

756 239

T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HASSAS BARSAK SENDROMU
OLAN HASTALARDA
YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

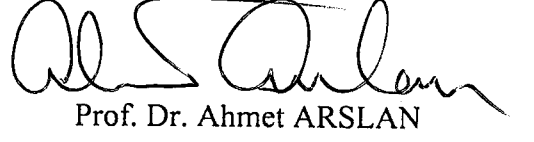


Serap PARLAR

YÜKSEK LİSANS TEZİ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
(İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı)

GAZİANTEP-2004

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'nün Onayı


Prof. Dr. Ahmet ARSLAN

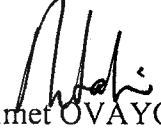
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

Bu tez çalışmasının bir “Yüksek Lisans” derecesi için uygun ve yeterli bir çalışma olduğunu onaylıyorum.

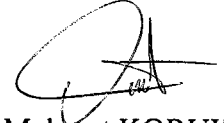

Yrd. Doç. Dr. Gülümser SERTBAŞ

Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanı

Bu tez, tarafımdan okunmuş ve her yönü ile “Yüksek Lisans” tezi olarak uygun ve yeterli bulunmuştur.

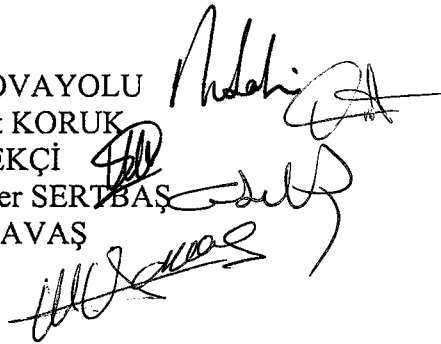

Yrd. Doç. Dr. Nimet OVAYOLU
I.Danışman

Bu tez, tarafımdan okunmuş ve her yönü ile “Yüksek Lisans” tezi olarak uygun ve yeterli bulunmuştur.


Yrd. Doç. Dr. Mehmet KORUK
II.Danışman

Tez Jürisi:

Yrd. Doç. Dr. Nimet OVAYOLU
Yrd. Doç. Dr. Mehmet KORUK
Prof. Dr. Yalçın KEPEKÇİ
Yrd. Doç. Dr. Gülümser SERTBAŞ
Yrd. Doç. Dr. Cemil SAVAŞ



İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET.....	i
ABSTRACT.....	ii
ÖNSÖZ – TEŞEKKÜR.....	iii
TABLOLAR LİSTESİ.....	iv
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	v
KISALTMALAR LİSTESİ.....	vi
1. GİRİŞ.....	1
1.1.Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	4
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1.İrritabl Barsak Sendromu (İBS) ve Tanımlanması.....	5
2.2. İBS'nin Tanı Kriterleri.....	6
2.2.1. İrritabl Barsak Sendromu Tanısını Destekleyen Semptomlar	7
2.2.2. Tanıya İlişkin Semptomlar.....	8
2.3. İBS'nin Fizyopatolojisi.....	9
2.4. İBS'de Fiziksel Muayene Bulguları.....	11
2.5. İBS'de Ayırıcı Tanı.....	11
2.5.1. Tanı.....	11
2.5.2. Tanıya Götürücü Testler ve Ayırıcı Tanı.....	12
2.6. İrritabl Barsak Sendromunda Takip Stratejisi.....	13
2.7. Yaşam Kalitesinin Tanımı ve Kavramsal Yönü.....	14
2.8. Sağlık Alanında Yaşam Kalitesi Kavramı.....	21
2.9. Yaşam Kalitesinin Ölçüm ve Değerlendirilmesi.....	22
2.10. İBS ve Yaşam Kalitesi.....	24
2.11. Yaşam Kalitesinin Hemşirelik Yönünden Önemi.....	28
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	33
3.1. Araştırmanın Tipi.....	33
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	33
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi.....	33
3.3.1.Araştırmanın Evreni.....	33
3.3.2.Araştırmanın Örneklemi.....	33
3.3.3.Araştırmanın Sınırlılıkları.....	34

3.4. Verilerin Toplanması.....	34
3.4.1. Veri Toplama Araçları.....	34
3.4.2. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması.....	36
3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	36
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi.....	36
3.7. Süre ve Olanaklar.....	37
4. BULGULAR.....	38
4.1. Araştırma Örneklemine Alınan Hasta ve Kontrol Grubuna İlişkin Sosyo - Demografik Özellikler.....	38
4.2. Hasta Grubunda Bulunanların İBS Hastalığına İlişkin Tanıtıcı Bilgileri.....	40
4.3. Araştırmaya Alınan Hasta ve Kontrol Grubunun Yaşam Kalitesi Parametrelerinden Aldıkları Ortalama Puanlar.....	43
4.4. Sosyo - Demografik Değişkenlerin Yaşam Kalitesine Etkisi.....	43
5. TARTIŞMA.....	60
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	70
6.1. Sonuçlar.....	70
6.2. Öneriler.....	71
7. KAYNAKLAR.....	72
8. EKLER.....	79

HASSAS BARSAK SENDROMU OLAN HASTALARDA YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Serap PARLAR

Yüksek Lisans Tezi

Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,

Hemşirelik Anabilim Dalı

İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

Tez Yöneticileri: Yrd. Doç. Dr. Nimet OVAYOLU

Yrd. Doç. Dr. Mehmet KORUK

Şubat-2004, 84 sayfa

ÖZET

Araştırma Hassas Barsak Sendromu (İrritabl Barsak Sendromu, İBS) olan hastaların yaşam kalitelerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve deney - kontrol çalışması olarak yapılmıştır. Aralık 2002 - Temmuz 2003 tarihleri arasında Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Gastroenteroloji Polikliniği ve Avukat Cengiz Gökçek Devlet Hastanesi Gastroenteroloji Polikliniği'ne başvuran ve İBS tanısı alan 40 hasta ve gastrointestinal şikayetleri olmayan 40 sağlıklı kişi örnekleme alınmıştır. Veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından hazırlanan bireye ilişkin sosyo-demografik değişkenler ve hastaların hastalıklarına ilişkin tanıtıcı bilgileri içeren anket formunun yanı sıra İBS'ye ilişkin yaşam kalitesi ölçeği kullanılmıştır. Elde edilen verilerin değerlendirilmesinde Yüzdelik hesaplaması, Student t testi ve Çift Yönlü Varyans Analizi yöntemleri kullanılmıştır. Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre kontrol grubunun tüm yaşam kalitesi puan ortalamalarının, hasta grubunun yaşam kalitesi puan ortalamalarından anlamlı olarak yüksek bulunduğu ve İBS'nin hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği belirlenmiştir ($p= 0.0001$). Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda araştırmacı tarafından yaşam kalitesinin yükseltilmesine yönelik önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Hassas barsak sendromu, yaşam kalitesi.

EVALUATION OF QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH HAVE IRRITABLE BOWEL SYNDROME

Serap PARLAR

M.S. Thesis

University Graduate School of Health Sciences

Department of Nursing

High License Programme of Internal Medicine Nursing

Supervisors: Asist. Prof. Dr. Nimet OVAYOLU

Asist. Prof. Dr. Mehmet KORUK

February-2004, 84 pages

ABSTRACT

The research was conducted as a descriptive and experimental-control in order to determine quality of life in patients with Irritable (Spastic) Bowel Syndrome. The work was consisted of 40 patients with gastrointestinal complaints and 40 healthy individuals as a control grup in Gastroenterology Outpatient Unit in the Gaziantep University Faculty of Medicine Research Hospital and Avukat Cengiz Gökçek State Hospital between December 2002 and July 2003. In order to obtain data, in addition to Irritable Bowel Syndrome Quality of Life Evaluation Scale, the interview form included personal socio-demographic variables and the informative knowledge of illness form prepared by the researcher were used. In the statistical analysis of the data percentage calculation, Student t test and two way variance analysis were used. According to the results the arithmetic mean point of control group was found significantly higher than that of patients and the negative effects of Irritable Bowel Syndrome on the quality of life of patients was concluded ($p= 0.0001$). Suggestions considered to be useful for the improvement of the quality of life of patients were given by the researcher.

Key Words: Irritable bowel syndrome, quality of life.

TEŞEKKÜR

Araştırma sırasında özveri, sabır ve bilimsel katkılarını esirgemeyen tez danışmanlarım Sağlık Yüksekokulu öğretim üyesi Sayın Yrd. Doç. Dr. Nimet OVAYOLU'na ve Gastroenteroloji Anabilim Dalı öğretim üyesi Sayın Yrd. Doç. Dr. Mehmet KORUK'a, Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanı Sayın Yrd. Doç. Dr. Gülümser SERTBAŞ'a, anketimi uygulamada bana yardımcı olan Gastroenteroloji Anabilim Dalı uzman doktoru Sayın Murat GÜLŞEN'e ve Avukat Cengiz Gökçek Devlet Hastanesi Gastroenteroloji Anabilim Dalı uzman doktoru Sayın Muzaffer ERTÜRK'e, çalışmanın istatistiksel analizinde SPSS paket programı kullanımı konusunda rehberlik eden Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyesi Sayın Yrd. Doç. Dr. Saime ŞAHİNÖZ'e ve Gastroenteroloji Anabilim Dalı öğretim üyesi Sayın Yrd. Doç. Dr. Cemil SAVAŞ'a, tüm endoskopi ünitesi çalışanlarına ve bana çalışmalarım boyunca maddi ve manevi her konuda yardımcı olan aileme ve sevgisiyle destek olan oğluma teşekkürlerimi sunarım.

Serap PARLAR

TABLÖLAR LİSTESİ

	<u>Sayfa</u>
Tablo 1. İBS'nin Tanısında Manning Kriterleri.....	6
Tablo 2. İBS'nin Tanısında Rome Kriterleri.....	7
Tablo 3. İrritabl Barsak Sendromunun Klinik Özellikleri.....	11
Tablo 4. İBS'nin Ayırıcı Test Sonuçları.....	12
Tablo 5: Hasta ve Kontrol Grubuna İlişkin Sosyo - Demografik Özellikler.....	38
Tablo 6. Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımı.....	40
Tablo 7. Hastaların Hastalıkları Konusunda Eğitim Alma Durumlarına Göre Dağılımı.....	41
Tablo 8. Hastaların Sigara ve Alkol Kullanma Alışkanlıklarına Göre Dağılımı	42
Tablo 9. Evde Hastalığı İle İlgili Baş Etmede Kullandığı Yöntemlerin Dağılımı	42
Tablo 10. Hasta ve Kontrol Grubunun Yaşam Kalitesi Parametrelerinden Aldıkları Ortalama Puanlar.....	43
Tablo 11. Hasta ve Kontrol Grubunun Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Cinsiyete Göre Dağılımı.....	44
Tablo 12. Hasta ve Kontrol Grubunun Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı.....	46
Tablo 13. Hasta ve Kontrol Grubunun Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı.....	48
Tablo 14. Hasta ve Kontrol Grubunun Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Medeni Durumlarına Göre Dağılımı.....	50
Tablo 15. Hasta ve Kontrol Grubunun Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Mesleklere Göre Dağılımı.....	52
Tablo 16. Hasta ve Kontrol Grubunun Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Çalışma Durumlarına Göre Dağılımı.....	54
Tablo 17. Hasta ve Kontrol Grubunun Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Gelir Durumlarına Göre Dağılımı.....	56
Tablo 18. Hasta ve Kontrol Grubunun Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Sosyal Güvence Durumlarına Göre Dağılımı.....	58

ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa

Şekil 1. Eğilimli Oldukları Varsayılan Genetik ve Psikolojik Faktörler İle Daha Sonra Gelişen İrritabl Barsak Sendromu Arasındaki Kuramsal İlişki.....	9
Şekil 2. Yaşam Kalitesi Kavramının Kullanılmaya Başladığı Disiplinler Ve Bu Disiplinlerin Birbirleriyle İlişkisi.....	16
Şekil 3. Yaşam Kalitesinin Tanımında Etkili Olan Faktörler.....	18
Şekil 4. Yaşam Kalitesinin Çok Boyutlu Görünümü.....	20
Şekil 5. Hemşirelik Süreci ve Yaşam Kalitesi Göstergeleri Arasındaki İlişki Modeli.....	31



KISALTMALAR LİSTESİ

İBS	İrritabl Barsak Sendromu
Gi	Gastrointestinal
CRF	Kortikotropin Releasing Hormon
ÖGD	Özofagogastroduodenoskopi
HRQOL	Health Releated Quality of Life
QOL	Quality of Life



1. GİRİŞ

1.1.Problemin Tanımı ve Önemi

Teknolojik gelişmelerle birlikte tanı, değerlendirme ve tedavi yöntemlerindeki ilerlemeler, primer sağlık hizmetlerine verilen önemin artmasına, erken yaşta ölümlerin azalmasına, yaşam süresinin uzamasına ve beraberinde kronik hastalıkların insidans ve prevalansında artmaya yol açmıştır. Bu nedenlerden dolayı, geçmişte, eğitim, araştırmalar ve sağlık bakımı uygulamaları genellikle akut hastalıklar üzerinde odaklanmakta iken, son yıllarda kronik hastalıklara doğru artan bir ilgi ve yönelim izlenmektedir. Yaşam süresinin uzaması ile birlikte, yaşamın kalitesi de sorgulanmaya ve yaşam kalitesi kavramı tartışılmaya başlanmıştır (1,2).

Sağlık alanında yaşam kalitesi, hekimin hastayla ilgili fizyolojik fonksiyonlarını değerlendirmekten çok hastanın algılamaları ve hastalığın tedavisiyle ilgili yaşantılarını vurgular. Bu bağlamda sağlık hizmetlerinde yaşam kalitesi; bireyin içinde bulunduğu duruma emosyonel yanıtı, hastalığın, bireyin sosyal, emosyonel, mesleki ve aile yaşantısı üzerindeki etkisi, kişisel iyilik hali, kişinin beklentileri ve gerçek durumu arasındaki karşılaştırmaları ve farkları, fiziksel, sosyal ve emosyonel fonksiyonların doyumu ve gereksinimlerini karşılamada bireysel yeterlik olarak çeşitli şekillerde tanımlanmaktadır (3).

Sağlık hizmetlerinin geleneksel modellerinde amaç hastalığın tedavisi ve acı çekmenin sonlandırılması iken, günümüzde bu amaç sağlığın sürdürülmesi ve artırılmasına yardımcı olacak yaşam biçiminin ve bireysel felsefenin yaratılmasına dönüşmüştür. Bu durum bireysel bütünlüğün sağlanması ve sağlık çalışanlarının hastalarının yaşam kalitelerini yükseltmekle ilgili tüm gelişmeleri kapsamaktadır. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçümleri, kronik hastalıkların etkisini ölçmekte önemli bir değerlendirme kriteri olarak kabul edilmektedir (4).

Hemşireler bireylerin sağlığının korunmasından ve varolan ya da olası sağlık gereksinimlerinin karşılanmasından sorumlu olan profesyonel uygulayıcılardır (5). Yaşam kalitesi ölçümleri hemşirelikle yakından ilişkilidir. Hemşireler hemen her zaman hastaların ve ailelerin sağlık durumlarını belirlemekte, onların yaşam kalitesini olası en üst düzeye çıkarmak için planlamalar yapmakta ve sonucu değerlendirmektedirler. Yaşam kalitesi ölçümleri kronik hastalığı olan bireylerin bakım ve tedavilerinin karşılanması sırasında bağımsızlık davranışlarını geliştirmede ve desteklemede etkili olan birçok boyutla yakından ilişkilidir. Bununla birlikte, yaşam kalitesi ölçümleri tedavi - bakım uygulamalarının yaşamın tüm boyutlarına

etkisini hasta bireyin bakış açısından değerlendirme olanağı vermektedir. Yaşam kalitesi ölçümleri, hemşirelik uygulamalarının değerlendirilmesinde, bakımın kalitesinin ve alternatif hastalık yönetme stratejilerinin karşılaştırılmasında sağladığı kolaylıklar nedeniyle hemşirelik araştırmalarında daha çok kullanılmaktadır (2).

Söz edildiği gibi günümüzdeki tıp ve teknolojideki gelişmelere paralel olarak, insanın beklenen yaşam süresinde artış olmuş ve yaşam süresinin uzaması ile birlikte kronik hastalık insidansı da artmıştır (6).

Kronik hastalıklar zamanla ilerleyen ve patolojik değişiklikleri irreversibl hale gelebilen hastalıklardır. Bu nedenle kronik hastalıklarda hastalığın oluşmasına yol açabilecek ve hastalığı tetikleyen faktörlerin kontrol altına alınması önem taşır (5). Türü ne olursa olsun kronik hastalığı olan bireylerin yaşamları olumsuz etkilenmekte, günlük yaşam aktivitelerini yeterince yapamama, fonksiyonel güçsüzlük, hastalık semptomları ve fiziksel iyilik halinin bozulması tedaviye uyumu zorlaştırmakta, özbakım güçlerini zayıflatmakta ve çeşitli psikolojik sorunlar ortaya çıkmaktadır. Tüm bunların sonucunda ise, bireylerin yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenmektedir (7).

İrritabl Barsak Sendromu (İBS), kronik karın ağrısı ve barsak hareketlerinde değişiklik ile karakterize sık görülen bir hastalıktır. Kronik bir hastalık olması ve ataklar halinde giden bir sürece sahip olması yönünden tedavisi güç olan bir durumdur (8). Semptomlar hastaların %50'sinde 35 yaşından önce ve hastaların %40'ında 35-50 yaşları arasında başlar. İBS çocuklarda da görülür ve birçok hasta semptomların başlangıcını çocukluk çağına kadar geri götürebilir. İleri yaşlarda ortaya çıkması nadirdir ve bu da organik patolojiyi gösterir (9).

Hastalığın getirdiği sorunlar aynı zamanda yaşam kalitesini de etkilemektedir. Hastanın mutluluğunu, fiziksel fonksiyonunu, ruh sağlığını, sosyal yaşantısını, kısaca yaşam kalitesini etkilemesi söz konusudur. İBS yaşamı tehdit etmemesine rağmen, hastalar hastalıkla başa çıkma konusunda yetersiz kalmakta ve iş kaybı, psikolojik sorunlar, aile ve arkadaşlarla sınırlı sosyal etkileşimler sonucu yaşamları olumsuz etkilenmektedir (10).

Barsak semptomlarının şiddetli olması, barsak dışı semptomların etkisi ve uzun sürmesi, psikolojik faktörlerin varlığı İBS'li hastaların yaşam kalitesinde belirgin bir azalma göstermektedir (11). Hemşireler, hastanın ve ailesinin ihtiyaç duyduğu sağlık danışmanlığını yaparak, fiziksel ve sosyal faaliyetlerde bulunabilme yeteneklerini arttırarak, bireylerin yaşam biçimi değişikliklerinde ve hastalığa

uyumlarında uygun baş etme yöntemlerini kullanmalarına ve kaliteli bir yaşam düzeyine ulaşmalarına yardım etmede önemli rol oynamaktadırlar (12).

İBS'li hastaların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, hastalara yapılacak hemşirelik eğitimi ve girişimlerinde yol gösterici olacak ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi için gerekli önlemlerin alınmasını sağlayacaktır.



1.2. Araştırmanın Amacı

Hemşirelikte yaşam kalitesi için uğraş verme; hastayı rahatlatmaya yardım etme, uygun bakımı verme ve tamamı hemşireliğin alanı içinde olan, yaşamın biyolojik, psikososyal ve sosyokültürel yönünü içeren esenlik durumunu yükseltmeyi hedefleyen hemşireliğin gerekliliğini ifade etme gerçeğine dayanır. Bireylerin yaşam kaliteleri, sağlıklarında herhangi bir sapma olduğunda olumsuz yönde etkilenmektedir.

İBS'li hastalarda uzun süre görülen şiddetli karın ağrısı, dışkılama alışkanlığında değişme, şişkinlik hissi, mukus, dispepsi ve diğer gastrointestinal (GI) semptomlar hastaların daha fazla stres yaşayıp şikayetlerinin artmasına neden olmaktadır. Tüm bu sorunların hastaların yaşamla uyum becerisini bozduğu ve yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilediği düşünülmektedir.

Yaşam kaliteleri ile ilgili çalışma sonuçları; İBS'li hastaların sorunlarıyla baş etmelerinde yardımcı olacak ve daha nitelikli yaşam sürmeleri için yapılacak hemşirelik bakım planlarına ışık tutacak ve hastaların yaşamlarını kolaylaştıracaktır.

Bu nedenle bu araştırma kabızlık baskın İBS'li hastaların yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi ve yaşam kalitesi ile sosyo - demografik değişkenler arasındaki ilişkilerin irdelenmesi amacıyla planlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.İrritabl Barsak Sendromu (İBS) ve Tanımlanması

İrritabl Barsak Sendromu (İBS), saptanabilir herhangi bir hastalığın olmadığı, klinik olarak değişmiş barsak alışkanlığı ve karın ağrısından ibaret motor bir bozukluktur (13,14).

İBS ile ilgili ilk tanımlamalar 18. Yüzyıl ortalarında yapılmış olup, bu dönemden beri mukus koliti, membranöz enterit, spastik kolon ve iritabl kolon gibi çeşitli isimlerle anılmıştır. Semptomların tümünün gastrointestinal sistemden kaynaklanmasından dolayı “İrritabl Barsak Sendromu” genellikle kabul edilen terminolojidir (15).

İrritabl Barsak Sendromu en sık görülen gastrointestinal (Gİ) fonksiyonel düzensizliktir (16). Araştırılan örnek topluluğa ve kullanılan kriterlere bağlı olarak, Amerika Birleşik Devletleri (A.B.D.) ve dünya nüfusunun yaklaşık % 15’ini etkilemektedir (17).

<u>İBS’nin İnsidansı</u>		<u>İBS’nin Cinsiyete Göre İnsidansı</u>	
A.B.D.	%15	Toplumdaki kadınlarda	%75
Brezilya	%9	Tıp merkezlerine gelen	
İngiltere	%14	kadınlarda	%90
Asya	%23		
Avrupa	%19		
Yeni Zelanda	%16		

İBS ağırlıklı olarak kadınları etkiler. Toplumdaki İBS’li kişilerin yaklaşık %75’i kadındır. Ancak, batı toplumlarında kadınlar genellikle daha sık doktora gittikleri için bu rakam tıp merkezlerinde % 90’ a çıkar ki bu da söz konusu hastalığın kadın sağlığına ilişkin major bir konu olarak önemini vurgulamaktadır (17). Çoğunlukla 20-50 yaşlarında olmakla birlikte çocuklarda da görülebilir. Yetişkin dönemde İBS olanların birçoğunda çocukluğa kadar giden hikaye gösterilirken, %50 kadar İBS’linin çocuklukta başlayan, zaman zaman gelen karın ağrılarının yetişkin döneme taşındığı gösterilmiştir. Çocukluk çağındaki yaşam koşulları üç kat daha fazla İBS’ye eğilimli kılmaktadır (16,18,19).

Hastaların %75’nin yakınmaları tolere edilebilir olduğundan doktora gelmezler, yakınmaları fazla olup da dahiliye, gastroenteroloji polikliniklerine gelen hastalar bu polikliniklere gelen tüm hastaların %20-50 kadarını oluşturup hastanede iş kaybı, toplumda ise ekonomik yük oluştururlar. Hastaların çoğunda semptomlar 35

yaşından önce başlar ve semptomlar her hasta için kendine özgü olup pek fazla karakter değiştirmez. Fakat semptom şiddetinde dalgalanmalar olur. Semptomlar azalıp çoğalabilir ve dispepsi semptomlar ile örtüşebilir (18,20).

2.2. İBS'nin Tanı Kriterleri

İrritabl Barsak Sendromu tanısında kolaylık sağlayan çeşitli kriterler vardır. İBS'yi karakterize etmek ve tanı kriterlerini belirlemek için, Manning; diğer organik hastalıklardan ayıran bir semptom grubu oluşturulmasını önermiştir. Bu semptomlar alt karın ağrısı ve düzensiz barsak hareketlerini içerir (İshal, kabızlık, barsak hareketleri ile ıkınma). Hastalar, sıklıkla ya belirgin konstipasyondan ya da belirgin ishalden şikayet ederler. İBS'de sıklıkla görülen ve Manning tarafından belirlenen diğer kriterler; abdominal şişkinlik, barsak hareketleri ile mukusun çıkması ve tam gerçekleşmeyen bir boşalma hissidir (Tablo 1) (21).

Manning'in çalışmasının en göz alıcı bulgusu, ciddi kabızlık şikayeti olan hastaların genellikle karın ağrısından şikayet etmemeleridir. Buna ek olarak, İBS olan hastalarda semptomlar hastayı gece uyandırır. Bu önemli bir özelliktir, çünkü gece semptomları organik hastalıkların habercisi olarak değerlendirilseler de, çalışmalar bunların fonksiyonel hastalıklarda da sıklıkla görülebileceğini göstermiştir (21).

Manning kriterleri, 1988'de Roma'da yapılan İnternasyonel Gastroenteroloji Kongresinde Rome kriterleri (Tablo 2) olarak değiştirilmiş ve formüle edilmiştir (21). Bu kriterler 1990'ların sonlarında Rome II kriterleri olarak değiştirilmiştir (15,22,23).

Tablo 1. İBS'nin Tanısında Manning Kriterleri:

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">◆ Karın ağrısının başlamasıyla ortaya çıkan barsak hareketleri◆ Barsak hareketleriyle ağrının ortadan kalkması◆ Karında distansiyon◆ Mukuslu barsak hareketleri◆ Bir barsak hareketi sonrasında tam boşalamama hissi |
|--|

Tablo 2. İBS'nin Tanısında Rome Kriterleri:

Bir yıl içinde en az üç aylık bir dönemde sürekli ya da rekürren;
1. Abdominal ağrı ya da huzursuzluk hissinin aşağıdaki özelliklere sahip olması:
♦ Defekasyon ile geçen
♦ Dışkılama sıklığı ile ilişkili olması
♦ Dışkı kıvamındaki bir değişikliğe bağlı olması
2. Aşağıdakilerden iki ya da daha fazlası, günlerin ya da olayların en az dörtte birini oluşturacak şekilde:
♦ Dışkılama sıklığında değişiklik (araştırma amaçları için “değişiklik” sözcüğü günde üç barsak hareketinden fazla, ya da haftada üç barsak hareketinden az şeklinde tanımlanabilir)
♦ Dışkı kıvamında değişiklik (topaklı/ sert ya da gevşek/ sulu dışkı)
♦ Dışkılama alışkanlığında değişiklik (ıkınma, acil dışkılama hissi ya da tam boşalamama hissi)
♦ Mukuslu dışkılama
♦ Şişkinlik ya da karında gerginlik hissi

2.2.1. İrritabl Barsak Sendromu Tanısını Destekleyen Semptomlar

1. Haftada 3'den az dışkılama
2. Günde 3'den fazla dışkılama (bu iki kriter genellikle araştırma amacı ile kullanılmaktadır).

3. Sert veya topaklar halinde dışkılama
4. Püre kıvamında veya sulu dışkılama
5. Dışkılama sırasında zorlanma
6. Ani dışkılama hissi
7. Tam boşalamama hissi
8. Dışkıda mukus bulunması
9. Abdominal distansiyon veya şişkinlik hissi

Diyarenin ön planda olduğu İBS: 2, 4 veya 6'nın bir veya daha fazlasının olması ve 1, 3 veya 5'in olmaması, veya: 2, 4 veya 6'nın iki veya üçünün olması ve 1 veya 5'in birisinin olması (3 olmamalı)

Konstipasyonun ön planda olduğu İBS: 1, 3 veya 5'in bir veya daha fazlasının olması ve 2, 4 ve 6'nın olmaması; veya: 1, 3 veya 5'in iki veya üçünün olması ve 2, 4 veya 6'dan birisinin olması olarak kabul edilir (16,24).

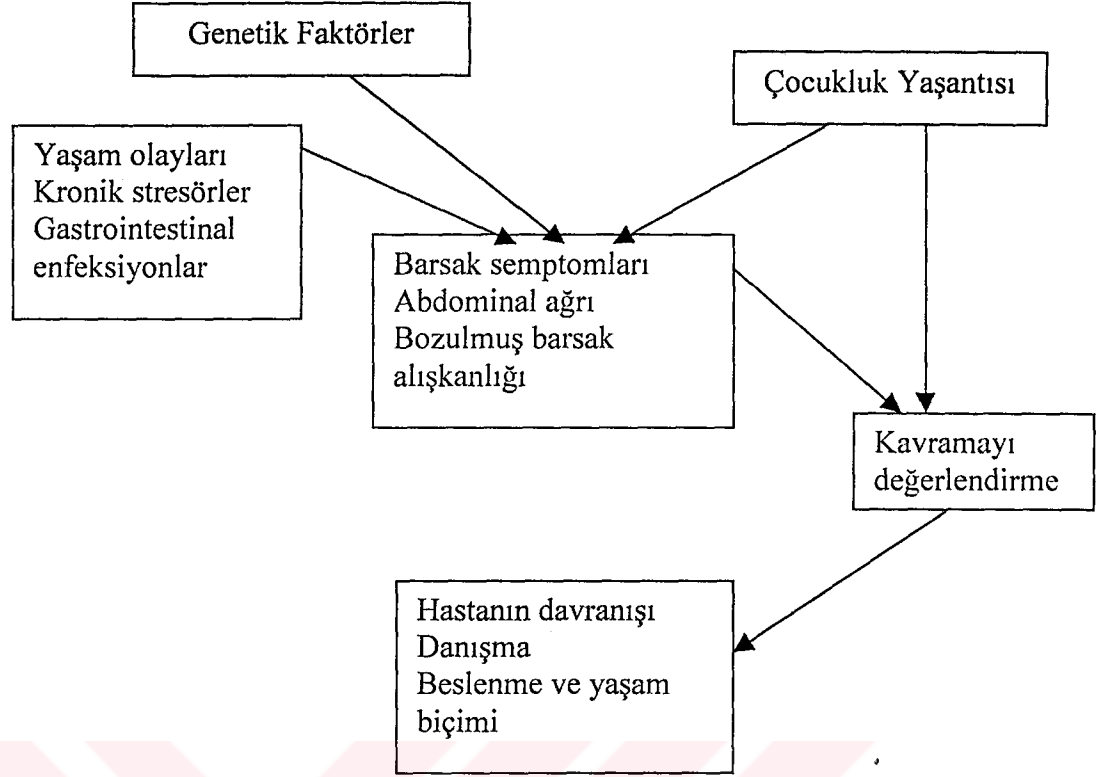
2.2.2. Tanıya İlişkin Semptomlar

Tanıya yönelik bir stratejiyi planlarken göz önüne alınacak diğer faktörler, aşağıdaki konuların değerlendirilmesini içerir:

- 1- Semptomların süresi ve şiddeti
- 2- Gidiş eğrisi, ya da zaman içinde değişim
- 3- Demografik özellikler (erkek/ kadın, yaş)
- 4- Sevk durumu (birinci basamak hekimi ya da uzman)
- 5- Daha önce yapılan tanısal değerlendirmeler
- 6- Ailede kolon kanseri ya da İBS öyküsü (özellikle daha genç yaşta)
- 7- Psikososyal güçlüklerin yapısı ve boyutları (17,25).

İBS tanısı alan hastalar daha yüksek psikiyatrik hastalık sıklığına sahiptirler. Psikolojik çalışmalar, İBS olan hastalarda 2 kat artmış anksiyete ve histeri sıklığı, 3 kat artmış depresyon ve 6 kat artmış hipokondria sıklığı göstermiştir. Aynı zamanda çocukluk döneminde hastalıkların veya ailedeki ölümlerin ve ailenin bu tip durumlara verdiği tepkilerin İBS semptomlarına karşı anormal reaksiyonlara neden olduğu belirtilmektedir. İBS olan kadınlarda çocukluk döneminde artmış seksüel veya fiziksel taciz sıklığı olduğunu tespit eden Drossman ve ark., yaptıkları çalışmada İBS semptomları için medikal tedaviye gereksinim duyan kadınları bir psikolojik faktörün etkilediğini göstermişlerdir. Araştırmacılar, bu kadınları tedavi eden doktorların pek çoğunun bu tacizden haberdar olmadığını göstermiştir. Hastalar genellikle bilgi vermeye gönüllü değildir (26).

İBS'nin semptomlarına yol açan mekanizmalar; visseral duyarlılıkta artış, anormal motilite, anormal gaita geçişi ve psikolojik faktörlerden bir ya da daha fazlasını içermekte ve bunlar hastaların davranışlarını etkileyebilmektedir. Bununla birlikte çocukluk yaşantıları daha sonraki psikososyal yaşantılar, İBS'nin gelişmesine zemin hazırlamakta ve barsak motilitesini etkileyerek semptomlar meydana getirmektedir. Böylelikle kişinin hastalık davranışı ve yaşam biçimi etkilenmiş olur. Ayrıca genetik faktörlerin de ağrı uyarılarını etkileyerek İBS'yi hazırlayıcı rol oynadıkları belirtilmektedir (Şekil 1) (18,27).



Şekil 1: Eğilimli oldukları varsayılan genetik ve psikolojik faktörler ile daha sonra gelişen irritabl barsak sendromu arasındaki kuramsal ilişki (18).

2.3. İBS'nin Fiziopatolojisi

İBS semptomlarının fizyolojik bir temele sahip olduğu bilinmesine karşın, abdominal ağrı ve defekasyonla bozulmaya yol açan kesin mekanizmalar henüz tam olarak anlaşılmamaktadır. Ancak bu konuda hipotezler vardır.

Motilite Bozukluğu:

Motilitede yaygın bozuklukların olması, İBS'nin düz kasların veya inervasyonlarının hastalığı olduğunu düşündürür. Transit (kolon geçiş) zamana yönelik çalışmalar, problemin kolon fonksiyonlarında olduğunu düşündürse de miyoelektrik aktivitedeki bulgular daha yaygındır. Kabızlık baskın İBS'li hastalarda kolon geçiş zamanı uzamış ve kolondaki hızlı kontraksiyonların frekansı azalmıştır. İBS'lilerdeki motilite çalışmalarının büyük kısmında yemek, parasempatometik ilaçlar, safra asitleri gibi uyarıların kolonda artmış bir motor cevap oluşturduğu bilinir (15,25,28).

Visseral Duyarlılıkta Artış:

İBS'li hastaların gastrointestinal sistemleri normal sağlıklı kontrollere oranla ağrı oluşturabilecek provakasyonlara (özefagus, mide, kolon veya rektumda şişirilen balon ile) karşı daha düşük ağrı eşiği gösterir. Ağrının bu uygulama sırasında İBS'si

olanlarda kalça, sırt veya omuz gibi hiç beklenmeyen bölgelerde de hissedilmesi İBS’de özellikle visseral hipersensitivitede bozukluk olduğunu düşündürür. Bunu destekleyen diğer bir bulgu İBS’li hastaların normal bireylerde algılanmayan barsak kontraksiyonlarını ağırlı uyaran olarak yorumlamalarıdır (18,27,29).

Son dönemdeki bulgular altında İBS’nin sindirim sistemine lokalize olmaktan çok sistemik olarak visseral sensitivitenin arttığı bir hastalık olduğu düşünülmektedir. Solunum fonksiyonlarının provokasyonla İBS’lilerde normal bireylere oranla anlamlı derecede bozulması da bu yaygın sensitivite artışını destekleyen bulgulardandır (15).

Hormonal Faktörler:

Kolesistokininin İBS sempomlarını provoke edebileceği gösterilmişse de henüz İBS’li hastaları tanımamızı sağlayacak bir hormonal profil yoktur. Hayvan deneylerinde artmış kortikotropin releasing faktörün (CRF) oluşturduğu motilite artışının CRF - antagonistleri ile bloke edilmesi, stresin hormonal yolla etkisini gösterir. İBS’nin özellikle kadınlarda sık olması cinsiyet hormonları ile ilişkisini düşündürebilir. Kabızlık baskın hastalarda kolonik transit’in menstruasyon ile değişmemesine karşın menstruasyon sırasında daha yumuşak ve kolay dışkılama oluşmaktadır (15).

Diyet ve Enfeksiyon:

Lifli diyetin konstipasyondaki iyileştirici etkisi bilinmekle birlikte; bunun eksikliğinin İBS’yi oluşturmada ihtimali çok düşüktür. Lif kullanımının (20-30 g / gün) kabızlığın baskın olduğu İBS’li hastalardaki iyileştirici etkisi; barsak geçiş süresini düzenleyerek kabızlığı hafifletebilir, kolon içi basıncı azaltarak ağrıyı azaltabilir, safra tuzlarını sulandırarak kolonun kasılma faaliyetini azaltabilir (25,30,31).

Hastaların az bir kısmında semptomların viral bir enfeksiyondan sonra başladığı bildirilmiştir. Enfeksiyon veya diğer zararlı ajanların semptomlara yol açan reseptörleri sensitize ettiği düşünülmektedir (27).

Psikolojik Faktörler:

İBS’li hastaların yaklaşık %50’sinde semptomların stres altında iken provoke olduğu gözlemlenmiştir. Psikolojik stres ya da strese karşı emosyonel yanıtlar birçok insanda Gİ fonksiyonları etkiler ancak İBS’li hastalarda bu daha belirgindir (17,32).

2.4. İBS’de Fiziksel Muayene Bulguları

İlk planda sağlıklı görünen, ancak gergin ve anksiyete hali olan, otonomik labilite (hızlı ve değişken nabız, elleri terli) gösteren bir hastadır. Karında timpanizm, sol alt kadranda hassasiyet ve bazen palpabl bir sigma tespit edilebilir. Sigmoidoskopi bu hastalarda şart olduğundan muayenenin bir parçası olarak kabul edilir (16).

2.5. İBS’de Ayırıcı Tanı

2.5.1. Tanı: Tanı son bir yıl içerisinde, üç aydan daha uzun süredir sürekli veya aralıklı olarak devam eden daha önce belirtilen (karın ağrısı ve dışkılama alışkanlığında değişiklik) yakınmalarının çeşitli kombinasyonlarının bir hastada tespit edilmesi ve bu tabloyu yapabilecek organik kökenli hastalıkların ekarte edilmesi ile konur. Hastalığı destekleyen ve organik kökenli olabileceğini düşündüren bulgular Tablo 3’te gösterilmiştir (33).

Tablo 3. İrritabl Barsak Sendromunun Klinik Özellikleri

İBS’yi Destekleyen bulgular:

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">1- Karın ağrısının düzeyi<ul style="list-style-type: none">a) Öğünle şiddetlenmesib) Defekasyonla rahatlamac) Ağrının başlamasıyla barsak hareketlerinin artmasıd) Ağrının başlamasıyla dışkının yumuşamasıe) Hastaları gece uykudan uyandırmaması2- Karında gerginlik hissi3- Küçük dışkı (konstipasyon veya diyare ile)4- Değişik şiddette devam eden kronik semptomlar5- Stres dönemlerinde semptomların ağırlaşması |
|---|

İBS Aleyhine Bulgular:

- 1- Şikayetlerin ileri yaşta başlaması
- 2- Progressif kötüye gidiş
- 3- Semptomların gece uykudan uyandırması
- 4- Ateş ve kilo kaybı
- 5- Rektal kanama (fissür ve hemoroid dışında)
- 6- Steatore
- 7- Dehidratasyon
- 8- Uzun dönemden sonra yeni semptomların başlaması

2.5.2. Tanıya Götürücü Testler ve Ayırıcı Tanı: İBS’de tanı klinik özellikler ve organik lezyonların ayırt edilmesi ile konulduğundan bazı laboratuvar testler rutin, bazıları ise hastanın yakınmalarına göre özel olarak seçilmelidir. Rutin yapılması gereken testler: 1. Tam kan sayımı, idrar tetkiki, rutin laboratuvar tetkikleri, 2. Laktoz tolerans testi veya daha pratik olarak laktoz içermeyen bir diyet hastanın yanıtının takibi, 3. Dışkı analizi, dışkıda gizli kan, parazit açısından tetkik, 4. Fleksibl sigmoidoskopi (50 cm inceler) veya olanak bulunamıyorsa çift kontrast kolon grafisi, üst gastrointestinal kanala ait yakınmalar var ise ÖGD (Özofagogastroduodenoskopi) ve üst abdominal ultrasonografi ek olarak yapılmalıdır (33,34).

Hasta ile ilk görüşmede klinik olarak İBS tanısında şüpheler var ise ayırıcı tanıya karın ağrısı yapan bütün nedenlerin dahil edilmesi ve hangisi klinik olarak daha yatkın bir ihtimal ise ona yönelik özel laboratuvar testlerinin yapılması gereklidir. İBS’nin ayırıcı bazı test sonuçları Tablo 4’te gösterilmiştir (33).

Tablo 4. İBS’nin Ayırıcı Test Sonuçları

- 1- Yüksek eritrosit sedimantasyon hızı
- 2- Lökositoz
- 3- Dışkıda kan veya yağ
- 4- Günde 200 g’dan fazla dışkı ağırlığı
- 5- 48 saatlik açlığa karşın devam eden diyare
- 6- Hipokalemi

2.6. İrritabl Barsak Sendromunda Takip Stratejisi

İlk ziyaret;

- ◆ Dikkatli anamnez alınır ve fizik muayene yapılır
- ◆ Klinik olarak İBS tanısı konulur
- ◆ Hastaya açıklama yapılır ve hastalığın kanser olmadığı söylenir
- ◆ Semptomların nasıl oluştuğu açıklanır
- ◆ Tetkikleri ayarlanır

Bir sonraki ziyaret ayarlanır

İkinci ziyaret;

- ◆ Laboratuvar tetkiklerindeki organik olabilecek ipuçları değerlendirilir
- ◆ Açıklamalar tekrarlanır ve hastaya güven verilir
- ◆ Uygun tedavi planlanır

Takip ziyaretleri;

◆ Direnç gösteren hastalarda semptomlar gözlenir ve teşhisin doğruluğu düşünülür ancak gereksiz tetkikten kaçınılır

Bunun için;

- ◆ Kabızlık: Lifli veya posalı besinler verilir
- ◆ Ağrı/ Şişkinlik: Antispazmolitik verilmesi düşünülür
- ◆ Diyare: Loperamide verilir veya diyeti düzenlenir
- ◆ Belirgin psikolojik problem: Antidepresan verilir veya psikiyatriste gönderilir (15).

Yapılan birçok çalışmada İBS için bazı önerilerde bulunulmuştur:

- Alarm özelliklerinin bulunmasına ve semptomlara dayanılarak doğru tanı konulmalıdır; çünkü birçok hasta kolonik incelemeye ihtiyaç duymaz.
- Hastalığın etkisi ve hastanın psikolojik kaynakları tespit edilmelidir (aile desteği gibi).
- Birlikte bir psikiyatrik hastalığın veya önemli bir kaybın, travmanın olup olmadığı belirlenmelidir.
- Güven sağlanarak, semptomların sadece hastaların kafasında değil gerçek olduklarının bilindiği ve İBS'nin bilinen bir barsak sendromu olduğunun önemi vurgulanmalıdır.

- Semptomların neden ortaya çıkabileceği anlaşılır bir dille açıklanarak, hastalığın iyi huylu olduğu konusunda hasta eğitilmelidir.
- Hastanın beklentileri ve gizli korkuları değerlendirilmelidir. Örneğin, semptomlar uzun süredir varolmalarına rağmen neden şimdi başvurdukları gibi.
- Karışık mesajlar vermekten kaçınılmalıdır. Örneğin, endişelerini giderip uygun açıklama yapmadan kapsamlı testler istemek gibi.
- Yeni yapısal hastalığın gelişiminden şüphelenilmediği sürece testlerin tekrarlanmasından kaçınılmalıdır.
- Tedavi hastaya dayanan bakım sorumluluğu prensibi üzerine oturtulmalıdır.
- Beslenme özelliği değiştirilmeye çalışılmalıdır. Örneğin, ishal için düşük lifli bir diyet, kabızlık için lifi dikkatli bir şekilde artırarak.
- Eğer mümkünse hasta için en çok endişe kaynağı hedef alınarak ve uygun olduğu zamanlarda (antidepresanlar hariç) ilaçlara ara verilip, ilaçlar ayrı ayrı reçete edilmelidir.
- Hafif ve şiddetli formu arası semptomlara sahip kişiler için özellikle psikolojik tedaviler düşünülmelidir (18).

Anamnezde;

İBS'nin önemli karakteri kronik olmasıdır. Bu nedenle İBS tanısı konmadan önce hastanın semptomlarının 3 aydan uzun süredir devam ediyor olması gerekir. Aksi ispatlanana kadar, akut başlamış tipik İBS semptomları organik olarak değerlendirilmelidir. Ayrıca belirli yiyeceklerin tüketilmesiyle ortaya çıkan ishal araştırılmalıdır. Bu yiyecekler, laktoz (örn. süt ürünleri), sorbital (diyet yiyeceklerdeki tatlandırıcı) ve fruktoz (mısır şurubunda bulunur ve şekerleme, sakız, soda ve diğer yiyeceklerde tatlandırıcı olarak kullanılır) içeren yiyecekleri kapsar. Bu maddelerin herbiri bunları sindiremeyen ve absorbe edemeyen hastalarda ishale neden olur. Hastalar, Clostridium difficile infeksiyonu sonucunda ishale neden olan antibiyotiklerin kullanımı veya magnezyum içeren ve ishal yapan laksatif veya antiasitler yönünden sorgulanmalıdır. Vagotomi, parsiyel gastrektomi veya ileal rezeksiyonlar gibi ameliyatlar da ishale neden olabilir (21).

2.7. Yaşam Kalitesinin Tanımı ve Kavramsal Yönü

Amerikan Sağlık Örgütleri Akreditasyon Komitesi'nin tanımına göre, Sağlık Bakımında Kalite "Günün bilgileri ışığında verilen bakımın, hastalardan istenen sonuçların alınmasını artırma ve muhtemel istenmeyen sonuçları azaltma

derecesidir” (35,36). Sağlıkta kalite, beklenen yaşam sũresi, ȳlũm ve hastalık hızları, sağlıklı yaşam biȳimlerini sũrdũrebilme, sağlık hizmetlerinden eşit olarak yararlanabilme, ȳretken bir iş sahibi olabilmek, konut, beslenme vb. temel gereksinimlerin karşılanması gibi konuları kapsar (37).

Yaşamı destekleyen birȳok teknolojik gelişmenin, yeni ilaȳların, alternatif tedavi ve bakım yaklaşımlarının sağlık hizmetlerinde kullanılması sonucu yaşamı korumak ve yaşam sũresini uzatmak mũmkũn olurken, bu gelişmelerle yaşamın olumlu ya da olumsuz etkilerinin kapsamlı olarak değerlendirilmesi gerekliliği daha fazla hissedilmeye başlanmıştır. Bu gelişmeler yaşam kalitesi kavramının ve yaşam kalitesini değerlendirme ȳlȳeklerinin geliştirilmesinde etkili olmuştur (38).

Yaşam kalitesi kavramı, ilk bakışta basit bir kavram gibi gȳrũnmesine karşın oldukȳa kapsamlıdır. Yaşam kalitesi tanımının, hayatın birȳok boyutunu iȳermesi gerektiği konusunda fikir birliği olmakla birlikte, bu boyutların hangileri olması gerektiği halen tartışılan bir konudur (39).

Yaşam kalitesi kavramı ilk kez Thorndike (1939) tarafından “şSosyal ȳevrenin bireylerde yansıyan tepkisi” şeklinde tanımlanmıştır. Burada temel olarak savunulan, “İyi bir sosyal ȳevre (bu daha ȳok ekonomik anlamdadır) bireysel kalite algılarının da iyi olması sonucunu doğurur” fikridir (40,41).

Yaşam kalitesi kavramı, 1960’lı yıllarda A.B.D.’de politik tartışmalardan kaynağını alan ve o yıllardan sonra da kullanımı yaygınlaşmaya başlayan oldukȳa yeni bir kavramdır. 1960’lı yıllarda A.B.D.’de, yaşam kalitesinin dũzeltilmesi hũkũmet iȳin birinci hedef olarak kabul edilmiş ve ȳncelikle daha iyi bir yaşam kalitesi iȳin daha fazla esenlik sağlayacak materyaller olduğuna inanılan gelir/ kazanȳ, eğitim, sağlık ve barınmayı iȳeren objektif yaşam durumlarının iyileştirilmesi yȳnũnde ȳalıřmalar yapılmıştır (42).

Tarihsel perspektifle baktığımızda, yaşam kalitesi kavramının ȳncelikle ekonomi bilimlerinde; esenlik, yaşam dũzeyi ve ekonomik kalkınma kavramlarından hemen sonra ortaya ȳıktıęını ve ekonomik kalkınmayı kişi başı ȳlȳũtleriyle ȳlȳen. yaklaşımın, daha gelişmiş bir anlayışını yansıttığını gȳrũyoruz (42). Ekonomistler esenlik kavramı ȳzerinde durmuşlar, ulusal ȳretim gibi gȳstergeleri, gelir ve satın alma gũcũnũ kullanmışlardır. Ekonomik yaklaşımlarda yaşam kalitesi yaşam dũzeyi kavramına ȳok yakın anlamda ele alınmıştır (43).

Psikoloji, primer olarak bireyin bũyũme ve gelişmesi ile ilgilendiği halde, sosyoloji esenlik ile ilişkili yaşam kalitesi konuları ȳzerinde durmuştur. ȳzellikle

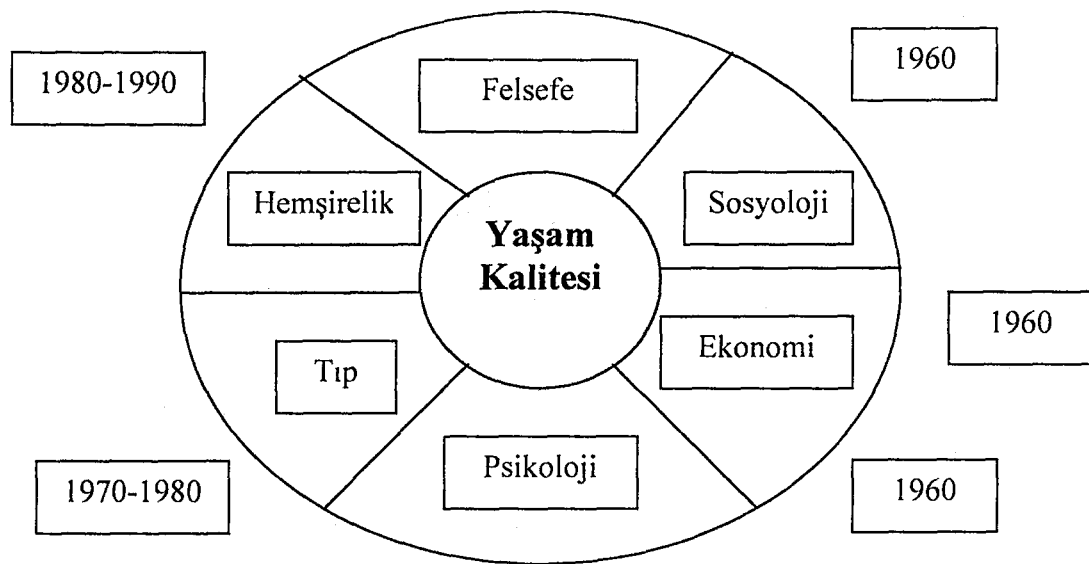
sosyal bilimlerde yaşam kalitesi kavramının yaygın kullanımı tıp ve hemşirelik bilimlerini de etkilemiş ve nihayet çeşitli hastalık durumlarında yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, sınırlı medikal kaynakların dağılımı, klinik karar vermenin kolaylaştırılması ve hastalığa uygun tedavi ve bakım kararlarının verilmesi gibi çeşitli konularda araştırmalara yöneltmiştir (43).

Sosyal bilimlerdeki ilginç yaklaşım, genel popülasyon çalışmalarında genel ve kapsamlı yaşam kalitesi ölçekleri kullanılarak tümüyle yaşam kalitesinin irdelenmesidir. Daha da ilginç olan bir diğer yaklaşım, bu ölçümlerin bireylerin sağlık durumlarını saptamak için de kullanıldığıdır. Sosyal bilimlerdeki bu yaklaşımlar, yaşam kalitesi kavramının tıp ve hemşirelik bilimlerinde kullanılmaya başlamasında oldukça etkili olmuştur (43). Yaşam kalitesi kavramının içeriği, hemşirelik uygulamaları ile güçlü ilişkiler içindedir, ancak, kalite kavramı hemşirelik dışındaki diğer disiplinlerde de yaygın olarak kullanılmaktadır (42).

1960'lı yıllarda yaşam kalitesi kavramı, Sosyoloji, Ekonomi, Psikoloji biliminin uğraşı alanına girmiştir. 1970- 1980 yıllarında Tıp alanında ilgi görmüş, 1980 - 1990 yıllarında hemşirelik alanı üzerinde durulan bir konu olmuştur (12).

Çeşitli yıllar arasında yaşam kalitesi kavramının kabul gördüğü ve kullanılmaya başlandığı disiplinler ve bu disiplinlerin birbirleriyle ilişkisi Şekil 2'de görülmektedir (12).

ÇAĞLAR BOYU YAŞAM KALİTESİ



Şekil 2: Yaşam Kalitesi Kavramının Kullanılmaya Başladığı Disiplinler ve Bu Disiplinlerin Birbirleriyle ilişkisi (12).

Tıp bilimlerinde, bireylerin yaşam kalitesinin değerlendirilmesi çalışmaları üç amaca yönelik olarak yapılmaktadır. Bu amaçlar;

- ◆ Sınırlı medikal kaynakların dağılımı
- ◆ Klinik karar vermenin kolaylaştırılması
- ◆ Bağımsız karar vermesi yönünde hastalara yardım edilmesidir (42).

Papilla ve arkadaşları, hemşirelikte yaşam kalitesine ilişkin araştırma alanlarını şöyle sıralamışlardır;

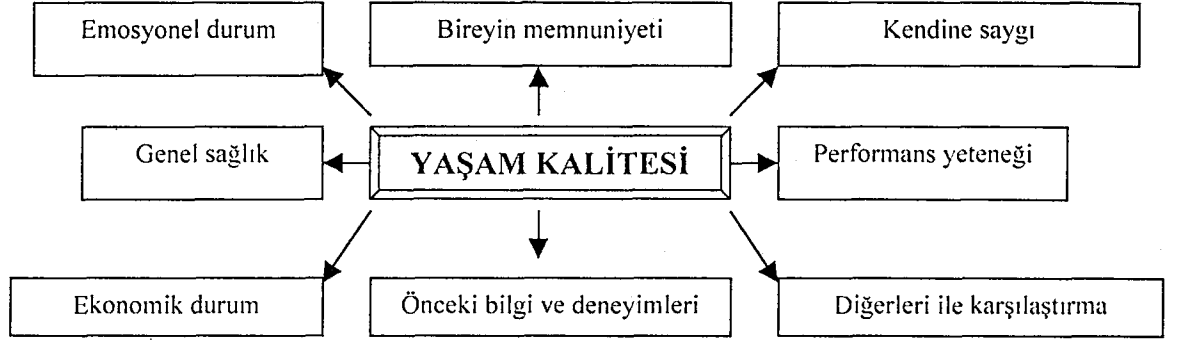
- ◆ Özgül bir hastalığa karşı hastanın fiziksel ve psikososyal yanıtını tanılamak,
- ◆ Hastalık ve tedaviye yanıt olarak semptom yönetimini belirlemek,
- ◆ Hasta ve / veya ailenin tedaviye yanıtını karşılaştırmak,
- ◆ Özgül rehabilitasyon uygulamalarının etkisini göstermek,
- ◆ Sağlık-hastalık sürecinde zayıf (kolay zedelenabilir) dönemleri tanımak (44).

Yaşam kalitesi terimi çok değişik şekillerde tanımlanabilecek genel bir terimdir. Mutluluk ya da sevinç gibi çoğumuzun çok iyi bildiği ancak tanımlamada güçlük çektiği bir kavramdır (45). Yaşam kalitesi kavramının sürekli gelişim içerisinde olması ve çok yönlü özellikler taşıması, tanımlanmasını güçleştirmektedir. Genel anlamda bireysel “iyi oluş”un ifadesi anlamına gelen yaşam kalitesini; sosyolojik, psikolojik, ekonomik ve kültürel etmenler belirlemektedir (46).

Yaşamın kalite ve kantite olmak üzere 2 boyutu vardır. Yaşamın kantitesi; yaşam süresini tanımlamakta ve beklenen yaşam süresi, mortalite oranları ve belirli nedenlere bağlı ölüm olaylarının değerlendirilmesi ile ifade edilmektedir. Yaşamın kalitesi ise; değişik göstergeler kullanmayı gerektirmektedir. Yaşam kalitesi estetik ve güzellik olarak algılanabildiği gibi, yaşam memnuniyeti olarak da ele alınabilmektedir.

Akyol’un yaşam kalitesi ve yaklaşımları makalesinde, “Burchardt’a göre yaşam kalitesi; “bireyin yaşamdan doyum alması, fiziksel ve ekonomik yönden iyi olması, diğer bireyler ile iyi ilişkiler kurması, toplumsal/ vatandaşlık/ uygarlığa ait davranışlarda sosyal güç yeterliliğine sahip olması, kendini geliştirmesi ve eğlenmeye zaman ayırmasıdır” şeklinde tanımlanmıştır. Aynı makalede Shin, Johson ve Patterson’un yaşam kalitesi’nin her yönünü değerlendirmede gerekli olduğu varsayılan karakteristikleri saptamak yolu ile farklı bir yaklaşım getirdikleri belirtilmiştir (46).

Bu karakteristikler bireyin genel sağlığı, performans durumu, genel rahatlık durumu, ekonomik ve sağlık durumunu içermektedir (Şekil 3).



Şekil 3: Yaşam Kalitesinin Tanımında Etkili Olan Faktörler.

Maeland yaşam kalitesini dört başlıkta ele alır:

- ◆Mutluluk olarak; emosyonel durumları içeren bireysel deneyimlerin hissi bölümünün ifade edilmesi,
- ◆Doyum olarak; akılsal ve entellektüel durumları içeren bireysel deneyimlerin algısal (bilişsel) bölümünün ifade edilmesi,
- ◆Doyum gereksinimi olarak; bireyin iyi bir yaşam deneyimlemeden önce doyurulması gereken farklı gereksinimlerin ifade edilmesi,
- ◆Büyüme ve gelişmeyi güçlendiren kendini gerçekleştirme (42).

Ortak bir yaşam kalitesi tanımının olmaması nedeniyle genellikle kavramın kullanımında da yanlışlıklar olmaktadır. Kavramın yanlış kullanımının önlenmesi amacıyla kavram analizi çalışmalarına ağırlık verilmiş, yaşam kalitesinin iki temel komponenti şu şekilde belirlenmiştir;

- 1- Yaşam kalitesi, bir bütün olarak yaşamın subjektif değerlendirilmesidir.
- 2- Yaşam kalitesi, hastanın şimdiki fonksiyon düzeyine karşın ne algıladığının ve yaşam doyumunun değerlendirilmesidir (2.3).

Birinci komponentte ölçümün subjektivitesi (özneelliği) ve global değerlendirmenin önemi vurgulanmakta, ikinci tanımda ise yaşam kalitesi değerlendirmesinin özelliği ve bireyin şu andaki sağlık durumuna verdiği öncelik ya da değer dikkati çekmektedir. Örneğin; aynı fonksiyonel yetersizliğe sahip iki kişi, kendi sağlık durumlarını farklı değerlerde ifade edebilirler (47).

Yaşam kalitesi, birey üzerinde etkili olan tüm durum ve faktörleri kapsamaktadır. Duruma bağlı olarak yaşam kalitesi; sağlık durumu, güvenlik, yetersizlik, anksiyete, depresyon, ilaçlara bağımlılık, entellektüel fonksiyon, seksüel fonksiyon, semptomların hafiflemesi, günlük yaşam aktiviteleri, bireyin yaşamından doyum bulması ve sosyal destek gibi bir veya daha fazla belirti içermekle birlikte bunlarla sınırlı değildir (46).

Tüm bunlardan anlaşılabacağı gibi yaşam kalitesinin fiziksel durum, psikolojik iyilik hali, sosyal katılım ve işlevsellik kapasitesi gibi dört boyutu içerdiği görülür. Bunlar;

1- Fonksiyonel durum: Fonksiyonel durum insanların çoğu için (genellikle yaşa göre) normal olan değişik hareketleri gerçekleştirme kabiliyetini ifade eder. En yaygın olarak ifade edilen dört fonksiyon kategorisi şunlardır;

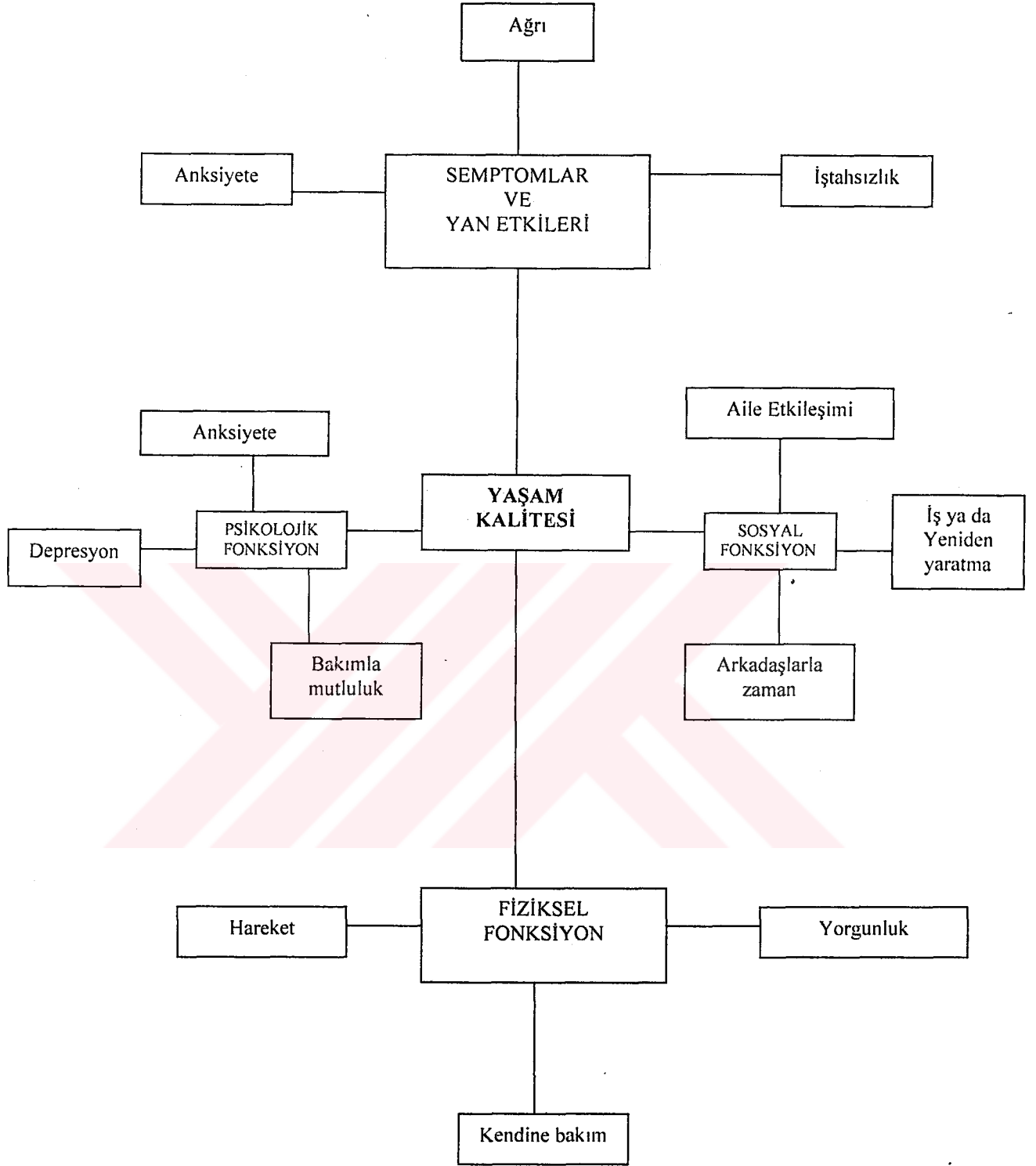
- a- Kendi kendine bakabilme (beslenme, giyinme, banyo ve tuvaleti kullanma)
- b- Hareket (evin içinde ve dışında hareket edebilme yeteneği)
- c- Fiziksel etkinlikler (yürüme, merdiven çıkma)
- d- Rol etkinliği (aile ve işle bağlantı, sosyal roller)

2- Psikolojik iyilik hali: Kişinin farklı durumlara uyum sağlama stratejilerini ve değişik ruh hallerini kapsar (örneğin; depresyon).

3- Sosyal katılım: Hastanın eş, aile ve arkadaşları ile olan ilişkilerinin niteliği ve niceliği ile sosyal faaliyetlere katılma sıklığıdır.

4- Hastalık ve tedavi ile ilgili fiziksel semptomlar: Ağrı ya da solunum güçlüğü gibi hastalık semptomları, impotans, sedasyon gibi. tedavinin yan etkilerinin olup olmadığını içerir (48).

Yaşam kalitesine ilişkin tüm bu yaklaşımlar, yaşam kalitesinin çok boyutlu bir kavram olduğunu fakat hastalık, semptom, tedavi ve bakım ile ilişkili kişisel duruma odaklandığını göstermektedir (Şekil 4) (12,49).



Şekil 4: Yaşam Kalitesinin Çok Boyutlu Görünümü (12,49).

2.8. Sağlık Alanında Yaşam Kalitesi Kavramı

Sağlık alanında yaşam kalitesi, doğrudan ya da dolaylı olarak ilgili birçok faktörü içine alan geniş bir kavramdır. Genel yaşam kalitesi kavramında olduğu gibi, sağlık alanında yaşam kalitesi konusunda da kabul görmüş evrensel tek bir tanım bulunmamaktadır. Sağlık alanında yaşam kalitesi bileşenlerine ilk kez 1948 Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Anayasasında yer alan sağlığın tanımı içinde rastlanmaktadır. D.S.Ö.'ü; sağlığı hastalık veya bozukluk olmaksızın, fiziksel, mental ve sosyal açıdan tam bir iyi olma hali olarak tanımlamıştır (50,51). Tanımından da anlaşılacağı gibi çok boyutlu bir kavram olan sağlık; yaşam süresi, yaşam beklentisi, mortalite hızı, ölüm nedenleri gibi, çok sayıda gösterge ile ifade edilmektedir. Bu göstergelerin yaşanan yılların kalitesinin anlaşılmasında az bir değere sahip olduğu, bu nedenle yaşam kalitesinin ölçülmesi gerektiği belirtilmektedir (51).

İyi sağlık, yaşam kalitesinin önemli bir boyutudur; sosyal, ekonomik ve kişisel gelişim için de majör bir kaynaktır. Sağlığın yükseltilmesi; sağlıkta eşitliği sağlamak üzerinde de yoğunlaşmaktadır. Sağlığın yükseltilmesi çabaları hali hazır sağlık durumundaki farklılıkları azaltmayı, tamamıyla sağlıklı bir duruma bütün insanları kavuşturmayı mümkün kılmayı ve eşit fırsatlar sağlanmasını hedeflemektedir. Sağlığın yükseltilmesi hem nicelik, hem de nitelik bakımından mükemmel bir yaşam ihtimalini artıran tüm ölçütleri içermelidir (52).

Yaşam kalitesi kavramı, sağlık alanında özellikle son yirmi yıldır biyopsikososyal görüşün etkisi ile önemli bir ilgi odağı haline gelmiştir (2).

Sağlık alanında yaşam kalitesi, bireylerin kendilerini nasıl hissettikleri ve günlük yaşam aktivitelerini nasıl yaptıkları ile ilgili sağlık durumunu tarif etmek için kullanılan bir kavram olarak kabul görmektedir. Bu anlayış, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi kavramının doğmasına neden olmuştur. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi (Health Related Quality of Life-HRQOL) ölçümleri ile bir hastalık ve hastalık tedavisinin yaşamın fiziksel, sosyal, emosyonel boyutları üzerine etkileri gösterilmek istenmektedir (41,53).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin üç temel boyutu vardır. Bunlar:

1- Fiziksel sağlık: Genel sağlık durumu, fonksiyonel durum, günlük fonksiyonlar, ağrı gibi semptomlar, nöbetler, ilaçların yan etkileri, hareket, yürüme yeteneği gibi.

2- Mental sağlık: Duygulanım durumu, 6zsaygı, sağlık durumunu algılama, stigma (etiketlenme), duygulanım bozuklukları (depresyon, anksiyete), başetme mekanizmaları (kendine yetme, kontrol yeteneği) gibi.

3- Sosyal sağlık: Sosyal aktiviteler ve ilişkiler, sosyal destekler, toplumsal ilgi (54).

2.9. Yaşam Kalitesinin 6l6m ve Değerlendirilmesi

Günümüzde yaşam kalitesi kavramının ve yaşam kalitesi 6l6m ara6ları'nın geliştirilmesini ama6layan bir6ok 6alışma yapılmakla birlikte, klinik alanda 50 yıldan fazla bir s6uredir fonksiyonel sağlık durumunu değerlendiren 6l6klerin kullanıldığı g6r6lmektedir. 1940'lı yıllarda geliştirilen Association Functional Scale, Karnofsky Index, New York Heart Association functional Classes fonksiyonel yaşam kalitesi 6l6klerinin ilk 6rnekleridir. Bunlar daha 6ok fonksiyonel sağlık durumunu 6l6mek, doğru tedaviyi belirlemek, tedavinin beklenen sonu6larını değerlendirmek ve hastalık progresini izlemek i6in geliştirilen tek boyutlu 6l6klerdir (55).

Schipper ve Lewit klinik araştırmalarda yaşam kalitesi 6l6m6nde kullanılabilecek 6l6eğin se6iminde bazı temel 6zellikleri şu şekilde sıralamışlardır:

- ◆ 6l6k, hastanın tanısını g6z6n6ne almalı ve hastalık grupları i6indeki fonksiyonel durumları ayırdetmeye odaklanmalı,
- ◆ Yaşam kalitesini 6ok boyutlu olarak irdeleyebilmeli,
- ◆ Uygulanması kolay olmalı, hasta kendisi de doldurabilmeli,
- ◆ Aralıklı olarak kullanılabilir olmalı, b6ylece zaman i6inde oluşan değerlişlikler izlenebilmeli, herhangi bir girişimin sonu6ları değerlendirilebilmeli,
- ◆ Yeterli ge6erlik ve g6venirliliğe sahip olmalı,
- ◆ Hastadaki 6ok k666k değerlişliklere bile duyarlı olmalıdır (56).

Sağlık alanında kullanılan yaşam kalitesi 6l6klerinde modern gelişmeler 1970'li yıllarda hız kazanmıştır. 1980'li yıllarda ise uzun, kapsamlı ve durumu tam olarak değerlendirildiğine inanılan 6l6klerin daha etkin ve pratik kullanım i6in kısaltılmasına y6nelik 6alışmalar ağırlık kazanmıştır. Bu yıllarda geliştirilen 6l6kler fizyolojik, psikolojik, sosyal sağlık durumunu değerlendirecek şekilde 6ok boyutlu olarak hazırlanmıştır. Dartmouth COOP Charts, Medical Outcome Study Short Form, Mini- Duke UNC Health Profil bu 6l6klere 6rnek verilmektedir. 1990'lı yıllara gelindiğinde genel yaşam kalitesi 6l66mleri yerine, hastalığa 6zel yaşam kalitesi 6l6klerinin kullanımına ilgi artmıştır (3).

Sağlık hizmetlerinde yaşam kalitesi değerlendirilmesi ile ilgili olarak genel yaşam kalitesi, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ve hastalığa özgü yaşam kalitesi olmak üzere üç yaklaşım tanımlanmaktadır. Bunlar:

1- Genel Yaşam Kalitesi: Nüfusun genel olarak yaşam kalitesini değerlendirir. Ölçümler tipik olarak fonksiyonel durumu, kaynaklara ve olanaklara ulaşmayı ve iyi hal duygusunu kapsamaktadır. Özellikle kronik ve mental hastalığı olan hastaları değerlendirmek için geliştirilmiş yaşam kalitesi ölçeği (QOLI) bu tip yaşam kalitesi ölçümlerine bir örnektir. QOLI; yaşam düzeyi, aile ilişkileri, sosyal ilişkiler, günlük aktiviteler, ekonomi, güvenlik ve yasal problemler, iş- okul ve sağlığın dahil olduğu farklı yaşam alanlarında, yanıtlayan kişinin son yaşam deneyimlerini değerlendirmektedir.

2- Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi: Fonksiyonel durumu, iyilik hali ve sadece sağlıkla ilişkili görüş açılarını içeren kavramlara odaklanmıştır. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçümleri genellikle daha kapsamlı ve geniştir. Farklı topluluklarda kullanılmak üzere geliştirilmiştir. Farklı toplulukların, hastalıkların, durumların, tedavilerin ve bakımın karşılaştırılması amacıyla kullanılmaktadır.

3- Hastalığa Özgü Yaşam Kalitesi: Özel bir hastalık, durum veya tedavi için geliştirilmiş olan hastalığa özgü yaşam kalitesi değerlendirmeleri daha dar kapsamlı olmasına rağmen, en ince ayrıntıları bile değerlendirmektedir. İnce ayrıntıları içermesi nedeniyle daha duyarlıdır ve önemli olan küçük klinik değişiklikleri saptayabilir ve elde edilen bilgiler klinik kararlarda rahatlıkla kullanılabilir (12).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçümleri, kronik hastalıkların etkisini ölçmekte önemli bir değerlendirme kriteri olarak kabul edilmektedir (51).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, buna yönelik olarak geliştirilmiş ölçeklerin/ anketlerin kullanılması ile yapılmaktadır. Olgular, bu anketleri, önceden belirlenmiş standart soruları, standart cevap seçeneklerinden kendi durumlarına en uygun cevabı seçerek tamamlamaktadır. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesini ölçmede kullanılan ölçekler, değerlendirilecek hastalığın genellikle en belirgin tek bir semptomun etkisinin değerlendirilmesinden, emosyonel fonksiyon (ruh durumu değişiklikleri ve diğer psikiyatrik semptomlar), sosyal rol fonksiyonu (iş, ev yönetimi, sosyal ilişkiler veya aile ile olan ilişkiler), günlük yaşam aktiviteleri (kendine bakım ve hareket) ve boş zaman aktivitelerini (hobiler) yapma becerisi gibi birçok faktörün genel ölçümüne kadar değişiklik göstermektedir (51).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin ölçülmesinde çeşitli ölçekler kullanılmaktadır. Bunlardan bazıları:

- ◆ Hastalık Etki Profili (Sickness Impact Profile- SIP)
- ◆ Nottingham Sağlık Profili (Nottingham Health Profile- NHP)
- ◆ Esenlik Kalitesi Skalası (Quality of Well- Being- QWB)
- ◆ Kendini Kontrol Uğraşı Skalası (Self Anchoring Striving Scala- SASS)
- ◆ Esenlik İndeksi (Index of Well- Being- IWB)
- ◆ Spritzer Yaşam Kalitesi İndeksi (Spritzer Quality of life Index- SQLI)
- ◆ Mc Master Sağlık İndeksi Anketi (Mc Master Health Index of Questionnaire- MHIQ)
- ◆ Zamanı Dengeleme (Time- Trade Off- TTO)
- ◆ Karnofsky Skalası (Karnofsky of Scale- KS)
- ◆ 36 Soruluk Kısa Bir Sağlık Araştırması (The MOS 36 Item Short Form Health Survey- SF36) dır (35,42,50,57).

Sonuç olarak diyebiliriz ki, tıp ve hemşirelik bilimlerinde kullanılacak yaşam kalitesi ölçekleri, sağlıkla ilgili durumlara göre geliştirilmelidir. Ancak NHP, SIP, QWB, MHIQ, ve SF36 gibi sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini ölçen ölçeklerin yalın olarak kullanımları yerine, bu ölçeklerin hastalığa özgü değişkenlerin de eklenerek kullanılması, ölçümü daha değerli kılacaktır. En uygun yaşam kalitesi ölçümünün kullanıldığına emin olmak için sağlık problemleri ve tedavi etkilerinin alanı gibi noktalar dikkatli değerlendirilmelidir (12).

Gerek sağlıkla ilgili ve gerekse hastalığa/ semptoma/ tedaviye özgü yaşam kalitesi ölçekleri bir taraftan kullanılmaya devam ederken diğer taraftan da değerlendirme kriterleri tekrar tekrar gözden geçirilmekte ve gerekli değişiklikler yapılmaktadır (12).

2.10. İBS ve Yaşam Kalitesi

İBS (veya herhangi bir kronik hastalık) psikososyal sonuçlar doğurur. Sağlığa ilişkin yaşam kalitesi, bir hastalığa ilişkin olarak hastanın algılarını, hastalık deneyimlerini ve fonksiyonel durumunu bir araya getiren bir kavramdır. İBS'li hastalar kontrol grupları ile kıyaslandığında, fonksiyonel durumda, maluliyette, işten uzak kalmada ve doktor vizitlerinde belirgin bozulmalar gösterirler. Bu durum İBS'li hastalar için, hastalığa özgü yaşam kalitesi ölçümlerinin geliştirilmesine yol açmıştır (17,25,58).

İBS tanısı, belirlenen tanı kriterlerine göre konulur. Gerçekte bu hastalığın tam anlamıyla tanımlanabilir bir işareti bulunmadığından sadece klinik özelliklerinden farkedilebilir. İBS'nin tek başına bilinen etyolojisi olmadığı için tedavi; semptom azaltmayı ve hastaların yaşam kalitesini yükseltmeyi amaçlar (59).

Son 20 yıldır yapılan klinik araştırmalardaki en önemli gelişmelerden biri, İBS gibi kronik bir hastalığın etkisinin değerlendirilmesinde hasta merkezli bilgilerin önemli olduğunun fark edilmesidir. Böylelikle, hastanın fonksiyonel durumu, mutluluk hissi ya da yaşam kalitesi daha iyi tanımlanmaktadır (19).

Hasta tarafından algılanan sağlık durumu tedavinin başarıya ulaşmasında önemli bir ölçüdür. Birçok çalışma, hasta ile doktorun algılamaları arasındaki uyumsuzlukların, tıbbi ve cerrahi tedavilerin başarısını etkilediğini bildirmektedir. Bu nedenle tedavinin öncelikli amacı, hastalığın iyileştirilmesinden çok semptomların kontrol altına alınması olmalıdır. Böylece hastanın yaşam kalitesinin yükselmesi ve tedavinin başarısının ölçülmesi mümkün olacaktır. Bu en sağlıklı biçimde geçerliliği ve güvenilirliği ispatlanmış yaşam kalitesi ölçeklerinin kullanılması ile gerçekleştirilebilir (59).

Birçok fonksiyonel bozukluklarda olduğu gibi İBS de, çok çeşitli kültürel, sosyal, çevresel ve davranışsal faktörlerden etkilenebilir. Beslenme biçimi, hormonal etkiler (örneğin menstruasyon), psikolojik stres ve aktivite düzeyi İBS semptomlarını arttırabilir (58). Yapılan çalışmalara göre; İBS'li hastaların psikolojik stres, daha fazla sağlık bakımı kullanma durumu, uyku düzeni, çalışma gücü, seksüel fonksiyon, seyahat ve beslenme düzeni üzerindeki olumsuz etkileri nedeniyle düşük yaşam kalitesine sahip oldukları saptanmıştır (60). A.B.D.'de yapılan araştırmalarda İBS'nin uykuyu, çalışmayı, seksüel fonksiyonu, boş zamanları, seyahati, beslenmeyi ve anksiyeteyi etkilediği bulunmuştur (61). Kabızlık ve diyare hakim İBS hastalarında çoğunlukla otonomik fonksiyon üzerine odaklanmış bir çalışmada; kabızlık grubunda daha fazla psikolojik üzüntünün olduğu saptanmıştır (62). Yapılan bir çalışmada ise; özellikle kronik kabızlığı olan hastaların genel sağlığının karşılaştırılabilir normal bir toplumun genel sağlığından daha düşük olduğu ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği belirtilmiştir (63).

Psikososyal zorluklar (örn. anksiyete, depresyon, büyük kayıplar) sık sık yaşanmakla birlikte, hastalar bunları algılamayabilir yada önemlerini minimize ederler. Bunun yerine fiziksel semptomlar üzerinde odaklaşırlar ve "gerçek" tıbbi sorunlarının tanı yönünden doğrulanması ve iyileştirilmesi peşinde koşarlar. Bu

nedenle böyle hastalar kolay kolay antidepresan kullanmaya ya da psikolojik tedaviye girmeye yanaşmazlar ve tedaviye uyumsuzdurlar. Sonuç olarak bu hastalar sağlık-bakım hizmetlerini çok sık kullanırlar, ayrıntılı incelemeler talep ederler, narkotik kullanırlar ve malulen emekli olmak isterler. Bu hastalar kendilerini çaresiz hissetmektedirler, “kontrol edilemezler” ya da kendi bakımlarını yapamadıklarına inanarak hastalıklarına teslim olurlar (17). Poitras ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, İBS hastalarında sıklıkla görülen psikolojik sorunlar arasında %31 oranında anksiyete, %29 oranında somatizasyon ve %26 oranında depresyon olduğu belirlenmiştir (64).

İBS'nin şiddetli tipi doktor vizitleri, araştırmalar, tedaviler ve iş gücü kaybı yoluyla yüksek sağlık bakım masraflarına sebep olur. Yapılan bir çalışmada, kliniğe başvuran İBS'li hastaların, gastroözefageal reflü ve diyabeti olan hastalarınınkine benzer düşük yaşam kalitesine sahip oldukları belirtilmiştir. Burada daha çok yaşam kalitesini, barsak semptomunun şiddetinden çok hastanın psikolojik durumunun etkilediği belirtilmektedir (13,65). Wells ve arkadaşları yaşam kalitesi ile sağlık bakımı isteme arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada; sağlık bakımı isteyen İBS'li hastaların istemeyenlere göre daha düşük yaşam kalitesi puanları aldıklarını göstermişlerdir (10). Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin düşmesi, sağlık bakımı ve diğer masrafların artması, daha çok İBS'ye eşlik eden psikolojik bozukluğa bağlı ise, barsak semptomları biraz değişse bile psikolojik tedavi bu sonuçları arttırabilir (65).

Hastalığın seyri streten önemli derecede etkilenmektedir. Yapılan bir çalışmada, hem İBS hastalarında hem de bir doktora başvurmamış semptomlu kişilerde stresli yaşam olaylarının hastalık semptomlarını arttırdığını ve psikolojik stres döneminin semptomların başlamasından önce geldiğini belirtmektedirler. İBS'li kişilerin stres düzeyleri hastalık günlerinin sayısı ile anlamlı şekilde ilişkili bulunmuştur. Bir seksüel ve fiziksel istismar öyküsü, inflamatuvar barsak hastalığı veya benzeri olan hastalara oranla İBS'li hastalar tarafından daha sık rapor edilmiştir (11). Özellikle kronik kabızlığı olan hastaların önemli bir kısmında, çocukluk çağına kadar uzanabilen psişik travmalar, büyük çoğunluğuna kadınların maruz kaldığı cinsel taciz ve baskıların daha fazla görüldüğü saptanmıştır (66).

A.B.D.'de İBS'li hastaların yaklaşık %10-25 kadarının tıbbi bakım istediği tahmin edilmektedir. İBS'li hastalar, histerektomi, sistoskopi ve appendektomi dahil cerrahi tedaviye daha fazla alınırlar. A.B.D.'de her yıl 2,5-3,5 milyon İBS'li hasta doktor kontrolüne gitmektedir. Bu da İBS'nin gastroenterologların uygulamalarında

en fazla tanı konulan hastalık (tüm hastaların yaklaşık %28'i) olduğunu ve öncelikli bakım ziyaretlerinin %12'sinden sorumlu olduğunu göstermektedir. Her yıl A.B.D.'de İBS hastaları için 2,2 milyon ilaç reçetesi yazılmaktadır (24).

Patrick ve arkadaşları İBS'li hastaların yaşam kalitesini (İBS-QOL) ölçmede psikometrik test geliştirmek ve gerçekleştirmek için birbirini takip eden beş basamak olduğunu belirtmişlerdir:

- 1) İBS semptomlarını, genel fonksiyonel durumu, İBS'ye özgü yaşam kalitesi ölçümelerini içeren bir değerlendirme formu oluşturmak,
- 2) İBS'ye özgü QOL maddelerini ortaya çıkarmak,
- 3) Semptomların ve QOL maddelerinin kültürler arası kavram ve lisan yönünden eşdeğerlerini değerlendirmek,
- 4) İBS- QOL soru formunun geliştirilmesi ve sadeleştirilmesini sağlamak,
- 5) Karşılaştırmak ve kanıtlamak amacıyla başka ölçekler kullanarak İBS-QOL'nin psikometrik özelliklerini değerlendirmek (58).

Kullanılan yaşam kalitesi ölçekleri, İBS'li hastaların semptomlarının ifade edilmesinde ve inflamatuvar barsak hastalığı gibi organik hastalıklardan ayırt edilmesinde kullanılmaktadır (10).

Son olarak, klinik sonuç hastalığın şiddetini karşıt yönde etkileyecektir. Böylece İBS olan birey, psikososyal bozuklukları yok ise, yaşamla iyi bir uyum içinde ve bir sosyal destek alıyorsa sorunsuz yaşayabilecek ve tıbbi bakım arayışına girmeyecektir. Eş zamanlı psikososyal bozukluğu bulunan, yaşam stresi yüksek, ya da sosyal desteği zayıf olan bir hastanın ise klinik sonuçları kötü olacaktır (17).

Yapılan bir çalışmada; hastaların psikolojik sorunlarının çözümünde hemşirelerin daha duyarlı olduğu belirtilmektedir. Hastaların psikososyal destek gereksinimlerini belirleyen ve gereken rehberliği en iyi karşılayan meslek grubunun hemşireler olduğu görülmektedir (12).

Yaşam kalitesine yönelik yapılan çalışmalarda, yaşam kalitesini etkileyen en önemli faktörlerin hastalık süresi, tedavi tipi, hastalığa özel semptomların deneyimlenme sıklığı, hastalığa uyum ve hastalığa ilişkin verilen eğitimin olduğu belirtilmektedir (12).

Yüksek yaşam kalitesi, bireylerin iyi olma hislerini, çalışma performanslarını, seksüel fonksiyonlarını, sosyal ilişkilerini ve yaşamlarında doyum bulmalarını kapsamaktadır. Yüksek yaşam kalitesine sahip olan bireylerin hastalıklarına uyumları

daha kolay olmakta ve hastalıklarıyla birlikte yaşamlarından doyum almaları artmaktadır (12).

2.11. Yaşam Kalitesinin Hemşirelik Yönünden Önemi

Kronik hastalığı olan bireyin, bozulan dengesini yeniden kurabilmesi sağlığı ile ilgili sorunlarını çözümleyebilmesi için normal bir yetişkinden çok daha fazla desteklenmeye, kabullenilmeye, anlaşılmaya ve anlamlı açıklamalara gereksinimi vardır. Hasta bireye gereksindiği bu yardımın verilebilmesi, onunla kurulacak mesleki ilişkinin niteliğine geniş ölçüde bağlıdır (49).

Hemşireler, kronik hastalığı olan bireylerin durumunu iyileştirmede ya da yaşama uyumunu kolaylaştırmada yardımcı olurken şu konulara öncelik vermelidirler:

1- Hastaların özel, sosyal ve mesleki problemleri ile ilgili araştırma yapmalı ve bu sonuçlara göre güçlkle karşılaştırdıkları konuları belirleyip danışmanlık görevini üstlenmelidirler.

2- Hastalara finansal, iş, ev, sosyal ve mesleksel aktiviteleri, taşınma, ev bakımı, yemek yapımı ve rehabilitasyon hizmetleri gibi konularda karşılaştıkları problemlerde yardımcı olmak için değişik kaynakları araştırmalı ve sunmalıdırlar.

3- Hasta bireyin gereksinimleri ve özel yetersizliklerinde gerekli olan yardım için aile, arkadaş, akraba eğitimini yaparak destekleyici görev üstlenmelidirler.

4- Kronik hastalığı olan diğer bireyleri hasta eğitiminde kaynak olarak kullanmalı ve bu hastaların deneyim ve görüşlerini bakım verdiği hastalarla paylaşmalarını sağlamalıdırlar (49).

Hemşirelik araştırma ve uygulamalarının sonuçlarının değerlendirilmesinde, önemli bir değerlendirme yaklaşımı olarak yaşam kalitesi saptamaları gittikçe kabul görmektedir. Yaşam kalitesi ile ilgili çalışmalar hemşirelerin öğrenmeleri ve ölçekler geliştirebilmesi için de önemlidir (42,67).

Hasta bireylerin hastalığın ve tedavinin yol açtığı sorunlar üzerinde kontrolünü sağlamak, iletişimini geliştirmek ve hastalık öncesi hoşlandığı aktiviteleri yeniden yapabilmesini sağlamak için yaşam kalitesi ölçümleri hemşirelere yardımcı olabilir (55).

Hasta ve tedaviye gereksinim duyan bireyin yaşam kalitesi, aileye, çevreye ve önemli ölçüde de onun tedavi ve bakımını üstlenen hemşireye bağlıdır (46). Çünkü hastaların gereksinimlerini saptayan, fonksiyonel durumlarını kazanma ve geliştirmelerinde en fazla ve yakın ilişkide bulunan sağlık personeli

hemşirelerdir (68). Papleu'ya göre hemşire, bireyin gereksinimlerini tanımak ve gidermek için yaklaşım ve etkileşimlerde bulunarak, hastada öğrenme ve gelişme sağlar. Yaşam kalitesinin yükseltilmesi için hemşire bir eğitim aracıdır (69).

Yeni sağlık hizmeti felsefesine göre; hemşireler hastalarının yaşam kalitesini yükseltmede, karşılıklı saygı ve işbirliğine dayanan holistik bir yaklaşım içinde yaşam kalitesini değerlendirmelidirler. Yaşam kalitesini değerlendirmede hemşireler anahtar rolü oynayan kişilerdir. Bu nedenle hemşire yaşam kalitesi ile ilgili kavramları ve felsefeleri sorgulamalı ve hemşirelik uygulamalarının dayandığı fiziksel ve psikolojik iyilik hali felsefesini geliştirici modelleri kurmak için çabalamalı, var olanları benimsemelidir. Düşük ve yüksek yaşam kalitelerini nelerin belirlediği, hangi parametrelerin geçerli olduğu, objektif ve subjektif ölçümlere ne derece önem verilmesi gerektiği konusunda ortak bir görüşün sağlanabilmesi için yaşam kalitesi tanımlarının açık yapılması zorunludur. Bunu sağlamak için, temelde yatan değerlerin ve felsefenin belirginleşmesi gerekir. Bu konuda birçok hemşirelik modeli ve teorisine rastlamak mümkündür (49).

Burchard ve Lewis tarafından yaşam kalitesinin bölümleri ve hemşirelik uygulamaları arasındaki ilişki ile ilgili bir model geliştirilmiştir. Bu modelde, hemşirelik süreci ve yaşam kalitesinin göstergeleri arasındaki ilişki başlıca 4 adımda incelenmiştir (Şekil 5):

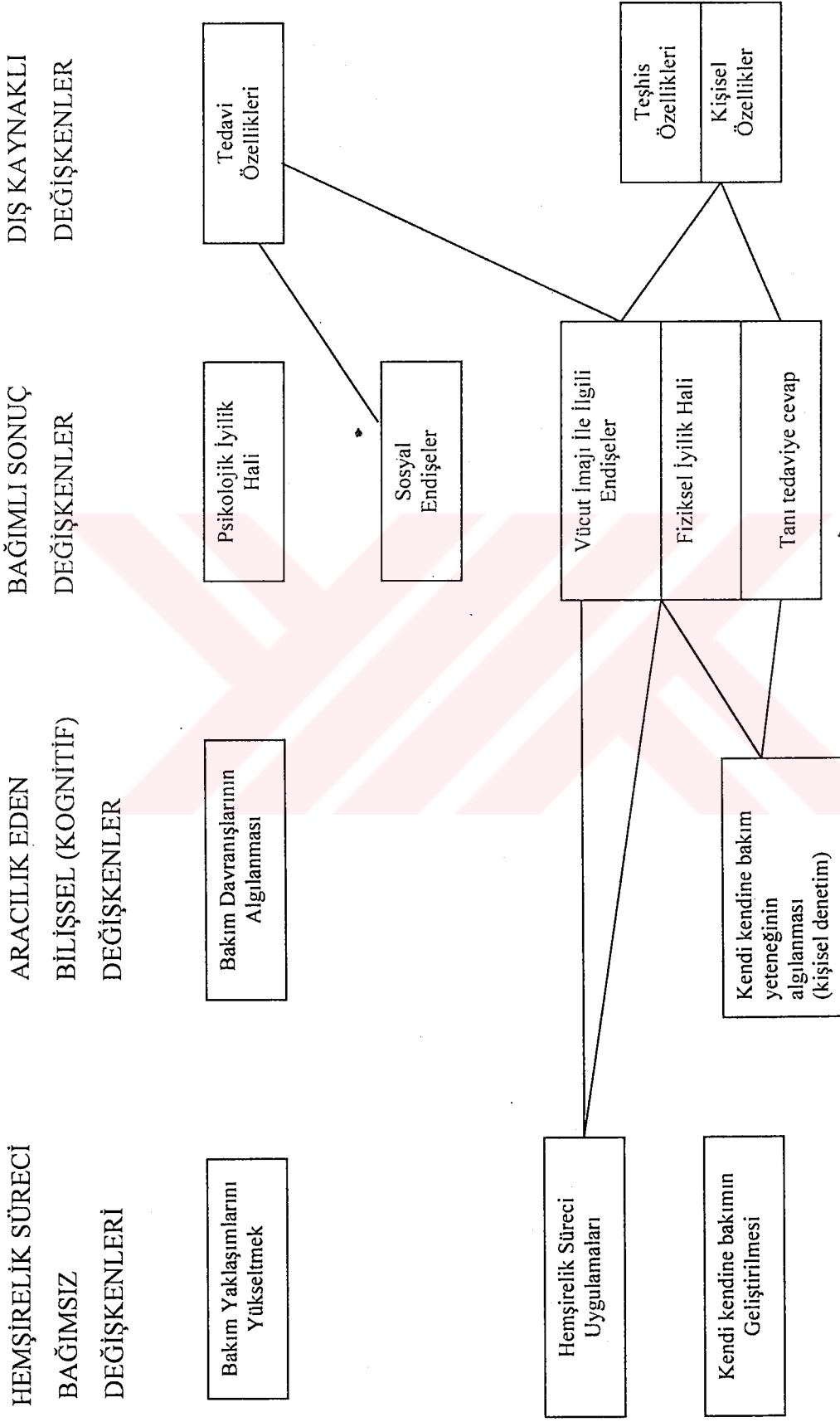
- 1- Hemşirelik süreci bağımsız değişkenleri (Independent Nursing Process Variables)
- 2- Birleştirici (aracılık eden) bilişsel değişkenler (Mediating Cognitive Variables)
- 3- Bağımlı sonuç değişkenleri (Dependent Outcome Variables)
- 4- Dış kaynaklı değişkenler (Extraneous Variables) verilmiştir (49).

Modelde belirtilen hemşirelik süreci bağımsız değişkenleri; araştırmacı tarafından idare edilebilen hemşirelik süreci aktivitelerini içerir. Bu hemşirelik süreci uygulamaları yaşam kalitesinin spesifik bölümleri üzerinde doğrudan etkilidir. Örneğin; hastanın vücut hijyeninin sağlanması ve bu konu ile ilgili olarak hemşirelik uygulamalarının yapılması fiziksel iyilik halini etkiler. Hemşirelik süreci aktivitelerinin etkisinin ortaya çıkabilmesi, istenen sonuca ulaşabilmesi birleştirici bilişsel değişkenler aracılığı ile olmaktadır. Bilişsel değişkenler yaşam kalitesinde gerekli birleştirici değişkenlerdir. Bu yüzden bilişsel değişkenlerin hemşirelik uygulamalarının yaşam kalitesi üzerinde dolaylı bir etkisi vardır. Örneğin; hastanın

kendi kendine bakımını geliştirebilmesi kişisel denetim olup kendi bakımını yapabilmesi ile sonuçlanmalıdır. Yine aynı şekilde hasta tarafından hemşirelik uygulamalarının fark edilmesi ve bunu memnuniyet olarak ifade etmesi, bakıma yönelik uygulanan davranışların algılanması demektir. Hasta bireyin hastalığına yönelik olan kişisel kontrolü ve bakımdan memnun olması psikolojik iyilik halini etkiler. Hemşirelik süreci uygulamaları ve etkinliklerini yerine getirme; bireyin vücut bütünlüğünü sağlamaya yönelik olduğundan yaşam kalitesi üzerinde etkilidir (49).

Bu modelde idare edilebilen bağımsız değişkenler olarak adlandırılan bazı hemşirelik girişimleri hastada öz-güven (öz-değer) algılamalarını arttıran bilişsel-emosyonel değişimleri oluşturmaktadır. Öz-değer, psikolojik iyilik durumunu yani yaşam kalitesinin çok önemli boyutlarından birini oluşturmada gerekli bir bilişsel-emosyonel araçtır (49).





Şekil 5: Hemşirelik Süreci ve Yaşam Kalitesi Göstergeleri arasındaki İlişki Modeli (49).

Hemşire, hastanın ve ailesinin ihtiyaç duyduğu sağlık danışmanlığını yaparak, fiziksel ve sosyal faaliyetlerde bulunabilme yeteneklerini artırarak, bireylerin yaşam biçimi değişikliklerinde ve hastalığa uyumlarında uygun baş etme yöntemlerini kullanmalarına ve kaliteli bir yaşam düzeyine ulaşmalarına yardım edecektir (12).



3.GEREÇ VE YÖNTEM:

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma İBS’li hastaların yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi ve yaşam kalitesi ile sosyo - demografik değişkenler arasındaki ilişkilerin irdelenmesi amacıyla tanımlayıcı ve deney - kontrol çalışması olarak planlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Gaziantep ilinde yer alan Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Şahinbey Hastanesi Gastroenteroloji Polikliniği ile Avukat Cengiz Gökçek Devlet Hastanesi Gastroenteroloji Polikliniği’nde yapılmıştır.

Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Şahinbey Hastanesi 320 yataklı olup 156 hemşire çalışmaktadır.

Şahinbey Hastanesindeki Gastroenteroloji Poliklinik hizmetleri 8:00 - 16:00 saatleri arasında verilmekte olup, 1 asistan doktor ve 1 uzman doktor hasta muayene ve kontrollerini yapmaktadır. Gastroenteroloji polikliniği’nde hemşire görevlendirilmemektedir. Aylık poliklinik sayısı 500-600 civarındadır.

Avukat Cengiz Gökçek Devlet Hastanesi ise 1952 yılında kurulmuştur. 1993 yılında kurulan ek bina ile 449 yatak kapasitesine ulaşmış olup, 232 hemşire çalışmaktadır.

Devlet Hastanesindeki Gastroenteroloji Poliklinik hizmetleri 8:30- 15:30 saatleri arasında verilmekte ve 2 uzman doktor görev almaktadır. Poliklinikte hemşire görevlendirilmemektedir. Aylık ortalama poliklinik sayısı 1100-1200 civarındadır.

3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

3.3.1.Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Gaziantep il merkezindeki Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Şahinbey Hastanesi Gastroenteroloji Polikliniği ve Avukat Cengiz Gökçek Devlet Hastanesi Gastroenteroloji Polikliniği’ne başvuran ve İBS tanısı alan hastalar ile özellikle son üç ayda dışkılama ve ciddi dispeptik şikayetleri olmayan sağlıklı kişiler oluşturmıştır.

3.3.2.Araştırmanın Örneklemi

Araştırma örneklemine Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Gastroenteroloji Polikliniği ve Avukat Cengiz Gökçek Devlet Hastanesi Gastroenteroloji Polikliniği’ne başvuran ve Rome II kriterlerine göre İBS tanısı alan 40 kişi hasta grubunu ve özellikle son üç ayda

dışkılama, ciddi dispeptik şikayetleri olmayan ve barsak motilitesine etki edebilecek ilaç almamış olan 40 sağlıklı kişi kontrol grubunu oluşturacak şekilde toplam 80 kişi alınmıştır.

Örneklem, olasılıksız örneklem yöntemiyle oluşturulmuştur. Araştırma verileri, Aralık 2002- Temmuz 2003 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.3.3.Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın örneklemine aşağıdaki özelliklere uyan hastalar ile dışkılama ve ciddi dispeptik şikayetleri olmayan sağlıklı kişiler alınmıştır. Bunlar;

1) Karın ağrısı veya rahatsızlık hissinin son bir yıl içerisinde en az 3 ay (aralıklı veya sürekli) süreyle aşağıdaki özelliklere sahip olan

- ◆ Defekasyonla rahatlayan
- ◆ Dışkılama sıklığında değişiklik ile ilgili olan
- ◆ Dışkı şeklinde (görünümünde) değişiklik ile ilgili olan.

2) İşitme güçlüğü olmayan, iletişim kurulabilen kişiler

3) Görüşmeyi reddetmeyenler

3.4.Verilerin Toplanması

Araştırmada;

1. Araştırmacı tarafından hazırlanan sosyo-demografik değişkenler ve hastalıkla ilgili değişkenlerin yer aldığı anket formu (EK I),

2. İBS'li Hastalarda Yaşam Kalitesi Ölçeği (EK II) kullanılmıştır.

3.4.1.Verilerin Toplama Araçları

Anket Formu (EK I)

Veri toplamanın birinci aşamasında İBS'li hastalarda yaşam kalitesine etkisi olabileceği düşünülen hastayı tanıtıcı bilgilerle ilgili Anket Formu (EK I), kronik hastaların yaşam kalitelerinin değerlendirildiği benzer çalışmalar incelenerek ve konu ile ilgili literatür taranarak araştırmacı tarafından hazırlanmıştır.

Verilerin toplanmasında kullanılan anket formu iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde bireye ilişkin sosyo - demografik değişkenler, ikinci bölümde hastalıkla ilişkili tanıtıcı bilgiler yer almaktadır.

Bireye İlişkin Tanıtıcı Bilgiler

- Cinsiyet
- Yaş
- Eğitim durumu
- Medeni durumu
- İş-mesleki durumu
- Çalışma durumu
- Yaşamın en fazla geçtiği yerleşim yeri
- Aile tipi
- Gelirin gideri karşılama durumu
- Sosyal güvence

Hastalıkla İlişkili Tanıtıcı Bilgiler

- Hastanın tanısını alma yaşı
- Doktor kontrollerine gitme sıklığı
- Ailede başka İBS tanısı olan kişi
- Hastalığı ile ilgili bilgi alma durumu
- Sigara kullanımı
- Alkol kullanımı yer almaktadır.

İBS'ye İlişkin Yaşam Kalitesi Ölçeği

(Quality Metric Inc, Lincoln, USA) İBS'li hastaların yaşam kalitesini saptamak üzere hazırlanan ölçeğin geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır

Ölçekte; emosyonel durum, mental durum, uyku, enerji, fiziksel aktivite, yemek alışkanlığı, sosyal aktivite, fiziksel rol ve cinsellik olmak üzere 9 sağlık alanını değerlendiren 30 soru yer almaktadır.

Emosyonel durum boyutunda; dört soru (1a-1d) ile hastaların son bir ay içinde duygusal problemlerden dolayı mutlu olma ve hayattan zevk alma durumları,

Mental durum boyutunda; dört soru (2a-2d) ile son bir ay içindeki sıkıntı ve psikolojik iyilik hali ile ilgili durumları,

Uyku alışkanlığı boyutunda yer alan sorularla (3-5) hastanın son bir ay içindeki uykuya dalmada güçlük ve uykudan genelde olduğundan daha erken uyanma durumları,

Canlılık, enerji boyutundaki sorularla (6,7) hastaların yorgunluk, bitkinlik ve enerji düzeyleri hakkındaki subjektif algıları,

Fiziksel aktivite boyutunda; üç soru (8a-8c) ile son bir ay içinde hastaların sağlık durumları nedeniyle aerobik egzersizi, merdiven çıkma, yürüme gibi aktivitelerinde engellenme yaşayıp yaşamadıkları ve engellenmenin düzeyi,

Beslenme alışkanlığı boyutunda yer alan sorularla (9-11) İBS'nun problemleri ve semptomlarının hastanın yemek yeme alışkanlığını etkileme durumu,

Sosyal aktivite boyutunda; dört soru (12a-12d) ile hastaların mevcut sağlık durumlarının arkadaş ziyareti gibi sosyal aktivite ve ilişkilere etkisi,

Fiziksel rol sınırlaması boyutunda yer alan sorularla (13-16) hastaların son bir ay içinde fiziksel sağlık problemlerine bağlı olarak iş, okul ve evdeki günlük aktivitelerinde sınırlamalarla karşılaşp karşılaşmadıkları,

Cinsel yaşam boyutunda; üç soru (17a-17c) ile hastalığın seksüel aktivite üzerine olan etkisi incelenmiştir.

Anket Formu ve Yaşam Kalitesi Ölçeği, hasta grubunu ve kontrol grubunu oluşturan kişilerle yüzyüze görüşülerek araştırmacı tarafından doldurulmuştur.

3.4.2. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Araştırmada veri toplama aracı olarak kullanılan Anket Formu (EK I) ve İBS'ye İlişkin Yaşam Kalitesi Ölçeği (EK II) Aralık 2002 - Temmuz 2003 tarihleri arasında Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Gastroenteroloji Polikliniği ve Avukat Cengiz Gökçek Devlet Hastanesi Gastroenteroloji Polikliniği'ne başvuran ve İBS tanısı alan 40 hasta ile 40 sağlıklı kişiye uygulanmıştır. Anket Formu ve Yaşam Kalitesi Ölçeği hasta ve kontrol grubunu oluşturan kişilerle görüşme tekniği kullanılarak araştırmacı tarafından doldurulmuştur. Her görüşme yaklaşık 20 dakika sürmüştür.

3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: İBS'li hastaların yaşam kalitesi.

Bağımsız Değişkenler: Hasta yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, mesleği, çalışma durumu, ailenin gelir durumu, sosyal güvence durumu.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde kişisel özellikler bağımsız, ölçekteki yaşam kalitesi soruları bağımlı değişkenler olarak alınmıştır.

Ölçekteki boyutlarla ilgili puanlar kontrol ve hasta grubunun verdikleri yanıtların skorlarının belirlenmesiyle elde edilmekte ve ilgili boyutun düzeyini belirlemeyi sağlamaktadır. Ölçekte boyutlarla ilgili kontrol ve hasta grubunun verdikleri yanıtların skorları İBS'ye yönelik hazırlanmış bilgisayar programına

kodlanmıştır. Elde edilen yüksek skor daha iyi sağlık durumunu, düşük skor olumsuz sağlık durumunu yansıtmaktadır.

Yaşam kalitesini oluşturan faktörlerin yanıtlanmasından elde edilen toplam puan ortalamalarının hasta ve kontrol grubu arasındaki farkını belirlemek için bağımsız gruplar arasında Student t testi kullanılmıştır.

Araştırmanın bağımlı değişkeni olan yaşam kalitesi ile hasta ve kontrol grupları açısından sosyo - demografik özellikleri arasındaki ilişkiyi belirlemek için Çift Yönlü Varyans Analizi kullanılmıştır.

Her hasta ve kontrol grubuna ilişkin tanıtıcı bilgilerle her boyuta ilişkin yaşam kalitesi puanları Statistical Package for Social Sciences (SPSS) (SPSS for windows 9.0, SPSS Inc, Chicago, USA) paket programı kullanılarak bilgisayara verilmiş ve tablolar oluşturulmuştur.

3.7. Süre ve Olanaklar

Araştırma 2002 yılı içinde planlanmış ve 2002 yılı Kasım ayında tez önerisi olarak sunulmuştur. Aralık 2002- Temmuz 2003 tarihleri arasında araştırmacı tarafından toplanan verilerin değerlendirme çalışmaları yürütülerek hazırlanan araştırma raporu, yüksek lisans tez çalışması olarak sunulmuştur.

4. BULGULAR

Bu bölümde araştırma kapsamına alınan hasta ve kontrol grubuna ilişkin sosyo - demografik özellikler ve yaşam kalitesine etkisi, hastalığa ilişkin tanıtıcı bilgiler ve hasta ve kontrol grubunun yaşam kalitesi parametrelerinden aldıkları ortalama puanları ile ilgili bulgular yer almaktadır.

4.1. Araştırma Örneklemine Alınan Hasta ve Kontrol Grubuna İlişkin Sosyo-Demografik Özellikler

Araştırma kapsamına alınan hasta ve kontrol grubunun sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 5'te gösterilmiştir.

Tablo 5: Hasta ve Kontrol Grubuna İlişkin Sosyo - Demografik Özellikler

Özellikler	Hasta Grubu		Kontrol Grubu		TOPLAM	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Cinsiyet						
Kadın	31	77.5	27	67.5	58	72.5
Erkek	9	22.5	13	32.5	22	27.5
Yaş						
18-29	20	50.0	22	55.0	42	52.5
30-41	9	22.5	15	37.5	24	30.0
42-53	8	20.0	2	5.0	10	12.5
54-65	3	7.5	1	2.5	4	5.0
Eğitim Durumu						
Okur-yazar değil	5	12.5	2	5.0	7	8.8
Okur-yazar	6	15.0	5	12.5	11	13.7
İlkokul	11	27.5	13	32.5	24	30.0
Ortaokul	6	15.0	3	7.5	9	11.3
Lise	8	20.0	7	17.5	15	18.7
Yükseköğretim	4	10.0	10	25.0	14	17.5
Medeni Durum						
Evli	33	82.5	35	87.5	68	85.0
Bekar	7	17.5	5	12.5	12	15.0
Mesleki Durumu						
Öğrenci	1	2.5	-	-	1	1.3
Memur	8	20.0	15	37.5	23	28.7
İşçi	2	5.0	5	12.5	7	8.7
Serbest	5	12.5	3	7.5	8	10.0
Emekli	-	-	1	2.5	1	1.3
Ev hanımı	24	60.0	16	40.0	40	50.0
Çalışma Durumu						
Tam gün	13	32.5	20	50.0	33	41.3
Yarım gün	4	10.0	2	5.0	6	7.5
Hiç çalışmıyor	23	57.5	18	45.0	41	51.2

Tablo 5'in devamı

Özellikler	Hasta Grubu		Kontrol Grubu		TOPLAM	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Yaşanılan Yer						
Köy-kırsal Bölge	5	12.5	3	7.5	8	10.0
Şehir-kentsel bölge	35	87.5	37	92.5	72	90.0
Aile Tipi						
Çekirdek aile	36	90.0	31	77.5	67	83.7
Geleneksel aile	4	10.0	8	20.0	12	15.0
Parçalanmış aile	-	-	1	2.5	1	1.3
Gelir Durumu						
Karşılıyor	15	37.5	16	40.0	31	38.8
Kısmen karşılıyor	21	52.5	18	45.0	39	48.7
Karşılamıyor	4	10.0	6	15.0	10	12.5
Sosyal Güvence Durumu						
Var	25	62.5	26	65.0	51	63.7
Yok	15	37.5	14	35.0	29	36.3
TOPLAM	40	100.0	40	100.0	80	100.0

Hasta grubundaki hastaların yaş ortalaması 34.3 ± 12.46 olup büyük çoğunluğu (%77.5) kadındır. Araştırmaya katılan hastaların %12.5'i okur-yazar değil, %15.0'i okur-yazar, %27.5'i ilkokul mezunu, %15.0'i ortaokul mezunu, %20.0'si lise mezunu ve %10.0'u yükseköğretim mezunudur.

Hastaların %82.5'i evli, %17.5'i ise bekaıdır; %2.5'i öğrenci, %20.0'si memur, %5.0'i işçi, %12.5'i serbest meslek sahibi ve %60.0'ı ev hanımıdır.

Araştırma kapsamındaki hastaların çoğunluğu (%57.5) çalışmamakta, %32.5'i tam gün çalışmakta, %10.0'u yarım gün ya da belirli saatlerde çalışmaktadır.

Hastaların %12.5'i kırsal bölgede yaşamakta iken, %87.5'i kentsel bölgede yaşamaktadır; %90.0'ı çekirdek aile yapısına sahip iken, %10.0'u geleneksel aile yapısına sahiptir. Hasta grubunun %37.5'inin kendi ifadelerine göre gelirlerinin giderlerini karşıladığı, %52.5'inin kısmen karşıladığı ve %10.0'unun ise karşılamadığı saptanırken, Hastaların %62.5'inin sosyal güvencesinin olduğu, %37.5'inin ise sosyal güvencesinin olmadığı belirlenmiştir.

Kontrol grubundaki sağlıklı kişilerin yaş ortalaması 30.9 ± 8.4 olup %67.5'i kadındır. %5.0'inin okur-yazar olmadığı, yine %12.5'inin okur-yazar olduğu, %32.5'inin ilkokul mezunu, %7.5'inin ortaokul mezunu, %17.5'inin lise mezunu ve %25.0'inin yükseköğretim mezunu olduğu saptanmıştır.

Araştırmaya katılan kontrol grubunun %87.5'i evli, %12.5'i bekar; %37.5'i memur, %12.5'i işçi, %7.5'i serbest meslek sahibi, %2.5'i emekli ve %40.0'ı ev hanımıdır; yarısı (%50.0) tam gün çalışırken, %5.0'i yarım gün ya da belirli saatlerde çalışmakta ve %45.0'i hiç çalışmamaktadır.

Kontrol grubunun %7.5'inin kırsal bölgede yaşadığı, %92.5'inin ise kentsel bölgede yaşadığı; %77.5'inin çekirdek aile tipine sahip, %20.0'sinin geleneksel aile tipine sahip, %2.5'inin ise parçalanmış aile tipine sahip olduğu saptanırken, %40.0'ı gelirlerinin giderlerini karşıladığını, %45.0'i kısmen karşıladığını, %15.0'i ise karşılamadığını ve %65.0'i sosyal güvencelerinin olduğunu, %35.0'i ise sosyal güvencelerinin olmadığını belirtmişlerdir.

4.2. Hasta Grubunda Bulunanların İBS Hastalığına İlişkin Tanıtıcı Bilgileri

Bu bölümde araştırma kapsamındaki İBS hastaların bu hastalıklarına ilişkin özellikleri verilmiştir.

Araştırmaya alınan hastaların İBS hastalığı özelliklerine göre dağılımı Tablo 6'da gösterilmektedir.

Tablo 6. Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler	Sayı (n=40)	Yüzde
Hastalık Süresi		
1-5 yıl	25	62.5
6-10 yıl	10	25.0
11-15 yıl	2	5.0
16-20 yıl	1	2.5
21 ve üzeri	2	5.0
Başka Hastalığının Olma Durumu		
Var	8	20.0
Yok	32	80.0
Kontrole Gelme Sıklığı		
Yılda en az 2 kez	17	42.5
Şikayetleri arttığında	3	7.5
Nadiren (yılda 1 ya da daha az)	20	50.0
Ailede İBS Hastası Olma Durumu		
Olan	17	42.5
Olmayan	23	57.5

Hastaların %62.5'i (n=25) 1-5 yıl, %25.0'i (n=10) 6-10 yıl, %5.0'i (n=2) 11-15 yıl, %2.5'i (n=1) 16-20 yıl ve %5.0'i (n=2) 21 yıl ve daha uzun süre İBS tanısı alan hastalardır.

Araştırma kapsamındaki İBS hastalarının %80.0'inin (n=32) başka hastalıklarının bulunmadığı, %20.0'sinin (n=8) ise başka hastalıklarının bulunduğu

saptanırken; bu hastalıkların %12.5'ini (n=1) epilepsi, yine %12.5'ini (n=1) hepatit C, %25.0'ini (n=2) gastrit, %25.0'ini (n=2) hipertansiyon, yine %25.0'ini (n=2) diyabetes mellitus oluşturmaktadır.

Hastaların doktor kontrollerine gelme sıklıklarına göre dağılımı Tablo 6'daki gibidir. Hastaların %50.0'si (n=20) nadiren doktor kontrollerine geldiklerini belirtirken, %42.5'i (n=17) yılda en az 2 kez geldiklerini, %7.5'i (n=3) ise hastalıkları ile ilgili şikayetleri arttığında doktor kontrollerine geldiklerini belirtmişlerdir.

Hastaların ailelerinde İBS tanısı alan başka bireylerin bulunma durumuna göre dağılımına bakıldığında; %42.5'i (n=17) ailelerinde İBS hastası birey bulunduğunu, %57.5'i (n=23) bulunmadığını bildirmişlerdir.

Ailede İBS hastası olduğunu bildiren hastaların tamamı (n=17) birinci derece akrabalarının İBS hastası olduğunu belirtmişlerdir.

Tablo 7'de hastaların hastalığa ilişkin eğitim alma durumlarına göre dağılımı görülmektedir.

Tablo 7. Hastaların Hastalıkları Konusunda Eğitim Alma Durumlarına Göre Dağılımı

Hastalığa İlişkin Eğitim Alma Durumu	Sayı (n=40)	Yüzde
Alan	14	35.0
Almayan	26	65.0
Eğitim Alınan Kişi		
Hekim	10	71.5
Hemşire	1	7.1
Diğer (akraba, arkadaş)	3	21.4
Eğitim Alınan Konular		
İBS'nin nedenleri hakkında	8	57.1
İBS belirtilerini nasıl deneyimledikleri	2	14.3
İBS'nin tedavisine yönelik konular	4	28.6

Hastaların hastalıkları konusunda eğitim alma durumuna göre dağılımına bakıldığında; hastaların %65.0'i (n=26) konuya ilişkin "**eğitim almadığını**", %35.0'i (n=14) "**eğitim aldığını**", eğitim alanların ise %71.5'i (n=10) bu eğitimi hekimden, % 7.1'i (n=1) hemşireden, %21.4'ü (n=3) akraba, arkadaş gibi diğer yollardan eğitim aldıklarını ifade etmiştir.

Hastaların eğitim aldıkları konulara bakıldığında; %57.1'inin (n=8) İBS'nin nedenleri hakkında bilgi aldıkları belirlenirken, % 28.6'sının (n=4) İBS'nin tedavisi

ve %14.3'ünün (n=2) ise İBS'nin nasıl bir hastalık olduğu konusunda bilgi aldıkları saptanmıştır.

Hastaların Sigara ve alkol kullanma alışkanlıklarına göre dağılımı Tablo 8'de verilmiştir.

Tablo 8. Hastaların Sigara ve Alkol Kullanma Alışkanlıklarına Göre Dağılımı

Hastaların Sigara Kullanma Durumu	Sayı (n=40)	Yüzde
Evet	11	27.5
Hayır	26	65.0
Bazen	3	7.5
Hastaların Alkol Kullanma Durumu		
Evet	1	2.5
Hayır	34	85.0
Bazen	5	12.5

Hastaların sigara ve alkol kullanma durumları incelendiğinde; %65.0'inin (n=26) sigara kullanmadığı, % 7.5'inin (n=3) bazen kullandığı, %27.5'inin (n=11) ise sigara kullanma alışkanlığı olduğu saptanırken, hastaların %85'inin (n=34) alkol kullanmadığı, %12.5'inin (n=5) bazen kullandığı, %2.5'inin (n=1) ise alkol kullandığı belirlenmiştir.

Tablo 9. Evde Hastalığı İle İlgili Baş Etmede Kullandığı Yöntemlerin Dağılımı

Yöntemler	Sayı (n=40)	Yüzde
Nane, adaçayı vs. kullanıyorum	5	12.5
Kaynamış sıcak su ve bol sıvı alıyorum	4	10.0
Ağrı kesici ve doktorun önerdiği ilaçları kullanıyorum	10	25.0
Sık sık tuvalete gidiyorum	4	10.0
Hiçbir şey yapmıyorum	17	42.5

Araştırma kapsamına alınan hastaların evde hastalığı ile ilgili baş etmede kullandığı yöntemlere bakıldığında; hastaların büyük çoğunluğu (%42.5) (n=17) hastalıkla baş etmede hiçbir şey yapmadıklarını ifade ederken, %25.0'i (n=10) ağrı kesici ve doktorun önerdiği ilaçları kullandıklarını, %12.5'i (n=5) nane, adaçayı gibi doğal çayları kullandıklarını, %10.0'u (n=4) kaynamış sıcak su ve bol sıvı aldıklarını ve yine %10.0'u (n=4) sık sık tuvalete gitmek zorunda kaldıklarını belirtmişlerdir (Tablo 9).

4.3. Araştırmaya Alınan Hasta ve Kontrol Grubunun Yaşam Kalitesi Parametrelerinden Aldıkları Ortalama Puanlar

Hasta ve kontrol grubunun yaşam kalitesi puan ortalamalarının dağılımı tablo 10'da gösterilmiştir.

Tablo 10. Hasta ve Kontrol Grubunun Yaşam Kalitesi Parametrelerinden Aldıkları Ortalama Puanlar

	Deney Grubu n=40	Kontrol Grubu n=40		
Yaşam Kalitesi Parametreleri	X (SS)	X (SS)	t	P
Emosyonel durum	33.2 ± 23.2	91.7 ± 7.3	15.2	0.0001
Mental durum	36.6 ± 25.7	93.4 ± 5.8	13.6	0.0001
Uyku alışkanlığı	58.5 ± 25.4	87.5 ± 11.5	6.6	0.0001
Enerji	38.4 ± 24.7	91.6 ± 10.7	12.5	0.0001
Fiziksel aktivite	63.8 ± 31.6	97.3 ± 5.1	6.6	0.0001
Beslenme	41.5 ± 28.3	95.3 ± 6.1	11.7	0.0001
Sosyal aktivite	56.3 ± 28..	94.7 ± 6.9	8.4	0.0001
Fiziksel rol	54.2 ± 32..	93.3 ± 7.8	7.5	0.0001
Cinsel yaşam kalitesi	49.1 ± 30.6	95.7 ± 7.4	8.0	0.0001

Hasta ve kontrol grupları arasında tüm yaşam kalitesi alanlarından aldıkları puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p < 0.0001$).

Kontrol grubunun emosyonel durum ($X=91.7$), mental durum ($X=93.4$), uyku alışkanlığı ($X=87.5$), enerji ($X=91.6$), fiziksel aktivite ($X=97.3$), beslenme ($X=95.3$), sosyal aktivite ($X=94.7$), fiziksel rol ($X=93.3$) ve cinsel yaşam ($X=95.7$) puan ortalamaları; hasta grubunun emosyonel durum ($X=33.2$), mental durum ($X=36.6$), uyku alışkanlığı ($X=58.5$), enerji ($X=38.4$), fiziksel aktivite ($X=63.8$), beslenme ($X=41.5$), sosyal aktivite ($X=56.3$), fiziksel rol ($X=54.2$) ve cinsel yaşam ($X=49.1$) puan ortalamalarından anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$).

4.4. Sosyo-Demografik Değişkenlerin Yaşam Kalitesine Etkisi

Hasta ve kontrol grubunun yaşam kalitesi puan ortalamalarının cinsiyete göre dağılımı Tablo 11'de gösterilmiştir.

Tablo 11. Hasta ve Kontrol Grubunun Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Cinsiyete Göre Dağılımı

Yaşam Kalitesi	Cinsiyet	Kadın		Erkek		TOPLAM	
		X (SS)		X (SS)		X (SS)	
Emosyonel Durum	Hasta	33.01 (23.5)		34.03 (23.8)		33.28 (23.2)	Grup
	Kontrol	91.43 (8.1)		92.31 (5.2)		91.72 (7.3)	Cinsiyet
	Toplam	60.24 (34.4)		68.47 (33.0)		62.50 (34.0)	Grup x Cinsiyet
Mental Durum	Hasta	36.94 (25.5)		35.56 (27.8)		36.62 (25.7)	Grup
	Kontrol	94.26 (5.7)		91.54 (5.9)		93.38 (5.8)	Cinsiyet
	Toplam	63.62 (34.5)		68.64 (33.3)		65.00 (34.0)	Grup x Cinsiyet
Uyku Aışıklanlığı	Hasta	59.41 (24.7)		55.55 (28.9)		58.54 (25.4)	Grup
	Kontrol	86.73 (12.1)		89.10 (10.4)		87.49 (11.5)	Cinsiyet
	Toplam	72.13 (24.1)		75.38 (25.8)		73.02 (24.4)	Grup x Cinsiyet
Enerji	Hasta	37.90 (25.7)		40.28 (22.3)		38.43 (24.7)	Grup
	Kontrol	91.20 (11.9)		92.31 (8.1)		91.56 (10.7)	Cinsiyet
	Toplam	62.72 (33.6)		71.02 (30.2)		65.00 (32.8)	Grup x Cinsiyet
Fiziksel Aktivite	Hasta	67.99 (27.9)		49.54 (40.5)		63.85 (31.6)	Grup
	Kontrol	97.53 (5.1)		96.79 (5.4)		97.29 (5.1)	Cinsiyet
	Toplam	81.75 (25.3)		77.46 (34.8)		80.57 (28.1)	Grup x Cinsiyet
Beslenme	Hasta	42.15 (30.2)		39.26 (21.7)		41.50 (28.3)	Grup
	Kontrol	95.98 (4.7)		93.85 (8.4)		95.29 (6.1)	Cinsiyet
	Toplam	67.21 (34.9)		71.51 (31.2)		68.39 (33.9)	Grup x Cinsiyet
Sosyal Aktivite	Hasta	57.06 (29.3)		53.47 (24.4)		56.3 (28.1)	Grup
	Kontrol	96.06 (5.2)		91.83 (8.9)		94.69 (6.9)	Cinsiyet
	Toplam	75.22 (29.2)		76.14 (25.4)		75.47 (28.1)	Grup x Cinsiyet
Fiziksel Rol	Hasta	38.47 (31.3)		39.58 (31.7)		54.22 (31.9)	Grup
	Kontrol	92.36 (8.1)		95.19 (7.3)		93.28 (7.8)	Cinsiyet
	Toplam	74.25 (28.9)		72.44 (34.6)		73.8 (30.3)	Grup x Cinsiyet
Cinsel Yaşam kalitesi	Hasta	54.17 (32.5)		33.33 (16.7)		49.14 (30.6)	Grup
	Kontrol	94.20 (8.5)		98.61 (3.2)		95.71 (7.4)	Cinsiyet
	Toplam	74.63 (30.8)		74.56 (33.8)		74.61 (31.5)	Grup x Cinsiyet

Tablo incelendiğinde; kontrol grubunun emosyonel durum ($X=91.72$), mental durum ($X=93.38$), enerji ($X=91.56$), beslenme ($X=95.29$) ve sosyal aktivite ($X=94.69$) puan ortalamaları, hasta grubunun emosyonel durum ($X=33.28$), mental durum ($X=36.62$), enerji ($X=38.43$), beslenme ($X=41.50$) ve sosyal aktivite ($X=56.31$) puan ortalamalarından anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Hasta ve kontrol grubunun uyku alışkanlığı, fiziksel aktivite, fiziksel rol ve cinsel yaşam puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Yaşam kalitesi parametrelerine tek tek bakıldığında; cinsiyete göre yaşam kalitesinin emosyonel boyutunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0.031$, $p<0.05$). Mental durum, uyku alışkanlığı, enerji, fiziksel aktivite, beslenme, sosyal aktivite, fiziksel rol ve cinsel yaşam puan ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Ayrıca hasta ve kontrol grupları ile cinsiyet arasında cinsel yaşam parametresi puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak bir etkileşim belirlenirken ($p=0.033$, $p<0.05$), diğer parametreler açısından istatistiksel olarak bir etkileşim belirlenmemiştir ($p>0.05$).

Hasta ve kontrol grubunun yaşam kalitesi puan ortalamalarının yaş gruplarına göre dağılımı Tablo 12’de gösterilmiştir.

Tablo 12. Hasta ve Kontrol Grubunun Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Yaşam Kalitesi	Yaş	18-29 yaş		30-41 yaş		42 ve üzeri		TOPLAM	
		X (SS)		X (SS)		X (SS)		X (SS)	
Emosyonel Durum	Hasta	34.38 (20.6)		30.55 (28.2)		33.52 (25.5)		33.28 (23.2)	Grup
	Kontrol	92.05 (7.3)		91.25 (7.8)		91.67 (7.2)		91.72 (7.3)	Yaş
	Toplam	64.58 (32.8)		68.49 (34.8)		45.98 (33.5)		62.50 (34.1)	Grup x Yaş
Mental Durum	Hasta	37.50 (23.1)		40.55 (30.8)		31.82 (27.6)		36.62 (25.7)	Grup
	Kontrol	92.27 (6.5)		94.67 (4.8)		95.00 (5.0)		93.38 (5.8)	Yaş
	Toplam	66.19 (32.2)		74.38 (32.5)		45.36 (36.2)		65.00 (34.1)	Grup x Yaş
Uyku Aışkanlığı	Hasta	63.33 (23.1)		60.18 (21.2)		48.48 (31.4)		58.54 (25.4)	Grup
	Kontrol	89.01 (10.7)		86.67 (13.3)		80.55 (4.8)		87.49 (11.5)	Yaş
	Toplam	76.79 (21.7)		76.74 (20.8)		55.36 (30.8)		73.02 (24.4)	Grup x Yaş
Enerji	Hasta	39.38 (21.6)		43.06 (34.3)		32.95 (22.6)		38.44 (24.7)	Grup
	Kontrol	92.05 (10.6)		89.17 (11.4)		97.22 (5.9)		91.56 (10.7)	Yaş
	Toplam	66.96 (31.3)		71.88 (31.8)		47.32 (34.7)		65.00 (32.8)	Grup x Yaş
Fiziksel Aktivite	Hasta	65.82 (27.8)		73.15 (29.4)		52.65 (38.7)		63.85 (31.6)	Grup
	Kontrol	97.73 (4.6)		98.88 (2.9)		86.11 (4.8)		97.29 (5.1)	Yaş
	Toplam	82.53 (25.1)		89.24 (21.6)		59.82 (36.9)		80.57 (28.1)	Grup x Yaş
Beslenme	Hasta	45.33 (31.3)		41.48 (30.9)		34.55 (20.4)		41.50 (28.3)	Grup
	Kontrol	95.68 (5.7)		95.55 (5.9)		91.11 (10.2)		95.29 (6.1)	Yaş
	Toplam	71.71 (33.4)		75.27 (32.7)		46.66 (30.3)		68.39 (33.9)	Grup x Yaş
Sosyal Aktivite	Hasta	62.50 (25.7)		52.08 (31.1)		48.29 (29.5)		56.25 (28.0)	Grup
	Kontrol	93.75 (8.2)		95.42 (4.9)		97.92 (3.6)		94.69 (6.9)	Yaş
	Toplam	78.87 (24.3)		79.17 (28.5)		58.93 (33.4)		75.5 (28.0)	Grup x Yaş
Fiziksel Rol	Hasta	55.00 (30.9)		72.22 (27.4)		38.07 (31.6)		54.22 (31.9)	Grup
	Kontrol	91.76 (8.7)		96.66 (5.2)		87.50 (6.3)		93.28 (7.8)	Yaş
	Toplam	74.26 (28.7)		87.50 (20.6)		48.66 (34.9)		73.75 (30.3)	Grup x Yaş
Cinsel Yaşam	Hasta	50.69 (23.7)		55.56 (36.3)		39.58 (19.8)		49.14 (30.6)	Grup
	Kontrol	96.08 (7.3)		96.11 (7.6)		91.66 (8.3)		95.71 (7.4)	Yaş
	Toplam	77.29 (31.1)		80.90 (29.9)		53.79 (29.7)		74.61 (31.5)	Grup x Yaş

Tablo incelendiğinde; kontrol grubunun tüm yaşam kalitesi parametreleri puan ortalamaları, hasta grubunun yaşam kalitesi parametreleri puan ortalamalarından anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Kontrol grubunun yaşam kalitesi puan ortalamaları; emosyonel durum ($X=91.72$), mental durum ($X=93.38$), uyku alışkanlığı ($X=87.49$), enerji ($X=91.56$), fiziksel aktivite ($X=97.29$), beslenme ($X=95.29$), sosyal aktivite ($X=94.69$), fiziksel rol ($X=93.28$) ve cinsel yaşam ($X=95.71$) olarak bulunmuştur. Hasta grubunun yaşam kalitesi puan ortalamaları; emosyonel durum ($X=33.28$), mental durum ($X=36.62$), uyku alışkanlığı ($X=58.54$), enerji ($X=38.44$), fiziksel aktivite ($X=63.85$), beslenme ($X=41.50$), sosyal aktivite ($X=56.25$), fiziksel rol ($X=54.22$) ve cinsel yaşam ($X=49.14$) olarak bulunmuştur.

Yaşam kalitesi parametrelerine tek tek bakıldığında; yaş grupları ile yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamış ($p>0.05$) olup, hasta ve kontrol grupları ile yaş grupları arasında da etkileşim bulunmamıştır ($p>0.05$).

Hasta ve kontrol grubunun yaşam kalitesi puan ortalamalarının eğitim durumlarına göre dağılımı Tablo 13’de gösterilmiştir.

Tablo 13. Hasta ve Kontrol Grubunun Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı

Yaşam Kalitesi	Eğitim	İlkokul ve altı*		Ortl. ve üstü**		TOPLAM	
		X (SS)		X (SS)		X (SS)	
Emosyonel Durum	Hasta	35.51 (23.4)		30.55 (23.4)		33.28 (23.2)	Grup
	Kontrol	91.88 (9.5)		91.56 (4.2)		91.72 (7.3)	Eğitim
	Toplam	62.35 (33.7)		62.66 (34.8)		62.50 (34.0)	Grup x Eğitim
Mental Durum	Hasta	34.77 (25.6)		38.88 (26.4)		36.62 (25.7)	Grup
	Kontrol	94.00 (5.5)		92.75 (6.2)		93.38 (5.8)	Eğitim
	Toplam	62.98 (35.3)		67.24 (32.9)		65.00 (34.0)	Grup x Eğitim
Uyku Alışkanlığı	Hasta	56.06 (26.9)		61.57 (23.6)		58.54 (25.4)	Grup
	Kontrol	87.49 (9.9)		87.49 (13.1)		87.49 (11.5)	Eğitim
	Toplam	71.03 (25.9)		75.21 (22.7)		73.02 (24.4)	Grup x Eğitim
Enerji	Hasta	36.36 (22.1)		40.97 (28.1)		38.44 (24.7)	Grup
	Kontrol	93.75 (8.6)		89.38 (12.4)		91.56 (10.7)	Eğitim
	Toplam	63.69 (33.6)		66.45 (32.3)		65.00 (32.8)	Grup x Eğitim
Fiziksel Aktivite	Hasta	60.23 (28.9)		68.27 (34.8)		63.85 (31.6)	Grup
	Kontrol	97.08 (5.6)		97.50 (4.8)		97.29 (5.1)	Eğitim
	Toplam	77.77 (28.1)		83.71 (28.1)		80.57 (28.1)	Grup x Eğitim
Beslenme	Hasta	39.39 (27.7)		44.07 (29.6)		41.50 (28.3)	Grup
	Kontrol	95.58 (5.5)		94.99 (6.8)		95.29 (6.1)	Eğitim
	Toplam	66.15 (34.9)		70.88 (33.0)		68.39 (33.9)	Grup x Eğitim
Sosyal Aktivite	Hasta	59.94 (28.9)		51.74 (30.6)		56.25 (28.0)	Grup
	Kontrol	94.38 (8.1)		95.00 (5.6)		94.69 (6.9)	Eğitim
	Toplam	76.34 (25.9)		74.51 (30.4)		75.47 (28.0)	Grup x Eğitim
Fiziksel Rol	Hasta	51.99 (29.6)		56.94 (35.3)		54.22 (31.9)	Grup
	Kontrol	92.18 (7.8)		94.38 (7.8)		93.28 (7.8)	Eğitim
	Toplam	71.13 (29.8)		76.64 (31.1)		73.75 (30.4)	Grup x Eğitim
Cinsel Yaşam	Hasta	47.92 (28.9)		50.64 (33.6)		49.14 (30.6)	Grup
	Kontrol	93.42 (8.6)		98.44 (4.5)		95.71 (7.4)	Eğitim
	Toplam	72.62 (30.6)		77.01 (32.9)		74.61 (31.5)	Grup x Eğitim

* Okur yazar olmayan, okur yazar ve ilkokul mezunlarını içermektedir

** Ortaokul, lise ve yükseköğretim mezunlarını içermektedir

Tablo incelendiğinde; kontrol grubunun emosyonel durum ($X=91.72$), mental durum ($X=36.62$), beslenme ($X=95.29$), fiziksel rol ($X=93.28$) ve cinsel yaşam ($X=95.71$) puan ortalamaları, hasta grubunun emosyonel durum ($X=33.28$), mental durum ($X=36.62$), beslenme ($X=41.50$), fiziksel rol ($X=54.22$) ve cinsel yaşam ($X=49.14$) puan ortalamalarından anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Hasta ve kontrol grubunun uyku alışkanlığı, enerji, fiziksel aktivite ve sosyal aktivite puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Yaşam kalitesi parametrelerine tek tek bakıldığında; eğitim durumları ile yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamış ($p>0.05$) olup, hasta ve kontrol grupları ile eğitim durumları arasında da etkileşim bulunmamıştır ($p>0.05$).

Hasta ve Kontrol grubunun yaşam kalitesi puan ortalamalarının medeni durumlarına göre dağılımı Tablo 14'de gösterilmiştir.

Tablo 14. Hasta ve Kontrol Grubunun Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Medeni Durumlarına Göre Dağılımı

Yaşam Kalitesi	Medeni Durum	Evli		Bekar		TOPLAM	
		X (SS)		X (SS)		X (SS)	
Emosyonel Durum	Hasta	33.77 (24.1)		35.71 (19.9)		33.28 (23.2)	
	Kontrol	92.14 (7.6)		88.75 (2.8)		91.72 (7.3)	
	Toplam	63.33 (34.7)		57.81 (31.1)		62.50 (34.0)	
Mental Durum	Hasta	35.00 (25.9)		44.29 (25.1)		36.63 (25.7)	
	Kontrol	93.57 (5.9)		92.00 (5.7)		93.38 (5.8)	
	Toplam	65.15 (34.7)		64.17 (30.9)		65.00 (34.0)	
Uyku Aışkanlığı	Hasta	58.08 (25.9)		60.71 (24.4)		58.54 (25.4)	
	Kontrol	88.09 (12.0)		83.33 (5.9)		87.49 (11.5)	
	Toplam	73.53 (24.9)		70.14 (21.7)		73.02 (24.4)	
Enerji	Hasta	39.02 (26.3)		35.71 (16.8)		38.44 (24.7)	
	Kontrol	92.50 (10.1)		85.00 (13.7)		91.56 (10.7)	
	Toplam	66.54 (33.3)		56.25 (29.4)		65.00 (32.8)	
Fiziksel Aktivite	Hasta	63.49 (33.3)		65.48 (23.3)		63.85 (31.6)	
	Kontrol	97.62 (4.8)		95.00 (7.5)		97.29 (5.1)	
	Toplam	81.06 (28.9)		77.77 (23.4)		80.57 (28.1)	
Beslenme	Hasta	42.02 (26.9)		39.05 (36.4)		41.50 (28.3)	
	Kontrol	95.38 (6.2)		94.66 (5.6)		95.29 (6.1)	
	Toplam	69.48 (32.9)		62.22 (39.4)		68.39 (33.9)	
Sosyal Aktivite	Hasta	52.27 (28.0)		75.00 (20.4)		56.25 (28.0)	
	Kontrol	95.36 (7.0)		90.00 (3.4)		94.69 (6.9)	
	Toplam	74.45 (29.5)		81.25 (17.1)		75.47 (28.0)	
Fiziksel Rol	Hasta	55.30 (32.3)		49.11 (32.2)		54.22 (31.9)	
	Kontrol	93.04 (8.1)		95.00 (5.2)		93.28 (7.8)	
	Toplam	74.72 (29.9)		68.23 (33.6)		73.75 (30.3)	
Cinsel Yaşam	Hasta	49.14 (30.6)		-		49.14 (30.6)	
	Kontrol	95.71 (7.4)		-		95.71 (7.4)	
	Toplam	74.61 (31.5)		-		74.61 (31.5)	

Tablo incelendiğinde; kontrol grubunun emosyonel durum ($X=91.72$), enerji ($X=91.56$), fiziksel aktivite ($X=97.29$) ve beslenme ($X=95.29$) puan ortalamaları, hasta grubunun emosyonel durum ($X=33.28$), enerji ($X=38.44$), fiziksel aktivite ($X=63.85$) ve beslenme ($X=41.50$) puan ortalamalarından anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Hasta ve kontrol grubunun mental durum, uyku alışkanlığı, sosyal aktivite, fiziksel rol ve cinsel yaşam puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Yaşam kalitesi parametrelerine tek tek bakıldığında; medeni durumları ile yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Ayrıca hasta ve kontrol grupları ile medeni durumları arasında sosyal aktivite parametresi puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak bir etkileşim belirlenirken ($p=0.027$, $p<0.05$), diğer parametreler açısından istatistiksel olarak bir etkileşim belirlenmemiştir ($p>0.05$).

Hasta ve kontrol grubunun yaşam kalitesi puan ortalamalarının mesleklere göre dağılımı Tablo 15’de gösterilmiştir.

Tablo 15. Hasta ve Kontrol Grubunun Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Mesleklerle Göre Dağılımı

Yaşam Kalitesi	Meslek	Ev hanımı	Memur	Diğer *		TOPLAM	
		X (SS)	X (SS)	X (SS)	X (SS)		
Emosyonel Durum	Hasta	33.59 (23.2)	28.13 (26.3)	37.50 (22.2)	33.28 (23.2)	Grup	p < 0.0001
	Kontrol	92.58 (8.3)	91.25 (4.6)	90.97 (9.4)	91.72 (7.3)	Meslek	p = 0.488
	Toplam	57.19 (34.7)	69.3 (34.3)	65.81 (31.9)	62.50 (34.0)	Grup x Meslek	p = 0.702
Mental Durum	Hasta	35.83 (26.2)	35.00 (33.2)	40.63 (16.9)	36.63 (25.7)	Grup	p = 0.001
	Kontrol	95.00 (5.2)	93.00 (6.5)	91.11 (5.5)	93.38 (5.8)	Meslek	p = 0.855
	Toplam	59.50 (35.7)	72.83 (34.3)	67.35 (28.6)	65.00 (34.0)	Grup x Meslek	p = 0.729
Uyku Alışkanlığı	Hasta	56.94 (25.0)	67.71 (26.1)	54.17 (26.7)	58.54 (25.4)	Grup	p = 0.005
	Kontrol	86.46 (12.1)	89.44 (12.4)	86.11 (9.3)	87.49 (11.5)	Meslek	p = 0.256
	Toplam	68.75 (25.3)	81.89 (20.7)	71.08 (25.0)	73.02 (24.4)	Grup x Meslek	p = 0.692
Enerji	Hasta	39.58 (28.5)	35.94 (16.9)	37.50 (21.1)	38.44 (24.7)	Grup	p < 0.0001
	Kontrol	92.19 (8.9)	90.00 (12.7)	93.06 (11.0)	91.56 (10.7)	Meslek	p = 0.186
	Toplam	60.63 (34.5)	71.19 (29.8)	66.91 (32.8)	65.00 (32.8)	Grup x Meslek	p = 0.966
Fiziksel Aktivite	Hasta	68.39 (26.1)	65.63 (42.1)	48.44 (34.5)	63.85 (31.6)	Grup	p = 0.015
	Kontrol	97.92 (4.8)	97.78 (4.9)	95.37 (6.1)	97.29 (5.1)	Meslek	p = 0.372
	Toplam	80.19 (24.9)	86.59 (28.7)	73.28 (33.5)	80.57 (28.1)	Grup x Meslek	p = 0.408
Beslenme	Hasta	42.22 (29.5)	47.49 (26.3)	33.33 (28.3)	41.50 (28.3)	Grup	p = 0.001
	Kontrol	96.56 (4.3)	95.55 (5.9)	92.59 (8.5)	95.29 (6.1)	Meslek	p = 0.289
	Toplam	93.96 (35.3)	78.84 (28.1)	64.71 (36.3)	68.39 (33.9)	Grup x Meslek	p = 0.705
Sosyal Aktivite	Hasta	57.81 (26.4)	68.88 (33.2)	60.94 (29.1)	56.25 (28.0)	Grup	p = 0.012
	Kontrol	95.31 (5.8)	95.83 (4.5)	91.67 (10.8)	94.69 (6.7)	Meslek	p = 0.675
	Toplam	72.81 (27.8)	78.80 (30.5)	77.21 (26.0)	75.47 (28.0)	Grup x Meslek	p = 0.382
Fiziksel Rol	Hasta	59.38 (29.5)	57.81 (37.5)	35.16 (30.2)	54.22 (31.9)	Grup	p = 0.031
	Kontrol	91.02 (8.8)	95.00 (7.2)	94.44 (6.6)	93.28 (7.8)	Meslek	p = 0.593
	Toplam	72.04 (28.1)	82.07 (28.4)	66.54 (36.8)	73.75 (30.3)	Grup x Meslek	p = 0.119
Cinsel Yaşam	Hasta	53.07 (33.0)	44.44 (31.5)	37.50 (14.4)	49.14 (30.6)	Grup	p = 0.012
	Kontrol	92.22 (9.2)	99.24 (2.5)	97.22 (5.9)	95.71 (7.4)	Meslek	p = 0.836
	Toplam	70.34 (91.9)	79.90 (32.3)	78.85 (29.9)	74.61 (31.5)	Grup x Meslek	p = 0.279

* Öğrenci, işçi, serbest meslek sahibi ve emeklileri kapsamaktadır

Tablo incelendiğinde; kontrol grubunun tüm yaşam kalitesi parametreleri puan ortalamaları, hasta grubunun yaşam kalitesi parametreleri puan ortalamalarından anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Kontrol grubunun yaşam kalitesi puan ortalamaları; emosyonel durum ($X=91.72$), mental durum ($X=93.38$), uyku alışkanlığı ($X=87.49$), enerji ($X=91.56$), fiziksel aktivite ($X=97.29$), beslenme ($X=95.29$), sosyal aktivite ($X=94.69$), fiziksel rol ($X=93.28$) ve cinsel yaşam ($X=95.71$) olarak bulunmuştur. Hasta grubunun yaşam kalitesi puan ortalamaları; emosyonel durum ($X=33.28$), mental durum ($X=36.63$), uyku alışkanlığı ($X=58.54$), enerji ($X=38.44$), fiziksel aktivite ($X=63.85$), beslenme ($X=41.50$), sosyal aktivite ($X=56.25$), fiziksel rol ($X=54.22$) ve cinsel yaşam ($X=49.14$) olarak bulunmuştur.

Yaşam kalitesi parametrelerine tek tek bakıldığında; meslekler ile yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamış ($p>0.05$) olup, hasta ve kontrol grupları ile meslekler arasında da etkileşim bulunmamıştır ($p>0.05$).

Hasta ve kontrol grubunun yaşam kalitesi puan ortalamalarının çalışma durumlarına göre dağılımı Tablo 16'da gösterilmiştir.

Tablo 16. Hasta ve Kontrol Grubunun Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Çalışma Durumlarına Göre Dağılımı

Yaşam Kalitesi	Çalışma Durumu	Çalışıyor *		Çalışmıyor		TOPLAM	
		X (SS)	X (SS)	X (SS)	X (SS)		
Emosyonel Durum	Hasta	36.39 (23.7)	30.98 (23.1)	33.28 (23.2)	Grup	p = 0.039	
	Kontrol	90.91 (6.6)	92.71 (8.1)	91.72 (7.3)	Çalışma durumu	p = 0.704	
	Toplam	67.15 (31.8)	58.08 (35.8)	62.50 (34.0)	Grup x Çalışma durumu	p = 0.358	
Mental Durum	Hasta	40.88 (26.9)	33.48 (24.8)	36.63 (25.7)	Grup	p = 0.058	
	Kontrol	92.05 (6.1)	95.00 (5.1)	93.38 (5.8)	Çalışma durumu	p = 0.742	
	Toplam	69.74 (31.4)	60.49 (36.1)	65.00 (34.0)	Grup x Çalışma durumu	p = 0.222	
Uyku Alışkanlığı	Hasta	63.24 (24.7)	55.07 (25.8)	58.54 (25.4)	Grup	p = 0.054	
	Kontrol	89.02 (11.3)	85.65 (11.7)	87.49 (11.5)	Çalışma durumu	p = 0.251	
	Toplam	77.77 (22.2)	68.51 (25.7)	73.02 (24.4)	Grup x Çalışma durumu	p = 0.591	
Enerji	Hasta	39.71 (23.9)	37.50 (25.8)	38.44 (24.7)	Grup	p = 0.029	
	Kontrol	90.34 (12.2)	93.06 (8.8)	91.56 (10.7)	Çalışma durumu	p = 0.934	
	Toplam	68.27 (31.1)	61.89 (34.4)	65.00 (32.8)	Grup x Çalışma durumu	p = 0.573	
Fiziksel Aktivite	Hasta	59.07 (38.5)	67.38 (25.6)	63.85 (31.6)	Grup	p = 0.086	
	Kontrol	97.73 (4.6)	96.76 (5.8)	97.29 (5.1)	Çalışma durumu	p = 0.574	
	Toplam	80.88 (31.8)	80.28 (24.3)	80.57 (28.1)	Grup x Çalışma durumu	p = 0.368	
Beslenme	Hasta	43.53 (29.4)	40.00 (27.9)	41.50 (28.3)	Grup	p = 0.027	
	Kontrol	94.85 (6.4)	95.83 (5.7)	95.29 (6.1)	Çalışma durumu	p = 0.673	
	Toplam	72.48 (32.5)	64.51 (35.1)	68.39 (33.9)	Grup x Çalışma durumu	p = 0.630	
Sosyal Aktivite	Hasta	52.21 (29.2)	59.24 (27.4)	56.25 (28.0)	Grup	p = 0.045	
	Kontrol	94.03 (7.8)	95.49 (5.6)	94.69 (6.9)	Çalışma durumu	p = 0.370	
	Toplam	75.80 (28.9)	75.15 (27.5)	75.47 (28.0)	Grup x Çalışma durumu	p = 0.548	
Fiziksel Rol	Hasta	52.94 (33.9)	55.16 (31.2)	54.22 (31.9)	Grup	p = 0.063	
	Kontrol	95.74 (6.2)	90.28 (8.6)	93.28 (7.8)	Çalışma durumu	p = 0.746	
	Toplam	77.08 (31.1)	70.58 (29.6)	73.75 (30.3)	Grup x Çalışma durumu	p = 0.470	
Cinsel Yaşam	Hasta	50.69 (31.1)	48.04 (31.1)	49.14 (30.6)	Grup	p = 0.023	
	Kontrol	98.61 (4.3)	92.65 (8.8)	95.71 (7.4)	Çalışma durumu	p = 0.233	
	Toplam	79.44 (30.8)	70.34 (31.9)	74.61 (31.5)	Grup x Çalışma durumu	p = 0.762	

* Tam gün ve yarım gün çalışanları içermektedir

Tablo incelendiğinde; kontrol grubunun emosyonel durum ($X=91.72$), enerji ($X=91.56$), beslenme ($X=95.29$), sosyal aktivite ($X=94.69$), ve cinsel yaşam ($X=95.71$) puan ortalamaları, hasta grubunun emosyonel durum ($X=33.28$), enerji ($X=38.44$), beslenme ($X=41.50$), sosyal aktivite ($X=56.25$), ve cinsel yaşam ($X=49.14$) puan ortalamalarından anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Hasta ve kontrol grubunun mental durum, uyku alışkanlığı, fiziksel aktivite ve fiziksel rol puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Yaşam kalitesi parametrelerine tek tek bakıldığında; çalışma durumları ile yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamış ($p>0.05$) olup, hasta ve kontrol grupları ile çalışma durumları arasında da etkileşim bulunmamıştır ($p>0.05$).

Hasta ve kontrol grubunun yaşam kalitesi puan ortalamalarının gelir durumlarına göre dağılımı Tablo 17’de gösterilmiştir.

Tablo 17. Hasta ve Kontrol Grubunun Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Gelir Durumlarına Göre Dağılımı

Yaşam Kalitesi	Gelir Durumu	Karşılıyor		Kısmen karşılıyor+ Karşılmıyor	TOPLAM	
		X (SS)	X (SS)		X (SS)	
Emosyonel Durum	Hasta	33.33 (20.8)	33.25 (24.9)	33.25 (24.9)	33.28 (23.2)	Grup p = 0.014
	Kontrol	93.36 (4.8)	90.63 (8.4)	90.63 (8.4)	91.72 (7.3)	Gelir durumu p = 0.481
	Toplam	64.31 (33.8)	61.35 (34.4)	61.35 (34.4)	62.50 (34.0)	Grup x Gelir durumu p = 0.741
Mental Durum	Hasta	43.00 (24.9)	32.80 (25.9)	32.80 (25.9)	36.63 (25.7)	Grup p = 0.064
	Kontrol	92.81 (6.6)	93.75 (5.4)	93.75 (5.4)	93.38 (5.8)	Gelir durumu p = 0.558
	Toplam	68.71 (30.8)	62.65 (35.9)	62.65 (35.9)	65.00 (34.0)	Grup x Gelir durumu p = 0.194
Uyku Aışkanlığı	Hasta	62.22 (25.2)	56.33 (25.7)	56.33 (25.7)	58.54 (25.4)	Grup p = 0.056
	Kontrol	88.02 (13.3)	87.15 (10.4)	87.15 (10.4)	87.49 (11.5)	Gelir durumu p = 0.407
	Toplam	75.54 (23.6)	71.43 (25.0)	71.43 (25.0)	73.02 (24.4)	Grup x Gelir durumu p = 0.583
Enerji	Hasta	44.17 (27.9)	35.00 (22.5)	35.00 (22.5)	38.44 (24.7)	Grup p = 0.058
	Kontrol	91.41 (9.9)	91.67 (11.5)	91.67 (11.5)	91.56 (10.7)	Gelir durumu p = 0.518
	Toplam	68.55 (31.4)	62.76 (33.7)	62.76 (33.7)	65.00 (32.8)	Grup x Gelir durumu p = 0.285
Fiziksel Aktivite	Hasta	68.59 (32.9)	60.99 (31.0)	60.99 (31.0)	63.85 (31.6)	Grup p = 0.047
	Kontrol	98.96 (2.8)	96.18 (6.0)	96.18 (6.0)	97.29 (5.1)	Gelir durumu p = 0.277
	Toplam	84.26 (27.3)	78.23 (28.5)	78.23 (28.5)	80.57 (28.1)	Grup x Gelir durumu p = 0.646
Beslenme	Hasta	44.89 (34.9)	39.47 (24.0)	39.47 (24.0)	41.50 (28.3)	Grup p = 0.027
	Kontrol	95.83 (5.9)	94.93 (6.3)	94.93 (6.3)	95.29 (6.1)	Gelir durumu p = 0.395
	Toplam	71.18 (35.5)	66.63 (33.1)	66.63 (33.1)	68.39 (33.9)	Grup x Gelir durumu p = 0.635
Sosyal Aktivite	Hasta	48.33 (31.8)	61.00 (24.9)	61.00 (24.9)	56.25 (28.0)	Grup p = 0.103
	Kontrol	94.92 (5.7)	94.53 (7.7)	94.53 (7.7)	94.69 (6.9)	Gelir durumu p = 0.520
	Toplam	72.38 (32.4)	77.42 (25.0)	77.42 (25.0)	75.47 (28.0)	Grup x Gelir durumu p = 0.163
Fiziksel Rol	Hasta	65.42 (32.5)	47.50 (30.4)	47.50 (30.4)	54.22 (31.9)	Grup p = 0.134
	Kontrol	94.53 (8.2)	92.45 (7.6)	92.45 (7.6)	93.28 (7.8)	Gelir durumu p = 0.426
	Toplam	80.44 (27.3)	69.52 (31.7)	69.52 (31.7)	73.75 (30.3)	Grup x Gelir durumu p = 0.133
Cinsel Yaşam	Hasta	65.97 (32.8)	37.26 (23.0)	37.26 (23.0)	49.14 (30.6)	Grup p = 0.185
	Kontrol	97.02 (5.3)	94.84 (8.5)	94.84 (8.5)	95.71 (7.4)	Gelir durumu p = 0.452
	Toplam	82.69 (27.2)	69.08 (33.3)	69.08 (33.3)	74.08 (31.5)	Grup x Gelir durumu p = 0.009

Tablo incelendiğinde; kontrol grubunun emosyonel durum ($X=91.72$), fiziksel aktivite ($X=97.29$) ve beslenme ($X=95.29$) puan ortalamaları, hasta grubunun emosyonel durum ($X=33.28$), fiziksel aktivite ($X=63.85$) ve beslenme ($X=41.50$) puan ortalamalarından anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Hasta ve kontrol grubunun mental durum, uyku alışkanlığı, enerji, sosyal aktivite, fiziksel rol ve cinsel yaşam puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Yaşam kalitesi parametrelerine tek tek bakıldığında; gelir durumları ile yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Ayrıca hasta ve kontrol grupları ile gelir durumları arasında cinsel yaşam parametresi puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak bir etkileşim belirlenirken ($p=0.009$, $p<0.05$), diğer parametreler açısından istatistiksel olarak bir etkileşim belirlenmemiştir ($p>0.05$).

Hasta ve kontrol grubunun yaşam kalitesi puan ortalamalarının sosyal güvence durumlarına göre dağılımı Tablo 18’de gösterilmiştir.

Tablo 18. Hasta ve Kontrol Grubunun Yaşam Kalitesi Puan Ortalamalarının Sosyal Güvence Durumlarına Göre Dağılımı

Yaşam Kalitesi	Sosyal Güvence	Var		Yok		TOPLAM	
		X (SS)		X (SS)		X (SS)	
Emosyonel Durum	Hasta	32.75 (23.9)		34.17 (22.9)		33.28 (23.2)	Grup
	Kontrol	90.30 (4.6)		93.30 (4.6)		91.72 (7.3)	Sosyal Güvence
	Toplam	62.38 (34.2)		62.72 (34.3)		62.50 (34.0)	Grup x Sosyal Güvence
Mental Durum	Hasta	39.40 (26.8)		32.00 (23.9)		36.63 (25.7)	Grup
	Kontrol	92.88 (5.9)		94.29 (5.8)		93.38 (5.8)	Sosyal Güvence
	Toplam	66.67 (33.0)		62.07 (36.1)		65.00 (34.0)	Grup x Sosyal Güvence
Uyku Alışkanlığı	Hasta	61.00 (26.3)		54.44 (23.9)		58.54 (25.4)	Grup
	Kontrol	86.86 (12.9)		88.69 (8.4)		87.49 (11.5)	Sosyal Güvence
	Toplam	74.18 (24.2)		70.98 (24.9)		73.02 (24.4)	Grup x Sosyal Güvence
Enerji	Hasta	43.00 (27.7)		30.83 (16.9)		38.44 (24.7)	Grup
	Kontrol	92.79 (10.7)		98.29 (10.8)		91.56 (10.7)	Sosyal Güvence
	Toplam	68.38 (32.5)		59.05 (32.9)		65.00 (32.8)	Grup x Sosyal Güvence
Fiziksel Aktivite	Hasta	65.15 (34.7)		61.67 (26.5)		63.85 (31.6)	Grup
	Kontrol	96.47 (5.9)		98.81 (3.0)		97.29 (5.1)	Sosyal Güvence
	Toplam	81.12 (29.1)		79.59 (26.7)		80.57 (28.1)	Grup x Sosyal Güvence
Beslenme	Hasta	44.00 (29.2)		37.33 (27.2)		41.50 (28.3)	Grup
	Kontrol	95.64 (5.9)		94.64 (6.5)		95.29 (6.1)	Sosyal Güvence
	Toplam	70.33 (33.3)		65.00 (35.2)		68.39 (33.9)	Grup x Sosyal Güvence
Sosyal Aktivite	Hasta	52.00 (29.2)		63.33 (25.2)		56.25 (28.0)	Grup
	Kontrol	96.39 (4.7)		91.52 (9.0)		94.69 (6.9)	Sosyal Güvence
	Toplam	74.63 (30.4)		76.94 (23.7)		75.47 (28.0)	Grup x Sosyal Güvence
Fiziksel Rol	Hasta	60.75 (31.9)		43.33 (29.8)		54.22 (31.9)	Grup
	Kontrol	93.03 (7.9)		93.75 (7.8)		93.28 (7.8)	Sosyal Güvence
	Toplam	77.21 (28.1)		67.67 (33.6)		73.75 (30.3)	Grup x Sosyal Güvence
Cinsel Yaşam	Hasta	55.00 (31.7)		36.11 (24.7)		49.14 (30.6)	Grup
	Kontrol	97.26 (5.4)		92.86 (9.2)		95.71 (7.4)	Sosyal Güvence
	Toplam	76.83 (30.9)		70.65 (32.7)		74.61 (31.5)	Grup x Sosyal Güvence

Tablo incelendiğinde; kontrol grubunun emosyonel durum ($X=91.72$), mental durum ($X=93.38$), ve beslenme ($X=95.29$) puan ortalamaları, hasta grubunun emosyonel durum ($X=33.28$), mental durum ($X=36.63$) ve beslenme ($X=41.50$) puan ortalamalarından anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Hasta ve kontrol grubunun uyku alışkanlığı, enerji, fiziksel aktivite, sosyal aktivite, fiziksel rol ve cinsel yaşam puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Yaşam kalitesi parametrelerine tek tek bakıldığında; sosyal güvence durumları ile yaşam kalitesi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamış ($p>0.05$) olup, hasta ve kontrol grupları ile sosyal güvence durumları arasında da etkileşim bulunmamıştır ($p>0.05$).



5. TARTIŞMA

SOSYO-DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLERİN İNCELENMESİ

Araştırma kapsamında 40 kişi hasta grubunu, 40 kişi ise kontrol grubunu oluşturacak şekilde toplam 80 kişi bulunmaktadır.

Hasta grubunun %77.5'ini kadınlar oluşturmaktadır (Tablo 5). Cinsiyet açısından bakıldığında; genç kadınlar İBS yönünden daha fazla risk altındadırlar ve kadınlarda görülme sıklığı erkeklerdekinden en az iki kat fazladır (11,70). Poliklinik bazında kadın/ erkek oranının 10/1 gibi çok daha yüksek bulunabildiği bildirilmiştir (15). Lee ve ark. tarafından yapılan çalışmada; kabızlık baskın İBS'de kadın oranı %23 iken erkek oranı %13, diyare baskın İBS'de kadın oranı %23 iken erkek oranı %36 olarak belirlenmiştir (71). Yapılan diğer çalışmalarda; cinsiyete göre prevelans ölçüsü; Danimarka'da erkeklerde %18-54, kadınlarda %32-66, Britanya'da erkeklerde %2-16, kadınlarda %3-25 ve ABD'de erkeklerde %3-16, kadınlarda %8-9 arasında olduğu bulunmuştur (10).

Simren ve ark. tarafından yapılan cinsiyetin ve hakim olan barsak hareketinin etkisinin incelendiği çalışmada; kadınların daha yüksek oranda kabızlık baskın İBS'li olduğu (%33'e karşın %12), buna karşılık erkeklerin daha çok alternatif tipte İBS'li olduğu (%47'ye karşın %35) belirlenmiştir (62). Talley ve arkadaşları yapıkları çalışmada; İBS'li kadınlarda kabızlık, şişkinlik, mukus ve mide bulantısı semptomlarının erkeklerden daha sık görüldüğü ve semptomların bazı çalışmalarda menstruasyon ile bağlantılı olabileceği bildirilmiştir. İBS'li kadınların sağlıklı kadınlara göre bir histerektomi ameliyatı geçirmiş olduğu belirtilmiş, bu da yanlış pelvik ağrı tanısı konduğunu ve rahatsızlığın pelvik patolojisiyle çakıştığını göstermiştir (18).

Hastaların %50.0'si 18-29 yaş, %22.5'i 30-41 yaş, %20.0'si 42-53 yaş ve %7.5'i 54-65 yaş grubunu oluşturmaktadır. Araştırmaya katılan hastaların büyük çoğunluğu 18-29 yaş grubunda bulunmaktadır. Bu bulgu 18-29 yaş grubunda İBS'nin daha fazla görüldüğünü göstermektedir. İBS'de semptomların hastaların %50'sinde 35 yaşından önce ve hastaların %40'ında 35-50 yaşları arasında başladığı ve ileri yaşlarda baş göstermesinin nadir olduğu belirtilmiştir (9). İBS hastalarının yarısından çoğunda semptomlar nedeniyle doktora başvurma 30 ile 50 yaşlar arasındadır ve prevelans 60 yaşından sonra azalır (28,72). Olmsted County, Minnesota'da yapılan epidemiyolojik çalışmalarda; 65-93 yaşları arası insanlarda İBS görülme sıklığının, 30-64 yaşları arasında olan kişilere oranla daha düşük olduğu

ve 60 yaşından sonra ilk semptom gösteren hastalarda İBS tanısı konulmadığı belirlenmiştir (73). Yapılan başka bir araştırmada; İBS semptomlarının incelenmiş olan adölesanların %16.0'sında görüldüğü ve İBS semptomu olmayanlara göre İBS'li yetişkinlerin büyük bir yüzdesinin çocukluk ağrısı öyküsüne sahip oldukları bulunmuştur (11).

Eğitim durumları incelendiğinde; İBS'li hastaların %27.5'inin ilkokul mezunu olduğu, bunu %20.0 oranı ile lise mezunlarının izlediği görülmüştür.

Araştırmaya katılan hastaların %82.5'i evli, %17.5'i ise bekarıdır. Hastaların %60.0'ı ev hanımı, %20.0'si memur, %12.5'i serbest meslek sahibi, %5.0'i işçi ve %2.5'i öğrenci olduklarını bildirmişlerdir.

Hastaların çoğunluğu (%57.5) çalışmamakta, %32.5'i tam gün çalışmakta ve %10.0'u yarım gün ya da belirli saatlerde çalışmaktadır. Silk tarafından yapılan çalışmada; İBS'nin kişisel ilişkileri ve çalışma düzeylerini etkilediği görülmüştür. Bu çalışmada çalışanların yarısından çoğu (%53) iş yerinde tuvaletleri kullanmaktan utanç duyduklarını ve %32.0'si semptomların kendilerini yeni bir işe başvurmadan alıkoyduğunu belirtmişlerdir (74). Hahn ve arkadaşları yaptıkları çalışmada; çalışmaya alınan İBS'li hastaların üçte birinin İBS yüzünden geçen 4 ay boyunca en az bir gün işe gitmediklerini, geri kalanın ise hastalık nedeniyle işlerini veya aktivitelerini azalttıklarını saptamışlardır. Bu çalışmada her iki ülkede (Britanya ve ABD) hastaların hastalık yüzünden %10'unun çalışma programlarını değiştirdikleri ve evde çalışmaya başladıkları belirlenmiştir. Birlikte ele alındığında kayıp zaman ortalamasının yaklaşık 1 çalışma haftası olarak belirtildiği ve İBS'nin bir potansiyel yıkıcı durum haline geldiği bildirilmiştir (61). Luscombe'nin yaptığı çalışmada ise; İBS'li hastaların geçen 4 hafta içinde ortalama 2 iş günü kaybettikleri ve çalışma süresini 3 gün azalttıkları belirtilmiştir (11).

Araştırma kapsamına alınan hastaların %87.5'i kentsel bölgede ve %12.5'i kırsal bölgede yaşadıklarını bildirmişlerdir. Hastaların %90.0'ının çekirdek aile yapısına sahip, %10.0'unun ise geleneksel aile yapısına sahip oldukları belirlenmiştir.

Gelir durumu incelendiğinde; %37.5'inin kendi ifadelerine göre gelirlerinin giderlerini karşıladığı, %52.5'inin kısmen karşıladığı ve %10.0'unun ise karşılamadığı saptanmıştır.

Araştırma sonucuna göre ise; hastaların %37.5'inin sosyal güvencesinin olmadığı, büyük çoğunluğunun (%62.5) sosyal güvenceye sahip oldukları bulunmuştur.

HASTALIĞA İLİŞKİN DEĞİŞKENLERİN İNCELENMESİ

Araştırmaya katılan hastaların %62.5'i 1-5 yıl, %25.0'i 6-10 yıl süreyle İBS tanısı almış oldukları görülmektedir (Tablo 6). Silk'in yaptığı çalışmada; araştırmaya katılan hastaların İBS'den ortalama 16.6 yıldır acı çektikleri görülmüştür (74). Yapılan araştırmalar; hastaların %50-60'ının semptomlara 30 yıl kadar sahip olmaya devam ettiğini, fakat hastaların yaklaşık üçte birinde semptomların 1 yıl içinde kaybolabileceğini ileri sürmektedirler. Başka bir çalışmada; 2 aylık bir dönem içinde semptomların süresinin yaklaşık 3 gün olacağı ve semptomların dalgalanan yapısı yüzünden görülme yüzdesinin tahmin edilmesinin zor olduğu bildirilmiştir (11).

Luscombe'nin yaptığı çalışmada ise; kişilerin çoğunun 10 yıldan fazla süredir İBS'li olduğu saptanmıştır (11). Hahn ve arkadaşları yaptıkları çalışmada; 12 hafta içinde semptomların en fazla 5 günlük bir zaman zarfında ortalama 12 kat arttığını, yaklaşık günlerin %50'sinde hastaları etkilediğini göstermişlerdir. Ancak İBS iyi bir prognoza sahiptir ve en azından birkaç kişide semptomlar iyileşebilir (22).

Araştırma kapsamındaki hastaların başka hastalık tanısı alıp almama durumu incelendiğinde (Tablo 6); %80.0'inin başka hastalıklarının bulunmadığı, %20.0'sinin ise başka hastalığının bulunduğu ve bu hastalıkların %12.5'ini epilepsi, %12.5'ini hepatit C, %25.0'ini gastrit, %25.0'ini hipertansiyon ve yine %25.0'ini diyabetes mellitus'un oluşturduğu saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada; hastaların %7.4'ünde duodenal, mide ve peptik ülser, kronik barsak enfeksiyonu, enterit ve kolit gibi kronik gastrointestinal şikayetlere sahip oldukları belirlenmiştir (75).

İBS'li hastalarda yaygın olarak, özellikle de kadınlarda idrar yolu enfeksiyonu, seksüel fonksiyon bozukluğu, fibromiyalji, disparönia, uyku sorunları, sırtın alt kısmında ağrı, baş ağrısı ve kronik yorgunluk gibi barsak dışı semptomlar görülmektedir. Bu barsak dışı semptomların sayısı İBS'nin şiddetiyle artma eğilimi gösterir. Bu nedenle bir hasta ne kadar çok barsak dışı semptomlar gösterirse, hastanın daha şiddetli İBS'ye sahip olması söz konusudur (23).

Hastaların %50.0'sinin nadiren doktor kontrollerine geldikleri belirlenirken, %42.5'inin yılda en az 2 kez geldikleri ve %7.5'inin ise hastalıkları ile ilgili şikayetleri arttığında doktor kontrollerine geldikleri belirlenmiştir (Tablo 6). Bu sonuç İBS'li hastaların sınırlı tedaviye sahip bir durum için doktora gitmelerindeki

gönülsüzlüğü yansıtabilir. İBS, gastroenteroloji kliniklerine yapılan başvuruların %20-25'inin nedeni olmasına rağmen, İBS'li hastaların çoğu tıbbi tedavi istememektedirler ancak yine de şikayetleri için tıbbi tedavi istemeyenler her yıl doktor kontrolüne gitmekte ve ilaç kullanmaktadırlar (9,30,76,77).

İBS yaygın bir fonksiyonel gastrointestinal bozukluktur ve şiddetli formu doktor kontrolü, araştırmalar, tedaviler ve iş günü kaybı yoluyla yüksek sağlık bakım masraflarına sebep olmaktadır (65). Yapılan çalışmalarda İBS'li hastaların sadece %10-25 kadarının tıbbi tedavi istediği ve büyük bir ekonomik etkiye sahip olduğu belirtilmektedir. Sadece ABD'de ekonomik etkinin, sağlık bakımını kullanmanın doğrudan maliyeti ve iş devamsızlığının dolaylı maliyetinin yılda 25 milyar dolar olduğu tahmin edilmektedir. Gelişmiş ülkelerde doğrudan yapılan harcamaların daha düşük olduğu ancak harcamaların hala sağlık bakım bütçelerinin %0.5'inden sorumlu olduğu belirtilmektedir (24). Maliyet analizi nedeniyle yapılan bir çalışmada; İBS'li kişilerin sağlık bakımları için yılda ortalama 742 dolar, buna karşılık barsak semtomu olmayan kişilerin 429 dolar harcadıkları görülmüştür (58). Creed yaptığı çalışmasında; şiddetli İBS semptomlarının başarılı bir şekilde tedavi edilmesinin sağlık bakımı istemeyi ve diğer masrafları azaltmayacağını öne sürmektedir (65).

Simren ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada; diyare baskın İBS'li hastaların gastroenteroloğa başvurma olasılıklarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (62).

Araştırma kapsamındaki hastaların ailelerinde İBS tanısı olma durumuna bakıldığında; hastaların %42.5'i ailelerinde İBS hastalığı olduğunu belirtirken, %57.5'i ailesinde İBS hastası birey olmadığını belirtmişlerdir (Tablo 6).

Hastaların %35.0'i hastalıkları konusunda bilgilenmek üzere sağlık eğitimi aldıklarını, %65.0'i ise almadıklarını bildirmişlerdir. Hastalık konusunda önceden eğitim aldıklarını belirten hastaların %71.5'i hekim, %7.1'i hemşire ve %21.4'ü ise akraba, arkadaş gibi diğer yollardan bilgilendirildiklerini belirtmişlerdir (Tablo 7). Bütün semptomatik hastalar için, özellikle hekim ve hemşirelerin yeterli zaman ayırıp destekleyici olarak onları eğitmesi ve hekimlerin asgari seviyede ilaç reçete ederek tedavi etmesi hastalar için daha iyileştirici olabilir (78). Meers ve arkadaşları çalışmalarında; hastaya otonomi kazandırmanın önemli olduğunu ve hastalıkları konusunda eğitilmiş hastaların yaşam kalitelerinin olumlu yönde etkilendiğini belirtmişlerdir (79).

Hastaların sigara ve alkol kullanma durumları incelendiğinde; %65.0'inin sigara kullanmadığı, % 7.5'inin bazen kullandığı, %27.5'inin ise sigara kullanma alışkanlığı olduğu saptanırken, hastaların %85'inin alkol kullanmadığı, %12.5'inin bazen kullandığı, %2.5'inin ise alkol kullandığı belirlenmiştir (Tablo 8).

Araştırma kapsamına alınan hastaların evde hastalığı ile ilgili baş etmede kullandığı yöntemlere bakıldığında; hastaların büyük çoğunluğu (%42.5) hastalıkla baş etmede hiçbir şey yapmadıklarını ifade ederken, %25.0'i ağrı kesici ve doktorun önerdiği ilaçları kullandıklarını, %12.5'i nane, adaçayı gibi doğal çayları kullandıklarını, %10.0'u kaynamış sıcak su ve bol sıvı aldıklarını ve yine %10.0'u sık sık tuvalete gitmek zorunda kaldıklarını belirtmişlerdir. Bu sonuç bize hastaların uyguladıkları baş etme yöntemlerinin semptomları geçirmeyeceğini ve bu nedenle hiçbir şey yapmadıklarını düşündürmektedir (Tablo 9).

HASTA VE KONTROL GRUBUNUN YAŞAM KALİTESİNİN İNCELENMESİ

İBS yıllar sürebilecek çeşitli hastalık öyküleri olan kronik tekrarlayan bir bozukluktur. Tanısı, karın ağrısı ve düzensiz barsak alışkanlıkları gibi semptomlara dayanır. Bu semptomların yanı sıra barsak dışı semptomların ve psikolojik faktörlerin etkileri İBS'li kişilerin sağlıkla ilgili yaşam kalitelerini olumsuz etkilemektedir (8,11).

Hasta ve kontrol grubunun yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında; hasta ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandığı görülmektedir ($p<0.001$) (Tablo 10).

Yapılan bir çalışmada; yaşlı insanlardan oluşan bir toplumda İBS'lilerin hem kontrol grubuyla hem de başka bağırsak rahatsızlıkları olan kişilerle karşılaştırıldığında İBS'lilerin daha kötü yaşam kalitesine sahip oldukları saptanmıştır (10). Hahn tarafından yapılan bir çalışmada; İrritabl Barsak Sendromlu ve sendromsuz (fakat başka gastrointestinal rahatsızlıklara sahip) kişilerin yaşam kalitesi puan ortalamaları karşılaştırıldığında İBS olmayan hastalarda sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin daha iyi olduğu belirtilmiştir. Yine aynı çalışmada; İBS olmayan grubun puanları tüm parametrelerde 90. persentil dahilindeyken İBS olan grubun puanları önemli derecede düşük bulunmuştur. Bu da İBS olmayan kişilerin sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin daha iyi olduğunu ortaya koymaktadır (80).

Kontrol grubunun emosyonel durum ve mental durum puan ortalamaları, hasta grubunun emosyonel durum ve mental durum puan ortalamalarından anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Psikolojik faktörler, sendromun öncelikli nedeni olmamasına karşın hastalık yaşantısını ve tıbbi tedavi isteme kararını etkilemektedir. Psikolojik bozukluklar İBS'nin teşhis edilmesinden çok sağlık bakımının kullanılması ile bağlantılıdır (11). Sağlık başvurusunda bulunanların bulunmayanlara nazaran daha fazla psikolojik sorunlara sahip oldukları görülmektedir. Bu araştırma İBS'li kişilerin İBS semptomu olmayan kişilere oranla daha büyük boyutta psikolojik anormallikler yaşadıklarını öne sürmektedir (19).

İBS semptomları stres, alkol veya gıdalar nedeniyle kötüleşebilir. Stres sırasında veya bir yemekten sonra semptomların artma olasılığı vardır. Semptomların şiddetlenmesi bazı hastaların kendi durumlarıyla aşırı derecede ilgilenir hale gelmelerine, sürekli bir tuvaletin yakınında olma ihtiyacı hissetmelerine sebep olmaktadır. Psikososyal sorunlardan sıkıntı çeken İBS hastaları, psikososyal sorunları olmayan İBS hastalarından daha şiddetli İBS'ye sahip olma, daha sık sağlık bakımı isteme ve daha düşük sağlık statüsüne ve kötü klinik sonuçlara sahip olma eğilimindedirler (23).

Üniversiteli öğrenciler üzerinde yapılan bir çalışmada; İBS hastalarının sağlıklı kontrol grubundan daha fazla psikolojik bir sorun yaşadıkları bulunmuştur (75).

Kontrol grubunun uyku alışkanlığı puan ortalaması, hasta grubunun uyku alışkanlığı puan ortalamasından anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Sjodin ve Svedlund yaptıkları bir çalışmada; İBS'li hastaların kontrol grubuyla karşılaştırıldığında özellikle de kadınların daha az uyku uyuduklarını belirtmişlerdir (81). Bu bulgu bizim çalışma sonuçları ile paralellik göstermektedir.

Kontrol grubunun enerji puan ortalaması, hasta grubunun enerji puan ortalamasından anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Birçok kronik hastalıkta yorgunluk önemli oranda yaşanabilmektedir ve bireyi fiziksel, sosyal ve psikolojik yönlerden etkileyebilmekte, dolayısıyla yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (6).

Simren ve ark., Groll ve ark. tarafından yapılan çalışmalarda; yorgunluğun İBS'de sıkça görülen fakat değişken bir semptom olduğu ve bunun da özellikle kadınlarda daha şiddetli olarak algılandığı ve yaygın olduğu belirtilmektedir (59,62).

Kontrol grubunun beslenme ve sosyal aktivite puan ortalamaları, hasta grubunun beslenme ve sosyal aktivite puan ortalamalarından anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Wells ve arkadaşları yaptıkları çalışmada; İBS'nin yaşamı tehdit etmemesine rağmen aile ve arkadaşlarla olan sosyal etkileşimi sınırladığını belirtmektedir (10). Çalışmamızdaki sonuçlar da, bu literatür bulguları ile uyumluluk göstermektedir.

Kontrol grubunun fiziksel aktivite ve fiziksel rol puan ortalamaları, hasta grubunun fiziksel aktivite ve fiziksel rol puan ortalamalarından anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Yaşam kalitesi çalışmalarında özellikle şiddetli İBS'ye sahip olan hastalar semptomların yüklediği kısıtlamalar yüzünden düşük üretkenliğe ve azalmış fonksiyonlara sahip oldukları belirtilmiştir (60). 832 yetişkin üzerinde yapılan bir çalışmada; İBS'li hastaların sağlıklı kontrol grubuna göre hastalık nedeniyle işlerini kaybetme veya değiştirme olasılıklarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (75).

Kontrol grubunun cinsel yaşam puan ortalaması, hasta grubunun cinsel yaşam puan ortalamasından anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Silk yaptığı çalışmada; evli veya birlikte yaşayan kişilerin %19'u eşlerinin kendileriyle kişisel ilişki kurmada zorlandıklarını ve %45'i ise İBS'nin cinsel yaşamlarına etki ettiğini bildirmiştir (74). Bir çalışmada; İBS'li hastaların seksüel fonksiyonlarının azaldığı tespit edilmiştir (10). Başka bir çalışmada ise seksüel fonksiyon sorunlarının özellikle kabızlık hakim İBS hastalarında daha yaygın olduğu görülmüştür. Düşük libido ve disparenia en sık görülen seksüel sorunlar arasındadır ve özellikle kadınlarda daha yaygın görüldüğü belirtilmiştir (11). Fass ve ark. yaptıkları çalışmada; disparenia görülme oranının kadınlarda %16.4 iken erkeklerde %4 olduğunu rapor etmişlerdir (82).

Yapılan çalışmalarda; yaşam kalitesi ile İBS şiddeti arasındaki bağlantı incelendiğinde; hafif ve orta derece İBS'ye sahip hastaların, şiddetli İBS'ye sahip hastalara göre fiziksel aktivite, fiziksel rol, emosyonel durum, sosyal aktivite, enerji ve mental durum yönünden daha düşük puanlar aldıkları belirlenmiştir. Ancak bütün gruplarda yaşam kalitelerinde anlamlı derecede bozukluklar gösterdikleri saptanmıştır. Şiddet arttıkça hastaların enerji seviyeleri düşer, roller sınırlanır, mental sağlık olumsuz yönde etkilenir ve hastalar sağlıklı kişilerle karşılaştırıldığında daha düşük seviyelerde faaliyet gösterirler (60,83).

Whitehead ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada; İBS hastalarının sağlıklı kişilere göre daha kötü yaşam kalitesine sahip oldukları ve bu hastaların %26.6'sının sosyal aktiviteler ve ev yaşamı, %20.2'sinin iş yaşamı, %16.1'inin okul yaşamı, %8.1'inin fiziksel aktivite, %7.7'sinin beslenme, %6.0'sının uyku ve %1.6'sının cinsel yaşam konusunda endişe yaşadıkları belirtilmiştir (75).

Patrick ve ark. İBS'li 148 kişi üzerinde yaptıkları bir çalışmada; İBS'nin onların yaşamlarının bütün yönlerini (iş yaşamı, boş zaman, seyahat ve ilişkiler vb.) etkilediğini bulmuşlardır (58).

Whitehead ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada; İBS'li kişilerin sağlıklı kişilerden daha kötü fiziksel ve mental sağlığa sahip olduklarını ancak buna karşın doktora başvurmuş İBS'li hastaların başvurmamış İBS'li hastalardan daha düşük genel sağlığa, enerjiye, fiziksel role ve sosyal fonksiyona sahip olduklarını saptamışlardır (84).

Başka bir çalışmada; İBS hastalarının kontrol grubuna göre Miyokard Enfarktüsü olan hastalar kadar veya daha da fazla düşük yaşam kalitesi sergiledikleri görülmüştür (11,75). Wells ve ark., Lea ve ark. yaptıkları çalışmalarda; İBS hastalarının, hipertansiyon, miyokard enfarktüsü, diyabetes mellitus ve depresyonlu hastalardan daha kötü yaşam kalitesi rapor ettiklerini göstermişlerdir (85,86). Tüm bu sonuçlar bizim çalışma ile paralellik göstermektedir.

SOSYODEMOGRAFİK DEĞİŞKENLER VE YAŞAM KALİTESİ

Cinsiyet

Cinsiyetin mental durum, uyku alışkanlığı, enerji, fiziksel aktivite, beslenme, sosyal aktivite, fiziksel rol ve cinsellik yaşam kalitesi puan ortalamaları üzerinde etkili olmadığı, fakat emosyonel durum puan ortalaması üzerinde etkili olduğu istatistiksel olarak saptanmıştır (Tablo 11).

Yapılan bir çalışmada; İBS hastaları arasında kadınların erkeklerden daha düşük yaşam kalitesi sergiledikleri görülmüştür (62). Van der Horst ve ark. çalışmalarında; kadınların erkeklerden daha fazla yorgunluk bildirdikleri, aynı zamanda daha fazla depresyonlu ruh hali, daha az mutluluk ve kendi kendini kontrol edebilme ve daha yüksek seviyelerde kaygı sergilediklerini belirtmişlerdir (87). Bu bulgu kadınların daha fazla yaşam biçimi değişiklikleri yapmak zorunda kalmaları, evlilikle ilgili daha fazla problem yaşamaları ve aile içerisinde geleneksel rollerini sürdürme zorunlulukları olduğunu düşündürmektedir.

Yaş

Hasta ve kontrol grubunun yaşa göre yaşam kalitesi ve parametrelerinden alınan puan ortalamaları arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 11). Yaşın yaşam kalitesi ve parametrelerini etkilemediği görülmüştür.

Eğitim

Hasta ve kontrol grubunun eğitim durumuna göre yaşam kalitesi ve parametrelerinden alınan puan ortalamaları arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 13). Eğitim durumunun yaşam kalitesi ve parametrelerini etkilemediği görülmüştür. Bu sonuç literatürle uyum göstermemektedir. Bergner ve arkadaşları eğitim durumunun artmasına paralel olarak yaşam kalitesinin arttığını saptamışlardır (12). Kızılcı, hastaların ve hasta yakınlarının eğitim durumu yükseldikçe yaşam kalitesi puanlarının da yükseldiği ve eğitimin yaşam kalitesi üzerine etkili olduğunu belirlemiştir (47).

Medeni Durum

Hasta ve kontrol grubunun medeni durumuna göre yaşam kalitesi ve parametrelerinden alınan puan ortalamaları arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 14). Medeni durumunun yaşam kalitesi ve parametrelerini etkilemediği görülmüştür. Eski tarafından yapılmış olan çalışmada; evli olanların yaşam kalitelerinin yüksek olduğu, Pınar tarafından yapılan bir çalışmada ise bekar olanların yaşam kalitelerinin en yüksek olduğu bulunmuştur (12,42). Maureen, Friedman, Lawton ve Flanagan'ın yaşam kalitesi alanındaki çalışmalarında evli olmanın bireyleri pozitif yönde etkilediği, benlik algılamalarını düzenlediği ve yaşam kalitelerini arttırdığı belirtilmektedir (12). Wyat'ın araştırmasında; Woods ve Erap'ün sosyal ve ailevi desteğin hastalığın yayılımını önleyen psikolojik bir tampon olduğunu saptamış oldukları belirtilmiştir (48). Bu çalışmada eğitimin belirleyici bir değişken olamamasının nedeni yükseköğretim grubunda bulunan hasta sayısının az olması ile açıklanabilir.

Meslek

Hasta ve kontrol grubunun mesleklere göre yaşam kalitesi ve parametrelerinden alınan puan ortalamaları arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 15). Meslek gruplarının yaşam kalitesi ve parametrelerini etkilemediği görülmüştür. Evans'ın çalışmasında çalışabilen hastaların yaşam kalitelerinin özellikle subjektif doyumlarının yüksek olduğu bulunmuştur (12). Bu çalışmada mesleğin yaşam kalitesini etkileyen bir değişken olamamasının nedeni hastaların çoğunun ev hanımı olması ile açıklanabilir.

Çalışma Durumu

Hasta ve kontrol grubunun çalışma durumuna göre yaşam kalitesi ve parametrelerinden alınan puan ortalamaları arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 16). Çalışma durumunun yaşam kalitesi ve parametrelerini etkilemediği görülmüştür.

Gelir Durumu

Hasta ve kontrol grubunun gelir durumuna göre yaşam kalitesi ve parametrelerinden alınan puan ortalamaları arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 17). Gelir durumunun yaşam kalitesi ve parametrelerini etkilemediği görülmüştür. Kızılıcı, maddi sıkıntı yaşama durumunun hem hastaların hem de hasta yakınlarının yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini belirlemiştir (47).

Sosyal Güvence

Hasta ve kontrol grubunun sosyal güvence durumuna göre yaşam kalitesi ve parametrelerinden alınan puan ortalamaları arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 18). Sosyal güvence durumunun yaşam kalitesi ve parametrelerini etkilemediği görülmüştür. Bireylerin sosyal güvencelerin olması ekonomik rahatlık sağlamakta, etkili başa çıkma davranışlarını olumlu etkilemekte, özsaygılarını sürdürmelerinde etkin olmaktadır (12). Sosyal güvence durumunun yaşam kalitesi üzerine etkili olmamasının nedeni olarak da sosyal güvencesi olmayan hastaların örnekleme az bir yeri kaplamış olması düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Şahinbey Hastanesi Gastroenteroloji Polikliniği ve Avukat Cengiz Gökçek Devlet Hastanesi Gastroenteroloji Polikliniği'ne başvuran İBS'li hastaların yaşam kalitelerinin belirlenmesi ve sosyo-demografik değişkenler ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkilerin irdelenmesi amacıyla deney-kontrol çalışması olarak planlanan bu çalışmada, bulguların incelenmesi ile aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

Araştırmaya katılan 40 İBS'li hastanın %77.5'i kadın, %22.5'i erkek, %50.0'sinin 18-29 yaş grubunda olduğu, % 27.5'inin ilkokul mezunu olduğu, %82.5'inin evli olduğu, %60.0'ının ev hanımı olduğu, %57.5'inin çalışmadığı, %87.5'inin kentsel bölgede yaşadığı, %90.0'ının çekirdek aile yapısına sahip olduğu, %52.5'inin gelirlerinin giderlerini kısmen karşıladığı ve %62.5'inin sosyal güvencesinin olduğu saptanmıştır.

Araştırmaya katılan kontrol grubunun (n=40) %67.5'inin kadın, %32.5'inin erkek, %55.0'inin 18-29 yaş grubunda olduğu, % 32.5'inin ilkokul mezunu olduğu, %87.5'inin evli olduğu, %40.0'ının ev hanımı olduğu, %50.0'sinin tam gün çalıştığı, %92.5'inin kentsel bölgede yaşadığı, %77.5'inin çekirdek aile yapısına sahip olduğu, %45.0'inin gelirlerinin giderlerini kısmen karşıladığı ve %65.0'inin sosyal güvencesinin olduğu saptanmıştır.

Araştırma kapsamına alınan hastaların hastalık süresinin %62.5 oranında ve 25 hasta ile 1-5 yıl arasında olduğu, %80.0'ının başka hastalıklarının bulunmadığı, %42.5'inin yılda en az iki kez doktor kontrolüne geldikleri, %42.5'inin ailesinde İBS hastası olduğu ve bunların tamamının da birinci dereceden yakın olduğu, %35.0'inin hastalığa ilişkin eğitim aldığı ve bunların %71.5'inin eğitimi hekimden aldığı, %27.5'inin sigara kullandığı, %2.5'inin alkol kullandığı ve %42.5'inin evde hastalığı ile baş etmede hiçbir şey yapmadıkları belirlenmiştir.

Araştırmada hasta-kontrol grupları arasında yaşam kalitesi puan ortalamaları incelendiğinde; kontrol grubunun tüm yaşam kalitesi puan ortalamaları, hasta grubundan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Hasta ve kontrol grubunun cinsiyete göre yaşam kalitesi ve parametrelerinden alınan puan ortalamaları arasında sadece emosyonel durum boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Hasta ve kontrol grupları ile cinsiyet arasında

cinsel yaşam parametresi puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak bir etkileşim belirlenmiştir ($p<0.05$).

Hasta ve kontrol grupları ile medeni durumları arasında sosyal aktivite parametresi puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak bir etkileşim belirlenmiştir ($p<0.05$).

Hasta ve kontrol grupları ile gelir durumları arasında cinsel yaşam parametresi puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak bir etkileşim saptanmıştır ($p<0.05$).

Hasta ve kontrol grubunun yaşın, eğitim durumunun, medeni durumunun, mesleğin, çalışma durumunun, gelir durumunun ve sosyal güvence durumunun yaşam kalitesi ve yaşam kalitesi parametrelerini etkilemediği istatistiksel olarak saptanmıştır.

Sonuç olarak; İBS'li hastalar diğer bazı kronik hastalıklara göre daha kötü yaşam kalitesi sergilemektedirler. Bu bilgi, genel nüfustaki önemli İBS yaygınlığı ile birleştirildiğinde İBS'nin genel ve toplumsal maliyetinin önemi daha iyi anlaşılmaktadır. Bu nedenle İBS'nin yaşam kalitesinin ölçülmesi hastalığın etkisinin daha da iyi anlaşılmasına olanak sağlayacak ve bu hastalarda bakım kalitesinin artmasını kolaylaştıracaktır.

6.2. Öneriler

Bu araştırmadan elde edilen sonuçlara göre, konu ile ilgili öneriler şunlardır;

- 1- Hemşirelerin İBS tanısına sahip hastaların yaşam kalitelerini etkileyen faktörleri dikkate alarak bakım vermeleri.
- 2- Hastanın tedavi programına uyumunun sağlanması, artırılması, hastalığın etkilerini azaltmaya yönelik girişimlerin planlanması.
- 3- Uygulanan tedavi ve bakımın hastaların yaşamına etkisinin ölçülmesi ve bu sonuçlara göre değerlendirme yapılması.
- 4- İBS'li hasta, hasta yakınları ve topluma görsel ve işitsel araçlarla konuyla ilgili eğitimin yapılması.
- 5- Hastalara sosyal ve psikolojik danışmanlık hizmetlerinin sunulması.
- 6- Aynı hasta gruplarına farklı zamanlarda yaşam kalitesi ölçeklerinin uygulanması, farklılıklarının değerlendirilmesi.
- 7- Bu çalışmanın, daha büyük popülasyonda analitik çalışmalarla tekrarlanması önerilebilir.

7. KAYNAKLAR

1. DURADEMİR, A.: Kronik Kalp Yetmezlikli Hastaların Yaşam Kaliteleri ve Özbakım Davranışları. Yoğun Bakım Dergisi. Lotus Matbaacılık. 3(1):16-21, 1999.
2. TEL H.: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerde Yaşam Kalitesi'nin ve Geliştirilen Hasta İzlem Formunun Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi. Ankara. 1998.
3. PERRINE, K., HERMAN, P.: The Relationship of Neuropsychological Functioning to Quality of Life in Epilepsy. Arch Neurol. s: 52, 1995.
4. HOLMAS, C.: Health Care and the Quality of Life: A Review. J Adv Nurs. 14(18):833-839, 1989.
5. KUYURTAR, F.: Harran Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde Yatan Kronik Hastaların Hastalığa ve Tedaviye Uyumlarının İncelenmesi. Hemşire Dergisi. 48(1): 25-27, 1998.
6. YURTSEVER, S.: Kronik Hastalıklarda Yorgunluk ve Hemşirelik Bakımı. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 4(1): 16-20, 2000.
7. FADİLOĞLU, Ç., AKYOL, AD., KAYA, B.: Hemodiyalize Giren Hastaların Ailelerinin Hastalığa Olan Yaklaşımları ve Bakım Gereksinimlerinin İncelenmesi. Çınar Dergisi. 1(4): 1-7, 1995.
8. NALIBOFF, BD., BALICE, G., MAYER, EA.: Psychosocial Moderators of Quality of Life in Irritable Bowel Syndrome. Eur J Surg Suppl. 583: 57-59, 1998.
9. MAXWELL, PR., MENDALL, MA., KUMAR, D.: Irritable Bowel Syndrome. Lancet. 350: 1691-1695, 1997.
10. WELLS, NEJ., HAHN, BA., WHORWEL, PJ.: Clinical Economics Review: Irritable Bowel Syndrome. Aliment Pharmacol Ther. 11: 1019-1030, 1997.
11. LUSCOMBE, FA.: Health Related Quality of Life and Associated Psychosocial Factors in Irritable Bowel Syndrome: A Review. Qual Life Res. 9:161-167, 2000.
12. ESKİ, S.: Myokard Enfarktüsü Geçiren Bireylerin Yaşam Kalitelerinin Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Bilim Uzmanlığı Tezi. Ankara, 1999.
13. AKEHURST, R., KALTENTHALER, E.: Treatment of Irritable Bowel Syndrome: A Review of Randomised Controlled Trials. Gut. 42(2): 272-282, 2001.

14. PIMENTEL, M., ROSSI, F., CHOW, EJ., OFMAN, J., FULLERTON, S., HASSARD, P., LIN, HJ.: Increased Prevalence of Irritable Bowel Syndrome in Patients With Gastroesophageal Reflux. *J Clin Gastroenterol.* 34(3): 221-224, 2002.
15. ÇELİK, A.: İrritabl Barsak Sendromu (İBS). *Aktüel Tıp Dergisi.* 2(1):34-39, 1997.
16. SOYKAN, İ.: Fonksiyonel Kolon Hastalıklarına Yaklaşım. *Gastroenteroloji. Türk Gastroenteroloji Vakfı. Fersa Matbaacılık.* 2002, 275-281.
17. DROSSMAN, DA., LI, Z., ANDRUZZI, E.: House Survey of Functional Gastrointestinal Disorders: Prevalence, Sociodemography and Health Impact. *Dig Dis Sci.* 38: 1569-1580, 1993.
18. TALLEY, NJ., SPILLER, R.: Irritable Bowel Syndrome: A Little Understood Organic Bowel Disease? *Lancet.* 360: 555-563, 2002.
19. GRALNEK, IM., HAYS, RD., KILBOURNE, A., NALIBOFF, B., MAYER, EA.: The Impact of Irritable Bowel Syndrome on Health- Related Quality of Life. *Gastroenterology.* 119: 654-660, 2000.
20. SCHUSTER, MM.: Defining and Diagnosing Irritable Bowel Syndrome. *Am J Manag Care.* 7 (Suppl): 246-251, 2001.
21. LİCHT, HM.: İrritabl Barsak Sendromu. *Sendrom.* 13(4): 34-38, 2001.
22. HAHN, B., WATSON, M., YAN, S., GUNPUT, D., HEUIJERJANS, J.: Irritable Bowel Syndrome Symptom Patterns. *Digestive Diseases and Sciences.* 43(12): 2715-2718, 1998.
23. LEMBO, TJ., FINK, RN.: Clinical Assesment of Irritable Bowel Syndrome. *J Clin Gastroenterol.* 35(1): 31-36, Suppl 2002.
24. CAMILLERİ, M.: Management of The Irritable Bowel Syndrome. *Gastroenterology.* 120: 652-668, 2001.
25. Irritable Bowel Syndrome: A Technical Review for Practice Guideline Development. *Gastroenterology.* 112: 2120- 2137, 1997.
26. DROSSMAN, DA., CORAZZIARI, E., TALLEY, NJ., THOMPSON, WG., WHITEHEAD, WE.: Rome II: A Multinational Consensus Document on Functional Gastrointestinal Disorders. *Gut.* 45 (Suppl): 1-81, 1999.
27. RINGEL, Y., DROSSMAN, DA.: Irritable Bowel Syndrome: Classification and Conceptualization. *J Clin Gastroenterol.* 35 (1 Suppl): 7-10, 2002.

28. ÜNSAL, A., AKDİLLİ, A., KARAOĞLU, AÖ., KÖK, F., DAYANIR, YÖ., KARAMAN, CZ.: İrritabl Barsak Sendrom'lu Hastalarda Safra Kesesi Fonksiyonunun Ultrasonografi ile Değerlendirilmesi. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi. 1(3): 5-7, 2000.
29. FRANCİS, CY., WHORWELL PJ.: The Irritable Bowel Syndrome. Postgrad Med. 73:1-7, 1997.
30. Treatment of Irritable Bowel Syndrome: A Review of Randomised Controlled Trials. Gut. 48: 272- 282, 2001.
31. BALÇIK, ÖŞ.: İrritabl Barsak Sendromu. İç Hastalıkları Progres Aktüel Tıp Dergisi. 3(5):62-64, 2002.
32. DANCEY, CP., BACKHOUSE, S.: Towards a Better Undersatanding of Patients With Irritable Bowel Syndrome. J Adv Nurs. 18: 1443-1450, 1993.
33. OLDEN, KW., SCHUSTER, MM.: Irritable Bowel Syndrome. Gastrointestinal and Liver Disease. Sleisenger& Fordtran's. 6 th Edition. Vol 2, 1998.
34. DROSSMAN, DA.: Irritable Bowel Syndrome: How Far Do You Do in the Workup? Gastroenterology. 121(6): 1512-1515, 2001.
35. EREFE, İ.: Sağlık Hizmetlerinde Standart ve Kalitenin Önemi. Uluslararası Kalite, Maliyet ve Hemşirelik Sempozyumu. İzmir. 3-5 Kasım 1993, 20-25.
36. BEKTAŞ, G.: Hasta Bakım Kalitesinin Güvenliğinin Sağlanması ve Yükseltilmesi İçin Neler Yapılmalıdır? Türk Hemşireler Dergisi. 17(1): 31-32, 1997.
37. KALAÇA, S., Sağlık Hizmetlerinde Kalite'nin Yeniden Keşfi. IV. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. Didim. 12-16 Eylül 1994, 279- 281.
38. BANTA, HD.: Quality of Life I, Perspectives. Pharmacy World and Science. 15(2): 45-49, 1993.
39. KARABULUT, ÖÖ., BAŞALAN İZ, F.: Yaşlılarda Yaşam Kalitesi. Hemşirelik Forumu Dergisi.5(6): 51-53, 2002.
40. YETİM, Ü.: Yaşam Kalitesi Kavramı ve Araştırmalarına Toplu Bakış. E.Ü. Edebiyat Fakültesi Yayını. Seminer Sayı:4, 133-155, 1985.
41. BAŞALAN İZ, F., ÖZER, M.: Yaşam Kalitesi Doyumu ve Yaşam Kalitesi Kavramlarına Bir Bakış. Hemşirelik Forumu Dergisi. 6(4): 24-26, 2003.
42. PINAR, R.: Diabetes Mellitus'lu Hastaların Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesi'ni Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi. İstanbul 1995.

43. PINAR, R.: Sağlık Araştırmalarında Yaşam Kalitesi Kavramı. Sendrom Aktüel Tıp Dergisi. 8 (10):109-114, 1996.
44. PAPİLLA, GV., GRANT, MM., FERREL, B.: Nursing Research into Quality of Life. Qual Life Res. 1: 341-348, 1992.
45. SLEVİN, ML.: Quality of Life: Philosophical Question or Clinical Reality? BMJ. 305: 466- 469, 1992.
46. AKYOL, AD.: Yaşam Kalitesi ve Yaklaşımları. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 9(2): 75-80, 1992.
47. KIZILCI, S.: Kemoterapi Alan Kanserli Hastalar ve Yakınlarının Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesi'ni Etkileyen Faktörler. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi. Ankara 1997.
48. YILDIZ, Ş.: Meme Kanserli Bireylerde Kemoterapi Konusunda Evde Verilen Eğitimin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. İzmir 1998.
49. AKYOL, AD.: Yaşam Kalitesi'nin Hemşirelik Yönünden Önemi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 9(3): 71-76, 1993.
50. TÜZÜN, EB., EKER, L.: Sağlık Değerlendirme Ölçütleri ve Yaşam Kalitesi. Sağlık ve Toplum Dergisi. 13 (2): 3-8, 2003.
51. WARE, JE.: SF-36 Health Survey: Manuel and Interpretation Guide. Boston: The Health Insitute, 1993.
52. BAKIR, B., ÖZER, M.: Sağlıkın Yükseltilmesi: Potansiyel Müdahale Alanları. Medical Network Doktor. 3(8): 174-179, 1995.
53. WILSON, IB., CLEARY, PD.: Linking Clinical Variables With Health- Related Quality of Life. JAMA. 273(1): 59-65, 1995.
54. CRAMER, JA.: Climetric Approach to Assessing Quality of Life in Epilepsy. Epilepsia. 34 (Suppl 4): 8-13, 1993.
55. BERGNER, M.: Quality of Life, Health Status and Cinical Research. Medical Care. 27(3): 148-156, 1989.
56. SCHIPPER, H., CLINCH, J., POWELL, V.: Definitions and Conceptual Issues. Quality of Life Assessment in Clinical Trials (Edited By Spilker B.). Raven Press Ltd. New York. 1990, 11-23.
57. ANDERSON, W.: Yaşam Kalitesi ve Diyaliz Yeterliliği. Diyaliz ve Transplantasyon Kültürü Dergisi. 5: 5-13, 1996.

58. PATRICK, DL., DROSSMAN, DA., FREDERICK, IO., DICESARE, J., PUDER, KL.: Quality of Life in Persons With Irritable Bowel Syndrome. *Dig Dis Sci.* 43(2): 400-411, 1998.
59. GROLL, D., VANNER, SJ., DEPEW, WT., DACOSTA, LR., SIMON, JB., GROLL, A., ROBLIN, N., PATERSON, WG.: The IBS- 36: A New Quality of Life Measure for Irritable Bowel Syndrome. *Am J Gastroenterol.* 97(4): 962-970, 2002.
60. CAMILLERI, M., NORTHCUTT, AR., KONG, S., DUKES, GE., MCSORLEY, D., MANGEL, AW.: Efficacy and Safety of Alosetrin in Women With Irritable Bowel Syndrome: A Randomised, Placebo- Controlled Trial. *Lancet.* 355: 1035-140, 2000.
61. HAHN, BA., YAN, S., STRASSELS, S.: Impact of Irritable Bowel Syndrome on Quality of Life and Resource Use in the United States and United Kingdom. *Digestion.* 60: 70-81, 1999.
62. SIMREN, M., ABRAHAMSSON, H., SVEDLUND, J., BJÖRNSSON, ES.: Quality of Life in Patients With Irritable Bowel Syndrome Seen in Referral Centers Versus Primary Care: The Impact of Gender and Predominant Bowel Pattern. *Scand J Gastroenterol.* 5: 545- 552, 2001.
63. GLIA, A., LINDBERG, G.: Quality of Life in Patients With Different Types of Functional Constipation. *Scand J Gastroenterol.* 32(11): 1083- 1089, 1997.
64. POITRAS, MR., VERRIER, P., SO, C., PAQUET, S., BOVIN, M., POITRAS, P.: Group Counseling Psychotherapy for Patients With Functional Gastrointestinal Disorders: Development of New Measures for Symptom Severity and Quality of Life. *Dig Dis Sci.* 47(6): 1297-1307, 2002.
65. CREED, F., RATCLIFFE, J., FERNANDEZ, L.: Health- Related Quality of Life and Health Care Costs in Severe, Refractory Irritable Bowel Syndrome. *Annals of Internal Medicine.* 134(9) (Part 2): 860- 868, 2001.
66. BAL, K., ÇELİK, AF.: Konstipasyon: Yaklaşımı ve Tedavisi. *Aktüel Tıp Dergisi.* 1(2): 142-144, 1996.
67. HERBERT, R., GREGOR, F.: Quality of Life and Coping Strategies of Clients With Copd. *Rehabilitation Nursing.* 22(4): 182-186, 1997.
68. ÖZDAĞ, N.: Hemşirelik Hizmetlerinde Kalite ve Hemşire Etkinliği. V. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı. İzmir. 2-4 Temmuz 1997, 197-207.
69. BİROL, L.: Hemşirelik Süreci. 4.Baskı. İzmir. Bozyaka Matbaacılık. 2000.

70. FRIGERIO, G., BERETTA, A., ORSENIGO, G., TADEO, G., IMPERIALI, G., MINALI, G.: Irritable Bowel Syndrome, Still Far from a Positive Diagnosis. *Dig Dis Sci.* 37(2): 164-167, 1992.
71. LEE, OH., MAYER, EA., SCHMULSON, M., CHANG, L., NALIBOFF, B.: Gender- Related Differences in IBS Symptoms. *Am J Gastroenterol.* 96(7): 2184-2193, 2001.
72. CAMILLERI, M., LEE, JS., VIRAMONTES, B., BHARUCHA, AE., TANGALOS, EG.: Insights into the Pathophysiology and mechanisms of Constipation, Irritable Bowel Syndrome, and Diverticulosis in Older People. *J Am Geriatr Soc.* 48(9): 1142-1150, 2000.
73. YAWN, BP., LYDICK, E., LOCKE, GR., WOLLAN, PC., BERTRAM, SL., KURLAND, MJ.: Do Published Guidelines for Evaluation of Irritable Bowel Syndrome Reflect Practice. *BMC Gastroenterol.* 1(1): 11-20, 2001.
74. SILK, DB.: Impact of Irritable Bowel Syndrome on Personal Relationships and Working Practices. *Eur J Gasrtoenterol Hepatol.* 13(11) 1327- 1332, 2001.
75. WHITEHEAD, WE., BURNETT, CK., COOK, EW., TAUB, E.: Impact of Irritable Bowel Syndrome on Quality of Life. *Digestive Diseases and Sciences.* 41(11): 2248-2253, 1996.
76. JAILWALA, J., IMPERIALE, TF., KROENKE, K.: Pharmacologic Treatment of the Irritable Bowel Syndrome: A Systematic Review of Randomized, Controlled Trials. *Ann Intern Med.* 133(2): 136- 147, 2000.
77. PATEL, RP., PETITTA, A., FOGEL, R., PETERSON, E., ZAROWITZ, B.: The Economic Impact of Irritable Bowel Syndrome in a Managed Care Setting. *J Clin Gastroenterol.* 35(1): 14-20, 2002.
78. STEINHART, MJ.: Irritable Bowel Syndrome, How to Relieve Symptoms Enough to Improve Daily Function. *Postgrad Med.* 91(6): 315-8, 1992.
79. MEERS, C.: Self- Delivery of Hemodialysis Care: A Therapy in Itself? *Am J Kid Dis.* 27(6): 844-847, 1996.
80. HAHN, BA., KIRCHDOERFER, LJ., FULLERTON, S., MAYER, E.: Evalvation of A New Quality of Life Questionnare for Patients With Irritable Bowel Syndrome. *Aliment Pharmacol Ther.* 11(3): 547-552, 1997.
81. SJODIN, I., SVEDLUND, J.: Psychological Aspects of Non-Ulcer Dyspepsia: A Psychosomatic View Focusing on a Comparison Between the Irritable Bowel Syndrome and Peptic Ulcer Disease. *Scand J Gastroenterol.* 109: 51-57, 1985.

82. FASS, R., FULLERTON, S., NALIBOFF, B., HIRSH, T., MAYER, EA.: Sexual Dysfunction in Patients With Irritable Bowel Syndrome and Non- Ulcer Dyspepsia. *Digestion*. 59(1): 79-85, 1998.
83. DROSSMAN, DA., PATRICK, DL., WHITEHEAD, WE., TONER, BB., DIAMONT, NE., HU, Y., JIA, H., BANGDIWALA, SI.: Further Validation of the IBS- QOL: A Disease- Spesific Quality of Life Questionare. *Am J Gastroenterol*. 95(4): 999-1007, 2000.
84. WHITEHEAD, WE., BOSMAJIAN, L., ZONDERMAN, AB., COSTA, PTJ., SCHUSTER, MM.: Symptoms of Psychologic Distress Associated With Irritable Bowel Syndrome. Comparison of Community and Medical Clinic Samples. *Gastroenterology*. 95: 709-714, 1988.
85. WELLS, NEJ., HAHN, BA., WHORWELL, PJ.: Cinical Economics Review: Irritable Bowel Syndrome. *Aliment Pharmacol Ther*. 11: 1019-1030, 1997.
86. LEA, R., WHORWELL, PJ.: Quality of Life in Irritable Bowel Syndrome. *Pharmacoeconomics*. 19(6): 643-653, 2001.
87. VAN EIJK, JT., FENNIS, JF., BLEIJENBERG, G.: Do Patients With Irritable Bowel Syndrome in Primary Care Really Differ From Outpatients With Irritable Bowel Syndrome? *Gut*. 41: 669-674, 1997.

EK 1.

İRRİTABL BARSAK SENDROMU OLAN HASTALARA İLİŞKİN ANKET FORMU

A. SOSYODEMOGRAFİK DEĞİŞKENLER:

Hastanın adı, soyadı:

1. Cinsiyet

1- Kadın

2- Erkek

2. Yaş.....

3. Eğitim durumu

1- Okur- yazar değil

2- Okur- yazar

3- İlköğretim terk

4- İlköğretim mezunu

5- Ortaöğretim terk

6- Ortaöğretim mezunu

7- Lise terk

8- Lise mezunu

9- Yükseköğretim terk

10- Yükseköğretim mezunu

4. Medeni durumu

1- Evli

2- Bekar

3- Dul

4- Boşanmış/ Ayrı yaşıyor

5. İş- Mesleki durumu

1- Öğrenci

2- Memur

3- İşçi

4- Serbest

5- Emekli

6- Ev hanımı

7- Diğer

6. Çalışma durumu

1- Tam gün çalışıyor

2- Yarım gün ya da belli saatlerde çalışıyor

3- Hiç çalışmıyor

7. Yaşamın en fazla geçtiği yerleşim yeri

1- Köy- Kırsal bölge

2- Şehir- Kentsel bölge

8. Aile tipi

1- Yalnız yaşıyor

2- Çekirdek aile

3- Geleneksel geniş aile

4- Parçalanmış aile

9. (Kendi ifadesine göre) Gelirin gideri karşılama durumu

1- Karşılıyor

2- Karşılamıyor

3- Kısmen karşılıyor

10. Sosyal güvence durumu

1-Var

2- Yok

B. HASTALIKLA İLİŞKİLİ TANITICI BİLGİLER:

1. Ne kadar süredir İrritabl Barsak Sendrom'u hastasıınız?

.....
.....

2. Bu hastalığınızdan önce başka bir hastalığınız var mıydı?

1- Evet 2- Hayır (4. Soruya geçiniz)

3. Hastalığınızın ne olduğunu söyleyebilir misiniz?

.....
.....

4. Doktor kontrollerine ne kadar sıklıkta geliyorsunuz?

.....
.....

5. Ailede başka İrritabl Barsak Sendromu olan hasta var mı?

1- Evet 2- Hayır (7. Soruya geçiniz)

6. Ailede İrritabl Barsak Sendromu olan hasta var ise yakınlık derecesi nedir?

1- Birinci derece akraba

2- İkinci derece akraba

7. Hastalığınız ile ilgili eğitim- bilgi aldınız mı?

1- Evet 2- Hayır

8. Eğitim- bilgiyi kimden aldınız?

1- Hekim 2- Hemşire

3- Teknisyen 4- Diğer

9. Size hangi konularda eğitim- bilgi verildi?

1- İrritabl Barsak Sendromu'nun nedenleri hakkında

2- İrritabl Barsak Sendromu'nun nasıl bir hastalık olduğu konusunda

3- Hastalığın tedavisi konusunda

4- Hastalığın prognozu hakkında

5- Diğer

10. Sigara kullanma alışkanlığınız var mı?

1- Evet 2- Hayır 3- Bazen

11. Alkol kullanma alışkanlığınız var mı?

1- Evet 2- Hayır 3- Bazen

12. Evde hastalığınız ile ilgili bir sorun yaşadığınız zaman ne yaparsınız?

Açıklar mısınız?

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

EK 2.

İRRİTABL BARS AK SENDROMU (İBS) YAŞAM KALİTESİ ANKETİ

Hasta Adı Soyadı:

No:

Tarih:

1. Son 4 haftada hastalığınız hangi sıklıkta şu duyguları yaşamınıza neden oldu?

	Daima	Sıklıkla	Bazen	Nadiren	Hiç
1a. Kızgınlık	1	2	3	4	5
1b. Genelde olduğu kadar mutlu değilim	1	2	3	4	5
1c. Hayattan daha az zevk alıyorum	1	2	3	4	5
1d. Fazla yemek yiyorum veya sinirliyim	1	2	3	4	5

2. Son 4 haftada hastalığınız ne sıklıkla kendinizi şu şekilde hissetmenize neden oldu?

	Hiç	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Sıklıkla	Daima
2a. Her zaman olduğundan daha sinirli	1	2	3	4	5	6
2b. Sıkıntılı	1	2	3	4	5	6
2c. Kederli, morali bozuk	1	2	3	4	5	6
2d. Berbat (ağlamaklı, huzursuz veya saldırgan)	1	2	3	4	5	6

Aşağıdaki sorular İBS'nin problemleri ve semptomlarının son 4 haftada uykunuzu nasıl etkilediği ile ilgilidir

Son 4 haftada.....	Her gece	Çoğu gece	Bazı geceler	Birkaç gece	Hiçbir gece
3. hastalığınızdan dolayı kaç gece uykuya dalmakta zorlandınız?	1	2	3	4	5
4. hastalığınızdan dolayı kaç gece uykudan uyandınız?	1	2	3	4	5

5. Son 4 haftada hastalığınız hangi sıklıkla sabahları genelde olduğundan daha erken uyanmanıza neden oldu?

Her sabah :1

Çoğu sabah :2

Bazı sabahlar :3

Birkaç sabah :4

Hiçbir sabah :5

Aşağıdaki sorular İBS'nin problemleri ve semptomlarının son 4 haftada fiziksel ve ruhsal durumunuzu nasıl etkilediği ile ilgilidir?

Son 4 haftada hastalığınızdan dolayı ne kadar zaman kendinizi.....	Her gün	Çoğu günler	Bazı günler	Birkaç gün	Hiçbir gün
6. ruhen bitkin ve yorgun hissettiniz?	1	2	3	4	5
4. fiziksel olarak bitkin ve yorgun hissettiniz?	1	2	3	4	5

8. Son 4 haftada hastalığınız aşağıdaki aktivitelerinizi ne kadar kısıtladı veya azalttı

	Hiç Sınırlamadı	Hafif sınırladı	Biraz sınırladı	Çok sınırladı	Tamamen sınırladı	Hiç yapmak istemedim
8a. Kuvvetli fiziksel aktivite (aerobik egzersizi gibi)	1	2	3	4	5	6
8b. Orta derecede fiziksel aktivite (birkaç kat merdiven çıkma, birkaç yüz metre yürüme)	1	2	3	4	5	6
8c. Hafif fiziksel aktivite (elektrik süpürgesi itme, bir kat merdiven çıkma)	1	2	3	4	5	6

Aşağıdaki sorular son 4 hafta içinde hastalığınızın yemek yeme alışkanlığınızı nasıl etkilediği ile ilgilidir.

	Hiç	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Sıklıkla	Daima
9. Acıktığınız zaman yemek yiyememenize ne kadar sebep oldu?	1	2	3	4	5	6
10. Hastalığınız yüzünden belirli gıda ve içeceklerden ne sıklıkla kaçındınız?	1	2	3	4	5	6
11. Hastalığınız nedeniyle yiyecekler ne sıklıkla gözünüze hoş gözükmedi?	1	2	3	4	5	6

Aşağıdaki sorular hastalığınızın problem ve semptomlarının son 4 hafta içinde sosyal aktivitelerinizi hangi sıklıkta etkilediği ile ilgilidir.

12. Hastalığınız yüzünden ne sıklıkla.....	Daima	Sıklıkla	Bazen	Nadiren	Hiç
12a. sosyal ve ailevi aktivitelerde rahatsızlık hissediyorsunuz?	1	2	3	4	5
12b. yakında tuvalet kolaylığı olmadığından belirli sosyal aktivitelerden kaçınıyorsunuz?	1	2	3	4	5
12c. sosyal aktiviteler esnasında hastalığınızın sıkıntı yaratabileceğinden endişeleniyorsunuz?	1	2	3	4	5
12d. hastalığınızın başkasının sosyal veya eğlence aktivitesini engellediğini düşünüyorsunuz?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular hastalığınızın günlük faaliyetlerinize (iş, okula gitme, ev işleri, yürüyüş yapma gibi) etkileri ile ilgilidir.

	Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Fikrim yok	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
13. Hastalığım iş/ana aktivitelerde başarılı olmamı etkiledi	1	2	3	4	5
14. Hastalığım iş/ana aktivitelerimi daha az yapmama sebep oldu	1	2	3	4	5
15. Hastalığımdan dolayı kaçındığım belirli aktiviteler var	1	2	3	4	5
16. Hastalığım iş/ana aktivitedeki başarı derecemi etkiledi	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular son 4 hafta içinde hastalığınızın seksüel ilişkilerinizi nasıl etkilediği ile ilgilidir.

17. Son 4 haftada herhangi bir seksüel aktiviteniz oldu mu?
(cevabınız evet ise aşağıdaki soruları cevaplayınız)

	Daima	Sıklıkla	Bazen	Nadiren	Hiç
17a. Hastalığınız seksüel aktivitenizi bozdu mu?	1	2	3	4	5
17b. Hastalığınız nedeniyle seksüel aktiviteden kaçındınız mı?	1	2	3	4	5
17c. Hastalığınızın sonucu olarak seksüel aktivitenizde daha az tatmin oldunuz mu?	1	2	3	4	5

ÖZGEÇMİŞ

1974 yılında Almanya'nın Solingen kentinde doğdu. İlk ve orta öğrenimini Almanya ve Gaziantep'te tamamladıktan sonra girmiş olduğu Gaziantep Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Hemşirelik Bölümünü 1996 yılında bitirdi. Aynı yıl Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'na dikey geçiş yaparak 1999 yılında bu üniversiteden mezun oldu. İzmir'de öğrenciliği sırasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Doğum Bölümü Obstetri servisinde hemşire olarak çalıştı. 1999 yılında mezun olduktan sonra Gaziantep Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu'nda Araştırma Görevlisi olarak göreve başladı. Halen Gaziantep Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu'nda Araştırma Görevlisi olarak görevini sürdürmektedir.

