

T1815



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
MERKEZ KÜTÜPHANESİ

FONKSİYONEL DİSPEPSİLİ HASTALAR İLE PEPTİK ÜLSERLİ HASTALARIN HAYAT KALİTELERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

+

UZMANLIK TEZİ

Dr. Hasan MUTLU

Tez Danışmanı : Doç.Dr. Dinç DİNÇER

"Tezimden Kaynakça Gösterilerek Yararlanılabilir"

Antalya, 2005

TEŞEKKÜR;

Bu tezin oluşumunda ve eğitimimde değerli katkılarından dolayı başta hocalarım Doç.Dr. Dinç Dinçer, Y.Doç.Dr. Mustafa Özdoğan, Uzm.Dr.Yaşar Tuna, Prof. Dr. Gülşen Yakupoğlu'nun yanı sıra emeği geçen tüm hocalarım ve çalışma arkadaşlarıma teşekkürü borç bilirim

Dr. Hasan MUTLU
Antalya, 2005

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
ÇİZELGELER DİZİNİ	iv
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	2-9
3. GEREÇ VE YÖNTEM	10-11
4. SONUÇLAR	12-13
5. TARTIŞMA	17-23
6. KAYNAKLAR	24-29

ÇİZELGELER DİZİNİ

Sayfa No

Çizelge 1	Demografik Özellikler-I
Çizelge 2	Demografik Özellikler-II
Çizelge 3	QOLRAD skorları

14
15
16

GİRİŞ VE AMAÇ

Bir hastanın şikayetleri gastroözofageyal reflü hastalığı hariç, üst gastrointestinal sistem hastalıklarından birini düşündürüyor ise dispepsiden bahsedilir. Dispepsi birçok nedene bağlı olabilir. Eğer neden olarak organik bir faktör bulunamıyor ise 'fonksiyonel dispepsi' adını alır. Fonksiyonel dispepsi dispepsi nedenlerinin çoğunluğunu oluşturmaktadır. Mortaliteye yol açmamakla beraber yaşam kalitesini etkileyebilmektedir. Fonksiyonel dispepsisi olan hastalar hekime sık müracat etmekte, iş verimlilikleri azalabilmekte ve sosyal yaşamlarında önemli etkilenmeler olabilmektedir. Etiyopatogenezinde birçok faktör üzerinde durulmakla beraber, tedavisinde tatminkar sonuçlar henüz elde edilememiştir.

Peptik ülser ise dispepsinin organik nedenlerinden biridir. Nedenleri daha net olarak ortaya konmuş ve fonksiyonel dispepsiye göre tedavisindeki sonuçlar daha başarılıdır. Peptik ülser hastalığı mortaliteye yol açabildiği gibi neden olduğu şikayetlerle yaşam kalitesini de etkileyebilmektedir.

Mortaliteye yol açmadığı ve komplikasyonu olmadığı için çok ciddi bir hastalık gibi görülmeyen fonksiyonel dispepsinin aslından yaşam kalitesini çok etkilediği düşünülmektedir. Bu çalışmada fonksiyonel dispepsi ile dispepsinin organik bir nedeni olan ve mortalitesi ve komplikasyonları olabilen peptik ülserin yaşam kalitesini etkileme düzeyleri karşılaştırılmıştır.

GENEL BİLGİLER

Dispepsi gelişmiş ülkelerde, toplumun yaklaşık dörtte birini etkiler ve en sık medikal başvuru sebepleri arasında yer almaktadır (1). Her yıl toplumun %10'unda yeni başlayan dispeptik şikayetler oluşmakta ve bu hastaların yaklaşık %15'i 3 aylık periyot içinde herhangi bir sağlık merkezine başvuru yapmaktadır (2,3). Tüm dahili şikayetlerin %40-70'i gastrointestinal sistem kaynaklıdır ve bunlar arasında dispepsi poliklinik başvurularının %7'sini oluşturmaktadır(4,5).

Dispepsinin hayat kalitesi üzerine önemli bir etki yaptığı bilinmektedir.Maliyet açısından bakılınca toplum ekonomisi üzerinde olumsuz sonuçlardoğurmaktadır. Direkt etkilerinin(başvuru ücretleri , tanısıl amaçlı tetkikler ve tedavi maliyetleri gibi) yanında, iş veriminin düşmesi, görevlerin aksaması yani işgücü kaybı gibi sebeplerden dolayı birçok yollardan ekonomiyi olumsuz yönde etkilemektedir (6). 1995yılında, dispeptik şikayetler için tedavi maliyetleri Amerika Birleşik Devletleri'nde yaklaşık 1.3 milyar dolar olarak hesaplanmıştır, ki bu hesaplanan ücret peptik ülser ve gastroözefageyal reflü hastalığı için reçete dışı kullanılmış medikal tedavi yöntemlerini içermemektedir (7). Yıllık kişi başına peptik ülser ve dispepsi tedavisi için harcanan ücret ise tahmini olarak yine 1183 ve 431 dolar hesaplanmıştır(8). Medikal tedavi yöntemlerinin büyük bir kısmının dispepsiye yol açması ve tedavi kesilmesinin semptomatik rahatlamaya yol

açması,tedavi kısıtlanması açısından konuyu daha önemli halgetirmektedir(9-13).

Azımsanmayacak tedavi modaliteleri,dispeptik yakınmalardan dolayı kesilme aşamasına kadar gelebilmektedir

Dispepsi terimi toplumlara göre farklı yorumlansa da genelde üst karın bölgesinde olan ve bir çok sebebi olan bir semptomlar demeti olarak tanımlanmaktadır(14-27). Genelde hastalar dispepsi terimini nadiren kullanırlar ve abdominal şikayetlerini ağrı, sızlama, şişkinlik, açlık hissi, yanma, hazımsızlık olarak tarif ederler. Hastaların dispeptik şikayetleri tarif

etme şekilleri biyolojik değişiklikler, kişisel ve toplumsal özellikler, kültür ve dile göre değişiklik göstermektedir.

Dispepsi tek bir semptom değildir. Gastrointestinal sistemin herhangi bir yerinden kaynaklanan semptomlar demetidir. Ama dispepsi terimi son yıllarda üst karın bölgesinde rahatsızlık hissi ve ağrı olarak tarif edilmektedir(21,22,24,28,29). Bu anlatım şişkinlik, erken doyma, yemek sonrası şişkinlik hissi, bulantı, iştahsızlık, yanma, regürjitasyon, geğirme gibi semptomları içermektedir.

Sağlık alanında klinik araştırmacılar arasında bile dispepsinin tanımı farklılık gösterdiği için,araştırmacılar tek bir tanımlama gayreti içinde idiler. 1991 yılında bir panelde gastrointestinal sistem sorunlarını tanımlayan, geniş çaplı bir sınıflama sistemi getirildi ve Roma kriterleri olarak adlandırıldı. Kriterler 1999 yılında Roma II konsensus grubunca tekrar düzenlendi ve dispepsinin tanımı yapıldı. Dispepsi üst karın bölgesinde lokalize ağrı ve rahatsızlık hissi olarak tanımlandı. Rahatsızlık hissi olarak abdominal şişkinlik, erken doyma, gaz ve bulantı gibi şikayetler tariflendi. Aynı zamanda konsensus grubu olası gastroözefageyal reflü hastalarının dispepsi hastalarından ayırmak için bazı çalışmalar yaptı. Bu nedenle, diğer semptomlar eşlik etse dahi, baskın semptomu heartburn (retrosternal yanma) olan hastaların ilk anda gastroözefageyal reflü hastası olarak kabul edilmesi ve sonrasında tanısal tetkikler ile hastalığın belirlenmesi önerildi. Yani baskın semptomu heartburn olan hastalar dispepsi sınıfına alınmayıp,gastroözefageyal reflü hastası olarak kabul edilmektedir.

Yukarıda da bahsedildiği gibi dispepsi şu an için hastaneye en sık başvuru sebepleri arasında yer almaktadır. Toplumun %15 ile 40'ının dispeptik şikayetleri bulunduğu tahmin edilmektedir(27,30,31) Bu şikayetlerin yaklaşık %75'i kroniktir ve geri kalanı akut olarak ortaya çıkmaktadır(27) Majör dispepsi sebepleri ise sırasıyla fonksiyonel dispepsi, peptik ülser ve gastrik kanserlerdir. Hastaneye yatış ve komplikasyonlar açısından bakıldığında ise peptik ülser ilk sırada yer almaktadır. Dispeptik şikayetler sonucu endoskopiye refere edilen bir grup

çalışmasında endoskopik sonuçlar %15 özefajit, % 4 gastrik ülser, %9 duodenal ülser tesbit edilmiştir ve geriye kalan %72'lik bölümün normal olduğu görülmüştür (53). Bir diğer çalışmada dispepsi şikayeti olan hastalar endoskopiye alınarak ve sonuçlar yaş ve cins olarak eşleştirilmiş sağlıklı bir gruba karşılaştırılmıştı. Sonuçlarda dispepsi şikayeti olan grubun % 54'ünün endoskopisinde bir patoloji saptanmamıştı. Normal sağlıklı grubun %66'sında ise endoskopi sonucu normaldi. Dispepsi grubunun %12'sinde özefajit, %8'inde peptik ülser olduğu belirtildi. Bu oranlar sağlıklı popülasyon grubunda %8 özefajit ve %4 peptik ülser şeklinde idi. Kısaca çalışmadaki sonuçlar, dispepsi sebebi ile herhangi bir merkeze başvuranların yaklaşık %60'ının fonksiyonel dispepsi hastası olma ihtimalini göstermektedir(2). Hatta buradan çıkarılan bir sonuçta, dispeptik hastalarda tanı veya tedavi amaçlı endoskopi kazanımının düşük olduğu şeklindedir. Bundan dolayı ampirik tedavi yapılarak yani asid süpresyon tedavisi veya Helicobacter pylori'ye yönelik antibiyoterapi (noninvaziv Helicobacter pylori antijeni çalışılarak sonucun pozitif olduğu görülürse) uygulanarak takip eden zaman içinde endoskopi planlanmasının ekonomik açıdan daha uygun olduğu ortaya atılmıştır (54)

Kronik dispepsili hastaların, %50 ile %70 arasında,yapılan üst gastrointestinal endoskopilerinde dispepsi sebebi olabilecek yapısal bir neden bulunamamaktadır (7,33,34). Her ne kadar daha çok araştırma yapılması bazı hastalarda dispepsiyi açıklayabilecek organik bir neden ortaya koysa da, kronik dispepsili hastaların yarısında herhangi biyokimyasal veya organik bir patoloji saptanamamaktadır. Bu gruptaki hastalar Fonksiyonel Dispepsi sınıflamasına alınmaktadır(35). Roma II Kriterlerinde Fonksiyonel Dispepsi tanımı şöyle yapılmıştır:

1.Yakınmaların bir yıl içinde en az 12 hafta devamlı veya zaman zaman olması

2.Sürekli veya tekrarlayan üst abdomen odaklı ağrı veya rahatsızlık

3.Üst gastrointestinal sistem endoskopisinde semptomları izah edecek organik hastalık saptanmaması

4 Semptomların defekasyon ile geçmemesi, dışkılama sıklığı ve

gaita şeklinde değişiklik ile ilişkisi olmaması (irritabil bağırsak hastalığı olmaması).

Fonksiyonel Dispepsi tanısı yukarıdan da anlaşılabileceği gibi bir dışlama tanısıdır. Fonsiyonel dispepsi terimi nonülser dispepsi, nonorganik dispepsi, idiyopatik dispepsi, esansiyel dispepsi olarak da ifade edilmektedir. Bu hasta gruplarının yarısına yakın bölümünde semptomların iyileşme gösterebileceği ve hatta dörtte birinde semptomların tamamen kaybolabileceği ifade edilmektedir. Sınırlı sayıdaki çalışmalar fonksiyonel dispepsinin günlük aktivite, iş hayatı, uyku, yeme ve içme, sosyal ilişkiler, duygusal durum üzerine etkileri nedeni ile hayat kalitesini etkilemektedir.

Fonksiyonel dispepsi toplumda sıkça karşılaşılan ve altta herhangi bir organik patolojinin tespit edilemediği bir dispepsi alt grubudur. Hastaneye sık başvuru, tetkik, tedavi , işgücü kaybı veya verim azalması nedeni ile toplum ekonomisine etkisi azımsanmayacak kadar fazladır.Daha önce yukarıda da bahsettiğimiz gibi Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışmada fonksiyonel dispepsi için harcanan yıllık miktarın bir milyar dolar üzerinde olduğu belirtilmektedir.Burada dispeptik hastaya yaklaşımda ve yapılacak değerlendirme ve ileri tetkiklerde hekimler büyük iş düşmektedir.Yalnız burada bir de araştırılmamış dispepsiden bahsetmek gerekir. Akut veya kronik dispepsi ilk görüldüğü anda tedavi amaçlı olarak semptomlarına göre (kanama, anemi, kilo kaybı gibi alarm semptomları yoksa) uygun sınıfa alınarak ampirik tedavi başlanması gibi bir yol da izlenmektedir. Medikasyon cevabına göre ileri strateji çizilmektedir. Bu gibi dispeptik şikayeti olan ancak tanısız girişim yapılmadan ampirik tedavi başlanmış olan hasta grupları araştırılmamış dispepsi sınıfına alınmaktadır. Eğer bu gruptaki hastalar, ileri tetkikler sonucu değerlendirilip dispepsiyi açıklayacak herhangi bir sebep bulunamazsa fonksiyonel dispepsi sınıfına alınmaktadır.

Yapılan araştırmalar sonucunda fonksiyonel dispepsi nedeni olarak 4 fikir öne sürölmüştür:1) Motor değişmeler(gecikmiş boşalma,başlangıçta mide içinde değişik dağılım, antral hipomotilite, gastrik disritmi, duodejejunal motilite azalması ve yiyeceklere mide akomodasyonunun bozuması). Gastrik nöromüsküler çalışmalarda yiyeceklere karşı cevabın azaldığı görölmüştür.Sintigrafik, ultrasonografik çalışmalarda, bu tür hastaların %40'ında mide transit zamanının uzadığı görölmüş (36-45). 2)Visseral duyuda değişmeler. Yine yapılan çalışmalarda Fonksiyonel Dispepsili hastalarının %50'sinde gastrik distansiyona karşı hipersensitivite olduğu görölmüş ve bunların çoğunluğunun bir merkeze bu nedenle başvurduğu belirtilmiştir (46-48). 3)Santral sinir sistemi algılamasında değişmeler. Fonksiyonel Dispepsili hastalarda vagal sinir efferent disfonksiyon saptanmıştır. Stresli ortamın vagal sinir tonusunda azalmaya yol açtığı ve bununda dispeptik semptomlar ortaya çıkardığı hipotezi de ortaya atılmıştır. 4)Helicobacter pylori Özellikle ülserli hastalarda etyopatogeneizde rol oynadığı ve eradikasyon sonrası ülserin iyileşmesi hızlandığı için fonksiyonel dispepsi grubunda dikkate alınmıştır.Yine bu hasta gruplarında Helicobacter pylori araştırılmış, pozitif olan hastaları eradikasyon öncesi ve sonrası hayat kalitesi ölçümleri karşılatırılmıştır. Eradikasyon sonrası hayat kalitesi ölçümlerinin daha iyi çıkması bu ajanın etyolojide rol alabileceğini veya pozitif olmasının semptomları şiddetlendireceğini düşündürmüştür (62).

Fonksiyonel dispepsi hastaları için yapılan prognostik çalışmalar az sayıdadır.İsveç toplumunda yapılan bir çalışmada fonksiyonel dispepsili hastaların üçte ikisinin şikayetleri izlemdeki on yıl içinde azalmaktadır(49). Tekrar değerlendirmeye alınması gereken hastaların ise çok azında organik bir rahatsızlık tespit edilmiştir (50,51). Yapılan diğer çalışmalarda ise ilerleyen zaman dilimi içinde fonksiyonel dispepsi semptomlarına irritabl barsak semptomları eşlik etmektedir (52).

Hastalıklarla mücadelenin ana amacı mortalite ve komplikasyonların önlenmesi veya en aza indirilmesidir.Ancak hastalıkların bir kısmı mortalite ve komplikasyona yol açmadan da sorunlara yol açabilmektedir Yaşam

kalitesini etkileyebilen bir çok hastalık hayatı keyifsiz yapabilmekte, hastanın sosyal ilişkilerini bozabilmekte, iş verimliliğini etkileyebilmekte ve maddi kayıplara yol açabilmektedir.

Hastalıkların yaşam kalitesini ne oranda etkilediğini tespit etmek için birçok anket soru formu geliştirilmiştir. Bunlardan bazıları Short Form-36 (SF-36), Sickness Impact Profile (SIP), Quality of Life in Peptic Disease (QLDUP-SF 36 ve PGWB indexlerini içermekte) , Functional Digestive Disorders Quality of Life (Functional Dyspepsia QOL) , Quality of Life in Duodenal Ulcer(QLDUP), Nepean Dyspepsia Index (NDI), Severity of Dyspepsia Index (SODA), Quality of Life reflü And Dyspepsia (QOLRAD) ve Gastrointestinal Symptom Rating Scala (GSRS) olarak sıralanabilir.

Fonksiyonel dispepsili hastalar, son zamanlarda uygun değerlendirme skalalarının geliştirilmesiyle, hayat kalitesi açısından değerlendirmeye alınmıştır. Yapılan geniş çaplı araştırmalarda normal popülasyona göre hayat kalitesi, fonksiyonel dispepsili hasta grubunda düşük bulunmuştur.Yine yapılan büyük çalışmalarda fonksiyonel dispepsili hastalarla, organik bir dispepsi grubu olan duodenal ülserli hastaların ve sağlıklı grubun hayat kalitesi araştırılmış ve fonksiyonel dispepsili hastaların skorlarının, ülserli ve sağlıklı gruba göre daha kötü olduğu bulunmuştur.Fonksiyonel dispepsili hastalarda anksiyete, depresyon veya diğer psikopatolojik olayların daha çok olduğu, bu faktörlerin hayat kalitesini düşüren etkenlerin başında geldiği yine bu çalışmada belirtilmiştir.

Hayat kalitesinin normal popülasyona ve diğer organik nedenler göre daha düşük olmasına rağmen, yaşam süresine kısaltıcı bir etkisi olmaması, fonksiyonel dispepsili hasta grubu için önemli bir özelliktir (55) Ve hatta dispepsi hastaları arasında, karın ağrısı veya fiziksel fonksiyon kısıtlanmasına bağlı olarak günlük aktiviteleri azalmış hastaların, değerlendirme sonucunda diğer dispepsi gruplarına göre fonksiyonel dispepsi olma ihtimali daha fazladır (55)

Birçok çalışmada fonksiyonel dispepsinin hayat kalitesine olan etkisi farklı yöntemlerle araştırılmıştır. 2003 yılında yayınlanan 1980-2003 yılları arasında farklı kişiler ve farklı zamanlarda yapılan 12 çalışma tekrar analiz edilmiştir. Bunlardan altı tanesi uygun kriterlerde idi. Bu incelemede değerlendirmeye alınan çalışmalardan bazıları , fonksiyonel dispepsi grubunun hayat kalitesini, normal topluma veya diğer organik kökenli dispepsi grubu ile karşılaştırmışlardır. Bazıları da tedavi ile hayat kalitesi skorlarında düzelmeyi incelemişlerdir. Bu çalışmalarda kullanılan formlar jenerik formlardır(SF-36 ve PGWB) Tüm bu çalışmaların incelenmesi sonucu ortaya çıkan sonuç orta ve ağır fonksiyonel dispepside hayat kalitesinin azaldığı şeklindedir. (55).

Dispepsi sebepleri arasında ikinci sıklıkta gösterilen peptik ülser ise, endoskopik olarak tanımlanan organik bir patolojidir. Gerek tanımlanmış bir organik kökeni olması, gerek komplikasyonların ortaya çıkması (kanama, perforasyon, obstrüksiyon, penetrasyon) ve en önemlisi mortal seyredebilmesi tedavi ve takibinin önemini arttırmaktadır. (61).

Peptik ülser sadece komplikasyonlara yol açması açısından da önemli değildir. Karın ağrısı, bulantı, kusma gibi şikayetlere yol açarak yaşam kalitesinde de azalma yapması beklenir.

Genel olarak mortalite ve komplikasyonlara yol açmayan hastalıklar çok önemli hastalıklar olarak değerlendirilmemektedir. Yaşam kalitesine yaptıkları olumsuz etkiler hep gözden kaçmaktadır. Fonksiyonel dispepsi de böyle bir hastalıktır. Hem yaptığı semptomlar hem de mevcut tedavilere verdiği cevabın tatminkar olmaması ile hastanın yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir.

1998 yılında Wiklund ve arkadaşları , dispepsi ve GÖRH'da kullanılabilen yaşam kalitesini ölçen bir anket formu geliştirdiler. Bu formu QOLRAD (Quality of Life reflü And Dyspepsia) olarak adlandırdılar. Bu çalışma, organik bir sebebe dayandırılmayan, yaşam süresine olumlu veya olumsuz etkisi olmayan, tanımı, takibi, tedavisi için ekonomik etkileri olan fonksiyonel dispepsili hastalarla, mortaliteye sebep olan ve organik patolojisi kanıtlanmış olan peptik ülserli hastaların hayat kalitesini

karşılaştırmak için dizayn edilmiştir. Fonksiyonel dispepsinin peptik ülserle göre ne oranda yaşam kalitesini etkilediği ortaya konabilirse, bu hastalığın daha ciddiye alınabileceği düşünülmüştür. Bu amaçla her iki hastalık QOLRAD anketleri ile karşılaştırılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Ocak 2004 ve Temmuz 2004 tarihleri arasında Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi İç Hastalıkları polikliniğine başvuran hastalar bu çalışma için hedef seçilmişlerdir. Dispeptik yakınmalar nedeni ile Genel Dahiliye ve Gastroenteroloji polikliniklerinde görülen hastalardan detaylı bir hikaye alınarak ayrıntılı bir şekilde fizik muayeneleri yapılmıştır.

Dispepsiye sebep olabilecek gastrointestinal sistem dışı hastalığı olan veya başka nedenlerden dolayı medikasyon alan ve bundan dolayı dispeptik yakınması olduğu düşünülen hastalar bu çalışma için uygun görülmeyle çalışmadan çıkarılmıştır. Kriterleri sağlayan hastalardan gerekli görülen biyokimyasal tetkikler istendi. Sonuçlara göre dispepsiye açıklayabileceği düşünülen hallerde batin ultrasonografisi istendi. Tüm bu klinik ve laboratuvar incelemelerden sonra kesin tanı için üst endoskopi istenen hastalarla endoskopi öncesi tekrar görüşüldü. Hastaların dispepsiye gidebilecek medikasyon almadığına dikkat edildi. Endoskopi öncesi hastalar, bu görüşme için planlanmış olan odada, standard ve uygun sürede teke tek görüşüldü. Hastaların önce kişisel bilgileri kaydedildi. Sonra alarm semtomları, dispepsinin süresi, şikayet derecesi (kişisel), şikayet sıklığı soruldu. Tüm bu sorulardan sonra hastalara, hayat kalitesi değerlendirme skalası soruları yöneltildi. Hastalara başlıklar içindeki sorular tek tek açıklandı ve cevap için uygun süre beklendi. Sorgulaması biten hastalara daha sonra uygun şartlarda üst endoskopi uygulandı. Endoskopi sonuçları işlem bitiminde kaydedildi.

Hastaların hayat kalitesi ölçülürken tüm dünyada yaygın olarak kullanılan üç değişik sistem vardır. Bunlardan ilki global değerlendirme skalaları, ikincisi genel değerlendirme skalaları ve son olarak da hastalığa spesifik değerlendirme skalaları vardır. Bunlardan bizim kullandığımız genel değerlendirme skalaları idi. Yani kullandığımız form dispeptik hastaların hayat kalitesini değerlendirmeye yarıyor ancak dispepsi sebebi olan hastalıkları için özgün olarak planlanmamıştır.

(Nepean Dyspepsia Index (NDI), Severity of Dyspepsia Index (SODA), Quality of Life reflü And Dyspepsia (QOLRAD) ve Gastrointestinal Semptom Rating Scala (GSRS) vs.). Bizim çalışmamızda ise son zamanlarda geliştirilmiş olan, kısa zaman almasından dolayı kullanışlı olan Quality of Life in Reflux And Dyspepsia (QOLRAD) kullanıldı. Daha önce kullanımda olan SF-36 veya PGWB gibi skalalara alternatif olarak geliştirilen ve bunlarla etkinliği karşılaştırılan bu formların çalışmalar sonucunda en az öncekiler kadar etkin olduğu gösterilmişti. (57).

QOLRAD skalasında soru formu 5 ana başlık ve yirmi beş sorudan oluşmakta idi. Başlıklar duygusal elem,uyku bozukluğu,yeme ve içme sorunu,fiziksel ve sosyal fonksiyon ve zindelik olarak sıralandı.Puanlama sıklık ve sıkıntıya sokma şiddetine göre iki ayrı kategoride yapıldı ve puanlar 7 puanlı Likert skollama sistemine göre belirlendi. Bu sistemde sıklık puanları , hiçbir zaman (7) , nadiren (6) , arada bir (5) , zaman zaman (4) , oldukça sık (3) , çoğu zaman (2) ve her zaman (1) olarak belirlenmişti. Ayrıca sıkıntıya sokma şiddeti puanları da, hiçbir zaman (7) , hemen hemen hiç (6) , çok az (5) , Biraz (4) , önemli derecede (3) , büyük sıkıntı (2) , çok ciddi sıkıntı (1) olarak belirlendi. Bu puanlama sisteminde düşük skorlar daha kötü hayat kalitesini göstermekte idi.

SONUÇLAR

Çalışmaya fonksiyonel dispepsili 100 hasta ve peptik ülserli 100 hasta dahil edildi. Çalışmaya alınan hastalardan fonksiyonel dispepsi grubunda olanların %25'i erkek, %75'i kadın idi. Bu oran ülserli grupta ise %53'ü erkek, %47'si ise kadın şeklinde idi. Yaş ortalaması ise fonksiyonel dispepsili grupta 50 ± 13 , ülserli grupta 53 ± 13 'dü. Çalışma hastalarının yaşadığı yer açısından incelenmesi sonrasında ise fonksiyonel dispepsi hastalarının %67'si şehirde, %23'ü ilçede, %10'i köyde yaşıyordu. Ülserli gruptaki hastaların ise %73'ü şehirde, %17'si ilçede, %10'u köyde yaşıyordu. Fonksiyon dispepsi hastalarının %65'i yüksek, %20'si orta, %14'i düşük gelirli idi. Peptik ülserli grubun ise %59'u yüksek, %26'sı orta, %15'i düşük gelirli idi. Öğrenim durumu açısından ise fonksiyonel dispepsili grupta 512'si okula gitmemiş, %36'sı ilkokul, %6'sı ortaokul, %13'ü lise, %14'ü yüksekokul ve %19'u üniversite mezunu idi. Ülserli gruptaki hastaların %10'u okula gitmemiş, %31'i ilkokul, %14'ü ortaokul, %18'i lise, %12'si yüksekokul, %15'i ise üniversite mezunu idi.

Başvuru şikayetleri açısından bakılınca fonksiyonel dispepsili gruptaki hastaların %61'i ülser tipi dispeptik şikayetler ve %39'u dismotilité tipi dispeptik şikayetlerle başvurdu. Ülser grubundaki hastaların ise, %70'i ülser tipi, %30'u dismotilité tipi dispepsi şikayetleri ile polikliniğe başvurdu. Fonksiyonel dispepsili gruptaki hastaların %49'unda alarm semptomu yok, %1'inde kilo kaybı, %5'inde disfaji, %15'inde kusma, %2'sinde kanama, %19'unda anemi vardı. %9'unda ise birden çok alarm semptomu vardı. Ülserli hastaların ise %36'sında alarm semptomu yok, %3'ünde kilo kaybı, %2'sinde disfaji, %9'unda kusma, %32'sinde kanama, %8'inde anemi vardı. %10'unda ise birden çok alarm semptomu vardı.

Fonksiyonel dispepsili gruptaki hastaların %35'inin şikayetleri 6 aydan kısa süreli, %8'inin 6 ay ile 1 yıl arasında, %57'sinin ise 1 yıldan

uzun süreli idi. Bu durum ülserli grupta %38'i 6 aydan kısa süreli, %7'si 6ay ile 1 yıl arasında ve %55'i 1 yıldan uzun süreli şeklinde idi. Yine fonksiyonel dispepsili gruptaki hastaların %15'inin şikayeti hafif, %34'ünün orta dereceli, %51'inin şiddetli idi. %13'ünün şikayeti haftada 1 gün, %37'sinin şikayeti 2-4 gün, %15'inin şikayeti 5-6 gün ve %35'inin şikayeti haftanın hergünü idi. Ülser grubundaki hastaların %29'unun şikayeti hafif, %33'ünün orta dereceli, %38'inin şiddetli idi. Bu gruptaki hastaların %18'nin şikayeti haftada 1 gün, %39'unun 2-4 gün, %12'sinin 5-6 gün, %31'inin ise haftanın her günü idi. Hastaların demografik özellikleri Çizelge 1'de verilmiştir.

Çizelge 3'de tüm hastalara uygulanmış olan QOLRAD hayat kalitesi ölçüm skalası başlıklara göre ortalama değerleri, her iki gruba göre ayrılmış olarak verilmiştir. Çizelge 3'de de belirtildiği gibi QOLRAD skalasında tüm ana başlıklarda fonksiyonel dispepsi grubunun skorları ülserli hasta grubuna göre daha düşük çıkmıştır. Yani hayat kalitesi skor olarak düşüktü ancak arada anlamlı bir fark bulunup bulunmadığı için istatistiksel testler yapılması gerekli idi. QOLRAD skorları SPSS programına yüklendi ve istatistiksel testler yapıldı.

ÇİZELGE 1. Demografik Özellikler-I

	<u>Normal</u>	<u>Peptik Ülser</u>
A) Cins		
Erkek	%25	%53
Kadın	%75	%47
Yaş	50±13	53±13
B) Yaşadığı Yer		
Şehir	%67	%73
İlçe	%23	%17
Köy	%10	%10
C) Ekonomik Durum		
Yüksek	%65	%59
Orta	%20	%26
Düşük	%15	%15
D) Öğrenim Durumu		
Universite	%19	%15
Yüksekokul	%14	%12
Lise	%13	%18
Ortaokul	%6	%14
İlkokul	%36	%31
Yok	%12	%10
E) Cio		
Pozitif	46	47
Negatif	24	44
F) Sigara		
İçiyor	13	34
İçmiyor	45	42

ÇİZELGE 2. Demografik Özellikler-II

G) Alarm Semptomu

Yok	%49	%36
Kilo Kaybı	%1	%3
Disfaji	%5	%2
Kusma	%15	%9
Kanama	%2	%32
Anemi	%19	%8
Birlikte	%9	%10

H) Şikayet Tipi

Ülser Tipi	%61	%70
Dismotilite Tipi	%39	%30

İ) Şikayet Süresi

<6 ay	%35	%38
6ay-1yıl	%8	%7
>1 yıl	%57	%55

J) Şikayet Derecesi

Hafif	%15	%29
Orta	%34	%33
Şiddetli	%51	%38

K) Şikayet Sıklığı

1-2 gün/hafta	%13	%18
2-4 gün/hafta	%37	%39
5-6 gün/hafta	%15	%12
Hergün	%35	%3

ÇİZELGE 3. QOLRAD Hayat Kalitesi Ölçüm Sonuçları

	SONUÇ	Ortalama Değer	P değeri
Duygusal Elem Şikayeti Sıklığı	Normal	3,71±1,09	>0.05
	Peptik Ülser	4,03±1,31	
Duygusal Elem Şikayeti Şiddeti	Normal	3,95±1,23	>0.05
	Peptik Ülser	4,24±1,35	
Uyku Bozukluğu Şikayeti Sıklığı	Normal	4,52±1,38	>0.05
	Peptik Ülser	4,63±1,48	
Uyku Bozukluğu Şikayeti Şiddeti	Normal	4,70±1,44	>0.05
	Peptik Ülser	4,81±1,47	
Yeme ve İçme Sorunu Sıklığı	Normal	4,44±1,27	<0.05
	Peptik Ülser	4,85±1,15	
Yeme ve İçme Sorunu Şiddeti	Normal	4,79±1,23	<0.05
	Peptik Ülser	5,13±1,11	
Fiziksel ve Sosyal Fonksiyon Sorunu Sıklığı	Normal	5,24±1,00	>0.05
	Peptik Ülser	5,45±0,96	>0.05
Fiziksel ve Sosyal Fonksiyon Sorunu Şiddeti	Normal	5,50±0,09	
	Peptik Ülser	5,66±0,88	
Zinde Hissetmeme Sıklığı	Normal	4,42±1,19	<0.05
	Peptik Ülser	4,90±1,14	
Zinde Hissetmeme Şiddeti	Normal	5,04±1,18	>0.05
	Peptik Ülser	5,31±1,02	

TARTIŞMA

Çalışmaya alınan gruplar cinsiyet açısından karşılaştırıldığında bayan hastaların fonksiyonel dispepsi grubunda daha baskın olduğu ve grubun %75'ini oluşturduğu görüldü. Ülserli grupta ise bayan hasta yüzdesi %47 idi. Joan Mones ve arkadaşlarının çalışmasında fonksiyonel dispepsi hastalarını oluşturan bayanların oranı %54,9 idi (58), Nicholas J. Talley'in çalışmasında %58 şeklinde idi (56). Bahsedilen son çalışmada organik kökenli dispepsilerde bayan oranı ise %50 olarak tespit edilmişti. Diğer çalışmalarda da olduğu gibi fonksiyonel dispepsinin büyük çoğunluğunu bayanlar oluşturmaktadır. İstatistiksel olarak da anlamlı fark mevcuttu ($p<0.05$). Grupların yaş ortalaması ise fonksiyonel dispepsili grupta 50 ± 13 , ülserli grupta 53 ± 13 'dü. Talley'in çalışmasında ise yaş ortalamaları fonksiyonel dispepsili grupta 59, organik kökenli dispeptik grupta ise 63 idi (56). Bu çalışmada da belirtildiği gibi fonksiyonel dispepsi yaş olarak diğer dispepsi sebeplerine göre daha genç yaş grubunda görülme eğilimindedir ve bu bizim çalışmamızda da doğrulanmıştır. İstatistiksel olarak yaş gruplarında anlamlı fark elde edilemedi ($p>0.05$). Gruplar sosyoekonomik açıdan incelendiğinde, her iki grubunda benzer özellikler gösterdiği görüldü. Her iki grupta çoğunluğu şehirde yaşayan ve ekonomik durumu yüksek olan hastalar oluşturmuyordu. Grupların sosyoekonomik açıdan benzerliği daha önce yapılan bir çalışmada da saptanmıştı (56). Öğrenim durumu açısından ise fonksiyonel dispepsili grupta %12'si okula gitmemiş, %33'ü ise yüksekokul ve üniversite mezunu idi. Ülserli gruptaki hastaların %10'u okula gitmemiş, %27'si yüksekokul ve üniversite mezunu idi. Gruplar eğitim bakımından da birbirlerine yakın idi ve istatistiksel olarak fark saptanmadı ($p>0.05$).

Başvuru şikayetleri açısından bakılınca fonksiyonel dispepsili gruptaki hastaların %61'i ülser tipi dispeptik şikayetler ve %39'u dismotilite tipi dispeptik şikayetlerle başvurdu. Ülser grubundaki hastaların ise, %70'i

ülser tipi, %30'u dismotilite tipi dispepsi şikayetleri ile polikliniğe başvurdu. Gruplar arasında fark yoktu ($p>0.05$). Burada çalışmaya alınan hastaların %35'i dismotilite tipi, %65'i ise ülser tipi dispeptik şikayetleri baskın olarak başvurdu. Dismotilite tipi dispeptik şikayetleri baskın olan hastaların %56'sinin endoskopi sonucu normal olarak saptandı. Yani dismotilite tipi şikayetlerle başvuran hastaların çoğunluğunda fonksiyonel dispepsi saptandı. Fakat pozitif prediktif değeri çok düşük idi (%56). Daha önce Türkiye'de yapılmış olan bir çalışmada da fonksiyonel dispepsili hastaların baskın olan semptomlarının çoğunluğunu ülser tipi dispeptik şikayetler oluşturmaktaydı (60). Yapılan bir çalışmada fonksiyonel dispepsili grupta ülser tipi dispeptik grup %53'lük oranla dominant grup olarak bulunmuştu (59).

Fonksiyonel dispepsili gruptaki hastaların %49'unda alarm semptomu yoktu. %15'inde kusma, %19'unda anemi, %1'inde kilo kaybı, %5'inde disfaji, %2'sinde kanama vardı. %9'unda ise birden çok alarm semptomu vardı. Anemi oranının bu kadar yüksek olmasındaki en önemli etken belki de fonksiyonel dispepsi hastalarının çoğunluğunu bayanların oluşturması idi. Menstrüasyon nedeni ile anemi oranının yüksek olması dispeptik bayanlarda anemi alarm semptomunun yüksek çıkmasına sebep olduğu söylenebilir. Ülserli hastaların ise %36'sında alarm semptomu yok, %32'sinde kanama, %8'inde anemi, %3'ünde kilo kaybı, %2'sinde disfaji, %9'unda kusma vardı. %10'unda ise birden çok alarm semptomu vardı. gibi ülserli hastalarda anemi oranı bir hayli yüksek bulunmuştur.

Fonksiyonel dispepsili gruptaki hastaların %35'inin şikayetleri 6 aydan kısa süreli, %8'inin 6 ay ile 1 yıl arasında, %57'sinin ise 1 yıldan uzun süreli idi. Bu durum ülserli grupta %38'i 6 aydan kısa süreli, %7'si 6 ay ile 1 yıl arasında ve %55'i 1 yıldan uzun süreli şeklinde idi. Yine fonksiyonel dispepsili gruptaki hastaların %15'inin şikayeti hafif, %34'ünün orta dereceli, %51'inin şiddetli idi. Ülser grubundaki hastaların ise %29'unun şikayeti hafif, %33'ünün orta dereceli, %38'inin şiddetli

idi.Yukarıdan da anlaşılacağı gibi dispeptik şikayetleri şiddetli olanların fonksiyonel dispepsi olma olasılığı daha fazladır.Bu durum Talley'in çalışmasında da ifade edilmiştir ve bizim sonuçlarımızda bunu doğrular nitelikte idi (56). Fonksiyonel dispepsi grubundaki hastaların %50'sinin şikayeti haftanın en az 5 günü ortaya çıkmaktadır.Bu oran ülserli hastalarda ise %43 şeklinde idi.Yine anlaşılacağı gibi şikayetler fonksiyonel dispepsi grubunda daha şiddetli ve daha sık olmaktadır.

Hayat kalitesi açısından gruplar QOLRAD skalası ile karşılaştırıldı. QOLRAD skorları aşağıda belirtildi.

Duygusal Elem Şikayet Sıklığı ortalama değerleri Fonksiyonel dispepsi grupta 3,71 ve ülserli grupta 4,03 idi.Gruplar arasında yapılan istatistiksel değerlendirme sonucunda Fonksiyonel dispepsi'li ve ülserli grup arasında Duygusal Elem sıklığı açısından anlamlı fark saptanamadı ($p>0.05$). Önce yapılmış olan çalışmada (QOLRAD,Wiklund) normal endoskopik bulguları olan grubun skorları gastrik ve peptik ülser saptanan hasta gruplarına göre daha düşük bulunmuştu ve bizim çalışmamızda bu yönde paralellik göstermektedir(Normal:4.00,Duodenal Ülser:4.2 ve Gastrik Ülser:4.4) (57). Daha önce PGWB Index ve GHQ skalaları ile yapılan çalışmalarda ,hastaların fonksiyonel dispepsi nedeni ile hayat kalitesinin düştüğü görülmüştür(57,58). Bizim çalışmamızda da duygusal elem açısından bakınca QOLRAD skalasında skorlar peptik ülserli hastalara göre Fonksiyonel dispepsi'li hastalarda daha düşüktü.Ancak istatistiksel bir anlam saptanamadı. Organik kökeni olmamasına rağmen fonksiyonel dispepsinin en az organik kökenli dispepsi sebebi hastalıklar kadar (peptik ülser, gastrik kanser gibi) hayat kalitesini düşürdüğü bilinmektedir ve özellikle duygusal durum açısından bakınca Fonksiyonel dispepsi hastalarının daha çok anksiyete semptomları gösterdiği, daha çok somatik şikayetlerinin olduğu olduğu görülmüştür(3,4). Hatta peptik ülserli hastalara göre anksiyete ve somatizasyon yönünden daha çok semptomatiktir (3,4) Yine bizim çalışmamızda duygusal elem şikayet şiddet derecesi açısından bakılınca Fonksiyonel dispepsi grubu 3,95 ,ülser grubu 4.24 idi ve Fonksiyonel dispepsi'li hastaların Duygusal Elem

semptomlarının skor olarak şiddetli olduğu bizim çalışmamızda da bulunmuştu. Ancak istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($p>0.05$). Yukarıda da anlatıldığı gibi duygusal durumdaki hayat kalitesini düşüren değişmeler, peptik ülserle göre, organik kökeni bulunmayan ve prognoz üzerinde etkisi bulunmayan yani yaşam süresini etkilemeyen fonksiyonel dispepside, skor olarak daha şiddetli ve daha siktir. Ancak istatistiksel yöntemlerle hem sıklık hemde şiddet derecesi açısından anlamlı anlamlı anlamlı fark bulunamadı ($p>0.05$).

Uyku Bozukluğu Şikayet Sıklığı değerleri Fonksiyonel dispepsi grubta 4,52 ve ülserli grubta 4,63 idi. Veriler değerlendirildiğinde Fonksiyonel dispepsi grubu hastalarının skorları daha düşüktü. Yani uyku problemleri Fonksiyonel dispepsi'li hastalarda daha sık görülmekte idi. Ancak bu skor düşüklüğü istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmadi ($p>0.05$). Daha önce yapılan başka bir çalışmada ise bu değerler ülserli grubta daha düşük bulunmuştu (Normal: 4.6, Duodenal Ülser: 4.2 ve Gastrik Ülser: 4.4) (57). Şiddet açısından ise Fonksiyonel dispepsi grubu 4,70 , ülser grubu 4,81 idi ve Fonksiyonel dispepsi'li hastaların Uyku Bozukluğu Şikayetlerinin daha şiddetli olduğu görüldü. Ancak yine istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($p>0.05$).

Yeme ve İçme Sorunu açısından bakıldığında ise şikayet sıklığı değerleri FD grubta 4,44 ve ülserli grubta 4,85 olarak bulundu. Gruplar arasında yapılan istatistiksel değerlendirme sonucunda Fonksiyonel dispepsi'li ve ülserli grup arasında Yeme ve İçme Sorunu Şikayet Sıklığı açısından anlamlı fark mevcuttu ($p<0.05$). yeme ve İçme bakımından Fonksiyonel dispepsi'li hastaların şikayetleri anlamlı derecede daha fazla idi. Ancak bu değerler önceki çalışmalarda birbirine yakın değerlerde bulunulmuş (Normal: 4.1, Duodenal Ülser: 4.2, Gastrik Ülser: 4.2) (57). Yine bu Yeme ve İçme Şikayetlerinin şiddeti Fonksiyonel dispepsi grubu 4,76 , ülser grubu 5,13 şeklinde idi ve Fonksiyonel dispepsi'li hastalarda Yeme ve İçme Sorunu Şikayetlerinin daha şiddetli olduğu görüldü. İstatistiksel olarak da anlamlı fark mevcuttu ($p<0.05$).

Fiziksel ve Sosyal Fonksiyon açısından bakılınca şikayet sıklığı değerleri fonksiyonel dispepsili grupta 5,24 ve ülserli grupta 5,45 idi. Gruplar arasında yapılan istatistiksel değerlendirme sonucunda ise fonksiyonel dispepsili ve ülserli grup arasında Fiziksel ve Sosyal Fonksiyon açısından anlamlı fark kaydedilemedi ($p>0.05$). Şiddet açısından ise Fonksiyonel dispepsi grubu 4.79 ,ülser grubu 5,13 idi ve yine istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($p>0.05$). Mones (328 fonksiyonel dispepsili hasta, Spain,2002)(58) ve Wiklund (196 hasta fonksiyonel dispepsili hasta, Sweden &Denmark, 1998)(57) tarafından fonksiyonel dispepsili hastalar kontrol grupları ile hayat kalitesi yönünden karşılaştırılmıştı ve Mones'un SF-36 skalası ile yaptığı çalışmada fiziksel ve sosyal fonksiyon açısından fonksiyonel dispepsili grubun hayat kalitesi anlamlı derecede düşüktü. Wiklund'un PGWB skalası ile yaptığı çalışmasında ise fonksiyonel dispepsili grubun skorları normal popülasyona göre daha düşük saptanmasına rağmen anlamlı fark elde edilememişti. Wiklund'un 1998 yılı QOLRAD çalışmasında bizim de kullanmış olduğumuz QOLRAD skalasını önceki skalalarla karşılaştırmıştı. Buradaki QOLRAD skorları fonksiyonel dispepsili grupta 5,00, duodenal ülser saptananlarda 5,10 ve gastrik ülser saptananlarda ise 4.80 idi. Talley 1995 yılındaki çalışmasında fonksiyonel dispepsili hastaların hayat kalitesinin organik kökenli dispeptik hastalara göre daha düşük olduğunu belirtmiş, bu gruptaki hastaların sosyal ilişkilerinin ve çalışma performansının daha çok etkilendiğini göstermişti. Mones ve Talley çalışmaları ile bizim çalışmamız aynı paralellikte idi(56, 57, 58)

QOLRAD skalasında son değerlendirme maddesi olan zindelik ölçümünde ise elde ettiğimiz sonuçlar sıklık açısından fonksiyonel dispepsi grubunda 4,42 ve ülser grubunda 4,90 , şiddet açısından fonksiyonel dispepsi grubunda 5,04 ve ülser grubunda 5,31 şeklinde idi. Hem sıklık hem de şiddet olarak bakılınca bizim çalışmamızda fonksiyonel dispepsi grubunun ülserli gruba göre skor olarak düşük yani hayat kalitesinin daha kötü olduğu görülmekte. Yapılan istatistiksel değerlendirmede sıklıkta anlamlı bir fark vardı ($p<0.005$) Şiddet açısından ise skor fonksiyonel

dispepsi grubu için kötü olsa da anlamlı fark elde edilemedi. Daha önce Wiklund tarafından yapılmış olan çalışmada ise QOLRAD skorları fonksiyonel dispepsili grupta 3,8 , duodenal ülser saptananlarda 3,9 ve gastrik ülser saptananlarda ise 3,8. Bu çalışmada grupların zindelik açısından yakın olduğu görülmektedir(57).

Çalışmamızın sonuçlarına göre dispepsi nedeni ile polikliniğe başvurmuş olan hastaların büyük çoğunluğunu fonksiyonel dispepsi grubu oluşturmakta idi ve bu gruptaki hastaların %75'i bayan hastalardı. Cinsiyet açısından fonksiyonel dispepsi grubu ile peptik ülser grubu arasında anlamlı derecede fark mevcuttu ve ülserlilerde erkek oranı daha fazla idi. Fonksiyonel dispepsi grubu hastalar organik dispepsi sebebi olan peptik ülserli hastalarla sosyoekonomik yönden benzer karakterde idi. Şikayet bakımından incelenince ise fonksiyonel dispepsi grubu hastaların başvuru anında alarm semptomların ülserli gruba göre daha az saptandığı görüldü. Ama yine de bu gruptaki hastaların yaklaşık yarısında alarm semptomu vardı. Yalnız bu hastalardaki alarm semptomlarının yarısından fazlası anemi ve kusma idi. Fonsiyonel dispepsi grubu hastalarının yaklaşık %75'inin bayan olması, anemi oranının yüksek olmasını etkilemiş olması muhtemeldir. Her iki grupta da şikayet açısından baskın alt tip dismotilite tipi dispepsi idi. Burada daha önce de başka çalışmalar da belirtilmiş olan bir sonuç bizim çalışmamızda da tespit edildi; Eğer bir hasta dismotilite tipi dispeptik şikayetlerle başvurursa bu hastanın fonksiyonel dispepsi olması daha yüksek ihtimallidir. Ve yine şikayetler sık ve daha şiddetli olursa yine fonksiyonel dispepsi olması daha olasıdır.

Hayat kalitesi ölçümlerinde QOLRAD skalasındaki 5 ana maddenin birisinde –fiziksel ve sosyal fonksiyon- fonksiyonel dispepsi hastalarının skorlarının peptik ülserlilere göre anlamlı derecede kötü olduğu yukarıda belirtilmişti. Ölçümü yapılan diğer 4 ana maddede –Duygusal elem, uyku bozukluğu, Yeme ve içme sorunu, Zindelik- anlamlı farklılık yoktu. Ancak fonksiyonel dispepsi grubu hastalarının skoru her maddede daha düşük

yani daha kötü bulundu. Daha önce yapılmış olan (Talley ve Mones çalışmaları gibi) ve SF-36, GGHQ, PGWB skalalı kullanılmış olan çalışmalarda fonksiyonel dispepsi grubu hastaların hayat kalitesinin normal topluma göre hayat kalitesinin düşük olduğu görülmüştü. Hatta Nicholas J. Talley'in çalışmasının sonucunda fonksiyonel dispepsi hastaların hayat kalitesinin, endoskopi sonucu organik bir dispepsi sebebi saptanmış olan hastalara göre daha kötü olma eğiliminde olduğu belirtilmişti (56,58,59). Yine son zamanlarda Wiklund tarafından toplam 759 hasta ile yapılmış olan çalışmada fonksiyonel dispepsili hastaların skorlarının uyku bozukluğu hariç diğer QOLRAD skalası maddelerinde duodenal ülserlilere göre daha düşük olduğu gösterilmişti (57). Bizim çalışmamızda ise sonuçlar tüm maddelerde fonksiyonel dispepsi açısından kötü bulundu.

Her ne kadar yaşam süresi üzerine kısaltıcı bir etkisi olmasa, cerrahi girişim gerektirmese ve diğer hastalıklara ek komorbid bir durum oluşturmada da fonksiyonel dispepsi toplumları ekonomik ve sosyal açıdan belirgin olarak istenmeyen yönde etkilemektedir. Bu gruptaki hastalar iş hayatında semptomlar nedeni ile daha çok sıkıntı çekmekte, daha çok dinlenme ihtiyacı duymaktadır. İş verimleri düşmekte ve daha sık olarak herhangi bir sağlık merkezine başvurmakta. Medikal tedavi, tanısal girişimler nedeni ile toplum ekonomisini etkilemektedir. Bu kötü etki, çalışmamızın sonucuna göre komplikasyonlar nedeni ile kan transfüzyonu gerektirebilen, acil hastaneye yatış ve aynı zamanda gerekli hallerde cerrahi girişime ihtiyaç duyulabilen ve de en önemlisi yaşam süresini direkt etkileyebilen peptik ülserli gruba göre daha da fazladır.

Sonuç olarak fonksiyonel dispepsisi olan hastalarda hayat kalitesi peptik ülserli hastalara göre daha kötüdür. Fonksiyonel dispepsi tanı ve tedavisinde olacak gelişmelerin hem hastaların yaşam kalitesini hem de toplumsal verimliliği artırması beklenir

KAYNAKLAR

- 1 Heading R:Prevalance of upper gastrointestinal symptoms in the general population:A systematic review Scand J Gastroenterology 34:3,1999
- 2 Locke R III: Prevalance,incidence and natural history dyspepsia and functional dyspapsia. Baillieres Clin Gastroenterology 12:435,1998.
- 3 Frank L, Kleinman L, Ganoczy D, et al:Upper gastrointestinal symptom of North America: Prevelance and relationship to health care utilization and quality of life. Dig DisSci 45:809,2000.
- 4 Veldhuyzen van Zanten S,Flook N,Chiba N,et al:An evidancebased approach to the management of uninvestigated dyspepsia in the era of Helicobacter pylori. Can Med Assoc J 162:S3,2000.
- 5 Fisher R,Parkman H:Management of nonulcer dyspepsia. N Engl J Med 339:1376,1998.
- 6 Hu W,Talley N:Functional (nonulcer) dyspepsia:Unexplained but not unmanageable. Med J Aust 168:507,1998.
- 7 Rabeneck L,Wray N,Graham D:Managing dyspepsia:What do we know and what do we need to know?Am J Gastroenterology 93:920,1998
- 8 Levin T,Kunz K,Heinke C,et al:Costs of acid related disorders to a health maintenance organization. Am J Med 103:520,1997.
- 9 RokassT,Pursey C,Uzoechina E,Dorrington L,Simmons Na,Fillipe Mi.campylobacte pylori and non-ulcer dyspepsia. Am J Gastroenterology 1987,11:1149-1152
- 10 Richter Je. Stress and pyschologic and einvironmental factors in functional dyspepsia. Scand J Gastroenterology 1991;26 supply 182:7-10

11. Talley Nj, Weaver AI, Zinsmeister Ar, Melton Iii Lj. Onset and disappearance of gastrointestinal symptoms and functional gastrointestinal disorders. *Am J Epidemiology* 1992;136:165-177
12. Smith A, Gillen D, Cochran K, El-Omar E, Mccoll KEL. Ranitidine treatment induces dyspepsia in previously asymptomatic healthy volunteers *Gut* 1997;40 (Supply 1):A3
13. Milosavljevic T., Jovanovic I. Functional Dyspepsia.
14. Rhind JA, Watson L: Gallstone dyspepsia. *BMJ* 1968;1:32-34
15. Crean GP, Card WJ, Beattie AD et al: Ulcer like dyspepsia. *Scand J Gastroenterology* 1982;79 (suppl):9-15
16. Thompson WG: Nonulcer Dyspepsia. *Can Med Assoc J* 1984;130:565-569
17. Lagarde SP, Spiro HM: Non-ulcer dyspepsia (review) *Clin gastroenterology* 1984;13:437- 446
18. Talley NJ, Piper DW: the association between non-ulcer dyspepsia and other gastrointestinal disorders. *Scand J Gastroenterology* 1985;20:896-900
19. Nyren O, Adami HO, Gustavson S et al: The epigastric distress syndrome. A possible disease entity identified by history and endoscopy in patients with nonulcer dyspepsia. *J Clin Gastroenterology* 1987;9:303-309
20. Talley Nj, Phillips SF: Nonulcer dyspepsia: potential causes and pathophysiology. *Ann Intern Med* 1988;108:865-879
21. Colin-Jones Dg, Bloom B, Bodemar gG et al: management of dyspepsia: Report of a working party. *Lancet* 1988;1:576-579
22. Barbara L, Camilleri M, Corinaldesi R et al: Definition and investigation of dyspepsia. Consensus of an international working party. *Dig Dis Sci* 1989;34:1272-1276
23. Heading RC: Definitions of Dyspepsia. *Scand J Gastroenterology* 1991;25:1-6
24. Talley Nj, Colin-Jones D, Koch KL et al: Functional Dyspepsia. A classification with guidelines for diagnosis and

- management *Gastroenterology* 1991;4:145-160
25. Klauser AG, Voderholzer WA, Knesewitsch PA et al: What is behind dyspepsia? *Dig Dis Sci* 1993;38:147-154
 26. George R, Hellier MD, Kennedy HJ et al: Definition and sub typing of non-ulcer dyspepsia. *Gastroenterology* 1993;6:93-99
 27. Thompson WG: Dyspepsia: Is a trial of therapy appropriate? *Can Med Assoc J* 1995;153:293-299
 28. The Prevalance and Clinical Course of Functional Dyspepsia; *Aliment Pharmacologj Therapy* 19(6) 643-654, 2004.
 29. Talley NJ, Stanghellini V, Heading RC, Koch KL, Malagelade JR, Tytgat GN. Functional Gastroduodenal Disorders. *Gut* 1999;45(Suppl. 2)II 37-42
 30. Thompson WG, Heaton KW: Functional bowel disorders in apparently health people. *Gastroenterology* 1980;79:283-88
 31. Jones R, Lydeard SE: Prevalance symptoms of dyspepsia in the community. *BMJ* 1989;298:30-32
 32. DIGEST, 1996.
 33. Holtmann G, Stanghellini V, Talley N: Nomenclature of dyspepsia, dyspepsia subgroups and functional dyspepsia: Clarifying the concepts. *Baillieres Clin Gastroenterology* 12:417, 1998.
 34. Talley N, Silverstein M, Agreus L, et al: AGA technical review: Evaluation of dyspepsia. *Gastroenterology* 114:582, 1998.
 35. Talley N, Stanghellini V, Heading R, et al: Functional gastrointestinal disorders. *Gut* 45:1137, 1999
 36. Camilleri M. Non ulcer dyspepsia: a look into the future. *mayo Clin Proc* 1996;71:614-22
 37. Greydanus MP, Vasallo M, Camilleri M, et al. Neurohormonal factors in functional dyspepsia: insights on pathophysiological mechanisms. *Gastroenterology* 1991;100:1311-1318
 38. Tucci A, Corinaldesi R, Stanghellini V, et al. *Helicobacter pylori* infection and gastric function in patients with chronic idiopathic dyspepsia. *Gastroenterology* 1992;103:768-774

39. Troncon LE, Bennett RJ, Ahluwalia NK, et al. Abnormal intragastric distribution of food during gastric emptying in functional dyspepsia patients. *Gut* 1994;35:327-332
40. Thumshirn M, Camilleri M, Saslow SB, et al. Gastric accommodation in non ulcer dyspepsia and the roles of *Helicobacter pylori* infection and vagal function. *Gut* 1999;44:55-64
41. Tack J, Pissevaux H, Coluie B, et al. Role of impaired gastric accommodation to a meal in functional dyspepsia. *Gastroenterology* 1998;115:1346-1352
42. Salet GAM, Samsom M, Roelofs JM, et al. Responses to gastric distension in functional dyspepsia. *Gut* 1998;42:823-829
43. Stanghellini V, Ghidini C, Maccarini MR, et al. Fasting and postprandial gastrointestinal motility in ulcer and non ulcer dyspepsia. *Gut* 1992;33:184-190
44. You CH, Lee KY, Chey WY, et al. Electrogastrographic study of patients with unexplained nausea, bloating and vomiting. *Gastroenterology* 1980;79:311-314
45. Jebbink HJ, VanBerge-Henegouwen GP, Bruijs PP, et al. Gastric myoelectric activity and gastrointestinal motility in patients with functional dyspepsia. *Eur J Clin Invest* 1995;25:429-437
46. Leemann M, Dederding JP, Flouire B, et al. Abnormal perception of visceral pain in response to gastric distension in chronic idiopathic dyspepsia. The irritable stomach syndrome. *Dig Dis Sci* 1991;36:1249-1254
47. Mearin F, Cucula M, Azpiroz F, et al. The origin symptoms on the brain-gut axis in functional dyspepsia. *Gastroenterology* 1991;101:999-1006
48. Mertz H, Fullerton S, Naliboff B, et al. Symptoms and visceral perception in severe functional and organic dyspepsia. *Gut* 1998;42:814-22
49. Lindell GH, Celebioglu F, Graffner HO. Non-ulcer dyspepsia in the long term perspective. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 1995;7:829-833

50. Talley NJ, Zinsmeister AR, Schleck CD, Melton LJ 3rd. Dyspepsia and dyspepsia subgroups: a population-based study. *Gastroenterology* 1992;102:1259-68.
51. Talley NJ, Boyce P, Jones M. Identification of distinct upper and lower gastrointestinal symptom groupings in an urban population. *Gut* 1998;42:690-95.
52. Agreus L, Svardudd K, Nyren O, Tibblin G. Irritable bowel syndrome and dyspepsia in the general population: overlap and lack of stability over time. *Gastroenterology* 1995;109:671-80.
53. Heikkinen M, Pikkarainen P, Takala J, Rasanen H, Julkunen R. Etiology of dyspepsia: 400 unselected consecutive patients in general practice. *Scand J Gastroenterology*. 1995 ;30:519-523.
54. Lassen AT, Pedersen FM, Bytzer P, et al. Helicobacter pylori test-and-eradication versus prompt endoscopy for management of dyspepsia patients: a randomized trial. *Lancet* 2000;356:455-460.
55. H. B. El-Serag & N. J. Talley. Systematic review: health-related quality of life in functional dyspepsia. *Aliment Pharmacol Ther* 2003; 18: 387-393.
56. Nicholas J. Talley, Amy L. Weaver, Alan R. Zinsmeister. Impact of Functional Dyspepsia on Quality of Life: *Dig Dis Sci*. Vol. 40, No 3 (March 1995) 584-589.
57. Ingela K. Wiklund, Ola Junghard, Eileen Grace, et al. Quality of Life in Reflux And Dyspepsia Patients. Psychometric Documentation of a New Disease specific Questionnaire (QOLRAD). *Eur J Surg* 1998; Suppl 583: 41-49.
58. Joan Mones, Ana Adan, Jose L. Segu, et al. Quality of Life in Functional Dyspepsia: *Dig Dis Sci*, Vol 47, No 1 (January 2002), pp.20-26.
59. Ana Gutierrez, Luis Rodrigo, Sabino Riestra, et al. Quality of Life in Functional Dyspepsia: a prospective 1-year follow-up study in Spanish Patients: *European Journal of Gastroenterology & Hepatology* 2003, 15: 1176-1181.

60. M Saruc, N. Özden, N. Turkel, et al. Functional Dyspepsia: Relationship between clinical subgroups and Helicobacter pylory status in Western Turkey: Braz J Med Biol Res 36(6) 2003.
61. Bonfils L. Quality of life in gastroenterology. Interest of a specific questionnaire for duodenal ulcer patients. Scand J Gastroenterol Suppl. 1994;206:37-9.
62. Wilhelmsen I. Quality of life and Helicobacter pylori eradication Scand J Gastroenterol Suppl. 1996;221:18-20.

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
MERKEZ KÜTÜPHANESİ