



T.C.

ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

BOLU İL MERKEZİ'NDE (ARAŞTIRILMAMIŞ) DİSPEPSİ PREVALANSI:

POPULASYONA DAYALI ÇALIŞMA

Dr. Esmâ ÖZMEN

UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Ülkü DAĞLI

BOLU-2014



T.C.

ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

BOLU İL MERKEZİ'NDE (ARAŞTIRILMAMIŞ) DİSPEPSİ PREVALANSI:

POPULASYONA DAYALI ÇALIŞMA

Dr. Esma ÖZMEN

UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Ülkü DAĞLI

BOLU-2014

TEŞEKKÜR

Asistanlık eğitimim süresince desteğini ve yardımını esirgemeyen, bilgi ve becerileriyle yol gösteren, tezimin oluşmasında bana ışık tutan tez hocam Prof. Dr. Ülkü Dağlı'ya, tezim için örneklem seçiminde ve istatistik aşamasında yardımcı olan Yrd. Doç. Dr. Seval Alkoy'a , asistanlık sürecimizde sorunlarımıza karşı gösterdiği hoşgörölü ve güler yüzlü tavrından ötürü Anabilim Dalı Başkanımız Prof. Dr. Haluk Şavlı'ya, çalışma hayatımda her zaman desteğini gördüğüm, olumlu yönlendirmeleriyle bugüne gelmemde büyük emek sahibi olan Doç. Dr. Muhittin Ertılav'a, asistanlığımın her aşamasındaki yardımlarından ötürü Doç. Dr. Aytekin Alçelik'e, uzmanlık eğitimim boyunca birikimlerinden faydalandığım değerli dahiliye hocalarıma, tezim için veri toplamamda büyük çaba sarf eden sevgili arkadaşlarım Dr. Sevim Karaçay ve Dr. Ramazan Ergöl'e, asistanlığım süresince ve tezimin oluşumu aşamasında her zaman yakın ilgi ve desteğini gördüğüm sevgili eşim Hamid Özmen ve hayatımıza renk katan kızım Ahsen Özmen'e, bugünlere gelmemde büyük pay sahibi olan sevgili annem ve babama, birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum değerli asistan arkadaşlarıma teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	iii
KISALTMALAR	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
1.GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1.Epidemiyoloji	2
2.2.Organik Dispepsi	3
2.2.1.Tanım	3
2.2.2.Etyoloji	3
2.3. Fonksiyonel Dispepsi	7
2.3.1.Tanım	7
2.3.2.Fonksiyonel Dispepsinin Patofizyolojisi ve Olası Nedenleri	10
2.4.Dispepsiye Klinik Yaklaşım	13
2.4.1.Hikaye	14
2.4.2.Fizik Muayene	14
2.4.3.Rutin Laboratuvar Testleri	14
2.4.4.Tanısal Testler	15
2.5.Fonksiyonel Dispepside Tedavi Seçenekleri	18
2.5.1.Diyet	18
2.5.2.İlaçlar	18
3. MATERYAL VE YÖNTEM	21
4. BULGULAR	23
4.1.Tanımlayıcı Bulgular	24
4.2. Analitik Bulgular	28
5.TARTIŞMA	37
6.SONUÇ	45
KAYNAKLAR	46

KISALTMALAR

AİBÜ	: Abant İzzet Baysal Üniversitesi
COX-2	: Siklooksijenaz-2
EAS	: Epigastrik ağrı sendromu
FD	: Fonksiyonel dispepsi
Gİ	: Gastrointestinal
GİS	: Gastrointestinal sistem
GÖR	: Gastroözofageal reflü
GÖRH	: Gastroözofageal reflü hastalığı
H2RA	: H2 reseptör antagonistleri
H. pylori	: Helicobacter pylori
İBS	: İrritabl barsak sendromu
NSAİİ	: Nonsteroid anti-inflamatuvar ilaç
PPI	: Proton pompa inhibitörleri
PDS	: Postprandiyal distres sendromu
SED	: Sosyoekonomik düzey
SPECT	: Tek foton emisyon bilgisayarlı tomografi
VKİ	:Vücut kitle indeksi

ÖZET

Dispepsi ülkemizde ve tüm dünyada önemli sağlık sorunlarından biridir. Dispepsi sağlık harcamalarında artışa, iş gücü kaybına (böylece önemli bir mali kayba) ve zaman kaybına neden olmaktadır. Farklı patolojilere bağlı olarak ortaya çıkabilen, ayırıcı tanısı geniş bir semptomdur. Organik veya fonksiyonel bir nedene bağlı olabilir. Toplumun yaklaşık %25'ini etkiler. Ülkeler arasında dispepsi sıklığı değişmekle birlikte ortalama %13-48 arasındadır.

Pek çok hastalık dispepsiye neden olabilir. Tüm vakaların %40'ında organik bir neden bulunur. Altta yatan neden %25'e varan oranda peptik ülserdir. Fonksiyonel dispepsinin patolojisi net değildir. Üst gastrointestinal motor ve duyuşal bozuklukların etkili olduğu düşünülmektedir.

Önemli bir iş verimliliği kaybı ve sağlık harcamaları nedeni olması ile Bolu İl'i Merkezi'nde araştırılmamış dispepsi prevalansını araştırmayı amaçladık. Bu amaçla yaptığımız çalışmaya 155'i erkek ve 173'ü kadın olmak üzere 328 kişi dahil edilmiştir. Olguların evlerine gidilerek onamları alındıktan sonra Roma III kriterlerine göre hazırlanan anket yüz yüze görüşme şeklinde uygulanmıştır.

Çalışmaya katılan bireylerin %47.3'ü erkek (n=155), %52.7'si kadın (n=173) olup katılımcıların yaş ortalaması 41.5 ± 13.57 , boy ortalaması 1.66 ± 0.08 metre, VKI ortalaması 26.3 ± 4.1 kg/m² olarak saptanmıştır. Olguların medeni durumuna bakıldığında; %76.5'i (n=251) evli, %20.1'i (n=66) hiç evlenmemiş, %3.4'ü (n=11) boşanmış/dul olarak belirlenmiştir. 141 kişi (%43) ilköğretim mezunu iken, okul bitirmemiş 17 kişi (%5), lise mezunu olan 92 kişi (%28), üniversite mezunu ise 78 kişidir. Katılımcıların meslek, öğrenim durumlarına göre sosyoekonomik düzey matriksi (Ek-3) kullanılarak SED (sosyoekonomik düzey) belirlenmiştir. Buna göre %15.5' i (n=51) düşük, %82.6'sı (n=271) orta ve %1.8'i (n=6) yüksek SED'e sahiptir. Çalışma bitiminde Bolu İl Merkezi'nde dispepsi prevalansı %18.6 olarak bulunmuştur Yaş, cinsiyet, vücut kitle indeksi, eğitim ve sosyoekonomik düzey, çalışma durumu, medeni durum, sigara ve alkol kullanımının dispepsi sıklığını artırmadığı bulunmuştur. Bununla beraber dispepsisi olan bireylerde GÖRH, bulantı ve göğüs ağrısı anlamlı olarak yüksek saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Araştırılmamış dispepsi , dispepsi prevalansı, Bolu İl'i

ABSTRACT

Dyspepsia is one of the significant health problems in Turkey, as well as throughout the world. Dyspepsia is associated with increased health care costs, loss in work force (and therefore financial loss), and loss of time. It occurs in connection with different pathologies, and wide range of conditions should be considered in the differential diagnosis. It may be related to organic or functional causes. The condition affects approximately 25% of the population. The prevalence of dyspepsia varies in different populations but ranges between 15 and 20%.

Many other conditions can result in dyspepsia. Organic causes are found in 40% of all cases. Peptic ulcers appear as the underlying cause in up to 25% of the cases. The pathological mechanism of functional dyspepsia is not well-established. Upper gastrointestinal motor and sensorial dysfunction is thought to be responsible for the disease.

Considering its impact in reduced productivity and increased health care costs, a total of 328 subjects (155 males and 173 females) were included in the present study that was conducted in the City of Bolu. A questionnaire prepared in accordance with Roma III criteria was administered to the study participants during house visits, and the participants signed an informed consent form.

Of the subjects, 47.3% (n=155) were male and 52.7% (n=173) were female, and the mean age of the participants was 41.5 ± 13.57 years; mean height was 1.66 ± 0.08 meters, and mean BMI was 26.3 ± 4.1 kg/m². When the marital status of the subjects were evaluated, 76.5% (n=251) were married, 20.1% (n=66) were unmarried, and 3.4% (n=11) were divorced/widowed. Of the subjects, 141 (43%) were primary school graduates, 17 (5%) were illiterate, 92 (28%) were high-school graduates, and 78 were university graduates. Socioeconomic status (SES) of the subjects was determined according to the occupations and educational levels of the subjects using a socioeconomic status matrix (Appendix 3). Accordingly, 15.5% (n=51) of the subjects had low SES, 82.6% (n=271) had moderate SES, and 1.8% (n=6) had high SES. At the end of the study, the prevalence of dyspepsia in the City of Bolu was found to be 18.6%. Age, gender, body mass index, educational level, socioeconomic status, employment status, smoking, and alcohol use had no effect on

the prevalence of dyspepsia. On the other hand, GERD, nausea and chest pain were significantly more prevalent in patients with dyspepsia.

Keywords: Uninvestigated dyspepsia, dyspepsia prevalence, Bolu Province

1.GİRİŞ ve AMAÇ

Dispepsi üst abdominal semptomları tanımlamak için kullanılan bir terimdir. Araştırılmamış dispepsi, yapısal anormallik olup olmadığı araştırılmamış hastaları tanımlamak için kullanılır (1).

Roma III komitesi tarafından dispepsi epigastrik ağrı veya yanma, erken doyma veya yemek sonrası dolgunluk olarak tarif edilmiştir (2). Dispepsi hem birinci basamak hekimlerinin hem de gastroenterologların en sık karşılaştığı hastalıklardan biridir (1). Dispepsi her yıl erişkin nüfusun yaklaşık %25 (%13-40)'inde görülür (3). Dispepsi genel olarak pratikte poliklinik başvurularının %7'sini ve gastrointestinal yakınmaların yarısını oluşturup (1), önemli miktarda sağlık harcamalarına ve zaman kaybına neden olmaktadır (4).

Dispepsisi olan hastaların büyük çoğunluğunda gastroözofageal reflü hastalığı (GÖRH), peptik ülser, malignite gibi organik bir sebep bulunamaz. Bu durum fonksiyonel dispepsi (FD) olarak adlandırılır. Ülkemizde de yaygın görüldüğünü düşündüğümüz bu hastalığın prevalansı hakkında popülasyona dayalı geniş kapsamlı çalışmaların yetersizliği dikkat çekmektedir.

Bu çalışmada, Bolu İl'inde araştırılmamış dispepsi prevalansını saptamak ve dispepsi sıklığı ile cinsiyet, yaş, sosyoekonomik durum, vücut kitle indeksi (VKI) arasındaki ilişkinin ortaya konulması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

Dispepsi terimi Grekçe'den köken alıp 'δυσ-' dys: zor, zorluk, kötü anlamına; 'πέψη' pepse ise pişirmek, sindirmek anlamına gelmektedir (5). Eskiden dispeptik semptomların sindirim bozukluğundan kaynaklandığına inanılması nedeni ile bu isim kullanılmıştır (6). Dispepsi, diğer gastrointestinal şikayetler ile birlikte epigastriuma lokalize karın ağrısını tanımlamak için kullanılan genel bir terimdir (5). Dispepsi bir hastalık değil bir semptomdur.

Genel pratikte dispepsi birinci basamak sağlık kuruluşlarına, gastroenteroloji polikliniklerine başvuruların ve medikal konsültasyonların sık bir nedeni olup yetişkin popülasyonun ¼ 'ünde görülmektedir (1).

Dispepsi iki ana kategoriye ayrılır: 'organik dispepsi' ve 'fonksiyonel dispepsi' (7).

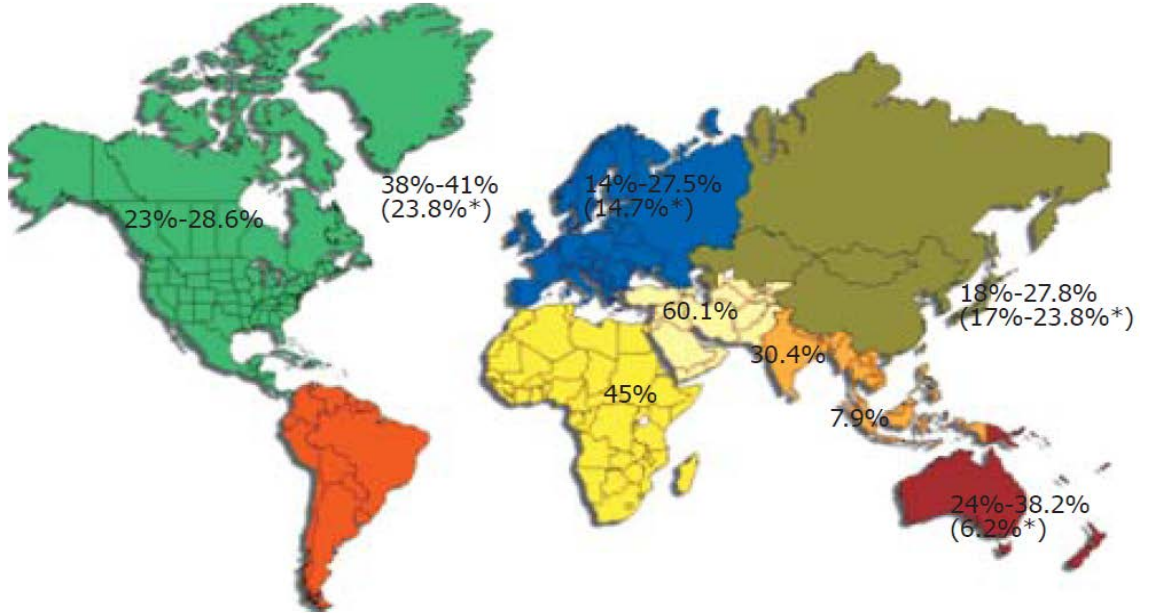
2.1.Epidemiyoloji

Dispepsi ülkemizde ve tüm dünyada önemli sağlık sorunlarından biridir. Her yıl yetişkin popülasyonun %25'inde günlerce sürebilen dispepsi olmaktadır (3). Genel olarak pratikte poliklinik başvurularının %7'si ve gastrointestinal yakınmaların yarısını oluşturmaktadır (1). Dispepsi sağlık harcamalarında artışa, iş gücü kaybına (böylece önemli bir mali kayba) ve zaman kaybına neden olmaktadır. Yaşam kalitesini bozmasına karşın, yaşam süresini etkilememektedir (4). Batı toplumlarında dispepsi insidansı yaklaşık olarak %1 civarındadır (6).

Yapılan çalışmalarda araştırılmamış dispepsi prevalansı Singapur'da ve Güney Doğu Asya'da en düşük %7-8 (8), daha yüksek olarak İskandinavya'da %14.5 (9)-18.4 (10, 11), ABD'de %23-25.8 (3), Hindistan'da %30.4 (12) ve Yeni Zellanda'da %34.2 (13) olarak bildirilmiştir. Ülkemizde Kayseri Merkez'inde yapılan popülasyona dayalı bir çalışmada ise dispepsi prevalansı %42.3 olarak saptanmıştır (14). Ankara İl'i Abidinpaşa Sağlık Grup Başkanlığı'na bağlı Park sağlık Ocağı'na kayıtlı popülasyonda yapılan bir çalışmada 3 aylık dispepsi görülme sıklığı %32,5 olarak saptanmıştır (15).

Dispepsi prevalansı farklı popülasyonlar arasında önemli farklılıklar göstermektedir. Bu gerçek epidemiyolojik farklılıkları temsil edebilse de, farklı

popülasyon çalışmalarında kullanılan farklı tanımlamalar bu tutarsızlığa katkıda bulunmuş olabilir (Şekil 1) (16).



Şekil 1- Araştırılmamış dispepsi ve fonksiyonel dispepsinin (*) küresel prevalansı

2.2.Organik dispepsi

2.2.1.Tanım

Semptomu olan hastalarda yapılan tetkikler sonunda bir hastalığın varlığı ortaya konmuş ise organik dispepsi olarak adlandırılır. Dispepsinin organik nedenleri özofajit, peptik ülser, GÖRH, mide ve özofagus kanseri, pankreatik ya da biliyer bozukluklar, besin ya da ilaç intoleransı ve diğer infeksiyöz ya da sistemik hastalıklardır (7).

2.2.2.Etyoloji

Dispepsi birçok bozukluktan kaynaklanabilir. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında ve gastroenteroloji pratiğinde en sık karşılaşılan dispepsi nedeni nonülser dispepsi olarak da adlandırılan fonksiyonel (idiyopatik) dispepsidir. Dispepsiye neden olabilen durumlar Tablo 1 de özetlenmiştir (1, 17).

Tablo 1:Dispepsiye neden olan yapısal ya da biyokimyasal hastalıklar

Peptik ülser hastalığı

Gatroözofageal reflü hastalığı

Kronik abdominal duvar ağrısı

Mide ya da özofagus kanseri

Gastroparezi

Pankreatit

Karbonhidrat malabsorbsiyonu

İlaçlar (potasyum tabletleri, dijital, demir, teofilin, antibiyotikler (özellikle ampisilin ve eritromisin), nonsteroid anti-inflamatuvar ilaçlar (NSAİİ), kortikosteroidler, niasin, gemfibrozil, narkotikler, kolşisin, kinidin, östrojenler, levodopa)

Midenin infiltratif hastalıkları (Crohn hastalığı, sarkoidoz gibi)

Metabolik bozukluklar (hiperkalsemi, hiperkalemi)

Hepatoma

İskemik barsak hastalığı

Sistemik bozukluklar (diabetes mellitus, tiroid ve paratiroid bozuklukları, bağ dokusu hastalıkları)

İntestinal parazitler (giardiya, strongiloides)

Abdominal kanser, özellikle pankreatik kanser

2.2.2.1. Peptik Ülser Hastalığı

Peptik ülser dispeptik semptomların iyi tanımlanmış bir nedenidir (7).Birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran dispepsili hastaların %15’inde peptik ülser (mide veya duodenumda lokalize) saptanmaktadır. Peptik ülserli hastaların hemen hepsinde H. Pylori enfeksiyonu veya NSAİİ kullanım öyküsü vardır (1). Tipik olarak, H2 reseptör antagonistleri (H2RA) veya proton pompa inhibitörleri (PPI) ile iyi bir semptomatik rahatlama öyküsü, asit ile ilgili bir bozukluk (peptik ülser veya reflü) olduğunu destekler. Ne yazık ki klasik ülser tipi semptomlar fonksiyonel dispepsiden peptik ülser ayrımını yapmada yeterli değildir (7). O nedenle ayırıcı tanı için hastalara üst gastrointestinal endoskopi yapma endikasyonu vardır.

2.2.2.2. Gastroözofageal Reflü Hastalığı

Mide içeriğinin özofagusa kaçması her zaman hastalığa neden olmaz. Normal insanlarda gün içerisinde özofagusa zarar vermeyen kısa ve asemptomatik gastroözofageal reflü (GÖR) peryotları olmaktadır. Eğer bu reflü semptomlara neden oluyorsa, doku hasarı veriyorsa veya her ikisinde bir aradaysa, bu duruma 'GÖRH' adı verilir (1). Dispepsi ile GÖRH arasında aşırı bir örtüşme vardır (1). Eroziv özofajit GÖRH'nın tanısıl bir göstergesidir ancak GÖRH olan çoğu hastada endoskopide özofagusta erozyon bulgusu yoktur ve bunlar non-eroziv reflü hastalığı olarak adlandırılır (7). Eroziv özofajit dispepsili hastaların yaklaşık %20'sinde bulunur ve benzer sayıda hastada non-eroziv reflü hastalığı vardır (18).

2.2.2.3. Mide ve Özofagus Kanseri

Dispeptik semptomu olan hastalarda mide ya da özofagus malignite riskinin %1'den az olduğu tahmin edilmektedir (19). İlerlemiş gastroözofageal malignite kronik dispepsinin nadir bir nedenidir. Mide kanserlerinin %98'i 50 yaş üzerinde görülür (1). Mide kanseri riski H. pylori enfeksiyonu, gastrik malignite, mide ameliyatı öyküsü olan hastalarda veya endemik bölgelerden göç edenler arasında artar (7). Özofagus kanseri riski erkeklerde, sigara içenlerde, alkol tüketimi yüksek olan ve uzun süredir reflü öyküsü olan kişilerde artar (7). Artan yaşa ek olarak (>55y), tablo 2'de sıralanan "alarm belirtileri" gastrik malignite şüphesi uyandırmalıdır (17).

Tablo 2: Alarm semptomları:

İstenmeyen kilo kaybı
İnatçı kusma
Progresif disfaji
Odinofaji
Açıklanamayan pernisiyöz anemi ya da demir eksikliği anemisi
Ele gelen epigastrik kitle ya da lenfadenopati
Ailede üst GİS kanser hikayesi

Geçirilmiş mide cerrahisi
Sarılık
Ciddi GİS kanama

2.2.2.4. Pankreatik ya da Biliyer Hastalıklar

Erişkinlerde dispepsi ve safra kesesi taşı birlikteliğinin prevalansının yüksek olmasına rağmen epidemiyolojik çalışmalar kolelithiazisin dispepsi ile birlikte olmadığını doğrulamıştır (7). Ayrıca semptomatik kolelithiazis sonucu gelişen biliyer kolik tablosu kolaylıkla dispepsiden ayrılabilir (7).

Pankreas hastalıklarının sıklığı azdır ancak pankreatit (kronik ya da akut) ve pankreas kanseri semptomları diğer dispepsi nedenleri ile karışabilir. Bununla birlikte pankreatik hastalıklar genellikle daha ciddi ağrı ve sıklıkla anoreksi, hızlı kilo kaybı, sarılık ya da steatore, diyabetes mellitus gibi pankreas yetmezliğinin diğer semptomları ile birliktedir (7).

2.2.2.5. İlaç ya da Besin İntoleransı

Baharat, kahve, alkol veya aşırı miktarda gıda alımının dispepsiye neden olduğu gibi popüler inanışların aksine dispepsi nedeni olduğu gösterilememiştir (20). Eski ve mevcut sigara içiciliğinin dispepsi ile güçlü bir birlikteliği vardır (20).

Bazı gıdaların alımının dispepsi semptomlarını sıklıkla artırabilmesine rağmen, bu muhtemelen gıdalara sensorimotor yanıt ile ilgilidir ve genellikle özel bir spesifik intolerans ya da alerjiyi içermez (7).

Dispepsi birçok ilacın yaygın bir yan etkisidir (7). Kronik aspirin ve diğer NSAİİ'ler kullanımı bireylerin %20'sinde dispeptik semptomları provoke edebilir ama ülser oluşumu dispepsi varlığı ile zayıf korelasyon gösterir (7). Nonselektif NSAİD ile karşılaştırıldığında, siklooksijenaz-2 (COX-2) selektif inhibitörleri daha düşük oranda dispepsi sıklığı ile ilişkilidir (21). NSAİİ'ler yerine COX-2 selektif inhibitörlerinin tercihi veya NSAİİ'ler beraberinde proton pompa inhibitörü kullanımı dispepsi riskini azaltır (22).

2.3. Fonksiyonel Dispepsi

2.3.1.Tanım

Dispepsi ile aynı anlamda kullanılan birçok farklı semptom kümesi olması nedeni ile dispepsi tanımı karışıklığa neden olmuştur. Çoğu hasta dispepsiyi tanımaz ve tarihsel olarak hekimler dispepsiyi çok değişken olarak yorumlamışlardır (23).

Roma III komitesi çoğu hekiminde kabul ettiği gibi fonksiyonel dispepsiyi gastroduodenal bölgeden orijin alan semptom ya da semptomlar topluluğu olarak tanımlar. Spesifik semptomlar postprandiyal dolgunluk, erken doyma ve epigastrik ağrı ya da epigastrik yanmadır (Tablo3) (24). Bu semptomları açıklayacak yapısal bir hastalık (üst GİS endoskopiye de içeren çalışmalarla) kanıtı olmamalıdır.

Tablo 3: Fonksiyonel Dispepsi ROMA III Tanı Kriterleri:

1. Aşağıdaki semptomlardan biri ya da daha fazlasının olması
 - a. Postprandiyal dolgunluk
Haftada bir günden daha fazla
 - b. Erken doyma
Haftada bir günden daha fazla
 - c. Epigastrik ağrı
En az haftada bir gün
 - d. Epigastrik yanma

VE

1.Bu semptomları açıklayabilecek yapısal bir hastalık kanıtının üst GİS endoskopisi dahil yapılan tetkiklerde olmaması gereklidir.

2.Semptomların en az tanıdan 6 ay önce başlamış ve son 3 aydır devam ediyor olması gereklidir.

Dispepsili hastaların yarısından fazlasında yakınmaları açıklayacak organik ya da biyokimyasal bir neden saptanmamaktadır (1).

Fonksiyonel dispepsi açıklanamayan dispepsi anlamına gelen bir terimdir. Yani, yapılan çalışmalarla yapısal bir patoloji gösterilememiştir. Fonksiyonel dispepsi semptomları açıklayacak herhangi bir organik, sistemik ya da metabolik hastalığın yokluğunda gastroduodenal bölgeden köken aldığı düşünülen bir ya da daha fazla dispepsi semptomunun varlığı olarak tanımlanır. Bu semptomlar tablo 4 de listelenmiştir (24).

Tablo 4:Dispeptik semptomlar ve onların tanımı (24)

Semptom	Tanımı
Epigastrik ağrı	Epigastrik bölge umblikus ve sternumun alt ucu arasında midklaviküler çizgiler olarak sınırlanan alan olarak tanımlanır. Ağrı subjektif, tatsız his; bazı hastalar doku zararı oluşuyormuş gibi hissedebilir. Epigastrik ağrıda yanma hissi olabilir ya da olmayabilir. Diğer semptomlar hastalar tarafından ağrı olarak yorumlanamasa da çok can sıkıcı olabilir.
Postprandiyal dolgunluk	Gıdanın mide de kalış süresinin uzamasına bağlı tatsız his
Erken doyma	Yemeğe başlamanın ardından kısa bir süre sonra yenmeye başlanan yiyeceğin boyutu ile orantısız olarak doyma hissinin olmasıdır. Bu sebeple yemek bitirilemez. Önceleri erken tokluk olarak tanımlanırdı, ama yemek yeme süresince iştah hissinin olmaması nedeni ile doyma daha doğru bir terimdir.
Üst abdominal şişkinlik	Epigastriuma lokalize can sıkıcı gerginlik hissi abdominal distansiyonun görünümüne bağlı rahatsızlık verebilir.
Epigastrik yanma	Epigastrik bölge umblikus ve sternumun alt ucu arasında midklaviküler çizgiler olarak sınırlanan alan olarak tanımlanır. Isının subjektif can sıkıcı hissi yanma olarak adlandırılır.
Bulantı	Mide bulantısı ya da hastalık hissi; kusma gereksinimi duyusu
Kusma	Mide içeriğinin abdominal ve göğüs duvarı kaslarının kasılması ile birlikte kuvvetli olar ağız yoluyla dışa atılımıdır. Kusma öncesinde genellikle öğürme ve mide içeriğinin dışa atımı olmadan tekrarlayan abdominal duvar kasılmaları vardır.
Geğirme	Mideden ya da özofagustan hava çıkışı

Fonksiyonel dispepsi kendi arasında baskın olan semptomla göre alt sınıflara ayrılır. Geçmişte “heartburn” dispepsi demek için yeterliydi ancak Roma III kriterlerinde semptomlar dan “heartburn” çıkarıldı ve fonksiyonel dispepsi olarak adlandırıldı.

Daha önceleri Roma II kriterleri ile alt gruplar “dismotilite benzeri dispepsi” , “ülser benzeri dispepsi” ve “nonspesifik dispepsi” olarak adlandırılırken Roma III kriterleri ile “postprandiyal distres (sıkıntı) sendromu (PDS) “ve “epigastrik ağrı sendromu (EAS)”olarak adlandırılmışlardır. Alt gruplar için tanı kriterleri Tablo 5’te gösterilmiştir (24).

Tablo5: Fonksiyonel Dispepsi alt grupları için tanı kriterleri

1. Postprandiyal Distres Sendromu:

Aşağıdakilerden biri ya da daha fazlasını içermelidir:

- Haftada en az birkaç kez, normal ölçülerde bir öğün sonrası rahatsız edici dolgunluk
- Haftada en az birkaç kez, alışılmış miktardaki bir öğünden sonra erken doyma

*Semptomların en az tanıdan 6 ay önce başlamış ve son 3 aydır devam ediyor olması gereklidir

Destekleyici kriterler:

- i. Üst karında şişkinlik veya yemek sonrası bulantı veya aşırı geğirme olabilir
- ii. Epigastrik ağrı sendromu eşlik edebilir

2. Epigastik Ağrı Sendromu:

Aşağıdakilerden hepsini içermelidir:

- Haftada en az bir kere, epigastriyuma lokalize, en az orta şiddette ağrı ya da yanma
- Ağrının aralıklı olması,
- Karın ya da göğüste başka bir bölgede lokalize ya da yaygın olmaması,
- Dışkılama ya da gaz çıkarma ile hafiflememesi
- Safra kesesi ya da Oddi sfinkteri bozuklukları kriterlerini karşılamaması

*Semptomların en az tanıdan 6 ay önce başlamış ve son 3 aydır devam ediyor olması gereklidir

Destekleyici kriterler:

- i. Ağrı, retrosternal komponenti olmaksızın yanma şeklinde olabilir
 - ii. Ağrı sıklıkla öğün alındıktan sonra artabilir ya da azalabilir fakat açken de görülebilir
 - iii. Postprandiyal distres sendromu eşlik edebilir
-

GÖRH, irritabl barsak sendromu (İBS) ve FD arasına büyük ölçüde örtüşme vardır, sıklıkla bazı hastalarda birlikte görülürler. Pratikte önemli olan hangi semptom ve şikayetin baskın olduğudur (5).

İran’da yapılan bir çalışmada IBS hastalarının %77.9’unda dispepsi semptomları ve aynı anda %74.7’sinde GÖRH belirtileri bildirilmiştir. GÖRH hastaların% 66’sının aynı zamanda dispepsi şikayetleri mevcuttu (25).

2.3.2.Fonksiyonel Dispepsinin Patofizyolojisi ve Olası Nedenleri

Fonksiyonel dispepsi asıl olarak bir semptomlar kompleksidir. Günümüzde dispepsinin patofizyolojisi hala belirsizliğini korumaktadır. Olaya olasılıkla çoklu mekanizmalar katılır. Fizyolojik, genetik, çevresel ve psikolojik faktörlerin çeşitli kombinasyonları bireylerde dispepsi olarak adlandırılan semptom topluluğuna neden olur. Farklı düzeylerde beyin bağırsak etkileşimlerine dair önemli kanıtlar elde edilmiştir (5).

Yapılan çalışmalarda dispepsi patofizyolojisi için aşağıdaki faktörler üzerine odaklanılmıştır:

- Gastrik motor fonksiyon
- Visseral aşırı duyarlılık
- H. Pylori infeksiyonu
- Psikososyal faktörler

2.3.2.1. Gastrik Motor Fonksiyon

Normal gastrointestinal motor fonksiyon sempatik ve parasempatik sinir sistemi, mide ve bağırsaklarda yer alan nöronlar ve bağırsak düz kas hücrelerinin koordinasyonu gerektiren olayların karmaşık bir dizisi sonucu meydana gelir.

Dismotilite, dispepsi patofizyolojisinde araştırmanın ana odak noktasıdır. Çeşitli çalışmalar FD'li hastalarda anormal gastroduodenal motilite göstermiştir. Mide boşalmasındaki gecikmeler bulantı, kusma, erken veya kolay doyma, şişkinlik, kilo kaybı gibi şikayetlere yol açabilir.

868 dispeptik hasta ve 397 kontrol içeren 17 çalışmanın meta-analizinde, FD'li hastalarda katı gıdaların mide boşalması sağlıklı kontrollere göre 1.5 kat daha yavaş saptanmıştır ve FD'li hastaların neredeyse %40'da katı gıdaların mide boşalmasında önemli bir gecikme saptanmıştır (26).

Akomodasyon, yemeğin zamanlamasına ve boyutuna uygun biçimde mide gerginliğinin ayarlanma yeteneğidir. Akomodasyon problemleri yemek yeme sırasında ağrı ve erken doyma olarak ifade edilebilir. Bredenoord ve arkadaşlarının 2003 yılında yaptığı bir çalışmada tek foton emisyon bilgisayarlı tomografide (SPECT) FD'li hastaların %47'sinde bozulmuş akomodasyon bulunmuştur (5).

SPECT gastrik volüm ve gastrik akomodasyonun değerlendirilmesi için kullanılmıştır. Bu uygulama kan dolaşımından ^{99m}Tc-perteknetatın parietal (Oksintik) ve nonparietal (mukoza) hücreleri tarafından alınma ve salgılanma yeteneğine dayanmaktadır. Gastrik akomodasyon cevabında SPECT kullanımını ilk olarak Mayo grup önermiştir ve geçerliliğinin kabul edilmesini sağlamıştır (27).

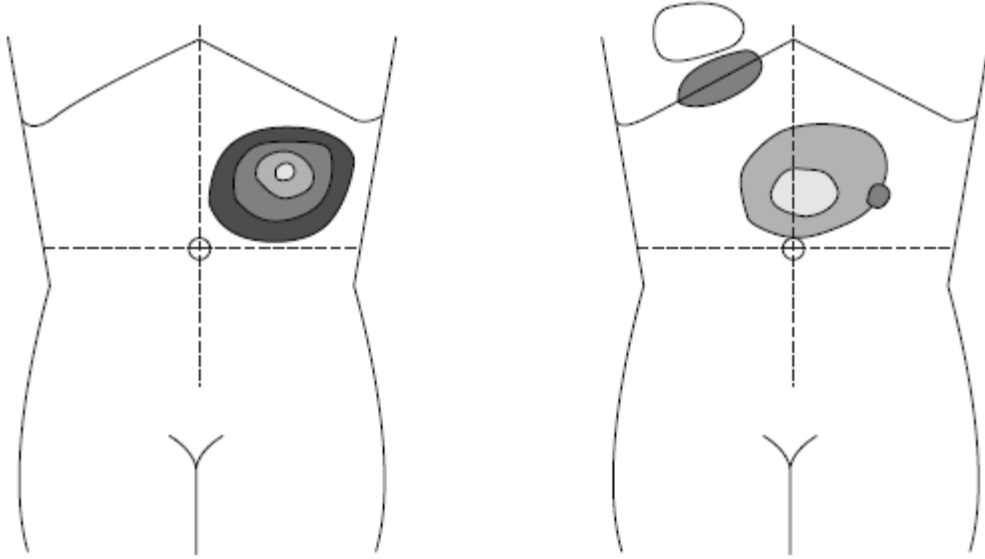
2.3.2.2. Visseral Aşırı Duyarlılık

Visseral aşırı duyarlılık diğer fonksiyonel gastrointestinal hastalıklarda olduğu gibi FD de önemli rol oynar. Normal gastrik kompliyans varlığında gastrik distansiyon ile ağrı indüksiyonu için alçalmış eşik artmış visseral duyarlılık ya da visseral hiperaljezi olarak adlandırılır. Bazı araştırmacılar, barostat cihazı kullanarak bir grup hastada proksimal mide ve duodenumda balon distansiyonu ile FD'li hastalarda sağlıklı gönüllülerden daha düşük duyuşal eşikler olduğunu göstermiştir. Yapılan bir çalışmada azalmış ya da değişmiş algısal eşik fonksiyonel dispepside %87 ve organik dispepside %20 olarak bulunmuştur (28). Bu çalışmada deneklere

ilk öykü ve fizik muayenede bir vücut haritası üzerinde semptomların yeri ve büyüklüğü, duyuşal test sırasında şişkinlik uyarının kutanöz bir şemasını çizdirmişler. (Şekil 2) (28).

Normal

Fonksiyonel dispepsi



Şekil 2: Gastrik distansiyon sırasında visserosomatik yansıyan ağrı. Sağlıklı kontrolde tipik bir başvuru şekli (aynı zamanda organik dispepsi için) ve FD’li bir hasta görülen patern.

2.3.2.3. H. Pylori Enfeksiyonu

Birkaç potansiyel patojenik mekanizma FD de H. Pylori’nin rolü olduğunu desteklese de H.pylori ile FD arasında ki ilişki tartışmalıdır. Son zamanlarda ki meta analizlerde infekte hastalarda H. Pylori eradikasyonundan kalıcı fakat küçük bir fayda gördüklerini desteklemektedir (29).

H. pylori kronik aktif gastritin iyi bilinen bir nedenidir. Ancak FD’li çoğu hastada semptomların nedeni muhtemelen gastrit değildir. Endoskopi ve dispepsi bulguları arasında tutarlı bir bulgu saptanmamıştır(30). H. Pylori dismotilite ve inflamasyona neden olabilir ve muhtemelen visseral hipersensitiviteyi başlatır, asit

sekresyonunu değiştirir. Geniş populasyon çalışmaları kontrol grubuna göre dispepsi grubunda H. pylori daha sık olarak rastlanıldığı gösterilmiştir (31).

Amerikan Gastroenteroloji Derneği FD’li hastalarda muhtemel kısa süreli yarar ve uzun vadede gastrik kanserin önlenmesi için H. Pylori eradikasyonunu önerir (17).

2.3.2.4. Postinfeksiyz

FD ve gastrointestinal enfeksiyonlar arasında pozitif ilişki bildirilmiştir. Salmonella gastroenteriti yalnızca IBS için değil dispepsi içinde anlamlı bir risk faktörü olarak bulunmuştur. Akut salmonella gastroenteriti geçiren yedi kişiden birinde enfeksiyonu takip eden bir yıl içinde dispepsi geliştiği gösterilmiştir (32). Yapılan diğer bir çalışmada Giardia lamblia enfeksiyonu sonrası FD prevalansında artış saptanmıştır (33).

2.3.2.5. Duodenal Eozinofili

Duodenal eozinofili yetişkinlerin bir kısmında dispepsi ile karakterize olabilir (34). FD şiddeti ile duodenumdan alınan biyopside bulunan eozinofili kümelerinin sayısı arasında belirgin bir birliktelik tespit edilmiştir (35). Hafif duodenal eozinofili rutin st gastrointestinal endoskopide oldukça yaygındır, bu durum atopi hikayesi ile ilişkilidir ve bazı dispepsili hastalarda erken doymayı da içeren hipersensitif mekanizmaların göstergesi olabilir (35).

2.3.2.6. Psikososyal faktörler

Psikopatolojik faktörler ve özellikle anksiyete bozukluğu olmak üzere psikiyatrik bozukluklar ile dispepsi birlikteliği kanıtlanmıştır (36). Psikososyal faktörlerin bir kaçı epigastrik ağrı ve gastrik distansiyon ile ilişkili bulunmuştur. Özellikle kronik stres dispepsiyi provake eder (36).

2.4. Dispepsiye Klinik Yaklaşım

Dispepsinin doğru nedenini saptamada öykü ve fizik muayene, uygun laboratuvar testleri, radyolojik ve endoskopik incelemeler ile desteklenmelidir. FD tanısında yararlanılacak spesifik bir test yoktur. Tanı tipik semptomların olması ve dispepsinin organik nedenlerinin dışlanması ile konur.

2.4.1.Hikaye

Organik ya da fonksiyonel dispepsi ayırımında semptom paterni yeterli değildir (37). Bununla birlikte hastaların ayrıntılı bir şekilde sorgulanması tanı için faydalıdır (Tablo 6).

Tablo 6: Dispepsi değerlendirmesinde sorulacak sorular.

Peptik ülser	Bilinen ülser öyküsü var mı? NSAİİ alıyor mu? Sigara kullanıyor mu?
GÖRH	Hastanın “heartburn” ya da regürjitasyon şikayeti var mı? Hastada kronik öksürük ya da ses kısıklığı var mı? Hasta yatınca belirtiler kötüleşiyor mu?
Biliyer Hastalıklar	Hastanın epizodik en az bir saat süren üst karın ağrısı var mı? Ağrı öğün sonrası mı oluyor? Ağrı yemek yeme ya da geçirme ile ilişkili mi?
Pankreatit	Sırtta yansıyan ağrısı var mı? İyileşme olmadan saatlerce süren, ani dayanılmaz bir ağrı mı? Öyküde ağır alkol kullanımı var mı? Ailede pankreatit öyküsü var mı?
Kanser	Hasta 50 yaşın üzerinde mi? Son zamanlarda belirgin kilo kaybı var mı? Ağrılı yutma var mı? Sigara kullanıyor mu? Uzun süreli olan GÖRH var mı?
İBS	Hastanın şikayetleri İBS için Roma ya da Manning kriterlerine uyuyor mu? Örneğin, defekasyonla geçen ağrı, ağrı başlangıcı ile gaita sıklığında değişiklik, ağrının başlaması ile sulu dışkılama, gözle görülebilir abdominal şişlik, mukuslu dışkılama, defakasyondan sonra tam boşalmama hissi.
Metabolik bozukluklar/ gecikmiş gastrik boşalma	Hastada hipotiroidi, hipertiroidi, hiperparatiroidi, diabetes mellitus öyküsü var mı?
İlaçlar	Hasta dispepsi ile ilişkili olduğu bilinen ilaç kullanıyor mu? (demir, NSAİİ’ler, bifosfanatlar, bazı antibiyotikler)

2.4.2.Fizik Muayene

Epigastrik hassasiyet dışında fizik muayene normaldir. Malignitelerde palpabl kitle olabilir.

2.4.3.Rutin Laboratuvar testleri

Rutin kan sayımı, rutin biyokimya testleri, hastanın yaşı, şikayetlerinin süresi ve diğer bulgularda göz önünde bulundurularak planlanır. Bu testler endoskopi ve diğer tanısal testleri planlamak için alarm semptomlarını (anemi gibi) belirlemede

yardımcı olur (22). Bazı çalışmalar seçilmiş hastalarda serum amilaz düzeyi, çölyak antikorları, Giardia için dışkı testi, gebelik testi yapılmasını önerir (7).

2.4.4.Tanısal Testler

Çoğu vakada dispepsinin nedeninin hikaye ve fizik muayene ile ortaya konması mümkün değildir. Rutin laboratuvar testlerinin maliyet etkinliği, özellikle komplike olmayan dispepsili genç hastalarda kanıtlanmamıştır (7). Yine de çoğu klinisyen 45-55 yaşından sonra rutin laboratuvar testlerini dikkate almalıdır (7). Hastaların asit baskılayıcı tedavi almadığı dönemde yapılan üst gastrointestinal endoskopi diğer yapısal hastalıkları dışlayarak fonksiyonel dispepsinin belirlenmesinde önemlidir (23).

Mide kanseri için alarm belirtilerinin yokluğunda bu hastalara optimal yaklaşım belirsizdir. Yeni ortaya çıkan ve NSAİİ'ye bağlı olmayan dispepside farklı yaklaşımlar öne sürülmüştür (22):

- Ampirik antisekretuvar ilaç tedavisi

- H. pylori enfeksiyonu için noninvazif test, pozitif ise antibakteriyal tedavi ve endoskopi

- Üst GİS endoskopi

- Baryum radyografi

Tüm bu yöntemlerin hepsinin avantaj ve dezavantajları vardır.

2.4.4.1. Ampirik Tedavi

2.4.4.1.1.Antisekretuvar Tedavi

Ampirik antisekretuvar tedavi (H. pylori için test yapılmadan) alarm semptomları olmayan genç hastalarda bir seçenek olarak öne sürülmüştür. Ancak bu tür bir yaklaşım bazı gözlemler ışığında uygun olmayabilir. Birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran dispepsili hastaların % 15'inde peptik ülser (mide veya duodenum) saptanmaktadır (1). H. pylori peptik ülserin en sık nedenidir. H. pylori eradikasyonu iyi yapılamazsa peptik ülser tekrarlama riskini artırır. Böylece, çoğu dispepsili hastada antisekretuvar tedavi ile optimal tedavi için geç kalınmış olunur.

Diğer bir yönden H.pylori prevalansının düşük olduğu toplumlarda H. pylori için rutin test yapmaya gerek yoktur.

Antisekretuar tedavi ile semptomlarda gerileme malign gastrik ülser tanısını dışlatmaz ve bu nedenle tanıda gecikmeye neden olabilir (38).

Antisekretuar tedavi sonrası semptomların tekrarlaması sık görülür. Örneğin 140 hasta içeren, altı hafta PPI tedavisi ile plasebonun karşılaştırıldığı bir çalışmada, PPI alan grupta daha erken cevap elde edilirken, bir yıl sonra dispepsi rekürrens hızı benzerdi, bu da PPI tedavisinin yalnızca ileri araştırmaları geciktireceğini destekliyor (39).

Ayrı bir soru da hangi ampirik tedavinin kullanılacağıdır. Burada, daha az potent tedaviler ile başlayıp yanıt alınmadıkça potent tedavilere geçilen ‘step-up’ (örneğin, antiaasit başlanması, takiben H₂ reseptör antagonistlerine geçilmesi, sonra PPI kullanımı gibi) ya da potent tedavilerden yanıt alındıkça daha az potent tedaviye geçiş yapılan ‘step-down’ olmak üzere iki seçenek vardır. Birinci basamakta görülen yeni başlayan dispepsi ile toplam 664 hastanın bu yaklaşımların karşılaştırıldığı randomize kontrollü bir çalışmada benzer başarı oranlarına sahip oldukları görülmüş ancak altı ay takip süresi sonunda ‘step-up’ yaklaşımı daha düşük maliyete bulunmuş (40).

2.4.4.1.2.Gastrointestinal Kokteyl

GI kokteyl genellikle lidokain, antiasid, antispazmodik ilaçlarla hazırlanan ve dispepsi semptomlarının akut tedavisi için kullanılan bir kombinasyondur. Gİ kokteylin etkinliği hakkında veriler sınırlıdır (41-44).

2.4.4.2.H. Pylori Eradikasyonu

H. pylori peptik ülser hastalığı ile ilişkilidir ve mide kanseri için en önemli risk faktörüdür (45).

H. pylori 13C üre nefes testi ve gaita antijen testi ile en doğru şekilde bakılır, daha pratik olan IgG serolojisi ise akut enfeksiyonu göstermez.

Bir çalışmada genel pratikte karşılaşılan araştırılmamış dispepsi hastalarında H. Pylori’yi test ederek tedavi etme ve PPI ile ampirik antisekretuar tedavi karşılaştırılmış. 13C üre nefes testi sonrası H. pylori pozitif hastalara PPI da içeren 4

haftalık eradikasyon tedavisi verilmiş, H. pylori negatif olan gruba ise yalnızca dört hastalık PPI tedavisi verilmiş. Bir yıllık gözlemde iki yöntemde de maliyet gider dengesi eşit olarak bulunmuş olmakla birlikte eradikasyon tedavisi alan ya da yalnızca PPI alan hastalarda benzer oranda dispeptik yakınmaların devam ettiği görülmüş (46).

Avrupa H. pylori çalışma grubu 2005 yılındaki toplantısında 45 yaşının üzerinde devamlı dispeptik yakınmaları olan hastalarda “test ve tedavi ” stratejisinin uygulanmasını önermektedir ve yaş sınırının ülkeler arasında gastrik kanser prevalansına bağlı olarak değişebileceğini belirtmişlerdir. Düşük H. pylori prevalansı olan bölgelerde (<%20) ampirik antisekretuar tedavi ile hastalarda “test ve tedavi” stratejisinin eş değer olduğunu ifade etmişlerdir (45).

Amerikan Gastroenteroloji Derneği alarm semptomları olmayan 55 yaş ya da daha genç hastalarda ampirik asit supresyon tedavisini takiben semptomlar devam ederse “test ve tedavi ” stratejisinin uygulanmasını önermektedir (17).

2.4.4.3.Endoskopi

Endoskopi üst abdominal ağrısı olan hastalarda spesifik nedenin saptanması için altın standarttır, tanısal verim yaş ile doğru orantılı olarak artmıştır (47). Dispepsili hastalarda sonuçlar negatif olsa bile kısa vadede endoskopinin yaşam kalitesini arttırdığı gösterilmiştir (48). Alarm semptomları olmayan dispepsili hastalarda altta yatan semptomların ciddiyetini tahmin etmede optimal yaş sınırı belirsiz olmakla birlikte Amerikan Gastroenteroloji Derneği tarafından düzenlenen 2005 yılı kılavuzunda alarm semptomları olmaksızın ≥ 55 yaş ya da alarm semptomları olan dispepsili hastalara endoskopi yapılması önerilir (17).

2.4.4.4.Baryum Radyografi

Dispepsili hastaların rutin değerlendirilmesinde baryum radyografinin değeri çok küçüktür. Baryum radyografi peptik ülser tanısının konulmasında endoskopiden daha ucuzdur ama endoskopiden daha az doğru tanı koydurur.

2.4.4.5.Ultrasonografi

Dispepsisi olan hastalarda ultrasonografi rutin bir tetkik olarak kabul edilmemektedir.

2.5.Fonksiyonel Dispepside Tedavi Seçenekleri

Fonksiyonel dispepsinin tedavisi tartışmalıdır. Tedavinin amacı semptomları ortadan kaldırmaktan ziyade semptomları azaltmak, semptomların kabullenilmesi ve onlarla başa çıkmaya yardımcı olabilmektir.

2.5.1.Diyet

Bazı vakalarda kahve içimi ile semptomların arttığı gözlenmiştir. Kahve içilmesinden kaçınılmalıdır (49). Sigaranın ve alkol alımının bırakılması, aspirin ve NSAİİ'den kaçınılması etkinliği kanıtlanmış olmamakla birlikte yararlı olabilir (50).

Anektodal olarak yağlı ve baharatlı yemeklerden kaçınılması postprandiyal semptomları azaltır. Erken doyumluk semptomlarının azaltılmasında gün de altı kez az yağlı öğün alınması sıklıkla önerilir (24).

2.5.2.İlaçlar

2.5.2.1.Antiasitler

Dispepsili hastaların çoğu antiasid alırken fonksiyonel dispepside randomize kontrollü çalışmalarla desteklenmemiştir (51).

Fonksiyonel dispepside sukralfalt kullanımı incelenmiştir, bir çalışmada sukrafaltın plaseboya göre anlamlı olarak etkili olduğu bulunmuş (52), diğer bir çalışmada ise üç haftalık kullanımda plaseboya göre semptomların iyileşmesinde anlamlı bir farklılık saptanmamış (53). Misoprostolün etkisi belirsizdir, prelorik eroziv değişiklikleri ve dispepsisi olan hastalarda yapılan bir çalışmada semptomları kötüleştirdiği gösterilmiştir (54). Bizmut kullanımının etkinliği belirsizdir ancak semptomlarda iyileşme eğilimi gösterdiği saptanmıştır (55).

2.5.2.2.H2 Reseptör Antagonistleri

H2 reseptör antagonistlerinin fonksiyonel dispepside ki etkinliğinin değerlendirildiği 11 randomize plasebo kontrollü çalışmanın değerlendirildiği bir

meta-analizde H2 reseptör antagonistleri plaseboya göre belirgin olarak faydalı saptanmıştır (56).

2.5.2.3.Proton Pompa İnhibitörleri

Yapılan bir meta analizde ülser benzeri ya da reflü benzeri semptomları olan dispepsi hastalarında PPI kullanımı semptomları azaltma da plaseboya göre anlamlı olarak daha etkili olarak bulunmuştur (57). FD olan hastalarda PPI kullanımı maliyet-etkin olarak saptanmıştır (58).

Yapılan bir çalışmada ağrı şikayeti ön planda olan dispepsi hastalarında H2 reseptör antagonistleri ve PPI tedavisinin ikisinde etkili bulunurken, reflü semptomları ve dismotilite semptomları predominant olduğunda PPI tedavisi H2 reseptör blokerlerine göre daha etkili bulunmuştur. Reçeteleme yapılırken dominant semptoma dikkat edilmelidir (59).

2.5.2.4.H. Pylori Eradikasyonu

H. pylorinin fonksiyonel dispepsi patogenezinde ki rolü tartışmalıdır. H. pylori eradikasyonu hastaların az bir kısmında semptomlarda iyileşme sağlar (60).

2.5.2.5.Prokinetikler:

Fonksiyonel dispepsi ve anormal gastrik boşalma arasındaki ilişki prokinetiklerin tedavide kullanılmasının araştırılmasına yol açmıştır. Bir meta-analizde plasebo ile karşılaştırıldığında sisaprid ve domperidonun önemli ölçüde iyileşme sağladığı gösterilmiştir (61).

Bir diğer meta-analizde plasebo ile karşılaştırıldığında prokinetiklerin %50 oranında semptomlarda azalma sağladığı gösterilmiştir (56).

Metoklopramid ile yapılmış fazla çalışma yoktur. Bu ilaç özellikle uzun süreli kullanımlarında görülen yan etkilerinin fazlalığı nedeniyle akut kullanımları dışında prokinetik ajan olarak fazla tercih edilmemelidir.

Önceleri dispepsi tedavisinde kullanılan diğer bir prokinetik ajan olan sisaprid ise yüksek dozlarda kalpte ritim bozukluklarına yol açması nedeni ile kullanımdan kaldırılmıştır.

2.5.2.6.İtopride

İtopride D2 reseptör antagonisti ve asetilkolin esterase inhibitör etkileri olan prokinetik bir ajandır. Bazı ülkelerde FD tedavisinde kullanılsa da plaseboda daha etkili olduğu gösterilememiştir (62).

2.5.2.7.Antidepresanlar

Eğer hastalarda dispepsiye eşlik eden anksiyete bozukluğu ya da depresyon var ise uygun tedavi önerilmelidir.

Fonksiyonel GİS bozukluklarının bir sebebinin de beyin-barsak aksındaki bozukluklar olduğu düşünüldüğünden bu yönde etkili ilaçların fonksiyonel dispepsideki etkinliği araştırılmıştır. Düşük doz antidepresanların (amitriptilin, desipramin) FD de etkili olduğu gösterilmiştir (63, 64).

3. MATERYAL VE YÖNTEM

Kesitsel tipteki bu araştırma Bolu İl Merkezi'nde yürütülmüştür. Bolu Merkez İlçe yanı sıra merkez ilçeye bağlı mahalle ve köyleri kapsamaktadır. Araştırma bölgesi olan Bolu İl'i Batı Karadeniz Bölgesi'nde yer alır. Deniz seviyesinden yüksekliği merkez ilçede 725 metre olup; yüzölçümü 8276 km² 'dir.

Araştırma evrenini Bolu İl Merkezi' inde yaşayan 20-70 yaş arasındaki bireyler oluşturmaktadır. 2010 yılında yapılan adrese dayalı nüfus kayıtlarına göre Bolu İl Merkezi'nde 20-70 yaş arasındaki kişilerin toplam sayısı 105.858; kadınların sayısı 53.366, erkeklerin sayısı 52.492'dir. Bu evrenden seçilen bir örneklem üzerinden çalışma yürütülmüştür.

Örneklem seçiminde aşağıda belirtilen formül kullanılmıştır:

$$n = \frac{(t_1 - \alpha)^2 (p.q)}{S^2 (N-1) + S^2 (p.q)}$$

$t_1 - \alpha$: % 95 güven düzeyinde t tablosundan bulunan değer (1.96)

p: Dispepsi prevalansı (% 20)

q: Olayın görülme olasılığı (1-p= 1-0.20= 0.80)

S: Oranın standart sapması (0.05)

N: Evrendeki kişi sayısı (105.858)

n: Örnek büyüklüğü

Bu formüle göre örnek büyüklüğü 323 kişi olarak belirlenmiştir. Katılımcıların çalışmayı reddetme veya yanıt vermeme olasılığı göz önünde bulundurularak örnek büyüklüğüne %20 ek yapılarak 388 sayısına ulaşılmıştır.

Örneklem seçiminde nüfusa göre ağırlıklı, yaşa göre tabakalı, sistematik, rastgele örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Bu yöntem uygulanırken aile hekimlerine kayıtlı nüfus listeleri temel alınmıştır. Aile hekimine göre seçilecek örnek sayısı

belirlenirken nüfusa göre ağırlıklandırma yapılmış; listelerde yer alan kişiler yaşlarına göre tabakalanmış ve örnek seçiminde sistematik rastgele örnekleme uygulanmıştır.

Araştırmamıza 328 kişi katılmıştır. Katılım oranı %84.5'dir. Katılmayı reddeden kişi sayısı 39 iken, 19 kişi adresinde bulunamamış, 1 kişi ailesinden alınan bilgiye göre bir yıl önce hayatını kaybetmiş, 1 kişinin ise bir yıldır kayıp olduğu öğrenilmiştir.

Araştırmanın yapılabilmesi için Bolu İl Sağlık Müdürlüğü'ne başvurulmuştur. Sağlık Müdürlüğü ve Valilik tarafından 22.04.2011 tarihinde onay verilmiştir (Ek-1).

Araştırmanın yapılabilmesi için Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan 11.05.2011 tarihli ve B.30.2.ABÜ.0.20.05.04-050.01.04-88 sayılı izin alınmıştır.

Çalışmanın bağımlı değişkeni dispepsi prevalansıdır. Bağımsız değişkenler ise yaş, cinsiyet, meslek, sosyoekonomik düzey, eğitim durumu olarak belirlenmiştir.

Çalışmamızda "Dispepsi Rome III Soru Formu" kullanılmıştır (Ek-4). Ankette deneklerin yaş, cinsiyet, boy, kilo, medeni ve eğitim durumu, meslek gibi demografik özellikler yanı sıra alışkanlıklar, kronik hastalıklar gibi edinsel durumlar sorgulanmıştır. Kullandığı ilaç ismini ya da grubunu bilen kişilerin ilaçları da kayıt edilmiştir.

Katılımcıların meslek, öğrenim durumlarına göre sosyoekonomik düzey matrisi (Ek-3) kullanılarak SED (sosyoekonomik düzey) belirlenmiştir.

Dispepsi Soru Formunda 13, 14, 15,16, 17 ve 18. sorular kullanılarak dispepsi varlığı sorgulanmıştır. 13. soru postprandiyal dolgunluk, 15. soru erken doyma, 17. soru epigastrik ağrıyı sorgulamakta idi ve bu sorular semptomların sıklığını değerlendirmek için hiç bir zaman, ayda bir günden daha az, ayda bir gün, ayda 2 ya da 3 gün, haftada bir gün, haftada 1 günden daha fazla, her gün olacak şekilde derecelendirilmiştir (Tablo7). 14, 16 ve 18. sorular ile bu semptomların 6 aydan uzun sürüp sürmediği araştırılmıştır.

Tablo 7: Anket sorularının derecelendirmesi

0	Hiç bir zaman
1	Ayda bir günden daha az
2	Ayda bir gün
3	Ayda 2 ya da 3 gün
4	Haftada bir gün
5	Haftada 1 günden daha fazla
6	Her gün

Buna göre 14, 16, 18. sorulara evet yanıtını vermiş olmak şartı ile; 13. ya da 15. soruya 5 veya 6 ya da 17. soruya 4, 5 veya 6 yanıtını verenler dispepsi pozitif gruba kaydedildi.

2011 Haziran – Kasım ayları arasında yürütülen araştırmanın verileri, örnekleme çıkan kişiler evlerinde ziyaret edilerek, soru formunun araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır.

Görüşme öncesi kişilerden bilgilendirilmiş olur formları (Ek-4) ile imzaları alınmış; ardından görüşme yapılmıştır.

3.1. İstatistiksel Analiz

Anket verileri SPSS (Statistical Package For Social Science) 20.0 versiyon istatistik paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerinin yorumlanmasında Abant İzzet Baysal Üniversitesi (AİBÜ) Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı’ndan destek alınmıştır. Verilerin analizinde χ^2 ve student t testleri kullanıldı. Tüm P değerleri için önemlilik düzeyi $P < 0.05$ kabul edildi.

4. BULGULAR

Bu çalışma AİBÜ Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı tarafından Halk Sağlığı Anabilim Dalı’nın desteği ile Bolu İl Merkezi’ne bağlı mahalle ve köylerinde 2011 Haziran–Kasım ayları arasında gerçekleştirilmiştir. Hastalarla yüz yüze

görüşülerek hazırlanan soru formu uygulanmıştır. Anket çalışmasında toplam 328 kişi ile görüşüldü.

4.1.Tanımlayıcı Bulgular

Çalışmaya katılan bireylerin % 47.3'ü erkek (n=155), % 52.7'si kadın (n=173) olup minimum yaş 20 ve maksimum yaş 70'tir. Yaş ortalaması 41.5 ± 13.7 yıl, ortanca yaş 39.5'dur.

Boy ortalaması $1,66 \pm 0.08$ metre, ortanca boy 1.65 metredir. Vücut ağırlıkları ortalaması $72.5 \pm 11,7$ kg ve ortanca vücut ağırlığı 72 kg'dır. Boy ve vücut ağırlıkları kullanılarak hesaplanan vücut kitle indekslerine göre ortalama vücut kitle indeksi 26.3 ± 4.1 kg/m² olarak bulunmuştur (Tablo 8).

Tablo 8: Katılımcıların demografik özellikleri

	Kadın (n/%)	Erkek (n,%)
Kişi Sayısı	173 (%52.7)	155 (%47.3)
Yaş (yıl)	41.4 ± 13.9	41.7 ± 13.5
Boy (metre)	$1.60 \pm 0,05$	1.72 ± 0.06
Kilo (kg)	67.8 ± 10.6	77.8 ± 10.4
VKI (kg/m ²)	$26.3 \pm 4,5$	26.2 ± 36

Çalışmaya katılan olguların %26.5 oranı 20 ile 30 yaşlar arasında olup en geniş grubu oluşturmaktaydı. Yaş gruplarına göre dağılım Tablo 9'da izlenmektedir.

Tablo 9: Bireylerin yaş gruplarına göre sınıflandırılması

Yaş (yıl)	Kişi sayısı (n)	%
20-30	87	26.5
31-40	85	25.9
41-50	65	19.8
51-60	53	16.2
61-70	38	11.6
Toplam	328	100.0

Katılımcıların %76.5'i (n=251) evli, %20.1'i (n=66) hiç evlenmemiş, %3.4'ü (n=11) boşanmış/dul olarak belirlenmiştir (Tablo 10).

Tablo 10: Katılımcıların medeni durumları

Medeni durum	Kişi sayısı (n)	%
Evli	251	76.5
Hiç evlenmemiş	66	20.1
Dul veya boşanmış	11	3.4
Toplam	328	100.0

Bireylerin %0.9'u (n=3) zayıf, %38.4'ü (n=126) normal kilolu, %43.3'ü (n=142) aşırı kilolu, %17.4'ü (n=57) obezdir. (Tablo 11).

Tablo 11: Vücut kitle indekslerine göre sınıflandırma

	Kişi sayısı (n)	%
Zayıf	3	0.9
Normal	126	38.4
Aşırı Kilolu	142	43.3
Obez	57	17.4
Toplam	328	100

141 kişi (%43) ilköğretim mezunu iken, okul bitirmemiş 17 kişi (%5), lise mezunu olan 92 kişi (%28), üniversite mezunu ise 78 kişidir (%24) (Tablo 12).

Tablo12: Eğitim düzeyleri

Eğitim durumu	Kişi sayısı (n)	%
Okul bitirmemiş	17	5
İlköğretim mezunu	141	43
Lise mezunu	92	28
Üniversite mezunu	78	24
Toplam	328	100

Katılımcılardan 141 kişi (%43) gelir getiren bir işte çalışırken; 187 kişi (%57) herhangi bir işte çalışmamaktadır (Tablo 13).

Tablo 13: Gelir getiren işte çalışma durumuna göre kişilerin dağılımı

Çalışma durumu	Kişi sayısı	%
Çalışan	141	43
Çalışmayan	187	57
Toplam	328	100.0

Katılımcıların meslek, öğrenim durumlarına göre sosyoekonomik düzey matrisi kullanılarak SED (sosyoekonomik düzey) belirlenmiştir. Buna göre %15.5' i (n= 51) düşük, %82.6'sı (n=271) orta ve %1.8'i (n= 6) yüksek SED' e sahiptir (Tablo 14).

Tablo 14: Sosyoekonomik düzeye göre kişilerin dağılımı

Sosyoekonomik durum	Kişi sayısı (n)	%
Düşük	51	15.6
Orta	271	82.6
Yüksek	6	1.8
Toplam	328	100.0

94 kişi herhangi bir ilaç kullanmazken; 32 kişi antihipertansif, 26 kişi oral antidiyabetik, 9 kişi lipid düşürücü, 16 kişi NSAİİ, 13 kişi psikiyatrik ilaç, 6 kişi immün süpresif tedavi, 61 kişi PPI, 5 kişi tiroid ilacı almaktadır (Tablo 15).

Tablo 15: İlaç kullanım öyküsüne göre olguların dağılımı

		Kişi sayısı	%
İlaç kullanan	Antihipertansif	32	9.8
	Antidiyabetik	26	7.9
	Lipid düşürücü	9	2.7
	NSAII	16	4.9
	Nörolojik/psikiyatri ilaçları	13	4
	PPI	61	18
	Anti asitler	64	19,5
	Tiroid ilaçları	5	1.5
	İmmünsüpresif	6	1.8
	Antihistaminikler	1	0.3
	Bronkodilatatör	1	0.3
İlaç kullanmayan		94	28
Toplam		328	100.0

4.2. Analitik Bulgular

Sorular değerlendirildiğinde Roma III tanı kriterlerine uyan cevaplara göre dispepsi prevalansı %18.6 (n= 61) olarak saptanmıştır (Tablo 16).

Tablo 16: Dispepsi prevalansı

Dispepsi	Kişi sayısı	%
Var	61	18.6
Yok	267	81.4
Toplam	328	100

Dispepsi prevalansının yaşa göre dağılımı incelendiğinde yaş ile dispepsi prevalansı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0.777$) (Tablo 17).

Tablo 17: Dispepsi prevalansı ile katılımcıların yaşları arasındaki ilişki

Yaş (yıl)	Dispepsi (-) n (%)	Dispepsi (+) n (%)	Toplam n (%)
20-30	68 (78.2)	19 (21.8)	87 (26.5)
31-40	70 (82.4)	15 (17.6)	85 (25.9)
41-50	56 (86.2)	9 (13.8)	65 (19.8)
51-60	43 (81.1)	10 (18.9)	53 (16.2)
61-70	30 (81.4)	8 (18.6)	38 (11.6)
Toplam	267 (81.4)	61 (18.6)	328 (100.0)

$P=0.777$

Ki-Kare testi kullanılarak dispepsi prevalansı ile cinsiyet arasındaki ilişki araştırılmıştır. Kadınların %22.5' inde ($n=39$) dispepsi saptanırken, %77.5' inde ($n=134$) dispepsi saptanmamıştır. Erkeklerin %14.2'sinde ($n= 22$) dispepsi saptanırken, %85.8' inde ($n=133$) dispepsi saptanmamıştır. Dispepsi prevalansının kadınlarda daha fazla olması istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır ($p= 0.052$) (Tablo 18).

Tablo 18: Dispepsi prevalansı ile cinsiyet arasındaki ilişki

Cinsiyet	Dispepsi (-)	Dispepsi (+)	Toplam
	n (%)	n (%)	n (%)
Kadın	134 (77.5)	39 (22.5)	173 (52.7)
Erkek	133 (85.5)	22 (14.2)	155 (47.3)
Toplam	267 (81.4)	61 (18.6)	328 (100.0)

P=0.052

Normal VKI değerine sahip bireylerden %19.8'inde (n=25) dispepsi saptanırken, %80.2'sinde (n= 101) dispepsi saptanmamıştır. Aşırı kilolu bireylerin %14.8'inde (n=21) dispepsi saptanırken, %85.2'sinde (n=121) dispepsi saptanmamıştır; obezlerde ise %26.3'ünde (n=61) dispepsi saptanırken ve %73.7'sinde (n= 42) dispepsi saptanmamıştır (Tablo 19). VKİ ile dispepsi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p=0.220).

Tablo 19: Dispepsi ile vücut kitle indekslerinin karşılaştırılması

VKI	Dispepsi (-)	Dispepsi (+)	Toplam
	n(%)	n(%)	n (%)
<30	225(%83)	46(17)	271(82.6)
>30	42(73.7)	15(26.3)	57(17.4)
Toplam	267(81.4)	61 (18.6)	328 (100.0)

P=0.09

Katılımcılardan bekar olanların % 22.7' sinde (n= 15) dispepsi saptanırken, %77.3' ünde (n= 51) dispepsi saptanmamıştır. Evli bireylerde ise dispepsi saptama oranı %16.7 (n=42), saptanmama oranı ise %83.3 (n=209)'dür. Dispepsi ile medeni durum arasında ilişki saptanmamıştır (p=0.164) (Tablo 20).

Tablo 20: Dispepsi ile medeni durumun karşılaştırılması

Medeni durum	Dispepsi (-) n(%)	Dispepsi (+) n(%)	Toplam n (%)
Bekar	51 (77.3)	15 (22.7)	66 (20.1)
Evli	209 (83.3)	42 (16.7)	251 (76.5)
Boşanmış/Dul	7 (63.6)	4 (36.4)	11 (3.4)
Toplam	267 (81.4)	61 (18.6)	328 (100.0)

P=0.164

İlköğretim mezunu olan bireylerin %18.4' sinde (n=26) dispepsi saptanırken, %81.6' inde (n=115) saptanmamıştır. Lise mezunu olanların %17.4'ünde (n=16) dispepsi saptanırken, %82.6'sında (n=76) saptanmamıştır. Üniversite mezunu olanların %16.7'sinde (n=13) dispepsi saptanırken, %83.3'ünde (n=65) saptanmamıştır. Eğitim düzeyi ile dispepsi prevalansı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (p= 0,332) (Tablo 21).

Tablo 21: Dispepsi ile eğitim durumunun karşılaştırılması

Eğitim düzeyi	Dispepsi (-) n(%)	Dispepsi (+) n(%)	Toplam n (%)
İlköğretimi bitirmemiş	11 (64.7)	6 (35.3)	17 (5)
İlköğretim mezunu	115 (81.6)	26 (18.4)	141 (43)
Lise mezunu	76 (82.6)	16 (17.4)	92 (28)
Üniversite mezunu	65 (83.3)	13 (16.7)	78 (24)
Toplam	267 (81.4)	61 (18.6)	328 (100)

P=0.332

Görüşülen kişilerden herhangi bir işte çalışanlar arasında %14.9'unda (n=21) dispepsi saptanırken, %85.1' inde (n=120) dispepsi saptanmamıştır. Çalışmayanların %21.4' ünde (n=40) dispepsi saptanmıştır ve %78.6'sında (n=147) dispepsi

saptanmamıştır. Dispepsi ile çalışma durumu arasında ilişki saptanmamıştır (p=0.463) (Tablo 22).

Tablo 22: Dispepsi ile çalışma durumu arasındaki ilişki

	Dispepsi (-)	Dispepsi (+)	Toplam
	n(%)	n(%)	n (%)
Çalışan	120 (85.1)	21 (14.9)	141 (43)
Çalışmayan	147 (78.6)	40 (21.4)	187 (57)
Toplam	267 (81.4)	61 (18.6)	328 (100.0)

P=0.463

Sosyoekonomik düzeyi düşük olan bireylerin %21.3'ünde (n=27) dispepsi saptanırken, %78.4'ünde (n=100) dispepsi saptanmamıştır. Orta düzeyde olan bireylerin %14.9'unda (n=15) dispepsi saptanırken, %85.1'inde (n= 86) dispepsi saptanmamıştır. Yüksek sosyoekonomik düzeyi olanlarda dispepsi saptanma oranı %19 (n=19) iken, %81 (n=81) saptanmamıştır (Tablo 23). Dispepsi ile sosyoekonomik düzey arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (p=0.463.).

Tablo 23: Dispepsi ile sosyoekonomik düzey arasındaki ilişki

SED (sosyoekonomik düzey)	Dispepsi (-)	Dispepsi (+)	Toplam
	n(%)	n(%)	n (%)
Düşük	100 (78.4)	27 (21.3)	127 (38.7)
Orta	86 (85.1)	15 (14.9)	101 (30.8)
Yüksek	81 (81)	19 (19)	100 (30.5)
Toplam	267 (81.4)	61 (18.6)	328 (100)

P= 0.463

Çalışmaya katılan ve kronik hastalığı olan bireylerin %21.6'sında (n=25) dispepsi saptanırken, %78.4'ünde (n=91) dispepsi saptanmamıştır. Kronik hastalığı olmayanların %17'sinde (n=36) dispepsi saptanırken, %83'ünde (n=176) dispepsi saptanmamıştır(Tablo 24). Dispepsi ile kronik hastalık varlığı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p=0.309).

Tablo 24: Dispepsi ile kronik hastalık varlığı arasındaki ilişki

Kronik Hastalık	Dispepsi (-)	Dispepsi (+)	Toplam
	n(%)	n(%)	n (%)
Var	91 (78.4)	25 (21.6)	116 (35.4)
Yok	176 (83)	36(17)	212 (64.6)
Toplam	267 (81.4)	61 (18.6)	328 (100)

p=0.309

Dispepsisi olan kişilerde göğüs ortasında ağrı hissi daha fazla olarak saptanmıştır (p=0.015) (Tablo 25).

Tablo 25: Dispepsi ile göğüs ortasında ağrı arasındaki ilişki

Göğüs ortasında ağrı	Dispepsi (-)	Dispepsi(+)	Toplam
	n(%)	n(%)	n(%)
Yok	224(83.9)	43(16.1)	267(81.4)
Var	43(70.5)	18(29.5)	61(18.6)
Toplam	267(81.4)	61(18.6)	328(100)

$\chi^2=5,892$ p=0,015

Dispepsisi olan bireylerde bulantı hissi daha sık olarak saptanmıştır (p<0.05) (Tablo 26).

Tablo 26: Dispepsi ile bulantı arasındaki ilişki

Bulantı	Dispepsi (-)	Dispepsi(+)	Toplam
	n(%)	n(%)	n(%)
Yok	221(86)	36(14)	257(78.4)
Var	46(64.8)	25(35.2)	71(21.6)
Toplam	267(81.4)	61(18.6)	328(100)

$\chi^2=16.521$ $p<0.05$

Dispepsi ile kusma sıklığı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0.983$) (Tablo 27).

Tablo 27: Dispepsi ile kusma arasındaki ilişki

Kusma	Dispepsi (-)	Dispepsi(+)	Toplam
	n(%)	n(%)	n(%)
Yok	239(82.4)	51(17.6)	290(88.4)
Var	28(73.7)	10(26.3)	38(11.6)
Toplam	267(81.4)	61(18.6)	328(100)

$p=0.165$

Sigara kullanımı ile dispepsi sıklığı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0.550$) (Tablo 28).

Tablo 28: Dispepsi ile sigara kullanımı arasındaki ilişki

Sigara	Dispepsi (-)	Dispepsi(+)	Toplam
	n(%)	n(%)	n(%)
Yok	171 (87.4)	31(15.3)	202(61.6)
Var	96 (76.2)	30(23.8)	126(38.4)
Toplam	267(81.4)	61(18.6)	328(100)

P=0.550

Alkol kullanımı ile dispepsi sıklığı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p=0.550) (Tablo 29).

Tablo 29: Dispepsi ile alkol kullanımı arasındaki ilişki

Alkol	Dispepsi (-)	Dispepsi(+)	Toplam
	n(%)	n(%)	n(%)
Yok	255(81.7)	57(18.3)	312(95.1)
Var	12(75)	4 (25)	16(3,9)
Toplam	267(81.4)	61(18.6)	328(100)

P=0.550

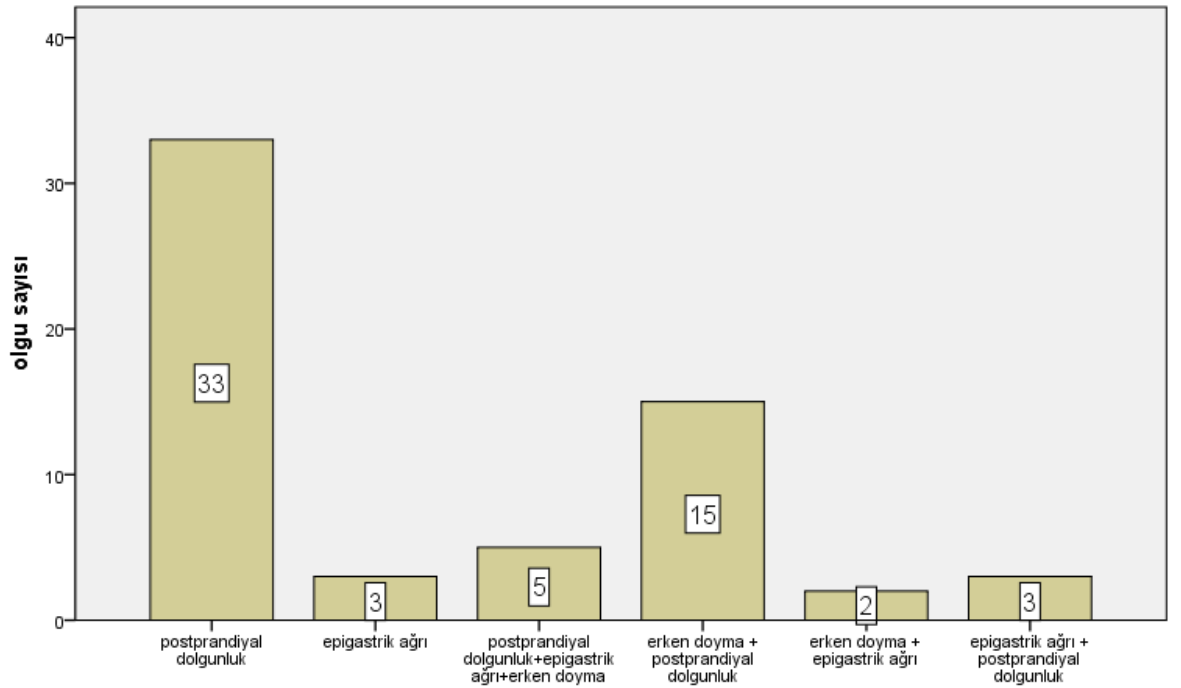
Dispepsisi olan kişilerde reflü prevalansı daha fazla olarak saptanmıştır (p<0.01) (Tablo 30).

Tablo 30: Dispepsi ile reflü prevalansı arasındaki ilişki

Reflü	Dispepsi (-) n(%)	Dispepsi(+) n(%)	Toplam n(%)
Yok	252(86)	41(14)	293(89.3)
Var	15(42.9)	20(57.1)	35(10.7)
Toplam	267(81.4)	61(18.6)	328(100)

$\chi^2=38.452$ $p<0.01$ Odds ratio: 8.195 (%95 GA) (3,885-17.287)

Dispepsisi olan kişilerin semptom sıklığını incelediğimizde %54.1’inde olmak üzere en fazla görülen semptom postprandiyal dolgunluk olup, %21.4 ile en az görülen semptom epigastrik yanma olarak saptanmıştır. Dispepsisi olan kişilerin %8.2’inde üç semptomun birlikte görüldüğü saptandı (Grafik 1).



Grafik 1: Dispepside semptom sıklığı

5.TARTIŞMA

Dispepsi, karnın üst-orta kısmında sürekli veya tekrarlayan tarzda ısrarcı ağrı veya huzursuzluk şeklinde tarif edilmektedir (15).

Fonksiyonel Dispepsi, 2006 yılında düzenlenen Roma III kriterlerine göre, epigastrik bölgede ağrı, yanma, erken doyma veya yemek sonrası rahatsız edici dolgunluk hissi olarak tanımlanmıştır. Bu kriterlerden bir veya daha fazlası en az 6 ay önce başlamış ve son 3 aydır devam ediyor olmalıdır. Şikayetleri açıklayabilecek yapısal bir anormalliğin dışlanması için üst GİS endoskopisinin dahil olduğu tetkiklerin yapılmış olması da istenmektedir (24). Tüm dispepsi vakalarının %40'ında organik bir neden bulunur (22).

Dispepsi prevalansı farklı popülasyonlar arasında önemli farklılıklar göstermektedir. Bu gerçek epidemiyolojik farklılıkları temsil edebilse de, farklı popülasyon çalışmalarında kullanılan farklı tanımlamalar bu tutarsızlığa katkıda bulunmuş olabilir (16).

Ülkeler arasında dispepsi sıklığı değişmekle birlikte ortalama %13-48 arasında bildirilmektedir (65).

Yapılan çalışmalarda araştırılmamış dispepsi prevalansı Singapur'da ve Güney Doğu Asya'da en düşük %7-8 (8), daha yüksek olarak İskandinavya'da %14.5 (9)-18.4 (10, 11), ABD'de %23-25.8 (3), Hindistan'da %30.4 (12) ve Yeni Zellanda'da %34.2 (13) olarak saptanmıştır.

1999 yılında Kuzey Glasgow'da toplam 1611 kişide yapılan popülasyona dayalı bir çalışmada dispepsi prevalansı %12 olarak saptanmıştır (66).

Ekim 1999- Ocak 2000 yılları arasında Güney Brezilya'da Pelotas'ta yaşayan 3,934 kişi ile yapılan bir çalışmada dispepsi prevalansı %44.4 olarak saptanmıştır (67).

Japonya'da Nisan 2004 ve Mayıs 2009 yılları arasında yürütülen polikliniğe başvuran 5.813 hasta arasında yapılan bir çalışmada, hastaların %5.5' inde son tanı fonksiyonel GİS hastalığı, %2.9' unda ise fonksiyonel dispepsi (FD) olmuştur (68).

Güney Kore'de Roma II kriterlerine göre hazırlanan anket formu kullanılarak, telefon görüşmesi ile 15-60 yaş arası bireylerde yapılan 1.044 kişilik bir çalışmada araştırılmamış dispepsi prevalansı %12.2 olarak saptanmıştır (69).

İtalya’da 2009 yılında toplam nüfusu 1533 olan iki köyde anket formu, özofagogastroduodenoskopi ve 13C üre nefes testi kullanılarak yapılan bir çalışmada 1033 kişi çalışmaya katılmış. 1033 kişinin 156’sında (%15.1) dispepsi saptanmış ve bu kişilerden 114’ünde (%11) fonksiyonel dispepsi saptanmış (70).

Kayseri Merkez’inde yapılan, çalışma evreni olarak sosyoekonomik durumu iyi ve kentsel özelliğe sahip Fevzi Çakmak Sağlık Ocağı bölgesi (Grup I), sosyoekonomik durumu kötü ve gece kondu bölgesi olan Argıncık Sağlık Ocağı bölgesi (Grup II) seçilerek iki grubun karşılaştırıldığı bir çalışmada (Fevzi Çakmak Sağlık Ocağı bölgesinde 384 ve Argıncık Sağlık Ocağı bölgesinde 363 olmak üzere toplam 747 olgu çalışmaya alınmış) çalışmaya alınan olgulara anket formu uygulanarak dispepsisi olanlar belirlenmiştir. Dispepsi prevalansı %42.3 olarak saptanmıştır (14).

Ankara İl’i Abidinpaşa Sağlık Grup Başkanlığı’na bağlı Park sağlık Ocağı’na kayıtlı 15 yaş ve üzerinde 600 kişiye dispepsi prevalansını belirlemeye yönelik Roma II kriterlerine göre hazırlanmış olan anket formu uygulanarak yapılan bir çalışmada 3 aylık dispepsi görülme sıklığı %32,5 olarak saptanmıştır (15).

Türkiye’de 32 farklı ilde birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuran olgular arasından rastgele seçilen 7.520 olguda anket yapılarak gerçekleştirilmiş bir çalışmada kişiler başvuru anında ki ana yakınmalarına göre GİS ve GİS dışı olmak üzere iki gruba ayrıldıktan sonra, bu iki gruptan rastgele seçilen 2203 olguya anket yapılarak (Dispepsi tanısı Roma-II kriterlerine göre konulmuştur) birinci basamaktaki dispepsi prevalansı araştırılmıştır. Dispepsi prevalansı %44 olarak bulunmuştur (71).

Bizim çalışmamızda dispepsi prevalansı, Bolu İl Merkezi’nde popülasyona dayalı, nüfusa göre ağırlıklı, yaşa göre tabakalı, sistematik, rastgele örneklem yöntemine göre araştırılmış olup ülkemizde yapılan diğer çalışmalardan farklı olarak %18.6 olarak saptanmıştır. Bu örneklem seçimindeki farklılığa, epidemiyolojik farklılıklara, değişik zaman dilimlerinde yapılmış olmasına ve anket formumuzun Roma III kriterleri temel alınarak hazırlanmış olmasına bağlı olabilir.

Ülkemizde 15 yaş ve üzeri yapılan bir çalışmada <40 yaş dispepsi prevalansı artmış olarak saptanmıştır(15). İzlanda’da 18-75 yaş arası kişilerde yapılan popülasyona dayalı bir çalışmada fonksiyonel dispepsinin genç bireylerde ileri yaşa

göre daha sık görüldüğü saptanmıştır (72). Kore’de 15-60 yaş arası kişilerle yapılan popülasyona dayalı bir çalışmada dispepsi prevalansı ile yaş arasında bir ilişki saptanmamıştır (69). İran’da 2006 Mayıs-2007 Aralık ayları arasında yapılan 18.180 kişilik kesitsel bir çalışmada yaşlı kişilerde dispepsi sıklığı daha fazla olarak saptanmıştır (73). Bizim çalışmamızda da katılımcıların yaş ortalamaları ile dispepsi prevalansı arasında bir ilişki saptanmamıştır ($p=0.777$). Bunun nedeni bizim çalışmamıza alınan olguların yaş aralığı 20 ile 70 yaş arasında olmasına bağlanabilir.

Ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda dispepsi prevalansının kadın cinsiyette fazla olduğu saptanmıştır (14,15,71,74). Erzurum İl’inde 2006 yılında 100 kişi ile yapılan bir çalışmada dispepsi semptomları ile cisiyet arasında önemli bir ilişki tespit edilmemiştir (75).

İran’da 2006 Mayıs-2007 Aralık ayları arasında yapılan 18.180 kişilik kesitsel bir çalışmada kadın cinsiyette dispepsi sıklığı daha fazla olarak saptanmıştır (73). İzlanda’da yapılan popülasyona dayalı bir çalışmada dispepsi sıklığı kadınlarda erkelere oranla anlamlı olarak fazla saptanmıştır (72). Güney Brezilya’da Pelotas’ta yaşayan 3,934 kişi ile yapılan bir çalışmada dispepsi sıklığı kadınlarda %50 daha fazla olarak saptanmıştır (67). Amerika Birleşik Devletleri’nde Minnesota eyaletinde yapılan bir çalışmada dispepsi varlığı ve dispepsi subgrupları açısından cinsiyetler arasında bir fark saptanmamıştır (76). Kore’de yapılan popülasyona dayalı çalışmada cinsiyetler arasında fark saptanmamıştır (69). Hindistan’da 170 hasta üzerinde yapılan bir çalışmada dispepsi semptomlarının görülme sıklığı ile cinsiyetler arasında bir fark saptanmamıştır (77). Bizim çalışmamızda da bu çalışmalara benzer olarak cinsiyetler arasında dispepsi sıklığı açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır ($P=0.052$).

1999 yılında Kuzey Glasgow’da yapılan popülasyona dayalı bir çalışmada obezitenin dispepsi için önemli bir risk faktörü olduğu saptanmıştır (66). Meksika’da yapılan 320 kişilik bir çalışmada normal ve aşırı kilolular ile karşılaştırıldığında obez kişilerde dispepsi semptomlarının prevalansı daha yüksek olarak saptanmıştır (78). İzlanda’da yapılan popülasyona dayalı bir çalışmada dispepsi gelişimi ile VKİ arasında ilişki saptanmamıştır (72). Hindistan’da 170 hasta üzerinde yapılan bir çalışmada VKİ’ nin dispepsi semptomlarının oluşumu üzerine önemli bir etkisi gösterilmemiştir (77). İran’da bir çalışmada obez bireylerde dispepsi sıklığı daha

fazla olarak saptanmıştır (73). Bizim çalışmamızda dispepsi ve obezite arasında bir ilişki saptanmamıştır ($P=0.09$). Obezite ile dispepsi arasındaki ilişki net olmayıp bu konuda yapılacak daha detaylı çalışmalara ihtiyaç vardır. İtalya’da 1533 kişi ile yapılan popülasyona dayalı bir çalışmada boşanmış olan kişilerde dispepsinin yemek ile ilişkili semptomlarının daha sık olduğu saptanmıştır (70). Amerika Birleşik Devletleri’nde 1990 yılında 1644 kişi ile yapılan bir çalışmada evli olan kişilerde dispepsi sıklığı anlamlı olarak fazla saptanmıştır (79). İran’da yapılan bir çalışmada boşanmış bireylerde dispepsi sıklığı daha fazla olarak saptanmıştır (73). Türkiye’de 32 farklı ilde birinci basamak sağlık kuruluşlarında yürütülen bir çalışmada, hastaların %12,3’ü bekar, %80,1’i evli, %7,6’sı ise dul olarak saptamışlar. Medeni durum ile dispepsi görülme sıklığı arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (71). Ankara İl’i Abidinpaşa Park Sağlık Ocağı bölgesinde 15 yaş ve üzerinde 600 kişiyle yapılan bir çalışmada dispepsi sıklığı bekarlarda evlilere göre daha yüksek olarak saptanmıştır (15). Erzurum İl’inde 2006 yılında 100 kişi ile yapılan bir çalışmada dispepsi semptomları ile medeni durum arasında önemli bir ilişki tespit edilmemiştir (75). Bizim çalışmamızda evli bireylerin %16.7’sinde, bekar bireylerin %22.7’sinde dispepsi saptanmıştır. Çalışmamızda bekar bireylerde dispepsi sıklığı daha fazla olmasına rağmen medeni durum ile dispepsi sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($P=0.164$).

Kore’de yapılan popülasyona dayalı bir çalışmada dispepsi varlığı ile eğitim seviyesi arasında bir ilişki saptanmamıştır (69). Yine İzlanda’da yapılan popülasyona dayalı bir çalışmada eğitim seviyesi ile dispepsi arasında bir ilişki saptanmamıştır (72). Malezya’da yapılan popülasyona dayalı bir çalışmada yüksek eğitim düzeyinin dispepsi için bir risk faktörü olduğu saptanmıştır (80). İran’da yapılan bir çalışmada düşük eğitim seviyesi düşük bireylerde dispepsi gelişmesi daha olası saptanmıştır (73).

Ülkemizde İstanbul’da ve Ankara’da yapılan çalışmalarda eğitim seviyesi düşük olanlarda (lise altı) dispepsi prevalansı yüksek saptanmıştır (15,74). Yine Kayseri’de yapılan bir çalışmada eğitim düzeyinin düşük olması ile dispepsi prevalansında artış olduğu saptanmıştır (14). Erzurum’da yapılan 100 hastalık bir çalışmada dispepsi sıklığı ile eğitim düzeyi arasında ilişki saptanmamıştır (75). Bizim çalışmamızda ilköğretim mezunu olan bireylerin %18.4’ünde, lise mezunu

olanların %17.4'ünde, üniversite mezunu olanların %16.7'sinde dispepsi saptanmıştır. Eğitim düzeyi ile dispepsi prevalansı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p=0,332$).

İtalya'da 1533 kişi ile yapılan popülasyona dayalı bir çalışmada herhangi bir işte çalışmayan kişilerde dispepsinin yemek ile ilişkili semptomlarının daha sık olduğu saptanmıştır (70). İzlanda'da yapılan popülasyona dayalı bir çalışmada, çalışma durumu ile dispepsi prevalansı arasında ilişki saptanmamıştır. Ancak 10 yıllık zaman diliminde işinden ayrılanlarda dispepsi gelişme riski fazla olarak saptanmıştır (72). 1990 yılında ABD'de yapılan popülasyona dayalı bir çalışmada bir işte çalışma durumu ile dispepsi prevalansı arasında bir ilişki saptanmamıştır (79). Danimarka'da yapılan genel popülasyonu içeren kesitsel bir çalışmada işsiz olan kişilerde dispepsi sıklığı daha fazla olarak saptanmıştır (81). Bizim çalışmamızda görüşülen kişilerden herhangi bir işte çalışanlar arasında % 14.9'unda dispepsi saptanırken, çalışmayanların % 21.4'ünde dispepsi saptanmıştır. Çalışmayan grupta dispepsi prevalansı daha sık olmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0.463$).

1990 yılında ABD'de yapılan popülasyona dayalı bir çalışmada sosyoekonomik durum ile dispepsi prevalansı arasında ilişki saptanmamıştır (79). Hindistan'da sadece dispepsisi olan kişilerle yapılan 170 kişilik bir çalışmada sosyoekonomik durumu düşük olanlarda dispepsi daha fazla gibi görülse de sonuçta semptom oluşumu üzerine belirgin bir etkisi olmadığı saptanmıştır (77). Kore'de 15-60 yaş arası kişilerle yapılan popülasyona dayalı bir çalışmada dispepsi prevalansı ile sosyoekonomik düzey arasında ilişki saptanmamıştır (69). Avustralya'da yapılan 15.000 kişilik popülasyona dayalı bir çalışmada düşük sosyoekonomik sınıf üst ve alt gastrointestinal belirtiler için bir risk faktörü olarak saptanmıştır (82). ABD'de 5430 kişi üzerinde yapılan bir çalışmada (8250) düşük sosyoekonomik düzeyin fonksiyonel gastrointestinal hastalıklar için bir risk faktörü olduğu saptanmıştır (83). Kayseri'de yapılan 747 olguluk bir çalışmada dispepsi prevalansının düşük sosyoekonomik düzey ile birlikte arttığı saptanmıştır (14).

Bizim çalışmamızda sosyoekonomik düzeyi düşük olan bireylerin %21.3'ünde dispepsi saptanırken, orta sosyoekonomik düzeyi olan bireylerin % 14.9'unda, yüksek sosyoekonomik düzeyi olanların %19'unda dispepsi saptanmıştır.

Sosyoekonomik düzeyi düşük olanlarda dispepsi prevalansı fazla gibi görünse de çalışmamızda dispepsi ile sosyoekonomik düzey arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0.463$).

Düşük sosyoekonomik düzeyi olan bireylerde dispepsi prevalansının yüksek olmasının sebepleri; beslenme alışkanlığı, yaşam şartları nedeni ile dispepsiye neden olabilecek parazitik enfeksiyonların ve *H.pylori*'nin sık görülmesi olabilir. Ancak bizim daha önce yaptığımız çalışmada *H.pylori* ile düşük sosyoekonomik düzey arasında ilişki saptanmamıştır (84). Bu nedenle düşük sosyoekonomik düzey ile dispepsi arasında ilişki kurulamamış olabilir.

Amerika Birleşik Devletleri'nde Minnesota'da yapılan popülasyona dayalı kesitsel bir çalışmada 351 dispeptik bireyin %51'inde epigastrik ağrı, %21'inde bulantı-kusma ve %47'sinde erken doyma saptanmıştır (85).

Hindistan'da sadece dispepsisi olan kişilerde yapılan 170 kişilik bir çalışmada hastaların %60.6'sında reflü tipi şikayetler, %7'sinde erken doyma ve %13.5'inde postprandial dolgunluk saptanmıştır. Bulantı çalışmaya katılan bireylerin %18.8'de saptanmıştır (77). İtalya'da yapılan 1533 kişilik popülasyona dayalı bir çalışmada dispepsisi olan bireylerin %67.5'inde öğün ilişkili semptomlar (postprandiyal dolgunluk, erken doyma) ve %48.2'sinde epigastrik ağrı saptanmıştır. Bireylerin %15.8'inde öğün ilişkili semptomlar ve epigastrik ağrı birlikte saptanmıştır (70).

Erzurum'da yapılan dispeptik şikayetler nedeniyle gastroenteroloji polikliniğine başvuran 100 hastalık bir çalışmada hastaların dispeptik şikayetleri sıklık sırasına göre epigastriumda ağrı (%91), epigastriumda yanma-ekşime (%84), epigastriumda açlık ağrısı (%81), hazımsızlık-şişkinlik (%75), bulantı (%63), erken doyma (%56), postprandial ağrı (%39), geğirme (%30) ve kusma (%16) olarak saptanmıştır (75).

Ankara Abidinpaşa Park Sağlık Ocağı bölgesinde 15 yaş ve üzerinde 600 kişi ile yapılan bir çalışmada, dispepsi saptanan olgularda epigastrik bölgede ağrı yakınması en sık bildirilen semptom olarak saptanmıştır (%79.1). Karında şişkinlik hissi %57.7, yemek sonrası dolgunluk hissi %53.3, uykudan uyandıran ağrı %43.6, erken doyma %36.8, bulantı %31.3 ve kusma %21.5 olarak saptanmıştır.

Türkiye'nin 32 farklı ilinde ki birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuran olgular arasından rastgele seçilen 7520 olguda anket yapılarak gerçekleştirilen bir

çalışmada, hastaların %34,8'inde bulantı, %75,7'sinde şişkinlik, %61,2'sinde midede dolgunluk, %26,5'inde erken doyma ve %13,2'sinde kusma saptanmıştır (71).

Bizim çalışmamızda dispepsisi olan 61 kişinin %40.9'unda bulantı, 16.4'ünde kusma bildirilmiştir. Çalışmamızda dispepsi ile bulantı ve kusma arasında ilişki saptanmamıştır. Çalışmamızdaki olgulardan %17'sinde (n:56) haftada bir günden daha fazla sıklıkta postprandiyal dolgunluk, %6,7'sinde (n:22) haftada bir günden daha fazla sıklıkta erken doyma, %4'ünde (n:13) haftada en az bir gün sıklıkta epigastrik yanma ya da ağrı saptanmıştır. Dispepsisi olan kişilerin semptom sıklığını incelediğimizde %54.1'inde olmak üzere en fazla görülen semptom postprandiyal dolgunluk olup, %21.4 ile en az görülen semptom epigastrik ağrı olarak saptanmıştır. Dispepsisi olan kişilerin %8.2'inde üç semptomun birlikteliği gözlemlenmiştir. Bizim çalışmamızda Roma II tanımına göre dismotilite benzeri dispepsi ülser benzeri dispepsiden daha siktir.

Talley ve arkadaşlarının 1990 yılında ABD'de 1644 kişi ile yaptığı popülasyona dayalı bir çalışmada sigara ve alkolün dispepsi için önemli bir risk faktörü olmadığı saptanmıştır (79). Yine ABD'de yapılan bir çalışmada yaygın inanın aksine sigara ve alkol kullanımının dispepsi semptomlarının gelişiminde önemli bir risk faktörü olmadığı saptanmıştır (86). Danimarka'da yapılan genel popülasyonu içeren kesitsel bir çalışmada günde yirmi adetten fazla sigara içen kişilerde dispepsi sıklığı daha fazla olarak saptanmıştır (81).

Ülkemizde İstanbul'da ve Kayseri'de yapılan çalışmalarda sigara içenlerde dispepsi prevalansı yüksek saptanmıştır (14,74). Yine Ankara İli'nde yapılan bir çalışmada sigara ve alkol kullananlarda dispepsi prevalansı yüksek saptanmıştır (15). Bizim çalışmamızda sigara ve alkol kullanımı ile dispepsi sıklığı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p=0.550).

İzmir'de yapılan ve daha önce türkçeye çevrilerek, kültürel adaptasyonu, güvenilirlik ve geçerlilik çalışması yapılmış olan reflü anket formu kullanılarak 20 yaş üzeri 8.857 kişi arasından rastgele seçilen 630 kişi ile yapılan bir çalışmada dispepsi yakınması olan bireylerde GÖRH prevalansı %29.4 olarak saptanmıştır (87). Mayıs 2006- Kasım 2007 yılları arasında İran'da yapılan 18.180 kişilik bir çalışmada reflüsü olan bireylerin %66'sında dispepsi saptanmıştır (88). Güney Kore'de yapılan 1.688 kişilik popülasyona dayalı kesitsel bir çalışmada

populasyonun %2,3'ünde GÖRH ve dispepsi birlikteliği saptanmıştır (89). Bizim çalışmamızda dispepsi olan kişilerin %32.7'sinde GÖRH saptanmıştır, yani dispepsisi olan kişilerde reflü prevalansı daha fazla olarak saptanmıştır ($p<0.01$).

6.SONUÇ

Dispepsi ülkemizde ve tüm dünyada önemli sağlık sorunlarından biridir. Her yıl yetişkin popülasyonun %25'inde günlerce sürebilen dispepsi olmaktadır. Genel olarak pratikte poliklinik başvurularının %7'si ve gastrointestinal yakınmaların yarısını oluşturmaktadır. Dispepsi sağlık harcamalarında artışa, iş gücü kaybına (böylece önemli bir mali kayba) ve zaman kaybına neden olmaktadır. Yaşam kalitesini bozmasına karşın, yaşam süresini etkilememektedir. Dispepsi ile ilgili ülkemizde yeterince popülasyona dayalı prevalans çalışması yoktur. Bu nedenle, bu çalışmada Bolu İli'nde da popülasyona dayalı dispepsi prevalansı araştırılmıştır.

Çalışmaya dahil edilen 328 kişinin 155'i erkek, 173'ü kadındır. Katılımcılara anket yapılarak dispepsi prevalansı araştırılmıştır. Buna göre Bolu İl Merkezi'nde dispepsi prevalansı %18.6 olarak saptanmıştır. Yaş, SED, eğitim düzeyi, cinsiyet, medeni durum, VKİ, çalışma durumu, sigara ve alkol kullanımı ile dispepsi prevalansı arasında bir ilişki saptanmamıştır. Dispepsi ile reflü semptom sıklığı, bulantı ve göğüs ağrısı arasında ilişki bulunmuştur.

Sonuç olarak yaşam kalitesinde bozulmaya, ciddi mali kayba neden olan dispepsi prevalansı Bolu İl Merkezi'nde, ülkemizde yapılan sınırlı sayıdaki çalışmalara oranla daha düşük bulunmuştur. Bu sonuç bölgesel farklılıklara ve çalışmaların değişik zaman dilimlerinde yapılmasına bağlanabilir. Bu konuda daha detaylı, tüm bölgeleri içeren, popülasyona dayalı çalışmalara gereksinim vardır.

KAYNAKLAR

1. Friedman SL, McQuaid KR, Grendell JH. Current Gastroenteroloji Tanı ve Tedavi. Sivri B, Gönen Ö (çeviren). 2.Baskı. Ankara: Güneş Kitabevi; 2007: 342-343.
2. McPhee SJ, Papadakis MA.Güncel Tıbbi Tanı & Tedavi. Müftüoğlu E (çeviren). 49.Baskı. Adana: Nobel Kitabevi; 2010: 502-504.
3. Talley NJ, Zinsmeister AR, Schleck CD, Melton LJ, 3rd. Dyspepsia and dyspepsia subgroups: a population-based study. Gastroenterology. 1992;102(4 Pt 1):1259-1268.
4. Kurata JH, Nogawa AN, Everhart JE. A prospective study of dyspepsia in primary care. Digestive Diseases and Sciences. 2002;47(4):797-803.
5. Brun R, Kuo B. Functional dyspepsia. Therapeutic advances in gastroenterology. 2010;3(3):145-164.
6. Biberoglu K, Süleymanlar G, Ünal S. İç Hastalıkları. 3.Baskı. Ankara: Ayrıntı Basımevi; 2012: 1360
7. Oustamanolakis P, Tack J. Dyspepsia: Organic versus functional. Journal of Clinical Gastroenterology. 2012;46(3):175-190.
8. Ho KY, Kang JY, Seow A. Prevalence of gastrointestinal symptoms in a multiracial Asian population, with particular reference to reflux-type symptoms. The American Journal of Gastroenterology. 1998;93(10):1816-1822.
9. Agreus L, Talley NJ, Svardsudd K, Tibblin G, Jones MP. Identifying dyspepsia and irritable bowel syndrome: the value of pain or discomfort, and bowel habit descriptors. Scandinavian Journal of Gastroenterology. 2000;35(2):142-151.
10. Kay L, Jorgensen T. Epidemiology of upper dyspepsia in a random population. Prevalence, incidence, natural history, and risk factors. Scandinavian Journal of Gastroenterology. 1994;29(1):2-6.
11. Kay L, Jorgensen T, SchultzLarsen K, Davidsen M. Irritable bowel syndrome and upper dyspepsia among the elderly: A study of symptom clusters in a random 70 year old population. Eur J Epidemiol. 1996;12(2):199-204.
12. Shah SS, Bhatia SJ, Mistry FP. Epidemiology of dyspepsia in the general population in Mumbai. Indian Journal of Gastroenterology. 2001;20(3):103-106.
13. Haque M, Wyeth JW, Stace NH, Talley NJ, Green R. Prevalence, severity and associated features of gastro-oesophageal reflux and dyspepsia: a population-based study. The New Zealand Medical Journal. 2000;113(1110):178-181.
14. Torun E ÖÖ, Gürsoy S, Baskol M, Yurci A. ve ark. . Kayseri merkezinde dispepsi prevalansı ve çeşitli faktörlerle ilişkisi. 21 Ulusal Gastroenteroloji Kongresi; Antalya 2004.
15. 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.

16. Mahadeva S, Goh KL. Epidemiology of functional dyspepsia: a global perspective. *World Journal of Gastroenterology : WJG*. 2006;12(17):2661-2666.
17. Talley NJ, Vakil NB, Moayyedi P. American gastroenterological association technical review on the evaluation of dyspepsia. *Gastroenterology*. 2005;129(5):1756-1780.
18. Moayyedi P, Talley NJ, Fennerty MB, Vakil N. Can the clinical history distinguish between organic and functional dyspepsia? *JAMA: The Journal of The American Medical Association*. 2006;295(13):1566-1576.
19. Vakil N, Moayyedi P, Fennerty MB, Talley NJ. Limited value of alarm features in the diagnosis of upper gastrointestinal malignancy: systematic review and meta-analysis. *Gastroenterology*. 2006;131(2):390-401.
20. Boekema PJ, van Dam van Isselt EF, Bots ML, Smout AJ. Functional bowel symptoms in a general Dutch population and associations with common stimulants. *The Netherlands Journal of Medicine*. 2001;59(1):23-30.
21. Spiegel BM, Farid M, Dulai GS, Gralnek IM, Kanwal F. Comparing rates of dyspepsia with Coxibs vs NSAID+PPI: a meta-analysis. *The American Journal of Medicine*. 2006;119(5):448 e427-436.
22. Özdil S. Dispepsili hastaya yaklaşım. X ÇAPA Gastroenterohepatoloji Günleri İstanbul 2011: 19.
23. Tack J, Talley NJ, Camilleri M, Holtmann G, Hu P, Malagelada JR, et al. Functional gastroduodenal disorders. *Gastroenterology*. 2006;130(5):1466-1479.
24. Drossman DA, Corazziari E, Delvaux M, Spiller R, Talley N, Thompson W, et al. Rome III: the functional gastrointestinal disorders. McLean, VA: Degnon Associates. Inc; 2006.
25. Pourhoseingholi A, Vahedi M, Pourhoseingholi MA, Ashtari S, Moghimi-Dehkordi B, Safaee A, et al. Irritable bowel syndrome, gastro-oesophageal reflux disease and dyspepsia: Overlap analysis using loglinear models. *Arab journal of gastroenterology : The Official Publication of The Pan-Arab Association of Gastroenterology*. 2012;13(1):20-23.
26. Quarero AO, de Wit NJ, Lodder AC, Numans ME, Smout AJ, Hoes AW. Disturbed solid-phase gastric emptying in functional dyspepsia: a meta-analysis. *Digestive Diseases and Sciences*. 1998;43(9):2028-2033.
27. De Schepper H, Camilleri M, Cremonini F, Foxx-Orenstein A, Burton D. Comparison of gastric volumes in response to isocaloric liquid and mixed meals in humans. *Neurogastroenterology and motility : The Official Journal of the European Gastrointestinal Motility Society*. 2004;16(5):567-573.
28. Mertz H, Fullerton S, Naliboff B, Mayer EA. Symptoms and visceral perception in severe functional and organic dyspepsia. *Gut*. 1998;42(6):814-822.
29. Moayyedi P, Feltbower R, Brown J, Mason S, Mason J, Nathan J, et al. Effect of population screening and treatment for *Helicobacter pylori* on dyspepsia and quality of life in the community: a randomised controlled trial. Leeds HELP Study Group. *Lancet*. 2000;355(9216):1665-1669.

30. Johnsen R, Bernersen B, Straume B, Forde OH, Bostad L, Burhol PG. Prevalences of Endoscopic and Histological-Findings in Subjects with and without Dyspepsia. *Brit Med J*. 1991;302(6779):749-752.
31. O'Morain C. Role of *Helicobacter pylori* in functional dyspepsia. *World journal of gastroenterology : WJG*. 2006;12(17):2677-2680.
32. Mearin F, Perez-Oliveras M, Perello A, Vinyet J, Ibanez A, Coderch J, et al. Dyspepsia and irritable bowel syndrome after a *Salmonella* gastroenteritis outbreak: one-year follow-up cohort study. *Gastroenterology*. 2005;129(1):98-104.
33. Hanevik K, Dizdar V, Langeland N, Hausken T. Development of functional gastrointestinal disorders after *Giardia lamblia* infection. *BMC Gastroenterology*. 2009;9:27.
34. Talley NJ, Walker MM, Aro P, Ronkainen J, Storskrubb T, Hindley LA, et al. Non-ulcer dyspepsia and duodenal eosinophilia: an adult endoscopic population-based case-control study. *Clinical gastroenterology and hepatology : The Official Clinical Practice Journal of The American Gastroenterological Association*. 2007;5(10):1175-1183.
35. Walker MM, Salehian SS, Murray CE, Rajendran A, Hoare JM, Negus R, et al. Implications of eosinophilia in the normal duodenal biopsy - an association with allergy and functional dyspepsia. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*. 2010;31(11):1229-1236.
36. Bennett EJ, Piesse C, Palmer K, Badcock CA, Tennant CC, Kellow JE. Functional gastrointestinal disorders: psychological, social, and somatic features. *Gut*. 1998;42(3):414-420.
37. Karamanolis G, Caenepeel P, Arts J, Tack J. Association of the predominant symptom with clinical characteristics and pathophysiological mechanisms in functional dyspepsia. *Gastroenterology*. 2006;130(2):296-303.
38. Bramble MG, Suvakovic Z, Hungin AP. Detection of upper gastrointestinal cancer in patients taking antisecretory therapy prior to gastroscopy. *Gut*. 2000;46(4):464-467.
39. Rabeneck L, Soucek J, Wristers K, Menke T, Ambriz E, Huang I, et al. A double blind, randomized, placebo-controlled trial of proton pump inhibitor therapy in patients with uninvestigated dyspepsia. *The American Journal of Gastroenterology*. 2002;97(12):3045-3051.
40. Van Marrewijk CJ, Mujakovic S, Fransen GAJ, Numans ME, de Wit NJ, Muris JWM, et al. Effect and cost-effectiveness of step-up versus step-down treatment with antacids, H2-receptor antagonists, and proton pump inhibitors in patients with new onset dyspepsia (DIAMOND study): a primary-care-based randomised controlled trial. *The Lancet*. 2009;373(9659):215-225.
41. Wrenn K, Slovis CM, Gongaware J. Using the "GI Cocktail": A Descriptive Study. *Annals of Emergency Medicine*. 1995;26(6):687-690.
42. Welling LR, Watson WA. The emergency department treatment of dyspepsia with antacids and oral lidocaine. *Ann Emerg Med*. 1990;19(7):785-788.

43. Vilke GM, Jin A, Davis DP, Chan TC. Prospective randomized study of viscous lidocaine versus benzocaine in a GI cocktail for dyspepsia. *The Journal of Emergency Medicine*. 2004;27(1):7-9.
44. Berman DA, Porter RS, Graber M. The GI Cocktail is no more effective than plain liquid antacid: A randomized, double blind clinical trial. *Journal of Emergency Medicine*. 2003;25(3):239-244.
45. Malfertheiner P, Megraud F, O'Morain C, Bazzoli F, El-Omar E, Graham D, et al. Current concepts in the management of *Helicobacter pylori* infection: the Maastricht III Consensus Report. *Gut*. 2007;56(6):772-781.
46. Delaney BC, Qume M, Moayyedi P, Logan RF, Ford AC, Elliott C, et al. *Helicobacter pylori* test and treat versus proton pump inhibitor in initial management of dyspepsia in primary care: multicentre randomised controlled trial (MRC-CUBE trial). *BMJ*. 2008;336(7645):651-654.
47. Williams B, Luckas M, Ellingham JHM, Dain A, Wicks ACB. Do Young-Patients with Dyspepsia Need Investigation. *Lancet*. 1988;2(8624):1349-1351.
48. Wiklund I, Glise H, Jerndal P, Carlsson J, Talley NJ. Does endoscopy have a positive impact on quality of life in dyspepsia? *Gastrointest Endosc*. 1998;47(6):449-454.
49. Elta GH, Behler EM, Colturi TJ. Comparison of coffee intake and coffee-induced symptoms in patients with duodenal ulcer, nonulcer dyspepsia, and normal controls. *The American journal of gastroenterology*. 1990;85(10):1339-1342.
50. Talley N, Weaver A, Zinsmeister A. Smoking, alcohol, and nonsteroidal anti-inflammatory drugs in outpatients with functional dyspepsia and among dyspepsia subgroups. *The American Journal of Gastroenterology*. 1994;89(4):524-528.
51. Gotthard R, Bodemar G, Brodin U, Jönsson KÅ. Treatment with cimetidine, antacid, or placebo in patients with dyspepsia of unknown origin. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*. 1988;23(1):7-18.
52. Kairaluoma MI, Hentilae R, Alavaikko M, Kellosalo J, Stahlberg M, Jalovaara P, et al. Sucralfate versus placebo in treatment of non-ulcer dyspepsia. *The American Journal of Medicine*. 1987;83(3):51-55.
53. Gudjonsson H, Oddsson E, Björnsson S, Gunnlaugsson O, Theodors A, Jonasson T, et al. Efficacy of sucralfate in treatment of non-ulcer dyspepsia: a double-blind placebo-controlled study. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*. 1993;28(11):969-972.
54. Hausken T, Stene-Larsen G, Lange O, Aronsen O, Nerdrum T, Hegbom F, et al. Misoprostol treatment exacerbates abdominal discomfort in patients with non-ulcer dyspepsia and erosive prepyloric changes: a double-blind, placebo-controlled, multicentre study. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*. 1990;25(10):1028-1033.
55. Rokkas T, Pursey C, Uzoechina E, Dorrington L, Simmons N, Filipe M, et al. Non-ulcer dyspepsia and short term De-Nol therapy: a placebo controlled trial with particular reference to the role of *Campylobacter pylori*. *Gut*. 1988;29(10):1386-1391.

56. Moayyedi P, Soo S, Deeks J, Delaney B, Innes M, Forman D. Pharmacological interventions for non-ulcer dyspepsia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006;4.
57. Wang WH, Huang JQ, Zheng GF, Xia HHX, Wong WM, Liu XG, et al. Effects of proton-pump inhibitors on functional dyspepsia: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. 2007;5(2):178-185.
58. Moayyedi P, Delaney BC, Vakil N, Forman D, Talley NJ. The efficacy of proton pump inhibitors in nonulcer dyspepsia: a systematic review and economic analysis. *Gastroenterology*. 2004;127(5):1329-1337.
59. Nagahara A, Asaoka D, Hojo M, Oguro M, Shimada Y, Ishikawa D, et al. Observational comparative trial of the efficacy of proton pump inhibitors versus histamine-2 receptor antagonists for uninvestigated dyspepsia. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*. 2010;25:S122-S128.
60. Moayyedi P, Deeks J, Talley NJ, Delaney B, Forman D. An update of the Cochrane systematic review of *Helicobacter pylori* eradication therapy in nonulcer dyspepsia: resolving the discrepancy between systematic reviews. *The American Journal of Gastroenterology*. 2003;98(12):2621-2626.
61. van Zanten SJOV, Jones MJ, Verlinden M, Talley NJ. Efficacy of cisapride and domperidone in functional (nonulcer) dyspepsia: a meta-analysis. *The American Journal of Gastroenterology*. 2001;96(3):689-696.
62. Talley NJ, Tack J, Ptak T, Gupta R, Giguere M. Itopride in functional dyspepsia: results of two phase III multicentre, randomised, double-blind, placebo-controlled trials. *Gut*. 2008;57(6):740-746.
63. Drossman DA, Toner BB, Whitehead WE, Diamant NE, Dalton CB, Duncan S, et al. Cognitive-behavioral therapy versus education and desipramine versus placebo for moderate to severe functional bowel disorders 1. *Gastroenterology*. 2003;125(1):19-31.
64. Mertz H, Fass R, Kodner A, Yan-Go F, Fullerton S, Mayer EA. Effect of amitriptyline on symptoms, sleep, and visceral perception in patients with functional dyspepsia. *The American Journal of Gastroenterology*. 1998;93(2):160-165.
65. (UK) NoEDGDG. Dyspepsia: Managing Dyspepsia in Adults in Primary Care. *Dyspepsia: Managing Dyspepsia in Adults in Primary Care*. Newcastle upon Tyne (UK)2004.
66. Woodward M, Morrison C, McColl K. The prevalence of dyspepsia and use of antisecretory medication in North Glasgow: role of *Helicobacter pylori* vs. lifestyle factors. *Alimentary Pharmacology and Therapeutics*. 1999;13(11):1505-1510.
67. De Oliveira SS, da Silva dos Santos I, da Silva JF, Machado EC. [Prevalence of dyspepsia and associated sociodemographic factors]. *Revista de saude publica*. 2006;40(3):420-427.
68. Okumura T, Tanno S, Ohhira M. Prevalence of functional dyspepsia in an outpatient clinic with primary care physicians in Japan. *Journal of Gastroenterology*. 2010;45(2):187-194.

69. Yang SY, Lee OY, Bak YT, Jun DW, Lee SP, Lee SH, et al. Prevalence of gastroesophageal reflux disease symptoms and uninvestigated dyspepsia in Korea: a population-based study. *Digestive Diseases and Sciences*. 2008;53(1):188-193.
70. Zagari RM, Law GR, Fuccio L, Cennamo V, Gilthorpe MS, Forman D, et al. Epidemiology of functional dyspepsia and subgroups in the Italian general population: an endoscopic study. *Gastroenterology*. 2010;138(4):1302-1311.
71. Köksal AŞ, Oğuz D, Özden A. Türkiye’de birinci basamak sağlık kurumlarına başvuran hastalarda dispepsi görülme sıklığı. *Akad Gastroenterol Derg*. 2008;7:11-17.
72. Olafsdottir LB, Gudjonsson H, Jonsdottir HH, Thjodleifsson B. Natural history of functional dyspepsia: a 10-year population-based study. *Digestion*. 2010;81(1):53-61.
73. Barzkar M, Pourhoseingholi MA, Habibi M, Moghimi-Dehkordi B, Safaei A, Pourhoseingholi A, et al. Uninvestigated dyspepsia and its related factors in an Iranian community. *Saudi Medical Journal*. 2009;30(3):397-402.
74. Keskin FE, Sevindir İ, Ertürk K, Duman H, Kaptanoğulları ÖH. The Ethiopathogenesis of Functional Dyspepsia and the Association of Related Factors with the Symptoms Fonksiyonel Dispepsi Etyopatogenezi ve Etkili Faktörler ile Semptomların İlişkisi. *Journal of Clinical and Analytical Medicine*. 2012.
75. Okçu N, Yılmaz Ö, Dursun H, Polat G, Gürsan N, Çayır K. Dispeptik semptomlarla beslenme alışkanlıkları, endoskopik ve histolojik bulgular arasındaki ilişki. *Akademik Gastroenteroloji Dergisi*. 2006;5(2):110-115.
76. Ahlawat S, Richard Locke G, Weaver A, Farmer S, Yawn B, Talley N. Dyspepsia consulters and patterns of management: a population-based study. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*. 2005;22(3):251-259.
77. Chithra P, Chandrikha C, Kannan AS, Srinath S, Srinivasan V, Jayanthi V. Clinical and life style variables in functional dyspepsia and its sub-types. *Tropical gastroenterology : Official Journal of the Digestive Diseases Foundation*. 2012;33(1):33-38.
78. Trujillo-Benavides O, Rojas-Vargas E. [EDITORIAL: Obesity influence on dyspeptic symptoms.]. *Revista de Gastroenterologia de Mexico*. 2010;75(3):247-252.
79. Talley N, Zinsmeister A, Schleck C, Melton LJ. Smoking, alcohol, and analgesics in dyspepsia and among dyspepsia subgroups: lack of an association in a community. *Gut*. 1994;35(5):619-624.
80. Goh KL. Clinical and epidemiological perspectives of dyspepsia in a multiracial Malaysian population. *J Gastroenterol Hepatol*. 2011;26 Suppl 3:35-38.
81. Wildner-Christensen M, Hansen JM, De Muckadell OBS. 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*. 2006;41(2):149-154.

82. Bytzer P, Howell S, Leemon M, Young L, Jones M, Talley N. Low socioeconomic class is a risk factor for upper and lower gastrointestinal symptoms: a population based study in 15 000 Australian adults. *Gut*. 2001;49(1):66-72.
83. Drossman DA, Li Z, Andruzzi E, Temple RD, Talley NJ, Thompson WG, et al. U.S. householder survey of functional gastrointestinal disorders. Prevalence, sociodemography, and health impact. *Digestive Diseases and Sciences*. 1993;38(9):1569-1580.
84. Karaçay S. Bolu İl Merkezi'nde "HELICOBACTER PYLORI" Seroprevalans Çalışması [Tıpta Uzmanlık Tezi]. Bolu: Abant İzzet Baysal Üniversitesi; 2012.
85. Choung R, Locke GR, Schleck CD, Zinsmeister A, Talley N. Do distinct dyspepsia subgroups exist in the community? A population-based study. *The American Journal of Gastroenterology*. 2007;102(9):1983.
86. Richter J. Stress and psychologic and environmental factors in functional dyspepsia. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*. 1991;26(S182):40-46.
87. Kitapçioğlu G, Mandiracioğlu A, Caymaz Bor C, Bor S. Overlap of symptoms of dyspepsia and gastroesophageal reflux in the community. *Turk J Gastroenterol*. 2007;18:14-19.
88. Vahedi M, Pourhoseingholi MA, Ashtari S, Moghimi-Dehkordi B, Safaee A, Zali MR. Irritable bowel syndrome, gastro-oesophageal reflux disease and dyspepsia: Overlap analysis using loglinear models. *Arab Journal of Gastroenterology*. 2012.
89. Lee SY, Lee KJ, Kim SJ, Cho SW. Prevalence and risk factors for overlaps between gastroesophageal reflux disease, dyspepsia, and irritable bowel syndrome: a population-based study. *Digestion*. 2009;79(3):196-201.

EKLER

EK-1



T.C.
BOLU VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

22.04.2011*: 06869

Şube: B.10.4.ISM.4.14.00.23/010-151-
Konu: Tez Çalışmaları

VALİLİK MAKAMINA
BOLU

03.05.2010 tarihli Bolu Valiliği ve Abant İzzet Baysal Üniversitesi arasında imzalanan "Sağlık Eğitimi ve Araştırma Bölgesi Oluşturularak İşbirliği Yapılması" konulu protokol gereği A.İ.B.Ü. Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalında görev yapan Arş.Gör.Dr. Sevim KARAÇAY, Arş.Gör.Dr. Esma ÖZMEN ve Arş.Gör.Dr. Ramazan ERGÜL'ün tez çalışmalarında Bolu İl Merkezini temsil eden bir popülasyonda sırası ile "H.pylori seroprevalansı", "Dispepsi prevalansı" ve "Gastroözofageal reflü hastalığı pevalansı"nın araştırılacağı bir çalışma yapılması Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Makamınızca da uygun görülmesi halinde tasviplerinize arz ederim.

Dr. Dursun KOÇ
Sağlık Müdürü

O.L.U.R.
22/04/2011
İsmail ATASOY
Vali a.
Vali Yardımcısı

Eki:
17 adet

Adres: Borazanlar Mah. Hattat Emin Barın Cad. No:108 BOLU
Telefon: 0374 2150340/41 Fax: 03742151252 e-posta: bolu.es@sağlik.gov.tr Ayrıntılı bilgi için: Eğitim Şb.Sağ.Mem. S.TAŞKIN
Elektronik ağı: <http://www.bolu.saglik.gov.tr>

"Sağlıklı nesiller için ilk 6 ay sadece ANNE SÜTÜ"

BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Bu katıldığınız çalışmalar bilimsel bir araştırma olup, araştırmaların adları "Bolu İli Merkez İlçe 'sinde H. Pylori seroprevalansı ve risk faktörlerinin araştırılması – popülasyona dayalı çalışma", "Bolu İlinde gastro-özofageal reflü hastalığı ve semptomlarının prevalansının saptanması", "Bolu İlinde araştırılmamış dispepsi prevalansının saptanmasıdır.

Bu araştırmaların amacı Bolu İli merkez ilçesinde H.pylori dağılımı ve sıklığını araştırmak ve Hy.pylori infeksiyonu ile dispepsi, GÖRH semptomları, sosyoekonomik durum, yaşam tarzı ve demografik özellikler (yaş, cinsiyet, eğitim, meslek...) arasındaki ilişkiyi araştırmak; Bolu ilinde mide içeriğinin yemek borusuna kaçması sonucu oluşan şikayetleri ve bu olayın neden olduğu hastalığın sıklığını geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanmış bir anket yoluyla sorgulama yaparak değerlendirmek ; Bolu İl'i Merkezi'nde araştırılmamış mide şikayetlerinin sıklığını anket formu kullanarak saptamaktır. Bu araştırmada size herhangi bir ilaç tedavisi uygulanmayacaktır. Bu araştırmada sizden hastalık ile ilgili kan örneği alınacak ve anket uygulanacaktır. Bu araştırmada yer almanız öngörülen süre 1gün olup, araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı 388 'dir.

Bu araştırma ile ilgili olarak herhangi bir sorumluluğunuz bulunmamaktadır.

Bu araştırmada sizin için kan alma esnasında daha öncede yaşamış olabileceğiniz baygınlık hali gibi riskler ve rahatsızlıklar söz konusu olabilir; ancak sizin için beklenen yararlar H. Pylori enfeksiyonuna bağlı ortaya çıkabilecek sağlık sorunlarına yönelik olarak gerekirse erken tedavi ve bilgilendirilmedir.

Araştırmaya bağlı bir zarar söz konusu olduğunda, bu durumun tedavisi sorumlu araştırmacı tarafından yapılacaktır. Araştırma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size veya yasal temsilcinize derhal bildirilecektir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için (0374) 253 46 56 - 3555 no.lu telefondan Dr. Sevim Karaçay , Dr. Ramazan Ergül , Dr. Esmâ Özmen'e başvurabilirsiniz.

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır; ayrıca, bu araştırma kapsamındaki bütün muayene, tetkik, testler ve tıbbi bakım hizmetleri için sizden veya bağlı bulunduğunuz sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlanırsa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

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

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün, Adı-Soyadı: Adresi: Tel.-Faks: Tarih ve İmza:	Açıklamaları yapan araştırmacının, Adı-Soyadı: Görevi: İç Hastalıkları Asistanı Adresi: AİBÜ. Tıp Fakültesi Tel.-Faks: 2534656 Tarih ve İmza:	Tanıklık eden kuruluş görevlisinin/görüşme tanığının, Adı-Soyadı: Görevi: Adresi: Tel.-Faks: Tarih ve İmza:
--	---	---

EK 1: SOSYO-EKONOMİK DÜZEY MATRİKSİ

Sosyo-ekonomik Düzey (SED), gelir / meslek ve öğrenim durumlarına göre şekillendirilen aşağıdaki matris yardımıyla tespit edilmiştir

		GÖRÜŞÜLEN KİŞİNİN ÖĞRENİM SÜRESİ											
		ÖĞRENİMİ YOK		İLKOKUL			ORTAOKUL		LİSE		ÜNİVERSİTE		LİSANS ÜSTÜ
		Okur yazar değil	Okur yazar	1 yıl	2-4 yıl	5 yıl	6-7 yıl	8 yıl	9-10 yıl	11 yıl	12-14 yıl	15 yıl	16-17 yıl
ALIŞMIYOR	Ev kadını	E	E	E	D	D	C2	C2	C1	C1	B	B	A
	Emekli	E	E	E	D	D	C2	C2	C1	C1	B	B	A
	İşsiz	E	E	E	E	E	D	D	C2	C2	C1	C1	-
	Öğrenci	E	E	E	D	D	C2	C2	C1	C1	B	B	A
KENDİ HESABINA ALIŞIYOR	Nitelikli serbest meslek sahibi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	A	A
	0-5 çalışan tüccar	E	E	E	E	D	D	C2	C2	C1	C1	B	B
	6-20 çalışan tüccar	D	D	C2	C2	C2	C2	C1	C1	C1	B	B	A
	20+ çalışan tüccar	C2	C2	C1	C1	C1	C1	B	B	B	B	A	A
	1-9 çalışan şirket/ imalathane sahibi	D	D	C2	C2	C2	C2	C1	C1	C1	B	B	A
	10-25 çalışan şirket/ imalathane sahibi	C2	C2	C1	C1	C1	C1	B	B	B	B	A	A
	25+ çalışan şirket/ imalathane sahibi	C1	C1	B	B	B	B	B	B	A	A	A	A
ÜCRETLİ ALIŞIYOR	Üst düzey yönetici	C2	C2	C1	C1	C1	B	B	B	B	A	A	A
	10'dan az çalışan orta düzey yönetici	D	D	C2	C2	C2	C2	C2	C1	C1	C1	B	B
	10'dan fazla çalışan orta düzey yönetici	D	D	C2	C2	C2	C2	C1	C1	C1	B	B	A
	Nitelikli uzman /mühendis/ teknik eleman	E	E	D	D	D	C2	C2	C2	C1	C1	B	B
	Memurluk çalışanı	E	E	D	D	D	C2	C2	C2	C1	C1	B	B
	İşçihizmetli	E	E	E	D	D	D	C2	C2	C2	C1	-	-

A ve B kategorileri "Yüksek SED"

C1 ve C2 kategorileri "Orta SED"

D ve E kategorileri "Düşük SED"

Kaynak : AC Nielsen – ZET Araştırma Şirketi

EK-4

**HASTALARIN TANITICI BİLGİLERİNE İLİŞKİN VERİ TOPLAMA
FORMU**

TARİH :...../...../20...

Ad Soyad :

Telefon No :

EV :0 ()

İŞ :0 ()

CEP :0 ()

Adres

.....
.....

1-Yaş :.....

2-Cinsiyet : () K () E

3-Boy :.....cm.

4-Kilo :.....kg

5-BKI :.....

6-En Son bitirdiğiniz okul hangisidir?

(1) Üniversite Mezunu

(4) İlkokul Mezunu

(2) Lise mezunu

(5) Okuryazar

(3) Ortaokul mezunu

(6) Okuryazar değil

7-Ne iş yapıyorsunuz?(Emekli iseniz Emekli olduğunuz işi de yazınız.)

(1) Esnaf (4) Öğrenci (7) Özel Sektör

(2) Tüccar (5) Ev hanımı (8) Çalışmıyor

(3) Memur (6) İşçi (9) Emekli (**Emekli olduğunuz işi belirtiniz**)

(10) Diğer.....(**Belirtiniz**)

8-Ev de kaç kişi yaşıyor?.....

9-Eve giren toplam net gelir ne kadardır?.....

10-Barsak sorunları nedeniyle Kanser olmaktan korkuyor musunuz?

0-Hayır

1-Evet

11-Şu an mevcut olan müzmin hastalıklarınızı belirtiniz.(Birden fazla yazabilirsiniz.)

.....
....

12-Son 1 yıl içerisinde düzenli olarak kullandığınız tüm ilaçları belirtiniz.(Hormon ilaçları, ağrı kesiciler,barsak düzenleyici,müşil gibi ilaçlar da dahil olmak üzere HEPSİNİ belirtiniz.)

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

DİSPEPSİ ROME III SORU FORMU

1-Son 3 ay içinde boğazınızda yumru, dolgunluk ya da bir şey takılmış gibi hissettiniz mi?

[0] Hiç bir zaman → 4. soruya geçiniz

[1] Ayda bir günden daha az

[2] Ayda bir gün

[3] Ayda 2 ya da 3 gün

[4] Haftada bir gün

[5] Haftada 1 günden daha fazla

[6] Her gün

2-Bu şikayetiniz 6 ay veya daha uzun süredir mi var?

[0]Hayır

[1] Evet

3-Bu şikayetiniz öğünler arasındaki zamanlarda mı oluyor?(Yemek yemediğiniz zamanlarda)

[0]Hayır

[1] Evet

4-Bir şey yerken ya da içerken yutma sırasında ağrınız oluyor mu?

- [0] Hiç
- [1] Bazen
- [2] Sıklıkla
- (3) Çoğu zaman
- [4] Her zaman

5-Son 3 ay içinde ,göğsünüzün ortasında bir ağrı ya da rahatsızlık hissettiniz mi? (kalp problemi ile ilişkili olmayan)

- [0] Hiç bir zaman
- [1] Ayda bir günden daha az
- [2] Ayda bir gün
- (3) Ayda 2 ya da 3 gün
- [4] Haftada bir gün
- [5] Haftada 1 günden daha fazla
- [6] Her gün

8. soruya geçiniz



6-Göğsünüzdeki bu ağrı 6 ay veya daha uzun süredir mi var?

- [0]Hayır
- [1] Evet

7-Göğüs ağrınız olduğunda bunu bir yanma gibi mi hissettiniz?

- [0] Asla
- [1] Bazen
- [2] Sıklıkla
- (3) Çoğu zaman
- [4]Her zaman

8-Son 3 ay içinde göğüs kemiğinizin arkasında yanma yada ağrı oldu mu?

- [0] Hiç bir zaman
- [1] Ayda bir günden daha az

[2] Ayda bir gün

(3) Ayda 2 ya da 3 gün

[4] Haftada bir gün

[5] Haftada 1 günden daha fazla

[6] Her gün

9-Göğsünüzdeki yanma ya da ağrı 6 ay veya daha uzun süredir mi var?

[0]Hayır

[1] Evet

10-Son 3 ay içinde ,yiyecek ve içecekleri yuttuktan sonra takılıyormuş ya da boğazınızdan aşağıya yavaş iniyormuş gibi hissettiniz mi?

[0] Hiç bir zaman → 13. soruya geçiniz

[1] Ayda bir günden daha az

[2] Ayda bir gün

(3) Ayda 2 ya da 3 gün

[4] Haftada bir gün

[5] Haftada 1 günden daha fazla

[6] Her gün

11-Bu takılma şikayetiniz göğüs kemiğinizin arkasındaki yanma veya ağrı ile ilişkili mi?

[0] Hayır

[1] Bazen

[2] Sıklıkla

(3) Çoğu zaman

[4]Her zaman

12- Bu şikayetiniz 6 ay veya daha uzun süredir mi var?

[0]Hayır

[1] Evet

13-Son 3 ay içinde her zaman ki miktarda yediğiniz bir yemekten sonra rahatsız edici bir şişkinlik hissettiniz mi?

[0] Hiç bir zaman → 15. soruya geçiniz

[1] Ayda bir günden daha az

[2] Ayda bir gün

(3) Ayda 2 ya da 3 gün

[4] Haftada bir gün

[5] Haftada 1 günden daha fazla

[6] Her gün

14-Bu rahatsız edici şişkinlik hissi 6 ay veya daha uzun süredir mi var?

[0]Hayır

[1] Evet

15-Son 3 ay içinde, her zamanki miktarda yediğiniz bir yemeği bitiremediğiniz oldu mu?

[0] Hiç bir zaman → 17. soruya geçiniz

[1] Ayda bir günden daha az

[2] Ayda bir gün

(3) Ayda 2 ya da 3 gün

[4] Haftada bir gün

[5] Haftada 1 günden daha fazla

[6] Her gün

16- Bu durumunuz 6 ay veya daha uzun süredir mi var?

[0]Hayır

[1] Evet

17-Son 3 ay içinde, göbek deliğinizin üst kısmında ,karnızın ortasında (göğüste değil)yanma ya da ağrı hissettiniz mi?

[0] Hiç bir zaman → 26. soruya geçiniz

[1] Ayda bir günden daha az

[2] Ayda bir gün

(3) Ayda 2 ya da 3 gün

[4] Haftada bir gün

[5] Haftada 1 günden daha fazla

[6] Her gün

18- Bu ağrı ya da yanma 6 ay veya daha uzun süredir mi var?

[0] Hayır

[1] Evet

19-Bu ağrı yanma ya da aynı gün içinde tamamen geçiyor mu?

[0] Hayır

[1] Bazen

[2] Sıklıkla

(3) Çoğu zaman

[4] Her zaman

20-Göbek deliğinizin üst kısmında ,karnınızın ortasındaki ağrı ya da yanma genelde ne şiddette olmaktadır?

[1] Çok Hafif

[2] Hafif

(3) Orta

[4] Şiddetli

[5] Çok şiddetli

21-Bu ağrı ya da yanma yemek yemekle ilişkili mi?

[0] Yemek yememle değişmiyor.

[1] Yemek yedikten sonra kötüleşiyor.

[2] Yemek yedikten sonra ağrı kötüleşiyor.

22-Bu ağrı ya da yanma mide ilacı (Örneğin Talcid,Rennie gibi ilaçlar)alınca azalıyor mu,geçiyor mu?

[0] Hayır

[1] Bazen

[2] Sıklıkla

(3) Çoğu zaman

[4]Her zaman

23- Bu ağrı ya da yanma dışkılama ya da gaz çıkarma(yellenme) ile azalıyor veya kayboluyor mu?

[0] Hayır

[1] Bazen

[2] Sıklıkla

(3) Çoğu zaman

[4]Her zaman

24- Bu ağrı ya da yanma başladığında ,dışkılama sayınız değişiyor mu?(azalma ya da artma şeklinde)

[0] Hayır

[1] Bazen

[2] Sıklıkla

(3) Çoğu zaman

[4]Her zaman

25- Bu ağrı ya da yanma başladığında,alıştığınızdan daha sert veya daha yumuşak dışkılamanız oluyor mu?

[0] Hayır

[1] Bazen

[2] Sıklıkla

(3) Çoğu zaman

[4]Her zaman

26-Son 3 ay içinde ,rahatsız edici bulantınız oldu mu?

[0] Hiç bir zaman → 28. soruya geçiniz

[1] Ayda bir günden daha az

[2] Ayda bir gün

(3) Ayda 2 ya da 3 gün

[4] Haftada bir gün

[5] Haftada 1 günden daha fazla

[6] Her gün

27-Bulantınız 6 ay veya daha uzun süredir mi var?

[0]Hayır

[1] Evet

28-Son 3 ay içinde ,kustunuz mu?

[0] Hiç bir zaman → 33. soruya geçiniz

[1] Ayda bir günden daha az

[2] Ayda bir gün

(3) Ayda 2 ya da 3 gün

[4] Haftada bir gün

[5] Haftada 1 günden daha fazla

[6] Her gün

29-Kusma şikayetiniz 6 ay veya daha uzun süredir mi var?

[0]Hayır

[1] Evet

30-Kendi kendinizi kusturduğunuz oldu mu?(örneğin parmak atarak kusmak gibi...)

[0] Hayır

[1] Bazen

[2] Sıklıkla

(3) Çoğu zaman

[4]Her zaman

31-Geçen yıl birkaç gün süren ve sonra kesilen ,ataklar şeklinde kusmanız oldu mu?

- [0] Hiç bir zaman
- [1] Ayda bir günden daha az
- [2] Ayda bir gün
- (3) Ayda 2 ya da 3 gün
- [4] Haftada bir gün
- [5] Haftada 1 günden daha fazla
- [6] Her gün

32-Geçen sene boyunca bu şekilde en az 3 kusma atağınız oldu mu?

- [0]Hayır
- [1] Evet

33-Son 3 ay içinde, yedikleriniz ağzınıza geri geldi mi?

- [0] Hiç bir zaman → **39. Soruya geçiniz** ↓
- [1] Ayda bir günden daha az
- [2] Ayda bir gün
- (3) Ayda 2 ya da 3 gün
- [4] Haftada bir gün
- [5] Haftada 1 günden daha fazla
- [6] Her gün

34-Yedikleriniz ağzınıza geri gelmesi 6 ay veya daha uzun süredir mi var?

- [0]Hayır
- [1] Evet

35-Yedikleriniz ağzınıza geri geldiğinde ,genellikle siz yutmadan ya da tükürmeden önce bir süre ağzınızda kalıyor mu?

- [0] Hayır
- [1] Bazen

[2] Sıklıkla

(3) Çoğu zaman

[4]Her zaman

36-Yedikleriniz ağzınıza geri gelmeden önce öğürmeniz oluyor mu?

[0] Hayır

[1] Bazen

[2] Sıklıkla

(3) Çoğu zaman

[4]Her zaman

37-Yedikleriniz ağzınıza geri geldiğinde, kusma veya mideniz de rahatsızlık hissi oluyor mu?

[0] Hiç bir zaman

[1] Ayda bir günden daha az

[2] Ayda bir gün

(3) Ayda 2 ya da 3 gün

[4] Haftada bir gün

[5] Haftada 1 günden daha fazla

[6] Her gün

38-Ekşime veya asit tat olduğunda yemek yerseniz ,bu yemek ağıza ekşime veya asit tat geri gelmesini durdurur mu?

[0] Hayır

[1] Bazen

[2] Sıklıkla

(3) Çoğu zaman

[4]Her zaman

39-Son 3 ay içinde, rahatsız edici geğirme şikayetiniz oldu mu? Soru formu bitti.

[0] Hiç bir zaman

[1] Ayda bir günden daha az

[2] Ayda bir gün

(3) Ayda 2 ya da 3 gün

[4] Haftada bir gün

[5] Haftada 1 günden daha fazla

[6] Her gün

40-Bu rahatsız edici geğirme şikayetiniz 6 ay veya daha uzun süredir mi var?

[0]Hayır

[1] Evet

SORU FORMU BİTTİ.

KATILIMINIZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİZ.