay

Bu çalışma yukarıdaki jüri tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Duygu ARIKAN
Enstitü Müdürü

Yüksek Lisans Tezi
ERZURUM - 2019

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	IV
ÖZET	V
ABSTRACT.....	VI
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	VII
TABLolar DİZİNİ.....	VIII
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. İrritabl Bağırsak Sendromunun Tanımı	5
2.2. İrritabl Bağırsak Sendromunun Epidemiyolojisi	5
2.3. İrritabl Bağırsak Sendromunun Patofizyolojisi	6
2.3.1. Genetik Faktör	6
2.3.2. Kronik Enfeksiyonlar.....	6
2.3.3. Bağırsak Mikrobiyotasında Değişiklik	7
2.3.4. Visseral Aşırı Duyarlılık.....	7
2.3.5. Psikolojik Faktör.....	7
2.3.6. Bağırsak Geçirgenliğinde Değişiklik.....	8
2.3.7. Serotonin Metabolizmasındaki Bozukluk.....	8
2.3.8. Düşük Dereceli Mukozal İnflamasyon ve İmmün Aktivasyon	8
2.4. İrritabl Bağırsak Sendromunda Gıdanın Rolü ve Diyet.....	9
2.5. İrritabl Bağırsak Sendromunun Belirti ve Bulguları.....	10
2.6. İrritabl Bağırsak Sendromunun Tanısı.....	11
2.7. İrritabl Bağırsak Sendromunun Tipleri.....	12
2.8. İrritabl Bağırsak Sendromunun Tedavisi	13
2.8.1. Farmakolojik Tedavi.....	13

2.8.2. Nonfarmakolojik Tedavi	14
2.8.3. Hasta Eğitimi	15
2.9. İrritabl Bağırsak Sendromunda Yaşam Kalitesi	16
2.10. İrritabl Bağırsak Sendromunda Hemşirelik Bakımı	17
3. MATERYAL VE METOT.....	20
3.1. Araştırmanın Şekli	20
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	20
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	20
3.4. Araştırma Verilerinin Toplanması	20
3.4.1. Anket Formu (EK-4).....	21
3.4.2. İrritabl Bağırsak Sendromu Yaşam Kalitesi Ölçeği (EK-5).....	21
3.5. Araştırmanın uygulanması.....	22
3.6. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi	23
3.7. Araştırmanın Etik Yönü.....	23
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	23
4. BULGULAR.....	24
5. TARTIŞMA.....	43
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	50
KAYNAKLAR	52
EKLER	71
EK-1. ÖZ GEÇMİŞ	71
EK-2. ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU.....	72
EK-3. ETİK KURUL SONUÇ FORMU	73
EK-4. ANKET FORMU	74

EK-5. İRRİTABL BARSAK SENDROMU YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ (IBS-QOL)	76
EK-6. BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU	80
GÖNÜLLÜLERİN BİLGİLENDİRİLMESİ VE RIZASININ ALINMASI PROTOKOLÜ	80
EK-7. HASTANE İZİN YAZISI.....	81



TEŞEKKÜR

Yüksek lisans tezi olarak yaptığım bu çalışmayı, değerli bilgi ve katkıları yöneten, tezimin her aşamasında yardımlarını esirgemeyen değerli danışman hocam Prof. Dr. Emine KIYAK' a en derin saygı ve şükranlarımı sunarım.

Tezimin veri toplama aşamasında yardımlarını esirgemeyen Ağrı devlet Hastanesi Dahiliye ve Gastroenteroloji polikliniğindeki tüm personele ve araştırmaya katılan bütün hastalara,

Tezimin istatistikleri aşamasındaki yardımları için Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi öğretim üyesi Doç. Dr. Cantürk ÇAPIK' a,

Hayatımın her aşamasında olduğu gibi yüksek lisans eğitimim sırasında da destekleriyle yanımda olan, varlıkları ile hayatıma renk katan canım ailem ve eşime,

Desteklerinden dolayı teşekkürlerimi sunarım.

Gülşen KAYA GÜVEN

ÖZET

İrritabl Bağırsak Sendromlu Hastalarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi

Amaç: Araştırma iritabl bağırsak sendromlu hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla yapıldı.

Materyal ve Metot: Araştırmanın verileri, Ağrı Devlet Hastanesi Dâhiliye ve Gastroenteroloji Polikliniğine Şubat-Eylül 2015 tarihleri arasında gelen ve iritabl bağırsak sendromu tanısı olan 201 hasta ile yapıldı. Verilerin toplanmasında; anket formu ve İritabl Bağırsak Sendromu Yaşam Kalitesi Ölçeği (IBS-QOL) kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdellik ortalama, Mann Whitney U testi, Spearman korelasyon analizi ve Kruskal Wallis testi kullanıldı.

Bulgular: Hastaların yaşam kalitesi toplam puan ortalaması 61.34 ± 18.41 bulundu. Yaşam kalitesi alt boyut puan ortalamalarından disfori 60.29 ± 22.62 , aktivite 56.36 ± 21.18 , beden imgesi 63.71 ± 23.90 , sağlık endişesi 53.11 ± 26.89 , yiyeceklerden kaçınma 43.91 ± 24.13 , sosyal tepki 69.68 ± 22.83 , seksüalite 87.94 ± 25.11 ve sosyal ilişki 69.40 ± 26.00 olarak bulundu. Hastaların medeni durumu, gelir düzeyi, tedavi türü, yakınma sıklığı ve genel sağlık algısı ile yaşam kalitesi arasında önemli bir fark olduğu bulundu ($p < 0.05$). Hastaların yaşı ($r = -0.159$) ve çocuk sayısı ($r = -0.194$) ile yaşam kalitesi arasında önemli negatif bir ilişki olduğu bulundu ($p < 0.05$).

Sonuç: Hastaların yaşam kalitesinin ortalamanın biraz üstünde olduğu bulundu. Alt boyutlardan en çok etkilenen yiyeceklerden kaçınma iken en az etkilenenin cinsel yaşantı olduğu tespit edildi. Evli hastaların, geliri az olanların, tedavide ilaçla birlikte alternatif yöntem kullananların, yakınması diyete-ilaca bağlı olarak değişen ve her gün olanların ve genel sağlık algısı kötü olanların yaşam kalitesinin önemli bir şekilde düşük olduğu tespit edildi. Yaş ve çocuk sayısı artıkça yaşam kalitesinin azaldığı tespit edildi.

Anahtar kelimeler: Hemşirelik, iritabl bağırsak sendromu, sosyo-demografik özellikler, yaşam kalitesi

ABSTRACT

Assessment of Quality of Life in Irritable Bowel Syndrome Patients

Aim: The study was conducted to assess quality of life in irritable bowel syndrome patients.

Material and Method: The data of the study were collected with 201 patients who referred to Ağrı State Hospital Internal diseases and Gastroenterology Polyclinic and who were diagnosed with irritable bowel syndrome between February 2015 and September 2015. A questionnaire form and Irritable Bowel Syndrome Quality of Life Questionnaire (IBS-QOL) were used in the collection of data. Percentage, average, Mann Whitney U test, Spearman correlation analysis and Kruskal Wallis test were used in the assessment of data.

Results: Average of patients' quality of life total scores was found as 61.34 ± 18.41 . Of the quality of life sub-dimension score averages, dysphoria was found as 60.29 ± 22.62 , while average of activity was found as 56.36 ± 21.18 , average of body image was found as 63.71 ± 23.90 , average of health worry was found as 53.11 ± 26.89 , average of food avoidance was found as 43.91 ± 24.13 , average of social reaction was found as 69.68 ± 22.83 , average of sexual was found as 87.94 ± 25.11 and average of social relation was found as 69.40 ± 26.00 . Significant difference was found between quality of life and patients' marital status, level of income, type of treatment, frequency of complaints and general health perception ($p < 0.05$). A significant negative association was found between quality of life and participants' age ($r = -0.159$) and the number of children ($r = -0.194$) ($p < 0.05$).

Conclusion: Patients' quality of life was found to be mildly over the average. While the most affected sub-dimension was food avoidance, the least affected was found to be the sexual sub-dimension. It was found that married patients, those with a low income, those using alternative methods along with drugs in treatment, those whose complaints varied depending on the diet and the medication and lasted everyday and those who had a very poor perception of general health were found to have significantly low quality of life. Quality of life was found to decrease as age and number of children increased.

Key Words: Nursing, irritable bowel syndrome, socio-demographic characteristics, quality of life

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

FODMAP	: Fermentabl oligosakkaritler, disakkaritler, monosakkaritler ve polioller
Gİ	: Gastrointestinal
İBS	: İrritabl bağırsak sendromu
İBS-C	: İrritabl bağırsak sendromu kabızlık baskın tip
İBS-D	: İrritabl bağırsak sendromu ishal baskın tip
İBS-M	: İrritabl bağırsak sendromu ishal ve / veya kabızlığın olduğu karışık tip
QOL	: Yaşam kalitesi



TABLÖLAR DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 4.1. Hastaların Demografik Özellikleri	24
Tablo 4.2. Hastaların Hastalıkla İlgili Özellikleri	25
Tablo 4.3. Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Dağılımları	25
Tablo 4.4. Hastaların Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçek Toplamından Aldıkları Puanlar	26
Tablo 4.5. Hastaların Özelliklerine Göre Disfori Alt Boyut Puanları	28
Tablo 4.6. Hastaların Özelliklerine Göre Aktivite Alt Boyut Puanları	30
Tablo 4.7. Hastaların Özelliklerine Göre Beden İmgesi Alt Boyut Puanları	31
Tablo 4.8. Hastaların Özelliklerine Göre Sağlık Endişe Alt Boyut Puanları	33
Tablo 4.9. Hastaların Özelliklerine Göre Yiyeceklerden Kaçınma Alt Boyut Puanları	35
Tablo 4.10. Hastaların Özelliklerine Göre Sosyal Tepki Alt Boyut Puanları	37
Tablo 4.11. Hastaların Özelliklerine Göre Seksüel Alt Boyut Puanları	39
Tablo 4.12. Hastaların Özelliklerine Göre Sosyal İlişki Alt Boyut Puanları	40
Tablo 4.13. Hastaların Yaş ve Çocuk Sayısı ile Ölçek Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	42

1. GİRİŞ

İrritabl bağırsak sendromu (İBS); sindirim sisteminde en sık görülen, tekrarlayan karın ağrısı ve değişen bağırsak alışkanlıkları ile karakterize kronik bir hastalıktır.¹ İBS'de genellikle yapısal anomali, doku hasarı veya organik bir bozukluk olmadığı için fonksiyonel bir bozukluk olarak sınıflandırılır.²

İBS kadınlarda erkeklere oranla daha fazla görülmektedir.³ Bu oran kadın/erkek 2/1 veya 3/1 şeklindedir.⁴ İBS tüm yaş gruplarında görülmesine rağmen 50 yaş altı olan kişilerde daha sık görülmekte,⁵ ancak yaş ilerledikçe görülme sıklığı azalmaktadır.⁴ İBS, dünya genelinde yetişkin nüfusun ortalama % 11'ini etkilemektedir.^{1, 6} ABD'de 5 kişiden 1'inde, İBS belirtileri vardır ancak hastaların sadece yaklaşık % 30'u tıbbi yardıma başvurmaktadır. Amerika'da birinci basamak hekimlerine başvuruların yaklaşık % 12'sini ve gastroenterologlara sevklerin % 28'ini İBS oluşturmaktadır.⁷ Batı ülkelerinde İBS görülme oranı % 10 - % 15 iken Türkiye'de ise 32 ilde yapılan çalışmada prevalans % 6.2 - % 33.5 arasında değişmektedir.^{8, 9} İzmir, Sivas, Elazığ ve Diyarbakır'da yapılan çalışmalarda İBS prevalansının % 6.2 ile % 19.1 arasında değiştiği bildirilmiştir.¹⁰ Ülkemizde gastroenterologlara başvuran hastaların % 25 - % 50'si İBS'yi oluşturmaktadır.¹¹

İBS'nin fizyopatolojisi çeşitlidir.¹² Kesin ve tek bir nedeni olmamakla beraber birçok faktörün etkileşimi ile ortaya çıktığı düşünülmektedir.¹³ İBS'ye yol açan faktörler; genetik faktörler, kronik enfeksiyonlar, bağırsak mikrobiyotasındaki değişiklik, visseral aşırı duyarlılık, psikolojik faktörler, düşük dereceli mukozal inflamasyon, immün aktivasyon, bağırsak geçirgenliğindeki değişiklikler ve serotonin metabolizmasındaki bozukluklardır.^{12, 14, 15}

İBS'nin en sık görülen belirtileri karın ağrısı, gaz, şişkinlik, acil dışkılama ihtiyacının olması, ishal ve / veya kabızlık gibi dışkılama değişiklikleridir.¹⁶ İBS'de

fizyolojik belirtilere ek olarak depresyon ve anksiyete gibi psikolojik belirtilerde sıklıkla görülmektedir.¹⁷

İBS'ye özgü tanı testi olmayıp tanı semptomlara dayanılarak ve roma III veya roma IV kriterleri esas alınarak konulmaktadır.¹⁷⁻²⁰

Kesin bir tedavisi olmamakla birlikte tedavinin amacı semptomların kontrol edilmesidir.²¹⁻²⁴ İBS'de tedavi farmakolojik, nonfarmakolojik ve hasta eğitimini içerir.¹⁷ Farmakolojik tedavide; antispazmotikler, selektif serotonin geri alım inhibitörleri, trisiklik antidepressanlar, opioid agonistleri, antibiyotikler (rifaximin), safra tuzu ayırıcıları, polietilen glikol, probiyotikler, guanilat siklaz-c agonistleri, 5-HT₃ ve 5-HT₄ antagonistleri kullanılır.^{17, 25} Nonfarmakolojik tedavi; nane yağı, diyet modifikasyonları, egzersiz, akupunktur, yoga, bilişsel davranış terapisi, kişilerarası psikoterapi ve hipnoterapiyi içerir.^{17, 26}

İBS dünyada yaygın görülen medikal bozukluklardan biri olup hastaların günlük yaşamında olumsuz etkiler bırakır.²⁷ Bu hastalar, çok sayıda tanı testine, sık hekim ziyaretlerine, tekrarlayan hastane başvurularına ve daha fazla ilaç tüketimine ihtiyaç duydukları için sağlık maliyeti artar.^{28, 29} İBS hastalarının tıbbi maliyeti % 50 daha fazladır.³⁰ İBS'li hastalar okul veya işe yapılan devamsızlıklar nedeniyle daha az üretken olmakta, iş değiştirmek zorunda kalmakta ve işini kaybetmektedir.²⁸

İBS yaşam kalitesini oldukça kötü etkiler ancak ölüm riski yaratmaz.³¹ Çeşitli araştırmalarda İBS'nin yaşam kalitesini olumsuz etkilediği belirtilmektedir.³²⁻³⁹ İBS'nin yaşam kalitesini önemli ölçüde bozduğu belirtilmiştir.⁴⁰ İBS'nin en çok bedensel, ruhsal ve sosyal alanları etkileyerek yaşam kalitesini düşürdüğü³³ ve fiziksel ve zihinsel alanları önemli ölçüde etkilediği bildirilmektedir.⁴¹ İBS'nin kronik bir hastalık olması, hastalığın tam olarak anlaşılabilmesi, hastalıkla ilgili bilgi eksikliğinin olması, özgün bir tedavinin olmaması, iş gücü kaybına neden olması ve semptomların şiddetli olması gibi nedenlerle hastaların yaşam kalitesinin düşürdüğü belirtilmektedir.^{10, 42-44} Diyare

baskın olan İBS hastalarında, hastaların iş hayatı ve günlük aktivitelerinde önemli oranda bozukluklar olduğu belirtilmektedir.⁴⁵ İBS'li hastalarda görülen depresyon, yaşam kalitesinin önemli ölçüde bozulmasına sebep olmaktadır.⁴⁶ İBS ve yaşam kalitesi arasında önemli bir ilişki vardır.⁴⁷ İBS'de semptom şiddeti yaşam kalitesi arasında bir ilişki olduğu ve semptomların iş, sosyal faaliyetler ve yaşam kalitesini etkileyen bir durum olduğu belirtilmiştir.^{32, 44, 46, 48-51}

İBS'de hastalıkla başa çıkma konusunda yetersizlikler, ekonomik kayıplar, psikolojik ve sosyal sorunlar nedeniyle hastaların yaşamları olumsuz etkilenmektedir. Hemşire, hastalara danışmanlık yaparak fiziksel ve sosyal faaliyetlerde bulunabilme yeteneklerinin artırılmasında, toplum içindeki konumlarının yükseltilmesinde ve hastalığa uyumda baş etme yöntemlerinin geliştirilmesinde önemli rol oynar.^{10, 47} Hemşire, hastanın kendi kendine bakım stratejileri geliştirmesinde rehberlik ederek ve bu stratejilerin uygulamasını sağlayarak semptomların önlenmesinde ve yönetiminde önemli bir katkı sağlar.^{47, 52} Semptomları arttıran stres faktörlerini belirleyerek ve stresi azaltma tekniklerini (derin nefes alma, gevşeme, danışmanlık, yoga ve meditasyon, destek grupları gibi) öğretmek hastaya yardımcı olabilir.^{16, 53} Eğitim, gevşeme, davranış terapileri ve diyet konusunda gerekli girişimlerde bulunarak semptomlarının azalmasına ve yaşam kalitesinin artmasına katkıda bulunur.^{17, 53}

İBS, hastaların günlük yaşamlarını, sosyal fonksiyonlarını ve fonksiyonel kapasitelerini olumsuz yönde etkilediği için yaşam kalitesinin değerlendirilmesinin önemli olduğu belirtilmektedir.⁵⁴ Ülkemizin farklı bölgelerinde İBS hastalarının yaşam kalitesini değerlendiren çeşitli araştırmalar^{33, 37-39} olmasına rağmen çalışmanın yapıldığı bölgede yaşam kalitesiyle ilgili herhangi bir araştırmaya rastlanamamıştır.

Amaç;

Bu araştırma İBS hastalarında yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla yapıldı.

Araştırma soruları;

- 1- İBS hastalarının yaşam kaliteleri nasıldır?
- 2- İBS hastalarının yaşam kalitelerini etkileyen faktörler nelerdir?



2. GENEL BİLGİLER

2.1. İrritabl Bağırsak Sendromunun Tanımı

İBS; sindirim sisteminde en sık görülen, tekrarlayan karın ağrısı ve değişen bağırsak alışkanlıkları ile karakterize kronik bir hastalıktır.¹ İBS, mortalite riski olmayan fakat yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyen mide bağırsak sistemi hastalığıdır.³¹ İBS'de genellikle yapısal anomaliler, doku hasarı veya organik bir bozukluk olmadığı için İBS fonksiyonel bir bozukluk olarak sınıflandırılır.²

2.2. İrritabl Bağırsak Sendromunun Epidemiyolojisi

İBS, kadınlarda erkeklere oranla daha fazla görülmektedir.³ Bu oran kadın/erkek 2/1 veya 3/1 şeklindedir.⁴ İBS, tüm yaş gruplarında görülmesine rağmen 50 yaş altı olan kişilerde daha sık görülmektedir.⁵ Yaş ilerledikçe görülme sıklığı azalır.⁴ İBS, dünya genelinde yetişkin nüfusun ortalama % 11'ini etkilemektedir.^{1, 6} Amerika'da birinci basamak hekimlerine yapılan ziyaretlerin yaklaşık % 12'sini ve gastroenterologlara sevklerin % 28'ini İBS oluşturmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde 5 kişiden 1'inde, İBS belirtileri vardır. Hastaların sadece yaklaşık % 30'u tıbbi yardıma başvurmaktadır.⁷ Amerika Birleşik Devletleri, Tayvan, Birleşik Krallık, Yunanistan, Peru, Hırvatistan, İzlanda ve Nijerya yaygınlık oranı fazla olan ülkeler arasında rapor edilmiştir. Çin, Kore, Japonya, İran, Sri Lanka'da yapılan çalışmalarda prevalans % 2.8 ile % 25.7 arasında değişmektedir.^{55, 56} Kanada'da prevalans % 12.1, Avustralya'da % 6.9, Mısır'da % 34 ve Hindistan'da % 4'tür.²⁸ İBS prevalansı Suudi Arabistan'da yaklaşık % 31.8, Pakistan'da % 28.3 ve Asya'da ise bu oran % 5 ila % 10 arasında değişmektedir.³⁶ Güney Asya'da % 7 ve Güney Amerika'da % 21 oranındadır.⁵⁶ İskandinav ülkelerinde İBS prevalansı ise Danimarka'da % 10.5, İsveç'te % 14.5, Norveç'in güneyinde % 8, Norveç'in kuzeyinde % 25'tir.²⁸ Türkiye'de otuz iki ilde yapılan çalışmada prevalans % 6.2 ila % 33.5 arasında değişmektedir.⁸ Ülkemizde

İzmir, Sivas, Elazığ ve Diyarbakır'da yapılan çalışmalarda İBS prevalansının % 6.2 ile % 19.1 arasında değiştiği bildirilmiştir.¹⁰ Ülkemizde gastroenterologlara başvuran hastaların % 25 - % 50'si İBS ve onun formlarını oluşturmaktadır.¹¹

Yapılan çalışmalarda değişik sonuçlar elde etmenin sebepleri arasında; farklı yöntemlerin, örneklemin ve kullanılan tanı kriterlerinin olması bu değişimi açıklayabilir.⁵⁶

2.3. İrritabl Bağırsak Sendromunun Patofizyolojisi

İBS'nin fizyopatolojisi çeşitlidir.¹² İBS'de yapısal anomali, doku hasarı veya organik bir bozukluk genellikle yoktur.² Kesin ve tek bir nedeni olmamakla beraber birçok faktörün etkileşimi ile ortaya çıktığı düşünülmektedir.¹³ İBS'ye yol açan faktörler; genetik faktörler, kronik enfeksiyonlar, bağırsak mikrobiyotasındaki değişiklik, visseral aşırı duyarlılık, psikolojik faktörler, bağırsak geçirgenliğindeki değişiklikler, serotonin metabolizmasındaki bozukluklar, düşük dereceli mukozal inflamasyon ve immün aktivasyon yer almaktadır.^{12, 14, 15}

2.3.1. Genetik Faktör

Genetik faktörlerin İBS patofizyolojisinde rol oynadığı düşünülmektedir.^{14, 57} İBS'de kalıtım tahminleri % 0 ile % 57 arasında değişmektedir.² Ailesinde İBS öyküsü olan kişilerin İBS olma riski 2-3 kat daha fazladır ve tek yumurta ikizlerinin çift yumurta ikizlerine göre İBS prevalansı daha yüksektir.⁵⁸ İsveç ülke çapında yapılan araştırmada birinci, ikinci ve üçüncü derece akrabalarda genetik birleşenin İBS riskinde artış olduğu görülmüştür.⁵⁹ Genetik yatkınlıkta rol oynayan 60'dan fazla gen adayları önerilmiş fakat henüz doğrulanamamıştır.⁶⁰

2.3.2. Kronik Enfeksiyonlar

Gastroenterit atağı sonrası İBS gelişme riski 6 kat daha fazladır.⁶¹ İBS hastalarının % 6 ile % 18'inde enfeksiyöz gastroenterit sonrası İBS semptomlarının

ortaya çıktığı görülmüştür.⁶² Yapılan bir çalışmada enfeksiyöz İBS hastalarının hem mukozal hem de dışkı mikrobiyomunda çeşitliliğin azaldığı görülmektedir. Fakat neden sonuç ilişkisi tam olarak anlaşılmamaktadır.¹⁴ Viral gastroenteritin İBS semptomları üzerine kısa süreli etkisi olduğu, bakteriyel, protozoon ve helmint enfeksiyonların ise semptomlar üzerinde uzun süreli etkisi olduğu bildirilmiştir.⁶³

2.3.3. Bağırsak Mikrobiyotasında Değişiklik

Bağırsak mikrobiyomu, diyet, yaşam tarzı ve çevreye göre değişen adaptif bir varlıktır.⁶⁴ Mikrobiyota, gastrointestinal (Gİ) kanaldaki immün ve inflamatuvar yanıtları etkilemede önemlidir.⁵² Bağırsak mikrobiyomu, İBS ve diğer Gİ bozukluklarda önemli rol oynamaktadır.⁷ Bağırsak mikrobiyotasının İBS patogenezinde yer aldığını gösteren en önemli kanıt, İBS'nin enfeksiyöz gastroenteritten sonra gelişebileceği bulgusudur.⁶²

2.3.4. Visseral Aşırı Duyarlılık

İBS semptomlarının nedenlerinden biri de visseral aşırı duyarlılıktır.²⁶ Bağırsaktaki gaz, bağırsak duvarındaki aşırı duyarlılığı olan mekanoreseptörler tarafından algılanıp, visseral afferent sinir lifleri vasıtasıyla kortekse ulaşmaktadır. Kortekste meydana gelen algıdaki değişim bağırsağa anormal motor aktivite olarak yansımaktadır.⁶⁵ Karın ağrısının altında yatan temel mekanizma visseral hipersensitivitedir.⁶⁶ İBS hastalarında rektosigmoid bölgeye yerleştirilen bir balon aynı oranda şişirildiğinde İBS hastalarının kontrol grubuna göre daha fazla ağrı hissettikleri belirtilmiştir.²⁶

2.3.5. Psikolojik Faktör

Anksiyete, depresyon ve psikiyatrik durumlardan dolayı, İBS sıklıkla psikosomatik bir bozukluk olarak kabul edilmiştir.² Kaygı ve depresyon gibi psikolojik rahatsızlıklar İBS'de sık karşılaşılan durumlardır. Stres, İBS semptomlarının alevlenmesine sebep olmaktadır.⁶⁷⁻⁷⁰ Duygu durum bozukluğu olan hastaların % 40'ında

ve anksiyete hastalarının % 23'ünde İBS başladıktan sonra bu tanıların geliştiği belirtilmiştir.¹⁴

2.3.6. Bağırsak Geçirgenliğinde Değişiklik

İBS hastalarında intestinal mukozal geçirgenlikte artış olduğu belirtilmiştir.⁷¹ Yapılan başka bir çalışmada İBS hastalarında safra asitlerinin enterik sinirlerde disfonksiyona neden olarak bağırsak geçirgenliğini arttırdığı bildirilmiştir.⁷² İBS hastalarında anormal düzeyde bağırsak geçirgenliğinin olduğu ve bu geçirgenlikteki artışın kaygı ve depresyonla ilişkili olduğu bildirilmiştir.¹⁴

2.3.7. Serotonin Metabolizmasındaki Bozukluk

Serotonin (5-HT), beyin ve enterik sinir sisteminde önemli bir nörotransmitterdir.¹⁴ Vücuttaki serotonin reseptörlerinin % 95'i intestinal sistemde olup, intestinal sistemde enterositler, enterik nöronlar ve düz kas hücreleri arasında iletişimi sağlamaktadırlar.²⁶ Bir kez serbest bırakıldığında, serotonin hem iç hem de dış birincil nöronları aktive eder ve gastrointestinal hareketliliğin bir parçasıdır.¹⁴ Serotonin, enterositler ve nöronlarda serotonin geri alım taşıyıcıları (SERT) tarafından etkisiz hale getirilmektedir. İshal baskın İBS'de serotonin geri alım taşıyıcılarının azalması ve inaktivasyonun olduğu, kabızlık baskın İBS'de ise serotonin salgısının azaldığı görülmüştür.²⁶ Serotonin salınımının artması, mukozal immün aktivasyonu yoluyla İBS'de karın ağrısının gelişmesine neden olmaktadır.⁷³ Post-enfeksiyöz İBS hastalarında sağlıklı bireylere kıyasla yemek sonrası artmış periferik plazma serotonin düzeylerinin olduğu belirtilmiştir.⁷⁴

2.3.8. Düşük Dereceli Mukozal İnflamasyon ve İmmün Aktivasyon

Düşük dereceli inflamasyon, İBS patofizyolojisinde önemli bir rol oynamaktadır.^{75, 76} İnflamasyon, düz kas ve enterik sinirlerin işlevini etkileyerek dismotilite ve ağrıya ile sebep olduğu belirtilmiştir.⁵² İBS hastalarında diğer kişilere

oranla kolonik ve ileal mukozada enflamatuar hücre sayısında artış olduğu bildirilmiştir.⁶⁴ İBS'li hastalarının gastrointestinal mukozasındaki enterik sinir dokularına yakın olan mast hücre sayısında artış olduğu belirtilmiştir.¹⁴

Yapılan çalışmalar immün aktivasyonun İBS patogenezinde önemli bir rol oynayabileceğini düşündürmektedir.^{63, 77} İBS'li hastalarda yapılan bir çalışmada hastaların kanlarından izole edilen B lenfositlerin aktivasyonunun arttığı görülmüştür.⁷⁸

2.4. İrritabl Bağırsak Sendromunda Gıdanın Rolü ve Diyet

Gıda, İBS hastalarını ilgilendiren merkezi bir konudur.⁷⁹ Gıda katkı maddeleri ile ilgili yapılan bir araştırmada gıda katkı maddelerinin kullanımına bağlı bazı yan etkilerin olabileceği ve bunlar arasında irritabl barsak sendromunun da olduğu bildirilmiştir.⁸⁰ Bazı yiyeceklere karşı aşırı duyarlılık, düşük dereceli bağırsak iltihabına, artmış epitel bariyer geçirgenliğine ve viseral hipersensitiviteye neden olabilir.¹² Gıdalardaki biyoaktif kimyasallar, viseral hipersensitiviteyi uyararak İBS' de semptomların oluşumunu tetikleyebilir.⁸¹ İBS'li hastaların % 60 ila % 70'i yemeklerden sonra semptomların şiddetinin arttığını belirtmişlerdir.⁸² Besin tüketiminden sonra İBS semptomlarının ortaya çıkma süresi değişmektedir. Hastaların % 28'inde 15 dakika içinde semptomların görüldüğü, % 93'ünde ise semptomların 15 dakika ile 3 saat arasında daha şiddetli olduğu saptanmıştır.²⁸ Gıda alımının bağırsak-beyin eksenini, bağışıklık sistemi, bağırsak mikrobiyolojisi ve sindirim sistemi üzerindeki etkileri halen araştırılmaktadır.⁸³

Diyet, bağırsak metabolik aktivitesini önemli ölçüde etkilemektedir.⁷ İBS'li hastaların üçte ikisinden fazlası semptomlarının gelişimini süt ve süt ürünleri, buğday ürünleri, kafein, bazı etler, lahana, soğan, bezelye, fasulye, domates, baharat, çiğ sebze, çiğ brokoli, kırmızıbiber, pırasa, sarımsak ve mantar gibi belirli gıda tüketimi ile ilişkilendirmektedir. Bu gıda maddeleri, zayıf emilen fermentabl oligosakkaritler,

disakkaritler, monosakkaritler ve polioller (FODMAP'ler) bakımından zengindir.²⁸ FODMAP İBS hastalarının semptomlarını tetiklediği bildirilmiştir.^{53, 79} İBS'li hastalarda fonksiyonel gastrointestinal semptomları yönetmek için genellikle fermentabl oligosakkaritler, disakkaritler, monosakkaritler ve poliollerden (FODMAP) düşük bir diyet kullanıldığı bildirilmiştir.⁸⁴ Ayrıca FODMAP diyetinin İBS'li hastaların tedavisinde etkili olduğu bildirilmiştir.⁷⁹ İBS hastaları ile yapılan bir çalışmada 21 gün boyunca düşük FODMAP diyeti uygulanan hastalarda gastrointestinal semptomlarda % 70 oranında iyileşme sağladığı görülmüştür.⁸⁴ Düşük FODMAP diyetinin belli bir uygulama süresi ile ilgili çalışma mevcut olmadığından ve yetersiz besin alımı riski taşıdığından uzun vadeli uygulanması önerilmemektedir.⁸⁵ Ayrıca İBS hastalarında yağlı ve kızarmış besinlerin alınımından sonra da semptomların şiddetlendiği bildirilmiştir.⁸⁶

İBS'li hastalarda diyet değişiklikleri en sık kullanılan yöntemdir ve ilaçlardan daha fazla fayda sağlamaktadır.⁸⁷ Diyet değişiklikleri, 3 günden az bir süre ile bağırsak mikrobiyomunu değiştirmektedir.⁷ İBS hastalarında diyetle lif alımını arttırmak, aynı zamanda diğer semptomları da kötüleştirmektedir.⁷⁹ Diyet lifi GI sistem geçiş süresini azaltabilir. Dışkıya hacim katabilir. Böylelikle kabızlık baskın İBS hastalarında kabızlığı hafifletebilir. Fakat aynı zamanda şişkinliğe neden olabilir.⁵³

2.5. İrritabl Bağırsak Sendromunun Belirti ve Bulguları

İBS'nin en sık görülen belirtileri karın ağrısı, gaz, şişkinlik, acil dışkılama ihtiyacının olması, ishal ve / veya kabızlık gibi dışkılama değişiklikleridir.^{16, 88} İBS'li hastalarda aralıklı dispepsi, gastroözofagial reflü, disfaji, bulantı, çabuk doyma hissi, kardiak olmayan göğüs ağrısı gibi üst gastrointestinal semptomlar da sık görülmektedir.¹¹ İBS'de fizyolojik belirtilere ek olarak depresyon ve anksiyete gibi psikolojik belirtilerde sıklıkla görülür.¹⁷

Karın ağrısı lokalize değildir. Aralıklı olarak seyreder. Ağrı stres ve öğünlerden sonra artar. Fakat gece uyandırmaz.¹³ Genellikle sol alt kadranda görülür. Anoreksi, malnütrisyon ve kilo kaybı olan ya da gittikçe ilerleyen, uykudan uyandıran ve uyutmayan karın ağrılarında organik neden araştırılması gerekmektedir.¹¹

İshal, genelde az miktarda olup daha çok sabahları ortaya çıkar. Hem kabız hem de ishal olan kişilerde dışkılama sonrası tam boşalmama hissi ve dışkıda mukus olabilir.¹³

Kabızlık, normal bağırsak alışkanlığı ve ara ara ishal ile birlikte görülür. Günlerce veya aylarca sürebilir. Dışkı genellikle serttir ve tane şeklindedir. Dışkılamadan sonra hastalarda tam boşalmama hissi olabilir.¹¹

2.6. İrritabl Bağırsak Sendromunun Tanısı

İBS'nin toplumda sık görülmesi, tanı ve tedavi maliyetinin yüksek oluşu, yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemesi ve ciddi iş gücü kayıplarına yol açması nedeniyle İBS tanısının kesinleştirilmesi büyük öneme sahiptir.¹⁰ İBS'ye özgü tanı testi olmayıp tanı semptomlara dayanılarak ve roma III veya roma IV kriterleri esas alınarak konulmaktadır.¹⁷⁻²⁰

Roma IV kriterlerine göre; şikâyetlerin tanıdan en az 6 ay önce başlamış olması gerekir ve son 3 ayda haftada en az 1 gün tekrarlayan karın ağrısı olmalı ve aşağıdakilerden 2 veya daha fazlası eşlik etmelidir:

- Defekasyon ile ilişkili (defekasyon sonrası rahatlama)
- Dışkılama sıklığında değişme
- Dışkı şeklinde değişme ile ilişkili olmalı ve İBS'nin ishal formunda ise defekasyon ile rahatlayan karın ağrısı ve dışkılamamanın % 25'inden fazlasında sulu veya yumuşak dışkılama olmalıdır.

Roma-III kriterleri;

Belirtiler, tanı konulmadan en az 6 ay önce başlamış olmak üzere, son 3 ay içerisinde her ay en az 3 gün gözlenen ve aşağıdaki ölçütlerin en az 2 si ile ilişkili, tekrarlayan abdominal ağrı ya da rahatsızlık hissi:

- Defekasyonla rahatlama,
- Dışkılama sıklığıyla ilişkili,
- Dışkının şeklindeki değişikliklerle ilişkili olmasıdır.

Semptomlar gece ve 50 yaşın üzerinde başladığında, belirtilere eşlik eden kilo kaybı, rektal kanama, anemi, inflamasyon ve enfeksiyon gibi durumlar hariç tutulmalıdır.⁸⁹

2.7. İrritabl Bağırsak Sendromunun Tipleri

İBS'nin dört tipi vardır. Bunlar; kabızlık baskın tip (İBS-C), ishal baskın tip (İBS-D), hem ishal hem de kabızlığın olduğu karışık tip (İBS-M) ve sınıflandırılmayan tip (İBS-U)'dir.⁹⁰

Kabızlık baskın olan İBS'de (İBS-C); hasta anormal bağırsak hareketlerinin genellikle kabızlık olduğunu bildirir.⁹¹ Dışkılamaların % 25 veya daha fazlasında dışkı sert veya top şeklinde, % 25'inden azında ise dışkı sulu veya gevşektir.⁴

İshal baskın İBS'de (İBS-D); hasta anormal bağırsak hareketlerinin genellikle ishal olduğunu bildirir.⁹¹ Dışkılamaların % 25 veya fazlasında dışkı gevşek, yumuşak, lapa gibi cıvık veya sulu, % 25'inden azında ise dışkı sert veya top şeklindedir.⁴

Karışık tip İBS'de (İBS-M); hasta anormal bağırsak hareketlerinin genellikle hem kabızlık hem de ishal olduğunu bildirmektedir.⁹¹ Dışkılamaların % 25'inde veya daha fazlasında dışkı sert veya topak şeklinde ve % 25 veya daha fazlasında dışkı lapa gibi suludur.⁴

Sınıflandırılmayan İBS'de (İBS-U) diğer İBS alt tiplerine uymayan dışkı şekli vardır.⁴

2.8. İrritabl Bağırsak Sendromunun Tedavisi

Kesin bir tedavisi olmamakla birlikte tedavinin amacı semptomların kontrol edilmesidir.²¹⁻²⁴ İBS'de tedavi farmakolojik, nonfarmakolojik ve hasta eğitimi içermektedir.¹⁷

2.8.1. Farmakolojik Tedavi

İBS'de bulunan semptom ve dışkı paternlerinin çeşitliliği nedeniyle, farmakolojik tedavi yaygın olarak değişmektedir. Genel olarak tedavi, baskın bağırsak modeli ve hastanın yaşam kalitesini en çok bozan semptomlarla belirlenir.^{17, 53} Farmakolojik tedavide; antispazmotikler, selektif serotonin geri alım inhibitörleri, trisiklik antidepresanlar, opioid agonistleri, antibiyotikler (rifaximin), safra tuzu ayırıcıları, polietilen glikol, probiyotikler, guanilat siklaz-c agonistleri, 5-HT3 ve 5-HT4 antagonistleri kullanılmaktadır.^{17, 25}

İBS'de karın ağrısında antispazmodikler (disikomin, otilyonum, mebeverine), selektif serotonin geri alım inhibitörleri (paroksetin, sertraline, sitalopram), trisiklik antidepresanları (desipramin, amitriptilin) kullanılmaktadır.^{4, 92} Kimetropium, pinaverium, hyoscine ve otilonium klinik yararı en yüksek antispazmolitiklerdir. Trisiklik antidepresanları, gastrointestinal motiliteyi normalleştirmede ve ağrıyı azaltmada İBS'nin temel kaynağı olmuştur.⁹² Antispazmotikler, GI sistem hareketliliğini azalttığından hareketliliğini arttırmak için prokinetik veya müshil ile birlikte verilmesi gerekir. Serotonin geri alım inhibitörü türü antidepresanlar, anksiyete bozukluklarının tedavisinde, şişkinlik ve ağrıyı azaltma da yararlı olduğu bildirilmiştir.⁹² 5-HT4 agonistleri (tegaserod) kadın İBS hastalarında karın ağrısında kullanılabilir.²⁶

Kabızlık baskın İBS'de, mikst opioid antagonist/agonist (eluxadoline), psyllium, polietilen glikol, klor kanal aktivatörleri (lubiproston), guanilat siklaz C

agonistleri (linaclotid) kullanılmaktadır. İBS-C de kullanılan polietilen glikol ve magnezyum içeren laksatifler kabızlığı giderirken karın ağrısında pek etkili olmazlar.⁴ Klor kanal aktivatörü olarak görev gören lubiproston, İBS-C olan hastalarda dışkıyı sulandırır.⁹²

İshal baskın İBS'de opioid agonistleri (loperamide), safra asid sekestranları (kolestiramin, kolestipol, colesevelam), antibiyotik (rifaksimim), probiyotik, antikolinergik ajanlar, 5-HT3 antagonistleridir (aloseptron, ondansetron, ramosetron).^{4, 92} İBS-D hastalarında opioid agonistleri, Gİ motilitesini azaltmak, yaşam kalitesini iyileştirmek ve ağrı algısını azaltmak için kullanılır.⁹³ İBS için ilk araştırılan ajan, emilmeyen bir antibiyotik olan Neomisin'dir. Neomisin, İBS semptomlarında % 50'lik bir iyileşme sağlarken fakat aynı zamanda hızlı bakteriyel dirence neden olduğu bildirilmiştir.⁹⁴ Sistemik bir antibiyotik olmayan rifaksimim, 2015 yılında yetişkinlerde İBS-D tedavisi için onaylanmıştır.⁹⁵ Rifaksimim ayrıca karın ağrısı, abdominal distansiyon ve şişkinlik oranını önemli ölçüde azalttığı bildirilmiştir.⁹⁶ 5-HT3 antagonistleri, İBS-D baskınlığı olan hastalarda viseral duyarlılığı azaltarak Gİ hareketliliğini inhibe eder ve karın ağrısına fayda sağlar.⁹²

Gaz tedavisinde simetikon, bizmut-subsalisilat (kokuyu azaltır), aktif kömür, karbonhidrattan fakir diyet, probiyotikler ve antibiyotik grubu rifaksimim kullanılabilir.⁴ İBS hastalarında prebiyotik ve probiyotiklerin kullanımı son zamanlarda gündeme gelmiştir.⁹⁷ Prebiyotiklerin karın ağrısı ve şişkinliği azalttığı görülmüştür.⁹⁸

2.8.2. Nonfarmakolojik Tedavi

Tamamlayıcı, bütünlüyci ve geleneksel olmayan gibi çok çeşitli terimlerle tanımlanan alternatif tıp geleneksel tıpta yer almayan tedavi uygulamalarını içermektedir.⁹⁹ İBS'de birçok kişi semptomları hafifletmek için alternatif yöntem gibi tamamlayıcı sağlık uygulamalarına yönelmektedir.⁷ Tamamlayıcı alternatif tedavi,

genellikle kronik sağlık durumları için ya tek başına ya da farmakolojik tedavi ile birlikte kullanılır. Nonfarmakolojik tedavi; nane yağı, diyet modifikasyonları, egzersiz, akupunktur, yoga, bilişsel davranış terapisi, kişilerarası psikoterapi ve hipnoterapiyi içermektedir.^{17, 26}

Bitkisel seçeneklerden nane yağı, barsak düz kaslarında antispazmotik etki yaratarak İBS belirtilerini iyileştirdiği görülmüştür.⁸⁷ Nane yağının kısa süreli rahatsızlık ve karın ağrısında rahatlama sağladığı bildirilmiştir.¹⁰⁰ Oral nane yağı ile bildirilen en yaygın yan etki, alt özofagus sfinkterinin gevşemesinden kaynaklanan gastroözofageal reflüdür.¹⁰¹ Ayrıca gaz şikâyeti olan İBS hastalarında rezene ve papatya gibi bitkilerin fayda sağladığı bildirilmiştir.⁴

Akupunktur ile İBS hastası ile yapılan bir çalışmada hastaya 12 seans akupunktur uygulandıktan sonra şikâyetlerin tekrarlamadığı bildirilmiştir.¹⁰² Fiziksel aktivite, bağırsak gazını, kabızlığı ve abdominal şişkinliğini azaltmaktadır. Ayrıca düzenli yapılan egzersiz anksiyete ve depresyon belirtilerini azaltabilir.⁸⁷

2.8.3. Hasta Eğitimi

Bir toplumda hastalık seyrini düzeltmek, kişilerin fiziksel, sosyal ve psikolojik olarak kendi kendine yeterli düzeyde olmasını sağlamak ve yaşam kalitesini yükseltmek ancak hasta eğitimi ile olur. Hasta eğitimi, hastanın mevcut hastalığı ile başa çıkabilmek ve sağlığı olumlu yönde geliştirmek için yapılması gereken davranışları alışkanlık haline getirerek bireylerde sorumluluk duygusunu geliştirmeyi amaçlar.¹⁰³ İBS'nin ölüm riskinin olmadığı fakat kronik bir hastalık olduğu anlatılmalıdır. İBS'nin kendi başına bir hastalık olduğu ve hissedilen belirtilerin gerçekten var olduğu, hastalık nedeninin organik değil fonksiyonel bir durum olduğu bilgisi verilmelidir.¹⁰⁴ İBS hastalarına tedavinin uzun süreli olacağı, arada iyileşmeler ve alevlenmelerin olabileceği

söylenmelidir. Bu sayede hastanın tedaviye katılımı sağlanarak iyileşmesi için gerekli önerileri yerine getirmesi daha kolay olacaktır.¹¹

2.9. İrritabl Bağırsak Sendromunda Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi, kişinin yaşam koşulları içerisinde, kişisel mutluluğunu etkileyen problemlerin bedensel, zihinsel ve sosyal etkilerine verilen kişisel yanıt olarak ifade edilebilir.¹⁰⁵ Günümüzde sağlık; bireyin çevresi ile bir bütün olarak, mevcut sorunları ile baş edebilir, sınırlılıkları içinde en üst düzeyde sağlıklı olması ve yaşam kalitesi ile ele alınmaktadır. Sağlık bakımının amacı; yaşamı uzatmak değil, bireyin sorumlulukları ile baş etme ve öz bakım gücünü geliştirmek, bağımsızlığını ve yaşam kalitesini arttırmaktır.¹⁰⁶ Yaşam kalitesi; kişinin içinde bulunduğu çevresel faktörler, ekonomik durum ve bireysel farklılıklar gibi kişinin tüm yaşamını kapsayan bir olgu olmakla birlikte sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ise fiziksel, duygusal, sosyal durumların iyilik hallerini içermektedir.¹⁰⁷ Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, belli bir hastalığın birey üzerindeki etkisinin önemli bir göstergesidir.¹⁰⁸ Yaşam kalitesini etkileyen önemli faktörlerin başında hastalığın süresi, tedavi türü, hastalık semptomlarını deneyimlenme durumu, hastalığa uyum ve hastalığa ilişkin verilen eğitim yer almaktadır.⁵⁴ Yaşam kalitesi çok yönlü olması, sürekli gelişim ve değişim göstermesi, kişiden kişiye değişebilmesi, bireyin yaşamda nelerden zevk alındığını, ne olmak ve nasıl yaşamak istediğini ifade etmesi, sosyal, psikolojik, ekonomik ve kültürel faktörlerden etkilenmesi nedeniyle tanımlanması zor bir kavramdır.¹⁰⁶ Yaşam kalitesi, bireylerin yaşamlarının çeşitli yönlerini ve bunların sağlık durumları üzerindeki etkisini göz önünde bulundurarak, öznel refah düzeyindeki tutumu dikkate almaktadır.²⁴ Her bireyin farklı sağlık ve performans beklentileri olacağı için yaşam kalitesi değerlendirmeleri de kişiye özeldir.¹⁰⁹

İBS yaşam kalitesini oldukça kötü etkiler ancak ölüm riski yaratmaz.³¹ İBS ve yaşam kalitesi arasında önemli bir ilişki vardır.⁴⁷ İBS hastalarında yapılan çeşitli araştırmalarda İBS'nin yaşam kalitesini olumsuz etkilediği belirtilmektedir.³²⁻³⁹ Yapılan bir çalışmada İBS'nin bedensel, ruhsal ve sosyal alanlarda yaşam kalitesini düşürdüğü,³³ başka bir çalışmada ise İBS'nin fiziksel ve zihinsel alanda yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilediği bildirilmiştir.⁴¹ İBS'nin kronik bir hastalık olması, hastalığın tam olarak anlaşılabilmesi, hastalıkla ilgili bilgi eksikliğinin olması, özgün bir tedavinin olmaması, semptomları şiddetli olması ve iş gücü kaybına neden olması hastalarda yaşam kalitesinin düşmesine sebep olmaktadır.^{10, 42-44} Diyare baskın olan İBS hastalarında iş hayatı ve günlük aktivitelerde önemli oranda bozukluklar olduğu belirtilmektedir.⁴⁵ İBS'li hastalarda görülen depresyon, yaşam kalitesinin önemli ölçüde bozulmasına sebep olmaktadır.⁴⁶ İBS'de semptom şiddeti ile yaşam kalitesi arasında bir ilişki olduğu ve semptomların iş, sosyal faaliyetler ve yaşam kalitesini etkileyen bir durum olduğu belirtilmiştir.^{32, 44, 46, 48-51} İBS, diğer kronik hastalıklar ile kıyaslandığı zaman İBS'nin, tip 2 diabetes mellitus ve hipertansiyon gibi organik hastalıklara oranla yaşam kalitesini daha çok bozduğu bildirilmiştir.³⁵ İBS, hastaların günlük yaşamlarını, sosyal fonksiyonlarını ve fonksiyonel kapasitelerini olumsuz yönde etkilediği için yaşam kalitesinin değerlendirilmesinin önemli olduğu belirtilmektedir.⁵⁴ Yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, hastalık ve tedavi etkisinin değerlendirilmesinde giderek önem kazanmaktadır.¹¹⁰ Uygulanan etkili bir tedavi ile İBS hastalarının yaşam kalitesinde iyileşme olduğu görülmüştür.¹¹¹

2.10. İrritabl Bağırsak Sendromunda Hemşirelik Bakımı

Kronik hastalığı olan kişilerin sağlığı ile ilgili problemleri çözümlenebilmesi için diğer sağlıklı bireylerden daha fazla desteklenmeye, anlaşılmaya, kabullenilmeye ve gerekli açıklamaların yapılmasına ihtiyacı vardır. Hastanın bu gereksinimlerinin

karşılanması kurulacak mesleki ilişkinin niteliğine bağlıdır.¹¹² Hemşireler, hasta kişiye bireysel ve bütüncül yaklaşım sergileyerek, sağlık düzeyini koruma ve yükseltmeyi sağlar.¹¹³ İBS’de hastalıkla başa çıkma konusunda yetersizlikler, ekonomik kayıplar, psikolojik ve sosyal sorunlar nedeniyle hastaların yaşamları olumsuz etkilenmektedir. Hemşire, hastalara danışmanlık yaparak fiziksel ve sosyal faaliyetlerde bulunabilme yeteneklerinin artırılmasında, toplum içindeki konumlarının yükseltilmesinde ve hastalığa uyumda baş etme yöntemlerinin geliştirilmesinde önemli rol oynar.^{10, 47} İBS hastalarının kendi kendine bakım stratejileri geliştirmesini ve bu stratejilerin uygulamasını sağlayarak semptomların önlenmesinde ve yönetiminde önemli bir katkı sağlar.^{47, 52} Semptomları arttıran stres faktörlerini belirleyerek ve stresi azaltma tekniklerini (derin nefes alma, gevşeme, danışmanlık, yoga ve meditasyon, destek grupları gibi) öğretmek hastaya yardımcı olabilir.^{16, 53} Eğitim, gevşeme, davranış terapileri ve diyet konusunda gerekli girişimlerde bulunarak İBS semptomlarının azalmasına ve yaşam kalitesinin artmasına katkıda bulunur.^{17, 53} İBS hastalarında görülen semptomları hastayla iletişim kurarak veya gözlem yaparak, hastalara gerekli eğitimi vererek hastanın hastalığı kabul etmesine yardımcı olabilir.⁴⁷

İBS yönetimi, hasta eğitimi, hastaya gerekli güveni verme, farmakoterapi, diyetin düzenlenmesi, davranışsal ve psikolojik tedavi olmak üzere çoklu yaklaşımı içerir.¹¹⁴ İBS’nin bilinen bir sebebi olmadığı için hastalık yönetiminde amaç; semptom hafifletme ve hastaların yaşam kalitesini arttırmaya yöneliktir.¹¹⁵ İBS’li hastalarda öncelikli olarak yaşam tarzının ve diyet alışkanlıklarının değiştirilmesi önerilmelidir. Semptomları şiddetlendiren durumların tespit edilmesi (çikolata, süt ürünleri, alkol, çay, kahve, kola, stres, aşırı yemek yeme, mevsimsel değişiklikler, menstrüel siklus vb.) ve bunlara yönelik tedbirlerin alınması önemlidir.¹⁰ Ayrıca hemşireler hastaları bireysel ihtiyaçlarını karşılayan egzersiz programlarına yönlendirebilir.⁵³ Belirtileri hafif olan

İBS hastaları hekime gitme ihtiyacı hissetmezler. Aktivitelerini normal şekilde devam ettirirler. Bu yüzden bu hastalarda iyi bir hasta-sağlık bakım üyesi ilişkisi, hasta güveninin kazanılması, diyet düzenlemeleri uygulanacak tedbirler arasında yer almalıdır. Belirtiler orta dereceli olduğunda hasta günlük aktivitelerini yerine getirmede zorlanır ve psikolojik sıkıntılar görülebilir. Hasta birkaç hafta izlendikten sonra laktoz intoleransı, aşırı kafein alımı, stres yapan durumlar belirlendikten sonra diyet düzenlemeleri, davranış tedavisi ve psikoterapi faydalı olabilir. Belirtiler azalmış ise semptomu yönelik ilaç tedavisi uygulanmalıdır.¹¹⁶ Belirtiler şiddetli olduğunda hastalar tedaviye cevap vermezler ve bu hastalarda sıklıkla anksiyete, depresyon, somatizasyon ve kişilik bozuklukları gibi durumlar görülebilir. Hastalıklarında genellikle psikolojik faktörlerin rolünü kabul etmediklerinden dolayı psikolojik tedavilere de yanıt vermeyebilirler. Bu hastalarda trisiklik antidepresanlar, serotonin non-adrenerjik geri alım inhibitörlerini ya da selektif serotonin geri alım inhibitörlerini uygun dozda en az bir ay vermeli, cevap varsa en az 1 yıl daha verip sonra duruma göre doz düşürülmelidir. Çok ciddi ağrısı olan hastaların ağrı tedavi merkezlerine yönlendirilmesi gerekir.¹¹⁷ Kabızlığın baskın olduğu hastalarda eriyebilen lifler önerilmektedir. Fakat bunların karın ağrısı üzerine etkisi yoktur.¹¹⁸ Ağrı ve şişkinlik şikâyeti olan İBS'li hastalarda lif tüketiminin bu şikâyetleri arttırdığı¹¹⁹ unutulmamalı ve hemşire buna yönelik girişimlerde bulunmalıdır. Birçok hasta, yemek sonrası semptomların şiddetlenmesi nedeniyle ve tuvalet olanaklarına ulaşamamasından dolayı utanç duymamak için sosyal olaylardan kaçınmak zorunda kaldıklarını bildirmişlerdir.¹²⁰ İBS hastalarında semptom şiddetini değerlendirdikten ve hastayla özelleştirilmiş bir tedavi planını belirledikten sonra, hemşireler destek ve eğitim vermeye devam etmelidir.⁸⁷

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma İBS'li hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Şubat-Eylül 2015 tarihleri arasında Ağrı Devlet Hastanesi Dâhiliye ve Gastroenteroloji polikliniğine gelen İBS tanısı olan hastalar ile yapıldı.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini Şubat-Eylül 2015 tarihleri arasında gelen 216 İBS hastası oluşturdu. Araştırmada herhangi bir örneklem hesaplama yöntemine gidilmeksizin evrenin tamamının alınması hedeflendi ancak 216 hastadan 15'i araştırmaya katılmayı kabul etmediği için araştırmaya dâhil edilmedi ve araştırma 201 (% 93) hasta ile tamamlandı. Çalışma tamamlandıktan sonra örneklemin yeterliliğini belirlemek için yapılan post hoc güç analizinde, yaşam kalitesi ölçek toplam puanı için araştırmanın etki büyüklüğünün 0.14, gücünün ise 0.99 olduğu belirlendi. Bu sayı örneklemin yeterli olduğuna işaret etmektedir.¹²¹

Araştırmaya alınma kriterleri:

- 18 yaşından büyük,
- İletişim kurabilen,
- Araştırma katılmayı kabul eden İBS hastaları alındı.

3.4. Araştırma Verilerinin Toplanması

Araştırma verilerinin toplanmasında;

- Anket Formu (EK-4)
- İrritabl Bağırsak Sendromu Yaşam Kalitesi Ölçeği (İBS-QOL) (EK-5) kullanıldı.

3.4.1. Anket Formu (EK-4)

Hastaların cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, gelir düzeyi, meslek, yaş, çocuk sayısı, tedavi türü, yakınma sıklığı, genel sağlık algısı, sigara ve alkol kullanma durumları gibi sosyo-demografik ve hastalık özellikleri hakkında bilgi sahibi olmak için araştırmacı tarafından literatür bilgileri doğrultusunda hazırlanan 12 sorudan oluşmaktadır.^{46, 122, 123}

3.4.2. İrritabl Bağırsak Sendromu Yaşam Kalitesi Ölçeği (EK-5)

İrritabl Bağırsak Sendromu Yaşam Kalitesi (İBS QOL) Ölçeği; irritabl bağırsak sendromlu hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla Patrick, Drossman, Frederick tarafından geliştirilmiştir.¹²⁴ Likert tipte olan ölçek 34 maddeden ve 8 alt boyuttan oluşmaktadır; Alt boyutları; disfori - duygu durum (8 madde: 1, 6, 7, 9, 10, 13, 16 ve 30. maddeler), aktivite (7 madde: 3, 18, 19, 22, 27, 29 ve 31. maddeler), beden imgesi (4 madde: 5, 21, 25 ve 26. maddeler), sağlık endişesi (3 madde: 4, 15 ve 32. maddeler), yiyeceklerden kaçınma (3 madde: 11, 23 ve 28. maddeler), sosyal tepki (4 madde: 2, 14, 17 ve 34. maddeler), seksüel (2 madde: 12 ve 20. maddeler) ve sosyal ilişkidir (3 madde: 8, 24 ve 33. maddeler). Her alt boyutlardan alınan puanlar kendi içinde ve 34 maddeden alınan toplam puanlarda kendi içinde belirlenir. Ölçeğin tüm maddeleri değerlendirme aşamasında ters çevrilir. Ölçek alt boyut ve toplamından alınan ham puanlar 34-170 arasında değişmektedir. Elde edilen ham puanlar formül (Dönüştürülmüş puan= $\frac{\text{Ölçek ham puanı} - \text{madde sayısı}}{\text{alınabilecek max puan} - \text{alınabilecek min puan}} * 100$) kullanılarak 100 puan üzerinden dönüştürülerek değerlendirilir. İBS-QOL ölçeğinin alt boyut ve toplam puanları 0-100 arasında değişmektedir. Ölçek puanlarının yükselmesi bireylerin sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin yükseldiğini göstermektedir. Ölçeğin ülkemizdeki geçerlik güvenilirlik çalışması Özgürsoy ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.¹²⁵

Ölçek toplamı ve alt boyutlarından elde edilen Cronbach α katsayıları aşağıdaki gibidir:¹²⁵

Disfori (duygu durum) :0.93

Aktivite	:0.92
Beden imgesi	:0.79
Sağlık endişesi	:0.84
Yiyeceklerden kaçınma	:0.82
Sosyal tepki	:0.82
Seksüel	:0.84
Sosyal ilişki	:0.76
Toplam Puan	:0.97

Çalışmamızda ölçek toplamı ve alt boyutlarından elde edilen Cronbach α katsayıları aşağıdaki gibidir:

Disfori (duygu durumu)	:0.862
Aktivite	:0.726
Beden imgesi	:0.645
Sağlık endişesi	:0.697
Yiyeceklerden kaçınma	:0.630
Sosyal tepki	:0.734
Seksüel	:0.860
Sosyal ilişki	:0.700
Toplam Puan	:0.934

3.5. Araştırmanın uygulanması

Ön uygulama: Ağrı Devlet Hastanesi Dâhiliye ve Gastroenteroloji polikliniğine Ocak 2015'te başvuran 20 hasta ile yapıldı. Ön uygulama sonucu ankette düzenleme yapılmasına gerek görülmedi.

- Ağrı Devlet Hastanesi Dâhiliye ve Gastroenteroloji polikliniğine gelen İBS hastaları ile araştırmacı poliklinikte tanıştı.

- Araştırmacı tarafından çalışmanın kapsamı ve uygulaması hakkında hastaya bilgi verildi.
- Araştırmanın verileri, araştırmaya katılmayı kabul eden hastalarla araştırmacı tarafından yüz yüze görüşülerek toplandı. Ölçeğin uygulanma süresi yaklaşık olarak 10 – 15 dakika sürdü.

3.6. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi

Veriler SPSS 17 paket programı kullanılarak değerlendirildi. Verilerin normal dağılımlarının değerlendirmesinde shapiro wilk testi kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesinde; yüzdelik ortalama, min ve max değerlerin yanı sıra, ikili verilerin karşılaştırılmasında (cinsiyet, medeni durum) Mann Whitney U testi, çoklu verilerin karşılaştırılmasında (eğitim durumu, gelir düzeyi, meslek) Kruskall Wallis testi ve ilişki aramada (lek puanları ile yaş ve ocuk sayısı arasında) Sperarman korelasyon analizi yapıldı.

3.7. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya katılan hastalardan szly onam alındı. Araştırma için Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinden etik kurul izni (EK-3) ve Ağrı İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğinden yazılı izin (EK-7) alındı.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma Ağrı Devlet Hastanesi Dâhiliye ve Gastroenteroloji polikliniğine gelen 201 İBS hastası ile sınırlıdır.

4. BULGULAR

Bu bölümde hastaların genel tanıtıcı özellikleri verildikten sonra yaşam kalitesi puan ortalamalarını etkileyen faktörler incelenmiştir.

Tablo 4.1. Hastaların Demografik Özellikleri (n=201)

Demografik Özellikler		n	%
Cinsiyet	Kadın	130	64.7
	Erkek	71	35.3
Medeni Durum	Evli	127	63.2
	Bekâr	74	36.8
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	38	18.9
	Okuryazar	19	9.4
	İlkokul	55	27.4
	Ortaokul	13	6.5
	Lise mezunu	25	12.4
	Üniversite ve üzeri	51	25.4
Gelir Durumu	Geliri fazla	5	2.5
	Geliri giderine eşit	143	71.1
	Geliri az	53	26.4
Meslek	Memur	8	4.0
	İşçi	13	6.5
	Serbest meslek	30	14.9
	Emekli	2	1.0
	İşsiz	58	28.9
	Ev hanımı	84	41.8
	Diğer	6	2.9
	Min-Max	Ort.	SS
Yaş	18-86	35.12	13.19
Çocuk Sayısı	0-14	2.93	3.04

Tablo 4.1’de görüldüğü gibi, hastaların % 64.7’si kadın, % 63.2’si evli, % 27.4’ü ilkokul mezunu ve % 71.1’inin geliri giderine eşittir. Hastaların % 41.8’i ev hanımıdır. Hastaların yaş ortalaması 35.12 ± 13.19 olup yaş aralığı 18-86 arasında değişmektedir. Hastaların ortalama çocuk sayısı 2.93 ± 3.04 ’dür (Tablo 4.1).

Tablo 4.2. Hastaların Hastalıkla İlgili Özellikleri (n=201)

		n	%
Tedavi Türü	Sadece ilaç	105	52.2
	Sadece diyet	17	8.5
	Sadece alternatif yöntem	5	2.4
	Diyetle birlikte ilaç	38	18.9
	Diyetle birlikte alternatif yöntem	3	1.5
	İlaçla birlikte alternatif yöntem	16	8.0
	Hepsi birlikte	17	8.5
	Yakınma Sıklığı	Bir günden az	2
1-2 gün		60	29.9
İki günden fazla bir haftadan az		40	19.9
Bir hafta		22	10.9
Bir haftadan fazla iki haftadan az		16	8.0
Diyete-ilaca bağlı olarak değişiyor		17	8.5
Her gün		41	20.4
Bilmiyorum		3	1.4
Sigara Kullanma	İçmiyor	152	75.6
	İçiyor	49	24.4
Alkol	Kullanmıyor	201	100.0
Genel Sağlık Algısı	Çok kötü	14	7.0
	Kötü	33	16.4
	Orta	117	58.2
	İyi	37	18.4

Tablo 4.2’de görüldüğü gibi, hastaların % 52.2’si sadece ilaç tedavisi almaktadır. Hastaların % 29.9’u yakınma sıklığını 1-2 gün olarak belirtmiştir. Hastaların % 75.6’sı sigara içmemekte, hiç biri alkol tüketmemektedir. Hastaların % 58.2’si genel sağlık algısını orta düzey olarak belirtmiştir (Tablo 4.2).

Tablo 4.3. Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Dağılımları (n=201)

	N	Min	Max	Ort.	SS.
Disfori	201	6.25	96.88	60.29	22.62
Aktivite	201	3.57	96.43	56.36	21.18
Beden imgesi	201	0.00	100	63.71	23.90
Sağlık endişesi	201	0.00	100	53.11	26.89
Yiyeceklerden kaçınma	201	0.00	100	43.91	24.13
Sosyal tepki	201	0.00	100	69.68	22.83
Seksüel	201	0.00	100	87.94	25.11
Sosyal ilişki	201	0.00	100	69.40	26.00
Toplam Puan	201	12.50	95.59	61.34	18.41

Tablo 4.3’de görüldüğü gibi, disfori puan ortalaması 60.29±22.62, aktivite puan ortalaması 56.36±21.18, beden imgesi puan ortalaması 63.71±23.90, sağlık endişesi puan ortalaması 53.11±26.89’dur. Yiyeceklerden kaçınma puan ortalaması 43.91±24.13, sosyal tepki puan ortalaması 69.68±22.83, seksüel puan ortalaması 87.94±25.11, sosyal ilişki puan ortalaması 69.40±26.00 ve toplam puan ortalaması 61.34±18.41’dir (Tablo 4.3).

Tablo 4.4. Hastaların Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçek Toplamından Aldıkları Puanlar (n=201)

		n	Ort.	SS	Önemlilik
Cinsiyet	Kadın	130	61.17	18.64	U=4601.000
	Erkek	71	61.65	18.12	p=0.972
Medeni Durum	Evli	127	59.16	19.45	U=3917.500
	Bekâr	74	65.08	15.92	p= 0.049
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	38	57.99	20.36	$\chi^2_{KW}=9.658$ p=0.086
	Okuryazar	19	52.52	19.93	
	İlkokul	55	61.07	18.74	
	Ortaokul	13	61.54	21.48	
	Lise	25	61.50	16.50	
	Üniversite ve üzeri	51	67.29	14.54	
Gelir Durumu	Geliri fazla	5	60.74	10.55	$\chi^2_{KW}=18.265$ p= 0.000
	Geliri giderine eşit	143	65.06	16.63	
	Geliri az	53	51.36	20.01	
Meslek	Memur	8	73.44	8.90	$\chi^2_{KW}=7.089$ p=0.313
	İşçi	13	61.99	14.91	
	Serbest meslek	30	59.34	18.25	
	Emekli	2	60.66	1.56	
	İşsiz	58	63.95	16.91	
	Ev hanımı	84	58.54	20.18	
	Diğer	6	68.01	20.92	
Tedavi Türü	Sadece ilaç	105	64.16	18.82	$\chi^2_{KW}=14.380$ p= 0.026
	Sadece diyet	17	63.06	22.04	
	Sadece alternatif yöntem	5	62.35	15.13	
	Diyetle birlikte ilaç	38	59.79	18.99	
	Diyetle birlikte alternatif yöntem	3	58.33	25.03	
	İlaçla birlikte alternatif yöntem	16	50.92	11.54	
	Hepsi birlikte	17	55.71	12.24	

Tablo 4.4. (Devamı)

		n	Ort.	SS	Önemlilik
Yakınma Sıklığı	Bir günden az	2	54.04	.52	$\chi^2_{KW}=19.225$ $p=0.008$
	1-2 gün	60	66.16	16.61	
	İki günden fazla bir haftadan az	40	61.58	16.61	
	Bir hafta	22	68.55	19.78	
	Bir haftadan fazla iki haftadan az	16	57.63	19.87	
	Diyete- ilaca bağlı olarak değişiyor	17	54.54	16.05	
	Her gün	41	54.00	19.94	
	Bilmiyorum	3	72.30	13.66	
Sigara Kullanma	İçmiyor	152	62.28	18.09	$U=3266.500$
	İçiyor	49	58.43	19.27	$p=0.196$
Genel Sağlık Algısı	Çok kötü	14	42.49	19.39	$\chi^2_{KW}=22.884$ $p=0.000$
	Kötü	33	53.32	17.93	
	Orta	117	64.51	16.57	
	İyi	37	65.60	18.13	

Cinsiyete, eğitim, mesleğe ve sigara kullanma durumuna göre toplam ölçek puan ortalaması istatistiksel olarak önemsizdir ($p>0.05$).

Medeni duruma göre toplam ölçek puan ortalaması istatistiksel olarak önemlidir ($p<0.05$). Evlilerin puan ortalaması daha düşük bulunmuştur.

Gelir durumuna göre toplam ölçek puan ortalaması istatistiksel olarak önemlidir ($p<0.05$). Yapılan ileri analizde (U) geliri az olanların geliri giderine eşit olanlardan düşük puana sahip oldukları belirlenmiştir.

Tedavi türüne göre toplam ölçek puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Yapılan ileri analizde (U) ilaçla birlikte alternatif yöntem kullananların puan ortalamaları sadece ilaç, sadece diyet ve diyetle birlikte ilaç kullananlardan daha düşük bulunmuştur.

Yakınma sıklığına göre toplam ölçek puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Yapılan ileri analizde (U) her gün diyenlerin puan ortalaması 1-2 gün ve bir hafta diyenlerden düşük bulunmuştur. Diyete-ilaca bağlı olarak değişiyor diyenlerin puan ortalaması 1-2 gün ve bir hafta diyenlerden daha düşüktür.

Genel sağlık algısına göre toplam ölçek puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Yapılan ileri analizde (U) genel sağlık algısı çok kötü ve kötü olan bireylerin ölçek toplam puan ortalaması orta ve iyi olanlardan daha düşük saptanmıştır (Tablo 4.4).

Tablo 4.5. Hastaların Özelliklerine Göre Disfori Alt Boyut Puanları (n=201)

		n	Ort.	SS	Önemlilik
Cinsiyet	Kadın	130	59.95	23.37	U=4561.500
	Erkek	71	60.92	21.34	p=0.892
Medeni Durum	Evli	127	57.73	23.14	U=3910.000
	Bekâr	74	64.70	21.14	p= 0.047
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	38	53.04	25.18	
	Okuryazar	19	51.97	24.98	
	İlkokul	55	60.51	21.25	$\chi^2_{KW}=10.236$
	Ortaokul	13	65.14	24.30	p=0.069
	Lise	25	60.63	21.14	
	Üniversite ve üzeri	51	67.16	19.72	
Gelir Durumu	Geliri fazla	5	59.38	19.52	$\chi^2_{KW}=13.874$
	Geliri giderine eşit	143	64.23	21.07	p= 0.001
	Geliri az	53	49.76	23.90	
Meslek	Memur	8	74.22	19.68	
	İşçi	13	64.66	17.88	
	Serbest meslek	30	58.02	21.41	$\chi^2_{KW}=6.610$
	Emekli	2	51.56	6.63	p=0.358
	İşsiz	58	63.20	21.34	
	Ev hanımı	84	56.85	24.64	
	Diğer	6	66.67	21.35	
Tedavi Türü	Sadece ilaç	105	63.18	22.11	
	Sadece diyet	17	67.46	26.77	
	Sadece alternatif yöntem	5	65.63	18.62	$\chi^2_{KW}=16.233$
	Diyetle birlikte ilaç	38	58.80	23.21	p= 0.013
	Diyetle birlikte alternatif yöntem	3	63.54	20.09	
	İlaçla birlikte alternatif yöntem	16	48.83	19.36	
	Hepsi birlikte	17	47.24	18.22	

Tablo 4.5. (Devamı)

		n	Ort.	SS	Önemlilik
Yakınma Sıklığı	Bir günden az	2	46.88	22.10	$\chi^2_{KW}=19.461$ p=0.007
	1-2 gün	60	66.46	21.62	
	İki günden fazla bir haftadan az	40	59.45	23.53	
	Bir hafta	22	69.89	20.13	
	Bir haftadan fazla iki haftadan az	16	55.27	26.16	
	Diyete-ilaca bağlı olarak değişiyor	17	54.04	18.61	
	Her gün	41	51.45	21.81	
	Bilmiyorum	3	69.79	7.86	
Sigara Kullanma	İçmiyor	152	61.45	22.96	U=3211.000
	İçiyor	49	56.70	21.37	p=0.147
Genel Sağlık Algısı	Çok kötü	14	37.95	22.40	$\chi^2_{KW}=30.119$ p=0.000
	Kötü	33	47.06	20.19	
	Orta	117	65.20	20.07	
	İyi	37	65.03	23.37	

Cinsiyete, eğitim düzeyine, mesleğe ve sigara kullanma durumuna göre disfori puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0.05$).

Medeni duruma göre disfori puan ortalaması ise istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Evlilerin puan ortalaması daha düşük bulunmuştur.

Gelir durumuna göre disfori puan ortalaması ise istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Yapılan ileri analizde (U) geliri az olanların puan ortalaması, geliri giderine eşit olanlardan düşüktür.

Tedavi türüne göre disfori puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Yapılan ileri analizde (U) hepsini birlikte ve ilaçla birlikte alternatif tedavi kullananların puan ortalamaları; sadece ilaç tedavisi, sadece diyet tedavisi, sadece alternatif tedavi ve diyetle birlikte ilaç kullananlardan daha düşüktür.

Yakınma sıklığına göre disfori puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Yapılan ileri analizde (U) diyete-ilaca bağlı olarak değişiyor ve her gün diyenlerin puan ortalaması 1-2 gün ve bir hafta diyenlerden düşüktür.

Genel sağlık algısına göre disfori puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Yapılan ileri analizde (U) sağlık algısı çok kötü ve kötü olan bireylerin disfori puan ortalaması orta ve iyi olanlardan düşüktür (Tablo 4.5).

Tablo 4.6. Hastaların Özelliklerine Göre Aktivite Alt Boyut Puanları (n=201)

		n	Ort.	SS	Önemlilik
Cinsiyet	Kadın	130	57.36	21.47	U=4213.500 p=0.308
	Erkek	71	54.53	20.68	
Medeni Durum	Evli	127	55.17	21.56	U=4298.500 p=0.313
	Bekâr	74	58.40	20.51	
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	38	55.36	21.92	$\chi^2_{KW}=6.176$ p=0.289
	Okuryazar	19	47.93	18.18	
	İlkokul	55	57.01	21.35	
	Ortaokul	13	55.49	23.08	
	Lise	25	53.71	21.61	
	Üniversite ve üzeri	51	61.06	20.53	
Gelir Durumu	Geliri fazla	5	50.00	20.67	$\chi^2_{KW}=14.615$ p= 0.001
	Geliri giderine eşit	143	60.09	20.37	
	Geliri az	53	46.90	20.66	
Meslek	Memur	8	62.50	16.09	$\chi^2_{KW}=4.290$ p=0.637
	İşçi	13	52.47	17.82	
	Serbest meslek	30	53.81	22.37	
	Emekli	2	51.79	2.53	
	İşsiz	58	58.81	21.90	
	Ev hanımı	84	55.02	21.66	
	Diğer	6	66.07	17.61	
Tedavi Türü	Sadece ilaç	105	59.18	22.41	$\chi^2_{KW}=13.027$ p= 0.043
	Sadece diyet	17	60.29	23.21	
	Sadece alternatif yöntem	5	52.86	16.25	
	Diyetle birlikte ilaç	38	52.26	18.89	
	Diyetle birlikte alternatif yöntem	3	57.14	27.89	
	İlaçla birlikte alternatif yöntem	16	41.96	17.42	
	Hepsi birlikte	17	58.61	14.40	
Yakınma Sıklığı	Bir günden az	2	42.86	10.10	$\chi^2_{KW}=12.355$ p=0.089
	1-2 gün	60	58.27	19.82	
	İki günden fazla bir haftadan az	40	56.43	19.88	
	Bir hafta	22	65.26	24.72	
	Bir haftadan fazla iki haftadan az	16	56.70	18.62	
	Diyete-ilaca bağlı olarak değişiyor	17	47.48	19.22	
	Her gün	41	51.66	22.63	
Bilmiyorum	3	73.81	23.78		
Sigara Kullanma	İçmiyor	152	57.03	21.29	U=3362.500 p=0.307
	İçiyor	49	54.30	20.93	

Tablo 4.6. (Devamı)

		n	Ort.	SS	Önemlilik
Genel Sağlık Algısı	Çok kötü	14	34.95	18.96	$x^2_{KW}=19.576$ $p=0.000$
	Kötü	33	49.57	21.76	
	Orta	117	59.55	19.19	
	İyi	37	60.42	22.04	

Cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, meslek, yakınma sıklığı ve sigara kullanma durumuna göre aktivite puan ortalaması istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0.05$).

Gelir durumuna göre aktivite puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Yapılan ileri analizde (U) geliri az olanların, geliri giderine eşit olanlardan düşük puana sahip oldukları belirlenmiştir.

Tedavi türüne göre aktivite puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Yapılan ileri analizde (U) ilaçla birlikte alternatif tedavi kullananların puan ortalamasının anlamlı olarak sadece ilaç tedavisi, sadece diyet tedavisi, diyetle birlikte ilaç ve hepsini birlikte kullananlardan daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Genel sağlık algısına göre aktivite puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Yapılan ileri analizde (U) sağlık algısı çok kötü olan bireylerin aktivite puan ortalaması, kötü, orta ve iyi olanlardan düşüktür (Tablo 4.6).

Tablo 4.7. Hastaların Özelliklerine Göre Beden İmgesi Alt Boyut Puanları (n=201)

		n	Ort.	SS	Önemlilik
Cinsiyet	Kadın	130	60.48	23.49	$U=3518.500$ $p=0.005$
	Erkek	71	69.63	23.68	
Medeni Durum	Evli	127	61.37	23.16	$U=3838.500$ $p=0.030$
	Bekâr	74	67.74	24.76	
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	38	60.20	22.11	$x^2_{KW}=11.868$ $p=0.037$
	Okuryazar	19	55.26	24.50	
	İlkokul	55	60.00	23.47	
	Ortaokul	13	63.94	27.26	
	Lise	25	68.00	28.72	
	Üniversite ve üzeri	51	71.32	20.47	

Tablo 4.7. (Devamı)

		n	Ort.	SS	Önemlilik
Gelir Durumu	Geliri fazla	5	80.00	10.27	$x^2_{KW}=10.704$ $p=0.005$
	Geliri giderine eşit	143	66.56	22.88	
	Geliri az	53	54.48	25.01	
Meslek	Memur	8	85.16	5.73	$x^2_{KW}=21.493$ $p=0.001$
	İşçi	13	66.35	21.43	
	Serbest meslek	30	66.04	22.49	
	Emekli	2	84.38	4.42	
	İşsiz	58	65.52	25.33	
	Ev hanımı	84	57.37	23.06	
	Diğer	6	82.29	23.19	
Tedavi Türü	Sadece ilaç	105	65.60	23.24	$x^2_{KW}=6.086$ $p=0.414$
	Sadece diyet	17	61.40	25.60	
	Sadece alternatif yöntem	5	60.00	25.23	
	Diyetle birlikte ilaç	38	65.79	27.60	
	Diyetle birlikte alternatif yöntem	3	45.83	36.62	
	İlaçla birlikte alternatif yöntem	16	54.69	23.33	
	Hepsi birlikte	17	62.50	13.80	
Yakınma Sıklığı	Bir günden az	2	75.00	.00	$x^2_{KW}=10.181$ $p=0.179$
	1-2 gün	60	69.38	23.38	
	İki günden fazla bir haftadan az	40	62.50	22.82	
	Bir hafta	22	67.33	19.09	
	Bir haftadan fazla iki haftadan az	16	53.52	30.53	
	Diyete-ilaca bağlı olarak değişiyor	17	62.87	22.80	
	Her gün	41	57.62	25.33	
Bilmiyorum	3	75.00	.00		
Sigara Kullanma	İçmiyor	152	63.98	23.59	$U=3651.500$ $p=0.837$
	İçiyor	49	62.88	25.08	
Genel Sağlık Algısı	Çok kötü	14	50.45	22.26	$x^2_{KW}=9.024$ $p=0.029$
	Kötü	33	57.95	23.45	
	Orta	117	65.44	23.03	
	İyi	37	68.41	25.81	

Cinsiyete göre beden imgesi puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Erkeklerin puan ortalaması daha yüksektir.

Medeni duruma göre beden imgesi puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Evlilerin puan ortalaması daha düşüktür.

Eğitim düzeyine göre beden imgesi puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Yapılan ileri analizde (U) okuryazar değil, okuryazar ve ilkokul

eğitimi almış bireylerin beden imgesi puan ortalaması üniversite ve üzeri eğitim almış bireylerden daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Gelir durumuna göre beden imgesi puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Yapılan ileri analizde (U) geliri az olanların geliri giderine eşit ve fazla olanlardan düşük puana sahip oldukları belirlenmiştir.

Mesleğe göre beden imgesi puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Yapılan ileri analizde (U) ev hanımlarının puan ortalaması memur, emekli, işsiz ve diğer mesleklerden düşük olduğu belirlenmiştir.

Genel sağlık algısına göre beden imgesi puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Yapılan ileri analizde (U) genel sağlık algısı çok kötü olan bireylerin beden imgesi puan ortalaması orta ve iyi olanlardan düşüktür.

Tedavi türü, yakınma sıklığı ve sigara kullanma durumuna göre beden imgesi puan ortalaması istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0.05$) (Tablo 4.7).

Tablo 4.8. Hastaların Özelliklerine Göre Sağlık Endişe Alt Boyut Puanları (n=201)

		n	Ort.	SS	Önemlilik
Cinsiyet	Kadın	130	50.45	27.10	U=3883.500
	Erkek	71	57.98	25.99	p=0.062
Medeni Durum	Evli	127	52.23	27.61	U=4501.500
	Bekâr	74	54.62	25.74	p=0.618
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	38	46.05	28.65	$\chi^2_{KW}=4.040$ p=0.544
	Okuryazar	19	47.37	28.20	
	İlkokul	55	56.06	26.86	
	Ortaokul	13	53.85	24.44	
	Lise	25	54.67	26.14	
	Üniversite ve üzeri	51	56.37	26.01	
Gelir Durumu	Geliri fazla	5	41.67	22.82	$\chi^2_{KW}=4.835$
	Geliri giderine eşit	143	55.89	25.62	p=0.089
	Geliri az	53	46.70	29.57	

Tablo 4.8. (Devamı)

		n	Ort.	SS	Önemlilik
Meslek	Memur	8	69.79	16.63	$x^2_{KW}=5.205$ $p=0.518$
	İşçi	13	54.49	25.60	
	Serbest meslek	30	57.78	24.66	
	Emekli	2	62.50	29.46	
	İşsiz	58	52.73	25.53	
	Ev hanımı	84	49.50	28.50	
	Diğer	6	55.56	38.97	
Tedavi Türü	Sadece ilaç	105	60.16	24.87	$x^2_{KW}=24.163$ $p=0.000$
	Sadece diyet	17	50.49	28.33	
	Sadece alternatif yöntem	5	56.67	16.03	
	Diyetle birlikte ilaç	38	50.44	27.40	
	Diyetle birlikte alternatif yöntem	3	55.56	45.90	
	İlaçla birlikte alternatif yöntem	16	38.02	22.97	
	Hepsi birlikte	17	30.88	23.53	
Yakınma Sıklığı	Bir günden az	2	58.33	23.57	$x^2_{KW}=15.791$ $p=0.027$
	1-2 gün	60	59.03	23.53	
	İki günden fazla bir haftadan az	40	55.21	24.87	
	Bir hafta	22	62.12	28.61	
	Bir haftadan fazla iki haftadan az	16	52.60	31.87	
	Diyete-ilaca bağlı olarak değişiyor	17	43.63	29.10	
	Her gün	41	41.67	25.89	
	Bilmiyorum	3	50.00	41.67	
Sigara Kullanma	İçmiyor	152	53.18	25.84	$U=3720.000$ $p=0.991$
	İçiyor	49	52.89	30.22	
Genel Sağlık Algısı	Çok kötü	14	39.88	27.19	$x^2_{KW}=12.009$ $p=0.007$
	Kötü	33	42.42	26.55	
	Orta	117	56.34	25.44	
	İyi	37	57.43	28.52	

Cinsiyete, medeni duruma, eğitim düzeyine, gelir durumuna, mesleğe ve sigara kullanma durumuna göre endişe puan ortalaması istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0.05$).

Tedavi türüne göre endişe puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Yapılan ileri analizde (U) ilaçla birlikte alternatif tedavi kullananlar ile hepsini birlikte kullananların puan ortalamaları sadece ilaç tedavisi, sadece diyet tedavisi, sadece alternatif tedavi ve diyetle birlikte ilaç kullananlardan daha düşüktür.

Yakınma sıklığına göre endişe puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Yapılan ileri analizde (U) diyetle-ilaça bağlı olarak değişiyor diyenlerin puan ortalaması 1-2 gün diyenlerden düşüktür. Her gün diyenlerin puan ortalaması 1-2 gün, iki günden fazla bir haftadan az ve bir hafta diyenlerden düşüktür.

Genel sağlık algısına göre endişe puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Yapılan ileri analizde (U) genel sağlık algısı çok kötü ve kötü olan bireylerin endişe puan ortalaması orta ve iyi olanlardan düşüktür (Tablo 4.8).

Tablo 4.9. Hastaların Özelliklerine Göre Yiyeceklerden Kaçınma Alt Boyut Puanları (n=201)

		n	Ort.	SS	Önemlilik
Cinsiyet	Kadın	130	46.03	24.12	U=3906.000
	Erkek	71	40.02	23.85	p=0.071
Medeni Durum	Evli	127	43.83	23.95	U=4598.500
	Bekâr	74	44.03	24.62	p=0.799
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	38	48.25	25.35	$x^2_{KW}=3.495$ p=0.624
	Okuryazar	19	39.91	19.16	
	İlkokul	55	43.03	23.88	
	Ortaokul	13	42.31	20.54	
	Lise	25	39.67	29.10	
	Üniversite ve üzeri	51	45.59	23.77	
Gelir Durumu	Geliri fazla	5	16.67	15.59	$x^2_{KW}=23.059$ p=0.000
	Geliri giderine eşit	143	48.95	23.23	
	Geliri az	53	32.86	21.95	
Meslek	Memur	8	61.46	23.12	$x^2_{KW}=9.170$ p=0.164
	İşçi	13	43.59	24.57	
	Serbest meslek	30	35.28	20.84	
	Emekli	2	45.83	17.68	
	İşsiz	58	42.24	25.31	
	Ev hanımı	84	45.83	23.52	
	Diğer	6	52.78	30.12	
Tedavi Türü	Sadece ilaç	105	48.81	24.42	$x^2_{KW}=13.971$ p=0.030
	Sadece diyet	17	47.55	22.59	
	Sadece alternatif yöntem	5	43.33	23.12	
	Diyetle birlikte ilaç	38	35.53	21.89	
	Diyetle birlikte alternatif yöntem	3	44.44	38.49	
	İlaçla birlikte alternatif yöntem	16	39.06	26.48	
	Hepsi birlikte	17	33.33	18.16	

Tablo 4.9. (Devamı)

		n	Ort.	SS	Önemlilik
Yakınma Sıklığı	Bir günden az	2	50.00	11.79	$x^2_{KW}=13.355$ $p=0.007$
	1-2 gün	60	49.58	22.04	
	İki günden fazla bir haftadan az	40	42.50	21.58	
	Bir hafta	22	53.41	28.25	
	Bir haftadan fazla iki haftadan az	16	35.42	22.05	
	Diyete-ilaca bağlı olarak değişiyor	17	25.98	15.28	
	Her gün	41	41.87	27.16	
	Bilmiyorum	3	50.00	25.00	
Sigara Kullanma	İçmiyor	152	45.50	23.72	U=3139.500
	İçiyor	49	38.95	24.96	p=0.097
Genel Sağlık Algısı	Çok kötü	14	21.43	17.21	$x^2_{KW}=13.772$ $p=0.003$
	Kötü	33	42.68	24.00	
	Orta	117	45.94	22.79	
	İyi	37	47.07	26.88	

Cinsiyete, medeni duruma, eğitim düzeyine, mesleğe ve sigara kullanma durumuna göre yiyeceklerden kaçınma puan ortalaması istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0.05$).

Gelir durumuna göre yiyeceklerden kaçınma puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Yapılan ileri analizde (U) geliri az ve fazla olanların, geliri giderine eşit olanlardan düşük puana sahip oldukları belirlenmiştir.

Tedavi türüne göre yiyeceklerden kaçınma puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Yapılan ileri analizde (U) diyetle birlikte ilaç ve hepsini birlikte kullananların puan ortalamaları, sadece ilaç tedavisi kullananlardan daha düşüktür.

Yakınma sıklığına göre yiyeceklerden kaçınma puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Yapılan ileri analizde (U) diyete-ilaca bağlı olarak değişiyor diyenlerin puan ortalaması, bir günden az, 1-2 gün, iki günden fazla bir haftadan az ve bir hafta diyenlerden düşüktür. Bir haftadan fazla iki haftadan az diyenlerin puan ortalaması 1-2 gün ve bir hafta diyenlerden düşüktür.

Genel sağlık algısına göre yiyeceklerden kaçınma puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$). Yapılan ileri analizde (U) genel sağlık algısı çok kötü olan bireylerin yiyeceklerden kaçınma puan ortalaması, kötü, orta ve iyi olanlardan düşüktür (Tablo 4.9).

Tablo 4.10. Hastaların Özelliklerine Göre Sosyal Tepki Alt Boyut Puanları (n=201)

		n	Ort.	SS	Önemlilik
Cinsiyet	Kadın	130	69.76	22.83	U=4543.500
	Erkek	71	69.54	22.97	p=0.855
Medeni Durum	Evli	127	67.08	23.67	U=3873.500
	Bekâr	74	74.16	20.70	p= 0.037
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	38	65.13	21.73	$\chi^2_{KW}=9.739$ p=0.083
	Okuryazar	19	58.55	27.89	
	İlkokul	55	71.70	22.30	
	Ortaokul	13	65.38	29.93	
	Lise	25	69.50	20.12	
	Üniversite ve üzeri	51	76.23	19.80	
Gelir Durumu	Geliri fazla	5	73.75	14.25	$\chi^2_{KW}=9.199$
	Geliri giderine eşit	143	72.95	20.69	p= 0.010
	Geliri az	53	60.50	26.51	
Meslek	Memur	8	79.69	15.93	$\chi^2_{KW}=3.711$ p=0.716
	İşçi	13	72.12	23.47	
	Serbest meslek	30	66.46	24.37	
	Emekli	2	75.00	26.52	
	İşsiz	58	73.71	21.10	
	Ev hanımı	84	67.11	23.73	
	Diğer	6	62.50	23.39	
Tedavi Türü	Sadece ilaç	105	70.12	23.78	$\chi^2_{KW}=5.208$ p=0.518
	Sadece diyet	17	71.69	20.62	
	Sadece alternatif yöntem	5	73.75	16.18	
	Diyetle birlikte ilaç	38	72.53	23.90	
	Diyetle birlikte alternatif yöntem	3	58.33	29.54	
	İlaçla birlikte alternatif yöntem	16	62.89	17.89	
	Hepsi birlikte	17	65.81	22.33	

Tablo 4.10. (Devamı)

		n	Ort.	SS	Önemlilik
Yakınma Sıklığı	Bir günden az	2	56.25	8.84	$\chi^2_{kw}=16.146$ p=0.024
	1-2 gün	60	76.15	21.64	
	İki günden fazla bir haftadan az	40	71.88	18.78	
	Bir hafta	22	71.31	23.67	
	Bir haftadan fazla iki haftadan az	16	63.28	20.78	
	Diyete-ilaca bağlı olarak değişiyor	17	68.38	22.48	
	Her gün	41	60.06	26.55	
	Bilmiyorum	3	81.25	10.83	
Sigara Kullanma	İçmiyor	152	70.52	22.59	U=3366.000
	İçiyor	49	67.09	23.59	p=0.310
Genel Sağlık Algısı	Çok kötü	14	51.79	28.00	$\chi^2_{kw}=16.335$ p=0.001
	Kötü	33	61.36	19.98	
	Orta	117	72.70	22.30	
	İyi	37	74.32	20.35	

Cinsiyete, eğitim düzeyine, mesleğe, tedavi türüne ve sigara kullanma durumuna göre sosyal tepki puan ortalaması istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0.05$).

Medeni duruma göre sosyal tepki puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Evlilerin puan ortalaması daha düşüktür.

Gelir durumuna göre sosyal tepki puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Yapılan ileri analizde (U) geliri az olanların eşit ve fazla olanlardan düşük puana sahip oldukları belirlenmiştir.

Yakınma sıklığına göre sosyal tepki puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Yapılan ileri analizde (U) her gün diyenlerin puan ortalaması 1-2 gün ve iki günden fazla bir haftadan az diyenlerden düşüktür.

Genel sağlık algısına göre sosyal tepki puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Yapılan ileri analizde (U) genel sağlık algısı çok kötü ve kötü olan bireylerin sosyal tepki puan ortalaması orta ve iyi olanlardan düşüktür (Tablo 4.10).

Tablo 4.11. Hastaların Özelliklerine Göre Seksüel Alt Boyut Puanları (n=201)

		n	Ort.	SS	Önemlilik
Cinsiyet	Kadın	130	88.85	24.47	U=4423.500 p=0.528
	Erkek	71	86.27	26.32	
Medeni Durum	Evli	127	81.50	29.54	U=3045.000 p= 0.000
	Bekâr	74	98.99	4.96	
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	38	89.80	22.67	$x^2_{KW}=20.063$ p= 0.001
	Okuryazar	19	69.74	36.16	
	İlkokul	55	82.50	29.42	
	Ortaokul	13	86.54	27.70	
	Lise	25	93.00	21.37	
	Üniversite ve üzeri	51	97.06	8.51	
Gelir Durumu	Geliri fazla	5	100	0.00	$x^2_{KW}=7.582$ p= 0.023
	Geliri giderine eşit	143	90.65	21.47	
	Geliri az	53	79.48	32.53	
Meslek	Memur	8	87.50	14.94	$x^2_{KW}=14.978$ p= 0.020
	İşçi	13	91.35	16.44	
	Serbest meslek	30	83.33	29.42	
	Emekli	2	50.00	70.71	
	İşsiz	58	96.34	14.05	
	Ev hanımı	84	83.93	28.75	
	Diğer	6	91.67	20.41	
Tedavi Türü	Sadece ilaç	105	90.71	22.74	$x^2_{KW}=9.843$ p=0.131
	Sadece diyet	17	77.94	31.42	
	Sadece alternatif yöntem	5	90.00	22.36	
	Diyetle birlikte ilaç	38	88.49	27.01	
	Diyetle birlikte alternatif yöntem	3	100	0.00	
	İlaçla birlikte alternatif yöntem	16	76.56	33.19	
	Hepsi birlikte	17	87.50	19.26	
Yakınma Sıklığı	Bir günden az	2	81.25	26.52	$x^2_{KW}=12.815$ p=0.077
	1-2 gün	60	90.83	20.05	
	İki günden fazla bir haftadan az	40	92.50	19.77	
	Bir hafta	22	96.59	9.59	
	Bir haftadan fazla iki haftadan az	16	91.41	18.10	
	Diyete-ilaca bağlı olarak değişiyor	17	77.21	34.86	
	Her gün	41	77.13	35.23	
	Bilmiyorum	3	100	0.00	
Sigara Kullanma	İçmiyor	152	90.05	22.99	U=3146.500 p= 0.034
	İçiyor	49	81.38	30.10	
Genel Sağlık Algısı	Çok kötü	14	83.04	32.00	$x^2_{KW}=0.738$ p=0.864
	Kötü	33	87.50	27.78	
	Orta	117	89.74	21.81	
	İyi	37	84.46	29.67	

Cinsiyete, tedavi türüne, yakınma sıklığına ve genel sağlık algısına göre seksüel puan ortalaması istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0.05$).

Medeni duruma göre seksüel puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Evlilerin puan ortalaması daha düşüktür.

Eğitim düzeyine göre seksüel puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Yapılan ileri analizde (U) okuryazar ve ilkokul eğitimi almış bireylerin puan ortalamaları, üniversite ve üzeri eğitim alanlardan düşük olduğu belirlenmiştir. Okuryazar ve ilkokul eğitimi almış bireylerin puan ortalaması lise eğitimi alanlardan düşüktür. Okuryazarların puan ortalaması okuryazar olmayanlardan düşüktür.

Gelir durumuna göre seksüel puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Yapılan ileri analizde (U) geliri az olanların, geliri giderine eşit olanlardan düşük puana sahip oldukları belirlenmiştir.

Mesleğe göre seksüel puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Yapılan ileri analizde (U) memur, işçi, serbest meslek ve ev hanımlarının puan ortalamasının işsizlerden düşük olduğu belirlenmiştir.

Sigara kullanma durumuna göre seksüel puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Sigara kullanmayanların puan ortalaması daha yüksektir (Tablo 4.11).

Tablo 4.12. Hastaların Özelliklerine Göre Sosyal İlişki Alt Boyut Puanları (n=201)

		n	Ort.	SS	Önemlilik
Cinsiyet	Kadın	130	70.19	25.07	U=4507.000
	Erkek	71	67.96	27.73	p=0.783
Medeni Durum	Evli	127	66.14	28.42	U=4011.000
	Bekâr	74	75.00	20.18	p=0.081
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	38	65.35	28.58	$\chi^2_{KW}=6.828$ p=0.234
	Okuryazar	19	59.21	28.18	
	İlkokul	55	68.03	28.95	
	Ortaokul	13	67.95	31.70	
	Lise	25	70.33	23.08	
	Üniversite ve üzeri	51	77.61	16.96	

Tablo 4.12. (Devamı)

		n	Ort.	SS	Önemlilik
Gelir Durumu	Geliri fazla	5	83.33	15.59	$x^2_{KW}=20.427$ p=0.000
	Geliri giderine eşit	143	74.59	22.23	
	Geliri az	53	54.09	29.98	
Meslek	Memur	8	79.17	9.96	$x^2_{KW}=3.711$ p=0.716
	İşçi	13	64.10	30.31	
	Serbest meslek	30	66.94	28.66	
	Emekli	2	75.00	11.79	
	İşsiz	58	74.14	20.69	
	Ev hanımı	84	66.27	28.25	
	Diğer	6	76.39	31.81	
Tedavi Türü	Sadece ilaç	105	70.16	26.32	$x^2_{KW}=2.496$ p=0.869
	Sadece diyet	17	66.67	26.19	
	Sadece alternatif yöntem	5	70.00	19.18	
	Diyetle birlikte ilaç	38	69.52	28.43	
	Diyetle birlikte alternatif yöntem	3	52.78	26.79	
	İlaçla birlikte alternatif yöntem	16	64.06	30.84	
	Hepsi birlikte	17	75.00	13.82	
Yakınma Sıklığı	Bir günden az	2	50.00	.00	$x^2_{KW}=8.044$ p=0.329
	1-2 gün	60	73.47	23.59	
	İki günden fazla bir haftadan az	40	69.17	26.37	
	Bir hafta	22	73.48	26.56	
	Bir haftadan fazla iki haftadan az	16	68.75	25.18	
	Diyete-ilaca bağlı olarak değişiyor	17	67.16	28.48	
	Her gün	41	62.40	28.39	
Bilmiyorum	3	86.11	17.35		
Sigara Kullanma	İçmiyor	152	70.83	24.49	U=3404.500 p=0.363
	İçiyor	49	64.97	30.05	
Genel Sağlık Algısı	Çok kötü	14	45.83	36.94	$x^2_{KW}=16.276$ p=0.001
	Kötü	33	60.61	23.96	
	Orta	117	72.01	24.28	
	İyi	37	77.93	21.63	

Cinsiyete, medeni duruma, eğitim düzeyine, mesleğe, tedavi türüne, yakınma durumu ve sigara kullanma durumuna göre sosyal ilişki puan ortalaması istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0.05$).

Gelir durumuna göre sosyal ilişki puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Yapılan ileri analizde (U) geliri az olanların geliri giderine eşit ve fazla olanlardan düşük puana sahip oldukları belirlenmiştir.

Genel sağlık algısına göre sosyal ilişki puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Yapılan ileri analizde (U) genel sağlık algısı çok kötü ve kötü olan bireylerin sosyal ilişki puan ortalaması orta ve iyi olanlardan düşüktür (Tablo 4.12).

Tablo 4.13. Hastaların Yaş ve ocuk Sayısı ile lek Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		Yaş	ocuk
Disfori	r	-0.164	-0.214
	p	0.020	0.002
Aktivite	r	-0.124	-0.169
	p	0.078	0.016
Beden imgesi	r	-0.120	-0.152
	p	0.089	0.031
Sağlık endişesi	r	-0.083	-0.099
	p	0.241	0.164
Yiyeceklerden kaçınma	r	-0.081	-0.052
	p	0.251	0.459
Sosyal tepki	r	-0.145	-0.135
	p	0.040	0.055
Seksüel	r	-0.192	-0.226
	p	0.006	0.001
Sosyal ilişki	r	-0.129	-0.171
	p	0.069	0.015
Toplam puan	r	-0.159	-0.194
	p	0.025	0.006

Tablo 4.13’de görüldüğü gibi yaş ile disfori, sosyal tepki, seksüel ve ölçek toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü, düşük düzeyli ilişki vardır ($p<0.05$). Yaş arttıka, disfori, sosyal tepki, seksüel ve ölçek toplam puanı düŐmektedir. ocuk sayısı ile disfori, aktivite, beden imgesi, seksüel, sosyal ilişki ve ölçek toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü, düşük düzeyli ilişki vardır ($p<0.05$). ocuk sayısı arttıka disfori, aktivite, beden imgesi, seksüel, sosyal ilişki ve ölçek toplam puanı düŐmektedir (Tablo 4.13).

5. TARTIŞMA

İBS'li hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan araştırma bulguları, ilgili literatür bilgileri ışığında tartışılmıştır.

İBS yaşam kalitesi ölçeğinde (İBS QOL) yaşam kalitesi toplam ve alt boyut puanları 0-100 arasında değişmekte olup puanların azalması bireylerin hastalıkla ilişkili yaşam kalitesindeki düşmeyi göstermektedir.¹²⁶ Çalışmamızda yaşam kalitesi puan ortalaması 61.34 bulunmuş olup hastaların yaşam kalitesinin ortalamanın biraz üstünde olduğu tespit edildi. Aynı ölçeğin kullanıldığı Polonya, Mısır, Meksika ve Çin'deki İBS hastaları ile yapılan bir çalışmada yaşam kalitesinin puan ortalamaları; Polonya'da 51.0, Mısır'da 48.9, Meksika'da 51.9 ve Çin'de 76.4 olduğu bulunmuştur. Bu çalışma sonuçlarına göre bu dört ülkenin yaşam kalitesi toplam puanı 56.4 olduğu ve en yüksek yaşam kalitesine sahip olan hastalar Çin'de iken en düşük yaşam kalitesine sahip hastaların Mısır'da olduğu görülmüştür.¹²⁷ Ülkemizde aynı ölçeğin kullanıldığı Yastıbaş'ın³⁹ çalışmasında hastaların yaşam kalitesi bizim hastalardan biraz yüksek (69.4), Akehurst ve ark.'nın¹²⁸ çalışmasında yüksek (71.6), Pare¹²³ çalışmasında biraz yüksek (66.3), Sherwin ve ark.'nın¹²⁹ çalışmasında yakın (63.3), ve Kopczyńska ve ark.'nın⁴⁰ çalışmasında aynı (61.6) olduğu bulunmuştur. Farklı yaşam kalitesi ölçeğinin kullanıldığı Park ve ark.'nın¹³⁰ çalışmasında 74.2 ve Gucht¹³¹ çalışmasında 61.02 olduğu bulunmuştur. İBS hastalarının yaşam kalitesinin düşük olduğu belirtilmiştir.^{24, 28,}

33, 34, 37, 38, 44, 128, 132-140

Çalışmamızda disfori 60.3, aktivite 56.4, beden imgesi 63.7, sağlık endişesi 53.1, yiyeceklerden kaçınma 43.9, sosyal tepki 69.7, seksüalite 87.9 ve sosyal ilişki 69.4 olarak bulundu. Çalışmamızda en çok etkilenen alanın yiyeceklerden kaçınma olduğu bulundu. Yapılan birkaç çalışmada benzer şekilde, İBS'de en çok etkilenen alanın yiyeceklerden kaçınma olduğu belirtilmiştir.^{39, 123, 138, 141} Çin, Polonya, Mısır ve

Meksika'daki İBS hastaları ile yapılan bir çalışmada bizim hastalarımızla benzer şekilde daha fazla yiyeceklerden kaçındıkları (43.7), bizim hastalarımıza göre aktivitenin daha az (54.4), beden imgesinin daha bozuk (58.8), sağlık endişesinin (51.8) ve sosyal tepkinin daha fazla (63.9), seksüalite (71.0), disfori (53.0) ve sosyal ilişkinin (63.8) daha kötü olduğu bulunmuştur.¹²⁷ İBS hastalarında yapılan bir çalışmada bizim hastalarımızla benzer şekilde daha fazla yiyeceklerden kaçındıkları (44.2), bizim hastalarımıza göre beden imgesinin daha bozuk (59.7), sosyal tepkinin daha fazla (67.5), disfori (59.6) ve seksüalitenin (76.4) daha kötü, aktivitenin daha fazla (61.8), sosyal ilişkinin daha iyi (71.7) ve sağlık endişesinin (58.2) daha az olduğu bulunmuştur.⁴⁰ İBS hastalarının % 60 - % 70'inde yemeklerden sonra semptomların arttığı belirtilmiştir.⁸² Bu bağlamda İBS hastalarının şikâyetlerini arttıran yiyeceklerden kaçınmak zorunda kaldıkları ve buna bağlı olarak bu alandan daha fazla etkilendikleri söylenebilir.

Çalışmamızda yaşam kalitesi alt boyutlarından en az etkilenenin cinsel yaşantı olduğu bulundu. Yapılan birkaç çalışmada benzer şekilde, yaşam kalitesi alt boyutlarından en az etkilenenin cinsel yaşantı olduğu belirtilmiştir.^{40, 127, 130, 138}

Çalışmamızda hastaların aktivite, sosyal ve duygusal durumlarına baktığımızda aktivite durumlarının fiziksel ve sosyal alanlara göre daha düşük olduğu bulundu. Alhan³³ çalışmasında İBS'nin fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlığı olumsuz yönde etkilediğini belirtmiştir. İBS hastaları ile yapılan birkaç çalışmada İBS'nin fiziksel fonksiyon dışındaki bütün yaşam kalitesi alanlarını olumsuz etkilediği belirtilmiştir.^{34,}
¹⁴² Özgen¹³⁵ çalışmasında İBS hastalarının yaşam kalitesinin fizyolojik alt boyutunun düşük, sosyal alan boyutunun ise yüksek olduğunu bulmuştur.

Çalışmamızda cinsiyetin yaşam kalitesini etkilemediği bulundu. İBS hastalarında yapılan çalışmalarda kadınların yaşam kalitesinin erkeklere oranla daha düşük olduğu

bulunmuştur.^{40, 143-146} Kadın hastaların beden imgesinin önemli bir şekilde bozulduğu tespit edildi. Yapılan bir çalışmada benzer şekilde kadınların beden imgesinin önemli bir şekilde bozulduğu bulunmuştur.¹⁴⁷ Beden imgesinin gelişmesinde biyolojik ve psikolojik faktörlerin etkili olduğu¹⁴⁸ ve fiziksel görünümün kadınsılığın temel özelliği olarak görüldüğü bildirilmiştir.¹⁴⁹ Bu kapsamda kadın hastaların hastalığa bağlı yaşadıkları fiziksel ve psikolojik sıkıntılardan dolayı beden imgesinin bozulduğu düşünülebilir. Cinsiyetin duygusal durum (disfori), aktivite, sağlık endişesi, sosyal tepki, sosyal ilişki, yiyeceklerden kaçınma ve cinsel yaşantıyı etkilemediği bulundu. Çalışmamızın aksine cinsiyetin emosyonel durumu etkilediği rapor edilmiştir.³⁸ Başka bir çalışmada kadınların erkeklere oranla yiyeceklerden daha fazla kaçındığı bildirilmiştir.¹⁴¹ Yapılan çalışmalarda erkeklerde ve kadınlarda yaşam kalitesi skorlarının benzer olduğu ancak kadınların yiyeceklerden daha fazla kaçındığı ve daha fazla sosyal tepki gösterdikleri bulunmuştur.^{130, 150} İBS hastalarında cinsiyetin cinsel yaşantıyı etkilemediği bulunmuştur.³⁸ Çalışmamızın aksine yapılan bir çalışmada kadınların erkeklere oranla daha fazla sosyal tepki gösterdikleri bildirilmiştir.¹⁴¹ Benzer şekilde yapılan bir çalışmada cinsiyet durumunun İBS hastalarında aktiviteyi etkilemediği bulunmuştur.³⁸

Çalışmamızda bekâr hastaların yaşam kalitesinin önemli bir şekilde iyi olduğu bulundu. Çalışmamızın aksine yapılan çalışmalarda medeni durumun yaşam kalitesini etkilemediği bulunmuştur.^{38, 141} Evli hastaların beden imgesinin bozulduğu, daha fazla sosyal tepki gösterdikleri, duygusal durumlarının ve cinsel yaşantılarının önemli bir şekilde kötü olduğu tespit edildi. Çalışmamızın aksine yapılan başka bir çalışmada hastaların medeni durumunun emosyonel durumu etkilemediği bulunmuştur.³⁸ Medeni durumun aktivite, sağlık endişesi, sosyal ilişki, yiyeceklerden kaçınmayı etkilemediği bulundu. Yapılan bir çalışmada medeni durumun aktiviteyi etkilemediği bulunmuştur.³⁸

Çalışmamızda eğitim düzeyinin yaşam kalitesini etkilemediği bulundu. Yapılan birkaç çalışmada eğitim düzeyinin yaşam kalitesini etkilemediği belirtilmiştir.^{38, 141} Mısırdaki yapılan bir çalışma da düşük eğitim düzeyine sahip olan hastaların yaşam kalitesinin düşük olduğu bulunmuştur.¹³⁸ Eğitim düzeyi düşük olan hastaların beden imgesinin bozulduğu ve cinsel yaşantılarının daha kötü olduğu bulundu. Çalışmamızda eğitim düzeyinin aktivite, sağlık endişesi, sosyal ilişki, yiyeceklerden kaçınmayı etkilemediği bulundu. Yapılan bir çalışmada eğitim düzeyinin aktiviteyi etkilemediği belirtilmiştir.³⁸

Geliri az olan hastaların yaşam kalitesinin geliri giderine eşit olanlardan önemli bir şekilde düşük olduğu bulundu. Yapılan benzer bir çalışmada sosyoekonomik durumu düşük olan İBS hastalarının yaşam kalitesinin de düşük olduğu bulunmuştur.¹³⁸ Yastıbaş³⁹ çalışmasında düşük gelir düzeyine sahip olmanın yaşam kalitesini bozan bir risk faktörü olduğunu belirtmiştir. Ayrıca literatürde İBS'nin düşük sosyoekonomik gruplarda daha yaygın olduğu belirtilmektedir.⁵³ Çalışmamızın aksine gelir düzeyinin ele alındığı diğer çalışmalarda gelir durumunun yaşam kalitesini etkilemediği bulunmuştur.^{38, 141, 151} Çalışmamızda geliri az olan hastaların aktivitelerinin azaldığı, beden imgesinin bozulduğu, daha fazla sosyal tepki gösterdikleri, sosyal ilişkilerinin bozuk olduğu, duygusal durumlarının ve cinsel yaşantılarının önemli bir şekilde kötü olduğu bulundu. Geliri az ve fazla olan hastaların yiyeceklerden daha fazla kaçındığı bulundu. Yapılan bir araştırmada İBS hastalarının gelir durumlarının aktiviteyi, sosyalleşmeyi ve cinsel yaşantıyı etkilemediği belirtilmiştir.³⁸

Çalışmamızda mesleğin yaşam kalitesini etkilemediği bulundu. Yapılan birkaç çalışmada meslek durumunun yaşam kalitesini etkilemediği belirtilmiştir.^{38, 141} Ev hanımlarının beden imgesinin önemli bir şekilde bozulduğu tespit edildi. Memur, işçi,

serbest meslek ve ev hanımlarının cinsel yaşantılarının önemli bir şekilde kötü olduğu bulundu.

İlaçla birlikte alternatif tedavi kullanan hastaların yaşam kalitesinin önemli bir şekilde düşük olduğu bulundu. Yapılan bir çalışmada ilaç tedavisinin, İBS hastalarının yaşam kalitesinde fayda sağladığı belirtilmiştir.¹⁵² Çalışmamızda ilaçla birlikte alternatif tedavi ve hepsini birlikte kullanan hastaların duygusal durumlarının önemli bir şekilde kötü olduğu ve sağlıkları konusunda daha fazla endişe yaşadıkları bulundu. İlaçla birlikte alternatif tedavi kullanan hastaların aktivitelerinin önemli bir şekilde düşük olduğu tespit edildi. Tedavide diyetle birlikte ilaç ve hepsini birlikte kullanan hastaların yiyeceklerden daha fazla kaçındığı tespit edildi. Yastıbaş³⁹ tarafından İBS hastaları ile yapılan bir çalışmada hastaların zayıf bir hastalık kimliğine sahip oldukları, bunun yanında hastaların kullandıkları tedavi yöntemlerine göre iyileşme beklentilerinin farklılık gösterdiği bulunmuştur. Yapılan bir araştırmada özellikle diyet tedavisi uygulandıktan sonra hastaların şikâyetlerinde azalma gözlemlendiği belirtilmiştir.¹⁵³ Çalışmamızda tedavi türünün sosyal ilişki ve sosyal tepkiyi etkilemediği bulundu.

Yakınması diyetle-ilaca bağlı olarak değişen ve her gün yakınması olan hastaların yaşam kalitesinin önemli bir şekilde düşük olduğu bulundu. Yapılan bir çalışmada İBS hastalarında hastalığa bağlı semptomların yaşam kalitesini olumsuz etkilediğine vurgu yapılmıştır.¹²³ İBS’de yüksek semptom yükünün düşük yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu bildirilmiştir.⁸⁶ Sugawara¹⁵⁴ çalışmasında semptom yükünün fiziksel ve zihinsel sağlığı etkilediğini bildirmiştir. Yapılan başka bir çalışmada gastrointestinal sistem semptomlarının yaşam kalitesi üzerinde derin etkilerinin olduğu ve yaşam kalitesinde azalmanın semptom şiddetine bağlı olduğu bildirilmiştir.³² Çalışmamızda yakınması diyetle-ilaca bağlı olarak değişen ve her gün yakınması olan hastaların duygusal durumlarının önemli bir şekilde kötü olduğu tespit edildi. Bu sonucun ortaya çıkmasının

temelinde hastaların yakınma sıklıklarının fazla olması ve kendilerini mutsuz hissetmelerinden kaynaklandığı düşünülebilir. Yakınması diyete-ilaca bağlı olarak değişen ve her gün yakınması olan hastaların sağlıkları konusunda daha fazla endişe yaşadıkları tespit edildi. Her gün yakınması olan hastaların daha fazla sosyal tepki gösterdikleri tespit edildi. Bu sonucun ortaya çıkmasında her gün yakınması olan İBS hastalarının diğer insanlarla ilişki kurmada sıkıntı yaşamalarından kaynaklandığı düşünülebilir. Yakınması diyete-ilaca bağlı olarak değişen ve yakınması bir haftadan fazla iki haftadan az olan hastaların yiyeceklerden daha fazla kaçındığı tespit edildi.

Çalışmamızda sigara kullanmanın yaşam kalitesini etkilemediği bulundu. Yapılan çalışmalarda sigara kullanmanın İBS'yi etkilemediği bulunmuştur.^{138, 155} Sigara kullanan hastaların cinsel yaşantılarının önemli bir şekilde kötü olduğu tespit edildi. Sigaranın erkeklerde ereksiyonda azalmaya yol açtığı ve sigara içen kadınlarda içmeyenlere oranla cinsel fonksiyon bozukluğunun daha sık görüldüğü bildirilmiştir.¹⁵⁶ Bu sonuç doğrultusunda sigara kullanımının cinsel hayatı önemli bir şekilde etkilediği ve buna bağlı olarak cinsel yaşantılarının kötü olduğu düşünülebilir.

Genel sağlık algısı çok kötü olan hastaların yaşam kalitesinin önemli bir şekilde düşük olduğu bulundu. Yapılan bir çalışmada olumsuz hastalık algısının yaşam kalitesinde düşmeye sebep olduğu rapor edilmiştir.³⁹ Pare¹²³ tarafından yapılan araştırmada İBS'ye bağlı şikâyetlerin genel sağlık algısını olumsuz etkilediği bulunmuştur. Çalışmamızda sağlık algısı çok kötü olan hastaların duygusal durumlarının kötü olduğu, daha fazla sosyal tepki gösterdikleri, aktivitelerinin düşük olduğu, yiyeceklerden daha fazla kaçındıkları, beden imgesinin bozulduğu, sağlıkları konusunda daha fazla endişe yaşadıkları ve sosyal ilişkilerinin önemli bir şekilde bozuk olduğu tespit edildi.

Çalışmamızda yaş arttıkça yaşam kalitesinin düştüğü, sosyal tepkinin arttığı, duygusal durumun ve cinsel yaşantının kötüleştiği bulundu. Çalışmamızın aksine Parlar³⁸ çalışmasında yaş ile yaşam kalitesi ve alt boyutları arasında ilişki olmadığını belirtmiştir.

Çocuk sayısı arttıkça duygusal durumun kötüleştiği, aktivitenin azaldığı, cinsel yaşantının kötüleştiği, beden imgesi ve sosyal ilişkinin bozulduğu tespit edildi.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

İBS'li hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan araştırma sonuçları aşağıda verilmiştir.

Hastaların toplam yaşam kalitesi puanının 61.34 olduğu ve ortalamanın biraz üstüne olduğu tespit edildi. Disfori 60.29, aktivite 56.36, beden imgesi 63.71, sağlık endişesi 53.11, yiyeceklerden kaçınma 43.91, sosyal tepki 69.68, seksüalite 87.94 ve sosyal ilişki 69.40 olarak bulundu. Alt boyutlardan en çok etkilenen yiyeceklerden kaçınma iken en az etkilenenin cinsel yaşantı olduğu tespit edildi.

- Evli, geliri az, tedavisinde ilaçla birlikte alternatif yöntem kullanan, genel sağlık algısı kötü olan, yakınması diyetle-ilaça bağlı olarak değişen ve her gün yakınması olan hastaların yaşam kalitesinin önemli bir şekilde düşük olduğu,
- Evli, geliri az, genel sağlık algısı kötü, tedavide ilaçla birlikte alternatif yöntem ve hepsini birlikte kullanan, yakınması diyetle-ilaça bağlı olarak değişen ve her gün yakınması olan hastaların duygusal durumlarının daha kötü olduğu,
- Evli, geliri az, her gün yakınması ve genel sağlık algısı kötü olan hastaların daha fazla sosyal tepki gösterdikleri,
- Sigara içen, evli, eğitim düzeyi düşük, geliri az, memur, işçi, serbest meslek ve ev hanımı olan hastaların cinsel yaşantılarının daha kötü olduğu,
- Geliri az, tedavide ilaçla birlikte alternatif yöntem kullanan ve genel sağlık algısı çok kötü olan hastaların aktivitelerinin önemli bir şekilde düşük olduğu,
- Genel sağlık algısı çok kötü, geliri az ve fazla olan, tedavide diyetle birlikte ilaç ve hepsini birlikte kullanan, yakınması bir haftadan fazla iki haftadan az

ve diyetle-ilaca bağlı olarak değişen hastaların yiyeceklerden daha fazla kaçındığı,

- Geliri az ve genel sağlık algısı kötü olan hastaların sosyal ilişkilerinin önemli bir şekilde bozuk olduğu,
- Kadın, evli, eğitim düzeyi düşük, geliri az, ev hanımı ve genel sağlık algısı kötü olan hastaların beden imgesinin önemli bir şekilde bozulduğu,
- Genel sağlık algısı kötü, tedavide ilaçla birlikte alternatif yöntem ve hepsini birlikte kullanan, yakınması diyetle-ilaca bağlı olarak değişen ve her gün yakınması olan hastaların sağlıkları konusunda daha fazla endişe yaşadıkları tespit edildi.

Yaş ve çocuk sayısı artıkça yaşam kalitesinin azaldığı bulundu. Yaş artıkça sosyal tepkinin arttığı, duygusal durumun ve cinsel yaşantının kötüleştiği bulundu. Çocuk sayısı artıkça duygusal durumun kötüleştiği, aktivitenin azaldığı, cinsel yaşantının kötüleştiği, beden imgesi ve sosyal ilişkinin bozulduğu tespit edildi.

Cinsiyet, eğitim, meslek ve sigara kullanma durumunun yaşam kalitesini etkilemediği bulundu.

Bu sonuçlar doğrutusunda;

- İBS hastalarının yaşam kalitesini arttırmaya yönelik hemşirelik girişimlerinin planlanarak uygulanması önerilmektedir.
- İBS hastalarının yaşam kalitesini arttırmaya yönelik yapılacak hemşirelik girişimlerinde özellikle evli, geliri az olan, şikâyetleri diyetle ve ilaca bağlı olarak değişen ve her gün süren, ilaçla birlikte alternatif yöntem kullanan ve genel sağlık algısı kötü olan hastalara daha fazla önem verilmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Rodiño-Janeiro BK, Vicario M, Alonso-Cotoner C, Pascua-García R, Santos J. A Review of Microbiota and Irritable Bowel Syndrome: Future in Therapies. *Advances in Therapy*, 2018: 1-22.
2. Henström M, D'Amato M. Genetics of irritable bowel syndrome. *Molecular and Cellular Pediatrics*, 2016, 3: 1-7.
3. Adeniyi OF, Lesi OA, Olatona FA, Esezobor CI, Ikobah JM. Irritable bowel syndrome in adolescents in Lagos. *The Pan African Medical Journal*, 2017, 28(1): 163.
4. Akyüz F. İrritabl Bağırsak Sendromu. *Güncel Gastroenteroloji Dergisi*, 2016, 20/4: 415-420.
5. Weaver KR, Sherwin LB, Walitt B, Melkus GDE, Henderson WA. Neuroimaging the brain-gut axis in patients with irritable bowel syndrome. *World Journal of Gastrointestinal Pharmacology and Therapeutics*, 2016, 7: 320.
6. Håkanson C. Everyday life, healthcare, and self-care management among people with irritable bowel syndrome: An integrative review of qualitative research. *Gastroenterology Nursing*, 2014, 37: 217-225.
7. Lacy BE. Role of the microbiome in disease: implications for treatment of irritable bowel syndrome. *Journal of Family Practice*, 2017, 66: 40-45.
8. Özden A, Köksal AŞ, Oğuz D, Çiçek B, Yılmaz U, Dağlı Ü, Parlak E, Bahar K, Şahin B, Özler J. Türkiye’de birinci basamak sağlık kurumlarında iritabl barsak sendromu görülme sıklığı The frequency of irritable bowel syndrome in primary care centers of Turkey. *Akademik Gastroenteroloji Dergisi*, 2006, 5: 4-15.
9. Sperber AD, Dumitrascu D, Fukudo S, Gerson C, Ghoshal UC, Gwee KA, Hungin APS, Kang J-Y, Minhu C, Schmulson M. The global prevalence of IBS in

- adults remains elusive due to the heterogeneity of studies: a Rome Foundation working team literature review. *Gut*, 2016, 0: 1-8.
10. Kılıç SP, Ovayolu N, Koruk M. İrritabl Barsak Sendromlu Hastalarda Yaşam Kalitesi. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2017, 2: 27-32.
 11. Leventoğlu S, Menteş BB. İrritabl barsak sendromu. *Kolon Rektum Hastalıkları Dergisi*, 2010, 20: 1-6.
 12. Oświecimska J, Szymłak A, Rocznik W, Girczys-Połędniok K, Kwiecień J. New insights into the pathogenesis and treatment of irritable bowel syndrome. *Advances in Medical Sciences*, 2017, 62: 17-30.
 13. Ünal HÜ. İrritabl Bağırsak Sendromu. *Güncel Gastroenteroloji*, 2012, 16/3: 213-217.
 14. Holtmann GJ, Ford AC, Talley NJ. Pathophysiology of irritable bowel syndrome. *The Lancet Gastroenterology & Hepatology*, 2016, 1: 133-146.
 15. Kim YS, Kim N. Sex-gender differences in irritable bowel syndrome. *Journal of Neurogastroenterology and Motility*, 2018, 24: 544.
 16. Heavey E, Daniel E. Limiting FODMAP consumption for patients with IBS. *Nursing2018*, 2018, 48: 54-57.
 17. Weaver KR, Melkus GDE, Henderson WA. Irritable Bowel Syndrome. *AJN The American Journal of Nursing*, 2017, 117: 48-55.
 18. Boyer J, Saint- Paul MC, Dadone B, Patouraux S, Vivinus MH, Ouvrier D, Michiels JF, Piche T, Tulic M. Inflammatory cell distribution in colon mucosa as a new tool for diagnosis of irritable bowel syndrome: A promising pilot study. *Neurogastroenterology & Motility*, 2018, 30: 1-8.

19. Drossman DA, Hasler WL. Rome IV—functional GI disorders: disorders of gut-brain interaction. *Gastroenterology*, 2016, 150: 1257-1261.
20. Wu J, Chan A, Chan Y, Cheung GC, Cheung T, Kwan AC, Leung VK, Mak AD, Sze W, Wong R. The current treatment landscape of irritable bowel syndrome in adults in Hong Kong: consensus statements. *Hong Kong Med J*, 2017, 23: 641-647.
21. Chang F-Y. Irritable bowel syndrome: the evolution of multi-dimensional looking and multidisciplinary treatments. *World J Gastroenterol*, 2014, 20: 2499-2514.
22. El-Salhy M. Recent developments in the pathophysiology of irritable bowel syndrome. *World Journal of Gastroenterology: WJG*, 2015, 21: 7621.
23. Chira A, Filip M, Dumitrascu DL. Patterns of alternation in irritable bowel syndrome. *Clujul Medical*, 2016, 89(2): 220-223.
24. Sánchez-Cuén JA, Irineo-Cabrales AB, Bernal-Magaña G, de Jesús Peraza-Garay F. Health-related quality of life in adults with irritable bowel syndrome in a Mexican specialist hospital. A cross-sectional study. *Revista Española De Enfermedades Digestivas*, 2017, 2017: 265-272.
25. Iacob T, Țățulescu DF, Dumitrașcu D. Therapy of the postinfectious irritable bowel syndrome: an update. *Clujul Medical*, 2017, 90: 133.
26. Can G, Yılmaz B. İrritabl Barsak Sendromunun Tanı ve Tedavisinde Yaklaşımlar. *Güncel Gastroenteroloji Dergisi*, 2015, 19/3: 171-181.
27. Quigley EM. The Gut-Brain Axis and the Microbiome: Clues to Pathophysiology and Opportunities for Novel Management Strategies in Irritable Bowel Syndrome (IBS). *Journal of Clinical Medicine*, 2018, 7: 6.

28. Mazzawi T, El-Salhy M. Effect of diet and individual dietary guidance on gastrointestinal endocrine cells in patients with irritable bowel syndrome. *International Journal of Molecular Medicine*, 2017, 40: 943-952.
29. Eriksson EM, Andrén KI, Kurlberg GK, Eriksson HT. Aspects of the non-pharmacological treatment of irritable bowel syndrome. *World Journal of Gastroenterology: WJG*, 2015, 21: 11439.
30. Gwee KA, Ghoshal UC, Chen M. Irritable bowel syndrome in Asia: Pathogenesis, natural history, epidemiology, and management. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 2018, 33: 99-110.
31. El-Salhy M, Gundersen DI, Gilja OH, Hatlebakk JG, Hausken T. Is irritable bowel syndrome an organic disorder? *World Journal of Gastroenterology*, 2014, 20(2): 384.
32. Simrén M, Svedlund J, Posserud I, Björnsson ES, Abrahamsson H. Health-related quality of life in patients attending a gastroenterology outpatient clinic: functional disorders versus organic diseases. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 2006, 4: 187-195.
33. Alhan C. İrritabl Barsak Sendromu Haastalarında Yaşam Kalitesi, Hastalığın Ruhsal Durum ile Etkileşimi ve Psikiyatrik Eş Tanılar. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, Bolu: Abant İzzet Baysal Üniversitesi, 2012.
34. Gralnek IM, Hays RD, Kilbourne A, Naliboff B, Mayer EA. The impact of irritable bowel syndrome on health-related quality of life. *Gastroenterology*, 2000, 119: 654-660.

35. Hahn B, Watson M, Yan S, Gunput D, Heuijerjans J. Irritable bowel syndrome symptom patterns: frequency, duration, and severity. *Digestive Diseases and Sciences*, 1998, 43: 2715-2718.
36. Qureshi SR, Abdelaal AM, Janjua ZA, Alasmari HA, Obad AS, Alamodi A, Shareef MA. Irritable bowel syndrome: a global challenge among medical students. *Cureus*, 2016, 8: 721.
37. Kalkan S. Diyabetes Mellitus ve Oral Glukoz tolerans Testi Bozuk Olan Hastalarda Dispeptik Yakınmaların ve İrritabl Barsak Sendromunun Sıklığı ve Yaşam Kalitesi Üzerine olan etkilerinin Değerlendirilmesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, Çanakkale: Çanakkale Onsekiz mart Üniversitesi Tıp fakültesi, 2013.
38. Parlar S. Hassas Bağırsak Sendromu Olan Hastalarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. İç Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi, 2004.
39. Yastıbaş C. Leventhal'in Hastalık Davranışlarının Kendini Düzenleyici Modeli Kapsamında İrritabl Barsak Sendromu (İBS) Hastalarının Psikolojik Sıkıntı ve Yaşam Kalitesi Düzeylerinin İncelenmesi. Psikoloji Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, 2016.
40. Koczyńska M, Mokros Ł, Pietras T, Małecka-Panas E. Quality of life and depression in patients with irritable bowel syndrome. *Przegląd Gastroenterologiczny*, 2018, 13: 102.
41. Sugawara N, Sato K, Takahashi I, Satake R, Fukuda S, Nakaji S, Yasui-Furukori N. Irritable bowel syndrome and quality of life in a community-dwelling population in Japan. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 2017, 53(3): 159-170.

42. Luscombe FA. Health-related quality of life and associated psychosocial factors in irritable bowel syndrome: a review. *Quality of Life Research*, 2000, 9: 161-176.
43. Wells N, Hahn B, Whorwell P. Clinical economics review: irritable bowel syndrome. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 1997, 11: 1019-1030.
44. El- Serag H, Olden K, Bjorkman D. Health- related quality of life among persons with irritable bowel syndrome: a systematic review. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 2002, 16: 1171-1185.
45. Buono JL, Carson RT, Flores NM. Health-related quality of life, work productivity, and indirect costs among patients with irritable bowel syndrome with diarrhea. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2017, 15: 35.
46. Cho HS, Park JM, Lim CH, Cho YK, Lee IS, Kim SW, Choi M-G, Chung I-S, Chung YK. Anxiety, depression and quality of life in patients with irritable bowel syndrome. *Gut and Liver*, 2011, 5: 29.
47. Mason I. Supporting community patients with irritable bowel syndrome (IBS). *Journal of Community Nursing*, 2014, 28: 28-33.
48. Agarwal N, Spiegel BM. The effect of irritable bowel syndrome on health-related quality of life and health care expenditures. *Gastroenterology Clinics of North America*, 2011, 40: 11-19.
49. Inadomi J, Fennerty MB, Bjorkman D. The economic impact of irritable bowel syndrome. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 2003, 18: 671-682.
50. Longstreth GF, Wilson A, Knight K, Wong J, Chiou C-F, Barghout V, Frech F, Ofman JJ. Irritable bowel syndrome, health care use, and costs: a US managed care perspective. *The American Journal of Gastroenterology*, 2003, 98: 600.
51. Spiegel BM. The burden of IBS: looking at metrics. *Current Gastroenterology Reports*, 2009, 11: 265-269.

52. Heitkemper M, Jarrett M, Jun S-E. Update on irritable bowel syndrome program of research. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 2013, 43: 579-586.
53. Anastasi JK, Capili B. Managing Irritable Bowel Syndrome: How to help patients control this life-altering condition. *The American Journal of Nursing*, 2013, 113: 42.
54. Doğan BÇ, Karabayraktar T, Dabak MR. İrritabl bağırsak sendromu ve yaşam kalitesi. *Turkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics*, 2014, 5: 80-82.
55. Devanarayana NM, Rajindrajith S, Pathmeswaran A, Abegunasekara C, Gunawardena NK, Benninga MA. Epidemiology of irritable bowel syndrome in children and adolescents in Asia. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 2015, 60: 792-798.
56. Canavan C, West J, Card T. The epidemiology of irritable bowel syndrome. *Clinical Epidemiology*, 2014, 6: 71-80.
57. Defrees DN, Bailey J. Irritable Bowel Syndrome: Epidemiology, Pathophysiology, Diagnosis, and Treatment. *Primary Care*, 2017, 44: 655-671.
58. Harper A, Naghibi MM, Garcha D. The Role of Bacteria, Probiotics and Diet in Irritable Bowel Syndrome. *Foods*, 2018, 7: 13.
59. Waehrens R, Ohlsson H, Sundquist J, Sundquist K, Zöller B. Risk of irritable bowel syndrome in first-degree, second-degree and thirddegree relatives of affected individuals: a nationwide family study in Sweden. *Gut*, 2015, 64: 215-221.
60. D'Amato M. Genes and functional GI disorders: from casual to causal relationship. *Neurogastroenterology & Motility*, 2013, 25: 638-649.

61. Quigley EM, Craig OF. Irritable bowel syndrome; update on pathophysiology and management. *Turk J Gastroenterol*, 2012, 23: 313-322.
62. Simrén M, Barbara G, Flint H, Spiegel B, Spiller R, Vanner S, Verdu E, Whorwell P, Zoetendal E. Intestinal microbiota in functional bowel disorders: a Rome foundation report. *Gut*, 2013, 62: 159-176.
63. Saha L. Irritable bowel syndrome: pathogenesis, diagnosis, treatment, and evidence-based medicine. *World J Gastroenterol*, 2014, 20: 6759-6773.
64. Sinagra E, Morreale GC, Mohammadian G, Fusco G, Guarnotta V, Tomasello G, Cappello F, Rossi F, Amvrosiadis G, Raimondo D. New therapeutic perspectives in irritable bowel syndrome: Targeting low-grade inflammation, immuno-neuroendocrine axis, motility, secretion and beyond. *World Journal of Gastroenterology*, 2017, 23: 6593.
65. Tillisch K, Labus JS. Advances in imaging the brain–gut axis: functional gastrointestinal disorders. *Gastroenterology*, 2011, 140: 407-411.
66. Ceuleers H, Van Spaendonk H, Hanning N, Heirbaut J, Lambeir A-M, Joossens J, Augustyns K, De Man JG, De Meester I, De Winter BY. Visceral hypersensitivity in inflammatory bowel diseases and irritable bowel syndrome: The role of proteases. *World Journal of Gastroenterology*, 2016, 22: 10275.
67. Lackner JM, Gudleski GD, DiMuro J, Keefer L, Brenner DM. Psychosocial predictors of self-reported fatigue in patients with moderate to severe irritable bowel syndrome. *Behaviour Research and Therapy*, 2013, 51: 323-331.
68. Song S-W, Park S-J, Kim S-H, Kang S-G. Relationship between irritable bowel syndrome, worry and stress in adolescent girls. *Journal of Korean Medical Science*, 2012, 27: 1398-1404.

69. Miwa H. Life style in persons with functional gastrointestinal disorders—large- scale internet survey of lifestyle in Japan. *Neurogastroenterology & Motility*, 2012, 24: 464-471.
70. O'Malley D, Quigley EM, Dinan TG, Cryan JF. Do interactions between stress and immune responses lead to symptom exacerbations in irritable bowel syndrome? *Brain, Behavior and Immunity*, 2011, 25: 1333-1341.
71. Barbara G. Mucosal barrier defects in irritable bowel syndrome. Who left the door open? *The American Journal of Gastroenterology*, 2006, 101: 1295.
72. Wedlake L, A'hern R, Russell D, Thomas K, Walters J, Andreyev H. Systematic review: the prevalence of idiopathic bile acid malabsorption as diagnosed by SeHCAT scanning in patients with diarrhoea- predominant irritable bowel syndrome. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 2009, 30: 707-717.
73. Cremon C, Carini G, Wang B, Vasina V, Cogliandro RF, De Giorgio R, Stanghellini V, Grundy D, Tonini M, De Ponti F. Intestinal serotonin release, sensory neuron activation, and abdominal pain in irritable bowel syndrome. *The American Journal of Gastroenterology*, 2011, 106: 1290.
74. Spiller R, Campbell E. Post-enfeksiyöz iritabl bağırsak sendromu. *Current Opinion in Gastroenterology*, 2006, 1: 48.
75. Rahman MM, Mahadeva S, Ghoshal UC. Epidemiological and clinical perspectives on irritable bowel syndrome in India, Bangladesh and Malaysia: A review. *World Journal of Gastroenterology*, 2017, 23: 6788.
76. Sinagra E, Pompei G, Tomasello G, Cappello F, Morreale GC, Amvrosiadis G, Rossi F, Monte AIL, Rizzo AG, Raimondo D. Inflammation in irritable bowel syndrome: Myth or new treatment target? *World Journal of Gastroenterology*, 2016, 22: 2242.

77. Belmonte L, Youmba SB, Bertiaux-Vandaele N, Antonietti M, Lecleire S, Zalar A, Gourcerol G, Leroi A-M, Déchelotte P, Coëffier M. Role of toll like receptors in irritable bowel syndrome: differential mucosal immune activation according to the disease subtype. *PLoS One*, 2012, 7: 1-10.
78. Öhman L, Lindmark Ac, Isaksson S, Posserud I, Strid H, Sjövall H, Simren M. B- cell activation in patients with irritable bowel syndrome (IBS). *Neurogastroenterology & Motility*, 2009, 21: 644.
79. Böhn L, Störsrud S, Liljebo T, Collin L, Lindfors P, Törnblom H, Simrén M. Diet low in FODMAPs reduces symptoms of irritable bowel syndrome as well as traditional dietary advice: a randomized controlled trial. *Gastroenterology*, 2015, 149: 1399-1407.
80. Karatepe TU, Ekerbiçer HÇ. Gıda Katkı Maddeleri. *Sakarya Tıp Dergisi*, 2017, 7: 164-167.
81. Cuomo R, Andreozzi P, Zito FP, Passananti V, De Carlo G, Sarnelli G. Irritable bowel syndrome and food interaction. *World Journal of Gastroenterology: WJG*, 2014, 20: 8837.
82. Lacy BE. The science, evidence, and practice of dietary interventions in irritable bowel syndrome. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 2015, 13: 1899-1906.
83. Hayes PA, Fraher MH, Quigley E. Irritable bowel syndrome: the role of food in pathogenesis and management. *Gastroenterol Hepatol (NY)*, 2014, 10: 164-174.
84. Halmos EP, Power VA, Shepherd SJ, Gibson PR, Muir JG. A diet low in FODMAPs reduces symptoms of irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*, 2014, 146: 67-75.

85. Nanayakkara WS, Skidmore PM, O'Brien L, Wilkinson TJ, Geary RB. Efficacy of the low FODMAP diet for treating irritable bowel syndrome: the evidence to date. *Clinical and Experimental Gastroenterology*, 2016, 9: 131-142.
86. Böhn L, Störsrud S, Törnblom H, Bengtsson U, Simrén M. Self-reported food-related gastrointestinal symptoms in IBS are common and associated with more severe symptoms and reduced quality of life. *The American Journal of Gastroenterology*, 2013, 108: 634.
87. Anastasi JK, Capili B, Chang M. Managing irritable bowel syndrome. *AJN The American Journal of Nursing*, 2013, 113: 42-52.
88. Sinagra E, Romano C, Cottone M. Psychopharmacological treatment and psychological interventions in irritable bowel syndrome. *Gastroenterology Research and Practice*, 2012, 2012: 1-11.
89. El-Salhy M. Irritable bowel syndrome: diagnosis and pathogenesis. *World J Gastroenterol*, 2012, 18: 5151-5163.
90. Weaver KR, Melkus GDE, Fletcher J, Henderson WA. Perceived Stress, Its Physiological Correlates, and Quality of Life in Patients With Irritable Bowel Syndrome. *Biological Research For Nursing*, 2018, 20(3): 312-320.
91. Moayyedi P, Mearin F, Azpiroz F, Andresen V, Barbara G, Corsetti M, Emmanuel A, Hungin APS, Layer P, Stanghellini V. Irritable bowel syndrome diagnosis and management: A simplified algorithm for clinical practice. *United European Gastroenterology Journal*, 2017, 5: 773-788.
92. Grundmann O, Yoon SL. Irritable bowel syndrome: epidemiology, diagnosis and treatment: an update for health-care practitioners. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 2010, 25: 691-699.

93. Grundmann O, Yoon SL. Complementary and alternative medicines in irritable bowel syndrome: an integrative view. *World Journal of Gastroenterology: WJG*, 2014, 20: 346.
94. Distrutti E, Monaldi L, Ricci P, Fiorucci S. Gut microbiota role in irritable bowel syndrome: New therapeutic strategies. *World J Gastroenterol*, 2016, 22: 2219-2241.
95. Lacy BE. Diagnosis and treatment of diarrhea-predominant irritable bowel syndrome. *International Journal of General Medicine*, 2016, 9: 7.
96. Di Stefano M, Tana P, Mengoli C, Miceli E, Pagani E, Corazza GR. Colonic hypersensitivity is a major determinant of the efficacy of bloating treatment in constipation-predominant irritable bowel syndrome. *Internal and Emergency Medicine*, 2011, 6: 403-411.
97. Sezer E, Saka M. İrritabl Bağırsak Sendromunun Tedavisinde Prebiyotik ve Probiyotik Kullanımı. *Güncel Gastroenteroloji Dergisi*, 2014, 18/2: 174-179.
98. Ford A, Quigley E, Lacy B, Lembo A, Saito Y, Schiller L, Soffer E, Spiegel B, Moayyedi P. Efficacy of prebiotics, probiotics, and synbiotics in irritable bowel syndrome and chronic idiopathic constipation: systematic review and meta-analysis. *American Journal of Gastroenterology*, 2014, 109: 1547-1561.
99. Doğan Ö, Avcı A. Bitkilerle Tedavi ve İlaç Etkileşimleri. *Türkiye Klinikleri Journal of Public Health-Special Topic*, 2018, 4: 49-54.
100. Wall GC, Bryant GA, Bottenberg MM, Maki ED, Miesner AR. Irritable bowel syndrome: a concise review of current treatment concepts. *World Journal of Gastroenterology: WJG*, 2014, 20: 8796.
101. Kligler B, Chaudhary S. Peppermint oil. *American Family Physician*, 2007, 75: 1027-1030.

102. İnanç B. İrritabl barsak sendromunun akupunktur ile tedavisi olgu sunumu. *Ankara Akupunktur Tamamlayıcı Tıp Dergisi*, 2014, 2: 5-8.
103. Avşar G, Kaşıkçı M. Ülkemizde hasta eğitiminin durumu. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 2009, 12(3): 67-73.
104. Yıldırım AE. İrritabl Barsak Sendromu Alt Grupları İle Otonom Disfonksiyon Arasındaki İlişki. İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Gastroenteroloji Bilim Dalı. Yandal Uzmanlık Tezi, Ankara: Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2011.
105. Top E, Akıl M. 10 Haftalık Yüzme Egzersizinin Hafif Düzeyde Zihinsel Engelli Bireyler ve Ailelerinin Yaşam Kalitelerine Etkisi. *Spor ve Performans Araştırmaları Dergisi*, 2017, 8: 53-61.
106. Akdemir N, Birol L. *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*. 4.Baskı. Ankara, Akademisyen kitapevi, 2018: 18-20.
107. Kanis J, Minne W, Meunier P, Ziegler R, Allender E. Quality of life and vertebral osteoporosis. *Osteoporosis International*, 1992, 2: 161-163.
108. Ranasinghe N, Devanarayana NM, Rajindrajith S, Perera MS, Nishanthinie S, Warnakulasuriya T, de Zoysa PT. Functional gastrointestinal diseases and psychological maladjustment, personality traits and quality of life. *BMC Gastroenterology*, 2018, 18: 33.
109. Yüce D. Yaşam Kalitesi Ölçümünde iPad Uygulaması. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 2013, 1: 73-77.
110. Lea R, Whorwell PJ. Quality of life in irritable bowel syndrome. *Pharmacoeconomics*, 2001, 19: 643-653.
111. El-Serag H. Impact of irritable bowel syndrome: prevalence and effect on health-related quality of life. *Reviews in Gastroenterological Disorders*, 2003, 3: 3.

112. Akyol A. Yasam kalitesinin hemsirelik yönünden önemi. *Ege Üniv. HYO Derg*, 1993, 9: 71-75.
113. Erer MT, Akbaş M, Yıldırım G. Hemşirelik sürecinin evrimsel gelişimi hemşirelik süreci-Evolutionary Development Of Nursing Process. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*, 2017, 7: 1-5.
114. Tan MN, Yildirim E, Guldal D. Aile Hekimliği Pratiğinde Sık Görülen Bir Hastalık: İrritabl Bağırsak Sendromu. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 2014, 8/3: 75-85.
115. Groll D, Vanner SJ, Depew WT, DaCosta LR, Simon JB, Groll A, Roblin N, Paterson WG. The IBS-36: a new quality of life measure for irritable bowel syndrome. *The American Journal of Gastroenterology*, 2002, 97: 962-971.
116. Fass R, Longstreth GF, Pimentel M, Fullerton S, Russak SM, Chiou C-F, Reyes E, Crane P, Eisen G, McCarberg B. Evidence-and consensus-based practice guidelines for the diagnosis of irritable bowel syndrome. *Archives of Internal Medicine*, 2001, 161: 2081-2088.
117. Gülşen M. İrritabl Barsak Sendromu. *Güncel Gastroenteroloji Dergisi*, 2007, 11/2: 98-121.
118. Shen Y-HA, Nahas R. Complementary and alternative medicine for treatment of irritable bowel syndrome. *Canadian Family Physician*, 2009, 55: 143-148.
119. Dapoigny M, Stockbrügger R, Azpiroz F, Collins S, Coremans G, Müller-Lissner S, Oberndorff A, Pace F, Smout A, Vatn M. Role of alimентация in irritable bowel syndrome. *Digestion*, 2003, 67: 225-233.

120. Bertram S, Kurland M, Lydick E, LOCKE GRI, Yawn BP. The patient's perspective of irritable bowel syndrome. *Journal of Family Practice*, 2001, 50: 521-521.
121. Çapık C. İstatistiksel güç analizi ve hemşirelik araştırmalarında kullanımı: temel bilgiler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2014, 17: 268-274.
122. Bradford K, Shih W, Videlock EJ, Presson AP, Naliboff BD, Mayer EA, Chang L. Association between early adverse life events and irritable bowel syndrome. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 2012, 10: 385-390.
123. Paré P, Gray J, Lam S, Balshaw R, Khorasheh S, Barbeau M, Kelly S, McBurney CR. Health-related quality of life, work productivity, and health care resource utilization of subjects with irritable bowel syndrome: baseline results from LOGIC (Longitudinal Outcomes Study of Gastrointestinal Symptoms in Canada), a naturalistic study. *Clinical Therapeutics*, 2006, 28: 1726-1735.
124. Patrick D, Drossman D, Frederick I. A quality of life measure for persons with irritable bowel syndrome (IBSQOL). *User's Manual and Scoring Diskette*. Seattle: University of Washington, 1997.
125. Özgürsoy Uran BN, Karadakovan A, Vardar R, S. B. Psychometric Properties of the Irritable Bowel Syndrome Quality of Life Scale in Turkey. *Journal of Hepatology and Gastrointestinal Disorders*, 2016, 2(3): 137-143.
126. Patrick DL, Drossman DA, Frederick IO, Dicesare J, Puder KL. Quality of life in persons with irritable bowel syndrome (development and validation of a new measure). *Digestive Diseases and Sciences*, 1998, 43: 400-411.
127. Hou X, Chen S, Zhang Y, Sha W, Yu X, Elsayah H, Afifi AF, El-Khayat HR, Nouh A, Hassan MF. Quality of Life in Patients with Irritable Bowel Syndrome (IBS), Assessed Using the IBS–Quality of Life (IBS-QOL) Measure After 4 and 8

- Weeks of Treatment with Mebeverine Hydrochloride or Pinaverium Bromide: Results of an International Prospective Observational Cohort Study in Poland, Egypt, Mexico and China. *Clinical Drug Investigation*, 2014, 34: 783-793.
128. Akehurst RL, Brazier JE, Mathers N, O'Keefe C, Kaltenthaler E, Morgan A, Platts M, Walters SJ. Health-related quality of life and cost impact of irritable bowel syndrome in a UK primary care setting. *Pharmacoeconomics*, 2002, 20: 455-462.
129. Sherwin LB, Leary E, Henderson WA. The association of catastrophizing with quality-of-life outcomes in patients with irritable bowel syndrome. *Quality of Life Research*, 2017, 26: 2161-2170.
130. Park JM, Choi M-G, Kim YS, Choi CH, Choi SC, Hong SJ, Jeong JJ, Lee DH, Lee JS, Lee KJ. Quality of life of patients with irritable bowel syndrome in Korea. *Quality of Life Research*, 2009, 18: 435-446.
131. De Gucht V. Illness perceptions mediate the relationship between bowel symptom severity and health-related quality of life in IBS patients. *Quality of Life Research*, 2015, 24: 1845-1856.
132. Si J-M, Yu Y-C, Fan Y-J, Chen S-J. Intestinal microecology and quality of life in irritable bowel syndrome patients. *World J Gastroenterol*, 2004, 10: 1802-1805.
133. Sherwin LB, Ozoji OM, Boulineaux CM, Joseph PV, Fourie NH, Abey SK, Zhang X, Henderson WA. Gender and Weight Influence Quality of Life in Irritable Bowel Syndrome. *Journal of Clinical Medicine*, 2017, 6: 103.
134. Frank L, Kleinman L, Rentz A, Ciesla G, Kim JJ, Zacker C. Health-related quality of life associated with irritable bowel syndrome: comparison with other chronic diseases. *Clinical Therapeutics*, 2002, 24: 675-689.

135. Özgen K. Çanakkale Bölgesi Aile Sağlığı Merkezine Başvuranlarda İrritabl Barsak Sendromu Yaygınlığı ve Hastaların Özellikleri Aile Hekimliği Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, Çanakkale: Çanakkale onsekiz mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2013.
136. Mönnikes H. Quality of life in patients with irritable bowel syndrome. *Journal of Clinical Gastroenterology*, 2011, 45: 98-101.
137. Creed F, Ratcliffe J, Fernandez L, Tomenson B, Palmer S, Rigby C, Guthrie E, Read N, Thompson D. Health-related quality of life and health care costs in severe, refractory irritable bowel syndrome. *Annals of Internal Medicine*, 2001, 134: 860-868.
138. Ahmed A, Mohamed RA, Sliem HA, Eldein HN. Pattern of irritable bowel syndrome and its impact on quality of life in primary health care center attendees, Suez governorate, Egypt. *Pan African Medical Journal*, 2011, 9: 6.
139. Jamali R, Raisi M, Matini M, Moravveji A, Omidi A, Amini J. Health related quality of life in irritable bowel syndrome patients, Kashan, Iran: A case control study. *Advanced Biomedical Research*, 2015, 4: 75.
140. Markland AD, Jelovsek JE, Rahn DD, Wang L, Merrin L, Tuteja A, Richter HE, Meikle S, Network PFD. Irritable bowel syndrome and quality of life in women with fecal incontinence. *Female Pelvic Medicine & Reconstructive Surgery*, 2017, 23: 179-183.
141. Zhu L, Huang D, Shi L, Liang L, Xu T, Chang M, Chen W, Wu D, Zhang F, Fang X. Intestinal symptoms and psychological factors jointly affect quality of life of patients with irritable bowel syndrome with diarrhea. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2015, 13: 49.

142. Si J-M, Wang L-J, Chen S-J, Sun L-M, Dai N. Irritable bowel syndrome consulters in Zhejiang province: the symptoms pattern, predominant bowel habit subgroups and quality of life. *World Journal of Gastroenterology*, 2004, 10: 1059.
143. Voci SC, Cramer KM. Gender-related traits, quality of life, and psychological adjustment among women with irritable bowel syndrome. *Quality of Life Research*, 2009, 18: 1169-1176.
144. Rutter CL, Rutter DR. Illness representation, coping and outcome in irritable bowel syndrome (IBS). *British Journal of Health Psychology*, 2002, 7: 377-391.
145. Simren M, Abrahamsson H, Svedlund J, Björnsson E. Quality of life in patients with irritable bowel syndrome seen in referral centers versus primary care: the impact of gender and predominant bowel pattern. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 2001, 36: 545-552.
146. Choghakhori R, Abbasnezhad A, Amani R, Alipour M. Sex-Related Differences in Clinical Symptoms, Quality of Life, and Biochemical Factors in Irritable Bowel Syndrome. *Digestive Diseases and Sciences*, 2017, 62: 1550-1560.
147. Özgürsoy BN. İrritabl Barsak sendromu Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Geçerlik Güvenirlik Çalışması. İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Ege üniversitesi, 2010.
148. Oğuz GY. Bir güzellik miti olarak incelik ve kadınlarla ilgili beden imgesinin televizyonda sunumu. *Selçuk Üniversitesi İletişim Fakültesi Akademik Dergisi*, 2005, 4(1): 31-37.
149. Dökmen Y. Menopoz, beden imgesi ve ruh sağlığı. *Türk Psikoloji Yazıları*, 2009, 12: 41-55.

150. Tang Y-R, Yang W-W, Liang M-L, Xu X-Y, Wang M-F, Lin L. Age-related symptom and life quality changes in women with irritable bowel syndrome. *World Journal of Gastroenterology: WJG*, 2012, 18: 7175.
151. Lovell RM, Ford AC. Global prevalence of and risk factors for irritable bowel syndrome: a meta-analysis. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 2012, 10: 712-721.
152. Dehkordi AH, Solati K. The effects of cognitive behavioral therapy and drug therapy on quality of life and symptoms of patients with irritable bowel syndrome. *Journal of Advanced Pharmaceutical Technology & Research*, 2017, 8: 67.
153. Başaran H. İrritabl Barsak Sendromlu Hastaların Beslenme Düzeylerinin Değerlendirilmesi Beslenme ve Diyetetik. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi, 2015.
154. Sugawara N, Sato K, Takahashi I, Satake R, Fukuda S, Nakaji S, Yasui-Furukori N. Irritable bowel syndrome and quality of life in a community-dwelling population in Japan. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 2018, 53: 159-170.
155. Khademolhosseini F, Mehrabani D, Nejabat M, Beheshti M, Heydari ST, Mirahmadizadeh A, Salehi M, Zare N, Saberi-Firoozi M. Irritable bowel syndrome in adults over 35 years in Shiraz, southern Iran: prevalence and associated factors. *Journal of Research in Medical Sciences: The Official Journal of Isfahan University of Medical Sciences*, 2011, 16: 200.
156. Çiftçi H, Akın Y, Gülüm M. Sigaranın kadın cinselliğine etkileri. https://www.journalagent.com/androloji/pdfs/AND_2015_60_60_63.pdf. 01 Mart 2019.

EKLER

EK-1. ÖZ GEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER	
Adı Soyadı	: Gülşen KAYA GÜVEN
Doğum Tarihi	: 25.09.1985
Doğum Yeri	: Taşlıçay
Medeni Hali	: Evli
Uyruğu	: TC
Adres	: Merkez Toplum Sağlığı Merkezi
Telefon	: 05435038085
E- Posta	: Belinayy-@hotmail.com
EĞİTİM	
Lise	: Taşlıçay Lisesi (2003)
Lisans	: Atatürk Üniversitesi/ Ağrı Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü (2008)
Yüksek Lisans	: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı (2013-...)
GÖREV YAPTIĞI BİRİMLER	
Eğitim Hemşiresi	: Ağrı Sağlık Müdürlüğü Eğitim Şube Birimi (2009-2011)
Aile Sağlığı Hemşiresi	: Ağrı Halk Sağlığı Müdürlüğü 3 Nolu Aile Sağlığı Merkezi (2011-...)
KURS, SERTİFİKA, PROGRAM VE EĞİTİMLER	
2014	: Üreme Sağlığı Eğitimi
2010	: Kadına Yönelik Şiddet (Eğitici Eğitimi)
ÜYE OLUNAN MESLEKİ KURULUŞLAR	
Romatoloji Hemşireleri Derneği	
YABANCI DİLBİLGİSİ	
İngilizce	

EK-2. ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU

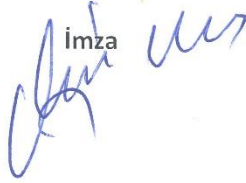
Yüksek lisans tezi olarak Prof.Dr.Emine KIYAK danışmanlığında sunulan “İrritabl Barsak Sendromlu Hastalarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi” başlıklı çalışmanın tarafımızdan bilimsel etik ilkelere uyularak yazıldığını, yararlanılan eserlerin kaynakçada gösterildiğini, Sağlık Bilimleri Enstitüsü tarafından belirlenmiş olan Turnitin Programı benzerlik oranlarının aşılmadığını ve aşağıdaki oranlarda olduğunu beyan ederiz.

Tez Bölümleri	Tezin Benzerlik Oranı (%)	Maksimum Oran (%)
Giriş	3	15
Genel Bilgiler	12	30
Materyal ve Metod	2	35
Bulgular	7	10
Tartışma	1	15

Beyan edilen bilgilerin doğru olduğunu, aksi halde doğacak hukuki sorumlulukları kabul ve beyan ederiz / 7. / 04 / 2019

Öğrenci Adı-Soyadı

Gülşen KAYA GÜVEN

İmza 

Danışman Adı-Soyadı

Prof. Dr. Emine KIYAK

İmza 

* Tez ile ilgili YÖKTEZ’de yayınlamasına ilişkin bir engelleme var ise aşağıdaki alanı doldurunuz.

Tezle ilgili patent başvurusu yapılması / patent alma sürecinin devam etmesi sebebiyle Enstitü Yönetim Kurulunun / ... / tarih ve sayılı kararı ile teze erişim 2 (iki) yıl süreyle engellenmiştir.

Enstitü Yönetim Kurulunun / ... / tarih ve sayılı kararı ile teze erişim 6 (altı) ay süreyle engellenmiştir.

EK-3. ETİK KURUL SONUÇ FORMU




ETİK KURUL SONUÇ FORMU



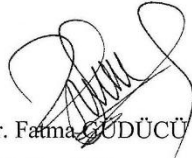
Araştırmanın Adı: “İrritabl Bağırsak Sendromlu Hastalarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi ”

Araştırmanın Yürütülmesi Uygundur (X)
Düzenlemeler Yapıldıktan Sonra Yürütülmesi Uygundur ()
Araştırmanın Yürütülmesi Uygun Değildir ()

Açıklamalar (Uygun değil ya da düzeltme gerekiyorsa): Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurulu'nun 14.11.2014 tarihinde yapılan toplantısında “İrritabl Bağırsak Sendromlu Hastalarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi” konulu Yüksek Lisans öğrencisi Gülşen KAYA ve Doç.Dr.Emine KIYAK'ın çalışması etik açıdan uygun bulunmuştur.



Prof.Dr. Mehtap TAN


Başkan


Doç. Dr. Fatma ÇUDÜCÜ TÜFEKÇİ
Başkan Yrd.

Doç. Dr. Ayda ÇELEBİOĞLU
Üye

(Katılmadı)


Doç. Dr. Nadiye ÖZER
Üye


Doç. Dr. Elanur YILMAZ KARABULUTLU
Sekreter/Raportör

EK-4. ANKET FORMU

1. Cinsiyetiniz?

- a. Kadın b. Erkek

2. Yaşınız?

3. Medeni durumunuz?

- a. Evli
b. Bekar

4. Eğitim durumunuz?

- a. Okur-yazar değil b. Okur-yazar c. İlkokul d. Ortaokul e. Lise
f. Üniversite ve üstü

5. Size göre sizin veya ailenizin gelir durumu hangi düzeye girer?

- a. Geliri fazla b. Geliri giderine eşit c. Geliri az

6. Çocuğunuz var mı?

- a. Hayır b. Evet (sayısı)

7. Mesleğiniz?

- a. Memur (açıklayınız).....
b. İşçi (açıklayınız)
c. Serbest meslek
d. Emekli (açıklayınız).....
e. İşsiz
f. Ev hanımı
g. Diğer (açıklayınız).....

8. Hastalığınıza ilişkin aldığınız tedavileri belirtiniz (Birden çok şık işaretlenebilir)

- a. Sadece ilaç
b. Sadece diyet
c. Sadece alternatif yöntem (Belirtiniz)

9. Şikayetleriniz kaç gün devam ediyor?

- a. Bir günden az
b. 1-2 gün
c. 2 günden fazla bir haftadan az
d. Bir hafta
e. 1 haftadan fazla 2 haftadan az

f. Diyete-ilaca bağlı olarak değişiyor

g. Her gün

h. Bilmiyorum

10. Sigara kullanma durumu:

a. İçiyor

b. İçmiyor

11. Alkol tüketim sıklığınız nedir?

a. Alkol kullanmıyorum

b. Yılda bir

c. Ayda bir

d. Haftada bir

e. Her gün

12. Genel sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

a. Çok kötü

b. Kötü

c. Orta

d. İyi



EK-5. İRRİTABL BARSAK SENDROMU YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ (IBS-QOL)

1. Barsak sorunlarım nedeniyle kendimi çaresiz hissediyorum. *(Lütfen yalnızca bir seçeneği işaretleyiniz)*
1 Hiç 2 Biraz 3 Orta 4 Fazla 5 Çok Fazla
2. Barsak sorunlarım nedeniyle kötü kokulu gaz çıkartmaktan / yellenmekten utanıyorum. *(Lütfen yalnızca bir seçeneği işaretleyiniz)*
1 Hiç 2 Biraz 3 Orta 4 Fazla 5 Çok Fazla
3. Tuvalette uzun süre oturduğum için sıkıntı duyuyorum. *(Lütfen yalnızca bir seçeneği işaretleyiniz)*
1 Hiç 2 Biraz 3 Orta 4 Fazla 5 Çok Fazla
4. Barsak sorunlarım nedeniyle, başka hastalıklara da kolayca yakalanabileceğimi hissediyorum. *(Lütfen yalnızca bir seçeneği işaretleyiniz)*
1 Hiç 2 Biraz 3 Orta 4 Fazla 5 Çok Fazla
5. Barsak sorunlarım nedeniyle kendimi şişman hissediyorum. *(Lütfen yalnızca bir seçeneği işaretleyiniz)*
1 Hiç 2 Biraz 3 Orta 4 Fazla 5 Çok Fazla
6. Barsak sorunlarım nedeniyle hayatımın kontrolünü kaybetmiş gibi hissediyorum. *(Lütfen yalnızca bir seçeneği işaretleyiniz)*
1 Hiç 2 Biraz 3 Orta 4 Fazla 5 Çok Fazla
7. Barsak sorunlarım nedeniyle hayattan daha az keyif aldığımı hissediyorum. *(Lütfen yalnızca bir seçeneği işaretleyiniz)*
1 Hiç 2 Biraz 3 Orta 4 Fazla 5 Çok Fazla
8. Barsak sorunlarımdan bahsetmekten rahatsızlık hissediyorum. *(Lütfen yalnızca bir seçeneği işaretleyiniz)*
1 Hiç 2 Biraz 3 Orta 4 Fazla 5 Çok Fazla
9. Barsak sorunlarım nedeniyle kendimi keyifsiz / depresyonda hissediyorum. *(Lütfen yalnızca bir seçeneği işaretleyiniz)*
1 Hiç 2 Biraz 3 Orta 4 Fazla 5 Çok Fazla
10. Barsak sorunlarım nedeniyle diğer insanların beni dışladığını hissediyorum. *(Lütfen yalnızca bir seçeneği işaretleyiniz)*
1 Hiç 2 Biraz 3 Orta 4 Fazla 5 Çok Fazla

11. Barsak sorunlarım nedeniyle, az miktarda yemek zorundayım. (*Lütfen yalnızca bir seçeneği işaretleyiniz*)
1 Hiç 2 Biraz 3 Orta 4 Fazla 5 Çok Fazla
12. Barsak sorunlarım nedeniyle, cinsel / seks hayatımda zorlanıyorum. (*Lütfen yalnızca bir seçeneği işaretleyiniz*) (***Bu ifade sizin için geçerli değilse, lütfen "1 NO.LU" seçeneği işaretleyiniz***)
1 Hiç 2 Biraz 3 Orta 4 Fazla 5 Çok Fazla
13. Barsak sorunlarım nedeniyle kendimi kızgın / öfkeli hissediyorum. (*Lütfen yalnızca bir seçeneği işaretleyiniz*)
1 Hiç 2 Biraz 3 Orta 4 Fazla 5 Çok Fazla
14. Barsak sorunlarım nedeniyle, başkalarını rahatsız ettiğimi hissediyorum. (*Lütfen yalnızca bir seçeneği işaretleyiniz*)
1 Hiç 2 Biraz 3 Orta 4 Fazla 5 Çok Fazla
15. Barsak sorunlarımın daha fazla kötüleşeceğinden endişe ediyorum. (*Lütfen yalnızca bir seçeneği işaretleyiniz*)
1 Hiç 2 Biraz 3 Orta 4 Fazla 5 Çok Fazla
16. Barsak sorunlarım nedeniyle kendimi huzursuz hissediyorum. (*Lütfen yalnızca bir seçeneği işaretleyiniz*)
1 Hiç 2 Biraz 3 Orta 4 Fazla 5 Çok Fazla
17. Başkalarının, barsak sorunlarımı abarttığımı düşüncelerinden kaygılanıyorum. (*Lütfen yalnızca bir seçeneği işaretleyiniz*)
1 Hiç 2 Biraz 3 Orta 4 Fazla 5 Çok Fazla
18. Barsak sorunlarım nedeniyle, günlük işlerimi daha az yaptığımı hissediyorum. (*Lütfen yalnızca bir seçeneği işaretleyiniz*)
1 Hiç 2 Biraz 3 Orta 4 Fazla 5 Çok Fazla
19. Barsak sorunlarım nedeniyle, stresli durumlardan kaçınmak durumundayım. (*Lütfen yalnızca bir seçeneği işaretleyiniz*)
1 Hiç 2 Biraz 3 Orta 4 Fazla 5 Çok Fazla
20. Barsak sorunlarım cinsel isteğimi azaltıyor. (*Lütfen yalnızca bir seçeneği işaretleyiniz*) (***Bu ifade sizin için geçerli değilse, lütfen "1 NO'LU" seçeneği işaretleyiniz***)
1 Hiç 2 Biraz 3 Orta 4 Fazla 5 Çok Fazla

21. Barsak sorunlarım giysi / elbise seçimimi kısıtlıyor. *(Lütfen yalnızca bir seçeneği işaretleyiniz)*
1 Hiç 2 Biraz 3 Orta 4 Fazla 5 Çok Fazla
22. Barsak sorunlarım nedeniyle ağır, yorucu işlerden kaçınmak zorundayım. *(Lütfen yalnızca bir seçeneği işaretleyiniz)*
1 Hiç 2 Biraz 3 Orta 4 Fazla 5 Çok Fazla
23. Barsak sorunlarım nedeniyle, yiyeceklerimi dikkatli seçmek zorundayım. *(Lütfen yalnızca bir seçeneği işaretleyiniz)*
1 Hiç 2 Biraz 3 Orta 4 Fazla 5 Çok Fazla
24. Barsak sorunlarım nedeniyle, tanımadığım insanlarla bir arada bulunmaktan zorlanıyorum. *(Lütfen yalnızca bir seçeneği işaretleyiniz)*
1 Hiç 2 Biraz 3 Orta 4 Fazla 5 Çok Fazla
25. Barsak sorunlarım nedeniyle, tembellik / miskinlik hissediyorum. *(Lütfen yalnızca bir seçeneği işaretleyiniz)*
1 Hiç 2 Biraz 3 Orta 4 Fazla 5 Çok Fazla
26. Barsak sorunlarım nedeniyle, kendimi kirli hissediyorum. *(Lütfen yalnızca bir seçeneği işaretleyiniz)*
1 Hiç 2 Biraz 3 Orta 4 Fazla 5 Çok Fazla
27. Barsak sorunlarım nedeniyle, uzun yolculuklara çıkamıyorum. *(Lütfen yalnızca bir seçeneği işaretleyiniz)*
1 Hiç 2 Biraz 3 Orta 4 Fazla 5 Çok Fazla
28. Barsak sorunlarım nedeniyle, istediğim zamanda yemek yiyememek canımı sıkıyor. *(Lütfen yalnızca bir seçeneği işaretleyiniz)*
1 Hiç 2 Biraz 3 Orta 4 Fazla 5 Çok Fazla
29. Barsak hastalığım nedeniyle, daima tuvalete yakın olmam gerekiyor. *(Lütfen yalnızca bir seçeneği işaretleyiniz)*
1 Hiç 2 Biraz 3 Orta 4 Fazla 5 Çok Fazla
30. Hayatım, barsak sorunlarımın çevresinde dönüyor. *(Lütfen yalnızca bir seçeneği işaretleyiniz)*
1 Hiç 2 Biraz 3 Orta 4 Fazla 5 Çok Fazla
31. Barsaklarımın kontrolünü kaybedip, dışkıyı tutamayacağımdan endişe duyuyorum. *(Lütfen yalnızca bir seçeneği işaretleyiniz)*
1 Hiç 2 Biraz 3 Orta 4 Fazla 5 Çok Fazla

32. Dışkılayamamaktan korkuyorum. *(Lütfen yalnızca bir seçeneği işaretleyiniz)*
1 Hiç 2 Biraz 3 Orta 4 Fazla 5 Çok Fazla
33. Barsak sorunlarım, yakınlarımla olan ilişkilerimi etkiliyor. *(Lütfen yalnızca bir seçeneği işaretleyiniz)*
1 Hiç 2 Biraz 3 Orta 4 Fazla 5 Çok Fazla
34. Hiç kimsenin, barsak sorunlarımı anlamadığını hissediyorum. *(Lütfen yalnızca bir seçeneği işaretleyiniz)*
1 Hiç 2 Biraz 3 Orta 4 Fazla 5 Çok Fazla



EK-6. BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

GÖNÜLLÜLERİN BİLGİLENDİRİLMESİ VE RIZASININ

ALINMASI PROTOKOLÜ

BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Tarih:.....

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı- Soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon no, faks no):

Velayet veya vesayet altında bulunan için

Veli Adı- Soyadı:

İmzası:

Adres (varsa telefon no, faks no)

Açıklamaları yapan araştırmacının

Adı: Gülşen KAYA GÜVEN

Rıza alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin

Adı- Soyadı:

İmzası:

Görevi:

EK-7. HASTANE İZİN YAZISI

T. C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Ağrı İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

ŞUBE : 97246573/8785587/
KONU: Tez Çalışma İzni



ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

İlgi : 03.12.2014 tarih ve 24835 sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazınıza istinaden Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Gülşen KAYA'nın "**İrritabl Bağırsak Sendromlu Hastalarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi**" konulu tez çalışmasını Aralık 2014-Eylül 2015 ayları arasında Ağrı Devlet Hastanesi İç Hastalıkları Polikliniği'nde yapması tarafımızca uygundur;

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Op.Dr. Yusuf Atakan BALTRAK
Genel Sekreter a.
Tıbbi Hizmetler Başkanı