

**İBN HALDUN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**İRRİTABL BARSAK SENDROMU'NDA DUYGUSAL
SÜREÇLER, KİŞİLERARASI İLİŞKİLER VE ÖZNEL
DENEYİMLER: BİR NİTEL ARAŞTIRMA ÖRNEĞİ**

ZEYNEP YAHYAOĞLU

**TEZ DANIŞMANI
DR. ÖĞR. ÜYESİ BURCU UYSAL**

İSTANBUL, 2022

**İBN HALDUN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**İRRİTABL BARSAK SENDROMU'NDA DUYGUSAL
SÜREÇLER, KİŞİLERARASI İLİŞKİLER VE ÖZNEL
DENEYİMLER: BİR NİTEL ARAŞTIRMA ÖRNEĞİ**

ZEYNEP YAHYAOĞLU

**TEZ DANIŞMANI
DR. ÖĞR. ÜYESİ BURCU UYSAL**

İSTANBUL, 2022

TEZ ONAY SAYFASI

Bu tez tarafımızca okunmuş olup kapsam ve nitelik açısından, Klinik Psikoloji alanında yüksek lisans derecesini alabilmek için yeterli olduğuna karar verilmiştir.

Tez Jürisi Üyeleri

Unvan – Ad Soyad

Kanaati

İmza

Dr. Öğr. Üyesi Burcu Uysal

Dr. Öğr. Üyesi Ebru Morgül

Doç. Dr. Gülüşan Göcen

Bu tezin İbn Haldun Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü tarafından konulan tüm standartlara uygun şekilde yazıldığı teyit edilmiştir.

Teslim Tarihi

Mühür/İmza

AKADEMİK DÜRÜSTLÜK BEYANI

Bu çalışmada yer alan tüm bilgilerin akademik kurallara ve etik ilkelere uygun olarak toplanıp sunulduğunu, söz konusu kurallar ve ilkelerin zorunlu kıldığı çerçevede, çalışmada özgün olmayan tüm bilgi ve belgelere, alıntılama standartlarına uygun olarak referans verilmiş olduğunu beyan ederim.

Adı Soyadı: Zeynep YAHYAOĞLU

İmza:

YAHYAOĞLU

ÖZ

İRRİTABL BARSAK SENDROMU'NDA DUYGUSAL SÜREÇLER,
KİŞİLERARASI İLİŞKİLER VE ÖZNEL DENEYİMLER:
BİR NİTEL ARAŞTIRMA ÖRNEĞİ

Yahyaoğlu, Zeynep

Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı

Öğrenci Numarası: 177038015

Open Researcher and Contributor ID (ORC-ID): 0000-0003-1039-7083

Ulusal Tez Merkezi Referans Numarası: 10472450

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Burcu Uysal

Temmuz 2022, 238 sayfa

İrritabl Barsak Sendromu (İBS), barsak düzeninde süregelen değişim, artmış barsak hareketliliği, şişkinlik ve karın ağrısı gibi rahatsız edici belirtilerle kişinin günlük hayatını ve sosyal yaşamını olumsuz yönde etkileyen, toplumun yaklaşık %10'unda var olan ve yoğunlukla kadınlarda görülen bir kronik fonksiyonel barsak hastalığıdır. Araştırmalar İBS'nin genetik, fizyolojik, psikolojik, sosyal ve kültürel birçok faktörden etkilenerek ortaya çıkan biyopsikososyal zeminli bir hastalık olduğunu ortaya koymaktadır. Hastalığın etiyojisi ve tedavi yöntemine dair kesin bilgilerin bulunamayışı ve yaşam kalitesine olan negatif etkisi, bu alanda yürütülen araştırmaların sayısının gün geçtikçe artmasında rol oynamıştır. Ne var ki hasta deneyimlerini konu alan nitel araştırmalar ekseriyetle Batı toplumlarında yürütülmüş olup, bu araştırmaların sayısının Doğu ve Asya toplumlarında oldukça kısıtlı olduğu, Türkiye'de ise İBS'li hastaların yaşamsal deneyimlerini konu alan bir nitel araştırmanın bulunmadığı görülmektedir. Yürütülen bu araştırma, İBS'li bireylerin günlük yaşama dair deneyimlerini, sosyal ve duygusal yaşantılarının hastalıktan nasıl etkilendiğini ve bu bireylerin hastalıkla baş etme adına kullandıkları yöntemleri anlamayı amaçlamaktadır. Araştırma, Türkiye'de İBS'li bireylerin yaşamsal zorluklarını ele alan ilk nitel araştırma olma özelliğini taşımaktadır. Araştırma kapsamında nitel araştırma tekniklerinden biri olan derinlemesine mülakat tekniği

kullanılarak İBS tanısına sahip 10 kadın katılımcı ile çevrimiçi görüşmeler yapılmış ve araştırma bulguları tematik analiz yöntemi ile ele alınmıştır. Analiz sürecinde MAXQDA nitel veri analiz programından yararlanılmıştır. Ortaya çıkan temalar, “Yaşantısal Deneyim Boyutu”, “Dini ve Manevi Yaşam Boyutu”, “Sosyal ve Kültürel Boyut”, “Duygusal Boyut”, “Gözlemsel ve Bilişsel Boyut” ve “Başa Çıkma Boyutu” üst temaları çerçevesinde incelenmiştir. Elde edilen bulgular ilgili literatür eşliğinde tartışılmış ve yorumlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Duygusal deneyimler, İrritabl Barsak Sendromu, Nitel araştırma, Sosyal ilişkiler, Tematik analiz



ABSTRACT

EMOTIONAL PROCESSES, INTERPERSONAL RELATIONSHIPS AND PERSONAL EXPERIENCES IN IRRITABLE BOWEL SYNDROME: A QUALITATIVE RESEARCH EXAMPLE

Yahyaoglu, Zeynep

MA in Clinical Psychology

Student ID: 177038015

Open Researcher and Contributor ID (ORCID): 0000-0003-1039-7083

National Thesis Center Reference Number: 10472450

Thesis Supervisor: Asst. Prof. Burcu Uysal

July 2022, 238 Pages

Irritable Bowel Syndrome (IBS) is a chronic functional bowel disorder that cause problems like diarrhea, constipation, increased gastrointestinal motility, distention and stomach pain and affect people's daily and social life negatively. The disorder is seen at 10% of general population with a dominance in women. Research revealed that IBS is a biopsychosocial disorder emerged by the interaction of genetic, physiological, psychological, social and cultural factors. Lack of knowledge in the literature about the exact etiological origin and the cure for IBS, and the affets of the disorder on individual's life has made this field an increasing interest to conduct research. However, the research handle the experience of the illness in Western countries for the most part and there is a paucity in research revealed IBS patients' experiences in Asian and Eastern countries. Also it was seen that there is no qualitative research about the illness experiences of IBS patients conducted in Turkey. With this respect, this research aims to understand what is the effect of IBS in individuals' daily life, how the individuals' emotional and social life are affected by the disorder and which coping mechanisms this people use to deal with the disorder. This research is the first qualitative study in Turkey conducted to reveal the experiences of IBS patients with regard to disorder. Detailed online interviews were carried out as a technique of qualitative research with ten female patients who are diagnosed with IBS and the results were analyzed by the thematic analysis. For the analysis, MAXQDA qualitative

research program was used. The themes emerged from the study was interpreted in scope of “Life Experiences Dimension”, “Religious and Spiritual Life Dimension”, “Social and Cultural Dimension”, “Emotional Dimension”, “Observational and Cognitive Dimension” and “Coping Dimension” main themes. Findings of the research discussed and interpreted in light of the literature.

Keywords: Emotions, Irritable Bowel Syndrome, Qualitative analysis, Social relationships, Thematic analysis



İTHAF

Anneme ve babama...



TEŞEKKÜR

Teşekkürün ilki ve en büyüğünü bana bu tezi yazma irade ve imkânını veren Rabb'e sunarak söze başlamak isterim.

Bana bir ömür boyu yetecek kadar sevgi ve güzel nasihat bırakarak yanımdan göçmüş olan sevgili, kıymetli anne ve babamı rahmetle anar ve kendilerine beni bu günlere getirdikleri ve yanımda olmasalar dahi bu tezi yazmamdaki en büyük motivasyon kaynaklarımdan biri oldukları için sonsuz teşekkürlerimi sunarım. Ayrıca tüm bu zorlu süreçte yanımda olan, bunaldığım ve bırakma noktasına geldiğim anlarda bana yeniden başlama cesaretini telkinleyen, desteğini her zaman yanımda hissettiğim kıymetli eşim Hasan YAHYAOĞLU'na; varlığıyla evimize huzur getiren, gülüşü ve küçücük dualarıyla bu süreçte en büyük moral kaynağım olan ve tezim ile meşgul olduğum zamanlarda sabırla birlikte vakit geçireceğimiz anları bekleyen sevgili oğlum Yusuf Selman'a; bir kayınvalide değil de bir anne gibi desteğini hissettirerek tezim için elimden gelen gayreti göstermem noktasında beni teşvik eden, oğlumla ilgilenerek zaman ve imkân kazanmamı sağlayan sevgili annem Nuran YAHYAOĞLU'na ve sevgili Kübra YAHYAOĞLU ve Zehra YAHYAOĞLU'na en içten teşekkürlerimi sunarım.

Bu süreçte akademik deneyimini hoşgörü, sabır ve özveri ile sunan saygıdeğer danışman Hocam Dr. Öğr. Üyesi Burcu UYSAL'a her türlü desteği için şükranlarımı bildirmekten memnuniyet duyarım. Tez jürimde bulunarak kıymetli görüş ve deneyimlerini paylaşan ve tezimin son halinin oluşmasına katkı sağlayan saygıdeğer hocalarım Dr. Öğr. Üyesi Ebru MORGÜL'e ve Doç. Dr. Gülüşan GÖCEN'e; ayrıca deneyimleri ile bizlere yol gösteren ve mesleki becerileri kazanmamızda yadsıdanamayak katkıları bulunan kıymetli Hocalarım prof. Dr. Medaim YANIK'a, Prof. Dr. Mücahit ÖZTÜRK'e, Dr. Nilgün ÖCAL'a, Uzm. Psk. Danışman Pınar Koç YILDIRIM'a, Uzm. Kl. Psk. Gülsüm ÖZKARA'ya ve Psk. Belkıs ERTÜRK'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Kıymetli fikirleri ve deneyimleri ile araştırmamın derinlik kazanmasını ve son halini almasını kolaylaştıran, aynı zamanda manevi olarak da desteklerini tüm süreç boyunca hissettiğim büyüklerim ve sevgili arkadaşlarım Uzm. Kl. Psk. Sümeyra GÜLAY'a,

Psk. Merve GENÇ'e, Psk. Derya UZUNKÖPRÜ'ye, Uzm. Kl. Psk. Hatice Kübra BOLAT'a, Uzm. Kl. Psk. Ümran GÜR'e, Uzm. Kl. Psk. Esmâ AYZ'A, Uzm. Kl. Psk. Ceren ÇALIŞKAN'a, Ayşe GÖKTAŞ'a ve Psk. Zeynep KARADENİZ'e en içten şükranlarımı sunarım.

Son olarak bu tezin yazılmasını mümkün kılan ve çalışmamıza katılmayı kabul ederek deneyimlerini bizlerle paylaşan kıymetli katılımcılara teşekkürlerimi sunmaktan memnuniyet duyarım.

Zeynep Yahyaoğlu

İSTANBUL, 2022

İÇİNDEKİLER

ÖZ	iv
ABSTRACT	vi
İTHAF	viii
TEŞEKKÜR	ix
İÇİNDEKİLER	xi
TABLolar LİSTESİ	xvi
SEMBOLLER VE KISALTMALAR	xvii
BÖLÜM I GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımlanması	3
1.2. Araştırmanın Amacı	4
1.3. Araştırma Soruları	4
1.4. Araştırmanın Önemi	5
BÖLÜM II LİTERATÜR TARAMASI	8
2.1. İrritabl Barsak Sendromu	8
2.1.1. Tanımı	8
2.1.2. Semptomlar	9
2.1.3. Tanı Kriterleri.....	10
2.1.4. İrritabl Barsak Sendromu Alt Türleri	13
2.1.5. Yaygınlık Oranı	14
2.1.6. Kadın Popülasyonunda İBS.....	15
2.1.7. Etiyoloji ve Patofizyoloji.....	17
2.1.8. Komorbid (Eş Tanılı) Hastalıklar	19
2.1.9. Tedavi Süreci.....	21
2.1.9.1. Hasta Bilgilendirmesi ve Psiko eğitim	22
2.1.9.2. Farmakoloji	23
2.1.9.3. Yaşam Tarzı Değişiklikleri	25
2.1.9.4. Beslenme Düzeni Değişiklikleri.....	25
2.1.9.5. Alternatif Tedaviler	26
2.1.9.6. Psikoterapötik Yaklaşımlar	27
2.1.10. Günlük Hayatın İşleyişinde İBS'nin Etkisi	32
2.1.10.1. İBS ve Duygusal Süreçler	34
2.1.10.2. İBS ve Sosyal İlişkiler.....	37
2.1.10.3. İBS'li Bireylerin Baş Etme Stratejileri.....	38

2.2. Kuramsal Arkaplan.....	41
2.2.1. Biyopsikososyal Model	41
2.2.2. Fonksiyonel Gastroenterolojik Hastalıklar ve Biyopsikososyal Model	42
2.2.3. İBS'nin Biyopsikososyal Model Çerçevesinde Ele Alınması	43
2.2.3.1. Genetik Yatkınlık ve Fizyolojik Etmenler	44
2.2.3.2. Psikososyal Faktörler	46
2.2.3.2.1. Çevresel Etmenler	46
2.2.3.2.2. Stres	47
2.2.3.2.3. Duygusal Faktörler	48
2.2.3.2.4. Hastalıkla İlgili Bilişsel Yorumlamalar.....	49
2.2.3.2.5. Psikolojik Gerilim ve Eş Zamanlı Psikolojik Hastalıklar	50
2.2.3.2.6. Kişilik Özellikleri	52
2.2.3.2.7. Baş Etme Mekanizmaları	53
2.2.3.2.8. Kişilerarası İlişkiler ve Sosyal Destek	53
2.2.3.2.9. Kültür	54
BÖLÜM III YÖNTEM.....	57
3.1. Araştırma Yöntemi	57
3.2. Örneklem	58
3.3. Veri Toplama Araçları.....	61
3.3.1. Güvenilirlik ve Geçerlik	62
3.4. Veri Toplama Süreci	64
3.5. Analiz	65
BÖLÜM IV BULGULAR.....	68
4.1. Yaşantısal Deneyim Boyutu	70
4.1.1. Fizyolojik Zorluklar	70
4.1.1.1. Uzun Süren ve Geçmeyen Kabızlık veya Diyare.....	71
4.1.1.2. Ağrı.....	72
4.1.1.3. Şişkinlik ve Gaz Yoğunluğu.....	73
4.1.1.4. Atak Dönemler	73
4.1.2. Tanı Sürecindeki Deneyim ve Zorluklar	74
4.1.2.1. Çoklu Doktor Ziyaretleri	76
4.1.2.2. Çoklu Tetkikler.....	76
4.1.2.3. Hekim İlgisizliği.....	77
4.1.2.4. Hekim İlgi ve Desteği.....	79

4.1.3. Tedavi Sürecindeki Zorluklar.....	81
4.1.3.1. Yetersiz veya Kısmi Rahatlama	81
4.1.3.2. Çözumsuzlük Algısı	82
4.1.3.3. Yoğun Emek.....	83
4.1.3.4. Hayatı Kısıtlayıcı Tedaviler	84
4.1.4. Zihinsel Meşguliyet.....	85
4.1.4.1. Sosyal İlişkilere Odaklanamama	86
4.1.4.2. İş Hayatına ve Akademik Hayata Odaklanamama.....	87
4.1.5. Kısıtlanma ve Sınırlanma	88
4.1.5.1. Kıyafet Seçimi	88
4.1.5.2. Mekânsal ve Zamansal Sınırlanma.....	90
4.1.5.3. Beslenme	91
4.1.5.4. Hareket ve Enerji.....	93
4.2. Dini ve Manevi Yaşam Boyutu	94
4.2.1. İbadetlerde Zorluk	94
4.2.1.1. İbadete Hazırlıkta Zorluk	95
4.2.1.2. İbadete Odaklanmada Zorluk	95
4.2.1.3. Zamansal ve Mekânsal Zorluk	96
4.3. Sosyal ve Kültürel Boyut	97
4.3.1. Sosyal Destek Mevcudiyeti	97
4.3.1.1. Artmış İlgi ve Destek	97
4.3.1.2. Anlayış ve Olumlama	100
4.3.2. Sosyal Destek Yoksunluğu.....	102
4.3.2.1. Sosyal Baskı, Israr ve Yargılayıcı Bakış	103
4.3.3. Sosyal İlişkilerde Bozulmalar	107
4.3.4. Genel Yaşamda Sosyal İlişki Dinamikleri	108
4.3.4.1. Sosyal İçerik Dönüklük ve Yoğun Olmayan Sosyal İlişkiler	109
4.3.4.2. Olumlu İlişkiler ve Sosyal Destek.....	110
4.4. Duygusal Boyut.....	111
4.4.1. Deneyimlenen Duygular.....	111
4.4.1.1. Suçluluk ve Pişmanlık	111
4.4.1.2. Beklenti Anksiyetesi.....	113
4.4.1.3. Utanç ve Mahcubiyet.....	114
4.4.1.4. Psikolojik Stres ve Depresif Duygular	116

4.4.2. Duyguları Bastırma Eğilimi	121
4.4.2.1. Duygu Tanımlamada Güçlük	123
4.4.2.2. Duygusal Fedakârlık.....	124
4.4.2.3. Duygu İfadesine Negatif Bakış	125
4.4.3. Duygusal Farkındalık ve Dışavurumda Gelişim	125
4.5. Gözlemsel ve Bilişsel Boyut	127
4.5.1. Psikolojik Faktörlerle İlişkilendirilme ve Tetiklenme.....	128
4.5.2. Beslenme Davranışlarıyla İlişkilendirilme ve Tetiklenme	133
4.5.3. Çok Faktörlü Yorumlama.....	134
4.6. Başa Çıkma Boyutu.....	136
4.6.1. Bilgi Edinme ve Uzmanlaşma	136
4.6.2. Tıbbi ve Alternatif Tedaviye Başvurma	140
4.6.3. Dini Başa Çıkma	142
4.6.4. Psikoloji Odaklı Başa Çıkma	143
4.6.4.1. Terapi.....	144
4.6.4.2. Psikolojik Esneklik.....	145
4.6.4.3. Biliş ve Duygu Düzenleme Teknikleri.....	146
4.6.4.4. Kabullenme ve Alışma	149
4.6.4.5. Ketlenme, Kaçınma ve Geri Çekilme.....	152
4.6.4.6. Hastalığa Rağmen Sosyal Yaşama Aktif Katılım	154
4.6.5. Yaşam Düzeni Değişikliği.....	156
4.6.5.1. Beslenme Düzeni Değişikliği	157
4.6.5.2. Egzersiz ve Hareketi Artırma	164
4.6.5.3. Rutin Oluşturma	165
4.6.5.4. Değişimde İstikrar ve Sabır	165
BÖLÜM IV TARTIŞMA.....	168
5.1. Yaşantısal Deneyim Boyutu	169
5.1.1. Fizyolojik Zorluklar	169
5.1.2. Tanı Sürecindeki Deneyim ve Zorluklar	170
5.1.3. Tedavi Sürecindeki Zorluklar.....	171
5.1.4. Zihinsel Meşguliyet.....	172
5.1.5. Kısıtlanma ve Sınırlanma	173
5.2. Dini ve Manevi Yaşam Boyutu	174
5.2.1. İbadetlerde Zorluk	175

5.3. Sosyal ve Kültürel Boyut	176
5.3.1. Sosyal Destek Mevcudiyeti	176
5.3.2. Sosyal Destek Yoksunluğu.....	177
5.3.3. Sosyal İlişkilerde Bozulmalar	179
5.3.4. Genel Yaşamda Sosyal İlişki Dinamikleri	180
5.4. Duygusal Boyut.....	181
5.4.1. Deneyimlenen Duygular.....	181
5.4.2. Duyguları Bastırma Eğilimi	186
5.4.3. Duygusal Farkındalık ve Dışavurumda Gelişim	186
5.5. Gözlemsel ve Bilişsel Boyut	187
5.5.1. Psikolojik Faktörlerle İlişkilendirilme ve Tetiklenme.....	187
5.5.2. Beslenme Davranışlarıyla İlişkilendirilme ve Tetiklenme	189
5.5.3. Çok Faktörlü Yorumlama.....	190
5.6. Başa Çıkma Boyutu.....	191
5.6.1. Bilgi Edinme ve Uzmanlaşma.....	192
5.6.2. Tıbbi ve Alternatif Tedaviye Başvurma.....	193
5.6.3. Dini Başa Çıkma	194
5.6.4. Psikoloji Odaklı Başa Çıkma	196
5.6.5. Yaşam Düzeni Değişikliği.....	199
5.7. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Gelecek Araştırmalara Yönelik Öneriler	201
5.8. Psikoterapötik Müdahaleler İçin Öneriler	202
5.8.1. Duygusal Alan.....	202
5.8.2. Bilişsel Alan	203
5.8.3. Sosyal Alan.....	204
5.8.4. Davranışsal Alan	204
5.9. Sonuç	205
REFERANSLAR.....	208
EKLER.....	228
EK A	228
EK B	232
EK C	234
EK D	236
EK E	237
ÖZGEÇMİŞ.....	238

TABLolar LİSTESİ

Tablo 3.1. Katılımcıların Sosyodemografik Bilgileri	60
Tablo 4.1. İBS Eşliğinde Yaşam Deneyimi Alt ve Üst Temalar Tablosu.....	68
Tablo 4.2. Fizyolojik Zorluklar Alt Tema Tablosu.....	70
Tablo 4.3. Tanı Sürecindeki Deneyim ve Zorluklar Alt Tema Tablosu	74
Tablo 4.4. Tedavi Sürecindeki Zorluklar Alt Tema Tablosu	81
Tablo 4.5. Zihinsel Meşguliyet Alt Tema Tablosu	85
Tablo 4.6. Kısıtlanma ve Sınırlanma Alt Tema Tablosu	88
Tablo 4.7. İbadetlerde Zorluk Alt Tema Tablosu	94
Tablo 4.8. Sosyal Destek Mevcudiyeti Alt Tema Tablosu	97
Tablo 4.9. Sosyal Destek Yoksunluğu Alt Tema Tablosu	102
Tablo 4.10. Deneyimlenen Duygular Alt Tema Tablosu.....	111
Tablo 4.11. Tetikleyiciler ve Başlatan Etmenler Tablosu.....	128
Tablo 4.12. Psikoloji Odaklı Başa Çıkma Alt Tema Tablosu.....	143
Tablo 4.13. Yaşam Düzeni Değişikliği Alt Tema Tablosu.....	156

SEMBOLLER VE KISALTMALAR LİSTESİ

ACT	Kabul ve Kararlılık Terapisi
BDT	Bilişsel Davranışçı Terapi
Bkz.	Bakınız
GSA	Gastrointestinal Spesifik Anksiyete
İBS	İrritabl Barsak Sendromu
İBD	İnflamatuvar Barsak Hastalığı
MAXQDA	Nitel ve Karma Yöntemler için Profesyonel Veri Analizi Yazılımı
OKB	Obsesif Kompulsif Bozukluk
vb.	ve benzeri
vd.	ve diğerleri

BÖLÜM I

GİRİŞ

İrritabl Barsak Sendromu (İBS), temel belirtileri kronik karın ağrısı ve buna eşlik eden değişken barsak hareketleri olan, karında şişkinlik, mide bulantısı, halsizlik, ani gelen tuvalete gitme isteği gibi günlük hayatı ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyici belirtileri bulunan kronik bir barsak hastalığıdır (Drossman, 1999; Thompson vd., 1999). Hassas Barsak Sendromu, Spastik Kolon ve Spastik Kolit isimleriyle de bilinen hastalığın global olarak görülme oranı %9 ila %23,5 arasında değişmektedir (Gerson vd., 2008; Drossman, 2009; Muscatello vd., 2014; Gerson vd., 2015; Kılıç vd., 2020). Türkiye’de ise bu oran %6 ile %19 arasındadır (Karaman vd., 2003; Çelebi vd., 2004; Yılmaz vd., 2005; Özden vd., 2006; Uzan vd., 2018). Araştırmalar hastalığın kadınlarda erkeklere oranla iki kat daha fazla görüldüğünü ortaya koymuştur (Heitkemper, 2002; Wilson vd., 2004). İrritabl Barsak Sendromu her yaştan bireyde görülebilmekle birlikte özellikle 50 yaş altındaki bireyleri etkilemektedir (Talley ve Spiller, 2002; Çelebi vd., 2004; Wilson vd., 2004; Ehrenpreis, 2005; Kılıç vd., 2021). Hastalığın tanısı, bir gastroenterolojistin klinik gözlemine veya organik bir hastalığın habercisi sayılabilecek belirtilerin dışlanması sonrasında Roma IV kriterlerine (EK-1) göre konulmaktadır (Kılıç vd., 2017; Uzan vd., 2018).

İBS’de karın ağrısı ve şişkinlik belirtilerine aniden gelen tuvalete gitme isteği, defekasyon sonrası karın ağrısının devam etmesi ve bazen de mide bulantısı gibi bireyin günlük hayata entegre olmasını ve sosyal hayatını devam ettirmesini zorlaştıran belirtiler dâhil olabilmektedir (Longstreth, 2003; Hakanson, vd., 2009). Bu belirtiler İBS’li bireylerde kaygı, utanç, içe çekilme gibi duygusal ve psikolojik zorluklar doğurabilmektedir. Ayrıca tanı koyma sürecinin uzunluğu ve tedavi arayışları nedeniyle sağlık harcamalarının yüksek olması, iş ve eğitim hayatında devamsızlık ve aksaklıklara neden olması hem birey hem de ülke ekonomisi açısından olumsuz sonuçlar doğurmaktadır (Drossman vd., 1993; Heitkemper vd., 2002; Whitehead vd., 2002; Hakanson vd., 2009; Phillips vd., 2013). Bu yönüyle İrritabl

Barsak Sendromu herhangi bir fiziksel rahatsızlığı tetikleyen veya yaşamı tehdit eden bir hastalık olmamasına rağmen deneyimlenen belirtiler yönüyle hastaların yaşam kalitesini büyük ölçüde etkilemekte, ayrıca bilim dünyasında ilgi çeken ve çok araştırılan bir konu haline gelmektedir (Levy vd., 2001b; Longstreth vd., 2003; Bengtsson vd., 2007; Hakanson vd., 2009; Hakanson, 2014; Kılıç vd., 2017).

İrritabl Barsak Sendromunun depresyon, anksiyete, somatizasyon bozuklukları, fibromiyalji ve kronik yorgunluk sendromu gibi psikiyatrik tanılarla eş zamanlı görülme oranı oldukça yüksektir (Lacy, 2016; Van Oudenhove vd., 2016; Ford, 2019; Shorey vd., 2020).

İBS'nin tedavi süreci genel olarak yaşam tarzı değişiklikleri, barsak hareketlerini düzenleyici medikal ilaçlar, diyet ve psikoterapi ile ilerliyor olmakla birlikte literatürde tedavi protokolü anlamında bir söz birliğinin olmadığı ve hastalığa kesin bir çözümün henüz bulunamadığı bilinmektedir (Akehurst ve Kaltenthaler, 2001; Bengtsson vd., 2007; Sibelli vd., 2017).

Herhangi bir hastalığın sadece genlerden veya sadece çevreden kaynaklı olduğunu söylemek zordur. İBS'nin etiolojisinde de bu çok faktörlülük göze çarpmakta, hastalığın başlangıcına neden olan, belirtilerini artıran, azaltan ve hastalık belirtilerinden etkilenen etmenler biyolojik ve psikososyal birçok faktörün bir araya gelmesiyle ortaya çıkmaktadır. Bu bağlamda biyopsikososyal model, genetik yatkınlık ve erken dönem olumsuz yaşantılarla birlikte barsak fizyolojisinin, beyin-barsak eksenindeki değişimlerin, psikolojik ve sosyolojik birçok etmenin bir arada hastalığın oluşum ve seyrinde etkili olduğunu ortaya koyar ki bu tezin teorik altyapısını bu model oluşturmaktadır (Drossman vd., 2009; Oerlemans vd., 2011; Tanaka vd., 2011; Surdea-Blaga vd., 2012). Buna göre stresli yaşam olayları, duygusal problemler, psikolojik rahatsızlıklar, kişilerarası ilişkilerde bozulmalar, kültürel olarak öğrenilmiş hastalık davranışları gibi psikososyal faktörler barsak ve beyin arasındaki nöral bağlantı aracılığıyla sindirim sistemini, barsak hareketlerini, hastalık belirtilerinin algılanma şeklini, acı ve ağrı eşliğini etkilemektedir. Bunun yanında tüm bu faktörler hastalığın nasıl deneyimlendiğini, hastalığa karşı geliştirilen davranışsal tepkileri ve baş etme yöntemlerini belirlemekte ve kişinin genel sağlık durumu ve yaşam kalitesine etki edebilmektedir (Drossman vd., 2009; Tanaka vd., 2011; Surdea-Blaga vd., 2012).

Bu bağlamda mevcut araştırmada nitel metod kullanılarak İBS'li bireylerin yaşamlarında İBS ile birlikte görölen değişimler biyopsikosoyal modelin duygusal deneyimler, kişiler arası süreçler ve kullanılan başa çıkma mekanizmaları boyutlarıyla birlikte hasta deneyimlerine dayanarak ele alınacak ve bütüncül bir bakış açısı ile hastaların anlam dünyasında İBS'nin nasıl bir yere sahip olduğu anlaşılmaya çalışılacaktır. Uluslararası literatürde İBS'li bireylerin deneyimlerine ve baş etme yöntemlerine odaklanan araştırmalar bulunsa da bilgimiz dâhilinde Türkiye'de bu anlamda yürütölmüş bir nitel araştırma bulunmamaktadır. Bu yönüyle Türk kültüründe, toplumdaki yaygınlık oranı ve yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz etkileri oldukça yüksek olan bu hastalığın nasıl deneyimlendiğini İBS'li bireylerin öznel ifadelerine dayanarak çok boyutlu şekilde ele alacak olması, bu araştırmanın özgün yanını oluşturmaktadır. Elde edilen bilgilerin ilgili alan yazına mütevazı bir katkı sunması ve alandaki psikolog, psikiyatrist, hekimler ve geliştirilebilecek İBS odaklı psikoterapi protokolleri için bir bilgi kaynağı sunması umulmaktadır.

1.1. Problemin Tanımlanması

İrritabl Barsak Sendromu, semptomların niteliğı nedeniyle kişinin günlük hayatın işleyişine adapte olmasını zorlaştıran, iş hayatında ve akademik hayatta aksaklıklara yol açan, utanç, kaygı, mutsuzluk gibi olumsuz duyguların ortaya çıkmasına ve kişilerarası problemlere neden olabilen bir hastalıktır (Bengtsson vd., 2007; Hakanson vd., 2009; Hakanson, 2014; Kılıç vd., 2017). Bunun yanında toplumda görölme oranının oldukça yüksek olması (Karaman vd., 2003; Çelebi vd., 2004; Yılmaz vd., 2005; Uzan vd., 2018), kesin bir tedavi yönteminin bulunmaması (Bengtsson vd., 2007; Sibelli vd., 2017) ve sağlık çalışanları tarafından hastaların yaşadıkları zorlukların tam olarak anlaşılamayarak bu bireylere empatik yaklaşımda bulunulmaması (Hakanson vd., 2009; O'Sullivan vd., 2000; Bertram, 2001), hastalığın derinlemesine ele alınmasını önemli kılmaktadır.

Bir hastalığın kişinin hayatını nasıl etkilediğini, bu hastalıkla yaşamanın kişi için nasıl bir anlam ifade ettiğini ve tüm bunlarla nasıl başa çıktığını en iyi bu hastalığı deneyimleyen kişiler tanımlayabilecektir. Bu yüzden gerek psikoeğitimler gerek hasta eğitimine dayalı müdahaleler, hastaların kendi ifadelerine ve deneyimlerine başvurduğu sürece başarılı olacaktır. Gerek terapistler gerekse bu hastalara hizmet

veren sağlık çalışanlarının hastaların deneyimlerine daha fazla aşinalık kazanması, teşhis ve tedavi anlamında onlara daha fazla yardımcı olmayı beraberinde getirecektir ki nitel araştırmalar da buna hizmet etmektedir (Ung vd., 2013; Krivzov vd., 2020). Bununla beraber İBS'yi bireysel deneyimlere dayanarak ele alan nitel çalışmaların Avrupa ve Batı lkeleriyle sınırlılığı, Doğu kültürüne dair oldukça az çalışmanın nitel bulunması (Gwee, 2005; Faresjö vd., 2006; Park vd., 2006) ve Türkiye'de bilgimiz dahilinde İBS'nin öznel deneyim sürecini aktaran bir nitel araştırmanın bulunmaması, lkemizde bu alanda yürütülecek bir nitel çalışmayı gerekli kılmıştır. Bu eksikliğe binaen yürütülen tez alışmamızda İBS'li bireylerin günlük hayat deneyimleri, hastalığın sosyal ve duygusal etkileri ve baş etme stratejileri, ayrıca bireylerin biyopsikososyal model bağlamında genel yaşamdaki duygusal deneyimleri ve kişilerarası ilişkileri yönetme biçimi nitel yöntemle ele alınmıştır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Nitel araştırma yöntemiyle hastalığı derinlemesine anlayarak hastanın sağlığını olduğu kadar yaşam kalitesini de yükseltmeye dayalı kapsamlı tedavi protokollerinin geliştirilmesine zemin hazırlamak, hazırlamak, bu alandaki nitel araştırmaların varmak istediği nihai hedef olmalıdır ki yürüteceğimiz araştırma da temelde bunu hedeflemektedir (Ung vd., 2013). Bu bağlamda mevcut araştırmada İBS'nin bireylerin hayatını nasıl etkilediği, hastalığın sosyal ve duygusal yaşamdaki yansımalarının neler olduğu, bu hastalıkla yaşamanın kişi için nasıl bir anlam ifade ettiği ve bireylerin tüm bu etkilerle nasıl başa çıktığının; bunun yanında biyopsikososyal model bağlamınca bu bireylerin duygusal ve sosyal ilişki dinamiklerinin nasıl seyrettiğinin birebir hasta deneyimlerine dayanarak anlaşılması ve İBS'li bireylerin yaşamsal deneyimlerine dair geniş çaplı bir bilgi yelpazesinin sunulması amaçlanmaktadır.

1.3. Araştırma Soruları

- 1) İrritabl Barsak Sendromu'na sahip hastaların günlük hayatta yaşadıkları zorluklar nelerdir?
- 2) İrritabl Barsak Sendromu'na sahip hastaların kullandıkları baş etme mekanizmaları nelerdir?

3) İrritabl Barsak Sendromu'na sahip hastaların kişilerarası ilişkileri yönetme biçimi nedir ve İrritabl Barsak Sendromu, hastaların kişilerarası ilişkilerini nasıl etkilemektedir?

4) İrritabl Barsak Sendromu'na sahip hastalarının duygusal deneyimleri ve duygularını ifade etme biçimleri ve bu bireylerin hastalıklarıyla ilgili sahip oldukları duygular nelerdir?

1.4. Araştırmanın Önemi

İrritabl Barsak Sendromu'nun dünya genelinde yaygın olarak görülen ve yaşam kalitesini derinden etkileyen bir hastalık olması nedeniyle (Gwee, 2005; Gerson vd. 2008; Gerson ve Gerson, 2010; Gerson vd., 2015) hastalığı konu alan gerek tıp gerekse psikiyatri ve psikoloji literatüründeki araştırmaların sayısı gün geçtikçe artmaktadır (Bengtsson, 2006). Bununla birlikte nicel araştırmaların alana hâkim olduğu ve İBS'li bireylerin hastalıklarına yükledikleri anlamı ve neler deneyimlediklerini anlamaya yönelik nitel araştırmaların görece azınlıkta olduğu görülmektedir. Alanda yürütülen nitel ve nicel çalışmaların ise büyük çoğunluğunun Batı ve Avrupa ülkelerini kapsadığı, Doğu ve Asya toplumlarında yürütülen araştırmaların özellikle nitel araştırmalar bağlamında oldukça kısıtlı olduğu görülmüştür (Gerson vd., 2015; Shorey vd., 2021). Türkiye'de ise bu konuda yürütülmüş bir nitel araştırma bilgimiz dâhilinde bulunmamakta, Türk kültüründe İBS özelinde yürütülen tek nitel araştırma olan Kılıç ve diğerleri'nin (2020) çalışması ise alternatif tedavi yöntemleri deneyen İBS hastalarının öznel deneyimlerini konu almaktadır. Halbuki kültürün hastalık semptomlarının deneyimlenme şeklinde, sıklığında, hastalığa dair inançlarda; ayrıca hastalığa neden olan ve hastalığın sonuçlarından etkilenen biyopsikososyal etmenler bağlamında belirleyici rol üstlendiği bilinmektedir. Kültürel normlar, kültür etkisiyle öğrenilmiş davranış kalıpları, inanç sistemleri ve değerler bir araya gelerek aile içi ilişkileri, toplumsal rolleri, başa çıkma mekanizmalarının kullanımını, duygu, biliş ve davranışları, kişinin kendisiyle, başkalarıyla ve dünya ile olan ilişkisini belirleyici bir rol üstlenmektedir ve bu yönüyle hastalığa etki eden tüm biyopsikososyal süreçleri şekillendirmektedir (Gerson vd., 2008; Gerson vd., 2015; Van Oudenhove vd., 2016). Bu yönüyle Türk kültüründe İBS hastalarının neler deneyimlediğini bilmek, bu kültürde geliştirilecek tedavi yöntemlerinin kültüre uygun şekilde uyarlanması için

önemli bir adım niteliğindedir. Bu anlamda, elde edilen bilgilerin alan yazındaki bir bilgi boşluğunu doldurarak bilimsel literatüre mütevazı bir katkı sunması hedeflenmektedir.

İBS'nin organik bir nedene bağlanamaması ve belirli bir tedavi yöntemi veya protokolünün bulunamaması, bu hastalarda yaşam kalitesini yükseltmeye yönelik adımlar atılmasını ve tedavinin bu yönüyle planlanmasını gerekli kılmaktadır (Gerson vd., 2006; Crocker vd., 2013). Kişilerarası ilişkiler ise genellikle İBS hastalarının şikayetleriyle ilişkilendirmediği ve dolayısıyla muayene esnasında dillendirmediği, sağlık çalışanlarının ise üzerinde durup araştırmadığı bir faktördür (Lackner ve Gurtman, 2005; Crocker vd., 2013). Kişilerarası ilişkilerin niteliğinin ve duygusal deneyimlerin kişinin yaşam kalitesini büyük oranda etkileyen ve dönüştüren faktörler olduğu düşünüldüğünde gerek sağlık çalışanlarının gerekse psikologların, İBS hastalarının yaşadığı duygusal ve sosyal zorluklara eğilmesi ve bu alanı düzenlemeye yönelik çözüm önerileri sunması elzemdir (Crocker vd., 2013). Bu anlamda bireyseli ve toptancı kültürlerin duyguları ve sosyal ilişkileri yaşama ve anlamlandırma biçimi bile farklı olmakta iken Türk kültürü içinde, İBS hastalarının duygusal yaşantılarında ve sosyal ilişkilerinde öne çıkan etmenlerin neler olduğunu ve hastalığın bu alanda ne gibi değişimler meydana getirdiğini nitel yöntemle derinlemesine ele almanın klinik gözlem ve tedavi sırasında oldukça yol gösterici olacağı düşünülmektedir (Gerson vd., 2006).

Bununla birlikte İBS'li bireylerin büyük bir kısmı, hastalık belirtilerinin negatif duygular sonrasında tetiklendiğini ifade etmekle birlikte sosyal olarak kabul edilme isteklerinden ve duyguları ifade etmenin bu kabul edilebilirliği olumsuz yönde etkileyeceğine olan inançlarından dolayı duygularından kaçınmayı veya onları gizlemeyi tercih etmektedirler (Krivzov vd., 2002; Sibelli vd., 2017). Sibelli ve diğerleri (2017) bu bağlamda İBS hastalarının duyguları ifade etmeye yönelik inançlarının ve duygusal deneyimlerinin derinlemesine ele alınmasının, psikolojik müdahalelerde pozitif duygulanımın artırılması, duyguları dışa vurmaya yönelik inançların terapide ele alınması ve duyguların sağlıklı şekilde ifade edilebilmesi bağlamında gerekli olduğunu ifade eder ve literatürdeki bu açıklığa işaret eder.

Bir diğerk yandan uluslararası literatürde İBS ile ilgili yürütölmüş olan nitel çalışmalar hastalığın günlük hayata olan olumsuz etkilerine odaklanmış olsa da bu hastaların maruz kaldıkları zorluklarla nasıl başa çıktıklarına dair araştırmaların sayısı kısıtlıdır (Ung, 2013). Bu alana dair bilgi edinimiyle, hastalığı deneyimlemiş ve belli baş etme mekanizmaları geliştirmiş bireylerden elde edilen bilgilerin aynı hastalıkla mücadele eden insanlara denenmiş etkili tecrübeleri aktararak hem hastalar hem psikologlar ve hem de sağlık çalışanları için bir yol haritası çizmeyi kolaylaştıracak nitelikte olması araştırmayı önemli bir noktaya taşımaktadır.

Bu araştırmada açık uçlu sorularla desteklenmiş bir nitel araştırma metodunun kullanılması, hem hastalığın farklı ve bilinmeyen yönlerine ışık tutmayı, hem de analiz aşamasındaki tarafsız bakış açısıyla var olan teorik çerçevelerin etkisinde kalınmadan salt bireylerin deneyimine dayalı yeni bilgi ve bakış açılarının elde edilmesini mümkün kılmıştır (Glaser, 1992; Levitt vd., 2017; Sibelli vd., 2017).

Bunun yanında ölkemizde yürütölen İBS'ye yönelik araştırmaların hâkim alanının genellikle psikiyatri ve tıp literatürü olduğu, psikoloji alanında yayınlanan araştırma sayısının oldukça kısıtlı olduğu gözlemlenmiştir. Uluslararası literatürde kendi kendine yardım kitapları dâhil olmak üzere İBS'li bireylerin hastalıklarıyla alakalı geniş çaplı bilgilere ulaşabilecekleri kaynaklar bulunmaktayken İBS'yi çok yönlü şekilde ele alan ve psikolojik süreçleri dâhil eden Türkçe kaynakların azlığı, bu bireylerin hastalıklarının psikolojik yönlerine dair bilgi sahibi olmalarını ve çözüm yolları aramalarını zorlaştırmaktadır. Buna karşın hastalığa dair bilgi sahibi olmanın hastalığın getirdiği bilişsel yükü hafifleterek tek başına iyileşmeyi beraberinde getirdiği birçok İBS odaklı araştırmada bulgulanmıştır (Heitkemper vd., 2004; Saito vd., 2004; Ringström vd., 2009). Etiyolojik olarak tek bir kökene bağlanamayan ve dolayısıyla tam bir tedavi protokolü önerilemeyen böyle bir hastalıkta geniş bir literatür taraması ile altta yatan psikolojik mekanizmaya ve tedavi yöntemlerine dair detaylı bilgi sunarak bu çalışmayı ortaya koymanın, İBS'li bireylerin bilgi alma ihtiyacına karşılık verme yönüyle hastalarda hastalıklarına karşı bir egemenlik hissi oluştırma ve belirsizlikten kurtulmanın rahatlığını sağlama bakımından önem arzettiği düşünölmektedir (Gerson vd., 2006).

BÖLÜM II

LİTERATÜR TARAMASI

2.1. İrritabl Barsak Sendromu

2.1.1. Tanımı

İrritabl Barsak Sendromu (İBS), barsak hareketlerinde düzensizlik, karın ağrısı, karında şişlik ve gerginlik belirtileriyle karakterize kronik ve fonksiyonel bir gastrointestinal hastalıktır (Drossman, 1999; Thompson vd., 1999). Herhangi bir fiziksel nedene bağlı olmaksızın belirti gösteren fonksiyonel gastrointestinal bozuklukların içinde en sık karşılaşılan türdür (Wilson vd., 2004; Fukudo ve Kanazawa, 2011; Lovell ve Ford, 2012; Can ve Yılmaz, 2015; Michalsen vd., 2015). En genel çerçevede bakıldığında ise herhangi bir organik nedene bağlı olmaksızın ortaya çıkan ve psikolojik süreçlerden etkilenecek belirtileri sıklaşan hastalıkları kapsayan Fonksiyonel Somatik Sendromlar (Functional Somatic Syndromes- FSS) içinde yer alır (Krivzov vd., 2020).

Fonksiyonel Gastrointestinal Bozukluklar, altta yatan belirgin bir patoloji bulunmaksızın semptom gösteren mide ve barsak hastalıklarının genel adıdır (Drossman vd., 1990; Drossman vd., 1993). Uluslararası Roma Kurumu, Fonksiyonel Gastrointestinal Bozuklukları fizyolojik konumlanmalarına göre 6 grupta ele almıştır. Fonksiyonel Göğüs Ağrısı, Fonksiyonel Mide Yanması, Globus (Boğazda Yumru Hissi), Fonksiyonel Disfaji (Yutma güçlüğü) ve Reflü Hassasiyeti gibi hastalıkları kapsayan “Yemek Borusu Hastalıkları”; Ruminasyon Sendromu, Fonksiyonel Dispepsi ve Mide Bulantısı ile ilgili bozuklukları kapsayan “Onikiparmak Barsağı Hastalıkları”, “Anorektal Hastalıklar”, “Safra Kesesi Hastalıkları”, “Merkezi Yerleşimli Gastrointestinal Ağrı Hastalıkları” ve “Fonksiyonel Barsak Hastalıkları” bu altı grubu oluşturmaktadır. İrritabl Barsak Sendromu, Kronik Kabızlık, Kronik İshal, Opioid Kaynaklı Kabızlık, Fonksiyonel Abdominal Gerginlik ve

Tanımlanmamış Fonksiyonel Barsak Hastalığı, “Fonksiyonel Barsak Hastalıkları” grubu içinde yer alır. (Drossman vd., 1990; Drossman vd., 1993; Bengtsson, 2006; Theromefoundation, 2016).

İBS'nin karın bölgesinde rahatsızlık hissi, defekasyonda aciliyet, karında şişkinlik, barsak hareketlerinin düzensizliği gibi belirtilerin dile getirilmesi, bir hastalık tanımı içinde yer almasa da antik dönemde Hipokrat tarafından dile getirilmiştir. Bu belirtilere dair bir tanımlama ve açıklama getirilmesi ise 20.yüzyılın başlarına dayanmaktadır (Lacy ve Lee, 2005; Bengtsson, 2006). Cumming (1849)'in bir hastalığın iki ayrı semptomla kendini göstermesini ve aynı bireyde barsakların kimi zaman kabız, kimi zaman yumuşak olmasını açıklayabilecek kaynak bulmakta güçlük çektiğini ifade etmesiyle bilim dünyasında hastalığa dair bir merak uyanmıştır (Kaya, 2019). İBS'nin ilk olarak tanımlanması ve isimlendirilmesi ise Peters ve Bergen (1944)'e dayanmaktadır (Talley ve Spiller, 2002).

2.1.2. Semptomlar

İBS'nin iki ana belirtisi karın ağrısı ve barsak hareketlerinde düzensizlik olarak kendini gösterir ki barsak hareketlerinde veya dışkılama sıklığındaki artma veya azalma bunun en büyük göstergelerindedir (Thompson vd., 1999; Levy vd., 2001a; Kaya, 2019). Bu temel belirtilerin yanında karında gerginlik ve şişkinlik, mide bulantısı, ani gelen tuvalete gitme ihtiyacı, erken doyma, yemekten sonra şişkinlik, dışkılamadan sonra tam boşalamama hissi ve mukozalı dışkı gibi belirtiler de hastalığa eşlik edebilmektedir (Levy vd., 2001a; Hakanson vd., 2009).

İBS'nin varlığına işaret eden karın ağrısı, genellikle belirli bir bölgede sabit kalmayıp karının çeşitli bölgelerinde bulunabilmekte ve bazı hastalarda yer değişikliğine uğrayabilmektedir (Lacy vd., 2016). Karın ağrısı sıklıkla yemeklerden hemen sonra ve stresli yaşam olaylarıyla birlikte görülebilmektedir (Whitehead vd., 1990a; Ragnarsson ve Bodemar, 1998; Talley ve Spiller, 2002; Whitehead vd., 2002; Hertig vd., 2007; Phillips vd., 2013; Ung vd., 2013; Torkzadeh vd., 2019). Karın ağrısı ile birlikte görülen barsak hareketlerindeki değişiklik kabızlık, ishal veya ikisinin dönüşümlü olarak görülebilmesi şeklinde kendini göstermekte ve hastalığın alt türleri bu değişimlere göre isimlendirilmektedir (Kaya, 2019).

Bu belirtilerin yanında şişkinliğe bağlı göğüs ağrısı, midede yanma hissi, gaz sancısı, boğazda şişlik hissi ve mide bulantısı ile beraber kusma gibi farklı gastrointestinal belirtiler de İBS'li bireyler tarafından deneyimlenebilmektedir (Levy vd., 2001a; Whitehead vd., 2002; Whitehead vd., 2007; Lackner vd., 2013). Buna ek olarak barsak dışında kendini gösteren, nedeni açıklanamayan baş ağrısı, bel ağrısı, pelvik ağrılar, uyku düzensizlikleri, fibromiyalji ve halsizlik gibi sağlık problemleri de bu hastaların sıklıkla dile getirdikleri sağlık problemleri arasındadır. (Talley ve Spiller, 2002; Whitehead vd., 2002; Whitehead vd., 2007; Spiegel vd., 2011; Lackner vd., 2013).

İBS semptomları kronik olarak hayatı etkilemekle birlikte bir kısım İBS'li birey sık aralıklarla semptomları deneyimlerken bir kısmında semptomlar ataklar halinde kendini göstermekte ve bireyler, semptomsuz uzun dönemler geçirilebilmektedir (Schneider vd., 2008; Ung vd., 2013). Belirtilerdeki bu alevlenme periyodlarının en büyük belirleyicileri, stres seviyesindeki artış ve beslenme düzenindeki değişimler olmaktadır. Bununla birlikte belirtilerin şiddeti bağlamında semptomlar aynı hasta için kimi zaman varlığı unutulabilecek derecede az, kimi zamansa günlük hayatı idame ettirmeyi zorlaştıracak düzeyde şiddetli olabilmektedir (Drossman vd., 2009).

2.1.3. Tanı Kriterleri

İBS tanısı genel olarak bir hekimin hastalık semptomlarının varlığını gözlemlemesi üzerine, diğer hastalık belirtilerinin çeşitli tetkiklerle ekarte edilmesi yolu ile ve klinik gözleme dayanarak konulmaktadır (Talley ve Spiller, 2002; Cash ve Chey, 2004; Bengtsson, 2006; Baykan, 2012; Lacy ve Patel, 2017; Kaya, 2019; Engürülü ve Kasap, 2020). Tanı kriterleri ise hem tanı sürecini kolaylaştırmak, sistematikleştirmek ve standardize etmek, hem de uluslararası araştırmalarda farklı popülasyonlardaki hastalık oranlarının karşılaştırılabilmesi ve yaygınlık araştırmalarının geçerliliğinin artırılması amacıyla geliştirilmiştir (Talley ve Spiller, 2002; Lacy ve Lee, 2005; Bengtsson, 2006; Lacy ve Patel, 2017).

Tanı kriterlerinin tarih içindeki gelişimine bakıldığında İBS'nin tanımlandığı ilk yıllardan itibaren olası farklı organik hastalık belirtilerinin elenmesi sonucu klinik gözleme ve semptomlara dayanarak konulduğu görülmektedir (Talley ve Spiller, 2002; Cash ve Chey, 2004; Lacy ve Lee, 2005; Bengtsson, 2006; Baykan, 2012; Lacy

ve Patel, 2017; Kaya, 2019; Engürülü ve Kasap, 2020). Nesnel bir tanı kriterine duyulan ihtiyacın hissedilmesiyle ise Manning ve diğerleri (1978), İBS'nin ilk tanı kriteri olan Manning kriterlerini Bristol şehrinde toplanan bir araştırma grubu ile birlikte ortaya çıkarmıştır. Manning kriterlerine göre İBS tanısı, altı belirtinin varlığı üzerine konur ki bu belirtiler; defekasyonla şiddeti hafifleyen karın ağrısı, defekasyon sıklığında artma, sulu gaita ile ilişkili karın ağrısı, karında şişkinlik, mukozalı dışkı ve defekasyona rağmen tam boşalamama hissinden oluşmaktadır (Manning vd., 1978; Talley ve Spiller, 2002; Lacy ve Lee, 2005; Baykan vd., 2012; Lacy ve Patel, 2017).

Manning kriterlerine yönelik, kriterlerin İBS hastaları ile diğer gastrointestinal hastalıkların tanısını ayırma ve İBS alt türlerinin ayırımını efektif şekilde yapabilmek yönünden zayıf olduğu, bunun yanında kadın ve erkek İBS hastalarında görülen belirti farklılıkları nedeniyle erkek İBS hastalarına tanı koyma hususunda hassas olmadığı yönünde yükselen eleştiriler sonucunda Kruis ve diğerleri (1984) tarafından, laboratuvar bulguları ve fiziksel bulguların da tanı sürecine dâhil edildiği, İBS'yi diğer organik hastalıklardan ayırmaya daha duyarlı yeni bir tanı kriteri geliştirilmiştir (Lacy ve Lee, 2005; Bengtsson, 2006; Lacy ve Patel, 2017). Günümüzde en sık kullanılan Roma kriterlerinin ilk versiyonu ise 1992 yılında Roma kentinde düzenlenen panelde gastroenteroloji uzmanlarından oluşan bir komite tarafından, 11 farklı ülkeden katılımcılarla yapılan geçerlik testleri sonucu uluslararası bir tanı kriteri olarak geliştirilmiştir (Drossman, 1993; Baykan vd., 2012; Lacy ve Patel, 2017; Kaya, 2019). 1999 yılında bu kriterler revize edilerek Roma II kriterleri, 2006'da ise yeni bir revizyonla Roma III kriterleri geliştirilmiş ve son olarak günümüzde kullanılan şekliyle Roma IV kriterleri 2016'da yayınlanmıştır (Lacy ve Patel, 2017; Çoban, 2018; Kaya, 2019). Uluslararası Roma Kurumu'nun yayınladığı Roma IV kriterleri şunlardır:

"Semptomların tanıdan en az 6 ay önce başlamış olması ve son üç ayda haftada en az bir kere ve aşağıdaki semptomlardan en az ikisiyle beraber tekrarlayan karın ağrısı olması gerekmektedir.

- Defekasyonla ilişkili olması
- Defekasyon sıklığında değişiklikte birlikte olması
- Dışkı formunda değişiklik olması" (Theromefoundation, 2016; Kaya, 2019, sf. 209).

Roma IV kriterlerinin Roma III kriterlerinden ayrılmasını sağlayan değişiklikler, hastalığın süresi ile birlikte maddelerdeki kelime revizyonlarına dayanmaktadır. Buna göre Roma III kriterlerindeki ayda en az 3 gün süreyle görülen karın ağrısı yerine bu süre haftada en az bir gün olarak güncellenmiş, Roma III kriterlerinde yer alan “rahatsızlık” kelimesinin yerine kültürlerarası dile uygunluğu daha yüksek olan “ağrı” kelimesi kullanılmış, Roma III kriterlerindeki ağrıyla beraber karın ağrısında “rahatlama” ibaresi yerine ağrının artabilme ihtimalinin de bulunmasından dolayı “değişiklik” ibaresi getirilmiş ve dışkı formundaki değişikliğin “ağrıyla başlaması” yerine “ağrıyla ilişkili” olması ibaresi kullanılmıştır (Ghoshal, 2017; Lacy ve Patel, 2017; Schmulson ve Drossman, 2017; Çoban, 2018; Kaya, 2019). Bununla birlikte bu iki kritere göre belirlenmiş yaygınlık oranları Roma III’e göre %9,2 iken Roma IV kriterlerine göre %3,8’dir. Buna karşın Asya, Kuzey Amerika ve Asya ülkelerinde yürütülen yerel çalışmalara göre İBS yaygınlık oranı gün geçtikçe artmaktadır (Oka vd., 2020; Shorey vd., 2021). Bu nedenle Roma IV kriterlerinin ölçüm hassasiyeti bakımından yetersiz olduğu yönünde eleştiriler yükselmektedir (Ghoshal, 2017; Oka vd., 2020; Shorey vd., 2021).

Günümüzde İBS tanısı Roma IV kriterlerinin yanında hekim gözlemine ve alarm semptomlarının ekarte edilmesine dayanarak verilmektedir (Baykan, 2012; Kaya, 2019; Engürülü ve Kasap, 2020). Farklı bir organik hastalığın habercisi sayılabilecek alarm semptomlar şunlardır:

- Belirtilerin 45 yaş sonrasında görülmeye başlaması
- Belirtilerin yakın bir tarihte başlaması ve hızla yükselişe geçmesi
- Son 3 ayda istemsiz olarak mevcut ağırlığın %5’ine tekabül edecek şekilde kilo kaybedilmesi
- Son 3 ayda 2 defa ateşte yükselme ve bu yükselmenin 38 dereceyi bulması
- Gece uykusundan uyandıracak şiddette belirtiler
- Rektumdan kan gelmesi ve kanlı dışkılama
- Genetik yatkınlık bağlamında aile öyküsünde rektum kanseri, çölyak veya İnflamatuvar Barsak Hastalığı (İBD)’nin bulunması
- Son 3 ayda yapılan seyahatlerin enfeksiyon riski taşıyan ülkelere birinde gerçekleşmiş olması

- Yakın zamanlı antibiyotik kullanımı (Talley ve Spiller, 2002; Kaya, 2009; Drossman vd., 2016).

Her ne kadar Roma IV kriterleri günümüzde global olarak kabul edilen ve sık kullanılan bir tanı kriteri olarak görülse de, yukarıda da belirtildiği gibi kriterler yaygınlık oranını ölçme hassasiyeti bakımından birçok eleştiriye tabi tutulmaktadır (Rahman vd., 2017; Oka vd., 2020). Özellikle kriterlerin Batı ülkelerindeki popülasyonların baz alınarak oluşturulmuş olması hem dil ve kültür gibi unsurlar hem de semptomları algılama ve tanımlama şekli bakımından Doğu ülkelerindeki İBS hastalarını teşhis etme noktasında tanı kriterlerini yetersiz kılmaktadır (Mahadeva ve Ford, 2006; Rahman vd., 2017). Bu bağlamda Rahman ve diğerleri (2017) Malezya'daki İBS sıklığına dair yürüttükleri araştırmada, bu bölgedeki İBS hastalarının temel belirti olarak kronik karın ağrısından mustarip olmadığını, bu nedenle Roma IV tanı kriterlerinin bu bölgedeki İBS hastalarını tanılandırmakta yetersiz kaldığını belirtmiştir. Özellikle Doğu ülkelerindeki İBS hastalarında oldukça yaygın görülen karında şişkinlik ve huzursuzluk belirtilerinin kriterler içinde yer almaması bir başka eleştiri noktasıdır (Mahadeva ve Ford, 2006; Ghoshal, 2017; Rahman vd., 2017).

2.1.4. İrritabl Barsak Sendromu Alt Türleri

İBS'nin temel belirtileri bireyden bireye farklılık gösterdiği için Roma IV kriterlerine göre hastalık dört alt tipte ele alınmaktadır. Konstipasyon ağırlıklı alttür İBS-C, diyare ağırlıklı alttür İBS-D, konstipasyon ve diyarenin karışık olarak görüldüğü alttür İBS-M ve tanı kriterlerine uyduğu halde herhangi bir alt gruba dâhil edilemeyen alttür ise İBS-U (sınıflandırılmamış alttür) olarak isimlendirilmektedir. Bunun yanında İBS-C veya İBS-D alt türüne sahip olup sonradan İBS-M belirtileri gösteren hastalar da bulunmaktadır (Mearin vd., 2004; Bengtsson, 2006; Lacy ve Patel, 2017). Bu bağlamda İBS-M en sık karşılaşılan İBS versiyonu olarak görülmektedir ki İBS hastalarının yaklaşık yarısı bu alt türe sahiptir (Wilson vd., 2004; Bengtsson, 2006; Drossman, 2016; Theromefoundation, 2016; Kaya, 2019). Bununla birlikte alt türlerin görülme sıklığının coğrafi ve kültürel etmenler ve kullanılan tanı kriterlerinin farklılığı nedeniyle bölgesel olarak değişebileceğini gösteren araştırmalar bulunmaktadır (Talley ve Spiller, 2002; Mearin vd., 2004; Bengtsson, 2006; Ghoshal, 2017).

2.1.5. Yaygınlık Oranı

İBS, fonksiyonel gastrointestinal bozukluklar arasında en sık karşılaşılan tür olmasının yanında gerek aile hekimlikleri gerekse gastroenteroloji ve dahiliye hekimlikleri gibi birinci ve ikinci basamak sağlık kuruluşlarına yapılan en sık başvuru nedenidir (Talley ve Spiller, 2002; Gwee, 2005; Yılmaz vd., 2005; Lovell ve Ford, 2012). Dünya çapında hastalığın yaygınlık oranı %9 ila %23 arasında değişmekte, bu oran ülkeden ülkeye büyük farklılık göstermektedir (Wilson vd., 2004; Gwee 2005; Bengtsson, 2006; Lovell ve Ford, 2012; Han ve Yang, 2016; Kılıç vd., 2020). Öyle ki İBS görülme oranı Nijerya'da %30 iken İran'da %3,5 olarak ölçümlenmiştir (Drossman vd., 1993; Hungin vd., 2003). Bu farklılığın genel olarak coğrafi konum, kültür, kullanılan tanı kriterleri, tanı kriterlerinin kültüre ve dile uyumu ve aynı zamanda sağlık kuruluşlarından yararlanma sıklığı gibi etmenlerden kaynaklandığı görülmektedir (Gwee, 2005; Gerson vd., 2006; Gerson vd., 2008; Gerson ve Gerson, 2010; Lovell ve Ford, 2012; Muscatello vd., 2014; Gerson vd., 2015; Ghoshal, 2017; Kılıç vd., 2020).

Türkiye'de yürütülen çalışmalar ülke genelini kapsamaksızın farklı illerdeki yaygınlık oranını ortaya koymuştur ki bu oran %6 ile %19 arasında değişmektedir (Karaman vd., 2003; Çelebi vd., 2004; Yılmaz vd., 2005; Özden vd., 2006; Çoban, 2018; Uzan vd., 2018). Türkiye'de ergenlerle yürütülen bir yaygınlık çalışmasında kız öğrencilerin %14'ünün, erkek öğrencilerinse %7,1'inin İBS tanısına sahip olduğu saptanmıştır (Baysoy vd., 2014).

Tüm bu istatistiksel verilerin yanında toplumda bu hastalıktan mustarip olup tanı almamış birçok bireyin var olduğu bilinmektedir (Drossman vd., 1993; Talley ve Spiller, 2002; Hungin vd., 2003; Yılmaz vd., 2005; Bengtsson, 2006). Tüm İBS belirtilerini karşıladığı halde sağlık kuruluşlarına başvurmayan birçok hasta bulunmayken aynı zamanda yapılan araştırmalar, toplumda İBS belirtilerinden en az birini deneyimleyen bireylerin %60 ila %70 oranında olduğunu ortaya koymuştur. (Drossman vd., 1993; Talley ve Spiller, 2002; Yılmaz vd., 2005). Bu durumun birçok nedeni olabilmekle beraber kültürel olarak sağlık kuruluşlarından yararlanmaya yönelik tutum, bulunulan ülkenin sağlık sistemi, bireyin belirtilerinin şiddeti, sıklığı ve yaşam kalitesini etkileme oranı bu durumun temel nedenleri olarak görülmektedir (Drossman vd., 1993; Talley ve Spiller, 2002).

İBS, her yaştan bireyde görülebilmekle birlikte özellikle 20-50 yaş arasındaki bireyleri daha fazla etkilemekte ve hastalık semptomları 40 yaştan sonra artış gösterebilmektedir. Bununla birlikte hastalığın çocuk ve ergenlerde de görüldüğünü destekleyen çalışmalar mevcuttur (Talley ve Spiller, 2002; Wilson vd., 2004; Ehrenpreis, 2005; Doğan, 2018).

Hastalığın şiddeti bağlamında İBS'yi hafif belirtiler eşliğinde yaşayan hastalar %70'lik bir orana sahipken orta ve ağır şiddette belirtiler deneyimleyen İBS hastalarının oranı %30'u bulmaktadır (Yılmaz vd., 2005; Can ve Yılmaz, 2015).

2.1.6. Kadın Popülasyonunda İBS

Yaygınlık çalışmaları, İBS'den özellikle kadınların mustarip olduğunu ortaya koymaktadır (Lovell ve Ford, 2012). İBS'li bireylerin %75'ini kadınların oluşturduğunu gösteren çalışmalar mevcutken, Batı ülkelerine bakıldığında bu oranın %90'lara kadar çıktığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Bu oranın 2:1 şeklinde olduğunu ifade eden çalışmalar ise ağırlıktadır (Heitkemper vd., 2002; Wilson vd., 2004). Bazı Asya ülkelerinde ise kültürel farklılığın etkisi ve erkeklerin tıbbi yardım alma imkânının daha yüksek olması nedeniyle erkeklerin kadınlara oranla daha fazla İBS tanısı aldıkları görülmektedir (Wilson vd., 2004; Gwee, 2005).

Batı ülkelerinde ve Türkiye popülasyonunda kadınların daha yüksek yaygınlık oranına sahip olmasının bir nedeni olarak kadınların kliniklere başvurma sıklığının erkeklere oranla daha yüksek olması öne sürülmüştür (Drossman vd., 1993). Kliniğe başvuran popülasyonda ise İBS'li kadınların, hastalıktan erkeklere göre daha fazla muzdarip olduğu ve belirtileri daha şiddetli deneyimledikleri not edilmektedir (Drossman vd., 1993; Bengtsson vd., 2007).

İBS'nin kadın popülasyonundaki bu etkinliği, bu durumun temel nedenleri üzerine araştırmalar yapılmasına zemin hazırlamıştır. Cinsiyet hormonlarının bu durum üzerinde etkili olup olmayacağı araştırılmış ve kadınların menstrual dönem (Whitehead vd., 1990a; Heitkemper vd., 2003) ve hamilelik (Chiloiro vd., 2001) dönemi boyunca barsak hareketlerindeki değişimi daha yoğun olarak yaşadıkları ve şikayetlerinde artış görüldüğü bulgulanmıştır. Erkeklerle yapılan çalışmalar ise

testosteron hormonunun daha düşük seyrettiği erkeklerde İBS görülme sıklığının daha düşük olduğunu veya hastalıklarının daha düşük şiddette seyrettiğini göstermiştir ki bu da cinsiyet hormonlarına dayalı etkiyi destekler niteliktedir (Houghton vd., 2000; Bengtsson, 2006). Bunun yanında ikiz çalışmaları, genetik faktörlerin hastalık üzerindeki etkisinin kadınlarda daha yüksek olduğunu bulgulamıştır (Bengtsson vd., 2006). Hastalığın kadınlarda daha fazla görülüyor olmasını bu bulguya dayanarak genetik zeminde açıklayan çalışmalar mevcuttur (Levy vd., 2001a).

Yine Simren ve diğerleri (2001), İsveçli İBS hastalarıyla yaptığı bir çalışmada erkeklere oranla kadın İBS hastalarının yaşam kalitesinde, özdenetim ve psikolojik iyi oluş düzeylerinde daha belirgin bir azalma olduğunu ve yorgunluk düzeyinde artışın yanında daha fazla depresyon ve anksiyeteye yönelik yakınmalar görüldüğünü tespit etmiştir. Corney ve Stanton (1990) da kadın ve erkek İBS hastalarını karşılaştırdıkları çalışmalarında kadınların daha fazla ağlama nöbeti, yorgunluk, anksiyete ve depresyon belirtileri gösterdiklerini bulgulamıştır (Bengtsson, 2006).

İBS'ye sahip kadınlarla yapılan bir araştırma, kendini suçlama, duygusal istismara maruz kalma ve duyguları bastırma eğiliminin başka hastalık semptomlarına sahip kadınlara göre daha yüksek olduğunu bulgulamıştır. Bu bulgudan hareketle duygusal istismara maruz kalan kadınların duygularını dışa vurma ve ifade etme anlamında kendilerini engelledikleri, bu inhibisyon davranışının stres seviyelerini artırdığı ve İBS için en önemli risk faktörü olan stresli bir hayat sürme etmeninin de İBS'ye zemin hazırladığı öne sürülmüştür (Drossman, 1999; Ali vd., 2000; Tanaka vd., 2011; Surdea-Blaga vd., 2012).

Bir diğer yönden İBS'nin, erkeklerde özgüvende düşüş ve kendini zayıf ve güçsüz hissetme ile birlikte seyrederken, kadınlarda bedensel duyumlardan dolayı dış görünüme ve beğenilir bulunmaya dair kaygıların yüksek olmasıyla karakterize olduğu tespit edilmiştir (Hakanson vd., 2009).

Gerek kadın katılımcıların tedavi sürecine ve alanda yürütülen araştırmalara katılma oranlarının daha yüksek olması, gerekse kadınlar ve erkeklerin hastalık semptomlarını ve hastalığın günlük hayata etkisine dair farklılaşan deneyimleri, İBS ile ilgili çalışmalarda spesifik olarak kadınlara yönelen araştırmalara zemin hazırlamıştır

(Whitehead vd., 1990a; Levy vd., 1997; Ali vd., 2000; Heitkemper vd., 2002; Motzer vd., 2003; Heitkemper vd., 2004; Heitkemper ve Jarrett, 2005; Bengtsson, 2006; Johnson ve Johnson, 2006; Bengtsson vd., 2007; Hertig vd., 2007; Fletcher vd., 2008; Heitkemper ve Chang, 2009; Adeyemo vd., 2010). Bu bağlamda Bengtsson (2006), İBS’li kadınların yaşam kalitesi algısını araştırdığı mülakata dayalı çalışmasında, hem çalışmaya katılan çok az sayıda erkek bulunması, hem belirtiler ve bu belirtilerin günlük hayatı ve psikolojiyi etkilemesi bakımından erkeklerin ve kadınların İBS’yi farklı deneyimlemeleri hem de kadınların kendileri için özel kabul ettikleri bu konu hakkında kendilerini daha rahat ifade edebilmeleri adına çalışmalarına sadece kadınları dâhil ettiklerini ifade etmiştir.

2.1.7. Etiyoloji ve Patofizyoloji

McDaniel, Hepworth, and Doherty (1992), “Hiçbir biyomedikal olgu psikososyal bir yansıma olmadan vuku bulmadığı gibi hiçbir psikolojik olgu da biyolojik bir zemin olmadan vuku bulmaz. Bu nedenle tıbbi hastalıklarda, hastalığın kişinin duygusal yaşamında, ayrıca aile ve sosyal ilişkiler dinamiklerinde hangi rolü üstlendiği derinlemesine anlaşılmalıdır.” der. İritabl Barsak Sendromu da bu bağlamda biyopsikososyal bir hastalık olarak birçok etmenin iç içe geçmesi ile ortaya çıkar ve etiyojik olarak hastalığı tek bir nedene bağlamak güçtür. Bu nedenle İBS’nin etiyojisine dair literatürde net bir görüş birliğinin olmadığı görülmektedir (Drossman, 1999; Levy vd., 2001a; Tanaka vd., 2011; Surdea-Blaga vd., 2012; Muscatello vd., 2014; Van Oudenhove, 2016).

Bununla birlikte İBS’nin patofizyolojisini inceleyen çalışmalar barsaklarda aşırı hareketlilik, geçirilen bir enfeksiyona bağlı komplikasyonlar, visseral hipersensitivite olarak adlandırılan iç organsal aşırı hassasiyet, besin intoleransı, barsaklardaki bakteri çoğalımının yüksek olması, karın mikrobiyotasındaki değişimler ve beyin-barsak ekseninde ve merkezi sinir sistemindeki düzensizliklerin bir arada ve birbirleriyle etkileşimli olarak hastalığın fiziksel belirtilerinin görülmesinde rol oynadığını ortaya koymuştur (Jones vd., 2006; Öhman ve Simren, 2007; Surdea-Blaga vd., 2012; Muscatello vd., 2014; Akyüz vd., 2016; Van Oudenhove vd., 2016). Bu hastalığa sahip olmayan insanların acı ve ağrı olarak hissetmeyeceği bedensel duyumları daha düşük eşiklerde hissetme ve ciddi bir fiziksel işaret olarak algılama visseral hassasiyet olarak

adlandırılır ki buna dayanarak İBS'yi "Hassas Barsak Sendromu" olarak isimlendiren teorisyenler vardır (Ritchie, 1973; Bengtsson, 2006). Yapılan bir araştırma, kolonoskopi sırasında uygulanan balon patlatma işleminde, diğer hastalarla karşılaştırıldığında İBS hastalarının daha düşük basınçta dahi beyinlerindeki homeostatik duyu bölgelerinin daha fazla aktive olduğu ve düşük barsak uyarılmalarını sağlıklı popülasyona göre daha şiddetli olarak algıladıkları görülmüştür (Ritche, 1973; Bouin vd., 2002; Bengtsson, 2006; Van Oudenhove vd., 2016).

Bunun yanında İBS'nin etiyolojisinde otonom sinir sisteminin düzensiz çalışmasının rol oynayabileceğini gösteren araştırmalar, İBS hastalarının strese ve İBS semptomlarına benzer acı duyularına maruz kaldıklarında sempatik sinir sisteminin sağlıklı popülasyonla kıyaslandığında daha fazla tepki verdiği, kalp atımının daha hızlı olduğu ve sakinleşmeyi sağlayan parasempatik sinir sisteminin bu hastalarda daha az aktive olduğunu bulgulamıştır (Bengtsson, 2006; Edebol-Carlman, 2018).

Biyopsikososyal faktörler bağlamında genetik ve çevresel faktörler, stresli yaşam olayları, duygular, duyguların ifade edilmesi, bilişler, sosyal ilişkilerin kalitesi ve bireyin kullandığı baş etme yöntemlerinin de hastalık semptomları üzerinde etkin rol oynayan etmenler oldukları görülmektedir (Drossman, 1999; Tanaka vd., 2011; Surdea-Blaga vd., 2012;). Bireyin yaşadığı stres nedeniyle psikolojik gerilim içinde olması, hastalığın fiziksel belirtilerini etkileyen ve somatik semptomlar göstermesine neden olabilen bir faktördür ve yine psikolojik gerilimin bireyin hissedeceği ağrı eşiğini düşüreceğine dair bulgular mevcuttur (Muscatello vd., 2014; Van Oudenhove vd., 2016). Duyguların bastırılmasını hastalığın oluşumunda ana etmen olarak gören teorisyenlere göre erken dönem yaşantılar ve genetik faktörler bir araya gelerek bireyin karakterini, yaşadığı stres verici olaylarda gösterdiği tepkiyi, duyu düzenleme yetisini ve duygularıyla olan ilişkisini belirlemekte, çocukluktan itibaren duygularını tanımayı ve ifade etmeyi öğrenememiş bireyler yaşadıkları stres verici olayların meydana getirdiği negatif duyguları sözel veya davranışsal olarak ifade edemedikçe, bastırılmış duygular somatik semptomlar şeklinde gün yüzüne çıkmaktadır (Tanaka vd., 2011; Surdea-Blaga vd., 2012; Thakur vd., 2017; Smith vd., 2020). Bu bağlamda İBS'li bireylerin duygularını tanımada, tanımlamada ve dışa vurmada güçlük yaşadıkları (Farnam vd., 2014; Fournier vd., 2018), duygusal farkındalık ve dışavurumun düşük olmasıyla bağlantılı olarak sosyal ilişkilerde bozulmalar meydana geldiği, sahip

olunan sosyal desteğin azaldığı ve bunun kişide ayrıca bir stres faktörü oluşturduğu görülmektedir (Smith vd., 2020). Bilişsel süreçler bağlamında hastalığın stresli yaşam olaylarıyla ve duygularıyla olan ilişkisini fark etmekte zorlanan, hastalığı fiziksel bir nedene bağlayan ve belirtileri ciddi bir organik hastalığın habercisi sayan, ayrıca tedavinin mümkün olmadığına, hastalığın uzun süreli olarak devam edeceğine ve belirtilerin kontrol edilemez olduğuna inanan bireylerin İBS'yi daha ağır semptomlarla deneyimledikleri; başa çıkma bağlamında ise bu bireylerin kullandıkları kaçınmacı ve duygu odaklı baş etme gibi adaptif olmayan baş etme yöntemlerinin hastalığın yaşam kalitesine olan negatif etkisini beslediği öne sürülmektedir (Wilpart vd., 2017; Torkzadeh vd., 2019).

Hastalığın etiolojisinde etki sahibi olan genetik, fizyolojik, psikolojik ve sosyal etmenler “Biyopsikososyal Model Çerçevesinde İrritabl Barsak Sendromu” adlı bölümde ayrıntılı şekilde ele alınmıştır.

2.1.8. Komorbid (Eş Tanılı) Hastalıklar

İBS; somatik bozukluklar, gastrointestinal bozukluklar ve psikiyatrik bozukluklar olmak üzere üç farklı hastalık grubu ile eşzamanlı olarak bulunabilmektedir (Whitehead vd., 2002; Whitehead vd., 2007). Bir veya birden fazla hastalığın eş zamanlı olarak aynı kişide bulunabilmesi anlamına gelen komorbidite oranının İBS’li bireyler için yaklaşık %90’ı bulunduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (Whitehead vd., 2002; Whitehead vd., 2007; Lackner vd., 2013). Bu nedenle bazı uzmanlar tarafından komorbidite İBS için bir istisna değil, hastalığın doğasında var olan bir durum olarak görülmektedir (Whitehead vd., 2002; Lackner vd., 2013; DuPont vd., 2014). Gastrointestinal Bozukluklar haricindeki somatik ve psikiyatrik hastalıklar sağlıklı popülasyonun yaklaşık %15’inde görülürken İBS’li hastaların üçte ikisi bu hastalıklara sahip olabilmektedir (Lackner vd., 2013; DuPont vd., 2014). Aynı zamanda komorbid hastalıkların varlığı ve sayısı ile yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesi ve belirtilerin şiddeti arasında da doğru orantı vardır (Whitehead vd., 2002; Whitehead vd., 2007; Lackner vd., 2013).

Gastrointestinal Bozukluklar bağlamında reflü, gastrit, ülseratif kolit, dispepsi, çölyak gibi hastalıklar İBS hastalarının yaklaşık üçte ikisinde eş zamanlı olarak

bulunabilmektedir (Lackner vd., 2013). İBS, farklı fonksiyonel gastrointestinal bozukluklarla da eş zamanlı olarak görülebilmekte ve bu durumun nedeni olarak bu hastalıkların aynı patofizyolojik etmenlerden etkilenmiş olabileceği öne sürülmektedir (Aaron ve Buchwald, 2001; Whitehead vd., 2002; Whitehead vd., 2007).

Somatik Bozukluklar bağlamında özellikle kadınlarda görülen kronik pelvik ağrı, kronik yorgunluk sendromu, sistit, yüksek tansiyon veya migrenle ilişkili baş ağrıları, sinüzit, alerjiler, fibromiyalji ve insomnia, İBS hastalarında en sık rastlanan komorbid hastalıklardandır ve gastroenteroloji kliniklerine başvuran İBS hastalarının neredeyse yarısında bu hastalıklardan en az biri gözlemlenmektedir (Whitehead vd., 2002; Whitehead vd., 2007; Lackner vd., 2013).

Psikiyatrik Hastalıklar bağlamında majör depresyon ve yaygın anksiyete bozukluğu başta olmak üzere panik bozukluk, sosyal fobi, posttravmatik stres bozukluğu, somatizasyon bozukluğu, yeme bozuklukları ve öfke kontrol problemleri gibi birçok hastalık İBS'ye eşlik edebilmektedir (Lackner ve Gurtman, 2005; Lackner vd., 2013; Van Oudenhove vd., 2016; Kaya, 2019). Halihazırda tedavi gören İBS hastalarının yaklaşık %65'inde başka bir psikiyatrik hastalığın da İBS'ye eşlik ettiğini bulgulayan araştırmalar mevcuttur (Lackner vd., 2013; DuPont vd., 2014). Depresyonun İBS hastalarında görülme oranı farklı çalışmalarda değişkenlik göstermekle birlikte yaklaşık %38, anksiyete bozukluklarının görülme oranı ise %69 olarak bulgulanmıştır (Lackner vd., 2013; Sánchez vd., 2017). Varolan bu psikiyatrik komorbiditelerden dolayı İBS'yi bir tür psikiyatrik hastalık olarak gören teorisyenler olmuştur (Whitehead vd., 2002). Bununla birlikte İBS'nin temel nedeni olabileceği öne sürülen otonom sinir sistemi düzensizliğinin bu komorbidite yoğunluğunda etkili olabildiği düşünülmektedir (Tougas, 1999; Whitehead vd., 2002).

Bunun yanında bazı hastaların depresyon ve anksiyete tanısı almamış olması bilişsel ve duygusal düzensizliklerin bulunmamasından çok gösterdikleri semptomların tanı kriterlerinin baz aldığı eşige ulaşmamasından kaynaklanmaktadır (Van Oudenhove vd., 2016). Gastrointestinal belirtilere yöneltilen seçici dikkat, belirtilerin katastrofize edilmesi, semptomlara karşı aşırı duyarlılık gibi bilişsel ve duygusal etmenler bu bireylerin yaşamlarını ve semptomların seyrini ciddi şekilde etkilemektedir (Van Oudenhove vd., 2016). Özellikle Gastrointestinal Spesifik Anksiyete (GSA) bu

hastalarda en sık görülen kaygı türüdür ki burada yatan mekanizma normal bedensel duyuların tehlikeli bir durumun habercisi olarak algılanmasına dayanır. Bu durumda açlık, aşırı tokluk, midede biriken gaz gibi etmenlerin oluşturduğu bedensel duyular veya hastalığın genel semptomları olan karın ağrısı, midede boşluk hissi, diyare gibi belirtiler acil durum oluşturabilecek, bireyi sosyal alanlarda zor duruma düşürebilecek bir durumun sinyali olarak algılanabilir ve bu durumda GSA olarak adlandırılan kaygılı olma durumu ortaya çıkar. Bu kaygının varlığı bireyde stresin artmasına neden olarak belirtileri daha da hızlandırır ve birey davranış olarak sosyal alanlardan ve ilişkilerden kaçınmayı seçer (Van Oudenhove vd., 2016). İBS ve komorbid psikiyatrik hastalıklara dair ayrıntılı bilgiye “Bölüm 2.2.3.2.5. Psikolojik Gerilim ve Eş zamanlı Psikolojik Hastalıklar” kısmında yer verilmiştir.

2.1.9. Tedavi Süreci

İrritabl Barsak Sendromu'nun başlangıcı ve ilerleyişinde genetik, biyolojik, psikolojik birçok faktörün etkili olması nedeniyle hastalığın tedavisi için tek bir yöntemin bulunduğunu söylemek zordur (Drossman vd., 2002; Kang vd., 2011; Grundman ve Yoon, 2014; Rinström vd., 2019). İBS için kanıtlanmış spesifik bir tedavi yöntemi bulunmama ile birlikte birey odaklı yaklaşım ile semptomları azaltma ve bireylerin yaşam kalitesini yükseltmeyi amaçlayan tedavi adımlarının bu hastalara büyük oranda fayda sağlayacağı öne sürülmektedir (Blanchard vd., 2007; Grundman ve Yoon, 2014). İyi bir doktor- hasta ilişkisinin kurulmasıyla devam eden psikoeğitim, hastalık hakkında geniş çaplı bilgilendirme, uygun bir diyet programı, beslenme düzeninin rutine bağlanması, kas gevşetici ve spazm giderici gibi medikal ilaçların kullanılması, psikoterapötik ilaçlar ve psikososyal destek (Bilişsel Davranışçı Terapi, Kabul ve Kararlılık Terapisi, Hipnoterapi, Duygu Odaklı Terapi ve benzeri yaklaşımlar), İBS tedavisi için kullanılan yöntemlerden bazılarıdır (Talley ve Spiller, 2002; Ringström vd., 2009; Grundman ve Yoon, 2014; Akyüz vd., 2016; Sánchez vd., 2017; Kaya, 2019). Tedavide ideal olan gastroenterolog, psikolog/psikiyatr ve diyetisyen iş birliği ile hastalığın çok yönlü olarak ele alınması ve çok bileşenli bir tedavi uygulanması olsa da pratikte bu sık rastlanan bir uygulama değildir (Grundmann ve Yoon, 2004; Bengtsson, 2006; Ringström, 2009). Bu bölümde İBS tedavisine dair yaklaşımlar ayrıntılı olarak ele alınacaktır.

2.1.9.1. Hasta Bilgilendirmesi ve Psikoeğitim

Öncelikle güvene dayalı ve tatmin edici bir hasta-doktor ilişkisinin kurulmasının ardından hekim tarafından hastalığın olası nedenleri, süreç ve sonuçları hakkında detaylı bir bilgilendirme yapılması tedavinin temel taşını oluşturmaktadır (Talley ve Spiller, 2002; Bengtsson vd., 2006; Ringström vd., 2009). Buna karşın özellikle nitel araştırmalarda ortaya çıkan birçok bulgu, İBS hastalarının doktorları tarafından yeterince anlaşılmamaktan ve bilgilendirilmemekten muzdarip olduğunu ortaya koymuştur (Bertram vd., 2001; Talley ve Spiller, 2002).

Bununla birlikte bu yönde atılan adımların olumlu sonuç verdiği, yapılan araştırmalarla kanıtlanmıştır (Heitkemper vd., 2004; Bengtsson vd., 2006; Ringström vd., 2009). Heitkemper ve diğerleri (2004), kadınlarla yaptıkları bir çalışmada İBS'li kadın hastaları hastalıkları hakkında bilgilendirmenin tek başına semptomları azaltıcı ve hayat kalitesini yükseltici etkisinin bulunduğunu göstermiştir. Benzer sonuçlar İsveç'te düzenlenen bir İBS eğitim programı ve Ringström'ün oluşturduğu "İBS okulu" sonrasında da elde edilmiştir (Bengtsson vd., 2006; Ringström vd., 2009).

Ringström ve diğerlerinin 2009'te düzenlediği "İBS Okulu" adlı eğitim programında İBS'li bireylere 6 hafta boyunca ikişer saatlik oturumlar halinde İBS'nin patofizyolojisi, sonuçları ve İBS ile baş etme yöntemlerine dair ayrıntılı bilgi verilmiştir. Gastroenteroloji, fizyoterapi, hemşirelik, psikoloji ve beslenme olmak üzere 5 farklı alandan uzman hekimin her hafta farklı konulardaki seminerleriyle ilerleyen programda birinci hafta bir hemşire tarafından İBS'nin genel özellikleri, hastalıkla baş etmek için gerekli olan yaşam tarzı değişiklikleri, İBS semptomlarının hastalar tarafından büyük oranda yönetilebilir olması gibi bilgiler; ikinci hafta bir gastroenterolojist tarafından İBS'nin patofizyolojisi, belirtileri olumlu ve olumsuz yönde etkileyen faktörler ve İBS'nin tehlikeli bir hastalık olmaması gibi hastalığa dair özellikler anlatılmış; üçüncü hafta bir beslenme uzmanı tarafından İBS belirtilerini alevlendiren ve azaltan besinlere ve gerekli beslenme sıklığına dair bilgiler verilmiştir. Bu bağlamda prebiyotik ve probiyotik alımının (Saggioro, 2004) ve beslenme düzeninin rutine bağlanmasının (Kang vd., 2011) öneminden bahsedilmiş, gaz yapıcı ve lifli, ayrıca laktoz ve fruktoz içeriği yüksek besinlerin, hassasiyet meydana getirebilmesi nedeniyle dikkatli ve ölçülü tüketilmesi (Burden, 2001; Kaya, 2019),

fakat tamamen diyetten çıkarma anlamına gelen eliminasyon diyetlerinin bir uzman kontrolünde yapılması gerektiği vurgulanmıştır (Dapoigny vd., 2003). Bunun yanında bu besinlerin, tüketilse dahi çölyak ve inflamatuvar barsak hastalığında olduğu gibi barsaklarda yapısal bir bozulmaya neden olmayacağı vurgulanmıştır. Dördüncü hafta bir fizyoterapist tarafından otonom sinir sisteminin işleyişi bağlamında vücudun strese verdiği bedensel tepkiler, beyin-barsak arasındaki bağlantı, doğru nefes alıp vermenin fizyolojik rahatlamaadaki önemi ve fiziksel aktivite ve gevşeme egzersizlerinin İBS belirtilerine yönelik olumlu etkisi anlatılmış; beşinci haftada ise bir psikolog tarafından İBS ile baş etme yöntemleri, İBS'ye rağmen hayat kalitesinin nasıl korunabileceği, hastalığı kabullenmenin ve hastalığın oluşturduğu negatif duyguları dışı vurmanın önemine değinilmiştir. Eğitim İBS'li bireylerin deneyim paylaşımları, İBS ile ilgili rahatlama yöntemleri ve beslenme önerilerinin yer aldığı broşürler, bilgilendirici slaytlar ve nefes egzersizlerinin pratikleriyle desteklenmiş ve eğitim programı gerek İBS'li bireylerin bilgi ihtiyacını karşılama, gerekse gastrointestinal semptomları azaltma anlamında etkili olmuştur (Ringström vd., 2009).

2.1.9.2. Farmakoloji

İBS tedavisine yönelik spesifik bir ilaç bulunamamış olsa da semptomları rahatlatmaya yönelik birtakım ilaçların reçete edilmesi ve kullanımı yaygındır (Talley ve Spiller, 2002; Ford vd., 2014; Ford vd., 2019). Bu ilaç tedavileri hastaların bir kısmında rahatlama meydana getirirken bazı hastalar bu ilaçlardan beklenen faydayı görememektedir (Sánchez vd., 2017). Bu nedenle İBS'de alternatif tedavi yöntemlerine başvurma sıklığı oldukça yüksektir (Grundman ve Yoon, 2014; Tunç ve Yalnız, 2017; Kaya, 2019).

Kullanılan ilaçlar bağlamında antispazmodikler ilk sırada yer alır ki özellikle diyare baskın İBS'de karın ağrısı ve ani gelen tuvalete gitme isteği gibi şikâyetler için başvurulan bir ilaç grubudur. Barsakların aşırı hareketliliğini azaltmakta ve karın kaslarındaki anormal kasılmaları rahatlatmaktadır. Yapılan araştırmalar antispazmodik kullanımının oluşturduğu rahatlamanın plasebodan anlamlı derecede farklı olduğunu ortaya koymuştur. (Jailwala vd., 2000; Poynard vd., 2001; Talley ve Spiller, 2002; Ford vd., 2014; Engürülü ve Kasap, 2020). Doğal bir alternatif olarak

nane yağının da antispazmodik etkisi olduğu ve düz kasların gevşemesinde etkili olduğu bulgulanmıştır (Ford vd., 2014; Engürülü ve Kasap, 2020).

Laksatifler genellikle konstipasyon alt tipindeki İBS hastalarının kullandığı bir başka ilaç grubudur ki etkililiği literatürde tartışmalıdır. Karında kramplar meydana getirme ve bazı laksatif türlerinin karın ağrısını daha çok artırması gibi yan etkileri nedeniyle tedavide istenen sonuçları doğurmamaktadır (Kay vd., 1998; Talley ve Spiller, 2002).

Antidiyareik ilaçlar laksatiflerin tam tersine diyare alt tipi için kullanılır. Diyare oluşumunu engellese de ağrıya yönelik etkisinin bulunmaması ve konstipasyona neden olması gibi istenmeyen sonuçları olabilmektedir (Jailwala vd., 2000; Talley ve Spiller, 2002; Ford vd., 2014).

Opioidler, antidiyareik bir ilaç grubu olup gastrointestinal sistemdeki opioid reseptörlerine bağlanarak barsak geçişini yavaşlatma ve ağrı hissini azaltma etkisi ile diyare baskın İBS'de kullanılmakta ve plasebo ile kıyaslandığında etkili sonuç vermektedir. Buna karşın ağrı hissini azaltmada istenen sonucu vermediği ve birtakım yan etkilerinin bulunabileceği bulgulanmıştır. (Ford vd., 2014; Lembo vd., 2016; Engürülü ve Kasap, 2020).

Bunun yanında antidepresan ve SSRI (Seçici Serotonin Geri alım İnhibitörü) kullanımının İBS'de olumlu sonuçlar doğurabilen ve sıklıkla reçete edilen bir ilaç grubu olduğu bulgulanmıştır (Jackson vd., 2000; Jailwala vd., 2000; Talley ve Spiller, 2002). Bu bağlamda Serotonerjik ilaçlar serotonin hormonunun visseral uyarılma ve barsak motilitesi üzerindeki etkisine binaen İBS'de sıklıkla kullanılmakta ve özellikle diyare baskın İBS'de olumlu etkileri gözlemlenebilmektedir (Mawe ve Hoffman, 2013; Engürülü ve Kasap, 2020).

Belirtildiği gibi İBS için kullanılan medikal ilaçlar semptomların şiddetini azaltmada kısmen etkili olsa da gerek yan etkileri gerekse problemi kökten çözüme ulaştırmakta yetersiz kalmaları bakımından İBS hastalarının yaklaşık %48'inin alternatif tedavi yöntemlerine başvurdukları gözlemlenmektedir (Langmead vd, 2002; Grundman ve Yoon, 2014; Tunç ve Yalnız, 2017; Kaya, 2019). Farmakolojik tedaviler haricindeki beslenme düzeninin değiştirilmesi, egzersiz, bitkisel takviyelerin kullanılması, yaşam

tarzı değişiklikleri, akupunktur ve psikoterapi gibi tedaviler literatürde alternatif tedavi yöntemleri başlığıyla ele alınmıştır (Grundman ve Yoon, 2014; Jailwala vd., 2000).

2.1.9.3. Yaşam Tarzı Değişiklikleri

Kang ve diğerleri (2011), yaşam tarzı değişikliklerinin en az önerilen medikal ilaçlar kadar İBS tedavisinde etkili olduğunu savunur. Düzenli bir uyku, yemek ve egzersiz rutinine geçilmesi; uygun bir diyet programının uygulanması, barsak sağlığına ve özel olarak kişiye iyi gelmeyen besinlerin diyet listesinden çıkarılması, sigara ve alkol gibi alışkanlıkların bırakılması gibi birtakım değişiklikler bu sınıfta değerlendirilmiştir (Talley ve Spiller, 2002; Kang vd., 2011; Grundman ve Yoon, 2014).

Bu bağlamda egzersizin özellikle İBS-C alt türünde barsak motilitesini artırma yönüyle fayda sağlayacağını gösteren çalışmalar mevcuttur (Lustyk vd., 2001; Grundman ve Yoon, 2014). Ayrıca düzenli egzersizin psikolojik sağlığı olumlu yönde etkilemesi bakımından dolaylı olarak İBS şikâyetlerinde de azalmaya neden olacağı düşünülmektedir (Farndale ve Roberts, 2011; Grundman ve Yoon, 2014; Skrastins ve Fletcher, 2016).

Askeri ortamda yemek ve egzersizin doğal olarak bir rutine bağlanması sayesinde yaşam tarzı değişikliklerinin İBS tedavisindeki önemini inceledikleri çalışmada Kang ve diğerleri (2011), çalışmaya katılan İBS'li bireylerin %63'ünün semptomlarında azalma görüldüğünü; ağrı hissi, tuvalete gitme sıklığı ve stres düzeyinde azalma, yaşam kalitesinde ise artışın ortaya çıktığını gözlemlemiştir.

2.1.9.4. Beslenme Düzeni Değişiklikleri

Kişiye özel bir diyet programı ile bireylerin şikâyetlerinde artışa neden olan besinlerin diyet listesinden çıkarılması, tedavinin önemli bir yönünü oluşturmaktadır (Talley ve Spiller, 2002; Ringström vd., 2009; Grundman ve Yoon, 2014; Özdemir, 2016; Kaya 2019). Laktoz intoleransı ve gluten hassasiyeti İBS'li hastaların büyük bir kısmında kendini gösterebileceği için bu tür besinlerin tüketiminde ölçülü ve dikkatli olunmalıdır (Burden, 2001; Dapoigny vd., 2003; Ringström vd., 2009).

Spesifik olarak İBS'li hastalarda sıklıkla kullanılan diyet programlarından biri düşük FODMAP (Fermante Edilebilen Oligosakkaritler, Disakkaritler, Monosakkaritler, Polihidrik Alkoller) diyetidir. İsmi gıdaların içerisinde bulunan karbonhidratlardan alır ki bu karbonhidratların aşırı tüketimi sindirim sorunlarına yol açmakta, sindirim problemlerini çözmek amacıyla barsak bakterilerinin daha fazla fermentasyon yapmasına zemin hazırlayarak gaz, kramp, ağrı ve diyare gibi belirtilerin oluşmasına zemin hazırlayabilmektedir. Bu diyet programı neticesinde bahsi geçen gaz, diyare ve karın ağrısı gibi semptomların azaltılabileceğini gösteren çalışmalar mevcuttur (Halmos vd., 2014; Kaya, 2019; Engürülü ve Kasap, 2020).

Kabızlık alt türünün baskın olduğu hastalarda lifli gıdaların tüketilmesi belirtilerde belirgin bir rahatlama sağlarken diyare ve gaz şikayetleri bulunan hastalarda lifli gıdaların tüketimi barsaklarda gaz oluşumunu destekleyeceğinden, bu bireylerin lifli besinlerden kaçınması tavsiye edilmektedir (Ford vd., 2014; Kaya, 2019; Engürülü ve Kasap, 2020).

Probiyotik ve prebiyotiklerin kullanımı (Saggiaro, 2004; Kaya, 2019), ayrıca özellikle gaz ve şişkinlik problemleri için rezene, papatya ve yeşil çay gibi bitkisel takviyelerin kullanımı bu hastaların şikâyetlerinde belirli bir rahatlama sağlayabilmektedir (Can ve Yılmaz, 2015; Akyüz, 2016; Özdemir, 2016). Bunların yanında sıvı tüketiminin artırılması barsak sağlığını olumlu yönde etkileyeceğinden, bol sıvı ve su tüketimi de hastalara tavsiye edilmektedir (Özdemir, 2016; Kaya, 2019).

Diyette ve yaşam tarzında değişiklikler yapmanın her ne kadar yaşamı kısıtlayıcı yönleri olsa ve bu yöntem bazı bireylerde sınırlı bir iyi oluş meydana getirirse de yan etkilerinin bulunmaması, kişinin genel sağlık durumunu iyileştirmesi ve tek başına uygulanabilir olması yönüyle İBS tedavisi planında ilk sıralarda yer almaktadır (Fletcher vd., 2008; Schneider vd., 2008; Skrastins ve Fletcher, 2016; Sánchez vd., 2017).

2.1.9.5. Alternatif Tedaviler

Çeşitli bitkisel tedavilerin yanında akupunktur ve biyofeedback gibi tedavi yöntemleri de İBS ve çeşitli fonksiyonel hastalıkların tedavisinde kullanılabilir iken bu yöntemlerin etkinliği konusunda yapılan araştırmalar farklı sonuçlar ortaya

çıkarmaktadır (Tunç ve Yalnız, 2017). Dünya Sağlık Örgütü, akupunktur endikasyonları arasında İBS'ye de yer vermekte iken, alanda yürütülen araştırmalar akupunkturun İBS tedavisindeki etkinliği konusunda görüş birliğine sahip değildir (Tunç ve Yalnız, 2017; Kaya, 2019). Bitkisel tedaviler anlamında ise literatürde tam bir görüş birliği bulunmamışken antispazmodik etkisi bulunduğu tespit edilen nane yağının İBS tedavisinde etkili sonuçlar verdiği, diyare ve karın ağrısı gibi semptomlar özelinde rahatlama sağladığı yapılan metaanalizlerle ortaya konmuştur (Jailwala vd., 2000; Kligler ve Chaudhary, 2007; Tunç ve Yalnız, 2017; Ford vd., 2019). Bunun yanında kupa ve hacamat tedavisinin İBS tedavisindeki olumlu etkisine ilişkin çalışmalar bulunmaktadır (Al-Bedah vd., 2018; Gürbüz vd., 2019).

2.1.9.6. Psikoterapötik Yaklaşımlar

İBS'nin hem başlangıcı hem de semptomların şiddeti üzerinde biyolojik faktörler kadar psikososyal faktörlerin de etki sahibi olması nedeniyle tedavi sürecinde psikolojik tedavi yöntemlerine de başvurmak, özellikle komorbiditeleri fazla ve medikal tedaviye yanıt vermeyen hastalarda büyük önem taşımaktadır (Tanaka vd., 2011; Srivastava vd., 2015; Sánchez vd., 2017).

İBS semptomlarının azalması ve getirdiği psikolojik rahatlama ile yaşam kalitesinin artması bakımından psikoterapötik yaklaşımların her birinin İBS tedavisinde etkili yöntemler olduğu görülmüştür (Ford vd., 2014; Sánchez vd., 2017). En sık uygulanan ve hakkında en fazla çalışma bulunan psikolojik tedavi yöntemleri arasında Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), hipnoterapi ve psikodinamik yaklaşım yer almaktadır. Ayrıca çeşitli gevşeme ve nefes egzersizleri ile kendi kendine yardım odaklı terapiler de İBS tedavisinde sıklıkla kullanılan ve olumlu sonuç alınan yaklaşımlardır (Naliboff vd., 2008; Sánchez vd., 2017).

Uygulanan terapötik yaklaşımların çoğu eşzamanlı psikolojik hastalıklara odaklanırken, İBS'nin yol açtığı davranış örüntülerini değiştirmeye ve hastalıkla ilgili kaygıyı azaltmaya yönelik terapilerin sayısı da uluslararası alanda artmaktadır (Ljótsson vd., 2013a; Ljótsson vd., 2013b; Surdea-Blaga vd., 2016; Sánchez vd., 2017). Son yıllarda yapılan araştırmalarla, özellikle İBS belirtilerinin yol açtığı kaçınma davranışlarına, İBS belirtilerine yönelik beklenti anksiyetesine ve hastalığın

yol açtığı günlük hayata dair zorluklara odaklanan BDT yönelimli maruz bırakma müdahalelerinin uygulanmaya başladığı ve sonuçların umut vadecici olup belirtilerde rahatlamayı beraberinde getirdiği bulgulanmıştır (Lackner vd, 2007; Ljótsson vd., 2010; Chilcot ve Moss-Morris, 2013; Ljótsson vd., 2013a; Ford vd., 2014; Srivastava vd., 2015; Sánchez vd., 2017; Edebol-Carlman vd., 2018).

Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), İBS tedavisinde üzerinde en fazla çalışılan tedavi yöntemlerinden biri olmuştur. Bazı araştırmalar BDT'nin İBS tedavisinde placebo ile aynı oranda etki ortaya çıkardığını ve ortaya çıkan olumlu etkinin 6 aydan sonra kaybolduğunu öne sürmekte iken (Blanchard vd., 2007; Sánchez vd., 2017), hastalık semptomlarının azaltılması, yaşam kalitesinin artması ve var olan komorbid psikolojik hastalıkların tedavi edilmesi anlamında olumlu sonuçlar alındığını kanıtlayan araştırmalar çoğunlukta (Toner, 2005; Lackner vd, 2007; Ljótsson vd., 2013a; Ford vd., 2014; Srivastava vd., 2015; Surdea-Blaga vd., 2016; Sánchez vd., 2017).

BDT'nin İBS belirtilerine ne şekilde etki ettiğini ayrıntılarıyla açıklayan araştırmaların sayısı kısıtlıdır ve bu mekanizmayı açıklayan birçok farklı görüş bulunmaktadır (Lackner vd, 2007; Surdea-Blaga vd., 2016; Sánchez vd., 2017; Edebol-Carlman vd., 2018). Yaygın görüş BDT'nin psikolojik gerilimi ortadan kaldırarak İBS'nin bedensel belirtilerini azalttığı yönündedir (Lackner vd, 2007; Surdea-Blaga vd., 2016; Sánchez vd., 2017). Son yıllarda ise doğrudan İBS semptomları ve semptomlara yönelik duygu, düşünce ve davranış kalıplarına müdahalede bulunan BDT uygulamalarının sayısı artmış olup, semptomlardaki rahatlamının psikolojik iyi oluş düzeyindeki artışı da beraberinde getirdiği savunulmaktadır (Lackner vd. 2007; Chilcot ve Moss-Morris, 2013; Srivastava vd., 2015; Sánchez vd., 2017; Edebol-Carlman vd., 2018).

Bu görüşü destekler şekilde Chilcot ve Moss-Morris (2013) yürüttükleri randomize kontrollü çalışmada BDT uygulanan İBS'li bireylerdeki iyileşmeye ve bu iyileşmenin sürdürülmesinde aracı olan faktörlere odaklanmış ve hastalıkla ilgili bilişlerin düzenlenmesinin iyileşme sürecinde etkili olduğunu ve hastalığın daha kontrol edilebilir hissedilmesine olanak sağladığını ortaya çıkarmıştır. Buna göre İBS semptomlarının bedensel ve fiziksel bir bozukluk işareti olduğu görüşünden uzaklaşıp, beden ve psikolojinin bir arada bu hastalığa etki ettiğini düşünmenin iyileşmede büyük etkisinin olduğunu ve BDT'nin hastalık belirtilerini felaketleştirme, ciddi bir

hastalığın habercisi olarak görme gibi bilişleri düzenleyerek ve kaçınma davranışlarını ortadan kaldırarak iyileşme sürecine katkı sağlarken, belirtilerin sıklık ve şiddetinin azalmasına da etki ettiğini ortaya koymuştur (Chilcot ve Moss-Morris, 2013).

Bir başka yönden Edebol-Carlman ve diğerleri (2018), yürüttükleri çalışmada İBS'li bireylere uyguladıkları BDT müdahale programında İBS belirtilerine odaklanmak yerine belirtilerin yol açtığı anksiyete üzerinde çalıştıklarını belirtmişlerdir. Edebol-Carlman ve diğerleri (2018), hastalıkla ilgili felaketleştirilmiş bilişler, visseral aşırı duyarlılığın getirdiği psikolojik alarm hali ve kaçınma davranışlarının bireyin anksiyete düzeyini artırdığını ve bir kısır döngü halinde anksiyetenin belirtileri tetiklediğini kabul ederken, hastalık belirtilerinin oluşturduğu bu kaygı üzerinde çalışmanın İBS belirtileri ve belirtilerin oluşturduğu stres ile baş etme noktasında hastalara fayda sağladığını öne sürmektedir. Bu bağlamda BDT, hastalıkla ilgili negatif duygu ve düşüncelere odaklanırken hastalığa yol açan ve hastalığın yol açtığı fiziksel ve psikolojik stresörlerle baş etme yöntemlerine dair davranışsal beceriler kazandırır (Edebol-Carlman vd., 2018).

Bilişsel Davranışçı Terapi'nin İBS'li hastalarda formülize edilmesi ve uygulanmasına dair pratik bilgi vermesi amacıyla, 18 yıldır İBS semptomları gösteren ve semptomlar nedeniyle yaşam kalitesinde ciddi azalma meydana gelen bir erkek İBS hastasına uygulanan Bilişsel Davranışçı Terapi'nin ele alındığı vaka çalışması bu bölümde ayrıntılı olarak ele alınacaktır.

Srivastava ve diğerleri (2015), yayımladıkları vaka çalışmasında şiddetli İBS atakları olan, diyare alttipli, günde 5-6 defa tuvalete gitme ihtiyacı duyan ve belirtilerin tuvalete çıkma ile hafiflememesi nedeniyle günde 6 ila 8 saatini tuvalette geçiren, iş ve sosyal hayatında ciddi aksaklıklar yaşayan bir erkek İBS hastasına uygulanan psikolojik tedavi yöntemini derinlemesine ele almıştır. 9 ay süren ve 24 BDT yönelimli seanstan oluşan tedavi süresince öncelikle hastanın yeme ve tuvalete gitme rutinine dair bilgiler hem hastanın kendi ifadelerine hem de eşinin ifadelerine başvurulmuş elde edilmiş ve bu bilgiler ışığında oluşturulan vaka formülasyonu hem hasta hem de eşiyile paylaşılmıştır. Oluşturulan formülasyona göre gastrointestinal spesifik anksiyeteye yönelik gevşeme ve nefes egzersizlerinin öğretilmesi, İBS'nin yol açtığı davranış örüntülerini düzenlemeye yönelik maruz bırakma seansları, hastalığa yönelik kaygı

yüklü bilişlerin ele alınması, düzenlenmesi ve tedavi sonrası eskiye dönüşün önlenmesine yönelik müdahalelerin yapılması tedavi kapsamında planlanmıştır.

Tedavi süresince öncelikle boşaltım sisteminin işleyişine dair anatomik bilgiler, belirtilerin kaygı ile ilişkisi ve vücudun strese verdiği fizyolojik yanıtlara dair bilgiler psikoeğitimle hastaya sunulmuştur. İlerleyen seanslarda, belirtilerin yol açtığı anksiyeteye tetiklenen sık tuvalete gitme ile ilişkili davranış kalıpları ele alınmış, Sokratik sorgulama ile tuvalete gitme konusundaki kaygı yoğunluklu çarpık bilişler sorgulanmış ve düzenlenmiş, iş yerine giderken semptom önleyici ilaç kullanımı gibi güvenlik davranışları üzerinde imajinasyon yöntemiyle çalışılmış, ayrıca hastanın mükemmeliyetçilik, beklenti anksiyetesi, ya hep ya hiççi düşünme stili gibi bilişleri kognitif yeniden yapılandırma ve karşıt kanıt arama gibi tekniklerden yararlanılarak ele alınmıştır (Beck, 2015). Ayrıca sosyal destek bağlamında hastanın birinci derece yakını olan eşi ile de görüşmeler yapılmış ve hastalıkla ilgili incitici yorumlar yapmasının önüne geçilmiştir. Tedavinin sonunda hastanın semptomlarından kaynaklanan anksiyete ve stresi daha iyi yönetebildiği gözlemlenmiştir. Ayrıca hastanın günlük olarak tuvalette geçirdiği zaman günde 5 ila 6 saatten yaklaşık 50 dakikaya kadar düşürülmüştür. İş yeri ile ilgili sorunlar ortadan kalkmış ve yaşam kalitesinde artış gözlemlenmiştir (Srivastava vd., 2015).

BDT'nin yanında Kişilerarası Psikodinamik Terapi, Hipnoterapi, Kabul ve Kararlılık Terapisi (ACT), Duygu Odaklı terapiler gibi farklı psikoterapi ekolleri ve bir terapi tekniği olarak gevşeme tekniklerinin İBS tedavisinde kullanımı ile ilgili çalışmalar da uluslararası literatürde gün geçtikçe yaygınlık kazanmaktadır (Hayes, 2004; Hypantis vd., 2009; Lowen vd., 2013; Park vd., 2013; Surdea-Blaga vd., 2016; Sánchez vd., 2017).

Bu bağlamda nefes egzersizleri, kas gevşetme egzersizleri, biofeedback gibi uygulamaları içine alan gevşeme teknikleri otonom sinir sistemine etki ederek stresin azalmasında etkili olmakta ve birçok psikolojik ve psikosomatik hastalığın tedavisinde olumlu sonuçlar vermektedir. Gevşeme teknikleri genellikle BDT ve diğer terapi ekolleri içinde yer alan bir teknik olarak ele alındığı için İBS tedavisinde tek başına etkililiğini araştıran çalışmalar kısıtlıdır. Bununla birlikte yapılan metaanaliz

çalışmaları gevşeme egzersizlerinin İBS semptomlarını azaltma ve yaşam kalitesini yükseltme bakımından etkili olduğunu ortaya koymuştur (Park vd., 2013).

Bir diğer yaklaşım olarak Hypantis ve diğerleri (2009), İBS hastalarında sosyal iç çekilme ve sosyal bağımlılık gibi kişilerarası problemlerin, diğer psikolojik faktörler kontrol edildiğinde hastalık seyri ve belirtilerin sıklık ve şiddetini etkilediğini bulgulamıştır. Buna yönelik olarak uyguladıkları Kişilerarası Psikodinamik Terapi (Guthrie, 1999) sayesinde kişilerarası ilişkilerin kalitesinde artış ve İBS belirtilerinde azalma gözlemlenmiştir. Hypantis ve diğerleri (2009), psikolojik rahatlamamanın kişilerarası ilişkilerde düzelme meydana getirdiğini ve bunun semptomlardaki azalmayı beraberinde getirdiğini vurgulayarak terapinin İBS üzerindeki dolaylı etkisini vurgulamıştır.

İBS tedavisinde kullanılan hipnoterapinin hem semptomlar üzerinde etki etme şekli hem de etkinliği literatürde tartışmalı bir konudur. Bunun yanında beyindeki anormal ağrı hissini dengelemesi bakımından İBS semptomlarını azaltmada etkili olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (Lowen vd., 2013; Surdea-Blaga vd., 2016).

Üçüncü dalga BDT ekollerinden Kabul ve Kararlılık Terapisi (ACT) de İBS tedavisinde son dönemde kullanılmaya başlanmış ve önemli sonuçlar kaydedilmiştir. İBS hastalarının genel olarak hastalık belirtilerine yönelik kaçma ve kaçınma davranışları geliştirdikleri ve kısa vadeli rahatlamayı tercih ettikleri, bunun ise uzun vadede belirtileri kötüleştirdiği bulgusundan hareketle İBS'li bireylere ACT terapisi uygulanmış, terapi kapsamında hastalıkla ilgili rahatsız edici duygu ve düşünceler devam etse dahi bunun varlığını kabullenerek günlük hayatın işleyişine devam etme ve değer odaklı yaklaşımla davranışların uzun vadeli sonuçlarına odaklanma gibi tekniklerle İBS belirtilerinde ve bireylerin hastalıkla baş etme süreçlerinde olumlu gelişmeler ortaya konmuştur (Hayes, 2004; Sánchez vd., 2017).

ACT'i İBS tedavisinde kullanan ilk çalışma Ferreira (2011) tarafından yapılmış, tedavinin İBS semptomlarının düzenlenmesinde, gastrointestinal spesifik anksiyetenin ve hastalık belirtilerine yönelik kaçınma davranışlarının azaltılmasında terapi bitiminden 6 ay sonrasına kadar olumlu etki gösterdiği bulgulanmıştır (Sánchez vd., 2017).

Bunun yanında İBS hastalarına uygulanan Bilişsel Davranışçı Terapilerin etkilerinin uzun dönemde devam edememesinin nedenini duygusal süreçlerin tedaviye dâhil edilememesine bağlayan görüşe binaen son dönemde İBS hastalarına yönelik BDT temelli duygusal farkındalık ve dışavurum eğitimi içeren çalışmalar yürütülmüştür (Thakur, 2017). Bu eğitimler temelde, yaşanan stresin barsaklara olan etkisini ve en büyük stres kaynağının problemlili kişilerarası ilişkilerden doğan negatif duyguları bastırma ve bunlardan kaçınma olduğunu bireylere göstermek üzerine kurulmuştur. Bireylerin yaşadıkları zorlu ve stres verici durumlar veya duygusal çatışmalar sırasında duygularını tanıması ve anlamlandırıp ifade etmesi, aynı zamanda sosyal ilişkilerinde bu duygusal farkındalık bilincini kullanarak hareket etmesi ve duygularını açıkça ifade ettikleri net ilişkiler kurmasını teşvik eden bu eğitimler sonucunda İBS'li bireylerin yakınmalarının azalmasının yanında yaşam kalitesinde de artış gözlemlenmiştir (Thakur, 2017).

Tüm bunların yanında kendi kendine yardım kitapları ve yönlendirilmiş kendi kendine yardım müdahale çalışmaları gibi tekniklerin de son yıllarda İBS tedavisindeki etkinliği denenmekte ve umut vadeci sonuçlar alınmaktadır (Liegl vd., 2015; Schneider vd., 2017; Thakur vd., 2017).

2.1.10. Günlük Hayatın İşleyişinde İBS'nin Etkisi

Gerek Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi Ölçeği (Michalsen vd., 2015) ve İrritabl Barsak Sendromu'nda Yaşam Kalitesi Ölçeği (Patrick, vd., 1998) gibi nicel araştırma araçlarının geliştirilmesiyle, gerekse yurtdışında yürütülmüş, özellikle hasta deneyimlerini, bu bireylerin günlük hayatta karşılaştıkları problemleri ve başa çıkma yöntemlerini ele alan nitel araştırmalar neticesinde İBS'li hastaların günlük hayatlarının ve yaşam kalitelerinin hastalıklarından nasıl etkilendiği ve ne gibi zorluklarla karşılaştıkları anlaşılmaya çalışılmıştır (Bengtsson, 2006; Hakanson vd., 2009; Hakanson, 2014).

İBS, karın ağrısı, barsaklarda huzursuzluk, acil tuvalete gitme ihtiyacı gibi belirtiler nedeniyle kişinin gerek günlük hayatta, gerek iş hayatında, gerek akademik hayatta ve gerekse sosyal hayatta belirli zorluklar yaşamasına neden olmaktadır (Bengtsson, 2006; Bengtsson vd., 2007; Casiday vd., 2009; Farndale ve Roberts, 2010). İBS

belirtileri nedeniyle bu bireyler okul ve iş hayatında sağlıklı popülasyona oranla yaklaşık üç kat daha fazla devamsızlık oranına sahip olmakta, bu da İBS'li bireylerin bu alanlarda var olmalarını güçleştirmektedir (Drossman vd., 1993; Levy vd., 2001b; Silk, 2001; Farndale ve Roberts, 2010). Bu nedenlerle iş değiştirmek zorunda kalan, iş hayatında çalışma arkadaşları ve işverenleri tarafından mobbinge uğrayan veya işten ayrılıp tamamen eve bağımlı kalan İBS'li bireyler bulunmaktadır (Silk, 2001; Farndale ve Roberts, 2010). Hastalığın yoğun olarak 50 yaş altı çalışma çağındaki bireyleri etkilemesi ise probleme ekonomik bir boyut kazandırmaktadır. Bunun yanında tanı sürecinin zorluğu ve bu süreçte uygulanan yoğun tetkikler, sağlık harcamaları, sonrasında yapılan sık doktor ziyaretleri ve tedavi arayışları gibi etmenlerin doğurduğu ekonomik kayıp ve zaman kaybı hem bireysel hem de toplumsal etkiye sahip olmaktadır (Drossman vd., 1993; Levy vd., 2001b; Silk, 2001).

Günlük hayatın birçok alanını etkileyen İBS, önceden tahmin edilemeyen belirtiler nedeniyle kişinin anlık kararlar vermesini ve boş zaman aktiviteleri, iş seyahatleri, yeme-içmeye dayalı sosyal ilişkilerde bulunma gibi faaliyetlerde bulunmasını zorlaştırmaktadır. Özellikle uzun yolculuklar yapma veya daha önce gidilmemiş bir yere gitme gibi faaliyetler, acil bir durum yaşandığında uygun bir lavabo bulamama korkusunu gündeme getirmekte ve bu durum, kişilerde yoğun kaygı uyandırmaktadır (Hakanson, 2014; Shorey vd., 2021). İBS'li bireylerin günlük hayatta karşılaştıkları problemleri ele alan, uluslararası alanda yürütülmüş nicel ve nitel araştırmalar bu bireylerin, barsaklarını kendilerinden ayrı bir parça ve kontrol edilemez bir organ olarak gördüklerini ortaya koymuştur. Araştırmalar aynı zamanda bu bireylerin sosyal ortamlardan uzak kalma ve sosyal çevreye utanç verici bulduğu hastalığından bahsedememe, bahsetse dahi aile, arkadaş çevresi, eş gibi sosyal destek alabileceği diğer kişiler tarafından tam olarak anlaşılama ve etiketlenme gibi sosyal sorunlarla karşılaştıklarını ortaya koymuştur (Bengtsson, 2006; Bengtsson vd., 2007; Casiday vd., 2009; Drossman, 2009; Farndale ve Roberts, 2011; Hakanson, 2014).

İBS'li hastaların günlük hayatta karşılaştıkları problemlere dair en çok çalışma ortaya koyan araştırmacılardan biri olan Hakanson (2014), yayınladığı makalesinde bu hastaların yaşadıkları problemleri günlük hayata dair deneyimler ve sağlık hizmetleri alanındaki deneyimler olarak iki ana başlıkta toplamıştır. Araştırmaya göre günlük hayata dair deneyimler bağlamında utanç ve suçluluk hisleri bu hastaların yaşadığı

duygusal deneyimin başında gelmektedir. Semptomların utanç verici olmasından endişelenme, diğer insanların hastalıklarını yeterince anlamaması ve ciddiye almaması, semptomları tetikleyen yiyecek ve aktivitelerden uzak kalınmadığında ortaya çıkan suçluluk hissi gibi nedenler hastaların psikolojik hayatını etkilemekte, hastalıklarını doktorları dâhil olmak üzere çoğu insanla paylaşmaktan çekinmelerine neden olabilmektedir. Yine özel olarak hazırlanmış yiyeceklere ihtiyaç duyma, önceden planlanmış aktiviteleri yoğunlaşan belirtiler nedeniyle iptal etme veya erteleme gibi faktörler kişide, ailesine ve sevdiklerine zor anlar yaşattığına dair suçluluk hissini pekiştirmektedir.

Bu tür bir hastalığı bir tek kendisinin deneyimlediğini düşünmek ise kişide bir süre sonra diğer insanlardan farklı olduğu düşüncesini ortaya çıkarabilmekte, bu da kişinin özgüven kaybı yaşamasına, hastalıktan dolayı hissedilen utanç ve suçluluk duygusunun pekişmesine ve bireyin varoluşsal problemler yaşamasına zemin hazırlamaktadır (Hakanson, 2014).

Sağlık çalışanları tarafından hastalığın özellikleri, olası etkileri, çözüm ve tedavi yöntemleri hakkında yeterince bilgi ve destek alamama, sağlık çalışanlarının hastaların yaşadıkları günlük yaşam zorluklarını tam olarak bilmemesi ve anlamaması, şikayetlerin yeterince ciddiye alınmaması, semptom odaklı düşünceleri ve küçük düşürücü ifadelerle maruz bırakılma ise bu hastaların sağlık alanında yaşadığı temel problemler olarak bulgulanmıştır (Bengtsson, 2006; Hakanson, 2014). Öyle ki yapılan araştırmalardan bir kısmı, İBS şikâyetlerine sahip birçok hastanın, hastalıklarının belli tanı kriterlerine sahip, tıp literatüründe ismi geçen bir hastalık olduğundan bile bihaber olduklarını ve hekimleri tarafından sadece biyokimyasal ve fiziksel bir hastalıklarının bulunmadığı yönünde bilgilendirildiklerini ortaya koymaktadır (Bengtsson, 2006).

2.1.10.1. İBS ve Duygusal Süreçler

Temelde duygusal deneyimler Pozitif Duygulanım ve Negatif Duygulanım olmak üzere iki ana başlıkta incelenmektedir. Pozitif duygulanım mutluluk, heyecanlı olma, yüksek enerji ve motivasyon seviyesi ve mental uyanıklığı ifade ederken negatif duygulanım ise psikolojik gerilim içinde olmaya, üzüntü, öfke, suçluluk ve korku gibi duyguların yoğunluğuna işaret etmektedir. Negatif duygulanım seviyesinin yüksek

olduğu bireyler, kendileri ve çevreleri ile ilgili olumsuz yönlere odaklanma eğilimindedir. Ortamda bir stres faktörü bulunmasa bile psikolojik gerilim ve memnuniyetsizlik içinde bulunabilirler ve stres verici olay ve durumlar karşısında fazlaca duygusal reaktivite gösterebilirler. Bu iki duygulanım şekli kişinin genel aktivite seviyesini ve ruhsal durumunu belirlemektedir. Genel olarak negatif duygulanım fizyolojik ve psikosomatik hastalıklarla ilişkili görülürken pozitif duygulanım genel sağlık durumunun iyi olması ile ilişkili görülmektedir. İBS’li bireylerin genel duygulanım örüntülerine bakıldığında negatif duygulanımın bu bireylerde daha yoğun olduğu görülmektedir (Muscatello vd., 2014; Muscatello vd., 2016). Yapılan bazı araştırmaların İBS’li bireylerin normal popülasyonla aynı seviyede travmatik yaşantıya sahip olmasına rağmen olayları negatif yorumlama eğiliminin yüksek olduğunu ve bunun da fizyolojik bozulmalara zemin hazırladığını öne sürmesi bu bulguyla örtüşür niteliktedir (Drosmann vd., 2000; Kovács ve Kovács, 2007; Torkzadeh vd., 2019).

İBS’li bireylerin genel olarak negatif duygulanıma sahip olmalarının yanında duygularını tanıma, tanımlama ve ifade etme noktasında da güçlükler yaşadığı görülmektedir. İBS’li bireylerin büyük bir kısmında görülen duygusal farkındalığın düşük olması durumu bir kısım araştırmacı tarafından aleksitimi ile ilişkilendirilmiştir (Luyten vd., 2012; Farnam vd., 2014; Fournier vd., 2018). Aleksitimi, bireyin yaşadığı durumlar karşısında hissettiği duyguları tanıma, isimlendirme, anlamlandırma ve dışavurmada, ayrıca bu duyguların neden ve sonuçlarına dair fikir yürütmede yaşadığı bilişsel zorluğa dayanan bir kişilik özelliği olarak tanımlanmakta ve toplumun yaklaşık olarak %10’unu etkilemekte olup İBS’li bireylerin ise büyük çoğunluğunda görülmektedir (Matilla vd. 2008; Farnam vd., 2014).

Duygusal farkındalıktaki bu azalma, stres verici durumlar karşısında hissedilen negatif duyguların stabil hale getirilmesine; bilişsel, davranışsal ve fiziksel negatif etkilerinin nötralize edilmesine, duyguların içsel ve dışsal nedenlerinin bulunabilmesine ve bu içsel ve kişilerarası problemlere çözüm yolları üretilmesine engel olmakta ve dolayısıyla bu duyguların düzenlenmesini zorlaştırmaktadır (Farnam vd., 2014; Muscatello; 2014; Smith vd., 2020). Bu nedenle duygusal farkındalığı düşük olan bireyler genellikle negatif duygulanıma ve yüksek uyarılmışlık seviyesine sahipken, negatif duyguların bastırılması bedensel belirtiler şeklinde kendini göstermektedir

(Smith vd., 2020). Bu nedenle aleksitiminin hem duygu regülasyon bozukluklarıyla hem de psikosomatik hastalıklara yakınlıkla yakından ilgisi olduğu düşünülmektedir (Farnam vd., 2014; Muscatello vd., 2014; Fournier vd., 2018).

İBS'yi de içine alan Fonksiyonel Somatik Sendromlara sahip bireylerde görülen duygusal farkındalık ve ifadedeki bu eksiklik özellikle öfke, üzüntü, hayal kırıklığı gibi negatif duyguların ifadesinde kendini göstermektedir. Bu bağlamda öfke, kırgınlık, hayal kırıklığı gibi duyguların bastırılmasının vücutta birikmiş bir stres yumağı oluşturacağı ve strese dayalı hastalıkların, özellikle de gastrointestinal sistem bozukluklarının bu nedenle baş gösterebileceğini ortaya koyan çalışmalar bulunmaktadır (Alexander, 1950; Çoban, 2018; Smith vd., 2020). Belirtildiği gibi bu ilişkiyi fonksiyonel somatik sendromlarla sıklıkla bir arada seyreden aleksitiminin komorbid varlığına bağlayan çalışmaların yanında (Luyten vd., 2012; Farnam vd., 2014; Fournier vd., 2018) bu bireylerin iddia edilenin tam tersine oldukça gelişmiş bir psikolojik içgörüyeye sahip olduklarını gösteren çalışmalar da mevcuttur (Krivzov vd., 2020). Bu bağlamda Krivzov ve diğerleri (2020) duyguları tanımlama ve ifade etme noktasındaki bu kaçınma davranışını aleksitimi ile açıklamaktan çok sosyal ilişkilerde kabul edilme isteğine bağlamaktadır. Bu hastalar başkalarıyla uyum içinde olmak, onlara iyi ve halinden memnun gözükme pahasına duygularını yok saymakta ve ifade etmekten kaçınmakta, dolayısıyla kişilerarası ilişkilerini düzenlemek adına duygularına yabancılaşmaktadır (Krivzov vd., 2020).

Duyguların farkında olma ve duyguları tanıma, belli gelişimsel süreçler sonucu oluşan bilişsel bir yetidir (Smith vd., 2020). Duygulara yabancılaşma sonucunda ortaya çıkan, bedenin ağrı ve rahatsızlık hisleri oluşturması, bedenin adaptif olmayan stresle baş etme stratejilerinden biri olarak görülmektedir. Birey duygularına yabancılaştıkça belirtileri fiziksel bir nedene bağlamaya, felaketleştirmeye ve daha ciddi bir organik hastalığın belirtisi olarak görmeye başlamakta, yaşadığı durum hakkındaki düşünceler bu yöne evrildikçe bedensel duyumlara aşırı odaklanma, kendini güçsüz ve hastalık karşısında çaresiz hissetme, hastalıkla ilgili anıların belleğe yanlış kodlanması, hekimlerin ve çevresindekilerin kendisini anlamadığını düşünme ve güven azlığı gibi birçok yeni stres kaynağı ortaya çıkmakta, bu da beyinde fizyolojik ve yapısal değişimlere neden olabilmektedir (Tanaka vd., 2011; Thakur vd., 2017).

Bu süreç aynı zamanda bireyin çevresiyle kurduğu ilişkiyi de etkilemektedir. Kişinin ailesi ve arkadaşlarıyla veya şikâyetlerini dile getirdiği sağlık çalışanlarıyla olan ilişkisi özellikle anlaşılmama hissi nedeniyle bu süreçten olumsuz etkilenmekte ve kişi daha fazla stres altına girmektedir (Drossman, 1999). Hekimler ve psikologların bu süreçte bir tedavi planı oluştururken uyumlu olmayan baş etme stratejilerini ve bireyi bu baş etme yöntemlerine başvurmaya iten duygusal, bilişsel ve kişilerarası ilişkileri göz önünde bulundurmaları bu yönüyle gerekli görülmektedir (Drossman, 1999; Tanaka vd., 2011; Thakur vd., 2017; Krivzov vd., 2020).

2.1.10.2. İBS ve Sosyal İlişkiler

Sosyal ilişkilerin kalitesi ve niteliğiyle bireylerin sağlık durumu arasında derin bir bağlantı vardır. Stres faktörü, İBS gelişimi ve seyrinde en etken rollerden birini üstlenirken kişilerarası çatışmalardan da direkt olarak etkilenir (Lackner ve Gurtman, 2005; Crocker vd., 2013). Kişilerarası ilişkilerin yoğun stres uyandırması veya sağlık problemlerine yol açması ise kişinin bu ilişkileri yürütme biçimine, problemleri ele alma şekline ve ilişkinin geliştiği sosyal bağlama göre şekillenmektedir (Lackner ve Gurtman, 2005). Yapılan araştırmalar İBS'li bireylerin sağlıklı bireylere kıyasla daha az sosyal desteğe sahip olduğunu gösterirken bu kişilerin kişilerarası problemleri pasif başa çıkma yöntemleriyle çözmeye çalıştığını, genellikle kaçma ve kaçınma davranışlarını benimseyerek plana dayalı problem çözme becerilerini kullanamadıklarını göstermiştir (Lackner ve Gurtman, 2005; Jones vd., 2006).

İlişkileri sürdürmedeki genel eğilime bakıldığında İBS'li bireylerin ihtiyaçlarını dile getirme, başkalarıyla yakınlık kurma, özgüven sahibi olma konularında zorluk yaşadıkları, atılgan olmakta zorlandıkları ve duygularını ilişki içinde açıkça ifade edemedikleri, otorite figürleri karşısında fazlaca boyun eğici bir tutum sergiledikleri, topluluk karşısında yoğun kaygı ve utanma hissi duydukları gibi birçok bulguya rastlanmıştır (Lackner ve Gurtman, 2004; Lackner ve Gurtman, 2005; Gerson vd., 2006; Jones vd., 2006; Crocker vd., 2013). Bunun yanında İBS'nin önceden tahmin edilmesi zor belirtilerinden kaynaklanan sosyalleşmeye yönelik kaçınma davranışları, bu bireylerin sosyal destek almasını zorlaştırmakta ve bu da ayrı bir stres kaynağı olarak hastalığı beslemektedir (Lackner ve Gurtman, 2005; Gerson vd., 2006; Crocker vd., 2013).

Bunun yanında İBS'li bireylerin sosyal ilişkilerde ilgi ve destek görmeye olan ihtiyaçlarından dolayı yaşadıkları acıyı felaketleştirme eğiliminde oldukları görülmektedir (Lackner ve Gurtman, 2004; Lackner ve Gurtman, 2005). Felaketleştirme, bir kavram olarak Sullivan ve diğerleri (2001) tarafından diğer insanlarla yakınlık kurma ve ilgi görme ihtiyacını karşılamaya yönelik bir sosyal başa çıkma stratejisi ve bir bilişsel süreç olarak tanımlanır. Bu açıdan destekleyici bir sosyal ilişkide bulunmak İBS'li bireyler için bir avantaj oluşturmaktadır ki ilişkilerdeki yakınlık ve destek mekanizmasının İBS'nin daha hafif semptomlarla seyretmesi ile ilişkili olduğu, ilişkilerdeki çatışma ile İBS semptomlarının artış gösterdiği birçok araştırmada bulgulanmıştır (Gerson vd., 2006).

Krivzov ve diğerleri (2020), psikosomatik hastalıkların etiyolojisinde ve seyrinde fiziksel faktörler kadar duygusal kaçınma ve duygulara yabancılaşmanın, aynı zamanda travmatik bir kişilerarası ilişkiler yumağına ve hatıralarına sahip olmanın oldukça büyük bir etmen olduğunu ileri sürmektedir. Bununla birlikte Crocker ve diğerleri (2013), İBS'li bireylerin, şikâyetlerinin kişilerarası problemlerden kaynaklanan stres faktörüne bağlı olduğunu kabul ettiğinde şikâyetlerde azalma görüleceğini ve kişilerarası problemleri azaltma ve düzenleme yolunda adımlar atıldığında bunun hastalığın tedavisini olumlu yönde etkileyeceğini belirtmiştir. Bu bağlamda bu bireylerle ilgilenen sağlık çalışanları ve terapistlerin, bireylerin kişilerarası ilişkilerine dair dinamiklerini fark etmeleri ve duygusal farkındalık ve dışavurumlarının artırılması yönünde bu bireyleri teşvik etmelerinin, tedavinin seyrinde oldukça olumlu bir etki sağlayacağı öne sürülmektedir (Krivzov vd., 2020). Aynı zamanda sağlık ve sosyal ilişkiler arasındaki bağlantıyı hastalara göstermenin, kişilerarası problemlere çözüm yollarını sunmanın veya bireyleri bu konuda danışmanlık hizmeti almaya yönlendirmenin hastalık belirtilerini önemli ölçüde azaltacağı belirtilmektedir (Crocker vd., 2013; Krivzov vd., 2020).

2.1.10.3. İBS'li Bireylerin Baş Etme Stratejileri

Stres verici olay ve durumlar, kişide fizyolojik ve psikolojik anlamda yıpratıcı etkiler meydana getirirken, bireyler bu negatif etkileri önlemek amacıyla çeşitli bilinçli ya da bilinçdışı davranışlar sergilerler (Taufik ve Ibrahim, 2020). Lazarus ve Folkman (1980) tarafından bireyin bilişsel, duygusal ve davranışsal birtakım stratejiler

kullanarak zor zamanları yönetme becerisi olarak tanımlanan baş etme, karşılaşılan problemleri çözme ve durumun getirdiği zorlukları bertaraf etmeye yönelik atılan her bir adımı kapsamaktadır. Başa çıkma bir eylem olarak insanın içinde var olan bir yeteneği değil, gelişim süreçleri içinde öğrenilen ve geliştirilen bir kavramı ifade eder (Lazarus ve Folkman, 1984). Kullanılan baş etme stratejileri ve sahip olunan baş etme kaynakları bireyden bireye, kültürden kültüre ve hatta durumdan duruma değişiklik göstermekte ve bu yönüyle baş etme, aktif ve dinamik bir sürece işaret etmektedir (Berzengi vd., 2017; Tokzadeh vd., 2019; Taufik ve Ibrahim, 2020). Baş etme stratejileri adaptif ve adaptif olmayan yöntemler olarak iki grupta incelenmektedir (Tokzadeh vd., 2019). Adaptif baş etme yöntemleri problem odaklı baş etme yöntemini; adaptif olmayan baş etme, kaçınma ve duygu odaklı baş etme yöntemlerini içine almaktadır (Folkman ve Lazarus, 1980; Shirazi vd., 2011; Tokzadeh vd., 2019).

Problem odaklı baş etme, stres verici duruma yol açan etmenlere odaklanmayı ve dışsal faktörleri kontrol etme ve çözüm arayışına girme çabasına işaret etmektedir (Davison vd., 2001; Taufik ve Ibrahim, 2020). Duygu odaklı baş etme stratejisi ise stres verici durumun yol açtığı öfke, kaygı, korku, utanç gibi duygularla başa çıkmak için çeşitli yöntemler geliştirilmesidir (Lazarus ve Folkman, 1984; Matthews, 2000; Taufik ve Ibrahim, 2020). Duygusal baş etme stratejileri yoğun akut stres durumlarında etkili bir baş etme yöntemiymken kronik hastalıklarda istenilen sonucu doğurmayabilir. Bu bağlamda İBS hastalarının her iki baş etme yöntemini de kullandıklarına dair farklı araştırmalar bulunsa da (Stanculete vd., 2015; Roohafza vd., 2016) duygu odaklı ve kaçınmacı baş etme stratejilerini daha yoğun olarak kullandıklarına dair araştırma bulguları yoğunluktadır (Wilpart vd., 2017; Torkzadeh vd., 2019).

Bu hastaların yaşadıkları durumla nasıl başa çıktıklarını araştıran farklı çalışmalar belli durumlardan, mekânlardan veya yiyeceklerden kaçınma davranışının, İBS hastalarının en sık kullandığı baş etme yöntemleri olduğunu bulgulamıştır. Bu yöntemle bireyler, hastalığın öngörülemeyen semptomlarının kendilerini zor durumda bırakma ihtimalini bertaraf etmeyi amaçlamaktadırlar (Drossman vd., 2009; Farndale ve Roberts, 2011). Bunun yanında düzenli egzersiz, uygun bir diyet programı ve sosyal destek de İBS hastalarının hastalıklarıyla baş etmede en fazla kullandıkları ve fayda gördükleri yöntemler olarak öne çıkmaktadır (Farndale ve Roberts, 2011; Ung vd., 2013).

Bu bağlamda İBS hastalarının kullandıkları sosyal destek arayışı, uygun tedavi yöntemlerini araştırma, uygun bir egzersiz ve diyet programı takip etme, iş ve akademik hayattaki stres yükünü azaltmaya çalışma gibi yöntemler problem odaklı baş etme yöntemlerine işaret ederken (Wilpart vd., 2017) duygu odaklı ve kaçınmacı baş etme stratejileri İBS belirtilerini hatırlatan durum ve mekanlardan kaçınma, sosyal ortamlardan izole olarak içe çekilme gibi baş etme yöntemlerini kapsamaktadır (Wrzesińska ve Kocur, 2008). Temelde gastrointestinal belirtiler nedeniyle duyulan gastrointestinal spesifik anksiyete, belirtilerin yokluğunda dahi kaygıyla hareket edilmesine ve olası tetikleyici tüm faktörlerden uzaklaşma çabasına girilerek belli mekanlardan, yiyeceklerden, sosyal aktivitelerden ve yolculuklardan kaçınılması gibi yöntemlerin kullanılmasına zemin hazırlayan başlıca etmen olarak görülmektedir (Van Oudenhove vd., 2016). Bu bağlamda kaçınmacı baş etme yöntemleri yerine adaptif baş etme yöntemlerini kullanan bireylerde İBS semptomlarının çok daha düşük şiddette ve sıklıkta seyrettiği ve hastalığın günlük hayat fonksiyonlarını derinden etkilemediği bulgulanmıştır (Wilpart vd., 2017).

Ung ve diğerleri (2013), uzun süredir İBS ile yaşayan hastaların başa çıkma yöntemlerine dair nitel bir araştırma yürütmüş ve birey odaklı bakım teorisinden yola çıkarak, bu hastalara en iyi gelecek şeyin bireylerin kendi deneyimlerine dayanarak hastalıkla baş etmelerini kolaylaştıran güçlü yanlarını tespit etmeleri ve bu güçlü yanları pekiştirmeye çalışmaları olduğunu vurgulamıştır. Bu anlamda hastaların, yaşadıkları zorluklarla gün be gün mücadele ederek, kendi hastalıklarının uzmanı oldukları görülmüştür (Farndale ve Roberts, 2011; Ung vd., 2013). İBS hastaları ile yapılan araştırmalarda ortaya çıkan genel sonuç, hastalığın kesin bir çözümü ve tedavi yöntemi bulunmasa da uzun yıllar bu hastalıkla baş etmek zorunda kalan bireylerin kendi kendilerine birtakım baş etme mekanizmaları geliştirdikleri, kontrolü ele aldıkları ve "İBS'ye rağmen" konforlu bir hayat sürmeye devam edebildiklerini göstermektedir (Ung vd., 2013). Uzun yıllar İBS'den mustarip olmuş kişiler yıllar geçtikçe hastalığın kendilerini ve günlük hayatlarını eskisi kadar etkilemediğini, kendilerini genel olarak sağlıklı ve herkes gibi kabul ettiklerini ifade etmişlerdir (Farndale ve Roberts, 2011; Ung vd., 2013). Bunun temel nedeni, hastalığı uzun yıllar deneyimleyen bireylerin var olan semptomlara eskisi kadar odaklanmamaları veya önem atfetmemeleri olarak bulgulanmıştır (Ung vd., 2013).

Her ne kadar hastalar yıllar içinde rahatladıklarını ve normal bir hayata kavuştuklarını ifade etseler de barsaklarındaki problemler, karın ağrısı, barsak hareketlerindeki değişiklikler neredeyse her zaman onlara eşlik etmekte fakat bireylerin bunlara yükledikleri anlam ve bu belirtileri hayatlarının merkezine alıp plan ve rutinlerini bu belirtilere göre belirleme davranışı azalmaktadır. Aynı zamanda durumu kabullenmek ve kimi zaman sağlıklı, kimi zaman semptom artışı günler geçireceklerini bilerek hareket etmek de bu kişileri daha konforlu hissettirmektedir (Ung vd., 2013). Yine İBS hastalarının yıllar içinde hangi davranışların veya gıdaların belirtilerin alevlenmesine neden olduğuna ve hangi durumlardan kaçınmaları gerektiğine dair kendilerini keşfettikleri ve bu etmenleri göz önünde bulundurarak yaşamlarını belirsizlikten kurtarıp kontrol altına aldıkları gözlemlenmiştir (Farndale ve Roberts, 2011; Ung vd., 2013).

İBS literatüründe başa çıkma yöntemleri ile ilgili yürütülmüş araştırma sayısı oldukça azdır (Van Oudenhove vd., 2016; Wilpart vd., 2017). Bununla birlikte İBS'li bireylerin hastalıklarıyla başa çıkma yöntemleri hakkında bilgi sahibi olmak hastalığın yaşam kalitesine olan olumsuz etkisini bertaraf etmeye yönelik tedavi yöntemlerinin belirlenmesi adına önem arz etmektedir (Wilpart vd., 2017). Bu yönüyle İBS'li bireylerde baş etme mekanizmalarının araştırılması ve efektif baş etme yöntemlerinin ortaya çıkarılması, geliştirilecek müdahale ve önleme programları için önemli bir bilgi kaynağı sunacaktır (Wilpart vd., 2017).

2.2. Kuramsal Arkaplan

2.2.1. Biyopsikososyal Model

Zihin ve beden ilişkisine dair yorumlamalar, temelleri oldukça eskiye dayanan bir tartışma alanını oluşturmaktadır (Doğan, 2018). Biyopsikososyal model, zihin, ruh ve beden arasındaki karşılıklı etkileşimin varlığını kabul ederek hastalıkların bu örüntüdeki herhangi bir bozulmadan kaynaklandığını ileri sürmektedir (Drossman, 1999). Tıp alanında hâkim olan ve hastalıkların etiyojisini tamamen biyokimyasal faktörlere bağlayan biyomedikal modele alternatif olarak Engel (1977) tarafından, hastalıklara çok daha kapsayıcı bir perspektiften bakmak amacıyla geliştirilen bu modele göre, hastalıkların etiyojisinde ve seyrinde biyolojik yatkınlığın ve kimyasal

değişim ve anormalitelerin etkisi kadar bireyin psikolojik durumu, sosyal ilişkileri, stresli yaşam olayları gibi birçok etmen birbiriyle iç içe geçmiş şekilde rol oynar. Modele dair yayınladıkları ikinci makalede teorinin ana hatlarını ve uygulamaya yönelik faydalarını net bir şekilde ifade eden Engel (1980), biyopsikososyal modelin, sağlık çalışanlarının hastaların problemlerini çok yönlü ve derinlemesine anlayabilmeleri için son derece gerekli bir bakış açısı sunduğunu ve bunun teşhis ve tedavinin seyrini değiştirmesi bakımından kritik öneme sahip olduğunu ifade etmiştir.

2.2.2. Fonksiyonel Gastroenterolojik Hastalıklar ve Biyopsikososyal Model

Biyopsikososyal modelin gastroenterolojik hastalıklara uyarlanması Drossman (1999) ile gerçekleşmiştir. Bu modele göre fonksiyonel barsak hastalıkları, fizyolojik ve kimyasal faktörler gibi tek bir nedene bağlı olarak ortaya çıkmaktan ziyade biyolojik, psikolojik ve sosyolojik etmenlerin iç içe ve birbirini karşılıklı olarak etkileyecek şekilde bir araya gelmesiyle oluşur.

Gastroenterolojik hastalıklarda genetik faktörler, erken dönem yaşantılar ve psikososyal faktörler de en az fizyolojik ve kimyasal faktörler kadar hastalığın fiziksel semptomlarının nasıl seyredeceğini etkileyecek niteliktedir. Model aynı zamanda beyin ve barsak arasındaki bağlantıya dikkat çekerek duygu, düşünce ve davranışların barsak motilitesini ve genel barsak sağlığını etkilediğini öne sürmektedir (Drossman, 1999; Tanaka vd., 2011; Surdea-Blaga vd., 2012; Van Oudenhove vd., 2016).

Bu modele göre fonksiyonel barsak hastalıklarında genetik ve çevresel etmenler bağlamında erken dönem travmatik yaşantılar, içinde bulunulan kültür, sosyoekonomik düzey, geçirilen enfeksiyonel hastalıklar, sahip olunan sosyal destek mekanizmaları, ailenin hastalığa bakışı ve anlamlandırma süreci ve bireyin bu davranışları modellemesi; psikososyal etmenler bağlamında komorbid psikiyatrik tanıya veya tanılara sahip olma, kişilik örüntüsü, sosyal ilişkilerin niteliği, hastanın hastalık süreciyle ilgili bilişleri ve davranışları, başa çıkma süreçleri, gastrointestinal spesifik anksiyeteye sahip olma, belirtilere yöneltilen aşırı dikkat, acıları katastrofize etmeye meyilli olma; fizyolojik etmenler bağlamında ise beyin-barsak eksenindeki anormaliteler, hastalığa dair klasik koşullanmayla öğrenilen ve pekişen bedensel tepkiler, barsakların yapısal olarak hareketli olması, barsaktaki bakteri florasında artış,

enflamasyon veya bağışıklık sisteminden kaynaklı sorunlar, barsakta acıya ve bedensel duyuumlara karşı aşırı hassasiyet gibi barsak fizyolojisiyle ilgili etmenler bir araya gelerek hastalığın nasıl ortaya çıktığını, pekiştğini, nasıl deneyimlendiğini, semptomların çeşitliliğini, şiddetini, komorbid hastalıkların oluşumunu ve hastanın baş etme yöntemlerini ve davranışlarını belirlemekte; tüm bunların birleşimi ise hastanın genel yaşam kalitesi ve sağlık hizmetlerinden yararlanma sıklığı üzerinde etki sahibi olmaktadır (Drossman, 1999; Tanaka vd., 2011; Surdea-Blaga vd., 2012).

2.2.3. İBS'nin Biyopsikososyal Model Çerçevesinde Ele Alınması

İBS'nin biyopsikososyal model içinde ele alınması, beden ve akıl arasındaki çift yönlü ilişkinin kabul edilmesine dayanır. Model hastalığa zemin hazırlayan, sürdüren ve belirtilerin şiddetini belirleyerek klinik görünümü değiştiren olası tüm etmenleri bütüncül bir bakış açısıyla ele alır ki bu yüzden İBS'yi en iyi açıklayan modelin biyopsikososyal model olduğu öne sürülmektedir (Tanaka vd., 2011; Surdea-Blaga vd., 2012). Bu çok yönlü açıklama tanı, tedavi ve doktor-hasta ilişkisine dair gerekli bilgileri edinmek adına oldukça önemlidir (Drossman, 1999; Tanaka vd., 2011; Surdea-Blaga vd., 2012). Bu modelde barsak hareketliliği, barsak duyuuları, inflamasyon gibi gastrointestinal faktörler ve psikolojik ve sosyal faktörler, beyin-barsak eksenini merkezde tutularak açıklanır (Tanaka vd., 2011; Surdea-Blaga vd., 2012). Buna göre nöral, nöroendokrin ve nöroimmun sistemler aracılığıyla çok yönlü ve karşılıklı bir etkileşimle beyin ve barsak birbirini etkilemektedir ve psikososyal faktörler bu etkileşimin tüm aşamalarına dahil olarak biyopsikososyal modelin tüm bileşenlerini etkiler (Drossman, 1999; Surdea-Blaga vd., 2012; Muscatello vd., 2014; Van Oudenhove, 2016). Model hastalığa neden olan etmenler kadar hastalığın etkilediği alanlara dair de bilgiler sunarak hastalık belirtilerinin kişinin duygu, düşünce ve davranışlarını şekillendirdiğini, belirtiler nedeniyle utanç, değersizlik, etiketlenme gibi duyguların; belirtilerin felaketleştirilmesi ve ciddi bir organik hastalığın habercisi sayılması gibi bilişlerin ve hastalıkla baş etmeye yönelik belirli davranış kalıplarının ortaya çıktığını savunur. Ayrıca belirtilerin, iş hayatı ve akademik hayattaki aksaklıklar ve sosyal desteğin azalması gibi nedenlerle yaşam kalitesinde düşüş meydana getirerek hayatın birçok alanını etkilediğini ortaya koymaktadır (Drossman, 1999; Tanaka vd., 2011; Surdea-Blaga vd., 2012; Muscatello vd., 2014).

İBS'yi biyopsikososyal model çerçevesinde ele alan çalışmalar, hastalığa zemin hazırlayan etmenler bağlamında, ilk bölümde açıklanmış olan visseral aşırı duyarlılık, barsaklardaki bakteri çoğalımı, barsaklarda aşırı hareketlilik ve gaz birikmesi, geçirilen enfeksiyonların artı kalan etkileri ve barsak mikrobiyotasındaki değişimler (Talley ve Spiller, 2002; Öhman ve Simren, 2007; Muscatello vd., 2014; Van Oudenhove vd., 2016) gibi patofizyolojik etmenlerin yanında genetik faktörler (Levy vd., 2001; Bengtsson vd., 2006; Fukudo ve Kanazawa, 2011), sosyal öğrenme yoluyla ailedeki hastalık davranışlarını model alma (Levy vd., 2001; Levy vd., 2004; Bengtsson, 2006; Walker vd., 2006; Saito vd., 2008; Van Oudenhove vd., 2016), çocukluk çağı travmaları (Bradford vd., 2012; Van Oudenhove vd., 2016), barsakların hareketliliğe yatkın olması ve bedensel aşırı duyarlılık (Bengtsson, 2006; Muscatello vd., 2014) gibi faktörlerin hastalığa zemin hazırladığını ortaya koymuştur. Hastalığı başlatan ve hızlandıran etmenler stresli yaşam olayları, sosyal ilişkilerin zayıflaması veya herhangi bir enflamasyona maruz kalma gibi durumları içermektedir (Drossman, 1999; Tanaka vd., 2011; Surdea-Blaga vd., 2012; Muscatello vd., 2014; Van Oudenhove vd., 2016). Bunun yanında kişinin psikolojik durumu, kişilik özellikleri, duygu durumu, kaygı bozuklukları ve depresyon gibi olası psikiyatrik eş tanıları ve baş etme yöntemleri de hastalığın bireyde kronikleşmesine, şiddetinin ve klinik görünümünün belirlenmesine zemin hazırlamaktadır (Drossman, 1999; Surdea-Blaga vd., 2012; Van Oudenhove vd., 2016). Bu sınıflandırmanın yanı sıra modeldeki tüm bu faktörlerin aslında her aşamada aktif olduğu, iç içe geçmiş şekilde ve farklı oranlarda hastalığı etkilediği bilinmektedir (Surdea-Blaga vd., 2012). Bu bölümde biyopsikososyal modelin her bir etmeninin İBS üzerindeki etkileri ele alınacaktır.

2.2.3.1. Genetik Yatkınlık ve Fizyolojik Etmenler

Genetik yatkınlığın İBS üzerinde etkili olduğunu kanıtlayan birçok araştırma bulunmakta, farklı kültürlerde yürütülen ikiz çalışmaları bu görüşü destekleyerek tek yumurta ikizlerinde hastalığın ortak olarak görülme sıklığının daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır (Levy vd., 2001; Bengtsson vd., 2006; Fukudo ve Kanazawa, 2011). Bunun yanında İBS'li bireylerin aile öyküleri incelendiğinde hastaların ailelerinde de barsak problemlerinin var olduğu, İBSli yaklaşık %42'sinin ailesinde İBS hastalığına sahip bir bireyin bulunduğu (Saito vd., 2008; Surdea-Blaga vd., 2012), özellikle İBS'li bir anneye sahip bireylerde hastalığın görülme oranının ve hastane

ziyaretlerinin çok daha fazla olduğu bulgulanmıştır (Levy vd., 2001a; Tanaka vd., 2011). Bu durum genetik yatkınlıkla açıklanabilir olsa da sosyal öğrenme ve hastalık davranışlarını model alma gibi çevresel etmenlerin de hastalığa zemin hazırlamada en az genetik faktörler kadar etken rol oynadığını gösteren çalışmalar mevcuttur (Bengtson vd., 2006; Van Oudenhove vd., 2016).

Fizyolojik etmenler bağlamında model, hastalığın biyolojik altyapısını, beyin ve barsak arasında bulunan nöral ve nörendokrin bağlantıyı gösteren barsak-beyin eksenini çerçevesinde ele almaktadır (Drossman, 1999; Tanaka vd., 2011; Surdea-Blaga vd., 2012; Muscatello vd., 2014; Van Oudenhove vd., 2016). Barsak-beyin eksenini; duyguların, düşüncelerin, davranışların, deneyimlerin ve çevresel etkilerin beyindeki nörotransmitter salınımında değişikliğe yol açarak motor, endokrin, bağışıklık, duyu sistemi ve gastrointestinal sistem fonksiyonlarını etkilediği iç içe geçmiş bir sistemler bütünüdür (Öhman ve Simren, 2007; Mayer ve Tillisch, 2011; Muscatello vd., 2014). Stresli yaşam olaylarının beyinde oluşturduğu etki, beyinle barsak arasındaki bu bağlantıya dayanmaktadır (Muscatello vd., 2014).

Gastrointestinal sistem enterik, parasempatik ve sempatik sinir sistemi tarafından kontrol edilir. Buradaki en önemli rolü "beyincik" olarak adlandırılan enterik sinir sistemi üstlenir ki enterik sinir sisteminin uyarılması, gastrointestinal sistemin işleyişini doğrudan etkileyen peptit ve nörotransmitterlerin salgılanmasını sağlar. Serotonin bu nörotransmitterlerden biri olarak bireyin duyu durumunu düzenlediği kadar merkezi sinir sistemini de etkileyerek bilişleri düzenler. İBS'li hastaların barsak mukozası incelendiğinde serotonin yoğunluğunun normal popülasyona göre daha yüksek olduğu bulgulanmıştır. Bu da İBS'de normal bireylere göre daha yüksek olduğu bulguların iç organlar hassasiyetlerinin, aynı zamanda gastrointestinal sistem düzensizliğinin ve hareketliliğinin bir nedeni olarak görülmektedir (Bengtsson, 2006). Buna göre İBS hastalarının iç organlardaki ve özellikle barsaklardaki hareketleri ve acı hissini çok daha fazla hissetmesi nöral bir bağlantıya dayanmaktadır (Bengtsson, 2006).

Bunun yanında İBS'li bireylerin beyinlerinde, özellikle bazal gangliada, talamusta ve duyu-motor alanlarının kesiştiği bölgelerde beyaz madde yoğunluğunda kontrol grubuyla kıyaslandığında değişiklikler olduğu ve beyaz madde yoğunluğundaki

değişimlerin İBS semptomlarının seviyesi ve psikososyal açıdan kaygı ve katastrofize etme eğilimleri ile ilgili olduğu bulgulanmıştır. Bu bulguların sadece ağrı hissine yönelik olmaması ve stabil durumdayken de çeşitli nöral bölgelerin aktivite ve bağlantılarında değişikliklerin olması ise komorbid şekilde var olan anksiyete ve depresyona işaret etmektedir (Seminowicz vd., 2010; Chen vd., 2011; Nan vd., 2013; Ellingson vd., 2013; Liu vd., 2013; Van Oudenhove vd., 2016).

2.2.3.2. Psikososyal Faktörler

İBS'yi etkileyen psikososyal faktörler bireyin genel psikolojik sağlığını, yaşadığı stresli yaşam olaylarını, bunlara karşı geliştirdiği duygu, biliş ve davranışları, sahip olduğu sosyal destek mekanizmalarını ve problemlerle baş etme kaynaklarını ve yöntemlerini kapsamaktadır. Bu faktörler bireyin fiziksel sağlığı üzerinde etki sahibi olmakta, İBS özelinde bakıldığında barsak-beyin eksenini etkileyerek barsak motilitesi, ağrı hissini duyumu ve iç organal hassasiyetin belirlenmesinde rol almaktadır (Tanaka vd., 2011; Surdea-Blaga vd., 2012; Muscatello vd., 2014; Van Oudenhove vd., 2016).

2.2.3.2.1. Çevresel Etmenler

Genetik faktörlerde de belirtildiği gibi İBS'li bir anneye sahip bireylerde hastalığın görülme oranının daha sık olması psikososyal öğrenme ile de açıklanabilmektedir (Levy vd., 2001a; Bengtson vd., 2006; Van Oudenhove vd., 2016). Bu bağlamda İBS'li bireylerin çocukluktan itibaren karın ağrısı gibi psikosomatik şikâyetlerinin kendileriyle aynı şikâyetlere sahip ebeveynleri tarafından belirtilere fazla odaklanma ve ilgide artış yoluyla pekiştirildiği düşünülmektedir (Van Oudenhove vd., 2016). Buna dair laboratuvar ortamında yürütülen bir araştırma, çocuklarının karın ağrısı belirtilerini görmezden gelmesi direktif verilen ebeveynlerle karşılaştırıldığında bu hislere olumlu ve ilgili bir tepki vermesi direktif verilen ebeveynlerin çocuklarında karın ağrısı şikâyetinin daha sık görüldüğünü bulgulanmıştır ki hastalık belirtilerinin anneleri tarafından ilgiyle pekiştirildiği çocuklarda okula devamsızlık oranlarının da daha fazla olması bu yöndeki bir başka bulgudur (Levy vd., 2004; Walker vd., 2006; Van Oudenhove vd., 2016). Aynı şekilde fonksiyonel somatik sendromlardan herhangi birine sahip çocukların ve ailelerinin acı ve ağrı ile ilgili bilişlerini ve ağrıyla baş etme

mekanizmalarını düzenlemeye yönelik BDT çalışmalarının belirtilerde azalma olduğunu göstermesi de bu bulguyu destekler niteliktedir (Levy vd., 2013). Sosyal öğrenme ve model alma bağlamında ebeveynin depresyon, anksiyete, somatizasyon gibi etmenleri içine alan psikolojik durumu da çocukların barsak problemlerini artıran etmenler olarak bulgulanmıştır (Van Oudenhove vd., 2016).

2.2.3.2.2. Stres

Stres, beyin-barsak eksenine etki eden en önemli psikososyal bileşenlerden biri olarak hem hastalığın başlangıcında hem de belirtilerin sıklığının belirlenmesinde en yaygın faktör olarak görülmektedir (Hertig vd., 2007; Phillips vd., 2013; Torkezadeh vd., 2019). Stresle barsak hareketleri arasındaki ilişki bir kısır döngü ya da paradoksal ilişki olarak tanımlanabilir ki stresin arttığı durumlarda hasta şikayetlerinin de şiddetlendiği, barsak hareketliliği ve karın ağrısı gibi şikayetlerin artış gösterdiği, artan bu şikayetlerin ise daha fazla stres ortaya çıkardığı bilinmektedir (Ung vd., 2013). Fonksiyonel gastointestinal bozuklukların başlangıcı, hasta popülasyonunun üçte ikisinde hayatı sarsan stres verici bir olayın ardından görülmektedir (Bitton vd., 2008; Van Oudenhove vd., 2016). Bununla birlikte İBS'li bireylerin sağlıklı popülasyonla aynı derecede stresli olaya maruz kaldıkları halde yaşadıkları olaylara yükledikleri negatif anlam yükünün daha yoğun olması ve kullanılan adaptif olmayan baş etme yöntemleri nedeniyle bu belirtilere maruz kaldıklarını gösteren çalışmalar da mevcuttur (Drosmann vd., 2000; Kovács ve Kovács, 2007; Torkezadeh vd., 2019). Stresin temel kaynağına bakıldığında stresli yaşam olayları, kişiye kendi veya başkaları tarafından yüksek beklentiler konulmuş olması veya iş veya akademik hayattaki stres veren sorumlulukların altta yatmakta olduğu görülmektedir (Ung vd., 2013). Duygusal, fiziksel, cinsel istismar, aile içi şiddet, kayıp ve yas gibi erken dönem stresli yaşam olaylarının yanında yaşamın ilerleyen yıllarında deneyimlenebilen kayıp, boşanma, iş kaybı, ilişkisel çıkmazlar gibi büyük çaplı stres faktörleri, aynı zamanda günlük hayat içinde kendini gösteren, iş ve akademik hayatın veya kişilerarası ilişkilerin düzensizliğinin yol açtığı kronik stres faktörleri hem hastalığa zemin hazırlama, hem belirtilerin şiddetinin belirlenmesi hem de hastalığın devam etmesi bakımından en belirleyici faktörlerdendir (Surdea-Blaga vd., 2012; Van Oudenhove vd., 2016).

Bu bağlamda Lazarus (1990), stres verici olayları yaşam olaylarının getirdiği stres (life stress) ve günlük koşuşturma (daily hassles) olarak iki ayrı kategoride incelemiştir (Surdea-Blaga vd., 2012). Günlük koşuşturmaca, her bireyin gün içerisinde deneyimlediği küçük ölçekli stres verici olayları kapsarken yaşam olayları yukarıda da belirtilen kayıp, iflas, taşınma, istismara maruz kalma veya şahit olma gibi daha büyük travmatik olayları içine almaktadır (Bradford vd., 2012; Van Oudenhove vd., 2016). Lazarus (1990), büyük yaşam olaylarından ziyade günlük koşuşturmaya dayanan stres verici olayların sağlıkla ilgili durumlarda daha fazla etki sahibi olduğunu öne sürmüştür.

2.2.3.2.3. Duygusal Faktörler

Genetik faktörler, kayıp, yas, ihmal ve istismar gibi travmatik deneyimleri içine alan erken dönem yaşantılar, ailenin hastalık tutumundan sosyal öğrenmeyle model alınan davranış biçimleri ve öğrenilen baş etme yöntemleri iç içe geçmiş şekilde bireyin kişiliğini meydana getirerek ileriki yaşantısında deneyimleyeceği stres seviyesini, stresli yaşam olaylarına verdiği tepkiyi ve stresle nasıl baş edeceğini belirlemektedir (Tanaka vd. 2011; Surdea-Blaga vd., 2012; Çoban, 2018). Birey aile içinde duygularını tanımayı ve stres verici olayların oluşturduğu negatif duyguları ifade etmeyi öğrenmişse bu tür deneyimlerle başa çıkması kolay olacakken duyguları bastırmayı öğrenmiş olması bu bastırılmış duyguların somatik belirtiler şeklinde kendini göstermesine zemin hazırlayacaktır (Tanaka vd., 2011; Surdea-Blaga vd., 2012; Bowers ve Wroe, 2015; Thakur vd., 2017; Smith vd., 2020). Bu ikinci gruptaki bireyler aynı zamanda somatik belirtilerin stresli yaşam olaylarıyla ve duygularıyla olan ilişkisini fark etmekte de zorlanmaktadır ki bu bireylerin somatik hastalıklarda, özellikle İBS'de daha fazla ağrı hissettiği, daha ciddi hastalık semptomlarına sahip olduğu, doktor ziyaretlerinin daha sık olduğu ve semptomların hayatın işleyişini derinden etkileyerek yaşam kalitesinde daha fazla bozulmaya neden olduğu bulgulanmıştır (Tanaka vd., 2011; Surdea-Blaga vd., 2012; Thakur vd., 2017).

Bu durumun biyolojik yönüne ışık tutan erken dönem araştırmalar, deneyimlenen stres verici olaylar sonucu ortaya konan anlık duygusal tepkilerin azalması veya baskılanmasının barsak beyin ekseninde nöroenterik sistemin çalışma düzeninde bozulmalar meydana getirdiğini ve aynı zamanda sempatetik aktivitenin artışına neden

olduğunu, bunun da bireyin devamlı olarak uyarılmışlık halinde bulunmasına, daha fazla acı ve ağrı hissetmesine, visseral hassasiyetinin yüksek olmasına neden olduğunu bulgulamıştır (Farnam vd., 2014; Muscatello vd., 2014; Thakur vd., 2017; Smith vd., 2020). Yine nörolojik perspektiften bakıldığında merkezi sinir sisteminden barsağa uzanan bağlantı, duygusal motor sisteminden geçmekte ve bu da limbik sistem ile barsak arasındaki bağlantının benzeri şekilde çalışmaktadır ve acı ve ağrı hissini doğrudan etkilemektedir. Duygusal motor sistem nöradrenarjik ve serotonerjik yolları kapsamaktadır. İBS'nin en fazla ilişkili bulunduğu yol ise serotonin nörotransmisyon sistemi olarak görülmektedir. Buna binaen serotonin hipofonksiyonunun, negatif duygulanım ve İBS'de ortak belirleyici rol üstlendiği düşünülmektedir. Bu bulgu, duygusal süreçlerin İBS'nin sebep ya da sonucu olmaktan ziyade hastlığın her aşamasında var olan bir uzantısı olduğunu düşündürmektedir (Muscatello vd., 2014).

Bunun yanında İBS'li bireylerin genel duygusal eğilimleri ve duygusal farkındalık, duyguları tanıma, anlamlandırma, dışa vurma ve duygu düzenleme deneyimleri “Bölüm 2.1.11. İBS ve Duygusal Deneyimler” kısmında ayrıntılı olarak ele alınmıştır.

2.2.3.2.4. Hastalıkla İlgili Bilişsel Yorumlamalar

Toner (2005), bilişsel süreçlerin bireyin duygusal deneyimlerini, sağlık durumunu ve yaşam kalitesini doğrudan etkileyici bir faktör olduğunu ifade eder (Stanculete vd., 2015). Araştırmalar, İBS'li bireylerin sağlıklı popülasyona göre daha fazla irrasyonel biliş ve inanca sahip olabildiğini ve bu bilişlerin stresle tetiklendiğini ortaya koymuştur (Kovács ve Kovács, 2007; Stanculete vd., 2015; Sullivan vd., 2019). Sullivan ve diğerleri (2019)'nin yürütmüş olduğu, tıbben açıklanamayan hastalıkların oluşumunda sağlıklı olmayan bilişlerin rolünün incelendiği araştırmada bu bilişler nedenselliğe; hastalığın sonuçlarına, hastalığın geçici veya kronik olmasına, kontrol edilebilirliğine, tedavinin mümkün olup olmamasına dayalı inançlar gibi çeşitli kategorilerde incelenmiştir.

Nedenselliğe dayalı bilişler genellikle hastalığı biyolojik, psikolojik veya fiziksel aktivite veya diyetle ilgili bir probleme dayalı olarak davranışsal bir nedene atfetmeyi içerir ki bunun zıddı olacak şekilde hastalığın psikolojik nedenlerine odaklanan bireylerde İBS belirtilerinin daha hafif şekilde deneyimlendiğine dair bulgular

çoğunluktadır. Bunun yanında hastalığın biyolojik bir bozukluktan kaynaklandığına, kronik olduğuna, ciddi sonuçlar doğurabileceğine veya organik bir hastalığın habercisi olabileceğine, belirtilerin kontrol edilemez olduğuna ve hastalığın tedavisinin mümkün olmadığına dair inançlar, ya hep ya hiçi bir davranış örüntüsünün benimsenmesine yol açarak bireyi tedavi arayışlarından ve hastalığı yenmek için çabalamaktan uzaklaştırmakta ve hastalık belirtilerini olumsuz yönde etkilemektedir (Gerson vd., 2008; Gerson vd., 2015; Sullivan vd., 2019). Tam tersi şekilde hastalığın kişinin iradesi ve çabasıyla kontrol edilebilir olduğuna ve kişinin hayatına dair bir anlamının olduğuna dair inançlar bireyi sosyal destek ve tedavi arayışlarına yönlendirerek hastalığın olumsuz etkilerine karşı koruyucu rol üstlenmektedir (Sullivan vd., 2019). Bilişler, hastalık davranışlarını belirleyici rolleri, başa çıkma yöntemlerinin kullanımını etkilemesi (Stanculete vd., 2015) ve bireyin genel psikolojik iyi oluş düzeyinde etki sahibi olması (Kovács ve Kovács, 2007; Stanculete vd., 2015) yönleriyle biyopsikososyal modelin önemli bir ayağını oluşturmaktadır ve uygun psikolojik müdahale planlarının yapılabilmesi için hastaların sahip olduğu bilişler ve inançların iyi anlaşılması önem arz etmektedir (Sullivan vd., 2019).

2.2.3.2.5. Psikolojik Gerilim ve Eş Zamanlı Psikolojik Hastalıklar

Kişinin psikolojik gerilim içinde olması, genel olarak fonksiyonel gastroeneterolojik bozukluklara yakalanmada bir risk faktörü olarak görülmekte, aynı zamanda var olan hastalık belirtilerini tetikleyici etkisi bulunmaktadır. Komorbid psikolojik bozukluklar bu anlamda kişinin psikolojik bir gerilim içinde olduğunu göstermektedir ki bu yönüyle komorbid psikolojik hastalığa sahip İBS'li bireylerin yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu, tedaviye katılım ve sonuç alma anlamında güçlükler yaşadıkları, hastalığın günlük hayat fonksiyonlarını daha fazla etkilediği bulgulanmıştır (Lackner ve Gurtman, 2005; Lackner vd., 2010; Van Oudenhove vd., 2016). Bunun yanında komorbid hastalıkların fonksiyonel bozukluklar için bir nedenden çok belirtilerin hayatı kısıtlayıcı etkisinin bir sonucu olabileceğine dair görüşler de literatürde mevcuttur (Van Oudenhove vd., 2016).

a. Depresyon

Depresyon, İBS hastalarının yaklaşık %38'inde bulunan bir eş tanı olmakla birlikte hem hastalığın şiddetini, doktor ziyaretlerinin sıklığını, yaşam kalitesinin düşmesini, hem de tedavinin seyrini olumsuz yönde etkilemektedir. Hastalığa neden olan bir etmen mi yoksa sonuç mu olduğu tartışma konusu olsa da İBS'nin belirtilerinden kaynaklanan sosyal geri çekilme, belirtilerin yok olacağına dair umutsuzluk ve yaşam kalitesindeki düşüş bu komorbiditede etkili olan etmenlerdendir (Lackner ve Gurtman, 2005; Lackner vd., 2013; Van Oudenhove vd., 2016; Sánchez vd., 2017).

b. Kaygı Bozuklukları

Anksiyete bozukluklarının genel fonksiyonel gastrointestinal bozukluklarla birlikte görülme oranı yaklaşık %69 olarak bulgulanmaktadır (Lackner vd., 2013; Sánchez vd., 2017). İBS semptomları kontrol edilemezliği ve belli bir fiziksel nedene bağlanamaması nedeniyle bireylerde kaygıya yol açarken aynı zamanda İBS'li bireylerin kişilik özelliği olarak kaygılı bir yapıya sahip olduğu görülmektedir ki bu yönüyle kaygının İBS ile çok yönlü bir ilişkisi olduğu söylenebilir (Van Oudenhove vd., 2016). Kaygı aynı zamanda stresli durumlarda nörolojik uyarılmayı artırarak barsak hareketlerinde ve hassasiyetinde artışa neden olmaktadır. Kaygı bozuklukları geliştirmeye meyilli bir yapıda olmak; kaygı verici durumlar karşısında kırılğan olma, belirsizliklere tahammülsüzlük, deneyimleri felaketleştirme, algılanan tehdidi büyük, buna karşın kaynaklarını yetersiz görme, rahatsızlıkları tolere edememe gibi belirli özellikler göz önüne alındığında fonksiyonel sindirim sistemi bozukluklarına ve dolayısıyla İBS'ye de meyilli olmayı beraberinde getirmektedir (Van Oudenhove vd., 2016; Wilpart vd., 2017). Spiegel ve diğerleri (2011) de benzer şekilde İBS'nin bir tür kaygı bozukluğu olarak kabul edilebileceğini öne sürmüş ve adaptif olmayan duygu, düşünce ve davranışların rol oynadığı bir sürecin İBS'de hâkim olduğunu savunmuştur. Buna göre İBS hastalarının sahip olduğu ağrı, karında şişkinlik, bulantı gibi fiziksel yakınmaları ciddi bir organik hastalığın habercisi sayarak felaketleştirmeleri; bedensel belirtilerin bireyin kontrolü dışında ve tamamen dışsal etmenler ekseninde geliştiği fikrine dayanarak dış kontrol odaklı düşünme tarzı ve belirtilerin utanç verici olduğunu düşünme gibi bilişlerin yanında beklenti anksiyetesi ve semptomlara yönelik artmış dikkat gibi faktörler nedeniyle var olan belirtiler

artmakta ve bireylerin sosyal hayata entegre olması zorlaşmakta, ev dışındaki aktivitelerden kaçınma gibi davranışsal sonuçlar ortaya çıkabilmektedir (Spiegel vd., 2011). Bu bağlamda Spiegel ve diğerleri (2011) gastrointestinal sistem hastalarının, hastalıkları ile ilgili bilgi sahibi olarak, gevşeme ve nefes teknikleri gibi çeşitli yöntemlerle bedenleri üzerinde etki sahibi olabilmeleri ve yakınmalarının bu şekilde kontrol altına alınabilmesi bulgusunu bunun bir göstergesi olarak sunmuştur (Fletcher vd., 2008; Spiegel vd., 2011).

c. Somatizasyon Bozuklukları

Somatizasyon, bireyin yaşadığı psikolojik gerilimin nedenlerine hâkim olamayarak tepkilerini duygusal olarak ifade etmek yerine bedensel birtakım değişimler göstermesidir. Bu durum bireyin başa çıkılmaz gördüğü yoğun duygulardan kaynaklı anksiyeteyi bastırmak veya yok saymak için gösterdiği bir çeşit savunma mekanizması olarak görülmektedir (Van Oudenhove vd., 2016). İBS'li bireylerde nedeni belirlenemeyen baş ağrısı, kas kasılmaları gibi somatik şikayetler ve fibromiyalji gibi fonksiyonel somatik sendromlar da eş zamanlı olarak görülebilmekte ve bu somatik belirtilerin sıklığı ve şiddeti, hastalığın yaşam kalitesine olan olumsuz etkisini pekiştirmektedir (Whitehead, 1996; Van Oudenhove vd., 2016; Wilpart vd., 2017).

2.2.3.2.6. Kişilik Özellikleri

İrritabl Barsak Sendromu'na sahip hastaların kişilik özelliklerine yönelik araştırmalar, aşırı kaygı, kötümserlik, korku gibi duyguların ve zarardan kaçınmaya yönelik davranış kalıplarının bu bireylerde oldukça belirgin olduğunu ortaya koymuştur. Buna bağlı olarak bu kişilerde negatif duygulara, kaygı, öfke ve kararsızlığa eğilimli olmayı ifade eden nevrotisizm kişilik tipinin belirgin olduğunu bulgulayan çalışmalar mevcuttur (Esler ve Goulston, 1973). Bunun yanında dışadönüklük (Tkalcic vd., 2009) değerlerinin normal popülasyona göre daha düşük olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Palmer vd., 1974; Çoban, 2018). İBS'yi de içinde barındıran Fonksiyonel Somatik Sendromlara sahip hastalarla yapılan bir araştırma, yüksek standartlar ve fedakârlık şemalarının bu hastaların kişilik örüntüsünde oldukça baskın olduğunu göstermiştir (Henker vd., 2019). Bu bağlamda kendileriyle ilgili yüksek beklentileri karşılamak adına bu hastaların neredeyse üçte birinin gerek akademik ve

profesyonel alanda gerekse spor ve sanat alanlarında oldukça başarılı kimseler oldukları görülmektedir (Krivzov vd., 2020).

2.2.3.2.7. Baş Etme Mekanizmaları

Kültürel etmenler, inanç sistemleri, değer yargıları, öğrenilmiş davranışlar, çevresel etmenler, sosyal destek mekanizmaları, bireyin karakter örüntüsü ve kişisel olarak sahip olduğu güçlü yanlar bir araya gelerek kullandığı başa çıkma yöntemini belirler (Taufik ve Ibrahim, 2020). Bu anlamda başa çıkma yöntemlerinin, biyopsikososyal modelin her bir faktöründen etkilenerek ortaya çıktığı söylenebilir (Surdea-Blaga vd., 2012; Tokzadeh vd., 2019). İBS'li bireylerin, hastalığın ortaya çıkardığı bedensel belirtilerin oluşturduğu kaygıyla başa çıkmada genel olarak kaçınmacı baş etme mekanizmaları kullandığı, bunun yanında hastalığa karşı uzmanlık geliştirme gibi olumlu baş etme mekanizmalarına da başvurdukları görülmektedir. İBS'i bireylerin kullandıkları baş etme mekanizmaları ile ilgili ayrıntılı bilgiye literatür taramasının "2.1.10.3. İBS'li Bireylerin Baş etme Stratejileri" bölümünde yer verilmiştir.

2.2.3.2.8. Kişilerarası İlişkiler ve Sosyal Destek

Diğer psikososyal faktörlerde olduğu gibi İBS ve kişilerarası ilişkiler arasında da çift yönlü bir ilişki vardır. Kişilerarası ilişkilerdeki bozulma hastalığa zemin hazırlamakta ve var olan belirtilerin sıklık ve şiddet kazanmasına neden olmaktadır sosyal desteğin yüksek olması İBS'li bireylerin hastalıkla baş etme süreçlerini olumlu yönde etkilemektedir (Lackner ve Gurtman, 2005; Jones vd., 2006; Van Oudenhove vd., 2016). Hastalık belirtilerinin bireyi sosyal ortamlardan izole olmaya sevk eden yönü ise sosyal desteğin azalmasına ve kişilerarası ilişkilerin bozulmasına zemin hazırlayabilmektedir (Lackner ve Gurtman, 2005; Gerson vd., 2006; Crocker vd., 2013; Campbell, 2015; Van Oudenhove vd., 2016; Shorey vd., 2021).

Etiyolojik yönden ise İBS hastalarında barsak florasının inflamatuvar bir rahatsızlık sonucu veya antibiyotikler nedeniyle bozulmuş olabileceği ve bunun hastalık başlangıcına zemin hazırladığı öne sürülmektedir (Jones vd., 2006; Akyüz vd., 2016). Buna dayanarak hastalığın biyopsikososyal zeminine işaret eden araştırmalar, İBS'li bireylerde bozulmuş kişilerarası ilişkiler ve yetersiz sosyal desteğin direkt olarak

bağışıklık sistemini olumsuz yönde etkilediğini (Unchino vd., 1996; Roohafza vd., 2016) ve sıklıkla enfeksiyonel bir başlangıç zemini olan İBS'nin bu süreçten etkilenecek başlayabildiğini öne sürmüştür (Jones vd., 2006). Sosyal desteğin artması ise hem hastalığa karşı koruyucu bir faktör hem de var olan belirtilerin azalması için bir etken olarak görülmektedir zira sosyal desteğin artışıyla beraber bireyde stresle baş etme, stresli yaşam olaylarının oluşturduğu negatif duyguyu tolere etme ve bağışıklık sisteminin güçlenmesiyle eş zamanlı olarak hastalık semptomlarının hafiflemesi söz konusudur (Miller vd., 2002; Roohafza vd., 2016). İBS'li bireylerin kişilerarası ilişki dinamikleri literatürün "2.1.10.2. İBS ve Sosyal İlişkiler" bölümünde ele alınmıştır.

2.2.3.2.9. Kültür

Kültürel normlar, kültür aracılığıyla öğrenilen davranış kalıpları ve inanç sistemleri, biyopsikososyal modelin tüm faktörlerini etkileyen güçlü bir etmendir. Aile içi ilişkiler, toplumsal destek mekanizmaları gibi tüm sistemler kültürün etkisiyle hastalığın dışavurumunda etki sahibi olur (Drossman, 1999; Gwee, 2005; Gerson vd., 2015; Van Oudenhove vd., 2016). Aynı şekilde hastalığın tanımı, dışavurumu, profesyonel yardım almaya yönelik tutumlar, tanı kriterlerinin dile uyarlanması ve benzeri etmenler kültürel normlardan oldukça fazla etkilenmektedir (Bengtsson, 2006; Park vd., 2006).

Henry Bockus, İBS'yi bir "medeniyet hastalığı örneği" olarak tanımlar (Walker ve Segal, 1979; Gwee, 2005). Özellikle Avrupa ve Amerika gibi gelişmiş ve şehir hayatının hâkim olduğu ülkelerde İBS'nin yaygınlık oranı oldukça yüksekken gelişmekte olan ülkelere bu oranın azaldığı ve barsak enfeksiyonları, gastrointestinal kanser, peptik ülser, kronik viral hepatit gibi organik kökenli hastalıkların İBS'ye göre çok daha yaygın olduğu görülür. Bu farklılıkta hem hijyenik koşullar hem hastalığın dışavurum şekli hem de gelişmiş ülkelere baskın olan iş hayatının getirdiği stres yükü etkilidir (Gwee, 2005; Faresjö vd., 2006).

Kültürel normların İrritabl Barsak Sendromu'nun yaygınlığına ve seyrine olan etkisi literatürde çok fazla araştırılmış değildir, var olan çalışmalar genellikle Asya ve Avrupa'da İBS görülme oranlarının farklılaşmasına yönelik tespitlere ve cinsiyetler arası dağılımdaki farklılığın ölçümüne ve nedenlerine odaklanmıştır (Gwee, 2005;

Faresjö vd., 2006; Park vd., 2006). Faresjö ve diğerleri (2006), bu alanda öncü bir çalışma yürüterek Yunan ve İsveçli iki ayrı grupta İBS'nin nasıl deneyimlendiğini araştırmıştır. Araştırma, aynı hastalığa sahip, benzer demografik özellikteki bireylerin kültürün etkisiyle hastalıklarını farklı şekilde yorumladıklarını, ayrıca hastalığın günlük hayata ve yaşam kalitesine olan etkisinin de bu iki kültürde farklılaştığını ortaya koymuştur.

Batı ve Asya toplumlarında İBS'nin farklı etkilerini araştıran çalışmalar, Batı popülasyonunun karın ağrısını alt abdominal bölgede hissederken Asya ve İran popülasyonunda üst abdominal bölgede ağrının daha baskın olduğunu bulgulamışlardır. Aynı şekilde Kore ve Amerika popülasyonunun karşılaştırılması sonucu İBS'nin kişilerarası ilişkiler ve cinsel hayata dair negatif etkilerinin Amerika popülasyonunda oldukça yüksek olmasına karşın Kore popülasyonunun bu alanda çok daha az problemle karşılaştığını bulgulamıştır. Korelilerin iş hayatına özel hayatlarından daha fazla önem vermesinin yanı sıra, Konfiçyus felsefesi ile yetişen Koreliler'in kendileri için özel kabul ettikleri konulardan bahsetmekten kaçınması, ortaya çıkan bu farklılığın olası nedenleri olarak kabul edilmektedir (Park vd., 2006).

İBS'nin oluşumuna yol açan ve seyrini etkileyen etmenler biyopsikososyal model ekseninde ele alındığında erken dönem deneyimlerin oluşumunu etkileyen bağlanma stillerinin, ağrı hissine ve hastalığa yönelik bilişlerin, felaketleştirme eğiliminin ve sosyal destek alımının kültürel etmenlerden ve öğrenilmişlikten direkt olarak etkilendiği görülmektedir (Gerson vd., 2015). Bu bağlamda bireyselci veya toptancı kültürde büyümüş olmak bile tek başına hastalık deneyimlerinin farklılaşmasına yol açan bir faktördür (Gerson vd., 2006).

Bu araştırmanın teorik zeminini oluşturacak olan biyopsikososyal modelin tüm etmenleri değerlendirildiğinde stresli yaşam olaylarının, bu olaylara karşı geliştirilen baş etme stratejilerinin, bilişsel süreçlerin, ortaya çıkan duyguların, duyguları düzenleme ve ifade etme becerilerinin ve sosyal etmenlerin hastalığın ortaya çıkmasında etkileşim halinde ve bireyden bireye değişen oranlarda etki sahibi olduğu görülmektedir. Bunun yanında tüm bu faktörlerin hastalığa zemin hazırlama ve hastalığı sürdürme sırasında etkin rol oynarken aynı oranda hastalık belirtilerinden de etkilendiği, hastalığın başlı başına yeni bir stres kaynağı haline geldiği, buna bağlı

olarak belirli duyguların açığa çıktığı, sosyal ilişkilerin değişime uğradığı, hastalığa özgü bilişlerin ve baş etme mekanizmalarının ortaya çıktığı görülmektedir (Drossman vd., 2009; Tanaka vd., 2011; Surdea-Blaga vd., 2012; Van Oudenhove vd., 2016). Kültür ise bireyin deneyimlerine yüklediği anlamı etkilemesi yönüyle tüm bu biyopsikososyal etmenleri etkileyen kapsayıcı bir faktör olarak görülebilir (Gerson vd., 2015).

Yürüttüğümüz bu araştırma, biyopsikososyal zeminde hastalığın Türk kültüründe nasıl deneyimlendiğini ve hastalıkla nasıl baş etme yöntemlerini hasta deneyimlerine dayanarak açıklamak suretiyle IBS'nin geniş bir perspektiften ele alınmasına katkı sağlayacak ve teşhis ve tedavi sürecini kolaylaştıracak bir bilgi zenginliği sunacaktır.



BÖLÜM III

YÖNTEM

Bu bölüm araştırmada kullanılan yöntem ve araştırma desenine, örneklem özelliklerine, veri toplama araçlarının nitelik ve içeriklerine, veri toplama sürecine ve analizin ne şekilde yapıldığına dair bilgileri içermektedir.

3.1. Araştırma Yöntemi

Bu araştırmada, İrritabl Barsak Sendromu'na sahip bireylerin günlük hayatta deneyimledikleri hastalık kaynaklı durumları ve bu durumla nasıl baş ettiklerini anlamaya yönelik bir nitel araştırma deseni kullanılmıştır. Nitel araştırma yöntemi, laboratuvar ortamındaki bir gözlemden ziyade gerçek yaşam koşullarında, bireylerin belirli bir konu veya olgu özelindeki düşünce, duygu ve deneyimlerini ve bu deneyimleri kendi sosyal ve kültürel gerçeklikleri içinde nasıl anlamlandırdıklarına dair bilgi edinmeyi amaçlayan bir araştırma yöntemidir (Denzin ve Lincoln, 2000). Nicel ve nitel araştırma yöntemleri asıl olarak birbirini tamamlayan iki unsurdur. Nicel araştırma yöntemiyle daha genellenebilir ve neden-sonuç ilişkisine dayanan bulgular elde edilirken nitel araştırma yöntemi, yeni ve kendisine dair bilgi ve araştırmanın kısıtlı olduğu alanlara dair bilgi sunmak veya bilinen bir olgunun, hastalığın yahut deneyimin öznel olarak nasıl deneyimlendiğini ve bu deneyimin kültürel etmenlerden nasıl etkilendiğini anlamaya yönelik bilgi sunar (Eiser ve Twamley,1999; Biggerstaff, 2012). Bir diğer deyişle nitel araştırma yöntemi, kompleks yapıdaki olguları derinlemesine anlamaya ve anlamlandırmaya katkı sağlar (Biggerstaff, 2012). Yürütölen bu araştırmada nitel araştırma deseninin kullanılmasının, kompleks biyopsikososyal nedenlerin birleşimiyle ortaya çıkmış bu hastalıkta bireylerin deneyimsel biricikliğini ve bu deneyimin bireylerin anlam dünyasındaki yerini sosyal ve kültürel kimliklerin gerçekliği içinde anlamayı kolaylaştıracakğı düşünölmektedir (Biggerstaff, 2012).

Yürüttüğümüz araştırmanın, üzerinde birçok araştırma yürütülmesine rağmen etiyojisi ve tedavi yöntemleri hakkında kesin bilgilerin bulunmadığı bir hastalık olan İrritabl Barsak Sendromu'nu konu alması, alanda yapılmış birçok nicel araştırma bulunmasına rağmen nitel araştırma sayısının kısıtlı olması ve hastalığın; ortaya çıkış, belirtilerin seyri ve tedavinin etkililiği gibi tüm aşamalarda kültürel etmenlerden ve kültürel olarak öğrenilmiş hastalık davranışlarından etkilenmesine rağmen (Drossman vd., 2009) Türk kültürü'nde öznel hasta deneyimlerini anlamaya yönelik herhangi bir nitel araştırma bulunmaması nedenleriyle bu çalışmada nitel araştırma yöntemlerinden fenomenolojik araştırma deseninin kullanılması uygun görülmüştür (Cresswell, 2021). Fenomonolojik araştırma, bir olgu hakkında ortak tecrübeleri olan bireylerin bu olguyu nasıl deneyimlediklerini anlamayı ve ortaya çıkan ortak anlamların bir araya gelmesi ile olgunun farklı yönleriyle bütüncül olarak açıklanmasını hedefleyen bir nitel araştırma desendir (Moustakas, 1984; Creswell, 2021).

Araştırmada nitel araştırma tekniklerinden biri olan derinlemesine mülakat tekniği kullanılmıştır. Derinlemesine mülakat tekniği, bireylerin belirli bir konu özelindeki deneyimlerini duygu, düşünce ve davranış ekseninde kapsamlı şekilde ifade edebilmesinin yolunu ačan ve araştırmacıya, bireylerin belirli bir olguya dair deneyimlerini nasıl anlamlandırdıklarını görme imkânı sunan bir araştırma tekniğidir (Seidman, 2006; Yıldırım ve şimşek, 2016). Verilerin analizi ise Tematik analiz yöntemi ile yapılmıştır (Braun ve Clark, 2006). Bu bağlamda tematik analiz yöntemi, elde edilen verilerin gruplandırılması, özetlenmesi ve anlamlandırılması yoluyla araştırmaya katılan bireylerin deneyim ve anlam dünyalarını belli bir bağlam ve gerçeklik içinde anlamayı mümkün kılıcı bir teknik olarak araştırma için uygun görülmüştür.

3.2. Örneklem

Örneklem olarak İBS'li bireylerin kullandığı sosyal paylaşım siteleri, Facebook grupları, mail gruplarına gönderilen davet metinleri ve çeşitli sosyal medya araçları aracılığıyla ulaşılan 10 kadın katılımcı, amaçlı örnekleme yöntemlerinden maksimum çeşitlilik ve ölçüt örnekleme yöntemleri ile seçilerek araştırmaya dâhil edilmiştir (Başaran, 2017; Levitt vd., 2017; Yıldırım ve şimşek, 2018). Amaçlı örnekleme yöntemi, araştırmanın amacına uygun olarak, araştırılan konu hakkında derin bilgi

veya deneyime sahip bireylerin seçilmesi ile bir olgunun derinlemesine incelenmesine olanak sağlayan bir yöntem olarak görülmektedir (Başaran, 2017; Yıldırım ve Şimşek, 2018). Amaçlı örnekleme yöntemlerinden maksimum çeşitlilik örnekleme, seçilen çalışma grubunun demografik veya bağlamsal özellikler açısından farklılaşmasına ve daha geniş bir yelpazede ve farklı boyutlarıyla olgunun ele alınmasına olanak sağlayan bir örnekleme yöntemi iken (Başaran, 2017; Levitt vd., 2017) ölçüt örnekleme, araştırma için önceden belirlenmiş belli kriterleri karşılayan bireylerin örnekleme dahil edilmesine dayanır (Yıldırım ve Şimşek, 2018; Başaran, 2017).

Maksimum çeşitlilik örnekleme yöntemi kapsamında Levitt ve diğerleri (2017) örnekleme çeşitliliği ile ilgili amaca uygunluk ilkesini savunur her ne kadar kapsayıcı ve zengin bir bilgi içeriği sunmak adına örneklemin farklı özelliklere sahip bireylerden oluşması uygun olsa da örneklemin tüm demografik açılarından çeşitlilik arz etmesi mümkün olmayacağı için çeşitlilik, araştırmanın amacına hizmet edecek şekilde belirlenmelidir der. Bu anlamda araştırmacının hedeflemesi gereken, örneklemin sosyodemografik özelliklerindeki çeşitlilikten ziyade ele alınan olgunun farklı formlarına, türlerine veya bağlamla ilişkili görünümüne dair geniş yelpazede veriler sunacak bir örnekleme yer vermek olmalıdır (Levitt vd., 2017). İBS özelinde hastalık belirtilerinin ve hastalığın psikolojik ve deneyimsel etkilerinin cinsiyetler arasında oldukça farklı seyretmesinden ötürü bu nitel araştırmada aynı tanıya sahip kadınlarla görüşülmesi örneklemin homojen olmasına ve ortak temaların daha iyi analiz edilebilmesine olanak sağlarken İBS'nin tek bir alttürüne odaklanılmaması ve hastalığın alttürleri bağlamında (diyare ağırlıklı, konstipasyon ağırlıklı ve karışık seyreden İBS) farklı klinik görünüme ve hastalık şiddetine sahip bireylerin eşit oranlarda araştırmaya dahil edilmesi, hastalığın geniş bir spektrumda ele alınmasını kolaylaştıracak bir amaçlı örnekleme çeşitliliği sağlamıştır (Drossman vd., 2009; Levitt vd., 2017).

Ölçüt örnekleme yöntemi bağlamında ise araştırmaya katılım kriterleri, 18-65 yaş aralığında bulunmak, bir gastroenteroloji ve dâhiliye başta olmak üzere bir tıp hekimi tarafından İBS teşhisi almış olmak ve Roma IV kriterlerini karşılamak, soruları anlayabilecek ve kendini yeterince ifade edebilecek bir dil kullanma düzeyine ve bilişsel düzeye sahip olmak; araştırmaya dâhil edilmeye engel olacak faktörler ise

farklı bir organik barsak hastalığına sahip olmak ve psikotik bozukluk gibi bilişsel yetileri etkileyecek ciddi bir psikiyatrik tanıya sahip olmak olarak belirlenmiştir.

Morrow (2005), mülakat sürecinin tamamlanması için mutlak yeterli kabul edilebilecek bir "sihirli örneklem sayısı"nın bulunmadığını ifade eder. Nitel araştırmalarda bir konu veya olgu hakkında yeterli bilgi düzeyine sahip olmak, ulaşılan örneklemin sayısından ziyade araştırılan konunun içeriğine ve konu özelinde kurulan anlam dünyasına vakıf olabilmeyi mümkün kılacak yeterli ve kaliteli bilgiyi elde edebilmeye bağlanmıştır (Levitt vd., 2017). Bu bağlamda nitel araştırmalarda belirlenen kesin bir örneklem sayısı bulunmamakla birlikte verinin doygunluğa ulaşması ve yeni veri akışının kesilip temaların tekrar etmeye başlamasına kadar veri toplama sürecinin devam etmesi tavsiye edilmektedir (Spiegel vd., 2011). Bu bağlamda araştırmamızda, gönderilen davet metnine 25 kişi olumlu geri dönüş yapmış olup bu kişiler arasından araştırma kriterlerine uygun olan 10 kadın katılımcı ile görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Bu araştırmada belirlenen örneklem sayısı uluslararası literatürdeki emsal makalelerde kullanılan örneklem sayısı ile örtüşmekte iken (bkz. Fletcher vd., 2008; Hakanson vd., 2009; Campbell, 2015) aynı zamanda veri doygunluğu ilkesi de göz önünde bulundurularak veri toplama süreci benzer temaların tekrar etmesine dek sürdürülmüştür.

Araştırmamıza katılım gösteren İBS'li bireylerin yaş, medeni durum, eğitim durumu, meslek, kaç yıldır İBS tanısına sahip olduğu, kaç yıldır İBS ile mücadele ettiği ve sahip olduğu İBS alttürü bilgilerini içeren Tablo 3.1 aşağıda verilmiştir.

Tablo 3.1. Katılımcıların Sosyodemografik Bilgileri

Katılımcı No	Yaş	Medeni Durum	Eğitim Durumu	Meslek	Tanı Süresi (Yıl)	İBS ile Geçen Yıllar	İBS Alt Türü
K1	34	Bekâr	Doktora	Ar. Gör.	9	12	İBS-K
K2	39	Bekâr	Doktora	Üst Düzey Yönetici	4	4	İBS-K

Tablo 3.1. (devamı)

K3	25	Bekâr	Yüksek lisans	Editör	1	20	İBS-K
K4	24	Bekâr	Üniversite	Öğrenci	2	4	İBS-K
K5	22	Bekâr	Üniversite	Öğrenci	4	4	İBS-D
K6	23	Bekâr	Üniversite	Öğrenci-Müşteri Temsilcisi	2	16	İBS-D
K7	29	Bekâr	Üniversite	Öğrenci	10	10	İBS-M
K8	22	Bekâr	Üniversite	Öğrenci	4	4	İBS-M
K9	36	Evli	Üniversite	Çalışmıyor	5	5	İBS-D
K10	40	Evli	Lise	Terzi	14	14	İBS-M

Buna göre katılımcıların yaşları 22 ila 40 arasında değişmekte ve yaş ortalaması 29,4 olarak görünmektedir. Bunun yanında medeni durum bağlamında katılımcıların %80'i bekar, %20'si evlidir. Katılımcıların %10'u lise, %60'ı üniversite ve %30'u lisansüstü düzeyinde eğitim durumuna sahiptir. Katılımcıların %40'ı beş yıl veya daha uzun bir zamandır İBS tanısına sahipken %50'sinde bu süre 1 ila 4 yıl arasında değişmektedir. İBS ile geçen yılların tanı alma süresinden daha uzun olduğu ve belli bir şikâyet süresinden sonra doktora başvurmanın yaygın bir tutum olduğu tablodan anlaşılmaktadır. Ayrıca alt türlere dağılım bağlamında katılımcıların %40'ı kabızlık (İBS-K), %30'u diyare (İBS-D) ve %30'u karışık alt türe (İBS-M) sahiptir.

3.3. Veri Toplama Araçları

Örneklemin betimsel verilerinin elde edilmesi amacıyla toplamda 20 sorudan oluşan ve yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim ve gelir durumu gibi sosyodemografik bilgilerin yanında İBS teşhisinin alındığı yıl, var olan fiziksel hastalıklar, psikolojik hastalıklar ve devam eden tıbbi, psikolojik ve farmakolojik tedavi yöntemlerine dair sorular içeren bir sosyodemografik bilgi formu kullanılmıştır. (Bkz. Ek-A).

Katılım kriterlerini sağlayan gönüllülerle Zoom programı üzerinden gerçekleştirilen görüşmeler esnasında ise, derinlemesine mülakat tekniğinde sıklıkla başvurulan yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır (Bkz. Ek-B). Yarı yapılandırılmış görüşme formu, ilgili literatürün taranması sonucu, tezin teorik altyapısına uygun olacak şekilde araştırmacı tarafından ortaya çıkarılmış sorulardan oluşmaktadır. Geçerliği artırma amacıyla hazırlanan sorular, nitel araştırma tecrübesi olan çok sayıda farklı uzman tarafından kontrol edilerek son şeklini almıştır. Nitel araştırmanın doğası gereği soruların açık uçlu olmasına, yönlendirici olmamasına, cümlelerde bilimsel jargon kullanılmamasına, her bir sorunun tek bir alana yönelik soru ihtiva etmesine ve soruların anlaşılır olmasına özen gösterilmiştir (Charmaz, 2006).

3.3.1. Güvenilirlik ve Geçerlik

Nitel araştırmanın geçerlik kriterlerinden biri de araştırma ve analiz sürecinin araştırmacının ön kabullerinden arınmış olmasıdır. Araştırmacının, konuya dair bakış açısının veri toplama sürecini nasıl şekillendireceğine dair bilince sahip olması ve bu etkiyi en alt seviyeye çekmek için gerekli çabayı göstermesi, araştırılan olgunun kendi gerçekliği içinde ele alınmasına olanak sağlayacaktır. Araştırılan grupla gerek ortak özelliklere gerekse zıt özelliklere sahip olunsun, nitel araştırmada araştırmacının ilgili konuya dair deneyimleri ve bakış açısı, araştırma sürecini az veya çok etkileyebilecek bir unsur olarak kabul edilmektedir. Bu anlamda araştırmacının var olan değer yargılarından, konu hakkındaki deneyimsel geçmişinden, biliş ve duygularından tam anlamıyla sıyrılması mutlak surette mümkün olmasa da bu etkinin minimum seviyeye çekilmesi için araştırmacı gereken gayreti göstermeli ve bakış açısını yönetebilme yetisine sahip olmalı, konuya dair var olan perspektifini doğrulayacak verilere ulaşmaktan kaçınıp salt verilen cevaplarla ortaya çıkan veriye odaklanmalıdır (Levitt vd., 2017).

Var olan perspektiften sıyrılabilme adına çeşitli yöntemler bulunmaktadır. Bu bağlamda paranteze alma, araştırmacının veri toplama süreci boyunca araştırma konusu hakkındaki var olan ön kabul ve ön bilgilerini bir kenara koymasıştır (Gearing, 2004; Levitt vd., 2017). Bu araştırmada da İBS'li bireylerle daha önce bağ kurmuş ve deneyimlerine tanık olmuş olan araştırmacı, var olan bilgilerini, ön kabullerini ve inançlarını devre dışı bırakarak gerek araştırma sorularının belirlenmesi sırasında,

gerek mülakat sürecinde, gerekse analiz evresinde salt katılımcılardan gelen bilgi akışına odaklanacağını ve verileri tarafsız bir analiz sürecinden geçireceğinin teminatını vererek araştırmaya başlamıştır.

Geçerlik ve güvenilirliği sağlamak üzere Levitt ve diğerleri (2017), mülakat sırasında kesin cevaplı sorular yerine açık uçlu ve konuyu açmaya sevk edecek sorulardan yararlanmanın, dikkati tam olarak katılımcıya yönelterek konuşmayı takip etmenin ve katılımcılara sorulan soruların yönlendirici olmasından kaçınmanın araştırmacının tarafsızlığını koruması ve ön kabullerinden sıyrılarak veriye odaklanması bağlamında önemli adımlar olduğunu ifade eder ki bu araştırmada da bu hususlara olabildiğince dikkat edilmiştir.

Bu nitel araştırmada araştırmacının geçerliğini sağlamak amacıyla kullanılan stratejilerden biri de akran incelemesi olmuştur. Nitel araştırma tecrübesi olan bir akran araştırmacının araştırma ve analiz sürecini takip ederek yapıcı eleştirilerde bulunması, ortaya çıkan anlam ve yorumları sorgulaması ve geribildirim vermesi yoluyla araştırma sürecinin dışarıdan bir göz aracılığıyla kontrol edilmesi sağlanmıştır (Lincoln ve Guba, 1985; Creswell, 2021). Araştırmayı planlama, soruların oluşturulması ve analiz aşamalarında bu yöntemden yararlanılmıştır. Ayrıca analiz aşamasında kodlama-yeniden kodlama ve nitel araştırma konusunda tecrübeli bir akademisyenin kodlama işlemini gözden geçirmesi yoluyla da analizin geçerlik ve güvenilirliğinin artırılması amaçlanmıştır (Creswell, 2021).

Geçerliği artırmak için kullanılan bir diğer yöntem ise zengin ve yoğun bir betimlemenin kullanılması ve analiz sırasında alıntılara yer verilmesidir. Bu amaçla bu araştırmacının bulguları katılımcıların ifadelerinden alıntılarla yoğun olarak desteklenmiştir (Creswell, 2021).

Creswell (2021), nitel araştırmalarda geçerlik kaynaklarını sunarken bir nitel araştırmacının bu yöntemlerden ikisi ile meşgul olmasının çalışmanın geçerlik ve güvenilirlik kazanması için yeterli bir adım olacağını ifade eder ki bu çalışmanın geçerliği de yukarıda sayılan paranteze alma, açık uçlu sorular sorma, akran ve uzman gözden geçirmesi, alıntılarının kullanılması yöntemleriyle desteklenmiştir.

3.4. Veri Toplama Süreci

Veri toplama süreci öncelikli olarak İbn Haldun Üniversitesi Sosyal ve Beşerî Bilimler Bilimsel Araştırmalar ve Yayın Etiği Kurulu'ndan etik kurul onayı alınmıştır. (Bkz. Ek-D).

Katılımcılara ulaşmak amacıyla öncelikle İBS'li bireylerin biraraya geldiği dayanışma ve bilgi alışverişi odaklı Facebook gruplarına üye olunmuş ve grup sorumluları izni dâhilinde katılımcılara EK-E'de örneği verilen afiş aracılığı ile bir davet metni gönderilmiştir. Eş zamanlı olarak üniversite öğrencileri, hekim grupları, STK'lar, gibi farklı kullanıcı gruplarına ait mail ve Whatsapp gruplarına ilgili afiş iletilmiştir. Araştırmaya katılmak amacıyla araştırmacı ile iletişime geçen bireylerden, EK-A'da verilen sosyodemografik formun elektronik anket yöntemi ile hazırlanmış versiyonunu doldurmaları istenerek, form aracılığıyla hem katılımcıların demografik özelliklerine dair bilgi edinmek, hem de dışlama kriterlerinden herhangi birinin var olup olmadığının belirlenmesi amaçlanmış ve katılım kriterlerini karşılayan bireyler bu form aracılığıyla belirlenmiştir. Toplamda 25 kişi bu formu doldurmuş olup bu bireylerden, katılım kriterlerini karşılayan 12 kişi ile tekrar temasa geçilmiştir. Veri doygunluk ilkesi ve görüşme için ortak zaman ayarlama imkânı gözetilerek toplamda 10 katılımcı ile görüşmeler tamamlanmıştır.

Araştırmaya katılmayı kabul eden bireylere bir Aydınlatılmış Onam Formu iletilerek araştırmanın kapsamı, amacı, araştırmaya katılımın gönüllülük esasına dayanması, görüşmelerin kayıt altına alınma süreci ve kişisel bilgilerin gizliliği hakkında ayrıntılı bilgi verilmiştir. (Aydınlatılmış Onam Formu İçin Bkz. Ek 6). Araştırmaya katılım sürecinde yazılı olarak iletilen bu metin, görüşmelerin başında ayrıca sözlü olarak da dile getirilmiş ve katılımcıların, görüşmelerin kayıt altına alınmasına dair rızası tekraren alınmıştır. Araştırmaya katılım kriterlerini karşılayan bireylerle uygun oldukları gün ve saat için çevrimiçi takvim üzerinden randevu oluşturulmuş ve belirlenen vakitte görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Mülakatlar COVID-19 süreci gereğince çevrimiçi yürütülmüş olup, katılım kriterlerini sağlayan gönüllülerle ZOOM programı üzerinden zaman aralığı 45 ila 90 dakika arasında değişmekle birlikte ortalama 60 dakika süren görüşmeler yapılmıştır. Veri toplama süreci Mart 2022-Nisan 2022 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Tüm görüşmeler tamamlandığında,

katılımcılara ve araştırmaya katılmayı kabul ettikleri halde katılım kriterlerini karşılamayan İBS'li bireylere teşekkür mahiyetinde İBS'ye dair psikoeğitim ve stresle baş etme becerilerini içine alan bir online seminer programına katılım imkânı sunulmuş ve seminer 30 Mart 2022 günü gerçekleşmiştir. Görüşmeler sırasında araştırmacıya rehber olması amacıyla Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu (Ek-B) kullanılmış, konuşmanın akışına göre, önceden belirlenmiş destekleyici sorularla konunun ayrıntılı ve derinlikli şekilde ele alınması sağlanmıştır. Sorulması planlanan herhangi bir sorunun cevabı önceki sorular içinde verilmişse aynı soru katılımcıya tekrar yöneltilmemiştir.

3.5. Analiz

Veri analizi, Tematik Analiz yöntemi kullanılarak yapılmıştır (Braun ve Clark, 2006). Burada temel amaç, görüşmelerden elde edilen ham ve komplike veri kütesinin derinlemesine açıklanması, yorumlanması ve kategorilere ayrılarak özetlenmesi, bir anlam bütünlüğünün oluşturulması, önemli görülen, sıklıkla tekrarlanan ve görüşmeye hakim olan temaların, belirli bir ön kabul ve teoriye dayalı bir ön şablona bağlı kalınmaksızın elde edilmesi; ayrıca alt ve üst temalar ve bu temalar arasındaki bağlantıların ortaya çıkarılması yolu ile verinin araştırma soruları ekseninde incelenmesidir (Braun ve Clark, 2006; Thomas, 2006; Yıldırım ve Şimşek, 2016). Braun ve Clark (2006), tematik analizin diğer tüm nitel analiz yöntemlerinin temelini oluşturduğunu ve aslında her nitel analizin tematik analiz olduğunu savunur. Bu bağlamda tematik analizin bir yöntemden ziyade diğer nitel analiz yöntemlerinin içerisinde kullanılan bir araç niteliğinde olduğunu savunan görüşün aksine Braun ve Clark (2006), tematik analizin tek başına bir nitel araştırma yöntemi olarak kullanılabilmesine ve araştırmacıya veriyi teferruatlı ve zengin bir anlatımla ele alma imkânı sunan ve katı kurallar barındırmaksızın araştırmacıyı belli sınırlar içinde özgür bırakan kullanışlı bir yöntem olduğuna dikkat çekmektedir. Bu araştırmada da Braun ve Clark (2006)'ın tematik analiz aşamaları takip edilerek veri analizi gerçekleştirilmiştir. Bu aşamalar şu şekilde verilmiştir:

1. Verilerin deşifre edilmesi, yinelenerek okunması ve ilk izlenimlerin not alınması yoluyla veriye aşinalık kazanılması,
2. İlk kodlamaların yapılması

3. Kodların birbiri ile ilişkili olanlarının tema çatıları altında birleştirilmesi ve ilk temaların oluşturulması
4. Temaların veri setine uygunluğunun gözden geçirilmesi
5. Temaların anlaşılır bir isimle isimlendirilmesi ve kapsamının belirlenmesi
6. Elde edilen bulguların doğrudan katılımcı ifadeleri ile birlikte ele alınarak raporlanması

Bu çalışmada, verilerin analizi sırasında ilk olarak kayda alınan görüşmeler araştırmacı tarafından transkripsiyonla yazıya geçirilmiş ve bir Word dosyası haline getirilmiştir. Görüşmenin yazıya geçirilişi sırasında katılımcıların isimleri mahremiyet ilkesi gereğince K1, K2, ... şeklinde birer katılımcı numarası ile değiştirilmiş ve katılımcıların kimlik bilgilerini içeren her bir bilgi kamufle edilmiştir. Her bir deşifrenin ayrıntılı olarak birden fazla kez okunması yoluyla araştırmacının veriye aşinalık kazanması sonrasında kodlama işlemine geçilmiştir. Kodlama, verinin analiz edilebilir parçalar haline getirilmesi için ilk adımdır. Verinin her bir parçasının kısaca isimlendirilmesi, özetlenmesi ve kategorilere ayrılabilir hale getirilmesi işlemine verilen isimdir (Charmaz, 2006). Kodlama işlemi başlangıç kodlaması (ilk kodlama) ve odaklı kodlama olmak üzere iki aşamalı olarak gerçekleşmiştir. Başlangıç kodlamasında transkriptte bulunan, anlam bütünlüğü olan her bir cümle veya paragraf satır satır kodlanmış, odaklı kodlamada ise metin içinde sıklıkla tekrarlanan, önemli görülen ve vurgulanan temalara odaklanılmıştır. (Charmaz, 2006). Katılımcıların direkt olarak kendi ifadelerine dayanan, cümle yapısının bozulmadan ele alındığı alıntılar da ayrıca kodlanmıştır. İn vivo kodlama olarak adlandırılan bu alıntılar, katılımcıların görüşlerini hiçbir yorumsal müdahale olmaksızın yansıtması bakımından oldukça önemli ve kıymetli olarak görülmektedir (Charmaz, 2006).

Glaser (1992)'a göre başlangıç kodlamasını önemli kılan nokta, zihindeki ön kabullerden tamamen sıyrılmış şekilde sadece metne bağlı kalarak metnin her bir satırında anlatılan durumu analiz edilebilir parçalar haline getirmesidir (Charmaz, 2006). Başlangıç kodlamasında araştırmacının açık bir zihinle ve teorilerden sıyrılmış şekilde bu işlemi yapması, metni okurken yeni fikirlerin oluşmasına ve düşüncenin elde edilen veri aracılığıyla zenginleşmesine olanak sağlayan bir adım olmuştur (Charmaz, 2006). Odaklı kodlama ile ise elde edilen kodların kategorileştirilerek alt ve üst temaların belirlenmesi sağlanmıştır. Araştırmamızda ilk kodlamalar deşifre

edilmiş metinler üzerinden yapılarak bir yandan veriye aşinalık kazanılmış, sonrasında ise MAXQDA programından yararlanılarak odaklı kodlamalar gerçekleştirilmiş ve sonrasında alt ve üst temalar belirlenmiştir. Analizin ilk aşamasında 1322 bağımsız kod ortaya çıkmışken tekrar kodlama ile araştırma sonunda bu kodların sayısı 1270'e düşmüş, bu kodlar 6 üst tema ve 31 alt tema altında toplanmıştır. Belirlenen alt ve üst temaların bir listesi oluşturulmuş, katılımcıların ifadelerinden alıntılarla bulgular bölümünde bu temalar ayrıntılı olarak ele alınmış ve elde edilen bulguların alan yazınla benzerlik ve farklılıkları tartışma bölümünde olası nedenleri ile birlikte ele alınmıştır.



BÖLÜM IV

BULGULAR

Bulgular bölümünde, araştırmamıza katılan İBS’li bireylerin görüşmeler sırasında yöneltilen sorulara verdikleri cevapların analizi detaylı olarak sunulacak, oluşturulan üst ve alt temalar çerçevesinde sonuçlar ele alınacaktır. Katılımcıların kendi ifadelerine dayanan aktarımlar ve araştırmacının görüşme içerikleri üzerinden açığa çıkardığı anlamlarla konunun detaylı şekilde ele alınması ve anlaşılması hedeflenmektedir. Görüşmeler, “Yaşantısal Deneyim Boyutu”, “Dini ve Manevi Yaşam Boyutu”, “Sosyal ve Kültürel Boyut”, “Duygusal Boyut”, “Gözlemsel ve Bilişsel Boyut” ve “Başa Çıkma Boyutu” üst temaları çerçevesinde incelenmiştir. Ortaya çıkan temalar Tablo 4.1’de verilmiştir.

Tablo 4.1. İBS Eşliğinde Yaşam Deneyimi Alt ve Üst Temalar Tablosu

Üst Temalar	Alt Temalar	
Yaşantısal Deneyim Boyutu	Fizyolojik Zorluklar	Uzun süren, geçmeyen kabızlık veya diyare Hafif ama sürekli seyreden ağrı Şişkinlik ve gaz yoğunluğu Atak dönemler
	Tanı Sürecindeki Deneyim ve Zorluklar	Çoklu doktor ziyaretleri Çoklu tetkikler Hekim ilgisizliği Hekim ilgi ve desteği
	Tedavi Sürecindeki Zorluklar	Yetersiz veya Kısmi rahatlama Çözumsuzlük Yoğun emek Hayatı kısıtlayıcı tedaviler
	Zihinsel Meşguliyet	Sosyal ilişkilere odaklanamama İş hayatına ve akademik hayata odaklanamama
	Sınırlanma ve Kısıtlanma	Kıyafet seçimi Zamansal ve mekânsal sınırlanma Beslenme Hareket ve enerji

Tablo 4.1. (devamı)

Dini ve Manevi Yaşam Boyutu	İbadetlerde Zorluk	Zamansal ve mekânsal zorluk İbadete hazırlıkta zorluk İbadete odaklanmada zorluk
Sosyal ve Kültürel Boyut	Sosyal Destek Mevcudiyeti	Artmış ilgi ve destek Anlayış ve olumlama
	Sosyal Destek Yoksunluğu	Sosyal baskı, ısrar ve yargılayıcı bakış
	Sosyal İlişkilerde Bozulmalar	
	Genel Yaşamda Sosyal İlişki Dinamikleri	Sosyal içe dönüklük ve yoğun olmayan sosyal ilişkiler Olumlu ilişkiler ve sosyal destek
Duygusal Boyut	Deneyimlenen Duygular	Suçluluk ve Pişmanlık Beklenti anksiyetesi Utanç ve mahcubiyet Psikolojik stres ve depresif duygular
	Duyguları Bastırma Eğilimi	Duygu tanımlamada güçlük Duygusal fedakârlık Duygu ifadesine negatif bakış
	Duygusal Farkındalık ve Dışavurumda Gelişim	
Gözlemsel ve Bilişsel Boyut	Psikolojik Faktörlerle İlişkilendirilme ve Tetiklenme	
	Beslenme Davranışlarıyla İlişkilendirilme ve Tetiklenme	
	Çok Faktörlü Yorumlama	
Başa Çıkma Boyutu	Bilgi Edinme ve Uzmanlaşma	
	Tıbbi ve Alternatif Tedaviye Başvurma	
	Dini Başa Çıkma	
	Psikoloji Odaklı Başa Çıkma	Terapi Psikolojik esneklik Biliş ve duygu düzenleme Kabullenme ve alışma Ketlenme/Kaçınma/Geri Çekilme Hastalığa rağmen sosyal yaşama aktif katılım
	Yaşam Düzeni Değişikliği	Beslenme düzeni değişikliği Egzersiz ve hareketi artırma Rutin oluşturma Değişimde istikrar ve sabır

4.1. Yaşantısal Deneyim Boyutu

Araştırmaya katılan bireylerin anlatımları göstermektedir ki İBS, gerek ortaya çıkan bedensel belirtiler gerekse bu belirtilerin sosyal ve psikolojik yansımaları ile hastalığı deneyimleyen bireylerin hayatlarında çeşitli değişimler ve aynı zamanda zorluklar meydana getirmektedir. Oluşturulan bu üst tema çerçevesinde İBS’li bireylerin hastalığın ilk belirtilerini hissetmelerinden itibaren yaşadıkları deneyimler ele alınmıştır. Hastalığın fizyolojik etkileri, tanı ve tedavi sürecinde yaşanan deneyimler, hastalığın yol açtığı zihinsel meşguliyet, ibadetlerde zorluk ve kısıtlanma ve sınırlanma deneyimlerini içine alan alt temalar çerçevesinde bu deneyimler katılımcı ifadeleri ışığında sunulmuştur.

4.1.1. Fizyolojik Zorluklar

Tablo 4.2. Fizyolojik Zorluklar Alt Tema Tablosu

Fizyolojik Zorluklar
Uzun süren, geçmeyen kabızlık veya diyare Hafif ama sürekli seyreden ağrı Şişkinlik ve gaz yoğunluğu Atak dönemler

İBS’nin bireylerin yaşam kalitelerine etki eden bedensel belirtileri, görüşmeler boyunca katılımcı anlatımlarında sıklıkla ve yoğunlukla yer bulmuştur. İBS alt türüne de bağlı olmakla birlikte bireylerin en sık dile getirdikleri belirtiler yoğun ve geçmeyen kabızlık ve / veya diyare, diyareye bağlı ani tuvalete gitme ihtiyacı, karın ağrısı, şişkinlik ve gaz yoğunluğu olmuştur. Katılımcılardan 4’ünde hastalık kendini temelde kabızlık belirtisiyle göstermiş, 4’ünde diyare bu tabloda baskın olmuş, 2’sinde ise kabızlık ve diyare dönüşümlü olarak görülmüştür. Bunun yanında yorgunluk, barsaklarda huzursuzluk hissi, mide bulantısı, enerji düşüklüğü, belirtiler nedeniyle kilo alamama gibi ek belirtiler de katılımcılar tarafından dile getirilmiştir. Ele alınan fizyolojik zorluklar Tablo 4.2’de aktarılmaktadır.

4.1.1.1. Uzun Süren ve Geçmeyen Kabızlık veya Diyare

Katılımcıların ifadelerinden anlaşıldığı üzere hastalığın ana belirtilerinden olan ve İBS alt türünü belirleyen kabızlık ve diyare sorunu sağlıklı bireylerden farklı olarak bu bireylerde süreklilik arz etmekte ve hayatın akışını, bireyden bireye farklılık gösteren bir oranda etkilemektedir. Öne çıkan bir bulgu ise bu durumun süreklilik arz etmesi ve aylarca süren kabızlık ve diyare şikâyetlerinin görülebilmemesidir. Genellikle kabızlık alttüründeki bireylerde ağrı ve şişkinlik belirtileri tabloya eşlik ederken diyare alttüründeki bireylerde acil tuvalete gitme ihtiyacı, barsakların sürekli hareketli olması ve vücuda alınan besinlerin barsaklarda emilemeden vücuttan atılmasına bağlı olarak kilo alamama gibi durumların sıklıkla görüldüğü bulgulanmıştır. Bunun yanında barsakların sürekli huzursuz olması, tuvalete gitme fakat rahatlayamama, çok sık tuvalete gitme ve tuvalet kullanma süresinin uzun olması gibi bulgular bu bireylerin deneyimleri arasındadır. Aşağıdaki alıntı kabızlık alttürüne sahip bir katılımcının deneyimini yansıtırken diğer alıntı ise diyare alt tipini örneklemektedir:

K1: *“Ya şey benim hiçbir zaman tuvalete çıkışım, çok rahat bir insan olmadı. Hani kabızlık, çok ciddi bir hani kanama vesaire değil de, hani çok o kadar şiddetli olmasa da hep bir böyle bir tuvalete az çıkma, işte seyrek çıkma, birkaç gün çıkamama, en ufak bir yer değişikliğinde tuvalete çıkamama sorunum hep olmuştur yani işte dışkılama ile ilgili hep bir sıkıntı var yani.”*

K9: *“Ondan sonra bu artmaya başladı artık şey haline geldi yani, yemek yiyorum, ne yersem yiyim fark etmez, en geç 20 dakika içinde yani 10- 15- 20 dakika, taş çatlasın bir saat içinde tuvalete giriyorum ve bir daha çıkamıyorum.”*

Kabızlık ve diyarenin dönüşümlü olarak görüldüğü bireylerde aynı gün içinde veya farklı dönemlerde barsaklardaki bu değişim gözlemlenebilmiştir.

K7: *“Aynı gün içinde hem kabız hareketi hem de ishal yaşadığım da oldu.”*

K8: *“Normal günlük strete ishal genelde oluyor, ama böyle bir yerde farklı bir yerde kaldığım zaman da kabızlık oluyor.”*

Diyarede ani gelen tuvalete gitme ihtiyacı, bir kısım katılımcıda tabloya eşlik etmiştir. Bir grup katılımcı bunu ani ve kontrol edilemez bir his olarak nitelendirmişken bir kısmı rahatsız edici fakat kontrol edilebilir bir his olarak tanımlamıştır. Diyare ve karışık alt tipteki toplam altı katılımcıdan 3'ünde bu durum gözlemlenmiş, bu bireylerden ikisi bu durumu kontrol edilemez olarak nitelendirmişken 1'i bunu daha kontrol edilebilir bir durum olarak nitelendirmiştir. Bu durumun yaşattığı zorluğu 5. Katılımcı *"Yani birkaç kez gerçekten çok zorlandım ve hani eve zor attığımı hatırlıyorum"* ifadeleriyle dile getirmiştir. Bir başka katılımcı ifadesi ise şu şekildedir:

K10: *"Evdeyken falan problem değil ama bir misafirliğe gittiğimde veya heyecanlandığımda hemen karnım ağrır, hemen dışarı çıkma ihtiyacı duyuyordum. Koşa koşa giderdim, yemekte sofrada ilk önce kalkan ben olurum hep, direkt tuvalete giderdim yani, yediğim direkt çıkardı hiç kilo alamazdım."*

4.1.1.2. Ağrı

İBS'ye eşlik eden ağrı ile ilgili betimlemeler katılımcılar arasında çeşitlilik göstermekte, şiddeti az ama sürekli olarak devam eden bir ağrı tanımının yanında şiddetli olup göğse ve sırtta vuran ve yapılan işe odaklanmayı etkileyen, derinden gelen bir ağrı tarifi de katılımcı ifadelerinde görülmektedir. Genel eğilim tanımlanamayan bir ağrıdan bahsetme ve ağrının lokalizasyonuna dair net bir görüş bildirememesi şeklinde olmuştur.

K4: *"Ağrı hissi, batma hissi ve, ya orda bir şey var gibi ama sadece aynı zamanda gaz gibi de, tanımlayamıyorum ne olduğunu... Dayanılmaz bir ağrı böyle sanki patlayacak gibi falan karnım."*

K2: *"Sol tarafımda, sol tarafımda böyle kasık bölgeme yakın, tam da kasık olmayan tuhaf bir ağrı oluyordu, böyle şişiyormuş gibi orası, işte bastırduğimde ağrıyordu, normal işte zamanlarda ağrıyordu ama böyle insanı çok değişik bir ağrı yani içten geliyor."*

K10: *"Her gün, her gün karın ağrısı."*

4.1.1.3. Şişkinlik ve Gaz Yoğunluğu

Şişkinlik ve gaz yoğunluğu nedeniyle nefes almakta güçlük, sırtta ve göğüste ağrı, “karında tonlarca ağırlık hissi” (K10) ve bir katılımcının “tüyelerimi ürpertecek derecede bir sancı” (K7) olarak nitelendirdiği gaz sancısı gibi belirtiler özellikle kabızlık alttüründeki katılımcıların büyük bir kısmında yer almaktadır. Katılımcılardan üçünün, yaşadıkları şişkinlik hali için hamilelik benzetmesini kullanması deneyimlerin benzerliğine işaret etmektedir. Aşağıdaki alıntı ise bu durumun bireylerin psikolojik yaşantılarında dahi önemli yer tuttuğunun bir örneğidir:

K1: “Ya mesela benim seanslarımdan bir tanesinde EMDR seansıydı bu, oraya nereden geldik hatırlamıyorum ama çok imge falan canlanıyor ya, bir tanesinde böyle şey var karnım taşla dolu, kendimi yatar vaziyette ve karnımı taşla dolu görüyorum, küçük küçük taşlar ve böyle şey diyor tamam çıkar diyor, ben böyle yok çıkaramam falan, kesinlikle o taşları atamıyorum yani ve böyle kâbus gibi bir seanstı.”

Aynı zamanda belirtilerin farklı fizyolojik şikâyetleri de beraberinde getirmesinin bir örneği olarak aynı katılımcının geçmeyen öksürük şikâyetiyle hekime başvurması ve İBS’ye bağlı gaz yoğunluğunun bunun sebebi olarak görülmesi, hastalığın etkilediği alanların çeşitliliğine dair bir örnek olarak görülebilir:

K1: “Filmde böyle göğsümün altında, normalde bir insanda şu kadar bir şey oluyormuş galiba, bu kadar bir boşluk var filmde çıktı ve doktor şok oldu. O gazmış, yani çok fazla, o kadar çok gaz var ki artık böyle yukarı geliyor ve göğse ve diyaframa bastırıyor ve ben o yüzden öksürüyordum.”

4.1.1.4. Atak Dönemler

Hastalığın genel olarak ataklar halinde kendini gösterdiği, atak dönemlerde belirtilerin yaşam kalitesini ciddi oranda düşürdüğü, düzelmelerin olduğu dönemlerde ise belirtilerin ciddi bir hafifleme gösterdiği ve bireylerin bu dönemde hasta olduklarını dahi untabildikleri birçok katılımcının anlatımında yer bulmuş, katılımcıların 6’sı bu atak dönemlerin varlığından bahsetmiştir. Katılımcıların genel ifadelerinden anlaşılan

odur ki stres, beslenme değişiklikleri gibi çeşitli faktörlerle tetiklenerek hastalık belirtilerinin gözlemlenmesinin yanında bu atak dönemler periyodik olarak görülmekte ve belirtilerin zirve yaptığı dönemleri temsil etmektedir.

K4: “Daha sonrasında ortaya çıkan şeylerle birlikte ben benim stresim ne zaman yükselse karnım o kadar daha fazla şişmeye başlıyordu, uı, bazen, bu ataklar çok sık gel- yani ayda bir kez kesin yaşıyorum ama böyle üç ayda birlik bir periyotta dayanılmaz şekilde yaşadığım oluyor, o zamanlar böyle laksatifler falan kullanıyorum ki ancak böyle tamamen her şey gittiğinde vücudumda bir rahatlama hissedebiliyorum, o ataklar çok zorlu geçiyor.”

K8: “Şu an mesela da normal günlük hayatımda bir sıkıntı yaşamıyorum, yani bir şey tarafından bir şey beni etkilediği zaman, strese soktuğu zaman oluyor, yani stresli olmadığım zamanlarda gayet bir sıkıntı yaşamıyorum. Normalde, yani doğrudan duygudurumumla bağlantılı hani onun dışında normal durumlarımda sindirim sistemi sıkıntıları yaşamıyorum iyi hissettiğim zamanlarda.”

4.1.2. Tanı Sürecindeki Deneyim ve Zorluklar

Tablo 4.3. Tanı Sürecindeki Deneyim ve Zorluklar Alt Tema Tablosu

Tanı Sürecindeki Deneyim ve Zorluklar
Çoklu Doktor Ziyaretleri
Çoklu Tetkikler
Hekim İlgisizliği
Hekim İlgi ve Desteği

Hastalığın başlangıcı ve tanı sürecine dair anlatımlar, araştırmaya katılan İBS’li bireyler için tanı sürecinin oldukça uzun ve uğraşı gerektiren bir süreç olduğunu ortaya koymaktadır. Bu bireyleri doktora gitmeye ilk sevk eden belirtiler genellikle geçmeyen karın ağrısı, diyare, kabızlık, süregelen şişkinlik veya tekrarlayan gaz sancısı gibi şikâyetler olmuştur. Burada yaygın olan tutum katılımcıların birçoğu tarafından bu belirtilerin ilk başta anlamlandırılmaması, genellikle mide rahatsızlıkları olmak üzere farklı hastalıklara atfedilmesi, önemsenmemesi, bir süre doktora gitmenin ertelenmesi fakat şikâyetlerin sürekliliği ile yaşam kalitesinin bozulması sonucunda bir doktora

başvurmaya karar verilmesi olarak görülmektedir. Sosyal çevrenin bir doktora başvurulması gerektiğine dair yönlendirmeleri ve doktor arayışındaki destekleri katılımcıların bir kısmında bu süreci hızlandırmıştır. Sosyal çevreden destek alamayan bireyler ise bu aşamada kendilerini büyük bir belirsizliğin içinde ve yalnız hissettiklerini ifade etmiştir. Duygusal Boyut / Psikoloji stres ve depresif duygular alt teması altında bu husus ayrıntılı olarak ele alınmış olup, aşağıdaki örnekler tanı öncesi süreçte belirtilerin anlamlandırılmamasına dair katılımcı ifadelerini içermektedir:

K4: *“Hani tam olarak İBS belirtilerini gösteriyordum orada ama, bunu anlamlandıramıyordum, bunu reflüden dolayı zannediyordum.”*

K5: *“Önce şey yapmamıştım hani u kış ayıydı hani belki üşütmüşümdür işte ne bileyim soğuk kapmışımdır diye düşündüm sonra biraz devam etti bu iki üç ay...”*

Bunun yanında tanı almaya yönelik katılımcılarda farklı tutumlar gözlemlenmiştir. Bir kısmı İBS’yi tedavisi zor bir hastalık olarak gördüğü için tanıyı kabullenmekte zorlanmıştır. Tanıyı kabullenmekte zorlanan bireylerin genellikle hekim ilgisizliği ile karşılaşmış oldukları ve hekimlerin yeterli açıklama yapmamasının kendilerinde bir güvensizlik oluşturduğu görülmüştür. Katılımcıların büyük bir kısmı ise tanının konması ve farklı ve ciddi bir hastalığın gözlemlenmemesi sonucunda bir rahatlama yaşadığını ifade etmiştir.

K3: *“Psikolojik olarak da, hani bir rahatsızlık yaşadığımda şunu diyorum en azından, işte tanı almak bu açıdan da çok iyi geldi bana. Eskiden hani bir rahatsızlık yaşadığımda diyordum ki ben hastayım, kötü birşey var bende. İşte barsaklarım uf çalışmıyor işte görüyor musun, öyle diyordum (gülme). Şimdi şey diyorum, şu an stresli olduğum için böyleyim. Hiçbir şey yok aslında, hiçbir sorun yok. İşte bu stres geçince bağırsağım da düzelecek. Şu an öyle bir düşünceye vardım, hiçbir sorun yok, aslında hiçbir sorun. Şey düşünüyorum. Herkesin vücudu strese farklı tepki veriyor, benimki de böyle tepki veriyor. Bu da benim kendi tepkim bu şekilde oluyor. Ama stres ortadan kalkınca bu da düzelecek. Şimdi öyle düşünüyorum. O beni rahatlatıyor baya.”*

Bu bölümde tanı sürecinde deneyimlenen çoklu doktor ziyaretleri, çoklu tetkikler ve hekimlerin tutumu ele alınacaktır. İlgili alt temalar tablo 4.3'te özetlenmiştir.

4.1.2.1. Çoklu Doktor Ziyaretleri

Katılımcıların çoğunun hikâyesinde yoğun doktor ziyaretlerinin olduğu, bir hekimin teşhisinin tatmin edici olmamasıyla birlikte birçok farklı hekim ziyaretinin gerçekleştiği görülmektedir. Dâhiliye ve gastroenteroloji başta olmak üzere birçok farklı branşta doktor ziyaretinin gerçekleşmesi de yine yaygın bir durum olarak görülmüştür. Bu süreç bazı katılımcılar tarafından oldukça yoğun, yorucu ve bıktırıcı olarak nitelendirilmiştir.

K2: *“Çok kâbus zamanlar geçirdim yani şimdi böyle konuşunca 4-5 doktora gitmişim yani alanında.”*

4.1.2.2. Çoklu Tetkikler

Kan tahlilleri, kolonoskopi ve endoskopi, araştırmaya katılan katılımcıların neredeyse tamamına uygulanan tanı amaçlı tetkikler olup bu tetkikleri birden çok defa yaptıran katılımcılar da olmuştur. Bunun yanında İBS teşhisi konulana dek hekimler tarafından genellikle çölyak olmak üzere farklı hastalıklardan şüphelenilmesi üzerine stresli ve yoğun hastane süreçlerinin eşlik ettiği bir dönemin yaşandığı bazı hasta deneyimlerinde kaydedilmiştir.

K2: *“2 kere bunları yaptırmışım endoskopi kolonoskopi ve birsürü kan tahlili, zaten şöyle kalın dosyalarla geziyordum.”*

Katılımcı ifadelerinden anlaşıldığı üzere, yapılan ayrıntılı ve çoklu tetkiklerin ardından barsaklarda herhangi bir bozukluğun saptanmaması üzerine hastalara İBS teşhisi konmuş ve bu tanı, hekimler tarafından genellikle stresle bağlantılı bir hastalık tanımlaması ile aktarılmıştır.

K3: *“Barsakların dedi sağlıklı, hiçbir şey yok dedi barsaklarında. Sadece dedi seninki, İBS vardır sende biz ona öyle deriz dedi. Psikolojik yani tamamen... Şey*

dedi otobüsü kaçırırsan bile barsağın ondan etkilenir, kabız oluverirsin. Yani öyle hassas, her şeyden etkilenen bir barsak yani öyle diyeyim.”

4.1.2.3. Hekim İlgisizliği

Tanı sürecini katılımcılar açısından zorlaştıran etmenlerden biri, hekimlerin bir kısmının hastaların aktardıkları belirtilere yeterli ilgiyi göstermeyip, gerekli açıklamaları yapma konusunda çekimser davranmaları olmuştur. Tedavi süreci hakkındaki bilgilendirme eksikliğinin yanında tanıyı hekimlerin kendisinden duymayıp belgelerinde İBS ibaresini görmeye başladığını ifade eden katılımcılar olmuştur:

K9: “Hassas Barsak Sendromu dediler yani şöyle dediler onu hemen söylemediler. Yani benim ishalim artık bir sene olmuştu 2 sene olmuştu sürüyordu. Ben tekrar tekrar doktora gittikten sonra, herhalde kronik bir hastalık olduğu için bekliyorlar teşhis koymak için, bir yerden sonra artık belgelerimde şeyi görmeye başladım yani, İrritabl Barsak Sendromu'nu görmeye başladım.”

Katılımcıların başvurduğu hekimlerin yaygın tutumu hastalığı stresle ilişkilendirme fakat tatmin edici bir çözüm yolu sunmama, ilk olarak ilaç tedavisine başlama, hastayı çok da fazla rahatsız etmeyen fizyolojik kökenli belirtilere odaklanarak hastayı tatmin etmeyen farklı teşhisler koyma, bunun yanında şişkinlik ve barsak hareketliliği gibi kişinin günlük hayatını etkileyen belirtilere odaklanmama şeklinde olmuştur. Bu durum bazı bireyleri hastalık karşısında bir başına ve kaybolmuş hissettirmiştir.

K2: “İBS'sin sen ve deyip gönderdiler bir diyet ya da şunu dikkat edeceksin bilmem falan işte sana dokunan şeyleri tespit et onları yeme işte bi bak falan... Sonra ben bu işe dedim ki olmayacak doktorlar çözemiyor yani anlatamıyorum ben onlara derdimi hiçbirisi yol gösteremiyor söylemiyor anlatamıyor sonra hepsi bana endoskopi kolonoskopi yaptı işinde sonrası yok yani.”

K1: “Mesela muayene etti elle ve ultrason çekti ama anlatımı çok dinlemediğini düşündüm. Bir de böyle kadınlarda var zaten, bu her kadın, hemen hemen bir sürü

kadında var böyle bir kadın hastalığı bu zaten deyip çok fazla hemen kategorize edip oturttu gibi düşündüm, bilmiyorum ikna olmadım yani.”

K8: *“Yani çok detaylı bir bilgilendirme yapmadı, zaten çok ilgili bir doktor değildi diye hatırlıyorum. Hani işte bir şeyin yok falan filen dedi, ben de dedim ki nasıl bir şeyim yok ya ben hani aylardır acı çekiyorum (gülme).”*

Konu ile ilgili farklı branşta bir hekimin 2. Katılımcıya yapmış olduğu açıklama, hekimlerin genel tutumuna dair bilgi verir niteliktedir:

K1: *“...O da yine şişkinlikle ilişkisini kurdu öksürüğümün. Ve bana şey dedi daha önce gittin mi mide doktoruna dedi, ben de gittim ama bir teşhis almadım, tedavi olamıyorum ama şişkinliği de ciddiye almıyorlar dedim. O da dedi ki onların gördüğü şey mide kanseri, ülser, işte reflü, bu tarz şeylere odaklanırlar ama şişkinlik günlük hayatı çok etkileyen bir şey. Ama büyük oranda da stresle alakalı, işte şey yapman lazım dedi, dünya bir yana ben bir yana demen lazım dedi (gülme).”*

Aynı katılımcının, başvurduğu dâhiliye hekiminin kendisine antidepresan reçete etmesini üstünkörü bir tutum ve profesyonel olmayan bir yaklaşım olarak nitelendirmesi ise, hekimlerin iş birliği içinde bulunup bulunmamalarının hastaların tedaviye katılım ve yanıt vermesi gibi sonuçları etkileyebileceğini göstermektedir:

K1: *“Bu tedavi yöntemine psikiyatri üzerinden gelmiş olsaydım kesinlikle hiçbir sorun yok evet kabul edebilirdim ve bunu kullanırdım ama iç hastalıkları doktorunun böyle hani direkt psikiyatri ilacı yazması mesela beni şey yapıyor, yani düşündürüyor yani.”*

Buna yönelik bir çözüm önerisi olarak katılımcılardan birinin, genel yapısı itibariyle çok yönlü bir hastalık olan İBS'nin birden fazla branşta hekimin iş birliğiyle daha etkili şekilde tedavi edilebileceği düşüncesi alıntılındığı gibidir:

K2: *“Çok şey değiller yani bilmiyorum Türkler hani çok basma kalıplar doktora gidiyorsunuz böyle belli başlı aynı ilaçları veriyor sana seni dinlemiyor... hani belki orda tekrar bir psikolog devreye girebilir ortak bir çalışma o bu hastalığın teşhisini almış insanlar hem bilimsel olarak bu işte ilerleyip hem de psikolojik*

yönden hani konuşularak rahatlatılma gibi yada daha anlaşılır bir yani 3lü bir grup şeklinde hasta hem gastroenteroloji hani psikolog mesela böyle bir şey yapılabilir belki insanlarca psikoloğa pas atmak sadece gastroya pas atmakla olmuyor yani bir ekip gibi belki.”

4.1.2.4. Hekim İlgi ve Desteği

Hekim ilgisizliği bölümünde bahsedilen tutumun aksine, katılımcıların başvurduğu hekimlerin bir kısmının hastalara ciddi ve önemseyen bir tutum ve açıklayıcı bir üslup ile hastalığın nedenlerini, olası sonuçlarını ve tedavi sürecinde izlenmesi gereken adımları açıkladığı ve bu açıklamanın İBS’li bireylerin hastalığa karşı olan tutum ve bakış açısını oldukça olumlu yönde şekillendirdiği gözlemlenmiştir. Hekim ilgisizliği ile karşılaşan İBS hastalarındaki çaresizlik ve yalnızlık hissinin aksine hekimlerin gerekli bilgilendirmeyi yaptığı hastalarda hastalığı kabullenme, tanı ile teskin olma, bunun bedene zarar veren tehlikeli bir hastalık olmadığını düşünerek rahatlama eğiliminin daha yoğun olduğu, araştırmanın göze çarpan bir bulgusudur. Hekim bilgilendirmesi alt temasının oldukça belirgin olarak gözlemlendiği, 4. katılımcıya ait ifadeler şöyle aktarılmıştır:

K4: “Bana söylediği şey dedi ki Hassas Barsak Sendromu var sende, burayı düzeltmeden burayı düzeltemezsin (beyni ve karnını göstererek, gülümseme ile), o yüzden benim terapistte gitmemi de çok destekliyordu, psikiyatrya da başvurmam gerektiğini de söyledi... Yani açıkçası kendisi çok pozitif ve çok yardımcı oldu bana gerçekten hayat kalitemi yükseltecek ilaçlar da tedavi yöntemleri de u söyledi ve her an ona ulaşabilmem çok güzel. Kendisi çok güler yüzlü ve yardımcı bir insan, o yüzden yani hastalığa karşı görüşümü olumlu etkiledi. Bende kronik bir hastalık var ve yani tabii ki çok şey haftalar oluyor ama şey gibi hissettim hani, herkesin yani bir sürü kronik hastalık var, bu da benimkisi ve okay yaşayabilirim sonuçta ilaçları kullandığımda bir şey değişmiyor... Buradan buraya bu şekilde aktarım oluyor falan anatomiyile ilgili falan da gerçekten çok bilgilendirici şeyler vermişti ve hakikaten onun sayesinde rahatladım.”

K4: “Çok stresli zamanlarımdı, her stresli zamanımda bu daha da çok artıyordu ve ben doktorumla sürekli iletişim halindeydim o da K4, bu hani vücut bir süre sonra

bir şeye alışıyor, sürekli farklı bir tedavi uygulamamız gerekiyor diyordu ilaçları değiştirdi, o böyle 5 6 ay daha sürdü, sonra en son tekrar bir kez daha başka bir şeye geçtik, en çok işe yarayan o oldu... Bana verdiği birkaç tane ilaç oldu, u yaklaşık o planı 6 ay kadar uyguladık bana ama böyle şey falan da hani mmm psikoterapide böyle öğretirler ya nasıl, ne şekilde davranman gerektiğini, bana böyle ekstra bir eğitime kadar her şeyini vermişti, baya uzun süreli bir eğitim de verdi bana vücudun nasıl işlediğine dair, tuvaletle falan vesaire ile ilgili hani birçok şeyin eğitimini verdi, ondan sonra bir sürü probiyotik ondan sonra toz böyle lifler falan filen bunların hepsinden takviyesini verdi.”

Daha önce başvurduğu hekimlerin ilgisizliğinden yana yorum bildiren 2. katılımcının farklı bir hekime başvurduğunda aldığı olumlu geri dönüş ve ayrıntılı bilgilendirme neticesinde ilaç tedavisine başlamayı kabul etmesi, hekim bilgilendirmesinin hastanın tedaviye katılımını dahi artıracak bir etmen olduğunu göstermektedir:

K1: “Şey dedi, mesela bu şişkinliğin sebebi nedir, biz dedi eleyerek İBS tanısı koyuyoruz aslında, çünkü bu çok net bir ilişki değil gerçekten. Barsak beyin arasındaki ve bunların birbirini nasıl, hani çok daha üzerine yeni çalışılan konular, stres ve hani bu gaz, barsak sorunları falan. Ama dedi, atıyorum bu şişkinliğe birkaç bir şey sebep olabilir, gluten intoleransı olabilir, ya da işte gaitada bir bakteri varmış o sebep olabiliyormuş bu kadar ciddi bir şeye, ona da barsaklardan bakabiliyorlarmış. Bir üçüncü seçenek, biz bunlara tanı koyamadığımız durumda eleyip tüm o havuza İBS diyoruz ve stres kaynaklı bir şey olduğunu düşünüyoruz, aslında diğer şeyleri eleyerek ona geliyoruz. Ve İBS'nin çok net bir tanısı yok dedi. Yani o yüzden hani ben sana kesin İBS'sin- yani sınırları çok şey değil anladığım kadarıyla, o da bana hani İBS'sin deyip de ilaç verdiğimiz insanların da %50'si çok memnun ve gerçekten bu ilaçlar bize çok yaradı, kurtulduk diyorlar ve bir %50'lik kısım da biz hiç bundan fayda görmedik diyorlar, o yüzden deneyelim dedi... Bu açıklama tamam hani mantıklı, makul, böyle hani böyle sanki sen İrritabl Barsak Sendromusun hani böyle diğer kadınlar da zaten böyle oluyor gibi hani baştan savma bir teşhis değil de en azından açıkladı ve böyle bir şey olabilir ve bu ilacı kullanırsan, bu ilaç işe yararsa evet, İBS olduğunu anlarsız ve fayda görürsün ama işte bu stres kaynaklı ama neyin nasıl, ne kadar olduğunu biz de bilmiyoruz falan.

Ya yine muğlâk bir alan ama en azından oraya nasıl geldiğini anlayabiliyorsun, daha tatmin edici bir açıklama. O öyle deyince onun mesela verdiği ilaçları aldım.”

4.1.3. Tedavi Sürecindeki Zorluklar

Tablo 4.4. Tedavi Sürecindeki Zorluklar Alt Tema Tablosu

Tedavi Sürecindeki Zorluklar
Yetersiz veya Kısmi Rahatlama Çözumsuzlük Algısı Yoğun Emek Hayatı Kısıtlayıcı Tedaviler

Araştırmaya katılan İBS’li bireylerin yaşadığı zorluklardan biri de tedavi sürecinin uzun ve emek vermeyi gerektirici olması, yaşam tarzı değişiklikleri gerektirmesi yönüyle kısıtlayıcı etkilerinin bulunması, ilaç tedavisi ve benzeri yöntemlerin tam bir rahatlama meydana getirmemesi ve gerek hekimlerdeki gerekse hastalardaki çözumsuzlük algısı olmuştur. Tablo 4.4’te bu zorluk deneyimleri aktarılmış olup bu bölümde tedavi sürecindeki tüm bu zorluklar hastaların anlatımları üzerinden ele alınacaktır.

4.1.3.1. Yetersiz veya Kısmi Rahatlama

Gerek ilaç tedavilerinde, gerekse diyetle dayalı yöntemlerde bireylerin birçoğu tam olarak iyileşemediklerini ifade etmiş, ilaçların geçici bir süre etki ettiğini ve etkinin bazen bir süre sonra, bazense ilacı bıraktıktan hemen sonra geri geldiğini gözlemleyen katılımcılar olmuştur. Tedaviye rağmen belirtilerin devam etmesinin ise bu bireylerde bir usanç ve yorgunluk meydana getirdiği görülmüştür. Bunun yanında gerek psikolojik rahatlama, gerekse belirgin sınırları olan bir diyetle hastalığın üstesinden gelen katılımcıların da bulunduğunu ifade etmek yerinde olacaktır.

K1: “Hızlı tolerans geliştiriyor bilmiyorum, o yüzden onlardan da çok fayda görmedim, bu sefer yine baştan, hani yine al baştan hissi çok oluyor mesela artık doktora gitmek istememe hissi oluyor.”

4.1.3.2. Çözüksüzlük Algısı

Gerek katılımcıların gerekse başvurdukları hekimlerin İBS'yi kesin çözümlü olmayan bir hastalık olarak yorumlamaları bu bireylerin tedaviye dair yaklaşımlarını etkilemekte ve durumu kendi haline bırakma gibi eğilimler gözlemlenebilmektedir. Çözüksüzlük algısı ile ilgili aktarımlardan biri şu şekildedir:

K1: *“Ve hani şeyi bilmiyorum, atıyorum bu gerçekte İBS ise ben hani nasıl bir yol izlemeliyim, belirsiz geliyor yani hani, doktorun bana söylediği şey dünya bir yana ben bir yana diyeceksin, hmm peki tamam (gülme). Ben bir anda umursamaz bir insan mı olayım hani, nasıl bir şey böyle sanki hani böyle kendi karakterim ve dünyaya bakışım bunu yapıyormuş, dolayısıyla bunu değiştirmek çok zormuş gibi falan hissediyorsun yani... Yani tedavisi olduğunu çok düşünmüyorum, bilmiyorum belki varsa da ben şu an için edinmedim. Eğer tedavisi bilmiyorum antidepressansa hayatın boyu bunu kullanmak zorunda mısın gibi bir soru oluyor. Eğer böyle hani kas gevşeticiler falansa ondan da ben çok bir etki görmedim hani İBS'ye verdiği.”*

Katılımcılarda çözümsüzlük algısı olsun veya olmasın, hekimlerin tanı hakkında bilgilendirme yaparken İBS'yi tedavisi olmayan bir hastalık olarak tanıtmaları ve en iyi ihtimalle tedavi için çok yoğun bir emek ve yaşam tarzı değişikliğinin gerektiğini bildirmelerine dair birçok aktarım olmuştur ki bu da hastalıkla mücadelenin bir başka zorluğuna işaret etmektedir.

K5: *“O doktorla görüştükten sonra, çünkü o evet bakabiliriz kolonoskopi ile direk işlemle de tanı konabilir ama bu senin hayat tarzını hani kendi kendin uzun süreli olarak hani yapacağın bir diyetle belki tam olarak bile çözülmeyebilir hani tam olarak bile iyi hissetmeyebilirsin demişti hani iyileşme durumun çünkü barsak florasının düzelmemesi ve bunu iyileşmesi yine olmayabilir demişti.”*

K7: *“Yani doktor mesela bunun bir ömür süreceğini söylemişti bu sendromun hani çok ilaçlarla, yani ilaçlarla birlikte ya da beslenme şeklimi değiştirdiğimde düzenli bir şey olur demişti.”*

Barsaklardaki bakteriyel oluşum ihtimaline dair hekim tarafından bilgilendirme yapılan 1. Katılımcının, bir ilaç tedavisi ile çözümü olan böyle bir hastalığın İBS gibi tedavi alanı belirsiz ve ucu açık bir hastalığa göre daha tercih edilir olmasına dair yorumu da tedavinin gerektirdiği yoğun emeğin ve buna rağmen kesin bir sonucun garanti edilemeyeşinin zorluğunu örnekler niteliktedir:

K1: “Yani şey gibi hissediyorsun, hani tedavisi var, diğeri çok geniş bir alan. Eğer İBS ise hani benle ve benim nasıl bir insan olduğumla ilgili bir şey ve ben bunu ömür boyu çekecekmişim gibi ve hani orada sanki çözümsüzlüğe gidiyormuş gibi hissediyorsun ama diğeri daha biyolojik ve teknik bir şey ve bir ilacı kullanıyorsun ve tamam kurtuldun. Ve uzun yıllardır böyle şişkinlik sorunu çeken bir insan için bundan kurtulma fikri tabi çok cazip, keşke öyle olsa diyorsun yani. Aaa evet bir ilacı varmış ve ben onu alacağım ve kurtulacağım fikri çok hoş geliyor kulağa.”

4.1.3.3. Yoğun Emek

İBS için gerekli tedavilerin bir diğeri zorlu yanı ise tedavi sürecinin özellikle de diyetle tedavi olma yolu seçildiğinde yoğun emek gerektirmesi olarak görülmektedir. Özellikle katı diyet programları uygulayan katılımcıların anlatımında bu emek faktörü göze çarpmakta, bireyler belirtilerin ortaya çıkmasını engellemek ve yaşam kalitelerini artırmak adına hayatlarının kısıtlanmasını göze alarak bu diyet programlarına devam etmektedirler. Katılımcılardan bir kısmı bu durumu kabullenerek gerekli tedaviyi uygulamışken bir kısmı tedavinin uzun süreli olması ve yoğun emek gerektirmesi gibi hususlar nedeniyle süreci ertelemiş veya tedaviyi reddetmiştir. Bu duruma örnek olarak terapi almak 7. Katılımcı tarafından bir çözüm yolu olarak görülmüşken terapi sürecinin uzunluğu da bu katılımcının tedaviyi ertelemesinin bir nedeni olmuştur. Bunun yanında uygulanan diyet programları ile ilgili bir endişe ve erteleme de göze çarpmaktadır.

K5: “Sürekli olarak bir şeyleri kendi kendime deneyeceğimi hissettim yani deneyeceğimi bilmek biraz germişti çünkü yani sürekli karışık besleniyoruz yani bir işte çorba içiyoruz bir öğünde sebze yiyoruz ve hani hangisinin bana iyi gelmediğini bulmak, bulamayacağımı düşünmüştüm.”

Tedavi sürecinin zorluğuna dair endişe aynı zamanda katılımcıda tedaviyi erteleme tutumunu da beraberinde getirmiştir:

K5: *“Bu tür hastalıkların ciddi anlamda emek sarf edip tıbbi bir tedavi gerektirdiğinin farkındayım, bir diyetisyen eşliğinde işte ciddi anlamda kendimi deneyerek, gerçekten kaçamakları çok çok azaltarak sağlıklı bir yaşam biçimini uzun süre devam ettirmem gerektiğinin farkındayım ve bunu yapamıyorum şu an ve yapamadığım için, şartlarım uygun olmadığı için ertelemiş durumdayım diyebilirim.”*

4.1.3.4. Hayatı Kısıtlayıcı Tedaviler

Zorluklarına rağmen tedavi yoluyla İBS ile baş edebilmiş ve hayatını düzene sokabilmiş katılımcıların sayısı oldukça fazladır. Bu katılımcıların bir kısmında gözlemlenen ise uyguladıkları tedavi yönteminin yaşamlarını kısıtlayıcı yönde olmasıdır. Bu kısıtlayıcılık diyet yöntemiyle tedavi olmayı seçen katılımcılarda daha yoğun olarak görülmektedir. İBS’yi çok şiddetli şekilde deneyimleyen bir katılımcının aşağıda aktarılan deneyimi hem tedavinin gerektirdiği yoğun emeği, hem hayatı kısıtlayıcılığını hem de kısmi rahatlamayı örnekleyen bir alıntıdır:

K9: *“Sonra bu işte FODMAP diyetine başladım. Bu da gerçekten çok zor bir diyet yani, işte her şey her ne kadar yiyebileceğiniz belli. Yani işte meyve suyu içiyorsunuz ama şu kadar içebiliyorsunuz. Tahıl yiyebiliyorsunuz ama bir kaşık yiyebiliyorsunuz, ondan şu kadarlık işte soğan yasak, sarımsak yasak, o yasak, bu yasak, iyice artık zaten diyet yaparken zayıflamaya başlıyor genelde insanlar. Ya da diyet yapmıyorlar artık hani açlıktan bozuyorlar diyeti yine yiyorlar yine ishal oluyorlar. Biraz daha iyiye gitti durumum bu diyeti yapmaya başladıktan sonra ama hala kontrol edemiyordum yani ani şekilde ishal oluyordum. Tekrar tekrar tuvalete gitmem gerekiyordu. Çalışabilecek dışarıda bir sorumluluk alabilecek bir şeyde değildim.”*

İBS için kullanılan ilaçların yan etkilerine dair 1. Katılımcının aktarımı ise ilaç tedavisinin hayatı kısıtlayıcı yönüne işaret etmektedir:

K1: “Başka türlü etkiliyor, o zaman diyorsun ki karnım şişiyor en azından buna alıştım (gülme) uyumuyorum. Bir yerden kalkıp bir yere yatma isteği benim hayat tempomla çok mümkün olmayan bir şey.”

Tüm bunların yanında aktarımlarda göze çarpan bir detayın, hastalığı daha şiddetli olarak deneyimleyen bireylerde tedavi sürecinin daha uzun ve yorucu geçtiği, daha hafif belirtiler gösteren bireylerde ise kabullenme, stresle başa çıkma tekniklerini kullanma veya yaşam tarzında önemli bir değişiklik yapmadan hayata devam etme eğiliminin daha belirgin olduğu gözlemlenmiştir. Oransal olarak bakıldığında hastalığı şiddetli olarak deneyimleyen 4 bireyden 3’ü tedavi için sıkı diyet programları uygulamışken daha hafif belirtiler gösteren 6 katılımcı ise kabullenme, alışma ve daha az kısıtlayıcı tedavi yöntemleri yoluyla hastalıkla baş etmişlerdir. İkinci gruptaki bu bireyler hayatın kısıtlanması ve belirtileri yaşamak arasında bir seçim yapma gereği duyarak belirtilerle yaşamayı göze almışken, bu duruma zamanla alışmış oldukları ve ciddi problemler yaşamadıkları gözlemlenmiştir.

4.1.4. Zihinsel Meşguliyet

Tablo 4.5. Zihinsel Meşguliyet Alt Tema Tablosu

Zihinsel Meşguliyet
Sosyal İlişkilere Odaklanamama
İş Hayatına ve Akademik Hayata Odaklanamama

Araştırmaya katılan İBS’li bireylerin büyük bir kısmı, İBS belirtilerinin doğurduğu rahatsızlığın bir boyutunun da zihnin sürekli barsak problemleri ile meşgul olmasına dayandığını ifade etmiştir. Belirtilerin doğurduğu rahatsızlık hissine odaklanma nedeniyle bu bireylerin zihinlerini farklı işlere odaklamakta zorluk çekmeleri yaygın bir alt tema olup, zihinsel meşguliyet alt temasına ait kodlar Tablo 4.6’da verilmiştir.

K4: “Çok um ut boşaltıma yönelik sürekli aklımda düşünceler oluyor hani bir şekilde bir tuvalete gideyim, kahve, kahve çok işe yarıyor, sürekli kahve içeyim bir yere gideyim kahve içeyim düzeleyim gibi bir bakış açısı da var. Şimdi konuşunca tuhaf geliyor ama böyle düşünceler de sürekli geliyor mesela.”

Beden işaretlerine aşırı odaklanmayı da beraberinde getiren bu durum, zihinde farklı iş ve faaliyetlere odaklanmak için yer açılmasına engel olmakta, bu da genel psikolojik sağlığı olumsuz yönde etkileyebilmektedir.

K4: “Bir de şöyle bir şey var sürekli de mesela kontrol ediyor- yani bir süre sonra sürekli şiştim mi şişecek miyim, şu an şişiyor muyum hani ona da takılmaya başlıyor insan, o da mesela benim ruh halimi açıkçası iyi etkilemiyor.”

Farklı bir yönden bakıldığında ortaya çıkan belirtiler bazı bireylerde, belirtileri tetikleyen stresörü hatırlatmak suretiyle zihinsel meşguliyet oluşturmaktadır. Bir katılımcının bu husustaki deneyimi şu şekildedir:

K8: “Onun bana sürekli o tetikleyen olayı hatırlatıyor olma durumu zihnen beni yoruyor çünkü hani bazen yani hani olayı unutacağım ama karın ağrısı gitmediği için, tekrardan ne oldu bana deyip geri dönüp tekrar hatırlamak durumunda kalıyorum, o beni birazcık zorluyor.”

4.1.4.1. Sosyal İlişkilere Odaklanamama

Belirtilerin oluşturduğu huzursuzluk hissi, sosyal ilişkilere odaklanmada da zorluk oluşturan bir etmen olarak karşımıza çıkmaktadır. Katılımcı ifadelerinden anlaşıldığı üzere bireyler sosyal ilişkilere dâhil olsalar dahi zihinleri sürekli barsak problemleri ve ağrı, huzursuzluk gibi hislerle meşgul olduğu için buldukları ortamda yürütülen sohbet ve aktivitelere zihinsel bir bütünlükle dâhil olamamakta, bu da onların sosyal ilişkilerden zevk alma, ilişki kurarak rahatlama gibi olumlu hisleri deneyimlemelerine engel olmaktadır.

K2: “Sürekli eliniz burda böyle bir ağrı çekiyorsunuz işte konuşuluyor bir şeyler normal sohbet ediyorsunuz ama aklınız ağrınıza gidiyor niye ağrıdı ne yedim ki ne yapmıştım ne yapmamam lazım sürekli ordasınız yani. Ağrı kesici mi alsam çok ağrı kesici aldım o da zararlı aslında işte ne yapsak ki acaba gidiyim de uyuyum o zaman falan yani böyle sürekli bi şey düşünce oluyor... Fikren orda olamıyorsunuz bunlar da sizi biraz daha eve kapanmaya itiyor.”

K4: “Sosyal hayatımda da diyelim birisi dışarı çikalım dedi, sadece evde kalmamak için rahatsız olmamak için dışarı çıkıyorum ama dışarı çıktığımda da sonuçta sürekli birşeyler oluyor karnınızda falan, çok huzursuz, yani huzursuz oluyorum.”

4.1.4.2. İş Hayatına ve Akademik Hayata Odaklanamama

İBS belirtileri profesyonel hayatta da birtakım zorlukları beraberinde getirmiş, katılımcıların iş hayatını deneyimlemiş bir kısmı, belirtilerin varlığı altında yapılan işe odaklanmanın ve verimli bir iş temposu sürdürmenin zorluğundan bahsetmiştir.

K2: “Sürekli ağrı çektiğinizi düşünün, işimi yapıyordum işyerinde, hani sürekli o ağrıyla uğraşıyordum... İş yerinde çalışırken sürekli ağrı ile çalışmak konsantrasyonunuzu çok bozan bir şey.”

İş hayatındaki zorluklara benzer şekilde bireyler akademik hayatta da bedensel belirtilerin zihinlerini meşgul etmesi nedeniyle birtakım odaklanma problemleri yaşadıklarını ifade etmiştir. Katılımcılardan bir kısmı yaşadıkları ağrı ve şişkinlik hisleri nedeniyle, bir kısmı ani ortaya çıkan tuvalete gitme ihtiyacı nedeniyle, bir katılımcı ise barsaklarındaki huzursuzluğu ancak cenin pozisyonunda, karnı içe çekerek oturduğunda hissetmemesi ve bunu okul ortamında yapamadığı için zihninin bu rahatsızlık ve ayakları toplama/toplamama ekseninde meşgul kalması nedeniyle odaklanma zorluğu yaşadığını ifade etmiştir.

Katılımcıların bu noktadaki deneyimleri şu şekildedir:

K6: “Karnın ağrısı, bir huzursuzluk, derslere okula odaklanamama yani günün kalitesi yok oluyordu resmen. Yani hiçbir şey, yok oluyordu o gün direk. Sürekli öğretmenlerimden anlayış bekliyordum, çok sık tuvalete gitme ihtiyacı hissettiğim için. Öyle geçti benim için süreç.”

K1: “Çok ciddi bir rahatsızlık değilmiş gibi düşünüyordum eskiden ama şu anda mesela öyle düşünmüyorum. Şu an böyle işte hani hareketimi zorluyor, işte yemekten sonra böyle bir şey çöküyor hani yemek yedim ve böyle bütün odağım midemde gibi hissediyorum böyle yemekten sonra o şişkinlik böyle çok dikkatimi

oraya çekiyor aslında başka bir şeye yoğunlaşmakta zorlanıyorum. Mesela yemekten sonra hemen ben gidip oturup bir dersin başına, hayatıma, işimi yapmaya devam edemiyorum falan yani. Biraz onun geçmesini istiyorum.”

K8: “Sunum yapacaksın mesela bir yandan tuvalete gitme ihtiyacı hissediyorsun, yani o his yani ihtiyaç hissinin senin dikkatini dağıtması gibi, ama yoksa mesela sunumu rahatça bitiririm sonra giderim teneffüste hani o kontrolsüz bir durum değil o kadar ama şey hani o sürekli aklında olması senin dikkatini dağıtması rahatsız ediyor.”

4.1.5. Kısıtlanma ve Sınırlanma

Belirtiler nedeniyle hayatın farklı alanlarında kısıtlanma ve sınırlanma yaşanması araştırmaya katılan katılımcıların dile getirdiği bir husus olmuştur. Tablo 4.7’de ele alındığı üzere bu bölümde katılımcıların kıyafet seçimi, beslenme, hareket ve enerji alanlarında ve mekânsal ve zamansal anlamda deneyimledikleri kısıtlanmadan bahsedilecektir.

Tablo 4.6. Kısıtlanma ve Sınırlanma Alt Tema Tablosu

Kısıtlanma ve Sınırlanma
Kıyafet Seçimi
Zamansal ve Mekânsal Sınırlanma
Beslenme
Hareket Ve Enerji

4.1.5.1. Kıyafet Seçimi

Hayatı temelden etkileyen ve ciddi problemlere neden olan bir etmen olarak anılmasa da kıyafet seçimindeki hastalık etmenli sınırlanmalar, özellikle şişkinlik problemi yaşayan katılımcıların, İBS’nin günlük hayata etkisi bağlamında ilk olarak dile getirdikleri ve sıklıkla üzerinde durdukları bir husus olmuştur. Bu hususla ilgili bir katılımcının aktarımı şu şekildedir:

K1: “Yani şöyle, hayatıma devam edebiliyorum şişkinlikle ama mesela en basitinden giyeceğim her şeyi buna göre düşünmem lazım. Yani benim mesela babam benimle dalga geçiyordu senin bütün kıyafetlerin hamile kıyafeti gibi diye, çünkü karnım şişebilir diye düşünerek, böyle bir şey alırken hani böyle üzerime yapışan bir şey değil de, benim karnım şişerse de bunu ben giyebileyim. Çünkü hani arada ciddi bir fark var bir böylesin, bir böylesin. Sürekli bir hani esnek şeyler bol kazaklar falan.”

Bunun yanında özellikle ve sıklıkla dile getirilen bir husus özel günlerde kıyafet seçiminin zorlayıcı olmasıdır. Aynı zamanda bu bireyler özel günlerde karında şişlik oluşmaması için hiçbir şey yememe ve zihinsel olarak sürekli karındaki şişkinliğe ve postüre odaklanma eğiliminde olabilmektedirler.

K1: “Özel günler çok zor oluyor. Hani böyle şık giyinmek zorunda kaldığın, postürü uzun süre korumak zorunda kaldığın, mesela hani işte düğünlerde mesela hani akşam yemeği falan çok yememeye, hani yemeyeyim yersen şişerim düşüncesi çok oluyor mesela. Öyle ortamlarda çünkü çok arada fark oluyor ve onu her zaman tolere edilebilecek bir ortam olmuyor. Ya da mesela şişiyorum, bu sefer o günün akşamında sürekli bir o şişkinliğimi kapatmaya çalışarak geçirdiğim için bu sefer huzursuz oluyorum.”

Bu kısıtlayıcılığa rağmen bireylerin gerek dini hassasiyetlerine gerekse kişisel tercihlerine dayanan kıyafet seçimlerinin bol kıyafetlerden yana olması ile durumun olumsuz etkisini büyük ölçüde bertaraf edebildikleri anlaşılmaktadır.

K5: “Görünüştten, acı çekmediğim sürece etkilenmiyorum yani karın şişliğine de çok fazla alıştım artık bir şekilde zaten örtülü olduğum için zaten kapatıyorum çok fazla belli olmuyor.”

K1: “Özel günler çok zor oluyor... Onun dışında gündelik hayatımı, zaten böyle çok bol kıyafetler giydiğim için çok aşırı rahatsız olmuyorum.”

4.1.5.2. Mekânsal ve Zamansal Sınırlanma

Mekânsal sınırlanma, özellikle diyare alttürüne sahip katılımcılarda daha yoğun olarak görülmüş ve katılımcılar tarafından tuvalet süresinin uzun olması nedeniyle ev dışında tuvalete girmeme veya ibadet boyutunda daha önceki bölümlerde de bahsedildiği üzere gidilen mekânda abdest alacak alan bulamamaya yönelik bir kısıtlanma ve sınırlanmadan bahsedilmiştir.

K7: *“Ben evden dışarıda tuvalete girmiyorum mesela, ya bu çok kısıtlayıcı bir şey, ya bunu mesela İBS yaşamayan, daha titiz insanların da yaşadığı bir şeydir belki, ama ben bu bu şekilde, evimizde de mesela bir bir misafir gelsin bir bir şey olsun yani böyle bir aksaklık olsun, hele ki tuvalet bir taneyse yani şu an evimizde iki tane varsa da mesela, ya bu ben mesela şey istiyorum çünkü gerçekten tuvalet sürem de çok uzun sürebiliyor mesela yani tuvalete girdiğimde de, çok rahat bir an bekliyorum rahat bir an yakalıyorum, dolayısıyla böyle çok duraksıyor, bu şekilde yani biraz kendimi de o konuda hala rahat değil mesela evde bile rahat olamadığım zamanlar oluyor.”*

Zamansal kısıtlanma problemi deyine tuvalet kullanma süresine bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Bu zaman kaybını hesaba katarak bir hayat düzeni oluşturma gerekliliği, diyare alttürüne sahip katılımcıların birçoğu tarafından dile getirilen bir husus olmuştur. İBS’yi şiddetli belirtiler eşliğinde deneyimleyen bir katılımcının aktarılan ifadeleri, durumun bu bireyler için zorlayıcılığını örnekler niteliktedir:

K9: *“Mesela evden işim mi var, çıkıyordum. Aç karnına çıkıyorum bütün gün aç karnına işte işlerimi hallediyordum, o zamanlar garsonluk yapıyordum, aç karnına çalışıyorum ve ağzıma bir lokma sürmeye korkuyorum. Çünkü tuvalete girersem çıkamam diye. Akşama kadar aç bekliyordum. Geliyorum ya eve hani gelmeme bir 5 10 dakika kala yoldan bir şey alıp yiyebilirdim, ya da eve gelince yiyordum yani artık o gün kaderimde ne varsa yani artık tuvalette kaç saat kalacağım belli değil.”*

Zamansal kısıtlanmanın bir başka örneği olan aşağıdaki alıntı da tıpkı 9. Katılımcının deneyimi gibi beslenme anlamında bir kısıtlamayı beraberinde getirmektedir:

K7: “Sabah çok erken okula gideceksem kahvaltı etmiyorum çünkü kahvaltıyı ettikten sonra gireceğim tuvalet süresini de hesaplamam lazım. Tuvalete girdikten sonra evden çıkmam lazım mesela, o yüzden kahvaltı etmediğim zamanlar oluyor. Yani ailem, annem mesela kahvaltını et öyle çık, hani zaten aç gitmek de istemiyorum, okulda da kahvaltı yapmak istemiyorum. Yapmam daha iyi, o zaman çok erken kalkmam gerekiyor, dediğim gibi bir şey yedikten sonra anında tuvalete çıkabiliyorum... Bir de şöyle bir şey oluyor bununla ilgili, ya mesela tuvalete girerim, uzun sürecekse birini bekletmek istemem. Yani ev hele ki kalabalıksa yani o bekleten kişi ben olmak istemem, o yüzden herkesin işini halledip benim rahatça girebileceğim- yani öyle zamanla ilgili, başka bir rahatsızlık yok yani.”

Bir başka katılımcının, stresle birlikte artan belirtiler nedeniyle tuvalet kullanma süresinin uzaması, durumun bir başka örnekliliğini oluşturmaktadır:

K5: “Bazen hani sağlıklı beslendiğim evde olduğum zamanlar daha huzurlu hissediyordum ama bu online dönemde evdeyken bile bazen 20 dakika tuvalette vakit harcadığım ama hiç böyle tamamen rahatlamış hissetmediğim zamanlar oluyordu.”

4.1.5.3. Beslenme

Katılımcıların yaşamlarının hastalık etkisiyle en fazla şekillenen ve değişime uğrayan alanlarından biri beslenme alanı olmuştur. Bu bireyler hastalık belirtilerini geçici olarak ortadan kaldırmak veya tedavi olmak amacıyla beslenme anlamında çeşitli sınırlandırmalara gitmekte, bu kısıtlanma ve sınırlanma bazen barsak sağlığını olumsuz etkileyecek spesifik besinlerden uzak durma, bazen belirtilerin ortaya çıkmaması için belli ortamlarda yemek yememe, bazense bir tedavi şekli olarak belli diyet programlarını uygulamanın bir sonucu şeklinde ortaya çıkabilmektedir. Özel yiyeceklere duyulan ihtiyaç nedeniyle yeterli beslenememe, özel yiyeceklere ciddi bir bütçe ayırma zorunluluğu gibi durumlar da bu sınırlılığın bir boyutunu oluşturmaktadır. 9. ve 3. Katılımcılara ait aşağıdaki ifadeler, bu bireylere dokunan yiyeceklerin fazla sayıda olmasına bağlı sınırlanma deneyimlerini örneklemektedir:

K9: “Dışarıda yemek yerken çok zorlanıyorum. İnsanlar restoranlarda falan buluşmak falan çok büyük dert. İşte nereye gidilecek, nerede yenilecek, ne yenilecek. O yüzden dışarı çıkarken veya hani mesela işte bir grup arkadaş buluşacağız, işte gezdireceğim onları, bütün günümüzü beraber geçireceğiz diyelim ki, ben sabah kahvaltı yapıyorum kendim. Ondan sonra yanıma da bana dokunmadığını bildiğim birkaç bir şeyi yanıma paket yapıp alıyorum. Ben onları yiyorum, onlar yemek yiyorlar. Ben onların yemeklerinin orasından burasından dokunmayan bir şey varsa bana restoranda bulduğum, onları yiyorum.”

K3: “Ya şöyle bir şey oluyor tabi, yemek bir şey yemek isteyince, ama yemem gerekiyor düşüncesi oluyor. İşte bir tatlı yiyeceğim, bir çikolata yiyeceğim, arkadaşlarla bir yere gidiyoruz, işte canım çekiyor ama yemem lazım, böyle bir şey oluyor.”

Mekânsal ve zamansal sınırlanma bölümünde de dile getirilen, tuvalete girme süresinin uzun olması nedeniyle dışarıda yemek yemekten kaçınma ve gerektiğinde bütün gün aç kalma gibi durumlar da beslenme yönünden sınırlanmanın başka bir yönünü oluşturmaktadır.

K7: “Bir yere gittiğimde tuvalete giremediğim için yemeği de çok fazla ve rahat yiyemem mesela.”

Bu sınırlanma besin çeşitliliğine erişim bağlamında da ele alınabilmekte, bireyler bu noktada da bazı zorluklar yaşadıklarını dile getirmektedirler:

K1: “Ama mesela bu yani benim için zor bir karar yani hayatını buna göre düzenlemek falan işte atıyorum üniversiteye gidiyorsun orada sadece Simit Sarayı var ve yani yiyebilecek hiçbir şey yok, yanında bir şeyler getirmen lazım hani baya ciddi bir olay ve mesai harcıyorsun buna yani, ki ben evde yemek yapan bir insan olarak bile bana bile zor geldi, bir de dışarıdan beslenen insanları düşünemiyorum.”

Tüm bu anlatımlar bir yandan sosyal, zamansal ve mekânsal sınırlanma ve geri çekilmenin de birer örneğini oluşturmaktadır ki buradan hastalığın etki ettiği yaşam

alanlarının birbiri ile oldukça iç içe geçmiş olduğu anlaşılabilir. Beslenme alanında yaşanan bu kısıtlanmanın sosyal ilişkilerde de bozulma meydana getirebileceğine dair katılımcı ifadeleri bulunmaktadır ki bu husus Sosyal ve Kültürel Boyut alt teması kapsamında ayrıntılı olarak ele alınacaktır.

4.1.5.4. Hareket ve Enerji

Araştırmaya katılan katılımcıların bir kısmında sindirim sisteminin düzgün çalışmamasına bağlı olarak yorgunluk ve enerji düşüklüğü gibi belirtiler baş göstermiş, yine katılımcıların bir kısmında yaşanan yoğun şişkinlik ve gaz, bireylerin rahat hareket etmesini, egzersiz ve yürüyüş yapmasını engellemiş ve bireyler kısıtlanmayı bu yönüyle deneyimlemiştir:

K2: *“Enerjisel anlamda böyle sabah kalktığımda işte işe gidemeyecek kadar kendimi yorgun hissettiğimi fark ettim ya artık böyle işyerinde merdiven falan bile çıkamıyordum, o kadar yorgun hissediyordum kendimi.”*

K1: *“Hareket, enerji ve hareket noktasında çok etkiliyor artık... Mesela hani insanlar yürüyorlar yemekten sonra, ben yürüyemiyorum çünkü yürüyünce daha çok şiştiğini hissediyorum karnımın, o yüzden hani hemen dışarı çıkıp yürümemeliyim. Yani böyle hani nefesimi zorlamaya başlıyor mesela artık böyle göğsüme çok baskı yaptığını hissediyorum o kötü.”*

Aynı katılımcı konuşmasının başka bir bölümünde normalde hareketli bir insan olduğunu, bununla birlikte belirtilerin kendisini geri çektiğini ve hareketini kısıtladığını şu ifadelerle dile getirmiştir:

K1: *“Aslında ben yürümeyi çok severim ama mesela bunu akşamları yapamıyorum, biraz da çok hareketli bir insanım yani çok dışarıdayım vesaire, hani hareketim çok fazla aslında, onu biraz geriye çektiğini hissediyorum, o benim için biraz sorun. Yani istediğim gibi hareket edememek ve şişkinliğimin beni biraz tutuyor olması, beni biraz huzursuz ediyor yani hareketimi kısıtlama anlamında.”*

Bir başka katılımcının yine benzer kelimeleri kullanarak aynı durumu ifade etmesi, yaşanan hissin ortaklığını göstermektedir:

K10: “Yürümenin iyi gelmesi gerekiyor ama ben yürüyemiyorum, yani hayatımı çok kısıtlıyor.”

4.2. Dini ve Manevi Yaşam Boyutu

İBS’ye sahip olmak, bireylerin dini ve manevi yaşamda da belirli zorluklar yaşamalarına neden olmuş ve gerek ibadetlere hazırlık aşamasında gerekse ibadetlerin yerine getirilmesi esnasında yaşanan zorluklar duygusal ve sosyal sorunları beraberinde getirmiştir.

Tablo 4.7. İbadetlerde Zorluk Alt Tema Tablosu

İbadetlerde Zorluk
İbadete Hazırlıkta Zorluk
İbadete Odaklanmada Zorluk
Zamansal Ve Mekansal Zorluk

4.2.1. İbadetlerde Zorluk

İbadetlerde zorluk teması iki katılımcının ifadelerinde yoğun olarak gözlemlenmiş olup bu bireyler, İBS’nin hayatlarını en çok etkileyen boyutu olarak ibadet boyutuna değinmişlerdir. Özellikle yoğun gaz ve şişkinlik nedeniyle namaz ibadetinin bir hazırlık aşamasını oluşturan abdestli bulunma noktasında yaşanan zorluk bu temanın temelini oluşturmaktadır. Bu bölümde İBS nedeniyle ibadete hazırlık sürecinde yaşanan zorluklar, ibadete odaklanmada meydana gelen zorluk, zaman ve mekân tayininde ortaya çıkan zorluklar ve tüm bunların neticesinde bireylerde meydana gelen duygusal yorgunluk ele alınacaktır (Bkz. Tablo 4.5).

K3: “Ben böyle çok uzun yıllar bağırsak sorunu yaşadığım için şey oldu benim. Ayıptır söylemesi, gaz kaçırma derdim oldu benim mesela. Onu da hatta doktora onu da sormuştum gastroenteroloğuma, o yüzden ben mesela özür sahibiyim. Her vakit ayrı abdest alıyorum. Öyle oluyor, belki siz de biliyorsunuzdur. Özür sahibi

olunca tutamadığım için her vakit ayrı abdest alıyorum, bunun sebebi de uzun yıllar boyunca barsak sorunu yaşamış olmam. Ve bu benim günlük hayatımı baya etkiliyor.”

4.2.1.1. İbadete Hazırlıkta Zorluk

Katılımcı ifadelerinden anlaşıldığı üzere başlı başına bir ibadet olmakla birlikte aynı zamanda bir ibadete hazırlık aşaması olan abdestli olma hali, sağlıklı bireylerden farklı olarak İBS’li bireyler için, barsaklarındaki aşırı hareketlilik ve gaz yoğunluğu nedeniyle sık tekrarlanması gereken bir yükümlülük halini alabilmektedir. Sağlıklı bir birey dışarıda kılacağı vakit namazları için evden abdestli çıkarak günü değerlendirebilirken bu bireylerin her vaktin başında abdest almaları gerekliliğinin zaman zaman beden ve zihnen yorucu olabildiği anlaşılmaktadır.

K5: “Ya özellikle en bir de hani dediğim gibi bir namaz kılma hani aşamaları olduğu için abdest problem oluyor hani gideceğim yerlerde abdest almam lazım, abdestli çıkamıyorum bu beni geriye yani onu düzene sokamamak... Bunlar yani ilk başlarda daha çok yoruyordu çünkü yani örtülü olarak dışarıda abdest almak gerçekten zor, yani sürekli olarak her vakitte abdestli olacağım bunu düşünmek yani normalde çıkıp abdestli şekilde devam edebilirsin ama bu bu hani kendini, tam anlamıyla adapte olamadığım için, yani ibadetlerime tam olarak odaklanamadığım için yoruyor bu gerçekten.”

4.2.1.2. İbadete Odaklanmada Zorluk

Yukarıda yer alan 5. Katılımcıya ait alıntıda da aktarıldığı gibi bu bireylerin zihnen abdestli olma/olmama hususu ile çok fazla meşgul olmaları, onların abdestli olarak yerine getirmeleri gereken ibadetlerine yeterince odaklanamamalarına neden olmakta, bu da manevi hayatlarını olumsuz yönde etkilemektedir. Yine 5. Katılımcıya ait olan aşağıdaki ifadeler durumu özetler niteliktedir:

K5: “Manevi durumumu da etkiliyor yani ibadette yani namaz kılarken buna tam olarak odaklanamamak yani her an bazen öyle şey oluyor ki yani rahat hissetmiyorum

ve sanki her an gaz çıkaracakmışım gibi oluyor ve 96ut am olarak kendimi veremememe neden oluyor ibadetlerime.”

4.2.1.3. Zamansal ve Mekânsal Zorluk

Sosyal ilişkilerde yaşanan zorluğun ayrı bir boyutunu oluşturan bu durum çerçevesinde, düzenli olarak namaz ibadetini yerine getiren İBS’li bireylerin bir kısmında arkadaş buluşmaları veya ev dışındaki herhangi bir ortamda bulunma durumlarında zaman tayininde güçlük yaşanması sıklıkla bahsedilen bir husus olmuştur. Bu bireyler bir sosyal aktiviteye katılım sağlamadan önce abdest alabilecekleri bir mekânın bulunup bulunmadığı ve birlikte vakit geçirecekleri kişileri abdest alma sürecinde bekletip bekletmeyecekleri gibi hususları önceden düşünmek zorunda kalmakta, bu ise bireyleri zaman ve mekân konusunda kısıtlamanın yanında psikolojik olarak yıpratmaktadır. Bu durum bir yandan sosyal geri çekilmeye de neden olabilmekte, bireyler bu zorluğu göze alamayarak kendilerine bu imkânın sunulmadığı belli mekânlara gitmekten imtina edebilmektedirler.

K3: “Şey istiyorum mesela namaz vakitlerine denk gelmesin buluşmalarımız çünkü benim hem abdest hem namaz 15-20 dakika sürüyor. E o kişiyi bekletmiş oluyorum. O mesela abdesti var, hemen 5 dakikada kılıyor namazını, e beni sonra 15 dakika beni bekliyor o beni çok geriyor mesela, istiyorum ki o iki vakit arası olsun buluşmalar... Biriyle buluşacaksam o yıpratana daha çok bekletme duygusu oluyor. Tek başıma çıktığımda da beni caydıran şey, işte o şey nasıl diyeyim sürekli abdest alacağım şimdi, dışarı çıkacağım üç kere abdest almam gerekiyor. İşte her yerde bulabilecek miyim? İşte her semtte rahat rahat, işte bir Kadıköy, bir Bağdat Caddesi’nde işte rahat rahat abdest alacak yer olmuyor mesela, cami bile zor bulunuyor bazı semtlerde, o zaman heryere gitmeyeyim, böyle şeyler... Her vakit, işte şey oluyor bir de, gittiğim semtte acaba o camide abdesthane olacak mı? Böyle bir şey oluyor. İşte o zaman hep sürekli gittiğim buluşma noktalarımı yani bu sosyalleşme noktalarımı hep ona göre ayarlamam gerekiyor.”

4.3. Sosyal ve Kültürel Boyut

Sosyal ve kültürel boyut, araştırmaya katılan İBS'li bireylerin sosyal yaşamlarında hastalık nedeniyle meydana gelen değişimleri ve bu bireylerin genel sosyal yaşamlarına hâkim olan ilişki dinamiklerini ele alan bir üst tema olarak belirlenmiştir. Bu üst tema çerçevesinde hastalık belirtileri ile mücadele ederken sosyal desteğin mevcut olması; bunun zıddı olarak sosyal destek yoksunluğu ve belirtiler veya hastalık sonucu ortaya çıkan beslenme düzeni değişiklikleri ve benzeri faktörlere karşı sosyal çevreden gelen baskı, ısrar ve yargılayıcı bakış; belirtilerin sosyal ilişkilerde tahribata yol açmasına işaret eden sosyal ilişkilerde bozulmalar ve son olarak bu bireylerin günlük hayatlarında hakim olan genel sosyal ilişki dinamikleri alt temalar halinde ve katılımcıların anlatımlarına dahil olan kültürel motifler eşliğinde ele alınacaktır.

4.3.1. Sosyal Destek Mevcudiyeti

Tablo 4.8. Sosyal Destek Mevcudiyeti Alt Tema Tablosu

Sosyal Destek Mevcudiyeti
Artmış İlgî ve Destek Anlayış ve Olumlama

Sosyal ve Kültürel Boyutun ilk alt teması olan Sosyal Destek Mevcudiyeti, araştırmaya katılan katılımcıların birçoğunun anlatımlarında yer bulmuş, bu destek kimi zaman belirtiler ortaya çıktığında yoğun ilgi gösterme ve kişiye iyi gelecek bir yol bulma çabası, kimi zaman doktor arayışlarına girme, kimi zamansa belirtileri yargılamadan anlayış gösterme, olumlama ve hastalığın geçmesi için dua etme şeklinde kendini göstermiştir. (Bkz. Tablo 4.8).

4.3.1.1. Artmış İlgî ve Destek

Hastalık belirtileri ortaya çıktığında gösterilen yoğun ilgi ve çözüm bulma çabası, katılımcıların çok büyük bir bölümünün dile getirdiği bir husus olmuştur. Deneyimlenen bu durum bir katılımcının anlatımında şöyle yer bulmuştur:

K4: “Ben şıştiğim zamanlarda insanlar böyle senin için ne yapabiliriz, sıcak su getirelim, tatlı yedirelim birşey yapalım gibi böyle seferber oluyorlar, ya onların da yapabileceği birşey yok.”

Bunun yanında bir katılımcı, spesifik olarak ebeveyninin hastalıkla ilgili kaygı ve yakın ilgisinden bahsederken şu ifadeleri kullanmıştır:

K5: “Ailem tabi ki de en başından beri endişeliler hani sonuçta bir sağlık problemi, ilk gittiğimde zaten babamla görünmüştüm doktora, yani onlar da hani ebeveyn oldukları için hani ekstra düşünüyorlar bence, çünkü sürekli olarak mesela arada nasılsın, yani barsağın iyi mi gibi sorular soruyorlar ama son zamanlarda onlar da alıştılar gibi, daha öncesinde işte evde kaldığım zaman online dönemde daha zorlandığım için orası biraz onları da etkiledi, artık gidelim doktora, olacaksa kolonoskopi de ol, belki geçer, artık kaçınma gibi şeyler söylüyorlardı, ama şu an için online dönemden sonra daha dediğim gibi stabil olduğum için ki bunu da onlara söylediğim için şu an daha iyiler.”

Yine aynı katılımcının aşağıdaki ifadeleri, ebeveyn ilgi ve desteğinin kendisinde oluşturduğu pozitif duygulara işaret etmektedir:

K5: “Ailem hani nasıl olduğumu bilmek istemeleri bana iyi geliyor hani hiç umursamaz değiller, şey olsaydı üzülürdüm evet hani, sen büyütüyorsun bir şeyin yok gibi demiyorlar hani, farkındalar yani bazı dönemlerde daha çok zorlandığımın.”

Sosyal çevreden yoğun bir destek alamıyor olsa da anne ilgi ve desteğinin mevcut olduğunu ve özel yiyeceklere olan ihtiyacının annesi tarafından karşılanmasının ve hassasiyetlerinin gözetilmesinin hem psikolojik hem de bedensel sağlığına olumlu katkılarının bulunduğunu ise bir katılımcı anlatımında şöyle dile getirmiştir:

K9: “Annem sağ olsun annem beni besledi, bir annem zaten bana destek. Hani anne ben bunu yiyemiyorum bunu yemek istiyorum, zaten çocukken de ben çok yemek seçerdim, misafirlikte yemezdim falan filan herkes beni şımarık bir, ah büyüse daha da yemez derlerdi de bir annem hani yiyeceğim şeyi getirirdi arkadan, hani ben

yemezsem bana ekstra bir şey yapardı, onu sevmem diye bana başka bir şey yapardı. Yine annemle kalınca böyle yaşadım, bir uzun süre kaldım iki ay falan kaldım, bu sürede hastalığa rağmen kilo alabildim.”

Bunun yanında hekim ve tedavi yöntemi arama aşamasında aile ve sosyal çevreden gelen yoğun bir desteğin bulunduğunu dile getiren katılımcılar olmuştur:

K1: “Aileden herkes artık yani gösterelim falan diye mide doktoruna gittik...Sonra tekrar yine böyle herkes bana bir doktor tavsiye ediyor falan...”

K2: “Youtube’da da böyle Türk versiyonu bir adama denk geldim böyle hani diyetisyen bir kadını konuşturuyordu annem bulmuştu bana göndermişti...Ne yapsak ne yapsak kitap isimleri gönderiyorlar sağolsunlar...”

Araştırmamıza katılan katılımcılardan bir diğeri ise belirtilerin geçmesi için kendini sakinleştirme aşamasında sosyal desteğe başvurduğunu ve sosyal çevreden artmış bir ilgi beklentisine girdiğini ve bu beklentinin büyük oranda karşılandığını ifade etmiştir ki bu da sosyal desteğin talep edilmesi ve karşılanması yönüyle bakıldığında temayı bir başka yönden örneklemektedir:

K8: “O an o haldeysem biraz şey olmuş oluyor hani işte daha böyle ne denir, daha çok ilgi istediğim ve böyle dikkatimin dağılmasını istediğim hani bana bir şeyler anlat bir şeyler yap hadi şu karnımın ağrısını bana bir unuttur diye böyle bir talebim olabiliyor insanlardan... Genelde karşılıyorlar sağ olsunlar, karşılamaya çalışıyorlar diyeyim de, ne kadar işe yaradığı orası muğlak (gülme).”

Alıntılanan bu ifade ile benzer şekilde, bireylerin bu hastalığı deneyimlerken hissettikleri sosyal destek mevcudiyetinin kendilerini rahatlattığı, bunun yanında hastalığın bireysel anlamda zorlayıcı belirtilerinden dolayı bu rahatlamanın kısmi ve kısıtlı olduğuna dair anlatımlar da olmuştur:

K2: “Sadece üzülüyorlar yani yapabilecekleri yönlendirebilecekleri bir şey yok... Kitap isimleri gönderiyorlar falan ya bazen çabaladıkları için iyi

hissedebiliyorsunuz ama ana sorununuzu çözme, çözülmediği için hala ızdırabınız içinizde devam ediyor psikolojik olarak.”

Kısmi ve kısıtlı sosyal desteğin farklı bir örneği ise eş desteği bağlamında aktarılan aşağıdaki anlatımda gözlemlenebilir:

K9: “Ya yine bakıp mesela ya yedin mi sen de, ne yedin, hani biraz şey yapıyor benim de iştahsız olduğumu ya da yemeyi unuttuğumu bildiği için biraz şey yapıyor yine Allah razı olsun ama şimdi tabi insan eşinden de annelik bekleyemez, yani ben ondan annelik bekleyemem.”

4.3.1.2. Anlayış ve Olumlama

Sosyal çevreden gelen anlayış ve olumlama, sosyal desteğin bir diğer boyutu olarak karşımıza çıkmaktadır. İBS’li bireyler hastalığın belirtileri ve bu belirtilerin hayatlarında meydana getirdiği kısıtlamalar hakkında konuşmak durumunda kaldığında sosyal çevrenin buna anlayış göstermesi ve destek olması birçok katılımcının anlatımında yer bulmaktadır:

K6: “Neler yaşadığımı biliyorlardı. Ve hani bundan dolayı şey olamadığım, uygun olamadığım haftalarda ya da günlerde anlayış gösteriyorlardı, beni rahat bırakıyorlardı mümkün olduğu kadarıyla. Bu dönemleri geçirdiğim zamanlar hani neye ihtiyacım olduğunu biliyorlardı ve beni koruyup kolluyorlardı.”

Belirtiler nedeniyle ibadetlere hazırlık aşamasında zorluk yaşayan bir katılımcının, birlikte vakit geçirdiği insanları bekletme kaygısı ve özel durumunu açıklamanın doğurduğu mahcubiyete karşın sosyal çevrenin bu açıklamaya oldukça anlayışlı ve destekleyici bir tutumla yaklaşması ise sosyal destek boyutunun anlayış ve olumlama yaklaşımına bir örnek teşkil etmektedir:

K3: “Yani arkadaşlarım açıkladığımda anlayışlı davrandılar. İşte dua edenler de oldu sağ olsun hani, ondan sonra, şöyle çok benim zaten çok az arkadaşım var 3, 5 tane. Onlara açıkladım, onlar da beni tolere ettiler sağ olsunlar, Allah onlardan razı olsun. Sıkıntı yaşamadım yani. Hiç şey düşünmedim işte, ay beni beklediği için

işte şimdi darıldı bana sinirlendi ay aramız bozuldu falan. Hiç öyle düşüncelere kapılmadım, hissettirmediler bana.”

Katılımcılardan bazılarının çevrelerindeki diğer bireylerde de yaygın barsak problemlerinin var oluşu, belirtilerin rahatlıkla anlaşılabilmesine ve bireyin bu belirtileri anlatmaktan rahatsızlık duymamasına zemin hazırlamıştır:

K5: “Ya şu an günümüzde çok fazlaca insanların barsakları tamamen iyi olmadığı için çünkü ben kime rastlasam, yani İBS olmasa bile işte tam olarak barsaklarını iyi hissetmiyor, kabızlığı olabiliyor. Ne bileyim yurttan da kaldığım için sürekli olarak yurttan malum koşullar ve yani böyle durumları olan birçok insan olduğu için sanırım bu durum böyle şey yapmadı etkilemedi, belki tamamen sağlıklı insanların içinde olsam farklı olabilirdi.”

K8: “Benimle çok benzer şeyler yaşayan bir arkadaşım da var, onunla zaten birbirimizi anlıyoruz gayet.”

K7: “Ya ben bu şekil olarak söylediğimde yani hem kimilerine tanıdık geliyor yani normal bir tepki oluyor, şu anda zaten karşılaştığım çoğu insanda da bağırsak problemi olan, benim çevrem de herhalde öyle biraz, öyle gayet anlayışlı.”

Barsak problemlerine yönelik bu yaygınlığın ve toplumsal kabulün bir nedeni olarak 7. Katılımcı toplum ruh sağlığındaki bozulmaları bir etken olarak göstererek konuyu kültürel ve toplumsal bir bağlama taşımıştır:

K7: “Bence şundan sebep yadırgamıyoruzdur, hani yaygın olduğunu düşünüyorum ben açıkçası yani tanıdık geliyor insanlara. Ben şu an şöyle düşündüm, şu an düşündüm bunu, mesela yani bu hani baskılanmış, baskı hissi belki ülkece, toplumsal olarak gerçekten bunalım yaşıyoruz yani psikolojik olarak o yüzden bu baskılanmış hissi o yüzden de tanıdık geliyor yani sendrom olarak değilse de hani beslenme bozukluğumuz, bunlar da tabii ki vardır, böyle kodlanmış, hani kültürel de bir şeydir belki bilmiyorum ama, o baskılanma hissi o psikolojik olarak bunu da toplumsal olarak yaşıyoruz açıkçası.”

4.3.2. Sosyal Destek Yoksunluğu

Tablo 4.9. Sosyal Destek Yoksunluğu Alt Tema Tablosu

Sosyal Destek Yoksunluğu
Sosyal Baskı, Israr ve Yargılayıcı Bakış

Araştırmaya katılan katılımcıların büyük bir çoğunluğu hastalık belirtilerini gözlemlene anlarında sosyal desteğe sahip olduklarını ve gerek aile, gerekse arkadaş çevresinden bireylerin kendilerini önemseydiğini ve ilgi gösterip çabaladığını belirtmişken, yaklaşık üç kişilik daha az bir kısmı da sosyal destek yoksunluğunu ve bu desteğe duydukları ihtiyacı anlatımlarında vurgulamıştır. Sosyal desteğin olmayışının en önemli boyutunu ebeveynlerin ilgisiz veya bilinçsiz tutumları oluştururken bir katılımcının eşinden beklediği ilgiliyi göremeyişi, eş desteği yoksunluğunun bir örneği olmuştur. Ebeveyn ilgi ve bilinç eksikliğine dair aşağıdaki alıntı, durumu özetler niteliktedir:

K6: “Öncelikle ebeveynlerin deli dehşet bilinçli olması gerekiyor. Yani benim ailem gerçekten çok cahil, eğitim almamış bir aile olduğu için, entelektüel açıdan cahil demek istedim, böyle konularda bilinçli insanlar değildi yani bir sorun olduğunu anlayabilecek bir bilince sahip insanlar değildi aslında. Yani en azından bir sorun olduğunu ve bunu nere ile görüşmeleri gerektiğini biraz takip edebilmelerini isterdim hani. Ailelerin biraz hatta çok bilinçli olması gerekiyor. Çünkü kişinin, ben açıkçası bir şeyler yapabilecek ya da bir yerlere başvurabilecek gücü bulamadım kendimde, 20 yaşına gelene kadar ya da 19 yaşına gelene kadar. Nereye başvurmam gerektiğini bulma aşamasında çok sorun yaşadım yani. Çünkü böyle şeylerin cevabı her yerde olmuyor. Her doktor bilinçli olmuyor ve tamamen şans durumu oluyor açıkçası. Birinin benim için bunları araştırmasını için çok isterdim... Çevremdeki kimse hani tutup da bir sorun var, bir yerlere görünelim, hani birkaç doktora gidelim vesaire diyebilecek bilince sahip değildi.”

K10: “Ben 15 yaşından beri tek başıma hareket ettim, yani doktora bile tek gittim. Niye annem babam beni götürmemiş, sonra çok sorguladım. Benim ablam mesela,

ablama benden bir yaş büyük, ablama onlar götürürlerdi doktora, ama ben tek giderdim. Sen halledebiliyorsun gibisinden herhalde muhtemelen öyleydi.”

Eş desteğine ve eşi tarafından ihtiyaçlarının gözetilmesine dair beklenti ve bu desteği alamamanın oluşturduğu kırgınlık duygusu ise bir katılımcı tarafından şu şekilde dile getirilmiştir:

K9: “Ben en çok eşimden daha fazla destek beklerdim. Onu pek alamadığımı düşünüyorum. Çünkü o benim, şimdi sorunumu en iyi anlayan o, en iyi bilen o, ne çektiğimi en iyi gören o, dışarıda da böyle, varsayıyorum biriyle bir masaya oturduk, bana beni bir utandıran bir soru sordular veya bir şey oldular, arada hani lafa girer, şey yapar a yok K9 öyle yer veya K9 yiyemez ona dokunur o, o yüzden gibi yani müdahil oluyor ama ev içinde, e tabi daha çok kadından bekleniyor yemek yapması. Sallıyorum şimdi onun bir kronik hastalığı olsaydı ve belli bir şekilde beslenmesi gerekseydi, ben de kendimi boş verirdim, ben de onun gibi yerdim hani o öyle yesin de hani o iyileşsin de ben de böyle yiyeyim bana zaten bir şey olmuyor, gibi düşünürdüm, onun tarafından tabi hiç böyle bir şey yok. O ne isterse o yenilecek.”

4.3.2.1. Sosyal Baskı, Israr ve Yargılayıcı Bakış

K3: “Bir hastalıkla mücadele ederken insan hastalığından çok çevreyle uğraşılıyor. Çünkü sürekli soru ve bir de şey oluyor ya herkesin ayrı bir fikri var. Herkesin önerisi var.”

Sosyal baskı, sorgulama, eleştiri, uzman olunmayan alanlarda fikir yürütme ve yönlendiricilik gibi sosyal çevreye ait tutumların bu bireylerde oluşturduğu rahatsızlık ve yılgınlık hissi, sosyal destek yoksunluğunun bir başka yansıması olarak oluşturulmuş bir alt temadır (Bkz. Tablo 4.9). Araştırmaya katılan İBS’li bireylerin çok büyük bir kısmı, İBS ekseninde sosyal ilişkilerden bahsederken sorgulayıcı ve baskılayıcı tutuma ve bu tutumun kendilerinde meydana getirdiği duygusal yüke değinmiştir. Bu noktada dikkat çeken bir bulgu, bu tutumun genellikle bireylerin yeme davranışlarına yönelik olması, belirtisel ekseninde ise bunun aksine sosyal çevreden bir olumlama ve destek almanın yaygın olarak görülmesidir.

İBS’li bireylerin, beslenme düzeni değişiklikleri bağlamında belli besinleri diyet listelerinden çıkarma ve özel besinlerle beslenme gibi hastalık eksenli davranışlarına yönelik geliştirilen irdeleyici ve hassasiyetleri sorgulayıcı sosyal tutumun, gerek eleştirel, gerek yargılayıcı sözlerin ve gerekse acıma ifadesi ile bakışın bu bireylerde büyük bir duygusal rahatsızlık oluşturduğu katılımcılar tarafından dile getirilmiştir. Araştırmaya katılan birçok katılımcının, karşılaştıkları bu tutum nedeniyle hastalıkları hakkında sosyal çevreye açıklama yapmayı bırakması yine araştırmada öne çıkan bir durumdur. Bunun yanında bu tutumdan duyulan rahatsızlık nedeniyle diyet yapmayı bırakan bir katılımcı dahi olmuştur. Bu tepkilerin bireylerde meydana getirdiği kırgınlık hissi, aktarılan katılımcı ifadesinde yoğun ve açık bir şekilde görülmektedir:

K9: “Doğru mudur, yanlış mıdır bilmiyorum ama benim kendi kararım, bir hastalık sizin gerçekten canınızı yaktıysa, gerçekten sizi çok etkilediyse onun üzerine artık konuşmayı bırakıyorsunuz. Anlamıyor çünkü kimse zaten, gizli tutmayı seçiyorsun, sadece doktorlarla, psikologlarla. Onun dışında kimsenin ben bilmesi gerektiğini düşünmüyorum artık. Siz benim yemeğimle veya hayat tarzımla ilgili yanlış veya ters veya hoşuma gitmeyen hani bir şeyler söylersiniz ben ona kırılmam. Ama ben size hastalığımı açık açık anlattıktan sonra, siz tekrar aynı şeyi yaparsanız o benim çok kalbimi kırıyor. Biliyorsun sen benim derdimi nasıl böyle düşünürsün ya da nasıl böyle küçük şeyler söyler, benim için hani, karşıdaki için küçücük bir şey oluyor o ama o benim tam yarama bastığı için kırılıyorum. Bu yüzden kırılmayı daha en baştan daha göze almamak için ben anlatmayı bıraktım insanlara, hastalığımı paylaşmıyorum.”

Bu tutum ve tepkinin eğitim seviyesinden bağımsız olarak birçok sosyal çevrede gözlemlendiğini bir katılımcı şu şekilde ifade etmiştir:

K2: “Mesela çevremde çok derler insanlar ne kadar okumuş ve doktora yapmış vesaire, bununla hiç alakası yok gerçekten şöyle ‘yaa yiyemiyor musun şimdi glutenli falan’ mesela oluyor yani.”

Hastalığı bir kalıba sığdırma ve kendi doğrularını karşı tarafa dikte etme şeklinde de kendini gösteren sosyal baskı ve yargılayıcı bakış alt teması, yukarıdaki alıntılarda da aktarıldığı üzere bireylerde bıkkınlık, yılgınlık, usanç gibi duygular meydana getirerek

hastalığın duygusal yükünü artırmaktadır. İBS’de besinlerin çölyak ya da diğer hastalıklarda olduğu gibi kişiye süregelen şekilde dokunmadığını, bireyin kendi durumuna göre beslenme düzenine karar vermesi gerektiğini vurgulayan bir katılımcı bununla ilgili şu ifadelerde bulunmuştur:

K9: *“Yani yanımda tanıdığım insanlar varsa biraz hani başta şey yapıyordum, ya işte ben bunu yiyemem, ben bunu yersem şimdi ne olur, ben bunu yesem mi falan gibi paylaşıyordum aklımdan geçenleri, sonra onu bırakmaya karar verdim, çünkü insanlar pek ciddiye almıyorlar yani, şey diyorlar mesela dün mesela bilmem ne yedin, hiçbir şey olmadı diyorlar. Bırak ne güzel yedim işte dün ama bugün yiyebilecek miyim ben onu bilmiyorum hani bu hep aynı bir şey değil ki hani bir öyle bir böyle.”*

Çok sayıda soru sorulması ile hâlihazırda hastalığın belirtileri ile mücadele eden bireyin üzerinde ayrıca bir duygusal yük oluşturulmasından duyulan rahatsızlık ise şu şekilde aktarılmıştır:

K3: *“Şöyle bir süreç oluyor ya, sen bir şey söylüyorsun, o bir daha soru soruyor, o bir şey o bir daha, o beni artık yoruyor yani...Sürekli çünkü herkesle aynı diyaloga girmek zorunda kalıyor insan. İşte İBS var, o ne demek, işte böyle böyle. E kim dedi sana bunu, işte doktor dedi, ay neymiş bu işte bir tür ona anlat, ay bilmem ne bilmem ne, yani o diyaloga...”*

Aynı katılımcıya ait aşağıdaki alıntı ise sorgulamanın yanında ısrar ve baskının varlığına dair de bir örneklik oluşturmaktadır:

K3: *“Niye yemiyorsun dediğimde işte canım istemedi, e peki tamam o zaman. Olur mu, bizde öyle yok. Olur mu, al, ye, bak, bunun içine şunu da koydum, bunu da koydum, çok lezzetli, niye yemiyorsun? Sonra ben cevap vermesem anneme sorar, niye yemiyor bu kız? Öyle bir didikleme, bir baskı var ya o beni sinirlendiriyor.”*

Sosyal çevrenin yeme konusunda ısrarcı davranması ve bireylerin özel durumları nedeniyle bu ısrara olumlu yanıt verememesi ayrıca ilişkilerde de bozulmaya neden olan bir faktör olarak dile getirilmiştir:

K9: “E şimdi yemek reddetmek de bizde biraz şey karşılıyor. İşte aa o kadar işte senin için hazırladım, emek verdim a işte biraz al biraz al biraz al, e bunları reddetmek çok zor. Bu yüzden sosyal ilişkilerimi çok şey yaptı. Yani insanlarla beraber yemek yemeye utanmaya başladım.”

Sosyal baskı ve ısrar bazen de karşıdakini rahatlatma çabası şeklinde kendini göstermiş, buna karşın bu bireylerin ihtiyacının koşulsuz kabul olduğu katılımcılar tarafından dile getirilmiştir:

K7: “Ya bazen hani dediğim gibi belki rahatımdır ben yemek yemeyeceğim sonrasını düşündüğüm için. Ama o kişinin "ya rahat ol", yani insanların mesela "rahat ol" demesi ile rahat olamıyorum ben (gülme). O yüzden onlar daha fazla stres oluşturuyor, onların bizim rahatsızlıklarımızla rahat olmaları gerektiğini düşünüyorum yani.”

Benzer bir rahatlatma çabasından ebeveyn ekseninde bahseden bir başka katılımcı ise belirtilerini artıran yiyecekleri tüketmemeye çalıştığında annesinin diyeti gereksiz görüp katılımcıyı rahatlatma çabası içine girdiğini fakat beklediği tepkinin koşulsuz ebeveyn desteği olduğunu dile getirmiştir.

Tüm bunların yanında katılımcılardan bazıları yargılayıcılık ve yönlendirme barındırmayan ölçülü ve dengeli bir sosyal desteğin kendilerinde oluşturduğu memnuniyeti şu sözlerle dile getirmiştir ki aktarılan alıntı bu bireylerin kendilerini iyi hissetmelerini sağlayan tutum ile ilgili bilgi vermektedir:

K5: “Ekstra bir şeylik de yok hani sıkma hani artık bir git, görün, bunu değiştirmeye çalış, çok fazlaca yok ya işte olması gerektiği gibi ilgileniyorlar ve bu da bir sorun oluşturmuyor.”

Araştırmaya Almanya'dan katılan bir katılımcı ise kültürel bir kıyaslama yaparak bireyselci kültürlerde ısrar ve baskı tutumun daha nadir görüldüğünü, buna karşın Türk kültürü gibi toptancı kültürlerde bu tutumun daha belirgin olduğunu dile getirirken bu durumu bireylerin uyumluluk ve birlikte hareket etmesi kavramı üzerinden açıklamıştır:

K9: “Almanya'da çok fazla vejetaryen var. Almanlar biraz daha böyle, eee daha individualist ne diyeyim daha kendine buyruk insanlar, biz daha hani grup, uyum sağla- o gece ne varsa o yenir, o gün ne yemekse herkes onu yer, biz daha uyum sağlarız birbirimize. Almanlar biraz daha ki bir de Alman kadınların çok fazla alerjileri var, şu alerjisi bu alerjisi, o yüzden burada yemekhanelerde falan bütün her şeyin yazar işte alerjenler, şunlar bunlar. Türkiye'de de artık böyle tabi ki artık, burada çok daha önceden böyleydi. İşte gluten yemeyenler, et yemeyenler, vejetaryenler gibi. O yüzden burada ben bir şey yemiyorum deyip reddetmek Türk kültürüne göre çok daha kolay. Ben yemiyorum dersin kimse şey diyemez, alınmaz yani kimse böyle bir şeye.”

4.3.3. Sosyal İlişkilerde Bozulmalar

Sosyal ilişkilerin nitelik yönünden zayıflaması, İBS'nin sosyal ilişkiler üzerinde oluşturduğu etkinin başka bir boyutunu oluşturmaktadır. Katılımcı ifadelerinden anlaşıldığı üzere, gerek zihnin gastroenterolojik problemlerle meşgul olması, gerek özel besinlere duyulan ihtiyaç nedeniyle birlikte bulunulan insanlara yeme-içme rutinlerinde ayak uydurmanın zorlaşması, gerekse belirtiler sonucu baş gösteren sosyal geri çekilme isteği gibi nedenlerle bu bireylerin sosyal ilişkilere katılma ve ortama uyum sağlama noktasında zorluk yaşamaları, ilişkilerde birtakım problemlerin ortaya çıkmasına zemin hazırlamaktadır:

K9: “Ben yani hasta olduktan sonra kendimi eve kapattım. Eşimle bile sorunlar yaşıyoruz. Yani şöyle sorun yaşıyoruz, ben her şeyi yiyemiyorum, şimdi o her şeyi yiyor, her şeyi yemek istiyor, e ben kendime ait yemek yapmak zorunda kalıyorum. Bu beni çok yoruyor. Zaten 43 kiloyum, yani çok zayıfladım, yemek yapmakta ne bileyim bir tencereyi kaldırmakta zorlanıyorum, halsiz oluyorum, moralim bozuk oluyor, depresifim... Bazen surf o istiyor diye ona yapıyorum. Kendime yapmaya üşeniyorum. Aç kalıyorum, yine kilo veriyorum.”

K6: “Arkadaşlarımla ilişkilerim çok aksadı, yani kaybettiğim bir adaşım oldu. O dönemde istikrarlı bir sosyal hayat, sosyal performans sergileyemediğim için anlayışla karşılamayan insanlar oldu çevremde ama birçok insan, çevremdeki

diğer birçok insan sosyal anlamda desteklemeye devam etti beni, psikolojik anlamda, sosyal anlamda destek gördüm etrafımdakilerden.”

Sosyal ilişkilerin zedelenmesi durumunu özellikle eş ve aile gibi yakın ilişkilerinde deneyimleyen bireylerde ciddi bir olumsuz duygu yükünün meydana geldiği anlaşılmaktadır. Bununla beraber sosyal ilişkilerde bozulmalar ve sosyal ilişkilerin kalitesinde düşüş, sosyal ilişkiler boyutunun diğer alt temaları kadar sıklıkla dile getirilmiş değildir. Hatta birçok katılımcı hastalığın sosyal ilişkilerin niteliğinde bir değişim meydana getirmediğini, anlayış ve olumlama alt başlığında da dile getirildiği gibi yakın ilişkilerde bu durumun anlayışla karşılandığını ve sosyal desteği beraberinde getirdiğini vurgulamıştır.

Son olarak bir katılımcı tüm bu anlatılanları tam tersi yönden ele almış ve hastalığın sosyal ilişkilerde tahribat meydana getirmesinden ziyade sosyal ilişkilerdeki problemler nedeniyle bu hastalığa sahip hale geldiğine yönelik bilişsel bir çıkarım yapmıştır:

K7: “O yüzden hani sendromdan kaynaklı bir sosyal etki yaşıyor muyum bilmiyorum ama sosyalliğimden ötürü bu sendroma mı sahip oldum diye düşünüyorum açıkçası... Yani o yüzden hani şunu diyemiyorum yani ben bu bağırsak şeyimden ötürü sosyal ilişkilerimi geliştiremedim ya da şöyle yaptım diyemem ama öyleydim, böyle oldum diyebilirim.”

4.3.4. Genel Yaşamda Sosyal İlişki Dinamikleri

Katılımcıların genel sosyal ilişkileri, sosyal olarak içe dönük veya dışa dönük bir karakter yapısına sahip olmaları veya sosyal ilişkileri sürdürürken sergiledikleri tutuma dair görüşmelerden elde edilen veriler bu eğilimlerin kişiden kişiye değiştiğini ve bu hastalığa sahip bireylerde var olan genel geçer bir karakter yapısından ve ilişki biçiminden bahsedilemeyeceğini ortaya koymuştur. Yürüttüğümüz araştırma kapsamında görüşülen İBS’li bireylerin bir kısmının sosyal ilişkileri oldukça yoğun ve doyurucu olup, bu bireyler kendilerini daha çok dışa dönük ve sosyal bir insan olarak tanımlamışken katılımcıların bir kısmı ise oldukça içe kapanık bir karakter yapısına sahip ve insanlarla kolayca yakın ilişki kuramayan bireyler olduklarından bahsetmiştir.

Sosyal ilişkileri yürütme bağlamında ise çatışmadan kaçınma, bireylerin içe dönük veya dışa dönük olmasından bağımsız olarak belirgin ve sık karşılaşılan bir tutum olarak karşımıza çıkmıştır.

4.3.4.1. Sosyal İçe Dönüklük ve Yoğun Olmayan Sosyal İlişkiler

Katılımcılardan dördü genel hayatlarında sosyal ilişkilerinin çok yoğun olmadığından ve içe dönük bir karakter yapısına sahip olduklarından bahsetmiştir. Bu durumdan memnun olmama eğilimi ise katılımcıların ifadelerinde belirgindir. Bununla birlikte zaman içinde bunun bir karakter özelliği olduğunu kabul eden ve yalnızlığından memnuniyet duymaya başlayan katılımcılar da olmuştur. Aşağıdaki alıntı, temayı ayrıntılarıyla temsil eden bir örneklik oluşturmaktadır:

K7: *“Şimdiye değişen şimdi değişen hiçbir şey olmadı, ama mesela o dönemler ben içine kapanık ya da yalnız halimi böyle yani, bunun yanlış, bu bir yanlış bir şey, asosyal, yani asosyalliğin kötü olduğunu düşünüyordum yani açıkçası. E şimdi bile yani hayatımı etkileyecek kadar kötü değil, ama normal ben idare ediyorum, yaşıyorum, mutluyum, bunu diyebiliyorum ama o zamanlar böyle kendimi çok- yani kendi kendimi soyutluyordum yani bir yerden soyutlanmış ya da dışlanmış gibi hissetmesem de kendimi öyle tanımlıyordum etrafımdaki bakışlarla vesaire, o zamanlar öyleydi. Şimdi de öyle, ya arkadaş konusunda mesela çok seçici miyim bilmiyorum ama tek tük arkadaşlarım vardır ama çok iyilerdir mesela, çok herkesle arkadaş olan, çok samimi olabilen biri değilim, ama olmam gerektiğini de düşünmüyorum mesela şu an daha esnek ve daha dışarıdan bakabiliyorum ama o zamanlar dediğim gibi böyle sanki ben çok anormal bir karakterde bir insanmışım gibi tanıdım, şimdi şimdi kendimi kabullenip sevebiliyorum yani, kabullenmek de demeyeyim böyle bu normal bir şey diyorum yani.”*

Bir başka katılımcının aynı temayı çağrıştıran ifadeleri ise şu şekildedir:

K6: *“Ben küçüklüğümde beri daha doğrusu, ilkokul ortaokul yaşlarımdan beri çok aktif bir öğrenci olamadığım için ya da çevremde sosyal çevremde çok aktif bir insan olamadığım için aslında kaybedecek çok bir şeyim olmadı bu süreçte.”*

4.3.4.2. Olumlu İlişkiler ve Sosyal Destek

Genel sosyal ilişkiler bağlamında içe dönüklüğün aksine bazı bireylerde daha dışa dönük ve sosyal ilişkilere kolay adapte olabilen bir kişilik yapısının hâkim olduğu görülmektedir. Katılımcılardan altısı genel olarak “başarılı” (K4) ve iyi ilişkiler kurduklarına ve ilişkileri yürütme konusunda sorun yaşamadıklarına dair ifadelerle anlatımlarında yer vermiştir. İçedönük bir kişilik yapısına sahipken aynı zamanda az da olsa doyurucu bir sosyal desteğe sahip olduğunu ifade eden 2 katılımcı olmuştur. Bunun yanında ilişkilerde zaman içinde olumlu değişimlerin gözlemlenebildiği ve var olan problemlerin zaman içinde aşılarak daha olumlu deneyimlerin ortaya çıktığına dair katılımcı ifadeleri araştırma açısından oldukça önemlidir. Katılımcıların büyük bir kısmının bu noktada özlük bilinci yüksek ve değişime açık bireyler oldukları ve gerek duygusal farkındalıklarını gerekse sosyal ilişkilerinin kalitesini artırmak adına etkili yöntemlere başvurmadan çekinmedikleri gözlemlenmiştir. Katılımcıların aşağıdaki ifadeleri, var olan sosyal ilişki ve ağ yoğunluğunu özetler niteliktedir:

K5: *“Çok fazla arkadaşlık ilişkim var yurttan ayrı, okulda ayrı, gittiğim yerlerde ayrı. Duygusal da biri olduğum için hani çok rahat bir şekilde duygularımı paylaşıyorum, söylerim, anlatırım.”*

K1: *“Çok sosyalim çok fazla arkadaşım var, yani hem aile çevremle hem arkadaş çevremle çok ilişki içerisindeyim ama mesela şey yani daha ketum, bu konuda çok feedback aldığım için bunu söyleyebilirim, ketum yani kendime dair bir şeyleri paylaşmak konusunda ketum olduğumu söylüyorlar.”*

Sosyal ilişkilerin zaman içinde olumlu değişime uğramasına dair ise aşağıdaki alıntı kayda değer niteliktedir:

K4: *“Ailemle olan ilişkimde çok fazla yol katettiğimi düşünüyorum. Aslında çocukluktan itibaren hani daha böyle bir mağdur rolündeydim ben bunları yaşadım ben şunları yaşadım falan ama şu an şu konumdayken ben hani u ne yaşadıysam yaşadım ailemde şu an her şey çok iyi, ailemle olan ilişkimde benim de yaptığım hatalar onların da yaptığı hatalar var ama bunlar düzelebilir gibi bir yere kendimi getirdiğim için çok mutluyum.”*

4.4. Duygusal Boyut

4.4.1. Deneyimlenen Duygular

Tablo 4.10. Deneyimlenen Duygular Alt Tema Tablosu

Deneyimlenen Duygular
Suçluluk ve Pişmanlık Beklenti Anksiyetesi Utanç ve Mahcubiyet Psikolojik Stres ve Depresif Duygular

Araştırmaya katılan İBS'li bireylerin büyük bir kısmı anlatımlarında genel ve hastalıkla ilişkili duygusal öğelere yoğunlukla yer vermiştir. Hastalıkla ilgili “Deneyimlenen Duygular” alt teması bağlamında İBS'ye sahip olma nedeniyle ortaya çıkan temel duygular ele alınmış olup Tablo 4.10'da, ortaya çıkan bu duygular aktarılmıştır.

4.4.1.1. Suçluluk ve Pişmanlık

Suçluluk duygusu bağlamında katılımcılar hem bedenlerine hem de birlikte buldukları insanlara yönelik olmak üzere farklı türevlerde suçluluk hislerine anlatımlarında yer vermiştir. Kendine ve bedenine karşı suçluluk hissetme genellikle hastalık nedeniyle çekilen yoğun ağrı hissine ve rahatsızlığa rağmen tedaviyi geciktirme yönüyle bedene eziyet etme düşüncesinin bir tezahürü olarak ortaya çıkmıştır ve sıklıkla pişmanlık duygusunu içinde barındırdığı görülmektedir:

K7: “Lise son sınıfta yani nerdeyse tüylerim diken diken olacak derecede bütün vücudu kaplayan bir sancıyı hatırlıyorum, bu gaz sancısıydı. Bunu neden yaşamışım, kendime neden bu eziyeti yapmışım bilmem. Çünkü o sancıyı yaşadığımda ben böyle bir rahatsızlık var gibi de hissetmiyordum çünkü ben kendimi sıkıştığımı düşünüyordum okulda, yani gaz problemi var ve okulda rahat değilim, tamam bunu yaşıyorum ama evde de yaşıyordum. O zamanlar kendimi neden tutmuşum ya da neden doktora gitmemişim, bunun çaresine çok yani çok hızlı bakmadım açıkçası biraz yaşadım.”

K6: “Düşünüyorum da hani aslında ele alması bu kadar benim için belki bu kadar kolay bir durum hem psikolog hem psikiyatrist, hem diyetisyenle yürütülen ortak bir çalışmayla benim için bir sene kadar kolay bir, kısa bir sürede hatta 1 seneden daha az bir sürede çözülebilecek bir duruma aslında ben yaklaşık o 22 yıllık hayatım boyunca deneyimlemiş bulunuyorum.”

Bu suçluluk duygusunun bir diğer kaynağının ise bireylerin, hastalığın kendi tutum ve davranışlarının sonucu olarak ortaya çıktığı yönündeki bilişleri olduğu anlaşılmaktadır. Bu durum bir katılımcıda beslenme düzeninde radikal bir değişiklik yapma sonucunda, diğer bir katılımcıda ise duygudurumunu düzenleyememe neticesinde bedeninin somatik tepkiler vermesine atfedilmiş ve bu sorumluluk hissi bireylerde suçluluk duygusunu beraberinde getirmiştir. Pişmanlık duygusunun yine suçluluk ile birlikte ele alındığı anlaşılmaktadır.

K4: “Ya bu arada bir açıkçası bir suçluluk da hissediyorum çünkü hani ben birkaç sene önce hayatımdan yağı çıkartmasaydım, beslenme düzenimi toptan değiştirmeseydim acaba hastalığı deneyimler miydim bunu hani kendi kendime... Ben bedenimin eksik olan vitaminini mineralini kısıtım, belki de o yüzden midem barsaklarım bana böyle bir tepki verdi geri gibi düşünceler de oluyor.”

Konu ile ilgili kendine ve bedene acıma duygusunu da içinde barındıran, 8. Katılımcıya ait ifade ise şu şekildedir:

K8: “Bana en çok hissettirdiği şey, yani ben kendime bu kadar mı kötü davranıyorum da vücudum bu kadar isyan ediyor, ya bu kadar mı kötü durumdayım da hani aslında diyorum normal bir şey oldu, hani bu kadar tepki veriyorsam hani farkında olmadan vücuduma çok kötü davranıyorum, kendime çok kötü davranıyorum demek ki, bilinçsiz olarak ki bu kadar şiddetli tepki görüyorum vücudumdan da, hani işte uzun vadede yani bu diyorum beni yaşlandırır da yani erkenden diyorum yaşlanacağım herhalde çünkü sürekli olarak vücudumun böyle tepkiler vermesi muhtemelen onu da yoruyor, işte yani zihnen de böyle düşündükçe hani yazık bana diyorum yani, o yazık bana duygusu aklıma geliyor.”

Suçluluk duygusunun sosyal alandaki yansıması bazı katılımcılarda hastalığın başlangıç nedeni olarak kendi eylemlerini sorumlu tutma ve çevresindeki insanlara kendi hatası ile oluşmuş bir durum nedeniyle bedel ödetme düşüncesi ile ortaya çıkmıştır. Bazı katılımcılarda ise hastalık nedeniyle değişime uğrayan tuvalet süresi, abdest alma süreci ya da yemek yeme rutini nedeniyle birlikte bulunulan insanların vaktinden çalma düşüncesi bu duyguyu ortaya çıkabilmektedir. Üstte alıntılanan, radikal bir beslenme düzeni değişikliği nedeni ile kendini bedenine karşı suçlu hisseden katılımcının, aynı sorumluluk hissiyle sosyal çevrenin bundan etkilenmesine dair hissettiği suçluluk duygusu “bedel ödetme” kavramı ile ele alınmış ve beraberinde gelen duygusal sarmal katılımcı tarafından şu şekilde ifade edilmiştir:

K4: “Hani karşımdaki insana da sanki bir bedel ödetiyormuşum gibi, yani anneme de çevremdekilere de hani ben şiştiğim zamanlarda insanlar böyle senin için ne yapabiliriz, sıcak su getirelim, tatlı yedirelim bir şey yapalım gibi böyle seferber oluyorlar, ya onların da yapabileceği bir şey yok, ama benim de böyle içten içe huzursuzluğumu etkileyeceğim bir şey yok çift yönlü böyle bir duygusal sarmala giriyorum hem üzülüyorum hem sıkılıyorum, ne yapacağımı bilemiyorum açıkçası.”

Yine ibadetlerde zorluk bölümünde dile getirilen, bireylerin birlikte bulunduğu insanları kendi özel durumu nedeniyle bekletmesine yönelik suçluluk duygusu ve bunun neticesinde ikincil bir duygu olarak ortaya çıkan huzursuzluk ve gerginlik hali, bu duygunun ortaya çıktığı bir başka bağlama işaret etmektedir:

K3: “Rahat rahat oturamayacağız çünkü ya aslında oturursun da beni o düşünce germiştii işte, kalkıp bu bu kıızı işte 15 dakika bekleteceğim şimdi, 20 dakika bekleteceğim. O düşünce beni sinirlendiriyordu yani huzursuz ediyordu. Birini, sırf benim rahatsızlığımdan ötürü biri beni bekleyecek.”

4.4.1.2. Beklenti Anksiyetesi

Beklenti anksiyetesi genel olarak diyare ve karışık alt tipte İBS’yi deneyimleyen katılımcıların anlatımlarında yer bulmuş olup kişiye günlük hayata katılma noktasında zorluk yaşatan bir duygu olarak kendini göstermektedir. Hastalığın şiddetli belirtilerle seyrettiği bir katılımcı, yaşadığı bu kaygı ve korkuyu şu ifadelerle dile getirmiştir:

K9: “Ani tuvalete yetişememe korkusu. Ve bir yerden sonra artık yetişem- yani mesela şu an çok daha iyiyim artık ishal olmuyorum, ona rağmen o korku içimde kaldı. Dışarı çıktığımda yemek yerken o korku geliyor. Hani bir şeyi oturduk, ne yersiniz diyorlar. Herkes siparişini veriyor, ben oturuyorum, Allah orada ben ne yiyeceğim, ya ishal olursam, o korkular. Ondan sonra o yemeği yedikten sonraki yarım saat boyunca oturup bekleme, acaba acaba acaba diye, işte oturduğun yerden kalkmama bir süre daha bekleme orada eğer tuvalet varsa. Korku diyebilirim. Aslında o kadar çok yani ağrınız yoksa o kadar sizin sosyal hayatınızı veya iş hayatınızı etkileyen bir şey değil. Eğer yemek ve tuvalet meseleleri hallolursa bu hastalık, bir etkisi yok yani gerçekten hayatınıza. Tuvalete yetişip yetişememek ve yedikten sonra tuvalete çıkıp çıkmamak yani tuvalete koşmak zorunda kalacağım mı kalmayacağım mı bu korku benim hayatımı mahveden. Onun dışında bir şey yok yani. Bu korku da böyle bir komik bir şey olduğu için, açıklayamıyorsunuz insanlara.”

Bir diğer katılımcı ise anlatımının farklı yerlerinde bu kaygıdan sıklıkla bahsetmiş ve stres verici ve belirsizliğin hâkim olduğu, bireyin kontrol alanının dışına çıkan durumlarda daha yoğun olarak gözlemlenen bu kaygıyı şu sözlerle dile getirmiştir:

K5: “Stres olduğum zamanlar karnımda gerçekten büyük bir hareketlilik, işte tuvaletim daha sık gelecekmış korkusu olabiliyor... Bazen işte otobüslere yetişeceğim zaman o streste hani, yapıp çıkıyorum ama yine de gelir mi diye bir düşünüyorum... Uzun yolculuklarda, bir de hiç bilmediğim bir yere giderken hani direkt bulamayacağım bir yer olursa o biraz geriyor, gerildiğim zaman da biraz hissediyorum yani tuvaletim olmasa da hafif bir ağrı gibi, ama bunu düşünmezsem olmuyor.”

4.4.1.3. Utanç ve Mahcubiyet

Sosyal eksende en sık dile getirilen duygulardan biri olan utanç ve mahcubiyet kimi zaman belirtilerin mahiyeti itibariyle, kimi zaman belirtilerle başa çıkmak adına geliştirilen beslenme ritüelleri nedeniyle ve kimi zaman belirtilerden bahsetme gerekliliğinin olduğu durumlarda ortaya çıkmıştır. Mahcubiyet duygusu sıklıkla

utançla birlikte seyretmiş, ibadete hazırlık aşamasındaki zorluklar bağlamında birlikte bulunulan insanları bekletme durumunda daha belirgin olarak kendini göstermiştir.

K10: *“Hatta evlendiğimde bile, yani gelin olduğumda utanıyordum yani sofradan hemen kalkmak zorundaydım... Hala bilmezler belki de yani.”*

K9: *“Yani insanlarla beraber yemek yemeye utanmaya başladım. Şimdi iş yerine, işe başlarsam onu düşünüyorum. Yani insanlarla bir masada oturup yemek yemek bana çok utanç vermeye başladı. Çok seçici olduğum için, onu yemem, bunu yemem, bunu yerim gibi ya da.”*

İbadetlerde zorluk temasına ilişkin utanç ve mahcubiyet duygusu ise gerek birlikte bulunulan bireyleri bekletme, gerekse bu durumu açıklamak zorunda kalma durumlarında ortaya çıkmıştır ki aşağıdaki alıntılar bu durumu örnekler niteliktedir.

K3: *“Bir de bunu sık bulduğum arkadaşlara açıklamak zorunda kaldım. O da hoş olmadı tabii. Çünkü hep şey diyorlar işte niye abdest alıyorsun işte sürekli. Şimdi sık, düzenli bulduğun insanlar bunu fark ediyorlar, hadi bir iki kere buluşmalarda değil de, diğerlerinde mecburen açıkladım, bak dedim benim böyle bir sıkıntım var işte, doktora da gittim ama çözümlenmediğini söyledi... Bu açıklamaları yaptım tabii ama hoş, bilmiyorum o sıkıntı ya... Bu açıklamayı yapmak iğrenç bir şey.”*

K3: *“Hep beni çok bekliyorlar o beni çok geriyor... Arkadaşlarımı bekletmek hoşuma gitmiyor. Hep böyle hep özür hep mahcubiyet.”*

Aynı katılımcı bu alt tema çerçevesinde ibadetlerle ilgili bu durum hakkında açıklama yapmanın doğurduğu utanç duygusundan da ayrıca bahsetmiştir. Bunun yanında genel olarak barsak problemlerinden bahsetmeyi bu duygu nedeniyle tercih etmediğini, bu yüzden araştırma sırasında kimse ile paylaşmadığı bu problemi dillendirebilme imkânı bulmanın kendisinde rahatlatma meydana getirdiğini ise şu sözlerle ifade etmiştir:

K3: *“Çok anlatmak istiyorum ya, çünkü herkesle rahat konuşamadığımız bir konu (gülme)...Kimseye de diyemiyorsun ki bak ben böyle böyle bir tanrı aldım, hani bir*

de bağırsak falan olunca hoş olmuyor yani. Grip gibi değil sonuçta. Ve kimse de senin oturup barsak sorunlarını dinlemiyor yani, hani dinleyen birini buldum çok mutluyum (gülme).”

4.4.1.4. Psikolojik Stres ve Depresif Duygular

Depresif duygular bağlamında mutsuzluk, zevk alınan aktivitelere karşı ilgisizlik, gerginlik, huzursuzluk, moral bozukluğu, çaresizlik, yıpranmışlık, usanç ve yoksunluk gibi birçok duygu ifadesi katılımcıların anlatımında yer bulmuştur. Tüm bu duygular “Psikolojik stres ve depresif duygular” alt teması altında toplanmış olup bahsi geçen duyguların katılımcıların hayatlarındaki yansıması bu bölümde ele alınacaktır.

Mutsuzluk, zevk alınan aktivitelere karşı ilginin azalması ve gerginlik, İBS belirtilerinin direkt olarak meydana getirdiği ve kişinin hem günlük hem de sosyal hayatını etkileyen ve şekillendiren duygular olarak ele alınmıştır:

K4: “Sabah özellikle şişkin kalktığım zamanlarda çok mutsuz oluyorum, hani bunun bir seviyesi var aslında ama böyle orta seviyeyi aştıktan sonra derecelendirsem mesela 10 seviye üzerinden değerlendirirsem 6 olduğunda ben gerçekten inanılmaz öfkeli bir insan oluyorum. Herkesin söylediği bana çok batmaya başlıyor, yani hiçbir şey ist- hiçbir şey yapmak istemez oluyorum.”

Katılımcı, bu durumun sosyal hayatını da etkilediğini, arkadaş buluşmalarına isteksizlikle katılma ve gastrointestinal belirtiler nedeniyle süregelen bir huzursuzluk hissetme halinden de ayrıca bahsetmiştir. Yine bir katılımcı hastalığın ve hastalık nedeniyle kilo alamamanın kendisinde meydana getirdiği duyguları "*Halsiz oluyorum, moralim bozuk oluyor, depresifim*" (K9) sözleriyle ifade etmiştir. Benzer şekilde bir katılımcı İBS belirtilerindeki yoğunluk ve sürekliliğin ruh halini derinden etkilediğini ve depresif duygular ortaya çıkardığını ifade ederken şu cümleleri kullanmıştır:

K2: “Çok değişik bir ağrı yani içten geliyor, işte böyle psikolojik olarak çok aşağıya çekiyor, sürekli ağrı çektiğinizi düşünün, işimi yapıyordum işyerinde, hani sürekli o ağrıyla uğraşıyordum.”

Burada önceki bölümlerde de ele alındığı üzere zihnin sürekli hastalık ile meşgul olmasına bağlı olarak iş hayatına odaklanamama ve bunun da üzerine eklendiği bir duygusal ve zihinsel yorgunluktan bahsedilebilir. Bu zihinsel yorgunluk farklı katılımcı ifadelerinde de yer bulmuş, katılımcılar genellikle zihnin sürekli olarak belirtilerin başlayıp başlamayacağı düşüncesi ile meşgul olması, beden işaretlerini sürekli olarak dinleme gibi eylemlerin kişide oluşturduğu yorgunluk hissine değinmişlerdir. Buna dair ifadeler “Zihinsel Meşguliyet” kısmında ayrıntılı olarak ele alınmıştır.

İBS'nin temel belirtilerine bazı katılımcılarda eşlik eden yorgunluk, halsizlik, uzanma ihtiyacı gibi ek belirtiler nedeniyle de bu bireylerde ruhsal çökkünlüğün gözlemlenebileceğini ilgili alıntı örnelemektedir:

K2: “İlk başta çok böyle şey üstüne düşmedim sonrasında işte bir gün baya bir şey oldum ben hani enerjisel anlamda böyle sabah kalktığımda işte işe gidemeyecek kadar kendimi yorgun hissettiğimi fark ettim ya artık böyle işyerinde merdiven falan bile çıkamıyordum o kadar yorgun hissediyordum kendimi, sonra hatta böyle sabah kalktım böyle ağladım, hiç böyle şeyler yapmam yani hani ben işe gidemiycem artık hastaneye gideyim falan diye.”

Benzer ifadeler bir başka katılımcının anlatımında şöyle yer bulmuştur:

K1: “Yeterince sağlıklı değilim hissi var yani, hani şey derler ya kronik bir hastalığın var mı, yok, ama hani ben hep bende olan bir şişkinlik şeyi var ve hani böyle yeterince işte enerjik, yeterince sağlıklı, yeterince, yani sanki bu yaşındaki şeyim yok gibi, bu beni bir tık aşağı çekiyor gibi o şişkinlik ve sindirim problemleri işte ağrı vesaire işte tuvalete çıkamama.”

Bir başka yönden hastalık bu bireylerde çaresizlik duygusu uyandırmak suretiyle ruhsal çökkünlük hali oluşturabilmekte, hastalığa dair kesin bir çözümün sunulamaması, hastalık belirtileriyle tek başına mücadele etme zorunluluğunu gibi durumlar bu hissi beslemektedir. Aynı şekilde çözüm arayışları için sürekli farklı hekimlere başvurma sürecinin de, bir sonuç alınamadığında bu bireylerde yorgunluk, yıpranmışlık ve usanç duygularını meydana getirdiği anlaşılmaktadır.

K2: “Gerçekten çok çaresiz bırakıyor yani kafayı yiyorsunuz çevrenizdeki hiç kimse anlayamıyor bilim bunu açıklayamıyor... Yani çok çaresiz hissettirdi ben hissettim çünkü kimse bilmiyor çevremde en uzmanlarına gidiyorum onlar da delik deşik.”

K1: “İlk başta çok daha ret ve ikna olmamıştım ve reddetmişim. Şu an daha olabilir evet bu stresle bağlantılı ve benim karakterimle ilişkili bir şey olabilir noktasına geldim ama daha şey hissediyorum ya çaresiz hani ya mesela işte dediğim gibi tekrar bir doktora gitmek istemiyorum çünkü aynı süreçleri yaşayacakmışım gibi, ya da hani bir, bir yolu yokmuş, hani bir tedavisi yokmuş gibi böyle hani belirsiz ve çaresiz hissettiriyor sanırım en temelde.”

Depresif duygular alt teması içinde ele alınabilecek bir diğer duygu ise İBS'nin kısıtlayıcı belirtileri sonucu hissedilen yoksunluk hissidir ki katılımcılar bu duyguyu zaman zaman kısıtlanmışlık bağlamında da dile getirmiştir:

K9: “Aç kalıyorum. Yolda aç, yani, yola çıkarken yemek yemiyorum, nerede işte varacağımız yere varalım, tuvalet garanti, önümüzdeki bir saat buradayız, o zaman ben yemek yemeye başlıyorum, yoksa yolda aç bekliyorum yani. Bu da çok zor ne yalan söyleyeyim. Açsınız ama yemiyorsunuz, korkudan yiyemiyorsunuz.”

K1: “Bir de hani şey var ya böyle iştahın var ve seviyorsun da aslında o tarz şeyleri ama sürekli, bu sefer de yoksunluk hissi gibi bir şey oluyor (gülme).”

Bir diğer yandan ibadetlerle ilgili yukarıda bahsi geçen uygun yer tayini, ibadete odaklanamama, birlikte vakit geçirilen arkadaş çevresini bekletme gibi durumlar bireylerde duygusal bir yük oluşturmakta ve psikolojik olarak bireyleri yıpratılmaktadır. Verilen alıntı, dışarı çıkıldığında sık sık abdest alma gerekliliği nedeniyle arkadaşlarını bekletecek olmanın getirdiği duygusal yorgunluğun ve buna bağlı olarak gelişen sosyal ve mekânsal geri çekilmenin örneklerini içinde barındırmaktadır:

K3: “Bir süre böyle bu beni çok bayağı bunalıma soktu. Hiç dışarı çıkasım gelmiyordu ya da çıkıp hemen dışarıda abdest almayacak şekilde iki saat içinde

geri döneyim istiyordum. Sonra sonra alıştım. Yani ne yapacağım mecbur, bir süre sonra alıştım.”

İbadetlerde zorluk bağlamında ayrıca bireyin barsak hareketlerine yönelik artmış olan dikkatinin stres seviyesini artırırken obsesif düşüncelere de kapı aralayabileceği görülmektedir:

K5: “Sürekli bir huzursuzluk var yani gaz, gaz problemi gibi yani sanki mesela abdestimi hiç tutamıyorum, o abdestliyen sanki daha fazla gaz çıkarma hissi, çıkacakmış gibi böyle bir daha farklı oluyor. Normal zamanda hiçbir şey yok, mesela adetken hiçbir şey yok (gülme), daha çok umursamadığım için galiba, bu biraz bende vesvese de olmuş olabilir.”

Öfke ve sinirlilik halinin, belirtiler nedeniyle ortaya çıkan tüm bu depresiflik, çaresizlik, zihinsel yorgunluk ve kısıtlanmışlık hislerinin sonucunda ikincil ve güçlü bir duygu olarak açığa çıktığı ve sosyal ilişkilere yansıyan bir boyutunun da bulunduğu anlaşılmaktadır:

K4: “Sinir, sinirlilik hali ve böyle hani (sinirle gülme) hani olsa da söküp atsam böyle karnımın içindeki şeyleri falan diye, çok um u boşaltıma yönelik sürekli aklımda düşünceler oluyor... Kötü olursam psikolojik olarak hani bir anda böyle hani sinirleniyorum dedim ya o karnımın şişikliği çok ciddi bir huzursuzluk yaratıyor, herkesin huzurunu kaçırmış oluyorum bu sefer.”

Sıklıkla dile getirilen bu duygu öbeklerinin yanında geleceğe yönelik kaygı da katılımcıların bir kısmı tarafından hissedilen bir duygu olmuştur:

K8: “Uzun vadede yani bu diyorum beni yaşlandırır da yani erkenden diyorum yaşlanacağım herhalde çünkü sürekli olarak vücudumun böyle tepkiler vermesi muhtemelen onu da yoruyor.”

Bu minvalde kilo alımı ve yaş artışı ile birlikte şişkinlik ve şişkinliğin beraberinde getirdiği enerji düşüklüğü ve nefes alamama gibi problemlerde artış gözlemleyen bir katılımcının ifadeleri de geleceğe yönelik kaygıyı içinde barındırmaktadır:

K1: “Bence yaş büyük etken ve şey diye düşünüyorsun, daha da hani, gençken hiç bunu düşünmüyorsun da şu anda mesela, ileride daha da yaşlanacağım ya ben böyle hani sürekli bir hani nefes falan yorgunluk.”

Depresif duyguların bir başka yansıması niteliğinde gerek sosyal destek yoksunluğundan, gerekse sosyal desteğin var olmasına rağmen sosyal çevrenin belirtilere çözüm üretme imkânına sahip olmamasından kaynaklı olarak hastalığı bir başına yaşama, bireylerde yalnızlık duygusunu açığa çıkarmış, katılımcılardan bir kısmında ise bu yalnız bırakılmışlık hissi aynı zamanda kırgınlığa yol açmıştır. Kırgınlık hissini bir diğer kaynağının ise “sosyal baskı, ısrar ve yargılayıcı bakış” teması altında ele alındığı üzere hastalıkları ile ilgili hususların bu bireylerin hassasiyet alanlarını oluşturması ve bu alana dair yöneltilen eleştiri, olumsuz bakış, yargılama gibi unsurlar olduğu görülmüştür. Yalnızlık hissine ve bu hisse yönelik kırgınlığa dair 6. Katılımcının deneyimleri şu şekildedir:

K6: “Çevremde bununla ilgilenen ya da beni bir yerlere sevk eden biri olmadı açıkçası. Yani gittiğim doktorlardan, özellikle psikiyatristler yönünden de çok şanslı değildim. Doğru bir yönlendirme gerçekleştirilmedi. Ancak reşit olduktan sonra kendi araştırmalarımla bir şeyler bulmaya başladım... Bir şey oluyor mesela ama ne olduğunu bilmiyorum. Hani ne ile karşı karşıya olduğumu bilmiyorum. Ve bana doğru cevap verebilecek kimse de yok etrafımda ya da cevabı benimle arayabilecek kimse yok. Aile, ailemi o yüzden affedebilmem gerçekten uzun sürdü. Yani ben böyle semptomlar gösterirken özellikle okula gidemediğim zamanlarda yani sürekli evdeyim, sürekli kıvranıyorum bir şeylerden, gerçekten tam anlamıyla kıvranıyordum, böyle şeyler yaşanırken, böyle şeyler oluyorken kayıtsız kalmaları, benim gerçekten çok zor affettiğim, çok zor affedebildiğim bir durum. Sanıyorum en büyük, bence en büyük etken insanın beraber yaşadığı insanlar. İnsanın beraber yaşadığı insanların farkındalığı yani aile olsun ya da ne bileyim arkadaş olsun, o insanların farkındalığı çok önemli. En önemli şeylerden bir tanesi bu diye düşünüyorum ben.”

Sosyal çevrenin, gösterdiği çabaya rağmen bir çözüm üretememesi ve bunun doğurduğu yalnızlık hissini çaresizlik hissini de beraberinde getirmesini ise 2. Katılımcının ilgili alıntısı örneklemektedir:

K2: “Çok çaresiz hissettirdiği zamanlar çok oldu bana kendimi, çok yalnız hissettim. Hiç kimse şey yapamıyor dedim yardımcı olamıyor dedim yani hani o çok korkunç bir duygu yani Allah kimseye vermesin gerçekten.”

Kırgınlık duygusu bağlamında daha önce “sosyal baskı, ısrar ve yargılayıcı bakış” alt teması kapsamında verilmiş olan bu alıntının hissedilen yoğun duyguları oldukça açık şekilde yansıtması yönüyle burada da tekrar zikredilmesinin uygun olacağını düşünüyoruz:

K9: “Konuşmuyorum yani, çünkü anlamıyorlar ve hani şöyle şimdi ben size hasta olduğumu söylemem, siz benim yemeğimde veya hayat tarzımla ilgili yanlış veya ters veya hoşuma gitmeyen hani bir şeyler söylersiniz ben ona kırılmam. Ama ben size hastalığımı açık açık anlattıktan sonra, siz tekrar aynı şeyi yaparsanız o benim çok kalbimi kırıyor. Biliyorsun sen benim derdimi nasıl böyle düşünürsün ya da nasıl böyle küçük şeyler söyler, benim için hani, karşıdaki için küçücük bir şey oluyor o ama o benim tam yarama bastığı için kırılıyorum.”

4.4.2. Duyguları Bastırma Eğilimi

Bir önceki alt temada hastalığın ortaya çıkardığı duygu deneyimleri ele alınmışken bu alt tema kapsamında, İBS’li bireylerin günlük hayata dair duygusal yaşamlarında yer tutan deneyimler ve eğilimler ele alınmıştır. Gündelik yaşamın özellikle sosyal ilişkiler düzleminde hâkim olan duyguları bastırma eğilimi katılımcılarda genellikle öfke, gerginlik, kırgınlık gibi yoğun duyguların ifade edilmesi yerine bastırılması ve iç dünyada yoğunlaştırılması şeklinde kendini göstermiştir.

Bu eğilim bir yandan sosyal ilişkilerde çatışmadan kaçınma çabasını içermekte, bireyler ilişkilerdeki herhangi bir bozulmanın önüne geçmek adına hissettikleri duyguları kendi içlerinde yaşamaktadırlar. Biriken duyguların bir içsel gerilim meydana getirdiğine ve bireylerin bu eğilimlerinden memnun olmadığına dair katılımcı ifadelerinin yanında daha nötr şekilde, bir karakter özeliği olarak bu durumdan bahseden katılımcılar da olmuştur. Verilen iki alıntı sırasıyla bu iki durumun birer örneği olarak görülebilir:

K7: *“Daha fazla içine kapanmak, daha suçlayıcı (gülme) olmak, ya suçlayıcı, ama bunu dışarıya yansıtmama, yani bu pasif agresif denilen şey mi bilmiyorum, ya mesela yazdık- günlüklerimde böyle daha çok ailemi ama herhalde, annemi, mesela evde yani onlara karşı bir şeyimi yansıtmışım günlüğe yazmışım, ama mesela dışarıdan tabii ki böyle agr- yani dışarıya yansıyan bir şeyim yoktu.”*

K1: *“Bu konuda çok feedback aldığım için bunu söyleyebilirim, ketum yani kendime dair bir şeyleri paylaşmak konusunda ketum olduğumu söylüyorlar. Ve işte duygularımı çok fazla ifade etmediğim konusunda, mesela çok fazla dinlerim insanları ama çok fazla kendimle ilgili birşey anlatmam. Daha böyle, sadece çok yakın çevreme vesaire, böyle paylaşımım o konuda az.”*

Duyguları bastırma eğiliminin fizyolojik belirtilerle ilişkisini kuran ve duyguları bastırmanın barsaklarda da bir birikmişlik hissi meydana getirdiğini ifade eden katılımcılar, duygu-beden ilişkisine dair bilincin dikkat çeken bir örneğini vermektedir:

K7: *“Bu belki aileden gelen bir şeydir ama çok savaştan, tartışan bir yönüm yok yani tartışmayı bilmem mesela, susarım, o yüzden içim böyle şeydir yani insanlar mesela bilmeyebilir ama ben içim böyle şey yani çok tıkanmışımı hissederim genelde bazen. İçimin dolu olması çok kötü bir şey yani, her anlamda hani mesela gerçekten barsaklarını da boşaltamıyorsun, içini de boşaltamıyorsun bir yerde (gülme). O tıkanmışlık hissi kötü.”*

Belirtildiği gibi katılımcıların sosyal ilişkilerde bir problemle karşılaştıklarında genellikle çatışmadan kaçınma, duygularını bastırma ve karşı tarafı alttan alma eğiliminde oldukları görülmektedir. Katılımcılardan dördünün bu durumu doğrudan örnekleyen ifadeleri olmuş ve bu ifadelerde genel olarak durumdan memnun olmama eğiliminin yüksek olduğu gözlemlenmiştir:

K7: *“Yani mesela ben tartışmayı bilmiyorum, beceremem demiştim. Mesela babam evde yani tartışmaktan korkarız, o yüzden konu değişir, üzeri kapanabilir bazen, bazen susarız, yani bu şekilde. Bu yönümü benzetirim ve hiç sevmem. Bunun için neler yapabilirim bilmiyorum. Yani bunu aşmaya çalışıyorum... Ve şöyle ben mesela karakter yapımı da ne yazık ki babama benzettiğim için bu sorunu*

yaşayacak muhtemel kişi de ben oldum ailede yani o yüzden hani genetikten de çıkmış bir durum olabilir bu sendrom yani hani dediğim gibi.”

K1: “Çatışmayı çeşitli yollarla önleyerek, çatışma çıktığı durumda da mesela yani daha kaçak, kaçarak yani çatışmadan kaçıcı, o atıyorum aile büyükleriyle bir çatışma yaşadığımda daha böyle hani susup arkanı dönüp, böyle bir hani büyüğe saygı diye düşünebiliriz hani çatışmaya girmeden, arkadaşlarla olduğu durumda daha böyle ilişkiyi kesmeye ve hani çok ciddi bir şeyse atıyorum gerçekten, daha böyle hani ben uzak kalayım bu insandan gibi. Hani orayı çözüp böyle hani tartışıp hadi bunu halledelim gibi değil de daha böyle geri çekilme şeklinde.”

Duyguları bastırmanın adaptif bir boyutu ise, sosyal çatışma içeren durumlarda pasif bir tutum sergilemekten ziyade problem çözme becerilerini kullanarak ve duygusal yoğunluğu erteleyerek çatışmaların üstesinden gelme bağlamında gözlemlenmiştir. Aşağıdaki alıntı bu durumu yansıtır niteliktedir:

K10: “Bir de mesela ben bir yakınıma sinirlendiğimde, bunu o an paylaşmıyorum. Onu önce bir hazmediyorum, sakinliğimde, sindirdikten sonra hani paylaşma ihtiyacı duyuyorsam duyuyorum. Çünkü o an bu öfkeyle kötü kelime kullanmaktan biraz kendimi tutmaya çalışıyorum. Bunu önce bir kendi içimde hallediyorum, çözüyorum, sonra rahatlıkla konuşabiliyorum ve o sorun yaşadığım kişiyle de görüşebiliyorum o zaman, böyle böyle diyebiliyorum.”

4.4.2.1. Duygu Tanımlamada Güçlük

Duyguları tanımlama, hissetme, anlamlandırma deneyimleri araştırmaya katılan bireyler arasında değişiklik göstermekle birlikte sık görülen eğilimin duyguları anlık olarak hissetmekte güçlük çekme ve duyguları tanımlamada güçlükler yaşama yönünde olduğu anlaşılmaktadır. Olaylara anlık duygusal tepki verememe, duygu yoğunluğunun ertelenmesi, geçmişe dair olumsuz deneyimleri bir defans mekanizması olarak hatırlamama gibi eğilimler bu katılımcıların deneyimleri arasındadır.

K8: “Şöyle bir örnek vereyim mesela, babaannem vefat ettiğinde benim ya ilk iki gün falan gözümde bir damla yaş akmadı, ben insanlar böyle ne yapıyor ne ediyor

falan anlamadım yani o duygu benden mesela o an çıkmıyor, herkes ağlıyor hani benim de normalde ağlamam da gerekiyor ama yani hiç tık yok, sonrasında böyle işte birkaç gün sonra hani böyle bir ani hani ağlama olmuştu o zaman, aniden ağlayıp, beklenmedik bir anda böyle çok basit bir şey hani eline iğne batar ağlamaya başlarsın ama iğneyle alakası yoktur ya o durumları ben çok, duygu olarak hiçbir şey hissetmediğim anlar oluyor... Sanırım bu biraz çocukluk benim defans mekanizmam, yok sayma duyguları o dönemlerde muhtemelen, şu an şey yapamıyorum, hemen hissedemiyorum bile, ben daha bastırmayı geçtim, ki hissedebilsem bastıracağım, daha his bile hemen gelmiyor sonra geliyor.”

Duyguları hissetme zorluğuna dair bu alıntılarının yanında duygu tanımlama güçlüğüne bir örneği olarak 6. Katılımcının ifadeleri şu şekildedir:

K6: “Beni neyin nasıl etkilediğinin farkında olan birisi değildim. Sadece iyi hissetmiyordum ve her şey bitiyordu. Yani iyi hissediyor muyum, hissetmiyor muyum, bu kadar. İyi hissetmiyorum, bir şeyler yanlış gidiyor. İyi hissetmiyorum, o kadar. Oturup geçmesini bekliyordum ama sebebini bilmediğim için ya da bana neler olduğunu bilmediğim için net bir şekilde, bunlarla mücadele etmek çok zor oluyordu.”

4.4.2.2. Duygusal Fedakârlık

Duyguları bastırma alt teması kapsamında ele aldığımız duygusal fedakârlık, sosyal ilişkilerde duyguları ifade etmek yerine karşı tarafın bu duygu yükünü kaldıramaması endişesiyle hissedilen duyguları içe atarak duygusal yükü üstlenme eğilimini göstermektedir. Araştırmaya katılan katılımcıların üçü bu eğilime dair ifadelerde bulunmuştur. Bu ifadelerden bazıları aşağıda örneklenmiştir:

K8: “Bir tık anladığım kadarıyla, çok fazla duygularımı bastırmamdan ve işte belirli işte bir tık mükemmeliyetçi olduğum için sanırım, hani ilişkilerimin bozulmaması, daha çok biraz da kontrolcü bir insanım, hani bir şeyleri kontrol edebilme, yani o insanın, mesela şöyle bir örnek vereyim, hani bir arkadaşımın beni rahatsız ediyor diyelim bir davranışı, ben ama seviyorum yani onu, sevmediğim bir insan değil. Ona bu durumu söylersem konuşabilirim, diyebilirim ki şöyle şöyle

yaptığından ben bundan rahatsız oluyorum deyip aslında çözüm- ben de benim rahatsızlığım da giderilmiş olur, ama bunu söylersem onu kötü hissettiririm, o aslında bunu kaldıramaz ama ben bu durumu kaldırebiliyorum diye düşündüğüm için hani o üzüntüden benden, benim şu anki durumumdan daha çok etkilenir deyip bunu ifade etmediğim için, ya genelde çok böyle alttan alan bir yapım olduğu için çoğu ilişkide...”

K10: *“Karşımdakini üzmemek için hep kendim üzüldüm kim olursa olsun fark etmez. Bir de her şeye anlayışlı olmak... Maalesef yani bütün yükü kendiniz alıyorsunuz, yani cevap vermeyerek, görmezden gelmeye çalışarak vesaire idare ederek. Çünkü öbür türlü olsa farkın olmayacak, yani beğenmediğin kişiye dönüşmüş olacaksınız.”*

4.4.2.3. Duygu İfadesine Negatif Bakış

Hissedilen yoğun duyguları bastırmanın yanında, bu duyguların gizlenmesi gerektiğine dair bilişler de özellikle iki katılımcının ifadelerinde göze çarpmaktadır.

K4: *“Genel olarak duygularımı aktarmakta çok kötüyüm (gülme) o yüzden de bence zaten hani bedensel tepkiler vermemin en büyük sebebi de bence bu, u duygularımı, bir şeyler yaşıyorum ama kendi içimde tolere edebileceğimi düşünüyorum çünkü karşı tarafa hissettiğimi söylemek o duyguyu yaşamaktan sanki daha ağır gibi, hani birine bir şey söylemek yerine tamam ben bunu deneyimleyeyim ama söylemeyeyim gibi hissediyorum. Hani bir şey oluyor ve ben her seferinde susuyorum, bir olay oluyor öfkeleniyorum, susuyorum, seviniyorum, yine çok belli etmiyorum, yani duygularımı biraz daha sanki gizlemem gereken şeyler olarak yaşıyorum.”*

K8: *“Duygularımı ifade etmemin yanlış olması ve beni güçsüz göstereceği düşüncesi etkiliyordu yani muhtemelen.”*

4.4.3. Duygusal Farkındalık ve Dışavurumda Gelişim

Araştırmaya katılan bireylerde genel olarak gözlemlenen tutum, duygusal ve bedensel olarak kendini gözlemleme, öz eleştiriye tabi tutma ve değişime açık olma özelliklerinin bu bireylerde görünür olmasıdır. Bu bağlamda katılımcılardan bir kısmı

duygusal deneyimler boyutunda bir farkındalık ve çözüm arayışı sürecine girmiş ve zamanla duygusal farkındalık ve dışavurum noktasında yol katetmişlerdir.

Bir önceki bölümde bahsedildiği üzere katılımcılardan dördü duyguları hissetme ve tanımlama noktasında güçlük yaşadığını dile getirmişken bu katılımcılardan üçü aynı zamanda anlatımlarında duygularıyla olan ilişkilerinin zaman içinde olumlu bir değişim gösterdiğinden bahsetmiştir. Bu değişim için bilinçli bir çaba gösterilmiş, bu farkındalık genellikle bir terapi süreciyle kazanılmış ya da bireyin kendini zaman içinde daha iyi tanması ve ilişkileri yönetmeye dair stratejiler geliştirmesi yoluyla elde edilmiştir.

K4: “Duygularımı aslında tanımam terapiye gitmemle birlikte oldu. Daha öncesinde böyle (gülme) hiç duygum yokmuşçasına tamamen bastırılmış şekilde yaşıyordum, şimdi bir duygum var evet şu an çok mutlu hissediyorum ama onları da gidiyorum deftere yazıyorum karşımdakine söylemiyorum, bu beni çok mutlu hissettiriyor.”

Duyguları tanıma ve hissetmedeki olumlu gelişimin yanında, sosyal ilişkiler bağlamında da katılımcıların hissettikleri olumlu, olumsuz duyguları, önceliklerini ve hassasiyetlerini ifade etme noktasında zaman içinde bir gelişimin meydana geldiği göze çarpmaktadır.

K8: “Bunu da zamanla konuşmayı öğrenerek çözdüm mesela şu an genel stres semptomlarımın falan azalması da daha konuştu- konuşmaya başladığım için, şu an mesela bir şey olduğu zaman sen şu an benimle zaman geçirmek istemiyorsun ama bundan ben de kötü etkileniyorum, hani ben taviz veriyorum ama bazı durumlarda senin de taviz vermen gerekiyor demeyi öğrendikten sonra benim için bazı şeyler daha kolaylaştı.”

Bir katılımcının, önceden tüm zorlukları üstlenirken ve zorlanmışlığa dair duygularını belli edemezken zaman içinde hayır diyebilmeyi öğrendiğini aşağıdaki ifadelerinden anlayabiliriz:

K10: “Yani en uygun yani artık bu şekilde yaparak (elle dur işareti), yani ben istemiyorum, kabul etmiyorum, reddediyorum diyerekten, bunlar artık kolaylıkla hayır deyip reddedebiliyorum.”

Duygu paylaşım azlığı ve duygu paylaşımının zaman içinde ve büyük bir çaba ile gelişmesine dair yoğunluğun yanında az sayıda katılımcı duygularını rahatlıkla karşı tarafa ifade ettiğini ve bunun kendisinde bir gerilim meydana getirmediğini ifade etmiştir. Bir katılımcı ise duyguları içine atmadığını, bunun yerine ilişkilerdeki negatif durumların kendisini etkilemesinin en baştan önüne geçerek negatif yorumlara kendini kapatmasını “şartelleri indirmek” tabiriyle dile getirmiştir. Duyguları rahatlıkla ifade edebilmeye dair katılımcı ifadesi şu şekildedir:

K5: “Duygusal da biri olduğum için hani çok rahat bir şekilde duygularımı paylaşırım, söylerim, anlatırım, yani duygularımı ifade etmekte zorluk çekmiyorum genelde, yani karşı tarafa söylerim, çok yani kendimi çok açan biriyimdir.”

4.5. Gözlemsel ve Bilişsel Boyut

Araştırmaya katılan bireylerin gerek hastalığı başlatan spesifik olay veya hastalığın nedeni olarak görülen durumlar, gerekse hastalığı tetikleyerek belirtileri ortaya çıkaran faktörler bağlamında yoğun gözleme ve bilişsel çıkarımlara dayanan aktarımları olmuştur. Hastalığın atfedildiği nedenler ve hastalığı başlatan spesifik olay ve durumlara dair aktarımlar Tablo 4.11’de aktarılmış olup, buna göre 3 katılımcının belirtileri psikolojik faktörlerle tetiklenmekte, 2 katılımcıda belirtilerin tetiklenmesi tükettiği besinler sonrasında görülmekte, 5 katılımcıda ise beslenme ve psikolojik faktörler bir arada bu sürece etki etmektedir. Hastalığın atfedildiği nedenler bağlamında ise psikososyal faktörler ve beslenme temel etmenler olarak görülürken yapısal ve metabolik faktörlerin de bu süreçten sorumlu olduğuna dair biliş ve çıkarımların mevcut olduğu görülmektedir.

Tablo 4.11. Tetikleyiciler ve Başlatan Etmenler Tablosu

Katılımcı No	Tetikleyiciler	Hastalığın Başlangıcı ve Kaynağına Dair Yorumlar
K1	Beslenme	Beslenme ve metabolizma işleyişi
K2	Beslenme (fruktoz oranı yüksek gıdalar, glutenli beslenme, paket gıdalar)	Sağlıksız beslenme ile barsak yapısının bozulması
K3	Stres, menstrüel dönem	Genetik yatkınlık ve pelvik kasların normalden sıkı olması, sağlıksız beslenme
K4	Stres, beslenme (fastfood, alkol), olumsuz duygudurum, kişilerarası ilişki problemleri	Stres ve psikolojik etmenler
K5	Stres, beslenme	Çocuklukta kullanılan antibiyotikler/ barsak florasında değişim
K6	Stres, beslenme (paketli gıdalar), kişilerarası ilişki problemleri	Barsaklarda bakteriyel aşırı çoğalma
K7	Stres, beslenme (süt, yağlı besinler, hamur işi), menstrüel dönem	Genetik yatkınlık, sosyal içe dönüklük ve duyguları ifade etme güçlüğü
K8	Stres, negatif duygulanım, kişilerarası ilişki problemleri	Duyguları ifade etme güçlüğü
K9	Stres, beslenme, menstrüel dönem	Genetik yatkınlık ve sağlıksız beslenme ile barsak yapısının bozulması
K10	Stres, negatif duygulanım	Sosyal ilgi ihtiyacı, duygusal hassasiyet, felaketleştirme

4.5.1. Psikolojik Faktörlerle İlişkilendirilme ve Tetiklenme

Depresyon ve anksiyete gibi psikolojik zorluklar, sosyal ilişkilerde bozulmalar nedeniyle ortaya çıkan olumsuz duygular ve stres, hastalığı başlatan ve belirtileri tetikleyen ana etmenler bağlamında katılımcılar tarafından sıklıkla dile getirilmiştir. Stres faktörünün katılımcıların birçoğu tarafından üzüntü, heyecan, gerginlik, sosyal ilişkilerdeki bozulmalara bağlı olumsuz duygular gibi birçok duygu ifadesinin yerine ortak bir terim olarak kullanıldığı ve belirtileri tetikleyen önemli bir etmen olarak kabul edildiği görülmüştür. Bunun yanında sınav dönemi veya yer değişikliğine bağlı stres gibi etmenler de belirtileri sıklaştıran ve tetikleyen etmenler arasında

zikredilmiştir. Bu bağlamda barsak düzeninin ruh halindeki değişimlerle paralel şekilde bozulma gösterdiği ve üzüntü, stres, heyecan gibi duygularla birlikte karın ağrısı, barsak hareketlerinde değişim, diyare veya kabızlık şikâyetlerinde belirgin bir artışın gözlemlendiği, katılımcıların neredeyse tamamı tarafından dile getirilmiş bir husustur. “Barsağın ikinci beyin olarak görülmesi” ise bir ifade kalıbı olarak birçok katılımcının anlatımında yer bulmuştur. Anlatımlar, stresin atak dönemlerin başlangıcını tetiklediği; ruh halinin daha durağan olduğu, stresin azaldığı dönemlerde ise bazı bireylerin herhangi bir barsak problemine sahip değilmişçesine kendilerini sağlıklı hissedebildiklerini göstermiştir. Stresin hastalığın temel belirleyici ve tetikleyici faktörü olduğuna dair katılımcı ifadelerinin bazıları şu şekilde verilmiştir:

K4: *“Daha sonrasında ortaya çıkan şeylerle birlikte ben benim stresim ne zaman yükselse karnım o kadar daha fazla şişmeye başlıyordu... O kadar stresle el ele gidiyor ki ben ne zaman kafama bir şey taksam diyorum ki okey, atak gelecek yakında... Duygusal olarak ne zaman değersiz hissetsem veya özgüvensiz hissetsem de diyebilirim.”*

K3: *“Kesinlikle stres, stres yaşıyorsam hiç tuvalete çıkamıyorum ben mesela. İşte o hafta çok stresli bir, işte bir olay oldu işte, kötü bir şey olacağını düşünüyorum ya da, ya da işte bir ödev yetiştirmem gerekiyor ama çok kötü bir durumdayım, geç kalmışım, o zaman o hafta çok kötü oluyor barsağım mesela. Rahatlayınca rahatlıyor.”*

Sosyal ilişkilerdeki bozulmanın veya genel yaşam deneyimlerinin meydana getirdiği negatif duygulanımın bedensel belirtileri doğrudan harekete geçirmesi deneyimini 8. Katılımcı şu sözlerle ifade etmiştir:

K8: *“Genel üzüntü kesinlikle, dediğim gibi kırıcı bir şey duyduğum an, yani o kulağımdan geçip gerçekten zihnimin algılamasıyla karnımdaki ağrının başlaması aynı anda, hani bir saniyede bile sindirim sistemim etkilenmeye başlar, bunlar tetikliyor genel olarak işte olumsuz duygu durumları çoğu zaman etkiliyor... Normal beni rahatsız edecek, strese sokabilecek, üzebilecek olay yaşandığı an, yani o anda karnımda bir garip ağrı başlıyor, sonrasında bir saat içerisinde sindirim sistemim bozulmuş oluyor diyebilirim.”*

Aynı katılımcının zihin-beden ilişkisine dair aşağıdaki ifadeleri ise beden olumsuz duygu durumuna verdiği yanıtın çoğu zaman bilinç dışında gerçekleşmesini ve bedenin kayıt tutmasını örneklemetedir:

K8: “İlk zaten hissettiğim duygu, olur olmaz, bazen hatta şey olur, neye karnım ağrıyor onu bile unutturum ama o karın ağrısı olmaya devam eder yani, bir düşünürüm karnım ağrıdığına göre bugün kötü bir şey oldu, ne olmuştu, hatırlamaya çalışır öyle derim yani, zihnim unutuyor ama vücudum asla (gülme)”

Beden ve zihnin bir arada hareket etmesine yönelik yoğun aktarımları olan katılımcı, bedenin farklı stresörlere farklı bedensel tepkilerle yanıt vermesine dair ise şu aktarımda bulunmuş ve karışık tip İBS’yi de bu şekilde örneklemiştir:

K8: “Normal günlük streste ishal genelde oluyor, ama böyle bir yerde farklı bir yerde kaldığım zaman da kabızlık oluyor.”

Yaşamsal değişimler ve belirsizlik alanları bazı bireylerde ciddi bir stres yükü oluşturduğu görülmüş, bununla ilgili bir katılımcı yaşamı ile ilgili ciddi bir karar sürecine girdiğinde ve belirsizliklerin hâkim olduğu dönemlerde belirtilerinde ciddi bir artış gözlemlendiğini dile getirmiştir. Bir diğer katılımcı için sosyal kaygıya bağlı olarak başka insanların bulunduğu mekânlarda yemek yemek büyük bir stres faktörü olabilmekte ve belirtileri tetiklemekte, bir katılımcıda ise evinden başka bir yerde yatmaya kalma ve mekân değişikliğinin barsak düzenini doğrudan etkilediğine dair, yukarıda verildiği üzere bir aktarım göze çarpmaktadır. Meşguliyetin olmadığı ve bedensel belirtiler üzerinde düşünce yoğunluğunun arttığı tatil zamanlarında da belirtilerde artış gözlemleyen ve bu nedenle kendini farklı işlerle meşgul tutmayı bir baş etme mekanizması olarak kullanan birden fazla katılımcı olmuştur. Pandemi döneminde bu hastalığı yaşıyor olmanın da bireylerde eve kapanma yönüyle psikolojik iyi oluş halinde azalma ve stres seviyesinde artış meydana getirmesi ve bu durumun belirtilerin daha belirgin hale gelmesine neden oluşuna dair anlatımlar ise iki katılımcının görüşmelerinde belirgindir. İBS belirtilerinde son dönemde artış gözlemleyen ve bunu pandemi döneminin getirdiği olumsuz psikolojik atmosfere bağlayan bir katılımcının ifadeleri şu şekildedir:

K7: “Yani çok sosyal bir hayatım, hareketli bir hayatım olmadığı için, hani bu etkiliyor bir yerde. Ya aslında bu duygular çok yanlış bir döneme denk geldi yani pandemi gibi, dışarıya dönük insanlar için de benzer etkiler olmuştur belki ama yani ben içine kapanık bir insan daha da içine kapandı, daha depresif oldu. Yani konuştuğum tek tük insanlarla dahi böyle çok verimsiz sohbetlerim ve isteksizlik çok oldu yani açıkçası, bu da dedim ya evlere kapanma ve pandemi ile alakalı da oldu. Yani birçok şey aslında üst üste geldi.”

Hastalığın başlangıç sürecine dair aktarımlara bakıldığında da 3 katılımcının depresif bir dönemin ardından hastalık belirtilerini gözlemlediği, 3 katılımcının ise akademik kökenli stresten sonra belirtilere maruz kaldığı görülmüştür.

K10: “O süreç, şey biraz ağır süreçlerden geçtim yani nasıl desem, çok beynimi yordum, çok koşturdum, çok yıprandım yıpratmamak için.”

K5: “Sınava hazırlık dönemindeydim onu hatırlıyorum o aşırı bir stres zamanında başladı.”

Genel psikolojik durum bağlamında bakıldığında ise depresyon ve sosyal içe dönüklüğün hastalığın bir öncülü olarak kabul edildiğine dair bilişler öne çıkmakta, bireyler bu iki durumu hastalığın bir sonucu olmanın yanında, temelde hastalığın ortaya çıkış nedeni olarak görmekte ve birbirini karşılıklı olarak etkilediğini düşünmektedirler.

K6: “Depresyon önce gelir yani bence depresyondan dolayı İBS gözlemleniyor. Daha doğrusu o durumun hani ateşlendiği, o kibritin çakıldığı yer bence depresyon kanadı gibi hissediyorum. Yani depresyondan ziyade daha böyle stres bozukluğu ya da ne bileyim hayatında gerçekten yönetemediği bir stres durumu olan birisi, öncül olarak bence bu görünüyor gibi hissediyorum. Ama sonrasında, ilerleyen zamanlarda bu daha karşılıklı olabilir. İBS de depresyonu tetikleyebilir.”

Aynı katılımcı, İBS ile depresyonun birbirini karşılıklı olarak etkilemesine ve belirtilerin kimi zaman iç içe geçmesine dair aşağıdaki ifadelerde bulunmuş ve bu iki durumun ayrımını yapmakta çoğu zaman zorlandığını ifade etmiştir:

K6: “İBS'den dolayı o dönemde mesela çok uyumamı ele alıyorum. İBS'den dolayı uyuduğum zamanlar, mesela günde İBS'den dolayı atıyorum 10 saat uyuyorumdur, uyanıyorumdur, İBS belirtisi ya da bir huzursuzluk sezmiyorum ama uyumak istiyorum. Çünkü kendimi umutsuz hissediyorum. Yani ne yaptığımı bilmiyorum, kaybolmuş gibi hissediyorum ve uyumaya devam ediyorum. Bence uyumanın tek sebebi İBS ama uyumaya devam etmemin nedeni de depresyon gibi geliyor, yani bu duruma, içine düştüğüm duruma devam etmemin sebebi, böyle hissetmeye, böyle düşünmeye devam etmemin sebebi depresyon. Evet ilk İBS semptomları uyku düzenimi değiştirmiş olabilir ama bunu devam ettirmek ya da bundan kurtulmaya çalışmamak sanıyorum biraz bana ve depresyonuma kalmış bir durum oluyor. Yani belki sürdürücü ya da tedaviyi geciktirici etkileri olabilir birbirinin içerisinde, gerçekten bunun ayrımını yapmak çok zor.”

Katılımcıların bir kısmının ifadelerinde öne çıkan, hastalığın başlangıç nedenini sosyal ilişkilerde duyguları ifade etme güçlüğüne ve sosyal destek azlığına bağlı bir tür bilinçdışı ilgi arayışına bağlama ise hastalığın psikososyal yönden bir değerlendirmesi niteliğindedir.

K7: “O yüzden hani sendromdan kaynaklı bir sosyal etki yaşıyor muyum bilmiyorum ama sosyalliğimden ötürü bu sendroma mı sahip oldum diye düşünüyorum açıkçası... Yani o yüzden hani şunu diyemiyorum yani ben bu bağırsak şeyimden ötürü sosyal ilişkilerimi geliştiremedim ya da şöyle yaptım diyemem ama öyleydim, böyle oldum diyebilirim.”

Bu bağlamda İBS belirtilerinin, bedenın duyguları bastırmaya yönelik verdiği bir tür tepki olduğunu öne süren katılımcıların yanında, çocukluk döneminde yeterince ilgi görememenin sonucunda, bedensel belirtilerle bu ilgi ihtiyacını giderme çabasına dayanıyor olabileceğine dair retrospektif çıkarımlara rastlanmıştır.

K10: “Acaba ben o zamandan beri bir duygusal, ben de varım mı demek istiyordum. Tabi tabi, yani onu şey yapmaya çalışıyorum kendi kafamda. Çünkü yani çok kalabalık bir aileydik ve ben çok ayrıntıcı, ince fikirliydim, yani çok aşırı düşünen bir insandım. Yani o çocukluktan gelen birşey olsa gerek, yani onu oraya bağlıyorum. Herhalde diyorum o da bir dikkat çekme şeyi miydi acaba? Ondandır.”

sonra karın ağrımaya başladı busefer böyle mi oldu, ama sonra bakıyorum bunu hiç abartıp büyütüp şey yapmadım, yani insanlara sunmadım.”

4.5.2. Beslenme Davranışlarıyla İlişkilendirilme ve Tetiklenme

Kimi zaman alerjenik etkileri yüksek, kimi zamansa daha nötr gıdalara karşı bu bireylerin gastrointestinal sistemlerinde aşırı hassasiyet olduğu ve bazı besinlerin tüketiminden sonra İBS belirtilerinin ortaya çıkabildiği görülmüştür. Bazı bireyler, tablo 4.11’de aktarıldığı üzere belirtileri tetikleyen spesifik besin gruplarını tespit edebilmiş, bir kısmı ise bu besinleri tespit etmekte zorlandıklarını, tükettikleri herhangi bir besinin az miktarlarda dahi olsa istenmeyen etkiler ortaya çıkarabildiğini aktarmışlardır.

K7: “Açıkçası su bile bana dokunan bir şey, yani su bile bazen, çok fazla içmiyorum aslında normal içiyorum ama suyun bile ishal yaptığı dönemler de oldu.”

K1: “Bir şey tetikliyor gibi, gün içerisinde hiçbir şeyim yok, mesela bir kâse çorba, bir kâsedan bile az bir şey yiyorum, birden böyle kocaman şişiyorum. Hani inanılmaz yiyorum da şişiyorum gibi de değil. Azıcık bir şey yesem de şişiyorum ve bunun bir şekilde yemekle ilgisi var ve bunu bir türlü çözemiyorlar gibi... Yani yemeye ilişkili olduğu için çok fazla, yemek yediğim anda şiştiğim için, bir de mesela atıyorum kahvaltıda o kadar şişmiyorum ama akşam yemeğinde çok şişiyorum, daha metabolizmaya ilgili bir şey gibi geliyor.”

Belirtilerin tetiklenmesinin yanında hastalığın görülmesinin temel nedeninin beslenme düzenindeki bozulmalar olduğunu belirterek hastalığın nedenselliğini beslenme faktörüne atfeden katılımcılar da olmuştur:

K9: “Şimdi tabii hepimiz her şeyi yemeye başlayınca, bu marketler fırlayınca, ki ne yediğimize de dikkat etmemeye başladık, her istediğimize her an ulaşabiliyoruz, e bağırsak da diyor ki ne oluyor, hayrola yani... Yani tamamen, yememem gereken şeyleri çok fazla yediğim için olduğunu düşünüyorum. Özellikle bunlar hamur işi ürünler, fabrikasyon hamur işi ürünler. Hani böyle tost ekmeği, yumuşak fos fos ekmekler olur ya böyle, onların zaten gluten oranı da çok fazla yüksek, diğer bizim

ekmeklerimize göre. Ayçiçek yağı, yani bitkisel yağlar; zeytinyağı değil, hindistancevizi yağı değil, hayvan yağı değil, hayvan yağı çok iyi geliyor aksine iyileştiriyor. Ve bazı vitaminlerin eksikliği nedeniyle olduğunu düşünüyorum.”

4.5.3. Çok Faktörlü Yorumlama

Psikolojik etmenler ve beslenme faktörlerini hastalığın orta çıkışı ve tetiklenmesinde ana etmenler olarak gören katılımcıların yanında her iki faktörün de süreç içinde belirleyici olduğunu ifade eden bireyler de olmuştur. Katılımcılardan üçü, belirtilerin stresle de tetiklendiği fakat bunun ana etmen olmadığı ve hastalığın temelde beslenme ile ilişkili bir bozukluk olduğunu vurgulayan bilişsel ifadelerde bulunmuş, hastalığı yalnızca stresle ilişkilendirmenin, tatmin edici sonuç alınmadığında bireyleri umutsuzluğa sürükleyebileceğine dair çıkarımlara anlatımlarında yer vermiştir:

K2: “Stresli olduğumda artardı ama esas nedeni stres değil, beslenmeyle ilgili aslında bu hastalık. Yani strese yönelirseniz işte insanlar çaresizleşiyor. Neden? Gruplarda yazıyor mesela psikiyatra gittim işte İBS'n var dedi, bana hemen ilaç verdi, ya da gastroenterolojiye gidiyor diyor ki işte her şeyi yaptık sen bir psikiyatra git diyor, psikolojik diyor. Yani gruplarda da insanları yanlış yönlendirme durumu var. Stres değil bunun kaynağı, stres yan etkenlerden bir tanesi ama esas sıkıntı besin. Bu bağırsaklardan geçen besinlerle alakalı bir durum, yanlış beslenmeden kaynaklı. Bu ayırım yapılmadığı için sıkıntı oluyor. Mesela gruplarda insanlar diyor ki, ben bundan dolayı 2 yıldır ilaç kullanıyorum psikiyatri ilacı, ama devam ediyor şikayetlerim, bir yıl iyiydim ama sonra devam etti. Neden? Çünkü o psikiyatri ilaçlarının içinde zaten gevşetici şeyler var ve bağırsağı gevşettiğiniz zaman hafif bir ağrı kesici etkisi olduğu için oradaki reaksiyonu sanki gitmiş gibi tamponluyor ve duymamanızı sağlıyor. Ama oradaki reaksiyon devam ediyor bir yıl boyunca ya da altı ay boyunca ve daha da kötüye gitmeye başlıyor. Bu sefer diyor ki ben bunu da denedim hani psikiyatra da gittim, normal doktora da gittim ama olmadı.”

Bunun yanında her iki faktörün de hastalık üzerinde etkili olduğu görüşü oldukça yaygındır:

K9: “Hani ben korkunca, çok heyecanlanınca, çok stres, tehdit altında hissedince kendimi, bağırsakların hemen harekete geçiyor. Bunun farkındayım. Ve bağırsaklarım ne kadar boşsa o kadar iyi atlatıyorum o dönemi. Eğer bağırsaklarım çok doluyorsa, bu yüzden de lif, hani ne kadar çok lif, ne kadar çok besin alırsanız bağırsaklar o kadar dolu oluyor, e tabii stres anında boşalacak şey o kadar fazla oluyor galiba. Hani yani az yiyince, bağırsakta da bir şey olmayınca siz o sırada çok korksanız da bağırsaklar harekete geçmiyor. O yüzden yani, ne kadar diyetle alakalı, ne kadarı stresle alakalı bilemiyorum. Ama yediklerimle, iyi yiyince o da iyi oluyor. Hani ikisinin arasında bir denge bulmaya çalışıyorum.”

Hastalığı beslenme ile alakalı görmeyip salt stresle alakalı bir hastalık olarak yorumlayan katılımcıların da bulunması, hastalığı bir nedene atfetmenin deneyim ve bilişlere dayandığı ve bireyden bireye farklılık gösterebildiğini örneklemektedir:

K8: “Ben beslenme ile bir bağlantı kuramadım şu ana kadar. Çünkü normal günlük hayatın içerisinde normal beslenirken oluyor. Yani farklı bir şey yediğimde, ya farklı bir şey yediğimdiki rahatsızlıklarım farklıdır, hani onu sen yediğin içindir, onunla bir şey yok bende, bağlantı yok.”

Tüm bu faktörlerin yanında kilo ve yaş alımı ile birlikte belirtilerinde artış gözlemleyen, ayrıca menstrüel dönemde belirtilerde ciddi bir artışın meydana geldiğini ve menstrüel dönem sancılarını normal popülasyondan daha yoğun olarak deneyimlerken aynı zamanda İBS belirtilerinin de bu dönemde daha şiddetli olarak kendini gösterdiğini ifade eden 3 katılımcı olmuştur. Yapısal anlamda, yaşadıkları durumu pelvik kasların normalden daha sıkı oluşuna bağlayan iki katılımcı olmuş, biri bu bilgiyi jinekoloğundan edindiğini ifade etmiştir.

K3: “Kadın doğuma gittiğimde bana şöyle bir şey söyledi. Dedi ki, senin yapısal olarak kasların çok sıkı, o yüzden barsağında ve rahminde aynı sorunu yaşıyorsun. Barsağın kasılmak böyle o hareketi yapmakta zorlanıyor, rahmin de o kanı atarken o hareketi yapmakta zorlandığı için sancı çekiyorsun, barsağın da zorlandığı için kabızlık yaşıyorsun dedi bana. Yani senin kas yapınla alakası var bunun dedi.”

Hastalığın kökenini genetik yatkınlığa bağlayan üç katılımcı olmuş ve bu bireyler genetik yatkınlığa eklenen stres ve sağlıksız beslenme gibi faktörlerin hastalık gelişimine zemin hazırladığını ifade etmişlerdir. İki katılımcı ise hastalığın başlangıcını çocukluk dönemine dayandırmış ve çocuklukta kullanılan antibiyotikler nedeniyle barsak florasında meydana gelen değişimi ve tuvalet eğitiminde meydana gelen yanlışlıkları İBS gelişiminin müsebbibi olarak görmüşlerdir.

4.6. Başa Çıkma Boyutu

Bu üst tema çerçevesinde, araştırmamıza katılan İBS'li bireylerin önceki bölümlerde ele alınmış olan sosyal, duygusal ve günlük hayat bağlamındaki zorluk deneyimlerinin üstesinden gelmek için kullandıkları baş etme yöntemleri ele alınacaktır. Bu başa çıkma stratejileri “Bilgi Edinme ve Uzmanlaşma”, “Tıbbi ve Alternatif Tedaviye Başvurma”, “Dini Başa Çıkma”, “Psikoloji Odaklı Başa Çıkma” ve “Yaşam Düzeni Değişikliği” alt temaları altında toplanmıştır ve bu bölümde ayrıntılı olarak ele alınacaktır.

4.6.1. Bilgi Edinme ve Uzmanlaşma

Bilgi edinme, İBS tanısı alma ve sonrasındaki süreçlerde hastaların hastalığa karşı tutum ve davranışlarını belirleyen önemli bir etmen olarak görülmüştür ve uzmanlaşmanın temelini oluşturmaktadır. Gerek hekimlerin yeterli bilgilendirme yapması, gerekse hastaların kendi çabaları ile hastalığı farklı kaynaklardan araştırma sürecine girmeleri bu tutum değişikliğinde belirleyici rol üstlenmiştir. 6. Katılımcının hastalığa dair yeterli bilgi edinmeden önce ve edindikten sonraki his ve düşüncelerini aktardığı aşağıdaki alıntı, bilgilenme sürecinin fonksiyonunu örnekler niteliktedir:

K6: “Yalnız olduğumu düşünüyordum, çünkü ne olduğumu bilmiyorum. Gerçekten çok büyük bir belirsizlik var, ne yaşadığımı bilmiyorum. Tamamen psikolojik olduğumu sanıyorum bu rahatsızlığın, bu huzursuzluğun. Gerçekten tamamen psikolojik olduğuna inandım belli bir zamana kadar. Ne olduğumu, yani neyle karşı karşıya olduğumu bilmediğim sürece çok yalnız kaldım.”

K6: *“Benim bu zamana kadar devam edebilmemdeki en büyük etken bu. Neyin ne olduğunu bilmek ve neyle mücadele ettiğimi bilmek, teşhis edebilmek, gerçekten bana ne olduğunu teşhis edebilmek, anlayabilmek. Bu çok şeyi değiştiriyor, gerçekten çok fazla şeyi değiştiriyor.”*

Araştırmaya katılan İBS’li bireylerin büyük çoğunluğunda İBS tanısını almanın ardından hastalığı yerli ve yabancı literatür, sosyal medya, internet sayfaları, kitaplar gibi farklı kaynaklardan araştırmaya yönelik kayda değer bir çaba gözlemlenmiştir. Bu araştırmalar genellikle ilk defa duyulan bu tanıya aşına olma, hastalığın nedenlerini, sonuçlarını ve bireyi bu hastalıkla yaşarken nelerin beklediğini tespit etme ve bireyi belirsizlikten kurtararak belli bir rahatlama sunma işlevi taşımaktadır. Bu araştırmaların ayrıca hastalığın tedavisine yönelik doğru adımları atmak için bir rehber edinme işlevinin bulunduğu görülmüştür. Diğer katılımcılarda da bu araştırma ve bilgi edinme süreci belirgin şekilde sosyal medya dayanışma grupları aracılığı ile ulaşılan ve hastalığı şiddetli olarak deneyimleyen iki katılımcıda (K2, K9) bu araştırma sürecinin dikkat çekici derecede yoğun ve kapsamlı olduğu görülmüştür. Bu katılımcılardan biri olan 2. Katılımcının aşağıdaki ifadeleri bu sürecin bir örneğini oluşturmaktadır:

K1: *“Sonra ben dedim ki bunu ben Türkiye’de çözemeyeceğim bu iş algılanmıyor sonra ben oturdum yabancı kaynakları makaleleri okumaya başladım Google’den girdim böyle yani okumaya başladım böyle baya bir şey Instagram’da yabancı İBS’yi anlatan şeyleri buldum ondan sonra onlar bana çok yol gösterdi... Sonrasında ben bu yurtdışı kaynaklardan kendime bir yol haritası çizdim ya senin iş başa düştü sen kendi kendini kurtarabilirsin kendin de yapabilirsin dedim.”*

Aynı katılımcı bu yabancı kaynaklardan derlediği bilgiler ışığında kendine bir diyet listesi hazırlamış ve uzun ve istikrarlı bir diyet sonucunda hastalığın belirtilerinden kurtulduğunu ve hâlihazırda da bu diyet programına dikkat ettiği müddetçe bir rahatsızlık yaşamadığını dile getirmiştir. Başka bir katılımcının ise hastalığın adı konduktan, psikolojik bir zemini olabileceğini öğrendikten ve tehlikeli bir hastalık olmadığına dair bilgi edindikten sonra belirtilerde azalma gözlemlendiğine dair alıntı, hastalığa dair bilgi sahibi olmanın önemini gösterir niteliktedir:

K10: “Çok araştırdım okudum... Düzelmeye başlamıştım çünkü hani onun artık psikolojik olduğunu öğrendikten, iyice araştırdıktan sonra... O kolonoskopiden sonra bunun bir hastalık olmadığını tamamen beyne yerleştirdikten sonra bunun psikolojik olarak, işte benim yani hayatıma onu yayarak, azar azar, unutarak, aklıma getirmeyerek, böyle bir şey yok diyerekten, bu normal, gayet normal bir şey diyerekten bunu kabul edip, o şekilde hareket ettim... Yani bu kötü bir hastalık değil. Bu benim bünyemin, benim vücudumun yaptığı bir şey diyerekten.”

Uzmanlaşma ise bedeni, bedeninin ihtiyaçlarını ve İBS'nin beden üzerindeki etkilerini uzun araştırmalar sonucunda veya farklı yöntemler deneyerek zaman içinde tanıma ve bu ihtiyaçlara yönelik çözüm önerileri geliştirme yönündeki bir baş etme yöntemi olarak süreç içinde ortaya çıkmakta iken katılımcılar tarafından sıklıkla ele alınan bir alt tema olmuştur. Anlatımlar uzmanlaşmanın genellikle bir gözlemlene becerisi ve çaba sonucunda zamanla geliştirildiğini ortaya koymaktadır. Hastalığa rağmen bireyin kendi kendini yönetebilmesine, belirtilerin ne anlama geldiğini fark edip buna göre davranış değişikliklerinde bulunmasına ve hastalık karşısında kendini çaresiz ve güçsüz hissetme hissine muhalif olarak hastalık belirtilerinin yaşamındaki negatif etkisini yönetebilir hale gelmesine imkân sağlayan bu baş etme stratejisine dair aktarımlar şu şekildedir:

K2: “Tabi bu ağrı azalınca ve ben ne yapmam gerektiğini görünce tabi şimdi daha şey ilerleyebiliyorum yani gittiğim zaman ne yemem gerekiyor işte ne yapmam gerekiyor işte nereye gidersem hani ne sıkıntı çekebilirim aşağı yukarı hani onu daha böyle şey tecrübeli mi diyeyim artık daha böyle hani şey.”

K9: “Artık kendimi biliyorum, artık o şey oldu gayri ihtiyari biliyorum artık öğrendim. O kadar öğrendim ki artık, baktığım anda neyi ne zaman yiyebilirim ne zaman yiyemem bunları çözdüm ama çok uzun sürdü yani.”

K8: “Yani yılların tecrübesi artık çünkü ben full dediğim gibi çok fazla psikosomatik hastalığım olduğu için (gülme) onlarla nasıl başa çıkacağımı da zamanla öğrendim yani.”

Bununla ilgili katılımcıların dile getirdiği hususlardan biri, kendini tanıma ve duruma göre tutum geliştirme olmuştur. Bu anlamda uzmanlaşma ile birlikte bireylerin kendi davranışlarının sonuçlarını tahmin edebilir hale gelmesi ve durumlar arasında tercih yapabilmesine dair aşağıdaki alıntı kayda değerdir:

K4: “Çok değişken aslında, mesela bazen oluyor ki ortama uyum sağlamak istiyorum, katlanacağım yarın buna diyorum, bazen de diyorum ki bu sıralar bu kaldırabileceğim bir şey değil, şu anda sağlıklı olmayı tercih ediyorum. Yani herkes bir şey içsin ben su içeyim, yeter ki kötü olmayayım, çünkü kötü olursam psikolojik olarak hani bir anda böyle sinirleniyorum dedim ya o karnımın şişikliği çok ciddi bir huzursuzluk yaratıyor, herkesin huzurunu kaçırmış oluyorum bu sefer.”

Bedeni ve ihtiyaçlarını yoğun araştırmalar sonucu tanıma ve bu ihtiyaçlara cevap verme çabasına yönelik aşağıdaki alıntının ise uzmanlaşmanın en belirgin örneklerinden biri olduğu söylenebilir:

K9: “Ya şimdi şöyle birşey oluyor, şöyle düşünün. Şimdi siz normal şartlarda yiyorsunuz, açlık hissediyorsunuz... Ama çok böyle abuk subuk şeylerle o barsağın dengesini bozduğunuzda bir nevi barsak sarhoş gibi oluyor. İnsanlar da gidiyorlar doktora diyorlar ki işte doktor karnım çok kötü, bana bir ilaç ver, geçirsin bunu. Şimdi sarhoş bir insan gelip doktora derse ki doktor bana bir ilaç ver benim başım dönüyor, doktor ona ne versin. Yani sen içkiyi bırakmak zorundasın diyor adama, o istiyor ki bir çaresi olsun. O içkiyi bırakmadığın sürece, yani o vücuduna giren ve vücudun sinyallerini dengesini, şeyini bozan şeyleri vücuttan çıkarmadığın sürece gerçek vücudun sinyallerini okuyamıyorsun. Mesela kahve bile çok etki ediyor. Kahve hani biraz bağırsakları çalıştırır falan deriz ya, biraz bağırsakları çalıştıran şeyler veya biraz gaz yapan şeyler, ya biraz acılı yemek. Bunların hepsini tamamen kestiğinizde, böyle bebek gibi yemeye başladığınızda, işte sadece et, patates, soğansız, sarımsaksız hani bütün bunların hepsini bıraktığınızda bir yerden sonra tam vücudunuzun sinyallerini okumaya başlayabiliyorsunuz. O zaman işler yolunda gidiyor, o şeyleri çıkartınca işte sigara da buna dahil olabilir. Bunların hepsi, o vücudun etki eden şeyler yani, barsaklara hepsinin bir etkisi var. Bütün bu etkileri önce bir keseceksiniz ki, tek başına barsağınız ne söylüyor onu duyabilmek için. Onu duyduktan sonra ona göre hareket edince düzeliyor her şey.

Sonra teker teker zararlı şeyleri de yemeye başlayabiliyorsunuz. Görüyorsunuz mesela kahve içtim, ilk defa içtim, aa bu kadar dokundu o zaman kahveyi ben bu ölçüde bu kadar içeceğim, daha içmeyeceğim diye. En baştan yemek yemeyi öğreniyorsunuz diye düşünün.”

Bir başka katılımcının konu ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

K10: “Vücudumun ne istediğine göre hareket etmeye başladım. Yani mesela bir şey yemek istemiyorsam, onu o an mesela daha önceden yiyip de bugün yemek istemiyorsam bunu yemiyordum.”

Belirtileri rahatlatan spesifik besinleri bulma veya beden o anki ihtiyaçlarına yönelik besinler tüketme ise uzmanlaşmanın bir diğer boyutunu oluşturmaktadır. Buna dair spesifik bir markanın kahvesini laksatif olarak kullanma veya spesifik bir prebiyotik markasını tercih etme ve farklı markaların kendisinde etkili olmadığını gözlemlemeye dair katılımcı aktarımları olmuştur. Aynı şekilde belirtileri tetikleyen spesifik besinleri ve stres verici durumlar gibi ortam şartlarını keşfetme de uzmanlaşmanın bir boyutu olarak zikredilebilir ki bu deneyimler “Gözlemsel ve Bilişsel Boyut” üst teması çerçevesinde ele alınmıştır.

4.6.2. Tıbbi ve Alternatif Tedaviye Başvurma

Hastalıkla başa çıkma sürecinde ilk ve en sık başvuru yöntemlerinden biri genellikle tıbbi tedaviye başvurma ve hekimlerin reçete ettiği ilaçları kullanma olmuştur. Tedaviden alınan sonuç bağlamında bir orandan bahsetmek gerekirse ilaç tedavisine başvuran 6 katılımcının 2’si bu tedavi yönteminden bir etki görmediğini, 2’si ise ilaç tedavisinin işe yaradığını ifade etmiş, bunun yanında 2 kişi ise ilaç tedavisinin ilk başlarda etki ettiğini fakat vücudun bu etkiye tolerans geliştirmesine bağlı olarak etkinin zamanla ortadan kalktığını belirtmiştir. Bununla ilgili 4. Katılımcının başvurduğu bir hekimin kendisine şu açıklamayı yapmış olması deneyimin yaygınlığına dair bir fikir vermektedir:

K4: “Vücut bir süre sonra bir şeye alışıyor, sürekli farklı bir tedavi uygulamamız gerekiyor diyordu ilaçları değiştirdi, o böyle 5 6 daha sürdü...”

Alıntının devamındaki ifadeler ise ilaç tedavisinin işe yaramasına dair bir örneklilik oluşturmaktadır:

K4: *“En son tekrar bir kez daha başka birşeye geçtik, en çok işe yarayan o oldu. Bana iki tane ilaç önerdi. Bir tanesi zaten benim ekşi sözlüğe kadar her yerde okuduğumda da herkese de en iyi gelen ilaç buymuş bir o, bir de probiyotik bir tane, o ikisini kombinlediğimde hakikaten çok yani bu böyle üç aylık ataklar dediğimde onun zaten durdurulma ihtimali yok ama bunlar gelmeden önce o ayki periyodumda biraz daha rahatlamamı sağlıyor gibi.”*

Yine bir başka katılımcı ilaç tedavisi ile ilgili olumlu deneyimlerini şu şekilde ifade etmiştir:

K7: *“Yeni bir ilaç keşfet- yeni görmüştüm mesela, o ilacı kullandığımda ilk defa tuvalete çıktığımda yani ay bunu da çok ilginç dışarıda tuvalete çıktım onu kullandığımda o ilk ilacı, öyle çünkü çıkmam gerekiyordu okuldaydım ve o zaman annemi aradığımı hatırlıyorum yani üzerimden sanki bir yük kalkmış yani gerçekten hani (gülme) böyle bir rahatlama hissiyle annemi aradığımı hatırlıyorum mesela.”*

İlaçların bir süre etki ettiği fakat bu etkinin zamanla ortadan kalktığına dair ifadelerin bir kısmı ise şöyledir:

K3: *“Ama ilaç hiçbir işe yaramadı yani geçici hemen kullanmayı bıraktınca eski haline dönüyorsun.”*

K1: *“Onlardan da çok fayda görmedim... İlaç da değil yani kullandığım ilaçların hiçbiri de tek fark beslenmeme dikkat etmem, biraz daha rahatlattı diğer şeylere nazaran, dediğim gibi ilaçlar çok geçici, kısa süreli çözüm oluyor.”*

Katılımcıların bir kısmının ise biyorezonans, mikrobiyom haritası ile diyet düzeni oluşturma gibi alternatif tıp yöntemlerini denedikleri fakat bunun çok yaygın olarak kullanılan bir baş etme stratejisi olmadığı görülmektedir. Biyorezonansa başvuran katılımcı, tedaviden beklediği etkiyi göremediğini ve bu tedavi yoluyla kendisinde bir değişim gözlemediğini dile getirmişken mikrobiyom haritasına başvuran katılımcı

hastalığı bu yönde oluşturulmuş diyet programına harfiyen uyma sayesinde yendiğini ifade etmiştir.

Bunun yanında laksatif kullanımı ve bitki çayları ile rahatlama genellikle kabızlık alttüründeki katılımcılarda yaygın olarak görülmüş ve kısa süreli de olsa bir rahatlama sağlanmıştır.

K2: *“Nane çayı önerdi birisi mesela, nane çayının çok faydasını gördüm.”*

4.6.3. Dini Başa Çıkma

Dini başa çıkma sadece bir katılımcının anlatımında yer almakla beraber gerek anlatımın birçok yerinde vurgulanması, gerekse hastalığı ve hastalığa karşı bireyin kendini konumlandığı yeri belirlemesi gibi nedenlerle bir tema halinde ele alınacak kadar belirgin ve belirleyici bir rol üstlenmiştir. Diğer katılımcıların ifadelerinde ise bu denli belirgin olmamakla birlikte şükür kavramının yer yer kullanıldığı görülmüş ve şükür ifadeleri hastalığın zamanla hafiflemiş olmasına yönelik olarak veya daha zorlayıcı hastalıklarla kıyaslandığında ortaya çıkmıştır.

Dini başa çıkma hastalığın Allah'tan geldiğini düşünerek kabullenme, yaşananlarda bir hikmet arama ve deneyimleri anlamlandırma, hastalığı bir imtihan olarak görme, sabretme gücünü Allah'tan bekleme ve dua edip sosyal çevreden dua desteği alma şeklinde kendini göstermiştir. Bu başa çıkma yöntemini sıklıkla kullanan 10. Katılımcının deneyim ve hisleri şöyle aktarılmıştır:

K10: *“Bu şekilde yaşamak istemezdim yani ama dert Allah'tan, yapacak bir şey yok.”*

K10: *“Benim yaşadığımı bir ben bir Allah biliyor ve Allah bile görerek bana bunu verdiyse bunda mutlaka bir hikmet vardır.”*

K10: *“Bir de yani hep Allah'ın rızasını öne getirerek hareket etmeye çalışıyorum, yani böyle aksi şeyler düşünmemek için, yani hep Rabbim'e sığınıyorum diyebilirim bir de yani her şey Allah'tan diyorum, kabul ediyorum yani böyle asilik veya işte*

isyan etme, o durumlara hiç girmedim, yani girmek de istemiyorum. Rabbim kimseyi de girdirmesin yani, imtihan olarak görüyorum ve hakkıyla çıkabilmek için dua ediyorum Rabbim'e, insanlara dua ediyorum, insanlar bana dua ediyor. Benim hayatımın aslında %90'ı diyebilirim ki çevremdeki insanların duası yani. Başka hiç yani.”

Yine İBS belirtileri nedeniyle abdestli bulunmada günlük yaşayan 5. Katılımcının hastalığından bahsettiğinde gördüğü sosyal desteğin bir de dua boyutunun olduğu ve bu anlayış ve duanın, belirtileri açıklamanın doğurduğu utanç ve rahatsızlık duygularını önemli oranda bertaraf ettiği anlaşılmaktadır:

K3: “Arkadaşlarım açıkladığımda anlayışlı davrandılar yani. İşte dua edenler de oldu sağolsun hani, ondan sonra yok ya, şöyle çok benim zaten çok az arkadaşım var 3, 5 tane. Onlara açıkladım, onlar da beni tolere ettiler sağolsunlar, Allah onlardan razı olsun.”

4.6.4. Psikoloji Odaklı Başa Çıkma

Tablo 4.12. Psikoloji Odaklı Başa Çıkma Alt Tema Tablosu

Psikoloji Odaklı Başa Çıkma
Terapi
Psikolojik esneklik
Biliş ve Duygu Düzenleme
Kabullenme ve Alışma
Ketlenme, Kaçınma ve Geri Çekilme
Hastalığa Rağmen Sosyal Yaşama Aktif Katılım

Gözlemsel ve bilişsel boyut alt temasında ele alındığı üzere katılımcıların büyük bir kısmı hastalığın ortaya çıkışını ve belirtilerin tetiklenmesini psikolojik faktörlere bağlamıştır. Bu bağlamda kişinin gerek öznel günlük hayat deneyimlerinin gerekse sosyal ilişkiler bağlamında ortaya çıkan olumsuz duyguların, bu duyguların bastırılmasının, eş zamanlı psikolojik hastalıkların ve stres verici durumların birikerek bireyde bedensel belirtiler meydana getirdiğini ve yine bu faktörler nedeniyle belirtilerin hastalık süresince tetiklendiğini dile getiren bireylerin en sık kullandıkları

başa çıkma yönteminin psikolojik güçlenmeye yönelik çaba sarfetmek olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan katılımcılardan bir kısmı bu güçlenmeyi terapi sayesinde, bir kısmı duygu ve düşünce düzenleme teknikleri kullanarak sağlamış, bir kısmı hastalığı kabullenme yoluyla hastalığın getirdiği duygu yükünü hafifletmeye çalışmış, daha içsel ve karakteristik bir sürece işaret eden psikolojik esnekliğin ve değişime açık olmanın ise araştırmaya katılan katılımcıların birçoğunda mevcut olduğu görülmüştür. Bunun yanında olumsuz bir psikolojik sürece işaret eden ketlenme, kaçınma ve geri çekilme yöntemleri özellikle hastalığın ilk ortaya çıkış sürecinde bazı katılımcılar tarafından kullanılmışken, geri çekilmenin aksine hastalığa rağmen sosyal yaşama aktif katılım sağlayan katılımcıların çoğunlukta olduğu görülmüştür. Psikoloji odaklı başa çıkmaya dair ortaya çıkan alt temalar Tablo 4.2’de aktarılmıştır.

4.6.4.1. Terapi

Öncelikle araştırmaya katılan katılımcıların %50’sinin çeşitli nedenlerle psikoterapi yöntemine başvurmuş olduğu görülmektedir. Bu bireylerin büyük bir kısmı İBS’den bağımsız olarak eşzamanlı psikolojik sorunlar nedeniyle psikoterapiye başlamış, bununla beraber zaman içinde duygudurumda meydana gelen düzelmelerin İBS belirtilerinde de azalma meydana getirdiğini deneyimlemişlerdir.

K4: “Öncelikle terapinin çok büyük bir faydası oldu, çünkü duygularımı nasıl kontrol edebileceğime dair bir fikrim yoktu. Duygularımı çok yüksek veya çok alçakta yaşadığım zamanlardı, bunları regüle etmeyi öğrendiğim- regüle değil de daha stabil hale getirmeyi öğrendiğimde aslında biraz daha bedensel semptomlarımın da azaldığını fark ettim.”

K6: “Yani aslında depresyon ve anksiyete semptomlarını kontrol altına almaya çalıştıkça sanıyorum İBS’yi de bir şekilde kontrol altına almaya başladım. Beslenme düzenimi bir raya oturtuktan sonra gerisi çok daha rahat geldi.”

Aynı şekilde başvurduğu psikoloğun ilgili ve doğru yönlendirmeler yapan bir uzman olmasının İBS semptomlarının üstesinden gelme anlamında kendisi için bir şans

olduğunu dile getiren bir katılımcı, terapi ile birlikte yürütülen eş zamanlı tedavi hakkında şunları aktarmıştır:

K6: *“Psikoloğumla hani terapistimden aldığım tedavi tamamen aslında depresyon ve anksiyete bozukluğuna yönelik bir tedavi idi. Ama daima bu İBS tanılarımın, psikiyatristimin, psikiyatrist görüşmelerimin nasıl gittiği, o özel klinikle yaptığım görüşmeler, hani İBS hakkında yaptığım yani attığım adımlardan haberdardı ve buna paralel olarak bir ilerleme gerçekleştirdi.”*

Doğrudan İBS semptomları nedeniyle terapiye başvurma sadece bir katılımcıda gözlemlenmiştir.

K8: *“Zamanında birkaç seans bir terapiye gittim, gitme sebebim de aslında buydu, bedenimin duygu durumuma çok fazla tepki göstermesi.”*

Bununla birlikte terapiyi İBS’yi yenmek için bir seçenek olarak gören ve buna dair gelecek planları yapan katılımcıların varlığından bahsetmek yerinde olacaktır.

K7: *“Yani terapiye hiç gitmedim, bu bağırsaktan bağımsız, ama onu etkileyecek birşey olacak biliyorum. Çok gitmek istiyorum mesela bedensel olarak hareketli olan yani fiziksel aktivitenin olduğu terapilere gitmek istiyorum. Yani mesela drama kursları, yaratıcı drama kurslarına yani bu terapi şeklinde de vardır belki ama bunlara da katılmak istiyorum. Bunun da faydası olacağını düşünüyorum çünkü dediğim gibi bedensel olarak da, dediğim gibi fiziksel hareketi çok az olan, yani pandemiden dolayı da böyle oldu ama çok hareketsizlik var, bunun da çok etkilediğini de düşünüyorum. Bu şekilde bir özgüven de kazanmak istiyorum yani fiziksel anlamda daha rahat yürümek mesela.”*

4.6.4.2. Psikolojik Esneklik

Bir karakter özelliği olarak değişime açık olma, araştırmaya katılan katılımcılarda çok belirgin bir özellik olarak karşımıza çıkmıştır. Gerek duygusal farkındalık noktasında zaman içinde olumlu gelişim gösterme, gerek sosyal ilişkileri yönetmeye dair stratejiler geliştirme anlamında bireylerin değişime açık oldukları ve bu bireylerde zaman içinde bir değişim ve dönüşümün meydana geldiği ve anlaşılmaktadır.

Genellikle İBS'den bağımsız olarak sosyal ilişkiler ve duygular bağlamında gözlemlenen ve “Genel Yaşam Deneyimleri ve Karakter Özellikleri Boyutu” üst teması altında ele alınan bu değişime açık olma tutumunun İBS belirtileri ile baş etmede de önemli bir araç haline geldiği anlaşılmaktadır. Bu anlamda ailesiyle olan sorunlarını terapi sayesinde aşmış bir katılımcının ifadeleri şöyledir:

K4: *“Terapide vesairede de bunlar bu raddeye gelmek için çok uğraşıyordum, ailemle olan ilişkiyi düzenlemek benim için çok iyiydi, duygusal anlamda da... İnatçılığımı kırmak, insanları, hani onların da perspektifini görmeye çalışıyorum, en azından pratik etmeye çalışıyorum.”*

Bu bağlamda ele alınabilecek bir başka katılımcı ifadesi şu şekildedir:

K7: *“Mesela şu an daha esnek ve daha dışarıdan bakabiliyorum ama o zamanlar dediğim gibi böyle sanki ben çok anormal bir karakterde bir insanmışım gibi tanıdım şimdi şimdi kendimi kabullenip sevebiliyorum yani, kabullenmek de demeyeyim böyle bu normal bir şey diyorum yani... Ama şu an mesela, evet, ama şu an herşey daha farkında, yani yalnızlığımdan bile zevkli zamanlar çıkarabilecek farkındalığa sahip olduğumu düşünüyorum yani izlediğim bir filmle, okuduğum bir şeyle keyiflenen bir insan oldum. Yani çok şükür, öyle yani şu an gerçekten şükrediyorum bunun için.”*

4.6.4.3. Biliş ve Duygu Düzenleme Teknikleri

Olumsuz ve işlevsel olmayan duygu ve düşüncelerin İBS belirtilerini tetikleyici etkisinin bulunduğunu öngören katılımcılar, aslında bir terapi tekniği olan duygu ve düşünce düzenleme yöntemine sıklıkla başvurmuşlardır. Bunu bir terapi sürecindeki kazanımları sonucu hayata geçiren katılımcıların yanında kendi kendini keşfederek bir baş etme yöntemi olarak kullanan katılımcılar da olmuştur. Terapi deneyimi sonucu bu baş etme yöntemini kullanan katılımcılardan biri, düşüncelerindeki değişimin bedenine olan yansımalarını şu ifadelerle dile getirmiştir:

K4: *“Ben ne zaman kafama bir şey taksam diyorum ki okey, atak gelecek yakında K4, o yüzden ona göre hani zihnini boşalt. Ben de çok hani kaygılı olmaya çok u*

yönelimli bir insanım ve olumsuz düşünmeye de yönelimliyim (gülme), o yüzden bu perspektifi değiştirmedğim sürece zihnimde, olacak bu diyorum...Kâğıda döktüğümde ben şu an bunları bunları yaşadım, bunlar beni tetikledi ve bu yüzden böyle hissediyorum sonucuna vardığımda toparlayabiliyorum, düşüncelerimi de toparlayabiliyorum, o kaygıyı da yok edebiliyorum, o da bedenime yansıyor.”

Yine bir başka katılımcının ifadeleri benzer bir tekniğe dair izler taşımaktadır:

K8: “Dedim benim hani buna acil bir müdahale gerekiyor, böyle hayat olmaz bu nereye kadar gidecek hani diye düşündüğüm için, ben bunu biraz daha düşüncelerimi değiştirerek, düşünme stilimi işte, bana bu, yani bu tetikleyiciler üzerinden bir şekilde bu durumu kontrol altına almayı, ya benim kafamdaki tedavi buydu, bunu düşündüm, benim vücudum çok etkileniyor duygu durumumdan, bunu duygu durumumu bir şekilde daha sağlıklı bir hale getirerek çözebilirim, yani bu benim kafamdaki tedavi şeyi buydu.”

Bu ifadeler ile zihnindeki ideal tedavi şeklini yansıtan katılımcı, aşağıda verilen alıntıda ise duygu durumunu ve düşüncelerini düzenlemek adına halihazırda kullandığı baş etme yöntemlerini dile getirmiştir:

K8: “Düşüncelerimi daha çok ifade edebilme, işte mesela kötü hissediyorsam beni iyi hissettirecek şeyler yapma, hani o şeydeyken arkadaşlarımı aramam gibi. Düşünme şeklimi değiştirme, olaya yaklaşımımı değiştirmeye çalışma. Hani mesela bir sıkıntı var aslında çok basit bir şey ve benim o şekilde hissetmemem gerekiyor, zihnen de zaten hissetmiyorum ama vücudum bir şekilde tepki veriyor. Diyorum ya o zihnimde, evet işte ya, hani bunu bir arkadaşın gelip sana anlatsaydı da bu kadar tepki verseydi sen arkadaşının saçmaladığını düşünürdün, sen de hani böyle hissetmemelisin. Yani düşünce şeklimi falan değiştirmeye çalışarak. Onun dışında rahatlama, yine yazın işte bu ben hastalanmadan bir gün önce işte karnım çok ağrıyordu, tamamen üzüntüden ağrıyor yani bir onu biliyorum zaten, şeyin, böyle bir köşeye gidip biraz daha yalnız kalıp nefes egzersizi yaparak falan sakinleşmeye çalışmıştım o biraz iyi gelmişti. Genelde dikkat dağıtmak, yani çünkü bazen dikkat dağıtmak işe yaramayabiliyor, bazen de en azından etkisini azaltabiliyor başka birşeylere odaklandığım zaman.”

Aynı katılımcının farklı bir somatik rahatsızlıkla karşılaştığında kullandığı, sosyal desteğe başvurma yoluyla duygu düzenleme yöntemi de bu kategoriye uygun bir örnektir:

K8: “...O zaman yanımdaki arkadaşlarım da sen duygusal olarak hastasın diyip duruyorlardı bana, ben de tabii ciddiye almıyordum yani dedim ki ateş de çıkmaz herhalde (gülme). Ama sonra işte şey de dedim bir düşündüm olabilir mi acaba falan dedim, dedim kendime iyi gelecek şeyler yapayım bakalım, biraz serotonin yükselince bu hastalığımın semptomları azalacak mı, böyle arkadaşlarımı aradım grup araması, yakın arkadaşlarımı, onlarla böyle bir muhabbet ettik baya güldüm eğlendim falan. Böyle bitti, bir 45 50 dakika sonunda bittiğinde benim hiç yani o iki dakika önce öksüren, burnu akan insan iyileştim, iyileşmişim yani bildiğin...oradaki serotonin, beni iyileştirdi yani bu artık bu o kadar çok bunu yaşamaya başladım ki...”

Terapi tekniklerinden bağımsız olarak hastalığa karşı bakış açısını değiştirerek bu durumun üstesinden gelen bir katılımcının ise deneyimleri şu şekildedir:

K10: “Yani bakıyorum da diyorum kendimi ne kadar da güzel kontrol etmişim. Bunu bir hastalık değil de hani o kolonoskopiden sonra, bunun bir hastalık olmadığını, onu tamamen beyne yerleştirdikten sonra bunun psikolojik olarak, işte benim yani hayatıma onu yayarak, azar azar, o şekilde, unutarak, aklıma getirmeyerek, böyle bir şey yok diyerekten, bu normal, gayet normal bir şey diyerekten bunu kabul edip, o şekilde hareket ettim. Öyle öyle öyle öyle, kendimi kandırarak, böyle bir şeyin olmadığına inandırarak baktım kendiliğinden yok oldu. Yani bu kötü bir hastalık değil. Bu benim bünyemin, benim yaptığım bir şey, benim vücudumun yaptığı bir şey diyerekten. Bu aynı şekilde migreni de o şekilde yendim. Ben ömür boyu ilaç kullanamam, bunu ben unuturum bir gün unutabilirim ben hayatımı böyle idame edemem diyerekten, bu şekilde devam ettim yani. Öyle, yani unutarak, birdenbire olmadı, bu bir sürece yayıldı.”

Kendi kendine olumlu düşünce telkinleri vererek alternatif çözüm yollarının varlığını kendine hatırlatma ise bir başka katılımcının kullandığı ve işlevsel bulduğu bir baş etme yöntemi olmuştur:

K5: “Stres olduğum zamanlar karnımda gerçekten büyük bir hareketlilik, işte tuvaletim daha sık gelecekmış korkusu olabiliyor, yani sanırım onu da işte geçen dönem biraz tolere edebildim çünkü her gün sınavım vardı, işte iki hafta boyunca her gün okuldaydım ve hani artık bununla uğraşamam gibi düşündüm ve saldı (gülme) yani gelirse çıkarım, veririm, yapacak bir şeyim yok dedim, bu sefer daha iyi gitti galiba.”

Aynı minvalde 7. Katılımcının kendini rahatlatmak adına gösterdiği bilişsel çabanın bir örneğini aşağıdaki alıntı oluşturmaktadır:

K7: “Ben açıkçası biraz rahat olmam gerektiğini- rahat ama insanların rahat ol demesiyle değil tabi ama yani kendimi rahat hissetmem gerektiğini düşünüyorum. Bu şekilde alt edeceğimi, sonra dışarıda tuvalete girmek zorunda mıyım gerçi şu an için de düşünüyorum yani zorunda değilim, ama yani girebilirsin diyorum kendi-hani zorda kalırsan girebilirsin.”

Biliş ve duygu düzenlemeye dair bir başka yöntem ise belirtileri mizah yolu ile ele alma olmuştur. Katılımcılardan üçü, İBS'nin yol açtığı yoğun şişkinlik belirtileri ile başa çıkmada mizahtan yararlanmıştı. Buna dair bazı katılımcı ifadeleri şu şekildedir:

K4: “6 aylık hamile kadınlar görüyorum sonra diyorum ki ben göbeğim bunlardan daha fazla falan oluyor, gülüyoruz geçiyoruz yani (gülme).”

K1: “Herkes bilir benim karnımın şiştiğini falan böyle, (gülme) arkadaş çevrem de evde falan böyle, senin hamileliğini merak etmiyoruz zaten çok gördük falan böyle bunun şakası dolaşır falan.”

Aktarılan bu ifadelerde aynı zamanda sosyal destek ve olumlamanın da izleri görülmektedir.

4.6.4.4. Kabullenme ve Alışma

Araştırmamıza katılan katılımcıların hastalıkla başa çıkma süreçlerinden bahsederken alışma ve kabullenme kavramlarından sıklıkla bahsettikleri, hatta bazen bu kavramları

bir arada veya birbirlerinin yerine kullandıkları görülmüştür. Alışma, bireylerin İBS'yi uzun yıllar deneyimlemeleri sonucu hastalık belirtilerini kanıksamaları ve belirtilerin günlük hayatlarına olan yansımalarını eskisi kadar hissetmemelerini ifade eden bir terim olarak katılımcılar tarafından kullanılmışken kabullenme ise tüm zorluklarına rağmen hastalığı sorgulamaya girmeden kabul etme, bazen savaşımayı bırakma ve hayatın İBS ile beraber akışını seyretme, bazense tüm mücadeleyi verdikten sonra ortaya çıkan iyileşme veya iyileşememe haline razı olma anlamlarında kullanılmıştır. Araştırmada dikkat çeken bir bulgu, on yıl gibi uzun süreli İBS deneyimi olan hastalarda kabullenme ve alışma ifadelerinin daha yoğun olduğu, hastalık teşhisini yeni almış katılımcılarda ise daha ön bir aşama sayılabilecek olan “alışmaya çalışma” ve “kabullenmeye çalışma” gibi, bilişsel bir çaba gerektiren kavramların kullanılabilirliği olmuştur. Bir diğer dikkat çeken nokta ise alışma ve kabullenmenin bu süreçte oldukça iç içe geçmesidir. Bireyler bir yandan belirtileri kanıksamış ve onların varlığına alışmışken, kabullenme sürecinin de genellikle aktif olarak bu sürece eşlik ettiği görülmektedir. Alışma sürecine dair 8. Katılımcının ifadeleri alışmanın tipik bir örneğini oluşturmaktadır:

K8: “O karın ağrısı benim için çok normal birşey artık, yani çok savaştığım çözmeye çalıştığım birşey değil, o orada zaten orada duracak birşey...Günlük hayatımı doğrudan etkileyen bir ağrı değil, ben sınavlara o ağrıyla girdiğimde sınavı yapmamı etkilemiyor mesela, ya da artık alıştığım için de olabilir bilmiyorum başkası hissetse belki etkilenebilir, alışmışım çünkü o orada duracak zaten diyorum, artık onu bir şekilde kontrol etmeyi öğrendiğim için de olabilir ama hani hayatımı çok derinden etkileyen, hayatımın işleyişinde bir etkisi olan, sadece onun bana sürekli o tetikleyen olayı hatırlatıyor olma durumu zihnen beni yoruyor.”

Alışma ve kabullenmenin iç içe kullanıldığı bir ifade şu şekilde aktarılmıştır:

K5: “Bazen hani tuvaletim gelebilir gibi olabiliyor. Bazen işte otobüslere yetişeceğim zaman o strete hani, yapıp çıkıyorum ama yine de gelir mi diye bir düşünüyorum. Ama genele baktığım zaman artık alıştım gibi yavaşa yavaş, çok fazlaca düşünmüyorum ya da kabullendim baya, kabullendim diyebilirim.”

Aşağıdaki ifade ise alışmadan bağımsız olarak salt kabullenmenin bir örneğidir:

K4: “Bende kronik bir hastalık var ve yani tabii ki çok şey haftalar oluyor ama şey gibi hissettim hani u herkesin yani bir sürü kronik hastalık var, bu da benimkisi ve okay yaşayabilirim sonuçta.”

Yine aynı katılımcının, anlatımının farklı bir bölümünde yer verdiği, kabullenme sürecinin bilgilenme sonucunda pekiştiğine dair ifade bu tutumu destekler niteliktedir:

K4: “Eğer bilgisiz olsaydım bu kansere mi sebep olacak, kötü bir şey mi gibi şey yapardım ama ne bileyim herhangi bir kronik bir rahatsızlık gibi bir hastalık o yüzden yani başa gelen çekilir diyorum (gülme).”

10. katılımcının hastalıkla baş etme sürecini anlatırken kullandığı şu ifadeler ise bir yandan düşünce değiştirme stratejilerini çağrıştırırken bir yandan hastalığı kabullenmeyi içinde barındırmaktadır:

K10: “Gözümde büyütmeyle, normalmiş gibi, benim de böyle diyerekten. Yani öyle abartıp büyütüp yani böyle şey yapmadım yani. Aaa işte benim böyle sıkıntım var, ben ne yapacağım ne-, öyle utanmak falan sıkılmadım sadece dikkat ettim, o olayı burayı idare etmeye çalıştım o esnayı.”

Bir diğer katılımcı ise İBS’yi tedavisi olmayan bir hastalık olarak görmesine rağmen beden fonksiyonları ve genel sağlık üzerinde negatif bir etkisinin bulunmaması yönüyle hastalığı kabullendiğini şu sözlerle ifade etmiştir ki burada çaresizlik gibi negatif bir duygunun yerine kabullenmenin tercih edilmesinin duygu durumunu daha stabil hale getirdiği göze çarpmaktadır:

K5: “Bana göre tedavisi olmayan bir hastalık, ya uzun süreli bir hayatında değişiklik gerektiriyor, şu an öyle düşünüyorum, ve dediğim gibi yani diğer sistemlerimi etkilemediği için şu an başa çıkılabilir, bununla yaşamaya alışılabilir birşeymiş gibi geliyor... Çok fazla şu an için yediğim yiyeceklerden feragat etmediğimden ya da farklı bir düzenim olmadığından yani böylece sürdürülebilir birşey, hani bununla beraber yaşanılabilir bir hastalık.”

Süreç içinde hastalığa alışmaktan ziyade bilişsel birçabayla alışmaya çalışma sürecine işaret eden katılımcı ifadelerinden bazıları ise şunlardır:

K5: *“O ağrılar yine oluyor ama uzun soluklu olmuyor. Çok uzun soluklu olmadığı için artık bununla yaşamaya alışmaya çalışıyor gibiyim.”*

K3: *“Sonra sonra alıştım. Yani ne yapacağım mecbur, bir süre sonra alıştım.”*

Alışma ve kabullenme süreci ile beraber bazı bireylerin zorlayıcı olan tedavi arayışlarını sonlandırması veya tedaviyi yarıda kesmesi ise sürecin nispeten olumsuz bir yönüne işaret etmektedir:

K7: *“Zaten çok kanıksadığım bir şey olduğu için hani bir sorun olarak- şu an dediğim gibi mesela yani doğru bir şey değil elbette ama mesela ilaçları bile bıraktım.”*

K3: *“Barsaklarım için böyle hiçbir tedavi uygulamadım kendim ben. Yıllarca hani kabullenmişim böyle kabızlığımı zaten. Hiçbirşey, çünkü beslenme düzenini falan değiştirmek gerekiyor, bin tane detay vardı, hiçbirini yapmadım yani.”*

4.6.4.5. Ketlenme, Kaçınma ve Geri Çekilme

Bu tema altında İBS’li bireylerin belirtilerin tetiklenmesini engellemek adına yeme-içmeden kaçınma veya besin alımını azaltma, belirtilerin başlamaması için kendini aşırı derecede sıkma ve bazı sosyal durumlardan ve mekânlardan geri çekilme davranışları birarada ele alınmıştır. Ketlenme ve kaçınma davranışlarının özellikle diyare alttipindeki katılımcılarda daha belirgin olarak ortaya çıktığı gözlemlenmiştir.

K10: *“Kendimi sık sık sık, sık sık sık, az yiyerek, sıkarak, tutarak, yani böyle çok kasıldığımı biliyorum yani böyle sık sık artık böyle var ya yani o süreç çok kötü yaa yani.”*

K7: *“Sabah çok erken okula gideceksem kahvaltı etmiyorum çünkü kahvaltıyı ettikten sonra gireceğim tuvalet süresini de hesaplamam lazım... Mesela bir yere gittiğimde tuvalete giremediğim için yemeği de çok fazla ve rahat yiyemem.”*

K9: *“Dışarıda yemek yememeye başladım. Akşamları evde yiyorum.”*

Geri çekilme, bireyin hastalık kaynaklı meydana gelen kısıtlanma ve sınırlandırmaya karşı geliştirdiği davranışsal tepkiyi ortaya koymakta, birey ya bu kısıtlanmalar nedeniyle belli ortamlarda bulunmamayı veya belli sosyal aktivitelere katılmamayı tercih etmekte veya belirtilerin üzerine giderek ya da yeme-içme gibi ihtiyaçlardan ödün vererek bu ortamlarda bulunmaya devam etmektedir. Bu bağlamda katılımcıların bir kısmında geri çekilme eğiliminin, bir kısmında ise yeme-içmeyi durdurma pahasına da olsa sosyal ortamlarda bulunmaktan vazgeçmeme eğiliminin bulunduğu gözlemlenmiştir ve bu durum “Hastalığa Rağmen Sosyal Yaşama Aktif Katılım” alt temasında ele alınmıştır. Belirtmek gerekir ki bu iki grup arasında büyük bir kesişim olup bireyler farklı durum ve zamanlarda farklı eğilimler gösterebilmektedir. Bu açıdan iki grubun sayısal olarak net bir şekilde ayrışmadığı görülmüştür.

Sosyal geri çekilme bağlamında katılımcıların bazıları gerek okul hayatlarında gerekse sair sosyal yaşantılarında belirtiler nedeniyle kendini eve kapatma, arkadaş buluşmalarına katılmama, sosyal ortamlarda daha arka planda bulunma gibi eğilimler göstermişlerdir. Bu durumun sosyal ilişkilerin bozulması ile de yakından ilişkili olduğu görülmektedir.

K2: *“Birisi sizi bir yere çağırdığı zaman işte gitmek istemiyordum yani hani ağrım var diye. Çok aşağı çeken bir ağrı sosyalleşmemi çok etkiliyordu o yüzden yani hani o ağrı zamanında hani kimse ile görüşmeyip eve kapanmak istiyordum yani hani hemen uyumak istiyordum o tarz şeyler yaratıyordu sosyal ve iş hayatında.”*

K7: *“Böyle tüylerimi ürpertecek derecede bir sancı (gaz sancısı) yaşadığımı hatırlıyorum, bundan sebep yani lise son sınıfta, bunlar şey bir şey değil tabi ki ama en arka sıralarda oturuyordum, yani biraz dediğim gibi böyle çok tedirgin halim vardı.”*

Bu bağlamda üçüncü katılımcının ibadetlere hazırlıkta yaşadığı zorluk neticesinde zaman zaman sosyal ortamlardan geri çekilmeye dair ifadeleri olmuşken, katılımcı sonraki ifadelerinde bu duruma zamanla alıştığını ve bir zaman ayarlaması yaparak sosyal aktivitelere katılmaya devam ettiğini belirtmiştir.

K3: *“Yazın mesela çok kötü hissetmemiştim. Çünkü yazın namaz vakit araları çok geniş ya, ikindiye bile insan eve yetişiyor. Sadece dışarıda bir vakit kılmam gerekiyor mesela o zaman sorun olmuyor. E kış geldiği zaman sürekli neredeyse iki saatte bir, dışarıda bir de soğuk, abdest almak gerekiyor. O zaman işte şey, o düşünce beni çok yıprattı yani ay şimdi gitsem, işte ezan okunacak, abdest almam gerekecek, işte o zaman gitmeyeyim. Ya da arkadaşım ile buluşacağım, hep şey diyordum mesela öğle namazından sonra buluşalım diyordum.”*

Esasen sosyal geri çekilme ile bir nevi el ele giden mekânsal geri çekilme, okula gidememe, belli ortamlarda bulunmaktan imtina etme ve eve kapanma gibi katılımcı deneyimlerini kapsamaktadır.

K6: *“Ortaokul, lise zamanlarında da benim devamsızlığım hep böyle şeydeydi, tavandaydı, zirvedeydi çünkü gidemiyordum, gidemediğim haftalar oluyordu... Yani dönüp baktığımda gerçekten hayatımın çok büyük bir kısmını kaybettiğimi düşünüyorum. Çünkü bu ataklardan dolayı hiçbir şey yapamadım. Evden çıkamadım.”*

K9: *“Ben yani hasta olduktan sonra kendimi eve kapattım.”*

4.6.4.6. Hastalığa Rağmen Sosyal Yaşama Aktif Katılım

Kaçma ve kaçınma davranışı ile gerek sosyal ortamlardan, gerekse belirli mekânlardan soyutlanmanın zıddı olarak hastalığa rağmen sosyal yaşama aktif katılım teması, farklı ihtiyaçlardan feragat ederek yaşama bilfiil katılmayı temsil eden bir tema olarak ortaya çıkmıştır. Bu anlamda araştırmamıza katılan katılımcıların belirgin bir ortak yönü, hayatı kısıtlayıcı belirtilere karşın yeme-içme gibi farklı bedensel ihtiyaçları kısıtlama yoluyla sosyal yaşama ayak uydurmaya devam etmeleri olmuştur. Geri çekilmeyi deneyimleyen katılımcıların kronolojik anlatım sırasına bakıldığında ise hastalığı ilk

deneyimleme dönemlerinde sosyal ortamlardan geri çekilme ve kaçınma davranışlarının daha belirgin olduğu, zaman ilerledikçe ve hastalığa karşı uzmanlaşma süreci başladıkça yaşama katılmaya yönelik adımların daha fazla atıldığı gözlemlenmiştir.

Bu alt temayı örneklendiren anlatımlardan bazıları şu şekildedir:

K7: *“Bu tuvalete çıkamama sorunu vesaire beni bir şeylerden alıkoyduğunu düşünm- koymadı ya şöyle demedim mesela tuvaletim sorun olacak diye yola çıkamamazlık etmedim, ona göre hareket ederim mesela daha az yemiş olurum, daha az su içerim belki, bu şekilde. Ama etkileyecek büyük şeyler yaşamadım.”*

Aynı katılımcı, belirtilerin okul hayatını etkilemesinin önüne de beslenme düzeninde kısıtlamalar yaparak geçtiğini şu şekilde ifade etmiştir:

K7: *“Çok devamsızlık sorunum yoktu ama yine de gitmeme şeyim oluyordu, şimdi de öyle gerçi de, ama çok etkileyecek boyutta değil. Bu da, bunu da nasıl çözüyorum, yani ya yemiyorum öncesinde dediğim gibi kahvaltıyı biraz tuvalet sorunumu oluşturacak şeyi ortadan kaldırdığım için, öyle etkilememesini sağlıyorum... Açıkçası bunu uzun zamandır yaşadığım için yani, feragat ettiğim tek şey herhalde barsaklarım yani (gülme) sindirimimi herhalde feda ediyorum.”*

Bunun yanında 9. katılımcının ise daha önceki bölümlerde alıntılandığı üzere (Bkz. Bölüm 4.1.3.4. Psikolojik Stres ve Depresif Duygular) yolculuk yapmaktan ve sosyal ortamlarda arkadaşları ile vakit geçirmekten vazgeçmemesi fakat bunu yaparken bütün gün aç kalmayı ve dışarıda olduğu zamanlarda hiçbir şey yememeyi göze alması bunun bir örneği olarak gösterilebilirken, bir yandan kısıtlanmanın da ayrı bir boyutunu oluşturmaktadır.

Yine bir başka yönden bir katılımcı kanıksamış olduğu belirtilerin sosyal geri çekilmeye neden olmasına izin vermediğini şu şekilde ifade etmiştir:

K1: *“Özel günler haricinde çok şişliğimin de illa şey yapmalıyım, o ortamdan çıkmalıyım ya da şu an tipim bozuldu gibi çok hissetmiyorum. Beni bir yerden men*

etmiyor yani şişiyorsa da şişiyor. Yani şişmeyi engellemeyip daha böyle kendimi ve kıyafetlerimi ona göre ayarlayıp, rahatsız olacağım darlıkta olmasın, bol olsun. Mesela bol bir kazak giysem de benim karnımın şişik olduğu belli ama bunu çok sorun etmiyorum hele böyle sosyal ilişkilerimi etkileyecek kadar hiç etmiyorum.”

Aynı katılımcı, yaşadığı şişkinlik sorununun kendisini sevdiği yiyeceklerden alıkoymadığını, belirtilere katlanmak suretiyle hayatı normal akışında yaşamayı tercih ettiğini şu sözlerle ifade etmiştir:

K1: “Ama bu beni yemekten de alıkoymuyor mesela karnım şişiyor ama ben yine de o yemeği çok seviyorsam yemeye devam ediyorum. Hani bazı insanlarda bu kadar şişmeye hani geri çekilmesini beklersin sonuçta yemekle ilgili bir şey ama ben artık o şişmeye o kadar alıştım ki yine de yemeğimi yemeye devam ediyorum yani yemeğimi yiyorum yani. Öyle de şişiyorum böyle de şişiyorum hani bazen bir çorbayla da şişiyorum dolayısıyla yemeğimi yiyeceğim fikri oluyor yani (gülme).”

4.6.5. Yaşam Düzeni Değişikliği

Tablo 4.13. Yaşam Düzeni Değişikliği Alt Tema Tablosu

Yaşam Düzeni Değişikliği
Beslenme Düzeni Değişikliği
Egzersiz ve Hareketi Artırma
Rutin Oluşturma
Değişimde İstikrar ve Sabır

Yaşam Düzeni Değişikliği alt teması kapsamında, Tablo 4.13’te de aktarıldığı üzere katılımcıların en sık dile getirdiği ve uyguladığı başa çıkma stratejisi olan beslenme düzeni değişikliği, yine birçok katılımcının dile getirmiş olduğu, hem barsak hareketlerinin düzenlenmesi hem de psikolojik iyi oluşa katkı sağlama ve stresi azaltma fonksiyonları ile hastalıkla baş etme sürecinde hayata geçirilen egzersiz ve hareketi artırma, fonksiyonel yaşamsal davranışlar için bir rutin oluşturma ve istikrar ve sabır ile yaşamda değişim sürecine devam etmeye dair anlatımlar aktarılacaktır.

4.6.5.1. Beslenme Düzeni Değişikliği

Beslenme düzeni değişikliği alt teması altında katılımcıların İBS ile baş etme sürecinde uyguladıkları belli profesyonel diyet programları, belirli besin gruplarını hayatlarından çıkarma deneyimleri ve uyguladıkları beslenme ile ilişkili davranış değişiklikleri ele alınmıştır.

K1: “Beslenmemi biraz değiştirmeyi denedim, mesela bu şimdikiye kadar yapabildiğim birşey değildi çünkü böyle çok yemek yapmayı ve yemek yemeyi ve hani yemekle olan tüm dünyayı aşırı seviyorum. O mesela benim için çok zordu ama artık hani geldiğimiz yerde biraz da beslenmeme dikkat etmem lazım herhalde deyip ona yönelik bir şeyler yaptım.”

Profesyonel olarak yürütülen eliminasyon diyetlerinin yanında katılımcıların kendilerine dokunan ve İBS belirtilerini tetikleyen besinleri fark etmeleri sonucu, bu besinleri diyet listelerinden çıkarmalarına dair anlatımları, beslenme düzeni değişikliği yoluyla başa çıkmanın bu bölümünde ele alınmıştır. Beslenme listesinden çıkarılan besin gruplarının genellikle gluten, laktoz, fruktoz, rafine şeker ve karbonhidrat değeri yüksek besinler ile paket gıdalar ve fastfood ürünleri etrafında toplandığı görülmüştür. Profesyonel diyet bağlamında 3 katılımcının ifadeleri belirgindir. 6. ve 10. katılımcılar hekim veya diyetisyen kontrolünde, İBS tedavisine yönelik bir diyet programı uygulamışken 2. katılımcı ise yurtdışı ve yurtiçi kaynaklı farklı makale ve diyet programlarındaki bilgileri deneyerek, kendini gözlemlene ve deneme yanılma yolu ile hastalık odaklı kişisel bir diyet programı oluşturmuş ve bunun neticesinde büyük bir rahatlama elde etmiştir. Bu bireylerin diyet deneyimlerine dair aktarımları şöyledir:

K6: “Geçen sene özel bir klinik buldum internet üzerinden araştırma yaparken. Bağırsaklardaki bakteri haritasını inceleyerek hangi bakterilerin anormal derecede çalıştığını, hangilerinin daha çok desteğe ihtiyacı olduğunu vesaire tespit ederek bir diyet programı uyguluyorlar 6 haftalık. Hangi besinlere ihtiyaç duyulduğunu, hangilerinden uzak durulması gerektiğine dair bir beslenme programı uygulanıyor. Ben tedavimi gerçekten beslenme programıyla buldum. Düzenli olarak görüştüğüm bir diyetisyen vardı her hafta. Bana barsak mikrobiyom haritamı detaylı bir şekilde aktardılar sonuçlarını...Daha az tüketmem gereken,

daha çok tüketmem gereken besin listem mevcut. Düzenli olarak öğünler şeklinde yemeye hareket ediyorum. Hem hani öğünlerimin belli çeşitleri var. Bu çeşitliliklere uyuyorum. Aslında kliniğin tamamen bana verdiği diyet programına hala uyuyorum çünkü oldukça çeşitli ve benim ihtiyacıma yönelik şeylerdi.”

K9: “Sonra bu işte FODMAP diyetine başladım. Bu da gerçekten çok zor bir diyet yani, işte her şeyden ne kadar yiyebileceğiniz belli. Yani işte meyve suyu içiyorsunuz ama şu kadar içebiliyorsunuz. Tahıl yiyebiliyorsunuz ama bir kaşık yiyebiliyorsunuz... Biraz daha iyiye gitti durumum.”

K2: “Ben kendi kendime böyle bir şeyleri denemeye başladım işte yazdım işte her gün ne yediğimi yazdım ondan sonra işte ağrım oldu mu olmadı mı işte onlara dikkat ediyordum işte her gün ne yiyorum bunlara baktım işte sonra ben dedim ki bunu ben Türkiye’de çözemeyeceğim bu iş algılanmıyor sonra ben oturdum yabancı kaynakları makaleleri okumaya başladım... Yurt dışındakilerden daha iyi yola çıkarak kendime bir rota çizdim.”

Tam bir eliminasyon diyeti uygulayan 9. Katılımcının, uyguladığı diyetle dair deneyimi ise şöyledir:

K9: “Biraz bağırsakları çalıştıran şeyler veya biraz gaz yapan şeyler, ya biraz acılı yemek; bunların hepsini tamamen kestiğinizde, böyle bebek gibi yemeye başladığınızda, işte sadece et, patates, soğansız, sarımsaksız hani bütün bunların hepsini bıraktığınızda bir yerden sonra tam vücudunuzun sinyallerini okumaya başlayabiliyorsunuz. O zaman işler yolunda gidiyor.”

Belli bir program dahilinde yürütülen bu diyetler haricinde bireylerin kendi bünyelerine dokunan gıdaları tespit etme yoluyla gittiği beslenme düzeni değişiklikleri ise aşağıda ele alınmıştır. Bu bağlamda katılımcıların ilk denemelerinin genellikle glutensiz beslenme üzerinden olduğu anlaşılmaktadır. Glutensiz beslenmeyi deneyen 5 katılımcıdan ikisi bundan fayda görmüş ve belirtilerde azalma meydana geldiğini gözlemlemişken katılımcılardan biri herhangi bir fayda görmediğini, bir diğeri ise oldukça kısmi bir rahatlama meydana geldiğini fakat bu etkinin tatmin edici düzeyde olmadığını belirtmiştir. Bununla ilgili örnekler şöyle aktarılmıştır:

K2: *“Tamamen glutensiz ürünlere geçtim kakao olsun işte karabuğday olsun vesaire mesela karabuğday da yazıyor liste de ama karabuğday bana dokunuyor.”*

K1: *“Gluteni kesince biraz rahatlama oldu ama çok inanılmaz olmadı yani onunla da çok ilişkisi olmadığını anlamış oldum. Mesela hep şey diyorlardı belli bir şeyleri kesip denemek lazım falan diye. Ben zaten gluteni kesince, atıyorum makarna, ekmek, poğaçaya vs. onunla ilgili tüm şeyler, o sekme kapanmış oldu. Ama mesela sırf ekmeksiz bir balık yiyorum mesela, balıktan birkaç lokma yedim ve hani anında şiştim böyle. Sanırsın inanılmaz yedim gibi yine şiştim. O yüzden glutenle ilişkisi olmadığını anladım, ama yine de şey oluyordu, karnım daha rahat oluyordu. Yani yediğim şeyin içeriği ile alakalı olarak. Zaten ağır yiyemiyorsun ya, muhtemelen o ekmek ve o glutenli şeyleri sindirmek daha zor geliyor, o yüzden şişkinliğim olsa da bir tık rahatlama oldu.”*

Laktoz hassasiyeti bağlamında ise bazı katılımcılar süt ve süt ürünleri tüketmekten kaçınmışlardır.

K2: *“Bunun dışında ne yaptım sonra işte süt ve süt ürünleri kullanmadım laktozsuz süt eğer çok sütle ilgili bir şey tüketiceksem kesinlikle laktozsuz süte geçtim.”*

K7: *“Süt ve yağ bazen dokunabiliyor..., bunları kullanmıyorum mesela.”*

Bunun yanında fastfood tüketimi ve paketli gıdaların beslenme listesinden çıkarılmasına dair birçok katılımcı görüşü ve deneyimi olmuş, bazı katılımcılar bu tür gıdaların İBS haricinde de sağlık sorunlarına sebebiyet vermesi nedeniyle hastalık öncesi ve sonrasında bu besinleri hayatlarından çıkardıklarını ifade etmiştir. Buna dair deneyimler şu şekilde aktarılmıştır:

K1: *“Biraz da beslenmeme dikkat etmem lazım herhalde deyip ona yönelik birşeyler yaptım. Mesela işte glutenli ürünleri tamamen kestim, işte belli bir saatten sonra yemedim. Zaten öyle gazlı ve fastfood tarzı çok tüketmiyordum ama onları tamamen kestim.”*

K2: “Paket gıdalar tüketilmeyecek, hani mesela bir aldınız ya bu biskivüden birşey olmaz işte bir iki tane attım ağızıma demiyecsiniz bile yani o hayatınızdan çıkacak yani özellikle atak dönemde çıkacak yani hani onun dışında işte paket gıdalar aklınıza gelebilecek bir ton paket gıda var hani evlerimizde de kullandığımız hani onları içine alacak şekilde...Hazır yoğurt beni mahvediyor mesela yediğim anda ağrılarım tavan yapıyor bu kadar şey mesela rutine bindirmeme rağmen bir yiyorum zıplıyor mesela yani beni tekrar yani ilk başa döndürüyor o yüzden mesela hazır yoğurt gibi işte o da katkı maddeli ve paket gıda aslında onu da tüketmedim.”

K6: “Ben böyle semptomlarla karşılaşan çevremdeki insanları da mümkün olduğu kadar beslenmelerine dikkat etmeleri gerektiğini öneriyorum. Çünkü bazı besinler, özellikle paketlenmiş gıdalar bunu çok tetikliyor. Yani bedenin temel ihtiyaçlarına ters düşecek şeyler çok etkiliyor.”

Bir diğer yönden katılımcıların belirtileri tetikleme yönüyle fazlaca vurguladıkları ve tüketimini sınırlandırdıkları bir besin grubu da fruktoz değeri yüksek besinler olmuştur.

K9: “Bu FODMAP diyeti dedik ya, FODMAP demek, F Fruktoz, O oligosakkaritler, D disakkaritler yani laktoz, süt şekeri demek gibi yani fruktoz, meyve şekeri, süt şekeri ve poliodlar birkaç madde daha, genelde tahılların içinde bulunan maddeler. Karbonhidrat çeşitleri gibi düşünün bunları, çeşitli karbonhidrat tipleri gibi, hepsi barsağı zorluyor. Ben ilk meyve şekerinde fark ettim, mesela üzüm suyu, içemezdim çok kötü dokunuyordu meyve suları, meyveler çok kötü dokunuyordu, içindeki şeker.”

K2: “Atak dönemde bazı fruktoz değeri yüksek meyveler tüketilmemesi gerekiyor yani hani mesela bazısına aslında dokunmaz bazısına dokunur mesela karpuz atak dönemde feci yapar yani kavun feci yapar mesela hani bunu deneyerek yanılarak da görebilirsiniz... Belli başlı şeyler var atak dönemde mesela olgun muz, bunu yurt dışındaki kaynaklarda tespit ettim mesela olgun muz yerseniz çok şeker oranı yüksek olduğu için atak dönemde sizi kıvrandırıyor mesela diyor ki yabancı kaynakta olgun muz yeme diyor atak dönemde normal muz ye diyor.”

Bir diğerk yönden yağ oranı yüksek besinlerin belirtilerde ciddi bir artış meydana getirdiğini birçok katılımcı vurgulamış ve bu besinleri azaltma yönünde bir gayret göstermiştir:

K5: *“Mesela çok yağlı beslenmiyorum, yani mesela çok yağlı bir atıyorum gözleme yediğimde daha da kötü oluyorum, yağ beni çok etkiliyor mesela.”*

K7: *“Yağ bazen dokunabiliyor yani katı yağ, bunları kullanmıyorum mesela hamur işi vesaire yemeği bırakmıştım.”*

Son olarak katılımcı ifadelerinde yer bulan bir besin grubu da şekerli besinler olmuş ve bazı katılımcılar belirtileri kontrol altına alma ve genel sağlık durumuna katkı sağlama adına şekerli besinlerin tüketimini dengeleme yönünde gayret göstermiştir:

K2: *“Hayatımdan şekeri tamamen kestim rafine şekeri asla yani hiç tüketmedim ne pastalarım ne şeylerim, kullanacaksam ne kullandım dut pekmezi kullandım normal pekmez kullandım ama asla şeker kullanmadım.”*

K3: *“Ekmek az yiyeyim, unlu ve şekerli şeyleri az tüketeyim. Çünkü bu kitapta öyle yazıyor. Paketli gıda, un, şeker, işte barsağa iyi gelmez yazıyordu, onları az tüketmeye çalışayım, öyle düşünüyordum. İşte tatlı yemeyeyim, çok yemeyeyim, sonra barsağım kötü olur aman aman. Öyle, o şekilde yani genel olarak beslenmeyi etkiliyordum.”*

K9: *“Ben şeker dengesinin psikoloji için çok önemli olduğuna inanıyorum. Şekeri dengesiz bir insan zaten bir bunalımda bir şeyde oluyor. Benim psikolojimi o çok toparlama- yani şekerimi dengede tutmak, psikolojik açıdan bana çok katkısı oluyor.”*

Beslenme listesine eklenenler bağlamında ise sıvı alımını, özellikle de su tüketimini artırmaya yönelik katılımcı ifadeleri olmuştur. Ayrıca probiyotik ve prebiyotik kullanımının da katılımcılar arasında oldukça yaygın olduğu görülmüş, katılımcılardan 4’ü probiyotik desteğini tedavide uygulamış ve uygulayanların tamamı, gözlemledikleri olumlu etkilerden bahsetmiştir. Doğal probiyotikler olarak ise kefir, turşu, yoğurt gibi besinlerin kullanımına özen gösterilmiştir.

K6: “En büyük destek bu dönemde probiyotik desteği oluyor.”

K2: “Ev yoğurdu dokunmuyordu mesela ev yoğurdunu tükettim onun dışında probiyotik kullandım probiyotik çok etkiliydi ama uygun probiyotiği bulmanız gerekiyor uygun probiyotiği bulmazsanız çok büyük ağrınızı arttırıyor çünkü onlar böyle çeşit çeşit ve her marka, çok iyi bir marka diyor size mesela insanlar, bunu kullan çok iyi geldi diyor. Siz onu alıyorsunuz o kadar para verip ama iyi gelmiyor o size çünkü doğruyu bulmanız gerekiyor ben bir iki tane denedim sonrasında bana iyi geleni buldum onu altı ay boyunca kesintisiz kullandım onunda çok faydasını gördüm.”

K5: “...O sıralar hani ne yapabiliriz hani barsaklarımı biraz besleyeyim, yoğurt fazlaca yoğurt yiyeyim kefir içeyim probiyotiklerce zengin besleneyim, o zaman bir dikkat etmeye başladım.”

Uygulanan diyet programlarının ve besin eliminasyonlarının yanında gerek hastalıkla ilgili yapılan araştırmalar, gerekse faydalı veya faydasız olduğu deneyimlenerek hayata geçirilen, yeme-içme düzeninde dayalı birtakım davranışlar katılımcıların ifadelerinde yer bulmuştur. Bu davranışlar, bedene iyi gelecek davranış kalıplarını tercih etme yönünden stratejik bir tutum içermektedir. Bunun en belirgin örneği 9. Katılımcının yeme-içme esnasında kaçınılması gereken davranışlara dair kendine çizdiği rotada görülmektedir:

K9: “Şimdi bu davranış biraz, şimdi diyet de tabi bizim davranışımız, bizim neyi ne zaman aldığımız vücudumuza bizim bir davranışımız. Şimdi ben bunu böyle bir davranış bozukluğu gibi görüyorum. Şimdi şöyle, şunun etkisi olduğunu ben gördüm; bir, yemek yerken film milm izlemeyeceksin, öyle bilgisayarın başında oturup yemek yemeyeceksin. Bir şeyleri kapatıp, hani sohbet ederken yemek yemek, tabi toplu halde yemek yemek tabi ki çok güzel keşke hep öyle yesek, çok önemli bir şey bence bir ailenin bir masada yemesi ve o bir ritüel gibi hep beraber aynı saatte aynı masaya oturulması. Yemek yerken bir şeyler izlemek, siz korku filmi izlerken mesela vücut, ya vücut üç beş şeyi öyle aynı anda yapabilen bir şey değil. Hani yemek yedi, şimdi sindirecek. Şimdi kalkıp koşamaz. E siz ağzınıza bir yemek alıp çiğneyip yutuyorsunuz, ama onu yaparken korku filmi izliyorsunuz. O korku,

izlediğiniz şeyin korkusu sindiriminizi etkiliyor yani vücut diyor ki korktuğun bir şey gördün kaç, ama bir yandan sindirmen gereken yemek var, işte korkudan altına yapmak diye bir şey var, kaçmadan önce vücut salar öyle kaçarmış, yani hayvanlardan falan. Şimdi siz sakın sakın evde oturup yemeğinizi mi yiyorsunuz yoksa korku filmindeki canavardan kaçıyor musunuz? O yüzden bilgisayarı kapatıp sakın yemeğe iyi çiğneyerek yutmaya, ki ben hep yavaş yerdim insanlar bana ay çok yavaş yiyorsun acele et de kalkalım gibi, çiğnemedi yuttururlardı... O yüzden işe başlarsam da buna dikkat etmeye çalışacağım. Yemekten sonra şöyle bir oturup, veya hani bir yürüyüşe çıkılabilir, bir o sohbet edilebilir ama koşup koşup heyecanlı bir toplantıya girmek veya işte anlatabildim mi stresli şeyler yapmak yanlış.”

Yukarıda anlatılan stratejinin bir özetini ise aynı katılımcı, anlatımının farklı bir yerinde vermiş ve bunu etkili bir başatma mekanizması olarak sunmuştur.

K9: “Dediğim gibi yemeklerden sonra heyecanlı şeyler yapmamak, izlememek, kavga etmemek, eşinizle tartışacaksanız bunu yemekten önce yapmamak, aşken şekeriniz düşükken yapmamak, yemekten hemen sonra da yapmamak, yemek sindirilecek ondan sonra heyecanlı veya stresli işler yapılacak.”

Yine aynı amaca hizmet eden bir baş etme stratejisi olarak aynı katılımcının yemeklerden sonra midenin sindirme işlemini daha rahat yapabilmesi adına sağ tarafına hafifçe uzanmayı bir alışkanlık haline getirmesine dair alıntı şu şekildedir:

K9: “Hatta en şey de hani mide sol tarafımızdaymış ya, yemekten sonra sol tarafıma yatıyorum. Ya yatmak demek hani şöyle, şöyle yapsam uzansam bile koltuğun kenarına olur. Daha sakın duruyorum, o zaman zaten hemen midenin, mide hemen boşaltmıyor ince barsağa besinleri, daha uzun süre midede duruyor, daha rahat sindiriliyor, o zaman çok daha güzel sindiriyorum.”

2. katılımcının ise yine stratejik olarak belli bir saatten sonra yemek yememeyi prensip haline getirdiği ve bunu otofaji kavramına dayandırdığı görülmektedir.

K2: “Yani beş buçuk altıdan sonra bir de ben açlık orucu diye bir biyokimya uzmanı vardı, ben onun işte kitaplarını okudum, videolarını izledim. Onları anlattı otofaji olayı da bana çok mantıklı geldi işte bana hani biyokimyasal anlamda hani gün

içerisinde çöplerimizin temizlenmesi gerekiyor, yediğimiz şeylerin atıkların temizlenmesi gerekiyor, onu da beş buçuk altıdan sonra vücudun yaptığı. Eğer siz beş buçuk altıdan sonra yemeğe devam ederseniz barsakların yediklerinizi hazmetmeye çalıştığını ama bütün gün yediğiniz besinlerin çöpünü öğütemediğinden bahsediyordu bunu da hayatıma aldım.”

Benzer şekilde yine 9. Katılımcının oruç ile midesini rahatlatması, bir başka strateji olarak görülmüştür:

K9: “Oruç tutunca, oruç tutmak iyi geliyor. Eğer çok kötü ise gerçekten, yarım gün aç kalıyorum, o biraz dinlendiriyor bağırsakları. Ondan sonra tekrar böyle hemen karbonhidrat değil yine sadece et, işte yumurta, iyi pişmiş, sarısı pişmemiş olabilir ama beyazı çok iyi pişmiş olması lazım.”

4.6.5.2. Egzersiz ve Hareketi Artırma

Katılımcıların büyük bir kısmında, hareketi artırma ve egzersizin barsak sağlığı ve İBS ile mücadele sürecine olumlu katkı sağlayacağına dair bir görüş birliği olduğu görülmüştür. Bu bireylerin bir kısmı bu etkiyi bizzat deneyimlemiş ve hastalıkla baş etme sürecinde kendilerine en iyi gelen faaliyetlerden birinin egzersiz ve yürüyüş olduğunu dile getirmiştir. Katılımcılardan bir kısmı yaşam koşulları nedeniyle egzersiz yapmayı ertelerken, bir kısmı ise şişkinlik gibi farklı semptomlar nedeniyle bunu hayata geçirememiştir. Katılımcı deneyimleri hareket ve egzersizin psikolojik rahatlatma ile beraber bedensel semptomlardaki azalmayı da beraberinde getirdiğini göstermektedir. Bireylerin bir kısmı yürüyüş ve spor gibi bedensel egzersizleri tercih etmişken nefes egzersizleri ile rahatlatma sağlayan katılımcılar da olmuştur.

K2: “Spor, kesinlikle yürüyüş bana çok iyi geldi. Yürüdüm, belli bir kilometre her gün yürümeye çalıştım o çok fark ettirdi... Kesinlikle çok etkili yani hani kesinlikle bunların yapılması gerekiyor özellikle nefes ben nefesin üzerinde çok durmadım ama nefes de bence çok etkiliydi.”

K9: “Hareket etmek, eğer karnınız ağrıyor ve tuvalete çıkamıyorsanız yürümek. Biraz işte işte hareket, ne denir işte egzersiz gibi bir şeyler yapmak iyi geliyor.”

K4: “Kendimi peki nasıl sakinleştiriyorum dersiniz bunun için spor gerçekten iyi oluyor. Her spor yaptığımda u fiziken çok daha rahatlamış hissediyorum. Yürüyüş, uzun yürüyüşler yapmayı seviyorum ve bu yürüyüşler sırasında böyle kendimi dinlendirici podcastler dinliyorum, daha çok psikolojiyle alakalı, duygularla, bedenle, yani kendim, hem kendimle sohbet ediyor gibi hissediyorum. Kendimi dinlediğim bir vakit oluyor. Geçen sene her gün bir saat boyunca bunu denedim, gerçekten çok iyi geldi, bu sene de yaklaşık bir aydan beridir fırsatım oldu, bu uzun yürüyüşler bana çok iyi geliyor hem bedenimi hareket ettirmiş oluyorum hem de zihnimi dinlendirmiş oluyorum. Deniz kenarında yürüyorum o bana çok büyük bir huzur veriyor...”

4.6.5.3. Rutin Oluşturma

Beslenme başta olmak üzere hayat düzenine etki eden uyku, beslenme, tuvalete çıkma gibi alışkanlıkların bir rutin halinde ve hep aynı saatlere tekabül edecek şekilde düzenlenmesinin hem barsakları hem de genel olarak bedeni rahatlatan bir fonksiyonunun bulunmasından ve bireylerin hastalıkla baş etmede kullandıkları yöntemlerden biri olmasından bahseden birçok katılımcı olmuştur.

K9: “Sabah hep aynı saatte uyuyup, aynı saatte kalkıp, aynı saatte yemek yemek. Rutin içinde ve aynı saatte tuvalete çıkmak, Yani dengeli, düzenli hayat diyebilirim.”

K5: “Sabah kahvaltıyı dikkat ediyorum yapmaya ve bir dört beş saatlik yani üç dört saatlik aradan sonra çok midemi yormayacak şeyler yiyorum ara öğün tarzı, yoğurtlar işte sandviç gibi böyle çok gramajı düşük.”

4.6.5.4. Değişimde İstikrar ve Sabır

Değişimde istikrar ve sabır alt temasında, bu bireylerin hastalıkla mücadele ederken zorluk ve kısıtlayıcılık faktörlerine rağmen sağlıkları için doğru olduğunu düşündükleri davranışları hayata geçirmeleri, katılımcıların anlatımlarında tedaviden olumlu yanıt almalarında en büyük etken olarak zikredilmiştir. Stratejik davranışlar ve özel diyetlerde olduğu gibi bu konunun üzerinde de en çok duran iki katılımcı K2 ve

K9 olmuştur. Bu iki katılımcının bazı ortak özellikleri hastalığı çok şiddetli olarak deneyimlemiş olmaları, hekimlerin kendilerine yeterince bilgilendirme sağlamamış olması ve kendi araştırmaları sonucu çeşitli stratejiler ve diyet programları geliştirerek hastalığa karşı yeni davranış örüntüleri oluşturmaları ve büyük oranda hastalığın üstesinden gelmiş olmalarıdır.

K2: *“Çok zor oldu, aylarca sıkıntılarım devam etti o diyetime o şeylere dikkat etmeme rağmen ama o hep denilen şey Türk kaynağında da denk gelmişti, çok istikrarlı gitceksiniz yani bıkmayacaksınız yani o diyetle aa olmuyor diyip bırakırsan başa dönüyorsun yani o istikrarı hep koruyacaksınız diyordu. Bu benim kulağıma küpe oldu ondan sonra işte 2 ay falan ben yine çektim ağrımı ara ara azaldı ara ara arttı ara ara atak yaptı tuhaf tuhaf şeyler oldu sonrasında düzene girdi Allah’a şükür maşallah diyeyim... Ben şunu anladım ki sitelere de bakıyorum işte bu Facebook’taki işte istikrar olmadığı için olmuyor çünkü insanlar peynir tüketiyor o dönemde, süt tüketiyor. Ondan sonra mesela akşam 8’de yiyor yoğurt mesela ara öğün diye geçiyor atıyorum ya da kuru yemiş ara öğün diye geçiyor, asla o zaman dilimlerinde yemeyeceksiniz mesela ben çoğu zaman aç oluyorum yine de yememeye çalışıyorum.”*

K9: *“Siz tekrar sağlıklı yemeye başlayınca yavaş yavaş yavaş yavaş, ama böyle hani yani gerçekten bir haftada iki haftada değil, yani aylar sürebilen bir süreç, barsak tekrar iyileşiyor ve önceden sindiremediği şeyleri tekrar sindirmeye başlıyor. Hani karbonhidratı bile sindirmeye başlıyor, hani o barsaktaki bir hasar, kronik, şey gibi düşünün yani. Cildiniz çok tahriş oldu, tahriş olmuş yüzünüze en basit bir krem bile sürseniz yakar ya, sonra iyileştikten sonra aynı krem yakmaz, hiçbir şey yapmaz. Yani iyileştikten sonra yine eski şeyleri yemeye başlayabiliyorsunuz. İnsanlar tabii sabırsız davranıyorlar. Diyorlar ki işte hani şunu ye şöyle yap geçer, iki gün yiyorlar niye iyileşmedim, iyileşmezsin o barsak nasıl yavaş yavaş hasta olduysa yine yavaş yavaş iyileşecek yani. Uzun bir süreç.”*

Yine 2. Katılımcıya ait olan aşağıdaki alıntıda istikrarlı devam etmeyi kolaylaştıran önemli bir kavram olarak beklentisizlikten söz edilmiş, bir fayda beklentisi içinde olmaksızın sadece alışkanlık edinmek ve sağlıklı olmak üzerinden bu davranışların

kazanılmasının olası olumsuz sonuçlarda kişiyi umutsuzluktan koruyacağını dile getirmiştir:

K2: “Hemen sonuç beklememek lazım ya bunları yaptım bugün iyiyim yiyebilirim dersin olmaz ya da bunları yapıyorum bir haftadır niye iyi değilim dersin yine olmaz, istikrarlı devam etmek lazım yani onları bir sonuca ermek için yapmak değil de işte mesela ben yürüyüş yapmaktan keyif aldığım için yürüyüş yapıyordum yürüyeyim de ağrım geçsin diyip sonra ağrın geçmezse daha mutsuz oluyorsunuz.”

Tüm bu verilerin ve ortaya çıkan alt ve üst temaların ışığında, İBS'nin bireylerin yaşamlarında büyük bir değişim meydana getirdiği ve yaşantısal, duygusal, manevi, bilişsel, sosyal ve davranışsal boyutlarda olumlu ve olumsuz deneyimlerin hastalık sonrasında bireylerin yaşamlarına dâhil olduğu görülmüştür. Bireylerin bu deneyimleri anlamlandırma ve bu deneyimlerle başetme şekli ise gerek hastalığın şiddetine, gerek buldukları sosyal ortama ve bağlama, gerekse bireysel özelliklerine göre değişim göstererek deneyimlerin biricikliğine işaret etmiştir.

BÖLÜM V

TARTIŞMA

İBS’li bireylerin günlük hayatlarının ve bunun bir yansıması olarak sosyal ve duygusal yaşantılarının sahip oldukları hastalıktan nasıl etkilendiğini ve bireylerin bu durumun yol açtığı etkilerle baş etmek için hangi yöntemleri kullandıklarını anlamayı amaçladığımız bu araştırmada, İBS tanısı almış 10 kadın katılımcı ile derinlemesine mülakatlar gerçekleştirilmiş ve ortaya çıkan bulgular ayrıntılı olarak analiz edilmiştir. Araştırma sonuçları İBS’nin günlük hayata etkilerine dair deneyimlerinin yanı sıra kültürel öğelerin hastalık deneyimlerini nasıl şekillendirdiğini de ortaya koymuştur. Bu bölümde, görüşmeler sırasında ortaya çıkan üst temalar olan ve İBS eşliğinde bir yaşam sürdürmenin farklı boyutlarını ele alan “Yaşantısal Deneyim Boyutu”, “Dini ve Manevi Yaşam Boyutu”, “Sosyal ve Kültürel Boyut”, “Duygusal Boyut”, “Gözlemsel ve Bilişsel Boyut” ve “Başa Çıkma Boyutu” ilgili literatür ile ilişkilendirilerek ele alınmış, literatür ile benzeşen ve farklılaşan yönler ile bu farklılaşma ve benzeşmenin olası nedenleri tartışılmıştır.

İlk olarak araştırmaya katılan İBS’li bireylerin sosyodemografik özelliklerine bakıldığında, katılımcıların birinin lise olmak üzere tamamının üniversite, yüksek lisans ve doktora seviyesinde eğitim düzeyine sahip bireylerden oluşması literatürde de yer alan, İBS’nin bir metropol hastalığı olması, iş ve eğitim hayatının stresine daha fazla maruz kalan eğitim seviyesi yüksek bireylerde bu hastalığın daha yaygın olarak görülmesi ve sahip olunan erken dönem şemalar nedeniyle kendileri ve çevreleri için yüksek standartlar belirleyen, genellikle akademik hayatta, iş hayatında ve sanatsal alanlarda başarılı kimselerde İBS’nin yoğun olarak görülmesi yönündeki bulgular ile örtüşür nitelikte bir dağılımdır (Gwee, 2005; Henker vd., 2019; Krivzov vd., 2020). Katılımcıların yaş grubu olarak 22 ila 40 yaş arasındaki bireylerden oluşması ise İBS’nin en fazla görüldüğü yaş grubu olan 20 ila 50 yaş grubunu içine alması bakımından literatür ile uyumlu bir dağılımdır (Talley ve Spiller, 2002; Wilson vd.,

2004; Ehrenpreis, 2005). Son olarak katılımcıların yarısında depresyon başta olmak üzere komorbid bir psikolojik hastalığın sürece eşlik etmesi İBS literatüründe sıklıkla ele alınan komorbidite yüksekliği ile örtüşmektedir (Whitehead vd., 2002; Lackner vd., 2013; DuPont vd., 2014; Sánchez vd., 2017).

5.1. Yaşantısal Deneyim Boyutu

“Yaşantısal Deneyim Boyutu” üst teması çerçevesinde araştırmamıza katılan İBS’li bireylerin yaşadığı fizyolojik zorluklar, tanı ve tedavi süreçlerindeki deneyimler; İBS belirtilerinin yol açtığı zihinsel meşguliyet ve sınırlanma gibi günlük hayat deneyimleri ele alınmıştır. Günlük hayatın hastalıktan etkilenen alanlarına dair verilerin genel olarak literatür ile uyumlu seyrettiği, hatta nitel araştırmalarda aktarılan katılımcı ifadelerinin birçok noktada ortak duyguları ortak ifadelerle yansıttığı görülmüştür (Bengtsson vd., 2007; Schneider vd., 2008; Drossman vd., 2009; Hakanson vd., 2009).

5.1.1. Fizyolojik Zorluklar

Araştırmamızda fizyolojik zorluklar bağlamında katılımcıların en sık dile getirdiği belirtiler İBS alt türüne göre değişmekle birlikte uzun süren ve geçmeyen kabızlık veya diyare, diyareye bağlı olarak gelişen ani tuvalete gitme isteği, hafif ama sürekli seyreden karın ağrısı ve şişkinlik olmuştur. Bu şikâyetlerin yanı sıra yorgunluk, halsizlik, gaz yoğunluğu, mide bulantısı gibi ek belirtilerden bahseden katılımcılar da yoğunluktadır. Ortaya çıkan bu bulgular, gerek nitel, gerekse nicel araştırmalarda ortaya çıkmış genel İBS şikâyetleri ile oldukça uyumludur (Drossman, 1999; Thompson vd., 1999; Heitkemper vd., 2002; Schneider vd., 2008; Drossman vd., 2009). Ayrıca katılımcıların genellikle periyodik olarak seyreden atak dönemlerinin var olduğu, bu dönemlerin hastalığın remisyonunda olduğu dönemlere göre çok daha ağır belirtilerle seyrettiği, yaşam kalitesini derinden etkilediği ve genel olarak anksiyete, stres ve beslenme düzeni değişiklikleri ile tetiklendiği yönünde aktarımları olmuş ve bu bulgu da literatürde sıklıkla yer bulmuştur (Bertram, 2001; Drossman vd., 2009).

5.1.2. Tanı Sürecindeki Deneyim ve Zorluklar

Tanı sürecinin uzun ve yorucu olması, tanı konulana dek çok sayıda ve farklı uzmanlık alanlarında hekim ziyaretlerinin yapılması ve farklı organik hastalık şüphelerini ortadan kaldırmak adına çok sayıda tıbbi inceleme tekniğinin kullanılması, katılımcıların deneyimlediği ortak süreçlerdir. Benzer deneyimler birçok nitel araştırmada ortaya çıkmış ve bu durum bir doktordan başka bir doktora koşturmanın yoruculuğu ifadeleri ile kavramsallaştırılmıştır (Heitkemper vd., 2002; Bengtsson vd., 2007; Hakanson vd., 2009).

Tanı sürecini katılımcılar açısından zorlaştıran etmenlerden bir diğeri hekimler tarafından yeterince ilgi görmeme, belirtilerin ciddiye alınmaması, hastalığın temel nedenleri ve tedavi metodları hakkında doyurucu ve yeterli bilgi sunulmaması olmuştur. Bu temanın farklı ülkelerde yapılan araştırmalarda da sıklıkla ortaya çıktığı, İBS’de doktor-hasta ilişkisinin problematik bir mevzu olarak birçok araştırmada ele alındığı ve nedenlerinin araştırıldığı görülmüştür (O’Sullivan vd., 2000; Bertram, 2001; Casiday vd., 2009; Ringström vd., 2009; Farndale ve Roberts, 2011). Bu durumun temeline ışık tutacak şekilde Heitkemper ve diğerleri (2002), İBS ile yaşamın zorluğuna dair algıları ölçmek adına aynı anketi hem hasta hem de hekimlere uyguladığında, hekimlerin İBS’nin yol açtığı yaşantısal zorlukları daha düşük şiddette algıladıklarını tespit etmiştir.

Bireyselleştirilmiş, empatik bir yaklaşım yerine “bir İBS vakası” olarak muamele görmenin, belli kalıplara sığdırılmanın ve ilaç tedavisi ile başlayan standart bir tedavi prosedürüne tabi tutulmanın hekimlere karşı güvensizliğe yol açtığı ve hastaları bireysel çözüm arayışlarına yönlendirdiği hem araştırmamızda, hem de literatürdeki farklı araştırmalarda ortaya çıkmıştır (Bertram, 2001; Bengtsson vd., 2007; Jamieson vd., 2007; Harvey vd., 2018). İBS’ye yönelik bazı araştırmalarda sağlık çalışanlarının yargılama ve etiketleme tutumundan da sıklıkla bahsedilmişken bu bulguya araştırmamızda rastlanmamıştır (O’Sullivan vd., 2000; Heitkemper vd., 2002; Bengtson, 2006; Bengtsson vd., 2007).

Bununla birlikte katılımcıların başvurdukları hekimlerin bir kısmı oldukça empatik ve açıklayıcı bir üslupla hastalığın anatomik nedenleri, tehlikesizliği, tedavi yöntemleri

ve yararlanılabilecek kaynak kitaplar hakkında bilgilendirme yapmıştır. Bu bağlamda İBS’li bireylerin hastalıkları hakkında bilgi sahibi olmadıklarında oldukça tedirgin ve belirsizliğin içinde kaybolmuş bir tutum sergiledikleri görülürken; bilgi ediniminin gerek hekimlerin yeterli ve doyurucu bilgilendirmesine, gerekse bireylerin kendi araştırmalarına dayansın, bireyleri hastalığa karşı edilgen ve mağdur rolde olmaktan kurtardığı ve etken bir role bürüdüğü, hekim ilgi ve bilgilendirmesinin hastalığa ve tedaviye dair algı ve tutumun belirlenmesinde önemli bir rol üstlendiği görülmüştür. Benzer şekilde Farndale ve Roberts (2011), ilgisiz ve yargılayıcı hekim tutumlarının yanında daha ender de olsa empatik yaklaşımda bulunan, tatmin edici bir tedavi yöntemi sunan, bilgilendirme yoluyla hastaların kaygı ve korkularını bertaraf eden hekim tutumlarının da İBS hastalarının deneyimleri arasında bulunduğunu ve bu tutumun hastaları oldukça rahatlattığını bulgulamıştır. Bengtsson ve diğerleri (2006)’nin düzenlediği İBS’ye yönelik bilgilendirme kursu ve Ringström ve diğerleri (2009)’nin İBS okulu projesi sonucunda İBS’li bireylerin hastalıkla ilgili endişelerinin büyük oranda azaldığı, tedaviye ikna olma ve devamlılıkta, ayrıca psikolojik rahatlama ve semptomların gerilemesinde yol katedildiği yönündeki bulgular da araştırmamızın bu yönünü destekler niteliktedir.

5.1.3. Tedavi Sürecindeki Zorluklar

Tedavi sürecindeki zorluklar teması kapsamında en fazla dile getirilen deneyimler ilaç tedavisinin tam bir rahatlama meydana getirmemesi, kısmi bir rahatlama sonrasında belirtilerin kısa süre içinde geri gelmesi, diyet veya psikoterapi yöntemlerinin yoğun bir emek gerektirmesi ve özellikle diyet ve beslenme düzeni değişikliğinin yoğun bir gözlem ve eliminasyon sürecini beraberinde getirirken aynı zamanda hayatı kısıtlayıcı etkilerinin bulunmasıdır.

Gerek hasta, gerekse hekimlerin İBS’yi çözümü olmayan bir hastalık olarak tanımlama ve algılamaları ve hekimlerin tedavi sürecinde yeterince yol gösterici olmaması, tedavi sürecini etkileyen ve zorlaştıran diğer etmenler olarak karşımıza çıkmaktadır. Bunun yanında çözümsüzlük üzerine düşünmeden ve ikinci katılımcının ifadesi ile “beklenti içine girmeden” sağlıklı bir yaşam düzeni benimseyerek hastalıkla mücadele eden katılımcılarda hastalığı kontrol altına alma ve iyi oluş halinin daha belirgin olduğu gözlemlenmiştir.

Araştırma bulgularını destekler şekilde etkili bir tedavi yöntemi veya belirtileri tetikleyen besinleri bulana kadar geçen deneme yanılma sürecinin İBS'li bireyler için oldukça yıpratıcı olduğunu ve bireylerin harcanan yoğun emeğe rağmen hastalık belirtileri devam ettiği takdirde umutsuzluğa düşebildiğini aktaran birçok nitel araştırma bulunmaktadır (Jamieson vd., 2008; Casiday vd., 2009; Farndale ve Roberts, 2011). Bu durumda ortaya çıkan yorgunluk bir kısır döngü oluşturmakta ve çözümsüzlük algısı, yılgınlık ve çözüm arayışından vazgeçmeyi beraberinde getirmektedir. Bununla birlikte gayret göstererek fayda veren bir çözüm yolu keşfetmek bu bireylerin tedaviye dair motivasyonlarını tekrar artırmakta, bu döngüyü kırma ve hastalığa dair kontrol hissini yeniden aşılama yönünde bireylere destek olmaktadır (Farndale ve Roberts, 2011). Yine hastalığı çözümsüz olarak algılayan bireylerde hastalık belirtilerinin daha yoğun olarak gözlemlendiği, çözümü olan bir hastalık algısına sahip bireylerin ise etkili baş etme yöntemleri kullanarak hastalığın günlük yaşama olan etkisini minimum seviyeye indirebildiği yönündeki literatürde yer alan bulgular da araştırmamızı destekler niteliktedir (Wilpart vd., 2017; Torkzadeh vd., 2019).

5.1.4. Zihinsel Meşguliyet

Bireyin zihninin sürekli olarak barsak hareketlerindeki düzensizlik, şişkinlik, karın ağrısı, tuvalete gitme isteği ve benzeri gastrointestinal belirtilerle meşgul olması gerek sosyal, gerek duygusal, gerekse akademik hayat ve iş hayatına dair zorlukları beraberinde getirmiş ve araştırmamıza katılan bireylerin yaşam kalitesinde ciddi bir düşüşe neden olmuştur. Zihni bütüncül bir şekilde yapılan eyleme, akademik hayatın ve iş hayatının gerekliliklerine veya sosyal ilişkinin dinamiklerine odaklayamamanın bireylerde bu eylemlerden zevk alma ve başarıya ulaşma noktasında problem oluşturduğu, birçok katılımcı tarafından dile getirilmiştir. Benzer sonuçlar Mohebbi ve diğerlerinin 2019'da yürüttüğü nitel araştırmada, zihinsel meşguliyet nedeniyle günlük yaşam deneyimlerinden keyif alamama ve yaşanan anlara gerginliğin hâkim olmasına dair tema çerçevesinde ele alınmıştır. Ayrıca İBS'nin bilişsel yetileri olumsuz yönde etkilemesi ve zihinsel meşguliyetin bir sonucu olarak potansiyeli açığa çıkaramamaya dair aktarımlar, farklı araştırmalarda kısıtlı da olsa yer bulmuştur (Drossman vd., 2009; Campbell, 2015). Bunun yanında sosyal ilişkilerde bozulma, sosyal geri çekilme, iş hayatına ve akademik hayata odaklanamama gibi problemlerin

temelinde de bu zihinsel meşguliyet probleminin yatıyor olması konuyu önemli bir noktaya taşımaktadır (Bengtsson, 2006; Drossman vd., 2009; Farndale ve Roberts, 2010).

5.1.5. Kısıtlanma ve Sınırlanma

İBS’li bireylerin en fazla dile getirdiği yaşamsal zorluklardan bir diğeri hastalık nedeniyle belli yaşam alanlarında deneyimlenen sınırlanma ve kısıtlanmalar olmuştur. İBS’nin yol açtığı bu kısıtlanma mevzu, alan yazındaki nitel araştırmaların neredeyse tamamında ele alınan yaygın bir tema olarak görülmektedir.

Sınırlanmanın önemli bir boyutu olan ve literatürde de birçok örneğini bulabildiğimiz beslenme düzenini hastalığa göre ayarlama ve belli yiyecek gruplarından uzak kalma durumu, bireylerin özel yiyeceklere ihtiyaç duyması nedeniyle yeteri kadar beslenmemelerine ve kilo kaybetmelerine neden olabilmekte, ev dışında bu yiyeceklere ulaşım zorluğu ve bu besinlerin hazırlanmasına ciddi bir zaman ve bütçe ayırma gibi faktörlerin yanında belirtilerin başlamaması için ev dışında yeme içme faaliyetini tamamen durdurma gibi sonuçlara da zemin hazırlayabilmektedir (Jones vd., 2006; Fletcher vd., 2008; Schneider vd., 2008; Drossman vd., 2009; Farndale ve Roberts, 2011). Spesifik olarak İBS ve İBD’ye sahip kadınların besin kısıtlanmalarını konu alan makalede Fletcher ve diğerleri (2008), bu kadınların yaşamlarının barsak sağlıkları etrafında şekillendiğini ve kaçınılması gereken yiyecekleri tespit etmenin kimi zaman zor olduğunu, istenilen besinleri özgürce tüketememenin duygusal bir yorgunluk meydana getirdiğini aktarır. Aynı şekilde yeme içme faaliyetinin sosyal yönüne dikkat çeken Schneider ve diğerleri (2008), bu bireylerin yeme içme kısıtlanması nedeniyle sosyalleşme ve topluma ayak uydurma anlamında da problem yaşayabildiklerinden bahsetmiştir ki tüm bu bulgular araştırmamızla paraleldir. Bir diğer yandan şişkinlik belirtileri nedeniyle kıyafet seçimi anlamında yaşanan sınırlanma, bu belirtileri deneyimleyen bireylerce sıklıkla dile getirilmişken Farndale ve Roberts (2011)’in çalışmasında benzer bir tema yer bulmaktadır. Bir diğer yönden beslenmeye dair kısıtlanma, Skrastins ve Fletcher (2016)’nin çalışmasında sağlıklı beslenme düzenine geçiş için bir fırsat ve hastalığın getirisi olarak nitelendirilmişken, katılımcılarımız arasında da İBS’yi zorluklarının yanında sağlıklı yaşama geçiş için bir milat olarak gören katılımcılar bulunmaktadır.

İBS'li bireylerin tuvalet kullanma süresinin sağlıklı bireylerden daha uzun olması nedeniyle ev dışında tuvalete girmekten imtina etmesi veya dışarıda abdest alma imkânının sunulmadığı mekânlara gidememesi, mekânsal ve zamansal kısıtlanmanın araştırmamızdaki örneklerini oluşturmuştur. Literatüre bakıldığında abdest alma güçlüğüne dair bir veriye rastlanamamışken, İBS'li bireylerin, belirtilere engel olamama korkusu ile restoran, uzun seyahatler veya tatil gibi belli mekân ve aktivitelerde bulunmaktan imtina ettiğine dair birçok aktarım olmuştur (Fletcher vd., 2008; Drossman vd., 2009; Hakanson vd., 2009). Bu durumun aksine araştırmamıza katılan katılımcıların genellikle yeme içme faaliyetlerini sınırlandırma hatta tamamen durdurma yoluyla bu aktivitelere katılıma devam ettikleri ve mekânsal kısıtlanmayı hastalığın ilk evrelerinde deneyimleseler dahi sonrasında sosyal yaşama ayak uydurdukları gözlemlenmiştir. Bu durum, hastalığa rağmen sosyal yaşama aktif katılım alt teması kapsamında ayrıntılı olarak ele alınmıştır.

İBS'li bireylerde sıklıkla görülen yorgunluk ve halsizliğin enerjisel bir yoksunluk meydana getirmesi ve şişkinlik, karın ağrısı gibi belirtilerin hareketi ve egzersiz yapmayı engellemesi yönüyle enerjik bir yaşam sürdürmeyi zorlaştırması bir diğer sınırlanma alanı olarak bulgulanmış ve bu durum, bireylerin psikolojik ve sosyal yaşamını olumsuz yönde etkilemiştir. Yürütülen farklı nitel araştırmalarda da benzer bulgulara rastlanmış ve bireyler gastroenterolojik durumlarını hesaba katmadan bu aktiviteleri yapabilmeye dair duydukları özlemi dile getirmişlerdir (Heitkemper vd., 2002; Bengtsson, 2007; Schneider vd., 2008; Hakanson vd., 2009).

İBS'yi iki aşamalı bir hastalık olarak gören Hakanson ve diğerleri (2009), deneyimlenen bu kısıtlanma ve sınırlanmaların hastalığın ilk basamağını, bu kısıtlanmaların yaşam deneyimlerini olumsuz etkilemesine dair geliştirilen her bir baş etme yöntemini ise hastalık deneyiminin ikinci basamağı ve pozitif bir sonucu olarak nitelendirerek İBS'ye dair bütüncül bir bakış açısı sunmuştur.

5.2. Dini ve Manevi Yaşam Boyutu

Araştırmamızın dini ve manevi yaşam boyutu üst teması çerçevesinde, İBS'li bireylerin hastalık nedeniyle ibadetlerde ve ibadetlere hazırlık sürecinde deneyimledikleri zorluklar bağlamında manevi yaşam deneyimleri ele alınmıştır.

İbadetleri yerine getirme hassasiyeti olan bireylerde gözlemlenebilecek bu deneyimin literatürde daha önce ele alınmamış ve biyopsikososyal model dâhilinde tartışılmamış yeni bir bulgu ve boyut olduğu görülmüştür. Dini görevleri yerine getirme sürecine dair aktarımlar, hem İBS'li bireylerin yaşadıkları manevi, sosyal ve duygusal zorluklara, hem de hastalığın günlük hayatı etkilemesinin boyutlarına farklı bir açıdan ışık tutan kapsayıcı bir faktör olarak ortaya çıkmıştır.

5.2.1. İbadetlerde Zorluk

İslam dini, günde beş vakit namaz kılınmasını dinin beş şartından biri olarak kabul etmektedir (Hökelekli, 1993). Dini bir vecibe olmasının yanı sıra manevi rahatlamayı da beraberinde getiren namaz ibadetinin zihni farklı düşünce ve endişelerden arındırarak kılınması ise huşu olarak isimlendirilen, kişinin ibadetlerinden manevi bir doyum alması ve bu rahatlamayı hissedebilmesi için bir önkoşul niteliğinde olan maneviyata odaklanma halini gerekli kılmaktadır (Kasapoğlu, 2005). Dinin temel vecibelerinden biri olan namaz ibadetini yerine getirmek için bir önkoşul niteliğinde olan abdest alma ve bu abdesti muhafaza etme ise İBS'li bireylerde barsaklardaki gaz yoğunluğu ve karın bölgesindeki aşırı hareketlilik ve şişkinlik belirtileri nedeniyle sorun oluşturabilmektedir. Katılımcıların abdest konusunda zorlandığı hususlar sık sık abdest almanın özellikle dış mekânlarda zorlayıcı olması, abdest almaya uygun mekân bulunmasında güçlükler yaşanması ve bu nedenle bazı mekânsal kısıtlamaların meydana gelmesi, her namaz öncesinde yeniden abdest almanın, birlikte vakit geçirilen bireylere ayak uydurma noktasında sosyal bir zorluk oluşturması, bu kişileri bekletme kaygısı ile beraber ortaya çıkan mahcubiyet, suçluluk ve bu durumun nedenlerini açıklamanın utanç ve rahatsızlık duygularını beraberinde getirmesi olarak ifade edilmiştir. Zihnin sürekli barsak hareketleri ve abdestli olup olmama mevzuu ile meşgul olması nedeniyle ibadete odaklanmakta güçlük yaşanması ise ortaya çıkan bir başka zorluktur. Öyle ki bu durum bir katılımcıda Obsesif Kompulsif Bozukluğa (OKB) kapı aralayabilecek şekilde kendini göstermekte, katılımcı abdestli olup olmadığı hakkında sürekli düşünme ve endişelenme durumunun, namaz ibadeti ile mükellef olmadığı vakitler olan menstrüel dönemde daha az yaşandığını ifade etmektedir. Yine yaşanan bu zorluğun bireylerde duygusal bir yük oluşturduğu, psikolojik olarak bireyleri yıpratılabildiği, depresif duygular ve sosyal geri çekilme gibi sonuçları beraberinde getirebildiğine dair aktarımlar, İBS'nin yaşam kalitesindeki

bozulma ile ilişkisine dair önemli bir bulgudur. Ortaya çıkan bu alt tema İBS'nin manevi yaşama etkisine dair veri sunmaktayken, gerek Batı kültüründe, gerekse İran, Malezya, Endonezya ve Hindistan gibi Müslüman kültürlerde yürütülmüş araştırmalarda (Rahman vd., 2017; Mohebbi vd., 2019; Mohebbi vd., 2020) rastlanan bir bulgu olmayıp hem dini hem de kültürel öğeleri içinde barındıran yeni bir bulgu olarak ortaya çıkmıştır. Bu tema, kültür ve din unsurlarından etkilenen öznel deneyimler bağlamında İBS'nin bireylerin yaşantılarında meydana getirdiği değişime dair farklı bir bakış açısı sunar niteliktedir.

5.3. Sosyal ve Kültürel Boyut

Sosyal ve kültürel boyuta dair literatürde sıklıkla karşılaşılan bulgu, İBS'li bireylerin yeterli sosyal desteğe sahip olmamaları, özellikle eş desteğine sahip olmama ve yakın çevrenin, İBS'li bireyin deneyimlerinin yıpratıcılığını tam olarak anlayamaması yönüyle hastalık nedeniyle sosyal ilişkilerin kalitesinde düşüş meydana gelmesi olmuştur (Drossman vd., 2009; Jones vd., 2009; Skrastins ve Fletcher, 2016). Araştırmamızda da özellikle ebeveyn ve eş desteği anlamında yeterli desteğe sahip olmadığını ifade eden katılımcılar olmuştur ve yaşadıkları deneyim oldukça yoğun duygusal motifler içermektedir. Bunun yanında hastalık deneyimi süresince artmış bir ilgi ve sosyal destek alan katılımcıların da mevcudiyeti ve yoğunluğu, ayrıca sosyal baskı, ısrar ve yargılayıcı bakış temaları bu deneyimi kültürel bir boyuta taşımıştır. Bu bağlamda İBS'li bireylerin hastalık süresince sahip olduğu sosyal destek mekanizmaları, bu desteğin olmaması halinde ortaya çıkan olumsuz duygular, hastalığın sosyal ilişkilerin kalitesine yönelik etkileri ve bu bireylerin günlük yaşamlarında hâkim olan sosyal ilişki dinamiklerine dair veriler ilgili literatürle ilişkilendirilerek bu bölümde ele alınmıştır.

5.3.1. Sosyal Destek Mevcudiyeti

İBS ile mücadele ederken sosyal desteğe sahip olma, özellikle aile bireylerinin İBS'li bireye artmış ilgi, destek ve çözüm arayışı ile karşılık vermesi araştırmamızda öne çıkan bir bulgudur. Aynı şekilde araştırmamızda ortaya çıkan, sosyal çevrenin hastalığın belirtilerine karşı anlayış ve olumlama ile cevap vermesi, bu bireylerin büyük kısmına hastalık belirtileri hakkında daha rahat konuşabilme ve sahip oldukları

hastalık ile barışık olma imkânını sunmuştur. İlgili literatüre bakıldığında aile ve arkadaş çevresinden yana sosyal desteğe sahip olmanın bu bireylerin yaşam kalitesinde önemli bir artış meydana getirdiğine dair bulgulara rastlanmaktadır (Bengtsson, 2007). Yine bazı araştırmalar, İBS'li bireylerin özellikle aile ve yakın arkadaş çevresinin desteğine ve olumlu yaklaşımına sahip olabildiğini ve bu bireylerin sadece aile ve yakın arkadaş çevresi ile beraber olduklarında belirtilerden dolayı utanç hissetmediğini göstermekte iken (Schneider vd., 2008); sosyal destek yoksunluğu, anlaşılma, ilgi görmeme ve etiketlenme deneyimlerinin bu bireylerde çok daha yoğun olduğuna ve bunun da sosyal ilişkilerde bozulmayı beraberinde getirdiğine dair verilerin alana hakim olduğu görülmektedir (Drossman vd., 2009; Jones vd., 2009; Skrastins ve Fletcher, 2016). İBS'li bireylerin hastalık deneyimlerine karşı artmış olan sosyal destek bu bağlamda kültürel öğeleri ön plana çıkarmakta ve Türk aile yapısına dair ipuçlarını içerisinde barındırmaktadır. Kültürel bağlam, bireyselci ve toptancı olma yönü ile sosyal desteğin varlığına etki eden bir kavram olarak görülmektedir (Kavas ve De Jong, 2020). Türk aile yapısında hâkim olan, ailenin hastalık süresince destek ve ilgisini artırmasının kültürel hasta ve hasta yakını davranışları ile bir bağlantısının olduğu, ayrıca Türk aile yapısında görülen dayanışma, birbirine bağlılık ve kriz anlarında birbirine destek olma motivasyonunun İBS'li bireye hastalık zamanlarda artmış sosyal destekle muamele etme davranışına zemin hazırladığı düşünülmektedir (Kavas ve Thornton, 2019; Kavas ve De Jong, 2020). Bu yönüyle, araştırmamızda ortaya çıkan bu bulgu İBS deneyiminin kültürel etmenlerden etkilendiğine dair önemli bir veri olarak kabul edilebilir.

5.3.2. Sosyal Destek Yoksunluğu

Hastalık süresince sosyal destek alabilen bireylerin yanında bu destekten mahrum olan ve özellikle ebeveynleri tarafından yeterince ilgi görmemiş ve doğru yönlendirilmemiş katılımcılar da bulunmaktadır. Bu durum bireylerin duygu dünyalarında yalnızlık, çaresizlik, affedememe gibi negatif duyguların birikmesine neden olurken, hastalıkla mücadele etme sürecinin de hayli uzamasına yol açmıştır. Bunun yanında, bireylerin salt sosyal desteğe sahip olma veya olmama durumundan bahsetmemeleri, aileden sosyal destek alamayan bireylerin arkadaş çevresinden bu desteği görüyor olması, sosyal ilişkilerin dinamik ve çok yönlü sürecine işaret etmektedir. Literatürde sosyal destek yoksunluğu bağlamında sosyal çevrenin İBS ile yaşamının mahiyeti ve

zorluğunu tam olarak anlayamaması, belirtilerin abartıldığının düşünülmesi, kimi zaman bireylerin iş arkadaşları veya hekimler tarafından küçük görülmesi ve yargılanması tutumları “sosyal etiketlenme” kavramı üzerinden ele alınmıştır ve bu bulgu ile benzer yönler taşımaktadır (Drossman vd., 2009; Jones vd., 2009; Skrastins ve Fletcher, 2016; Mohebbi vd., 2019). İran ve ABD başta olmak üzere birçok farklı kültürden araştırmada bu etiketlenme kaygısı ortaya çıkmış, bireyler barsak problemleri hakkında konuşmanın kendilerine olan bakış, algı ve tutumu değiştirmesi korkusu ile belirtileri gizli tutmayı seçmiştir. Araştırmamızda da bu eğilimde olan katılımcıların yanında, sosyal çevreye yaşadığı durumdan bahsetme noktasında güçlük çekmeyen katılımcıların da var olduğu ve bu iki grubun eşit dağılım gösterdiği bulgulanmıştır.

Sosyal destek yoksunluğunun bir diğer boyutu olan sosyal baskı, ısrar ve yargılayıcı bakış alt teması, literatürdeki sosyal etiketlenme kavramı ile bir oranda örtüşmektedir. Araştırmamıza katılan İBS’li bireylerin genel olarak yakındıkları sosyal tutum, beslenme düzeni değişikliği başta olmak üzere hastalığa dair ortaya çıkan davranış kalıplarının toplum tarafından fazlaca sorgulanması, irdelenmesi, uzman olmayan kişilerce tavsiyelerde bulunulması ve kimi zaman yaşadıkları kısıtlanmalardan ötürü kendilerine acıyan bir bakışla muamele edilmesi olmuştur. Bu bireylerin ihtiyacının ise yönlendirme ve yargılamadan uzak, koşulsuz kabul olduğu anlaşılmaktadır. Bu durum Campbell’in 2015 yılında yayımladığı doktora tezinde, sosyalleşmeye teşvik bağlamında arkadaş çevresinin belirtileri tetikleyen yiyecekleri tüketme ısrarı ve bu durumun diyet yoluyla tedavi sürecini kimi zaman sekteye uğratması yönündeki bulgu ile örtüşmektedir ki bu durum sosyal baskının, onaylama veya yargılama yoluyla bir ödül-ceza işlevi görerek bireyin davranışlarına yön veren güçlü bir sosyal faktör oluşu ile yakından ilgilidir (Kavas ve De Jong, 2020). Drossman ve diğerleri (2009)’nin ele aldığı, sosyal çevrenin belirtileri basite indirgemesi ve rahat olma telkini ile aşılabilecek bir problem olarak görmesi, bireylerin hissettiği baskının araştırmamıza yansıyan bir başka boyutunu oluşturmaktadır.

Literatür ile benzerlik ve farklılık bağlamında sosyal baskı ve yargılama ile ilgili öne çıkan iki detay vardır ki birincisi, literatürün aksine araştırmamızda hastalığın temel belirtilerine ve fiziksel şikâyetlerine dayanan noktalarda yoğunlukla sosyal olumlama ve destek hâkimken beslenme ile ilgili hassasiyetlerde baskı ve yargılamanın ortaya

çıkması, ikincisi ise sosyal destek ve olumlamanın genellikle aile bireyleri ve yakın arkadaş çevresinden gelmesi, buna karşın sosyal baskı ve yargılayıcı bakışın ekseriyetle uzak çevrede karşılaşılan bir tutum olmasıdır (Kavas ve De Jong, 2020). Uzak akraba çevresi bağlamında bireylerin özellikle “misafirlik” durumlarında, hazırlanan yiyecekleri tüketme konusunda bir baskı ile karşılaşmaları, yemeyi reddetmenin emeğe saygısızlık olarak algılanarak sosyal sorunlar meydana getirmesi gibi durumlar Türk kültürü ile özdeşleşen nüansları barındırmaktadır. Bu bağlamda araştırmaya Almanya’da katılan bir Türk katılımcı, deneyimlediği kültür farklılığını bireyselci-toptancı kültür kavramları üzerinden açıklayarak deneyime dair gözlemsel bir bakış açısı sunmuştur. Katılımcının, bireyselci bir kültür olan Avrupa kültüründe yeme davranışlarının da bireysel düzlemde gerçekleştiği ve yargılama tutumuna rastlanmadığı, Türk kültüründe ise bir arada olma, birlikte ve uyum içinde hareket etme kavramlarının ön planda olduğu ve yeme-içme davranışlarına yönelik bir farklılığın tepki uyandırıcı olması nedeniyle eleştiri ve yargılamayı beraberinde getirdiğine dair çıkarımları, hastalık deneyimleri üzerindeki kültür etkisini örneklemiştir. Bunun yanında fiziksel belirtilerin olumlama ve anlayış ile karşılanmasına dair bir yorum niteliğinde başka bir katılımcının, Türk toplumunda yaygın olarak görülen duyguları bastırma ve ilişkilerde çatışmadan kaçınma eğiliminin psikosomatik hastalıklara zemin hazırladığı, birçok kişi için barsak problemleri yaşamının olağan olduğu, bu nedenle belirtilerin yadrganmadığı noktasındaki yorumu da kültür etkisine dair deneyimsel bir veri niteliğindedir. Özetle sosyal baskı, ısrar, yargılayıcı bakış alt teması, literatür ile benzeşen yönlerinin yanında oldukça spesifik bir kültürel sürece de işaret ederek İBS’nin Türk kültüründe ayrıca araştırılmasının önemini ortaya koymuş ve bu bireylerin kültürel öğeler ışığında yaşadıkları öznel ve biricik deneyimlere ışık tutmuştur.

5.3.3. Sosyal İlişkilerde Bozulmalar

İBS belirtilerinin oluşturduğu zihinsel yorgunluk nedeniyle sosyal ilişkilere odaklanamama, sosyal geri çekilme ve özellikle eş ve aileden hastalık sürecinde yeterince destek alınmadığında kırgınlık ve yalnızlık gibi duyguların ilişkiye hâkim olması, sosyal ilişkilerin kalitesinde bozulmayı meydana getiren etmenler olarak bulgulanmıştır. Diğer taraftan hastalığın sosyal ilişkilerinde herhangi bir tahribata neden olmadığı katılımcılar da bulunmaktadır. Bu alt temanın yansımalarına özellikle

Drossman ve diğeri (2009)'un araştırmasında rastlanmış, yakın çevre ve eş desteğinin alınamamasının ilişkileri zayıflatmasına dair yakınmalar, yorgunluk, halsizlik gibi hastalık belirtileri nedeniyle sosyal aktivitelere katılamama, belirtiler nedeniyle eş, aile ve çocuklar ile olan yaşantıya ayak uyduramama neticesinde ilişkilerde zedelenme, üzerinde sıkça durulan bir tema olmuştur. Araştırmamızda katılımcıların %80'inin medeni halinin bekâr olmasının eş ve çocuklarla ilgili sorunun az sayıda katılımcı tarafından ele alınmasının bir nedeni olduğu düşünölmektedir.

5.3.4. Genel Yaşamda Sosyal İlişi Dinamikleri

Bu bölümde, İBS literatüründe oldukça sık ele alınan ve biyopsikososyal modelin de bir ayağını oluşturan, İBS'li bireylerin genel yaşamdaki sosyal deneyimleri ve eğilimleri ele alınmıştır (Tanaka vd., 2011; Van Oudenhove vd., 2016). Bölümde ele alınan hususlar İBS geliştirmenin bir önkoşulu olarak kabul edilmekten ziyade nicel araştırmalarda sıklıkla yer bulmuş olan İBS'li bireylerin genel yaşam deneyimlerini nitel veriler ile anlama çabasını ve öznel deneyimlerden yola çıkılarak bu alandaki literatürün zenginleştirilmesini amaçlamaktadır. Bu anlamda İBS'li bireylerle yürütölmüş nitel çalışmalarda bu bireylerin genel yaşamdaki sosyal ilişkilerine dair bilgi aktarımının olmaması, mevcut çalışmanın özgün bir yönü olarak görölebilir.

İBS'li bireylerin sosyal ilişkileri yürütme biçimleri ve sahip oldukları sosyal desteğe yönelik literatürde yaygın olarak karşılaşılan nicel bulgular, bu bireylerin sağlıklı popölyasyonla kıyaslandığında daha az sosyal desteğe sahip olduğu, sosyal ilişkileri başlatmakta ve devam ettirmekte daha fazla zorlandıkları ve ilişkilerde daha fazla problem yaşadıkları yönünde ortaya konmuştur (Lackner ve Gurtman, 2005; Gerson vd., 2006; Jones vd., 2006; Crocker vd., 2013). Bu bakımdan araştırmamıza katılan bireylerin bir kısmının sosyal dışadönöklük ve ilişi kurma yönünden zorluk yaşaması literatürdeki bu hâkim görüş ile benzerlik taşımaktadır. Bunun yanında olumsuz sosyal ilişkilere sahip katılımcılarla eşit oranda katılımcının dışa dönük bir karaktere sahip olup, sosyal ilişkileri sürdürmekte ve ilişkilerde kendini açmakta zorlanmayan ve ilişkileri başarılı şekilde yürütebilen bireylerden oluştuğu görölmüştür. Bu durum deneyimlerin biricikliğine ve biyopsikososyal modelin hastalığa yansımalarının her bireyde farklı bir yönden etki edebileceğine dair önemli bir veri sunmaktadır. Bu farklılıkta nicel araştırmaların öznel ve biricik deneyimlerden ziyade deneyimlerin

toplama odaklanarak genelleme yolu ile verileri ortaya koymasının bir rolü olduğu düşünölmektedir (Eiser ve Twamley,1999; Biggerstaff, 2012). Bununla beraber farklı deneyim ve eğilimlere dair bilgi sahibi olmak, bu bireylere hizmet sunan sağlık çalışanları ve ruh sağlığı uzmanlarının çok yönlü değerlendirme yapabilmesi açısından önem arz etmektedir.

5.4. Duygusal Boyut

Araştırma kapsamında İBS'li bireylerin hastalık deneyimi bağlamında en sık dile getirdiği duygular suçluluk, pişmanlık, beklenti anksiyetesi, stres, depresif duygular, utanç, mahcubiyet ve yalnızlık duyguları olmuştur. Tüm bu duygu ifadeleri literatürle büyük bir benzeşim göstermekte, araştırmamızdaki katılımcı ifadeleri ile uluslararası literatürde yürütölmüş araştırmalardaki katılımcı ifadeleri arasında ifade biçimleri açısından dahi büyük bir benzerlik bulunmaktadır (Scneider vd., 2008; Casiday vd., 2009). Bu benzeşim, ortaya çıkan duyguların ve zorlukların evrenselliğine ışık tutar niteliktedir. Bunun yanında aşığıda ayrıntılı olarak ele alınacağı üzere suçluluk, utanç, mahcubiyet ve takıntı hislerinin hastalık belirtilerinin meydana getirdiği ibadetlerde zorluk boyutu ile birlikte ortaya çıktığı durumlar bu duyguların dini ve kültürel öğeleri içinde barındıran farklı bir boyutuna işaret ederek alan yazına yeni bir bilgi sunmuştur.

Duyguları bastırma eğilimi ve duygusal farkındalık ve dışavurumda gözlemlenen gelişim ise nicel çalışmalarla sıklıkla ele alınmışken (Farnam vd., 2014; Muscatello; 2014; Fournier vd., 2018; Krivzov vd., 2020; Smith vd., 2020) alandaki nitel çalışmalara ise farklı bir boyut kazandırmıştır.

5.4.1. Deneyimlenen Duygular

a. Suçluluk ve Pişmanlık

Hem bireysel hem sosyal yönü olan suçluluk duygusu, bireysel anlamda beden sağlığına gereken özeni göstermeme suretiyle hastalığa zemin hazırlama, belirtileri tetikleyen besinleri tüketme ve tedavi için gereken adımları atmakta geç kalarak bedene bu acıyı uzun süre yaşatmaya yönelik olarak araştırmamızda ve literatürde sıklıkla dile getirilen bir duygu olmuştur (Scneider vd., 2008; Casiday vd., 2009;

Hakanson vd., 2009). Bazı araştırmalarda sosyal aktivitelere katılamama veya aktivitenin iptal edilmesine neden olmaya dayanan bir suçluluk duygusundan da bahsedilmekte iken (Schneider vd., 2008) bu duruma araştırmamızda rastlanmamış, sosyal alandaki suçluluk duygusu daha çok aile ve yakın arkadaş çevresinin gerek belirtiler gerekse özel yiyeceklere duyulan ihtiyaç nedeniyle artan ilgi ve kaygısına yönelik mahcubiyetle birlikte bu duruma neden olma dūřuncesiyle kendini gōstermiřtir (Schneider vd., 2008; Casiday vd., 2009). Ayrıca dini ve kōltürel öğeleri içinde barındıran, sık sık abdest alma zorunluluğu nedeniyle birlikte bulunulan insanları bekletme kaygısı da bireylerde suçluluk duygusunu ortaya çıkarmış ve bu durum İBS'den kaynaklanan suçluluk duygusunun farklı bir boyutu olarak araştırmamızda özgün bir yer bulmuştur.

b. Beklenti Anksiyetesi

Araştırmamıza katılan bireylerin bir kısmında görōlen, özellikle ev dışında ve tuvalete ulaşımın zor olduğu alanlarda herhangi bir belirti yaşanmasa dahi belirtilerin başlamasına dair kaygı ve korku hissetme, alarm halinde olma ve bedensel belirti sinyallerine aşırı odaklanma tutumunun beklenti anksiyetesinin bir yansıması olduğu ve bu durumun zaman zaman belirtileri tetiklediği görōlmüřtür. Beklenti anksiyetesi, İBS literatüründe sıklıkla karşımıza çikan Gastrointestinal Spesifik Anksiyete (GSA) terimini akla getirmektedir. Literatür taramasında da ele alındığı üzere GSA, daha önce İBS belirtilerinin deneyimlendiği mekanlarda bulunulması durumunda koşullanma veya gaz, şişkinlik gibi normal bedensel belirtilerin kişiye zor durumda bırakabilecek İBS belirtilerinin bir habercisi gibi yorumlanması sonucunda ortaya çıkmakta, kaygı ve strese gösterilen bedensel ve nörofizyolojik tepki sonucunda gastrointestinal hareketliliğin gerçekten ortaya çıkarak bireyi zor durumda bırakmasına dayanmaktadır (Van Oudenhove vd., 2016). Beklenti anksiyetesi literatürde sıklıkla yer bulan, bireyleri sosyal ortamlar, restoran, toplu taşıma araçları ve uzun seyahatlerden alıkoyan ve büyük oranda kısıtlanmanın da altında yatan temel duygu olarak görōlmekte, bireyler belirtilerin ortaya çıkması endişesi ile, belirtilerin yokluğunda dahi kendilerini bu ortamlardan soyutlayabilmekte veya aynı endişe ile bu ortamlarda var olurken yeme-içme faaliyetini tamamen durdurabilmektedir (Bengtsson vd., 2007; Schneider vd., 2008; Drossman vd., 2009; Farndale ve Roberts, 2011).

c. Utanç ve Mahcubiyet

Mevcut araştırmada diyare, gaz yoğunluğu, şişkinlik gibi İBS belirtileri ve belirtileri sosyal çevreye açıklamayı gerektiren durumlar bazı katılımcılarda utanç hissini doğururken, tuvalet kullanma süresinin uzun olması ve çok sık abdest alma nedeniyle birlikte bulunulan insanları bekletme durumu, mahcubiyet duygusunu beraberinde getirmiştir. Literatüre bakıldığında da bu bireylerin belirtiler ve belirtileri açıklama zorunluluğu nedeniyle duydukları utancın en sık dile getirilen duygular arasında yer aldığı görülür (Bertram, 2001; Schneider vd., 2008; Drossman vd., 2009; Casiday vd., 2009; Hakanson vd., 2009; Mohebbi vd., 2020). Belirtilerin bireylere utanç veriyor olmasının yanında, çevredeki insanların bu durumun oluşturduğu duygusal tahribatı ve yaşamsal zorlukları yeterince anlamaması, empatik bir yaklaşımla ele almaması veya konunun dile getirilmesinden rahatsızlık duyması sonucunda bireylerin hastalıklarından bahsetmemeyi tercih ettikleri ve bazen en yakınlarından bile belirtileri gizlemek için büyük bir çaba sarfettikleri görülmüş, literatürde de bu durum etiketlenme kaygısı kapsamında sıklıkla ele alınmıştır (Bertram, 2001; Schneider vd., 2008; Casiday vd., 2009; Mohebbi vd., 2020). Barsak problemlerine atfedilen yüksek mahremiyetten ötürü bu konuda konuşmanın zor olması ise kültürel bir anlayışın sonucudur (Gül ve Aygin, 2021).

Literatürde rastlanmayan bir biçimde katılımcıların bir kısmının belirtilerden rahatlıkla bahsedebildiğini ifade etmesinin ise hem bu bireylerin dışadönük ve duygularını rahatça ifade edebilen karakter yapıları, hem de çevrelerindeki insanların anlayışlı tutumu ve aynı soruna sahip insanlarla sıklıkla beraber olma durumu ile ilişkili olduğu gözlemlenmiştir. Bu durum, biyopsikososyal model bağlamında bireylerin hastalığa dair duygusal deneyimlerinin sosyal çevre tepkisi ile nasıl şekillenebileceğine dair önemli bir bakış açısı sunmaktadır.

d. Psikolojik Stres ve Depresif Duygular

Hastalık belirtilerinin ortaya çıkardığı gerginlik, mutsuzluk, öfkeli ve alıngan olma hali, bunun yanında enerji düşüklüğü, yorgunluk ve ağrıya bağlı olarak görülen zevk alınan aktivitelere karşı ilgisizlik ve depresif duygular bu bireylerin sık dile getirdikleri duygusal deneyimler arasında yer almıştır. Literatürde de benzer şekilde şişkinlik,

süregelen diyare, kabızlık, mide bulantısı gibi sağlık problemlerinin bireylerde psikolojik çökkünlük meydana getirdiği; beslenme, hareket, iş hayatı ve akademik hayat gibi alanlardaki sınırlanmaların psikolojik iyi oluşu belirgin oranda düşürdüğü yönünde verilere rastlanmıştır (Bengtsson vd., 2007; Farndale ve Roberts, 2011). Ayrıca birçok farklı tedavi yöntemi denemeye rağmen başarısız olma durumunun bireylerde çaresizlik, çözümsüzlük, usanç ve yorgunluk hisleri ile beraber depresif bir ruh hali meydana getirebildiği, bunun yanında bahsi geçen suçluluk ve utanç duygularının da depresif duygulara zemin hazırladığı hem literatürde hem de araştırmamızda öne çıkan bir bulgudur (Schneider vd., 2008; Farndale ve Roberts, 2011; Campbell, 2015).

Bir başka yönden geleceğe yönelik kaygı, bedenin küçük çaplı stresörlere verdiği yoğun bedensel tepkinin, olası daha büyük stres durumlarında oldukça şiddetli olabileceğine ve belirtilerin yaş artışı ve kilo alımı ile birlikte sıklaşmasına binaen, ileriki yaşlarda bireyleri daha büyük zorlukların bekleyebileceğine yönelik olarak iki farklı alanda ortaya çıkmıştır. Literatüre bakıldığında ise gelecek kaygısının yaygın tezahürünün, hastalığın kanser veya İBD gibi ciddi bir hastalığa dönüşmesine yönelik ortaya çıktığı gözlemlenmiştir (O'Sullivan vd., 2000; Jamieson vd., 2007; Casiday vd., 2009). Bu bağlamda araştırmamız, bu bireylerin sahip oldukları gelecek kaygısının farklı boyutlarına ışık tutmuş, bu bireylere uygulanabilecek tedavi protokollerinde ele alınabilecek kaygı alanlarına dair yeni veriler ortaya koymuştur.

İbadetlerde zorluk bağlamında ise bireyler ev dışındaki mekânlarda sıkça abdest almanın zorluğu nedeniyle yıpranmışlık gösterebilmektedir. Bunun yanında abdestli olup olmama hali üzerinde sürekli olarak düşünme, abdestin bozulmuş olabileceğine dair şüphe duyma, namaz kılınmayan zamanlarda bu şüphe ve belirtilerin ortadan kalkması gibi obsesif düşüncelerin de bu tabloya eşlik edebildiği görülmüştür. Bu durumun abdestli olursa dahi duyulan şüphe nedeniyle tekrar tekrar abdest alma gibi kompulsif davranışlara kapı aralayabileceği ve bireyde ayrıca stres oluşturabileceği düşünülmektedir. Bu durumun olası nedeninin, bireylerin ibadet sırasında barsak hareketlerine yönelik artan dikkatinin stres meydana getirmesi ve stresin barsak-beyin eksenini aktive ederek barsak motilitesinde artışı tetiklemesi olabileceği düşünülmektedir (Öhman ve Simren, 2007; Mayer ve Tillisch, 2011; Muscatello vd., 2014). Literatürde İBS'nin birçok psikolojik hastalık ile eş zamanlı olarak

görülebildiğine, hatta komorbiditelerin İBS için istisnai bir durum olmaktan ziyade genel geçer bir durum olduğuna dair görüş ve bulgular çoğunluktadır (Whitehead vd., 2002; Lackner vd., 2013; DuPont vd., 2014). İBS ve OKB arasında da bu komorbiditeden söz edilirken (Masand vd., 2016; Turnavd., 2019), bu ilişkide ibadet zorluğu ve abdestli olma halinin aracı etkisine dair bir bulguya İBS literatüründe rastlanmamıştır. Araştırmamızda ortaya çıkan bu bulgu, müslüman olup ibadetlerini yerine getirme gayreti içinde olan İBS’li bireylerin karşılaşılabileceği zorluğa bir başka boyuttan bakmayı sağlarken ayrıca bu ilişki nedeniyle gelişebilecek farklı psikopatolojilerin olasılığını ve dayandığı mekanizmayı göstermekte olup araştırmanın özgün bir bulgusu olarak ortaya çıkmıştır. Bu alana dair terapi önerileri, “5.8. Psikoterapötik Müdahaleler İçin Öneriler” bölümünde ele alınmıştır.

Araştırmamızda ayrıca hastalıkları ile ilgili sosyal desteğe sahip olmayan veya sosyal çevre ve hekimlerin hastalığa çözüm üretmediği bireylerde yalnızlık hissini ve bireysel mücadele yorgunluğunun ortaya çıktığı, bu yalnız bırakılmışlığın sosyal çevrenin iradesi dâhilinde olduğu durumlarda kırgınlık duygusunun da beraberinde geldiği görülmüştür. Kırgınlık duygusunun aynı zamanda sosyal baskı ve yargılamanın hâkim olduğu durumlarda ortaya çıktığı, bireyin duygusal hassasiyet alanını oluşturan hastalık belirtileri hakkında hafife alıcı ve eleştirel yorumların bu kırgınlığın temelinde yattığı görülmüştür. Drossman ve diğerleri (2009)’nin araştırmasında ortaya çıkan, belirtiler nedeniyle etiketlenme, özellikle eş ve ailenin yaşanılan zorluğu anlamaması ve belirtilerin hafife alınarak “rahat olursan geçer” yönünde, basite indirgeyici tavsiyeler verilmesine yönelik kırgınlık hissi, araştırma bulgularımızla benzerlik taşımaktadır. Bunun yanında Bertram (2001)’in hastalığın ıstırapıyla tek başına mücadele etme ve belirtilerden kimseye bahsedememe durumunu sosyal izolasyon bağlamında ele alması hem araştırma bulgularımızla uyum göstermekte, hem de sosyal geri çekilme ve yalnızlık duygusunun beslendiği ortak kaynağa vurgu yaparak hastalığın biyopsikososyal zeminine ışık tutmaktadır. Bu araştırmaların dışında yalnızlık duygusunun literatürde sık ele alınan bir duygu olmadığı gözlemlenmiştir.

5.4.2. Duyguları Bastırma Eğilimi

Duyguları bastırma eğilimi genellikle sosyal ilişkilerde yaşanabilecek çatışmalardan kaçınmak adına öfke, üzüntü, kırgınlık gibi duyguların ifade edilmemesi ve sosyal ilişkilerde muhataba ağır gelebileceği ve zarar verebileceği endişesi ile olumsuz duyguların içe atılması şeklinde kendini göstermiştir. Duyguların ifade edilmesinin yanlış olduğuna dair bilişsel çarpıtmalar bazı katılımcılarda sürece eşlik etmiş, katılımcıların bir kısmında ise hissedilen duyguyu anlamlandırma ve tanımlamada güçlük çekmenin yanında yoğun stres ve üzüntü zamanlarında anlık duygusal tepkiler verememe eğiliminin hâkim olduğu görülmüştür. Farklı nicel araştırmalarla ortaya konan, duygusal farkındalık ve dışavurumda eksikliğin İBS’li bireylerin büyük bir kısmında gözlemlendiğine dair bulgular, katılımcıların bu eğilimi ile örtüşür niteliktedir (Surdea-Blaga vd., 2012; Farnam vd., 2014; Muscatello vd., 2014; Bowers ve Wroe, 2015; Fournier vd., 2018; Smith vd., 2020). Bu bağlamda Krivzov ve diğerleri (2020), İBS’nin etiyolojik kökeninde ve seyrinde sosyal ilişkilerde çatışmadan kaçınma adına duygulara yabancılaşma ve duygu ifadelerinden kaçınmanın oluşturduğu birikmiş stres faktörünün bulunduğunu ileri sürerken, bir katılımcının, içinde biriken ifade edilememiş negatif duyguların varlığını “pasif agresyon” terimi ile ortaya koyması ve biriken bu duyguların fizyolojik tepkiler oluşturarak İBS’ye zemin hazırladığına dair bilişsel çıkarımı bu bilgi ile büyük oranda örtüşmekte ve öne sürülen bu ilişkiye dair deneyimsel bir aktarım sunmaktadır.

5.4.3. Duygusal Farkındalık ve Dışavurumda Gelişim

Duyguları bastırma tutumunun yanında bu bireylerin duygusal farkındalık kazanma ve duyguları ifade edebilme noktasında bir gayret ve özeleştiri içinde oldukları, sorunun farkında olarak çözüm yolları aradıkları, bir kısmının ise hâlihazırda psikoterapi yardımı veya kendini gözlemleme ve tanıma sürecinden geçerek büyük oranda değişim gerçekleştirdiği görülmüştür. Bu bireyler duygularını tanıma ve sosyal ilişkilerde ilişkiyi zedelemeyecek bir üslup ile bu duyguları dile getirme noktasında büyük yol katetmişlerdir. Bu durumun sosyal ilişkilerin kalitesini artırırken bedensel belirtilerin azalmasında da rol oynadığına dair aktarımlar araştırmamızda yer almaktadır. Benzer bir yönden psikoloji odaklı başa çıkma yöntemleri içinde ele alınan psikolojik esnekliğin temelinde de katılımcıların genel yaşamlarında değişime ve

gelişime açık olmasının yer aldığı düşünülmekte, bu tutum hastalıkla baş etme sürecinde bireyin lehine sonuç vermektedir (Schneider vd., 2008; Hakanson vd., 2009). Duyguları bastırma eğiliminin İBS'li bireylerde hâkim olduğuna dair araştırma bulgularının yanında bu alanın geliştirilebilir olduğuna dair ortaya çıkan bu veriler, sosyal ve duygusal deneyimlerin dinamizmine vurgu yaparken tedavi sürecinde ele alınarak geliştirilebilecek alanlara dair fikir vermektedir.

5.5. Gözlemsel ve Bilişsel Boyut

İBS'li bireylerin hastalığın başlangıç sürecine dair spesifik bir olay ya da durumu sebep olarak görme ve hastalığın etiyolojik kökenine dair çıkarımlar yapmaları, hem araştırmamızda hem de literatürde ele alınan yaygın bir tutumdur (Bertram, 2001; Ung vd., 2013; Sánchez vd., 2017). Bunun yanında katılımcıların hastalığı tetikleyen etmenlere dair gözlemleri literatürle uyum içinde sonuçlar vermiştir (Heitkemper vd., 2001; Bengtsson vd., 2007; Schneider vd., 2008; Casiday vd., 2009).

Katılımcılar, hastalık belirtilerini tetikleyen etmenler bağlamında genellikle stres verici durumlar ve çeşitli besin ve besin gruplarını ele almışken hastalığın başlangıç ve etiyolojisinde rol alan etmenler bağlamında sağlıklı beslenme alışkanlıkları, duyguları ifade etmede güçlük ve sosyal ilişkilerde bozulmaların getirdiği stresin yanında pelvik kasların normalden daha sıkı olması, barsakların motilite veya kabızlığa genetik olarak yatkın olması gibi yapısal etmenleri birer sebep olarak dile getirmişlerdir. Stres ve beslenmenin öncü olduğu bu çok faktörlü açıklama hem literatür hem de biyopsikososyal model ile uyumludur (Talley ve Spiller, 2002; Casiday vd., 2009; Tanaka vd., 2011; Surdea-Blaga vd., 2012; Van Oudenhove vd., 2016). Belirtilerin tetiklenmesi ve hastalığın ortaya çıkışına dair tek bir faktörün etkili görülmemesine dair Schneider ve diğerleri (2008), bu çoklu faktörleri 'etkiler şelalesi' terimi ile kavramsallaştırmış ve çeşitli etmenlerin birleşerek İBS'li bireylerin bedensel belirtilerini ortaya çıktığını savunmuştur.

5.5.1. Psikolojik Faktörlerle İlişkilendirilme ve Tetiklenme

Literatürde ve araştırmamızda İBS ataklarının tetiklenmesi yoğun olarak stres ve anksiyete ile ilişkilendirilmiş, aynı zamanda hastalığın ilk ortaya çıkışı genellikle stres

verici bir yaşam olayından sonra vuku bulmuştur (Bertram, 2001; Bitton vd., 2008; Schneider vd., 2008; Casiday vd., 2009; Hakanson vd., 2009; Van Oudenhove vd., 2016). Bilimsel veriler, stres ve İBS belirtileri arasında gözlemlenen bu etkileşimi barsak ve beyin arasındaki nörolojik bağlantı aracılığı ile açıklayarak doğrulamaktadır (Tanaka vd., 2011; Surdea-Blaga vd., 2012; Ung vd., 2013; Van Oudenhove vd., 2016). Stresin birçok katılımcı tarafından gerginlik, üzüntü, sosyal ilişki kaynaklı olumsuz duygular, değersizlik, özgüvensizlik hisleri ve heyecan gibi farklı duyu öbekleri yerine kullanılan ortak bir terim olduğu görülmüş, bu durum belirtileri tetikleyen duygusal deneyimlerin çeşitliliğine dair fikir vermiştir. Bu duyguların ortaya çıktığı zamanlarda İBS belirtilerinde ciddi bir artış gözlemlenirken stresin az olduğu durumlarda hastalığın, varlığını unutturacak derecede gerilediğine dair aktarımlar olmuştur. Literatürde de benzer şekilde stresin depresif duygular yerine kullanılmasına dair örnekler mevcutken (Casiday vd., 2009), yaşanan stresin büyüklüğü ve İBS atağının şiddeti arasında bir doğru orantı olduğuna dair bulgulara da rastlanmaktadır (Schneider vd., 2008; Casiday vd., 2009).

Hastalığın başlangıç nedenini sosyal ilişkilerde duyguları ifade etme güçlüğüne bağlayan Krivzov ve diğerleri (2020)'nin öngörüsünün İBS'li bireylerin kendi yaşantılarına dair gözlemlerinde de yer aldığı görülmüştür. Bir katılımcının İBS'de genetik yatkınlığın fiziksel boyutunun yanında duyguları bastırma, içedönüklük ve çatışmadan kaçınmaya yönelik duygusal bir genetik yatkınlığın da rol oynayabileceğine dair görüşü bu bulgu ile örtüşmekte, ayrıca İBS ve genetik yatkınlık ilişkisine dair farklı bir bakış açısı sunmaktadır. Bunun yanında bir katılımcının, İBS ve sair psikosomatik hastalıklara sahip olmasının sosyal destek azlığı nedeniyle ortaya çıkan bilinçdışında ilgi arayışına dayanıyor olabileceğine yönelik retrospektif çıkarımları, İBS literatüründe sıklıkla ele alınan, belirtileri katastrofize etme ve ilgi arayışının bir tezahürü olarak İBS geliştirme yönündeki nicel bulgularla örtüşmekte, konuya dair bireylerin öz farkındalıkları ile desteklenen deneyimsel ve nicel bir veri sunmaktadır (Sullivan vd., 2001; Lackner ve Gurtman, 2004; Lackner ve Gurtman, 2005).

Bir diğer yandan koronavirüs pandemisi döneminde stres seviyesinin artışı ve eve kapanma süreci ile beraber belirtilerin tetiklenmesine dair katılımcı yorumları, hastalığın global ve dönemsel stres faktörlerinden etkilenimine dair fikir vermekte;

sosyal izolasyon, gelecek kaygısı, hastalık endişesi gibi durumları beraberinde getiren pandemi döneminin İBS'ye etkisine dair önemli bir deneyim aktarımı sunmaktadır. 2019 yılında Çin'in Wuhan kentinden dünyaya yayılan, 2020 yılının Ocak ayında Türkiye'de ilk vakanın tespit edildiği, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 11 Mart 2020 tarihinde pandemi olarak ilan edilen koronavirüs salgını (Jebril, 2020), milyonlarca insanın hastalanmasına ve ölümüne yol açmış ve hem hastalığın yayılma süreci hem de hastalığın yayılmasının önüne geçmek adına alınan tam ve yarı zamanlı kapanma önlemleri, sosyal ve psikolojik sorunları beraberinde getirmiştir (Shi vd., 2019; Horesh ve Brown, 2020; Uysal vd., 2021; Dünya Sağlık Örgütü, 2022). Ölüm, hastalık ve yakınlarını kaybetme korkusunun yanında karantina sürecinin etkisiyle sosyal destek mekanizmalarına erişimin kısıtlanması, bireylerin stres ve depresyon düzeylerinde ciddi bir artış meydana getirmiş ve var olan psikolojik hastalıkların şiddetinde artışa neden olmuştur (Shi vd., 2019; Bener vd., 2020; Salari vd., 2020; Oshima vd., 2021; Uysal vd., 2021). Pandemi döneminin İBS belirtilerindeki artışı tetiklemesine dair de son dönemde birçok makale yayınlanmış ve mevcut araştırmada elde edilen bulguları destekler şekilde gerek ölüm ve hastalık kaygısının, gerekse sosyal içe çekilmenin İBS belirtilerinde artışa, atak dönemlerin sıklaşmasına ve daha fazla İBS'li bireyin ortaya çıkmasına neden olduğu ifade edilmiştir (Alzahrani ve Ahmasani, 2020; Oshima vd., 2021).

5.5.2. Beslenme Davranışlarıyla İlişkilendirilme ve Tetiklenme

Araştırmamızda ortaya çıkan bulgular, en az stres kadar yeme davranışının da belirtileri tetiklediğini göstermiştir. Diyare alt tipindeki bireylerin yemek yedikten hemen sonra kontrolsüz ve uzun süren tuvalete gitme ihtiyacı hissedebildikleri, bunun yanında diğer alt tiplerde görülen kabızlık, şişkinlik gibi belirtilerin de beslenme ile tetiklenerek sosyal ve duygusal yaşama olumsuz yansıyan sonuçlar ortaya çıkardığı mevcut araştırmada bulgulanmıştır. Bu bireylerin gastrointestinal sistemlerinin özellikle yağlı yiyecekler, paket gıdalar, süt ve süt ürünleri, fruktoz ve gluten oranı fazla olan gıdalar ve alkol, kafein gibi alerjenik etkileri yüksek besinlere karşı aşırı hassasiyet gösterdiği fakat bu etkinin kişiden kişiye değişen düzeyde olduğu, katılımcı ifadelerinden anlaşılmaktadır. Normal şartlarda kendilerine dokunmayan besinlerin dahi zaman zaman belirtileri tetikleyebildiğine dair aktarımlar ise uzak durulması gereken besinleri belirlemenin zorlayıcı olduğunu göstermektedir. Aktarılan spesifik

besin gruplarının belirtileri tetikleme oranının yüksek olduğunu bulgulayan farklı araştırmalar da literatürde yer almakta (Bertram, 2001; Heitkemper vd., 2001; Simren vd., 2001b; Schneider vd., 2008), aynı zamanda araştırmalar İBS belirtilerini tetikleyen besin gruplarının bireyden bireye değişkenlik gösterdiğini doğrulamaktadır (Casiday vd., 2009). Mevcut araştırmada elde edilen bulguları destekler şekilde İBS’li bireylerin büyük kısmında belirtilerdeki tetiklenmenin yeme içe davranışına bağlı olarak ortaya çıktığını, özellikle yemek yedikten hemen sonra şikâyetlerde artış gözlemlenebildiğini aktaran araştırmalara literatürde sıklıkla rastlanmaktadır (Ragnarsson ve Bodemar, 1998; Simren vd., 2001b; Skrastins ve Fletcher, 2016). Talley ve Spiller (2002), bu durumu yemek yemenin gastrointestinal sistemi harekete geçirmesi ve İBS’li bireylerde hareketliliğin normal bireylerden daha yüksek seyretmesine bağlamışken bu etkiyi visseral aşırı duyarlılığa atfeden çalışmalar da bulunmaktadır (Öhman ve Simren, 2007; Van Oudenhove vd., 2016).

5.5.3. Çok Faktörlü Yorumlama

Hastalığı tek bir etmene dayandırmanın, efektif olmayan baş etme stratejilerine neden olabileceğini savunan katılımcılardan bir kısmı, hastalıkta asıl belirleyici etmenin beslenme faktörü olduğuna ve stresin bu ilişkide aracı rol üstlendiğine dair görüş bildirmiştir. Buna dayanak beslenme düzeni değişiklikleri ile hastalığın kontrol altına alınabilmesine rağmen stresin tamamıyla engellenebilir bir faktör olmaması yönüyle, hastalığı salt stresle bağdaştırmanın bireylerde çözümsüzlük algısı meydana getirdiğini savunmuşlardır. Benzer şekilde Talley ve Spiller (2002), stresin İBS belirtilerinin ortaya çıkması ve tetiklenmesinde belirleyici bir rol üstlendiğini, bununla beraber İBS gibi çok yönlü bir hastalığın salt stres kökenli faktörlerle ilişkilendirilemeyeceğini ve bir psikiyatrik bozukluk gibi görülemeyeceğini ifade etmektedir. Yine Schneider ve diğerleri (2018), psikolojik öğeler ve İBS’nin birbirini etkileme oranının bireysel özelliklere ve bağlama bağlı kalarak değişebileceğini ve bu deneyimin kişisel olduğunu ifade eder ki bu görüş de katılımcıların psikolojik faktörlerin İBS üzerindeki etkisine dair farklı yorumlarını açıklar niteliktedir. Bu yorumsal ve deneyimsel çeşitlilik, hastalığın biyopsikososyal zeminde ortaya çıkmasının bir sonucu olarak görülmektedir (Heitkemper vd., 2001).

Psikolojik etmenler ve beslenmenin hastalığa etki eden ana faktörler olarak ele alınmasının yanında birden çok faktörün sürece etki edebileceğine dair katılımcı beyanları da olmuştur. Literatürde de stres ve beslenme, belirtilerin tetiklenmesi ve ilk ortaya çıkışında rol oynayan temel nedenler olarak nitelendirilmişken, ağrı kesicilerin yoğun olarak kullanıldığı bir hastalık dönemi, hamilelik, çocukluktan itibaren barsakların kabızlığa yatkınlığı gibi daha spesifik nedenlere hastalığın atfedilmesinin de yaygın olduğu görülmüştür (Heitkemper vd., 2001; Bengtsson vd., 2007; Schneider vd., 2008; Casiday vd., 2009). Katılımcıların hastalıkla ilişkilendirdiği spesifik etmenler bağlamında pelvik kasların normalden daha sıkı olması, genetik yatkınlık, çocukluk dönemine dayanan fazla antibiyotik kullanımı ile barsak florasının bozulması ve tuvalet eğitimindeki yanlışlıklar gibi faktörler hastalığın müsebbibi olarak görülmüştür. Pelvik kasların yapısının İBS'li bireylerde sağlıklı populasyona göre farklılık oluşturması (McManis vd., 2001) ve tüketilen sağlıksız besinlerin zamanla barsak fizyolojisini olumsuz yönde etkilemesinin literatürdeki örneklerine dayanarak Talley ve Spiller (2002), hastalığın fizyolojik bir kökene dayandırılmayacağına dair görüşün zaman içinde değişime uğradığını ve hastalığın fizyolojik, psikolojik ve morfolojik kökenlerinin bilmenin daha efektif bir tedavi anlayışını beraberinde getireceğini vurgular. Araştırmamızda ortaya çıkan bu spesifik açıklamaların bilimsel bir dayanağının bulunması, katılımcıların hastalıkları hakkında girdikleri derinlikli düşünme ve araştırma sürecine işaret ederek hastalığın bireylerin zihninde ve yaşamlarında kapladığı alana dair fikir vermekte ve bu alanlara dair deneyimsel bir veri sunmaktadır.

5.6. Başa Çıkma Boyutu

Baş çıkma stratejileri bağlamında katılımcıların genelinde yaygın olan tutum, bireylerin bu hastalığın üstesinden gelebilme ve hastalığın günlük hayata olan olumsuz etkilerini azaltabilme adına ciddi bir çaba sarfetmeleri ve birçok baş çıkma stratejisini eş zamanlı olarak kullanmalarındır. Bu tutuma dair anekdotlar literatürde de yaygın olup, İBS'li bireylerin hastalığın üstesinden gelebilmek ve yaşam kalitelerini yükseltebilmek adına ciddi uğraşlara girmekten çekinmedikleri birçok araştırmada bulgulanmışken (Hakanson vd., 2013; Harvey vd., 2018) Hakanson ve diğerleri (2009), İBS'li bireylerde hâkim olan bu tutumu psikolojik sağlamlık kavramı ile ilişkilendirmiştir. Baş çıkma sürecinde kullanılan yöntemler literatürde adaptif ve

adaptif olmayan baş etme yöntemleri olarak iki başlık altında incelenmiştir. Adaptif baş etme mekanizmaları psikolojik güçlenme, sosyal desteğe başvurma ve yaşam tarzı değişiklikleri gibi yöntemleri kapsamışken adaptif olmayan baş etme mekanizmaları kapsamında kaçınma, geri çekilme, hastalığı yok sayma ve tedaviyi reddetme gibi yöntemler ele alınmış, İBS'li bireylerin her iki gruba ait baş etme mekanizmalarını eş zamanlı olarak kullanabildikleri gözlemlenmiştir (Farndale ve Roberts, 2011; Skrastins ve Fletcher, 2016). Araştırma sonuçlarımızda da bilgi edinme ve uzmanlaşma, tıbbi ve alternatif tedaviye başvurma, psikolojik güçlenme, dini başa çıkma ve yaşam düzeni değişiklikleri adaptif baş etme yöntemleri olarak kullanılmışken; geri çekilme, ketlenme ve kaçınma ise adaptif olmayan baş etme mekanizmaları olarak ortaya çıkmıştır.

5.6.1. Bilgi Edinimi ve Uzmanlaşma

Tanı almanın ardından katılımcıların yoğun bir araştırma sürecine girmeleri ve hastalığın olası neden, sonuç ve tedavi yöntemlerini internet siteleri başta olmak üzere sosyal medya grupları, kitaplar, yerli ve yabancı literatür ve benzeri farklı kaynaklardan araştırmaları, farklı araştırmalarda da ortaya çıkan bir tema olup, başa çıkma sürecinin ilk adımını oluşturmaktadır (Bengtsson vd., 2007; Jamieson vd., 2007; Skrastins ve Fletcher, 2016). Bilgi edinme süreci, bu bireylerin İBS ile karşılaştıkları ilk andan itibaren hastalığa teslim olmama adına gösterdikleri çabanın ilk örneği olarak nitelendirilebilir. Bu sürecin hekimler vasıtası ile yeterli ve doyurucu bilgiye ulaşamadığı durumlarda belirsizliğin yol açtığı kaygıyı giderme ve yerli ve yabancı literatürde etkili bulunan yöntemleri hayata geçirerek kişiselleştirilmiş bir tedavi planı oluşturabilme fonksiyonlarının bulunduğu, yine literatürde ve bulgularımızda ortaya çıkmıştır (Bengtsson vd., 2007; Jamieson vd., 2007; Skrastins ve Fletcher, 2016). Hastalık hakkında bilgi sahibi olmak, ne ile karşı karşıya olunduğu ve nasıl mücadele edileceğini bilme yönüyle bireyleri hastalık karşısında güçlü kılmaktadır. Bir başka baş etme yöntemi olan uzmanlaşmanın da ilk adımını hastalık hakkında bilgi edinme oluşturmaktadır.

Hastalık deneyiminin ilerleyen safhalarında ortaya çıkan uzmanlaşma ve hastalığa karşı hâkimiyet duygusu geliştirme, literatürde de özellikle uzun süreli İBS hastalarında ortaya çıkan ve hastalığın yaşam üzerindeki olumsuz etkilerini büyük

oranda bertaraf eden bir baş etme yolu olarak ele alınmış ve araştırmamızda da belirgin olarak gözlemlenmiştir (Hakanson vd., 2009; Ung vd., 2013; Harvey vd., 2016). Bireyler gerek bedenlerini, bedeninin duygusal ve besinsel ihtiyaçlarını, gerek İBS'nin beden üzerindeki etkilerini bir süre sonra tanımakta ve buna göre davranış kalıpları geliştirerek hastalığın hayatları üzerinde hâkimiyet kurmasına ve kısıtlanma, geri çekilme gibi sonuçlar ortaya çıkarmasına engel olabilmektedir. Bu bağlamda Hakanson ve diğerleri (2009) İBS'yi iki fazlı bir hastalık olarak ele almış; kısıtlanma ve başa çıkma yöntemlerinde uzmanlaşmayı hastalığın iki farklı evresi olarak yorumlamıştır. Harvey ve diğerleri (2016) ise bu uzmanlaşma deneyimini bir aydınlanma süreci olarak tanımlamış ve farklı tedavi yöntemleri deneyerek başarısız olmanın getirdiği umutsuzluk çemberinden çıkış yolu olarak ifade etmiştir.

5.6.2. Tıbbi ve Alternatif Tedaviye Başvurma

Hekimin İBS için reçete ettiği ilacı kullanma yoluyla baş etme tutumu katılımcıların deneyimleri arasındayken, literatürde de yaygın bir adaptif baş etme yöntemi olarak ele alındığı görülmektedir. İlaç tedavisinden fayda görerek kullanıma devam eden, hiçbir fayda görmeyerek kullanımı bırakan ve ilk kullanımda fayda görmeyen bireylerin vücudun tolerans geliştirmesiyle ilerleyen süreçlerde fayda göremeyen bireylerin bulunması literatürle uyumlu bir bulgu olarak karşımıza çıkmaktadır (Heitkemper vd., 2002; Casiday vd., 2009; Skrastins ve Fletcher, 2016).

Alternatif tıp yöntemleri ise İBS'li bireylerin büyük bir kısmının tıbbi tedaviden fayda görememe sonucu başvurduğu yöntemler arasında yer almaktadır. Alternatif tedavinin tanımı kültürden kültüre değişkenlik göstermekle birlikte İBS literatüründe tıbbi tedavi dışındaki, psikoterapi ve diyet de dahil olmak üzere tüm farklı yaklaşımların alternatif tedavi yöntemleri adı altında ele alındığı görülmüştür (Grundman ve Yoon, 2014; Tunç ve Yalnız, 2017; Kılıç vd., 2020). Bununla birlikte bu alt tema altında daha çok Türk kültüründe alternatif tedavi yöntemleri denince akla gelen bitkisel takviyeler ve alternatif tıp yöntemlerine yönelim ele alınmıştır. Bu bağlamda barsak mikrobiyom haritasına göre diyet programına uyma, biyorezonans ve bazı bitkisel takviyelerin kullanımı katılımcıların deneyimleri arasında yer almaktadır. Bu yöntemleri kullanan katılımcı sayısı görece düşüktür ve olumlu deneyimlerin yanında etkisizliğe dair deneyimler de aktarılmıştır. Literatüre bakıldığında da bu yöntemlerin kişiden kişiye

değişen oranlarda fayda sağladığı, bazı bireylerde oldukça olumlu ve umut vadeden sonuçlar elde edildiği görülmektedir (Grundman ve Yoon, 2014; Tunç ve Yalnız, 2017; Kılıç vd., 2020).

5.6.3. Dini Başa Çıkma

Araştırma bulgularımıza göre dini başa çıkma, bazı bireylerde daha ciddi bir hastalığa sahip olmamaya dair şükür ifadeleriyle kendini gösterirken bazı bireylerde yakınlardan dua isteme yoluyla tezahür etmiştir. Bunun yanında hastalığın Allah'tan geldiğini düşünerek ortaya çıkan zorluklara sabretme, isyan etmeme gayreti içinde hastalığı kabullenme, hastalığın kendisinde var olmasının bir hikmet dâhilinde olduğunu düşünme, hastalığı bir imtihan olarak görme ve dayanma gücünü Allah'tan isteyerek dua etme, özellikle bir katılımcının anlatımlarında yoğun bir şekilde yer almıştır. Dini başa çıkma kavramına İBS literatürü dâhilinde herhangi bir nitel veya nicel araştırmada rastlanmamış olması, bu bulguyu önemli ve özgün kılmakta, hastalığın dini ve kültürel zeminine ışık tutan bir veri niteliği taşımaktadır.

İBS'li bireylerin, hastalığın kısıtlayıcı etkilerinin günlük hayatı sekteye uğratmasına mahal vermemek adına büyük bir çaba içine girerek beslenme düzeni değişikliği, psikolojik güçlenme yöntemleri, medikal tedavi gibi birçok farklı baş etme yöntemini aktif olarak, büyük bir kararlılık ve özveri ile kullanmasını Hakanson ve diğerleri (2009), “psikolojik dayanıklılık” kavramı ile ilişkilendirmiştir. Psikolojik dayanıklılık kavramı ilk olarak Kobasa (1979) tarafından ortaya atılmış bir kavram olup, yıkıcı yaşam olayları karşısında sağlam durabilme yetisini, karşılaşılan güçlükler karşısında kendini toparlayabilme ve stresle baş edebilme yeteneğini ifade etmektedir (Pargament vd., 2000; Niaz, 2006; Annalakshmi ve Abeer, 2017). Psikolojik sağlamlığa etki eden mekanizmalar bağlamında dinin belirgin bir etki sahibi olduğu birçok araştırmada bulgulanmıştır (Pargament, 1998; Pargament ve Abu Raiya 2007). Kişi hayatının merkezine dini almış ise, adapte olmakta zorluk çektiği bir durum, bir hastalık veya travmatik yaşantıda, anlam arayışını ve kontrol duygusunu yine dini üzerinden kuracaktır (Pargament, 1998; Ayten ve Yıldız, 2016).

Yaşanılan zorluklar sırasında yaratıcı ile olan bağın güçlenmesi ve bireyin kendinden üstün bir varlığa sığınarak, yaşanılan olayda bir hikmet görerek, tevekkül ederek ve

dinin pratik yaşamdaki tezahürü olan ibadetlere yoğunlaşarak bu yaşantının üstesinden gelme çabasına dayanan süreç, dini başa çıkma olarak tanımlanmaktadır (Aytan, 2012). Kenneth Pargament ve diğerleri (1998) dini başa çıkmayı olumlu ve olumsuz dini başa çıkma olarak iki ayrı kategoride ele almış, olumlu dini başa çıkmada Allah'a güvenle bağlı olma, yaşanan olayı dini istikamet arayışında bir basamak olarak görme, Allah'tan yardım bekleme, ibadetlere yönelme ve yaşanan olumsuz olayları hayra yorma gibi pozitif düşünce ve eylem süreçlerinin aktif olduğunu, buna karşın olumsuz dini başa çıkmada yaşanan olayı, işlenen günahlar nedeniyle Allah'ın bir cezalandırması olarak görme ve olayın nedenini şeytandan bilme gibi daha negatif bir düşünme tarzının hâkim olduğunu öne sürmüştür.

Araştırma bulgularımızda da ortaya çıktığı üzere bireyin duruma sabır ve tevekkülle yaklaşması, yaşananın bir imtihan ve günahların affi için bir vesile olduğunu düşünmesi, Allah'tan sevgi ve merhamet istemesi, tövbe etmesi, hastalığı hayra yorması, dua ederek Allah'tan yardım istemesi dinin bir baş etme mekanizması olarak tezahürüdür (Aytan ve Yıldız, 2016). Ayrıca sosyal çevreden dua ile destek alma, sosyal ilişkilere olumlu katkı sağlayan ve bireyin kendini yalnız hissetmesinin önüne geçen bir dini başa çıkma yöntemi olmuştur. Bu noktada Pargament ve diğerleri (2000)'nin, dinin kişide samimiyet ve yakınlık hislerini beslediğini ve sosyal kimlik ve dayanışma oluşumunda en etkili kanallardan biri olduğunu ifade etmesi bu bulguya atfedilebilecek nitelikteyken, dini başa çıkmanın toplumsal rolüne de ışık tutar. Ele alınan bu başa çıkma tarzları, olumlu dini başa çıkmanın süreçte aktif olarak kullanıldığını göstermektedir ki olumsuz dini başa çıkma örneklerine bu anlatımlarda rastlanmamış olması bir başka önemli bulgu olarak karşımıza çıkmaktadır.

Dini başa çıkmanın umut, huzur, yaşam sevinci ve anlam bulma gibi kişide pozitif hisler uyandırıcı deneyimlere zemin hazırladığı; depresyon, kaygı, travma sonrası stres bozukluğu gibi birçok psikopatolojiyle negatif bir ilişkisinin olduğu saptanırken psikolojik iyi oluş halini, mutluluğu ve hayat memnuniyetini de beraberinde getirdiği birçok araştırma bulgusunda yer almış, kanser hastaları ve sair tıbbi hastalıklarda da bireyi psikolojik olarak güçlü kılan bir yönünün olduğu bulgulanmıştır (Cohen ve Koenig, 2004; Al-Hadathe vd., 2014; Aytan ve Sağır, 2014). Bu bağlamda İBS hastalarının kullandıkları dini başa çıkma yöntemine dair edinilen bu bilgiler, bireyi güçlü kılan yanları terapötik zemine taşıyabilmek adına önem arz etmektedir.

5.6.4. Psikoloji Odaklı Başa Çıkma

Araştırmamızda İBS'li bireylerin hastalıkla mücadele sürecinde psikoterapiye başvurma, biliş ve duygu düzenleme, mizah, kabullenme ve hastalığa rağmen sosyal yaşama aktif katılım sağlama gibi adaptif baş etme yöntemlerinin yanında ketlenme, kaçınma ve geri çekilme gibi adaptif olmayan baş etme yöntemlerine başvurdukları görülmüştür.

Psikoterapiye başvuran katılımcıların asıl başvuru sebebi komorbid psikolojik hastalıklar olsa da bireyler terapi sırasında elde ettikleri duygusal gelişim ve duygu düzenleme becerilerinin İBS belirtilerinin iyileşmesinde de etkili olduğunu fark etmişler ve kimi zaman İBS ile ilgili hususları terapiye taşımışlardır. İBS belirtileri ile baş etmede psikoterapiye başvurma, özellikle son yıllarda daha fazla yaygınlaşan bir tutum olarak literatürde de yer almaktadır (Grundmann ve Yoon, 2004; Toner, 2005; Naliboff vd., 2008; Ford vd., 2014; Surdea-Blaga vd., 2016; Sánchez vd., 2017). İBS'nin birçok psikopatoloji ile komorbidite göstermesi, stres ve kaygı ile tetiklenmesi ve olumsuz birçok duygu ve psikolojik sorunu ortaya çıkarabilmesi, terapinin etkili bir yöntem olarak kullanılmasını makul kılmakta ve araştırmalar da bu yöntemin etkililiğini ve tedaviye katkısını ortaya koymaktadır (Toner, 2005; Sánchez vd., 2017; Ford vd., 2014; Surdea-Blaga vd., 2016). Bu noktada İBS'nin psikoloji, diyetisyenlik ve gastroenteroloji olmak üzere farklı branşların konsültasyonu ile daha efektif şekilde kontrol altına alınabileceğine dair görüş katılımcılarımızın bir kısmı tarafından dile getirilmişken literatürde de bu önerinin örneklerine sıkça rastlanmaktadır (Ringström, 2009; Grundmann ve Yoon, 2004; Bengtsson, 2006).

Bunun yanında katılımcıların genel olarak psikolojik esnekliğe sahip olduğu görülmüş, özellikle duygusal farkındalık ve dışavurum noktalarında gelişime açık olmaları ve değişime dair bilinçli bir çaba göstermeleri hastalıkla baş etme anlamında bu bireylere bir avantaj sağlamıştır. Psikolojik esneklik kavramı Kabul ve kararlılık terapisi (ACT) bünyesinde ele alınan bir kavram olup temelde bireyin sahip olmak istediği kimliği inşa etme yönünde değer odaklı bir çaba içine girmesini ifade ettiği düşünüldüğünde, bu bireylerin kendilerini tanıma, öz farkındalık ve değişime açık olma ve değişim için çaba gösterme özelliklerinin gerek psikolojik gerekse tıbbi tedavi sürecine katkı sağlayacağı düşünülmektedir (Hayes, 2004; Sánchez vd., 2020).

Katılımcıların kullandığı bir diğer psikolojik başa çıkma tekniği mizah olup, özellikle şişkinlik belirtileri hakkında mizah unsurundan sıklıkla yararlandığı ve mizahın hastalık deneyimlerini sosyal çevre ile rahatlıkla paylaşabilme imkânını bu bireylere sunduğu görülmüştür. Farndale ve Roberts (2001)'in yürüttüğü nitel araştırmada da benzer şekilde mizahın, hastalık deneyimi ve hastalığın meydana getirdiği kaygı ve olumsuz duyguları sosyal çevre ile paylaşarak destek almayı kolaylaştırdığı bulgulanmıştır.

Bir diğer yandan biliş ve duygu düzenleme teknikleri birçok katılımcı tarafından kullanılmış, bireyler gerek hastalık belirtileri hissedildiğinde alternatif çözüm yollarını zihinden geçirerek kendini rahatlatma, düşünce ve duyguları kâğıda aktararak tetikleyici olayı bulma ve hastalığa dair çözümsüzlük, tehlikelilik gibi olumsuz bilişleri değiştirme yoluyla, gerekse duygudurumlarını düzenleme adına sosyal desteğe başvurma, nefes egzersizleri ile sakinleşme, açık havada bulunma gibi teknikler kullanarak hastalıkla baş etme sürecine psikolojik öğeleri dâhil etmiştir. Bu teknikler yardımıyla iyileşme yolunda ciddi bir yol katettiğini ifade eden birçok katılımcı olmuştur. BDT'nin İBS tedavisine yönelik uygulamalarında benzer duygu ve düşünce düzenleme stratejilerinin kullanıldığına ve bu terapi tekniğinin iyileşme sürecinde etkili sonuçlar verdiğine dair bulgular, bu yöntemlerin oldukça adaptif bir baş etme sürecine işaret ettiğini gösterir niteliktedir (Toner, 2005; Lackner vd, 2007; Ljótsson vd., 2013a; Ford vd., 2014; Srivastava vd., 2015; Surdea-Blaga vd., 2016; Sánchez vd. 2017). Alanda yürütülen nitel araştırmalar bağlamında Skrastins ve Fletcher (2016)'nın araştırmasında öne çıkan, hastalığın sağlıklı beslenme ve düzenli egzersiz alışkanlığını hayata geçirme yolunda bir adım olduğunu düşünerek hastalığa dair bilişleri değiştirme ve stresin belirtileri tetiklemesinin önüne geçmek adına kendini sakinleştirme ve sosyal desteğe başvurma yöntemlerinin kullanılması benzer teknikleri ihtiva ederken, aynı zamanda İBS ile mücadelede öne çıkan bilinçli çabaya da işaret etmektedir.

Kabullenme ve alışmanın süreç içinde gelişen bir diğer psikolojik baş etme mekanizması olduğu görülmüştür. Katılımcıların hastalıkla ilk karşılaştıklarında tanıyı kabullenmekte zorlanabildikleri ve alışmak için bilinçli bir çaba gösterdikleri, uzun süreli olarak bu hastalığı deneyimleyen katılımcılarda ise içsel ve gerçek bir kabullenme ve alışma sürecinin başladığı, bireylerin bu hastalıkla yaşamayı

yaşamlarının bir parçası olarak kabul ederek hastalığa adapte oldukları görülmüştür. Kabullenmenin bu bireylerde hastalığa dair nedenleri sorgulama ve çaresizlik gibi süreçleri en aza indirerek, rahatlama ve beden ile barışmayı beraberinde getirdiği gözlemlenmiştir. Bu bulgu uzun süreli İBS hastalarının hastalıkla yaşamaya alışma ve yaşam kalitelerinin hastalıktan etkilenme oranının düşmesi yönündeki bulgular ile uyumludur (Farndale ve Roberts, 2011; Ung vd., 2013;). Harvey ve diğerleri (2016)'nin, hastalıkla ilk karşılaşma ile beraber görülen sihirli bir kesin çözüm arama ve beraberinde gelen hayal kırıklığı ve çözüm aramayı bırakma sürecini bir kısır döngü olarak nitelendirmesi ve kabullenmeyi bu döngüden kaçışın bir yolu olarak görmesi bu bulgu ile benzeşir niteliktedir. Bu bağlamda bireylerin hastalığı ve çözüm sürecinin zorluğunu kabullendiklerinde yeni tedavi yöntemleri ve belirtileri kontrol altına almaya yönelik teknikler denemeye açık hale gelmeleri bu döngüyü kıran etmen olarak görülmüştür. Kabullenme teması bazı araştırmalarda çözümsüzlüğü kabullenme yönünde negatif bir çağrışım yapmışken mevcut araştırmada daha çok sürece adapte olmaya dair pozitif yönüyle ortaya çıkan bir tema olmuştur (Rønnevig vd., 2009).

Ketlenme, kaçınma ve geri çekilme alt teması kapsamında belirtiler nedeniyle sosyal aktivitelerden ve okul, iş hayatı gibi yaşamsal alanlardan uzaklaşma, belirtilerin anlaşılmasında için kendini sıkma, ev dışında tuvalet kullanmama, eve kapanma gibi bireyi sosyal hayattan izole olmaya itebilecek veya yaşam kalitesini düşürebilecek tutumlar ele alınmışken hastalığın şiddetli seyrettiği bireylerde bu durumun daha fazla gözlemlendiği görülmüştür. Özellikle uzun yıllar İBS ile yaşamış bireylerde hastalığın ilk evrelerinde bahsi geçen geri çekilme tutumları hâkimken sonraki zamanlarda belli davranış kalıpları geliştirerek sosyal hayata aktif katılım gösterildiği ve geri çekilmenin hâlihazırda katılımcılar arasında yaygın bir tutum olmadığı bulgulanmıştır. Araştırmamıza katılan katılımcıların genellikle yeme-içme davranışlarından feragat ederek bu sosyal aktivitelerde bulunmayı tercih ettikleri görülmüştür. Literatüre bakıldığında geri çekilme ve sosyal ortamlardan izole olma durumunun İBS'li bireyler arasında oldukça yaygın olduğu görülmektedir (Drossman vd., 2009; Hakanson vd., 2009; Farndale ve Roberts, 2011; Campbell, 2015). Bireyler genellikle uzun yolculuklar, yemekli buluşmalar ve ev dışı aktivitelerden uzak kalmakta ve bu da sosyal ve ailevi yaşantılarını, hatta eş ve çocuklarıyla olan ilişkilerini etkileyebilmektedir (Drossman vd., 2009; Hakanson vd., 2009). Araştırmamızda öne çıkan, hastalığa rağmen yeme içme gibi belli ihtiyaçlardan feragat ederek sosyal hayata

aktif katılım gösterme ise bazı araştırmalarda hastalık egemenliğinde bir yaşam sürme olarak yorumlamışken (Drossman vd., 2009; Rønnevig vd., 2009; Farnale ve Roberts, 2011; Campbell, 2015), daha pozitif bir yaklaşımla bu tutumun kısıtlayıcılığının yanında bireyin sosyal hayatını muhafaza etmeye yönelik yüksek bir çabaya işaret ettiğini ifade eden araştırmalar da olmuş ve araştırma sonuçlarımızla benzerlik arz etmiştir (Casiday vd., 2009).

5.6.5. Yaşam Düzeni Değişikliği

Araştırmaya katılan İBS'li bireylerin en sık kullandıkları baş etme yöntemlerinden bir diğeri yaşam düzeni değişikliği olmuş, bireyler gerek beslenme düzenlerini gerekse günlük hayat rutinlerini belirtileri minimize etme üzerine tekrar inşa etmiştir. Katılımcıların, hastalığı gerek psikoloji gerekse beslenme kaynaklı olarak yorumlasın, belli besinlerden kaçınma noktasında bir çaba içine girdikleri görölmüştür. Literatürde de bu bireylerin daha sağlıklı beslenen ve düzenli egzersizi hayatlarına geçiren bireyler haline gelmesine dair bulgular yer almakta, Skrastins ve Fletcher'in 2008'de yürüttüğü nitel araştırmada katılımcılar bunu İBS'nin yaşamlarına kattığı bir değer olarak yorumlamaktadır.

Beslenme düzeni değişikliği bağlamında bireylerin paketli gıda, fastfood, yüksek şekerli, karbonhidratlı ve yağlı gıdalardan uzak durduğu, sıvı alımı ve yeterli su tüketimine dikkat ettiği, prebiyotik ve probiyotiklerce zengin besinleri tüketmeyi artırdığı ve bir kısmının gluten, laktoz ve fruktoz tüketimini kısıtlayan spesifik diyet programları uyguladığı görölmüş, bu değişimin örneklerine literatürde sıkça rastlanmıştır (Jones vd., 2006; Fletcher vd., 2008; Farnale ve Roberts, 2011; Harvey vd., 2016; Skrastins ve Fletcher, 2016). Beslenmeyi kontrol etme davranışının bu denli sık görölmesi, İBS ataklarının ortaya çıkmasına engel olma ve sağlıklı yaşam biçimini hayata geçirme hedefleriyle bağlantılı görölmüştür (Skrastins ve Fletcher, 2016). Bu durum sosyal ve gündelik hayatı oldukça fazla şekillendiren ve belli zorlukları ve kısıtlanmaları beraberinde getiren bir yöntem olarak görölse de belirtilerde rahatlama meydana getirmesi ve kontrol hissi vermesi, bu baş etme yönteminin sıklıkla kullanılması için bir motivasyon oluşturmaktadır (Harvey vd., 2006; Skrastins ve Fletcher, 2016). Bunun yanında yemek sırasında farklı meşguliyetlerden ve stres oluşturabilecek konuşmalardan kaçınma, yemekten sonra bir müddet sağ tarafa

uzanarak midenin sindirimi daha kolay tamamlamasını sağlama, akşam belli bir saatten sonra yemek yemeyi durdurma ve belli zamanlarda oruç tutarak veya yarım gün aç kalarak midenin dinlenmesini sağlama gibi stratejilerin kullanılması, İBS alan yazınında ele alınmamış davranış kalıplarının aktarımıyla, beslenmeye yönelik etkili baş etme yöntemlerine deneyimsel bir katkı sunmaktadır.

Yaşam düzeni değişikliği bağlamında araştırmamıza katılan katılımcıların bir kısmı egzersiz, spor, yürüyüş gibi faaliyetleri hayatlarına geçirmiş, bu faaliyetlerin zihinsel olarak kendilerini rahatlatırken, beden hareketliliğini sağlayarak barsak düzeninde de olumlu değişimler meydana getirdiğini ve İBS semptomlarının iyileşmesine katkı sağladığını ifade etmişlerdir. Katılımcılardan bir kısmı ise bedensel şikâyetler ve yorgunluk nedeniyle bunu bir baş etme yöntemi olarak kullanamamaktan mustarip olup eksikliğini yaşamlarında hissetmektedir. İBS'li bireylerin egzersiz ve sporu bir baş etme mekanizması olarak kullanmalarına dair benzer bulgulara literatürde de rastlanmakta, egzersizin fiziksel, duygusal ve zihinsel rahatlama sağladığı ifade edilmektedir (Farndale ve Roberts, 2011; Skrastins ve Fletcher, 2016).

Yeme, içme ve uyuma düzenine dair bir rutinin hayata geçirilmesi ile belirtilerde rahatlama meydana geldiğine dair aktarımlar, tüm bu yaşamsal değişimlerin belli bir düzende uygulanmasının önemine vurgu yaparken literatür ile de desteklenen bir tutum olmuştur (Farndale ve Roberts, 2011; Kang vd., 2011; Skrastins ve Fletcher, 2016).

Ayrıca tüm bu değişimleri hayata geçirirken istikrar ve sabrın önemine vurgu yapan katılımcılar, İBS ile mücadelede ortaya çıkan başarısızlık durumlarının istikrarı sürdürmeme, kısa sürede istenen etkinin ortaya çıkmasını bekleme ve çabuk pes etmeden kaynaklandığını öne sürmüştür ki bu tutum Harvey ve diğerleri (2006)'nın dile getirdiği, İBS'ye yönelik sihirli bir tedavi yöntemi arama ve bulunamadığında umutsuzluğa düşme tutumunu akla getirmekte ve buna dair çözüm sunmaktadır. Beklenti içine girmeden, sadece bedene faydalı olma boyutunu akla getirerek sağlıklı beslenme ve egzersiz düzenini hayata geçirmenin hem motivasyonu artırdığını hem de belirtilerin devam etmesi durumunda umutsuzluğun oluşmasını engellediğini kendi deneyimleri ışığında aktaran katılımcıların ifadesi önemli bir noktaya vurgu yapmakta

ve İBS literatüründe örneğine rastlamadığımız beklentisizlik tutumunun baş etme sürecindeki önemine dair veri sunmaktadır.

5.7. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Gelecek Araştırmalara Yönelik Öneriler

Yürüttüğümüz araştırma, Türkiye’de İBS hastalarının günlük hayat deneyimlerini kadın popülasyonu üzerinden ele almış ve toplam 10 kadın katılımcı ile gerçekleştirilen görüşmeler sonucunda nitel veriler ortaya konmuştur. İlk olarak İBS’nin yoğun olarak görüldüğü kadın popülasyonunun örneklem olarak seçilmesi, örneklemin homojen olması yönünden avantaj sağlarken (Levitt vd., 2017), elde edilen verilerin erkek popülasyonunun deneyimlerini kapsamıyor oluşu verilerin genellenebilirliğini sınırlandıran bir faktör olarak nitelendirilebilir. Bunun yanında katılımcıların hastane popülasyonundan değil de sosyal medya ve mail gruplarına gönderilen davet metinleri yoluyla seçilmiş olması, ulaşılan kitlenin homojenliği yönüyle sonuçların genellenebilirliğini azaltan bir diğer etmen olmuştur. Katılımcıların tamamının yüksek eğitim seviyesine sahip bireylerden oluşması ise bir yandan bireylerin öz farkındalık ve kendini ifade yeteneğinin güçlülüğü açısından araştırmaya zenginlik katmışken, diğer yandan bulguların farklı eğitim seviyesinden bireylere genellenebilirliği noktasında bir başka sınırlılık faktörü olarak görülmektedir. Katılımcıların tamamının büyük şehirlerde yaşayan orta gelirli bireylerden oluşması ve 22 ila 40 yaş arasını kapsamaması ise verilerin farklı yaş gruplarına ve sosyoekonomik düzeye sahip bireylere genellenebilirliğine dair bir sınırlılıktır.

Bu bağlamda erkeklerin de dâhil edildiği bir popülasyonla bu araştırmayı tekrarlama ve hastanelere başvuran İBS’li bireyleri örnekleme dâhil ederek farklı sosyoekonomik gruplarla çalışma imkânını artırma, gelecek araştırmalara yönelik bir öneri niteliğinde olabilir. Ayrıca araştırmamızda İBS alt türleri bağlamında hedeflenen eşit dağılımın tüm İBS türleri hakkında bilgi vermesinin yanında tek bir alt türe dair daha ayrıntılı bir araştırma yürütülmesinin de bir veri zenginliği sunacağı düşünülmektedir. Bunun yanında İBS’nin, bireylerin manevi yaşamında oluşturduğu tahribata dair elde edilen sınırlı bulgunun genişletilerek farklı bir nitel veya nicel araştırmanın konusu haline gelmesi, özgün bir araştırmaya zemin hazırlayabilir.

5.8. Psikoterapötik Müdahaleler İçin Öneriler

Mevcut araştırmadan elde edilen sonuçlar ışığında, Türkiye’de geliştirilebilecek İBS odaklı psikoterapötik müdahale çalışmalarında ele alınabilecek alanlar bu bölümde özetlenmiştir. Öncelikle belirtmek gerekir ki gerek araştırmamıza katılan katılımcıların beklentileri gerekse alan yazındaki önermelerde görüldüğü gibi İBS, biyopsikososyal kökene dayanan doğası gereği tıbbi, psikolojik ve beslenme odaklı birçok müdahalenin eş zamanlı olarak yürütülmesi ile daha efektif bir tedavi sürecinin seyredeceği bir hastalıktır (Grundmann ve Yoon, 2004; Bengtsson, 2006; Ringström, 2009). Bu çalışmanın kapsamı gereği müdahale çalışmalarına psikoloji perspektifinden bakılacak ve duygusal, bilişsel, sosyal ve davranışsal alana dair ortaya çıkan veriler bu bağlamda değerlendirilecektir.

Bu bağlamda eş zamanlı psikolojik hastalıkların ve psikolojik gerilim oluşturan durumların ele alınabileceği terapiler sayesinde İBS belirtilerinde de belirli bir iyileşme gerçekleştiği, hem katılımcılarımızın ifade ettiği bir durum, hem de daha önceki araştırmalarda elde edilen bir bulgudur (Lackner vd, 2007; Surdea-Blaga vd., 2016; Sánchez vd., 2017). Bunun yanında hem literatür hem de araştırma bulgularımız baz alınarak İBS belirtileri ve belirtilerin yol açtığı deneyimler bilişsel, duygusal ve sosyal zorluklar bağlamında ele alınarak semptomlarda ve bireyin yaşam kalitesinde iyileşmenin gözlemlenebilmesi öngörülmektedir (Surdea-Blaga vd., 2016; Sánchez vd., 2017; Ljótsson vd., 2013a; Ljótsson vd., 2013b).

Bahsedilen yöntemlerin bir psikoterapi süreci içinde uygulamalı olarak aktarılmasının yanında Ringström ve diğerleri (2009)’nin düzenlediği İBS okulu projesinde örneği görüldüğü gibi, İBS’nin etkilediği yaşamsal alanlara dair farklı konuların psikoeğitimle ele alınması da tek başına belli oranda rahatlamayı beraberinde getirecek bir yöntem olarak görülmektedir. “2.1.9.1. Hasta Bilgilendirmesi ve Psikoeğitim” bölümünde bu müdahale programının detayları ayrıntılı olarak ele alınmıştır.

5.8.1. Duygusal Alan

Araştırmamızda duygusal alana dair ortaya çıkan bulgular bu bireylerin suçluluk, pişmanlık, beklenti anksiyetesi, sosyal bağlamda utanç ve mahcubiyet ve bunun

yanında çaresizlik, yalnızlık, gerginliği içine alan depresif duyguları sıklıkla deneyimlediklerini, ayrıca günlük yaşamlarında yaygınlıkla duyguları bastırma ve içe atma eğilimi gösterdiklerini ortaya koymuş olup bu bulgu literatürle de desteklenmiştir (Scnheider vd., 2008; Casiday vd., 2009; Farnam vd., 2014; Muscatello; 2014; Fournier vd., 2018; Krivzov vd., 2020). Buna dayanarak, bu tür hastalarda duygu odaklı psikoterapi tekniklerinin olumlu sonuç verdiği bulgusundan hareketle (Thakur, 2017) duygusal farkındalık ve dışavuruma yönelik terapi tekniklerinin müdahale planına eklenmesinin etkili olacağı düşünülmektedir. Bunun yanında deneyimlenen suçluluk, pişmanlık, beklenti anksiyetesi vb. duyguların dayandığı bilişsel köken ve tetikleyici olaylara dair Sokratik sorgulama, bilişsel yeniden yapılandırma, karşıt kanıt arama gibi BDT teknikleri ile bireyin bu duyguların üstesinden gelmesi ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi, literatür ile desteklenen bir başka müdahale adımı olarak görülmekte ve önerilmektedir (Beck, 2015; Srivastava vd., 2015).

5.8.2. Bilişsel Alan

Gerek araştırmamızda gerekse literatürde ortaya çıkan bulgular, İBS'li bireylerin hastalığı bir nedene atfetme eğiliminin yaygın olduğunu gösterirken Sánchez ve diğerleri (2017), bu durumu idealize edilmiş bir geçmiş tanımı ile kavramsallaştırmıştır. Bu durum bireylerde çoğunlukla pişmanlık ve suçluluk duygularını beraberinde getirmektedir. Yukarıda da verilmiş olan BDT'ye dayalı bilişsel tekniklerin yanında kabullenme odaklı, ACT yönelimli bilişsel müdahalelerin bu alanda etkili olabileceği öngörülmektedir (Hayes, 2004; Sánchez vd., 2017).

Bunun yanında yapılan aktivitelerden zevk alamama ve odaklanamama nedeniyle sosyal ilişkilerin kalitesinde azalma, sosyal geri çekilme ve akademik hayat ve iş hayatına odaklanamama gibi olumsuz sonuçların (Bengtsson, 2006; Drossman vd., 2009; Farndale ve Roberts, 2010) temelinde zihinsel meşguliyet probleminin yatıyor olması bulgusundan hareketle İBS'li bireylere uygulanabilecek tedavi protokollerinde zihni yapılan işe odaklama, şimdi ve burada kalma, zihni dağıtan düşüncelerin varlığını kabullenerek yapılan işe devam etme gibi terapötik stratejilerin teavi planına eklenmesinin olumlu sonuçlar ortaya çıkaracağı öngörülmektedir (Türkçapar, 2008; Beck, 2014; Harris, 2018).

5.8.3. Sosyal Alan

Sosyal alana dair ortaya çıkan bulgular bu bireylerin İBS deneyimi süresince sosyal desteğe, anlaşılmaya ve olumlanmaya olan ihtiyaçlarını ortaya çıkarırken sosyal destek yoksunluğunun ve sosyal çevre tarafından anlaşılmanın yalnızlık ve kırgınlık duygularını beraberinde getirdiğini ve sosyal ilişkilerin süreç içinde zarar görebildiğini göstermiştir ki bu durumun örneklerine literatürde de rastlanmaktadır (Drossman vd., 2009; Jones vd., 2009; Skrastins ve Fletcher, 2016; Mohebbi vd., 2019). Buna binaen, özellikle ebeveyn ilgi ve desteğine olan ihtiyaca yönelik bulgular ışığında ailenin de dahil edildiği bir psikoeğitim programı ve bu program dahilinde İBS’li bireylerin yaşadıkları fiziksel, duygusal ve sosyal zorluklara dair detaylı bilgilendirme ve sosyal çevreden beklenen iyileştirici davranış kalıplarına dair bir yol haritasının sunulması, sosyal alan kapsamındaki müdahalenin ilk adımını oluşturabilir (Srivastava vd., 2015).

Yine literatürde de sıklıkla yer alan, sosyal ilişkilerde ortaya çıkan sorunların ve bu sorunları çözmek adına duyguları bastırmanın bireylerde stres seviyesini artırması ve atak dönemleri tetiklemesine dair bilgi dahilinde (Gerson vd., 2006), bu bireylere sağlanacak psikoterapötik desteğin bir ayağını sosyal ilişkileri düzenlemeye yönelik tekniklerin oluşturması planlanabilir. Problem çözme becerileri, sınır koyma ve etkili iletişim becerilerinin sunulması gibi tekniklerle bu alana dair sorunlar ele alınabileceken, bu yöntemin etkililiği daha önce Hypantis ve diğerleri (2009)’nin İBS’li bireylere uyguladığı kişiler arası dinamik terapi ile ortaya konmuştur.

5.8.4. Davranışsal Alan

Davranışsal alana yönelik müdahaleler planlanırken araştırma bulgularımızda yer alan baş etme üst temasına binaen adaptif baş etme mekanizmaları ve kaçınma ve geri çekilmeye yönelik adaptif olmayan baş etme mekanizmaları ayrı ayrı ele alınabilir. Kaçma ve kaçınma davranışlarına yönelik, davranışa yol açan olumsuz bilişlerin bilişsel yeniden yorumlama, karşıt kanıt arama, imajinasyon ve maruz bırakma yöntemleriyle ele alınması, terapinin davranışsal ayağını oluşturabilir (Beck, 2015; Srivastava vd., 2015).

Olumlu baş etme mekanizmalarının desteklenmesi adına ise bilgi edinme, psikoloji odaklı başa çıkma stratejileri, dini başa çıkma stratejileri ve yaşam düzeni değişikliğine dair hâlihazırda kullanılan yöntemler ortaya çıkarılıp pekiştirilerek bireyin güçlü yanlarının pozitif psikoloji gözlüğü ile ele alınmasının, etkili olabilecek bir yaklaşım olduğu düşünülmektedir (Seligman ve Csikszentmihalyi, 2014).

Bunun yanında bireye bu süreçte fayda sağlayacak nefes ve gevşeme egzersizleri, bedensel egzersizler, biliş ve duygu düzenleme stratejileri ve stresle baş etme yöntemlerine dair tekniklerin içine alındığı bir terapinin sunulması ile bu alanlara yönelik farkındalık ve uygulamalar artırılabilir (Beck, 2015), özellikle belirtilerin beslenme ile ilişkili olarak tetiklendiğini gözlemleyen bireylerde bir beslenme uzmanından yardım almaya yönelik teşvik ile bireyin farklı uzmanlık alanlarından eş zamanlı destek alması sağlanabilir.

Dini ve manevi yaşamdaki zorluk boyutunda aktarılan, bireylerin ibadetler ve ibadetlere hazırlık sırasında İBS belirtileri nedeniyle sürekli olarak şüphe ile hareket etmesi ve abdestli olup olmama hususunda obsesyona varabilecek düşüncelere sahip olması yönündeki bulgu da İBS'li bireylere uygulanabilecek terapi protokollerine ışık tutmaktadır. Bu bulgudan hareketle dini referans olarak kabul eden İBS'li danışanlara, İslam dininin şüphe ile hareket etmeme, vesvese ve obsesyona kulak tıkayarak, bozulduğundan emin olmadıkça tekraren abdest almama¹ yönündeki hadis kaynaklı telkinleri aktarılarak, İslami Temelli Psikoterapi Ekolü'nün desteklediği şekilde yardımcı olunabileceği düşünülmektedir (Al Tirmizi, 1975; İbn Mace, 2018; Keshavarzi vd., 2020).

5.9. Sonuç

Sonuç olarak İBS'li bireylerin hastalıktan etkilenen yaşam alanları günlük hayat, manevi hayat, sosyal ve duygusal hayat olmak üzere farklı yaşamsal alanlarda incelenmiş, belirtilerin tetiklenmesi ve hastalığa neden olan etmenlere dair gözlem ve bilişlerin yanında bireylerin hastalıkla baş etme sürecinde kullandıkları yöntemler ve bireylerin genel yaşam deneyimlerinde hâkim olan duygusal ve sosyal faktörler bu

¹Müslim, Hayz, 99 (362); Buhari, Vudû, 4, 36)

araştırma kapsamında ele alınmıştır. Bireylerin deneyimlediği hastalık belirtileri ve fiziksel zorluklar, tanı ve tedavi sürecindeki deneyimler, hastalığın yaşamda yol açtığı kısıtlanma ve sınırlanmalar literatürle büyük bir uyum içinde seyretmiş ve hastalığın yaşam üzerindeki etkilerinin evrenselliğine dair fikir vermiş, bunun yanında ibadet ve ibadetlere hazırlık sürecinin hastalıktan etkilenmesine dair bulgular, hastalığın manevi yaşama dair problemleri de beraberinde getirebileceğine dair yeni ve özgün bir veri ortaya koyarak İBS’li bireylerin deneyimlerini anlama noktasında daha önce aydınlatılmamış önemli bir boyuta ışık tutmuştur.

Sosyal, duygusal ve bilişsel boyuta dair deneyimler de büyük oranda literatür ile uyumlu seyrederken literatürde hakim olan sosyal destek yoksunluğuna karşın araştırmamızda aileden gelen sosyal desteğin hastalık deneyimine eşlik etmesinin yaygınlığı ve “Sosyal Baskı, Israr ve Yargılayıcı Bakış” alt teması ile ele alınan, aile dışındaki akraba ve sair sosyal çevrenin yeme-içme davranışına etkisi ve misafirlik kültürüne dair anekdotlar, Türk aile yapısı ve kültürüne dair olumlu ve olumsuz öğeler ve bu öğelerin hastalık deneyimine etkisine dair bilgi sunmuştur. Yine kültürel ve dini öğelerin bir yansıması niteliğinde dini başa çıkmanın hastalıkla mücadele sürecinde etkili olması, literatürde ele alınan İBS ile baş etme stratejilerine yeni ve farklı bir boyut kazandırmıştır. İBS’li bireylerin genel yaşam deneyimlerine dair sosyal ve duygusal etmenlerin ele alınması ise aktif bir sosyal hayatı olan dışadönük insanlarda da bu hastalığın görülebileceğini örnekleyerek, literatürle desteklenen sosyal anlamda içe dönük ve sosyal ilişki ağı zayıf birey profilinin her durumda genellenebilir olmadığına dair bir veri niteliğinde görülmüştür (Lackner ve Gurtman, 2004; Lackner ve Gurtman, 2005; Gerson vd., 2006; Jones vd., 2006; Crocker vd., 2013). Bununla birlikte katılımcılar arasında yaygın olan duygusal farkındalık ve dışavurumda yol katetme eğilimi, bireylerin duyguları bastırma davranışının zaman ve çaba ile değişebilir bir özellik olduğuna dair bulgular sunarak İBS’li bireylerin genel karakter özelliklerine dair daha bütüncül ve dinamik bir bakışı desteklemiştir. Tüm bu tartışılan faktörlerin toplamı, İBS’nin biyolojik, psikolojik, ilişkisel ve kültürel yansımalarını göz önüne sererek hastalığın biyopsikososyal zeminine vurgu yapmaktadır (Campbell, 2015).

Yürütülen araştırmanın bulguları, gerek bu hastalara hizmet veren sağlık çalışanlarının, gerekse ruh sağlığı uzmanlarının İBS’li bireylerin deneyimledikleri

yaşamsal, duygusal ve sosyal zorluklara aşına olarak bu bireylere empatik, anlayışlı ve öngörülü bir tutumla yaklaşmasını kolaylaştıracak ve hasta ile hekim veya psikolog arasındaki ilişkiyi güçlendirerek (Skrastins ve Fletcher, 2016) tedavinin etkililiğine katkı sunacak niteliktedir. Ayrıca araştırmada İBS hastalarının duygusal süreçlerinin, hastalığa dair bilişlerinin ve kişilerarası ilişkilerinin ele alınması yoluyla, uygulanacak psikolojik tedavilerde değinilmesi gereken alanlara ışık tutulmuş ve geliştirilecek olası tedavi protokollerine dâhil edilebilecek alanlara dair ayrıntılı ve çok yönlü bir veri sağlanması amaçlanmıştır. Bu yönüyle Türk kültüründe İBS'yi deneyimleyen bireylerin aktarımlarının, İBS için geliştirilebilecek tedavi yöntemleri ve psikoterapi protokollerinin kültüre uygun şekilde uyarlanmasını mümkün kılmasına katkı sağlaması umulmaktadır.



REFERANSLAR

- Aaron, L. A., & Buchwald, D. (2001). A review of the evidence for overlap among unexplained clinical conditions. *Annals of internal medicine*, 134(9_Part_2), 868-881.
- Adeyemo, M. A., Spiegel, B. M. R., & Chang, L. (2010). Meta-analysis: do irritable bowel syndrome symptoms vary between men and women?. *Alimentary pharmacology & therapeutics*, 32(6), 738-755.
- Akehurst, R., & Kaltenthaler, E. (2001). Treatment of irritable bowel syndrome: a review of randomised controlled trials. *Gut*, 48(2), 272-282.
- Akyüz, F. (2016). İrritabl Barsak Sendromu. *Güncel Gastroenteroloji*, 20(4), 415-419.
- Alexander, F. (1950). *Psychosomatic medicine: Its principles and applications*. New York: Norton
- Ali, A., Toner, B. B., Stuckless, N., Gallop, R., Diamant, N. E., Gould, M. I., & Vidins, E. I. (2000). Emotional abuse, self-blame, and self-silencing in women with irritable bowel syndrome. *Psychosomatic Medicine*, 62(1), 76-82.
- Alzahrani, M. A., & Ahmasani, I. M. (2020). Coronavirus disease 2019 pandemic stress and its effects on irritable bowel syndrome patients in Saudi Arabia. *Arabia*, 99(51), e23711.
- Ayten, A. (2012). *Tanrıya Sığınmak: Dini Başa Çıkma Üzerine Psiko-sosyal Bir Araştırma*. İz Yayıncılık, İstanbul.
- Baykan, A. R., Kasap, E., Gerçeker, E., Yüceyar, H., Numaraları, S., Yap, G., ... & Gönder, A. L. (2012). İrritabl barsak sendromu ve genetik. *Güncel gastroenteroloji*, 16(1), 53-55.
- Baysoy, G., Güler-Baysoy, N., Kesicioğlu, A., Akın, D., Dündar, T., & Pamukçu-Uyan, A. (2014). Prevalence of irritable bowel syndrome in adolescents in Turkey: effects of gender, lifestyle and psychological factors. *Turkish Journal of Pediatrics*, 56(6).
- Beck, J. S. (2014). *Bilişsel Davranışçı Terapi: Temelleri ve Ötesi*. Nobel Akademi Yayıncılık.
- Bener, A., Morgul, E., Atak, M., & Barışık, C. C. (2020). The impact of COVID-19 pandemic disease exposed with mental health in Turkey. *International Journal*, 8, 17.
- Bengtsson, M. (2006). Women with Irritable Bowel Syndrome. *Aspects of quality of life and health*. Lund University.

- Bengtsson, M., Ulander, K., Börgdal, E. B., Christensson, A. C., & Ohlsson, B. (2006). A course of instruction for women with irritable bowel syndrome. *Patient Education and Counseling*, 62(1), 118-125.
- Bengtsson, M., Ohlsson, B., & Ulander, K. (2007). Women with irritable bowel syndrome and their perception of a good quality of life. *Gastroenterology Nursing*, 30(2), 74-82.
- Bertram, S., Kurland, M., Lydick, E., Locke, G. R. I., & Yawn, B. P. (2001). The patient's perspective of irritable bowel syndrome. *Journal of Family Practice*, 50(6), 521-521.
- Berzengi, A., Berzenji, L., Kadim, A., Mustafa, F., & Jobson, L. (2017). Role of Islamic appraisals, trauma-related appraisals, and religious coping in the posttraumatic adjustment of Muslim trauma survivors. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 9(2), 189.
- Biggerstaff, D. (2012). Qualitative research methods in psychology. *Psychology: selected papers*, 175-206.
- Bitton, A., Dobkin, P. L., Edwardes, M. D., Sewitch, M. J., Meddings, J. B., Rawal, S., ... & Wild, G. E. (2008). Predicting relapse in Crohn's disease: a biopsychosocial model. *Gut*, 57(10), 1386-1392.
- Blanchard, E. B., Lackner, J. M., Jaccard, J., Rowell, D., Carosella, A. M., Powell, C., ... & Kuhn, E. (2008). The role of stress in symptom exacerbation among IBS patients. *Journal of Psychosomatic research*, 64(2), 119-128.
- Bouin, M., Plourde, V., Boivin, M., Riberdy, M., Lupien, F., Laganière, M., ... & Poitras, P. (2002). Rectal distention testing in patients with irritable bowel syndrome: sensitivity, specificity, and predictive values of pain sensory thresholds. *Gastroenterology*, 122(7), 1771-1777.
- Bowers, H., & Wroe, A. (2016). Beliefs about emotions mediate the relationship between emotional suppression and quality of life in irritable bowel syndrome. *Journal of mental health*, 25(2), 154-158.
- Bradford, K., Shih, W., Videlock, E. J., Presson, A. P., Naliboff, B. D., Mayer, E. A., & Chang, L. (2012). Association between early adverse life events and irritable bowel syndrome. *Clinical gastroenterology and hepatology*, 10(4), 385-390.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.
- Burden, S. (2001). Dietary treatment of irritable bowel syndrome: current evidence and guidelines for future practice. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 14(3), 231-241.

- Campbell, N. (2015). *An exploration of adult male experiences of having irritable bowel syndrome (IBS): a qualitative study* (Doctoral dissertation, London Metropolitan University).
- Can, G. & Yılmaz, B. (2015). İrritabl barsak sendromunun tanı ve tedavisinde yaklaşımlar. *Güncel Gastroenteroloji*, 19(3), 171-181.
- Cash, B. D., & Chey, W. D. (2004). Irritable bowel syndrome—an evidence-based approach to diagnosis. *Alimentary pharmacology & therapeutics*, 19(12), 1235-1245.
- Casiday, R. E., Hungin, A. P. S., Cornford, C. S., De Wit, N. J., & Blell, M. T. (2009). Patients' explanatory models for irritable bowel syndrome: symptoms and treatment more important than explaining aetiology. *Family practice*, 26(1), 40-47.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis*. sage.
- Chen, J. Y. W., Blankstein, U., Diamant, N. E., & Davis, K. D. (2011). White matter abnormalities in irritable bowel syndrome and relation to individual factors. *Brain Research*, 1392, 121-131.
- Chilcot, J., & Moss-Morris, R. (2013). Changes in illness-related cognitions rather than distress mediate improvements in irritable bowel syndrome (IBS) symptoms and disability following a brief cognitive behavioural therapy intervention. *Behaviour research and therapy*, 51(10), 690-695.
- Chiloiro, M., Darconza, G., Piccioli, E., De Carne, M., Clemente, C., & Riezzo, G. (2001). Gastric emptying and orocecal transit time in pregnancy. *Journal of gastroenterology*, 36(8), 538-543.
- Corney, R. H., & Stanton, R. (1990). Physical symptom severity, psychological and social dysfunction in a series of outpatients with irritable bowel syndrome. *Journal of psychosomatic research*, 34(5), 483-491.
- Creswell, J. W., & Yöntemleri, N. A. (2021). *Beş Yaklaşım Göre Nitel Araştırma ve Araştırma Deseni*, translated by Mesut Butun, and SB Demir. *Siyasal Kitabevi*.
- Crocker, K., Chur-Hansen, A., & Andrews, J. (2013). Interpersonal relationships for patients with irritable bowel syndrome: A qualitative study of GPs' perceptions. *Australian family physician*, 42(11), 805-810.
- Cumming, W. (1849). Electro-galvanism in a peculiar affliction of the mucous membrane of the bowels. *London Med Gazette*, 969-973.
- Çelebi, S., Acik, Y., Deveci, S. E., Bahcecioglu, I. H., Ayar, A., Demir, A., & Durukan, P. (2004). Epidemiological features of irritable bowel syndrome in a Turkish urban society. *Journal of gastroenterology and hepatology*, 19(7), 738-743.

- Çoban, S. (2018). The role of trauma, basic affective features, and the ability to understand and express emotions in irritable bowel syndrome (Doctoral dissertation, İstanbul Bilgi Üniversitesi).
- Dapoigny, M., Stockbrügger, R. W., Azpiroz, F., Collins, S., Coremans, G., Müller-Lissner, S., ... & Whorwell, P. (2003). Role of alimention in irritable bowel syndrome. *Digestion*, 67(4), 225-233.
- Davison, G. C., Neale, J. M., & Kring, A. M. (2001). *Abnormal psychology* (p. 710). New York: John Wiley.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (Eds.). (2005). *The Sage Handbook of Qualitative Research* (3rd ed.). Sage Publications Ltd.
- Drossman, D. A. (1999). An integrated approach to the irritable bowel syndrome. *Alimentary pharmacology & therapeutics*, 13, 3-14.
- Drossman, D. A., Chang, L., Schneck, S., Blackman, C., Norton, W. F., & Norton, N. J. (2009). A focus group assessment of patient perspectives on irritable bowel syndrome and illness severity. *Digestive diseases and sciences*, 54(7), 1532-1541.
- Drossman, D. A., Leserman, J., Li, Z., Keefe, F., Hu, Y. J., & Toomey, T. C. (2000). Effects of coping on health outcome among women with gastrointestinal disorders. *Psychosomatic medicine*, 62(3), 309-317.
- Drossman, D. A., Li, Z., Andruzzi, E., Temple, R. D., Talley, N. J., Thompson, W. G., ... & Koch, G. G. (1993). US householder survey of functional gastrointestinal disorders. *Digestive diseases and sciences*, 38(9), 1569-1580.
- Drossman, D. A., Thompson, W. G., Talley, N. J., Funch-Jensen, P., Janssens, J., & Whitehead, W. E. (1990). Identification of sub-groups of functional gastrointestinal disorders. *Gastroenterology international*, 3(4), 159-172.
- Doğan, L. (2015). İzmir İl Merkezinde 4-9 Yaş Arası Çocuklarda İrritabl Barsak Sendromu Sıklığının ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Yöktez*.
- Doğan (2018). İbn Sînâ metafiziğinde nefis-beden düalizmi üzerine bir zihin felsefesi değerlendirmesi, *İlahiyat Tetkikleri Dergisi*, 49 (1), 163-184.
- DuPont, A. W., Jiang, Z. D., Harold, S. A., Snyder, N., Galler, G. W., Garcia-Torres, F., & DuPont, H. L. (2014). Motility abnormalities in irritable bowel syndrome. *Digestion*, 89(2), 119-123.
- Dünya Sağlık Örgütü (2022). *Dünya Sağlık Örgütü Koronavirüs (Kovid-19) Türkiye*. <https://covid19.who.int/> sitesinden 20 Temmuz 2022 tarihinde erişildi.

- Edebol-Carlman, H., Schrooten, M. G., Ljótsson, B., Boersma, K., Linton, S. J., & Brummer, R. J. (2018). Cognitive behavioral therapy for irritable bowel syndrome: the effects on state and trait anxiety and the autonomic nervous system during induced rectal distensions-An uncontrolled trial. *Scandinavian Journal of Pain*, 18, 81-91.
- Ehrenpreis, E. D. (2005). Irritable bowel syndrome. 10% to 20% of older adults have symptoms consistent with diagnosis. *Geriatrics (Basel, Switzerland)*, 60(1), 25-28.
- Eiser, C., & Twamley, S. (1999). *Qualitative health psychology: Theories and methods*, Sage.
- Ellingson, B. M., Mayer, E., Harris, R. J., Ashe-McNally, C., Naliboff, B. D., Labus, J. S., & Tillisch, K. (2013). Diffusion tensor imaging detects microstructural reorganization in the brain associated with chronic irritable bowel syndrome. *PAIN®*, 154(9), 1528-1541.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.
- Engel, G. L. (1981). The clinical application of the biopsychosocial model. In *The Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine* (Vol. 6, No. 2, pp. 101-124). Oxford University Press.
- Engürülü, S. F. & Kasap, E. (2020). İrritabl Barsak Sendromu. *Güncel Gastroenteroloji* 24(1), 41-47.
- Esler, M. D., & Goulston, K.J. (1973). Levels of anxiety in colonic disorders. *N Engl J Med*; 288: 16-20.
- Farndale, R., & Roberts, L. (2011). Long-term impact of irritable bowel syndrome: a qualitative study. *Primary Health Care Research & Development*, 12(1), 52-67.
- Faresjö, Å., Anastasiou, F., Lionis, C., Johansson, S., Wallander, M. A., & Faresjö, T. (2006). Health-related quality of life of irritable bowel syndrome patients in different cultural settings. *Health and quality of life outcomes*, 4(1), 1-7.
- Farnam, A., Somi, M. H., Farhang, S., Mahdavi, N., & Besharat, M. A. (2014). The therapeutic effect of adding emotional awareness training to standard medical treatment for irritable bowel syndrome: a randomized clinical trial. *Journal of Psychiatric Practice®*, 20(1), 3-11.
- Ferreira, N. B., Eugenicos, M., Morris, P. G., & Gillanders, D. (2011). Using acceptance and commitment therapy in irritable bowel syndrome. *Gastrointestinal Nursing*, 9(9), 28-35.

- Fletcher, P. C., Jamieson, A. E., Schneider, M. A., & Harry, R. J. (2008). " I Know This Is Bad for Me, But...": A Qualitative Investigation of Women With Irritable Bowel Syndrome and Inflammatory Bowel Disease: Part II. *Clinical nurse specialist*, 22(4), 184-191.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of health and social behavior*, 219-239.
- Ford, A. C., Lacy, B. E., Harris, L. A., Quigley, E. M., & Moayyedi, P. (2019). Effect of antidepressants and psychological therapies in irritable bowel syndrome: an updated systematic review and meta-analysis. *Official journal of the American College of Gastroenterology/ ACG*, 114(1), 21-39.
- Ford, A. C., Quigley, E. M., Lacy, B. E., Lembo, A. J., Saito, Y. A., Schiller, L. R., ... & Moayyedi, P. (2014). Effect of antidepressants and psychological therapies, including hypnotherapy, in irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis. *Official journal of the American College of Gastroenterology/ ACG*, 109(9), 1350-1365.
- Fournier, A., Mondillon, L., Dantzer, C., Gauchez, A. S., Ducros, V., Mathieu, N., ... & Pellissier, S. (2018). Emotional overactivity in patients with irritable bowel syndrome. *Neurogastroenterology & Motility*, 30(10), e13387.
- Fukudo, S., & Kanazawa, M. (2011). Gene, environment, and brain-gut interactions in irritable bowel syndrome. *Journal of gastroenterology and hepatology*, 26, 110-115.
- Gearing, R. E. (2004). Bracketing in research: A typology. *Qualitative health research*, 14(10), 1429-1452.
- Gerson, M. J., Gerson, C. D., Awad, R. A., Dancey, C., Poitras, P., Porcelli, P., & Sperber, A. D. (2006). An international study of irritable bowel syndrome: family relationships and mind-body attributions. *Social Science & Medicine*, 62(11), 2838-2847.
- Gerson, C. D., & Gerson, M. J. (2010). A cross cultural perspective on irritable bowel syndrome. *Mount sinai journal of medicine: a journal of translational and personalized medicine*, 77(6), 707-712.
- Gerson, C. D., Gerson, M. J., Awad, R. A., Chowdhury, A., Dancey, C., Poitras, P., ... & Wang, W. A. (2008). Irritable bowel syndrome: an international study of symptoms in eight countries. *European journal of gastroenterology & hepatology*, 20(7), 659-667.
- Gerson, C. D., Gerson, M. J., Chang, L., Corazziari, E. S., Dumitrascu, D., Ghoshal, U. C., ... & Zali, M. (2015). A cross cultural investigation of attachment style, catastrophizing, negative pain beliefs, and symptom severity in irritable bowel syndrome. *Neurogastroenterology & motility*, 27(4), 490-500.
- Glaser, B. G. (1992). Basics of grounded theory analysis. Mill Valley.

- Ghoshal, U. C. (2017). Pros and Cons While Looking Through an Asian Window on the Rome IV Criteria for Irritable Bowel Syndrome: Pros. *Journal of Neurogastroenterology and Motility*, 23(3), 334-340.
- Grundmann, O., & Yoon, S. L. (2014). Complementary and alternative medicines in irritable bowel syndrome: an integrative view. *World Journal of Gastroenterology: WJG*, 20(2), 346.
- Guthrie, E. (1999). Psychodynamic interpersonal therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 5(2), 135-145.
- Gül, A. & Aygin, D. (2021). Stomalı Hastalarda Dini Ritüeller. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Gül Dergisi*, (14), 389-402.
- Gwee, K. A. (2005). Irritable bowel syndrome in developing countries—a disorder of civilization or colonization?. *Neurogastroenterology & Motility*, 17(3), 317-324.
- Harvey, J. M., Sibelli, A., Chalder, T., Everitt, H., Moss-Morris, R., & Bishop, F. L. (2018). Desperately seeking a cure: treatment seeking and appraisal in irritable bowel syndrome. *British Journal of Health Psychology*, 23(3), 561-579.
- Hakanson, C. (2014). Everyday life, healthcare, and self-care management among people with irritable bowel syndrome: an integrative review of qualitative research. *Gastroenterology Nursing*, 37(3), 217-225.
- Hakanson, C., Sahlberg-Blom, E., Nyhlin, H., & Ternstedt, B. M. (2009). Struggling with an unfamiliar and unreliable body: the experience of irritable bowel syndrome. *Journal of Nursing and Healthcare of chronic illness*, 1(1), 29-38.
- Halmos, E. P., Power, V. A., Shepherd, S. J., Gibson, P. R., & Muir, J. G. (2014). A diet low in FODMAPs reduces symptoms of irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*, 146(1), 67-75.
- Han, C. J., & Yang, G. S. (2016). Fatigue in irritable bowel syndrome: a systematic review and meta-analysis of pooled frequency and severity of fatigue. *Asian Nursing Research*, 10(1), 1-10.
- Harris, R. (2018). Kabul ve Kararlılık Terapisi ACT’i Kolay Öğrenmek İlkeler ve Ötesi İçin Hızlı Bir Başlangıç. çev. Hasan Turan Karatepe - K. Fatih Yavuz. *Litera Yayıncılık*.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior therapy*, 35(4), 639-665.
- Heitkemper, M. M., Cain, K. C., Jarrett, M. E., Burr, R. L., Hertig, V., & Bond, E. F. (2003). Symptoms across the menstrual cycle in women with irritable bowel syndrome. *The American journal of gastroenterology*, 98(2), 420-430.

- Heitkemper, M., Carter, E., Ameen, V., Olden, K., & Cheng, L. (2002). Women with irritable bowel syndrome: differences in patients' and physicians' perceptions. *Gastroenterology nursing*, 25(5), 192-200.
- Heitkemper, M. M., & Chang, L. (2009). Do fluctuations in ovarian hormones affect gastrointestinal symptoms in women with irritable bowel syndrome?. *Gender medicine*, 6, 152-167.
- Heitkemper, M., & Jarrett, M. (2005). Overlapping conditions in women with irritable bowel syndrome. *Urol Nurs*, 25(1), 25-30.
- Heitkemper M, Jarrett M, Bond EF. (2004) Irritable bowel syndrome in women: a common health problem. *Nurs Clin North Am*, 39,69-81.
- Henker, J., Keller, A., Reiss, N., Siepmann, M., Croy, I., & Weidner, K. (2019). Early maladaptive schemas in patients with somatoform disorders and somatization. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 26(4), 418-429.
- Hertig, V. L., Cain, K. C., Jarrett, M. E., Burr, R. L., & Heitkemper, M. M. (2007). Daily stress and gastrointestinal symptoms in women with irritable bowel syndrome. *Nursing research*, 56(6), 399-406.
- Houghton, L. A., Jackson, N. A., Whorwell, P. J., & Morris, J. (2000). Do male sex hormones protect from irritable bowel syndrome?. *The American journal of gastroenterology*, 95(9), 2296-2300.
- Horesh, D., & Brown, A. D. (2020). Traumatic stress in the age of COVID-19: A call to close critical gaps and adapt to new realities. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(4), 331-335. <https://doi.org/10.1037/tra0000592>
- Hökelekli, Hayati. *Din Psikolojisi*, Ankara, 1993.
- Hungin, A. P. S., Whorwell, P. J., Tack, J., & Mearin, F. (2003). The prevalence, patterns and impact of irritable bowel syndrome: an international survey of 40 000 subjects. *Alimentary pharmacology & therapeutics*, 17(5), 643-650.
- Hyphantis, T., Guthrie, E., Tomenson, B., & Creed, F. (2009). Psychodynamic interpersonal therapy and improvement in interpersonal difficulties in people with severe irritable bowel syndrome. *PAIN®*, 145(1-2), 196-203.
- İbn Mâce, Ebû Abdillâh Muhammed b. Yezîd Mâceel-Kazvînî. (2018). *Sünen-i İbni Mâce*. çev. Haydar Hatipoğlu, KahramanYayınları.
- Jackson, J. L., O'Malley, P. G., Tomkins, G., Balden, E., Santoro, J., & Kroenke, K. (2000). Treatment of functional gastrointestinal disorders with antidepressant medications: a meta-analysis. *The American journal of medicine*, 108(1), 65-72.

- Jamieson, A. E., Fletcher, P. C., & Schneider, M. A. (2007). Seeking control through the determination of diet: a qualitative investigation of women with irritable bowel syndrome and inflammatory bowel disease. *Clinical Nurse Specialist, 21*(3), 152-160.
- Jailwala, J., Imperiale, T. F., & Kroenke, K. (2000). Pharmacologic treatment of the irritable bowel syndrome: a systematic review of randomized, controlled trials. *Annals of Internal medicine, 133*(2), 136-147.
- Jebiril, N. (2020). World Health Organization declared a pandemic public health menace: a systematic review of the coronavirus disease 2019 “COVID-19”. Available at SSRN 3566298.
- Johnson, J. E., & Johnson, K. E. (2006). Ambiguous chronic illness in women: community health nursing concern. *Journal of Community Health Nursing, 23*(3), 159-167.
- Jones, M. P., Wessinger, S., & Crowell, M. D. (2006). Coping strategies and interpersonal support in patients with irritable bowel syndrome and inflammatory bowel disease. *Clinical Gastroenterology and Hepatology, 4*(4), 474-481.
- Kang, S. H., Choi, S. W., Lee, S. J., Chung, W. S., Lee, H. R., Chung, K. Y., ... & Jeong, H. Y. (2011). The effects of lifestyle modification on symptoms and quality of life in patients with irritable bowel syndrome: a prospective observational study. *Gut and Liver, 5*(4), 472.
- Karaman, N., Türkay, C., & Yönel, O. (2003). Irritable bowel syndrome prevalence in city center of Sivas. *The Turkish Journal of Gastroenterology: The Official Journal of Turkish Society of Gastroenterology, 14*(2), 128-131.
- Kasapoğlu, A. (2005). Bir dinî tecrübe olarak Ku'ran'da huşû. *Tasavvuf: İlmî ve Akademik Araştırma Dergisi, 15*, 177-190.
- Kavas, S., & De Jong, J. (2020). Exploring the mechanisms through which social ties affect fertility decisions in Turkey. *Journal of Marriage and Family, 82*(4), 1250-1269.
- Kavas, S., & Thornton, A. (2020). Developmental idealism and beliefs about marriage and fertility in Turkey. *Population Research and Policy Review, 39*(1), 47-75.
- Kay, L., Jørgensen, T., & Lanng, C. (1998). Irritable bowel syndrome: which definitions are consistent?. *Journal of internal medicine, 244*(6), 489-494.
- Kaya, Y. D. (2019). Huzursuz Bağırsak Sendromu. *Jour Turk Fam Phy, 10*(4), 205-213.
- Keshavarzi, H., Khan, F., Ali, B. & Awaad, R. (2020). *Applying islamic principles to clinical mental health care: introducing traditional islamically integrated psychotherapy*. New York: Routledge.

- Kılıç, S. P., Kiliç, N., Sevinç, S., & Demirel, C. (2020). A Qualitative Study of the Experiences of Complementary and Alternative Medicine Use in Patients With IBS-C. *Holistic Nursing Practice*, 34(3), 171-179.
- Kılıç, S. P., Ovayolu, N., & Koruk, M. (2017). İrritabl Barsak Sendromlu Hastalarda Yaşam Kalitesi. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(2), 27-32.
- Kligler, B., & Chaudary, S. (2007). Peppermint oil. *American family physician*, 75(7), 1027-1030.
- Kovács, Z., & Kovács, F. (2007). Depressive and anxiety symptoms, dysfunctional attitudes and social aspects in irritable bowel syndrome and inflammatory bowel disease. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 37(3), 245-255.
- Krivzov, J., Baert, F., Meganck, R., & Cornelis, S. (2020). Interpersonal dynamics and therapeutic relationship in patients with functional somatic syndromes: A metasynthesis of case studies. *Journal of Counseling Psychology*.
- Kruis, W. C. M. P. J. W., Thieme, C. H., Weinzierl, M., Schüssler, P., Holl, J., & Paulus, W. (1984). A diagnostic score for the irritable bowel syndrome: its value in the exclusion of organic disease. *Gastroenterology*, 87(1), 1-7.
- Lackner, J. M., Jaccard, J., Krasner, S. S., Katz, L. A., Gudleski, G. D., & Blanchard, E. B. (2007). How Does Cognitive Behavior Therapy for Irritable Bowel Syndrome Work? A Mediation Analysis of a Randomized Clinical Trial. *Gastroenterology*, 133(2), 433-444.
- Lackner, J. M., Brasel, A. M., Quigley, B. M., Keefer, L., Krasner, S. S., Powell, C., ... & Sitrin, M. D. (2010). The ties that bind: perceived social support, stress, and IBS in severely affected patients. *Neurogastroenterology & Motility*, 22(8), 893-900.
- Lackner, J. M., & Gurtman, M. B. (2004). Pain catastrophizing and interpersonal problems: a circumplex analysis of the communal coping model. *Pain*, 110(3), 597-604.
- Lackner, J. M., & Gurtman, M. B. (2005). Patterns of interpersonal problems in irritable bowel syndrome patients: a circumplex analysis. *Journal of psychosomatic research*, 58(6), 523-532.
- Lackner, J. M., Ma, C. X., Keefer, L., Brenner, D. M., Gudleski, G. D., Satchidanand, N., ... & Mayer, E. A. (2013). Type, rather than number, of mental and physical comorbidities increases the severity of symptoms in patients with irritable bowel syndrome. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 11(9), 1147-1157.
- Lacy, B. E., Mearin, F., Chang, L., Chey, W. D., Lembo, A. J., Simren, M., & Spiller, R. (2016). Bowel disorders. *Gastroenterology*, 150(6), 1393-1407.

- Lacy, B. E., & Patel, N. K. (2017). Rome criteria and a diagnostic approach to irritable bowel syndrome. *Journal of clinical medicine*, 6(11), 99.
- Langmead, L., Chitnis, M., & Rampton, D. S. (2002). Use of complementary therapies by patients with IBD may indicate psychosocial distress. *Inflammatory bowel diseases*, 8(3), 174-179.
- Lazarus, R. S. (1990). Theory-based stress measurement. *Psychological inquiry*, 1(1), 3-13.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York, NY: Springer.
- Lembo, A. J., Lacy, B. E., Zuckerman, M. J., Schey, R., Dove, L. S., Andrae, D. A., ... & Covington, P. S. (2016). Eluxadoline for irritable bowel syndrome with diarrhea. *New England Journal of Medicine*, 374(3), 242-253.
- Levitt, H. M., Motulsky, S. L., Wertz, F. J., Morrow, S. L., & Ponterotto, J. G. (2017). Recommendations for designing and reviewing qualitative research in psychology: Promoting methodological integrity. *Qualitative psychology*, 4(1), 2.
- Levy, R. L., Cain, K. C., Jarrett, M., & Heitkemper, M. M. (1997). The relationship between daily life stress and gastrointestinal symptoms in women with irritable bowel syndrome. *Journal of behavioral medicine*, 20(2), 177-193.
- Levy, R. L., Jones, K. R., Whitehead, W. E., Feld, S. I., Talley, N. J., & Corey, L. A. (2001a). Irritable bowel syndrome in twins: heredity and social learning both contribute to etiology. *Gastroenterology*, 121(4), 799-804.
- Levy, R. L., Langer, S. L., Walker, L. S., Romano, J. M., Christie, D. L., Youssef, N., ... & Whitehead, W. E. (2013). Twelve-month follow-up of cognitive behavioral therapy for children with functional abdominal pain. *JAMA pediatrics*, 167(2), 178-184.
- Levy, R. L., Von Korff, M., Whitehead, W. E., Stang, P., Saunders, K., Jhingran, P., ... & Feld, A. D. (2001b). Costs of care for irritable bowel syndrome patients in a health maintenance organization. *The American journal of gastroenterology*, 96(11), 3122-3129.
- Levy, R. L., Whitehead, W. E., Walker, L. S., Von Korff, M., Feld, A. D., Garner, M., & Christie, D. (2004). Increased somatic complaints and health-care utilization in children: effects of parent IBS status and parent response to gastrointestinal symptoms. *Official journal of the American College of Gastroenterology/ACG*, 99(12), 2442-2451.
- Liegl, G., Plessen, C. Y., Leitner, A., Boeckle, M., & Pieh, C. (2015). Guided self-help interventions for irritable bowel syndrome: a systematic review and meta-analysis. *European journal of gastroenterology & hepatology*, 27(10), 1209-1221.

- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Sage.
- Liu, P., Zeng, F., Zhou, G., Wang, J., Wen, H., Von Deneen, K. M., ... & Tian, J. (2013). Alterations of the default mode network in functional dyspepsia patients: a resting-state fmri study. *Neurogastroenterology & Motility*, 25(6), e382-e388.
- Ljótsson, B., Andersson, E., Lindfors, P., Lackner, J. M., Grönberg, K., Molin, K., ... & Hedman, E. (2013). Prediction of symptomatic improvement after exposure-based treatment for irritable bowel syndrome. *BMC gastroenterology*, 13(1), 1-9.
- Ljótsson, B., Hesser, H., Andersson, E., Lindfors, P., Hursti, T., Rück, C., ... & Hedman, E. (2013). Mechanisms of change in an exposure-based treatment for irritable bowel syndrome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(6), 1113.
- Ljótsson, B., Falk, L., Vesterlund, A. W., Hedman, E., Lindfors, P., Rück, C., ... & Andersson, G. (2010). Internet-delivered exposure and mindfulness based therapy for irritable bowel syndrome—a randomized controlled trial. *Behaviour research and therapy*, 48(6), 531-539.
- Longstreth, G. F., Wilson, A., Knight, K., Wong, J., Chiou, C. F., Barghout, V., ... & Ofman, J. J. (2003). Irritable bowel syndrome, health care use, and costs: a US managed care perspective. *The American journal of gastroenterology*, 98(3), 600-607.
- Lovell, R. M., & Ford, A. C. (2012). Global prevalence of and risk factors for irritable bowel syndrome: a meta-analysis. *Clinical gastroenterology and hepatology*, 10(7), 712-721.
- Lowén, M. B., Mayer, E. A., Sjöberg, M., Tillisch, K., Naliboff, B., Labus, J., ... & Walter, S. A. (2013). Effect of hypnotherapy and educational intervention on brain response to visceral stimulus in the irritable bowel syndrome. *Alimentary pharmacology & therapeutics*, 37(12), 1184-1197.
- Lustyk, K. M., Jarrett, M. E., Bennett, J. C., & Heitkemper, M. M. (2001). Does a physically active lifestyle improve symptoms in women with irritable bowel syndrome?. *Gastroenterology Nursing*, 24(3), 129-137.
- Luyten, P., Van Houdenhove, B., Lemma, A., Target, M., & Fonagy, P. (2012). A mentalization-based approach to the understanding and treatment of functional somatic disorders. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 26(2), 121-140.
- Mahadeva, S., & Ford, A. C. (2016). Clinical and epidemiological differences in functional dyspepsia between the East and the West. *Neurogastroenterology & Motility*, 28(2), 167-174.
- Manning, A. P., Thompson, W. G., Heaton, K. W., & Morris, A. F. (1978). Towards positive diagnosis of the irritable bowel. *Br Med J*, 2(6138), 653-654.

- Matthews, G., Davies, D. R., Stammers, R. B., & Westerman, S. J. (2000). *Human performance: Cognition, stress, and individual differences*. Psychology Press.
- Mattila, A. K., Kronholm, E., Jula, A., Salminen, J. K., Koivisto, A. M., Mielonen, R. L., & Joukamaa, M. (2008). Alexithymia and somatization in general population. *Psychosomatic medicine*, *70*(6), 716-722.
- Mawe, G. M., & Hoffman, J. M. (2013). Serotonin signalling in the gut—functions, dysfunctions and therapeutic targets. *Nature reviews Gastroenterology & hepatology*, *10*(8), 473-486.
- Mayer, E. A., & Tillisch, K. (2011). The brain-gut axis in abdominal pain syndromes. *Annual review of medicine*, *62*, 381-396.
- McDaniel, S. H., Hepworth, J., & Doherty, W. J. (1992). *Medical family therapy: A biopsychosocial approach to families with health problems*. Basic Books.
- McManis P., Newall D & Talley NJ. (2001). Abdominal wall muscle activity in irritable bowel syndrome with bloating. *Am J Gastroenterol*, *96*, 1139–42.
- Mearin, F., Baró, E., Roset, M., Badía, X., Zárata, N., & Pérez, I. (2004). Clinical patterns over time in irritable bowel syndrome: symptom instability and severity variability. *Official journal of the American College of Gastroenterology/ACG*, *99*(1), 113-121.
- Michalsen, V. L., Vandvik, P. O., & Farup, P. G. (2015). Predictors of health-related quality of life in patients with irritable bowel syndrome. A cross-sectional study in Norway. *Health and Quality of Life Outcomes*, *13*(1), 1-9.
- Miller, G. E., Cohen, S., & Ritchey, A. K. (2002). Chronic psychological stress and the regulation of pro-inflammatory cytokines: a glucocorticoid-resistance model. *Health psychology*, *21*(6), 531.
- Mohebbi, Z., Sharif, F., Peyrovi, H., Rakhshan, M., Naini, M. A., & Zarshenas, L. (2019). Experience lived by Iranian patients with irritable bowel syndrome: Transitory crisis and liberation. *Investigación y Educación en Enfermería*, *37*(3).
- Mohebbi, Z., Sharif, F., Peyrovi, H., Rakhshan, M., AlizadeNaini, M., & Zarshenas, L. (2020). Patients' experience of living with irritable bowel syndrome (IBS): A hermeneutic phenomenology. *Journal of Qualitative Research in Health Sciences*, *9*(1), 28-37.
- Morrow, S. L. (2005). Quality and trustworthiness in qualitative research in counseling psychology. *Journal of counseling psychology*, *52*(2), 250.

- Motzer, S. A., Hertig, V., Jarrett, M., & Heitkemper, M. M. (2003). Sense of coherence and quality of life in women with and without irritable bowel syndrome. *Nursing Research*, 52(5), 329-337.
- Muscatello, M. R. A., Bruno, A., Mento, C., Pandolfo, G., & Zoccali, R. A. (2016). Personality traits and emotional patterns in irritable bowel syndrome. *World Journal Of Gastroenterology*, 22(28), 6402.
- Muscatello, M. R. A., Bruno, A., Scimeca, G., Pandolfo, G., & Zoccali, R. A. (2014). Role of negative affects in pathophysiology and clinical expression of irritable bowel syndrome. *World Journal of Gastroenterology: WJG*, 20(24), 7570.
- Naliboff, B. D., Frese, M. P., & Rapgay, L. (2008). Mind/body psychological treatments for irritable bowel syndrome. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 5(1), 41-50.
- Nan, J., Liu, J., Li, G., Xiong, S., Yan, X., Yin, Q., ... & Tian, J. (2013). Whole-brain functional connectivity identification of functional dyspepsia. *PloS one*, 8(6), e65870.
- Oerlemans, S., Van Cranenburgh, O., Herremans, P. J., Spreeuwenberg, P., & van Dulmen, S. (2011). Intervening on cognitions and behavior in irritable bowel syndrome: A feasibility trial using PDAs. *Journal of Psychosomatic Research*, 70(3), 267-277.
- Oka, P., Parr, H., Barberio, B., Black, C. J., Savarino, E. V., & Ford, A. C. (2020). Global prevalence of irritable bowel syndrome according to Rome III or IV criteria: a systematic review and meta-analysis. *The lancet Gastroenterology & hepatology*, 5(10), 908-917.
- Oshima, T., Siah, K. T. H., Yoshimoto, T., Miura, K., Tomita, T., Fukui, H., & Miwa, H. (2021). Impacts of the COVID-19 pandemic on functional dyspepsia and irritable bowel syndrome: a population-based survey. *Journal of gastroenterology and hepatology*, 36(7), 1820-1827.
- O'Sullivan, M. A., Mahmud, N., Kelleher, D. P., Lovett, E., & O'Morain, C. A. (2000). Patient knowledge and educational needs in irritable bowel syndrome. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*, 12(1), 39-43.
- Öhman, L., & Simren, M. (2007). New insights into the pathogenesis and pathophysiology of irritable bowel syndrome. *Digestive and liver disease*, 39(3), 201-215.
- Özdemir, M., & Perktaş, G. (2016). İrritable bağırsak sendromunda diyet. *Güncel gastroenteroloji*, 20(3), 274-279.

- Özden, A., Köksal, A. Ş., & Oğuz, O. (2006). The frequency of irritable bowel syndrome in primary care centers of Turkey. *Akademik Gastroenteroloji Dergisi*, 5(1), 4-15.
- Palmer, R. L., Stonehill, E., Crisp, A. H., Waller, S. L., & Misiewicz, J. J. (1974). Psychological characteristics of patients with the irritable bowel syndrome. *Postgrad Med J*, 50: 416-419.
- Pargament, K. I., Smith, B. W., Koenig, H. G., & Perez, L. (1998). Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 37, 711-725.
- Park, J. M., Choi, M. G., Oh, J. H., Cho, Y. K., Lee, I. S., Kim, S. W., ... & Chung, I. S. (2006). Cross-cultural validation of irritable bowel syndrome quality of life in Korea. *Digestive diseases and sciences*, 51(8), 1478-1484.
- Park, S. H., Han, K. S., & Kang, C. B. (2014). Relaxation therapy for irritable bowel syndrome: a systematic review. *Asian Nursing Research*, 8(3), 182-192.
- Patrick, D. L., Drossman, D. A., Frederick, I. O., Dicesare, J., & Puder, K. L. (1998). Quality of life in persons with irritable bowel syndrome (development and validation of a new measure). *Digestive diseases and sciences*, 43(2), 400-411.
- Peters GA, & Barga JA. (1944). The irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*, 3, 399-402.
- Phillips, K., Wright, B. J., & Kent, S. (2013). Psychosocial predictors of irritable bowel syndrome diagnosis and symptom severity. *Journal of psychosomatic research*, 75(5), 467-474.
- Poynard, T., Regimbeau, C., & Benhamou, Y. (2001). Meta-analysis of smooth muscle relaxants in the treatment of irritable bowel syndrome. *Alimentary pharmacology & therapeutics*, 15(3), 355-361.
- Rahman, M. M., Mahadeva, S., & Ghoshal, U. C. (2017). Epidemiological and clinical perspectives on irritable bowel syndrome in India, Bangladesh and Malaysia: a review. *World Journal of Gastroenterology*, 23(37), 6788.
- Ragnarsson, G. & Bodemar, G. (1998). Pain is temporally related to eating but not to defaecation in the irritable bowel syndrome (IBS): Patients' description of diarrhoea, constipation and symptom variation during a prospective 6-week study. *European Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 10(5), 415-421.
- Ringström, G., Störsrud, S., Lundqvist, S., Westman, B., & Simrén, M. (2009). Development of an educational intervention for patients with irritable bowel syndrome (IBS)—a pilot study. *BMC gastroenterology*, 9(1), 1-9.

- Ritchie, J. (1973). Pain from distension of the pelvic colon by inflating a balloon in the irritable colon syndrome. *Gut*, *14*(2), 125-132.
- Roohafza, H., Keshteli, A. H., Daghighzadeh, H., Afshar, H., Erfani, Z., & Adibi, P. (2016). Life stressors, coping strategies, and social supports in patients with irritable bowel syndrome. *Advanced Biomedical Research*, *5*.
- Saito, Y. A., Zimmerman, J. M., S. Harmsen, W., De Andrade, M., Locke III, G. R., Petersen, G. M., & Talley, N. J. (2008). Irritable bowel syndrome aggregates strongly in families: a family based case control study. *Neurogastroenterology & Motility*, *20*(7), 790-797.
- Salari, N., Hosseini-Far, A., Jalali, R., Vaisi-Raygani, A., Rasoulpoor, S., Mohammadi, M., Rasoulpoor, S., & Khaledi-Paveh, B. (2020). Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Global Health*, *16*(1), 57. <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00589-w>
- Sánchez, B. S., Roales-Nieto, J. G., Ferreira, N. B., Luciano, B. G., & Domingo, J. J. S. (2017). New psychological therapies for irritable bowel syndrome: mindfulness, acceptance and commitment therapy (ACT). *Revista española de enfermedades digestivas: organo oficial de la Sociedad Española de Patología Digestiva*, *109*(9), 648-657.
- Saggiaro, A. (2004). Probiotics in the treatment of irritable bowel syndrome. *Journal of Clinical Gastroenterology*, *38*, S104-S106.
- Seidman, I. (2006). *Interviewing as qualitative research: A guide for researchers in education and the social sciences*. Teachers college press.
- Seligman, M. E., & Csikszentmihalyi, M. (2014). Positive psychology: An introduction. In *Flow and the foundations of positive psychology* (pp. 279-298). Springer, Dordrecht.
- Seminowicz, D. A., Labus, J. S., Bueller, J. A., Tillisch, K., Naliboff, B. D., Bushnell, M. C., & Mayer, E. A. (2010). Regional gray matter density changes in brains of patients with irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*, *139*(1), 48-57.
- Schneider, M. A., & Fletcher, P. C. (2008). 'I feel as if my IBS is keeping me hostage!' Exploring the negative impact of irritable bowel syndrome (IBS) and inflammatory bowel disease (IBD) upon university-aged women. *International Journal Of Nursing Practice*, *14*(2), 135-148.
- Schneider, A., Rosenberger, S., Bobardt, J., Bungartz-Catak, J., Atmann, O., & Haller, B. (2017). Self-help guidebook improved quality of life for patients with irritable bowel syndrome. *PLoS ONE*, *12*(7), e0181764.
- Schmulson, M. J., & Drossman, D. A. (2017). What is new in Rome IV. *Journal of neurogastroenterology and motility*, *23*(2), 151.

- Shi L, Lu ZA, Que JY, Huang XL, Liu L, Ran MS, et al. Prevalence of and Risk Factors Associated With Mental Health Symptoms Among the General Population in China During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic. *JAMA Netw Open*. 2020; 3: e2014053.
- Shirazi, M., Khan, M. A., & Khan, R. A. (2011). Coping strategies: a cross-cultural study. *Romanian Journal of Psychology, Psychotherapy and Neuroscience*, 1(2), 284-302.
- Shorey, S., Demutska, A., Chan, V., & Siah, K. T. H. (2021). Adults living with irritable bowel syndrome (IBS): A qualitative systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 140, 110289.
- Sibelli, A., Chalder, T., Everitt, H., Workman, P., Bishop, F. L., & Moss-Morris, R. (2017). The role of high expectations of self and social desirability in emotional processing in individuals with irritable bowel syndrome: A qualitative study. *British Journal of Health Psychology*, 22(4), 737-762. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12264>.
- Silk, D. B. (2001). Impact of irritable bowel syndrome on personal relationships and working practices. *European journal of gastroenterology & hepatology*, 13(11), 1327-1332.
- Simren, M., Abrahamsson, H., Svedlund, J., & Björnsson, E. S. (2001). Quality of life in patients with irritable bowel syndrome seen in referral centers versus primary care: the impact of gender and predominant bowel pattern. *Scandinavian journal of gastroenterology*, 36(5), 545-552.
- Skrastins, O., & Fletcher, P. C. (2016). “One Flare at a Time”: adaptive and maladaptive behaviors of women coping with inflammatory bowel disease and irritable bowel syndrome. *Clinical Nurse Specialist*, 30(5), E1-E11.
- Smith, R., Gudleski, G. D., Lane, R. D., & Lackner, J. M. (2020). Higher emotional awareness is associated with reduced pain in irritable bowel syndrome patients: Preliminary results. *Psychological reports*, 123(6), 2227-2247.
- Spiegel, B. M., Khanna, D., Bolus, R., Agarwal, N., Khanna, P., & Chang, L. (2011). Understanding gastrointestinal distress: a framework for clinical practice. *The American journal of gastroenterology*, 106(3), 380.
- Srivastava, P., Bhad, R., Sharma, P., Varshney, M., & Sharan, P. (2015). Successful management of difficult-to-treat irritable bowel syndrome incorporating a psychological approach. *Natl Med J India*, 28(4), 188-189.
- Sunar, D., & Fisek, G. (2005). Contemporary Turkish families. *Families in Global Perspective*, 169-183.
- Sullivan, M. J., Thorn, B., Haythornthwaite, J. A., Keefe, F., Martin, M., Bradley, L. A., & Lefebvre, J. C. (2001). Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *The Clinical journal of pain*, 17(1), 52-64.

- Sullivan, N., Phillips, L. A., Pigeon, W. R., Quigley, K. S., Graff, F., Litke, D. R., ... & McAndrew, L. M. (2019). Coping with medically unexplained physical symptoms: the role of illness beliefs and behaviors. *International Journal of Behavioral Medicine*, 26(6), 665-672.
- Surdea-Blaga, T., Băban, A., & Dumitrascu, D. L. (2012). Psychosocial determinants of irritable bowel syndrome. *World journal of gastroenterology: WJG*, 18(7), 616.
- Surdea-Blaga, T., Baban, A., Nedelcu, L., & Dumitrascu, D. L. (2016). Psychological Interventions for Irritable Bowel Syndrome. *Journal of Gastrointestinal & Liver Diseases*, 25(3).
- Stanculete, M. F., Matu, S., Pojoga, C., & Dumitrascu, D. L. (2015). Coping strategies and irrational beliefs as mediators of the health-related quality of life impairments in irritable bowel syndrome. *Journal of Gastrointestinal & Liver Diseases*, 24(2).
- Talley, N. J., & Spiller, R. (2002). Irritable bowel syndrome: a little understood organic bowel disease?. *The Lancet*, 360(9332), 555-564.
- Tanaka, Y., Kanazawa, M., Fukudo, S. & Drossman, D. A. (2011). Biopsychosocial model of irritable bowel syndrome. *J Neurogastroenterol Motil*, 17, 131-139.
- Taufik, T., & Ibrahim, R. (2020). Making sense of disaster: Affinity to God as a coping strategy of Muslim refugees in Central Sulawesi. *Journal of Loss and Trauma*, 25(1), 61-73.
- Thakur, E. R., Holmes, H. J., Lockhart, N. A., Carty, J. N., Ziadni, M. S., Doherty, H. K., ... & Lumley, M. A. (2017). Emotional awareness and expression training improves irritable bowel syndrome: A randomized controlled trial. *Neurogastroenterology & Motility*, e13143.
- Thomas, D. R. (2006). A general inductive approach for analyzing qualitative evaluation data. *American journal of evaluation*, 27(2), 237-246.
- Thompson, W. G., Longstreth, G. F., Drossman, D. A., Heaton, K. W., Irvine, E. J., & Müller-Lissner, S. A. (1999). Functional bowel disorders and functional abdominal pain. *Gut*, 45(suppl 2), 1143-1147.
- Theromefoundation, 2016, 16 Ocak. *Roma IV kriterleri*. <https://theromefoundation.org/sitesinden> 16 Ocak 2022 tarihinde erişildi.
- Tkalcic, M., Hauser, G., Pletikosic, S., & Štimac, D. (2009). Personality In Patients With Irritable Bowel Syndrome And Inflammatory Bowel Diseases. *Clujul Medical*, 82(4).
- Toner, B. B. (2005). Cognitive-behavioral treatment of irritable bowel syndrome. *CNS Spectrums*, 10(11), 883-890.

- Torkzadeh, F., Danesh, M., Mirbagher, L., Daghighzadeh, H., & Emami, M. H. (2019). Relations between coping skills, symptom severity, psychological symptoms, and quality of life in patients with irritable bowel syndrome. *International journal of preventive medicine*, 10, 1-6.
- Tougas, G. (1999). The autonomic nervous system in functional bowel disorders. *Canadian Journal of Gastroenterology= Journal Canadien de Gastroenterologie*, 13, 15A-17A.
- Tunç, N., & Yalnız, M. Komplementer Tedavinin Fonksiyonel Gastrointestinal Sistem Hastalıklarında Yeri. *Güncel Gastroenteroloji*, 21(4), 345-352.
- Turna, J., Kaplan, K. G., Patterson, B., Bercik, P., Anglin, R., Soreni, N., & Van Ameringen, M. (2019). Higher prevalence of irritable bowel syndrome and greater gastrointestinal symptoms in obsessive-compulsive disorder. *Journal of psychiatric research*, 118, 1-6.
- Türkçapar H (2008). *Bilişsel terapi: Temel ilkeler ve Uygulama*, 5. baskı, HYB
- Uchino, B. N., Cacioppo, J. T., & Kiecolt-Glaser, J. K. (1996). The relationship between social support and physiological processes: a review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychological bulletin*, 119(3), 488.
- Ung, E. J., Ringstrom, G., Sjövall, H., & Simrén, M. (2013). How patients with long-term experience of living with irritable bowel syndrome manage illness in daily life: a qualitative study. *European journal of gastroenterology & hepatology*, 25(12), 1478-1483.
- Uysal, B., Özkul, S., Morgül, E., & Eren, S. (2021). Koronavirüs Salgın Sürecinde Uluslararası Üniversite Öğrencilerine Yönelik Pozitif Psikoloji Temelli Çevrimiçi Müdahale Programının Etkinliği. *Talim*, 5(1), 50-64.
- Uzan, M. M., Polat, A. O., Uzan, G. S., Toprak, D., Karasu, E., Sarıkaya, D., & Mergen, H. (2018). Aile hekimliği polikliniği'ne başvuran hastalarda İrritabl Barsak Sendromu sıklığı ve bu hastaların sosyodemografik, klinik ve yaşam tarzı özellikleri. *Ankara Medical Journal*, 18(4), 690-698.
- Van Oudenhove, L., Levy, R. L., Crowell, M. D., Drossman, D. A., Halpert, A. D., Keefer, L., ... & Naliboff, B. D. (2016). Biopsychosocial aspects of functional gastrointestinal disorders: how central and environmental processes contribute to the development and expression of functional gastrointestinal disorders. *Gastroenterology*, 150(6), 1355-1367.
- Walker, A. R., & Segal, I. (1979). Epidemiology of noninfective intestinal diseases in various ethnic groups in South Africa. *Israel journal of medical sciences*, 15(4), 309-313.

- Walker, L. S., Williams, S. E., Smith, C. A., Garber, J., Van Slyke, D. A., & Lipani, T. A. (2006). Parent attention versus distraction: impact on symptom complaints by children with and without chronic functional abdominal pain. *Pain, 122*(1-2), 43-52.
- Whitehead, W. E., Burnett, C. K., Cook, E. W., & Taub, E. (1996). Impact of irritable bowel syndrome on quality of life. *Digestive diseases and sciences, 41*(11), 2248-2253.
- Whitehead, W. E., Cheskin, L. J., Heller, B. R., Robinson, J. C., Crowell, M. D., Benjamin, C., & Schuster, M. M. (1990). Evidence for exacerbation of irritable bowel syndrome during menses. *Gastroenterology, 98*(6), 1485-1489.
- Whitehead, W. E., Holtkotter, B., Enck, P., Hoelzl, R., Holmes, K. D., Anthony, J., ... & Schuster, M. M. (1990). Tolerance for rectosigmoid distention in irritable bowel syndrome. *Gastroenterology, 98*(5), 1187-1192.
- Whitehead, W. E., Palsson, O. S., Levy, R. R., Feld, A. D., Turner, M., & Von Korff, M. (2007). Comorbidity in irritable bowel syndrome. *Official journal of the American College of Gastroenterology| ACG, 102*(12), 2767-2776.
- Whitehead, W. E., Palsson, O., & Jones, K. R. (2002). Systematic review of the comorbidity of irritable bowel syndrome with other disorders: what are the causes and implications?. *Gastroenterology, 122*(4), 1140-1156.
- Wilpart, K., Törnblom, H., Svedlund, J., Tack, J. F., Simrén, M., & Van Oudenhove, L. (2017). Coping skills are associated with gastrointestinal symptom severity and somatization in patients with irritable bowel syndrome. *Clinical Gastroenterology and Hepatology, 15*(10), 1565-1571.
- Wilson, S., Roberts, L., Roalfe, A., Bridge, P., & Singh, S. (2004). Prevalence of irritable bowel syndrome: a community survey. *British journal of general practice, 54*(504), 495-502.
- Wrzesińska, M. A., & Kocur, J. (2008). The assessment of personality traits and coping style level among the patients with functional dyspepsia and irritable bowel syndrome. *Psychiatria Polska, 42*(5), 709-717.
- Yıldırım, A., & Simsek, H. (2016). Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri. Seçkin Yayıncılık, Ankara.
- Yilmaz, Ş., Dursun, M., Ertem, M., Canoruc, F., & Turhanoğlu, A. (2005). The epidemiological aspects of irritable bowel syndrome in Southeastern Anatolia: a stratified randomised community-based study. *International journal of clinical practice, 59*(3), 361-369.

EKLER

EK A

SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Yaşınız:

Cinsiyetiniz:

Medeni Durumunuz:

- Evli
- Bekâr

Kiminle yaşıyorsunuz?

- Yalnız
- Ailemle
- Arkadaşlarımla
- Diğer

Eğitim Durumunuz Nedir?

- İlköğretim
- Lise
- Üniversite
- Lisansüstü
- Diğer

Gelir Düzeyiniz Nedir?

- Düşük
- Orta
- Yüksek

Çalışıyor musunuz?

Evet

Mesleğiniz nedir?

Hayır

Kaç Yıldır İrritabl Barsak Sendromu Tanısına Sahipsiniz? yıldır.

İrritabl Barsak Sendromu Tanısını bir Hekim tarafından mı aldınız?

Evet

Hayır

Cevabınız evet ise, tanı koyan hekimin uzmanlık alanını belirtir misiniz?

Gastroenteroloji

Dâhiliye

Aile hekimliği

Diğer

İBS için kullandığımız bir ilaç var mı?

Evet

Belirtiniz:

Hayır

İBS ile ilgili herhangi bir tedavi görüyor musunuz?

Evet

Tedavi Yöntemini Belirtiniz (İlaç, psikoterapi, diğer):

Hayır

Herhangi kronik bir rahatsızlığınız var mı?

Evet

Belirtiniz:

Hayır

Herhangi bir ilaç kullanıyor musunuz?

Evet

Belirtiniz:

Hayır

Herhangi bir psikolojik rahatsızlığınız var mı?

Hayır

Evet

Belirtiniz:

Yukarıda belirttiğiniz psikolojik rahatsızlığınız için şu an bir tedavi görüyor musunuz?

Hayır

Evet

Yukarıda belirttiğiniz psikolojik rahatsızlığınız için geçmişte tedavi gördünüz mü?

Hayır

Evet

Psikolojik rahatsızlığınız için ilaçla mı yoksa psikoterapi ile mi tedavi gördünüz?

Lütfen belirtiniz

İlaç

Psikoterapi

Aşağıdaki belirtilerden en az son 3 aydır yaşadıklarınızı işaretleyiniz (Birden çok seçeneği aynı anda işaretleyebilirsiniz)

Haftada en az bir gün görülen karın ağrısı

Karın ağrısının defekasyonla ilişkili olması

Barsak düzeni ve dışkılama sıklığında değişim

Dışkı şekli ve görünümünde değişiklik

İBS'yi Genellikle Nasıl Yaşıyorsunuz?

- Kabızlıkla Seyreden IBS
- Diyare ile Seyreden IBS
- Karışık Tip IBS (Kabızlık ve Diyare karışık)

İBS ile ilgili belirtileriniz İlk Ne Zaman Ortaya Çıktı?

- 3 ay önce
- 6 ay önce
- 6 aydan daha uzun bir süre önce
- Belirtilerin tam olarak başlama zamanını hatırlıyorsanız belirtiniz

.....

Çalışmanın ilerleyen bölümlerine katılımınız durumunda sizinle iletişime geçebilmek adına iletişim bilgilerinize ihtiyaç duymaktayız. Kişisel bilgilerinizin gizli tutulacağından emin olabilirsiniz. Anlayışınız ve katılımınız için teşekkür ederiz.

İLETİŞİM BİLGİLERİ

İsim-Soyisim:

Telefon :

E-mail adresi :

EK B

YARI YAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME FORMU

Numaralandırılmış sorular klasik olarak tüm katılımcılara sorulacak olan soruları, diğer sorular ise konuyu açmak için gerektiğinde sorulacak soruları kapsamaktadır.

HASTALIĞIN GÜNLÜK HAYATA ETKİSİ

1. İrritabl Barsak sendromu'nun başlangıç sürecini biraz anlatabilir misiniz?
Sondaj: *Hastalığı başlatan sebepler, belirtiler, teşhis süreci*
2. Bana biraz İrritabl Barsak Sendromuyla yaşamak nasıldır anlatır mısınız?
Sondaj: *En çok zorlayan belirtiler / duygular / Tedavi süreci ile ilgili zorluklar / Başa çıkma davranışları / İbs'nin hayatınızı derinden etkilediğini düşündüğünüz bir anınız oldu mu?*
Alternatif: *İrritabl Barsak sendromunun tanımı size göre nedir? Nasıl bir hastalıktır?*
3. Belirtileri size göre neler tetikliyor?
Sondaj: *Bununla alakalı aklınıza gelen bir anıyı anlatabilir misiniz?*

SOSYAL İLİŞKİLER

4. İrritabl Barsak Sendromu'na sahip olmanın sosyal ilişkilerinize nasıl bir etkisi oldu?
(Aile, arkadaşlık, iş arkadaşlığı...)
Sondaj: *Hastalık belirtileri ile ilgili çevredeki insanların tutumu*
5. Aile/Arkadaşlarınız ile hastalığın belirtileri hakkında konuşabiliyor musunuz?
Sondaj: *Bu konuşmalar sizde nasıl bir duygu bırakıyor? Ailenizin, arkadaşlarınızın ve çevrenizdeki diğer insanların bu konuda size nasıl davranmasını isterdiniz?*
6. Genel olarak aileniz ve arkadaşlarınızla olan ilişkileriniz nasıldır biraz anlatır mısınız?
Bu ilişkilerde sizi en çok zorlayan kısım nedir?

DUYGUSAL SÜREÇLER

7. Duygu ve düşüncelerinizi etrafınızdaki insanlarla paylaşmak size nasıl hissettirir?

BAŞA ÇIKMA METODLARI

1. Hastalıkla başa çıkmanızı zorlaştıran faktörler nelerdir biraz anlatır mısınız?
2. Bu süreçle başa çıkmanızı kolaylaştıran faktörler oldu mu? Olduysa nelerdir?

Eklemek istedikleriniz, konuyla ilgili önemli olduğuna düşündüğünüz noktalar varsa paylaşır mısınız?



KATILIMCI BİLGİ VE ONAM FORMU

Değerli Katılımcımız,

Bu çalışma İbn Haldun Üniversitesi bünyesinde Psk. Zeynep Yahyaoğlu tarafından, Dr. Öğr. Üyesi Burcu UYSAL danışmanlığında yürütülmektedir ve İrritabl Barsak Sendromu'nun (İBS) Psikososyal etkilerini araştırmayı amaçlamaktadır.

Yürüteceğimiz araştırmaya evrensel bir tanı kriteri olan Roma IV kriterlerine göre veya bir gastroenteroloji veya dâhiliye hekiminin tanı koyması ile İrritabl Barsak Sendromu teşhisi almış bireyler dâhil edilecektir. Yürüteceğimiz bu araştırma sayesinde İrritabl Barsak Sendromu'na sahip bireylerin yaşadıkları duygusal fiziksel, psikolojik ve sosyal süreçleri siz değerli katılımcılarımızın deneyimlerine başvurarak daha yakından anlamayı hedeflemekteyiz. Elde edeceğimiz bulguların gerek tıbbi gerekse psikolojik tedavi sürecini olumlu yönde etkileyecek ve kolaylaştıracak veriler sunmasını, İBS'libireylerle çalışan hekim ve psikologlar için hastalığı ve hastaları daha iyi anlamak adına yol gösterici olmasını umuyoruz. Araştırmamız İbn Haldun Üniversitesi etik kurul onayı ile online görüşme şeklinde ve Zoom platformu üzerinden yapılacaktır.

Araştırmaya katılmayı kabul etmeniz durumunda size bir demografik bilgi formu yönlendireceğiz. Formda yer alan bilgileri eksiksiz şekilde doldurarak bize e-mail yoluyla iletmenizi bekliyoruz. Araştırmaya katılım kriterleri 18-65 yaş aralığında bulunmak, bir gastroenteroloji veya dâhiliye hekimi tarafından size İBS teşhisi konulmuş olması veya demografik formda da yer alan Roma IV kriterlerini karşılamak, farklı bir organik barsak hastalığına sahip olmamak ve şu anki ruh halinizi ciddi şekilde etkileyecek ileri düzey bir psikiyatrik tanıya sahip olmamak olarak belirlenmiştir.

Araştırmaya katılım kriterlerini sağlamanız durumunda izniniz dahilinde sizinle 40 ila 50 dakika arasında sürmesi planlanan bir online görüşme yapılacaktır. Bu araştırma bilimsel bir amaçla yapılmaktadır ve katılımcı bilgilerinin gizliliği esastır. Yaptığımız

görüşmeler izniniz dâhilinde kayıt altına alınacaktır. Görüşme sırasında alınacak ses kaydı araştırmanın analizinin tarafsız ve eksiksiz şekilde yapılabilmesi amacıyla yazıya çevrilerek kullanılacak ve araştırma sonuçlandıktan sonra silinecektir. Araştırmamızın sonuçları kimlik bilgileriniz veya kimliğinizi açığa çıkaracak herhangi bir bilgi paylaşılmadan bilimsel çalışmalarda kullanılacaktır. Gerek onam formu ve demografik formda, gerekse görüşme esnasında verdiğiniz hiçbir kişisel bilgi üçüncü kişilerle paylaşılmayacaktır.

Araştırmamızın sonunda katılımcılarımız için İrritabl Barsak Sendromu ile ilgili psikoeğitim ve stresle başa çıkma yöntemlerini içeren bir seminer programı düzenlenecek olup bu seminer programına katılım tamamen isteğe bağlıdır. Araştırmaya veya seminer programına katılmanız durumunda sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecektir.

Araştırmaya katılımınız gönüllülük esasına dayanmaktadır. İsteddiğiniz zaman araştırmaya katılmaktan vazgeçme ve araştırmadan çekilme hakkınız bulunmaktadır. Lütfen sizinle yapılan bu görüşmenin kaydının alınmasına ve kimlik bilgilerinizin ibraz edilmediği görüşme metinlerinin bilimsel yayın ve eğitimlerde kullanılmasına onay verip vermediğinizi aşağıdaki kısımda belirtiniz. Araştırma hakkında detaylı bilgi almak isterseniz bizimle irtibata geçebilirsiniz.

Katılımcı Onayı:

Yukarıdaki metni okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını anladım. Verdiğim bilgilerin bilimsel amaçlı yayınlarda kullanılmasını Kabul ediyorum / Kabul etmiyorum.

Katılımcının Adı -Soyadı:

Telefon Numarası:

(veya) E-mail adresi:

Tarih (gün/ay/yıl):/...../.....

EK D
ETİK KURUL İZİN BELGESİ

Evrak Tarih ve Sayısı: 15.04.2022-12831



T.C.
İBN HALDUN ÜNİVERSİTESİ
Sosyal ve Beşeri Bilimler Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği
Kurulu Başkanlığı

Sayı : E-71395021-020-12831
Konu : Zeynep YAHYAOĞLU-Etik Kurul
Kararı

15.04.2022

İLGİLİ MAKAMA

Kurulumuza başvuran Zeynep YAHYAOĞLU'nun "İrritabl Barsak Sendromu'nda Duygusal Süreçler, Kişilerarası İlişkiler Ve Öznel Deneyimler: Bir Nitel Araştırma Örneği" isimli projesi; amaç, araştırma türü, veri toplama araçları, süreç ve işlemler, veri analizleri dikkate alınmak suretiyle 22.03.2022 tarihinde değerlendirilerek 2022/03-1 karar numarası ile etik açıdan uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi arz/rica ederim.

Prof. Dr. Alev ERKİLET
Başkan

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BSN8HKBVC

Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/ibn-haldun-universitesi-ebys>

Adres:Başak Mah. Ordu Cad. No:3 P.K. 34480 Başakşehir / İstanbul

Telefon:0212 692 0212 Faks:0212 551 6464

KeP:ihu@hs01.kep.tr e-Posta:info@ihu.edu.tr Elektronik Ag:www.ihu.edu.tr

Bilgi için: Neslihan Pala
Unvanı: Sekreter



Bu belge,güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

KATILIMCI DAVET METNİ GÖRSELİ



ÇALIŞMANIN SONUNDA PSK. ZEYNEP YAHYAOĞLU TARAFINDAN KATILIMCILARA İRRİTABL BARSAK SENDROMU İLE İLGİLİ PSİKOEĞİTİM VE STRESLE BAŞ ETME STRATEJİLERİNİ İÇEREN BİR SEMİNER VERİLECEKTİR.

İRRİTABL BARSAK SENDROMU (İBS)'NİN PSİKOSOSYAL ETKİLERİ ARAŞTIRMASI

Çalışmaya, 18-65 yaş aralığında bir gastroenteroloji veya dahiliye hekimi tarafından kendisine İBS teşhisi konmuş kadın katılımcılar dâhil edilecektir. Katılımcılarla ZOOM programı üzerinden yaklaşık 40 ila 50 dakika sürmesi beklenen bir online görüşme gerçekleştirilecektir. Çalışmaya katılım tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmanın sonuçları kimlik bilgileriniz paylaşılmadan bilimsel çalışmada kullanılacaktır.

Çalışma, Dr. Öğr. Üyesi Burcu UYSAL danışmanlığında Psikolog Zeynep YAHYAOĞLU tarafından yürütülmektedir.

Çalışmayla ilgili ayrıntılı bilgi almak veya katılım sağlamak için zeynep.ozkucuk@ibnhaldun.edu.tr adresine mail gönderiniz



ÖZGEÇMİŞ

Ad ve Soyad:

Zeynep Yahyaoğlu

Eğitim:

2010 – 2015	Psikoloji Lisans, Boğaziçi Üniversitesi
2015 – 2016	Yıldız Teknik Üniversitesi, Pedagojik Formasyon Eğitimi
2017 – 2022	Klinik Psikoloji Yüksek Lisans, İbn Haldun Üniversitesi
2017 – 2022	İlahiyat Önlisans, Anadolu Üniversitesi

Deneyimler:

Ağustos, 2014	OxfordTurca Çocuk Rehabilitasyon Merkezi, Stajyer Psikolog
Eylül, 2014	Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Stajyer Psikolog
Bahar, 2015	İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Nöroloji Kliniği, Stajyer Psikolog
Bahar, 2016	Özel Sultan Fatih İlköğretim Okulu, Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Stajı
Güz, 2017	Güzel Yuvam Çocuk Akademisi, Psikolog
2018-2019	İbn Haldun Üniversitesi Psikoterapi ve Araştırma Merkezi (İPAM), Psikolog