

**T.C.**  
**EGE ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KONSTİPASYON BASKIN İRRİTABL BARSAK SENDROMLU  
HASTALARDA REFLEKSOLOJİNİN SEMPTOM ŞİDDETİ VE YAŞAM  
KALİTESİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

**DOKTORA TEZİ**

**Mahmut ATEŞ**

**DANIŞMAN**

**Prof. Dr. Ayfer KARADAKOVAN**

**İZMİR**

**(2018)**

**T.C.**  
**EGE ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KONSTİPASYON BASKIN İRRİTABL BARSAK SENDROMLU  
HASTALARDA REFLEKSOLOJİNİN SEMPTOM ŞİDDETİ VE YAŞAM  
KALİTESİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

**İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI**

**DOKTORA TEZİ**

**Mahmut ATEŞ**

**DANIŞMAN**

**Prof. Dr. Ayfer KARADAKOVAN**

**İZMİR**

**(2018)**

TEZ DEĞERLENDİRME KURUL SAYFASI

DEĞERLENDİRME KURULU ÜYELERİ

(Adı Soyadı)

(İmza)

Başkan : Prof.Dr.Ayfer KARADAKOVAN

(Danışman)

Üye : Prof.Dr. Belkıs ÜNSAL

Üye: Prof. Dr. Aynur TÜREYEN

Üye: Doç. Dr. Öznur USTA YEŞİLBALKAN

Üye: Doç. Dr. Elif ÜNSAL AVDAL

Doktora Tezinin kabul edildiği tarih: 12.06.2018

## ÖNSÖZ

Dönüp arkama baktığım zaman akademisyenlik karakterimin oluşmasında emeği tarif edilemeyen; bilgisi, tecrübesi, iş ve eğitim disiplini, hoşgörüsü ve anlayışı ile her zaman yanımda olan, desteklerini eksik etmeyen danışman hocam, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Dr. Ayfer KARADAKOVAN'a;

Yedi yıllık eğitimim boyunca kendisinden çok fazla katkı sağladığım, her zaman kapısını rahatlıkla çalabildiğim, bilgi ve tecrübesi ile eğitimime katkı sağlayan, aynı zamanda tez jüri üyeliği ile tezime katkılarını sağlayan Sayın Doç. Dr. Öznur USTA YEŞİLBALKAN'a;

Tezimin yürütülmesinde bana kapılarını açan, bilgi ve tecrübeleri ile desteklerini esirgemeyen İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Bilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Dr. Belkıs ÜNSAL'a ve Uzm. Dr. Zehra AKPINAR'a;

Doktora eğitimim boyunca değerli bilgi ve tecrübeleri ile eğitimime destek veren İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üye ve Elemanlarına;

Doktora eğitimim ve tezim süresince desteğini eksik etmeyen değerli arkadaşım Dr. Öğretim Üyesi Berna Nilgün ÖZGÜR SOY URANA;

Eğitimim boyunca çalışkanlığı ve azmi ile her zaman kendisine gıpta ile bakıtığım, ancak örnek alma konusunda çok başarılı olamadığım Araş. Gör. Dr. Özlem GÜNER'e

Eğitim hayatım boyunca heran desteklerini hissettiğim değerli dostlarım Araş. Gör. Sadık HANÇERLİOĞLU ve Araş. Gör. İsmail TOYĞAR'a

Varlıkları ile hayatımı anlamlandıran ve bugünlere gelmemde emekleri tarif edilemeyen annem ve babama;

Son olarak varlıkları ile benim dünyanın en şanslı insanı olduğumu hissetmemi sağlayan sevgili eşim Şükran ATEŞ'e ve oğlum Mehmet Kayra ATEŞ'e

sonsuz teşekkürlerimi sunarım...

Araş. Gör. Mahmut ATEŞ

İZMİR 2018

## ÖZET

### **Konstipasyon Baskın İrritabl Barsak Sendromlu Hastalarda Refleksolojinin Semptom Şiddeti ve Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi**

**Amaç:** Bu çalışma konstipasyon baskın İBS hastalarında refleksolojinin semptom şiddeti ve yaşam kalitesi üzerine etkisini incelemek amacı ile planlanmıştır.

**Yöntem:** Araştırma; konstipasyon baskın irritabl bağırsak sendromlu hastalarda refleksolojinin semptom şiddeti ve yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi amacıyla ön test – son test yarı deneysel olarak planlanmıştır. Çalışma Haziran 2016 - Aralık 2016 tarihleri arasında İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Polikliniği'ne başvuran konstipasyon baskın İBS tanısı konmuş olan hastalar ile yürütülmüştür. İstatistiksel güç analizi için,  $\alpha=0.05$ , çalışmanın gücü 0.80 (power) ve gruplar arasında yüksek bir farkın olduğu anlamlı olarak kabul edilerek etki büyüklüğü 0.8 (Cohen's kriterleri kullanılarak) alındığında araştırma için gerekli olan minimum örneklem sayısı 42 (gruplarda minimum 21 kişi) olarak belirlenmiştir. Buradan yola çıkarak kontrol grubunda 30, deney grubunda 30 kişiye ulaşılmıştır. Ancak il değişikliği, hastalık gibi değişik nedenlerden dolayı kontrol grubunda 28, uygulama grubunda ise 27 hasta ile çalışma tamamlanmıştır. Çalışma verileri hasta tanıtım formu, görsel analog ölçek, İBS yaşam kalitesi ölçeği, depresyon anksiyete stres ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Kontrol grubunda yer alan hastalar 6 hafta sonra kontrol toplantısına davet edilmiş olup burada son test verileri elde edilmiştir. Uygulama grubunda yer alan hastalara ise haftada 2 seans olmak üzere toplam 12 seans refleksoloji uygulanmıştır. İlk olarak 20 adımdan oluşan gevşetme teknikleri uygulanmış, daha sonra 8 refleks noktası üzerine çalışılmıştır. Son seans refleksoloji uygulamasından sonra veri toplama formları tekrar uygulanarak son test verileri elde edilmiştir.

**Bulgular:** Kontrol grubu ve uygulama grubunda yer alan hastaların yaşları ve tanı yılları dağılımları incelenmiş olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulunmuştur ( $p>0.05$ ) Kontrol grubunda yer alan hastaların karın ağrısı, distansiyon ve konstipasyon düzeylerinin ön test – son test değerlendirmeleri

sonucunda medyan değerlerindeki azalma olmasına karşın istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı bulunurken ( $p>0.05$ ), uygulama grubunda yer alan hastaların ise sadece distansiyon ( $z=-4,482$ ) düzeyinin ön test – son test değerlendirmeleri sonucunda medyan değerindeki azalma ile birlikte istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur. Kontrol grubu ve uygulama grubunda yer alan hastaların IBS Yaşam Kalitesi Ölçeği (QOL) ön test puanlarının karşılaştırması incelendiği zaman; ortalama değerlerinin birbirine yakın olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı görölmektedir ( $p=0,909$ ). Kontrol ve uygulama grubunda yer alan hastaların IBS QOL ölçeği toplam puanları değerlendirmesinde son test medyan değerlerinin daha düşük olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ( $z= -4,824$ ) ( $z= -4,175$ ) bulunmuştur. IBS QOL son test ölçümlerinin karşılaştırmasında; kontrol ve uygulama grubu medyan değerlerinin farklı olduğu ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ( $p<0,001$ ). Kontrol grubunda yer alan hastaların DASÖ ölçek puanlarının ön test –son test incelemesinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ( $z= -2,064$ ) ( $p=0,86$ ). Uygulama grubunda ise, medyan değerlerinin daha düşük olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur ( $z= -4,972$ ) ( $p<0,001$ ). Kontrol ve uygulama gruplarının DASÖ ölçeği ön test sonuçlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken ( $p>0,05$ ), son test puanlarının karşılaştırılmasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ( $p<0,001$ ).

**Sonuç:** Çalışmadan elde edilen sonuçlar ve bulgular doğrultusunda, refleksolojinin distansiyon, stres ve yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkisinin olduğu saptanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** İrritabl Bağırsak Sendromu, Yaşam Kalitesi, Refleksoloji, Hemşirelik.

## ABSTRACT

### **Examination of the Effect of Reflexology on Symptom Severity and Quality of Life in IBS-C Patients**

**Objective:** This study was planned with the aim of examining the effect of reflexology on symptom severity and quality of life in IBS-C patients.

**Method:** The study consisted of pre-test and post-test in order to investigate the effect of reflexology on symptom severity and quality of life in patients with IBS-C patients. The study was carried out between June 2016 and December 2016 with the patients who were diagnosed with constipation predominant IBS who were referred to Atatürk Training and Research Hospital Gastroenterology Polyclinic of Izmir Kâtip Çelebi University. For statistical power analysis, the minimum number of samples required for the study was set to 42 when the effect size was taken as 0.8 (using Cohen's criterion), taking  $\alpha = 0.05$ , the power of the study as 0.80 (power) and a significant difference between the groups. From there, 30 of the control group and 30 of the experimental group were reached. However, due to various reasons such as province change and influenza, the study was completed with 28 patients in the control group and 27 patients in the treatment group. Data were collected using the Patient Identification Form, Visual Analog Scale, IBS QoL Scale, Depression Anxiety Stress Scale. Patients were invited to the control meeting 6 weeks later, where final test data were obtained. For the treatment group, 12 session reflexology including 2 sessions per week was applied. Relaxation techniques consisting of 20 steps were applied first and 8 reflex points were applied afterwards. After the last session reflexology application, the questionnaire forms were applied again and the final test data were obtained.

**Results:** The age and the years of diagnosis of the patients in the control group and the treatment group were examined and no statistically significant difference was found between the groups ( $p > 0.05$ ). Although there was no statistically significant difference between the groups in terms of abdominal pain, distension and constipation scores in the control group despite the decrease in median values as a result of pretest - posttest evaluations ( $p > 0.05$ ), only the distress level ( $z = -4,482$ ) were found to be statistically significant with the decrease in median value as a result of pretest-posttest evaluations. When comparing the pre-test scores of the IBS QOL scale of the control group and the

patients in the treatment group; mean values were close to each other and there was no statistically significant difference ( $p = 0.909$ ). The posttest median values were found to be lower and statistically significant ( $z = -4,824$ ) ( $z = -4,175$ ) when the IBS QOL scale total scores of the control and treatment groups were compared. In comparing IBS QOL post test measurements; the median values of the control and administration groups were different and there was a statistically significant difference between the two groups ( $p < 0.001$ ). There was no statistically significant difference between the pre-test and the post-test scores of the NRSC scale scores of the control group ( $z = -2,064$ ) ( $p = 0.86$ ). In the treatment group, median values were found to be lower and statistically significant ( $z = -4.972$ ) ( $p < 0.001$ ). There was no statistically significant difference between control and treatment groups on DASQ scale pre-test results ( $p > 0,05$ ), but statistically significant difference was found between post-test scores ( $p < 0.001$ ).

**Conclusion:** It has been found that reflexology has a positive effect on distention, stress and quality of life in the results and findings of the study.

**Keywords:** Irritable Bowel Syndrome, Quality of Life, Reflexology, Nursing.



# İÇİNDEKİLER

<b>BÖLÜM I</b> .....	1
<b>1. GİRİŞ</b> .....	1
1.1. ARAŞTIRMANIN KONUSU .....	1
1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI .....	5
1.3. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ .....	5
1.4. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ .....	6
<b>BÖLÜM II</b> .....	8
<b>GENEL BİLGİLER</b> .....	8
2.1. İRRİTABL BARSAK SENDROMU .....	8
2.1.1. Tanım ve Tarihçe .....	8
2.1.2. İrritabl Bağırsak Sendromunun Epidemiyolojisi .....	10
2.1.3. İrritabl Bağırsak Sendromunun Fizyopatolojisi .....	11
2.1.4. İrritabl Bağırsak Sendromunun Klinik Özellikleri .....	14
2.1.5. İrritabl Bağırsak Sendromunun Tanısı .....	16
2.1.6. İrritabl Bağırsak Sendromunun Tedavisi.....	18
2.1.7. İBS Yönetiminde Alternatif ve Tamamlayıcı Tedaviler .....	22
2.2. TAMAMLAYICI TEDAVİLER VE HEMŞİRELİK UYGULAMA ALANLARI.....	23
2.3. İRRİTABL BARSAK SENDROMUNDA HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI	24
2.4. YAŞAM KALİTESİ KAVRAMI .....	26
2.5. İBS ve YAŞAM KALİTESİ.....	28
2.6. REFLEKSOLOJİ.....	29
2.6.1. Refleksolojinin Tarihçesi.....	29
2.6.3. Refleksolojinin Etki Mekanizması ve Kullanıldığı Alanlar .....	29
2.6.4. Refleksolojinin Kullanıldığı Alanlar .....	30
2.6.5. Refleksolojinin Kullanılmasının Sakıncalı Olduğu Durumlar .....	31
2.6.6. Refleksoloji Uygulaması.....	32
<b>BÖLÜM III</b> .....	34
<b>3.GEREÇ VE YÖNTEM</b> .....	34
3.1. ARAŞTIRMANIN TÜRÜ .....	34

3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILACAĞI ZAMAN VE YER .....	34
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	36
3.3.1. Uygulama ve Kontrol Grubu İçin Örnekleme Alınma Ölçütleri .....	36
3.3.2. Örneklem Dışında Tutulma Ölçütleri.....	36
3.4. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEM SEÇİM BASAMAKLARI.....	37
3.4.1. Kontrol Grubu ve Süreci.....	37
3.4.2. Uygulama Grubu (Refleksoloji) ve Süreci.....	37
3.5. ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ.....	43
3.6. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ VE SÜRECİ .....	43
3.6.1. Verilerin Toplanması.....	43
3.6.2. Araştırmada Kullanılacak Gereçler.....	43
3.6.3. Verilerin Değerlendirilmesi .....	46
3.7. SÜRE VE OLANAKLAR.....	46
3.8. ETİK AÇIKLAMALAR.....	46
BÖLÜM IV .....	47
4. BULGULAR.....	47
4.1.HASTALARIN SOSYO-DEMOGRAFİK VE TANITICI ÖZELLİKLERİ .....	48
4.2 KONTROL GRUBU ÖN TEST – SON TEST PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI.....	50
4.3. UYGULAMA GRUBU ÖN TEST – SON TEST PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI.....	55
4.4. KONTROL VE UYGULAMA GRUPLARI ÖN TEST – SON TEST PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI .....	59
BÖLÜM V.....	61
5. TARTIŞMA.....	61
BÖLÜM VI .....	65
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	65
6.1. SONUÇ .....	65
KAYNAKLAR .....	70
EK I HASTA TANITIM FORMU .....	78
EK II VİSSUAL ANALOG ÖLÇEK .....	80
EK III İBS YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ (İBSQOL).....	81
EK IV DEPRESYON ANKSİYETE STRES ÖLÇEĞİ.....	84

<b>EK V ETİK KURUL İZİN BELGESİ .....</b>	<b>85</b>
<b>EK VI KURUM İZİN BELGESİ.....</b>	<b>86</b>
<b>EK VII ÖLÇEK İZİN BELGESİ .....</b>	<b>87</b>
<b>EK VIII BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA ONAM FORMU .....</b>	<b>88</b>
<b>EK IX PSİKOAKADEMİ REFLEKSOLOJİ KURS SERTİFİKASI .....</b>	<b>89</b>
<b>EK X: WAT-PO AYAK MASAJI /REFLEKSOLOJİ KURS SERTİFİKASI.</b>	<b>90</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>91</b>



## TABLolar DİZİNİ

<b>Tablo No</b>	<b>Tablo Adı</b>	<b>Sayfa No</b>
Tablo 1	Roma III Ölçütlerine Göre İşlevsel Bağırsak Hastalıkları	8
Tablo 2	İBS'nin Klinik Alt Tipleri	9
Tablo 3	Alarm Semptomları	16
Tablo 4	Semptoma Dayalı İBS Tanı Ölçütleri	17
Tablo 5	İrritabl Barsak Hastalığında Semptomları Şiddetlendiren Faktörler	19
Tablo 6	Veri Toplama Formlarının Uygulama Zamanları	36
Tablo 7	Zaman Çizelgesi	48
Tablo 8	Uygulama ve Kontrol Grubunda Yer Alan Hastaların Yaş ve Tanı Yılı Ortalamalarına Göre Karşılaştırılması	49
Tablo 9	Uygulama ve Kontrol Grubunda Yer Alan Hastaların Sosyo-Demografik ve Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı	50
Tablo 10	Kontrol Grubu Karın Ağrısı, Distansiyon, Konstipasyon Düzeylerinin Karşılaştırılması	52
Tablo 11	Kontrol Grubu İBS QOL Ölçeği ve DASÖ ölçeği toplam puanların Ön test –Son Test Karşılaştırılması	53
Tablo 12	Kontrol Grubunda Yer Alan Hastaların İBS QOL Ölçeği Alt Boyutları Ön test – Son Test Sonuçlarının Karşılaştırılması	54
Tablo 13	Kontrol Grubunda Yer Alan Hastaların DASÖ Ölçeği Alt Boyutları Ön test – Son Test Sonuçlarının Karşılaştırılması	55
Tablo 14	Uygulama Grubu Karın Ağrısı, Distansiyon, Konstipasyon Düzeylerinin Karşılaştırılması	56

Tablo 15	Uygulama Grubu IBS QOL Ölçeği ve DASÖ Ölçeği Toplam Puanların Ön Test –Son Test Karşılaştırılması	57
Tablo 16	Uygulama Grubunda Yer Alan Hastaların IBS QOL Ölçeği Alt Boyutları Ön test – Son Test Sonuçlarının Karşılaştırılması	58
Tablo 17	Uygulama Grubunda Yer Alan Hastaların DASÖ Ölçeği Alt Boyutları Ön test – Son Test Sonuçlarının Karşılaştırılması	59
Tablo 18	Kontrol ve Uygulama Gruplarında Karın Ağrısı, Distansiyon ve Konstipasyon Son Test Düzeylerinin Karşılaştırılması	60
Tablo 19	Kontrol ve Uygulama Grubu IBS QOL ve DASÖ Ölçekleri Son Test Puanlarının Karşılaştırılması	61

## ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No	Şekil Adı	Sayfa No
Şekil 1	Bristol Dışkı Şekli Sınıflaması	9
Şekil 2	İBS Prevalansı	10
Şekil 3	İBS- Biyopsikososyal Kavramsal Model	12
Şekil 4	İrritabl Barsak Hastalığında Tanısal Yaklaşım	18
Şekil 5	İrritabl Barsak Sendromunda Dominant Semptoma Yönelik Kullanılan Ajanlar	21
Şekil 6	Ayakta Bulunan Refleks Noktaları	34
Şekil 7	Refleksoloji Uygulama Odası	38
Şekil 8	Gevşetme Teknikleri	39
Şekil 9	Çalışılan Refleks Noktaları	42

## KISALTMALAR LİSTESİ

**ABD:** Amerika Birleşik Devletleri

**ACG:** American College of Gastroenterology

**GÖRH:** Gastroözofageal Reflü Hastalığı

**HADS:** Hastane Anksiyete ve Depresyon Skalası

**IBS QOL:** İrritabl Barsak Sendromu Yaşam Kalitesi

**İBS:** İrritabl Barsak Sendromu

**İBS-A:** Alterne Tip İrritabl Barsak Sendromu

**İBS-D:** Diyare Baskın İrritabl Barsak Sendromu

**İBS-K:** Konstipasyon Baskın İrritable Barsak Sendromu

**KBY:** Kronik Böbrek Yetmezliği

**SERT:** Serotonin Gerilim Taşıyıcıları

**TAT:** Tamamlayıcı Alternatif Tıp

**TXYF:** Tong Xiyeao Fang





## BÖLÜM I

### 1. GİRİŞ

#### 1.1.ARAŞTIRMANIN KONUSU

İrritabl bağırsak sendromu (İBS) patolojik bir bozukluk olmaksızın, bağırsak alışkanlıklarında değişiklik ve defekasyon sonunda azalan kronik karın ağrısı ile kendini gösteren fonksiyonel bağırsak hastalığıdır. Etiyolojisi tam olarak bilinmediği için tanı koyduracak yapısal ve biyokimyasal belirteçler günümüzde halen mevcut değildir. Hastalığın tanısı ancak semptomların iyi değerlendirilmesi ve benzer semptomlara yol açan organik bozuklukların dışlanması ile mümkün olmaktadır (1).

Hemen hemen her yaşta görülebilen İBS, daha çok genç yaşlarda ortaya çıkmaktadır. Semptomlar hastaların yarısında 35 yaşından önce başlarken; % 40'ında ise 35 – 50 yaşları arasında başlamaktadır. İBS kadınlarda, erkeklere oranla iki kat daha fazla görülürken, hastaların sadece üçte biri hekime başvurmaktadır (2). Yürütülmüş çeşitli epidemiyolojik çalışmaların sonucuna göre İBS prevalansı büyük farklılıklar göstermektedir. Drossman ve arkadaşlarının çalışmasına göre; toplam 23294 hasta ile Amerika, Avrupa ve Avustralya'da yürütülen 11 çalışmada İBS prevalansının %4,3 ile %21,8 arasında olduğu saptanmıştır (3). Asya toplumlarında yapılan çalışmaların sonucuna göre ise İBS prevalansı %5-10 arasında değişiklik göstermektedir (4,5). Afrika'da 2005 yılında yürütülen bir diğer çalışmaya göre ise İBS prevalansı %26,1'dir (6). Bu prevalans değerleri; cinsiyete, kullanılan tanı yöntemlerine, yaşa, ırka bağlı olarak değişmektedir (7).

Ülkemizde İBS prevalansına yönelik yürütülen çalışmanın sonuçlarına göre ise prevalansın %6.3, %10.2, %7.4 ve %19.1 olarak değişiklik gösterdiği görülmektedir. Karabayraktar ve arkadaşlarının 2014 yılında yapmış olduğu çalışmada obez hastalarda İBS prevalansının %10.5 olduğu bulunmuştur. Bu oran İBS'nin ülkemiz popülasyonundaki prevalansa benzerlik göstermektedir (7).

İBS'nin etiyojisi kesin olarak bilinmemekle birlikte; post-enfeksiyöz veya postenflamatuvar nöromodülasyon, bağırsak motilitesindeki değişiklikler, visseral duyarlılıkta artış, serotoninerjik sistemdeki değişiklikler, psikososyal faktörler, santral sinir sisteminin uyarıyı işlemedeki değişiklikler, mikrofloradaki değişiklikler ve genetik faktörler patofizyolojide rol oynayan mekanizmalar arasında sayılmaktadır (8,9).

İBS, defekasyon değişiklikleri esas alınarak, diyare baskın (İBS-D), konstipasyon baskın (İBS-K) ve alterne tip (İBS-A) şeklinde sınıflandırılmaktadır (9,10).

İBS hastalarının büyük bir kısmı birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvurmakta olup, İBS tanısı birinci basamakta çalışan hekimlerin tanılarının %12'sini oluşturmaktadır. İBS'si bulunan hastaların büyük bir kısmına toplam prevalansın %76,2'sine tanı konulamadığı tahmin edilmektedir. Tanı konulamayan hastalar yakınmaları nedeniyle defalarca hekime başvurmakta bu durum hasta, sağlık sistemi ve genel toplum için önemli bir ekonomik yük oluşturmaktadır (10). Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde İBS'nin yıllık maliyetinin 30 milyon dolar olduğu ve iş gücü kaybına en çok neden olan ikinci hastalık olduğu bildirilmiştir (10). İBS'ye toplumda oldukça sık rastlanmasının yanı sıra tanı konulamayan hastaların fazlalığı nedeni ile iş, aile, evlilik yaşamı, sosyal ilişkileri, sosyal ve emosyonel işlevleri etkilenmekte, iş gücü kayıplarına yol açmakta, sağlık harcamalarının artmasına ve bireylerin yaşam kalitesinin azalmasına neden olmaktadır (9). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre, yaşam kalitesi kişinin yaşadığı kültür ve değer sistemleri çerçevesinde, amaçları, beklentileri, standartları ve ilgileri ile ilişkili olarak yaşamdaki pozisyonunu algılaması şeklinde tanımlanmaktadır. Kişinin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, inançları, sosyal ilişkileri ve çevresiyle ilişkisinden karmaşık bir yolla etkilenen geniş bir kavramdır. Başarılı bir tıbbi girişimin etkisini değerlendirmenin yolunun kişinin o andaki veya gelecekteki iyilik haline olan katkısını ölçmek olduğu söylenebilir. İBS ile ilgili yapılmış birçok çalışmada İBS'nin belirgin semptomları olan diyare ya da konstipasyon, distansiyon, karın ağrısı gibi belirti bulguların hastalar tarafından kontrol edilememesi ve hastayı rahatsız etmesi nedeni ile hastaların toplumla olan ilişkilerinde karşılaştıkları güçlükleri arttırdığı için bireylerin yaşam kalitesi üzerinde etkili olduğu ve anksiyete ve depresyon gibi durumların

ortaya çıkmasına neden olduğu görülmüştür. İBS hastaları yaşam kalitesi açısından sağlıklı kontrol ve İBS dışında kronik hastalığı olan hasta grupları ile birçok çalışmada karşılaştırılmıştır. İBS hastalarında fiziksel açıdan yaşam kalitesi; diyabetik ve kronik böbrek yetmezliği (KBY) olan hastalardan farklı değilken, gastroözefajiyal reflü hastalığı (GÖRH), astım ve depresyon tanısı koyulmuş hastalardan daha düşük bulunmuştur (9).

İBS; birçok semptomun bir arada olduğu sendromdur. Çoğu hastada; kronik yorgunluk, uyku bozuklukları, fibromiyalji, dismenore, dispareni gibi birçok ek semptomun da eşlik etmesi nedeniyle American College of Gastroenterology (ACG) kılavuzu İBS hastalarında tedavi başlamak için yönlendirici olarak hastaların yaşam kalitesi düzeyinin önemli olduğunu vurgulamakta ve rutin taranmasını önermektedir (9).

İBS tedavi yaklaşımında eğitim, rahatlatma, diyet değişiklikleri stres yönetimi ve medikal tedavi yer almaktadır. Ancak güncel medikal tedavinin yararlığının sınırlı olduğu bildirilmektedir. Diyet değişikliğinde sık ve az beslenmenin, süt ürünlerinin alımının azaltılması, lif alımının artırılması, fasulye mercimek gibi fermante olan karbonhidratlı baklagillerden kaçınmanın sağlanması semptomları hafifletebilmektedir. Medikal tedavi ise baskın semptomlara göre belirlenmektedir. Karın ağrısı için antispazmodik kolinerjik ajanlar, konstipasyon için ozmotik laksatifler tedavi seçeneklerini oluşturmaktadır. Aynı zamanda belirgin psikolojik sorunu bulunan hastaların tedavisine antidepresan/anksiyolitik ajanların eklenmesi söz konusudur (11).

Hastaların aldıkları tıbbi tedaviden tatmin olma oranları oldukça düşüktür. Bu nedenle İBS hastalarının neredeyse yarısı geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarına (GETAT) yönelmektedir (12,13). Ulusal Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Merkezi, tamamlayıcı ve alternatif tedavileri; zihin beden uygulamaları, alternatif tıp uygulamaları, biyolojiye dayalı tedaviler, manipülatif ve bedene dayalı uygulamalar ve enerji terapileri olmak üzere beş farklı grupta sınıflandırmıştır (12).

Gelişmiş ülkelerde TAT kullanımı; Amerika'da %42.1, Avustralya'da %48.2, Fransa'da %49.3, Kanada'da %70.4 iken gelişmekte olan ülkelere bakıldığında;

Şili’de %71, Çin’de %70, Kolombiya’da %40 ve Afrika ülkelerinde %80 oranında olduğu görülmektedir (12).

İBS ile ilişkili GETAT uygulamalarına bakıldığı zaman akupunktur, lif, nane yağı, bitkisel tedavi, yoga, masaj, refleksoloji, meditasyon, probiyotik, hipnoterapi, bilişsel ve davranışsal terapi gibi yöntemlerin yer aldığı görülmektedir. Nane yağı ve probiyotikler yeterli kanıt ile desteklendiği için hastalara önerilebilmektedir. Aynı şekilde hipnoterapi ve bilişsel-davranışsal terapiler için de yeterli kanıtlar bulunduğu için uygun hastalara önerilebilmektedir. Bazı bitkisel formüller ise sınırlı sayıda kanıt ile desteklendiği için kullanımı etkin bir şekilde önerilmemektedir (12,13).

GETAT uygulamaları içerisinde enerji terapileri başlığı altında yer alan refleksoloji ise son zamanlarda dikkat çekmektedir. Refleksoloji; vücudun aynası olarak tarif edilen ayaklar, eller ve kulaklardaki özel noktaların masajla uyarılması tekniğidir. Refleksoloji, karışık vücut işlevlerini düzenleyen bir masaj şeklidir ve böylece rahatlatma ve gevşetme etkilerine sahiptir. Refleksolojinin kişide sağladığı rahatlama ve gevşemenin yanısıra, kan dolaşımının düzenlenmesi, bağışıklık sisteminin güçlendirilmesi, konstipasyon, hazımsızlık, bulantı-kusma gibi sindirim sorunları, yüksek tansiyon, baş ağrısı, üriner sistem problemleri, cinsel sorunlar vb. birçok probleme yönelik yararlı etkileri vardır (14). Bu çalışmaların dışında refleksolojinin etkinliği astım, kanser, multiple skleroz, diyabetik nöropati, premenstrual sendrom, menapoz, tip II diyabet, ödem, demans tanılı hasta grupları olmak üzere bir çok farklı durumda araştırılmıştır. Çalışma sonuçlarında refleksolojinin stres, anksiyete, ağrı, yaşam bulguları, ilaç kullanımı, plazma glukoz düzeyi, yaşam kalitesi ve biyokimyasal parametreler üzerinde etkili olduğu saptanmıştır (15,16)

İBS hastalarında refleksoloji etkinliği ile ilgili literatürde yapılan bir çalışmanın yer aldığı görülmektedir. Tovey’in 2002 yılında İBS hastalarında refleksolojiyi denediği tek kör çalışmada deney grubu ve kontrol grubu arasında semptom şiddetleri, yaşam kalitesi parametreleri arasında istatistiksel olarak bir anlamlılık bulunmamıştır (17).

Bu doğrultuda, bu çalışma konstipasyon baskın İBS hastalarında refleksolojinin semptom şiddeti ve yaşam kalitesi üzerine etkisini incelemek amacı ile planlanmıştır.

## 1.2.ARAŞTIRMANIN AMACI

Araştırmanın temel amacı konstipasyon baskın İBS hastalarında reflsolojiinin semptom şiddeti ve yaşam kalitesine etkisini incelemektir.

Bu doğrultuda şu alt amaçlar belirlenmiştir:

1. Araştırma kapsamındaki hastalarda reflsolojiinin karın ağrısı düzeyine olan etkisini saptamak
2. Araştırma kapsamındaki hastalarda reflsolojiinin distansiyon düzeyine olan etkisini saptamak
3. Araştırma kapsamındaki hastalarda reflsolojiinin konstipasyon düzeyine olan etkisini saptamak
4. Araştırma kapsamındaki hastalarda reflsolojiinin anksiyete düzeyine olan etkisini saptamak,
5. Araştırma kapsamındaki hastalarda reflsolojiinin depresyon düzeyine olan etkisini saptamak,
6. Araştırma kapsamındaki hastalarda reflsolojiinin stres düzeyine olan etkisini saptamak,
7. Araştırma kapsamındaki hastalarda reflsolojiinin yaşam kalitesi düzeyine olan etkisini saptamak,

## 1.3. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Patolojik bozukluk olmaksızın, bağırsak alışkanlıklarında değişim ve kronik karın ağrısı (defekasyon ile rahatlayan) ile belirgin işlevsel bir bağırsak hastalığı olan İBS, görülme oranının yüksek olması ile birlikte patofizyolojisi çok iyi anlaşılamamıştır. Karın ağrısı, şişkinlik ve anormal defekasyon gibi kronik semptomlar yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Birinci basamak sağlık kuruluşlarına gastrointestinal yakınmalarla başvuruların yaklaşık yarısını İBS’li hastalar oluşturmaktadır (18). Etkin bir tedavi yönteminin bulunmaması ile birlikte tekrarlayan semptomlar nedeni ile bireylerin sosyal ve iş yaşamları etkilenmektedir. Hastaların aldıkları tıbbi tedaviden tatmin olma oranlarının düşük olması nedeni ile İBS hastalarının neredeyse yarısı GETAT uygulamalarına yönelmektedir (12,13). Son yıllarda anksiyete, stres ve ağrıyı azaltmak için kullanımı artmakta olan non-farmakolojik yöntemlerden biri de

refleksolojidir (19). GETAT uygulamalarına olan bu ilgi ve refleksolojinin, farmakolojik yöntemlere göre yan etkisinin az olması, basit, non-invaziv, daha güvenli ve düşük maliyetli olması nedeniyle hemşirelerin bu yöntemleri uygulamada kullanımlarını giderek arttırmaktadır. Ayrıca ayak refleksolojisi; ayak tabanında hedef organlara karşılık gelen refleks noktalarına basınç uygulaması olup; hedef organları etkileyerek anksiyete ve stresin azalmasını, gevşemeyi ve homeostazisi sağladığından farklı semptomlarda etkili bir biçimde kullanılmaktadır (20). Ayak refleksolojisinin nasıl çalıştığı; enerji ve meridyen teorisi, zone terapi, kapı-kontrol teorisi, laktik asit teorisi, proprioseptif sinir reseptörleri, psikolojik ve endojen teorisi gibi çeşitli teorilerle açıklanmakta olup vücudun kendi iyileşme gücünü aktive ettiği belirtilmektedir (21,22). Ancak bu yöntemin kanıt gücünü değerlendiren çok az sayıda çalışma olması, hemşirelerin bu alanda araştırma yapma gereksinimini doğurmaktadır.

Tüm bunların sonucunda etiyojisinde stres ve anksiyetenin yer aldığı irritabl bağırsak sendromlu bireylerde refleksolojinin etkinliğinin değerlendirilmesi önem taşımaktadır.

#### **1.4. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ**

H1 : Uygulama grubundaki hastalar ile kontrol grubundaki hastaların karın ağrısı şiddet düzeyleri arasında fark vardır.

H2: Uygulama grubundaki hastalar ile kontrol grubundaki hastaların distansiyon şiddet düzeyleri arasında fark vardır.

H3: Uygulama grubundaki hastalar ile kontrol grubundaki hastaların konstipasyon şiddet düzeyleri arasında fark vardır.

H4: Uygulama grubundaki hastalar ile kontrol grubundaki hastaların anksiyete puanları arasında fark vardır.

H5: Uygulama grubundaki hastalar ile kontrol grubundaki hastaların depresyon puanları arasında fark vardır.

H6: Uygulama grubundaki hastalar ile kontrol grubundaki hastaların stres puanları arasında fark vardır.

H7 : Uygulama grubundaki hastalar ile kontrol grubundaki hastaların yaşam kalitesi puanları arasında fark vardır.

### **1.5. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI**

Araştırmanın yalnızca İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Polikliniğinde, araştırma kapsamına alınan hastalarla, belirlenen tarihler arasında sürdürülmesi araştırma sınırlılıkları içerisinde yer almaktadır.

### **1.6. TANIMLAR**

**İrritabl Barsak Sendromu (İBS):** Patolojik bir bozukluk olmaksızın, bağırsak alışkanlıklarında değişim ve defekasyon sonunda azalan kronik karın ağrısı ile kendini gösteren fonksiyonel bağırsak hastalığıdır (1).

**Yaşam Kalitesi:** Yaşam koşulları içinde elde edilebilecek kişisel doyumun düzeyini etkileyen hastalıklara ve günlük yaşamın fiziksel, psikolojik ve toplumsal etkilerine verilen kişisel tepkileri gösteren bir kavramdır. Bireylerin kültür ve değerler sistemi içinde, kendi durumlarını algılayış biçimidir (23).

**Refleksoloji:** Vücudun belli bölgelerinde(el, ayak, kulak) bazı spesifik basınç noktalarının belirli tekniklerle uyarılması ile vücutta sinirsel, hormonal ve enerjik yollarla meydana gelen etkiler anlamına gelmektedir (22).

## BÖLÜM II

### GENEL BİLGİLER

#### 2.1. İRRİTABL BARSAK SENDROMU

##### 2.1.1. Tanım ve Tarihçe

İBS patolojik bir bozukluk olmaksızın, karın ağrısı ve rahatsızlık hissi ile birlikte, dışkılama sıklığı ve şeklindeki farklılıklarla kendini gösteren fonksiyonel bağırsak hastalığıdır. Hastalık mortalite ve morbiditeyi etkilememekle birlikte yaşam kalitesini ciddi oranda bozmaktadır (24,25). Birinci basamak sağlık kuruluşlarında hekimlerin karşılaştığı en fazla tablodur. İBS, Rome Foundation tarafından sınıflandırılmış olup, fonksiyonel bağırsak bozuklukları grubunda yer almaktadır. Roma III ölçütlerine göre işlevsel bağırsak hastalıkları Tablo 1’de görüldüğü üzere 5 grupta toplanmaktadır (26).

**Tablo 1. Roma III Ölçütlerine Göre İşlevsel Bağırsak Hastalıkları (26).**

1-İrritabl Barsak Sendromu
2-Fonksiyonel Konstipasyon
3-Fonksiyonel Diyare
4-Fonksiyonel Şişkinlik
5-Spesifik Olmayan Fonksiyonel Barsak Bozukluğu

İBS’ de kendi içerisinde Bristol Dışkı Şekli sınıflaması (Şekil 1) kullanılarak belirlenen dışkı yapısına göre Roma III ölçütlerinde 4 alt gruba ayrılmıştır (Tablo 2). Bunlar diyare baskın tip, konstipasyon baskın tip, mikst tip ve alt gruba ayrılamayan tiptir. Bu alt tiplerin belirlenmesinde dışkı yapısı esas alınmıştır. Buna göre dışkılamamanın %25’ inden fazlası sert veya topak şeklinde ise konstipasyon baskın tip; %25’ inden fazlası yumuşak veya sulu ise diyare baskın tip; %25’ inden fazlası sert veya topak şeklinde ve % 25’ inden fazlası yumuşak veya sulu ise mikst tip; dışkılama



yapısı bu durumlarla uyumsuz ise alt gruba ayrılamayan tip olarak adlandırılmaktadır (27).

Ayrı ayrı sert parçalar		1
Sosis şeklinde sert parçalar		2
Sosis şeklinde, yüzeyde kırıklar mevcut		3
Sosis veya yılan şeklinde, pürüzsüz veya yumuşak		4
Kenarları belirgin iri parçalar		5
Kenarları düzensiz parçacıklar, lapa kıvamında		6
Sulu, sert parça yok		7

**Şekil 1. Bristol Dışkı Şekli Sınıflaması (26).**

**Tablo 2: İBS'nin Klinik Alt Tipleri (27)**

Konstipasyonla seyreden İBS (İBS-K); dışkılamaların  $\geq$  % 25'inde sert veya topak şeklinde dışkı ve dışkılamaların  $\leq$  % 25'inde dışkı sulu veya gevşek.

Diyare ile seyreden İBS (İBS-D); dışkılamaların  $\geq$  % 25'inde gevşek dışkı, yumuşak veya sulu, dışkılamaların  $\leq$  % 25'inde sert veya topak şekilde dışkı.

Alterne tip İBS (İBS-A); dışkılamaların  $\geq$  % 25'inde sert veya topak şeklinde dışkı ve dışkılamaların  $\geq$  % 25'inde lapa gibi veya sulu dışkı.

Sınıflandırılmayan İBS; Diğer İBS alt tiplerini karşılamayan dışkı şekli ve katılığı mevcut.

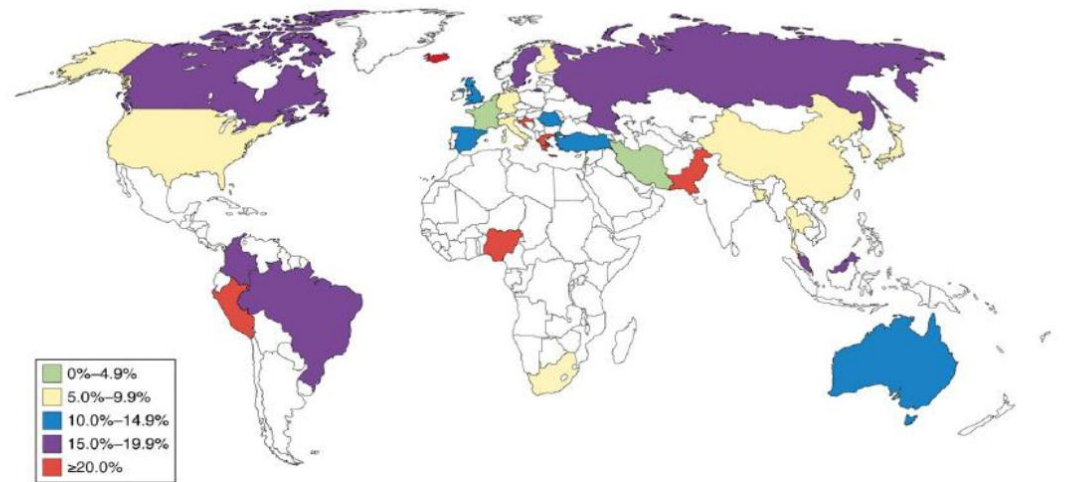
Sık karşılaşılan, toplumda yüksek bir prevalansa sahip Gastrointestinal (Gİ) bozukluklardan biri olarak tanımlanan İBS, patolojik bozukluk ve laboratuvar anomalilerinin olmadığı kronik işlevsel bir sindirim sistemi hastalığıdır. 25 – 35 yaş kadınlarda daha sık olmakla birlikte; yetişkin yaş grubunda % 9 – 22 oranında İBS ile ilgili semptomlar görülmektedir (28,29). İlk kez R.Powel tarafından 1812 yılında karın

ağrısı, sindirim bozukluğu, gaz ve şişkinlik gibi semptomlarla tarif edilmiştir. J.Howship ise (1830) kolonik spazm kavramından bahsetmiştir. W.Cumming (1849) “Aynı kişide bazen ishal bazen de kabız oluyor. Bu iki farklı duruma yol açan hangi hastalıktır? ben bunu izah edemiyorum “ sözleri ile İBS ‘ye dikkat çekmiştir. İBS yıllar içinde “müköz kolit, spastik kolit, sinirli kolon ve irritable kolon“ olarak adlandırılmıştır (29).

İBS büyük ölçüde ekonomik yük oluştururken, bireyin yaşam kalitesinin bozulmasına neden olarak ciddi sağlık sorunlarına neden olabilmektedir. İBS işe ya da okula gitmeme nedenleri arasında soğuk algınlığından sonra ikinci sırada yer almaktadır (29).

### 2.1.2. İrritabl Bağırsak Sendromunun Epidemiyolojisi

İBS prevalansı ülkeler arasında değişkenlik göstermektedir (Şekil 2). İşlevsel bağırsak semptomlarının ilk toplumsal taraması 1980 yılında yapılmış ve buna göre İBS sıklığı Birleşik Krallık'ta % 14 olarak bulunmuştur (26). İBS'nun prevalansı Kuzey Amerika'da %10-15, Avrupa'da %11.5 olarak bulunmuştur (30). Avrupa ülkelerindeki prevalansa göre daha düşük seviyede olan Asya ülkeleri prevalansının %0.8 ile %14 arasında değişen oranlarda olduğu bildirilmektedir (12).



Şekil 2. İBS Prevalansı (28).

Çeşitli ölçütler kullanılarak, Amerika Birleşik Devletleri (ABD), Fransa, Yeni Zelanda ve Danimarka'da yapılan daha sonraki çalışmalar % 10 – 20 civarında prevalanslar ortaya koymuştur. Çin'de orijinal Bristol anket formu kullanılarak yapılan bir taramada %23'lük bir prevalans bulunmuştur. Kuzey Amerika'da genel nüfusun yaklaşık % 15 – 20'sinde İBS görülmektedir. İBS'nin; Kanadalılar'ı da % 13 – 20 arasında etkilediği saptanmıştır. Kanada'da yapılan bir çalışmada; birinci basamaktaki doktorların haftada sekiz hastaya İBS tanısı koydukları saptanmıştır (31).

Ülkemizde Diyarbakır, Sivas, Elazığ ve İzmir illerinde yapılan araştırmalarda İBS prevalansının %2.4 ile %19.1 arasında değişiklik gösterdiği bulunmuştur. Ülkemizde Ege Üniversitesinde yapılan 20 ilden 3214 kişinin dahil edildiği bir çalışmada İBS prevalansı %2,4 bulunmuştur (32). Sivas merkezli yapılan başka bir çalışmada ise İBS sıklığı %19,1 bulunmuştur (33).

Özden ve arkadaşlarının 2006 yılında yayımlanan çalışmasına göre ise; sağlık kurumlarına gastrointestinal sisteme ait şikayetler başvuran hastaların %41'inde, gastrointestinal sistem dışı belirti bulgular ile başvuran hastaların ise %19'unda İBS tanısı konulduğu bildirilmektedir (2).

Etnik kökenin İBS prevalansını etkileyip etkilemediği tam olarak bilinmemekle birlikte; İBS'nin beyaz ırkta siyah ırka oranla daha fazla görüldüğü belirtilmektedir. İBS özellikle Amerika'da yaşayan Asya popülasyonunda ve Güney Afrika'da siyah ırkın yaşadığı kırsal kesimde diğer bölgelere göre daha fazla görülmektedir (26).

İBS tüm dünyada ve kadın ve erkeklerde yaygın olarak görülmesine rağmen batı toplumlarında tanı konulan İBS vakalarının dörtte üçünü kadınlar oluşturmaktadır. Lovell ve arkadaşlarının yaptığı 162.243 kişiyi kapsayan 55 çalışmanın incelendiği meta analizde erkeklere oranla kadınlarda İBS sıklığının daha fazla olduğu saptanmıştır. Erkeklere oranla İBS kadınlarda ortalama 1.67 kat daha fazla oranda görülmektedir. Bu 55 çalışmanın sadece altısında kadınlara oranla erkeklerde İBS sıklığı daha fazla bulunmuştur (28).

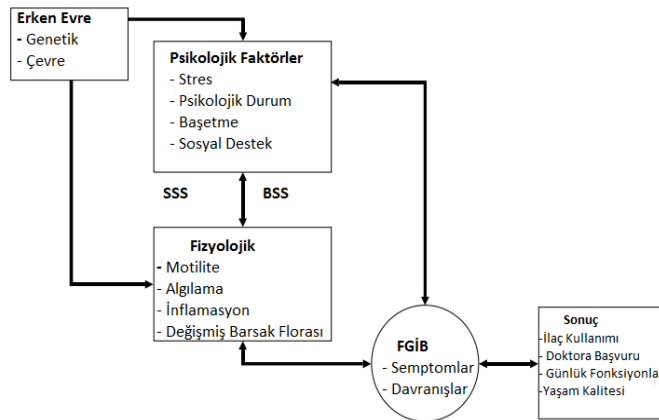
### **2.1.3. İrritabl Bağırsak Sendromunun Fizyopatolojisi**

İBS'nin tarihine bakıldığı zaman; 1800'lü yıllarda karın ağrısı, gaz ve distansiyon bulgularının bir hastalık belirtisi olabileceği düşüncesi ortaya çıkmıştır. W. Cumming 1849 yılında diyare ve konstipasyonun aynı hastada olabildiğini ifade etmesine karşın bunun nedenini açıklayamamıştır. İBS'nin ruh sağlığı ile ilgili sorunlarla ilişkili olduğu düşüncesi ise 1800'lü yılların sonunda ağırlık kazanmış ve bu düşünce 1950'lere kadar devam etmiştir (34,35). Anormal motor aktivitenin İBS'nin patofizyolojisinde etkili olduğu 1950'li yıllarda düşünölmeye başlanmış, zaman içinde enfeksiyonların etkisinin de olabileceği ifade edilmiştir.

İBS hastalarında 1970'lerde visseral algılamada anormal artışın olduğunu destekleyecek bulgular ortaya çıkarılmıştır (3,35). Gün geçtikçe genetik ve epigenetik faktörlerin, nöroimmün mekanizmaların ve beyin-bağırsak sistem arasındaki etkileşimin İBS'nin patofizyolojisindeki yeri tartışılmaya başlanmıştır (35).

Günümüzde ise daha çok İBS'nin psikososyal, bilişsel ve çevresel, psikolojik, genetik, faktörlerin birlikte etkileşiminin sonucu ortaya çıktığını savunan biyopsikosozyal model (Şekil 3) kabul görmektedir (36). İBS'nin etiyojisi ile ilgili son yıllarda en çok konuşulan mekanizmalar, bağırsak motilitesinde değişme, iç organ aşırı duyarlılığı, bağırsak bariyer fonksiyon bozukluğu, bağırsakta bakteriyel aşırı çoğalma ve bağırsak florasında değişiklikler, bağırsak mukozasının inflamasyonu, psikososyal fonksiyon bozukluğu, beyin-bağırsak sistem etkileşimi ve genetik ve epigenetik değişiklikler olarak sıralanabilir (35).

İBS - Biyopsikosozyal Kavramsal Model



Şekil 2. İBS- Biyopsikosozyal Kavramsal Modeli (36)  
SSS, Santral Sinir Sistemi; BSS, Barsak Sinir Sistemi FGİB, Fonksiyonel Gastrointestinal Bozukluk

Şekil 3. İBS- Biyopsikosozyal Kavramsal Model (36)

### **2.1.3.1 Bağırsak Motilitesinde Değişiklik**

İBS’de gastrointestinal sistemin sekresyon, algısı ve motilitesinde ciddi farklılıklar meydana gelmektedir. Serotonin reseptörleri, bağırsakların motilite, algı ve sekresyon işlevlerinin düzenlenmesinde önemlidir. Vücuttaki serotonin reseptörlerinin %95’i bağırsaklarda bulunmakta olup, burada enterositler, enterik nöronlar ve düz kas hücreleri arasında iletişimi sağlamaktadırlar. Serotonin, enterositler ve nöronlarda bulunan serotonin geri alım taşıyıcıları (SERT) tarafından etkisiz hale getirilmektedir. SERT’de meydana gelebilecek bir değişiklik işlevleri etkileyebilir (35).

### **2.1.3.2. İç Organ Aşırı Duyarlılığı**

İBS’deki semptomların temel nedenlerinden birini iç organ aşırı duyarlılığı oluşturmaktadır. Bağırsaktaki distansiyon veya gaz, barsak duvarında yer alan mekanoreseptörler tarafından algılanarak, iç organ afferent sinir lifleri aracılığı ile kortekse ulaşmaktadır. Burada oluşan algıdaki bağırsağa normal olmayan motor aktivite olarak yansımaktadır (35).

### **2.1.3.3. Bağırsak Geçirgenliğinin İşlevsel Bozukluğu**

Bazı araştırmalarda İBS’de bağırsak mukozasının geçirgenliğinde artış olduğu bildirilmiştir. Sıçanlarda yapılan çalışmaların kronik stres veya anksiyete gibi psikolojik faktörlerin kortikosteroid salınımına eden olduğu ve bunun sonucu olarak ortaya çıkan enflamasyonun ise bağırsak mukozasının geçirgenliğinde bozulmalara yol açtığı gösterilmiştir. Ayrıca bazı safra asitlerinin bağırsak sinirlerinde fonksiyon bozukluğuna neden olarak bağırsak geçirgenliği arttırdığı ifade edilmektedir (35).

### **2.1.3.4. Genetik**

İBS hastaları üzerinde genetik faktörlerin etkinliğini görmek için yapılan çalışmalarda İBS riskinin kalıtsal olduğu belirlenmiştir. İsveç’te yapılan ulusal çapta yapılan bir araştırmada, 50.000’den fazla vakanın ilk, ikinci ve üçüncü derece

akrabalar arasında İBS riskini artırdığını ve İBS ile genetik bir bağlantı olduğunu göstermektedir (38). Canavan ve arkadaşları (2014), İBS gelişme riskinin, duruma biyolojik olarak yakın bir yakınlığı olanlarda iki kat daha yüksek olduğunu öne sürmektedir (39).

Yapılan ikiz çalışmalarında ise tek yumurta ikizlerinin çift yumurta ikizlerinden daha yüksek İBS oranına sahip olduğunu gösterilmiştir (40).

#### **2.1.3.5. Geçirilmiş Enfeksiyon**

Viral, bakteriyel, veya paraziter enfeksiyonlardan sonra İBS riskinin arttığını gösteren araştırmalar bulunmaktadır. İBS hastalarının bağırsak mukozasında, inflamatuvar değişikliklerin meydana geldiği gösterilmiştir. Geçirilmiş enfeksiyon İBS’de diyare baskın formda daha yaygın olarak görülmektedir (41).

#### **2.1.3.6. Bağırsak Flora (Mikrobiyota) Değişiklikleri**

Normal bağırsak florası, sağlıklı yaşam için gerekli olan bir etkidir. Ancak ince bağırsaklarda, floranın aşırı ve anormal şekilde çoğalmasıyla oluşan değişimin İBS patofizyolojisinde rol oynadığı bilinmektedir. İBS hastalarındaki fekal mikrobiyal değişiklikler üzerine çalışmalar bulunmaktadır. İBS tedavisi, yöntemlerinden birisi de bağırsak florasının değişimidir. Probiyotiklerin, bağırsak mikrobiyotasını değiştirerek semptomları azaltmada rol oynadığı düşünülmektedir. Probiyotik kullanımı plasebo ile karşılaştırıldığında, probiyotiklerin İBS semptomlarını azalttığı gösterilmiştir (42).

#### **2.1.4. İrritabl Bağırsak Sendromunun Klinik Özellikleri**

İBS’de en çok görülen başlıca klinik belirti ve bulgular; defekasyon değişiklikleri, abdominal ağrı, sindirim sistemine ilişkin şikayetler, psikolojik bozukluklar, vazomotor bozukluklar, ekstraintestinal semptomlardır (43).

##### **2.1.4.1. Karın Ağrısı**

İBS de en sık görülen abdominal ağrı genellikle sol kolon bölgesi ve transver kolon üzerinde şiddetlidir. Ağrının şiddeti, süresi, yeri, ve sıklığının hastadan hastaya

değişiklik gösterdiği bilinmektedir. Bazı yiyecekler, stres, bazı ilaçlar ve soğuk ağrıyı arttırmaktadır. Hastalar gaz çıkarma ve defekasyon ile rahatlayabilmektedir. Ağrının bazen batıcı bazen kramp veya kolik tarzda olduğu hatta hastayı gece uykudan uyandırabildiği belirtilmektedir (43).

#### **2.1.4.2. Dışkılama Düzenindeki Değişiklikler**

İBS'li hastalar diyare, konstipasyon, alternan diyare ve konstipasyon, diyare ve/veya konstipasyon ile birlikte normal dışkılamaya kadar pekçok dışkılama değişkenliğinden şikâyet edebilmektedir. Diyare küçük veya orta miktarda gerçekleşirken daha çok sabahları veya yemeklerden hemen sonra meydana gelir. Alt karın ağrısı ile birlikte acil dışkılama hissi oluşmasına rağmen tam olarak boşalamama hissi hastaların en çok yakındığı durumdur (43).

#### **2.1.4.3. Dispeptik Yakınmalar**

İBS'li hastaların çoğunda gastroözofajial reflü hastalığı, dispepsi, erken açlık, intermittan disfaji, bulantı, non-kardiyak göğüs ağrısı, aerofaji, distansiyon sık görülür (43).

#### **2.1.4.4. Vazomotor Bozukluklar**

Letarji, baş ağrısı, baş dönmesi, terleme, çarpıntı, bayılma, yüzde kızarma, hiperventilasyon, nefes darlığı, sık görülmektedir (43).

#### **2.1.4.5. Ekstraintestinal Semptomlar**

Üriner semptomlar, seksüel fonksiyon bozukluğu, dismenore, fibromyalji görülebilir (43).

#### **2.1.4.6. Psikolojik Bozukluklar**

Suçluluk hissi, nefret, anksiyete, saldırganlık veya bunların tam tersi korkaklık, depresyon, hipokondriyak davranışlar görülebilir (43).

### 2.1.5 İrritabl Bağırsak Sendromunun Tanısı

İBS tanısı, patolojik bir bozukluğun dışlandığı durumlarda belirti bulguların değerlendirilmesi ile konulmaktadır. İBS tanısında en önemli nokta iyi alınmış bir öykü ve fizik muayenedir. Öyküde, alarm semptomları varlığı, beslenme alışkanlıklarının, fiziksel veya cinsel taciz öyküsünün varlığı, kullandığı ilaçlar, kişide veya ailede kronik hastalık varlığı, stres faktörleri özellikle sorgulanmalıdır. Tablo 3'te yer alan alarm semptomları dışlandıktan sonra belirti bulgulara dayalı olarak oluşturulan ölçütler kullanılarak tanı konulmaktadır (35).

**Tablo 3. Alarm Semptomları (35)**

Semptom başlangıcı >50 yaş
Kilo kaybı (>5kg)
Hematokezya
Kronik şiddetli diyare
Gece semptomları
Ailede kolon kanseri öyküsü
Anormal FM (Ateş, artrit, LAP, kitle, deri lezyonları)
Anormal laboratuvar bulguları (Anemi, lökositoz, yüksek sedimentasyon)

Hastalarda daha çok geceleri başlayan karın ağrısı veya hastanın diyare ile uyanması organik bir bağırsak hastalığı fikrini elemektedir. çölyak hastalığı ve laktoz intoleransının çocuklarda ayırıcı tanının yapılırken gözden kaçmaması gerektiği ve çocuklarda mukus, baş ağrısı, bulantı gibi belirtilerin görülebildiği bildirilmektedir (44).

Tanının konmasını kolaylaştıran ve tablo 4'te yer alan semptomlara dayalı bazı ölçütler ortaya konmuştur. İlk kez Manning ve arkadaşları tarafından 1978'de oluşturulan ölçütler ışığında İBS'li hastaların semptomları tanımlanmış ve tanı koyma amacıyla kullanılmıştır. Bu semptomlar defekasyon ile karın ağrısının azalması, ağrının sonrasında yumuşak kıvamlı dışkılama, mukuslu dışkılama ve defekasyon sonrasında yeterince boşalamama hissidir. Klinik araştırma protokollerini standardize etmek için 1992 de ROMA kriterleri yayınlanmıştır. Bu ölçütler 2005 yılında revize

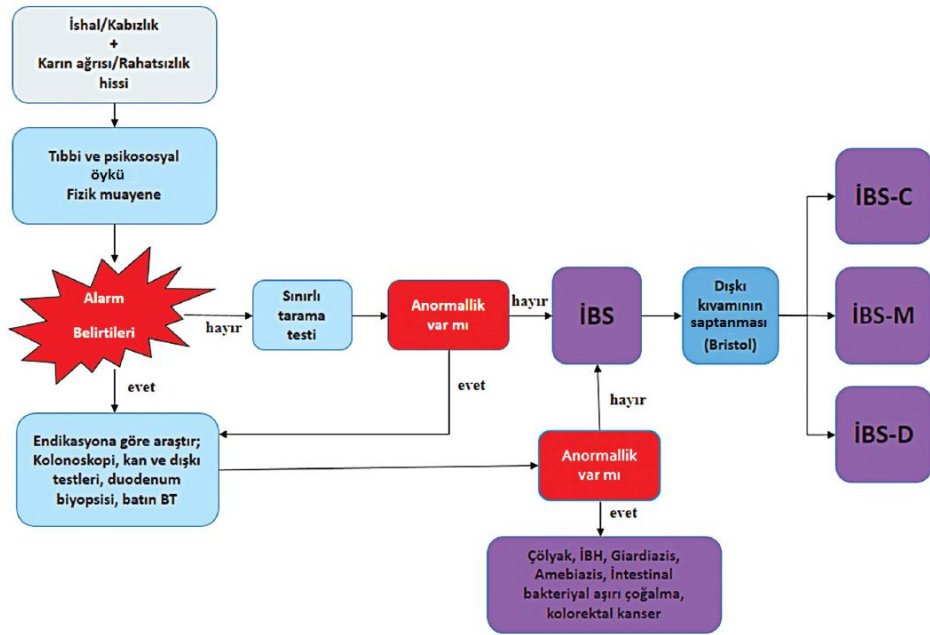


edilmiş ve son şeklini 2006 yılında ROMA III kriterleri olarak almıştır. Roma III kriterlerinde dışkılama sıklığından çok dışkı şekli vurgulanmış ve baskın dışkı şekline göre alt tipler oluşturulmuştur. Roma III ölçütlerinde bulunmayan destekleyici semptomlar; anormal dışkılama sıklığı (haftada 3 den az dışkılama veya günde 3 den fazla dışkılama), anormal dışkı şekli, (top gibi/sert veya gevşek/sulu), dışkılama güclüğü veya defekasyon sonrası yeterince boşalamama hissi, mukuslu dışkılama ve şişkinliktir (45).

**Tablo 4: Semptoma Dayalı İBS Tanı Ölçütleri (45).**

Manning	Rome I	Rome II	Rome III
1.Defekasyon ile rahatlayan karın ağrısı	>12 hafta devamlı veya aralıklı karın ağrısı: 1. defekasyon ile rahatlayan veya	Yılda >12 hafta süren karında rahatsızlık ve ağrıya aşağıdakilerden en az ikisinin eşlik etmesi:	Son 3 ayda, ayda en az 3 gün süren tekrarlayıcı karın ağrısı veya rahatsızlık hissinin aşağıdakilerden 2 veya daha fazlası ile birlikte olması ve semptomların hasta başvurusundan 6 ay veya daha uzun süre önce başlaması:
2.Ağrı başlangıcı sonrasında gevşek kıvamlı dışkılama	2. dışkılama sıklığında değişiklik ile ilişkili veya	1.Defekasyon ile rahatlama	
3.Karın ağrısı ile eş zamanlı sık dışkılama	3. dışkı içeriğinde değişiklik ile ilişkili	2.Dışkılama sıklığında değişikliğe eşlik etme	
4.Abdominal distansiyon	Aşağıdakilerden 2 veya daha fazlasının eşlik etmesi:	3.Dışkı şeklindeki değişikliğe eşlik etme	1.Semptomların dışkılama ile hafiflemesi,
5.Mukuslu dışkılama	1.dışkı sıklığında değişiklik		2.Dışkılama sıklığındaki değişiklik ile birlikte başlaması,
6.Defekasyon sonrasında yeterince boşalamama hissi	2.dışkı formunda değişiklik 3.mukuslu dışkılama 4.şişkinlik ve karında distansiyon hissi		3.Dışkı formunda değişiklik ile birlikte başlaması

İşlevsel gastrointestinal sistem hastalıklarının tanısında algoritmik yaklaşımda ise alarm semptomların bulunmaması ve İBS ölçütlerinin sağlanması neticesinde hastaya uygulanacak tanısal testlerin sayısının minimal olması gerektiği bildirilmiştir (Şekil 4). Anormal bulguların yokluğunda İBS tanısı rahatlıkla konulabilmektedir (46).



Şekil 4. İrritabl Barsak Hastalığında Tanısal Yaklaşım (46).

#### 2.1.6. İrritabl Bağırsak Sendromunun Tedavisi

İBS'nin nedeni hala tam olarak bilinmediği için kesin bir yöntemi yoktur. Bu hastalara ilk olarak yaşam biçimi değişiklikleri ve beslenme alışkanlıklarının değiştirilmesi tavsiye edilmektedir. Belirti bulguların şiddetini arttıran etkenlerin belirlenmesi ve bunlara yönelik önlemlerin alınması gerekmektedir (Tablo 5). Hastalığın düzeyi arttıkça belirti bulguların kontrolü için farmakolojik ve psikolojik tedavilere ihtiyaç duyulmaktadır. İBS'nin tıbbi tedavisi genellikle baskın semptomla göre yapılmaktadır (35).

Tablo 5. İrritabl Barsak Hastalığında Semptomları Şiddetlendiren Faktörler (35)

- 
1. Fazla miktarda yemek tüketmek
  2. Fermante yiyecek içecek tüketmek
  3. Arpa, buğday, çavdar, yulaf, arpa ürünleri
  4. Süt, süt ürünleri, çikolata
  5. Kola, çay, alkol, kahve
  6. İlaçlar (antibiyotikler vb.)
  7. Cerrahi girişim
  8. Psikolojik rahatsızlıklar, stres,
  9. Mevsimsel değişiklikler
  10. Menstrüel siklusa bozukluk
  11. Tedaviye uyumsuzluk
- 

#### **2.1.6.1. Karın Ağrısına Yönelik Tedavi**

İBS’de karın ağrısının en önemli sebeplerinden birisi iç organ aşırı duyarlılığıdır. Karın ağrısında tedavinin temelini antispazmolitik ajanlar oluşturmaktadır. Antispazmolitikler bağırsak düz kaslarının kasılmasını azaltarak etki göstermekte olup İBS tedavisinde en sık kullanılan ilaçlardır. Antidepresanlar da ağrıya yönelik kullanılan başka bir ilaç grubudur. Selektif serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) ve trisiklik antidepresanlar (TCA) ağrı algısını değiştirerek etki gösteren ilaçlardır (35).

#### **2.1.6.2. Distansiyona Yönelik Tedavi**

Distansiyon için antifatulan etkili antispazmotik ilaçlar kullanılmaktadır. Bu grupta en çok tercih edilen ilaç simetikondur. Gaz üreten bakterilerin baskılanması, kolon florasının dengelenmesi veya bağırsaklardaki bakterilerin aşırı bir şekilde çoğalmasını önlemek için de antibiyotik (Rifaximin) ve probiyotik kullanımı da söz konusudur (35).

#### **2.1.6.3. Diyareye Yönelik Tedavi**

Bu gruptaki hastalarda genel olarak diyare giderici ajanlar kullanılmaktadır. Loperamid bir  $\mu$ -opioid reseptör agonisti olan ajanlar kan-beyin bariyerini geçemedikleri için en çok tercih edilenlerdir. Konstipasyon ve enfeksiyöz diyarelerde toksik megakolona neden olabileceği için dikkatli kullanılmalıdır. Dünyada Rifaximin’ nin konstipasyon baskın tipi hariç diğer İBS’li hastalarda etkinliği kanıtlanmıştır. Diyare baskın İBS’de antidiareal ajanlardan sonra kullanılabilir (35).

#### 2.1.6.4. Konstipasyona Yönelik Tedavi

Hafif ve orta şiddette İBS'li hastalarda ilk olarak olarak beslenme düzeninde ve yaşam biçiminde değişiklikler önerilmektedir. Tüketilen sıvı miktarının artırılması, lifli gıda alımının artırılması yararlı olabilmektedir. Psyllium gibi kitle oluşturan laksatifler hastaların yakınmalarını azaltabilmektedir. Ozmotik ve stimulan laksatifler de konstipasyon baskın İBS'de kullanılmaktadır. Laksatifler gaytayı yumuşatarak gayta geçişini hızlandırdıkları için gaz oluşumunu da arttırarak hastalarda distansiyon şikayetlerine neden olmaktadır. Bu nedenle gereksinim olduğunda kullanılması önerilmektedir. İrritable Bağırsak Sendromunda baskın semptomaya yönelik kullanılan ajanlar Şekil 5'te verilmiştir (35).



	İlaç sınıfı	İlaç etken maddesi	Dozu
<b>Ağrı/Rahatsızlık hissi</b>	Antispazmotikler	Hyoscine-N-butil bromür	30-60 mg/gün, tid
		Mebeverin	300 mg/gün, tid
		Pinaverium bromür	150 mg/gün, tid
		Trimebutin maleat	300-600mg/gün, tid
		Otilonyum bromür	30 mg/gün, tid
		Simetropyum bromür	100 mg/gün, bid
		Disiklomin	20-80 mg/gün, bid/qid
		Peppermint oil (Misk nanesi yağı)	0.6-1.2 ml/gün, tid
	Antispazmotik+Anksiyolitik	Klondazepoksit + Clidinium bromür	30-60 mg/gün, qid
		Medazepam + Hyoscine	60-80 mg/gün,tid/qid
		Diazepam + Oksifensiklimin	4-21 mg/gün, bid/tid
	Trisiklik antidepressanlar	Amitriptilin	10-150 mg/gün, qd*
		Imipramin	10-150 mg/gün, qd*
		Desipramin	10-150 mg/gün, qd*
		Nortriptilin	10-150 mg/gün, qd*
		Trimipramin	10-150 mg/gün, qd*
		Doxepin	10-150 mg/gün, qd*
	SSRI	Sitalopram	20 mg/gün, qd*
		Essitalopram	10 mg/gün, qd*
		Sertralin	25-100 mg/gün*
Fluoksetin		10-40 mg/gün*	
Paroksetin		20-50 mg/gün*	
5-HT4 agonistleri	Tegaserod	12 mg/gün, bid	
<b>Şişkinlik</b>	Antispazmotik+Antiflatulan	Simetikon	320 mg/gün, qid
		Alverin sitrat + Simetikon	1080 mg/gün, tid
	Antibiyotikler	Rifaximin	1200 mg/gün, tid
	Probiyotikler	Bifidobacterium infantis	1 paket/gün, qd
		Lactobacillus sp. VSL #3	10x10 <sup>9</sup> CFU/gün 2 paket/gün, bid
<b>İBS- İshal</b>	Antidiareal ajanlar	Loperamid	8-16 mg/gün, qid
		Difenoksilat/Atropin	15-20 mg/gün, tid/qid
	Safra asidi bağlayıcı ajanlar	Kolestiramin	8-24 gr/gün, bid/qid
	Trisiklik antidepressanlar	Amitriptilin, Imipramin vb.	Yukanda bahsedildi.
	Antibiyotikler	Rifaximin	1200 mg/gün, tid
5-HT3 antagonistleri	Alosetron	12 mg/gün, bid	
<b>İBS- Kabızlık</b>	Kitle oluşturan laksatifler	Psyllium	2.5-30 gr/gün, tid
		Metil selüloz	1.5 gr/gün, tid
		Kalsiyum polikarbofil	2.5-5 gr/gün, bid/qid
	Osmotik laksatifler	Laktuloz	10-20 gr/gün, bid
		Polietilen glikol	17 gr/gün, qd
		Magnezyum tuzları	30-60 ml/gün, tid
		Sorbitol %70	10-30 mg/gün, bid
	Kontakt laksatifler	Sodyum pikosülfat	5-10 mg/gün, qd
		Senozid A/B (antrakinonlar)	15 mg/gün, qd
		Bisakodil	10-20 mg/gün, bid
	Yumuşatıcı laksatifler	Dokuzat sodyum	100-300 mg/gün, qd/tid
		Mineral yağ (lavman)	100-250 mg/gün, qd
	5-HT4 agonistleri	Tegaserod	12 mg/gün, bid
		Prukaloпрid	2 mg/gün, qd
	Klor kanal aktivatörleri	Lubiproston	16 mcgr/gün, bid
Guanilat siklaz 2C analogu	Linaklotid	290 mcgr/gün, qd	

**Şekil 5: İrritabl Barsak Sendromunda Dominant Semptoma Yönelik Kullanılan Ajanlar (35)**

### **2.1.7. İBS Yönetiminde Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları**

İBS belirti ve bulgularının tedavi edilmesinde mevcut ilaç tedavisinin tam olarak başarılı olamaması nedeni ile İBS'li hastaların çeşitli alternatif yöntemleri tercih etme oranı artmaktadır. Bitkisel ilaçlar, akupunktur, psikolojik tedavi ve özellikle de Çin tıbbının İBS'li hastalarda tercih edildiği görülmektedir. Hastaların doğru nefes ve gevşeme yöntemleri, stres yönetimi gibi yöntemler sayesinde semptom şiddetlerinde azalma olduğu bildirilmektedir. Ancak, tüm bu yöntemlerin İBS üzerindeki etkinliğini değerlendiren kanıt temelli çalışma sayısı oldukça azdır (12,13).

#### **2.1.7.1. Psikolojik Tedavi**

İBS hastalarının çoğunluğunda günlük yaşamdan veya iş ortamından kaynaklanan stresler yada ailesel kaynaklı sorunların mevcut olduğu, bu sorunların giderilmesine yönelik girişimlerin İBS semptomlarının hafifletilmesinde etkili olabileceği düşünülmektedir. Bireyi stresle başa çıkmada güçlendiren bilişsel davranış tedavisinin sorunların çözümlenmesine yardımcı olduğu bilinmektedir (12).

Vücudun tam olarak gevşemesi, doğru nefes tekniklerinin öğretilmesi ve stres yönetimi konularından oluşan bilişsel davranış tedavisinin etkinliğini değerlendiren bir çalışmada İBS belirti ve bulgularının belirgin olarak azaldığı ya da düzeldiği gösterilmiştir. Yapılan çalışmaların sonucuna göre sadece anksiyete ve depresyon gibi psikolojik semptomlar üzerinde değil, aynı zamanda iç organ ve somatik belirti ve bulgular üzerinde de olumlu etkilerin sağlandığını göstermiştir (13).

Diğer bir psikolojik tedavi yöntemi olan hipnoterapi yöntemi bağırsak sağlığı ve duygusal durum üzerinde olumlu etkilere sahip bir yöntem olup, 5-7 haftalık uygulama sonrasında, bireylerin yaşam kalitesinde %87'nin üzerinde bir artış sağladığı yapılan çalışmalar sonucunda ortaya çıkmıştır. Bu yöntemlerin herhangi bir yan etkisinin olmaması tercih edilme oranını artırabilecek olumlu bir etkiyen, kaliteli hipnoterapistlerin yetersizliği ve hastaların bu tedavi yöntemi hakkında yeterli bilgiye sahip olmaması yöntemin kullanımını azaltmaktadır (12,13).

#### **2.1.7.2. Akupunktur Tedavisi**

Çin tıbbında sıklıkla kullanılan akupunktur yönteminin, asit sekresyonu, visseral refleks aktivitesi ve mide boşalması üzerine olumlu etkilerinin olduğu sapanmıştır. Yakın geçmişte İBS'li hastalarla yürütülen çalışmalarda, İBS semptomlarında önemli derecede azalma olduğu bulunmuştur (12).

Akupunktur yönteminin etkinliği ve etki mekanizmasının daha iyi anlaşılabilmesi için daha fazla kanıt temelli çalışmaların yapılması gerekmektedir (12,13).

### **2.1.7.3. Bitkisel Tedaviler**

Yıllardır İBS'li hastalar tarafından denenen bitkisel tedavi yöntemlerine dair araştırmalar günümüzde hala yürütülmektedir. Özellikle nane yağı gaz giderici etkisi nedeni ile yıllardır İBS'li hastalarda tedavi amaçlı kullanılmaktadır. Nane yağı düz kasların gevşemesini sağlayarak karın ağrısı ve distansiyon şikayetlerinin azalmasını sağlamaktadır (12,13,47). Yapılan çalışmaların sonucuna göre nane yağının plasebo ilaca göre daha etkili olduğu, düz kas gevşeticilerden daha etkili olduğu bulunmuştur (47). Aynı zamanda Çin bitkisel tedavisinin İBS semptomlarının azalmasında etkili olduğu bildirilmiştir (47,48).

## **2.2. GELENEKSEL VE TAMAMLAYICI TIP UYGULMALARINDA HEMŞİRELİK UYGULAMA ALANLARI**

Geleneksel ve tamamlayıcı tedavi uygulamalarında, modern tıbbın yanında kişilerin sağlıklarını geri kazanmak için kullandıkları veya uyguladıkları yöntemlerin genel adıdır. Ulusal Kanser Enstitüsü ve Amerikan Kanser Birliği tamamlayıcı tedavileri, modern tıp ile birlikte kullanılan tedavi yöntemleri olarak isimlendirmektedir. Ülkemizde tamamlayıcı tedaviler ile ilgili yapılan çalışma sayısının az olması, tamamlayıcı tedavilere yeterince güven duyulmaması, tamamlayıcı tedavilerin yeterince bilinmemesi ve tamamlayıcı tedavileri uygulayan profesyonel kişi sayısının oldukça az olması nedeni ile tamamlayıcı tedavi kullanımı ile ilgili kesin veriler bulunmamaktadır (49,50).

Cole ve Shanley (2002) hemşireler tarafından kullanılan tamamlayıcı tedaviyi üç gruba ayırmışlardır (51).

Hemşirelerin direkt uygulamaya katılabildikleri terapiler 1. Grupta yer almaktadır.

**Masaj:** Elle veya mekanik olarak vücudun yumuşak dokularının uyarılmasıdır.

**Shiatsu:** Vücudun kendi kendine iyileşme yeteneğini uyarmak için belirli noktalara hafif basınçla uygulanan masaj tekniğidir.

**Refleksoloji:** Eller, ayaklar ve kulaklardaki özel noktalara bası tekniği uygulayarak vücuttaki enerjinin açığa çıkmasını ve vücudun kendi kendini iyileştirme yeteneğinin yeniden aktif hale getirilmesidir.

**Aromaterapi:** Bitkilerden, içeceklerden ve ağaçlardan elde edilen bitki özlerinin kullanılmasıdır.

**Terapotik dokunma:** Fiziksel temas içermeyen, enerji temelli bir uygulamadır.

Hemşirelik uygulamalarına kısmen dahil olan terapiler 2. Grubu oluşturmaktadır.

**Homeopati:** Sağlıklı insanda hastalık belirtileri oluşturabilen herhangi bir maddenin çok düşük dozlarının hasta bir bireyde belirtileri ortadan kaldırıp iyileşmeyi sağlamaya yönelik yöntemdir.

**Bitkisel terapiler:** Bitki ve bitki özlerinin tedavide kullanılmasıdır.

**Beslenme Tedavileri:** Kilo kontrolü, enerjinin artırılması, sağlığın sürdürülmesi, hastalığın önlenmesi, yaşam süresinin uzatılması ya da özel sağlık sorunlarının giderilmesi için çeşitli diyetlerin uygulanmasıdır.

**Hipnoterapi:** Hipnoz yöntemi ile yapılan tedavi türüdür.

Uygulamalara hemşirelerin dahil edilmediği yöntemler 3.grubu oluşturmaktadır.

**Akupunktur:** Akupunktur vücut yüzeyindeki bazı noktaların altın, gümüş vb. iğnelerle iğnelenmesi ile vücudun kendini tedavi etme yeteneğinin uyarılması yöntemidir.

**Siropraksi:** Eklemlerin, kas iskelet sistemi ve omurganın, biyomekaniksel duruşu üzerine disfonksiyon ve subluksasyonları inceleyen, buna yönelik özel manuplatif uygulamalar ile bunları düzeltme tekniğidir (51,52).

### **2.3. İRRİTABL BARSAK SENDROMUNDA HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI**



İBS’de hekim ve hasta arasındaki ilişki hastalıkla baş edebilme açısından oldukça önemlidir. Tanı konulduktan sonra, başarılı bir hemşirelik yönetimi ile hastalar daha iyi bir duruma gelebilirler (53).

Daha önce yapılan çalışmalar, çoğu hemşirenin İBS hastalarına karşı negatif tutum sergilediklerini göstermiştir. Ancak çok yakın zamanda, bu olumsuz algılayışların değiştiği ve günümüz hemşirelerinin İBS hastalarının uzman tavsiyesi, destek ve güven verme açısından gereksinimlerini anladıkları belirtilmektedir (53).

İBS hastalarının sorunları geniş boyutta düşünölmeli ve sağlık çalışanlarının sorunların çözümüne katkıları sağlanmalıdır. İBS tanısını konulan hastalar, öncelikle bu hastalık hakkında kapsamlı bir bilgilendirme sürecine alınmalıdırlar ve bu süreçte hastalar, İBS’nin kanser gibi daha ciddi hastalıklara dönüşme riskinin olmadığı konusunda rahatlatılmalıdırlar. Hemşire; hasta ile kuracağı iyi ve etkili bir iletişim sayesinde hastanın güvenini kazanarak merak ettiği soruları cevaplayabilmeli ve hastalıkla ilgili yanlış bilgilerini düzeltebilmelidir. Hemşire bu konuda ne kadar etkili olursa hastanın, hastalığını kavrayabilmesi, bu hastalığın yaşam kalitesine olan etkisini azaltabilmesi ve tedaviye uyum sağlaması o kadar kolay olacaktır (54).

İBS hastası semptomlardan olabildiğince arınmış, günlük yaşam aktivitelerini ve sosyal yaşantısını en üst düzeyde devam ettirmek ister. Ancak semptomların şiddeti bu isteklerine engel olabilir. Bu durumlarda gerekli girişimler yapılarak hastaların günlük yaşantılarının semptomlardan en az etkilenmesi sağlanmalıdır. Psikolojik faktörlerin İBS’ye neden olduğu olası olmasa da, bu faktörlerin, genel sağlık durumları ile birlikte bazı hastalar üzerinde güçlü bir etki yarattıkları görünmektedir (54, 55).

İBS hastalarına tıbbi tanı konduktan sonra, hastaların yaşadıkları ruhsal gerilimler, onları etkileyen ve bazen günlük yaşam aktivitelerini de yapmalarına engel olan semptomların şiddeti ve hastanın yanıt aradığı tüm sorular hemşire – hasta arasındaki diyalog ile azaltılabilir. Hastaya; stresli durumlarla nasıl baş edebileceği, sigara, alkol, baharatlı yiyecekler gibi hastalık semptomlarını tetikleyici etmenlerden nasıl kaçınması gerektiği konusunda yardımcı olunabilir. Hastalara, hastanede veya dışarıda yararlanabilecekleri yoga, meditasyon, aromaterapi gibi basit rahatlama teknikleri öğretilir (34,54).

Hasta, hastalığını algılayabildiği takdirde stres yaratan durumlarla da daha kolay baş edebilecektir. Ayrıca hastaya uygulanacak testler hakkında da bilgi verilirse ve gereksiz testlerden olabildiğince kaçınılırsa hem gereksiz sağlık harcamaları önlenmiş olacak, hem de hastalık ile ilgili bireyin psikolojik durumu daha az etkilenecektir (56).

Hemşire; İBS hastasına, var olan semptomların kontrolü, günlük yaşam aktivitelerinin sürdürülmesi, yaşam kalitesinin artırılması, doğru beslenme alışkanlıklarının kazandırılması, tıbbi tedavinin gerekliliği ve bu sürecin doğru işleminin önemi konularında danışmanlık sağlamalıdır. Her hastanın yakınmalarının ve gereksinimlerinin birbirinden farklı olduğu göz önüne alınırca, bu saydığımız konular da hastadan hastaya değişiklik göstermektedir. Hastalara verilecek olan eğitimler beslenme alışkanlıklarını da kapsamalıdır. Hangi yiyecek ve içecek maddelerinin İBS'yi tetiklediği ya da İBS'li hastalarda rahatlıkla tüketilebileceğinin bilinmesi de ilaç tedavisi kadar önem taşımaktadır (56).

Hemşire danışmanlık ve eğiticilik rolünün dışında; hastada var olan semptomlara yönelik de uygun girişimler planlamalıdır. Örneğin diyare baskın bir İBS'li hastada hekim tarafından istenen ilaçların uygulanışı, beslenme ve sıvı tüketimi ile ilgili girişimler planlanmalıdır. Aynı şekilde diğer İBS formları için de uygun hemşirelik bakımı uygulanmalıdır. Etkili bir hekim – hasta – hemşire ilişkisi sağlandığı takdirde hastaların sağlıkları kontrol altına alınarak, sürekli izlemlerle olumsuz yönde etkilenen yaşam kaliteleri daha iyi duruma getirilecektir. Hemşire, hastanın yaşam kalitesini etkileyecek olası risk faktörlerini değerlendirerek hastaların değerlerini, inançlarını, önceliklerini belirlemelidir. Hastaya vereceği eğitim planında da, yaşam kalitesini etkilediği saptanan faktörlere uyumunun artırılmasına yer vermelidir. Hastaların uyum, öz bakım ve öz yeterliliklerini artırıcı hemşirelik aktivitelerini planlamalı ve uygulamalıdır. Buna göre hemşirenin bakım, danışmanlık, eğitim ve iyileştirme rolleri ön planda olmalıdır (57).

#### **2.4. YAŞAM KALİTESİ KAVRAMI**

Sağlıkta yaşam kalitesi; sosyal, kültürel, psikolojik ve hastalığın fiziki boyutları ile ilişkili faktörlerin işlevsel duruma genel etkisini gösteren bir kavramdır. Sağlık durumu olarak da tanımlayabileceğimiz bu kavramda, bireyin hastalığı algılaması,

hastalığa tepkisi, yetkileri ve günlük fonksiyonlarının düzeyinin birleşiminden oluşan, sosyal kültürel psikolojik etkileşimi esastır (57,58).

Son yıllarda özellikle kronik hastalıklarda yaşam kalitesinin tanınması, gerek sağlık alanında araştırma ve epidemiyolojik incelemeler gerekse klinik uygulamalarda bir sonuç ölçümü olarak giderek artan bir biçimde önem kazanmaktadır. Günümüzdeki tıp ve teknolojiye hızlı gelişmelere paralel olarak, insanın beklenen yaşam süresinde artış olmuş, yaşam süresinin uzaması ile birlikte kronik hastalık insidansı da artmıştır. Bu nedenle, kronik hastalıklarda ortaya çıkan semptomların kontrol altına alınması ve bireyin hastalığı ile birlikte yaşamdan doyum sağlaması amacıyla yönelik olarak yaşam kalitesi kavramı tartışılmaya başlanmıştır (56,58).

Yaşam kalitesi teriminin tek bir tanımı olduğunu söylemek mümkün değildir. Yaşam kalitesi farklı şekillerde tanımlanabilir. Yaşam kalitesi; yaşam doyumu, mutluluk, işlevsel yeterlilik, sosyal iyilik gibi bileşenlerden oluşmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü, yaşam kalitesini (quality of life); "hedefleri, beklentileri, standartları, ilgileri ile bağlantılı olarak, bireylerin yaşadıkları kültür ve değer yargılarının bütünü içinde durumlarını algılama biçimi" olarak tanımlamaktadır. Bir diğer ifadeyle; yaşam kalitesi, kişinin içinde yaşadığı sosyokültürel ortamda kendi sağlığını öznel olarak algılayışını tanımlamaktadır. Yani bu kavram tıp teknikleri, laboratuvar işlemleriyle ölçülen bir nicelik değil, sübjektif olarak yaşanan bir niteliktir (56,57,58).

Esas amaç kişilerin kendi fiziksel, psikolojik ve sosyal işlevlerinden ne ölçüde memnun olduklarının ve yaşamlarının bu yönleri ile ilgili özelliklerin varlığı veya yokluğunun ne ölçüde onları rahatsız ettiğinin saptanmasıdır.

Yaşam Kalitesi dört ana alanda (boyutta) ortaya çıkar (57,58):

- Kişisel Sosyal Alan (gelir durumu, aile yapısı, toplumun tanıdığı olanaklar, iş durumu vb)
- Kişisel İçsel Alan (inançlar, değerler, arzular, kişisel hedefler, sorunlarla başa çıkma vb.)
- Dışsal Toplumsal Çevre Alanı (toplumsal olanaklar, kültürel, sosyal ve dini kurumlar, güvenlik, okul, sağlık hizmetleri, alışveriş, ulaşım vb.)
- Dışsal Doğal Çevre Alanı (hava, su kalitesi vb)

Yaşam kalitesi ölçümleri bakım stratejilerinin planlanması ve değerlendirilmesinde yararlı bilgi sağlayabilir. Yaşam kalitesini artırıcı aktiviteler için multidisipliner ekip yaklaşımı ve bütüncül anlayışla çalışılmalıdır (57,58).

## 2.5. İBS ve YAŞAM KALİTESİ

İBS; 15 – 35 yaş arasında en yüksek insidansı göstermekte ve insan yaşamının çok aktif bir periyodunu işgal etmektedir. Çünkü bu yaş aralıklarında eğitim, kariyer, evlilik gibi önemli aşamalar yaşanmaktadır. Bu nedenle hastaların iş, aile, evlilik yaşamları, sosyal ilişkileri, emosyonel işlevlerdeki sorunların, yaşamı kalitatif ve semi kantitatif etkilediği gerçeği herkes tarafından kabul edilmektedir (57).

İBS'nin tipik semptomları olan diyare ya da kabızlık, distansiyon, karın ağrısı gibi belirti bulguların hastaların kontrolü dışında gerçekleşmesi, hastaya rahatsızlık hissi vermesi ve bireyin toplumla olan ilişkilerinde olumsuzluklar ortaya çıkarması vb. nedenlerle anksiyete, yaşam kalitesi ve depresyon üzerinde etkisi olduğu birçok çalışmada bildirilmiştir (9). İBS hastaları yaşam kalitesi açısından sağlıklı kontrol ve İBS dışında kronik hastalığı olan hasta grupları ile birçok çalışmada karşılaştırılmıştır. İBS hastalarında fiziksel açıdan yaşam kalitesi; diyabetik ve kronik böbrek yetmezliği (KBY) olan hastalardan farklı değilken gastroözofageal reflü hastalığı (GÖRH), astım ve depresyon tanısı olan hastalardan daha düşük bulunmuştur (56,57,58) Mental açıdan yaşam kalitesine baktığımızda KBY hastalarından daha düşük görülmekle birlikte az sayıda çalışmada bu düşük yaşam kalitesinin intihar riskini arttırdığı saptanmış olup bu risk artışının İBS hastalarındaki depresyon sıklığının artmasına bağlı olduğu gösterilmiştir. İBS tanısı konulduğunda ise hastaya bu hastalığının yaşamı tehdit etmeyen fakat kronik bir hastalık olduğu anlatılarak yaşanan diğer hastalıklar ve psikolojik faktörlere bağlı olarak hastalığın semptomlarının zaman zaman değişebileceği anlatılmalıdır. Diyetteki yiyecekler ile semptom ilişkisi sorgulanarak ilişki saptandığında bu besinin kısıtlanması önerilmelidir. Anksiyete düzeyini azaltması ve ağrıya toleransı artırması nedeniyle psikoterapi, hipnoz gibi davranış tedavileri de önerilebilir. Antispazmodik, laksatif, antidiyareik, motilite düzenleyici, probiyotik, antibiyotik, antidepresan gibi medikal tedavilerin yalnızca hekim kontrolünde alınması konusunda hasta uyarılmalı ve bu gibi

tedavilerin hastalığın yalnızca semptomlarına yönelik olduğu hastaya anlatılmalıdır. Yeterince bilgi alamayan %12,7 hastanın bitkisel kaynaklı ilaçları kullandığı tespit edilmiştir (58).

## **2.6. REFLEKSOLOJİ**

Refleksoloji, el ve ayaklarda bulunan ve vücudun tüm bölgelerine, organlarına ve endokrin bezlere karşılık gelen refleks noktalarına uygulanan bir baskı tekniğidir. Bu baskı ile birlikte vücudun kendi kendini tedavi etmesi uyarılarak bedende fizyolojik bir rahatlama sağlanır. Kan akımı hızlanarak homeostazis sağlanır. Refleksolojide uygulanan baskı ile tüm vücut ve hücrelerde serbest enerji akşının sağlanması amaçlanır. Buna vücudun kendi kendini iyileştirmesi denir (59,60,61).

### **2.6.1. Refleksolojinin Tarihçesi**

El ve ayak refleksolojisi 5.000 yıl öncesinde Çin’de vücudun kendi kendini iyileştirmesi yöntemi olarak ortaya çıkmıştır. Mısır Saggara’daki milattan önce 2330 yılından kalma bir mezarda iki kişi el ve ayaklarına masaj yapılırken resmedilmiştir. Günümüzde uygulanan refleksoloji 20. yüzyılın başlarında Amerikalı Dr. William Filzgerald’ın bulunduğu bölgesel tedavi yönteminin uygulayıcılarından fizyoterapist Dr. Joe Shelby Riley ve masöz Eunice Ingham tarafından geliştirilmiştir. Inge Dougans 1983 yılında Çin meridyen teorisi ile birleştirerek ilk Uluslararası Refleksoloji ve Meridyen Terapisi Okulunu kurulmuştur. Günümüzde okulun Güney Afrika, Amerika ve Avrupa ülkelerinde de lisanslı şubeleri olan refleksoloji okulları açılmıştır ve birçok alanda tamamlayıcı tedavi yöntemi olarak kullanılmaktadır. Eğitim 2 yıl 240 kredi alınarak tamamlanmaktadır. Ayrıca refleksoloji, son yıllarda ebelik ve hemşirelik profesyonelleri arasında da oldukça popüler bir hale gelmiştir (59,60,61).

### **2.6.3. Refleksolojinin Etki Mekanizması ve Kullanıldığı Alanlar**

Refleksolojinin fizyolojik etkilerinin olduğu kesindir. Bu etkilerin açıklanması çeşitli teorilere dayanır. Bu teoriler enerji teorisi, laktik asit teorisi, sinir reseptörlerini algılama teorisi ve sinir uyarı teorisi veya otonomik-somatik birleşme teorisidir (59,60,61).

-**Enerji teorisi;** refleksoloji uzmanları vücut boyunca uzanan boylamasına 10 enerji bölgesi üzerinde çalışırlar. Belirli bir bölgedeki enerji akışını engelleyen herhangi bir bozukluğun, aynı bölgede bulunan diğer vücut kısımlarının sağlıklı işleyişine müdahale edeceği görüşüne inanılır (59,60,61).

-**Laktik asit teorisi;** laktik asitin ayaklarda mikro kristaller olarak depolanması ve refleksolojinin bu kristalleri erittiği, enerjinin serbest akımına izin verdiğine dayanan bir teoridir. Bu işlem toksinlerden kurtulma olarak adlandırılmıştır ve toksinlerin bulunduğu bölgeye bağlı olarak belirli semptomların ortaya çıktığını savunur. Örneğin; solunum sistemi içinde toksinlerin açığa çıkması soğuk algınlığı veya grip gibi semptomları ortaya çıkarabilirken, sindirim sisteminde bulunanlar diyareye neden olur (59,60,61).

-**Sinir reseptörlerini algılama teorisi;** her ayakta 7200 sinir ucu bulunmaktadır. Refleksoloji ile ayaktaki sinir noktaları özel tekniklerle uyarılarak elektrokimyasal mesajlar ortaya çıkar ve nöronlar yardımıyla ilgili organlar uyarılır. Fiziksel problemlerle ilgili gerginlik ve stresi rahatlatarak onların gevşemesini sağladığı savunulur. Bu gevşeme otonom yanıtı etkiler ki bu, sırasıyla, endokrin, immun ve nöropeptit sistemi etkiler (59,60,61).

-**Sinir uyarı teorisi veya otonomik-somatik birleşme teorisi;** refleksoloji süresince reseptörlere hücrelerdeki plazma membranlarındaki açık iyonik kanallardan basınç uygulandığı ve iletilen mesajı spinal korda ve/veya beyine ulaştırmak için potansiyel lokal bir hareket sağladığını ileri sürer. Refleksoloji spinal korttaki nöronların iç bağlantısı yoluyla kaslara motor emirler gitmesiyle ayaktan, elden veya kulaktan gelen sensör mesajın birleşmesi sonucu kaslarda direk etkiye sahip olabilir (60,61).

#### **2.6.4. Refleksolojinin Kullanıldığı Alanlar**

Refleksoloji, hem sağlığın korunması ve yükseltilmesinde, hem de bazı rahatsızlıkların hafifletilmesinde yaygın olarak kullanılmaktadır. Başlıca kullanım alanları şöyle sıralanabilir:

- Anksiyete, depresyon, stres, panik atak

- Yorgunluk, uykusuzluk
- Migren, baş ağrısı, sırt ağrısı, eklem ağrıları, disk hernisi
- Romatizma, kas ağrıları ve spazmı, eklem iltihaplanmaları,
- Kabızlık, hazımsızlık,
- Sinüzit, astım,
- Karpal tunel sendromu,
- Sempatik ve parasempatik sinir sistemini ayarlamak ve fonksiyonunu düzenlemek,
- Bazı üriner sistem sorunları,
- Egzama gibi dermatolojik sorunlar,
- Bağışıklık sistemini güçlendirmek,
- Bulantı ve kusmayı rahatlatmak,
- Kanser ağrılarını ve kemoterapinin yan etkilerini hafifletmek, yaşam kalitesini arttırmak,
- Menopoz, dismenore, doğum (ağrıyı azaltmak veya arttırmak, servikal dilatasyonu arttırmak), postpartum dönemde uterus involüsyonuna yardımcı olmak ve süt salınımını kolaylaştırmak (59,60,61).

#### **2.6.5. Refleksolojinin Kullanılmasının Sakıncalı Olduğu Durumlar**

- Akut enfeksiyonlar ve ateşli durumlar,
- Derin ven trombozu, kalp krizi
- Cerrahi durumlar, açık yaraların olması, tıbbi aciller,
- Malign melanom

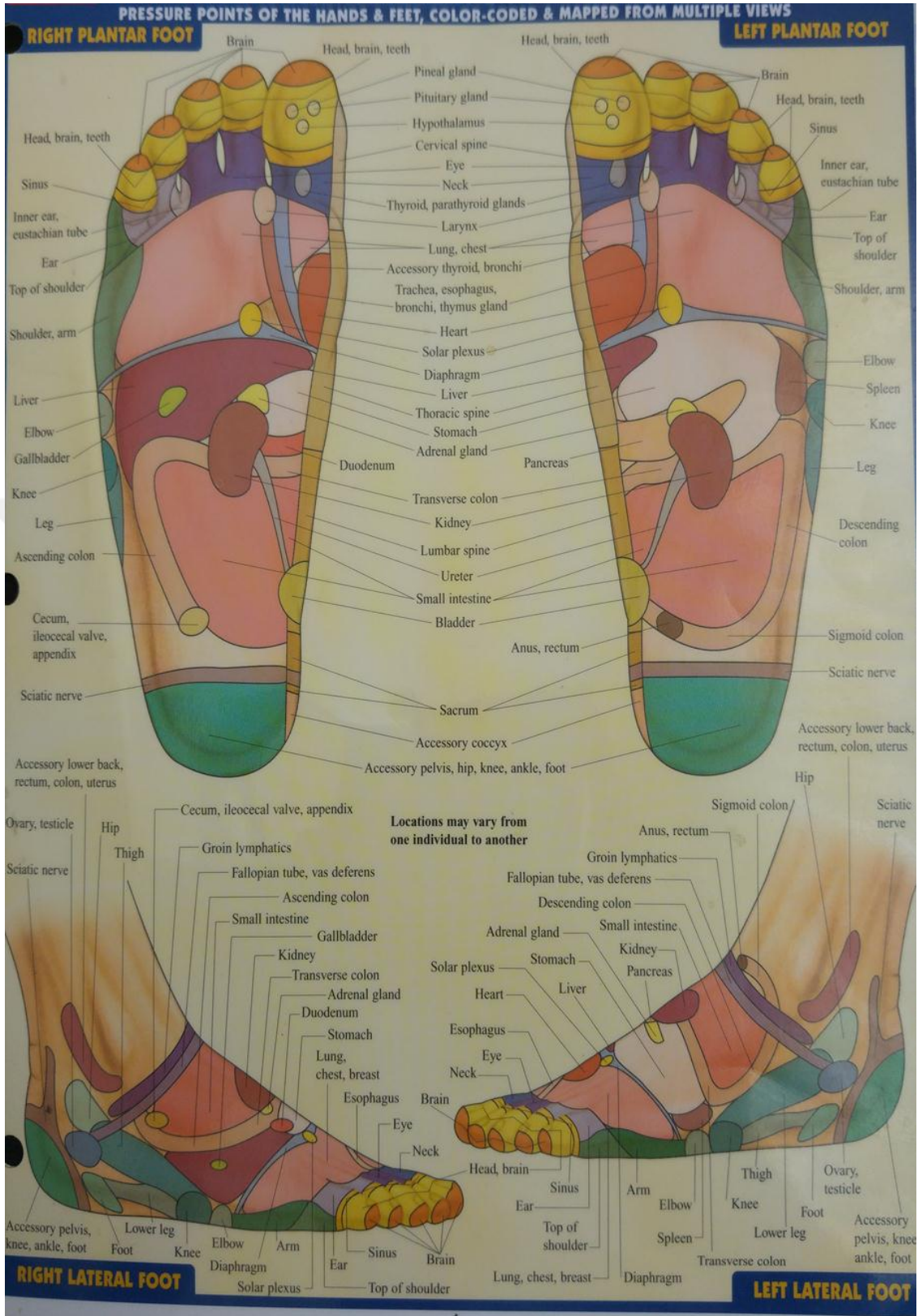
- Gebeliğin ilk trimestiri (59,60,61).

### **2.6.6. Refleksoloji Uygulaması**

Refleksoloji seansı sırasında organların, endokrin bezlerin ve vücut bölümlerinin yansıması kabul edilen spesifik noktalara (Şekil 5) baskı uygulanır. Refleksoloji uygulayıcısı uygulamaya zihinsel olarak hazır ve rahat olmalıdır. Refleksoloji uygulanan kişinin boyun, bel ve dizleri desteklenecek şekilde yarı oturur pozisyonda ve ayaklara yapılırsa ayaklar uygulayıcının göğüs hizasında olmalıdır. Uygulayıcının tırnakları avuç içinden bakıldığında parmak boyunu geçmemelidir. Refleksoloji 10 dakikadan 45 dakikaya varan sürelerde uygulanır. Seans süreleri hastalığa ve semptomu göre değişiklik gösterir.

Refleksoloji uzmanının kullandığı araçlar; desteklemek, masaj yapmak, bastırmak veya rahatlatmak amacıyla çeşitli biçimlerde kullandığı elleri, başparmakları ve parmaklarıdır. Refleks bölgeleri masajı uygulaması için toplam beş basma tekniği vardır: Başparmak hareketi, parmak hareketi, ovma hareketi, sıvazlama hareketi ve sıkma hareketidir. Basınç şiddeti kişinin fiziki yapısı, yaşı ve o andaki sağlık durumu göz önünde bulundurulacak şekilde ayarlanır. Örneğin iri yapılı bir insana daha kuvvetli, zayıf, yaşlı ve çocuklara ise, normal şekilde basarak masaj yapılır. Tedavi, başparmak veya başka bir parmağın kenarıyla basınç uygulanarak saat yönünde döndürülmesinden oluşur. Bu basınç genellikle oldukça derindir, ama acı verici olmak zorunda değildir (59,60,61).





**Şekil 6: Ayakta Bulunan Refleks Noktaları (62)**

## **BÖLÜM III**

### **3.GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. ARAŞTIRMANIN TÜRÜ**

Araştırma; konstipasyon baskın irritabl bağırsak sendromlu hastalarda refleksolojinin semptom şiddeti ve yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi amacıyla ön test – son test yarı deneysel olarak planlanmıştır.

#### **3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILACAĞI ZAMAN VE YER**

Deneysel olarak planlanan bu çalışma Haziran 2016 - Aralık 2016 tarihleri arasında İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Polikliniği'ne başvuran konstipasyon baskın İBS tanısı konmuş olan hastalar ile yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini araştırmanın yapıldığı polikliniğe başvuran tüm hastalar oluşturmuş olup; örnekleme, belirtilen tarihler arasında polikliniğe başvuran ve araştırmaya dahil edilme ölçütlerine uygun olan kontrol grubunda 30 ve uygulama grubunda 30 hasta olmak üzere toplam 60 hasta oluşturmuştur. Araştırma verileri, uygulama zaman çizelgesine göre (Tablo 6) toplanmıştır.

**Tablo 6: Veri Toplama Formlarının Uygulama Zamanları**

<b>ZAMANLAMA</b>	<b>UYGULAMA ÖNCESİ</b>	<b>6. Hafta</b>
<b>GRUPLAR</b>		
<b>KONTROL GRUBU</b>		
<b>Standart Tedavi + Diyet Değişikliği</b>		
Hasta Tanıtım Formu (EK 1)	✓ (Yüzyüze)	
Görsel Analog Skala (EK 2)	✓ (Yüzyüze)	✓ (Yüzyüze)
IBS Yaşam Kalitesi Ölçeği (EK 3)	✓ (Yüzyüze)	✓ (Yüzyüze)
Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASÖ) (EK 4)	✓ (Yüzyüze)	✓ (Yüzyüze)
<b>UYGULAMA GRUBU</b>		
<b>Standart Tedavi + Diyet Değişikliği + Refleksoloji</b>		
Hasta Tanıtım Formu (EK 1)	✓ (Yüzyüze)	
Görsel Analog Skala (EK 2)	✓ (Yüzyüze)	✓ (Yüzyüze)
IBS Yaşam Kalitesi Ölçeği (EK 3)	✓ (Yüzyüze)	✓ (Yüzyüze)
DASÖ (EK 4)	✓ (Yüzyüze)	✓ (Yüzyüze)

### 3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini; veri toplama süresi boyunca İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Polikliniği'ne başvuran konstipasyon baskın İBS tanısı almış, 18 yaş üzeri bireyler oluşturmuştur. Evreni oluşturan, araştırmaya katılmayı kabul eden ve örnekleme alınma ölçütlerine uygun olan hastalar örneklem grubunu oluşturmuştur. İstatistiksel güç analizi için,  $\alpha=0.05$ , çalışmanın gücü 0.80 (power) ve gruplar arasında yüksek bir farkın olduğu anlamlı olarak kabul edilerek etki büyüklüğü 0.8 (Cohen's kriterleri kullanılarak) alındığında araştırma için gerekli olan minimum örneklem sayısı 42 (gruplarda minimum 21 kişi) olarak belirlenmiştir. Buradan yola çıkarak kontrol grubunda 30, deney grubunda 30 kişiye ulaşılmıştır (63,64).

#### 3.3.1. Uygulama ve Kontrol Grubu İçin Örnekleme Alınma Ölçütleri

- Konstipasyon Baskın İBS tanısı konmuş
- 18 yaş ve üzerinde
- Çalışmanın yürütüldüğü polikliniğe başvuru yapmış
- İletişime girme sorunu olmayan
- Araştırmaya katılmayı kabul eden
- Daha önce refleksoloji uygulanmamış hastalar

#### 3.3.2. Örneklem Dışında Tutulma Ölçütleri

- Son 6 hafta içinde ameliyat geçirmiş olan
- Daha önce psikiyatrik bir tanı almış, halen psikiyatrik bir hastalığı olan,
- Daha önce veya halen anksiyete (psikotrop) ilacı kullanan,
- Alt ekstremitelerinde enfeksiyon, varis, periferik nöropati ve derin ven trombozu olan veya gelişme riski olan,
- Ayaklarında açık yara, mantar ve travma olan,
- Yüksek ateşi olan,
- Gıdıklanma hissi olan,
- Sensorial motor patolojisi olan
- Ayağında tümör olan

- Ayakta kanserin metastazı olan
- Ayağa radyoterapi alan
- 2++ ve üstü alt ekstremite ödemi olan
- Trombositopenisi olan ( plt:50000 )
- Gebelik kuşkusu bulunan
- Tip 2 DM tanısı alan
- Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen

### **3.4. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEM SEÇİM BASAMAKLARI**

İstatistiksel güç analizi için,  $\alpha=0.05$ , çalışmanın gücü 0.80 (power) ve gruplar arasında yüksek bir farkın olduğu anlamlı olarak kabul edilerek etki büyüklüğü 0.8 (Cohen's kriterleri kullanılarak) alındığında araştırma için gerekli olan minimum örneklem sayısı 42 (gruplarda minimum 21 kişi) olarak belirlenmiştir. Buradan yola çıkarak kontrol grubunda 30, deney grubunda 30 kişiye ulaşılmıştır. Ancak il değişikliği, hastalık gibi değişik nedenlerden dolayı kontrol grubunda 28, uygulama grubunda ise 27 hasta ile çalışma tamamlanmıştır.

#### **3.4.1. Kontrol Grubu ve Süreci**

Örneklem seçim ölçütlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden ilk 30 hasta kontrol grubunda yer almıştır. İBS hastalarına anket formlarının (Ek 1, Ek 2, Ek 3 ) ilk ve son uygulaması yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanmıştır. Veri toplama formlarının ilk uygulaması, bilgilendirme görüşmesinin ardından gerçekleştirilmiştir. Hastalar 6 hafta sonra kontrol toplantısına davet edilmiştir. Bu görüşme sonrası anket formları tekrar uygulanarak son test verileri elde edilmiştir.

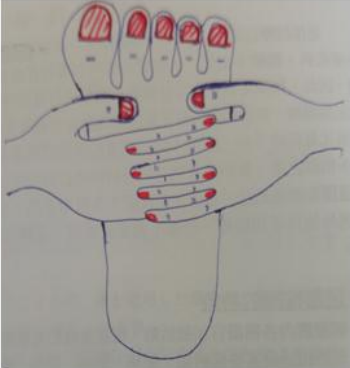


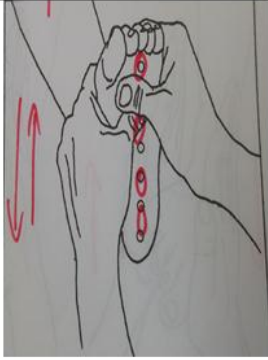


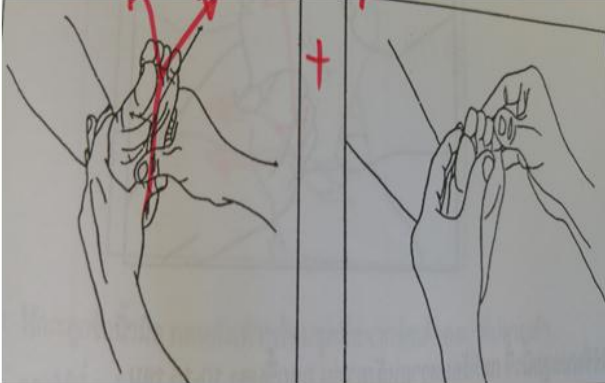
#### **3.4.2. Uygulama Grubu (Refleksoloji) ve Süreci**

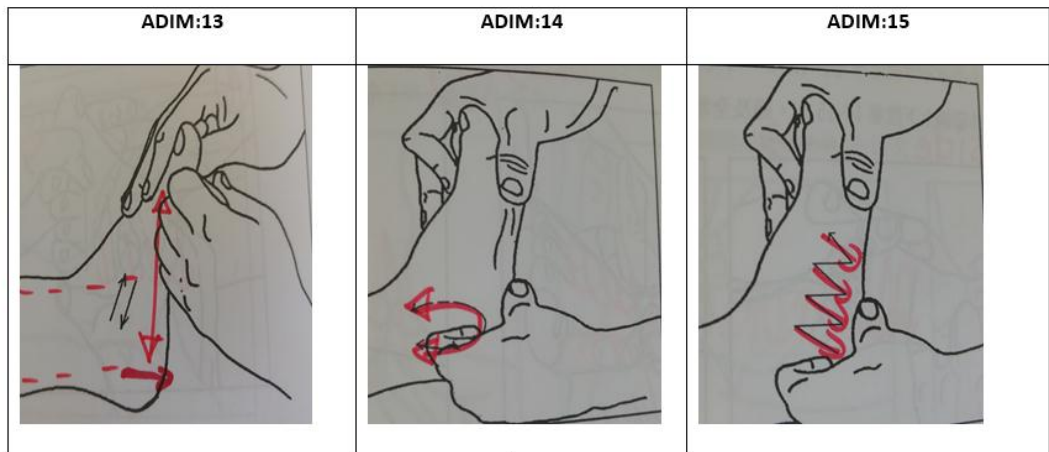
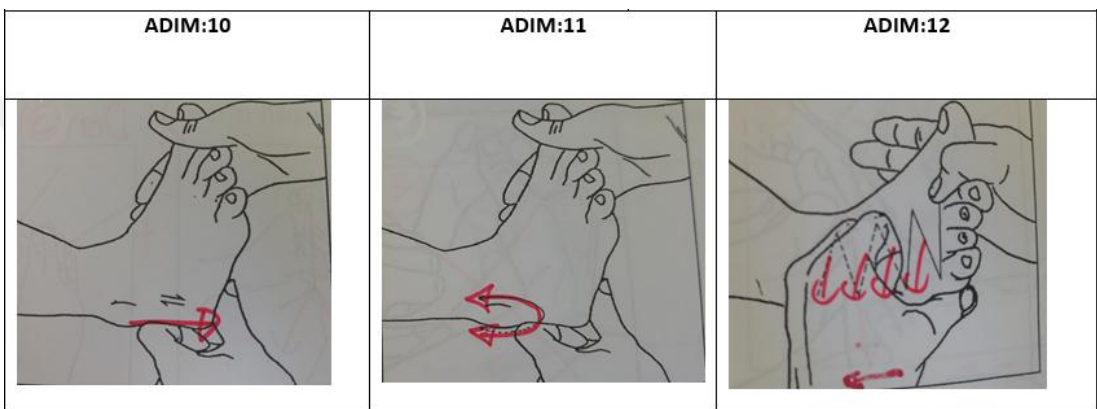
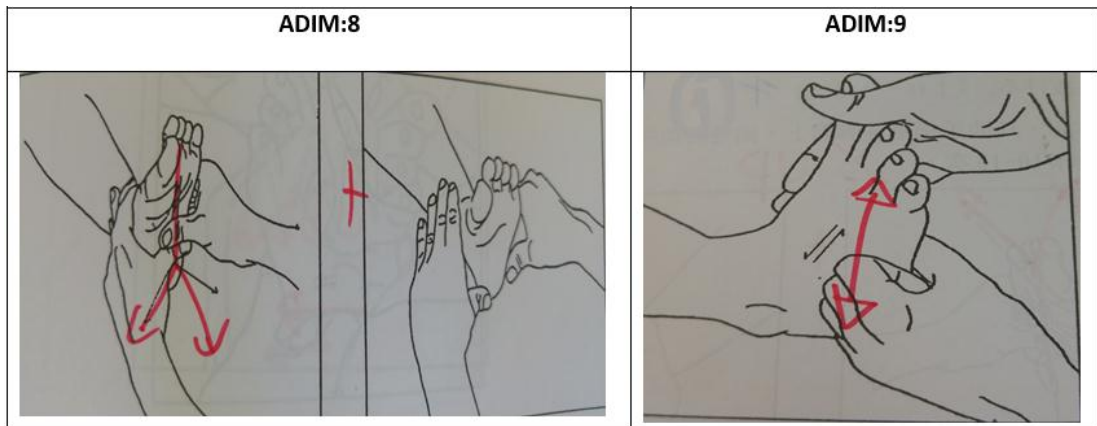
Örnekleme seçim ölçütlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden diğer 30 kişilik grup uygulama grubunu oluşturmuştur. İBS hastalarına anket formlarının (Ek 1, Ek 2, Ek 3 Ek 4) ilk ve son uygulaması yüz yüze görüşme yöntemiyle yapılmıştır. Veri toplama formlarının ilk uygulaması, poliklinik ortamında gerçekleştirilmiş olup öncesinde bilgilendirme toplantısı yapılmıştır. Sonrasında haftada 2 seans olmak üzere toplam 12 seans refleksoloji uygulanmıştır. Masaj odası; sessiz, sakin, uygun ısıda, polikliniğin kalabalık ortamından uzakta ve yeterince aydınlatılmış bir ortam olarak ayarlanmıştır. Uygulamanın rahat bir şekilde gerçekleştirilmesi için araştırmacı tarafından temin edilen masaj koltuğu kullanılmıştır. Hazırlanan odanın düzenine ait resimler şekil 7’de yer almaktadır. Refleks noktalarına uygulama yapılmadan önce toplam 20 adımdan oluşan gevşetme teknikleri (Şekil 8) uygulanmıştır. Masaj boyunca 8 refleks noktası (Şekil 9) üzerine çalışılmıştır. Bu noktalar; Solar nokta ve Diyafram Refleks noktası, Mide refleks noktası, Pankreas refleks noktası, karaciğer refleks noktası, Safra refleks noktası, Adrenal bez refleks noktası ve bağırsak refleks noktasıdır. Karaciğer ve safra refleks noktaları sadece sağ ayak olmak üzere tek ayakta diğer tüm noktalar her iki ayakta 14 defa çalışılmıştır. Refleksoloji sonrası hastalara su içmeleri önerilmiştir. Son seans refleksoloji uygulamasından sonra anket formları tekrar uygulanarak son test verileri elde edilmiştir.



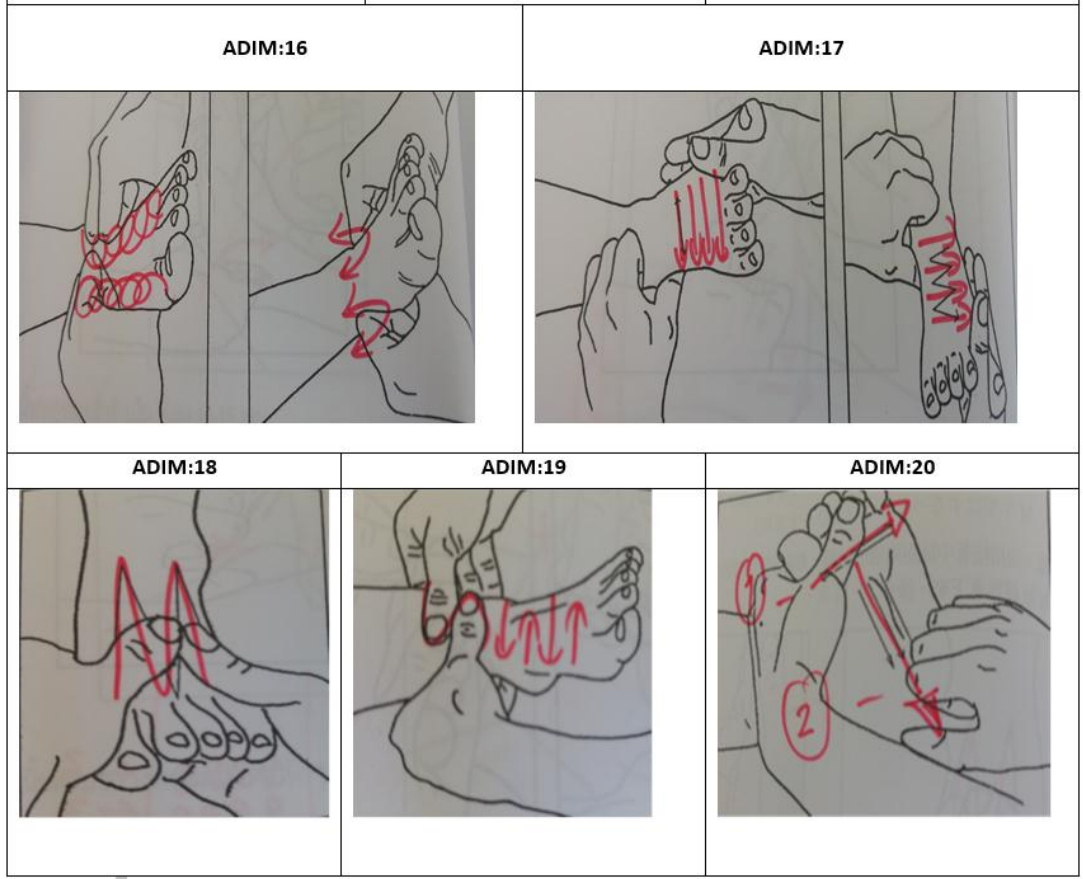
**Şekil 7. Refleksoloji Uygulama Odası**





<p style="text-align: center;"><b>ADIM 1</b></p> 	<p style="text-align: center;"><b>ADIM 2</b></p> 		
<p style="text-align: center;"><b>ADIM: 3</b></p> 	<p style="text-align: center;"><b>ADIM:4</b></p> 	<p style="text-align: center;"><b>ADIM:5</b></p> 	
<p style="text-align: center;"><b>ADIM:6</b></p> 		<p style="text-align: center;"><b>ADIM:7</b></p> 	








**Şekil 8: Gevşetme Teknikleri (65)**

Safra Kesesi Refleks Noktası	Barsak Refleks Noktası	Karaciğer Refleks Noktası
		
Pankreas Refleks Noktası	Solar Nokta	Mide Refleks Noktası
		

Adrenal Bez Refleks Noktaları


**Şekil 9: Çalışılan Refleks Noktaları (59)**

### 3.5. ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ

#### **Bağımsız değişken:**

- **Hastanın bireysel Özellikleri:** Yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, mesleği, tanı süresi, kronik hastalık durumu, kullanılan tamamlayıcı alternatif yöntemler, tüketmekten kaçınılan besinler, dışkılama tipi.
- **Değiştirilebilen bağımsız değişken:** Ayak refleksolojisi

**Bağımlı değişkenler:** Araştırma kapsamındaki hastaların ağrı düzeyi, konstipasyon düzeyi, distansiyon düzeyi, depresyon anksiyete stres ölçek puanı ve İBS yaşam kalitesi ölçek puanı.

### 3.6. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ VE SÜRECİ

#### 3.6.1. Verilerin Toplanması

Örnekleme grubunun seçilmesiyle birlikte uygulama ve kontrol grubuna araştırma ile ilgili gerekli bilgiler verildikten sonra, yazılı onamları alınmıştır. Uygulama grubuna; ilk görüşmede araştırmada kullanılacak olan veri toplama formları yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmış sonrasında ilk refleksoloji seansı gerçekleştirilmiştir. Haftada iki seans olmak üzere toplam 12 seans sonunda veri toplama formları yeniden uygulanmıştır. Kontrol grubuna; ilk görüşmede araştırmada kullanılacak olan veri toplama formları yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmış yine aynı şekilde altı hafta sonra tekrar veri toplama formları uygulanmıştır.

#### 3.6.2. Araştırmada Kullanılan Gereçler

Araştırma verilerinin toplanmasında;

1. Hasta Tanıtım Formu (EK 1),
2. Görsel Analog Ölçek (Ek 2),
3. İBS Yaşam Kalitesi Ölçeği (EK 3),
4. Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (Ek 4) kullanılmıştır.

**Hasta Tanıtım Formu (EK I):** Konuyla ilgili literatür taraması doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlanan ve 10 sorudan oluşan formdur.

**Görsel Analog Ölçek (EK II):** Görsel Analog Ölçek (GAÖ) sayısal olarak ölçülemeyen bazı değerleri sayısal hale çevirmek için kullanılır. 10 cm veya 100 mm'lik bir çizginin iki ucuna değerlendirilecek parametrenin iki uç tanımı yazılır ve hastadan bu çizgi üzerinde kendi durumunun nereye uygun olduğunu bir çizgi çizerek veya nokta koyarak veya işaret ederek belirtmesi istenir. Mesela ağrı için bir uca hiç ağrı yok, diğer uca çok şiddetli ağrı yazılır ve hasta kendi o anki durumunu bu çizgi üzerinde işaretler. Ağrının hiç olmadığı yerden hastanın işaretlediği yere kadar olan mesafenin uzunluğu hastanın ağrısını belirtir. Değerlendirmede hastalar için elde edilen değerlerin ortalaması alınır. Testin geçerliliği; bir dili olmaması ve uygulama kolaylığı önemli avantajıdır. Testin uygulandığı çizginin yatay veya dikey olmasından, uzunluğundan etkilenmediği gösterilmiştir. Testin kısa süre aralıkları ile tekrarı sonrası verilen cevaplarda anlamlı fark bulunmamıştır. Test çok uzun süreden beri kendini kanıtlamış ve tüm dünya literatüründe kabul görmüş bir testtir. Güvenlidir, kolay uygulanabilir (66,67,68).

**İrritabl Barsak Sendromu Yaşam Kalitesi (IBS QOL) Ölçeği (EK III);** İrritabl barsak sendromlu hastaların yaşam kalitelerinin belirlenmesi amacıyla Donald L. Patrick ve Douglas A. Drossman tarafından özel olarak geliştirilmiştir olup Türkçe geçerlilik güvenirlik çalışması Uran ve arkadaşları tarafından 2010 yılında yapılmıştır. Ölçeğin Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı ölçek genelinde 0.97 olarak bulunmuştur. İrritabl Barsak Sendromu Yaşam Kalitesi Ölçeği 34 maddeden ve 8 alt gruptan oluşmaktadır; likert tipi ölçekte her bir maddenin 5 cevap seçeneği bulunmaktadır. "1 Hiç", "2 Biraz", "3 Orta", "4 Fazla" ve "5 Çok Fazla" seçeneklerinden birinin işaretlenmesi istenmiştir (55). Bu seçeneklere göre birinci seçeneğe 5; beşinci seçeneğe 1 puan verilmektedir ve toplam puan hesaplaması aşağıdaki gruplar üzerinden yapılmaktadır (57):

- Disfori (duygu durum) puanı (8 madde) (İBS\_DY)
- Aktivite puanı (7 madde) (İBS\_IN)
- Beden imgesi puanı (4 madde) (İBS\_BI)
- Sağlık endişesi puanı (3 madde) (İBS\_HW)

- Yiyeceklerden kaçınma puanı (3 madde) (İBS\_FA)
- Sosyal tepki puanı (4 madde) (İBS\_SR)
- Seksüel puan (2 madde) (İBS\_SX)
- Sosyal ilişki puanı (3 madde) (İBS\_RL)
- Toplam puan (34 madde) (İBS\_OV)

Ek 3'te verilen ölçeğe göre 1, 6, 7, 9, 10, 13, 16 ve 30. maddeler Disfori alt ölçeğini oluştururken; 3, 18, 19, 22, 27, 29 ve 31. maddeler de Aktivite alt ölçeğini oluşturmaktadır. Ayrıca Beden imgesi alt ölçeği 5, 21, 25 ve 26. maddelerden; Sağlık endişesi alt ölçeği 4, 15 ve 32. maddelerden; Yiyeceklerden kaçınma alt ölçeği 11, 23 ve 28. maddelerden ve Sosyal tepki alt ölçeği 2, 14, 17 ve 34. maddelerden oluşmaktadır. Seksüalite alt ölçeğini oluşturan iki madde; 12 ve 20. maddeler iken, Sosyal ilişki alt ölçeğini oluşturan üç madde de 8, 24 ve 33. maddelerdir.

#### **Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASÖ)(EK IV)**

Lovibond ve Lovibond (1995a) tarafından geliştirilen DASÖ 42 maddeden oluşmaktadır. Ölçek 0 bana hiç uygun değil, 1 bana biraz uygun, 2 bana genellikle uygun ve 3 bana tamamen uygun, şeklinde 4'lü likert tipi bir derecelendirmeye sahiptir. DASÖ'nün yönergesinde, bireyden her bir maddeyi son 15 gün içinde kendisi için ne kadar uygun olduğuna göre cevaplama istenmektedir. DASÖ'de 14'ü depresyon, 14'ü anksiyete ve 14'ü stres boyutlarına ait olmak üzere toplam 42 madde bulunmaktadır. Depresyon, anksiyete ve stres boyutlarının her birinden alınan puanların yüksek olması, bireyin ilgili probleme sahip olduğunu ortaya koymaktadır. Ters madde bulunmayan ölçeğin toplam puanları her bir alt boyut için 0 ile 42 arasında değişmektedir. Türkçe geçerlilik güvenirlik çalışması Akın ve arkadaşları tarafından 2007 yılında yapılmıştır. Yapı geçerliği için yapılan faktör analizinde, depresyon ölçeği faktör yüklerinin .36 ile .80, anksiyete ölçeği faktör yüklerinin .31 ile .64 ve stres ölçeği faktör yüklerinin .40 ile .76 arasında sıralandığı görülmüştür. Cronbach Alfa iç tutarlılık güvenirlik kat sayıları ise depresyon, anksiyete ve stres ölçekleri için sırasıyla .96, .89 ve .93 olarak bulunmuştur (68,69).

### **3.6.3. Verilerin Değerlendirilmesi**

Değişkenlere ait özet tablolar; ortalama, standart sapma, medyan, min, max ve yüzde değerleriyle sunulmuştur.

Değişkenlerin gruplara göre farkları değerlendirilmeden önce normal dağılıma uygunlukları kontrol edilerek, gruplarda normal dağılımın sağlandığı durumlarda parametrik testlerle, sağlanmadığı durumlarda ise non-parametrik testlerle değerlendirmeler yapılmıştır.

Normalliğin sağlandığı durumlarda bağımsız grup karşılaştırmaları için bağımsız örneklem t testi (independent sample t test), sağlanmadığı durumlarda ise Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Bağımlı grup karşılaştırmaları için normalliğin sağlandığı durumlarda bağımlı örneklem t testi (paired t test), sağlanmadığı durumlarda Wilcoxon testi ile analizler gerçekleştirilmiştir.

### **3.7. SÜRE VE OLANAKLAR**

Araştırma, Eylül 2016- Ocak 2018 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırma süresi içindeki gelişmeler yılda iki kez olmak üzere tez izleme komitesi tarafından izlenmiştir (Tablo 7).

### **3.8. ETİK AÇIKLAMALAR**

Araştırmanın yapılabilmesi için Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır (EK V). Ayrıca araştırmanın yürütülmesi için İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden gerekli izinler alınmıştır (EK VI). Araştırmada kullanılacak olan İrritabl Bağırsak Sendromu Yaşam Kalitesi (IBS QOL) Ölçeği yazarından izin alınmıştır. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği "Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler" kitabında yer aldığı için yazardan izin alınmamıştır (70).

Araştırma kapsamına alınan hastalara çalışmanın amacı araştırmacı tarafından açıklanıp katılımları için yazılı onamları (Ek-VIII) alınmıştır.

Aynı zamanda refleksoloji uygulamaları için araştırmacı İzmir Alsancak Psikoakademi Refleksoloji Merkezinde toplam 60 saatlik kurs almıştır (Ek-IX). Bu

kursa ilave olarak Tayland Bangkok Wat-Po okulunda iki haftalık ayak masajı/refleksoloji kursuna katılmıştır (Ek X).

**Tablo 7: Çalışma Zaman Çizelgesi**

SÜRE	Ağustos 2016	Eylül 2016	Ekim 2016	Kasım 2016	Aralık 2016	Ocak 2017	Şubat 2017	Mart 2017	Nisan 2017	Mayıs 2017-Ocak 2018	Şubat 2018	Mart 2018	Nisan 2018	Mayıs 2018	Haziran 2018
Öneri Sınavı	X														
Araştırmanın Uygulanması İçin Hazırlık Aşaması		X	X												
Araştırma Verilerinin Toplanması				X	X	X	X	X	X						
Araştırma Verilerinin Analizi/Yorumlanması										X					
Araştırmanın Yazımı											X	X	X	X	
Araştırmanın Basımı															X

## BÖLÜM IV

### 4. BULGULAR

Araştırma bulguları dört bölümde incelenmiştir.

- 4.1 Hastaların Sosyo-Demografik ve Tanıtıcı Özellikleri
- 4.2 Kontrol Grubu Ön Test – Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması
- 4.3 Uygulama Grubu Ön Test – Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması
- 4.4 Kontrol ve Uygulama Grubu Ön Test – Son Test Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

#### 4.1.HASTALARIN SOSYO-DEMOGRAFİK VE TANITICI ÖZELLİKLERİ

Tablo 8’de araştırma kapsamına alınan hastaların yaşları ve tanı yılları dağılımları incelenmiş olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 8.Uygulama ve Kontrol Grubunda Yer Alan Hastaların Yaş ve Tanı Yılı Ortalamalarına Göre Karşılaştırılması**

t: Bağımsız örneklem t testi MW: Mann Whitney U testi  $p<0,05$  anlamlılık düzeyi

Değişkenler	n	ort	SS	Medyan	Min	Max	p
<b>Yaş</b>							
Kontrol	28	41,1	7,6	42	28	52	0,566 <sup>t</sup>
Uygulama	27	40,1	8,2	40	26	56	
<b>Tanı yılı</b>							
Kontrol	28	12,4	5,2	11,5	3	28	0,0502 <sup>MW</sup>
Uygulama	27	9,4	5,8	9	1	20	

**Tablo 9. Uygulama ve Kontrol Grubunda Yer Alan Hastaların Sosyo-Demografik ve Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı**



ÖZELLİKLER	Uygulama Grubu n=27		Kontrol Grubu n=28		$\chi^2$	p
	S	%	S	%		
<b><u>Cinsiyet</u></b>						
Kadın	27	100	28	100	.000*	1.000
Erkek	0	0	0	0		
<b><u>Eğitim Durumu</u></b>						
İlkokul	3	11.1	5	17.8	2.400	.494
Ortaokul	4	14.8	3	10.7		
Lise	15	55.6	16	57.2		
Üniversite	5	18.5	4	14.3		
<b><u>Meslek</u></b>						
Memur	2	7.4	4	14.3	.936	.126
Ev Hanımı	12	44.4	18	64.2		
Özel Sektör	8	29.7	4	14.3		
Emekli	5	18.5	2	7.2		
<b><u>Kronik Hastalık Durumu</u></b>						
Var	0	0	0	0	.000*	1.000
Yok	27	100	28	100		
<b><u>İlaç Dışı Alternatif Yöntem Kullanımı</u></b>						
Var	0	0	0	0	.000*	1.000
Yok	27	100	28	100		
<b><u>Tüketmekten Kaçınılan</u></b>						
<b><u>Besinler</u></b>						
<b><u>Çay</u></b>	19	*	18	*		
<b><u>Kahve</u></b>	21	*	19	*		
<b><u>Süt</u></b>	16	*	15	*		
<b><u>Peynir</u></b>	15	*	20	*		
<b><u>Çikolata</u></b>	10	*	16	*		
<b><u>Bulgur</u></b>	19	*	17	*		
<b><u>Baharat</u></b>	21	*	19	*		
<b><u>Kızartma</u></b>	20	*	17	*		
<b><u>Asitli İçecekler</u></b>	18	*	15	*		

<b>Dışkı Görünümü</b>						
Tip 1 (Fındık gibi)	10	37	7	25		
Tip 2 (Bitişik parçalı sosis gibi)	10	37	15	53.5	.305	.858
Tip 3 (Yüzeyinde çatlaklar bulunan sosis gibi)	7	26	6	21.5		
<b>TOPLAM</b>	<b>27</b>	<b>100.0</b>	<b>28</b>	<b>100.0</b>		

Uygulama ve kontrol grubunda yer alan hastaların hepsini kadın hastalar oluşturmaktadır (p=1.000). Uygulama grubundaki hastaların %11,1'i ilkökul, %14,8'i ortaokul, %55,6'sı lise %18,5'i üniversite mezunu iken kontrol grubundaki bireylerin ise % 17,8'i ilkökul, %10,7'si ortaokul, %57,2'si lise ve %14,3'ü üniversite mezunudur (p=0,494). Meslek dağılımları incelendiğinde uygulama grubundaki hastaların %7,4'ü memur, %44,4'ü ev hanımı, %29,7'sinin özel sektörde çalıştığı ve %18,5'inin ise emekli olduğu görülmektedir. Kontrol grubunda ise hastaların %14,3'ünün memur, %64,2'sinin ev hanımı, %14,3'ünün özel sektörde çalıştığı ve %7,2'sinin emekli olduğu görülmektedir. Uygulama ve kontrol grubunda yer alan hastaların hiçbirinin kronik başka bir hastalığı bulunmazken, aynı şekilde hiçbiri hastalıkları için alternatif başka bir yöntem kullanmadığını belirtmiştir (p=1,000). Hastalara yöneltilen tüketmekten kaçındığınız besinler sorusuna verilen cevapta ise hastaların çoğunlukla; kahve, baharatlı yiyecekler, kızartma, bulgur, çay, asitli içecekler, süt, peynir, bulgur ve çikolata gibi besin maddelerini tüketmekten kaçındıkları görülmüştür. Hastaların dışkı görünüm tariflerine göre ise; uygulama grubunda yer alan hastaların %37'si dışkılarının Tip 1 (findık görünümünde) şeklinde olduğunu, yine %37'si Tip 2 ( Bitişik parçalı sosis görünümünde) şeklinde olduğunu, %26'sı ise Tip 3 ( Yüzeyinde çatlaklar bulunan sosis görünümünde ) olduğunu ifade etmişlerdir. Kontrol grubunda yer alan hastalar ise sırası ile dışkı görünümlerini; %25'i dışkılarının Tip 1 (findık görünümünde) şeklinde olduğunu, %53,5'i Tip 2 ( Bitişik parçalı sosis görünümünde) şeklinde olduğunu, %21,5'i ise Tip 3 ( Yüzeyinde çatlaklar bulunan sosis görünümünde ) olduğunu ifade etmişlerdir (p=0,858).

#### **4.2 KONTROL GRUBU ÖN TEST – SON TEST PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI**

**Tablo 10. Kontrol Grubu Karın Ağrısı, Distansiyon, Konstipasyon Düzeylerinin Karşılaştırılması**

KONTROL	n	Medyan	SS	Min	Max	z*	p
Karın Ağrısı (Ön Test)	28	7	0,81650	6,00	8,00	-3,824	0,154
Karın Ağrısı (Son Test)	28	6	0,78680	5,00	8,00		
Distansiyon (Ön Test)	28	8	0,66667	7,00	9,00	-4,719	0,257
Distansiyon (Son Test)	28	7	0,66269	7,00	8,00		
Konstipasyon (Ön Test)	28	9	0,00000	9,00	9,00	-3,898	0,065
Konstipasyon (Son Test)	28	8	1,26564	5,00	9,00		

- Wilcoxon Testi z değeri  $p < 0,05$  anlamlılık düzeyi

Kontrol grubunda yer alan hastaların karın ağrısı, distansiyon ve konstipasyon düzeylerinin ön test – son test değerlendirme sonuçları tablo 10’da yer almaktadır. Kontrol grubunda yer alan hastaların karın ağrısı, distansiyon ve konstipasyon düzeylerinin ön test – son test değerlendirmeleri sonucunda medyan değerlerindeki azalmalara rağmen istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı görülmektedir ( $p > 0,05$ ).

**Tablo 11. Kontrol Grubu IBS QOL Ölçeği ve DASÖ ölçeği toplam puanların Ön test –Son Test Karşılaştırılması**

Değişkenler	n	Medyan	SS	Min	Max	z*	p
<b>IBS QOL</b>							
Ön Test	28	103,5	3,41	94	108	Z= -4,824	p<0,001
Son Test	28	98	3,5	92	108		
<b>DASÖ</b>							
Ön Test	28	72	3,09	68	82	Z= -2,064	0,86

Son Test	28	72	3,07	68	79		
----------	----	----	------	----	----	--	--

- Wilcoxon Testi z değeri  $p < 0,001$  anlamlılık düzeyi

Tablo 11’de kontrol grubu IBS QOL ölçeği ve DASÖ ölçeği toplam puanlarının ön test – son test karşılaştırmaları yer almaktadır. Bulgulara göre kontrol grubunda yer alan hastaların IBS QOL ölçeği toplam puanları değerlendirmesinde son test medyan değerlerinin daha düşük olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı farkın bulunduğu görülmüştür ( $z = -4,824$ ) ( $p < 0,001$ ). Kontrol grubunda yer alan hastaların DASÖ ölçek puanlarının ön test –son test incelemesine bakıldığı zaman istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görülmektedir ( $z = -2,064$ ) ( $p = 0,86$ ).



**Tablo 12. Kontrol Grubunda Yer Alan Hastaların IBS QOL Ölçeği Alt Boyutları Ön test – Son Test Sonuçlarının Karşılaştırılması.**

Değişkenler	n	Medyan	SS	Min.	Max.	z	p
<b>IBS QOL</b>							
Disfori (ön test)	28	28	1,29458	25,00	30,00	-4,559	$p < 0,001$
Disfori (son test)	28	23	1,78582	20,00	28,00		
Aktivite (ön test)	28	20	1,07583	18,00	22,00	-4,066	$p < 0,001$
Aktivite (son test)	28	19	1,37389	16,00	21,00		
Beden imge (ön test)	28	12	1,21499	10,00	14,00	-4,168	$p < 0,001$
Beden imge (son test)	28	10	1,26146	9,00	14,00		

Sağlık endişe (ön test)	28	10	0,81892	9,00	12,00	-4,336	p<0,001
Sağlık endişe (son test)	28	8	1,16837	7,00	10,00		
Yiyecek kaçınma (ön test)	28	13	0,97590	11,00	14,00	-4,236	p<0,001
Yiyecek kaçınma (son test)	28	11	,93152	9,00	13,00		
Sosyal tepki (ön test)	28	11	1,41562	8,00	14,00	-1,502	0,133
Sosyal tepki (son test)	28	11	,73822	10,00	12,00		
Seksualite (ön test)	28	2	0,44840	2,00	4,00	-1,414	0,157
Seksualite (son test)	28	2	,26227	2,00	3,00		
Sosyal ilişki (ön test)	28	6	0,99469	4,00	8,00	0,000	1
Sosyal ilişki (son test)	28	6	,68622	5,00	8,00		

• Wilcoxon Testi z değeri p<0,001 anlamlılık düzeyi

Tablo 12’de kontrol grubunda yer alan hastaların IBS QOL ölçeği alt boyutlarının ön test – son test sonuçları arasındaki ilişkiler yer almaktadır. Ölçekte yer alan disfori alt boyutunun medyan değerindeki azalma ile birlikte istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olduğu görülmektedir (  $z = 4,559$ ) ( $p < 0,001$ ). Yine aynı şekilde aktivite alt boyutu ( $z=4,066$ ), beden imge alt boyutu ( $z = -4,168$ ), sağlık endişe alt boyutu ( $z = -4,336$ ) ve yiyeceklerden kaçınma alt boyutunda ( $z = -4,236$ ) medyan değerlerinin azaldığı aynı zamanda istatistiksel olarak anlamlı farklılığın ortaya çıktığı görülmüştür ( $p < 0,001$ ). Seksualite ( $z = -1,414$ ) ve sosyal ilişki ( $z = 0,000$ ) alt boyutlarında ise istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı bulunmuştur.

**Tablo 13. Kontrol Grubunda Yer Alan Hastaların DASÖ Ölçeği Alt Boyutları Ön test – Son Test Sonuçlarının Karşılaştırılması.**

•Wilcoxon Testi z değeri  $p < 0,05$  anlamlılık düzeyi

DEĞİŞKEN	n	Medyan	SS	Min	Max	z	p
<b>DASÖ</b>							
Depresyon (Ön test)	28	14	1,93102	9,00	17,00	-3,022	0,054
Depresyon (Son test)	28	12	2,07371	9,00	18,00		
Anksiyete (Ön test)	28	19	1,52362	16,00	22,00	-2,859	0,065
Anksiyete (Son test)	28	18	1,51186	15,00	21,00		
Stres (Ön test)	28	40	2,68717	34,00	44,00	-4,638	0,124
Stres (Son test)	28	37	1,96665	33,00	42,00		

Tablo 13 'te kontrol grubunda yer alan hastaların DASÖ ölçeği alt boyutlarının ön test – son test sonuçları arasındaki ilişkiler yer almaktadır. Depresyon, anksiyete ve stres alt boyutlarında medyan değerlerinin azaldığı ancak istatistiksel olarak anlamlı bir farkın ortaya çıkmadığı görülmüştür ( $p > 0,05$ ).

### 4.3. UYGULAMA GRUBU ÖN TEST – SON TEST PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

**Tablo 14. Uygulama Grubu Karın Ağrısı, Distansiyon, Konstipasyon Düzeylerinin Karşılaştırılması**

Değişkenler	n	Medyan	SS	Min	Max	z	P
Karın Ağrısı (Ön Test)	27	6	1,14105	4,00	8,00	-3,624	0,74
Karın Ağrısı (Son Test)	27	5	,82862	4,00	7,00		
Distansiyon (Ön Test)	27	7	1,00142	6,00	9,00	-4,482	p<0,001
Distansiyon (Son Test)	27	4	,57981	4,00	6,00		
Konstipasyon (Ön Test)	27	9	0,00000	9,00	9,00	-3,787	0,65
Konstipasyon (Son Test)	27	8	1,19591	7,00	9,00		

•Wilcoxon Testi z değeri p<0,05 anlamlılık düzeyi

Uygulama grubunda yer alan hastaların karın ağrısı, distansiyon ve konstipasyon düzeylerinin ön test – son test değerlendirme sonuçları tablo 14’te yer almaktadır. Uygulama grubunda yer alan hastaların karın ağrısı (z=-3,624) düzeyinin ön test – son test değerlendirmeleri sonucunda medyan değerindeki azalmaya rağmen istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı görülmektedir (p>0.05). Distansiyon (z=-4,482) düzeyinin ön test – son test değerlendirmeleri sonucunda medyan değerindeki azalma ile birlikte istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğu görülmektedir (p<0,001). Konstipasyon (z=-3,787) düzeyinin ön test – son test değerlendirmesi sonucunda ise medyan değerindeki azalmaya rağmen istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı görülmektedir.

**Tablo 15. Uygulama Grubu IBS QOL Ölçeği ve DASÖ Ölçeği Toplam Puanların Ön test –Son Test Karşılaştırılması**

Değişkenler	n	Medyan	SS	Min	Max	z	p
<b>IBS QOL</b>							
Ön Test	27	102	5,01	89	110	-4, 175	p<0,001
Son Test	27	91	4,7	84	108		
<b>DASÖ</b>							
Ön Test	27	73	3,09	67	82	-4, 972	p<0,001
Son Test	27	64	5,01	55	82		

•Wilcoxon Testi z değeri p<0,001 anlamlılık düzeyi

Tablo 15’te uygulama grubu IBS QOL ölçeği ve DASÖ ölçeği toplam puanlarının ön test – son test karşılaştırmaları yer almaktadır. Bulgulara göre uygulama grubunda yer alan hastaların IBS QOL ölçeği toplam puanları değerlendirmesinde son test medyan değerlerinin daha düşük olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı farkın bulunduğu görülmüştür ( $z = -4,175$ ) ( $p < 0,001$ ). Uygulama grubunda yer alan hastaların DASÖ ölçek puanlarının ön test –son test incelemesine bakıldığı zaman ise aynı şekilde medyan değerlerinin daha düşük olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı farkın bulunduğu görülmüştür ( $z = -4,972$ ) ( $p < 0,001$ ).



**Tablo 16. Uygulama Grubunda Yer Alan Hastaların IBS QOL Ölçeği Alt Boyutları Ön test – Son Test Sonuçlarının Karşılaştırılması.**

Değişkenler	n	Medyan	SS	Min	Max	z	p
<b>IBS QOL</b>							
Disfori (ön test)	27	27	1,25064	24,00	29,00	-4,397	p<0,001
Disfori (son test)	27	24	1,76706	21,00	28,00		
Aktivite (ön test)	27	20	1,45002	17,00	23,00	-4,018	p<0,001
Aktivite (son test)	27	18	1,60217	15,00	22,00		
Beden imge (ön test)	27	11	1,51441	9,00	15,00	-3,972	p<0,001
Beden imge (son test)	27	10	,90739	9,00	12,00		
Sağlık endişe (ön test)	27	10	0,91209	8,00	12,00	-4,227	p<0,001
Sağlık endişe (son test)	27	8	1,18754	7,00	12,00		
Yiyecek kaçınma (ön test)	27	13	1,30198	11,00	15,00	-4,327	p<0,001
Yiyecek kaçınma (son test)	27	11	1,25064	9,00	13,00		
Sosyal tepki (ön test)	27	12	1,15223	8,00	13,00	-2,175	0,03
Sosyal tepki (son test)	27	11	,99715	9,00	12,00		
Seksualite (ön test)	27	2	0,39585	2,00	3,00	0,000	1
Seksualite (son test)	27	2	,39585	2,00	3,00		
Sosyal ilişki (ön test)	27	6	1,21950	4,00	8,00	-0,123	0,902
Sosyal ilişki (son test)	27	6	,64935	5,00	7,00		

•Wilcoxon Testi z değeri p<0,05 anlamlılık düzeyi

Tablo 16’da uygulama grubunda yer alan hastaların IBS QOL ölçeği alt boyutlarının ön test – son test sonuçları arasındaki ilişkiler yer almaktadır. Ölçekte yer alan disfori alt boyutunun medyan değerindeki azalma ile birlikte istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olduğu görülmektedir ( z= 4,397) (p<0,001). Yine aynı şekilde aktivite alt

boyutu ( $z=4,018$ ), beden imge alt boyutu ( $z= -3,972$ ), sağlık endişe alt boyutu ( $z= -4,227$ ) ve yiyeceklerden kaçınma alt boyutunda ( $z= -4,327$ ) medyan değerlerinin azaldığı aynı zamanda istatistiksel olarak anlamlı farklılığın ortaya çıktığı görülmüştür ( $p<0,05$ ). Seksualite ( $z=0,000$ ) ve sosyal ilişki ( $z= -0,123$ ) alt boyutlarında ise istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı bulunmuştur.

**Tablo 17. Uygulama Grubunda Yer Alan Hastaların DASÖ Ölçeği Alt Boyutları Ön test – Son Test Sonuçlarının Karşılaştırılması.**

Değişkenler	n	Medyan	SS	Min	Max	z	p
<b>DASÖ</b>							
Depresyon (ön test)	27	14	1,55250	12,00	18,00	-3,263	0,064
Depresyon (son test)	27	13	1,66052	11,00	18,00		
Anksiyete (ön test)	27	18	1,42725	15,00	22,00	-2,299	0,082
Anksiyete (son test)	27	18	1,69464	14,00	22,00		
Stres (ön test)	27	41	1,98068	37,00	45,00	-4,550	p<0,001
Stres (son test)	27	32	2,37568	28,00	39,00		

•Wilcoxon Testi z değeri  $p<0,001$  anlamlılık düzeyi

Tablo 17 ‘de uygulama grubunda yer alan hastaların DASÖ ölçeği alt boyutlarının ön test – son test sonuçları arasındaki ilişkiler yer almaktadır. Depresyon alt boyutunda medyan değerinde azalma olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı bir farkın ortaya çıkmadığı ( $z= -3,263$ ) ( $p>0,05$ ), anksiyete alt boyutunda ise medyan değerlerinde bir değişme olmadığı ve istatistiksel olarak anlamlı bir farkın ortaya çıkmadığı görülmektedir ( $z= -2,299$ ) ( $p>0,05$ ). Stres alt boyutunda ise medyan değerinin azaldığı ve istatistiksel olarak anlamlı bir farkın ortaya çıktığı bulunmuştur ( $z=-4,550$ ) ( $p>0,05$ ).

#### 4.4. KONTROL VE UYGULAMA GRUPLARI ÖN TEST – SON TEST PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

**Tablo 18. Kontrol ve Uygulama Gruplarında Karın Ağrısı, Distansiyon ve Konstipasyon Son Test Düzeylerinin Karşılaştırılması**

Değişkenler	n	Medyan	SS	Min	Max	u	p
<b>Karın ağrısı (Son Test)</b>							
Kontrol	28	6	,78680	5,00	8,00	129,000	0,654
Uygulama	27	5	,82862	4,00	7,00		
<b>Distansiyon (Son Test)</b>							
Kontrol	28	5	,66269	4,00	6,00	215,500	0,003
Uygulama	27	4	,57981	4,00	6,00		
<b>Konstipasyon (Son Test)</b>							
Kontrol	28	8	1,26564	8,00	9,00	368,000	0,861
Uygulama	27	8	1,19591	7,00	9,00		

Mann Whitney U testi U değeri  $p < 0,05$  anlamlılık düzeyi

Tablo 18’de karın ağrısı, distansiyon ve konstipasyon semptomlarının kontrol ve uygulama gruplarındaki son test değerlerinin karşılaştırması yer almaktadır. Karın ağrısı düzeyinin medyan değeri kontrol ve uygulama grubundaki hastalar için azalma gösterirken bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir ( $u=129,000$ ) ( $p > 0,05$ ). Distansiyon semptomuna bakıldığı zaman ise medyan değerindeki azalmanın istatistiksel olarak anlamlı yansıdığı görülmektedir ( $u=215,500$ ) ( $p > 0,05$ ). Konstipasyon semptomunda ise gruplar arası medyan değerinde bir değişiklik olmadı ve istatistiksel olarak anlamlı bir değişikliğin görülmediği bulunmuştur ( $u=368,000$ ) ( $p > 0,05$ ).

**Tablo 19. Kontrol ve Uygulama Grubu IBS QOL ve DASÖ Ölçekleri Son Test Puanlarının Karşılaştırılması**

t: Bağımsız örneklem t testi MW: Mann Whitney U testi p<0,05 anlamlılık düzeyi

Değişkenler	n	Ort	SS	Medyan	Min	Max	P
<b>IBS QOL (ön test)</b>							
Kontrol	28	102,4	3,41	103,5	94	108	0,909 t
Uygulama	27	102,3	5,01	102	89	110	
<b>IBS QOL (son test)</b>							
Kontrol	28	101,6	3,5	98	92	108	p<0,001mw
Uygulama	27	91,3	4,7	91	84	108	
<b>DASÖ (ön test)</b>							
Kontrol	28	72,3	3,07	72	68	79	0,303t
Uygulama	27	73,2	3,09	73	67	82	
<b>DASÖ (son test)</b>							
Kontrol	28	72,3	3,07	72	68	79	p<0,001mw
Uygulama	27	63,8	5,01	64	55	82	

Tablo 19’da kontrol grubu ve uygulama grubunda yer alan hastaların IBS QOL ve DASÖ ölçek ön test ve son test puanların karşılaştırmaları yer almaktadır. IBS QOL ölçeği ön test puanlarının karşılaştırması incelendiği zaman; ortalama değerlerinin birbirine yakın olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı bir farkın bulunmadığı görülmektedir (p=0,909). IBS QOL son test ölçümlerinin karşılaştırmasında ise; kontrol ve uygulama grubu medyan değerlerinin farklı olduğu ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu bulunmuştur (p<0,001). Kontrol ve uygulama gruplarının DASÖ ölçeği ön test sonuçlarının incelemesinde ise istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı bulunurken (p>0,05), son test puanlarının karşılaştırılmasında uygulama grubunun medyan değerinin daha düşük olduğu ve gruplar arası istatistiksel açıdan anlamlı bir farkın bulunduğu görülmektedir (p<0,001).

## BÖLÜM V

### 5. TARTIŞMA

Bu bölümde temel amacı konstipasyon baskın İBS hastalarında refleksolojinin semptom şiddeti ve yaşam kalitesine etkisini incelemek olan çalışmaya dahil edilen hastalardan elde edilen ön test – son test bulguları incelenecektir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların yaşları ve tanı yılları dağılımları incelendiğinde kontrol grubunda yaş ortalamasının 41,1 yıl; uygulama grubunda ise yaş ortalamasının 40,1 yıl olduğu görülmektedir. Tanı aldıkları süreler ise kontrol grubunda 12,4 yıl; uygulama grubunda ise 9,4 yıl olarak bulunmuştur. Kontrol ve uygulama grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ). Gruplarda yer alan hastaların yaş ortalaması ve tanı yılları göz önüne alındığı zaman literatürde yer alan İBS'nin en fazla görüldüğü yaşlar ile benzerlik gösterdiği görülmektedir (28).

Uygulama ve kontrol grubunda yer alan hastaların diğer tanıtıcı özellikleri incelendiğinde; gruplarda yer alan hastaların hepsini kadın hastalar oluşturduğu bulunmuştur ( $p=1.000$ ). Uygulama grubundaki hastaların %11,1'i ilkokul, %14,8'i ortaokul, %55,6'sı lise %18,5'i üniversite mezunu iken kontrol grubundaki bireylerin ise % 17,8'i ilkokul, %10,7'si ortaokul, %57,2'si lise ve %14,3'ü üniversite mezunudur ( $p=0,494$ ). Meslek dağılımları incelendiğinde uygulama grubundaki hastaların %7,4'ü memur, %44,4'ü ev hanımı, %29,7'sinin özel sektörde çalıştığı ve %18,5'inin ise emekli olduğu görülmektedir. Kontrol grubunda ise hastaların %14,3'ünün memur, %64,2'sinin ev hanımı, %14,3'ünün özel sektörde çalıştığı ve %7,2'sinin emekli olduğu görülmektedir. Uygulama ve kontrol grubunda yer alan hastaların hiçbirinin kronik başka bir hastalığı bulunmazken, aynı şekilde hiçbiri hastalıkları için alternatif başka bir yöntem kullanmadığını belirtmiştir ( $p=1,000$ ). Hastalara yöneltilen tüketmekten kaçındığınız besinler sorusuna verilen cevapta ise hastaların çoğunlukla; kahve, baharatlı yiyecekler, kızartma, bulgur, çay, asitli içecekler, süt, peynir, bulgur ve çikolata gibi besin maddelerini tüketmekten kaçındıkları görülmüştür. Hastaların dışkı görünüm tariflerine göre ise; uygulama grubunda yer alan hastaların %37'si dışkılarının Tip 1 (findık görünümünde) şeklinde olduğunu, yine %37'si Tip 2 ( Bitişik parçalı sosis görünümünde) şeklinde olduğunu,

%26'sı ise Tip 3 ( Yüzeyinde çatlaklar bulunan sosis görünümünde ) olduğunu ifade etmişlerdir. Kontrol grubunda yer alan hastalar ise sırası ile dışkı görünümlerini; %25'i dışkılarının Tip 1 (findık görünümünde) şeklinde olduğunu, %53,5'i Tip 2 ( Bitişik parçalı sosis görünümünde) şeklinde olduğunu, %21,5'i ise Tip 3 ( Yüzeyinde çatlaklar bulunan sosis görünümünde ) olduğunu ifade etmişlerdir (p=0,858).

Kontrol grubunda yer alan hastaların karın ağrısı, distansiyon ve konstipasyon düzeylerinin ön test – son test değerlendirme sonuçları incelendiği zaman medyan değerlerindeki azalmalara rağmen istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı görülmektedir (p>0.05). Uygulama grubunda yer alan hastaların karın ağrısı, distansiyon ve konstipasyon düzeylerinin ön test – son test değerlendirme sonuçları incelendiğinde ise; karın ağrısı (z=-3,624) düzeyinin ön test – son test değerlendirmeleri sonucunda medyan değerindeki azalmaya rağmen istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı bulunmuştur (p>0.05). Distansiyon (z=-4,482) düzeyinin ön test – son test değerlendirmeleri sonucunda medyan değerindeki azalma ile birlikte istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğu bulunmuştur (p<0,001). Konstipasyon (z=-3,787) düzeyinin ön test – son test değerlendirmesi sonucunda ise medyan değerindeki azalmaya rağmen istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı bulunmuştur.

Karın ağrısı, distansiyon ve konstipasyon semptomlarının kontrol ve uygulama gruplarındaki son test değerlerinin karşılaştırmasında karın ağrısı düzeyinin medyan değeri kontrol ve uygulama grubundaki hastalar için azalma gösterirken bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur (u=129,000) (p>0,05). Distansiyon semptomuna bakıldığı zaman ise medyan değerindeki azalmanın istatistiksel olarak anlamlı yansıdığı görülmektedir ( u=215,500) (p>0,05). Konstipasyon semptomunda ise gruplar arası medyan değerinde bir değişiklik olmadığı ve istatistiksel olarak anlamlı bir değişikliğin görülmediği bulunmuştur (u=368,000) (p>0,05).

Literatür incelendiği zaman İBS 'de refleksoloji etkinliğinin değerlendirildiği iki çalışma yer almaktadır. Bu çalışmalardan ilki Tovey'in 2002 yılında yapmış olduğu tek kör araştırmadır. Bu çalışmanın sonuçlarına göre refleksoloji grubunda yer alan hastaların abdominal ağrı, konstipasyon/diyare, distansiyon semptom şiddetlerinde azalma olduğu ancak istatistiksel olarak anlamlı bir farkın ortaya çıkmadığı görülmüştür (17). Çalışmamızda ise sadece distansiyon şiddetinde anlamlı bir

azalmanın olduğu bulunmuştur. Bu farkın refleksoloji uygulama seans sayısındaki farklılıktan kaynaklandığı düşünülebilir. Tovey çalışmasında 4 haftada toplam sekiz seans refleksoloji uygularken, çalışmamızda refleksoloji seans sayısı 12'dir (17). İBS ve refleksoloji ile ilgili yapılmış olan bir diğer çalışma ise Calvert'in 2016 yılında yürütmüş olduğu çalışmadır. Bu çalışmanın sonuçlarına göre ise; abdominal ağrı, konstipasyon/diyare ve distansiyon semptom şiddetlerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılığın ortaya çıktığı bulunmuştur (70). Ancak Calvert çalışmasının örnekleme diyare baskın ve konstipasyon baskın İBS'li hastaları dahil etmiştir. Konstipasyon ve diyare semptomlarında refleksoloji uygulamasındaki el hareketlerinin yönü farklılık göstermektedir. Çalışmasında bu farklılığı sağlayıp sağlamadığı konusunda herhangi bir bilgi yer almamaktadır. Benzer şekilde Woodward ve arkadaşlarının 2010 yılında idyopatik konstipasyonu olan kadın hastalarda refleksoloji etkinliğini değerlendirdiği çalışmasının sonuçlarında ise hastaların %83'ünün konstipasyon şiddetlerinde olumlu gelişmenin bulunduğu ifade edilmiştir. Ayrıca çalışmanın sonucunda refleksolojinin idyopatik konstipasyonlu kadınlarda kullanılması önerilmektedir (71).

Kontrol grubu İBS QOL ölçeği toplam puanlarının ön test – son test karşılaştırmaları sonucunda son test medyan değerlerinin daha düşük olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı farkın bulunduğu görülmüştür ( $z = -4,824$ ) ( $p < 0,001$ ). Ölçeğin alt boyutlarına dair analiz sonuçlarında ise; disfori alt boyutunun medyan değerindeki azalma ile birlikte istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olduğu görülmektedir ( $z = 4,559$ ) ( $p < 0,001$ ). Yine aynı şekilde aktivite alt boyutu ( $z = 4,066$ ), beden imge alt boyutu ( $z = -4,168$ ), sağlık endişe alt boyutu ( $z = -4,336$ ) ve yiyeceklerden kaçınma alt boyutunda ( $z = -4,236$ ) medyan değerlerinin azaldığı aynı zamanda istatistiksel olarak anlamlı farklılığın ortaya çıktığı görülmüştür ( $p < 0,001$ ). Seksualite ( $z = -1,414$ ) ve sosyal ilişki ( $z = 0,000$ ) alt boyutlarında ise istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı bulunmuştur. Kontrol grubunda herhangi bir girişim olmadan İBS QOL ölçeği puanındaki azalma kontrol grubunda yer alan hastaların yaşam kalitesindeki artışı göstermektedir. Bu iyileşmenin sebebi olarak hastalara ayrılan sürenin artması, hastalarda yapılacak olan ikinci değerlendirme nedeni ile hastaların diyetlerine daha fazla uyum göstermiş olabileceği düşünülmektedir.

Uygulama grubu İBS QOL ölçeği toplam puanlarının ön test – son test karşılaştırmalarına göre; son test medyan değerlerinin daha düşük olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı farkın bulunduğu görülmüştür ( $z = -4,175$ ) ( $p < 0,001$ ). Alt

boyutlarının analiz sonuçlarında ise ölçekte yer alan disfori alt boyutunun medyan değerindeki azalma ile birlikte istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olduğu görülmektedir ( $z = 4,397$ ) ( $p < 0,001$ ). Yine aynı şekilde aktivite alt boyutu ( $z = 4,018$ ), beden imge alt boyutu ( $z = -3,972$ ), sağlık endişe alt boyutu ( $z = -4,227$ ) ve yiyeceklerden kaçınma alt boyutunda ( $z = -4,327$ ) medyan değerlerinin azaldığı aynı zamanda istatistiksel olarak anlamlı farklılığın ortaya çıktığı görülmüştür ( $p < 0,05$ ). Seksualite ( $z = 0,000$ ) ve sosyal ilişki ( $z = -0,123$ ) alt boyutlarında ise istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı bulunmuştur.

Kontrol grubu ve uygulama grubunda yer alan hastaların IBS QOL ölçek ön test ve son test puanların karşılaştırmalarında ise; IBS QOL ölçeği ön test puanlarının ortalama değerlerinin birbirine yakın olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı bir farkın bulunmadığı görülmektedir ( $p = 0,909$ ). IBS QOL son test ölçümlerinin karşılaştırmasında ise; kontrol ve uygulama grubu medyan değerlerinin farklı olduğu ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu bulunmuştur ( $p < 0,001$ ). Uygulama grubu ve kontrol grubunun ön test ölçek puanlarında herhangi anlamlı bir fark bulunmazken, son test ölçek puanlarının arasında anlamlı bir farkın olmasının refleksolojinin olumlu etkilerinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Woodward ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında da örnekleme dahil edilen hastaların yaşam kaliteleri SF 36 yaşam kalitesi ölçeği ile değerlendirilmiş olup; refleksoloji grubunda yer alan hastaların yaşam kalitelerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu bulunmuştur (71). Benzer şekilde Calvert'in (2016) yürütmüş olduğu çalışmada da refleksoloji grubunda yer alan hastaların yaşam kalitesi ölçek puanlarında anlamlı bir farklılığın olduğu ifade edilmiştir (70). Çalışmamızın sonuçları bu çalışmaların sonucu ile benzerlik göstermektedir.

Kontrol grubunda yer alan hastaların DASÖ ölçek puanlarının ön test –son test incelemesine bakıldığı zaman istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görülmektedir ( $z = -2,064$ ) ( $p = 0,86$ ). Alt boyutlarının incelenmesinde de depresyon, anksiyete ve stres alt boyutlarında medyan değerlerinin azaldığı ancak istatistiksel olarak anlamlı bir farkın ortaya çıkmadığı görülmüştür ( $p > 0,05$ ).

Uygulama grubunda yer alan hastaların DASÖ ölçek puanlarının ön test –son test incelemesine bakıldığı zaman ise medyan değerlerinin daha düşük olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı farkın bulunduğu görülmüştür ( $z = -4,972$ ) ( $p < 0,001$ ). Bu



farkın alt boyutlara yansımaya bakıldığı zaman ise; depresyon alt boyutunda medyan değerinde azalma olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı ( $z = -3,263$ ) ( $p > 0,05$ ), anksiyete alt boyutunda ise medyan değerlerinde bir değişme olmadığı ve istatistiksel olarak anlamlı bir farkın ortaya çıkmadığı görülmektedir ( $z = -2,299$ ) ( $p > 0,05$ ). Stres alt boyutunda ise medyan değerinin azaldığı ve istatistiksel olarak anlamlı bir farkın ortaya çıktığı bulunmuştur ( $z = -4,550$ ) ( $p > 0,05$ ).

Kontrol ve uygulama gruplarının DASÖ ölçeği ön test sonuçlarının incelemesinde ise istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı bulunurken ( $p > 0,05$ ), son test puanlarının karşılaştırılmasında uygulama grubunun medyan değerinin daha düşük olduğu ve gruplar arası istatistiksel açıdan anlamlı bir farkın olduğu bulunmuştur ( $p < 0,001$ ).

Gulewitsch ve arkadaşlarının 2013 yılında üniversite öğrencilerinde stres ve İBS semptomlarını incelemek amacıyla yürütmüş oldukları çalışmalarında; İBS hastalarının yaklaşık %40'ında stres düzeylerinin oldukça yüksek çıktığı ve İBS semptomlarının stresten etkilenebileceği ifade edilmiştir (72). Hughes ve arkadaşlarının (2011) sağlıklı yetişkinlerde refleksolojinin sinir sistemi üzerindeki etkisi üzerine yürütmüş oldukları deneysel bir çalışmanın sonuçlarına göre ise; refleksolojinin stres düzeyini düşürebileceği sonucuna ulaşılsa da araştırmacılar her iki grupta da terapötik etkinin oluşması muhtemel olduğu için net olarak refleksolojinin etkinliği değerlendirilememiştir (73). Tovey (2002) çalışmasında da İBS'li hastaların stres, anksiyete ve depresyon düzeyleri Hastane Anksiyete Depresyon Skalası ile değerlendirilmiş olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı bulunmuştur (17). Woodward ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında ise; katılımcıların hem anksiyete hem de depresyon düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğunu ifade etmişlerdir (71). Literatürde yer alan bilgiler çalışmamızın sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

## BÖLÜM VI

### 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

#### 6.1. SONUÇ

Çalışmanın temel amacı; konstipasyon baskın İBS hastalarında reflüksolojinin semptom şiddeti ve yaşam kalitesine etkisini incelemektir. Bu amaçlar doğrultusunda yapılan araştırmanın sonuçlarına göre:

- Kontrol grubu 30, uygulama grubu 30 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Ancak kontrol grubu 28, uygulama grubu 27 hasta olmak üzere toplam 55 hasta ile çalışma tamamlanmıştır.
- Kontrol grubu ve uygulama grubunda yer alan hastaların yaşları ve tanı yılları dağılımları incelenmiş olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulunmuştur ( $p>0.05$ ).
- Kontrol grubundaki hastaların % 17,8'inin ilkokul, %10,7'sinin ortaokul, %57,2'sinin lise ve %14,3'ünün üniversite mezunu olduğu, hastaların %14,3'ünün memur, %64,2'sinin ev hanımı, %14,3'ünün özel sektörde çalıştığı ve %7,2'sinin emekli olduğu, hastaların çoğunlukla; kahve, baharatlı yiyecekler, kızartma, bulgur, çay, asitli içecekler, süt, peynir, bulgur ve çikolata gibi besin maddelerini tüketmekten kaçındıkları, dışkı görünümünü ise; %25'i dışkılarının Tip 1 (findık görünümünde) şeklinde olduğunu, %53,5'i Tip 2 ( Bitişik parçalı sosis görünümünde) şeklinde olduğunu, %21,5'i ise Tip 3 ( Yüzeyinde çatlaklar bulunan sosis görünümünde ) olduğunu ifade ettikleri bulunmuştur ( $p=0,858$ ).
- Uygulama grubundaki hastaların %11,1'i ilkokul, %14,8'i ortaokul, %55,6'sı lise %18,5'i üniversite mezunu olduğu, %7,4'ünün memur, %44,4'ünün ev hanımı, %29,7'sinin özel sektörde çalıştığı ve %18,5'inin ise emekli olduğu, hastaların çoğunlukla; kahve, baharatlı yiyecekler, kızartma, bulgur, çay, asitli içecekler, süt, peynir, bulgur ve çikolata gibi besin maddelerini tüketmekten kaçındıkları, hastaların %37'si dışkılarının Tip 1 (findık görünümünde) şeklinde olduğunu, yine %37'si Tip 2 ( Bitişik parçalı sosis görünümünde) şeklinde olduğunu, %26'sı ise Tip 3 ( Yüzeyinde çatlaklar bulunan sosis görünümünde ) olduğunu ifade ettiği bulunmuştur.
- Kontrol grubunda yer alan hastaların karın ağrısı, distansiyon ve konstipasyon düzeylerinin ön test – son test değerlendirmeleri

sonucunda medyan değerlerindeki azalmalara rağmen istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı bulunmuştur ( $p>0.05$ ).

- Kontrol grubunda yer alan hastaların IBS QOL ölçeği toplam puanları değerlendirmesinde son test medyan değerlerinin daha düşük olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğu bulunmuştur. ( $z= -4,824$ ) ( $p<0,001$ ).
- Kontrol grubunda yer alan hastaların DASÖ ölçek puanlarının ön test – son test incelemesine bakıldığı zaman istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı bulunmuştur ( $z= -2,064$ ) ( $p=0,86$ ).
- Kontrol grubunda yer alan hastaların IBS QOL ölçeği alt boyutlarının incelenmesinde; disfori alt boyutunun medyan değerindeki azalma ile birlikte istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olduğu ( $z= 4,559$ ) ( $p<0,001$ ) aynı şekilde aktivite alt boyutu ( $z=4,066$ ), beden imge alt boyutu ( $z= -4,168$ ), sağlık endişe alt boyutu ( $z= -4,336$ ) ve yiyeceklerden kaçınma alt boyutunda ( $z= -4,236$ ) medyan değerlerinin azaldığı ve istatistiksel olarak anlamlı farklılığın ortaya çıktığı ( $p<0,001$ ) seksüalite ( $z=-1,414$ ) ve sosyal ilişki ( $z=0,000$ ) alt boyutlarında ise istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı bulunmuştur.
- Kontrol grubunda yer alan hastaların DASÖ ölçeği alt boyutlarının incelenmesinde; depresyon, anksiyete ve stres alt boyutlarında medyan değerlerinin azaldığı ancak istatistiksel olarak anlamlı bir farkın ortaya çıkmadığı görülmüştür ( $p>0,05$ ).
- Uygulama grubunda yer alan hastaların karın ağrısı ( $z=-3,624$ ) düzeyinin ön test – son test değerlendirmeleri sonucunda medyan değerindeki azalmaya rağmen istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı ( $p>0.05$ ), distansiyon ( $z=-4,482$ ) düzeyinin ön test – son test değerlendirmeleri sonucunda medyan değerindeki azalma ile birlikte istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğu ( $p<0,001$ ), konstipasyon ( $z=-3,787$ ) düzeyinin ön test – son test değerlendirmesi sonucunda ise medyan değerindeki azalmaya rağmen istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı bulunmuştur.

- Uygulama grubunda yer alan hastaların IBS QOL ölçeği toplam puanları değerlendirmesinde son test medyan değerlerinin daha düşük olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğu bulunmuştur ( $z = -4,175$ ) ( $p < 0,001$ ).
- Uygulama grubunda yer alan hastaların DASÖ ölçek puanlarının ön test –son test incelemesine bakıldığı zaman ise aynı şekilde medyan değerlerinin daha düşük olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğu bulunmuştur ( $z = -4,972$ ) ( $p < 0,001$ ).
- Uygulama grubunda yer alan hastaların IBS QOL ölçeği alt boyutlarının incelenmesinde; disfori alt boyutunun medyan değerindeki azalma ile birlikte istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olduğu ( $z = 4,397$ ) ( $p < 0,001$ ), aynı şekilde aktivite alt boyutu ( $z = 4,018$ ), beden imge alt boyutu ( $z = -3,972$ ), sağlık endişe alt boyutu ( $z = -4,227$ ) ve yiyeceklerden kaçınma alt boyutunda ( $z = -4,327$ ) medyan değerlerinin azaldığı ve istatistiksel olarak anlamlı farklılığın ortaya çıktığı ( $p < 0,05$ ), seksualite ( $z = 0,000$ ) ve sosyal ilişki ( $z = -0,123$ ) alt boyutlarında ise istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı bulunmuştur.
- Uygulama grubunda yer alan hastaların DASÖ ölçeği alt boyutlarının incelenmesinde; depresyon alt boyutunda medyan değerinde azalma olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı bir farkın ortaya çıkmadığı ( $z = -3,263$ ) ( $p > 0,05$ ), anksiyete alt boyutunda ise medyan değerlerinde bir değişme olmadığı ve istatistiksel olarak anlamlı bir farkın ortaya çıkmadığı ( $z = -2,299$ ) ( $p > 0,05$ ), stres alt boyutunda ise medyan değerinin azaldığı ve istatistiksel olarak anlamlı bir farkın ortaya çıktığı bulunmuştur ( $z = -4,550$ ) ( $p > 0,05$ ).
- Karın ağrısı, distansiyon ve konstipasyon semptomlarının kontrol ve uygulama gruplarındaki son test değerlerinin karşılaştırılmasında ; karın ağrısı düzeyinin medyan değeri kontrol ve uygulama grubundaki hastalar için azalma gösterirken bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ( $u = 129,000$ ) ( $p > 0,05$ ), distansiyon semptomuna bakıldığı zaman ise medyan değerindeki azalmanın istatistiksel olarak anlamlı yansıdığı ( $u = 215,500$ ) ( $p > 0,05$ ), konstipasyon semptomunda ise

gruplar arası medyan değerinde bir değişiklik olmadığı ve istatistiksel olarak anlamlı bir değişikliğin olmadığı bulunmuştur ( $u=368,000$ ) ( $p>0,05$ ).

- Kontrol grubu ve uygulama grubunda yer alan hastaların IBS QOL ölçeği ön test puanlarının karşılaştırması incelendiği zaman; ortalama değerlerinin birbirine yakın olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı bir farkın bulunmadığı görülmektedir ( $p=0,909$ ). IBS QOL son test ölçümlerinin karşılaştırmasında ise; kontrol ve uygulama grubu medyan değerlerinin farklı olduğu ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu bulunmuştur ( $p<0,001$ ).
- Kontrol ve uygulama gruplarının DASÖ ölçeği ön test sonuçlarının incelemesinde ise istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı ( $p>0,05$ ), son test puanlarının karşılaştırılmasında ise uygulama grubunun medyan değerinin daha düşük olduğu ve gruplar arası istatistiksel açıdan anlamlı bir farkın olduğu bulunmuştur ( $p<0,001$ ).

## 6.2.Öneriler

Çalışma, konstipasyon baskın İBS hastalarında refleksolojinin semptom şiddeti ve yaşam kalitesine etkisini incelemek amacıyla yürütülmüştür. Çalışmadan elde edilen sonuçlar ve bulgular doğrultusunda, ayak refleksoloji uygulamasının hastanın yaşam kalitesi, distansiyon ve stres üzerinde olumlu etkisinin olduğu saptanmıştır.

Araştırmadan elde edilen bu sonuçlara göre, şu önerilerde bulunmaktadır;

1. Refleksoloji'nin hemşirelik bakımına dâhil edilmesi,
2. Gastroenteroloji kliniğinde çalışan hemşirelerin bu alanda özel yetiştirilmiş olması, düzenli kurs ve hizmet içi eğitimlerin verilmesi,
3. Refleksolojinin lisans ve lisansüstü eğitim programlarına dâhil edilmesi,
4. Ülkemizde daha geniş örneklem grupları ile plasebo kontrollü çalışmaların yapılması, refleksoloji uygulama süresinin uzatılması,
5. Farklı invaziv tanı ve tedavi yöntemleri uygulanacak hastalarla tekrarlanması,
6. Farklı manipülatif yöntemlerle etkinliğinin değerlendirilmesi önerilmektedir.



## **KAYNAKLAR**

1. Ünal H. Ü. İrritabl Barsak Sendromu Güncel Gastroenteroloji 2012; 16/3

2. Özden A, Köksal AS, Oğuz D, ve ark. Türkiye’de birinci basamak sağlık kurumlarında İrritabl Barsak Sendromu görülme sıklığı. Akademik Gastroenteroloji; 2006 5:4-15.
3. Drossman DA, Camileri M, Mayer EA, Whitehead WE. technical review on irritable bowel syndrome. Gastroenteology 2002;123:2108-2131.
4. Chang FY, Lu CL, Chen TS. The current prevalence of irritable bowel syndrome in Asia. J Neurogastroenterol Motil 2010;16: 389-400.
5. Okami Y, Kato T, Nin G, Harada K, Aoi W, Wada S, et al. Lifestyle and psychological factors related to irritable bowel syndrome in nursing and medical school students. J Gastroenterol 2011;46:1403-1410.
6. Okeke EN, Agaba EI, Gwamzhi L, Achinge GI, Angbazo D, Malu AO. Prevalance of irritable bowelsyndrome in a Nigerian student population. Afr J Med Sci 2005;34:33-36.
7. Karabayraktar T. ve ark. Obezite ve İrritabl Bağırsak Sendromu J Kartal TR 2014;25(2):127-132 doi: 10.5505/jkartaltr.2014.59320
8. Olden KW. Diagnosis of irritable bowel syndrome. Gastroenterology 2002;122(6):1701- 14.
9. Çinkıt Doğan B., Karabayraktar T., Dabak M.R. İrritabl Barsak Sendromu ve Yaşam Kalitesi Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics 2014;5(3):80-2
10. Hoveyda N, Heneghan C, Mahtani KR, et al. A systematic review and meta-analysis: Probiotics in the treatment of irritable bowel syndrome. BMC Gastroenterol 2009; 9:15.
11. Çelik A., F. Pamuk, Ö. N. İrritabl Barsak Sendromu. Aktüel Gastroenteroloji ve Hepatoloji; İstanbul; Bilimsel Medical Yayıncılık 2001; 228-241.
12. Chang F.Y., Lu C.L. Treatment of Irritable Bowel Syndrome Using Complementary and Alternative Medicine J Chin Med. Assoc 2009 Vol 72 No 6
13. Hao Y.A., Richard S. Complementary and alternative medicine for treatment of irritable bowel syndrome Canadian Family Physician 2009 Vol 55:February
14. Ernst E. Is reflexology an effective intervention? A systematic review of randomised controlled trials MJA 2009; 191: 263–266
15. Molavi Vardanjani M, Masoudi Alavi N, Sadat Razavi N, Aghajani M, Azizi-Fini E, Morteza Vaghefi S. A Randomized-Controlled trial examining the

- effects of reflexology on anxiety of patients undergoing coronary angiography. *Nursing and Midwifery Studies* 2013; 2(1): 3-9.
16. Dalal K, Maran VB, Pandey RM, Tripathi M. Determination of Efficacy of Reflexology in Managing Patients with Diabetic Neuropathy: A Randomized Controlled Clinical Trial. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine* 2014;1-11
  17. Tovey P. A single-blind trial of reflexology for irritable bowel syndrome *British Journal of General Practice* 2002; January
  18. Saatçi E. İrritabl Barsak Sendromu Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics 2015;6(4):56-61
  19. Adib-Hajbaghery M, Abasi A, Rajabi-Beheshtabad R. Whole body massage for reducing anxiety and stabilizing vital signs of patients in cardiac care unit. *Med J Islam Repub Iran* 2014;28-47.
  20. Wang M-Y, Tsai P-S, Lee P-H, Chang W-Y, Yang C-M. The efficacy of reflexology: systematic review. *Journal of Advanced Nursing* 2008;62(5):512–520.
  21. Mc Cullough EM, Liddle SD, Sinclair M, Close C, and Hughes CM. The Physiological and Biochemical Outcomes Associated with a Reflexology Treatment: A Systematic Review J. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine* 2014, Article ID 502123, 16 pages.
  22. Thayer P. *Reflexology; the ultimate guide to reflexology to relieve tension, treat illness, and reduce pain.* LC Publifish LLC, 2014.
  23. Tanrıöver Ö., Akan H., Yaşam Kalitesi'nin Ölçülmesinin Tarihçesi Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics 2014;5(3):6-8
  24. Irvine EJ, Ferrazzi S, Pare P, et al. Health-related quality of life in functional GI disorders: focus on constipation and resource utilization. *Am J Gastroenterol* 2002;97:1986–1993.
  25. Longstreth GF, Wilson A, Knight K, et al. Irritable bowel syndrome, health care use and costs: a U.S. managed care perspective. *Am J Gastroenterol* 2003;98:600–607.
  26. Camilleri M, Ford MJ. Colonic sensorimotor physiology in health, and its alteration in constipation and diarrhoeal disorders. *Aliment Pharmacol Ther* 1998;12(4):287-302.
  27. İliaz R. “İrritabl Barsak Sendromu Patogenezinde İnflamasyon Rol Alır Mı?” *Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi* 2012; İstanbul; İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı.



28. Lovell RM, Ford AC. Effect of gender on prevalence of irritable bowel syndrome in the community: systematic review and meta-analysis. *The American journal of gastroenterology* 2012;107:991-1000.
29. Karaman, N., Türkay, C., Yöner, Ö. Irritable Bowel Syndrome Prevalence in City Center of Sivas. *Turk J Gastroenterol*; 2003 14 (2): 128 – 131.
30. Sandler RS, Everhart JE, Donowitz M, et al. The burden of selected digestive diseases in the United States 2002 *Gastroenterology*;122:1500-11.
31. Vanner, S.J., Depew, W.T., et al Predictive Value of The Rome Criteria for Diagnosing The Irritable Bowel Syndrome. *The American Journal of Gastroenterology*, 1999; 94 (10); 2912 – 2917.
32. Kasap E. Fonksiyonel barsak hastalığı prevalansı. *Güncel Gastroenteroloji* 2006;10:165-8.
33. Özden A. editör. İrritabl Barsak Sendromu. 1. Basım, Ankara, TGV Yayınları, 2006;1-5.
34. Can G, Yılmaz B. İrritabl Barsak Sendromunun Tanı ve Tedavisinde Yaklaşımlar güncel gastroenteroloji 2015; 19/3 ss:171-180
35. Tanaka Y, Kanazawa M, Fukudo S, Drossman DA. Biopsychosocial model of irritable bowel syndrome. *J Neurogastroenterol Motil* 2011;17:131-9
36. Hotoleanu C, Popp R, Trifa A.P, Nedelcu L, Dumitrascu D. Genetic determination of irritable bowel syndrome *World J Gastroenterol* November 21 2008; 14(43): 6636-6640
37. Henström M, D'Amato M, Institutet K, Stockholm Solna M, Institute B.H.R. and Foundation *Molecular and cellular pediatrics, Molecular and Cellular Pediatrics Springer Berlin Heidelberg* 2016.
38. Canavan C, West J, Card T. *The epidemiology of irritable bowel syndrome. Dove Medical Press* 2014;Vol. 6.
39. El-Salhy M. *Irritable bowel syndrome: Diagnosis and pathogenesis. Baishideng Publishing Group Co* 2012; Vol. 18 No. 37.
40. Tan N, Yıldırım E, Guldal D. Aile Hekimliği Pratiğinde Sık Görülen Bir Hastalık: İrritabl Bağırsak Sendromu. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care* 2014;8(3):75-85. DOI: 10.5455/tjfmpe.41415
41. Sezer E, Saka M. İrritabl Bağırsak Sendromunun Tedavisinde Prebiyotik ve Probiyotik Kullanımı *Güncel Gastroenteroloji* 2014; 18/2 174

42. İlkay Ş, Yılmaz Ç. İrritabl barsak sendromu, gözden geçirilmiş 2.baskı. İstanbul Medikal Yayıncılık 2011.
43. Quigley EM. Current concepts of the irritable bowel syndrome. Scand J Gastroenterol 2003; 237:1-8.
44. Öbekli T. İrritabl Bağırsak Sendromlu Hastalarda İmpedans Katateri İle Gastroözofageal Reflünün Değerlendirilmesi Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi; İstanbul 2014; İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı; ss: 6
45. Spiller RC, Thompson WG. Bowel disorders. Am J Gastroenterol 2010;105:775-85.
46. Bensoussan A, Talley NJ, Hjing M, et al. Treatment of irritable bowel syndrome with Chinese herbal medicine: a randomized, controlled trial. JAMA 1998; 280: 1585-1589.
47. Sung JJ, Leung WK, Ching JY, et al. Agreements among traditional Chinese medicine practitioners in the diagnosis and treatment of irritable bowel syndrome. Aliment Pharmacol Ther 2004; 20: 1205-10.
48. Turan N, Öztürk A, Kaya N. Hemşirelikte yeni bir sorumluluk alanı: tamamlayıcı terapi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2010; 3: 93-98.
49. Özçelik H, Fadiloğlu Ç. Kanser hastalarının tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanım nedenleri. Türk Onkoloji Dergisi, 2009; 24: 48-52.
50. Cole A, Shanley E. Complementary therapies as a means of developing the scope of professional nursing practice. Journal of Advanced Nursing, 2002, 27: 1171-1176.
51. Khorshid L, Yapucu Ü. Tamamlayıcı Tedavilerde Hemşirenin Rolü. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2010, 8: 124-130.
52. Jameison A.E, Fletcher P.C, Schneider M.A. Seeking Control Through The Determination of Diet: A Qualitative Investigation of Women With Irritable Bowel Syndrome and Inflammatory Bowel Disease. Clinical Nurse Specialist 2007 ;May - Jun; 21 (3) 152 – 160
53. Özçelik H. İrritabl Barsak Sendromu Sıklığı ve Laktoz İntoleransı ile İlişkisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi; Afyon; Afyon Kocatepe Üniv. Sağlık Bil. Enst. İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı 2004; ss: 5 – 29.

54. Mollaoğlu M. Kronik Hastalıklarda Yaşam Kalitesi ve Hemşirelik. 2. Sağlıkta Yaşam Kalitesi, 05 – 07 Nisan 2007; Ege Üniversitesi Atatürk Kültür Merkezi (Uluslararası katılımlı); Kongre Özet Kitabı; ss: 9 – 11
55. Arslan S. İnflamatuvar Barsak Hastalıklarında Yaşam Kalitesi Nasıl Değerlendirilmelidir? Aktüel Gastroenteroloji ve Hepatoloji; İstanbul; Bilimsel Medical Yayıncılık; 2004; 281 – 285.
56. Uran BNO, Karadakovan A, Vardar R, Bor S. Psychometric Properties of the Irritable Bowel Syndrome Quality of Life Scale in Turkey. J Hepatol Gastroint Dis 2016; 2: 137.
57. El-Serag HB, Olden K, Bjorkaman D. Healthrelated quality of life among persons with irritable bowel syndrome: a systematic review. Aliment Pharmacol Ther 2002;16(6):1171-85
58. Tabur H, Başaran E. Refleksoloji'ye Giriş. 2. Baskı. İzmir, Ezgi Matbaacılık, 2008.
59. Rick S. The Reflexology Workout Harmony Books 1986.
60. Norman L. Feet First A Guide To Foot Reflexology Rockefeller Center New York 1988.
61. Kunz BK. Complete Reflexology For Life 2009 DK Publishing, 375 Hudson Street New York. ISBN 978-0-7566-5580-8
62. Dişçi R. Temel ve Klinik Biyoistatistik 2. Baskı İstanbul Tıp Kitabevi 2011
63. Erdoğan S. Nahcivan N. Esin N. Hemşirelikte Araştırma Süreç, Uygulama ve Kritik İstanbul Nobel Tıp Kitabevleri 2014.
64. Wat Po Thai Traditional Massage School Foot Massage Course Book ISBN 974-7060-36-1 2000.
65. Eti-Aslan F. Ağrı değerlendirme yöntemleri. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2002;6(1):9-16
66. Akbay A. Visual Analog Skala (VAS) Değerlendirmesi. Türk Nöroşirürji Derneği-Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi Grubu. Available from: [www.spinetr.com/...s/files/skor/VizuelAnalogSkala.pdf](http://www.spinetr.com/...s/files/skor/VizuelAnalogSkala.pdf). Erişimtarihi:25.02.2017).
67. Güzeldemir ME. Ağrı değerlendirme yöntemleri. Sendrom, 1995;11-21.
68. Akın A, Çetin B. Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASÖ): Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri, 2007;7(1), 241-268.

69. Aydemir Ö, Köroğlu E. Editörler. Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler. Hekimler Yayın Birliği; Ankara; 2014.
70. Calvert S. Using Reflexology to treat Irritable Bowel Syndrome. Diss. Cardiff Metropolitan University, 2016.
71. Woodward S, Norton C, Barriball LK. A pilot study of the effectiveness of reflexology in treating idiopathic constipation in women, *Complementary Therapies in Clinical Practice*, Elsevier, 2010; Vol. 16 No. 1, pp. 41–46.
72. Gulewitsch MD, Enck P, Schwille-Kiuntke J, Weimer K, Schlarb AA. “Mental strain and chronic stress among university students with symptoms of irritable bowel syndrome”, *Hindawi Publishing*, 2013; Vol. 2013
73. Hughes C, Krirsnakriengkrai S, Kumar S, Mc Donough S. The effect of reflexology on the autonomic nervous system in healthy adults: A feasibility study”, *Alternative therapies in health and medicine* 2011; Vol. 17 No. 3, pp. 32–7.

## EK I HASTA TANITIM FORMU

Adınız Soyadınız :

Tarih : ..... / ..... /

2016

Telefon Numaranız : \* EV: (0 ) .....

\* İŞ: (0 ) ..... \* CEP: (0 ) .....

Adresiniz :

1-) Yaşınız : .....

2-) Cinsiyetiniz : ( ) K ( ) E

3-) En son bitirdiğiniz okul hangisidir?

( ) Okuryazar ( ) İlkokul mezunu ( ) Ortaokul mezunu

( ) Lise mezunu ( ) Üniversite mezunu

4-) Ne iş yapıyorsunuz? **(Emekli iseniz emekli olduğunuz işi de yazınız.)**

( ) Esnaf ( ) Tüccar ( ) Memur ( ) İşçi ( )

Öğrenci

( ) Ev Hanımı ( ) Özel sektör ( ) Diğer .....

**(belirtiniz)**

( ) Emekli **(emekli olduğunuz işi belirtiniz)** ..... ( )

Çalışmıyor

5-) İrritable Barsak Sendromu (İBS) tanısını ne zaman kondu.

.....

6-) İBS dışında herhangi bir hastalığınız var mı?

( ) EVET .....

( ) HAYIR

7-) Son 1 yıl içerisinde düzenli olarak kullandığınız tüm ilaçları belirtiniz. **(Hormon ilaçları, ağrı kesiciler, bağırsak düzenleyici, müshil gibi ilaçlar da dahil olmak üzere HEPSİNİ belirtiniz.)**

.....

8-) Hastalığınızın tedavisi için ilaç dışında başka bir yöntem kullanıyor musunuz? Evet ise belirtiniz.

( ) EVET .....

( ) HAYIR

9-) İrritabl Bağırsak Sendromu (İBS) rahatsızlığınız nedeni ile tüketmekten kaçındığınız başlıca yiyecek/içecekleri belirtiniz.

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

10-) Tuvaletinizi yaptığınızda dışkınızın en sık hangi şekilde görüldüğünü işaretleyiniz.  
(Sizin için en uygun şıkkı seçiniz)

BRİSTOL DIŞKI GÖRÜNÜŞ SKALASI		
<input type="checkbox"/> TİP 1		Fındık gibi küçük parçalar halinde
<input type="checkbox"/> TİP 2		Bitişik parçalı, sosis görünümünde
<input type="checkbox"/> TİP 3		Yüzeyinde çatlaklar bulunan sosis gibi
<input type="checkbox"/> TİP 4		Düzgün, yumuşak, yılan gibi
<input type="checkbox"/> TİP 5		Yumuşak küçük parçalar halinde
<input type="checkbox"/> TİP 6		Tüy gibi, parça parça, ezme gibi bir dışkı
<input type="checkbox"/> TİP 7		İçinde katı parçacıklar olmayan sulu dışkı

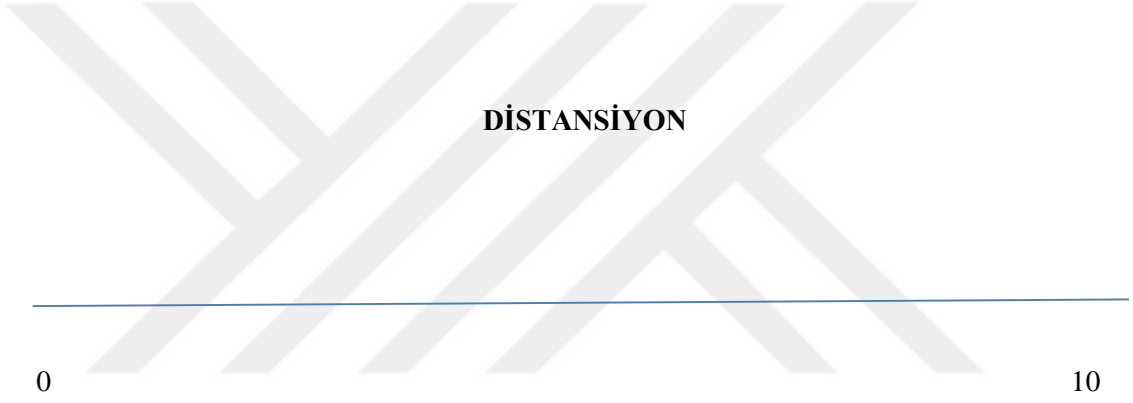


## EK II GÖRSEL ANALOG ÖLÇEK

### KARIN AĞRISI

0

10



### KONSTİPASYON

0

10



## EK III İBS YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ (İBSQOL)

### KENDİNİZİ NASIL HİSSEDİYORSUNUZ?

**Önceki ay (son 30 gün)** içerisindeki yaşantınızı düşünün ve aşağıdaki ifadeleri inceleyin. Her ifade için beş değişik cevap bulunmaktadır. Her ifade için lütfen, hislerinizi en iyi anlattığını düşündüğünüz seçeneğin başındaki rakamı işaretleyiniz.

1. Barsak sorunlarım nedeniyle kendimi çaresiz hissediyorum. *(Lütfen yalnızca bir seçeneği işaretleyiniz)*  
1 Hiç      2 Biraz      3 Orta      4 Fazla      5 Çok Fazla
2. Barsak sorunlarım nedeniyle kötü kokulu gaz çıkartmaktan / yellenmekten utanıyorum. *(Lütfen yalnızca bir seçeneği işaretleyiniz)*  
1 Hiç      2 Biraz      3 Orta      4 Fazla      5 Çok Fazla
3. Tuvalette uzun süre oturduğum için sıkıntı duyuyorum. *(Lütfen yalnızca bir seçeneği işaretleyiniz)*  
1 Hiç      2 Biraz      3 Orta      4 Fazla      5 Çok Fazla
4. Barsak sorunlarım nedeniyle, başka hastalıklara da kolayca yakalanabileceğimi hissediyorum. *(Lütfen yalnızca bir seçeneği işaretleyiniz)*  
1 Hiç      2 Biraz      3 Orta      4 Fazla      5 Çok Fazla
5. Barsak sorunlarım nedeniyle kendimi şişman hissediyorum. *(Lütfen yalnızca bir seçeneği işaretleyiniz)*  
1 Hiç      2 Biraz      3 Orta      4 Fazla      5 Çok Fazla
6. Barsak sorunlarım nedeniyle hayatımın kontrolünü kaybetmiş gibi hissediyorum. *(Lütfen yalnızca bir seçeneği işaretleyiniz)*  
1 Hiç      2 Biraz      3 Orta      4 Fazla      5 Çok Fazla
7. Barsak sorunlarım nedeniyle hayattan daha az keyif aldığımı hissediyorum. *(Lütfen yalnızca bir seçeneği işaretleyiniz)*  
1 Hiç      2 Biraz      3 Orta      4 Fazla      5 Çok Fazla
8. Barsak sorunlarımdan bahsetmekten rahatsızlık hissediyorum. *(Lütfen yalnızca bir seçeneği işaretleyiniz)*  
1 Hiç      2 Biraz      3 Orta      4 Fazla      5 Çok Fazla
9. Barsak sorunlarım nedeniyle kendimi keyifsiz / depresyonda hissediyorum. *(Lütfen yalnızca bir seçeneği işaretleyiniz)*  
1 Hiç      2 Biraz      3 Orta      4 Fazla      5 Çok Fazla
10. Barsak sorunlarım nedeniyle diğer insanların beni dışladığını hissediyorum. *(Lütfen yalnızca bir seçeneği işaretleyiniz)*  
1 Hiç      2 Biraz      3 Orta      4 Fazla      5 Çok Fazla
11. Barsak sorunlarım nedeniyle, az miktarda yemek zorundayım. *(Lütfen yalnızca bir seçeneği işaretleyiniz)*  
1 Hiç      2 Biraz      3 Orta      4 Fazla      5 Çok Fazla
12. Barsak sorunlarım nedeniyle, cinsel / seks hayatımda zorlanıyorum. *(Lütfen yalnızca bir seçeneği işaretleyiniz)* **(Bu ifade sizin için geçerli değilse, lütfen "1 NO.LU" seçeneği işaretleyiniz)**  
1 Hiç      2 Biraz      3 Orta      4 Fazla      5 Çok Fazla
13. Barsak sorunlarım nedeniyle kendimi kızgın / öfkeli hissediyorum. *(Lütfen yalnızca bir seçeneği işaretleyiniz)*

- 1 Hiç 2 Biraz 3 Orta 4 Fazla 5 Çok Fazla
14. Barsak sorunlarım nedeniyle, başkalarını rahatsız ettiğimi hissediyorum. *(Lütfen yalnızca bir seçeneği işaretleyiniz)*
- 1 Hiç 2 Biraz 3 Orta 4 Fazla 5 Çok Fazla
15. Barsak sorunlarımın daha fazla kötüleşeceğinden endişe ediyorum. *(Lütfen yalnızca bir seçeneği işaretleyiniz)*
- 1 Hiç 2 Biraz 3 Orta 4 Fazla 5 Çok Fazla
16. Barsak sorunlarım nedeniyle kendimi huzursuz hissediyorum. *(Lütfen yalnızca bir seçeneği işaretleyiniz)*
- 1 Hiç 2 Biraz 3 Orta 4 Fazla 5 Çok Fazla
17. Başkalarının, barsak sorunlarımı abarttığımı düşünmelerinden kaygılanıyorum. *(Lütfen yalnızca bir seçeneği işaretleyiniz)*
- 1 Hiç 2 Biraz 3 Orta 4 Fazla 5 Çok Fazla
18. Barsak sorunlarım nedeniyle, günlük işlerimi daha az yaptığımı hissediyorum. *(Lütfen yalnızca bir seçeneği işaretleyiniz)*
- 1 Hiç 2 Biraz 3 Orta 4 Fazla 5 Çok Fazla
19. Barsak sorunlarım nedeniyle, stresli durumlardan kaçınmak durumundayım. *(Lütfen yalnızca bir seçeneği işaretleyiniz)*
- 1 Hiç 2 Biraz 3 Orta 4 Fazla 5 Çok Fazla
20. Barsak sorunlarım cinsel isteğimi azaltıyor. *(Lütfen yalnızca bir seçeneği işaretleyiniz)* **(Bu ifade sizin için geçerli değilse, lütfen "1 NO'LU" seçeneği işaretleyiniz)**
- 1 Hiç 2 Biraz 3 Orta 4 Fazla 5 Çok Fazla
21. Barsak sorunlarım giysi / elbise seçimimi kısıtlıyor. *(Lütfen yalnızca bir seçeneği işaretleyiniz)*
- 1 Hiç 2 Biraz 3 Orta 4 Fazla 5 Çok Fazla
22. Barsak sorunlarım nedeniyle ağır, yorucu işlerden kaçınmak zorundayım. *(Lütfen yalnızca bir seçeneği işaretleyiniz)*
- 1 Hiç 2 Biraz 3 Orta 4 Fazla 5 Çok Fazla
23. Barsak sorunlarım nedeniyle, yiyeceklerimi dikkatli seçmek zorundayım. *(Lütfen yalnızca bir seçeneği işaretleyiniz)*
- 1 Hiç 2 Biraz 3 Orta 4 Fazla 5 Çok Fazla
24. Barsak sorunlarım nedeniyle, tanımadığım insanlarla bir arada bulunmaktan zorlanıyorum. *(Lütfen yalnızca bir seçeneği işaretleyiniz)*
- 1 Hiç 2 Biraz 3 Orta 4 Fazla 5 Çok Fazla
25. Barsak sorunlarım nedeniyle, tembellik / miskinlik hissediyorum. *(Lütfen yalnızca bir seçeneği işaretleyiniz)*
- 1 Hiç 2 Biraz 3 Orta 4 Fazla 5 Çok Fazla
26. Barsak sorunlarım nedeniyle, kendimi kirli hissediyorum. *(Lütfen yalnızca bir seçeneği işaretleyiniz)*
- 1 Hiç 2 Biraz 3 Orta 4 Fazla 5 Çok Fazla
27. Barsak sorunlarım nedeniyle, uzun yolculuklara çıkamıyorum. *(Lütfen yalnızca bir seçeneği işaretleyiniz)*
- 1 Hiç 2 Biraz 3 Orta 4 Fazla 5 Çok Fazla
28. Barsak sorunlarım nedeniyle, istediğim zamanda yemek yiyememek canımı sıkıyor. *(Lütfen yalnızca bir seçeneği işaretleyiniz)*
- 1 Hiç 2 Biraz 3 Orta 4 Fazla 5 Çok Fazla

29. Barsak hastalığım nedeniyle, daima tuvalete yakın olmam gerekiyor. (*Lütfen yalnızca bir seçeneği işaretleyiniz*)  
1 Hiç      2 Biraz      3 Orta      4 Fazla      5 Çok Fazla
30. Hayatım, barsak sorunlarımın çevresinde dönüyor. (*Lütfen yalnızca bir seçeneği işaretleyiniz*)  
1 Hiç      2 Biraz      3 Orta      4 Fazla      5 Çok Fazla
31. Barsaklarımın kontrolünü kaybedip, dışkıyı tutamayacağımdan endişe duyuyorum. (*Lütfen yalnızca bir seçeneği işaretleyiniz*)  
1 Hiç      2 Biraz      3 Orta      4 Fazla      5 Çok Fazla
32. Dışkılayamamaktan korkuyorum. (*Lütfen yalnızca bir seçeneği işaretleyiniz*)  
1 Hiç      2 Biraz      3 Orta      4 Fazla      5 Çok Fazla
33. Barsak sorunlarım, yakınlarımla olan ilişkilerimi etkiliyor. (*Lütfen yalnızca bir seçeneği işaretleyiniz*)  
1 Hiç      2 Biraz      3 Orta      4 Fazla      5 Çok Fazla
34. Hiç kimsenin, barsak sorunlarımı anlamadığını hissediyorum. (*Lütfen yalnızca bir seçeneği işaretleyiniz*)  
1 Hiç      2 Biraz      3 Orta      4 Fazla      5 Çok Fazla

## EK IV DEPRESYON ANKSİYETE STRES ÖLÇEĞİ DASO ÖLÇEĞİ

1	Oldukça önemsiz şeylerden dolayı gerginleşiyorum	1	2	3	4	5
2	Dudaklanmın kuruduğunu hissediyorum	1	2	3	4	5
3	Ölümü herhangi bir şey düşünmüyorum	1	2	3	4	5
4	Nefes alıp vermede güçlük yaşıyorum (örneğin; çok hızlı nefes alma veya nefes alamama)	1	2	3	4	5
5	Bulduğum ortama uyum sağlayamıyorum	1	2	3	4	5
6	Olaylara gereğinden fazla tepki gösteriyorum	1	2	3	4	5
7	Kendimi bitkin hissediyorum (örneğin; bacaklarım tutmuyor)	1	2	3	4	5
8	Rahatlamakta güçlük yaşıyorum	1	2	3	4	5
9	Beni sıkıntıya sokan öyle zamanlar oluyor ki, onlar bitince kendimi rahat hissediyorum	1	2	3	4	5
10	Beklediğim veya umduğum hiçbir şey olmadığını hissediyorum	1	2	3	4	5
11	Aniden keyfimin kaçtığını hissediyorum	1	2	3	4	5
12	Çevremdeki olaylar gerginleşmeme neden oluyor	1	2	3	4	5
13	Kendimi üzgün ve karamsar hissediyorum	1	2	3	4	5
14	Herhangi bir nedenden dolayı geciktiğimde sabırsızlanıyorum (örneğin; asansör veya trafik ışığı)	1	2	3	4	5
15	Kendimi yorgun ve zayıf hissediyorum	1	2	3	4	5
16	Her şeye olan ilgimin kaybolduğunu hissediyorum	1	2	3	4	5
17	Bir insan olarak değerli olmadığımı hissediyorum	1	2	3	4	5
18	Oldukça hassas ve alıngan olduğumu hissediyorum	1	2	3	4	5
19	Herhangi bir fiziksel çaba harcamama veya fazla sıcak olmamasına rağmen yoğun biçimde terlediğimi hissediyorum (örneğin; ellerin terlemesi)	1	2	3	4	5
20	Herhangi bir neden olmamasına rağmen korktuğumu hissediyorum	1	2	3	4	5
21	Hayatın yaşamaya değer olmadığını hissediyorum	1	2	3	4	5
22	Gevşemekte zorlanıyorum	1	2	3	4	5
23	Yutkunmakta sıkıntı yaşıyorum	1	2	3	4	5
24	Yaptığım şeylerin dışında hiçbir şeyden zevk alamıyorum	1	2	3	4	5
25	Herhangi bir fiziksel çaba harcamadığım halde kalbimin çarpıntısını hissedebiliyorum (örneğin; kalp çarpıntısının artması veya azalması)	1	2	3	4	5
26	Kendimi keyifsiz ve kederli hissediyorum	1	2	3	4	5
27	Çabuk sinirlendiğimi düşünüyorum	1	2	3	4	5
28	Hemen paniğe kapıldığımı düşünüyorum	1	2	3	4	5
29	Beni gerginleştiren herhangi bir şeyden sonra sakinleşmekte güçlük yaşıyorum	1	2	3	4	5
30	Basit fakat alışılmadık bir şeyden dolayı "mahvolacağım" diye kaygılanıyorum	1	2	3	4	5
31	Herhangi bir şey için istekli ve ilgili olamıyorum	1	2	3	4	5
32	Yaptığım işin bölünmesine tahammül etmekte sıkıntı yaşıyorum.	1	2	3	4	5
33	Gergin bir durumdayım	1	2	3	4	5
34	Oldukça değersiz olduğumu hissediyorum	1	2	3	4	5
35	Yaptığım işe engel olan hiçbir şeye tolerans gösteremiyorum	1	2	3	4	5
36	Çok korktuğumu hissediyorum	1	2	3	4	5
37	Gelecekte hiçbir beklentim yok	1	2	3	4	5
38	Yaşamın anlamsız olduğumu hissediyorum	1	2	3	4	5
39	Kendimi tedirgin ve heyecanlı hissediyorum	1	2	3	4	5
40	Gülünç duruma düşme ve paniğe kapılma riski olan durumlardan dolayı endişeleniyorum	1	2	3	4	5
41	Titrediğimi hissediyorum (örneğin; ellerde)	1	2	3	4	5
42	Yapacağım şeylere başlamakta güçlük yaşıyorum	1	2	3	4	5

## EK V ETİK KURUL İZİN BELGESİ



T.C.  
EGE ÜNİVERSİTESİ  
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞI

SAYI : 2016- 277  
KONU :Araştırma Kararı

Bornova /İZMİR  
17.10.2016

### E.Ü. HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

Fakültemiz İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof.Dr. Ayfer KARADAKOVAN, Araş.Gör. Mahmut ATEŞ sorumluluğunda, Kasım 2016 – Ağustos 2017 tarihinde yapılması planlanan “**Kontstipasyon Baskın İrritabl Barsak Sendromlu Hastalarda Refleksolojinin Semptom Şiddeti Ve Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi**” konulu araştırması 17.10.2016 tarihinde Bilimsel Etik Kurulu tarafından incelenmiş ve “**Araştırmanın Yürütülmesi Uygun**” bulunmuştur.

*Hatice*  
Doç.Dr.Hatice BAL YILMAZ  
Bilimsel Etik Kurulu Başkanı

## EK VI KURUM İZİN BELGESİ

İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ - İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ  
HASTANESİ  
011 32016 1211 - 47104536 - 799 - E 24194  
000001077

**T.C.**  
**SAĞLIK BAKANLIĞI**  
**TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU**  
**İzmir İli Güney Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği**  
**Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi**

**Sayı** : 47104536-799  
**Konu** : Mahmut ATEŞ'in Tezi

**EGE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ**

Ege Üniversitesi Rektörlüğü Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı doktora öğrencisi Mahmut ATEŞ'in Kasım 2016 - Ağustos 2017 tarihleri arasında " Kontstipasyon Baskın İrritabl Barsak Sendromlu Hastalarda Refleksolojinin Semptom Şiddeti ve Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi " başlıklı tez konusunun yürütülmesi uygun bulunmuştur.

Gereği rica ederim.

**Prof.Dr.Enver ALTAŞ**  
Hastane Yöneticisi

EK: Ege Üniversitesi Rektörlüğü Resmi Yazısı

---

Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi 35360  
Basınitesi:İZMİR  
Faks No:(0232) 243 15 30  
e-Posta:seydi.yuce1@saglik.gov.tr İnt.Adresi: (232)244444-2293  
Evrakin elektronik imzaları

Bilgi için:SEYDİ YÜCE  
Unvan:PRATİSYEN HEKİM  
Telefon No:

## EK VII ÖLÇEK İZİN BELGESİ

RE: ölçek izni hk



berna nilgün  
7.6.2016  
Siz



Yanıtla | v

Sayın Ateş  
IBS Yaşam Kalitesi Ölçeği' ni tezinizde kullanabilirsiniz. Çalışma kapsamında ihtiyacınız olan ölçek materyallerini de paylaşabilirim.  
İyi Çalışmalar, başarılar dilerim.  
Saygılarımla.

---

To: bernanilgun@hotmail.com  
From: mates32@hotmail.com  
Subject:



## **EK VIII BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA ONAM FORMU**

Bu araştırma; İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Fakültesi Hastanesi Gastroenteroloji Bilim Dalı polikliniğinde, refleksoloji uygulamasının, İrritabl Bağırsak Sendromu (İBS) ile ilgili yaşam kalitenizin ve semptom şiddetlerinin üzerine etkisinin belirlenmesi amacı ile yapılmaktadır. Refleksoloji; vücudun spesifik organ ve bölgelerinin küçük bir aynası olarak kabul edilen kulaklar, eller ve ayaklardaki refleks noktalarının masajla uyarılması anlamına gelir. Refleksoloji, karışık vücut işlevlerini düzenleyen bir masaj şeklidir ve böylece rahatlatma ve gevşetme etkilerine sahiptir. Kimlik bilgileriniz gizli tutulacak olup, daha sonra tekrar anket uygulayabilmek için size ulaşmada kolaylık sağlaması açısından kullanılacaktır. Çalışma haftada 2 seans toplam 6 hafta/12 seans olarak planlanmıştır.

Bu araştırma süresince sağlık hizmeti almanız konusunda herhangi bir kısıtlama olmayacaktır. Araştırma süresince size herhangi bir girişimde bulunulmayacaktır.

İstediğiniz anda araştırmadan ayrılabilme hakkınız bulunmaktadır. Araştırmadan ayrılırsanız bile size sunulan ya da sunulacak olan sağlık hizmetinde hiçbir değişiklik olmayacaktır. Araştırmanın herhangi bir bölümünde çekilme hakkına sahiptir.

Araştırmamıza katılmayı kabul ediyorsanız; lütfen bu formu imzalayınız.

**Tarih** : ..... / .....

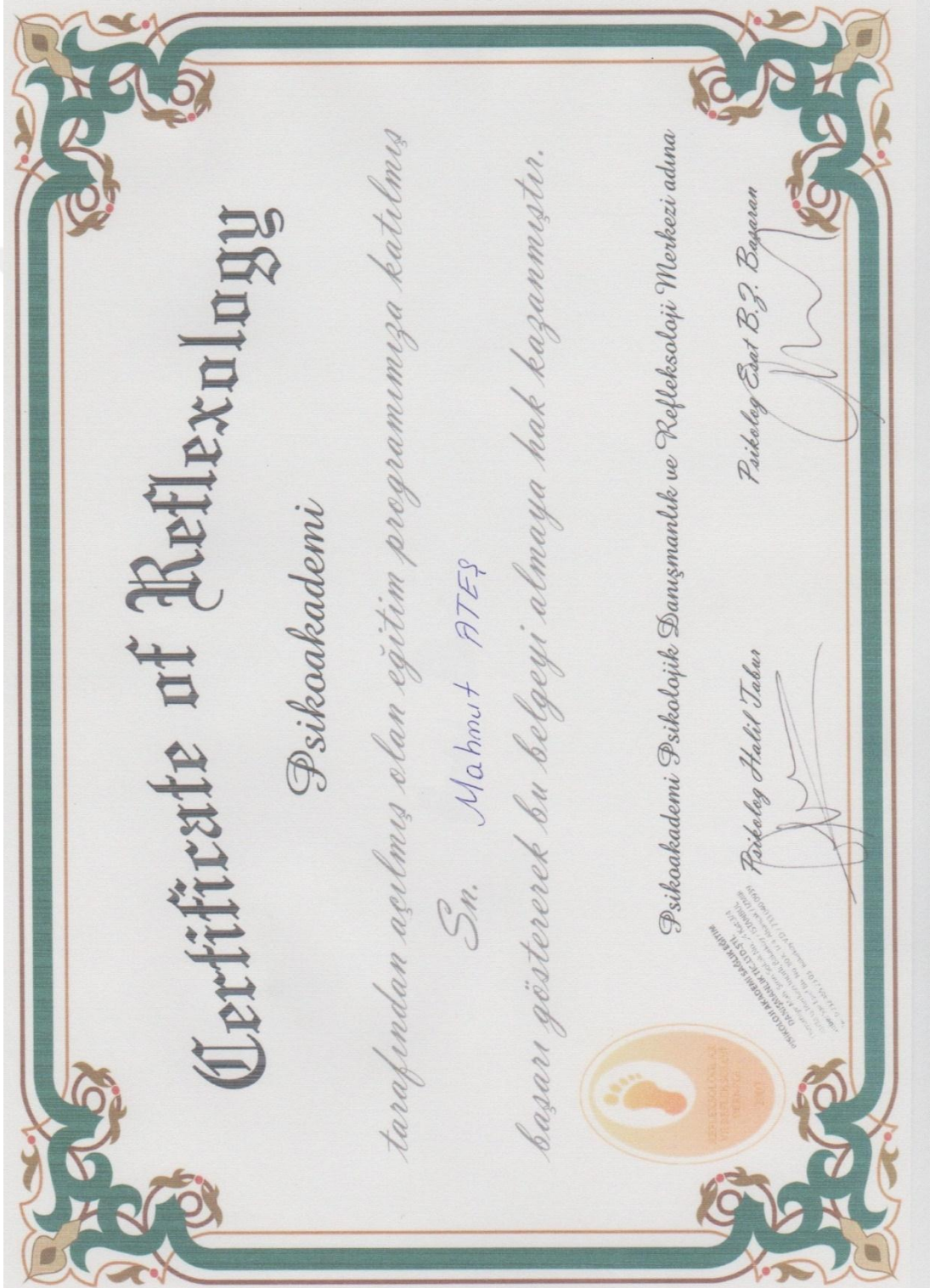
/ ....

**Adınız Soyadınız** :

**İmzanız** :



EK IX PSİKOAKADEMİ REFLEKSOLJİ KURS SERTİFİKASI



**EK X: WAT-PO AYAK MASAJI /REFLEKSOLOJİ KURS SERTİFİKASI**



by  
**WAT PO and CHETAWAN schools**  
**THAILAND**

hereby confers upon

**Mr. MAHMUT ATEŞ**

the certificate of Thai Traditional Massage in recognition of  
the fulfillment of this course with all the honours and privileges  
thereunto appertaining

**FOOT MASSAGE**

Given on **24 June 2015**



*[Signature]*  
School's Administrator

*[Signature]*  
Chairman of the Association

## ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı 1988 Keçiöorlu/Isparta doğumlu ve evli olup; ilk, orta okul yaşamını Keçiöorlu'da, lise yaşamını Isparta'da, üniversite yaşamını ise Burdur'da tamamlamıştır. Haziran 2009 yılında Mehmet Akif Ersoy Üniveristesi Sağlık Yüksekokulu'ndan mezun olan araştırmacı, 2011 yılı Ocak ayına kadar özel bir hastanede acil servis hemşireliği ve enfeksiyon kontrol hemşireliği yapmıştır. 2011 yılında ÖYP kapsamında Mehmet Akif Ersoy Üniveristesi Sağlık Yüksekokulu'na Araştırma Görevlisi olarak atanmıştır. Aynı yılın güz döneminde Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği AD' nda doktora eğitime başlamıştır. Araştırmacı ÖYP kapsamında Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde Araştırma Görevlisi olarak görevine devam etmektedir.

E-mail: [mates@mehmetakif.edu.tr](mailto:mates@mehmetakif.edu.tr)