

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

**TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNDE DEPRESYON VE ANKSİYETE
İLE İRRİTABL BARSAK SENDROMU ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
BELİRLENMESİ**

Dr. Tansu SIVAKCIGİL

**UZMANLIK TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır**

**GAZİANTEP
2023**

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

**TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNDE DEPRESYON VE
ANKSİYETE İLE İRRİTABL BARSAK SENDROMU
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ**

Dr. Tansu SIVAKCIGİL

**UZMANLIK TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır**

**Danışman
Doç. Dr. Hamit Sırrı KETEN**

**GAZİANTEP
2023**

TEZ ONAY SAYFASI

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

Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Depresyon ve Anksiyete ile İrritabl Barsak Sendromu
Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi

Dr. Tansu Sıvaccıgil

06/10/2023

Tıp Fakültesi Dekanlığı Onayı
EREN

Prof. Dr. Şevki Hakan

Tıp Fakültesi Dekanı

Bu tez çalışmasının “Tıpta Uzmanlık” derecesine uygun ve yeterli bir çalışma olduğunu onaylıyorum.

Doç. Dr. Hamit Sırrı KETEN
Anabilim Dalı Başkanı

Bu tez tarafımdan okunmuş ve her yönü ile “Tıpta Uzmanlık” tezi olarak uygun ve yeterli bulunmuştur.

Doç. Dr. Hamit Sırrı KETEN
Tez Danışmanı

TEZ JÜRİSİ:

1. Doç. Dr. Hamit Sırrı KETEN
2. Doç. Dr. Hatice Tuba AKBAYRAM
3. Doç. Dr. Celal KUŞ

TEŞEKKÜR

Uzmanlık öğrenimim boyunca büyük katkıları olan başta tez danışmanım ve Anabilim Dalı Başkanımız Doç. Dr. Hamit Sırrı KETEN'e, bilgi, birikim ve tecrübeleriyle bana yol gösterdiği için,

Tezimdeki parametrelerin çalışılmasında yardımcı olan Tıbbi Biyoistatistik Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi Tanyeli GÜNEYLİGİL KAZAZ'a,

Uzmanlık eğitimim sürecinde beraber çalışma imkanı bulduğum bütün asistan arkadaşlarıma, hemşirelerimize, sekreterlerimize ve yardımcı sağlık personeli arkadaşlarıma,

Hayatım boyunca beni destekleyen, sabır ve şefkatle hep yanımda olan, hiçbir zaman haklarını ödeyemeyeceğimi bildiğim annem Asuman SIVAKCIGİL'e, babam Feti Galip SIVAKCIGİL'e, ablalarım Beyza ATMACALI VE Ceren Büşra ÇELEBİ'ye,

Hayatıma girdiği günden beri beni hep motive edip destekleyen, hayat arkadaşım, Sinan OKUTUCU'ya sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Tansu
SIVAKCIGİL
GAZİANTEP - 2023

ÖZET

Tansu Sıvaccıgil, Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Depresyon ve Anksiyete ile İrritabl Barsak Sendromu Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Gaziantep, 2023.

Çalışmamızda Tıp Fakültesi Öğrencilerinde anksiyete ve depresyon düzeyleri ile İBS belirtileri arasındaki ilişkiyi değerlendirerek anksiyete ve depresyon düzeyleri ile aynı öğrencilerde gözlenen İBS bulguları arasındaki ilişkiyi analiz etmeyi amaçladık. Katılımcılara demografik verileri (yaş, cinsiyet, bulunulan sınıf, medeni durum ve ekonomik durum), klinik özellikleri (Kronik hastalık öyküsü, ilaç kullanma öyküsü, psikiyatrik hastalık öyküsü ve ailede İBS öyküsü), dışkılama alışkanlıkları, Beck depresyon ölçeği ve Beck anksiyete ölçeğini içeren anket online yöntem ile uygulandı. Sonuçları veri işleme formuna kaydedilerek analiz edildi. Elde ettiğimiz verilere göre tıp fakültesinde okuyan öğrencilerin ortalama yaşı $21,3 \pm 2,2$ yıl ve kadın cinsiyet oranı %57,9'dur. Ailede İBS öyküsü olanların oranı %7,6 olarak saptandı. Katılımcıların %24,5'inde İBS varlığı tespit edildi. Ayrıca katılımcıların %65,5'inde klinik olarak değişen seviyelerde depresyon ve %68,8'inde ise yine klinik olarak değişen seviyelerde anksiyete varlığı tespit edildi. İrritabl barsak sendromu gelişmesi üzerinde etkili demografik verilerin yaş ve cinsiyet olduğu gözlemlendi (sırasıyla $p=0,031$ ve $p=0,018$). Kronik hastalık öyküsü, ailede İBS öyküsü, sürekli kullanılan ilaç öyküsü ve psikiyatrik hastalık öyküsü varlığında İBS görülme sıklığının arttığı saptandı (sırasıyla $p=0,024$, $p=0,001$, $p=0,036$ ve $p=0,001$). Depresyon ve anksiyete şiddeti arttıkça İBS görülme oranlarının da yükseldiği saptandı ($p=0,001$) Çalışmamız sonucunda tıp fakültesi öğrencilerinin İBS, depresyon ve anksiyete açısından taranması ve anksiyete ve depresyon saptananların ise İBS açısından ayrıca değerlendirilmesi gerektiği ortaya çıkmıştır. Bu konuda farkındalığın yüksek seviyede tutulması ve tıp fakültesinde eğitim hayatı boyunca bu durum ile ilgili eğitimler verilmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Anksiyete, Depresyon, İrritabl Barsak Sendromu, Öğrenci, Tıp Fakültesi

ABSTRACT

Tansu Sivakcigil, Determination of the Relationship Between Depression and Anxiety and Irritable Bowel Syndrome in Faculty of Medicine Students, Department of Family Medicine, Specialization Thesis, Gaziantep, 2023.

In our study, we aimed to evaluate the relationship between anxiety and depression levels and IBS symptoms in Medical Faculty Students and to analyze the relationship between anxiety and depression levels and IBS symptoms observed in the same students. Participants were asked to complete a questionnaire including demographic data (age, gender, current class, marital status and economic status), clinical characteristics (chronic disease history, medication history, psychiatric disease history and family history of IBS), defecation habits, Beck depression scale and Beck anxiety scale. It was applied via online method. The results were recorded and analyzed in the data processing form. According to the data we obtained, the average age of students studying at medical faculty is 21.3 ± 2.2 years and the female gender ratio is 57.9%. The rate of those with a family history of IBS was found to be 7.6%. The presence of IBS was detected in 24.5% of the participants. Additionally, clinically varying levels of depression were detected in 65.5% of the participants and clinically varying levels of anxiety were detected in 68.8%. It was observed that the demographic data that had an impact on the development of irritable bowel syndrome were age and gender ($p = 0.031$ and $p = 0.018$, respectively). It was determined that the incidence of IBS increased in the presence of a history of chronic disease, a family history of IBS, a history of constantly taking medication, and a history of psychiatric disease ($p=0.024$, $p=0.001$, $p=0.036$ and $p=0.001$, respectively). It was determined that the incidence of IBS increased as the severity of depression and anxiety increased ($p=0.001$). As a result of our study, it was revealed that medical school students should be screened for IBS, depression and anxiety, and those with anxiety and depression should be evaluated separately for IBS. We think that awareness on this issue should

be kept at a high level and training regarding this situation should be provided throughout the medical faculty.

Keywords: Anxiety, Depression, Irritable Bowel Syndrome, Student, Faculty of Medicine,



İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER ve KISALTMALAR	ix
ŞEKİLLER	x
TABLolar	xi
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1 Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Depresyon ve Anksiyete	3
2.1.1 Etkili faktörler	4
2.1.1.1 Akademik Faktörler	4
2.1.1.2 Kişisel Faktörler	5
2.1.1.3 Mesleki Faktörler	5
2.1.2 Depresyon	6
2.1.2.1 Depresyon Epidemiyolojisi	6
2.1.2.2 Depresyon ve Cinsiyet İlişkisi	7
2.1.2.3 Depresyon Açısından Tıp ve Tıp Dışı Öğrenciler Arasındaki Fark	7
2.1.2.4 Depresyon Açısından Akademik Yıllar Boyunca Değişim	8
2.1.3 Anksiyete	8
2.1.3.1 Anksiyete Epidemiyolojisi	9
2.1.3.2 Anksiyete ve Cinsiyet İlişkisi	10
2.1.3.3 Anksiyete ile İlişkili Faktörler	10
2.1.3.4 Anksiyete Açısından Tıp ve Tıp Dışı Öğrenciler Arasındaki Fark	11
2.1.3.5 Anksiyete Açısından Akademik Yıllar Boyunca Değişim	11
2.1.4 Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Depresyon ve Anksiyete Gelişimini Durdurmak Açısından Alınacak Önlemler	12

2.2	İrritabl Barsak Sendromu	13
2.2.1	İrritabl Barsak Sendromu Etiyolojisi	13
2.2.2	İrritabl Bağırsak Sendromu Epidemiyolojisi	14
2.2.3	İrritabl Bağırsak Sendromu Patofizyolojisi	15
2.2.4	İrritabl Bağırsak Sendromu Histopatolojisi	15
2.2.5	İrritabl Bağırsak Sendromunda Öykü ve Muayene	15
2.2.6	İrritabl Bağırsak Sendromunda Değerlendirme	16
2.2.7	İrritabl Bağırsak Sendromunda Tedavi	16
2.2.8	İrritabl Bağırsak Sendromunda Ayırıcı Tanı	17
2.2.9	İrritabl Bağırsak Sendromunda Prognoz	18
3.	GEREÇ VE YÖNTEM	19
3.1	Araştırmanın Türü ve Etik Yönü	19
3.2	Verilerin Analizi	20
4.	BULGULAR	21
5.	TARTIŞMA	42
6.	SONUÇLAR VE ÖNERİLER	49
7.	KAYNAKLAR	50
8.	EKLER	60

SİMGELER ve KISALTMALAR

ABD	:	Amerika Birleşik Devletleri
BAE	:	Birleşik Arap Emirlikleri
BAÖ	:	Beck Anksiyete Ölçeği
BDÖ	:	Beck Depresyon Ölçeği
İBS	:	İrritabl Barsak Sendromu
İBS-C	:	Kabızlı İrritabl Barsak Sendromu
İBS-D	:	İshalli İrritabl Barsak Sendromu
İBS-M	:	Karışık Paternli İrritabl Barsak Sendromu
NSAİD	:	Non-steroid Antiinflamatuvar ilaç
PPI	:	Proton Pompa İnhibitörü
TCA	:	Trisiklik Antidepresan

ŞEKİLLER

Şekil 4.1. Depresyon ve anksiyete şiddetine göre İBS oranları	27
Şekil 4.2.Total depresyon puanı ve total anksiyete puanının İBS'yi saptayabilme gücüne ait ROC eğrisi	41



TABLOLAR

Tablo 4.1. Katılımcıların demografik verileri	21
Tablo 4.2. Katılımcıların klinik verileri	22
Tablo 4.3. İBS saptanan katılımcıların anket sorularına verdikleri cevapların dağılımı	23
Tablo 4.4. Katılımcıların anksiyete ve depresyon ölçek sonuç verilerinin dağılımı..	24
Tablo 4.5. İBS varlığına göre katılımcıların demografik verilerinin karşılaştırılması	25
Tablo 4.6. İBS varlığına göre katılımcıların klinik verilerinin karşılaştırılması.....	26
Tablo 4.7. İBS varlığına göre katılımcıların anksiyete ve depresyon ölçek sonuç verilerinin karşılaştırılması	27
Tablo 4.8. Katılımcıların demografik özelliklerine göre depresyon puanlarının karşılaştırılması	28
Tablo 4.9. Katılımcıların klinik özelliklerine göre total depresyon puanlarının karşılaştırılması	29
Tablo 4.10. Katılımcıların anket sorularına verdikleri cevaplara göre depresyon puanlarının karşılaştırılması	30
Tablo 4.11. Katılımcıların demografik özelliklerine göre anksiyete puanlarının karşılaştırılması	31
Tablo 4.12. Katılımcıların klinik özelliklerine göre total anksiyete puanlarının karşılaştırılması	32
Tablo 4.13. Katılımcıların anket sorularına verdikleri cevaplara göre anksiyete puanlarının karşılaştırılması	33
Tablo 4.14. Katılımcıların demografik özelliklerine göre depresyon şiddetlerinin karşılaştırılması	34
Tablo 4.15. Katılımcıların klinik özelliklerine göre depresyon şiddetlerinin karşılaştırılması	35
Tablo 4.16. Katılımcıların anket sorularına verdikleri cevaplara göre depresyon şiddetlerinin karşılaştırılması	37
Tablo 4.17. Katılımcıların demografik özelliklerine göre anksiyete şiddetlerinin karşılaştırılması	38

Tablo 4.18. Katılımcıların klinik özelliklerine göre anksiyete şiddetlerinin karşılaştırılması	39
Tablo 4.19. Katılımcıların anket sorularına verdikleri cevaplara göre anksiyete şiddetlerinin karşılaştırılması	40
Tablo 4.20. Total depresyon puanı ve total anksiyete puanının İBS'yi saptayabilme gücüne ait ROC analizi	41



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Tıp fakültesi öğrencilerinde anksiyete ve depresyon, yüksek düzeyde bir sağlık endişesi, ders çalışma kaygısı, sınav stresi ve iş yükü nedeniyle yaygın bir durumdur. Bir araştırma, tıp fakültesi öğrencilerinde anksiyete ve depresyon düzeylerinin, diğer üniversite öğrencilerine kıyasla daha yüksek olduğunu göstermiştir (1). Ayrıca, tıp fakültesi öğrencilerinin klinik rotasyonlar sırasında maruz kaldıkları yoğun stres, anksiyete düzeylerini daha da artırabilmektedir. Depresyon semptomları arasında üzgün hissetme, uyku bozuklukları, yorgunluk, ilgi kaybı ve umutsuzluk gibi durumlar yer almaktadır (1).

Tıp fakültesi öğrencilerinde anksiyete ve depresyonun yönetimi, öğrencilerin sağlık ve öğrenme performansları üzerinde olumlu bir etkiye sahip olabilir. Tedaviler arasında kognitif davranışçı terapi, ilaç tedavisi ve meditasyon gibi yöntemler yer alır. Ayrıca, tıp fakültesi programlarının, öğrencilerin ruhsal sağlık ihtiyaçlarına yönelik destek sağlamak için psikolojik danışmanlık ve destek hizmetleri sunması da önemlidir.

Tıp fakültesi öğrencileri, akademik gereksinimler ve klinik uygulama beklentileri gibi faktörlere maruz kalırken, anksiyete ve depresyon gibi ruhsal sağlık sorunlarına karşı risk altındadır. Bu nedenle, tıp fakültesi programları, öğrencilerin ruhsal sağlık ihtiyaçlarını yönetmek için uygun destek ve tedavileri sağlamalıdır. Ayrıca, tıp fakültesi öğrencileri, kendi kişisel sağlık ve refahlarına da dikkat etmelidirler. Düzenli egzersiz yapmak, sağlıklı beslenmek, uyku düzenine uyum sağlamak, arkadaşlarla ve aile ile zaman geçirmek, stres yönetimi tekniklerini öğrenmek gibi yöntemler, anksiyete ve depresyon riskini azaltmaya yardımcı olabilir.

Tıp fakültesi öğrencileri, yüksek stres seviyeleri nedeniyle irritabl barsak sendromu (İBS) riski altındadırlar. Ayrıca, anksiyete ve depresyon gibi ruhsal sağlık sorunları, İBS semptomlarının kötüleşmesine neden olabilmektedir. Yapılan bir araştırma, tıp fakültesi öğrencilerinde İBS yaygınlığının diğer öğrencilere göre daha yüksek olduğunu göstermektedir (2).

İBS, gastrointestinal sistem hastalıkları arasında sık rastlanan kronik işlevsel bir hastalıktır. İBS hastalarında sıklıkla abdominal rahatsızlık, şişkinlik, barsak davranışında değişiklikler görülmektedir. Birçok faktörle ilişkili olabilir ancak etyolojisi tam olarak belirlenememiştir. Dikkat çeken nedenlerinden biri emosyonel stres ile bağlantısıdır (3). Beyin, sindirim kanalının duyu ve salgı işlevlerinin regülasyonunu sağlamakta, çeşitli hormonlar aracılığıyla barsak fonksiyonlarını düzenlemektedir. Öte yandan bilişsel ve davranışsal bazı beyin işlevlerinin de barsaklar ile etkileşim halinde olduğu düşünülmektedir. İBS olan hastalarda major depresif bozukluk sıklığı hastaların üçte ikisini kapsayacak düzeylere kadar çıkmıştır (4). Ayrıca, major depresif bozukluk tanısı almış olan hastalarda da İBS ek tanısının sıkça (%30) görüldüğü bilinmektedir. İBS'nin erken döneminde İBS ile anksiyetenin, uzun döneminde ise depresyonun birliktelik gösterdiğini belirtmiştir. Tıp fakültesi öğrencileri eğitim süreçleri boyunca akademik baskı, yoğun çalışma temposu, sınav kaygıları gibi birçok neden ile strese maruz kaldıkları için İBS geliştirmeleri beklenebilmektedir (5).

Bu çalışmada Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinde anksiyete ve depresyon düzeyleri ile İBS belirtileri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amaçlandı.

2. GENEL BİLGİLER

Üniversite eğitimi, birçok kişi için stres ve kaygı yaratan bir dönemdir. Ancak tıp fakültesi öğrencileri, diğer fakültelere göre eğitim süresi, ders yoğunluğu, sınav stresi ve tıbbi uzmanlık sınavının yarattığı kaygı gibi birçok zorlukla karşılaşmaktadır. Yapılan bir araştırmada; tıp fakültesi öğrencilerinin diğer fakültelerle karşılaştırıldığında, en yüksek düzeyde psikososyal stres yaşayan ve en az sosyal destek sahibi olan öğrenci grubu olduğu belirlenmiştir. Bu durumun fiziksel ve ruhsal hastalıklarla ilişkili olduğu ifade edilmiştir (6). Tıp fakültesi öğrencilerinin üniversite eğitimine yeni başladıkları dönemde, diğer öğrencilerle aynı seviyede oldukları fakat özellikle 2. ve 3. sınıflarda daha stresli, yaşantılarından daha az memnun ve daha depresif oldukları tespit edilmiştir (7). Tıp fakültesi öğrencilerinin birçok stres faktörü yaşadığı ve bu durumun psikososyal sağlıklarını olumsuz etkilediği belirtilmektedir (8). Tıp fakültesi öğrencilerinde ruhsal sıkıntı, anksiyete, depresyon, intihar girişimi ve tükenmişlik düzeylerinin yüksek olduğu belirtilmektedir (9). İntihar düşüncesi ve depresif belirtilerin hekimlerde görülen intihar girişimleri ve tamamlanmış intiharlara neden olduğu üzücü gerçeği akılda tutulmalıdır (10). Hekimlerde yüksek oranda görülen depresyon, tükenmişlik ve intihar girişimleri ve tıp fakültesi öğrencilerinin geleceğin doktorları olduğu düşünüldüğünde bu durum farkındalık sağlanması ve erken müdahale planlarının oluşturulması açısından önemli bir halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır (11).

2.1 Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Depresyon ve Anksiyete

Tıp fakültesi öğrencileri, mesleki yükümlülüklerinin yanı sıra, uzun çalışma saatleri, yoğun stres ve baskı altında olma gibi birçok zorluğa maruz kalmaktadırlar. Bu durum, depresyon ve anksiyete gibi zihinsel sağlık sorunlarının ortaya çıkma riskini artırabilmektedir.

2.1.1 Etkili faktörler

Tıp fakültesi öğrencilerinde depresyon ve anksiyete gibi zihinsel sağlık sorunlarının ortaya çıkmasında birçok faktör rol oynamaktadır. Bu faktörler, yaşam tarzındaki değişiklikleri, finansal stres faktörlerini, aile ilişkilerindeki değişiklikleri ve mezuniyet sonrası yaşamla ilgili akademik endişelerdir (12). Majör depresif bozukluk riskini önemli ölçüde artıran diğer olası risk faktörleri arasında kadın cinsiyet, daha genç yaş, alt sınıf yılları, kiralık bir odada yalnız yaşama ve mali zorluklar yer almaktadır (13).

Temel olarak tıp fakültesi öğrencilerinde depresyon ve anksiyete oluşturan faktörleri üç başlık altında inceleyebiliriz. Bunlar arasında akademik, kişisel ve mesleki faktörler yer almaktadır.

2.1.1.1 Akademik Faktörler

Tıp fakültesi öğrencileri, yoğun akademik programları nedeniyle birçok zorluğa maruz kalmaktadır. Bu zorlukların başında, yoğun ders programları, sınavlar, uzun çalışma saatleri ve uzmanlık sınavları gelmektedir (12). Tıp fakültesi öğrencileri, diğer öğrencilere göre daha yüksek seviyede akademik stres yaşamaktadırlar (14). Tıp fakültesindeki öğrencilerin uzun ve zorlu eğitim programları nedeniyle, öğrencilerin sıklıkla ailelerinden, arkadaşlarından ve diğer ilgi alanlarından uzak kalmaları gerekmektedir. Bu nedenle, öğrencilerin sosyal hayatlarındaki kısıtlamalar da depresyon ve anksiyete belirtilerinin artmasına neden olmaktadır (15). Ayrıca, her akademik düzey için bazı belirli faktörler belirlenmiştir. Özellikle, 1. sınıf öğrencileri iş yoğunluğu ve geri bildirim eksikliğini başlıca stresörler olarak bildirirken, 3. sınıf öğrencileri gelecekteki yeteneklerle ilgili korkular ve pedagojik yetersizlikler nedeniyle daha çok stres yaşadıklarını bildirmişlerdir. Altıncı sınıf öğrencileri ise 1. ve 3. sınıf öğrencilerinin bildirdiği stres faktörlerine ek olarak “destekleyici olmayan ortam” konusunda endişelerini dile getirmişlerdir (12).

2.1.1.2 Kişisel Faktörler

Tıp fakültesi öğrencileri, depresyon ve anksiyete riski için kişisel faktörlere sahip olabilirler. Çalışmalar, stresli yaşam olayları, aile öyküsü, madde kullanımı, yalnızlık ve yetersiz sosyal destek gibi kişisel faktörlerin, tıp fakültesi öğrencilerinde depresyon ve anksiyete riskini artırdığını göstermektedir (16). Ailenin ekonomik durumu ile depresyon gelişmesi arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Düşük gelirli ailelerden gelen üniversite öğrencilerinde, yüksek sosyoekonomik düzeydeki ailelerden gelenlere göre daha yüksek depresyon oranları bildirilmiştir. Ayrıca, kırsal alanlarda yaşayanların, kentsel alanlarda yaşayanlara göre daha büyük bir depresyon riskine sahip olduğu belirtilmiştir (12). Madde bağımlılığı olan öğrenciler, ailesinde depresyon ve anksiyete öyküsü olan öğrenciler ve son bir yıl içinde yakın bir akrabasını kaybetmiş olan öğrencilerin depresyon ve anksiyeteye sahip olma olasılıklarının yüksek olduğu ifade edilmiştir (13).

2.1.1.3 Mesleki Faktörler

Tıp fakültesi öğrencileri, mesleki faktörler nedeniyle depresyon ve anksiyete belirtileri yaşayabilirler. Özellikle tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin, stajyerlik ve uzmanlık programları sırasında yüksek düzeyde stres yaşadıklarını ve bunun da depresyon ve anksiyete belirtilerini artırdığını göstermektedir (17). Tıp fakültesi öğrencileri üzerinde stres oluşturan başlıca mesleki faktörler şu şekildedir (1);

- Yoğun çalışma yükü ve uzun çalışma saatleri
- Klinik ortamlarda stresli durumlarla karşılaşma
- Sosyal izolasyon ve yalnızlık hissi
- Finansal zorluklar
- Akademik başarı için yoğun rekabet
- Gelecek kaygısı ve meslek seçimiyle ilgili endişeler

2.1.2 Depresyon

Depresyon, bir kişinin normal günlük işlevlerini yerine getirmesini engelleyen bir psikiyatrik bozukluktur (18). Depresyon, üzüntü, çaresizlik, umutsuzluk, endişe ve yorgunluğun yanı sıra, uyku bozuklukları, iştah değişiklikleri, enerji kaybı, konsantrasyon zorluğu ve fiziksel semptomlar gibi belirtilerle karakterizedir (19). Depresyon, dünya genelinde giderek artan bir sorun haline gelmiştir ve ciddi bir halk sağlığı meselesi olarak kabul edilmektedir (20). Depresyon, bireylerin hayat kalitesini ciddi şekilde etkileyen bir ruh sağlığı sorunudur. Sıklıkla duygusal düşüşler, enerji kaybı, uyku bozuklukları, düşük özgüven ve isteksizlik gibi belirtilerle kendini göstermektedir. Tıp fakültesi öğrencileri diğer öğrenci gruplarından daha yüksek bir oranda depresyon yaşamaktadırlar (1). Bu durum, tıp eğitiminin yoğunluğu, uzunluğu, stresi ve tıbbi uzmanlık sınavının yarattığı kaygı gibi birçok faktöre bağlanmaktadır (1).

2.1.2.1 Depresyon Epidemiyolojisi

Depresyon, üniversite popülasyonlarında önemli bir sağlık sorunu olarak gözlenmektedir ve öğrencilerin yaklaşık üçte birini etkilemektedir (12). Yapılan bir çalışmada, üniversite öğrencilerinde depresif bozuklukların ortalama yaygınlığının %30,6 olduğu ve bu oranın genel popülasyonda bildirilen oranlardan oldukça yüksek olduğu gösterilmiştir (10). Epidemiyolojik veriler, depresyon prevalansının 2005'ten 2015'e kadar %18,4 arttığını göstermektedir (21).

Tıp fakültesi öğrencilerinde depresyon görülme sıklığının bölgesel olarak dağılımı incelendiğinde ise %31,8 prevalans ile Orta Doğu en yüksektir. Bunu %30,3 insidans ile Kuzey Amerika, Asya (%30,1), Güney Amerika (%26,8) ve Avrupa (%20) izlemektedir (22). Yakın tarihli yapılan bir derlemeye ve meta-analize göre, dünyanın dört bir yanındaki tıp fakültesi öğrencilerinde depresyonun veya belirtilerinin tahmini sıklığı %27,2 olarak bulunmuştur (17). Başka bir sistematik derleme, depresyon prevalansının tıp fakültesi öğrencilerinde %6 ile %66,5 arasında değiştiğini

belirlenmiştir (1). Birleşik Arap Emirlikleri'nde yapılan bir araştırma, tıp fakültesi öğrencilerinde depresyon ve anksiyeteyi incelemiştir. Tıp fakültesi öğrencilerinin %28,6'sında ve tıp personelinin %7,8'inde depresyon varlığı tespit edilmiştir (23). Başka bir çalışmada ise tıp fakültesi öğrencileri arasında depresyonun veya semptomlarının genel sıklığı %1,4 ile %73,5 arasında değiştiği saptanmıştır (24).

2.1.2.2 Depresyon ve Cinsiyet İlişkisi

Yapılan çalışmalarda cinsiyet ile depresyon ilişkisi açısından farklı sonuçlar bulunmuştur. Depresyon riski açısından bazı çalışmalar erkekler ve kadınlar arasında anlamlı farklılıklar bildirilirken, bazı çalışmalarda ise anlamlı bir fark bulmamıştır (25-30). Genel olarak, kadın üniversite öğrencileri, erkeklerden daha fazla depresyon semptomları taşımaktadır (31). 23 ülkeden üniversite öğrencileri arasında yapılan bir araştırma, depresif belirti yaygınlığının erkek öğrencilerde %19, kız öğrencilerde ise %22 olduğunu ortaya koymuştur (32). Kadın tıp fakültesi öğrencilerinde depresyon yaygınlığının (%31,5), erkeklere (%24,2) göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (22).

2.1.2.3 Depresyon Açısından Tıp ve Tıp Dışı Öğrenciler Arasındaki Fark

Tıp fakültesi öğrencileri ile diğer fakülte öğrencilerini depresyon riski açısından karşılaştıran birkaç çalışma mevcuttur. Bir çalışmada, tıp fakültesi öğrencilerindeki depresyon derecesi, tıp dışı öğrencilerle karşılaştırılmıştır ve diğer öğrencilerin genel olarak tıp fakültesi öğrencilerine göre daha düşük bir depresyon yaygınlığına sahip olduğu belirlenmiştir. (33). Buna karşılık bir meta-analiz, tıp fakültesi öğrencilerindeki depresyon oranının tıp dışı öğrencilerden önemli ölçüde farklı olmadığını göstermiştir (22). İsveç'te yapılan bir araştırmada tıp fakültesi öğrencilerinin, genel popülasyona kıyasla daha yüksek bir depresif bozukluk prevalansına sahip olduğunu göstermiştir (27).

2.1.2.4 Depresyon Açısından Akademik Yıllar Boyunca Değişim

Depresyon insidansının tıp fakültesindeki akademik yıllara göre değiştiği ifade edilmektedir. Birinci sınıf öğrencileri en yüksek depresyon prevalansına sahiptir (%33,5) ve depresyon prevalansı 5. sınıfa (%20,5) kadar kademeli olarak azalmaktadır (22). Başka bir araştırmaya göre tıp fakültesi öğrencilerinde en yüksek depresyon oranı ikinci sınıf öğrencilerinde saptanmıştır (23). Pakistan'da yapılan bir araştırma, son sınıf tıp fakültesi öğrencilerine kıyasla, yeni başlayan öğrenciler (1. ve 2. sınıf öğrencileri) arasında yüksek bir depresyon yaygınlığı olduğunu bildirmiştir (34). Buna karşılık, başka bir çalışmada, üçüncü sınıf tıp fakültesi öğrencilerinde depresyon riski (%39), birinci sınıf öğrencilerine (%28,4) göre anlamlı olarak daha yüksek tespit edilmiştir (35). Tıp fakültesi öğrencileri arasında depresyon, anksiyete ve stres bozukluklarını değerlendiren bir araştırma, tıp fakültesine girişte öğrenciler arasındaki depresyon düzeylerinin genel toplumla benzer olduğunu, ardından akademik dönem boyunca giderek kötüleştiğini ortaya çıkarmıştır (36).

2.1.3 Anksiyete

Anksiyete, vücudun tehditlere karşı verdiği doğal bir tepkidir. Bu tepki, insanları olası tehlikelere karşı uyararak hayatta kalmalarını sağlamaktadır (37). Ancak bazı insanlar, normalde zararsız olan durumlar veya nesneler karşısında aşırı derecede endişe ve korku hissedebilmektedirler. Bu durum, anksiyete bozukluğu olarak adlandırılmaktadır (37). Anksiyete bozukluğu, çok sayıda insanı etkileyen bir durumdur ve her yaşta ortaya çıkabilmektedir (38). Bu bozukluk, kişinin günlük yaşamını olumsuz etkilemekte ve iş, okul ve sosyal yaşam gibi alanlarda zorluklara neden olmaktadır. Anksiyete bozukluğu, birçok farklı semptomla kendini göstermektedir, bunlar arasında aşırı endişe, panik ataklar, kalp çarpıntısı, terleme ve titreme yer almaktadır (39). Anksiyete bozukluğunun nedenleri tam olarak bilinmemekle birlikte, genetik, çevresel faktörler ve kişisel yaşam deneyimleri gibi birçok faktörün rol oynadığı düşünülmektedir. Anksiyete bozukluğunun tedavisi,

ilaçlar, terapi, egzersiz ve yaşam tarzı değişiklikleri gibi farklı yöntemlerle yapılabilmektedir (39).

Tıp fakültesi öğrencileri, yoğun ders programları, sınavlar, klinik rotasyonlar ve stajlar, mesleki sorumluluklar ve gelecekteki kariyer kaygıları sebebiyle yoğun stres altındadır. Bu faktörler, tıp fakültesi öğrencilerinde anksiyete bozukluğu görülme ihtimalini artırmaktadır.

2.1.3.1 Anksiyete Epidemiyolojisi

Tıp fakültesi öğrencileri arasında anksiyete yaygınlığı farklı bölge ve ülkelerde çalışılmıştır. Pakistan'da yapılan kesitsel bir araştırmaya göre, tıp fakültesi öğrencileri arasında yüksek bir anksiyete yaygınlığı (%47,7) bulunmuştur. Öğrencilerin %27,6'sında hafif, %13,6'sında orta ve %6,5'inde şiddetli anksiyete belirtileri saptanmıştır (40). Hindistan'da yapılan bir araştırma, tıp fakültesi öğrencilerinin %66,9'unun anksiyeteden muzdarip olduğunu bildirmiştir (31). Sistematik bir meta-analizde, Avrupa'daki ve Kuzey Amerika dışında İngilizce konuşan ülkelerdeki tıp fakültesi öğrencileri değerlendirilmiştir ve anksiyete sıklığının %7,7 ile %65,5 arasında değiştiğini tespit edilmiştir (1). Türkiye'de yapılan bir araştırma, tıp fakültesi öğrencileri arasında yüksek bir anksiyete sıklığı (%47,1) olduğunu göstermiştir (41). Mısır'da (%73) ve Nepal'de (%41,1) tıp fakültesi öğrencileri arasında da yüksek bir anksiyete yaygınlığı bildirilmiştir (42-45). Brezilya'da (%37,2) ve Büyük Britanya'da (%31,2) nispeten daha düşük oranlar bildirilmiştir (42-45). Orta Doğu bölgesinde yapılan bir araştırma, tıp fakültesi öğrencilerinin %28,7'sinin anksiyete yaşadığını göstermiştir (23). Suudi Arabistan'da yapılan bir araştırma, tıp fakültesi öğrencileri arasında hastalık olarak sınıflandırılan anksiyete sıklığının %34,9 olduğunu göstermiştir (46).

2.1.3.2 Anksiyete ve Cinsiyet İlişkisi

Tıp fakültesi öğrencileri arasında yapılan bir araştırmada, erkeklere kıyasla kadınlar arasında iki kat daha fazla anksiyete oranı (% 40'a karşı % 20) olduğu tespit edilmiştir (47). Brezilya'da yapılan başka bir çalışma, birinci ve altıncı sınıf tıp fakültesi öğrencileri arasında anksiyete belirtilerinin sıklığını ve şiddetini değerlendirerek kadınların, erkeklerden daha fazla oranda kaygıdan muzdarip olduğunu saptamıştır (48). Suudi Arabistan'da kesitsel bir çalışma, 1., 2. ve 3. sınıf kadın tıp fakültesi öğrencileri arasında (%89,7) erkeklere (%60) kıyasla, anksiyete dahil olmak üzere önemli ölçüde daha yüksek psikolojik hastalık oranı olduğunu göstermiştir; ancak diğer tüm yıllarda cinsiyetler arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir (49).

2.1.3.3 Anksiyete ile İlişkili Faktörler

Tıp fakültesi öğrencilerini anksiyete gibi psikolojik bozukluklara yatkın hale getiren çeşitli risk faktörleri bildirilmiştir. Pakistan'da yapılan bir araştırma, uyuşturucu bağımlısı öğrencilerin, aile geçmişinde depresyon ve anksiyete öyküsü olan öğrencilerin ve son bir yıl içinde yakın bir akrabasını kaybetmiş bireylerin diğer bireylere göre psikolojik rahatsızlıklara ve kaygılı olmaya daha yatkın olduğunu bulmuştur (34). Başka bir çalışma, ekonomik güçlükleri olan öğrencilerin bu tür rahatsızlıklar için daha yüksek risk altında olduğunu göstermiştir (50). Mısır'da bir araştırma, tıp fakültesindeki lisans öğrencileri arasında depresyon, anksiyete ve stres semptomlarının sıklığının sosyodemografik verilerle ilişkisini göstermiştir. Kadın cinsiyette olan, üniversite yurtlarında kalan ve akademik başarısı düşük olan öğrencilerin diğer gruplara göre daha yüksek anksiyete puanlarına sahip oldukları gösterilmiştir (42). Uzun çalışma saatleri, tıp bilgisinde uzmanlaşma, rekabet ve akademik olmayan faaliyetler için yetersiz zaman gibi diğer konular tıp fakültesi öğrencilerinin zihinsel ve duygusal iyilik hali üzerinde önemli bir etkiye sebep olabilmekte ve anksiyeteye neden olmaktadır (51, 52). Ek olarak, ailede ruhsal bozukluk öyküsünün anksiyeteyi olumsuz yönde etkilediği bulunmuştur (47). Bir

araştırma, öğrencilerin en önemli üç endişesinin akademik performans, başarıma baskısı ve mezuniyet sonrası planlar olduğunu göstermiştir (53). Tıp fakültesi öğrencilerinin akademik başarılarını etkileyen kaygı gibi zihinsel sorunlarla bağlantılı faktörleri belirlemek için daha ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

2.1.3.4 Anksiyete Açısından Tıp ve Tıp Dışı Öğrenciler Arasındaki Fark

Portekiz'de yapılan bir araştırma, anksiyete belirtilerinin tıp fakültesi öğrencileri arasında, tıp fakültesi öğrencisi olmayan öğrencilere göre önemli ölçüde daha yaygın olduğunu bildirmiştir (54). Amerika ve Kanada'dan öğrencileri içeren bir çalışmada, tıp fakültesi öğrencileri arasında genel nüfusa göre daha yüksek anksiyete seviyeleri bulunmuştur (55). Benzer şekilde, Suudi Arabistan, Dammam Üniversitesi'ndeki kız öğrenciler arasında yapılan karşılaştırmalı bir çalışma, lisans programının başlangıcından itibaren tıp fakültesi olmayan öğrencilere kıyasla, tıp fakültesi öğrencilerinin refahında azalma ve daha yüksek anksiyete düzeylerini ortaya koymuştur (56).

2.1.3.5 Anksiyete Açısından Akademik Yıllar Boyunca Değişim

Pek çok çalışmada, tıp fakültesindeki farklı akademik yıllar arasındaki kaygı düzeyleri karşılaştırılmıştır ve öğrenciler arasında kaygı da dahil olmak üzere psikolojik bozuklukların dalgalı oranlara sahip olduğu tespit edilmiştir. Anksiyete gözlenme oranlarının birinci yılda %45,9, ikinci yılda %52,6, üçüncü yılda %47,1, dördüncü yılda %28,6 ve beşinci yılda %45,1 olduğu bulunmuştur (57). Ayrıca tıp 2. sınıf öğrencilerinde (%61,6) anksiyete belirtilerinin daha sık olduğu saptanmıştır (40). Benzer şekilde, Brezilya'da yapılan bir araştırma birinci sınıf tıp fakültesi öğrencilerinde (%30,8), altıncı sınıf öğrencilerine (%9,4) göre daha yüksek sıklıkta anksiyete belirtileri bildirmiştir (48).

2.1.4 Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Depresyon ve Anksiyete Gelişimini Durdurmak Açısından Alınacak Önlemler

Mevcut bulgular tıp fakültesi öğrencileri arasında depresyon ve anksiyete prevalansının çok yüksek olduğunu göstermiştir. Tıp fakültesi öğrencilerinde depresyon insidansı %1,4 ile %73,5 arasında, anksiyete ise %7,7 ile %65,5 arasında değişmektedir (58). Kadın tıp fakültesi öğrencileri, erkek öğrencilere göre anksiyete ve depresyona karşı daha savunmasızdır. Hem gelişmekte olan hem de gelişmiş ülkelerde bu psikolojik hastalıkların küresel yükünü tahmin etmek için gelecekteki araştırmalar büyük önem taşımaktadır. Depresyon ve anksiyete, tıp fakültesi öğrencilerinin akademik kariyerlerine ruhsal, bedensel ve sosyal yaşamlarına engel olmaktadır. Bu faktörlerin tıp fakültesi öğrencileri arasında dikkate alınması ve öğrencilere eğitimin ilk yıllarında psikolojik danışmanlık verilmesi önerilmektedir. Öğrencilerin destek birimi, parlak kariyerlerini tehlikeye atabilecek ilişkili faktörleri hafifletmelerine yardımcı olmalıdır (59).

Öncelikle, tıp fakültesi öğrencilerine destek sağlayacak kaynaklar sunulmalıdır. Bu kaynaklar, danışmanlık hizmetleri, grup terapileri ve akran destek grupları gibi farklı seçenekleri içerebilir. Bu kaynaklar, öğrencilere stresle başa çıkma becerileri kazandırmak ve zihinsel sağlıklarını korumalarına yardımcı olmak için gereklidir (60).

İkinci olarak, tıp fakültesi öğrencilerine düzenli bir egzersiz programı önerilmelidir. Egzersiz, zihinsel sağlık sorunlarının önlenmesi ve tedavisinde etkili bir yöntemdir. Düzenli egzersiz, stresi azaltır, ruh halini iyileştirir ve özgüveni artırır (60).

Üçüncü olarak, tıp fakültesi öğrencilerine düzenli uyku önerilmelidir. Uyku, zihinsel sağlık için önemli bir faktördür. Yetersiz uyku, stresi artırır ve depresyon ve anksiyete gibi zihinsel sağlık sorunlarına yol açabilir. Bu nedenle, öğrencilere düzenli bir uyku programı önerilmeli ve uyku düzenleri takip edilmelidir (60).

Son olarak, tıp fakültesi öğrencilerine kendilerine vakit ayırmaları ve kendilerini ödüllendirmeleri önerilmelidir. Bu, öğrencilerin kendilerine zaman ayırarak stresten uzaklaşmalarına ve zihinsel sağlıklarını korumalarına yardımcı olabilir. Kendilerini ödüllendirmeleri, başarıları kutlamaları ve kendilerine hedefler koymaları,

öğrencilerin motivasyonlarını artırır ve zihinsel sağlıklarını korumalarına yardımcı olabilir.

2.2 İrritabl Barsak Sendromu

İrritabl bağırsak sendromu (İBS), en sık teşhis edilen gastrointestinal hastalıklardan biridir. İBS, başka bir nedensel hastalık yokluğunda, değişen bağırsak alışkanlıkları ile karın ağrısı veya rahatsızlığın varlığı olarak tanımlanır. İBS'nin teşhisi, ilk keşfinden bu yana gelişmiştir ve bugün İBS'yi teşhis etmek için Roma IV tanı kriterleri kullanılmaktadır. İBS'nin alt sınıfına bağlı olarak, semptomlar çeşitli ilaçlar ve farmasötik olmayan ajanlar tarafından yönetilebilmektedir. Bununla birlikte, İBS tedavisi bireyselleştirilmelidir ve tedavi yönetiminde önemli bir faktör, güçlü bir hasta-hekim ilişkisi olmaya devam etmektedir (61).

2.2.1 İrritabl Barsak Sendromu Etiyolojisi

İBS'nin etiyolojisi hakkındaki mevcut bilgilere göre bu hastalık; stres, bağırsak florasındaki değişiklikler, bağırsak hareketlerinde bozukluklar ve psikolojik faktörlerin bir kombinasyonu ile ortaya çıkmaktadır (62). Etiyolojik faktörler arasında aşağıdakiler yer almaktadır (63):

Stres: Stres, İBS semptomlarının şiddetini artırabilmekte veya tetikleyebilmektedir. Araştırmalar, stresin bağırsak hareketlerini etkileyen sinir sistemine müdahale ettiğini ve İBS semptomlarını şiddetlendirdiğini göstermektedir (64).

Bağırsak Florasındaki Değişiklikler: Bağırsak florası, bağırsak sağlığı için önemlidir. İnsanlar ve mikroorganizmalar arasındaki karmaşık bir ilişki vardır. İBS hastalarında bağırsak florasındaki değişiklikler, semptomların gelişiminde önemli bir faktördür (65).

Bağırsak Hareketlerinde Bozukluklar: Normal bağırsak hareketleri, yiyeceklerin sindirimi ve bağırsakların düzgün çalışmasını sağlamaktadır. Ancak, bazı İBS hastaları, bağırsak hareketlerinde anormallikler yaşarlar. Bu, gıdaların bağırsaklardan geçişiyle ilgili sorunlarla sonuçlanabilir (66).

Psikolojik Faktörler: İBS hastalarının çoğu, anksiyete, depresyon veya diğer psikolojik rahatsızlıklar yaşar. Bu psikolojik faktörler, İBS semptomlarının şiddetini artırabilir veya tetikleyebilir (66).

Sonuç olarak, İBS'nin etiyolojisi henüz tam olarak anlaşılamamıştır ve birden fazla faktörün bir kombinasyonu ile oluşmaktadır. İlerideki araştırmalar, İBS'nin nedenleri ve tedavisi hakkındaki bilgilerimizi artıracaktır.

2.2.2 İrritabl Bağırsak Sendromu Epidemiyolojisi

Hastaların yaklaşık %12'si, İBS ile ilgili şikayetler için birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvurmaktadır (61, 67). Çalışmalar, İBS prevalansının %10 ile %15 arasında değiştiğini göstermektedir; ancak, bu hastaların çoğunun tıbbi bakım aramadığı saptanmıştır (61). Dünyada İBS yaklaşık %21 ile Güney Amerika'da en yaygın ve %7 ile Güneydoğu Asya'da en az yaygın olarak gözlenmektedir (68, 69). Amerika, Kanada ve İsrail'de İBS semptomları kadınlarda, erkeklerden 1,5 ila 2 kat daha sık gözlenmektedir (70). Ayrıca, kadınların karın ağrısı ve kabızlık şikayeti ile başvurma olasılığı daha yüksekken, erkeklerin ishal ile başvurma olasılığı daha yüksektir (70). İBS prevalansı da yaşla birlikte azalmaktadır. İBS ayrıca, ishallerli İBS (İBS-D), kabızlıklı İBS (İBS-C) ve karışık bağırsak paternli İBS (İBS-M) içeren daha spesifik gruplara ayrılmaktadır. Bu üç tanının yaygınlığı ABD'de eşit bir dağılım göstermektedir, oysa Avrupa'da İBS-C veya İBS-M daha yaygın olarak gözlenmektedir (71).

2.2.3 İrritabl Bağırsak Sendromu Patofizyolojisi

İBS'nin patofizyolojisi geniştir ve motilite, beyin-bağırsak etkileşimi ve psikososyal sıkıntı içeren anormallikleri içerir (68). Bunlardan en az biri İBS hastalarının çoğunda gösterilebilmektedir; ancak, tüm semptomlar bunlara atfedilemez (68). Yakın zamanda yapılan çalışmalar, değişmiş bağırsak immün aktivasyonunu ve bağırsak ve kolonik mikrobiyomun İBS ile ilişkili olduğunu da göstermiştir (68, 72, 73). İBS'ye çevresel katkıda bulunanlar arasında erken yaşam stresörleri, gıda intoleransı, antibiyotikler ve enterik enfeksiyonlar bulunmaktadır (68). Hastalar sıklıkla İBS semptomlarının gıda alımı ile ilişkili olduğundan şikayet etmektedirler. Bununla birlikte, gerçek bir gıda alerjisinin İBS'ye sınırlı bir katkısı vardır (68, 74).

2.2.4 İrritabl Bağırsak Sendromu Histopatolojisi

İBS olan kişilerde bağırsak mukozasının histopatolojik incelemesi, kronik enflamatuvar hücreleri, mast hücrelerini, enteroendokrin hücreleri ve enterik sinirleri gösterebilmektedir (75). İBS-D, tipik olarak mukozal T-lenfositlerde İBS-C'den daha büyük bir artışla ilişkilidir (75, 76). Ayrıca, nörona özgü enolaz, P maddesi ve 5-HT için pozitif boyanan sinir liflerinin sayısında artış olabilmektedir (75, 77). Ayrıca mast hücrelerinin etrafındaki sinir liflerinin yoğunluğunun önemli ölçüde arttığı görülmektedir (75, 78).

2.2.5 İrritabl Bağırsak Sendromunda Öykü ve Muayene

İrritabl barsak sendromu tipik olarak karın ağrısı, karında huzursuzluk hissi, kabızlık, ishal veya her ikisi ile birlikte değişen bağırsak alışkanlıklarından oluşmaktadır. İBS'li hastalardaki diğer şikayetler arasında şişkinlik, gıda alımının getirdiği semptomlar ve zamanla ağrı ve dışkı düzeninde değişiklik yer almaktadır (68). Elli yaşından sonra başlama, şiddetli veya ilerleyici semptomlar, açıklanamayan kilo kaybı, gece diyare, rektal kanama, demir eksikliği anemisi veya kolon kanseri,

çölyak hastalığı veya enflamatuvar barsak hastalığı gibi organik gastrointestinal hastalıkların aile öyküsü olan hastalarda ayırıcı tanılar için değerlendirme yapılmalıdır (68).

Roma IV kriterlerine göre, aşağıdaki şikayetlerin iki veya daha fazlasının son 3 ayda haftada en az 1 gün gözlenmesi ile İBS teşhisi konulmaktadır. Bu şikayetler şu şekildedir;

- Defekasyon ile ilişkili olarak semptomların başlaması
- Defekasyon sıklığında bir değişiklik ile ilişkili başlayan semptomlar
- Dışkının şeklinde veya görünümünde bir değişiklikler ile başlayan semptomlar (68).

2.2.6 İrritabl Bağırsak Sendromunda Değerlendirme

Herhangi bir alarm bulgusu yoksa (kilo kaybı, hematokezya, demir eksikliği), rutin tanı testleri önerilmemektedir (61). Semptomlar İBS için tipik değilse veya alarm semptomları mevcutsa, tam kan hücreleri sayımı, kapsamlı metabolik panel, eritrosit sedimentasyon hızı veya C-reaktif protein gibi inflamatuvar belirteçler ve tiroid uyarıcı hormon düzeyi kontrol edilmelidir (61). İshal baskınsa dışkı lökositleri ve uygun olduğunda Clostridium difficile, Giardia ve Cryptosporidium için dışkı testleri istenmelidir (61). Çölyak hastalığı testi de gerekebilir ve bir doku transglutaminaz veya TTG-IgA çalışılması gerekebilir (61). Ailede inflamatuvar bağırsak hastalığı, kolon kanseri veya alarm semptomları öyküsü olduğunda kolonoskopi faydalı olabilir (61). Hastada ishal varsa kolonoskopide rastgele biyopsiler yapılmalıdır (61).

2.2.7 İrritabl Bağırsak Sendromunda Tedavi

İBS hastalarının yönetiminde en önemli hedeflerden biri aktif olarak dinleyerek, empati göstererek ve tedavi için gerçekçi beklentiler belirleyerek güvene dayalı bir

hasta-hekim ilişkisi geliştirmektir (68, 78). İBS semptomlara dayalı bir hastalıktır ve bu nedenle tedavi hedefleri ağrı, şişkinlik, kramp ve ishal veya kabızlık gibi semptomları gidermektir (68). Kabızlık için lif takviyeleri ve laksatifler yardımcı olabilirken, ishali olanlarda loperamid veya probiyotikler gibi ilaçlar yardımcı olabilmektedir (68). Ayrıca, artan fiziksel aktivite kolonik geçiş süresini uzatabilir ve semptomları iyileştirebilir (68, 79). Hastalar ayrıca gıda alımını sıklıkla İBS semptomlarıyla ilişkilendirmektedir. Buğday ürünleri, soğan, meyveler, sebzeler, sorbitol ve bazı süt ürünleri gibi gıdalar, FODMAP olarak bilinen kısa zincirli, az emilen, yüksek oranda fermente olabilen karbonhidratları içerebilmektedir. FODMAP'ler, İBS hastalarında artmış gastrointestinal semptomlarla ilişkilendirilmiştir. Sürekli ve kronik karın semptomları olan hastalar, çoğu zaman düşük doz trisiklik antidepressanlara (TCA) veya serotonin geri alım inhibitörlerine (SSRI) yanıt verebilmektedir (61). Alosetron, kadınlarda İBS-D'yi tedavi etmek için kullanılabilir, ancak iskemik kolite neden olabilmektedir (80).

Rifaksimin, bazen hassas bağırsak sendromu olan hastaları tedavi etmek için kullanılan emilmeyen geniş spektrumlu bir antibiyotiktir (81). Rifaksimin alan irritabl barsak sendromlu hastalarda karın ağrısı ve ishal daha az görülmektedir (81). İBS'li hastalarda rifaksimin etkinliği, bakteriyel aşırı büyümenin İBS etiyolojisinde rol oynadığı fikrini desteklemek için kanıt olarak kullanılır.

2.2.8 İrritabl Bağırsak Sendromunda Ayırıcı Tanı

İBS'nin ayırıcı tanısı geniştir ve nihai olarak hastada baskın ishalin mi yoksa kabızlığın mı olduğuna bağlıdır. Bir hastada ishalleri İBS varsa, ayırıcı tanıları arasında laktoz intoleransı, kafein alımı, alkol alımı, gastrointestinal enfeksiyonlar (Giardia, Amoeba, HIV), inflamatuvar bağırsak hastalığı, ilaca bağlı ishal (antibiyotik kullanımı, proton pompa inhibitörü, nonsteroidal antiinflamatuvar, ACE inhibitörü, kemoterapi), çölyak hastalığı, maligniteler, kolorektal kanser, hipertiroidizm, VIPOMA ve iskemik kolit yer almaktadır. (82). Kabızlık baskın semptomlar ise, o zaman ayırıcı tanıları arasında yetersiz lif alımı, hareketsizlik, parkinson hastalığı, multipl skleroz, spinal yaralanma, diyabet, hipotiroidizm, hiperkalsemi, ilaçlar (opiatlar, kalsiyum kanal

blokerleri, antidepresanlar, klonidin), maligniteler, bağırsak tıkanıklığı, endometriozis ve divertiküler hastalık yer alabilmektedir. Bir hastanın öyküsü bu hastalıklardan birini gösteriyorsa, uygun laboratuvar testleri yapılmalıdır (82).

2.2.9 İrritabl Bağırsak Sendromunda Prognoz

İBS'nin iyi bir prognozu vardır ve teşhisin takipte değişmesi olası değildir (83). Olumlu bir hekim-hasta etkileşimi geliştirilirse, İBS hastalarının ayaktan sağlık hizmetleri kullanımı azaltılabilir (83).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Türü ve Etik Yönü

Çalışmamız prospektif bir anket çalışması olarak planlandı. Çalışmaya Gaziantep Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 2022/285 karar nolu, 17.08.2022 tarihli izin ile başlandı. Ayrıca çalışma için Tıp Fakültesi Dekanlığından 217439 sayılı, 05.08.2022 tarihli izin alındı. Çalışma Eylül 2022 ile Şubat 2023 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Çalışmaya dahil edilme kriterimiz tıp fakültesi öğrencisi olmak idi. Çalışmamız bilgilendirilmiş onam verilen toplam 330 katılımcı ile gerçekleştirildi.

Verilerin toplanması için bir çevrimiçi anket formu (Google Form) ile hazırlandı. Anket formu link olarak, tıp fakültesindeki öğrencilerin mail adreslerine veya telefon numaralarına mesaj yoluyla iletildi. Birinci bölümde sosyodemografik veriler (yaş, cinsiyet, bulunulan sınıf, medeni durum ve ekonomik durum), klinik öyküsü (Psikiyatrik hastalık, kronik hastalık, ilaç kullanımı ve ailede İBS öyküsü) ve dışkılama özellikleri sorgulandı. İkinci bölümde ise BAÖ ve BDÖ testleri uygulandı. Kullanılan anket EK-1'de sunuldu. Çalışmanın verileri Google form kullanılarak toplandı.

Araştırmada ROME IV kriterlerine göre İBS tanı kriterlerini karşılayan öğrenciler belirlendi. İBS türlerini ve şiddetini belirlemek amacıyla araştırmacılar tarafından literatür taranarak oluşturulan, sosyodemografik özellikleri sorgulayan anket formu kullanıldı. Bu öğrencilerdeki depresyon düzeyi BDÖ ile, anksiyete düzeyi BAÖ ile belirlendi. Google form yoluyla çalışmada elde edilen veriler toplanılarak ve araştırmacı tarafından SPSS program kullanılarak analiz edildi.

BDÖ ilk defa 1987 yılında Beck ve arkadaşları tarafından yayınlanmıştır (84). Bu ölçek toplam 21 sorudan oluşmaktadır ve her sorunun 0 ile 3 arasında değişen puanlaması bulunmaktadır. Toplam puan 63 üzerinden değerlendirilmektedir. Bu ölçeğin Türkçe güvenirlik ve geçerlilik çalışması Aktürk ve arkadaşları tarafından

2005 yılında gerçekleştirilmiştir (85). BDÖ’de toplam değer 9 ve daha az ise “depresyon yok”, 10-16 ise “hafif”, 17-23 ise “orta”, 24 ve daha fazla ise “şiddetli depresyon” olarak değerlendirilir (86).

BAÖ’nün Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışması ise Avcı ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (87). Bu ölçekte toplam 21 soru bulunmakta olup toplam puan 63 üzerinden değerlendirilmektedir. Ölçek için Türkiye’de kesim noktası bulunmamaktadır. Ancak ölçekten alınan puanlara göre hastaların anksiyete düzeyleri; 0-7 puan arası düşük, 8-15 puan arası hafif, 16-25 puan arası orta ve 26-63 arası ise yüksek düzeyde anksiyete şeklinde sınıflandırılmaktadır (88).

3.2 Verilerin Analizi

Power analizi; ankette sorulan sorulardan en önemlisinin doğru cevaplanma prevelansına (%50) dayalı olarak yapıldı. Burada %95 güven aralığı ve %5 hata payı ile hesaplandı ve tıp fakültesinde eğitim gören 1591 öğrenci için minimum örneklem büyüklüğü 310 olarak saptandı.

Verilerin istatistiksel analizinde SPSS 25.0 paket programı kullanıldı. Kategorik ölçümler sayı ve yüzde olarak, sürekli ölçümlerse ortalama ve standart sapma (gerekli yerlerde ortanca ve minimum-maksimum) olarak özetlendi. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında, Ki Kare test ya da Fisher test istatistiği kullanıldı. Gruplar arasında sürekli ölçümlerin karşılaştırılmasında dağılımlar kontrol edildi değişkenler normal dağılım göstermediği için ikili gruplar arasında Mann Whitney U testi ve çoklu gruplar arasında ise Kruskal Wallis testi kullanıldı. Tüm testlerde istatistiksel önem düzeyi 0,05 olarak alındı.

4. BULGULAR

Çalışmada toplam 330 katılımcıdan elde edilen anket sonuçları değerlendirildi. Ortalama yaş $21,3 \pm 2,2$ yıl olarak saptandı ve kadın cinsiyet oranı %57,9 idi. Katılımcıların %21,2'si birinci sınıf, %19,4'ü ikinci sınıf, %17,9'u üçüncü sınıf, %15,8'i dördüncü sınıf, %12,7'si beşinci sınıf ve %13'ü altıncı sınıf öğrencisi idi. Bekar öğrencilerin oranı %99,1 olarak tespit edildi. Ekonomik durumunu iyi olarak tanımlayanların oranı %16,7, orta olarak tanımlayanların oranı %74,2 ve kötü olarak tanımlayanların oranı ise %9,1 idi (Tablo 1).

Tablo 4.1. Katılımcıların demografik verileri

Parametreler	Tüm katılımcılar (n=330)
Yaş (yıl)	
Ortalama $\pm$ Standart sapma	21,3 $\pm$ 2,2
Ortanca	21
Minimum-Maksimum	18-34
Cinsiyet, n (%)	
Kadın	191 (57,9)
Erkek	139 (42,1)
Bulunulan sınıf, n (%)	
Birinci sınıf	70 (21,2)
İkinci sınıf	64 (19,4)
Üçüncü sınıf	59 (17,9)
Dördüncü sınıf	52 (15,8)
Beşinci sınıf	42 (12,7)
Altıncı sınıf	43 (13)
Medeni Durum, n (%)	
Evli	3 (0,9)
Bekar	327 (99,1)
Ekonomik Durum, n (%)	
Kötü	30 (9,1)
Orta	245 (74,2)
İyi	55 (16,7)

Katılımcıların %9,7'sinde kronik hastalık öyküsü, %7,6'sında ailede İBS öyküsü, %15,2'sinde sürekli ilaç kullanım öyküsü, %14,9'unda psikiyatrik hastalık

öyküsü ve %24,5’inde İBS öyküsü mevcut idi. Katılımcıların klinik verileri Tablo 2’de sunuldu.

Tablo 4.2. Katılımcıların klinik verileri

Parametreler	Tüm katılımcılar (n=330) n (%)
Kronik hastalık öyküsü	
Yok	297 (90,3)
Var	32 (9,7)
Ailede İBS öyküsü	
Yok	305 (92,4)
Var	25 (7,6)
Sürekli kullanılan ilaç öyküsü	
Yok	279 (84,8)
Var	50 (15,2)
Psikiyatrik hastalık öyküsü	
Yok	280 (85,1)
Var	49 (14,9)
İrritabl barsak sendromu öyküsü	
Hayır	249 (75,5)
Evet	81 (24,5)

Katılımcıların %24,5’inde İBS saptandı. İBS saptanan katılımcıların %82,7’si karın ağrısının defekasyon ile gerilediğini belirtti. İBS saptanan katılımcıların karın ağrısı ile birlikte ishal eşlik etme oranı %18,5, kabızlık eşlik etme oranı %23,5 bulundu. İBS saptanan katılımcıların %79’unun barsağı tam boşaltamama hissi yaşadığı bulundu. İBS saptanan katılımcıların %82,7’sinde karında şişme ve gerginlik olduğu saptandı. Katılımcılardan İBS saptananların dışkılama alışkanlıkları ile ilgili anket sorularına verilen yanıtların dağılımları Tablo 3’te sunuldu.

Tablo 4.3. İBS saptanan katılımcıların anket sorularına verdikleri cevapların dağılımı

Parametreler	Tüm katılımcılar (n=81) n (%)
En az 6 ay önce başlamış ve son 3 ay içinde, haftada en az 1 gün tekrarlayan karın ağrısı yaşadınız mı?	
Hayır	249 (75,5)
Evet	81 (24,5)
Karın ağrınız defekasyon ile geriliyor mu?	
Hayır	14 (17,3)
Evet	67 (82,7)
Karın ağrısı ile birlikte gaita özelliği	
Diyare	15 (18,5)
Kabızlık	19 (23,5)
Her ikisi	28 (34,6)
Hiçbiri	19 (23,5)
Gaita görünümündeki değişiklik ile karın ağrınız ilişkili mi?	
Hayır	33 (40,7)
Evet	48 (59,3)
Haftada üçten fazla farklı şekillerde feçes çıkarıyor musunuz?	
Hayır	45 (55,6)
Evet	36 (44,4)
Günde üçten fazla defekasyon oluyor mu?	
Hayır	58 (71,6)
Evet	23 (28,4)
Birkaç gün üst üste gaita çıkışı olmadığı oluyor mu?	
Hayır	49 (60,5)
Evet	32 (39,5)
Defekasyon sırasında aşırı ıkınma oluyor mu?	
Hayır	36 (44,4)
Evet	45 (55,6)
Gaitayı zor tutma problemi yaşadınız mı?	
Hayır	66 (81,5)
Evet	15 (18,5)
Barsağı tam boşaltamama hissi yaşadınız mı?	
Hayır	17 (21)
Evet	64 (79)
Feçes ile beraber aşırı mukus gözlediniz mi?	
Hayır	62 (76,5)
Evet	19 (23,5)
Karında şişme ve gerginlik var mı?	
Hayır	14 (17,3)
Evet	67 (82,7)

Katılımcıların ortalama depresyon puanları $15 \pm 10,4$ ve ortalama anksiyete puanları $14,1 \pm 9,8$ olarak saptandı. Katılımcıların %34,5’inde depresyon saptanmadı. Hafif şiddette depresyon saptananların oranı %28,5, orta şiddette depresyon saptananların oranı %17,6 ve şiddetli depresyon saptananların oranı ise %19,4 idi. Anksiyete saptanmayanların oranı %31,2, hafif anksiyete saptananların oranı %29,4, orta anksiyete saptananların oranı %25,5 ve şiddetli anksiyete saptananların oranı ise %13,9 olarak tespit edildi (Tablo 4).

Tablo 4.4. Katılımcıların anksiyete ve depresyon ölçek sonuç verilerinin dağılımı

Parametreler	Tüm katılımcılar (n=330)
Total depresyon puanı	
Ortalama±Standart sapma	$15 \pm 10,4$
Ortanca	13
Minimum-Maksimum	0-60
Depresyon şiddeti, n (%)	
Depresyon yok	114 (34,5)
Hafif depresyon	94 (28,5)
Orta depresyon	58 (17,6)
Şiddetli depresyon	64 (19,4)
Total anksiyete puanı	
Ortalama±Standart sapma	$14,1 \pm 9,8$
Ortanca	13
Minimum-Maksimum	0-50
Anksiyete şiddeti, n (%)	
Anksiyete yok	103 (31,2)
Hafif anksiyete	97 (29,4)
Orta anksiyete	84 (25,5)
Şiddetli anksiyete	46 (13,9)

İrritabl barsak sendromu saptanan ve saptanmayan katılımcıların demografik verileri karşılaştırıldığında İBS saptanan katılımcıların ortalama yaşları $21,7 \pm 2,2$ yıl ve İBS saptanmayan katılımcıların ortalama yaşları $21,2 \pm 2,2$ yıl olarak tespit edildi ($p=0,031$). Kadın katılımcıların %29,3’ünde, erkeklerin ise %17,9’unda İBS saptandı. İBS saptanan katılımcılarda, kadın oranı %69,1 iken, erkek oranı ise %30,9 olarak saptanmıştır. İBS saptanmayan katılımcıların kadın oranı %54,2 iken, erkek oranı

%45,8'dir ($p=0,018$). Katılımcıların bulundukları sınıf, medeni durumları ve ekonomik durumun İBS üzerinde etkisi olmadığı tespit edildi ($p>0,05$) (Tablo 5).

Tablo 4.5. İBS varlığına göre katılımcıların demografik verilerinin karşılaştırılması

Parametreler	İBS varlığı		p
	Evet (n=81)	Hayır (n=249)	
Yaş (yıl)			
Ortalama±Standart sapma	21,7±2,2	21,2±2,2	0,031
Ortanca	22	21	
Minimum-Maksimum	18-26	18-34	
Cinsiyet, n (%)			
Kadın	56 (69,1)	135 (54,2)	0,018
Erkek	25 (30,9)	114 (45,8)	
Bulunulan sınıf, n (%)			
Birinci sınıf	14 (17,3)	56 (22,5)	0,432
İkinci sınıf	15 (18,5)	49 (19,7)	
Üçüncü sınıf	13 (16)	46 (18,5)	
Dördüncü sınıf	12 (14,8)	40 (16,1)	
Beşinci sınıf	11 (13,6)	31 (12,4)	
Altıncı sınıf	16 (19,8)	27 (10,8)	
Medeni Durum, n (%)			
Evli	1 (1,2)	2 (0,8)	0,572
Bekar	80 (98,8)	247 (99,2)	
Ekonomik Durum, n (%)			
Kötü	4 (4,9)	26 (10,4)	0,326
Orta	63 (77,8)	182 (73,1)	
İyi	14 (17,3)	41 (16,5)	

Katılımcılar İBS saptanma durumuna göre ayrıldığında kronik hastalık öyküsü olanlarda, ailede İBS öyküsü olanlarda, sürekli ilaç kullananlarda ve psikiyatrik hastalık öyküsü olanlarda İBS görülme oranı artmakta idi (sırasıyla $p=0,024$, $p=0,001$, $p=0,036$ ve $p=0,001$). İBS saptanan katılımcıların %16,3'ünde kronik hastalık öyküsü tespit edilirken İBS saptanmayan katılımcıların %7,6'sında kronik hastalık öyküsü tespit edildi ($p=0,024$). Ailede İBS öyküsü olanların oranı İBS saptanan katılımcılar arasında %17,3 iken, İBS saptanmayan katılımcılar arasında %4,4 idi ($p=0,001$). Sürekli kullanılan ilaç öyküsü olanların oranı İBS saptanan katılımcılar arasında

%22,5 iken İBS saptanmayan katılımcılar arasında %12,9 idi. İBS saptanan katılımcıların %27,5'inde psikiyatrik hastalık öyküsü tespit edilirken İBS saptanmayan katılımcıların %10,8'inde psikiyatrik hastalık öyküsü tespit edildi ($p=0,001$) (Tablo 6).

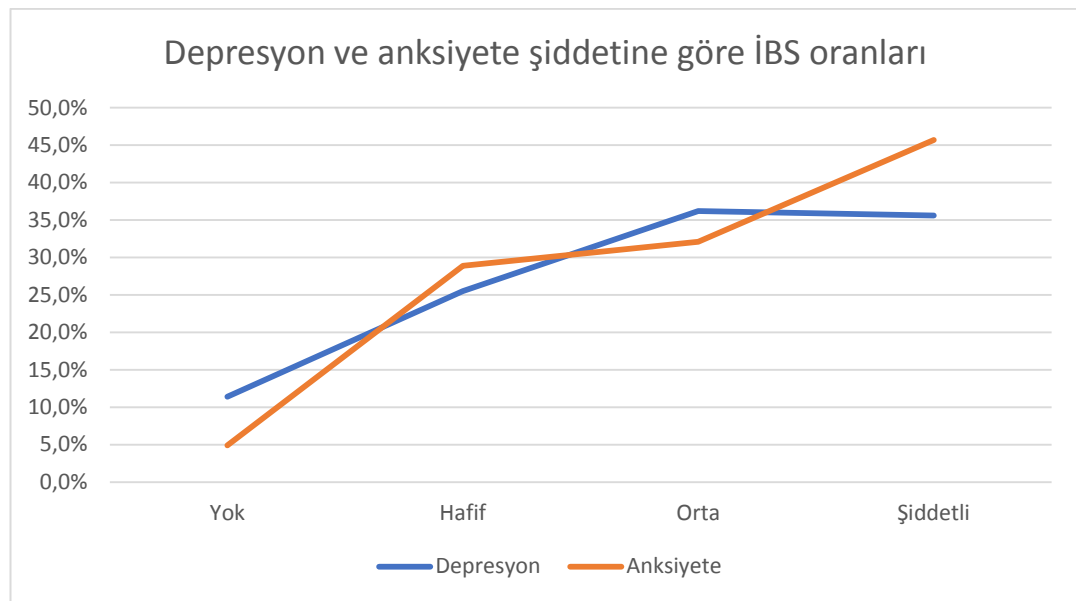
Tablo 4.6. İBS varlığına göre katılımcıların klinik verilerinin karşılaştırılması

Parametreler	İBS varlığı n (%)		p
	Evet (n=81)	Hayır (n=249)	
Kronik hastalık öyküsü			
Yok	67 (83,7)	230 (92,4)	0,024
Var	13 (16,3)	19 (7,6)	
Ailede İBS öyküsü			
Yok	67 (82,7)	238 (95,6)	0,001
Var	14 (17,3)	11 (4,4)	
Sürekli kullanılan ilaç öyküsü			
Yok	62 (77,5)	217 (87,1)	0,036
Var	18 (22,5)	32 (12,9)	
Psikiyatrik hastalık öyküsü			
Yok	58 (72,5)	222 (89,2)	0,001
Var	22 (27,5)	27 (10,8)	

İBS saptanan katılımcıların total depresyon puanları, depresyon şiddetleri, anksiyete puanları ve anksiyete şiddetleri İBS saptanmayan katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı seviyede yüksek saptandı ($p=0,001$). İBS saptanan ve saptanmayan katılımcıların total depresyon puanları karşılaştırıldığında İBS saptanan katılımcıların ortalama depresyon puanları $19,3 \pm 10,2$ ve İBS saptanmayan katılımcıların ortalama depresyon puanları $13,6 \pm 10,1$ olarak tespit edildi ($p=0,001$). İBS saptanan katılımcıların %28,4'ünde şiddetli depresyon tespit edilirken, İBS saptanmayan katılımcıların %16,5'inde şiddetli depresyon tespit edildi ($p=0,001$). Ortalama total anksiyete puanları İBS saptanan grupta $19,6 \pm 9,7$ iken İBS saptanmayan grupta $12,2 \pm 9,1$ idi ($p=0,001$). İBS saptanan katılımcıların %25,9'unda şiddetli anksiyete tespit edilirken, İBS saptanmayan katılımcıların %10'unda şiddetli anksiyete tespit edildi ($p=0,001$) (Tablo 7 ve Şekil 1).

Tablo 4.7. İBS varlığına göre katılımcıların anksiyete ve depresyon ölçek sonuç verilerinin karşılaştırılması

Parametreler	İBS varlığı		p
	Evet (n=81)	Hayır (n=249)	
Total depresyon puanı			
Ortalama±Standart sapma	19,3±10,2	13,6±10,1	0,001
Ortanca	17	11	
Minimum-Maksimum	2-45	0-60	
Depresyon şiddeti, n (%)			
Depresyon yok	13 (16)	101 (40,6)	0,001
Hafif depresyon	24 (29,6)	70 (28,1)	
Orta depresyon	21 (25,9)	37 (14,9)	
Şiddetli depresyon	23 (28,4)	41 (16,5)	
Total anksiyete puanı			
Ortalama±Standart sapma	19,6±9,7	12,2±9,1	0,001
Ortanca	18	10	
Minimum-Maksimum	3-50	0-42	
Anksiyete şiddeti, n (%)			
Anksiyete yok	5 (6,2)	98 (39,4)	0,001
Hafif anksiyete	28 (34,6)	69 (27,7)	
Orta anksiyete	27 (33,3)	57 (22,9)	
Şiddetli anksiyete	21 (25,9)	25 (10)	



Şekil 4.1. Depresyon ve anksiyete şiddetine göre İBS oranları

Katılımcıların depresyon puanları demografik verilerine göre karşılaştırıldığında bulunulan sınıf, cinsiyet ve medeni durum ile depresyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmedi ($p>0,05$). Ekonomik durumu iyi olanların ortalama total depresyon puanları $13\pm11,7$ ve ekonomik durumları kötü olanların ortalama total depresyon puanları $20,6\pm12,5$ olarak tespit edildi. Ekonomik durum iyileştikçe depresyon puanlarında anlamlı bir düşüş olduğu tespit edildi ($p=0,008$) (Tablo 8).

Tablo 4.8. Katılımcıların demografik özelliklerine göre depresyon puanlarının karşılaştırılması

Parametreler		Total depresyon puanı Ort $\pm$ Ss	p
Bulunulan sınıf	Birinci sınıf	15,4 $\pm$ 11,6	0,280
	İkinci sınıf	16,5 $\pm$ 11,7	
	Üçüncü sınıf	13 $\pm$ 8,9	
	Dördüncü sınıf	15,1 $\pm$ 8,9	
	Beşinci sınıf	17,3 $\pm$ 11,1	
	Altıncı sınıf	12,6 $\pm$ 8,5	
Cinsiyet	Kadın	15,4 $\pm$ 10,1	0,260
	Erkek	14,5 $\pm$ 10,8	
Medeni Durum	Evli	9,7 $\pm$ 7,4	0,365
	Bekar	15,1 $\pm$ 10,4	
Ekonomik Durum	Kötü	20,6 $\pm$ 12,5	0,008
	Orta	14,8 $\pm$ 9,6	
	İyi	13 $\pm$ 11,7	

Katılımcıların klinik özelliklerine bakıldığında ise kronik hastalık öyküsü, ailede İBS öyküsü ve sürekli kullanılan ilaç öyküsüne göre depresyon puanlarında anlamlı değişikliklerin olmadığı görüldü ($p>0,05$). Psikiyatrik hastalık öyküsü olanların ve İBS tanısı konulanların depresyon puanlarının istatistiksel olarak yüksek olduğu tespit edildi (sırasıyla $p=0,002$ ve $p=0,001$). Psikiyatrik hastalık öyküsü olanların ortalama total depresyon puanları $19,1\pm10,4$ iken psikiyatrik hastalık öyküsü olmayanların ortalama total depresyon puanları $14,2\pm10,1$ olarak tespit edildi ($p=0,002$) (Tablo 9).

Tablo 4.9. Katılımcıların klinik özelliklerine göre total depresyon puanlarının karşılaştırılması

Parametreler		Total depresyon puanı Ort±Ss	p
Kronik hastalık öyküsü	Yok Var	14,7±10,1 17,1±11,9	0,269
Ailede İBS öyküsü	Yok Var	15,1±10,5 14±8,8	0,852
Sürekli kullanılan ilaç öyküsü	Yok Var	14,7±10,1 16,1±11,1	0,363
Psikiyatrik hastalık öyküsü	Yok Var	14,2±10,1 19,1±10,4	0,002
İrritabl barsak sendromu öyküsü	Hayır Evet	13,6±10,1 19,3±10,2	0,001

Depresyon saptanan katılımcılarda, karın ağrısı defekasyon ile gerileyenlerin ortalama total depresyon puanları $18,4 \pm 9,6$ ($p=0,147$) iken, haftada üçten fazla farklı şekillerde feçes çıkaranların ortalama total depresyon puanları $21,8 \pm 11,6$ ($p=0,140$) bulundu. Depresyon saptanan katılımcılarda karında şişme ve gerginlik olanların ortalama total depresyon puanları $20,3 \pm 10,8$ ($p=0,057$) olarak saptandı. Katılımcılardan İBS saptananlara yöneltilen dışkılama alışkanlıkları sorularına verilen yanıtlara göre depresyon puanlarında anlamlı değişiklikler olmadığı görüldü ($p>0,05$) (Tablo 10).

Tablo 4.10. Katılımcıların anket sorularına verdikleri cevaplara göre depresyon puanlarının karşılaştırılması

Parametreler		Total depresyon puanı Ort±Ss	p
Karın ağrınız defekasyon ile geriliyor mu?	Hayır Evet	23,6±12,1 18,4±9,6	0,147
Karın ağrısı ile birlikte gaita özelliği	Diyare Kabızlık Her ikisi Hiçbiri	22,3±9,1 18,8±9,5 18,7±11,5 18,2±10	0,546
Gaita görünümündeki değişiklik ile karın ağrınız ilişkili mi?	Hayır Evet	19±10 19,5±10,4	0,870
Haftada üçten fazla farklı şekillerde feçes çıkarıyor musunuz?	Hayır Evet	17,3±8,6 21,8±11,6	0,140
Günde üçten fazla defekasyon oluyor mu?	Hayır Evet	18±9,6 22,5±11,1	0,154
Birkaç gün üst üste gaita çıkışı olmadığı oluyor mu?	Hayır Evet	18,7±10,4 20,2±9,9	0,526
Defekasyon sırasında aşırı ıkınma oluyor mu?	Hayır Evet	17,8±10,3 20,5±10,1	0,192
Gaitayı zor tutma problemi yaşadınız mı?	Hayır Evet	18,5±9,8 22,9±11,5	0,298
Barsağı tam boşaltamama hissi yaşadınız mı?	Hayır Evet	17,6±9 19,7±10,5	0,447
Feçes ile beraber aşırı mukus gözlediniz mi?	Hayır Evet	18,9±10,6 20,7±8,9	0,472
Karında şişme ve gerginlik var mı?	Hayır Evet	14,5±3,8 20,3±10,8	0,057

Katılımcıların bulundukları sınıf ve medeni durumlarına göre anksiyete puanlarında anlamlı bir değişiklik saptanmadı (sırasıyla $p=0,272$ ve $p=0,443$). Kadın cinsiyette olan katılımcıların anksiyete puanları $16\pm10,1$ iken, erkek cinsiyette olanların ortalama anksiyete puanları $11,4\pm8,6$ idi. Kadın cinsiyette olan katılımcıların erkeklere göre anksiyete puanları istatistiksel olarak anlamlı seviyede yüksek tespit edildi ($p=0,001$). Ekonomik durum iyileştikçe anksiyete puanlarının düştüğü gözlemlendi ($p=0,022$) (Tablo 11).

Tablo 4.11. Katılımcıların demografik özelliklerine göre anksiyete puanlarının karşılaştırılması

Parametreler		Total anksiyete puanı Ort $\pm$ Ss	p
Bulunulan sınıf	Birinci sınıf	14,3 $\pm$ 10,4	0,272
	İkinci sınıf	16 $\pm$ 10	
	Üçüncü sınıf	12,6 $\pm$ 7,9	
	Dördüncü sınıf	13,4 $\pm$ 8,9	
	Beşinci sınıf	15,6 $\pm$ 10,9	
	Altıncı sınıf	12,1 $\pm$ 10,1	
Cinsiyet	Kadın	16 $\pm$ 10,1	0,001
	Erkek	11,4 $\pm$ 8,6	
Medeni Durum	Evli	9,7 $\pm$ 5,8	0,443
	Bekar	14,1 $\pm$ 9,8	
Ekonomik Durum	Kötü	15,8 $\pm$ 11,1	0,022
	Orta	14,4 $\pm$ 9,4	
	İyi	11,3 $\pm$ 10,3	

Katılımcılarda kronik hastalık öyküsü olma, ailede İBS öyküsü olma ve sürekli ilaç kullanma öyküsü olma durumlarına göre anksiyete puanlarının anlamlı değişiklik göstermediği saptandı ($p>0,05$). Psikiyatrik hastalık öyküsü olan ve İBS saptanan katılımcıların anksiyete puanları ise istatistiksel olarak anlamlı seviyede yüksek tespit edildi. Psikiyatrik hastalık öyküsü olan katılımcıların ortalama anksiyete puanları $19,4\pm11,7$ ve psikiyatrik hastalık öyküsü olmayan katılımcıların ise ortalama anksiyete puanları $13,1\pm9,1$ olarak tespit edildi ($p=0,001$) (Tablo 12).

Tablo 4.12. Katılımcıların klinik özelliklerine göre total anksiyete puanlarının karşılaştırılması

Parametreler		Total anksiyete puanı Ort±Ss	p
Kronik hastalık öyküsü	Yok Var	13,7±9,6 16,5±10,7	0,160
Ailede İBS öyküsü	Yok Var	13,9±9,7 15,5±10	0,401
Sürekli kullanılan ilaç öyküsü	Yok Var	13,6±9,5 16,3±10,7	0,100
Psikiyatrik hastalık öyküsü	Yok Var	13,1±9,1 19,4±11,7	0,001
İrritabl barsak sendromu öyküsü	Hayır Evet	12,2±9,1 19,6±9,7	0,001

Gaita görünümündeki değişiklik ile karın ağrısının ilişkili olduğunu söyleyenlerin ortalama anksiyete puanı $18,3 \pm 9,8$ ($p=0,079$), birkaç gün üst üste gaita çıkışı olmayanların ortalama anksiyete puanı $19,4 \pm 8,8$ ($p=0,934$) bulundu. Katılımcılardan İBS saptananlara sorulan dışkılama alışkanlıkları ile ilgili olan sorulara verdikleri yanıtlara göre anksiyete puanlarının anlamlı değişiklik göstermediği tespit edildi ($p>0,05$) (Tablo 13).

Tablo 4.13. Katılımcıların anket sorularına verdikleri cevaplara göre anksiyete puanlarının karşılaştırılması

Parametreler		Total anksiyete puanı Ort±Ss	p
Karın ağrınız defekasyon ile geriliyor mu?	Hayır Evet	22,6±8,8 19±9,8	0,158
Karın ağrısı ile birlikte gaita özelliği	Diyaire Kabızlık Her ikisi Hiçbiri	21,3±10,4 19,2±9 18,7±10,3 20±9,6	0,891
Gaita görünümündeki değişiklik ile karın ağrınız ilişkili mi?	Hayır Evet	21,5±9,4 18,3±9,8	0,079
Haftada üçten fazla farklı şekillerde feçes çıkarıyor musunuz?	Hayır Evet	18,8±8,4 20,7±11,1	0,638
Günde üçten fazla defekasyon oluyor mu?	Hayır Evet	19,2±9,1 20,6±11,3	0,830
Birkaç gün üst üste gaita çıkışı olmadığı oluyor mu?	Hayır Evet	19,8±10,3 19,4±8,8	0,934
Defekasyon sırasında aşırı ıkınma oluyor mu?	Hayır Evet	19,6±10,2 19,6±9,4	0,830
Gaitayı zor tutma problemi yaşadınız mı?	Hayır Evet	19,2±9,7 21,7±9,8	0,333
Barsağı tam boşaltamama hissi yaşadınız mı?	Hayır Evet	20,9±11,3 19,3±9,3	0,668
Feçes ile beraber aşırı mukus gözlediniz mi?	Hayır Evet	19,3±10 20,7±8,9	0,482
Karında şişme ve gerginlik var mı?	Hayır Evet	18,6±7,5 19,8±10,1	0,731

Katılımcılar depresyon şiddetlerine göre gruplara ayrılarak demografik verilere, klinik özelliklere ve dışkılama alışkanlıklarına göre karşılaştırıldıklarında elde edilen sonuçlar Tablo 14, Tablo 15 ve Tablo 16’da sunuldu. Katılımcılar anksiyete şiddetlerine göre gruplara ayrılarak demografik verilere, klinik özelliklere ve dışkılama alışkanlıklarına göre karşılaştırıldıklarında elde edilen sonuçlar ise Tablo 17, Tablo 18 ve Tablo 19’da özetlendi.

Tablo 4.14. Katılımcıların demografik özelliklerine göre depresyon şiddetlerinin karşılaştırılması

Parametreler		Depresyon yok n (%)	Hafif depresyon n (%)	Orta Depresyon n (%)	Şiddetli Depresyon n (%)	p
Bulunulan sınıf	Birinci sınıf	22 (19,3)	24 (25,5)	9 (15,5)	15 (23,4)	0,465
	İkinci sınıf	20 (17,5)	18 (19,1)	9 (15,5)	17 (26,6)	
	Üçüncü sınıf	23 (20,2)	18 (19,1)	9 (15,5)	9 (14,1)	
	Dördüncü sınıf	16 (14)	16 (17)	12 (20,7)	8 (12,5)	
	Beşinci sınıf	14 (12,3)	9 (9,6)	8 (13,8)	11 (17,2)	
	Altıncı sınıf	19 (16,7)	9 (9,6)	11 (19)	4 (6,3)	
Cinsiyet	Kadın	62 (54,4)	52 (55,3)	37 (63,8)	40 (62,5)	0,529
	Erkek	52 (45,6)	42 (44,7)	21 (36,2)	24 (37,5)	
Medeni Durum	Evli	2 (1,8)	0 (0)	1 (1,7)	0 (0)	0,460
	Bekar	112 (98,2)	94 (100)	57 (98,3)	64 (100)	
Ekonomik Durum	Kötü	7 (6,1)	5 (5,3)	7 (12,1)	11 (17,2)	0,111
	Orta	84 (73,7)	72 (76,6)	44 (75,9)	45 (70,3)	
	İyi	23 (20,2)	17 (18,1)	7 (12,1)	8 (12,5)	

Ailede İBS öyküsü olmayanların %94,7'sinde depresyon saptanmadı. Hafif depresyon olanların %85,1'inde, orta depresyon olanların %94,8'inde, şiddetli depresyon olanların %96,9'unda ailede İBS öyküsü yoktu ($p=0,026$). Psikiyatrik hastalık öyküsü olmayanların %92,1'inde depresyon saptanmadı. Hafif depresyon saptananların %85,1'inde, orta depresyon saptananların %82,8'inde, şiddetli depresyon saptananların %74,6'sında psikiyatrik hastalık öyküsü yoktu ($p=0,017$). İBS öyküsü olmayanların %88,6'sında depresyon saptanmadı. Hafif depresyon saptananların %74,5'inde, orta depresyon saptananların %63,8'inde, şiddetli depresyon saptananların %64,1'inde İBS öyküsü saptanmadı ($p=0,001$) (Tablo 15).

Tablo 4.15. Katılımcıların klinik özelliklerine göre depresyon şiddetlerinin karşılaştırılması

Parametreler		Depresyon yok n (%)	Hafif depresyon n (%)	Orta Depresyon n (%)	Şiddetli Depresyon n (%)	p
Kronik hastalık öyküsü	Yok	104 (91,2)	89 (94,7)	49 (84,5)	55 (87,3)	0,168
	Var	10 (8,8)	5 (5,3)	9 (15,5)	8 (12,7)	
Ailede İBS öyküsü	Yok	108 (94,7)	80 (85,1)	55 (94,8)	62 (96,9)	0,026
	Var	6 (5,3)	14 (14,9)	3 (5,2)	2 (3,1)	
Sürekli kullanılan ilaç öyküsü	Yok	100 (87,7)	79 (84)	47 (81)	53 (84,1)	0,692
	Var	14 (12,3)	15 (16)	11 (19)	10 (15,9)	
Psikiyatrik hastalık öyküsü	Yok	105 (92,1)	80 (85,1)	48 (82,8)	47 (74,6)	0,017
	Var	9 (7,9)	14 (14,9)	10 (17,2)	16 (25,4)	
İrritabl barsak sendromu öyküsü	Evet	13 (11,4)	24 (25,5)	21 (36,2)	23 (35,9)	0,001
	Hayır	101 (88,6)	70 (74,5)	37 (63,8)	41 (64,1)	

Karında şişme ve gerginlik olanların %84,6'sında depresyon saptanmadı. Hafif depresyon saptananların %66,7'sinde, orta depresyon saptananların %81'inde, şiddetli depresyon saptananların %100'ünde karında şişme ve gerginlik mevcuttu ($p=0,011$) (Tablo 16).

Tablo 4.16. Katılımcıların anket sorularına verdikleri cevaplara göre depresyon şiddetlerinin karşılaştırılması

Parametreler		Depresyon yok n (%)	Hafif depresyon n (%)	Orta Depresyon n (%)	Şiddetli Depresyon n (%)	p
Karın ağrınız defekasyon ile geriliyor mu?	Hayır Evet	2 (15,4) 11 (84,6)	3 (12,5) 21 (87,5)	2 (9,5) 19 (90,5)	7 (30,4) 16 (69,6)	0,315
Karın ağrısı ile birlikte gaita özelliği	Dişare Kabızlık Her ikisi Hiçbiri	0 (0) 3 (23,1) 7 (53,8) 3 (23,1)	6 (25) 6 (25) 6 (25) 6 (25)	4 (19) 4 (19) 8 (38,1) 5 (23,8)	5 (21,7) 6 (26,1) 7 (30,4) 5 (21,7)	0,757
Gaita görünümündeki değişiklik ile karın ağrınız ilişkili mi?	Hayır Evet	6 (46,2) 7 (53,8)	8 (33,3) 16 (66,7)	8 (38,1) 13 (61,9)	11 (47,8) 12 (52,2)	0,743
Haftada üçten fazla farklı şekillerde feçes çıkarıyor musunuz?	Hayır Evet	9 (69,2) 4 (30,8)	12 (50) 12 (50)	15 (71,4) 6 (28,6)	9 (39,1) 14 (60,9)	0,115
Günde üçten fazla defekasyon oluyor mu?	Hayır Evet	11 (84,6) 2 (15,4)	16 (66,7) 8 (33,3)	16 (76,2) 5 (23,8)	15 (65,2) 8 (34,8)	0,562
Birkaç gün üst üste gaita çıkışı olmadığı oluyor mu?	Hayır Evet	9 (69,2) 4 (30,8)	14 (58,3) 10 (41,7)	13 (61,9) 8 (38,1)	13 (56,5) 10 (43,5)	0,889
Defekasyon sırasında aşırı ıkınma oluyor mu?	Hayır Evet	6 (46,2) 7 (53,8)	14 (58,3) 10 (41,7)	8 (38,1) 13 (61,9)	8 (34,8) 15 (65,2)	0,376
Gaitayı zor tutma problemi yaşadınız mı?	Hayır Evet	13 (100) 0 (0)	17 (70,8) 7 (29,2)	19 (90,5) 2 (9,5)	17 (73,9) 6 (26,1)	0,071
Barsağı tam boşaltamama hissi yaşadınız mı?	Hayır Evet	3 (23,1) 10 (76,9)	7 (29,2) 17 (70,8)	3 (14,3) 18 (85,7)	4 (17,4) 19 (82,6)	0,660
Feçes ile beraber aşırı mukus gözlediniz mi?	Hayır Evet	13 (100) 0 (0)	15 (62,5) 9 (37,5)	16 (76,2) 5 (23,8)	18 (78,3) 5 (21,7)	0,066
Karında şişme ve gerginlik var mı?	Hayır Evet	2 (15,4) 11 (84,6)	8 (33,3) 16 (66,7)	4 (19) 17 (81)	0 (0) 23 (100)	0,011

Kadın cinsiyette anksiyete saptanmayanların oranı %45,6 bulundu. Hafif anksiyete saptananların %52,6'sı, orta anksiyete saptananların %69'u, şiddetli anksiyete saptananların %76,1'i kadın cinsiyetteydi (p=0,001) (Tablo 17).

Tablo 4.17. Katılımcıların demografik özelliklerine göre anksiyete şiddetlerinin karşılaştırılması

Parametreler		Anksiyete yok n (%)	Hafif anksiyete n (%)	Orta anksiyete n (%)	Şiddetli anksiyete n (%)	p
Bulunulan sınıf	Birinci sınıf	25 (24,3)	16 (16,5)	19 (22,6)	10 (21,7)	0,611
	İkinci sınıf	15 (14,6)	21 (21,6)	15 (17,9)	13 (28,3)	
	Üçüncü sınıf	18 (17,5)	20 (20,6)	17 (20,2)	4 (8,7)	
	Dördüncü sınıf	16 (15,5)	17 (17,5)	13 (15,5)	6 (13)	
	Beşinci sınıf	11 (10,7)	12 (12,4)	10 (11,9)	9 (19,6)	
	Altıncı sınıf	18 (17,5)	11 (11,3)	10 (11,9)	4 (8,7)	
Cinsiyet	Kadın	47 (45,6)	51 (52,6)	58 (69)	35 (76,1)	0,001
	Erkek	56 (54,4)	46 (47,4)	26 (31)	11 (23,9)	
Medeni Durum	Evli	1 (1)	2 (2,1)	0 (0)	0 (0)	0,777
	Bekar	102 (99)	95 (97,9)	84 (100)	46 (100)	
Ekonomik Durum	Kötü	8 (7,8)	7 (7,2)	7 (8,3)	8 (17,4)	0,104
	Orta	71 (68,9)	73 (75,3)	67 (79,8)	34 (73,9)	
	İyi	24 (23,3)	17 (17,5)	10 (11,9)	4 (8,7)	

Psikiyatrik hastalık öyküsü olmayanların %91,3'ünde anksiyete saptanmadı. Hafif anksiyete saptananların %88,7'sinde, orta anksiyete saptananların %86,9'unda, şiddetli anksiyete saptananların %60'ında psikiyatrik hastalık öyküsü yoktur ($p=0,001$). İBS öyküsü olmayanların %95,1'inde anksiyete yoktur. Hafif anksiyete saptananların %71,1'inde, orta anksiyete saptananların %67,9'unda, şiddetli anksiyete saptananların %54,3'ünde İBS öyküsü yoktur ($p=0,001$) (Tablo 18)

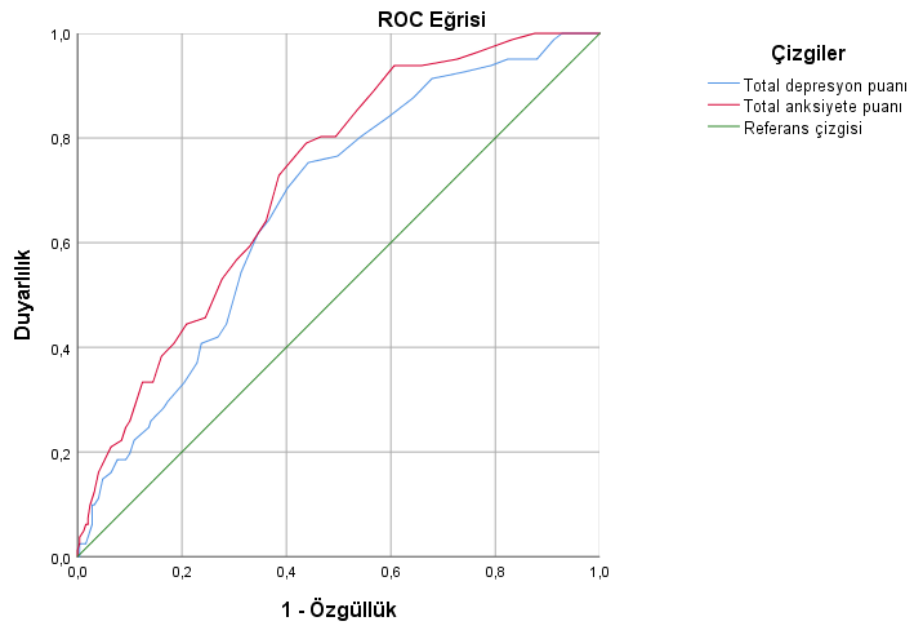
Tablo 4.18. Katılımcıların klinik özelliklerine göre anksiyete şiddetlerinin karşılaştırılması

Parametreler		Anksiyete yok n (%)	Hafif anksiyete n (%)	Orta anksiyete n (%)	Şiddetli anksiyete n (%)	p
Kronik hastalık öyküsü	Yok	95 (92,2)	89 (91,8)	73 (86,9)	40 (88,9)	0,599
	Var	8 (7,8)	8 (8,2)	11 (13,1)	5 (11,1)	
Ailede İBS öyküsü	Yok	99 (96,1)	86 (88,7)	80 (95,2)	40 (87)	0,076
	Var	4 (3,9)	11 (11,3)	4 (4,8)	6 (13)	
Sürekli kullanılan ilaç öyküsü	Yok	91 (88,3)	85 (87,6)	68 (81)	35 (77,8)	0,231
	Var	12 (11,7)	12 (12,4)	16 (19)	10 (22,2)	
Psikiyatrik hastalık öyküsü	Yok	94 (91,3)	86 (88,7)	73 (86,9)	27 (60)	0,001
	Var	9 (8,7)	11 (11,3)	11 (13,1)	18 (40)	
İrritabl barsak sendromu öyküsü	Evet	5 (4,9)	28 (28,9)	27 (32,1)	21 (45,7)	0,001
	Hayır	98 (95,1)	69 (71,1)	57 (67,9)	25 (54,3)	

Tablo 4.19. Katılımcıların anket sorularına verdikleri cevaplara göre anksiyete şiddetlerinin karşılaştırılması

Parametreler		Anksiyete yok n (%)	Hafif anksiyete n (%)	Orta anksiyete n (%)	Şiddetli anksiyete n (%)	p
Karın ağrınız defekasyon ile geriliyor mu?	Hayır Evet	0 (0) 5 (100)	4 (14,3) 24 (85,7)	4 (14,8) 23 (85,2)	6 (28,6) 15 (71,4)	0,455
Karın ağrısı ile birlikte gaita özelliği	Diyaire Kabızlık Her ikisi Hiçbiri	0 (0) 0 (0) 4 (80) 1 (20)	4 (14,3) 9 (32,1) 8 (28,6) 7 (25)	9 (33,3) 5 (18,5) 8 (29,6) 5 (18,5)	2 (9,5) 5 (23,8) 8 (38,1) 6 (28,6)	0,349
Gaita görünümündeki değişiklik ile karın ağrınız ilişkili mi?	Hayır Evet	2 (40) 3 (60)	9 (22,1) 19 (67,9)	11 (40,7) 16 (59,3)	12 (57,1) 9 (42,9)	0,249
Haftada üçten fazla farklı şekillerde feçes çıkarıyor musunuz?	Hayır Evet	3 (60) 2 (40)	14 (50) 14 (50)	17 (63) 10 (37)	11 (52,4) 10 (47,6)	0,784
Günde üçten fazla defekasyon oluyor mu?	Hayır Evet	4 (80) 1 (20)	19 (67,9) 9 (32,1)	20 (74,1) 7 (25,9)	15 (71,4) 6 (28,6)	0,982
Birkaç gün üst üste gaita çıkışı olmadığı oluyor mu?	Hayır Evet	4 (80) 1 (20)	14 (50) 14 (50)	17 (63) 10 (37)	14 (66,7) 7 (33,3)	0,513
Defekasyon sırasında aşırı ıkınma oluyor mu?	Hayır Evet	2 (40) 3 (60)	11 (39,3) 17 (60,7)	14 (51,9) 13 (48,1)	9 (42,9) 12 (57,1)	0,823
Gaitayı zor tutma problemi yaşadınız mı?	Hayır Evet	5 (100) 0 (0)	23 (82,1) 5 (17,9)	22 (81,5) 5 (18,5)	16 (76,2) 5 (23,8)	0,795
Barsağı tam boşaltamama hissi yaşadınız mı?	Hayır Evet	1 (20) 4 (80)	6 (21,4) 22 (78,6)	4 (14,8) 23 (85,2)	6 (28,6) 15 (71,4)	0,727
Feçes ile beraber aşırı mukus gözlediniz mi?	Hayır Evet	5 (100) 0 (0)	20 (71,4) 8 (28,6)	22 (81,5) 5 (18,5)	15 (71,4) 6 (28,6)	0,549
Karında şişme ve gerginlik var mı?	Hayır Evet	0 (0) 5 (100)	7 (25) 21 (75)	4 (14,8) 23 (85,2)	3 (14,3) 18 (85,7)	0,619

Depresyon ve anksiyete puanlarına göre İBS'yi saptayabilme gücünü değerlendirdiğimizde total anksiyete puanının İBS'yi daha güçlü saptayabildiği gözlemlendi (Şekil 2). Total depresyon puanı için %64,2 duyarlılık ve %63,5 özgüllük ile 14,5 kesim değeri bulundu. Total anksiyete puanı için ise %64,2 duyarlılık ve %63,9 özgüllük ile 14,5 kesim değeri tespit edildi (Tablo 20).



Şekil 4.2.Total depresyon puanı ve total anksiyete puanının İBS'yi saptayabilme gücüne ait ROC eğrisi

Tablo 4.20. Total depresyon puanı ve total anksiyete puanının İBS'yi saptayabilme gücüne ait ROC analizi

	AUROC	p	Kesim değeri	Duyarlılık Özgüllük
Total depresyon puanı	0,672	<0,001	14,5	%64,2
				%63,5
Total anksiyete puanı	0,719	<0,001	14,5	%64,2
				%63,9

AUROC: Eğri altında kalan alan

5. TARTIŞMA

İBS'nin birçok farklı faktörden kaynaklanabileceği bilinmektedir ve bu faktörlerin birçoğu psikolojik olabilir. Bu nedenle, anksiyete ve depresyon gibi ruhsal sağlık sorunları, İBS ile ilişkili olabilir. Anksiyete ve depresyon, İBS'nin semptomlarını kötüleştirebilir. Bu nedenle, İBS hastalarının ruhsal sağlıklarına özen göstermeleri ve bu sorunlarla başa çıkmak için uygun önlemler almaları önemlidir. Birçok araştırma, anksiyete ve depresyonun İBS hastalarında daha sık görüldüğünü ve semptomların daha kötü olduğunu göstermiştir (4). Ayrıca, depresyon, İBS hastalarının sağlıklı bir yaşam tarzı sürdürmesini zorlaştırabilir. Bu nedenle, İBS hastalarının depresyonla başa çıkmaları hem zihinsel hem de fiziksel sağlıkları açısından önemlidir. Qureshi ve arkadaşlarının yaptıkları derlemede tıp fakültesi öğrencilerinde İBS sıklığı değerlendirilmiştir (89). Yapılan bu derlemede toplam 12 farklı çalışmanın sonucu analiz edilmiş olup tıp fakültesi öğrencileri arasında İBS sıklığı %9,3 ile %43,5 arasında bulunmuştur (89). İbrahim ve arkadaşlarının yaptıkları başka bir derlemede ise tıp fakültesi öğrencileri arasında İBS görülme sıklığı 16 farklı çalışmada %9,3 ile %35,5 arasında değişkenlik göstermektedir (46). Depresyon ve anksiyetenin tıp fakültesi öğrencilerinde neden İBS'ye neden olduğu ile ilgili bazı teoriler mevcuttur. Fiziksel ve psikolojik stres, İBS etiyolojisine katkıda bulunan başlıca faktörlerdir; çok büyük bir akademik yüke sahip oldukları için tıp fakültesi öğrencilerinde daha sık İBS gözlemlendiği düşünülmektedir (90). Kesin mekanizma net değildir, ancak psikolojik ve fiziksel stresörlere merkezi sinir sistemi yanıtlarındaki değişikliğin, İBS semptomlarının ortaya çıkmasıyla sonuçlanan kolonik spazmlara yol açtığı öne sürülmüştür (91). Suudi Arabistan'da tıp fakültesi öğrencileri ve stajyerler arasında yapılan bir çalışma, duygusal stresin, hastalıklı ve sınırda anksiyetesi olan öğrencilerin daha yüksek İBS prevalansına sahip olduğu gösterilmiştir (46). Suudi Arabistan'daki King Saud Üniversitesi'ndeki tıp fakültesi öğrencileri ve Malezyalı tıp fakültesi öğrencileri arasında yapılan bir çalışmada da anksiyete ve depresyona sahip olanların yüksek oranda İBS riski taşıdıkları saptanmıştır (91). Bassandra ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise tıp fakültesi öğrencilerinde, İBS nedenlerinin %55,8'inin stresle ilişkili olduğunu gösterilmiştir (92). Bizim çalışmamızda tıp

fakültesi öğrencileri arasında İBS oranı %24,5 olarak bulundu. Bu oran her dört tıp fakültesi öğrencisinden birinde İBS olduğu anlamına gelmektedir. İBS saptanan katılımcıların hem depresyon hem de anksiyete puanları İBS olmayan katılımcılara göre anlamlı seviyede yüksek idi. Depresyon ve anksiyete şiddetlerine göre katılımcılar sınıflandığında ise İBS saptanan katılımcılarda şiddetli depresyon ve şiddetli anksiyete gözlenme oranları istatistiksel olarak anlamlı seviyede yüksek bulundu. Ayrıca BDÖ ve BAÖ’de 14,5 puanın üstünde bir puan alınması sonucunda %64 duyarlılık ve özgüllük ile İBS saptanabilmektedir. Daha önceden yapılmış birçok çalışma gibi bizim çalışmamızda da tıp fakültesi öğrencilerinde yüksek oranda İBS görüldüğü ve bu durumun özellikle depresyon ve anksiyete ile ilişkili olduğu görülmüştür.

Psikiyatrik hastalıklar ve İBS arasındaki ilişki uzun zamandır incelenmektedir. Birçok çalışma, psikiyatrik hastalık öyküsü olan kişilerde İBS sıklığının arttığını göstermektedir (4). Depresyon, anksiyete bozukluğu, panik bozukluğu, obsesif-kompulsif bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu gibi psikiyatrik hastalıkların İBS riskini artırdığı düşünülmektedir (4). Bunun nedeni, beyin ve sindirim sisteminin birbiriyle etkileşim halinde olmasıdır. Stresli durumlar, beyindeki sinyallerin sindirim sistemi üzerindeki kontrolünü etkileyebilir ve İBS semptomlarının ortaya çıkmasına neden olabilir (3). Ayrıca, İBS semptomlarına sahip kişilerde psikiyatrik hastalıkların ortaya çıkma riski de artmaktadır. Yapılan birçok çalışmada İBS ile psikiyatrik hastalıklar arasındaki ilişkiler gösterilmiştir (46, 93-95). Bassandra ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada uyku bozuklukları dahil olmak üzere psikiyatrik hastalık öyküsü bulunan tıp fakültesi öğrencilerinde İBS görülme sıklığının arttığı sonucuna varılmıştır (92). Lee ve arkadaşları ise stres ve depresyonun İBS'nin risk faktörleri arasında olduğunu bildirmişlerdir. İBS oranları, artan stres seviyeleri ile birlikte artış göstermiştir (96). Uz ve arkadaşlarının Türkiye’de yaptıkları bir çalışmada, İBS vakaları arasındaki depresyonun %38 oranında görüldüğü ve normal popülasyona göre önemli ölçüde daha yüksek olduğu gösterilmiştir (97). Belçika’da başka bir çalışma, psikolojik komorbiditesi olan hastalarda İBS gelişme riskinin arttığını bildirmiştir (98). Tıp fakültesi öğrencileri, önemli sosyal rekabet baskısı altında uzun saatler odaklanmış fiziksel ve bilişsel aktiviteden oluşan, stres ağırlıklı bir yaşam tarzı modeline sahip olduğundan yoğun psikolojik baskının da İBS’ye neden olabileceği

düşünülmektedir. Yaptığımız çalışmada psikiyatrik tanıli hastalık oranı %14,9 olarak bulundu. Psikiyatrik hastalık öyküsü olan katılımcılarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla İBS tespit edildi. Elde ettiğimiz bu sonuca göre de tıp fakültesi öğrencilerinde herhangi bir psikiyatrik hastalık öyküsü olması durumunda İBS prevalansında artış gözlenmektedir. Bu noktada elde ettiğimiz veriler literatür ile uyumlu bulunmuştur.

İBS, genellikle 20-30 yaş aralığında başlayan ve yaşlılıkta azalan bir sıklıkla görülmektedir (99). Ancak, İBS yaş aralığı geniş bir hastalıktır ve her yaşta görülebilir (100). Literatürde yaş ile İBS ilişkisi hakkındaki verilerde çelişkiler bulunmaktadır. Bazı araştırmalar, İBS semptomlarının yaşla birlikte arttığını göstermektedir. Han ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada 1066 İBS hastası değerlendirilmiş olup yaş arttıkça İBS görülme oranlarının arttığı gösterilmiştir (101). Yaşlılarda İBS semptomlarının arttığını gösteren çalışmalarda, bağırsak fonksiyonlarının yaşla birlikte değişmesi ve bağırsak duvarları, bağırsak hareketleri ve bağırsak florasının yaşla birlikte değişime uğraması nedeniyle yaşla birlikte İBS insidansının arttığı öne sürülmüştür (101). Bu değişimler, İBS semptomlarının artmasına neden olabilir. Bununla birlikte, yaşın tek başına İBS gelişimine neden olmadığı bilinmektedir. İBS'nin gelişiminde birçok faktör etkilidir. Bunlar arasında stres, diyet, hormonal faktörler ve genetik faktörler yer almaktadır (62). Tam tersi olarak yaş ile İBS insidansının değişmediğini gösteren çalışmalar da mevcuttur. Saito ve arkadaşlarının yaptıkları meta-analizde yaş ile İBS insidansının değişmediği saptanmıştır (99). Berkley ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada da yaş ile İBS gelişme insidansı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir (100). Kubo ve arkadaşları ise İBS'nin özellikle genç yaşlarda daha sık görüldüğü sonucuna ulaşılmıştır (99). Ediger ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada genç yaşta olmanın İBS riskini artırdığı gösterilmiştir (102). Çalışmamız kapsamında anket yapılan 330 katılımcının ortalama yaşı $21,3 \pm 2,2$ yıl olarak saptandı. İBS saptanan katılımcıların yaş ortalamasının saptanmayan katılımcılara göre istatistiksel açıdan anlamlı seviyede yüksek olduğu gözlemlendi. Sonuç olarak, İBS yaşla birlikte artan semptomları olan bir hastalıktır. Ancak, yaşın tek başına İBS gelişimine neden olmadığı ve birçok faktörün etkili olduğu unutulmamalıdır. Yaptığımız çalışma birbirine çok yakın yaş grubuna sahip katılımcılar arasında yapılmasına rağmen yaş arttıkça İBS gözlenme oranının arttığı sonucu çıkmıştır. Elde ettiğimiz sonuç literatür

verileri ile uyumlu bulunmuştur. Bununla birlikte, tipik tıp fakültesi öğrencilerinin yaş aralığı aynı değer etrafında dalgalanmakta ve bu yaş bu faktörüne dayalı karşılaştırmanın değerini düşürmektedir.

Yapılan araştırmalar, İBS'nin cinsiyetle ilişkili olduğunu göstermektedir. Kadınlar, erkeklere kıyasla İBS semptomlarının daha sık görüldüğü ve daha şiddetli olduğu bildirilmiştir (99). Birçok araştırma, kadınların İBS semptomlarına daha yatkın olduğunu göstermektedir (99). Örneğin, yapılan bir epidemiyolojik çalışmada Saito ve arkadaşları Kuzey Amerika'da kadınların erkeklere kıyasla İBS semptomlarına yakalanma oranının iki katı olduğunu göstermiştir (99). Chang ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise kadınların İBS semptomlarının daha şiddetli olduğunu ve daha fazla rahatsızlık duyduklarını ortaya konmuştur (99). Bu farklılıkların nedeni, kadınların hormonal değişikliklere daha duyarlı olmaları olabilir. Östrojen hormonunun İBS semptomları üzerinde etkisi olduğu düşünülmektedir (99). Kadınlar adet döngüsü sırasında östrojen hormonu düzeyleri değişebilir ve bu değişimler İBS semptomlarının ortaya çıkmasına veya şiddetlenmesine neden olabilir (99). Bununla birlikte, cinsiyetle ilişkili faktörlerin sadece hormonal değişimlerle sınırlı olmadığı da unutulmamalıdır. Kadınlar, yaşam tarzı faktörleri ve sosyo-psikolojik stres gibi diğer faktörlere de daha duyarlı olabilirler. Kadınların erkeklere kıyasla daha fazla stres altında olduğu ve bu stresin İBS semptomlarını tetikleyebileceği düşünülmektedir. Ayrıca İBS açısından kadın ve erkeklerin eşit derecede risk altında olduğunu bulan çalışmalar da mevcuttur. Han ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada İBS saptanan hastalarda kadın ve erkek oranının 1 olduğu gösterilmiştir (101). Berkley ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada cinsiyet ile İBS arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Jung ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise erkek tıp fakültesi öğrencilerinde kadın öğrencilere göre İBS görülme sıklığı daha yüksek saptanmıştır (103). Yaptığımız çalışmada katılımcıların %57,9'u kadın cinsiyette idi. Ayrıca kadın cinsiyette daha yüksek oranda İBS varlığı olduğu tespit edildi. Cinsiyete göre total depresyon puanında anlamlı bir farklılık saptanmaz iken anksiyete puanlarının kadınlarda erkeklere göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak yüksek olduğu saptandı. Çalışmamızda elde edilen ve literatür verileri bir arada değerlendirildiğinde kadınların, erkeklere kıyasla İBS semptomlarına daha yatkın olduğu görülmektedir. Kadınların hormonal değişikliklere daha duyarlı olmaları, yaşam tarzı faktörleri ve stres gibi diğer

faktörler de bu farklılıkların nedeni olabilir. Ancak, İBS semptomlarına sahip olan herkesin, cinsiyetlerine bakılmaksızın, uygun tedavi ve yaşam tarzı değişiklikleriyle semptomlarını kontrol altında tutmaları önemlidir.

Tıp Fakültesi öğrencilerinin okudukları sınıf düzeyi, İBS semptomlarının şiddeti ve sıklığı üzerinde de etkili olabilir. Birçok araştırma, ileri sınıflarda olan öğrencilerin, daha düşük sınıflarda olanlara göre daha şiddetli ve sık İBS semptomları yaşadıklarını göstermektedir (46, 104). Bu durum, ileri sınıflarda öğrencilerin daha yoğun bir akademik programı takip etmesi, daha fazla stresle karşı karşıya kalması ve daha fazla mesleki sorumluluk alması nedeniyle ortaya çıkabilir. Chu ve arkadaşlarının çalışmasında daha yüksek sınıflardaki öğrencilerin, özellikle tıp fakültesi öğrencileri arasında, alt sınıflardaki öğrencilere göre nispeten daha yüksek İBS prevalansına sahip olduğu gösterilmiştir (104). İbrahim ve arkadaşlarının yatıkları çalışmada da benzer sonuçlara ulaşılmıştır (46). Wells ve arkadaşlarının çalışmasında ise Kanadalı tıp fakültesi öğrencilerinde son 3 yılda İBS oranının ilk yıllara göre biraz daha yüksek olduğunu bildirilmiştir (105). Çalışmamızda katılımcıların %21,2'si birinci sınıf, %19,4'ü ikinci sınıf, %17,9'u üçüncü sınıf, %15,8'i dördüncü sınıf, %12,7'si beşinci sınıf ve %13'ü altıncı sınıf öğrencisi idi. Çalışmamızda bulunulan sınıf ile İBS varlığı arasında istatistiksel bir ilişki saptanmadı. Ayrıca bulunulan sınıf ile depresyon ve anksiyete puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı. Daha önceden yapılan çalışmalarda genel olarak yüksek sınıflarda daha fazla İBS saptansa da biz bu konuda anlamlı sonuçlar elde etmedik. Ancak istatistiksel olarak anlamsız da olsa altıncı sınıfa doğru İBS oranlarında artış görülmektedir. Çalışmamızın nispeten küçük bir popülasyonda yapılmasına bağlı olarak elde ettiğimiz bu sonucun literatür ile uyumsuz olduğunu düşünmekteyiz.

Birçok faktör, İBS semptomlarının ortaya çıkmasına veya şiddetlenmesine neden olabilir ve ekonomik durum da bu faktörlerden biridir. Düşük gelirli bireylerde yüksek ekonomik stres İBS semptomlarına neden olabilir veya semptomları şiddetlendirebilir. Ayrıca, ekonomik durumda yaşanan belirsizlikler, iş kaybı veya maddi sıkıntılar gibi faktörler, İBS semptomlarının şiddetini artırabilir. Ekonomik durum ayrıca, İBS semptomlarının tedavisine erişim açısından da önemlidir. Özellikle düşük gelirli bireylerin, İBS semptomlarından kurtulmak için gerekli ilaçlara veya tedavilere erişimleri sınırlı olabilir (106). İbrahim ve arkadaşlarının çalışmasında tıp

fakültesi öğrencileri arasında kötü ekonomik duruma sahip öğrencilerde daha sık İBS geliştiği gösterilmiştir (46). Howell ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada sosyoekonomik durumun çocuklarda İBS ile olan ilişkisi değerlendirilmiştir ve sosyoekonomik durum düştükçe İBS prevalansının arttığı sonucuna varılmıştır (107). Çalışmamızda katılımcıların ekonomik durumlarını tanımlamaları istendiğinde %9,1'i kötü, %74,2'si orta ve %16,7'si ise iyi olarak tanımladı. Ekonomik durum ile İBS arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Ekonomik durum iyileştikçe hem anksiyete ve hem de depresyon puanlarında istatistiksel olarak anlamlı seviyede düşüşler olduğu gösterildi. Sosyoekonomik durumun anksiyete ve depresyonla ilişkili olduğu daha önce birçok çalışmada gösterilmiştir.

İBS, aile geçmişi olan kişilerde daha sık görülebilir. Aile öyküsü olan kişilerde İBS görülme sıklığının arttığı birçok çalışma tarafından gösterilmiştir. Ailede İBS öyküsü olan kişilerde İBS görülme sıklığının artmasının nedenleri henüz tam olarak anlaşılamamıştır. Ancak, genetik ve çevresel faktörlerin bir rol oynadığı düşünülmektedir (108). İBS'nin genetik bir bileşeni olduğunu düşündüren çalışmalar vardır. Özellikle, İBS'li kişilerde serotonin reseptörleri gibi genlerde farklılıkların olduğu gösterilmiştir (109). Bununla birlikte, İBS'nin tam olarak hangi genlerle ilişkili olduğu henüz tam olarak açıklanmamıştır. Daha önceden tıp fakültesi öğrencilerinde aile öyküsüyle ilgili yapılmış çok fazla çalışma bulunmamaktadır. İbrahim ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ailede İBS saptanan tıp fakültesi öğrencilerinde İBS görülme sıklığı iki katına çıkmıştır [43]. Genel popülasyona baktığımızda ise kanıtlar, genel popülasyonda İBS'nin ailesel bir rolü olduğunu öne sürmektedir (110, 111). ABD'de aile temelli bir çalışmada, İBS vakalarının ailesel kümelenmesini doğrulanmıştır ve İBS için en önemli risk faktörlerinden birinin aile öyküsü olduğu gösterilmiştir (110). Benzer şekilde, yapılan başka bir çalışmada ise Avrupa'da da İBS vakalarının ailesel kümelenmesi gözlenmiştir (111). İsveç'te yapılan bir çalışmada ise Heitkemper ve arkadaşları birinci, ikinci ve üçüncü derece akrabalarda İBS riskinin arttığını göstermişlerdir (90). Genetik faktörler ayrıca, İBS'nin ailesel kümelenmesi olması bu hastalığın genetik bir bileşeninin patofizyolojiye katkıda bulunduğunu düşündürmektedir. Yaptığımız çalışmada katılımcıların %7,6'sında ailede İBS öyküsünün olduğu tespit edildi. Ailede İBS öyküsü olan katılımcılarda İBS gelişme riskinin anlamlı olarak arttığı sonucuna varıldı. Gereke tıp fakültesi öğrencileri olsun

gerekse genel popülasyon olsun ailede İBS öyküsünün olması İBS riskini artırmaktadır ve elde ettiğimiz sonuçlar ile bu bulguyu desteklemiş bulunmaktayız.

Sürekli kullanılan ilaçlar, herhangi bir tıbbi durumun tedavisi için kullanılan ilaçlardır. Bu ilaçlar arasında ağrı kesiciler, anti-inflamatuarlar, antidepresanlar ve asit reflü tedavisi için kullanılan ilaçlar yer alabilir. Bazı çalışmalar, sürekli ilaç kullanımının, irritabl barsak sendromunun (İBS) gelişme riskini artırdığını göstermektedir. Bazı ilaçlar, İBS semptomlarını doğrudan etkileyebilir. Örneğin, antidepresanlar ve anksiyolitikler, İBS semptomlarının tedavisinde kullanılabilir, ancak bu ilaçlar da bazı yan etkilere neden olabilir. Özellikle kabızlığa neden olabilen antidepresanlar, İBS semptomlarını daha da kötüleştirebilir. Bununla birlikte, sürekli ilaç kullanımı ve İBS arasındaki ilişki hala tam olarak anlaşılamamıştır. Bazı çalışmalar, NSAID İBS semptomlarını kötüleştirebileceğini göstermektedir (112). İbrahim ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada daha önceden ilaç kullanım öyküsü olan tıp fakültesi öğrencilerinde İBS görülme sıklığının arttığı saptanmıştır (46). Gastroenterologlar sıklıkla, İBS hastalarının genellikle NSAID ve PPI gibi bağırsak homeostazını değiştirebilen ilaçların kullanım öyküsü olduğunu bildirmektedir (113). Bassandra ve arkadaşlarının çalışmasında ise düzenli olarak ilaç kullandığını bildiren tıp fakültesi öğrencileri arasında İBS'nin önemli ölçüde daha yüksek olduğunu göstermiştir (92). Çalışmamızda katılımcıların %50'si sürekli kullandıkları bir ilaç olduğunu belirttiler. Sürekli ilaç kullanım öyküsü olan katılımcılarda sürekli ilaç kullanım hikayesi olmayan katılımcılara göre anlamlı düzeyde daha sık İBS saptandığı gözlemlendi. Elde ettiğimiz bulgular ile literatür verileri paralellik göstermektedir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Çalışma sonucunda elde ettiğimiz verilere göre tıp fakültesi öğrencilerinin yaklaşık 4'te 1'inde İBS olduğu gözlemlendi. Ayrıca katılımcıların %65,5'inde değişen seviyelerde depresyon ve %68,8'inde ise değişen seviyelerde anksiyete varlığı gözlemlendi. Bu nedenle tıp fakültesi öğrencilerinin İBS, depresyon ve anksiyete açısından taranması ve anksiyete ve depresyon saptananların ise İBS açısından ayrıca değerlendirilmesi gerekmektedir. Anksiyete saptanmayan öğrencilerde İBS oranı %6,2 ve depresyon saptanmayan öğrencilerde İBS oranı %16 idi. Anksiyete saptanan öğrencilerde ise İBS oranı %39,4 iken depresyon saptanan öğrencilerde ise İBS oranı %39,4 idi. Bu veriler göstermektedir ki; anksiyete ve depresyon saptanmayan öğrencilerde İBS gözlenme oranları oldukça düşüktür. Bu nedenlerle tıp fakültesi öğrencilerinde anksiyete, depresyon ve İBS açısından farkındalığın artırılması önemlidir. Ayrıca alınacak önlemler ile de tıp fakültesi öğrencilerinde anksiyete, depresyon ve dolayısıyla İBS gelişme insidansı azaltılmaya çalışılmalıdır. Bu önlemler, stres yönetimi, sağlıklı beslenme ve düzenli egzersiz yapma, sosyal destek ağı oluşturma, kendinize zaman ayırma ve düzenli sağlık kontrolleri yaptırma gibi unsurları içermektedir. Tıp fakültesinde öğrenciler, uzun saatler boyunca çalışmak, zorlu derslerle başa çıkmak ve gelecekteki mesleki sorumluluklarını öğrenmek için yoğun bir programa tabi tutulurlar. Bu nedenle, bu önlemlerin uygulanması, öğrencilerin fiziksel ve ruhsal sağlığına özen göstermeleri açısından önemlidir. Tıp fakültesi eğitimi, mesleki sorumluluklarının yanı sıra sağlık sorunlarının teşhisi ve tedavisi konusunda uzmanlaşmayı amaçlar. Ancak, öğrencilerin kendilerinin sağlık sorunlarına dikkat etmeleri, bu sorunları önlemek veya erken teşhis ve tedavi için uygun önlemler almaları da aynı derecede önemlidir. Bu nedenle, öğrencilerin sağlık durumlarına özen göstermeleri ve önleyici önlemler alarak sağlıklı bir yaşam tarzı benimsemeleri hem kişisel hem de mesleki başarılarına olumlu katkılar sağlayacaktır.

7. KAYNAKLAR

1. Hope, V. ve M. Henderson, Medical student depression, anxiety and distress outside North America: a systematic review. *Med. Educ.*, 2014. 48(10): p. 963-979.
2. Pozos-Radillo, E., L. Preciado-Serrano, A. Plascencia-Campos, A. Morales-Fernández ve R. Valdez-López, Predictive study of academic stress with the irritable bowel syndrome in medicine students at a public university in Mexico. *Libyan J Med Sci*, 2018. 13(1).
3. Aziz, M.N.M., J. Kumar, K.N. Muhammad Nawawi, R.A. Raja Ali ve N.M. Mokhtar, Irritable bowel syndrome, depression, and neurodegeneration: a bidirectional communication from gut to brain. *Nutrients*, 2021. 13(9): p. 3061.
4. Lydiard, R.B., Irritable bowel syndrome, anxiety, and depression: what are the links? *J Clin Psychiatry*, 2001. 62: p. 38-47.
5. El Sharawy, S.M., I.F. Amer ve M.Z. Elkadeem, Irritable bowel syndrome in Egyptian medical students, prevalence and associated factors: a cross-sectional study. *Pan Afr Med J*, 2022. 41.
6. Brunner, S. ve N. Bachmann, Psychische und physische Gesundheit im Verlauf des Studiums. *Macht studieren krank*, 1999: p. 77-92.
7. Niemi, P.M. ve P.T. Vainiomäki, Medical students' distress-quality, continuity and gender differences during a six-year medical programme. *Med Teach*, 2006. 28(2): p. 136-141.
8. Kötter, T., N.J. Pohontsch ve E. Voltmer, Stressors and starting points for health-promoting interventions in medical school from the students' perspective: a qualitative study. *Perspectives on medical education*, 2015. 4: p. 128-135.
9. Midtgaard, M., Ø. Ekeberg, P. Vaglum ve R. Tyssen, Mental health treatment needs for medical students: a national longitudinal study. *Eur.Psychiatry*, 2008. 23(7): p. 505-511.
10. Püschel, K. ve S. Schalinski, Not enough help for themselves--the risk of physicians to commit suicide. *Arch Kriminol*, 2006. 218(3-4): p. 89-99.
11. Center, C., M. Davis, T. Detre, D.E. Ford, W. Hansbrough, H. Hendin, ve ark., Confronting depression and suicide in physicians: a consensus statement. *Jama*, 2003. 289(23): p. 3161-3166.

12. Ibrahim, A.K., S.J. Kelly, C.E. Adams ve C. Glazebrook, A systematic review of studies of depression prevalence in university students. *J Psychiatr Res*, 2013. 47(3): p. 391-400.
13. Roh, M.-S., H.J. Jeon, H. Kim, S.K. Han ve B.-J. Hahm, The prevalence and impact of depression among medical students: a nationwide cross-sectional study in South Korea. *Acad Med*, 2010. 85(8): p. 1384-1390.
14. Sreeramareddy, C.T., P.R. Shankar, V.S. Binu, C. Mukhopadhyay, B. Ray ve R.G. Menezes, Psychological morbidity, sources of stress and coping strategies among undergraduate medical students of Nepal. *BMC Medical Educ.*, 2007. 7(1): p. 1-8.
15. Erschens, R., T. Loda, A. Herrmann-Werner, K.E. Keifenheim, F. Stuber, C. Nikendei, ve ark., Behaviour-based functional and dysfunctional strategies of medical students to cope with burnout. *Medical Educ. Online*, 2018. 23(1): p. 1535738.
16. Yusoff, M.S.B., A.F.A. Rahim, A.A. Baba, S.B. Ismail ve M.N.M. Pa, Prevalence and associated factors of stress, anxiety and depression among prospective medical students. *Asian J Psychiatr*, 2013. 6(2): p. 128-133.
17. Rotenstein, L.S., M.A. Ramos, M. Torre, J.B. Segal, M.J. Peluso, C. Guille, ve ark., Prevalence of depression, depressive symptoms, and suicidal ideation among medical students: a systematic review and meta-analysis. *Jama*, 2016. 316(21): p. 2214-2236.
18. Hammen, C., Stress and depression. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 2005. 1: p. 293-319.
19. Cui, R., A systematic review of depression. *Curr Neuropharmacol*, 2015. 13(4): p. 480.
20. Haroz, E.E., M. Ritchey, J.K. Bass, B.A. Kohrt, J. Augustinavicius, L. Michalopoulos, ve ark., How is depression experienced around the world? A systematic review of qualitative literature. *Soc. Sci. Med.*, 2017. 183: p. 151-162.
21. Zunt, J.R., N.J. Kassebaum, N. Blake, L. Glennie, C. Wright, E. Nichols, ve ark., Global, regional, and national burden of meningitis, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Neurol.*, 2018. 17(12): p. 1061-1082.
22. Puthran, R., M.W.B. Zhang, W.W. Tam ve R.C. Ho, Prevalence of depression amongst medical students: A meta-analysis. *Medical Educ.*, 2016. 50(4): p. 456-468.
23. Ahmed, I., H. Banu, R. Al-Fageer ve R. Al-Suwaidi, Cognitive emotions: depression and anxiety in medical students and staff. *J Crit Care*, 2009. 24(3): p. e1-e7.

24. Prinz, P., K. Hertrich, U. Hirschfelder ve M. de Zwaan, Burnout, depression and depersonalisation–psychological factors and coping strategies in dental and medical students. *GMS Z Med Ausbild*, 2012. 29(1).
25. Schwenk, T.L., L. Davis ve L.A. Wimsatt, Depression, stigma, and suicidal ideation in medical students. *Jama*, 2010. 304(11): p. 1181-1190.
26. Peterlini, M., I.F.L.C. Tibério, A. Saadeh, J.C.R. Pereira ve M.A. Martins, Anxiety and depression in the first year of medical residency training. *Med. Educ.*, 2002. 36(1): p. 66-72.
27. Dahlin, M., N. Joneborg ve B. Runeson, Stress and depression among medical students: A cross-sectional study. *Journal of Medical Education*, 2005. 80(4): p. 594-604.
28. Levine, R.E., S.D. Litwins ve A.W. Frye, An evaluation of depressed mood in two classes of medical students. *Acad Psychiatry*, 2006. 30: p. 235-237.
29. Bramness, J.G., T.C. Fixdal ve P. Vaglum, Effect of medical school stress on the mental health of medical students in early and late clinical curriculum. *Acta Psychiatr Scand*, 1991. 84(4): p. 340-345.
30. Haldorsen, H., N.H. Bak, A. Dissing ve B. Petersson, Stress and symptoms of depression among medical students at the University of Copenhagen. *Scand. J. Public Health*, 2014. 42(1): p. 89-95.
31. Iqbal, S., S. Gupta ve E. Venkatarao, Stress, anxiety & depression among medical undergraduate students & their socio-demographic correlates. *IJMR*, 2015. 141(3): p. 354.
32. Steptoe, A., J. ardle, A. Tsuda ve Y. Tanaka, Depressive symptoms, socio-economic background, sense of control, and cultural factors in university students from 23 countries. *Int. J. Behav. Med.*, 2007. 14: p. 97-107.
33. Honney, K., M. Buszewicz, W. Coppola ve M. Griffin, Comparison of levels of depression in medical and non medical students. *Clinical Psychology*, 2016. 7(3): p. 180-184.
34. Khan, M.S., S. Mahmood, A. Badshah, S.U. Ali ve Y. Jamal, Prevalence of depression, anxiety and their associated factors among medical students in Karachi, Pakistan. *JPMMA*, 2006. 56(12): p. 583.
35. Ludwig, A.B., W. Burton, J. Weingarten, F. Milan, D.C. Myers ve B. Kligler, Depression and stress amongst undergraduate medical students. *BMC Medical Education*, 2015. 15(1): p. 1-5.
36. Rosal, M.C., I.S. Ockene, J.K. Ockene, S.V. Barrett, Y. Ma ve J.R. Hebert, A longitudinal study of students' depression at one medical school. *Academic medicine: JAMA*, 1997. 72(6): p. 542-546.

37. Marks, I. ve M. Lader, Anxiety states (anxiety neurosis): a review. *J. Nerv. Ment. Dis.* , 1973. 156(1): p. 3-18.
38. Craske, M.G., S.L. Rauch, R. Ursano, J. Prenoveau, D.S. Pine ve R.E. Zinbarg, What is an anxiety disorder? *Focus*, 2011. 9(3): p. 369-388.
39. Thibaut, F., Anxiety disorders: a review of current literature. *Dialogues Clin. Neurosci.* , 2022.
40. Alvi, T., F. Assad, M. Ramzan ve F.A. Khan, Depression, anxiety and their associated factors among medical students. *J Coll Physicians Surg Pak*, 2010. 20(2): p. 122-6.
41. Bayram, N. ve N. Bilgel, The prevalence and socio-demographic correlations of depression, anxiety and stress among a group of university students. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* , 2008. 43: p. 667-672.
42. Fawzy, M. ve S.A. Hamed, Prevalence of psychological stress, depression and anxiety among medical students in Egypt. *Psychiatry Res.* , 2017. 255: p. 186-194.
43. Kunwar, D., A. Risal ve S. Koirala, Study of depression, anxiety and stress among the medical students in two medical colleges of Nepal. *Kathmandu Univ Med J*, 2016. 14(53): p. 22-26.
44. Moutinho, I.L.D., N.d.C.P. Maddalena, R.K. Roland, A.L.G. Lucchetti, S.H.C. Tibiriçá, O.d.S. Ezequiel, ve ark., Depression, stress and anxiety in medical students: A cross-sectional comparison between students from different semesters. *RAMB*, 2017. 63: p. 21-28.
45. Firth, J., Levels and sources of stress in medical students. *Br Med J (Clin Res Ed)*, 1986. 292(6529): p. 1177-1180.
46. Ibrahim, N.K.R., W.F. Battarjee ve S.A. Almeahmadi, Prevalence and predictors of irritable bowel syndrome among medical students and interns in King Abdulaziz University, Jeddah. *Libyan J Med*, 2013. 8(1).
47. Ghodasara, S.L., M.A. Davidson, M.S. Reich, C.V. Savoie ve S.M. Rodgers, Assessing student mental health at the Vanderbilt University School of Medicine. *Acad Med*, 2011. 86(1): p. 116-121.
48. Bassols, A.M., L.S. Okabayashi, A.B.d. Silva, B.B. Carneiro, F. Feijó, G.C. Guimarães, ve ark., First-and last-year medical students: is there a difference in the prevalence and intensity of anxiety and depressive symptoms? *Braz. J. Psychiatry*, 2014. 36: p. 233-240.
49. Inam, S.N.B., Anxiety and depression among students of a medical college in Saudi Arabia. *Int. J. Health Sci.*, 2007. 1(2): p. 295.

50. de Sousa, J.M., C.A. Moreira ve D. TellesCorreia, Still Regarding Anxiety, Depression and Academic Performance: A Study Amongst Portuguese Medical Students Versus Non-Medical Students (vol 31, pg 454, 2018). 2018. 31(11): p. 702-702.
51. Eisenberg, D., S.E. Gollust, E. Golberstein ve J.L. Hefner, Prevalence and correlates of depression, anxiety, and suicidality among university students. *Am. J. Orthopsychiatry*, 2007. 77(4): p. 534-542.
52. Dyrbye, L.N., M.R. Thomas ve T.D. Shanafelt. Medical student distress: causes, consequences, and proposed solutions. Elsevier.
53. Vitaliano, P.P., J. Russo, J.E. Carr ve J.H. Heerwagen, Medical school pressures and their relationship to anxiety. *J. Nerv. Ment. Dis.* , 1984. 172(12): p. 730-736.
54. Beiter, R., R. Nash, M. McCrady, D. Rhoades, M. Linscomb, M. Clarahan, ve ark., The prevalence and correlates of depression, anxiety, and stress in a sample of college students. *J. Affect. Disord.* , 2015. 173: p. 90-96.
55. Dyrbye, L.N., M.R. Thomas ve T.D. Shanafelt, Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among US and Canadian medical students. *Acad. Med.* , 2006. 81(4): p. 354-373.
56. Al-Dabal, B.K., M.R. Koura, P. Rasheed, L. Al-Sowielem ve S.M. Makki, A comparative study of perceived stress among female medical and non-medical university students in Dammam, Saudi Arabia. *Sultan Qaboos Univ Med J*, 2010. 10(2): p. 231.
57. Jadoon, N.A., R. Yaqoob, A. Raza, M.A. Shehzad ve S.C. Zeshan, Anxiety and depression among medical students: a cross-sectional study. *JPMA. J. Pak. Med. Assoc.* , 2010. 60(8): p. 699-702.
58. Moir, F., J. Yelder, J. Sanson ve Y. Chen, Depression in medical students: current insights. *Adv. Medical Educ. Pract.* , 2018: p. 323-333.
59. Rosen, I.M., P.A. Gimotty, J.A. Shea ve L.M. Bellini, Evolution of sleep quantity, sleep deprivation, mood disturbances, empathy, and burnout among interns. *Acad. Med.* , 2006. 81(1): p. 82-85.
60. Satterfield, J.M. ve C. Becerra, Developmental challenges, stressors and coping strategies in medical residents: a qualitative analysis of support groups. *Med. Educ.* , 2010. 44(9): p. 908-916.
61. Occhipinti, K. ve J.W. Smith, Irritable bowel syndrome: a review and update. *Clin Colon Rectal Surg*, 2012. 25(1): p. 46-52.
62. Chey, W.D., J. Kurlander ve S. Eswaran, Irritable bowel syndrome: a clinical review. *Jama*, 2015. 313(9): p. 949-958.

63. Spiller, R., Q. Aziz, F. Creed, A. Emmanuel, L. Houghton, P. Hungin, ve ark., Guidelines on the irritable bowel syndrome: mechanisms and practical management. *Gut*, 2007. 56(12): p. 1770-1798.
64. Pellissier, S. ve B. Bonaz, The place of stress and emotions in the irritable bowel syndrome. *Vitam. Horm.* , 2017. 103: p. 327-354.
65. Tamboli, C.P., C. Neut, P. Desreumaux ve J.F. Colombel, Dysbiosis in inflammatory bowel disease. *Gut*, 2004. 53(1): p. 1-4.
66. Danese, S., M. Sans ve C. Fiocchi, Inflammatory bowel disease: the role of environmental factors. *Autoimmun Rev*, 2004. 3(5): p. 394-400.
67. Drossman, D.A., M. Camilleri, E.A. Mayer ve W.E. Whitehead, AGA technical review on irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*, 2002. 123(6): p. 2108-31.
68. Chey, W.D., J. Kurlander ve S. Eswaran, Irritable bowel syndrome: a clinical review. *Jama*, 2015. 313(9): p. 949-58.
69. Lovell, R.M. ve A.C. Ford, Global prevalence of and risk factors for irritable bowel syndrome: a meta-analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol*, 2012. 10(7): p. 712-721.e4.
70. Lovell, R.M. ve A.C. Ford, Effect of gender on prevalence of irritable bowel syndrome in the community: systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol*, 2012. 107(7): p. 991-1000.
71. Guilera, M., A. Balboa ve F. Mearin, Bowel habit subtypes and temporal patterns in irritable bowel syndrome: systematic review. *Am J Gastroenterol*, 2005. 100(5): p. 1174-84.
72. Simrén, M., G. Barbara, H.J. Flint, B.M. Spiegel, R.C. Spiller, S. Vanner, ve ark., Intestinal microbiota in functional bowel disorders: a Rome foundation report. *Gut*, 2013. 62(1): p. 159-76.
73. Dupont, H.L., Review article: evidence for the role of gut microbiota in irritable bowel syndrome and its potential influence on therapeutic targets. *Aliment Pharmacol Ther*, 2014. 39(10): p. 1033-42.
74. Park, M.I. ve M. Camilleri, Is there a role of food allergy in irritable bowel syndrome and functional dyspepsia? A systematic review. *Neurogastroenterol Motil*, 2006. 18(8): p. 595-607.
75. Kirsch, R. ve R.H. Riddell, Histopathological alterations in irritable bowel syndrome. *Mod Pathol*, 2006. 19(12): p. 1638-45.
76. Chadwick, V.S., W. Chen, D. Shu, B. Paulus, P. Bethwaite, A. Tie, ve ark., Activation of the mucosal immune system in irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*, 2002. 122(7): p. 1778-83.

77. Wang, L.H., X.C. Fang ve G.Z. Pan, Bacillary dysentery as a causative factor of irritable bowel syndrome and its pathogenesis. *Gut*, 2004. 53(8): p. 1096-101.
78. Drossman, D.A., 2012 David Sun lecture: helping your patient by helping yourself--how to improve the patient-physician relationship by optimizing communication skills. *Am J Gastroenterol*, 2013. 108(4): p. 521-8.
79. Song, B.K., K.O. Cho, Y. Jo, J.W. Oh ve Y.S. Kim, Colon transit time according to physical activity level in adults. *J Neurogastroenterol Motil*, 2012. 18(1): p. 64-9.
80. Friedel, D., R. Thomas ve R.S. Fisher, Ischemic colitis during treatment with alosetron. *Gastroenterology*, 2001. 120(2): p. 557-560.
81. Menees, S.B., M. Maneerattannaporn, H.M. Kim ve W.D. Chey, The efficacy and safety of rifaximin for the irritable bowel syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Official journal of the American College of Gastroenterology| ACG*, 2012. 107(1): p. 28-35.
82. Lucak, S., Diagnosing irritable bowel syndrome: what's too much, what's enough? *MedGenMed*, 2004. 6(1): p. 17.
83. Owens, D.M., D.K. Nelson ve N.J. Talley, The irritable bowel syndrome: long-term prognosis and the physician-patient interaction. *Ann Intern Med*, 1995. 122(2): p. 107-12.
84. Beck, A.T., R.A. Steer ve G.K. Brown, Beck depression inventory. 1987: Harcourt Brace Jovanovich New York:.
85. Aktürk, Z., N. Dağdeviren, T. Mevlut ve C. Tuğlu, Birinci Basamak İçin Beck Depresyon Tarama Ölçeği'nin Türkçe Çeviriminin Geçerlik ve Güvenirliği. *Türk Aile Hek Derg*, 2005. 9(3).
86. Hisli, N., Beck depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliliği, güvenilirliği.(A reliability and validity study of Beck Depression Inventory in a university student sample). *J. Psychol.*, 1989. 7: p. 3-13.
87. Avcı, M.G., Beck Anksiyete Ölçeği'nin geçerlik ve güvenirlilik çalışması. 1995.
88. Akçay, E., G.Ö. Tuncer, S.T. Teber ve B.G. Kılıç, Birincil Baş Ağrısı Olan Çocuk ve Ergenlerde Psikopatoloji ve Annelerinde Artmış Depresyon Düzeyleri: Kontrollü Bir Çalışma. *Türk J Child Adolesc Ment Health*, 2020. 27(1): p. 49-55.
89. Qureshi, S.R., A.M. Abdelaal, Z.A. Janjua, H.A. Alasmari, A.S. Obad, A. Alamodi, ve ark., Irritable bowel syndrome: a global challenge among medical students. *Cureus*, 2016. 8(8).

90. Heitkemper, M., M. Jarrett ve S.-E. Jun, Update on irritable bowel syndrome program of research. *J Korean Acad Nurs*, 2013. 43(5): p. 579-586.
91. Tan, Y.-M., K.L. Goh, R. Muhidayah, C.L. Ooi ve O. Salem, Prevalence of irritable bowel syndrome in young adult Malaysians: A survey among medical students. *J. Gastroenterol. Hepatol.* , 2003. 18(12): p. 1412-1416.
92. Basandra, S. ve D. Bajaj, Epidemiology of dyspepsia and irritable bowel syndrome (IBS) in medical students of Northern India. *J Clin. Diagnostic Res.* : JCDR, 2014. 8(12): p. JC13.
93. Liu, Y., L. Liu, Y. Yang, Y. He, Y. Zhang, M. Wang, ve ark., A school-based study of irritable bowel syndrome in medical students in beijing, china: prevalence and some related factors. *Gastroenterol Res Pract*, 2014. 2014.
94. Naeem, S.S., E.U. Siddiqui, A.N. Kazi, A.A. Memon, S.T. Khan ve B. Ahmed, Prevalence and factors associated with irritable bowel syndrome among medical students of Karachi, Pakistan: a cross-sectional study. *BMC research notes*, 2012. 5: p. 1-5.
95. Okami, Y., T. Kato, G. Nin, K. Harada, W. Aoi, S. Wada, ve ark., Lifestyle and psychological factors related to irritable bowel syndrome in nursing and medical school students. *J Gastroenterol*, 2011. 46: p. 1403-1410.
96. Lee, S.P., I.-K. Sung, J.H. Kim, S.-Y. Lee, H.S. Park ve C.S. Shim, The effect of emotional stress and depression on the prevalence of digestive diseases. *J Neurogastroenterol Motil* , 2015. 21(2): p. 273.
97. Uz, E., C. Türkay, S. Aytac ve N. Bavbek, Risk factors for irritable bowel syndrome in Turkish population: role of food allergy. *J. Clin. Gastroenterol.* , 2007. 41(4): p. 380-383.
98. Wouters, M.M., S. Van Wanrooy, A. Nguyen, J. Dooley, J. Aguilera-Lizarraga, W. Van Brabant, ve ark., Psychological comorbidity increases the risk for postinfectious IBS partly by enhanced susceptibility to develop infectious gastroenteritis. *Gut*, 2016. 65(8): p. 1279-1288.
99. Saito, Y.A., P. Schoenfeld ve G.R. Locke, The epidemiology of irritable bowel syndrome in North America: a systematic review¹¹The opinions and assertions contained herein are solely the views of the authors and should not be construed as official or as representing the views of the United States Government or the Department of Veteran Affairs. *Am. J. Gastroenterol.* , 2002. 97(8): p. 1910-1915.
100. Bernklev, T., J. Jahnsen, E. Aadland, J. Sauar, T. Schulz, I. Lygren, ve ark., Health related quality of life in patients with inflammatory bowel disease five years after the initial diagnosis. *Scand. J. Gastroenterol.* , 2004. 39(4): p. 365-373.

101. Han, S.H., O.Y. Lee, S.C. Bae, S.H. Lee, Y.K. Chang, S.Y. Yang, ve ark., Prevalence of irritable bowel syndrome in Korea: Population-based survey using the Rome II criteria. *J. Gastroenterol. Hepatol.* , 2006. 21(11): p. 1687-1692.
102. Ediger, J.P., J.R. Walker, L. Graff, L. Lix, I. Clara, P. Rawsthorne, ve ark., *Predictors of medication adherence in inflammatory bowel disease*. 2007, LWW. p. 1417-1426.
103. Jung, H.J., M.I. Park, W. Moon, S.J. Park, H.H. Kim, E.J. Noh, ve ark., Are food constituents relevant to the irritable bowel syndrome in young adults?-a Rome III based prevalence study of the Korean medical students. *J. Neurogastroenterol. Motil.* , 2011. 17(3): p. 294.
104. Chu, L., H. Zhou, B. Lü, M. Li ve M.Y. Chen, An epidemiological study of functional bowel disorders in Zhejiang college students and its relationship with psychological factors. *Zhonghua nei ke za zhi*, 2012. 51(6): p. 429-432.
105. Wells, M., L. Roth, M. McWilliam, K. Thompson ve N. Chande, A cross-sectional study of the association between overnight call and irritable bowel syndrome in medical students. *Can. J. Gastroenterol.* , 2012. 26(5): p. 281-284.
106. Ebling, B., D. Jurčić, A. Včev, A. Bilić ve S. Pribić, Anthropological, demographic and socioeconomic characteristics of irritable bowel syndrome. *Collegium antropologicum*, 2011. 35(2): p. 513-521.
107. Howell, S., N.J. Talley, S. Quine ve R. Poulton, The irritable bowel syndrome has origins in the childhood socioeconomic environment. *Official journal of the American College of Gastroenterology| ACG*, 2004. 99(8): p. 1572-1578.
108. Pata, C., M.E. Erdal, E. Derici, A. Yazar, A. Kanık ve O. Ulu, Serotonin transporter gene polymorphism in irritable bowel syndrome. *The American journal of gastroenterology*, 2002. 97(7): p. 1780-1784.
109. Sikander, A., S.V. Rana ve K.K. Prasad, Role of serotonin in gastrointestinal motility and irritable bowel syndrome. *Clinica Chimica Acta*, 2009. 403(1-2): p. 47-55.
110. Saito, Y.A., G.M. Petersen, J.J. Larson, E.J. Atkinson, B.L. Fridley, M. De Andrade, ve ark., Familial aggregation of irritable bowel syndrome: a family case-control study. *The American journal of gastroenterology*, 2010. 105(4): p. 833.
111. Heitkemper, M.M., R. Kohen, S.-E. Jun ve M.E. Jarrett, Genetics and gastrointestinal symptoms. *Annual review of nursing research*, 2011. 29(1): p. 261-280.
112. Barbara, G., V. Stanghellini, C. Cremon, R. De Giorgio, L. Fronzoni, M. Serra, ve ark., Aminosalicylates and other anti-inflammatory compounds for irritable bowel syndrome. *Digestive Diseases*, 2009. 27(Suppl. 1): p. 115-121.

113. Keszthelyi, D., G.H. Dackus, G.M. Masclee, J.W. Kruimel ve A.A.M. Masclee, Increased proton pump inhibitor and NSAID exposure in irritable bowel syndrome: results from a case-control study. BMC gastroenterology, 2012. 12(1): p. 1-6.



8. EKLER

Ek-1.Anket

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

YAŞ:

SINIF: 1() 2() 3() 4() 5() 6()

CİNSİYET: KADIN() ERKEK()

EKONOMİK DURUM: İYİ() ORTA() KÖTÜ()

KRONİK HASTALIK ÖYKÜSÜ: EVET() HAYIR()

İNFLAMATUVAR BARSAK HASTALIĞI: EVET() HAYIR()

DEVAMLİ KULLANILAN İLAÇ: EVET() HAYIR()

EVET İSE:

PSİKİYATRİK HASTALIK ÖYKÜSÜ: EVET() HAYIR()

EVET İSE:

AİLEDE PSİKİYATRİK HASTALIK ÖYKÜSÜ: EVET() HAYIR()

EVET İSE:

EN AZ 6 AY ÖNCE BAŞLAMIŞ VE SON 3 İÇİNDE, HAFTADA EN AZ 1 GÜN
TEKRARLAYAN KARIN AĞRISI YAŞADINIZ MI? EVET() HAYIR()

EVET İSE AŞAĞIDAKİ SORULARI YANITLAYINIZ.

1.KARIN AĞRINIZ DEFEKASYON İLE HAFİFLİYOR MU? : EVET()

HAYIR()

2.KARIN AĞRISI İLE BERABER;

A:DIYARE

B:KABIZLIK

C:HER İKİSİ

D:HİÇ BİRİ MEVCUT MU?

3.GAİTA GÖRÜNÜMÜNDEKİ DEĞİŞİKLİK İLE KARIN AĞRINIZ İLİŞKİLİ

Mİ? EVET() HAYIR()

4.HAFTADA ÜÇTEN SEFERDEN FAZLA FARKLI ŞEKİLLERDE FEÇES

ÇIKARIYOR MUSUNUZ? EVET() HAYIR()

5.GÜNDE ÜÇTEN FAZLA DEFEKASYON OLUYOR MU? EVET() HAYIR()

6.BİRKAÇ GÜN ÜST ÜSTE GAİTA ÇIKIŞI OLMADIĞI OLUYOR MU? EVET()

) HAYIR()

7.DEFEKASYON SIRASINDA AŞIRI İKINMA OLUYOR MU? EVET()

HAYIR()

8.GAİTAYI ZOR TUTMA PROBLEMİ YAŞADINIZ MI? EVET() HAYIR()

9.BARSAĞI TAM BOŞALTAMAMA HİSSİ YAŞADINIZ MI? EVET()

HAYIR()

10.FEÇES İLE BERABER AŞIRI MUKUS GÖZLEDİNİZ Mİ? EVET()

HAYIR()

11.KARINDA ŞİŞME GERGİNLİK VAR MI? EVET() HAYIR()

BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

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

□□□□

- (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
- (1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
- (2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
- (3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.

□□□□

- (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
- (1) Gelecek için karamsarım.
- (2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
- (3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

□□□□

- (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
- (1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
- (2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
- (3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.

□□□□

- (0) Herşeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
- (1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
- (2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
- (3) Herşeyden sıkılıyorum.

□□□□□

- (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.

- (1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
- (2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
- (3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

□□□

(0) Kendimden memnunum.

- (1) Kendimden pek memnun değilim.
- (2) Kendime kızgınım.
- (3) Kendimden nefrete ediyorum.

□□□□

- (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
- (1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğunu düşünmüyorum.
- (2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
- (3) Herşeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.

□□□□

- (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
- (1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
- (2) Kendimi öldürmek isterdim.
- (3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.

□□□□

- (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
- (1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
- (2) Çoğu zaman ağlıyorum.
- (3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.

□□□□

- (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkkın ve sinirli değilim.
- (1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum.
- (2) Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
- (3) Canımı sıkkan şeylere bile artık kızamıyorum.

□□□□

- (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.

- (1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
- (2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
- (3) Artık çevremde hiçkimseyi istemiyorum.

□□□□

- (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
- (1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
- (2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
- (3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.

□□□□

- (0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum.
- (1) Aynada kendime her zamanklinden kötü görünüyorum.
- (2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
- (3) Kendimi çok çirkin buluyorum.

□□□□

- (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.
- (1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
- (2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
- (3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.

□□□□

- (0) Uykum her zamanki gibi.
- (1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
- (2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
- (3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.

□□□□

- (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
- (1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum.

(2) Her şey beni yoruyor.

(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.

□□□□

(0) İştahım her zamanki gibi.

(1) Eskisinden daha iştahsızım.

(2) İştahım çok azaldı.

(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.

□□□□

(0) Son zamanlarda zayıflamadım.

(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.

(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.

(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.

□□□□

(0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.

(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.

(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.

(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.

□□□□

(0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.

(1) Eskisine oranla sekse ilgim az.

(2) Cinsel isteğim çok azaldı.

(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.

□□□□

(0) Cezalandırılması gereken şeyler yapığımı sanmıyorum.

(1) Yaptıklarımın dolayısıyla cezalandırılabilceğimi düşünüyorum.

(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.

(3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

	Hiç	Hafif düzeyde Beni pek etkilemedi	Orta düzeyde hos değildi ama k-atlanabildim	Ciddi düzeyde Davranmakta çok zorlandım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				