

Genç erişkinlerde dispepsi yakınmasının yaşam kalitesine etkisi Dyspepsia and its effects on quality of life in young adults

Cihangir Özcan¹, Selma Sönmez Oral², Ergün Öksüz³, Altuğ Kut³, Rengin Erdal⁴

¹ Yrd.Doç.Dr., Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

² Uzm.Dr., Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

³ Doç.Dr., Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

⁴ Prof.Dr., Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Özet

Amaç: Bu çalışma, dispepsi yakınması olan ve Başkent Üniversitesi Öğrenci Sağlık Merkezine başvuran 104 genç erişkinde (≥ 18 years), sağlık durumlarının yaşam kalitesine olan etkilerinin tespiti amacıyla Aralık 2010-Mayıs 2011 arası yürütülmüş kesitsel tipte bir araştırmadır.

Gereç ve Yöntem: Dispepsi şikâyeti ile başvuran hastalar muayene edilerek yaşam kalitesi ölçümü için, Dispepsi Şiddeti Ölçeği (SODA) ve Kısa Form-36 (SF-36) Ölçeği uygulanmıştır. Hastalara ampirik Proton Pompa İnhibitörü (PPI) ile kombine tedavi verilmiş ve 4-6 hafta sonra kontrol muayenesinde SODA ve SF-36 anketi tekrardan uygulanmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan 104 hastanın %58,7'si kadın ve ortalama yaş $22,2 \pm 3,3$ 'dür. Baskın şikâyetler %47,1 ağrı, %28,8 yanma şeklindedir. SODA ölçek skorunda tüm hastalarda tedavi sonrasında; ağrı şiddetinde ortalama $-7,7 \pm 11,2$ ve ağrı dışı belirtilerde ortalama $-2,3 \pm 5,5$ puanlık düzelme kaydedilmiştir. Memnuniyet ölçeğinde ise ortalama $+4,2 \pm 4,4$ puan artışı saptanmıştır. SF-36 ölçeğinde fiziksel sağlık puanı (FSS/PCS), $41,5 \pm 7,1$ 'den $45,3 \pm 5,3$ 'e ve mental sağlık puanı (MSS/MCS) $43,0 \pm 5,1$ 'den $46,6 \pm 7,7$ 'e yükselmiştir. Tüm hastalarda ilk başvuruda düşük kaydedilen SODA ölçeği ve SF-36 ölçek puanlarında tedavi sonrası kontrolde düzelme kaydedilmiştir.

Sonuç: Dispepsi, genç hastalarda yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Ek olarak; dispepsi hastalarında ampirik PPI tedavisinden yarar sağlanabilmektedir ve bu tedavi hastaların yaşam kalitesinde de artış sağlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: dispepsi, dispepsi şiddeti ölçeği, kısa form-36 ölçeği, sağlığa bağlı yaşam kalitesi, yaşam kalitesi

Abstract

Objective: This study was performed for measuring Quality of Life (QoL) in young adults with dyspeptic complaints, who referred to the Students Healthcare Center of the Başkent University. A total of 104 young adults (≥ 18 years) were enrolled between December 2010 and May 2011 into this cross-sectional study.

Material and Method: Young adults with dyspeptic symptoms, referring to the Students Healthcare Center were examined by a physician. Quality of life was measured using Severity of Dyspepsia Assessment (SODA) and Short Form-36 (SF-36). An empirical Proton Pump Inhibitor (PPI) therapy was given to the patients and after 4-6 weeks, the SODA and SF-36 scales were applied again.

Results: Of the 104 patients involved into study, 58,7% were women and the mean age was $22,17 \pm 3,3$ years. Dominant complaints were epigastric pain 47,1% and heartburn 28,8%. After treatment; an average decrease of $-7,72 \pm 11,25$ in the pain intensity score and $-2,34 \pm 5,53$ in the non-pain symptom score was determined. An increase of mean $+4,25 \pm 4,40$ points was seen in the satisfaction scale. At the SF-36 scale; the physical composit score (PCS) increased from $41,51 \pm 7,10$ to $45,30 \pm 5,30$ and the mental composit score (MSS) increased from $43,01 \pm 5,15$ to $46,63 \pm 7,71$ in average. An increase in scores for SODA and SF-36 scales were confirmed for all patients after treatment.

Conclusion: Dyspepsia causes an impairment of quality of life in young patients. Furthermore, young patients benefit from an empirical therapy with PPI's, leading to an improvement of their quality of life.

Key Words: dyspepsia, dyspepsia assessment scale, short form-36 scale, health related quality of life, quality of life

Kabul tarihi: 4 Mart 2012

Giriş

Bireylerde ve sağlık kuruluşlarına başvuran hastalarda sık rastlanan bir şikâyet olan dispepsi önemli bir sağlık sorunu olup hastaların yaşam kaliteleri üzerine olumsuz etkileri olan bir durumdur (1). Dispepsi, Fonksiyonel Gastroduodenal Hastalıklar Komitesi'nin Roma II ölçütü

rine göre üst karın bölgesinde orta hatta ağrı ya da rahatsızlık hissi olarak tanımlanmıştır (2). Şişkinlik, gaz, erken doyma hissi, yemek sonrası dolgunluk, bulantı, iştahsızlık, yanma hissi, regürjitasyon ve geçirme şeklinde olan belirtiler için de dispepsi terimi kullanılmaktadır (3).

Dispeptik yakınması olan hastaların çoğu birinci basamak sağlık kuruluşlarında izlenmektedir. Batı ülkelerinde dispepsi prevalansının %25'lere ulaşabildiği bildirilmiştir (4). Türkiye'de birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran erişkin hastalarda dispepsi prevalansı %44 olarak tespit edilmiştir (5).

Dispepsi belirtisinin altında sıklıkla gastrit, peptik ülser, gastroözofageal reflü (GÖRH) gibi organik hastalıkların bulunduğu bilinmektedir. Dispepsiye neden olabilen malign nedenler arasında gastrik ve özofageal kanserler sayılabilir. Ancak bunların görülme oranı %2'den azdır. Organik neden saptanamayan olgular için fonksiyonel ya da non-ülser dispepsi (FD) terimi de kullanılmaktadır. Türkiye'de son yıllarda yapılan çeşitli çalışmalarda dispeptik şikayetleri olan hastalarda %60-68 oranında *Helicobacter pylori* (HP) pozitifliği tespit edilmiştir (6,7,8).

Dispepsi hastalarında primer çıktı ölçümü için semptomaya yönelik anket kullanımı önerilmektedir. Anket formlarının güvenilir, geçerli, cevaplanabilir ve dispepsi semptomlarının sıklık ve/veya ciddiyetini ölçebilir olması gereklidir. Yapılan bir çalışmada 26 farklı anket formunun kullanıldığı 37 çalışma tespit edilmiş ve bu anketlerden 12 tanesinin tek boyutlu (yalnızca semptom) ve ondördünün çok boyutlu (yaşam kalitesine de yönelik) olduğu ve yalnızca 10 tanesinin güvenilir, geçerli ve cevaplanabilir olduğu gözlenmiştir (9).

Dispepsinin tedavisinde proton pompa inhibitörleri (PPI), H2 reseptör blokerleri veya prokinetik ajanlar birinci basamak hekimleri tarafından en sık izlenen ampirik tedavi stratejilerindedir. Ampirik tedavi yöntemi özellikle 45 yaş altı hastalarda ve yeni başlamış kısa süren dispepside kullanılmaktadır. Hastalara genellikle 4-6 haftalık tedavi uygulanmaktadır. Hastaların büyük bir bölümü bu tedaviye cevap vererek kontrol altına alınmaktadır (6). Araştırmadan önce tedavi et (7) yaklaşımının başarısı büyük oranda hekimin tanı yeteneğine, uygun hasta seçimine ve hasta-hekim arası iyi bir iletişime bağlıdır. Daha genç hastalarda dispepsinin ampirik tedavisinin erken yapılan endoskopi kadar pahalı bir işlem olacağı ve daha az sayıda hasta memnuniyeti sağlayacağı şeklinde kısıtlı bazı kanıtlar da bulunmaktadır. Ayrıca, etkin olmayan ilaç tedavisinin uzun süre kullanılması malign ülselerin semptomlarının maskelenmesine yol açması nedeniyle, ampirik tedavi stratejisi de eleştirilmektedir (10,11).

Dispepsi şikayeti ile başvuran hastalarda hekimler, anamnez alma sırasında dispepsinin tipine göre hastayı kabaca değerlendirerek şiddetini ölçmeden tedavi düzenlemektedir. Hekim, çoğu zaman hastaların tedavi sonrasında dispepsi şikayetinin hangi ölçüde gerilediğini ve bu tedavinin yaşam kalitesine olan etkisini değerlendirmekte zorluk çekmektedir. Bu durumlarda bir hastalığın şiddeti

ni ölçmek ve yaşam kalitesine olan etkisini araştırmak önemli bir yaklaşımdır. Hasta, hastalığı ile ilgili seyri kendi görüşü açısından geçerli ve güvenilir bir ölçek aracılığı ile hekime yansıtabilirse, hekim ve hasta arasındaki iletişim de artacaktır. Hastaların bu sayede daha kaliteli tıbbi bakım ve tedavi almaları sağlanacaktır.

Bu araştırma, dispepsi yakınması olan ve Başkent Üniversitesi Öğrenci Sağlık Merkezi'ne başvuran genç erişkinlerde sağlık durumlarının yaşam kalitesine olan etkilerinin tespiti amacıyla yapılmıştır. Ayrıca tedavi öncesi ve sonrası farklı ölçekler kullanılarak dispepsi şiddeti ve dispepsiye bağlı yaşam kalitesi, bireyin sosyodemografik ve klinik özellikleriyle karşılaştırılmıştır. Çalışmada elde edilen sonuçlar, ülkemizde Aile Hekimliği uygulamaları içerisinde görev yapan hekimlere, dispepsi şikâyeti ile başvuran hastaların tedavileri ve izlemlerinde yol gösterici olacaktır.

Gereç ve Yöntem

Çalışma, Başkent Üniversitesi'nde 2010-2011 Eğitim-Öğretim döneminde eğitim gören dispepsi yakınması nedeniyle Öğrenci Sağlık Merkezi'ne Aralık 2010-Mayıs 2011 tarihleri arasında başvuran 104 genç erişkin üzerinde yapılmıştır. Araştırma öncesi etik kuruldan onay alınmıştır. Dispepsinin yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu araştırma, kesitsel ve tanımlayıcı bir uygulamadır.

Çalışma beş aşamada tamamlanmıştır. Birinci aşamada; hastalara araştırma hakkında bilgi verilerek sözlü ve yazılı onamları alınmış, ikinci aşamada hekim tarafından dispepsi tanısı almış hastalara Dispepsi Şiddeti Ölçeği (Severity of Dyspepsia Assessment-SODA) ve Kısa Form-36 (SF-36) ölçeği uygulanmıştır. Üçüncü aşamada hekim, hastalara dispepsi tipi ve baskın semptomu göre dört haftalık kombine tedavi önermiştir. Kombine tedavi içinde antiasit, PPI ve prokinetik ajanlar yer almıştır. Dördüncü aşamada, 4-6 haftalık tedavi sonrası öğrenciler kontrole çağrılarak her iki ölçek tekrar uygulanmıştır. Beşinci aşamada; veriler bilgisayar ortamında SPSS 11.5 versiyonu kullanılarak toplanmış ve değerlendirilmiştir.

Dispepsi Şiddeti Ölçeği (SODA), Rabeneck ve arkadaşları tarafından dispepsiye ait sağlık çıktısının birincil olarak ölçümü amacıyla geliştirilmiş hastalığa spesifik ölçektir. Ağrı şiddeti (6 madde), ağrı dışı belirtiler (7 madde) ve memnuniyet (4 madde) olmak üzere üç alt ölçekten oluşan bir araçtır (12). Orijinal SODA güvenilirliği, ağrı şiddeti alt ölçeği için cronbach $\alpha=0.93$, ağrı dışı belirtiler alt ölçeği için cronbach $\alpha=0.82$ ve memnuniyet alt ölçeği için cronbach $\alpha=0.89$ olarak belirlenmiştir. Likert tarzı cevaplama seçeneklerine sahip ölçeğin geçerli ve güvenilir olduğu gösterilmiştir (13).

SODA alt ölçeklerinden birincisi olan Ağrı şiddet ölçeğinde puanlar 2 ile 47 arası değişmektedir. En düşük ağrı şiddetini 2 ve en yüksek ağrı şiddetini 47 puan yansıtmaktadır. Ağrı dışı belirtilerin incelendiği ikinci alt ölçekte ise; ekşime, yanma, şişkinlik, gaz, bulantı gibi belirtiler değerlendirilerek hastanın cevabına göre 7-35 arası puan verilmiştir. En düşük 7 puan hastanın ağrı dışı belirtiler ile sorun yaşamadığını, en yüksek olan 35 puan ise ağrı dışı belirtilerin hastayı ciddi anlamda rahatsız ettiğini yansıtmaktadır. Üçüncü alt ölçekte hastaların rahatsızlıkları ile ilgili memnuniyeti değerlendirilerek 2-23 arası puanlama yapılmıştır. Rahatsızlığından dolayı oldukça mutsuz olan bireylere en düşük olan 2 puan ve memnuniyeti en yüksek olan bireylere 23 puan verilmiştir (12,13).

Kısa Form 36 (SF36), Rand Corporation tarafından 1989-1992 yıllarında geliştirilen kendini değerlendirme ölçeği olup sağlığın sekiz boyutunu 36 madde ile değerlendiren jenerik yaşam kalitesi aracıdır. Sağlığa bağlı yaşam kalitesi (SBYK) alanında yaygın kullanıma sahip olan SF-36 ölçeği beş dakika gibi kısa bir süre içinde doldurulabilmektedir. Yaşam kalitesini; fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları, emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları, mental sağlık, enerji/vitalite, ağrı ve sağlığın genel algılanması boyutları olmak üzere sekiz boyutta değerlendirir. Değerlendirme, bazı maddeler dışında Likert tipi yapılmakta ve son dört hafta gözönünde bulundurulmaktadır. Alt ölçekler sağlığı, 0-100 arasında değerlendirir (14,15,16). Bu alt ölçeklerin, bedensel hastalığı olanlarda yaşam kalitesinin değerlendirildiği

Tablo 1: Hastaların Klinik Özelliklerinin Cinsiyete Göre Dağılımı

Değişkenler	Erkek (n:43)	Kadın (n:61)	Toplam (n:104)	P
Yaş Ortalaması	22,23 ± 3,344	22,13 ± 3,263	22,17 ± 3,281	
Eşlik Eden Hastalık				
Var	26 (%51)	25 (%49)	51 (%49)	0,05
İlaç Kullanımı				
Var	9 (%21)	6 (%10)	15 (%14)	>0,05
Başvuru Şikayetleri				
Ağrı	21 (%49)	28 (%46)	49 (%47)	>0,05
Ekşime-Yanma	14 (%33)	16 (%26)	30 (%29)	
Şişkinlik-Gaz	6 (%14)	13 (%21)	19 (%18)	
Bulantı	2 (%5)	4 (%7)	6 (%6)	

Tablo 2: Hastalara Uygulanan Tedavi Protokollerinin Başvuru Nedenlerine Göre Dağılımı

Tedavi Protokolü	Başvuru Nedeni				
	Ağrı n (%)	Ekşime-Yanma n (%)	Şişkinlik- Gaz n (%)	Bulantı n (%)	Toplam n (%)
PPI+Prokinetik	35 (71,4)	18 (60)	9 (47,4)	4 (66,7)	66 (63,5)
PPI+Antasit	14 (28,6)	8 (26,7)	8 (42,1)	2 (33,3)	32 (30,8)
Diğer	-	4 (13,3)	2 (10,5)	-	6 (5,8)
Toplam	49 (100)	30 (100)	19 (100)	6 (100)	104 (100)

PPI: Proton Pompa İnhibitörü

rilmesinde kullanılabilceği bildirilmektedir Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenilirliği mevcuttur (17,18).

Bulgular

Çalışmaya katılan 104 hastanın 61'i (%58,7) kadın ve 43'ü (%41,3) erkek olup, yaş ortalaması 22.2±3,2'dir. 51 (%49) hastanın daha önce tanı konulmuş bir başka hastalığı vardır. Onbeş (%14,4) hasta bir başka nedenle ilaç kullanmaktadır. Daha önce tanı konmuş hastalığa sahip kişilerin 26'sı (%51) erkek ve 25'i (%49) kadındır. İlaç kullanan hastaların ise 9'u (%60) erkek ve 6'sı (%40) kadın olup fark anlamlı değildir (p≥0,05) (Tablo 1).

Öğrenci Sağlık Merkezi'ne ilk başvuru nedeni; ağrı (n:49, %47,1), ekşime-yanma (n:30, %28,8) şişkinlik, gaz rahatsızlığı (n:19, %18,3) ve bulantı (n:6, %5,8) şeklindedir (Tablo 1). Erkeklerde en sık ağrı (%48,8, n:21) ve ekşime-yanma (%32,6, n:14) şikayeti görülürken; kadınlarda da ağrı (%45,9, n:28) ve ekşime-yanma (%26,2, n:16) en sık karşılaşılan şikayetler olmuştur. Cinsiyete göre başvuru şikayeti oranlarının arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p≥0,05) (Tablo 1). Hastaların %63,5'ine (n:66) PPI ve prokinetik ajan kombinasyonu, %30,8'ine (n:32) PPI ve antasit ajan kombinasyonu, %5,8'ine (n:6) diğer yöntemle tedavi protokolü verilmiştir (Tablo 2).

Başvuru nedeni ağrı olan 49 hasta arasında 35 hastaya (%71,4) PPI ve prokinetik ajan; 14 hastaya da (%28,6) PPI ve antasit ajan tedavisi uygulanmıştır. Ekşime-yanma semptomları olan 30 vakadan 18'ine (%60) PPI ve prokinetik ajan, 8'ine (%26,7) PPI ve antasit ajan ve 4'üne de (%13,3) diğer tedavi seçenekleri uygulanmıştır. Şişkinlik ve gaz semptomları olan toplam 19 olgunun 9'u (%47,4) PPI ve prokinetik ajan, 8'i (%42,1) PPI ve antasit ajan ve 2'si (%10,5) diğer tedavilerden yararlanmıştır. Bulantı şikâyeti olan 6 hastanın 4'üne (%66,7) PPI ve prokinetik ajan ve 2'sine (%33,3) PPI ve antasit tedavisi önerilmiştir. Başvuru şikâyetine göre verilen tedavilerin dağılımı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p \geq 0,05$).

Hastaların ilk başvurusu sırasında SODA puan ortalamalarına göre Ağrı şiddeti alt ölçeğinde erkeklerde $23,5 \pm 6,8$,

kadınlarda $23,8 \pm 7,2$ puan saptanmıştır. Ağrı dışı belirtiler ölçeğinde; erkekler $17,7 \pm 4,1$, kadınlar $17,5 \pm 4,0$ ve Memnuniyet ölçeğinde, erkekler $10,9 \pm 1,3$, kadınlar $11,0 \pm 1,3$ puan almıştır. Tüm hastalar açısından bakıldığında Ağrı şiddetinde $23,7 \pm 7,0$, Ağrı dışı belirtilerde $17,6 \pm 4,0$ ve Memnuniyet ölçeğinde $11,0 \pm 1,3$ puan kaydedilmiştir.

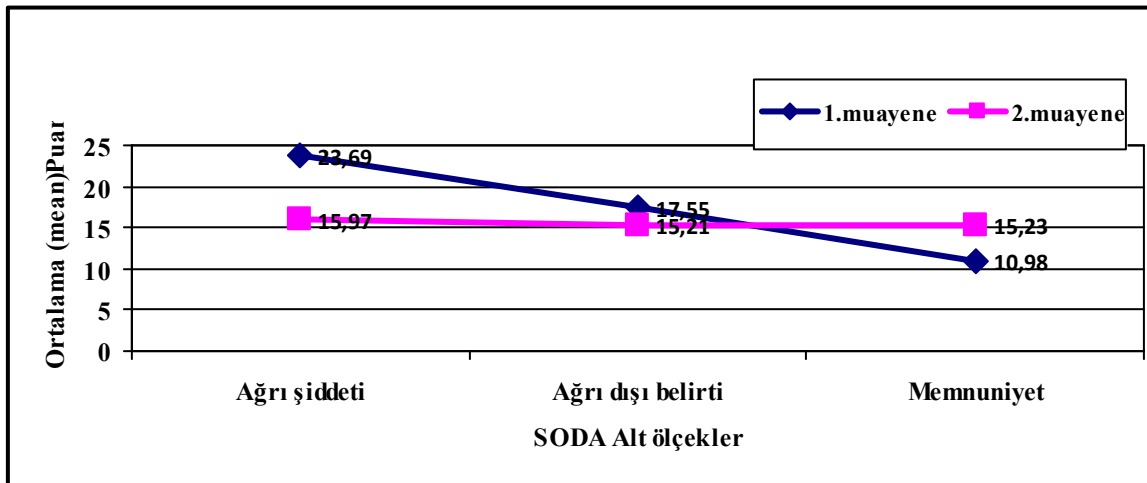
Hastalar dört haftalık tedavi sonrası kontrole geldiklerinde SODA ölçeği tekrar uygulanmıştır. Ağrı şiddeti alt ölçeğinde erkekler $14,6 \pm 7,7$, kadınlar $17,0 \pm 8,4$; Ağrı dışı belirtilerde erkekler $15,2 \pm 4,5$, kadınlar $15,2 \pm 4,2$ ve Memnuniyet ölçeğinde erkekler $16,1 \pm 3,8$, kadınlar $14,6 \pm 4,2$ puan almışlar ve tüm hastalarda puanlar Ağrı şiddetinde $16,0 \pm 8,2$, Ağrı dışı belirtilerde $15,2 \pm 4,3$ ve Memnuniyet ölçeğinde $15,2 \pm 4,1$ olarak tespit edilmiştir (Tablo 3).

Tüm hastalarda Ağrı şiddeti ve Ağrı dışı belirtilerin puanları ilk muayeneye göre kontrol muayenesinde düşüş gösterirken, Memnuniyet ölçeği puanlarında artış kaydedilmiştir (Şekil 1).

Tablo 3: Hastaların Başvuru Sırasında ve Kontrol Muayenelerindeki SODA Puan Ortalamalarının Cinsiyete Göre Dağılımı

	Başvuru Sırasında			Kontrolde		
	Ağrı Şiddeti	Ağrı Dışı Belirtiler	Memnuniyet	Ağrı Şiddeti	Ağrı Dışı Belirtiler	Memnuniyet
Cinsiyet	Ortalama (SD)	Ortalama (SD)	Ortalama (SD)	Ortalama (SD)	Ortalama (SD)	Ortalama (SD)
Erkek	23,5 (6,8)	17,7 (4,1)	10,9 (1,3)	14,6 (7,7)	15,2 (4,5)	16,1 (3,8)
Kadın	23,8 (7,2)	17,5 (4,0)	11,0 (1,3)	17,0 (8,4)	15,2 (4,2)	14,6 (4,2)
Toplam	23,7 (7,0)	17,6 (4,0)	11,0 (1,3)	16,0(8,2)	15,2 (4,3)	15,2 (4,1)

Şekil 1: Hastalarda Başvuru Sırasında ve Kontrol Muayenelerindeki SODA Puan Ortalamalarının Değişimi



İlk başvuru muayenesinde tüm hastaların aldıkları ortalama ölçek puanlarına göre en yüksek ortalama puanı fiziksel fonksiyon ölçeğinde $81,6$ iken, bunu sırası ile fiziksel rol (RF $57,9$), sosyal fonksiyon (SF $56,5$), genel sağlık (GH $51,7$) ve mental sağlık (MH $50,6$) ölçek puanları takip etmiştir. Daha düşük puanlar emosyonel rol

(RE $47,7$), vitalite (V $47,4$) ve beden ağrısı (BP $46,9$) ölçeğinde kaydedilmiştir. Kontrol muayenesinde tespit edilen değerlere bakıldığında, tüm hastalarda tedavi sonrasında sağlığın sekiz boyutunda da ortalama değerlerde artış saptanmıştır. En yüksek $90,5$ ile fiziksel fonksiyon (PF) ölçeğinde artış kaydedilmiştir. Bunu sırasıyla; fizik

sel rol, emosyonel rol, sosyal fonksiyon, genel sağlık, ruhsal sağlık, beden ağrısı ve en düşük canlılık ölçeği

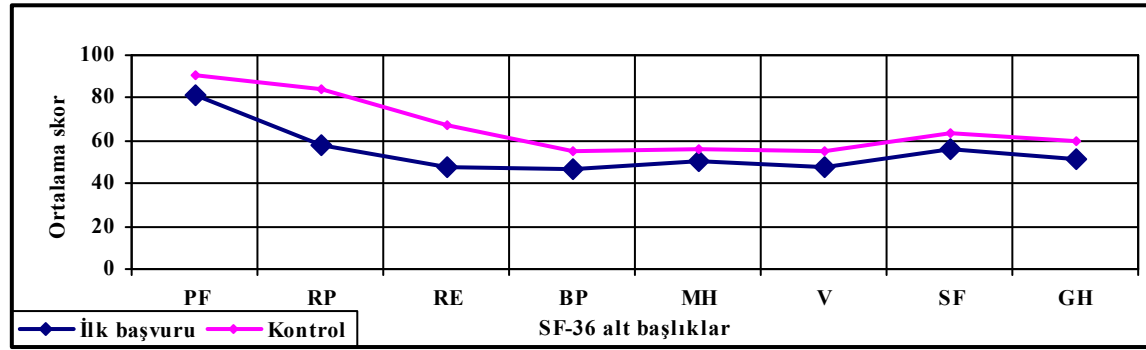
rinde alınan ortalama puanlar takip etmiştir (Tablo 4). İlk ve kontrol muayene puan ortalamaları karşılaştırıldığında Şekil 2’de görüldüğü gibi tedavi sonrasında tüm alt ölçeklerde puan artışı gözlenebilmektedir.

Tablo 4: Hastaların Başvuru Sırasında ve Kontrol Muayenelerindeki SF-36 Puan Ortalamalarının Cinsiyete Göre Dağılımı

	SF-36 Alt Ölçek Puan Ortalamaları							
	PF	RP	RE	BP	MH	V	SF	GH
	Ortalama±SD							
Başvuruda								
Erkek	80,1±15,1	57,5±40,3	48,1±45,0	45,5±7,5	51,9±10,3	48,6±11,0	60,2±12,3	51,5±9,6
Kadın	82,7±17,1	58,2±41,3	47,5±41,5	47,8±8,5	49,7±8,2	46,6±9,4	53,9±11,7	51,9±8,8
Toplam	81,6±16,3	57,9±40,7	47,7±42,8	46,9±8,1	50,6±9,1	47,4±10,1	56,5±12,3	51,7±9,1
Kontrolde								
Erkek	90,9±10,1	83,7±24,9	62,0±38,2	54,4±12,0	56,5±13,5	54,3±14,6	62,2±21,0	58,7±19,8
Kadın	90,2±12,5	83,6±26,6	71,0±35,2	56,1±15,8	56,1±12,8	55,6±15,1	64,1±21,8	60,9±17,7
Toplam	90,5±11,5	83,6±25,8	67,3±36,6	55,4±14,3	56,3±13,0	55,0±14,8	63,3±21,4	60,0±18,5

PF: Fiziksel fonksiyon, RP: Fiziksel işlev, RE: Emosyonel işlev, BP: Beden ağrısı, MH: Mental sağlık, V:Canlılık/enerji, SF: Sosyal fonksiyon, GH: Genel sağlık

Şekil 2: Hastalarda Başvuru ve Kontrol Muayenelerindeki SF-36 Puan Ortalamalarının Değişimi



SF- 36 yaşam kalitesi ölçeğinin 8 alt ölçeği; Fiziksel Sağlık puanı (PF+RP+BP+GH) ve Mental Sağlık puanı (V+SF+RE+MH), olarak iki temel başlık altında toplanabilir.

Temel başlıklara göre kaydedilen puanlarda; ilk muayenede hastalarda fiziksel sağlık puanı ortalama 41,5±7,1 ve mental sağlık puanı 43,0 ±5,1 olarak saptanmıştır. Tedavi sonrası kontrol muayenede ise fiziksel sağlık 45,3±5,3 ve mental sağlık 46,6±7,7 şeklinde artış görülmüştür (Tablo 5).

Tablo 5: Hastaların Başvuru Sırasında ve Kontrol Muayenelerindeki SF-36 Temel Alt Alan Ölçek Puan Ortalamalarının Cinsiyete Göre Dağılımı

Cinsiyet	SF-36 Temel Alt-Alan Ölçekleri			
	Fiziksel Sağlık Puanı (Ortalama±SD)		Mental Sağlık Puanı (Ortalama±SD)	
	Başvuru	Kontrol	Başvuru	Kontrol
Erkek	40,7±6,0	45,3±4,9	44,1±5,7	45,9±7,7
Kadın	42,1±7,8	45,3±5,6	42,2±4,6	47,1±7,7
Toplam	41,5±7,1	45,3±5,3	43,0±5,1	46,6±7,7

PPI+Prokinetik tedavisi alan hastalarda başvuru sırasında; Ağrı şiddet ölçeğinde 25,0±5,3, Ağrı dışı belirtilerde 18,1±3,6 ve Memnuniyet ölçeğinde 10,7±1,3 puan tespit edilmiştir. Kontrol muayenede ise Ağrı şiddeti ve Ağrı dışı belirtilerde gerileme tespit edilerek puanlar sırayla 17,6± 8,0 ve 16,0±3,8 olarak ölçülmüştür ve Memnuniyet

ölçeğinde puanlar artış göstererek 14,7±3,9’a yükselmiştir (Tablo 6).

PPI+Antasit tedavisi alanlarda başvuru sırasında puanlar Ağrı şiddet ölçeğinde 22,2±8,3, Ağrı dışı belirtilerde 16,9±4,0 ve Memnuniyet alt ölçeğinde 11,4±1,1 olarak

ölçülmüştür. Hastalar kontrole geldiklerinde ise Ağrı şiddet ölçeğinde $13,1\pm 7,5$, Ağrı dışı belirtilerde $13,9\pm 4,8$

ölçülerek puanlarda düşüş görülürken, Memnuniyet alt ölçeğinde puanlar $16,5\pm 4,3$ 'e yükselmiştir (Tablo 6).

Tablo 6: Hastaların Uygulanan Tedavi Protokollerine Göre Başvuru ve Kontrolde SODA Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı

	SODA Alt Ölçek Puan Ortalamaları					
	Ağrı Şiddeti		Ağrı Dışı Belirtiler		Memnuniyet	
	Başvuru	Kontrol	Başvuru	Kontrol	Başvuru	Kontrol
Tedavi Protokolü						
PPI+Prokinetik	25,0±5,3	17,6±8,0	18,1±3,6	16,0±3,8	10,7±1,3	14,7±3,9
PPI+Antasit	22,2±8,3	13,1±7,5	16,9±4,0	13,9±4,8	11,4±1,1	16,5±4,3

İlk PPI+Prokinetik tedavisi alanlarda, SF-36 Fiziksel sağlık puanında $41,7\pm 7,4$ ve Mental sağlık puanında $42,6\pm 5,0$ puan kaydedilmiştir. Kontrol muayenesinde ise Fiziksel ve Mental sağlık alanlarında puanlarda artış tespit edilerek, sırası ile $44,9\pm 5,4$ ve $47,3\pm 7,0$ olarak ölçülmüştür. PPI+Antasit verilen hastalarda başvuruda Fiziksel

sağlık puanı $40,7\pm 6,8$ ve Mental sağlık puanı $44,4\pm 5,1$ olarak ölçülmüştür. Kontrol muayenesinde gerek Fiziksel gerekse Mental sağlık puanlarında artış tespit edilerek puanlar sıra ile $45,9\pm 5,5$ ve $45,3\pm 9,4$ olarak tespit edilmiştir (Tablo 7).

Tablo 7: Hastaların Uygulanan Tedavi Protokollerine Göre Başvuru ve Kontrolde SF-36 Temel Alt Alan Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı

	SF-36 Temel Alt-Alan Ölçekleri			
	Fiziksel Sağlık Puanı (Ortalama±SD)		Mental Sağlık Puanı (Ortalama±SD)	
	Başvuru	Kontrol	Başvuru	Kontrol
Tedavi Protokolü				
PPI+Prokinetik	41,7±7,4	44,9±5,4	42,6±5,0	47,3±7,0
PPI+Antasit	40,7±6,8	45,9±5,5	44,4±5,1	45,3±9,4

Tartışma

Dispepsi tüm dünyada sık rastlanan bir semptom olup tüm toplumlarda önemli bir sorun oluşturmaktadır. Üst abdomende ağrı, ekşime-yanma, dolgunluk, şişkinlik ve bulantı gibi birden fazla semptomu içinde barındırdığı için, dispepsi semptomu yerine dispepsi sendromundan bahsedilebilir (2,3). Dispepsinin diğer ülkelerde olduğu gibi Türkiye'de de prevalansı (%44) yüksektir (5). Son yıllarda araştırmacılar, fonksiyonel gastrointestinal sistem (GIS) hastalıkları ile ilgili Roma Uzlaşma Komitesi tarafınca hazırlanan kriterler doğrultusunda oluşturulan, fonksiyonel dispepsi tanımını kullanmaktadır. Fakat fonksiyonel dispepsi tanımından Roma II rehberinde, retrosternal yanma ya da asit regürjitasyonu gibi semptomlar, gastroözofageal reflüye (GÖRH) işaret ettiğinden dışlanmıştır (19,20).

Bazı araştırmacılar ayırım yapmadan, fonksiyonel dispepsi tanımını araştırılmamış dispepsi için de kullanmaktadır. Bu belki de bazı kaynaklarda araştırılmamış dispepsi hastalarının %40-60 gibi büyük bölümünün, fonksiyonel dispepsi olduğu görüşüne dayanarak yapılan bir yorumdur (21,24). Geçmişte yapılan çoğu çalışmada araştırılmış ya da araştırılmamış dispepsi (AD) arasında dahi ayırım yapılmamıştır. Bu sebeple

çalışmalarda elde edilen sonuçlar arasında (örneğin dispepsi prevalansı) büyük farklılıklar görülmekte ve birbiri ile karşılaştırması güç hale gelmektedir. Tanımlamadaki farklılıklar, değişik ülkeler ve toplumlarda yapılan araştırmalar nedeniyle de dispepsi prevalansı literatürde %12-44 arası olarak bulunmuştur (5,25,26,27,28,29,30,31,32,33).

Araştırılmamış dispepsi çok semptomu olan, altında farklı hastalıkların bulunduğu (örneğin GÖR, gastrit, peptik ülser, HP enfeksiyonu, motilite bozuklukları, kanser gibi), hekim tarafından anlaşılması ve hasta açısından da yorumlanması güç bir sendrom olarak karşımıza çıkmaktadır (21,23,24,34). Bu çalışmada araştırılmamış dispepsi olgularını incelediği için, tüm üst GIS'den kaynaklandığı düşünülen semptomları (örneğin epigastrik ağrı, ekşime-yanma, şişkinlik, gaz ve bulantı gibi) dikkate alarak dispepsi tanısı koyulmuştur.

Günümüzde artık tıbbi bakım ve tedavide hedef olarak yalnız hastalıkları önlemek, tedavi etmek, yaşam süresinin uzaması ya da hastalığın kürü değil; yaşam kalitesinin de yükseltilmesi gerektiği düşünülmektedir. Bu gereksinimden dolayı Sağlığa Bağlı Yaşam Kalitesi (SBYK) kavramı oluşturulmuştur. SBYK, hastanın

rahatsızlığının ve tedavisinin kendi üzerine olan etkilerini, yine kendi açısından değerlendirmesi olarak da tanımlanabilir. Özellikle kronik hastalıkları olan bireylerde, hastalıkların fiziksel etkilerinin yanısıra emosyonel ve sosyal boyutlarını da kapsayan SBYK ölçümleri, giderek artan önem taşımaktadır. Tıpta 1960'lardan beri yaşam kalitesi hakkında araştırmalar artarak sürdürülmekte ve SBYK araştırmaları, bilim dünyasında küçük ama, büyümekte olan bir yeri kaplamaktadır (35,36,37).

Çalışmamızda dispepsi hastalarının cinsiyet dağılımı; %58,7'si (n:61) kadın ve %41,3'ü (n:43) erkek şeklinde saptanmıştır. Köksal ve arkadaşlarının çalışmasında dispepsi olgularını, ağırlıklı olarak %68 ile kadınlar temsil etmiştir (5). Benzer şekilde Okçu ve arkadaşlarının çalışmasında (38) dispeptik olgular arasında kadınlar %58 olarak daha yüksek oranda ve yine Ankara'da 2007 yılında yapılan bir araştırmada (39), fonksiyonel dispepsi (FD) tanısı almış hastaların %73'ünün kadın olduğu saptanmıştır. Amerika'da da FD ile ilgili 864 olgunun incelendiği bir çalışmada hastaların %74'ü kadın olarak bulunmuştur (40).

Araştırılmamış dispepsi nedenleri arasında FD sık görülmektedir (23,24). Fonksiyonel dispepsi gibi fonksiyonel GIS bozukluklarının kadınlarda erkeklere göre daha sık görüldüğü, dispepsi yakınmasının genç ve orta yaşta kadın cinsiyette daha belirgin olduğu ve cinsiyetler arası farkın ilerleyen yaşla azaldığı bazı kaynaklarda tespit edilmiştir (5,32,41,42). Bu çalışmada ortalama 22,2±3,3 yaş grubundaki genç erişkinler incelendiği için, elde edilen sonuçlar literatürde bulunan sonuçlarla uyumlu bulunmuştur.

Araştırmamızda ilk başvuru nedeninin en çok ağrı (%47,1; n:49) ve ekşime yanma (%28,8; n:30) şikâyetleri olduğu görülmüştür. Bunu daha düşük oranla şişkinlik, gaz rahatsızlığı (%18,3; n:19) ve en düşük (%5,8; n:6) oranla bulantı rahatsızlığı takip etmiştir.

Çalışmamızda bulunduğu gibi, Türkiye'de 2006 ile 2008'de yayınlanan iki çalışmada da, dispepsi hastalarında gözlenen şikâyetler arasında en sık epigastrik ağrının olduğu ve bunu ekşime yanma, şişkinlik gaz ile bulantı kusmanın takip ettiği tespit edilmiştir (38,39). Köksal ve arkadaşlarının 2008'de yayınladığı çalışmada ise dispepsi hastalarının arasında en sık midede şişkinlik ve dolgunluk hissi kaydedilmiş ve bunu sırayla midede rahatsızlık hissi, ağrı, bulantı ve kusma şikâyetleri takip etmiştir (5). Bir çalışmada Almanya, Macaristan, Polonya, Afrika, İspanya ve İtalya gibi farklı ülkelerden dispepsi yakınması olan toplam 853 olgu incelenmiş ve hastaların en çok ağrı ve hazımsızlık semptomlarından şikâyetçi oldukları bulunmuştur (43).

H2 antagonistleri AD için uzun yıllar ilk tedavi seçenekleri arasında yer almıştır. Güncel rehberlerde ise PPI tedavisi ilk tedavi seçeneği olarak önerilmektedir (44,45). Çeşitli araştırmalar sonucunda, PPI türü ilaçların H2 antagonistlerine göre hastalar tarafından daha iyi tolere edildiği ve dispepsi nedenleri arasında sık rastlanan, peptik ülser ve GÖR hastalığında, daha etkin oldukları tespit edilmiştir (44,47).

Araştırmada hastalarda kombine PPI tedavisi tercih edildi. Ülser benzeri semptomu olanlarda (örneğin, yanma ve kazınma tarzında epigastrik ağrı) PPI+Antasit ve dismotilite/GÖR benzeri semptomu baskın olanlarda (şişkinlik, bulantı, erken doyma, hazımsızlık gibi) PPI+prokinetik tedavisi uygulanmıştır. Diğer tedavi seçenekleri altında ise; diyet gibi yaşam tarzı değişikliklerinin yanı sıra, PPI, antasit, prokinetik ya da H2 antagonistleri kombine edilmeden verilmiştir.

Hastalara ilk başvurularında ve kontrol muayenesinde SODA ve SF-36 ölçekleri uygulanmıştır. SODA ölçeği, AD hastalarında sağlık çıktısının ölçümü için geliştirilmiştir. Her alt ölçekte ayrı puanlama yapılmaktadır (12,13). SODA son yıllarda ilaçların ya da romatolojik hastalıklarda verilen yeni kombinasyon tedavilerinin, dispepsi açısından hasta üzerine olan etkilerini ölçmek ve birbiri ile karşılaştırmak amacı ile de sıklıkla kullanılmaktadır (48,49).

İlk ve kontrol muayene sonrası yapılan SODA anketi sonucunda erkek ve kadınlarda ölçülen puanlar birbirine yakın bulunmuştur. Her iki cinsiyetin de Ağrı şiddeti ortalama 23,7±7,0 puan ve kontrol muayenesinde ortalama 16,0±8,2 puan ölçülerek -7,7±11,3 puan gerilediği kaydedilmiştir. Ağrı dışı belirtilerde 17,6±4,0 ölçülen puanlar, tedavi sonrası ortalama -2,3±5,5 puan gerileyerek 15,2±4,3 olarak bulunmuştur. Hastalar Memnuniyet ölçeğinde ilk muayenede ortalama 11,0±1,3 puan ve kontrol muayenesinde 15,2±4,1 puan almıştır. Bu durumda tedavi öncesine göre Memnuniyet ölçeğinde ortalama +4,2±4,4 puan artış saptanarak, hastaların kontrole geldiklerinde daha memnun oldukları tespit edilmiştir.

Bu çalışmada PPI+antasit ve PPI+prokinetik tedavi protokollerinin başvuru ve kontrole göre SODA puan ortalamaları ölçülmüştür. PPI+prokinetik tedavisi alanlarda ağrı şiddetinde yaklaşık -7 ve ağrı dışı belirtilerde yaklaşık -2 puan düşüş tespit edilmiştir. Memnuniyet alt ölçeğinde ise tedavi sonrası yaklaşık +4 puan artışı tespit edilmiştir. PPI+antasit tedavisinde başvuru ve kontrol muayeneyi karşılaştırdığımızda, ağrı şiddetinde yaklaşık -9 puan, ağrı dışı belirtilerde yaklaşık -3 puan düşüş ve memnuniyet ölçeğinde yaklaşık +5 puan artışı kaydedilmiştir. İki tedaviyi ağrı dışı belirti, ağrı şiddeti ve memnuniyet açısından karşılaştırdığımızda,

PPI+antasit tedavisi bu ölçümlere göre daha uygun bir tedavi seçeneği gibi görünmektedir.

SF-36 ölçeğinde başvuru muayenesinde elde edilen sonuçlara göre, hastalar en düşük puanları sıra ile beden ağrısı (BP:46,87), canlılık (V:47,45), emosyonel rol (RE:47,75) ve mental sağlık (MH:50,61) alanlarında almıştır. İlk başvuruda en yüksek puan sırayla fiziksel fonksiyon (PF:80,11), fiziksel rol (RF:57,93), sosyal fonksiyon (SF:56,94) ve genel sağlık (GH:51,73) alanlarında kaydedilmiştir.

Bu sonuçlara göre dispepsi, genç erişkinlerde, özellikle beden ağrısı ve canlılık ile ilgili sağlık alanlarını etkileyerek, düşük puan almalarına neden olmuştur. Kontrol başvurusunda ise 8 alt başlıkta da puan artışı saptanarak, tüm sağlık alanlarında düzelmeler kaydedilmiştir. Ancak, fiziksel işlev ve emosyonel işlev alanlarındaki puan farkının diğerlerine göre daha fazla olduğu görülmüştür. Bu nedenle tedaviden en çok fiziksel ve emosyonel işlev alanlarının yarar gördüğü düşünülmüştür. 328 fonksiyonel dispepsi (FD) hastasında yapılan çalışmada SF-36 8 alt ölçekte anlamlı ($p \leq 0.001$) düşüş kaydedilmiştir (50). Wiklund ve arkadaşlarının çalışmasında ise, FD hastalarında SF-36 tüm alt ölçeklerde düşük puanlar kaydedilse de, bu anlamlı olarak kabul edilmemiştir ($p \geq 0.05$) (51). Jeong tarafından Kore'de 2008 yılında yayınlanan bir çalışmada, AD hastaları ile kronik GIS hastalığı olmayan bireylerde SBYK, SF-36 aracılığı ile incelenmiştir. Bu çalışmada AD hastalarında ölçülen değerler anlamlı olarak daha düşük bulunarak dispepsinin yaşam kalitesini kötü yönde etkilediği savunulmuştur. ($p \leq 0.01$) (52).

Hastaların başvuru ve kontrol puanlarını MSS ve FSS ana başlıklarına göre incelediğimizde, tüm hastalarda FSS, 41,5±7,1'den 45,3±5,3'e yükselmiştir. MSS ise 43,0±5,1'den 46,6±7,7'e yükselmiştir. İlk başvuruda FSS puanının MSS'ye göre daha düşük olarak bulunması, dispepsinin daha çok fiziksel alanlarda hastaları kötü yönde etkilediği izlemi vermiştir. Genel olarak araştırmamızda dispepsi rahatsızlığı, SF-36 ölçeği sonucuna göre, yaşam kalitesini her iki cinsiyette de fiziksel ve mental sağlık alanlarında etkilemiştir. Tüm hastalar tedaviye yanıt vererek her iki ana sağlık alanında da düzelmeler kaydedilmiştir.

Fonksiyonel dispepsi ve yaşam kalitesinin araştırıldığı bir çalışmada 864 hasta SF-36 ile değerlendirilmiş; ölçülen ortalama MSS (46,8) ve FSS (42,3) puanları, ABD'de aynı yaş ve cinsiyetteki sağlıklı bireylerden elde edilen MSS ve FSS referans/norm değerinden (50,0) anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur (40). Bu çalışmada da çalışmamıza benzer bir şekilde dispepsi hastalarının FSS puanı MSS'ye göre daha düşük saptanmıştır. Ancak çoğu ülkede olduğu gibi, Türkiye için

de henüz FSS ve MSS ile ilgili bir referans değeri olmadığından, karşılaştırılamamıştır.

Çalışmada uygulanan tedavi protokollerine göre SF-36 ana başlıklarına baktığımızda; PPI+prokinetik tedavisi alan grupta kontrole geldiklerinde, FSS puanlarında yaklaşık +3 ve MSS puanlarında +4 puan artış kaydedilmiştir. PPI+antasit tedavisi alanlarda ise FSS'de yaklaşık +5 ve MSS'de +1 puan artışı görülmüştür. Bu sonuca göre PPI+antasit tedavisinin hastalarda özellikle fiziksel sağlık alanlarında düzelmeye neden oldukları düşünülmüştür. SODA ölçeğinde de PPI+antasit tedavisi sonrasında diğer tedavilere göre en çok ağrı şiddetinde gerileme olduğunu düşünürsek elde ettiğimiz sonuçlarının birbiri ile uyumlu olduğu düşünülmüştür.

Gerek SODA gerekse SF-36 ölçeği aracılığı ile dispepsi ve yaşam kalitesi üzerine olan etkisi için her iki ölçekte de ilk başvuruya göre tedavi sonrasında tespit edilen sonuçlar, hastaların yaşam kalitelerinin dispepsiden dolayı daha düşük olduğunu göstermiştir. Ayrıca 4-6 haftalık ampirik tedavinin semptomlarda düzelmeye yol açarak, yaşam kalitesini de arttırdığı sonucuna varılmıştır.

Dünya genelinde prevalansı yüksek olan dispepsinin, doktor muayenesi, tanısal test ve ilaç reçetesi gibi direkt maliyetlerin yanı sıra, işyerinde verimlilik kaybı, işyerinden ya da eğitimsel aktivitelerden uzak kalma gibi, indirekt maliyetlerin yüzünden, toplumun ekonomik yükünü önemli düzeyde arttırdığı bilinmektedir. Bu nedenle sadece konunun tıbbi sorun değil aynı zamanda sosyoekonomik bir sorun olduğu gerçeği de ortadadır (48,53).

Sonuç

Dispepsi genç erişkinlerde ve kadınlarda daha sık görülmektedir. Dispeptik hastalarda ilk başvuru nedeni sıklıkla ağrı, ekşime ve yanma olmaktadır. SODA ve SF-36 ölçeklerine göre dispepsi rahatsızlığı yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. PPI ile ampirik dispepsi tedavisi, hastaların semptomlarında düzelmeye ve memnuniyette artışa neden olarak yaşam kalitesini artıran bir tedavi seçeneğidir.

Tedavi sonrasında, yaşam kalitesinin fiziksel (FSS) ve mental sağlık alanlarında (MSS) artış saptanmıştır. Bu nedenle dispepsi hastalarında 4 haftalık ampirik PPI tedavisi uygun bir yaklaşımdır. Dispepside tanı ve tedavinin erken yapılması ve takibinin uygun şekilde sürdürülmesi gerekmektedir. Tedavi takibi sürecinde tedaviden fayda görmeyenlerde; ülkemizdeki yüksek HP prevalansı dikkate alınarak, Helicobacter Pylori testi ve tedavisi de bir seçenek olarak göz önünde bulundurulmalıdır.

Kaynaklar

1. Chassany O, Marquis P, Scherrer B, Read NW, Finger T, Bergmann JF et al. Validation of a spesific quality of life questionnaire for functional digestive disorders. Gut 1999; 44(4):527-533.
2. Talley NJ, Stanghellini V, Heading RC, Koch KL, Malagelada JR, Tytgat GNJ. Functional gastroduodenal disorders. Gut 1999; 45:1137-1142.
3. Fernandez L. Indigestion and heartburn. In: Textbook of Primary Care Medicine. J.Third ed. Mosby Inc, St Louis, USA; 2001:189-192.
4. Talley Nj. Dyspepsia. Management guidelines for the millenium. Gut 2002; 50:72-78.
5. Köksal AŞ, Oğuz D, Özden A. Türkiye’de birinci basamak sağlık kurumlarına başvuran hastalarda dispepsi görülme sıklığı. Akademik Gastroenteroloji Dergisi 2008; 7(1):11-17.
6. Erdoğan AF. Dispeptik yakınmaları olan hastalarda Helicobacter pylori enfeksiyonunun Helicobacter pylori stool antijen ile saptanması ve tedavinin etkinliğinin değerlendirilmesi. Uzmanlık tezi. Tez danışmanı Bozdemir N. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD. Adana, 2003.
7. Türkolmez S, Cayır D, Aydoğan F, Korkmaz M. The relationship of Helicobacter pylori positivity with age, sex and ABO/rhesus blood groups in patients with gastrointestinal complaints in Turkey. Helicobacter 2007; 12:244-250.
8. Erdoğan AF, Turan I, Gereklioğlu Ç, Abacı K. Aile hekimliği polikliniğinde dispeptik hastalarda Helicobacter pylori sıklığı. Türk Aile Hek Derg 2008; 12(4):198-202.
9. Fraser A, Delaney B, Moayyedi P. Symptom-based outcome measures for dyspepsia and GERD Trials: A Systematic Review. Am J Gastroenterol 2005 Feb; 100(2):442-452.
10. Michael JLS, Kenneth LK. Dispepsi. Health Press 2005, 9-15.
11. Bilgel N. Aile Hekimliği. Medikal Tıp Kitabevi 2006, 247-259.
12. Rabeneck L, Wristers K, Goldstein JL, Eisen G, Dedhiya SD, Burke TA. Reliability, validity and responsiveness of severity of dyspepsia assessment (SODA) in a randomized clinical trial of a COX-2-specific inhibitor and traditional NSAID therapy. Am J Gastroenterol 2002; 97(1):32-39.
13. Mutlu ET, Malhan S, Oksuz E, Ersoy K. Dispepsi Şiddet Ölçeği (SODA) Türkçe Uyarlamasının Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. 7. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi. Çeşme, 2006.
14. Stewart AL, Hays RD, Ware JEJ. The MOS short-form general health survey: reliability and validity in a patient population. Med Care 1988; 26:724-735.
15. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. Med Care 1992; 30(6):473-483.
16. McHorney CA, Ware JE, Lu JF, Sherbourne CD. The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36): III. Tests of data quality, scaling assumptions, and reliability across diverse patient groups. Med Care 1994; 32(1):40-66.
17. Aydemir Ö. Konsültasyon-liyezon psikiyatrisinde yaşam kalitesi ölçümü: Kısa Form-36 (SF-36). 3P Dergisi 1999; 7(2):14-22.
18. Koçyiğit H, Aydemir Ö, Ölmez N, Memiş A. Kısa Form-36 (SF-36)’nın Türkçe için güvenilirliği ve geçerliliği: Romatizmal hastalığı olan bir grup hasta ile çalışma. 34. Ulusal Psikiyatri Kongresi ve Uluslararası Uydu Sempozyumu. İzmir, 29 Eylül-3 Ekim 1998.
19. Tack J, Talley NJ, Camileri M, Holtmann G, Hu Pinjin, Malagelada JR et al. Fonksiyonel Gastroduodenal bozukluklar. Gastroenterology Türkçe baskı 2006; 2(3):162-178.
20. Drossman A. The Functional Gastrointestinal Disorders and the Rome III Process. Gastroenterology 2006; 130:1377-1390.
21. Talley NJ, Vakil N. Guidelines for the management of Dyspepsia. Am J Gastroenterol 2005; 100:2324-2337.
22. Kitapcıoğlu G, Mandracıoğlu A, Caymaz Bor C, Bor S. Toplumda gastroözefageal reflü ve dispepsi semptomlarının örtüşmesi. Turk J Gastroenterol 2007; 18(1):14-19.
23. Thomson ABR, Barkun AN, Armstrong D, Chiba N, White RJ, Daniels S et al. The prevalence of clinically significant endoscopic findings in primary care patients with uninvestigated dyspepsia: The Canadian Adult Dyspepsia Empiric treatment-prompt endoscopy (CADET-PE) study. Aliment Pharmacol Ther 2003; 17:1481-1491.
24. Runge MS, Greganti MA. Çevri eds. Ünal S, Demir M. Netter İç Hastalıkları. Güneş Tıp Kitabevi. 2009, Bölüm 47:313-318.
25. Mahadeva S, Khean-Lee G. Epidemiology of functional dyspepsia: A global perspective. World J Gastroenterol 2006; 12(17):2661-2666.
26. Peura DA, Kovacs TO, Metz DC, Siepman N, Pilmer BL, Talley NJ. Lansoprazole in the treatment of functional dyspepsia: two double blind, randomized, placebo-controlled trials. Am J Med 2004; 116:740-748.
27. Moayyedi P, Delaney BC, Vakil N, Forman D, Talley NJ. The efficacy of proton pump inhibitors in nonulcer dyspepsia: a systematic review and economic analysis. Gastroenterology 2004; 127:1329-1337.
28. Jeong JJ, Choi MG, Cho YS, Lee SG, Oh JH, Park JM et al. Chronic gastrointestinal symptoms and quality of life in the Korean population. World J Gastroenterol 2008; 14:6388-6394.
29. Talley NJ, Zinsmeister AR, Schleck CD, Melton LJ. Dyspepsia and dyspepsia subgroups: a population-based study. Gastroenterology 1992; 102:1259-1268.

30. Shaib Y, El-Serag HB. The prevalence and risk factors of functional dyspepsia in a multiethnic population in the United States. *Am J Gastroenterol* 2004; 99:2210-2216.
31. Moayyedi P, Forman D, Braunholtz D, Feltbower R, Crocombe W, Liptrott M et al. The proportion of upper gastrointestinal symptoms in the community associated with *Helicobacter pylori*, lifestyle factors, and nonsteroidal anti-inflammatory drugs. Leeds HELP Study Group. *Am J Gastroenterol* 2000; 95:1448-1455.
32. Piessevaux H, De Winter B, Louis E, Muls V, De Looze D, Pelckmans P et al. Dyspeptic symptoms in the general population: a factor and cluster analysis of symptom groupings. *Neurogastroenterol Motil* 2009; 21:378-388.
33. Bektaş M, Çetinkaya H, Çalışkan D, Öztaş E, Akdur R, Özden A. Park Sağlık Ocağı bölgesinde 15 yaş üstü nüfusta dispepsi prevalansı. *Akademik Gastroenteroloji Dergisi* 2007; 6(3):120-126.
34. Özden A, Sivri B. Dyspepsia. Ed. Özden A. Ankara, Türk Gastroenteroloji Vakfı yayınları. Ajans-Türk Basın ve Basım A.Ş. 1996; 1-8.
35. Öksüz E, Malhan S. Sağlığa Bağlı Yaşam Kalitesi: Kalitemetri. Başkent Üniversitesi Yayınları. Ankara 2005.
36. Müezzinoğlu T. Yaşam kalitesi. *Üroonkoloji Bülteni* 2005; 1:25-29.
37. Fidaner C. Sağlıkta yaşam kalitesi kavramı: Bir giriş denemesi. Birinci Sağlıkta Yasam Kalitesi Sempozyumu, 2004, İzmir.
38. Okçu N, Yılmaz Ö, Dursun H, Polat G, Gürsan N, Çayır K. Dispeptik semptomlarla beslenme alışkanlıkları, endoskopik ve histolojik bulgular arasındaki ilişki. *Akademik Gastroenteroloji Dergisi* 2006; 5(2):110-115.
39. Sayın I, Oğuz AK, Değertekin H. Fonksiyonel dispepsinin değerlendirilmesinde klinik yaklaşım. *Akademik Gastroenteroloji Dergisi* 2008; 7(2):91-95.
40. Talley NJ, Locke GR, Lahr BD, Zinsmeister AR, Tougas G, Ligozio G et al. Functional dyspepsia, delayed gastric emptying, and impaired quality of life. *Gut* 2006; 55:933-939.
41. Welen K, Faresjo A, Faresjo T. Functional dyspepsia affects women more than men in daily life: a case-control study in primary care. *Gend Med* 2008; 5:62-73.
42. Haqua M, Wyeth JW, Stace NH, Talley NC, Gren R. Prevalence, severity and associated features of gastroesophageal reflux and dyspepsia: A population-based study. *N Z Med* 2000; 113:178.
43. Halling K, Kulich K, Carlsson J, Wiklund I. An international comparison of the burden of illness in patients with Dyspepsia. *Dig.Dis* 2008; 26(3):264-273.
44. American Gastroenterological Association medical position statement: evaluation of dyspepsia. *Gastroenterology* 2005; 129:1753-1755.
45. NHS Guideline. <http://www.nice.org.uk> Erişim tarihi: 04.11.2010.
46. Jones MP. Evaluation and treatment of dyspepsia. *Postgard Med J* 2003; 79:25-29.
47. Armstrong D, Veldhuyzen SJO, Barkun AN, Chiba N, Thomson ABR, Smyth S et al. Heartburn-dominant, uninvestigated dyspepsia: a comparison of 'PPI-start' and 'H2-RA-start' management strategies in primary care - the CADET-HR Study. *Aliment Pharmacol Ther* 2005; 21:1189-1202.
48. Rabeneck L. Measuring dyspepsia-related health in randomized trials: the Severity of Dyspepsia Assessment (SODA) and its use in treatment with NSAIDs and COX-2-specific inhibitors. *Rheumatology* 2003; 42(Suppl.3):32-39.
49. Roberts DN, Miner PB. Safety aspects and rational use of naproxen+esomeprazole combination in the treatment of rheumatoid disease. *Drug Healthcare and Patient Safety* 2011:3.
50. Halder SL, Locke GR, Talley NJ, Fett SL, Zinsmeister AR, Melton LJ. Impact of functional gastrointestinal disorders on health-related quality of life: a population-based case-control study. *Aliment Pharmacol Ther*. 2004; 19(2):233-242.
51. El-Serag HB, Talley NJ. Systematic review: health-related quality of life in functional Dyspepsia. *Aliment Pharmacol Ther* 2003; 18:387-393.
52. Jeong JJ, Choi MG, Cho YS, Lee SG, Oh JH, Park JM et al. Chronic gastrointestinal symptoms and quality of life in the Korean population. *World J Gastroenterol* 2008; 14(41):6388-6394.
53. Brun R, Kuo B. Functional Dyspepsia. *Ther. Adv. Gastroenterol* 2010; 3(3):145-164.

İletişim:

Yrd.Doç.Dr Cihangir ÖZCAN
Başkent Üniversitesi Ümitköy Polikliniği Mutlukent
Mah. 1963.sok No:17
tel: +90.0533.5224964 fax: +90.312.2364449
mail:cozcan@baskent.edu.tr