

T.C.  
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI



ÇANAKKALE BÖLGESİ AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE  
BAŞVURANLARDA İRRİTABL BARSAK SENDROMU  
YAYGINLIĞI VE HASTALARIN ÖZELLİKLERİ

**UZMANLIK TEZİ**

Dr. Kenan ÖZGEN

**TEZ DANIŞMANI**

Doç. Dr. Erkan Melih ŞAHİN

Çanakkale/2013

TC  
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

ÇANAKKALE BÖLGESİ AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE  
BAŞVURANLARDA İRRİTABL BARSAK SENDROMU  
YAYGINLIĞI VE HASTALARIN ÖZELLİKLERİ

**UZMANLIK TEZİ**

Dr. Kenan ÖZGEN

**TEZ DANIŞMANI**

Doç. Dr. Erkan Melih ŞAHİN

Çanakkale/2013

T.C.  
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ

Aile Hekimliği uzmanlık eğitim  
sınavı kapsamında yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından  
Dr Kenan ÖZGEN'in Uzmanlık Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 18 / 07 / 2013

**Çanakkale Bölgesi Aile Sağlığı  
Merkezinin Başvuranlarda İrritable  
Barsak Sendromu Yaygınlığı ve  
Hastaların Özellikleri**

Tez Danışmanı: Doç Dr Erkan Melih ŞAHİN

Tez Jürisi Üyeleri:

Adı Soyadı:

Doç Dr Erkan Melih ŞAHİN

Doç Dr Kubilay UKİNG

Yrd. Doç Dr Ayşegül ULUDAĞ

İmzası

ONAY:

Bu tez Aile Hekimliği Anabilim Dalı Akademik Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Fakülte Yönetim Kurulunun 22/07/2013 tarih ve ...2013/...29 sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Prof Dr Hüseyin ÖZDEMİR  
Dekan

## TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimi süresince, bana yol gösteren, derin bilgi ve deneyimlerini esirgemeyen, benim ve diğer asistan arkadaşlarımda en iyi şekilde yetişmesi için hiçbir fedakarlıktan kaçınmayan, her zaman saygıyla anacağım Anabilim Dalı Başkanımız ve aynı zamanda tez danışmanım olan değerli hocam Doç. Dr. Erkan Melih ŞAHİN'e en içten saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Çalışmamın başlangıcından bitimine kadar, benden yardımlarını esirgemeyen bölümümüz öğretim üyesi Yrd. Doç. Dr. Ayşegül ULUDAĞ'a bana ayırdığı değerli zaman ve sağladığı destek için minnettarım ve teşekkürlerimi sunarım.

Öğrenimim süresince yetişmemde emeği geçen, tüm hocalarıma, Asistanlık eğitimim süresince beraber çalıştığım zorlukları ve güzellikleri birlikte paylaştığımız tüm asistan arkadaşlarıma,

Sonsuz teşekkür eder, sevgilerimi sunarım.

Dr. Kenan ÖZGEN

## ÖZET

**Giriş ve Amaç:** İrritable barsak sendromu (İBS), beraberinde herhangi bir organik bozukluk olmayan bir fonksiyonel barsak hastalığıdır ve birinci basamak hekimlerinin en sık karşılaştığı hastalıklar arasında yer almaktadır. Tanı kriterlerindeki değişiklikler nedeniyle yaygınlığı hakkında farklı sonuçlar bildirilmekte olsa da dünyada İBS prevalansı %3-22 arasında değişmektedir. Bu çalışmada Çanakkale ilindeki erişkin nüfusta İBS yaygınlığının ve hasta özelliklerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Çanakkale il merkezindeki aile sağlığı merkezlerini (ASM) temsil etmek üzere seçilen Kepez ASM'ye Eylül- Aralık 2011 tarihleri arasında başvuran 18-65 yaş arası 500 katılımcı ardışık olarak çalışmaya davet edilip araştırmacı tarafından yüz yüze uygulanan anket ile demografik özellikler, şikayet ve tıbbi öykü, çeşitli beslenme ve etyolojik özellikler ve ROMA III tanı kriterleri ile İBS tanısı sorgulandı. Katılımcıların depresyon ve kaygı düzeylerini belirlemek için Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği, stres düzeylerini belirlemek için Algılanan Stres Ölçeği ve yaşam kalitelerini belirlemek için Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalite Ölçeği (WHOQOL-BREF(TR)) uygulandı.

**Bulgular:** Katılımcıların 64'ü (%12,8) daha önceden İBS tanısı almıştı. Yeni tespit edilen İBS hastası yoktu. İBS hastaları ile diğer katılımcılar arasında yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, ortalama aile gelirleri, ailede yaşayan kişi sayısı ve kişi başına düşen gelirler, sigara kullanım durumu, alkol kullanım durumu, düzenli egzersiz yapma durumu ve öğünlerin düzenli olma durumu bakımından fark yoktu. Hastaların son 3 aydır karın ağrısı nedeniyle rahatsız geçirdiği gün sayısı ortalama  $3,1 \pm 2,1$  (2-9) gün olarak saptandı. İBS tanısı almış hastalarda, hastalıklarının rutin izlemi en çok (%40) aile hekimleri tarafından yapılmaktaydı.

İBS hastalarının WHOQOOL yaşam kalitesi ortalama skorları hasta olmayanların ortalama skorlarından anlamlı yüksek, HAD anksiyete ölçeği ortalama skorları hasta anlamlı düşük, HAD depresyon ölçeği ortalama skorları ve Algılanan Stres ölçeği ortalama skorları anlamlı farklı değildi.

**Sonuç:** Çalışma evreninde İBS tanılı hastaların oranı ülkemizde yapılan diğer çalışma sonuçlarıyla yakın olup tanı almamış hastaya rastlanmaması yeni tanı kriterlerine göre İBS tanısının kısıtlanması ve çalışma bölgesinde sağlık hizmetlerine ulaşma olanaklarının yüksek olmasına bağlanmıştır. Çalışmada saptanan İBS hastalarının yaşam kaliteleri belli alanlarda düşmekle birlikte genelde diğer hastalardan yüksek bulunmuş olup bu da İBS hastalarının sosyal ve sağlık desteklerini daha fazla kullanmalarıyla ilişkili değerlendirilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** İrritable barsak hastalığı, tanı, yaygınlık, tedavi, yaşam kalitesi

## ABSTRACT

**Background and Aim:** Irritable bowel syndrome (IBS) is one of the functional bowel diseases without any organic anomalies. IBS is one of the most common disease in primary health care. The prevalence of IBS reported 3-22% in a great range probably because of changing diagnostic criteria. The aim of this study is to determine the prevalence and characteristics of IBS.

**Method:** The study was carried out in Kepez Health Center which is chosen to represent adult (18-65 years) population of Çanakkale city between September and December 2011. 500 consecutive patients invited to participate and a face-to-face questionnaire including items on demographic, medical, dietary characteristics, etiologic factors and ROMA III diagnostic criteria was applied by researcher. Additionally Hospital Anxiety and Depression Scale, Perceived Stress Scale and the World Health Organization Quality of Life Scale (WHOQOL-BREF) applied to participants.

**Results:** Sixty four (12.8%) of the participants already had an IBS diagnosis. There were no new patients diagnosed in the study. There were no significant difference on age, sex, marital status, working condition, family income, family member count, personal income, smoking status, alcohol consumption, regular exercising, meal scheme of the IBS patient and other participants. Average sick day due to abdominal pain of IBS patient in last 3 months were  $3.1 \pm 2.1$  (2-9) days. Routine follow-up IBS patient were done mostly (40%) by family physicians.

IBS patient's health quality scores were higher, anxiety scores were lower than other participants while depression and perceived stress scores were not different.

**Conclusion:** The prevalence of IBS were near to other reports from Turkey. The cause of not having any new cases of IBS might be the changing diagnostic criteria or the high consumption of health resources in study region. Higher quality of life scores of the IBS patients considered to related with the higher consumption of social and health support systems.

**Key words:** Irritable bowel syndrome, diagnosis, prevalence, treatment, quality of life



# İÇİNDEKİLER

<b><u>DİZİN</u></b>	<b><u>SAYFA NUMARASI</u></b>
İç kapak	i
Kabul-onay sayfası	ii
Özet ve anahtar sözcükler	iv
İngilizce özet (Abstract ve key words)	vi
İçindekiler	viii
Kısaltmalar ve simgeler dizini	x
Şekiller dizini	xi
Tablolar dizini	xii
1. Giriş ve Amaç	1
2. Genel Bilgiler	3
2.1 İrritabl Barsak Sendromu Tanımı	3
2.2 Epidemiyoloji	4
2.3 Etyopatogenez	5
2.4 İrritabl Barsak Sendromunda Klinik Özellikler	8
2.5 İBS'nin Klinik Alt Tipleri	10
2.6 İBS şiddetinin sınıflandırılması	12
2.7 Tanı	12
2.8 Tanı Kriterleri	15
2.9 Tanısal yaklaşım	19
2.10 Ayırıcı Tanı	20
2.11 İBS ve Yaşam Kalitesi	23
2.12 Tedavi	26
3. Gereç ve Yöntem	32
3.1 Evren ve örneklem	32
3.2 Veri toplama araçları	32
3.3 İzin ve onamlar	34
3.4 Uygulama	34
3.5 Araştırma maliyeti	34
4. Bulgular	35

4.1 Dışkılama alışkanlıkları ve özellikleri	35
4.2 Tıbbi özgeçmiş	36
4.3 Yaşam tarzı	39
4.4 İBS Hastalarına Ait Bulgular	40
4.5 İBS hastaları ile diğer katılımcıların karşılaştırmaları	50
5. Tartışma	53
6. Sonuçlar	60
Kaynaklar	63
<b>Ek 1.</b> Veri toplama aracı	74
<b>Ek 2.</b> Etik kurul onayı	92

## KISALTMALAR VE SİMGELER

5-HT	5-hidroksi triptamin
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
AD	Anabilim Dalı
ASM	Aile Sağlığı Merkezi
BFŞS	Bristol Feçes Şekil Skalası
GİS	Gastrointestinal sistem
HAD	Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği
HAD-A	HAD Anksiyete alt ölçeği
HAD-D	HAD Depresyon alt ölçeği
İBH	İnflamatuvar barsak hastalığı
İBS	İrritable barsak sendromu
İBS-C	Konstipasyon baskın irritable barsak sendromu
İBS-D	Diyare baskın irritable barsak sendromu
İBS-M	Mikst irritable barsak sendromu
İBS-U	Tanımlanamamış irritable barsak sendromu
MSS	Merkezi sinir sistemi
PSS	Algılanan Stres Ölçeği (Perceived Stress Scale)
TSH	Tiroid stimüle hormon
WHOQOL-BREF(TR)	Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalite Ölçeği

## ŞEKİLLER

**Şekil 1:** Bristol Feçes Şekil Skalası

**Şekil 2.** Başlıca İBS semptom alt gruplarının tedavisi

## TABLULAR

**Tablo 1:** Roma III'e göre dışkı yoğunluğu esas alınarak yapılan İBS alt grupları

**Tablo 2.** İBS'de ileri araştırma gerektiren alarm işaretleri

**Tablo 3.** İBS tanısını destekleyen ve tanıdan uzaklaştıran klinik bulgular

**Tablo 4.** Manning tanı kriterleri

**Tablo 5.** Kruis skor sistemi

**Tablo 6.** Roma III tanı kriterleri

**Tablo 7.** İBS Ayırıcı Tanısında düşünülecek klinik durumlar

**Tablo 8.** İBS ayırıcı tanısında kullanılan laboratuvar testleri

**Tablo 9.** Baskın İBS semptomlarını hedefleyen son organ tedavilerinde kullanılan spesifik ilaçlar

**Tablo 10.** Çalışmaya alınma ve çalışma dışı bırakma ölçütleri:

**Tablo 11:** Katılımcıların eğitim durumları

**Tablo 12:** Katılımcıların meslek durumları

**Tablo 13.** Mide barsak sistemi ile ilgili rahatsızlıkların dağılımı

**Tablo 14.** Çeşitli rahatsızlıkların dağılımı

**Tablo 15:** Katılımcılardaki tanı konmuş veya tedavi kullanılan hastalıklar

**Tablo 16.** Katılımcıların kullandıkları ilaçlar

**Tablo 17.** Sigara kullanma durumları

**Tablo 18.** İBS hastalarının sosyodemografik özellikleri

**Tablo 19.** İBS hastalarında karın ağrısının yerleşimi

**Tablo 20.** İBS hastalarının karın ağrısı şikayetlerinin karakteri

**Tablo 21:** İBS hastalarının ailesinde İBS veya benzer\* hastalıkların dağılımı

**Tablo 22:** İBS tanısı konulan sağlık kuruluşlarının dağılımı

**Tablo 23:** İBS hastalığı izlemelerini kim yapıyor

**Tablo 24:** Hastalıkla ilgili konular hakkında bilgi alma durumları

**Tablo 25:** İBS'de kullanılan tedavilerin dağılımı

**Tablo 26:** İBS hastalarında rahatsızlıkların artmasına neden olan besinler

**Tablo 27:** İBS hastalarının rahatsızlandıklarında kullanılan yöntemlerin dağılımı

**Tablo 28:** İBS hastalarının kullandıkları bitkisel tedavilerin dağılımı

**Tablo 29.** İBS hastalarında tanı konmuş ve/veya ilaç kullanılan hastalıklar

**Tablo 30.** İBS hastalarının sigara kullanım durumu

**Tablo 31.** İBS hastalarının Yaşam Kalitesi, Hastane Anksiyete Depresyon ve Algılanan Stres Ölçek Puan ortalamaları

# 1. GİRİŞ VE AMAÇ

İBS toplumda sık rastlanan, hayatı tehdit etmeyen, hayat kalitesini bozan ve ciddi ekonomik kayıplara yol açan, fonksiyonel barsak hastalığıdır. Herhangi bir biyokimyasal ya da organik bir bozukluk olmaksızın, kronik karın ağrıları ve dışkılama bozuklukları ile karakterize bir sendromdur (1).

Batı ülkelerindeki prevalansı tanı için kullanılan kriterlere de bağlı olarak %3 ile %25 arasında değişmekle beraber çalışmaların çoğunda %10 civarındadır. Asya ülkelerindeki prevalans genellikle Avrupa'ya göre daha düşük olup %0,8 ile %14 arasında değişen rakamlar bildirilmektedir. Ülkemizde İzmir, Sivas, Elazığ ve Diyarbakır'da yapılan çalışmalarda İBS prevalansının %6,2 ile 19,1 arasında değiştiği bildirilmiştir (2-4). ABD'de İBS için yılda 2,4 milyon kez hasta muayenesi yapılmakta ve 2,2 milyon kez reçete yazılmaktadır. Birinci basamakta polikliniğe başvuran hastaların %35'ini fonksiyonel bağırsak hastalıkları oluşturmaktadır ve ilk sırada İBS gelmektedir.

İBS kronik bir hastalıktır ve ataklar halinde seyreder. Tam tedavisi mümkün değildir. İBS hastalarında günlük aktivitelerinde azalma olması, günlük işlevlerini yeterince yapamamak, işlevsel güçsüzlük, hastalık semptomları ve fiziksel iyilik halinin bozulması tedaviye uyumu zorlaştırmakta, özbakımı zayıflatmakta ve çeşitli psikolojik sorunlar ortaya çıkmaktadır. Tüm bu olumsuzlukların sonucunda ise hastaların yaşam kaliteleri olumsuz şekilde etkilenmektedir (1).

İBS kültürel, sosyal, çevresel ve davranışsal faktörlerden etkilenmektedir. Beslenme biçimi, hormonal değişiklikler, psikolojik stres, ve aktivite düzeyi İBS semptomlarını artırabilmektedir. Yapılan çalışmalara göre; İBS hastalarının daha fazla sağlık bakımı gereksinimi duymaları psikolojik stres, uyku düzeni, çalışma gücü, cinsel işlev, seyahat ve beslenme düzeni üzerine olan olumsuz etkileri yüzünden düşük yaşam kalitesine sahip oldukları saptanmıştır. ABD'de yapılan bir çalışmada da İBS'nin anksiyeteyi, uyku durumunu, cinsel işlevleri, boş zamanları, seyahat etmeyi, çalışma düzenini, beslenme düzenini etkiledikleri saptanmıştır (5).

İBS tanısı organik hastalığı düşündüren alarm semptomları ekarte edildikten sonra, günümüzde son hali ROMA III semptom kriterleri olarak revize edilmiş olan kriterlerin hastada bulunması ile konulur. Hastaya İBS tanısı koyduracak kesin bir fizik muayene bulgusu veya laboratuvar testi yoktur.

Yapılan psikolojik araştırmalarda, İBS olan hastalarda psikiyatrik hastalıkların beraber görölmesinin daha sık olduğu görölmüştür. Psikolojik çalışmalar, İBS olan hastalarda anksiyete sıklığının 2 kat, depresyon sıklığının 3 kat ve hipokondriasis sıklığının ise 6 kat arttığını göstermiştir. İBS olanlarda görülen psikolojik sorunların sıklığı, anksiyete %31, somatizasyon %29, depresyon %26 oranında tespit edilmiştir. Aynı zamanda çocukluk dönemindeki hastalıkların veya ailedeki ölümlerin ve ailenin bu tip durumlara karşı göstermiş olduğu tepkilerin, ileriki dönemde İBS semptomlarına karşı anormal reaksiyonlara neden olduğu gösterilmiştir. İBS sahip olan kadınlarda, çocukluk döneminde seksüel veya fiziksel tacize maruz kalma sıklığında artma saptanmış, İBS semptomları için medikal tedaviye ihtiyaç duyan kadınları bir psikolojik faktörün etkilediğini gösterilmiştir (1).

Bu çalışmada birinci basamak sağlık kuruluşlarında İBS tanısı ile izlenen, İBS şikayetleri bulunan ama henüz tanı konmamış hastaların sıklığını belirlemek, hastaların hastalık davranış özelliklerinin, sağlık hizmeti kullanım özelliklerinin, tedavi, alternatif tıp kullanım özelliklerinin belirlenmesi, eşlik eden hastalık sıklık ve özelliklerinin belirlenmesi, depresyon ve anksiyete semptom yoğunluklarının, algıladıkları stres düzeyinin ve yaşam kalitelerinin saptanması ve çeşitli diğer hastalıkları olan başvuru sahipleriyle karşılaştırılarak farkların ortaya konması amaçlanmıştır.



## 2. GENEL BİLGİLER:

### 2.1 İrritabl Barsak Sendromu Tanımı;

İrritable barsak sendromu (İBS), karında rahatsızlık hissi, şişkinlik veya ağrı ile birlikte defekasyon düzensizliği ve defekasyonda değişiklik gösteren barsak alışkanlığı ile karakterize, beraberinde herhangi bir organik bozukluk olmaksızın bir grup fonksiyonel barsak hastalığını içerir (6). İBS kısaca organik hastalığı işaret eden muayene ve laboratuvar anomalilerinin olmadığı, kronik fonksiyonel bir sindirim sistemi hastalığıdır (7). İBS için daha önce spastik kolon, labil veya anstabil kolon, nervöz kolit, mutsuz kolon, spastik kolit, müküslü ve mükomembranöz kolit, nervöz kolon, pilorospazm, sinirsel hazımsızlık, barsak nevrozu, fonksiyonel kolit, huzursuz barsak sendromu, laksatif kolit, fonksiyonel dispepsi, sinirsel kolon, sinirsel mide mukoza kolit, spastik kolit gibi isimlendirmeler de kullanılmıştır (8).

İBS süreğen ve ataklarla birlikte seyretmesi nedeniyle yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. İBS duygusal stresle artma eğiliminde olduğundan, sağlıkla ilgili hayat kalitesinde bozulma ve yüksek sağlık harcamalarına neden olur (6).

Yapılan araştırmalarda; İBS'li olgularda yaşam kalitesinin normal popülasyondan kötü olduğu ve depresyonu da içeren bir grup ciddi hastalıkla benzer olduğu gösterilmiştir. Yani bu hastalıklar kadar yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Aynı zamanda İBS'li olgular, gastrointestinal ve GİS dışı semptomlar nedeniyle daha sık sağlık kurumlarına başvurmaktadır. GİS dışı semptomlar nedeniyle konsültasyon, İBS olmayan olgulardan 4 kat daha fazla oranda bulunmuştur. Belirli bir kişilik özelliği tanımlanmamasına karşılık İBS'li hastalarda sıklıkla anksiyete bozukluğu, minör depresyon, panik bozukluğuna rastlanabilmektedir. Yapılan bir çalışmada İBS ile birlikte depresyon %50, yaygın anksiyete bozukluğu %15, panik bozukluk %17, obsesif-kompulsif bozukluk %8 ve somatizasyon %7 oranında bulunduğu saptanmıştır. Yine İBS'li hastalar arasında psikometrik testlerde %80'e varan oranlarda, anormal skorlar tespit edilmiştir (9).

## 2.2 Epidemiyoloji

İBS tanısı klinik belirtilerin varlığı ve organik bozuklukların yokluğu durumunda konulabilmekle birlikte ilk 1978'de İBS tanımında Manning kriterleri kullanılmaya başlanmıştır. Sonradan 1989'da Roma kriterleri tanımlanmış ve daha sonra bunlar birkaç kez modifiye edilmiş olup, 2006 da Roma III kriterleri olarak son halini almıştır (10).

İBS nin sıklığı yapılan çalışmalarda kullanılan tanı kriterlerine bağlı olarak değişiklik göstermektedir. Roma II kriterlerine göre toplumda sıklığı %1,1- 13,3 iken Manning'e göre %2,3-21,6 arasında değişmektedir (11).

Boyce ve arkadaşları (12) Avustralya'da 4500 kişiyi taradıkları çalışmada İBS prevalansını Manning kriterlerine göre %13,6, Roma I'e göre %4,4, Roma II'ye göre %6,9 olarak bildirmişlerdir (12).

Asya ülkelerindeki prevalans genellikle Avrupa'ya göre daha düşük olup %0,8 ile %14 arasında değişen rakamlar bildirilmektedir (13). Ülkemizde İzmir, Sivas, Elazığ ve Diyarbakır'da yapılan çalışmalarda İBS prevalansının %6,2 ile %19,1 arasında değiştiği bildirilmiştir (4-5,9). Gastroenteroloji kliniklerine müracaat eden hastaların ise %20-50'sini İBS'li hastalar oluşturmaktadır (15). Prevalans çalışmalarındaki bu farklı sonuçlar hastalığın tanımlanmasında kullanılan kriterlere, sosyoekonomik durum, ırk ve popülasyondaki farklılıklara bağlı olarak düşünülmektedir (14).

Batı ülkelerinde yapılan araştırmalarda kadınların yaklaşık %20'sinde, erkeklerin de yaklaşık %10'unda İBS ile uyumlu semptomlar bulunmuştur. İBS semptomların başladığı ortalama yaş kadınlarda 25-35 yaş arasındadır. Erkeklerde genellikle 30 ve 50 yaşlar civarında hastalık iki zirve dönemi yapar. İleri yaş grubunda İBS sıklığı azalır, 60 yaş üzerindeki popülasyonun %10'unda İBS ile uyumlu semptomların varlığı gösterilmiştir. Bu yaş grubunda kadın, erkek oranı hemen hemen eşittir ve konsitipasyon daha fazladır (16). 60 yaşından sonra İBS tanısı koyarken dikkatli olunmalıdır. Bu yaşta görülme olasılığı yüksek diğer hastalıklardan kolon kanseri, divertikülit, inflamatuvar barsak hastalığı ile benzer semptomları göstermektedir (16).

İBS'nin insidansının belirlendiği çalışmalarda ABD'de %15, Brezilyada %9, İngiltere'de %14, Asya'da %23, Avrupa'da %19 ve Yeni Zelanda'da %16 vaka /yıl olarak saptanmıştır. İBS'nin cinsiyete göre insidansı ise toplumdaki kadınlarda %75, tıp merkezlerine gelen kadınlarda %90 oranındadır (15).

İBS birinci basamakta çalışan doktorların tanılarının %12'sini oluşturmaktadır. Gastroenterologlara refere edilen hastaların %25-50'sini, gastroenterologların koyduğu tanılarının %28-36'sini oluşturmaktadır (17). Amerika'da yapılan çalışmalarda İBS hastalarının yılda toplam 2,4-3,5 milyon kez doktora gittikleri ve 1,6-10 milyar dolar doğrudan, 19,2 milyar dolar dolaylı maliyete neden oldukları bildirilmektedir. Bu veriler İBS'nin epidemiyolojisinin birinci basamaktaki doktorlar, iç hastalıkları uzmanları ve gastroenterologlarca iyi bilinmesi gerekliliğini açıkça ortaya koymaktadır (18).

### **2.3 Etyopatogenez**

İBS hastalarında fizyopatoloji, barsağın distansiyona duyarlılığındaki değişim, kolonik mukozalarda mikroinflamasyon ve parasellüler permeabilitede artış sonucu oluşan mekanizmalarla açıklanmaya çalışılmıştır. Mukozal hücre arası bağlantılardaki artmış permeabilite patojenlerin, toksinlerin, antijenlerin ve bakterilerin hücre içine daha fazla girmesine olanak sağlayarak inflamatuvar mediatörlerin serbestleşmesini içeren immün yanıt oluşturur. Bu da lokal mikroinflamasyon ile barsak hipersensitivitesini başlatır. Barsak permeabilitesinin tetiklenmesinde stres, barsak enfeksiyonu, mikrosepsis, besin intoleransı ve alerji gibi hem endojen hem de luminal faktörler rol alabilir (19).

İBS'nin fizyopatolojisinde etkili olduğu düşünülen çeşitli faktörler şöyle sıralanabilir (19):

- Anormal intestinal motor aktivite
- Visseral duyu algılama bozukluğu
- Luminal faktörlerin rolü (barsak enfeksiyonu ve intestinal inflamasyon)
- Merkezi sinir sistemi (MSS) fonksiyon bozukluğu
- Psikososyal faktörler
- Genetik

**Anormal intestinal motor aktivite:** İBS semptomlu hastalarda herhangi bir morfolojik, histolojik, mikrobiyolojik veya biyokimyasal bozukluğu göstermede laboratuvar çalışmalarının başarısızlığı İBS'nun primer olarak bir gastrointestinal motilite bozukluğu olduğunu desteklemektedir.

İrritabl barsak sendromlu hastalarda ve normal kişilerde dinlenme esnasında barsak motor aktivitesi benzerdir, bununla beraber İBS hastaları bazı fizyolojik bulgularla beraber olduğunda çeşitli uyaranlara artmış motilite yanıtı ile karakterizedir. Bu hastalarda uyarılmış kolonda motor aktivite bozuktur. Normal kimselerde yemekten sonra 20-30 dk sonra kolonda aktivite gözlenirken motilite konsitipasyon baskın İBS'de azalmış, diyare baskın İBS'de artmıştır (20).

Diyare predominant İBS'da barsak transit zamanı kısalıktır ve büyük frekanslı, hızlı kolon kontraksiyonları vardır. Konstipasyon predominant İBS'da kolonun transit zamanı uzamıştır ve azalmış yüksek amplitüdü kontraksiyonlar vardır (20).

**Visseral afferent hipersensitivite:** İBS hastalarında ağrı, gaz ve şişkinlik hislerinin algılanmasında bozukluk mevcuttur. Gerçek gaz volümü hasta olmayanlardan farklı değildir. Postprandiyal ağrı artmış rektosigmoid basınç ile ilişkilidir.

İBS'li hastalarında görülen çeşitli stres etkenleriyle artmış motor reaktivite ve karındaki kasılmaların varlığı karın ağrısıyla tam korele değildir. İleum, kolon ve rektumun balonla yapılan basınç çalışmaları İBS hastalarının normal kontrollere göre önemli derecede daha düşük basınçlarda ve hacimlerde rahatsızlık ve ağrıdan yakındıklarını göstermiştir. Bu durumun visseral aferentlere özgü duyarlılıktan kaynaklandığı öne sürülmektedir (20). Sigmoid kolon, duodenum ve özefagustaki çalışmalar İBS'li hastalardaki visseral hiperaljezinin yalnızca kolona spesifik olmadığını göstermiştir (20). Visseral hiperaljezinin lokal veya MSS tarafından ayarlanıp ayarlanmadığı konusunda belirsizlik bulunmasına rağmen son çalışmalar MSS'de visseral afferent impulsların işlenmesiyle oluşan değişikliklerin İBS patogenezinde önemli bir faktör olabileceğini düşündürmektedir (21).

Yine son çalışmalar medulla spinaliste bazı reseptörlerin uyaranlara karşı tümüyle duyarlı olmadığını, bunların ancak %10 kadarının etkilendiğini ortaya

koymuştur (22). Devamlı ve uzun süren uyarılar bir süre sonra ortadan kalksa bile reseptörlerde bir duyarlılık yaratır ve ağrı belleği denilen bu olgudan sonra hastada bu durumu anımsatan normale yakın uyarılar bile diğer reseptörlerin aşırı duyarlı olması nedeniyle normalden abartılı ağrı olarak yansır (20).

**Luminal faktörlerin rölü:** Postinfeksiyöz İBS de entero-endokrin hücrelerde ve T- lenfositlerde artış bildirilmiştir. Postinfeksiyöz İBS vakaların %10'unu oluşturur. Karın ağrısı, acil dışkılama ihtiyacı, şişkinlik ve mukus dışkılama görülür. Enterokromaffin hücrelerde artışın serotonin artışına neden olarak İBS ye neden olduğu düşünülmektedir (23).

**Merkezi sinir sistemi fonksiyon bozukluğu:** Beyin ile barsaklar arasında duysal ve motor fonksiyonu düzenleyen bir aks vardır. Beyinden barsağa gelen sinyaller organizmanın durumuna göre (uyku, uyanıklık, stres, relaksasyon) sindirim fonksiyonu düzenler. Barsaktan beyine gelen sinyaller ise ruhsal durum modülasyonunda olduğu gibi refleks regülasyonda da primer olarak rol oynamaktadır (24). Fonksiyonel manyetik rezonans görünteleme ve pozitron emisyon tomografisi çalışmaları rektal distansiyon olduğu İBS'de kontrol grubuna kıyasla limbik sistemin bir parçası olan "anterior cingulate cortex" aktivitesinin arttığını göstermiştir (24).

Daha önceleri intestinal motilitenin motor kontrolünün bütünü ile vagal innervasyona bağlı olduğu görüşü ileri sürülmüştü. Vagatomi operasyonlar sonrası barsağın felç olmaması ve normal işlevine devam ettiğinin görülmesi ile enterik sinir sisteminin önemi anlaşılmıştır.

**Psikososyal faktörler:** İBS patogenezinde psikososyal faktörlerin rölü olduğunu gösteren bulgular şöyle sıralanabilir (25);

- psikolojik stres gastrointestinal semptomları tetikler ve ya alevlendirir,
- psikolojik ve psikiyatrik komorbidite (anksiyete, fobi ve somatizasyon) İBS'li hastalarda sıktır (%40-90),
- psikososyal faktörler klinik gidişi etkiler, stresin su, mukus ve elektrolit sekresyonunu artırması gibi. Bu faktörler akut duysal, fiziksel veya cinsel taciz öyküsü, stresli yaşam ve anksiyete bozukluklarıdır (25).

**Genetik:** İkiz çalışmaları ve aile çalışmaları, İBS'de genetik bir katkının olabileceğini düşündürmekle birlikte, genetik konusu tartışmalıdır (26). Genetik

faktörler birkaç şekilde rol oynayabilmektedir. Bunlar arasında bir inflamatuvar sitokin olan IL-10'un düşük seviyeleri, serotonin re-uptake transporter polimorfizmi (5-hidroksi triptamin (5-HT) veya 5-HT blokerlerine cevabı etkiler), G-protein polimorfizmi (MSS ve barsak ilişkili aksiyonları etkiler) ve mü2- adreno reseptör polimorfizmi (motiliteyi etkiler) sayılabilir (26).

#### **2.4 İrritabl Barsak Sendromunda Klinik Özellikler:**

İBS'de klinik özellikler bağırsak alışkanlığında değişkenlikler (diyare, konsitipasyon, diyare-konsitipasyon), karın ağrısı, karında gaz, distansiyon, gaytada şekil değişikliği ve mukus artışı, kolon dışı gastrointestinal semptomlar, kronik pelvik ağrı ve ekstraintestinal semptomları içerir (20).

İBS tanısında en önemli basamak ağrı ve dışkılama özelliklerinin belirlemektir. Karın ağrısının dışkılama ile ilişkili olması ağrının barsaklardan kaynaklandığını göstermektedir. Birçok hastada yemekten sonra semptomlar şiddetlenir.

**Karın ağrısı** genelde kramp şeklinde, değişken şiddette ve ara ara alevlenmelerle karakterizedir. Genellikle karının alt kısımda, özellikle sol alt kadranda lokalizedir. Yine de ağrı karakteri ve lokalizasyonu büyük değişkenlikler gösterebilir. Ağrı gece uykudan uyandırmaz, duygusal stres veya besinlerle artabilir, dışkılama ve gaz çıkarma ile azalabilir. Progresyon gösteren, uykudan uyandıran ya da uyutmayan ağrılar karakteristik değildir (27).

**Barsak alışkanlığında değişiklik** İBS'nin en belirgin klinik bulgusudur. Normal barsak alışkanlığının sıklığı oldukça geniştir (28). Connel ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada normal insanların %99'nun defekasyon sayısının günde 3 kez ile haftada 3 kez arasında değiştiği bildirilmiştir (28). İBS'de barsak alışkanlığındaki değişiklikler diyare veya konsitipasyon predominant olabileceği gibi mikst tipte olabilir ve hastaların dışkılama sıklığında değişiklikler gözlenir. Diyare genelde fazla volümlü olmayan, sık sık yapılan yumuşak kıvamda feçesle karakterizedir. Özellikle yemek sonrası veya uykudan uyandırıldığında olur. Kabızlık aylarca sürebilir. Aralarda normal barsak fonksiyonları veya diyare gözlenebilir. Feçes sıklıkla tane şeklinde ve serttir. Rektum boş olduğu halde tam boşalamama hissi olabilir ve dolayısıyla

zorlu defekasyona, tuvalette uzun süre vakit geçirmeye, laksatif ve enemaların gereksiz kullanımlarına sebep olabilir (29) Diyare predominant İBS'de günde 3'ten fazla defekasyon, gaytanın sulu ve şekilsiz olması, acele tuvalete gitme ihtiyacı bulunur. Defekasyon veya acele tuvalete gitme ihtiyacı genellikle sabah kahvaltısından sonra olur. Konsitipasyon predominant İBS haftada 3'ten az, sert veya parça parça defekasyonu, defekasyon esnasında ıkınma ihtiyacını içerir. Mikst tip İBS'da diyare ve konsitipasyon tiplerinin özellikleri birlikte bulunur (30).

**Karında gaz ve distansiyon** sıklıkla gözlenir ve alt abdomende daha fazladır. Karın distansiyonu sabah saatlerinde kaybolup günün ilerleyen saatlerinde artma eğilimindedir (29). İBS'li hastalarda yapılan çalışmalarda kolonda normal volümde gaz saptanmıştır (31).

**Gaytada mukus artışı;** İBS'li hastalarda sıklıkla beyaz renkli veya berrak mukus görülür (20).

**Kolon dışı gastrointestinal semptomlar;** dispepsi, erken doyma, mide yanması, bulantı, kusma %25-50, özefagusla ilgili semptomlar %44-51 hastada görülür. Alt özofagus sfinkter basıncında azalma ve anormal kontraksiyonlar, mide, ince barsak ve safra kesesi semptomlarında motor anormallikler, non-kardiyak göğüs ağrısı sık görülmektedir (20).

İBS'li hastalarda semptomlar sadece kolonla ilgili değildir. Sıklıkla genito ürüner sistemle ilgili şikayetler olarak dismenore, ağrılı cinsel ilişki, impotans, sık idrar yapma, mesanenin tam boşalamaması hissi olarak sayılabilir. İBS'li birçok kadın kronik pelvik ağrı nedeniyle jinekologlara başvurmaktadır (32). Her iki hastalığın semptomlarının üst üste binmesine ek olarak, hastaların psikososyal özellikleri de birbirine benzemektedir. İBS'li kadınlarda disparoni gibi seksüel disfonksiyonlar sıktır ve menstrüasyon süresince semptomların kötüleşmesi İBS semptomlarını maskeleyebilir fakat ağrının defekasyonla ilişkili ve barsak disfonksiyonu ile birlikte olması durumun jinekolojik değil bir gastrointestinal problem olduğunu ortaya koyar (33). Ayrıca fibromiyalji, bel ağrısı, baş ağrısı, halsizlik, uykusuzluk ve konsantrasyon bozukluğu da sıklıkla İBS ile birlikte görülmektedir. (29).

**Menstruel siklus:** Jinekolojik hastalarda İBS benzeri semptomların görülme sıklığı artmıştır ve bazı jinekolojik rahatsızlıklar İBS semptomları ile

birlikte olabilir. İBS'li birçok kadın pelvik ağrı nedeniyle kadın hastalıkları ve doğum uzmanına muayene olmaktadır. İBS'li hastalarda menstrasyon esnasında barsak semptomlarında önemli alevlenmeler gösterilmiştir (33).

**Stresli yaşam;** İBS semptomları duygusal gerilim ve stres periyotları esnasında veya sonrasında artar. Depresyon, anksiyete bozukluğu, panik atak sık görülen psikolojik bozukluklardır. Psikolojik semptomlarla İBS arasında bir sebep sonuç ilişkisinin olmadığı, psikolojik semptomların hastayı hekime getiren bir neden olduğu tespit edilmiştir (34).

### **2.5 İBS'nin Klinik Alt Tipleri:**

İBS'nin klinik alt gruplara ayrılmasında dışkı şekli, dışkılama sıklığından daha güvenilir bir kriter olarak kabul görmektedir. İBS dışkı kıvamının tanımlanmasında kullanılan Bristol Feçes Şekil Skalası (BFŞS) (Şekil 1) (35) kullanılarak konstipasyon baskın (İBS-C), diyare baskın (İBS-D), tanımlanamamış (İBS-U) ve mikst (İBS-M) olmak üzere 4 alt gruba ayrılmıştır (Tablo 1). Sert veya katı dışkılama dışkılamasının %25'inden daha sık veya sulu, lapamsı dışkılamasının %25'inden az görülüyorsa hasta İBS-C olarak, tam tersi geçerli olduğunda İBS-D olarak kabul edilmektedir. Her iki tip dışkılama %25'in üzerinde görülüyorsa İBS-M, bu kriterlerin hiçbiri karşılanmıyorsa İBS-U olarak değerlendirilir (10).





**Şekil 1:** Bristol Feçes Şekil Skalası (35)

**Tablo 1:** Roma III'e göre dışkı yoğunluğu esas alınarak yapılan İBS alt grupları  
(10)

İBS alt tipi	Açıklama
<b>Konstipasyon baskın İBS (İBS-C)</b>	Dışkılamanın %25 ya da fazlası Bristol feçes şekil skalası (BFŞS) 1-2 veya dışkılamanın % 25'den azı BFŞS 6-7
<b>Diyare baskın İBS (İBS-D)</b>	Dışkılamanın %25 ya da fazlası BFŞS 6-7 veya %25'den azı BFŞS 1-2
<b>Mikst İBS (İBS-M)</b>	Dışkılamanın %25 ya da fazlası BFŞS 1-2 <u>ve</u> % 25 ya da fazlası BFŞS 6-7
<b>Sınıflandırılmayan İBS (İBS-U)</b>	Feçesteki anormallik, diğer tiplerdeki kriterleri karşılamamaktadır

## 2.6 İBS Şiddetinin Sınıflandırılması:

**Hafif İBS:** Hastalık şiddetinin hafif olduğu İBS'li hastalar en yaygın şekildedir, sıklıkla birinci basamak hekimlerine başvurumaktadırlar. Semptomlar seyrek veya aralıklı olur, barsak fizyopatolojisindeki değişimle ilişkilidir. Hafif İBS'li hastalarda ağrı ve diyare yemeklerden sonra, mensturasyon dönemleri veya psikolojik streslerle artar. Belirgin psikososyal zorluklar veya psikiyatrik rahatsızlıklar yoktur, hastalıklarının kontrolü ve yaşam kaliteleri iyidir, doktora sık başvurmazlar (20).

**Orta şiddette İBS:** Hastaların küçük bir kısmı orta derecede şiddetli ve genellikle aralıklı semptomlarla birinci basamak hekimleri veya dal uzmanlarına başvururlar. Hastalık ciddi bir atak sırasında okul ve iş zamanında kayba neden olabilir. Hastaların semptomları çoğunlukla fizyolojik streslere bağlıdır ve genellikle barsak fizyolojisindeki değişimle koreledir. Doktorlara daha sık başvururlar ve yaşam kaliteleri değişkendir (20).

**Ciddi İBS:** Hastaların küçük bir kısmında İBS semptomları ciddidir, çoğunlukla tedaviye dirençlidirler ve referans merkezlere başvururlar . Psikolojik problemler (anksiyete, depresyon, somatizasyon, kişilik bozukluğu, cinsel taciz) yaygındır. Devamlı veya sıklıkla tekrarlayan ağrıları vardır. Semptomlar genellikle değişmiş gastrointestinal fizyoloji ile korele değildir, MSS ile ilişkilidir, antidepresanlar veya psikolojik tedaviler yararlı olur (22). Bu hastalarda psikososyal zorluklar belirgindir fakat hastalıklarını kabul etmezler, minimuma indirgerler. Antidepresif tedaviyi kabul etmezler, bundan da şikayetçi değildirlenler, sağlık kuruluşlarına çok sık giderler, bunlara sık test yapılır, narkotikleri sık kullanılırlar.

## 2.7 Tanı

İBS tanısını doğrulayacak hiçbir tanısal belirteç bulunmamakta ve tanı genellikle anemnez ve fizik muayeneye dayanılarak konabilmektedir. İBS'de fizik muayene bulguları çoğunlukla normaldir.

İBS'li hastalarda hem gastrointestinal hem de ekstraintestinal şikayetlerin olduğu geniş bir semptom yelpazesi görülebilir. Yine de kronik karın ağrısı ve

barsak alışkanlığındaki değişimler özgül bulgular olmasa da İBS'nin primer özellikleridir.

İBS tanısı organik hastalığı düşündüren alarm semptomları (Tablo 2) ekarte edildikten sonra tanı kriterleri (Manning, Roma) ile konular (6). Özellikle birinci basamakta çalışan hekimlerin pozitif semptom kriterlerine yeterince güven duymaması, hastalığın biyolojik bir belirleyicisinin olmaması ve semptomların özgül olmayıp değişkenlik göstermesi organik hastalığı atlama endişesi ile hastaların sıkça bir üst merkeze sevk edilmesine neden olmaktadır.

**Tablo 2.** İBS'de ileri araştırma gerektiren alarm işaretleri (6)

<p><b><u>Öykü</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Kilo kaybı (&gt;5 kg )</li><li>• İleri yaşta başlangıç ( semptom başlangıcı &gt; 50 yaş )</li><li>• Akut semptomlar</li><li>• Progresif semptomlar</li><li>• Hematokezya</li><li>• Ağrısız kronik şiddetli diyare</li><li>• Gece uyandıran semptomlar</li><li>• Aile öyküsü ; kanser , inflamatuvar barsak hastalığı</li></ul>
<p><b><u>Fizik Muayene</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Ateş</li><li>• Abdominal muayenede ; kitle ,hepatomegali, lenfadenopati</li><li>• Artrit</li><li>• Dermatit (deri lezyonları)</li><li>• Malabsorbsiyon bulguları</li><li>• Tiroid disfonksiyonu</li></ul>
<p><b><u>Başlangıç Laboratuvar Araştırması</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Anemi</li><li>• Lökositoz</li><li>• Sedimentasyon artışı</li><li>• Yüksek C Reaktif Protien düzeyi</li><li>• Gaytada gizli kan</li></ul>

İrritabl barsak hastalığı şiddeti ve tipi zaman içinde değişen, tipik olarak stres ile ilişkili alevlenmeler gösteren kronik semptomlar ile tanımlanır. Gastroenteroloji pratiğinde ve birinci basamakta sık rastlanılmaktadır. Bu nedenle İBS'nin kesin tanısı çok önemlidir. İrritabl barsak sendromu tanısını destekleyen ve tanıdan uzaklaştıran klinik bulgular Tablo 3'de sıralanmıştır (7).

**Tablo 3.** İBS tanısını destekleyen ve tanıdan uzaklaştıran klinik bulgular

<b>İBS tanısını destekleyen bulgular</b>	<b>İBS tanısına karşı bulgular</b>
<p>1. Karın ağrısı</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- alt kadranslara lokalize</li> <li>- besin alımıyla alevlenir</li> <li>- defekasyonla azalır</li> <li>- ağrı ile birlikte artmış barsak hareketleri</li> <li>- ağrı ile birlikte yumuşak gayta</li> <li>- hastayı gece uykudan uyandırmaz</li> </ul> <p>2. Artmış karında gerginlik hissi</p> <p>3. Az miktarda gayta ( konsitipasyon veya diare )</p> <p>4. Şiddeti değişken kronik semptomlar</p> <p>5. Stresli dönemde semptomların kötüleşmesi</p>	<p>1. İleri yaşta başlangıç</p> <p>2. Devamlı ilerleyici gidiş</p> <p>3. Semptomların sıklıkla gece uykudan uyandırması</p> <p>4. Ateş</p> <p>5. Kilo kaybı</p> <p>6. Hemoroid veya anal fissür dışında rektal kanama</p> <p>7. Steatore</p> <p>8. Dehidratasyon</p> <p>9. Uzun bir periyottan sonra devamlı semptomlar</p>

İBS semptomları ile başvuran olguda tanı kriterlerinin uygulanması, İBS için pozitif tanı oluşturarak diğer hastalıkları dışlamak için tanısız test yapma gereksinimini azaltır. Tanı kriterleri uygulanan olgularda, tanıda ikinci adım mutlak olarak alarm alarm bulgularının araştırılmasıdır.

Konservatif tanısız yaklaşım birkaç hafta izlenerek tekrar değerlendirilmede semptomlar düzelmemiş veya yeni bulgular eklenmiş ise

semptomaya yönelik yeni testlerin eklenmesini içerir. Bütün bu tanısal basamakların uygulandığı olguların büyük çoğunluğunda diğer hastalıkları elimine etmek için yoğun tanısal araştırma nadiren gerekli olur. Genellikle sınırlı bir değerlendirme ve izlem yeterlidir.

İBS tanısı için izlenecek yol şöyle özetlenebilir:

- Semptomaya dayalı tanısal kriterlerin uygulanması
- Alarm bulgularının ve benzer klinik tabloya sahip diğer hastalıkların değerlendirilmesi
- Konservatif tanısal yaklaşım
- Tekrar değerlendirilmede semptomaya yönelik spesifik tanısal testlerin uygulanması

## 2.8 Tanı Kriterleri

İBS'de tanıyı standartize edebilmek, ayırıcı tanıda istenilecek test sayısını azaltarak zaman ve mali tasarruf sağlamak amacı ile semptomlara dayalı kriterler geliştirilmiştir.

Bu tanı kriterlerinin ilki 1978 yılında geliştirilmiş olan Manning kriterleri (Tablo 4) olup İBS tanısı için uygun olduğu değişik epidemiyolojik çalışmalarla gösterilmiştir. İBS tanısı için Manning kriterlerinin sensitivitesinin %78, spesifitesinin %72 olduğu gösterilmiştir (36). Manning kriterleri üzerinde en çok çalışılan kriterlerdir. Manning ve arkadaşları İBS'yi organik hastalıktan ayırt eden dört semptom bildirmişlerdir. İlk 4 semptom alındığında olgu ikiden daha az semptom bildiriyorsa pozitif prediktif değeri %12, daha fazla semptomda ise %74, altı semptom içinde iki veya daha fazla semptomu varsa %63 olarak bildirilmiştir (37). Ancak Manning kriterlerinin kadın ve erkeklerde uygulanabilirliği farklıdır. Klinisyenlerin İBS ile organik hastalık tanısı ayırımında birtakım güçlükleri olduğu, Manning kriterlerinin gençlerde ve kadınlarda yüksek prediktif değeri olduğu bildirilmiştir (38).

**Tablo 4.** Manning tanı kriterleri (36)

<p>Son 1 yılda &gt;6 kez olan karın ağrısı ve birlikte aşağıdaki semptomlardan 2 tanesi:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Karın ağrısı:<ul style="list-style-type: none"><li>- Defekasyonla rahatlama</li><li>- Yumuşak gayta (ağrının başlaması ile )</li><li>- Daha sık dışkılama (ağrının başlaması ile )</li></ul></li><li>- Abdominal distansiyon</li><li>- Rektumdan mukus çıkarılması</li><li>- Defekasyondan sonra tam boşalamama hissi</li></ul>
--

Manning kriterlerinden sonra, Kruis ve arkadaşları tarafından İBS tanısında organik hastalıkları dışlama değeri olan bir skorum sistemi geliştirilmiştir (Tablo 5). Bu skorum sisteminde fonksiyonel semptomlar (ağrı, süresi, karakteri) pozitif değer, alarm semptomları (öykü ve fizik muayenede başka hastalık düşünülmesi, anemi, sedimantasyon yüksekliği, lökositoz, gaytada gizli kan bulunması) negatif değerler verilerek puanlama yapılmaktadır. Bu puanlama sistemine göre 44 ve üzerindeki değerlerle İBS tanısı konulur. Sensitivitesi %77, spesifitesi %89 olarak bildirilmiştir (39).

Manning ve Roma kriterleri geniş kabul görmesine rağmen, Kruis skor sistemi yaygın kullanılmamaktadır. Bunun nedeni alarm bulgularının puanlamaya dahil edilmesi olabilir. Örneğin gaytada kan İBS'li olguların % 31'inde görülebilmektedir ve bu tek başına hemoroidal kanamaya bağlı olabilir (38).

Bu kriterlerin geçerliliği ile ilgili çelişkili sonuçların yayımlanması üzerine 1992 yılında daha iyi bir standardizasyon sağlamak amacı ile uluslar arası bir çalışma grubunun çabaları ile tanı Roma I kriterleri geliştirilmiştir. Manning kriterlerinin 3 elementi Roma kriterlerinin ilk bölümünü oluşturmaktadır. Buna rağmen bu kriterlerin yayınlanmış çalışmalarda değeri kısıtlıdır (40).

Roma I kriterlerine göre, abdominal ağrı veya şişkinlik İBS tanısı için gereklidir. Ağrı veya rahatsızlık; barsak alışkanlığında değişiklik bildiren 3 kriterden en az 2'si ile birlikte olmalıdır. Bunun yanında tanı için bulguların

mutlaka birbirini izleyen 12 ay içinde en azından 12 hafta süre ile bulunması gereklidir

**Tablo 5.** Kruis skor sistemi (39)

<b>Fonsiyonel semptomlar ( + ) skor</b>	<b>Alarm semptomları ( - ) skor</b>
a) Abdominal ağrı nedeniyle mi başvurduunuz ? - Gaz var mı? (flatulans: barsakların gazla gerilmesi) -Dışkılama alışkanlığında değişme var mı? -Yukardakilerden hepsi var mı? b) Yukardaki yakınmalarınız 2 yıldan daha uzun süreli mi? c) Abdominal ağrınının karakteri nasıl? d) Birbirini izleyen kabızlık –diyare	a) İBS'den farklı bir tanıyı düşündürecek öykü ve fizik muayene bulguları b) Sedimentasyon >20 mm/saat c) Lökositoz d) Anemi e) Öyküde gaytada kan olması

Roma I kriterlerini araştıran fazla makale yoktur. Bunlardan sensitivite ve spesifiteyi araştıran tek bir çalışmada alarm semptomları olmayan 98 olgu retrospektif ve prospektif olarak değerlendirilmiş, Roma I kriterlerinin sensitivitesi %65, spesifitesi %100 olarak bildirilmiştir (6).

Roma II kriterlerinde, Roma I'den farklı olarak; barsak alışkanlığını gösteren spesifik semptomlar İBS tanısından ziyade, destekleyici bulgular olarak basite indirgenmiştir, Üç kriterden 2'si tanı için yeterli görülmüş ve semptomların daha uzun zaman aralığında olması zorunlu hale getirilmiştir. Ayrıca Roma II kriterlerinin Manning ve Roma I kriterlerine göre hatırlanma ve kullanım kolaylığı gibi avantajları da vardır.

Roma II kriterlerini araştıran az sayıda çalışma içinde en son popülasyona dayalı çalışmada; prevalans oranları Manning kriterleri ile %13,6, Roma I kriterleri ile %4,4 ve Roma II ile %6,9 olarak bulunmuştur (12). Bu

çalışmaya göre Roma II kriterleri Manning kriterlerine oranla daha kısıtlayıcı olduğu ileri sürülmüştür.

Roma III kriterlerinde semptomların başlangıcı ile tanı arasındaki süre 6 aya indirilmiş; bu durum tanı alan hasta sayısında artışa neden olduğu bildirilmiştir (41).

**Tablo 6.** Roma III tanı kriterleri (41)

Tanıdan en az 6 ay önce başlamak şartıyla son 3 ay içinde her ay en az 3 gün var olan rekürrent abdominal ağrı veya rahatsızlık hissi ile birlikte aşağıdakilerden en az 2 veya daha fazlasının varlığı

• **Aşağıdakilerden 2 si veya daha fazlası ile birlikte :**

1. Defekasyonla karın ağrısının rahatlaması
2. Dışkılama sıklığında değişiklik ile birlikte başlaması
3. Feçesin şeklinde (görünüşünde) değişiklik ile birlikte başlaması

• **İBS tanısını destekleyici semptomlar (İBS tanı için şart değildir)**

1. Dışkılama sıklığında anormallik (haftada 3'den az, günde 3'den fazla)
2. Feçes şeklinde anormallik (sert /topaklar halinde veya sulu/püre)
3. Anormal feçes pasajı (ıkınma, 'urgency' veya tam boşalamama hissi)
4. Mukuslu gayta çıkışı
5. Barsak gazı veya abdominal distansiyon hissi

Roma II ile Roma III tanı kriterleri arasındaki farklılıklar şöyle özetlenebilir:

- Roma III kriterlerinde Roma II'den farklı olarak semptomların başlangıcı ile ilgili zaman aralığı değişikliği vardır (42). Tanıdan en az 6 ay önce semptomlar başlamış olmalı ve son 3 ay içinde ise semptomlar aktif durumda olmalıdır. Bu zaman aralığı, Roma II'de 12 ay içinde en az 12 hafta sürme şartı şeklindeydi.
- Roma II kriterlerinde alt tipler dışkı sıklığı, dışkı şekli, dışkılama semptomları ile uzman görüşüne bağlanırken Roma III'te alt



sınıflama yalnızca dışkı yoğunluğuna dayandırılarak yeniden düzenlenmiştir (42).

Sonuç olarak güvenilirliği ve patofizyolojik önemi henüz net olarak belirlenememesine rağmen Roma kriterleri klinik tanıda ve araştırma bazında en uygun yaklaşım olarak görülmektedir.

## **2.9 Tanısal yaklaşım**

İBS tanısı için 'altın standart' olmadığından tanı hastalıkla uyumlu semptomların tanımlanması ve benzer klinik tabloya sahip diğer hastalıkların dışlanması ile konulmaktadır. İBS semptomları ile başvuran olguda tanı kriterlerinin uygulanması, İBS için pozitif tanı oluşturarak diğer hastalıkları ekarte etmek için aşırı tanısal test yapma gereksinimini azaltmaktadır. İBS tanısı konulurken hastanın mutlaka alarm semptomları açısından gözden geçirilmesi gerekmektedir (40).

Tanıda izlenecek yol şöyle sıralanabilir:

- İlk değerlendirme
- Alarm bulgularının araştırılması
- Ayırıcı tanı yapılması
- Roma kriterlerinin uygulanması
- Konservatif tanısal yaklaşım
- Baskın semptomla dayandırılan ek özgün araştırmalar

Tanısal değerlendirmeler yapılırken primer olarak organik hastalıkların ekarte edilmesinden kaçınılmalıdır. Semptomla dayalı Roma kriterlerinin kullanılması pozitif bir tanı sağlayarak gereksiz çalışmaları azaltır.

Hastanın öyküsü tanı kriterlerine uyuyorsa, alarm semptomları ve patolojik muayene bulguları yoksa ek araştırmaya gerek kalmadan İBS tanısı konabilir. Tanı sonrası klinikte değişme olursa veya tedaviye cevapsızlık varsa mutlaka ileri tetkikler yapılmalıdır.

Semptom kriterlerini kullanarak detaylı bir öykü sıklıkla İBS ile aynı semptomlara yol açan çoğu organik hastalığın dışlanmasını sağlar. Öyküde alarm semptomları mutlaka araştırılmalıdır.

Tarama testleri, semptomları ileri yaşta veya kısa süre önce başlayan, ciddiyetinde kötüleşme olan, aile anemnezinde kolon kanseri veya inflamatuvar barsak hastalığı (İBH) olan, eşlik eden psikososyal problemleri bulunmayan ve daha önce hiç tetkik edilmemiş hastalarda yapılmalıdır.

Başlangıç tarama testleri, tam kan sayımı, eritrosit sedimentasyon hızı, rutin biyokimya testi, gaytada gizli kan, gaytanın mikroskopik incelenmesi, tiroid stimüle hormon (TSH) düzeyidir. Bunlar İBS'de normaldir. Başlangıç tanısall testlerin çoğuna birinci basamakta ulaşılabilir (25).

Fleksibl sigmoidescope, kolon grafisi ve ya kolonoskopi her hastada gerekli değildir. Rutin olarak önerilmemekle 50 yaş üzerinde kolon kanseri riskindeki artıştan dolayı kolonoskopik inceleme yapılabilir (25). Daha genç yaşlarda ise ailesinde kolon kanseri hikayesi olan, alarm semptomları bulunan ve İBS-D'li hastalarda kolonoskopi ve mukozal biyopsi düşünülebilir.

Fizik muayenede palpabl, hassas sigmoid kolon ve rektal muayenede aşırı rahatsızlık visseral hipersensitivite ile ilişkili olabilir. Fizik muayene genellikle İBS için tanımlayıcı değildir ve primer olarak diğer hastalıkların ekarte edilmesine yardımcı olur.

Öykü, fizik muayene, semptom kriterlerinin değerlendirilmesi, alarm bulgularının dışlanması ve başlangıç tarama testlerinden sonra olguların %95'ine doğru tanı konulmaktadır (43).

## **2.10 Ayırıcı Tanı**

Diyare, konsitipasyon, karın ağrısı semptomlarıyla gelen hastalarda İBS'nu diğer hastalardan (Tablo 7) ayırmak için bazı araştırmaların yapılması gereklidir. İBS ayırıcı tanısında yararlı olacak laboratuvar testleri Tablo 8'de gösterilmiştir (40). Yüksek eritrosit sedimentasyon hızı, lökositoz, gaytada kan, lökosit veya yağ, günde 200 gramdan fazla gayta, 48 saat açlıktan sonra diyarenin devamı (sekretuar diyare), hipokalemi veya manometrik tetkikle rektal distansiyona manometrik yanıtın gözlenmesi İBS tanısına karşı bulgular olarak değerlendirilir. İlk değerlendirme de alarm bulguları varsa daha ileri araştırma yapılmalıdır. Ayırıcı tanıda en sık karşılaşılan laktoz intoleransı ve Çölyak hastalığı olup özellikle araştırılmalıdır (6).

**Tablo 7.** İBS Ayırıcı Tanısında düşünülecek klinik durumlar

<b>Diyet faktörleri</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Laktoz , fruktoz, sorbitol intoleransı</li><li>• Kafein</li><li>• Alkol</li><li>• Yağ</li><li>• Gaz üreten besinler</li></ul>	<b>İlaçlar</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• İlaça bağlı diyare</li><li>• Laksatif alışkanlığı</li></ul>	<b>Enfeksiyon</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Bakteriyal enfeksiyonlar</li><li>• İntestinal parazitoz (Amip, Yersinia, Strongyloides, Giardia lamblia)</li></ul>
<b>Malabsorbsiyon</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Post-gastrektomi sendromu</li><li>• Pankreatit</li><li>• Safra asit malabsorbsiyonu</li><li>• Yağ malabsorbsiyonu</li><li>• Gluten enteropatisi</li></ul>	<b>İnflamatuvar barsak hastalığı</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Ülseratif kolit</li><li>• Crohn hastalığı</li><li>• Mikroskopik kolit</li><li>• Kolorektal kanser</li><li>• Kollajenöz kolit</li><li>• Mast-hücre hastalığı</li></ul>	<b>Psikolojik</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Anksiyete/panik bozuklukları</li><li>• Depresyon</li><li>• Somatizasyon</li></ul>
<b>Diğer</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Endokrin hastalıklar (hipotiroidizm, hipertiroidizm)</li><li>• Endometriozis</li><li>• Endokrin tümörler</li><li>• AİDS</li><li>• Rektal prolapsus</li><li>• Mekanik obstrüksiyon</li><li>• İntestinal psödo-obstrüksiyon</li><li>• İntraabdominal tümör</li></ul>		

**Tablo 8.** İBS ayırıcı tanısında kullanılan laboratuvar testleri

Test	Özgül endikasyonu
Tam kan sayımı	Anemi, inflamasyon
Eritrosit sedimentasyon hızı	İnflamasyon
Periferik yayma	Parazitoz (Eozinofili) Tüberküloz (Monositoz) İnflamasyon (Toksik granülasyon)
Gayta mikroskopisi ve parazit yumurtası aranması	Amip, parazitoz, inflamasyon
Gaytada gizli kan	Tümör, inflamasyon
Sigmoideskopi, kolonoskopi	Obstrüksiyon, inflamasyon, kolon kanseri
İki hafta laktozsuz diyet veya laktoz tolerans testi	Laktoz intoleransı
<i>Anemnez düşündürdüğünde bakılması gereken testler</i>	
Çift kontrast baryumlu kolon grafisi	Kolon kanseri, divertikülozis
Özefagogastrodeudenoskopi	Dispepsi, peptik ülser
Ultrasonografi	Safra kesesi hastalıkları
Gayta transit zamanı	Kolonda motilite bozukluğu
Anal kanal basıncı veya elektromyografi	Defekasyon bozukluğu

Eğer başlangıç tanısız yaklaşım yol gösterici değilse, semptomatik tedavi başlanmalı ve 3 ila 6 hafta sonra tekrar değerlendirilmelidir. Ek tanısız girişimler baskın semptom gruplarına göre uygulanmalıdır.

Konsitipasyon baskın İBS olguları asıl olarak sık olmayan dışkılama, sert gayta veya aşırı ıkınmadan yakınır. Seyrek dışkılama tanımlayan olgulara radyopak belirteçler ile kolon transit çalışması önerilir. Kolon tembelliği olan hastalarda genellikle sağ tarafta uzamış kolon transit zamanı saptanır. Kolon transit zamanı normal veya sol taraf gecikmesi olan olgulara fleksibl sigmoideskopi önerilir. Eğer negatif ise fonksiyonel çıkış obstrüksiyonundan

şüphe edilmelidir. Bu olgularda defekografi, anorektal manometri ve elektromyografi yapılması uygundur (40).

Diare baskın İBS'li hastalar sık defekasyon, gevşek ve sulu gayta ve acil defekasyon hissinden yakınır. Hemogram ve tiroid fonksiyon testleri; İBH, gastrointestinal kanama ve hipertiroidinin ekarte edilmesini sağlar. Gayta analizleri ile dairenin tipi belirlenerek daha spesifik testler uygulanır (6).

Ağrı yakınmasının baskın olduğu İBS hastalarında şişkinlik, gaz ve abdominal distansiyon ön plandadır. Nefes testleri ile Laktoz malabsorbsiyonu ve bakteriyel aşırı çoğalma dışlanır. Baryumlu pasaj grafisi mekanik obstrüksiyonu, kronik intestinal psödoobstrüksiyonu veya İBH'yi ekarte ettirir. Kronik pankreatit abdominal grafi, ultrasonografi veya bilgisayarlı tomografi ile değerlendirilir. Açıklanamayan abdominal ağrı, antroduodenal manometri için endikasyon doğurur (6).

### **2.11 İBS ve Yaşam Kalitesi:**

İBS diğer kronik hastalıklara benzer şekilde psikososyal sonuçlar doğurur. Sağlığa ilişkin yaşam kalitesi, bir hastalığa ilişkin olarak hastanın algılarını, hastalık deneyimlerini ve fonksiyonel durumunu bir araya getiren bir kavramdır. İBS'li hastalar kontrol grupları ile kıyaslandığında, fonksiyonel durumda, maluliyette, işten uzak kalmada ve doktor vizitlerinde belirgin bozulmalar gösterirler. Bu durum İBS'li hastalar için, hastalığa özgü yaşam kalitesi ölçümlerinin geliştirilmesine yol açmıştır (15, 44). İBS'nin tek başına bilinen etiyojisi olmadığı için tedavi; semptom azaltmayı ve hastaların yaşam kalitesini yükseltmeyi amaçlar (45).

Son 20 yıldır yapılan klinik araştırmalardaki en önemli gelişmelerden biri, İBS gibi kronik bir hastalığın etkisinin değerlendirilmesinde hasta merkezli bilgilerin önemli olduğunun fark edilmesidir. Böylelikle, hastanın fonksiyonel durumu, mutluluk hissi ya da yaşam kalitesini daha iyi tanımlamaktadır (45).

Hasta tarafından algılanan sağlık durumu tedavinin başarıya ulaşmasında önemli bir ölçüdür. Birçok çalışma hasta ile doktorun algılamaları arasındaki uyumsuzlukların, tıbbi ve cerrahi tedavilerin başarısını etkilediğini bildirmektedir. Bu nedenle tedavinin önemli amacı, hastalığın iyileştirilmesinden

çok semptomların kontrol altına alınması olmalıdır. Böylece hastanın yaşam kalitesinin yükselmesi ve tedavinin başarısının ölçülmesi mümkün olacaktır. Bu en sağlıklı biçimde geçerliliği ve güvenilirliği ispatlanmış yaşam kalitesi ölçeklerinin kullanılması ile gerçekleştirilebilir (46).

Bir çok fonksiyonel bozukluklarda olduğu gibi İBS de, çok çeşitli kültürel, sosyal, çevresel ve davranışsal faktörlerden etkilenebilir. Beslenme biçimi, hormonal etkiler (örneğin menstrasyon), psikolojik stres ve aktivite düzeyi İBS semptomlarını artırabilir (44). Yapılan çalışmalara göre, İBS'li hastaların psikolojik stres, daha fazla sağlık bakımı kullanma durumu, uyku düzeni, çalışma gücü, cinsel fonksiyon, seyahat ve beslenme düzeni üzerindeki olumsuz etkileri nedeniyle düşük yaşam kalitesine sahip oldukları saptanmıştır (47). ABD'de yapılan araştırmalarda İBS'nin uykuyu, çalışmayı, cinsel foksionu, boş zamanları, seyahati, beslenmeyi ve anksiyeteyi etkilediği bulunmuştur (48). Kabızlık ve diyare hakim İBS hastalarında çoğunlukla otonomik fonsiyon üzerine odaklanmış bir çalışmada; kabızlık grubunda daha fazla psikolojik üzüntünün olduğu saptanmıştır (49). Diğer bir çalışmada ise özellikle kronik kabızlığı olan hastaların genel sağlığının karşılaştırılabilir normal bir toplumun genel sağlığından daha düşük olduğu ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği belirtilmiştir (50).

Anksiyete, depresyon, büyük kayıplar gibi psikososyal zorluklar) sık sık yaşanmakla birlikte hastalar bunları algılamayabilir ya da önemlerini minimize ederler. Bunun yerine fiziksel semptomlar üzerinde odaklaşırlar ve "gerçek" tıbbi sorunlarının tanı yönünden doğrulanması ve iyileştirilmesi peşinde koşarlar. Bu nedenle böyle hastalar kolay kolay antidepresan kullanmaya ya da psikolojik tedaviye girmeye yanaşmazlar ve tedaviye uyumsuzdurlar. Sonuç olarak bu hastalar sağlık-bakım hizmetlerini çok sık kullanırlar, ayrıntılı incelemeler talep ederler, narkotik kullanırlar ve malulen emekli olmak isterler. Bu hastalar kendilerini çaresiz hissetmektedirler, kontrol edilemezler ya da kendi bakımlarını yapamadılarına inanarak hastalıklarına teslim olurlar (15). Poitras ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, İBS hastalarında sıklıkla görülen psikolojik sorunlar arasında %31 oranında anksiyete, %29 somatizasyon ve %26 depresyon olduğu belirlenmiştir (51).

İBS'nin şiddetli tipi doktor vizitleri, araştırmalar, tedaviler ve iş gücü kaybı yoluyla yüksek sağlık bakım masraflarına sebep olur. Yapılan bir çalışmada, kliniğe başvuran İBS'li hastaların, gastrozfagial reflü ve diyabeti olan hastalarinkine benzer düşük yaşam kalitesine sahip oldukları belirtilmiştir. Burada daha çok yaşam kalitesini, barsak semptomunun şiddetinden çok hastanın psikolojik durumunun etkilediği belirtilmektedir (52). Wells ve arkadaşları yaşam kalitesi ile sağlık bakımı arasında ki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada; sağlık bakımı isteyen İBS'li hastaların istemeyenlere göre daha düşük yaşam kalitesi puanları aldıklarını göstermiştir (53). Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin düşmesi, sağlık bakımı ve diğer masrafların artması, daha çok İBS'ye eşlik eden psikolojik bozukluğa bağlı ise, barsak semptomları biraz değişse bile psikolojik tedavi bu sonuçları artırabilir (52).

Hastalığın seyri stresten önemli derecede etkilenmektedir. Yapılan bir çalışmada hem İBS hastalarında hem de bir doktora başvurmamış semptomlu kişilerde stresli yaşam olaylarının hastalık semptomlarını artırdığını ve psikolojik stres döneminin semptomların başlamasından önce geldiğini belirtmektedirler (54). İBS'li kişilerin stres düzeyleri hastalık günlerinin sayısıyla anlamlı şekilde ilişkili bulunmuştur. Bir cinsel ve fiziksel istismar öyküsü, inflamatuvar barsak hastalığı veya benzeri olan hastalara oranla İBS'li hastalar tarafından daha sık rapor edilmiştir (54). Özellikle kronik kabızlığı olan hastaların önemli bir kısmında, çocukluk çağına kadar uzanabilen psişik travmalar, büyük çoğunluğuna kadınların maruz kaldığı cinsel taciz ve baskıların daha fazla görüldüğü saptanmıştır (54).

ABD'de İBS'li hastaların yaklaşık %10-25 kadarının tıbbi bakım istediği tahmin edilmektedir. İBS'li hastalar, histerektomi, sistoskopi ve apendektomi dahil cerrahi tedaviye daha fazla alınırlar. ABD'de heryıl 2,5-3,5 milyon İBS'li hasta doktor kontrolüne girmektedir. Bu da İBS'nin gastroenterologların uygulamalarında en fazla tanı konulan hastalık (tüm hastalıkların yaklaşık %28'i) olduğunu ve öncelikli bakım ziyaretlerinin %12'sinden sorumlu olduğunu göstermektedir. Her yıl ABD'de İBS hastaları için 2,2 milyon reçete yazılmaktadır (55).

Kullanılan yaşam kalitesi ölçekleri, İBS'li hastaları semptomlarının ifade edilmesinde ve inflamatuvar barsak hastalığı gibi organik hastalıklardan ayırt edilmesinde kullanılmaktadır (53).

Klinik sonuç hastalığın şiddetini karşıt yönde etkileyecektir. Böylece İBS olan birey, psikososyal bozuklukları yok ise, yaşamla iyi bir uyum içinde ve bir sosyal destek alıyorsa sorunsuz yaşayabilecek ve tıbbi bakım arayışına girmeyecektir. Eş zamanlı psikososyal bozukluğu bulunan, yaşam stresi yüksek, ya da sosyal desteği zayıf olan bir hastanın ise klinik sonuçları kötü olacaktır (15).

Yapılan bir çalışmada hastaların psikolojik sorunlarının çözümünde hemşirelerin daha duyarlı olduğu belirtilmektedir. Hastaların psikososyal destek gereksinimlerini belirleyen ve gereken rehberliği en iyi karşılayan meslek grubunun hemşireler olduğu görülmektedir (56).

Yaşam kalitesine yönelik yapılan çalışmalarda, yaşam kalitesini etkileyen en önemli faktörlerin hastalık süresi, tedavi tipi, hastalığa özgü semptomları deneyimlenme sıklığı, hastalığa uyum ve hastalığa ilişkin verilen eğitimin olduğu belirtilmektedir (56).

Yüksek yaşam kalitesi, bireylerin iyi olma hislerini, çalışma performanslarını, cinsel fonksiyonlarını, sosyal ilişkilerini ve yaşamlarında doyum bulmalarını kapsamaktadır. Yüksek yaşam kalitesine sahip olan bireylerin hastalıklarına uyumları daha kolay olmakta ve hastalıklarıyla birlikte yaşamlarından doyum almaları artmaktadır (56).

### **2.12 Tedavi:**

Tedavi stratejisi; semptomların tipi ve şiddeti, İBS semptomlarının besin alımı ve/veya defekasyonla korelasyonuna, fonksiyonel bozukluğun derecesine ve psikososyal faktörlerin var olup olmamasına göre değişmektedir. Genel olarak hafif semptomlar primer olarak visseral hipersensitivite ile ilişkili olup semptomatik olarak barsağı etkileyen farmakolojik ajanlarla tedavi edilir. Daha şiddetli semptomları olan olgularda psikososyal faktörlerin rolü olup sıklıkla psikolojik davranış tedavisi ve antidepresan tedavisi gereklidir (57).



Hasta eğitimi, herhangi bir İBS tedavi programında ilk adım olmalıdır. İBS, toplum tarafından iyi anlaşılmamış bir bozukluktur ve çeşitli yanlış algılamalarla ilişkilidir. Sıklıkla psikosomatik bir hastalık olarak ele alınır ve bu da, hastaların hastalıkları nedeniyle kendilerini suçlamalarına yol açabilir. Başka hastalar da, semptomlarının, kanser gibi ciddi ve potansiyel olarak yaşamı tehdit eden bir hastalığın göstergesi olmasından korkabilir. Dolayısıyla, tüm hastalara aşağıdaki noktalar açısından, bilgi ve güven verilmelidir (6).

Yaşam tarzı değişiklikleri, güvenilir ve pahalı olmayan ilk tedavi yaklaşımı olarak ileri sürülebilir. Diyetlerinde uygun değişiklikler yapan birçok İBS hastasında, semptomların sıklığı ve şiddeti azalacaktır. Bilinen tetikleyici besinlerden kaçınmak, ilk adımdır ve hastalara sorun yaratabilen diğer besinlerin tanımlanabilmesi için bir diyet günlüğü tutmaları önerilebilir. İBS semptomlarının giderilmesinde yardımcı kanıtlanmış olan diyet değişiklikleri şunlardır:

- Süt ürünlerinin alımının azaltılması veya elimine edilmesi, besinlerle yeterli lif almak (kepekli tahıllar, meyve ve sebzeler, iyi bir kaynaktır), fasulye ve mercimek gibi iyi sindirilmeyen, fermente olan karbonhidratlı baklagillerden kaçınmak,

- Sık sık, az az yemek,

- Yağı az karbonhidratı yüksek öğünler yemek,

- Sıvı alımının artırılması (özellikle destek lif alınıyor ise önemlidir) (58).

Stres tedavisi ve gevşeme teknikleri de, İBS'li hastaların tedavisinde, yararlı seçenekler olarak ele alınmalıdır. Stres yönetimi programına katılan hastaların üçte ikisi, semptomlarının iyileştiğini ve daha az ve daha hafif nöbetler geçirdiklerini bildirmiştir (58). Yararlı etkiler, tedavi başlangıcından sonra, en az 12 ay devam etmiştir.

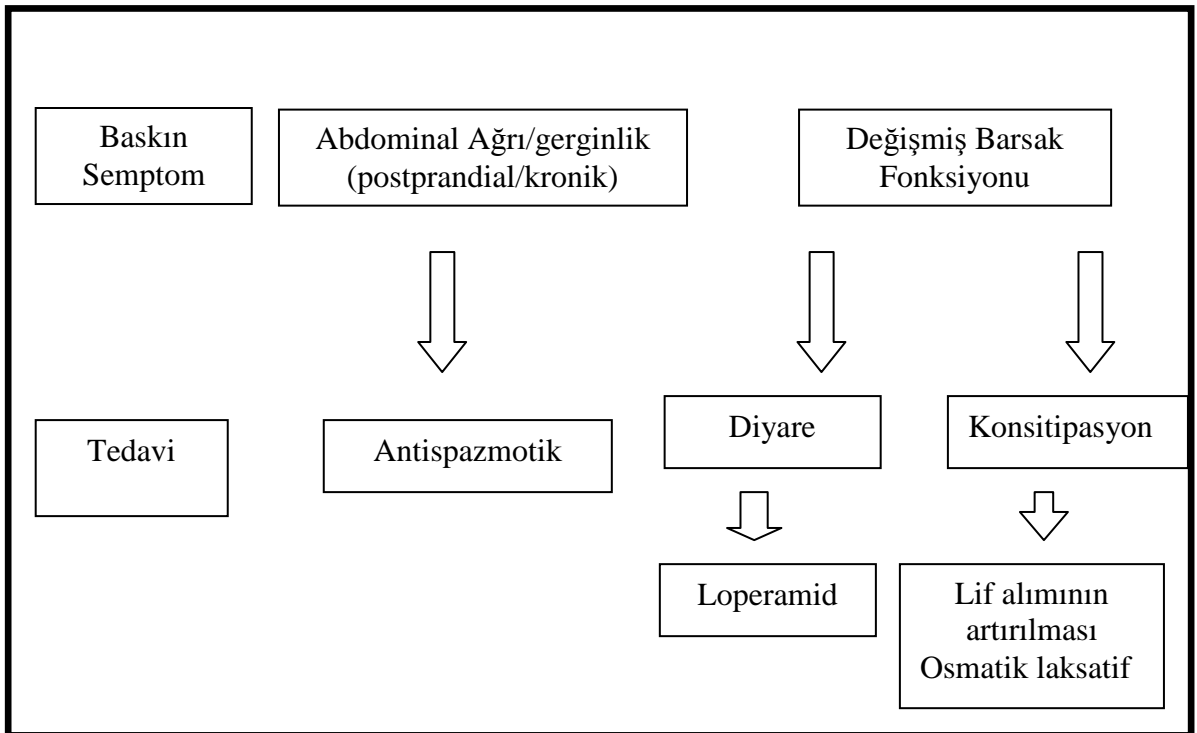
İBS semptomlarının, psikolojik sorunlarla tetiklenebildiği ya da alevlenebildiği bilinmektedir ve standart tedaviye yanıt vermeyen İBS hastalarında, psikoterapinin yardımcı olduğu bulunmuştur (22). Hipnoterapinin de, hastaların yaşam kalitesini iyileştirdiği ve işe gitmemeyi azalttığı gösterilmiştir (59). Hem psikoterapi hem de hipnoterapi nispeten pahalıdır ve

zaman alıcıdır. Daha çok medikal tedavilere yanıt vermeyen hastalarda önerilmektedir.

İBS'nin geleneksel ilaçlarla tedavisi ile sınırlı bir başarı elde edilmesi, birçok hastanın alternatif tedaviler aramasına yol açmıştır (60). Bitkisel tıp, geleneksel Çin tıbbı (bitkiler ve akupunktur dahil), ayurveda, geleneksel Japon tıbbı (kompo) ve bakteri kültürleri mevcut alternatif tedavilerden bazılarıdır.

İBS semptomları olan kişilerin sadece %10'u doktora başvurmaktadır. Bunlardan % 25 kadarının tedaviye yanıt vermeyeceği, hatta kötüleşecekleri tahmin edilmektedir (61). Bazı vakalarda, hastanın semptomlarını iyileştirmek için, basit yaşam tarzı değişiklikleri yeterlidir. Ancak birçoğunda bir tetikleyici ile karşılaştıklarında semptomları nüksetmeye devam edecektir.

Bu hastalarda, güncel farmakolojik seçenekler, baskın semptomların tedavisine yönelmektedir (Şekil 2).



**Şekil 2.** Başlıca İBS semptom alt gruplarının tedavisi (57).

Tedavi genellikle semptoma göredir ve hastanın birçok farklı ajanı alması gerekebilir. Örneğin hastada abdominal ağrı ve gerginlik var ise antispazmodik

bir ajan verilebilir. Diyareli hasta ise loperamid gibi antidiyareik bir ajan alabilir. Konstipasyonlu bir hastaya, lif desteği ve/veya laktuloz gibi ozmotik bir laksatif verilebilir. Spesifik bir semptomu hedefleyen bu tedaviler, son-organ tedavileri olarak sınıflanır. Ayrıca psikolojik sorunları olan bir hasta, antidepresanlar veya anksiyolitikler gibi santral etkili ajanlarla da tedavi edilebilir. Son organ tedavileri ve MSS tedavilerinin örnekleri, tabloda sıralanmaktadır (Tablo 9).

**Tablo 9.** Baskın İBS semptomlarını hedefleyen son organ tedavilerinde kullanılan spesifik ilaçlar (57)

İlaç Tipi	Örnekler	Hedeflenen Baskın Semptom
Prokinetik Ajanlar	Sisaprid	Konsitipasyon
Stimulan Laksatifler	Antranoidler	Konsitipasyon
Kitle Oluşturan Laksatifler	Kepek Ispaghula(psyllium)kabuğu Sterculia Karboksimetilsellüloz Polikarbofil	Konsitipasyon
Antidiyareikler	Loperamid	Diyare

Laksatifler, lif artışı ve sıvı alımı gibi beslenme önlemleri yetersiz ise de, K-İBS tedavisinde sıklıkla kullanılmaktadır. Laksatiflerin üç ana sınıfı vardır (62).

- Kitle oluşturan laksatifler
- Yumusatıcı laksatifler
- Stimulan laksatifler

Kitle oluşturan laksatiflere kepek, ispaghula (psyllium) kabuğu ve sterculia gibi bitkisel lifler ve karboksimetilsellüloz ve polikarbofil gibi sentetik ajanlar dahildir. Kitle oluşturan laksatifler barsaktaki suyu absorblar ve yumusatıcı jel oluşturacak şekilde şişer. Barsak içeriğindeki artan kitle peristaltizmi uyarır ve kolon geçiş süresini azaltır.

Kitle oluşturan laksatiflerin etkinliğini optimal hale getirmek için, sıvı alımının artırılması önerilir ve böylece, oluşan kitle şeklinde materyalin

tıkanıklık yapma riski önlenir. Laktüloz gibi hiperozmotik ajanlar, barsak lümeni içinde ozmotik basıncı arttırarak, su tutulması ve dışkıda yumuşama ve kayganlaşma sağlarlar (62).

Antronoidler ve polifenil türevleri gibi stimulan laksatiflerin kronik kullanımı, zararlı olabilir ve önerilmez. Ancak K-İBS'li birçok hasta, bu ajanları düzenli olarak kullandıkları için potansiyel olarak geri dönüşümsüz kolon harabiyeti oluşabilir.

Antidiyareik ajanlar, D-İBS'li hastalarda barsak motilitesini azaltmak için kullanılabilir. Opioid türevleri barsağın dairesel ve longitudinal kasları üzerine etki göstererek motiliteyi azaltıp gastrointestinal geçiş süresini arttırırlar (63). Santral opioid reseptörlerine de bağlanarak gastrointestinal mukozadan sekresyonu azaltırlar.

Antispazmodik ajanlar kolondaki aşırı düz kas kasılmalarını azaltarak karın ağrısını giderirler. Kullanılan ajanlar şunlardır;

- Antikolinergikler
- Düz kas gevşeticiler
- Kalsiyum kanal blokerleri

Hyosin gibi selektif olmayan antikolinergik ajanların kullanımı görme bozukluğu, ağız kuruması, taşikardi gibi sıkıntılı yan etkilere neden olur. Yeni bir grup ilaç gastrointestinal kanal düz kasına karşı daha büyük bir selektiviteye sahiptir (örn: disiklomin, simetropium bromid, propantelin bromid) ve kullanımları sonucu daha az yan etki görülür. Kas spazmlarını gidermek için, doğrudan etkiyen düz kas gevşeticileri kullanılır. Alverin, mebeverin ve nane yağı halen, İBS'de kullanılan ajanlardandır (64).

Pinaverium bromür gibi gastrointestinal kanala selektif kalsiyum kanal blokerlerinin İBS'deki karın ağrısının tedavisinde yararlı oldukları gösterilmiştir. Bu ilaçlar gastrointestinal kanal düz kasını gevşetirler ve kalın barsaktan su absorpsiyonunu uyararak D-İBS'li hastalarda gayta kıvamını düzeltirler (65).

Antidepresanların, özellikle affektif bir bozukluk eşlik ediyorsa İBS tedavisinde, bir rolü olabilir. Ayrıca, depresif olmayan hastalarda, düşük doz trisiklik antidepresanların, oro-çekal geçişi hızlandırdığı bulunmuştur (66). Bu etkilerin oluşma mekanizması açık değildir.

Geleneksel olarak İBS farmakoterapisi ajanlar kullanılarak normal motilitenin yeniden sağlanmasına odaklanmıştır. Daha yeni olarak barsaktan çıkan afferent sinirsel yollara ait çalışmalar alternatif tedavi yaklaşımlarının gelişmesine yol açmıştır.

5-hidroksitriptamin hem beyin, hem de enterik sinir sisteminde önemli bir nörotransmitterdir. 5-HT içeren intrinsek nöronların gastrointestinal motilite kontrolünde rol oynadıkları bulunmuştur ve viseral duyu fonksiyonunun düzenlenmesinde yer almaları da olasıdır. 5-HT aktivitesinin değiştirilmesinin İBS dahil gastrointestinal fonksiyon bozukluklarının bazısında yararlı olabileceği ileri sürülmüştür (67). 5-HT reseptörünün en az altı majör alt tipi tanımlanmıştır. Ancak, gastrointestinal kanalda en önemlilerinin 5-HT<sub>3</sub> ve 5-HT<sub>4</sub> reseptörlerinin oldukları görülmektedir (67).

Bugün antiemetik olarak pazarlanan bir 5-HT<sub>3</sub> antagonisti olan ondansetron, plaseboya kıyasla, daha sıkı barsak hareketleri ve daha az karın ağrısı ile ilişkili olduğu bulunmuştur (68). Alosetron, D-İBS'de kullanılmak üzere geliştirilmiştir. Sadece kadın hastalarda barsak fonksiyonunu ve ağrıyı iyileştirdiği gösterilmiştir (69).

5-HT<sub>4</sub> reseptör aktivasyonunun, düz kas tonusu, mukoza elektrolit salgısı ve peristaltik refleks üzerinde belirgin bir etkisi vardır. Aynı zamanda barsak lümeninin gerilmesine karşı reaksiyon veren enterik nöronların duyarlılığını da artırdığı görülmektedir. Dolayısıyla, 5-HT<sub>4</sub> yolağının selektif olarak düzenlenmesiyle, gastrointestinal fonksiyonun normalize edilmesi mümkün olabilir (69).

Prukaloпрid kronik konstipasyon tedavisi için geliştirilmekte olan prokinetik özelliği olan bir 5-HT<sub>4</sub> reseptör agonistidir. Spontan barsak hareketlerinin sayısını artırdığı ve kronik konstipasyonun diğer semptomlarını iyileştirdiği gösterilmiştir (66).

Tegaserod; K-İBS'li hastalarda karın ağrısını giderdiği ve barsak fonksiyonunu iyileştirdiği bulunmuş olan, güçlü ve spesifik bir 5-HT<sub>4</sub> reseptörü parsiyel agonistidir. Ayrıca, şişkinlik ve gayta kıvamının iyileştirilmesinde de, etkinliği kanıtlanmıştır.(70).

### 3. GEREÇ ve YÖNTEM

Kesitsel tanımlayıcı desendeki bu çalışma Çanakkale bölgesinde İBS yaygınlığını belirlemek amacıyla yürütülmüştür.

#### 3.1 Evren ve örneklem:

Araştırma evreni Çanakkale şehir merkezinde birinci basamak sağlık kuruluşlarına (Aile Sağlığı Merkezi, ASM) başvuran tüm yetişkinlerdir (18-65 yaş). Evreni temsil etmek üzere çalışma kümesi olarak Çanakkale Kepez ASM seçildi.

Örneklem büyüklüğü, evrenin bilindiği durumlar için örneklem büyüklüğü formülü ile hesaplandı. Çanakkale merkez nüfusu (Kepez beldesi dahil) 120.000 kişi, hastalık sıklığı %12, sapma değeri %3,  $\alpha=0,05$  ve güven aralığı %95 için önerilen örneklem büyüklüğü 450 kişi olarak hesaplandı. Bu sayıya ulaşılan değin çalışmaya katılımcı alınmaya devam edilmesi kararlaştırıldı. Çalışma için veri toplamaya 01 Eylül 2011 tarihinde başlandı ve 22 Aralık 2011 tarihinde 500 katılımcı ile çalışma sonlandırıldı.

Çalışmaya alınma ve çalışma dışı bırakma ölçütleri Tablo 10'da sunulmuştur.

**Tablo 10.** Çalışmaya alınma ve çalışma dışı bırakma ölçütleri:

Çalışmaya alınma ölçütleri	Çalışma dışı bırakma ölçütleri
1- 18-65 yaş arasında olmak 2- ASM'ye başvurmak	1- Çalışma metoduna uyumu engelleyecek hastalık ya da engelinin bulunması (Yatalak olması, gerçeklik değerlendirmesini bozacak psikiyatrik hastalığının olması, demansif olması gibi)

#### 3.2 Veri toplama araçları:

Araştırmada veriler, bu araştırma için araştırmacılar tarafından hazırlanan bir anket kullanılarak toplandı. Anket, gönüllülerin demografik bilgileri, İBS şikayetlerinin varlığı, şikayetlerin yoğunluğu, İBS tanı öyküsü, kullanılan tedaviler, eşlik eden hastalıklar, sağlık hizmeti kullanım yoğunluğu, diğer tıbbi öykü ayrıntıları, beslenme ve egzersiz davranışları, alışkanlıkları, şiddet görme öyküsü, hastalık ve tedaviye yönelik tutumları, tedaviden memnuniyet durumlarını sorgulayan sorular içermektedir. Ek olarak katılımcıların depresyon ve kaygı düzeylerini belirlemek için Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD), stres düzeylerini belirlemek için Algılanan

Stres Ölçeği ve yaşam kalitelerini belirlemek için Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalite Ölçeği (WHOQOL-BREF(TR)) ankete dahil edildiler. (Ek 1)

**Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (Hospital Anxiety and Depression Scale, HAD):** Bedensel hastalığı olan hastalar ve birinci basamak sağlık hizmetine başvuranlarda anksiyete ve depresyon yönünden riski belirlemek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla geliştirilmiş bir kendini değerlendirme ölçeğidir (71). Türkçeye çevrilmiş, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (72). Anksiyete (HAD-A) ve depresyon (HAD-D) alt ölçekleri vardır. Toplam 14 soru içerir. Bunların yedisi (tek sayılar) anksiyeteyi ve diğer yedisi (çift sayılar) depresyonu ölçmektedir. Dörtlü Likert tipi ölçüm sağlar. Türkiye’de yapılan çalışma sonunda anksiyete alt ölçeği için kesme puan 10/11, depresyon alt ölçeği için ise 7/8 bulunmuştur. Buna göre bu puanların üzerinde alanlar risk grubu olarak değerlendirilirler. Hastaların her iki alt ölçekten alabilecekleri en düşük puan 0 iken en yüksek puan 21’dir. HAD bedensel belirtilere ilişkin madde içermemesi nedeniyle yeğlenmiştir.

**Algılanan Stres Ölçeği (Perceived Stress Scale – PSS)** Cohen ve ark. tarafından; son bir aydır, kişinin yaşantısını ne derecede ön görülemez, kontrol edilemez veya aşırı yüklenmiş olarak algıladığını ölçme amacıyla geliştirilen 10 soruluk bir ölçektir (73). Kısa ve sade ifadeleri olduğu için ilköğretim eğitimi almış kişiler tarafından kendi kendilerine doldurulabilir. Çalışmamızda okuma-yazma bilmeyenlere görüşmeci tarafından okunarak doldurulmuştur. Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Erci tarafından 2006’da yapılmıştır (74).

**Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-BREF(TR)):** Bireyin yaşam kalitesini nasıl algıladığını değerlendiren bir ankettir. Yaşam kalitesinin pozitif ve negatif yönlerini belirler. WHOQOL-BREF (TR) Türkler için DSÖ Yaşam kalitesi kısa formudur. Toplam 27 soruyu kapsamaktadır. Soruların son 15 gün dikkate alınarak yanıtlanması istenmiştir. İlk iki genel soru dışındaki sorular kullanılarak bedensel, sosyal, psikolojik, çevre ve ulusal çevre alan puanları hesaplanmaktadır. Sorular 5’li Likert tipi ordinal yanıt ölçeğine sahiptir. 0-20 puan üzerinden hesaplanan fizik, psikolojik, sosyal, çevre ve ulusal çevre alan puanları yükseldikçe yaşam kalitesi yükselmektedir (75).

Anket sorularının ve yönlendirmelerin okunabilirlik ve anlaşılabilirlik özelliklerini belirlemek üzere, Çanakkale 18 Mart Üniversitesi Hastanesi polikliniklerine çeşitli sebeplerle başvurmuş, çalışma evreni dışından gelen farklı sosyoekonomik

düzeylerden 10 kişiyle deneme uygulaması yapılmış ve gerekli düzeltmelerden sonra ankete son hali verilmiştir.

### **3.3 İzin ve onamlar:**

Çalışmaya başlamadan önce Çanakkale 18 Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu onayı alınmıştır (Ek 2). Çalışma öncesi çalışmanın yürütüleceği ASM'de görev yapan aile hekimleriyle görüşülmüş, çalışma hakkında bilgi verilip onayları alınmıştır. Çalışmaya katılım için davet edilen hastalara çalışma hakkında sözel bilgi verilip yazılı onamları alınmıştır. Çalışmaya davet edilen katılımcılardan katılmayı reddeden olmamıştır.

### **3.4 Uygulama:**

Anketlerle ilgili denemeler tamamlanıp anketlere son hali verildikten sonra çalışma için seçilen ASM'de görüşmelerin yürütülmesi için bir oda hazırlanmıştır. Çalışmanın veri toplama aşaması için belirlenen günde sabahтан itibaren başvuran hastalar çalışmaya katılım için davet edilmiş ve çalışma ölçütlerine uygun bulunanlar çalışmaya katılmaya onay vermelerini takiben hazırlanan mekana alındılar. Çalışma için hazırlanan anket soruları katılımcılara aynı araştırmacı tarafından okunup cevapları yine araştırmacı tarafından kaydedildi. Çalışma için belirlenen katılımcı sayısına ulaşıldığında çalışma ile ilgili veri toplama aşaması sonlandırıldı.

### **3.5 Araştırma maliyeti**

Araştırma maliyetleri araştırmacının kişisel olanakları ve Aile Hekimliği AD olanakları ile karşılandı. Araştırma nedeniyle yapılacak her tür yolculuk, konaklama ve görüşmelere bağlı giderler, kırtasiye, baskı ve çoğaltma giderleri araştırmacı tarafından karşılandı. Bilgisayar, yazılım, arşiv, veri işleme ve benzeri ihtiyaçlar için anabilim dalının dekanlık ve hastane bünyesindeki olanakları kullanıldı. Araştırma için hiçbir kurumdan maddi destek alınmadı.



## 4. BULGULAR

Araştırmaya katılan 500 vakanın 277'si (%55,4) kadın 223'ü (%44,6) erkekti. Katılımcıların yaşları ortalama  $48,5 \pm 14,4$  [18-65] idi. Kadın katılımcıların yaşları (46,4) erkeklerin yaşlarından (51,0) anlamlı düşüktü ( $t=3,641$ ;  $p<0,001$ ). Katılımcıların eğitim durumları Tablo 11'de verilmiştir.

**Tablo 11:** Katılımcıların eğitim durumları

	Sıklık	Yüzde
Okuryazar	6	%1,2
İlkokul	234	%46,8
Ortaokul	58	%11,6
Lise	115	%23,0
Yüksekokul/Üniversite	87	% 17,4
Toplam	500	% 100

Katılımcılardan 52'si (%10,4) bekar, 382'si (%76,4) evli, 66'sı (%13,2) duldu. Katılımcıların 336'sı (%73,2) aktif olarak çalışıyordu. SSK mensubu 281 (%56,2), Emekli Sandığı mensubu 100 (%20,0), Bağ-Kur mensubu 112 (%22,4) katılımcı vardı, 6 (%1,4) katılımcı ise Yeşil Kart sistemine dahildi. Katılımcıların meslekleri Tablo 12'de verilmiştir. Katılımcıların ortalama aile gelirleri  $1663,3 \pm 828,9$  TL [500-10000 TL], ailede yaşayan kişi sayısı ortalama  $3,1 \pm 1,3$  [1-11] kişi ve kişi başına düşen gelir ortalama  $631,0 \pm 410,0$  [116,7-5000] TL idi.

### 4.1 Dışkılama alışkanlıkları ve özellikleri

Katılımcıların dışkılama alışkanlığı sorgulandığında haftada ortalama  $7,0 \pm 5,4$  (1-38) kez dışkılama yaptıkları bulundu. Katılımcılar arasında görüşmenin yapıldığı anda 48 saat bir şey yememesine rağmen ishali olan 1 (%0,2) kişi vardı.

Son 3 ayda [sert keçi pisliği ya da fındık şeklinde, taneli] [sosis gibi topak topak] kıvamında dışkılama sıklığı %25 veya üzerinde olan kişi sayısı 154 (%30,8) tespit edildi. Son 3 ayda [kaba kenarlı, kabarık parçalar] [sulu, tamamen sıvı, katı

parça yok] kıvamında dışkılama sıklığı % 25 ve üzerinde olan kişi sayısı ise 20 (%4,0) tespit edildi.

**Tablo 12:** Katılımcıların meslek durumları

	Sıklık	Yüzde
Ev hanımı	184	%36,8
Büro-eğitim	101	%20,2
Kalifiye işçi-serbest meslek	188	%37,6
Öğrenci	27	%5,4
<b>Toplam</b>	<b>500</b>	<b>%100,0</b>

Çalışmaya katılan beş yüz katılımcıdan; 43'ünün (%8,6) dışkısında mukus olduğu, 75'inin (%15,0) dışkısında kan gördüğü, 165 (%33,0) kişinin dışkılama sırasında ıkınma ihtiyacı olduğu 164 (%32,8) kişinin dışkılarken tam boşalamama sorunu olduğu, 169 (%33,8) kişide barsaklarında aşırı gaz sorunu olduğu, 168 (%33,6) kişide karında şişkinlik sorunu olduğu tespit edildi.

Son 3 ayda toplam 132 (%26,4) kişi laksatif kullanmıştı. Son 3 ayda kullanılan laksatif sayısı ortalama  $0,9 \pm 1,8$  [0-12] tane bulundu.

#### **4.2 Tıbbi özgeçmiş**

Katılımcılarda mide barsak sistemine ait rahatsızlıkların (bilinen gıda intoleransı, ağrılı yutma, GÖ reflü, dispepsi, hazımsızlık) varlığı sorgulandığında; 500 katılımcıdan 262'sinde (%52,4) bu tür rahatsızlıkların bulunmadığı tespit edildi. Mevcut olan mide barsak sistemi rahatsızlıklarının dağılımı Tablo 13'te verilmiştir.

Katılımcılarda çeşitli diğer rahatsızlıkların (gece yattıktan sonra idrara çıkma, sık idrara çıkma, cinsel ilişki sırasında ağrı, ağrılı mensturasyon, sırt ağrısı, kronik yorgunluk varlığı sorgulandığında; 500 katılımcıdan 282'sinde (%56,4) bu tür rahatsızlıkların bulunmadığı tespit edildi. Bu gruptan mevcut olan rahatsızlıklarının dağılımı Tablo 14'te verilmiştir.

**Tablo 13.** Mide barsak sistemi ile ilgili rahatsızlıkların dağılımı

n*=500	Sıklık	Yüzde
Yok	262	%52,40
Hazımsızlık	195	%39,00
Dispepsi	126	%25,20
Reflü	63	%12,60
Yutma güçlüğü	5	%1,00

\*bir katılımcı birden çok seçenek bildirebilir

**Tablo 14.** Çeşitli rahatsızlıkların dağılımı

n*=500	Sıklık	Yüzde
Rahatsızlığı yok	282	%56,4
Sırt ağrısı	66	%13,2
Kronik yorgunluk	58	%11,6
Poliüri	12	%2,4
Dismenore	9	%1,8
Nokturi	6	%1,20
Disparoni	3	%0,6

\*bir katılımcı birden çok seçenek bildirebilir

Noktüri yakınması bildiren 29 kişi (%5,8) gecede ortalama  $3,4 \pm 1,8$  (1-8) defa idrara çıkıyordu. Poliüri yakınması bildiren 22 kişi (%4,4) günde ortalama  $7,1 \pm 2,1$  (3-10) defa idrara çıkıyordu.

Çalışmaya dahil edilen 500 katılımcının kendi beyanları uyarınca 328'inde (%65,6) tanı konmuş ve/veya tedavi kullandığı ek hastalıkların mevcut olduğu tespit edilmiştir ve bunların dağılımı Tablo 15'te belirtilmiştir.

**Tablo 15:** Katılımcılardaki tanı konmuş veya tedavi kullanılan hastalıklar

n=500*	Sıklık	Yüzde		Sıklık	Yüzde
Yok				172	%34,4
Anksiyete Bozukluğu	124	%24,8	Hipertansiyon	123	%24,6
Depresyon	64	%12,8	Diyabetes Mellitus	61	%12,2
Fibromiyalji	29	%5,8	Migren tipi baş ağrısı	26	%5,2
Peptik Ülser	26	%5,2	Dislipidemi	24	%4,8
Koroner Arter Hastalığı	15	%3	Hipotiroidi	13	%2,6
Kronik Akciğer Hastalığı	13	%2,6	Romatoid Artrit	9	%1,8
Glokom	9	%1,8	Vitamin eksikliği	7	%1,4
Osteoartrit	7	%1,4	Kardiyak Aritmi	6	%1,2
Benign Prostat Hipertrofisi	6	%1,2	Geçirilmiş Safra Kesesi Operasyonu	6	%1,2
Geçirilmiş Kalp Operasyonu	5	%1,8	Hemoroid	4	%0,8
Varis (periferik venöz yetmezlik)	3	%0,6	Demir Eksikliği Anemisi	3	%0,6
Laktoz İntoleransı	3	%0,6	Geçirilmiş Miyokart İnfarktüsü	3	%0,6
Parkinson Hastalığı	3	%0,6	Lumber Diskopati	3	%0,6
Epilepsi	3	%0,6	Gullen-Barre Hastalığı	3	%0,6
Osteoporoz	2	%0,4	Ürolitiasis	2	%0,4
Hodgin Lenfoması	2	%0,4	Uyku Apnesi	2	%0,4
Thalasemi	2	%0,4	Geçirilmiş Uterus Operasyonu	2	%0,4
Sistemik Lupus Eritamatozis	2	%0,4	Geçirilmiş Prostat Operasyonu	2	%0,4
Çölyak Hastalığı	1	%0,2	Behçet Hastalığı	1	%0,2
Kolon Kanseri	1	%0,2	Parazitosis	1	%0,2
Kronik Böbrek Yetmezliği	1	%0,2	Geçirilmiş Tiroid Operasyonu	1	%0,2
Kronik Kalp Yetmezliği	1	%0,2	Poliposis Koli	1	%0,2
Beyin Anevrizması	1	%0,2	Geçirilmiş Barsak Operasyonu	1	%0,2

\*bir katılımcı birden çok seçenek bildirebilir

Çalışmaya dahil edilen 500 katılımcının kendi beyanları uyarınca 192'sinin (%38,4) çeşitli hastalıkları için ilaç kullandığı tespit edilmiştir ve bunların dağılımı Tablo 16'da verilmiştir.

**Tablo 16.** Katılımcıların kullandıkları ilaçlar

(n=500)*	Sıklık	Yüzde
SSRI	55	%11
ARB blokeri	51	%10,2
Kalsiyum kanal blokeri	48	%9,6
İnsülin	46	%9,2
Proton pompa inhibitörü	24	%4,8
Tiroid Hormonu	12	%2,4
İnhale steroid	7	%1,4
Aspirin	6	%1,2
NSAİD	6	%1,2
Betabloker	5	%1
Kalsiyum	5	%1
Oral Antidiyabetik	5	%1
Demir	3	%0,6
Kolsişin	2	%0,4
5-alfa redüktaz inhibitörü	1	%0,2
Vitamin	1	%0,2
Lityum	1	%0,2
Valproik asit	1	%0,2

\*bir katılımcı birden çok seçenek bildirebilir

### 4.3 Yaşam tarzı

Çalışmaya dahil edilen 500 katılımcıdan 322'si (%64,4) hiç sigara kullanmamıştı, 112'si (%22,4) halen sigara kullanıyordu ve 66'sı (%13,2) daha önce sigara kullanmış ve bırakmıştı (Tablo 17). Halen sigara içenler ortalama  $18,9 \pm 10,8$  [1-50] yıldır sigara kullanmakta ve günde ortalama  $17,8 \pm 6,0$  [1-40] tane sigara içmekteydi. Sigara kullanıp bırakmış olanların bırakma süreleri ortalama  $12,9 \pm 10,2$  [0-50] yıldır. Katılımcıların 385'i (%77,0) hiç alkol kullanmazken, 108'i (%21,6) sosyal ortamlarda ve 7'si (%1,4) düzenli alkol kullanıyordu.

Katılımcıların 217'si (%43,4) düzenli fiziksel egzersiz yaptığını belirtti. Sık yapılan egzersiz tipleri hızlı yürüyüş (199 kişi) ve bisikletti (15 kişi). Egzersiz sıklığı

haftada 1 kez olan 3 (%1,4), 2 kez olan 6 (%2,8), 3 kez olan 68 (%31,3), 4 kez olan 35 (%16,1), 5 kez olan 82 (%37,8), 6 kez olan 4 (%1,8) ve 7 kez olan 19 (%8,8) kişi bulunmaktaydı. Egzersiz yoğunluğu 215 kişide hafif, 1 kişide orta ve 1 kişide yüksekti. Haftada en az 3 gün ve üzerinde, en az yarım saat ve daha uzun süreli egzersiz yapma önerisini yerine getirdiğini belirten katılımcı sayısı 206 (%41,2) idi.

**Tablo 17.** Sigara kullanma durumları

	Sıklık	Yüzde
Hiç kullanmamış	322	%66,4
Halen kullanıyor	112	%22,4
Kullanmış ve bırakmış	66 %13,2	%13,2
Toplam	500	%100

Katılımcılardan 480'i (%96,0) beslenme öğün düzenlerinin tam düzenli olmadığını belirtti. Günde 1 öğün yemek yiyen 5 (%1,0) kişi, 2 öğün yemek yiyen 15 (%3,0) kişi ve 3 öğün yemek yiyen 480 (%96,0) kişi bulunmaktaydı. Katılımcılardan 3'ü (%0,6) günde 1 ara öğün, 15'i (%3,0) 2 ara öğün ve 37'si (%7,4) 3 ara öğün yemek yiyordu.

#### 4.4 İBS Hastalarına Ait Bulgular

Katılımcılardan 64'ünde (%12,8) daha önce İBS tanısı konulduğu saptanmıştır. İBS hastalarına ilişkin sosyodemografik özellikler Tablo 18'de verilmiştir. Bu hastaların 38'i (%59,4) kadın, 26'sı (%40,6) erkek; ortalama yaşının 52,3±11,7 [21-65] ortalama gelirinin 1561±283 [900-2000] TL, ailede yaşayan kişi sayısının ortalama 3,0±0,9 [1-4] kişi, ailede kişi başına düşen ortalama gelirin ise 570±197 [325-1300] TL olduğu saptandı. Bu İBS hastalığı saptanan 64 hastanın 45(%70,30) kişinin çalışmadığı, 19 (%29,70) kişinin ise bir işte çalıştığı tespit edildi.

Hastaların son 3 aydır karın ağrısı nedeniyle rahatsız geçirdiği gün sayısı ortalama 3,1 ± 2,1 (2-9) gün olarak saptandı. Karın ağrısı nedeniyle son 3 aydır ayda ortalama olarak bir günü rahatsız geçirdikleri söyleyenler 1 kişi (%1,6), iki günü geçirenler 8 kişi (%12,7), üç günü geçirenler 19 kişi (%30,2), dört günü 7 kişi (%11,1), beş günü 8 kişi (%12,7), altı günü 8 kişi (%12,7), dokuz günü ise 1 kişi (%1,6)

rahatsız olarak geçirdiğini belirtmiştir. Buna karşın 11 kişi (%17,5) ise belirtilen süre içerisinde hiç rahatsızlığı olmadığını belirtmiştir.

**Tablo 18.** İBS hastalarının sosyodemografik özellikleri

		Sıklık	Yüzde
Eğitim Durumu	Okuryazar	2	%3,1
	İlkokul	37	%57,8
	Ortaokul	7	%10,9
	Lise	12	%18,8
	Yüksekokul	6	%9,4
Medeni durum	Bekar	3	%4,7
	Evli	53	%82,8
	Dul	8	%12,5
Meslek	Ev hanımı	29	%45,3
	Büro- Eğitim	12	%18,8
	Kalifiye işçi, Serbest meslek	22	%34,4
	Öğrenci	1	%1,6
Sosyal güvenlik durumu	SSK	38	%59,4
	Emekli sandığı	10	%15,6
	Bağ-kur	16	%25,0
Toplam		64	%100

Karın ağrısının yerleşimi için 7 kişi (%10,9) sadece hipogastrik bölüm ve 2 kişi (%3,1) sadece sol inguinal bölgeyi belirtirken diğerleri birden çok bölgeye yayılan ağrı tariflemişlerdir. Bölgelere göre karın ağrısının yerleşimine dair dağılım Tablo 19'da verilmiştir.

Karın ağrısının karakteri için 20 hasta (%31,3) sadece kramp tarzında, 9 hasta (%14,1) sadece sızı tarzında ve 2 hasta (%1,6) sadece yanma tarzında tanımlarken diğerleri birden fazla karakterde ağrıyı birlikte yaşadıklarını belirtmişlerdir. Hastaların karın ağrısının karakteriyle ilgili tanımlamalarının dağılımı Tablo 20'de verilmiştir.

İBS hastası olan 64 kişinin dışkılama alışkanlıklarına bakıldığında; haftada ortalama  $5,1 \pm 7,7$  [1-38] kez dışkı yaptığı tespit edildi. Bir kişide (%1,6) 48 saat bir şey yememesine rağmen devam eden ishalin var olduğu tespit edildi.

**Tablo 19.** İBS hastalarında karın ağrısının yerleşimi

	Sıklık	Yüzde
Sağ lumbal bölge	6	%9,40
Umbilikal bölge	7	%10,93
Sol Lumbal bölge	19	%29,68
Sağ inguinal bölge	29	%45,31
Hipogastrik bölge	59	%92,18
Sol inguinal bölge	52	%81,25
Total*	64	%100,0

\*bir katılımcı birden çok seçenek bildirebilir

**Tablo 20.** İBS hastalarının karın ağrısı şikayetlerinin karakteri

Karın Ağrısı Şikayetlerinin Karakteri	Sıklık	%
Kramp	36	%56,3
Sızı	20	%31,3
Yanma	22	%34,4
Şişkinlik	20	%31,3
Toplam*	64	%100,0

\*bir katılımcı birden çok seçenek bildirebilir

Son 3 ayda [sert keçi pisliği ya da fındık şeklinde, taneli] [sosis gibi topak topak] kıvamında dışkılama sıklığı %25 veya üzerinde olan ve İBS-C olarak sınıflanan hasta sayısı 34 (%53,2), son 3 ayda [kaba kenarlı, kabarık parçalar] [sulu, tamamen sıvı, katı parça yok] kıvamında dışkılama sıklığı % 25 ve üzerinde olan ve İBS-D olarak sınıflanan kişi sayısı 3 (%4,6) tespit edildi. İBS-M tipte olan 14 (%21,8) ve İBS-U tipte olan 13 (%20,3) hasta vardı.

İBS hastalarından 19'u (%29,7) dışkısında mukus olduğunu, 28'i (%43,8) dışkısında kan olduğunu, 57'si (%89,1) dışkılama sırasında ıkınma ihtiyacı hissettiğini, 60'ı (%93,8) dışkılarken tam boşalamama sorunu olduğunu, 59'u (%92,2)



barsaklarında aşırı gaz sorunu olduğunu ve 59'u (%92,2) karında şişkinlik sorunu olduğunu bildirdi.

İBS hastası 64 kişiden 22'si (%34,4) son 3 ayda hiç laksatif kullanmamışken kalan hastalar ortalama  $2,8 \pm 2,9$  [ 0-12] kez laksatif kullanmışlardı.

İBS hastalarından 59'unda (%92,3) katılımcı rahatsızlığı dışkılama yapınca geçmekte, tamamında rahatsızlığı dışkılama sıklığında değişikliklerle başlamakta ve 50'sinde (%78,1) rahatsızlık hissi dışkı kıvamında değişikliklerle (daha sert veya daha yumuşak dışkı) birlikte başlamaktaydı. Bu 64 hastadan 55'i (%87,3) şikayetlerinin stres veya duygusal bozukluk dönemlerinde başladığını belirtti.

Bu 64 hastadan hiç birinin son üç ayda istemsiz kilo vermediği, kömür gibi siyah dışkı yapmadığı, gece uykusundan uyandıran veya uyumasına engel olan rahatsızlığı olmadığı veya son üç ayda ateş ölçümlerinin 38 derece ve üzerinde olmadığı tespit edildi.

Bu 64 hasta içinde yapılan doktor muayenelerinde artrit, lenfadenopati, karında kitle, deri lezyonları veya yapılan laboratuvar incelemelerde anemi, lökositoz, sedimentasyon yüksekliği, C reaktif protein yüksekliği, gaytada gizli kan varlığı tespit edilen yoktu. Bu 64 hastanın hiç birinde kolon veya rektum kanseri, ülseratif kolit, Crohn hastalığı veya Çölyak hastalığına ait aile öyküsü yoktu.

İBS hastalığına sahip olan kişilerin ailelerinde başka kimlerde İBS veya benzer hastalıkların mevcut olduğunu gösteren liste Tablo 21'de verilmiştir.

**Tablo 21:** İBS hastalarının ailesinde İBS veya benzer\* hastalıkların dağılımı

	Ailesinde İBS olanlar		Ailesinde benzer hastalık* olanlar	
	Sıklık	Yüzde	Sıklık	Yüzde
Ailede yok	15	%23,4	15	%23,4
Anne	18	%28,1	10	%15,6
Baba	17	%26,6	10	%15,6
Dede / Nine	11	%17,2	14	%21,9
Kardeş	3	%4,7	15	%23,4
TOPLAM	64	%100,0	64	%100,0

\* mide barsak sistemiyle ilgili benzer hastalıklar

İBS ilk tanısı bu 64 hastada ortalama  $8,3 \pm 7,9$  [2-32] yıl önce konmuştu. İBS tanısı alan hastaların ilk tanısını nerede aldıkları tablo 22'de belirtilmiştir.

**Tablo 22:** İBS tanısı konulan sağlık kuruluşlarının dağılımı

	Sıklık	Yüzde
Sağlık Ocağı/ Aile Hekimliği	22	%34,3
Devlet Hastanesi	26	%40,6
Üniversite Hastanesi	12	%18,8
Özel Hekim	3	%4,7
Özel Hastane	1	%1,6
Toplam	64	%100,0

İBS tanısı almış hastalarda, hastalıklarının rutin izlemi en çok aile hekimleri tarafından yapılmaktaydı, hastalık izlemine yürüten hekimlerle ilgili dağılım tablo 23'te gösterilmiştir. Hastalığı ile ilgili doktorundan; hiç bilgi almadığını söyleyen yoktu. Aldığı bilgiyi çok yetersiz olarak değerlendiren 5 (%7,8), biraz bilgi aldığını söyleyen 18 (%28,1), doyurucu bilgi aldığını söyleyen 41 (%64,1) kişidir. Hastalığı ile hangi konularda bilgi aldığı Tablo 24'te gösterilmiştir.

**Tablo 23:** İBS hastalığı izlemlerini kim yapıyor

	Sıklık	Yüzde
Aile Hekimi	40	%62,5
Dahiliye	11	%17,2
Genel Cerrahi	9	%14,1
Hiç kimse	2	%3,1
Gastroenteroloji	1	%3,1
Hekim belirtmeyen	1	%3,1
Toplam	64	%100,0

İBS hastalığı ile ilgili ortalama izlem görüşmesi sıklığı  $5,2 \pm 4,2$  ay [0-12 ay] olarak saptandı. Hastalar son kontrollerini ortalama  $6,0 \pm 15,0$  [0-120] ay önce yaptırmışlardı.

Hastaların 10'u (%15,6) halen herhangi bir tedavi kullanmıyordu. Tedavi ile ilgili en kalabalık grup sadece diyet düzenlemeleri ile gidenlerden oluşuyordu. Tedavi rejimlerinin dağılımı Tablo 25'te belirtilmiştir.

**Tablo 24:** Hastalıkla ilgili konular hakkında bilgi alma durumları

	Sıklık	Yüzde
Hastalığın nedenleri	11	%14,2
Hastalığın doğası ve özellikleri	15	%23,4
Hastalığın tedavisi	27	%42,2
Hastalığın gidişi ve sonlanması	14	%21,8
Total	64	%100,0

**Tablo 25:** İBS'de kullanılan tedavilerin dağılımı

	Sıklık	Yüzde
Diyet	21	%64,0
Alverin sitrat + simethicone	18	%28,1
Trimebutin maleat	11	%17,2
Simeticon	10	%15,6
Tedavi kullanmıyor	10	%15,6
Pinaveryum bromür	6	%9,3
Toplam (Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.)	64	%100

Hastaların son tedavi protokollerini ortalama  $26,1 \pm 25,1$  [0-180] aydır kullandığı saptanmıştır. Hastalar, tedavi protokollerinin ortalama olarak  $1,6 \pm 1,1$  [0-4] kez değiştirildiğini belirttiler. Tedavi protokolünün hiç değişmediğini söyleyenler 15 kişi (%23,4), bir defa değiştiğini söyleyenler 10 kişi (%15,7), iki defa değiştiğini söyleyenler 28 kişi (%43,8), üç defa değiştiğini söyleyenler 9 kişi (%14,0), dört defa değiştiğini söyleyenler 2 kişi (%3,1) bulunmuştur.

Hastalardan tedaviye uyumlarıyla ilgili olarak, kullandıkları tedaviyi şikayeti olduğunda kullandığını söyleyenler 25 (%39,1), sıklıkla unutmam diyenler 9 (%14,1), epey düzenli kullanırım diyenler 12 (%18,8) tedaviye kesinlikle uyarım diyenler 18 (%28,1) kişi bulunmuştur. Kullandıkları tedavinin rahatsızlıklarını giderme yeterliliği

sorgulandığında ise; 7 kişi (%10,9) hiç faydası olmuyor, 11 kişi (%17,2) çok az yarar gördüm, 35 kişi (%54,7) biraz iyileştim, 11 kişi (%17,2) ise tamamen düzeldi şeklinde ifade etmişlerdir.

İBS hastalığı ile besinlerin ilişkileri incelendiğinde, 64 İBS hastasının %96,9'u en az bir besin maddesinin kendilerini rahatsız ettiğini belirtmiştir. Hastaların rahatsızlıklarının artmasına yol açtığını belirttikleri besinler Tablo 26'da belirtilmiştir.

**Tablo 26:** İBS hastalarında rahatsızlıkların artmasına neden olan besinler

	Sıklık	Yüzde
Yok (besinlerle ilişkili değil)	2	%3,1
Tütün ve ürünleri	34	%53,1
Turşu	25	%40,3
Kafeinli içecekler (çay,kola,kahve)	23	%35,9
Yumurta	21	%32,8
Aşırı yağlı gıdalar	19	%30,6
Çikolata	18	%28,1
Alkollü içecek	16	%25,0
Süt ve ürünleri	15	%23,4
Gaz oluşturan içecekler (fasulye, soğan, brokoli, barbunya, kabak, mercimek, bezelye)	11	%17,9
Şekerli/karbonhidratlı gıdalar	11	%17,9
Kırmızı et	10	%15,6
Aşırı baharatlı gıdalar	9	%14,1
Şekerli meyve suları	9	%14,1
Mısır, yulaf, buğday, çavdar	9	%14,1
Suni tatlandırıcılar	9	%14,1
Kızartmalar	6	%9,4
Beyaz undan yapılan yiyecekler (beyaz ekmek, beyaz makarna, bisküviler, kurabiyeler, kekler, börekler)	5	%7,8
Elma ya da üzüm suyu	4	%6,3
Toplam*	64	%100,0

\*bir katılımcı birden çok seçenek bildirebilir

İBS hastaları rahatsızlıklarında ne yaptıkları sorgulandığında en sık olarak rahatsızlık veren besinlerden uzak durmak veya beslenme düzenleriyle ilgili değişiklikler yapmak gibi davranış değişiklikleriyle durumu kontrol etmeye çalıştıkları anlaşıldı. Bu konuya ait yanıt dağılımı Tablo 27’de verilmiştir.

**Tablo 27:** İBS hastalarının rahatsızlandıklarında kullanılan yöntemlerin dağılımı

	Sıklık	%
Gaz yapan yiyeceklerden uzak durmak	44	%68,8
Sık ama az yemek yemek	32	%50,0
Stresten uzak durmak	31	%48,4
Simeticon	29	%45,3
Bol su içmek	28	%43,8
Tuvalete gitme	20	%31,3
Sigara ve alkolü azaltmak, bırakmak	18	%28,1
Posadan zengin gıdalar almak	17	%26,6
Gevşeme teknikleri (yoga, meditasyon, thaichi)	14	%21,9
Laksatif kullanmak	13	%20,3
Düşük doz antidepresan alımı	12	%18,8
Turunçgiller, keten tohumu	8	%12,5
TOPLAM*	64	%100,0

\*bir katılımcı birden çok seçenek bildirebilir

Doktorun önerdiği ilaçlar dışında; tedavi amaçlı olarak 14 kişinin (%21,9) çeşitli bitkisel tedaviler, 4 kişinin (%6,3) özel diyet kullandığı, 2 kişinin (%3,1) özel diyet ve probiyotik kullandığı, 2 kişinin (%3,1) ise dua, muska gibi geleneksel spiritüel yöntemleri kullandığı tespit edildi. Hastalardan 14’ünün kullandığı bitkisel tedavilerin dağılımı Tablo 28’de verilmiştir. İBS hastalarından hiçbirinin reçetesiz olarak ilaç kullanmadığı tespit edildi.

Hastaların kullandıkları tedavinin rahatsızlıklarını giderme yeterliliği incelendiğinde 7 kişinin (%10,9) hiç fayda görmediği, 11 kişinin (%17,2) çok az yarar gördüğünü, 35 kişinin (%54,7) biraz iyileştiğini, 11 kişinin (%17,2) ise tamamen düzeldiğini belirtmiştir.

**Tablo 28.** İBS hastalarının kullandıkları bitkisel tedavilerin dağılımı

	Sıklık	Yüzde
Kimyon	7	%10,9
Rezene	6	%9,4
Anason	6	%9,4
Ayçiçeği	6	%9,4
Nane yağı	4	%6,3
Balkabağı çekirdeği	2	%3,1
Keten tohumu	3	%4,7
Susam	3	%4,7
TOPLAM*	64	% 100,0

\*bir katılımcı birden çok seçenek bildirebilir

Bu hastalardan 38 (%59,40) kişide öyküsünde tanı konmuş ve / veya tedavi alınan hastalığın mevcut olduğu, 26 (% 40,60 ) kişide ise mevcut olmadığı saptandı (Tablo 29).

**Tablo 29.** İBS hastalarında tanı konmuş ve/veya ilaç kullanılan hastalıklar

	Sıklık	Yüzde
Yok	26	%40,62
Anksiyete Bozuklukları	25	%39,06
Migren	21	%32,81
Arteriyal Hipertansiyon	10	%15,62
Depresyon Hastalığı	5	%7,81
Diabetes Mellitus	3	%4,70
Laktoz intoleransı	3	%4,70
Fibromiyalji	2	%3,12
Epilepsi	1	%1,60
Romatoid Artirid	1	%1,60
Kardiyak Aritmi	1	%1,60
TOPLAM	64	%100,0

\*bir katılımcı birden çok seçenek bildirebilir

İBS hastalarından 61'i (%95,3) o an için ilaç kullanmıyorken 1 hasta (%1,6) Alfa-redüktaz blokeri, 1 hasta (%1,6) selektif serotonin gerialım inhibitörü ve 1 hasta (%1,6) tiroid hormonu ve demir preparatı kullanmaktaydı.

İBS hastalığına sahip olan bu 64 hastanın sigara kullanım durumları tablo 30'da belirtilmiştir. Sigarayı bırakanların ortalama bırakma süresi  $15,2 \pm 8,6$  [3-30] yıl, sigara içenlerin içme süresi ortalama  $15,0 \pm 7,6$  [4-30] yıl ve günde içtikleri sigara sayısı ortalama  $15,0 \pm 5,1$  [10-20] adet idi.

**Tablo 30.** İBS hastalarının sigara kullanım durumu

	Sıklık	Yüzde
Hiç içmemiş	40	%62,5
Bırakmış	13	%20,3
İçiyor	11	%17,2
Total	64	%100,0

Hastalardan 48'i (%75,0) hiç alkol kullanmazken, 15'i (%23,4) sosyal ortamlarda ve 1'i (%1,6) düzenli alkol kullandığını belirtti.

64 İBS hastasının 31'i (%48,4) fiziksel egzersiz yaptığını belirtti. Bu hastaların yaptıklarını belirttikleri egzersiz tipi 28 (%43,8) hastada hızlı yürüyüş, 3 (%4,7) hastada ise bisiklete binme olduğu görüldü. Bu hastaların haftada ortalama  $3,7 \pm 1,0$  [3-7] kez egzersiz yaptığı, egzersize günde ortalama  $34,2 \pm 8,5$  [20-60] dakika ayırdıkları tespit edildi. Egzersiz yapan 31 (%48,4) İBS hastasından 30'u (%96,8) haftada 3 gün ve üzerinde en az yarım saat egzersiz yapma önerisini doldurduğunu belirtti.

Hastaların tamamı ana öğünlerinin düzenli olduğu ve günde 3 ana öğün yaptıklarını bildirdi. Hastalardan 3'ü (%4,7) ara öğün yaptığını belirtti.

Çalışmaya katılan 500 katılımcı arasında saptanan 64 (%12,8) İBS hastasının WHOQOL yaşam kalitesi ölçeği yardımıyla hesaplanan yaşam kalitesi skorları, Hastane Anksiyete Depresyon ölçeği yardımıyla hesaplanan Anksiyete ve depresyon skorları ile Algılanan Stres skorları Tablo 31'de verilmiştir.

**Tablo 31.** İBS hastalarının Yaşam Kalitesi, Hastane Anksiyete Depresyon ve Algılanan Stres Ölçek Puan ortalamaları

Ölçek	Alt grup	Ortalama Ölçek Puanı
WHOQOOL	Fiz20	11,21±2,30 [ 9,14-15,43 ]
	Psik 20	13,15 ± 2,94[ 8,00-16,67 ]
	Sos 20	13,04±4,14 [ 6,67-18,67 ]
	Cev20	13,76±2,98 [ 9,00-18,00 ]
	Cev tr20	13,70 ± 2,32 [ 9,78-16,44 ]
HAD	HAD-D	8,00±4,18 [ 0-15]
	HAD-A	9,69 ± 4,84[ 0-18 ]
Algılanan Stres		19,13 ± 8,52 [ 1-30 ]

#### 4.5 İBS hastaları ile diğer katılımcıların karşılaştırmaları

İBS hastaları ile diğer katılımcıların yaşları anlamlı farklı değildi ( $u=11996,0$ ;  $p=0,069$ ). İBS hastaları ile diğer katılımcılar arasında cinsiyet açısından fark yoktu ( $X^2=0,469$ ;  $p=0,493$ ). İBS hastası olma durumu eğitim süresi ile anlamlı negatif korelasyon gösteriyordu (Kendall's tau  $b=-0,107$ ,  $p=0,009$ ). İBS hastaları ile diğer katılımcılar arasında medeni durum açısından fark yoktu ( $X^2=2,725$ ;  $p=0,256$ ). İBS hastaları ile diğer katılımcılar arasında çalışma durumu açısından fark yoktu ( $X^2=0,312$ ;  $p=0,576$ ). İBS hastaları ile diğer katılımcıların ortalama aile gelirleri, ailede yaşayan kişi sayısı ve kişi başına düşen gelirler anlamlı farklı değildi (sırasıyla  $u=13422,0$ ;  $p=0,621$ ;  $u=13630,0$ ;  $p=0,758$ ;  $u=13450,0$ ;  $p=0,641$ ).

İBS hastalarının haftada ortalama dışkılama sayıları ( $5,1±7,7$ ) hasta olmayanların ortalama dışkılama sayılarından ( $7,3±4,9$ ) anlamlı düşüktü ( $u=7684,0$ ;  $p<0,001$ ). Son 3 ayda %25'in üzerinde keçi pisliği şeklinde dışkılaması olanların oranı İBS hastaları arasında (%76,6) İBS olmayanlardaki orandan (%24,1) daha yüksekti ( $X^2=72,115$ ;  $p<0,001$ ). Son 3 ayda %25'in üzerinde sulu dışkılaması olanların oranı İBS hastaları arasında (%25,0) İBS olmayanlardaki orandan (%0,9) daha yüksekti ( $X^2=84,289$ ;  $p<0,001$ ).

İBS hastaları arasında dışkısında mukus görenlerin oranı (%29,7) hasta olmayanlardaki orandan (%5,5) anlamlı yüksekti ( $X^2=41,521$ ;  $p<0,001$ ). İBS hastaları arasında dışkısında kan görenlerin oranı (%43,8) hasta olmayanlardaki orandan



(%10,8) anlamlı yüksekti ( $X^2=47,581$ ;  $p<0,001$ ). İBS hastaları arasında dışkılarken ıkınma ihtiyacı hissedenlerin oranı (%89,1) hasta olmayanlardaki orandan (%24,8) anlamlı yüksekti ( $X^2=104,303$ ;  $p<0,001$ ). İBS hastaları arasında dışkılarken tam boşalamama hissedenlerin oranı (%93,8) hasta olmayanlardaki orandan (%23,8) anlamlı yüksekti ( $X^2=123,699$ ;  $p<0,001$ ). İBS hastaları arasında aşırı barsak gazı sorunu olanların oranı (%92,2) hasta olmayanlardaki orandan (%25,2) anlamlı yüksekti ( $X^2=111,822$ ;  $p<0,001$ ). İBS hastaları arasında karında şişkinlik sorunu oranı (%92,2) hasta olmayanlardaki orandan (%25,0) anlamlı yüksekti ( $X^2=112,919$ ;  $p<0,001$ ). Son 3 ayda kullanılan ortalama laksatif sayısı İBS hastaları arasında ( $2,8\pm 2,9$ ), hasta olmayanlardan ( $0,6\pm 1,4$ ) daha yüksekti ( $u=7237,5$ ;  $p<0,001$ ).

İBS hastaları arasında sigara kullanım durumu hasta olmayanlardan farklı değildi ( $X^2=3,744$ ;  $p=0,154$ ). İBS hastaları arasında alkol kullanım durumu hasta olmayanlardan farklı değildi ( $X^2=0,159$ ;  $p=0,924$ ). İBS hastaları arasında düzenli fiziksel egzersiz yapma durumu hasta olmayanlardan farklı değildi ( $X^2=0,673$ ;  $p=0,412$ ). İBS hastaları arasında haftada 3 gün ve üzerinde en az yarım saat egzersiz yapma durumu hasta olmayanlardan farklı değildi ( $X^2=1,682$ ;  $p=0,195$ ). İBS hastaları arasında öğünlerin düzenli olma durumu hasta olmayanlardan farklı değildi ( $X^2=3,058$ ;  $p=0,080$ ).

İBS hastalarının WHOQOOL yaşam kalitesi fizyolojik alt ölçek ortalama skorları ( $11,2\pm 2,3$ ) hasta olmayanların ortalama skorlarından ( $12,3\pm 2,1$ ) anlamlı düşüktü ( $u=8744,5$ ;  $p<0,001$ ). İBS hastalarının WHOQOOL yaşam kalitesi psikolojik alt ölçek ortalama skorları ( $13,1\pm 2,9$ ) hasta olmayanların ortalama skorlarından ( $13,0\pm 2,7$ ) anlamlı farklı değildi ( $u=12304,5$ ;  $p=0,124$ ). İBS hastalarının WHOQOOL yaşam kalitesi sosyal alt ölçek ortalama skorları ( $13,0\pm 4,1$ ) hasta olmayanların ortalama skorlarından ( $12,2\pm 4,1$ ) anlamlı yüksekti ( $u=11725,0$ ;  $p=0,040$ ). İBS hastalarının WHOQOOL yaşam kalitesi çevre alt ölçek ortalama skorları ( $13,8\pm 3,0$ ) hasta olmayanların ortalama skorlarından ( $13,5\pm 3,0$ ) anlamlı farklı değildi ( $u=12686,0$ ;  $p=0,238$ ). İBS hastalarının WHOQOOL yaşam kalitesi ulusal çevre alt ölçek ortalama skorları ( $13,7\pm 2,3$ ) hasta olmayanların ortalama skorlarından ( $13,2\pm 2,2$ ) anlamlı yüksekti ( $u=11769,0$ ;  $p=0,042$ ).

İBS hastalarının HAD depresyon ölçeği ortalama skorları ( $8,0\pm 4,2$ ) hasta olmayanların ortalama skorlarından ( $6,8\pm 6,0$ ) anlamlı farklı değildi ( $u=12333,0$ ;  $p=0,128$ ). İBS hastalarının HAD anksiyete ölçeği ortalama skorları ( $9,7\pm 4,8$ ) hasta

olmayanların ortalama skorlarından ( $8,5 \pm 5,2$ ) anlamlı yüksekti. ( $u=11246,5,0$ ;  $p=0,011$ ). İBS hastalarının Algılanan Stres leği ortalama skorları ( $20,6 \pm 7,1$ ) hasta olmayanların ortalama skorlarından ( $19,1 \pm 8,5$ ) anlamlı farklı değildi ( $u=13525,0$ ;  $p=0,688$ ).

## 5.TARTIŞMA

İrritabl Barsak Hastalığı tekrarlayan semptomların varlığına dayalı kriterlerle, organik nedenler ekarte edilerek konan fonksiyonel bir barsak hastalığıdır. Tanısı hastalığa özgü kriterlere göre, organik hastalık ekarte edilerek konmaktadır. Hastalar çoğu zaman rahatsızlıklarını hekimle paylaşmamakta ve birçoğuna tanı konulamamakta, artmış tetkik ve tedaviye bağlı sağlık harcamalarına neden olmaktadır (76).

İBS tanısı semptomların sıklık ve şiddetine göre belirlenmiş tanı kriterlerine göre (Manning, Roma I, II ve III) organik bozukluklarla ayırıcı tanısı yapılarak konmaktadır. Yunanistan'da yapılan üç tanı kriterinin de kullanıldığı çalışmada birinci basamak sağlık kuruluşlarında bu kriterlerin uygulanmasının uygun olmadığı, bu kriterlerin hastalar tarafından doğru anlaşılmadığından belirtmişlerdir (77). Amerika'da yapılan Manning, Roma I ve Roma II tanı kriterlerinin kullanıldığı çalışmada da bu 3 tanı kriterinin arasında uyumun az olduğu, yalnızca vakaların %6'sının her üç kriterine göre İBS tanısı aldıkları saptanmıştır (78). Xin Yao ve arkadaşları Çin'de üçüncü basamak sağlık kuruluşunda Roma III ile % 97,5, Roma II ile %67,6 oranında İBS hastası saptamış, her iki tanı kriterine göre hastaların %65,3'ü tanı almıştır ve Roma III tanı kriterlerinin daha sensitif ve pratik bir yöntem olduğu sonucuna varmışlardır (79). Kanada'da yapılan prospektif çalışmada Roma II ve Roma III alt grup uyumlarının zaman içerisinde benzer olma oranı % 86,5 saptanmıştır (42). Wang AJ ve arkadaşlarının (80) Gastroenteroloji polikliniğinde 3014 hasta üzerinde yapmış oldukları çalışmada Roma II ve III'ün birbirleriyle uyumlu olduğunu, Roma III tanı kriterlerine göre hastaların daha ciddi karın ve dışkılama şikayetlerinin olduğunu ve son 3 ayda daha fazla sağlık hizmetlerinden yararlandıklarını saptadılar. Çalışmada İBS de tiplendirmenin daha kolay yapılabilmesi nedeniyle, Roma II kriterleri klinik kullanıma daha uygun bulunurken, Roma III daha çok klinik araştırmalar için önerilmiştir. Yapılan çalışmalarda Roma II ve III'ün İBS tanısı koymadaki yeri farklılıklar göstermektedir. Çalışmamızda birinci basamak sağlık kuruluşuna herhangi bir nedenle gelenler Roma III tanı kriterlerine göre sorgulanmış ancak yeni vaka İBS saptanamamış, daha önceden İBS tanısı alanlara ulaşılabilmektedir. Yeni vaka saptanamamasının nedeni; sağlık kuruluşlarına ulaşımın kolay olması nedeniyle daha çok ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına başvurulmasından kaynaklanabileceği gibi, çalışmaya katılan hastaların

semptom şiddetinin fazla olmamasından dolayı Roma III kriterlerinin tanı koymak açısından uygun olmamasından da kaynaklanmış olabilir.

İBS prevalansı çalışılan sağlık kuruluşu basamağı, coğrafi bölge ve kullanılan tanı kriterlerine bağlı olarak farklılık göstermektedir. Son yıllarda Avrupa ve Kuzey Amerika'da sosyoekonomik düzeyi gelişmiş ülkelerde prevalansı %10-15 arasında değişmekte iken Asya Pasifik bölgesinde sosyoekonomik düzeyi gelişmekte olan yerlerde prevalansı gelişmiş ülkelerin ki kadar olmasa da artma eğilimi göstermektedir. Tayvan'da, Roma II'nin tanı kriteri olarak kullanıldığı çalışmalarda prevalansı yüksek saptanmıştır (81). Hindistan'da Roma I tanı kriterlerinin Roma II tanı kriterlerinden daha seçici olduğunu sonucuna varılmıştır (82). Çin'de İBS prevalansı %5,0, Hong Kong'da %6,6, Singapur'da % 14 ve Tayvan'da % 22,1 oranında saptanmıştır (83-86). Nijerya'da Roma II'ye göre yapılan çalışmada prevalans %26,1 iken, ikinci basamakta yapılan çalışmada %33 'tür (87, 88). Türkiye'de yapılan çalışmalarda %6-19 oranlarında iken çalışmamızda İBS prevalansı %12,8'dir. Çalışmalarda görülen bu farklılıklar ırk, kültür ve kullanılan tanı kriteri gibi sağlık kuruluşunun ulaşılabilirliğine, yapılan sağlık kuruluşu basamağına bağlı farklılıklar göstermektedir. Çalışmamızda Roma III tanı kriterleri ile 500 vaka taranmış ancak daha önceden tanı konulan İBS'li hastalar dışında yeni vaka saptanmamıştır.

Asya ülkelerinde İBS sıklığı açısından kadınların hakimiyeti kanıtlanamamıştır. Hindistan'da yapılan toplum tabanlı çalışmada erkek hakimiyeti varken, Kore'de de benzer şekildedir (82, 89). Hong Kong ve Pakistan'da yapılan çalışmalarda ise kadın ve erkekler arasında çok az bir fark saptanmıştır (84, 90). Çin'de yapılan prevalans çalışmalarında kadınlarda daha az oranda İBS görülmüş ve kadın erkek arasında İBS sıklığı açısından anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (83,85-86). Roma II tanı kriterleri kullanılarak yapılan İspanya, Avusturya ve Kanada'daki çalışmalarda ise Asya ile aralarında ciddi farklılıklar görülmektedir. Bu ülkelerde kadın/erkek oranı: 2:1'dir. (12,91-92) Japonya'da Roma III tanı kriterleri kullanılarak yapılan çalışmada kadınlarda %16, erkeklerde %11 oranında İBS sıklığı saptanmıştır (93). Toplum tabanlı çalışmamızda kadın/erkek oranı 1,46 olarak bulunmuştur. İBS sıklığı açısından erkek ve kadınlar arasındaki farklılıkların onların biyolojik, sosyal ve psikolojik etkilere bağlı farklılıklarından dolayı olduğu düşünülmektedir (94). Doğu toplumlarında kadınlara verilen hakların farklılık göstermesiyle hekime ulaşma

oranlarındaki farklılıklara bağlı olabilir. Doğu ve Batı arasında bir geçiş noktasında bulunan Türkiye için kadınların hakimiyeti batı toplumlarının ki ile benzerlik göstermektedir.

Asya 'da İBS daha sık olarak genç yaşlarda görülmektedir. Singapur ve Tayvan'da Roma II tanı kriterlerine göre 50 yaş altında daha sık görülürken, Hong-Kong'da kontrol grubundan 5 yaş daha düşük grupta görülmüştür (85,86). Hong-Kong'da ortalama yaş 40 iken, Kore ve Japonya'da 30 yaş en sık olduğu dönemdir (93,95). Kuzey Amerika'da İBS hastalığının başlangıç yaşı ortalaması 20-39 yaş arasında değişmektedir (70). Çalışmamızda İBS tanısı olan 21-65 yaş arasındaki 64 hastanın ilk tanısı 2-32 yıl öncesinde, ortalama  $8,3 \pm 7,9$  yıl önce konmuştu. İBS hastalığı genç ve orta yaşlarda ortaya çıkmaktadır.

Gelişmiş ülkelerde prevalansı yüksek olan İBS, Asya'da yapılan çalışmalarda yüksek eğitim düzeyi olan kişilerde daha fazla iken, Amerika'da düşük eğitim seviyesindeki ev hanımlarında daha sık görüldüğü belirtilmiştir (83, 85, 96). Çalışmamızda İBS saptananların ortalama gelirleri  $1561 \pm 283$  [900-2000] TL ve %71,8'inin eğitim düzeyi ise ortaokul ve altındaydı. Çalışmamızda katılımcıların sosyoekonomik düzeyi düşük ve İBS varlığının kadınların hakimiyetinde olması nedeniyle batı toplumuyla benzerlik göstermektedir.

Karın ağrısı ya da karında rahatsızlık hissi İBS'li hastalarda sıkça tekrarlanan bir şikayettir. Bangladeş'de birinci basamakta yapılan çalışmada karın ağrısı olan %79, karında gaz şikayeti olan %45 oranında hasta varken, bu oran Tayvan'da ikinci basamak sağlık kuruluşunda yapılan çalışmada sırasıyla %100 ve %33 tür (85, 97). Kuzey Amerika'da ise karın ağrısı en sık gözlenen semptom olmakla birlikte yokluğunda İBS tanısı dışlanmaktadır (70, 86, 97). Bangladeş ve Singapur'da yapılan çalışmalarda hastaların yarısının ağrısı karının üst bölgesinde iken, Amerika'da hastaların 1/3'ü epigastriumda ağrı tariflemiştir (85, 97-98). Çalışmamızda hastaların %92,2'si epigastrik bölgede ağrı tariflemekteydi. Gwee ve arkadaşlarının (85) Singapur'da yaptıkları çalışmada son 3 ayda %77'si normal bağırsak alışkanlığına sahipken, %50'si kabızlık, %25'i de ishal tariflemekteydi. Wilson ve arkadaşlarının (99) yapmış oldukları çalışmada diyare baskın olan %25,4, konstipasyon baskın %24,1 ve tanımlanmamış tipte %46,7 oranında hasta vardı. Diyare baskın olan grupta kadınlar %34,7 oranında daha fazla görünmekteydi. Çalışmamızda %4,6'sı diyare, %53,2'si kabızlık baskın, %21,8'i de mix tip ve %20,3'ü de tanımlanamayan

tipteydi. Hastaların diyetsel özellikleri nedeniyle İBS'li hastalarda kabızlık baskın olanlar daha fazlaydı. Dünya Gastroenteroloji Kılavuzunda da kabızlık baskın formun kadınlarda daha sık görüldüğü ve yaklaşık olarak vakaların 1/3'ünde görüldüğü belirtilmektedir (76). Çalışmamızda defekasyon bozukluğu olan 64 İBS hastasının %29,7'si feçeste mukus gördüğünü, %43,8 dışkıında kan olduğunu, %89,1'i dışkılama sırasında ıkınma ihtiyacı hissettiğini, %93,8'i dışkılama sonrası tam boşalamama sorunu olduğunu, %92,2 barsaklarında aşırı gaz sorunu olduğunu ve karında şişkinlik bildirmişti. Özellikle tam boşalamama hissi Singapur'da %51, Hindistan'da %71 ve Tayvan'da %54 oranında saptanmıştır (82,85,86).

İBS'nin etyolojisinde etkisi tam bilinmemekle birlikte ruhsal durumun karın şikayetlerinin şiddetini etkilediği, yaşam kalitesini etkilediği ve sağlık hizmetlerinin kullanımını arttırdığı bilinmektedir. İBS ile birlikte anksiyete bozukluğu, depresyon, somatik bozukluklar, hipokondriazis, semptomla ilişkili korkular görülmektedir (100). Çalışmamızdaki İBS hastalarının özellikle %87,3'ünün stres ve duygusal dönemlerinde semptomlarının şiddetlendiği saptandı.

Algılanan Stres Testi ölçeğine göre İBS'li hasta grubunda algılanan stres anlamlı farklılık göstermezken, Hastane Anksiyete Depresyon ölçeğine göre anksiyete seviyeleri İBS'li hastalarda anlamlı olarak daha düşüktü. Bu sonuç, çalışmamızda yeni tanı alan hastaların bulunmaması, şikayet şiddetinin az olması nedeniyle anksiyete ve depresyon skorlarında anlamlılık saptanmamış olabilir. Bununla birlikte çalışmada anksiyete bozukluğu nedeniyle %39 oranında, depresyon nedeniyle %7,9 oranında hasta tedavi alıyordu. Bu hastaların aldıkları tedaviye bağlı olarak ortaya çıkan iyilik haliyle anksiyete ve depresyon skorlarında düşüklük saptanmış olabilir. Hindistan'da Gastroenteroloji Polikliniğinde Hamilton Anksiyete ve Depresyon ölçeği kullanılarak yapılan çalışmada İBS'li hastalarda Anksiyete ve Depresyon ölçek skorları kontrol grubuna oranla sırayla %31,4 ve %37,1 oranında yüksek saptanmıştır (100). Eriksson ve arkadaşlarının (101) yapmış olduğu çalışmada İBS'li hastalarda anksiyete ve depresyon ölçek skorları daha yüksek saptanmıştır. Gros ve arkadaşlarının (102) 357 İBS'li hastada yaptıkları çalışmada genel anksiyete bozukluğu, panik bozukluk ve major depresyonun artmış olduğunu saptamışlardır. İBS hastaları birden fazla psikiyatrik hastalığa sahip olabilir ve şiddetli İBS vakalarında daha fazla rahatsızlık eşlik etmektedir. Yapılan bir çalışmada depresyonu olan şiddetli İBS'si olan 74 hastadan; 6'sı hipokondriyak, 16'sı panik

bozukluk, 41'i nörosteni ve %8'i de alkol bağımlılığı saptanmış (103). Çalışmamızda depresyon ve anksiyete bozukluğu nedeniyle takip edilen toplam 30 (% 46,87) İBS'li hasta vardı ve sadece 1'i (%1,6) hasta devamlı alkol aldığını belirtti.

İBS'ye fibromiyalji, kronik pelvik ağrı, dismenore gibi hastalıkların beraberliği de çok sık görülmektedir (104). Çalışmamızda benzer şekilde İBS ile birlikte fibromiyalji, dismenore gibi rahatsızlıkların beraberliği saptanmıştır.

İBS'li hastalarda yaşam kalitesinin semptomların varlığına, şiddetine ve beraberliğindeki farklı rahatsızlıkların varlığına bağlı olarak düştüğü saptanmıştır (105-107). Si ve arkadaşlarının (107) yaptıkları çalışmada İBS olan hastalarda SF-36 Yaşam Kalitesi fiziksel alt skoru dışındaki tüm alt skorlar anlamlı derecede azalmıştır. Amerika'da ve İngiltere'de yapılan çalışmalarda SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin tüm parametrelerinde İBS'li hastalarda farklılık saptanmıştır (45,48). Çalışmada İBS hastalarının WHOQOOL yaşam kalitesi fizyolojik alt ölçek ortalama skorları anlamlı düşük, sosyal alt ölçek ortalama skorları anlamlı yüksekti. Hastaların psikolojik ve çevre alt ölçek ortalama skorları anlamlı farklı değilken, ulusal çevre alt ölçek ortalama skorları anlamlı yüksekti. Bu da çalışmadaki İBS hastaların semptom şiddetinden etkilendiklerini, yaşam kalitesinin sosyal açıdan artmış olması insanların paylaşımlarının hastalıklarına bağlı olarak arttığını göstermektedir. Sağlık hizmetlerine ulaşmada yüksekliğin olması da yine çevreye bağlı sosyal yaşam kalitesini arttırabilir.

İBS'nin kliniği ve tedavisi insanların kültürel, biyolojik ve sosyoekonomik farklılıklarına göre değişmektedir (108). İBS olan hastalar tedavilerinde değişik yöntemler kullanmaktadır. Probiyotiklerin İBS'li hastalara 6 hafta süreyle verilmesi sonucunda barsaklarındaki flora düzeylerinde artış olduğu, bunun da hastaların tedavilerine yararlı olduğu savunulmaktadır (109). Başka bir çalışmada da İBS'li hastalara verilen iki ayrı bitkisel kombinasyonla yapılan 8 haftalık diyet tedavisinde hastaların şikayetlerinde azalma olduğu saptanmıştır (110). Kılavuzlarda İBS'li hastalara diyet ve beslenme alışkanlıklarının sorgulanarak, önerilerde bulunulması tavsiye edilmektedir. Hekimler tarafından yaşam tarzı değişikliği, fiziksel egzersiz, semptomlara yönelik tedaviler konusunda önerilerde bulunulması, özellikle suda çözünen lif içeriği yüksek gıdalar, rahatsızlık yapan yiyeceklerin diyetten çıkarılması önerilmektedir (111). Çalışmamızda İBS ile ilgili şikayetleri için hastaların %62,5'i Aile hekimine başvuruyor, yaklaşık yarısı da kontrollerine aile hekimine gidiyordu. Bu

hastaların tamamı hastalıkları ile ilgili bilgilendirilirken, %64,1'i aldıkları bilginin yeterli olduğunu belirtmiştir. İBS hastalığı ile ilgili ortalama izlem görüşmesi sıklığı  $5,2 \pm 4,2$  ay iken, son kontrollerini ortalama  $6,0 \pm 15,0$  [0-120] ay önce yaptırmışlardı. Çalışmamızda İBS hastaları şikayetleri başladığında bol su içmek, gazlı yiyeceklerden uzak durmak, sık ama az yemek, tuvalete gitmek, sigara ve alkol kullanmamak, gevşeme teknikleri ve simetikon gibi bazı ilaçlar kullanılmaktaydı. Doktorun önerdiği ilaçlar dışında; tedavi amaçlı olarak %21,9 'u çeşitli bitkisel tedaviler, %6,3'ü özel diyet, %3,1'i özel diyet ve probiyotik, %3,i ise dua, muska gibi geleneksel spiritüel yöntemleri kullanmaktaydı. Bu bakımdan İBS tanısı olan hastaların takiplerini kısmen yeterli düzeyde yaptıkları, hekimden kısmen yeterli düzeyde bilgi aldıkları, semptomlarında artış olduğunda doktor tedavisine ek olarak alternatif tedavi yöntemleri kullandıkları, diyetlerinden kendilerini rahatsız eden gıdaları çıkarttıkları saptanmıştır.

Lif içeren ve antispazmotik ilaçlar İngiltere ve Avrupa'da en çok reçete edilen ilaçlardır (112). İBS kılavuzlarında ve Cochrane derlemesinde hala ilk basamak tedavi olarak önerilmektedir (111-113). İBS'de gıdalar hakkında yapılan derleme sonucunda lifli gıdaların abdominal ağrı, semptom skoru ve genel değerlendirmede plasebo ile arasında anlamlı farkın olmadığı belirtilmektedir (113). Kabızlığı olan vakalarda faydalı olacağı düşünülen lifli gıdalar ile diyarede kullanılan antidiyareik ilaçlar genel olarak semptomların giderilmesinde fayda sağladığı düşünülse de derleme sonucuna tedavide farklılık oluşturan bir etkinliğe sahip olmadığı saptanmıştır (113). Antispazmotik ajanların hastaların özellikle karın ağrısı, genel durum ve semptom skorunda azalma yaparak yararlı olduğu, antidepresan olarak TCA ve SSRI'larda yine abdominal rahatsızlıkları ve semptom skorları üzerine olumlu etkilerinin olduğu bildirilmektedir (114-115). Yayınlanan derlemede lifli ajanların İBS tedavisinde yararının olmadığı, antispazmotiklerin İBS tedavisinde etki olduklarına dair kanıtların olduğunu belirtmektedir (113).

İngiltere'de yayınlanan kılavuzda, İBS hastalarına laksatif ve antispazmotik ilaçlar klinik cevaplarına göre önerilmektedir (111). Çalışmamızda hastaların %15,6'sı halen herhangi bir tedavi kullanmıyordu ve diyet tedavisiyle birlikte antispazmotik ilaç kullananlar çoğunlukta idi. Hastalardan kullandıkları tedaviyi şikayeti olduğunda kullandığını yarısına yakını ifade ederken, kesinlikle kullanan 1/3 oranında hasta



vardı. Kullandıkları tedavinin rahatsızlıklarını giderme yeterliliği konusunda; %10,9'u hiç faydası olmadığını, %17,2'si ise tamamen düzeldiğini ifade etmişlerdi.

Sağlık çalışanlarına ikinci olarak trisiklik antidepresanları ve SSRI'ları düşük dozlarda önermektedirler. Özellikle 5-10 mg. dozlarında Amitriptilin antidepresan dozundan daha fazla oranda analjezik etkisiyle önerilmektedir (111).

Hastaların psikolojik tedavilerine ek olarak psikolojik görüşmeler, hipnoterapi ve psikolojik terapi İBS semptomlarının yönetiminde ilk aşama tedavisinde yeriyile ilgili çalışmalar yapılmaktadır (111). Bireysel ya da grup halinde Kognitif /Davranış terapi, davranışsal teknikler, relaksasyon teknikleri, sağlık davranışlarını ödüllendirmek gibi yöntemler ve hipnozu tedavi yöntemi olarak kullanmanın etkinliği savunulmaktadır (76).

Çalışmamızda İBS olan hastaların tedavi kullanma alışkanlıkları ve beraberinde alternatif tedavi kullanma sıklığı fazla olarak saptanmıştır. İBS etyolojisi ve tedavisi çok bilinen bir hastalık olmamakla birlikte kişinin duygu durumundan da etkilenmektedir. İBS nedeniyle takip edilen hastaların tedavilerinde hekimin önerdiği tedavinin etkinliği kişisel yaklaşım ile artmakta ve hastanın kendi kişisel inançlarına bağlı olarak alternatif tedavilerde oldukça sık kullanılmaktadır.

## 6.SONUÇLAR

1. Çanakkale merkezde örneklem sayısına ulaşılarak yapılan çalışmamızda İBS prevalansı %12,8 olarak bulunmuştur. Roma III kriterleri kullanılarak yapılan çalışmada yeni vaka İBS saptanmamıştır.

2. İBS olan hastalarda kadın/erkek oranı 1,46'dır.

3. İBS'si olan hastaların en çok kabızlık alt tipinde İBS saptanmıştır. 64 İBS hastasının %4,6'sı İBS-D, %53,2'si İBS-C, %21,8'si İBS-M ve %20,3'ü İBS-U alt tipindeydi.

4. İBS olan hastaların karın ağrısının en sık hipogastrik bölgede olduğu, sonra sırasıyla sol ve sağ inguinal bölgede hissettikleri belirlendi.

5. İBS olan hastaların %92,9'unun hem defekasyon sonrası rahatlamama hem de barsaklarında aşırı gaz şikayeti vardı.

6. İBS hastalarının %23,4'ünde benzer mide-barsak hastalığı açısından aile öyküsü yokken, %76,6'sında en az bir kişide aile öyküsü vardı.

7. İBS hastalarının 1/3'ünün ilk tanı yeri aile hekimi/sağlık ocağı iken, %62,5'inin takiplerini aile hekimi yapmaktaydı. Hastaların son tedavi protokollerini ortalama  $26,1 \pm 25,1$  [0-180] aydır kullandığı, tedavi protokollerinin ortalama olarak  $1,6 \pm 1,1$  [0-4] kez değiştirildiği belirlendi.

8. Hastalardan tedaviye uyumlarıyla ilgili olarak, kullandıkları tedaviyi şikayeti olduğunda kullanan %39,1, sıklıkla unutan %14,1, kesinlikle uyan %28,1 oranında bulunmuştur. Kullandıkları tedavinin rahatsızlıklarını giderme yeterliliği sorgulandığında hastaların; %10,9'u hiç faydasının olmadığını, %17,2'si ise tamamen düzeldiğini ifade etmiştir.

9. İBS hastalarının %96,9'unun en az bir besin maddesinin kendilerini rahatsız etmekteydi. Rahatsız eden gıdalardan hastaların %53,1'i tütün ve ürünlerinden, turşudan rahatsız olan %40,3, kafeinli içeceklerden rahatsız olan %35,9 oranında hasta vardı.

10. İBS hastaları şikayetleri arttığında diyetlerinden rahatsız edici gıdaları çıkarmak ve stresten uzak durmak, bol su içmek, tuvalete gitmek, sık ama az yemek yemek gibi yöntemleri kullanmaktaydı.

11. Doktorun önerdiği ilaçlar dışında; tedavi amaçlı olarak %21,9'u çeşitli bitkisel tedaviler, %6,3'ü özel diyet, %3,1'i özel diyet ve probiyotik, %3,1'i ise dua, muska gibi geleneksel spiritüel yöntemleri kullanmaktaydı.

12. Hastaların kullandıkları tedavinin rahatsızlıklarını gidermede hastaların %10,9'u hiç fayda görmediğini, %17,2'si çok az yarar gördüğünü, %54,7'si biraz iyileştiğini, %17,2'si tamamen düzeldiği belirtmiştir.

13. İBS hastalarına ek olarak % 39'unda Anksiyete bozukluğu, % 7,8'inde depresyon gibi psikolojik rahatsızlıklar ile , %3,1'inde fibromiyalji, % 34,3 ile sırt ağrısı ve %6,25'i ile dispareni eşlik etmekteydi.

14. İBS hastalarının hastalıkları ile ilgili olarak haftada ortalama dışkılama sayıları (5,1±7,7) hasta olmayanların ortalama dışkılama sayılarından (7,3±4,9) anlamlı düşüktü.

15. İBS hastaları arasında dışkısında mukus ve kan görenlerin oranı hasta olmayanlardan anlamlı yüksekti.

16. İBS hastaları arasında dışkılarken ıkınma ihtiyacı hissedenlerin ve tam boşalamama hissedenlerin oranı hasta olmayanlardan anlamlı yüksekti.

17. İBS hastaları arasında aşırı barsak gazı ve karında şişkinlik sorunu olmayanlardan anlamlı yüksekti. Son 3 ayda kullanılan ortalama laksatif sayısı İBS hastaları arasında, hasta olmayanlardan daha yüksekti.

19. İBS hastalarının WHOQOOL yaşam kalitesi fizyolojik alt ölçek ortalama skorları hasta olmayanlarınkinden anlamlı düşüktü. İBS hastalarının WHOQOOL yaşam kalitesi psikolojik alt ölçek ortalama skorları anlamlı farklı değilken, İBS hastalarının WHOQOOL yaşam kalitesi sosyal alt ölçek ortalama skorları anlamlı yüksekti.

İBS hastalarının WHOQOOL yaşam kalitesi çevre alt ölçek ortalama skorları anlamlı farklı değildi. Hastaların WHOQOOL yaşam kalitesi ulusal çevre alt ölçek ortalama skorları anlamlı yüksekti.

Bu sonuçlar bize İBS hastalarının psikolojik yaşam kalitesinin etkilenmediğini ancak fizyolojik olarak yaşam kalitesinin etkilendiğini göstermektedir. İBS'li hastalar hastalıkları sayesinde daha sosyal, çevresiyle daha paylaşımcı olduğu saptanmıştır. İBS'li hastalarda çevre alt ölçek skorlarının daha yüksek olması; hastalıklarından dolayı yaşadıkları rahatsızlıkları çevresiyle paylaşmalarına, sağlık hizmetlerine daha çok başvurmalarına bağlı olabilir.

20. İBS hastalarının HAD depresyon ölçeği skorları anlamlı farklı değildi. Yine İBS hastalarının HAD anksiyete ölçeği ortalama skorları, hasta olmayanların ortalama skorlarından anlamlı düşüktü. Bu hastaların hastalıklarına bağlı depresyon ya da

anksiyete yaşamamaktadırlar. Hastalıklarına bağılı semptomların şiddetiyle baş etmede başvurabilecekleri sağıık kuruluşuna ulaşmada zorluk olmaması depresyon ya da anksiyete düzeylerini etkilememiştir.

21. İBS hastalarının Algılanan Stres ölçęi ortalama skorları hasta olmayanların ortalama skorlarından anlamlı farklı değildi. İBS'li hastaların anksiyete ve depresyon ölçek skorları da stres puanlarının farklı olmamasını desteklemektedir.

## KAYNAKLAR

1. EBLING, B., JURCIC, D., GMAJNIC, R., VCEV, A., BILIC, A., PRIBIC, S. (2011). Anthropological, demographic and socioeconomic characteristics of irritable bowel syndrome. *Coll Antropol.* **35**: 513-521
2. ÖZDEN, A., KÖKSAL, A.Ş., OĞUZ, D., ÇİÇEK, B., YILMAZ, U., DAĞLI, Ü., PARLAK, E., BAHAR, K., ŞAHİN, B., ÖZLER, J., ÖZDEN A. (2006). Türkiye’de birinci basamak sağlık kurumlarında irritabl barsak sendromu görülme sıklığı. *Akademik Gastroenteroloji Dergisi.* **5**: 4-15
3. KARAMAN, N., KÜRKAY, C., YÖNEM, Ö. (2003). Irritable bowel syndrome prevalence in city center of Sivas. *Turk J Gastroenterol.* **14**: 128-131
4. YILMAZ, S., DURSUN, M., ERTEM, M., CANORUC, F., TURHANOGLU, A. (2005). The epidemiological aspects of irritable bowel syndrome in Southeastern Anatolia: a stratified randomised community-based study. *Int J Clin Pract.* **59**:361-369.
5. FRANK, L., KLEINMAN, L., RENTZ, A., CIESLA, G., KIM, J.J., ZACKER, C. (2002). Health-related quality of life associated with irritable bowel syndrome:comparison with other chronic disease. *Clinical Therapeutics.* **24**: 675-689
6. THOMPSON, W.G., LONGSTRETH, G.F., DROSSMAN, D.A., HEATON, K.W., IRVINE, E.J., MULLER-LISSNER, SA. C. Functional bowel disorders and D. Functional abdominal pain. In: DROSSMAN, D.A., CORAZZIARI, E., TALLEY, N.J., THOMSON, W.G., WHITEHEAD, W.E. (Eds), (2001). ROME II The Functional Gastrointestinal Disorders. 2nd ed. Philadelphia: Allen Press, Inc. p.:351-432.
7. OLDEN, K.W. (2002) Diagnosis of irritabl bowel syndrome. *Gastroenterology.* **122**: 1701-1714.
8. THOMPSON, W.G., LONGSTRETH, G.F., DROSMAN, D.A., HEATON, K.W., IRVINE, E.J., MULLER-LISSNER, S.A. (1999). Functional bowel disorders and functional abdominal pain. *Gut.* **45 (Suppl 2)**: 1143-1147
9. LYDIARD, R.B., FOSJEY, M.D., MARSH, W., BALLENGER, J.C. (1993). Prevalence of psychiatric disorders in patients with the irritable bowel syndrome. *Psychosomatics.* **34**:229-234.

10. LONGSTRETH, G.F., THOMPSON, W.G., CHEY, W.D., HOUGHTON, L.A., MEARIN, F., SPILLER, R.C. (2006). Functional bowel disorders. *Gastroenterology*. **130**:1480-1491
11. BOMMELAR, G., POYNARD, T., LE PEN, C., GAUDIN, A.F., MAUREL, F., PRIOL, G., AMOURETTI, M., FREXINOS, J., RUSZNIEWSKI, P., EL HASNAOUI, A. (2004). Prevalence of irritable bowel syndrome (IBS) and variability of diagnostic criteria. *Gastroenterol Clin Biol*. **28**: 554-561
12. BOYCE, P.M., KOLOSKI, N.A., TALLEY, N.J. (2001). Irritable bowel syndrome according to varying diagnostic criteria: are the new Rome II criteria unnecessarily restrictive for research and practice. *Am J Gastroenterology*. **95**: 3176-3183.
13. RAJENDRA, S., ALAHUDDIN, S. (2004). Prevalence of irritable bowel syndrome in a multi-ethnic Asian population. *Aliment Pharmacol Ther*. **19**: 704-706.
14. CELEBI, S., ACIK, Y., DEVECI, S.E., BAHCECIOĞLU I.H., AYAR, A., DEMIR, A., DURUKAN, P. (2004). Epidemiological features of irritable bowel syndrome in a Turkish urban society. *J Gastroenterol Hepatol*. **19**:738-743.
15. DROSSMAN, D.A., LU, Z., ANDRUZZI, E., TEMPLE, R.D., TALLEY, N.J., THOMPSON, W.G., WHITEHEAD, W.E., JANSSENS, J., FUNCH-JENSEN, P., CORAZZIARI, E. (1993). U.S. householder survey of functional gastrointestinal disorders: Prevalence, sociodemography and health impact. *Dig Dis Sci*. **38**: 1569-1580.
16. GÜLŞEN, M. (2007). İrritabl bağırsak sendromu. *Güncel Gastroenteroloji*. **11**:98-121.
17. SWITZ, D.M. (1976). What the gastroenterologist does all day: a survey of a state society's practice. *Gastroenterology*. **70**: 1048-1050.
18. TALLEY, N.J., GABRIEL, S.E., HARMSSEN, W.S., ZINSMEISTER, A.R., EVANS, R.W. (1995). Medical costs in community subjects with irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*, **109**:1736-1741.
19. TALLEY, N.J., SPILLER, R. (2002). Irritable bowel syndrome: A poorly understood organic disease? *Lancet*. **360**: 555-564.
20. KEWIN, W.O., MARVIN, M.S. Irritable Bowel Syndrome. In: FELDMAN, M., SCHARSCHMIDT, B.F., SLEISENGER, M.H. (Ed's). (1998). *Gastrointestinal and Liver Disease Pathophysiology / Diagnosis / Management*. 6th Ed. Philadelphia:Saunders. p.:1536-48.

21. SILVERMAN, D.H., MUNAKATA, J.A., ENES, H., MANDELKERN, M.A., HOH, C.K., MAYER, E.A. (1997). Regional cerebral activity in normal and pathological perception of visceral pain. *Gastroenterology*. **112**: 64-72.
22. GUTHRIE, E., CREED, F., DAWSON, D., TOMENSON, B. (1991). A controlled trial of psychological treatment for the irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*. **100**: 450-457.
23. MC KENDRICK, M.W., READ, N.W. (1994). Irritable bowel syndrome-post salmonella infection. *J Infect*. **29**:1-3.
24. MAYER, E.A. (2000). The neurobiology of stress and gastrointestinal disease. *Gut*. **47**: 861-869.
25. DROSSMAN, D.A., CAMILLERI, M., MAYER, E.A., WHITEHEAD, W.E. (2002). AGA technical review on irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*. **123**: 2108-2131.
26. SAITO, Y.A., PETERSEN, G.M., LOCKE, G.R.3rd., TALLEY, N.J. (2005). The genetics of irritable bowel syndrome. *Clin Gastroenterol Hepatol*. **3**:1057-1065.
27. HASLER, W.L., OWYANG, C. Irritable bowel syndrome. In: Yamada, T (ed). (1999). Text-book of Gastroenterology. Philadelphia:Lippincott, Williams & Wilkins, P. p.:1884.
28. CONNELL, A.M., HILTON, C., IRVINE, G., LENNARD-JONES, J.E., MISIEWICZ, J.J. (1965). Variation of bowel habit in two population samples. *Br Med J*. **2(5470)**: 1095-1099.
29. MAXTON, D.G., WHORWEL, P.J. (1992). Abdominal distension in irritable bowel syndrome:The patient's perception. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. **4**: 241.
30. RAO, K.P., GUPTA, S., AGRAWAL, A.K., GUPTA, J.P. (1993). Evaluation of Manning's criteria in diagnosis of irritable bowel syndrome. *J Assoc Physicians India*. **41**:357-358,363.
31. LASSER, R.B., BOND, J.H., LEVITT, M.D. (1975). The role of intestinal gas in functional abdominal pain. *N Engl J Med*. **293**: 524-526.
32. PRIOR, A., WILSON, K., WHORWELL, P.J., FARAGHER, E.B. (1989). Irritable bowel syndrome in the gynecological clinic. Survey of 798 new referrals. *Dig Dis Sci*. **34**:1820-1824.
33. KANE, S.V., SABLE, K., HANAUER, S.B. (1998). The menstrual cycle and its effect on inflammatory bowel disease and irritable bowel syndrome: a prevalence study. *Am J Gastroenterol*. **93**:1867-1872.

34. WHITHEAD, W.E., BOSMAJIAN, L., ZONDEMAN, H.B., COSTA, P.T.Jr., SCHUSTER, M.M. (1988). Symptoms of psychological distress associated with the irritable bowel syndrome. Comparison of community and medical clinic samples. *Gastroenterology*. **95**: 709-714.
35. CANN, P.A., READ, N.W., HOLDSWORTH, C.D., BARENDS, D. (1984). Role of loperamide and placebo in management of irritable bowel syndrome (IBS). *Dig Dis Sci*. **29**:239-247.
36. MANNING, A.P., THOMPSON, W.G., HEATON, K.W., MORRIS, A.F. (1978). Towards positive diagnosis of the irritable bowel. *BMJ*. **2(6138)**: 653-4.
37. SAITO, Y.A., LOCKE, G.R., TALLEY, N.J., ZINSMEISTER, A.R., FETT, S.L., MELTON, L.J.3rd. (2000). A comparison of the Rome and Manning criteria for case identification in epidemiological investigations of irritable bowel syndrome. *Am J Gastroent*. **95**: 2816-2824.
38. HAMMER, J, TALLEY, N.J. (1999). Diagnostic criteria for the irritable bowel syndrome. *Am J Med*. **107(5A)**: 5S-11S.
39. KRUIS, W., THIEME, C.H., WEINZIERL, M., SCHÜSSLER, P., HOLL, J., PAULUS, W. (1984). A diagnostic score for the irritable bowel syndrome: its value in the exclusion of organic disease. *Gastroenterology*. **87**: 1-7.
40. DAĞLI, Ü. (2004). İrritabl Barsak Sendromu. *Güncel Gastroenteroloji*. **8/2**:96-103
41. DROSSMAN, D.A., CORAZZIARI, E., DELVAUX, M., SPILLER, R.C., TALLEY, N.J., THOMPSON, W.G., WHITEHEAD, W.E., (Eds). (2006). Rome III. The Functional Gastrointestinal Disorders, 3rd Ed. McLean, VA: Degnon Associates, Inc.
42. DORN, S.D., MORRIS, C.B., HU, Y., TONER, B.B., DIAMANT, N., WHITEHEAD, W.E., BANGDIWALA, S.I., DROSSMAN, D.A. (2009). Irritable bowel syndrome subtypes defined by Rome II and Rome III criteria are similar. *J Clin Gastroenterol*. **43**:214-220
43. SCHMULSON, M.W., CHANG, Z. (1999). Diagnostic approach to the patient with irritable bowel syndrome. *Am J Med*. **107(5A)**; 20S-26S.
44. PATRICK, D.L., DROSSMAN, D.A., FREDERICK, I.O., DICESARE, J., PUDER, K.L. (1998). Quality of life in persons with irritable bowel syndrome. *Dig Dis Sci*. **43**: 400-411.



45. GRALNEK, I.M., HAYS, R.D., KILBOURNE, A., NALIBOFF, B., MAYER, E.A. (2000). The impact of irritable bowel syndrome on health-related quality of life. *Gastroenterology*. **119**: 654-660.
46. GROLL, D., VANNER, S.J., DEPEW, W.T., DACOSTA, L.R., SIMON, J.B., GROLL, A., ROBLIN, N., PATERSON, W.G. (2002). The IBS-36: a new quality life measure for irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol*. **97**: 962-971.
47. CAMILLERI, M., NORTHCUTT, A.R., KONG, S., DUKES, G.E., MCSORLEY, D., MANGEL, A.W. (2000). Efficacy and safety of alosetrin in women with irritable bowel syndrome: a randomised, placebo-controlled trial. *Lancet*. **355**:1035-1040.
48. HAHN, B.A., YAN, S., STRASSELS, S. (1999). Impact irritable bowel syndrome on quality of life and resource use in the United States and United Kingdom. *Digestion*. **60**: 77-81.
49. SIMREN, M., ABRAHAMSSON, H., SVEDLUND, J., BJÖRNSSON, E.S. (2001). Quality of life in patients with irritable bowel syndrome seen in referral centers versus primary care: the impact of gender and predominant bowel pattern. *Scand J Gastroenterol*. **36**: 545- 552.
50. GLIA, A., LINDBERG, G. (1997). Quality of life in patients with different types of functional concitipation. *Scand J Gastroenterol*. **32**: 1083-1089.
51. POITRAS, M.R., VERRIER, P., SO, C., PAQUET, S., BOVIN, M., POITRAS, P. (2002). Group counseling psychotherapy for patients with functional gastrointestinal disorders: developments of new measures for symptom severity and quality of life. *Dig Dis Sci*. **47**:1297-1307.
52. CREED, F., RATCLIFFE, J., FERNANDEZ, L. TOMENSON, B., PALMER, S., RIGBY, C., GUTHRIE, E., READ, N., THOMPSON, D. (2001). Health-related quality of life and health care costs in severe, refractory irritable bowel syndrome. *Ann Intern Med*. **134**: 860-868.
53. WELLS, N.E.J., HAHN, B.A., WHORWEL, P.J. (1997). Clinical economics review: irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther*. **11**: 1019-1030.
54. LUSCOMBE, F.A. (2000). Health related quality of life and associated psychosocial factors in irritable bowel syndrome: a rewiev. *Qual Life Res*. **9**:161-167.
55. CAMILLERI, M. (2001). Management of the irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*. **120**:652-668.

56. ESKİ, S. (1999). Myokard enfarktüsü geçiren bireylerin yaşam kalitelerinin belirlenmesi. Bilim Uzmanlığı Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
57. SADAK ÖCAL, Z. (2005). İrritable barsak sendromu tedavisinde trimebutin ve tegaserodun etkinliklerinin karşılaştırılması. Uzmanlık Tezi. Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi.
58. SHAW, G., SRIVASTAVA, E.D., SADLER, M., SWANN, P., JAMES, J.Y., RHODES, J. (1991). Stres management for irritable bowel syndrome: a controlled trial. *Digestion*. **50**: 36-42.
59. HOUGHTON, L.A., HEYMAN, D.J., WHORWELL, P.J. (1996). Symptomatology, quality of life and economic features of irritable bowel syndrome-the effect of hypnotherapy. *Aliment Pharmacol Ther*. **10**:91-95.
60. SMART, H.L., MARBERRY, J.F., ATKINSON, M. (1986). Alternative medicine consultations and remedies in patients with the irritable bowel syndrome. *Gut*. **27**: 826 -828.
61. TALLEY, N.J., HOWELL, S., POULTON, R. (2001) The Irritable bowel syndrome and psychiatric disorders in the community: Is there a link. *Am J Gastroenterol*. **96**:1072-1079.
62. CRAIG, O.F., QUIGLEY, E.M. (2011). Current and emerging therapies for the management of functional gastrointestinal disorders. *Ther Adv Chronic Dis*. **2**:87-99.
63. THOMPSON, D.G. (1998). Clinical pharmacology. In: PHILIPS, S.F., WINGATE, D.L. (ED's). *Functional Disorders Of The Gut*. London:Churchill Livingstone. p.: 43- 51.
64. HARKNESS, E.F., HARRINGTON, V., HINDER, S., O'BRIEN, S.J., THOMPSON, D.G., BEECH, P., CHEW-GRAHAM, C.A. (2013). GP perspectives of irritable bowel syndrome - an accepted illness, but management deviates from guidelines: a qualitative study. *BMC Fam Pract*. **14**:92
65. BRZOZOWSKI, T., KONTUREK, P.C., KONTUREK, S.J., BRZOZOWSKA, I., PAWLIK, T. (2005). Role of prostaglandins in gastroprotection and gastric adaptation. *J Physiol Pharmacol*. **56 Suppl 5**:33-55
66. HOUGHTON, L.A., JACKSON, N.A., WHORWELL, P.J., COOPER, S. (1999). 5-HT4 antagonism in irritable bowel syndrome (İBS): effect of SB- 207266- A on rectal sensitivity and small bowel transit. *Aliment Pharmacol Ther*. **13**:1437-1444.

67. BEGLINGER, C. (2002). Tegaserod , a novel, selective 5- HT4 receptor partial agonist for irritable bowel syndrome. *Int J Clin Pract.* **56**:47-51.
68. GOLDBERG, P.A., KAMM, M.A., SETTI-CARRARO, P., VAN DER SIJP, J.R., ROTH, C. (1996). Modification of visceral sensitivity and pain in irritable bowel syndrome by 5- HT3 antagonizm (ondansetron). *Digestion.* **57**: 478- 483.
69. CAMILLERI M. (2013). Current and future pharmacological treatments for diarrhea-predominant irritable bowel syndrome. *Expert Opin Pharmacother.* **14**:1151-1160
70. WILKINS, T., PEPITONE, C., ALEX, B., SCHADE, R.R. (2012). Diagnosis and management of IBS in adults. *Am Fam Physician.* **86**:419-426.
71. ZIGMOND, A.S., SNAITH, R.P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand.* **67**:361-370.
72. AYDEMİR, Z. (1997). Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Turk Psikiyatri Derg.* **8**:280-287.
73. COHEN, S. (1986). Contrasting the hassles scale and the perceived stress scale: Who's really measuring appraised stress? *American Psychologist.* **41**:717-718.
74. ERCİ, B. (2006). Reliability and validity of the Turkish version of perceived stress scale. *Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.* **9**:58-63
75. FİDANER, F., FİDANER, C., ESER, S.Y. (1999) WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF in psikometrik özellikleri. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*, **7 (Ek 2)**: 23-40
76. World Gastroenterology Organization Global Guideline Irritabl Bowel Syndrome; A Global Perspective 2009. <http://www.worldgastroenterology.org/wdhd-2009.html> (Erişim tarihi 01.06.2013)
77. ANASTASIOU, F., MOUZAS, I.A., MOSCHANDREAS, J., KOUROUMALIS, E., LIONIS, C. (2008). Exploring the agreement between diagnostic criteria for IBS in primary care in Greece. *BMC Research Notes.* **1**:127-136.
78. YALE, S.H., MUSANA, K., KIEKE, A., HAYES, J., GLURICH, I., POHUANG, C. (2008). Applying Case Definition Criteria to Irritable Bowel Syndrome. *Clin Med Res.***6**:9-16.
79. YAO, X., YANG, Y.S., CUI, L.H, ZHAO, K.B., ZHANG, Z.H., PENG, L.H., GUO, X., SUN, G., SHANG, J., WANG, W.F., FENG, J., HUANG, Q. (2012). Subtypes of irritable bowel syndrome on Rome III criteria: a multicenter study. *J Gastroenterol Hepatol.* **27**:760-765.

80. WANG, A.J., LIAO, X.H., HU, P.J., LIU, S.C., XIONG, L.S., CHEN, M.H. (2007). A comparison between Rome III and Rome II criteria in diagnosing irritable bowel syndrome. *Zhonghua Nei Ke Za Zhi*.**46**:644-647.
81. GWEE, K.A., LU, C.L., GHOSHAL, U.C. (2009). Epidemiology of irritable bowel syndrome in Asia: something old, something new, something borrowed. *J Gastroenterol Hepatol*.**24**:1601-1607.
82. GHOSHAL, U.C., ABRAHAM, P., BHATT, C., CHOUDHURI, G., BHATIA, S.J., SHENOY, K.T., BANKA, N.H., BOSE, K., BOHIDAR, N.P., CHAKRAVARTTY, K., SHEKHAR, N.C, DESAI, N., DUTTA, U., DAS, G., DUTTA, S., DIXIT, V.K., GOSWAMI, B.D., JAIN, R.K., JAIN, S., JAYANTHI, V., KOCHHAR, R., KUMAR, A., MAKHARIA, G., MUKEWAR, S.V., MOHAN PRASAD, V.G., MOHANTY, A., MOHAN, A.T., SATHYAPRAKASH, B.S., PRABHAKAR, B., PHILIP, M., VEERRAJU, E.P., RAY, G., RAI, R.R., SETH, A.K., SACHDEVA, A., SINGH, S.P., SOOD, A., THOMAS, V., TIWARI, S., TANDAN, M., UPADHYAY, R., VIJ, J.C. (2008). Epidemiological and clinical profile of irritable bowel syndrome in India; Report of the Indian Society of Gastroenterology Task Force. *Indian J. Gastroenterol*. **27**: 22–8.
83. XIONG, L.S., CHEN, M.H., CHEN, H.X., XU, A.G., WANG, W.A., HU, P.J (2004). A population-based epidemiologic study of irritable bowel syndrome in South China: stratified randomized study by cluster sampling. *Aliment. Pharmacol. Ther*.**19**: 1217–24.
84. KWAN, A.C., HU, W.H., CHAN, Y.K., YEUNG, Y.W., LAI, T.S., YUEN, H. (2002). Prevalence of irritable bowel syndrome in Hong Kong. *J. Gastroenterol. Hepatol*. **17**: 1180–6.
85. GWEE, K.A, WEE, S., WONG, M.L., PNG, J.C.D. (2004). The prevalence, symptom characteristics and impact of irritable bowel syndrome in an Asian urban community. *Am. J. Gastroenterol* **99**: 924–31.
86. LU, C.L., CHEN, C.Y., LANG, H.C., LUO, J.C., WANG, S.S., CHANG, F.Y., LEE, S.D. (2003) Current patterns of irritable bowel syndrome in Taiwan: the Rome II questionnaire on a Chinese population. *Aliment Pharmacol Ther*. **18**:1159-69.
87. LADEP, N.G., OKEKE, E.N., SAMAILA, A.A., AGABA, E.I., UGOYA, S.O., PUEPET, F.H., MALU, A.O. (2007). Irritable bowel syndrome among patients attending General Outpatients' clinics in Jos, Nigeria. *Eur J Gastroenterol Hepatol*.**19**:795-9.

88. OKEKE, E.N., LADEP, N.G., ADAH, S., BUPWATDA, P.W., AGABA, E.I., MALU, A.O. (2009). Prevalence of irritable bowel syndrome: a community survey in an African population. *Ann Afr Med*.8:177-80.
89. SHAH, S.S., BHATIA, S.J., MISTRY, F.P. (2001). Epidemiology of dyspepsia in Mumbai. *Indian J. Gastroenterol.* **20**: 103–106.
90. HUSAIN, N., CHAUDHRY, I.B., JAFRI, F., NIAZ, S.K., TOMENSON, B., CREED, F. (2008). A population-based study of irritable bowel syndrome in a non-Western population. *Neurogastroenterol. Motil.* **20**: 1022–1029.
91. MEARIN, F., BADIA, X., BALBOA, A., BARÓ, E., CALDWELL, E., CUCALA, M., DÍAZ-RUBIO, M., FUEYO, A., PONCE, J., ROSET, M., TALLEY, N.J. (2001). Irritable bowel syndrome prevalence varies enormously depending on the employed diagnostic criteria: comparison of Rome II versus previous criteria in a general population. *Scand J Gastroenterol.* **36**:1155-1161.
92. THOMPSON, W.G., IRVINE, E.J., PARE, P., FERRAZZI, S., RANCE, L.(2002) Functional disorders in Canada: First population-based survey using Rome II criteria with suggestions for improving the questionnaire. *Dig. Dis. Sci.* **47**: 225–35.
93. MIWA, H. (2008). Prevalence of irritable bowel syndrome in Japan: internet survey using Rome III criteria. *Patient Preference Adherence.* **2**: 143–7.
94. SARAH, P. (2004). Sex, Gender, and Irritable Bowel Syndrome: Making the Connections. *Gender Medicine.* **1**: 17-28.
95. HAN, S.H., LEE, O.Y., BAE, S.C., LEE, S.H., CHANG, Y.K., YANG, S.Y., YOON, B.C., CHOI, H.S., HAHM, J.S., LEE, M.H., LEE, D.H., KIM, T.H. (2006) Prevalence of irritable bowel syndrome in Korea: population-based survey using the Rome II criteria. *J Gastroenterol Hepatol.* **21**:1687-92.
96. PAN, G.Z., LU, S., MEIYUN, K.E., HAN, S.M., GUO, H.P., FANG, X.C. (2000) Epidemiologic study of the irritable bowel syndrome in Beijing: stratified randomized study by the cluster sampling. *Chin Med J.* **113**: 35–39.
97. MASUD, M.A., HASAN, M., KHAN, A.K. (2001). Irritable bowel syndrome in a rural community in Bangladesh: prevalence, symptoms pattern, and health care seeking behavior. *Am. J. Gastroenterol.* **96**: 1547–52.
98. TALLEY, N.J., ZINMEISTER, A.R., DYKE, C.V., MELTON, L.J. (1991) Epidemiology of colonic symptoms and the irritable bowel syndrome. *Gastroenterology.* **101**: 927–34.

99. WILSON, S., ROBERTS, L., ROALFE, A., BRIDGE, P., SINGH, S. (2004) Prevalence of irritable bowel syndrome: a community survey. *Br J Gen Pract.* **54**:495-502.
100. KABRA, N., NADKARNI, A. (2013). Prevalence of depression and anxiety in irritable bowel syndrome: A clinic based study from India. *Indian J Psychiatry.***55**:77-80.
101. ERIKSSON, E.M., ANDRÉN, K.I., ERIKSSON, H.T., KURLBERG, G.K. (2008). Irritable bowel syndrome subtypes differ in body awareness, psychological symptoms and biochemical stress markers. *World J Gastroenterol.***14**:4889–96.
102. GROS, D.F., ANTONY, M.M., MCCABE, R.E., SWINSON, R.P. (2009). Frequency and severity of the symptoms of irritable bowel syndrome across the anxiety disorders and depression. *J Anxiety Disord.* **23**:290-296.
103. CREED, F., RATCLIFFE, J., FERNANDES, L., PALMER, S., RIGBY, C., TOMENSON, B., GUTHRIE, E., READ, N., THOMPSON, D.G. (2005). Outcome in severe irritable bowel syndrome with and without accompanying depressive, panic and neurasthenic disorders. *Br J Psychiatry.* **186**: 507-515.
104. SYKES, M.A., BLANCHARD, E.B., LACKNER, J., KEEFER, L., KRASNER, S. (2003). Psychopathology in irritable bowel syndrome: support for a psychophysiological model. *J Behav Med* **26**: 361-372.
105. DROSSMAN, D.A., PATRICK, D.L., WHITEHEAD, W.E., TONER, B.B., DIAMANT, N.E., HU, Y., JIA, H., BANGDIWALA, S.I. (2000). Further validation of the IBS-QOL: a disease-specific quality-of-life questionnaire. *Am J Gastroenterol.* **95**:999-1007.
106. LI, F.X., PATTEN, S.B., HILSDEN, R.J., SUTHERLAND, L.R. (2003). Irritable bowel syndrome and health-related quality of life: a population based study in Calgary, Alberta. *Can J Gastroenterol.* **17**: 259-263.
107. SI, J.M., WANG, L.J., CHEN, S.J., SUN, L.M., DAI, N. (2004). Irritable bowel syndrome consulters in Zhejiang province: the symptoms pattern, predominant bowel habit subgroups and quality of life. *World J Gastroenterol.* **10**:1059-64.
108. BALLOU, S.K., KEEFER, L. (2013). Multicultural considerations in the diagnosis and management of irritable bowel syndrome: a selective summary. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* June 17. [Epub ahead of print].
109. NG, S.C., LAM, E.F., LAM, T.T., CHAN, Y., LAW, W., TSE, P.C., KAMM, M.A., SUNG, J.J., CHAN, F.K., WU, J.C.J. (2013) Effect of Probiotic Bacteria on the

Intestinal Microbiota in Irritable Bowel Syndrome. *Gastroenterol Hepatol*. [Epub ahead of print]

110. SAHIB, A.S. (2013) Treatment of irritable bowel syndrome using a selected herbal combination of iraqi folk medicines. *J Ethnopharmacol*. [Epub ahead of print].

111. NICE: *Irritable bowel syndrome in adults*. NICE; 2008. <http://guidance.nice.org.uk/CG61>. (Erişim tarihi 20.06.2013)

112. SPILLER, R., AZIZ, Q., CREED, F., EMMANUEL, A., HOUGHTON, L., HUNGIN, P., JONES, R., KUMAR, D., RUBIN, G., TRUDGILL, N., WHORWELL, P. (2007). Guidelines for the management of Irritable Bowel Syndrome. *Gut* **56**:1770–1798.

113. RUEPERT, L., QUARTERO, A.O., DE WIT, N.J., VAN DER HEIJDEN, G.J., RUBIN, G., MURIS, J.W.M. (2011). Bulking agents, antispasmodics and antidepressants for the treatment of irritable bowel syndrome. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 8.

114. VAHEDI, H., MERAT, S., RASHIDIOON, A., GHODDOOSI, A., MALEKZADEH, R. (2005). The effect of fluoxetine in patients with pain and constipation-predominant irritable bowel syndrome: a double-blind randomized-controlled study. *Aliment Pharmacol Ther* **22**:381–5.

115. VAHEDI, H., MERAT, S., MOMTAHEN, S., KAZAZI, A.S., GHAFFARI, N., OLFATI, G., MALEKZADEH, R. (2008). Clinical trial: the effect of amitriptyline in patients with diarrhoea-predominant irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther*. **27**:678–84.

**Ek 1. Veri toplama aracı**

**ÇANAKKALE BÖLGESİ AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE BAŞVURANLARDA İRİTABL  
BARSAK SENDROMU YAYGINLIĞI VE HASTALARIN ÖZELLİKLERİ**

Tıpta Uzmanlık Tezi

**Dr. Kenan ÖZGEN**

**ÇOMÜ Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD**

Danışman: Doç Dr Erkan Melih ŞAHİN

**Açıklama:**

Sayın Katılımcı;

Çanakkale 18 Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı olarak Çanakkale’de iritabl barsak hastalığı yaygınlığını saptamak ve hastaların çeşitli özelliklerini belirlemek amacıyla bilimsel bir araştırma yürütülmektedir. Çalışma için Çanakkale Valiliği’nin idari ve Çanakkale 18 Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Çalışmalar Etik Kurulunun etik izinleri alınmıştır.

Ekteki anket bu araştırma için hazırlanmıştır. Sizden aşağıdaki anketi doldurarak bu çalışmaya katılmanızı istiyoruz. Bu araştırma nedeniyle elde edilecek bilgiler sadece bilimsel amaçlarla kullanılacak olup hiçbir şekilde kimlik bilgilerinizle eşleştirilmeyecek ve tamamen gizli tutulacaktır. Çalışmaya katılmak zorunlu olmayıp katılıp katılmamaktan dolayı herhangi bir ödül ya da ceza ile karşılaşmayacaksınız.



Lütfen ilgili direktiflere uygun olarak ekteki anketimizi doldurarak çalışmamıza katılınız. Katılımınız için teşekkür ederiz.

Tarih:

Hasta adı: .....

İmza:

**A. Demografik veriler**

1. Kaç yaşındasınız?.....

2. Cinsiyetiniz:  Bayan  Erkek

3. Eğitim durumunuz:

Okur Yazar değil  Okur Yazar  İlkokul  Ortaokul

Lise  Yüksek okul  Fakülte

Yüksek lisans  Doktora

(kaç sınıf okumuş).....

4. Medeni durumunuz:

Evli  Bekar  Dul  Ayrı yaşıyor

5. Mesleğiniz: .....

6. Çalışma durumunuz:  Çalışıyor  Çalışmıyor

7. Sosyal güvenceniz:

SSK  Emekli Sandığı  Bağkur  Yeşil kart

Diğer .....

8. Ailenin ortalama geliri: ..... YTL

9. Ailede yaşayan kişi sayısı : .....

10. İBS (İritabl Kolon, Spastik Kolon, Spastik Kolit, Mukoz Kolit, Fonksiyonel Barsak Hastalığı, Splenik Fleksura Sendromu, Psikolojik Barsak Sendromu, Asabi Barsak) hastalığınız var mı?

Evet

Hayır (C Bölümü sorularına geçiniz)

## B. Hastalık Verileri

1. İlk tanı nerede kondu? .....
2. İlk tanı ne zaman kondu? .....
3. Hastalığınızı kim takip ediyor? .....
4. Hastalığınızla ilgili doktorunuzdan aldığımız bilgi yeterli miydi?  
 Hiç bilgi almadım                       Çok yetersiz bilgi aldım  
 Biraz bilgi aldım                       Doyurucu bilgi aldım
5. Hastalığınızla ilgili hangi konularda bilgi aldınız?  
 Hastalığın nedenleri  
 Hastalığın doğası ve özellikleri  
 Hastalığın tedavisi  
 Hastalığın gidişi ve sonlanması  
 Başka .....
6. Hangi sıklıkta takip görüşmesine gidiyorsunuz? .....
7. Son kontrolünüz ne zaman yapıldı? .....
8. Kullandığımız tedavi nedir?  
.....  
.....  
.....
9. Son tedavi protokolünüzü ne kadar süredir alıyorsunuz?  
.....
10. Tedavi protokolünüz yaklaşık kaç kez değişti? .....
11. Tedavinizi düzenli kullanıyor musunuz?  
 Şikayetim olunca                       Sıklıkla unuturum  
 Epey düzenli                       Kesinlikle uyarım

12. Tedavinizin rahatsızlıklarınızı giderme yeterliliği nedir?

- Hiç faydası olmuyor       Çok az yarar gördüm  
 Biraz iyileştim       Tamamen düzeldim

13. Son 3 aydır, ayda ortalama kaç günü karın ağrısı nedeniyle rahatsız geçirdiniz?

.....

14. Rahatsızlıklarınızın artmasına yol açan besinler neler?

.....

15. Doktorunuzun önerdiği ilaçlar dışında tedavi amaçlı başka hangi uygulamaları kullandınız?

- Akupunktur       Yoga       Hipnoz  
 Bitkisel tedaviler .....  
 Reçetesiz ilaçlar .....  
 Özel diyet .....  
 Probiyotikler .....  
 Psikoterapiler .....  
 Dua, Muska vb spiritüel yöntemler

16. Ailenizde başka kimlerde bu hastalık var?

.....

17. Ailenizde başka kimlerde benzer rahatsızlıklar var?

.....

18. Rahatsızlandığında ne yapıyorsun?

1.....

2.....

**D Bölümü** sorularına geçiniz

### C. Belirti Durumu

1. En az 6 aydan beri süren karın ağrısı veya rahatsızlık hissi (şişkinlik, kramp, yanma, sızı) var mı ?

Evet

Hayır (**D Bölümü** sorularına geçiniz)

2. Ağrı karınınızın hangi bölümündedir?

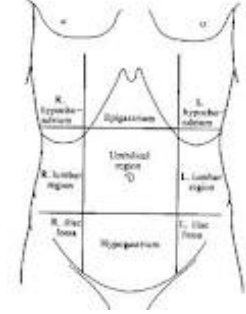
.....

3. Ağrının karakterini (doğasını) nasıl tariflersiniz?

.....

4. Son 3 aydır, ayda ortalama kaç günü karın ağrısı nedeniyle rahatsız geçirdiniz?

..... (3 günden az ise **D Bölümü** sorularına geçiniz)



5. Karın da mevcut olan ağrı ve rahatsızlık hissi, dışkılama yapınca geçiyor mu?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
6. Karın da mevcut olan ağrı veya rahatsızlık hissi dışkılama sıklığında değişiklikle (ishal, kabızlık) birlikte mi başlıyor?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
7. Karın da mevcut olan ağrı veya rahatsızlık hissi dışkı kıvamında değişiklikle (daha sert veya daha yumuşak dışkı) birlikte mi başlıyor?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
(3 sorudan en az 2'si 'evet' değilse <b>D Bölümü</b> sorularına geçiniz)		

8. Son üç ayda, kilo verme amaçlı diyet yapmamanıza rağmen 5 kg üzerinde zayıfladınız mı?

Evet

Hayır

9. Son üç ayda dışkıınızda hiç kan tespit ettiniz mi?

Evet

Hayır

10. Son üç ayda kömür gibi siyah dışkı yaptınız mı?

Evet

Hayır

11. Rahatsızlıklarınız sizi gece uykunuzdan uyandırır veya uyumanıza engel olur mu?

Evet

Hayır

12. Son üç ayda ateşinizi ölçüp 38 derecenin üzerinde buldunuz mu?

Evet

Hayır

13. Doktor muayenesinde şunlar saptandı mı:

Artrit

Evet

Hayır

LAP

Evet

Hayır

Karında kitle

Evet

Hayır

Deri lezyonları

Evet

Hayır

14. Laboratuvar incelemesinde şunlar saptandı mı:

Anemi

Evet

Hayır

Lökositoz

Evet

Hayır

Sedim yüksekliği

Evet

Hayır

CRP yüksekliği

Evet

Hayır

GGK

Evet

Hayır

15. Aşağıda belirtilen hastalıkları olan kardeşiniz var mı?

Kolan veya rektum kanseri .....

Ülseratif kolit veya Crohn hastalığı .....

Çölyak hastalığı .....

16. Rahatsızlıklarınızın artmasına yol açan besinler neler?

.....

17. Şikayetler stres veya duygusal bozukluk dönemlerinde başlıyor veya mevcut şikayetlerde bu dönemlerde artma oluyor mu?

Evet

Hayır

18. Rahatsızlandığında ne yapıyorsun?

1.....

2.....

## D. Dışkılama alışkanlıkları

1- Dışkılama alışkanlığınız nedir?

Günde/haftada ..... defa

İSHALSE: 48 Saat bir şey yemesine rağmen süren ishali var mı?

Evet  Hayır

2- Son 3 ayda [sert, keçi pisliği ya da fındık şeklinde, taneli] [sosis gibi topak topak] kıvamında dışkılama sıklığınız nedir?

<% 25  ≥% 25

3- Son 3 ayda [kaba kenarlı, kabarık parçalar] [sulu, tamamen sıvı, katı parça yok] kıvamında dışkılama sıklığınız nedir?

<% 25  ≥% 25

4- Son 3 ayda ne sıklıkta laksatif kullandınız?

.....

5- Dışkıınızda mukus (sümük) olur mu?  Evet  Hayır

6- Dışkıınızda kan gördünüz mü?  Evet  Hayır

7- Dışkılama sırasında ıkınma ihtiyacı olur mu?  Evet  Hayır

8- Dışkılarken tam boşalamama sorunu olur mu?  Evet  Hayır

9- Barsaklarınızda aşırı gaz sorunu olur mu?  Evet  Hayır

10- Karında şişkinlik sorunu olur mu?  Evet  Hayır

## E. Tıbbi Özgeçmiş

1. Aşağıdaki mide-barsak sistemi ile ilgili rahatsızlıklar sizde var mı?

- |   |   |                                      |
|---|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> bilinen gıda intoleransı | <input type="checkbox"/> yutma güçlüğü (ağrılı yutma) |                                      |
| <input type="checkbox"/> GÖ Reflü                 | <input type="checkbox"/> Dispepsi                     | <input type="checkbox"/> Hazımsızlık |

2. Aşağıdaki rahatsızlıklar sizde var mı?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> gece yattıktan sonra idrara çıkma (.... kez) | <input type="checkbox"/> sık idrara çıkma (.... kez) |
| <input type="checkbox"/> cinsel ilişki esnasında ağrı                 | <input type="checkbox"/> ağrılı menstürasyon         |
| <input type="checkbox"/> sırt ağrısı                                  | <input type="checkbox"/> kronik yorgunluk            |

3. Tanı konmuş ve/veya tedavi kullandığınız hastalıklar nelerdir?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Depresyon        | <input type="checkbox"/> Anksiyete bozukluğu    |
| <input type="checkbox"/> Fibromiyalji     | <input type="checkbox"/> Migren tipi baş ağrısı |
| <input type="checkbox"/> Çölyak Hastalığı | <input type="checkbox"/> Laktoz İntoleransı     |
| <input type="checkbox"/> Kolon kanseri    | <input type="checkbox"/> Barsak paraziti        |
| <input type="checkbox"/> Hipotiroidi      |   |
| <input type="checkbox"/> Diğer: .....     |   |

.....  
.....

4. Kullandığınız ilaçlar nelerdir?

.....  
.....  
.....



## F. Yaşam tarzı

1. Sigara Kullanımı:  Hiç içmemiş  
 Bırakmış.....yıldır içmiyor, .....yıl.....paket/gün içmiş  
 İçiyor.....yıl.....paket/gün

2. Alkollü içki kullanımı:  Hayır hiç kullanmam  
 Evet, sadece sosyal ortamlarda kullanırım  
 Evet kullanırım

3. Fiziksel egzersiz yapıyor mu?

Hayır hiç yapmam

Evet yaparım

Egzersiz tipi :.....

Sıklık :.....

Süre :.....

Yoğunluk :.....

(Haftada 3 gün ve üzerinde en az yarım saat)

Evet

Hayır

4. Öğünleriniz düzenli mi?  Evet

Hayır

5. Öğün düzeniniz nasıl

ana öğünler.....

ara öğünler.....

## G. Yaşam Kalitesi

Lütfen her soruyu okuyunuz, duygularınızı değerlendiriniz ve her bir sorunun ölçeğinde size en uygun olan yanıtı işaretleyiniz.

1 Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?

- Çok kötü       Biraz kötü       Ne iyi, ne kötü       Oldukça iyi       Çok iyi

2 Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?

- Hiç hoşnut değil       Çok az hoşnut       Ne hoşnut, ne de değil       Epeyce hoşnut       Çok hoşnut

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

3 Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne kadar engellediğini düşünüyorsunuz?

- Hiç       Çok az       Orta derecede       Çokça       Aşırı derecede

4 Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?

- Hiç       Çok az       Orta derecede       Çokça       Aşırı derecede

5 Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?

- Hiç       Çok az       Orta derecede       Çokça       Aşırı derecede

6 Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?

- Hiç       Çok az       Orta derecede       Çokça       Aşırı derecede

7 Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?

- Hiç       Çok az       Orta derecede       Çokça       Aşırı derecede

8 Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?

- Hiç       Çok az       Orta derecede       Çokça       Aşırı derecede

9 Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?

Hiç Çok az Orta derecede Çokça Aşırı derecede

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

10 Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?

Hiç Çok az Orta derecede Çokça  Tamamen

11 Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?

Hiç Çok az Orta derecede Çokça  Tamamen

12 İhtiyaçlarınızı karşılamaya yeterli paranız var mı?

Hiç Çok az Orta derecede Çokça  Tamamen

13 Günlük yaşantınızda size gerekli bilgi ve haberlere ne ölçüde ulaşabiliyorsunuz?

Hiç Çok az Orta derecede Çokça  Tamamen

14 Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?

Hiç Çok az Orta derecede Çokça  Tamamen

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

15 Bedensel hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?

Çok kötü Biraz kötü Ne iyi, ne kötü Oldukça iyi  Çok iyi

16 Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç hoşnut değil  Çok az hoşnut  Ne hoşnut, ne de değil  Epeyce hoşnut  Çok hoşnut

17 Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç hoşnut değil  Çok az hoşnut  Ne hoşnut, ne de değil  Epeyce hoşnut  Çok hoşnut

18 İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç hoşnut değil       Çok az hoşnut       Ne hoşnut, ne de değil       Epeyce hoşnut       Çok hoşnut

19 Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç hoşnut değil       Çok az hoşnut       Ne hoşnut, ne de değil       Epeyce hoşnut       Çok hoşnut

20 Aileniz dışındaki kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç hoşnut değil       Çok az hoşnut       Ne hoşnut, ne de değil       Epeyce hoşnut       Çok hoşnut

21 Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç hoşnut değil       Çok az hoşnut       Ne hoşnut, ne de değil       Epeyce hoşnut       Çok hoşnut

22 Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç hoşnut değil       Çok az hoşnut       Ne hoşnut, ne de değil       Epeyce hoşnut       Çok hoşnut

23 Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç hoşnut değil       Çok az hoşnut       Ne hoşnut, ne de değil       Epeyce hoşnut       Çok hoşnut

24 Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç hoşnut değil       Çok az hoşnut       Ne hoşnut, ne de değil       Epeyce hoşnut       Çok hoşnut

25 Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç hoşnut değil       Çok az hoşnut       Ne hoşnut, ne de değil       Epeyce hoşnut       Çok hoşnut

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

26 Ne sıklıkta hüznü, ümitsizlik, bunalım, çökkünlük gibi olumsuz duygulara kapılırsınız?

Hiçbir zaman       Nadiren       Ara sıra       Çoğunlukla       Her zaman

27 Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?

Hiç

Çok az

Orta derecede

Çokça

Aşırı derecede

## H. Algılanan Stres

**Bu ölçekteki sorular, son bir aydır düşündükleriniz ve hissettikleriniz üzerine sorulmuştur. Lütfen, her bir soruya, ne kadar sık hissettiğinizi veya düşündüğünüzü işaretleyiniz.**

1. Son bir ay içinde, beklenmedik şekilde olanlar yüzünden ne kadar sık üzüldünüz?

- Hiçbir zaman     Hemen hemen     Bazen     Oldukça sık     Çok sık  
hiçbir zaman

2. Son bir ay içinde, hayatınızda önemli şeyleri kontrol edemediğinizi, ne kadar sık düşündünüz?

- Hiçbir zaman     Hemen hemen     Bazen     Oldukça sık     Çok sık  
hiçbir zaman

3. Son bir ay içinde, kendinizi ne kadar sık endişeli ve stresli hissettiniz?

- Hiçbir zaman     Hemen hemen     Bazen     Oldukça sık     Çok sık  
hiçbir zaman

4. Son bir ay içinde, kişisel problemlerinizi idare etmek açısından, kendinize ne kadar sık güvendiniz?

- Hiçbir zaman     Hemen hemen     Bazen     Oldukça sık     Çok sık  
hiçbir zaman

5. Son bir ay içinde, işlerin yolunda gittiğini ne kadar sık düşündünüz?

- Hiçbir zaman     Hemen hemen     Bazen     Oldukça sık     Çok sık  
hiçbir zaman

6. Son bir ay içinde, yapmanız gereken şeyleri ne kadar sık başa çıkılmaz buldunuz?

- Hiçbir zaman       Hemen hemen       Bazen       Oldukça sık       Çok sık  
hiçbir zaman

7. Son bir ay içinde, hayatınızdaki olumsuzlukları ne kadar sık kontrol edebildiniz?

- Hiçbir zaman       Hemen hemen       Bazen       Oldukça sık       Çok sık  
hiçbir zaman

8. Son bir ay içinde, kendinizi ne kadar sık her şeyin üstesinden gelmiş gibi hissettiniz?

- Hiçbir zaman       Hemen hemen       Bazen       Oldukça sık       Çok sık  
hiçbir zaman

9. Son bir ay içinde, kontrolünüz dışındaki şeyler nedeniyle ne kadar sık öfkeleniniz?

- Hiçbir zaman       Hemen hemen       Bazen       Oldukça sık       Çok sık  
hiçbir zaman

10. Son bir ay içinde, zorlukları üzerinden gelemeyeceğiniz kadar yığıldığınızı ne kadar sık düşündünüz?

- Hiçbir zaman       Hemen hemen       Bazen       Oldukça sık       Çok sık  
hiçbir zaman

## I. Hastane Depresyon Anksiyete Ölçeği

**Bu anket sizi daha iyi anlamamıza yardımcı olacak. Her maddeyi okuyun ve son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki kutuyu işaretleyiniz. Yanıtınız için çok düşünmeyin, aklınıza ilk gelen yanıt en doğrusu olacaktır.**

1) Kendimi gergin, 'patlayacak gibi' hissediyorum.

- Çoğu zaman       Birçok zaman       Zaman zaman, bazen       Hiçbir zaman

2) Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum,

- Aynı eskisi kadar       Pek eskisi kadar değil       Yalnızca biraz eskisi kadar       Neredeyse hiç eskisi kadar değil

3) Sanki kötü bir şey olacakmış gibi bir korkuya kapılıyorum,

- Kesinlikle öyle ve oldukça şiddetli       Evet, ama çok da şiddetli değil       Biraz, ama beni endişelendiriyor       Hayır, hiç öyle değil

4) Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

- Her zaman olduğu kadar       Şimdi pek o kadar değil       Şimdi kesinlikle o kadar değil       Artık hiç değil

5) Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor,

- Çoğu zaman       Birçok zaman       Zaman zaman, ama çok sık değil       Yalnızca bazen

6) Kendimi neşeli hissediyorum,

- Hiçbir zaman       Sık değil       Bazen       Çoğu zaman

7) Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum,



Kesinlikle  Genellikle  Sık değil  Hiçbir zaman

8) Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum

Hemen hemen her zaman  Çok sık  Bazen  Hiçbir zaman

9) Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.

Hiçbir zaman  Bazen  Oldukça sık  Çok sık

10) Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

Kesinlikle  Gerektiği kadar  Pek o kadar özen  Her zamanki kadar   
 özen gösteremiyorum gösteremiyorum özen gösteremiyorum

11) Kendimi sanki bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.

Gerçektende çok fazla  Oldukça fazla  Çok fazla değil  Hiç değil

12) Olacakları zevkle bekliyorum.

Her zaman olduğu kadar  Her zamankinden biraz daha az  Her zamankinden kesinlikle daha az  Hemen hemen hiç

13) Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

Gerçektende çok sık  Oldukça sık  Çok sık değil  Hiçbir zaman

14) İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.

Sıklıkla  Bazen  Pek sık değil  Çok seyrek



T.C.  
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ  
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı

Sayı : KLİ.ARŞ.ETİK.KURUL.BŞK./050.99- 194  
Konu : Başvuru İncelemesi

.../..12./2012

**Sayın Doç. Dr. Erkan Melih ŞAHİN**

“Çanakkale Bölgesi Aile Sağlığı merkezine başvurularda İBS yaygınlığı ve hastaların özellikleri” başlıklı çalışmanızda Klinik Araştırmalar Etik Kurulu, etik kurallara aykırı bir husus bulunmadığına karar vermiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

  
**Prof. Dr. Hakkı Engin AKSULU**  
Klinik Araştırmalar  
Etik Kurul Başkan