



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ
GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**İRRİTABL BARSAK SENDROMUNDA ÇOCUKLUK ÇAĞI
TRAVMASININ ROLÜ**

Dr. Volkan SENEGER
UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL
Ağustos, 2019

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ
GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**İRRİTABL BARSAK SENDROMUNDA ÇOCUKLUK ÇAĞI
TRAVMASININ ROLÜ**

Dr. Volkan SENEGER

UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Aynur GÖRMEZ

İSTANBUL
Ağustos, 2019

ONAY

İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi'nde Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Yönetmeliği hükümlerine göre uzmanlık eğitimi gören Dr. Volkan SENEGER'in hazırladığı ve jüri önünde savunduğu "İRRİTABL BARSAK SENDROMUNDA ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMASININ ROLÜ" başlıklı tez başarılı kabul edilmiştir.

JÜRİ ÜYELERİ

Tez Danışmanı:

Doc. Dr. Ayhan Örmüç

Üyeler:

Doc. Dr. E. Ercan

Bestepe

Prof. Dr. Serhat Cıtlık

İMZA

(Handwritten signature)

(Handwritten signature)

(Handwritten signature)

Tez Savunma Tarihi

29/08/2019

Temizle Gönder Yazdır

Yazar Bildirimi

“İRRİTABL BARSAK SENDROMUNDA ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMASININ ROLÜ” isimli uzmanlık tezinde Dr. Volkan SENEGER

- Bu tezin kabulünden önce nerede ve ne kadarının yayınlandığını “Bilgilendirme” bölümünde belirtmiştir
- Tezin hazırlanmasında katkısı olanları “Bilgilendirme” bölümünde eksiksiz olarak belirtmiştir
- Bu tez ile ilgili çıkar çatışması olup olmadığını “Bilgilendirme” bölümünde belirtmiştir
- Tez içerisinde başkalarının yayınlanmış veya yayınlanmamış çalışmalarından yapılan alıntılar için gerekli kaynakları açıkça belirtmiştir
- Tez içerisinde başka kaynaklardan kopyalanmış olan kısımları tırnak içerisinde alarak ve izin alınan kaynağı belirterek kullanmıştır

Ağustos, 2019

Dr. Volkan SENEGER

İmza:

- Bu çalışmada adı geçen ilaç, tıbbi cihaz ve laboratuvar malzemelerinin üreticileri ile herhangi bir çıkar ilişkim yoktur.
- Bu tez daha önce hiçbir yerde yayınlanmamıştır.

Dr. Volkan SENEGER



Teşekkür

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve birikiminden faydalandığım ve tezimi hazırlama sürecimde destekleri ile her zaman yanımda olan değerli hocam Anabilim Dalı Başkanımız Prof. Dr. Serhat ÇITAK'a,

Bilimsel birikimi ile tez sürecimde ve uzmanlık eğitimim boyunca yardımlarını esirgemeyen tez danışmanım Doç. Dr. Aynur GÖRMEZ'e, Bilgi birikim ve deneyiminden yararlandığım değerli hocam Prof. Dr. Can TUNCER'e,

Tez sürecinde yardımcı olan Gastroenteroloji Kliniğimizden sayın Doç. Dr. Celal ULAŞOĞLU ve diğer öğretim görevlilerine,

Kıymetli deneyim ve bilgilerinden yararlandığım hocalarım Dr. Öğr. Üyesi Hasan Turan KARATEPE ve Dr. Öğr. Üyesi Rümeyza YENİ ELBAY'a ve uzmanlarımıza,

Berber çalışmaktan, eğitim almaktan ve sosyal hayatta paylaşımda bulunmaktan keyif aldığım psikiyatri asistanı arkadaşlarıma, özveriyle çalışan klinik sekreterimiz Gamze Çelik'e,

Bu aşamaya gelene kadar desteklerini hep hissettiğim anneme, babama, eşim Sibel'e ve biricik oğlum Ertuğrul'a en içten dileklerimle teşekkür ederim.

Dr. Volkan SENEGER

senegervolkan@hotmail.com

Özet

“İRRİTABL BARSAK SENDROMU’NDA ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMASININ ROLÜ”

Amaç: İrritabl barsak sendromu (İBS); kronik karın ağrısı, şişkinlik ve defekasyon alışkanlığında değişikliklerle karakterize, önemli bir hastalık yükü oluşturan, en yaygın görülen fonksiyonel bağırsak hastalığıdır. Etyopatogenezi tam olarak anlaşılmasa da literatürde çocukluk çağı travmaları (ÇÇT) gibi psikolojik etmenlerin rolü olduğu tartışılmaktadır. Çocukluk çağı travmaları ile İBS arasında ki ilişkinin dissosiyasyon ve somatizasyon mekanizmaları ile olduğunu destekleyen çalışmalar vardır. Bu çalışmanın amacı İBS ile ÇÇT’lerinin ilişkisini ortaya koymak ve altta yatan ilişkili bazı psikolojik mekanizmaları (somatoform dissosiyasyon ve bedensel belirtileri abartma) incelemektir. İBS hastalarında psikolojik mekanizmaların daha iyi anlaşılması, yapılacak psikolojik müdahaleler için yol gösterici olabilir.

Yöntem: Bu çalışmaya gastroenteroloji polikliniğine başvuran, çalışma grubu olarak İrritabl Barsak Sendromu olan 68 gönüllü ve kontrol grubu olarak İnflamatuar Barsak hastalığı (Crohn ve Ülseratif Kolit) olan 58 gönüllü ve sağlıklı kontrol grubu olarak hastane çalışanlarından oluşan 76 gönüllü dahil edilmiştir. Tüm gruplara Sosyodemografik Veri Formu, Çocukluk Çağı Travmalar Ölçeği (CTQ), Somatoform Dissosiyasyon Ölçeği (SDQ), Bedensel Belirtileri Abartma Ölçeği (BDAÖ), Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği uygulanmıştır. Çalışma grubuna bu anketlere ek olarak İrritabl Bağırsak Sendromu Semptom Şiddeti Ölçeği uygulanmıştır. Sağlıklı ve İBH kontrol grupları ile karşılaştırarak, İBS’de çocukluk çağı travmalarının rolü ve bu süreçte bir takım psikolojik mekanizmaların (dissosiyasyon, somatizasyon, bedensel belirtileri abartma) ilişkisi incelenmiştir.

Ayrıca İBS şiddet düzeyi ile yine bu parametrelerin korelasyonu araştırılmıştır. Regresyon analizi ile İBS’i yordayıcı bazı faktörler belirlenmiştir. Çalışmada anlamlılık değeri $p < .05$ olarak kabul edildi.

Bulgular: İBS grubunda çocukluk çağı travmaları (cinsel istismar ve fiziksel ihmal hariç), somatoform dissosiyasyon, bedensel duyumları abartma puanları kontrol gruplarına göre yüksek saptanmıştır ($p<0.05$). CTQ ile alt ölçekleri arasında ve CTQ ile SDQ arasında kolerasyon saptanmıştır ($p<0.05$). BDAÖ ile SDQ, emosyonel istismar ve fiziksel istismar arasında kolerasyon saptanmıştır ($p<0.05$). Lojistik regresyon analizinde ise başta SDQ puanları olmak üzere, CTQ, fiziksel istismar ve emosyonel ihmal alt ölçeklerinde İBS'yi ön görmede anlamlı sonuçlar saptanmıştır ($p<0.05$).

Sonuç: Çocukluk çağı travmalarının İrritabl Barsak Sendromu gelişiminde ve İrritabl Barsak Sendromu olanlarda ise somatoform dissosiyasyon semptomlarının oluşumunda önemli rolü olduğu söylenebilir. Bu nedenle İrritabl Bağırsak Sendromunun multidisipliner olarak ele alınması hastaların tanı ve tedavi sürecinde fayda sağlayabilir. İBS ile ilgili ileride yapılacak çalışmaların bir amacı da, psikoterapiye cevap verme olasılığı daha yüksek olan bir alt grubu belirlemek (örneğin; travma ile ilişkili İBS) olabilir.

Anahtar Kelimeler: Çocukluk çağı travması, İrritabl Barsak Sendromu, somatoform dissosiyasyon, somatizasyon.

Abstract

“THE ROLE OF CHILDHOOD TRAUMA IN IRRITABLE BOWEL SYNDROME”

Objective: Irritable bowel syndrome; which is the most common functional bowel disease with significant disease burden is characterised by chronic abdominal pain, bloating and changes in defecation habits. Although the etiopathogenesis is not fully understood, the role of psychological factors such as childhood traumas is being discussed in the literature. There are studies supporting the relationship between childhood trauma and IBS through dissociation and somatization mechanisms. The aim of this study is to reveal the relationship between IBS and childhood traumas and to investigate some of the underlying psychological mechanisms (somatoform dissociation and somatosensory amplification). Gaining a better understanding of the psychological mechanisms in IBS patients may guide possible psychological interventions.

Methods: The study group was comprised of seventy-six volunteers with Irritable Bowel Syndrome and the control groups included 58 volunteers with Inflammatory Bowel Disease (Crohn and Ulcerative Colitis) and 76 healthy volunteers. Sociodemographic Data Form, Childhood Trauma Questionnaire (CTQ-28), Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ), Somatosensory Amplification Scale (SSAS), The Hospital Anxiety and Depression Scale were applied to all groups. In addition to these questionnaires, Irritable Bowel Syndrome Symptom Severity Scale was administered to the study group. The role of childhood traumas in IBS and the relationship between a number of psychological mechanisms (dissociation, somatization, somatosensory amplification) in this process were investigated by comparing IBS patients with healthy and IBD control groups.

In addition, correlation between IBS severity level and parameters above was investigated. By carrying out regression analysis, some predictive factors were identified for IBS. Statistical significance was set at $p < 0.05$.

Result: Childhood trauma (except for sexual abuse and physical neglect), somatoform dissociation and somatosensory amplification scores were higher in IBS group compared to control groups ($p < 0.05$). There was a correlation between CTQ and its subscales and between CTQ and SDQ ($p < 0.05$). There was a correlation between SSAS and SDQ, emotional abuse and physical abuse ($p < 0.05$). Logistic regression analysis revealed that CTQ, physical abuse, emotional neglect subscales and particularly SDQ scores remained significant in predicting IBS ($p < 0.05$).

Conclusion: It can be said that childhood traumas play an important role in the development of Irritable Bowel Syndrome and somatoform dissociation symptoms in patients with Irritable Bowel Syndrome. Therefore, multidisciplinary approach to Irritable Bowel Syndrome may be helpful in the process of diagnosis and treatment of patients. Future studies of IBS may also aim to identify a subgroup of patients with a higher likelihood of responding to psychotherapy (eg, trauma-related IBS).

Keywords: Irritable Bowel Syndrome, childhood trauma, somatoform dissociation, somatization

İçindekiler

İçindekiler	ix
Şekil Listesi	xii
Tablo Listesi	xiii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. İRRİTABL BARSAK SENDROMU (İBS)	6
2.1.1. Tanımı ve Epidemiyolojisi	6
2.1.2. Klinik Belirtiler	7
2.1.3. Tanı ve Sınıflandırma	7
2.1.4. Ayırıcı Tanı	8
2.1.5. İBS Tedavisi	9
2.1.6. Patofizyoloji	10
2.1.7. Beyin - Barsak İlişkisi	11
2.1.8. Psikososyal faktörler	13
2.1.9. İBS ve Psikopatoloji	14
2.1.10. İBS ve Psikiyatrik Hastalıklar	17
2.2. İNFLAMATUAR BAĞIRSAK HASTALIĞI (İBH)	20
2.2.1. Epidemiyoloji	21
2.2.2. Etiyoloji ve Patogenez	21
2.2.3. Klinik Özellikler	21
2.2.4. İBH ve Psikiyatri	22
2.3. TRAVMA, DİSSOSİYASYON, SOMATİZASYON	23
2.3.1. Çocukluk Çağı Travması (ÇÇT)	23
2.3.1.1. Çocukluk Çağı İstismarları	25
2.3.1.1.1. Fiziksel İstismar	25
2.3.1.1.2. Cinsel İstismar	26
2.3.1.1.3. Emosyonel İstismar	27
2.3.1.2. Çocukluk Çağı İhmalleri	28
2.3.1.2.1. Emosyonel İhmal	28
2.3.1.2.2. Fiziksel İhmal	28
2.3.1.3. Çocukluk Çağı Travmaları ve Psikiyatri	28

2.3.1.4. Travma ve İBS	30
2.3.1.4.1. Çocukluk Çağında Cinsel İstismar ve İBS.....	33
2.3.1.4.2. Çocuklukta Emosyonel İstismar ve İBS.....	34
2.3.1.4.3. Çocuklukta Fiziksel İstismar ve İBS.....	35
2.3.2. Dissosiyasyon	35
2.3.2.1. Somatoform dissosiyasyon ve psikoform dissosiyasyon	38
2.3.2.2. Epidemiyoloji.....	39
2.3.3. Somatizasyon	39
2.3.3.1. Psikodinamik Yaklaşım.....	41
2.3.3.2. Epidemiyoloji.....	44
2.3.3.3. Fonksiyonel somatik sendrom	45
2.3.4. İBS ve Travma - Dissosiyasyon - Somatizasyon	45
3. GEREÇ VE YÖNTEM	53
3.1. ÇALIŞMANIN TASARIMI	53
3.2. ÖRNEKLEM BÜYÜKLÜĞÜ	55
3.3. İSTATİSTİKSEL YÖNTEM	56
3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	57
4. BULGULAR	60
4.1. HASTA VE KONTROL GRUPLARININ SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ	60
4.2. HASTA VE KONTROL GRUPLARININ KLİNİK ÖZELLİKLERİ.....	61
4.3. İBS GRUBUYLA KONTROL GRUPLARININ (İBH VE SAĞLIKLI GÖNÜLLÜLER) ÖLÇEK PUANLARININ ORTALAMALARININ KARŞILAŞTIRMASI	64
4.4. İBS GRUBUYLA KONTROL GRUPLARININ (İBH VE SAĞLIKLI GÖNÜLLÜLER) ÖLÇEK PUANLARININ KATEGORİK OLARAK KARŞILAŞTIRMASI.....	67
4.5. İBS ALT TIPLERİNE GÖRE ÖLÇEK PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI	71
4.6. İBS ŞİDDET DÜZEYİNE GÖRE ÖLÇEK PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI.....	73
4.7. KORELASYON ANALİZLERİ	75

4.8. REGRESYON ANALİZLERİ	78
5. TARTIŞMA ve SONUÇ	80
5.1. TARTIŞMA	80
5.2. TEZİN KISITLILIKLARI	90
5.3. SONUÇ	90
Kaynaklar	93
Ek 1: Bilgilendirilmiş Onam Formu.....	119
Ek 2: Sosyodemografik Veri Formu.....	120
Ek 3: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği.....	122
Ek 4: Somatoform Dissosiyasyon Ölçeği (SDQ-20)	124
Ek 5: Bedensel Belirtileri Abartma Ölçeği.....	126
Ek 6: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ)	127
Ek 7: İBS Semptom Şiddeti Sklası	129
Etik Kurul Onay Formu	145

Şekil Listesi

2.1:	İBS semptomları olan hastaya yaklaşım algoritması	9
2.2:	İBS Fiziopatolojisi	13
2.3:	Biyopsikososyal model	13
2.4:	İrritabl barsak sendromu (İBS) semptomlarının gelişiminde ve modülasyonunda stresin rolü.	31
2.5:	İBS'de anahtar değişkenleri içeren yol modeli.	52



Tablo Listesi

4.1a: İBS ile İBH kontrol grubunun sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması.....	62
4.1b: İBS grubu ile sağlıklı grup sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması.....	63
4.2a: İBS grubu ile İBH grubunun toplam ölçek puanlarının ve alt ölçek puanlarının karşılaştırması	66
4.2b: İBS grubu ile sağlıklı grubun toplam ölçek puanlarının ve alt ölçek puanlarının karşılaştırması	66
4.3a: İBS grubu ile İBH grubunun toplam ölçek puanlarının ve alt ölçek puanlarının kategorik olarak karşılaştırması	69
4.3b: İBS grubu ile sağlıklı grubun toplam ölçek puanlarının ve alt ölçek puanlarının kategorik olarak karşılaştırması	70
4.4: İBS alt tiplerine göre ölçek puanlarının karşılaştırması.....	72
4.5: İBS şiddet düzeyine göre ölçek puanlarının karşılaştırması	74
4.6: İBS hastalarında ölçek puanları arasındaki korelasyon katsayıları .	87
4.7: İBS grubu ile sağlıklı kontrollerin karşılaştırıldığı tek değişkenli ve çok değişkenli regeresyon analizleri	79

Kısaltmalar

5-HT: 5	Hidroksi Triptamin
BDAÖ	Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği (SSAS)
BDT.....	Bilişsel Davranışçı Terapi
CH.....	Crohn Hastalığı
CRP	C-Reaktif Protein
CTQ.....	Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği(Childhood Trauma Questionnaire)
ÇÇT.....	Çocukluk Çağı Travmaları
DSM-V	The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DES	Disosiyatif Yaşantılar Ölçeği
FGİH	Fonksiyonel Gastro İntestinal Hastalıklar
FSS	Fonksiyonel Somatik Sendromlar
Gİ	Gastro İntestinal
HADÖ	Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği
HHA	Hipotalamohipofizer aks
İBS	İrritabl Barsak Sendromu
İBS-C	Kabızlık baskın tip İBS (IBS with Constipation)
İBS-D	İshal baskın tip İBS (İBS with Diare)
İBS-M.....	Karışık tip İBS (İBS- Mix)
İBS-U	Tanımlanmamış tip İBS (İBS Unidentified)
İBH.....	İnflamatuvar Barsak Hastalığı
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (Hastalıkların ve Sağlık Sorunlarının Uluslararası Sınıflaması)
MDB.....	Major Depresif Bozukluk
MSS.....	Merkezi Sinir Sistemi
OSS	Otonom Sinir Sistemi

Kısaltmalar

SCID-I.....	DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme
SDQ.....	Somatoform Dissosiyasyon Ölçeği(Somatoform Dissociation Questionnaire)
SS	Standart Sapma
SSRI	Seçici Serotonin Reuptake İnhibitörü
TCA.....	Trisiklik Antidepresan
TSSB	Travma Sonrası Stres Bozukluğu
ÜK.....	Ülseratif Kolit
n.....	Kişi sayısı
ort	Ortalama
p.....	Olasılık Değeri
r	Korelasyon Katsayısı
t.....	Bağımsız Değişken

GİRİŞ VE AMAÇ

İrritabl Barsak Sendromu (İBS), kanıtlanabilir organik nedeni olmayan, belirtileri karın ağrısı, dönem dönem değişen ishal - kabızlık, mide bulantısı, kusma, hazımsızlık, disfaji ve kilo kaybı gibi kronik gastrointestinal semptomlarla karakterize fonksiyonel sendromdur (1). En sık görülen gastrointestinal hastalık olan İBS (2), yaşam kalitesini olumsuz etkileyerek, yüksek düzeyde kaygı, depresyon ve intihar düşüncesi gibi önemli psikolojik sıkıntı ve psikiyatrik komorbiditelerle ilişkili ağırlı bir durumdur (3).

En sık görülen gastrointestinal durum olmakla birlikte İBS prevalansı ülkeler arasında farklılık göstermektedir (2). Türkiye'de İBS prevalansı % 6,2 ile % 19,1 arasında değişmektedir (4). Avrupa'da İBS'nin genel prevalansı % 11,5 olarak bulunmuştur (2). İBS semptomları halk arasında çok fazla rastlanan şikayetlerdendir. Bu nedenle yeterince önemsenmemektedir.

Tedavi arayan nüfusta, İBS sıklıkla psikiyatrik hastalıkla ilişkilendirilmiştir ve bu birliktelik, İBS tanısının geçerliliği konusunda tartışmalara neden olmuştur (5). Son zamanlarda, İBS etiyopatogenezinde psikolojik rahatsızlık ile ilgili kanıtların artmasıyla, bu psikolojik rahatsızlıkların İBS'yi dışlamadan daha çok İBS'yi tanımlamaya yönelik olduğunu gösteren bazı girişimler olmuştur (6).

Da Costa'nın 1871'de İBS'yi anlatan İBS ve psikiyatrik hastalıklar arasında bir ilişki bulunduğu ve İBS hastalarında % 38 ile % 100 oranında psikiyatrik bozukluk tanısı da konulduğunu gösteren makalesi mevcuttur (7).Başka bir çalışmada İBS hastalarında psikiyatrik tanılar % 72'den (8) % 100'e kadar değişmiştir (9).

Bir diğer büyük bir çalışmada İBS'li hastalarda psikiyatrik bozukluklar %54-94 oranında gözükmetedir (10). Psikiyatrik komorbiditelerin sıklığının ortaya koyulması ile İBS tanısının geçerliliği sorgulanmaya başlanmıştır (11).

Stres genellikle İBS'li hastaların semptomlarını kötüleştirir. Hipotalamik Hipofiz Adrenal (HPA) aksı strese davranışsal, nöroendokrin ve otonomik yanıtları düzenleyen mekanizmaların başta gelen önemli bir bileşenidir. HPA aksı ve sempatik sinir sistemi (SNS), bu merkezi stres yanıt sisteminin iki ana dalıdır. İBS patofizyolojisinde bu yolun hiperaktivasyonu rol oynayabilir. Örneğin, İBS hastalarında barsak sistemiyle beynin etkileşimi sonucu, beyinde hiperreaktif bir yanıtı olarak kortikotropin salgılatıcı hormon (CRH), adrenokortikotropin hormon (ACTH), kortizol ve katekolamin düzeylerinde değişiklikler olduğu bildirilmiştir (12). Gerçekten de, İBS hastalarında CRH'nin periferik uygulaması ile kolon fonksiyonu ve visseral algıda iyileşme görülmüştür (13). Ek olarak, daha önce yapılan çalışmalar İBS'nin anlamlı olarak daha düşük vagal tonus ve artmış sempatik aktivite ile ilişkili olduğunu göstermiştir (14). Bu nedenle beyin-bağırsak aksı, HPA aksı ve inflamatuvar yanıt gibi farklı faktörler arasındaki etkileşimin İBS semptomlarını şiddetlendirdiği ve bu nedenle İBS etyolojisinde önemli bir rol oynayabileceği öne sürülmüştür (15).

Anterior singulat korteks aktivasyonu anksiyete, uyumsuz baş etme, stresli yaşam olayları ve kötüye kullanım öyküsü ile ilişkilidir. İBS'de rektal distansiyonun anterior singulat korteks aktivasyonuna neden olduğu gösterilmiştir. İBS tanısı ve kötüye kullanım öyküsü, anterior singulat korteksin daha da fazla aktivasyonuna neden olan sinerjik etkilere sahip gibi görünmektedir. Bu veriler psikolojik stres, İBS ve artan ağrı arasındaki bağlantılara dair klinik gözlemleri desteklemektedir (16).

Ayrıca, travmatik deneyim ile İBS de dahil olmak üzere gastrointestinal rahatsızlıklar arasında güçlü ilişki olduğu bilinmektedir. Olumsuz erken yaşam deneyimleri, birincil bakıcı kaybı, isitismar ve ihmal de dahil olmak üzere travma, bireyin sonraki yaşamında gastrointestinal bozukluklar geliştirme hassasiyetinde temel bir rol oynamaktadır. Travmatik yaşam olaylarının yaşanması, hayatının daha sonraki dönemlerinde de gastrointestinal bozuklukların gelişmesinde önemli risk faktörüdür (17).

Bir çok çalışma geçmiş çeşitli istismar tiplerinin İBS ile ilişkili olduğunu bildirmiştir ve birçok çalışmada da cinsel istismarın İBS için bir risk faktörü olduğu üzerine odaklanmıştır (18). Colin A. Ross (2005) çalışmasında İBS'de İBH ve genel gastrointestinal bozukluklara kıyasla, çocuklukta cinsel istismarın ve psikosomatik semptomların daha çok görüldüğünü saptamıştır. Yine bu çalışmasında, İBS'li olguların tamamında değil sadece % 37.9'u çocuklukta cinsel istismar bildirmiştir. Bu nedenle, çocuklukta cinsel istismarın, irritabl barsak sendromuna katkıda bulunan pek çok etyolojik faktörden yalnızca birisi olduğunu rapor etmiştir. Diğer başlıca etyolojik faktörler; ebeveyn kaybı ve ayrılma, fiziksel istismar ve ciddi yaralanma gibi diğer çocukluk travmaları olarak belirtmiştir (1).

Birçok çalışmada çocukluk çağı fiziksel ve cinsel istismar ile dissosiyasyon arasında anlamlı ilişki olduğu gösterilmiştir. Dissosiyatif bozukluğu olan hastalar arasında çocukluk çağı travması (ÇÇT) bildirim oranları yaklaşık %90 kadardır (19). ÇÇT öyküsü olan ve olmayan kişiler karşılaştırıldığında da ÇÇT'si olanların daha çok dissosiyasyon geliştirmeye yatkın oldukları tespit edilmiştir (20).

Ruhsal travma çocuklukta ve erişkinlikte aynı etki yapmaz. Çocukta dissosiyasyona yatkınlık daha fazladır ve yaşla azalmaktadır. Bu sebeple çocukluk çağı travmaları erişkinlikteki dissosiyatif bozuklukların asıl nedenini oluşturur. Dissosiyatif mekanizma başlangıçta çocuk tarafından normal olarak travmatik yaşantının üstesinden gelme çabası olarak kullanılmaktadır. Fakat bu mekanizma zamanla uyumsuz olmamakta ve patolojik bir hale dönüşmektedir. Ruhsal travma durumu esnasında başka türlü kaçma ve kurtulma olanağı olmayan çocuk; "bu olanlar bana değil, başkasına yapılıyor", "bunları yaşayan ben değilim" şeklinde düşünerek ruhsal dengesini korur. Fakat travmatik yaşantı ağır, yineleyici ve özellikle çocuğun aile bireylerinden (bağlanma ve sevgisine gereksinim duyduğu kişiler) kaynaklanıyorsa bu savunma mekanizması zamanla yerleşmektedir (21).

Gastroenteroloji hastalarının ve çocuklukta kötüye kullanımı olan kişilerin dissosiyasyon semptomları gösterme olasılığı fazladır (22). Dissosiyasyon ayrıca açıklanamayan fiziksel semptomları bildirme eğilimiyle de ilişkili olduğu bulunmuştur (23). Bu sebeple dissosiyasyon, istismar ve İBS gibi

açıklanamayan belirtilerle karakterize hastalıklar arasında bir bağlantı olabilir.

Nijenhuis dissosiyasyonu, somatoform ve psikoform olmak üzere ikiye ayırır. Somatoform dissosiyasyon, bedensel semptomları, psikoform dissosiyasyon ise bilinç, kimlik ve bellek ayrışmasını vurgulamaktadır (24).

Psikoform dissosiyasyonun yanında somatoform dissosiyasyonun da ÇÇT ile ilişkisi çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir (25). Ülkemizde Dissosiyatif Bozukluk hastaları arasında yapılan bir çalışmada çocukluk çağı fiziksel ve cinsel kötüye kullanım oranlarının oldukça yüksek olduğu bildirilmiştir (26). Yüksek cinsel kötüye kullanım oranları non-epileptik nöbetlerde, somatizasyon bozukluklarında ve konversiyon bozukluğu hastalarında çoğunlukla saptanmıştır (27).

Olumsuz bazı çocukluk çağı yaşantıları somatik belirtilerin ortaya çıkmasına sebep olabilmektedir. (28). Fiziksel ve cinsel kötüye kullanım da kişide stresli durumlara somatik yanıt verme yatkınlığı yaratabilir ve somatizasyon aynı zamanda çevresel strese cevap olarak adaptif olmayan iletişim biçimi şeklinde karşımıza çıkabilir. Ayrıca çocukların emosyonel gereksinimlerinin ebeveynleri tarafından karşılanmayıp fiziksel yakınmalarına seçici bir dikkat verilmesi de çocuklarda hastalık davranışını pekiştirebilir (29).

Bedenselleştirmeyi açıklamak için Barsky ve ark. bedensel duyuları abartma (somatosensory amplification) görüşünü ortaya atmıştır (30). Bu hipoteze göre bedenselleştiren bireyler, normal bedensel duyularını yoğun, zararlı ve rahatsız edici biçimde algılama eğilimi göstermektedirler (31). Bu durumun bedenselleştirme süreciyle ilişkili olduğu düşünülmüştür (32).

Peter Salmon ve arkadaşları (2003) İBS ile istismar, dissosiyasyon ve somatizasyonun rolünün test etmek için İBS hastalarını organik gastrointestinal hastalığı olanlar ile karşılaştırmışlar. İBS'li hastalar çocuklukta ve yetişkinlikte daha fazla cinsel istismara, çocuklukta daha fazla fiziksel istismara ve yetişkinlikte daha fazla psikolojik istismara maruz kaldığını tespit etmişlerdir. İBS'li hastalar daha anksiyete, somatizasyon ve dissosiyasyon semptomları göstermişlerdir. Analizler sırayla istismar, dissosiyasyon, somatizasyon ve İBS'yi birbirine bağlayan nedensel bir zincir olduğunu göstermiştir. Sonuçlar, çocuklukta istismarın İBS ile bağlantılı

olduğu bir model ile tutarlıdır; çünkü dissosiyasyon eğilimine neden olur ve dissosiyasyon fiziksel belirtilerde genel bir artışa neden olur (33).

Hastalar ve hekimler İBS ve psikiyatrik belirtileri arasındaki ilişkiyi yeteri kadar bilmediği için hem hastalığın şiddeti ve kronikleşmesi hem de uygun tedavi almalarını geciktirmekte ve güçleştirmektedir. Dolayısıyla hastalar üzerinde gereksiz yere invaziv girişimler ve araştırmalar çok fazla yapılmaktadır. (34)

Bu çalışmada; İBS hastalarında çocukluk çağı travmatik yaşatılarını kontrol grupları ile karşılaştırdık. Bu çalışmanın amacı İBS ile ÇÇT'lerinin ilişkisini ortaya koymak ve alltta yatan ilişkili bazı psikolojik mekanizmaları (somatoform dissosiyasyon ve bedensel belirtileri abartma) incelemektir. İBS hastalarında psikolojik mekanizmaların anlaşılması yapılacak psikolojik müdahaleler için yol gösterici olabilir.

GENEL BİLGİLER

2.1. İRRİTABL BARSAK SENDROMU (İBS)

2.1.1. Tanımı ve Epidemiyolojisi

İrritabl Barsak Sendromu (İBS), kanıtlanabilir fiziksel nedeni olmayan kronik gastrointestinal semptomlarla karakterizedir. Belirtiler karın ağrısı, dönem dönem değişen ishal - kabızlık, mide bulantısı, kusma, hazımsızlık, disfaji ve kilo kaybıdır (1). İBS'nin diğer sık kullanılan isimleri Spastik Barsak Hastalığı, Spastik Kolit, Splenik Flexura Hastalığı, Fonksiyonel Barsak Hastalığı'dır (35).En sık görülen gastrointestinal durumdur. İBS prevalansı ülkeler arasında farklılık göstermektedir (2).Türkiye'de İBS prevalansı % 6,2 ile % 19,1 arasında değişmektedir (4). Avrupa'da İBS'nin genel prevalansı % 11,5 olarak bulunmuştur (2,36). Kullanılan tanı ölçütlerine bağlı olarak (Manning, Roma I, Roma II, Roma III, roma IV) kısmen oranlarda farklılık gösterebilir, İBS'nin dünyadaki prevalansının yaklaşık % 11 olduğu tahmin edilmektedir. Başka bir çalışmada İBS prevalansı genel popülasyonda % 4 ile % 22 arasında değişmekte olduğu saptanmıştır (37). Hindistan da bu oran yaklaşık % 30'dur ve oldukça yaygın bir gastrointestinal (GI) durum olduğu gösterilmiştir (38). Yakın zamandaki bir meta-analiz Güney Asya'da en düşük oranın (% 7) ve Güney Amerika'da en yüksek (% 21) olduğunu göstermektedir. İBS kadınlarda erkeklere göre daha fazla bildirilmiştir, kadın-erkek oranı 2: 1'dir ve 20-40 yaşları arasında daha sık görülür (39). Birinci basamak hekimlere başvuran hastaların %12'si, gastroenterologlara başvuranların ise %28-36'sı İBS tanısı almış hastalardan oluşmaktadır (40).

İrritabl Barsak Sendromu'nda kanıtlanabilir fiziksel/organik patoloji olmadığından, fonksiyonel veya psikosomatik bir bozukluk olabileceği öne sürülmüştür (1).

2.1.2. Klinik Belirtiler

İrritabl barsak sendromunda en sık karşılaşılan semptomlar karın ağrısı veya karında rahatsızlık hissi, ishal, kabızlık ve şişkinliktir. Semptomlar genel olarak aralıklarla ortaya çıkmaktadır ve ara dönemler günlerce haftalarca semptom vermeden geçebilmektedir (41). Hastalar en çok karın ağrısından şikâyet etmektedir, bunu sırasıyla acil dışkılama hissi, şişkinlik ve dışkılama sayısı takip etmektedir. İBS hastalarında karın ağrısı, genellikle değişken şiddette ve kramp tarzında, alt kadranda fakat tam lokalize edilemeyen ve gece uykudan uyandırmayan özelliğindedir. Stres ve yemek yedikten sonra ağrı artışı olduğu belirtilmektedir. Dışkılama ile ağrı azalma görülür. İştahsızlık ve kilo kaybı eşlik etmez ve karın ağrısı ilerleyici bir karakterde değildir (42).

İshal genellikle küçük ve orta hacimli, sık ve gevşek dışkı olarak tanımlanır. Bağırsak hareketleri genellikle uykudan uyanma saatlerinde ve/veya yemeklerden sonra aktifleşir. Bağırsak hareketlerinin çoğu, abdominal kramp tarzında ağrı, acil dışkılama hissi ve tenesmus hissi ile birlikte görülür. İBS'li hastaların yaklaşık yarısında mukuslu dışkı şikâyeti vardır (43). Kabızlık dönemlerinde ise dışkı serttir ve topak (keçi pisliği) şeklindedir. Rektum boşken bile hastalar tenesmus yaşadıklarını belirtebilirler. Büyük miktarda ishal, dışkıda kan, gece uykudan uyandıran ishal ve yağlı dışkılama İBS ile ilişkili değildir (44).

2.1.3. Tanı ve Sınıflandırma

Kronik karın ağrısı ve bağırsak alışkanlıklarında değişkenliği olan hastalarda (konstipasyon ve / veya diyare) İBS tanısından şüphelenilmelidir. İBS'nin klinik tanısı konulurken, altta yatan organik hastalığı ekarte etmeyi ve tanı kriterlerini karşılamayı gerektirir (45). Biyolojik bir belirteci olmadığından İBS tanısını standartlaştırmak için çeşitli kriterler kullanılmıştır. En çok kullanılan Roma IV kriterleridir (44).

İBS için Roma IV kriterleri: En az 6 ay önce başlamış ve son üç ay içinde, haftada en az bir gün tekrarlayan karın ağrısıyla beraber aşağıdaki üç kriterden ikisinin olması İBS tanı kriteri olarak kabul edilir (46):

- 1) Defekasyonla ilişkili (hafiflemesi) olması
- 2) Defekasyon sıklığının değişmesiyle beraber olması
- 3) Gaitanın görünümünde değişikle beraber olması

İBS alt tipleri:

İBS alt tipleri, anormal bağırsak hareketlerinin olduğu günlerde hastanın belirttiği baskın bağırsak alışkanlığına göre belirlenir. Dışkı kıvamını kayıt altında tutmak için Bristol Dışkı Form ölçeği kullanılmalıdır. Kullanılan ilaçlar semptomla göre değişiklik gösterir. İBS alt tipleri kliniğe göre belirlenir (44).

Konstipasyon baskın İBS - Hasta gaitasının %25'inin veya daha fazlasının sert ve top şeklinde olduğunu bildirir (44).

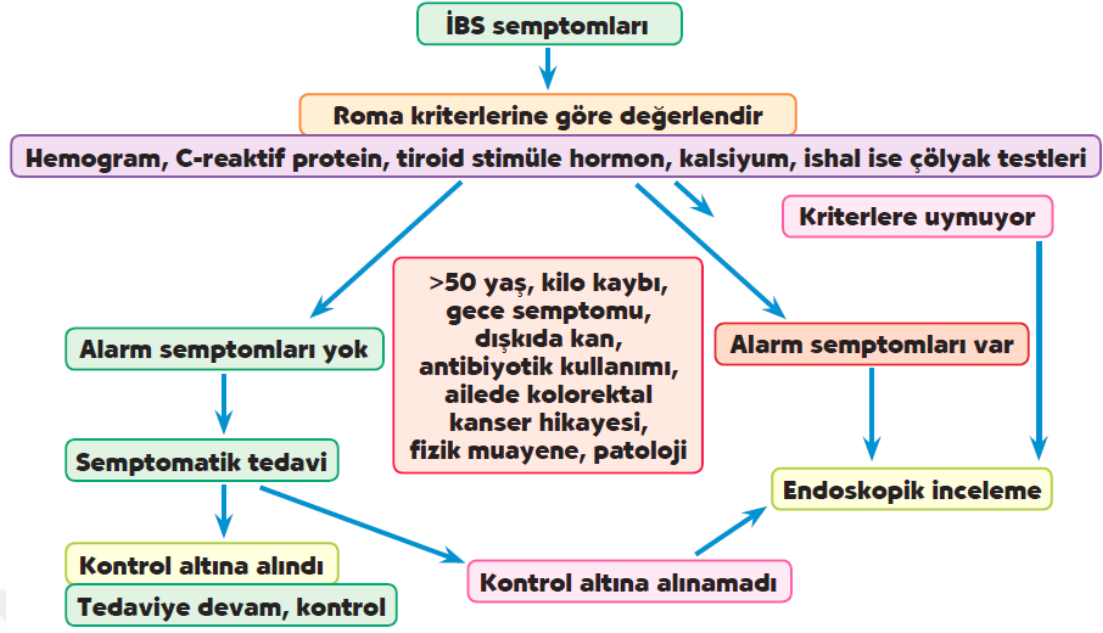
Diyare baskın İBS - Hasta gaitasının %25'inin veya daha fazlasının gevşek, yumuşak lapa gibi cıvık olduğunu bildirir (44).

Miks tip İBS - Hasta anormal bağırsak hareketlerinin genellikle hem kabızlık hem de ishal olduğunu bildirir. Anormal bağırsak hareketlerinin dörtte birinden fazlası kabızlık ve dörtte birinden fazlası diyare olmalıdır (44).

Sınıflandırılmayan İBS - İBS için tanı ölçütlerini karşılayan ancak diğer üç alt tipten birine doğru şekilde kategorize edilemeyen hastalardır (44).

2.1.4. Ayırıcı Tanı

İBS dışlama tanısıdır. İshal baskın İBS'de, kronik ishalin diğer önemli nedenleri (çölyak hastalığı, mikroskobik kolit, ince bağırsak bakteriyel aşırı çoğalma ve inflamatuvar bağırsak hastalığı) ekarte edilmelidir. Kabızlık baskın İBS ise organik hastalığa, dissinerjik defekasyona veya yavaş kolonik geçişe sekonder olabilir. İBS düşünülen hastalarda bu alternatif tanıların çoğu ek tanısal testler yapmayı gerektirir fakat sadece alarm özellikleri olan hastalarda yapılmalıdır. Kronik ishal ve kabızlığın diğer nedenleri ayrı ayrı irdelenmelidir (44).



Şekil 2.1: İBS semptomları olan hastaya yaklaşım algoritması (47)

2.1.5. İBS Tedavisi

İBS'nin kesin bir tedavisi yoktur. İBS tanısı yeni konulan kişiye öncelikle hastalığın doğası, seyri ve psikososyal faktörlerle olan ilişkisi hakkında psikoeğitim erilmelidir. Tedavi planı; belirtilerin tipi ve şiddeti, İBS belirtilerinin artıran ve azaltan faktörlerle korelasyonuna, işlevsel bozukluğun derecesine ve psikososyal faktörlerin var olup olmamasına göre farklılık gösterir. Genel olarak hafif belirtiler primer olarak visceral hipersensitivite ile ilişkili olduğu düşünülüp belirti düzeyinde direkt barsağa etki eden farmakolojik ajanlarla tedavi edilmektedir. Şiddetli belirtileri olan olgularda ise psikososyal faktörlerin rolü olduğu düşünülüp sıklıkla psikoterapi ve psikotrop tedavi önerilmektedir (47).

- Diyet: Gaz yapıcı, alkollü, kafeinli, yağlı, laktozlu veya çok lifli yiyecekler bir grup olguda belirtileri alevlendirebilir. Kabızlığın giderilmesinde kepek kullanılabilir fakat ağrı üzerine etkisi yoktur. Ayrıca bazı olgularda aşırı şişkinlik ve gerginliğe yol açabilir. Bu nedenle düşük dozda başlanmalı ve yavaş yavaş artırılması gerekmektedir (25 g/gün) (47).
- Farmakolojik Tedaviler: Her hastanın baskın belirtilerine göre ilaç tedavisi planlanmalıdır. Belirtisiz dönemlerde mümkün ise ilaç kullanılmaması (antidepresanlar hariç) önerilmektedir (47).

- 2017 NICE Guideline tedavi önerilerine bakıldığında semptomatik tedaviye yanıt alınmaz ise düşük dozlarda trisiklik antidepresanlar (örn.amitriptilin 5-10 mg/g) başlanıp, 30 mg/g'e kadar doz artışı uygulanabileceği, TCA ile yan etkiye bağlı uyumsuzluk yaşanırsa düşük dozlarda SSRI'lara geçilebileceği, takip eden 1, 6 ve 12.aylarda kontrollerin yeterli olduğu, 1 yıl süre ile farmakolojik tedaviye yanıt vermeyen hastalarda (dirençli İBS) psikolojik müdahaleler (BDT, hipnoterapi veya psikolojik terapi) önerilmektedir (50).
- Psikolojik ve davranışsal tedaviler, İBS'li hastaların ağrı ve rahatsızlıklarını azaltarak eşlik eden diğer farmakolojik tedaviyi de desteklemektedir. Çeşitli psikolojik müdahaleler, bilişsel davranışçı terapi (BDT), hipnoterapi ve dinamik psikoterapi İBS semptomlarının iyileştirilmesinde etkili olduğu ispatlanmıştır. Psikoterapilerden bu konuda en çok BDT çalışılmıştır. İBS semptomlarında genel iyileşme ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Klinik pratikte, terapistlerin, Gİ sorunlarına psikoterapi uygulamak konusunda bilgili olup olmaları, tedavinin uygulanmasındaki yüksek maliyetler ve haftalık ziyaretler klinikte yaygın kullanımını sınırlayabilmektedir (51).

Benzodiyazepinlerin kullanımı uzun süreli İBS tedavisinde sık kullanılmalarına karşın önerilmemektedir. Sebepleri ise; bağımlılık gelişmesi, çekilme belirtileri, etkinliğinin sınırlı olması ve sedasyon yan etkisi gibi nedenlerdir (52).

2.1.6. Patofizyoloji

İBS patofizyolojisi halen tam olarak aydınlatılabilmemiş değildir. Fakat gastrointestinal motilite değişiklikleri, visseral aşırı duyarlılık, fekal flora değişiklikleri, bakteriyel aşırı çoğalma, gıda duyarlılığı, psikososyal disfonksiyon ve genetik yatkınlık gibi faktörler araştırılmaya devam edilmektedir (54).

Fekal Mikrobiyata Değişimleri

İshal baskın İBS'lilerde bazı probiyotik preparatların kullanılması ile şikayetlerde azalma olduğu gösterilmiştir. Fakat çalışmalardan elde edilen sonuçlar çelişkilidir ve probiyotik preparatlarının ve yoğurt benzeri probiyotik miktarı fazla olan besinlerin tüketilmesi ile elde edilen sonuçların arasında ki mekanizma tam anlaşılammıştır (55). Bağırsak mikrobiyatası,

Fonksiyonel Gastrointestinal Bozuklukların, depresyon ve anksiyete gibi psikiyatrik bozuklukların potansiyel olarak destekleyici bir patofizyolojisinde rol aldığı kabul edilmektedir (56).

Yapılan bir çalışmada, fekal mikrobiyota özelliklerinin depresyon hastaları ile diyare baskın İBS hastaları arasında benzer olduğu ve sağlıklı kontrollerden alınan örneklerle karşılaştırıldığında daha az çeşitlilik gösterdiği gösterilmiştir (57).

Mekanizmaları açıklayan bir hipotez, mikrobiyota disbiyozis ile indüklenen mukozal immunobariyer disfonksiyonunun, İBS de dahil olmak üzere Fonksiyonel Gastrointestinal Hastalıklar (FGİH) ve depresyonun ortak patogeneze katkıda bulunan erken bir adım olabilen artan bağırsak geçirgenliğine yol açmasıdır (58).

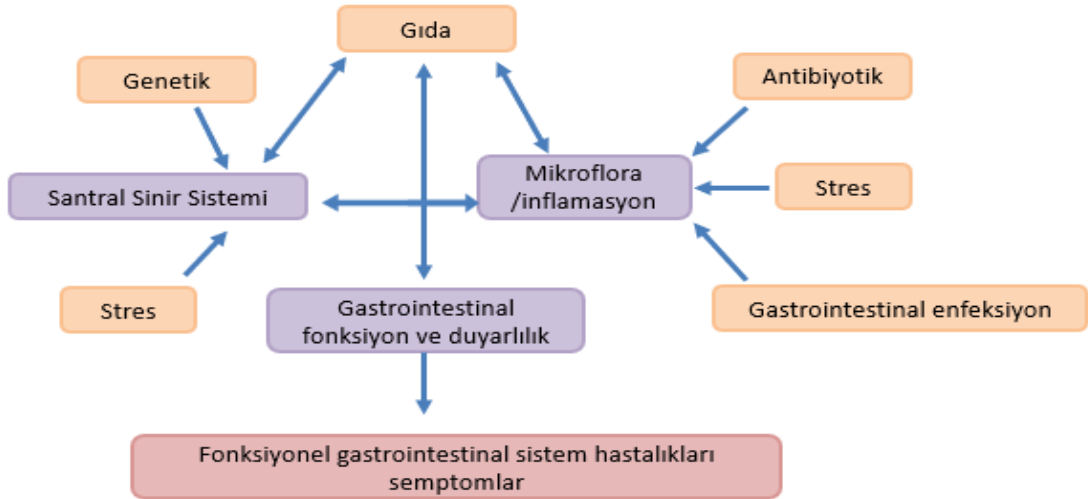
Kurokawa, Shunya ve arkadaşları 2018 yılında yaptığı bir çalışmada FMT'nin gastrointestinal(Gİ) semptomları ile depresyon, anksiyete ve uykusuzluk gibi psikiyatrik belirtiler için etkili olabileceğini göstermiştir. Sonuçlar ayrıca Gİ semptomlarında iyileşme olmayan hasta alt grubunun psikiyatrik semptomlar için hala klinik bir yanıt gösterebileceğini göstermiştir. Öncelikle FMT sonrası İBS, Fonksiyonel Diare (FD) ve Fonksiyonel kabızlık (FC) hastalarında depresif duygudurum ve uykusuzlukta iyileşme gözlemlenmiştir (56).

2.1.7. Beyin - Barsak İlişkisi

Beyin ve barsak entegre çalışır ve büyük ölçüde otonom sinir sistemi (OSS) ve hipotalamik - hipofiz - adrenal (HHA) eksenini üzerinden çift yönlü bir iletişim-etkileşim halindedir. Merkezi Sinir Sisteminde (MSS) organizmanın hem iç hem dış dengelerinden sorumlu barsak kontrol odağı temel olarak limbik sistem içindedir. Limbik sistem emasyon için merkezi bir rol oynar, hayatta kalma, tehditten kaçınma, sosyal etkileşim ve öğrenmeyi kolaylaştıran sözel olmayan bir sistemdir. Duygu ve duygu ile ilişkili fizyolojik değişiklikler limbik sistemin eseridir ve nöroanatomik perspektiften bakılırsa "zihin/beden etkileşimi" büyük ölçüde bu bölgede ortaya çıkıyor olduğu söylenebilir. Gerçekten de limbik sistem, viseral ağrı ve viseral algılamanın "yukarıdan aşağıya" modülasyonu içinde yer almaktadır. Bu çift yönlü iletişim/etkileşim de çeşitli bilişsel/psikolojik faktörler, viseral algılama ve motor anormallikler içerebilmektedir (59).

Merkezi Sinir Sistemi ve myenterik pleksus ile visseral kaslara ve diğer uç organlara kadar uzanan duyusal, motor, endokrin, otonomik, immün ve inflamatuvar fonksiyonu etkileyen direk bağlantılar vardır (60). Korku, öfke, endişe, ağrılı uyarın ve fiziksel stres gibi uyarınlar gastrik boşalmayı ve barsak geçişini etkileyerek geciktirebilir. Kolonik motor fonksiyon uyarılması ile kolonik geçiş süresi kısalabilir ve kontraktıl aktivite artarak dışkılama indüksiyonu ve diyare semptomları ortaya çıkabilir. Psikolojik stres barsak ağrı eşğini, mukozal sekretuar ve bariyer fonksiyonlarını bozabilir. Aksine çıkan viseral yolakların güçlü etkisiyle artmış motilite, viseral inflamasyon ve hasarlanma beyin alanlarını etkileyebilir ve anksiyete ve depresyon dahil olmak üzere değişen zihinsel fonksiyonlarla birlikte artmış ağrı algısı ortaya çıkabilir. Beyin-barsak eksenı olarak adlandırdığımız resiprokal ilişkiler sistemlerin veya biyopsikososyal modelin klinik uygulaması için nöroanatomik ve nörofizyolojik bir yapıdır (61). Psikososyal stres faktörleri, singulat korteks gibi bedensel ağrının işlenmesinde görevli çeşitli beyin ağlarının yeti kaybına yol açmaktadır. Beynin ağrı kontrol sisteminde, kapı kontrol mekanizmasıyla nöral girdiler regüle edilerek ağrının artışı veya engellenmesi için bir filtre görevi görmektedir. Ağrı eşğini yükselten regülasyon mekanizması, fonksiyonel GI ağrısı olan hastalarda görülmemektedir. Limbik sistemin bir parçası olan anterior singulat korteks, İBS, fibromiyalji ve diğer fonksiyonel somatik semptomlarda disfonksiyondır. Bu sistem psikososyal faktörlerden etkilendiğinde ağrı eşğı düşer. Tersine, odaklanmış dikkat, hipnoz, psikolojik tedavi, belirli antidepresanlar, bilişsel veya emosyonel faktörler tarafından ağrı kontrolünde iyileşme sağlanabilir (62).

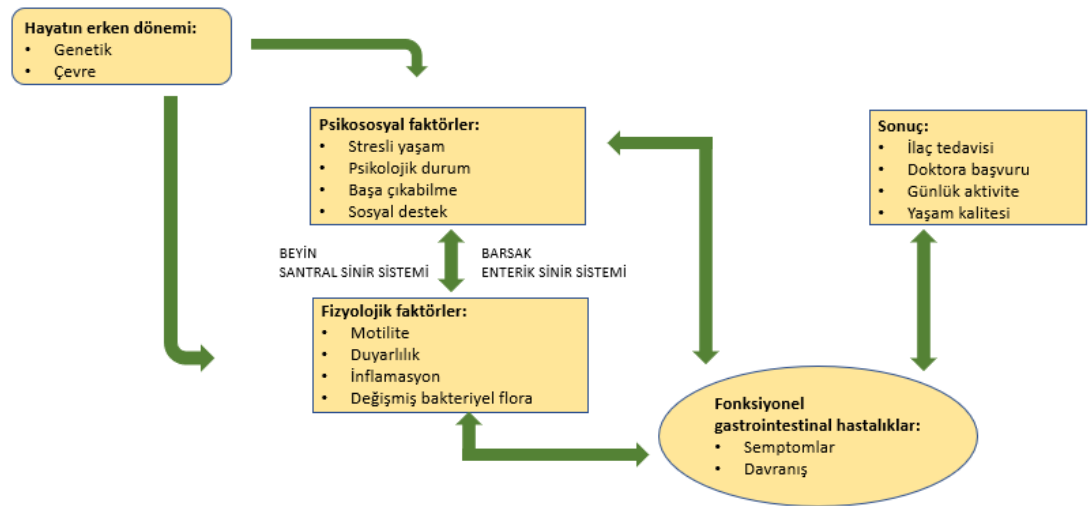
Bu sendromun etiyojisi çok faktörlüdür ve beyin-bağırsak aksının, HPA aksının, değiştirilmiş gastrointestinal motilitenin, visseral hipersensitivitenin, enfeksiyöz faktörlerin, artmış immünolojik reaktivitenin, genetik yatkınlığın ve psikososyal faktörlerin disregülasyonuna bağlanmıştır. Merkezi sinir sistemi ve enterik sinir sistemi arasındaki etkileşim iki yönlüdür: beyin, enterik sinir sisteminin işlevini etkiler ve bağırsak, vagal ve sempatik afferentler aracılığıyla beyni etkiler. Semptomlar temel olarak ya merkezi sinir sisteminde ya da bağırsakta ya da her ikisinin kombinasyonu ile ortaya çıkabilir (64).



Şekil 2.2: İBS Fیزیopatolojisi (47)

2.1.8. Psikososyal faktörler

Günümüzde İBS'nin psikolojik, genetik, psikososyal, kognitif ve çevresel faktörlerin karmaşık etkileşiminin bir sonucu olarak ortaya çıktığını savunan biyopsikososyal model çok daha fazla kabul görmektedir (65). Kalıtsal ve çevresel faktörlerin birlikte rol oynama olasılığı yüksektir (66). Birçok çalışma İBS'li hastalarda anormal gastrointestinal motilite, visceral hipersensitivite, psikolojik disfonksiyon ve duygusal stres olduğunu bildirmiştir (67).



Şekil 2.3: Biyopsikososyal model (68)

Şekil 2.3'de Fonksiyonel gastrointestinal (Gİ) semptomlar, klinik sonuçlar, psikososyal ve fizyolojik faktörler arasındaki ilişkiyi göstermektedir. Ayrıca, beyin-bağırsak aksının karşılıklı etkileşimi hastalığın patogeneğinde yer

almaktadır. Bu nedenle FGİH psikososyal faktörler ile değişen bağırsak fizyolojisi ve beyin-bağırsak etkileşimlerinin sonucu olarak ortaya çıkan klinik bir durum olarak değerlendirilmektedir (59).

2.1.9. İBS ve Psikopatoloji

Psikolojik durumların barsaklar ve mide üzerindeki etkileri uzun yıllardır bilinmektedir. Günlük kullanımda “sıkıntıdan şişmek”, “korkudan altına kaçırmak” şeklinde kullandığımız durumlar, emosyonla Gİ sistemin ne kadar yakından ilişkili olduğunu göstermektedir (69).

Tedavi arayan nüfusta, İBS sıklıkla psikiyatrik hastalıkla ilişkilendirilmiştir ve bu birliktelik, İBS tanısının geçerliliği konusunda tartışmalara neden olmuştur (5). Son zamanlarda, İBS etiopatogenezinde psikolojik rahatsızlık ile ilgili kanıtların artmasıyla, bu psikolojik rahatsızlıkların İBS'yi dışlamadan daha çok İBS'yi tanımlamaya yönelik olduğunu gösteren bazı girişimler olmuştur (6).

Gastrointestinal semptomlar; korku, endişe ve stres ile ilişkili olarak ortaya çıkmış olabilir. Bağırsak motilitesinin duygudurumdaki değişikliklere karşı reaktif olduğu bulunmuştur. Ayrıca, stresin hem motiliteyi hem de viseral aşırı duyarlılığı etkilediği gösterilmiştir (10).

Psikolojik, sosyal ve genetik faktörler, İBS semptomatolojisinin geliştirilmesinde birçok mekanizma ile önemli görünmektedir: HPA aks modülasyonunun değiştirilmesi, viseral uyaranların veya psikolojik zedelenmişliğin daha abartılı algılanması gibi (63).

Stres genellikle İBS'li hastaların semptomlarını kötüleştirir. HPA aksı strese davranışsal, nöroendokrin ve otonomik yanıtları düzenleyen mekanizmaların başta gelen önemli bir bileşenidir. HPA aksı ve sempatik sinir sistemi (SNS), bu merkezi stres yanıt sisteminin iki ana dalıdır. İBS patofizyolojisinde bu yolun hiperaktivasyonu rol oynayabilir. Örneğin, İBS hastalarında beyin bağırsak sisteminin hiperreaktif bir yanıtı olarak kortikotropin salgılatıcı hormona (CRH), adrenokortikotropin hormonu (ACTH), kortizol ve katekolamin düzeylerindeki değişiklikler bildirilmiştir (12). Gerçekten de, İBS hastalarında CRH'nin periferik uygulaması ile kolon fonksiyonu ve visseral algı iyileşme görülmüştür (13). Ek olarak, daha önce yapılan çalışmalar İBS'nin anlamlı olarak daha düşük vagal tonus ve artmış sempatik aktivite ile ilişkili olduğunu göstermiştir (14). Bu nedenle beyin-

bağırsak aksı, HPA aksı ve inflamatuvar yanıt gibi farklı faktörler arasındaki etkileşimin İBS semptomlarını şiddetlendirdiği ve bu nedenle İBS etyolojisinde önemli bir rol oynayabileceği öne sürülmüştür (15).

İBS'de rektal distansiyonun anksiyete, uyumsuz baş etme, stresli yaşam olayları ve kötüye kullanım öyküsü ile ilişkili olan anterior singulat korteks aktivasyonuna neden olduğunu göstermiştir. İBS tanısı ve kötüye kullanım öyküsü, anterior singulat korteksin daha da fazla aktivasyonuna neden olan sinerjik etkilere sahip gibi görünmektedir. Bu veriler psikolojik stres, İBS ve artan ağrı arasındaki bağlantılara dair klinik gözlemleri desteklemektedir (70).

Son zamanlardaki çalışmalar Panik Bozukluk (PB) ve İBS arasındaki ilişkinin niteliğini açıklığa kavuşturmaya çalışmıştır. Bu çalışmalardan bir açıklayıcı model, MSS ve enterik sinir sistemi (ESS) arasındaki fonksiyonel ilişkidir. Son zamanlardaki araştırmaların sonuçlarının çoğu, hipotalamik-hipofiz-adrenal aksın disregülasyonunun (normal inhibitör geri beslemenin bozulması), strese karşı hassasiyete yol açabilecek ortak bir yolu temsil edebileceğini düşündürmektedir (71). İBS ve anksiyete bozukluğu olan hastalarda anormal olarak yükselmiş bazal kortizol düzeyleri ve değişmiş immün fonksiyon yanıtı (artmış sitokin düzeyleri) göstermiştir (72).

Bir nörotransmitter olarak 5 - HT (5 -Hidroksi Triptamin)'nin barsaktaki rolü MSS deki rolü gibi önemlidir. 5 - HT çeşitli işlev ve bozukluklarda (duygudurum, iştah, uyku, hafıza ve öğrenme, homeostasis ve cinsel davranışlar) karşımıza çıkmaktadır. 5 - HT'nin değişik düzeylerde, yaygın anksiyete bozukluğu (YAB), obsesif - kompulsif bozukluk (OKB), fobiler, major depresif bozukluk (MDB) hatta şizofreni gibi pek çok MSS rahatsızlıklarında rolü olduğu düşünülmektedir. Bu ekstraintestinal belirtilerin çoğu yaygın olarak, İBS hastalarında bildirilmiştir. Değişmiş otonomik düzenleme ve ekstraintestinal belirtiler daha genel bir MSS bozukluğunu düşündürmektedir. İBS hastalarında değişmiş REM uykusu, MSS'nin 5 - HT ile ilgili disfonksiyonu için yeni bir kanıt sunabilir (73). Ayrıca MSS'de serotonerjik iletimi hedefleyen tedaviler (antidepresanlar ve anksiyolitikler) İBS semptomlarının tedavisinde etkili olduğu gösterilmiştir (74).

Bu bulgular, 5 - HT iletim değişikliklerinin beyin - barsak etkileşimlerinde merkezi bir role sahip olduğunu ve İBS gelişmesi veya belirtilerinin algılanmasında bir rol oynayabileceğini göstermektedir. Ancak, "5 - HT hipotezi" nin tek başına etkili olduğu düşünülmemelidir. Adrenerjik, serotonerjik ve dopaminerjik sistemlerin dengesi gereklidir. Otonomik işlev bozukluğu, İBS'li hastalarda gösterilmiştir (75) bu nedenle, İBS'de ortaya çıkan intestinal ve ekstraintestinal belirtilerin patofizyolojik mekanizmalarından birini açıklıyor olabilir (76).

BDNF, nöral plastisiteyi destekler ve stres yanıtı ve duygudurum bozuklukları patofizyolojisinin modülasyonunda önemli bir rol oynar. Birçok çalışma İBS ile ilişkili genetik polimorfizmlere odaklanmıştır. Yu ve arkadaşları, bağırsak biyopsilerinde sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında artmış BDNF ekspresyonunun İBS ile ilişkili olduğunu göstermiştir (77).

E. Österberg ve arkadaşları 2009 yılında yaptıkları bir araştırmada İBS'li hasta grubunun, kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha yüksek ortalama GSA (genel sağlık anketi) skoru aldığını saptamışlardır (34). Bu bulgu, İBS'nin ruhsal sağlık ile ilişkili olduğu fikrini desteklemektedir. Fakat bu ilişkinin; bağırsak semptomlarının olması, ruh sağlığı bozulduğuna mı yol açtığı yoksa ruh sağlığı bozukluğunun bağırsak semptomlarına mı yol açtığı ikilemi hala mevcuttur. Bu durumu yumurta mı tavuktan, yoksa tavuk mu yumurtadan çıkar deyimi ile de anlatabiliriz.

Psikiyatrik bozukluklar ve İBS'nin iki yönlü komorbiditeleri vardır. Anksiyete ve duygudurum bozuklukları olan hastalarda İBS semptomatolojisinin sıklığı ve şiddeti iyi belgelenmiştir. İBS semptomlarının gidişatı duygusal faktörler ve psikososyal stresörlerden etkileniyor gibi görünmektedir (78). Bu faktörler, İBS semptomlarının yatkınlığına, şiddetinin artmasına ve kroniklemesine katkıda bulunabilir ve aynı zamanda klinik sonuçları da etkiler (79). Psikiyatrik müdahaleler (farmakolojik veya psikoterapi) İBS hastasının işleyişinin iyileştirilmesinde etkinliği kanıtlamıştır (63).

İBS'li kadınlarda yapılan bir çalışmada ise proinflamatuvar sitokinlerin artışına bağlı olarak kynurenine yolu boyunca anormal artmış triptofan yıkımı saptanmıştır. Triptofanın hızlı yıkımı triptofan ve serotonin tüketir ve toksik metabolitler üretir. Bu mekanizmalar İBS ile depresyon ve

anksiyete bozuklukları arasındaki yüksek komorbidite için olası bir biyolojik temeli temsil edebilir (80).

Bağırsak mikrobiyatası, Fonksiyonel Gastrointestinal Bozuklukların, depresyon ve anksiyete gibi psikiyatrik bozuklukların potansiyel olarak destekleyici bir patofizyolojisinde rol aldığı kabul edilmektedir (56). Kurokawa, Shunya ve arkadaşları 2018 yılında yaptığı çalışmada fekal mikrobiyata transplantasyonu (FMT) düzensiz fekal mikrobiyotayı değiştirerek sadece Gİ semptomları değil, aynı zamanda depresyon, anksiyete ve uykuda da iyileşme saptamıştır. Başlangıçtaki mikrobiyal çeşitlilik, depresyon şiddetiyle negatif korelasyona sahip olduğunu ve FMT sonrası depresyon skorlarının düzelmesiyle çeşitlilik arttığını saptamıştır. Yüksek HAM-D skoru olan İBS, FD ve FK hastaları, depresif belirtileri olmayan İBS hastalardan farklı mikrobiyal özelliklere sahip olduğunu ve bu da farklı bir alt grubun olabileceğini saptamışlardır (56).

İBS'nin psikiyatrik komorbiditeleri olan veya olmayan moleküler mekanizmalarını açıklamak, fizyopatolojiyi aydınlatmak ve İBS'de yeni terapötik hedeflerin tanımlanması için çok önemlidir (63).

2.1.10. İBS ve Psikiyatrik Hastalıklar

Birçok çalışma, İBS'li kişiler arasında artmış bir psikiyatrik tanı ve semptom sıklığı bildirmektedir (81).

Da Costa'nın 1871'de İBS ve psikiyatrik hastalıklar arasında bir ilişki bulunduğu ve İBS hastalarında % 38 ile % 100 oranında psikiyatrik bozukluk tanısı da konulduğunu gösteren makalesi mevcuttur (7).Başka bir çalışmada İBS hastalarında psikiyatrik tanılar % 72'den (8) % 100'e kadar değişmiştir (9).Bir diğer büyük bir çalışmada İBS'li hastalarda psikiyatrik bozukluklar %54-94 oranında gözükmemektedir (10). Psikiyatrik komorbiditelerin sıklığının ortaya koyulması ile İBS tanısının geçerliliği sorgulanmaya başlanmıştır (11).

Woodman, Catherine L;Breen, Kevin;Noyes, Russell, Jr;Moss, Carol ve arkadaşlarının çalışmasında İBS ve psikiyatrik hastalık arasında zamansal ilişki bakımından, 3'de 1'inde önce psikiyatrik hastalık başladığı, 3'de 1'inde önce bir Gİ hastalık başladığı ve 3'de 1'inde ise aynı anda her iki bozukluk başladığını bildirmişlerdir (5).

Psikiyatrik bozukluk ve kronik hastalığın birlikte olması büyük bir yük oluşturur ve komorbid depresyonun sağlık üzerinde olumsuz etkisi, depresyon veya anksiyetenin tek başına olduğundan daha fazladır (82).İBS için tedavi görmek isteyen hastaların % 70-90'ında anksiyete, depresyon, fobiler ve somatizasyon bozukluğu gibi psikiyatrik komorbiditeleri vardır (83) benzer şekilde anksiyete bozukluğu olan kişilerde de İBS daha sık görülmektedir (84).

Sertbas, Belli ve arkadaşlarının 2012 yılında yaptığı araştırmada İBS'li hastalarda SCL-90-R testinde kontrol grubuna göre neredeyse tüm psikiyatrik bozukluklarda daha fazla puan almıştır. Ayrıca Beck Anksiyete Envanteri ve Beck Depresyon Envanteri ile hasta grupta depresyon ve anksiyete düzeyleri (%56 ve %64) kontrol grubundan (%8 ve %10) anlamlı derecede yüksek saptanmıştır. SCID 1 ve SCID 2 ile yapılan yarı yapılandırılmış klinik görüşme ölçeğinde İBS'li hastaların %34'ünde bir ya da daha fazla psikiyatrik bozukluk saptanmış iken kontrol grubunda bu oran %6 olarak saptanmıştır. Anksiyete ve somatoform bozukluklar, diğer çalışmalardan beklendiği gibi kontrol grubuna göre istatistiksel olarak daha yüksekti. İBS'li grupta kontrol grubuna göre obsesif kompulsif kişilik bozukluğu, narsist kişilik bozukluğu ve kaçınan kişilik bozukluğu daha çok saptanmış fakat bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (85)

Walker, Roy-Byrne ve arkadaşları İrritabl Barsak Sendrom'lu 20 hasta ve İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı olan 19 hasta üzerinde çalışmışlardır. İrritabl barsak hastalarında Majör Depresyon, Somatizasyon Bozukluğu, Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Panik Bozukluk ve Fobik Bozukluk oranları daha yüksek bulunmuştur (86).

Esler ve Goulston, İBS hastalarını ülseratif kolit (ÜK) hastalarıyla ve normal hasta kontrolleriyle karşılaştırdı; çoğunlukla ishali olan İBS hastalarının, hasta kontrollerinden çok daha endişeli ve nevroitik olduğunu bulmuşlar ancak başka hiçbir tutarlı farklılık bulamamışlardır (87). Fava ve Pavan (1976/77) İBS, ÜK ve apandisit kontrollerini karşılaştırmış ve İBS olgularında (ağırlıklı olarak depresyon ve histeri) % 70 oranında psikopatoloji prevalansı bildirmiştir. Bu oran ÜK örneğinde % 25, apandisit kontrollerinde % 15 bulunmuştur (88).

Gelişmekte olan veriler, İBS ile Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Panik Bozukluğu, Majör Depresif Bozukluk, Bipolar Bozukluk ve Şizofreni gibi psikiyatrik bozukluklar arasındaki etkileşimi ortaya koymakta ve bu da tarama ve tedavi için stratejiler geliştirilirken bu ilişkinin göz ardı edilmemesi gerektiğini düşündürmektedir (63).

Panik bozukluğu (PB), yaşam boyu prevalansı % 1.5 ile % 3.5 arasında değişen sık görülen bir psikiyatrik bozukluktur. Agorafobi, PB'den etkilenen hastaların % 20,2'sinde mevcuttur (89,90).Literatürde İBS ve PB arasında yüksek komorbidite tespit edilmiştir (91). PB olan hastalarda İBS semptomlarının prevalansı % 25 ile % 44 arasında değişmektedir, bazı semptomlar iki bozukta da karakteristiktir (bulantı, diyare, abdominal rahatsızlık) (92).İBS semptomları korkusu nedeniyle kaçınma davranışının varlığının şiddetli bir agorafobi formuna bağlı olabileceğine dair kanıt vardır. Yakın zamandaki bir çalışmanın sonuçları, İBS varlığının panik bozukluklu hastalarda beklenti anksiyetesi ve agorafobi ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir (72).

Bir çalışmada İBS hastaları arasında İBS ve YAB ilişkisi araştırılmış ve İBS'li bireylerin% 32'sinde YAB semptomları bulunmuştur (93). Bir başka çalışmada, genel popülasyonda İBS'nin prevalans, komorbidite ve risk korelasyonları incelenmiş ve İBS ile YAB arasında güçlü bir ilişki olduğu doğrulanmıştır. İBS ve YAB birlikte bulunan hastalar daha fazla işlev bozukluğuna ve daha fazla depresif semptomlara sahip olduğu saptanmıştır (94).

Bir başka çalışmada İBS'li hastaların % 36'sının yaşam boyu TSSB tanı ölçütlerini karşıladığı bildirilmiştir (95). TSSB tanısı konan kadın savaşılar arasında ya da savaşa girmiş ordu mensuplarında İBS için büyük ölçüde artmış bir risk olduğunu bildirmiştir (96). Bir vaka çalışması TSSB semptomlarının tedavi edilmesinin, İBS semptomlarında da bir iyileşmeye katkıda bulunabileceğini göstermiştir (97).

İBS hastalarında en çok teşhis edilen psikiyatrik bozukluklardan biri depresyondur. Majör depresyonlu hastalarda (başlangıç veya tekrarlayan atak) artmış İBS prevalansı (27-47%) çeşitli çalışmalarla bildirilmiştir (98). Başka bir çalışma Majör Depresif Bozukluk (MDB) tanısı alan hastalarda İBS semptomlarının prevalansını araştırmıştır.Sonuçlar, sağlıklı kişilerle

karşılaştırıldığında depresyonlu hastalarda İBS semptomlarının prevalansının daha yüksek olduğunu gösterilmiş ancak remisyonunda MDB olan hastalarda, gastrointestinal semptomlar sağlıklı kontrollerden farklı saptanmamıştır (99).

Bir toplum temelli çalışmada Bipolar Bozukluk ve İBS arasında bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir (100).

Şizofreni, komorbid bedensel hastalıklar geliştirme riski yüksek olan kronik bir hastalıktır. Somatik komorbiditeler şizofreni hastalarında önemli bir konudur. Çalışmalarda şizofreni hastalarında İBS sıklığı % 17 -19 olarak saptanmıştır (101-102). Bu çalışmaların ana bulgularından biri şizofreni hastalarının, özellikle istenmedikçe nadiren İBS semptomlarından şikayet ettikleri idi. Şizofreni hastalarında komorbid bozukluklar ortaya çıktığında yeterli sağlık hizmetinin sağlanmasında önemli engeller olabilir. Bu engeller, hastanın psikotik semptomatolojisi, damgalanma ve finansal problemlerin sonucu olabilir (63).

Alkol bağımlılığı ve İBS komorbiditesini araştıran çalışmalarda aralarında anlamlı ilişki olmadığı saptanmıştır (103).

2.2. İNFLAMATUAR BAĞIRSAK HASTALIĞI (İBH)

İnflamatuvar Barsak Hastalıkları kronik, immün aracılı, tekrarlayan ve patogenezi tam olarak bilinmeyen gastrointestinal kanalın idiyopatik inflamasyonu ile karakterize olan hastalıklardır. Bunlar Ülseratif Kolit (ÜK) ve Crohn Hastalığı (CH)'dir. Bu hastalıkların başlıca ortak özellikleri genetik yatkınlık, remisyon ve alevlenme dönemleri ile seyretmesi, ekstraintestinal belirtilerin olması ve uzun dönemde malignite gelişme riskinin olmasıdır (105). Başlıca farklılıkları ise hastalıkların tutulum yeri, histolojik özellikleri ve immünolojik cevaplardaki temel farklılıklardır (105).

ÜK rektumdan itibaren proksimale doğru değişik uzunluklarda ama arada sağlam kısım bırakmaksızın kolon mukozasını tutan, remisyon ve alevlenmelerle seyreden bir kronik inflamatuvar barsak hastalığıdır. CH ise ağızdan anüse kadar tüm sindirim kanalını segmenter tarzda ve transmural olarak tutar; remisyon ve alevlenmelerle seyreden kronik inflamatuvar barsak hastalığıdır (106).

2.2.1. Epidemiyoloji

İBH en sık başlama yaşı 15-35 yaş arasındır. Crohn hastalığı (CH) ve ülseratif kolitin (ÜK) coğrafi bölgelere bağlı olarak insidans ve prevalansı büyük oranda değişiklik göstermektedir. Her iki hastalığa da batı toplumlarında ve sanayisi gelişmiş toplumlarda daha sık görülmektedir. En yüksek insidans ve prevelans değerleri İskandinavya, İngiltere ve ABD'dir. Kuzey Amerika'da insidans oranları ÜK için 100.000'de 2.2 ile 14.3 arasında, CH için 3.1 ile 14.6 arasında değişmektedir (107). Prevelans oranları ÜK için 100.000'de 37'den 246'ya, CH için 26'dan 201'e gibi geniş bir aralıkta değişmektedir (108).

Ülkemizde Tözün ve arkadaşları (2004-2007) toplam 12 merkezin katılımı ve 3954 İBH hastasının dahil edilmesiyle yapmış oldukları epidemiyolojik çalışmada ÜK prevalansı 25.5/100.000, CH prevalansı 7.7/100.000 bulmuştur. İnsidans değerlendirildiğinde ise ÜK için 2.6/100.000, CH için 1.4/100.000 olarak hesaplanmıştır (109).

2.2.2. Etiyoloji ve Patogenez

Günümüzde ÜK ve CH etiyolojisi net değildir ve bu konuda çok sayıda hipotez mevcuttur. Patogenezde ise genetik, immünolojik, çevresel, enfeksiyöz ve psikolojik faktörlerin birlikte rol oynadığı düşünülmektedir (110). Genel olarak kabul edilen mekanizma; mukozal bariyer fonksiyon bozukluğu ve/veya immunoregülasyon defekti olan hastalığa yatkın kişilerde kommensal ve/veya parazitik enterik bakteriler, mantar ve virüslerin yaptığı sürekli antijenik uyarıya karşı hastalık geliştiğidir şeklindeki görüştür (111).

İnflamatuvar barsak hastalıkları sosyoekonomik düzeyi yüksek insanlarda, kentlerde yaşayanlarda, masa başında ve kapalı ortamlarda çalışanlarda daha sık görülür (112).

2.2.3. Klinik Özellikler

Hastalığın kliniği, hastalığın tutulum yerine ve hastalık tipine göre değişiklik göstermektedir. Genellikle CH'nın %45'inde ileokolonik, %20'sinde sadece kolon, %33'ünde sadece ince bağırsak ve %5'inde ise gastroduodenal tutulum görülmektedir. CH'na bağlı ince bağırsak tutulumunda diyare, kramp tarzı karın ağrısı, kilo kaybı gibi malabsorpsiyon semptomları olmaktadır. Diyare genellikle aralıktır ve

kanlı değildir. CH'na bağı kolon tutulumunda ise yaygın karın ağrısı ile birlikte kanlı mukuslu ishal görülmektedir. Kolon tutulumu olan olgularda ülseratif kolitten ayırt etmek zordur. CH'na sekonder gastroduodenal tutulumda ise önde gelen semptomlar bulantı, kusma ve iştahsızlıktır. Perianal hastalıkta ise şiddetli perirektal ağrı ve pürülan akıntılı fistül mevcuttur. Yemek sonrası şişkinlik ve sağ alt kadran ağrısı gibi intestinal ödeme bağı gelişen intestinal tıkanma bulguları da görülebilmektedir. Mezenterik fistüller veya luminal mikroperforasyon intraabdominal veya retroperitoneal abselerin ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Kolon kanseri hem ÜK hem de CH'na bağı kolon tutulumunda ortaya çıkabilmektedir. Yapılan meta analizlerde CH'na bağı kolon kanseri gelişme riski 10 yılda %3 ve 30 yılda % 8 olarak tespit edilmiştir (113,114).

ÜK çoğunlukla kanlı ishal ve tenesmus ile kendini gösterir. Atak sırasında dışkılama aciliyeti artar ve batın alt bölgelerinde karın ağrısı gözlenir. Hastalık tutulumu proksimal kolona kadar uzanıyorsa, bağırsak hareketleri belirgin olarak azalır, kanlı diyare görülür (günde 10 dan fazla). Rektal tenesmus ise gece-gündüz devam eder. Fulminan kolit gelişen hastalarda ateş, genel durum bozukluğu, karın ağrısı ve şiddetli ishal şikayetleri olur. ÜK'de kolon kanseri gelişme riski ise ilk 10 yılda %2, 20 yılda %8 ve 30 yılda %18 olarak tespit edilmiştir (115,116).

2.2.4. İBH ve Psikiyatri

İBH'nin ortaya çıkmasında psikolojik etkenlerin direkt etkiye sahip olduğu pek çok hekim tarafından düşünülmemektedir. Fakat stresin ve travmanın hastalığın semptomlarını arttırdığı konusunda araştırmalar mevcuttur. Psikolojik etkenler, hastalığın direnme gücünü kırarak uzun dönemde tedaviyi güçleştirmektedir. Yakının kaybı, boşanma, iş konusunda sıkıntılar gibi stres yaratan olayların varlığı ile hastalığın ilk ortaya çıkışı veya alevlenmesi arasında ilişkili olduğu tespit edilmiştir (117).

Kronik hastalıkların depresyon ve anksiyete ile ilişkisi vardır. Yapılan çalışmalarda İBH hastalarında depresyon ve anksiyete görülme sıklığı, İBH tanısı almayan kişilere göre iki kat daha fazla olduğu saptanmıştır (118). CH ve ÜK hastalarının yaşam kaliteleri üzerine yapılan araştırmalarda, Crohn hastalarında ülseratif kolit hastalarına oranla daha çok depresyon ve

anksiyete görüldüğü gösterilmiştir. Bu durum Crohn semptomlarının ÜK'e göre daha ağır olması ile açıklanmaktadır (119).

Başka bir çalışmada yetişkin İBH hastalarının yaşam kalitelerinin, İBH tanısı almamış genel toplum popülasyonu ile karşılaştırıldığında belirgin şekilde düşük olduğu gösterilmiştir. Fakat daha erken yaş grubunda bulunan İBH hastalarında böyle bir fark gösterilememiştir. Erken yaş grubundaki hastaların yaşları nedeniyle hastalık aktivitelerinin daha hafif olması ile sebebi açıklanmıştır. Yine bu çalışmada Crohn hastalarının ÜK hastalarına oranla daha düşük yaşam kaliteleri olduğu saptanmıştır (120). Hastalığın remisyon ve relaps dönemlerini karşılaştıran çalışmalar göstermiş ki, hastalığı relaps döneminde olan hastaların yaşam kaliteleri hastalığı remisyonunda olanlara göre daha düşük olduğu bulunmuştur (121).

Yapılan çalışmalarda hastaların eğitim seviyesi arttıkça, depresyonun azaldığı görülmüştür. Bu durumu kişinin hastalığa dair bilgisi artmasına bağlı olduğu düşünülmüştür. Ayrıca hastaların tedavi sürecinde daha fazla bilgilendirilmesi ve sürece dahil edilmesi, doktor ve tedaviye olan güvenini ve hastanın tatminini arttırdığı gösterilmiştir (122).

Crohn'un ÜK'e göre cerrahi tedaviyi daha fazla gerektirebildiği ve dolayısıyla Crohn hastalarının hastaneye yatışlarının daha fazla olduğu düşünülmektedir. Ayrıca Crohn hastalarının anksiyete ve depresyon seviyelerinin daha fazla olması klinik belirtileri ve semptomların şiddeti sebebiyle olabilir. Crohn hastalarında ÜK hastalarına göre fiziksel ve fizyolojik fonksiyonlar, yaşam gücü, duygusal ve ruhsal iyi olma halleri göz önüne alındığında yaşam kalitesinin daha düşük olması anlamlıdır (123).

2.3. TRAVMA, DISSOSİYASYON, SOMATİZASYON

2.3.1. Çocukluk Çağı Travması (ÇÇT)

Ruhsal travma; anlamlandırma, bağlantı kurma ve denetleme yetilerimizi bozan, olağan savunma mekanizmaları ve baş etme yolları ile üstesinden gelinemeyecek kadar ağır olan, sarsıcı ve yıpratıcı yaşantılar olarak tanımlanmaktadır (124). Travmaya maruz kalmak her yaşta psikiyatrik problemlere neden olabilirken travma ile baş edebilecek gücün olmadığı çocukluk çağında bu risk daha yüksektir. Çocukluk çağı travmaları,

istismar ve ihmal olmak üzere iki başlık altında incelenmektedir. İstismar aktif, ihmal ise pasif bir süreçtir. Bu istismar ve ihmali birbirinden ayıran en önemli özelliktir (125). Yani istismar; çocuğa karşı kasıtlı yapılır. Fiziksel, cinsel, ruhsal veya sosyal açıdan çocuğa zarar veren aktif bir eylemdir. İhmal ise; çocuğun bakımından sorumlu kişi veya kişiler tarafından çocuğun bakım ve korunmasının yeterince sağlanamaması sonucu fiziksel ve ruhsal sağlık bakımından zarara uğradığı pasif bir durumdur (126).

Tarihçe

Çocukluk çağı istismarına yazılı tarihin başlangıcından itibaren çeşitli kaynaklarda rastlanmaktadır fakat insanlık bu konuya son yüzyıl içinde önem vermiştir (127). 1860 yılında Tardieu tarafından tıbbi bilimsel yazındaki ilk tanımlama yapılmadan önce, Hugo ve Dickens'in romanlarında konuya değinilmektedir (128). Yıllar sonra Caffey'in 1946'da uzun kemik, kosta kırıkları ve subdural hematom ile çocuk istismarı arasındaki ilişkiyi vurgulaması üzerine konu yeniden gündem olmuştur. Kempe 1962'de ilk kez hırpalanmış çocuk ("battered child") terimini kullanmıştır, daha sonraları bu terim çocuk istismarı ("child abuse") terimi olarak güncellenmiştir (125). Günümüze uzanan süreçteki en önemli gelişme ise kuşkusuz 1989'da Birleşmiş Milletler tarafından kabul edilen Çocuk Hakları Sözleşmesi'dir. Sözleşmenin 19. maddesi çocuğun, bakımıyla sorumlu olan kişilerden gelecek her türlü kötü muameleye karşı korunmasının sözleşmeyi imzalayan devletlerin yükümlülüğünde olması koşulu getirilmiştir (128).

Epidemiyoloji

A.B.D'de (2004 yılında) yapılan bir çalışmaya göre çocuk istismarı ve ihmali prevalansının erkeklerde binde 11,2 ve kadınlarda binde 12,6 olduğu gösterilmiş ve bu oranların aslında gerçek olguların çok az bir kısmı olduğu düşünüldüğü belirtilmiştir (129). Gerçek olgu oranlarının bu tahminlerden daha yüksek olması olası gibi görünmektedir çünkü kötü muameleye maruz kalan çoğu çocuk fark edilememekte ve birçoğu da istismarı bildirememektedir (130). Çocuğun yaşı küçükdükçe istismar olasılığı o kadar artmaktadır. Olguların üçte biri altı ayın altındaki bebekler, üçte biri 6 ay-3 yaş arasında ki çocuklar, üçte biri üç yaşından büyük çocuklardır

(131). Çocuklarda istismara uğrama olasılığı 12 yaşından sonra önemli derecede azalmaktadır (168). Son yıllarda istismar ve ihmal olgularında süregelen bir artış olduğu görülmektedir. Bunun nedeninin istismar ve ihmale uğrayan çocuk sayısındaki ve/veya bildirilen olgu oranındaki artış olduğu tahmin edilmektedir (168). Cinsel istismar kadınlarda erkeklere göre üç kat daha fazla görülmektedir. Fiziksel istismara uğrayan çocuklardan %32'si 5 yaşından küçük, %27'si 5-9 yaş, %27'si 10-14 yaş, %14'ü ise 15-18 yaş arasında olduğu bilinmektedir (130).

Çocuk istismarlarında (cinsel istismar hariç) saldırganların %77'si aile üyeleri, %11'i diğer akrabalar, %5'i bakımla ilgisi olmayan kişiler, %2'si ise çocuğun bakımı ile ilgilenen diğer kişiler arasından olduğu saptanmıştır (132). Cinsel istismar olgularında da istismarı gerçekleştirenin yüksek oranda aile bireyleri veya akrabalar olduğu kabul edilmektedir. Faillerin çoğu 20-40 yaşları arasında olup, cinsel istismar haricindeki istismarlarda daha sıklıkla kadındır, ancak cinsel istismarda ise erkeklerin daha ön plana geçtiği gösterilmiştir (132). İstismara bağlı ölüm nedenleri sıklık sırasıyla süt çocuklarında "shaked baby -sarsılmış bebek sendromu", künt travma ve boğulma, 1-4 yaş arasında künt travma, sarsılmış bebek sendromu, boğulma ve ihmal, dört yaş üzerindeki çocuklarda ise künt travma, sarsılmış bebek sendromu, boğulma ve zehirlenmeler yer almaktadır (133).

2.3.1.1. Çocukluk Çağı İstismarları

İstismar, bir kişinin diğerini bilerek, o kişinin aleyhine ve zararına olacak şekilde kullanması durumudur. Bir eylemin istismar olarak tanımlanmasında kültüre ve geleneklere göre farklılıklar olmasına rağmen ortak özellikler vardır. Bu ortak özellikler; eylemin kasıtlı olması, yineleme ihtimalinin yüksek olması, çocuğun fiziksel ve zihinsel sağlığını bozması, çocuğun psikososyal gelişimini olumsuz yönde etkilemesidir (134). Çocuk istismarı eylemin türü, nedenleri ve çocuk üzerindeki etkileri yönünden farklılıklar vardır. Fiziksel istismar, emosyonel istismar ve cinsel istismar olarak üç ayrı kategoride incelenir.

2.3.1.1.1. Fiziksel İstismar

Fiziksel istismar, Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre; kasten yapılan fiziksel güç kullanımı sonucunda çocuğun sağlığı, gelişimi ve onuru açısından zarar görmesi anlamına gelmektedir (126). Başka bir tanımı ise;

18 yaşından önce, kişinin kendisinden en az beş yaş büyük bir kişi ya da kendisinden iki yaş büyük aile bireyi tarafından, vücudunda 48 saatten uzun süre kalan fiziksel bir iz bırakacak şekilde şiddet görmesidir (135). Şiddet davranışları çok çeşitli olabilmektedir; çocuğu hırpalama, tokat atma, yumruk atma, tekmeleme, sarsma, boğma, yakma, dövme, itip kakma, yaralama hatta bağlama ve kapalı bir yere kilitleme şeklinde olabilir (136).

Fiziksel istismar sıklığı, yapılan farklı çalışmalarda %0,45-64 gibi çok geniş bir aralıkta olduğu tespit edilmiştir (137). Bir çalışmada polikliniğe ilk defa başvuran 150 ardışık kadın hastayla yapılan bir çalışmada fiziksel istismar oranı %15,3 olarak bulunmuştur (138). Her yıl ABD’de bakım verenlerin istismarı sonucu 1200-1500 çocuğun öldüğü, bu ölümlerin yaklaşık %52’sine fiziksel şiddetin sebep olduğu bildirilmiştir (139).

Ergenlik çağındaki fiziksel istismarlar ile bebeklik dönemindeki fiziksel istismar oranları hemen hemen aynıdır. Çocuklara bebeklik döneminde daha çok anneleri tarafından şiddet uygulanırken ergenlik döneminde ise daha çok babaları tarafından şiddet uygulanmaktadır (140). Fiziksel istismar çocukta, yüksek anksiyeteye, düşük dürtü kontrolüne, kendine zarar verici davranışlar sergilemesine, saldırganlığa, suçluluk duygusuna, gelişim geriliklerine, içe çekilmeye ve depresyona neden olabilmektedir (141).

2.3.1.1.2. Cinsel İstismar

Cinsel istismar; kendisinden en az altı yaş büyük biri tarafından, henüz psikososyal gelişimi tamamlanmamış çocuğun, cinsel arzu ve gereksinimlerini karşılamak amacıyla tehdit etme, güç kullanma veya kandırma yoluyla kullanılmasıdır (142).

Eylemin cinsel istismar olarak nitelendirilmesi için penetrasyon şartı yoktur. Doğrudan veya giysileri üzerinden bedene veya cinsel organa dokunmak, dokundurmak, teşhircilik, röntgencilik, başkalarının cinsel aktivitesini seyretmeye maruz bırakmak, cinsel içerikli konuşma ve önerilerde bulunma cinsel istismar kapsamında değerlendirilir (143).

Cinsel istismar gizli bir şekilde meydana gelir ve duygusal olarak yıkımı çok yoğun olduğu için açığa çıkması ertelenebilir. Bu nedenle çocuk istismarları arasında çoğunlukla gizli kalan ve saptanması en zor olan cinsel

istismarlardır (144). Cinsel istismar vakalarının ancak yaklaşık %15'inin bildirildiği düşünülmektedir (145). Bildirimin az olmasının nedenleri; mağdurun istismarcının olası tehditlerinden korkuyor olması, istismarcıyı koruma isteği, olay nedeniyle utanç duyması, kendisine inanılmayacağı düşüncesidir (145).

Ergenlik, çocukluk çağı cinsel istismarın en sık görüldüğü dönemdir. Bu dönemde kadınların cinsel istismara uğrama oranı erkeklere oranla üç kat daha fazladır (143). Ülkemizde yapılan bir çalışmaya göre; psikiyatri polikliniğine başvuran 125 kadın hastayla yapılan bir çalışmada, çocukluk çağı cinsel istismar oranı %18,5 olarak saptanmıştır (146). Cinsel istismar travmatik olay sırasında ve sonrasında birçok ruhsal soruna neden olabilmektedir. Cinsel istismara bağlı çeşitli ruhsal bozukluklar ortaya çıkabilmektedir. Bunlar; anksiyete, dissosiyasyon, cinsel işlev bozukluğu, uyku bozuklukları, öfke, madde kötüye kullanımı, düşük özsaygı, intihar eğilimi, obsesyonlar ve somatizasyon bozukluklarıdır (147).

2.3.1.1.3. Emosyonel İstismar

Emosyonel istismar tanımı; çocuğun ruhsal sağlığını olumsuz yönde etkileyecek düzeyde alay edilme, aşağılanma, küçük düşürücü yorumlarda bulunma veya ağır sözel tehdit alması durumudur (141). Psikiyatri polikliniğine başvuran 125 hastayla yapılan bir çalışmada, hastaların %36,3'ünün çocukluk çağında emosyonel istismara uğradığı tespit edilmiş ve bu oranın diğer istismar türlerinden çok daha fazla olduğu belirtilmiştir (145).

Emosyonel istismar ruhsal gelişimde duraklamalara, kimlikte zedelenmeye ve davranışsal sorunlara neden olabilmesinin yanında çocuklarda pasif kişilik özelliklerine, antisosyal davranışlara, değersizlik duygularına, uyum sorunlarına neden olabilmektedir (148). Çoğu fiziksel istismar olgusuna eşlik eden emosyonel istismar, fiziksel belirtiler iyileşmesine rağmen hayat boyu etkisini sürdürebilmektedir. Çocuğun bağlanma sürecini ve duygusal gelişimini olumsuz etkiler ve çocuğun ilerleyen süreçte uygun duygusal cevaplar geliştirme kapasitesini bozar (125).

2.3.1.2. Çocukluk Çağı İhmalleri

İhmal, bakımverenin çocuğun gelişimi sürecinde ihtiyaç duyduğu maddi, manevi bakımı sağlamaması ve çocuğu tehlikelere karşı korumamasıdır. Fiziksel ihmal ve emosyonel ihmal olmak üzere iki çeşidi vardır.

2.3.1.2.1. Emosyonel İhmal

Emosyonel ihmalin tanımı; çocuğun psikolojik ihtiyaçlarını ve duygusal gereksinimlerini karşılamama, sosyal kuralları öğretmeme ve çocuğun sosyal gelişimini sağlayacak destekleyici ilgiyi göstermemesi durumudur (149). Örsel ve arkadaşları, 15-67 yaşları arasında, DSM-IV tanı ölçütlerine göre zeka geriliği ve genel tıbbi duruma bağlı psikiyatrik bozukluk tanısı dışında bir psikiyatrik bozukluk tanısı konan, katılmayı kabul eden 183 hasta ile yaptıkları çalışmalarında, çocukluk çağında emosyonel ihmal yaşamış olma oranını %81,6 olarak bulmuşlardır (150).

2.3.1.2.2. Fiziksel İhmal

Fiziksel ihmal çocuğa gerekli sağlık hizmetini, ihtiyaç duyduğu besin veya giyeceği, tehlikelerden korumak maksadıyla gözetim ve kontrolü sağlamamayı kapsamaktadır. Çocuğun yalnız bırakılması, dışlanması, evden kovulması, uygun barınma ortamının sağlanmaması, yıkanmaması, temiz elbise giydirilmemesi, aşılarının yaptırılmaması, hastalık ve yaralanmalarının tedavi ettirilmemesi gibi durumlar fiziksel ihmal kapasamında değerlendirilmektedir (149).

2.3.1.3. Çocukluk Çağı Travmaları ve Psikiyatri

Ciddi uzamış travmalara maruziyet, duyguları düzenlemede başarısızlığa, sosyal ilişkilerin bozulmasına neden olabilmektedir. Oluşan ruhsal patolojilere sekonder kişilik patolojileri, dürtüsel davranışlar, alkol-madde bağımlılığı ve yeni travmatik yaşantılar olabilir. Erken dönemdeki travmatik yaşantılar (istismar, ihmal gibi) yetişkin dönemde çeşitli psikiyatrik hastalıkların ortaya çıkmasına katkıda bulunmaktadır (151,152). Bebeklikten ergenliğe kadar uzun süre istismara uğramış çocukların, kısa süre istismara uğrayan çocuklara kıyasla daha fazla örselendiği düşünülmektedir. Travmatik yaşantıların nörobiyolojik açıdan kalıcı izler bıraktığı da ileri sürülmüştür. Psikiyatri hastaları arasında ÇÇT oranının, klinik dışı gruba göre daha yüksek olduğu bildirilmektedir. Yapılan bir çalışmada çocukluk çağı fiziksel ve cinsel istismarı bildiren kişilerin

%80'inin en az bir psikiyatrik hastalık tanısı aldığı bildirilmektedir (153). ÇÇT'nin uzun dönemde birçok olumsuz sonuçları bulunduğu bilinmektedir. Dissosiyasyon çoğunlukla travmatik yaşantıya verilen ilk cevaptır. Korku, anksiyete, depresif duygudurum, benlik saygısında azalma ve kimlik sorunları, öfke, suçluluk, utanç ise görülen emosyonel sonuçlardandır. Algı bozuklukları, kişilerarası ilişkilerde sorunlar, yeniden kötüye kullanılma ortaya çıkabileceği gibi ilerde başkasını kötüye kullanma durumuna sebebiyet verebilir. Araştırma sonuçları istismara uğrayan çocuklarda düşük özsaygı, dissosiyatif yaşantılar, yüksek anksiyete, duygudurum bozuklukları, daha fazla intihar fikirleri, akademik ve davranış sorunları olduğunu belirtmektedir (154). Yetişkin dönemde ise TSSB, depresyon, anksiyete bozuklukları (panik bozukluğu, sosyal fobi), obsesif kompulsif bozukluk, madde kullanım bozukluğu, özellikle sınır kişilik bozukluğu olmak üzere kişilik bozuklukları, yeme bozuklukları, somatizasyon bozukluğu, bipolar bozukluk gibi çeşitli ruhsal bozukluklar arasında ilişki olduğu gösterilmiş ayrıca dissosiyasyon, düşmanlık, tekrar kurban olma gibi kişiler arası sorunlar; işleyen içsel model ve sağlık algısıyla ilgili bilişsel sorunlar da bulunmuştur (155). Widom'a (2007) göre ÇÇT sonrası, erişkin dönemde kişinin depresyon riski %50 oranında artış göstermektedir (156). Emosyonel ihmalin özellikle depresif bozukluk, distimi ve sosyal fobiyle bağlantılı olduğu bilinmektedir. Emosyonel ihmal ve cinsel istismar öyküsü olan bireylerin yaşamları boyunca birden fazla duygu durum bozukluğu geliştirme olasılıklarının daha yüksek olduğu da gösterilmiştir (157). Çocukluk çağında maruz kalınan istismarın şiddetinin arttıkça yetişkinlikte depresyon riskinde artış olduğu gösterilmiştir (158). Bir çalışmada emosyonel istismar ve ihmal öyküsüne sahip bireylerde Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği'nin (CTQ) emosyonel, fiziksel ve cinsel istismar alt ölçekleri ile depresyonun somatik belirtileri arasında bir ilişki olduğunu göstermiştir (159). Çocukluk çağı travmalarının yetişkinlikte depresyon ve anksiyete bozukluklarının 2 yıllık seyri üzerindeki etkilerini inceleyen bir araştırmada, ÇÇT öyküsü olan kişilerde hastalığın prognozunun daha kötü olduğu bulunmuştur (160). Emosyonel ve cinsel istismara ne kadar çok kişi tarafından mazur kalınırsa, depresif epizotların da o kadar arttığı tespit edilmiştir (161). Başka bir çalışmada da depresif semptomların şiddeti ile emosyonel ihmal, emosyonel istismar, fiziksel istismar ve cinsel istismarın sıklığı arasında pozitif korelasyon olduğu sonucuna varılmıştır (162).

Strese duyarlı gelişim dönemlerinde karşılaşılan travmatik yaşantıların genetik ve diğer yatkınlaştırıcı etmenlerin toplam etkileri sonucunda ruhsal bozuklukların gelişimine etki edebileceği düşünülmektedir (163). Son yıllarda çocukluk çağında travmaya maruz kalmanın psikoz riskini arttırıp arttırmadığı sorusu ile ilgilenilmektedir (164). Çocukluk çağında travmaya maruz kalma ile psikoz ilişkisini araştıran yüksek katılımlı çalışmalarda; çocukluk çağında travmaya maruz kalanlarda, maruz kalmayanlara göre psikoz gelişme oranının daha yüksek olduğu bulunmuştur (165). Şizofreni hastaları ile psikiyatrik tanısı olan ama psikotik olmayan hastalar çocukluk çağı travma öyküsü sıklığı açısından karşılaştırıldığında, şizofreni hastalarında çocukluk çağı travma öyküsünün daha yüksek oranda olduğu saptanmıştır (166). Şizofreni hastalarında çocukluk çağı travma öyküsü %45 ile %85'dir (166). Bir derlemede, çocukluk çağında istismara uğrayanlarda, istismar öyküsü olmayanlara göre psikotik belirtilerin oranının 1.7-15 kat fazla olduğu saptanmıştır (167). Tüm bu veriler yorumlandığında şizofreni etiyolojisinde çocukluk çağı travmalarının olduğunu düşündürmektedir.

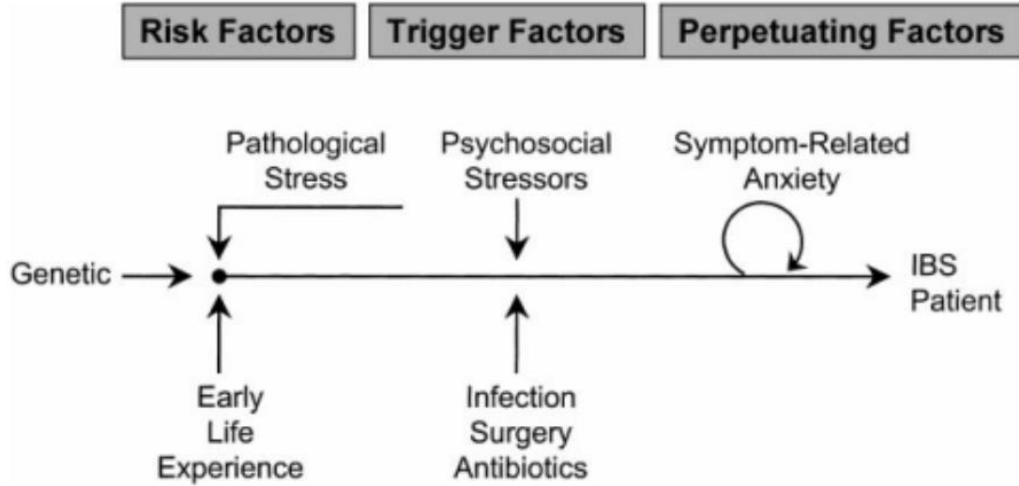
2.3.1.4. Travma ve İBS

Travmatik olaylara maruz kalmaya yanıt olarak ortaya çıkabilecek kronik stres koşulları altında, sempatik sinir sistemi (SNS), serotonin sistemi ve limbik-hipotalamik-hipofiz-adrenal (LHPA) eksenini içeren üç ana nörobiyolojik sinir sistemi stres reaksiyonlarını etkileme, uyarılma, duygusal düzenleme, fiziksel gelişim ve bilişsel gelişim etkilenebilir. Tüm nörolojik sistemler birbirine bağlıdır; bir sistemdeki düzensizlik/anormallik diğerlerinde bozukluğuna neden olabilmektedir. (168).

Birçok çalışma, travmatik stresin duygusal işlemeden sorumlu olan amigdala, duygusal bilgilerin hafızalara işlenmesinden sorumlu olan ve bedenin stres tepkisini kapatan hipokampus ve yürütme işlevinden, çalışma hafızasından ve dürtü kontrolünden sorumlu olan prefrontal korteksin üzerine kalıcı etkilere sahip olduğunu göstermiştir. Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) olan bireylerde TSSB'si olmayan bireylere göre daha küçük hipokampal ve anterior cingulate hacimleri ve daha küçük prefrontal korteks ayrıca artmış amigdala fonksiyonuna sahip olma eğiliminde olduğu bulunmuştur (169). Ayrıca, travmatik deneyim ile İBS de dahil olmak üzere gastrointestinal rahatsızlıklar arasında güçlü ilişki

olduğu bilinmektedir. Olumsuz erken yaşam deneyimleri, birincil bakıcı kaybı, istismar ve ihmal de dahil olmak üzere travma, bireyin sonraki yaşamında gastrointestinal bozukluklar geliştirme hassasiyetinde temel bir rol oynamaktadır. Travmatik yaşam olaylarının yaşanması, hayatının daha sonraki dönemlerinde de gastrointestinal bozuklukların gelişmesinde önemli risk faktörüdür (17).

Çalışmalarda fonksiyonel gastrointestinal tanıları olan hastaların diğer gruplara göre daha şiddetli istismar geçmişine sahip oldukları gösterilmiştir. Gastrointestinal hastalıkların stres sebebiyle değişmiş bağışıklık fonksiyonu, strese bağlı beyin-bağırsak fonksiyon bozukluğu ve merkezi sinir sisteminin, gelen viseral veya somatik afferent sinyalleri inhibe etme yeteneğinin bozukluğu gibi patolojik özellikleri olduğu tespit edilmiştir (170). Hem erken yaşam stresi hem de ciddi hayatı tehdit eden travmatik olaylar, merkezi stres devrelerinin geri dönüşümsüz ve kalıcı hasarına neden olmaktadır ayrıca ilerleyen zamanlarda fonksiyonel bozukluklar geliştirmeye yatkınlığa neden olmaktadır (17).



Şekil 2.4: İrritabl barsak sendromu (İBS) semptomlarının gelişiminde ve modülasyonunda stresin rolü (17).

İBS için risk faktörleri genetik, patolojik stres ve erken yaşam deneyimleridir. Tetikleyici faktörler ise psikolojik stresörler ve enfeksiyon, cerrahi ve antibiyotikler gibi fiziksel etkenlerdir. Psikolojik ve fiziksel stresler ayrıca İBS semptomlarını daha da kötüleştirir (60).

Talley, Fett, Zinsmeister ve Melton (1994), Minnesota Olmsted Bölgesindeki genel nüfusun 919 üyesini araştırdı. Bu grupta 130 kişi İBS kriterlerini karşılıyordu. İrritabl barsak sendromlu 130 katılımcının % 43.1'i cinsel

istismar öyküsü bildirirken, İBS bulunmayan 789 katılımcıda bu oran % 19.4'dü (171).

Walker, Gelfand, Gelfand, Koss ve Katon (1995) hastalarını 43'ü ciddi cinsel travması olan ve 46'sı ciddi cinsel travması olmayan şeklinde ikiye bölmüşlerdir. Travma altındaki grubun daha fazla duygudurum, kaygı, madde kötüye kullanımı ve somatizasyon bozukluklarına sahip olduğunu aynı zamanda fiziksel istismar oranlarının daha yüksek olduğunu tespit etmişlerdir (172).

Ali ve ark.nın yaptığı bir çalışmada, İrritabl Barsak Sendrom'lu kadınlar, İnflamatuar Bağırsak Hastalığı olan kadınlardan daha fazla emosyonel istismar, kendi kendine suçlama ve kendi kendini susturma bildirmişlerdir (173).

Drossman (1995) ve Drossman ve ark. (1990), gastroenteroloji kliniğine başvuran 206 kadını inceledi ve bunların % 44'ü ömür boyu fiziksel ve/veya cinsel istismar öyküsü olduğunu saptadı. Fonksiyonel bağırsak hastalığı teşhisli 75 kadının %53'ünde cinsel istismar bildirilmişken, organik hastalık teşhisi konan 124 kadında bu oran %36 bulunmuştur (174,175).

Mayo Clinic'te yapılan bir çalışmada Talley, Fett ve Zinsmeister (1995), huzursuz bağırsak semptomlarına sahip 277 katılımcının %29.2'sinin çocuklukta cinsel, duygusal, fiziksel veya sözlü tacizden en az bir olay yaşadığını bildirmiştir. Buna karşın huzursuz bağırsak semptomları olmayan 720 katılımcıda bu oran %14.7 bulunmuştur (176).

Burke, Elliott ve Fleissner (1999), irritabl barsak sendromunda psikiyatrik komorbiditenin arttığına ve çocuklukta kaybın, ayrılmanın, fiziksel istismarın ve cinsel istismarın arttığına işaret etmiştir (177).

Colin A. Ross (2005) çalışmasında İBS'de İBH ve genel gastrointestinal bozukluklara kıyasla, çocuklukta cinsel istismarın ve psikosomatik semptomların daha çok görüldüğünü saptamıştır.Yine bu çalışmasında, İBS'li olguların %37.9'u çocuklukta cinsel istismar bildirmiştir. Bu nedenle, çocuklukta cinsel istismarın, irritabl barsak sendromuna katkıda bulunan pek çok etyolojik faktörden birisi olduğunu rapor etmiştir. Diğer başlıca etyolojik faktörler; ebeveyn kaybı ve ayrılma, fiziksel istismar ve ciddi yaralanma gibi diğer çocukluk travmaları olduğunu belirtmiştir (1). Bir çok çalışma geçmiş çeşitli istismar tiplerinin İBS ile ilişkili olduğunu bildirmiştir

ve birçok çalışmada da cinsel istismarın İBS için bir risk faktörü olduğu üzerine odaklanmıştır (18).

Chaudhury ve Truelove ve arkadaşları İBS vakalarının %80'inden fazlasında hastalığın başlangıcı ve/veya alevlenmesi arasında psikolojik faktörler ile yakından bir ilişki olduğunu gözlemledi. Bu faktörler tanısal psikiyatrik hastalık, kişilik patolojisi ve çevresel stres faktörlerini içermekteydi. Buna ek olarak, bir çalışmada İBS olan hastalar, psikososyal stres faktörlerine karşı artmış semptomatik ve fizyolojik yanıtlar göstermiştir. Hastaneye yatan diğer hastalarla karşılaştırıldığında, İBS'li hastalardaha fazla hastalığın başlangıcından ve hastaneye yatışlardan önce stresli yaşam olayları bildirmişlerdir (178).İBS hastaları İBH hastalarına kıyasla ve diğer birçok çalışmada kontrol edilen bireylere göre daha yüksek stresli yaşam olayı insidansı bildirilmiştir (88,178).İBS hastalarının minör günlük stres ve sıkıntılara daha yatkın oldukları ve İBS hastaları üzerinde tek bir büyük stresden ziyade günlük hayal kırıklıkları, devamlı olan ufak stresörlerin daha etkili olduğu düşünülmektedir (179).

2.3.1.4.1. Çocukluk Çağında Cinsel İstismar ve İBS.

1993 yılında yapılan bir çalışmada, Walker ve arkadaşları İBS'li 28 hastaya ve inflamatuvar barsak hastalığı olan 19 hastaya yapılandırılmış psikiyatrik görüşme yapmış ve çocukluk çağı kötüye kullanma öykülerini karşılaştırmışlardır. Bu çalışmada, İBS'li hastalar, İBH olan katılımcılara kıyasla (%11'e karşı %0) çocukluk çağı cinsel istismarı oranlarını önemli ölçüde daha fazla bildirmişlerdir (180).

1995 yılında İBS'li 71 hastayı İBH olan 40 hastayla karşılaştıran bir çalışmada Walker ve arkadaşları çocukluk çağında cinsel istismarın yaygınlığını inceledi. Bu çalışmada İBS katılımcıları arasında çocukluk çağında taciz ve tecavüz anlamlı olarak daha yüksekti (181).

2001 yılında yapılan bir çalışmada, İBS hastası ve kontrol grubunda çocukluk çağı cinsel istismarı öykülerini incelenmiştir. Kontrollere kıyasla (İBS olmayan kadınlar), İBS'li kadın katılımcılar, çocukluk döneminde, birinin cinsel organlarına dokunma gibi, istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek cinsel temas oranları olduğu tespit edilmiştir (182).

2002 yılında yapılan bir çalışmada Blanchard ve ark., psikolojik tedavi almak isteyen İBS'li 71 erkek ve kadını inceledi. Bu örnekte, katılımcıların

yüzde 57,7'si çocukluk çağında cinsel ya da fiziksel istismar bildirmiştir (18).

2003 yılında yapılan bir çalışmada Salmon ve ark., İBS'li 64 hastayı, organik gastrointestinal semptomları olan 61 hasta ile karşılaştırmıştır. Çocukluk çağında cinsel istismarın, organik gastrointestinal semptomları olan katılımcılara kıyasla İBS katılımcıları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yaygın olduğunu bulmuşlardır (33).

Ross'un 2005 yılında yaptığı bir çalışmada, katılımcılar üç gruba ayrıldı: 1) İBS'li olanlar, 2) İBH'li olanlar ve 3) diğer gastrointestinal rahatsızlıkları olanlar. İBS, İBH ve diğer rahatsızlığı olan katılımcılar arasında çocukluk çağı cinsel istismarı oranları, sırasıyla yüzde 37,9, yüzde 9,1 ve yüzde 11,6 olduğunu saptamıştır (1).

Beesley ve ark., 2010 çalışmasında, İBS'li 75 hastayı, çocuklukta cinsel istismara maruz kalma ile ilgili olarak Crohn Hastalığı olan 76 hastayı karşılaştırmıştır. Her iki grupta da benzer oranlarda cinsiyet dağılımını sağladıktan sonra, çocukluk çağında cinsel istismar, İBS hastaları tarafından Crohn hastalığı olanlara göre anlamlı olarak daha sık rapor edildiğini göstermişlerdir (183).

2012 yılı çalışmasında, Bradford ve ark., İBS'li 294 hastayı ve 435 sağlıklı kontrolü inceledi. Bu iki grubun çocukluk açısından "cinsel olaylar" açısından karşılaştırılmasında, İBS grubunda oranlar anlamlı olarak daha yüksekti (%31,2 ve %17,9) (184).

2.3.1.4.2. Çocuklukta Emosyonel İstismar ve İBS

2010 yılında yapılan bir çalışmada, Tietjen ve arkadaşları migren baş ağrıları olan çok sayıda hasta grubundan alınan 418 İBS hastasını inceledi. Bu atipik çalışma örneğinde araştırmacılar, emosyonel istismarın İBS ile ilişkili olduğunu bulmuşlardır (185). 2012 yılında yapılan bir çalışmada Bradford ve arkadaşları, İBS'li 294 hastayı 435 kontrolle karşılaştırmıştır. Kontrollere kıyasla, İBS'li grup, istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek emosyonel istismar yaygınlığı bildirmiştir (%54,9 ve %27,0) (184).

Yukarıdaki bulguların aksine, 2003'te yapılan bir çalışmada Salmon ve ark., İBS hastalarını fiziksel gastrointestinal hastalık kanıtı olan hastalarla karşılaştırırken emosyonel istismarda gruplar arasında bir fark olmadığını tespit etmişlerdir. Bu üç çalışmadan elde edilen bulgular açıkça farklılık

gösterse de, bunun nedeni çocuklukta emosyonel istismar ile İBS ve/veya çalışma metodolojisi arasındaki düzensiz bir ilişkiden kaynaklanıyor olabilir (yani, soruların katılımcılara gerçekte nasıl sorulduğu, istismar süresindeki değişiklikler fail ile mağdur arasındaki ilişki değişkenliği, diğer çocukluk çağı kötü muamele biçimlerinin varlığı veya yokluğu) (33).

2.3.1.4.3. Çocuklukta Fiziksel İstismar ve İBS.

Yine, cinsel istismarla karşılaşılan nispeten tutarlı bulguların aksine, çocuklukta fiziksel istismar ve İBS arasındaki ilişki daha az tutarlıdır. Salmon ve diğerleri çocuklukta fiziksel istismar ve İBS arasındaki ilişkiyi doğruladı (33). Ek olarak, Blanchard ve arkadaşları, çocuklukta yüksek oranda fiziksel istismar oranlarını bildirmişlerdir, ancak bu cinsel istismarla bağlantılıydı ve cinsel istismar en önemli etken olabilir (18).

Bu pozitif derneklerin aksine, Tally ve arkadaşlarının 1994 yılında yaptığı bir çalışmada, İBS'li hastalar ve kontroller arasındaki fiziksel istismar oranlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu (171). Walker ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, İBS katılımcıları ile inflamatuvar barsak hastalığı olan katılımcılar arasında bildirilen fiziksel kötüye kullanım öykülerinin prevalansında bir fark yoktu (181). Heitkemper ve arkadaşları, İBS'li kadınlar ile çocuklukta fiziksel istismarın yaygınlığı açısından kontroller arasında bir fark bulamamıştır (182). Son olarak, Ross İBS, İBH ve diğer gastrointestinal rahatsızlıkları olan katılımcılar arasında çocukluk çağı fiziksel istismarı prevalansında bir fark bulamamıştır (1).

2.3.2. Dissosiyasyon

Dissosiyasyon normalde bütünlük içinde işlev gören düşünce, bellek, duygu ve kimlik gibi süreçlerde ayrılma ya da değişme olarak tanımlanabilir. Dissosiyasyon aslında benliğin savunma mekanizmalarından birisidir. Dissosiyasyon başlangıçta normal olarak travmatik yaşantının üstesinden gelme çabası olarak kullanılırken, zaman içinde patolojik bir hal alabilmektedir (186). Bu konudaki en eski kayıtlar 17. yy'da Paracelsus'a kadar uzanmakta ve çoğul kişilikle ilgilidir. Fakat yazarların çoğu dissosiyasyon tarihini P.Janet ile başladığını savunur (187). Janet "desagregation mentale" terimi ile dissosiyasyon kavramını geliştirmiştir. Janet, belleği zihnin asıl organize edici aracı olarak kabul etmiştir ayrıca belleğin iki önemli temel işlevi olduğunu söylemiştir. Bunlardan ilki;

doğumdan ölüme kadar tüm yeni duyguları almak - depolamak, diğeri ise daha önce kayıt edilmiş anıların ışığında yeni verileri organize ve kategorize etmektir. Kişilerin bu şekilde gelişmeye açık ve değişebilir anlam şemaları geliştirerek daha sonraki zorluklarla yüzleşmelerine hazırlandıklarını düşünüyordu. Dissosiyatif bozuklukları derinlemesine araştıran ilk kişi olarak bilinen Janet'e göre travmatik yaşantılar sırasında bilinçaltı "sabit fikirler" adını verdiği yeni bellek tabakaları oluşuyordu. Bu durum, travmatik belleğin bilişsel ve duygulanım elemanlarını organize ediyor ve bunları bilinçli farkındalığın dışında kalmasını sağlıyordu. Bilinçaltı sabit fikirler, konversiyon, flaşbek ve kabuslardan dissosiyatif kimlik bozukluğundaki alter kişiliklere kadar geniş bir yelpaze gösterebiliyordu (188).

Freud ve Breuer, histerik belirtiler ile çocukluk çağı ruhsal travmalarının ilişkisine odaklanmışlardı. Histeri için dissosiyasyonun ilke olduğunu yazmışlardı ayrıca ikileşmiş bilincin her histeri vakası için gerekli olduğunu belirtmişlerdi. "Savunma histerisi" kavramını ilk kez ortaya atan kişi Freud'dur. Bu kavrama göre travma sonrası gelişen patolojik sürecin dissosiyasyon olmadığı ayrıca nevrozların kaynağının kişinin dürtüsel arzuları olduğunu belirtmiştir (188).

Dissosiyasyon tarih boyunca histeri ve nevroza yatkınlık ile birlikte anılmıştır. 1980'li yıllarda yazarlar (Bliss, Spiegel, Fink, Steingard ve Frankel gibi) dissosiyatif belirtilere sahip histerik hastaların bunula beraber hipnoza yatkınlıklarının da yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Fakat Frankel 1990 yılında dissosiyasyon ve hipnoza yatkınlık kavramlarının yakın ilişkili olmasına rağmen farklı fenomenler olduğu belirtmiş. Her iki gruba yatkınlığı olanlarda ayırım yapmanın zor olduğunu söylemiştir. Spiegel'e göre de hipnoz; yapılandırılmış bir ortamda kontrollü bir şekilde ortaya çıkarılan dissosiyasyon olarak tanımlamıştır. Her iki fenomenin ortak özelliği, farkındalığın bazı alanlarda tamamen ortadan kalkmasıdır. Eskiden dissosiyasyonun histerik belirtilerdeki rolü daha ön plandaydı, modern görüşte ise bu önem azalmıştır. Histerinin somatik ve zihinsel bileşenleri ayrı ayrı ele alınmaya başlanmıştır. Dissosiyatif bozukluklar, konversiyon, somatizasyon gibi kavramlar birbirinden net bir şekilde ayrılarak sınıflamalar yapılmaya başlanmıştır. Fakat dissosiyasyonun tarihsel ve

linik kökeni nedeniyle bu hastalıkların altında yatan bir süreç olabileceğinin unutulmaması gereklidir (189).

Dissosiyasyon kendisi patolojik değildir, belirli koşullar altında herkeste ortaya çıkabilir, gündelik yaşamda da yeri vardır. Herkeste olağan koşullarda sessiz olarak bulunur ve dissosiyasyonun uyumsal yönleri vardır. Dissosiyatif bozukluk ise; dissosiyasyon mekanizmasının kişinin kendisine rahatsızlık veren bir nitelik kazandığında ya da psikososyal işlev bozulmasına neden olduğunda söz edilebilir. Dissosiyatif bozukluklar tıpkı diğer psikiyatrik kategoriler gibi bir bozukluk olmanın gerektirdiği tüm koşulları yerine getirirler lakin bir hastalık olarak nitelendirilemezler (190).

Yaşla dissosiyasyon daha az kullanılır bu sebepten ileri yaşlarda daha az görülmektedir. Belli sınırlarda olmak koşuluyla, özellikle ergenlik döneminde depersonalizasyon yaşantıları normal kabul edilebilir. Buna karşın çocukluk stresleri, çocuğun ya da gencin cinsel, fiziksel, emosyonel istismarları gibi durumlarda dissosiyasyon bir savunma düzeneği olarak daha çok kullanılır. Kişi bu mekanizma aracılığı ile olayı kendi başına değil, bir başkasının başına geliyormuş gibi yaşar böylece anksiyetesinden uzaklaşmaya çalışır. Bir savunma düzeneği olarak kullanıldığında, kişinin yaşamını rahatlatıcı, onu rahatsız eden bazı olumsuz yaşantılardan izole edici bir görev görür. Ayrıca ruhsal çatışmalarla başa çıkmasına duygularını boşaltabilmesine ya da bazı istek, duygu ve davranışlarını dramatize ederek ortaya koymasına olanak sağlar. Fakat genç ve çocukluk yaşlarda bu mekanizmayı çok sık kullananlardan bazılarında yetişkin yaşlarda da sürekli kullanılmasına sebep olabilir ve bu durum kişinin uyumunu bozabilir. Dissosiyatif bozukluklarda olduğu gibi dissosiyasyon genelleştirilir. Bu durumlarda kişiler ya dissosiyasyon belirtileri (amnezi, kimlik bozukluğu gibi) ile ya da anksiyete, depresyon gibi bazı ikincil belirtilerle hekime başvurabilirler (187).

Dissosiyasyonun geçici veya uzamış bir başa çıkma düzeneği olarak işlev gördüğü ve travmaya karşı bir uyum yanıtı olduğu şeklinde görüşler mevcuttur. Dissosiyasyon; çocuklukta yaşanan emosyonel, fiziksel, cinsel istismar, emosyonel ve fiziksel ihmal gibi travmatik yaşantıların olumsuz etkilerine karşı, bireyin psikolojik bütünlüğü için kullandığı bir savunma düzeneğidir. Kişi dissosiyasyon sayesinde yaşadığı deneyim ve bu deneyimle ilgili duygularını geçici olarak birbirinde ayırabilmektedir. Başa çıkma

süreci içinde dissosiyasyon yardımı ile deneyimden ayrılan güçlü duygular, dereceli bir şekilde kabul edildikçe, dissosiyasyon düzeneğinin de kullanımı azalmaktadır. Bir çalışmada peritratmatik dissosiyasyon ve travma sonrası ortaya çıkan bulgular ile fizyolojik tepkiler arasındaki ilişkiyi araştırmış ve bunlar arasında pozitif bir ilişkinin varlığı tespit etmiştir. Bu verilere göre, dissosiyasyonun temel işlevinin bu tepkilere yönelik koruyucu bir işlev üstlendiği sonucuna varılmıştır (191).

2.3.2.1. Somatoform dissosiyasyon ve psikoform dissosiyasyon

Nijenhuis dissosiyasyonu, somatoform ve psikoform olmak üzere ikiye ayırır. Somatoform dissosiyasyon, bedensel semptomların çıkışını, psikoform dissosiyasyon ise bilinç, kimlik ve bellek ayrışmasını vurgulamaktadır (24).

Somatoform dissosiyasyon terimi fenomenolojik olarak bedeni içeren semptomlar için kullanılmaktadır ve somatoform deneyimler, tepkiler, işlevler ile ilgili bütünleştirme eksikliğini göstermektedir. Psikolojik dissosiyasyon ise dissosiyasyonun psikolojik bileşenlerine işaret etmektedir. Janet'in klinik gözlemleri histerinin psikolojik ve somatoform işlevleri ile ilgili reaksiyonları içerdiği şekildeydi (193).

ICD- 10'da histerik nevrozun tüm biçimleri dissosiyatif bozukluklar başlığı altına alınmıştır. Hareket ve duyumun dissosiyatif bozuklukları başlığı altında Somatoform Dissosiyasyon yer alır. Somatoform belirtiler ile dissosiyasyon arasındaki ilişkiyi yeniden ortaya koyan güncel çalışmaların bulguları bu sınıflama ile uyumludur (194). Örnek verecek olursak; lokalize ağrı daha önce dissosiyeye olmuş olan travmatik hafızanın yeniden aktive olmasına bağlı olabilir. Bununla birlikte travmatik hafızanın büyük ölçüde sensorimotor reaksiyonları içerdiği bilinmektedir (195).Gelişim döneminde (0-6 yaş arasında) self report travmatizasyon, somatoform dissosiyasyon ile en çok ilişkilendirilmiştir (196).

Dissosiyatif bozukluğu olan hastalar birçok somatoform belirti gösterirler ve hastaların çoğu DSM-IV'ün somatizasyon bozukluğu tanı kriterlerini karşılayabilmektedir (197). Öte yandan somatizasyon bozukluğu hastalarında sık olarak amnezi yakınması bulunmaktadır (197). Nijenhuis DSM-IV'te somatoform bozuklukları dissosiyatif bozukluklar olarak kavramsallaştırılmasa da, dissosiyatif ve somatoform bozukluklar arasında

güçlü ilişki nedeniyle dissosiyasyon, konversiyon semptomları ve somatizasyon semptomlarının tekil bir kökenden kaynaklanıyor olabileceğini öne sürmüştür (24).

Nijenhuis ve arkadaşları tarafından dissosiyasyonun derecesini değerlendiren ve sıkça kullanılan ölçeklerden olan DES (Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği) ve DIS-Q (Dissociation Questionnaire) dissosiyasyonun psikolojik bileşenlerini değerlendirdiğini belirterek 'psikolojik dissosiyasyon' ismini önermiştir (194).

2.3.2.2. Epidemiyoloji

Dissosiyasyon sıklığı kültürlere ve toplumlara göre değişiklik göstermektedir. Tüm dissosiyatif bozuklukların genel toplumdaki sıklığı her iki cinsiyette %11.2 ve kadınlarda %18.3'dür. Bu kişilerin bir bölümü psikiyatrik yardım almamaktadır. Bir kısmı ise belirtilerin sadece bir alt kümesinin dikkate alınması sonucu psikiyatri ile temas kurduklarında başka tanılar (örneğin konversiyon bozukluğu, sınırda kişilik bozukluğu ve depresyon gibi) düşünülüp ona göre değerlendirilmektedir (186).

Dissosiyatif bozuklukların genel toplumdaki sıklığını araştıran çalışmalara göre; dissosiyatif kimlik bozukluğu sıklığının şizofreniden (%1) az olmadığı belirtilmiştir. Yataklı psikiyatri servislerinde bu oran %5'e çıkmakta, genel psikiyatri polikliniğinde ise %2 düzeyinde olduğu gösterilmiştir. Çalışmalar genel olarak dissosiyatif bozuklukların sıklığının ise klinik ve klinik dışı popülasyonlarda yaklaşık %10-20 olduğu gösterilmektedir (199).

2.3.3. Somatizasyon

"Soma" Yunanca "beden, vücut" anlamına gelmektedir. Somatizasyonun tam Türkçe karşılığı ise psikolojik acıyı bedenselleştirmektir (200). En yaygın kabul gören tanım Lipowsky tarafından yapılmıştır. Lipowsky'ye göre (1988) "Somatizasyon, patolojik bulgularla açıklanamayan somatik sıkıntı ve belirtiler yaşama, bunları fiziksel hastalıklarla ilişkilendirme ve bunlar için tıbbi yardım arama eğilimidir.", başka bir deyişle somatizasyon (bedenselleştirme), altta yatan bir psikiyatrik, psikolojik ya da sosyal sorunun bedensel yakınmalarla anlatımıdır (tıbbi açıklaması yapılamayan) (201). Başka bir tanımı ise; somatizasyon "bir hastalık ya da doku hasarı olmadan oluşan bedensel belirtiler" şeklinde tanımlanmıştır (202). Bu tanımlamalara göre, psikososyal strese yanıt olarak ortaya çıkan

somatizasyon eğiliminin yorumu gözlemcinin yorumuna dayanmaktadır. Bunun nedeni; somatize eden bireyler duydukları rahatsızlıkla bunun gerçek nedeni arasındaki ilişkiyi çoğu zaman fark edememektedirler. Psikososyal streslere ruhsal değil de bedensel yolla tepki verdiklerini çoğu zaman reddetmektedirler. Ayrıca somatizasyon belirtilerini, organik bir hastalığın belirtileri olarak görüp tıbbi bir tedavi arayışına girme ihtiyacında olurlar (203).

Psikiyatrist Kirmayer, somatizasyonu yedi farklı model içerisinde ele almıştır. Bunlar;

1. Duyguların bedensel yönü olarak somatizasyon,
2. Duyguları dışavurumda yetersizlik sonucu somatizasyon,
3. Dikkatin bedene yönelmesinin sonucu olarak somatizasyon,
4. Bir iletişim biçimi olarak somatizasyon,
5. Sıkıntının dışavurumu olarak somatizasyon,
6. Hasta rolüne girmenin bir yolu olarak somatizasyon,
7. Sağlık hizmetlerinin yapılanmasından kaynaklanan somatizasyon.

Bu modellerde de görüldüğü gibi somatizasyon biyopsikososyal bütünlük içinde değerlendirilmesi gereken bir kavramdır (201).

Keller de Kirmayer'in çalışmasını desteklemektedir. Keller'e göre "Somatizasyon multifaktoriyel olarak belirlenen, çok karmaşık bir fenomendir." (202). Somatizasyon bozukluğuyla ilgili güncel literatür incelendiğinde somatizasyonun ortaya çıkışında biyolojik, ruhsal ve fizyopatolojik süreçlerin birlikte ve karşılıklı etkileşerek rol oynadığı tespit edilmiştir (202). Somatizasyonun tipik özelliği; canlı, bir miktar abartılı, birçok sistemi ilgilendiren ve çok sayıda fiziksel belirtinin beraber var olmasıdır (204).

Bedenselleştirmeyi açıklamak için Barsky ve ark. bedensel duyuları abartma (somatosensory amplification) görüşünü ortaya atmıştır (30). Bu hipoteze göre bedenselleştiren bireyler, normal bedensel duyularını yoğun, zararlı ve rahatsız edici biçimde algılama eğilimi göstermektedirler (31). Bu durumun bedenselleştirme süreciyle ilişkili olduğu düşünülmüştür (32). Barsky ve ark. göre abartma aşağıdaki üç unsurdan oluşur:

1. Bedensel duyuma artmış bir dikkat ve uyarılmışlık hali,
2. Zayıf ve ender bazı duyumlara seçici olarak yoğunlaşma,
3. Bedensel duyumlara, onları daha rahatsız ve tehdit edici kılan duygulanım ve bilişlerle tepki verme (30).

Somatizasyon bozukluğu ise, fiziksel muayene ve laboratuvar bulguları sonucunda tıbbi hastalıklarla açıklanamayan birçok somatik semptomun birlikte bulunmasıyla karakterize bir hastalıktır (204). Somatizasyon bozukluğunda en sık bildirilen yakınma ağrıdır (sırt, karın, baş, göğüs, kasık vb.). Diğer sık bildirilen yakınmalar ise; baş dönmesi, nefes darlığı, yorgunluk ve çarpıntıdır (205). Somatik ağrının tanımı çeşitli yönlerini kapsayacak şekilde: “Ağrı, vücut dokusuna zarar verici veya verme kapasitesinde olan süreçlerce ortaya çıkarılan, vücudun belli bir bölgesinden geliyor olarak idrak edilen, nâhoş bir duyusal (sensoriyel) ve duygusal (emosyonel) yaşantıdır.” (206).

2.3.3.1. Psikodinamik Yaklaşım

Ego, bedenle bağıını hiçbir zaman tam anlamıyla koparmamış bir oluşum şeklinde tanımlanmıştır. Psikanalitik açıklamalarda sıkça “Beden-Ben” şeklinde söz edildiğine rastlanılmaktadır. Yeni doğanda ruhsal aygıtı oluşturan id, ego, süperego bölümleri henüz birbirinden ayrışmamış bir çekirdek halinde bulunmaktadır. Çocuğun gelişim sürecinde bu bölümler giderek gelişerek ayrışmaktadır. Egonun ayrışması ortalama üç yıl, süperegonunki ortalama altı yıl sürmektedir. Ruhsal örgütlenme tamamlandığında ruhsal aygıt üç bölümden oluşmaktadır. Fakat bu gelişim süreci dıştan gelen etkilerle kolayca bozulabilir. Bu süreç sonucunda, nevrozlarda önem taşıyan çatışma dinamizması ortaya çıkar (207).

Doğumdan öncesindeki yaşam, tamamiyle bedensel bir sistemdir. Doğum sonrasında dış ortamla kurulan ilişki, ilk etapta doğum sırasındaki bedensel bütünlükle devam etmektedir. Yeni doğan, henüz tümüyle somatiktir ve tüm algı, duygu ve iletişim beden üzerinden olur. Yaşama yönelik enerjinin kaynağı olan dürtülerin gelişimi de ilk olarak beden üzerinde meydana gelir. Dış ortam içindeki gelişim süreci sırasında, bir yandan dış çevreden gelen uyarılar ve etkiler algılanıp tanınır ve çocuk bunlara uyum sağlamayı öğrenirken, bir yandan da yavaş yavaş bedeninden uzaklaşmaya (desomatizasyon) başlar (207).

İnsanlararası etkileşimin ana unsuru iletişimidir. Çocuğun gelişim süreci sonunda, sözel iletişim ön plana geçer. Fakat, insanlararası etkileşim çoğunlukla sözel iletişimin ötesindedir. Duygu ve düşünceler başka bir sisteme çevrilerek sözel iletişim sistemine uydurulur. Sözel iletişimde, düşünceler eş zamanlı olarak ve olduğu gibi iletilmemektedir. Sözel iletişim hızının düşünceden çok daha yavaş olması bunun nedenidir. Böylece iletişimde sözcüklü ve sözcüksüz aktarımlardan çok daha fazla bir düşünsel içerik oluşur. Psikanaliz ve analitik yönelimli psikoterapide somatik davranışlar ve tepkiler bu ilişkide önemli bir iletişim aracı, hastanın kendi iç dünyasının kapısını açması için hekime sunduğu bir “anahtar” görevi görmektedir (her ne kadar sözel iletişime dayalı olarak yürütülse de) (207).

Somatizasyonu her şeyden önce bir anlatım biçimidir dahası bir iletişim yolu olarak kabul etmek daha doğru olur. Duygusal sıkıntıların beden diliyle anlatılması yoluna başvurulmaktadır. Kişi duygusal yaşantılarını adlandıramamakta, dile dökememekte ve beden belirtileriyle ifade etmektedir. Lakin, bu durum kişinin sadece yaşadıklarının bir anlatımı değil; aynı zamanda kendisi için “önemli bir kişi”ye bir mesaj vermesidir. Böyle bir mesaj, pozitif bir geribildirim alırsa ve beraberinde ikincil faydaları da getirirse, o zaman somatizasyon yerleşir ve hastalık haline dönüşebilir (208).

Sözel iletişimin gelişmesinde ilk olarak beden kullanılır. Başlangıçta sadece salt bedenden çıkan, herhangi bir anlam yüklenmemiş bir ses çıkarılır. Çıkarılan ses, henüz iletişim anlamı taşımaz. Zamanla çıkarılan sese annesinden ya da bakım veren kişiden alınan tepkilerle ve aynı sesin tekrarlanması karşılığında aynı cevabın alınması neticesinde, bu ses belli bir anlam niteliği kazanmaya başlar. Anne tarafından çıkarılan sese belli kelimelerle cevap verilmesiyle belli davranışlara simgesel takılmalar oluşur. Çıkarılan sesler, zamanla annenin konuşma diline uygun bir nitelik kazanır. Böylece, alfabedeki harflerle açıklanabilen sözel iletişime doğru yol alınmaktadır (207).

Psikanalitik kuram; psikosomatik rahatsızlıklara, hastalığın gelişimindeki ruhsal işlevi anlamaya çalışarak yaklaşmaktadır. Bu yaklaşıma göre; somatizasyon bozukluğunda bedensel belirtilerin, bilinçdışı sıkıntının bir miktar dışa yansıtılmasıyla dürtü boşalmasına izin veren bir işlev gördüğü şeklindedir (209). Somatizasyon davranışını, ruhsal çatışmanın bilinçdışı

savunma süreci sonucu bedensel semptomlara dönüştürülmesi olarak tanımlanır. Bu semptomların kişide sıkıntı yaratmasıyla kişinin sosyalliği/işlevselliği düşmektedir (210). Somatizasyon bozukluğu olan bazı kişilerde, savunma mekanizmalarının önemli bir rol oynadığı düşünülmektedir. Konuyla ilgili kesinlik kazanmış istatistiksel veriler malesef bulunmamaktadır; çünkü savunma mekanizmalarının somatizasyon bozukluğunda kaç kişi için ne kadar etkin olduğunu ölçmek çok zordur ve bu tarz çalışmaların sayısı oldukça azdır. Somatizasyon; bilinçdışı süreçte, savunma mekanizmalarının uygunsuz kullanılmasıyla oluşan bedensel rahatsızlığa yol açan bir nevroz olarak tanımlanır (204). Ayrıca somatizasyonun, psikolojik sıkıntının farkındalığına ve/veya ifadesine karşı bir savunma olduğunu düşünen yazarlar da mevcuttur (211).

Somatizasyonun temelinde zihinleştirme vardır. Zihinleştirme yoluyla vücuttan boşaltılamayan dürtü, bedensel yolla ortaya çıkar. Zihinleştirme kapasitesi; iç sıkıntıları, depresyonu, kişisel çatışmaları tolere edebilmeyi ve anlaşma yapmayı sağlar. Bu kapasite, dürtülerin düzenlenmesi için gerekli olan işlevlerin tamamıdır (200). Örnek olarak baş ağrısını verecek olursak, zihinsel ketlenmeyle ortaya çıkmaktadır. Dürtüsel etkinlik, zihinsel olarak akıllaştırılmadığı için bedende oluşur. “Paris psikosomatik okulundan Pierre Marty, Michel Fein ile birlikte baş ağrısı çeken hastalar üzerinde yaptığı çalışmalar sonucunda, bu hastalarda baş ağrısının zihinsel tutukluk (inhibisyon) ile birlikte meydana geldiği ve tüm dürtüsel enerjinin boşalımı için tek bir yolun kaldığı şeklinde tespit edilmiştir. Zihinselleştirme yoluyla boşalma imkanı bulamayan dürtüsel güçler, somatizasyon yolunu seçmek zorunda kalmaktadırlar (211). Psikosomatik kişilerde somatizasyon sonucu ortaya çıkan bedensel semptomların altında saldırganlık (agresyon) ve kin (hostilite) görülmektedir (212). Kin ve saldırganlık duygularıyla baş edemeyen kişilerde yadsıma, yer değiştirme ve mantıksallaştırma gibi savunma mekanizmaları ile mevcut olan duygusal sorunların yerini bedensel belirtiler alır. Üstesinden gelinmesi güç problemlerle uğraşmak yerine bedensel duyularıyla uğraşmaları sağlanmaktadır (213).

İyi hissetme duygusu, beden ve ruhun bütün olmasıyla olur. Bu sayede kişide psikosomatik denge kurulmuş olur. Dışarıdan gelen her tür uyaran, kişide psikolojik ve somatik olarak eş zamanlı verilen yanıtları oluşturur.

Beden çok hastaysa kişi, ruhsal olarak da iyi olamamaktadır veya tam tersi yaşanmaktadır. İkisi birbirlerinden kopuk değildir. Bu uyumlu olup olamama durumu, ruhsal süreç üzerinden gelişmektedir ve savunma düzeneklerinin bu süreci tolere edip edememesiyle ilgisi vardır (200).

Eğer duygular ifade edilemez ya da sözel olarak paylaşılamazsa çatışmayla, gerilimle ve somatik yakınmalarla ifade edilmeye çalışılır (211). Psikosomatik kişiler somatik şikayetler monoton şekilde açıklanmaktadır ve şikayetler sıradanlaşmıştır. İfade edilen semptomlarda her zaman simgesel bir anlam mevcuttur (200). Örnek verecek olursak; anksiyetenin yerini; bağırsaklarda, solunum veya dolaşım sistemlerindeki duyular alabilir. Bu şekilde ifade edilen duygular kişi tarafından tam olarak deneyimlenmez ve anksiyetenin baskısı azaltılamaz. Freud ve Bleuler bu duygusal durumun kronikleşmiş haline 'boğulmuş duygular' adını vermiştir (211).

2.3.3.2. Epidemiyoloji

Somatizasyon Bozukluğu (SB)'nin yaşam boyu prevalansı yaklaşık %0,1-0,5'dir (192). SB, kadınlarda daha sık görülmektedir (E/K: 1/5-20). Hastaneye başvuran hastaların yaklaşık %5-10'u somatizasyon bozukluğu tanı kriterlerini karşılamaktadır (214).

"Türkiye'de 2008 - 2009 yılında yapılan epidemiyolojik bir çalışmada genel popülasyonda SB %0,3-2,9 bulunurken, sadece kadınlarda ise %1-5 olduğu belirtilmiştir. Erkek /kadın oranı ise 1/20 olduğu saptanmıştır (215).

Hastalık çoğunlukla 30-35 yaşlarından önce başlamakta hatta ilk belirtiler gençlik çağlarında olmaktadır. Olguların çoğunda semptomlar adölesan dönemde başlar ve tanı kriterlerini 20 yaşlarında tamamen karşılar (216).

Kırsal kesimde, sosyoekonomik düzeyin daha düşük olduğu coğrafyalarda ve doğu ülkelerinde daha yaygın olduğu tahmin edilmektedir. Somatizasyon bozukluğuna yaklaşık %85 oranında komorbid ruhsal bozukluklar mevcuttur, özellikle depresyon ve anksiyete bozukluklarıdır. SB olanlar da antisosyal ve histriyonik kişiliklerin tahmin edildiği gibi yüksek olmadığı tespit edilmiştir, lakin çekingen, paranoid ve obsesif – kompulsif kişilik bozukluklarının yaklaşık %20-25 oranlarında görüldüğü bulunmuştur (217).

2.3.3.3. Fonksiyonel somatik sendrom

Birinci basamakta veya diğer uzmanlık alanlarında Somatoform Bozukluk tanıları hemen hemen hiç kullanılmamaktadır. Yerine tıbbi uzmanlık dallarına göre depresyon, anksiyete, kronik yorgunluk sendromu, fibromiyalji veya huzursuz barsak sendromu gibi tanılar kullanılmaktadırlar (218).

İBS tanısı alan hastaların önemli bir kısmı kronik pelvik ağrı veya fibromiyalji tanı ölçütlerini de karşılamaktadır ve bunun tam terside sıkça görülmektedir. Bu hastalıkların ortak bazı özellikleri vardır bunlar; kadın cinsiyet baskınlığı, şimdiki veya geçmiş psikiyatrik öykü, çocukluk çağı travmalarıdır ayrıca bu özellikler depresyon ve anksiyete bozuklukları için de geçerlidir. Tedavi yöntemi ve tedavilere alınan cevaplar yüksek oranda benzerlik gösterir (219).

Belirtilerin otonom sinir sistemi ve HPA eksenin hiperaktivitesi ile açıklanabileceği ve kas-iskelet sistemi belirtilerinin ise beyin sapı ve medullada lokalize retiküler sistemin işlev bozukluğuna bağlanabileceği düşünülmektedir.

2.3.4. İBS ve Travma - Dissosiyasyon - Somatizasyon

Ruhsal travma çocuklukta ve erişkinlikte aynı etki yapmaz. Çocukta dissosiyasyona yatkınlık daha fazladır ve yaşla azalmaktadır. Bu sebeple çocukluk çağı travmaları erişkinlikteki dissosiyatif bozuklukların asıl nedenini oluşturur. Dissosiyatif mekanizma başlangıçta çocuk tarafından normal olarak travmatik yaşantının üstesinden gelme çabası olarak kullanılmaktadır. Fakat bu mekanizma zamanla uyumsuz olmamakta ve patolojik bir hale dönüşmektedir. Ruhsal travma durumu esnasında başka türlü kaçma ve kurtulma olanağı olmayan çocuk; "bu olanlar bana değil, başkasına yapılıyor", "bunları yaşayan ben değilim" şeklinde düşünerek ruhsal dengesini korur. Fakat travmatik yaşantı ağır, yineleyici ve özellikle çocuğun aile bireylerinden (bağlanma ve sevgisine gereksinim duyduğu kişiler) kaynaklanıyorsa bu savunma mekanizması zamanla yerleşmektedir (21).

Kişinin algılarını, duygularını, anılarını ve zamanla tüm zihnini bölmeleştiren dissosiyatif savunma iki işlev birden görmektedir. Bir yandan kişiyi olay anında travmatik yaşantının etkisinden uzaklaştırırken diğer

yandan gerekli ruhsal çözüm işlemini ileride başka bir biçim ve yöntem ile yapılmak üzere erteler. Böylece fiziksel çaresizlik içinde de olursa, denetimin yitirildiği duygusunu önlemektedir. Zamanla fiziksel denetime sahip olduğu halde, dissosiyasyon artık ruhsal bakımdan çaresizlik hissi yaratan kalıcı bir mekanizmaya dönüşmektedir (21).

Birçok çalışmada çocukluk çağı fiziksel ve cinsel istismar ile dissosiyasyon arasında anlamlı ilişki olduğu gösterilmiştir. Dissosiyatif bozukluğu olan hastalar arasında ÇÇT bildirim oranları yaklaşık %90'lara kadardır (19). ÇÇT öyküsü olan ve olmayan kişiler karşılaştırıldığında da ÇÇT'si olanların daha çok dissosiyasyon geliştirmeye yatkın oldukları tespit edilmiştir (20).

Yargıç ve arkadaşları ülkemizde yaptıkları bir araştırmada, çocuklukta duygusal, fiziksel travma ve ihmal yaşantıları ile erişkinlikteki dissosiyatif yaşantı sıklığı arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde korelasyon olduğunu ve bunlar arasında en güçlü istatistiksel bağlantının da duygusal istismar ile olduğunu belirtmişlerdir (190).

Zoroğlu ve arkadaşları 17 dissosiyatif kimlik bozukluğu olgusu ile yaptıkları çalışmalarında, bu kişilerin %94'ünde en az bir travmatik yaşantı olduğunu tespit ettiler. Bu çalışmada sırasıyla %71 ile emosyonel istismar (en sık), %59 ile fiziksel ve cinsel istismar olduğunu tespit etmişlerdir ayrıca %65'inin de uzun süreli ihmal yaşantısı olduğunu ve %53 oranında da ensest vakası olduğunu bulmuşlardır (220).

Kisiel ve arkadaşları, cinsel istismar öyküsü ile dissosiyasyon arasındaki anlamlı bir ilişki olduğunu bulmuşlardır ancak fiziksel istismar ile bu ilişkinin anlamlı olmadığını bildirmişlerdir (25).

Şar ve arkadaşları 2000 yılında ülkemizde yaptıkları araştırmada, dissosiyatif bozukluğu olan hastaların %46'sında fiziksel istismar, %33'ünde ise cinsel istismar olduğunu saptamışlardır (26). Bir diğer araştırmalarında ise, genel psikiyatri polikliniğine gelen ve dissosiyatif bozukluğu olan hastaların %80'inde çocukluk çağı istismarının olduğunu tespit etmişlerdir ve bunlar sırasıyla çocukluk çağında emosyonel istismar (%72), fiziksel istismar (%50), cinsel istismar (%27.8) olduğunu bildirmişlerdir (221).

Gastroenteroloji hastalarının ve çocuklukta kötüye kullanımı olan kişilerin dissosiyasyon semptomları gösterme olasılığı fazladır (22). Dissosiyasyon

ayrıca açıklanamayan fiziksel semptomları bildirme eğilimiyle de ilişkili olduğu bulunmuştur (23). Bu sebeple dissosiyasyon, istismar ve İBS gibi açıklanamayan belirtilerle karakterize hastalıklar arasında bir bağlantı olabilir.

Colin A. Ross (2005) Dissosiyatif Bozukluklar İçin Görüşme Çizelgesi (DDIS) ile yaptığı araştırmasında İBS grubunda diğer iki gruba göre (İBH ve diğer gastrointestinal hastalıklar) daha fazla organ-dışı / paranormal deneyim bildirmiştir. Bunlar hayalet görme, geleceği uyanırken görme, nesnelere zihinle hareket ettirme ve zihinsel telepati gibi deneyimleri içerir. Ekstra duygusal / paranormal deneyimler ve çocukluk hayali oyun arkadaşları üzerindeki bu farklılıkların neden bu çalışmada gözlemlendiğine ilişkin hiçbir açıklama veya hipotezde bulunamamışlardır (1).

Dissosiyatif bozukluğu olan hastalar birçok somatoform belirti göstermektedirler hatta hastaların çoğu DSM-IV'ün somatizasyon bozukluğu tanı kriterlerini karşılamaktadır (197). Ayrıca somatizasyon bozukluğu hastalarında sıklıkla amnezi şikayeti de bulunur (198). DSM-IV'te somatoform bozukluklar dissosiyatif bozukluklar olarak kavramsallaştırılmasa da Nijenhuis, dissosiyatif ve somatoform bozukluklar arasında güçlü ilişki nedeniyle dissosiyasyon, konversiyon semptomları ve somatizasyon semptomlarının tekil bir kökenden kaynaklanıyor olabileceğini öne sürmüştür (24).

Nijenhuis dissosiyasyonu, somatoform ve psikoform olmak üzere ikiye ayırır. Somatoform dissosiyasyon, bedensel semptomların çıkışını, psikoform dissosiyasyon ise bilinç, kimlik ve bellek ayrışmasını vurgulamaktadır (24).

Psikoform dissosiyasyonun yanında somatoform dissosiyasyonun da ÇÇT ile ilişkisi çeşitli birçok çalışmada gösterilmiştir (25). Ülkemizde dissosiyatif bozukluk hastaları arasında yapılan bir çalışmada çocukluk çağı fiziksel ve cinsel kötüye kullanım oranlarının oldukça yüksek olduğu bildirilmiştir (26). Yüksek cinsel kötüye kullanım oranları non-epileptik nöbetlerde, somatizasyon bozukluklarında ve konversiyon bozukluğu hastalarında çoğunlukla saptanmıştır (27). Cinsel kötüye kullanım ve dissosiyasyon bağımsız olarak ruhsal rahatsızlıkların birtakım özellikleri

(riskli davranışlar, intihar girişimi, self-mutilasyon ve cinsel agresyon gibi) ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir (222).

Tıbben açıklanamayan belirtileri bulunan hastalarda dissosiyatif belirtilerin sık olduğu bilinmektedir (223). Bu verilerden yola çıkarak açıklanamayan tıbbi belirtilerin dissosiyasyon yoluyla duyumlarda meydana gelen değişimler olarak anlaşılabilirliği ve bu somatik duyumların merkezi sinir sisteminde işlemlenmesindeki anormallikler nedeniyle, eşik altı beden duyumlarının algılanmasında artışın sonucu olduğu düşünülmüştür hatta bu durum bazı yazarlar tarafından somatoform dissosiyasyon olarak adlandırılmıştır (224). NMDA (NMetil- D-Aspartat) reseptör uyarılması ile dissosiyasyon aktivasyonunun ve beraberinde çeşitli organlarda duyarlılık eşiğinin düşmesinin çalışmalarla gösterilmesi bu varsayımı güçlendirmiştir (225). Nöron hücrelerinde eşiğin düşmesi ile birlikte dizinhibisyon meydana gelir, böylece hücreler normalde uyarılmayacakları durumda bile uyarılırlar ve eşik altı duyumlar ağrı hissine dönüşmüş olur (226).

Ayrıca lokalize ağrı daha önce dissosiyeye olmuş olan travmatik hafızanın yeniden aktive olmasına bağlı olmuş olabilir. Travmatik hafıza büyük ölçüde sensorimotor reaksiyonları içerir (196).

Özellikle erken çocuklukta travma öyküsü olan kişilerde simgeleştirme yetisi bozulabilir ve çocukluk döneminde deneyimlenen travmalar simgeleştirilemez. Kişi hangi yaşta olursa olsun travmatik yaşantılar ani, yoğun, acımasız şekilde ortaya çıkar ve olan biteni anlamak ve simgeleştirmek bu süreçte çoğunlukla mümkün olmamaktadır (227).

Olumsuz bazı çocukluk çağı yaşantıları somatik belirtilerin ortaya çıkmasına sebep olabilmektedir. (28). Fiziksel ve cinsel kötüye kullanım da kişide stresli durumlara somatik yanıt verme yatkınlığı yaratabilir ve somatizasyon aynı zamanda çevresel strese cevap olarak adaptif olmayan iletişim biçimi şeklinde karşımıza çıkabilir. Ayrıca çocukların duygusal gereksinimlerinin ebeveynleri tarafından karşılanmayıp fiziksel yakınmalarına seçici bir dikkat verilmesi de çocuklarda hastalık davranışını pekiştirebilir (29).

Çocukken travmaya maruz kalmış olanların ya da hastalığı süresince anne baba bakımı alamayanların benlik saygısı zedelenebilir ve bunun sonucunda kendiliğın içsel çalışan modeli'bakımı hak etmeyen' şeklinde

kendini kodlayabilir. Örnek verecek olursak çocuğun bakım arayıcı ya da bağlanma davranışlarının anne baba tarafından fark edilmemesi durumunda, çocukta yalnızca 'fiziksel yakınma sonucunda bakım alabileceği' ile ilgili içsel çalışan modeller gelişmesine neden olabilmektedir. Böyle bir çevrede büyüyen çocuklarda duygusal zorluklarını bedensel belirtiler şeklinde dışa vurarak iletmeyi öğrenmektedirler (228).

Somatik semptomların travmatik deneyimlerin sekeli olabileceği ilk olarak Freud tarafından ortaya atılmıştır (229). Bir çalışmada affektif bozukluklarla somatizasyon bozukluğu olan kadınlarda çocukluk çağında istenmeyen cinsel temas oranları karşılaştırılmıştır. Somatizasyon bozukluğunda bu oran %55 gibi yüksek bir oran iken affektif bozukluğu olanlarda bu oran %16'da kalmıştır (230). Başka bir çalışmada ensest mağdurları arasında somatizasyon bozukluğu oranının %14 olduğu tespit edilmiştir (231). Noyes ve arkadaşları, Hipokondriyazis'li 47 yetişkinde, çocukluk kaygısı, ciddi yaralanma, ebeveyn alkol veya uyuşturucu problemleri, tehlikeli bir meslekte çalışan en az bir aile üyesi ve hastalık davranışına ilişkin ebeveyn ödülleri sağlıklı kontrollere göre daha fazla olduğunu bildirmiştir (232). Morrison Somatizasyon Bozukluğu olan 60 kadının %60'ının çocuklukta cinsel istismar olduğunu bildirmiştir (233).

Bunun yanında Hallin ve arkadaşları cinsel kötüye kullanımın somatizasyon bozukluğu için öngörücü olmadığını fakat fiziksel kötüye kullanımın ilişkili olabileceğini, tüm travmalar arasında fiziksel kötüye kullanımın somatizasyon için en iyi öngörücü olduğunu belirtmiştir (234). Kronik pelvik ağrılı hastalarında yapılan bir çalışmada kontrol grubuna göre daha fazla cinsel kötüye kullanım öyküsü olduğu saptanmıştır (235). Bir başka çalışmada da çocukluk çağında kötüye kullanım öyküsü olanların daha fazla somatik semptom bildirdikleri ortaya konulmuştur (236).

Koptagel İlal'in (1999) yaptığı somatizasyonla ilgili psikodinamik değerlendirmede; erken çocukluk deneyimlerinin, somatizasyon bozukluğunun oluşmasında ve davranış biçimi haline gelmesinde büyük bir rolü olduğunu belirtmiştir. Çocuğun gelişimi boyunca desomatizasyon ve bireyselleşme sürecini olumsuz etkileyen, çocuğun bedensel yoldan algıladığı doyum ve doyumsuzluk duyguları çocukta somatizasyona yakınlığa sebep olmaktadır. Bunun yanında çocuğun beden işlevleriyle

aşırı ilgilenilmiş olması, çocuklukta geçirilen ve kendisinde hem korku yaratan, hem de ona belli duygusal ve sosyal avantajlar sağlamış olan durumlar ve yaşantısında vücudunu ön plana çıkartması somatizasyona eğilimini arttıran unsurlardandır (207).

Spitzer ve çalışma arkadaşlarının (2008) DSM-IV Somatizasyon Bozukluğu tanısı ve Major Depresyon tanısı alan 28 kişi üzerinde yaptıkları çalışmalarında; bu kişilerin çocukluklarında fiziksel ve cinsel istismara maruz kaldıklarını tespit etmiştir. Ayrıca bu çalışmada; ÇÇT olan kişilerin, yetişkinlik döneminde de birçok rahatsızlığının yanı sıra somatizasyon bozukluğunun olduğunu da göstermiştir (obezite, migren, kronik ağrı, travma sonrası stres bozukluğu, madde kullanım bozukluğu, yeme bozuklukları, kişilik bozuklukları, bipolar bozukluk) (237).

Karaer-Karapınar'ın 2010 yılında yaptığı çalışmada, somatizasyon davranışını açıklayan başlıca nedenler; erken yaşam olayları, çocukluk çağı hastalıkları ve çocukluk çağı travmalarıdır. Çocukluk çağı fiziksel istismarı diğer erken yaşam olaylarına (her ne kadar cinsel istismarın somatizasyon bozukluğuyla ilgili olsa da) göre somatizasyon bozukluğu için daha belirleyicidir (204).

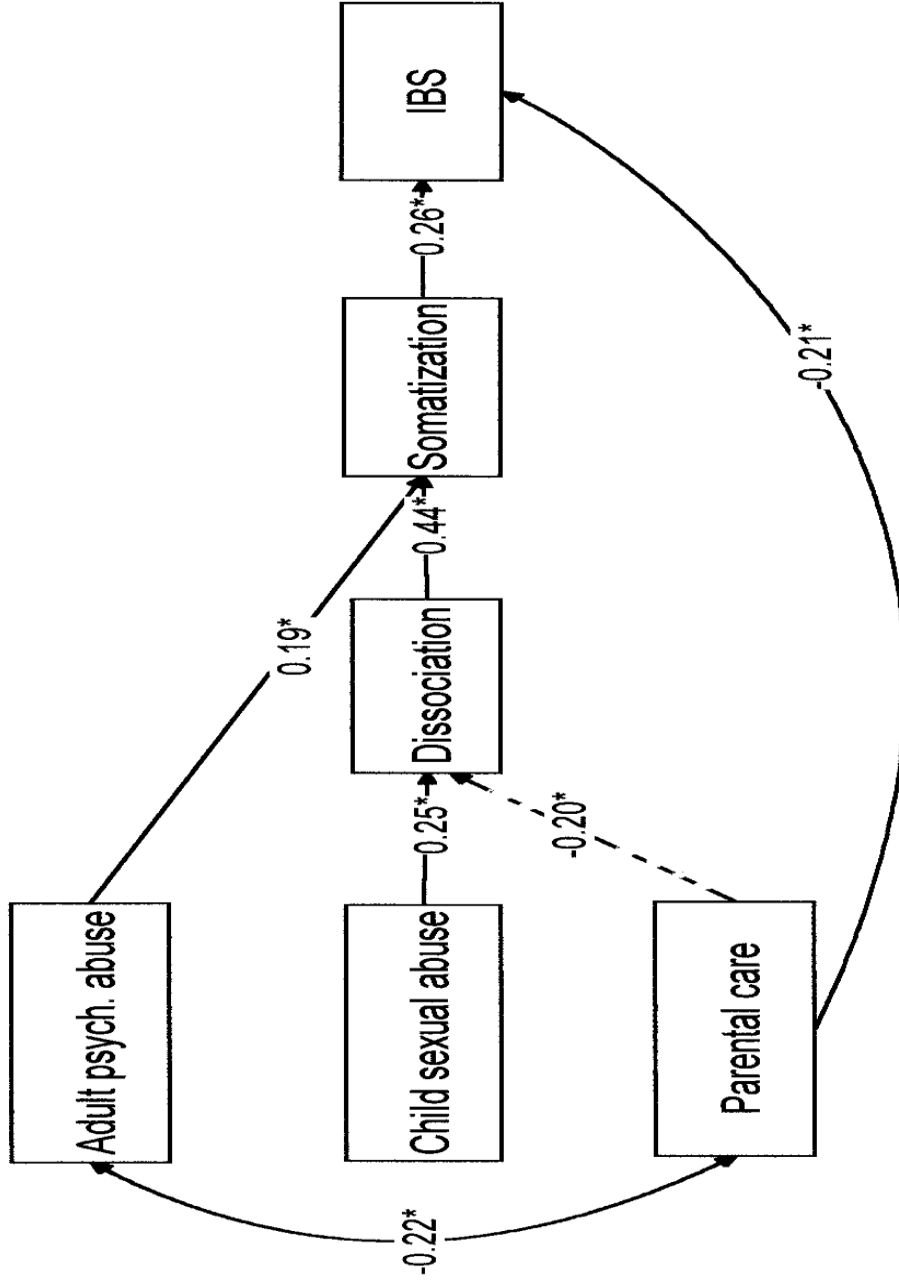
Çocuklukta cinsel istismar sıklıkla ağız, anüs ve vajinaya nüfuz etmeyi içerdiğinden gastrointestinal sistemde psikosomatik semptomların ortaya çıkma eğiliminde olması mantıklıdır. Bu belirtiler, cinsel ihlalin ayrılmış duygusal bileşenlerini temsil edebilir (1).

İBS için tedaviye başvuran hastaların %70-90'ında anksiyete, depresyon, fobi ve somatizasyon bozukluğu gibi komorbiditeleri mevcuttur (83). Başka bir çalışmada özellikle şiddetli veya dirençli belirtileri olan fonksiyonel mide barsak hastalarında psikiyatrik bir tanı sıklığı %42 ile %61 arasında olduğu saptanmıştır. Hastalarda en sık görülen komorbiditeler anksiyete bozuklukları, major depresyon, ağrı ve somatizasyon bozukluğu gibi somatoform bozukluklardır (76).

İBS ile komorbid koşullar, yeterince anlaşılammakta ve kendi etiyolojilerine sahiptir. Komorbid durumların semptomları, İBS ve birbirleriyle önemli ölçüde örtüşmektedir (238). Bazı araştırmacılar bu koşulların "işlevsel somatik sendromlar" olarak isimlendirilmesi gerektiğini belirtmişlerdir (239). Ancak, bazı araştırmacılar tarafından İBS hastalarının

yaşadığı somatik komorbiditelerin bir somatizasyon bozukluğunun tezahürü olmadığı iddia edildi (240). Ayrıca, bedensel komorbiditeleri olan İBS hastalarının semptomlarını olduğundan daha şiddetli yaşadığı bildirilmektedir (241).

Peter Salmon ve arkadaşları (2003) İBS ile istismar, dissosiyasyon ve somatizasyonun rolünün test etmek için İBS hastalarını organik gastrointestinal hastalığı olanlar ile karşılaştırmışlar. İBS'li hastalar çocuklukta ve yetişkinlikte daha fazla cinsel istismara, çocuklukta daha fazla fiziksel istismara ve yetişkinlikte daha fazla psikolojik istismara maruz kaldığını tespit etmişlerdir. İBS'li hastalar daha anksiyeteli ve daha fazla somatizasyon ve dissosiyasyon semptomları göstermişlerdir. Analizler sırayla istismar, dissosiyasyon, somatizasyon ve İBS'yi birbirine bağlayan nedensel bir zincir olduğunu göstermiştir. Sonuçlar, çocuklukta istismarın İBS ile bağlantılı olduğu bir model ile tutarlıdır; çünkü dissosiyasyon eğilimine neden olur ve dissosiyasyon fiziksel belirtilerde genel bir artışa neden olur (33).



Şekil 2.5: İBS’de anahtar değişkenleri içeren yol modeli. Önemli standartlaştırılmış yol katsayıları gösterilmektedir. Tek başlı oklar hipotezli nedensel yolları temsil eder; çift başlı ok kovaryansı (eş değişkeni) temsil eder. Kesintisiz çizgiler, ilk modeldeki yolları belirtir; noktalı çizgi ek yolu gösterir (33).

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ÇALIŞMANIN TASARIMI

Bu çalışmada İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Polikliniği'ne 24.06.2019-02.08.2019 tarihleri arasında başvuran araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan, çalışma grubu olarak İrritabl Barsak Sendromu olan 68 gönüllü ve kontrol grubu olarak İnflamatuvar Barsak hastalığı (Crohn ve Ülseratif Kolit) olan 58 gönüllü ve sağlıklı kontrol grubu olarak İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim Araştırma Hastanesi çalışanlarından oluşan araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan 76 gönüllü dahil edilmiştir. Etik Kurul onayı alınmıştır. Tüm gruplara Bilgilendirilmiş Onam Formu, Sosyodemografik Veri Formu, Çocukluk Çağı Travmalar Ölçeği, Somatoform Dissosiyasyon Ölçeği, Bedensel Belirtileri Abartma Ölçeği, Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği anket çalışması olarak uygulanmıştır. Çalışma grubuna bu anketlere ek olarak İrritabl Barsak Sendromu Semptom Şiddeti Ölçeği anket çalışması olarak uygulanmıştır. Toplam 202 gönüllü ile çalışılmıştır.

İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı (İBH) (Crohn hastalığı ve ülseratif kolit) İrritabl Barsak Sendromu semptomlarının herhangi biri veya tümüyle olabilir. Bununla birlikte, İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı'nda, baryum X-ışını, kolonoskopi, biyopsi ve ameliyat sırasında kesin ve sıklıkla ciddi fiziksel bulgular vardır. İnflamatuvar Bağırsak Hastalığı ciddi malnütrisyon ve ölüme neden olabilir ve genellikle ameliyat ve/veya intravenöz beslenme gerektirir. İnflamasyonlu bağırsak hastalığı olan hastalar, aynı semptomları paylaştıkları, semptomları için fiziki nedenleri gösterdikleri için İrritabl Barsak Sendromu araştırmaları için mantıksal karşılaştırma grubudur (1). Bu sebepten sağlıklı kontrol grubunun yanında İBH'dan oluşan grup ile karşılaştırılmıştır.

Çocukluk Çağı Travmalar Ölçeği, Somatoform Dissosiyasyon Ölçeği, Bedensel Belirtileri Abartma Ölçeği ile İBS ile çocukluk çağı travmalarının ve bir takım psikolojik süreçlerin (travma, dissosiyasyon, somatizasyon) sağlıklı ve inflamatuvar bağırsak hastalık gruplarıyla karşılaştırılarak ilişkisi incelenmiştir. Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği ise regresyon analizi için uygulanmıştır. İrritabl Barsak Sendromu Semptom Şiddeti Ölçeği anketi sadece İBS çalışma grubuna uygulanmıştır. İBS şidet düzeyi ile diğer anket sonuçlarının korelasyonu araştırılmıştır.

Gönüllülerin araştırmaya dahil edilme kriterleri:

- 1) 18 – 65 yaş arası olmak
- 2) En az okur yazar düzeyinde eğitim almış olmak
- 3) Araştırmaya katıldığına dair bilgilendirilmiş olmak ve yazılı onam vermek
- 4) Araştırılan grup için İBS tanısı almış olmak
- 5) Sağlıklı kontrollerde İBS için ROMA IV tanı kriterlerini karşılamıyor olmak
- 6) Diğer kontrol grubu için inflamatuvar bağırsak hastalığı tanısı almış olmak

Gönüllülerin araştırmaya dahil edilmeme kriterleri:

- 1) Bilişsel Bozukluk, Mental Retardasyon, Yaygın Gelişimsel Bozukluk, Bipolar Bozukluk, Şizofreni, Sanrısız Bozukluk, Psikotik Bozukluk tanılarını almış olmak
- 2) Sağlıklı kontrol grubunda herhangi kronik gastrointestinal hastalık tanısı almış olmak
- 3) Hem İBS hem de inflamatuvar bağırsak hastalığı tanısı almış olmak

Primer amaç: İrritabl Barsak Sendromu (İBS) ile çocukluk çağı travmalarının ilişkisi olup olmadığını ortaya koymak amaçlanmaktadır.

Sekonder amaç: Bu hastalarda altta yatan ilişkili psikolojik mekanizmaları (somatoform dissosiyasyon, bedensel belirtileri abartma eğilimi) araştırmaktır. Bu mekanizmaların daha iyi anlaşılması yapılacak psikolojik müdahaleler için yol gösterici olacaktır.

Çalışmanın hipotezleri;

1. İBS hastalarında kontrol gruplarına göre daha fazla çocukluk çağı travma öyküsü vardır.
2. İBS hastalarında kontrol gruplarına göre daha fazla somatoform dissosiyasyon görülür.
3. İBS hastaları kontrol gruplarına göre bedensel duyularını daha fazla hissetmektedir.
4. İBS hastalarında ÇÇT öyküsü ile somatoform dissosiyasyon ve bedensel belirtileri abartma arasında ilişki vardır.
5. İBS hastalarında çocukluk çağı travmasının olması İBS şiddetini artırmaktadır.
6. İBS hastalarında karın ağrısı / bağırsak şikayetleri çocukluk çağında başlamaktadır.

3.2. ÖRNEKLEM BÜYÜKLÜĞÜ

Çalışmaya alınacak en az katılımcı sayısını belirlemek için OpenEpi (Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health, https://www.openepi.com/Menu/OE_Menu.htm) kullanıldı. İBS hastaları ve sağlıklı kontrollerin CTQ puan ortalaması arasında beklenen fark 3, standart sapmalar benzer bir çalışmaya göre (242) 6, hasta sayısı/kontrol sayısı oranı da 1 olarak alındığında %80 güç ve %95 güven aralığında çalışmaya alınması gereken en az katılımcı sayısı toplam 126 (63 İBS hastası, 63 sağlıklı kontrol) olarak saptanmıştır.

3.3. İSTATİSTİKSEL YÖNTEM

İstatistiksel analizler SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versiyon 20 (SPSS Inc.; Chicago, IL, USA) ile yapıldı. Normal dağılıma uygunluk incelendi ve test edildi. Tanımlayıcı istatistikler kategorik değişkenler için sayı ve yüzde, sürekli değişkenler için ortalama ve standart sapma olarak sunuldu. Çapraz tablolarda kategorik değişkenlerin dağılımı Pearson Ki-kare ya da varsayımların sağlanmadığı durumlarda Fisher kesin-kikare testleri ile karşılaştırıldı. Sürekli değişkenlerin iki bağımsız grup arası karşılaştırılmasında bağımsız gruplarda t testi ya da Mann-Whitney U testi kullanıldı. İki'den fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında sürekli değişken normal dağılım gösteriyorsa tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapıldı ve posthoc testler olarak varyanslar homojen ise Tukey HSD, varyanslar homojen değilse Tamhane testi kullanıldı. Sürekli değişken normal dağılmıyor ise Kruskal-Wallis testi kullanıldı.

Sürekli değişkenlerin birbirleri ile ilişkisini değerlendirmek için Pearson korelasyon analizi yapıldı. Cohen korelasyon katsayısının (r) 0.1-0.29 arası olduğu durumlar “zayıf”, 0.30-0.49 arası “orta düzey”, 0.50'nin üzerinde olduğu durumlarsa “kuvvetli” korelasyon olarak bildirildi. Katsayı - (eksi) ise negatif yönde korelasyon, + (artı) ise pozitif yönde korelasyon olarak yorumlandı.

Toplam ölçek puanlarının ya da bu ölçek puanlarının değerlendirdiği durum varlığının İBS varlığını nasıl etkilediğinin saptanması için tek değişkenli ve çok değişkenli analizler (lojistik regresyon) uygulandı. CTQ toplam puanı, CTQ puan yüksekliği (≥ 35 puan), CTQ alt ölçek toplam puanları (Emosyonel İS, Fiziksel İS, Cinsel İS, Emosyonel İh, Fiziksel İh, MİN) ve bu alt ölçeklerin kategorize halleri, SDQ toplam puanı, SDQ puan yüksekliği (≥ 35 puan) ve BDAÖ toplam puanı için ayrı ayrı modeller oluşturuldu ve her model sosyodemografik özellikler (cinsiyet, yaş, eğitim durumu ve stres varlığı) ile HADÖ depresyon kategorik ve HADÖ anksiyete kategorik ölçeğine göre düzeltildi. İki yönlü p değerinin < 0.05 olduğu sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Sosyo-demografik Özellikler Formu (Ek- 2)

Araştırmanın örnekleminin sosyodemografik özelliklerini saptayabilmek amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanan yarı-yapılandırılmış bir formdur. Formda katılımcıların yaş, cinsiyet, kardeş sayısı, medeni hal, eğitim, meslek özellikleri hakkındaki genel bilgiler yanında özgeçmişlerine yönelik ve gastrointestinal hastalığıyla ilgili sorular bulunmaktadır. Yakın geçmişteki stresörler de sorgulanmıştır.

Çocukluk Çağı Travma Ölçeği_28 (CTQ_28) (Ek 3)

1994 yılında Bernstein tarafından 70 madde olarak geliştirilen bu ölçek, 1995'te 54 maddeye düşürüldü ve Şar tarafından 1996'da Türkçeye uyarlandı. Beşli Likert tipi bir öz bildirim ölçeğidir. Çocuklukta duygusal, fiziksel ve cinsel kötüye kullanım ile fiziksel ve duygusal ihmali değerlendiren sorular içerir. Ayrıca aldatıcı özellikte olan, üç tane minimizasyon sorusunu da kapsamaktadır. Bu sorular, sonuçların daha doğru olarak değerlendirilmesi amacıyla dahil edilmiştir. Yanıt seçenekleri (1) hiçbir zaman, (2) nadiren, (3) zaman zaman, (4) sıklıkla, (5) çok sık olarak verilmektedir. Her soruya 1-5 arasında puan verilir. Kesme puanları; cinsel ve fiziksel istismar için 5 puanın üzeri, fiziksel ihmali ve duygusal istismar için 7 puanın üzeri, duygusal ihmali için 12 puanın üzeri, toplam puan için ise 35 puanın üzeri kesme noktası olarak önerilmiştir (243). Aynı travmatik yaşantı alt ölçeklerinin ve toplam puanın hesaplanmasına olanak tanır. Her travma tipi ile ilişkili faktörler için Cronbach alfa, yüksek iç tutarlılık gösterecek şekilde 0.79-0.94 arasında değişmektedir (244).

CTQ puanlarının hesaplanmasında önce olumlu ifadelerden (madde 2,5,7,13,19,26,28) elde edilen puanlar ters çevrilir (örneğin 1 puan 5 puana, 2 puan 4 puana döndürülür). Beş alt puanın toplamı CTQ toplam puanını verir. Alt puanlar 5-25, toplam puan 25-125 arasındadır. Olumlu ifade olmasına rağmen minimizasyonla ilgili (madde 10, 16, ve 22) maddelerin puanlarını ters çevirmeye gerek yoktur. Çünkü bu üç madde sadece travmanın inkarını ölçmekte ve toplam puanı etkilememektedir. Minimizasyon puanını hesaplamak için bu üç maddenin herbirinden alınan sadece 5 puan (en yüksek) cevapları hesaba katılır ve bunları hepsi 1 puan olarak sayılır. Bunların toplanması ile 0-3 puan arasında bir minimizasyon

puanı elde edilir. Duygusal (emosyonel) istismar 3,8,14,18,25 numaralı maddelerle, fiziksel istismar 9,11,12,15,17 numaralı maddelerle, fiziksel ihmal 1,4,6,2,26 numaralı maddelerle, duygusal (emosyonel) ihmal 5,7,13,19,28 numaralı maddelerle, cinsel istismar 20,21,23,24,27 numaralı maddelerle değerlendirilmektedir (245).

Somatoform Dissosiyasyon Ölçeği (SDQ_20) (Ek 4)

Somatoform dissosiyasyonun şiddetini değerlendiren 20 soruluk bir öz bildirim ölçeğidir. Nijenhuis ve ark. tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe uyarlamasının bir aylık test-retest korelasyonu 0,95 tir. Dissosiyatif bozukluk tanısı almış Türk örnekleme kesim noktası olan 35 puanın duyarlılığı 0,84, özgüllüğü 0,87 bulunmuştur (246,247). SDQ-20 maddeleri, klinik ortamlarda kişiliğin belirli ayrışma bölümlerinin yeniden etkinleştirilmesi üzerine ortaya çıkan ve tıbbi olarak açıklanamayan klinik olarak gözlenen somatoform dissosiyatif semptomları tarif eden 75 maddelik bir havuzdan türetilmiştir. Maddeler negatif (örneğin analjezi) ve pozitif dissosiyasyon fenomenleri (örneğin bölgeye özgü ağrı) ile ilgilidir (248). Travmayı ölçen ölçekler kişinin rahatsız travmatik anılarını hatırlattığı için ölçekleri eksik, yanlış veya isteksiz doldurabilmektedirler. Travmayı daha dolaylı yoldan ölçen, kişide stres yaratmayan ölçeklerle araştırmak daha akıllıca olabilir. Bu nedenle çalışmamızda SDQ'ye yer verdik.

Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği (BDAÖ) (Ek 5)

Barsky ve ark. (30), bedenselleştirmeyi açıklamak için bedensel duyumları abartma (somatosensory amplification) görüşünü ortaya atmıştır. Bu hipoteze göre bedenselleştiren bireyler, normal bedensel duyumlarını yoğun, zararlı ve rahatsız edici biçimde algılama eğilimindedir (31). Bu durumun bedenselleştirme süreciyle ilişkili olduğu öne sürülmüştür (32). Barsky ve arkadaşları tarafından geliştirilen geçerlik ve güvenilirliği gösterilmiş 10 maddelik bir kendini değerlendirme ölçeğidir (30). Hastalar her madde için 1 ile 5 arasında puan vermektedir. Maddeler çoğu bir hastalık göstermeyen bir dizi rahatsız edici bedensel duyumu içermektedir. Maddelerden alınan puanların toplanmasıyla toplam bir abartma/büyütme (amplification) puanı elde edilmektedir. Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Güleç ve arkadaşları tarafından yapılmış olup iç tutarlılık katsayısı 0.80 olarak bildirilmiştir (249).

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD) (Ek 6)

Hastada anksiyete ve depresyon yönünden riski belirlemek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla Zigmond ve Snaith tarafından geliştirilen, dörtlü Likert tipi bir ölçektir. Toplam 14 soru içermekte ve tek sayılar anksiyeteyi, çift sayılar depresyonu ölçmektedir. Formun Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Aydemir tarafından yapılmış, ölçeğin bedensel hastalığı olanlarda depresyon ve anksiyete belirtilerini tarama açısından güvenli olduğu belirlenmiştir. Türkiye’de yapılan çalışma sonucunda anksiyete alt ölçeği için kesme puanı 10, depresyon alt ölçeği için ise 7 bulunmuştur (250).

İrritabl Barsak Sendromu Semptom Şiddet Skoru (İBS SŞS) (Ek 7)

Karın ağrısı şikayeti olanlara, sahip olduğu bu ağrının şiddetine çizgi üzerinde 0-100 arasında puan vermesi istenmiştir. Ayrıca 10 günlük sürede karnının kaç gün ağrıdığı sorulmuştur (bu sayı 10 ile çarpılarak puanlandırıldı). Karnında gerginlik şikayeti olanlara bu sahip olduğu gerginliğin şiddetine çizgi üzerinde 0-100 arasında puan vermesi istenmiştir. Barsak alışkanlığından hoşnutluğunun düzeyi ve karnınızdaki rahatsızlık hissinin yaşantılarını ne düzeyde etkilediği sorularına ayrı ayrı yine 0-100 arasında puan vermesi istenmiştir. 5 katagoriden elde edilen puanlar toplandı. Toplam puan aralığı 0-500 arasında değişmektedir. Toplam puan; 75 altı (remisyon), 75-174 (hafif), 175-299 (orta), 300 ve üzeri (şiddetli) olarak katagorize edildi (251).

BULGULAR

4.1. HASTA VE KONTROL GRUPLARININ SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

Araştırmaya çalışma grubu olarak 50'si kadın 18'i erkek toplam 68 İBS hastası, kontrol grubu olarak 28'i kadın 30'u erkek İBH hastası ve 52 kadın 24 erkek sağlıklı gönüllü dahil edildi. İBS grubunda kadın cinsiyet oranı İBH grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmışken ($p=0.004$), sağlıklı gönüllü grubu ile arasında anlamlı fark saptanmadı ($p=0.50$). İBS grubunun yaş ortalaması 43.7 ± 16.3 iken kontrol gruplarından İBH grubu yaş ortalaması 44.9 ± 11.6 idi ve istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p=0.64$). Sağlıklı gönüllü grubu yaş ortalaması 34.7 ± 8.7 olarak saptandı ve çalışma grubunun yaş ortalaması sağlıklı gruptan istatistiksel anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p<0.001$).

Çalışma grubunun ortalama kardeş sayısı 3.8 ± 2 , İBH grubunun 4.2 ± 2.2 ve sağlıklı grubun 3.3 ± 1.9 olarak saptandı ve her iki kontrol grubuyla da istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Eğitim düzeyi açısından İBS grubuyla İBH grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Sağlıklı kontrol grubunun eğitim düzeyi İBS grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek saptandı ($p=0.003$). Çalışma durumu açısından bakıldığında İBS grubuyla İBH grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmazken sağlıklı grupta istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek çalışma oranı saptandı ($p<0.001$).

İBS grubunun %33.8'i bekar, %58.8'i evli idi. İBH grubunun % 15.5'i bekar, %79.4'ü evli idi. Sağlıklı grupta ise %42.1'i bekar, %52.7'si evli idi. Gruplar arasında medeni durum açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı.

Hasta ve kontrol gruplarının sosyodemografik özelliklerine ait bulgular tablo 4.1a ve tablo 4.1b'de gösterilmiştir.

4.2. HASTA VE KONTROL GRUPLARININ KLİNİK ÖZELLİKLERİ

Çocuklukta geçirilen önemli hastalık açısından gruplarda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı.

İBS hastalarında mevcut psikiyatrik hastalık oranı %20.6, İBH grubunda %8.6, sağlıklı grupta ise %2.6 saptandı. İBS ile İBH arasında psikiyatrik hastalık açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmazken ($p=0.06$), sağlıklı gruptan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0.001$).

Ek tıbbi hastalık oranları İBS grubunda %47.1, İBH grubunda %19, sağlıklı grupta %14.5 saptanmış ve her iki kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır (İBS-İBH $p=0.001$, İBS-sağlıklı $p<0.001$).

Son zamanlarda stresör varlığı sorgulandığında İBS grubunda %69.1, İBH grubunda %65.5, sağlık grupta %59.2 olarak saptandı. Her iki kontrol grubuyla da istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (İBS-İBH $p=0.67$, İBS-sağlıklı $p=0.22$).

Çocukluk döneminde karın ağrısı İBS grubunda %48.5 iken İBH grubunda %17.2, sağlıklı grupta %3.9 olarak saptandı. İBS grubunda çocukluk çağında karın ağrısı kontrol gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı (İBS-İBH $p<0.001$, İBS-sağlıklı $p<0.001$).

Çocukluk döneminde aile geliri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (İBS-İBH $p=0.28$, İBS-sağlıklı $p=0.23$).

Hasta ve kontrol gruplarının klinik özelliklerine ait bulgular tablo 4.1a ve tablo 4.1b'de gösterilmiştir.

Tablo 4.1a: İBS ile İBH kontrol grubunun sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması

	İBS n=68	İBH n=58	P
Cinsiyet, n (%)			0.004*
Kadın	50 (73.5)	28 (48.3)	
Erkek	18 (26.5)	30 (51.7)	
Yaş, Ort±SS	43.7±16.3	44.9±11.6	0.64 ¹
Kardeş sayısı, Ort±SS	3.8±2	4.2±2.2	0.25 ¹
Eğitim durumu, n (%)			0.14
İlköğretim	27 (39.7)	28 (48.3)	
Lise	11 (16.2)	14 (24.1)	
Üniversite	30 (44.1)	16 (27.6)	
Çalışma durumu, n (%)			
Çalışmıyor	40 (58.8)	28 (48.3)	0.24
Çalışıyor	28 (41.2)	30 (51.7)	
Medeni durum, n (%)			0.09**
Bekar	23 (33.8)	9 (15.5)	
Evli	40 (58.8)	46 (79.4)	
Dul	4 (5.9)	2 (3.4)	
Boşanmış	1 (1.5)	1 (1.7)	
Çocuklukta geçirilen önemli hastalık, n (%)			0.53
Yok	59 (86.8)	48 (82.8)	
Var	9 (13.2)	10 (17.2)	
Psikiyatrik hastalık, n (%)			0.06
Yok	54 (79.4)	53 (91.4)	
Var	14 (20.6)	5 (8.6)	
Ek tıbbi hastalık, n (%)			0.001*
Yok	36 (52.9)	47 (81)	
Var	32 (47.1)	11 (19)	
Stres, n (%)			0.67
Yok	21 (30.9)	20 (34.5)	
Var	47 (69.1)	38 (65.5)	
Çocukluk döneminde tekrarlayan karın ağrısı, n (%)			<0.001*
Yok	35 (51.5)	48 (82.8)	
Var	33 (48.5)	10 (17.2)	
Çocukluk döneminde aile geliri, n (%)			0.28
Kötü	10 (14.7)	15 (11.8)	
Orta	47 (69.1)	34 (80.3)	
İyi	11 (16.2)	9 (7.9)	

Aksi belirtilenler hariç olmak üzere Ki-Kare testi kullanılmıştır, yüzdeler sütun yüzdeleridir.¹Bağımsız gruplarda t testi (Student's t-test), *p<0.05, **Gözlerin %20'sinden fazlasında beklenen değer 5'ten küçüktür

Tablo 4.1b: İBS grubu ile sağlıklı grup sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması

	İBS n=68	Sağlıklı n=76	p
Cinsiyet, n (%)			0.50
Kadın	50 (73.5)	52 (68.4)	
Erkek	18 (26.5)	24 (31.6)	
Yaş, Ort±SS	43.7±16.3	34.7±8.7	<0.001^{1,*}
Kardeş sayısı, Ort±SS	3.8±2	3.3±1.9	0.12 ¹
Eğitim durumu, n (%)			0.003*
İlköğretim	27 (39.7)	11 (14.4)	
Lise	11 (16.2)	17 (22.4)	
Üniversite	30 (44.1)	48 (63.2)	
Çalışma durumu, n (%)			<0.001*
Çalışmıyor	40 (58.8)	8 (10.5)	
Çalışıyor	28 (41.2)	68 (89.5)	
Medeni durum, n (%)			0.28**
Bekar	23 (33.8)	32 (42.1)	
Evli	40 (58.8)	40 (52.7)	
Dul	4 (5.9)	1 (1.3)	
Boşanmış	1 (1.5)	3 (3.9)	
Çocuklukta geçirilen önemli hastalık, n (%)			0.29
Yok	59 (86.8)	70 (92.1)	
Var	9 (13.2)	6 (7.9)	
Psikiyatrik hastalık, n (%)			0.001*
Yok	54 (79.4)	74 (97.4)	
Var	14 (20.6)	2 (2.6)	
Ek tıbbi hastalık, n (%)			<0.001*
Yok	36 (52.9)	65 (85.5)	
Var	32 (47.1)	11 (14.5)	
Stres, n (%)			0.22
Yok	21 (30.9)	31 (40.8)	
Var	47 (69.1)	45 (59.2)	
Çocukluk döneminde tekrarlayan karın ağrısı, n (%)			<0.001*
Yok	35 (51.5)	73 (96.1)	
Var	33 (48.5)	3 (3.9)	
Çocukluk döneminde aile geliri, n (%)			0.23
Kötü	10 (14.7)	9 (16.8)	
Orta	47 (69.1)	61 (70.3)	
İyi	11 (16.2)	6 (12.9)	

Aksi belirtilenler hariç olmak üzere Ki-Kare testi kullanılmıştır, yüzdeler sütun yüzdeleridir.¹Bağımsız gruplarda t testi (Student's t-test), *p<0.05, **Gözlerin %20'sinden fazlasında beklenen değer 5'ten küçüktür.

4.3. İBS GRUBUYLA KONTROL GRUPLARININ (İBH VE SAĞLIKLI GÖNÜLLÜLER) ÖLÇEK PUANLARININ ORTALAMALARININ KARŞILAŞTIRMASI

İBS grubunun Çocukluk Çağı Travması Ölçeği (CTQ) toplam puan ortalaması 39.15 ± 14.63 , İBH grubunun 34.00 ± 10.48 , sağlık grubun ise 33.32 ± 8.75 olarak saptandı. İBS grubu her iki kontrol grubundan istatistiksel anlamlı olarak daha fazla CTQ toplam puan ortalamasına sahip olduğu saptandı (İBS-İBH $p=0.03$, İBS-sağlıklı $p=0.005$).

İBS grubunun emosyonel istismar alt ölçek puan ortalaması 7.56 ± 3.70 , İBH grubunun 6.55 ± 2.60 , sağlıklı grubun ise 6.37 ± 2.41 saptandı. İBS grubu İBH grubuyla emosyonel istismar ortalama puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0.08$) fakat sağlıklı grupla karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0.03$).

İBS grubunun fiziksel istismar alt ölçek puan ortalaması 6.31 ± 2.62 , İBH grubunun 5.78 ± 2.21 , sağlıklı grubun ise 5.50 ± 1.53 olarak saptanmıştır. İBS grubu İBH grubuyla fiziksel istismar ortalama puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0.22$) fakat sağlıklı grupla karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0.03$).

İBS grubunun cinsel istismar alt ölçek puan ortalaması 6.31 ± 3.70 , İBH grubunun 5.45 ± 1.71 , sağlıklı grubun ise 5.55 ± 2.18 olarak saptanmıştır. İBS grubu her iki kontrol grubuyla cinsel istismar ortalama puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (İBS-İBH $p=0.10$, İBS-sağlıklı $p=0.15$).

İBS grubunun emosyonel ihmal alt ölçek puan ortalaması 11.37 ± 5.26 , İBH grubunun 9.22 ± 4.42 , sağlıklı grubun ise 8.89 ± 3.15 olarak saptanmıştır. İBS grubu her iki kontrol grubuyla emosyonel ihmal ortalama puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (İBS-İBH $p=0.02$, İBS-sağlıklı $p=0.001$).

İBS grubunun fiziksel ihmal alt ölçek puan ortalaması 7.68 ± 3.40 , İBH grubunun 7.03 ± 2.97 , sağlıklı grubun ise 6.88 ± 2.37 olarak saptanmıştır. İBS grubu her iki kontrol grubuyla fiziksel ihmal ortalama puanı açısından

istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (İBS-İBH $p=0.27$, İBS-sağlıklı $p=0.11$).

İBS grubunun Somatoform Dissosiyasyon Ölçeği (SDQ) puan ortalaması 30.26 ± 11.06 , İBH grubunun 26.86 ± 8.17 , sağlıklı grubun ise 23.54 ± 4.17 olarak saptanmıştır. İBS grubu her iki kontrol grubuyla SDQ ortalama puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (İBS-İBH $p=0.49$, İBS-sağlıklı $p<0.001$).

İBS grubunun Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği (BDAÖ) puan ortalaması 28.76 ± 8.24 , İBH grubunun 25.34 ± 8.37 , sağlıklı grubun ise 25.92 ± 5.75 olarak saptanmıştır. İBS grubu her iki kontrol grubuyla BDAÖ ortalama puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (İBS-İBH $p=0.02$, İBS-sağlıklı $p=0.02$).

İBS grubunun Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HADÖ) toplam puan ortalaması 15.32 ± 8.06 , İBH grubunun 13.84 ± 8.01 , sağlıklı grubun ise 11.89 ± 6.72 olarak saptanmıştır. İBS grubu İBH grubuyla HADÖ toplam ortalama puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0.30$) fakat sağlıklı grupla karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0.01$).

İBS grubunun Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HADÖ) anksiyete puan ortalaması 8.54 ± 4.43 , İBH grubunun 7.57 ± 4.40 , sağlıklı grubun ise 6.34 ± 3.58 olarak saptanmıştır. İBS grubu İBH grubuyla HADÖ anksiyete ortalama puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0.22$) fakat sağlıklı grupla karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0.001$).

İBS grubunun Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HADÖ) depresyon puan ortalaması 6.78 ± 4.36 , İBH grubunun 6.28 ± 4.52 , sağlıklı grubun ise 5.57 ± 3.73 olarak saptanmıştır. İBS grubu her iki kontrol grubuyla HADÖ depresyon ortalama puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (İBS-İBH $p=0.53$, İBS-sağlıklı $p=0.07$).

Hasta ve kontrol gruplarının ölçek puanlarına ait bulgular tablo-4.2a ve tablo-4.2b'de gösterilmiştir.

Tablo 4.2a: İBS grubu ile İBH grubunun toplam ölçek puanlarının ve alt ölçek puanlarının karşılaştırması

	İBS n=68	İBH n=58	p
CTQ, Ort±SS	39.15±14.63	34.00±10.48	0.03*
Emosyonel İS	7.56±3.70	6.55±2.60	0.08
Fiziksel İS	6.31±2.62	5.78±2.21	0.22
Cinsel İS	6.31±3.70	5.45±1.71	0.10
Emosyonel İh	11.37±5.26	9.22±4.42	0.02*
Fiziksel İh	7.68±3.40	7.03±2.97	0.27
SDQ, Ort±SS	30.26±11.06	26.86±8.17	0.049*
BDAÖ, Ort±SS	28.76±8.24	25.34±8.37	0.02*
HADÖ, Ort±SS	15.32±8.06	13.84±8.01	0.30
HADÖ Ank	8.54±4.43	7.57±4.40	0.22
HADÖ Dep	6.78±4.36	6.28±4.52	0.53

Bağımsız gruplarda t testi (Student's t-test), *p<0.05 CTQ:Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği , SDQ:Somatoform Dissosiyasyon Ölçeği , BDAÖ:Bedensel Duyumşarı Abartma Ölçeği , HADÖ:Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği

Tablo 4.2b: İBS grubu ile sağlıklı grubun toplam ölçek puanlarının ve alt ölçek puanlarının karşılaştırması

	İBS n=68	Sağlıklı n=76	p
CTQ, Ort±SS	39.15±14.63	33.32±8.75	0.005*
Emosyonel İS	7.56±3.70	6.37±2.41	0.03*
Fiziksel İS	6.31±2.62	5.50±1.53	0.03*
Cinsel İS	6.31±3.70	5.55±2.18	0.15
Emosyonel İh	11.37±5.26	8.89±3.15	0.001*
Fiziksel İh	7.68±3.40	6.88±2.37	0.11
SDQ, Ort±SS	30.26±11.06	23.54±4.17	<0.001*
BDAÖ, Ort±SS	28.76±8.24	25.92±5.75	0.02*
HADÖ, Ort±SS	15.32±8.06	11.89±6.72	0.01*
HADÖ Ank	8.54±4.43	6.34±3.58	0.001*
HADÖ Dep	6.78±4.36	5.57±3.73	0.07

Bağımsız gruplarda t testi (Student's t-test), *p<0.05 CTQ:Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği , SDQ:Somatoform Dissosiyasyon Ölçeği , BDAÖ:Bedensel Duyumşarı Abartma Ölçeği , HADÖ:Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği

4.4. İBS GRUBUYLA KONTROL GRUPLARININ (İBH VE SAĞLIKLI GÖNÜLLÜLER) ÖLÇEK PUANLARININ KATEGORİK OLARAK KARŞILAŞTIRMASI

İBS grubunda çocukluk çağı travması %55.9'unda var iken, İBH grubunda %29.3'ünde, sağlıklı grubun ise %31.6'sinde saptanmıştır. İBS grubu her iki kontrol grubuyla çocukluk çağı travmasına maruz kalma açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (İBS-İBH $p=0.003$, İBS-sağlıklı $p= 0.003$).

İBS grubunda emosyonel istismar %33.8'inde var iken, İBH grubunda %22.4'ünde, sağlıklı grubun ise %18.4'ünde saptanmıştır. İBS grubu İBH grubuyla emosyonel istismara maruz kalma açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0.16$), fakat sağlıklı grup ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0.03$).

İBS grubunda fiziksel istismar %38.2'sinde var iken, İBH grubunda %20.7'sinde, sağlıklı grubun ise %13.2'sinde saptanmıştır. İBS grubu her iki kontrol grubuyla fiziksel istismara maruz kalma açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (İBS-İBH $p=0.03$, İBS-sağlıklı $p= 0.001$).

İBS grubunda cinsel istismar %20.6'sında var iken, İBH grubunda %12.1'inde, sağlıklı grubun ise %11.8'inde saptanmıştır. İBS grubu her iki kontrol grubuyla cinsel istismara maruz kalma açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (İBS-İBH $p=0.20$, İBS-sağlıklı $p= 0.15$).

İBS grubunda emosyonel ihmal %36.8'inde var iken, İBH grubunda %20.7'sinde, sağlıklı grubun ise %15.8'inde saptanmıştır. İBS grubu her iki kontrol grubuyla emosyonel ihmale maruz kalma açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (İBS-İBH $p=0.048$, İBS-sağlıklı $p= 0.004$).

İBS grubunda fiziksel ihmal %36.8'inde var iken, İBH grubunda %25.9'unda, sağlıklı grubun ise %31.6'sında saptanmıştır. İBS grubu her iki kontrol grubuyla fiziksel ihmale maruz kalma açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (İBS-İBH $p=0.19$, İBS-sağlıklı $p= 0.51$).

İBS grubunda somatoform dissosiyasyon %29.4'ünde var iken, İBH grubunda %12.1'inde, sağlıklı grubun ise %3.9'unda saptanmıştır. İBS grubu her iki kontrol grubuyla somatoform dissosiyasyon açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (İBS-İBH $p=0.02$, İBS –sağlıklı $p= <0.001$).

İBS grubunda anksiyete %36.8'inde var iken, İBH grubunda %36.2'sinde, sağlıklı grubun ise %14.5'inde saptanmıştır. İBS grubu İBH grubuyla anksiyete açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0.95$), fakat sağlıklı grup ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0.002$).

İBS grubunda depresyon %50'sinde var iken, İBH grubunda %41.4'ünde, sağlıklı grubun ise %34.2'sinde saptanmıştır. İBS grubu her iki kontrol grubuyla depresyon açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (İBS-İBH $p=0.33$, İBS-sağlıklı $p=0.06$).

Hasta ve kontrol gruplarının ölçek sonuçlarına ait bulgular tablo-4.3a ve tablo-4.3b'de gösterilmiştir.

Tablo 4.3a: İBS grubu ile İBH grubunun toplam ölçek puanlarının ve alt ölçek puanlarının kategorik olarak karşılaştırması

	İBS n=68	İBH n=58	p
CTQ			0.003*
≤35 puan	30 (%44.1)	41 (%70.7)	
>35 puan	38 (%55.9)	17 (%29.3)	
Emosyonel İS			0.16
Yok	45 (%66.2)	45 (%77.6)	
Var	23 (%33.8)	13 (%22.4)	
Fiziksel İS			
Yok	42 (%61.8)	46 (%79.3)	0.03*
Var	26 (%38.2)	12 (%20.7)	
Cinsel İS			0.20
Yok	54 (%79.4)	51 (%87.9)	
Var	14 (%20.6)	7 (%12.1)	
Emosyonel İh			0.048*
Yok	43 (%63.2)	46 (%79.3)	
Var	25 (%36.8)	12 (%20.7)	
Fiziksel İh			0.19
Yok	43 (%63.2)	43 (%74.1)	
Var	25 (%36.8)	15 (%25.9)	
SDQ			0.02*
<35 puan	48 (%70.6)	51 (%87.9)	
≥35 puan	20 (%29.4)	7 (%12.1)	
HADÖ Ank			0.95
Yok	43 (%63.2)	37 (%63.8)	
Var	25 (%36.8)	21 (%36.2)	
HADÖ Dep			0.33
Yok	34 (%50)	34 (%58.6)	
Var	34 (%50)	24 (%41.4)	

Aksi belirtilmedikçe Pearson Ki-Kare testi kullanılmıştır, yüzdeler sütun yüzdeleridir. CTQ:Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği , SDQ:Somatoform Dissosiyasyon Ölçeği , HADÖ:Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği

*p<0.05

Tablo 4.3b: İBS grubu ile sağlıklı grubun toplam ölçek puanlarının ve alt ölçek puanlarının kategorik olarak karşılaştırması

	İBS n=68	Sağlıklı n=76	p
CTQ			0.003*
<35 puan	30 (%44.1)	52 (%68.4)	
≥35 puan	38 (%55.9)	24 (%31.6)	
Emosyonel İs			0.03*
Yok	45 (%66.2)	62 (%81.6)	
Var	8 (%33.8)	3 (%18.4)	
Fiziksel İs			
Yok	42 (%61.8)	66 (%86.8)	0.001*
Var	26 (%38.2)	10 (%13.2)	
Cinsel İs			0.15
Yok	54 (%79.4)	67 (%88.2)	
Var	14 (%20.6)	9 (%11.8)	
Emosyonel İh			0.004*
Yok	43 (%63.2)	64 (%84.2)	
Var	25 (%36.8)	12 (%15.8)	
Fiziksel İh			0.51
Yok	43 (%63.2)	52 (%68.4)	
Var	25 (%36.8)	24 (%31.6)	
SDQ			<0.001*
<35 puan	48 (%70.6)	73 (%96.1)	
≥35 puan	20 (%29.4)	3 (%3.9)	
HADÖ Ank			0.002*
Yok	43 (%63.2)	65 (%85.5)	
Var	25 (%36.8)	11 (%14.5)	
HADÖ Dep			0.06
Yok	34 (%50)	50 (%65.8)	
Var	34 (%50)	26 (%34.2)	

Aksi belirtilmedikçe Pearson Ki-Kare testi kullanılmıştır, yüzdeler sütun yüzdeleridir. CTQ:Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği , SDQ:Somatoform Dissosiyasyon Ölçeği, HADÖ:Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği

*p<0.05

4.5. İBS ALT TIPLERİNE GÖRE ÖLÇEK PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

68 İBS hastasının 37'si kabızlık baskın İBS (İBS-C), 10'u ishal baskın İBS (İBS-D) ve 21'i tiplendirilemeyen İBS (İBS-U) olarak saptandı.

İBS-C grubunun CTQ toplam puan ortalaması 39.73 ± 12.66 , İBS-D grubunun 34.5 ± 11.10 , İBS-U grubun ise 40.33 ± 18.99 olarak saptanmıştır. İBS alt tipleri arasında CTQ toplam ortalama puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0.36$).

İBS-C grubunun emosyonel istismar alt ölçek puan ortalaması 7.54 ± 3.36 , İBS-D grubunun 6.30 ± 2.11 , İBS-U grubun ise 8.19 ± 4.73 olarak saptanmıştır. İBS alt tipleri arasında emosyonel istismar alt ölçek ortalama puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0.48$).

İBS-C grubunun fiziksel istismar alt ölçek puan ortalaması 6.24 ± 2.42 , İBS-D grubunun 6.30 ± 3.13 , İBS-U grubun ise 6.43 ± 2.84 olarak saptanmıştır. İBS alt tipleri arasında fiziksel istismar alt ölçek ortalama puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0.87$).

İBS-C grubunun cinsel istismar alt ölçek puan ortalaması 6.43 ± 4.02 , İBS-D grubunun 6.20 ± 3.79 , İBS-U grubun ise 6.14 ± 3.57 olarak saptanmıştır. İBS alt tipleri arasında cinsel istismar alt ölçek ortalama puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0.68$).

İBS-C grubunun emosyonel ihmal alt ölçek puan ortalaması 11.89 ± 5.17 , İBS-D grubunun 8.70 ± 4.11 , İBS-U grubun ise 11.71 ± 5.72 olarak saptanmıştır. İBS alt tipleri arasında emosyonel ihmal alt ölçek ortalama puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0.19$).

İBS-C grubunun fiziksel ihmal alt ölçek puan ortalaması 7.62 ± 3.16 , İBS-D grubunun 7.00 ± 3.16 , İBS-U grubun ise 8.09 ± 3.97 olarak saptanmıştır. İBS alt tipleri arasında fiziksel ihmal alt ölçek ortalama puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0.60$).

İBS-C grubunun SDQ toplam puan ortalaması 30.38 ± 10.22 , İBS-D grubunun 27.50 ± 10.38 , İBS-U grubun ise 31.38 ± 12.96 olarak saptanmıştır. İBS alt tipleri arasında SDQ toplam ortalama puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0.62$).

İBS-C grubunun BDÖA toplam puan ortalaması 28.62±8.68, İBS-D grubunun 29.40±8.59, İBS-U grubun ise 28.71±7.63 olarak saptanmıştır. İBS alt tipleri arasında BDAÖ toplam ortalama puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p=0.94).

İBS-C grubunun HADÖ toplam puan ortalaması 15.13±7.07, İBS-D grubunun 13.60±7.53, İBS-U grubun ise 16.48±9.95 olarak saptanmıştır. İBS alt tipleri arasında HADÖ toplam ortalama puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p=0.77).

İBS-C grubunun HADÖ anksiyete puan ortalaması 8.19±3.75, İBS-D grubunun 8.50±4.70, İBS-U grubun ise 9.19±5.45 olarak saptanmıştır. İBS alt tipleri arasında HADÖ anksiyete ortalama puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p=0.93).

İBS-C grubunun HADÖ depresyon puan ortalaması 6.95±4.19, İBS-D grubunun 5.10±3.51, İBS-U grubun ise 7.29±4.99 olarak saptanmıştır. İBS alt tipleri arasında HADÖ depresyon ortalama puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p=0.47).

İBS tiplerinin ölçek puanları karşılaştırması tablo 4.4 te gösterilmiştir.

Tablo 4.4: İBS alt tiplerine göre ölçek puanlarının karşılaştırması

	Kabız n=37	İshal n=10	Unsubtiple n=21	p
CTQ, Ort±SS	39.73±12.66	34.5±11.10	40.33±18.99	0.36
Emosyonel İstismar	7.54±3.36	6.30±2.11	8.19±4.73	0.48
Fiziksel İstismar	6.24±2.42	6.30±3.13	6.43±2.84	0.87
Cinsel İstismar	6.43±4.02	6.20±3.79	6.14±3.57	0.68
Emosyonel İhmal	11.89±5.17	8.70±4.11	11.71±5.72	0.19
Fiziksel İhmal	7.62±3.16	7.00±3.16	8.09±3.97	0.60
SDQ, Ort±SS	30.38±10.22	27.50±10.38	31.38±12.96	0.62
BDAÖ, Ort±SS	28.62±8.68	29.40±8.59	28.71±7.63	0.94
HADÖ, Ort±SS	15.13±7.07	13.60±7.53	16.48±9.95	0.77
HADÖ Anksiyete	8.19±3.75	8.50±4.70	9.19±5.45	0.93
HADÖ Depresyon	6.95±4.19	5.10±3.51	7.29±4.99	0.47

Kruskal-Wallis testi , *p<0.05

4.6. İBS ŞİDDET DÜZEYİNE GÖRE ÖLÇEK PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

68 İBS hastasından 35'i şiddetli İBS, 28'i orta şiddetli İBS ve 4'ü hafif şiddetli İBS olarak sınıflandırıldı. Hafif şiddetli İBS grubunun sayısı az olduğundan hafif ve orta şiddet grubu hafif-orta olarak birleştirildi.

Şiddetli İBS grubunun CTQ toplam puan ortalaması 40.60 ± 17.86 , hafif-orta şiddetli İBS grubunun 37.93 ± 10.21 olarak saptanmıştır. Şiddetli İBS ve hafif-orta şiddetli İBS grupları arasında CTQ toplam ortalama puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0.46$).

Şiddetli İBS grubunun emosyonel istismar alt ölçek puan ortalaması 8.00 ± 4.56 , hafif-orta şiddetli İBS grubunun 7.16 ± 2.49 olarak saptanmıştır. Şiddetli İBS ve hafif-orta şiddetli İBS grupları arasında emosyonel istismar alt ölçek ortalama puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0.35$).

Şiddetli İBS grubunun fiziksel istismar alt ölçek puan ortalaması 6.60 ± 3.27 , hafif-orta şiddetli İBS grubunun 6.03 ± 1.69 olarak saptanmıştır. Şiddetli İBS ve hafif-orta şiddetli İBS grupları arasında fiziksel istismar alt ölçek ortalama puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0.37$).

Şiddetli İBS grubunun cinsell istismar alt ölçek puan ortalaması 6.91 ± 4.80 , hafif-orta şiddetli İBS grubunun 5.69 ± 2.23 olarak saptanmıştır. Şiddetli İBS ve hafif-orta şiddetli İBS grupları arasında cinsel istismar alt ölçek ortalama puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0.18$).

Şiddetli İBS grubunun emosyonel ihmal alt ölçek puan ortalaması 11.00 ± 5.78 , hafif-orta şiddetli İBS grubunun 11.91 ± 4.70 olarak saptanmıştır. Şiddetli İBS ve hafif-orta şiddetli İBS grupları arasında emosyonel ihmal alt ölçek ortalama puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0.48$).

Şiddetli İBS grubunun fiziksel ihmal alt ölçek puan ortalaması 8.23 ± 3.98 , hafif-orta şiddetli İBS grubunun 7.16 ± 2.60 olarak saptanmıştır. Şiddetli İBS ve hafif-orta şiddetli İBS grupları arasında fiziksel ihmal alt ölçek ortalama puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0.19$).

Şiddetli İBS grubunun SDQ toplam puan ortalaması 33.97 ± 13.13 , hafif-orta şiddetli İBS grubunun 26.53 ± 6.49 olarak saptanmıştır. Şiddetli İBS SDQ toplam ortalama puanı açısından hafif-orta şiddetli İBS grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p= 0.004$).

Şiddetli İBS grubunun BDAÖ toplam puan ortalaması 30.51 ± 9.11 , hafif-orta şiddetli İBS grubunun 26.81 ± 6.94 olarak saptanmıştır. Şiddetli İBS ve hafif-orta şiddetli İBS grupları arasında BDAÖ toplam ortalama puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0.07$).

Şiddetli İBS grubunun HADÖ toplam puan ortalaması 15.14 ± 8.86 , hafif-orta şiddetli İBS grubunun 15.75 ± 7.23 olarak saptanmıştır. Şiddetli İBS ve hafif-orta şiddetli İBS grupları arasında HADÖ toplam ortalama puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0.76$).

Şiddetli İBS grubunun HADÖ anksiyete puan ortalaması 8.49 ± 4.79 , hafif-orta şiddetli İBS grubunun 8.69 ± 4.11 olarak saptanmıştır. Şiddetli İBS ve hafif-orta şiddetli İBS grupları arasında HADÖ anksiyete ortalama puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0.85$).

Şiddetli İBS grubunun HADÖ depresyon puan ortalaması 6.66 ± 4.61 , hafif-orta şiddetli İBS grubunun 7.06 ± 4.13 olarak saptanmıştır. Şiddetli İBS ve hafif-orta şiddetli İBS grupları arasında HADÖ depresyon ortalama puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0.71$).

İBS şiddet derecesine göre ölçek puanları karşılaştırması tablo 4.5'te gösterilmiştir.

Tablo 4.5: İBS şiddet düzeyine göre ölçek puanlarının karşılaştırması

	Hafif-Orta n=32	Şiddetli n=35	p
CTQ, Ort±SS	37.93±10.21	40.60±17.86	0.46
Emosyonel İstismar	7.16±2.49	8.00±4.56	0.35
Fiziksel İstismar	6.03±1.69	6.60±3.27	0.37
Cinsel İstismar	5.69±2.23	6.91±4.80	0.18
Emosyonel İhmal	11.91±4.70	11.00±5.78	0.48
Fiziksel İhmal	7.16±2.60	8.23±3.98	0.19
SDQ, Ort±SS	26.53±6.49	33.97±13.13	0.004*
BDAÖ, Ort±SS	26.81±6.94	30.51±9.11	0.07
HADÖ, Ort±SS	15.75±7.23	15.14±8.86	0.76
HADÖ Anksiyete	8.69±4.11	8.49±4.79	0.85
HADÖ Depresyon	7.06±4.13	6.66±4.61	0.71

Bağımsız gruplarda t testi (Student's t-test), * $p<0.05$

4.7. KORELASYON ANALİZLERİ

İBS grubunun tüm ölçek ve alt ölçekleri birbirleriyle olan ilişkisi korelasyon analizleriyle araştırıldı.

CTQ toplam puanı ile emosyonel istismar puanı ($r=0.858$), fiziksel istismar puanı ($r=0.686$), cinsel istismar puanı ($r=0.624$), emosyonel ihmal puanı ($r=0.865$), fiziksel ihmal puanı ($r=0.841$) arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde güçlü düzeyde korelasyon saptanmıştır. CTQ toplam puanı ile SDQ toplampuanı ($r=0.419$), HADÖ toplam puanı ($r=0.439$), HADÖ anksiyete puanı ($r=0.388$), HADÖ depresyon puanı ($r=0.416$) arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde orta düzeyde korelasyon saptanmıştır. CTQ toplam puanı ile BDAÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptanmamıştır.

Emosyonel istismar puanı ile fiziksel istismar puanı ($r= 0.525$), emosyonel ihmal puanı ($r= 0.704$), fiziksel ihmal puanı ($r= 0.634$) arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde güçlü düzeyde korelasyon saptanmıştır. Emosyonel istismar puanı ile cinsel istismar puanı ($r=0.476$), SDQ toplampuanı ($r= 0.488$), BDAÖ toplam puanı ($r= 0.321$), HADÖ toplam puanı ($r= 0.485$), HADÖ anksiyete puanı ($r= 0.458$), HADÖ depresyon puanı ($r= 0.430$) arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde orta düzeyde korelasyon saptanmıştır.

Fiziksel istismar puanı ile fiziksel ihmal puanı ($r= 0.570$) arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde güçlü düzeyde korelasyon saptanmıştır. Fiziksel istismar puanı ile cinsel istismar puanı ($r=0.304$), emosyonel ihmal puanı ($r= 0.460$), SDQ toplampuanı ($r= 0.381$), BDAÖ toplam puanı ($r= 0.352$), HADÖ toplam puanı ($r= 0.324$) arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde orta düzeyde korelasyon saptanmıştır. Fiziksel istismar puanı ile HADÖ anksiyete puanı ($r= 0.299$), HADÖ depresyon puanı ($r= 0.294$) arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde zayıf düzeyde korelasyon saptanmıştır.

Cinsel istismar puanı ile emosyonel ihmal puanı ($r= 0.324$), fiziksel ihmal puanı ($r= 0.331$) arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde orta düzeyde korelasyon saptanmıştır. Cinsel istismar puanı ile SDQ toplampuanı, BDAÖ toplam puanı, HADÖ toplam puanı, HADÖ anksiyete puanı, HADÖ depresyon puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptanmamıştır.

Emosyonel ihmal puanı ile fiziksel ihmal puanı ($r= 0.737$), HADÖ depresyon puanı ($r= 0.518$) arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde güçlü düzeyde kolerasyon saptanmıştır. Emosyonel ihmal puanı ile SDQ toplampuanı ($r= 0.345$), HADÖ toplam puanı ($r= 0.498$), HADÖ anksiyete puanı ($r= 0.396$) arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde orta düzeyde kolerasyon saptanmıştır. Emosyonel ihmal puanı ile BDAÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı kolerasyon saptanmamıştır.

Fiziksel ihmal puanı ile SDQ toplampuanı ($r= 0.388$), HADÖ toplam puanı ($r= 0.304$), HADÖ depresyon puanı ($r= 0.307$) arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde orta düzeyde kolerasyon saptanmıştır. Fiziksel ihmal puanı ile Fiziksel ihmal puanı ile HADÖ anksiyete puanı ($r= 0.251$) arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde zayıf düzeyde kolerasyon saptanmıştır. Fiziksel ihmal puanı ile BDAÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı kolerasyon saptanmamıştır.

SDQ toplam puanı ile BDAÖ toplam puanı ($r=0.677$), HADÖ toplam puanı ($r= 0.581$), HADÖ anksiyete puanı ($r= 0.542$), HADÖ depresyon puanı ($r= 0.524$) arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde güçlü düzeyde kolerasyon saptanmıştır.

BDAÖ toplam puanı ile HADÖ toplam puanı ($r= 0.434$), HADÖ anksiyete puanı ($r= 0.464$), HADÖ depresyon puanı ($r= 0.330$) arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde orta düzeyde kolerasyon saptanmıştır.

HADÖ toplam puanı ile HADÖ anksiyete puanı ($r= 0.918$), HADÖ depresyon puanı ($r= 0.915$) arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde güçlü düzeyde kolerasyon saptanmıştır. HADÖ anksiyete puanı ile HADÖ depresyon puanı ($r= 0.680$) arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde güçlü düzeyde kolerasyon saptanmıştır.

İBS şiddet skalası toplam puanı ile SDQ toplampuanı ($r= 0.268$), BDAÖ toplam puanı ($r= 0.268$) arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde zayıf düzeyde kolerasyon saptanmıştır. İBS şiddet skalası toplam puanı ile diğer tüm ölçek ve alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı kolerasyon saptanmamıştır.

İBS grubunun ölçek ve alt ölçek puanlarının kolerasyonu tablo 4.6'da gösterilmiştir.

Tablo 4.6: İBS hastalarında ölçek puanları arasındaki korelasyon katsayıları

	Emosyonel İstismar	Fiziksel İstismar	Cinsel İstismar	Emosyonel İhmal	Fiziksel İhmal	SDQ	BDAÖ	HADÖ	HADÖ Ank.	HADÖ Dep.	İBS Şiddet Ölçeği
CTQ	0.858**	0.686**	0.624**	0.865**	0.841**	0.419**	0.216	0.439**	0.388**	0.416**	0.064
Emosyonel İstismar	-	0.525**	0.476**	0.704**	0.634**	0.488**	0.321**	0.485**	0.458**	0.430**	0.082
Fiziksel İstismar	-	-	0.304*	0.460**	0.570**	0.381**	0.352**	0.324**	0.299*	0.294*	0.130
Cinsel İstismar	-	-	-	0.324**	0.331**	0.082	-0.001	0.087	0.113	0.046	0.087
Emosyonel İhmal	-	-	-	-	0.737**	0.345**	0.125	0.498**	0.396**	0.518**	-0.041
Fiziksel İhmal	-	-	-	-	-	0.388**	0.153	0.304*	0.251*	0.307*	0.083
SDQ	-	-	-	-	-	-	0.677**	0.581**	0.542**	0.524**	0.268*
BDAÖ	-	-	-	-	-	-	-	0.434**	0.464**	0.330**	0.270*
HADÖ	-	-	-	-	-	-	-	-	0.918**	0.915**	-0.034
HADÖ Anksiyete	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.680**	-0.032
HADÖ Depresyon	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-0.030

Pearson korelasyon testi, *p<0.05, **p<0.001, CTQ:Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, SDQ:Somatoform Dissosiyasyon Ölçeği,

BDAÖ:Bedensel Duyumşarı Abartma Ölçeği, HADÖ:Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği

0.100 – < 0.300 (zayıf)

0.300 – < 0.500 (orta düzeyde)

≥ 0.500 (güçlü)

4.8. REGRESYON ANALİZLERİ

İBS grubu ile sağlıklı grup arasında tek değişkenli ve çok değişkenli regresyon analizi yapıldı. Çok değişkenli modelde cinsiyet, yaş, eğitim durumu, son zamanlarda stres varlığı, anksiyete ve depresyon varlığı durumuna göre düzeltilmiştir.

CTQ puanındaki 1 birimlik artış İBS riskini 1.04 kat (%4) artırmaktadır (çok değişkenli model, %95 GA 1.002-1.079, $p=0.04$). Çocukluk çağı travması olanlarda olmayanlar göre İBS olma olasılığı 2.74 kat daha fazladır (tek değişkenli model, %95 GA 1.39-5.42, $p=0.004$) fakat karıştırıcı faktörler göz önünde bulundurulduğunda anlamliliğini kaybetmektedir ($p=0.07$).

Emosyonel istismar puanında ki 1 birimlik artış İBS riskini 1.14 kat (%14) artırmaktadır (tek değişkenli model, %95 GA, 1.01-1.29, $p=0.03$) fakat karıştırıcı faktörler göz önünde bulundurulduğunda anlamliliğini kaybetmektedir ($p=0.06$). Emosyonel istismar travması olanlarda olmayanlara göre İBS olma olasılığı 2.26 kat daha fazladır (tek değişkenli model %95 GA 1.05-4.8, $p=0.037$) fakat karıştırıcı faktörler göz önünde bulundurulduğunda anlamliliğini kaybetmektedir ($p=0.07$).

Fiziksel istismar puanında ki 1 birimlik artış İBS riskini 1.23 kat (%23) artırmaktadır (tek değişkenli model, %95 GA, 1.01-1.49, $p=0.037$) fakat karıştırıcı faktörler göz önünde bulundurulduğunda anlamliliğini kaybetmektedir ($p=0.14$). Fiziksel istismar travması olanlarda olmayanlara göre İBS olma olasılığı 3.61 kat daha fazladır (çok değişkenli model %95 GA 1.38-9.40, $p=0.009$).

Emosyonel ihmal puanında ki 1 birimlik artış İBS riskini 1.12 kat (%12) artırmaktadır (çok değişkenli model %95 GA 1.01-1.24, $p=0.025$). Emosyonel ihmal travması olanlarda olmayanlara göre İBS olma olasılığı 3.10 kat daha fazladır (tek değişkenli model %95 GA 1.41-6.83, $p=0.005$) fakat karıştırıcı faktörler göz önünde bulundurulduğunda anlamliliğini kaybetmektedir ($p=0.11$).

SDQ toplam puanında ki 1 birimlik artış İBS riskini 1.17 kat (%17) artırmaktadır (çok değişkenli model %95 GA 1.07-1.27, $p<0.001$). Somatoform dissosiyasyonu olanlarda olmayanlara göre İBS olma olasılığı 9.90 kat daha fazladır (çok değişkenli model %95 GA 2.29-42.75, $p=0.002$).

Bulgular

BDAÖ toplam puanında ki 1 birimlik artış İBS riski 1.06 kat (%6) artmaktadır (tek değişkenli model, %95 GA 1.009-1.113, p = 0.02) fakat karıştırıcı faktörler göz önünde bulundurulduğunda anlamlılığını kaybetmektedir (p=0.19).

İBS grubunun ölçek ve alt ölçek puanlarının çok değişkenli ve tek değişkenli regresyon analizleri sonuçları tablo 4.7'de gösterilmiştir.

Tablo 4.7: İBS grubu ile sağlıklı kontrollerin karşılaştırıldığı tek değişkenli ve çok değişkenli regresyon analizleri

	Tek değişkenli model			Çok değişkenli model*		
	OR	%95 GA	p	OR	%95 GA	p
CTQ toplam puanı	1.048	1.013-1.085	0.007*	1.04	1.002-1.079	0.04*
CTQ			0.004*			0.07
<35 puan alanlar (ref)	-	-	-	-	-	-
≥ 35 puan alanlar	2.74	1.39-5.42		2.13	0.94-4.85	
E İS toplam puanı	1.14	1.01-1.29	0.03*	1.15	0.99-1.32	0.06
Emosyonel İstismar			0.037*			0.07
Yok (ref)	-	-	-	-	-	-
Var	2.26	1.05-4.88		2.31	0.94-5.68	
F İS toplam puanı	1.23	1.01-1.49	0.037*	1.17	0.95-1.46	0.14
Fiziksel İstismar			0.001*			0.009*
Yok (ref)	-	-	-	-	-	-
Var	4.09	1.79-9.33		3.61	1.38-9.40	
C İS toplam puanı	1.09	0.97-1.23	0.16	1.14	0.99-1.30	0.06
Cinsel İstismar			0.16			0.07
Yok (ref)	-	-	-	-	-	-
Var	1.93	0.78-4.80		2.53	0.92-6.95	
E İh toplam puanı	1.15	1.05-1.25	0.001*	1.12	1.01-1.24	0.025*
Emosyonel İhmal			0.005*			0.11
Yok (ref)	-	-	-	-	-	-
Var	3.10	1.41-6.83		2.12	0.83-5.41	
F İh toplam puanı	1.10	0.98-1.24	0.11	1.04	0.91-1.20	0.57
Fiziksel İhmal			0.51			0.80
Yok (ref)	-	-	-	-	-	-
Var	1.26	0.63-2.51		0.89	0.38-2.08	
SDQ toplam puanı	1.14	1.07-1.22	<0.001*	1.17	1.07-1.27	<0.001*
SDQ			<0.001*			0.002*
<35 puan alanlar (ref)	-	-	-	-	-	-
≥ 35 puan alanlar	10.14	2.86-35.99		9.90	2.29-42.75	
BDAÖ toplam puanı	1.06	1.009-1.113	0.02*	1.04	0.98-1.10	0.19

Lojistik regresyon, OR: Odds ratio, GA: Güven aralığı, *p<0.05 Çok değişkenli modellerde her değişken sosyodemografik özellikler (cinsiyet, yaş, eğitim durumu ve son zamanlarda stres varlığı) ile HADÖ ölçeğine göre depresyon ve/veya anksiyete var olma durumuna göre düzeltilmiştir.

TARTIŞMA ve SONUÇ

5.1. TARTIŞMA

En sık görülen gastrointestinal hastalık olan İBS (2), yaşam kalitesini olumsuz etkileyerek, yüksek düzeyde kaygı, depresyon ve intihar düşüncesi gibi önemli psikolojik sıkıntı ve psikiyatrik komorbiditelerle ilişkili ağırlı bir durumdur (3). Bu çalışmada İBS ile İBH ve sağlıklı kontrolleri karşılaştırdık. Araştırmada çalışma grubu olarak 50'si kadın (%73.5), 18'i erkek (%26.5) toplam 68 İBS hastası, kontrol grubu olarak 28'i kadın (%48.3), 30'u erkek (%51.7) İBH hastası ve 52'si kadın (%68.4), 24'ü erkek (31.6) sağlıklı gönüllü araştırılmıştır. İBS grubunda kadın oranı erkek oranından yaklaşık 2-3 kat fazla olduğu saptanmıştır ve literatürle uyumludur (39). Sağlıklı kontrol grubunda da kadın erkek oranı çalışma grubuna benzerdir ve kadın oranı erkek oranından yaklaşık 2-3 kat fazladır. İBH kontrol grubunda kadın erkek oranı yaklaşık eşit bulunmuştur. Ülkemizde yapılan bir araştırmada ÜK ve CH için erkek/kadın oranı 1.3/1.0 olarak saptanmıştır ve bizim bulgularımızla uyumludur (109). İBS grubunun yaş ortalaması 43.7 ± 16.3 iken kontrol gruplarından İBH grubu yaş ortalaması 44.9 ± 11.6 ile benzerdi. Fakat sağlıklı gönüllü grubu daha düşük yaş ortalamasına (34.7 ± 8.7) sahipti. Eğitim düzeyi ve çalışma durumu açısından bakıldığında İBS ve İBH arasında anlamlı fark saptanmazken, sağlıklı grupta diğer iki gruptan yüksekti. Yaş, eğitim ve çalışma durumunda ki bu farklılığın sebebi hasta grubunun gastroenteroloji kliniği tarafından düzenli takipleri yapılan, kronik hastalıkları olan İBS hastaları ile yapılmış olması, sağlıklı kontrol grubunun ise çalışmaya dahil olmak isteyen gastrointestinal ek hastalığı olmayan ve hastanemiz çalışanlarından oluşmasıdır. İBS grubunun %33.8'i bekar, %58.8'i evli idi. İBH grubunun %15.5'i bekar, %79.4'ü evli idi. Sağlıklı grupta ise %42.1'i bekar, %52.7'si evli idi. Gruplar arasında

medeni durum açısında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamış olmakla beraber sağlıklı grupta daha yüksek bekar oranını daha düşük yaş ortalamasıyla açıklanabilir.

İBS hastalarında psikiyatrik hastalık oran %20.6, İBH grubunda %8.6, sağlıklı grupta ise %2.6 saptandı. Literatüre bakıldığında bir çalışmada İBS'li hastaların %34'ünde bir ya da daha fazla psikiyatrik bozukluk saptanmış iken kontrol grubunda bu oran %6 olarak saptanmıştır (85). Her ne kadar İBS hastalarında psikiyatrik hastalık oranı literatürden uyumsuz olarak düşük çıksada, İBS grubu kontrol gruplarına göre 3-7 kat daha fazla psikiyatrik hastalık oranına sahipti. Ek hastalık oranları İBS grubunda %47.1, İBH grubunda %19, sağlıklı grupta %14.5 saptanmıştır. İBS grubunun kontrol gruplarından daha yüksek oranda ek hastalık bildirmiş olmaları İBS hastalarının bedensel duyularına daha abartılı hissediyor olabilecekleri ve mevcut rahatsızlıklarını daha şiddetli algılamalarına bağlı olarak daha fazla yardım arayışına girmeleriyle açıklanabilir (241). Son zamanlarda stres durumu sorgulandığında her üç grup arasında benzer oranlar saptanmıştır. Çocukluk döneminde karın ağrısı İBS grubunda %48.5 iken İBH grubunda %17.2, sağlıklı grupta %3.9 olarak saptandı. İBS grubunda çocukluk çağında karın ağrısı yaklaşık yarısında olduğu görülmektedir. Bu bulgu literatürle uyumludur. Lowman ve arkadaşları İBS'li olan ve olmayan yetişkinlerle yaptığı bir çalışmasında çocukluk çağında ki gastrointestinal semptomları araştırmışlardır ve İBS'li hastalar, İBS'si olmayanlara göre mevcut genel sağlık durumunun daha kötü olduğunu ve daha fazla çocuklukta karın ağrısı ve gastrointestinal şikayetleri olduğunu bildirmişlerdir (252). Christensen ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada çocuklukta karın ağrısı yaşayanların %53'ünün 30 yıl sonra gastrointestinal semptom göstermeye devam ettiğini saptamıştır (253). Çocukluk çağında ki karın ağrısının İBS'nin başlangıç semptomları olabileceğini düşündürmektedir ve İBS'nin çocukluk çağıyla ilişkisini desteklemektedir. Erken bilişsel müdahaleler, erken semptom yönetimi ve sosyal öğrenme ve ilgili ebeveyn eğitimi ile İBS'ye ilerleyişi engellenebilir. Çocukluk döneminde aile geliri grupları arasında benzerdi.

İBS grubunun Çocukluk Çağı Travması Ölçeği (CTQ) toplam puan ortalaması 39.15 ± 14.63 , İBH grubunun 34.00 ± 10.48 , sağlık grubun ise 33.32 ± 8.75 olarak saptandı. İBS grubu her iki kontrol grubundan

istatistiksel anlamlı olarak daha fazla CTQ toplam puan ortalamasına sahip olduğu saptandı. İBS grubunda çocukluk çağı travması %55.9'unda var iken, İBH grubunda %29.3'ünde, sağlıklı grubun ise %31.6'sında saptanmıştır. İBS grubu her iki kontrol grubuyla çocukluk çağı travmasına maruz kalma açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. Bu durum İBS'li hastaların çocukluk çağında daha fazla travmaya maruz kaldığının bir göstergesi olabilir ve literatürle uyumludur (174,175). Travmatik deneyim ile İBS de dahil olmak üzere gastrointestinal rahatsızlıklar arasında güçlü ilişki olduğu bilinmektedir. Olumsuz erken yaşam deneyimleri, birincil bakıcı kaybı, istismar ve ihmal de dahil olmak üzere travma, bireyin sonraki yaşamında gastrointestinal bozukluklar geliştirme hassasiyetinde temel bir rol oynamaktadır. Travmatik yaşam olaylarının yaşanması, hayatının daha sonraki dönemlerinde de gastrointestinal bozuklukların gelişmesinde önemli risk faktörüdür (17).

İBS grubunun emosyonel istismar alt ölçek puan ortalaması 7.56 ± 3.70 , İBH grubunun 6.55 ± 2.60 , sağlıklı grubun ise 6.37 ± 2.41 saptandı. Kategorik olarak bakıldığında İBS grubunda emosyonel istismar %33.8'inde var iken, İBH grubunda %22.4'ünde, sağlıklı grubun ise %18.4'ünde saptanmıştır. İBS grubu İBH grubuyla emosyonel istismara maruz kalma ve ortalama puanı açısından yüksek olmasına rağmen istatistiksel anlamlı değildir. Sağlıklı grupla karşılaştırıldığında ise yüksek saptanmıştır. 2012 yılında yapılan bir çalışmada Bradford ve arkadaşları, İBS'li 294 hastayı 435 sağlıklı kontrolle karşılaştırmıştır. Kontrollere kıyasla, İBS'li grup, istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek emosyonel istismar yaygınlığı bildirmiştir (%54,9 ve %27,0)(184). Bizim çalışmamızda oranlar daha düşük olmakla birlikte benzer oranlarda olduğu görülmektedir. 2003'te yapılan bir çalışmada Salmon ve ark., İBS hastalarını fiziksel gastrointestinal hastalığı olan hastalarla karşılaştırırken emosyonel istismarda gruplar arasında bir fark olmadığını tespit etmişlerdir (33). Bizim çalışmamızda da İBS ve İBH grupları arasında emosyonel istismar açısından anlamlı fark tespit edilememiştir.

İBS grubunun fiziksel istismar alt ölçek puan ortalaması 6.31 ± 2.62 , İBH grubunun 5.78 ± 2.21 , sağlıklı grubun ise 5.50 ± 1.53 olarak saptanmıştır. İBS grubu İBH grubuyla fiziksel istismar ortalama puanı açısından benzer saptanmıştır fakat sağlıklı grupla karşılaştırıldığında yüksek saptanmıştır.

Kategorik olarak bakıldığında ise İBS grubunda fiziksel istismar %38.2'sinde var iken, İBH grubunda %20.7'sinde, sağlıklı grubun ise %13.2'sinde saptanmıştır. İBS grubu her iki kontrol grubuyla fiziksel istismara maruz kalma açısından yüksek saptanmıştır. Literatüre baktığımızda Salmon ve diğerleri çocuklukta fiziksel istismar ve İBS arasındaki ilişkiyi doğrulamıştır (33). Ek olarak, Blanchard ve arkadaşları, çocuklukta yüksek oranda fiziksel istismar oranları bildirmişlerdir (18). Bunların aksini idda eden çalışma da mevcuttur (182).

İBS grubunun cinsel istismar alt ölçek puan ortalaması 6.31 ± 3.70 , İBH grubunun 5.45 ± 1.71 , sağlıklı grubun ise 5.55 ± 2.18 olarak saptanmıştır. Kategorik olarak bakıldığında ise İBS grubunda cinsel istismar %20.6'sında var iken, İBH grubunda %12.1'inde, sağlıklı grubun ise %11.8'inde saptanmıştır. İBS grubu her iki kontrol grubuyla cinsel istismara maruz kalma ve ortalama puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Ross'un 2005 yılında yaptığı bir çalışmada, katılımcılar üç gruba ayrıldı: 1) İBS'si olanlar, 2) İBH'li olanlar ve 3) diğer gastrointestinal rahatsızlıkları olanlar. İBS, İBH ve diğer rahatsızlığı olan katılımcılar arasında çocukluk çağı cinsel istismarı oranları, sırasıyla yüzde 37,9, yüzde 9,1 ve yüzde 11,6 olduğunu saptamıştır (1). 2012 yılda yapılmış bir çalışmada, Bradford ve ark., İBS'li 294 hastayı ve 435 sağlıklı kontrolü incelemiştir. Bu iki grupta çocuklukta "cinsel olaylar" açısından karşılaştırılmasında, İBS grubunda oranlar anlamlı olarak daha yüksekti (% 31,2 ve % 17,9) (184). Bizim çalışmamızda da İBS grubunda kontrol gruplarına göre yaklaşık 2 katı kadar cinsel istismar olduğu sonucu saptanmıştır. Bu bulgu literatürle uyumludur (18,33,180,181,182,183) fakat istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır, bunun sebebi örneklem sayısı olabilir.

İBS grubunun emosyonel ihmal alt ölçek puan ortalaması 11.37 ± 5.26 , İBH grubunun 9.22 ± 4.42 , sağlıklı grubun ise 8.89 ± 3.15 olarak saptanmıştır. Kategorik olarak bakıldığında ise İBS grubunda emosyonel ihmal %36.8'inde var iken, İBH grubunda %20.7'sinde, sağlıklı grubun ise %15.8'inde saptanmıştır. İBS grubu her iki kontrol grubuyla emosyonel ihmale maruz kalma ve ortalama puanı açısından yüksek saptanmıştır. Olumsuz erken yaşam deneyimleri, birincil bakıcı kaybı ve ihmal bireyin sonraki yaşamında gastrointestinal bozukluklar geliştirme hassasiyetinde

temel bir rol oynamaktadır (17). İBS hastalarının minik günlük stres ve sıkıntılara daha yatkın oldukları ve İBS hastaları üzerinde tek bir büyük stresden ziyade günlük hayal kırıklıkları, devamlı olan ufak stresörlerin daha etkili olduğu düşünülmektedir (179). Emosyonel ihmalin, cinsel istismarın daha az görüldüğü toplumlarda İBS gibi fonksiyonel somatik hastalıkların oluşumunda katkısının daha fazla olabileceğini düşündürmektedir.

Genel olarak baktığımızda İBS grubu ile İBH grubu arasındaki fark, İBS grubu ile sağlıklı grup arasındaki farktan azdır. Literatüre baktığımızda İBH ile psikiyatri arasındaki ilişkisini değerlendiren çalışmalarda, stresin ve travmanın İBH semptomlarını arttırdığı bilgisi mevcuttur. Psikolojik etkenler, hastalığın direnme gücünü kırarak uzun dönemde tedaviyi güçleştirmektedir. Yakının kaybı, boşanma, iş konusunda sıkıntılar gibi stres yaratan / travmatik olayların varlığı ile hastalığın ilk ortaya çıkışı veya alevlenmesi arasında ilişkili olduğu tespit edilmiştir (117). İBH grubu ile çalışma grubumuzun ölçek puanlarının sağlıklı gruba göre daha yakın olmasının bir sebebi de gastroenretroloji polikliniğinden çalışmaya katılım için psikiyatri polikliniğine yönlendirilen İBH hastalarından psikolojik destek alma arayışında olanlar, psikolojik destek alma arayışında olmayanlara göre çalışmamıza daha çok katılım göstermiş olması olabilir ve uzun anketleri doldurma ve beklemek gibi zorlayıcı faktörlere psikolojik destek alma arayışında olanlar daha toleranslı yaklaşarak anketleri tamamlamış olması olabilir. Öteyandan İBH'nin patofizyolojisinde psikolojik mekanizmaların olup olmadığı çalışmamızın konusu değildir.

İBS grubunun Somatoform Dissosiyasyon Ölçeği (SDQ) puan ortalaması 30.26 ± 11.06 , İBH grubunun 26.86 ± 8.17 , sağlıklı grubun ise 23.54 ± 4.17 olarak saptanmıştır. İBS grubu her iki kontrol grubundan SDQ puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek puan almıştır. SDQ anketinin kesme puanı 35'dir (194). Bu kesme puanına göre kategorize edildiğinde İBS grubunda somatoform dissosiyasyon 29.4'ünde var iken, İBH grubunda 12.1'inde, sağlıklı grubun ise 3.9'unda saptanmıştır. İBS grubunda her iki kontrol grubuna kıyasla daha fazla somatoform dissosiyasyon saptanmıştır. Gelişim döneminde (0-6 yaş arasında) self report travmatizasyon, somatoform dissosiyasyon ile en çok ilişkilendirilmiştir (196). Gastroenteroloji hastalarının ve çocuklukta kötüye

kullanımı olan kişilerin dissosiyasyon semptomları gösterme olasılığı fazladır (22). Dissosiyasyon ayrıca açıklanamayan fiziksel semptomları bildirme eğilimiyle de ilişkili olduğu bulunmuştur (23). Bu sebeple dissosiyasyon, istismar ve İBS gibi açıklanamayan belirtilerle karakterize hastalıklar arasında bir bağlantı olabilir. İBS grubunun Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği (BDAÖ) puan ortalaması 28.76 ± 8.24 , İBH grubunun 25.34 ± 8.37 , sağlıklı grubun ise 25.92 ± 5.75 olarak saptanmıştır. İBS grubunda her iki kontrol grubuna kıyasla BDAÖ ortalama puanı yüksek saptanmıştır ve literatürle uygundur. Michael P. Jones ve arkadaşları 111 fonksiyonel dispepsili hastayla 53 sağlıklı kontrol grubunu karşılaştırmış ve fonksiyonel dispepsi (FD)'li hastalarda, sağlıklı kontrol grubuna göre BDAÖ puanında anlamlı olarak daha yüksek puan aldığını saptamıştır (FD: 29 ve kontrol grubunda: 26) (254). Michael P. Jones ve arkadaşları (2006) 74 İBS hastası, 48 İBH ve 55 sağlıklı kontrol grubunu dahil ettiği başka bir çalışmada BDAÖ puanlarını gruplar arasında karşılaştırmış ve İBS 29 puan, İBH 29 puan ve sağlıklı kontrol grubu 26 puan almıştır. Somatosensory amplifikasyon, psikosomatik hastalığı olan hastaların algısal stillerinin değerlendirilmesinde yararlı bir yapı olduğunu belirtmişlerdir (255). İBS grubunun Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HADÖ) toplam puan ortalaması 15.32 ± 8.06 , İBH grubunun 13.84 ± 8.01 , sağlıklı grubun ise 11.89 ± 6.72 olarak saptanmıştır. İBS grubu İBH grubuyla HADÖ toplam ortalama puanı benzer saptanmıştır, fakat sağlıklı grupta karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (85,256). HADÖ anksiyete ve depresyon alt ölçeğine kaegorik olarak bakıldığında İBS grubunda anksiyete 36.8'inde var iken, İBH grubunda 36.2'sinde, sağlıklı grubun ise 14.5'inde saptanmıştır. İBS grubu İBH grubuyla anksiyete açısından benzer oranlara sahip olduğu saptanmıştır. Fakat sağlıklı grup ile karşılaştırıldığında İBS grubunda anksiyete oranı yüksek saptanmıştır. HADÖ depresyon alt ölçeğinde üç grup arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Anksiyetede anlamlı fark çıkarken depresyonda fark çıkmamasını açıklayamamakla beraber benzer bulguları olan çalışmalar da mevcuttur (87). Toplam HADÖ puanı arasında ki farkın sebebi ise kronik hastalık yükünün vermiş olduğu stres sonucu anksiyete ve depresyon oranları İBH'da da İBS'de de artmış olabilir. Yapılan çalışmalarda İBH hastalarında depresyon ve anksiyete görülme sıklığı, İBH tanısı almayan kişilere göre iki kat daha fazla olduğu saptanmıştır (118).

Sağlıklı grup hastanemiz çalışanlarından seçilmiş olması da depresyon puanlarının yüksek olması sebebi olabilir. Sağlık çalışanlarında depresyon sıklığının yüksek olduğu bilinmektedir (257). Biz çalışmamızda HADÖ'yü ilerde tartışacağımız regresyon analizinde bu ölçek puanlarını da göz önüne alarak model oluşturmak için kullandık.

68 İBS hastasının 37'si kabızlık baskın İBS (İBS-C), 10'u ishal baskın İBS (İBS-D) ve 21'i tiplendirilemeyen İBS (İBS-U) olarak saptandı. Hiç bir ölçek ve alt ölçek puanıyla İBS tipleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilememekle birlikte genel olarak İBS-C ve İBS-U tipleri, İBS-D alt tipinden fiziksel istismar ve cinsel istismar puanları hariç diğer tüm ölçek ve alt ölçeklerde daha yüksek puan almışlardır. İBS-C grubunda daha fazla psikolojik stresin olduğu bazı çalışmalarda gösterilmiştir (258). Daha büyük örneklem sayısı İBS alt tiplerinin karşılaştırması gerekmektedir.

68 İBS hastasından 35'i şiddetli İBS, 28'i orta şiddetli İBS ve 4'ü hafif şiddetli İBS olarak sınıflandırıldı. Hafif şiddetli İBS grubunun sayısı az olduğundan hafif ve orta şiddet grubu hafif-orta olarak birleştirildi. Şiddetli İBS grubunun SDQ toplam puan ortalaması 33.97 ± 13.13 , hafif-orta şiddetli İBS grubunun 26.53 ± 6.49 olarak saptanmıştır. Şiddetli İBS SDQ toplam ortalama puanı açısından hafif-orta şiddetli İBS grubuna göre yüksek saptanmıştır. Michalsen ve arkadaşları (2015) İBS'li hastalarla yaptıkları çalışmalarında; hastaların İBS semptom şiddeti skorları, sübjektif yakınmaları, psikolojik sorunları ve sağlığa yönelik kaygıları ile yaşam kalitesi arasında ilişki olduğunu ve bu faktörlerin yaşam kalitesinin fiziksel ve mental boyutlarında azalmaya yol açtığını saptamıştır (259). Litaratüre baktığımızda bir çalışmada özellikle şiddetli veya dirençli belirtileri olan fonksiyonel mide barsak hastalarında herhangi bir psikiyatrik tanı sıklığı %42 ile %61 arasında olduğu saptanmıştır. Hastalarda en sık görülen komorbiditeler anksiyete bozuklukları, major depresyon, ağrı ve somatizasyon bozukluğu gibi somatoform bozukluklar olduğunu belirtmişlerdir (76). Şiddetli belirtileri olan İBS olgularında psikososyal faktörlerin rolünün daha fazla olduğu düşünülüp sıklıkla psikoterapi ve psikotrop tedavi önerilmektedir (267).

İBS grubunun tüm ölçek ve alt ölçekleri birbirleriyle olan ilişkisi korelasyon analizleriyle araştırıldı (tablo 4.6). Genel olarak çocukluk çağı travma ölçeği ve alt ölçekleri (cinsel istismar hariç) ile somatoform dissosiyasyon ölçeği

arasında istatistiksel anlamlı pozitif yönde orta düzeyde korelasyon saptanmıştır. En yüksek korelasyon emosyonel istismar ile saptanmıştır ($r=0.488$). Literatüre baktığımızda Yargıç ve arkadaşları ülkemizde yaptıkları bir araştırmada, çocuklukta emosyonel, fiziksel istismar ve ihmal yaşantıları ile erişkinlikteki dissosiyatif yaşantı sıklığı arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde korelasyon olduğunu ve bunlar arasında en güçlü istatistiksel bağlantının da emosyonel istismar ile olduğunu belirtmişlerdir (190). Çocukluk stresleri, çocuğun ya da gencin cinsel, fiziksel, emosyonel istismarları gibi durumlarda dissosiyasyon bir savunma düzeneği olarak daha çok kullanılır. Kişi bu mekanizma aracılığı ile olayı kendi başına değil, bir başkasının başına geliyormuş gibi yaşar böylece anksiyetesinden uzaklaşmaya çalışır. Bir savunma düzeneği olarak kullanıldığında, kişinin yaşamını rahatlatıcı, onu rahatsız eden bazı olumsuz yaşantılardan izole edici bir görev görür. Ayrıca ruhsal çatışmalarla başa çıkmasına duygularını boşaltabilmesine ya da bazı istek, duygu ve davranışlarını dramatize ederek ortaya koymasına olanak sağlar. Fakat genç ve çocukluk yaşlarda bu mekanizmayı çok sık kullananlardan bazılarında yetişkin yaşlarda da sürekli kullanılmasına sebep olabilir ve bu durum kişinin uyumunu bozabilir. Dissosiyatif bozukluklarda olduğu gibi dissosiyasyon genelleştirilir. Bu durumlarda kişiler ya dissosiyasyon belirtileri (amnezi, kimlik bozukluğu gibi) ile ya da anksiyete, depresyon gibi bazı ikincil belirtilerle hekime başvurabilirler (187). Bizim çalışmamızda da CTQ ve alt ölçekleri puanları ile depresyon ve anksiyete puanları arasında orta-güçlü düzeyde anlamlı korelasyon saptanmıştır ve literatürle uyumludur. Emosyonel ve cinsel istismara ne kadar çok kişi tarafından mazur kalınırsa, depresif epizotların da o kadar arttığı tespit edilmiştir (161). Başka çalışmalarda da depresif semptomların şiddeti ile emosyonel ihmal, emosyonel istismar, fiziksel istismar ve cinsel istismarın sıklığı arasında pozitif korelasyon olduğu sonucuna varılmıştır (158,162). Bir çalışmada emosyonel istismar ve ihmal öyküsüne sahip bireylerde Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği'nin (ÇÇTÖ) emosyonel, fiziksel ve cinsel istismar alt ölçekleri ile depresyonun somatik belirtileri arasında bir ilişki olduğunu göstermiştir (159). SDQ puanıyla cinsel istismar puanı hariç tüm travma ölçek ve alt ölçeklerinde orta düzeyde pozitif korelasyon saptanmıştır. Literatürde İBS ile SDQ'nun çalışıldığı sadece bir çalışmaya rastlanmıştır. Bu çalışmada İBS şiddet düzeyi ile somatoform ayrışma ölçeği arasında

korelasyona bakılmıştır (262). Fibromiyalji hastalarıyla yapılan bir çalışmada SDQ ile emosyonel istismar arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı korelasyon saptanmıştır (260). Bu bulgu bizim çalışmamızla uyumludur. Kilic ve arkadaşları 2014 yılında fibromiyalji hastalarıyla yaptıkları bir çalışmada çocukluk çağı emosyonel ihmali somatoform ayrışmayı öngörürken, psikoform ayrışmayı çocukluk çağı cinsel istismarı öngörür sonucuna varmışlardır (261). SDQ ile BDAÖ arasında istatistiksel anlamlı pozitif yönde güçlü düzeyde korelasyon saptanmıştır. Literatüre baktığımızda bizim bu sonuçlarımızı desteklemektedir. Dissosiyatif bozukluğu olan hastalar birçok somatoform belirti gösterirler ve hastaların çoğu DSM-IV'ün somatizasyon bozukluğu tanı kriterlerini karşılayabilmektedir (197). Öte yandan somatizasyon bozukluğu hastalarında sık olarak amnezi yakınması bulunmaktadır (198). Nijenhuis DSM-IV'te somatoform bozuklukları dissosiyatif bozukluklar olarak kavramsallaştırılmasa da, dissosiyatif ve somatoform bozukluklar arasında güçlü ilişki nedeniyle dissosiyasyon, konversiyon semptomları ve somatizasyon semptomlarının tekil bir kökenden kaynaklanıyor olabileceğini öne sürmüştür (24). Somatizasyon bozukluğuna yaklaşık %85 oranında komorbid ruhsal bozukluklar mevcuttur, özellikle depresyon ve anksiyete bozukluklarıdır (217). Bizim çalışmamızda da BDAÖ puanıyla anksiyete, depresyon puanlarında pozitif yönde orta düzeyde korelasyon saptanmıştır. İBS şiddet skalası toplam puanı ile SDQ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde zayıf düzeyde korelasyon saptanmıştır. Literatürde İBS ile SDQ'nun çalışıldığı sadece bir çalışmaya rastlanmıştır. Bu çalışmada İBS şiddet düzeyi ile somatoform ayrışma ölçeği arasında orta derecede pozitif yönde korelasyon saptanmıştır (262). İBS şiddet skalası toplam puanı ile BDAÖ toplam puanı arasında pozitif yönde zayıf düzeyde korelasyon saptanmıştır. İBS şiddet skalası toplam puanı ile BDAÖ ve SDQ hariç diğer tüm ölçek ve alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptanmamıştır. Mevcut psikolojik ve fiziksel stresler ile İBS semptom şiddeti arasında korelasyon olduğunu gösteren çalışmalar olmakla birlikte (60), bizim araştırma önceliğimiz güncel trama veya stres olmadığından bu sonuca ulaşamama nedenimiz olabilir.

İBS grubu ile sağlıklı grup arasında tek değişkenli ve çok değişkenli regresyon analizi yapıldı. Çok değişkenli modelde cinsiyet, yaş, eğitim

durumu, son zamanlarda stres varlığı, anksiyete ve depresyon varlığı durumuna göre düzeltildi.

Fiziksel ihmal ve cinsel istismar dışındaki tüm ölçeklerde regresyon analizinde anlamlı sonuçlar saptanmıştır. Çocukluk çağı travması olanlarda olmayanlar göre İBS olma olasılığı 2.74 kat, Emosyonel istismar travması olanlarda olmayanlara göre İBS olma olasılığı 2.26 kat, Fiziksel istismar travması olanlarda olmayanlara göre İBS olma olasılığı 3.61 kat, Emosyonel ihmal travması olanlarda olmayanlara göre İBS olma olasılığı 3.10 kat, Somatoform dissosiyasyonu olanlarda olmayanlara göre İBS olma olasılığı 9.90 kat, BDAÖ toplam puanında ki 1 birimlik artış ile İBS olma olasılığı sağlıklıları göre 1.06 kat (%6) daha fazla olduğu saptanmıştır. Ölçekler arasında SDQ dikkat çekmektedir. Literatürde bir çok çalışmada fibromiyalji, psikojenik nöbet, konversiyon bozukluğu, fonksiyonel distoni, kronik ağrı gibi fonksiyonel somatik sendromlarda SDQ ile çalışılmış (260, 261,263,264,265,266) fakat araştırdığımız kadarıyla İBS ile sadece İBS semptom şiddetinin SDQ ile karşılaştırıldığı bir çalışmaya rastlanmıştır (262). Bu yönüyle ülkemizde yapılan ilk çalışmadır. Colin A. Ross (2005) çalışmasında gelecekteki çalışmaların İBS'nin bir alt grubunun travmaya bağlı somatoform bozukluğu olup olmadığını SDQ ile araştırılması gerektiğini belirtmiştir. Ayrıca İBS'de somatoform semptomların genel olarak yükselmesi nedeniyle yüksek SDQ skorları olacağını tahmin etmiştir (1).

Peter Salmon ve arkadaşları (2003) İBS ile istismar,dissosiyasyon ve somatizasyonun rolünün test etmek için İBS hastalarını organik gastrointestinal hastalığı olanlar ile karşılaştırmışlar. İBS'li hastalar çocuklukta daha fazla çocukluk çağı travmasına maruz kaldığını tespit etmişlerdir. İBS'li hastaların daha anksiyeteli ve daha fazla somatizasyon ve dissosiyasyon semptomları gösterdiğini tespit etmişlerdir. Çeşitli regresyon analizleriyle sırayla istismar, dissosiyasyon, somatizasyon ve İBS'yi birbirine bağlayan nedensel bir zincir olduğunu göstermişlerdir. Sonuçlar olarak, çocuklukta istismarın İBS ile bağlantılı olduğu bir model ile tutarlıdır; çünkü çocukluk travması dissosiyasyon eğilimine neden olur ve dissosiyasyon fiziksel belirtilerde genel bir artışa neden olur sonucuna varmışlardır (33). Bizim çalışmamızda da nedensel zincir olup olmadığını gösteremekte birlikte İBS de ÇÇT, dissosiyasyon ve somatizasyonun daha

fazla görüldüğü şekildedir. Bununla birlikte, irritabl barsak hastalarının hepsinin şiddetli çocukluk travması yaşamadığı da açıktır. Büyük olasılıkla, İritabl Barsak Sendromu için birçok etyolojik yol vardır ve muhtemelen birbirleriyle etkileşim halindedir. İBS ile ilgili ileride yapılacak çalışmaların bir amacı, psikoterapiye cevap verme olasılığı daha yüksek olan bir alt grubu belirlemek olacaktır (1).

5.2. TEZİN KISITLILIKLARI

Çalışmamızın bazı kısıtlılıkları bulunmaktadır. Sağlıklı kontrol grubu hastanemiz çalışanlarından oluşturulduğundan çalışma grubumuza göre sosyodemografik özellikler (yaş, eğitim durumu, çalışma durumu ve medeni durum) açısından farklılık göstermiştir. İBH kontrol grubu ile de cinsiyet açısından eşleştirme yapılamamıştır. Ayrıca özellikle İBS alt tipleriyle ve şiddet düzeyi gruplarıyla yapılan analizlerin istatistiksel açıdan anlamlı çıkabilmesi için yeterli sayı oluşturulamamıştır.

Gelecekte ki çalışmalarda daha fazla sayıda gönüllüyle yapılmasını öneriyoruz . Gruplar arasında sosyodemografik özelliklerin eşleştirilmiş olmasını öneriyoruz . Çocukluk Çağı Travmaları'nın değerlendirildiği çalışmalarda SDQ'ye daha fazla yer verilmesi gerektiğine inanıyoruz. İBS alt tipleriyle travma ilişkisinin kapsamlı değerlendirilmesi gerektiğine inanıyoruz. İBS ile ilgili ileride yapılacak çalışmaların bir amacı da, psikoterapiye cevap verme olasılığı daha yüksek olan bir alt grubu belirlemek (örneğin; travma ile ilişkili İBS) olması gerektiğini öneriyoruz.

5.3. SONUÇ

1. İBS hastalarında kontrol gruplarına göre daha fazla çocukluk çağı travma öyküsü vardır hipotezimiz doğrulanmıştır ve literatürle uyumludur (17,174,175).
2. İBS hastalarında kontrol gruplarına göre daha fazla somatoform dissosiyasyon görülür hipotezimiz doğrulanmıştır ve literatürle uyumludur (22,23,196).

3. İBS hastaları kontrol gruplarına göre bedensel duyumlarını daha fazla hissetmektedir hipotezimiz doğrulanmıştır ve literatürle uyumludur (254,255).

4. İBS hastalarında ÇÇT öyküsü ile somaform dissosiyasyon ve bedensel belirtileri abartma arasında ilişki vardır hipotezimiz doğrulanmıştır ve literatürle uyumludur (24,187,190,197,198).

5. İBS hastalarında çocukluk çağı travmasının olması İBS şiddetini artırmaktadır hipotezi doğrulanamamıştır. Mevcut psikolojik ve fiziksel stresler ile İBS semptom şiddeti arasında korelasyon olduğunu gösteren çalışmalar olmakla birlikte (60), bizim araştırma önceliğimiz güncel trama veya stres olmadığından bu sonuca ulaşamama nedenimiz olabilir. Ayrıca çalışmamızda hafif İBS tanısı alan hasta sayısının çok az olması sebebiyle sağlıklı karşılaştırma yapılamamış olabilir. Öte yandan İBS şiddet skalası toplam puanı ile SDQ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde zayıf düzeyde korelasyon saptanmıştır ve literatürle uyumludur (262). Bu bulgu somatoform dissosiyasyon ile çocukluk çağı travması arasında güçlü ilişki bulunması (196) sebebiyle hipotezimizle uyumludur.

6. İBS hastalarında karın ağrısı/bağırsak şikayetleri çocukluk çağında başlamaktadır hipotezimiz doğrulanmıştır ve literatürle uyumludur (252,253).

Çalışmamızda İBS hastalarını İBH ve sağlıklı gönüllüler ile karşılaştırdık. İBS grubu diğer iki kontrol grubuna göre çocukluk çağı travması, somatoform dissosiyasyon ve bedensel belirtileri abartma puanında anlamlı derecede yüksek puan almıştır. Ayrıca korelasyon analizleri ve lojistik regresyon analizleriyle de anlamlı ve tutarlı sonuçlar saptanmıştır. Çalışmamızda İBS'de travma, somatoform dissosiyasyon ve bedensel belirtileri abartma puanlarının yüksek bulunması İBS belirtilerinin dissosiyasyon, konversiyon ve somatizasyon semptomları ile aynı spektrum içinde değerlendirilebileceği ve bu semptomların aynı kökenden kaynaklanabileceği görüşünü (33,218,219) desteklemektedir.

İBS hastalarının yaklaşık yarısı çocukluk döneminde karın ağrısı şikayeti olduğunu belirtmişlerdir. Bu bulgu İBS'nin ortaya çıkışında çocukluk döneminin önemini desteklemektedir. Erken bilişsel müdahaleler, erken

semptom yönetimi, sosyal öğrenme ve ilgili ebeveyn eğitimi ile İBS'ye ilerleyişin azaltılabileceği öne sürülebilir.

İBS şiddetine göre ölçek puanlarını değerlendirdiğimizde SDQ puanının şiddetli İBS hastalarında daha yüksek saptadık. İBS alt tiplerine göre ölçek puanlarını karşılaştırdığımızda İBS-C ve İBS-D arasında fark çıksa da istatistiksel anlamlı değildi. Bu bulguların daha büyük örneklem sayılarıyla ayrıntılı araştırılması gerekmektedir.

Çocukluk çağı travmalarının İrritabl Barsak Sendromu gelişiminde ve İrritabl Barsak Sendromu olanlarda somatoform dissosiyasyon semptomlarının oluşmasında önemli rolü olabilir. Bir hasta alt grubunda İrritabl Barsak Sendromu'nun çocukluk travmasına bağlı bir somatoform bozukluk olabileceğini düşündürmektedir.

İrritabl barsak hastalarının hepsinin şiddetli çocukluk travması yaşamadığı görülmektedir. Büyük olasılıkla, İBS için birçok etyolojik faktör vardır ve birbirleriyle etkileşim halindedir. İrritabl Bağırsak Sendromu'nun multidisipliner olarak ele alınması hastaların tanı ve tedavisinde fayda sağlayabilir. İBS ile ilgili ileride yapılacak çalışmaların bir amacı da, psikoterapiye cevap verme olasılığı daha yüksek olan bir alt grubu belirlemek (örneğin; travma ile ilişkili İBS) olabilir.

Kaynaklar

1. Ross, Colin A. "Childhood sexual abuse and psychosomatic symptoms in irritable bowel syndrome." *Journal of child sexual abuse* 14.1 (2005): 27-38.
2. Hungin A, Whorwell P, Tack J, Mearin F. The prevalence, patterns and impact of irritable bowel syndrome: an international survey of 40 000 subjects. *Alimentary pharmacology & therapeutics*. 2003;17 (5):643-50.
3. Stasi C, Bellini M, Bassotti G, Blandizzi C, Milani S: Serotonin receptors and their role in the pathophysiology and therapy of irritable bowel syndrome. *Tech Coloproctol* 2014, in press.
4. Yilmaz S, Dursun M, Ertem M, Canoruc F, Turhanolu A. The epidemiological aspects of irritable bowel syndrome in Southeastern Anatolia: a stratified randomised community-based study. *Int J Clin Pract* 2005; 59: 361-9.
5. Woodman, Catherine L., et al. "The relationship between irritable bowel syndrome and psychiatric illness: a family study." *Psychosomatics* 39.1 (1998): 45-54.
6. Whitehead, W. E. & Schuster, M. M. (1985). *Gasroinleslinal disorders: Behavioral and physiological bask for treatment*. Orlando: Academic Press.
7. Da Costa JM: Membranous enteritis. *Am J Med* 1871; 124:321-338
8. Young, S. J., Alpers, D. H., Norland, C. C. & Woodruff, R. A. (1976). Psychiatric illness and the IBS. *Gastrocnrerology*. 20, 162-166.

9. Latimer, P. R., Sarana, S. K., Campbell, D., Latimer, M. R., Waterfall, W. E. & Daniel, E. E. (1981). Colonic motor and mvoelectrical activity: a comparative study of normal patients, psychoneurotic patients and patients with irritable bowel syndrome (IBS). *G&oenre;ology*, 80, 895-901.
10. Roy-Byrne P, Davidson K, Kessler R, Asmundson G, Goodwin R, Kubzansky L, Lydiard B, Jane Massie M, Wayne K, Laden S, Stein M: Anxiety disorders and comorbid medical illness. *Focus* 2008, 6:467–485.
11. Wendler PH, Kalm M: Prevalence of attention deficit disorder, residual type, and other psychiatric disorders in patients with irritable bowel syndrome. *Am J Psychiatry* 1983; 140:1579–1582.
12. Dinan TG, Quigley EM, Ahmed SM, Scully P, O'Brien S, O'Mahony L, O'Mahony S, Shanahan F, Keeling PW: Hypothalamic-pituitary-gut axis dysregulation in irritable bowel syndrome: plasma cytokines as a potential biomarker? *Gastroenterology* 2006, 130:304–311.
13. Fukudo S, Nomura T, Hongo M: Impact of corticotropin-releasing hormone on gastrointestinal motility and adrenocorticotrophic hormone in normal controls and patients with irritable bowel syndrome. *Gut* 1998, 42:845–849.
14. Heitkemper M, Burr RL, Jarrett M, Hertig V, Lustyk MK, Bond EF: Evidence for autonomic nervous system imbalance in women with irritable bowel syndrome. *Dig Dis Sci* 1998, 43:2093–2098.
15. Posserud I, Agerforz P, Ekman R, Bjornsson ES, Abrahamsson H, Simren M: Altered visceral perceptual and neuroendocrine response in patients with irritable bowel syndrome during mental stress. *Gut* 2004, 53:1102–1108.
16. Coss-Adame E, Rao SS: Brain and gut interactions in irritable bowel syndrome: new paradigms and new understandings. *Curr Gastroenterol Rep* 2014, 16:379. doi:10.1007/s11894-014-0379-z.
17. Mayer, E. A., Naliboff, B. D., Chang, L. & Coutinho S. V. (2001). Stress and the Gastrointestinal Tract V. Stress and irritable bowel syndrome. *Am J Gastrointes Liver Physi* 280: 519-524.

18. Blanchard EB, Keefer L, Payne A, Turner SM, Galovski TE: Early abuse, psychiatric diagnoses and irritable bowel syndrome. *Behav Res Ther* 2002, 40:289–298.
19. Brown GR, Anderson B. Psychiatric morbidity in adult inpatients with childhood historie of sexual and physical abuse. *Am J Psychiatry* 1991;148:55-61.
20. Putnam FW. *Dissociation in children and adolescents*. New York: Guilford Press, 1997.
21. Şar V. Çoğul Kişilik Kavramı ve Dissosiyatif Bozukluklar. *Psikiyatri Dünyası* 2000; 4: 7-11.
22. Engel, C. C., Walker, E. A., and Katon, W. J. (1996). Factors related to dissociation among patients with gastrointestinal complaints. *J. Psychosom. Res.* 40: 643–653.
23. Saxe, G. N., Chinman, G., Berkowitz, R., Hall, K., Lieberg, G., Schwartz, J., and van der Kolk, B. (1994) Somatization in patients with dissociative disorders. *Am. J. Psychiatry* 151: 1329– 1334.
24. Nijenhuis ERS. Somatoform Dissociation:Major Symptoms of Dissociative Disorders. *Journal of Trauma & Dissociation* 2000;1 (4):7-32.
25. Kiesel CL, Lyons JS. Dissociation as a mediator of psychopathology among sexually abused children and adolescents. *Am J Psychiatry* 2001;158:1034–1039.
26. Sar V, Kundakçı T, Kızıltan E, et al. Differentiating dissociative disorders from other diagnostic groups through somatoform dissociation in Turkey. *J Trauma & Dissociation* 2000;1:67–80.
27. Bowman ES, Markand ON. Psychodynamics and psychiatric diagnoses of pseudoseizur subjects. *Am J Psychiatry* 1996;153:57–63.
28. Apley J: *The Child With Abdominal Pain*. Oxford, UK, Blackwell, 1975.
29. Mechanic D. Illness behavior, social adaptation, and the management of illness. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1977;165:79–87.
30. Barsky AJ, Goodson JD, Lane RS ve ark: The amplification of somatic symptoms. *Psychosom Med* 50:510- 519, 1988.

31. Barsky AJ, Wyshak G, Klerman GL: The Somatosensory Amplification Scale and its relationship to hypochondriasis. *J Psychiatry Res* 24:323-334, 1990a.
32. Barsky AJ: Amplification, somatization, and the somatoform disorders. *Psychosomatics* 33:28-34, 1992.
33. Salmon, P., Skaife, K., & Rhodes, J. (2003). Abuse, dissociation, and somatization in irritable bowel syndrome: towards an explanatory model. *Journal of behavioral medicine*, 26 (1), 1-18.
34. A Population Study on Irritable Bowel Syndrome and Mental Health (E. Österberg, L. Blomquist, I. Krakau, R. M. Weinryb, M. Åsberg, R. Hultcrantz (2000) A Population Study on Irritable Bowel Syndrome and Mental Health, *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 35:3, 264-268)
35. Thompson WG, Longstreth GF, Drossman DA ve ark. Functional bowel disorders and functional abdominal pain. *Gut* 1999; 2 (Suppl): 1143.
36. Agre'us L. The Abdominal Symptom Study. An epidemiological survey of gastrointestinal and other abdominal symptoms in the adult population of Östhammar, Sweden [thesis]. *Acta Univ Upsaliensis* 1993.
37. Choung RS, Locke GR., 3rd Epidemiology of IBS. *Gastroenterol Clin North Am.* 2011;40:1-10.[PubMed]
38. Kapoor KK, Nigam P, Rastogi CK, Kumar A, Gupta AK. Clinical profile of irritable bowel syndrome. *Indian J Gastroenterol.* 1985;4:15-6. [PubMed]
39. Lovell RM, Ford AC: Global prevalence of and risk factors for irritable bowel syndrome: a meta-analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2012, 10:712-721.
40. Sandler RS. Epidemiology of irritable bowel syndrome in the United States. *Gastroenterology.* 1990;99 (2):409-15.
41. Thompson, W. G., Longstreth, G. F., Drossman, D. A., Heaton, K. W., Irvine, E. J. ve Muller-Lissner, S. A. (1999). Functional bowel disorders and functional abdominal pain. *Gut*, 45 (Supplement 2), ii43-ii47. doi:10.1136/gut.45.2008.ii43

42. Ünal, H. (2012). İrritabl Barsak Sendromu. Güncel Gastroenteroloji, 19 (3), 213–216.
43. Manning A, Thompson WG, Heaton K, Morris A. Towards positive diagnosis of the irritable bowel. Br Med J. 1978;2 (6138):653-4.
44. Wald A. Clinical manifestations and diagnosis of irritable bowel syndrome in adults. UpToDate UpToDate, Inc Accessed. 2014;21.
45. Association AG. American Gastroenterological Association medical position statement: irritable bowel syndrome. Gastroenterology. 2002;123 (6):2105.
46. Lacy BE, Mearin F, Chang L, Chey WD, Lembo AJ, Simren M, et al. Bowel disorders. Gastroenterology. 2016;150 (6):1393-407. e5.
47. Akyüz F. İrritabl Barsak Sendromu. Güncel Gastroenteroloji. 2016;20 (4):415-20.
48. Dağlı Ü. İrritabl Barsak Sendromu. Güncel Gastroenteroloji 2004; 96 - 103.
49. Poynard T, Regimbeau C, Benhamou Y. Meta - analysis of smooth muscle relaxants in the treatment of irritable bowel syndrome. Aliment Pharmacol Ther 2001; 15 (3): 355 - 61.
50. NICE. (2017). Irritable bowel syndrome in adults: diagnosis and management | Guidance and guidelines | NICE. Nice Guidance, CG61.
51. Chey, W. D., Kurlander, J. ve Eswaran, S. (2015b, 3 Mart). Irritable bowel syndrome: A clinical review. JAMA - Journal of the American Medical Association. doi:10.1001/jama.2015.0954
52. Mayer EA, Tillisch K, Bradesi S. Review article: modulation of the brain - gut axis as a therapeutic approach in gastrointestinal disease. Aliment Pharmacol Ther 2006; 24: 919 – 933
53. Fries JF, Spitz P, Kraines RG, Holman HR. Measurement of patient outcomes in arthritis. Arthritis Rheum; 1980,23: 137 - 145.
54. Kanazawa M, Endo Y, Whitehead WE et al. Patients and nonconsulters with irritable bowel syndrome reporting a parental history of bowel

- problems have more impaired psychological distress. *Dig Dis Sci* 2004; 49: 1046-1053.
55. Lupascu A, Gabrielli M, Lauritano EC. Hydrogen glucose breath test to detect small intestinal bacterial overgrowth: a prevalence case-control study in irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther.* 2005;22 (11-12):1157.
56. Kurokawa, Shunya, et al. "The effect of fecal microbiota transplantation on psychiatric symptoms among patients with irritable bowel syndrome, functional diarrhea and functional constipation: An open-label observational study." *Journal of affective disorders* 235 (2018): 506-512.
57. Liu, Y., Zhang, L., Wang, X.X., Wang, Z., Zhang, J., Jiang, R., Wang, X.X., Wang, K., Liu, Z., Xia, Z., Xu, Z., Nie, Y., Lv, X., Wu, X., Zhu, H., Duan, L., 2016. Similar fecal microbiota signatures in patients with diarrhea-predominant irritable bowel syndrome and patients with depression. *Clin. Gastroenterol. Hepatol.* 14, 1602–1611 e5.
58. Pozuelo, M., Panda, S., Santiago, A., Mendez, S., Accarino, A., Santos, J., Guarner, F., Azpiroz, F., Manichanh, C., 2015. Reduction of butyrate- and methane-producing microorganisms in patients with irritable bowel syndrome. *Sci. Rep.* 5, 12693.
59. Jones MP, Dilley JB, Drossman D, ve ark. Brain - gut connections in functional GI disorders: anatomic and physiologic relationships. *Neurogastroenterol Motil* 2006; 18: 91 - 103.
60. Mayer, E. A., Labus, J. S., Tillisch, K., Cole, S. W. ve Baldi, P. (2015). Towards a systems view of IBS. *Nature reviews. Gastroenterology & hepatology*, 12 (10), 592–605. doi:10.1038/nrgastro.2015.121
61. Gaman, A. ve Kuo, B. (2008). Neuromodulatory Processes of the Brain-Gut Axis. *Neuromodulation: Technology at the Neural Interface*, 11 (4), 249–259. doi:10.1111/j.1525-1403.2008.00172.x
62. Özenli, Y. (2016). Fonksiyonel Somatik Sendromlarda Etyopatogenez. *Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi*, 2 (2), 10–13.

63. Fadgyas-Stanculete, Mihaela, et al. "The relationship between irritable bowel syndrome and psychiatric disorders: from molecular changes to clinical manifestations." *Journal of molecular psychiatry* 2.1 (2014): 4.
64. Mayer EA, Tillisch K: The brain-gut axis in abdominal pain syndromes. *Annu Rev Med* 2011, 62:381–936.
65. Tanaka, Yukari, Kanazawa, M., Fukudo, S. ve Drossman, D. A. (2011). Biopsychosocial Model of Irritable Bowel Syndrome. *Journal of Neurogastroenterology and Motility*, 17 (2), 131–139. doi:10.5056/jnm.2011.17.2.131
66. Lynn RB, Friedman LS. Irritable bowel syndrome. *N Engl J Med* 1993;329:1940–5.
67. Levy RL, Jones KR, Whitehead WE, Feld SI, Talley NJ, Corey LA. Irritable bowel syndrome in twins: heredity and social learning both contribute to aetiology. *Gastroenterology* 2001; 121: 799–804.
68. Drossman, D. A. (2016). Functional gastrointestinal disorders: History, pathophysiology, clinical features, and Rome IV. *Gastroenterology*. doi:10.1053/j.gastro.2016.02.032
69. Eker M. Ç, Eker Ö. D. Depresyon ve İrritabl Barsak Sendromu Birlikteliğinin Nörobiyoloji-si, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2009; 1: 120 - 131.
70. Coss-Adame E, Rao SS: Brain and gut interactions in irritable bowel syndrome: new paradigms and new understandings. *Curr Gastroenterol Rep* 2014, 16:379. doi:10.1007/s11894-014-0379-z.
71. Gros DF, Antony MM, McCabe RE, Swinson RP: Frequency and severity of the symptoms of irritable bowel syndrome across the anxiety disorders and depression. *J Anxiety Disord* 2009, 23:290–296.
72. Hoge EA, Brandstetter K, Moshier S, Pollack MH, Wong KK, Simon NM: Broad spectrum of cytokine abnormalities in panic disorder and posttraumatic stress disorder. *Depress Anxiety* 2009, 26:447–455.
73. Orr WC, Crowell MD, Lin B, ve ark. Sleep and gastric function in irritable bowel syndrome: derailing the brain - gut axis. *Gut* 1997; 41: 390 - 393.

74. Cremonini F, Talley NJ. Diagnostic and therapeutic strategies in the irritable bowel syndrome. *Minerva Med* 2004; 95: 427 - 441.
75. Jarrett ME, Burr RL, Cain KC, ve ark. Anxiety and depression are related to autonomic nervous system function in women with irritable bowel syndrome. *Dig Dis Sci* 2003; 48: 386 - 394.
76. Michael P, Jones, Michael D, Crowell, Kevin W. Olden, ve ark. Functional Gastrointestinal Disorders: An Update for the Psychiatrist. *Psychosomatics* 2007; 48: 93 - 102.
77. Yu YB, Zuo XL, Zhao QJ, Chen FX, Yang J, Dong YY, Wang P, Li YQ: Brain-derived neurotrophic factor contributes to abdominal pain in irritable bowel syndrome. *Gut* 2012, 61:685–694.
78. Surdea-Blaga T, Băban A, Dumitrascu DL: Psychosocial determinants of irritable bowel syndrome. *World J Gastroenterol* 2012, 18:616–626.
79. Posserud I, Ersryd A, Simrén M: Functional findings in irritable bowel syndrome. *World J Gastroenterol* 2006, 12:2830–2838.
80. Fitzgerald P, Cassidy Eugene M, Clarke G, Scully P, Barry S, Quigley Eamonn MM, Dinan Timothy G: Tryptophan catabolism in females with irritable bowel syndrome: relationship to interferon gamma, severity of symptoms and psychiatric comorbidity. *Neurogastroenterol Motil* 2008, 20:1291-1297.
81. Whitehead WE, Crowell MD. Psychologic considerations in the irritable bowel syndrome. *Gastroenterol Clin North Am* 1991; 20:249–67.
82. Moussavi, S, Chatterji, S, Verdes, E, Tandon, A, Patel, V, B., U., 2007. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet* 370, 851–858.
83. Tollefson GD, Tollefson SL, Pederson M, Luxenberg M, Dunsmore G. Co-morbid irritable bowel syndrome in patients with generalized anxiety and major depression. *Ann Clin Psychiatry* 1991; 3: 215–22.
84. Longstreth GF: Bowel patterns and anxiety—demographic features. *J Clin Gastroenterol* 1993a; 17:128–132

85. Sertbas Y, Belli H, Piskinpasa N, Ural C, Akbudak M, Sertbas M, Oncu F: Assesment of psychiatric symptoms and co-morbidities in patients with irritable bowel syndrome. *W Indian Med J* 2012, 61:544–548.
86. Walker, E.A., Roy-Byrne, P.P., Katon, W.J., Li, L., Amos, D., & Jiranek, G. (1990). Psychiatric illness and irritable bowel syndrome: A comparison with inflammatory bowel disease. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1656-1661.
87. Esler, M. D. St Goulston, K. J. (1973). Levels of anxiety in colonic disorders. *New Engrand Journaf OfMedicine*, 288, 1620.
88. Fava, G. A. & Pavan, L. (1976/77). Large bowel disorders: II. Psycho~thology and Alexithymia. *Psychorherapy/ Psychosomatics*, 27, 108-105.
89. Grant BF, Hasin DS, Stinson FS, Dawson DA, Goldstein RB, Smith S, Huang B, Saha TD: The epidemiology of DSM-IV panic disorder and agoraphobia in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *J Clin Psychiatry* 2006, 67:363–374.
90. Torres AR, Ferrão YA, Shavitt RG, Diniz JB, Costa DL, RosárioMC, Miguel EC, Fontenelle LF: Panic disorder and agoraphobia in OCD patients: clinical profile and possible treatment implications. *Compr Psychiatry* 2014, 55:588–597.
91. Gros DFA preliminary investigation of the effects of cognitive behavioral therapy for pa, Antony MM, McCabe RE, Lydiard RB: nic disorder on gastrointestinal distress in patients with comorbid panic disorder and irritable bowel syndrome. *Depress Anxiety* 2011, 28:1027–1033.
92. Kumano H, Kaiya H, Yoshiuchi K, Yamanaka G, Sasaki T, Kuboki T: Comorbidity of irritable bowel syndrome, panic disorder, and agoraphobia in a Japanese representative sample. *Am J Gastroenterol* 2004, 99:370–376.
93. Mayer EA, Craske MG, Naliboff BD: Depression, anxiety and the gastrointestinal system. *J Clin Psychiatry* 2001, 62:28–36.

94. Lee S, Wu J, Ma YL, Tsang A, Guo WJ, Sung J: Irritable bowel syndrome is strongly associated with generalized anxiety disorder: a community study. *Aliment Pharmacol Ther* 2009, 30:643–651.
95. Irwin C, Falsetti SA, Lydiard RB, Ballenger JC, Brock CD, Brenner W: Comorbidity of posttraumatic stress disorder and irritable bowel syndrome. *J Clin Psychiatry* 1996, 57:576–578.
96. Goodwin L, Bourke JH, Forbes H, Hotopf M, Hull L, Jones N, Rona RJ, Wessely S, Fear NT: Irritable bowel syndrome in the UK military after deployment to Iraq: what are the risk factors? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2013, 48:1755–1765.
97. Weaver TL, Nishith P, Resick PA: Prolonged exposure therapy and irritable bowel syndrome: a case study examining the impact of a trauma-focused treatment on a physical condition. *Cogn Behav Pract* 1998, 5:103–122.
98. Singh P, Agnihotri A, Pathak MK, Shirazi A, Tiwari RP, Sreenivas V, Sagar R, Makharia GK: Psychiatric, somatic and other functional gastrointestinal disorders in patients with irritable bowel syndrome at a tertiary care center. *J Neurogastroenterol Motil* 2012, 18:324–331.
99. Karling P, Danielsson A, Adolfsson R, Norrback KF: No difference in symptoms of irritable bowel syndrome between healthy subjects and patients with recurrent depression in remission. *Neurogastroenterol Motil* 2007, 19:896–904.
100. Crane C, Martin M, Johnston D, Goodwin GM: Does depression influence symptom severity in irritable bowel syndrome? Case study of a patient with irritable bowel syndrome and bipolar disorder. *Psychosom Med* 2003, 65:919–923.
101. Gupta S, Masand P, Kaplan D, Bhandary A, Hendricks S: The relationship between schizophrenia and irritable bowel syndrome (IBS). *Schizophr Res* 1997, 23:265–268.
102. Garakani A, Win T, Virk S, Gupta S, Kaplan D, Masand PS: Comorbidity of irritable bowel syndrome in psychiatric patients: a review. *Am J Ther* 2003, 10:61–67.

103. Halpert A, Halpert A, Dalton CB, Palsson O, Morris C, Hu Y, Bangdiwala S, Hankins J, Norton N, Drossman D: What patients know about irritable bowel syndrome (IBS) and what they would like to know. National survey on patient educational needs in ibs and development and validation of the patient educational needs questionnaire (PEQ). *Am J Gastroenterol* 2007, 102:1972–1982.
104. Friedman SL, McQuaid KR, Grendell JH. *Current Diagnosis and Treatment in Gastroenterology*. Second edition. McGraw-Hill Company 2003; 108-30.
105. Jarnerot G, Halfvarson J, Tysk C. Twin studies in inflammatory bowel disease-a review. *Austral-Asian Journal of Cancer* 2007 January; Vol. 6, No.1.
106. Price AB. Overlap in the spectrum of non-specific inflammatory bowel disease- colitis inderminate. *J Clin Pathol* 1978; 31; 567-77.
107. Loftus EV, Jr. Clinical epidemiology of inflammatory bowel disease: Incidence, prevalence, and environmental influences. *Gastroenterology* 2004; 126 (6): 1504-17
108. Kappelman MD, Rifas-Shiman SL, Kleinman K, Ollendorf D, Bousvaros A, Grand RJ, Finkelstein JA. The prevalence and geographic distribution of Crohn's disease and ulcerative colitis in the United States. 2007;5:1424-29
109. Tozun N, Atug O, Imeryuz N, Hamzaoglu HO, Tiflikci A, Parlak E et al. Clinical characteristics of inflammatory bowel disease in Turkey: a multicenter epidemiologic survey. 2009: 51-57
110. Ghishan FK, Kiela PR. Epithelial transport in inflammatory bowel diseases. *Inflammatory Bowel Diseases* 2014; 20 (6): 1099–109.
111. Yücesoy M. İnflamatuvar Barsak Hastalıklarında Etyoloji ve Patogenez. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci* 2005; 1 (34): 4-9.
112. Bernstein CN. New insights into IBD epidemiology: Are there any lessons for treatment? *Dig Dis* 2010; 28 (3): 406-10.
113. Nikolaus S, Schreiber S. Diagnostics of inflammatory bowel disease. *Gastroenterology*. 2007;133 (5):1670-89.

114. Wilkins T, Jarvis K, Patel J. Diagnosis and management of Crohn's disease. American family physician. 2011;84 (12):1365-75.
115. Danese S, Fiocchi C. Ulcerative colitis. The New England journal of medicine. 2011;365 (18):1713-25.
116. Eaden J, Abrams K, Mayberry J. The risk of colorectal cancer in ulcerative colitis: a meta-analysis. Gut. 2001;48 (4):526-35.
117. Yazıcı, H., Hamuryudan, V., Sonsuz, A.: 2005 "Cerrahpaşa İç Hastalıkları", Medikal Yayıncılık, İstanbul, 819-827.
118. Graff, L. A., Walker, Jr., Bernstein, C. N.: 2010 "It's not just about the gut: managing depression and anxiety in inflammatory bowel disease", Practical Gastroenterology, 34, 11- 25.
119. Mukherjee, S. ve Ark.: 2002 "An insight into the experiences of parents with IBD", Journal of Advanced Nursing, 37 (4), 355-363.
120. Loonen, H.J. ve ark.: 2002"Quality of life in paediatric inflammatory bowel disease measured by a generic and disease-specific questionnaire", Acta Pediatr, 91, 348-354.
121. Zaag-Loonen, H. J. ve ark.: 1999 "Coping strategies and quality of life of adolescents with IBD", Quality of life Research, 13, 1011-1019.
122. Irvine, E. J.: 2004 "Review article: patients' fears and unmet needs in inflammatory bowel disease", Aliment Pharmacol Ther, 20 (Suppl. 4), 54-59.
123. Biber Tanrıseven, M.: 2009 Ülseratif Kolit ve Crohn Hastalarında Yaşam Kalitesi, Anksiyete ve Depresyon, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul.
124. Türksoy N. Psikolojik Travma ve Tanım Sorunları. Psikolojik Travma ve Sonuçları. İstanbul: Us Yayıncılık, 2003; 9-21.
125. Kara B. Biçer Ü. Gökalp AS. Çocuk istismarı. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2004; 47; 140-151.
126. Yurdakök K. Çocuk istismar ve ihmali, tanım ve risk faktörleri. Katkı Pediatri Dergisi 2010; 32 (5): 537-546.

127. Sicher P, Lewis O, Sargent J, et al. Developing child abuse prevention, identification and treatment systems in Eastern Europe. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39: 660-667.
128. Polat O. Çocuk Hakları Nedir? İstanbul: Analiz Yayınları, 2002: 5-39.
129. Thurston RC, Bromberger J, Chang Y, Goldbacher E, Brown C, Cyranowski JM, Matthews KA, Childhood abuse or neglect is associated with increased vasomotor symptom reporting among midlife women: Menopause. 2008; 15 (1): 16-22.
130. Sadock BJ, Sadock VA, Kaplan & Sadock Klinik psikiyatri. 2005; 28: 370-376.
131. Tercier A. Child abuse. In: Maer JA (ed). *Emergency Medicine* (4th ed). St. Louis: Mosby, 1998: 1108-1118.
132. Jain AM. Emergency department evaluation of child abuse. *Emerg Med Clin North Am* 1999; 17: 575-593.
133. Rimsza ME, Schackner RA, Bowen KA, Marshall W. Can child deaths be prevented? The Arizona Child Fatality Review Program experience. *Pediatrics* 2002; 110: 110-111.
134. Pelendecioğlu B, Bulut S. Çocuğa yönelik aile içi fiziksel istismar. *Aban İzzetBaysal Üniversitesi Dergisi* 2009; 9 (1): 50-62.
135. Cappelleri JC, Eckenrode J, Powers JL. The epidemiology of child abuse: Findings from the second national incidence and prevalence study of child abuse and neglect. *American Journal of Public Health* 1993; 83 (11): 1622-1624.
136. Veltkamp J. Lane; Miller W. Thomas. *Clinical Handbook of Child Abuse and Neglect*. USA: International Universities Press, 1994.
137. Runyan D, Corrine W, Gkeda R. Child abuse and neglect by parents and other caregivers. In world report on violence and health, World Health Organization, Geneva. 2002; 57-86.
138. Yanık M, Özmen M. Psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarda çocukluk çağı kötüye kullanım/ihtmal yaşanyıları ile intihar, kendine fiziksel zarar verme ve disosiyatif belirtiler arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2002; 3: 140-146.

139. Uğur Z. Bipolar affektif bozulukta bağlanma biçimleri, çocukluk çağı travmaları ve agresyon ilişkisi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, 3. Psikiyatri Kliniği, 2010.
140. Derman O. Adolesanlarda fiziksel ve duygusal istismar. Katkı Pediatri Dergisi 2010; 32 (5): 633-636.
141. Walker DE, Bonner LB, KaufmanLK. The Physically and Sexually Abused Child. Evaluation and Treatment.UK: Pergamon Books Inc, 1988.
142. İşeri E. Cinsel İstismar. In: Çetin F, Pehlivan Türk B, Ünal F, Uslu R, İşeri E, Türkbay T, Coşkun A, Miral S, Motavallı N (eds), Çocuk ve ergen psikiyatrisi temel kitabı, Ankara: HYB Yayıncılık, 2008; 470-477.
143. Kanbur N, Akgül S. Adölesanlarda cinsel istismar ve pediatriğin rolü. Çocuk İhmal ve İstismarı-I, 2010; 32 (4): 491-502.
144. Glaser D, Treatment issues in child sexual abuse. Br J Psychiatry 1991;159:769- 782.
145. Özdemir DF. Cinsel istismar ve çocuk ruh sağlığı. Katkı Pediatri Dergisi 2010;32 (5): 569-582.
146. Özçelik B. Çocukluk çağı cinsel ve fiziksel istismarının erişkin psikopatolojisi ile ilişkisi. Uzmanlık Tezi, İstanbul: Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, 2002.
147. Davis JL, Petretic-Jackson PA, The Impact of Child sexual abuse on adult interpersonal functioning: a review and synthesis of the empirical literature. Aggress Viol Behav 2000;5 (3):291-328.
148. Topbaş M. İnsanın Büyük Ayıbı: Çocuk istismarı, TSK Koruyucu HekimlikBülteni 2004;3 (4):76-80.
149. Yurdakök K, İnce O. Duygusal istismar ve ihmal. Katkı Pediatri Dergisi 2010;32 (4): 423-433.
150. Örsel S, Karadağ H, Karaoğlan Kahiloğulları A, Akgün Aktaş E. Psikiyatri hastalarında çocukluk çağı travmalarının sıklığı ve psikopatoloji ile ilişkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2011; 12: 130-136.

151. Famularo, R., Fenton, T., Kinscherff, R., & Augustyn, M. (1996). Psychiatric comorbidity in childhood post traumatic stress disorder. *Child Abuse & Neglect*, 20 (10), 953-961.
152. Donnelly, C. L. (2003). Pharmacologic treatment approaches for children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 12 (2), 251-269.
153. Silverman, A. B., Reinherz, H. Z., & Giaconia, R. M. (1996). The long-term sequelae of child and adolescent abuse: A longitudinal community study. *Child abuse & neglect*, 20 (8), 709-723.
154. Paolucci, E. O., Genuis, M. L., & Violato, C. (2001). A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *The Journal of psychology*, 135 (1), 17-36.
155. Kendall-Tackett, K. (2002). The health effects of childhood abuse: Four pathways by which abuse can influence health. *Child abuse & neglect*, 26 (6), 715-729
156. Widom CS, Dumont K, Czaja SJ. (2007). A Prospective Investigation of Major Depressive Disorder and Comorbidity in Abused and Neglected Children Grown up. *Arch Gen Psychiatry*, 64 (1):49-56.
157. Spinhoven, P., Elzinga, B. M., Hovens, J. G.F.M., Roelofs, K., Zitman, F. G., van Oppen, P. ve Penninx, B. W.J.H. (2010). The specificity of childhood adversities and negative life events across the life span to anxiety and depressive disorders. *Journal of Affective Disorders*, 126, 103-112.
158. Bifulco, A., Moran, P. M., Baines, R., Bunn, A., & Stanford, K. (2002). Exploring psychological abuse in childhood: II. Association with other abuse and adult clinical depression. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 66 (3), 241-258.
159. Güleç, M., Altıntaş, M., İnanç, L., Bezgin, Ç. H., Kaymak Koca, E. ve Güleç, H. (2012). Effects of childhood trauma on somatization in major depressive disorder: The role of alexithymia. *Journal of Affective Disorders*, 2-5.
160. Hovens, J. G. F. M., Giltay, E. J., Wiersma, J. E., Spinhoven, P., Penninx, B. W. J. H. ve Zitman, F. G. (2012). Impact of childhood life

- events and trauma on the course of depressive and anxiety disorders. *Acta Psychiatr Scand*, 126, 198–207.)
161. Liu, R. T., Jager-Hyman, S., Wagner, C. A., Alloy, L. B. ve Gibb, B. E. (2012). Number of childhood abuse perpetrators and the occurrence of depressive episodes in adulthood. *Child Abuse & Neglect*, 36, 323–332.
162. Van Veen, T., Wardenaar, K. J., Carlier, I.V.E., Spinhoven, P., Penninx, B.W.J.H. ve Zitman, F. G. (2012). Are childhood and adult life adversities differentially associated with specific symptom dimensions of depression and anxiety? Testing the tripartite model. *Journal of Affective Disorders*, 2-8.
163. Weber K, Rockstroh B, Borgelt J, Awiszus B, Popov T, Hoffmann K, Schonauer K, Watzl H, Pröpster K. Stress load during childhood affects psychopathology in psychiatric patients. *BMC Psychiatry*. 2008;8:63.
164. Gil A, Gama CS, Jesus DR, Lobat MI, Zimmer M, Abreu PB. The association of child abuse and neglect with adult disability in schizophrenia and the prominent role of physical neglect. *Child Abuse & Neglect* 2009;618–24.
165. Janssen I, Krabbendam L, Bak M, Hanssen M, Vollebergh W, de Graaf R, Van Os J. Childhood abuse as a risk factor for psychotic experiences. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 109: 38–45.
166. Larsson S, Andreassen OA, Aas M, Røssberg JI, Mork E, Steen NE, Barrett EA, Lagerberg TV, Peleikis D, Agartz I, Melle I, Lorentzen S. High prevalence of childhood trauma in patients with schizophrenia spectrum and affective disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 2013;54 (2):123-7.
167. Sideli L, Mule A, Barbera DL, Murray RM. Do child abuse and maltreatment increase risk of schizophrenia? *Psychiatry Investig*. 2012; 9 (2): 87–99.
168. Watts-English, T., Fortson, B. L., Gibler, N., Hooper, S. R., & De Bellis, M. D. (2006). The Psychobiology of Maltreatment in Childhood. *Journal of Social Issues*, 62: 4, 717-736.

169. Koenigs, M. & Grafman, J. (2009). Post-traumatic stress disorder: The role of medial prefrontal cortex and amygdala. *Neuroscientist*, 15, 540-548.
170. Douglas, A., & Drossman, M. D. (2011). Abuse, Trauma, and GI Illness: Is There a Link ? *Am J Gastroenterol*, 106:14-25.
171. Talley NJ, Fett SL, Zinsmeister AR, Melton LJ. Gastrointestinal tract symptoms and self-reported abuse: a population-based study. *Gastroenterology*. 1994;107:1040-1049
172. Walker, E.A., Gelfand, A.N., Gelfand, M.D., Koss, M.P.,&Katon, W.J. (1995). Medical and psychiatric symptoms in female gastroenterology clinic patients with histories of sexual victimization. *General Hospital Psychiatry*, 17, 85-92.
173. Ali, A., Toner, B.B., Stuckless, N., Gallop, R., Diamant, N.E., Gould, M.I., & Vidins, E.I. (2000). Emotional abuse, self-blame, and self-silencing in women with irritable bowel syndrome. *Psychosomatic Medicine*, 62, 76-82.
174. Drossman, D.A. (1995). Sexual and physical abuse and gastrointestinal illness. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 30 (208), 90-96.
175. Drossman, D.A., Leserman, J., Nachman, G., Zhiming, L., Gluck, H., Toomey, T.C.,& Mitchell, M. (1990). Sexual and physical abuse in women with functional or organic gastrointestinal disorders. *Annals of Internal Medicine*, 113, 828-833.
176. Talley, N.J., Fett, S.L., & Zinsmeister, A.R. (1995). Self-reported abuse and gastrointestinal disease in outpatients: Association with irritable-bowel-type symptoms. *American Journal of Gastroenterology*, 90, 366-371.
177. Burke, P., Elliott, M., & Fleissner, R. (1999). Irritable bowel syndrome and recurrent abdominal pain: A comparative review. *Psychosomatics*, 40, 277-285.
178. Mendeloff AJ, Monk M, Siegel CI, et al: Illness experience and life stresses in patients with irritable colon and with ulcerative colitis. *An*

- epidemiologic study of ulcerative colitis and regional enteritis in Baltimore, 1960–1964. *N Engl J Med* 1970; 282:14–17.
179. Shirley P. Schwarz, et al. “Psychological Aspects Of Irritable Bowel Syndrome: Comparisons With Inflammatory Bowel Disease And Nonpatient Controls.” pp. 297-304, 1993
180. Walker EA, Katon WJ, Roy-Byrne PP, et al. Histories of sexual victimization in patients with irritable bowel syndrome or inflammatory bowel disease. *Am J Psychiatry*. 1993;150:1502–1506.
181. Walker EA, Gelfand AN, Gelfand MD, Katon WJ. Psychiatric diagnoses, sexual and physical victimization, and disability in patients with irritable bowel syndrome or inflammatory bowel disease. *Psychol Med*. 1995;25:1259–1267.
182. Heitkemper M, Jarrett M, Taylor P, et al. Effect of sexual and physical abuse on symptom experiences in women with irritable bowel syndrome. *Nurs Res*. 2001;50:15–23.
183. Beesley H, Rhodes J, Salmon P. Anger and childhood sexual abuse are independently associated with irritable bowel syndrome. *Br J Health Psychol*. 2010;15:389–399.
184. Bradford K, Shih W, Videlock EJ, et al. Association between early adverse life events and irritable bowel syndrome. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2012;10:385–390.
185. Tietjen GE, Brandes JL, Peterlin B, et al. Childhood maltreatment and migraine (Part III). Association with comorbid pain conditions. *Headache*. 2010;50:42–51.
186. Şar V. Dissosiyatif Bozukluklar. In: Köroğlu E, Güleç C (eds). *Psikiyatri Temel Kitabı*, 2. Baskı, Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2007,393-402.
187. Işık E. Dissosiasyon ve dissosiyatif bozukluklar. In: *Nevrozlar*. Ankara: Kent Matbaa, 1996, 341-368.
188. Kızıltan E, Kundakçı T. Çoğul kişiliğin yüzyıllık serüveni, *Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları*,1998.

189. Gabbard GO. Dissociative Disorders In: Psychodynamic Psychiatry In Clinical Practice. Fourth Edition, Arlington: American Psychiatric Publishing, 2005, 283-312.
190. Yargıç İ, Tutkun H, Şar V. Çocukluk çağı travmatik yaşantıları ve erişkinde dissosiyatif belirtiler. Psikiyatri, Psikoloji ve Psikofarmakoloji Dergisi 1994; 2: 338- 347.
191. Shalev AY, Yehuda R. The Longitudinal Development of Traumatic Stress Disorders in Trauma Assessments, A Clinician Guides, New York: Guilford Press, 1997.
192. DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı, Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC 2013, Köroğlu, E. (çeviri) Hekimler Yayın Birliği, Ankara 2013: 163-169.
193. Janet P. The Mental State of Hystericals. New York: Putnam & Sons, 1901. Reprint: University Publications of America, Washington DC, 1977.
194. Nijenhuis ERS, Spinhoven P, Van Dyck R, et al. The development and psychometri characteristics of the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20). J Nerv Ment Di 1996;184:688-694.
195. Nijenhuis ERS, Van Engen, Kusters MA, et al. Peritraumatic Somatoform an Psychological Dissociation in Relation to Recall of Childhood Sexual Abuse. Journal of Traum & Dissociation 2001; 2 (3): 47-66.
196. Nijenhuis, E.R.S., Spinhoven, P., Van Dyck, R., Van der Hart, O., & Vanderlinden, J. (1998c). Degree of somatoform and psychological dissociation in dissociative disorder is correlated with reported trauma. Journal of Traumatic Stress, 11, 711-730.
197. Pribor EF, Yutzy SH, Dean JT, et al. Briquet's syndrome, dissociation and abuse. American Journal of Psychiatry 1993;150:1507-1511..
198. Othmer E, DeSouza C. A screening test for somatization disorder (hysteria). American Journal of Psychiatry 1985;142:1146-1149.
199. Şar V. Dissosiyatif Bozuklukların Epidemiyolojisi, Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları 1998; 3:613-618.

200. Tokuş, T., 2012, "Somatoform Bozukluklar - Somatizasyon Bozukluğu", B. A. K., İnternette 24.05.2015 Tarihinde Alınmıştır. <http://www.bilgiacikkapi.com/toplumsal/somatoformbozukluklar-%E2%80%93-somatizasyon-bozuklugu/>
201. Cimilli, C. 1999, "Somatizasyonun Toplumsal Evrimi", T Klin Psikiyatri,, 1:34-43
202. Alkın, T. 1999, "Somatizasyonda Biyolojik Etkenler", T Klin Psikiyatri, 1:18-26
203. Babacan, S. S., 2003, "Hastalıkta Ruh Ve Beden Etkileşimi", Kastamonu Eğitim Dergisi, 11 (2): 519-524
204. Karaer-Karapıçak, E. Ö., 2010, "Panik Bozukluğu, Somatizasyon Bozukluğu Ve Hipokondriaziste Sağlık Kaygısı", Uzmanlık Tezi, Ankara: Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı
205. Çermik, Ö., Çevik, A., Soykan, A., Aksakal, O. 1999, "Kadın Hastalarda Somatizasyon: Çok Yönlü Bir Değerlendirme", T Klin Psikiyatri, 1:68-78
206. Doksat, K. 1999, "Ağrı ve Psikiyatri", Psikiyatri Dünyası 1:23-31
207. Koptagel-İlal, G. 1999, "Somatizasyonu Nasıl Anlamalıyız? - Psikodinamik Değerlendirme", T Klin Psikiyatri, 1:27-33
208. Kandemir, G., Ak, İ., 2013, "Tıbben Açıklanamayan Belirtilerin Psikiyatrik Yönü", Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 5 (4):479-506
209. Atmaca, M., 2012, "Somatoform Bozukluklarda Nörogörüntüleme: Bir Gözden Geçirme", Türk Psikiyatri Dergisi, 23 (4):274-80
210. İkiz Tunaboşlu, T. (2008). Psikanaliz Buluşmaları - 3: Psikosomatik. İstanbul: Bağlam Yayıncılık.
211. Özen Şahin, E. M., Türkcan A. S., Belene, A., Yeşilbursa, D., Yurt, E., 2009, "Somatizasyonda Kültürel ve Sosyolojik Faktörler", New/Yeni Symposium Journal, 47:4
212. İkiz Tunaboşlu, T. (2005). Psikosomatik Hastalıklarda Psikosomatik Psikoterapi. In A. Gürdal Küey (Ed.), Psikanaliz Konuşmaları (pp. 31-47). İstanbul: Bağlam Yayıncılık.

213. Yücel, B., Polat, A., 2007, “Somatizasyon Bozukluğu ve Farklılaşmamış Somatoform Bozukluk”, Psikiyatri Temel Kitabı, Güleç C, Köroğlu E (Ed), Hekimler Yayın Birliği, 369-76.
214. Guggenheim F. Smith GR (1995), Somatoform Disorders. Kaplan & Sadock, Comprehensive Textbook of Psychiatry 1251-1270 Baltimore, Williams and Wilkins.
215. Özenli Y (2009), Türkiye’de somatoform bozukluklar epidemiyolojisi. Erişim Tarihi: 01.05.2011 Başkent Üniversitesi ağ sitesi: http://78.189.53.61/-/bs/ess/y_ozenli.pdf
216. Perley MJ, Guze SB. Hysteria: The stability and usefulness of clinical criteria. New England Journal of Medicine 1962;266:421-26
217. Cloninger CR. A systematic method for clinical description and clasification of personality variants. Arch Gen Psychiatry 1987;44:573
218. Fink P, Rosendal M, Olesen F. Classification of somatization and functional somatic symptoms in primary care. Aust N Z J Psychiatry. 2005 Sep;39 (9):772- 781.
219. Wessely S, Nimnuan C, Sharpe M. Functional somatic syndromes: one or many? Lancet. 1999 Sep 11;354 (9182):936-939. Review.
220. Zoroğlu S, Yargıç I, Tutkun H, Tüzün Ü, Şar V. Adolesan yaşta 17 dissosiyatif kimlik bozukluğu olgusunun sosyodemografik, klinik özellikleri ve travmatik yaşantı öyküleri. Düşünen Adam 1996; 2:9 15.
221. Sar V, Tutkun H, Alyanak B, Bakim B, Baral I. Frequency of dissociative disorders among psychiatric outpatients in Turkey. Comprehensive Psychiatry 2000; 41:216- 222.
222. Simeon D, Guralnik O, Schmeidler J, et al. The role of childhood interpersonal trauma indepersonalization disorder. Am J Psychiatry 2001;158:1027–1033.
223. Ross CA, Heber S, Norton GR, et al. Somatic symptoms in multiple personality disorder. Psychosomatics 1989;30:154–160.
224. Nijenhuis ERS, Spinhoven P, Van Dyck R, et al. The development and psychometric characteristics of the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20). J Nerv Ment Dis 1996;184:688–694.

225. Krystal JH, Karper LP, Seibyl JP, et al. Subanesthetic effects of the NMDA antagonist, ketamine in humans: Psychotomimetic, perceptual, cognitive and neuroendocrine effects. *Archives General Psychiatry* 1994;51:199–214.
226. Leavitt F, Katz RS. The Dissociative Factor in Symptom Reports of Rheumatic Patients With and Without Fibromyalgia. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings* 2003;10 (4).
227. Saporta J (2003), Synthesizing psychoanalytic and biological approaches to trauma: some theoretical proposals. *Neuropsychanalysis* 5 (1): 97-110.
228. Walker EA, Katon WJ, Neraas K (1992), Dissociation in women with chronic pelvic pain. *Am J Psychiatry* 149: 534-537.
229. Freud S. Three essays on the theory of sexuality. New York, Basic Books, 1962 (Original baskı 1905).
230. Morrison J. Childhood sexual histories of women with somatization disorder. *Am J Psychiatry* 1989; 146:239–241.
231. Pribor EF, Dinwiddie SH. Psychiatric correlates of incest in childhood. *Am J Psychiatry* 1992;149:52–56.
232. Noyes, R., Stuart, S., Langbehn, D.R., Happel, R.L., Longley, S.L., & Yagla, S.J. (2002). Childhood antecedents of hypochondriasis. *Psychosomatics*, 43, 282-289.
233. Morrison, J. (1989). Childhood sexual abuse histories of women with somatization disorder. *American Journal of Psychiatry*, 146, 239-241.
234. Walling MK, O'Hara MW, Reiter RC, et al: Abuse history and chronic pain in women: II. A multivariate analysis of abuse and psychological morbidity. *Obstet Gynecol* 1994; 84:200– 206.
235. Walker EA, Katon WJ, Harrop-Griffiths J, et al: Relationship of chronic pelvic pain to psychiatric diagnoses and childhood sexual abuse. *Am J Psychiatry* 1988;145:75–80.
236. Walker EA, Katon WJ, Harrop-Griffiths J, et al: Medical and psychiatric symptoms in women with childhood sexual abuse. *Psychosom Med* 1992;54:658–664.

237. Spitzer, C., Barrow, C., Gau, K., Freyberger, H., J., Grabe, H., J., 2008, "Childhood maltreatment in patients with somatization disorder.", *Aust N Z J Psychiatry*, Apr; 42 (4):335-41
238. Aaron, L. A, & Buchwald, D. (2001). A review of the evidence for overlap among unexplained clinical conditions. *Ann Intern Med*, 134, 868–881.
239. Aggarwal, V. R., McBeth, J., Zakrzewska, J. M., Lunt, M., & Macfarlane, G. J. (2006). The epidemiology of chronic syndromes that are frequently unexplained: do they have common associated factors? *Int J Epidemiol*, 35 (2), 468–476.
240. Whitehead, W. E., Palsson, O., & Jones, K. R. (2002). Systematic review of the comorbidity of irritable bowel syndrome with other disorders: what are the causes and implications? *Gastroenterology*. 122 (4): 1140–1156.
241. Hillilä, M. T., Siivola, M. T., & Färkkilä, M. A. (2007). Comorbidity and use of healthcare services among irritable bowel syndrome sufferers. *Scand J Gastroenterol*. 42 (7): 799–806.
242. Liu, Y., Liu, L., Yang, Y., He, Y., Zhang, Y., Wang, M.,... & Yao, S. (2014). A school-based study of irritable bowel syndrome in medical students in beijing, china: prevalence and some related factors. *Gastroenterology research and practice*, 2014.
243. Şar V, Öztürk E, İkikardeş E. Validity and reliability of the Turkish Version of Childhood Trauma Questionnaire (CTQ). *Turkiye Klinikleri J Med Sci*. 2012;32:1054-63.
244. Bernstein D, Fink L. *Childhood Trauma Questionnaire: A Retrospective Self-Report Questionnaire and Manual*. San Antonio, TX: Psychological Corp; 1998.
245. Şar, V., Öztürk, P. E., & İkikardeş, E. (2012). Çocukluk çağı ruhsal travma ölçeğinin Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 32 (4), 1054-1063.
246. Nijenhuis, E.R.S., Spinhoven, P., Van Dyck, R., Van der Hart, O., & Vanderlinden, J. (1996). The development and the psychometric

- characteristics of the Soma-toform Dissociation Questionnaire (SDQ 20). *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184, 688-694.
247. Şar V, Kundakçı T, Kızıltan E, Bakım B, Aydınler O: Somatoform dissosiyasyon ölçeğinin (SDQ_20) geçerlilik ve güvenilirliği. 34. Ulusal Psikiyatri Kongresi Bildiri Özet Kitabı, s:221.
248. Nijenhuis, E. R. (2010). The scoring and interpretation of the SDQ-20 and SDQ-5. *Activitas Nervosa Superior*, 52 (1), 24-28.
249. Güleç H, Sayar K, Yazıcı Güleç M. Bedensel Duyumları Abartma Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirligi. *Düşünen Adam*. 2007;20 (1):16-24.
250. Aydemir Ö, Güvenir T, Küey L, Kültür S: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenirligi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1997; 8: 280-287.
251. Francis, C., J. Morris, and P. Whorwell, The irritable bowel severity scoring system: a simple method of monitoring irritable bowel syndrome and its progress. *Alimentary pharmacology & therapeutics*, 1997. 11 (2): p. 395-402.
252. Lowman BC, Drossman DA, Cramer EM, McKee DC. Recollection of childhood events in adults with irritable bowel syndrome. *J Clin Gastroenterol*. 1987; 9:324-30. [PubMed: 3611687]
253. Christensen MF, Mortensen O. Long-term prognosis in children with recurrent abdominal pain. *Arch Dis Child*. 1975; 50:110-4. [PubMed: 1130815]
254. Jones, M. P., Schettler, R. A., Olden, K., & Crowell, M. D. (2004). Alexithymia and somatosensory amplification in functional dyspepsia. *Psychosomatics*, 45 (6), 508-516.
255. Jones, M. P., Wessinger, S., & Crowell, M. D. (2006). Coping strategies and interpersonal support in patients with irritable bowel syndrome and inflammatory bowel disease. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 4 (4), 474-481.
256. Walker, E.A., Roy-Byrne, P.P., Katon, W.J., Li, L., Amos, D., & Jiranek, G. (1990). Psychiatric illness and irritable bowel syndrome: A

- comparison with inflammatory bowel disease. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1656-1661.
257. Saygın, M., Yaşar, S., Çetinkaya, G., Kayan, M., Özgüner, M., & Korucu, C. (2011). Radyoloji çalışanlarında depresyon ve anksiyete düzeyleri. *SDÜ Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2 (3), 139-144.
258. Simren, M., Abrahamsson, H., Svedlund, J., vd. (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. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 5, 545-552.
259. Michalsen, V. L., Vandvik, P. O., & Farup, P. G. (2015). Predictors of healthrelated quality of life in patients with irritable bowel syndrome. A cross-sectional study in Norway. *Health Qual Life Outcomes*, 13, 113.
260. Bohn, D., Bernardy, K., Wolfe, F., & Häuser, W. (2013). The association among childhood maltreatment, somatic symptom intensity, depression, and somatoform dissociative symptoms in patients with fibromyalgia syndrome: a single-center cohort study. *Journal of Trauma & Dissociation*, 14 (3), 342-358.
261. Kilic, O., Sar, V., Taycan, O., Aksoy-Poyraz, C., Erol, T. C., Tecer, O.,... & Ozmen, M. (2014). Dissociative depression among women with fibromyalgia or rheumatoid arthritis. *Journal of Trauma & Dissociation*, 15 (3), 285-302.
262. Jasper, F., Egloff, B., Roalfe, A., & Withöft, M. (2015). Latent structure of irritable bowel syndrome symptom severity. *World Journal of Gastroenterology: WJG*, 21 (1), 292.
263. Brown, R. J., Bouska, J. F., Frow, A., Kirkby, A., Baker, G. A., Kemp, S.,... & Reuber, M. (2013). Emotional dysregulation, alexithymia, and attachment in psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy & Behavior*, 29 (1), 178-183.

264. Yılmaz, S., Bilgiç, A., Akça, Ö. F., Türkoğlu, S., & Hergüner, S. (2016). Relationships among depression, anxiety, anxiety sensitivity, and perceived social support in adolescents with conversion disorder. *International journal of psychiatry in clinical practice*, 20 (1), 10-18.
265. Tomić, A., Petrović, I., Pešić, D., Vončina, M. M., Svetel, M., Mišković, N. D.,... & Kostić, V. S. (2017). Is there a specific psychiatric background or personality profile in functional dystonia?. *Journal of psychosomatic research*, 97, 58-62.
266. Fattahzadeh-Ardalani, G., Aghazadeh, V., Atalu, A., & Abbasi, V. (2017). Somatoform dissociation, fatigue severity and pain behavior compared in patients with migraine headache and in healthy individuals. *Neurology international*, 9 (2).
267. Drossman, D. A. (2006). The Functional Gastrointestinal Disorders and the Rome III Process. *Gastroenterology*, 130 (5), 1377-1390. doi:10.1053/j.gastro.2006.03.008

Ek 1: Bilgilendirilmiş Onam Formu

İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ GÖZTEPE EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sizi İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim Araştırma Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı tarafından yürütülen '**Huzursuz(İrritable) Bağırsak Sendromu ile çocukluk çağı travmalarının ilişkisi**' başlıklı **araştırmaya** davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma** hakkında sahipsizsiniz. Çalışmadan çıkmanız halinde tedavinizde herhangi bir aksaklık olmayacaktır. **Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniziz** biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen **formlardaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

1. Araştırmayla İlgili Bilgiler:

- Araştırmanın Amacı: 'Huzursuz(İrritable) Bağırsak Sendromu hastalarında olası psikolojik mekanizmaların saptanması
- Araştırmanın İçeriği: 'Huzursuz(İrritable) Bağırsak Sendromu hastalarında hastalığın olası ruhsal süreçlerine yönelik çeşitli anketler yapılması. Bunun sağlıklı ve inlmatuar bağırsak hastalık grubuyla karşılaştırılması.
- Araştırmanın Nedeni: Tez çalışması
- Araştırmanın Öngörülen Süresi: 7 hafta
- Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı: 150
- Araştırmanın Yapılacağı Yer: İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim Araştırma Hastanesi

2. Çalışmaya Katılım Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı, soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı.** Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

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

Katılımcının (Kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:.....
İmzası:

Araştırmacının

Adı-Soyadı:
İmzası:

Araştırmayla ilgili herhangi bir sağlık sorunu ile karşılaştığımızda Dr. volkan Seneger ile 02165664000 numaralı telefondan 4333 ve 4385 dahili hattından ulaşabilirsiniz.
Dr. Volkan SENEGER cep no : 0530 235 79 81

Ek 2: Sosyodemografik Veri Formu

Tarih:

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

1. Adı Soyadı ya da baş harfleri (adınızı vermek zorunda değilsiniz):
2. Cinsiyeti : a) Kadın () b) Erkek ()
3. Yaşı:
4. Telefonu (vermek zorunda değilsiniz):
5. Kaç Kardeşsiniz:
6. Eğitim düzeyi: Okur-yazar () İlkokul () Ortaokul () Lise () Önlisans ()
Lisans () Doktora ()
7. İş durumu: a) Çalışmıyor () b) Çalışıyor ()
8. Medeni durumu: a) Bekar () b) Evli () c) Dul () d) Boşanmış ()

Hastalık Öyküsü:

9. Çocuklukta geçirilen önemli bir hastalık:
a) Yok () b) Var ()
10. Psikiyatrik hastalık: a) Yok () b) Var () Varsa tanısı :
11. Psikiyatrik hastalık haricinde tedavi aldığınız tıbbi bir hastalık (örn; diyabet , hipertansiyon) :
a) Yok () b) Var () Varsa tanısı :
12. Son zamanlarda hayatınızda sıkıntılı/stresli bir durum / süreç yaşadınız mı?
a) Evet () b) hayır ()
13. İrritabl (huzursuz) Barsak Sendromu Hastalığının var mı ?
a) Evet () b) hayır ()

Evet ise lütfen aşağıdaki **3 soruyu** cevaplayınız.

14. İlk hastalığının başlama zamanı:
15. İlk tanı zamanı:
16. İlk tedavi zamanı:

17. Ailede irritabl barsak sendromu varlığı:

a) Yok () b) Var ()

18.Çocukken sık sık doktora gider miydiniz ?

a) evet b) hayır

19. Çocukken sık sık karın ağrısı / bağırsak şikayetleriniz olur muydu ?

a) evet b) hayır

20. her iki soruya da cevabınız evet ise doktor başvurularınızın ne kadarı karın ağrısı / bağırsak şikayetleri sebebiyledir?

a) az b) orta c) çok

21. çocukluk döneminde o günün şartlarına göre ailenizin geliri aşağıdakilerden hangisine uyardı ?

a) kötü b) orta c) iyi

Ek 3: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ (CTQ - 20)

Sorulara nasıl yanıt verilecek?

Bu sorular **çocukluğunuzda ve ilk gençliğinizde (20 yaşından önce)** başınıza gelmiş olabilecek bazı olaylar hakkındadır. Her bir soru için sizin durumunuza uyan rakamı daire içersine alarak işaretleyiniz. Sorulardan bazıları özel yaşamınızla ilgilidir; lütfen elinizden geldiğince gerçeğe uygun yanıt veriniz. Yanıtlarınız gizli tutulacaktır.

Hiç bir zaman	Nadiren	Zaman zaman	Sıklıkla	Çok Sık olarak
1	2	3	4	5

Çocukluğumda yada ilk gençliğimde...

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Evde yeterli yemek olmadığından aç kalırdım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Benim bakımımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyordum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Ailedekiler bana "salak", "beceriksiz" ya da "tipsiz" gibi sıfatlarla seslenirlerdi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan biri vardı. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Yırtık, sökükle ya da kirli giysiler içersinde dolaşmak zorunda kalırdım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Sevdiğimi hissediyordum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Anne ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Ailedekiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

12. Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum. 1 2 3 4 5
13. Ailedekiler birbirlerine ilgi gösterirlerdi. 1 2 3 4 5
14. Ailedekiler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi. 1 2 3 4 5
15. Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma (dövülme, itilip kakılma vb.) inanıyorum. 1 2 3 4 5
16. Çocukluğum mükemmeldi. 1 2 3 4 5
17. Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu farketdiği oluyordu. 1 2 3 4 5
18. Ailemde birisi benden nefret ederdi. 1 2 3 4 5
19. Ailedekiler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi. 1 2 3 4 5
20. Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi. 1 2 3 4 5
21. Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı. 1 2 3 4 5
22. Benim ailem dünyanın en iyisiydi. 1 2 3 4 5
23. Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı. 1 2 3 4 5
24. Birisi bana cinsel tacizde bulundu. 1 2 3 4 5
25. Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma (hakaret, aşağılama vb.) inanıyorum. 1 2 3 4 5
26. İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecek birisi vardı. 1 2 3 4 5
27. Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum. 1 2 3 4 5
28. Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi. 1 2 3 4 5

Ek 4: Somatoform Dissosiyasyon Ölçeği (SDQ-20)

SOMATOFORM DISSOSİYASYON ÖLÇEĞİ (SDQ-20)

➔ Lütfen aşağıdaki sorularda belirtilen durumların sizdekine ne kadar uyduğunu değerlendiriniz ve her soru için buna uyan cevabı işaretleyiniz.

SORULAR

1. Bazan sanki vücudum ya da vücudumun bir bölümü yok oluyor gibi geliyor.

(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

2. Bazan bir süre felç oluyorum.

(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

3. Bazan konuşamaz hale geliyorum ya da ancak güçlkle ya da fısıltı halinde konuşabiliyorum.

(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

4. Bazan vücudum ya da vücudumun bir bölümü acı hissetmez oluyor.

(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

5. Bazan idrar yaparken acıyor.

(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

6. Bazan kısa bir süre için gözlerim görmüyor, sanki kör oluyorum.

(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

7. Bazan idrar yaparken tutukluk oluyor.

(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

8. Bazan kısa bir süre için kulaklarım işitmiyor, sanki sağır oluyorum.

(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

9. Bazan yakınımıdaki sesleri sanki çok uzaktan geliyormuş gibi duyuyorum.

(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

10. Bazan bir süre için her yanım katılaşıyor.

(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

11. Bazan nezle olmadığım halde koku alma hissim her zamankine göre azalıyor ya da çoğalıyor.

(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

12.Bazan cinsel organlarımda ağrı oluyor (cinsel ilişki dışında)

(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

13.Bazan havaleye benzer bir bayılma nöbeti geçiriyorum.

(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

14.Bazan normalde sevdiğim bir kokudan hoşlanmaz oluyorum.

(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

15.Bazan normalde sevdiğim bir yiyeceğin tadından hoşlanmaz oluyorum (kadınlarda hamilelik dışında).

(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

16.Bazan çevremdeki eşyaları her zamankinden farklı görüyorum (örneğin sanki bir tünelden bakıyormuş gibi ya da bakılan şeyin yalnız bir bölümünü görmek gibi).

(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

17.Bazan gece boyunca uyuyamadığım halde gündüz gayet zinde oluyorum.

(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

18.Bazan yiyecekleri yutamıyorum ya da yutmakta büyük zorluk çekiyorum.

(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

19.Bazan insanlar ve eşyalar olduklarından daha büyük görünüyorlar.

(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

20.Bazan vücudum ya da vücudumun bir bölümü hissiz oluyor

(1) Hayır (2) Biraz (3) Orta derecede (4) Çok (5) Tam

Ek 5: Bedensel Belirtileri Abartma Ölçeği

BEDENSEL BELİRTİLERİ ABARTMA ÖLÇEĞİ (BBAÖ)

Aşağıdaki ifadelerin sizin için ne kadar doğru olduğunu lütfen belirtiniz.

Doğru değil ise (1)

Nadiren doğru ise (2)

Bazen doğru ise (3)

Çoğunlukla doğru ise (4)

Tamamen doğru ise (5) olacak şekilde maddelere puan veriniz.

1. Biri öksürdüğünde benim de öksüresim gelir	1	2	3	4	5
2. Duman, sis ya da hava kirliliğine tahammül edemem	1	2	3	4	5
3. Sıklıkla vücudumda değişik şeyler olduğunu fark ederim	1	2	3	4	5
4. Bir yerim morardığında, uzun süre öylece kalır	1	2	3	4	5
5. Ani yüksek sesler beni rahatsız eder	1	2	3	4	5
6. Bazen nabzımın ya da kalbimin kulağımın içinde güm güm attığını duyarım	1	2	3	4	5
7. Çok soğukta olmayı da çok sıcakta olmayı da sevmem	1	2	3	4	5
8. Midemdeki açlık kasılmalarını çok çabuk hissederim	1	2	3	4	5
9. Ufak bir böcek ya da sinek ısırığı bile beni gerçekten rahatsız eder	1	2	3	4	5
10. Ağrıya çok az tahammülüm vardır	1	2	3	4	5

Ek 6: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ)

Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ)

Hasta adı soyadı:

Tarih:



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 işaretleyin. 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 birşey olacakmış gibi bir korkuya kapılıyorum.

Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli Evet, ama çok da şiddetli değil Biraz, ama beni endişelendirmiyor. 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 özen göstermiyorum Pek o kadar özen göstermeyebiliyorum
Her zamanki kadar özen gösteriyorum

11) Kendimi sanki hep birşey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.

Gerçekten de 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.

Gerçekten de 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

Ek 7: İBS Semptom Şiddeti Sklası

İrritabl Bağırsak Sendromu Semptom Şiddet Skoru İBS Semptom Şiddet Skoru- IBS Symptom Severity Score (IBS-SSS)

Ad Soyad:

1. Karın ağrısı/ rahatsızlık şikayetleriniz var mı?

1. Evet 2. Hayır

a. Cevabınız evet ise, ağrınız/rahatsızlığınız ne kadar şiddetli?

0 25 50 75 100
/...../...../...../...../ Skor ()
Hiç Yok Hafif Orta Şiddetli Çok Şiddetli

b. Her 10 günün kaçında ağrı şikayetiniz oluyor?

Ağrı olan gün sayısı = x 10 =/ Skor ()

2. Şişkinlik, gerginlik, dolgunluk ve gaz şikayetleriniz var mı?

1. Evet 2. Hayır

Cevabınız evet ise şişkinlik / gerginlik şikayetleriniz ne kadar şiddetli?

0 25 50 75 100
/...../...../...../...../ Skor ()
Hiç Yok Hafif Orta Şiddetli Çok Şiddetli

3. Genel olarak bağırsak alışkanlıklarınızdan ne kadar memnunsunuz?

0 25 50 75 100
/...../...../...../...../ Skor ()
Çok Oldukça Orta Az Hiç Değilim

4. Genel olarak bağırsak semptomlarınız hayatınızı ne kadar etkiliyor veya değiştiriyor?

0 25 50 75 100
/...../...../...../...../ Skor ()
Hiç Az Orta Oldukça Tamamen (Çok fazla)

Toplam Skor =

Etik Kurul Onay Formu

S.B. İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU (2013-KAEK-64)
KARAR FORMU

SAYI:

Tarih: 19.06.2019

KONU: Etik Kurulu Kararı

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	İrritable Bağırsak Sendromunda Çocukluk Çağı Travmasının Rolü
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Doktor Erkin Cad. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi
	TELEFON	216 570 91 90
	FAKS	216 565 55 26
	E-POSTA	etik@sbgoztepehastanesi.gov.tr

BASVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Aynur Görmez			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Psikiyatri			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi			
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLÇİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TURU	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
FAZ 4		<input type="checkbox"/>			
Gözlemsel ilaç çalışması		<input type="checkbox"/>			
Tıbbi cihaz klinik araştırması		<input type="checkbox"/>			
In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		<input type="checkbox"/>			
İlaç dışı klinik araştırma		<input checked="" type="checkbox"/>			
Retrospektif	<input type="checkbox"/>				
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı			
	SIGORTA	<input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>		
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>		
	İLAN	<input type="checkbox"/>		
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>		
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>		
	GUVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>		
Diğer	<input type="checkbox"/>			

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2019/0248	Tarih: 22.05.2019
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.	

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Doç. Dr. Şükrü Sadık ÖNER
İmza:

Şükrü Sadık ÖNER

Etik Kurul Onay Formu

S.B. İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU (2013-KAEK-64)
KARAR FORMU

SAYI:

Tarih: 19.06.2019

KONU: Etik Kurulu Kararı

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Irritable Bağırsak Sendromunda Çocukluk Çağı Travmasının Rolü
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Doç. Dr. Şükrü Sadık ÖNER	Tıbbi Farmakoloji	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Aytekin OĞUZ	İç Hastalıkları Anabilim Dalı	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Işıl MARAL	Halk Sağlığı Anabilim Dalı	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Asif Yıldırım	Üroloji	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Süleyman Daşdağ	Biyofizik	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Derya Büyükkayhan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	T.C. Sağlık Bakanlığı Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Asiye KANBAY	Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Sıdıka Şeyma ÖZKANLI	Tıbbi Patoloji	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Hacer Hicran Mutlu	Aile Hekimliği	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Avukat Mahmut ÇELİK	Avukat	Çelik Hukuk Bürosu	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Safha Şahin	İşçi		E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

* Toplantıda Bulunma

Karar: Onaylandı Reddedildi

Etik Kurul Başkanı

Unvanı/Adı/Soyadı: Doç. Dr. Şükrü Sadık ÖNER

İmza: