



T.C.

DİCLE ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİ AİLE HEKİMLİĞİ
POLİKLİNİĞİNE DİSPEPSİ İLE BAŞVURAN HASTALARDA
ANKSİYETE VE DEPRESYONUN ETKİSİ**

Dr. FATMA KONUŞ

TIPTA UZMANLIK TEZİ

DİYARBAKIR – 2019



**T.C.
DİCLE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİ AİLE HEKİMLİĞİ
POLİKLİNİĞİNE DİSPEPSİ İLE BAŞVURAN HASTALARDA
ANKSİYETE VE DEPRESYONUN ETKİSİ**

**Dr. FATMA KONUŞ
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi HAMZA ASLANHAN**

DİYARBAKIR – 2019

ÖNSÖZ

Aile Hekimliği uzmanlığı eğitimim süresince bilgi, deneyim ve yardımlarını esirgemeyen; Anabilim Dalı Başkanımız Doç. Dr. Tahsin ÇELEPKOLU'na, tezimin her aşamasında büyük kolaylıklar sağlayan her zaman sabır ve hoşgörüsüyle yaklaşan Dr. Öğr. Üyesi Pakize Gamze ERTEN BUCAKTEPE'ye tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Hamza Aslanhan'a, Dr. Öğr. Üyesi Ahmet YILMAZ'a;

Birçok konuda yardımlarını esirgemeyen bölüm sekreterimiz Veli Adıyaman'a ve adını tek tek sayamayacağım bizlere güzel bir ortam yaratan birlikte çalışmaktan zevk aldığım değerli araştırma görevlisi arkadaşlarıma;

Hayatımın her aşamasında her zaman yanımda olduğunu hissettiğim dualarını esirgemeyen başta annem olmak üzere aileme;

İyi ve kötü günümde desteğini ve yardımlarını esirgemeyen sevgisiyle her zaman güç ve destek veren eşim İlyas KONUŞ'a çok teşekkür ederim.

Dr. Fatma KONUŞ

DİYARBAKIR-2019

TABLO LİSTESİ

Tablo 3.1: SODA ölçeğinde skorlama şekli

Tablo 4.1: Olguların sosyodemografik özellikleri

Tablo 4.2: Hasta ve kontrol gruplarının yaş, vki, aylık gelirleri ve anksiyete, depresyon puanları

Tablo 4.3: Hasta ve kontrol gruplarının medeni duruma göre karşılaştırılması

Tablo 4.4: Hasta ve kontrol gruplarında sigara içme durumlarının karşılaştırılması

Tablo 4.5: Hasta ve kontrol gruplarında meslek gruplarının karşılaştırılması

Tablo 4.6: Hasta ve kontrol gruplarında eğitim düzeyinin karşılaştırılması

Tablo 4.7: Hasta ve kontrol gruplarında anksiyete derecesinin karşılaştırılması

Tablo 4.8: Hasta ve kontrol gruplarının kendi içlerinde cinsiyete göre anksiyete derecelerinin karşılaştırılması

Tablo 4.9: Hasta ve kontrol gruplarında cinsiyetlerin ayrı ayrı ve kendi içlerinde BDÖ, BAÖ puan değerlerine göre karşılaştırılması

Tablo 4.10: Hasta ve kontrol gruplarının kendi aralarında sigara içme durumuna göre anksiyete derecelerinin karşılaştırılması

Tablo 4.11: Hasta ve kontrol gruplarının medeni durumuna göre anksiyete belirtilerinin karşılaştırılması

Tablo 4.12: Hasta ve kontrol gruplarının kendi içlerinde yaşa göre anksiyete belirtilerinin karşılaştırılması

Tablo 4.13: Hasta ve kontrol gruplarının depresyon belirtilerinin karşılaştırılması

Tablo 4.14: Medeni duruma göre, hasta ve kontrol gruplarının kendi aralarında depresyon belirtilerinin karşılaştırılması

Tablo 4.15: Hasta ve kontrol gruplarının kendi aralarında cinsiyete göre depresyon belirtilerinin karşılaştırılması

Tablo 4.16: Hasta ve kontrol gruplarının ayrı ayrı sigara kullanma durumuna göre depresyon belirtilerinin karşılaştırılması

Tablo 4.17: Hasta ve kontrol gruplarının ayrı ayrı yaşa göre depresyon belirtilerinin karşılaştırılması

Tablo 4.18: Çalışmaya katılan hasta grubunda SODA alt ölçeklerinin puan ortalamaları

Tablo 4.19: Çalışmaya katılan hasta grubunda cinsiyete göre SODA alt ölçeklerinin puan ortalamalarının karşılaştırılması

Tablo 4.20: Çalışmaya katılan hasta grubunda medeni duruma göre SODA alt ölçeklerinin puan ortalamalarının karşılaştırılması

Tablo 4.21: Yaş durumuna göre SODA alt ölçeklerinin puan ortalamalarının karşılaştırılması

Tablo 4.22: Anksiyete, depresyon, SODA alt ölçekler, yaş, eğitim arasındaki korelasyon tablosu

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: Araştırılmamış dispepsiye yaklaşım

Şekil 2: Fonksiyonel dispepside tedavi yaklaşımı

ÖZET

Amaç: Bu çalışmadaki amacımız Aile hekimliği polikliniğe başvuran dispepsi hastalarının depresyon, anksiyete düzeylerinin sağlıklı kontroller ile karşılaştırarak araştırmaktır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tipte olan bu çalışmanın evreni Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği polikliniğine başvuran 18-65 yaş arası ve dispepsi şikayeti olan ve olmayan hastalardır. Çalışmamıza 397'si kadın ve 203'u erkek olmak üzere 600 kişi katıldı. Çalışmada katılımcılara 13 tane sorudan oluşan sosyodemografik veri formu, Beck depresyon ölçeği (BDÖ), Beck anksiyete ölçeği (BAÖ) ve dispepsi şiddetini ölçmek için de SODA (Severity of Dyspepsia Assessment) ölçeği uygulandı. 0,05 den küçük p değerleri anlamlı kabul edildi.

Bulgular: 300 dispeptik şikayetleri olan hasta grubunda hastaların %33'ü erkek, %67'si kadın; yaş ortalamaları $31,4 \pm 8,82$ ' idi. Dispeptik şikayetleri olmayan grubun ise %34,6'sı erkek, %65,4'ü kadın olup yaş ortalamaları ise $30,21 \pm 9,13$ 'tü. BAÖ ile hasta grubunda anksiyete puanı $14,9 \pm 8,98$, kontrol grubunda $14,0 \pm 9,29$; BDÖ'nin puanı ise hasta grubunda $11,5 \pm 7,01$, kontrol grubunda $11,4 \pm 7,09$ olarak bulunmuştur. Çalışmamızda gruplar arasında sigara kullanımı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ve hasta grubunun %63,1'i sigara içerken kontrol grubunda bu oran %36,9'du ($p < 0,001$). Hasta ve kontrol gruplarında anksiyete dereceleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür ($p = 0,008$) fakat hasta ve kontrol grupları depresyon derecesine göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p = 0,918$).

Sonuç: Çalışmamızda dispepside psikolojik sorunların da olabileceği gösterilmiştir. Bu yüzden hastalar gastroenteroloji yanında özellikle anksiyete belirtileri açısından da psikiyatri tarafından da değerlendirilmelidir.

Anahtar sözcükler: Dispepsi, Anksiyete, Depresyon

SUMMARY

Objectives: In this study our aim is to investigate the depression, anxiety levels between functional dyspepsia and healthy controls in the patients applied to family medicine outpatient clinic.

Materials and methods: The polulation of this cross-sectional study was the patients aged between 18-65 years who presented to Dicle University Faculty of Medicine Family Medicine outpatient clinic and without dyspepsia. 600 people including 397 women and 203 men participated in our study. In the study, the sociodemographic data form consisting of 13 questions, Beck depression scale, Beck anxiety scale and in order to measure the severity of dyspepsia SODA (Severity of Dyspepsia Assesment) scale were filled. The p values below 0,05 accepted as significant.

Results: Of the 300 patients with dyspeptic complaints, 33% were male and 67% were female; the mean age was $31,4 \pm 8,82$ years; 34,6% of the patients without dyspeptic complaints were male, 65,4% were female and the mean age was $30,21 \pm 9,13$ years. According to our results with BAI (Beck Anxiety Inventory), anxiety score was $14,9 \pm 8,98$ in the patient group and $14,0 \pm 9,29$ in the control group; depression score of BDI (Beck Depression Inventory) was $11,5 \pm 7,01$ in the patient group and $11,4 \pm 7,09$ in the control group. In our study, there was a statistically significant difference between the groups in terms of smoking and 63,1% of the patient group smoked while this rate was 36,9% in the control group. ($p < 0,001$). In our study, when the anxiety levels of the patients and control groups were compared, a statistically significant difference was found ($p = 0.008$), but there was no significant difference between the two groups in terms of the degree of depression ($p = 0,918$).

Conclusion: Our study indicated that dyspeptic patients should have psychologic problems. Therefore patients should be evaluated by psychiatry as well as gastroenterology.

Key words: Dispepsia, Anxiety, Depression

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖNSÖZ.....	i
TABLO LİSTESİ	ii
ŞEKİL LİSTESİ	iv
ÖZET.....	v
SUMMARY	vi
İÇİNDEKİLER	vii
KISALTMALAR	xi
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	2
2.1. Dispepsi	2
2.1.1. Dispepsi ayırıcı tanısı	3
2.1.2. Dispepsi risk faktörleri	3
2.1.3. Dispepsi ve beslenme	4
2.1.4. Organik dispepsi.....	4
2.1.5. Fonksiyonel dispepsi	5
2.1.5.1. Fonksiyonel dispepsi tanı kriterleri.....	6
2.1.5.2. Fonksiyonel dispepsi etyopatogenezi	7
2.1.5.2.1. Mide motilite bozuklukları.....	8
2.1.5.2.2. Visseral hipersensivite	8
2.1.5.2.3. Helicobacter pylori enfeksiyonu	8
2.1.5.2.4. Psikososyal faktörler	9

2.1.6. Araştırılmamış dispepsiye yaklaşım ve tedavi	9
2.1.6.1. Öykü.....	11
2.1.6.2. Fizik muayene.....	12
2.1.6.3. Laboratuvar testleri	12
2.1.6.4. Üst gastrointestinal sistemin endoskopik incelemesi.....	12
2.1.6.5. Ampirik ilaç tedavisine yanıt.....	12
2.1.6.6. H. pylori enfeksiyonu için noninvazif –invazif testler	12
2.1.6.7. Non invazif testler.....	12
2.1.6.8. Ambulatuvar pH monitörizasyonu.....	12
2.1.6.9. Psikometrik testler	12
2.1.7. Dispepside tedavi	13
2.1.7.1. Diyet.....	14
2.1.7.2. Helicobacter pylori eradikasyonu	14
2.1.7.3. Antisekretuar tedaviler.....	15
2.1.7.4. H ₂ reseptör blokerleri	16
2.1.7.5. Proton pompa inhibitörleri.....	16
2.1.7.6. Prokinetik ajanlar	16
2.1.7.7. Antidepresanlar	17
2.1.7.8. Antiasitler.....	17
2.2. Anksiyete Bozuklukları	18
2.2.1. Anksiyete bozukluklarının tarihçesi.....	19
2.2.2. Epidemiyoloji	19
2.2.3. Anksiyete etiyolojisi.....	19
2.2.3.1. Genetik.....	19

2.2.3.2. Nörotransmitterler.....	20
2.2.3.3. Psikoanalitik kuramlar	20
2.2.4. DSM V'e göre anksiyete bozukluğu tipleri ve tanı ölçütleri	20
2.2.5. Anksiyete tedavisi	23
2.3. Depresyon.....	24
2.3.1. Depresyon tanımı	24
2.3.2. Depresyonun tarihçesi	24
2.3.3. Epidemiyoloji	25
2.3.4. Depresyonda risk etkenleri	25
2.3.5. Depresyonda belirtiler	25
2.2.6. Depresyonun tanı kriterleri.....	26
2.2.7. Depresyon tanısı koyma	26
2.2.8. Depresyonda tedavi	27
2.2.8.1. İlaç tedavisi	27
2.2.8.2. Psikoterapiler	28
2.2.8.3. Elektrokonvülsif tedavi ve diğer tedavi yöntemleri	28
3. MATERYAL VE METOD.....	29
3.1. Dispepsi şiddet ölçeği (SODA=severity of dyspepsia assessment)	30
3.2. Beck anksiyete envanteri (ölçeği)	31
3.3. Beck depresyon envanteri (ölçeği)	31
4. BULGULAR.....	33
5. TARTIŞMA	45
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	51
7. KAYNAKÇA	53

8. EKLER.....	64
----------------------	-----------

KISALTMALAR

Ark	: Arkadaşları
BAÖ	: Beck Anksiyete Ölçeği
BDÖ	: Beck Depresyon Ölçeği
DSM	: Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EKT	: Elektrokonvülsif Tedavi
FD	: Fonksiyonel Dispepsi
FDA	: Food And Drug Administration
GABA	: γ -aminobutyric Asit
GÖRH	: Gastroözafagial Reflü Hastalığı
HAD	: Hastane Depresyon Ölçeği
HAD-A	: Hastane Depresyon Ölçeği-Anksiyete
HAD-D	: Hastane Depresyon Ölçeği-Depresyon
Hp	: Helicobacter Pylori
ITP	: İdiyopatik Trombositopenik Purpura
İBS	: İrritabl Barsak Hastalığı
KCFT	: Karaciğer Fonksiyon Testi
NSAİİ	: Non-Steroid Anti-İnflamatuar İlaç
OD	: Organik Dispepsi
PPI	: Proton Pompa İnhibitörü
SNRI	: Serotonin Noradrenalin Gerialım İnhibitörü
SPSS	: Statistical Package For Social Sciences
SSRI	: Selektif Serotonin Gerialım İnhibitörü
TSA	: Trisiklik Anti Depresanlar
YAB	: Yaygın Anksiyete Bozukluğu

1. GİRİŞ

Dispepsi terimi, üst gastrointestinal sistemden kaynaklanan Yunanca dys (kötü) ve pepsis (sindirim) kelimesinden türetilmiştir. Dispepsi epigastrik ağrı, erken doyma, kusma, şişkinlik, hazımsızlık gibi semptomlarla karşımıza çıkmaktadır (1).

Fonksiyonel dispepsi (FD) terimi genel bir tanımdır ve yapılan incelemeler sonucunda herhangi bir biçimde yapısal, organik, metabolik durumun olmaması olarak kabul edilmektedir (2). Genel olarak toplumlarda yaygınlığı %10-40 olarak rapor edilmiştir (3). FD genel bir sağlık sorunu ve sosyal bir problem olarak düşünülmektedir. Sık sık sağlık kuruluşuna başvurmak, medikal harcamalar nedeniyle yaşam kalitesini düşürmekte ve ekonomik kayıplara da yol açmaktadır (4).

FD'nin patogenezi tam olarak aydınlatılmış değildir. Ancak psikososyal faktörlerin FD üzerinde önemli rol oynadığı düşünülmektedir. Gastrointestinal sistem fizyolojisi emosyonel ve stresli uyaranlara karşı tepki verir ve çalışmalar stresli yaşam süren kişilerin daha fazla FD yaşadıklarını göstermiştir. Bunun aksine yapılan bazı çalışmalarda sağlıklı gönüllülerle aralarında önemli bir fark saptanmamıştır (5). Stresörler ertelenmiş gastrik boşalmaya neden olabilmektedirler ancak stresörlerin FD ile ilişkisi tam olarak aydınlatılmış değildir (6).

Psikiyatrik hastalıkların FD'de tedavi başarısını önemli ölçüde etkileyebildiği belirtilmiştir. Psikofarmakolojik ve psikoterapötik girişimler, hastalığın seyrinde fayda sağlamaktadır. Dispepsi şikayeti olan hastaların ilaç kullanma oranı %50, sağlık kuruluşuna başvurma oranı ise %32,6 olarak belirtilmektedir (7).

Buradan yola çıkarak bu tez çalışmasında birinci basmağa sık başvuru alan, çoğunlukla altta yatan bir neden bulamadığımız ve çok sık ilaç kullanımına neden olan dispepsiyi, anksiyete-depresyon yönünden araştırmayı amaçladık.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Dispepsi

Dispepsi; Yunancadan köken alan ve “kötü sindirim” anlamına gelen bir terimdir. Üst gastroduodenal bölgede karın ağrısı, karında gerginlik hissi, postprandial dolgunluk, erken doyma, iştahsızlık, bulantı-kusma, geğirme ve regürjitasyon gibi septomlar görülmektedir. Etiyolojisinde kolelitiazis, koledokolitiazis, kronik pankreatit, maligniteler vb. birçok faktör sorumlu tutulmaktadır (8). Dispeptik semptomlarla ortaya çıkan iş gücü kaybı, tedavi giderleri ve hastada yaşanan demoralizasyon dispepsinin ne kadar sosyal ve ekonomik problem olduğunu göstermektedir (4). Dispepsi prevalansı A.B.D’de %26, İngiltere’de %41 olmasına rağmen hastaneye başvurma oranı %2-5 olarak raporlanmıştır (9). Ford ve ark. yaptıkları bir meta analiz çalışmasında global dispepsi prevalansını %20,8 olarak bildirilmiştir (10). Dispepsinin batı (Avrupa-Amerika) ve doğu (Asya) toplumlarında coğrafi konum dikkate alındığında %5 -40 arasında farklılık olduğu dikkat çekmektedir (11).

Dispeptik şikayetleri olan hastalar entelektüel seviyeleri ve sosyoekonomik durumlarına göre bir kısmı bir sağlık kuruluşuna hemen başvurmakta bir kısmı ise uzunca bir süre bekleyip daha sonra başvurmaktadırlar. Hastalığın vermiş olduğu iş gücü kaybı, demoralizasyon dispepsinin önemli bir sosyal ve ekonomik problem olduğunu da ortaya koymaktadır (12).

Dispeptik şikayeti olan hastaların yarısından da azı daha önce farmakolojik tedavi görmemiştir. Hastaların başvurma sebepleri her zaman net olmayabilir. Bu duruma sebep olarak semptomların sıklığı ve şiddeti, önemli bir hastalık (kanser) korkusu, reçetesiz satılan bazı ilaçlarla iyileşme, stres ve yeterli psikososyal desteğin olmaması sayılabilir. Hekime düşen görev hastanın başvurusundaki asıl nedenin tanımlanması olacaktır (13).

Dispeptik şikayetlerle başvuran hastalarda araştırma yapıldığı zaman olguların (endoskopi dahil) yaklaşık olarak %75’inde şikayetleri açıklayacak organik ya da yapısal bir sebep saptanmamaktadır. Hastaların yaklaşık %25’inde ise bir patolojik bulgu mevcuttur [%13 özofajitis, %8 peptik ülser, %1 barett özofagus, %0,3 gastrointestinal sistem (GİS) malignitesi]. Bundan dolayı dispepsiye organik

(endoskopi pozitif) ve fonksiyonel (endoskopi negatif) olmak üzere iki başlıkta ele alıyoruz (8).

2.1.1. Dispepsi ayırıcı tanısı

Dispeptik semptomlarla gelen hastalarda mutlaka aşağıdaki ayırıcı tanılar da düşünülmelidir (14):

- ✓ Safra ve safrataşı hastalıkları
- ✓ Gastroözofageal maligniteler
- ✓ Gastroparezi
- ✓ Pankreatit
- ✓ Karbonhidrat malabsorbsiyonu
- ✓ İlaçlar (non-steroid anti-inflamatuvar ilaçlar (NSAİİ), kortizol, niasin, gemfibrozil, narkotik ilaçlar, kolşisin, östrojen, levodopa, ampicilin, eritromisin, dijital, demir preparatları...)
- ✓ İnfiltratif mide hastalıkları (crohn, sarkoidoz)
- ✓ Metabolik bozukluklar (hiperkalsemi, hiperkalemi)
- ✓ Hepatoselüler karsinom
- ✓ İskemik bağırsak hastalığı, süperior mezenterik arter sendromu
- ✓ Sistemik Hastalıklar (diabetes mellitus (DM), tiroid ve paratiroid hastalıkları, konnektif doku hastalıkları)
- ✓ İntestinal parazitler (giardia, strongiloides)
- ✓ Abdominal kanserler (özellikle pankreas kanseri)

2.1.2. Dispepsi risk faktörleri

Dispepsi risk faktörleri birçok çalışmada gösterildiği üzere aşağıdaki gibi sıralanmıştır (15-16):

- ✓ Kadın cinsiyet
- ✓ Düşük beden kitle indeksi
- ✓ Yüksek sosyoekonomik düzey
- ✓ Düşük kentleşme oranı
- ✓ Helikobakter pylori (HP) enfeksiyonu varlığı
- ✓ Aspirin veya NSAİİ kullanımı
- ✓ Düşük eğitim düzeyi
- ✓ Kiralık konutta yaşamak

✓ Evli olma

2.1.3. Dispepsi ve beslenme

Hastaların yaklaşık yarısında yiyeceklerle semptomlar arasında ilişki kurulabilir. Kafeinli içecekler, alkol, sigara, bazı ilaçlar, baharatlı veya yağlı gıdaların tüketiminin dispepsiyi arttırdığına dair yaygın bir inanış vardır (17).

Biber ve baharatın bazı kişilerde dispeptik yakınmalara yol açtığı bilinmektedir. Aşırı miktarda biber alınımının geçici mukozal erozyonlar yaptığı gösterilmiştir, ancak ülser neden olduklarına ait yeterli kanıt yoktur. Konserve gıdalarda, lipid peroksidasyonu gelişmesiyle, antioksidan maddelerin yerini sitotoksik ülserojen maddelerin aldığı öne sürülmektedir. Sebze tüketiminin ülser riskini azalttığı saptanması da bu görüşü desteklemektedir (18).

2.1.4. Organik dispepsi

Organik dispepsinin en sık nedenleri: Peptik ülser, GÖRH, gastrik malignite ve NSAİİ'lerdir. Laktoz intoleransı, eozonofilik gastrit, sarkadiaz, kolelitiazis, çölyak hastalığı, kronik pankreatit, DM, hipo-hipertroidi de dispepsiye sebep olabilmektedir (19,20).

a. Peptik ülser hastalığı

Epigastrik ağrı ya da rahatsızlık hissi peptik ülserli hastalardaki en önemli şikayettir. Peptik ülserin bulguları ise kanama, perforasyon ve gastrik çıkış obstrüksiyonudur.

Helikobakter pylori enfeksiyonu peptik ülserli hastalarda çok önemli role sahiptir ve çoğunda NSAİI kullanım öyküsü vardır. Hastalar proton pompa inhibitörlerinden çok fayda görürler (21).

b. Gastroözofageal reflü hastalığı

Gastroözofageal reflü, tüm yaş gruplarında sık saptanan, mide içeriğinin özofagusa, dahası farinks ve ağıza kadar geri gelme durumudur. Regürjitasyon ve kusma beraberinde eşlik edebilir. Bu durum çok sık aralıklarla ve sürekli bir şekilde devam ediyor, endişe verici belirtilere ve istenmeyen durumlara yol açıyorsa GÖRH adını alır (22).

c. Gastrik ve özefageal malignansiler

Gastrik ve özefageal adenokarsinom dispepsi nedeni ile endoskopi yapılan hastaların < %2'sinde tespit edilmiştir (23).

55 yaş üzeri kilo kaybı, disfaji, GİS kanaması, ısrarcı kusma, hematemetiz, abdominal kitle gibi alarm semptomlarının olması GIS malignitesini düşündürür (24).

d. Biliyer ağrı

Klasik biliyer ağrı epizodik olarak gelişir. Akut, şiddetli, epigastrik veya sağ üst kadranda kolik olmayan tarzda ağrı ile karakterizedir. Ağrıya genelde terleme, huzursuzluk hissi ve kusma da eşlik eder. Tipik olarak en az 1 saat sürer ve birkaç saat sonra sonlanır. Ağrı skapulada da hissedilebilir. Ağrı epizodları haftalara veya aylara yayılır, ataklar arasında hastalar tamamen ağrısızdır. Bu ağrı dönemlerinde hastalarda dispeptik semptomlar görülebilmektedir (25).

e. İlaça bağlı dispepsi

NSAİİ ve Selektif Siklooksijenaz-2 İnhibitörlerinin dispepsiye neden olabildiği bilinmektedir. Dispepsi ile ilişkili olabilecek kalsiyum kanal blokörleri, alendronat, orlistat gibi birkaç ilaç daha sayılabilir ama elimizdeki veriler bu ilişkiyi kurmak için yeterli değildir (26).

2.1.5. Fonksiyonel dispepsi

Fonksiyonel dispepsi, dünya genelinde popülasyonun %10-30'unu etkileyen en yaygın gastrointestinal hastalıklardan biridir. FD temel olarak postprandial dolgunluk, erken doyma hissi veya epigastrik ağrı / yanma gibi semptomlarla karakterizedir ve semptomları açıklayacak herhangi bir organik probleme rastlanmamaktadır (27).

Fonksiyonel dispepsi literatürde non-ülser dispepsi, idiopatik dispepsi, non-organik dispepsi, endoskopi negatif dispepsi, esansiyel dispepsi, psikojenik dispepsi gibi farklı isimlerle de adlandırılmaktadır (28).

Fonksiyonel dispepsi hastaların yaşam kalitesini önemli ölçüde bozar (29). FD multifaktöriyel bir tanımdır ve gastrik motilite bozukluğu, visseral aşırı duyarlılık, enfeksiyon, genetik, psikososyal faktörler gibi birçok nedeni olsa da psikososyal faktörler de önemli bir sebeptir (30).

Japonya'da yapılan bir çalışmaya göre FD'li hastaların diğer popülasyonlara göre daha çok psikososyal faktörlerden etkilendiği bulunmuş ve FD'nin bu nedenle majör anksiyete ile postprandial stres sendromu ile ilişkili olduğu saptanmıştır (30).

Fonksiyonel dispepsi farklı belirtilerle seyredebilen bir durumdur. Bu belirtiler

en sık görüldüğü duruma göre şu şekilde sıralanabilir:

1-Ülser benzeri dispepsi: Klinikte ön planda olan belirtiler lokalize epigastrik ağrı ve rahatsızlık hissidir. Genel olarak açlıkta ortaya çıkar ve hastayı gece uyandırabilir. Hastanın yakınmaları peptik ülseri düşündürür ancak yapılan tetkiklerde ülser saptanmaz. Semptomların yemek yemek, antiasitler, H2 reseptör antagonistleri, pompa inhibitörleri ile gerilediği gözlenir (31).

2-Dismotilite benzeri dispepsi: Ön planda olan belirtiler arasında yemek sonrası dolgunluk, erken doyma, şişkinlik, geğirme, bulantı ve kusma yer alır. Klinik ipuçları gastroparezis veya bozulmuş motiliteyi düşündürür (31).

3-Reflü benzeri dispepsi: Belirtiler arasında retrosternal yanma ve regürjitasyon yakınmaları vardır. Bu grubun varlığı tartışmalıdır. Bu grup dispepsi, GÖRH içinde tanımlanmaktadır (31).

4-Non-spesifik dispepsi: Ayırımın yapılamadığı semptomların varlığında nonspesifik dispepsi söz konusudur (31).

2.1.5.1. Fonksiyonel dispepsi tanı kriterleri

2016 yılında yayınlanan Roma IV kriterlerine göre FD iki alt gruba ayrılmıştır (32).

- ✓ Epigastrik Ağrı Sendromu (EAS)
- ✓ Postprandiyal Distres Sendromu (PDS)

Aşağıda belirtilen semptomlar tanıdan en az 6 ay önce başlamış olmalı ve son üç ayda da mevcut olmalıdır (29,33).

Fonksiyonel Dispepsi Roma IV tanı kriterleri

Aşağıdaki belirtilerden bir ya da daha fazlasının olması ve üst endoskopi dahil yapılan tetkiklerde semptomları açıklayacak yapısal bir hastalığın bulunmaması

- ✓ Rahatsız edici postprandial dolgunluk hissi (PDS ile ilişkili)
- ✓ Erken doyma hissi (normal boyutlarda yemeği bitirememesi) (PDS ile ilişkili)
- ✓ Epigastrik ağrı (EAS ile ilişkili)
- ✓ Epigastrik yanma (EAS ile ilişkili)

Postprandial distress sendromu tanı kriterleri

1. Aşağıdakilerden biri veya ikisi haftada en az 3 gün olmalıdır.

a. Postprandial dolgunluk (olağan aktivitelerini etkileyecek kadar ciddi)

b. Erken doyma (sıkıntılı) (normal miktarda yemeği bitiremeyecek kadar ciddi)

2.Üst GİS endoskopisi dâhil yapılan tetkiklerde semptomları açıklayacak organik, sistemik, metabolik hastalık bulunmaması.

Tanıdan en az 6 ay önce başlamış semptomların olması, son üç aydır da her hafta en az üç gün bir veya her iki semptomun olması gereklidir (33).

Destekleyici kriterler;

- ✓ Postprandial epigastrik ağrı, şişkinlik, yanma, geğirme ve bulantı görülebilir.
- ✓ Kusma da birlikte ise başka bir hastalık olasılığı düşünülmelidir.
- ✓ Retrosternal yanma (heartburn dispeptik semptom değildir. Sıklıkla birlikte olabilir).

Dışkılamakla ve rektal gaz çıkarmakla semptomlar iyileşirse dispepsi olarak düşünülmemelidir. Postprandial distress sendromu ile birlikte GÖRH ya da irritabl barsak sendromunun (İBS)'da birlikte olma olasılığı unutulmamalıdır (33).

Epigastrik Ağrı Sendromu tanı kriterleri

1. Aşağıdaki semptomlardan bir ya da daha fazlasının haftada en az bir gün olması (33).

- ✓ Epigastrik ağrı (günlük aktiviteleri kısıtlayacak şekilde)
- ✓ Epigastrik yanma (günlük aktiviteleri kısıtlayacak şekilde)

2. Semptomları açıklayacak organik, sistemik, metabolik hastalıkların bulunmaması (Üst endoskopi dahil)

Destekleyici Kriterler:

- ✓ Ağrı yemek yemekle başlayabilir, geçebilir veya açken de olabilir.
- ✓ Postprandiyeal epigastrik şişkinlik, geğirme, bulantı eşlik edebilir.
- ✓ Israrcı kusma başka bir hastalığı düşündürür.
- ✓ Retrosternal yanma dispeptik bir semptom değildir ancak genelde birlikte görülür.
- ✓ Ağrı, biliyer ağrı kriterlerini karşılamaz.
- ✓ Semptomların defekasyonla veya gaz çıkarmakla geçmesi dispepsi olarak değerlendirilmemelidir (33).

2.1.5.2. Fonksiyonel dispepsi etyopatogenezi

Fonksiyonel dispepsinin etyopatogenezi ve fizyopatolojisi yeterince aydınlatılamamıştır. Ancak bazı birliktelikler öne sürülmüştür (34-35).

- ✓ Mide motilite bozuklukları

- ✓ Visseral hipersensitivite
- ✓ Helicobacter pylori enfeksiyonu
- ✓ Psikososyal faktörler

2.1.5.2.1. Mide motilite bozuklukları

Dispeptik şikayeti olan hastaların %34-40'ında mide boşalmasında gecikme gösterilmiştir (36). Mide boşalmasında gecikme yemeklerden sonra dolgunluk hissi veya bulantı ve/veya kusma ile karakterizedir. Hastaların %40'ında proksimal gastrik relaksasyonun yetersizliği bunun sonucunda da erken doyma hissine ve bazı vakalarda da kilo kaybına yol açtığı bildirilmektedir (37).

2.1.5.2.2. Visseral hipersensitivite

Son yapılan çalışmalarda dispeptik hastalarda gastrik distansiyon şikayetlerinin arttığı bildirilmiştir. Bunun da primer viseral duyu anormalliği ile ilgili olduğu belirtilmektedir. Aşırı duyarlılığın nedeni tam olarak bilinmemektedir. Periferik mekanoreseptörlerin sensitizasyonu (inflamasyon, yaralanma, genetik defekt) normalde visseral algılamayı düzenleyen inen spinal inhibitör yollardaki disfonksiyon, afferent algılamaya karşılık SSS'nin değişken cevabı neticesinde visseral uyarının amplifikasyonu veya hastanın semptomunun tetiklenmesi geliştiği öne sürülmektedir (38).

2.1.5.2.3. Helicobacter pylori enfeksiyonu

Helicobacter pylori, gram negatif spiral bir bakteridir. 1982 yılında mide biyopsisi örneklerinden keşfedilmiştir. 1983 yılında Marshall ve Warren helicobacter pylori'nin gastrite yol açtığını tüm dünyaya bildirdiler. H.pylorinin pH<2 ortamında gastrite ve ülser zeminine yol açtığı bildirilince bilim dünyasında depremler yarattı çünkü düşük asidik ortamlarda bakterilerin ve fungusların üreyemeyeceği düşünülüyordu. Toplumda h.pylori ile enfekte olmuş kişilerin yüksek olması (%85-95) olması bakterinin fekal-oral yolla bulaştığını göstermektedir (39).

Helicobacter Pylori ile enfekte olan kişilerin hepsi klinik olarak hasta olmasa da alınan mide biyopsilerinde genellikle kronik gastrit zeminininin geliştiği gösterilmiştir. Kronik gastrit seyrinde %8-10'unda ülser (mide/duodenum), %1-3'ünde mide kanseri, %0,01-0,001'inde MALToma (mucosa associated lenfoid tissue) geliştiği görülmektedir (39).

Helicobacter pylori tanısı için yapılan testler endoskopi ihtiyacı ile ilişkili olarak

invazif ve non invazif teknikler olarak ikiye ayrılır (40):

a) Endoskopik Testler

Yalnızca H. Pylori tanısı koymak amaçlı endoskopi yapılmaz. Endoskopi ile değerlendirilme endikasyonu konan hastalarda bu testler uygulanır (40).

- ✓ Biyopsi üreaz testi
- ✓ Hızlı üreaz testi
- ✓ Histopatolojik inceleme
- ✓ Fırça sitoloji
- ✓ Bakteri kültürü ve duyarlılık testleri

Eğer endoskopi endikasyonu konulmuş ise seçilecek ilk test antral biyopside üreaz testidir (40)

Histopatolojik inceleme çoğu kez gereksiz ve pahalıdır (40).

b) Non İnvazif Testler

- ✓ Üre nefes testi
- ✓ Serolojik testler (H. pylori ye karşı IgG)
- ✓ Gaitada H. pylori antijeni (40)

2.1.5.2.4. Psikososyal faktörler

Sağlıklı bireyler ile karşılaştırıldığında fonksiyonel dispepsi hastalarında anksiyete, depresyon sıklığı artmıştır (41).

Etkileşim iki yönlü olabilir (Anksiyete↔Dispepsi) (39).

Duodenal ülserli hastalar ve sağlıklı kontroller ile karşılaştırıldığında fonksiyonel dispepsi hastalarında başta kas iskelet sistemi yakınmaları olmak üzere; psikosomatik yakınmaların artmış olduğu gösterilmiştir (42).

2.1.6. Araştırılmamış dispepsiye yaklaşım ve tedavi

Dispeptik yakınmaları olan, ancak anamnez ve klinik muayenede alarm faktörleri saptanmayan, basit rutin tetkikleri normal olan olgulara ileri tetkik yapılmazsa bu olgular “uninvestigated” olgu olarak ele alınabilir ve tedavi edilir. Şayet ileri tetkik yapılırsa o zaman olgu araştırılmış (investigated) olgu olarak kabul edilir ve altta yatan nedene göre tedavisi yapılır. Ayrıca üst gastrointestinal sistem endoskopi muayenesinde ve alınan endoskopik biyopsi örneklerinde de bir patoloji saptanmaz ise (H. pylori vs.) olgu fonksiyonel dispepsi olarak kabul edilir (33).

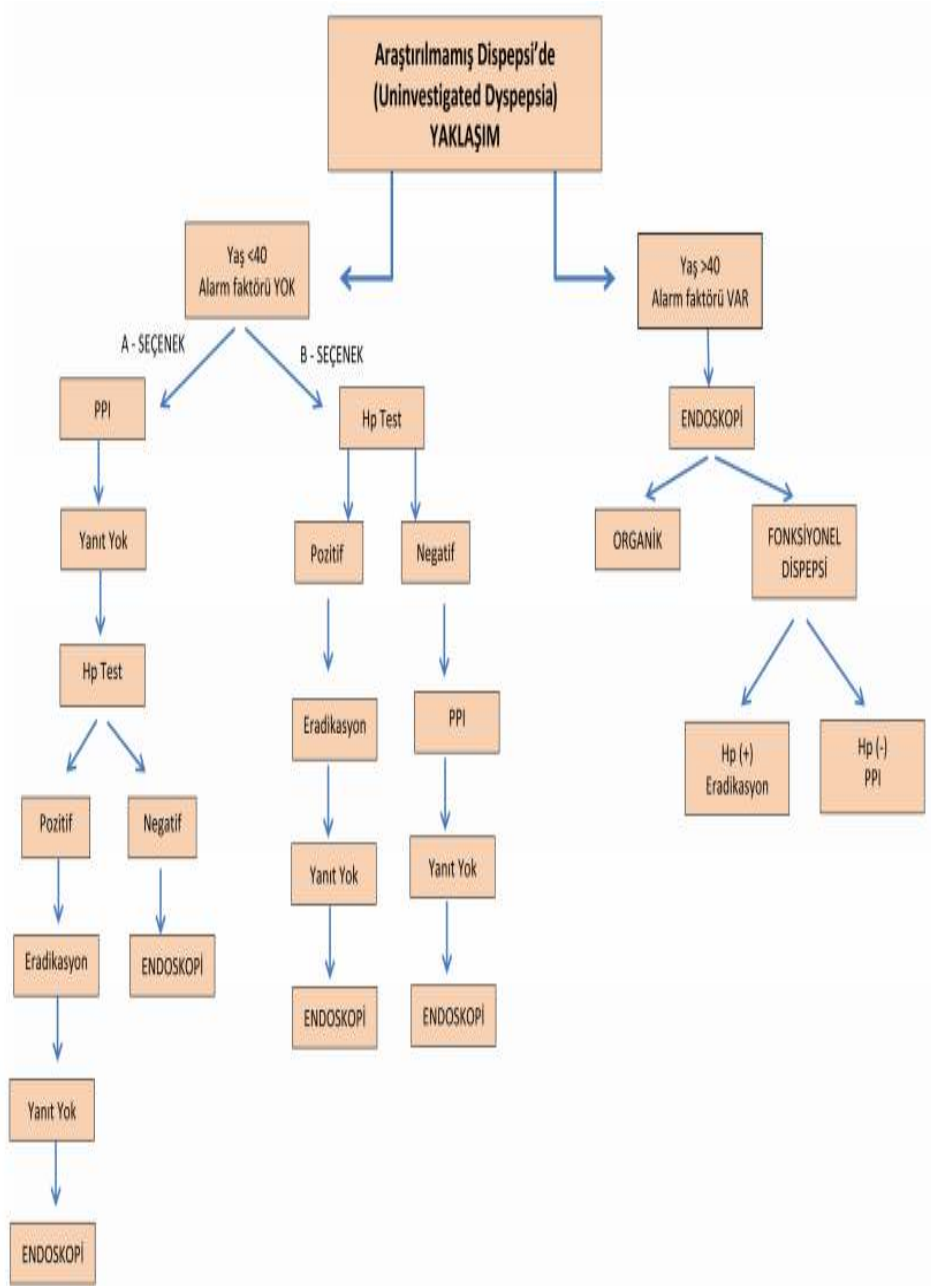
Dispepsi semptomları ile hekime başvuran bir hastada öncelikle şikayetlerinin ne

zaman başladığı ve ne kadar sürdüğü sorgulanmalıdır. Semptomların kronikliğinin yanı sıra sıklığı, yemeklerle ilişkisi ortaya konmalıdır. Özellikle hastaların zaman zaman alternatif tıpa ihtiyaç duyup duymadıkları da ayrıca sorulmalıdır. Unutulmaması gereken nokta dispeptik semptomlarda neden çoğunlukla kullanılan ilaç ve alternatif tıp ürünleridir. Hastalara üst GİS endoskopisi yapıp yapılmadığı sorulmalıdır. Hastalardan kalıtsal hastalıklar, özellikle de GİS maligniteleri konusunda bilgi alınmalıdır. Hastaların anamnezi detaylı şekilde alındıktan sonra fizik muayeneye geçilmelidir. Bu yaklaşımla organik dispepsi nedenlerinden çoğu (peptik ülser, özofagus hastalıkları, pankreato-biliyer hastalıklar) dışlanabilmektedir. (34).

En önemli yaklaşım gastroözofageal maligniteler açısından aşağıdaki alarm semptomlarının soruşturulmasıdır (34).

- ✓ Yaş>40 (H. pylori prevelansının yüksek olduğu ülkelerde)
- ✓ Semptomların kısa bir sürede ortaya çıkması
- ✓ Ailede üst GİS malignite öyküsü (mide-özofagus ca)
- ✓ Artan kilo kaybı
- ✓ Açıklanamayan anemi
- ✓ Kanama
- ✓ Disfaji
- ✓ Odinofaji
- ✓ İnatçı kusmalar
- ✓ Ateş

Araştırılmamış dispepsiye yaklaşım Şekil 1’de anlatılmıştır (8).



Şekil 1: Araştırılmamış dispepsiye yaklaşım (8).

2.1.6.1. Öykü

Dispepside hastanın şikayetleri, şikayetlerinin süresi, kullandığı ilaçlar ek hastalıkları, diyetteki değişiklikler sorgulanmalıdır. Hastanın psikolojik durumu da göz önünde bulundurulmalıdır. Çünkü mevcut durum ciddi psikiyatrik hastalığının (anksiyete, depresyon, psikoz gibi) belirtisi olabilir (13).

2.1.6.2. Fizik muayene

Fizik muayene ile hastanın endişeleri giderilebilir. Fizik muayene epigastrik hassasiyet dışında genellikle normal saptanır. Organomegali, muayenede palpabl kitle, sarılık, subkutan yağ kaybı, dışkıda gizli kan gibi ciddi organik hastalık bulguları varlığında derhal ileri incelemelere başlanmalıdır. Bulguları değerlendirirken hastanın sistemik hastalıkları da düşünölmelidir (43).

2.1.6.3. Laboratuvar testleri

40 yaş üstü hasta grubunda hemogram, elektrolit düzeyleri , karaciğer fonksiyon testleri (KCFT), gaitada gizli kan ve tiroid fonksiyon tesleri istenmelidir. Daha genç hastalarda genellikle tetkiklere ihtiyaç duyulmaz. Bazı hastalarda amilaz ve gebelik testi de istenebilir. Yüksek amilaz değeri, akut veya kronik pankreatit, penetre peptik ülser, koledokolitiazis gibi patolojilere işaret eder (43).

2.1.6.4. Üst gastrointestinal sistemin endoskopik incelemesi

Batı ölkelerinde esdoskopi dispeptik şikayetler için tanı olanağı sağlayan ve organik nedenli dispepsinin dışlanması ve tedavi olanaklarının sağlanması için başvuru alan standart bir yöntemdir. İleri yaşlı hastalarda ve özellikle alarm semptomları olan hastalarda başvurulması gereken bir yöntemdir. H.pylori için de doku örneğı alma fırsatını verir (44).

2.1.6.5. Ampirik ilaç tedavisine yanıt

Peptik ülser, GÖRH, eroziv gastrit gibi rahatsızlıklarda ampirik proton pompa inhibitörü (PPI), prokinetik kullanımıyla semptomların azalması tanının konulmasına yardımcı olmaktadır (8).

2.1.6.6. H. pylori enfeksiyonu için noninvazif –invazif testler

H. pylori bölümünde noninvazif-invazif testlere değinilmiştir (40,45).

2.1.6.7. Ambulatuvar pH monitörizasyonu

Endoskopi bulguları normal olan hastalarda patolojik asit varlığını gösteren bir yöntemdir (46).

2.1.6.8. Psikometrik testler

Dispepsi ile başvuran hastalarda özellikle anksiyete, depresyon, somatizasyon bozukluğu veya hipokondriasis gibi psikiyatrik bozukluklar birlikte görölebilmektedir. Bu testler FD tanısında büyük öneme sahiptir (47).

2.1.7. Dispepside tedavi

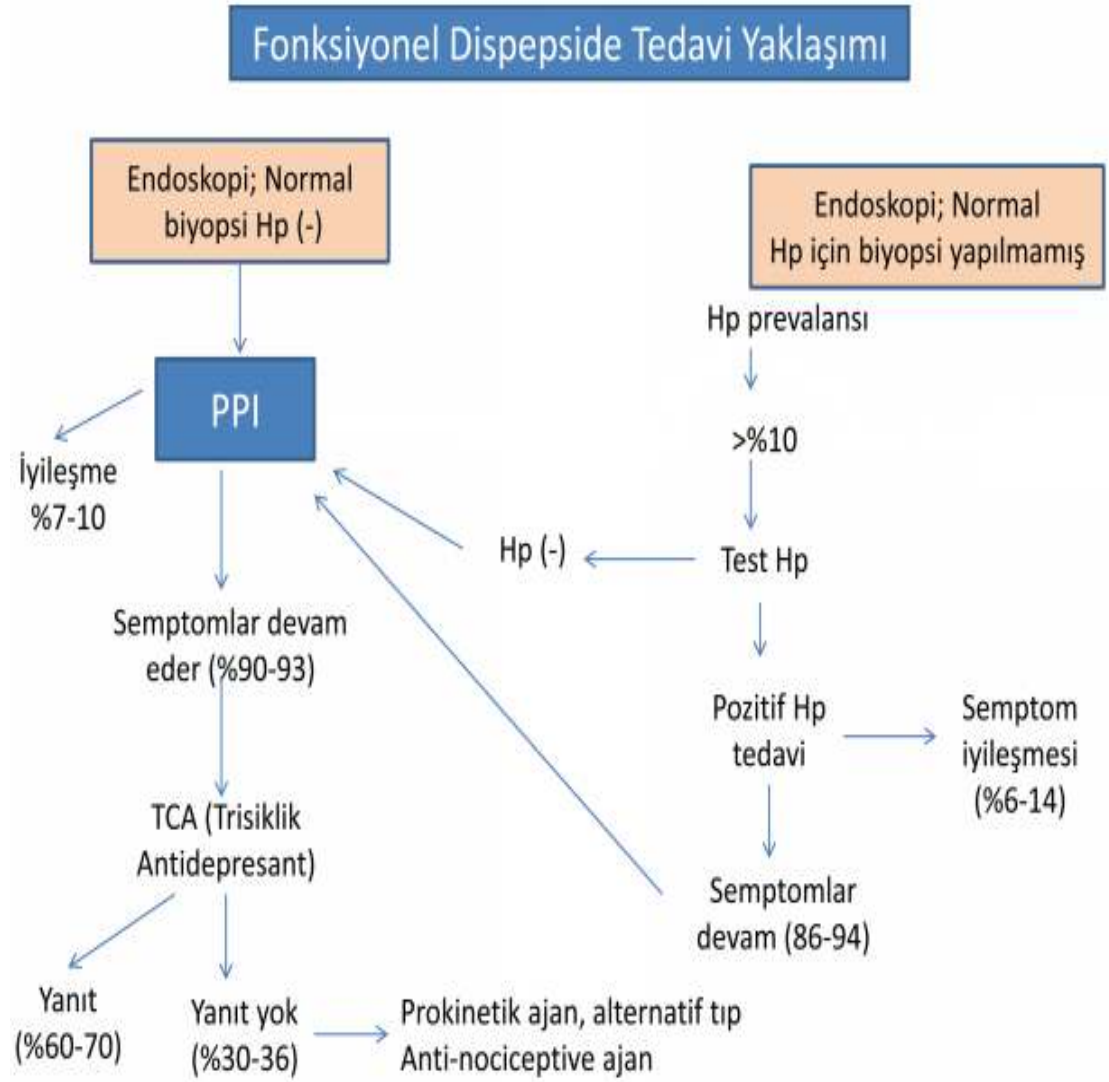
a) Pozitif endoskopi (organik dispepsi) tedavisi

Organik dispepside tedavi, altta yatan hastalığın tedavisidir (48).

b) Normal üst endoskopi (fonksiyonel dispepsi) tedavisi

Fonksiyonel dispepsi plasebodan oldukça fayda sağlayan çalışmalarda %30-40 arasında fayda gören bir bozukluktur. Genel olarak hastanın şikayetlerini (EAS veya PDS) dikkate alarak tedaviye başlamak pratik bir yaklaşım olacaktır. Alarm semptomlar mutlaka gözden geçirilmelidir. Hastanın komorbid durumu ve ilaç kullanım öyküsü sorgulanmalıdır (48).

Endoskopi normal hastaların Hp tedavisinde izlenecek yol şekil 2’de verilmiştir.



Şekil 2: Fonksiyonel dispepside tedavi yaklaşımı (34).

2.1.7.1. Diyet

Fonksiyonel gastrointestinal hastalıkların patogenezinde diyet önemli yer tutmaktadır. Hem genel populasyonda hem de sağlık kuruluşlarındaki hastalardan alınan öykülerde dispeptik şikayetlerin besin alımından sonra ortaya çıktığı gözlemlenmektedir ama yapılan çalışmalarda belirli bir diyet ya da besin ilişkisinden söz edilememektedir. En çok suçlanan besinin ise yağlar olduğu gösterilmiştir. Daha fazla yağ tüketen hastalarda şikayetlerin arttığı gözlemlenmiştir. Az karbonhidratla beslenen hastalarda ise postprandial dolgunluk hissi daha az görülmüştür (49). Hastaların az yemeleri, yağlı ve kendilerinde rahatsızlığa yol açan yiyeceklerden, içeceklerden uzak durmaları önerilir. Öğünlerde az az ve altı öğün yemeleri tavsiye edilir. Hastaların NSAİİ, kahve, alkol, sigaradan sakınmaları istenir (33).

2.1.7.2. Helicobacter pylori eradikasyonu

H.pylori, dünya nüfusundan yarısından fazlasını enfekte etmiş önemli bir mikroorganizmadır. Bu patojen mikroorganizmanın kronik gastrit, peptik ülser, MALToma, açıklanamayan anemi, idiopatik trombositopenik purpura (ITP) ve fonksiyonel dispepsi ile birlikteliği bulunmuştur. H.pylori'nin kronik gastrit zemininde mide kanserine neden olması tedavi sürecini hızlandırmıştır. Bilim adamları yıllarca bakterilere karşı yeni arayışlar güçlü antibiyotikler bulma çabasında olmuşlardır (39).

H.pylori eradikasyonu için başlangıçta monoterapi sonrasında da dual terapi uygulanmışsa da istenilen sonuca ulaşılamamıştır. Fleming 1929 yılında penisilini keşfederek aslında ilk adımı atmıştır. H.pylori eradikasyonu için aslında net bir tedavi şekli yoktur. Tedavideki amacımız %85'in üzerinde başarı elde etmektir. Klaritromisin, amoksisilin ve metronidazolün birlikte kullanılmasıyla sadece %60'lık bir eradikasyon sağlanabilmiştir. Daha sonra bu ilaçların düşük pH aralığında etkinlik gösteremediği ve tedaviye proton pompa inhibitörlerinin eklenebileceği gündeme geldi. Başlangıçta PPI(2x1)+amoksisilin 1000 gr (2x1) ya da PPI(2x1)+Klaritromisin 500 gr (2x1) önerilmesiyle tedavi etkinliği yaklaşık %85 olmuştur. Mide asidinin artırılması ve 3'lü tedavinin denenmesiyle (PPI+Klaritromisin+Amoksisilin(veya metronidazol) tedavi oranı %85-90'lara çıkarıldı. Zaman içinde klaritromisinin bazı ülkelerde sıkça kullanılması nedeniyle

direnç geliştiği bildirildi ve direncin %10'un altında olduğu ülkelerde kullanılması önerilirken %20'nin üzerinde olduğu ülkelerde kullanılmaması önerilmiştir. 3'lü tedavinin başarısız olduğu vakalarda 4'lü tedavi uygulanmaya başlanmıştır (39).

Bizmut tuzları *H.pylori*'nin enzimlerini inhibe ettiği için (üreaz, lipaz, fosfolipaz-adhezin) 4'lü tedavide kullanılmaya başlanmıştır. Avrupa Çalışma Gurubu'na göre 2015 maastrich V Floransa Bildirgesi; klaritromisine %15 ve üzeri direnç gelişen bölgelerde ilk seçenek tedavi bizmutlu 4'lü tedavi olarak bildirilmiştir. PPI (2x1)+bizmut subsitrat (3x1)+amoksisilin (2x1)+tetrasiklin (4x500 mg) şeklinde 14 gün süreyle kullanılmaktadır (39,48).

2.1.7.3. Antisekretuar tedaviler

Gastroözafagial reflü şikayeti olmayan hastalarda bile asit baskılayıcı tedaviler genellikle birinci basamak tedavi seçeneği olmuştur. Asit bağlayıcı tedaviler; proton pompa inhibitörleri (omeprozol, lansoprozol, pantoprozol ve diğerleri) histamin 2 reseptör blokörleri (ranitidin ve nizatidin gibi) kullanılan antisekretuar ajanlardır (50).

2.1.7.4. H2 reseptör blokerleri

H2 reseptör blokerleri (H2 reseptör antagonistleri); antisekretuar tedavilerde ilk kullanılan ajanlardır. Gastrik ülser zemini gelişen ve hematemez, melena olgularında daha etkili oldukları gösterilmiştir. Lacy ve arkadaşların yaptığı bir meta-analizde pleseboyla karşılaştırıldığında semptomlarda %54'lük bir düzelme olduğu bulunmuştur (49).

2.1.7.5. Proton pompa inhibitörleri

1980'lerin sonlarına doğru tıbbi uygulamaya giren PPI'lar tedavi protokolünün temelini oluşturmuştur (51). PPI'lar, paryetal hücrelerde bulunan H^+ -ATPaz (proton pompası) aktivitesini inhibe ederek etkisini gösterirler. Pompa inhibe edildiğinden asit sekresyonu da inhibe olur. PPI'lar H^+ -K⁺ATPaz'ı irreversibl inhibe ederler. Bu nedenle etkileri 24-48 saat sürer. PPI'lar asit-pepsin ile ilişkilendirilen peptik ülser, GÖRH, Barret özafagusu, *H.pylori* eradikasyonu, fonksiyonel dispepsi, laringofarengiaal reflü gibi hastalıklarda endikedirler (52). Antral G hücreleri de azalmış asit sekresyonuna karşı gastrin seviyesini artırır. Artan gastrin seviyesi de hipergastrinemiye yol açarak pankreasın beta hücrelerinde trofik etki ile insülin

seviyesinde artışa neden olur. Bu nedenle bazı araştırmacılar bu etkinin tip 2 diyabet hastalarında oral antidiyabetiklere katkıda bulunabileceğini göstermişlerdir (53).

Proton pompa inhibitörlerini kullananlarda en sık yan etki diyaredir. Bu etki 4-6 haftalık kullanımlarda ortaya çıkmaktadır. Ayrıca aside duyarlı olan salmonella ve campylobacter enfeksiyonları da PPI kullanımında artmaktadır (54). PPI'ların sık görülen yan etkileri önemsizdir (%1-3); baş ağrısı, bulantı, baş dönmesi, sersemlik hali sık görülen yan etkiler olarak sayılabilir. Ciddi yan etkileri ise nadirdir, bunları hipomagnezemi, toksik hepatit, görme bozukluğu, akut intersitisyel nefrit olarak sayabiliriz. Uzun süre PPI kullanılmasıyla bazı potansiyel yan etkiler çıkmaktadır. PPI'lar uzun süreli kullanılacaksa hastalar hekimlerce belli aralıklarla takip edilmeleri önerilmektedir (55). Mide asidinin inhibe olduğu ortam birçok bakteri için elverişli hale gelmektedir. Bu nedenle hipoklorhidrik ortamda alınan bakteriler kolonizasyon oluştururlar. Bunun sonucunda PPI'lar direkt veya indirekt olarak oro-farengeo-larengeal ve GIS ortamındaki asit dengesini bozarak pnömoni, spontan bakterial peritonit gibi enfeksiyonları kolaylaştırır (56).

Uzun süre PPI kullananlarda hipoklorhidrik ortam kalsiyum metabolizmasını bozarak kalça kemiği kırığı riskini de artırabilmektedir (57).

Proton pompa inhibitörleri, hem asit salınımını hem de askorbik asit salınımını inhibe ederler. Diyetteki ferik formdaki demir askorbik asit aracılığıyla ferröz demire dönüşür. Askorbik asidin azalması demir eksikliğine yol açacağı düşünülse de bunu kanıtlayabilecek ciddi çalışmalar yoktur (58).

Özellikle NSAI ilaçların yaygın kullanıldığı toplumlarda kanama riskinin ve peptik ülser riskinin yüksek olacağı düşünüldüğünde bu ilaçlarla birlikte PPI kullanılması retrosternal yanma bulantı dispepsi karın ağrısı şikayetlerini oldukça azalttığı ancak %10 hastada istenilen etkinin olmadığı bildirilmiştir (59).

2.1.7.6. Prokinetik ajanlar

Birçok alışma özellikle PDS'li hastalarda prokinetikleri önermektedir (60). Prokinetikler düz kas kasılmasını ve motiliteyi artırarak etkilerini göstermektedir. Motilin reseptörü agonisti eritromisilin, dopamin antagonistleri domperidon ve metaklopramid en çok kullanılan ilaç grubudur (61).

2.1.7.7. Antidepresanlar

Etyopatogeneizde artmış GİS duyarlılığı ve beyin-barsak eksenini (brain-gut axis) denilen teorik model, FD ile psikolojik nedenleri birleştiren bir hipotezi temsil eder. Bu nedendir ki tedavide antidepresan ilaçların yararlı olabileceği düşünülmüştür. Bu ilaçlar psikiyatrik etkilerinden bağımsız olarak uyku kalitesini düzeltmeleri ve visseral duyarlılığı azaltmaları yönünden FD'li hastalara fayda sağlamaktadır (62). FD'den kaynaklı karın ağrısı tedavinde de antidepresanların etkinliği gösterilmiştir. Antidepresan tedaviler, hastalığa spesifiktir, semptom ve yan etkilerine göre de farklı yaklaşımlar gerektirir. Tedavi süresi 8-12 hafta dolmadan kesilmemelidir. En çok kullanılanları trisiklik antidepresanlardır. Selektif serotonin reuptake inhibitörleri (SSRI) abdominal ağrı, kusma, diyareye neden olabileceği için daha az kullanılmaktadır (13).

2.1.7.8. Antiasitler

Antiasitler pratikte dispepsi ve retrosternal yanma tedavisinde kullanılmaktadır. Çalışmalarda peptik ülser tedavisinde de başarılı oldukları gözlemlenmiştir. Tedavide pH değerinin 3-5 arasında olması amaçlanmaktadır (63).

Antiasitler sistemik etkiye sahip olanlar (sodyum bikarbonat, kalsiyum bikarbonat) ve sistemik etkiye sahip olmayanlar (magnezyum bileşikleri, alüminyum bileşikleri) şeklinde sınıflandırılmaktadır (63).

Alüminyum birleşiminin astrenjan (protein çöktürücü) etkisinden faydalanarak ülserin mide asidinden etkilenme derecesini azalttığı ayrıca demulsent etki (örtücü etki) ile de ülser tabakasını kapladığı bildirilmektedir. Alüminyum tuzlarını içeren antiasitler safra asitlerini bağlamasından dolayı intestinal reflüden kaynaklanan reflü tedavisinde de önemli yere sahiptir (63).

Kalsiyum tuzları özellikle sütle beraber alındığında hiperkalsemi ve sistemik alkalozu neden olabilir (Milk-Alkali Sendromu). Sodyum tuzları hafif bir alkali ortam oluşturur. Sistemik etkiye sahip olanlar böbrek yetmezliği, siroz, kalp yetmezliği olan hastalarda dikkatle kullanılmalıdır. Magnezyum tuzları SSS toksitesine yol açabilir. Magnezyum tozları toksisitesi ensefalopati kliniği ile kendini gösterebilir (63).

Antiasitler yemeklerden 1-3 saat sonra ve yatarken alınmalıdır. Süspansiyon

formundaki antiasitlerin tablet formlara göre daha etkili olduğu bildirilmektedir. Antiasitler, diğer ilaçlarla etkileşime gireceğinden tüm ilaçların 1 saat önce veya sonra alınmasına özen gösterilmelidir (63).

2.2. Anksiyete bozuklukları

Anksiyete, sıkıca bastırmak, boğazını sıkmak, sıkıntı ve tasa anlamında kullanılan Hint German dil ailesinden gelen “angh” kökünden türemiştir (64). Kaygı (anksiyete) nesnel olmayan durum karşısında duyulan endişe olarak da tanımlanmaktadır (65). Anksiyete korku ve endişe durumudur. Bu durum vücutta bir seri duyumlara eşlik edebilir. Göğüste sıkışma, çarpıntı hissi, terleme, baş ağrısı ve hemen tualete gitme isteğinin doğması gibi duyumlar örnek olarak verilebilir. Huzursuzluk, hiçbir neden yokken ortalıkta dolanma isteği de anksiyetenin belirtileri arasındadır. Anksiyetenin somut bir olay yokken yaşanması sık sık ve şiddetli bir biçimde ortaya çıkması bireyde bir anksiyete bozukluğu olduğunu düşündürür (66). Anksiyete birçok organik bozuklukta da görülebilen ve hemen hemen her psikiyatrik bozukluğa eşlik eden bir durumdur (67).

Anksiyeteyi “normal anksiyete” ve “patolojik anksiyete” olarak iki grup altında ele alabiliriz. Normal anksiyete her insanın başına gelmiş tecrübe edilmiş olan çarpıntı, huzursuzluk, sıkışma, terleme, baş ağrısı olarak kendini gösterir. Normal anksiyete kişinin yaşamını etkileyecek düzeyde derin değildir. Patolojik anksiyete ise normal anksiyetenin aksine bireyde uzun süreli kendisini gösterip yaşamını derinden etkiler (68).

DSM-V’e göre anksiyete sınıflandırması

- Seçici konuşmazlık,
- Özgül fobi,
- Ayrılma kaygısı bozukluğu,
- Toplumsal kaygı bozukluğu,
- Agorafobi,
- Panik bozukluğu,
- Maddenin ilacın yol açtığı kaygı bozukluğu,
- Tanımlanmamış kaygı bozukluğu,

- Yaygın anksiyete bozukluğu,
- Başka bir sağlık durumuna bağlı kaygı bozukluğu,
- Tanımlanmış diğer bir kaygı bozukluğu (67).

2.2.1. Anksiyete bozukluklarının tarihçesi

Bu bozukluğun tarihçesine baktığımızda ilk kanıt M.Ö. 3000'lerde kaleme alınan Gılgamış Destanı'nda karşımıza çıkar (69).

1800'lerin ilk yarısına kadar anksiyete; organ veya sistemlerin ayrı ayrı birer hastalığı gibi kabul edilirdi. Westphal, agarofobi olarak bildiğimiz tek başına açık alanlara çıkmama durumunu iç kulakta bulunan denge organının bir patolojisi sonucunda geliştiğini öne sürmüştür (70)

Feuchtersleben 1847 yılında organik hastalıkların neden olduğu anksiyeteden ilk defa bahsetmiştir (70).

1890'larda anksiyete diğer sistem hastalıklarından bağımsız olarak adına anksiyete denilen tek bir klinik durumun olduğu düşüncesi yavaş yavaş gelişmiştir. 1960'tan sonra elde edilen verilerle klinik durumların ayrılarak birbirinden sınıflandırılmalarına girmesi ancak 1980'de DSM-III ile olmuştur (70).

2.2.2. Epidemiyoloji

Birleşik Devletler'de Ulusal Ekip Araştırması'na göre, 1 yıllık prevalans %18 ve yaşam boyu yaygınlık %29'dur (71). Anksiyete bozuklukları kadınlarda daha yaygındır. 2008 yılında Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırması'nda yaygın anksiyete bozukluğunun 1 yıldaki sıklığı %0,7 olarak bulunmuştur. Ülkemizde 2000 yılı sonrası anksiyete bozuklukları ile ilgili yapılmış epidemiyolojik araştırmalar azdır. Çoğu araştırma ayaktan başvuran hastalardan ve üniversite öğrencilerinden oluşmaktadır. Bu nedenle bulguların topluma genellenebilirliği sınırlıdır (72).

2.2.3. Anksiyete etiyolojisi

2.2.3.1. Genetik

Genetik faktörler, anksiyetenin etyolojisinde önem taşımaktadır. Panik bozuklukta olduğu gibi anksiyeteye yatkınlığa neden olan genler araştırılmaktadır. Alkolizm, otizm ve yeme bozukluklarında olduğu gibi anksiyete bozukluklarında da çevresel etmenlerin yanı sıra genetik yatkınlığın da önemine vurgu yapılmaktadır (73).

2.2.3.2. Nörotransmitterler

Anksiyete temelde santral sinir sisteminden kaynaklanmaktadır. Talamus, hipotalamus, hippo-kampus, pineal bez, hipofiz ve amigdala gibi önemli anatomik bölgeler limbik sistemde yer alır ve bu bölge bellek ve duygudurum değişikliklerinden sorumlu önemli bir bölgedir. Amigdala, korku ve anksiyeteden sorumlu bir oluşumdur. Bilimsel çalışmalar neticesinde Gama Amino Butirik Asid (GABA)-Benzodiazepin Reseptörü-Cl⁻ İyonofor Kompleksi, Noradrenerjik Sistem ve Serotonerjik Sistem olmak üzere üç temel santral nörotransmitter sisteminin anksiyetede rol oynadığına işaret etmektedir (68).

2.2.3.3. Psikoanalitik kuramlar

Psikoanalitik kuramın gelişiminde anksiyetenin önmeli bir yere sahip olduğu bilinmektedir. Psikoanalitik kuramcılara göre anksiyetenin dürtülerin kişiye uyarısı sonucunda oluştuğu düşünülmektedir. Bilinçaltında olduğu inanılan saldırganlık veya cinsellik duyguları, şiddetlenerek doyum için kişinin benliğine baskı uygular. Anksiyete benlik mekanizmalarıyla bastırılmaya çalışılır, bastırma başarısız olursa benliği bütün olarak bir arada tutmak amacıyla yalıtma, yapıp bozma, yer değiştirme gibi savunma mekanizmaları devreye girer ve bu savunma mekanizmalarının tipine göre çeşitli anksiyete türleri ortaya çıkar (74).

2.2.4. DSM V'e göre anksiyete bozukluğu tipleri ve tanı ölçütleri

a. Seçici konuşmazlık (Selektif mutizm)

Seçici konuşmazlık nadir bir durumdur ve kendiliğinden kaybolduğu için gözden kaçabilmektedir. İlk defa 19. yüzyılın sonlarına doğru Alman doktor Kussmaul, normal durumlarda konuşabilecek birinin belli ortamlarda konuşmamasını “aphasia voluntaria” (gönüllü konuşmama) olarak tanımlamıştır (75).

DSM V'e göre; normal hallerde konuşuyor olmasına rağmen, konuşmanın beklendiği durumlarda, konuşamama durumu vardır. İşte ve okulda başarıya engel olur. Süresi en az bir aydır. Bu durum iletişim bozukluğuyla daha iyi açıklanamaz ve yalnızca otizm açılımı kapsamında, şizofreni ya da psikoz ile seyreden diğer bir bozukluğun seyri esnasında çıkmamıştır (67).

b. Özgöl fobi

Bir olaya ya da nesneye karşı aşırı korku ya da kaygı durumu vardır. Bu durum hemen her zaman korkuya neden olur. Kaygı ve korku, çeşitli toplumsal sıkıntılara neden olur (67).

c. Toplumsal anksiyete bozukluğu

Kişinin bir ya da birden fazla toplumsal durumlarda (karşılıklı konuşma, yemek yerken gözlenme, toplum önünde konuşma) belirgin korku ve kaygı duyması durumudur.. Bu durum klinik açıdan ciddi bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili veya diğer alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur. Kaygı, korku ya da kaçınma durumu madde etkisiyle, beden algısı bozukluğuyla, panik bozukluğuyla, otizm ile ilgili bir bozuklukla ya da organik bir hastalıkla ilişkilendirilemez (67).

d. Panik bozukluğu

Panik ataklar genel olarak, yoğun bir şüphe, kötü bir şey olacak beklentisi ile aniden başlar ve kısa vadede yüksek seviyeye ulaşır (76).

- Terleme,
- Çarpıntı
- Boğuluyormuş gibi olma durumu,
- Titreme
- Bayılacakmış gibi olma duyumu,
- Denetimi kaybetme korkusu,
- Göğüste sıkışma hissi,
- Bulantı ya da karın ağrısı,
- Ölüm korkusu,
- Titreme, üşüme, ürperme ya da ateş basması durumu,
- Uyuşma,
- Gerçek dışılık.

Bu ataklardan en az birinin ardından aşağıdaki durumlardan biri veya ikisi bir ay ya da daha uzun süre devam eder.

- Diğer panik atak semptomlarının olacağı veya bu atakların sonuçlarıyla alakalı

endişe hissetme,

- Panik ataklarla ilgili, adaptasyon bozukluğu ile seyreden davranış değişikliği sergileme (67).

e. Agarofobi

Aşağıda belirtilen beş maddeden iki ya da daha fazlasıyla alakalı şiddetli kaygı veya korku vardır (67).

- Kapalı yerlerde bulunmak,
- Toplu taşıma araçlarında bulunma esnasında
- Yalnız başına evin dışındaki bir yerde olma,
- Açık alanlarda bulunma esnasında,
- Sırada bekleme ya da kalabalık bir mekanda olma.

Agorafobi altı ay ya da daha uzun sürer. Bu durum klinik olarak yoğun sıkıntıya, işle alakalı alanlarda, diğer önemli alanlarda işlevsellikte bozulmaya neden olur. Korku, kaygı, kaçınma aşırıdır ve başka bir ruhsal bozukluk belirtileriyle daha iyi açıklanamaz (67).

f. Yaygın anksiyete bozukluğu

Yaygın anksiyete bozukluğunda kişi normal yaşamında karşılaştığı olaylarda, engelleyemediği aşırı bir tedirginlik, kuruntulu beklenti içindedir. En az altı ay ya da daha uzun bir zamanda çoğu gününde, okulda, işte performans sergileyebilme gibi bazı durumlar ya da etkinliklerle alakalı, yoğun bir kaygı veya korku vardır. Bu duruma aşağıdaki altı belirtiden üç tanesi veya daha fazlası eklenir (67):

- Kas gerginliği,
- Huzursuzluk,
- Bir şeye konsantre olmakta zorluk yaşama,
- Kolay yorulma,
- Kolay kızma,
- Uykuya dalma ya da uykuyu sürdürmede zorluk yaşama

Bu belirtiler, klinik olarak yoğun bir sıkıntıya ya da toplumsal işlerle alakalı alanlarında işlevsellikte bozulmaya yol açar. Bu durum, bir maddenin kötüye

kullanımı veya diğer bir bozuklukla daha iyi açıklanamaz (67).

g. Ayrılma kaygı bozukluğu

Kişilerin bağlandıkları bireylerden ya da nesnelerden ayrılmasıyla ilgili olarak aşırı ve uygunsuz bir korku, kaygı hissetmesidir (67).

2.2.5. Anksiyete tedavisi

Yaygın anksiyete bozukluğu (YAB)'nın tedavisinde ilaç tedavisi, davranışçı ve bilişsel psikoterapiler, relaksasyon eğitimi gibi uygulamaların faydalı olduğu kabul görmektedir. Fakat bu tedavilerin birbirlerine üstünlüğü yeterince araştırılmamıştır (77). Tedavide hem farmakolojik hem de psikoterapilerin birlikte kullanılması önerilmiştir (78). YAB'da en sık kullanılan anksiyolitik benzodiazepinlerdir. Etkileri gama-aminobutirik asit (GABA)/benzodiazepin (BZ) kompleks reseptörü aracılığıyla sedasyon yaratmaktadır. Benzodiazepinlerin yan etkileri genelde hafiftir ve sedasyon ile psikomotor yetmezlik görülür, az oranda da paradoksal saldırganlık ortaya çıkabilir. Antegrad amneziye sebep olabilir. Sedasyon, konsantrasyon bozukluğu ve bellek kaybı gibi etkilerine birkaç hafta içinde tolerasyon geliştirir. Bunların aksine anksiyolitik etki daha geç kaybolur (79).

Yaygın anksiyete bozukluğu için ABD'de FDA (Food and Drug Administration) tarafınca onaylanmış benzodiazepinlerin yanı sıra farklı yan etki profilli ve etki mekanizmasına sahip ilaçlar venlafaksin, buspiron'dur. Son zamanlarda anksiyete bozuklukları tedavisinde hidroksizin, β -adrenerjik antagonistler ve ondansetron gibi ilaçlarda kullanılmaktadır (80).

Panik bozukluk için en çok kanıtın bulunduğu ve çoğunlukla ilk seçenek ilaç grubu SSRI'dir. Antidepresan tedavisine, ilaçların yan etkileri ve panik bozukluğu hastalarının aşırı duyarlılıkları da dikkate alınarak düşük dozlarda başlanır. Genel olarak 1 aydan kısa sürede tedavi yanıtı ortaya çıkmadığı kabul edilmektedir. Tedaviye yanıtız hastalarda doz aşamalı olarak artırılır. Anlamalı iyileşme 6-8. haftalarda ortaya çıkar ve 1 yıla kadar da tedavi uzayabilmektedir (80).

Sosyal anksiyete tedavisinde, korku ile ilgili abartılı düşüncelerin kontrolü, fizyolojik ve otonomik semptomları azaltmak, fobik ortamlardan uzak durmak, komorbid durumları tedavi ettirmek ve yaşam kalitesini düzeltmek şarttır. Performans anksiyetesi tedavisinde 30 dakika önceden propranolol 10-40 mg

alınabilmektedir (80).

2.3. Depresyon

2.3.1. Depresyon tanımı

Depresyon en geniş tanımıyla, kişinin yaşam isteğinin azaldığı, mutsuzluk, enerji azlığı, kendine zarar verme isteğinin olduğu, iştah ve uyku düzeninde azalma ile seyreden, geleceğe ilişkin karamsar düşünceler, eskiyle alakalı yoğun pişmanlık, libidonun azalması, çökkün bir duygudurumun yaşanması sonucunda oluşan ruhsal bir bozukluktur (81).

Dünya sağlık örgütüne göre depresyon dünya çapında yaygın bir bozukluktur. 300 milyondan fazla insanın etkilendiği depresyon; orta veya şiddetli olduğunda iş veya aile hayatında önemli işlev kaybına neden olmakta ve en önemlisi intihara sebep olmaktadır. Suisid dünyada, 15-29 yaş arasındaki kişilerde ikinci en sık ölüm sebebidir. Her yıl 800.000'e yakın kişi intihar nedeniyle ölmektedir (82).

2220 yılında dünya çapında, ikinci yetiyitimi sebebinin depresyon olacağı kabul edilmektedir (83).

Depresyon döneminde bedensel sıkıntılar giderek artar. Düzenli seyreden tansiyon kontrol edilemez olur, kan glikoz düzeyleri bozulur. Genellikle kronik rahatsızlıkların ilk ortaya çıkışı bu dönemlerdir. Yapılan çalışmalar kalp krizi geçiren hastalarda tabloya depresyon eklendiğinde ikinci bir kriz geçirme riskinin arttığını göstermiştir (84).

2.3.2. Depresyonun tarihçesi

Duygu durum bozuklukları, melankoli ve mani terimlerini ilk kez kullanan ve bunların birbiriyle ilişkisine dikkat çeken eski Yunan ve Romalı hekimler olmuştur. Yunanlı hekimler Saturn gezegeninin etkisiyle karaciğerden salgılanan safranin duygu durumu etkilediğini ve duygularda kararmalara neden olduğunu belirtmişlerdir. Galen'e göre (MS 131-201) melankoli, korku ve depresyon, memnun olmama ve tüm insanlardan nefret etme olarak tanımlanmıştır (85). 1968 yılında yayınlanan DSM-II'de (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) Kraepelin'in sınıflandırması etkili olmuştur. 1980 yılında yayınlanan DSM-III ile 1987'de yayınlanan DSM-III-R'de bu sınıflandırma değiştirilmiş olup, depresyonun klinik görüntüsünün endojenliği hakkında bilgi vermeyeceği kabul edilerek depresyon bir durum olarak tanımlanmaya başlanmıştır (86).

1994’de DSM-IV ve 2013 Mayısında Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından oluşturulan DSM’nin son hali olan DSM V kullanılmaya başlanmıştır (86).

2.3.3. Epidemiyoloji

Depresyon yaygın bir durumdur ve her beş kişiden biri yaşamının bir döneminde depresyon atağı geçirmektedir. Kadınlar erkeklerden iki kat daha fazla depresyona yakalanıyor ya da depresyon için yardım istemektedir (84). Türkiye'deki çalışmaları araştıran Küey ve Güleç’in ulaştığı verilerde; Türkiye’deki klinik düzeyde depresyon prevalansı %10 civarında bulunmuştur (87). Ülkemizde Dünya Sağlık Örgütü ile yapılan ortak araştırmada, bir sağlık kuruluşuna başvuran hastalarda %11,6 oranında depresyon belirtisi saptanmış ve depresyonun üst solunum yolu hastalıklarından sonra ikinci sırayı aldığı bildirilmiştir (88).

2.3.4. Depresyonda risk etkenleri

Depresyon orta yaşta daha sık görülür. Majör depresyon 45 yaşın altında daha sık rastlanır (87).

Menstruel siklus ve postpartum gibi hormonal değişikliklerin yaşandığı dönemlerde hormonal değişikliklerin depresyona yol açtığı bildirilmektedir. Oral doğum kontrol haplarının kullanılmasıyla, progesteron artışı ile birlikte depresif belirtilerin de artması, bu durumu desteklemektedir (87).

Depresyon öyküsü olan bireylerde, ailede farklı duygudurum hastalıklarının görülme riskinde artış da görülmüştür. Birinci derece akrabasında depresyon öyküsü olanlarda depresyon görülme riski yaklaşık olarak 3 kat artar (89).

Depresyon ile medeni durum arasındaki ilişki birçok araştırmada gösterilmiştir. Depresyon oranı bekar, ayrı yaşayan, dul ve boşanmış olan bireylerde evlilerden daha yüksek bulunmuştur (90).

Gelişmekte olan ülkelerin yoksul kesimleri ile sosyoekonomik durumu düşük yerlerinde ruhsal hastalık sıklığı düşük bulunurken bazı çalışmalarda da yüksek bulunmuştur (91). Bir diğer araştırmada depresyon, okuryazar olmayanlarda daha yüksek saptanmıştır (92).

2.3.5. Depresyonda belirtiler

Depresyonun en temel ögesini duygudurum değişikliği oluşturur. En önemli belirti çökkün duygu durum ve azalan keyif alma (anhedoni) duygusudur. Tablonun

daha iyi olduğu hastalar, yaşadıkları sıkıntı ve üzüntüyü reddedip daha çok baş ağrısı, karın ağrısı, yorgunluk gibi fiziksel yakınmalardan söz ederler. Anhedoni durumunda hastalar eskiden sevdiği yapmaktan hoşlandığı şeylerden vazgeçtiklerini söylerler (93).

Tablonun daha ağır seyrettiği durumlarda ellerini sürekli ovuşturma, devamlı dolaşma ve aşırı telaş hali görülebilmektedir. İştahta azalma/artma, uyuyamama, kilo kaybı/artışı, suisid girişimleri, konstipasyon, menstruasyon düzensizlikleri, ağrılar ve libido kaybı görülebilmektedir (94).

2.2.6. Depresyonun tanı kriterleri

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin sınıflandırma sistemi olan 2013 yılında yayınlanmış olan DSM-V'e göre depresyon, duygudurum bozukluklarından birisidir (67).

DSM-V TR Majör depresif bozukluk tanı kriterleri (67).

A. Aşağıdakilerden en az 5'inin en az 15 gün süre ile gün boyu bulunması

(1.veya 2. kriter mutlaka bulunmalı)

1. Depresif duygudurum,
2. ilgi-istek azalması,
3. İştah azalması veya artması,
4. Uyku azalması veya artması,
5. Psikomotor yavaşlama veya ajitasyon,
6. Enerji azalması, yorgunluk,
7. Suçluluk, değersizlik hissi,
8. Konsantrasyon güçlüğü,
9. İntihar eğilimi,
- B. İşlev kaybı vardır.

C. Semptomatoloji bir madde kullanımına ya da genel tıbbi duruma bağlı değildir.

D. Başka ruhsal hastalıkla açıklanamaz.

E. Asla bir manik veya hipomanik nöbet yoktur.

2.2.7. Depresyon tanısı koyma

Depresyon tedavisinde tanıyı koymak ve amaca yönelik uygulamalar yapılmalıdır. Hastalığın tekrarını önlemek için sık görüşmeler yapmak önemlidir. Depresyona neden olabilecek hipotroidi gibi diğer endokrin hastalıklar, nörosifiliz, kardiyovasküler hastalıklar, madde kullanmanın dışlanması gerekmektedir.

Antihipertansifler, antikonvülzanlar, beta antagonistler, steroidler, kemoterapi ajanları, levodopa, benzodiyazepinler depresyon yapabilmektedirler. Hastaya depresyon tanısı konmadan önce tam kan, biyokimya, toksikoloji, tiroid fonksiyon testleri, sedimentasyon gibi tetkikler yapılmalıdır (95).

2.2.8. Depresyonda tedavi

2.2.8.1. İlaç tedavisi

Depresyon tedavisinde öncelikli olarak bozukluğun tedavisi amaçlanırken, ek medikal durumlara, yaş gruplarına ve gebelik gibi riskli gruplara dikkat edilmelidir. Tedavinin temel ilkelerinden biri de nükslerin önlenmesidir. Tedavide dikkat edilmesi gereken önemli noktalardan biri intihardır. Depresyonda intihar oranı %15'tir, bunlardan %1'i ise ölümle sonuçlanmaktadır (96).

Hemen hemen bütün antidepresif ilaçların etkisi 1-3 haftada başlamaktadır. Bu sürede, uyku düzeninde, iştahta, duygudurum ve toplumsal ilişkilerde düzelmeler başlar. Antidepresan tedavinin etkin olup olmadığına karar verirken 4-6 haftalık süre zorunludur. Yanıt alınan hastalarda tedaviye 6-12 ay daha devam edilmektedir. Daha sonra ilaçlar aylar içinde azaltılarak kesilebilir (96).

Depresyon belirtilerinin sağaltımında kullanılan ilaçlar aşağıda sıralanmıştır:

a. Trisiklik Antidepresanlar: Trisiklik antidepresanların (opipramol, klomipramin, imipramin, amitriptilin, maprotilin) etki mekanizması, serotonin ve noradrenalin geri alım pompalarını az oranda da dopamin geri alım pompalarını inhibe etmesidir. Antihistaminik etkileri nedeniyle kilo artışı, sedasyon; antikolinergik yan etki sebebiyle konstipasyon, görmede bulanıklık, ağızda kuruluk, sedasyon; $\alpha 1$ blokaj etkisi nedeniyle kan basıncı düşüklüğü ve baş dönmesi ile intihar girişiminde

kullanılması durumunda ölüm riskini artırdığı gerekçesiyle kullanımı azaltılmıştır (96).

b. Seçici Serotonin Gerilim İnhibitörleri: Bu grupta sertralin, fluoksetin, paroksetin, fluvoksamin, sitalopram yer alır. Yan etkileri arasında huzursuzluk, motor hareketlerde değişim, cinsel işlev bozuklukları ve diyare sayılabilir. Çoklu ilaç kullanımlarında sitokrom enzim sistemlerince etkilenmelerine dikkat edilmelidir. TSA'lara göre yan etkilerinin az olması nedeniyle daha güvenli ve ilaca uyum sorununun daha az yaşandığı ilaçlardır (96).

c. Serotonin ve Noradrenalin Gerilim İnhibitörleri: Serotonin ve Noradrenalin Gerilim İnhibitörleri (SNRI)'nden olan venlafaksin feniletilamin türevi olan antidepresandır. Venlafaksin, serotonin ve norepinefrin geriliminin potent bir inhibitörü ve dopamin geriliminin ise zayıf bir inhibitörüdür (97). Mevcut antidepresanlardan daha hızlı bir antidepresan etki başlangıcına sahip olduğu ileri sürülmüştür. TSA'lardan farklı olarak diğer reseptörleri etkilememektedir. Bu nedenle yan etkileri daha azdır. (96). Milnasipran depresyon tedavisi için Avrupa'da mevcut olan bir serotonin ve noradrenalin gerilim inhibitörüdür. Venlafaksin ve duloksetin ile benzer etki mekanizmasını paylaşmaktadır (97).

2.2.8.2. Psikoterapiler

Bilişsel davranış terapileri ve grup terapileri probleme odaklı amaçla yapılmaktadır. Hastanın düşük benlik saygısını artırmak, kaygı ve korkularıyla baş edebilmesinde yardımcı olmak, yalnızlık hissini azaltmak psikoterapinin hedeflerindendir (95). Klinik rehberler, bilişsel ve davranışçı tekniklerin ilaç tedavisi ile beraber uygulandığında daha olumlu sonuçların ortaya çıktığını belirtmiştir. Psikososyal terapiler biyolojik faktörler yerine psikolojik ya da sosyal faktörleri içeren bir girişim olarak tanımlanmaktadır ve bu tanım sosyal destek ve sosyal ağ gibi toplumsal faktörlere odaklanan sağlık eğitimi ve girişimini kapsar (98).

2.2.8.3. Elektrokonzülsif tedavi (EKT) ve diğer tedavi yöntemleri

Elektrokonzülsif tedavi, ilaç tedavisine yanıt alınamayan hastalarda veya tedavi sonucu için beklemenin riskli olduğu durumlarda kullanılmaktadır. Bu tedavi şekli ile hastalara kısa süreli anestezi eşiliğinde grand mal epileptik nöbet geçirtilir. Nöbetle ilgili amnezi olduğu için hastalar bu dönemi hatırlamaz, ağrı duymazlar (96).

3. MATERİYAL VE METOD

Araştırmamız Dicle Üniversitesi Hastanesi'nde 01.10.2018-01.01.2019 tarihleri arasında yapılmıştır. Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki bu çalışmanın evreni Dicle Üniversitesi Aile Hekimliği Polikliniğine başvuran 18-65 yaş arası ve dispeptik şikayetleri olan hastalardır.

Hastaların çalışmadan dışlanma kriterleri;

- 1) Bilinen herhangi bir psikotik tanısı olan hastalar çalışmaya dahil edilmeyecektir.
- 2) Bilinen herhangi bir kronik hastalığının olması
- 3) Dispepsi tedavisi dışında bilinen herhangi bir ilaç kullanıyor olması

Çalışmamız için Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 19.09.2018 tarih ve 250 sayı ile onay alınmıştır (EK-1). Çalışmamız vaka-kontrol çalışması olup, çalışmanın verileri, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine başvuran 18-65 yaş arası dispeptik şikayetleri olan ve dispeptik şikayetlerinin olmadığını belirten, hastaneye üst solunum yolu enfeksiyonu, alt solunum yolu enfeksiyonu, vertigo, kırgınlık yorgunluk gibi şikayetlerle başvuran hastalara anket uygulanarak toplanmış olup, sonuçların analizi Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Aile Hekimliği Bilim Dalı'nda yapılmıştır. İstatistik analizleri SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versiyon 25.0 programı ile yapılmıştır. Veriler, ortalama $\pm$ standart sapma (ort. $\pm$ SD) olarak gösterildi. Verilerin normal dağılıma uyup uymadıkları Kolmogorov/Smirnov Testi ile kontrol edildi. Veriler normal dağılmadığından ikili grupların karşılaştırılması için Mann Whitney-U, ikiden fazla grubun karşılaştırılması için Kruskal Wallis Testi kullanıldı. Gruplar arası değerlendirmede, kategorik veriler için ki-kare analizi yapıldı. Verilerin arasındaki ilişkiyi belirlemek için Spearman korelasyon analizi kullanıldı. Değerlendirmede $p<0,05$ ise gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Araştırmanın bağımlı değişkenleri; anksiyete düzeyleri, depresyon düzeyleri ve dispeptik şikayetleri olup bağımsız değişkenleri sosyodemografik veri anketinde yer alan bilgilerdir (EK-2).

Araştırmadaki güç (power) %80 olacak şekilde örnek hacminin The Survey System tarafından hazırlanmış olan "This Sample Size Calculator Software"

(<http://www.surveysystem.com/sscalc.htm>) ile hesaplandığında minimum 786 kişi olması gerektiği görülmüş, tarafımızca 600 hastaya ulaşılabilmektedir.

Çalışmaya katılan hastalara sosyodemografik veri formu, Beck depresyon ölçeği (BDÖ), Beck anksiyete ölçeği (BAÖ) ve Dispepsi şiddet ölçeği (SODA=Severity Of Dyspepsia Assessment) uygulandı. Depresyon ve anksiyete belirti düzeyleri saptandı ve sosyodemografik veriler ile karşılaştırılarak istatistiksel çalışması yapıldı.

Araştırmanın veri toplama aşamasında hastaların anket formundaki bazı soruları tam olarak doldurmamaları, analiz sırasında bazı soruların değerlendirilmesinde eksiklikler yaratmıştır.

3.1. Dispepsi şiddet ölçeği (SODA=Severity Of Dyspepsia Assessment) Rabeneck ve arkadaşları (99) tarafından dispepsiye ait sağlık çıktısının birincil olarak ölçümü amacıyla geliştirilmiştir. Ağrı şiddeti (6 madde), Ağrı-dışı belirtiler (7 madde) ve Memnuniyet (4 madde) olmak üzere üç alt-ölçekten oluşan bir araçtır. Orijinal SODA güvenilirliği, ağrı şiddeti alt ölçeği için 0,93; ağrı dışı belirtiler alt ölçeği için 0,82 ve memnuniyet alt ölçeği için 0,89 olarak belirlenmiştir. Likert tarzı cevaplama seçeneklerine sahip ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Mutlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (100). Hastalara SODA ölçeği anket yöntemi ile uygulanmıştır. (EK-3). SODA'nın alt ölçeklerinden Ağrı şiddet ölçeğinde puanlar 2 ile 47 arası değişmektedir. En düşük ağrı şiddetini 2 ve en yüksek ağrı şiddetini 47 puan yansıtmaktadır. Ağrı dışı belirtilerin incelendiği ikinci alt ölçekte ise; ekşime, yanma, şişkinlik, gaz, bulantı gibi belirtiler hastanın verdiği cevaba göre 7-35 arası puan verilmiştir. En düşük 7 puan hastanın ağrı dışı belirtiler ile sorun yaşamadığını, en yüksek olan 35 puan ise ağrı dışı belirtilerin hastayı ciddi anlamda rahatsız ettiğini yansıtmaktadır. Üçüncü alt ölçekte hastaların rahatsızlıkları ile ilgili memnuniyeti değerlendirilerek 2-23 arası puanlama yapılmıştır. Rahatsızlığından dolayı oldukça mutsuz olan bireylere en düşük olan 2 puan ve memnuniyeti en yüksek olan bireylere 23 puan verilmiştir Sorulara verilen yanıtlara göre ölçek puanlarına çevirme yapılmıştır.

Çalışmamızda ölçeğin iç tutarlılık katsayısı (Cronbach's alfa değeri) 0,689 bulunmuştur.

Alınan puanlara göre dispepsi şiddeti sınıflandırılması Tablo 3.1'de gösterilmiştir.

Tablo 3.1. SODA ölçeklerinde skorumlama şekli (101).

SODA Alt Ölçekler	Skor aralığı	En düşük skor ve anlamı	En yüksek skor ve anlamı
Ağrı şiddeti	2- 47	2= en düşük ağrı şiddetini yansıtır	47= en yüksek ağrı şiddetini yansıtır
Ağrı dışı belirtiler	7- 35	7= hasta ağrı dışı belirtilerle sorun yaşamıyor	35=hastanın ağrı dışı belirtileri ciddi rahatsızlığa neden olmakta
Memnuniyet	2- 23	2=hasta rahatsızlığından dolayı oldukça mutsuz	23= hasta sağlık durumundan dolayı oldukça memnun

3.2. Beck anksiyete envanteri (ölçeği)

Çalışmamızda kullanılan Beck anksiyete ölçeği (EK-4), bireylerin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığını ölçmek için kullanılan bir ankettir. Beck ve ark. (102) tarafından 1988’de geliştirilmiştir. 21 maddeden oluşan, 0-3 arası puanlanan Likert tipi, bireylerin kendilerinin cevaplandırabilecekleri, uygulanışı oldukça basit bir ölçektir. Ölçeğin başında nasıl yapılacağına dair bilgi vardır. Puanlama her sorudan alınan yanıtı ait puanın toplanması ile elde edilen toplam puan ile yapılır. Puanlama aralığı 0-63 arasında olup, puanın yükselmesi anksiyete şiddeti ile korelasyon gösterir. Beck anksiyete envanterinin Türkçe’ye uyarlanması 1998 yılında Ulusoy ve arkadaşları (103) tarafından yapılmıştır. Bu analiz sonucunda, ölçeğin iç geçerlilik katsayısı yüksek bulunmuştur (Cronbach’s alfa= 0,93) (103).

Çalışmamızda ölçeğin iç geçerlilik katsayısı (Cronbach's alpha) değeri 0,896 olarak saptanmıştır. Hasta grubunda 0,897 kontrol grubunda 0,895 olarak ayrı ayrı hesaplanmıştır.

3.3. Beck depresyon envanteri (ölçeği)

1961’de Beck (104) tarafından geliştirilmiştir. Dörtlü Likert tipinde 15’i psikolojik, 6’sı somatik belirtileri içeren 21 maddesi vardır (EK-5). Her madde 0-3 arasında giderek artan puan alır ve toplam puan bunların toplamamasından elde edilir. Toplam puan 0-63 arasında değişir. Ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması

Hisli tarafınca yapılmıştır (105). Ölçeğin Türkçe için geçerlik ve güvenirlik makalesinde kesme puanının 17 olarak kabul edildiği belirtilmiştir. 17 ve üstündeki Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) puanlarının sağaltım gerektirecek şiddetteki depresyonu %90 doğrulukla ayırt edebileceği bildirilmiştir (105).

Çalışmamızda ölçeğin iç geçerlilik katsayısı (Cronbach's alpha) değeri hasta grubunda 0,856; kontrol grubunda 0,844 olarak ayrı ayrı hesaplanmıştır.

4. BULGULAR

Araştırmaya katılan hastaların sosyodemografik özelliklerine baktığımızda, katılımcıların 18-65 yaş aralığında olduğu ve hasta grubunun yaş ortalamasının $31,4 \pm 8,82$; kontrol grubunun yaş ortalamasının $30,21 \pm 9,13$ olduğu görülmektedir. Hasta grubunun %67'si kadın, %33'ü erkek; kontrol grubunun %34,6'sı erkek, %65,4'ü de kadındı. Katılımcıların diğer sosyodemografik özellikleri tablo 4.1'de verilmiştir.

Tablo 4.1: Olguların sosyodemografik özellikleri

Sosyodemografik özellikler		Hasta		Kontrol		Toplam	
		n	%	n	%	n	%
Cinsiyet	Erkek	99	48,8	104	51,2	203	100
	Kadın	201	50,6	196	49,4	397	100
Sigara kullanımı	Evet	171	63,1	100	36,9	271	100
	Hayır	129	39,2	200	60,8	329	100
Eğitim durumu	*OYD	23	51,1	22	48,9	55	100
	Okuryazar	21	53,8	18	46,2	39	100
	İlkokul	12	33,3	24	66,7	36	100
	Ortaokul	33	50,8	32	49,2	55	100
	Lise	77	49	80	51	157	100
	Üniversite	134	51,9	124	48,1	258	100
Meslek	Memur	115	51,6	108	48,4	223	100
	İşçi	32	49,2	33	50,8	65	100
	Serbest meslek	42	56,8	32	43,2	74	100
	Çalışmıyor	111	46,6	127	53,4	238	100

*OYD: Okuryazar değil

Gruplar arasında cinsiyet, eğitim durumu ve meslek açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Tablo 4.2’de hasta ve kontrol gruplarının anksiyete, depresyon ve SODA alt ölçeklerinin puan ortalaması, median değerlerinin yaş, vki, aylık gelire göre karşılaştırılması verilmiştir. Hasta ve kontrol grubunda depresyon ve anksiyete ortalama puanlarına bakıldığında birbirlerine oldukça yakın bulunmuştur.

Tablo 4.2: Hasta ve kontrol gruplarının yaş, vki, aylık gelirleri ve anksiyete, depresyon puanları

	Hasta		Kontrol		Toplam	
	Ort.±SS	Med (min-max)	Ort.±SS	Med (min-max)	Ort.±SS	Med (min-max)
Yaş	31,4±8,82	30 (18-61)	30,2±9,13	28 (18-61)	30,8±8,99	28 (18-61)
VKİ	22,5±1,68	22,5 (19-26)	22,4±1,57	22,5 (19-26)	22,5±1,68	22,5 (19-26)
Aylık gelir	1947,5±544,0	10000 (0-10000)	1293±1669	275 (0-8000)	1620±4371	500 (0-10000)
Depresyon puanı	11,5±7,01	11 (0-30)	11,4±7,09	11 (0-36)	11,4±7,05	11 (0-36)
Anksiyete puanı	14,9±8,98	14 (0-50)	14±9,29	12 (0-50)	14,4±9,14	13 (0-50)

Hasta ve kontrol gruplarının depresyon ve anksiyete puanları karşılaştırıldığında arada istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir (sırasıyla $p=0,903$; $p=0,052$).

Hasta ve kontrol grupları medeni duruma göre karşılaştırıldığında her iki grup arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo 4.3).

Tablo 4.3: Hasta ve kontrol gruplarının medeni duruma göre karşılaştırılması ($p<0,001$)

Medeni durum	Hasta		Kontrol		Toplam	
	n	%*	n	%*	n	%*
Evli	150	50	107	35,7	257	%100
Bekar	150	50	193	64,3	343	%100
Toplam	300	50	300	50	600	%100

*Yüzdelere satır yüzdesi olarak verilmiştir.

Hasta ve kontrol gruplarında sigara kullanma oranları karşılaştırıldığında her iki grup

arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo 4.4).

Tablo 4.4: Hasta ve kontrol gruplarında sigara içme durumlarının karşılaştırılması ($p<0,001$)

Sigara	Hasta		Kontrol		Toplam	
	n	%*	n	%*	n	%*
İçiyor	171	%63,1	100	%36,9	271	%100
İçmiyor	129	%39,2	200	%60,8	329	%100
Toplam	300	%50	300	%50	600	%100

*Yüzdeleler satır yüzdesi olarak verilmiştir.

Hasta ve kontrol gruplarında meslek grupları karşılaştırıldığında her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,447$) (Tablo 4.5).

Tablo 4.5: Hasta ve kontrol gruplarında meslek gruplarının karşılaştırılması ($p=0,447$)

Meslek	Hasta		Kontrol		Toplam	
	n	%*	n	%*	n	%*
Memur	115	51,6	108	48,4	223	100
İşçi	32	49,2	33	50,8	65	100
Serbest meslek	42	56,8	32	43,2	74	100
Çalışmıyor	111	46,6	127	53,4	238	100
Toplam	300	50	300	50	600	100

*Yüzdeleler satır yüzdesi olarak verilmiştir.

Hasta ve kontrol gruplarında eğitim düzeyi karşılaştırıldığında her iki grubun çoğunluğunun üniversite mezunu olduğu ve gruplar arasında anlamlı farkın bulunmadığı görülmüştür ($p=0,452$) (Tablo 4.6)).

Tablo 4.6: Hasta ve kontrol gruplarında eğitim düzeyinin karşılaştırılması (p=0,452)

Eğitim düzeyi	Hasta		Kontrol		Toplam	
	n	%*	n	%*	n	%*
Okuma yazma bilmiyor	23	51,1	22	48,9	45	100
Okuryazar	21	53,8	18	46,2	39	100
İlkokul	12	33,3	24	66,7	36	100
Ortaokul	33	50,8	32	49,2	55	100
Lise	77	49	80	51	157	100
Üniversite	134	51,9	124	48,1	258	100
Toplam	300	50	300	50	600	100

*yüzdelere satır yüzdesi olarak verilmiştir.

Hasta ve kontrol gruplarında anksiyete dereceleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak yüksek anlamlı fark olduğu görülmüştür (p=0,008) (Tablo 4.7)).

Tablo 4.7: Hasta ve kontrol gruplarında anksiyete derecesinin karşılaştırılması (p=0,008)

Anksiyete belirtisi	Hasta		Kontrol		Toplam	
	n	%*	n	%*	n	%*
Yok	61	44,2	77	55,8	138	100
Hafif	115	47,7	126	52,3	241	100
Orta	97	61,4	61	38,6	158	100
Şiddetli	27	42,9	36	57,1	63	100
Toplam	300	50	300	50	600	100

*Yüzdelere satır yüzdesi olarak verilmiştir.

Hasta ve kontrol gruplarının kendi içlerinde cinsiyete göre anksiyete dereceleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (p=0,850; p=0,755) (Tablo 4.8).

Tablo 4.8: Hasta ve kontrol gruplarının kendi içlerinde cinsiyete göre anksiyete derecelerinin karşılaştırılması

	Hasta			Kontrol		
Anksiyete belirtisi	Erkek n (%)	Kadın n (%)	Toplam n (%)	Erkek n (%)	Kadın n (%)	Toplam n (%)
Yok	20 (%32,8)	41 (%67,2)	61 (%100)	28 (%36,4)	49 (%63,6)	77 (%100)
Hafif	38 (%33)	77 (%77)	115 (%100)	40 (%31,7)	86 (%68,3)	126 (%100)
Orta	34 (%35,1)	63 (%64,9)	97 (%100)	24 (%39,3)	37 (%60,7)	61 (%100)
Şiddetli	7 (%25,9)	20 (%74,1)	27 (%100)	12 (%33,3)	24 (%66,7)	36 (%100)
p değeri	p=0,850			p=0,755		

*yüzdelere satır yüzdesi olarak verilmiştir

BDÖ ve BAÖ puanları hasta ve kontrol gruplarında cinsiyete göre ayrı ayrı ve kendi aralarında karşılaştırıldıklarında kontrol grubunda BDÖ puanının erkeklerde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 4.9).

Tablo 4.9: Hasta ve kontrol gruplarında cinsiyetlerin ayrı ayrı ve kendi içlerinde BDÖ, BAÖ puan değerlerine göre karşılaştırılması

	Cinsiyet	Hasta	Kontrol	p
BDÖ**	Erkek	11,76±6,80	13,0±7,48	0,254
	Kadın	11,36±7,13	10,66±6,75	0,329
	p	0,542	0,006	
BAÖ***	Erkek	14,62±8,13	14,03±9,22	0,312
	Kadın	15,11±9,39	14,01±9,35	0,097
	p	0,931	0,871	

*Mann Whitney-U, **BDÖ: Beck depresyon ölçeği, *** BDÖ: Beck anksiyete ölçeği

Hasta ve kontrol gruplarının kendi içlerinde sigara içme durumlarına göre anksiyete dereceleri karşılaştırıldığında sigara kullanımı ile anksiyete derecesi arasında anlamlı farkın olmadığı görülmüştür (sırasıyla p=0,170; p=0,810) (Tablo 4.10).

Tablo 4.10: Hasta ve kontrol gruplarının kendi aralarında sigara içme durumuna göre anksiyete derecelerinin karşılaştırılması

	Hasta			Kontrol		
Anksiyete belirtisi	İçiyor n (%)	İçmiyor n (%)	Toplam n (%)	İçiyor n (%)	İçmiyor n (%)	Toplam n (%)
Yok	28 (%45,9)	33 (%54,1)	61 (%100)	25 (%32,5)	52 (%67,5)	77 (%100)
Hafif	65 (%56,5)	50 (%43,5)	115 (%100)	43 (%34,1)	83 (%65,9)	126 (%100)
Orta	62 (%63,9)	35 (%36,1)	95 (%100)	18 (%29,5)	43 (%70,5)	61 (%100)
Şiddetli	16 (%59,3)	11 (%40,7)	27 (%100)	14 (%38,9)	22 (%61,1)	36 (%100)
p değeri	p=0,170			p=0,810		

Hasta ve kontrol gruplarının kendi içlerinde medeni duruma göre anksiyete belirtileri karşılaştırıldığında hasta grubunda anlamlı fark bulunmamıştır ancak kontrol grubunda bekar hasta sayısının daha yüksek olduğu istatistiksel olarak da anlamlı olduğu görülmüştür (sırasıyla p=0,615; p=0,007) (Tablo 4.11).

Tablo 4.11: Hasta ve kontrol gruplarının kendi içlerinde medeni durumuna göre anksiyete belirtilerinin karşılaştırılması

	Hasta			Kontrol		
Anksiyete belirtisi	Evli n (%)	Bekar n (%)	Toplam n (%)	Evli n (%)	Bekar n (%)	Toplam n (%)
Yok	26 (%42,6)	35 (%57,4)	61 (%100)	19 (%24,7)	58 (%75,3)	77 (%100)
Hafif	61 (%53)	54 (%47)	115(%100)	42 (%33,3)	84 (%66,7)	126 (%100)
Orta	49 (%50,5)	48 (%49,5)	97 (%100)	32 (%52,5)	29 (%47,5)	61 (%100)
Şiddetli	14 (%51,9)	13 (%48,1)	27 (%100)	14 (%38,9)	22 (%61,1)	36 (%100)
p değeri	p=0,615			p=0,007		

Hasta ve kontrol grupları kendi içlerinde yaşa göre 30 altı ve 31 ve üstü olarak ayrılarak anksiyete belirtileri karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır (sırasıyla p=0,328; p=0,334) (Tablo 4.12).

Tablo 4.12: Hasta ve kontrol gruplarının kendi içlerinde yaşa göre anksiyete belirtilerinin karşılaştırılması

	Hasta			Kontrol		
Anksiyete belirtisi	30 altı n (%)*	31 ve üstü n (%)*	Toplam n (%)*	30 altı n (%)*	31 ve üstü n (%)*	Toplam n (%)*
Yok	28 (%45,9)	33 (%54,1)	61 (%100)	55 (%71,4)	22 (%28,6)	77 (%100)
Hafif	68 (%59,1)	47 (%40,9)	115 (%100)	74 (%58,7)	52 (%41,3)	126 (%100)
Orta	49 (%50,5)	48 (%49,5)	97 (%100)	38 (%62,3)	23 (%37,7)	61 (%100)
Şiddetli	13 (%48,1)	14 (%51,9)	27 (%100)	22 (%61,1)	14 (%38,9)	36 (%100)
p değeri	p=0,328			p=0,334		

* yüzdeler satır yüzdesi olarak verilmiştir

Hasta ve kontrol grupları depresyon belirtisine göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0,918) (Tablo 4.13).

Tablo 4.13: Hasta ve kontrol gruplarının depresyon belirtilerinin karşılaştırılması (p=0,918)

Depresyon belirtisi	Hasta		Kontrol		Toplam	
	n	%*	n	%*	n	%*
Yok	128	49	133	51	261	100
Hafif	115	50,7	112	49,3	227	100
Orta-şiddetli	57	50,9	55	49,1	112	100
Toplam	300	50	300	50	300	100

*yüzdeler satır yüzdesi olarak verilmiştir.

Hasta ve kontrol grupları kendi içlerinde depresyon belirtileri ve medeni duruma göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,835; p=0,218) (Tablo 4.14).

Tablo 4.14: Medeni duruma göre, hasta ve kontrol gruplarının kendi aralarında depresyon belirtilerinin karşılaştırılması

	Hasta			Kontrol		
Depresyon belirtisi	Evli n (%)*	Bekar n (%)*	Toplam n (%)*	Evli n (%)*	Bekar n (%)*	Toplam n (%)*
Yok	62 (48,4)	66 (51,6)	128 (100)	41 (30,8)	92 (69,2)	113 (100)
Hafif	60 (52,2)	55 (47,8)	115 (100)	42 (37,5)	70 (67,5)	112 (100)
Orta- şiddetli	28 (49,1)	29 (50,9)	57 (100)	24 (43,6)	31 (56,4)	55 (100)
p değeri	p=0,835			p=0,218		

*yüzdelere satır yüzdesi olarak verilmiştir.

Hasta ve kontrol gruplarının kendi aralarında cinsiyete göre depresyon belirtileri karşılaştırıldığında hasta grubunun cinsiyetle arasında anlamlı farkın olmadığı ancak kontrol grubunda istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür (sırasıyla p=0,847; 0,047) (Tablo 4.15).

Tablo 4.15: Hasta ve kontrol gruplarının kendi aralarında cinsiyete göre depresyon belirtilerinin karşılaştırılması

	Hasta			Kontrol		
Depresyon belirtisi	Erkek n (%)	Kadın n (%)	Toplam n (%)	Erkek n (%)	Kadın n (%)	Toplam n (%)
Yok	40 (%31,3)	88 (%68,7)	128 (%100)	38 (%28,6)	95 (%71,4)	133 (%100)
Hafif	39 (%33,9)	76 (%66,1)	115 (%100)	40 (%35,7)	72 (%64,3)	112 (%100)
Orta- şiddetli	20 (%35,1)	37 (%64,9)	57 (%100)	26 (%47,3)	29 (%52,7)	55 (%100)
Toplam	99 (%33)	201 (%67)	300 (%100)	104 (%34,7)	196 (%65,3)	300 (%100)
p değeri	p=0,847			p=0,047		

Hasta ve kontrol gruplarında ayrı ayrı depresyon belirtilerinin sigara kullanma durumuna göre dağılımına bakıldığında anlamlı bir farkın bulunmadığı görülmüştür (sırasıyla p=0,080; p=0,914) (Tablo 4.16).

Tablo 4.16: Hasta ve kontrol gruplarının ayrı ayrı sigara kullanma durumuna göre depresyon belirtilerinin karşılaştırılması

	Hasta			Kontrol		
Depresyon belirtisi	İçiyor n (%)*	İçmiyor n (%)*	Toplam n (%)	İçiyor n (%)*	İçmiyor n (%)*	Toplam n (%)*
Yok	68 (53,1)	60 (46,9)	128 (100)	43 (32,3)	90 (67,7)	133 (100)
Hafif	63 (54,8)	52 (45,2)	115 (100)	39 (34,8)	73 (65,2)	112 (100)
Orta- şiddetli	40 (70,2)	17 (29,8)	57 (100)	18 (32,7)	37 (67,3)	55 (100)
Toplam	171 (57)	129 (43)	300 (100)	100 (33,3)	200 (66,7)	300 (100)
p değeri	p=0,080			p=0,914		

*yüzdelere satır yüzdesi olarak verilmiştir.

Hasta ve kontrol grupları ayrı ayrı yaşa göre 30 ve altı, 31 ve üstü olarak ayrıldıklarında yaş ile depresyon belirtileri arasında anlamlı fark bulunmamıştır

(sırasıyla p=0,340; p=0,433) (Tablo 4.17).

Tablo 4.17: Hasta ve kontrol gruplarının ayrı ayrı yaşa göre depresyon belirtilerinin karşılaştırılması

	Hasta			Kontrol		
Depresyon belirtisi	30 altı n (%)*	31 ve üstü n (%)*	Toplam n (%)*	30 altı n (%)*	31 ve üstü n (%)*	Toplam n (%)*
Yok	65 (50,8)	63 (49,2)	128 (100)	89 (66,9)	44 (33,1)	133 (100)
Hafif	58 (50,4)	57 (49,6)	115 (100)	68 (60,7)	44 (39,3)	112 (100)
Orta- şiddetli	35 (61,4)	22 (38,6)	57 (100)	32 (58,2)	23 (41,8)	55 (100)
Toplam	158 (52,7)	142 (47,3)	300 (100)	189 (63)	111 (37)	300 (100)
p değeri	p=0,340			p=0,433		

*yüzdelere satır yüzdesi olarak verilmiştir

Çalışmaya katılan hastaların SODA alt ölçek puan ortalamaları Tablo 4.18’de verilmiştir. SODA dispeptik şikayetleri olan gruba uygulanmıştır (Tablo 4.18).

Tablo 4.18: Çalışmaya katılan hasta grubunda SODA alt ölçeklerinin puan ortalamaları (n=300).

SODA alt ölçekleri	Puan ortalaması±SS
Ağrı	18,41 ±6,77
Ağrı dışı belirtiler	14,53 ±3,76
Memnuniyet	10,5 ±1,51

Çalışmaya katılan hasta grubunda cinsiyete göre SODA alt ölçek puan ortalamalarına baktığımızda puan ortalamalarının birbirlerine çok yakın olduğu görülmüş olup aralarında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 4.19).

Tablo 4.19: Çalışmaya katılan hasta grubunda cinsiyete göre SODA alt ölçeklerinin puan ortalamalarının karşılaştırılması

	SODA alt ölçek skorları			
Cinsiyet	Ağrı şiddeti (ort.±SD)	Ağrı dışı belirtiler (ort.±SD)	Memnuniyet (ort.±SD)	Toplam
Erkek	18,46±20,0	14,47±3,68	10,59±1,64	99
Kadın	18,38±6,96	14,54±15,0	10,45±11,0	201
p değeri	0,834	0,720	0,625	

Tablo 4.20’da hasta grubunun medeni duruma göre SODA alt ölçek skorlarına baktığımızda evli hastalarda ağrı puanının daha yüksek olduğu fakat istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturmadığı görülmüştür.

Tablo 4.20: Çalışmaya katılan hasta grubunda medeni duruma göre SODA alt ölçeklerinin puan ortalamalarının karşılaştırılması

	SODA alt ölçek skorları			
Medeni durum	Ağrı şiddeti (ort.±SD)	Ağrı dışı belirtiler (ort.±SD)	Memnuniyet (ort.±SD)	Toplam
Evli	19,07±6,86	14,93±16,0	10,34±11,0	150
Bekar	17,70±6,63	14,10±3,61	10,65±1,53	150
p değeri	0,071	0,85	0,67	

Tablo 4.21’de SODA alt ölçeklerinin 30 yaş altında ağrı şiddeti ve ağrı dışı belirtiler puanı daha yüksek bulunmuştur. Bu durum 30 yaş altı ve 31 yaş üstü yaş grupları arasında anlamlı fark oluşturmuştur (sırasıyla $p=0,023$; $p=0,048$).

Tablo 4.21: Yaş durumuna göre SODA alt ölçeklerinin puan ortalamalarının karşılaştırılması

	SODA alt ölçek skorları			
Yaş	Ağrı şiddeti (ort.±SD)	Ağrı dışı belirtiler (ort.±SD)	Memnuniyet (ort.±SD)	Toplam
30 altı	19,31±6,40	15,08±3,40	10,5±1,61	158
31 ve üstü	17,4±7,03	13,9±4,04	10,5±1,39	142
p değeri	0,023	0,048	0,574	

Çalışmamızda depresyon, anksiyete, SODA alt ölçekleri, yaş ve eğitime göre korelasyon yapılmıştır. Anksiyete puanı ile depresyon puanı arasında pozitif yönde orta derecede anlamlı korelasyon saptandı. Anksiyete puanı ile ağrı puanı arasında pozitif yönde düşük derecede korelasyon bulunmuştur. Anksiyete puanı ile ağrı dışı belirtiler ve memnuniyet puanı arasında da negatif yönde düşük derecede anlamlı korelasyon saptanmıştır. Ağrı puanıyla ağrı dışı belirtiler puanı arasında pozitif yönde orta derecede anlamlı korelasyon, memnuniyet puanıyla negatif yönde orta derecede korelasyon bulunmuştur. Ağrı dışı belirtiler puanıyla memnuniyet puanı arasında da negatif yönde orta derecede anlamlı korelasyon saptanmıştır (Tablo 4.22).

Tablo 4.22: Anksiyete, depresyon, SODA alt ölçekler, yaş, eğitim arasındaki korelasyon tablosu

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
(1) Anksiyete Toplam Puanı							
(2) Depresyon Toplam Puanı	0,445**						
(3) Ağrı Puanı	0,123**	-0,012					
(4) Ağrı Dışı Belirtiler Puanı	-0,142**	0,037	0,672**				
(5) Memnuniyet Puanı	-0,153**	-0,079	-0,473**	-0,529**			
(6) Yaş	0,069	0,060	-0,064	-0,145**	0,038		
(7) Eğitim	0,042	0,72	0,314	0,281**	-0,232**	-0,201**	

*p<0,05; **p<0,001

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda aile hekimliği polikliniğine başvuran hastalarda dispepsi anksiyete ve depresyon sosyodemografik verilerle birlikte ele alınmıştır. Çalışmamızda dispepsi olguları incelendiğinden, tüm üst GIS'den kaynaklandığı düşünülen semptomlar (örneğin epigastrik ağrı, ekşime-yanma, şişkinlik-gaz, ve bulantı gibi) dikkate alınarak dispepsi olarak kabul edilmiştir.

Aile Hekimliği polikliniğine başvuran toplamda 600 hastanın katıldığı vaka kontrol çalışmasında, her iki grupta kadın popülasyonu oranı yüksek bulunmuştur. 300 dispeptik şikayetleri olan hasta grubunda hastaların %33'ü erkek, %67'si kadın; yaş ortalamaları $31,4 \pm 8,82$, dispeptik şikayetleri olmayan grubun ise %34,6'sı erkek, %65,4'ü kadın olup yaş ortalamaları $30,21 \pm 9,13$ olan hastalardan oluşmaktadır. Her iki grupta da yaş ortalamalarının birbirine yakındı ve daha düşük ortalamaya sahipti. Bu durum aile hekimliğine başvuran hasta grubunun daha çok öğrenci grubunda olmasından kaynaklanabilir.

Ülkemizde yapılan geniş kapsamlı bir çalışmada 15 yaş üzeri 600 kişide FD risk faktörlerinin araştırılması amaçlanmış ve FD prevalansı kadınlarda, 40 yaş altı hastalarda, sigara içenlerde, yoğun kahve kullananlarda, alkol alımında, evlilerde, kalabalık ailelerde, gecekonduda yaşayanlarda, eğitim seviyesi düşük olanlarda (lise altı), ev hanımlarında, başka bir ek hastalığı olan ve bu hastalık nedeniyle ilaç kullananlarda yüksek bulunmuştur (106). Lacy ve ark. (107) tarafından yapılan bir araştırmada 123 hastanın %75'i kadın ve yaş ortalamaları 49 ± 15 idi ve yaş ortalamaları ve kadın cinsiyet oranları bizim çalışmamızda bulduğumuz değerlerin üstünde tespit edilmiştir.

Mussell ve ark. (108) GIS yakınmaları olan ve olmayan gruplar arasında yaptıkları araştırmada GIS yakınmaları olan hastalarda kadın/erkek oranının daha fazla olduğunu (%80,7/62,5), eğitim düzeyinin daha düşük olduğunu ve bekarlarda daha sık olduğunu ortaya koymuşlardır. Bu çalışmada dikkat çekilen nokta GIS yakınmaları olan hastalar, sağlıklı toplumdan 5 kat daha fazla depresyon tanısı almışlardır. 2014 yılında İstanbul'da yapılan 86 hastanın katıldığı bir vaka-kontrol çalışmasında dispepsi grubunda yaş ortalaması $48,17 \pm 11,15$, kontrol grubunda $41,67 \pm 10,35$ yıl olarak saptanmış, gruplar cinsiyet dağılımı açısından

karşılaştırıldığında kontrol grubunda diğer gruplara göre kadın/erkek oranının daha yüksek olduğu görülmüş olup, aradaki fark anlamlı bulunmuştur (14).

2006'da Ankara'da yapılan bir araştırmada çalışmaya yaş ortalamaları $49,5 \pm 14,5$ olan 124 erkek, 222 kadın toplam 346 hasta dahil edilmiş olup bu çalışmada da grupların yaş ortalamaları farklılık göstermezken, kadın cinsiyetin fonksiyonel dispepsi varlığı açısından riskli olduğu bulunmuştur (109). Seyedmirzaei ve ark. (110) tarafından İran'da yapılan dispepsi şikayeti olan ve olmayan hastaların karşılaştırıldığı araştırmada kadın hastalarda dispepsi oranının daha fazla olduğu ancak gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur. Bazı çalışmalarda ise cinsiyetin dağılımı eşit bulunmuştur (111).

Bouchoucha ve ark. (112) Fransa'da 385 hastanın %72'sinin kadın olduğu bir çalışmada hastaların yaşını $51,17 \pm 0,82$ yıl, VKİ'lerin $25,37 \pm 0,33$ olarak tespit etmişlerdir. Bizim çalışmamızda hasta grubunda VKİ $22,5 \pm 1,68$; kontrol grubunda ise $22,4 \pm 1,57$ olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızda VKİ açısından gruplar arasında anlamlı fark tespit edilmemiştir.

2011 yılında Hindistan'da yapılan bir araştırmada düşük eğitim düzeyi ve düşük ekonomik düzey dispepsi için risk faktörü olarak bulunmuştur (113). Çalışmamızda gruplar arasında eğitim düzeyi arasında anlamlı fark saptanmamıştır; bunun nedenini her iki grupta da çoğunluğu üniversite mezunlarının oluşturması olarak düşünebiliriz. Çalışmamıza mesleki açıdan baktığımızda gruplar arasında anlamlı fark yoktu ve bu durumun polikliniğimize başvuranların çoğunluğunun üniversitede çalışan memur ve öğrenci kesim olduğuna bağlayabiliriz.

Yapılan çalışmalarda sigara içenlerde dispeptik şikayetlerin daha fazla olduğu görülmüştür (106). Sigara kullanımının infeksiyon sonrası ortaya çıkan fonksiyonel barsak hastalıklarında da önemli rol oynadığı bildirilmiştir (114).

Çalışmamıza katılan hastalar sigara kullanma durumlarına göre değerlendirilmiştir. Hasta grubunda sigara içenlerin oranı %63,1 iken kontrol grubunda bu oran %36,9'du ve gruplar arasında bu fark istatistiksel olarak da anlamlıydı. Bu durum dispeptik şikayetlerde sigaranın etkili faktör olduğunu ortaya koymaktadır.

Dispepsi ile sigara arasında yapılan araştırmaları incelediğimizde Korkmaz'ın (115) yaptığı bir araştırmada fonksiyonel dispepsili hastalarda sigara kullanım oranı

%57 bulunmuş ve bu oran kontrol grubuyla karşılaştırıldığında anlamlı derecede farklı bulunmuştur. Christensen ve ark. (116) dispepsinin risk faktörlerinin araştırıldığı çalışmada sigara önemli risk faktörü olarak kabul edilmiştir. Seyedmiraie ve ark. (110) sigara, çay-kahve ve alkolün sırasıyla %5, %30, %35 semptomları artırdığını ancak bu artışın istatistiksel olarak anlamlı olmadığını saptamıştır.

Dispepsi hastalarında depresyon ve anksiyete ile ilgili çalışmalara bakıldığında çalışmaların geneline göre depresyon ve anksiyete, sağlıklı bireylerle kıyaslandığında daha sık görülmektedir. İlişki bulunan ve bulunmayan çalışmalar çalışmaya katılan hasta sayısı, çalışmanın yapıldığı yer, kullanılan materyaller açısından farklılık gösterdiğinden sonuçların da anlamlılık açısından farklı çıkması olağandır.

Kadınlarda FD sıklığının erkek cinsiyete göre daha fazla olması ve fonksiyonel dispepsi etyolojisinde önemli faktörlerden birinin anksiyete olması, kadınlarda anksiyetenin daha fazla olabileceği düşüncesini akla getirmektedir. Çalışmamızda anksiyete belirtileri hasta ve kontrol gruplarında cinsiyete göre kategorize edildi ve erkek cinsiyette anlamlı fark saptanmazken kadın cinsiyette istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Çalışmamızda hasta ve kontrol gruplarında anksiyete belirtileri karşılaştırıldığında da istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür, fakat hasta ve kontrol gruplarının depresyon belirtileri göre karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Çalışmamızda dispeptik şikayetleri olan hastalarda BAÖ ve BDÖ'nün cinsiyetlere göre ortalama puanları değerlendirildiğinde puan ortalamalarının cinsiyetler arasında birbirine yakın olduğu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı görülmüştür.

Dispepsi ve psikiyatrik bozukluklarla özellikle anksiyete bozukluklarının ilişkilendirildiği çalışmalar mevcuttur. Çin'de yapılan bir çalışmada anksiyete ve depresyon skorunun normal bireylere göre dispepsi şikayeti olan hastalarda daha yüksek olduğu ve anksiyete ve depresyon prevalansının fonksiyonel dispepsi hastalarındaki sıklığının arttığı bildirilmiştir (3).

Adibi ve ark. (3) tarafından toplamda 4763 katılımcı ile yapılan fonksiyonel dispepsi anksiyete ve depresyon birlikteliğinin araştırıldığı bir çalışmada her altı

kadınlardan birinin (% 17) ve her sekiz erkekten birinin (% 12) fonksiyonel dispeptik şikayetlere sahip olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Yine aynı çalışmada her iki cinsiyette FD'li hastalarda FD'li olmayanlara göre anksiyete, depresyon ölçek puan ortalamalarının yüksek olduğu bulunmuştur. Dahası FD'ye bakılmaksızın kadın cinsiyet anksiyete ve depresyon için risk faktörü olarak kabul edilmiştir. Ünal (109) yaptığı çalışmada fonksiyonel ve organik dispepsi hastalarında endoskopi öncesinde anksiyete düzeylerini incelediğinde kadın hastalardaki anksiyetenin her iki hasta grubunda da belirgin olarak arttığını bildirmiştir. Anksiyete derecesi hastaların toplam anksiyete skoruna göre hafif (0-21), orta (22-35) ve şiddetli (36-63) olarak sınıflandırıldığında kadın hastalarda saptanan yapılan endoskopi öncesi anksiyete artışının organik dispepsi grubunda istatistiksel olarak anlamlı olduğu, ancak fonksiyonel dispepsi grubunda anlamlılık düzeyine ulaşmadığı görülmüştür.

Henningsen ve ark. (117) yaptıkları bir çalışmada medikal olarak açıklanmayan fiziksel semptomların anksiyete ve depresyonla ilişkili olabileceğini araştırmışlar ve kontrol grubuna göre sonucu anlamlı bulmuşlardır.

Walker ve ark. (118) yaptıkları çalışmada açıklanamayan gastrointestinal semptomların toplumda yüksek orana sahip olduğunu, gastrointestinal semptom bildirenlerin bildirmeyenlere kıyasla yaşam boyu majör depresyon epizodları, panik bozukluk, agorafobiden etkilendiklerini saptamış; genel popülasyonda hayat boyu süren afektif ve anksiyete bozukluğu oranlarının, gastrointestinal semptomları olanlarda, gastrointestinal semptomları olmayanlara göre daha yüksek olduğunu göstermişlerdir.

Çalışmamızda anksiyete-depresyon ile sigara ilişkisine baktığımızda istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı görülmüştür. Medeni'nin (69) yaptığı çalışmada depresyon ile sigara arasında bizim çalışmamıza benzer istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmazken anksiyete ile sigara arasında ise bizim çalışmamızın aksini gösteren sonuçlara ulaşılmıştır. Patton ve ark.'nın (119) öğrencilerde yaptığı ve sigara ile anksiyete-depresyon ilişkisini araştırdıkları bir çalışmada sigara içen öğrencilerde anksiyete ve depresyonun içmeyenlere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır.

Çin'de Huang ve ark.'nın (120) yaptıkları FD'li hastalarda depresyon ve

anksiyetenin araştırıldığı bir çalışmada tüm FD'li hastalarda depresyon ve anksiyetenin puan ortalamalarının normal Çin nüfusuna göre anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuş ve anksiyetenin FD'li hastalar için medikal konsültasyona ihtiyaç duyulacak bir neden olduğu düşünülmüştür. Yine aynı çalışma fonksiyonel dispepsili hastaların cinsiyete, ekonomik duruma göre anksiyete ve depresyon durumları araştırılmış ve kadın hastalarda erkek hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Düşük sosyoekonomik düzey ve düşük eğitim düzeyinin FD'li hastalarda anksiyete ve depresyonu artırdığı ortaya konmuştur. Çalışmada düşük ücretli işte çalışan hastalar ve işsiz olan FD'li hastaların anksiyete ve depresyondan daha fazla etkilendiği saptanmıştır.

Aro ve ark. (121) yaptıkları çalışmada FD'li hastalarda HADS (Hastane Anksiyete Depresyon Skalası) ölçeğini kullanmışlar, FD ile anksiyetenin birbirleriyle ilişkili olduğunu ancak depresyon ile FD arasında ilişkinin bulunmadığını saptanmışlardır. Yine aynı çalışma sigaranın FD ile ilişkisinin olmadığı tespit edilmiştir. Hartono ve ark. (122) HADS ile yaptıkları başka bir çalışmada FD hastalarının depresyon ve anksiyete düzeylerini sağlıklı kontrollerden anlamlı oranda yüksek saptamışlardır.

Hastalarımıza Dispepsi Şiddet Ölçeği (SODA) uygulanmıştır. SODA; PPI, ve COX-2 inhibitörleri ya da romatolojik hastalıklarda yeni kombinasyon tedavilerin, dispepsi açısından hasta üzerine olan etkilerini ölçmek ve aynı hasta grubunda etkilerini karşılaştırmak amacıyla kullanılmaktadır (123). Çalışmaya katılan hastaların SODA alt ölçek puanları cinsiyete göre karşılaştırıldığında bulgular bölümünde de değindiğimiz üzere erkek ve kadınlarda puanlar oldukça birbirlerine yakın bulunmuş olup aralarında anlamlı fark bulunmamıştır. Literatür taramalarımızın sonucunda, ülkemizde SODA ölçeğinin kullanıldığı fazla araştırmaya rastlanmamıştır. Oral'in (101) 2011 yılında SODA ölçeğini kullanarak yapmış olduğu çalışmada erkek ve kadınlarda ölçülen puanlar da birbirine yakın bulunmuştur. SODA alt ölçeklerini medeni duruma göre kıyasladığımızda da aralarında anlamlı bir fark bulamadık ancak 30 yaş altı ve 31 yaş üstü gruplarda 30 yaş altındaki hasta grubunun ağrı ve ağrı dışı puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve aralarında istatistiksel olarak da anlamlı farkın bulunduğu görülmüştür. Bu farkın daha genç nüfusun ağrı şiddetini daha iyi hissettiğinden ve bulantı,

kusma, hazımsızlık gibi dispepsinin ağrı dışı belirtilerini daha kötü yaşadığından kaynaklandığını düşünebiliriz.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Kesitsel olarak yaptığımız anksiyete-depresyon ile dispepsi arasındaki ilişkiyi incelediğimiz çeşitli sosyodemografik verilerle değerlendirdiğimiz çalışmamızda daha önce bulgular ve tartışma bölümlerinde de belirttiğimiz bazı önemli verileri şu şekilde sıralayabiliriz:

1. Çalışmamızda hasta grubumuzda erkeklerin sayısı kadınlara göre azdı ama çalışma gruplarında cinsiyet dağılımı bakımından anlamlı bir fark yoktu.
2. Medeni durumlar açısından çalışmamıza baktığımızda kontrol grubunda bekar oranı daha fazlaydı ve bu fark gruplar anlamlıydı.
3. Gruplar arasında sigara kullanımı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ve hasta grubunun %63,1'i sigara içerken kontrol grubunda bu oran %36,9'du. Bu durum sigaranın dispeptik şikayetlerde önemini vurgular niteliktedir ve sigara kullanımının zararları ve sonuçları konusunda hekimlerin hastaları uyarmasının özellikle dispeptik şikayetlerin azalması açısından faydalı olacağı kanısındayız.
4. Çalışmamızda anksiyete dereceleri hasta ve kontrol gruplarında sigara kullanımına göre kategorize edildi ve sigara içen gruplar arasında anlamlı fark saptanırken sigara içmeyen gruplar arasında anlamlı fark bulunmadı. Bu farkın sigara içiciliğinin bir sonucu mu olduğu yoksa yüksek anksiyete derecesinin mi sigara içmeyi tetikliyor olduğunun araştırılması gerekmektedir.
5. Çalışmamızda anksiyete dereceleri hasta ve kontrol gruplarında sigara kullanımına göre kategorize edildi ve sigara içen gruplar arasında anlamlı fark saptanırken sigara içmeyen gruplar arasında anlamlı fark yoktu ve bu fark sigara içiciliğinin bir sonucu mu yoksa yüksek anksiyete derecesi sigara içmeyi mi tetikliyor araştırılması gereken bir konudur.
6. Depresyon belirtileri cinsiyete göre her iki grupta karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.
7. Anksiyete puanı ile depresyon puanı arasında pozitif yönde orta derecede korelasyon saptanmıştır.
8. Dispepsinin ağrı ve ağrı dışı belirtilerini daha çok 30 yaş altı grubun şiddetli hissettiği bulundu. Bu duruma bu gruptaki hastaların daha az dispeptik ilaç

kullanımına mı yoksa ağrı eşiğinin daha düşük olduğuna mı bağlı olduğu araştırılması gereken bir konudur.

Çalışmamızın sonuçlarına dayanarak ileri çalışmalara ve çözüme yönelik öneriler şunlar olabilir:

1. Birinci basamakta anksiyete, depresyon, dispepsi sağlık sorunlarının birbirine eşlik edebileceği birinci basamakta hizmet sunan hekimler tarafından akılda tutulmalıdır. Bu durumda özellikle geçmeyen dispeptik şikayetleri olan hastalarda altta yatan ruhsal bir bozukluğun olup olmadığı biz birinci basamak hekimlerince araştırılmalıdır. Özellikle gereksiz ilaç kullanımının önüne geçmek için hastaya olabildiğince zaman ayırmak önemlidir.
2. Araştırmanın benzerleri, farklı merkezlerde ve daha geniş yaş grupları üzerinde uygulanabilir, elde edilen sonuçlar bu sonuçlarla karşılaştırılarak genelleme yapılabilir.
3. Dispepsi, hastalarda günlük aktiviteleri kötü yönde etkileyebileceği için tanı ve tedavisinin erken yapılmasını ve takibinin uygun bir şekilde sürdürülmesi gerektiğini düşünmekteyiz.
4. Özellikle birinci basamak sağlık kuruluşlarında medikal tedavinin yanında hastaların psikolojik bakımdan da irdelenmesi hastaların bozulan yaşam kalitesini düzeltebilir.

7. KAYNAKÇA

1. Camillera M. Nonulcer dyspepsia: a look into the future. Mayo Clinic Proceedings. 1996;71:614–622.
2. Drossman DA. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process. Gastroenterology. 2006;130(5):1377-1390.
3. Adibi P, Keshteli AH, Daghighzadeh H, et al. Association of anxiety, depression, and psychological distress in people with and without functional dyspepsia. Advanced Biomedical Research. 2016;5:195. doi:10.4103/2277-9175.190936
4. Zagari RM, RichardLaw G, Fuccio L, et al. Epidemiology of functional dyspepsia and subgroups in the Italian general population: an endoscopic study. Gastroenterology. 2010;138(4):1302-1311.
5. Chen TS, Lee YC, Chang FY, Wu HC, Lee SD. Psychosocial distress is associated with abnormal gastric myoelectrical activity in patients with functional dyspepsia. Scand J Gastroenterol. 2006;41:791–796.
6. Konskenpato J, Kairemo K, Korppi-Tommola T, Farkkila M. Role of gastric emptying in functional dyspepsia: a scintigraphic study of 94 subjects. Dig Dis Sci. 1998;43:1154–1158.
7. Bektaş M, Çetinkaya H, Çalışkan D, et al. Park Sağlık Ocağı bölgesinde 15 yaş üstü nüfusta dispepsi prevalansı. Akademik Gastroenteroloji Dergisi. 2007;6(3):120-126.
8. Özden A. Dispepsi (Dyspepsia). Güncel Gastroenterol Dergisi. 2012;16(4):272-282.
9. Brown C, Rees WDW. Dyspepsia in general practice. BMJ 1990;300:829–830.
10. Ford AC, Marwaha A, Sood R, Moayyedi P. Global prevalence of, and risk factors for, uninvestigated dyspepsia: a meta-analysis. Gut, 2015;64(7):1049-1057.
11. Mahadeva S, Ford AC. Clinical and epidemiological differences in functional dyspepsia between the East and the West. Neurogastroenterology & Motility. 2016;28(2):167-174.
12. Jones R, Lydegard S, Hobbs F, et al. Dyspepsia in Englandand Scotland. Gut

1990;31:401-405.

13. Drossman DA, Creed FH, Olden KW, et al. Psychosocial aspects of the functional gastrointestinal disorders. *Gut*. 1999; 45(2):1125-1130.

14. Kani HT. Fonksiyonel dispepsi hastalarında depresyon, anksiyete, aleksitimi, bağlanma, sosyal destek ve somatizasyonun değerlendirilmesi. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Uzmanlık Tezi, İstanbul 2014.

15. Wulffen MV, Talley NJ, Hammer J, et al. Overlap of Irritable Bowel Syndrome and Functional Dyspepsia in the Clinical Setting: Prevalence and Risk Factors. *Digestive diseases and sciences*. 2009;64(2):480-486.

16. Kim SE, Kim N, Lee JY, et al. Prevalence and risk factors of functional dyspepsia in health check-up population: a nationwide multicenter prospective study. *Journal of Neurogastroenterology and Motility*. 2018;24(4):603-613.

17. Okçu N, Yılmaz Ö, Dursun H, et al. Dispeptik semptomlarla beslenme alışkanlıkları, endoskopik ve histolojik bulgular arasındaki ilişki. *Akademik Gastroenteroloji Dergisi*. 2006;5(2):110-115.

18. Özaslan E. Dispepsi. *Türkiye Tıp Dergisi*. 2004;11(4):217-230.

19. Talley NJ, Silverstein MD, Agreus L, et al. Evaluation of dyspepsia. *Gastroenterology*. 1998;114(3):582-95.

20. Sahan HE, Yıldırım EA, Soylu A, et al. Comparison of functional dyspepsia with organic dyspepsia in terms of attachment patterns. *Comprehensive Psychiatry*. 2018;83:12-18.

21. Sayehmiri K, Abangah G, Kalvandi G, Tavan H, Aazami S. Prevalence of peptic ulcer in Iran: Systematic review and meta-analysis methods. *Journal of research in medical sciences: the official journal of Isfahan University of Medical Sciences*. 2018;23 DOI: 10.4103/jrms.JRMS_1035_16 (Erişim Tarihi:19.06.2019).

22. Demirçeken F. Çocuklarda Gastroözafagial reflü hastalığı. *Güncel Gastroenreroloji*. 2011;15:204-226.

23. Bredenoord AJ, Pandolfi JE, Smou APM. Gastrooesophageal reflux disease. *The Lancet*. 2013;381:1933-1942.

24. Talley NJ, Nimish B, Moayyedi P. American gastroenterological association technical review on the evaluation of dyspepsia. *Gastroenterology*. 2005;129(5):

1756-1780.

25. Talley NJ. Gallstones and upper abdominal discomfort. Innocent bystander or a cause of dyspepsia? J Clin Gastroenterol. 1995;20(3):182-183.

26. Hallas J, Bytzer P. Screening for drug related dyspepsia: an analysis of prescription symmetry. Eur J Gastroenterol Hepatol. 1998;10(1):27-32.

27. Jeon YJ, Lee JS, Cho YR, et al. Banha-sasim-tang improves gastrointestinal function in loperamide-induced functional dyspepsia mouse model. Journal of Ethnopharmacology. doi: 10.1016/j.jep.2019.111834 (Erişim tarihi:13.06.2019)

28. Akbulut S, Kayhan B. Fonksiyonel dispepsi tıbbi bir sorun mu yoksa sosyolojik bir problem midir? Güncel Gastroenteroloji. 2006;10(2):169-174.

29. Futagami S, Yamawaki H, Agawa S, et al. New classification Rome IV functional dyspepsia and subtypes. Translational Gastroenterology and Hepatology 2018;3:70. doi: 10.21037/tgh.2018.09.12

30. Nam Y, Kwon SC, Lee YJ, et al. Relationship between job stress and functional dyspepsia in display manufacturing sector workers: a cross-sectional study. Annals of Occupational and Environmental Medicine. 2018;30:62 doi:10.1186/s40557-018-0274-4

31. Drossman DA. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process. Gastroenterology. 2006;130:1377-1390.

32. Walker MM, Talley NJ. The role of duodenal inflammation in functional dyspepsia. Journal of Clinical Gastroenterology. 2017;51(1):12-18.

33. Özden A. Roma IV-2016, Dispepsi tedavisine yaklaşım. Güncel Gastroenteroloji. 2017;21(1):19-24.

34. Özden A. Fonksiyonel dispepside tedavi. Güncel Gastroenteroloji Dergisi. 2012;16(4):291-298.

35. Nazlıgül Y, Uzunköy A. Fonksiyonel (Nonülser) dispepsi. T Klin Gastroenterohepatol 1999;10(3):137–141.

36. Quartero AO, de Wit NJ, Lodder AC, et al. Disturbed solid-phase gastric emptying in functional dyspepsia: a meta-analysis. Dig Dis Sci 1998;43(9):2028-2033.

37. Fischler B, Tack J, De Gucht V, et al. Heterogeneity of symptom pattern, psychosocial factors, and pathophysiological mechanisms in severe functional

- dyspepsia. *Gastroenterology*. 2003;124(4):903–910.
38. Camilleri M, Coulie B, Tack J. Visceral hypersensitivity facts, speculations, and challenges. *Gut*. 2001;49(1):125-131.
39. Özden A. *Helicobacter pylori* eradikasyonunda yaşanan sorunlar ve yeni arayışlar. *Güncel Gastroenteroloji*. 2016;20(4):383-91.
40. Uyanık MH, Aktaş O. *Helicobacter pylori*'nin mikrobiyolojik tanısı. *EAJM*. 2007;39(3):205-209.
41. Chiapas DR, Ortiz, SS, Araujo MF, et al. Stress profile, coping style, anxiety, depression, and gastric emptying as predictors of functional dyspepsia: a case-control study. *Journal of Psychosomatic Research*. 2010;68(1):73-81.
42. Tack J, Piesseaux H, Coulie B, Caenepeel P, Janssens J. Role of impaired gastric accommodation to a meal in functional dyspepsia. *Gastroenterology*. 1998;115(6):1346-1352.
43. Duman H. Fonksiyonel dispepsi etyopatogenezinde etkili faktörlerin hastalık semptomları ile ilişkisini değerlendirme. Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Uzmanlık Tezi. İstanbul 2009.
44. Madisch A, Stephan M, Joachim L. Management of functional dyspepsia: unsolved problems and new perspectives. *World Journal of Gastroenterology*. 2005;11(42):6577-6581.
45. Usta Y, Özen H. *Helicobacter pylori* enfeksiyonu. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*. 2007;50(2):136-145.
46. Dobrukali A, Tuncer M, Özgür O, et al. Gastroözofajial Reflü hastalığında intraözofajial manometri ve pH monitorizasyonu bulgularının karşılaştırılması. *Türkiye Klinikleri Journal of Gastroenterohepatology*. 1995;6(2):95-99.
47. Castillo EJ, Camilleri M, Locke R, et al. A community-based, controlled study of the epidemiology and pathophysiology of dyspepsia. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. 2004;2(11):985-996.
48. Kav T. Fonksiyonel dispepside kombinasyon tedaviler. *Güncel Gastroenteroloji*. 2016;20(4):421-427.
49. Lacy BE, Talley NJ, Locke GR, et al. Current treatment options and management of functional dyspepsia. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*. 2012;36(1):13-15.

50. Masuy I, Oudenhove LV, Tack J. Treatment options for functional dyspepsia. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*. 2019;49:1134-1172.
51. Kavitt RT, Lipowska AM, Yeboa AA, et al. Diagnosis and treatment of peptic ulcer disease. *The American Journal of Medicine*. 2019;132:447-456.
52. Özden A. Proton pompa inhibitörleri ve kullanım güvenirliliği. *Güncel Gastroenteroloji*. 2013;17(3):179-201.
53. Sanaka M, Yamamoto T, Kuyama Y. Effects of proton pump inhibitors on gastric emptying: a systematic review. *Digestive Diseases and Sciences*. 2010;55(9):2431-2440.
54. Dial MS. Proton pump inhibitor use and enteric infections. *The American Journal of Gastroenterology*. 2009;104(2):2-10.
55. Uygun A. Uzun süre proton pompa inhibitörleri (PPI) kullanılacaksa, hangi PPI tercih edilmelidir? Nelere dikkat edilmelidir? *Güncel Gastroenteroloji* 2013;17(1):46-58.
56. Vakil N. Acid inhibition and infections outside the gastrointestinal tract. *Am J Gastroenterol*. 2009;104(2):17-20.
57. Loren L. Proton pump inhibitors and bone fractures?. *The American Journal of Gastroenterology*. 2009;104(2):2-21.
58. Krieg L, Milstein O, Krebs P, et al. Mutation of the gastric hydrogen-potassium ATPase alpha subunit causes iron-deficiency anemia in mice. *Blood*. 2011;118(24):6418- 6425.
59. Göktürk HS. Non-steroid anti-inflamatuvar ilaçlar, endikasyon, kontrendikasyon, endikasyonsuz kullanımı, komplikasyonları önlemek için ne yapılmalı?. *Güncel Gastroenteroloji*. 2017;21(1):31-37.
60. Tack J, Houtte KV, Carbone F. The unfulfilled promise of prokinetics for functional dyspepsia/postprandial distress syndrome. *American Journal of Gastroenterology*. 2019;114(2):204-206.
61. Acosta A, Camilleri M. Prokinetics in gastroparesis. *Gastroenterol Clin North Am*. 2015;44(1):97-111.
62. Levy RL, Olden KW, Naliboff BD, et al. Psychosocial aspects of the functional gastrointestinal disorders. *Gastroenterology*. 2006;130(5):1447–1458.
63. Hülagü S. Anti-asitler. *Güncel Gastroenteroloji*. 1997;1(1):13-19.

64. Tekin M, Tekin A. Anksiyete bozukluklarında dissosiyatif belirtiler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2014;6(4):330-339.
65. Ocaktan ME, Keklik A, Çöl M, et al. Abidinpaşa Sağlık Grup Başkanlığı'na bağlı sağlık ocaklarında çalışan sağlık personelinde Spielberger durumluluk ve sürekli kaygı düzeyi. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*. 2002;55(1):21-28.
66. Türkçapar H. Anksiyete bozukluğu ve depresyonun tanısall ilişkileri. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2004;7(4):12-16.
67. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı (Çev. Ed: E Köroğlu), pp. 91-113, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013.
68. Uzbay İT. Anksiyetenin nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2002;5(1):5-13.
69. Medeni İ. Bir ilçede 15 yaş ve üzeri kişilerde depresyon ve anksiyete belirtileri sıklığı ile ilişkili risk etmenleri. *Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi*, Ankara 2016.
70. Tükel R, Alkın T. Anksiyete bozuklukları. 4. Bilimsel Çalışma Birimleri Dizini. Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları; 2006. http://tpdyayin.psikiyatri.org.tr/BookShopData/14_AnksiyeteBozukluklar.pdf (E.T:26.07.2019)
71. Kessler RC, Berglund P, Demler O, et al. Lifetime prevalence and age of onset distribution of DSM IV disorders in National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psych*. 2005;62(6):593-602.
72. Binbay T, Direk N, Aker N, et al. Türkiye'de psikiyatrik epidemiyoloji: Yakın zamanlı araştırmalarda temel bulgular ve gelecek için öneriler. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2014; 25(4):264-281.
73. Arnold PD, Zai G, Richter MA. Genetics of anxiety disorders. *Curr Psychiatry Rep*. 2004;6(4):243-254.
74. Marneros A. Mood disorders: epidemiology and natural history. *Psychiatry*, Elsevier. 2006;5(4):119-122.
75. Bulut S. Seçici konuşmazlık (Selective Mutizm): sebepleri ve tedavi yaklaşımları *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*.

2008;17:52-65.

76. Tükel R. Panik bozukluğu. Klinik Psikiyatri Dergisi. 2002;5(3);5-13.

77. Brown TA, Barlow DH, Liebowitz MR. The empirical basis of generalized anxiety disorder. American Journal of Psychiatry. 1994;51(9):1272-1280.

78. Roberts RE, Kaplan GA, Shema SJ. Does growing old increase the risk for depression? Am J Psychiatry. 1997;154:1384-1390.

79. Schweizer E. Generalized anxiety disorder. Longitudinal course and pharmacologic treatment. Psychiatr Clin North Am. 1995;18(4):843-857.

80. Saatçioğlu Ö. Yaygın anksiyete bozukluğunun tedavisi ve yeni yaklaşımlar. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni. 2001;15(24):60-67.

81. Karamustafalıoğlu O, Yumrukçal H. Depresyon ve anksiyete bozuklukları. Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni. 2011;45(2):65-74.

82. Depression. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/> (Erişim tarihi: 29.04.2019).

83. Murray CJL, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause, 1990-2020: global burden of disease study. Lancet. 1997;349(9064):1498-1504.

84. Mete H. Kronik hastalık ve depresyon. Klinik Psikiyatri. 2008;11(3):3-18.

85. Poyraz B. Acil servise baş ağrısı yakınması ile başvuran hastalarda depresyon sıklığının ve depresyon öngörü özelliklerinin saptanması. 9 Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi. Acil Tıp Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, İzmir 2018.

86. Köknel Ö. Duygudurum bozukluklarının tarihçesi. Duygudurum Dizisi. 2000;1(1):5-11.

87. Küey L, Güleç C. Depresyonun epidemiyolojisi. Depresyon Monografı Serisi. 1993;2:53-68.

88. Özdemir H, Rezaki M. Depresyon saptanmasında genel sağlık anketi-12. Türk Psikiyatri Dergisi. 2007;18(1):13-21.

89. Çelik FH, Hocaoglu Ç. Major depresif bozukluk tanımı, etyolojisi ve epidemiyolojisi: bir gözden geçirme. Journal of Contemporary Medicine. 2016.6(1):51-66.

90. McIntosh E, Gillanders D, Rodgers S. Rumination, goal linking, daily hassles and life events in major depression. *Clinical P&Psychotherapy*. 2010;17(1):33-43.
91. Ayrancı Ü, Yenilmez Ç. Eskişehir ilindeki sağlık ocaklarında konulan ruhsal hastalık tanıları ile sosyoekonomik durum arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2001;2(2):87-98.
92. Kaya B, Kaya M. 1960’lardan günümüze depresyonun epidemiyolojisi: Tarihsel bir bakış. *Klinik Psikiyatri*. 2007;10(6):3-10.
93. Song TJ, Cho SJ, Kim WJ, et al. Anxiety and depression in tension type headache: a population-based study. *Plos One*. 2016;11(10):610-618.
94. Gülseren L, Hekimsoy Z, Gülseren Ş, Bodur Z, Kültür S. Diabetes mellituslu hastalarda depresyon anksiyete, yaşam kalitesi ve yeti yitimi. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2001;12(2):89-98.
95. Sertöz ÖÖ, Mete HE. Bedensel hastalıklarda depresyon. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2004;7(2):63-69.
96. Örsel S. Depresyonda tedavi: Genel ilkeler ve kullanılan antidepresan ilaçlar. *Klinik Psikiyatri*. 2004;4:17-24.
97. Duran A. Psikiyatride ilaçla tedavi. Türkiye’de sık karşılaşılan psikiyatrik hastalıklar sempozyum dizisi No:62. 2008;(1):275-302.
98. Başoğlu C, Buldukoğlu K. Depresif bozukluklarda psikososyal girişimler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2015;7(1):1-15.
99. Rabeneck L, Wristers K, Goldstein JL, et al. Reliability, validity, and responsiveness of severity of dyspepsia assessment (SODA) in a randomized clinical trial of a COX-2-specific inhibitor and traditional NSAID therapy. *The American Journal of Gastroenterology*. 2002; 97(1):32-39.
100. Mutlu ET, Malhan S, Öksüz E, Ersoy K. “Dispepsi Siddet Ölçeği (SODA) Türkçe Uyarlamasının Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması” VII. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi Özet Kitapçığı 2006:28-29.
101. Oral SS. Genç erişkinlerde dispepsi yakınmasının yaşam kalitesine etkisi. *Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi*, Ankara 2011.
102. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.

1988;56(6):893-897.

103. Ulusoy M, Şahin NH, Erkmen H. Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: psychometric properties. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 1998;12(2):163-172.

104. Beck AT. An inventory for measuring depression. *Arch. Gen. Psychiatry*. 1961;4:561-571.

105. Hisli N. Beck depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliliği, güvenirliği. *J. Psychol*. 1989;7:3-13.

106. Bektaş M, Çetinkaya H, Çalışkan D, Öztaş E, Akdur R, Özden A. Park Sağlık Ocağı bölgesinde 15 yaş üstü nüfusta dispepsi prevalansı. *Akademik Gastroenteroloji Dergisi* 2007;6(3):120-126.

107. Lacy BE, Everhart K, Crowell MD. Functional dyspepsia: clinical symptoms, psychological findings, and GCSI scores. *Digestive diseases and sciences*. 2019;64(5):1281-1287.

108. Mussell M, Kroenke K, Spitzer RL, et al. Gastrointestinal symptoms in primary care: prevalence and association with depression and anxiety. *Journal of Psychosomatic Research*. 2008;64(6):605-612.

109. Ünal HÜ. Fonksiyonel ve organik dispepsi hastalarında üst gastrointestinal sistem endoskopi öncesi anksiyete derecesinin karşılaştırılması ve anksiyete derecesini etkileyen faktörler. *Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Uzmanlık Tezi*, Ankara 2006.

110. Seyedmirzaei SM, Haghdooost AA, Dehghani A. Prevalence of dyspepsia and its associated factors among the adult population in southeast of Iran in 2010. *Iran Red Crescent Med J*. 2014;16(11):14757

111. Maconi G, Tosetti C, Stanghellini V, Bianchi Porro G, Corinaldesi R. Dyspeptic symptoms in primary care. An observational study in general practice. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2002;14(9):985–990.

112. Bouchoucha M, Hejnar M, Devnoede G, et al. Anxiety and depression as markers of multiplicity of sites of functional gastrointestinal disorders: a gender issue? *Clinics and Research in Hepatology and Gastroenterology*. 2013;37(4):422-

430.

113. Ghoshal UC, Singh R. Frequency and risk factors of functional gastrointestinal disorders in a rural Indian population. *Journal of gastroenterology and hepatology*. 2017;32(2):378-387.

114. Parry SD, Barton JR, Welfare MR. Factors associated with the development of post-infectious functional gastrointestinal diseases: does smoking play a role? *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2005;17(10):1071-1075.

115. Korkmaz A. Fonksiyonel dispepsili hastalarda hipotalamus-hipofiz-adrenal aks fonksiyonlarının değerlendirilmesi ve semptomların yaşam kalitesine etkisi. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Uzmanlık Tezi, Kayseri 2009.

116. Christensen MW, Hansen JM, Muckadell BS. Risk factors for dyspepsia in a general population: Non-steroidal anti-inflammatory drugs, cigarette smoking and unemployment are more important than *Helicobacter pylori* infection. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*. 2009;41(2):149-154.

117. Henningsen P, Zimmermann T, Sattel H. Medically unexplained physical symptoms, anxiety, and depression: a meta-analytic review. *Psychosom Med*. 2003;65(4):528-533

118. Walker EA, Katon WJ, Jemelka RP, Roy-Bryne PP. Comorbidity of gastrointestinal complaints, depression, and anxiety in the epidemiologic catchment area (ECA) study. *Am J Med*. 1992;92(1):26–30.

119. Patton G, Hibbert M, Rosier MJ, Carlin JB, Caust J, Bowes G. Is smoking associated with depression and anxiety in teenagers? *American Journal of Public Health*. 1996;86(2):1-6.

120. Huang ZP, Yang XF, Lan LS, Liu T, Liu CL, Li JL, et al. Correlation between social factors and anxiety-depression in function dyspepsia: do relationships exist? *Prz Gastroenterol* 2014;9(6):348-353.

121. Aro P, Talley NJ, Ronkainen J, et al. Anxiety is associated with uninvestigated and functional dyspepsia (Rome III criteria) in a Swedish population-based study. *Gastroenterology*. 2009;137(1):94-100.

122. Hartono JL, Mahadeva S, Goh KL. Anxiety and depression in various functional gastrointestinal disorders: do differences exist? *J Dig Dis*. 2012;13:252-

257.

123. Rabeneck L, Cook KF, Wristers K, et al. SODA (severity of dyspepsia assessment): a new effective outcome measure for dyspepsia-related health. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2001;54(8):755-765.

8. EKLER

Ek-1: Etik kurul onayı

DİCLE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU DİCLE UNIVERSITY MEDICAL FACULTY ETHICS COMMITTEE FOR NONINTERVENTIONAL STUDIES					
250					
KARAR					
Dr. Öğr. Üyesi Hamza ASLANHAN, Asist. Dr. Fatma YILDIRIM isimli araştırmacılar tarafından planlanan "Bir üniversite hastanesi aile hekimliği polikliniğine dispepsi ile başvuran hastalarda anksiyete ve depresyonun değerlendirilmesi" başlıklı araştırmaya <i>Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul'u</i> tarafından toplantıda hazır bulunan üyeler tarafından oy birliği ile onay verilmiştir.					
Klinik araştırma tamamlanıp yayın aşamasına geldiğinde, yayına sunulan bildiri veya makalenin bir örneğinin Etik Kurul'a verilmesi zorunludur.					
DECISION					
The project titled as "Evaluation of anxiety and depression in patients applied with dyspepsia to family medicine outpatient clinic in a university hospital" planned by Hamza ASLANHAN, Fatma YILDIRIM has been approved by Ethics Committee of Dicle University Faculty of Medicine.					
Oturum No (Meeting number) :		Tarih (Date): 19.09.2018		Saat (Hour): 14:00-15:00	
KURUL BAŞKANI (CHIEF)		Prof. Dr. Hüseyin BÜYÜKBAYRAM			
KURUL ÜYELERİ / MEMBERS					
	ÜNVANI	ADI-SOYADI	KURUMU	BRANŞI	İMZA
1	Prof. Dr.	Hüseyin BÜYÜKBAYRAM	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Patoloji	
2	Prof. Dr.	Levent ERDİNÇ	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Tıbbi Biyokimya	
3	Prof. Dr.	Aziz KARABULUT	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Kardiyoloji	
4	Prof. Dr.	Cihan AKGÜL ÖZMEN	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Radyoloji	
5	Prof. Dr.	Haktan KARAMAN	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	
6	Doç. Dr.	İlker KELLE	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Tıbbi Farmakoloji	
7	Doç. Dr.	Zulfikar YILMAZ	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	İç Hastalıkları	
8	Doç. Dr.	M. Vesa BAHADIR	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Genel Cerrahi	
9	Doç. Dr.	Ezeli AZARKAN	Dicle Üniversitesi Hukuk Fakültesi	Öğretim Üyesi	
10	Dr. Öğretim Üyesi	İsmail YILDEZ	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Biyoistatistik	
11	Dr. Öğretim Üyesi	Diclehan ORAL	Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi	Tıbbi Biyoloji	

Ek 2. Sosyodemografik veri formu

1.Yaş:

2.Cinsiyet:

a.Erkek..... b.Kadın.....

3.Medeni Durum:

a.Evli..... b.Bekar..... c.Dul/bosanmıs.....

4.Eğitim durumu:

a.okuma yazma bilmiyor.... b.Okur-yazar.....

c.ilkokul d.ortaokul.....e.lise.....f.üniversite

5. Mesleğiniz:

a. memur b. İşçi c. Serbest meslek d. Çalışmıyor/ev hanımı/öğrenci

6.Sigara içme durumunuz?:

a.içiyor..... b.içmiyor.....

7. Vücut ağırlığı (kg):.....Boy (m):.....Vücut kitle indeksi :.....

8. Aylık gelirin ne kadar?.....

9. Sürekli kullandığınız ilaç var mı? Evet ise lütfen belirtiniz

a.evet..... b...hayır

10. Bildiğiniz kronik bir hastalığınız var mı?Evet ise lütfen belirtiniz

a.evet..... b...hayır

11.Mide şikayetleriniz var mı? Evet ise lütfen süreyi belirtiniz

a.evet..... b...hayır

12. Mide şikayetlerinize yönelik tedavi alıyor musunuz? Evet ise lütfen belirtiniz

a.evet..... b...hayır

13.Daha önce endoskopi yaptırdınız mı ? Evet ise lütfen sonucunu yazınız

a.evet..... b...hayır

EK 3:Dispepsi şiddet ölçeği

DİSPEPSİ ŞİDDETİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Tarih :
Adı Soyadı:

AÇIKLAMALAR

Bu ankette 17 soru bulunmaktadır.
Lütfen bütün soruları dikkatlice okuyarak cevaplayınız.
Sorular birbirine benzer/tekrarlayan sorular gibi görünse de hiçbir soruyu cevapsız bırakmayın.
Bizim için sorulara verdiğiniz cevaplar önemlidir. Cevaplarınızın doğru veya yanlış olmasının önemi yoktur, doğru veya yanlış olarak değerlendirilme yapılmayacaktır.
Yardıma ihtiyaç duyarsanız soru sormaktan çekinmeyiniz.

Aşağıda karın ağrısı ile ilgili çeşitli sorular yer almaktadır. Soruların bazıları birbirine çok benzeyebilir. Fakat soruların hepsini cevaplarsanız sizin ağrınızı daha iyi değerlendirmemiz/anlamamız mümkün olacaktır.		Bu sütunu doldurmayınız. Sadece Doktorunuz Kullanacaktır.											
1. Lütfen aşağıdaki çizginin üzerine, son 7 gün içinde ortalama olarak mevcut ağrınızın durumunu belirtmek üzere 0 ile 100 arasında bir rakam yazınız. '0', hiç ağrı çekmediğinizi belirtirken, '100' ise olabilecek en kötü ağrıyı belirtecektir. Lütfen sadece bir rakam yazınız.	1_Puan : _____												
2. Son yedi gün boyunca , karın rahatsızlığınız (veya mide ağrınız) ortalama olarak hangi yoğunluktaydı ? 0 ile 10 arası bir rakamla değerlendiriniz. '0' hiç rahatsızlık duymadığınızı ve '10' ise olabilecek en kötü rahatsızlığı belirtecektir. Lütfen sadece bir rakamı işaretleyiniz.	2_Puan : _____												
Hiç Rahatsızlık Yok <table border="1"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr></table> Olabilecek En Kötü Rahatsızlık		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			

EK 3: Dispepsi şiddet ölçeği

3. Son yedi gün boyunca , ortalama olarak ağrınızı en iyi tanımlayan sıfatı içeren parantezi işaretleyiniz. Lütfen sadece bir seçeneği işaretleyiniz. 0 () Yok veya Çok Hafif 1 () Rahatsız edici 2 () İzdırıp verici 3 () Korkunç 4 () Dayanılmaz	3_Puan : ____											
4. Son yedi gün boyunca, karın rahatsızlığınız (veya mide ağrınız) ortalama olarak hangi yoğunluktaydı ? Ağrınızın yoğunluğunu aşağıdaki çizgi üzerinde belirleyiniz. Sol tarafa doğru olan işaretler "ağrı olmayan durum" ve sağ tarafa doğru olan işaretler "olabilecek en kötü ağrı durumu" nu gösterecektir. Olabilecek Hiç Ağrı En Kötü Yok Ağrı	4_Puan : ____											
5. Son yedi gün boyunca , ortalama olarak karın ağrınız (mide ağrınız) hangi yoğunluktaydı ? Ağrınızı en iyi tanımlayan sıfatı içeren parantezi işaretleyiniz. Lütfen sadece bir seçeneği işaretleyiniz. 0 () Ağrı Yok 1 () Biraz Ağrı 2 () Dayanılabilir Kadar Ağrı 3 () Çok Şiddetli Sayılmayacak Ağrı	5_Puan : ____											
6. Son yedi gün boyunca, en kötü karın rahatsızlığınız (veya mide ağrınız) hangi yoğunluktaydı ? 0 ile 10 arası bir rakamla değerlendiriniz. '0' 'hiç rahatsızlık olmadığını' ve '10' ise 'olabilecek en kötü rahatsızlığı' belirtecektir. Lütfen sadece bir rakamı işaretleyiniz. Hiç Rahatsızlık Olabilecek En Kötü Yok Rahatsızlık <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	6_Puan : ____
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Burayı doldurmamız. Sadece Doktorunuz Kullanacaktır. Dönüştürülmüş Puan:	Toplam Ham Puan: ____											

EK 3: Dispepsi şiddet ölçeği

Son 7 gün boyunca, ortalama olarak aşağıdaki durumlardan her biri sizin için hangi derecede problem oldu ?

	(Her satır için tek rakamı yuvarlak içine alınız.)				
	Hiç Problem Olmadı	Hafif Problem oldu. Gözardı edilebilir.	Orta derecede problem oldu. Gözardı edilemez. Ancak Günlük aktivitelerimi etkilemedi.	Şiddetli problem oldu. Günlük aktivitelerimde konsantrasyonumu etkiledi.	Çok Şiddetli derecede problem oldu. Günlük aktivitelerimi belirgin olarak etkiledi ve istirahat gerektirdi.
7. Geğirme	1	2	3	4	5
8. Yanma	1	2	3	4	5
9. Şişkinlik	1	2	3	4	5
10. Gaz	1	2	3	4	5
11. Ekşime	1	2	3	4	5
12. Bulantı	1	2	3	4	5
13. Ağız kokusu	1	2	3	4	5

Aşağıda varolan karın (veya mide) rahatsızlığınızın şimdiki durumunun sizin ne kadar iyi veya ne kadar kötü hissetmenize neden olduğuna dair sorular yer almaktadır. Lütfen tüm soruları cevaplayınız. Bu bizim sizin kendinizi ne kadar iyi ve kötü hissettiğinizi anlamamıza yardımcı olacaktır.

14. Karın (veya mide) rahatsızlığınızın düzeyi sizi ne derecede mutlu veya ne derecede mutsuz yapıyor ? Lütfen yalnızca bir seçenek işaretleyiniz.

- 3 () Çok Mutluyum
2 () Mutluyum
1 () Mutsuzum
0 () Çok Mutsuzum

EK 3: Dispepsi şiddet ölçeği

	(Her satır için tek rakamı yuvarlak içine alınız.)				
	Kesinlikle Doğru	Oldukça Doğru	Bilmiyorum	Oldukça Yanlış	Kesinlikle Yanlış
15. Karın (veya mide) rahatsızlığım nedeniyle sağlığını iyi hissediyorum.	5	4	3	2	1
16. Karın (veya mide) rahatsızlığım kontrol altında gözüküyor bu nedenle memnunum.	5	4	3	2	1

17. Lütfen karın rahatsızlığınızın (veya mide ağrınızın) düzeyinin sizi ne derecede mutlu veya ne derecede mutsuz yaptığını aşağıdaki işaretleyiniz. '0' aşırı derecede mutsuz yaptığını, '10' ise aşırı derecede mutlu yaptığını göstermektedir. Lütfen sadece bir rakamı işaretleyiniz.

Aşırı Derecede Mutlu					Aşırı Derecede Mutsuz					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

EK 4: Beck anksiyete ölçeği (BAÖ)

Beck Anksiyete Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif düzeyde Beni pek et- kilemedi	Orta düzeyde Hoş değildi ama kat- lanabildim	Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zor- landım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karın- calanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklilik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuva kapılma				

EK 5: Beck depresyon ölçeği (BDÖ)

Beck Depresyon Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

- | | | | |
|----|---|----|---|
| 1 | (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum. | 12 | (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum. |
| 2 | (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek için karamsarım.
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor. | 13 | (0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum. |
| 3 | (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğumu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum. | 14 | (0) Eskisi kadar iyi iş gücü yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum. |
| 4 | (0) Herşeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Herşeyden sıkılıyorum. | 15 | (0) Uykum her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum. |
| 5 | (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum. | 16 | (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum. |
| 6 | (0) Kendimden memnunum.
(1) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime kızgınım.
(3) Kendimden nefrete ediyorum. | 17 | (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum. |
| 7 | (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğumu düşünmüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Herşeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi kaba hat buluyorum. | 18 | (0) Son zamanlarda zayıflamadım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim. |
| 8 | (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm. | 19 | (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum. |
| 9 | (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabiliirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum. | 20 | (0) Sekse karşı ilimde herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla sekse ilim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum. |
| 10 | (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
(2) Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızmıyorum. | 21 | (0) Cezalandırılması gereken şeyler yaptığımı sanmıyorum.
(1) Yaptıklarımın dolaylı cezalandırılabilirliğini düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor. |
| 11 | (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiçkimseyi istemiyorum. | | |