



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**GASTROSKOPİ YAPILAN HASTALARIN
GASTROİNTESTİNAL SEMPTOMLARININ VE
YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Ertuğrul GÖKCE

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Prof. Dr. Nesrin NURAL

TRABZON-2025

BEYAN

Bu tez çalışmasının Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Hazırlama ve Yazım Kılavuzu standartlarına uygun olarak yapıldığını ve yazıldığını, tezin akademik ve etik kurallara bağlı kalınarak gerçekleştirilmiş özgün bir bilimsel araştırma eserim olduğunu, tezde yer alan ve bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve kullanılan kaynakların kaynaklar listesinde yer aldığını, tezin çalışılması ve yazımı aşamalarında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

12.02.2025
Ertuğrul GÖKCE

İthaf

Bu yüksek lisans tezimi, benim bu günlere gelmem için hiçbir fedakârlıktan kaçınmayan ve her zaman yanımda olan sevgili annem Azime GÖKCE'ye ve babam Kemalettin GÖKCE'ye ithaf ediyorum.



TEŞEKKÜR

Hemşirelik lisans ve lisansüstü eğitim sürecimde bilgi ve deneyimi ile bana ışık tutan, yüksek lisans sürecimde yanımda olan, öğrencisi olmaktan gurur duyduğum değerli danışman hocam Karadeniz Teknik Üniversitesi (KTÜ) Sağlık Bilimleri Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Sayın Prof. Dr. Nesrin NURAL'a,

Lisans ve lisansüstü eğitimim sürecimde bilgi ve deneyimleri ile bana rehberlik eden değerli hocalarım KTÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Dr. Sevilay HİNTİSTAN'a ve KTÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Sayın Doktor Öğretim Üyesi Seçil GÜLHAN GÜNER'e,

Bu çalışmaya izin veren Recep Tayip Erdoğan Üniversitesi (RTEÜ) Eğitim Araştırma Hastanesi Başhekimliğine,

Bu süreçte sorularıma içtenlikle cevap veren ve her zaman beni destekleyen RTEÜ Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Anabilim Dalı'nın kıymetli hocaları Sayın Prof. Dr. Remzi Adnan AKDOĞAN'a, Sayın Doç. Dr. Halil ATASOY'a ve Sayın Dr. Öğr. Üyesi Çağlayan KEKLİKKIRAN'a ve asistanlarına,

RTEÜ Eğitim Araştırma Hastanesi Endoskopi Ünitesi personellerine ve yolu bu klinikten geçmiş tüm çalışma arkadaşlarıma; yüksek lisans eğitimimin tüm süreçlerinde yanımda olan, bilgi deneyim ve birikimiyle yardımcı olan, mesleğime ve hayata yönelik bakış açımı geliştiren meslektaşım ve ablam Jale SARIBACAK'a; veri toplama sürecinde desteğini esirgemeyen, hastalarla kurduğu iletişim ile örnek olan, gururla birlikte çalıştığım ablam Yurdagül DEMİREL'e,

Hemşirelik lisans eğitimimden başlayıp, yüksek lisans tez çalışmam sürecinde bana mentor olan ve desteğini esirgemeyen sevgili arkadaşım Sultan Demirezen YILMAZ'a,

Yüksek lisans tez analiz sürecimde desteğini esirgemeyen Sayın Uzm. Hemşire Dr. Semiha Alkan KAYHAN'a,

Beni bugünlere getiren, bana hayatı, sevgiyi ve saygıyı öğreten, tüm eğitim süreçlerimde koşulsuz yanımda olan annem, babam ve kardeşlerime sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Ertuğrul GÖKCE

İÇİNDEKİLER

Sayfa

İÇ KAPAK SAYFASI

ONAY

BEYAN

İthaf

TEŞEKKÜR

İÇİNDEKİLER

vi

TABLolar DİZİNİ

ix

KISALTMALAR, SİMGELER ve FORMÜLLER DİZİNİ

xi

ÖZET

xiii

ABSTRACT

xiv

1. GİRİŞ ve AMAÇ

1

2. GENEL BİLGİLER

5

2.1. Gastrointestinal Semptomlar

5

2.1.1. Dispepsi

5

2.1.2. Disfaji

6

2.1.3. Bulantı ve Kusma

7

2.1.4. Karın Ağrısı

7

2.1.5. Pirozis

8

2.1.6. Şişkinlik

8

2.1.7. Diyare

9

2.1.8. Konstipasyon

9

2.2. Gastrointestinal Semptomlarda Tanı Yöntemleri

10

2.2.1. Sağlık Öyküsü

10

2.2.2. Fiziksel Muayene

10

2.2.3. Laboratuvar Testleri

11

2.2.4. Radyolojik Görüntülemeler

11

2.2.5. Endoskopik İncelemeler

12

2.2.5.1. Gastroskopi / Özofagogastroduodenoskopi

12

2.2.5.2. Kolonoskopi / Rektosigmoidoskopi

12

2.3. Hastaneye Yatış Nedenleri

12

2.3.1. Gastrointestinal Sistem Kanamaları	12
2.3.2. Akut Pankreatit	13
2.3.3. Akut Karaciğer Yetmezliği	13
2.3.4. Akut Hepatitler	13
2.3.5. İnflamatuvar Barsak Hastalıkları Atakları	13
2.4. Gastrointestinal Semptomlarda Tedavi	13
2.4.1. Medikal Tedavi	14
2.5. Prognostik Faktörler ve Semptomlara Yönelik Öneriler	14
2.5.1. Yaş	14
2.5.2. Cinsiyet	14
2.5.3. Obezite	15
2.5.4. Gelir Düzeyi	15
2.5.5. Eğitim	15
2.5.6. Sigara	16
2.5.7. Alkol	16
2.5.8. Egzersiz	16
2.5.9. İlaç Kullanımı	16
2.5.10. Stres	17
2.5.11. Beslenme	17
2.5.11.1. Prebiyotik ve Probiyotik Kullanımı	17
2.5.11.2. Posalı/Lifli Beslenme	18
2.5.12. Hijyen	18
2.5.13. Kronik Hastalıklar	18
2.5.14. <i>Helicobakter Piloni</i> Pozitifliği	19
2.6. Gastrointestinal Semptomlar ve Yaşam Kalitesi	19
2.6.1. Gastrointestinal Semptomlar ve Hemşirelik Bakımı	20
2.6.1.1. Özofagus Hastalıkları ve Semptomlarına Yönelik Hemşirelik Girişimleri	20
2.6.1.2. Mide Hastalıkları ve Semptomlarına Yönelik Hemşirelik Girişimleri	21
2.6.1.3. Bağırsak Hastalıkları ve Semptomlarına Yönelik Hemşirelik Girişimleri	21
2.6.2. Gastroskopi ve Hemşirelik Bakımı	22
2.6.2.1. Gastroskopi Öncesi Hemşirelik Bakımı	22
2.6.2.2. Gastroskopi Sırasında Hemşirelik Bakımı	22
2.6.2.3. Gastroskopi Sonrası Hemşirelik Bakımı	23

2.7. Endoskopi Hemşirelerin Görev, Yetki ve Sorumlulukları	23
3. GEREÇ ve YÖNTEM	25
3.1. Araştırmanın Tipi	25
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	25
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	25
3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	25
3.5. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri	25
3.6. Veri Toplama Araçları	26
3.6.1. Hasta Bilgi Toplama Formu	26
3.6.2. Gastrointestinal Yaşam Kalitesi İndeksi	26
3.7. Veri Toplama Yöntemi	27
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	27
3.9. Araştırmanın Etik Yönü	28
3.10. Verilerin Değerlendirilmesi	28
4. BULGULAR	30
5. TARTIŞMA	62
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	68
6.1. Sonuçlar	68
6.2. Öneriler	70
6. KAYNAKLAR	72
EKLER	88
EK 1. Hasta Bilgi Toplama Formu	89
EK 2. Gastrointestinal Yaşam Kalitesi İndeksi	91
EK 3. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	94
EK 4. Etik Kurul İzni	95
EK 5. Kurum İzni	98
ÖZGEÇMİŞ	99

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa
Tablo 1. Beden kütle indeksi kategorileri	15
Tablo 2. GİYKİ ve alt boyutları maksimum ve minimum puanları	27
Tablo 3. Hastaların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı	30
Tablo 4. Hastaların sağlık öyküsü özelliklerinin dağılımı	31
Tablo 5. Hastaların beslenme alışkanlıklarına ait özellikler	32
Tablo 6. Posa içerikli besinlerin tüketilme sıklığı	33
Tablo 7. Prebiyotik/probiyotik içerikli besinlerin tüketilme sıklığı	34
Tablo 8. Son 15 günde yaşanan gastrointestinal semptom sıklığı	34
Tablo 9. Gastrointestinal yaşam kalitesi indeksi alt boyut toplam puan ortalamaları ve son 15 günde yaşanan gastrointestinal semptom toplam puan ortalamaları	35
Tablo 10. Hastaların sosyodemografik özellikleri ile son 15 günde yaşanan gastrointestinal semptom sıklığı toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması	36
Tablo 11. Hastaların sağlık öyküsü özellikleri ile son 15 günde yaşanan gastrointestinal semptom sıklığı toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması	37
Tablo 12. Hastaların beslenme alışkanlıkları ile son 15 günde yaşanan gastrointestinal semptom sıklığı toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması	39
Tablo 13. Posa içerikli besinlerin tüketilme sıklığı ile son 15 günde yaşanan gastrointestinal semptom sıklığı toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması	40
Tablo 14. Prebiyotik / probiyotik içerikli besinlerin tüketilme sıklığı ile son 15 günde yaşanan gastrointestinal semptom sıklığı toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması	41
Tablo 15. Hastaların sosyodemografik özellikleri ile GİYKİ alt boyut ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması	43
Tablo 16. Hastaların sağlık öyküsü ile GİYKİ alt boyut ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması	46
Tablo 17. Hastaların beslenme alışkanlıkları ile GİYKİ alt boyut ve toplam	51

puan ortalamalarının karşılaştırılması

Tablo 18. Hastaların posa içerikli besinlerin tüketilme sıklığı ile GİYKİ alt boyut ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması	54
Tablo 19. Hastaların prebiyotik / probiyotik içerikli besinlerin tüketilme sıklığı ile GİYKİ alt boyut ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması	56
Tablo 20. GİYKİ ve son 15 günde yaşanan gastrointestinal semptom sıklığı toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki	59
Tablo 21. GİYKİ toplam puan ortalamaları ve bazı değişkenler arasındaki ilişkiyi açıklayan regresyon analiz sonuçları	60



KISALTMALAR, SİMGELER ve FORMÜLLER DİZİNİ

Kısaltmalar

ALT	Alanin Aminotransferaz
AST	Aspartat Aminotransferaz
BKİ	Beden Kütle İndeksi
ERCP	Endoskopik Retrograd Kolanjiyo Pankreatografi
FGID	Fonksiyonel Gastrointestinal Bozukluklar
Gİ	Gastrointestinal
GİS	Gastrointestinal Sistem
GİYKİ	Gastrointestinal Yaşam Kalitesi İndeksi
GÖRH	Gastroözofageal Reflü
Hp	<i>Helicobacter Piloni</i>
INR	International Normalized Ratio
IQR	Interquertile Range
İBH	İnflamatuvar Barsak Hastalığı
KBH	Kronik Böbrek Hastalığı
KTÜ	Karadeniz Teknik Üniversitesi
max	Maksimum
min	Minimum
MSS	Merkezi Sinir Sistemi
Ort	Ortalama
ÖGD	Özofagogastroduodenoskopi
pH	Power of Hidrojen
RTEÜ	Recep Tayip Erdoğan Üniversitesi
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
SS	Standart Sapma
SSS	Sempatik Sinir Sistemi
T.C	Türkiye Cumhuriyeti
TEMĐ	Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği
vb.	Ve Benzeri

Simgeler

%	Yüzde
----------	-------

&	Ve
/	Bölü
<	Küçüktür
=	Eşittir
>	Büyüktür
±	Artı Eksi
cm	Santimetre
gr.	Gram
kg	Kilogram
kg/m²	Kilogram başına metrekare
n	Örneklem Sayısı
p	Anlamlılık Değeri

ÖZET

Gastroskopi Yapılan Hastaların Gastrointestinal Semptomlarının ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi

Araştırma, gastroskopi yapılan, ancak semptomların organik bir nedene dayanmadığı hastalarda gastrointestinal semptomların ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla, tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapıldı. Araştırmanın örneklemini Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Endoskopi Ünitesi'nde gastroskopi yapılan ve araştırmaya dahil edilme kriterlerini sağlayan 128 hasta oluşturdu. Veriler araştırmacı tarafından Mart-Ağustos 2024 tarihleri arasında ‘‘Hasta Bilgi Toplama Formu’’ ve ‘‘Gastrointestinal Yaşam Kalitesi İndeksi’’ kullanılarak, yüz yüze görüşerek, ortalama 20-30 dakikada toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdelik, ortalama, standart sapma, Kolmogrow Smirnov testi, Kurtosis ve Skewness testleri, Independent t testi, ANOVA ve basit doğrusal regresyon testleri kullanıldı.

Araştırmada, hastaların Gastrointestinal Yaşam Kalitesi İndeksi ana semptomlar alt boyut puan ortalaması 19.77 ± 7.53 , fiziksel bulgular alt boyut puan ortalaması 13.51 ± 5.62 , psikolojik bulgular alt boyut puan ortalaması 14.07 ± 4.85 , sosyal bulgular alt boyut puan ortalaması 11.18 ± 2.82 ve hastalık bağımlı bulgular alt boyut puan ortalaması 28.67 ± 6.52 olarak hesaplanmıştır. Gastrointestinal Yaşam Kalitesi İndeksi toplam puan ortalaması 87.22 ± 21.19 , son 15 günde yaşanan gastrointestinal semptom sıklığı toplam puan ortalaması 25.32 ± 110.79 olarak bulunmuştur. Hastaların endoskopiye başvuru nedeni olan semptomun şiddeti 9-10 olan, acile başvuran, ağız içi yara sıklığı çok olan ve her gün yoğurt/ayran tüketen hastaların gastrointestinal semptom sıklığı toplam puanı daha yüksekti. Erkek hastaların, stresli olmayanların, semptom şiddeti 3-5 olanların, acile başvurmayanların, mide ve ağrı kesici ilaç kullanmayanların, ağız içi yarası olmayanların, ara öğün tüketmeyenlerin ve haftada birkaç kez yoğurt/ayran tüketenlerin yaşam kaliteleri daha yüksek ve anlamlı bulundu ($p < 0.05$). Bu doğrultuda gastroskopi sonucu organik neden bulunamayan ve semptomları devam eden hastalar için bireysel özelliklerin tanınmasını etkin kılarak bireye özgü beslenme, egzersiz, yaşam tarzı değişikliği programları oluşturulması önerilmektedir.

Anahtar Sözcükler: Etiyolojik Faktörler, Gastrointestinal Semptomlar, Gastroskopi, Sebebi Bulunamayan Şikayetler, Yaşam Kalitesi

ABSTRACT

Evaluation of Gastrointestinal Symptoms and Quality of Life in Patients with Gastroscopy

In the study, descriptive and cross-sectional study was conducted to evaluate gastrointestinal symptoms and quality of life in patients who underwent gastroscopy but whose symptoms did not have an organic cause. The study sample consisted of 128 patients who underwent gastroscopy in the Endoscopy Unit of Recep Tayyip Erdoğan University Training and Research Hospital and fulfilled the inclusion criteria. The data were collected by the researcher between March-August 2024 by using the 'Patient Information Collection Form' and 'Gastrointestinal Quality of Life Index' by face-to-face interview in an average of 20-30 minutes. Percentage, mean, standard deviation, Kolmogorov Smirnov test, Kurtosis and Skewness tests, Independent t test, ANOVA and simple linear regression tests were used to evaluate the data.

In the study, the mean Gastrointestinal Quality of Life Index main symptoms subscale score was 19.77 ± 7.53 , the mean physical symptoms subscale score was 13.51 ± 5.62 , the mean psychological symptoms subscale score was 14.07 ± 4.85 , the mean social symptoms subscale score was 11.18 ± 2.82 and the mean disease-dependent symptoms subscale score was 28.67 ± 6.52 . The mean total score of the Gastrointestinal Quality of Life Index was 87.22 ± 21.19 and the mean total score of the frequency of gastrointestinal symptoms in the last 15 days was 25.32 ± 110.79 . The total score of gastrointestinal symptom frequency was higher in patients whose severity of the symptom that was the reason for endoscopy was 9-10, who applied to the emergency department, who had a high frequency of intraoral wounds and who consumed yoghurt/buttermilk every day. The quality of life of male patients, those who were not stressed, those with symptom severity 3-5, those who did not apply to the emergency department, those who did not use stomach medication and painkillers, those who did not have intraoral wounds, those who did not consume snacks, and those who consumed yoghurt/buttermilk several times a week were found to have a higher and significant quality of life ($p < 0.05$). In this direction, it is recommended that individual-specific nutrition, exercise and lifestyle change programmes should be developed by making the recognition of individual characteristics effective for patients whose symptoms persist and no organic cause can be found as a result of gastroscopy.

Keywords: Etiological Factors, Gastrointestinal Symptoms, Gastroscopy, Unexplained Complaints, Quality of Life

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Gastrointestinal sistemde organik ya da organik olmayan nedenlere bağlı birçok semptom ortaya çıkabilir (1). Dünya genelinde gastrointestinal semptomlar sıklıkla görülmektedir ve etiyolojisi tam olarak bilinmemektedir. Birçok ülkede yapılan epidemiyolojik araştırmalarda gastrointestinal semptomlar %35-70 arasında değişmektedir (2). Bu semptomlar günlük yaşıntıdaki birçok faktörün etkisiyle şiddetlenerek artabilmekte, hastaların yaşam kalitesini ve günlük hayatını olumsuz etkileyebilmektedir (3). Semptomlara herhangi bir neden bulunamadığında kalıcı olarak tedavi edilememekte ya da anlık çözümler getirilmektedir. Bu durum günlük işlevlerde bozulmaya ve tekrarlı olarak sağlık kuruluşlarına başvurulara neden olabilmektedir (4).

Gastrointestinal sistem hastalıklarının tanı ve tedavisinde endoskopi sıklıkla kullanılan bir yöntemlerden biridir. Bu yöntemle sindirim sistemi ve diğer iç organlar detaylı olarak incelenir. Bu organların birinde oluşabilecek rahatsızlık diğer organları da etkileyerek genel sağlık durumunda bozulmaya yol açabilir. Dispepsi, disfaji, bulantı, kusma, reflü semptomları, karın ağrısı, diyare ve kabızlık gibi organik bir neden bulunamayan gastrointestinal semptomlar toplumda oldukça yaygın olarak görülmektedir (5).

Dispeptik yakınmalar genellikle gıda alımından sonra görülür. Bazı gıdalar (baharatlı gıdalar vb.), stres, sigara ve ilaç kullanımı gibi faktörler bu semptomları artırmaktadır. Bu şikayetler organik bir nedenden kaynaklanabileceği gibi organik hiçbir nedenin olmadığı fonksiyonel dispepsi olarak da karşımıza çıkabilir. Dispeptik şikayetlerin ortaya çıkmasında genetik, fiziksel, bilişsel ve çevresel etkenlerin etkili olabileceği düşünülmektedir. Beslenme, beslenme alışkanlıkları, tütün ve yaşam tarzı gibi etkenler bu şikayetleri artırmaktadır. Birinci basamak sağlık kurumlarına başvuran hastalar ile yapılan bir çalışmada başvuran hastaların %44'ünde dispeptik şikayetler gözlenmiştir. Türkiye'de yapılan farklı bir çalışmada da fonksiyonel dispepsinin görülme sıklığı %12-14 oranında bildirilmiştir (6, 7).

Alınan besinlerin ağızdan mideye doğru ilerlediği esnada ortaya çıkan güçlüğü tanımlayan disfaji; hastaların yaşam kalitesini olumsuz bir şekilde etkilemektedir. Nörolojik hastalıklar, nöromüsküler hastalıklar, serebral ve vertebra hasarı, doğumsal gelişim bozuklukları, santral sinir sistemini baskılayan ilaçlar (anestetikler vb.) ve bazı girişimsel işlemler (entübasyon, trakeostomi) gibi birçok farklı nedenle disfaji ortaya

çıkabilmektedir. Disfaji ve odinofaji organik bir hastalığın varlığına işaret eder ve alarm semptomudur. Hastanın yaşı ne olursa olsun disfajinin varlığı mutlak araştırmayı ve nedenin ortaya koyulmasını gerektirir. Disfajinin dünya popülasyonunda yaygınlığı %2 ila %40 arasında olduğu düşünülmektedir. Hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemesi sebebiyle yaş fark etmeksizin mutlaka araştırılması gerekmekte ve nedeni ortaya koyulmalıdır (8, 9).

Gaz ve şişkinlik, artmış gaz hissi ve buna eşlik eden karında gerginlik, karın çevresinde hissedilebilir artış olmasıdır. Sıklıkla geçirme, karın ağrısı, kabızlık ve anal yolla çok miktarda gaz çıkarma şişkinlik hissine eşlik etmektedir. Birçok nedene bağlı olabileceği gibi fonksiyonel (nedeni bulunamayan) de olabilir. Şişkinlik, tüm yaş gruplarında görülen en sık gastrointestinal belirtilerden biridir. Yapılan çalışmalarda görülme sıklığının %15-30 arasında olduğu belirlenmiştir. Diyet ile şişkinliğin tedavisi konusunda yeterli veri mevcut değildir. Ancak sedanter yaşam tarzına sahip olan hastalar egzersiz yaptığında, kilosu olan hastalar zayıfladığında şişkinlik ve distansiyonun azaldığı bazı çalışmalarda gösterilmiştir (10, 11).

Bulantı ve kusma birlikte görülür. İnsanı rahatsız eden bir duygudur. Kusma mide içeriğinin zorlu bir biçimde özefagus ve ağız yoluyla dışarı çıkarılmasıdır. Bulantı ve kusmanın birçok organik nedeni vardır. Bunları gastrointestinal sistem hastalıkları, genel sistemik hastalıklar, metabolik ve endokrin nedenler, ilaç veya toksinler, merkezi sinir sistemi hastalıkları ve diğer nedenler (stres, gebelik, korku, kötü görüntü, kötü koku, anksiyete, depresyon, yeme bozuklukları vb.) olarak sıralayabiliriz (12, 13).

Karın ağrısı genellikle organ inflamasyonu veya hasarı sonrasında görülen karın bölgesindeki şiddetli rahatsızlık hissi olarak tanımlanmaktadır. Bununla birlikte organik hasar olmaksızın ortaya çıkan fizyolojik veya psikososyal nedenli karın ağrıları da görülmektedir. Vural ve arkadaşları yaptığı çalışmada (2004) kronik epigastrik ağrı ve dispepsi yakınması olan 164 hastayı incelemiş, 33 hastada (%19.8) malign dönüşüm, dört hastada (%2.4) malignite tespit edilmiştir. Kalan 127 hasta için çalışmada organik bir neden sunulmamıştır. Farklı bir çalışmada epigastrik ağrı ile acil servise başvuran hastalara yapılan endoskopide %40.4'ünde gastrit, %21.2'sinde peptik ülser, %38.2'sinde ise sonuçlar normal çıkmıştır. Endoskopi sonrası Helicopili (Hp) pozitifliğine bakıldığında normal çıkan 18 hastanın (%38.2) 8'inde Hp pozitif çıkmıştır (14, 15).

Pirozis daha çok yemek sonrası meydana gelen, sternum arkasında yanma hissi olarak tanımlanır. Sırt üstü yatma ve öne eğilme ile alevlenebilir. Gün içinde yenilen baharatlı ve yağlı yemeklerden bir saat sonra meydana gelen tipik semptomdur. Gastroözofageal reflünün en önemli iki bulgusu pirozis ve regürjitasyondur (16). Ege bölgesinde yapılan çalışmada bir haftalık periyotta pirozis ve regürjitasyon oranı %20 olarak bulunmuştur (17).

Diare en yaygın şekilde günde üçten fazla dışkılama, sulu dışkılama veya bulunduğ u kabın şeklini alan dışkılama olarak tanımlanır. Diareler dünyada ölüm nedeni olarak ikinci sıradadır. Tüm bireyler her yıl en az bir kez akut diare atağına uğrar. Diare birçok nedeni ile karmaşık, multifaktöriyel bir durumdur. Fonksiyonel diyarenin vaka kontrollü yapılan çalışmalarında insidansı yılda 100.000’de 5 vaka ve prevalansı ise %1.5-17 arasında bildirilmişse de sıklığı tam olarak araştırılmamıştır (18-20).

Konstipasyon, çok sayıda etiyolojik nedene bağı lı olarak çok farklı mekanizmalarla meydana gelen dışkılama sıklığında azalma ve dışkılama sırasında çekilen güçlüğü ifade eden bir semptomdur. On iki yıl yürütö len bir çalışmada, Modifiye Roma II kriterleri kullanılmış ve toplam konstipasyon insidansı %17.4 olarak bulunmuştur. Yetişkinlerde konstipasyon prevalansı ortalama %14 olarak bildirilmiştir. Kadın olmak, düşük kalori alınması ve ileri yaşı fonksiyonel konstipasyon için risk faktörüdür (20, 21). Adıgözel ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada bireylerin kronik konstipasyon sebebiyle yaşam kalitesinde önemli düzeyde azaldığı görölmüştür (22).

Endoskopik işlemlerde kullanılan malzemeler teknoloji ile gelişmekte ve çeşitleri artmaktadır. Endoskopi hemşireliği de bu gelişmelerle ön planı çıkmış ve endoskopi ekibinde yerini almıştır (23). Endoskopi hemşiresinin görevlerinden biri de “Hastanın ve yakınlarının hastalık, tanı ve tedavi seçenekleri ile bakım konusundaki sorularını cevaplandırır, gerekli durumlarda hekime yönlendirir” olarak açıklanmıştır (24). Gastroskopi, tanı (kanseri tarama, mukoza biyopsisi vb.) ve tedavi (bandligasyon vb.) amacıyla yapılan bir işlemdir (25). Hemşireler, gastroskopi ile hastalık nedenleri saptanan hastaların tedavi ve bakımını planlar. Ancak gastroskopi yapılp, semptomların organik bir nedene dayanmadığı hastalarda gastrointestinal semptomların sebebi bilinmemekte, dolayısıyla tedavi ve bakımdan mahrum kalabilmektedirler. Araştırmada sorgulayacağımız etiyolojik faktörlerle semptomlar arasındaki ilişki belirlenecek, organik bir sebep olmaksızın yaşanan semptomların sıklığı değerlendirilecektir. Sonuçta elde edilen veriler

ile hastaların günlük yaşamında düzenlemeler yapılarak, şikayetlerin azaltılmasına ilişkin uygun planlamalar yapılabilecektir.

Tanımlayıcı ve kesitsel tipte planlanan bu çalışmada gastrointestinal semptomlar için tanısal girişimsel işlemlerin uygulanmasına rağmen organik bir neden bulunmayan hastaların günlük yaşantısını, etiyolojik faktörlerini, sosyodemografik özelliklerini, yaşadığı semptomları, yaşam kalitesini araştırmak ve bölgesel bir sonuç elde etmek amaçlanmıştır.

- Araştırma Sorusu 1: Organik bir nedeni bulunamayan gastrointestinal semptomlar hastanın yaşam kalitesini etkiler mi?
- Araştırma Sorusu 2: Organik bir nedeni bulunamayan gastrointestinal semptomlar ile hastaların etiyolojik faktörleri arasında ilişki var mıdır?
- Araştırma Sorusu 3: Hastanın etiyolojik faktörleri gastrointestinal yaşam kalitesini etkiler mi?

2. GENEL BİLGİLER

İnsan vücudunda ağız, farinks, özefagus, mide, duodenum, ince bağırsak, kalın bağırsak ve rektumu sırasıyla takip eden pankreas, karaciğer ve safra kesesinin enzimleri ve hormonlarıyla desteklediği tüm organlar gastrointestinal sistemi (GİS) oluşturmaktadır. (26). Gastrointestinal sistemin temel görevi alınan besinleri fiziksel, kimyasal olarak parçalamak ve basit formlara dönüştürmektedir. Bu basit formlar kullanılmak üzere barsak lümeninden emilmekte ve vücuda dağılmaktadır (27).

Gastrointestinal sistem maruz kaldığı faktörlere bağlı olarak farklı alarm semptomlar göstermekte ve bireyi uyarmaktadır. Yapılan testler ve radyolojik görüntülemeler ile patolojik nedenler araştırılmaktadır. Patolojik bir neden bulunmayan hastalara ise ileri tetkikler ya da hayat tarzı değişikliği ya da beraberinde semptomatik tedavi önerilmektedir. Organik bir neden bulunmayan hastalıklar incelendiğinde sıklıkla karşımıza fonksiyonel gastrointestinal bozukluklar çıkmaktadır. Gastrointestinal sistemin fonksiyonel bozuklukları toplumda yaygın olarak görülmekte ve bu semptomlar kişiler tarafından farklı algılanmaktadır (28). Fonksiyonel gastrointestinal bozukluklar (FGID); organik, patolojik, biyokimyasal ve yapısal bir bozukluk olmamasına karşın bireyin yaşadığı semptom kümelerini açıklamaktadır (26, 29). Fonksiyonel özofagus bozuklukları; fonksiyonel göğüs ağrısı, fonksiyonel mide yanması, reflü, globus ve fonksiyonel disfajidir (30). Fonksiyonel gastroduodenal bozuklukları; fonksiyonel dispepsi, epigastrik ağrı, geğirme bozuklukları ve bulantı/kusma bozukluklarıdır. Fonksiyonel barsak bozuklukları; irritabl barsak sendromu, fonksiyonel şişkinlik, fonksiyonel konstipasyon, fonksiyonel diyare ve spesifik olmayan barsak bozukluklarıdır (31).

2.1. Gastrointestinal Semptomlar

Gastrointestinal sistem problemleri ve hastalıkları günümüzde en sık rastlanan sağlık problemleri arasında yer almaktadır. Hastalar sıklıkla dispepsi, disfaji, bulantı, kusma, karın ağrısı, pirozis, şişkinlik, diyare ve konstipasyon gibi semptomları deneyimlemektedir (32).

2.1.1. Dispepsi

Terim anlamı sindirim zorluğudur (Dys=Zor, Pepsis=Sindirmek). Dispepsi hastalık değildir. Dispepsinin oluşumunda farklı nedenler sorumlu tutulsa da hastalık olarak değerlendirilmemektedir. Hastanın yaşadığı semptomlar kümesidir (33).

Dispepsi, yaşanan semptomların bir nedene bağlandığı organik dispepsi ve yaşanan semptomların herhangi bir faktörle açıklanamadığı fonksiyonel dispepsi olarak ikiye ayrılmaktadır. Dispepsi olarak değerlendirmek için epigastrik ağrı, epigastrik yanma, erken doygunluk ve postprandiyal dolgunluk hissi semptomlarından birinin olması yeterlidir (33, 34).

Dispepsi toplumda oldukça yaygındır. Gelişmiş batı toplumlarında bir yıllık sürede %40'ında semptomlar görülse de birçok kişi bu şikayetler nedeniyle sağlık kuruluşuna başvurmamaktadır. Dispepsisi olan hastaların %50-60'ı fonksiyonel dispepsi olarak değerlendirilmektedir. Fonksiyonel dispepsi belirtileri altı aydan uzun, 45 yaştan küçük ve kadın cinsiyetinde daha sık görülmektedir (34). Küresel olarak fonksiyonel dispepsi prevalansına baktığımızda 1990 – 2020 yılları arasında yapılan sistemik derleme ve meta-analiz çalışmalarında; gelişmekte olan ülkeler (%9.0) gelişmiş ülkelere (%7.0) daha yüksek prevalans göstermekte ve prevalans ülkelere, ekonomik duruma, coğrafi bölgeye ve cinsiyete göre farklılık göstermektedir. Küresel prevalans giderek azalmaktadır (34).

2.1.2. Disfaji

Terim anlamı yutma zorluğudur (Dys=Zor, Faji=Yutmak). Disfaji subjektif bir semptomdur. Alınan besinlerin ağızdan mideye iletilmesinde bir anormalliğin olduğunu düşündürmektedir. Yutma güçlüğüne ağrının eşlik etmesi ise odinofajidir. Disfaji bir alarm semptomdur ve mutlaka nedeni araştırılmalıdır (9).

Disfaji ikiye ayrılmaktadır. Orofaringeal disfaji, yutma sürecini başlatamama hissidir. Özofageal disfaji, alınan besinlerin iletiminde özofagusta meydana gelen zorluk hissidir. Yapılan tüm tanısal araştırmalara rağmen birçok hastada net bir etiyoloji bulunmamaktadır. Bu durum fonksiyonel disfaji olarak açıklanmaktadır (36). Fonksiyonel disfaji güncellenmiş ROMA IV kriterlerinde, özofagusta herhangi bir yapısal, mukozal veya majör motilite bozukluğu olmaksızın, yutulduğunda anormal katı veya sıvı gıda çarpması hissi olarak açıklanmaktadır (37).

Fonksiyonel disfajinin gerçek prevalansı ile ilgili net bilgi yoktur. Fonksiyonel bozukluklarla ilgili yapılan popülasyon araştırmasında disfajinin %7-8, ROMA II kriterlerini doğrulama çalışmasında FGID hastalarının %0.6'sının sık disfaji yaşadığı tahmin edilmektedir (30). Kanada merkezli yapılan bir çalışmada risk faktörleri; ileri yaş, beyaz olmayan etnik köken, kadın cinsiyeti, kötü ağız sağlığı, yetersiz beslenme ve kırılganlık olarak belirlenmiştir (38).

2.1.3. Bulantı ve Kusma

Bulantı ve kusma birlikte görülmektedir. İnsanı rahatsız eden bir duygudur. Kusma mide içeriğinin zorlu bir biçimde özofagus ve ağız yoluyla dışarı çıkarılmasıdır. Terleme, solukluk, aşırı tükürük sekresyonu, bradikardi ve hipotansiyon bulantıya eşlik edebilir (12, 39).

Bulantı ve kusmanın birçok çeşidi vardır. Santral tip bulantı kusma; hareketle, görmekle ve düşünmekle birlikte ani başlayıp aniden biten bulantı kusmadır. Periferik tip; GİS ve merkezi sinir sistemi (MSS) hastalıklarından kaynaklanan bulantı kusmadır. Fizyolojik kusma; toksinler, inflamasyon, vestibüler hastalıklar, barsak tıkanması ve diyabet gibi faktörlerin kusma merkezini etkilediği ve mide içeriğinin geç boşaldığı durumlarda görülen bulantı kusmadır. Psikojenik kusma; stres ve anksiyetenin neden olduğu ya da bireyin kendi başlatabileceği bulantı kusmadır. Akut tip; bir haftadan kısa süren, kronik tip; bir haftadan daha uzun süren bulantı kusmalardır. Yine kemoterapiye bağlı oluşan bulantı kusmalar kendi içinde sınıflandırılmaktadır (13, 40).

Fonksiyonel bulantı/kusmanın prevalansına dair net bir bilgi yoktur. Fonksiyonel mide bulantısının özellikle ele almayı ve araştırmayı zorlaştıran neden objektif ölçüm aracının, algoritmasının ve kılavuzunun olmamasıdır (41). Popülasyon çalışmalarında yetişkinlerin %50'sinden fazlası en az bir kez bulantı yaşadığını ve kadınların daha fazla bulantı yaşadığını bildirmektedir (42).

2.1.4. Karın Ağrısı

Genellikle organ inflamasyonu ya da hasarı sonrası görülen karın bölgesindeki rahatsızlık hissidir. Ama organik bir neden olmaksızın da ortaya çıkabilmektedir (14). Fonksiyonel karın ağrısı, barsak fonksiyonuyla zayıf ilişkisi olan, günlük aktivitelerini etkileyen, en az altı aydır devam eden ve karın bölgesine atfedilen bir rahatsızlığı temsil etmektedir (43).

Karın ağrısı üç sınıfta açıklanmaktadır. Viseral ağrı; kramp şeklinde, yanıcı/yakıcı veya kemirici bir ağrı olarak tarif edilen, uyarıların viseral reseptörleri tetiklediği zaman yaşanan, terleme, huzursuzluk, bulantı, kusma ve solukluk gibi ikincil otonom etkileri gördüğümüz ağrıdır. Somatopariyatel ağrı; öksürme ya da hareketle şiddetlenen, viseral ağrıya göre daha şiddetli ve net bir bölgeye lokalize olan, pariyatel peritonun uyarılmasıyla ortaya çıkan ağrıdır. Yansıyan ağrı; ciltte ya da daha derin dokularda hissedilen ve iyi

lokalize olan, hastalıklı organın uzağında bulunan yerlerde hissedilen, diyafram iritasyonuna ve omuz ağrısına da neden olabilen ağrıdır (44).

Birçok gastrointestinal ve sistemik rahatsızlık karın ağrısına sebep olmaktadır. Bu durum prevalans çalışmalarını etkilemektedir. Uluslararası kesitsel verilere göre karın ağrısı sıklığı %22 – %45 arasında olduğu tahmin edilmektedir. Karın ağrısını daha çok kadınlar bildirmektedir (45).

2.1.5. Pirozis

Mide içeriğinin geri akışının rahatsız edici semptomlara ya da komplikasyonlara neden olduğu patolojik bir durumdur. Fonksiyonel pirozis; semptomlara neden olan organik bir neden olmaksızın, en az altı ay boyunca retrosternal yanmanın varlığı olarak tanımlanmaktadır (46).

Pirozis; mide üzerinde sternum alt ucundan başlayıp sternum arkasından yukarı doğru yanma tarzında hissedilen, boğaza ve sırtta yayılabilen, genellikle yemek sonrası görülen semptomdur. Regürjitasyon; bulantı ve kusma olmadan acı-ekşi mide içeriğinin kendiliğinden boğaza gelmesidir. Ruminasyon; bulantı ve kusma olmadan yeni yenilmiş besinlerin ağza geri gelmesi ve sonra tekrar yutulmasıdır. Bu semptomlar karıştırılmamalıdır ve anamnez sırasında not edilmelidir (17). Bu semptomlar Gastroözofageal Reflü (GÖRH) ile ilişkili olarak değerlendirilmektedir.

Epidemiyolojik olarak incelediğimizde ülkelerin gelişmişlik düzeyi ile pirozis ilişkilendirilmemektedir. Daha çok coğrafi ve kültürel farklılıklarla ilişkili bulunmaktadır (47). Kilo artışı, beslenme şekli, yaş, sigara ve alkol, diyetle alınan yağ oranın artması ilişkili bulunurken cinsiyet için fark bulunmamaktadır (48).

2.1.6. Şişkinlik

Karında basınç, dolgunluk hissi ile belirtilen, organik ya da organik bir neden olmaksızın oluşan gazın birikme ve sıkışmayla oluşturduğu ya da beyin-barsak eksenindeki viseral aşırı duyarlılıkla algılanan subjektif bir histir. Birçok hastada karın ağrısı, dispepsi, ishal veya kabızlık gibi diğer semptomlarla da ilişkilendirmektedir. Şişkinlik ve karında şişkinlik birbirine karıştırılmamalıdır. Karında şişkinlik olmadan da hasta şişkinlik semptomunu bildirebilmektedir (11, 49).

Barsak gazı üretimi ve geçişi, barsak mikroflorası ve hastanın barsaklarının aşırı duyarlılığı semptomların oluşmasına zemin hazırlamaktadır. Değişen mikroflora, gaz

tipinde ve hacminde farklılıklara neden olmakta ve semptomu şiddetlendirmektedir. Beslenme alışkanlıkları, abdominal semptomlardan sorumlu olabilmektedir (50).

Şişkinlik genel popülasyonda %6- %31 arasında bildirilen yaygın bir semptomdur. Yaşla birlikte şişkinlik azalmakta ve kadınlar erkeklere göre yaklaşık iki kat daha fazla şişkinlik bildirmektedir (51, 52).

2.1.7. Diyare

Diyare, gaitanın yoğunluğunda azalma, akışkanlığında artma, günde üçten fazla defekasyon ve günde 200-250 gr. dışkı ağırlığı olarak tanımlanmaktadır. Genel olarak diyare, barsak tarafından su ve elektrolitin tam olarak emilememesi nedeniyle dışkı kıvamının azalmasıdır (19, 53).

Diyarenin farklı sınıflandırmaları mevcuttur. Zamana göre; dört haftadan kısa olanlar akut diyare, dört haftadan uzun sürenler kronik diyare olarak tanımlanmaktadır. Fiziopatolojik mekanizmaya göre; lümeninde aktif ve emilmeyen maddelerin birikmesiyle hiperozmolar hale gelmesiyle oluşan ozmotik diyare, salgının emilim kapasitesini aşacak tarzda artışıyla oluşan sekretuar diyare, inflamasyon ve ülserasyon sonucu mukozanın bozulması ile ortaya çıkan inflamatuvar diyare olarak sınıflandırılmaktadır. Dışkı özelliklerine göre; sulu diyare, yağlı diyare ve kanlı diyare olarak sınıflandırılmaktadır. Lokalizasyona göre; büyük volümlü, bol miktarda sulu-yumuşak ve pis kokulu gaita ile karakterize ince barsak tipi diyare, küçük volümlü, az miktarda ve kanlı mukuslu gaita ile karakterize kalın barsak tipi diyaredir (18).

Diyare birinci basamaktan üçüncü basamak sevk merkezlerine kadar görülen ve hastalar tarafından bildirilen en sık şikayettir. Her birey her yıl bir kez de olsa akut diyare atağı geçirmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre diyare tüm ölümlerin %4'ünü oluşturmaktadır (19, 53, 54).

2.1.8. Konstipasyon

Kabızlık; gastrointestinal sistemde meydana gelen, lümeninden dışkı geçişinin yavaşlaması, seyrek ve zor dışkılama ile karakterize bir semptomdur (55). Kabızlığa sert dışkı, aşırı ıkınma, seyrek barsak hareketleri, şişkinlik ve karın ağrısı gibi semptomlarda eşlik etmektedir (56).

Konstipasyon klinik olarak üçe ayrılır. Normal geçişli kabızlık; normal şekilde ilerleyen dışkı, normal dışkı sıklığı, dışkılamada zorlanma, sert dışkı, abdominal

distansiyon ve karın ağrısı ile karakterize, hastanın kendisini konstipe olarak tanımladığı kabızlıktır. Yavaş geçişli kabızlık; az ve zor dışkılama, karın ağrısı ve distansiyon ile karakterize çocukluk döneminde başlayan ve puberte döneminde genç kadınlarda daha çok görülen kabızlıktır. Defekasyon bozuklukları; ıkınmada rektumdaki basıncın az olduğu defekasyon itici gücünde yetersizlik, rektum ve anal sfinkter basıncın artmasına bağlı dışkının atılmasında bozukluğa neden olan dissinerjik defekasyondur (57).

Küresel ölçekli yapılan bir meta analizde kabızlığın genel prevalansını %18.9 olarak gösterilmektedir. Ülkemizde yapılan geniş örneklemli bir çalışmada fonksiyonel kabızlığın prevalansı %8.3 olarak gösterilmektedir (58, 59).

2.2. Gastrointestinal Semptomlarda Tanı Yöntemleri

Birçok sistemde olduğu gibi gastrointestinal sistem içinde spesifik tanı yöntemleri mevcuttur. Gelişen teknoloji bu tanı yöntemlerini artırsa da oluşturduğu mali yük ve hastanın bu tanı yöntemlerine ulaşımı gibi nedenlerden tercih edilen yöntemler değişmektedir.

2.2.1. Sağlık Öyküsü

Hasta muayene için odaya girdiği anda başlayan ve hasta odadan çıkana kadar devam eden bir süreci kapsamaktadır. Bu aşamada hasta ile kurulan iletişimin kaliteli olması, hekime tıbbi tanı koymak için yardım etmektedir. Mevcut durum acilse direkt şikâyeteye yönelik bilgi alınmakta, eğer acil değilse detaylı olarak bilgi alınmaktadır.

Hastanın yaşadığı semptomlar, bu semptomların süresi, şiddeti, niteliği değerlendirilmektedir. Geçmiş sağlık öyküsü, kronik hastalıkları, soy geçmişi, alerji durumu, günlük alışkanlıkları, sigara, alkol, beslenme şekli, iştah durumu, besin intoleransı, abdominal cerrahi öyküsü, kullandığı ilaçları, tuvalet alışkanlıkları gibi durumlar sorgulanmakta ve kaydedilmektedir (60, 61).

2.2.2. Fiziksel Muayene

Fiziksel muayene hasta odaya girdiğinde göz ile (inspeksiyon) başlamaktadır. Hastanın obez/kaşektik görünümü, hastanın cilt rengi, göz sklera rengi gibi durumlar gastrointestinal sistem için fikir vermektedir. Gastrointestinal organların çoğu abdomende yer almaktadır. Bu sebepten abdominal muayene önemlidir. Bu muayene alanında uzmanlar tarafından yapılmaktadır (60).

Muayene başlamadan abdomen hayali kadranslara bölünmektedir. İnspeksiyon ile abdomendeki pulsasyonlar, damar belirginleşmeleri, distansiyon, cilt rengi, şişlikler, deri turgoru, solunum hareketleri, skar dokusu incelenmekte ve kaydedilmektedir. Oskültasyon da stetoskoplara barsak sesleri, üfürümler dinlenmekte ve klinik karar için kaydedilmektedir. Perküsyonla organların büyüklüklerini ve sınırlarını, asit varlığını ve miktarı, ele gelen kitlenin büyüklüğü hakkında bilgi sahibi olunmaktadır. Palpasyonla karın hassasiyetini, ağrı durumu ve kas direnci değerlendirilmekte ve kaydedilmektedir. Rektal tuşe rektum kitleleri, hemoroid, anal fissür ve melena hakkında bilgi vermektedir (61).

2.2.3. Laboratuvar Testleri

Tüm branşlarda olduğu gibi basitten gelişmişe doğru belli bir algoritma içinde laboratuvar testleri istenmektedir. Hemogram, idrar tahlili, gaitada gizli kan, üre, kreatin, biyokimya, karaciğer fonksiyon testleri (ALT, AST vb.), lipit düzeyleri, açlık kan şekeri, koagülasyon testleri (INR gibi), serolojik testler (hepatit markerleri vb.) başvuru alan testlerdir. Hekimin ilk değerlendirmesinde şüphelendiği bir tanı varsa bu tanıya yönelik testleri de (çölyak antikorları, gaitada *helicobacter pylori* antijeni gibi) istemektedir (62).

2.2.4. Radyolojik Görüntülemeler

Gastrointestinal hastalıklarda tanı koymak için endoskopik işlem yapılması altın standarttır. Endoskopiden önce işlemin neden yapılmak istenildiği araştırılmakta ve radyolojik görüntüler ile desteklenmektedir. Grafi, sintigrafi, bilgisayarlı tomografi, ultrason, manyetik rezonans gibi görüntüleme yöntemleri ile lezyon varlığı, mukozalarda kalınlaşma, kitle, yabancı madde, diğer organlar ile ilişkileri değerlendirilmektedir. Akciğer grafisi, düz karın grafisi, abdomen tomografi, baryumlu grafiler genellikle başvuru alan yöntemlerdir (63).

Genel olarak kullanılan yöntemlerin yanında özelde organların incelenmesine yardımcı yöntemler vardır. Özefagus hastalıklarında kullanılan yöntemlerden, özefagus pasaj grafisi radyoopak madde altında özefagusun çapı, lezyonları, divertikülleri, peristaltizmi ve geçişi hakkında bilgi vermektedir. Manometri, özefagusun motor fonksiyonlarını değerlendirmede kullanılan yöntemdir. Özofageal pH izlemi, 24 saat boyunca özofagusa yerleştirilen katater yardımı ile pH ölçümü yapmakta (normal pH: 5'in üstü) ve reflü (pH: 4'ün altı) hakkında bilgi vermektedir (64).

2.2.5. Endoskopik İncelemeler

Gastrointestinal semptomlarda ve hastalıklarda endoskopi altın standarttır. Endoskopi içi boşluklu organları incelemek, tanı koymak ya da tedavi etmek amacıyla yapılan girişimsel işlemlerdir (25).

2.2.5.1. Gastroskopi / Özofagogastroduodenoskopi (ÖGD)

Üst GİS endoskopide ağızdan girilerek özofagus, mide ve duodenum değerlendirilmektedir. Hastanın yaşadığı semptomlara yönelik patolojik bir durum araştırılmaktadır. Hekimin gerek gördüğü durumlarda biyopsi örneği alınmaktadır. Polipektomi, malignite için biyopsi, yabancı cisim çıkarılması, kanamalarda hemostaz, darlıklar için stentleme ya da balon dilatasyon, perkütan endoskopik gastrotomi tüpünün yerleştirilmesi ve endoskopik nazogastrik tüp yerleştirilmesi gibi işlemlerde yapılmaktadır (25, 65).

2.2.5.2. Kolonoskopi / Rektosigmoidoskopi

Alt GİS endoskopide makattan girilerek rektum, sigmoid kolon, inen kolon, transvers kolon, çıkan kolon, çekum, terminal ileum değerlendirilmektedir. Hastanın semptomlarını yönelik tanısal biyopsiler alınmaktadır. Hemoroid kontrolü, kanamalarda hemostaz, divertikül kontrolü, malignite için biyopsi, polipektomi, darlık için dilatasyon, tümörlerin işaretlenmesi gibi uygulamalar yapılmaktadır (25, 66).

2.3. Hastaneye Yatış Nedenleri

Gastroenteroloji kliniğine yatış işlemi gastroenterolog hekimler tarafından karar verilir. Hastalara poliklinik ya da acil servisten yatış planlanır (67).

2.3.1. Gastrointestinal Sistem Kanamaları

Acil tanı ve tedavi gerektiren ve oldukça sık görülen yatış nedenidir. Kanamalara kusma, diyare, karın ağrısı gibi GİS semptomları da eşlik etmektedir. Hematemez, kahve telvesine benzeyen, hafif sindirilmiş ve parlak kırmızı renkte kanın oral yoldan dışarı çıkarılmasıdır. Özefagus, mide ve duodenum kanamalarını göstermektedir. Melena, sindirilmiş kanın barsak yoluyla, siyah renkli, katran gibi ve kötü kokulu dışkı olarak atılmasıdır. Üst GİS kanmasının yanında ince barsak kanamasını bize hatırlatmaktadır. Hematokezya, rektal yoldan parlak kırmızı renkli kanın dışarı atılmasıdır. Alt GİS kanamalarını ve hemoroid kanamalarını göstermektedir (68).

2.3.2. Akut Pankreatit

Pankreatit ile uyumlu karın ağrısı, amilaz ve lipaz seviyelerinin üç katının üstüne çıkması ve görüntülemelerde pankreatit ile uyumlu çıkması tanı kriteri olarak kullanılmaktadır. Bu kriterlerden ikisinin olması tanı için yeterlidir. Pankreas inflamasyonuna bağlı gelişmekte ve acil tedavi edilmesi gerekmektedir. Hipovolemik şok, septik şok, böbrek yetmezliği, plevral efüzyon ve vasküler komplikasyonlar görülmektedir. Klinik takip komplikasyon gelişimini engellemek için mutlaka önerilmektedir (69).

2.3.3. Akut Karaciğer Yetmezliği

Akut karaciğer yetmezliği; karaciğer fonksiyon bozukluğu, anormal biyokimya değerleri, multipl organ yetmezliği, ensefalopati ile karakterize sürekli kötüleşen ve ölüm ile sonuçlanabilen bir tablodur. Hastalığın ilerleyişine bağlı klinik bakım gerekmektedir (70).

2.3.4. Akut Hepatitler

Karaciğer hücreleri hepatositlerin inflamasyonu sonrası karaciğer fonksiyon testlerinde bozulma ile görülen tabloya hepatit denir. Karaciğer hasarı altı aydan daha kısa sürerse akut hepatit olarak adlandırmaktadır. Virüsler, ilaçlar, alkol, toksinler, gebelik gibi nedenlerden ortaya çıkmaktadır. Hastanın klinik tablosu kötüleşebilmekte ve akut akciğer yetmezliğine götürebilmektedir (71).

2.3.5. İnflamatuvar Barsak Hastalıkları (İBH) Atakları

İnflamatuvar barsak hastalığı yaşam kalitesini etkileyen, farklı dönemlerde ataklar halinde semptomları belirginleşen, ilaç kullanımı ve klinik takip gerektiren kronik hastalıklardır. Diyare, ateş, abdominal ağrı, abdominal kramp, gaitada kan ve kilo kaybı semptomlarıyla hastalık kendini göstermektedir. Hastalığın alevli dönemlerinde klinik takip önerilmektedir (72).

2.4. Gastrointestinal Semptomlarda Tedavi

Endoskopik işlemlerle patolojik bir odak bulunan hastaların nedene yönelik cerrahi, medikal ya da endoskopi sırasında müdahale ile tedavisi başlamaktadır. Patolojik bir neden bulunmayan hastalarda ise medikal tedavi ve hayat tarzı değişikliği önerilmektedir. Farklı çalışmalarda birçok kombine ilaç grupların etkinliği araştırılmıştır ve bu araştırmalar

devam etmektedir. Semptomatik ya da ampirik olarak tedaviler planlanmakta ve önerilerde bulunmaktadır (73-75).

2.4.1. Medikal Tedavi

Gastrointestinal semptomlarda medikal tedavi hastanın semptomlarını gidermek, şiddetini azaltmak ve yaşam kalitesini artırmayı hedefler. Bu hedefle prokinetik, antisekretuar, antiemetik, proton pompa inhibitörü, antibiyotik, antidepresan, antiasit, laksatifler, antispazmatik, probiyotikler ve antikolinerjik gibi ilaç grupları kombine şekilde hastaya yönelik planlanmaktadır (73-75).

2.5. Prognostik Faktörler ve Semptomlara Yönelik Öneriler

Prognostik faktörler, hastalık ve semptomlarda şiddeti artıran, hastalık seyrini kötüleştiren, semptom süresini uzatan faktörler olarak ele alınmaktadır. Medikal tedaviye ek olarak hastaya günlük hayatında kullanabileceği bazı öneriler (egzersiz planı, sigara bırakma vb.) verilmektedir (73-76).

2.5.1. Yaş

Yaşlanma ile tüm sistemlerde olduğu gibi gastrointestinal sistemde de bazı değişiklikler meydana gelmektedir. Bu değişimler yaşanan semptomlarla doğrudan ya da dolaylı ilişkili olmaktadır. Üçbilek ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yaşlı bireylerin %35-40'ı yıl içinde en az bir defa GİS semptomları sebebiyle hekime başvurmaktadır. Kabızlık, diyare, karın ağrısı, fekal inkontinas, dispepsi ve irritabl barsak hastalığı yaşlı bireylerde sık görülen semptomlardır (77-79).

2.5.2. Cinsiyet

Kadın ve erkek cinsiyetleri arasında yapılan araştırmalarda gastrointestinal semptomların karşılaştırıldığı çalışmalarda anlamlı bir fark görülmemekle birlikte kadın cinsiyetinin risk faktörü olarak gösterildiği çalışmalarda mevcuttur. Cinsiyet hormonlarındaki farklılık mide motilitesini ve viseral duyarlılığını etkilemektedir. Örneğin, östrojen ve progesteron gibi hormonlar mide boşaltımını etkilemektedir. Premenopazal kadınlarda mide boşalması erkeklere göre daha uzundur. Cinsiyete bağlı sağlık bakım davranışları bu farklılığı açıklayabilmektedir (80, 81). Dispepsi ile yapılan çalışmada cinsiyete göre farklılık saptanmıştır (34). Disfaji, bulantı ve şişkinlik semptomları ile yapılan çalışmalarda ise kadın cinsiyeti risk faktörü olarak gösterilmiştir (37, 41, 51). Bu durumun aksine pirozis ile yapılan çalışmada cinsiyete göre farklılık saptanmamıştır (47).

2.5.3. Obezite

Obezite günümüzde önemli bir sağlık problemidir ve vücutta fazla miktarda yağ depolanması, beden kütle indeksinin 30 kg/m^2 ve üstünde olması olarak tanımlanmaktadır. Tablo 1’de beden kütle indeksi kategorileri verilmiştir. Obez hastaların yeme alışkanlıkları gastrointestinal semptomları artırabileceği gibi gastrointestinal fizyolojisindeki değişiklikler, gastrik kapasite ve gastrik boşalma hızındaki değişiklikler semptomlar ile ilişkili bulunmuştur. Obezite ve gastrointestinal semptom ilişkisinin değerlendirildiği bir çalışmada kusma, karın ağrısı, diyare ve şişkinlik ile beden kütle indeksi arasında ilişki saptanmıştır (82, 83).

Tablo 1. Beden kütle indeksi (BKİ) kategorileri (TEMD’den, 84)

$<18.5 \text{ kg/m}^2$	Düşük Kilolu
$18.50 - 24.99 \text{ kg/m}^2$	Normal Kilolu
$25.00 - 29.99 \text{ kg/m}^2$	Fazla Kilolu
$>30.00 \text{ kg/m}^2$	Obez

2.5.4. Gelir Düzeyi

Ulusal düzeyde bir ülke zenginleştikçe sağlık yatırımları artmaktadır. Hizmet sektörlerinin bu zenginleşmeye katkısı büyüktür. Sanitasyon, içilebilir su ve sağlık yatırımları bu zenginlikten payını almaktadır. Bu zenginliğin adaletli dağıtılması da bireysel düzeyi etkilemektedir. Bireysel düzeyde baktığımızda tıbbi bakıma ulaşım, sağlıklı yiyeceklere ulaşım, temiz suya ulaşım gelir düzeyi ve sağlık istatistiklerini olumlu yönde etkilemektedir. İrritabl barsak sendromu hastalarının gastrointestinal semptomlarını (karın ağrısı, reflü, dispepsi, konstipasyon, diyare) değerlendirildiği bir çalışmada gelir düzeyi ve semptomlar arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (85-87).

2.5.5. Eğitim

Eğitim ve sağlık arasındaki ilişki üç şekilde ele alınmaktadır. İlk olarak hastanın durumu, aldığı eğitimi etkileyebilmektedir. İkinci olarak düşük eğitim düzeyi sağlığı olumsuz etkileyebilmektedir. Üçüncü olarak düşük eğitim düzeyi, eğitim ve sağlık arama davranışlarını etkileyebilmektedir. Jeong ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kronik

gastrointestinal semptom yaşıyan kişilerin genellikle eğitim düzeyi düşük ve daha sık doktor ziyaret etmektedir (88, 89).

2.5.6. Sigara

Sigara dumanının 150 bileşeni mide-barsak sisteminde peptik ülser, inflamatuvar barsak hastalığı ve malignitelere neden olduğu bilinmektedir. Sigara içmek kan akışını yavaşlatır, mukozayı etkiler, hücre çoğalmasını yavaşlatan serbest radikalleri serbest bırakır ve ağız-çekum geçiş süresini uzatmaktadır. Yapılan çalışmalarda bu durum gastrointestinal semptomlar ve hastalıklar ile bağlantılı olduğunu göstermektedir (90).

2.5.7. Alkol

Alkol tüketimi, her sistemi etkileyen, olumsuz tıbbi sonuçlarla birlikte önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir. Alkol kullanımı mide kanseri riskini %7-39 oranında artırmaktadır. Alkol tüketimi dünya çapında karaciğere bağlı ölümlerin neredeyse yarısından sorumludur. Alkol kullanımı; gastroözofageal reflü hastalığı, irritabl barsak sendromu, inflamatuvar barsak hastalığı ile sınırlı ilişkili bulunmuş, gastrointestinal semptomları doğrudan kötüleştirdiği görülmüştür (91).

2.5.8. Egzersiz

Egzersizin gastrointestinal sistem üzerine etkisi çelişkilidir. Yorucu egzersizde hastaların %45-90'ında gastrointestinal semptomların arttığı gözlenmektedir. Hafif ve orta şiddette yapılan egzersiz karaciğer ve inflamatuvar barsak hastalığına fayda sağlayabilmekte, mide boşalmasını da iyileştirmektedir. Egzersiz çölyak ve splenik arter kan akışını iyileştirmektedir. Bunun yanında mikrobiyota-barsak-beyin aksında egzersizle olan ilişkinin gastrointestinal sistem sağlığını korumak ve iyileştirmek adına önemlidir (92, 93).

2.5.9. İlaç Kullanımı

İlaç kullanımı ve advers ilaç reaksiyonları yaş ilerledikçe prevalansı artmaktadır. En sık görülen advers etki gastrointestinal sistemle ilgili bildirilmektedir. Gastrointestinal semptomlar, alınan ilaç sayısı ve farklı grup ilaçlarla (steroid olmayan antienflamatuvar ilaçlar, steroidler, psikoleptikler, diüretikler, seçici β_2 adrenoreseptör agonistleri veya adrenerjikler ve antiplatelet) gastrointestinal semptomlar ilişkili bulunmuştur (94).

2.5.10. Stres

Stres tarafından uyarılan çok sayıda afferent ve efferent yol barsakla beyini birbirine bağlamaktadır. Stres kortizol seviyesini artırmakta, enterik sinir sisteminin aktivasyonu ile gastrointestinal sisteminin kanlanmasıda değişimler meydana getirebilmektedir. Yapılan çalışmalarda gastrointestinal semptomlar stres ile ilişkili bulunmuştur (95).

2.5.11. Beslenme

Yemek yeme alışkanlıkları ve alınan besinlerin etkisiyle gastrointestinal semptomlar aldıkça sık görülmektedir. Organik bozukluk olmamasına karşın hastaya özgü diyetle semptomların önüne geçilebilmektedir. Yapılan araştırmalarda diyetle bulunan posalı ve probiyotik içeren besinlerin gastrointestinal sisteme için faydalarını ortaya koymaktadır (25, 96).

2.5.11.1. Prebiyotik ve Probiyotik Kullanımı

Probiyotik insan sağlığını daha iyi hale getiren, rahatsızlık hissini azaltan canlı bakterilere denir. Bu amaçla genellikle *Bifidobakteria* ve *Laktobasilli* bakterileri kullanılmaktadır. Kolon mikroflorasıyla bakterilere özel suşlarla birbirlerini desteklemekte ve modifiye etkisi yaratmaktadır (97).

Prebiyotik diyetle alınan, sindirilemeyen, fermente olabilen ve kolona ulaşan, burada bulunan bakteri gruplarını artıran ve aktivitesini uyaran maddelerdir. Prebiyotik ve probiyotiğin ortak kullanılmasına ise sinbiyotik denir. Literatürde probiyotik içeren besinlere yoğurt, peynir, kefir, kurubaklagiller, soya, soğan, sarımsak, buğday, yulaf, muz ve elma örnek verilmektedir (97).

Barsak mikrobiyomu, gastrointestinal sağlık ve hastalıklarda önemli rol oynamaktadır. Probiyotikler, terapötik müdahale için umut verici bir yöntemdir. Gastrointestinal sistemi uyarak bağışıklığı ve alınan tedavileri desteklemektedir. Barsak geçişini hızlandırıp kabızlığı önlemektedir. *Helicobakter pilori* eradikasyon tedavisinde antibiyotikle birlikte kullanıldığında ilaçların olumsuz etkisini azaltmakta ve iyileşme oranını artırdığı düşünülmektedir. Antibiyotiğe bağlı ishal sıklığını azaltmaktadır. Probiyotikler, kanserli hücrelerin büyümesini engellemektedir. Laktoz intoleransında ortaya çıkan semptomları azaltmakta ve antiobezojenik özellikleri artırmaktadır (98-100).

2.5.11.2. Posa/Lifli Beslenme

Posa, bitki temelli alınan gıdaların içinde bulunan, vücutta sindirilemeyen ve emilemeyen kısımlardır. Kurubaklagiller, sert kabuklu meyveler, kepekli tahıl ürünleri, sebzeler ve meyveler doğal posa kaynaklarıdır (19).

Karbonhidratlar ve diğer besin grupları vücutta sindirilir, emilir ve hemostatik dengeye yardımcı olur. Posa ise kullanılmadan vücuttan atılır. Boşaltım alışkanlığı kişiden kişiye farklılık göstermekle birlikte günlük beslenmeyle yakından ilişkilidir. Diyetle alınan posa fazla ise daha fazla defekasyon normaldir. Posa mide geçişini yavaşlatmakta, tokluk hissi vermektedir. Toksik maddelerin kolon lümeniyle temas süresini azaltarak karsinojenik etkisini göstermektedir. Diyetle alınan posa, ülseratif kolit, Chron hastalığı, diyare ve konstipasyon gibi bağırsak hastalıklarında tedavi planına dahil edilmektedir (101, 102).

2.5.12. Hijyen

Enfeksiyonun önlenmesinde etkinliği kanıtlanmış önlemler mevcuttur. El hijyeni, su sabun kullanılarak geçici floranın uzaklaştırılması, kanıtlanmış önlemlerden biridir. Güvenli besin ise besleyiciliğini kaybetmemiş, fiziksel, kimyasal ve mikrobiyolojik açıdan temiz besinlerdir. El hijyeni, güvenli besin, temiz su gibi faktörlerin sağlıklı ortamının korunması ve hastalık oluşturacak etmenlerin uzaklaştırılmasıyla hijyen- semptom ilişkisi olumlu sonuçlanmaktadır (103, 104).

2.5.13. Kronik Hastalıklar

Kronik hastalılara eşlik eden ve bu hastalıklara bağlı ortaya çıkan hastalıklar komorbid hastalıklar olarak tanımlanır. Komorbidite durumu hastalığın ve semptomların sürecini etkileyebilmektedir (105).

Diyabet tanısı almış hastalarda birçok komplikasyon görülmektedir. Gastrointestinal bozukluklar bu komplikasyonlardandır. Kan glikoz düzeyinin kontrol altına alınamamasına bağlı gelişen nöropati sonucu vagus siniri harabiyetine neden olmaktadır. Bu durumda diyabetik gastropareziye, konstipasyona ve diyareye neden olabilmektedir (106).

Kronik böbrek hastalarında (KBH) birçok gastrointestinal semptom görülse de mekanizmalar tam açıklanamamıştır. GİS motilitesini düzenleyen hormonların kandaki düzeylerin artması, hiperkalsemi, hipokalemi ve asidoz gibi etmenlerin bu semptomlara

neden olabileceği düşünülmektedir. Fidan ve arkadaşlarının yaptığı kronik böbrek yetmezliği olan hastaların üst gastrointestinal endoskopi sonuçlarını değerlendirdiği çalışmada endoskopi endikasyonları nakil hazırlığı, kanser taraması, GİS kanama, dispepsi, kusma ve ishal olarak sıralanmaktadır (107).

Kardiyovasküler hastalıkların gastrointestinal sistem ile olan ilişkisi splanknik dolaşım ile açıklanmaktadır. Splanchnik dolaşım kardiyak debinin yaklaşık %25'ni almakta ve sempatik sinir sistemi (SSS) ile kontrol edilmektedir. Kronik kalp yetmezliğinde SSS aktive olmakta ve splanknik dolaşım azalmaktadır. Sonuçta gastrointestinal mukozanın kanlanması azalmakta hastalıklara ve semptomlara zemin hazırlamaktadır (108).

2.5.14. *Helicobakter Piloni* Pozitifliği

Dünya çapında en yaygın kronik bakteriyel (gram-negatif) enfeksiyondur. Yaygınlığı coğrafi bölgelere, ekonomik durumu ve besin hijyenine göre değişir. Geniş aile, temiz su kaynağı, gelişmekte olan ülkede yaşam ve *Helicobakter Piloni* olan kişiyle yaşamak enfeksiyon için risk faktörleridir. Endoskopik biyopsi, antikör testleri, gaita antijen testleri ile teşhis edilir. Demir eksikliği anemisi, peptik ülser, mide kanserleri, B12 vitamin eksikliği, gastrit ve gastrointestinal semptomlar ile ilişkili bulunmuştur (109 –112).

2.6. Gastrointestinal Semptomlar ve Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi; kişinin kendini fiziksel, ruhsal, duygusal, sosyal olarak iyi olarak algılamasıdır. Bu algı kişinin, günlük aktivitelerinden tedavi beklentisine, iletişiminden genel durumuna birçok faktörü etkilemektedir. Yaşam kalitesini ölçmek için birçok ölçek düzenlenmiştir ve hastalık özelinde de oluşturulan ölçekler mevcuttur. Ayrıca bu ölçme araçları klinisyenlere, gastroenterologlara, takip, tedavi ve bakımını yapan hemşirelere hastaların günlük yaşantıdaki sorunları hakkında bilgi vermektedir (113, 114).

Genellikle hastalar birden fazla gastrointestinal semptom bildirmekte ve semptom kümesi olarak ifade etmektedirler. Bu ifadeler subjektiftir ve semptomun türü, şiddeti, miktarı hastadan hastaya değişiklik göstermektedir. Yine bu semptomlar hastanın algıladığı eşik değerle sınırlıdır. Gastrointestinal semptomlar günlük aktiviteleri ve kendini iyi hissetme duygusuna müdahale eder ve semptom yaşayanların semptom yaşamayan bireylere göre yaşam kalitesi daha düşüktür. Bu semptomları hafifletmek ya da tedavi etmek yaşam kalitesini önemli ölçüde artırmaktadır (114).

Özcan ve arkadaşlarının 104 genç erişkin ile yaptığı çalışmada dispepsinin yaşam kalitesini düşürdüğü ve tedavi sonrasında yaşam kalitesinin arttığı bulunmuştur. Yutma bozukluğu olan yaşlı bireyler ile tez çalışması yürüten Bayram ve Rakıcıoğlu, disfaji ile yaşam kalitesi arasında güçlü bir ilişki gözlemlemişlerdir. Kılıç ve arkadaşları yaptığı derlemede irritabl barsak sendromlu hastalarda yaşam kalitesini incelemiş ve semptomların şiddeti, süresi arttıkça yaşam kalitesinde azalma olduğunu göstermiştir. Koçyiğit yaptığı çalışmada sağlıklı çocuklar ile reflüsü olan çocukların yaşam kalitesini karşılaştırmış ve tedavi süresi, diyet süresi gibi nedenlerin yaşam kalitesini etkilediğini ortaya koymuştur. Çetinküner ve arkadaşları, Gastrointestinal Yaşam Kalitesi İndeksini (GİYKİ) kullanarak yaptıkları çalışmada asemptomatik safra kesesi taşı olan hastalarda ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası yaşam kalitelerini karşılaştırmış, ameliyat sonrası yaşam kalitesinin arttığını göstermiştir (115–119).

Literatürde gastrointestinal semptomlar ve yaşam kalitesi ilişkisi incelediğimizde bu semptomların ve yaşam kalitesinin tedavi, bakım ve eğitimde hemşireler ön plana çıkmaktadır. Hemşirelik bakımı sağlık bakımının hayati bir bileşeni olduğu ve hemşirelik bakımının kalitesinin hastaların yaşam kalitesi üzerine büyük etkisi vardır (120).

2.6.1. Gastrointestinal Semptomlar ve Hemşirelik Bakımı

Hemşirelik bakımındaki amaç semptomları azaltmak, günlük beslenme düzenini sağlamak, akılcı ilaç kullanımına yönlendirme ve günlük yaşam aktivitelerini tam bir iyilik haliyle sürdürmektir (121).

2.6.1.1. Özofagus Hastalıkları ve Semptomlarına Yönelik Hemşirelik Bakımları

- Ağrı tanınması yapılır. İlişkili faktörleri sorgulanır. Yemek yeme ve düz yatma ile olan ilişkisi sorgulanır.
- Kardiyak nedenli bir ağrı olup olmadığı araştırılmalıdır. Hekim istemine göre 12 deviasyonlu elektrokardiyografi çekilir.
- Endoskopi önerisi varsa işlem için gerekli hazırlığı yapılmalıdır.
- Yatak başının 17 – 18 cm yüksekte olması önerilir.
- Hastaların gereksiz ilaç kullanımı önlenmeli, kullanılan ilaçların ise zamanında ve düzenli şekilde alması sağlanmalıdır.
- Hastalar yatmadan 2 – 3 saat öncesinde yemeyi ve içmeyi sonlandırmalıdır.
- Kafein, çikolata, asitli içecekler, baharatlı yiyecekler, soğan, sarımsak, domates ve portakal gibi besinler kısıtlanır.

- Hastalar hızlı yeme ve öğün atlama gibi davranışlardan kaçınılmalıdır.
- Yemeklerden sonra egzersiz yapılmalı ve sıkı giysiler tercih edilmemelidir.
- Sigara ve alkol kullanılmamalıdır.
- Hastaların kilo kontrolü sağlanmalıdır.
- Reflüye bağlı aspirasyon riski için hasta bilgilendirilir.
- Elektrolit dengesizliği ve yeterli besin alamama açısından hasta takip edilmelidir.
- Ağız bakımının öneminden bahsedilir.
- Hastanın hastalığa dair soruları cevaplandırılır.
- Yutma durumu değerlendirilir (122).

2.6.1.2. Mide Hastalıkları ve Semptomlarına Yönelik Hemşirelik Bakımları

- Hekim istemine göre ilaç tedavisi planlanır.
- Sigara, alkol, kafein ve istem dışı ilaç kullanımı engellenir.
- Aldığı-çıkarıldığı takibi, yaşam bulguları takibi, deri turgoru takibi, kilo takibi ve bilinç durum takibi yapılır.
- Hastanın kısıtlaması yoksa günde 1.5 – 2 litre sıvı alması sağlanır.
- Beslenme durumu değerlendirilir, besinlere verdiği tepkiler takip edilir.
- Yemek öncesi ve sonrasında ağız bakımı yaptırılır.
- Ağrı takibi yapılır, artıran ve azaltan faktörler belirlenir.
- Gastrik semptomlar (bulantı, kusma, dispepsi vb.) yönünden hasta takip edilir.
- Stres ve yaşam tarzı ile ilgili bilgi verilir.
- Kanama durumlarında nazogastrik tüp takibi, laboratuvar bulguları takibi, yaşam bulguları takibi, hematemez, melena ve ağrı yönünden takip edilir.
- Yatmadan 2-3 saat önce yeme içme sonlandırılır (123).

2.6.1.3. Bağırsak Hastalıkları ve Semptomlarına Yönelik Hemşirelik Bakımları

- Hastanın beslenme alışkanlıkları, dışkılama alışkanlıkları değerlendirilir.
- Barsak sesleri dinlenir, hassasiyet ve distansiyon açısından muayene edilir.
- Yeterli ve dengeli beslenme, hidrasyon sağlanmalıdır.
- Ağrı takibi yapılır ve artıran, azaltan faktörleri belirlenir.
- Kolonoskopi ya da cerrahi işlem planlanıyorsa gerekli hazırlık için bilgi verilir.
- Hastanın aktivite ve egzersizi desteklenir.
- Gereksiz ilaç kullanımının önüne geçilmelidir.

- Aldığı-çıkardığı takibi, yaşam bulguları takibi, deri turgoru takibi, kilo takibi ve bilinç durum takibi yapılır.
- İrritabl barsak sendromu ve inflamatuvar barsak hastalığı olanların hastalıkla başetme yöntemleri desteklenir.
- Çiğ sebze ve meyve yıkanmadan tüketilmemeli, mümkünse kabuğu soyulup tüketilmelidir.
- Sosyal izolasyon önlenmelidir, hastalığını anlatabileceği kişilerden destek alınmalıdır (124).

2.6.2. Gastroskopi ve Hemşirelik Bakımı

Gastroskopi planı yapılan hastalar için işlem öncesi, işlem sırası ve işlem sırasında uygulanacak hemşirelik yaklaşımları sürecin komplikasyonsuz tamamlanması için önemlidir (25, 65).

2.6.2.1. Gastroskopi Öncesi Hemşirelik Bakımı

- İşlem güvenliği için midenin tamamen boş olması gerektiği anlatılır.
- İşlemden bir gün önce hafif bir akşam yemeği yenilmesi ve gece yarısından sonra hiçbir şey yenilmemesi ve içilmemesi anlatılır.
- Hastaya olası riskler anlatılır ve hastanın soruları cevaplandırılır.
- Hastaya refakatçi ile gelmesi söylenir.
- Hastaya ilaç alerjisi, kronik hastalığı, açlık durumu, üzerindeki kıymetli eşyaların teslimi, protez diş varlığı, kimlik bilgileri ve işlem onamları sorgulanır. Gerekli ise damaryolu açılır.
- İşlem odası hazırlanır, gastroskop cihazı hazırlanır ve donanım kontrolü sağlanır.
- Hasta başı monitör, pulsoksimetre, acil arabası, oksijen ve aspirasyon sistemi kontrol edilir.
- İşlem odası hijyenine mutlaka dikkat edilir (25, 65).

2.6.2.2. Gastroskopi Sırasında Hemşirelik Bakımı

- İşlem odasına alınan hastaya sol lateral pozisyon verilir, hastanın sol tarafında durulur.
- Hasta monitörize edilir, nazal oksijen bağlanır ve plastik ağızlık takılır.
- Uygulanacak anestezi protokolüne göre ekiple iletişim sağlanır.
- Hastayla konuşulur, ne yapıldığı açıklanır.

- Hastanın önüne sekresyon akabileceği için su geçirmez örtü ve gazlı bez serilmelidir. Hemşire hasta ağızlığını sabit tutmalıdır.
- Hastanın terleme, huzursuzluk, yüz ifadesi, ağrı belirtileri, solunum ve deri rengi açısından takip edilmelidir.
- Hastanın laboratuvar değerleri (INR, hepatit markerleri vb.), işlem endikasyonu değerlendirilir.
- İşlem sırasında uygulanacak tüm girişimsel işlemler kullanılacak malzemeleri hazır hale getirir ve işlemi yapan hekime yardımcı olunur (25, 65).

2.6.2.3. Gastroskopi Sonrası Hemşirelik Bakımı

- Hastaya işlem bitiği söylenir ve plastik ağızlık çıkarılır.
- İlk iki saatte hiçbir şekilde katı ve sıvı gıda almaması, genel durum ve bilinç durumu takibi sonrası iki saat sonra sıvı gıdalar ile başlayıp, 3-4 saat sonra normal gıda alımına başlayabileceği anlatılır.
- İşlem sonrası 24 saat dikkat gerektirecek işler yapmaması anlatılır.
- Ağrı, kanama, ateş, yutma sorunu, nefes darlığı ve bayılma hissi gibi semptom varlığında derhal hastaneye başvurulması anlatılır.
- Kullanılan gastroskopi dezenfeksiyon protokolü uygulanır (25, 65).

2.7. Endoskopi Hemşirelerin Görev, Yetki ve Sorumlulukları

Endoskopi hemşireliği gelişen teknoloji ile artan bilgi, donanım ve deneyimle ön plana çıkmaktadır. Bu özelliğinden dolayı görev, yetki ve sorumlulukları “Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik” ile 2010 yılında açıklanmıştır.

Hemşirenin genel görev, yetki ve sorumluluklarının yanı sıra;

- İşlem öncesi, endoskopi ünitesinde gerekli olan hazırlıkları yapar.
- Tanı ve tedavi amaçlı girişimler için bireyi bilgilendirir, işleme hazırlar, işlem sonrası ve sonrasında takip eder ve gerekli uygulamaları yerine getirir.
- Üst gastrointestinal sistem endoskopisi, alt gastrointestinal sistem endoskopisi, endoskopik retrograd kolanjiyo pankreatografi (ERCP) işlemlerinden önce hastanın hazırlıklarını kontrol eder, eksikliklerini tamamlar.
- Hasta güvenliği önlemlerini alır.
- ERCP ünitesinde radyasyon güvenliği önlemlerini alır.

- Kullanılan malzeme, alet ve cihazların temini, bakımı, temizliği ve sterilizasyonu sağlar. Endoskopların işleme hazır hale getirilmesi, işlemden sonra hastanın takibi ve gözlenmesi, kontamine endoskopların dezenfeksiyon ve sterilizasyon işlemlerinin yapılmasını sağlar.
- Endoskopi ünitesinin genel temizlik ve hijyenini sağlar.
- İşlemler sırasında steril şartların korunmasını sağlar.
- Acil girişimler ve invazif girişimler için gerekli olan malzemelerin yeterli ve daima kullanıma hazır tutulmasını sağlar.
- Hekim istemi ile premedikasyon uygular ve hastanın güvenliğini sağlar.
- Hastanın ve yakınlarının hastalık, tanı ve tedavi seçenekleri ile bakım konusundaki sorularını cevaplandırır, gerekli durumlarda hekimine yönlendirir.
- Kolonoskopiden önce barsak hazırlığı konusunda hastayı bilgilendirir (24).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi ve Amacı

Araştırma tanımlayıcı ve kesitsel tiptedir. Bu çalışmada gastroskopi için başvuran ve işlem sonrası organik bir nedeni bulunamayan hastaların gastrointestinal semptomlarını ve yaşam kalitesini değerlendirmek amaçlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırmanın verileri Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi Endoskopi Ünitesi'nde, 01.03.2024 – 31.08.2024 tarihleri arasında toplandı. Araştırmanın yapıldığı tarihte Endoskopi Ünitesi iki odada hizmet vermekteydi. Klinikte üç gastroenterolog hekim, iki asistan hekim, altı hemşire, iki sekreter ve iki temizlik personeli görev yapmaktaydı.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Bu araştırmanın evrenini için RTEÜ Eğitim ve Araştırma Hastanesi Endoskopi Ünitesi'nde Mart 2024 – Ağustos 2024 arasında gastroskopi yapılmış 2770 hasta oluşturdu. Araştırmanın örneklemi, dahil edilme kriterlerine uyan hastaların (n=128) tamamı oluşturdu.

3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

Araştırmaya;

- 18 yaş ve üzeri olan,
- Tanımlanmış gastrointestinal sistem hastalığı (siroz, hepatit, ülseratif kolit vb.) olmayan,
- Abdominal bölgeden cerrahi bir işlem geçirmeyen,
- Tedavi gerektiren psikiyatrik bir rahatsızlığı olmayan,
- Gastroskopi sonrası organik bir neden bulunamayan,
- Araştırmaya katılmayı kabul eden ve sözel iletişim kurabilen hastalar dahil edilmiştir.

3.5. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

Araştırmaya;

- 18 yaş altı olan,

- Gastroskopi sonrası organik bir neden bulunan (*Helicobacter pylori* pozitifliği, ülser, kanser vb.)
- Tanımlanmış gastrointestinal sistem hastalığı (siroz, hepatit, ülseratif kolit vb.) olan,
- Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen ve sözel iletişim kurulamayan hastalar dahil edilmemiştir.

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri ‘‘Hasta Bilgi Toplama Formu (Ek 1)’’, ‘‘Gastrointestinal Yaşam Kalitesi İndeksi (GİYKİ) (Ek 2)’’ ile toplandı.

3.6.1. Hasta Bilgi Toplama Formu

Literatür taranarak araştırmacılar tarafından hazırlanan bu form, sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum vb.), sağlık öyküsü (semptomları, endoskopi yaptıрма nedenleri vb.), beslenme alışkanlıkları (ana öğün sayısı, yemek hazırlama yöntemi vb.), posa içerikli besinlerin tüketilme sıklığı, prebiyotik/probiyotik içerikli besinlerin tüketilme sıklığını ve gastrointestinal semptom sıklığını içeren 32 sorudan oluşmaktadır (77, 81, 87).

3.6.2. Gastrointestinal Yaşam Kalitesi İndeksi

Gastrointestinal Yaşam Kalitesi İndeksi (GYKİ) (Ek 2), likert anket tarzında 36 parametreyi içermektedir. İlk 17 soruda hastaya hastalığının oluşturduğu fiziksel ve psikolojik durumlarını sorgularken, son 19 soruda 15 günlük periyotta yaşadığı semptomlar sorgulanmaktadır. Tablo 2’de belirtildiği gibi toplam GYKİ skoru 0-144 arasındadır ve her parametre 0 (en kötü) ile 4 (en iyi) arası skorlanmaktadır. GİYKİ skoru arttıkça yaşam kalitesi artmaktadır. Orijinal indeks, Eypasch ve arkadaşları tarafından 1995 yılında gastrointestinal hastalığı olan hastaların yaşam kalitesini ölçmek amaçlı geliştirilmiştir. İndeksin, ana semptomlar (Soru 18: ağrı, soru 19: şişkinlik, soru 20: gaz hissi, soru 21: gaz çıkarmak, soru 22: geğirme, soru 23: karında gurultu, soru 25: iştah kaybı, soru 35: diyet sıklığı, soru 36: kısıtlanmış yemek, soru 11: yorgunluk), fiziksel bulgular (soru 12: kötü hissetmek, soru 13: gece kalkmak, soru 14: görünüm, soru 15: güç, soru 16: tahammül, soru 17: formsuz hissetmek), psikolojik bulgular (Soru 1: tedaviden kötü etkilenmek, soru 6: sinirlilik, soru 7: üzüntü, soru 8: stres, soru 9: mutluluk, soru 10: hayal kırıklığı), sosyal bulgular (Soru 2: günlük aktiviteler, soru 3: boş zaman aktiviteleri,

soru 4: insani ilişkiler, soru 5: seksüel yaşam) ve hastalık bağımlı bulgular (soru 24: ishal, soru 26: gaitaya sıkışma, soru 27: gaita kaçırma, soru 28: kabızlık, soru 29: bulantı, soru 30: gaitada kan, soru 31: mide yanması, soru 32: regurjitasyon, soru 33: disfaji, soru 34: yeme hızı) olmak üzere beş alt boyuttan oluşmaktadır. Bu indeks farklı ülkelerde ve ülkemizde kullanılmıştır ve iyi bir geçerliliğe sahiptir (125-128). Bu çalışma için Cronbach's Alpha değeri 0.902 olarak hesaplandı ve güvenilir bulundu.

Çalışmada ayrıca, Gastrointestinal Yaşam Kalitesi İndeksi içinde yer alan son 15 günde yaşanan (16 adet) gastrointestinal semptomlar (karın ağrısı, şişkinlik, karında gaz hissi, gaz çıkarmak, geğirme, karında gurultu, ishal, iştah kaybı, acil büyük abdest yapma isteği, gaita kaçırma, kabızlık, bulantı, gaitada kan görme, mide yanması, ağza acı su gelme, yutma güçlüğü) değerlendirilerek gastrointestinal semptom sıklığı hesaplanmıştır. Semptomların sıklığı; sürekli (4), sıklıkla (3), bazen (2), nadiren (1) ve hiçbir zaman (0) olarak puanlandı. Toplam puan 0-64 puan aralığında hesaplandı.

Tablo 2. GİYKİ ve alt boyutları maksimum ve minimum puanları (n=128)

	Maksimum	Minimum
Ana Semptomlar	40.00	0.00
Fiziksel Bulgular	24.00	0.00
Psikolojik Bulgular	24.00	0.00
Sosyal Bulgular	16.00	0.00
Hastalık Bağımlı Bulgular	40.00	0.00
GİYKİ Puanı	144.00	0.00

*GİYKİ: Gastrointestinal Yaşam Kalitesi İndeksi

3.7. Veri Toplama Yöntemi

Araştırmacı, “Hasta Bilgi Toplama Formu (Ek 1)” ve “Gastrointestinal Yaşam Kalitesi İndeksi (GİYKİ) (Ek 2)” içeren formu hastalarla yüz yüze görüşerek veriler toplandı. 20-30 dakika içinde hastalara sorular yöneltildi ve hastaların verdiği cevaplar anket formuna kaydedildi. Hasta isimleri kayıt altına alınmadı.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Endoskopi Ünitesi'nde Mart – Ağustos 2024 tarihleri arasında gastroskopi için başvuran ve dahil

edilme kriterlerini sağlayan 128 hasta görüşü ile sınırlıdır. Bundan dolayı RTEÜ Eğitim ve Araştırma Hastanesi Endoskopi Ünitesi'nde gastroskopi yapılan hastaların tamamına genellenemez.

Yaygın olarak deneyimlenen gastrointestinal semptomlar subjektiftir ve hastalar için semptomlar zaman zaman normal olarak algılanabilir. Bundan dolayı semptomların bildirilmesi ve şiddeti hastadan hastaya ve anlık olarak değişebilir. Hastaların bu semptomlardaki algıladığı eşik değerle sınırlıdır.

3.9. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalardan sözel ve yazılı ‘‘Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu’’ (Ek 3) alındı. Ayrıca araştırmanın yapılabilmesi için Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı'ndan etik kurul onayı (17.01.2024/6) alındı (Ek 4). Araştırmanın yürütüleceği hastanenin bağlı olduğu Rize İl Sağlık Müdürlüğü'nden bilimsel araştırma izni (01.03.2024/Sayı: 238221735) olur yazısı alındı (Ek 5).

3.10. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 24 programı kullanılarak değerlendirildi. Bağımsız değişkenler; yaş, cinsiyet, beden kütle indeksi, eğitim durumu, medeni durum, yaşadığı yer, meslek grubu, gelir durumu, aile tipi, stres durumu, kronik hastalık, endoskopi başvuru nedeni, semptomları suresi ve şiddeti, endoskopi ykwsw, acile başvurma durumu, ilaç ykwsw, ağız sağlığı, içme su kaynağı ve günlük içilen miktar, sigara ve alkol ykwsw, beslenme alışkanlıkları, posa içerikli besinlerin tüketim sıklığı ve prebiyotik/probiyotik içerikli besinlerin (Yoğurt/ayran/kefir grubunda hastaların tamamı kefir tüketmediğini belirtmiştir) tüketim sıklığı olarak belirlendi. Bağımlı değişkenler ise; gastrointestinal yaşam kalitesi indeksi ve son 15 günde yaşanan gastrointestinal semptom puanı olarak belirlendi. Tanımlayıcı verilerin değerlendirilmesinde yüzdelik, ortalama, standart sapma yöntemleri kullanıldı. Normal dağılıma uygunluğuna bakmak için Kolmogrow Smirnov testi yapıldı. Ayrıca Kurtosis (basıklık) ve Skewness (arpıklık) katsayılarının -1 ile +1 aralığında olmasına bakıldı. Buna göre verilerin normal dağılıma uygun olduğu kabul edildi. İkili karşılaştırmalarda Independent t testi, çoklu karşılaştırmalarda ise One Way Anova testi kullanıldı. Bağımlı değişkenler (gastrointestinal yaşam kalitesi indeksi toplam puanı ve son 15 günde yaşanan gastrointestinal semptom sıklığı toplam puan ortalamaları) arasındaki ilişki Pearson

Korelasyon katsayısı ile değerlendirildi. Çoklu grup karşılaştırmalarında Bonferroni, LSD ve Sidak Düzeltmesi yapıldı. Bu sonuçlara dayanarak, tüm önemli değişkenler (cinsiyet, stres durumu, semptom şiddeti, acile başvurma durumu, mide ilacı kullanma durumu, ağrı kesici kullanma durumu, ağız içi yara durumu, ara öğün sayısı, yoğurt/ayran) ile bağımlı değişken (GİYKİ toplam puan) arasındaki ilişkileri açıklamak için çoklu regresyon analizi yapıldı. Bağımsız değişkenler kategorik olduğu için kukla değişkene dönüştürüldü ve referans değerler oluşturularak çoklu regresyon analizi kuruldu. Tolerance ve VIF değerlerine bakılarak koşulları sağlamayan bağımsız değişkenler modelden çıkarıldı (Tolerance: Her bir bağımsız değişkenin tolerans değerlerinin 0.2'den büyük olması gerekir, VIF: VIF değerlerinin 10'dan küçük olması gerekir.) (129). Anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edildi.

4. BULGULAR

Gastroskopi için başvuran ve işlem sonrası organik bir nedeni bulunamayan hastaların gastrointestinal semptomlarını, yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, hastanın sosyodemografik özelliklerini ve etiyolojik faktörlerini belirlemek amacıyla 128 hastayla yapılmış ve sonuçlar bu bölümde yer almıştır.

Tablo 3. Hastaların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı (n=128)

Sosyodemografik Özellikler	n (%)
Yaş (yıl)	18-29 yıl
	56 (43.8)
	30-39 yıl
	34 (26.6)
Cinsiyet	40-49 yıl
	26 (20.2)
	50 yıl üstü
	12 (9.4)
Beden Kütle İndeksi	Kadın
	88 (68.8)
	Erkek
	40 (31.2)
Eğitim Düzeyi	Zayıf
	9 (7.0)
	Normal kilolu
	53 (41.4)
Medeni Durum	Fazla Kilolu
	43 (33.6)
	Obez
	23 (18.0)
Yaşam Yeri	İlkokul
	15 (11.7)
	Ortaokul
	8 (6.2)
Meslek Grubu	Lise
	40 (31.3)
	Ön lisans
	22 (17.2)
Gelir Durumu	Lisans
	39 (30.5)
	Lisansüstü
	4 (3.1)
Aile Tipi	Evli
	75 (58.6)
	Bekar
	53 (41.4)
Meslek Grubu	Köy/Belde
	21 (16.4)
	İlçe
	41 (32.0)
Gelir Durumu	İl
	66 (51.6)
	Diğer*
	39 (30.5)
Aile Tipi	Ev Kadını
	36 (28.1)
	İşçi
	29 (22.7)
Gelir Durumu	Memur
	17 (13.3)
	Serbest Meslek
	7 (5.4)
Aile Tipi	Asgari Ücret Altı
	30 (23.4)
	Asgari Ücret
	6 (4.7)
Aile Tipi	Asgari Ücret Üstü
	92 (71.9)
	Çekirdek Aile
	107 (83.6)
Aile Tipi	Geniş Aile
	21 (16.4)

*Diğer; öğrenci, çiftçi, esnaf, satış sorumlusu, kasiyer, emekli

Tablo 3'te hastaların sosyodemografik özelliklerin dağılımına yer verilmiştir. Hastaların %43.8'i 18-29 yaş aralığında ve %68.8'i kadındır. Hastaların %41.4'ü beden kütle indeksine göre normal kiloludur. Hastaların %31.3'ü lise mezunu, %58.6'sı evlidir. Hastaların %51.6'sı ilde yaşamakta, %28.1'i ev kadını, %71.9'u gelir durumu asgari ücret üstünde ve %83.6'sı aile tipinin çekirdek aile olduğu belirlendi.

Tablo 4. Hastaların sağlık öyküsü özelliklerinin dağılımı (n=128)

Sağlık Öyküsü		n (%)
Stres Durumu	Evet	98 (76.6)
	Hayır	30 (23.4)
Kronik Hastalık Durumu	Yok	84 (65.6)
	Var	44 (34.4)
Endoskopiye Başvurma Nedeni	Mide Ağrısı	39 (30.5)
	Dispepsi	23 (18.0)
	Mide Yanması	17 (13.3)
	Bulantı	11 (8.6)
	Şişkinlik	10 (7.8)
	Tarama	10 (7.8)
	Vitamin / Demir Eksikliği	9 (7.0)
	Disfaji	5 (3.8)
	Diğer*	4 (3.2)
Semptom Süresi	12 ay ve altı	72 (56.3)
	13-36 ay	27 (21.1)
	37-60 ay	10 (7.8)
	60 ay üzeri	19 (14.8)
Semptom Şiddeti	0-2	3 (2.3)
	3-5	23 (18.0)
	6-8	77 (60.2)
	9-10	25 (19.5)
Endoskopi Öyküsü	Hayır	90 (70.3)
	1-2 kez	29 (22.7)
	3 kez ve üzeri	9 (7.0)
Acile Başvurma Durumu	Evet	63 (49.2)
	Hayır	65 (50.8)
Mide İlacı Kullanma Durumu	Evet	44 (34.4)
	Hayır	84 (65.6)
Ağrı Kesici Kullanma Durumu	Evet	48 (37.5)
	Hayır	80 (62.5)

Tablo 4. (Devam)

Ağız İçi Yara Durumu	Hiç	21 (16.4)
	Az	80 (62.5)
	Orta	20 (15.6)
	Çok	7 (5.5)
Dişlerin Durumu	Tam	55 (43.0)
	Eksik	48 (37.5)
	Çürük	17 (13.3)
	Takma	8 (6.2)
Sigara Kullanma Durumu	Evet	33 (25.7)
	Hayır	95 (74.3)
Alkol Kullanma Durumu	Evet	8 (6.2)
	Hayır	120 (93.8)

*Hematemez, ağız kokusu, hıçkırık

Tablo 4'te hastaların sağlık öyküsü özelliklerin dağılımına yer verilmiştir. Hastaların %76.6'sı kendini stresli olarak görmektedir. Hastaların %65.6'sının kronik bir hastalığı olmadığı, %30.5'i mide ağrısı şikâyeti olduğu, %18.0'inin dispepsi şikayetiyle endoskopi yaptırdığını saptanmıştır. Hastaların %56.3'ü semptom süresinin 12 ay ve altı olduğunu ve %60.2'si semptom şiddetinin 6-8 arası olduğunu bildirmiştir. Hastaların %70.3'ü daha önce endoskopi yaptırmadığını, %50.8'i acile başvurmadığını, %65.6'sı mide için ilaç kullanmadığını ve %62.5'i ağrı kesici kullanmadığını söylemiştir. Hastaların %62.5'inin ağız içi yara sıklığının az olduğunu, %43'ü dişlerinin tam olduğunu, %74.3'nün sigara kullanmadığını, %93.8'inin alkol kullanmadığını ifade etmiştir.

Tablo 5. Hastaların beslenme alışkanlıklarında ait özellikleri (n=128)

Beslenme Alışkanlıkları		n (%)
İçme Suyu Kaynağı	Şebeke suyu	71 (55.5)
	Kapalı hazır sular	32 (25.0)
	Kuyu / Köy çeşmesi	25 (19.5)
Tüketilen Su Miktarı/Günlük	5 bardak ve altı	56 (43.8)
	6-10 bardak	56 (43.8)
	11 bardak ve üstü	16 (12.4)
Ana Öğün Sayısı	1	14 (10.9)
	2	65 (50.8)
	3	49 (38.3)

Tablo 5. (Devam)

	Yok	57 (44.5)
Ara Öğün Sayısı	1	52 (40.6)
	2	12 (9.4)
	3 ve üzeri	7 (5.5)
Öğün Atlama Durumu	Evet	120 (93.8)
	Hayır	8 (6.2)
Yemeklerin Tüketilme Yeri	Evde	77 (60.2)
	İşyerinde	32 (25.0)
	Lokanta/Büfe/Kantin	12 (9.4)
	Hepsi	7 (5.4)
Sıklıkla Tercih Edilen Yemek Pişirme Yöntemi	Hepsi	56 (43.7)
	Fırında	27 (21.1)
	Kızartma	22 (17.2)
	Haşlama	11 (8.6)
	Kavurma	8 (6.3)
	Izgara	4 (3.1)
Yemek Yeme Usulü	Ayrı Tabak	83 (64.8)
	Ortak Tabak	45 (35.2)

Tablo 5'te hastaların beslenme alışkanlıklarına ait özelliklerin dağılımına yer verilmiştir. Hastaların %55.5'i şebeke suyu kullanmakta, %43.8'i 5 bardak ve altında, %43.8'i 6-10 bardak arası su içtiğini ifade etmiştir. Hastaların %50.8'i iki ana öğün, %40.6'sı bir ara öğün yapmakta ve %93.8'i öğün atlamaktadır. Hastaların %60.2'si yemeğini evinde yemekte olduğunu belirtmiştir. Hastaların yemek hazırlama yöntemi olarak %43.7'si tüm yöntemleri kullandığını ve %64.8'i yemek yerken ayrı tabaklarda yemek yediğini ifade etmiştir.

Tablo 6. Posa içerikli besinlerin tüketilme sıklığı (n=128)

Posa içerikli Besinler	Her gün	Haftada birkaç kez	Ayda birkaç kez	Hiçbir zaman
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Kurubaklagiller	10 (7.8)	81 (63.3)	35 (27.3)	2 (1.6)
Kuruyemişler	30 (23.4)	53 (41.4)	40 (31.3)	5 (3.9)
Tahıl Ürünleri	29 (22.7)	72 (56.3)	21 (16.3)	6 (4.7)
Sebzeler	38 (29.7)	57 (44.5)	29 (22.7)	4 (3.1)
Meyve	40 (31.3)	62 (48.4)	20 (15.6)	6 (4.7)

Tablo 6’da hastaların posa içerikli besinlerin tüketilme sıklığı yer almaktadır. Buna göre; hastaların %63.3’ü kurubaklagilleri, %41.4’ü kuruyemişi, %56.3’ü tahıl ürünlerini, %44.5’i sebze ve %48.4’ü meyveyi haftada birkaç kez tükettiğini ifade etmiştir.

Tablo 7. Prebiyotik/probiyotik içerikli besinlerin tüketilme sıklığı (n=128)

Prebiyotik/Probiyotik İçerikli Besinler	Her gün	Haftada birkaç kez	Ayda birkaç kez	Hiçbir zaman
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Yoğurt / Ayran	47 (36.7)	65 (50.8)	14 (10.9)	2 (1.6)
Süt	11 (8.6)	42 (32.8)	36 (28.1)	39 (30.5)
Peynir / Zeytin	86 (67.2)	25 (19.5)	11 (8.6)	6 (4.7)
Tereyağı	66 (51.6)	34 (26.6)	14 (10.9)	14 (10.9)
Sirke	13 (10.2)	34 (26.6)	31 (24.2)	50 (39.1)
Turşu	3 (2.3)	47 (36.1)	54 (42.2)	24 (18.8)
Soğan / Sarımsak	42 (32.8)	44 (34.4)	27 (31.1)	15 (11.7)
Ekmek	102 (79.7)	18 (14.1)	4 (3.1)	4 (3.1)
Bal	27 (21.1)	37 (28.9)	41 (32.0)	23 (18.0)

Tablo 7’de hastaların prebiyotik/probiyotik içerikli besinlerin tüketilme sıklığına yer verilmiştir. Hastalar %50.8’i haftada birkaç kez yoğurt/ayran, %32.8’i haftada birkaç kez süt, %67.2’si her gün peynir/zeytin, %51.6’sı her gün tereyağı, %10.2’si her gün sirke, %42.2’si ayda birkaç kez turşu, %34.4’ü haftada birkaç kez soğan/sarımsak, %79.7’si her gün ekmek, %32’si ayda birkaç kez bal tüketmekte olduğunu belirtmiştir.

Tablo 8. Son 15 günde yaşanan gastrointestinal semptom sıklığı (n=128)

Gastrointestinal Semptomlar	Sürekli	Sıklıkla	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Karın ağrısı	21 (16.4)	22 (17.2)	37 (28.9)	26 (20.3)	22 (17.2)
Şişkinlik	29 (22.6)	35 (27.3)	20 (15.6)	17 (13.3)	27 (21.1)
Karında Gaz Hissi	45 (35.2)	31 (24.2)	26 (20.3)	16 (12.5)	10 (7.8)
Gaz Çıkarmak	27 (21.1)	36 (28.1)	35 (27.3)	17 (13.3)	13 (10.2)
Geğirme	25 (19.5)	23 (18.0)	30 (23.4)	29 (22.7)	21 (16.4)
Karında Gurultu	28 (21.9)	28 (21.9)	37 (28.9)	18 (14.1)	17 (13.3)
İshal	5 (3.9)	16 (12.5)	34 (26.6)	33 (25.8)	40 (31.3)

Tablo 8. (Devam)

İştah Kaybı	15 (11.7)	17 (13.3)	37 (28.9)	27 (21.1)	32 (25.0)
Acil Dışkılama Yapma İsteği	9 (7.0)	17 (13.3)	31 (24.2)	33 (25.8)	38 (29.7)
Gaita Kaçırma	1 (0.8)	2 (1.6)	4 (3.1)	7 (5.5)	114 (89.1)
Kabızlık	11 (8.6)	14 (10.9)	33 (25.8)	25 (19.5)	45 (35.2)
Bulantı	18 (14.1)	23 (18.0)	18 (14.1)	28 (21.9)	41 (32.0)
Gaitada Kan Görme	1 (0.8)	1 (0.8)	11 (8.6)	12 (9.4)	103 (80.5)
Mide Yanması	10 (7.8)	22 (17.2)	32 (25.0)	22 (17.2)	42 (32.8)
Ağza Acı Su Gelme	12 (9.4)	19 (14.8)	30 (23.4)	34 (26.6)	33 (25.8)
Yutma Güçlüğü	5 (3.9)	11 (8.6)	21 (16.4)	26 (20.3)	65 (50.8)

Tablo 8’de hastaların son 15 günde yaşadığı gastrointestinal semptomların sıklığının dağılımına yer verilmiştir. Hastaların %35.2’si karında sürekli gaz hissi yaşadığını ifade etmiştir. Hastalar sıklıkla şişkinlik (%27.3) ve gaz çıkarma (%28.1) semptomları yaşadığını bildirmiştir. Hastaların karın ağrısı (%28.9), geğirme (23.4), karında gurultu (%28.9) ve iştah kaybı (28.9) semptomlarını bazen yaşadığı belirlenmiştir. Hastalar nadiren ağza acı su (%26.6) geldiğini belirtmiştir. Hastalar ishal (%31.3), acil büyük abdest yapma isteği (%29.7), gaita kaçırma (%89.1), kabızlık (%35.2), bulantı (%32.0), gaitada kan görme (%80.5), mide yanması (%32.8) ve yutma güçlüğü (%50.8) semptomlarını hiçbir zaman yaşamadığını ifade etmiştir.

Tablo 9. GİYKİ alt boyut ile toplam puan ortalamaları ve son 15 günde yaşanan gastrointestinal semptom sıklığı toplam puan ortalamaları (n=128)

	Ort±SS	Ortanca (IQR)	Max	Min
Ana Semptomlar	19.77±7.53	20 (14-26)	37.00	4.00
Fiziksel Bulgular	13.51±5.62	13.5 (9-18)	24.00	2.00
Psikolojik Bulgular	14.07±4.85	14 (11-18)	23.00	3.00
Sosyal Bulgular	11.18±2.82	11 (10-13)	16.00	5.00
Hastalık Bağımlı Bulgular	28.67±6.52	29 (24-34)	40.00	11.00
Gİ Semptom Sıklığı Toplam Puanları	25.32±110.79	27 (17-33)	48.00	3.00
GİYKİ Puanı	87.22±21.19	86.5 (69.25-101)	134.00	38.00

IQR: Interquartile range (25. ve 75. çeyrekler)

Tablo 9’da GİYKİ alt boyutları ortalamaları ile toplam puan ortalamaları ve son 15 günde yaşanan gastrointestinal semptom toplam puan ortalamalarına yer verilmiştir. Hastaların ana semptomlar alt boyut puan ortalaması 19.77 ± 7.53 , fiziksel bulgular alt boyut puan ortalaması 13.51 ± 5.62 , psikolojik bulgular alt boyut puan ortalaması 14.07 ± 4.85 , sosyal bulgular alt boyut puan ortalaması 11.18 ± 2.82 ve hastalık bağımlı bulgular alt boyut puan ortalaması 28.67 ± 6.52 olarak hesaplanmıştır. GYKİ toplam puan ortalaması 87.22 ± 21.19 , son 15 günde yaşanan gastrointestinal semptom sıklığı toplam puan ortalaması 25.32 ± 110.79 olarak bulunmuştur.

Tablo 10. Hastaların sosyodemografik özellikleri ile son 15 günde yaşanan gastrointestinal semptom sıklığı toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=128)

Sosyodemografik Özellikleri		Son 15 Günde Yaşanan Gastrointestinal Semptom Sıklığı Toplam Puan Ortalamaları		
		Ort±SS	Test	P
Yaş (yıl)	18-29 yıl	26.80±11.57	0.728*	0.537
	30-39 yıl	23.41±10.79		
	40-49 yıl	24.80±8.85		
	50 yıl ve üstü	24.91±11.07		
Cinsiyet	Kadın	26.04±10.92	1.129**	0.261
	Erkek	23.72±10.44		
Beden Kütle İndeksi	Zayıf	21.33±13.26	0.591*	0.622
	Normal Kilolu	26.37±10.10		
	Fazla Kilolu	25.00±11.20		
	Obez	25.04±10.84		
Eğitim Düzeyi	İlkokul	24.93±10.48	0.303*	0.910
	Ortaokul	29.25±6.92		
	Lise	25.05±12.00		
	Ön lisans	23.95±11.56		
	Lisans	25.79±10.48		
	Lisansüstü	24.50±6.13		
Medeni Durum	Evli	24.97±10.40	-0.431**	0.667
	Bekar	25.81±11.39		
Yaşam Yeri	Köy/Belde	26.00±11.02	0.125*	0.882
	İlçe	25.70±9.83		
	İl	24.86±11.40		

Tablo10. (Devamı)

Meslek Grubu	Memur	23.64±10.61	0.514*	0.726
	İşçi	23.79±10.46		
	Ev Kadını	25.72±10.26		
	Serbest Meslek	29.00±12.46		
	Diğer	26.15±11.52		
Gelir Durum	Asgari Ücret Altı	28.93±10.12	2.658*	0.074
	Asgari Ücret	28.00±4.73		
	Asgari Ücret Üstü	23.96±10.04		
Aile Tipi	Çekirdek Aile	24.95±10.73	-0.868**	0.387
	Geniş Aile	21.19±11.11		

*ANOVA; **Independent t Testi

Tablo 10’da hastaların sosyodemografik özellikleri ile son 15 günde yaşanan gastrointestinal semptom sıklığı toplam puan ortalamalarının karşılaştırılmasına yer verilmiştir. Yapılan bu karşılaştırmada istatistiksel açıdan anlamlı bir fark ($p>0.05$) çıkmamakla birlikte 18-29 yaş aralığında olanlar (26.80 ± 11.57), kadın cinsiyetinde olanlar (26.04 ± 10.92), ortaokul mezunları (29.25 ± 6.92), bekarlar (25.81 ± 11.39), köy/beldede yaşayanlar (26.00 ± 11.02), serbest meslek çalışanlar (29.00 ± 12.46), asgari ücretin altında ücret alanlar (28.93 ± 10.12) ve çekirdek aile tipindeki (24.95 ± 10.73) hastalar daha fazla gastrointestinal semptom sıklığı bildirmiştir.

Tablo 11. Hastaların sağlık öyküsü özellikleri ile son 15 günde yaşanan gastrointestinal semptom sıklığı toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=128)

Sağlık Öyküsü		Son 15 Günde Yaşanan Gastrointestinal Semptom Sıklığı Toplam Puan Ortalamaları		
		Ort±SS	Test	P
Stres Durumu	Evet	25.92± 10.56	1.154*	0.251
	Hayır	23.33±11.45		
Kronik Hastalık Durumu	Yok	25.69±10.89	0.535*	0.594
	Var	24.61±10.66		

Tablo 11. (Devam)

Endoskopiye Başvurma Nedeni	Dispepsi	26.73±8.62	0.772**	0.628
	Mide Ağrısı	25.71±12.39		
	Şişkinlik	30.10±9.92		
	Bulantı	26.72±7.90		
	Disfaji	26.60±4.87		
	Mide Yanması	22.29±9.63		
	Tarama	24.20±13.37		
	Vitamin / Demir Eksikliği	20.33±13.11		
Semptom Süresi	Diğer	22.75±12.97	1.219**	0.306
	12 ay ve altı	25.29±10.71		
	13-36 ay	26.77±9.45		
	37-60 ay	28.60±13.49		
	60 ay üzeri	21.63±11.15		
Semptom Şiddeti	0-2	29.33±16.07	2.843**	0.041
	3-5	19.82±9.66 ^a		
	6-8	25.93±9.87		
	9-10	28.00±12.65 ^a		
Endoskopi Öyküsü	Hayır	24.33±11.21	1.440**	0.241
	1-2 kez	27.10±10.56		
	3 kez ve üzeri	29.44±3.94		
Acile Başvurma Durumu	Evet	27.26±10.61	2.038*	0.044
	Hayır	23.43±10.69		
Mide İlacı Kullanma Durumu	Evet	27.56±10.17	1.719*	0.088
	Hayır	24.14±10.97		
Ağrı Kesici Kullanma Durumu	Evet	27.45±10.81	1.751*	0.082
	Hayır	24.03±10.63		
Ağız İçi Yara Durumu	Hiç	18.38±8.16 ^{a, b, c}	4.349**	0.006
	Az	26.12±10.14 ^a		
	Orta	27.20±11.87 ^b		
	Çok	31.57±14.29 ^c		
Dişlerin Durumu	Tam	23.85±10.27	1.181**	0.149
	Eksik	24.97±11.16		
	Takma	26.00±11.06		
	Çürük	30.71±10.42		
Sigara Kullanma Durumu	Evet	26.24±11.23	0.568*	0.571
	Hayır	25.00±10.67		
Alkol Kullanma Durumu	Evet	22.75±12.89	-0.695*	0.489
	Hayır	25.49±10.68		

*Independent t Testi; **ANOVA; a, b, c: Aynı harfler arasında farklılık vardır

Tablo 11’de hastaların sağlık öyküsü özellikleri ile son 15 günde yaşanan gastrointestinal semptom sıklığı toplam puan ortalamalarının karşılaştırılmasına yer verilmiştir. Semptom şiddeti ile son 15 günde yaşanan gastrointestinal semptom sıklığı

toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p=0.041$). Yapılan posthoc test sonucunda bu farklılığın semptom şiddeti 3-5 ve 9-10 olanlar arasında olduğu ve semptom şiddeti 9-10 olanların son 15 günde yaşanan gastrointestinal semptom sıklığı toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulundu (28.00 ± 12.65). Semptomlar nedeniyle acile başvuran hastaların (27.26 ± 10.61) son 15 günde yaşanan gastrointestinal semptom sıklığı toplam puan ortalamaları daha yüksek olup, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p=0.044$). Ağız içi yara sıklığı ile son 15 günde yaşanan gastrointestinal semptom sıklığı toplam puan ortalamasının arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p=0.006$). Yapılan posthoc test sonucunda; bu farklılıkların ağız içi yara sıklığı hiç-az, hiç-orta ve hiç-çok arasında olduğu saptanmıştır. Ağız içi yara sıklığı çok olanların son 15 günde yaşanan gastrointestinal semptom sıklığı toplam puan ortalamasının daha yüksek olduğu bulunmuştur (31.57 ± 14.29).

Bu çalışmada anlamlı fark bulunmamakla ($p>0.05$) beraber stresli olanlar (25.92 ± 10.56), kronik hastalığı olmayanlar (25.69 ± 10.89), şişkinlik nedeniyle endoskopiye başvuranlar (30.10 ± 9.92), üç ve üzerinde endoskopi yaptıranlar (29.44 ± 3.94), mide ilacı (27.56 ± 10.17) ve ağrı kesici kullananlar (27.45 ± 10.81), çürük dişi olanlar (30.71 ± 10.42) daha fazla gastrointestinal semptom bildirmiştir.

Tablo 12. Hastaların beslenme alışkanlıkları ile son 15 günde yaşanan gastrointestinal semptom sıklığı toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması ($n=128$)

Beslenme Alışkanlıkları		Son 15 Günde Yaşanan Gastrointestinal Semptom Sıklığı Toplam Puan Ortalamaları		
		Ort $\pm$ SS	Test	P
İçme Suyu Kaynağı	Kuyu / Köy Çeşmesi	26.84 $\pm$ 12.10	0.395*	0.675
	Şebeke Suyu	24.64 $\pm$ 10.71		
	Kapalı Hazır Sular	25.62 $\pm$ 10.05		
Tüketilen Su Miktarı/Günlük	5 bardak ve altı	24.10 $\pm$ 10.81	0.748*	0.475
	6-10 bardak	25.92 $\pm$ 11.33		
	11 bardak ve üstü	27.43 $\pm$ 8.61		
Ana Öğün	1	21.50 $\pm$ 10.48	1.081*	0.343
	2	26.16 $\pm$ 10.90		
	3	25.28 $\pm$ 10.69		
Ara Öğün	Yok	24.47 $\pm$ 10.97	1.381*	0.252
	1	24.67 $\pm$ 10.43		
	2	28.25 $\pm$ 10.43		
	3 ve üzeri	32.00 $\pm$ 11.60		
Öğün Atlama Durumu	Evet	25.21 $\pm$ 10.72	-0.420**	0.675
	Hayır	26.87 $\pm$ 12.40		

Tablo 12. (Devam)

Yemeklerin Tüketildiği Yer	Evde	26.31±10.42	1.185*	0.318
	İşyerinde	22.43±9.81		
	Lokanta / Büfe /Kantin	24.83±14.28		
	Hepsi	28.42±12.06		
Sıklıkla Tercih Edilen Yemek Pişirme Yöntemi	Izgara	27.75±13.45	1.367*	0.241
	Kızartma	20.77±12.33		
	Fırında	27.88±10.56		
	Haşlama	28.54±10.28		
	Kavurma	26.12±9.49		
	Hepsi	24.95±10.14		
Sofrada Yemek Yeme Usulü	Ayrı Tabakta	24.84±10.83	-0.678**	0.499
	Ortak Tabakta	26.20±10.76		

*ANOVA; **Independent t Testi

Tablo 12’de hastaların beslenme alışkanlıkları ile son 15 günde yaşanan gastrointestinal semptom sıklığı toplam puan ortalamalarının karşılaştırılmasına yer verilmiştir. Yapılan testler sonucu beslenme alışkanlıkları ile son 15 günde yaşanan gastrointestinal semptom sıklığı toplam puan ortalamalarının arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Ancak içme suyu kaynağı kuyu/köy çeşmesi olanlar (26.84 ± 12.10), 11 bardak ve üstünde su tüketenler (27.43 ± 8.61), üç ve üzeri ara öğün yapanlar (32.00 ± 11.60), öğün atlamayanlar (26.87 ± 12.40) ve ortak tabakta yemek yiyenler (26.20 ± 10.76) daha fazla gastrointestinal semptom deneyimlemiştir.

Tablo 13. Posa içerikli besinlerin tüketilme sıklığı ile son 15 günde yaşanan gastrointestinal semptom sıklığı toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=128)

Posa İçerikli Besinlerin Tüketilme Sıklığı		Son 15 Günde Yaşanan Gastrointestinal Semptom Sıklığı Toplam Puan Ortalamaları		
		Ort±SS	Test	P
Kurubaklagiller	Her gün	30.60±11.01	2.360*	0.075
	Haftada birkaç kez	24.71±10.57		
	Ayda birkaç kez	26.08±10.73		
	Hiçbir zaman	10.00±5.65		
Kuruyemiş	Her gün	25.80±9.65	0.149*	0.930
	Haftada birkaç kez	25.03±10.97		
	Ayda birkaç kez	25.67±11.13		
	Hiçbir zaman	22.60±15.22		
Tahıl Ürünleri	Her gün	26.82±12.20	1.307*	0.275
	Haftada birkaç kez	23.73±10.00		
	Ayda birkaç kez	27.40±10.20		
	Hiçbir zaman	29.66±14.26		

Tablo 13. (Devamı)

Sebze	Her gün	25.13±9.99	0.069*	0.976
	Haftada birkaç kez	25.77±11.12		
	Ayda birkaç kez	24.68±11.15		
	Hiçbir zaman	25.25±14.68		
Meyve	Her gün	26.50±9.59	1.009*	0.391
	Haftada birkaç kez	24.96±11.63		
	Ayda birkaç kez	22.60±9.64		
	Hiçbir zaman	30.16±12.79		

*ANOVA

Tablo 13'te posa içerikli besinlerin tüketilme sıklığı ile son 15 günde yaşanan gastrointestinal semptom sıklığı toplam puan ortalamalarının karşılaştırılmasına yer verilmiştir. Posa içerikli besinlerin tüketilme sıklığı ile son 15 günde yaşanan gastrointestinal semptom sıklığı toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$).

Fark olmamakla birlikte her gün kurubaklagil (30.60 ± 11.01) ve kuruyemiş (25.80 ± 9.65) tüketenler, tahıl ürünlerini (29.66 ± 14.26) ve meyveyi (30.16 ± 12.79) tüketmeyenler daha fazla gastrointestinal semptom bildirmiştir.

Tablo 14. Prebiyotik/probiyotik içerikli besinlerin tüketilme sıklığı ile son 15 günde yaşanan gastrointestinal semptom sıklığı toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=128)

Prebiyotik / Probiyotik İçerikli Besinlerin Tüketilme Sıklığı		Son 15 Günde Yaşanan Gastrointestinal Semptom Sıklığı Toplam Puan Ortalamaları		
		Ort±SS	Test	P
Yoğurt / Ayran	Her gün	28.63±11.41 ^a	2.995*	0.033
	Haftada birkaç kez	23.09±9.49 ^a		
	Ayda birkaç kez	25.78±12.11		
	Hiçbir zaman	16.50±10.60		
Süt	Her gün	29.72±12.83	1.262*	0.291
	Haftada birkaç kez	24.28±10.25		
	Ayda birkaç kez	26.86±10.10		
	Hiçbir zaman	23.76±11.24		
Peynir / Zeytin	Her gün	25.38±10.13	0.913*	0.437
	Haftada birkaç kez	23.28±10.76		
	Ayda birkaç kez	26.27±15.25		
	Hiçbir zaman	31.16±11.10		
Tereyağı	Her gün	26.34±10.49	1.368*	0.256
	Haftada birkaç kez	26.20±11.00		
	Ayda birkaç kez	22.92±9.06		
	Hiçbir zaman	20.71±12.66		

Tablo 14. (Devamı)

Sirke	Her gün	24.07±10.66	0.450*	0.718
	Haftada birkaç kez	26.29±10.14		
	Ayda birkaç kez	23.67±10.76		
	Hiçbir zaman	26.00±11.41		
Turşu	Her gün	32.66±15.50	1.208*	0.310
	Haftada birkaç kez	26.91±10.08		
	Ayda birkaç kez	23.75±11.37		
	Hiçbir zaman	24.79±10.09		
Soğan /Sarımsak	Her gün	26.09±9.63	2.440*	0.068
	Haftada birkaç kez	26.65±11.84		
	Ayda birkaç kez	20.51±8.91		
	Hiçbir zaman	27.86±12.09		
Ekmek	Her gün	24.97±11.07	1.677*	0.175
	Haftada birkaç kez	23.77±9.59		
	Ayda birkaç kez	31.75±4.78		
	Hiçbir zaman	34.75±7.63		
Bal	Her gün	27.14±10.33	0.477*	0.699
	Haftada birkaç kez	25.21±11.12		
	Ayda birkaç kez	23.97±9.67		
	Hiçbir zaman	25.73±12.85		

*ANOVA; a: Aynı harfler arasında fark vardır.

Tablo 14'te prebiyotik/probiyotik içerikli besinlerin tüketilme sıklığı ile son 15 günde yaşanan gastrointestinal semptom sıklığı toplam puan ortalamalarının karşılaştırılmasına yer verilmiştir. Yoğurt/ayran tüketim sıklığı ile son 15 günde yaşanan gastrointestinal semptom sıklığı toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p=0.033$). Yapılan posthoc test sonucunda bu farkın her gün-haftada birkaç kez tüketim arasında olduğu ve yoğurt/ayran tüketim sıklığı her gün olan hastaların son 15 günde yaşanan gastrointestinal semptom sıklığı puan ortalaması daha yüksek olduğu bulunmuştur (28.63 ± 11.41).

Farklılık olmamakla birlikte her gün süt (29.72 ± 12.83), tereyağı (26.34 ± 10.49), turşu (32.66 ± 15.50), bal (27.14 ± 10.33) tüketenler ve soğan/sarımsak (27.86 ± 12.09), ekmeği (34.75 ± 7.63) hiç tüketmeyenler daha fazla gastrointestinal semptom bildirmiştir.

Tablo 15. Hastaların sosyodemografik özellikleri ile GİYKİ alt boyut ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=128)

Sosyodemografik Özellikler		Ana Semptomlar			Fiziksel Bulgular			Psikolojik Bulgular			Sosyal Bulgular			Hastalık Bağımlı Bulgular			GİYKİ Puanı		
		Ort±SS	Test	P	Ort±SS	Test	P	Ort±SS	Test	P	Ort±SS	Test	P	Ort±SS	Test	P	Ort±SS	Test	P
Yaş (yıl)	18-29	18.75±7.92			12.39±5.32			13.00±5.10			11.16±2.56			27.76±6.49			83.07±21.64		
	30-39	20.88±7.51	1.117*	0.345	14.73±5.97	1.809*	0.149	14.24±4.77	2.217*	0.090	10.58±3.02	1.666*	0.178	29.61±6.96	1.147*	0.233	90.05±22.96	1.444*	0.233
	40-49	19.30±7.26			13.42±5.72			15.15±4.03			11.34±3.28			30.03±5.48			89.26±19.17		
	50 yaş ve üstü	22.41±5.94			15.50±5.17			16.25±4.83			12.66±1.87			27.33±7.36			94.16±15.82		
Cinsiyet	Kadın	19.37±7.64	-0.886**	0.377	12.44±5.26	-3.322**	0.001	13.21±4.71	-3.045**	0.003	11.09±2.87	-0.573**	0.568	27.93±6.58	-1.943**	0.054	84.05±20.70	-2.564**	0.012
	Erkek	20.65±7.31			15.87±5.73			15.95±4.69			11.40±2.72			30.32±6.16			94.20±20.84		
Beden Kütle İndeksi	Zayıf	22.55±10.02	0.894*	0.446	12.00±4.55	0.863*	0.462	13.22±5.11	0.393*	0.758	11.22±3.34	2.235*	0.087	30.22±6.68	0.203*	0.894	89.22±23.88	0.411*	0.745
	Normal Kilolu	18.66±7.26			12.84±5.54			14.13±4.53			10.54±3.02			28.71±6.29			84.90±20.20		
	Fazla Kilolu	20.27±7.24			14.13±5.99			13.72±5.13			11.37±2.38			28.53±6.87			88.04±21.71		
	Obez	20.30±7.71			14.47±5.50			14.91±5.15			12.30±2.65			28.26±6.70			90.26±22.25		
Eğitim Düzeyi	İlkokul	20.93±7.16	0.853*	0.515	14.46±5.06	0.684*	0.637	16.20±4.70	1.056*	0.388	12.60±2.79	1.475*	0.203	28.06±6.70	0.259*	0.934	92.26±17.30	0.610*	0.692
	Ortaokul	16.00±5.58			11.25±3.53			13.75±5.28			9.87±2.79			26.62±6.80			77.50±17.44		
	Lise	20.05±8.33			13.70±5.59			14.40±4.14			11.02±2.80			28.62±6.69			87.80±21.03		
	Ön Lisans	21.54±7.10			13.27±6.91			13.31±5.77			10.59±2.92			29.27±7.77			88.00±25.19		
	Lisans	18.79±7.46			13.20±5.64			13.23±5.02			11.30±2.80			29.12±5.93			85.66±21.85		
	Lisansüstü	20.00±6.97			17.00±2.94			15.75±3.59			12.25±1.25			28.00±4.08			93.00±14.21		
Medeni Durum	Evli	20.45±7.36	1.126**	0.226	13.88±5.84	0.871**	0.386	14.60±4.45	1.474**	0.143	11.02±2.88	-0.766**	0.445	28.66±6.45	-0.027**	0.979	88.62±20.31	0.888**	0.376
	Bekar	18.81±7.74			13.00±5.32			13.32±5.33			11.41±2.73			28.69±6.68			85.24±22.42		
Yaşam Yeri	Köy/Belde	18.85±7.84	0.218*	0.804	11.38±5.66	2.562*	0.081	12.57±4.86	1.212*	0.301	11.23±2.56	0.658*	0.519	28.00±7.44	0.588*	0.557	82.04±22.88	1.150*	0.320
	İlçe	19.70±6.38			13.12±5.23			14.26±4.65			10.78±2.55			28.04±6.30			85.92±17.58		
	İl	20.10±8.16			14.43±5.71			14.42±4.96			11.42±3.05			29.28±6.39			89.68±22.59		

Tablo 15. (Devam)

Meslek Grubu	Memur	20.41±7.16	0.498*	0.737	15.58±3.84	1.642*	0.168	15.58±4.48	0.849*	0.497	11.76±2.70	0.933*	0.447	30.06±6.42	0.730*	0.573	93.41±19.02	0.530*	0.714
	İşçi	20.17±7.52			12.13±6.27			12.93±4.58			10.89±3.10			29.76±6.36			85.89±21.32		
	Ev Kadını	20.38±7.08			12.50±5.47			14.00±4.23			10.77±3.02			27.64±6.79			85.30±18.56		
	Serbest Meslek	16.42±8.24			14.85±5.89			14.71±3.98			10.28±2.21			27.00±8.06			83.28±24.70		
	Diğer	19.23±8.16			14.33±5.66			14.20±5.80			11.69±2.53			28.47±6.34			88.00±23.97		
Gelir Durumu	Asgari Ücret Altı	17.30±7.16	2.319*	0.103	12.26±4.72	0.997*	0.372	13.13±4.71	0.782*	0.460	10.56±2.78	1.005*	0.369	26.56±6.35	2.457*	0.090	79.83±17.21	2.569*	0.081
	Asgari Ücret	18.83±5.45			13.33±5.12			15.00±3.68			11.00±2.96			27.16±5.19			85.33±13.38		
	Asgari Ücret Üstü	20.64±7.64			13.93±5.91			14.31±4.97			11.40±2.82			29.46±6.55			89.76±22.31		
Aile Tipi	Çekirdek Aile	19.80±7.56	0.102**	0.919	13.25±5.56	-1.197**	0.234	13.92±4.95	-0.761**	0.448	11.34±2.88	1.352**	0.179	28.92±6.43	0.960**	0.339	87.24±21.40	0.020**	0.984
	Geniş Aile	19.61±7.57			14.85±5.86			14.80±4.34			10.42±2.42			27.42±7.03			87.14±20.60		

*ANOVA; **Independent t Testi

Tablo 15’te hastaların sosyodemografik özellikleri ile GİYKİ alt boyut ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılmasına yer verilmiştir. Cinsiyet ile GİYKİ toplam puanı ($p=0.012$), fiziksel bulgular ($p=0.001$) ve psikolojik bulgular ($p=0.003$) alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır. Erkeklerin, GİYKİ toplam puanı (94.20 ± 20.84), fiziksel bulgular alt boyut toplam puanı (15.87 ± 5.73) ve psikolojik bulgular alt boyut toplam puanı ortalamaları (15.95 ± 4.69) kadınlara göre daha yüksekti.

Farklılık olmamakla birlikte 50 yaş ve üstünde olanların (94.16 ± 15.82), lisansüstü eğitimi olanların (93.00 ± 14.21), evli olanların (88.62 ± 20.31), il merkezinde yaşayanların (89.68 ± 22.59), memurların (93.41 ± 19.02) ve geliri asgari ücretin üstünde olanların (89.76 ± 22.31) yaşam kalitesi puanı daha yüksek bulundu.

Tablo 16. Hastaların sağlık öyküsü ile GİYKİ alt boyut ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=128)

Sağlık Öyküsü		Ana Semptomlar			Fiziksel Bulgular			Psikolojik Bulgular			Sosyal Bulgular			Hastalık Bağlımlı Bulgular			GİYKİ Puanı		
		Ort±SS	Test	P	Ort±SS	Test	P	Ort±SS	Test	P	Ort±SS	Test	P	Ort±SS	Test	P	Ort±SS	Test	P
Stres Durumu	Evet	19.30±7.63	-1.271*	0.206	12.66±5.64	-3.208*	0.002	13.15±4.78	-4.093*	0.000	10.89±2.94 ^a	-2.489*	0.015	28.16±6.51	-1.628*	0.106	84.18±21.65	-3.517*	0.001
	Hayır	21.30±7.11			16.30±4.64			17.06±3.84			12.13±2.17 ^b			30.36±6.40			97.16±16.28		
Kronik Hastalık Durumu	Yok	19.00±7.70	-1.614*	0.109	13.08±5.40	-1.203*	0.231	13.42±4.81	-2.092*	0.038	10.80±2.70	-2.122*	0.036	28.55±6.63	-0.287*	0.775	84.88±20.79	-1.744*	0.084
	Var	21.25±7.06			14.34±6.00			15.29±4.76			11.90±2.92			28.90±6.39			91.70±21.46		
Endoskopi Başvuru Nedeni	Dispepsi	18.17±6.72			13.00±4.85			13.47±4.24			10.95±2.60			28.60±6.09			84.21±18.28		
	Mide Ağrısı	19.66±7.97			12.46±5.63			13.79±5.25			10.92±2.63			28.61±7.30			85.46±22.72		
	Şişkinlik	16.90±7.57			14.00±5.16			14.50±6.38			11.20±3.35			26.20±6.40			82.80±23.24		
	Bulantı	20.90±5.26			12.00±3.13			11.54±4.78			11.45±2.65			26.45±4.63			82.36±13.41		
	Disfaji	18.20±3.27	0.610**	0.768	13.40±8.67	1.796**	0.084	13.00±3.67	1.127**	0.350	10.40±2.96	0.572**	0.799	26.40±4.56	1.046**	0.406	81.40±21.33	0.845**	0.565
	Mide Yanması	21.76±7.59			17.64±4.87			15.00±3.46			12.47±2.09			30.29±5.07			97.17±17.78		
	Tarama	21.00±8.29			14.80±6.95			16.80±5.20			10.90±3.66			28.40±9.82			91.90±29.46		
	Vitamin / Demir Eksikliği	20.77±10.08			11.22±6.43			15.77±4.84			11.11±3.91			33.00±5.29			91.88±21.90		
	Diğer	22.25±10.40			14.25±5.12			12.75±4.78			10.75±3.59			29.00±3.74			89.00±24.58		
Semptom Süresi	12 ay ve altı	19.68±7.21			13.45±5.57			14.70±4.68			11.27±2.84			28.73±6.67			87.86±20.29		
	13-36 ay	19.22±6.96	0.854**	0.467	13.40±6.45	0.274**	0.844	12.85±5.10	2.641**	0.052	10.66±2.90	1.264**	0.290	28.29±5.72	0.513**	0.674	84.44±22.71	1.305**	0.276
	37-60 ay	17.70±10.29			12.50±6.51			11.00±6.27			10.30±2.83			26.90±8.23			78.40±29.49		
	60 ay üzeri	22.00±8.01			14.42±4.25			15.00±3.57			12.05±2.52			29.94±6.34			93.42±16.37		
Semptom Şiddeti	0-2	18.00±10.53			15.00±5.56			18.33±6.42			11.66±5.13			26.33±9.07			89.33±32.71		
	3-5	22.86±8.18	1.679**	0.175	16.52±4.65 ^a	4.240**	0.007	16.78±4.10 ^{a,b}	4.651**	0.004	12.08±3.02	1.249**	0.295	31.91±5.30 ^a	3.272**	0.024	100.17±19.28 ^{a,b}	4.589**	0.004
	6-8	19.29±6.72			13.37±5.33			13.61±4.83 ^a			11.10±2.56			28.57±5.98			85.96±19.18 ^a		
	9-10	18.60±8.66			11.00±6.27 ^a			12.48±4.39 ^b			10.56±3.06			26.32±7.93 ^a			78.96±23.32 ^b		

Tablo 16. (Devam)

	Hayır	20.45±7.58			13.90±5.65			14.54±4.98			11.38±2.73			29.32±6.52			89.61±21.35		
Endoskopi Öyküsü	1-2 kez	18.62±7.88	1.483**	0.231	13.55±5.34	2.496**	0.086	13.17±4.31	1.589**	0.208	10.75±2.91	0.787**	0.457	27.58±7.05	1.752**	0.178	83.68±21.10	2.589**	0.079
	3 kez ve üzeri	16.66±4.79			9.55±5.29			12.22±4.86			10.55±3.50			25.77±3.19			74.77±14.69		
Acile Başvurma Durumu	Evet	18.34±7.59	-2.134*	0.035	11.73±5.46	-3.707*	0.00	12.46±4.95	-3.891*	0.00	10.47±3.06	-2.876*	0.005	27.55±6.62	-1.938*	0.055	80.57±21.28	-3.665*	0.00
	Hayır	21.15±7.27			15.24±5.26			15.63±4.24			11.87±2.38			29.76±6.29			93.67±19.14		
Mide İlacı Kullanma Durumu	Evet	17.93±7.23	-2.025*	0.045	11.84±5.70	-2.486*	0.014	12.31±3.97	-3.281*	0.001	10.65±2.76	-1.541*	0.126	27.20±6.28	-1.868	0.064	79.95±20.25	-2.890*	0.005
	Hayır	20.73±7.55			14.39±5.41			14.98±5.04			11.46±2.83			29.45±6.55			91.03±20.78		
Ağrı Kesici Kullanma Durumu	Evet	19.16±7.48	-0.704*	0.483	12.58±5.59	-1.458*	0.147	12.70±4.73	-2.507*	0.013	10.45±2.75	-2.302*	0.023	26.43±6.67	-3.111	0.002	81.35±20.93	-2.477*	0.015
	Hayır	20.13±7.59			14.07±5.60			14.88±4.77			11.62±2.78			30.02±6.09			90.75±20.68		
Ağız İçi Yara Durumu	Hiç	22.76±6.33			15.66±6.12 ^a			15.33±4.69 ^a			11.52±2.29			33.28±4.05 ^{a,b,c}			98.57±16.53 ^{a,b}		
	Az	19.51±7.48	2.261**	0.850	13.78±5.53	2.963**	0.035	14.63±4.87 ^b	4.581**	0.004	11.20±3.01	0.222**	0.881	28.31±6.03 ^a	5.629**	0.001	87.45±21.09	4.501**	0.005
	Orta	19.45±7.77			11.00±4.72 ^a			12.20±3.81			10.80±2.72			26.75±7.77 ^b			80.20±19.99 ^a		
	Çok	14.71±8.76			11.14±5.14			9.14±4.18 ^{a,b}			11.14±2.60			24.57±8.24 ^c			70.71±23.14 ^b		
Dişlerin Durumu	Tam	20.56±7.45			14.60±5.14			14.58±4.54			11.83±2.61			29.96±5.73			91.54±19.65		
	Eksik	19.64±7.65	1.094**	0.354	12.50±6.19	1.282**	0.284	13.02±4.76	1.250**	0.295	10.60±2.84	2.184**	0.093	28.66±6.71	2.437**	0.068	84.43±21.85	1.651**	0.181
	Takma	21.12±8.09			13.50±5.39			15.25±4.43			11.75±3.32			27.00±6.90			88.62±20.79		
	Çürük	16.94±7.14			12.88±5.39			14.82±6.07			10.47±2.89			25.35±7.43			80.47 ±23.07		
Sigara Kullanma Durumu	Evet	19.48±8.43	-0.254*	0.800	13.09±5.98	-0.502*	0.617	14.45±5.77	0.526*	0.600	11.09±2.61	-0.227*	0.821	28.55±6.37	-0.137*	0.892	86.66±23.50	-0.175*	0.861
	Hayır	19.87±7.24			13.66±5.52			13.93±4.52			11.22±2.90			28.72±6.61			87.42±20.46		
Alkol Kullanma Durumu	Evet	20.00±9.45	0.087*	0.930	14.25±4.83	0.380*	0.705	15.75±5.62	1.010*	0.314	11.50±2.32	0.322*	0.748	31.62±4.80	1.322*	0.189	93.12±22.84	0.812*	0.418
	Hayır	19.75±7.44			13.46±5.69			13.95±4.80			11.16±2.85			28.48±6.59			86.83±21.12		

*Independent t Testi; **ANOVA; a, b, c: Aynı harfler arasında fark vardır.

Tablo 16’da hastaların sağlık öyküsü ile GİYKİ alt boyut ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılmasına yer verilmiştir. Stres ile GİYKİ toplam puanı ortalaması ($p=0.001$), fiziksel bulgular alt boyutu puan ortalaması ($p=0.002$), psikolojik bulgular alt boyutu puan ortalaması ($p=0.000$) ve sosyal bulgular alt boyutu puan ortalaması ($p=0.015$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Stresli olmayanların GİYKİ toplam puanı ortalaması (97.16 ± 16.28), fiziksel bulgular alt boyut puan ortalaması (16.30 ± 4.64), psikoloji bulgular alt boyut puan ortalaması (17.06 ± 3.84) ve sosyal bulgular alt boyut puanı (12.13 ± 2.17) ortalaması stresli olanlara göre daha yüksekti.

Kronik hastalık varlığı ile GİYKİ psikolojik bulgular alt boyut puan ortalaması ($p=0.038$) ile sosyal bulgular alt boyut puan ortalaması ($p=0.036$) arasında istatistiksel olarak fark bulunmuştur. Kronik hastalığı olanların psikolojik bulgular alt boyut puanı ortalaması (15.29 ± 4.76) ve sosyal bulgular alt boyut puan ortalaması (11.90 ± 2.92) daha yüksek bulundu.

Semptom şiddeti ile GİYKİ toplam puan ortalaması ($p=0.004$), fiziksel bulgular alt boyutu puan ortalaması ($p=0.007$), psikolojik bulgular alt boyut puan ortalaması ($p=0.004$) ve hastalık bağımlı bulgular alt boyut puan ortalaması ($p=0.024$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. Fiziksel bulgular alt boyut puan ortalaması için yapılan posthoc testinin sonucunda farklılığın semptom şiddeti 3-5 ile 9-10 arasında olduğu ve semptom şiddeti 3-5 arası olan hastaların GİYKİ fiziksel bulgular alt boyut puan ortalaması (16.52 ± 4.65) daha yüksek olduğu görüldü. Psikolojik bulgular alt boyut puan ortalaması için yapılan posthoc testinin sonucunda farklılığın semptom şiddet 3-5 ile 6-8 ve 3-5 ile 9-10 arasında olduğu ve semptom şiddeti 3-5 arası olan hastaların GİYKİ psikolojik bulgular alt boyut puan ortalaması (16.78 ± 4.10) daha yüksek olduğu bulundu. Hastalık bağımlı bulgular alt boyut puan ortalaması için yapılan posthoc test sonucunda farklılığın 3-5 ile 9-10 arasında olduğu ve semptom şiddeti 3-5 arası olan hastaların GİYKİ hastalık bağımlı alt boyut bulgular puan ortalaması (31.91 ± 5.30) daha yüksek olduğu görüldü. GİYKİ toplam puan ortalaması için yapılan posthoc test sonucunda farklılığın 3-5 ile 6-8 ve 3-5 ile 9-10 arasında olduğu ve semptom şiddeti 3-5 arası olan hastaların GİYKİ toplam puan ortalaması (100.17 ± 19.28) daha yüksek olduğu bulundu.

Acile başvurma ile GİYKİ toplam puan ortalaması ($p=0.00$), ana semptomlar alt boyut puan ortalaması ($p=0.035$), fiziksel bulgular alt boyut puan ortalaması ($p=0.00$), psikoloji bulgular alt boyut puan ortalaması ($p=0.00$) ve sosyal bulgular alt boyut puan ortalaması ($p=0.005$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. Acile

başvurmayan hastaların GİYKİ toplam puan ortalaması (93.67 ± 19.14), ana semptomlar alt boyut puan ortalaması (21.15 ± 7.27), fiziksel bulgular alt boyut puan ortalaması (15.24 ± 5.26), psikolojik bulgular alt boyut puan ortalaması (15.63 ± 4.24) ve sosyal bulgular alt boyut puan ortalaması (11.87 ± 2.38) acile başvuran hastalara göre daha yüksek bulundu.

Mide ilacı kullananlar ile GİYKİ toplam puan ortalaması ($p=0.005$), ana semptomlar alt boyut puan ortalaması ($p=0.045$), fiziksel bulgular alt boyut puan ortalaması ($p=0.014$) ve psikolojik bulgular alt boyut puan ortalaması ($p=0.001$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Mide ilacı kullanmayan hastaların GİYKİ toplam puan ortalaması (91.03 ± 20.78), ana semptomlar alt boyut puan ortalaması (20.73 ± 7.55), fiziksel bulgular alt boyut puan ortalaması (14.39 ± 5.41) ve psikolojik bulgular alt boyut puan ortalaması (14.98 ± 5.04) mide ilacı kullananlara göre daha yüksek bulunmuştur.

Ağrı kesici kullananlar ile GİYKİ toplam puan ortalaması ($p=0.015$), psikolojik bulgular alt boyut puan ortalaması ($p=0.013$), sosyal bulgular alt boyut puan ortalaması ($p=0.023$) ve hastalık bağımlı bulgular alt boyut puan ortalaması ($p=0.002$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Ağrı kesici kullanmayan hastaların GİYKİ toplam puan ortalaması (90.75 ± 20.68), psikolojik bulgular alt boyut puan ortalaması (14.88 ± 4.77), sosyal bulgular alt boyut puan ortalaması (11.62 ± 2.78) ve hastalık bağımlı bulgular alt boyut puan ortalaması (30.02 ± 6.09) ağrı kesici kullananlara göre daha yüksek bulundu.

Ağız içi yara sıklığı ile GİYKİ toplam puan ortalaması ($p=0.005$), fiziksel bulgular alt boyut puan ortalaması ($p=0.035$), psikolojik bulgular alt boyut puan ortalaması ($p=0.004$) ve hastalık bağımlı bulgular alt boyut puan ortalaması ($p=0.001$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Fiziksel bulgular alt boyut puan ortalaması için yapılan posthoc test sonucunda farklılığın ağız içi yara sıklığı hiç ile orta sıklıkta grupları arasında olduğu ve ağız içi yarası olmayanların toplam puanı (15.66 ± 6.12) daha yüksek bulundu. Psikolojik bulgular alt boyut puan ortalaması için yapılan posthoc test sonucunda farklılığın ağız içi yara sıklığı hiç ile çok ve az ile çok grupları arasında olduğu ve ağız içi yarası olmayanların toplam puanının (15.33 ± 4.69) daha yüksek olduğu bulundu. Hastalık bağımlı bulgular alt boyut puan ortalaması için yapılan posthoc test sonucunda farklılığın ağız içi yara sıklığı hiç ile az sıklıkta, hiç ile orta sıklıkta ve hiç ile çok grupları arasında olduğu ve ağız içi yarası olmayanların toplam puanının

(33.28±4.05) daha yüksek olduğu bulundu. GİYKİ toplam puan ortalaması için yapılan posthoc test sonucunda farklılığın ağız içi yara sıklığı hiç ile orta ve hiç ile çok grupları arasında olduğu ve ağız içi yarası olmayanların toplam puanın (98.57±16.53) daha yüksek olduğu bulundu.

Farklılık bulunmamakla birlikte kronik hastalığı olanlar (91.70±21.46), semptom süresi 60 ay üzeri olanlar (93.42±16.37), daha önce endoskopi yaptırmayanların (89.61±21.35), dişleri tam olanların (91.54±19.65) ve sigara kullanmayanların (87.42±20.46) GİYKİ toplam puan ortalamaları daha yüksek bulundu.



Tablo 17. Hastaların beslenme alışkanlıkları ile GİYKİ alt boyut ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=128)

Beslenme Alışkanlıkları		Ana Semptomlar			Fiziksel Bulgular			Psikolojik Bulgular			Sosyal Bulgular			Hastalık Bağlı Bulgular			GİYKİ Puanı		
		Ort±SS	Test	P	Ort±SS	Test	P	Ort±SS	Test	P	Ort±SS	Test	P	Ort±SS	Test	P	Ort±SS	Test	P
İçme Suyu Kaynağı	Kuyu/Köy Çeşmesi	18.48±8.31			11.08±5.22 ^{ab}			11.84±5.01 ^a			11.16±2.67			27.00±7.26			79.56±22.61		
	Şebeke suyu	20.30±7.30	0.541*	0.584	13.94±5.46 ^a	3.106*	0.048	14.23±4.49	4.138*	0.018	11.11±2.80	0.095*	0.909	29.15±6.58	1.041*	0.356	88.74±19.97	2.098*	0.127
	Kapalı hazır sular	19.63±7.55			14.47±5.93 ^b			15.43±5.06 ^b			11.38±3.06			28.94±5.76			89.84±21.19		
Tüketilen Su Miktarı/Günlük	5 bardak ve altı	20.61±7.49			13.45±5.76			14.20±5.22			10.79±2.89			29.43±6.44			88.46±21.29		
	6-10 bardak	19.30±7.85	0.676*	0.510	13.21±5.89	0.505*	0.604	13.41±4.57	1.736*	0.180	11.34±2.93	1.427*	0.244	28.02±6.74	0.670*	0.514	85.28±21.91	0.434*	0.649
	11 bardak ve üstü	18.50±6.64			14.81±4.17			15.94±4.25			12.06±1.95			28.38±6.21			89.68±18.80		
Ana öğün	1	23.21±6.56			13.64±6.91			14.07±4.63			11.00±2.63			29.57±7.74			91.50±23.11		
	2	18.80±7.79	2.076*	0.130	13.87±5.14	0.340*	0.713	14.04±4.79	0.002*	0.998	11.41±2.99	0.429*	0.652	28.84±6.23	0.279*	0.757	86.98±20.70	0.329*	0.720
	3	20.08±7.27			13.00±5.93			14.10±5.09			10.93±2.65			28.20±6.65			86.32±21.58		
Ara öğün	Yok	20.68±7.56			14.43±4.96			14.77±4.78 ^a			11.33±2.76			29.35±6.49			90.57±19.14 ^a		
	1	19.48±7.47	0.821*	0.485	13.34±6.24	2.006*	0.117	14.57±4.61 ^b	4.793*	0.003	11.28±2.99	0.601*	0.616	29.34±6.18	2.999*	0.033	88.03±22.05	3.092*	0.030
	2	18.58±7.16			12.25±5.17			11.66±4.61			10.16±2.36			25.91±6.06			78.58±21.47		
	3 ve üzeri	16.57±8.77			9.42±5.38			8.71±3.72 ^{ab}			11.00±2.82			23.00±7.34			68.71±21.08 ^a		
Öğün Atlama Durumu	Evet	19.85±7.41	0.444**	0.658	13.43±5.57	0.639**	0.524	14.11±4.85	0.342**	0.733	11.18±2.89	0.064**	0.949	28.68±6.57	0.031**	0.975	87.25±21.12	0.048**	0.962
	Hayır	18.62±9.69			14.75±6.69			13.50±5.29			11.25±1.58			28.75±6.20			86.87±23.68		
Yemeklerin Tüketildiği Yer	Evde	19.30±7.39			13.26±5.39			14.22±4.47			11.19±2.88			28.09±6.72			86.06±20.08		
	İşyerinde	21.56±6.42	0.877*	0.455	14.22±5.94	0.876*	0.456	14.75±5.08	1.065*	0.366	11.75±2.82	1.390*	0.249	29.84±5.72	0.815*	0.488	92.12±20.07	0.982*	0.403
	Lokanta / Büfe /Kantin	19.17±11.09			14.75±6.51			12.42±6.35			9.83±2.82			30.08±7.04			86.25±30.37		
	Hepsi	17.86±6.89			11.00±5.32			12.14±5.24			10.86±1.57			27.43±7.32			79.28±20.07		

Tablo 17. (Devam)

Sıklıkla Öğün Hazırlama Yöntemi	Izgara	20.50±10.41			17.75±5.97			17.25±5.62			11.50±4.12			28.00±6.68			95.00±29.02		
	Kızartma	22.50±8.69			14.45±6.06			15.00±6.19			11.73±3.06			31.27±6.80			94.95±25.34		
	Fırında	17.26±8.05	1.378*	0.237	13.59±4.92	0.873*	0.501	13.41±4.74	1.059*	0.386	10.93±3.06	0.353*	0.879	27.89±5.93	1.030*	0.403	83.07±20.66	1.057*	0.387
	Haşlama	18.73±7.35			12.27±7.04			15.00±5.20			11.00±3.85			26.55±8.30			83.54±25.22		
	Kavurma	18.13±5.77			11.63±6.48			11.75±2.05			11.88±2.03			28.88±5.94			82.25±15.39		
	Hepsi	20.30±6.69			13.32±5.37			13.95±4.45			11.02±2.45			28.48±6.38			87.07±18.84		
Sofrada Yemek Yeme Usulü	Ayrı Tabakta	19.83±7.68	0.118**	0.907	14.00±5.41	1.326**	0.187	14.00±4.91	0.222**	0.825	11.01±2.92	0.955**	0.341	29.17±6.22	1.152**	0.251	88.01±20.80	0.568**	0.571
	Ortak Tabaklarda	19.66±7.33			12.62±5.97			14.20±4.82			11.51±2.63			27.78±7.05			85.77±22.05		

*ANOVA; ** Independent t Testi; a, b: Aynı harfler arasında fark vardır.

Tablo 17’de hastaların beslenme alışkanlıkları ile GİYKİ alt boyut ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılmasına yer verilmiştir. Su kaynağı ile GİYKİ fiziksel bulgular alt boyut puan ortalaması ($p=0.048$) ve psikolojik bulgular alt boyut puan ortalaması ($p=0.018$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. Fiziksel bulgular alt boyut puan ortalaması için yapılan posthoc test sonucunda farklılığın kuyu/köy çeşmesi ile şebeke suyu ve kuyu/köy çeşmesi kapalı hazır su grupları arasında olduğu saptandı. Kapalı hazır su grubunun fiziksel bulgular alt boyut toplam puan ortalaması (14.47 ± 5.93) daha yüksek olduğu görüldü. Psikolojik bulgular alt boyut puan ortalaması için yapılan posthoc test sonucunda farklılığın su kaynağı kuyu/köy çeşmesi olan ile hazır su kullananlar arasında olduğu ve kapalı hazır su kullananların psikolojik bulgular alt boyut toplam puan ortalaması (15.43 ± 5.06) daha yüksek olduğu görüldü.

Ara öğün sayısı ile GİYKİ toplam puan ortalaması ($p=0.030$), psikolojik bulgular alt boyut puan ortalaması ($p=0.003$) ve hastalık bağımlı bulgular alt boyut puan ortalaması ($p=0.033$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu. GİYKİ toplam puan ortalaması için yapılan posthoc test sonucunda farklılığın ara öğün tüketmeyenler ile ara öğün sayısı üç ve üzeri olanlar arasında olduğu görülmüştür ve ara öğün tüketmeyenlerin GİYKİ toplam puan ortalaması (90.57 ± 19.14) daha yüksek bulunmuştur. GİYKİ psikolojik bulgular alt boyut puan ortalaması için yapılan posthoc test sonucunda farklılığın ara öğün tüketmeyenler ile ara öğün sayısı üç ve üzeri olanlar ve ara öğün sayısı bir ile üç ve üzeri olanlar arasından kaynaklandığı görülmüştür. Ara öğün tüketmeyenlerin GİYKİ psikolojik bulgular alt boyut puan ortalaması (14.77 ± 4.78) daha yüksek bulunmuştur. Hastalık bağımlı bulgular alt boyut puan ortalaması için yapılan posthoc test sonucunda farklılığın ara öğün tüketmeyenler ile ara öğün sayısı üç ve üzeri olanlar ve ara öğün sayısı bir ile üç ve üzeri olanlar arasından kaynaklandığı görülmüştür. Ara öğün tüketmeyenlerin GİYKİ hastalık bağımlı bulgular alt boyut puan ortalaması (29.35 ± 6.49) daha yüksek bulunmuştur.

Farklılık olmamakla birlikte hazır su kullananların (89.84 ± 21.19), 11 bardak ve üzeri su içenlerin (89.68 ± 18.80), bir ana öğün tüketenlerin (91.50 ± 23.11), öğün atlayanların (87.25 ± 21.12) ve ayrı tabaklarda yemek yiyenlerin (88.01 ± 20.80) GİYKİ toplam puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 18. Hastaların posa içerikli besinlerin tüketilme sıklığı ile GİYKİ alt boyut ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=128)

Posa İçerikli Besinlerin Tüketilme Sıklığı		Ana Semptomlar			Fiziksel Bulgular			Psikolojik Bulgular			Sosyal Bulgular			Hastalık Bağlı Bulgular			GİYKİ Puanı		
		Ort±SS	Test	P	Ort±SS	Test	P	Ort±SS	Test	P	Ort±SS	Test	P	Ort±SS	Test	P	Ort±SS	Test	P
Kurubaklagiller	Her gün	16.10±7.23 ^a			12.30±6.05			12.40±5.58			11.20±2.61			26.20±7.08			78.20±23.58		
	Haftada birkaç kez	19.58±7.62	2.809*	0.042	13.44±5.34	2.568*	0.057	14.00±4.74	0.588*	0.624	11.49±2.80	1.231*	0.301	29.43±6.22	2.045*	0.111	87.95±20.97	1.828*	0.145
	Ayda birkaç kez	20.57±6.83			13.42±5.86			14.65±5.06			10.60±2.91			27.28±6.86			86.54±20.53		
	Hiçbir zaman	32.00±7.07 ^a			24.00±0.00			15.00±1.41			9.00±1.41			35.00±2.82			115.00±9.89		
Kuruyemiş	Her gün	18.33±6.80			13.26±5.54			14.26±4.94			11.23±3.27			28.56±6.09			85.66±20.70		
	Haftada birkaç kez	20.71±7.43	1.025*	0.384	14.47±5.50	1.031*	0.381	14.35±4.41	0.470*	0.703	11.49±2.58	0.720*	0.542	28.60±6.41	0.131*	0.941	89.64±20.51	0.516*	0.672
	Ayda birkaç kez	19.20±7.80			12.42±5.92			13.37±5.25			10.67±2.76			29.05±6.86			84.72±21.90		
	Hiçbir zaman	23.00±10.55			13.60±4.66			15.40±6.42			11.80±3.03			27.20±9.23			91.00±28.87		
Tahıl Ürünleri	Her gün	18.92±8.74			12.64±6.50			13.67±4.88			10.32±2.88			28.21±6.58			83.78±23.21		
	Haftada birkaç kez	20.69±7.01	1.392*	0.248	14.33±5.31	1.233*	0.301	14.41±4.65	0.902*	0.442	11.40±2.65	1.284*	0.283	29.72±6.27	1.765*	0.157	90.56±19.73	1.616*	0.189
	Ayda birkaç kez	19.18±6.61			12.50±5.69			14.22±5.75			11.31±3.12			26.45±6.33			83.68±22.23		
	Hiçbir zaman	14.83±10.00			11.50±3.98			11.16±3.25			12.16±3.25			26.50±8.73			76.16±21.55		
Sebze	Her gün	19.34±6.76			13.50±5.51			14.21±4.69			11.31±2.64			28.78±6.79			87.15±20.79		
	Haftada birkaç kez	20.08±7.49	0.079*	0.971	13.70±5.54	0.130*	0.942	14.59±4.81	1.025*	0.384	11.49±2.87	2.404*	0.071	28.00±6.59	0.626*	0.599	87.87±20.71	0.160*	0.923
	Ayda birkaç kez	19.79±8.17			13.03±5.67			13.27±5.13			10.89±2.78			30.00±6.09			87.00±21.79		
	Hiçbir zaman	19.25±12.81			14.50±9.32			11.00±4.96			7.75±2.50			27.75±6.99			80.25±34.21		
Meyve	Her gün	19.80±6.60			14.37±5.18			15.45±4.46 ^a			11.55±2.57			27.75±6.72			88.92±20.27		
	Haftada birkaç kez	19.48±8.06	0.574*	0.633	13.01±5.38	0.630*	0.597	13.72±4.80	2.754*	0.045	11.09±3.01	1.298*	0.278	29.17±6.43	1.271*	0.287	86.50±20.91	1.082*	0.359
	Ayda birkaç kez	21.40±7.19			13.80±7.48			13.60±5.20			11.35±2.79			30.05±6.31			90.20±23.27		
	Hiçbir zaman	17.16±9.60			12.00±4.04			10.00±4.73 ^a			9.16±2.04			25.16±6.36			73.50±22.74		

*ANOVA; a: Aynı harfler arasında farklılık vardır.

Tablo 18’de hastaların posa içerikli besinlerin tüketilme sıklığı ile GİYKİ alt boyut ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılmasına yer verilmiştir. Kurubaklagiller grubu ile GİYKİ ana semptomlar alt boyut puan ortalaması ($p=0.042$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. Yapılan posthoc testinin sonucunda farklılığın kurubaklagiller grubunu hiç tüketmeyen ve her gün tüketenler arasında olduğu ve kurubaklagilleri tüketmeyenlerin GİYKİ ana semptomlar alt boyut puan ortalaması (32.00 ± 7.07) daha yüksek olduğu bulundu.

Meyve grubu ile GİYKİ psikolojik bulgular alt boyut puan ortalaması ($p=0.045$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. Yapılan posthoc test sonucunda farklılığın meyveyi tüketmeyenler ile meyveyi her gün tüketenler arasında olduğu ve meyveyi her gün tüketenlerin GİYKİ psikolojik bulgular alt boyut puan ortalaması (15.45 ± 4.46) daha yüksek olduğu görüldü.

Tablo 19. Hastaların prebiyotik/probiyotik içerikli besinlerin tüketilme sıklığı ile GİYKİ alt boyut ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=128)

Prebiyotik / Probiyotik İçerikli Besinlerin Tüketilme Sıklığı		Ana Semptomlar			Fiziksel Bulgular			Psikolojik Bulgular			Sosyal Bulgular			Hastalık Bağlımlı Bulgular			GİYKİ Puanı		
		Ort±SS	Test	P	Ort±SS	Test	P	Ort±SS	Test	P	Ort±SS	Test	P	Ort±SS	Test	P	Ort±SS	Test	P
Yoğurt / Ayran	Her gün	17.55±7.70 ^{a,b}	3.310*	0.022	11.76±5.55 ^a	3.199*	0.026	13.70±4.90	0.557*	0.644	11.17±2.81	0.350*	0.789	26.48±7.23	3.721*	0.013	80.68±22.40 ^a	3.368*	0.021
	Haftada birkaç kez	20.95±6.91 ^a			14.80±5.42 ^a			14.41±4.64			11.35±2.80			30.41±5.30			91.93±18.86 ^a		
	Ayda birkaç kez	20.28±8.18			12.85±5.50			13.28±5.66			10.50±3.20			27.64±7.15			84.57±21.54		
	Hiçbir zaman	30.00±4.24 ^b			17.50±6.36			17.00±7.07			11.00±1.41			31.00±9.89			106.50±28.99		
Süt	Her gün	18.09±9.15	1.043*	0.376	11.00±6.27	1.491*	0.220	12.45±2.50	0.683*	0.564	10.27±3.03	3.171*	0.027	24.54±8.05	1.957*	0.124	76.36±21.98	1.792*	0.152
	Haftada birkaç kez	21.04±6.64			14.73±5.33			14.66±4.94			12.23±2.27 ^a			28.79±6.33			91.47±19.48		
	Ayda birkaç kez	18.36±7.29			13.25±5.42			13.72±5.41			10.61±2.72 ^a			28.52±6.22			84.47±20.09		
	Hiçbir zaman	20.17±8.15			13.15±5.83			14.20±4.75			10.84±3.14			29.87±6.32			88.25±23.02		
Peynir / Zeytin	Her gün	19.90±7.12	1.676*	0.176	13.56±5.75	1.645*	0.182	14.41±4.82	1.959*	0.124	10.96±2.90	1.939*	0.127	28.52±6.55	0.620*	0.603	87.38±20.70	2.071*	0.107
	Haftada birkaç kez	21.24±7.74			14.60±5.63			14.40±4.79			12.36±2.98			30.08±6.14			92.68±21.85		
	Ayda birkaç kez	18.63±9.71			13.09±4.57			12.90±5.48			10.72±1.19			27.63±7.36			83.00±23.01		
	Hiçbir zaman	13.83±6.96			9.00±4.14			9.83±2.63			10.33±1.96			27.00±6.75			70.00±14.95		
Tereyağı	Her gün	19.26±7.22	0.462*	0.709	13.67±5.74	0.425*	0.735	13.70±4.84	0.530*	0.662	10.95±2.98	0.704*	0.552	27.88±6.42	1.539*	0.208	85.45±21.19	0.811*	0.490
	Haftada birkaç kez	19.65±7.78			12.65±5.09			14.62±4.74			11.29±2.73			28.44±6.58			86.64±20.13		
	Ayda birkaç kez	20.57±7.68			14.14±6.36			13.50±4.93			11.07±3.10			30.07±4.67			89.35±21.54		
	Hiçbir zaman	21.71±8.71			14.29±5.92			15.07±5.43			12.14±1.92			31.64±8.00			94.85±23.73		
Sirke	Her gün	20.46±8.73	0.198*	0.897	14.54±5.58	0.347*	0.791	13.38±4.41	0.917*	0.435	11.00±3.03	1.369*	0.256	27.62±6.81	1.217*	0.306	87.00±23.14	0.587*	0.625
	Haftada birkaç kez	20.06±6.49			13.32±5.64			14.97±5.03			11.79±2.61			27.88±6.53			88.02±19.47		
	Ayda birkaç kez	20.19±7.87			14.03±6.38			14.52±4.95			11.52±3.16			30.58±6.03			90.83±22.14		
	Hiçbir zaman	19.14±7.85			13.06±5.23			13.36±4.80			10.62±2.65			28.32±6.70			84.50±21.47		

Tablo 19. (Devam)

Turşu	Her gün	15.33±9.02	0.494*	0.687	3.040*	0.032	3.120*	0.029	1.303*	0.276	1.469*	0.226	2.147*	0.098
	Haftada birkaç kez	19.47±7.37												
	Ayda birkaç kez	20.39±7.81												
	Hiçbir zaman	19.54±7.33												
Soğan /Sarımsak	Her gün	20.17±6.50	1.113*	0.346	0.680*	0.566	2.729*	0.047	3.853*	0.011	3.129*	0.028	2.413*	0.070
	Haftada birkaç kez	18.73±8.46												
	Ayda birkaç kez	21.70±6.44												
	Hiçbir zaman	18.27±9.03												
Ekmek	Her gün	20.40±7.59 ^a	3.503*	0.018	0.175*	0.913	1.031*	0.382	0.041*	0.989	1.763*	0.158	1.651*	0.181
	Haftada birkaç kez	19.61±6.49												
	Ayda birkaç kez	14.75±5.18												
	Hiçbir zaman	9.50±3.10 ^a												
Bal	Her gün	19.41±6.97	0.211*	0.889	0.758*	0.520	1.147*	0.333	0.982*	0.403	1.139*	0.336	0.741*	0.530
	Haftada birkaç kez	20.46±7.55												
	Ayda birkaç kez	19.85±7.50												
	Hiçbir zaman	18.96±8.57												

*ANOVA; a, b, c: Aynı harfler arasında farklılık vardır.

Tablo 19’da hastaların prebiyotik / probiyotik içerikli besinlerin tüketilme sıklığı ile GİYKİ alt boyut ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması görülmektedir. Yoğurt/ayran grubu ile GİYKİ toplam puan ortalaması ($p=0.021$), ana semptomlar alt boyut puan ortalaması ($p=0.022$), fiziksel bulgular alt boyut puan ortalaması ($p=0.026$) ve hastalık bağımlı bulgular alt boyut puan ortalaması ($p=0.013$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. GİYKİ ana semptomlar alt boyut puan ortalaması için yapılan posthoc test sonucunda farklılığın her gün ve haftada birkaç kez ile her gün ve hiçbir zaman arasında olduğu ve yoğurt/ayran tüketmeyenlerin GİYKİ ana semptomlar alt boyut puan ortalaması (30.00 ± 4.24) daha yüksek olduğu bulundu. GİYKİ fiziksel bulgular alt boyut puan ortalaması için yapılan posthoc test sonucunda farklılığın her gün tüketenler ile haftada birkaç tüketenler arasında olduğu ve haftada birkaç kez yoğurt/ayran tüketenlerin GİYKİ fiziksel alt boyut puan ortalaması (14.80 ± 5.42) daha yüksek olduğu bulundu. GİYKİ hastalık bağımlı bulgular alt boyut puan ortalaması için yapılan posthoc test sonucunda farklılığın her gün tüketenler ile haftada birkaç tüketenler arasında olduğu ve haftada birkaç kez yoğurt/ayran tüketenlerin GİYKİ hastalık bağımlı bulgular alt boyut puan ortalaması (30.41 ± 5.30) daha yüksek bulundu. GİYKİ toplam puan ortalaması için yapılan posthoc test sonucunda farklılığın her gün yoğurt/ayran tüketenler ile haftada birkaç kez tüketenler arasında olduğu ve haftada birkaç kez yoğurt/ayran tüketenlerin GİYKİ toplam puan ortalaması (91.93 ± 18.86) daha yüksek olduğu bulundu.

Süt grubu ile GİYKİ sosyal bulgular alt boyut puan ortalaması ($p=0.027$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. Yapılan posthoc test sonucunda farklılığın haftada birkaç süt tüketenler ile ayda birkaç kez süt tüketenler arasında olduğu ve haftada birkaç kez süt tüketenlerin GİYKİ sosyal bulgular alt boyut puan ortalaması (12.23 ± 2.27) daha yüksek olduğu bulundu.

Turşu grubu ile GİYKİ fiziksel bulgular alt boyut puan ortalaması ($p=0.032$) ve psikolojik bulgular alt boyut puan ortalaması ($p=0.029$) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Fiziksel bulgular alt boyut puan ortalaması için yapılan posthoc test sonucunda farklılığın her gün turşu tüketenler ile ayda birkaç kez turşu tüketenler ve her gün turşu tüketenler ile turşu tüketmeyenler arasında olduğu ve hiç turşu tüketmeyenlerin GİYKİ fiziksel bulgular alt boyut puan ortalaması (14.54 ± 5.44) daha yüksek olduğu bulundu. Psikolojik bulgular alt boyut puan ortalaması için yapılan posthoc test sonucunda farklılığın her gün turşu tüketenler ile haftada birkaç tüketenler arasında ve her gün turşu

tüketenler ile hiç turşu tüketmeyenler arasında olduğu ve hiç turşu tüketmeyenlerin GİYKİ psikoloji bulgular alt boyut puan ortalaması (15.25 ± 5.26) daha yüksek olduğu görüldü.

Soğan / sarımsak grubu ile GİYKİ psikolojik bulgular alt boyut puan ortalaması ($p=0.047$), sosyal bulgular alt boyut puan ortalaması ($p=0.011$) ve hastalık bağımlı bulgular alt boyut puan ortalaması ($p=0.028$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Psikolojik bulgular alt boyut puan ortalaması için yapılan posthoc test sonucunda ayda birkaç kez soğan/sarımsak tüketenler ile hiç tüketmeyenler arasında olduğu ve ayda birkaç kez tüketenlerin GİYKİ psikolojik bulgular alt boyut puan ortalaması (15.51 ± 4.78) daha yüksek bulundu. Sosyal bulgular alt boyut puan ortalaması için yapılan posthoc test sonucunda farklılığın haftada birkaç kez soğan/sarımsak tüketenler ile hiç tüketmeyenler arasında ve ayda birkaç kez tüketenler ile hiç tüketmeyenler arasında olduğu görülmüştür ve ayda birkaç kez soğan/sarımsak tüketenlerin GİYKİ sosyal bulgular alt boyut puan ortalaması (12.03 ± 2.02) daha yüksek bulundu. GİYKİ hastalık bağımlı bulgular alt boyut puan ortalaması için yapılan posthoc test sonucunda farklılığın her gün soğan/sarımsak tüketenler ile ayda birkaç kez tüketenler arasında olduğu görülmüş ve ayda birkaç kez soğan/sarımsak tüketenlerin GİYKİ hastalık bağımlı bulgular alt boyut puan ortalaması (31.81 ± 5.59) daha yüksek bulundu.

Ekmek grubu ile GİYKİ ana semptomlar alt boyut puan ortalaması ($p=0.018$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Yapılan posthoc test sonucunda farklılığın her gün ekmek tüketenler ile ekmek tüketmeyenler arasında olduğu ve her gün ekmek tüketenlerin GİYKİ ana semptomlar alt boyut puan ortalaması (20.40 ± 7.59) daha yüksek bulundu.

Tablo 20. GİYKİ ve son 15 günde yaşanan gastrointestinal semptom sıklığı toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki

Son 15 Günde Yaşanan Gastrointestinal Semptom Sıklığı Toplam Puan Ortalamaları		
Ana Semptomlar Alt Boyutu	r	-0.894
	p	0.00
Fiziksel Bulgular Alt Boyutu	r	-0.449
	p	0.00
Psikolojik Bulgular Alt Boyut	r	-0.397
	p	0.00

Tablo 20. (Devam)

Sosyal Bulgular Alt Boyutu	r	-0.351
	p	0.00
Hastalık Bağımlı Bulgular Alt Boyutu	r	-0.887
	p	0.00
GİYKİ Toplam Puanı	r	-0.848
	p	0.00

*r: Pearson Korelasyon Katsayısı

Tablo 20’de Gastrointestinal Yaşam Kalitesi İndeksi ile son 15 günde yaşanan gastrointestinal semptom sıklığı toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki verilmiştir. GİYKİ ana semptomlar alt boyut puanı ($r=-0.894$; $p=0.00$) ve GİYKİ hastalık bağımlı bulgular alt boyut puanı ($r=-0.887$; $p=0.00$) ile son 15 günde yaşanan gastrointestinal semptom sıklığı toplam puan ortalaması arasında negatif yönlü anlamlı yüksek düzeyde bir ilişki bulunmuştur. GİYKİ fiziksel bulgular alt boyut puanı ($r=-0.449$; $p=0.00$), GİYKİ psikolojik bulgular alt boyut puanı ($r=-0.397$; $p=0.00$) ve GİYKİ sosyal bulgular alt boyut puanı ($r=-0.351$; $p=0.00$) ile son 15 günde yaşanan gastrointestinal semptom sıklığı toplam puan ortalaması arasında negatif yönlü anlamlı orta düzeyde bir ilişki bulunmuştur. GİYKİ toplam puanı ile son 15 günde yaşanan gastrointestinal semptom sıklığı toplam puan ortalaması arasında negatif yönlü anlamlı yüksek düzeyde bir ilişki bulunmuştur ($r=-0.848$; $p=0.00$).

Tablo 21. GİYKİ toplam puan ortalaması ve bazı değişkenler arasındaki ilişkiyi açıklayan regresyon analiz sonuçları

Değişken	B	Standart Hata B	β	t	p	İkili r	Kısmi r
Sabit	81.759	5.226		15.644	0.000		
Cinsiyet / Erkek	7.486	3.597	0.164	2.862	0.040	0.157	0.193
Stres / Hayır	8.897	4.062	0.179	2.190	0.031	0.166	0.203
Semptom Şiddeti / 3-5	13.093	4.575	0.238	2.862	0.005	0.216	0.261
Semptom Şiddeti / 9-10	-1.104	4.332	-0.021	-0.255	0.799	-0.019	-0.024
Acile Başvurma Durumu / Evet	-6.685	3.447	-0.158	-1.939	0.055	-0.147	-0.180
Mide İlacı Kullanımı / Evet	-5.086	3.660	-0.114	-1.390	0.167	-0.105	-0.130
Ağrı Kesici Kullanımı/ Evet	-5.315	3.726	-0.122	-1.426	0.157	-0.108	-0.134
Ağız İçi Yara Durumu / Hiç	6.462	4.751	0.113	1.360	0.177	0.103	0.127
Ağız İçi Yara Durumu / Orta	-4.091	4.748	-0.070	-0.862	0.391	-0.065	-0.081

Tablo 21. (Devam)

Ara Öğün Sayısı / 1	1.651	3.746	0.038	0.441	0.660	0.033	0.042
Ara Öğün Sayısı / 2	-0.482	6.267	-0.007	-0.077	0.939	-0.006	-0.007
Ara Öğün Sayısı / 3	-5.865	8.001	-0.063	-0.733	0.465	-0.055	-0.069
Yoğurt-Ayran / Haftada Birkaç Kez	7.970	3.762	0.189	2.119	0.036	0.160	0.196
Yoğurt-Ayran / Ayda Birkaç Kez	8.455	5.946	0.125	1.422	0.158	0.108	0.133
Yoğurt-Ayran / Hiçbir Zaman	15.315	13.701	0.090	1.118	0.266	0.085	0.105
R=600 R ² =0.359 F=4.190 p=0.00							

Tablo 21’de hastaların anlamlı çıkan özelliklerinin GİYKİ toplam puan ortalamasını etkileme durumuna yer verilmiştir. Erkek cinsiyeti, stresi olmayanlar, semptom şiddeti 3-5 arası olanlar ve hafta birkaç kez yoğurt/ayran tüketenler ile GİYKİ toplam puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki göstermiştir (R=600, R² =0.359, F=4.190, p<0.05). Söz konusu dört değişken GİYKİ toplam puan ortalamalarındaki değişimin %36’sını açıklamaktadır. Standartlaştırılmış regresyon katsayılarına göre yordayıcı (bağımsız) değişkenlerin GİYKİ toplam puan ortalaması üzerindeki önem sırası; semptom şiddet /3-5 (β =0.238), yoğurt-ayran/ haftada birkaç kez (β =0.189), stres / hayır (β =0.179) ve cinsiyet/ erkek (β =0.164) olduğu tespit edilmiştir.

5. TARTIŞMA

Gastrointestinal sistemde organik ya da organik olmayan neden ile birçok semptom ortaya çıkmakta, birçok faktörün etkisiyle semptom şiddeti artmakta ve yaşam kalitesini etkilemektedir (1, 3). Yapılan gastroskopi ile bu semptomların nedenleri araştırılmaktadır. Ancak, bazı hastalar için organik bir neden bulunamamaktadır ve hastanın semptomları devam edebilmektedir (5). Bu bölümde, gastroskopi yapılan ancak, organik bir nedeni bulunmayan hastaların gastrointestinal semptomlarının ve yaşam kalitesinin değerlendirildiği çalışmadan elde edilen sonuçlar, literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Literatürde, yaşla birlikte semptomların arttığı, gastrointestinal sistemde fiziksel değişimler meydana geldiği, yaşlı bireylerin %35-40'ı yıl içinde en az bir defa gastrointestinal semptom yaşadığını bildirmektedir (77-79). Subjektif semptomları devam eden ancak gastroskopi sonuçları normal çıkan bu çalışmada hastaların çoğunluğu 18-29 yaş arasındadır. Organik bir nedene dayanmayan semptomların daha çok gençleri etkilediği sonucuna varılabilir.

Cinsiyet için gastrointestinal semptomlar üzerine yapılan çalışmalarda anlamlı farklılık görülmemektedir (35). Bu çalışmada da anlamlı farklılık olmamakla birlikte kadınlarda daha fazla semptom bildirmiştir. Cinsiyet ile GİYKİ toplam puan ortalamalarının karşılaştırıldığı farklı bir çalışmada da kadın cinsiyetin yaşam kalitesinin daha düşük olduğu ileri sürülmüştür (130). Bu çalışmada da erkek cinsiyetin yaşam kalitesi toplam puanı kadınlara göre daha yüksek bulundu. Bu doğrultuda kadınların sosyal hayatının genelde ev içinde devam etmesi ve evdeki sorunlarla daha fazla yüzleşmeleri, daha çok strese maruz kalmaları ve tüm sorunlarla baş edememeye bağlı olarak, daha fazla subjektif semptom deneyimlemelerine ve yaşam kalitesinin daha düşük olmasına neden olmuş olabilir.

Literatürde hem evli hem de bekar hastaların daha fazla gastrointestinal semptom bildirdiği çalışmalar bulunmaktadır (131-133). Çalışmada istatistiksel olarak fark anlamlı olmamakla birlikte bekar olanların gastrointestinal semptom puanı; evli olanların ise yaşam kalitesi puanı daha yüksekti. Evli olanların fiziksel, sosyal, psikolojik açıdan eş desteğinin olması ve düzenli bir günlük yaşantıya sahip olması daha az semptom bildirmesine ve daha iyi yaşam kalitesine yol açtığı yorumu yapılabilir.

Beden kütle indeksi ile gastrointestinal semptomlarda yapılan çalışmalarda artan beden kütle indeksinin semptomlarla ilişkili olan çalışmalar olmakla birlikte ilişki

bulunmayan çalışmalarda mevcuttur. Çalışmada normal kilolu hastalar daha fazla semptom bildirmiş ancak ilişkili bulunmamıştır. Beden kütle indeksi normalin üstünde olan hastaların deneyimlediği gastrointestinal semptomların normalleştiği ve subjektif bildirimde bu durumun etkili olduğu düşünülebilir (83, 134).

Eğitim ile gastrointestinal semptomlarda yapılan çalışmalarda semptom yaşayan kişilerin genellikle eğitim düzeyi düşük bulunurken (89, 135), bu çalışmada ortaokul mezunu olanlar daha fazla gastrointestinal semptom bildirdi ve anlamlı olmamakla birlikte lisansüstü mezunlarının yaşam kalitesi puanı daha yüksek bulundu. Eğitim bireylerin sağlık arayışlarını, semptomları değerlendirme ve ifade etme şekillerini etkileyerek daha olumlu sonuçlara neden olabilir.

Meslek grubu açısından literatür tarandığında karın ağrısının değerlendirildiği bir çalışmada anlamlı bir fark bulunurken, başka bir çalışmada anlamlı bir fark bulunmamıştır (136, 137). Yaptığımız bu çalışmada anlamlı fark olmamakla birlikte memurların yaşam kalitesi puanı daha yüksek bulundu. Ancak serbest meslek grubu daha fazla gastrointestinal semptom bildirdi. Serbest meslek gurubunda farklı işlere yönelim ve bu süreçte başka faktörlere maruz kalması daha fazla gastrointestinal semptom deneyimlemesine neden olmuş olabilir.

Stres ile gastrointestinal sistem semptomları arasında olan ilişkiyi inceleyen araştırmalar incelenmiş ve gastrointestinal semptomlar ile stres arasında anlamlı fark bulunmuştur (2, 138). Çalışmada stresli olanlar daha fazla gastrointestinal semptom bildirmiş olsalar da anlamlı bir ilişki görülmemiştir. Stres ile GİYKİ karşılaştırıldığı araştırmalar incelendiğinde Kanchibhotla ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada stresle başetme için meditasyon yaptırmış, öncesinde ve sonrasında yaşam kalitesini ölçmüş ve hastaların yaşam kalitesinde iyileşme olduğunu göstermiştir (139). Çalışmada stres ve GİYKİ arasında ilişki incelendiğinde kendini stresli görmeyenlerin yaşam kalitesi puanları daha yüksek ve anlamlı olduğu ve literatürü desteklediği görüldü.

Bu çalışmada katılımcıların endoskopiye başvurma nedeni olan semptomun şiddeti sorgulanmış ve büyük çoğunluğu 6-8 arası semptom şiddeti belirtmiştir. Bu doğrultuda literatür incelendiğinde konuyu ele alan çalışma bulunamamıştır. Çalışmada semptom şiddeti ve gastrointestinal semptom sıklığı puanı ilişkili buldu ve semptom şiddeti arttıkça gastrointestinal semptom sıklığı da artmıştır. Çalışmamızda semptom şiddeti ile yaşam

kalitesi puanları da anlamlı bulundu. Farklılığın olduğu gruplar değerlendirildiğinde semptom şiddeti azaldıkça yaşam kalitesinin arttığı belirlendi.

Çalışmamızda acile başvuran hastaların daha çok gastrointestinal semptom bildirdiği saptandı. Acile başvurmeyen hastaların yaşam kalitesi puanları daha yüksekti. Hastaların deneyimlediği semptomlar arttıkça yardım arama davranışları ve yaşam kalitesi etkilenmiş olabilir.

Literatürde mide ilacı ile yaşam kalitesinin incelendiği çalışmaya rastlanmamaktadır. Çalışmada anlamlı olmamakla birlikte mide rahatsızlığı için ilaç kullananların gastrointestinal semptom sıklığı mide için ilaç kullanmayanlara göre daha fazladır. Mide rahatsızlığı için ilaç kullanmayanların yaşam kalitesi puanları daha yüksek ve anlamlı bulundu. Hastalar semptom sıklığı arttıkça ilaç tedavisine yönelmiş ve rahatlama istemiş olabilirler. Daha fazla semptom yaşadıkları içinde yaşam kalitesine olumsuz yönde etki etmiş olabilir. İlaç almayı gerektirecek kadar mide ağrısı yaşamak bireyin sağlık algısını, günlük işlevlerini olumsuz etkileyerek genel yaşam kalitesinde bozulmaya yol açabilir.

Bu çalışmada anlamlı olmamakla birlikte ağrı kesici kullanan hastalar daha fazla gastrointestinal semptom bildirdi. Yaşam kalitesi açısından ele aldığımızda ağrı kesici kullanmayan hastaların yaşam kalitesi puanları istatistiksel açıdan anlamlı çıkmıştır ve ağrı kesici kullanmayan hastaların kullananlara göre yaşam kalitesi daha yüksektir. Fazla kullanılan ağrı kesicilerin gastrointestinal sisteme olan etkisi gastrointestinal semptomları artırmış olabilir. Ağrı kesicilerin gastrointestinal sistem mukozasını etkiler ve kanama, peptik ülser gibi yan etkiler meydana getirebilir (140).

Ağız sağlığında bozulma meydana geldikçe yaşam kalitesini negatif yönde etkilediğine dair çalışmalar mevcuttur (141, 142). Bozulan ağız sağlığıyla mukozada ve dişlerde gelişen komplikasyonlar, canlı mikroorganizmaların gastrointestinal sisteme girdiği yer olması ve hijyeninin yetersiz olması durumlarında sisteme yerleşen mikroorganizmalar semptomlara neden olabilir. Ancak gastrointestinal hastalıkların (İBH vb.) ve semptomların (kusma vb.) ağız sağlığını doğrudan etkilediği durumlarda mevcuttur (143, 144). Çalışmada ağız içi yara sıklığı ile yaşanan gastrointestinal semptom sıklığı ve yaşam kalitesi puanları anlamlı bulunmuştur. Ağız içi yara sıklığı arttıkça yaşanan gastrointestinal semptom sıklığı artmış, yaşam kalitesi azalmıştır.

Literatüre bakıldığında Gorelick ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yeraltı suyu kullananları belediye suyu kullananlara göre gastrointestinal semptom riskini anlamlı bulmuştur. Sanitasyonun sağlandığı su kaynakları gastrointestinal semptom sıklığını düşürmektedir. (145, 146). Bu çalışmada anlamlı fark bulunmamakla birlikte su tüketim kaynağı kuyu/köy çeşmesi kullananlar daha fazla gastrointestinal semptom bildirdi. Bu sebepten su kaynağı olarak sanitasyonu sağlanmış kaynaklar tercih edilebilir.

Merdol'un yaptığı çalışmada da ara öğün ile yaşam kalitesini ilişkili bulunmamıştır (147). Bu çalışmamızda günlük ara öğün tüketenlerin tüketmeyenlere göre gastrointestinal semptom sıklığı yüksek bulunsa da anlamlı değildir. Ancak ara öğün tüketme sayısı arttıkça yaşam kalitesi azalmıştır. Ara öğün sayısı arttıkça farklı yemek çeşitlerine ve farklı pişirme yöntemleri kullanılmış yemeklere yönelme ya da fastfood, paketli ürünlere yönelim artabilir. Buna bağlı deneyimlenen semptom sıklığı da artmış olabilir.

Literatüre bakıldığında günlük meyve tüketimin semptomlar üzerine etkili olduğu ve anlamlı sonuçlanan çalışma mevcuttur (148). Yılmaz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yetersiz meyve tüketimini yaşam kalitesi için risk faktörü olarak belirlemişlerdir (149). Posa içerikli besinlerin tüketilme sıklığını incelediğimiz çalışmada kurubaklagillerin tüketimi ile GİYKİ ana semptomlar alt boyut puanı (ağrı, şişkinlik, gaz hissi, gaz çıkarmak, geğirme, karında gurultu, iştah kaybı, diyet sıklığı, kısıtlanmış yemek, yorgunluk) ilişkili bulunmuştur. Bu fark her gün kurubaklagilleri tüketenler ile tüketmeyenler arasındadır. Literatür incelendiğimizde kurubaklagillerin tavsiye edilenden fazla tüketildiğinde gaz, şişkinlik, dispepsi, diyare gibi gastrointestinal semptomların görüldüğü bildirilmiştir (150). Çalışmamızda, anlamlı bulunmasa da her gün kurubaklagil tüketenler daha fazla gastrointestinal semptom bildirmiştir. Bu gruplar arasında GİYKİ ana semptomlar alt boyutu incelediğimizde oluşan anlamlı farklılığın, tüketilen kurubaklagil besin içeriği, ürünün saklanma koşulları, pişirilme yöntemleri gibi nedenlerden oluştuğunu düşünebiliriz. Posa içerikli besinlerden meyve grubu tüketimi arttıkça bildirilen GİYKİ psikolojik bulgular alt boyut puanı arttı, karşılaştırma anlamlı bulundu ve gastrointestinal semptomları sıklığı hiç meyve tüketmeyenlerde daha yüksek bildirilse de anlamlı çıkmadı.

Literatüre bakıldığında geleneksel yoğurt ve probiyotik yoğurt ile yapılan randomize kontrollü bir çalışmada ise ishal insidansı için yetişkinlerde bir fark bulunmazken, pediatrik vakalar için fark bulunmuştur. Yoğurdun içeriği, raf ömrü, geleneksel yoğurt türünden kaynaklı farklılıklar mevcuttur ve araştırılmalıdır (151). Bu

çalışmanın aksine uzun süre yoğurt tüketiminin *helicobakter pilori* insidansını düşürdüğü çalışma mevcuttur. (152, 153). Bu çalışmada prebiyotik/probiyotik içeren besin gruplarından yoğurt/ayran her gün tüketenler daha fazla gastrointestinal semptom bildirdi ve yaşam kalitesi puanı daha düşük ve anlamlı bulundu. Yoğurt/ayran tüketme sıklığı artıkça gastrointestinal semptom sıklığı artmıştır ancak yaşam kalitesi düşmüştür. Bu çalışmada örneklem alınan hastaların kefir tüketme alışkanlığının olmadığı görülmüştür. Prebiyotik olarak kefirin gastrointestinal sistemi düzenleme etkisinin olduğu farklı çalışmalarda bildirilmektedir (154, 155). Kefirin incelendiği farklı bir çalışmada ise yaşam kalitesini arttırdığı ve gastrointestinal semptomlarda iyileşme olduğu gözlenmiştir (156).

Anthoni ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada süt tüketimi ile dispepsi arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. Ancak kabızlık ile süt tüketimi arasında anlamlı düzeye yakın ilişki bulmuştur (157). Çalışmada süt grubunu haftada birkaç kez tüketenlerin ayda birkaç kez tüketenlere göre GİYKİ sosyal bulgular alt boyut puanı daha yüksek ve anlamlı bulunmuştur. Haftada birkaç kez süt tüketenler daha az gastrointestinal semptom bildirmiştir. Süt ve süt ürünleri tüketimi yeterli miktarda, kişiye özel durumlar (laktöz intoleransı vb.) göz önüne alarak tüketilirse hem olumsuz etkileri en aza indirilmiş olur hem de oluşabilecek semptomlar en aza indirilebilir.

Takii ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kabızlık ile turşu tüketimi arasında ilişkiyi incelemiş ve barsak semptomlarında iyileşme olduğunu göstermişlerdir. Barsak mukozasını iyileştirerek semptomları azalttığı görülen çalışmalarda mevcuttur (158, 159). Çalışmada turşuyu her gün tüketenler daha fazla gastrointestinal semptom bildirmiştir. Turşuyu hiç tüketmeyenlerin GİYKİ fiziksel bulgular alt boyut puanı ve psikolojik bulgular alt boyut puanı daha yüksek ve anlamlı bulunmuştur. Coğrafi özelliklere bağlı çalışmanın yapıldığı bölge turşu tüketimi oldukça fazladır. Farklı ürünlerden, farklı hazırlama yöntemlerini ve farklı yeme yöntemlerini kullanırlar. Turşu kaplarının güneşe maruziyeti, kabın içinden el ile turşu alınması, üstte kalan tortunun atılarak tüketilmeye devam edilmesi gibi nedenlerden turşu içeriğinin bozulması bu semptomların oluşmasını açıklayabilir.

Takezaki ve arkadaşları yaptığı bir çalışmada sarımsağın *helicobakter pilori* etkisini azalttığını göstermişlerdir (160). Sangpreecha ve arkadaşlarının yaptığı deneysel çalışmada soğanın inflamatuvar barsak hastalığında mukozal hasarı azalttığı ancak goblet hücrelerinde azalmaya neden olduğunu göstermiştir. Yapılan farklı bir randomize kontrollü çalışmada

soğan suyunun yaşam kalitesinin artırdığını belirtmiştir (161, 162). Çalışmada soğan/sarımsak tüketmeyenler daha fazla gastrointestinal semptom belirtmiştir. Ayda birkaç kez soğan/sarımsak tüketenlerin GİYKİ psikolojik bulgular alt boyut puanı, sosyal bulgular alt boyut puanı ve hastalık bağımlı bulgular alt boyut puanı daha yüksek ve anlamlı bulunmuştur. Bu çalışmaya bağlı olarak ayda birkaç kez soğan/sarımsak tüketmek gastrointestinal semptomları azaltabilir ve yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkileri görülebilir.

Literatüre baktığımızda bu çalışmanın aksine ekmek tüketimi dispeptik semptomlarla ilişkilendirilmiştir (163). Lapi ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada farklı içerikli ekmekleri üç kontrol grubuna tükettirdi ve bu kontrollü süreçte gastrointestinal yaşam kalitesinde iyileşme görüldü (164). Ekmek tüketmeyenler daha fazla gastrointestinal semptom bildirmiştir. Her gün ekmek tüketenlerin ise GİYKİ ana semptom puanı daha yüksek ve anlamlı bulunmuştur. Kültürel özellikte kullanılan ekmeğin ham maddesine (buğday, mısır vb.) ve mayalanma yöntemine göre ya da hastaların kişisel özelliklere bağlı semptomları olumlu ya da olumsuz yönde etkileyebilir. Bu çalışmada ekmek tüketimi semptomları azalttığı görüldü.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Gastroskopi yapılan hastaların gastrointestinal semptomlarının ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla 128 hastanın katılımı ile yapılan araştırmanın sonuçları bu bölümde sunulmuştur.

- Gastroskopi yapılan hastaların çoğunluğu 18-29 yaş aralığında, yarısından fazlası kadın ve evli, yarısına yakını normal kiloda, lise mezunu, yarısından fazlası ilde yaşadığı, büyük çoğunluğunun gelir durumunun asgari ücret üstü olduğu belirlendi.
- Gastroskopi yapılan hastaların büyük çoğunluğunun stresli olduğu ve kronik hastalığının olmadığı ve endoskopiye başvuru nedeninin mide ağrısı olduğu, semptom süresinin 12 ay ve altı sürede ve semptom şiddetinin 6-8 arasında olduğu ve daha önce endoskopi yaptırmadığı saptandı.
- Gastroskopi yapılan hastaların yaklaşık yarısının bu semptomlar nedeniyle acile başvurduğu, yaklaşık üçte birinin mide ve ağrı kesici ilaç kullandığını bulundu.
- Gastroskopi yapılan hastaların yarısından fazlasının ağız içi yara sıklığının az olduğu, yarısına yakınının dişlerinin tam olduğu, büyük çoğunluğun sigara ve alkol kullanmadığı belirlendi.
- Gastroskopi yapılan hastaların yarısından fazlası şebeke suyu kullandığı, günlük su tüketiminin 5 bardak ve altı ya da 6-10 bardak olduğu, yarısının iki ana öğün tükettiği, yarısına yakını ara öğün tüketmediğini ve büyük çoğunluğunun öğün atladığı bulundu.
- Gastroskopi yapılan hastaların yarısından fazlası öğünleri evde tükettiği, yarısına yakını pişirme yöntemlerinden hepsinin kullandığını ve büyük çoğunluğun ayrı tabaklarda yemek yediği görüldü.
- Gastroskopi yapılan hastaların büyük çoğunluğu posa içerikli besinleri (kurubaklagiller, kuruyemişler, tahıl ürünleri, sebzeler, meyveler) haftada birkaç kez tükettiğini bildirdi.
- Gastroskopi yapılan hastaların çoğunluğu prebiyotik/probiyotik içerikli besinlerden peynir/zeytin, tereyağı ve ekmeği her gün tükettiği, yoğurt/ayran, süt

ve soğan/sarımsağı haftada birkaç kez tükettiği, turşu ve balı ayda birkaç kez tükettiği, sirkeyi hiçbir zaman tüketmediğini bildirdi.

- Gastroskopi yapılan hastaların çoğunluğu sürekli karında gaz hissi olduğunu, sıklıkla şişkinlik ve gaz çıkarma yaşadığını, bazen de karın ağrısı, geğirme, karında gurultu ve iştah kaybı olduğunu, nadiren ağıza acı su geldiğini ve hiçbir zaman ishal, acil büyük abdest yapma isteği, gaita kaçırma, kabızlık, bulantı, gaitada kan görme, mide yanması ve yutma güçlüğü yaşamadığını bildirdi.
- Gastroskopi yapılan hastaların gastrointestinal semptom sıklığı puan ortalaması (25.32 ± 110.79) orta düzeyde düşük bulundu.
- Gastroskopi yapılan hastaların GİYKİ puan ortalaması (87.22 ± 21.19) orta düzeyde yüksek bulundu.
- Gastroskopi yapılan hastaların GİYKİ ana semptomlar alt boyut puan ortalaması 19.77 ± 7.53 , GİYKİ fiziksel bulgular alt boyut puan ortalaması 13.51 ± 5.62 , GİYKİ psikolojik bulgular alt boyut puan ortalaması 14.07 ± 4.85 , GİYKİ sosyal bulgular alt boyut puan ortalaması 11.18 ± 2.82 ve GİYKİ hastalık bağımlı bulgular alt boyut puan ortalaması 28.67 ± 6.52 olarak bulundu.
- Gastroskopi yapılan hastaların endoskopiye başvuru nedeni olan semptomun şiddeti 9-10 olan, acile başvuran, ağız içi yara sıklığı çok olan ve her gün yoğurt/ayran tüketenlerin daha fazla gastrointestinal semptom bildirdi.
- GİYKİ ana semptomlar alt boyut puanı ile acile başvurma durumu, mide ilacı kullanma durumu, kurubaklagil tüketimi, yoğurt/ayran tüketimi ve ekmek tüketimi anlamlı bulundu.
- GİYKİ fiziksel bulgular alt boyut puanı ile cinsiyet, stres, semptom şiddeti, acile başvurma durumu, mide ilacı kullanma durumu, ağız içi yara sıklığı, içme suyu kaynağı, yoğurt/ayran tüketimi ve turşu tüketimi anlamlı bulundu.
- GİYKİ psikolojik bulgular alt boyut puanı ile cinsiyet, stres, kronik hastalık durumu, semptom şiddeti, acile başvurma durumu, mide ilacı ve ağrı kesici kullanma durumu, ağız içi yara sıklığı, içme suyu kaynağı, ara öğün sayısı, meyve tüketimi, turşu tüketimi ve soğan/sarımsak tüketimi anlamlı bulundu.
- GİYKİ sosyal bulgular alt boyut puanı ile stres, acile başvurma durumu, kronik hastalık durumu, ağrı kesici kullanımı, süt tüketimi ve soğan/sarımsak tüketimi anlamlı bulundu.

- GİYKİ hastalık bağımlı bulgular alt boyut puanı ile semptom şiddeti, ağrı kesici kullanım durumu, ağız içi yara sıklığı ve soğan/sarımsak tüketimi anlamlı bulundu.
- GİYKİ toplam puanı ile cinsiyet, stres, semptom şiddeti, acile başvurma nedeni, mide ve ağrısı kesici ilaç kullanma durumu, ağız içi yara sıklığı, ara öğün sayısı ve yoğurt/ayran tüketimi anlamlı bulundu.
- Gastrointestinal semptom sıklığı ile GİYKİ arasında negatif yönlü anlamlı yüksek düzeyde bir ilişki bulundu ve semptom sıklığı arttıkça yaşam kalitesi azaldı.
- Gastroskopi yapılan hastalardan erkeklerin, stresli olmayanların, semptom şiddeti 3-5 olanların, acile başvurmayanların, mide ilacı ve ağrı kesici kullanmayanların, ağız içi yarası olmayanların, ara öğün tüketmeyenlerin ve haftada birkaç kez yoğurt/ayran tüketenlerin yaşam kaliteleri daha yüksek ve anlamlı bulundu.

6.2. Öneriler

Gastroskopi yapılan hastaların gastrointestinal semptomlarının ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla 128 hastanın katılımı ile yapılan araştırmanın sonuçlarına dayanarak;

- Gastroskopi sonucu organik neden bulunamayan ve semptomları devam eden hastalar için bireye özgü beslenme, egzersiz, yaşam tarzı değişikliği programları oluşturulması,
- Tüketilen besin ve besin öğelerinin içerikleri hakkında bilgi sahibi olunmalı, belirli ölçülerde tüketilmesi, besin hijyeni ve kişiye özgü öğün sayısının belirlenmesi,
- Hemşireler gastroskopi sonrası taburculuğu yapılan hastalara eğitim planlamalı, toplanan verileri kayıt altına almalı ve toplum sağlığını ilgilendiren (su kaynağı vb.) konularda gerekli geri bildirimleri yapması,
- Stresli olduğunu söyleyen hastalar için psikolojik destek sağlanmalı, hemşireler tarafından stresle baş etmede nonfarmakolojik yöntemler (masaj, gevşeme egzersizi vb.) öğretilmeli,
- Semptom şiddetini artıran faktörler daha ayrıntılı araştırılmalı ve yüksek semptom şiddeti bildiren hastalara bu faktörlere yönelik eğitim planlanmalı,

- Mide rahatsızlığı ve ağrı kesici kullanımı bildiren hastalar için akılcı ilaç kullanımı eğitimi verilmeli ve hekim istemi olmadan ilaç kullanmaması ve olası gastrointestinal sistemdeki yan etkileri anlatılmalı,
- İçme suyu kaynağı olarak sanitasyonu sağlanmış ve akan su kaynaklarına yönlendirme yapılmalı,
- Ağız içi yara sıklığını çok olarak belirten hastalar için ağız sağlığı öneminden bahsedilmeli, gastrointestinal semptomlara neden olabileceği açıklanmalı, rutin diş muayenesinin aksatılmaması, gerekli durumlarda diş hekimleri ile eğitim programının oluşturulması,
- Gastrointestinal semptomlara neden olan etiyolojik faktörlerin ve neden olduğu yaşam kalitesi düzeyinin çok merkezli araştırılması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Börekçi E (2020). Sağlık çalışanları arasında sık görülen gastrointestinal rahatsızlıklar. Bozok Tıp Dergisi 10(1): 122-125.
2. Babaoğlu ÜT, Özdenk S (2017). Algılanan stres ile gastrointestinal semptom arasındaki ilişkinin incelenmesi: Tanımlayıcı araştırma. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 3: 138-145.
3. Frank L, Kleinman L, Ganoczy D, Mcquaid K, Sloan S, Eggleston A, Tougas G, Farup C (2000). Upper gastrointestinal symptoms in North America. Digestive Diseases and Sciences 45: 809-818.
4. Türk Gastroenteroloji Derneği (2023). Fonksiyonel bağırsak hastalıklarında hastalık yönetim rehberi. Erişim adresi: https://tgd.org.tr/wp-content/uploads/2023/05/FBH_Kilavuz.pdf. [Erişim tarihi 23 Temmuz 2024].
5. Kırbaş G, Üstündağ G, Özden A (2009). Üst ve alt gastrointestinal sistemin endoskopik incelenmesi. Güncel Gastroenteroloji 13(2): 110-121.
6. Çalışkan HM, Çelik B, Ersoy S (2020). Dispeptik yakınmalarla acil servise müracaat eden hastalarda etiyolojik değerlendirme. Akademik Gastroenteroloji Dergisi 19(2): 41-48.
7. Köksal AŞ, Oğuz D, Özden A (2008). Türkiye’de birinci basamak sağlık kurumlarına başvuran hastalarda dispepsi görülme sıklığı. Akademik Gastroenteroloji Dergisi 7(1): 11-17.
8. Özbudak G, Özer S (2021). Disfaji rehabilitasyonunda hemşirenin rolü. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi 30(2): 86-93.
9. Demir M (2019). Disfaji ve odinofaji. Demir M (Ed.), Gastrointestinal Semptomlar. US Akademi, İzmir, Sayfa: 5-32.
10. Akdoğan R (2019). Gaz ve şişkinlik. Demir M (Ed.), Gastrointestinal Semptomlar. US Akademi, İzmir, Sayfa: 205-212.
11. Göktürk HS (2017). İntestinal gaz ve şişkinliğe güncel yaklaşım. Klinik Tıp Bilimleri Dergisi 5(2): 18-23.
12. Seçkin Y (2019). Bulantı ve kusma. Demir M (Ed.), Gastrointestinal Semptomlar.

US Akademi, İzmir, Sayfa: 101-110.

13. Aygin D (2016). Bulantı ve kusma. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 20(1): 44-56.
14. Aygün C (2019). Kronik karın ağrısı. Demir M (Ed.), Gastrointestinal Semptomlar. US Akademi, İzmir, Sayfa: 167-194.
15. Bulut M, Armağan E, Kıyıcı M, Balcı V, Atar N, Gürel S (2004). Acil servise epigastrik ağrı yakınmasıyla başvuran hastalarda helicobacter pylori sıklığı ve tanıda kalitatif serum Ig G testinin yeri. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 30(1): 7-10.
16. Albayrak B (2019). Pirozis, regürjitasyon, waterbrash. Demir M (Ed.), Gastrointestinal semptomlar. US Akademi, İzmir, Sayfa: 33-39.
17. Doğan İ (2009). Gastroözofageal reflü hastalığı: Epidemiyoloji ve klinik. Güncel Gastroenteroloji 13(2): 77-80.
18. Yüksel İ (2019). İshal. Demir M (Ed.), Gastrointestinal semptomlar. US Akademi, İzmir, Sayfa: 237-244.
19. Sezer Yeşil E, Özyurt Ö (2016). Diyare ve beslenme. Güncel Gastroenteroloji 20(3): 240-244.
20. Kaya M, Kaçmaz H (2016). Roma IV kriterlerine göre fonksiyonel barsak hastalıklarının yeniden değerlendirilmesi. Güncel Gastroenteroloji 20(4): 393-407.
21. Göktürk HS (2019). Kabızlık. Demir M (Ed.), Gastrointestinal semptomlar. US Akademi, İzmir, Sayfa: 213-235.
22. Adıgüzel L, Demirbağ BC (2020). 65 yaş ve üstü kişilerde kronik konstipasyonun yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesi. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 4(2): 71-78.
23. Akyüz N (2010). Endoskopi ekibi içinde hemşirenin sorumlulukları. Endoskopik Laparoskopik & Minimal İnvaziv Cerrahi Dergisi 17(3-4): 151-156.
24. Hemşirelik Yönetmeliği. T.C. Resmî Gazete, 27515, 8 Mart 2010 Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/03/20100308-4.htm>. [Erişim tarihi 24 Ocak 2024].
25. Balkan A, Özcan M (2020). Özofagogastroduodenoskopi. Yıldırım E, Güngör T

- (Ed.), Endoskopi Hemşireliği El Kitabı. İhlas Gazetecilik A.Ş., İstanbul, Sayfa: 67-69.
26. Merdol TK (2021). Fonksiyonel gastrointestinal bozukluklarda beslenmenin önemi ve diyetisyenin rolü. *Beslenme ve Diyet Dergisi* 49(3): 1-6.
 27. Erdoğan TN (2023). Gastrointestinal sistem. Aras D (Ed.), *Sporcularda gastrointestinal sorunlar*. ASPAM Kitaplığı, Ankara, Sayfa: 3-8.
 28. Sevinç B, Damburacı N, Turan E (2022). Search popularity of common gastrointestinal symptoms; on infodemiological study. *Aegean Journal of Medical Sciences* 1: 16-19.
 29. *Coping With Common Gastrointestinal Symptoms in the Community* (2013). A global perspective on heartburn, constipation, bloating and abdominal pain/discomfort. *Journal of Clinical Gastroenterology* 48(7): 567-578. Available from: https://journals.lww.com/jcge/fulltext/2014/08000/coping_with_common_gastrointestinal_symptoms_in.4.aspx. [Accessed 19 April 2024].
 30. Aziz Q, Fass R, Gyawai CP, Miwa H, Pandolfino JE, Zerbib F (2016). Esophageal Disorders. *Gastroenterology* 150: 1368-1379.
 31. Kayıkçıoğlu E, Demir A (2022). Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi sağlık çalışanlarında fonksiyonel gastrointestinal bozuklukların Roma III kriterleri eşliğinde sıklığı ve birlikteliğinin belirlenmesi. *Turkish Journal of Clinics and Laboratory* 4: 443-438.
 32. Çelik F, Korkmaz S, Bektaş H, Akin M (2022). Gastrointestinal endoskopi uygulanan bireylerin işlem öncesi ve sonrası işlem hakkındaki görüşleri ve anksiyete düzeylerini etkileyen faktörler. *Gazi Medical Journal* 33: 224-231.
 33. Özden A (2012). Dispepsi (Dyspepsia). *Güncel Gastroenteroloji* 16(4): 272-282.
 34. Demir M, Ataseven H (2019). Dispepsi (hazımsızlık). Demir M (Ed.), *Gastrointestinal Semptomlar*. US Akademi, İzmir, Sayfa: 83- 100.
 35. Lee K, Kwon C, Yeniova AÖ, Koyanagi A, Jacob L, Smith L, Lee SW, Rahmati M, Shin JY, Shin J, Cho W, Yon DK (2024). Global prevalence of functional dyspepsia according to Rome criteria, 1990-2020: A systematic review and meta-analysis.

Scientific Reports 14(1): 4172.

36. Hamdan AL, Ziade G, Khalifee E, Souky NA, Jaffal H, Natout T (2018). Prevalence of MTD among patients with functional dysphagia. *Oto Open* 2(3): 1-5.
37. Lu PW, Chen CC, Wu JF, Lee HC, Lee YC, Wang HP, Wu MS, Tseng PH (2022). Clinical characteristics and associated psychosocial dysfunction in patients with functional dysphagia: A study based on high-resolution impedance manometry and Rome IV criteria. *Clinical and Translational Gastroenterology* 13: 10-19.
38. Macdonal AN, Lam B, Ma J, Affo R (2023). Prevalence, incidence and predictors of self-reported swallowing-dwelling adults: A population-based study from the canadian longitudinal study on aging (CLSA). *Dysphagia* 38: 1406-1420.
39. Kasap E, Yüceyar H (2009). Bulantı – kusma ve yaklaşım. *Güncel Gastroenteroloji* 13(3): 148-152.
40. Yaman Aktaş Y, Gürçayır D, Atalay C (2018). Ameliyat sonrası bulantı kusma yönetiminde kanıta dayalı uygulamalar. *Dicle Tıp Dergisi* 45(3): 341-351.
41. Lorenzo C (2022). Functional nausea is real and makes you sick. *Frontiers in Pediatrics* 10: 848659.
42. Singh P, Yoon SS, Kuo B (2016). Nausea: A review of pathophysiology and therapeutics. *Therapeutic Advances in Gastroenterology* 9(1): 98-112.
43. Clouse RE, Mayer EA, Aziz Q, Drossman DA, Dumitrascu DL, Mönnikes H, Naliboff BD (2006). Functional abdominal pain syndrome. *Gastroenterology* 130: 1492-1497.
44. Tekin F, İlter T (2015). Birinci basamakta akut karın ağrısı olan hastaya yaklaşım. *Güncel Gastroenteroloji* 19(3): 161-170.
45. Sabo CM, Grad S, Dumitrascu DL (2021). Chronic abdominal pain in general practice. *Digestive Diseases* 39: 606 – 614.
46. Garrigues V, Ponce J (2008). Lesser known aspects of gastroesophageal reflux disease: Non-acid reflux and functional pyrosis. *Gastroenterology and Hepatology* 31(8): 522-529.
47. Dabak MR, Uygur Bayramiçli O (2015). Dünya’da gastroözofagial reflü

hastalığının epidemiyolojisi. Güncel Gastroenteroloji 19(4): 219-224.

48. Özer Çakır Ö, Çizmecioğlu A, Bıyık M, Çifçi S, Ataseven H, Polat H, Demir A (2018). Konya il merkezinde gastroözofageal reflü hastalığı prevalansı. Akademik Gastroenteroloji Dergisi 17(1): 2-11.
49. Serra J (2022). Management of bloating. Neurogastroenterology & Motility 34: 14333.
50. Seo Y, Kim N, Oh DH (2013). Abdominal bloating: Pathophysiology and treatment. Journal Neurogastroenterol Motil 19(4): 433-453.
51. Schmulson M, Chang L (2011). Review article: The treatment of functional abdominal bloating and distension. Alimentary Pharmacology and Therapeutics 33: 1071-1086.
52. Ballou S, Singh P, Nee J, Rangan V, Iturrino J, Geeganage G, Löwe B, Nagdiwala S, Palsson O, Sperber AD, Lembo A, Lehmann M (2023). Prevalence and associated factors of bloating: results from the rome foundation global epidemiology study. Gastroenterology 165(3): 647-655.
53. Corinaldesi R, Stanghellini V, Barbara G, Tomassetti P, Giorgio R (2012). Clinical approach to diarrhea. Internal and Emergency Medicine 7(3): 255-262.
54. Surawics CM (2010). Mechanisms of diarrhea. Current Gastroenterology Reports 12: 236-241.
55. Forootan M, Bagheri N, Darvishi M (2018). Chronic constipation: A review of literature. Medicine 97(20): 10631.
56. Camilleri M, Ford AC, Mawe GM, Dinning PG, Rao SS, Chey WD, Simren M, Lembo A, Young-Fadok TM, Chang L (2017). Chronic constipation. Nature Reviews Disease Primers 3: 17095.
57. Türkay Ö, Saka M (2016). Konstipasyon ve diyet. Güncel Gastroenteroloji 20(3): 234-239.
58. Salari N, Ghasemianrad M, Allahyari MA, Rasoulpoor S, Shohaimi S, Mohammadi M (2023). Global prevalence of constipation in older adults: A systematic review and meta-analysis. Wiener Klinische Wochenschrift 135: 389-398.

59. Kasap E, Bor S (2006). Fonksiyonel barsak hastalığı prevalansı. *Güncel Gastroenteroloji* 10(2): 165-168.
60. Karayurt Ö, Durmaz Edeer A. (2017). Sağlığın değerlendirilmesi ve klinik karar verme. Eti Aslan F (Ed.), *Karın değerlendirilmesi ve klinik karar verme*. Akademisyen Tıp Kitapevi, Ankara, Sayfa: 588-619.
61. Aygin D, Sert H. (2017). Sağlığın değerlendirilmesi ve klinik karar verme. Eti Aslan F (Ed.), *Gastrointestinal sistem değerlendirilmesi ve klinik karar verme*. Akademisyen Tıp Kitapevi, Ankara, Sayfa: 557-588.
62. Keskav S, Culver E (2016). Clinical cases uncovered Gastroenterology. Klinik olgu çözümleri Gastroenteroloji. Ed. Çeviren: Şimşek İ, İstanbul Tıp Kitabevi, İstanbul, 1-28.
63. Hakim GD (2012). Özofagus motilite bozuklukları. Şimşek İ, Akarsu M (Ed.), *Üst gastrointestinal sistem hastalıkları*. Akademi Yayınevi, İstanbul, Sayfa: 16-36.
64. Şimşek İ (2012). Asit ile ilişkili gastrointestinal hastalıklar. Şimşek İ, Akarsu M (Ed.), *Üst gastrointestinal sistem hastalıkları*. Akademi Yayınevi, İstanbul, Sayfa: 87-135.
65. Şen İ, Taşkın EC (2020). Endoskopi ünitesinde yapılan işlemler. Yıldırım E, Güngör T (Ed.), *Endoskopi Hemşireliği El Kitabı*. İhlas Gazetecilik A.Ş., İstanbul, Sayfa: 20-22.
66. Şen İ, Çelik E (2020). Tanısal rektosigmoidoskopi ve kolonoskopi. Yıldırım E, Güngör T (Ed.), *Endoskopi Hemşireliği El Kitabı*. İhlas Gazetecilik A.Ş., İstanbul, Sayfa: 70-72.
67. Türk Gastroenteroloji Derneği (2024). Gastroenterolog kimdir. Erişim adresi: <https://tgd.org.tr/gastroenterolog-kimdir/>. [Erişim tarihi 24 Şubat 2025].
68. Önler AB (2023). Hematemez, melena, hematokezya. Alatlı T, Kocaoğlu S (Ed.), *Semptomdan tanıya aciller*, Akademisyen Kitabevi A.Ş., Ankara, Sayfa: 109-122.
69. Bükülmez A (2020). Akut pankreatit. *Selcuk Medical Journal* 36(4): 367-373.
70. Çalışkan AR (2022). Akut karaciğer yetmezliği. Olt S (Ed.), *Sağlık & Bilim İç Hastalıkları Acilleri*, Efeakademi Yayınları, İstanbul, Sayfa: 95-106.

71. Çiçek S, Yalnız M (2022). Akut hepatitlere yaklaşım. Olt S (Ed.), Sağlık & Bilim İç Hastalıkları Acilleri, Efeakademi Yayınları, İstanbul, Sayfa: 177-196.
72. Özgürsoy Uran BN, Yıldırım Y (2016). Yeni bir uzmanlık alanı: inflamatuvar barsak hastalıkları hemşireliği. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 1(2): 27-33.
73. Özden A (2017). Roma IV-2016, dispepsi tedavisine yaklaşım. Güncel Gastroenteroloji 21(1): 19-24.
74. Erarslan E (2016). Non kardiyak göğüs ağrısı: Tanı ve Güncel Tedavi. Güncel Gastroenteroloji 20(4): 455-461.
75. Can G, Yılmaz B (2015). İrritabl barsak sendromunun tanı ve tedavisinde yaklaşımlar. Güncel Gastroenteroloji 19(3): 171-181.
76. Riley RD, Moons KGM, Snell KIE, Ensor J, Hooft L, Altman DG, Hayden J, Collins GS, Debray TPA (2019). A guide to systematic review and meta-analysis of prognostic factor studies. British Medical Journal 364: 4597.
77. Nazım G (2019). Yaşlı bireylerde gastrointestinal semptom sıklığı ve yaşam kalitelerine etkisinin değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Manisa.
78. Dedeli Ö, Fadıloğlu Ç, Bor S (2008). Geriatrik hastalarda fonksiyonel barsak hastalıkları. MN Dahili Tıp Dergisi 3(2): 145-151.
79. Üçbilek E, Oğuz D, Sezgin O (2015). Yaşlıda gastrointestinal sorunlar. Güncel Gastroenteroloji 19(1): 11-19.
80. Kim SE, Kim N, Lee JY, Park KS, Shin JE, Nam K, Kim HJ, Song HJ, Joo YE, Myung DS, Seo JH, Jo HJ, Kim SM, Lim SH, Kim HJ, Baik GH, Choi SH, Choi SC (2018). Prevalence and risk factors of functional dyspepsia in health check-up population: A nationwide multicenter prospective study. Journal of Neurogastroenterology and Motility 24(4): 603-613.
81. Ögünç YT (2018). Dispeptik semptomları olan bireylerin beslenme durumlarının ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme Bilimleri Programı, Ankara.

82. Karabayraktar T, Ahışalı E, Dolapçioğlu C, Tekin B, Temizkan Ş, Eğici MT, Dabak R (2014). Obezite ve irritabl bağırsak sendromu. Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi 25(2): 127-132.
83. Ho W, Spiegel BMR (2008). The relationship between obesity and functional gastrointestinal disorders: Causation, association, or neither?. Gastroenterology & Hepatology 4(8): 572–578.
84. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (2024). Obezite tanı ve tedavi kılavuzu. On birinci baskı. Obezite, Lipid Metabolizması, Hipertansiyon Çalışma Grubu, Ankara; Sayfa:1-3.
85. Biggs B, King L, Basu S, Stuckler D (2010). Is wealthier always healthier? The impact of national income level, inequality, and poverty on public health in Latin America. Social Science & Medicine 71: 266 – 273.
86. Erdoğan Z, Kurçer MA, Budak B, Aydemir S (2018). İrritabl bağırsak sendromlu hastalarda gastrointestinal semptomların umutsuzluk ve depresyon düzeyine etkisi. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi 5(3): 353-359.
87. Şit M, Şit A (2013). Türkiye’de doğrudan yabancı sermayenin sektörel dağılımı: Hizmetler sektörü üzerine bir değerlendirme. Sosyal Bilimler Dergisi 3(5):36-54.
88. Cutler DM, Muney AL (2012). Education and health: Insights from international comparisons. NBER Working Paper Series 17738.
89. Jeong JJ, Choi MG, Cho YS, Lee SG, Oh JH, Park JM, Cho YK, Lee IS, Kim SW, Han SW, Choi KY, Chung IS (2008). Chronic gastrointestinal symptoms and quality of life in the Korean population. World Journal of Gastroenterology 14(41): 6388–6394.
90. Lundström O, Manjer J, Ohlsson B (2016). Smoking is associated with several functional gastrointestinal symptoms. Scandinavian Journal of Gastroenterology 51(8): 914-922.
91. Meza V, Arnold J, Diaz LA, Valverde MA, Idalsoaga F, Ayares G, Devuni D, Arab JP (2022). Alcohol consumption: Medical implications, the liver and beyond. Alcohol and Alcoholism 57(3): 283-291.

92. Bi L, Triadafilopoulos G (2003). Exercise and gastrointestinal function and disease an evidence-based review of risks and benefits. *Clinical Gastroenterology and Hepatology* 1: 345-355.
93. Bayraktar M, Dere H, Özden A, Pehlivanoglu BE (2023). Egzersizin beyin bağırsak aksı ve bağırsak mikrobiyotası üzerine etkisi. *Sağlık Bilimleri Alanında Uluslararası Araştırmalar XII*, Sayfa: 67-90.
94. Pilotto A, Franceschi M, Vitale D, Zaninelli A, Masotti G, Rengo F (2006). Drug use by the elderly in general practice: Effects on upper gastrointestinal symptoms. *European Journal of Clinical Pharmacology* 62: 65-73.
95. Labanski A, Langhorst J, Engler H, Elsenbruch S (2020). Stress and the brain-gut axis in functional and chronic-inflammatory gastrointestinal diseases: A transdisciplinary challenge. *Psychoneuroendocrinology* 111: 104501.
96. Bengi G (2016). Gastrointestinal gaz-beslenme ilişkisi, tedavide yaklaşım. *Güncel Gastroenteroloji* 20(4): 428-436.
97. Özden A (2005). Gastro-intestinal sistem ve probiyotik-prebiyotik synbiyotik. *Güncel Gastroenteroloji* 9(3): 124-133.
98. Su GL, Ko CW, Bercik P, Falck-Ytter Y, Sultan S, Weizman AV, Morgan RL (2020). AGA clinical practice guidelines on the role of probiotics in the management of gastrointestinal disorders. *Gastroenterology* 159: 697-705.
99. Aydın İ, Konuşkan ZG (2022). Probiyotik mikroorganizmaların sağlık üzerine etkisi. *Karya Journal of Health Science* 3(2): 161-166.
100. Şengün İY, Kırmızıgül A, Özaydın İ, Yarım H (2020). Tüketicilerin probiyotik ve prebiyotik gıdalara yönelik bilgi düzeyleri ve tüketim durumlarının belirlenmesi: İzmir/Bornova örneği. *The Journal of Food* 45(1): 103-114.
101. Samur G, Mercanlıgil SM (2008). *Diyet posası ve beslenme*. Birinci Basım. Klasmat Matbaacılık, Ankara, Sayfa: 3-19.
102. Li YO, Komarek AR (2017). Dietary fibre basics: Health, nutrition, analysis and applications. *Food Quality and Safety* 1(1): 47-59.
103. Artan Y, Sözeri İ, Durmaz Akyol A (2018). Yoğun bakımda çalışan yardımcı

hizmet personelinin el hijyeni uyumunun değerlendirilmesi. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 22(1): 10-18.

104. Bilici S, Uyar F, Beyhan Y, Sağlam F (2008). Besin güvenliği. Birinci Baskı. Klasmat Matbaacılık, Ankara: Sayfa: 7 – 20.
105. Şahin N, Asadova S, Taşkın SM, Doğantan Ş, Özdemir Çiçek S, Paç Kısaarslan A, Poyrazoğlu MH (2023). Juvenil idiopatik artritli çocuklarda komorbid hastalıkların analizi ve hastalık sürecine etkisi. Ahi Evran Medical Journal 7(3): 288-295.
106. Avşar E, Türeyen A (2022). Tip-2 Diyabetli bireylerin bağırsak eliminasyon alışkanlıklarının gastrointestinal yakınmalara etkisi. Akkaya R (Ed.), Sağlık bilimlerinde güncel tartışmalar. Bilgin Kültür Sanat Yayınları, Ankara, Sayfa: 79–89.
107. Fidan S, Üzümlü N, Cansız M, Erkut M, Coşar AM (2020). Kronik böbrek yetmezliği tanılı hastalarda üst gastrointestinal sisteme ait endoskopik ve histolojik bulguların değerlendirilmesi. Akademik Gastroenteroloji Dergisi 19(2): 57-62.
108. Yaşar B (2021). Kalp hastalıkları sindirim sistemini etkiler mi. Kızıldaş Ş (Ed.). Sistemik hastalıklarda gastrointestinal sistem tutulumu. Türkiye Klinikleri, Ankara, Sayfa: 28-34.
109. Moss SF, Shah SC, Tan MC, El-Serag HB (2024). Evolving concepts in helicobacter pylori management. Gastroenterology 166(2): 267-283.
110. Özlü C, Alkan S, Öztürk TE (2023). Helicobacter Pylori enfeksiyonunun hematolojik belirtileri. Phoenix Medical Journal. 5(3): 146-151.
111. Yaşa R, Türkdoğan MK (2019). Gastrit ve Helicobacter Pylori tedavsinde sağlıklı beslenmenin yeri ve önemi. İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi 1(3): 1-8.
112. Öztekin M, Yılmaz B, Ağagündüz D, Capasso R (2021). Overview of Helicobacter pylori infection: Clinical features, treatment and nutritional aspects. Diseases 9 (66): 2-19.
113. Costa DSJ, Mercieca-Bebber R, Rutherford C, Tait MA, King MT (2021). How is quality of life defined and assessed in published research. Quality of Life Research

30: 2109–2121.

114. Bovenschen HJ, Laheij RJ, Tan ACITL, Witteman EM, Van Rossum LGM, Jansen JBMJ (2004). Health-related quality of life of patients with gastrointestinal symptoms. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics* 20: 311-319.
115. Özcan C, Sönmez Oral S, Öksüz E, Kut A, Erdal R (2012). Genç erişkinlerde dispepsi yakınmasının yaşam kalitesine etkisi. *Smyrna Tıp Dergisi* 1: 2-12.
116. Koçyiğit E (2016). Gastroözofageal reflü hastalığında yaşam kalitesinin incelenmesi. Uzmanlık Tezi, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Bursa.
117. Bayram HM (2016). Yutma bozukluğu olan yaşlı bireylerde beslenme durumu ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Toplum Beslenmesi Programı, Ankara.
118. Parlar Kılıç S, Ovayolu N, Koruk M (2017). İritabl barsak sendromlu hastalarda yaşam kalitesi. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2(2): 27-32.
119. Çetinkür S, Tokgöz S, Tokaç M, Bilgin BÇ, Bilgen K, Celep B, Hasdemir O, Atlı M (2011). Asemptomatik safra kesesi taşı olan hastalarda laparoskopik kolesistektominin gastrointestinal hayat kalitesi üzerine etkisi. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Dergisi* 12(2): 5- 10.
120. ST Laura (2002). The quality of nursing care as perceived by individuals with chronic illness: the magical touch of nursing. *Journal of Clinical Nursing* 11(1): 32-40.
121. Ünsal A (2017). Hemşireliğin dört temel kavramı: İnsan, çevre, sağlık & hastalık, hemşirelik. *Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 1(1): 11-25.
122. Kocatepe V (2022). Özofagus hastalıkları. Ünsal Avdal E (Ed.), *Kronik Hastalıkların Tedavi ve Bakımında Algoritmalar ve Klinik Karar Verme İç Hastalıkları Hemşireliği*. Hipokrat Yayıncılık, Ankara, Sayfa: 425–443.
123. Sofulu F (2022). Mide hastalıkları. Ünsal Avdal E (Ed.), *Kronik Hastalıkların Tedavi ve Bakımında Algoritmalar ve Klinik Karar Verme İç Hastalıkları Hemşireliği*. Hipokrat Yayıncılık, Ankara, Sayfa: 445–454.

124. Özgürsoy Uran BN (2022). İnce ve kalın barsak hastalıkları. Ünsal Avdal E (Ed.), Kronik Hastalıkların Tedavi ve Bakımında Algoritmalar ve Klinik Karar Verme İç Hastalıkları Hemşireliği. Hipokrat Yayıncılık, Ankara, Sayfa: 527–546.
125. Lee WJ, Lee MH, Yu PJ, Wei JH, Chong K, Chen SC, Almulaifi A, Lee YC (2015). Gastro-intestinal quality of life after metabolic surgery for the treatment of type 2 diabetes mellitus. *Obesity Surgery* 25: 1371-1379.
126. Yıldız N (2019). Sleeve gastrektomi sonrası probiyotik takviyesinin konstipasyon ve gastrointestinal yaşam kalitesi üzerine etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, İstanbul
127. Emreoğlu C (2015). Konservatif tedavi veya Anti-TNF ajan tedavisi alan ankilozan spondilitli hastalarda gastrointestinal yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Denizli
128. Eypasch E, Williams JI, Wood-Dauphinee S, Ure BM, Schmülling C, Neugebauer E, Troidl H (1995). Gastrointestinal quality of life index: development, validation and application of a new instrument. *British Journal of Surgery* 82(2):216-22.
129. Cevahir E (2020). SPSS ile nicel veri analizi. Birinci Baskı. Kıbele yayınları, İstanbul; Sayfa:12-21.
130. Yu PJ, Tsou JJ, Lee WJ, Lee KT, Lee YC (2014). Impairment of gastrointestinal quality of life in severely obese patients. *World Journal of Gastroenterology* 20(22): 7027-7033.
131. Erdoğan Z, Kurçer MA, Budak B, Aydemir S (2018). İrritable bağırsak sendromlu hastalarda gastrointestinal semptomların umutsuzluk ve depresyon düzeyine etkisi. *Journal of Health Sciences and Professions* 5(3): 353-359.
132. Kayar Y, Sürmeli N, Dertli R, Bilgili MA, Ağın M, Doğan NY (2019). Çölyak hastalarında demografik, histopatolojik ve klinik özellikler. *Van Tıp Dergisi* 26(3): 363-369.
133. Karahan N, Çoban Ö, Mete O, Çelenay ŞT (2020). Migrenli bireylerde gastrointestinal semptomların ağrı karakteristiği ve özür durumu ile ilişkisi. *Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi* 25(2): 88-93.

134. Delgado-Aras S, Locke GR, Camilleri M, Talley N, Fett S, Zinsmeister A, Melton LJ (2004). Obesity is associated with increased risk of gastrointestinal symptoms: a populationbased study. *American Journal Gastroenterology* 99(9): 1801-1806.
135. Çelebi S, Deveci SE, Ataseven H, Yalnız M, Bahçecioğlu H, Açık Y (2007). Elâzığ şehir toplumunda fonksiyonel üst gastrointestinal bozuklukların prevalansı ve sağlık yardımı arama. *Akademik Gastroenteroloji Dergisi* 6(1): 3-9.
136. Özçelik H (2004). İrritabl barsak sendromu sıklığı ve laktoz intoleransı ile ilişkisi. Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Afyon
137. Karaman N, Türkay C, Yöner O (2003). Sivas il merkezinde irritabl bağırsak sendromu prevalansı. *Türk Gastroenteroloji Dergisi* 14(2):128-131.
138. Özdenk S, Kaya K (2019). Formasyon öğrencilerinde algılanan stres ile gastrointestinal semptom arasındaki ilişkinin incelenmesi ve etkileyen faktörler. *Spor ve Rekreasyon Araştırmaları Dergisi* 1(2):1-8.
139. Kanchibhotla D, Sharma P, Subramanian S (2021). Improvement in gastrointestinal quality of life indeks (gıqlı) following meditation: An open-trial pilot study in India. *Journal of Ayurveda and Integrative Medicine* 12:107-111.
140. Barkin RL, Beckerman M, Blum SL, Clark FM, Koh EK, Wu DS (2010). Should nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSIDs) be prescribed to the older adult. *Drugs & Aging* 27: 775-789.
141. Kumsar AK, Yılmaz FT (2018). Tip 2 diyabetli bireylerde ağız sağlığı ve ağız sağlığı ile ilişkili yaşam kalitesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 26(2): 103-113.
142. Yılmaz M, Gürsel M (2022). Yaşlanmanın ağız sağlığı ve yaşam kalitesi üzerine etkisi. *Türkiye Klinikleri Periodontology-Special Topics* 8(3): 20-25.
143. Önder T, Abuk T, Heybeli C (2016). Oral hijyen indeksi ve gastrik *Helicobakter Pylori* pozitifliği ilişkisi. *Dicle Medical Journal* 43(1): 112-116.
144. Ofloğlu D, Koray M, Baran A, Tanyeri H (2008). Crohn hastalığı: Bir olgu nedeniyle. *İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi* 42(1-2): 35-39.

145. Payment P, Richardson L, Siemiatycki J, Dewar R, Edwardes, Franco E (1991). A randomized trial to evaluate the risk of gastrointestinal disease due to consumption of drinking water meeting meeting current microbiological standarts. American Journal of Public Health 81(6): 703-708.
146. Gorelick MH, McLellan SL, Wagner D, Klein J (2011). Water use and acute diarrhoeal illness in children in a United States metropolitan area. Epidemiology & Infection 139(2): 295-301.
147. Merdol DS (2019). Yetişkin bireylerde obezite önyargısı ile yaşam kalitesi ve beslenme durumları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, Ankara
148. Dengiz KS, Hisar F, Cingil D, Saçıkara Z (2022). Yetişkin bireylerde bağırsak hastalıkları sıklığının belirlenmesi. Hemşirelik Dergisi 5(2): 72-83.
149. Yılmaz F, Çağlayan Ç (2016). Yaşlılarda sağlıklı yaşam tarzının yaşam kalitesi üzerine etkileri. Türk Aile Hekimliği Dergisi 20(4): 129-140.
150. Korkmaz C, Dayı T, Hoca M (2024). Kurubaklagil tüketiminin kolorektal kanseri önlemedeki rolü. Selçuk Sağlık Dergisi 5(3): 365-379.
151. Kuo CH, Wang SSW, Lu CY, Hu HM, Kuo FÇ, Weng BC, Wu ÇŞ, Liu CJ, Tsai PY, Lee TC, Çen LW, Cheng KH, Chang LL, Wu DC (2013). Long-term use of probiotic-containing yogurts is a safe way to prevent helicobacter pylori: Based on a Mongolion Gerbil's Model. Biochemistry Research International 2013 (1): 594561.
152. Öztürk MR (2018). Kadınların probiyotik besinler hakkında bilgi düzeyi ve tüketim durumlarının değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, İstanbul.
153. Khademian M, Kiani MA, Jafari SA, Ahanchian H, Sedghi N, Behmanesh F, Khakshour A, Kianifar H (2017). Probiotic or conventional yogurt for treating antibiotic-associated diarrhea: A clinical trial study. International Journal Pediatrics 6(3): 7405-7412.
154. Bekar Ö (2007). Kefir'in Helikobakter Pylori eradikasyonuna ve tedaviye bağlı yan etkiler üzerine etkisi. Uzmanlık Tezi, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç

155. Aytekin ÖÜ, Şeker A, Arısoy S (2019). The effect of in vitro gastrointestinal simulation on bioactivities of kefir. *International Journal of Food Science and Technology* 55(1): 283-292.
156. Baran B (2008). İrritabl barsak sendromlu hastalarda kefirin semptomlar ve hayat kalitesi üzerine olan etkileri. Uzmanlık Tezi, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Bursa
157. Anthoni S, Savilahti E, Rautelin H, Kolho KL (2009). Milk protein IgG and IgA: The association with milk-induced gastrointestinal symptoms in adults. *World Journal of Gastroenterology* 15(39): 4915-4918.
158. Girgin E (2022). İnflamatuvar bağırsak hastalarında aktivasyonun fenotipinin moleküller düzeyde belirlenmesi. Uzmanlık Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir
159. Takii Y, Nishimura S, Yamamoto SY, Kobayashi Y, Nagayoshi E (2013). Effects of intake of pickles containing lactobacillus brevis on immune activity and bowel syptoms in famele students. *Journal of Nutritional Science Vitaminology* 59: 402-411.
160. Takezaki T, Gao CM, Ding JH, Liu TK, Li MS, Tajima K (1999). Comparative study of lifestyles of residents in high and low risk areas for gastric cancer in jiangsu province, china; with special reference to allium vegetables. *Journal of Epidemiology* 9(5): 297-305.
161. Sangpreecha N, Chanmuang S, Park KH, Sangar M, Sharma D, Song D, Park YJ, Sung HM, Promyo K, Ham KS (2023). Effects of fermented onion on gut health in dextran sosium sulfate (DSS)-induced inflammatory bowel disease (IBD) rats. *Applied Sciences* 13(3): 1590.
162. Tewani GR, Silwal K, Kriplani S, Kodali PB, Sharma H, Nair PMK (2023). Role of raw onion juice therapy in improving sleep, quality of life anda alleviating fatigue among older adults: A triple blinded randomized placebo controlled trial. *Brain Behavior and Immunity Integrative* 4: 100026.
163. Carvalbo RVB, Lorena SLS, Almedia JRS, Mesquita MA (2010). Food intolerance,

diet composition and eating patterns in functional dyspepsia patients. *Digestive Diseases and Sciences* 55: 60-65.

164. Lappi J, Mykkanen H, Knudsen KEB, Kirjavainen P, Katina K, Pihlajamäki J, Poutanen K, Kolehmainen M (2015). Postprandial glucose metabolism and SCFA after consuming wholegrain rye bread and wheat bread enriched with bioprocessed rye bran in individuals with mild gastrointestinal symptoms. *Nutrition Journal* 13: 104-113.





Ek 1. Hasta Bilgi Toplama Formu

1. **Yaş:** 18-29 yaş() 30-39 yaş() 40-49 yaş() 50 yaş ve üstü()
2. **Cinsiyet:** Kadın() Erkek()
3. **Boy:**.....cm
4. **Kilo:**..... kg
5. **Beden Kütle İndeksi:** Zayıf() Normal() Fazla Kilolu () Obez ()
6. **Eğitim Durumu:** İlkokul() Ortaokul() Lise() Ön Lisans() Lisans()
Lisansüstü ()
7. **Medeni Durum:** Evli() Bekar()
8. **Nerede yaşıyorsunuz?** Köy/Belde() İlçe () İl ()
9. **Meslek Gurubu:** Memur() İşçi() Çiftçi() Ev kadını() Serbest() Emekli() Diğer()
10. **Aylık Toplam Geliriniz:** Asgari ücretin altı() Asgari ücret() Asgari ücretin üstü()
11. **Aile Tipi:** Çekirdek Aile () Geniş Aile ()
12. **Stresli bir yapıya mı sahipsiniz?:** Evet() Hayır()
13. **Kronik bir hastalığınız var mı?:** Yok () Var ()
14. **Endoskopiye başvuru nedeni?**
Dispepsi() Mide Ağrısı() Şişkinlik() Bulantı/Kusma() Disfaji() Mide Yanması()
Tarama() Vitamin/Demir Eksikliği() Diğer()
15. **Bu şikayetleriniz ne süredir var?** 12 ay ve altı() 13-36 ay() 37-60 ay() 61 ay ve üstü()
16. **Şikayetlerinizin şiddeti için 0 - 10 arası bir puan verebilir misiniz?**
0-2() 3-5() 6-8() 9-10()
17. **Daha önce endoskopi yaptırdınız mı?** Hayır() 1-2 kez() 3 kez ve üstü()
18. **Bu şikayetinizden dolayı acile başvurduğunuz mu?** Evet() Hayır()
19. **Mide için ilaç kullanıyor musunuz?** Evet() Hayır()
20. **Ağrı kesici kullanıyor musunuz?** Evet() Hayır()
21. **Ağız içi yaralarınız ne sıklıkla olur?** Hiç() Az() Orta() Çok()
22. **Dişlerinizin durumu ne?** Tam() Eksik diş() Takma diş() Çürük diş()
23. **Suyu nereden kullanıyorsunuz?** Kuyu/Köy çeşmesi() Şebeke suyu()
Kapalı hazır sular()
24. **Günde ne kadar su içersiniz?** 5 bardak ve altı() 6-10 bardak() 11 bardak ve üstü()
25. **Sigara kullanıyor musunuz?** Evet() Hayır()
26. **Alkol kullanıyor musunuz?** Evet() Hayır()
27. **Günde kaç öğün yemek yersiniz?** Ana öğün: Yok() 1() 2() 3() 4() 5()
Ara öğün: Yok() 1() 2() 3() 4() 5()
28. **Öğün atlar mısınız?** Evet() Hayır()
29. **Öğünlerinizi genelde nerde tüketirsiniz?**
Evde() İşyerinde() Lokanta-Büfe-Kantin() Hepsi()
30. **Yemeklerinizi tüketirken genelde hangi yöntemle hazırlanmış yiyecekleri tercih ediyorsunuz?** Izgara () Kızartma() Fırında() Haşlama() Kavurma() Hepsi ()

Ek 1. (Devam)

31. Yemek yerken kullandığınız araçları nasıl kullanıyorsunuz? Ayrı Tabaklarda ()
Ortak Tabaklarda ()

32. Tabloda verilen ürünleri ne sıklıkla kullanırsınız?

Posa içerikli Besinler	Her gün	Haftada birkaç kez	Ayda birkaç kez	Hiçbir zaman
Kurubaklagiller				
Kuruyemişler				
Tahıl Ürünleri				
Sebzeler				
Meyve				
Prebiyotik/Probiyotik içerikli Besinler	Her gün	Haftada birkaç kez	Ayda birkaç kez	Hiçbir zaman
Yoğurt / Ayran / Kefir				
Süt				
Peynir / Zeytin				
Tereyağ				
Sirke				
Turşu				
Soğan / Sarımsak				
Ekmek				
Bal				

Ek 2. Gastrointestinal Yaşam Kalitesi İndeksi

1. Aldığınız ilaç tedavileri sizi rahatsız etti mi?

a) Çok fazla b) Fazla c) Biraz d) Çok az e) Hiç

2. Son 15 günde günlük aktivitelerinizin ne kadarını tamamlayabildiniz?

a) Hiçbirini b) Çok azını c) Birazını d) Çoğunu e) Hepsini

3. Son 15 günde hobilerinizle ne kadar uğraşabildiniz?

a) Hiç b) Nadiren c) Bazen d) Genellikle e) Her zaman

4. Hastalığınız diğer insanlarla (aile, arkadaş) ilişkilerinizi ne kadar bozdu?

a) Çok fazla b) Fazla c) Biraz d) Çok az e) Hiç

5. Hastalığınız cinsel hayatınıza ne kadar zarar verdi?

a) Çok fazla b) Fazla c) Biraz d) Çok az e) Hiç

6. Son 15 günde günlük sorunlarla başa çıkabildiniz mi?

a) Asla b) Nadiren c) Bazen d) Sıklıkla e) Her zaman

7. Hastalığınız sizi ne kadar mutsuz etti?

a) Sürekli b) Sıklıkla c) Bazen d) Nadiren e) Hiçbir zaman

8. Hastalığınız yüzünden ne kadar kaygılandınız?

a) Sürekli b) Sıklıkla c) Bazen d) Nadiren e) Hiçbir zaman

9. Son 15 günde ne kadar yaşama sevinci hissettiniz?

a) Asla b) Nadiren c) Bazen d) Sıklıkla e) Her zaman

10. Kaç defa kendinizi hastalığınız yüzünden bazı şeylerden yoksun hissettiniz?

a) Sürekli b) Sıklıkla c) Bazen d) Nadiren e) Hiçbir zaman

11. Son 15 günde kendinizi ne kadar yorgun hissettiniz?

a) Sürekli b) Sıklıkla c) Bazen d) Nadiren e) Hiçbir zaman

12. Son 15 günde kendinizi ne kadar kötü hissettiniz?

a) Sürekli b) Sıklıkla c) Bazen d) Nadiren e) Hiçbir zaman

13. Geçen hafta kaç gece uykunuzdan uyandınız?

a) Her gece b) 5-6 gece c) 3-4 gece d) 1-2 gece e) Hiç

14. Hastalığınız başladığından beri fiziksel görünümünüzdeki değişiklikler sizi mutsuz etti mi?

a) Çok fazla b) Fazla c) Biraz d) Çok az e) Hiçbir zaman

Ek 2. (Devam)

15. Hastalık fiziksel gücünüzü ne kadar etkiledi?

- a) Çok fazla b) Fazla c) Biraz d) Çok az e) Hiç

16. Hastalığınız yüzünden dayanma gücünüzü ne kadar kaybettiniz?

- a) Çok fazla b) Fazla c) Biraz d) Çok az e) Hiç

17. Hastalığınız yüzünden formunuzu ne kadar kaybettiniz?

- a) Çok fazla b) Fazla c) Biraz d) Çok az e) Hiç

*Son 15 günde aşağıdaki şikayetlerden biri oldu mu?

18. Karın ağrısı:

- a) Sürekli b) Sıklıkla c) Bazen d) Nadiren e) Hiçbir zaman

19. Karın üst kısmında şişkinlik hissi:

- a) Sürekli b) Sıklıkla c) Bazen d) Nadiren e) Hiçbir zaman

20. Karında gaz hissi:

- a) Sürekli b) Sıklıkla c) Bazen d) Nadiren e) Hiçbir zaman

21. Gaz çıkarma:

- a) Sürekli b) Sıklıkla c) Bazen d) Nadiren e) Hiçbir zaman

22. Geçirme:

- a) Sürekli b) Sıklıkla c) Bazen d) Nadiren e) Hiçbir zaman

23. Karında barsak sesleri (Karında gurultu):

- a) Sürekli b) Sıklıkla c) Bazen d) Nadiren e) Hiçbir zaman

24. İshal:

- a) Sürekli b) Sıklıkla c) Bazen d) Nadiren e) Hiçbir zaman

25. İştah kaybı:

- a) Sürekli b) Sıklıkla c) Bazen d) Nadiren e) Hiçbir zaman

26. Acil büyük abdest yapma hissi:

- a) Sürekli b) Sıklıkla c) Bazen d) Nadiren e) Hiçbir zaman

27. Büyük abdest kaçırma:

- a) Sürekli b) Sıklıkla c) Bazen d) Nadiren e) Hiçbir zaman

28. Kabızlık:

- a) Sürekli b) Sıklıkla c) Bazen d) Nadiren e) Hiçbir zaman

Ek 2. (Devam)

29. Bulantı:

a) Sürekli b) Sıklıkla c) Bazen d) Nadiren e) Hiçbir zaman

30. Büyük abdestte kan:

a) Sürekli b) Sıklıkla c) Bazen d) Nadiren e) Hiçbir zaman

31. Göğüs kemiğinin arkasında yanma:

a) Sürekli b) Sıklıkla c) Bazen d) Nadiren e) Hiçbir zaman

32. Ağza acı su gelme:

a) Sürekli b) Sıklıkla c) Bazen d) Nadiren e) Hiçbir zaman

33. Yutma güçlüğü:

a) Sürekli b) Sıklıkla c) Bazen d) Nadiren e) Hiçbir zaman

34. Yavaş yemek zorunda kalma:

a) Sürekli b) Sıklıkla c) Bazen d) Nadiren e) Hiçbir zaman

35. Ne sıklıkla diyet uygulamak zorunda kaldınız?

a) Sürekli b) Sıklıkla c) Bazen d) Nadiren e) Hiçbir zaman

36. Yemek yeme miktarınızı ne kadar kısıtladınız?

a) Çok fazla b) Fazla c) Biraz d) Çok az e) Hiç

Ek 3. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Elemanı/Elemanları tarafından hazırlandı. Araştırmanın adı “Gastroskopi Yapılan Hastaların Gastrointestinal Semptomlarının ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi” olup, bu çalışma gastroskopi yapılan ve organik bir neden bulunamayan hastaların semptomlarını ve yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla yapılacaktır. Çalışmada ileriye dönük ve tanımlayıcı araştırma yöntemleri kullanılacaktır. Yaptığımız tüm görüşmelerde verilen bilgiler, sadece bu araştırmada kullanılacak ve kişisel bilgiler kesinlikle gizli tutulacaktır. Bilgiler araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu ile toplanacaktır. Bu ankette hastanın sosyodemografik özellikleri, etiyolojik faktörleri, hastalık öyküsü ve semptomları, günlük alışkanlıkları, beslenmeye ait bilgileri içermektedir. Ayrıca araştırma sonuçlarını yazarken sizlerin isimleri kesinlikle araştırma raporunda yer almayacaktır. Çalışmanın süresi Mart 2024 – Ağustos 2024’tür. Bu çalışma süresince sizlerden görüşmede sorulan sorulara doğru ve içtenlikle cevap vermeniz beklenmektedir. Aşağıda çalışma kapsamında ulaşabileceğiniz araştırmacının iletişim bilgileri yer almaktadır.

Katılımcının Beyanı: Ben, Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilirim biliyorum. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının Adı-Soyadı (Gerektiği durumlarda yasal temsilcisi):

İmzası:

Adresi (varsa Telefon No):

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

Açıklamaları Yapan Araştırmacının Adı-Soyadı: Ertuğrul GÖKCE

Adresi: RTEÜ Eğitim Araştırma Hastanesi Endoskopi Ünitesi

İmzası:

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

Ek 4. (Devam)



KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Gastroskopi Yapılan Hastaların Gastrointestinal Semptomlarının ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi
	ARAŞTIRMANIN PROTOKOL/PLAN KODU	2024/6
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Nesrin NURAL
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşirelik
	TEZ SAHİBİ/DİĞER ARAŞTIRMACILAR, UNVANI/ADI/SOYADI	Ertuğrul GÖKÇE
	DESTEKLEYİCİ	Yok
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	Yok
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	YÜKSEK LİSANS TEZİ ☒ DOKTORA TEZİ ☐ BİLİMSEL ARAŞTIRMA/PROJE ☐ BAP PROJESİ ☐ TÜBİTAK PROJESİ ☐ KURUMSAL ARAŞTIRMA ☐ BİTİRME PROJESİ ☐ DİĞER (LÜTFEN BELİRTİNİZ) ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı		Açıklama	
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐		
	DİĞER	☐		

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı : Ertuğrul GÖKCE
Uyruğu : T.C.
Doğum Tarihi :
Telefon (İş) :
E-Posta :
Yazışma Adresi (İş) :

EĞİTİM BİLGİLERİ

Derece	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lisans	Karadeniz Teknik Üniversitesi / Hemşirelik	2018
Lise	Çarşamba Anadolu Lisesi	2014

AKADEMİK/MESLEKİ DENEYİMİ

Görevi	Kurum	Süre (Yıl -Yıl)
1. Hemşire	Recep Tayip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2019-

YABANCI DİL

İngilizce

BİLDİRİLER

- Çakmak S, Demirezen S, **Gökce E**, Aygüneş L, Pala S, Nural N, "Öğretim elemanlarının teknolojik tutumları", 15. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Eskişehir, Türkiye, 1-2 Nisan 2016, ss.0-0
- Gülhan Güner S, Demirezen S, **Gökce E**, Nural N, "Hemşirelik öğrencilerinin iç hastalıkları hemşireliği dersinde kavram haritası kullanımına ilişkin düşüncelerine yönelik nitel bir çalışma", 16. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, İstanbul,

Türkiye, 26-28 Nisan 2017, ss.0-0

3. Gülhan Güner S, **Gökce E**, Demirezen S, Nural N, "Hemşirelik öğrencilerinin sağlık okuryazarlığının incelenmesi", 16. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, İstanbul, Türkiye, 26-28 Nisan 2017, ss.0-0

