

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
BAKIRKÖY BÖLGESİ İSTANBUL İLİ KAMU HASTANELERİ
BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR
OSMAN RUH SAĞLIĞI VE SİNİR HASTALIKLARI
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
PSİKİYATRİ KLİNİĞİ

**FONKSİYONEL DİSPEPSİSİ OLAN HASTALARIN
ORGANİK DİSPEPSİSİ OLAN HASTALAR İLE
BAĞLANMA ÖZELLİKLERİ AÇISINDAN
KARŞILAŞTIRILMASI**

Dr. Halide ŞAHAN

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Ejder Akgün YILDIRIM

İSTANBUL – 2014

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
BAKIRKÖY BÖLGESİ İSTANBUL İLİ KAMU HASTANELERİ
BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR
OSMAN RUH SAĞLIĞI VE SİNİR HASTALIKLARI
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
PSİKİYATRİ KLİNİĞİ

**FONKSİYONEL DİSPEPSİSİ OLAN HASTALARIN
ORGANİK DİSPEPSİSİ OLAN HASTALAR İLE
BAĞLANMA ÖZELLİKLERİ AÇISINDAN
KARŞILAŞTIRILMASI**

Dr. Halide ŞAHAN

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Ejder Akgün YILDIRIM

Yardımcı Araştırmacı: Doç. Dr. Aliye SOYLU

İSTANBUL – 2014

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Bakırköy Bölgesi İstanbul İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları
Eğitim ve Araştırma Hastanesi

TEZ DEĞERLENDİRME FORMU

ADI SOYADI: DR. HALİDE ERTEN (ŞAHAN)

UZMANLIK DALI: RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI

TEZİN ADI: FONKSİYONEL DİSPEPSİSİ OLAN HASTALARLA ORGANİK DİSPEPSİSİ OLAN HASTALARIN BAĞLANMA ÖZELLİKLERİ AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI

1-Sayfa Sayısı:	: 64
2-Tablo Sayısı	: 17
3-Şekil Sayısı:	: 0
4-İstatistik Sayısı:	: 5
5-Literatür Sayısı ve Faydalanma Durumu	: 158, BAŞARILI
6-Yazı Tertibi	: BAŞARILI
7-Konuyu Anlatma ve Konuya Hakimiyet	: BAŞARILI
8-İncelemenin Bilimsel Bakımdan Tutumu	: BAŞARILI
9-Orijinal Olup Olmadığı	: ORJİNAL

SONUÇ: BAŞARILI

TEZ DEĞERLENDİRME JÜRİSİ

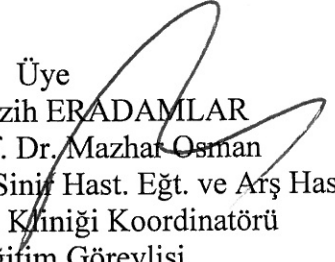
Üye

Uz. Dr. Şahap ERKOÇ
B.Köy Prof. Dr. Mazhar Osman
Ruh Sağlığı ve Sinir Hast. Eğt ve Arş Hast.
Psikiyatri Kliniği Koordinatörü
Eğitim Görevlisi
Sicil No: 20275



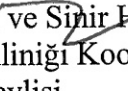
Üye

Uz. Dr. Nezih ERADAMLAR
B.Köy Prof. Dr. Mazhar Osman
Ruh Sağlığı ve Sinir Hast. Eğt. ve Arş Hast.
Psikiyatri Kliniği Koordinatörü
Eğitim Görevlisi
Sicil No: 18747



Üye

Doç. Dr. Nesrin KARAMUSTAFALIOĞLU
B.Köy Prof. Dr. Mazhar Osman
Ruh Sağlığı ve Sinir Hast. Eğt ve Arş Hast.
Psikiyatri Kliniği Koordinatörü
Eğitim Görevlisi
Sicil No: 45313



ONAY
2014
Doç. Dr. Murat ERKİRAN
Başhekim



I.İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	iii
ÖZET	iv
İNGİLİZCE ÖZET (ABSTRACT).....	v
KISALTMALAR	vi
TABLolar	vii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. DİSPEPSİ.....	3
2.1.1. Tanım	3
2.2. FONKSİYONEL DİSPEPSİ.....	3
2.2.1. Tanım	3
2.2.2. Fonksiyonel Dispepsi Tanı Kriterleri	4
2.2.3.Epidemiyoloji.....	7
2.2.4. Etiyolojik Faktörler.....	7
2.2.4.1. Aşırı Visseral Hassasiyet	8
2.2.4.2. Beyin-Gastrointestinal Sistem İlişkisi	8
2.2.4.3. Emosyonel Motor Sistem.....	9
2.2.4.4. Kortikotropin Salgılatıcı Hormon.....	9
2.2.5.5. Hipotalamik-Otonom Sinir Sistemi Aksı.....	10
2.2.4.6. Hipokampus İle Hipotalamopituiter Adrenal Aks İlişkisi	10
2.2.4.7. Ağrı Modülasyonundaki Değişiklikler	11
2.2.4.8. Nörogörüntüleme	11
2.2.4.9.Helikobakter pilori.....	11
2.2.4.10. Genetik Faktörler	12
2.2.4.11. Diğer Psikojenik Faktörler.....	12
2.2.4.12. Gastrik Motor Disfonksiyon	13
2.2.4.13. Çevresel Faktörler.....	14

2.2.5. Tedavi	14
2.3. ORGANİK DİSPEPSİ	15
2.3.1. Tanım	15
2.3.2. Gastroözofageal Reflü Hastalığı	16
2.3.3. Peptik Ülser.....	17
2.3.4. Gastrik Malignite	17
2.4. BAĞLANMA	18
2.4.1. Temel Tanımlar.....	18
2.4.2. Yabancı Durum Deneyi ve Bağlanma Biçimleri	19
2.4.3. Erişkinlikte Bağlanma.....	20
2.4.4. Bağlanma ve Psikopatoloji	21
2.4.5. Bağlanma, Ağrı Duyumu ve Fonksiyonel Dispepsi	22
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	24
3.1. Grupların Seçimi ve Oluşturulması	24
3.2. Değerlendirme Ölçekleri.....	25
3.2.1. Sosyodemografik ve Klinik Veri Toplama Formu	25
3.2.2. SCID-I Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi Hasta Formu	25
3.2.3. Durumsal ve Sürekli Anksiyete Ölçeği	26
3.2.4. Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri	26
3.2.5. Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği	26
3.3. İstatistiksel Değerlendirme	27
4. BULGULAR.....	28
5. TARTIŞMA	36
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	42
7. KAYNAKLAR	44
8. EKLER.....	59

II. ÖNSÖZ

Eğitimime olan katkılarından dolayı hastanemiz başhekimi *Doç. Dr. Murat ERKIRAN'a*, asistanlığım süresince eğitimime katkıları olan klinik şefim *Dr. Şahap Nurettin ERKOÇ'a*, tezimin her aşamasında bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan; hekimlik mesleğine ve psikiyatriye dair kendisinden çok şey öğrendiğim tez danışmanım *Doç. Dr. Ejder Akgün YILDIRIM'a*, asistanlığım süresince bilgi ve klinik deneyimlerini paylaşan *Dr. Celal ÇALIKUŞU, Doç. Dr. E. Emrem BEŞTEPE, Dr. Melih ÖZEREN, Dr. Ahmet COŞKUN ve Dr. Tuna Güzide YENER ÖRÜM'e*, rotasyonlarım esnasında bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım *Doç. Dr. L. Defne TAMAR GÜROL, Dr. Semra YALÇINKAYA, Dr. Abdülkadir TABO, Dr. Ceyda GÜVENÇ, Dr. Evrim ERTEN, Dr. Fatma Yeşim CAN, Dr. Turan ÇETİN, Dr. Bican ÖZTÜRKCAN, Dr. Ahmet TÜRKCAN, Dr. M. Can GER, Doç. Dr. Özden ÜNERİ, Dr. Hatice GÜNEŞ, Doç. Dr. Baki ARPACI ve Dr. Cengiz DAYAN'a*, sağladıkları çalışma ortamı nedeniyle 2. Psikiyatri birimi ailesine, Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde bana çalışma ortamı sağlayan *Doç. Dr. Aliye SOYLU'ya*, içten yardım ve destekleri için *Dr. Suut GÖKTÜRK'e*, asistanlığım süresince birlikte çalıştığım tüm uzmanlarım, asistan arkadaşlarım, hemşire ve yardımcı sağlık personeline, bilgi ve tecrübelerimin kaynağı *hastalarım*a, ve aileme

Sonsuz teşekkürler...

Dr. Halide ERTEN ŞAHAN

İstanbul 2014

III. ÖZET

Fonksiyonel Dispepsisi Olan Hastaların Organik Dispepsisi Olan Hastalar İle Bağlanma Özellikleri Açısından Karşılaştırılması

Dr. Halide ŞAHAN

Amaç: Fonksiyonel dispepsi (FD), gastroduodenal bölgeden köken alan, nedeni bilinmeyen, inatçı ve tekrarlayıcı dispeptik belirtiler olarak tanımlanmaktadır. Tüm toplumlarda oldukça yaygın görülür. FD ile psikopatoloji arasındaki ilişki bilinmekle beraber FD hastalarında bağlanma özelliklerini inceleyen bir çalışmaya literatürde rastlanmamıştır. Biz bu çalışmada FD tanısı alan olguların bağlanma özelliklerini organik dispepsi (OD) tanısı alan olgular ve sağlıklı kontroller ile karşılaştırmayı amaçladık.

Yöntem: FD tanısı alan 43 hasta, OD tanısı alan 38 hasta ve yaş, cinsiyet, öğrenim durumu açısından klinik olgularla denkleştirilmiş 42 sağlıklı kontrol çalışmaya dahil edildi. Katılımcılara Sosyodemografik ve Klinik Veri Toplama Formu, Durumsal ve Sürekli Kaygı Envanteri (DSKE), Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri (YİYE), Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği-birinci bölüm (EBBÖ1) uygulandı. Sonuçlar istatistiksel olarak $P<0.05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

Bulgular: Gruplar sosyodemografik özellikleri açısından türdeşdir. DSKE-Sürekli puan ortalaması FD grubunda OD grubuna ve kontrol grubuna göre daha yüksektir. Kontrol grubunda güvenli bağlanma oranı yüksek saptanmış olup güvensiz bağlanma stilleri açısından üçlü bağlanma modeline göre gruplar arası fark saptanmamıştır. Boyutsal olarak FD grubu, OD grubu ve kontrol grubundan; OD grubu ise kontrol grubundan daha kaçınan bağlanma özellikleri göstermektedir.

Sonuç: Çalışmamızın bulguları değerlendirildiğinde FD grubu daha anksiyeteli bir gruptur. Güvensiz bağlanma dispeptik yakınmaları olan olgularda genel bir özellik olmakla birlikte FD grubunda kaçınan bağlanma özelliği daha belirgindir.

Anahtar Kelimeler: Fonksiyonel Dispepsi, Organik Dispepsi, Bağlanma, Anksiyete

İletişim Adresi: halideerten@yahoo.com

IV. ABSTRACT

Comparison of functional dyspepsia with organic dyspepsia in terms of attachment patterns

Dr. Halide ŞAHAN

Aim: Functional dyspepsia (FD), stems from gastroduodenal region, is described as resistant and recurring dyspeptic symptoms with unknown ethiology. It is quite common in all populations. Although the relation between FD and psychopathology is known, there is no literature investigating attachment patterns of those patients. In our study, we aimed to compare attachment patterns of FD patients versus organic dyspepsia cases and healthy volunteers.

Method: 43 patients diagnosed with FD, 38 with OD and 42 healthy volunteers equalized in terms of age, gender and education were included in the study. A Sociodemographic and Clinical Data Form, State and Trait Anxiety Inventory (STAI), Experiences in Close Relationships Questionnaire (ECR), The Adult Attachment Scale were applied to participants. Statistical significance was assumed if $p < 0.05$.

Findings: There was no difference in sociodemographic properties between groups. STAI-2 measure average was higher in FD vs. OD and control. Controls showed a high level of secure attachment while there was no difference in non-secure attachment according to triple attachment model. Dimensionally, FD shows more vs OD and control and OD shows more avoidant attachment patterns vs control.

Result: According to our findings, FD is a more anxious group. Non-secure attachment was seen generally in all dyspeptic patients while avoidant attachment patterns are more prominent in FD group.

Keywords: Functional Dyspepsia, Organic Dyspepsia, Attachment, Anxiety

Correspond to: halideerten@yahoo.com

V. KISALTMALAR

FGSH	: Fonksiyonel gastrointestinal sistem hastalıkları
FD	: Fonksiyonel dispepsi
OD	: Organik dispepsi
KG	: Kontrol Grubu
İBS	: İritabl barsak sendromu
GÖRH	: Gastroözofageal reflü hastalığı
ESS	: Enterik sinir sistemi
SSS	: Santral sinir sistemi
CRH	: Kortikotropin salgılatıcı hormon
HPA	: Hipotalamopituiter adrenal aks
OSS	: Otonom sinir sistemi
GİS	: Gastrointestinal sistem
LC	: Locus ceruleus
EMS	: Emosyonel motor sistem
AVP	: Arginine-vasopressin
ACTH	: Adrenakortikotropik hormon
SCID-D	: The Structured Clinical Interview for DSM-IV
YİYE	: Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri
EBBÖ	: Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği
DSKE	: Durumsal ve Sürekli Kaygı Envanteri
DSKE-D	: Durumsal ve Sürekli Kaygı Envanteri-Durumsal
DSKE-S	: Durumsal ve Sürekli Kaygı Envanteri-Sürekli
ICD-10	: International Statistical Classification of Diseasesand Related Health Problems
DSM-IV	: Diagnostic and Statistical Manual of MentalDisorders, Fourth Edition

VI. TABLOLAR

Tablo 1. Fonksiyonel dispepsi tanı kriterleri.....	5
Tablo 2. Yemek sonrası stres sendromu tanı kriterleri.....	6
Tablo 3. Epigastrik ağrı sendromu tanı kriterleri.....	6
Tablo 4. Dispepsi ile birlikte bulunan organik hastalıklar.....	17
Tablo 5. Fonksiyonel dispepsi, organik dispepsi ve kontrol gruplarında yaş ortalaması dağılımlarının değerlendirilmesi.....	28
Tablo 6. Fonksiyonel dispepsi, organik dispepsi ve kontrol gruplarında sosyodemografik özelliklerin değerlendirilmesi.....	29
Tablo 7. Fonksiyonel dispepsi ve organik dispepsi gruplarının hastalık sürelerinin karşılaştırılması.....	30
Tablo 8. Fonksiyonel dispepsi ve organik dispepsi gruplarında klinik özelliklerin değerlendirilmesi	31
Tablo 9. Durumsal ve sürekli kaygı envanteri skorlarının gruplar arası karşılaştırılması.....	32
Tablo 10. Durumsal ve sürekli kaygı envanterinin gruplar arası tukey çoklu karşılaştırılması.....	32
Tablo 11. Fonksiyonel dispepsi, organik dispepsi ve kontrol gruplarının erişkin bağlanma biçimini ölçeği ile değerlendirilmesi I.....	33
Tablo 12. Fonksiyonel dispepsi, organik dispepsi ve kontrol gruplarının erişkin bağlanma biçimini ölçeği ile değerlendirilmesi II.....	33
Tablo 13. Yakın ilişkilerde yaşantılar envanteri skorlarının gruplar arası karşılaştırılması	34
Tablo 14. Yakın ilişkilerde yaşantılar envanterinin gruplar arası tukey çoklu karşılaştırılması.....	34

1.GİRİŞ VE AMAÇ

En sık rastlanan fonksiyonel gastrointestinal sistem hastalığı (FGSH) olan fonksiyonel dispepsi (FD) Roma III komitesi tarafından “gastroduodenal bölgeden kaynaklandığı düşünülen ve herhangi bir organik, sistemik, metabolik neden bulunamayan belirtiler” olarak tanımlanmıştır (1). Batı toplumlarında FD prevalansı %20-30 civarında iken Türkiye’de de bu oranın benzer şekilde %30’larda olduğu bildirilmektedir (2,3). Organik dispepsi (OD) tanısı ise FD aksine dispeptik yakınmalarla başvuran hastalarda yapılan incelemelerde nedensel patolojilerin ortaya konması halinde konulur. Dispepsiye yol açan organik hastalıklar içinde en sık rastlananlar gastroözofageal reflü hastalığı (GÖRH), peptik ülser ve gastrik malignite olmakla beraber bütün bu organik nedenler, dispepsili hastaların yarısından daha azında tespit edilmektedir (4,5).

FD’nin etyopatagonezi tam olarak açıklanamamış olup multifaktöryel temele dayandığı düşünülmektedir. Enterik sinir sistemini (ESS), afferent duyuşal nöronları ve santral sinir sistemini (SSS) ilgilendiren karmaşık etkileşimlerle beraber emosyonel değişkenlerin tabloya katkıda bulunmasıyla hastalık belirtilerinin ortaya çıktığı düşünülmektedir. Strese maruz kalma durumunda kortikotropin salgılatıcı hormon (CRH) salınımının artışına bağlı hipotalamopituitar adrenal aks (HPA) ve otonom sinir sisteminin (OSS) bütüncül aktivasyonu sonrası bedensel ve ruhsal belirtiler ortaya çıkar (6). Yapılan çalışmalarda FD tanısıyla takip edilen kişilerde anksiyete ve depresyon belirtilerinin, nevrotik kişilik özelliklerinin, somatik yakınmalarının, cinsel ve fiziksel kötüye kullanım öyküsünün daha fazla olduğu belirtilmektedir (7,8,9).

Bağlanma kuramı, kişilerin kendileri için önemli olan diğerlerine karşı geliştirdiği duygusal bağı ve nedenlerini anlamayı amaçlar. Bowlby’e göre yeterince olgunlaşmamış insan yavrusu yaşamını sürdürebilmek için bir bakım verenin yakınlığına ihtiyaç duyar (10,11). Erken yaşlarda bakım veren ile tekrarlayan etkileşimler temelinde birbiriyle ilişkili kendilik ve bağlanma kişiliği modelleri oluşur.

Oluşan bu zihinsel temsillerle ilişkili olarak güvenli stil, korkulu stil, saplantılı stil, kayıtsız stil olmak üzere dört temel bağlanma örüntüsü tanımlanmaktadır (12). Güvensiz bağlanma biçimi daha sonraki yaşam dönemlerinde psikopatolojinin belirleyicisi olarak düşünülmüşken güvenli bağlanma sağlıklı süreçlerle ilişkilendirilmiştir (13).

Literatürde FD hastalarında bağlanma özelliklerini araştıran bir çalışmaya rastlanmamış olmakla birlikte; klinikte FD ile arasında birlikteliğinin sık olduğu bilinen GÖRH tanısıyla takip edilen hastalarda, güvensiz bağlanma biçiminin yüksek oranlarda tespit edildiği, anne-baba tarafından verilen duygusuz kontrolün yüksek düzeyde algılandığı, babanın tutum ve davranışlarının aşırı koruyucu olduğuna yönelik algılarının olduğu bildirilmiştir (14).

Güvensiz bağlanma biçiminin FD'si olan olgularda OD'si olan olgulara ve/veya sağlıklı kontrollere göre daha fazla olduğu; FD'si olan olguların OD'si olan olgulara ve/veya sağlıklı kontrollere göre daha kaçınan bağlandığı ileri sürülebilir.

Bu çalışmada FD tanısı alan olguların bağlanma özelliklerinin organik patoloji gösterilmiş dispepsi olguları ve sağlıklı kontroller ile karşılaştırılması amaçlanmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. DİSPEPSİ

2.1.1. Tanım

Dispepsi, üst karın bölgesinde hissedilen ağrı, huzursuzluk, erken doyma, şişkinlik, bulantı, kusma, geğirme gibi belirtilerin epizodik veya kalıcı olarak görülmesi şeklinde tanımlanır. Bir hastalık olmaktan ziyade belirtiler kümesidir (15).

Dispepsi; tüm toplumlarda oldukça yaygındır. İç hastalıkları polikliniğine başvuran hastaların % 5-15'inde, gastroenteroloji polikliniklerine başvuran hastaların ise % 40-60'ında görüldüğü bildirilmiştir (16).

Dispeptik belirtiler ile başvuran hastalara uygulanan endoskopi ve diğer tetkikler sonucunda etiyolojik bir faktör saptanırsa organik dispepsi; belirtileri açıklayacak patolojik bir bulgunun saptanmaması durumunda ise fonksiyonel dispepsi tanısı konulur (17).

2.2. FONKSİYONEL DİSPEPSİ

2.2.1. Tanım

FD literatürde non-ülser dispepsi, idiopatik dispepsi, non-organik dispepsi, endoskopi negatif dispepsi, esansiyel dispepsi, psikojenik dispepsi gibi farklı isimlerle de adlandırılmaktadır (18).

FD, FGSH grubunda yer alır. FGSH ise yapısal ya da biyokimyasal bozuklukların olmadığı ve fizyopatolojisinin çok iyi bilinmediği, üst ya da alt gastrointestinal sisteme (GIS) ilişkin kronik yakınmalarla karakterli bir grup hastalık için kullanılan terimdir. Genellikle GIS yakınmalarını açıklayacak bir organik neden bulunmadığında bu terim kullanılır (19). En sık görülen FGSH'ler FD ile İBS'dir Bununla birlikte epidemiyolojik çalışmalar İBS ile FD eş tanıli olguların oldukça yaygın olduğunu bildirmektedir (20). Bir meta-analizde fonksiyonel dispepsisi olan hastaların %37'sinin irritabl barsak sendromu eş tanısı aldığı bildirilmektedir (21). Yapılan başka

bir çalışmada ise, fonksiyonel dispepsi hastalarının %46'sında İBS semptomlarının olduğu bulunmuştur (22).

FD her hastada farklı belirtilerle seyredebilen heterojen bir durumdur. Bu belirtilerden belirgin olanına göre dispepsi 4 farklı gruba ayrılır (23). Bunlar:

1-Ülser benzeri dispepsi: Klinikte ön planda olan belirtiler lokalize epigastrik ağrı ve rahatsızlık hissidir. Belirtiler açlıkta ortaya çıkar ve hastayı gece uyandırabilir. Hastanın yakınmaları peptik ülseri düşündürür ancak yapılan tetkiklerde ülser saptanmaz. Semptomların yemek yemek, antiasitler, H2 reseptör antagonistleri, proton pompa inhibitörleri ile gerilediği gözlenir.

2-Dismotilite benzeri dispepsi: Ön planda olan belirtiler arasında yemek sonrası dolgunluk, erken doyma, şişkinlik, geğirme, bulantı ve kusma yer alır. Klinik ipuçları gastroparezis veya bozulmuş motiliteyi düşündürür.

3-Reflü benzeri dispepsi: Retrosternal yanma ve regurjitasyon yakınmaları vardır. Bu grubun varlığı tartışmalıdır. Bu grup dispepsi, GÖRH içinde tanımlanmaktadır.

4- Non-spesifik dispepsi: Ayırımın yapılamadığı semptomların varlığında non-spesifik dispepsi söz konusudur.

2.2.2.Fonksiyonel Dispepsi Tanı Kriterleri

Fonksiyonel dispepsiyi tanımlamak üzere 1994 yılından itibaren Roma kriterleri tanımlanmıştır. Son olarak 2008 yılında yayınlanan Roma III komite raporunda FD, fonksiyonel gastrointestinal hastalıklar grubunda yer almaktadır. Roma III komitesi FD'yi "gastroduodenal bölgeden kaynaklandığı düşünülen ve herhangi bir organik, sistemik ve metabolik neden bulunamayan belirtiler" olarak tanımlamıştır. Bu tanımlamada yer alan belirtiler epigastrik ağrı, yanma, yemek sonrası dolgunluk ve erken doygunluk hissidir. Bu belirtilerden bir ya da daha fazlasının bulunması dispepsi olarak tanımlanmıştır (23,24,25). Anamnezle birlikte dispepsili hastalarda üst GIS değerlendirilmesine yönelik biyopsi yapılabilmesi ve tanısal doğruluk bakımından endoskopi altın standart olarak kabul edilmektedir (26,27). Roma III komite raporuna göre FD tanı kriterleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1: Fonksiyonel dispepsi tanı kriterleri

Fonksiyonel dispepsi tanı kriterleri* 1-Aşağıdaki belirtilerden bir ya da daha fazlasının olması a. Yemek sonrası rahatsız edici dolgunluk hissi b. Erken doyumluk hissi c. Epigastrik ağrı d. Epigastrik yanma 2-Semptomları açıklayacak organik hastalık bulunmaması (Üst endoskopi dahil) <i>*Semptomların başlangıcı 6 ay önce olmalı ve son 3 ay içinde tüm kriterler bulunmalıdır.</i>
--

Roma II komitesinde FD dört alt grupta (ülser benzeri dispepsi, dismotilite benzeri dispepsi, reflü benzeri dispepsi, spesifik olmayan dispepsi) tanımlanırken Roma III komitesi alt grupları değiştirmiş ve iki alt grup tanımlamıştır (1). Bunlar:

1. Yemek sonrası stres sendromu
2. Epigastrik ağrı sendromu

Bu sendromların tanı kriterleri ise Tablo 2 ve 3'te gösterilmiştir.

Tablo 2: Yemek sonrası stres sendromu tanı kriterleri

Yemek sonrası stres sendromu tanı kriterleri* Aşağıdakilerden bir ya da her ikisinin bulunması: 1. Haftada birkaç kez normal miktarda yemek sonrası dolgunluk hissi. 2. Haftada bir kaç kez erken doyma nedeni ile normal öğünün tamamlanamaması. Destekleyici kriterler: 1. Üst abdominal şişkinlik, yemek sonrası kusma ya da geğirme. 2. Epigastrik ağrı eşlik edebilir. <i>*Semptomların başlangıcı 6 ay önce olmalı ve son 3 ay içinde tüm kriterler bulunmalıdır.</i>

Tablo 3: Epigastrik ağrı sendromu tanı kriterleri

Epigastrik ağrı sendromu tanı kriterleri* Aşağıdakilerden hepsinin bulunması: 1. Haftada en az bir kez orta şiddette epigastrik bölgede lokalize ağrı ya da yanma. 2. Ağrı aralıklı karakterdedir. 3. Ağrı diğer karın bölgesi ya da göğüse lokalize olmamalıdır. 4. Defekasyon ya da gaz çıkarma ile ağrı ortadan kalkmamalıdır. 5. Safra kesesi ve Oddi sfinkteri hastalığı kriterleri olmamalıdır. Destekleyici kriterler: 1. Ağrı yanıcı karakterde olabilir ancak retrosternal komponenti olmamalıdır 2. Ağrı genellikle yemeklerle indüklenebilir ya da rahatlayabilir, ancak açlık sırasında da oluşabilir. 3. Yemek sonrası stres sendromu eşlik edebilir. <i>*Semptomların başlangıcı 6 ay önce olmalı ve son 3 ay içinde tüm kriterler bulunmalıdır.</i>
--

2.2.3.Epidemiyoloji

Dispepsi; tüm toplumlarda görülme oranı yüksek olan bir semptomudur. Türkiye’de birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran erişkin hastalarda dispepsi prevalansı %44 olarak tespit edilmiştir (28). İç hastalıkları polikliniğine başvuran hastaların % 5-15’inde, gastroenteroloji polikliniklerine başvuranların ise % 40-60’ında görüldüğü belirtilmektedir (16).

Dispepsi yakınması ile başvuran hastaların %40’ında GÖRH, peptik ülser, gastrik malignite gibi organik nedenler görülürken, hastaların büyük kısmında semptomları açıklayabilecek bir patoloji saptanmaz (4,5).

Batı toplumlarında FD prevalansı %20-30 civarındadır (2). Türkiye’de de prevalansın benzer oranlarda olduğu bildirilmektedir. Ülkemizde yapılan geniş kapsamlı bir çalışmada FD sıklığı %32.5 saptanmış olup kadınlarda bu oran %45.5, erkeklerde ise %23.5 olarak bulunmuştur. Aynı zamanda bu çalışmada; kadın cinsiyetin yanı sıra sigara kullananlarda, yoğun kahve tüketimi olanlarda, alkol kullananlarda, evli olanlarda, kalabalık ailelerde ve gecekonduya yaşayanlarda, eğitim seviyesi düşük olanlarda (lise altı), ev hanımlarında, başka bir ek hastalığı olan ve bu hastalık nedeniyle ilaç kullananlarda FD daha yüksek oranlarda saptanmıştır (3).

2.2.4.Etiyolojik Faktörler

FD’nin etyopatogenezi tam olarak açıklanamamış olup multifaktöryel temele dayandığı düşünülmektedir. ESS’yi, afferent duyuşal nöronları ve SSS’yi ilgilendiren karmaşık etkileşimlerle beraber motor fonksiyonlarda bozulma, visseral algılama bozuklukları ve emosyonel değişkenlerin tabloya katkıda bulunmasıyla belirtilerin ortaya çıktığı düşünülmektedir (6).

Fonksiyonel dispepsi tanısı alan hastaları daha iyi anlayabilmek için hastalığın biyo-psikososyal modeline başvurulabilir. Bu modele göre semptomlar hastanın anormal GIS fizyolojisi ve psikososyal durumu arasındaki ilişki sonucunda ortaya çıkmaktadır. Yüksek nöral merkezler gastrointestinal duyuyu, motiliteyi ve sekresyonu kontrol etmektedir. Stabil bir psikososyal yapısı olan ancak değişken gastrointestinal fizyolojiye sahip hastaların semptomları yaşam şeklindeki değişiklikler ve telkin ile giderilebilir. Ancak psikososyal problemlerin varlığında semptomlar alevlenebilir ve bu

nedenle de medikal tedavi yapmak gerekebilmektedir (16,26,29). Psikolojik faktörler içinde doğrudan biyolojiyi etkileyecek önemli bir faktör ise emosyonel stres tepkisidir. Emosyonel stres doğrudan otonom sinir sistemi ve endokrin yanıtı değiştirerek gastrointestinal bir patolojiye neden olabilir. Aşağıda bu mekanizma ile ilişkili faktörlere yer verilmiştir.

2.2.4.1. Aşırı Visseral Hassasiyet:

Normal fizyolojik şartlarda visseral afferent uyarılar, subkortikal fizyolojik blok nedeniyle kortikal bölgeye iletilmezler, yani bilinçli duyuya dönüştürülemezler. Visseral hipersensitivite ise ya mekanoreseptörlerin disfonksiyonuna ya da spinal/beyin merkezlerine iletilen afferent uyarıların abartılı işlemlenmesine bağlıdır. Gastrik distansiyon ve gastrik asitle ilişkili olduğu düşünülmekle beraber yapılan çalışmalar; sağlıklı kişilere göre FD hastalarının %50'sinde gastrik distansiyonu algılama eşiğinin daha düşük olduğunu ve bu kişilerin distansiyona bağlı rahatsızlık hissinin olduğunu göstermiştir (30). Aynı zamanda asit sekresyonunun FD hastalarında artmadığı; ancak duodenal mukozanın gastrik aside daha duyarlı hale geldiği düşünülmektedir (31). FD olgularında yapılan bir çalışmada visseral hipersensitivitenin tespit edildiği hastalarla normosensitiv hastalar arasında anksiyete skorlarının benzer olduğu; ancak hipersensitiv hastalarda anksiyete skorlarıyla ağrı eşiği, rahatsızlık duygusu eşiği ve gastrik kompiyans arasında güçlü ve negatif bir ilişki olduğu belirtilmektedir (32).

2.2.4.2. Beyin-Gastrointestinal Sistem İlişkisi

Beyin ve GİS arasında karşılıklı ve karmaşık bir ilişki olduğu bilinmektedir. SSS; GİS kanalda motiliteyi, visseral afferent uyarıları, sekresyonu, immün fonksiyonu ve kan akımını düzenlemektedir. Emosyonel ve kognitif durumlar GİS'den gelen uyarıların algılanmasını etkilemektedir. Fonksiyonel gastrointestinal sistem hastalığı olanlar anksiyete ve depresyon belirtileri varlığında, travmatik durumlarla karşılaşma ya da travmatik anıları tekrar yaşantılama durumlarında duyularını abartılı bir şekilde yaşayabilmektedirler (33).

Birçok insan stresle indüklenen gastrointestinal sisteme ait yakınma dile getirir. FD hastalarının duodenal ülserli ve sağlıklı kişilerle karşılaştırıldığı bir çalışmada stresli yaşam olaylarının FD hastalarında daha yüksek düzeylerde saptandığı gösterilmiştir (34). Sağlıklı kişilerde sinirlilik, korku, ağırlı uyarı ve stres gastrik boşalmayı

geciktirmekte; kolonun motor aktivitesini arttırmaktadır. Yaşam olayları ve günlük stresin FGSH başlangıcında rolü olduğu bildirilmektedir (35).

2.2.4.3. Emosyonel Motor Sistem

Organizmanın strese yanıtı bütüncül bir şekilde çalışan hipotalamus (paraventriküler nükleus), amigdala ve periaqueduktal gri madde tarafından verilir. Bu bölgeler gelen uyarıları visseral ve somatik afferent liflerden ve medial prefrontal korteksi içeren kortikal yapılardan, anterior singular korteks ve insular korteksten alır. Bu sistemden hipofiz bezine ve pontomedullar nükleusa çıkan uyarılar ise nöroendokrin ve otonomik yanıtlara aracılık etmektedir. Raphe nükleusundan çıkan serotonerjik yollar, locus ceruleusdan (LC) çıkan noradrenerjik yollar ve dolaşımdaki glukokortikoidler santral stres devresinin kontrolünden sorumludur. Santral stres devresi “emosyonel motor sistem (EMS)” olarak da bilinmektedir. Hipotalamusta bulunan kortikotropin salgılatıcı hormon (CRH) ve arginine-vasopressin (AVP) nöronları, LC’de bulunan katekolaminerjik nöronlar EMS’nin santral düzenleyicileri arasında; HPA aksı, efferent sempatik/ adrenomedullar sistem ve endojen ağrı modülasyon sistemi periferik düzenleyicileri arasında yer almaktadır (33,36).

EMS’nin gelişimsel süreci kısmen genetik faktörlere bağlıdır; ancak önemli ölçüde olumsuz erken yaşam olayları ve bazı patolojik stres faktörlerine bağlı uyum gösterir. Patolojik strese karşı gözlenen santral adaptasyon; CRH sentez ve salınımında artma, santral noradrenerjik sistemin duyarlılığında ve aktivitesinde artma, adrenakortikotropik hormonunun (ACTH) salınımında artma ve glukokortikoid reseptörlerinin duyarlılığında ya da aktivitesinde artış şeklinde gözlenir (37).

2.2.4.4. Kortikotropin Salgılatıcı Hormon (CRH)

CRH, EMS’de santral bir hormon olup stres ve GİS ilişkisinde de anahtar bileşen gibi durmaktadır. Akut strese maruz kalma nedeniyle HPA aksın aktive olmasından sonra CRH salınımıyla beraber sempatik sinir sistemi aktive olur (36). CRH aynı zamanda anksiyete ve depresyon belirtilerinin patofizyolojisinde de rol almaktadır. Anksiyete belirtilerinden sorumlu olan amigdalada çok sayıda bulunan CRH1 reseptörleri iken, midede çok sayıda bulunan CRH2 reseptörleri üst GİS’in motilitesini yavaşlatmaktadır ve visseral hipersensitiviteyi arttırmaktadır (38,39).

2.2.5.6. Hipotalamik-Otonom Sinir Sistemi Aksı

OSS; SSS ile ESS arasında bağlantı sağlayarak GİS'in motilitesini, sekresyonunu ve immün sistemini düzenler (40). Akut strese maruz kalma durumunda OSS aktive olarak, GİS üzerindeki etkilerini gösterir. GİS, lateral hipotalamustan sempatik; lateral ve periventriküler hipotalamustan ve dorsal vagus çekirdeğinden parasempatik sinirlerle inerve edilir. OSS'nin sempatik kısmının santral aktivasyonu ağırlıklı olarak CRH nöronları ve LC'deki katekolaminerjik nöronlardan kaynaklanır (41). Sempatik yolların aktivasyonuna ek olarak, stresle beraber gastrovagal inhibisyonun ve sakral parasempatik uyarının aktivasyonunu içeren bifazik parasempatik uyarı gerçekleşir. Bütün bunlar gastrik motilitede yavaşlamaya ve visseral hipersensitiviteye; distal kolon motilitesinde ise artışa katkıda bulunur. Strese maruz kalma durumunda paraventriküler nükleus ile LC'nin eşgüdüm içerisinde aktivasyonu ve HPA aksı ile OSS'nin bütüncül aktivasyonu aracılığıyla GİS'in fonksiyonlarında değişiklikler meydana gelir (36,37).

2.2.4.6. Hipokampus İle Hipotalamopituiter Adrenal Aks İlişkisi

Stres durumunda ve organizmanın homeostazisinin sürdürülmesinde HPA aks ve hormonları olan CRH, ACTH ve glukokortikoidler oldukça önemlidir. Hipokampustaki reseptörler, yeterli miktarda kortizol ile bağlandığında hipotalamus üzerinde GABAergik yolla negatif feedback etkisi yaparak CRH salınımını inhibe eder. Bu yolla hipokampus, kortizolu belli seviyede tutarak amigdalanın tetiklediği stres cevabını regüle eder. Hipokampus yeterli oranda işlev görebiliyorsa, stres reaksiyonu durdurulabilir. Eğer stres uzun sürerse, hipokampusun işlevlerini bozabilir ve vücutta bir takım istenmeyen durumlar görülebilir (42).

Otoimmün, metabolik ve psikiyatrik hastalıklar gibi kronik hastalıklarda maladaptif stres yanıtı gelişebilir (36). Hiperaktif HPA aksı depresyon bozuklukları için karakteristiktir ve depresyon hastalarının % 50'sinde hiperaktif HPA aksı görülmektedir. Bu hastalarda paraventriküler nükleus'dan CRH ve vazopresin salınımı artmakta, adrenal bezlerde hipertrofi gelişmekte ve bazal kortizol düzeylerinde artış gözlenmektedir (42,43). Depresyon bozuklukları açısından genetik riski yüksek olan sağlıklı kişilerde ise sınırda hiperkortizolizm gözlenmektedir (44). FGSH'nin prototipi olan İBS'de, HPA aks hiperaktivitesi, psikojenik strese cevap olarak plazmada CRH artışı ve yanıtı gösterilmiştir (45).

Feedback inhibisyonun artmış olduğu zıt bir durum ise düşük kortizol düzeylerine neden olan hipoaktif HPA aks gelişimidir. Bu mekanizma tam olarak açıklanamamış olmakla beraber hayvan deneylerinde kronik, tekrarlayan stres durumlarında başta hiperaktif, sonrasında hipoaktif HPA aks disfonksiyonun gerçekleştiği süreçte bazal kortikosteroid düzeylerinde tedricen azalma olduğu belirtilmektedir (46). Travma sonrası stres bozukluğunda olduğu gibi ilk başta gelişen hiperkortizolizm sonrası hipokampal atrofi ve sonrasında da hipokortizolizm geliştiği bildirilmektedir (47).

2.2.4.7. Ağrı Modülasyonundaki Değişiklikler

Ağrı algısı duyuşal, emosyonel ve kognitif fonksiyonlara bağılıdır. Anterior singulat korteks, visseral ve emosyonel bilgiyi bütünleştirir ve ağrının affektif bileşeninden sorumludur. Ağrı sinyallerini düzenleyen amigdala ve pontomedullar ağı yoluyla inhibitör efferent sinyal göndererek duygulanımı düzenler (33). Akut stres, inen inhibitör ağrı yolaklarıyla (glutaminerjik, serotonerjik andopioiderjik) somatik ağrıda analjeziyi indüklerken; kronik stresin visseral ağrı modülasyonu üzerindeki etkisi ise hiperanaljezi şeklinde sonuçlanmaktadır (37). Depresyonla ilişkili kronik ağrının serotonerjik ve noradrenerjik yollarda inhibitör ağrı sinyallerinde kusurla ilişkili olduğu belirtilmektedir (48).

2.2.4.8. Nörogörüntüleme

FD hastalarında nörogörüntüleme çalışmaları kısıtlıdır. Yapılan bir çalışmada FD hastalarında anterior singulat korteks, insula ve talamusu içeren interhemisferik bağlantılarda artış/disfonksiyon izlendiği belirtilmiştir (49). Sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığı başka bir çalışmada ise istirahat durumunda serebral glukoz metabolizmasında artış izlendiği; FD hastalarının belirtilerinin şiddeti arttıkça insula, anterior singulat korteks, orta singulat korteks, serebellum ve talamustaki glukoz metabolizmasında artış gözlemlendiği bildirilmiştir (50).

2.2.4.9. Helikobakter pilori:

Epidemiyolojik çalışmalarla Helikobakter pilori (H. pilori) infeksiyonun dünya genelinde en yaygın kronik bakteriyel infeksiyonlardan birisi olduğu gösterilmiştir. H.pilori infeksiyonu sıklığı, toplumun sosyoekonomik düzeyi ile yakından ilişkilidir (51). FD’de H.pilori’nin yeri ve etkisi hakkında net bir karara varılamamıştır. H.pilori’nin kronik antral gastrit ile ilişkili olduğu; ancak H.pilori ile infekte olan bireylerin büyük bir kısmının ise asemptomatik olduğu bildirilmektedir (52).

Uzun süreli H. pilori infeksiyonunun musküler tabakada hiperplaziye neden olarak gastrik boşalmayı bozduğu ve böylece dispeptik semptomların oluşumuna neden olduğu bildirilmektedir (53).

2.2.4.10. Genetik Faktörler

Yapılan çalışmalarda FD tanısı alan hastaların ailelerinde de FD tanısı alan kişilerin yüksek oranlarda olması nedeniyle FD'nin patogenezinde genetik faktörlerin rolünün olduğu düşünülmektedir (54).

FD hastalarında G-protein b3 (GNB3) subunit gen (C825T) polimorfizminin yaygın olduğu gösterilmiştir. GNB3 - C825T allelinin artmış G-proteini aktivasyonu ile ilişkili olduğu; böylece GİS'in motor fonksiyonunda ve visseral duyumunda disfonksiyona yol açabileceği bildirilmektedir (55). Ayrıca yeni yapılmış bir çalışma da İBS ve FD birlikteliği olan hastalarda sözü edilen genetik polimorfizmin prevalansının yüksek olduğunu bildirmektedir (56). G-protein b3 (GNB3) subunit gen (C825T) polimorfizminin hem FD hem de depresyonla ilişkili olduğu da bildirilmektedir (57).

FD patogenezinde rolü olduğu düşünülen bir başka protein ise serotonin transporter protein (SERT)'dir. Bu protein GİS'de sinaps alanlarından serotonin geri alımını sağlar. Bu proteini kodlayan gendeki polimorfizmin FD ve özellikle de yemek sonrası stres sendromu ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (58,59). Aynı zamanda bu genin depresyon hastalarında serotonerjik medikasyona yanıtı etkilediği de bilinmektedir (60).

2.2.4.11. Diğer Psikojenik Faktörler

FD'nin patogenezinde psikososyal faktörlerin etkili olduğu iyi bilinmektedir. Dispeptik yakınmaları olan hastalarda psikolojik belirtilerin prevalansı yüksektir. Büyük ölçekli epidemiyolojik çalışmalar FD hastalarında anksiyete belirtilerinin daha yaygın olduğunu; fakat depresyon skorlarının yüksek olmadığını göstermektedir (61). FGSH'ı olmayan 1175 kişiyi kapsayan kohort çalışmada; bu kişilerden 12 yıl sonra FD tanısı alanların çalışmanın başında yapılan değerlendirmelerinde yüksek anksiyete skorlarının ve bazal depresyon belirtilerinin olduğu tespit edilmiştir (62). Bunlara ek olarak anksiyetenin FD için bağımsız risk faktörü olduğu; ancak bu durumun depresyon için geçerli olmadığı düşünülmektedir (63).

FD ve OD hastalarının karşılaştırıldığı bir çalışmada psikopatolojinin özellikle FD için risk oluşturduğu; FD hastalarında anksiyete/depresyon oranının %54.2, OD hastalarında ise bu oranın %19.0 şeklinde tespit edildiği bildirilmiştir (64). Psikiyatrik

rahatsızlıklar açısından FD ve OD hastalarının karşılaştırıldığı başka çalışmalarda ise depresyon ve anksiyete belirtileri arasında fark saptanmadığı belirtilmiştir (8,65).

FD hastalarının büyük bir kısmının belirtilerinin kognitif faktörlerle de tetiklendiği düşünülmektedir. Yapılan bir çalışmada hastalar düşük yağlı gıda tüketmiş olmasına rağmen, yüksek yağlı gıda tükettiklerini algıladıklarından dispeptik yakınmalarının olduğu bildirilmektedir (66). Aynı zamanda mental stresin de yemek sonrası gelişen dispeptik belirtileri tetikleyebileceği ve bu durumun ise gecikmiş gastrik boşalmaya etkisi olduğu bilinen yüksek CRH düzeyleri ve sempatik hiperaktivasyonla ilişkili olduğu bildirilmektedir (67).

FD hastalarının yakınmalarıyla yakın zamanda ya da daha eskiden yaşanmış fiziksel ya da cinsel kötüye kullanım arasında da ilişki olduğu düşünülmektedir (68). 162 FD hastasını kapsayan bir çalışmada çocukluk çağı travmasıyla yavaşlamış katı gıda boşalım zamanı arasında; yetişkinlikteki ruhsal istismarla da gastrik hipersensitivite arasında ilişki saptandığı bildirilmiştir (69). FD hastalarında travmatik algılanan birçok yaşam olayı ve kişilerarası ilişkilerdeki hassasiyet düzeyinin bozulmuş gastrik miyoelektriksel aktiviteyle bağlantılı olduğu gösterilmiştir (70).

FD alt gruplarıyla psikiyatrik rahatsızlıklar ve kişilik özellikleri arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada yemek sonrası stres sendromunun somatizasyon, depresyon ve fobi ile ilişkili olduğu; ancak epigastrik ağrı sendromunun herhangi bir psikiyatrik rahatsızlıkla anlamlı bir ilişkisinin saptanmadığı belirtilmiştir (71). Diğer çalışmalarda da FD hastalarının yakınmalarının şiddetinin ve yaygınlığının somatizasyonla ilişkili olduğu gösterilmiştir (72,73).

2.2.4.12. Gastrik Motor Disfonksiyon:

FD gelişimiyle ilişkili olduğu düşünülen gastrik motor disfonksiyonun iki türü vardır. Bunlar gastrik fundusun anormal akomodasyonu ve anormal gastrik boşalmadır (74). Ek olarak FD hastalarının üçte ikisinde anormal elektrogastrografi (EGG) bulgularının saptandığı belirtilmektedir (75).

Yapılan çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmekle birlikte; FD hastalarının yaklaşık %50'sinde gastrik boşalmanın geciktiği ve antral hipomotilitenin olduğu gösterilmiştir (76). Dispepsili hastalarda özellikle katı gıdaların boşalım zamanının %30-80 oranında gecikmiş olduğu gösterilmiştir (77).

2.2.4.13. Çevresel Faktörler

FD hastalarının büyük bir bölümünde bazı yiyeceklerin belirtileri tetiklediği düşünülmektedir. Yağlı yiyecekler başta olmak üzere karbonhidratlı gıdalar, süt ve süt ürünleri, meyve suları, baharatlı yiyecekler, sigara, kahve ve alkol tüketiminin dispeptik yakınmaları şiddetlendirdiği görülmektedir. Diğer taraftan FD hastalarının hangi yiyeceklerin belirtilerini başlattığını ya da arttırdığını bilmelerine rağmen, yaşam şekillerinde ve diyetlerinde düzenleme başta olmak üzere yakınmalarının geçmesini sağlayacak davranışsal değişikliklere dirençli oldukları görülmektedir. Kognitif faktörlerin de -bazı spesifik yiyeceklerle ilgili yaşanmış olumsuz deneyimlerin yakınmalarına neden olacağına ilişkin kuşku duymak gibi - dispeptik yakınmalara neden olabileceği bildirilmektedir (78).

2.2.5. Tedavi

1. Antisekretuar ajanlar
2. Prokinetik ajanlar
3. H.pilori eradikasyon tedavisi
4. Antidepresanlar

Antidepresanlar FGSH'de yaygın olarak kullanılmaktadır. FD semptomlarını alevlendirdiği ya da FD etiolojisinde rol aldığı düşünülen depresyon ve anksiyete belirtilerini azaltmasının yanı sıra bu ilaçların psikiyatrik etkilerinden bağımsız olarak uykuyu düzenlemeleri, santral analjezik etkilerinin olması, üst GİS'de gastrik akomodasyonu ve geçiş üzerine olan lokal farmakolojik etkilerinin olması ve visseral duyarlılığı azaltmaları nedeniyle de faydalarının olduğu düşünülmektedir (79). Trisiklik antidepresanlar öncelikli olarak tercih edilmektedir. Amitriptilin veya desipramin 10-25 mg/gün başlanıp 50-75 mg/gün dozuna çıkılabilir. (29,79).

1700 hastayı kapsayan 13 makalenin incelendiği bir meta-analizde 11'inde FD hastalarının semptomlarının antidepresanlar ya da anksiyolitikler ile büyük ölçüde iyileştiği bildirilmektedir (80). 4 hafta boyunca 50 mg amitriptilin kullanımının plaseboyla karşılaştırıldığı çalışmada FD hastalarının % 71'inde amitriptilin ile semptomlarında büyük oranda iyileşme gözlemlendiği, plasebo ile ise %29'unda düzelme

gözlendiği bildirilmiştir (81). Venlafaksin kullanımının plaseboyla karşılaştırıldığı bir başka çalışmada ise FD hastalarının ilk 2 hafta 75 mg/gün, 4 hafta 150 mg/gün, son 2 hafta 75 mg/gün kullanımının ardından yapılan değerlendirmede plasebo ve venlafaksin arasında anlamlı bir fark saptanmadığı, semptomlarda venlafaksin ile %37, plasebo ile ise %39 düzelme olduğu bildirilmektedir (82). Sertralin ile plasebonun karşılaştırıldığı bir çalışmada da sertralinin plaseboya üstün olmadığı bildirilmiştir (83).

2.3. ORGANİK DİSPEPSİ

2.3.1. Tanım

Dispeptik yakınmalarla başvuran hastalarda yapılan rutin incelemeler ve endoskopi sonucu nedensel patolojilerin ortaya konması halinde organik dispepsi tanısı konulur. Yapılan incelemeler sonucunda hastaların %40'ında organik etiyojiden bahsedilebilir (4,5).

Dispepsinin klinik teşhisinde organik nedenleri fonksiyonel dispepsiden ayırmak oldukça zordur. Organik nedenlerin tespitinde endoskopi önemli bir yere sahiptir. Dispeptik yakınmaları olan hastalarda üst GIS değerlendirilmesinde biyopsi yapılabilmesi ve kesin tanıya ulaşmak için endoskopi altın standart olarak kabul görmektedir (84)

Klinikte organik hastalık riski yüksek olan hastaları tanımlamak oldukça önemlidir. Hekime dispeptik yakınmalarla gelen hastaların yaklaşık %10'unda bir veya birden fazla alarm semptomları vardır. Bunlar anemi, siyah renkli dışkılama, disfaji, sarılık, kilo kaybıdır. Alarm semptomları olan bu hastalara erken endoskopi yapılarak organik nedenler ekarte edilmelidir (27).

Dispepsiye neden olan en sık organik nedenler GÖRH, peptik ülser ve gastrik malignitedir. Organik etiyojili dispepsiler aşağıdaki tabloda özetlenmiştir (85).

Literatürde, OD nedenlerinden biri olan ve klinikte FD ile birlikteliği sık görülen GÖRH tanısıyla takip edilen hastalarda güvensiz bağlanma biçiminin daha fazla tespit edildiği, anne-baba tarafından duygusuz bakımın verildiği, annenin düşük bakım verdiği, babada ise aşırı koruyucu davranışların belirgin olduğu bildirilmiştir (14). Diğer yandan kronik hastalıklarda bağlanma biçimi ve hastalık arasındaki çift yönlü etkileşimden bahsedilmektedir. Yani kronik hastalıkların bağlanma biçimi üzerinde olumsuz etkisi olabileceği, güvensiz bağlanma biçimin ise hastalığın seyrini etkileyebileceği belirtilmiştir (86).

Tablo 4. Dispepsi ile birlikte bulunan organik hastalıklar

GİS'in organik hastalıkları	İlaçlar	Metabolik hastalıklar	Diğer
Gastroözofageal reflü	NSAID	Diabetes mellitus	İskemik kalp hastalığı
Peptik ülser	Oral antibiyotikler	Hiper- ve hipotiroidizm	Kollajen vasküler hast.
Safra yolu hastalıkları	Teofilin	Hiperparatiroidizm	Alkol
Pankreatit	Dijital	Elektrolit imbalansı	
Gastrik kanser	K ⁺ , Fe tedavisi		
Malabsorbsiyon sendromları			
Midenin diğer infiltratif hastalıkları			

2.3.2. Gastroözofageal Reflü Hastalığı

GÖRH, mide içeriğinin özofagusa doğru yer değiştirmesi sonucu bazı semptomlara ve komplikasyonlara neden olan bir hastalıktır (87). Batı toplumlarında yetişkin popülasyonda prevalansı %10-20 iken Asya'da %2.5-7.8 olarak bildirilmektedir (88,89).

GÖRH 3 farklı grupta incelenebilir: Non-eroziv reflü hastalığı, eroziv özofajit ve Barrett özofagus (90). Non-eroziv reflü hastalığında özofagusda mukozal hasar görülmez. Eroziv özofajit ise GÖRH'nın kronik tipi olarak tanımlanabilir ve özofagus mukozasının hasarıyla karakterizedir (91).

GÖRH'nın patogenezinde alt özofagus sfinkterinde gelişen disfonksiyon sorumludur (91). Non-eroziv reflü hastalığının patogenezinde ise visseral hipersensitivite, özofagusun uzamış zayıf kontraksiyonları ve psikososyal faktörlerin etkili olabileceği bildirilmektedir (92).

Fonksiyonel dispepsi ile irritabl barsak sendromu arasındaki ilişkiye benzer şekilde klinikte dispepsi ile GÖRH'nin birlikteliği de sık görülmektedir. Bu nedenle de semptomların birlikteliği örtüşen klinik tablolara yol açabilmektedir. GÖRH ile dispepsi arasındaki yakın ilişkinin yanı sıra fonksiyonel dispepsi ile non-eroziv reflü hastalığı arasındaki ilişkinin dikkat çekici olduğu bildirilmektedir. Ayrıca non-eroziv reflü hastalığının heterojen bir hastalık olduğu, GÖRH grubundan ziyade fonksiyonel gastrointestinal sistem hastalıkları sınıfına dahil edilebileceği de bildirilmektedir (93).

60 hastayla yürütülen kontrollü bir çalışmada akut stresin özofajiti olan GÖRH olanlarda simültane dalgaları artırdığı, ancak özofagus hasarı olmayanlarda motilitenin etkilenmediği gösterilmiş ve stresle GÖRH arasındaki ilişkinin nedeninin özofageal motilitenin artışından kaynaklanabileceği belirtilmiştir (94).

2.3.3. Peptik Ülser

Peptik ülser peptik sıvıyla (asit-pepsin) temas eden bölgelerde oluşan ülserleri tanımlar. En sık duodenum ve midede görülür. Peptik ülser dispepsili hastaların sadece % 20'sinde görülmektedir (95).

Ülser oluşumundan sorumlu patogenezi; gastroduodenal mukozanın bütünlüğünün, agresif ve koruyucu/onarıcı faktörler arasındaki dengenin değişmesine bağlı olarak bozulmasıdır. En önemli agresif faktörler olan asit ve pepsin; genetik, çevresel ve enfeksiyöz kökenli agresif faktörlerin katkısıyla, gastroduodenal mukozanın koruyucu/onarıcı mekanizmalarını bozmakta ve sonuçta ülser oluşmaktadır. Yapılan çalışmalarda peptik ülserlerin % 89-95'inin Helikobakter ve NSAİİ kullanımı ile ilişkili olduğu gösterilmiş olup diğer etkenlerin peptik ülser oluşumunda daha az rolünün olduğu belirtilmiştir (96,97).

Peptik ülser oluşumunda diğer etkili faktörler ise sigara, alkol, diyet, stres ve yaşam tarzıdır. Emosyonel faktörlerin mide sekresyonunu ve mide motor fonksiyonlarını etkilediği, mide asit salgısını arttırdığı; bunlara ek olarak serum gastrin ve pepsinojen düzeylerinde de belirgin artışa neden olduğu bildirilmektedir (98).

2.3.4. Gastrik Malignite

Gastrik malignite; AC Ca'dan sonra dünya çapında en sık görülen ikinci kanserlerdir. Türkiye'de gastrik malignite insidansının yüksek insidans ile seyreden doğu ülkeleri ile düşük insidansla seyreden batı ülkeleri arasında olduğu belirtilmektedir. Erkeklerde AC Ca'dan sonra ikinci sırada; kadınlarda ise meme Ca ve kolorektal Ca'dan sonra üçüncü sırada görülür (99,100).

Türkiye'de gastrik malignite gelişimiyle diyet özellikleri arasında yakın ilişki olduğu düşünülmektedir. Yapılan bir vaka kontrollü çalışmada gastrik kanser teşhisi alan hastaların daha az taze meyve, sebze ve et ile daha fazla tuz ve baharat tükettiği gösterilmiştir (101).

Gastrik adenokarsinomanın patogenezinde Helikobakter pilori, atrofik gastrit, intestinal metaplazi ve displazinin rolü olduğu düşünülmektedir (102). Barrett özofagus ve displazinin ise özofageal adenokarsinoma ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (103).

Gastrik kanser teşhisi alan hastaların büyük bir kısmının üst gastrointestinal sisteme ait yakınmaları vardır. Gastrik kanserlerin en sık görüldüğü yaş aralığı 60-70 yaş olup 40 yaş üzerinde ilk defa dispeptik yakınmalarla doktora başvuran hastaların gastrik malignite yönünden incelenmesi gerektiği bildirilmektedir (104).

2.4. BAĞLANMA

2.4.1. Temel Tanımlar

Bağlanma kuramı, kişilerin kendileri için önemli olan diğerlerine karşı geliştirdiği duygusal bağı ve nedenlerini anlamayı amaçlar. Bowlby'e göre insan yavrusu yeterince olgunlaşmamış olması nedeniyle yaşamını sürdürebilmek için bir bakım verenin yakınlığına ihtiyaç duyar ve yaşamın ilk yıllarında bakım veren ile kurulan bu bağ yaşam boyu değişmeden kalmaya eğilim gösterir (10) .

Psikoanalitik geçmişi olan Bowlby'nin geleneksel psikoanalitik kuramdan ayrılmasının nedeni ise bakım verenin yoksunluğunda beslenme gereksiniminin karşılanmasından bağımsız olarak bu durumun kişilik gelişimi üzerine olan olumsuz etkilerini gözlemlemesidir. Bowlby'e göre insan yavrusu fiziksel gereksinimlerinin karşılanmasından bağımsız olarak bakım verenin yakınlığına ihtiyaç duymaktadır. Bu ihtiyaç nedeniyle bakım verenden uzaklaştığında etkinleşen; bakım verenin varlığında da yatışan ağlama, tutunma, takip etme gibi davranışlar çocukta içgüdüsel olarak bulunan bağlanma davranışlarını (attachment behaviours) oluşturur. Çocuğun bakım veren ile kurduğu bu ilişkide en temel hedefi yakınlığın korunmasıdır. Kurduğu yakınlık çocuğun çevresinde keşif yapmak üzere kullandığı “güvenli bir üs”, tehlike anında sığınabileceği “sağlam bir sığınak” işlevi görür. Bakım veren ile kurulan bu ilişki zemininde ortaya çıkan davranışlar güvenli bağlanmanın öncüsüdür. Çocuk güvenli bağlanmanın kurulduğu ilişkide bakım verenin varlığında keyif alırken yokluğunda huzursuz olmakla birlikte bu duruma bir süre tahammül edebilir (105).

Erken yaşlarda bakım veren ile tekrarlayan etkileşimlere bağlı olarak birbiriyle ilişkili kendilik ve bağlanma kişiliği hakkında temsilleri içeren, kişinin dış dünya hakkında öngörü ve tahminlerde bulunmasını sağlayan, daha sonraları da değişime direnç gösteren “içsel çalışan modeller” (internal working models) oluşmaktadır (12).

2.4.2. Yabancı durum deneyi ve bağlanma biçimleri

Bowlby'nin kuramını "Yabancı Durum Deneyi" olarak bilinen deneysel bir yöntemle sınavan Mary Ainsworth çocuğun bakım verenine bağlanmasının güvenli olup olmadığını tespit etmeyi amaçlamıştır. Bu yöntemde 12-18 aylık çocuklar belirli bir sıra ile önce bakım vereninden ayrılır, sonra bir yabancı ile yalnız bırakılır ve son olarak bakım vereniyle tekrar bir araya getirilir. Böylece Ainsworth, bağlanma sistemleri aktive edilen çocukların her bir aşamadaki tepkilerini değerlendirerek bağlanma biçimlerini güvenli (secure) (B Grubu), güvensiz-kaçınan (insecure-avoidant) (A Grubu) ve güvensiz-dirençli (insecure-resistant) (C Grubu) olmak üzere üç ana grupta kategorize etmiştir. A kategorisi için avoidant, anxious-avoidant; C kategorisi için ise anxious, anxious-ambivalent, insecure-ambivalent, anxious-resistant, terimleri de kullanılmıştır (106).

"Güvenli" bağlanan(B Grubu) çocukların yabancı ile yalnız kaldıklarında huzursuz oldukları, sonrasında ise panik yaşamadan anneleriyle temas kurmaya yönelik davranışlar gösterdikleri, kolayca sakinleştikleri, oyuna ve çevreyi keşfe devam ettikleri gözlenmiştir. Bu tepkileri veren çocukların annelerinin ise ulaşılabilir oldukları ve gereksinimlerine karşı duyarlı oldukları düşünülmüştür (106).

"Güvensiz kaçınan" bağlanan (insecure-avoidant) (A Grubu) çocukların anneleri odadan ayrıldığında tepki vermedikleri, anneleriyle tekrar bir araya geldiklerinde ise temas kurmadıkları ve temas kurma amaçlı davranışlar göstermedikleri, oyuna ve çevreyi keşfe devam ettikleri gözlenmiştir. Bu çocukların annelerinin ise mesafeli, çocukların yakın olma isteğini reddeden, yakın fiziksel temastan kaçınan kişiler oldukları düşünülmüştür (106).

"Güvensiz-dirençli" bağlanan çocukların (insecure-resistant) (C Grubu) anneleri ayrıldıklarında yoğun bir kaygı ve öfke yaşadıkları, anneleriyle bir araya geldiklerinde ise sakinleşemedikleri, oyuna ve çevreyi keşfe hemen dönemedikleri gözlenmiştir. Bu çocukların annelerinin ise genellikle tutarsız tepkiler gösterdikleri, çocuklara sıklıkla gereksiz müdahalede bulundukları düşünülmüştür (106).

Main ve Solomon ise bir grup çocuğun bu sınıflamaya uymadığını gözlemiştir. Annesine başını diğer yana çevirmiş halde yaklaşma, dona kalma gibi bir amaç taşımayan dezorganize davranışlar tespit etmişler ve bu durumu **"Güvensiz-dezoryante / dezorganize"**(D Grubu) bağlanma olarak tanımlamışlardır (107).

Ek olarak Bartholomew ve Horowitz'in yapmış olduğu bir çalışma sonrası güvensiz-kaçınan bağlanma biçiminin "kayıtsız" (dismissing) ve "korkulu" (fearful) bağlanma biçimleri olmak üzere 2 alt grupta değerlendirilebileceğı bildirilmiştir (12).

2.4.3. Erişkinlikte Bağlanma

Bowlby, bağlanmanın yaşam boyu bir süreç olduğunu, erken yaşlarda oluşan zihinsel temsillerin değişime dirençli olduğunu ve yetişkinlikte de işlevini sürdürdüğünü belirtmektedir (108). Uzun bir süre bebeklik ve çocukluk dönemleri ile sınırlı kalan bağlanma alanındaki araştırmalar; sonraları yetişkinlik dönemini de kapsamaya başlamıştır. İlk olarak Main (109), yarı yapılandırılmış bir görüşme ölçeğı kullanarak yetişkinlerin çocukluk anıları zemininde değerlendirme yaparak Ainsworth'ün tanımladığı üç bağlanma stilinin yetişkinlik için de kullanılabileceğini göstermiştir. Hazan ve Shaver (110) ise romantik sevginin de bağlanma sürecine dahil olduğunu bu nedenle romantik ilişkideki tutum ve inançlar zemininde yetişkinlerin bağlanma biçimlerinin bazı farklılıklarla Ainsworth'ün sınıflandırmasına paralel olarak tanımlanabileceğini belirtmiş, aynı zamanda üç farklı bağlanma örüntüsünü (güvenli, kaygılı/kararsız, kaçınan) kategorik olarak değerlendiren ve katılımcı beyanına dayanan bir ölçek geliştirmişlerdir. Bununla birlikte romantik sevginin bağlanma, bakım ve cinsel birleşme bileşenlerinden oluşması nedeniyle yetişkinlikteki bağlanmanın anne çocuk arasındaki bağlanmadan farklılaştığını öne sürmüşlerdir (110).

Bartholomew ise yetişkinlikteki bağlanmayı Bowlby'nin zihinsel modelleri temelinde boyutsal olarak değerlendirmiştir. Erken yaşlarda gelişen benlik ve başkaları modelinin bağlanma stillerini belirleyen temel boyutlar olduğunu ifade etmiştir. Benlik modelinin olumlu olması başkalarının onayından bağımsız olarak var olan, içselleştirilmiş özsaygı ve sevillebilirlik duyguları olarak yorumlanır. Benlik modelinin olumsuz olması ise düşük özsaygı ve başkalarından onay alma ihtiyacı ile bağlantılıdır. Olumlu başkaları modeli kendisi için önemli olan başkalarının ulaşılabilirlik ve güvenilebilirliğine ilişkin olumlu beklentileri içerir ve başkalarından yakınlık ve destek arama gibi davranışlarda bulunmasını sağlar. Olumsuz başkaları modeli ise başkalarının güvenilmez, tutarsız olduğu şeklinde beklentileri içerir ve yakınlık kurmaktan kaçınma, sosyal destek alma ve sağlama konusunda kayıtsız kalma şeklinde ifade edilebilir (12).

Böylelikle Bartholomew bağlanma biçimlerini benlik ve başkaları modellerinin olumlu ya da olumsuz olmasına göre güvenli, saplantılı, kayıtsız-kaçınan ve kayıtsız-korkulu şeklinde dört temel bağlanma biçimi tanımlamıştır. Buradan yola çıkarak

Bartholomew ve arkadaşları tarafından İlişki anketi ve İlişki Ölçekleri Anketi geliştirilmiştir (12). Brennan ve arkadaşları tarafından ise Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri ölçekleri geliştirilmiştir (111).

“Güvenli bağlanma” stili olumlu benlik ve başkaları modellerinin bileşiminden oluşur ve bu bağlanma stilini kullanan kişiler başkalarıyla kolaylıkla yakınlık kurabilir, aynı zamanda özerk kalmayı başarabilir. “Saplantılı (*preoccupied*) bağlanma” stili olumsuz benlik modeli ile olumlu başkaları modelinin birleşimidir ve bu bağlanma stilini kullanan kişiler temelde kaygılı olup yakın ilişkilerinde sürekli onaylanma ihtiyacı duyarlar. “Korkulu (*fearful*) bağlanma” stili olumsuz benlik ve başkaları modelleri ile tanımlanır ve bu kişiler başkalarının güvenilmez ve reddedici olduğunu düşünerek yakın ilişki kurmaktan kaçınır. “Kayıtsız (*dismissing*) bağlanma” ise olumlu benlik modeli ve olumsuz başkaları modelinin birleşimidir ve bu kişiler yakın ilişkilerden kaçınarak bağımsızlıklarını ve incinemezliklerini korumaya çalışırlar (12).

2.4.4. Bağlanma ve Psikopatoloji

Erken yaşlarda oluşan bağlanma biçiminin erişkinlikte devamlılığını sürdürerek ruh sağlığında belirleyici rol aldığı bilinmektedir. Bowlby’den bu yana güvensiz bağlanma biçimi psikopatolojinin öncüsü olarak düşünülmüşken güvenli bağlanma biçimi sağlıklı süreçlerle ilişkilendirilmiştir (13).

Bağlanma sevgi ilişkilerinin ve yakınlık kurabilme özelliklerinin gelişimini belirleyen bir süreçtir ve güvensiz bağlanma biçimlerinin erişkinlikte olumsuz ilişkiler açısından risk faktörü olduğu gösterilmiştir. Güvensiz bağlanma biçimlerinin çeşitli kişilik bozukluklarıyla birlikteliği de bildirilmektedir (112).

Yapılan çalışmalar postpartum depresyonun annenin güvensiz bağlanma biçimi ile ilişkili olduğunu ve bu durumun da çocuğun güvensiz bağlanma biçimi geliştirmesine zemin hazırladığını bildirmektedir (113,114).

Depresyon ve anksiyete düzeylerinin güvensiz bağlanma biçimleri ile ilişkisini non-klinik populasyonda gösteren birçok çalışma bulunmaktadır. Aynı zamanda panik bozukluk, sosyal fobi, travma sonrası stres bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, dissosiyatif bozukluklar, yeme bozuklukları, madde kötüye kullanımı gibi hastalıkların da güvensiz bağlanma ile ilişkisi çeşitli araştırmalar ile gösterilmiştir (115-119).

Yapılan çalışmalarda bipolar bozukluğu olan hastalarda sağlıklı kontrollere göre kaygılı bağlanma biçimi daha yüksek saptanmış olup; ülkemizde yapılan benzer bir çalışmada kaçınan bağlanma biçiminin daha fazla saptandığı bildirilmektedir. Ek

olarak duygudurum bozuklukları ile güvensiz bağlanma biçimlerinin birbirini karşılıklı olarak olumsuz etkilediği de ifade edilmektedir (120,121).

2.4.5. Bağlanma, ağrı duyumu ve fonksiyonel dispepsi

“Nasıl hasta olunacağını” ve “hasta rolünü” insanlar yaşadıkları, yetiştikleri toplumun değer, yargı ve tutumlarına göre öğrenir. Ailenin, toplumun ve sağlık sisteminin ağrı-hastalık ilişkisini yorumlama biçimi, ağrının hasta tarafından algılanmasını ve ifade etme şeklini etkiler (122). Ağrı, kişinin başkalarıyla olan ilişkisinde sembolik bir rol oynar. Canı yanan bir çocuk annesinin dikkatini bu şekilde çekebildiğini çok küçük yaşlarda öğrenir. Aynı zamanda annesinin okşamasını ve ilgilenmesini de sağladığını fark eder. Ağrı ile ilişkili bu davranışlar yaşamın ileri dönemlerinde de değişerek devam eder ve kişi bu davranışları bakım elde etmek için kullanır (123).

Ağrı duyumu algısal, affektif ve bilişsel öğelerden oluşur. Bazı kişilerde FD’de de olduğu gibi ağrı eşiğinin düşük olduğu ve bunun da somatizasyon belirtilerine yol açabileceği öne sürülmüştür (124).

Bağlanma biçimlerinin ağrıyı algılama üzerine olan etkisi hakkında günümüzde görüş birliği oluşmuştur. Non-klinik popülasyonda güvensiz bağlanmanın hipokondriyak inançlar (125), ağrıya yönelik hipervijilans (126), ağrıyla ilişkili artmış korku (126), düşük ağrı eşiği (127) ve yetersiz baş edebilmeyle (128) yakından ilişkili olduğu bildirilmektedir. Kronik ağrılı olgularda ise bağlanma biçiminin ağrıyı değerlendirmeye yakından ilişkili olduğu; güvensiz bağlanma biçimi gösterenlerin ağrıyı algılama eşiğinin daha düşük olduğu (129), ruhsal sıkıntılarının daha fazla olduğu (130), ağrıyla baş edebilme becerilerinin zayıf olduğu (127), sağlık kuruluşlarına çok defa başvurdıkları (117) belirtilmektedir. Böylece güvensiz bağlanma biçimi gösterenlerin ağrı geliştirmeye yatkın oldukları, ağrıyı daha yoğun ve engelleyici yaşadıkları bildirilmektedir (117,127,130).

Migren tanısıyla takip edilen çocukların sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığı bir çalışmada klinik grupta kaçınan bağlanmanın prevalansının anlamlı derecede yüksek saptandığı; güvenli bağlanmanın prevalansının ise anlamlı derecede düşük olduğu bildirilmiştir (131).

Bağlanma kuramının kronik ağrı oluşumu için gelişimsel bir model olabileceği düşünüldükçe kronik ağrı için Bağlanma-Yatkınlık Modeli (The Attachment-Diathesis

Model of Chronic Pain) tanımlanmıştır. Bu modele göre erişkin bağlanma biçiminin aynı zamanda ağrıya uyumu, sosyal destek arayışını, ağrı ve kendilik ile ilgili bilişsel değerlendirmeleri etkilediği belirtilmiştir (132).

Literatürde FD hastalarında bağlanma özelliklerini irdeleyen bir çalışmaya rastlanmamış olmakla birlikte FGSH grubu arasında bulunan, FD gibi sık görülen irritabl barsak sendromu tanısı almış hastalarda anne-baba tutumu, somatizasyon ve istismar arasındaki ilişkiyi irdeleyen çalışmada olumsuz anne-baba tutumu-davranışıyla somatizasyon arasında yüksek oranda ilişki saptandığı ve bu korelasyonun olumsuz anne-baba tutumu-davranışıyla istismar arasında tespit edilen anlamlı ilişkiye kıyasla daha yüksek olduğu belirtilmektedir (133).

Çocukluk çağında fonksiyonel karın ağrısı teşhisi almış genç erişkin ve adolesanları kapsayan bir çalışmada kaygılı bağlananların bozulmuş fiziksel ve ruhsal sağlık açısından yüksek oranda risk altında oldukları belirtilmektedir (134).

Klinikte FD ile birlikteliğinin sık olduğu bilinen gastroözofageal reflü hastalığı tanısıyla takip edilen hastaların inflamatuvar barsak hastalığı tanılı olgularla ve sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığı çalışmada GÖRH tanılı hastalarda güvensiz bağlanma biçiminin daha fazla tespit edildiği, anne-baba tarafından duygusuz bakımın verildiği, annenin düşük bakım verdiği, babada ise aşırı koruyucu davranışların hakim olduğu bildirilmiştir (14).

Organik etiyolojili gastrointestinal sistem hastalıklarından biri olan ve inflamatuvar barsak hastalığı grubunda yer alan Crohn's hastalığı tanılı olgularla sağlıklı kontrollerin karşılaştırıldığı bir çalışmada; Crohn's hastalığı tanılı olgularda güvensiz bağlanma biçimlerinin daha yüksek oranda saptandığı bildirilmiştir. Aynı çalışmada klinik grubun anne tarafından verilen bakımın düşük algılandığı, babanın ise aşırı koruyucu algılandığı bildirilmiştir. Bunlara ek olarak güvensiz bağlanma ile kronikleşmiş hastalıklar arasında karşılıklı etkileşim olabileceği düşünülmüştür (86). Yapılan başka bir çalışmada ise kaygılı ve kaçınan bağlanmanın hastalığın şiddeti ile pozitif ilişkili, algılanan sosyal destek ve başa çıkma etkinliğiyle negatif ilişkili olduğu belirtilmiştir (135).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Grupların Seçimi ve Oluşturulması

05.02.2014-30.04.2014 tarihleri arasında Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi gastroenteroloji polikliniğine dispeptik yakınmalarla başvuran ve bir gastroenteroloji uzmanı tarafından takip ve tedavi edilmekte olan ardışık 90 hasta ile görüşme yapıldı. Bunlardan 45'i Roma III tanı kriterlerine göre tanı alan ve takip edilmekte olan fonksiyonel dispepsi olgusuyken; diğer 45'i de benzer semptomları ve koşulları taşıyan peptik ülser, eroziv gastrit, gastrik ülser, gastroözofageal reflü hastalığı gibi tanılarla takip ve tedavi edilmekte olan organik dispepsi olgusuydu. OD grubundan 2 olgu akut GIS yakınmasına bağlı ağır fizyolojik stres nedeniyle, 2 olgu ölçekleri eksik doldurduğu için, 2 olgu muhtemelen okumadan hep ilk şıkkı işaretlediği için tutarsız bilgiler içerdiğinden, 1 olgu psikiyatrik tanısının sonradan anlaşılması nedeniyle; FD grubundan ise 1 olgu ölçekleri eksik doldurduğu için, 1 olgu muhtemelen okumadan hep ilk şıkkı işaretlediği için tutarsız bilgiler içerdiğinden çalışmaya dahil edilmedi. Çalışmamız için hastanemiz etik kurulundan 04.02.2014 tarih ve 376 no'lu etik kurul onayı alındı.

Hastalar/kişiler çalışma hakkında sözlü ve yazılı olarak bilgilendirildi ve yazılı onam alındıktan sonra çalışma grubuna kabul edildi. Sosyodemografik veriler görüşmecisi tarafından alındıktan ve çalışma ile ölçekler hakkında bilgi verildikten sonra hastalardan görüşme odasında ölçekleri doldurması istendi. Hastaların diğer olası tıbbi hastalıkları, psikiyatri başvuruları, aile öyküleri sosyodemografik veri formu ile değerlendirildi.

Kontrol grubu olarak sosyodemografik özellikleri hasta grupları ile benzer olan 42 sağlıklı gönüllü alındı, araştırma grubuna uygulanan ölçekleri doldurmaları istendi.

FD grubu 43 kişi, OD grubu 38 kişi, kontrol grubu 42 kişi olarak çalışma tamamlandı.

İçerme Ölçütleri:

- Bir gastroenteroloji uzmanı tarafından organik dispepsi ve Roma III tanı kriterlerine göre fonksiyonel dispepsi tanısı almış olmak
- En az ilkokul mezunu olmak.

Dışlama Ölçütleri:

- 18 yaş altı ve 65 yaş üstü olmak
- İletişimi önemli derecede etkileyecek görme ve işitme fonksiyonlarında bozukluk
- Yakın zamanda Elektro-konvulsif tedavi öyküsü
- Klinik olarak saptanmış mental retardasyonun bulunması
- Bilinç kaybının ya da kognitif bozukluğun eşlik ettiği kafa travması ya da merkezi sinir sistemi patolojisi öyküsü
- SCID-I ile değerlendirme sonucuna göre uyum bozukluğu dışında tanı alan kişiler
- Ağır fizyolojik stres oluşturan organik yakınma vb. durumlar
- Geçmişte psikotik bozukluk tanısı almış olmak

3.2.Değerlendirme Ölçekleri

3.2.1. Sosyodemografik ve Klinik Veri Toplama Formu: Çalışmanın amacına uygun olarak araştırmacılar tarafından hazırlanmış, hastaların klinik durum, yaşam öykülerine ilişkin ruhsal gelişim ve muayene bilgilerini, klinik tanı sürecini değerlendiren ayrıntılı görüşme formudur.

3.2.2. SCID-I Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi Hasta Formu(Structured Clinical Interview for Axis I Disorder): DSM-IV eksen I tanılarının konması için First ve arkadaşları tarafından 1997 yılında geliştirilmiş, Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından yayımlanmış, yapılandırılmış bir klinik görüşme ölçeğidir. Türkçeye uyarlama, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Özkürkçügil ve ark. tarafından 1999 yılında yapılmıştır (136,137).

3.2.3. Durumsal ve Sürekli Kaygı Envanteri (DSKE): Durumluk ve sürekli kaygı düzeylerini ayrı belirlemek amacı ile 1970 yılında Spielberger tarafından geliştirilmiştir (138). Türkçeye 1975 yılında çevrilip geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olan ölçek yirmişer maddelik durumsal kaygı ve sürekli kaygı ölçeklerinden oluşmaktadır. Her iki ölçekten elde edilen toplam puan 20-80 arasında değişir. Yüksek puan yüksek kaygı düzeyini, düşük puan düşük kaygı düzeyini gösterir (139).

3. Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri (YİYE): Brennan ve ark. tarafından geliştirilen YİYE, bağlanmada temel iki boyut olan yakın ilişkilerde yaşanan kaygı ve başkalarından kaçınmayı ölçmeyi amaçlar (111). Toplam 36 maddeden oluşan ölçekte her bir boyut 18'er madde ile ölçülmektedir. Sümer ve arkadaşları tarafından Türkçeye uyarlanmıştır (140). Bu ölçek bağlanmayı kaygı ve kaçınma olmak üzere iki boyutta ele alır. Ölçek aynı zamanda kategorik olarak da kullanılabilir. (113).

4. Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği (EBBÖ): İki bölümden oluşmaktadır. Çalışmamızda ölçeğin Hazan ve Shaver tarafından geliştirilen birinci bölümü (1987) kullanılacaktır. Birinci bölüm erişkinleri güvenli, kaçınan ve ikircikli olarak sınıflamaya yarayan, çocuklukta ebeveynle ilişki özellikleri ve genel davranış özellikleri hakkında tanımlar içeren üç farklı ifadeden oluşmaktadır. Ölçeğin Mikulincer ve arkadaşları tarafından geliştirilen ikinci bölümü katılımcıdan her birini 1-7 arasında puanlanması istenen 15 maddeden oluşmaktadır. Her bir bağlanma biçimi 5 madde ile temsil edilmektedir ve en yüksek puan hangisinden alındıysa ölçeği dolduran bireyin bağlanma biçimini belirlemektedir. Türkçeye uyarlaması Sabuncuoğlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Önceki geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarında ölçeğin ikinci bölümünün iç tutarlılığı kaygılı/ikircikli ve kaçınan bağlanma için kabul edilebilir iken (Cronbach alpha= 0.61 ve 0.66) bir sınırlılık olarak güvenli bağlanma biçimi için düşük bulunmuştur (cronbach alpha= 0.42) (113).

3.3. İstatistiksel Değerlendirme:

İstatistiksel açıdan verilerin değerlendirilmesinde bilgisayar ortamında SPSS for Windows istatistik paket programı kullanıldı. İstatistiksel değerlendirilmelerde değişkenler arasında ilişkileri değerlendirmek için ki-kare testi ve iki gruba ait sürekli değişkenlerin ortalamaları arasındaki farkı değerlendirmek için t testi ve diğer testler kullanıldı. Parametrik olmayan değişkenlerde, sürekli değişkenlerin ortalamalar arasındaki farkı değerlendirmek için One-way Anova ve post hoc değerlendirmede Tukey testi, yordayıcı değişkenlerin saptanması için lojistik regresyon testleri uygulandı. Tüm sonuçların değerlendirilmesinde ise $P < 0.05$ değeri istatistiksel anlamlılık olarak kabul edildi.

4. BULGULAR

Çalışmamıza 44 FD olgusu, 38 OD olgusu ve kontrol grubu (KG) olarak 42 sağlıklı gönüllü alınmıştır.

Tablo 5: Fonksiyonel dispepsi, organik dispepsi ve kontrol gruplarında yaş ortalaması dağılımlarının değerlendirilmesi

N:123	FD Grubu (N:43)	OD Grubu (N:38)	Kontrol (N:42)		
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	f	P
Yaş	40.32±12.67	41.0±11.06	43.78±10.29	1.085	0.341

One way Anova; FD, Fonksiyonel Dispepsi; OD, Organik Dispepsi; Ort, Ortalama; SS, Standart sapma

FD grubunda yaş ortalaması 40.32±12.67, OD grubunda yaş ortalaması 41.0±11.06, KG’de yaş ortalaması 43.78±10.29 olarak tespit edildi. Gruplar arasında yaş ortalamaları açısından anlamlı istatistiksel farklılık saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 5).

Gruplar arası cinsiyet dağılımı karşılaştırıldığında FD grubu 27 (%62.8) kadın, 16 (%37.2) erkek; OD grubu 19 (%50.0) kadın, 19 (%50.0) erkek; KG ise 24 (% 57.1) kadın, 18 (%42.9) erkek olgudan oluşuyordu. Gruplar arasında cinsiyet dağılımı açısından anlamlı istatistiksel farklılık saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 6).

Medeni durum açısından gruplar karşılaştırıldığında; FD olgularının 8’i (% 18.6) bekar, 33’ü (% 76.7) evli, 2’si (% 4.7) boşanmış ya da ayrı yaşıyor olduğunu; OD olgularının 7’si (% 18.4) bekar, 29’u (% 76.3) evli, 2’si (%5.3) boşanmış ya da ayrı yaşıyor olduğunu; KG’nin ise 5’i (%11.9) bekar, 33’ü (%78.6) evli, 4’ü (%9.5) boşanmış ya da ayrı yaşıyor olduğunu bildirdi. Medeni durum açısından üç grup arasında anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 6).

Gruplar eğitim durumu açısından karşılaştırıldığında; FD olgularının 14’ü (%32.6) ilkokul, 8’i (%18.6) ortaokul, 14’ü (%32.6) lise, 7’si (%16.3) üniversite; OD

olgularının 7'si (% 18.4) ilkokul, 11'i (%28.9) ortaokul, 11'i (% 28.9) lise, 9'u (%23.7) üniversite; KG'nin ise 9'u (% 21.4) ilkokul, 8'i (% 19.0) ortaokul, 15'i (%35.7) lise, 10'u (%23.8) üniversite mezunuydu. Eğitim durumu açısından üç grup arasında anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 6).

Tablo 6: Fonksiyonel dispepsi, organik dispepsi ve kontrol gruplarında sosyodemografik özelliklerin değerlendirilmesi

N:123		FD Grubu (N:43)	OD Grubu (N:38)	Kontrol (N:42)	c ²	p
		N(%)	N(%)	N(%)		
Cinsiyet	Kadın	27 (62.8)	19(50.0)	24 (57.1)	1.347	0.510
	Erkek	16 (37.2)	19 (50.0)	18 (42.9)		
Medeni durum	Bekar	8 (18.6)	7 (18.4)	5 (11.9)	1.665	0.797
	Evli	33 (76.7)	29 (76.3)	33 (78.6)		
	Boşanmış/Ayrı yaşıyor	2 (4.7)	2 (5.3)	4 (9.5)		
Eğitim durumu	İlk Okul	14 (32.6)	7 (18.4)	9 (21.4)	4.130	0.659
	Orta Okul	8 (18.6)	11(28.9)	8 (19.0)		
	Lise	14 (32.6)	11(28.9)	15 (35.7)		
	Üniversite	7 (16.3)	9 (23.7)	10 (23.8)		
Çalışma durumu	Çalışmıyor/Ev hanımı	16 (37.2)	12 (31.6)	9 (21.4)	4.209	0.378
	Düzenli çalışıyor	19 (44.2)	18 (47.4)	27 (64.3)		
	Emekli	8 (18.6)	8 (21.1)	6 (14.3)		
Çocuk sayısı	Yok	12 (27.9)	10 (26.3)	6 (14.3)	2.637	0.268
	Var	31 (72.1)	28 (73.7)	36 (85.7)		
Ailede Psikiyatrik öykü	Yok	37 (86.0)	36 (94.7)	40 (95.2)	3.008	0.222
	Var	6 (14.0)	2 (5.3)	2 (4.8)		
Ekonomik durum	Düşük	7(16.3)	7 (18.4)	6 (14.3)	3.186	0.527
	Orta	23(53.5)	14 (36.8)	17 (40.5)		
	Yüksek	13(30.2)	17(44.7)	19 (45.2)		

χ^2 , Ki-Kare test; FD, Fonksiyonel Dispepsi; OD, Organik Dispepsi

Grupların çalışma durumu karşılaştırıldığında FD olgularının 16'sının (%37.2) çalışmadığı, 19'unun (%44.2) düzenli çalıştığı, 8'inin (%18.6) emekli olduğu; OD

olgularının 12'sinin (% 1.6) çalışmadığı, 18'inin (%47.4) düzenli çalıştığı, 8'inin (% 21.1) emekli olduğu; KG'nin 9'unun (%21.4) çalışmadığı, 27'sinin (%64.3) düzenli çalıştığı, 16'sının (%14.3) emekli olduğu görüldü. Mesleki durum açısından üç grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 6).

Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü bulunmasına göre gruplar arası karşılaştırma yapıldığında FD olgularının 37'sinin (%86) ailesinde psikiyatrik hastalık olmadığı, 6'sının (%14) ailesinde psikiyatrik hastalık olduğu; OD olgularının 36'sının (%94.7) ailesinde psikiyatrik hastalık olmadığı, 2'sinin (%5.3) ailesinde psikiyatrik hastalık olduğu; KG'de 40'ının (% 95.2) ailesinde psikiyatrik hastalık olmadığı, 2'sinin (%4.8) ailesinde psikiyatrik hastalık olduğu tespit edildi. Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 6).

Grupların ekonomik durumu karşılaştırıldığında FD olgularının 7'sinin (%16.3) düşük gelirli, 23'ünün (%53.5) orta gelirli, 13'ünün (%30.2) yüksek gelirli olduğu; OD olgularının 7'sinin (%18.4) düşük gelirli, 14'ünün (%36.8) orta gelirli, 17'sinin (%44.7) yüksek gelirli olduğu; KG'nin 6'sının (%14.3) düşük gelirli, 17'sinin (%40.5) orta gelirli, 19'unun (%45.2) yüksek gelirli olduğu öğrenildi. Ekonomik durum bakımından gruplar arası anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 6).

Tablo 7: Fonksiyonel dispepsi ve organik dispepsi gruplarının hastalık süresinin karşılaştırılması

N:81	FD Grubu (N:43)	OD Grubu (N:38)		
	Ort±SS	Ort±SS	t	P
Hastalık Süresi (Ay)	104.60±113.09	51.65±66.0	2.608	0.003

t, Student t test; FD, Fonksiyonel Dispepsi; OD, Organik Dispepsi

Hastalık süresi açısından karşılaştırıldığında FD olgularının hastalık süresi ortalama 104.60±113.09; OD olgularının hastalık süresi ortalama 51.65±66.0 olarak tespit edilmiştir. Hastalık süresi ortalaması FD olgularında anlamlı olarak yüksek saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 7).

Tablo 8: Fonksiyonel dispepsi ve organik dispepsi gruplarında klinik özelliklerin değerlendirilmesi

N:81		FD Grubu (N:43)	OD Grubu (N:38)	c ²	p
		N(%)	N(%)		
*Ailede Dispepsi Öyküsü	Yok	14 (32.6)	17 (44.7)	1.267	0.260
	Var	29 (67.4)	21 (55.3)		
**Ek Tıbbi durum	Yok	36(83.7)	35 (92.1)	1.310	0.322
	Var	7 (16.3)	3 (7.9)		
*İlaç Kullanımı	Yok	14 (32.6)	13 (34.2)	0.025	0.875
	Var	29 (67.4)	25 (65.8)		
**İntihar Girişimi	Yok	4 (9.3)	6(15.8)	0.784	0.503
	Var	39 (90.7)	32 (84.2)		
*Geçmişte Psikiyatrik Başvuru	Yok	25 (58.1)	30 (78.9)	4.007	0.045
	Var	18 (41.9)	8 (21.1)		

* Ki-Kare; ** Fisher Exact Test; FD, Fonksiyonel Dispepsi; OD, Organik Dispepsi

Aile öyküsünde dispepsi bulunmasına göre karşılaştırıldığında; FD olgularının 14'ünün (%32.6) ailesinde dispepsi öyküsü olmadığı, 29'unun (%67.4) ailesinde dispepsi öyküsü olduğu; OD olgularının 17'sinin (%44.7) ailesinde dispepsi öyküsü olmadığı, 21'inin (%55.3) ailesinde dispepsi öyküsü olduğu görüldü. Ailede dispepsi öyküsü açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 8).

Ek tıbbi hastalık açısından karşılaştırıldığında FD grubunda 7 (%16.3); OD grubunda 3 (%44.7) kişinin ek tıbbi hastalık tanısı almış olduğu görüldü. Tıbbi hastalık tanısı almış olma oranlarına bakıldığında gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 8).

İlaç kullanımı açısından karşılaştırıldığında FD grubunda 29 (%67.4), OD grubunda 25 (%65.8) kişinin ilaç kullanımının olduğu görüldü. İlaç kullanımı açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 8).

İntihar girişi açısından karşılaştırıldığında FD olgularında 39 (%90.7), OD olgularında 32 (%84.2) kişinin geçmişte intihar girişiminde bulunduğu öğrenildi. İntihar girişi açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 8).

FD grubunda 18 (%41.9) kişinin, OD grubunda 8 (%21.1) kişinin geçmişte psikiyatrik başvuruda bulunduğu öğrenildi. Geçmişte psikiyatrik başvuru açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı farklılık saptandı ($p=0,045$) (Tablo 8).

Cinsiyet değişkeninin DSKE ve YİYE ölçek puanlarını etkilemediği saptandı ($p>0,05$).

Tablo 9: Durumsal ve sürekli kaygı envanteri skorlarının gruplar arası karşılaştırılması

N:123	FD Grubu (N:43)	OD Grubu (N:38)	Kontrol (N:42)		
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	F	Sig.
DSKE- D	40.53±8.08	39.21±9.79	36.83±7.13	2.132	0.123
DSKE- S	48.6±9.10	41.73±10.47	39.42±7.84	11.139	.000

One way Anova; DSKE- D, Durumsal ve sürekli kaygı envanteri -Durumsal; DSKE- S, Durumsal ve sürekli kaygı envanteri-Sürekli; Ort, ortalama; SS, Standart sapma

Gruplar DSKE puanı açısından karşılaştırıldığında DSKE-D puan ortalaması FD grubunda 40,53±8,08; OD grubunda 39.21 ±9,79; KG’de 36.83. ±7.13 olarak bulunmuştur ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). DSKE-S puan ortalaması ise FD grubunda 48,6±9,10; OD grubunda 41.73 ±10.47; KG’de 39.42±7.84 olarak bulunmuştur. FD grubunun aldığı puanlar OD grubu ve kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p<0.01$) (Tablo 9).

Tablo 10: Durumsal ve sürekli kaygı envanterinin gruplar arası tukey çoklu karşılaştırılması

N:123	FD ve OD	FD ve Kontrol	OD ve Kontrol
	Sig.	Sig.	Sig.
DSKE- D	0.757	0.107	0.415
DSKE- S	0.004	0.000	0.500

Tukey testi; DSKE- D, Durumsal ve sürekli kaygı envanteri -Durumsal; DSKE- S, Durumsal ve sürekli kaygı envanteri-Sürekli

Tukey çoklu karşılaştırmaya göre; DSKE-D puan ortalamaları açısından birbiriyle karşılaştırılan gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). DSKE-S puan ortalamaları açısından ise FD ve OD karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandığı ($p<0.05$), FD ve kontrol grubu karşılaştırıldığında yüksek derecede anlamlı farklılık saptandığı ($p<0.01$), OD ve kontrol grubu karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadığı ($p>0.05$) görülmüştür (Tablo 10).

Tablo 11: Fonksiyonel dispepsi, organik dispepsi ve kontrol gruplarının erişkin bağlanma biçimini ölçeği ile değerlendirilmesi I

N:123		FD Grubu (N:43)	OD Grubu (N:38)	Kontrol (N:42)	χ^2	p
		N(%)	N(%)	N(%)		
EBBÖ1	Güvenli	24 (55.8)	26(68.4)	34(81.0)	6,201	0.045
	Güvensiz	19 (44,2)	12(31,6)	8(19,0)		

χ^2 ·Ki-Kare test; FD, Fonksiyonel Dispepsi; OD, Organik Dispepsi; EBBÖ1, Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği 1

Gruplar güvenli ve güvensiz bağlananlar olarak değerlendirildiğinde; FD grubunda 24 (%55.8) kişinin güvenli, 19 (%44,2) kişinin güvensiz bağlandığı; OD grubunda 26 (%68.4) kişinin güvenli, 12 (%31,6) kişinin güvensiz bağlandığı; KG’de 34 (%81) kişinin güvenli, 8 (%19,0) kişinin güvensiz bağlandığı saptandı. KG’de güvenli bağlanma, FD ve OD gruplarına kıyasla istatistiksel olarak anlamlı biçimde yüksek saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 11).

Tablo 12: Fonksiyonel dispepsi, organik dispepsi ve kontrol gruplarının erişkin bağlanma biçimini ölçeği ile değerlendirilmesi II

N:123		FD Grubu (N:43)	OD Grubu (N:38)	Kontrol (N:42)	χ^2	p
		N(%)	N(%)	N(%)		
EBBÖ1	Güvenli	24 (55.8)	26(68.4)	34(81.0)	7.820	0.098
	Kaçıngan	12 (27.9)	5(13.2)	5(11.9)		
	İkircikli	7 (16.3)	7(18.4)	3(7.1)		

χ^2 ·Ki-Kare test; FD, Fonksiyonel Dispepsi; OD, Organik Dispepsi

Üçlü bağlanma modeline göre bakıldığında ise gruplar arasında dağılım anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 12).

Tablo 13. Yakın ilişkilerde yaşantılar envanteri skorlarının gruplar arası karşılaştırılması

N:123	FD Grubu (N:43)	OD Grubu (N:38)	Kontrol (N:42)		
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	F	Sig.
YİYE Kaçınma	76.53±17.14	68.26±12.04	60.83±14.67	11.856	.000
YİYE Kaygı	75.51±15.75	71.57±11.32	69.38±9.59	2.596	0.079

One way Anova; YİYE Kaçınma, Yakın ilişkilerde yaşantılar envanteri-kaçınma; YİYE Kaygı, Yakın ilişkilerde yaşantılar envanteri-kaçınma

Gruplar YİYE kaçınma skorları ortalaması açısından karşılaştırıldığında FD grubunda 76.53±17.14; OD grubunda 68.26±12.04; kontrol grubunda ise 60.83±14.67 olarak bulunmuştur. FD grubunda YİYE kaçınma ortalama puanı anlamlı olarak yüksek saptanmıştır ($p<0.01$). YİYE kaygı skorları ortalaması açısından karşılaştırıldığında ise FD grubunda 75.51±15.75; OD grubunda 71.57±11.32; kontrol grubunda 69.38±9.59 olarak bulunmuştur. Gruplar arasında YİYE kaygı puan ortalamalarında farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 13).

Tablo 14: Yakın ilişkilerde yaşantılar envanterinin gruplar arası tukey çoklu karşılaştırılması

N:123	FD ve OD	FD ve Kontrol	OD ve Kontrol
	Sig.	Sig.	Sig.
YİYE Kaygı	0.341	0.067	0.715
YİYE Kaçınma	0.037	0.000	0.05

Tukey testi; YİYE Kaçınma, Yakın ilişkilerde yaşantılar envanteri -kaçınma; YİYE Kaygı, Yakın ilişkilerde yaşantılar envanteri-kaçınma

Tukey çoklu karşılaştırma sonuçlarına göre; YİYE-kaygı puan ortalamaları açısından birbiriyle karşılaştırılan gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). YİYE-kaçınma puan ortalamaları açısından ise FD ve OD karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık ($p<0.05$), FD ve kontrol grubu karşılaştırıldığında yüksek derecede anlamlı farklılık ($p<0.01$); OD ve kontrol grubu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık ($p=0.05$) saptanmıştır (Tablo 14).

Gruplar içi korelasyon analizlerinde gruplar arası farklı olan hastalık süresinin DSKE ve YİYE puanları üzerinde etkisi gözlenmemiştir.

5. TARTIŞMA

Fonksiyonel dispepsi tanısı alan olguların; organik dispepsi tanısı alan olgularla ve sağlıklı kontrollerle bağlanma özellikleri açısından karşılaştırıldığı çalışmamızda kontrol grubunun dispeptik yakınmaları olan FD ve OD gruplarından; FD grubunun OD grubu ve kontrollerden anlamlı biçimde farklı olduğu saptanmıştır. FD grubunda OD'ye ve kontrollere kıyasla DSKE-S ortalama puanları anlamlı derecede yüksek saptanmıştır. Gruplar sosyodemografik özellikler açısından türdeşdir.

Çalışmamızda bağlanma özelliklerini değerlendirmek amacıyla erişkin bağlanma biçimi ölçeğinin birinci kısmı (EBBÖ-1) ve yakın ilişkilerde yaşantılar envanteri (YİYE) kullanılmıştır.

Güvenli-güvensiz bağlanma açısından değerlendirildiğinde FD ve OD gruplarına göre kontrol grubunda güvenli bağlanma oranı anlamlı olarak daha yüksektir. Güvenli bağlanma oranı kontrol grubunda %81 iken FD grubunda % 55.8, OD grubunda %68.4 olarak saptandı. Diğer taraftan üçlü bağlanma modeline göre değerlendirildiğinde gruplar arasında bağlanma stilleri dağılımı açısından fark saptanmadı. EBBÖ-1 ile bağlanma kategorik olarak değerlendirilirken, YİYE ile hem kategorik hem de boyutsal olarak değerlendirilir. Boyut temelli değerlendirmenin daha güçlü yordama gücü olması nedeniyle YİYE'nin daha duyarlı bir yöntem olduğu bildirilmektedir (141). Kontrol grubu YİYE'nin kaçınma parametresinde de FD ve OD gruplarına göre anlamlı olarak düşük puan ortalamasına sahiptir. EBBÖ-1 ve YİYE sonuçları birlikte değerlendirildiğinde kontrol grubunun daha güvenli bağlandığı gözlenmektedir. Bu yönü ile bakıldığında dispeptik yakınma gibi otonom sinir sistemi ile ilişkili semptomu olanlarda yüksek kaçınmanın belirgin olduğu, bunun güvensiz bağlanma özellikleri sergilediği ve bu durumun gastrointestinal sistem ilişkili bir klinik ile bağlantılı olabileceği düşünülebilir.

Organik dispepsi etiyolojilerinden birisi olan ancak klinikte FD ile birlikteliğinin yaygın olduğu bilinen GÖRH tanısı alan olgularda bağlanma özelliklerini irdeleyen üç

çalışmaya rastlanmıştır. Ercolani ve arkadaşları 72 GÖRH tanısı almış olgu ile 105 sağlıklı kontrolü dahil ettikleri çalışmalarını erişkin bağlanma biçimi ölçeği-2 (EBBÖ-2) ve ana-babaya bağlanma ölçeği ile yürütmüşlerdir. Bu çalışmada klinik grupta güvensiz bağlanmanın tespit edildiği; ana-babaya bağlanma biçimi ölçeği ile ise duygusuz kontrol (affectionless control) olarak tanımlanan yetersiz ilgi-aşırı koruyucu ana baba davranışlarının daha yüksek düzeylerde algılandığı bildirilmiştir. Yazarlar bu verilerin somatizasyonun değerlendirilmesine yönelik yeni bir bakış açısı olabileceğini, yakın ilişkilerde yaşanan emosyonel kopmaya bağlı bu semptomların bir fonksiyonunun olabileceğini, bakım verenle ilişkinin sürdürülmesinde hastalığın aracı rolünün olduğunu belirtmişlerdir (142). Aynı ekibin yürüttüğü başka bir çalışmada 64 GÖRH tanısı almış olgu; 64 inflamatuvar barsak hastalığı tanısı almış olgu ve 126 sağlıklı kontrol ile EBBÖ ve ana-babaya bağlanma ölçeği uygulanarak karşılaştırılmıştır. EBBÖ ile her üç grupta güvensiz bağlanma biçimleri tespit edilmişken; ana-babaya bağlanma ölçeği ile her iki hasta grubunda anne-baba tarafından verilen duygusuz kontrolün daha yüksek düzeyde algılandığı; GÖRH grubunda algılanan aşırı koruyucu baba tutum ve davranış ortalama puanlarının diğer iki gruba kıyasla daha yüksek düzeylerde saptandığı bildirilmiştir (14). Mikulincer ve Shaver bağlanmada kaçınma boyutunun benlik ile ilgili içsel çalışan modellerin olumlu, diğerleri ile ilgili modellerin ise olumsuz olarak temsil edilmesi ile ilişkili olduğunu belirtmişlerdir. Diğerlerinin olumsuz temsili ilişkilerde emosyonel ihtiyaçların gösterilememesi ve duygusal yakınlığın kurulamaması şeklinde kendisini gösterir. Bununla birlikte olumlu kendilik algısının ise gerçek bir özgüveni yansıtmıyor olabileceği, kendilik idealizasyonunun diğerleri tarafından reddedilmeyi önlemek için kullanılan bir savunma olabileceği bildirilmektedir. Her iki çalışmada da kullanılan ana-babaya bağlanma ölçeği ile çocukluk çağında anne-baba tarafından verilen duygusuz kontrolün yüksek düzeyde algılanması ile olguların anne-babayla duygudan yoksun bir ilişki kurmayı öğrendiği söylenebilir ve kendisinin de diğerleriyle bu şekilde ilişki kurması beklenebilir. Dolayısıyla duygusal ihtiyaçlarını ifade edemeyen, duygusal ihtiyaçlarını fiziksel yakınmaları ile ifade edebilir.

FD ve OD grupları açısından bakıldığında ise EBBÖ-1 ölçümünde bağlanma stilleri dağılımı arasında fark gözlenmezken, YİYE ile gruplar arasında YİYE kaygı puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamış olup YİYE kaçınma ortalama puanı FD grubunda anlamlı olarak yüksektir. Yukarıda da belirtildiği

üzere kaçınan bağlanma biçimine sahip kişiler duygusal katılımı en aza indirebilmek, bağlanma ihtiyaçlarını inkâr edebilmek, rahatsız edici duygu ve düşünceleri bastırabilmek, stresi azaltabilmek adına yakın ilişkilerden kaçınmaktadırlar. Bu kişiler bağlanma sisteminin aktive olması halinde yakınlık arayışının engellenmesine, destek isteğinin azalmasına ve sıkıntılı durumla yalnız başına baş edebilmesine aracılık eden deaktivasyon stratejilerini kullanırlar (143). Bunlara bağlı olarak FD grubunda yüksek kaçınma puanlarının karşılanamayan emosyonel ihtiyaçların fiziksel ağrı ya da semptom yoluyla ifadesinin göstergesi olduğu söylenebilir.

Literatürde FD olgularında bağlanma özelliklerini inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak; FD gibi fonksiyonel gastrointestinal sistem hastalıkları grubunda bulunan ve klinikte FD ile birlikteliğinin sık olduğu bildirilen irritabl barsak sendromu tanısı almış olgularda anne-baba tutumunu değerlendiren bir çalışmaya rastlanmıştır. Çocukluk ve ergenlik döneminde algılanan anne-baba tutumunu değerlendirmek üzere ebeveyn kabul-ret ölçeği (yetişkinler için uyarlanmış versiyonu)‘nin uygulandığı 68 hastayla yürütülen bu çalışmada olumsuz anne-baba tutumu-davranışıyla somatizasyon arasında yüksek oranda ilişki saptandığı ve bu korelasyonun olumsuz anne-baba tutumu-davranışıyla istismar arasında tespit edilen anlamlı ilişkiye kıyasla daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmada anneyle ilgili değişkenlerin hiçbirisiyle somatizasyon arasında ilişki tespit edilmediği; ancak yüksek düzeyde somatizasyon skorları gösteren kişilerin çocukluk çağında babalarını sinirli, sert, düşmancıl ve reddedici algıladıkları bildirilmiştir (133). Olumsuz anne-baba modelleri olumsuz diğerleri (nesne temsilleri) zihinsel modeli gelişimi ile ilişkilidir. Bu sonuçlar kaçınan bağlanma özellikleri şeklinde yorumlanabilir. Bununla birlikte ağrı ve bağlanma biçimleri ilişkisini inceleyen çalışmalarda karşılanmayan bağlanma gereksinimlerinin fiziksel ağrı/semptom üzerinden bakım arayışı yoluyla karşılanmaya çalışıldığı belirtilmiştir (144,145).

FD’ye fenomenolojik benzerlik gösteren, yaygın ağrı yakınmaları ve ağrılı alanlar tariflenip yapısal bir patolojinin saptanmadığı fibromiyalji sendromunda da benzer bir bağlanma profili saptanmıştır. 40 FMS olgusunun 38 sağlıklı kontrol ile karşılaştırıldığı bir çalışmada FMS grubunda YİYE kaçınma ortalama puanının kontrol grubuna göre daha yüksek saptandığı; YİYE kaygı puan ortalamaları açısından ise gruplar arası farklılık saptanmadığı belirtilmiştir (146). FMS ile FD arasında etiyolojik yakınlık olabileceğini düşündüren veriler mevcuttur. Bunlar; fenomenolojik olarak

fonksiyonel bir sorun varken yapısal sorunun gösterilememiş olması ve irritabl barsak sendromu gibi benzer eş tanıların her iki hastalık grubunda da sık görülmesidir (20,147). Yapılan çalışmalarda; güvensiz bağlananlarda hipokondriyak inançlarının daha fazla olduğu, ağrıyla ilgili stresi içsel olarak idare etmekte zorlandıkları, tedaviye uyum sağlamada zorlandıkları, muhtemelen terapötik çabalara yönelik sabote etme eğilimlerinin olduğu gösterilmiştir (125,148). Dolayısıyla güvensiz bağlanmanın tedavi girişimlerinden de olumsuz sonuç almaya yol açabileceği öne sürülmüştür (145). Bu yönü ile her iki grupta yüksek kaçınan bağlanma skorlarının saptanması bu hastaların yakınmaları üzerinden bir ilişki/bağ kuruyor olabileceği tezini güçlendirmektedir.

HPA aks disregülasyonunun FD ve diğer GİS patolojilerinin etyopatogenezinde rol alan nedenlerden biri olduğu bildirilmektedir (37). Gerek insanlarda gerekse hayvanlarda yapılan çalışmalarla olumsuz erken yaşam olaylarının HPA aks işlevlerini değiştirdiği ve disfonksiyonuna yol açtığı bildirilmiştir (149,150). Bununla birlikte yapılan çalışmalarla güvensiz bağlanma biçimlerinin de HPA aks disfonksiyonuna katkıda bulunabileceği ifade edilmiştir (151,152). Çalışmamızda FD grubundaki yüksek kaçınma boyutu, güvensiz bağlanma özelliklerinin HPA eksenini üzerinden FD gelişimine katkı yapabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda FD grubunda DSKE-S puan ortalaması OD grubu ve kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda anksiyete ile FD'nin ilişkisi gösterilmiştir. Yakın zamanda yapılmış FGSŞ'ı olmayan 1175 kişiyi kapsayan kohort çalışmada; bu kişilerden 12 yıl sonra FD tanısı alanların çalışmanın başında yapılan değerlendirmelerinde yüksek anksiyete skorlarının ve bazal depresyon belirtilerinin olduğu tespit edilmiştir (62). Aynı zamanda anksiyetenin FD için bağımsız risk faktörü olduğu; ancak bu durumun depresyon için geçerli olmadığı düşünülmektedir (63). FD ve OD hastalarının karşılaştırıldığı bir çalışmada ise psikopatolojinin özellikle FD için risk oluşturduğu; FD hastalarında anksiyete/depresyon oranının %54.2, OD hastalarında ise bu oranın %19.0 şeklinde tespit edildiği bildirilmiştir (64). 58 FD hastasının, 59 peptik ülser hastasıyla karşılaştırıldığı başka bir çalışmada ise FD hastalarının dispeptik semptomları daha yoğun ve şiddetli yaşadığı, bu hastalarda DSKE-S puan ortalamasının OD grubuna göre daha yüksek düzeylerde tespit edildiği bildirilmiştir (153). Benzer şekilde Soylu ve arkadaşlarının çalışmasında Beck anksiyete envanteri skorları FD grubunda OD

grubuna göre daha yüksek saptanmıştır (154). Tüm bu veriler çalışmamızın sonuçlarıyla uyumludur.

Çalışmamızda çeşitli nedenlerle geçmişte psikiyatrik başvurunun FD grubunda OD'ye kıyasla daha fazla olduğu saptanmıştır. FD'nin psikopatolojiyle ilişkisi iyi bilinmektedir. Yapılan çalışmalarla FD'nin çocukluk çağı travması, anksiyete belirtileri ya da bozuklukları, duygudurum bozuklukları, depresyon belirtileri ve somatizasyon bozuklukları ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (62,68,71,72). Aynı zamanda OD ile FD'nin karşılaştırıldığı çalışmalarda da FD'nin psikopatolojiyle daha yakından ilişkili olduğu bildirilmiştir (64,65). Yüksek anksiyete skorları ile birlikte düşünüldüğünde bu bulgular literatür ile uyumlu biçimde olup etiyolojiyi ya da komorbiditeyi açıklamaktadır.

Çalışmamızda FD grubu ve OD grubu geçmiş intihar girişimi açısından karşılaştırıldığında anlamlı fark saptanmamıştır; ancak FD grubunda % 90.7, OD grubunda ise % 84.2 gibi yüksek oranlarda tespit edilmiştir. Bowlby'e göre bebeğin bakım verenle güvenli bir bağlanma ilişkisi kuramaması ya da bakıcısı tarafından reddedilmesi, benliğin değersiz ve sevilmez, diğerlerinin ise ulaşılabilir olarak algılandığı olumsuz içsel temsillerin oluşmasına neden olmakta, dolayısıyla değersizlik, yetersizlik ve öfke duygularını beraberinde getirmektedir (12). Devrimci-Özgüven ve arkadaşlarının (155) yürüttüğü çalışmada intihar girişiminde bulunanlarda önde gelen sorun alanlarının eş/partner ve anne-baba ile ilişki sorunları, önde gelen tetikleyicilerin ise tartışma ve terk edilme olduğu görülmüştür. İntihar girişimi olan bireylerin kendilerini daha yalnız ve çaresiz hissettikleri, ekonomik güçlüklerini daha çok dile getirdikleri ve yaş, işgücü gibi nedenlerle başkalarına daha bağımlı oldukları tespit edilmiştir. Çoğunlukla adolesanların dahil edildiği, bağlanma ve intihar davranışları arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda güvensiz bağlanma ile intihar girişimi arasında yakından ilişki saptandığı bildirilmiştir (156,157). Majör depresyon tanısı alan yetişkinlerin dahil edildiği ve hastaların 1 yıl boyunca izlendiği bir çalışmada ise intihar girişiminin güvensiz bağlanmayla, özellikle kaçınan bağlanmayla yakından ilişkili olduğu bildirilmiştir (158). Dolayısıyla güvensiz bağlanma ve intihar girişimi arasındaki yakın ilişki düşünüldüğünde, çalışmamızda sağlıklı kontrollere göre güvensiz bağlanma oranlarının yüksek saptandığı hem FD grubu hem de OD grubunda intihar girişim oranlarının yüksek olması beklenebilir.

Çalışmamızda hastalık süresi ortalaması FD olgularında anlamlı olarak yüksek saptanmıştır; ancak bu durumun bağlanma ve anksiyete skorları ile ilişkisi bulunamamıştır. Ayrıca cinsiyet değişkeni ölçek skorları üzerinde etkili değildir.

Çalışmamızda bağlanmanın kategorik değerlendirmesinin Türkçe geçerli ve güvenilir ölçek azlığı nedeniyle sadece EBBÖ-1 kullanılarak yapılması, olguların dispeptik yakınmalarının derecelendirilememesi kısıtlılık olarak değerlendirilmiştir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda FD tanısı alan olgularla OD tanısı alan olguları bağlanma özellikleri açısından karşılaştırmayı amaçladık.

Gruplar yaş, eğitim, sosyoekonomik düzey gibi sosyodemografik özellikler açısından benzerdir. Klinik özelliklerde, FD grubunda geçmişte psikiyatrik başvurusu olanlar daha fazladır. Ayrıca dispeptik yakınmaların süresi FD grubunda daha uzundur.

DSKE değerlendirmesinde FD grubunda DSKE-S puan ortalaması OD ve kontrol grubuna göre daha yüksektir. Diğer gruplar arasında fark saptanmamıştır. DSKE-D puanında ise gruplar arasında fark saptanmamıştır.

Bağlanma özellikleri hem kategorik hem de boyutsal açıdan değerlendirilmiştir. Kategorik değerlendirmeye göre kontrol grubunda güvenli bağlanma oranı daha yüksek gözlenmiştir. Ancak EBBÖ-1 üçlü bağlanma stiline göre gruplar arasında fark saptanmamıştır.

Boyutsal olarak değerlendirildiğinde kontrol grubunun YİYE'nin kaçınma parametresinde de FD ve OD gruplarına göre anlamlı olarak düşük puan ortalamasına sahip olduğu; FD grubunun YİYE kaçınma puanlarının OD grubu ve kontrollerden anlamlı ölçüde yüksek olduğu saptanmıştır. YİYE kaygı puanı gruplar arasında farklı bulunmamıştır.

Sonuç olarak FD grubu daha anksiyeteli bir gruptur. Güvensiz bağlanma dispeptik yakınmaları olan olgularda genel bir özellik olmakla birlikte FD grubunda kaçınan bağlanma özelliği daha belirgindir.

FD etiyojisi tam olarak açıklanamayan multifaktöryel bir hastalık olup psikojenik faktörlerle ilişkisi iyi bilinen bir hastalıktır. Tedavisi dahiliye-gastroenteroloji birimi tarafından yürütülen bu hastalarda öncelikli olarak medikal tedavi tercih edilmektedir. Bu grubun tedavisinde anksiyete dikkate alınmalıdır.

Güvensiz bağlanma özelliklerinin psikopatoloji, tedavi arayışı ve tedaviye uyumu ile ilişkisi düşünüldüğünde FD hastaları için psikiyatrik konsultasyonun ve gerektiğinde terapötik sürecin faydasının olabileceği düşünülebilir. Ayrıca OD hastalarında da bağlanma özellikleri etiyolojide önemli olabilir. OD'nin fizyopatolojisinde bağlanma ve stres ile ilişkili faktörler sanıldığından daha belirleyici olabilir.

Bulguların geniş örneklemeler üzerinde ileriye dönük çalışmalar ile tekrarlanmasına gereksinim vardır.

7. KAYNAKLAR

1. Halder SL, Talley NJ. Functional Dyspepsia: A New Rome III Paradigm. *Curr Treat Options Gastroenterol* 2007; 10(4): 259-272.
2. Talley NJ, Stanghellini V, Heading RC, Koch KL, Malagelada JR, Tytgat GN. Functional gastroduodenal disorders. *Gut* 1999; 45 (Suppl 2): 1137-1142.
3. Mehmet B, Hülya Ç, Deniz Ç, Erkin Ö, Recep A, Ali Ö. Park Sağlık Ocağı bölgesinde 15 yaş üstü nüfusta dispepsi prevalansı. *Akademik gastroenteroloji dergisi* 2007; 6(3): 120-126.
4. Delaney BC, Innes MA, Deeks J, Wilson S, Oakes R, Moayyedi P, Hobbs FD, Forman D. Initial management strategies for dyspepsia. *Cochrane Database Syst Rev* 2000; (2): CD001961.
5. Danesh J, Lawrence M, Murphy M, Roberts S, Collins R. Systematic review of the epidemiological evidence on *Helicobacter pylori* infection and nonulcer or uninvestigated dyspepsia. *Arch Intern Med* 2000; 160(8): 1192-1198.
6. Jones MP, Dille JB, Drossman D, Crowells MD. Brain-gut connections in functional GI disorders:anatomic and physiologic relationships. *Neurogastroenterol Motil* 2006; 18: 91-103.
7. Filipovic BF, Randjelovic T, Ille T, Markovic O, Milovanovic B, Kovacevic N, Filipovic BR. Anxiety, personality traits and quality of life in functional dyspepsia-suffering patients. *Eur J Intern Med* 2013; 24(1): 83-86.
8. Mahadeva S, Goh KL. Anxiety, depression and quality of life differences between functional and organic dyspepsia. *J Gastroenterol Hepatol* 2011.; 26 (Suppl 3): 49-52.
9. Tanum L, Malt UF. Personality and physical symptoms in nonpsychiatric patients with functional gastrointestinal disorder. *Journal of psychosomatic research* 2001; 50 (3): 139-146.
10. Bowlby J. Attachment and loss. Vol. 1: Attachment (2nd edition). Hogarth Press, London, 1982.
11. Hazan C, Shaver PR. Attachment as an organizational framework for research on close relationships. *Psychological Inquiry* 1994; 5(1): 1-22.

12. Bartholomew K, Horowitz LM. Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *J.Pers.Soc.Psychol* 1991; 61(2), 226-244.
13. Nakash-Eisikovits O, Dutra L, Westen D. Relationship between attachment patterns and personality pathology in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002; 41(9): 1111-1123.
14. Ercolani M, Farinelli M, Agostini A, Baldoni F, Baracchini F, Ravegnani G, Bortolotti M. Gastroesophageal reflux disease (GERD) and inflammatory bowel disease (IBD): attachment styles and parental bonding. *Percept Mot Skills* 2010; 111(2): 625-630.
15. Heading RC. Definitions of dyspepsia. *Scand J Gastroenterol* 1991; (Suppl) 182: 1-6.
16. Heading RC. Prevalence of upper gastrointestinal symptoms in the general population: a systematic review. *Scand J Gastroenterol* 1999; (Suppl) 231: 3-8.
17. Jones RH. Approaches to uninvestigated dyspepsia. *Gut* 2002; 50 (Suppl 4): 42-46.
18. Ulaşoğlu C. Fonksiyonel dispepsi: Semptomlar kompleksine yaklaşım. *Çapa Gastroenterohepatoloji Günleri Kurs Kitabı* , 2004, 77-82.
19. Drossman DA, Thompson WG, Tailey NJ. Identification of subgroups of functional bowel disorders. *Gastroenterol Int* 1990; 3: 159-172.
20. Suzuki H, Hibi T. Overlap syndrome of functional dyspepsia and irritable bowel syndrome - are both diseases mutually exclusive? *J Neurogastroenterol Motil* 2011; 17(4): 360-365.
21. Ford AC, Marwaha A, Lim A, Moayyedi P. Systematic review and meta-analysis of the prevalence of irritable bowel syndrome in individuals with dyspepsia. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2010; 8(5): 401-409.
22. Corsetti M, Caenepeel P, Fishcler B, Janssens J, Tack J. Impact of coexisting irritable bowel syndrome on symptoms and pathophysiological mechanisms in functional dyspepsia. *Am J Gastroenterol* 2004; 99(6): 1152-1159.
23. Drossman DA. The Functional Gastrointestinal Disorders and the Rome III process. *Gastroenterology* 2006; 130(5): 1377-1390.

24. Suzuki H, Nishizawa T, Hibi T. Therapeutic strategies for functional dyspepsia and the introduction of the Rome III classification. *J Gastroenterol* 2006; 41(6): 513-523.
25. Overland MK. Dyspepsia. *Med Clin North Am* 2014; 98(3): 549-564.
26. Koloski N, Talley N, Boyce PM. The impact of functional gastrointestinal disorders on quality of life. *Am J Gastroenterol* 2000; 95(1): 67 -71.
27. Ofman JJ, Rabeneck L. The effectiveness of endoscopy in the management of dyspepsia: A qualitative systematic review. *Am J Med* 1999; 106(3): 335-346.
28. Köksal AŞ, Oğuz D, Özden A. Türkiye’de birinci basamak sağlık kurumlarına başvuran hastalarda dispepsi görülme sıklığı. *Akademik Gastroenteroloji Dergisi* 2008; 7(1): 11-17.
29. Drossman DA, Creed FH, Olden KW. Psychosocial aspects of functional gastrointestinal disorders. *Gut* 1999; 45: 1125–1130.
30. Lemann M, Dederding JP, Flourie B, Franchisseur C, Rambaud JC, Jian R. Abnormal perception of visceral pain in response to gastric distension in chronic idiopathic dyspepsia. The irritable stomach syndrome. *Digestive Diseases and Sciences* 1991; 36(9): 1249–1254.
31. Simrén M, Vos R, Janssens J, Tack J. Acid infusion enhances duodenal mechanosensitivity in healthy subjects. *Am J Physiol Gastrointest Liver Physiol*, 2003; 285(2): 309–315.
32. Van Oudenhove L, Vandenberghe J, Geeraerts B, Vos R, Persoons P, Demyttenaere K, Fischler B, Tack J. Relationship between anxiety and gastric sensorimotor function in functional dyspepsia. *Psychosom Med* 2007; 69(5): 455-463.
33. Jones MP, Dilley JB, Drossman D, Crowell MD. Brain-gut connections in functional GI disorders: anatomic and physiologic relationships. *Neurogastroenterol Motil* 2006; 18(2): 91-103.
34. Haug TT, Wilhelmsen I, Berstad A, Ursin H. Life events and stress in patients with functional dyspepsia compared with patients with duodenal ulcer and healthy controls. *Scand J Gastroenterol* 1995; 30(6): 524-530.

35. Kellow JE, Langeluddecke PM, Eckersley GM, Jones MP, Tennant CC. Effects of acute psychologic stress on small-intestinal motility in health and the irritable bowel syndrome. *Scand J Gastroenterol* 1992; 27(1): 53-58.
36. Stratakis CA, Chrousos GP. Neuroendocrinology and pathophysiology of the stress system. *Ann N Y Acad Sci* 1995; 771: 1-18.
37. Mayer EA. The neurobiology of stress and gastrointestinal disease. *Gut* 2000; 47(6): 861-869.
38. Mayer EA, Fanselow MS. Dissecting the components of the central response to stress. *Nat Neurosci* 2003; 6(10): 1011-1012.
39. Tache Y, Martinez V, Million M. Stress and the gastrointestinal tract III. Stress related alterations of gut motor function: role of brain corticotropin-releasing factor receptors. *Am J Physiol Gastrointest Liver Physiol* 2001; 280: 173-177.
40. Bittinger M, Barnert J, Wienbeck M. Autonomic dysfunction and the gastrointestinal tract. *Clin Auton Res* 1999; 9(2): 75-81.
41. Lehnert H, Schulz C, Dieterich K. Physiological and neurochemical aspects of corticotropin-releasing factor actions in the brain: the role of the locus coeruleus. *Neurochem Res* 1998; 23(8): 1039-1052.
42. De Kloet ER, Vreugdenhil E, Oitzl MS, Joels M. Brain corticosteroid receptor balance in health and disease. *Endocr Rev* 1998; 19(3): 269-301.
43. Holsboer F, Barden N. Antidepressants and hypothalamic-pituitary-adrenocortical regulation. *Endocr Rev* 1996; 17(2): 187-205.
44. Holsboer F, Lauer CJ, Schreiber W, Krieg JC. Altered hypothalamic-pituitary-adrenocortical regulation in healthy subjects at high familial risk for affective disorders. *Neuroendocrinology* 1995; 62: 340-347.
45. Mönnikes H, Tebbe JJ, Hildebrandt M, Arck P, Osmanoglu E, Rose M, Klapp B, Wiedenmann B, Heymann-Mönnikes I. Role of stress in functional gastrointestinal disorders. Evidence for stress-induced alterations in gastrointestinal motility and sensitivity. *Dig Dis* 2001; 19(3): 201-211.
46. Heim C, Ehler U, Hellhammer DH. The potential role of hypocortisolism in the pathophysiology of stress-related bodily disorders. *Psychoneuroendocrinology* 2000; 25(1): 1-35.

47. Fries E, Hesse J, Hellhammer J, Hellhammer DH. A new view on hypocortisolism. *Psychoneuroendocrinology* 2005; 30(10): 1010-1016.
48. Stahl S, Briley M. Understanding pain in depression. *Hum Psychopharmacol* 2004; 19(Suppl 1): 9-13.
49. Zhou G, Liu P, Zeng F, Yuan K, Yu D, Von Deneen KM, Liang F, Qin W, Tian J. Increased interhemispheric resting-state functional connectivity in functional dyspepsia: a pilot study. *NMR Biomed* 2012 (in press)
50. Zeng F, Qin W, Liang F, Liu J, Tang Y, Liu X, Yuan K, Yu S, Song W, Liu M, Lan L, Gao X, Liu Y, Tian J. Abnormal resting brain activity in patients with functional dyspepsia is related to symptom severity. *Gastroenterology* 2011; 141(2): 499-506.
51. Chang HY, Sharma VK, Howden CW, Gold BD. Knowledge, attitudes and practice styles of North American pediatric gastroenterologists: *Helicobacter pylori* infection. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2003; 6(2): 235-240.
52. Francesco F, Antonio G. *Helicobacter pylori* and extragastric diseases. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2007; 21(2): 325-336.
53. Saito Y, Suzuki H, Tsugawa H, Suzuki S, Matsuzaki J, Hirata K, Hibi T. Dysfunctional gastric emptying with down-regulation of muscle-specific MicroRNAs in *helicobacter pylori*-infected mice. *Gastroenterology* 2011; 140(1): 189–198.
54. Miwa H, Watari J, Fukui H, Oshima T, Tomita T, Sakurai J, Kondo T, Matsumoto T. Current understanding of pathogenesis of functional dyspepsia. *Journal of Gastroenterology and Hepatology* 2011; 26 (suppl 3): 53–60.
55. Oshima T, Toyoshima F, Nakajima S, Fukui H, Watari J, Miwa H. Genetic factors for functional dyspepsia. *J Gastroenterol Hepatol* 2011; 26 (Suppl 3): 83-87.
56. Kim HG, Lee KJ, Lim SG, Jung JY, and Cho SW. GProtein Beta3 subunit C825T polymorphism in patients with overlap syndrome of functional dyspepsia and irritable bowel syndrome. *Journal of Neurogastroenterology and Motility* 2012; 18(2): 205–210.
57. Holtmann G, Siffert W, Haag S, Mueller N, Langkafel M, Senf W, Zotz R, Talley NJ. G-protein beta 3 subunit 825 CC genotype is associated with unexplained (functional) dyspepsia. *Gastroenterology* 2004; 126(4): 971–979.

58. Oshima T, Toyoshima F, Nakajima S, Fukui H, Watari J, Miwa H. Genetic factors for functional dyspepsia. *J Gastroenterol Hepatol* 2011; 26 (Suppl 3): 83-87.
59. Toyoshima F, Oshima T, Nakajima S, Sakurai J, Tanaka J, Tomita T, Hori K, Matsumoto T, Miwa H. Serotonin transporter gene polymorphism may be associated with functional dyspepsia in a Japanese population. *BMC Med Genet* 2011; 12:88.
60. Karlović D, Karlović D. Serotonin transporter gene (5-HTTLPR) polymorphism and efficacy of selective serotonin reuptake inhibitors--do we have sufficient evidence for clinical practice. *Acta Clin Croat* 2013; 52(3): 353-362.
61. Aro P, Talley NJ, Ronkainen J, Storskrubb T, Vieth M, Johansson SE, Bolling-Sternevald E, Agréus L. Anxiety is associated with uninvestigated and functional dyspepsia (Rome III Criteria) in a Swedish population-based study. *Gastroenterology* 2009; 137(1): 94–100.
62. Koloski NA, Jones M, Kalantar J, Weltman M, Zaguirre J, and Talley NJ. The brain—gut pathway in functional gastrointestinal disorders is bidirectional: a 12-year prospective population-based study. *Gut* 2012; 61(9): 1284–1290.
63. Aro P, Talley NJ, Ronkainen J, Storskrubb T, Vieth M, Johansson SE, Bolling-Sternevald E, Agréus L. Anxiety is associated with uninvestigated and functional dyspepsia (Rome III Criteria) in a Swedish population-based study. *Gastroenterology* 2009; 137(1): 94–100.
64. Li Y, Nie Y, Sha W, Su H. The link between psychosocial factors and functional dyspepsia: an epidemiological study. *Chin Med J (Engl)* 2002; 115(7): 1082-1084.
65. Pajala M, Heikkinen M, Hintikka J. Mental distress in patients with functional or organic dyspepsia: a comparative study with a sample of the general population. *Aliment Pharmacol Ther* 2005; 21(3): 277-281.
66. Feinle-Bisset C, Meier B, Fried M, Beglinger C. Role of cognitive factors in symptom induction following high and low fat meals in patients with functional dyspepsia. *Gut* 2003; 52(10): 1414–1418.
67. De Giorgi F, Sarnelli G, Cirillo C, Savino IG, Turco F, Nardone G, Rocco A, Cuomo R. Increased severity of dyspeptic symptoms related to mental stress is associated with sympathetic hyperactivity and enhanced endocrine response in patients with postprandial distress syndrome. *Neurogastroenterology and Motility* 2012; 25(1): 31–38.

68. Talley NJ, Fett SL, Zinsmeister AR, Melton LJ. Gastrointestinal tract symptoms and self reported abuse: a population-based study. *Gastroenterology* 1994; 107(4): 1040-1049.
69. Geeraerts B, Van Oudenhove L, Fischler B. The association between gastric sensorimotor function and abuse history in functional dyspepsia. *Gastroenterology* 2005; 128(suppl 2): A339.
70. Chen TS, Lee YC, Chang FY, Wu HC, Lee SD. Psychosocial distress is associated with abnormal gastric myoelectrical activity in patients with functional dyspepsia. *Scand J Gastroenterol* 2006 ; 41(7): 791-796.
71. Hsu YC, Liou JM, Liao SC, Yang TH, Wu HT, Hsu WL, Lin HJ, Wang HP, Wu MS. Psychopathology and personality trait in subgroups of functional dyspepsia based on Rome III criteria. *American Journal of Gastroenterology* 2009; 104(10): 2534–2542.
72. Castillo EJ, Camilleri M, Locke GR, Burton DD, Stephens DA, Geno DM, Zinsmeister AR. A community based, controlled study of the epidemiology and pathophysiology of dyspepsia. *Clinical Gastroenterology and Hepatology* 2004; 2(11): 985–996.
73. Van Oudenhove L, Vandenberghe J, Geeraerts B, Vos R, Persoons P, Fischler B, Demyttenaere K, Tack J. Determinants of symptoms in functional dyspepsia: gastric sensorimotor function, psychosocial factors or somatisation. *Gut* 2008.; 57(12): 1666–1673.
74. Tack J, Piessevaux H, Coulie B, Caenepeel P, Janssens J. Role of impaired gastric accommodation to a meal in functional dyspepsia. *Gastroenterology* 1998; 115(6): 1346– 1352.
75. Sha W, Pasricha PJ, and Chen JD. Correlations among electrogastrogram, gastric dysmotility, and duodenal dysmotility in patients with functional dyspepsia. *Journal of Clinical Gastroenterology* 2009; 43(8): 716–722.
76. Holtmann G, Talley NJ, Goebell H. Association between H.Pylori, duodenal mechanosensory thresholds and small intestinal motility in chronic unexplained dyspepsia. *Dig Dis Sci* 1996; 41: 1285-1291.
77. Tack J, Bisschops R, Sarnelli G. Pathophysiology and Treatment of Functional Dyspepsia. *Gastroenterology* 2004; 127(4): 1239-1255.

78. Feinle-Bisset C, Azpiroz F. Dietary and lifestyle factors in functional dyspepsia. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* 2013; 10(3): 150-157.
79. Jackson JL, O'Malley PG, Tomkins G, Balden E, Santoro J, Kroenke K. Treatment of functional gastrointestinal disorders with antidepressant medications: a meta-analysis. *Am J Med* 2000; 108(1): 65-72.
80. Hojo M, Miwa H, Yokoyama T, Ohkusa T, Nagahara A, Kawabe M, Asaoka D, Izumi Y, Sato N. Treatment of functional dyspepsia with antianxiety or antidepressive agents: systematic review. *J Gastroenterol* 2005; 40(11): 1036-1042.
81. Mertz H, Fass R, Kodner A, Yan-Go F, Fullerton S, Mayer EA. Effect of amitriptyline on symptoms, sleep, and visceral perception in patients with functional dyspepsia. *Am J Gastroenterol* 1998; 93(2): 160–165.
82. Van Kerkhoven LA, Laheij RJ, Aparicio N, De Boer WA, Van den Hazel S, Tan AC, Witteman BJ, Jansen JB. Effect of the antidepressant venlafaxine in functional dyspepsia: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Clin. Gastroenterol. Hepatol* 2008; 6(7): 746–752 .
83. Tan VP, Cheung TK, Wong WM, Pang R, Wong BC. Treatment of functional dyspepsia with sertraline: a double-blind randomized placebo-controlled pilot study. *World J Gastroenterol* 2012; 14,18(42): 6127-6133.
84. Madsen LG, Bytzer P. The value of alarm features in identifying organic causes of dyspepsia. *Can J Gastroenterol* 2000; 14(8):713-720.
85. Richler JE. Organic causes and differential characteristics from functional dyspepsia. *Scand J Gastroenterol* 1991; 182: 11-16.
86. Agostini A, Rizzello F, Ravegnani G, Gionchetti P, Tambasco R, Straforini G, Ercolani M, Campieri M. Adult attachment and early parental experiences in patients with Crohn's disease. *Psychosomatics* 2010; 51(3): 208-215.
87. Vakil N, van Zanten SV, Kahrilas P, Dent J, Jones R. The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus. *Am J Gastroenterol* 2006; 101(8): 1900–1920.
88. El-Serag HB, Sweet S, Winchester CC, Dent J. Update on the epidemiology of gastro-oesophageal reflux disease: a systematic review. *Gut* 2014; 63(6): 871-880.
89. Dent J, El-Serag HB, Wallander MA, Johansson S. Epidemiology of gastro-oesophageal reflux disease: a systematic review. *Gut* 2005; 54(5): 710–717.

90. Hershcovici T, Fass R. Nonerosive reflux disease (NERD)-an update. *J Neurogastroenterol Motil* 2010; 16(1): 8–21.
91. Goh KL. Gastroesophageal reflux disease in Asia: A historical perspective and present challenges. *J Gastroenterol Hepatol* 2011; 26 (Suppl 1): 2–10.
92. Futagami S, Iwakiri K, Shindo T, Kawagoe T, Horie A, Shimpuku M, Tanaka Y, Kawami N, Gudis K, Sakamoto C. The prokinetic effect of mosapride citrate combined with omeprazole therapy improves clinical symptoms and gastric emptying in PPI-resistant NERD patients with delayed gastric emptying. *J Gastroenterol* 2010; 45: 413–421.
93. Quigley EM. Functional dyspepsia (FD) and non-erosive reflux disease (NERD): overlapping or discrete entities? *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2004; 18(4): 695-706
94. Johnston BT, McFarland RJ, Collins JS, Love AH. Effect of acute stress on oesophageal motility in patients with gastroesophageal reflux disease. *Gut* 1996; 38(4): 492-497.
95. Chan FKL, Leung WK. Peptic Ulcer disease. *Lancet* 2002; 360(9337): 933-941.
96. Ballinger A, Smith G. NSAIDs in gastrointestinal damage and prevention. *Expert Opin Pharmacother* 2001; 2(1): 31–40.
97. Huang JQ, Sridhar S, Hunt RH. Role of *Helicobacter pylori* infection and non-steroidal anti-inflammatory drugs in peptic-ulcer disease: A meta-analysis. *Lancet* 2002; 359(9300): 14–22.
98. Bures J. Gastric and duodenal ulcers--etiopathogenesis, diagnosis and therapy at the milestone of the 20th century. *Vnitr Lek* 2004, 50 (Suppl 1): 91-3.
99. Ferlay J, Bray F, Pisani P, Parkin DM. GLOBOCAN 2002: cancer incidence, mortality and prevalence worldwide. IARC cancer base No:5 version:2, Lyon (France): IARC Press, 2004
100. Karaoğuz H, İçli F. Cancer problem in Türkiye. *J Ankara Med School* 1993; 15: 547–558.
101. Demirer T, İcli F, Uzunalımoğlu Ö, Küçük Ö. Diet and stomach cancer incidence: a case-control study in Turkey. *Cancer* 1990; 65(10): 2344–2348.

102. Correa P. Helicobacter pylori and gastric cancer: State of the art. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 1996; 5(6): 477-481.
103. Montgomery E, Goldblum JR, Greenson JK, Haber MM, Lamps LW, Lauwers GY, Lazenby AJ, Lewin DN, Robert ME, Washington K, Zahurak ML, Hart J. Dysplasia as a predictive marker for invasive carcinoma in barrett esophagus: A follow-up study based on 138 cases from a diagnostic variability study. *Hum Pathol* 2001; 32(4): 379-388.
104. Hallissey MT, Allum WH, Jewkes AJ, Ellis DJ, Fielding JW. Early detection of gastric cancer. *BMJ* 1990; 301(6751): 513-515.
105. Holmes J. John Bowlby and Attachment Theory. Routledge, London, 1993; 61-68
106. Ainsworth MS, Blehar MC, Waters E, Wall S. Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation . Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1978.
107. Main M, Solomon J. Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In: Greenberg MT, Cicchetti D, Cummings EM (editörs): Attachment in the Preschool Years. Chicago, University of Chicago Press, 1990, 121-160.
108. Bowlby J. The making and breaking of affectional bonds, I. A etiology and psychopathology in the light of attachment theory. *Brit J Psychiat* 1977; 130:201-210.
109. Main M. Introduction to the special section on attachment and psychopathology: 2. Overview of the field of attachment. *J Consult Clin Psychol* 1996; 64(2): 237-243.
110. Hazan C, Shaver PR. Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology* 1987; 52(3): 511-524.
111. Brennan KA, Clark CL, Shaver PR. Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. In Simpson JA, Rholes WS (editörs). Attachment theory and close relationships. New York: Guilford press., 1998, 46-76.
112. Fonagy P, Target M, Gergely G. Attachment and borderline personality disorder: A theory and some evidence. *Psychiatr Clin North Am* 2000; 23(1): 103-122.
113. Sabuncuoğlu O, Berkem M. Bağlanma biçimi ve doğum sonrası depresyon belirtileri arasındaki ilişki: Türkiye’den bulgular. *Türk Psikiyatri Derg* 2006; 17: 252-258.

114. McMahon C, Barnett B, Kowalenko N, Tennant C. Psychological factors associated with persistent postnatal depression: past and current relationships, defence styles and the mediating role of insecure attachment style. *J Affect Disord* 2005; 84:15-24.
115. Eng W, Heimberg RG, Hart TA, Schneier FR, Liebowitz MR. Attachment in individuals with social anxiety disorder: the relationship among adult attachment styles, social anxiety, and depression. *Emotion* 2001; 1(4): 365-380.
116. Twaite JA, Rodriguez-Srednicki O. Childhood sexual and physical abuse and adult vulnerability to PTSD: the mediating effects of attachment and dissociation. *J Child Sex Abus* 2004; 13(1): 17-38.
117. Ciechanowski P, Sullivan M, Jensen M, Romano J, Summers H. The relationship of attachment style to depression, catastrophizing and health care utilization in patients with chronic pain. *Pain* 2003; 104(3): 627-637.
118. Myhr G, Sookman D, Pinard G. Attachment security and parental bonding in adults with obsessive-compulsive disorder: a comparison with depressed out-patients and healthy controls. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 109(6): 447-456.
119. Miljkovitch R, Pierrehumbert B, Karmaniola A, Bader M, Halfon O. Assessing attachment cognitions and their associations with depression in youth with eating or drug misuse disorders. *Substance Use Misuse* 2005; 40(5): 605-623.
120. Morriss RK, van der Guht E, Lancaster G, Bentall RP. Adult attachment in bipolar 1 disorder. *Psychol Psychoth* 2009; 82(Pt 3): 267-277.
121. Kökçü F, Kesebir S. İki uçlu olgular ve çocuklarında bağlanma biçiminin mizaç, kişilik ve klinik özellikler ile ilişkisi: kontrollü bir çalışma. *Türk Psikiyatri Derg* 2010; 21: 309-318.
122. Dray A. Kinins and their receptors in hyperalgesia. *Can J Physiol Pharmacol* 1997; 75(6): 704-712.
123. Özkan S. Bel ağrısı, duygudurum, psikososyal ortamla ilişkisi. *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi* 1998; 5(Özel sayı): 81-83.
124. Kellner R. *Psychosomatic Syndromes and Somatic Symptoms*. Washington, DC : American Psychiatric Press, 1991.

125. Wearden A, Perryman K, Ward V. Adult attachment, reassurance seeking and hypochondriacal concerns in college students. *J Health Psychol* 2006; 11(6): 877-886.
126. McWilliams LA, Asmundson GJ. The relationship of adult attachment dimensions to pain-related fear, hypervigilance, and catastrophizing. *Pain* 2007; 127(1-2): 27-34.
127. Meredith P, Strong J, Feeney JA. Adult attachment, anxiety, and pain self-efficacy as predictors of pain intensity and disability. *Pain* 2006; 123(1-2): 146-154.
128. Meredith P, Ownsworth T, Strong J. A review of the evidence linking adult attachment theory and chronic pain: presenting a conceptual model. *Clin Psychol Rev* 2008; 28(3): 407-429.
129. McWilliams LA, Cox BJ, Enns MW. Impact of adult attachment styles on pain and disability associated with arthritis in a nationally representative sample. *Clin J Pain* 2000; 16(4): 360-364.
130. Meredith PJ, Strong J, Feeney JA. Adult attachment variables predict depression before and after treatment for chronic pain. *Eur J Pain* 2007; 11(2): 164-170.
131. Esposito M, Parisi L, Gallai B, Marotta R, Di Dona A, Lavano SM, Roccella M, Carotenuto M. Attachment styles in children affected by migraine without aura. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2013; 9: 1513-1519.
132. Meredith P, Ownsworth T, Strong J. A review of the evidence linking adult attachment theory and chronic pain: Presenting a conceptual model. *Clinical Psychology Review* 2008; 28(3): 407-429.
133. Lackner JM, Gudleski GD, Blanchard EB. Beyond abuse: the association among parenting style, abdominal pain, and somatization in IBS patients. *Behav Res Ther* 2004; 42(1): 41-56.
134. Laird KT, Preacher KJ, Walker LS. Attachment and adjustment in adolescents and young adults with a history of pediatric functional abdominal pain. *Clin J Pain* 2014; (in press)
135. Gick ML, Sirois FM. Insecure attachment moderates women's adjustment to inflammatory bowel disease severity. *Rehabil Psychol* 2010; 55(2): 170-179.

136. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. Structured Clinical Interview for DSM-IV Clinical Version (SCID-I/CV). Washington, DC: American Psychiatric Press, 1997.
137. Özkürkçügil A, Aydemir Ö, Yıldız M. DSM-IV Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmenin Türkçe'ye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması. İlaç ve Tedavi Dergisi 1999; 12: 233-236.
138. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Manual for State-Trait Anxiety Inventory. California Consulting Psychologist Press, Palo Alto, 1970.
139. Öner N, LeCompte A. Durumsal-Sürekli Kaygı Envanteri El kitabı. İkinci Baskı, Boğaziçi Üniversitesi Matbaası, İstanbul, 1985.
140. Sümer N, Güngör D. Yetişkin bağlanma stilleri ölçeklerinin türk örneklemini üzerinde psikometrik değerlendirmesi ve kültürlerarası bir karşılaştırma. Türk Psikoloji Dergisi 1999; 43(14): 71-106.
141. Mikulincer M, Shaver PR. Attachment in Adulthood. The Guilford Press New York, 2007; 96-97.
142. Ercolani M, Farinelli M, Trombini E, Bortolotti M. Gastroesophageal reflux disease: attachment style and parental bonding. Percept Mot Skills 2004; 99(1): 211-222.
143. Mikulincer M, Shaver PR. The Attachment behavioral system in adulthood: activation, psychodynamics, and interpersonal processes. Advances in Experimental Social Psychology 2003; 35: 53-152.
144. Kolb LC. Attachment behavior and pain complaints. Psychosomatics 1982; 23(4): 413-425.
145. Mikail SF, Henderson PR, Tasca GA. An interpersonally based model of chronic pain: An application of attachment theory. Clinical Psychology Review 1994; 14: 1-16.
146. Karaş H. Fibromiyalji Sendromu Olan Hastalarda Dissosiyatif Yaşantıların Bağlanma Özellikleri ve Çocukluk Çağı Travmaları ile İlişkisi. Uzmanlık Tezi, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, 2011.

147. Sperber AD, Atzmon Y, Neumann L, Weisberg I, Shalit Y, Abu-Shakrah M, Fich A, Buskila D. Fibromyalgia in the irritable bowel syndrome: studies of prevalence and clinical implication. *Am J Gastroenterol* 1999; 94(12): 3541-3546.
148. Meredith PJ, Strong J, Feeney JA. Evidence of a relationship between adult attachment variables and appraisals of chronic pain. *Pain Research and Management* 2005; 10(4): 191–200.
149. Heim C, Nemeroff CB. The impact of early adverse experiences on brain systems involved in the pathophysiology of anxiety and affective disorders. *Biol Psychiatry* 1999; 46(11): 1509–1522.
150. Meaney MJ, Aitken DH, van Berkel C, Bhatnagar S, Sapolsky RM. Effect of neonatal handling on age-related impairments associated with the hippocampus. *Science* 1988; 239(4841 Pt 1): 766–768.
151. Pierrehumbert B, Torrisi R, Ansermet F, Borghini A, Halfon O. Adult attachment representations predict cortisol and oxytocin responses to stress. *Attach Hum Dev* 2012; 14(5): 453-476.
152. Kidd T, Hamer M, Steptoe A. Adult attachment style and cortisol responses across the day in older adults. *Psychophysiology* 2013; 50(9): 841-847.
153. Nakao H, Konishi H, Mitsufuji S, Yamauchi J, Yasu T, Taniguchi J, Wakabayashi N, Kataoka K, Okanoue T. Comparison of clinical features and patient background in functional dyspepsia and peptic ulcer. *Dig Dis Sci* 2007; 52(9): 2152-218.
154. Soylu A, Duman H, Yıldırım E, Yaşar N, Sevindir İ, Kumbasar B. Fonksiyonel dispepsili hastalarda ruhsal sağlık durumu ve ruhsal durumun semptomlar ile ilişkisi. 25. Ulusal Gastroenteroloji Haftası konferansı bildiri kitabı. 2008; 4
155. Devrimci-Özgüven H, Soykan Ç, Haran S. İntihar girişimlerinde sorun alanları ve tetikleyiciler. *Kriz Dergisi* 2003; 11(1): 13-24.
156. Stepp SD, Morse JQ, Yaggi KE, Reynolds SK, Reed I, Pilkonis PA. The role of attachment styles and interpersonal problems in suicide-related behaviors. *Suicide Life Threat Behav* 2008; 38(5): 592–607.
157. Adam KS, Sheldon-Keller AE, West M. Attachment organization and history of suicidal behavior in clinical adolescents. *J Consult Clin Psychol* 1996; 64(2): 264–227.

158. Grunebaum MF, Galfalvy HC, Mortenson LY, Burke AK, Oquendo MA, Mann JJ. Attachment and social adjustment: relationships to suicide attempt and major depressive episode in a prospective study. *J Affect Disord*, 2010. 123(1-3): 123–130.

8.EKLER

EK-1

		T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU İstanbul Bakırköy Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi			
BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Fonksiyonel Dispepsisi Olan Hastaların Organik Dispepsisi Olan Hastalar ile Bağlanma Özellikleri Açısından Karşılaştırılması			
	BAŞVURU TARİHİ VE SAYISI	31.01.2014- 6292			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Asist. Dr. Halide ŞAHAN			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Psikiyatri			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hast. E. A. Hastanesi			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-			
	ARAŞTIRMANIN FAZİ				
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yeni Bir Endikasyon			
		Yüksek Doz Araştırması			
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Diğer ise belirtiniz: Kesitsel Klinik Çalışma				
	TEK MERKEZ	X	ÇOK MERKEZLİ	ULUSAL	ULUSLAR ARASI
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Var	Yok	Dili	
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	X		Türkçe X	İngilizce Diğer
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	X		Türkçe X	İngilizce Diğer
	OLGU RAPOR FORMU		X	Türkçe	İngilizce Diğer
	ARAŞTIRMA BROSÜRÜ		X	Türkçe	İngilizce Diğer
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama			
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	-			
	DİĞER:	-			
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 376	Tarih: 04.02.2014			
	Yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.				
BRSIH KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU					
ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu				
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Uz. Dr. Nihat ALPAY				
Etik Kurul Üyelerinin Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Araştırma ile İlişki		İmza	
Doç. Dr. M. Cem İLNEM	Psikiyatri	E ☐	H ☒		
Doç. Dr. Sevim BAYBAŞ	Nöroloji	E ☐	H ☒		
Doç. Dr. Erhan EMEL	Nöroşirürji	E ☐	H ☒		
Uz. Dr. Şahap N. ERKOÇ	Psikiyatri	E ☐	H ☒		
Uz. Dr. Nesrin B. TOMRUK	Psikiyatri	E ☐	H ☒		

EK-2

Bilgilendirme ve Onam Formu

Fonksiyonel dispepsisi olan olgularda bağlanma özellikleri konulu tez çalışması Doç.Dr.Ejder Akgün YILDIRIM'ın danışmanlığında Dr.Halide ŞAHAN tarafından yürütülmektedir.Bu çalışma dispepsi yakınması olan hastalarda bağlanma özelliklerinin ağrı ve dispepsi yakınması oluşumundaki etkisini araştırmaktadır.Olguların klinik değerlendirme ve izlenimi Doç.Dr.Aliye SOYLU tarafından yürütülecektir.

Bu çalışma bedensel ya da ruhsal sağlığa zarar verebilecek hiçbir öge içermemektedir.Katıldığınız takdirde size herhangi bir girişimsel ya da görüntüleme yöntemi uygulanmayacak, kan tetkiki ya da benzeri test yapılmayacaktır.Çalışmada yalnızca basılı kağıt materyali olan bir kısmını doğrudan sizin dolduracağınız anket ve benzeri soru formları uygulanacaktır(Öykü ve Sosyodemografik form, Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri, Somatoform Dissosiasyon Ölçeği, Sürekli ve Durumsal Kaygı Ölçeği vb).Bir sorun tespit edildiğinde bilgilendirileceksiniz ve dilediğiniz taktirde tedaviniz araştırmacılar tarafınızdan üstlenelecektir. İsmiiz her koşulda saklı tutulacaktır. Araştırmanın yalnızca verilen kısmı bilimsel makalelerde yayınlanabilir ve bilimsel toplantılarda sunulabilir. Bilimsel etik kuralları gereği tüm kişisel bilgileriniz saklı tutulacak, üçüncü kişi ve kurumlarca paylaşılmayacaktır.Araştırmacılar Helsinki Bildirgesine uygun hareket edeceklerini taahhüt eder.

Katılımcının Beyanı

Araştırmacılar tarafından bilgilendirildim. Bana verilen bu bilgiler temelinde, bu araştırmada kendi rızamla yer alıyorum ve istediğim herhangi bir anda, hiçbir açıklama yapmaksızın verilerimin araştırmaya dahil edilmesinden vazgeçebileceğimden beyan ediyorum.

Gözlemci

Tarih:

İsim:

İmza:

Tarih:

İsim:

İmza:

EK-3

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

1)Adı Soyadı:

2)Protokol no:

3)Cinsiyet: 1)Kadın 2)Erkek

4)Doğum Yeri:

5)Yaşı:

6)Eğitim Düzeyi: 1) İlkokul 3) Ortaokul 4) Lise 5)Yüksekokul-Üni

7)İşi: 1)çalışmıyor 2)çalışıyor 3) emekli 5) ev hanımı 6) diğer

8) Ekonomik düzeyi: a-düşük(<1000) b-orta(1000-2000)d-yüksek(>2000)

9)Medeni Durumu: 1)bekar 2)evli 3) diğer (boşanmış, ayrı yaşıyor, dul)

10)Çocuk: 1) var 2)yok

11)Hastalığının (Dispepsi) başlangıç süresi

12)Şimdiki tedavide kullanılan ilaçlar:

13)Geçmişte psikiyatrik hastalık öyküsü: 1)var 2)yok

14)İntihar girişimi: 1)var 2)yok

15)Ek tıbbi hastalık öyküsü: 1)var2)yok

16)Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü: 1)var 2)yok

17)Ailede dispepsi hastalığı öyküsü: 1)var 2)yok

18)Alışkanlık: 1)sigara 2)alkol 3)madde 4)çoklu alışkanlık 5)yok

ERİŞKİN BAĞLANMA BİÇİMİ ÖLÇEĞİ (I. Bölüm)

Aşağıdaki açıklamalar çocukluğunuzda anne-babanızla ve şu anda bir yetişkin olarak çevrenizdeki diğer insanlarla yakın ilişkilerinizde neler hissettiğinizi tanımlar. Lütfen hepsini dikkatlice okuyup sizi en iyi tanımlayan seçeneği işaretleyiniz. A, B veya C.

- A) Bir çocuk olarak, annem ve babam bana karşı genellikle sıcak davranırdı ve eğer zorluklarla karşılaşsam onlardan yardım isteyebilirdim. Başkalarıyla yakın ilişki kurmak ve onlara rahatlıkla güvenmek (ve onların da bana güvenmesi) benim için kolaydır. Terk edilmekten veya bir başkasının bana aşırı yakınlığından endişe duymam.
- B) Annem ve babam bakım konusunda genellikle ilgisizdi, benden birçok istemleri vardı, çoğu kez yaptıklarımı eleştirirler ve bana birey olarak saygı göstermezlerdi. Başkalarına yakın olmakta pek rahat değilimdir; onlara tam anlamıyla güvenmekte ve dayanmakta zorlanırım. Herhangi bir kimse bana çok yakınlık gösterdiği zaman veya birlikte olduğum insan (eş ve diğerleri) bana daha yakın olmak istediğinde kendimi rahat hissetmem, sıkıntılı hissederim.
- C) Annemin ve babamın ne yapacağı öngörülemezdi (yaşadığım zorluklara bazen ilgi gösterirler, bazen göstermezlerdi) çoğu kez haksız davranırlar ve özel hayatıma karışırlardı. Diğer insanları benim istediğim kadar yakın olma konusunda isteksiz buluyorum. Birlikte olduğum kişinin beni sevmediği ve benimle kalıp yaşamak istemeyeceği hakkında çoğu kez endişe duyarım. Birlikte olduğum kişiyle çoğu kez daha yakın olmak isterim (onunla bir bütün olmak) ve bu isteğim kimi zaman onu ve diğer insanları ürkütüp uzaklaştırır.

YAKIN İLİŞKİLER YAŞANTILAR ENVANTERİ (YİYE)

Her bir maddenin ilişkilerinizdeki duygu ve düşüncelerinizi ne oranda yansıttığını karşlarındaki 7 aralıklı ölçek üzerinde işaretleyiniz.

1 2 3 4 5 6 7
Hiç katılmıyorum Kesinlikle katılıyorum

	1	2	3	4	5	6	7
1. Gerçekte ne hissettiğimi birlikte olduğum kişiye göstermemeyi tercih ederim.							
2. Terk edilmekten korkarım.							
3. Romantik ilişkide olduğum kişilere yakın olmak konusunda çok rahatım.							
4. İlişkilerim konusunda çok kaygılıyım.							
5. Birlikte olduğum kişi bana yakınlığa başlar başlamaz kendimi geri çekiyorum.							
6. Romantik ilişkide olduğum kişilerin beni, benim onları umursadığım kadar umursamayacaklarından endişelenirim.							
7. Romantik ilişkide olduğum kişi çok yakın olmak istediğinde rahatsızlık duyarım.							
8. Birlikte olduğum kişiyi kaybedeceğim diye çok kaygılanırım.							
9. Birlikte olduğum kişilere açılma konusunda kendimi rahat hissetmem.							
10. Genellikle, birlikte olduğum kişinin benim için hissettiklerinin benim onun için hissettiklerim kadar güçlü olmasını arzu ederim.							
11. Birlikte olduğum kişiye yakın olmayı isterim, ama sürekli kendimi geri çekerim.							
12. Genellikle birlikte olduğum kişiyle tamamen bütünleşmek isterim ve bu bazen onları korkutup benden uzaklaştırır.							
13. Birlikte olduğum kişilerin benimle çok yakınlığı beni gerginleştirir.							
14. Yalnız kalmaktan endişelenirim.							
15. Özel duygu ve düşüncelerimi birlikte olduğum kişiyle paylaşmak konusunda oldukça rahatımdır.							
16. Çok yakın olma arzum bazen insanları korkutup uzaklaştırır.							
17. Birlikte olduğum kişiyle çok yakınlıktan kaçınmaya çalışırım.							

	1	2	3	4	5	6	7
18. Birlikte olduğum kişi tarafından sevildiğimin sürekli ifade edilmesine gereksinim duyarım.							
19. Birlikte olduğum kişiyle kolaylıkta yaklaşabilirim.							
20. Birlikte olduğum kişileri bazen daha fazla duygu ve bağlılık göstermeleri için zorladığımı hissedirim.							
21. Birlikte olduğum kişilere güvenip dayanma konusunda kendimi rahat bırakmakta zorlanırım.							
22. Terk edilmekten pek korkmam.							
23. Birlikte olduğum kişilere fazla yakın olmamayı tercih ederim.							
24. Birlikte olduğum kişinin bana ilgi göstermesini sağlayamazsam üzülür ya da kızarım.							
25. Birlikte olduğum kişiye hemen hemen herşeyi anlatırım.							
26. Birlikte olduğum kişinin bana istediğim kadar yakın olmadığını düşünürüm.							
27. Sorunlarımı ve kaygılarımı genellikle birlikte olduğum kişiyle tartışırım.							
28. Bir ilişkide olmadığım zaman kendimi biraz kaygılı ve güvensiz hissedirim.							
29. Birlikte olduğum kişilere güvenip dayanmakta rahatımdır.							
30. Birlikte olduğum kişi istediğim kadar yakınımda olmadığında kendimi engellenmiş hissedirim.							
31. Birlikte olduğum kişilerden teselli, öğüt ya da yardım istemekten rahatsız olmam.							
32. İhtiyaç duyduğumda birlikte olduğum kişiye ulaşamazsam kendimi engellenmiş hissedirim.							
33. İhtiyaç duyduğumda birlikte olduğum kişiden yardım istemek işe yarar.							
34. Birlikte olduğum kişiler beni onaylamadıkları zaman kendimi gerçekten kötü hissedirim.							
35. Rahatlama ve güvencenin yanısıra birçok şey için birlikte olduğum kişiyi ararım.							
36. Birlikte olduğum kişi benden ayrı zaman geçirdiğinde üzülürüm.							

STAI FORM TX – I (DURUMLUK KAYGI ÖLÇEĞİ)

İsim:..... Cinsiyet:.....

Yaş:..... Meslek:.....
Tarih:...../...../.....

YÖNERGE:Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		HİÇ	BİRAZ	ÇOK	TAMAMIYLA
1.	Şu anda sakinim	(1)	(2)	(3)	(4)
2.	Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3	Su anda sinirlerim gergin	(1)	(2)	(3)	(4)
4	Pişmanlık duygusu içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
5.	Şu anda huzur içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
6	Şu anda hiç keyfim yok	(1)	(2)	(3)	(4)
7	Başıma geleceklerden endişe ediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
8.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
9	Şu anda kaygılıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
10.	Kendimi rahat hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
11.	Kendime güvenim var	(1)	(2)	(3)	(4)
12	Şu anda asabım bozuk	(1)	(2)	(3)	(4)
13	Çok sinirliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
14	Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
15.	Kendimi rahatlamış hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
16.	Şu anda halimden memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17	Şu anda endişeliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
18	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
19.	Şu anda sevinçliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
20.	Şu anda keyfim yerinde.	(1)	(2)	(3)	(4)

STAI FORM TX – 2 (SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ)

İsim:..... Cinsiyet:.....

Yaş:..... Meslek:.....
Tarih:...../...../.....

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
21.	Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
22	Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
23	Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
24	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
25	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçırıyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
26.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
27.	Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
28	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
29	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
30.	Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
31	Herşeyi ciddiye alır ve endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
32	Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
33.	Genellikle kendimi emniyette hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
34	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınıyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
35	Genellikle kendimi hüzünlü hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
36.	Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
37	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
38	Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
39.	Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
40	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	(1)	(2)	(3)	(4)