

T.C.
ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

İRRİTABL BARSAK SENDROMU HASTALARINDA YAŞAM KALİTESİ,
HASTALIĞIN RUHSAL DURUM İLE ETKİLEŞİMİ VE
PSİKİYATRİK EŞ TANILAR

UZMANLIK TEZİ

Dr. Cafer ALHAN

Kasım-2012

BOLU

**T.C.
ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**İRRİTABL BARSAK SENDROMU HASTALARINDA YAŞAM KALİTESİ,
HASTALIĞIN RUHSAL DURUM İLE ETKİLEŞİMİ VE
PSİKİYATRİK EŞ TANILAR**

**Hazırlayan
Dr. Cafer ALHAN**

**Danışman
Prof. Dr. Mustafa SERCAN**

Kasım-2012

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve tecrübelerinden çok şey öğrendiğim, tezimin bütün aşamalarında desteğini ve yardımlarını hiç esirgemeyen, mesleki gelişimimde önemli yeri olan tez danışmanım Prof. Dr. Mustafa Sercan'a,

Yine uzmanlık eğitimime önemli katkıları olan değerli hocalarım Yard. Doç. Dr. Özden Arısoy, Yard. Doç. Dr. M. Hamid Boztaş, Yard. Doç. Dr. Osman Yıldırım'a teşekkür eder saygılarımı sunarım.

Beraber çalıştığım tüm asistan doktor arkadaşlarıma, servis hemşirelerine poliklinik ve servis sekreterlerine, personellerimize,

Rotasyon eğitimlerim sırasında bilgi ve becerilerinden faydalandığım Nöroloji A.D., Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi A.D. ve Acil Tıp A.D.'nin değerli hocaları ve çalışanlarına,

Tez vesilesi ile birlikte çalıştığım, katkılarını esirgemeyen Gastroenteroloji'nin değerli hocası Prof. Dr. Ülkü Dağlı başta olmak üzere asistan ve diğer çalışanlarına,

Sevgili dostlarım Dr. Selahattin Yalçinkaya, Dr. Nur Yalçinkaya'ya,

Bugünlere gelmemde maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen, varlıklarını daima yanımda hissettiğim, annem, babam ve kardeşlerime,

Sevgi ve desteklerini esirgemeyen, zor zamanlarda yanımda olan sevgili eşim Hülya ve biricik kızım Sare'ye,

TEŞEKKÜR EDERİM

ÖZET

Cafer Alhan. İrritabl Barsak Sendromu Hastalarında Yaşam Kalitesi, Hastalığın Ruhsal Durum ile Etkileşimi ve Psikiyatrik Eş Tanılar. İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanlık Tezi, Bolu, 2012.

Amaç: Genel nüfusta sık karşılaşılan irritabl barsak sendromu (İBS)'nda ruhsal sıkıntı ile karşılıklı etkileşim olduğu yaygın bir kanıdır. Eşlik eden psikiyatrik belirti / bozukluklar arasında depresyon ve anksiyete çoğunluktadır. Aynı hasta grubunda depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesini bir arada karşılaştıran araştırma sayısı azdır.

Çalışmamızda İBS (n=35) grubunda psikiyatrik eş tanılar, depresyon (n=35) ve anksiyete (n=34) gruplarında İBS eş tanısı araştırılmıştır. Ayrıca İBS ve eşlik eden ruhsal durumun yaşam kalitesi üzerine etkileri kontrol (n=35) grubu ile karşılaştırılarak incelenmiştir.

Yöntem: AİBÜTF gastroenteroloji polikliniğinde İBS tanısı konulan hastalar ile psikiyatri polikliniğinde yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) ve depresyon tanısı konulan yaş ve cinsiyet açısından eşlenmiş hastalar ve sağlıklı gönüllülerden kontrol grupları oluşturulmuştur. Tüm katılanlara belirti tarama listesi (BTL)-90-R, Hamilton Depresyon Derecelendirme (HAM-D), Hamilton Anksiyete Derecelendirme (HAM-A) ölçekleri, GİS semptomları tarama listesi, MINI-Tarama formu uygulandıktan sonra MINI ile psikiyatrik değerlendirmeleri yapılarak psikiyatrik tanıları konulmuştur. Mide barsak şikayeti olan depresyon ve anksiyete tanılı hastalar İBS açısından değerlendirilmek üzere gastroenteroloji polikliniğine yönlendirilmiştir. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesindeki bozulmayı ölçmek amacıyla Dünya Sağlık Örgütü' nün yaşam kalitesi ölçeği kısa formu (WHOQOL-BREF TR ölçeği) kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmada İBS hastalarının yaklaşık yarısında (%48.6) eş tanılı psikiyatrik hastalık saptanmıştır. Bunların %22.9'unda birden fazla psikiyatrik hastalık olduğu ve en sık rastlanan eş tanının yaygın anksiyete bozukluğu (%64.7) olduğu görülmüştür. Diğer taraftan depresyon (%48.5) ve anksiyete bozukluğu (%44.1) hastalarının yarıya yakını mide-barsak yakınmaları bildirmiştir. Anksiyete ve İBS gruplarının BTL-90R'da saptanan belirtiler bakımından birçok alanda örtüştüğü gö-

rlmş, anksiyete Şiddeti dışında öbür belirtilerde anlamlı bir fark saptanmamıştır. Çalışmamızda HAM-D ve HAM-A lekleri açısından İBS’de sağlıklı kontrol grubundan anlamlı ölçüde yüksek puanlar bulunmuştur.

İBS grubunda, WHOQOL-Bref’in bedensel, ruhsal ve sosyal alan alt ölçeklerinde kontrol grubundan anlamlı derecede daha düşük puanlar elde edilmişken çevresel alanda anlamlı farklılık oluşturmamıştır. Psikiyatrik eş tanısı olan İBS hastalarının WHOQOL’un bedensel ve ruhsal alanlarında, eştanısı olmayanlardan anlamlı ölçüde düşük puanlar elde ettiği grlmştir. Uygulanan regresyon analizleri sonrasında düşük yaşam kalitesini depresyonun kuvvetle, anksiyete bozukluklarının orta düzeyde, gastrointestinal belirti Şiddetinin zayıf düzeyde yordadığı grlmştir.

Sonuç: İBS ile ruhsal bozukluklar arasında gözlenen karşılıklı etkileşimin klinikte de doğrulandığı bulunmuştur. İBS’nin birçok boyutta anksiyete bozukluklarıyla benzer özellikler gösterdiği grlmştir. İBS, WHOQOL-Bref leği ile ölçülen yaşam kalitesini özellikle bedensel, ruhsal ve sosyal alanlarda düşürmektedir. Yaşam kalitesini düşürücü etkisi bakımından da anksiyete bozukluklarına benzemektedir. Psikiyatrik eş tanı varlığının mide barsak rahatsızlığının Şiddetinde değişmeye yol amadığı halde yaşam kalitesinde anlamlı bir dşşe yol atığı görülmektedir.

ABSTRACT

Cafer Alhan. Quality of life, interactions with psychological status and psychiatric comorbidities in patients of Irritable Bowel Syndrome. Speciality Thesis for Psychiatry, Bolu /Turkey, 2012.

Aim: It is a common opinion that there is an interaction between psychological distresses and irritable bowel syndrome (IBS) which is very common in the population. Depression and anxiety have been frequently found as accompanying psychiatric symptoms/disorders. However, there is not enough research which compares depression, anxiety and quality of life together in a sole patient group.

In this study, psychiatric comorbidities in the IBS group (n=35) and IBS comorbidities in the depression group (n=35) and anxiety group (n=34) have been investigated. IBS group was also compared with healthy control group (n=35) about the effects of comorbid psychological status on quality of life.

Method: Patient groups (patients diagnosed as IBS in the Gastroenterology Outpatient Clinic, and patients diagnosed as generalized anxiety disorder and depression in the Psychiatry Clinics of the Medical Faculty of Abant İzzet Baysal University) and the healthy control group were matched for age and gender. Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R), Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D) and Hamilton Rating Scale for Anxiety (HAM-A) scales, a list of gastrointestinal system symptoms and MINI neuropsychiatric interview were performed in all participants. Then, all participants were evaluated by MINI for psychiatric diagnoses. Depression and anxiety disorder patients having gastrointestinal symptoms were directed to the gastroenterology outpatient clinic for evaluation of IBS. WHO Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF TR scale) was used for surveying deterioration of health-related quality of life.

Results: Psychiatric comorbidities were detected approximately in half of the IBS patients (%48.6). %22.9 of them had more than one psychiatric disorder and the most frequent disorder was generalized anxiety disorder (%64.7). Also, about half of the patients with depression (%48.5) and anxiety disorder (%44.1) had complaints of gastrointestinal system. Anxiety and IBS groups overlapped in all symptoms. There were no significant differences between the symptoms, except for the severity of

anxiety. Depression (HAM-D) and anxiety (HAM-A) scores in IBS group were significantly higher than control group.

IBS patients obtained significantly lower scores from control group on physical, psychological and social sub-scales of WHOQOL-Bref however there was no significant difference on the scores of environmental life quality. IBS patients with psychiatric comorbidities showed significantly lower scores in terms of physical and psychological sub-scales of quality of life. After the regression analysis, it was noticed that depression strongly, anxiety disorders moderately and severity of gastrointestinal system complains slightly predicted lower quality of life.

Conclusion: Clinical findings validated the interaction between IBS and psychiatric disorders. We found that, many clinical components of IBS and anxiety overlapped. According to the WHOQOL-Bref scale, IBS resulted in lower quality of life on the physical, psychological and social areas. IBS was similar to anxiety disorders in terms of lowering quality of life. Although psychiatric comorbidities do not affect the severity of gastrointestinal symptoms, they ultimately decrease the quality of life.

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI

TEŞEKKÜR

ÖZET

ABSTRACT

İÇİNDEKİLER

SİMGELER VE KISALTMALAR

ŞEKİLLER DİZİNİ

TABLolar DİZİNİ

1. GİRİŞ VE AMAÇ

2. GENEL BİLGİLER

2.1. İrritabl Barsak Sendromu

2.1.1. Tanım

2.1.2. Epidemiyoloji:

2.1.3. Klinik belirtiler

2.1.4. Patofizyoloji

2.1.5. Tanı ve Ayırıcı Tanı

2.1.6. Tedavi

2.2. İrritabl Barsak Sendromu ve Psikiyatri

2.2.1. Tarihsel Bakış

2.2.2. İrritabl Barsak Sendromu ve Psikiyatrik Hastalıklar

2.2.2.1. İrritabl Barsak Sendromu ve Depresyon

2.2.2.2. İrritabl Barsak Sendromu ve Anksiyete Bozuklukları

2.3. İrritabl Barsak Sendromu ve Yaşam Kalitesi

2.3.1. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Klinik Belirleyicileri

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Hasta Seçimi

3.1.1. Araştırmanın Yeri

3.1.2. Araştırmanın Zamanı

3.1.3. Araştırmanın Evreni

3.2. Veri Toplama Araçları

3.2.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

3.2.2. Kısa Uluslararası Nöropsikiyatrik Görüşme Kılavuzu

3.2.3. Belirti Tarama listesi (SCL-90-R)

3.2.4. DSÖ Yaşam Kalitesi Kısa Formu (WHOQOL-BREF)

3.2.5. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D)

3.2.6. Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (HAM-A)

3.3. Yöntem

3.3.1 Uygulayıcılar

3.3.2. Uygulama

3.3.3. Analizler

4.BULGULAR

4.1.Örneklemin Demografik Özellikleri

4.1.1. İBS, Psikiyatrik ve Kontrol Gruplarının Sosyodemografik Özellikleri

4.1.2. Örneklemin Özgeçmiş ve Soy Geçmiş Özellikleri

4.2. Örneklemin Klinik Özellikleri

4.2.1. İBS, Depresyon, Anksiyete ve Kontrol Gruplarının Klinik Özellikleri

4.3. Örneklemin Klinik Ölçekler Açısından İncelenmesi

4.3.1. Grupların Belirti Tarama Listesi sonuçları

4.3.2. İBS, Depresyon, Anksiyete ve Kontrol gruplarının GİS Belirtileri

4.3.3. Tüm gruplarda stresör varlığı, HAM-D ve HAM-A puanları

4.3.4. Grupların Yaşam Kalitesi

4.4. Korelasyon Analizleri

4.5. Regresyon Analizi

5. TARTIŞMA

6. KAYNAKLAR

EKLER

EK 1: Katılımcılara Yönelik Bilgilendirimli Onam Formu

EK-2: Sosyodemografik bilgi formu

EK 3: MİNİ Uluslararası Nöropsikiyatrik Görüşme Tarama Formu

EK-4: Belirti Tarama Listesi-90-R

EK-5: Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (HAM-A)

EK-6: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM-D)

EK-7: Gis Semptomları

EK-8: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Kısa Formu (WHOQOL-BREF)

SİMGELER ve KISALTMALAR

İBS	İrritabl barsak sendromu
MSS	Merkezi sinir sistemi
OSS	Otonom sinir sistemi
HPA	Hypothalamic-hipofiz-adrenal
YAB	Yaygın anksiyete bozukluğu
OKB	Obsesif-kompulsif bozukluk
MDB	Major depresif bozukluk
AİBÜ-TF	Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi
FGİH	Fonksiyonel gastrointestinal hastalıklar
SSGİ	Seçici serotonin geri-alım inhibitörlerine
TSA	Trisiklik antidepresanlar
SNGİ	Serotonin-noradrenalin geri-alım inhibitörleri
5-HT3	5-hidroxytriptamin-3
5-HT4	5-hidroxytriptamin-4
Gİ	Gastrointestinal
GİS	Gastrointestinal sistem
SYK	Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi
GÖRH	Gastroözofageal reflü hastalığı
SF-36	Short form-36
SMT	Standart medikal tedavi
SMDT	Standart medikal tedavi artı davranış tedavisi
YK	Yaşam Kalitesi

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil.1. İBS’li hastaların tedavi algoritması.	13
Şekil.2. FGİH için Biyopsikososyal model.	17
Şekil.3. Fonksiyonel gastrointestinal bozukluk- larda sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ile ilgili Risk faktörleri ve hastalık değış- kenlerinin kavramsal modeli.	26

TABLÖLAR

Tablo 4.1.	36
İBS, Anksiyete, Depresyon ve Kontrol gruplarının sosyodemografik özelliklerinin X^2 testi ile karşılaştırılması	
Tablo 4.2.	38
Grupların cinsiyete göre yaş dağılımlarının t testi ile karşılaştırılması	
Tablo 4.3	38
İBS grubunun Anksiyete, Depresyon ve Kontrol grupları ile Yaş, kardeş sayısı, çocuk sayısı, öğrenim süresi açısından ANOVA ile karşılaştırılması	
Tablo 4.4.	39
Depresyon, Anksiyete ve Kontrol Gruplarının soy geçmiş özellikleri, bedensel hastalık ve madde kullanımı açısından X^2 testi ile karşılaştırılması	
Tablo 4.5.	40
Grupların Mide Barsak şikayeti ve GİS tanısı açısından X^2 testi ile karşılaştırılması	
Tablo 4.6.	41
İBS hastalarının psikiyatrik eş tanı oranları	
Tablo 4.7.	43
İBS, Depresyon, Anksiyete ve Kontrol gruplarının BTL Genel İndeksleri açısından karşılaştırılması ANOVA ile karşılaştırılması	
Tablo 4.8.	44
İBS, Depresyon, Anksiyete ve Kontrol gruplarının GİS semptomları açısından ANOVA ile karşılaştırılması	
Tablo 4.9.	45
İBS, Depresyon, Anksiyete ve Kontrol gruplarının Çalışma ortamı, Sosyal ortam, Stresörler, HAM-D ve HAM-A puanı açısından ANOVA ile karşılaştırılması	
Tablo 4.10.	46
İBS, Depresyon, Anksiyete ve Kontrol gruplarının Yaşam Kalitesi açısından ANOVA ile karşılaştırılması	
Tablo 4.11.	47
İBS grubunun psikiyatrik eş tanısı olan ve olmayan alt gruplarının Yaşam Kalitesi açısından t testi ile karşılaştırılması	
Tablo 4.12.	48
Gastrointestinal Yakınmaları ile BTL 90 ortalama ve Yaşam kalitesi arasında korelasyon analizi	
Tablo 4.13	49
Regresyon tablosu	

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Fonksiyonel mide barsak hastalıkları, sindirim sistemi yakınmaları olduğu halde; kronik ve tekrarlayan gastrointestinal (Gİ) belirtileri açıklayacak yapısal (radyolojik, endoskopik) ve biyokimyasal patoloji bulunamayan rahatsızlıklardır (1). Fonksiyonel mide barsak hastalıkları hem genel nüfusta hem de klinik uygulamada sık görülür. Batı ülkelerinde nüfus tabanlı çalışmalarda, % 10 - 20 arasında yaygınlık gösterir (1, 2). Bu hastalıklar hem gastroenteroloji hem de birinci basamak hekimleri için klinik pratiğin büyük bir bölümünü oluşturmalarına rağmen, genellikle zor ve sıkıntılı olarak kabul edilmektedir.

Fonksiyonel mide barsak hastalıklarından biri olan İrritabl barsak sendromu (İBS) birinci basamakta görülen hastaların %12 si ve gastroenteroloji pratiğinde görülen en büyük tanı grubudur (3). Fonksiyonel mide barsak hastalarının çoğunluğu tedavi arayışında değildirler. Amerika Birleşik Devletleri'nde, İBS'li kişilerin sadece % 30'unun tıbbi yardım arayışında bulunduğu, Avustralya gibi sağlık hizmetlerine erişimin daha iyi olduğu ülkelerde bu oranların daha yüksek olduğu bildirilmektedir.

Fonksiyonel mide barsak hastalıklarının patofizyolojisi tam olarak anlaşılamamış ve muhtemelen multifaktöryeldir. İlk dönem çalışmalarda stres ve barsak hipereaktivitesi üzerinde durulmuş ancak daha sonraki çalışmalarda uç organın motilitesi veya duyu bozuklukları ve uyum üzerinde daha fazla odaklanılmıştır. Patofizyolojisinde standart indirgemeci bir yaklaşımın verimli olmadığı giderek daha açık hale gelmiştir, bu nedenle daha geniş, daha entegre bir kavramsallaştırma gerekmektedir. Bu kavramsallaştırma sindirim işlevi ile merkezi sinir sistemi (MSS) arasındaki ilişki anlayışını içermektedir ve biyopsikososyal model olarak bilinir.

Beyin ve barsak son derece entegre çalışır ve büyük ölçüde otonom sinir sistemi (OSS) ve hipotalamik - hipofiz - adrenal (HPA) eksenini üzerinden çift yönlü bir iletişim kurmaktadır. MSS'de, organizmanın hem iç, hem dış homeostazından sorumlu barsak kontrol odağı esas olarak limbik sistemdedir. Limbik sistem duygular için merkezi bir rol oynar, hayatta kalma, tehdit -

kaçınma, sosyal etkileşim ve öğrenmeyi kolaylaştıran sözel olmayan bir sistemdir. Duygu kuşağı ve ilişkili fizyolojik değişiklikler de limbik sistemin eseridir ve nöroanatomik açıdan bakılırsa "zihin / beden etkileşimi" büyük ölçüde bu bölgede ortaya çıkmaktadır. Gerçekten de limbik sistem, viseral ağrı ve viseral algılamanın "yukarıdan aşağıya" modülasyonu içinde yer almaktadır. Bu çift yönlü iletişim çeşitli bilişsel / psikolojik faktörler, viseral algılama ve motor anormallikler içermektedir (4).

İBS ve diğer fonksiyonel mide barsak hastalıkları viseral aşırı duyarlılık ve anormal barsak motilitesi etkileşimi ile karakterize edilebilir. Bu teorinin ana kavramı omurilik dorsal boynuz nöronlarında hipereksitabilite gelişmesidir. Bu hipereksitabilite ya periferik doku irritasyonuna yanıt olarak veya beyin sapı kaynaklı gelişebilir. İBS'nin bu merkezlerin koordinasyonunun bozulması sonucu geliştiği kabul edilmektedir. (5).

Paralel bulgular serotoninin (5 - HT), MSS'de olduğu gibi enterik sinir sisteminde de önemli bir nörotransmitter olduğunu ve ağrı yollarının engellenmesi ve aktivasyonunda, peristaltik refleksin başlamasında önemli bir rol oynadığını göstermektedir (6). Bir nörotransmitter olarak 5 - HT nin barsaktaki rolünün önemi, MSS içindeki önemine paraleldir. 5 - HT çeşitli fonksiyonlara ve bozukluklara karışmaktadır; bunlar duygudurum, iştah, uyku, hafıza ve öğrenme,ve cinsel davranışlardır. 5 - HT'nin değişik düzeylerde, yaygın anksiyete bozukluğu (YAB), obsesif - kompulsif bozukluk (OKB), fobiler, major depresif bozukluk (MDB) hatta şizofreni gibi düşünce bozuklukları gibi pek çok MSS rahatsızlığında rolü olduğu düşünülmektedir. Bu ekstraintestinal belirtilerin çoğu yaygın olarak, İBS gibi fonksiyonel Gİ bozukluğu olan hastalara eşlik eden hastalıklar olarak bildirilmiştir.

Stres, organizmanın homeostasisi için bir tehdit olarak tanımlanmaktadır ve fonksiyonel mide barsak hastalıklarında da rolü açıkça gösterilmiştir (6). Stres gerçek olabilir ya da algılanan bir zorlanma olabilir, iç veya dış kaynaklı ortaya çıkabilir. Stresle alakalı duyu formları ile sindirim işlevi arasındaki ilişkiler biyopsikososyal modelin temelidir. Bu modelde, değişik stresler geçici veya kalıcı olarak, fizyolojik yanıtları değiştirebilirler. Genetik yatkınlık ve erken yaşam stres-

lerinin (fizyolojik enteritler veya psikolojik, istismar, ihmal, ya da ebeveyn kaybı gibi) etkisi bireysel güvenlik açığı ve hayatın sonraki dönemlerinde fonksiyonel mide barsak hastalıkları geliştirmektedir. Fizyolojik veya psikolojik streslere maruz kalma sindirim sistemi belirtilerini tetikleyebilir veya şiddetlendirebilir.

Özellikle şiddetli veya dirençli belirtileri olan fonksiyonel mide barsak hastalarında psikiyatrik bir tanı sıklığı % 42 ile % 61 arasındadır. Sevk merkezlerinde hastalarda en sık görülen tanıları arasında anksiyete bozuklukları, duygudurum bozuklukları (major depresyon) ağrı ve somatizasyon bozukluğu gibi somatoform bozukluklar sayılabilir (6).

İngiliz hemşireleri ile yapılan bir araştırma da hemşirelerin % 70'i irritabl barsak sendromu hastalarını zor, ilgi isteyen, talep eden, başa çıkamayan, nevrotik ve ağrı eşiği düşük olarak değerlendirmişlerdir (6). Katılımcıların yarısının durumuyla ilgili az bilgisi olmasına rağmen, yaklaşık % 90'ı İBS'li hastalarda "her şeyin hastanın zihninde "olduğuna inanıyorlardı. Başka bir çalışma pratisyen hekimlerin İBS hakkında bilgisini eksik ve İBS hastalarına karşı tutumlarını olumsuz bulmaktadır, bu durum bakım düzeylerini anlamlı derecede etkileyebilmektedir(7).

Hem duruma özgü hem de genel ölçümler kullanarak yapılan çok sayıda çalışmada fonksiyonel mide barsak hastalarının yaşam kalitesinin düşük olduğu gösterilmiştir (8). Fonksiyonel mide barsak hastalarının yaşam kalitesindeki belirgin azalma doğrudan ve dolaylı sağlık maliyetlerindeki artışla ilişkilidir. Diyabet ve gastroözofageal reflü hastalığı gibi klasik "tanınan hastalıklar"da görülenlerden daha yüksektir.

Bu çalışmada AİBÜ - TF Gastroenteroloji polikliniğine mide - barsak şikayeti ile başvuran ve İBS tanısı alan hastalarda ruhsal zorlanmaların etkisi olup olmadığının, AİBÜ - TF Psikiyatri polikliniğine tedavi amacıyla ilk kez başvuran veya en az altı aylık bir süre psikiyatrik tedavi başvurusu olmayan, depresyon veya yaygın anksiyete bozukluğu tanısı alan kişilerde anksiyete ve depresyona eşlik eden mide - barsak sorunlarını saptamak ve bu hasta gruplarını yaşam kalitesi bakımından birbirleriyle ve sağlıklı toplumla karşılaştırmak amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2. 1. İrritabl Barsak Sendromu

2. 1. 1. Tanım

İrritabl barsak sendromu (İBS) karın ağrısı, karında huzursuzluk ve barsak alışkanlığında değişiklik ile karakterize, kabızlık ve ishal ile giden organik nedeni olmayan/henüz bilinmeyen süregelen bir rahatsızlık olarak tanımlanır (9). Spastik barsak hastalığı, spastik kolit, splenik flexura hastalığı, fonksiyonel barsak hastalığı gibi isimlerle de anılmıştır (10, 11).

2. 1. 2. Epidemiyoloji:

İBS fonksiyonel Gİ sendromları arasında yer alır ve yaygınlığı %3 - 20 arasında değişmekle birlikte çalışmaların çoğunda %10 - 15 aralığındadır (9). En sık tanı konulan fonksiyonel gastrointestinal durumdur ve gastroenterologlara başvuran hastaların yaklaşık % 30'unu oluşturduğu ifade edilmektedir (3). İBS tüm yaş gruplarını ve her iki cinsi etkilemekle birlikte tanı konulanların çoğunluğunu genç yaş takiler ve kadınlar oluşturur. Kuzey Amerika'da kadın: erkek oranı 2: 1 olarak saptanmıştır (12, 13).

Türkiye'de birinci basamak sağlık kurumlarında İBS sıklığını saptamak için yapılan bir çalışmada gastrointestinal sistem (GİS) yakınmaları ile başvuran 2157 hasta arasından rastgele seçilerek anket yapılan 1461 olgunun 598'inde (%41), GİS dışı yakınmalar ile başvuran 5363 olgu arasından rastgele anket yapılan 742 olgunun 141'inde (%19) İBS tanısı konulmuştur (14).

2. 1. 3. Klinik Belirtiler

İBS'li hastalar iki geniş klinik gruba ayrılırlar. Sıklıkla hastalarda karın ağrısı/rahatsızlık olup buna değişen barsak alışkanlığı ile birlikte kabızlık, ishal veya ikisi birden eşlik eder (15).

Karın Ağrısı: İBS’de karın ağrısı şiddeti ve yerleşimi açısından değişiklik gösterir. Genellikle hipogastriuma, karının sağ ve sol kısmına, bazen de epigastriuma yerleşir. Ağrı genellikle dönemler halinde ve kramp şeklinde olup, bazen kronik ağrı üzerine de eklenebilir. Karın ağrısı hemen daima gün içinde olduğu için uykusuzluk olağan değildir. Ağrı sıklıkla yemekle veya duygusal stresle alevlenirken, gaz ve dışkı çıkarmakla hafifler (16).

Barsak alışkanlığında değişiklik: İBS’li hastalar ishal, kabızlık, birbirini izleyen ishal ve kabızlık dönemleri veya normal barsak alışkanlığıyla ardışık ishal ya da kabızlık şeklinde değişen barsak alışkanlıklarından şikayetçi olabilirler.

İshal genellikle fazla miktarda olmayan, sık sık yapılan gevşek dışkılama şeklindedir. Dışkı daha çok sabahları veya yemeklerden sonra oluşur ve dışkılamadan önce karın alt kadranda kramplar oluşur. Acil dışkılama gereksinimi ve sonrasında tam boşaltmamış olma hissi olabilir (17).

Kabızlık, arada ishal veya normal barsak alışkanlığı ile birlikte günlerden aylara kadar sürebilir. Dışkı sıklıkla serttir. Hastalarda rektum boş olduğu halde tam boşalmış olmama hissi tarif edebilirler.

Gastroözofageal reflü, disfaji, erken doyma, aralıklı dispepsi, bulantı, kalp dışı göğüs ağrısını içeren üst Gİ sistem belirtileri İBS’li hastalarda sıktır (18). Ayrıca hastalarda cinsel işlev bozukluğu, dismenore, disparöni, idrar sıklığında artış ve fibromiyalji belirtilerini içeren ekstraintestinal yakınmalarda sıktır (19,20).

2. 1. 4. Patofizyoloji

İBS belirtilerinin fizyolojik temeli tanımlanmasına rağmen hastalığın patofizyolojik mekanizması henüz tam olarak aydınlatılamamıştır. Bu konudaki araştırmalar 1950’lerden bu yana sürmekle birlikte ileri sürülen hipotezler vardır (21).

Motilite bozukluğu: Yapılan çalışmalarda İBS’li olguların %25 ile %75’inde motilite anomalileri bildirilmiştir. Ancak tanımlanan bu motilite parametreleri tanısal belirteç olarak kullanılamaz (3). İBS hastalarında yiyeceklerle, ilaçlara, barsak hormonlarına (örn; kolesistokinin) ve strese karşı anormal bir yanıt vardır bununla birlikte bazal kolon motilitesi normaldir. İBS’li hastalarda yemek sonrası

distal kolon motilitesi (gastrokolonik cevap) artmıştır, bu da yemek sonrası kramp-
ların ve rahatsızlığın neden bu kadar sık olduğunu açıklamaktadır. Proksimal ko-
londaki artmış kasılmalar ve hızlı transit ishal ile sol kolondaki yüksek amplitüdlü
kasılmalarındaki azalma da kabızlıkla ilişkilendirilmiştir (22).

Viseral aşırı duyarlılık: Bir dizi çalışma İBS’li hastalarda viseral duyu veya algılama da artmış bir duyarlılık olduğunu ortaya koymuştur. Gİ sistemdeki algıla-
ma barsak duvarındaki değişik reseptörlerin stimülasyonundan kaynaklanmaktadır.
Bu reseptörlerin ilettiği sinyaller afferent nöral yollardan geçerek spinal kordun
arka boynuzuna ve sonunda beyne ulaşır. Bazı çalışmalar hayvan ve insan
modellerinde 5 - HT3 reseptör antagonistlerinin viseral duyuyu değiştirebildiğini
göstermiştir. İBS’lilerde yapılan balon distansiyon çalışmalarında ağrıya neden olan
basınç ve volüm, kontrol grubuna göre daha düşük bulunmuştur. Viseral ağrı duyar-
lılığı olan hastaların sindirim esnasında barsaktan kaynaklanan normal fizyolojik
uyaranlara anormal şekilde duyarlı oldukları düşünülmektedir. (23, 24, 6). İBS’li
hastalardaki rektal gerginlik ayrıca kontrol grubundan daha fazla serebral kortikal
aktiviteyi arttırmıştır (25).

İntestinal inflamasyon ve enfeksiyon: İBS ile enfeksiyonlar arasındaki iliş-
ki çok eskiden beri araştırılmaktadır. Akut enterik bir enfeksiyondan sonra bazı
hastalarda İBS geliştiği tespit edilmiştir (26). İBS’li hastaların kolon ve ince barsak-
larında lenfosit sayısında artışlar bildirilmiştir. 10 İBS hastasının tam kat jejunal
biyopsilerinin değerlendirildiği bir çalışmada dokuz hastada myenterik pleksusta
lenfosit infiltrasyonu ve altı hastada nöron dejenerasyonu saptanmıştır (27).

Mast hücreleri immün sistemin etkili hücrelerindendir. Son dönemlerde İBS
hastalarında terminal ileum, jejunum ve kolonda mast hücrelerinin sayısında artış
olduğu, ayrıca İBS’deki karın ağrısı ve kolon sinir hücrelerinin yakınındaki aktive
mast hücrelerinin varlığı arasında bir korelasyon olduğu gösterilmiştir (28, 29).

Genetik: Yapılan çalışmalar dizigotik ikizlere göre monozigotik ikizlerde 2
kat daha fazla İBS olduğunu göstermiştir. Bununla birlikte genetik konusu hala tar-
tışmalıdır (30). İnterlökin 10 (IL - 10)’un düşük seviyeleri, serotonin gerilim pom-
pası polimorfizmi (5 - HT veya 5 - HT blokerlerine cevap), G - protein polimorfiz-

mi (SSS ve barsak ilişkisi) ve $\mu 2$ - adreno reseptör polimorfizmi (motilite), genetik faktörlerin rol oynayabilecekleri düşünülen yollardır (31).

Beyin Barsak İlişkisi: Beyin ve barsak entegre çalışır ve büyük ölçüde otonom sinir sistemi (OSS) ve hipotalamik - hipofiz - adrenal (HHA) eksenini üzerinden çift yönlü bir iletişim kurarlar. MSS’de organizmanın hem iç hem dış dengelelerinden sorumlu barsak kontrol odağı esas olarak limbik sistem içindedir. Limbik sistem duygusallık için merkezi bir rol oynar, hayatta kalma, tehditlen - kaçınma, sosyal etkileşim ve öğrenmeyi kolaylaştıran sözel olmayan bir sistemdir. Duygu kuşağı ve ilişkili fizyolojik değişiklikler limbik sistemin eseridir ve nöroanatomi perspektiften bakılırsa "zihin / beden etkileşimi" büyük ölçüde bu bölgede ortaya çıkıyor olabilir. Gerçekten de limbik sistem, visceral ağrı ve visceral algılamanın "yukarıdan aşağıya" modülasyonu içinde yer almaktadır. Bu çift yönlü iletişim de çeşitli bilişsel / psikolojik faktörler, visceral algılama ve motor anormallikler içermektedir (4).

İBS’de visceral aşırı duyarlılık ve anormal barsak motilitesi etkileşimi ile karakterize edilebilir. Bu teoremin ana konsepti omurilik dorsal boynuz nöronlarında hipereksitabilite gelişmesidir (32). Bu hipereksitabilite ya periferik doku irritasyonuna yanıt olarak veya beyin sapı kaynaklı gelişebilir. İBS’nin bu merkezlerin koordinasyonunun bozulması sonucu oluştuğu kabul edilmektedir (5).

Paralel bulgular, serotoninin (5 - HT) MSS’de olduğu gibi enterik sinir sisteminde de önemli bir nörotransmitter olduğunu ve ağrı yollarının engellenmesi ve aktivasyonunda, peristaltik refleksin başlamasında önemli bir rol oynadığını göstermiştir (32). 5 - HT barsakta ağırlıklı olarak mukozal kript içinde enterokromaffin hücrelerde, bir dereceye kadar myenterik ve submukozal plexus sinir liflerinde bulunur. 5 - HT’nin çok sayıda reseptör alttıpleri yoluyla geniş etkileri görülür. Gİ kanalda birincil reseptörleri 5 - HT₄ ve 5 - HT₃ alttıpleri gibi görünmektedir. Ancak 5 - HT_{1A}, 5 - HT_{1C}, 5 - HT_{1P} ve 5 - HT₂ alttıpleri de enterik sinirler üzerinde veya Gİ düz kas hücrelerinde tespit edilmiştir. Bir nörotransmitter olarak 5 - HT’nin barsaktaki rolünün önemi, MSS içindeki önemine paraleldir. 5 - HT çeşitli işlev ve bozukluklara karışmaktadır, bunlar duygudurum, iştah, uyku, hafıza ve öğrenme, homeostasis?? ve cinsel davranışlardır. 5 - HT’nin

değişik düzeylerde, yaygın anksiyete bozukluğu (YAB), obsesif - kompulsif bozukluk (OKB), fobiler, major depresif bozukluk (MDB) hatta şizofreni gibi düşünce bozuklukları gibi pek çok MSS rahatsızlıklarında rolü olduğu düşünülmektedir.

Bu ekstraintestinal belirtilerin çoğu yaygın olarak, İBS gibi fonksiyonel Gİ bozukluğu olan hastalara eşlik eden hastalıklar olarak bildirilmiştir. Değişmiş otonomik düzenleme ve ekstraintestinal belirtiler daha genel bir MSS bozukluğunu göstermektedir. İBS hastalarında, değişmiş uyku düzeni özellikle değişmiş REM uykusu, MSS'nin 5 - HT ile ilgili disfonksiyonu için yeni bir kanıt olabilir (33). Ayrıca MSS'de serotonerjik iletimi hedefleyen tedaviler, örneğin antidepresanlar ve anksiyolitiklerin İBS ile bağlantılı belirtilerin tedavisinde etkinlikleri gösterilmiştir (34).

Bu bulgular, 5 - HT iletim değişikliklerinin beyin - barsak etkileşimlerinde merkezi bir role sahip olduğunu ve İBS gelişmesi veya belirtilerinin algılanmasında bir rol oynayabileceğini göstermektedir. Ancak, "5 - HT hipotezi" nin tek başına etkili olduğu düşünülmemelidir. Adrenerjik, serotonerjik ve dopaminerjik sistemlerin yer aldığı ana monoaminerjik sistemler arasında denge gereklidir. Otonomik işlev bozukluğu, İBS'li hastalarda bildirilmiştir (35) ve bu nedenle, İBS de ortaya çıkan intestinal ve ekstraintestinal belirtilerin patofizyolojik mekanizmalarından birini temsil ediyor olabilir (36).

Psikososyal Faktörler: Çocukluk deneyimleri psikolojik eğilimleri etkileyebilmektedir. Çocuğun ergenliğe geçişi ile birlikte genetik, erken öğrenme, özel ve diğer çevresel etkiler her özgün kişilik ve davranışla bütünleşir. Bu faktörler stres düzeyi ile kişinin bunlarla başa çıkabilme yeteneğinin belirlenmesini etkiler. Boşanma, ilişki zorlukları, ciddi hastalıklar (kendi ya da başkasında), işte başarısızlık, barınmada zorluklar ve zorla işten çıkarmalar kronik yaşam streslerinden bir kısmıdır. Kişinin çözümlenmemiş stresli yaşam olayları üzerinde kontrol algısı, heyecan arama durumu ve psikososyal varlık derecesinin tümü yaşam stresine aracılık edebilmektedir (37).

Öfke ve dargınlık duygularını bastıran küçük çocuklar da sıkıntılı olduklarında somatik belirtiler bildirmeye koşullanabilirler. Belirtilerin stres dolu geçmişle ilişkisini fark edemezler ve iletmezler, çünkü bu geçmiş ailede kabul ve ilgi gör-

memektedir (38). Bu durum daha yüksek ağrı skorları, daha fazla doktor viziti ve daha zayıf işlevselliğe yol açabilir. Fiziksel ve cinsel istismar öyküsü de yetersiz günlük işlev, daha fazla psikolojik zorlanma ve daha kötü sonuçlarla birlikte belirtilerin şiddetini daha güçlü bir şekilde etkilemektedir (39).

2. 1. 5. Tanı ve Ayırıcı Tanı

İBS'nin etiopatogenezeine ilişkin pek çok görüş ileri sürülmüş olmakla birlikte bu hastalığın tanısını koyduracak yapısal ya da biyokimyasal belirteçler günümüzde halen mevcut değildir. Bu nedenle de tanı; belirtilerin iyi değerlendirilmesine ve benzer durumlara yol açan organik diğer hastalıkların olmadığına gösterilmesine dayanmaktadır (21).

Hastalığın tanısında 2006'dan bu yana bugün kullanılan Roma III Ölçütleri, 1978'de yayımlanmış Manning Ölçütleri'nin ve 1992'de yayımlanmış Roma I Ölçütleri ve 1999'da yayımlanan Roma II Ölçütleri'nden geliştirilmiştir (3, 17, 18).

İBS İçin Roma III Ölçütleri:

Belirtiler en az 6 ay önce başlamış olmak üzere, son 3 ay içerisinde her ay en az 3 gün gözlenen ve aşağıdaki ölçütlerin en az 2 si ile ilişkili, nükseden abdominal ağrı ya da rahatsızlık hissi (Rahatsızlık, ağrı olarak tanımlanmayan, rahatsız edici bir his anlamına gelmektedir).

- Dışkılama ile rahatlama
- Dışkılama sıklığındaki bir değişim ile ilişkili başlangıç
- Dışkının formundaki (görünüm) bir değişim ile ilişkili başlangıç

Roma III'te dışkılama sıklığından çok dışkı şekli vurgulanmış ve baskın dışkı şekline göre alt tipler oluşturulmuştur. Dışkı şekli ve kıvamının barsak geçiş süresi ile ilişkili olduğu, geçiş hızlı olduğunda dışkının şekilsiz yumuşak ve cıvık, geçiş yavaş olduğunda dışkının sert, katı, kuru olduğu, geçiş normal olduğunda ise dışkının normal renk, görünüm ve kıvamda olduğu bilinmektedir. İBS'lerin % 75 inde alt tipler günler, haftalar, aylar içinde birbirine değişebildiği gibi belirtiler de kalıcı olmayabilir.

Roma III Ölçütlerine Göre İrritabl Barsak Sendromu Alt Tipleri

1) Kabızlıkla seyreden İBS: Dışkılamaların % 25 veya daha fazlasında dışkı sert veya topak şeklinde ve dışkılamaların % 25 inden azında dışkı sulu veya gevşek.

2) İshal ile seyreden İBS: Dışkılamaların % 25 veya daha fazlasında dışkı gevşek, yumuşak, lapa gibi, cıvık veya sulu ve dışkılamaların % 25 inden azında dışkı sert veya topak şeklinde.

3) Karışık tip İBS: Dışkılamaların % 25 inde veya daha fazlasında dışkı sert veya topak şeklinde ve dışkılamaların % 25 inde veya daha fazlasında dışkı lapa gibi veya sulu.

4) Sınıflandırılmayan İBS: Diğer İBS alt tiplerini karşılamayan dışkı şekli veya katılığı.

Roma I ve Roma II de olduğu gibi Roma III ölçütlerine göre de karın ağrısı veya karında rahatsızlık hissi İBS'nin klinik özelliklerinin olmazsa olmaz koşulu-
dur. Her ne kadar ölçütler arasında yer almıyorsa da ağrı sıklıkla yemekle uyarıl-
maktadır, bu da muhtemelen yemek sonrası gastrokolonik cevap olarak kolonik
kontraksiyonların indüklenmesi ile ilişkilidir (40, 70).

İBS'li hastalarda diğer fonksiyonel Gİ hastalıklar (FGİH) ile ilişkili şikayet-
ler de beraberinde bulunabilmektedir. Özellikle fonksiyonel dispepsi ile arasında
çok sık belirti örtüşmesi olmaktadır. İBS tanısı konulmuş hastalarda fonksiyonel
dispepsi sıklığı %29 - 90 arasındadır. Benzer şekilde baskın belirtiler nedeni ile
fonksiyonel dispepsi tanısı konulmuş hastalarda İBS bulunma sıklığı %23 - 47'dir.

Amerikan Gastroenteroloji Birliği "alarm bulguları" yokluğu ve/veya pozitif
görüntüleme çalışması olmaması durumunda ek tanısal testlerin gerekli olmadığını
bildirmiştir. Alarm bulguları arasında; belirtilerin 50 yaşından sonra açığa çıkması,
ağır ishal, nokturnal belirtiler, istemsiz kilo kaybı, kanlı dışkı (hematokezya) veya
enfiamatuvar barsak hastalığı, çölyak sprue veya malignite gibi organik Gİ hastalık-
lar için aile hikayesi bulunmaktadır. Belirtileri kısa süreli olan, ileri yaşlarda ortaya
çıkan ve organik Gİ hastalıklar için aile hikayesi bulunan hastalarda, tam kan sayı-
mı ve gizli kan taraması önerilmektedir. Eritrosit sedimentasyon hızı (ESR), serum
biyokimyası ve belirti tipine, coğrafi bölgeye ve ishal baskınlığı gibi ilgili klinik
özelliklere göre parazitler için dışkı incelemesi yapılmalıdır. Eğer 50 yaşın üzerinde

ise ayrıca fleksible sigmoidoskopi, kontrastlı kolon grafisi veya kolonoskopi ile görüntüleme önerilmektedir (3).

2. 1. 6. Tedavi

İBS tanısı konulan kişi hastalığın doğası, seyri ve psikososyal faktörlerle ilişkisi hakkında bilgilendirilmelidir. Tedavi stratejisi; belirtilerin tipi ve şiddeti, İBS belirtilerinin besin alımı ve/veya dışkılama ile korelasyonuna, işlevsel bozukluğun derecesine ve psikososyal faktörlerin var olup olmamasına göre değişmektedir (Şekil. 1.). Genel olarak hafif belirtiler primer olarak visceral hipersensitivite ile ilişkili olup belirti düzeyinde barsağı etkileyen farmakolojik ajanlarla tedavi edilir. Daha şiddetli belirtileri olan olgularda psikososyal faktörlerin rolü olup sıklıkla psikolojik davranış tedavisi ve antidepresan tedavi gereklidir (21).

Diyet: Yağlı, gaz yapıcı, alkollü, kafeinli, laktozlu veya çok lifli yiyecekler bir grup olguda belirtileri alevlendirebilir. Kepeğin kabızlığın giderilmesinde rolü olmasına rağmen ağrı üzerine etkisi yoktur. Ayrıca bazı olgularda aşırı şişkinlik ve gerginliğe yol açabilir. Bu nedenle düşük dozda başlanıp kademeli olarak artırılmalıdır (25 g/gün) (21).

Farmakolojik Tedaviler: İBS’li hastaların ilaç tedavi rejimleri her hastanın baskın belirtilerine göre uyarlanmalıdır. Böylelikle ishal baskın bir hasta ile kabızlık baskın hastaya yaklaşım farklı olacaktır. Belirtisiz dönemlerde mümkün ise ilaç kullanmamalı ve Antidepresanlar dışındaki ilaç tedavilerinin kesintisiz kullanımından kaçınılmalıdır (22).

Kabızlıkta lifli diyetle düzelme yok ise, osmotik laksatifler (milk of magnesia, sorbitol) kullanılabilir. Kabızlık yapan ilaçlardan (opiat, antidepresan, nöroepileptik, kalsiyum kanal blokerleri, antikonvulsifler, antiparkinsonianlar, intestinal absorbanlar) kaçınmaları önerilmelidir. İshal için, kullanılan loperamide veya difenoksilat özellikle dışkı sıklığı, ‘urgency’ ve fekal sızıntı üzerine etkilidir (21).

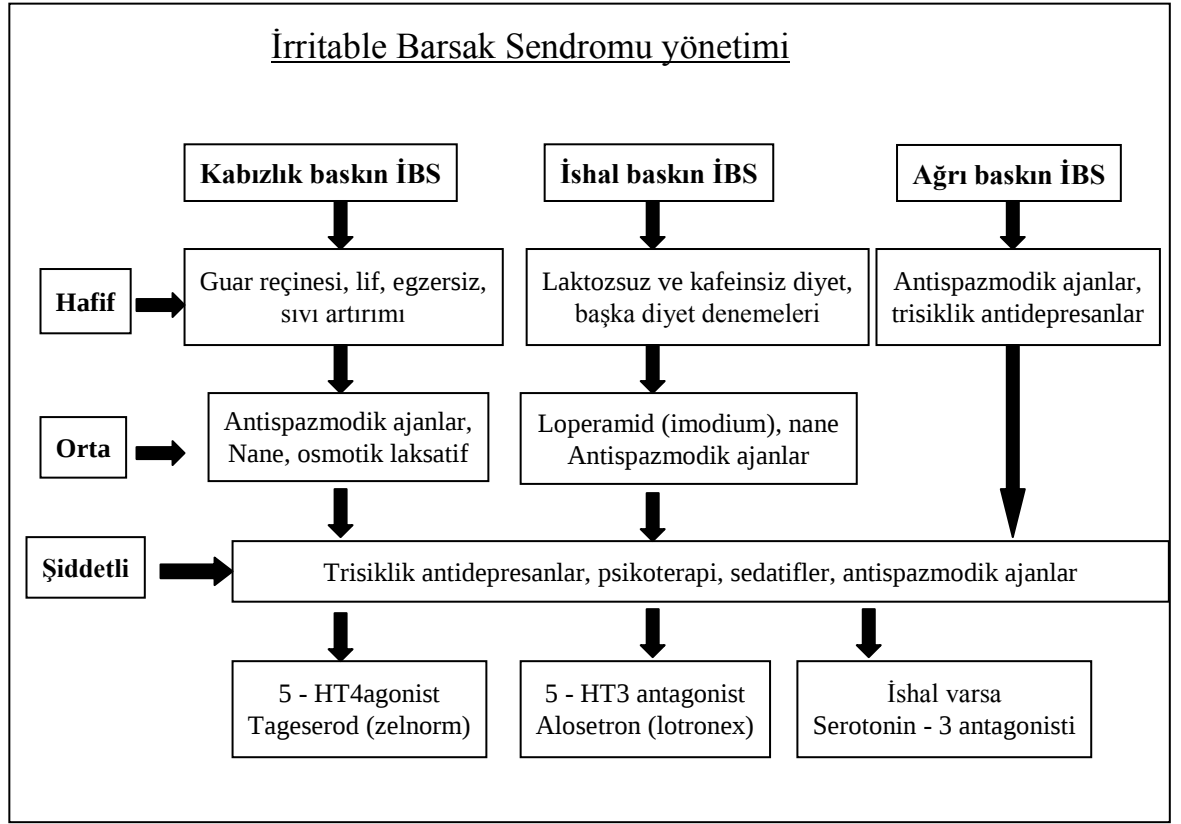
Ağrı ve gaz ön planda olan olgularda, belirtilerin alevlendiği dönemde anti spazmodikler verilebilir. Düz kas gevşeticilerini araştıran bir meta analizde 5 ilaç plaseboya üstün bulunmuştur. Bunlar; cimetropium bromide, pimaverium bromi-

de, octylonium bromide, trimebutine, mebeverine'dir (41). Klinik pratikte, antispazmodik ve antikolinergik ajanlar ağrı atakları sırasında, yemeklerden önce günde 3 defa kullanılmalıdır. Ancak kronik kullanımda etkilerine tolerans gelişmektedir (21).

Son yıllarda tedavide enterik sinir sisteminde (ESS) rol alan transmitterlere yönelik çalışmalar yapılmaktadır. En umut verici olanlar 5HT reseptörleri ile ilgilidir. 5HT1 reseptör agonistlerinin etkinliği gösterilememiştir. 5HT3 reseptör antagonistleri hem motiliteyi hem de duyarlılığı azaltmaktadır. En iyi çalışılmış olan 5HT3 reseptör antagonisti alosetron, ishali ön planda olan vakalarda başarıyla kullanılmaktadır. Ancak vakalarda intestinal iskemi, ciddi kabızlık ve fekal tıkaç gibi komplikasyonlar bildirildiğinden kullanımı sınırlandırılmıştır. 5HT4 reseptör agonistleri ise motiliteyi arttırmakta ve duyarlılığı azaltmaktadır. 5HT4 agonisti olan tegaserod ile yapılan çalışmalarda kabızlığı ön planda olan İBS vakalarında yararlı bulunmuş, önemli bir yan etki gösterilememiştir. Bazı hastalarda hafif ishale neden olabilmektedir. Tegaserod hem karın ağrısı hem de şişkinlik ve kabızlık belirtilerinin kontrolünde plaseboya oranla anlamlı derecede etkili bulunmuştur (1).

İBS'de antidepresan ilaçların etkinliği tartışmalıdır. Yine de depresyonla birlikte görülen İBS'de ilk seçenek tartışmasız antidepresanlar olmalıdır. Bu durumda önceliğin seçici serotonin geri - alım inhibitörlerine (SSGİ) verilmesi önerilmekte ise de depresyonun niteliği ve ağırlığı da göz önüne alınarak trisiklik antidepresanlar (TSA) ve serotonin - noradrenalin geri - alım inhibitörleri (SNGİ) de tercih edilebilir. TSA'ların Gİ belirtilerin stres ile ilişkili algısında düzelmeye yol açtığı, ağrı duyusunu azalttığı ve uykuyu düzelttikleri göz önüne alınarak İBS'de kullanımı önerilmektedir. Bununla birlikte TSA'ların yan etkilerinin fazlalığı ve İBS hastalarının visceral aşırı - duyarlılığı bilindiğinden İBS için önerilen TSA dozlarının antidepresan etkinlik için gereken dozların çok daha altında (10 mg/gün kadar düşük dozlar) olduğu dikkate alınmalıdır (42, 43, 44, 45).

Benzodiyazepinlerin ise, uzun süre İBS sağaltımında önde gelen ilaçlar arasında yer almalarına karşın bağımlılık gelişmesi, çekilme belirtileri, etkinliğinin sınırlı olması ve sedasyon yan etkisi gibi nedenlerle kullanımı önerilmemektedir (42).



Şekil. 1. İBS’li hastaların tedavi algoritması. (İBS=İrritabl barsak sendromu; 5 - HT3= 5 - hidroxytriptamin - 3; 5 - HT4= 5 - hidroxytriptamin - 4) (165).

2. 2. İrritabl Barsak Sendromu ve Psikiyatri

2. 2. 1. Tarihsel Bakış

Psikolojik durumların mide ve barsaklar üzerine etkileri yüzyıllardır bilinmektedir. Günlük kullanımda “sıkıntıdan şişmek”, “korkudan altına kaçırmak” şeklinde tanımladığımız durumlar, emosyonlarla Gİ kanalın ne kadar yakından ilişkili olduğunu göstermektedir (46).

9. YY. da Ahmed bin Sehl el - Belhi, ruhî hastalıkların zaman içinde bedenin hastalanmasına da yol açabileceğini ortaya atmıştır (47). Duyguların sindirim organları üzerine etkisini deneysel bir şekilde araştıran ilk kişinin Beaumont olduğu tahmin edilmektedir. Beaumont, 1833 yılında yayınlanan yazısında, bir savaş

yarası nedeniyle açık mide fistülü olan bir hastanın kızdırıldığı takdirde safra akışının hızlandığını belirtmiştir (48, 49).

1880’lerde William James ile Carl Lange, birbirinden bağımsız olarak benzer bir duygu teorisi formüle etmişlerdir. Damasio’nun da desteklediği, günümüzde hala etkisi olan teorinin ana fikri, duygusal uyarıcıların otomatik olarak bedensel değişikliklere neden olduğu ve duygu hissinin temelini, bu bedensel değişikliklerin beyine olan geribildirimini olduğu şeklindedir (50, 51, 52). 1920’lerde Cannon ve Bard, duyguların subkortikal beyin bölgelerinde, özellikle de hipotalamusta üretildiğini ifade eden, etkileyici bir alternatif teori ortaya koymuştur. Bu bölgelerin başlattığı bedensel değişiklikler, duyguların temeli olmaktan çok, yan ürünleri olarak görülmektedir. Beyinleri çıkarılan kedilerin kontrolsüz öfke göstermeleri şeklindeki gözlemlere dayalı olarak korteksin hipotalamusu inhibe ettiği düşünülmüştür. Bu teori, psikosomatik etkileşimlerin beyin mekanizmalarını tanımlamak amacıyla ilk girişim sayılmaktadır (53, 54).

Psikiyatrik rahatsızlıklarla İBS arasındaki ilişki 19. yy. da büyük oranda kabul görmüş ancak ilişkinin yönü konusunda tartışmalar devam etmiştir (55). Robertson (1902) Gİ otointoksikasyon olarak melankoli teorisini ortaya atmış ve psikopatolojinin nedeni olarak Gİ bozuklukları (‘somatopsişik’ mekanizma) düşünmüştür. Bunun alternatifi, Gİ bozuklukların psikolojik bozukluklara bağlı geliştiği fikridir (‘psikosomatik mekanizma’). Leube (1879) ‘nörotik dispepsi’ terimini ilk bulan kişidir, oysa Stiller (1884) ‘psikojenik dispepsi’ terimini desteklemiştir (54).

Leyden, ‘nörotik dispepsi’ de mide hareket ve salgısının normal olduğunu gösteren ilk kişidir (54); bu ‘semptomların organik bulguların yokluğunda gastroduodenal bölgeden kaynaklandığı’ görüşü, günümüzde hâla fonksiyonel dispepsi’nin temel tanımıdır (56).

Strümpell (1902), ‘nörotik dispepsi’ olgularının çoğunun psikolojik durumlara sekonder olduğunu düşünmüş, bu nedenle de ‘psikojen dispepsi’ terimini desteklemiştir. Kendisi, temel olarak anksiyetenin mide barsak bozukluğunun ikincil değil birincil bir etmeni olduğunu vurgulayarak, dikkatli anamnez ve fiziksel muayenede bu varsayım için kanıt bulmaya çalışmıştır: ‘hastayı hipokondriyak yapan

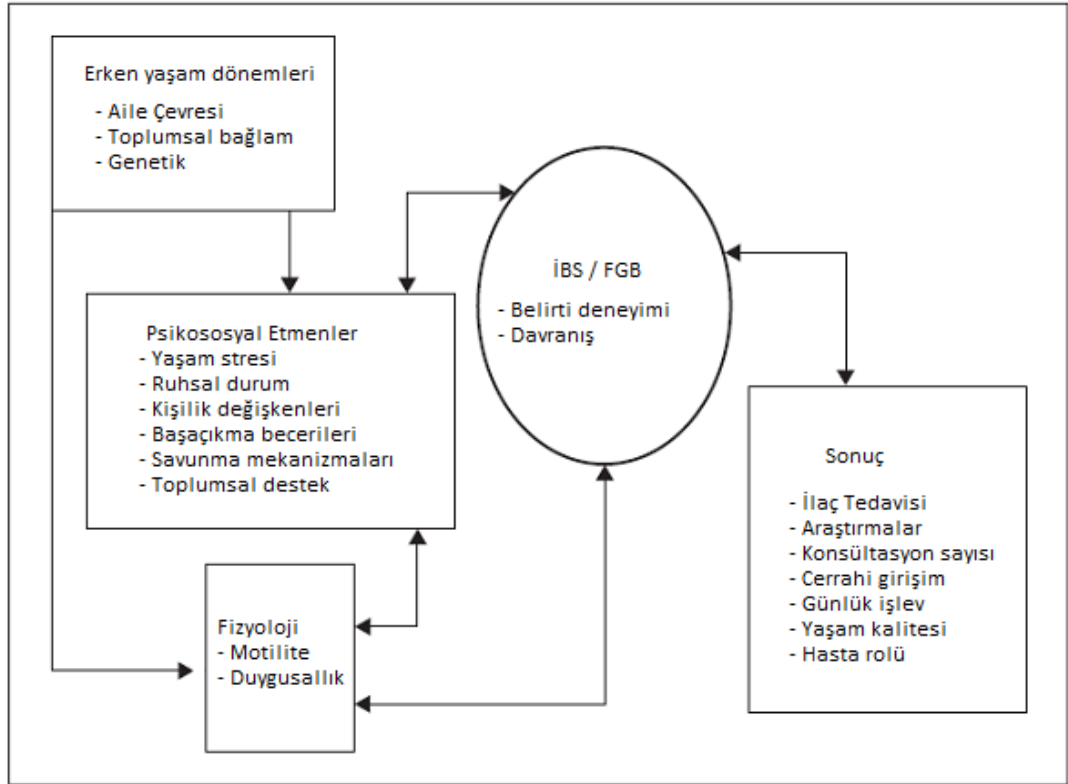
mide kaynaklı sıkıntı değildir, ancak hipokondriazis, mide sıkıntısına neden olmaktadır' (54).

19. yüzyılın sonlarında psikoanaliz ortaya çıktığında, psikiyatri ve psikosomatik tıp da hızla nüfuz kazanmış olup, bu nüfuz 20. yüzyıla ve daha az belirgin olmakla birlikte günümüze kadar sürmüştür. Psikoanalitik teoriye göre bedensel belirtilerin savunmacı ve etkileyici anlamları bulunmaktadır ve bir hastanın duygusal zorlanma ya da psişik çatışmayı ifade ettiği metaforlar olarak yorumlanabilirler (57).

Psikoanalist Franz Alexander, psikoloji ile Freudyen teori arasında bir uzlaşma oluşturmak için uğraşmış, spesifik hastalıklar için spesifik psikolojik modeller kurmaya çalışmıştır. Bir yandan klasik konversiyon histerisi, bir yandan da örneğin peptik ülser gibi 'organ nevrozları' olarak adlandırdığı şeyler arasında ayırım yapmıştır. 'Organ nevrozları'nı, otonomik sinir sistemi tarafından psikolojik olarak kontrol edilen organik fonksiyonun bozuklukları olarak tanımlamış ve aslında vücut stres uyarıcılarına yanıt verdikçe duygunun ifade edilmesini kontrol eden otomatik fizyolojik mekanizmaların hesaba katılmasını savunmuştur (59). Psikosomatik etkilerin araçları olarak stres sistemlerine ve otonomik sinir sistemine bu gönderme, modern nörobiyolojik araştırmalardan bu varsayım lehine çıkan kanıtların artması nedeniyle bu gün için de son derece geçerlidir (60, 61).

Psikofizyolojik Araştırmalar:

Walter B. Cannon psikosomatik tıp'a önemli katkılarda bulunmuş ve Gİ fonksiyon/belirtiler ile psikolojik faktörler arasındaki karşılıklı etkileşim fikrini formüle etmiştir. Ona göre 'sindirim kanalını etkileyen duygusal bir bozukluk, bir kısır döngü başlatabilir; 'bol su ile korunmayan durağan besinler, doğal olarak gaz oluşumu ve tahriş edici ayrıştırma ürünleri ile birlikte bakteriyel fermentasyona uğrayabilir. Bunlar da hafif enfalamasyon oluşturabilir ya da metabolizmayı bozan maddeler olarak emilebilir ve zihinsel durumu etkileyebilir...' (54). FGİH'nin temeli olarak bu karşılıklı biyopsikososyal etkileşim (Şekil. 2.) fikri, bugüne kadar açık bir şekilde geçerliliğini korumuş olup, Roma III uzman konsensüs raporunda açık bir şekilde ifade edilmiştir (31, 62).



Şekil. 2. FGİH için Biyopsikososyal model. Drossman'dan (31) uyarlanmıştır.

20. yüzyılın başlarında Ivan Pavlov ile arkadaşları, beyinde viseral duyum-sal bilgileri işleyen kortikal 'analizörler'in varlığı varsayımını kurmuştur. Dahası, bu beyin bölgelerinin interoseptif koşullanmada kilit bir rol oynadığına inanmıştır (54, 57). Emosyonel değeri olan bir uyararla karşılaşıldığında korteksin diğer böl-geleri uyararı işleyemeden amigdala uyarılır ve beyin sapı ile hipotalamus üzerin-den bedensel değişiklikler tetiklenir (58).

Subkortikal yapıların interoseptif koşullanmada yer aldığı gösterilmiş ise de son dönem araştırmalar kortikal bölgelerin Gİ duyumunun koşullanmasındaki önemini doğrulamıştır (63). Bununla birlikte subkortikal yapıların rolü, interosep-tif koşullanma süreçlerinin çoğunluğunun bilinçsizce oluşabileceğine işaret etmek-tedir.

20. Yüzyılın Başlarında Gastroenterolojide Psikosomatik Araştırmalar:

R. Schindler, psikolojik süreçlerin Gİ semptomları etkileyebilecek birçok mekanizmayı ele alırken, zamanımızla hâla oldukça ilgili olan şu tanımı yapmaktadır: “Gİ kanalın psikonevrozları, anatomik değişikliklerin yokluğunda psişik faktörlerin katılımının bir sonucu olarak, Gİ kanalın organ fonksiyonundaki bozukluklardır’ (54).

20. yüzyılın başlarında araştırmalar, sağlıklı gönüllülerde hipnotik telkinle indüklenen psikolojik durumlarla birlikte, şizofreni ve ‘manik - depresif psikoz’ (DSM - IV’te bipolar hastalığa en yakın karşılık) dahil psikiyatrik bozukluk yaşayan hastalarda Gİ sekresyon ve motor fonksiyonunun (çoğunlukla baryum alımından sonra fluoroskopi kullanılarak) incelenmesine odaklanmıştır (54, 64). Örneğin tiksindirici besin alma telkini sırasında gastroduodenal peristalsisin tamamen durduğu gözlemlenmiştir, oysa tiksintinin indüksiyonu midenin ters kontraksiyonlarını tahrik etmiştir (54). Hipnotik telkin kullanılarak abdominal ağrı ile kabızlığı başarılı tedavisi üzerine raporlar 1925 gibi erken bir zamanda yayınlanmış olup (54), son zamanlarda yapılan araştırmalar İBS’nin tedavisi için hipnoterapiye ilgi çekmiştir (65).

20. YY. da James, Cannon ve Bard’ın çalışmalarına en büyük katkı MacLean’den “limbik sistem” tanımlaması ile gelmiştir. MacLean dış dünyada gelişen olayların bedenden gelen bilgilerle birleşmesiyle emosyonların oluştuğunu öne sürmüştür (66). Bu, beyinde duygularla viseral işlev arasındaki yakın ilişkiyi açıklayan ilk kapsamlı nörobiyolojik çerçevedir. ‘Viseral beyin’, MacLean tarafından interoseptif ve eksteroseptif sistemler arasındaki ara yüzde bulunan anatomik lokasyonuna dayalı olarak tanımlanmıştır (67). Viseral beyin, diğerleri arasında son zamanlarda işlevsel beyin görüntüleme yöntemleri kullanılarak (68, 69, 52) viseral duyumun yanında duygularda da yer aldıkları gösterilmiş bölgeler olan amigdala, hipokampus, singulat girus, beyin sapı ve hipotalamustan oluşmaktadır (67).

Psikiyatri ve Gİ bozukluklar arasındaki karşılıklı ilişki üzerine hem psikosomatik hem de sinirbilimsel araştırmalardan gelen tarihsel bulguların günümüz viseral sensör ve duygusal nöro bilim çağında ne kadar geçerli olduğu dikkat çekicidir. İşlevsel beyin görüntülemesi dahil modern sorgulama teknikleri bu ilişkinin altında yatan mekanizmaları bir dereceye kadar aydınlatmış olsa da bu ilişkinin

tam doğası henüz tam anlamıyla anlaşılamamıştır. Ancak, bu tarihsel bakış açısının FGİH'ye bütünsel bir biyopsikososyal yaklaşım lehine önemli kanıtlar sunduğu düşünülmektedir. Platon ile öğretmeni Sokrates, yaklaşık 2,500 yıl önce tüm hastalıklara bütünsel bir yaklaşımın gerekli olduğunu şöyle ifade etmişlerdir: “Gözleri kafa, ya da kafayı beden olmaksızın tedavi etmemeniz gerektiği gibi, bedeni de ruhsuz tedavi etmemelisiniz” (54).

2. 2. 2. İrritabl Barsak Sendromu ve Psikiyatrik Hastalıklar

İBS belirtileri bazen stresle şiddetlenmekte olup, psikolojik komorbidite ile ilişkili olabilir. İBS'li hastalarda en çok görülen komorbid psikiyatrik hastalıklar anksiyete bozuklukları (panik ve yaygın anksiyete bozukluğu), depresyon (distimi dahil), somatoform bozukluklar (hipokondriazis ve somatizasyon bozukluğu) ve fobik bozukluklardır (70, 71). Psikolojik sıkıntı aynı zamanda somatik belirtileri ve sonuçlarını da etkiler; ağrı eşiğini düşürür (72) ve sağlık arayışını artırır (73). İBS'li hastaların %42 ile %61'inde psikolojik komorbidite görülmekte olup, klinik durumları komorbiditenin varlığına göre değişiklik göstermektedir (70, 74). Diğer psikiyatrik bozukluklar ve kişilik (sürekli öfke reaktivitesi, nörotisizm, dışa dönüklük ve genel hipokondriazis), hastanın davranışı ve fonksiyonel barsak bozukluğunun genel şiddetiyle güçlü bir ilişki içindedir (75, 76).

İstismar öyküsü, olumsuz klinik sonuçlarıyla ilgilidir. Bu sonuçlar posttravmatik stres bozukluğu, disosiyatif bozukluk ve sınır kişilik bozukluğu ile birlikte majör depresyonu içeren Eksen I ve Eksen II psikiyatrik bozukluklardır (75). Bunlar değişmiş GİS fizyolojisi ile ilişkilendirilebilir. Drossman ve ark. (70), üniversite bazlı gastroenteroloji uygulamalarında kadınların %44'ünde cinsel ve fiziksel istismar öyküsü bildirmişlerdir.

Şiddetlenmiş barsak ağrısı, duygusal sıkıntı, karamsarlık, çaresizlik ve fonksiyonel sınırlamalarla ilişkili bir bilişsel değişken olarak tanımlanmış olan felaket düşüncesi (77, 78) de aynı zamanda daha güç kişilerarası ilişkilerle bağlantılı olup, İBS hastalarında daha büyük endişe ve acıya katkıda bulunabilmektedir (79). Bilinçli bir şekilde kendi duygularının farkında olma yeteneğinin belirli gelişimsel süreçler gerektiren bilişsel bir beceri olduğu düşünülmektedir. Karında ağrı ve rahatsızlık gibi etkili olmayan başa çıkma yöntemleri bazen özellikle felaket

düşüncesi ile tetiklenir. Azalan hafıza ve araya giren düşüncelerle değişen biliş, bedensel duyumlara karşı tetikte olma, etkin olamama ve savunmasızlık duyguları ve güven kaybı sonunda beyin üzerindeki fizyolojik, hatta yapısal etkileri değiştirir. En son beyin görüntüleme çalışmalarında, istismar öyküsü bulunan bireylerin beyin görüntülemesinde morfolojik ve fonksiyonel değişiklikler olduğu gösterilmiştir (80, 81). İstismar kurbanlarında görülen geçmişe dönüşler ve araya giren travma anılarının nedeni, beyinde hafızanın kodlanması ve geri erişimin yer aldığı alan olan hipokampusa yansıyan noradrenerjik nöronlardaki stres aracılı değişiklikler olabilir (71, 75). Bu nedenle biyopsikososyal modele uygun olarak psikososyal travma fizyolojik, hatta anatomik değişikliklere yol açabilir.

2. 2. 3. İrritabl Barsak Sendromu ve Depresyon

Major depresif bozukluk (MDB) seyrinde barsak alışkanlığında değişiklik olduğu ve hatta İBS'nin de sıkça görüldüğü bilinmektedir (82). Tollefson ve arkadaşları MDB tanısı alan hastaların %30'unda kontrol grubunun ise %11'inde İBS ölçütlerinin karşılandığını bildirmişlerdir (83, 46). Masand ve arkadaşları da benzer şekilde İBS sıklığını MDB hastalarında %27, kontrol grubunda ise %3 olarak saptamışlar. Yine Masand ve arkadaşları distimi zemininde gelişmiş major depresif bozukluk (çifte depresyon) tanılı hastalarda İBS tanısı sıklığını %58, kontrol grubundaki oran yine %3 ile sınırlı kalmıştır. (84, 85, 46)

İBS tanılı hastalarda da MDB ek tanısı oldukça yaygındır (82). Mayer ve arkadaşları ile Creed İBS'nin erken döneminde İBS ile anksiyetenin, uzun dönemde ise depresyonun birliktelik gösterdiğini belirtmişlerdir (86, 87, 46). Eldeki epidemiyolojik verilere karşın, depresyon ve anksiyete bozuklukları ile birlikte görülen İBS'nin hastaların daha sıklıkla yardım aramasına yol açtığı ve çalışmalara alınan hastaların bu özellikleri nedeniyle çalışmalarda saptanan oranların yanıltıcı olabileceği de öne sürülmüştür (22, 87). Nitekim İBS nedeniyle tedavi arayışında olan hastaların %50'den fazlasında depresyon ve anksiyete bozukluğunun da bulunduğu iddia edilmiştir (43).

İBS'nin ağırlı ve kronik bir hastalık olmasının İBS ile MDB'nin sıkça birlikte görülmesinde rol oynadığı düşünülebilir. Ancak Henningsen ve arkadaşları İBS'nin de içinde bulunduğu dört somatik işlevsel hastalığın (İBS, ülsersiz dispep-

si, fibromyalji ve kronik yorgunluk sendromu) anksiyete ve depresyonla ilişkisinin araştırıldığı ayrıntılı bir meta - analizde bu görüşün doğru olmayabileceğini belirtmişlerdir (88). İBS'nin de içinde yer aldığını iddia ettikleri, somatoform bozuklukların bir tür içsel algı (introception) bozukluğu olduğunu ve bedenin fizyolojik durumunun algılanmasındaki bir bozukluktan kaynaklandığını öne sürmüşlerdir (89). İBS ile depresyonun yakın ilişkisine dair klinik kanıtlar bu iki rahatsızlığın altında yatan patofizyolojik düzensizliklerin bazı noktalarda kesiştiklerini düşündürmektedir (46).

Pek çok İBS hastasının mukozasında aktive olmuş bağışıklık sistemi hücrelerinin sayısında artış olduğu ve yangının (enflamasyon) düşük düzeyde de olsa İBS'ye eşlik ettiği bilinmektedir (90, 91, 92). Mast hücrelerinden salgılanan bazı mediatörlerin sinir ve kas işlevlerini değiştirebilmesi nedeniyle bu hücreler İBS patofizyolojisi için önemli adaylar arasına girmiştir (93). Piche ve arkadaşlarının yaptıkları önemli bir çalışmada barsak mukozası düzeyinde İBS ile depresyon ilişkisi aydınlatılmaya çalışmıştır (93). Çalışmaya alınan İBS hastaları, sağlıklı bireyler ve İBS yakınmaları olmayan depresif hastaların mukoza örnekleri karşılaştırılmıştır. İBS hastalarında düşük düzeyde yangısal değişiklikler olduğu, mast hücre sayısının da İBS hastalarındaki tükenmişlik ve depresif yakınmaların şiddeti ile ilişkisi olduğu gösterilmiştir. Bununla birlikte İBS yakınmaları olmayan depresyon hastalarındaki barsak mukozası, yangısal açıdan sağlıklı kontrollerden farklı bulunmamıştır. Stresin hayvan modellerinde Gİ sistemdeki yangısal yanıtı tetikleyebildiği ve intestinal geçirgenliği (permeabilite) artırdığı gösterilmiştir (94, 95). Depresyonun yangıyı tetiklemesinin yanısıra yangısal mediatörlerin de depresyonu şiddetlendirebildiği, depresyonda sitokin düzeylerinin artmış olduğu bilinmektedir (96 - 98). Buna karşın Piche ve arkadaşlarının çalışmasında sadece depresyonu olan hastalarda kolon mukozasında yangı gözlenmemesine karşılık depresif yakınmaları olan İBS hastalarında barsak mukozası yangısının gözlenmesi stresin tek başına yangıyı tetiklemeye yetmediği şeklinde yorumlanmıştır. Nitekim Varghese ve arkadaşlarının yaptıkları fare çalışmasında benzer sonuçlar elde edilmiş ve yangıya yatkınlığın antidepresanlarla düzeltilebildiği gösterilmiştir (99, 46).

2. 2. 4. İrritabl Barsak Sendromu ve Anksiyete Bozuklukları

Anksiyete bozuklukları İBS hastalarında oldukça yaygın görülen komorbid hastalıklardandır (100 - 102). Garakani ve ark. (82) anksiyete bozuklukları ile İBS arasındaki ilişkileri incelemiş ve semptomlarıyla prezentasyonları arasında güçlü bir korelasyon bulmuşlardır. Panik bozukluğu bulunan hastaların %44'ünde her iki hastalığın abdominal ağrı, ishal ve bulantı gibi çeşitli semptom karakteristikleriyle birlikte komorbid İBS bulunduğu belirlenmiştir (103, 104). İBS, Obsesif - kompulsif bozuklukta (OKB) %35 ve Yaygın anksiyete bozukluğunda da (YAB) %37 gibi yüksek bir sıklıkta bulunmuştur (102, 105). Benzer şekilde İBS hastalarında Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) %36, dahil komorbid anksiyete bozuklukları yüksek bir sıklıkta bulunmuştur (100). İBS ve anksiyete bozuklukları arasında örtüşen bazı belirtilere ilave olarak, tedavi sonuç verileri alprazolam ya da fenelzin kullanımının ve psikolojik tedavilerin hem anksiyete hem de Gİ semptomları eş zamanlı olarak anlamlı derecede azalttığı gösterilmiştir (104,106).

Bununla birlikte spesifik anksiyete bozuklukları ile İBS arasındaki ilişkiler konusundaki bilgilerimiz, anksiyete bozuklukları ile görülen yüksek komorbidite nedeniyle hâla sınırlıdır. Anksiyete ve depresif bozukluklarda komorbidite oranları üzerine bir incelemede anksiyete bozukluğu temel tanısı alan hastaların %55'inin değerlendirme zamanında en az bir ilave anksiyete ya da depresif bozukluk için kriterleri karşılayan semptomlar bildirdiklerini ifade etmiştir (107). Yaşam boyu tanılar göz önüne alındığında komorbidite oranı %76'ya çıkmıştır (107). Böylece önceki çalışmaların çoğunluğunun tek bir izole anksiyete bozukluğu ve İBS üzerine sınırlı kapsamı nedeniyle anksiyete bozukluklarının tümü düşünüldüğünde özgün ilişkilerin belirlenmesi güçtür. Örneğin rektal distansiyonun toleransı üzerine yapılan bir araştırmada düşük toleransın, PB ve toplam somatik semptomlarla ilişkisi olduğu, ancak anksiyete ya da depresyonla ilişkili olmadığı gösterilmiştir (108). Benzer şekilde anksiyete bozuklukları ile İBS arasındaki yüksek komorbidite oranları hem İBS hem de anksiyete bozukluklarının tümü ile yüksek oranda komorbid olan anksiyete bozukluklarının bir ya da ikisi tarafından (örn. PB ve YAB) tahrik edilmesi de mümkündür.

Kontrol gruplarıyla kıyaslandığında İBS'li hastalarda yükselmiş anksiyete düzeyleri, depresyon ve genel psikolojik rahatsızlığı içeren çeşitli psikolojik yapıların, komorbid anksiyete bozukluklarıyla ilişkili olabileceği saptanmıştır (101,

103, 109). Son zamanlarda araştırmacılar anksiyete semptomlarının, özellikle de fizyolojik semptomların, İBS'nin başlangıcı ya da devamı ile ilgili olabileceği varsayımında bulunmuş ve İBS'de belirli semptomların diğerlerinden daha fazla ilişkili olduklarını öne sürmüşlerdir (101, 110).

2. 3. İrritabl Barsak Sendromu ve Yaşam Kalitesi

Birçok çalışmada, sağlıklı kontrollere göre orta veya ağır belirtileri bulunan FGİH hastalarında, özellikle de sevk edilenlerde Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi (SYK) ölçümlerinde ve genel sağlıkta kötüye gidiş gösterilmiştir. İrritabl barsak sendromu (İBS) hastalarında SYK, gastroözofageal reflü hastalığı (GÖRH) ve astımlı hastalara göre düşük (111), diabetes mellitus ve son dönem renal hastalığı gibi diğer kronik hastalığı bulunanlarıki ile ise benzer (bazı alanlarda düşük) olarak saptanmıştır (8). Fonksiyonel Dispepsi'li hastalarda SYK'yi karşılaştıran çalışmaların değerlendirildiği sistematik bir incelemede (112), karşılaştırmaların dörtte birinde sağlıklı popülasyon değerlerine kıyasla hastalarda SYK'de bir düşüş gösterilmiş olup (113), diğer üç çalışmada ise SF - 36'nın yalnızca bazı alanları için düşüş eğilimleri ortaya konmuştur (114, 115). Bu çalışmalar sevk ortamlarında FGİH hastalarında SYK'nın önemli derecede azaldığını düşündürmekle birlikte, popülasyon ortamlarında gerçekleştirilen çalışmalar yeterli değildir. Bununla birlikte popülasyon bazlı çalışmalardan elde edilen sınırlı bulgular da FGİH hastalıklarında, SYK'deki düşüşü destekler niteliktedir (116,117).

FGİH'nin tedavisi ile SYK'de, semptomatik düzelme ile ilişkili olabilecek bir iyileşmeyi destekleyen bulgular mevcuttur. Farmakolojik (örn proton pompası inhibitörü, omeprazol) (118) ve non - farmakolojik (örn hipnoterapi) (119) tedavi gören fonksiyonel dispepsi hastalarında, semptomları daha etkili bir şekilde iyileşenlerde, saptanan SYK'de daha büyük iyileşmeler gösterilmiştir.

Literatür aynı zamanda SYK'nın etkili İBS tedavisi ile de iyileştirilebileceğini öne sürmektedir (120). FGİH'li premenopozal kadınlarda abdominal ağrı ile bulantının giderilmesinde löprolid asetat deposunun etkinliğini değerlendiren çok merkezli, randomize, plasebo kontrollü bir çalışmada genel SYK ölçümü yalnızca sağlık alanında iyileştirme göstermiş, diğer alanlarda ise iyileşme görülmemiştir (121). Heymann - Monnikes ve arkadaşları, tek başına standart medikal tedavi

(SMT) gören hastalarla çok bileşenli standart medikal tedavi artı davranış tedavisi (SMDT) gören 24 İBS hastasında semptomları, visceral algılamayı ve SYK'yi karşılaştırmıştır (122,2). SMDT, 10 hafta boyunca 10 oturumda İBS bilgilendirme ve eğitimi, progresif kas relaksasyonu, hastalığa bağlı bilişsel başa çıkma stratejileri eğitimi, problem çözme ve girişkenlik eğitimlerini kapsamıştır. SMT ise standartlaştırılmış belirti odaklı medikal tedavi ile iki haftada bir gastroenteroloji vizitinden oluşmuştur. Semptomlar ve SYK (gastrointestinal yaşam kalitesi ölçeği kullanılmıştır) SMDT grubunda anlamlı derecede iyileşirken SMT hastalarında ise değişmemiştir. Az sayıda çalışmada da hastalığa özgü İBS enstrümanı kullanılarak İBS hastalarında SYK'da anlamlı iyileşmeler gösterilmiştir. Çeşitli çok merkezli, randomize, plasebo kontrollü çalışmalarda 5-HT₃ antagonisti alosetronun, diyare baskın İBS'li kadınlarda genel semptomların tedavisinde plaseboya kıyasla etkili olduğu gösterilmiştir (123 - 125).

Diğer bir çalışmada Drossman ve ark. çoğunluğu İBS'lilerden oluşan, semptomları orta dereceden şiddetliye kadar değişen FGİH hastalarında kontrol koşullarına kıyasla desipramin ve bilişsel davranış tedavisinin etkinliğini göstermişlerdir (126). Hastalığa özgü İBS - QOL enstrümanı kullanılarak, tedavi ile SYK da iyileşme eğilimi gösterilmiştir.

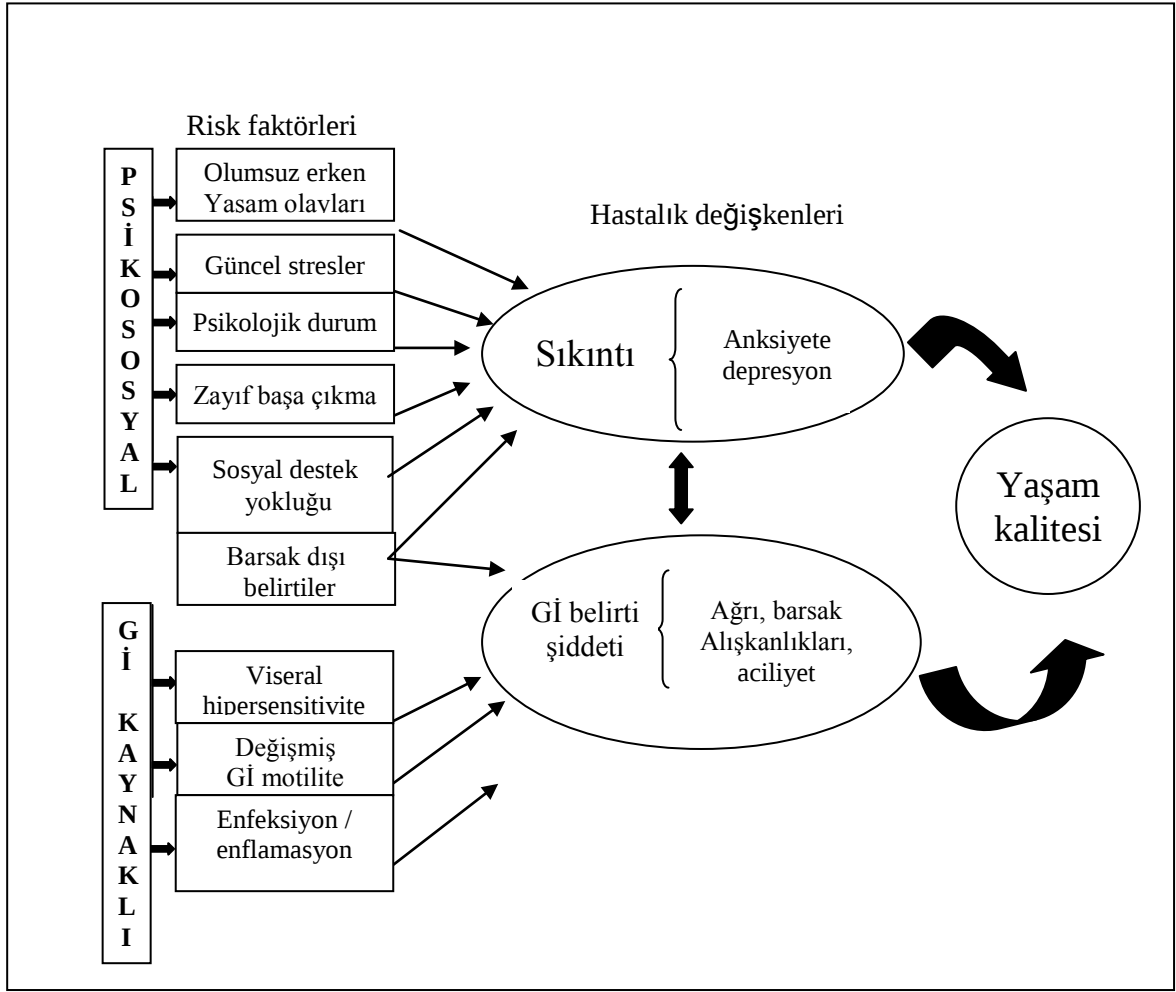
2. 3. 1. Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi'nin Klinik Belirleyicileri

Klinik araştırma ortamında SYK, SF - 36 ya da Sickness Impact Profile (Hastalık Etki Profili) gibi standartlaştırılmış genel ölçüm araçları veya İBS - QOL ve Nepean Dyspepsia Index (Nepean Dispepsi İndeksi) gibi hastalığa özgü anketler kullanılarak ölçülmüştür. Ancak klinik uygulamada bu standartlaştırılmış Yaşam Kalitesi (YK) anketleri kullanılmadığında SYK'nın ölçülmesi zordur. Son zamanlarda sonuçlar üzerinde önemli etkilere sahip risk faktörleri ile hastalık değişkenlerini anlamak ve doktorların, hastalığın etkisini değerlendirmelerine ve daha etkili bir sağlık hizmeti sağlamalarına yardımcı olmak amacıyla SYK'nın klinik belirleyicilerini saptamayı amaçlayan çalışmalar yapılmıştır.

Psikososyal stres etkenleri, gastrointestinal kanalın fonksiyonel ve enflamatuvar bozukluklarında semptomların şiddetlenmesi ile ilişkilendirilmiştir. Naliboff ve arkadaşları mide ekşimesi şikayeti bulunan 60 hastada kronik stresin,

semptomları artırıp artırmadığını belirlemek amacıyla boylamsal bir çalışma gerçekleştirmiştir (127). Önceki 6 ay boyunca yaşanan ağır ve sürekli yaşamsal stres varlığı sonraki 4 ay boyunca mide ekşimesi belirtilerini anlamlı derecede ön görmüştür. Etkili ve subjektif stres değerlendirmeleri mide ekşimesinin şiddeti ile güçlü bir şekilde ilişkilidir. Bununla birlikte anksiyete azalmış SYK'nın, depresyon da mide ekşimesinde ilaç kullanımının en güçlü belirleyicisidir.

İngiltere'de yapılan bir çalışmada fonksiyonel ve organik hastalıkları olan, göğüs ve üst abdomene ait belirtileri olan, ayakta tedavi hastalarında çocukluk çağı ve yakın zamandaki olumsuzlukların daha yaygın olup olmadığı ve SYK'nın belirleyici olup olmadığı değerlendirilmiştir (128). Çalışmaya fonksiyonel (40 non - kardiyak göğüs ağrısı ve 43 fonksiyonel dispepsi) ve organik (21 GÖRH ve 21 iskemik kalp hastalığı) bozuklukları olan toplam 133 hasta katılmıştır. Organik ve fonksiyonel gruplar arasında fark olmamak üzere hastaların %30'u bir ya da daha fazla çocukluk dönemi olumsuzluğu bildirmiştir. Ayrıca hastaların %40'ı devam eden sosyal stres, %27'si geçen yıl yaşamı ciddi şekilde tehdit eden bir olay yaşadığını ve %14'ü de bir yakını kaybettiğini bildirmiştir, ancak fonksiyonel ve organik gruplar arasında fark yoktur. Hastane Anksiyete Depresyon ölçeğine dayalı olarak total (anksiyete artı depresyon) skorla ölçülen sıkıntı skoru, organik ve fonksiyonel bozukluklar için SYK'nın hem fiziksel hem de zihinsel birleşik skorunun başlıca bağımsız belirleyicisi çıkmıştır. Bununla birlikte sıkıntı ile bir yakını kaybetme organik hastalığı bulunanlarda SYK'nın bağımsız belirleyicileri iken; sıkıntı, yaş ve bildirilen çocukluk dönemi olumsuzluğu ise fonksiyonel hastalığı bulunanlarda üç belirleyici olarak çıkmıştır. Fonksiyonel bozukluklarda çocukluk dönemi olumsuzluğun SYK üzerine olumsuz etkisine başlıca sıkıntının aracılık ettiği, ancak aynı zamanda bazı doğrudan etkilere de sahip olduğu saptanmıştır. Chang L, literatüre dayanarak, SYK ile ilgili Şekil. 3'te kavramsal bir model önermiştir.



Şekil. 3. Fonksiyonel gastrointestinal bozukluklarda sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ile ilgili risk faktörleri ve hastalık değişkenlerinin kavramsal modeli (2).

İBS hastalarında SYK'nın azalmış olduğu gösterilmiş olmasına rağmen, bu durumda SYK'nın ön görülmesine yönelik spesifik faktörleri tanımlayan verilerde eksiklik söz konusudur. Spiegel ve arkadaşları yakın zamanlarda hem duyuru ile gelenlerden hem de üniversiteye bağlı bir merkezden çalışmaya alınan 770 ardışık Roma - pozitif İBS hastasında zihinsel ve fiziksel SYK'nın belirleyicilerini incelemiştir (129). Yedi adet ilave faktör SYK'nın fiziksel birleşik skorunu bağımsız bir şekilde ön görmüştür (azalan önem sırasına göre): (i) yılda 5'ten fazla doktor viziti, (ii) kolay yorulmak; (iii) düşük enerji, (iv) ciddi belirtiler, (v) baskın şekilde ağrılı belirtiler, (vi) vücutta bir şeylerin ciddi bir şekilde yanlış olduğu hissi ve (vii) >24 saat belirti alevlenmeleri. Sekiz adet ilave faktör SYK'nın zihinsel birleşik skorunu bağımsız bir şekilde ön görmüştür: (i) gergin hissetmek, (ii) sinirli

hissetmek, (iii) umutsuz hissetmek, (iv) uyku güçlüğü, (v) kolayca yorulmak, (vi) düşük cinsel ilgi, (vii) İBS belirtilerinin cinsel fonksiyonu engellemesi ve (viii) düşük enerji. Zihinsel SYK; cinsellik, duygudurum ve anksiyete ile ilişkili iken, fiziksel SYK ise semptom şiddeti, semptom periyodikliği ve ağrı ile ilişkilidir. Hem fiziksel hem de mental SYK kronik stres belirtileriyle (vital bitkinlik belirtileri ile sergilenen) ilişkili olup (130), bunların hiçbirisi dışkılama sıklığı, dışkı karakteristikleri ya da İBS barsak alışkanlığı alt tipi gibi geleneksel olarak ortaya çıkarılan gastrointestinal belirtilerle belirlenmemiştir.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

"İrritabl barsak sendromu hastalarında yaşam kalitesi, hastalığın ruhsal durum ile etkileşimi ve psikiyatrik eş tanılar" adlı araştırma için Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıbbi Araştırma Etik Kurul Komisyonu Başkanlığından 20. 10. 2011 tarih ve B. 30. 2. ABÜ. 0. 20. 05. 04-050. 01. 04-30 sayılı yazısı ile onay alınmıştır.

3. 1. Hasta Seçimi

3. 1. 1. Araştırmanın Yeri

Araştırma Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi (AİBÜ - TF) Psikiyatri ve Gastroenteroloji polikliniğinde yapılmıştır.

3. 1. 2. Araştırmanın Zamanı

Araştırma verileri 27. 10. 2011 - 15. 08. 2012 tarihleri arasında toplanmıştır.

3. 1. 3. Araştırmanın Evreni

Araştırmaya alınma ve dışlanma ölçütleri:

- 18 - 65 yaş aralığında olmak,
- Kendi bildirimli çizelge ve ölçekleri anlayıp yanıtlayabilecek ölçüde okur - yazar olmak,
- Anlama ve anlaşmayı zorlaştıracak ölçüde işitme ya da görme kusuru olmamak,
- Bunama, psikoz, zeka geriliği vb. nedenlerle bilişsel yetersizliği olmamak,
- Veri alınmasını güçleştirecek ya da engelleyecek ölçüde bedensel hastalığı olmamak.

Araştırma süresince AİBÜ - TF Gastroenteroloji polikliniğine başvuran hastalardan kriterlere uyanlara çalışma ayrıntılarıyla anlatılmış ve araştırmayı kabul eden 35 hastanın "Bilgilendirimli Olur"ları alınmıştır.

Denek grubu (İrritabl Barsak Sendromu grubu)

AİBÜ - TF Gastroenteroloji polikliniğine hastalardan Roma - III kriterlerine göre İrritabl Barsak Sendromu ölçütlerini karşılayanlar araştırmaya alınmıştır.

Depresyon Grubu

AİBÜ - TF Psikiyatri polikliniğine tedavi amacıyla ilk kez başvuran veya en az altı aylık bir süre psikiyatrik tedavi başvurusu olmayan kişilerden araştırmaya katılma ölçütlerini karşılayan ve klinik görüşme sırasında psikotik özellikli olmayan, DSM - IV kriterlerine göre depresyon tanısı alan hastalara çalışmaya katılmaları teklif edilmiş ve kabul edenlerin "Bilgilendirimli Olur"ları alınmıştır.

Yaygın Anksiyete Bozukluğu Grubu

AİBÜ - TF Psikiyatri polikliniğine tedavi amacıyla ilk kez başvuran veya en az altı aylık bir süre psikiyatrik tedavi başvurusu olmayan kişilerden araştırmaya katılma ölçütlerini karşılayan ve klinik görüşme sırasında psikotik özellikli olmayan, DSM - IV kriterlerine göre Yaygın Anksiyete Bozukluğu tanısı alan hastalara çalışmaya katılmaları teklif edilmiş ve kabul edenlerin "Bilgilendirimli Olur"ları alınmıştır.

Sağlıklı Gönüllü

AİBÜ - TF hastanesi çalışanlarından en az 6 aydır mide barsak şikayeti olmayan ve psikiyatrik tedavi başvurusu olmayan kişilerden araştırmaya katılma ölçütlerini karşılayanlara çalışmaya katılmaları teklif edilmiş ve kabul edenlerin "Bilgilendirimli Olur"ları alınmıştır.

3. 2. Veri Toplama Araçları

3. 2. 1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Hastaların telefon iletişim bilgileri, yaş, cinsiyet, doğum yeri, yaşanılan yer, kardeş ve çocuk sayısı, medeni durum, öğrenimi, çalışma durumu, kişi başı ve toplam aylık gelir, sosyal güvence, kimlerle yaşadığı, bedensel hastalık varlığı, mide

barsak şikayetinin varlığı, süresi, sigara ve madde kullanımı, ailede bedensel ve ruhsal hastalık varlığını sorgulayan, araştırmacılarca hazırlanan, yarı yapılandırılmış bir çizelge kullanılmıştır. Aile ile ilgili bilgiler çalışmaya katılan hastalardan ve sağlıklılardan alınmıştır.

3. 2. 2. Kısa Uluslararası Nöropsikiyatrik Görüşme Kılavuzu 5. 0. 0 [The Mini - International Neuropsychiatry Interview (M. I. N. I.)] Türkçe uyarlaması;

Sheehan ve Lecrubier (131) tarafından geliştirilen DSM - IV ve ICD - IO'daki Eksen - 1 psikiyatrik rahatsızlıklar için düzenlenmiş yapılandırılmış bir görüşme aracıdır. Geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları MINI'nin DSM - III - R için hazırlanmış SCID - I (Structured Clinical Interview for DSM - III - R Axis I Disorders) ve CIDI (The Composite International Diagnostic Interview; Dünya Sağlık Örgütü tarafından ICD - IO'u kullanan uzman olmayan görüşmeciler için geliştirilmiş yapılandırılmış bir görüşme aracı) ile karşılaştırılmasıyla yapılmıştır. Bu çalışmaların sonuçları MINI'nin kabul edilebilir seviyede yüksek güvenilirlik ve geçerlilik skorları olduğu, ancak yukarıda adı geçen araçlardan daha kısa sürede uygulanabileceği gösterilmiştir. MINI Plus, MINI'nin daha ayrıntılı bir baskısıdır. Diagnostik sınıflandırmayla uyumlu, birbirinden ayrılmış modüllere bölünmüş ve her modülün başlangıcında (psikotik bozukluklar modülü hariç) bozukluğun ana ölçütleriyle uyumlu tarama soruları vardır. Tarama sorularına evet cevabı verilmesi halinde ayrıntılı değerlendirmeye geçilmektedir. MINI'nin Türkçeye çevirisi Engeler (2004) tarafından yapılmıştır (132).

3. 2. 3. Belirti Tarama listesi (SCL - 90 - R)

Özgün adı Symptom Check List - 90 (SCL - 90 - R) olan çizelge, Derogatis (1974) tarafından geliştirilmiştir. Bireylerdeki ruhsal belirtilerin ne düzeyde bulunduğunu ve bu belirtilerin hangi alanlarla ilgili olduğunu ölçen bir gereçtir. Ölçek dokuz ana belirti kümesi ve ek belirtiler kümesi olmak üzere 10 küme içermektedir. Bu belirti kümeleri somatizasyon, obsesif - kompulsif davranış, kişilerarası duyarlık, depresyon, kaygı, öfke, düşmanlık, fobik reaksiyon, paranoid düşünce, psikotizm ve

ek belirtileri (uyku ve yeme bozuklukları) içermektedir. 90 maddeden oluşur. Her maddenin "son bir ay içinde kişiyi ne ölçüde huzursuz ve tedirgin ettiğini" değerlendirilmelerini isteyen bir yönergeyle uygulanan 5'li likert tipi bir ölçektir. Her soru için; (0) Hiç, (1) Çok az, (2) Orta derece, (3) oldukça fazla, (4) ileri derecede, şeklinde işaretlemelerde bulunarak beş dereceli bir ölçme ifadesi vermektedir. Ölçekten üç ayrı genel puan hesaplanmaktadır. "Genel Belirti Düzeyi (Global Symptom Index/GSI)" boş bırakılanlar dışındaki tüm maddelere verilen puanların ortalamasını; "Pozitif Belirti Toplamı (Positive Symptom Total/ PST)" hiç seçeneğiyle işaretlenenler dışındaki öbür maddelerin ham sayı toplamı; "Pozitif Belirti Düzeyi (Positive Symptom Distress Index/PSDI)" hiç olarak işaretlenenler dışındaki maddelerin dereceleme puanları toplamının PST'ye bölünmesiyle elde edilen ortalama değeri verir. Ölçek genel ortalama puanı olan GSI'deki artış bireydeki psikiyatrik belirtilerden duyulan sıkıntının artışına işaret etmektedir. PST artıkça, bireyin kendisinde ne kadar çeşitli psikiyatrik belirti algıladığını göstermekte; PSDI'deki artış bireyin kendisinde var olduğunu algıladığı belirtilerden duyduğu sıkıntının ağırlıklı ortalamasını göstermektedir. Ölçek dilimize çevrilerek geçerlik ve güvenirlik çalışmaları iki farklı araştırmacı tarafından yapılmıştır (133, 134).

Yapılan çalışmalarda, ülkemiz üniversite öğrencileri için ortalama 1.00 GSI puanı baz olarak alınabileceği önerilmiştir (134). Ölçekten alınan GSI puan sınırları 0.00 ile 1.50 arası "araz düzeyi düşük" olarak kabul edilmektedir. Daha önceki çeşitli araştırmalarda SCL - 90 - R'den farklı gruplar için farklı ortalamalar elde edilmiştir. Tarama amacıyla kullanıldığında genel belirti düzeyinin kesme puanı sıklıkla 1 puan olarak alınmaktadır. Alt ölçekler için de o alt ölçeği oluşturan tüm soruların toplamından elde edilen puanın soru sayısına bölünmesiyle elde edilen değer kullanılır.

3. 2. 4. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Kısa Formu (WHOQOL - BREF)

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yaşam kalitesinin öznel olarak değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiş bir değerlendirme aracıdır((135). Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Eser ve arkadaşları (100) tarafından yapılmış

olan ölçek, biri genel algılanan yaşam kalitesi, diğeri algılanan sağlık durumuna ilişkin iki soruyla birlikte toplam 26 soru ve 4 alanı kapsamaktadır. Bu 4 alan fiziksel, psikolojik, sosyal ilişkiler ve çevre alanlarıdır. Türkçe geçerlilik çalışmaları sırasında bir soru eklenmesiyle oluşan WHOQOL - BREF - TR 27 sorudan oluşmaktadır. Ölçeğin Türkçe formunun iç tutarlılığını incelemek için hesaplanan “Cronbach alfa” değerleri bedensel alanda 0. 83, ruhsal alanda 0. 66, sosyal alanda 0. 53, çevre alanında 0. 73 ve ulusal çevre alanında 0. 73 bulunmuştur. Test - tekrar test güvenilirliğini incelemeye yönelik her soru için hesaplanan Pearson katsayıları 0. 57 ve 0. 81 arasında değişmektedir.

3. 2. 5. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HAM - D)

Hastalardaki depresyonun şiddetini ölçmek için kullanılan, değerlendiricinin derecelemesine dayanan, 17 soruluk bir ölçektir. 1960 yılında Max Hamilton tarafından yayınlanmıştır (136). Depresyonun derecesini ölçmek için en yaygın olarak kullanılan yöntemdir. Ölçeğin uykuya dalma güçlüğü, gece yarısı uyanma, sabah erken uyanma, somatik semptomlar, genital semptomlar, zayıflama ve içgörüsü ile ilgili maddeleri 0 - 2, diğer maddeleri 0 - 4 arasında derecelendirilmiştir. Her maddedeki belirtinin hastada bulunup bulunmadığının ve ‘hafif’, ‘orta’, ‘ağır’ gibi şiddet derecesinin, o madde için var olan soruların yöneltilmesi ve yanıtlarının esas alınmasıyla uzman tarafından belirlenmesi suretiyle kullanılmaktadır. Yapılan derecelendirmenin toplanmasıyla 0 ila 53 arasında değişen ölçek toplam puanı elde edilmektedir ve puandaki artış depresyonun şiddetindeki artışa işaret etmektedir. En yüksek 53 puan alınır. 0 - 7 puan depresyon olmadığını, 8 - 15 puan arası hafif derecede depresyonu, 16 - 28 arası orta derecede depresyonu, 29 ve üzeri ağır derecede depresyonu göstermektedir. Ölçeğin Türkiye için geçerlik - güvenilirlik çalışması Akdemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (137).

3. 2. 6. Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçeği (HAM - A)

Hamilton (138) tarafından 1959 yılında geliştirilmiş olup, bireylerde anksiyete düzeyini ve belirti dağılımını belirlemek ile şiddet değişimini ölçmek amacıyla hazırlanmıştır. Anksiyetenin psikik ve fiziksel belirtilerini sorgulayan 14 maddeden oluşmuştur. Ölçekte belirtinin varlığı ve şiddeti görüşmeci tarafından değer-

lendirilir Türkiye için geçerlik - güvenilirlik çalışması Yazıcı ve ark. tarafından yapılmıştır (139).

3. 3. Yöntem

3. 3. 1 Uygulayıcılar

AİBÜ - TF Gastroenteroloji polikliniğine mide barsak şikayetiyle başvuran hastaların İrritabl Barsak Sendromu tanısına yönelik değerlendirmeleri Prof. Dr. Ülkü Dağlı ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Gastroenteroloji polikliniğinden İBS tanısı konularak yönlendirilen hastaların psikiyatri polikliniğinde psikiyatrik değerlendirmeleri araştırmacı tarafından yapılmıştır.

3. 3. 2. Uygulama

Araştırma süresince AİBÜ - TF Gastroenteroloji polikliniğine mide barsak şikayetiyle başvuran ve İrritabl Barsak Sendromu tanısı alan hastalardan çalışma kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden hastalara araştırma ayrıntılarıyla anlatılmış ve "Bilgilendirimli Olur"ları alınmıştır.

AİBÜ - TF Psikiyatri polikliniğine tedavi amacıyla ilk kez başvuran veya en az altı aylık bir süre psikiyatrik tedavi başvurusu olmayan, depresyon veya yaygın anksiyete bozukluğu tanısı alan kişilerden çalışma kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden hastalara araştırma ayrıntılarıyla anlatılmış ve "Bilgilendirimli Olur"ları alınmıştır.

AİBÜ - TF hastanesi çalışanlarından en az 6 aydır mide barsak şikayeti ve psikiyatrik tedavi başvurusu olmayan kişilerden araştırmaya katılma ölçütlerini karşılayanlara çalışmaya katılmaları teklif edilmiş ve kabul edenlerin "Bilgilendirimli Olur"ları alınmıştır.

Araştırmaya alınan tüm kişilere kendi bildirimli Belirti Tarama listesi (SCL - 90 - R) ölçeği, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Kısa Formu (WHOQOL - BREF), GİS Belirti Tarama Listesi ve kendi bildirimli MINI - Tarama formu uygulanmıştır.

Sosyodemografik Bilgi Formu araştırmacı tarafından dolduruldu, standart psikiyatrik değerlendirme yapıldı, sonra MINI - tarama formunda "evet" işaretleyenlere MINI - Plus 5. 0. 0 nöropsikiyatrik görüşme ile psikiyatrik tanı değerlendirmesi yapıldı, HAM - A ve HAM - D değerlendirme ölçekleri araştırmacı tarafından dolduruldu.

Değerlendirme sonrasında mide barsak şikayeti olanlar Gastroenteroloji polikliniğine İBS tanısı açısından değerlendirilmek ve tedavisi düzenlenmek üzere yönlendirilmiş ve I. eksen psikiyatrik hastalık tanısı konan hastalar olağan hizmet açışında tedaviye alınmıştır.

3. 3. 3. Analizler

Çalışmamızın istatistik analizleri Prof. Dr. Mustafa Sercan tarafından SPSS 17. 0 programı ile yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel metotların (ortalama, standart sapma) yanı sıra çoklu gruplar arası karşılaştırmalarda tek yönlü varyans analizi, alt grup karşılaştırmalarında Bonferroni  oklu karşılaştırma testi, ikili grupların karşılaştırmasında bağımsız t testi, nitel verilerin karşılaştırmasında ki - kare testi, değişkenlerin birbirleri ile ilişkilerini belirlemede Pearson korelasyon testi kullanılmıştır. Sonuçların anlamlılıkları $p<0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

4. BULGULAR

4. 1. Örneklemin Demografik Özellikleri

Araştırma süresi içinde değerlendirilen 35 irritabl barsak sendromu hastası Gastroenteroloji polikliniğine başvuran, araştırma ölçütlerini karşılayan ve katılmayı kabul eden bütün hastalar olması nedeniyle cinsiyet dağılımı arasındaki fark dikkate alınmamıştır. Psikiyatrik hasta grubunda da yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş 35 depresyon ve 34 anksiyete hastası bulunmaktaydı. Kontrol grubu yine yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş 35 kişiden oluşmaktaydı. Örneklemin %16. 5'i erkek (n=23), %83. 5'i kadın (n=116) idi.

4. 1. 1. İBS Hastaları, Psikiyatrik Hastalar ve Sağlıklı Kontrol Gruplarının Sosyodemografik Özellikleri

Bütün gruplarda kent doğumlu olanlar çoğunlukta idi fakat gruplar arasında kırsal veya kentsel doğumlu olmak açısından fark yoktu. Evli olanlar bütün gruplarda fazla olmakla birlikte medeni durum açısından fark yoktu (Tablo.4.1)

Yaşanılan ortamda kimlerin bulunduğu konusunda gruplar arasında anlamlı fark saptandı. İBS grubunun 28 (%80)'inin anne, baba ve kardeşten oluşan çekirdek aile içinde yaşadığı, 1 (%2. 8)'inin geniş ailede, 6 (%17. 1)'sının ise öğrenci yurdu, arkadaşlarıyla ya da yalnız yaşadığı görülmüştür. Depresyon grubunun 23 (%65. 7)'ünün çekirdek aile içinde yaşadığı, 9 (%25. 7)'unun geniş ailede, 3 (%8. 5)'ünün ise öğrenci yurdu, arkadaşlarıyla ya da yalnız yaşadığı, Anksiyete grubunun 22 (%64. 7)'sinin çekirdek aile içinde yaşadığı, 6 (%17. 6)'sının geniş ailede, 6 (%17. 6)'sının ise öğrenci yurdu, arkadaşlarıyla ya da yalnız yaşadığı, Kontrol grubunun 30 (%85. 7)'unun çekirdek aile içinde yaşadığı, 1 (%2. 8)'inin geniş ailede, 4 (%11. 4)'ünün ise öğrenci yurdu, arkadaşlarıyla ya da yalnız yaşadığı görülmüştür. Tüm gruplarda çekirdek aile ile yaşama durumu çoğunluğu oluştururken İBS ve kontrol gruplarında geniş ailede yaşama durumu çok az saptanmış olup, farkın buradan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Gruplar arasında öğrenim durumu bakımından anlamlı fark bulundu. Tüm gruplarda 2 (%1. 4) kişi okuryazardı, 43 (%30. 9) kişi ilköğretim, 7 (%5) kişi ortaokul, 56 (%40. 2) kişi lise ve 31 (%22. 3) kişi üniversite mezunuydu. Genel olarak

lise üstü eğitim görmüş olanlar kontrol grubunda çok yüksekti ve gruplar arasındaki farkın bu gruptan kaynaklandığı görülmüyordu.

Hastaların çalışma yaşamları araştırıldığında İBS hastalarında 11 (%31. 4) kişinin gelir getirici bir işte çalıştığı, 24 (%68. 6) kişinin çalışmadığı saptandı. Depresyon hastalarının 11 (%31. 4)'inin gelir getiren bir işte çalıştığı, 24 (%68. 6)'ünün çalışmadığı, Anksiyete hastalarının 8 (%23. 5)'inin gelir getiren bir işte çalıştığı, 26 (%66. 5)'sının çalışmadığı, saptandı. Kontrol grubunun hepsi gelir getirici bir işte çalışıyordu. Gruplar arasındaki fark anlamlıydı ve bu fark kontrol grubundan kaynaklanmaktaydı.

Çalışma ortamındaki gerginliğin öznel değerlendirmesi bakımından gruplar arasında fark olduğu gözlemlendi ancak anlamlı bulunmadı. İBS grubunda rahat seçeneğini işaretleyenler %27. 3, kontrol grubunda %51, anksiyete grubunda %62. 5, depresyon grubunda %72,7, olarak saptandı.

Sosyal ortamların değerlendirilmesinin istendiği sorulara verilen cevaplar açısından gruplar arasında fark vardı ve anlamlı idi. Depresyon grubunda rahat seçeneğini işaretleyenler %37. 1, İBS grubunda %40, anksiyete grubunda %41. 1 kontrol grubunda %88. 5, olarak saptandı.

Gruplar arasında kişilerin bildirdiği öznel stresör varlığı İBS grubunun 26 (%74. 2)'sında, depresyon grubunun 31 (%88. 5)'inde, anksiyete grubunun 30 (%88. 2)'unda, kontrol grubunun 14 (%40)'ünde saptandı. Kontrol grubunda stresör anlamlı olarak daha azdı ve fark bu gruptan kaynaklanmaktaydı (Tablo 4.1).

Grupların ihtiyaç duyulduğunda aldığı desteği değerlendirmesi istenince İBS grubunun 17 (%48. 5)'si destek sistemlerinin yeterli olduğunu belirtirken, Depresyon grubunda 15 (%42. 8), Anksiyete grubunda 17 (%50), Kontrol grubunda 33 (%94. 2) kişi aldığı desteği yeterli bulmakta idi. Gruplar arasındaki fark anlamlıydı ve bu fark kontrol grubundan kaynaklanmaktaydı (Tablo 4.1.).

Gruplar evin toplam aylık geliri açısından karşılaştırıldığında da aylık 1000 TL ve aşağısı geliri olanların oranı İS grubunda %17. 1, depresyon grubunda %11. 4, anksiyete grubunda %17. 6 ve kontrol grubunda hiç kimse, olarak saptandı. 2600 - 5000 TL arası geliri olanların dağılımı ise İBS grubunda %22. 8, depresyon grubunda %8. 5, anksiyete grubunda %17. 6 ve kontrol grubunda %48. 8 şeklinde

deydi. Gruplar arasındaki fark anlamlıydı ve bu fark kontrol grubundan kaynaklanıyordu (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. İBS, Anksiyete, Depresyon ve Kontrol gruplarının sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması

		İBS	DEP.	ANK.	KONTROL	s	X ²	sd	P
Cinsiyet	Kadın	29	29	29	29	116	,110	3	,991
	Erkek	6	6	5	6	23			
Doğum yeri	Kırsal	8	8	12	9	37	1.832	3	,608
	Kentsel	27	27	22	26	102			
Yaşadığı yer	Kırsal	4	3	4	1	12	2,250	3	,522
	Kentsel	31	32	30	34	127			
Medeni Durum	Bekar	8	7	12	9	36	4,145	6	,657
	Dul/Boşanmış	2	2	0	1	5			
	Evli	25	26	22	25	98			
Kimlerle Yaşıyor	Çekirdek aile	28	23	22	30	103	14,082	6	,029
	Geniş aile	1	9	6	1	17			
	Diğer	6	3	6	4	19			
Çocuk Sayısı	Yok	10	7	12	10	39	11,796	6	,067
	Bir - İki	17	23	11	22	73			
	Üç ve Üzeri	8	5	11	3	27			
Öğrenim durumu	Okuryazar	2	0	0	0	2	32,684	12	≤,001
	İlkokul	12	14	13	4	43			
	Ortaokul	3	2	2	0	7			
	Lise	14	14	15	13	56			
	Üniversite	4	5	4	18	31			
Çalışma durumu	Çalışmıyor	24	24	26	0	74	53,829	3	≤,001
	Çalışıyor	11	11	8	35	65			
Çalışma ortamında gerginlik	Taşınabilirden çok	4	1	2	2	9	12,252	6	,057
	Taşınabilir ölçüde	4	2	1	16	23			
	Rahat	3	8	5	17	33			

Tablo 4.1. İBS, Anksiyete, Depresyon ve Kontrol gruplarının sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması (Devam)

		İBS	DEP.	ANK.	KONTROL	s	X ²	sd	P
Sosyal Ortamında gerginlik	Taşınabilirden çok	4	7	3	0	14	28,343	6	≤,001
	Taşınabilir ölçüde	17	15	17	4	53			
	Rahat	14	13	14	31	72			
Stresör	Yok	9	4	4	21	38	27,454	3	≤,001
	Var	26	31	30	14	101			
Destek Sistemi	Yok	5	3	4	0	12	5,148	3	,161
	Var	30	32	30	35	127			
Destek Sistemi Yeterli mi?	Hayır	18	20	17	2	57	24,496	3	≤,001
	Evet	17	15	17	33	82			
Evin aylık geliri	1000 TL ve altı	6	4	6	0	16	28,104	9	≤,001
	1100 - 2500 TL	21	27	22	15	85			
	2600 - 5000 TL	8	3	6	17	34			
	5100TL ve üstü	0	1	0	3	4			

Çalışmaya alınan hastaların yaş dağılımı 19 - 58 arasındaydı. Genel yaş ortalaması İBS hastaları için 35,86 depresyon hasta grubu için 35,57 anksiyete hasta grubu için 36,38 ve Kontrol grubu için 35,57 olarak saptanmıştır. Gruplar arasında yaş açısından fark anlamlı değildi (Tablo 4.3). Cinsiyete göre yaş ortalaması kadınlar için 34,26 yıl, erkekler için 43,83 yıl şeklindeydi ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttu (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Grupların cinsiyete göre yaş dağılımlarının karşılaştırılması

	Cinsiyet	N	Ortalama	SS	T	sd	p
Yaş	kadın	116	34,26	10,600	- 4,134	137	≤,001
	erkek	23	43,83	7,278			

Çocuk sayısı bakımından İBS grubu ile diğer gruplar karşılaştırıldığında İBS grubu ile anksiyete grubu arasında anlamlı fark olduğu gözlemlendi. Bu fark anksiyete grubunda çocuk sayısının daha fazla olmasından kaynaklanıyordu.

Genel hasta grubu içerisinde en az öğrenim süresinin 2 yıl en fazla öğrenim süresinin ise 16 yıl olduğu gözlenmiştir. Öğrenim süresi bakımından İBS grubu ile diğer gruplar karşılaştırıldığında, İBS grubu ile Kontrol grubu arasında anlamlı fark olduğu gözlemlendi. Kontrol grubunda öğrenim süresinin daha fazla olduğu gözlemlendi. Ancak depresyon ve anksiyete gruplarının öğrenim süreleri İBS grubundan daha fazla olmakla birlikte aralarındaki fark anlamlı değildi (Tablo 4.3).

Tablo 4.3 İBS grubunun Anksiyete, Depresyon ve Kontrol grupları ile Yaş, kardeş sayısı, çocuk sayısı, öğrenim süresi açısından karşılaştırılması

		Gruplar	Ortalama farkı	Standart Hata	F	P	Anlamlı fark
Yaş	İBS	Depresyon	,286	2,588	,043	,988	AD
		Anksiyete	- ,525	2,607			
		Kontrol	,286	2,588			
Kardeş sayısı	İBS	Depresyon	,086	,453	,668	,573	AD
		Anksiyete	,470	,456			
		Kontrol	,514	,453			
Çocuk sayısı	İBS	Depresyon	- ,027	,296	2,988	,035	İBS < ANK
		Anksiyete	- ,693	,314			
		Kontrol	,200	,304			
Öğrenim süresi	İBS	Depresyon	- ,057	,924	5,948	≤,001	İBS < Kontrol
		Anksiyete	- ,506	,931			
		Kontrol	- 3,343*	,924			

(Post Hoc test: Bonferroni)

4. 1. 2. Örneklemin Özgeçmiş ve Soy Geçmiş Özellikleri

Geçmişte psikiyatrik hastalık varlığı bakımından gruplar arasında fark olduğu gözlemlendi ancak anlamlı bulunmadı. İBS grubunda geçmişte psikiyatrik hastalık varlığını işaretleyenler %22. 8, kontrol grubunda %8. 5, depresyon grubunda %14. 2, anksiyete grubunda %17. 6 olarak saptandı (Tablo 4.4.).

Ailede psikiyatrik hastalık varlığı depresyon grubunda %28. 5, İBS grubunda %22. 8, anksiyete grubunda %17. 6, kontrol grubunda %11. 4 olarak gözlemlendi, gruplar arasında fark vardı ancak anlamlı değildi (Tablo 4.4).

İBS grubunda 19 (%54. 2) kişi ailesinde mide barsak hastalığı olduğunu ve birinci derece akrabalarda daha sık olduğunu bildirmiştir. Depresyon, anksiyete ve Kontrol grubunda bu oranlar sırasıyla 11 (%31. 4), 12 (%35. 2) ve 10 (%28. 5) şeklindeydi. İBS grubunda ailede mide barsak hastalığının daha fazla olduğu gözlemlendi ancak bu fark anlamlı değildi (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. , Depresyon, Anksiyete ve Kontrol Gruplarının soy geçmiş özellikleri, bedensel hastalık ve madde kullanımı açısından karşılaştırılması

		İBS	DEP.	ANK.	KONTROL	s	X ²	sd	P
Geçmişte psikiyatrik hastalık	Yok	27	30	28	32	117	2,828	3	,419
	Var	8	5	6	3	22			
Ailede psikiyatrik hastalık	Yok	27	25	28	31	111	3,490	3	,322
	Var	8	10	6	4	28			
Ailede mide barsak hastalığı	Yok	16	24	22	25	87	6,024	3	,110
	Var	19	11	12	10	52			
Ailede bedensel hastalık.	Yok	21	27	23	24	95	2,387	3	,496
	Var	14	8	11	11	44			
Madde kullanımı	Yok	33	32	28	33	126	3,877	3	,275
	Var	2	3	6	2	13			
Sigara kullanımı	Yok	28	21	28	29	106	6,920	3	,074
	Var	7	14	6	6	33			
Bedensel hastalık	Yok	25	24	24	24	97	,104	3	,991
	Var	10	11	10	11	42			

Ailede bedensel hastalık varlığı İBS grubunda 14 (%40) kişide, depresyon grubunda 8 (%22. 8) kişide, anksiyete grubunda 11 (%32. 3) kişide, kontrol grubunda 11 (%31. 4) kişide olduğu saptandı. Gruplar arasında fark olduğu gözlemlendi ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi.

Psikoaktif madde ve/veya sigara kullanımı, açısından gruplar arasındaki fark vardı ancak anlamlı değildi. Depresyon grubunda sigara içiciliğinin daha fazla olduğu gözlemlendi.

4. 2. Örneklemin Klinik Özellikleri

Son 3 ay içinde mide barsak şikayetinin varlığı, İBS grubunun hepsinde, depresyon grubunda 17 (%48. 5) kişide, anksiyete grubunda 15 (%44. 1) kişide, saptandı ve kontrol grubunda hiç yoktu. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu.

Genel mide barsak şikayetinin varlığı, İBS grubunun hepsinde, depresyon grubunda 23(%65. 7) kişide, anksiyete grubunda 21(%61. 7) kişide, kontrol grubunda 2(% 5. 7) kişide saptandı. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu.

İBS hastalarının 17 (%48. 6)'sinde eş tanıli psikiyatrik hastalık saptanmıştır. Depresyon grubu hastalarından mide barsak şikayeti olan 17 (%48. 5) kişi ve Anksiyete grubu hastalarından mide barsak şikayeti olan 15 (%44. 1) kişi Gastroenteroloji polikliniğinde değerlendirilmiştir. Yönlendirilen hastalardan depresyon tanıli olanların 4 (%23. 5)'ü, anksiyete tanıli olanların 6 (%40)'sı İBS tanısı almıştır (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Grupların Mide Barsak şikayeti ve GİS tanısı açısından karşılaştırılması

		İBS	DEP.	ANK.	KONTROL	s	X ²	sd	P
Mide barsak şikayeti son 3 ay	yok	0	18	19	35	72	70,410	3	≤,001
	var	35	17	15	0	67			
Mide barsak şikayeti genel	yok	0	12	13	33	58	65,792	3	≤,001
	var	35	23	21	2	81			
GİS tanı	İBS yok	0	31	28	35	94	100,248	3	≤,001
	İBS var	35	4	6	0	45			

Psikiyatrik hastalık eş tanısı bakımından İBS grubunda 9 (%25. 7) kişide yalnızca bir psikiyatrik hastalık, 2 (%5. 7) kişide 2 psikiyatrik hastalık, 5 (%14. 2) kişide 3 psikiyatrik hastalık ve 1 (%2. 8) kişide 4 psikiyatrik hastalık eş tanısı mevcuttu. Tek psikiyatrik hastalığı olanlarda Majör Depresyon, Yaygın Anksiyete Bozukluğu ve Hipokondriyazis tanıları vardı (Tablo 4.6).

Psikiyatrik eş tanısı olan 17 İBS tanılı hastanın 11 (%64. 7) inde Yaygın Anksiyete Bozukluğu, 8 (%47. 0)'inde Major Depresyon, 7 (%41. 1)'sinde Hipokondriyazis, 2 (%11. 7)'sinde Obsesif Kompulsif Bozukluk, 2 (%11. 7)'sinde Sosyal Anksiyete Bozukluğu, 1 (%5. 8)'inde Distimi ve 1 (%5. 8)'inde Panik Bozukluk saptanmıştır (Tablo 4.6.).

Tablo 4.6. İBS hastalarının psikiyatrik eştanı oranları

MİNİ. PLUS TANI	İBS	Toplam %	Psikiyatrik Tanı %
Yok	18	51,4	
Yaygın anksiyete bozukluğu	5	14,2	29. 4
Hipokondriyazis	2	5,7	11. 8
Major depresif bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, hipokondriyazis	2	5,7	11. 8
Major depresif bozukluk	2	5,7	11. 8
Distimi, sosyal anksiyete bozukluğu	1	2,8	5. 8
Major depresif bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk, hipokondriyazis	1	2,8	5. 8
Major depresif bozukluk, panik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu	1	2,8	5. 8
Major depresif bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu,	1	2,8	5. 8
Major depresif bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu, hipokondriyazis	1	2,8	5. 8
Obsesif kompulsif bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, hipokondriyazis	1	2,8	5. 8
	35	100	

Gruplar kendi bildirdikleri bedensel hastalıklar bakımından incelendiğinde İBS hastalarının 10 (%28. 5)'unda, depresyon hastalarının 11 (%31. 4)'inde, anksiyete hastalarının 10 (%29. 4)'unda ve kontrol hastalarının 11 (%31. 4)'inde en az

bir bedensel hastalık vardı. Gruplar arasında ek tıbbi hastalık açısından fark yoktu. En sık eşlik eden bedensel hastalıklar Migren 11 (%19. 6) kişide ve Hipertansiyon 10 (%17. 8) kişide görülmekte idi. Diğer bedensel hastalıklardan Guatr 5 (%8. 9) kişide, Diabetes Mellitus 5 (%8. 9) kişide, Bel Fıtığı 4 (%7. 1) kişide, Astım 3 (%5. 3) kişide, Hemoroid 3 (%5. 3) kişide, Gastroözefageal Reflü 3 (%5. 3) kişide, Romatoid Artrit 2 (%3. 5) kişide, Sinüzit 2 (%3. 5) kişide, Boyun Fıtığı 1 (%1. 7) kişide, Böbrek hastalığı 1 (%1. 7) kişide, Egzema 1 (%1. 7) kişide, Gastrit 1 (%1. 7) kişide, Hipofiz Adenomu 1 (%1. 7) kişide, Koroner Arter Hastalığı 1 (%1. 7) kişide, Kronik Ürtiker 1 (%1. 7) kişide, Böbrek Taşı 1 (%1. 7) kişide, görülmekte idi.

4. 3. Örneklemin Klinik Ölçekler Açısından İncelenmesi

4. 3. 1. Grupların Belirti Tarama Listesi sonuçları

BTL'nin bütün alt gruplarında İBS ile diğer gruplar arasında anlamlı fark görülmekteydi. BTL alt gruplarından Fobik Anksiyete hariç diğer grupların hepsinde İBS ile kontrol grubu arasında anlamlı fark vardı. Fark İBS grubu puanlarının daha yüksek olmasından kaynaklanıyordu.

BTL alt gruplarının 7'sinde (BTL obsesif kompulsif belirtiler, BTL depresyon, BTL Anksiyete, BTL öfke düşmanlık, BTL paranoid düşünceler, BTL toplam puanı ve BTL ortalama puanları) İBS grubu ile depresyon grubu arasındaki farkın anlamlı olduğu görüldü. Bu fark depresyon grubunun puanlarının daha yüksek olmasından kaynaklanıyordu. Sadece BTL anksiyete alt grubunda İBS grubu ile Anksiyete grubu arasında anlamlı fark oluşmaktaydı. Fark anksiyete grubu puanının daha yüksek olmasından kaynaklanıyordu (Tablo 4.7).

4.3.2. İBS, Depresyon, Anksiyete ve Kontrol gruplarının Gastrointestinal Sistem Belirtileri

İBS ile depresyon, anksiyete ve kontrol grupları GİS belirtileri açısından karşılaştırıldığında kusma ve ishal belirtisi varlığı dışında bütün GİS belirtilerinde istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmekteydi.

Tablo 4.7. İBS, Depresyon, Anksiyete ve Kontrol gruplarının BTL Genel İndeksleri açısından karşılaştırılması

		Gruplar	Ortalama	Standart Hata	F	P	Anlamlı fark
BTL—90 Somatizasyon	İBS	Depresyon	-,07857	,14933	21,709	≤,001	İBS > Kontrol
		Anksiyete	,00427	,15042			
		Kontrol	,95714*	,14933			
BTL – 90 Obsesif kompulsif belirtiler	İBS	Depresyon	-,46571*	,17012	23,026	≤,001	İBS < DEP İBS > Kontrol
		Anksiyete	-,21941	,17137			
		Kontrol	,86286*	,17012			
BTL – 90 Kişiler arası duyarlılık	İBS	Depresyon	-,34286	,17569	15,611	≤,001	İBS > Kontrol
		Anksiyete	-,17871	,17698			
		Kontrol	,76825*	,17569			
BTL – 90 Depresyon	İBS	Depresyon	-,79780*	,17040	34,053	≤,001	İBS < DEP İBS > Kontrol
		Anksiyete	-,42650	,17164			
		Kontrol	,83956*	,17040			
BTL – 90 Anksiyete	İBS	Depresyon	-,48857*	,17301	27,822	≤,001	İBS < DEP İBS < ANK İBS > Kontrol
		Anksiyete	-,74050*	,17428			
		Kontrol	,73143*	,17301			
BTL – 90 Öfke düşmanlık	İBS	Depresyon	-,63810*	,20457	21,494	≤,001	İBS < DEP İBS > Kontrol
		Anksiyete	-,15784	,20607			
		Kontrol	,96190*	,20457			
BTL – 90 Fobik anksiyete	İBS	Depresyon	-,24490	,15862	8,842	≤,001	Fark bir gruptan kaynaklanmıyor
		Anksiyete	-,35558	,15978			
		Kontrol	,40000	,15862			
BTL – 90 Paranoid düşünceler	İBS	Depresyon	-,59524*	,19772	15,613	≤,001	İBS < DEP İBS > Kontrol
		Anksiyete	-,49440	,19917			
		Kontrol	,61429*	,19772			
BTL – 90 Psikotizm	İBS	Depresyon	-,22571	,14572	13,474	≤,001	İBS > Kontrol
		Anksiyete	-,38303	,14679			
		Kontrol	,48857*	,14572			
BTL – 90 Ek belirtiler	İBS	Depresyon	-,44082	,17380	18,060	≤,001	İBS > Kontrol
		Anksiyete	-,26206	,17507			
		Kontrol	,74694*	,17380			
BTL – 90 Toplam	İBS	Depresyon	- 38,40000*	12,65096	28,541	≤,001	İBS < DEP İBS > Kontrol
		Anksiyete	- 28,76807	12,74364			
		Kontrol	67,62857*	12,65096			
BTL – 90 Ortalama	İBS	Depresyon	-,42667*	,14057	28,541	≤,001	İBS < DEP İBS > Kontrol
		Anksiyete	-,31965	,14160			
		Kontrol	,75143*	,14057			

(Post Hoc test: Bonferroni)

Şişkinlik, dolgunluk, karın ağrısı, kabızlık, dışkılamada ağrı, dışkılama sonrası rahatlama ve GİS toplam puanları açısından İBS ile depresyon, anksiyete ve kontrol gruplarının hepsi arasında fark vardı ve anlamlıydı.

Bulantı, erken doyma ve göğüste yanma belirtileri açısından İBS grubu ile yalnızca Kontrol grubu arasında anlamlı fark anlamlı mevcuttu (Tablo 4.8).

4.3.3. İBS, Depresyon, Anksiyete ve Kontrol gruplarının Çalışma ortamı, Sosyal ortam, Stresör varlığı, HAM - D puanı ve HAM - A puanı

İBS grubu ile Depresyon, Anksiyete ve Kontrol grupları, Çalışma ortamı, Sosyal ortam, Stresör varlığı, HAM - D puanı ve HAM - A puanı bakımından karşılaştırıldığında, Çalışma ortamı dışında İBS grubu ile diğer gruplar arasında anlamlı fark bulunmuştur (Tablo 4.9).

Bu fark Sosyal ortam, Stresör varlığı ve HAM - A puanı bakımından Kontrol grubundan kaynaklanmaktaydı. HAM - D puanı bakımından ise depresyon ve kontrol gruplarından kaynaklanmaktaydı (Tablo 4.9).

4.3.4. Grupların Yaşam Kalitesi

İBS grubu ile depresyon, anksiyete ve kontrol grupları yaşam kalitesi bakımından karşılaştırıldığında, İBS ile diğer gruplar arasında bütün alanlarda anlamlı fark olduğu gözlemlendi.

Bedensel alanda fark depresyon ve kontrol gruplarından kaynaklanıyordu. İBS grubunun puanı depresyon grubu puanından daha yüksek, kontrol grubu puanından daha düşüktü. Ruhsal alanda İBS grubu ile diğer bütün gruplar arasındaki anlamlı fark vardı. Bu fark İBS grubunun puanının depresyon ve anksiyete gruplarından daha yüksek, kontrol grubundan daha düşük olmasından kaynaklanıyordu. Sosyal alanda fark kontrol grubundan kaynaklanıyordu. Kontrol grubu puanları İBS grubundan daha düşüktü. Çevresel alanda fark depresyon grubundan kaynaklanıyordu. İBS depresyon grubu puanından daha yüksekti (Tablo 4.10).

Tablo 4.8. İBS, Depresyon, Anksiyete ve Kontrol gruplarının GİS semptomları açısından karşılaştırılması

		Gruplar	Ortalama Farkı	Standart Hata	F	P	Anlamlı fark
GİS. Toplam	İBS	Depresyon	7,82857*	1,41159	35,339	≤,001	İBS > DEP İBS > ANK İBS > Kontrol
		Anksiyete	7,76555*	1,42193			
		Kontrol	14,51429*	1,41159			
GİS. Bulantı	İBS	Depresyon	,143	,245	6,675	≤,001	İBS > Kontrol
		Anksiyete	,022	,247			
		Kontrol	,943*	,245			
GİS. Kusma	İBS	Depresyon	-,029	,173	1,346	,262	AD
		Anksiyete	,105	,175			
		Kontrol	,286	,173			
GİS. Şişkinlik	İBS	Depresyon	1,600*	,258	27,663	≤,001	İBS > DEP İBS > ANK İBS > Kontrol
		Anksiyete	1,594*	,260			
		Kontrol	2,257*	,258			
GİS. Erken doy- ma	İBS	Depresyon	-,029	,247	3,584	≤,05	İBS > Kontrol
		Anksiyete	,263	,249			
		Kontrol	,686*	,247			
GİS. dolgunluk	İBS	Depresyon	1,343*	,261	20,935	≤,001	İBS > DEP İBS > ANK İBS > Kontrol
		Anksiyete	1,276*	,263			
		Kontrol	2,029*	,261			
GİS. karın ağrısı	İBS	Depresyon	1,629*	,229	40,693	≤,001	İBS > DEP İBS > ANK İBS > Kontrol
		Anksiyete	1,515*	,231			
		Kontrol	2,486*	,229			
GİS. göğüste yanma	İBS	Depresyon	,286	,248	4,707	≤,01	İBS > Kontrol
		Anksiyete	,203	,250			
		Kontrol	,886*	,248			
GİS. kabızlık	İBS	Depresyon	1,286*	,272	21,081	≤,001	İBS > DEP İBS > ANK İBS > Kontrol
		Anksiyete	1,458*	,274			
		Kontrol	2,114*	,272			
GİS İshal	İBS	Depresyon	-,057	,173	1,293	,280	AD
		Anksiyete	,017	,174			
		Kontrol	,257	,173			
GİS Dışkılamada ağrı	İBS	Depresyon	1,171*	,251	16,296	≤,001	İBS > DEP İBS > ANK İBS > Kontrol
		Anksiyete	1,065*	,253			
		Kontrol	1,714*	,251			
GİS Dışkılama sonrası rahatlama	İBS	Depresyon	1,057*	,254	11,384	≤,001	İBS > DEP İBS > ANK İBS > Kontrol
		Anksiyete	,820*	,256			
		Kontrol	1,429*	,254			

Post Hoc test: Bonferroni

Tablo 4.9. İBS, Depresyon, Anksiyete ve Kontrol gruplarının Çalışma ortamı, Sosyal ortam, Stresörler, HAM - D ve HAM - A puanı açısından karşılaştırılması

		Gruplar	Ortalama Farkı	Standart Hata	F	P	Anlamlı fark
Çalışma ortamı	İBS	Depresyon	- ,727	,299	2,202	,097	AD
		Anksiyete	- ,466	,325			
		Kontrol	- ,519	,242			
Sosyal ortam	İBS	Depresyon	,114	,147	9,423	≤,001	İBS < Kontrol
		Anksiyete	- ,038	,148			
		Kontrol	- ,600*	,147			
Stresörler	İBS	Depresyon	- ,143	,097	11,075	≤,001	İBS > Kontrol
		Anksiyete	- ,139	,098			
		Kontrol	,343*	,097			
HAM – D puanı	İBS	Depresyon	-8,429*	1,006	127,217	≤,001	İBS < DEP İBS > Kontrol
		Anksiyete	- ,527	1,013			
		Kontrol	11,086*	1,006			
HAM – A puanı	İBS	Depresyon	3,771	1,474	59,355	≤,001	İBS > Kontrol
		Anksiyete	- 2,750	1,485			
		Kontrol	15,543*	1,474			

Post Hoc test: Bonferroni

Tablo 4.10. İBS, Depresyon, Anksiyete ve Kontrol gruplarının Yaşam Kalitesi açısından karşılaştırılması

		Gruplar	Ortalama Farkı	Standart Hata	F	P	Anlamlı fark
Bedensel Alan WHOQOL - Bref 0 – 100	İBS	Depresyon	15,81633*	4,05805	22,248	≤,001	İBS > DEP İBS < Kontrol
		Anksiyete	6,14946	4,08778			
		Kontrol	- 16,42857*	4,05805			
Ruhsal Alan WHOQOL - Bref 0 – 100	İBS	Depresyon	16,54762*	3,43488	39,103	≤,001	İBS > DEP İBS > ANK İBS < Kontrol
		Anksiyete	10,65476*	3,46005			
		Kontrol	- 18,09524*	3,43488			
Sosyal Alan WHOQOL - Bref 0 – 100	İBS	Depresyon	9,04762	4,14435	18,138	≤,001	İBS < Kontrol
		Anksiyete	2,23389	4,17471			
		Kontrol	- 20,00000*	4,14435			
Çevresel Alan WHOQOL - Bref TR 0 – 100	İBS	Depresyon	8,73016*	2,95488	7,924	≤,001	İBS > DEP
		Anksiyete	4,83193	2,97653			
		Kontrol	- 4,84127	2,95488			

Post Hoc test: Bonferroni

İBS grubunun psikiyatrik eş tanısı olan ve olmayan alt grupları Yaşam Kalitesi bakımından karşılaştırıldığında Bedensel Alan ve Ruhsal Alan açısından psikiyatrik eş tanısı olan İBS grubu ile psikiyatrik eş tanısı olmayan İBS grubu arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu gözlemlendi. Sosyal Alan, Çevresel Alan ve Gastrointestinal Yakınmalar Toplam puanı bakımından ise gruplar arasındaki fark anlamlı değildi (Tablo 4.11).

Tablo 4.11. İBS grubunun psikiyatrik eş tanısı olan ve olmayan alt gruplarının Yaşam Kalitesi açısından karşılaştırılması

Yaşam kalitesi	Psikiyatrik Eştanı	N	Ortalama	SS	t	sd	p
Bedensel Alan WHOQOL - Bref 0 - 100	Yok	18	70,0397	13,86670	3,033	33	,005
	Var	17	54,2017	16,95184			
Ruhsal Alan WHOQOL - Bref 0 - 100	Yok	18	65,0463	14,99856	2,533	33	,016
	Var	17	51,7157	16,14139			
Sosyal Alan WHOQOL - Bref 0 - 100	Yok	18	59,7222	16,72783	,748	33	,460
	Var	17	54,9020	21,25793			
Çevresel Alan WHOQOL - Bref TR 0 - 100	Yok	18	69,4444	11,90009	1,553	33	,130
	Var	17	62,9085	12,98968			
Gastrointestinal Yakınmalar Toplam Puan	Yok	18	17,2778	5,44281	- ,648	33	,521
	Var	17	18,7059	7,48970			

4. 4. Korelasyon Analizleri

Gastrointestinal Yakınmalar Toplam Puanı ile BTL 90 ortalama ve Yaşam kalitesi alt grupları arasında korelasyon analizi yapıldığında, Gastrointestinal Yakınmalar Toplam Puanı ile BTL 90 ortalama, Bedensel Alan, Ruhsal Alan ve Sosyal Alan arasındaki ilişkinin negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu gözlemlenmiştir. Gastrointestinal Yakınmalar Toplam Puanı ile Çevresel Alan arasındaki zayıf ve negatif yönlü ilişki ise anlamlı bulunmamıştır (Tablo 4.12).

Tablo 4.12. Gastrointestinal Yakınmaları ile BTL 90 ortalama ve Yaşam kalitesi arasında korelasyon analizi

Gastrointestinal Yakınmalar Toplam Puanı			
	s	r	P
BTL - 90. ortalama	139	- ,41	≤,001
Bedensel alan - WHOQOL - Bref 0 – 100	139	- ,29	≤,001
Ruhsal alan - WHOQOL - Bref 0 – 100	139	- ,31	≤,001
Sosyal alan - WHOQOL - Bref 0 – 100	139	- ,35	≤,001
Çevresel alan - tr WHOQOL - Bref 0 – 100	139	- ,15	AD

4. 5. Regresyon Analizi

WHOQOL'un Bedensel Alan, Ruhsal Alan, Sosyal Alan ve Çevresel Alan alt grupları bağımlı değişken, Hamilton depresyon puanı, Hamilton anksiyete puanı ve Gastrointestinal belirtiler toplam puanı bağımsız değişken olarak belirlenmiş ve yaşam kalitesini bu değişkenlerin yordama derecelerinin belirlenmesi amacıyla regresyon analizi uygulanmıştır.

Analiz sonucunda, Hamilton depresyon puanının yüksek değerde ($\beta = - ,687, p \leq ,001$), Hamilton anksiyete puanının orta değerde ($\beta = - ,506, p \leq ,001$) ve Gastrointestinal belirtiler toplam puanının düşük değerde ($\beta = - ,290, p \leq ,001$) Bedensel Alanda yaşam kalitesini yordadığı sonucuna varılmıştır.

Benzer şekilde Hamilton depresyon puanının yüksek değerde ($\beta = - ,743, p \leq ,001$), Hamilton anksiyete puanının orta değerde ($\beta = - ,589, p \leq ,001$) ve Gastrointestinal belirtiler toplam puanının düşük değerde ($\beta = - ,307, p \leq ,001$) Ruhsal Alanda yaşam kalitesini yordadığı görülmüştür.

Yine Sosyal Alan ile ilgili analizde Hamilton depresyon puanının orta değerde ($\beta = - ,583, p \leq ,001$), Hamilton anksiyete puanının orta değerde ($\beta = - ,439,$

$p \leq ,001$) ve Gastrointestinal belirtiler toplam puanının düşük değerde ($\beta = - ,348$, $p \leq ,001$) Sosyal Alanda yaşam kalitesini yordadığı saptanmıştır.

Çevresel Alan ile ilgili analizde ise Hamilton depresyon puanının orta değerde ($\beta = - ,464$, $p \leq ,001$) ve Hamilton anksiyete puanının düşük değerde ($\beta = - ,345$, $p \leq ,001$) Çevresel Alanda yaşam kalitesini yordadığı bulunmuşken Gastrointestinal belirtiler toplam puanı ($\beta = - ,154$, $p = ,070$) Çevresel Alanda yaşam kalitesini yordayıcı olarak bulunmamıştır (Tablo 4.13).

Tablo 4.13 Regresyon tablosu

				%95 Güven Aralığı		β	Ayarlanmış R^2	p
		B	Standart Hata	Alt Sınır	Üst Sınır			
WHOQOL BEDENSEL	Hamilton depresyon puanı	- 1,733	,156	- 2,042	- 1,423	- ,687	,468	$\leq ,001$
	Hamilton anksiyete puanı	- 1,118	,163	- 1,440	- ,796	- ,506	,250	$\leq ,001$
	Gİ belirtiler toplam puanı	- ,764	,215	- 1,189	- ,339	- ,290	,078	$\leq ,001$
WHOQOL RUHSAL	Hamilton depresyon puanı	- 1,774	,136	- 2,043	- 1,504	- ,743	,549	$\leq ,001$
	Hamilton anksiyete puanı	- 1,233	,144	- 1,518	- ,947	- ,589	,342	$\leq ,001$
	Gİ belirtiler toplam puanı	- ,765	,202	- 1,166	- ,365	- ,307	,088	$\leq ,001$
WHOQOL SOSYAL	Hamilton depresyon puanı	- 1,455	,173	- 1,797	- 1,112	- ,583	,335	$\leq ,001$
	Hamilton anksiyete puanı	- ,959	,168	- 1,292	- ,627	- ,439	,187	$\leq ,001$
	Gİ belirtiler toplam puanı	- ,907	,208	- 1,319	- ,494	- ,348	,115	$\leq ,001$
WHOQOL ÇEVRESEL	Hamilton depresyon puanı	- ,756	,123	- ,999	- ,512	- ,464	,210	$\leq ,001$
	Hamilton anksiyete puanı	- ,493	,114	- ,719	- ,266	- ,345	,113	$\leq ,001$
	Gİ belirtiler toplam puanı	- ,262	,143	- ,545	,022	- ,154	,017	,070

5. TARTIŞMA

İBS ruhsal sorunların önemli bir oranda eşlik ettiği ve belirtilerinin stresle şiddetlendiği bilinen, karın ağrısı, şişkinlik ile beraber dışkılama alışkanlığındaki değişiklik ile karakterize bir rahatsızlıktır. Yaygınlığı %3 - 20 arasında değişmekle birlikte çalışmaların çoğunda %10 - 15 aralığındadır (9, 140). Tanı, tedavi ve işe devamsızlık sonucu önemli miktarda ekonomik harcamalara neden olmaktadır (141, 2). Bu nedenlerden dolayı İBS, sosyal ve ekonomik açıdan önemli ve çok sık karşılaşılan, toplumun ciddi bir sağlık sorunudur.

Bu çalışmada İBS hastalarında psikojenik etmenler, psikiyatrik eş tanı sıklığı ve ruhsal sorunların yaşam kalitesini ne ölçüde etkilediği, psikiyatrik hasta grupları ve sağlıklı kontrollerle karşılaştırılarak araştırılmıştır.

İBS tüm yaş gruplarını ve her iki cinsi etkilemekle birlikte tanı konulanların çoğunluğunu genç yaştakiler ve kadınlar oluşturur. Kültürel arkaplan farklılıkları, kadınların doktora daha sık başvurmaları, kadınların psikolojik streslere daha duyarlı olmaları, kadın hormonlarının viseral duyarlılığı etkilemesi ve ağrı eşiğini azaltması, santral sinir sistemindeki serotonin sentezindeki farklılıklar İBS'nin kadınlarda erkeklere göre daha sık görülmesine neden olan faktörler olarak ileri sürülmektedir (142).

Kuzey Amerika'da kadın: erkek oranı 2: 1 (5, 6), ülkemizde ise 3: 2 olarak saptanmıştır (2). Epidemiyolojik alan çalışmalarında İBS'li hastaların kadın: erkek oranı Batı ülkelerinde çoğunlukla 2: 1 iken, klinik çalışmalarda bu oran kadınlarda erkeklere göre 3 - 4 kat daha fazla görülmektedir (143, 144, 142). Buna karşılık Uzak Doğu ülkelerinde bu farkın ortadan kalktığı ya da erkekler lehine döndüğü bildirilmektedir. Araştırmamızda kadın sayısı erkeklerin yaklaşık beş katı (6/29) idi. Bir klinik araştırma olarak sonuçlarımızın Batı ülkelerinin İBS cinsiyet örüntüsüne ilişkin genel sonuçlara uyumlu olduğu görülmektedir (142).

Çalışmamızda İBS'yi yetişkin popülasyonunda değerlendirmek için hastaların 18 - 65 yaş arasında olmaları şartı aranmıştır. Hastaların yaş ortalaması İBS grubu için 35. 86 yıl bulunmuştur. Hastaların yaklaşık 2/5'i 30 yaştan küçüktü, 3/5'e yakını ise 31 - 55 yaş aralığında idi. Bu sonuç literatürde bildirilen yaş aralığına uyumludur (142, 145).

İBS'nin öğrenim durumuyla ilişkisi bakımından ülkemizde yapılan çalışmalarda birbirinden farklı sonuçlara ulaşılmıştır. İBS'nin üniversite mezunlarında daha az sıklıkta görüldüğünü bildirenlerin (146) yanında, eğitim durumu ile İBS arasında ilişki bulunmadığını bildiren çalışmalar da mevcuttur (10). Yine Amerika'da yapılan 1713 İBS hastası içeren bir çalışmada İBS'nin yüksek öğrenimli olmayanlarda daha sık görüldüğü belirtilmiştir (147). Biz de çalışmamızda İBS ile eğitim durumu arasında bir ilişki olduğunu gördük. Öğrenim durumu bakımından İBS grubunun eğitim süresi kontrol grubundan anlamlı olarak daha düşüktü. Bu sonuç İBS ile düşük öğrenim arasında ilişki olduğunu bulan araştırmalarla uyumludur. Ancak çalışmamız bir toplum araştırması olmadığından ve sağlıklı kontrol grubu hastane çalışanlarından seçildiğinden bu sonuç genellenebilir değildir.

Woodman ve ark. yaptıkları sistemik bir çalışmada İBS hastalarının yakınlarında mide barsak sendromları kolesistektomi hastalarının yakınlarından farklı değilken, psikiyatrik semptomlar daha yaygın bulunmuştur (148). Yakın zamanda yapılan bir çalışmada (149) İBS ile ilgili güçlü ailevi yüklülüğten bahsedilse de, işlevsel barsak hastalıklarının aile içinde geçişli olduğuna değin ciddi kanıtlar yoktur. Çalışmamızda bireylerin ailelerinde psikiyatrik ve bedensel hastalık varlığı incelendiğinde; ailede mide barsak hastalığı, bedensel hastalık varlığı, psikiyatrik hastalık varlığı İBS grubunda, depresyon, anksiyete ve kontrol grubundan daha yüksekti, ancak fark istatistiksel olarak anlamlı değildi. Çalışmamızda yalnızca İBS için değil, depresyon ve anksiyete bozuklukları için de anlamlı bir ailesel yatkınlık bulunamamıştır.

İBS olan hastaların yaşamlarında stresin önemli bir rolü vardır. İBS yakınması olan kişilerin hastalıklarının başlangıcından önce stresli yaşam olaylarının olduğu ve sonrasındaki stresli olayların bu kişilerde İBS belirtilerini alevlendirdiği bildirilmiştir (150). İBS'li kadınlarda stres ile günlük semptomları arasında kore-

lasyon olduğu bildirilmiştir (151). Whitehead ve ark. (73) ise İBS olan hastalarda stres ve barsak belirtileri arasında anlamlı ilişki olduğunu göstermişlerdir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada İBS'li hastaların yaklaşık 4/5'i şikâyetlerinin stresle ilişkili olduğunu düşündüklerini ve 2/5'i yakınmalarının ani hava değişimlerinden etkilendiğini belirtmişlerdir (14). Çalışmamızda İBS'li hastaların yaklaşık 3/4'ü öznel stresör bildirmiştir. İBS'li hastalarda, depresyon ve anksiyete hastalarına yakın oranlarda ve kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek öznel stresör varlığı saptandı. Bulgularımız literatür bilgileri ile uyumludur.

Biz alışmamızda, kontrol grubu ile kıyaslandığında düzenli bir işi olmakla İBS arasında anlamlı bir ilişki olduğunu tespit ettik. Benzer bir ilişkinin depresyon ve anksiyete gruplarında da olduğunu gözlemledik. Ülkemizde Özden ve ark. yaptıkları çalışmada meslek sahibi olma durumu ile İBS dağılımı arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (14). Bulgularımız bu çalışma ile uyumlu olmakla birlikte çalışmamızın bu sonucunun kuvvetli olduğunu söylemek güçtür. İBS hastalarının 2/3'ten fazlası düzenli bir işte alışmıyor olsa da, anlamlı farkın oluşması, kontrol grubunun hastane çalışanlarından seçilmesinden kaynaklanmaktaydı.

Ülkemizde yapılan bir araştırmada, İBS tanılı hastaların 3/4'ten fazlasının en az bir psikiyatrik rahatsızlığı olduğunu, 1/3'e yakınının tek bir psikiyatrik tanısı bulunduğunu, yarıya yakınına ise birden fazla psikiyatrik tanı konuğu saptanmıştır (156). İBS hastalarının klinik durumları komorbiditenin varlığına göre değişiklik göstermektedir (70). İBS hastalarında kolon motilitesinin emosyenel streslere daha hızlı ve çabuk cevap verdiği gösterilmiştir (152, 153). İBS hastalarında en sık görülen psikiyatrik eş tanılar anksiyete bozuklukları (panik ve yaygın anksiyete bozukluğu), depresyon (distimi dahil), somatoform bozukluklar (hipokondriazis ve somatizasyon bozukluğu) ve fobik bozukluklardır (143). İBS'li hastaların yaklaşık üçte birinde major depresyon, beşte ikisinde yaygın anksiyete bozukluğu(105), ¼ ila ½ aralığında panik bozukluğu (103, 154, 155,) saptayan araştırmalar bulunmaktadır. İBS'nin erken döneminde anksiyetenin, uzun döneminde ise depresyonun birliktelik gösterdiği ileri sürölmüştür(86, 87). Çalışmamızda İBS hastalarının yaklaşık yarısında en az bir eş tanılı psikiyatrik hastalık saptanmıştır. Psikiyatrik hastalık eş tanısı bakımından İBS hastalarının 1/4'ünde yalnızca bir psikiyatrik hasta-

lık, 1/5'ten çoğunda ise birden fazla psikiyatrik eş tanı mevcuttu. 17 kişide saptanan 32 psikiyatrik hastalığın yarısının anksiyete bozuklukları alt gruplarından (Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Obsesif Kompulsif Bozukluk, Sosyal Anksiyete Bozukluğu, Panik Bozukluğu) oluşması, ikinci sırada depresif bozukluklar ve üçüncü sırada hipokondriasis bulunması dikkat çekiciydi. Çalışmamıza göre tedavi arayışında olan İBS hastalarında anksiyete bozuklukları eş tanısının diğer psikiyatrik eş tanılardan daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu bulgular, İBS olanlarda anksiyete ve depresif bozukluklarının sıklıkla bir arada olduğu görüşünü destekler niteliktedir, ancak panik bozukluğu oranı literatürde anılan düzeyde yüksek bulunmamıştır (157, 158).

Psikiyatrik rahatsızlığı bulunan hastalarda da %30 - 70 oranında bulantı, diyare, abdominal sıkıntı gibi fonksiyonel barsak kanalı yakınmaları bildirilmektedir (150). MDB tanısı alan hastaların 3/10 - 4/10'unda, yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) olan hastaların 2/5'inde panik bozukluğu olan hastaların 2/5'inde, distimisi olan hastaların 3/5'inde İBS ölçütlerinin karşılandığı; buna karşılık psikiyatrik açıdan sağlıklı kontrol grubunda İBS oranının 1/10'un altında kaldığı bildirilmiştir (83, 84, 103, 104, 161-164). İBS'li hastalarda gastrointestinal semptomlar başlamadan önce psikiyatrik semptomların olduğu gösterilmesine karşılık İBS ile doğrudan ilişkili bir psikiyatrik bozukluk da saptanamamıştır (159, 160). Bizim çalışmamızda depresyon grubu hastalarından yarıya yakını (17/35), anksiyete grubu hastalarının yarısından azında (15/34) mide - barsak yakınmaları bildirilmiş ve gastroenteroloji kliniğinde tanısal değerlendirme sonucunda gastrointestinal yakınma bildiren depresyon hastalarının yaklaşık dörtte birine (4/17), gastrointestinal yakınma bildiren anksiyete bozukluğu hastalarının ise beşte üçüne (6/15) İBS tanısı konulmuştur. Bu sonuçlar uluslararası literatürle uyumlu olarak, depresyon ve anksiyete bozuklukları başta olmak üzere psikiyatrik bozukluklarda İBS eştanısının da dikkat çekici oranlarda olduğu ve açıklamaları bir netliğe varmamış olsa da karşılıklı bir etkileşme olduğu yönünde değerlendirilmiştir.

Son 3 ay içinde mide barsak şikayetinin varlığı, İBS grubunun hepsinde, depresyon grubunun %48. 5'inde, anksiyete grubunun %44. 1'inde saptandı. Sağlıklı kontrol grubunun araştırmaya alınma ölçütlerinden biri güncel mide - barsak

rahatsızlığı olmamasıydı. Bu nedenle sağlıklı kontrol grubu ile olan farkın bir önemi olmadığı sonucuna varıldı, buna karşılık depresyon ve anksiyete grubunda mide barsak yakınması oldukça önemli bir yoğunluk göstermekteydi. Genel mide barsak şikayetinin varlığı ise İBS grubunun hepsinde, depresyon grubunun %65. 7'sinde, anksiyete grubunun %61. 7'sinde ve sağlıklı kontrol grubunun % 5. 7'sinde saptandı. Gruplar arasındaki bu farklar istatistiksel olarak anlamlı bulundu ve bu oranlar literatür bilgisi ile uyumluydu. Depresyon ve anksiyetenin mide barsak yakınmaları oluşturmaları ruhsal alan ile mide barsak sistemi işlevleri arasında dikkat çekici bir ilişki olduğunu düşündürmektedir.

Araştırmamızda İBS hastaları ile psikiyatrik hastalar ve kontrol grubu Belirti Tarama Listesi alt ölçeklerinden aldıkları puanlar açısından karşılaştırıldıklarında; İBS, depresyon ve anksiyete gruplarında fobik anksiyete dışında bütün alt belirtilerde (somatizasyon, obsesif kompulsif belirtiler, kişiler arası duyarlılık, depresyon, anksiyete, öfke düşmanlık, paranoid düşünceler, psikotizm, ek belirtiler, toplam puanı ve ortalama puanları) sağlıklı kontrol grubundan anlamlı ölçüde yüksek puanlar saptandı. Öte yandan BTL alt gruplarının 5'inde (obsesif kompulsif belirtiler, depresyon, anksiyete, öfke düşmanlık, paranoid düşünceler) İBS grubu ile depresyon grubu arasında anlamlı fark saptanması ruhsal belirtiler bakımından İBS ile depresyonun örtüştüğü alanlar olmasına karşın tümüyle örtüşmediği, buna karşılık İBS ve Anksiyete grupları arasında anksiyete belirtisindeki şiddet farkı dışında öbür belirtilerde anlamlı bir fark saptanmamış olması anksiyete ile İBS'nin belirti düzeyinde birçok alanda örtüştüğünü düşündürmektedir.

Benzer şekilde Garakani ve arkadaşları (82) da anksiyete bozuklukları ile İBS arasındaki ilişkileri incelemiş ve belirtilerle prezentasyonlar arasında güçlü bir korelasyon bulmuşlardır. İBS ve anksiyete bozuklukları arasında örtüşen bazı belirtilere ilave olarak, tedavi sonuç verileri alprazolam ya da fenelzin kullanımının (103) ve psikolojik tedavilerin (106) hem anksiyete hem de GİS semptomlarını eş zamanlı olarak anlamlı derecede azalttığını göstermiştir.

Çalışmamızda HAM - D ve HAM - A ölçekleri açısından İBS, depresyon ve anksiyete grupları sağlıklı kontrol grubundan anlamlı ölçüde yüksek puanlar elde etmişlerdir. HAM - D ölçeği sonuçlarında depresyon grubu puanları, İBS gru-

bundan anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur. Anksiyete grubu ile İBS grubu arasında HAM - D ve HAM - A ölçekleri bakımından anlamlı bir fark görülmemiştir.

İBS tanısı konulan hastaların fazla anksiyeteli olmadıkları saptanmış olmakla birlikte bu hastaların, endişe ve YAB ile son derece ilişkili olduğu belirlenen bir yapı olan belirsizlik intoleransını yüksek düzeylerde raporladıkları bulunmuştur (101, 155). Aslında İBS hastalarındaki belirsizlik intoleransı düzeyinin YAB'nın somatik kriterlerini karşılayan bireylerin görüşleriyle karşılaştırılabilir düzeyde olduğu saptanmıştır. Ayrıca endişe ve durum anksiyetesinin GİS belirti şiddetinin iyi bir ön görücüsü olduğu ve varyansın neredeyse %30'unu oluşturduğu belirlenmiştir (101).

GİS yakınmaları ile ruhsal belirtiler ve yaşam kalitesi arasında bir ilişki olup olmadığına bakılmış ve BTL - 90 ortalama puanı ile WHOQOL - Bref'in bedensel alan, ruhsal alan ve sosyal alan alt ölçekleri arasında istatistiksel açıdan negatif yönlü, orta derecede ve anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Sağlıkta hastalığın, alınan tedbirlerin ve tedavilerin, hastalar ve çevresindekiler üzerindeki etkisini anlamak ve ölçmek son derece önemlidir. Özellikle kronik hastalıklarda yaşam kalitesinin artması amaçlanmaktadır (165, 166). İBS'li hastaların yaşam kalitesini sağlıklı kontrollerden (167), gastroözefial reflüsü olanlardan, şekerli diabet hastalarından, kronik böbrek hastalığı olanlardan (8), peptik ülser, ülseratif kolit, Crohn Hastalığı, karaciğer hastalığı, hepatobiliyer bozukluk hastalarından daha düşük bulan araştırmalar yayımlanmıştır. İBS nedeniyle iş verimi ya da işe devamı bozulanların oranı %40'lara erişmektedir (168, 169).

Bizim çalışmamızda da WHOQOL - Bref ölçeği kullanılarak İBS'li hastaların yaşam kalitesi puanları depresyon, anksiyete ve kontrol grupları ile karşılaştırılmıştır. İBS grubu, WHOQOL - Bref'in bedensel, ruhsal ve sosyal alt ölçeklerinde sağlıklı kontrol grubundan anlamlı derecede daha düşük bir yaşam kalitesini gösteren sonuçlar elde etmiştir ancak çevresel alanda istatistiksel olarak anlamlı farklılık oluşturmamıştır. Bedensel ve ruhsal alanda depresyonda yaşam kalitesindeki bozulma anlamlı olarak İBS grubundan yüksek bulunmuştur. Anksiyete grubu ise yalnızca ruhsal alanda İBS grubundan anlamlı derecede düşük bir yaşam kalite-

si bildirmiş, diğer alanlarda İBS ile anlamlı bir fark göstermemiştir. Bu sonuca bakılarak, İBS ile anksiyete bozuklukları arasındaki benzerlik yalnızca belirtilerle sınırlı kalmayıp aynı zamanda yaşam kalitesinde de görülmektedir.

İBS grubunun psikiyatrik eş tanısı olan ve olmayan alt grupları Yaşam Kalitesi bakımından karşılaştırıldığında, bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel alanların hepsinde psikiyatrik eş tanısı olmayan İBS grubunun yaşam kalitesi testinden daha yüksek puanlar aldığı, ancak yalnızca bedensel ve ruhsal alanlarda anlamlı farklılık oluşturduğu gözlemlendi. Bununla beraber Gastrointestinal Yakınmalar Toplam puanı bakımından İBS grubunda psikiyatrik eş tanı olmasının gruplar arasındaki belirgin bir farklılık oluşturmadığı görüldü. Bu sonuçlara bakılarak psikiyatrik eş tanı olması yaşanan gastrointestinal yakınmaların şiddetinde bir değişikliğe yol açmakla birlikte bedensel ve ruhsal yaşam kalitesinde anlamlı bir düşüşe yol açtığı düşünülebilir.

Uygulanan regresyon analizleri sonrasında yaşam kalitesini yordayan faktörler araştırılmıştır: Bedensel alan, ruhsal alan ve sosyal alandaki yaşam kalitesi için Hamilton depresyon puanı yüksek değerde, Hamilton anksiyete puanı orta değerde, ve Gastrointestinal belirtiler toplam puanı düşük değerde yordayıcı olarak bulunmuştur. Çevresel alandaki yaşam kalitesi için, Hamilton depresyon puanı orta değerde ve Hamilton anksiyete puanı düşük değerde yordayıcı olarak bulunmuş ancak gastrointestinal belirtiler toplam puanının çevresel alanda yaşam kalitesini yordamadığı tespit edilmiştir.

Bu sonuçlara bakılarak, önemli bir psikopatoloji olarak depresyonun her alanda düşük yaşam kalitesini kuvvetle yordadığı, anksiyete bozukluklarının yaşam kalitesinin her alanında orta düzeyde bir yordayıcı olduğu kanısı oluşmuştur. Öte yandan gastrointestinal belirti şiddeti ruhsal ve bedensel yaşam kalitesi alanlarında zayıf bir yordayıcı olduğu halde çevresel yaşam kalitesi için yordayıcı bulunmamıştır.

6. SONUÇ

İrritabl Barsak Sendromu'nun ruhsal yönü ile ilgili olarak bu araştırmadan çıkan sonuçlar şunlardır:

1. Bu araştırmada İBS'nin ailevi yüklülüğünü destekler sonuçlar elde edilmemiştir.
2. İBS hastalarının, depresyon ve anksiyete hastalarına benzer oranda stres altında oldukları saptanmıştır.
3. İBS'li hastaların yaklaşık yarısında eşlik eden en az bir psikiyatrik hastalık saptanmıştır. Eştanı bakımından en sık anksiyete bozuklukları, ikinci sırada depresif bozukluklar, üçüncü sırada da hipokondriazis görülmektedir. Anksiyete ve depresyonu olan hastalarda da önemli oranda mide barsak yakınmaları ve İBS tanısı bulunması ruhsal yapı ile gastroenterolojik hastalıklar karşılıklı ilişkinin klinikte de doğrulanması anlamına gelmektedir.
4. İBS hastalarında ruhsal belirtiler sağlıklı kontrol grubundan anlamlı ölçüde daha yüksek bulunmuş, belirtiler yönünden depresyon hastalarından farklılıkları olduğu halde anksiyete bozuklukları hastalarıyla belirtilerin şiddeti bakımından farksız olduğu görülmüştür. İBS hastalarının ruhsal örüntüsünün anksiyete bozukluklarına benzediği sonucuna varılmıştır.
5. İrritabl Barsak Sendromu, WHOQOL - Bref ölçeği ile ölçülen yaşam kalitesini özellikle bedensel, ruhsal ve sosyal alanlarda düşürmektedir. İBS yaşam kalitesini düşürücü etkisi bakımından da anksiyete bozukluklarına benzemektedir.
6. Psikiyatrik eş tanı varlığı mide barsak rahatsızlığının şiddetinde değişmeye yol açmadığı halde yaşam kalitesinde anlamlı bir düşüşe yol açmaktadır.

6. KAYNAKLAR

1. Mungan Z. Fonksiyonel sindirim sistemi hastalıklarına yaklaşım. 6. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, Göynük/ Antalya, 14-19 Eylül 2004.
2. Chang L. Review article: epidemiology and quality of life in functional gastrointestinal disorders. *Aliment Pharmacol Ther* 2004; 20 (Suppl. 7): 31 - 39.
3. Drossman DA, Camillerii M, Mayer EA, ve ark. AGA technical review on irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 2002; 123: 2108 - 2131.
4. Jones MP, Dilley JB, Drossman D, ve ark. Brain - gut connections in functional GI disorders: anatomic and physiologic relationships. *Neurogastroenterol Motil* 2006; 18: 91 - 103.
5. Drossman DA. Review article: an integrated approach to the irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther* 1999; 13: (suppl 2): 3 - 14.
6. Michael P, Jones, Michael D, Crowell, Kevin W. Olden, ve ark. Functional Gastrointestinal Disorders: An Update for the Psychiatrist. *Psychosomatics* 2007; 48: 93 - 102.
7. Longstreth GF, Burchette RJ. Family practitioners' attitudes and knowledge about irritable bowel syndrome: effect of a trial of physician education. *Fam Pract* 2003; 20: 670 - 674.
8. Gralnek IM, Hays RD, Kilbourne A, Naliboff B, Mayer EA. The impact of irritable bowel syndrome on health - related quality of life. *Gastroenterology* 2000; 119: 654 - 60.
9. Grundmann O, Yoon SL. Irritable bowel syndrome: epidemiology, diagnosis and treatment: an update for health - care practitioners. *J Gastroenterol Hepatol.* 2010; 25(4): 691 - 9.
10. Yılmaz S, Dursun M, Ertem M, Canoruç F, Turhanoglu A. The epidemiological aspects of irritable bowel syndrome in Southeastern Anatolia: a stratified randomised community - based study. *Int J Clin Pract*, 2005. 59, 3: 361 - 369.
11. Thompson WG, Longstreth GF, Drossman DA ve ark. Functional bowel disorders and functional abdominal pain. *Gut* 1999; 2 (Suppl): 1143.
12. Saito YA, Schoenfeld P, Locke GR, 3rd. The epidemiology of irritable bowel syndrome in North America: a systematic review. *Am J Gastroenterol* 2002; 97(8): 1910 - 5.
13. Gwee KA. Irritable bowel syndrome in developing countries - a disorder of civilization or colonization? *Neurogastroenterol Motil* 2005; 17(3): 317 - 24.
14. Özden A, Köksal AS, Oğuz D, Çiçek B, Yılmaz U, Dağlı Ü, Parlak E, Bahar K, Şahin B, Özler J, Özden A. Türkiyede birinci basamak sağlık kurumlarında irritabl barsak sendromu görülme sıklığı. *Akademik Gastroenteroloji Dergisi* 2006; 5(1): 4 - 14.
15. Drossman DA ve ark. American Gastroenterological Association technical review on irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 1997; 112: 2120.
16. Hasler WL, Owyang C. irritable bowel syndrome in T Yamada(ed): Text - book of Gastroenterology, Philadelphia. Lippincott, Williams & Wilkins, P. 1999; 1884.
17. Manning AP, Thompson WG, Heaton KW, Morris AF. Towards positive diagnosis of the irritable bowel. *Br Med J* 1978;2; 2(6138): 653 - 4.
18. Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, Houghton LA, Mearin F, Spiller RC. Functional bowel disorders. *Gastroenterology* 2006; 130(5): 1480 - 91.
19. Whorwell PJ, McCallum M, Creed FH, Roberts CT. Non - colonic features of irritable bowel syndrome. *Gut* 1986; 27(1): 37 - 40.
20. Hershfield NB. Nongastrointestinal symptoms of irritable bowel syndrome: an officebased clinical survey. *Can J Gastroenterol* 2005; 19(4): 231 - 4.
21. Dağlı Ü. İrritabl Barsak Sendromu. *Güncel Gastroenteroloji* 2004; 96 - 103.

22. Talley NJ, Spiller R. Irritable Bowel Syndrome: A poorly understood organic disease? *Lancet* 2002; 360: 555 - 564.
23. Whitehead WE, Holtkotter B, Enck P, Hoelzl R, Holmes KD, Anthony J, ve ark. Tolerance for rectosigmoid distention in irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 1990; 98(5 Pt 1): 1187 - 92.
24. Kozlowski CM, Green A, Grundy D, ve ark. The 5-HT₃ receptor antagonist alosetron inhibits the colorectal distention-induced depressor response and spinal c-fos expression in the anaesthetised rat. *Gut* 2000; 46: 474 - 480.
25. Lawal A, Kern M, Sidhu H, Hofmann C, Shaker R. Novel evidence for hypersensitivity of visceral sensory neural circuitry in irritable bowel syndrome patients. *Gastroenterology* 2006; 130(1): 26 - 33.
26. Neal KR, Hebden J, Spiller R. Prevalence of gastrointestinal symptoms six months after bacterial gastroenteritis and risk factors for development of the irritable bowel syndrome: postal survey of patients. *British Med J* 1997; 314: 779 - 82.
27. Tornblom H, Lindberg G, Nyberg B, Veress B. Full-thickness biopsy of the jejunum reveals inflammation and enteric neuropathy in irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 2002; 123(6): 1972 - 9.
28. Guilarte M, Santos J, de Torres I, Alonso C, Vicario M, Ramos L, ve ark. Diarrhoea-predominant IBS patients show mast cell activation and hyperplasia in the jejunum. *Gut* 2007; 56(2): 203 - 9.
29. Barbara G, Stanghellini V, De Giorgio R, Cremon C, Cottrell GS, Santini D, ve ark. Activated mast cells in proximity to colonic nerves correlate with abdominal pain in irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 2004; 126(3): 693 - 702.
30. Saito YA, Petersen GM, Locke GR, Ve ark. The genetics of IBS. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2005; 3: 1057 - 65.
31. Drossman DA. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process. *Gastroenterology* 2006; 130: 1377 - 90.
32. Mayer EA, Gebhart GF. Basic and clinical aspects of visceral hyperalgesia. *Gastroenterology* 1994; 107: 271 - 293.
33. Orr WC, Crowell MD, Lin B, ve ark. Sleep and gastric function in irritable bowel syndrome: derailing the brain-gut axis. *Gut* 1997; 41: 390 - 393.
34. Cremonini F, Talley NJ. Diagnostic and therapeutic strategies in the irritable bowel syndrome. *Minerva Med* 2004; 95: 427 - 441.
35. Jarrett ME, Burr RL, Cain KC, ve ark. Anxiety and depression are related to autonomic nervous system function in women with irritable bowel syndrome. *Dig Dis Sci* 2003; 48: 386 - 394.
36. Jones MP, Crowell MD, Olden KW, Creed F. Functional gastrointestinal disorders: an update for the psychiatrist. *Psychosomatics*. 2007; 48(2): 93 - 102.
37. Sarason IG, Johnson JH, Siegel JM. Assessing the impact of life changes: development of the Life Experiences Survey. *J Consult Clin Psychol* 1978; 46: 932 - 946.
38. Kirmayer LJ, Young A. Culture and somatization: clinical, epidemiological, and ethnographic perspectives. *Psychosom Med* 1998; 60: 420 - 430.
39. Drossman DA, Li Z, Leserman J, Toomey TC, Hu YJ. Health status by gastrointestinal diagnosis and abuse history. *Gastroenterology* 1996; 110: 999 - 1007.
40. Spiller RC. Irritable bowel syndrome. *Br Med Bull* 2004; 72: 15 - 29.
41. Poynard T, Regimbeau C, Benhamou Y. Meta-analysis of smooth muscle relaxants in the treatment of irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther* 2001; 15(3): 355 - 61.

42. Mayer EA, Tillisch K, Bradesi S. Review article: modulation of the brain - gut axis as a therapeutic approach in gastrointestinal disease. *Aliment Pharmacol Ther* 2006; 24: 919 - 933.
43. North CS, Hong BA, Alpers DH. Relationship of functional gastrointestinal disorders and psychiatric disorders: implications for treatment. *World J Gastroenterol* 2007; 13: 2020 - 2027.
44. Gorelick AB, Koshy SS, Hooper FG, Bennett TC, Chey WD, Hasler WL. Differential effects of amitriptyline on perception of somatic and visceral stimulation in healthy humans. *Am J Physiol* 1998; 275(3 Pt 1): 460 - 466.
45. Rodenbeck A, Cohrs S, Jordan W, Huether G, R  ther E, Hajak G. The sleepimproving effects of doxepin are paralleled by a normalized plasma cortisol secretion in primary insomnia. A placebo - controlled, double - blind, randomized, cross - over study followed by an open treatment over 3 weeks. *Psychopharmacology (Berl)* 2003; 170: 423 - 428.
46. Eker M.   , Eker   . D. Depresyon ve İrritabl Barsak Sendromu Birlikteliğinin N  robiyolojisi, *Psikiyatride G  ncel Yaklaşımlar* 2009; 1: 120 - 131.
47. Deuraseh N, Abu Talib M. "Mental health in Islamic medical tradition", *The International Medical Journal* 2005; 4, (2), p. 76 - 79.
48. Beaumont W. Experiments and Observations on the Gastric Juice and the Physiology of Digestion. Plattsburgh: F. P. Allen, 1833.
49. Musial F, Hauser W, Langhorst J, Dobos G, Enck P. Psychophysiology of visceral pain in IBS and health. *J Psychosom Res* 2008; 63: 589 - 597.
50. James W. What is an emotion? *Mind* 1884; 9: 188 - 205.
51. Porges SW. The polyvagal perspective. *Biol Psychol* 2007; 68: 116 - 143.
52. Dalgleish T. The emotional brain. *Nat Rev Neurosci* 2004; 5: 583 - 589.
53. Cannon WB. The James - Lange theory of emotions: a critical examination and an alternative theory. *Am J Psychol* 1927; 39: 106 - 124.
54. Van Oudenhove L, Vandenbergh J, Demyttenaere K, Tack J. Psychosocial factors, psychiatric illness and functional gastrointestinal disorders: a historical perspective. *Digestion* 2010; 82: 201 - 210.
55. Creed F, Guthrie E. Psychological factors in the irritable bowel syndrome. *Gut* 1987; 28: 1307 - 1318.
56. Tack J, Talley NJ, Camilleri M, Holtmann G, Hu P, Malagelada JR, Stanghellini V. Functional gastroduodenal disorders. *Gastroenterology* 2006; 130: 1466 - 1479.
57. Kaplan HI. *Psikosomatik Tıbbın Tarih  esi*, Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, Sadock BJ, Sadock V (eds), Aydın H, Bozkurt A (  ev eds), Cilt 3, Sekizinci Baskı, G  neş Kitabevi, Ankara, 2105 - 2112.
58. Bechara A, Naqvi N. Listening to your heart: interoceptive awareness as a gateway to feeling. *Nat Neurosci* 2004; 2: 102 - 103.
59. Alexander F. Psychological aspects of medicine. *Psychosom Med* 1939; 1: 7 - 18.
60. Van Oudenhove L, Demyttenaere K, Tack J, Aziz Q. Central nervous system involvement in functional gastrointestinal disorders. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2004; 18: 663 - 680.
61. Mayer EA: The neurobiology of stress and gastrointestinal disease. *Gut* 2000; 47: 861 - 869.
62. Levy RL, Olden KW, Naliboff BD, Bradley LA, Francisconi C, Drossman DA, Creed F. Psychosocial aspects of the functional gastrointestinal disorders. *Gastroenterology* 2006; 130: 1447 - 1457.

63. Yágüez L, Coen S, Gregory LJ, Amaro E, Altman C, Brammer MJ, Bullmore ET, Williams SCR, Aziz Q. Brain response to visceral aversive conditioning: a functional magnetic resonance imaging study. *Gastroenterology* 2005; 128: 1819 - 1829.
64. American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, ed 4. Washington, American Psychiatric Association, 1994.
65. Gonsalkorale WM, Miller V, Afzal A, Whorwell PJ. Long term benefits of hypnotherapy for irritable bowel syndrome. *Gut* 2003; 52: 1623 - 1629.
66. Dagleish T. The emotional brain. *Nat Rev Neurosci* 2004; 5: 582 - 589.
67. MacLean PD. Psychosomatic disease and the 'visceral brain': recent developments bearing on the Papez theory of emotion. *Psychosom Med* 1949; 11: 338 - 353.
68. Mayer EA, Naliboff BD, Craig ADB. Neuroimaging of the brain - gut axis: from basic understanding to treatment of functional GI disorders. *Gastroenterology* 2006; 131: 1925 - 1942.
69. Damasio AR. *Looking for Spinoza: Joy, Sorrow and the Feeling Brain*. Orlando, Harcourt, 2003.
70. Drossman DA, Creed FH, Olden KW, Svedlund J, Toner BB, Whitehead WE. Psychosocial aspects of the functional gastrointestinal disorders. *Gut* 1999; 45(suppl 2): 1125 - 1130.
71. Tanaka Y, Kanazawa M, Fukudo S, Drossman DA. Biopsychosocial model of irritable bowel syndrome. *J Neurogastroenterol Motil*, 2011; 17(2): 131 - 9.
72. Drossman DA, Ringel Y, Vogt BA, ve ark. Alterations of Brain Activity Associated With Resolution of Emotional Distress and Pain in a Case of Severe Irritable Bowel Syndrome. *Gastroenterology* 2003; 124: 754 - 761.
73. Whitehead WE, Crowell MD, Robinson JC, Heller BR, Schuster MM. Effects of stressful life events on bowel symptoms: subjects with irritable bowel syndrome compared with subjects without bowel dysfunction. *Gut* 1992; 33: 825 - 830.
74. Olden KW, Drossman DA. Psychologic and psychiatric aspects of gastrointestinal disease. *Med Clin North Am* 2000; 84: 1313 - 1327.
75. Bennett EJ, Piesse C, Palmer K, Badcock CA, Tennant CC, Kellow JE. Functional gastrointestinal disorders: psychological, social, and somatic features. *Gut* 1998; 42: 414 - 420.
76. Drossman DA. Presidential address: gastrointestinal illness and the biopsychosocial model. *Psychosom Med* 1998; 60: 258 - 267.
77. Lackner JM, Gurtman MB. Pain catastrophizing and interpersonal problems: a circumplex analysis of the communal coping model. *Pain* 2004; 110: 597 - 604.
78. Cano A, Leonard MT, Franz A. The significant other version of the Pain Catastrophizing Scale (PCS - S): preliminary validation. *Pain* 2005; 119: 26 - 37.
79. Lackner JM, Quigley BM, Blanchard EB. Depression and abdominal pain in IBS patients: the mediating role of catastrophizing. *Psychosom Med* 2004; 66: 435 - 441.
80. Ringel Y, Drossman DA, Leserman JL, ve ark. Effect of abuse history on pain reports and brain responses to aversive visceral stimulation: an fMRI study. *Gastroenterology* 2008; 134: 396 - 404.
81. Heim C, Nemeroff CB. The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: preclinical and clinical studies. *Biol Psychiatry* 2001; 49: 1023 - 1039.
82. Garakani A, Win T, Virk S, Gupta S, Kaplan D, Masand PS. Comorbidity of irritable bowel syndrome in psychiatric patients: a review. *Am J Ther* 2003; 10: 61 - 67.
83. Tollefson GD, Tollefson SL, Pederson M. Comorbid irritable bowel syndrome in patients with generalized anxiety disorder and major depression. *Ann Clin Psychiatry* 1991; 3: 215 - 222.

84. Masand PS, Kaplan DS, Gupta S, Bhandary AN, Nasra GS, Kline MD. Major depression and irritable bowel syndrome: is there a relationship. *J Clin Psychiatry* 1995; 56: 363 - 365.
85. Masand PS, Kaplan D, Gupta S, Bhandary AN. The relationship between irritable bowel syndrome and double depression (dysthymia and major depression). *Depression* 1995; 3: 303 - 308.
86. Creed F. The relationship between psychosocial parameters and outcome in irritable bowel syndrome. *Am J Med* 1999; 107(5A): 74 - 80.
87. Mayer EA, Craske M, Naliboff BD. Depression, anxiety, and the gastrointestinal system. *J Clin Psychiatry* 2001; 62(Suppl. 8): 28 - 36.
88. Henningsen P, Zimmermann T, Sattel H. Medically unexplained physical symptoms, anxiety, and depression: a meta - analytic review. *Psychosom Med* 2003; 65: 528 - 533.
89. Henningsen P, Herzog W. Irritable bowel syndrome and somatoform disorders. *J Psychosom Res* 2008; 64: 625 - 629.
90. Spiller R. Serotonin, inflammation, and IBS: fitting the jigsaw together? *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2007; 45: S115 - 119.
91. Lydiard RB. Irritable bowel syndrome, anxiety, and depression: what are the links? *J Clin Psychiatry* 2001; 62(suppl 8): 38 - 45.
92. Törnblom H, Lindberg G, Nyberg B, Veress B. Full - thickness biopsy of the jejunum reveals inflammation and enteric neuropathy in irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 2002; 123: 1972 - 1979.
93. Piche T, Saint - Paul MC, Dainese R, Marine - Barjoan E, Iannelli A, Montoya ML ve ark. Mast cells and cellularity of the colonic mucosa correlated with fatigue and depression in irritable bowel syndrome. *Gut* 2008; 57: 468 - 473.
94. Qiu BS, Vallance BA, Blennerhassett PA, Collins SM. The role of CD4+ lymphocytes in the susceptibility of mice to stress - induced reactivation of experimental colitis. *Nat Med* 1999; 5: 1178 - 1182.
95. Kiliaan AJ, Saunders PR, Bijlsma PB, Berin MC, Taminiou JA, Groot JA, ve ark. Stress stimulates transepithelial macromolecular uptake in rat jejunum. *Am J Physiol* 1998; 275(5 Pt 1): G1037 - 1044.
96. Nishida A, Miyaoka T, Inagaki T, Horiguchi J. New approaches to antidepressant drug design: cytokine - regulated pathways. *Curr Pharm Des* 2009; 15: 1683 - 1687.
97. Khairova RA, Machado - Vieira R, Du J, Manji HK. A potential role for proinflammatory cytokines in regulating synaptic plasticity in major depressive disorder. *Int J Neuropsychopharmacol* 2009; 12: 561 - 578.
98. Leonard BE, Myint A. The psychoneuroimmunology of depression. *Hum Psychopharmacol* 2009; 24: 165 - 175.
99. Varghese AK, Verdú EF, Bercik P, Khan WI, Blennerhassett PA, Szechtman H ve ark. Antidepressants attenuate increased susceptibility to colitis in a murine model of depression. *Gastroenterology* 2006; 130: 1743 - 1753.
100. Irwin C, Falsetti S. A, Lydiard RB, Ballenger JC, Brock CD, & Brenner, W. Comorbidity of posttraumatic stress disorder and irritable bowel syndrome. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1996. 57, 576 - 578.
101. Keefer L, Sanders K, Sykes MA, Blanchard EB, Lackner JM. , & Krasner, S. Towards a better understanding of anxiety in irritable bowel syndrome: a preliminary look at worry and intolerance of uncertainty. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 2005. 19, 163 - 172.
102. Masand PS, Keuthen NJ, Gupta S, Virk S, Yu - Siao B, & Kaplan, D. Prevalence of irritable bowel syndrome in obsessive - compulsive disorder. *CNS Spectrums*, 2006. 11, 21 - 25.

103. Lydiard RB, Laraia MT, Howell EF, ve ark. Can panic disorder present as irritable bowel syndrome? *J Clin Psychiatry* 1986; 47: 470 - 473.
104. Gros DF, Antony MM, McCabe RE, Swinson RP. Frequency and severity of the symptoms of irritable bowel syndrome across the anxiety disorders and depression. *J Anxiety Disord.* 2009; 23(2): 290 - 6.
105. Tollefson GD, Luxenberg M, Valentine R, Dunsmore G, & Tollefson SL. An open label trial of alprazolam in comorbid irritable bowel syndrome and generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1991; 52, 502 - 508.
106. Blanchard EB. A critical review of cognitive, behavioral, and cognitivebehavioral therapies for irritable bowel syndrome. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 2005; 19, 101 - 123.
107. Brown TA, & Barlow DH. Classification of anxiety and mood disorders. In: D. H. Barlow (Ed.), *Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic* New York: Guilford Pres. 2002; (2nd ed. pp. 292 - 327).
108. Guthrie E, Barlow J, Fernandes L, Ratcliffe J, Read N, Thompson DG, ve ark. Changes in tolerance to rectal distension correlate with changes in psychological state in patients with severe irritable bowel syndrome. *Psychosomatic Medicine*, 2004; 66, 578 - 582.
109. Palsson, O, & Whitehead, W. E. Comorbidity associated with irritable bowel syndrome. *Psychiatric Annals*, 2005; 35, 320 - 328.
110. Sykes MA, Blanchard EB, Lackner J, Keefer L, & Krasner S. Psychopathology in irritable bowel syndrome: support for a psychophysiological model. *Journal of Behavioral Medicine*, 2003; 26, 361 - 372.
111. Frank L, Kleinman L, Rentz A, Ciesla G, Kim JJ, Zacker C. Health - related quality of life associated with irritable bowel syndrome: comparison with other chronic diseases. *Clin Ther* 2002; 24: 675 - 89.
112. El - Serag HB, Talley NJ. Health - related quality of life in functional dyspepsia. *Aliment Pharmacol Ther* 2003; 18: 387 - 93.
113. Mones J, Adan A, Segu JL, Lopez JS, Artes M, Guerrero T. Quality of life in functional dyspepsia. *Dig Dis Sci* 2002; 47: 20 - 6.
114. Talley NJ, Weaver AL, Zinsmeister AR. Impact of functional dyspepsia on quality of life. *Dig Dis Sci* 1995; 40: 584 - 9.
115. Wiklund I, Glise H, Jerndal P, Carlsson J, Talley NJ. Does endoscopy have a positive impact on quality of life in dyspepsia? *Gastrointest Endosc* 1998; 47: 449 - 54.
116. Halder SL, Locke GR 3rd, Talley NJ, Fett SL, Zinsmeister AR, Melton LJ 3rd. Impact of functional gastrointestinal disorders on health - related quality of life: a population - based case - control study. *Aliment Pharmacol Ther* 2004; 19: 233 - 42.
117. Badia X, Mearin F, Balboa A, ve ark. Burden of illness in irritable bowel syndrome comparing Rome I and Rome II criteria. *Pharmacoeconomics* 2002; 20: 749 - 58.
118. Meineche - Schmidt V, Krag E. Dyspepsia in general practice in Denmark. A 1 - year analysis of consultants in general practice. *Scand J Prim Health Care* 1998; 16: 216 - 21.
119. Calvert EL, Houghton LA, Cooper P, Morris J, Whorwell PJ. Long - term improvement in functional dyspepsia using hypnotherapy. *Gastroenterology* 2002; 123: 1778 - 85.
120. El - Serag HB. Impact of irritable bowel syndrome: prevalence and effect on health - related quality of life. *Rev Gastroenterol Disord* 2003; 3: S3 - 11.
121. Mathias JR, Clench MH, Abell TL, ve ark. Effect of leuprolide acetate in treatment of abdominal pain and nausea in premenopausal women with functional bowel disease: a doubleblinded, placebo - controlled, randomized study. *Dig Dis Sci* 1998; 43: 1347 - 55.

122. Heymann - Monnikes I, Arnold R, Florin I, Herda C, Melfsen S, Monnikes H. The combination of medical treatment plus multicomponent behavioral therapy is superior to medical treatment alone in the therapy of irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol* 2000; 95: 981 - 94.
123. Camilleri M, Mayer EA, Drossman DA, ve ark. Improvement in pain and bowel function in female irritable bowel patients with alosetron, a 5 - HT3 receptor antagonist. *Aliment Pharmacol Ther* 1999; 13: 1149 - 59.
124. Camilleri M, Northcutt AR, Kong S, Dukes GE, McSorley D, Mangel AW. Efficacy and safety of alosetron in women with irritable bowel syndrome: a randomised placebo - controlled trial. *Lancet* 2000; 355: 1035 - 40.
125. Camilleri M, Chey WY, Mayer EA, ve ark. A randomized controlled clinical trial of the serotonin type 3 receptor antagonist alosetron in women with diarrhea - predominant irritable bowel syndrome. *Arch Intern Med* 2001; 161: 1733 - 40.
126. Drossman DA, Toner BB, Whitehead WE, ve ark. Cognitive - behavioral therapy versus education and desipramine versus placebo for moderate to severe functional bowel disorders. *Gastroenterology* 2003; 125: 19 - 31.
127. Naliboff BD, Mayer M, Fass R, ve ark. The effect of life stress on symptoms of heartburn. *Psychosom Med* 2004; 66(3): 426 - 34.
128. Biggs AM, Aziz Q, Tomenson B, Creed F. Effect of childhood adversity on health related quality of life in patients with upper abdominal or chest pain. *Gut* 2004; 53: 180 - 6.
129. Spiegel BMR, Gralnek IM, Mayer EA, ve ark. Clinical determinants of health - related quality of life in irritable bowel syndrome. *Arch Intern Med* 2004; 164: 1773 - 80.
130. Appels A. Mental precursors of myocardial infarction. *Br J Psychiatry* 1990; 156: 465 - 71.
131. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar GC. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998;59 (Suppl.20):22-33.
132. Engeler A MİNİ Uluslararası Nöropsikiyatrik Görüşme Türkçe Uyarlama 5. 0. 0 Yazarlar: Sheehan DV, Lecrubier Y. (2004).
133. Kılıç M. Belirti Tarama Listesi (SCL - 90 - R) nin Geçerlilik ve Güvenirliği, Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi,1991; 1:2, 9.
134. Dağ, İ. Belirti tarama listesi (SCL - 90 - R)nin üniversite öğrencileri için güvenilirliği ve geçerliği [The reliability and validity of SCL - 90 - R for university students]. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 1991,2, 5 - 12.
135. Power M, Harper A, Bullinger M. The World Health Organization WHOQOL - 100: tests of the universality of quality of life in 15 different cultural groups worldwide. *Health Psychol*; 1999, 18: 495 - 505.
136. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960;23:56-62.
137. Akdemir A, Türkçapar MH, Orsel S, Demirergi N, Dağ İ, Ozbay MH. Reliability and validity of the Turkish version of the Hamilton Depression Rating Scale. *Compr Psychiatry* 2001;42: 161-165.
138. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol* 1959;32:50-55.
139. Yazıcı MK, Demir B, Tanrıverdi N ve ark. Hamilton anksiyete değerlendirme ölçeği, değerlendiriciler arası güvenlik ve geçerlilik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1998;9:114-117.
140. Kasap E, Bor S. Fonksiyonel Barsak Hastalığı Prevalansı Güncel Gastroenteroloji 2006; 10:2.

141. Sandler RS, Everhart JE, Donowitz M, Adams E, Cronin K, Goodman C, Gemmen E, Shah S, Avdic A, Rubin R. The burden of selected digestive diseases in the United States. *Gastroenterology* 2002; 122: 1500 - 11.
142. Giorgio R, Barbara G, Stanghellini V, ve ark. Diagnosis and therapy of irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther* 2004; 20 (Suppl 2): 10 - 22
143. Koloski NA, Tally NJ, Boyce PM. Predictors of health care seeking for irritable bowel syndrome and nonulcer dyspepsia: a critical review of the literature on symptom and psychosocial factors. *Am J Gastroenterol* 2001; 96: 1340 - 9.
144. Locke GR, Yawn BP, Wollan PC, ve ark. The incidence of clinically diagnosed irritable bowel syndrome in the community. *Gastroenterology* 1999; 116: A52.
145. Hungin APS, Chang L, Locke GR, ve ark. Irritable bowel syndrome in the United States: prevalence, symptom patterns and impact. *Aliment Pharmacol Ther* 2005; 21: 1365 - 75.
146. Çelebi S, Açık Y, Deveci SE, ve ark. Epidemiological features of irritable bowel syndrome in a Turkish urban society. *J Gastroenterol Hepatol* 2004; 19: 738 - 743.
147. Andrews EB, Eaton SC, Hollis KA, ve ark. Prevalence and demographics of irritable bowel syndrome: results from a large web - based survey. *Aliment Pharmacol Ther* 2005; 22: 935 - 42.
148. Woodman CL, Rrecn K, N'oyes R Jr, Moss C, Fagerholm R, Yagla S, Summers R. The relationship between irritable bowel syndrome and psychiatric illness. A family study. *Psychosomatic* 1998; 39: 4J - S4.
149. Saito YA, Zimmerman JM, Harmsen WS, ve ark.. Irritable bowel syndrome aggregates strongly in families: A family - based case - control study. *Neurogastroenterol Motil* 2008; 7: 790 - 797.
150. Pinto C, Lele MV, Joglekar AS, Panvar VS, Dhayale HS. Stressful lifeevents, anxiety, depression and coping in patients of irritable bowel syndrome. *J Assoc Physicians India* 2000; 48: 589 - 593.
151. Levy RL, Cain KC, Jarrett M, Heitkemper MM. The relationship between daily life stress and gastrointestinal symptoms in women with irritable bowel syndrome. *J Behav Med*; 1997, 20: 177 - 193.
152. Alpers DH. Is irritable bowel syndrome more than just a gastroenterologist's problem? *Am J Gastroenterol* 2001; 96: 943 - 4.
153. Talley NJ, Howell S, Poulton R. The irritable bowel syndrome and psychiatric disorders in the community: Is there a link *Am J Gastroenterol* 2001; 96: 1072 - 9.
154. Kaplan DS, Masand PS, Gupta S. The relationship of irritable bowel syndrome and panic disorder. *Ann Clin Psychiatry* 1996; 8: 81 - 8.
155. Walker EA, Roy - Byrne PP, Katon wj. Irritable bowel syndrome and psychiatric illness. *Am J Psychiatry* 1990; 147: 565 - 72.
156. Taymur İ, Erberk - Özen N, Boratav C, Gül S. İrritabl Barsak Sendromlu Hastaların Aleksitimi, Mizaç, Karakter Özellikleri ve Psikiyatrik Tanı Açısından Değerlendirilmesi *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2007; 17: 186 - 194.
157. Walker AE, Roy - Byrne PP, Katon WJ, Li L, Amos D, Jinarek G. Psychiatric illness and irritable bowel syndrome: a comparison with inflammatory bowel disease. *Am J Psychiatry* 1990; 147: 1656 - 1661.
158. Drossman DA, Li Z, Andruzzi E. US householder survey of functional gastrointestinal disorders: Prevalance, sociodemography and health impact. *Dig Dis Sci* 1993; 28: 1569 - 1580.

159. Porcelli P, Bagby RM, Taylor GJ, De Carne M, Leandro G, Todarello O. Alexithymia as predictor of treatment outcome in patients with functional gastrointestinal disorders. *Psychosom Med* 2003; 65: 911 - 918.
160. Trikas P, Vlachonikolis I, Fragkiadakis N, et. al. Core mental state in irritable bowel syndrome. *Psychosomatic Medicine* 1999; 61: 781 - 8.
161. Masand P, Kaplan D, Gupta S, ve ark. Irritable bowel syndrome and dysthymia: is there a relationship? *Psychosomatics* 1997; 38: 63 - 69.
162. Kayaçetin E, Uğuz F. Psikiyatrik hastalar ve irritabl barsak sendromu. *Akademik Gastroenteroloji Dergisi*, 2002; 1 (2): 74 - 76.
163. Ağargün MY, Türkdogan K, Kara H, ve ark. İrritabl barsak sendromlu hastalarda anksiyete ve mizaç bozuklukları. *T. Klin. gastroenterohepatoloji* 1995; 6: 188 - 91.
164. Dugas MJ, Savard P, Gaudet A, Turcotte J, Laugesen N, Robichaud M, ve ark. Can the components of a cognitive model predict the severity of generalized anxiety disorder? *Behavior Therapy*, 2007; 38, 169 - 178.
165. Fries JF, Spitz P, Kraines RG, Holman HR. Measurement of patient outcomes in arthritis. *Arthritis Rheum*; 1980,23: 137 - 145.
166. Carr AJ, Higginson IJ. Are quality of life measures patient centred? *BMJ*; 2001,322: 1357 - 1360.
167. Hahn BA, Yan S, Strassels S. Impact of irritable bowel syndrome on quality of life and resource use in the United States and United Kingdom. *Digestion*; 1999, 60: 77 - 81.
168. Reilly MC, Barghout V, Mcburney CR, Niecko TE. . Effect of tegaserod on work and daily activity in irritable bowel syndrome with constipation. *Aliment Pharmacol Ther*; 2005,22: 373 - 380.
169. Susan K. Hardley, Stephen M. Gaarder Treatment of Irritable Bowel Syndrome *Am Fam Physician*. 2005 Dec 15; 72(12): 2501 - 2508.

EKLER

EK-1: Katılımcılara Yönelik Bilgilendirimli Olur Formu

Araştırma adı: İrritabl barsak sendromu hastalarında yaşam kalitesi, hastalığın ruhsal durum ile etkileşimi ve psikiyatrik eş tanı.

Katılmanızı önerdiğimiz bu çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “İrritabl barsak sendromu hastalıklarında yaşam kalitesi, ruhsal durum ile etkileşimi ve psikiyatrik eş tanı.”dır. Sizde irritabl barsak sendromu, anksiyete bozukluğu veya depresyon hastalıklarından biri saptandığı için ya da mide-barsak ve ruhsal yakınmanız bulunmadığı için bu araştırmaya katılmanız önerilmektedir.

Çalışmanın amacı irritabl barsak sendromu hastalıklarında ruhsal zorlanmaların etkisi olup olmadığını, anksiyete ve depresyona eşlik eden mide-barsak sorunlarını saptamak ve bu hasta gruplarının sağlıklı toplumdan ne kadar farklı olduğunu araştırmaktır. Bunun yanında söz konusu hastalıkların bireylerin yaşam kalitesi üzerine bozucu etkileri olup olmadığını saptamaktır. Bu nedenle araştırmanın deseni gereği temel başvuru nedeniniz mide barsak yakınmaları ya da ruhsal yakınmalar da olsa her iki tıp dalında muayene edilmeniz gerekecektir. Bu araştırmada size barsak şikayetleriniz ve ruhsal sıkıntılarınız hakkında sorular sorulacak ve yine sorulardan oluşan bazı araştırma, tarama ölçekleri verilecek ve yanıtlarınız istenecektir. Bu araştırmada yer almanız öngörülen süre en çok 2 (iki) saat olup, araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısının 160 olması hedeflenmektedir.

Mide barsak yakınmalarınız için tıbben gerektiğinde endoskopi yapılması dışında vücudunuza bu araştırmanın gerektirdiği hiçbir girişimsel müdahale yapılmayacaktır. Endoskopi yapılması gerektiğinde bu işlem için olurunuz alınacaktır. Siz onaylamadıkça böyle bir girişim için araştırmacılar tarafından zorlanmayacaksınız. Bu araştırma ile ilgili olarak sizden sorulara uygun ve durumunuzu tam yansıtan yanıtlar vermeniz beklenmektedir. Bu araştırma nedeniyle beden ve ruh sağlığınız için herhangi bir risk söz konusu olmayacaktır.

Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için 0(374)2534656-3265 no.lu telefondan Dr. Cafer ALHAN’a başvurabilirsiniz.

Tedavi için başvurduğunuz poliklinikte, ya da araştırma için muayene edileceğiniz poliklinikte saptanan hastalığınız için gerekli olağan tedavi başlanacak ya da sürdürülecektir.

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır. Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Bu durumda olağan sağlık hizmeti verilmeye devam edilecek, sizin yararlarınıza engel herhangi bir duruma yol açılmayacaktır.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırmanın yayımlanması dahil hiçbir olağan koşulda kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün, Adı-Soyadı: Adresi: Tel.-Faks: Tarih ve İmza:	Araştırmacının Adı-Soyadı: Görevi: Adresi: Tel.-Faks: Tarih ve İmza:
veli veya vasinin, Adı-Soyadı: Adresi: Tel.-Faks: Tarih ve İmza:	Olur alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin/görüşme tanığının, Adı-Soyadı: Adresi: Tel.-Faks:

EK-2: Sosyodemografik bilgi formu

“İBS – PSİKİYATRİ ARAŞTIRMASI” SOSYODEMOGRAFIK BİLGİ ÇİZELGESİ

Hasta no:		Dosya no:			
Telefon 2:		Telefon 1:			
Ad-soyadı:		Yaş:			
Grubu:	1. İBS	2. İBH			
	3. Psikiyatrik	4. Sağlıklı Gönüllü			
Cinsiyet:	1. Kadın	2. Erkek			
Boy:	Kilo:	BKI:			
Doğum yeri:	 (Yazınız)				
Doğum yeri:	1. Kırsal	2. Kent			
Son 10 yıldır yaşadığı yer	 (Yazınız)				
Son 10 yıldır yaşadığı yer	1. Kırsal	2. Kent			
Kimlerle yaşıyor					
Kardeş sayısı					
Kaçıncı çocuk					
Medeni durum	1. Bekâr	2. Dul /Boşanmış	3. Evli	4. Diğer.....	
Çocuk sayısı					
Öğrenim (Bitirdiği okul)	1. Okuryazar değil	2. Okuryazar	3. İlkokul çıkışlı		
	4. İlköğretim ya da Ortaokul çıkışlı	5. Lise çıkışlı	6. Üniversite çıkışlı		
Öğrenim 2 (okul bitirememesi nedeni)					
Öğrenim süresi					
Çalışma durumu	1. Çalışmıyor. Nedeni:		2. Çalışıyor. İşi:		
Çalışma ortamı	1. Kişinin taşıyabileceğinden daha gergin		2. Kişinin taşıyabileceği ölçüde gergin	3. Rahat	
Sosyal ortamı	1. Kişinin taşıyabileceğinden daha gergin		2. Kişinin taşıyabileceği ölçüde gergin	3. Rahat	
Evin aylık geliri	 yazınız				
Aynı bütçeden geçinen kişi sayısı					
Sosyal güvence	1. Yok		2. Var		
Sosyal güvence	1. ES	2. SSK	3. Bağ-Kur	4. Yeşil. K	5. Diğer
Mide – barsak şikayeti (Son üç ayda) (Kabızlık, ishal, şişkinlik, karın ağrısı, dışkılama sırasında ağrı, sonrasında rahatlatma vb)		1. Yok		2. Var	
Mide – barsak şikayeti (Genel olarak) (Kabızlık, ishal, şişkinlik, karın ağrısı, dışkılama sırasında ağrı, sonrasında rahatlatma vb)		1. Yok		2. Var	
Mide- barsak şikayetin süresi (yıl olarak)					
Başka bedensel hastalık	1. Yok		2. Var		

Bilinen bedensel hastalıkları	1.	2.	3.
	4.	5.	6.
Bilinen bedensel hastalık süresi	1.	2.	3.
	4.	5.	6.
Kullandığı ilaçlar			
Sigara kullanımı	1. Yok	2. Var	
İçilen sigara miktarı			
Madde kullanımı	1. Yok	2. Var	
Kullanılan maddenin adı			
Kullanılan maddenin miktarı			
Ailede bedensel hastalık	1. Yok	2. Var (belirtiniz.....)	
Ailede mide-barsak hastalığı	1. Yok	2. Var (belirtiniz.....)	
Ailede psikiyatrik hastalık	1. Yok	2. Var (belirtiniz.....)	
Stresörler	1.Yok	2. Var (belirtiniz.....)	
Maddi manevi destek	1. Yok	2. Var. (belirtiniz.....)	
Kendine göre destek sistemi yeterli mi?	1. Hayır		2. Evet
Güncel psikiyatrik hastalık	1. Yok		2. Var (belirtiniz.....)
Geçmişte psikiyatrik hastalık	1. Yok		2. Var (belirtiniz.....)
MINI PLUS TANI	1.	2.	3.
Psikiyatrik muayene			
Mide- barsak tanısı			

EK-3: MINI Uluslararası Nöropsikiyatrik Görüşme Tarama Formu

HASTA YAKINMALARI TARAMA ÇİZELGESİ

HASTANIN ADI SOYADI:
DOĞUM TARİHİ:

GÖRÜŞME TARİHİ:
(yanıt evetse ilgili modüle gidiniz)

➤ Son iki haftadır, günün çoğunda, hemen hemen her gün, devamlı olarak çökkün veya üzgün müsünüz?	HAYIR	EVET	→A
➤ Son iki hafta içinde, pek çok şeyle çok daha az ilgilenmekte ve çoğu zaman daha önce zevk aldığınız şeylerden çok daha az mı zevk almaktasınız?	HAYIR	EVET	→A
➤ Geçen yılın çoğu zamanında üzgün, neşesiz veya çökkün hissettiniz mi?	HAYIR	EVET	→B
➤ Geçen ay ölmüş olsaydınız daha iyi olacağını düşündünüz mü veya ölmeyi arzuladınız mı?	HAYIR	EVET	→C
➤ Kendinizi hiç 'yukarıda' veya 'yüksekte' veya enerji ile veya başınızı derde sokacak kadar kendinizle dolu hissettiğiniz veya başkalarının sizin her zamankinden farklı olduğunuzu söylediği zamanlar oldu mu? (Alkol veya madde etkisi altında olduğunuz zamanları dikkate almayınız.)	HAYIR	EVET	→D
➤ Hiç birkaç gün için sürekli olarak ailenizin dışındaki insanlarla tartışmanıza, sözel veya fiziksel kavgalara girişmenize veya bağırmanıza neden olan sinirlilik haliniz oldu mu? Siz veya başkaları, haklı olduğunuzu düşündüğünüz durumlarda dahi diğer insanlarla karşılaştırıldığınızda daha sinirli veya aşırı tepkide bulunduğunuzu fark etti mi?	HAYIR	EVET	→D
➤ Bir defadan fazla olmak üzere, çoğu kimsenin o şekilde hissetmediği durumlarda dahi, aniden endişeli, korkmuş, rahatsız veya sıkıntılı kriz ya da nöbetleriniz oldu mu? Bu nöbetlerdeki kötüleşme 10 dakikada mı en üst düzeye geldi? SADECE NÖBETLERDEKİ KÖTÜLEŞME 10 DAKİKA İÇİNDE EN ÜST DÜZEYE GELMİŞSE EVET OLARAK KODLAYINIZ.	HAYIR	EVET	→E
➤ Az önce konuştuğumuz panik atak veya panik benzeri belirtileri yaşayabileceğiniz yerlerde veya durumlarda veya yardımın mümkün olmayabileceği ya da kaçmanın zor olduğu yerlerde veya durumlarda endişeli veya sıkıntılı hissediyor musunuz: Kalabalık içinde iken, kuyrukta (sırada) beklerken, evden uzakta iken veya evde tek başına iken, bir köprüyü geçerken, otobüs, tren veya arabada seyahat ederken?	HAYIR	EVET	→F
➤ Geçen ay içinde, size bakılmasından veya dikkatlerin sizin üzerinizde toplanmasından korktunuz veya utandınız mı veya küçük düşürülmekten korktunuz mu? Bu topluluk içinde konuşma, başkalarıyla birlikte veya topluluk içinde yemek yeme, birisi bakarken yazı yazma veya sosyal ortamlarda bulunma gibi durumları içermektedir.	HAYIR	EVET	→G
➤ Geçen ay içinde, istenmeyen, tatsız, uygun olmayan, kafanızdan atamadığınız veya rahatsız edici olan tekrarlayıcı düşünceler, dürtüler veya zihinsel imajlar nedeniyle sıkıntı yaşadınız mı? (Örneğin, kirli olduğunuz, mikroplu olduğunuz veya mikrop bulaştığı fikri veya başkalarına mikrop bulaştırdığınıza dair korku veya istemediğiniz halde birisine zarar vermek korkusu veya ani dürtülerle harekete geçeceğinize dair korku veya sorumlu olduğunuz şeylerin kötü gideceğine dair saçma düşünce veya korku veya cinsel düşünceler, imajlar, ya da dürtülerle ilgili saplantılar veya biriktirme veya toplama veya dini saplantılar gibi.	HAYIR	EVET	→I
	HAYIR	EVET	→I
(yanıt evetse ilgili modüle gidiniz)			
➤ Hiç ölüm tehlikesi ya da size yakın birinin ciddi yaralanması veya ölümü dahil olmak üzere son derece travmatik olan bir olayı yaşadınız mı, tanık oldunuz mu veya böyle bir durumla uğraşmak zorunda kaldınız mı? TRAVMATİK OLAYLARA ÖRNEKLER ŞUNLARI İÇERİR: CİDDİ KAZALAR, CİNSEL VEYA FİZİKSEL SALDIRILAR, TERÖRİST BİR SALDIRI, REHİN ALINMAK, KAÇIRILMAK, YANGIN, CESET BULMAK, SIZE YAKIN BİRİNİN ANI ÖLÜMÜ, SAVAŞ VEYA DOĞAL AFET.	HAYIR	EVET	→J
➤ Travmaya yoğun bir korku, çaresizlik veya dehşet ile mi tepkide bulundunuz?	HAYIR	EVET	→J
➤ Geçen ay içinde, bu olayı rahatsız edici bir şekilde tekrar yaşadınız mı (mesela, rüyalar, yoğun hatırlamalar, olayın ani bir şekilde tekrar yaşanıyor gibi olması veya fiziksel tepkiler gibi)?	HAYIR	EVET	→J
➤ Geçen son 12 ay içinde, 3 veya daha fazla alkollü içkiyi, 3 saatlik bir süre içinde içtiniz mi ve bu durum 3 veya daha fazla sayıda oldu mu?	HAYIR	EVET	→K
➤ Şimdi size sokakta satılan ilaçları veya maddeleri belirten AŞAĞIDAKİ LİSTEYİ OKUYACAĞIM / göstereceğim. Geçen 12 ay içinde, bu maddelerden herhangi birini kafayı bulmak, kendinizi iyi hissetmek veya	HAYIR	EVET	→L

ruh halinizi (mood) değiştirmek için kullandınız mı?

Amfetaminler	Speed	Crystal Meth	Dexedrine	Ritalin, Diet haı
Kokain	Krek	Freebase		
Eroin	Morfin, Metadon	Afyon	Demerol	
LSD	Meskalin	PCP	MDMA	Ekstazi
Uıucular	Yapıştırıcı (Bali), Eter	Eter	GHB	Steroidler
THC, Marihuana	Esrar, Haşış	Ot		Barbituratlar, V

➤ Geıen ay içinde, aşırı şekilde yıkanmak veya temizlenmek, tekrar tekrar bazı şeyleri saymak veya kontrol etmek veya tekrarlamak veya bazı şeyleri düzenlemek, toplamak veya diğer batıl adetler gibi karşı koyamadığınız, tekrar tekrar yaptığınız bazı şeyler oldu mu?

Boyunuz ne kadar?
kardadı?

			cm.
--	--	--	-----

Geıen 3 ay içinde en düşük ağırlığınız ne

			Kg
--	--	--	----

HASTANIN KİLOSU BOYU İLE İLİşKİLİ OLARAK EşİK DEğERİNDEN DÜşÜKMÜ? AşAğIDAKİ TABLOYA BAKINIZ

HAYIR EVET →N

KADINLAR	145	147	150	152	155	158	160	163	165	168	170
Kilo (kg)	38	39	39	40	41	42	43	44	45	46	47
ERKEKLER	155	156	160	163	165	168	170	173	175	178	180
Kilo (kg)	47	48	49	50	51	51	52	53	54	55	56

➤ Geıen son 3 ay içinde, aşırı yemek yeme halleri veya 2 saatlik bir süre içinde çok fazla miktarda yemek yediğiniz oldu mu?	HAYIR	EVET	→O
➤ Geıen son 3 ay içinde, haftada bir kere olmak üzere aşırı yeme haliniz oldu mu?	HAYIR	EVET	→O
➤ Geıen 6 ay boyunca, yoğun bir sıkıntı duyduunuz mu veya birkaç şey hakkında endişelendiniz mi?	HAYIR	EVET	→P
➤ 30 yaşından önce başlamış, belirli bir bir hastalıkla açık bir şekilde ilişkili olmayan bir çok fiziksel şikayetiniz oldu mu?	HAYIR	EVET	→R
➤ Geıen 6 ay içinde, ciddi bir fiziksel hastalığınız olduğu konusunda çok endişe duyduunuz mu?	HAYIR	EVET	→S
➤ Zihniniz görünümünüzde bir kusur olduğu fikriyle meşgul mü?	HAYIR	EVET	→T
➤ şimdi, ağırı sizin başlıca sorunuz mu?	HAYIR	EVET	→U
➤ Bir hayat stresinin sonucu olarak duygusal ve davranışsal belirtileriniz oluyor mu? (Örnekler endişe/ıökkünlük/bozuk davranış/fiziksel şikayetleri içermektedir, (bozuk davranışın örnekleri arasında kavga ııkarma, tehlikeli şekilde araba kullanma, okula devamsızlık, başkalarının haklarının ihlali, kasıtlı olarak mala mülke zarar verme ve yasa dışı şeyler yapmak sayılabilir))	HAYIR	EVET	→X
➤ Geıen yıl, adet hallerinizin çoğunun öncesinde ruh haliniz ciddi biıimde değiştiği bir hafta kadar süren dönemler oldu mu?	HAYIR	EVET	→Y

EK-4: Belirti Tarama Listesi-90-R

Adı – Soyadı:

Tarih

Aşağıda zaman zaman herkeste olabilecek yakınma ve sorunların bir listesi vardır. Lütfen her birini dikkatlice okuyunuz. Sonra bu durumun bugün de dahil olmak üzere son on beş gün içinde sizi ne ölçüde huzursuz ve tedirgin ettiğini göz önüne alarak, aşağıda belirtilen tanımlamalardan uygun olanının numarasını karşısındaki boşluğa yazınız. Düşüncenizi değiştirirseniz ilk yazdığınız numarayı tamamen siliniz. Lütfen başlangıç örneğini dikkatle okuyunuz ve anlamadığınız bir cümle ile karşılaştığınızda uygulayan kişiye danışınız.

		Hiç	Çok az	Orta derece	Oldukça fazla	Çok fazla
1.	Baş ağrısı					
2.	Sinirlilik ya da içinin titremesi					
3.	Zihinden atamadığınız yineleyici (tekrarlayıcı) hoş gitmeyen düşünceler					
4.	Baygınlık ve baş dönmeler					
5.	Cinsel arzuya ilginin kaybı					
6.	Başkaları tarafından eleştirilme duygusu					
7.	Herhangi bir kimsenin düşüncelerinizi kontrol edebileceği fikri					
8.	Sorunlarınızdan pek çoğu için başkalarının suçlanması gerektiği fikri					
9.	Olayları anımsamada (hatırlamada) güçlülük					
10.	Dikkatsizlik veya sakarlıkla ilgili endişeler					
11.	Kolayca gücenme, rahatsız olma hissi					
12.	Göğüs veya kalp bölgesinde ağrılar					
13.	Caddelerde veya açık alanlarda korku hissi					
14.	Enerjinizde azalma veya yavaşlama hali					
15.	Yaşamınızın sona ermesi düşünceleri					
16.	Başka kişilerin duymadıkları sesleri duyma					
17.	Titreme					
18.	Çoğu kişiye güvenilmemesi gerektiği düşüncesi					
19.	İştah azalması					
20.	Kolayca ağlama					
21.	Karşı cinsten kişilerle ilgili utangaçlık ve rahatsızlık hissi					
22.	Tuzağa düşürülmüş veya tuzağa yakalanmış hissi					
23.	Bir neden olmaksızın aniden korkuya kapılma					
24.	Kontrol edilmeyen öfke patlamaları					
25.	Evden dışarı yalnız çıkma korkusu					
26.	Olanlar için kendini suçlama					
27.	Belin alt kısmında ağrılar					
28.	İşlerin yapılmasında erteleme düşüncesi					
29.	Yalnız hissi					
30.	Karamsarlık hissi					
31.	Her şey için çok fazla endişe duyma					
32.	Her şeye karşı ilgisizlik hali					
33.	Korku hissi					
34.	Duygularınızın kolayca incitilebilmesi hali					
35.	Diğer insanların sizin düşündüklerinizi bilmesi hissi					

36.	Başkalarının sizi anlamadığı veya hissedemeyeceği duygusu					
37.	Başkalarının sizi sevmediği ya da dostça olmayan davranışlar gösterdiği hissi					
38.	İşlerin doğru yapıldığından emin olabilmek için çok yavaş yapmak					
39.	Kalbin çok hızlı çarpması					
40.	Bulantı veya midede rahatsızlık hissi					
41.	Kendini başkalarından aşağı görme					
42.	Adele (kas) ağrıları					
43.	Başkalarının sizi gözlediği veya hakkınızda konuştuğu hissi					
44.	Uykuya dalmada güçlük					
45.	Yaptığınız işleri bir ya da birkaç kez kontrol etme					
46.	Karar vermede güçlük					
47.	Otobüs, tren, metro gibi araçlarla yolculuk etme korkusu					
48.	Nefes almada güçlük					
49.	Soğuk ve sıcak basması					
50.	Sizi korkutan belirli uğraş, yer veya nesnelerden kaçınma durumu					
51.	Hiç bir şey düşünmeme hali					
52.	Bedeninizin bazı kısımlarında uyuşma, karıncalanma olması					
53.	Boğazınıza bir yumru tıkanmış hissi					
54.	Gelecek konusunda ümitsizlik					
55.	Düşüncelerinizi bir konuya yoğunlaştırmada güçlülük					
56.	Bedeninizin çeşitli kısımlarında zayıflık hissi					
57.	Gerginlik veya coşku hissi					
58.	Kol ve bacaklarda ağırlık hissi					
59.	Ölüm ya da ölme düşünceleri					
60.	Aşırı yemek yeme					
61.	İnsanlar size batığı veya hakkınızda konuştuğu zaman rahatsızlık duyma					
62.	Size ait olmayan düşüncelere sahip olma					
63.	Bir başkasına vurmak, zarar vermek, yaralamak dürtülerinin olması					
64.	Sabahın erken saatlerinde uyanma					
65.	Yıkanma, sayma, dokunma gibi bazı hareketleri yenileme hali					
66.	Uykuda huzursuzluk, rahat uyuyamama					
67.	Bazı şeyleri kırıp dökme isteği					
68.	Başkalarının yanında kendini çok sıkılgan hissetme					
69.	Başkalarının yanında kendini çok sıkılgan hissetme					
70.	Çarşı, sinema gibi kalabalık yerlerde rahatsızlık hissi					
71.	Her şeyin bir yük gibi görünmesi					
72.	Dehşet ve panik nöbetleri					
73.	Toplum içinde yer içerken huzursuzluk hissi					
74.	Sık sık tartışmaya girme					
75.	Yalnız bıraktığınızda sinirlilik hali					
76.	Başkalarının sizi başarılarınız için yeterince takdir etmediği duygusu					
77.	Başkalarıyla birlikte olunan durumlarda bile yalnızlık hissetme					
78.	Yerinizde durmayacak ölçüde rahatsızlık duyma					
79.	Değersizlik duygusu					

80.	Size kötü bir şey olacaktı duygu					
81.	Bağırmaya ya da eşyaları fırlatma					
82.	Topluluk içinde bayılacağınız korkusu					
83.	Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömürecek duygu					
84.	Cinsellik konusunda sizi çok rahatsız eden düşüncelerinizin olması					
85.	Günahlarınızdan dolayı cezalandırmanız gerektiği düşüncesi					
86.	Korkutucu türden düşünce ve hayaller					
87.	Bedeninizde ciddi bir rahatsızlık olduğu düşüncesi					
88.	Başka bir kişiye karşı asla yakınlık duymama					
89.	Suçluluk duygu					
90.	Aklınızda bir bozukluğun olduğu düşüncesi					

.....

EK-5: HAMILTON ANKSİYETE DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ

HAMILTON ANKSİYETE DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ

0= Yok

1= **Hafif** (düzensiz ve kısa sürelerle ortaya çıkar)

2= **Orta** (daha sürekli ve daha uzun süreli ortaya çıkar, hastanın bunlarla başa çıkması önemli çabaları gerektirir)

3= **Şiddetli** (sürekli, hastanın yaşamına egemen)

4= **Çok şiddetli** (kişiyi inkapazite durumuna getirici)

İTEMLER		BİRİNİ İŞARETLEYİN
1.ANKSİYETELİ MİZAC Endişeler,kötü bir şey olacağı beklentisi,korkulacak bir şey olacak hissi,irritabilite		0 1 2 3 4
2.GERİLİM Gerilim duyguları, irkilme tepkileri, ürperme, yerinde duramama, gevşeyememe kolayca ağlamaya başlama, bitkinlik		0 1 2 3 4
3.KORKULAR Karanlıktan, yabancılardan, yalnız bırakılmaktan, hayvanlardan, trafikten, kalabalıktan		0 1 2 3 4
4.UYKUSUZLUK Uykuya dalmada güçlük,bölünmüş uyku,doyurucu olmayan uyku, uyandığında bitkinlik, düşler, karabasanlar.gece korkuları		0 1 2 3 4
5.ENTELELTÜEL (KOGNİTİF) Konsantrasyon güçlüğü, bellek zayıflaması, unutkanlık		0 1 2 3 4
6.DEPRESİF MİZAC İlgi yitimi, hobilerden zevk alamama, depresyon, gün içinde dalgalanmalar		0 1 2 3 4
7.SOMATİK (MUSKÜLER) Musküler: Ağrılar, sızılar, seğirmeler,kas gerginliği,tutulma,sertlik,kaslarda kasılmalar yada sıçramalar,diş gıcırdatma, sesin titremesi, artmış kas tonusu		0 1 2 3 4
8.SOMATİK (DUYUSAL) Duyusal: Kulak çınlaması, görme bulanıklığı, ateş basması veya üşüme, takatsizlik, karıncalanmalar, iğnelenmeler		0 1 2 3 4
9.KARDİOVASKÜLER SEMPTOMLAR Taşikardi, çarpıntı, göğüste ağrılar,damarların attığını hissetme, bayılacak gib olma, ekstrasistoller, kalbin teklediği duygusu		0 1 2 3 4
10.SOLUNUM SEMPTOMLARI Göğüste baskı veya sıkışma,boğulma duygusu, iç çekme, nefes alırken zorlanma,güçlkle nefes alma, nefesi yetmiyormuş gibi hissetme		0 1 2 3 4
11.GASTROİNTESTİNAL SEMPTOMLAR Midede veya karında ağrı, rahatsızlık hissi, ekşime, yanma, guruldama, bulantı,kusma, yutma güçlüğü,bağırsaklarda gaz,karında dolgunluk,ishal,kabızlık, kilo kaybı		0 1 2 3 4
12.GENİTOÜRİNER SEMPTOMLAR Sık işeme,sık idrara sıkışma,adet gecikmesi veya kesilme, ara kanamalar, cinsel isteksizlik, cinsel açıdan soğuk veya tepkisiz hissetme, erken boşalma, empotans		0 1 2 3 4
13.OTONOMİK SEMPTOMLAR Ağız kuruluğu,her zamankinden fazla terleme,terleme eğilimi,yüz kızarması,solgunluk,sersemlik,baş dönmesi, başağrısı, tüylerin diken diken olması		0 1 2 3 4
14.GÖRÜŞME SIRASINDAKİ DAVRANIŞ Sürekli kıpırdanma,yerinde duramama,huzursuzluk veya gezinme,ellerde titremeler,alında kırışma,gergin yüz ifadesi, çatık kaşlar,iç çekme, sık solup alıp verme, yüzde solgunluk, yutkunma, geğirme, canlı tendon sıçramaları, dilate pupiller, egzoftalmus		0 1 2 3 4
TOPLAM=	PSİŞİK (1,2,3,4,5,6)=	SOMATİK(4,7,8,9,10,11,12,13)=
0-5: Anksiyete yok	6-14: Minör anksiyete	>15:Major anksiyete

EK-6: HAMILTON DEPRESYON DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ

HAMILTON DEPRESYON DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ

1. DEPRESİF RUH HALİ	0= YOK 1= ŞÜPHELİ: Hastanın her zamankinden daha çökkün olduğuna tam olarak emin olunamıyor. 2= HAFİF: Hasta bu duygularını sözel olarak kendiliğinden ifade ediyor. Ağlama eğilimleri var. 3= ORTA: Hastanın bu hali yüz mimikleri, duruşu ve sesinden açıkça anlaşılıyor. Görüşmede ağlayabilir. 4= AĞIR: Hastanın bu duygularını sözlü veya sözsüz olarak ifade edişi görüşmeye hakim. Hastanın dikkati başka yöne çekilemiyor.
2. İŞ VE ETKİNLİKLER	0= Normal iş etkinlikleri. 1= Hasta işi ve/veya iş dışı ilgi alanlarıyla ilgili yetersizlik duygularını ifade eder, motivasyon eksikliğini belli eder. Bütün bunlara karşın işini belirgin bir aksama görülmeden yapabilmektedir. 2= İşine ve iş dışı alanlara karşı belirgin motivasyon eksikliği vardır. Çalışma kapasitesi azalmıştır. Eski çalışma hızına ulaşamaz. Bazı günler işe gitmez veya işten erken ayrılmaya çalışır. İş yerinde veya evde yapılması gereken işlerle veya başka işlere karşı kayıtsızlığı, aile ve iş arkadaşları tarafından belirtilir veya bunları kendisi ifade eder. Yatan hastalarda: Tüm gün hastası ise gündüz hastası konumuna geçebilir durumdadır. Evde veya hastanede günlük etkinliklere 3-4 saat katılmaktadır. 3= Hastanın işine ayırdığı zaman ileri derecede azalmış, verimi belirgin derecede düşmüştür. Çalışamayacağı için rapor verilmesi gerekmektedir. Yatan hastalar servis etkinliklerine 3. Saatten az katılmaktadır. 4= Hastalığından dolayı kesinlikle çalışamaz durumdadır. Hastanede yatan hastalar servis işlerini yarımsız yapamaz ya da yapsa bile bunlar dışında etkinliği yoktur.
3. SUÇLULUK DUYGULARI	0= YOK 1= ŞÜPHELİ: Hastalığı sırasında ailesine yük olduğunu, ailesini ve arkadaşlarını hayal kırıklığına uğrattığını ve/veya onları ihmal ettiğini düşünüyor. 2= HAFİF: Hastalığı öncesinde olay ve durumlarla ilgili suçluluk duyguları var. Örneğin geçmişteki küçük ihmalkarlıkları veya hataları, görevini yapmamış olma duygusu, başkalarına zarar verdiği düşüncesi. 3= ORTA: Hastalığı yüzünden çektikleri kendisine verilmiş bir cezadır. Hasta bu duygusunun temelsiz olduğunu farkedebileceği sürece 3 işaretlenmelidir. 4= AĞIR: Suçlulukla ilgili varsanılar. Suçluluk duyguları yerleşmiştir ve her türlü karşı görüşe direnir. Hata suçlayan, tehdit eden sesler işitebilir veya benzeri temalarda görsel varsanılar tanımlayabilir.
4. İNTİHAR	0= YOK 1= ŞÜPHELİ: Hayatın yaşamaya değmediğini düşünür ama ölme isteğiyle ilgili bir düşüncesi yoktur. 2= HAFİF: Ölüm isteğinden söz eder, ancak kendisini öldürmekle ilgili planları yoktur. 3= ORTA: İntihar düşünceleri, planları, intihara yönelik hareketler. Hastanın intihar etme olasılığı vardır. 4= AĞIR: Hasta önceki günlerde intihar girişiminde bulunmuştur. Herhangi bir intihar girişimi, ani bir kararı takip etse de 4 işaretlenmelidir.
5. RUHSAL ANKSİYETE	0= YOK 1= ŞÜPHELİ: Hastanın her zamanki halinden daha gergin, güvensiz olduğu şüpheli. 2= HAFİF: Hasta anksiyetesini açık bir şekilde anlatıyor ve bunu kontrol

	etmekteki güçlüğü ifade ediyor. Ancak kaygıları önemsiz konulardadır ve günlük hayatı etkilemez. 3= ORTA: Hasta önemli konularda olabilecek kötü olaylar konusunda kaygı duymaktadır. Zaman zaman anksiyetesini kontrol edemez ve paniğe kapılır. Günlük hayatı etkilemektedir. Yüz ifadesinden endişesi gözlenir. 4= AĞRI: Hasta daha sorulmadan korkularını anlatır. Bunlar sık sık gelmekte ve hastanın günlük hayatını belirgin biçimde etkilemektedir.
6. BEDENSEL ANKSİYETE	0= YOK 1= ŞÜPHELİ: Hasta ara ara sindirim sistemi ile ilgili yandaki belirtiler, terleme ve titreme gibi hafif belirtileri farketmektedir. Ancak bunları çok açık şekilde tanımlanmaz. 2= HAFİF: Belirtiler hasta tarafından açık bir şekilde tanımlanmaktadır. Zaman zaman olmaktadır. Günlük yaşamı engellemez. 3= ORTA: Belirgindir ve hastada ciddi endişe yaratır. Zaman zaman günlük yaşamı etkiler. 4= AĞIR: Anksiyetenin birçok fizyolojik belirtisini birarada tarif eder. Bunlar kalıcıdır ve hastanın günlük yaşamını belirgin biçimde etkilemektedir.
7. HİPOKONDRIYAZİS	0= YOK 1= ŞÜPHELİ: Vücut belirtileri ve işlevleri ile normalden biraz daha fazla ilgili. 2= HAFİF: Fizik sağlığı konusunda açık kaygıları var. Sürekli sağlığı ile ilgileniyor. 3= ORTA: Hasta bütün belirtilerini açıklayacak bir hastalığı olduğuna inanmaktadır (beyin tümörü, kanser vb.) Hasta böyle bir hastalığı olmadığına kısa bir süre için ikna edilebilir. 4= AĞIR: Kuruntulanması paranoid boyutlara ulaşmıştır. Hipokondriyak sanrıları nihilistik bir karakter taşır (içi çürümektedir, barsakları tıkanmıştır vb.). Hasta ikna edilemez.
8. SOMATİK BELİRTİLER (GASTROİNTESTİNAL)	0= YOK 1= ŞÜPHELİ: İştahsız, kendi kendine yemek yiyor, ama yediklerinde tat yok, bazen kabız. 2= VAR: Yemek alımı azalmış. Hastanın yemek yemesi için teşvik edilmesi gerekiyor. Kural olarak kabız. Laksatif gereksinimi duyuyor, ancak bundan fayda görmüyor.
9. KİLO KAYBI (ZAYIFLAMA)	0= Kilo kaybı yok 1= İlk değerlendirmede 1-2.5 kg kayıp. Takip değerlendirmelerinde haftada 0.5 kg kayıp. 2= İlk değerlendirmede 3 kg'dan fazla kayıp. Takip değerlendirmesinde haftada 1 kg veya daha fazla kayıp.
10. ERKEN UYKUSUZLUK (UYKUYA DALMA GÜÇLÜĞÜ)	0= YOK 1= ŞÜPHELİ: Hasta, son üç gecedan en az birinde uykuya dalmadan önceki yarım saat, yatakta uyanık kalmıştır. 2= VAR: Hasta son üç gece yatakta yarım saatten fazla uyanık kalmıştır.
11. ORTA UYKUSUZLUK (UYKUYU SÜRDÜRME GÜÇLÜĞÜ)	0= YOK 1= ŞÜPHELİ: Hasta son 3 gecede 1 veya 2 kere gece boyu uykusuzluktan, huzursuzluktan yakındır. 2= VAR: Her gece en az bir kere uyanırsa veya son üç gecedan herhangi birinde tuvalet gereksinimi dışında yataktan kalkarsa.
12. GECE UYKUSUZLUK (ERKEN UYANMA)	0= YOK 1= ŞÜPHELİ: Uyanı ama tekrar uykuya dalar. 2= VAR: Sürekli erken uyanır ve bir daha uyuyamaz.
13. GENEL BEDENSEL BELİRTİLER	0= YOK 1= ŞÜPHELİ: Çok hafif kas yorgunluğu ve diğer bedensel rahatsızlıklar. 2= VAR: Açıkça veya sürekli yorgunluk, bitkinlik, herhangi bir kesin

	yakınma.
14. GENİTAL BELİRTİLER (CİNSEL İLGİ)	0= Cinsel ilgi her zamanki gibi. 1= Şüpheli veya hafif azalmış cinsel ilgi ve zevk. 2= Cinsel ilgide açık azalma Erkeklerde sıklıkla fonksiyonel impotans, kadınlarda uyarılma eksikliği veya açık iğrenme duyguları, adet düzensizlikleri.
15. RETARDASYON	0= Normal konuşma ve motor etkinlik. Buna eşlik eden yüz mimikleri. 1= Konuşma hızı hafif veya şüpheli olarak yavaşlamış. Hareketleri yavaşlamış olabilir. 2= Konuşma hızı belirgin olarak yavaşlamıştır. Duraklamalar vardır. Yüz mimikleri azalmıştır. 3= Görüşme kısa yanıtlar, uzun duraksamalar nedeniyle açık bir şekilde uzamakta, zor tamamlanmaktadır. Bütün hareketler ileri derecede yavaşlamıştır. 4= Görüşme tamamlanamaz. Stupor.
16. AJİTASYON (HUZURSUZLUK)	0= YOK 1= ŞÜPHELİ: Belli belirsiz bir huzursuzluk vardır. Konuşurken oturuş şeklini değiştirmek, başını kaşımak gibi 2= HAFİF: Elleriyle oynar, otururken sürekli pozisyon değiştirir. Yatan hastalarda huzursuzluk gözlenir, ara ara koridorda tur atarlar. 3= ORTA: Hasta görüşme süresince oturamaz. Yatan hastalar sürekli koridorda dolaşır. 4= AĞIR: Sürekli hareket halinde, elbisesini çekiştiriyor, saçlarını yoluyor vb. Görüşmeyi sürdürmek zor.
17. İÇGÖRÜ (İÇGÖRÜ KAYBI)	0= Hasta depresif belirtilerinin varlığını veya bir sinir hastalığı olduğunu kabul eder. 1= Hasta olduğunu kabul eder ancak bunu ilgisiz şeylere (kötü hava, iklim, aşırı çalışma gibi) bağlar. 2= Hasta olduğunu kabul etmez. Sanrıları olan hastalar, tanım olarak içgörülerini kaybetmişlerdir.
TOPLAM PUAN	0-13: Depresyon yok, 14-27: hafif depresyon, 28-41: orta depresyon, 42-53: Şiddetli depresyon

EK-7: GİS SEMPTOMLARI

Adı – Soyadı:

Tarih

Aşağıda zaman zaman herkeste olabilecek yakınma ve sorunların bir listesi vardır. Lütfen her birini dikkatlice okuyunuz. Sonra bu durumun bugün de dahil olmak üzere üç ay içinde sizi ne ölçüde huzursuz ve tedirgin ettiğini göz önüne alarak, aşağıda belirtilen tanımlamalardan uygun olanının numarasını karşısındaki boşluğa yazınız. Düşüncenizi değiştirirseniz ilk yazdığınız numarayı tamamen siliniz. Lütfen başlangıç örneğini dikkatle okuyunuz ve anlamadığınız bir cümle ile karşılaştığınızda uygulayan kişiye danışınız.

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Oldukça fazla	Çok fazla
1	Bulantı	0	1	2	3	4
2	Kusma	0	1	2	3	4
3	Şişkinlik	0	1	2	3	4
4	Erken doyma	0	1	2	3	4
5	Yemek sonrası dolgunluk	0	1	2	3	4
6	Karın ağrısı	0	1	2	3	4
7	Göğüste yanma hissi	0	1	2	3	4
8	Kabızlık	0	1	2	3	4
9	İshal	0	1	2	3	4
10	Dışkılama sırasında ağrı	0	1	2	3	4
11	Dışkılama sonrasında rahatlama hissi	0	1	2	3	4

EK-8: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Kısa Formu (WHOQOL-BREF)

WHOQOL-BREF (TR)

SİZİNLE İLGİLİ

Başlamadan önce kendinizle ilgili genel bir kaç soruyu cevaplamanızı istiyoruz. Lütfen doğru yanıtları yuvarlağa alınız ya da verilen boş yerleri doldurunuz.

Cinsiyetiniz nedir? Erkek Kadın

Doğum tarihiniz nedir? _____ / _____ / _____
GÜN / AY YIL

Gördüğünüz en yüksek eğitim derecesi nedir? Hiç eğitim almadım
İlkokul-ortaokul
Lise veya eşdeğeri
Yüksek

Medeni durumunuz nedir?

hiç evlenmemiş
evli
evli gibi yaşıyor
ayrılmış
boşanmış
eşi ölmüş

Şu anda bir hastalığınız var mı? evet hayır

Eğer şu anda sağlığınıza ilgili yolunda gitmeyen bir durum varsa, sizce bu nedir?

_____ hastalık / sorun

Açıklama

Bu anket sizin yaşamınızın kalitesi, sağlığınıza ve yaşamınızın öteki yönleri hakkında neler düşündüğünüzü sorgulamaktadır. Lütfen bütün soruları cevaplayınız. Eğer bir soruya hangi cevabı vereceğinizden emin olamazsanız, lütfen size en uygun görünen cevabı seçiniz. Genellikle ilk verdiğiniz cevap en uygun olacaktır.

Lütfen kurallarınızı, beklentilerinizi, hoşunuza giden ve sizin için önemli olan şeyleri sürekli olarak gözönüne alınız. Yaşamınızın son iki haftasını dikkate almanızı istiyoruz. Örneğin bir soruda son iki hafta kastedilerek şöyle sorulabilir:

	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
İhtiyacınız olan desteği başkalarından alabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5

Son iki hafta boyunca başkalarından aldığınız desteğin miktarını en iyi karşılayan rakamı yuvarlağa almalısınız. Buna göre, eğer başkalarından çokça yardım aldıysanız, aşağıdaki gibi 4 rakamını yuvarlağa almanız gerekiyor:

	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
İhtiyacınız olan desteği başkalarından alabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5

Son iki hafta içinde, ihtiyacınız olan desteği başkalarından hiç alamadıysanız, 1 rakamını yuvarlağa almalısınız.

Lütfen her soruyu okuyunuz, duygularınızı değerlendiriniz ve her bir sorunun ölçeğinde size en uygun olan yanıtın rakamını yuvarlağa alınız.

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
1 G1	Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
2 G4	Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular son iki hafta içinde kimi şeyleri ne kadar yaşadığınızı soruşturmaktadır.

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
3 F1.4	Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne kadar engellediğini düşünüyorsunuz?	1	2	3	4	5
4 F11.3	Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?	1	2	3	4	5
5 F4.1	Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?	1	2	3	4	5
6 F24.2	Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Son derecede
7 F5.3	Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?	1	2	3	4	5
8 F16.1	Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?	1	2	3	4	5
9 F22.1	Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular son iki haftada kimi şeyleri ne ölçüde tam olarak yaşadığınızı ya da yapabildiğinizi soruşturmaktadır.

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
10 F2.1	Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	1	2	3	4	5
11 F7.1	Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?	1	2	3	4	5
12 F18.1	İhtiyaçlarınızı karşılamaya yeterli paranız var mı?	1	2	3	4	5
13 F20.1	Günlük yaşamınızda size gerekli bilgi ve haberlere ne ölçüde ulaşabiliyorsunuz?	1	2	3	4	5
14 F21.1	Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorularda, son iki hafta boyunca yaşamınızın çeşitli yönlerini ne ölçüde iyi ya da doyurucu bulduğunuzu belirtmeniz istenmektedir.

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
15 F9.1	Bedensel hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
16 F13.3	Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
17 F10.3	Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
18 F12.4	İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
19 F6.3	Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
20 F13.3	Aileniz dışındaki kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
21 F15.3	Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
22 F14.4	Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
23 F17.3	Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
24 F19.3	Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
25 F23.3	Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki soru son iki hafta içinde bazı şeyleri ne sıklıkta hissettiğiniz ya da yaşadığınıza ilişkindir.

		Hiçbir zaman	Nadiren	Arasıra	Çoğunlukla	Her zaman
26 F8.1	Ne sıklıkta hüznü, ümitsizlik, bunalı, çökkünlük gibi olumsuz duygulara kapılırsınız?	1	2	3	4	5

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
U. 27	Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?	1	2	3	4	5

Bu formun doldurulmasında size yardım eden oldu mu?

Bu formun doldurulması ne kadar süre aldı?

Soru formu ile ilgili yazmak istediğiniz görüş var mı?

