



T.C. SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ÜMRANIYE SAğLIK UYGULAMA VE ARAşTIRMA MERKEZİ
AİLE HEKİMLİğİ KLİNİğİ

İSTANBUL ÜMRANIYE EğİTİM VE ARAşTIRMA HASTANESİ
AİLE HEKİMLİğİNE BAşVURAN 18-65 YAş ARASI
BİREYLERDE KONSTİPASYONUN SIKLIğI, CİDDİYETİ, UYKU
VE DİğER FAKTÖRLERLE İLİşKİSİNİN İNCELENMESİ

Dr. Murat etin

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL 2025



T.C. SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

ÜMRANİYE SAğLIK UYGULAMA VE ARAşTIRMA MERKEZİ

AİLE HEKİMLİğİ KLİNİğİ

İSTANBUL ÜMRANİYE EğİTİM VE ARAşTIRMA HASTANESİ

AİLE HEKİMLİğİNE BAşVURAN 18-65 YAş ARASI

BİREYLERDE KONSTİPASYONUN SIKLIğI, CİDDİYETİ, UYKU

VE DİğER FAKTÖRLERLE İLİşKİSİNİN İNCELENMESİ

Dr. Murat Çetin

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Süleyman Ersoy

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL 2025

TEŞEKKÜR

SBÜ Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalındaki ihtisasım süresince emeği geçen ve bizlere yol gösteren tez danışmanım Doç. Dr. Süleyman ERSOY' a,

Tezin başlangıç aşamasındaki şekillenme süreci ve konusu ile ilgili yardımcı olan ve uzmanlık eğitimim boyunca tecrübelerinden ve hayat rehberliğinden faydalandığım idari sorumlumuz Doç. Dr. Emin PALA' ya,

Asistanlık eğitimime katkıda bulunan tüm uzman doktorlarımıza, birlikte çalışmaktan razı olduğum ve kendileriyle kıymetli anılar paylaştığım asistan arkadaşlarıma, değerli Eğitim ASM hemşirelerine ve personellerine,

Sevgisini ve desteğini her zaman yanımda hissettiğim annem ve babama, varlığıyla hayatımı güzelleştiren sevgili eşime sonsuz teşekkürler.

Dr. Murat ÇETİN

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	iv
İÇİNDEKİLER.....	v
TABLolar LİSTESİ.....	viii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	x
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	xi
ÖZET.....	xii
ABSTRACT.....	xiv
1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2.GENEL BİLGİLER.....	3
2.1.KONSTİPASYON.....	3
2.1.1.Tanım.....	3
2.1.2. Epidemiyoloji.....	3
2.1.3. Etiyoloji ve Patogenez.....	3
a) Sekonder Konstipasyon.....	4
1)Nörolojik Sistem Nedenleri.....	4
2)Metabolik ve Endokrin Nedenler.....	4
3)Obstrüksiyon.....	4
4)İlaç Etkisi.....	5
5)Diğer Durumlar.....	5
b)Kronik İdiyopatik Konstipasyon.....	5
1)Normal Geçişli veya Fonksiyonel Konstipasyon.....	6
2)Dışkılama Bozukluğu.....	7
3)Yavaş Geçişli Konstipasyon.....	7
c)Konstipasyon Baskın İrritabl Barsak Bozukluğu.....	7
2.1.4.Öykü ve Fizik Muayene.....	8

2.1.5.Laboratuvar Testleri.....	9
2.1.6.Yaşam Tarzı Değişikliği ve Laksatif Kullanımı.....	10
2.1.7.Yönlendirme.....	11
2.1.8.İleri Değerlendirme.....	11
2.2.UYKU BOZUKLUKLARI.....	12
2.2.1.Tanım.....	12
2.2.2.Ne Kadar Uyku.....	13
2.2.3.Etiyoloji.....	13
a)Uyku Zamanında Eksiklik.....	13
b)Uyku Kalitesinde Eksiklik.....	14
2.2.4.Kronik Uyku Yetersizliğinin Sonuçları.....	15
a)Kazalar; İş Kazaları.....	15
b)Sosyal İlişkiler.....	15
c)Kalp Hastalıkları.....	15
d)İmmun Yetmezlik.....	15
e)Metabolik Sendrom.....	16
f)Böbrek Sağlığı.....	16
g)Uyku ve Ölüm.....	16
2.2.5.Kronik Uykusuzluk Risk Faktörleri.....	16
a)Psikojenik Sebepler.....	16
b)Organik Sebepler.....	16
2.2.6.Uykuyu Değerlendirme.....	17
a)Uyku Günlüğü.....	17
b)Uyku Anketleri.....	18
c)Aktigrafi.....	18
d)Giyilebilir Cihazlar.....	18
e)Polisomnografi.....	19
2.2.7.Uyku Uzmanına Sevk.....	19
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	20
3.1.Araştırmanın Yöntemi.....	20

3.2.Araştırmanın Örneklemi ve Evreni.....	20
3.3.Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri.....	20
3.4.Etik Onay.....	20
3.5.Verilerin Toplanması.....	20
3.6.Verı Toplama Araçları.....	21
3.6.1.Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği (KCÖ).....	21
3.6.2.Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi.....	21
3.7.İstatistiksel Analizler.....	21
4.BULGULAR.....	23
5.TARTIŞMA.....	54
6.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	61
7.KAYNAKÇA.....	62
9.EKLER.....	70
9.1. Ek-1 (Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu).....	70
9.2.Araştırmacı Anket Formu.....	71
9.2.1. Ek-2 (Kişisel Bilgi Formu).....	71
9.2.2. Ek-3 (Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği).....	75
9.2.3. Ek-4 (PITTSBURGH Uyku Kalitesi İndeksi).....	78

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 2.1: Konstipasyon Etiyolojisi.....	5
Tablo 2.2: Konstipasyona Yönelik Fizik Muayene.....	9
Tablo 2.3: Kronik Konstipasyonun Değerlendirilmesi.....	10
Tablo 2.4: Kronik Konstipasyonda Tedavi Algoritması.....	11
Tablo 2.5: Yetersiz Uyku Sendromu için Tanı Kriterleri (ICSD-3-TR).....	12
Tablo 2.6: Uykusuzluk ve Uyku Yoksunluğu.....	13
Tablo 2.7: Sağlıklı Uyku için Öneriler.....	14
Tablo 4.1: Bireylerin Demografik Özellikleri.....	23
Tablo 4.2: Bireylerin Fiziksel Aktivite, Sıvı Tüketimi ve Beslenme Davranışlarının Dağılımı.....	25
Tablo 4.3: Bireylerin Sağlık Özellikleri Dağılımı.....	26
Tablo 4.4: Bireylerin Dışkılama ile İlgili Sorularına Verilen Yanıtların Dağılımı....	27
Tablo 4.5: Bireylerin Fonksiyonel Konstipasyon Durumları.....	28
Tablo 4.6: Fonksiyonel Konstipasyon Durumuna Göre Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması	28
Tablo 4.7: Fonksiyonel Konstipasyon Durumuna Göre Fiziksel Aktivite, Sıvı Tüketimi ve Beslenme Davranışlarının Karşılaştırılması	30
Tablo 4.8: Fonksiyonel Konstipasyon Durumuna Göre Sağlık Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	31
Tablo 4.9: Fonksiyonel Konstipasyon Durumuna Kullanılan Tuvalet Tipi Karşılaştırılması	32
Tablo 4.10: Konstipasyon Ciddiyet Ölçek (KCÖ) Puanlarının Dağılımı.....	32
Tablo 4.11: Belirtilen Değişken Gruplarında Bireylerin Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği (KCÖ) Dışkı Tıkanıklığı Puanlarının Karşılaştırılması.....	33
Tablo 4.12: Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği (KCÖ) Dışkı Tıkanıklığı Puanlarının İkili Karşılaştırmaları.....	36
Tablo 4.13: Belirtilen Değişken Gruplarında Bireylerin Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği (KCÖ) Kalın Bağırsak Tembelliği Puanlarının Karşılaştırılması.....	36

Tablo 4.14: Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği (KCÖ) Kalın Bağırsak Tembelliği Puanlarının İkili Karşılaştırmaları.....	39
Tablo 4.15: Belirtilen Değişken Gruplarında Bireylerin Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği (KCÖ) Ağrı Puanlarının Karşılaştırılması.....	39
Tablo 4.16: Belirtilen Değişken Gruplarında Bireylerin Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği (KCÖ) Toplam Puanlarının Karşılaştırılması.....	42
Tablo 4.17: Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği (KCÖ) Toplam Puanlarının İkili Karşılaştırmaları.....	45
Tablo 4.18: Yaş ve BMI ile Konstipasyon Ciddiyet Ölçek (KCÖ) Puanları Arasındaki İlişki.....	46
Tablo 4.19: Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) Puanlarının Dağılımı.....	46
Tablo 4.20: Belirtilen Değişken Gruplarında Bireylerin Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) Puanlarının Karşılaştırılması.....	47
Tablo 4.21: Fonksiyonel Konstipasyon Sorularına Göre Bireylerin Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) Puanlarının Karşılaştırılması.....	50
Tablo 4.22: Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) Puanlarının İkili Karşılaştırmaları.....	51
Tablo 4.23: Yaş ve BMI ile Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) Puanları Arasındaki İlişki.....	51
Tablo 4.24: Ölçek puanları arasındaki ilişki katsayıları.....	52
Tablo 4.25: PUKİ Skorlamasına göre Kabızlık İçin Ağırlıklı Odds Ratio ve %95 Güven Aralıkları.....	53

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2.1: Bristol Dışkı Ölçeği.....	7
Şekil 4.1: Fonksiyonel Konstipasyon Dağılımı.....	28



SİMGELER VE KISALTMALAR

BDÖ: Bristol Dışkı Ölçeği

FK: Fonksiyonel Konstipasyon

İBS: İrritabl Barsak Sendromu

İBS-K: Konstipasyon Baskın İrritabl Barsak Sendromu

KCÖ: Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği

KİK: Kronik İdiyopatik Kabızlık

PSG: Polisomnografi

PUKİ: Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi

VKİ: Vücut Kitle İndeksi

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği birimlerine başvuranlarda konstipasyonun sıklığı, ciddiyeti, başta uyku olmak üzere çeşitli faktörlerle ilişkisinin incelenmesidir.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel olarak planladığımız çalışmamız, 10/10/2024–31/12/2024 tarihleri arasında Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği birimlerine başvuran 18-65 yaş aralığındaki hastalardan 250 kişinin katılımıyla gerçekleştirildi. Katılımcılarla yüz yüze görüşme metoduyla kişisel bilgi formu, konstipasyon ciddiyet ölçeği (KCÖ), Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) dolduruldu. İstatistiksel analizler ve hesaplamalar için IBM SPSS Statistics 21.0 programı kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Bireylerin %33,6'sı ($n=84$) erkek, %66,4'ü ($n=166$) kadındır. Bireylerin %42,8'i ($n=107$) düzenli fiziksel aktivite yapmaktadır. Günlük sıvı tüketiminde bireylerin %52,0'sinde ($n=129$) 2 litrenin üstündedir. Probiyotik (Yoğurt dahil) kullanan 197 birey (%78,8) bulunmaktadır. Kronik hastalığı olan 73 birey (%29,2) bulunmaktadır. “Kabızlık Sorunu Yaşar Mısınız?” sorusuna bireylerin %34,8'i ($n=87$) “Hayır, asla yaşamam”, %59,6'sı ($n=149$) “Evet, arada”, %5,6'sı ($n=14$) “Devamlı kabızlığım olur” yanıtını vermiştir. %11,2'sinde ($n=28$) fonksiyonel konstipasyon tanısının olduğu belirlenmiştir. Yapılan karşılaştırmalara göre KCÖ Toplam puanları ile “Cinsiyet”, “BMI Sınıflaması”, “Eğitim Durumu”, “Günlük Sıvı Tüketimi”, “Probiyotik kullanım sıklığı” parametreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p<0,05$). Yapılan karşılaştırmalara göre PUKİ puanları ile “Sigara Kullanımı” ($p<0,05$) parametresi ve “Kabızlık Sorunu Yaşar Mısınız?” ($\chi^2=16,721$, $p<0,001$) yanıtlarıyla arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. PUKİ puanı ile KCÖ-Dışkı Tıkanıklığı ve KCÖ-Toplam puanları arasında zayıf düzeyde, pozitif yönlü ($r=0,359$; $p<0,001$, $r=0,307$; $p<0,001$); PUKİ puanı ile KCÖ-Kalın Bağırsak Tembelliği ve KCÖ-Ağrı puanları arasında çok zayıf düzeyde, pozitif yönlü ($r=0,190$; $p=0,004$, $r=0,175$; $p=0,008$) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Lojistik regresyon modellemesiyle çok sayıda potansiyel karıştırıcı

değişken kontrol altına alındığında; kötü uykusu (PUKİ >5 puan) olanların, iyi uykusu (PUKİ <5 puan) olanlara göre 2,308 kat daha konstipe olduğu saptanmıştır (OR=2,308; %95 GA: 1,101–4,840; p=0,027).

Sonuç: Kabızlık üzerindeki potansiyel karıştırıcı faktörler etkisizleştirildiğinde uyku da kabızlık üzerinde bir risk faktörüdür. Birinci basamağa sık başvuru nedenlerinden biri olarak kabızlık değerlendirmesi yapılırken yalnızca beslenme ve fiziksel aktivite gibi klasik faktörler değil, uyku kalitesi de dikkate alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Konstipasyon, uyku, PUKİ, aile hekimliği



ABSTRACT

Objective: This study aimed to investigate the prevalence and severity of constipation and its association with various factors—especially sleep quality—among patients who visited the Family Medicine units of Ümraniye Training and Research Hospital.

Materials and Methods: This cross-sectional study was conducted between October 10, 2024, and December 31, 2024, with the participation of 250 individuals aged 18 to 64 who visited the Family Medicine units of Ümraniye Training and Research Hospital. Data were collected through face-to-face interviews using a personal information form, the Constipation Severity Instrument (CSI), and the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). Statistical analyses were performed using IBM SPSS Statistics 21.0, with a significance level set at $p < 0.05$.

Results: Of the participants, 33.6% ($n=84$) were male and 66.4% ($n=166$) were female. Regular physical activity was reported by 42.8% ($n=107$). Daily fluid intake exceeded 2 liters in 52.0% ($n=129$) of participants. A total of 197 participants (78.8%) reported using probiotics (including yogurt). Chronic illnesses were present in 73 individuals (29.2%). In response to the question "Do you experience constipation?", 34.8% ($n=87$) answered "No, never", 59.6% ($n=149$) answered "Yes, occasionally", and 5.6% ($n=14$) stated "Yes, I have chronic constipation." Functional constipation was identified in 11.2% ($n=28$) of the participants. Statistically significant differences were found between CSI total scores and the variables "Gender", "BMI classification", "Education level", "Daily fluid intake", and "Probiotic use frequency" ($p < 0.05$). Significant associations were also found between PSQI scores and "Smoking status" ($p < 0.05$), as well as responses to the question "Do you experience constipation?" ($\chi^2=16.721$, $p < 0.001$). Weak positive correlations were observed between PSQI scores and both CSI-Obstructive Defecation and CSI-Total scores ($r=0.359$; $p < 0.001$, $r=0.307$; $p < 0.001$), while very weak positive correlations were found between PSQI scores and CSI-Colonic Inertia and CSI-Pain scores ($r=0.190$; $p=0.004$, $r=0.175$; $p=0.008$). Logistic regression analysis controlling for potential confounders showed that individuals with poor sleep quality (PSQI > 5) were 2.308 times more likely to be

constipated than those with good sleep quality (PSQI ≤ 5) (OR=2.308; 95% CI: 1.101–4.840; p=0.027).

Conclusion: When controlling for potential confounding factors, poor sleep emerges as a risk factor for constipation. In primary care, constipation assessments should not be limited to traditional factors like diet and physical activity; sleep quality should also be considered.

Keywords: Constipation, sleep, PSQI, family medicine



1.GİRİŞ ve AMAÇ

Kabızlık en sık görülen gastrointestinal sistem şikayetidir (1). Kronikleşmeye başlayan (>3 ay) kabızlık, hasta açısından ve sağlık sistemleri için ekonomik olarak önemli bir sorundur (2). Hastaların hayat kalitesini , sosyal ve mesleki işlevselliklerini etkilemektedir.

Konstipasyon hastalar tarafından farklı tariflenebilmektedir. Bu tarifler; sert dışkılama, seyrek dışkılama, fazla ıkınma, tam boşaltamama, tuvaletin uzun vakit alması, az dışkılama, parmak müdahalesi gerekmesi şeklinde sıralanabilir (3).

Tanım kesinleştirmek adına Roma kriterleri çalışmaları düzenlenmiştir. Son olarak mayıs 2016’ da Roma 4 kriterleriyle fonksiyonel konstipasyon tanımı yapılmıştır (4).

Konstipasyonun yaygın ve kronikleşmesine yol açan sebepleri; yetersiz su ve lif alımı, sedanter yaşam tarzı ve çeşitli ilaçların yan etkileri (antidepresanlar, demir ilaçları vb.), çeşitli metabolik hastalıklar (diabetes mellitus, hipotiroidizm, hiperkalsemi, hipokalemi), çeşitli nörolojik hastalıklar (Multiple skleroz, Parkinson, inme, Alzheimer), spinal kord yaralanması ve hastalıkları ile obstrüktif anorektal patolojiler olarak sıralanabilir (5).

Yetişkinlerde kabızlığın yaygınlığı, kullanılan farklı anketler ve yöntemler nedeniyle, yapılan epidemiyolojik çalışmalarda %10 ile %19 arasında değişkenlik göstermektedir. Roma IV kriterlerine göre değerlendirildiğinde, erişkinlerin ortalama %15’ inde kabızlık tespit edilmektedir. Yaş ilerledikçe bu oran artış göstermekte, 65 yaş üstü bireylerde sık rastlanmaktadır (6). Kadınlarda erkeklere kıyasla daha yaygın görülen kabızlık, düşük fiziksel aktiviteye sahip bireylerde, yetersiz lif içeren ve düşük kalorili beslenen kişilerde, düşük gelir seviyesine ve eğitim düzeyine sahip olanlarda, ayrıca beyaz ırk dışındaki gruplarda daha sık görülmektedir.

Toplumda çok sık görülen konstipasyonun birinci basamakta tespiti, varsa birincil sebepleri, alarm semptomlarının farkedilip ölümcül sorunların bulunması, idiyopatik fonksiyonel konstipasyonun yönetimi ve hasta bilgilendirilmesi fazlasıyla değerlidir. Hem hasta hem sağlık sistemi açısından, neden olduğu ekonomik yükü azaltmak adına birinci basamak hekimlerine önemli görevler düşmektedir.

Uyku yoksunluğu ve uykusuzluk çağımız sorunlarının en önemlilerindendir. Yeterli miktarda uyku, optimum fiziksel sağlık, immun sistem , zihinsel işlevler için olmazsa olmazdır. Yetersiz uyku bir halk sağlığı sorunudur. Kısa uyku süresi, kardiyovasküler hastalık, obezite ve her nedene bağlı ölüm gibi çeşitli olumsuz sağlık sonuçlarıyla ilişkilendirilmiştir (7). Gelişen teknoloji ve hızlanan yaşam tarzlarıyla birlikte kronik uyku yoksunluğu çok yaygın bir şekilde görülmektedir. Bundan farklı olarak uykusuzluk da en yaygın tıbbi şikayetlerden biridir ve sıklıkla tıbbi, psikiyatrik veya nörolojik bozukluklarla birlikte görülür. Uykuya dalma veya uykuyu devam ettirme güçlüğüyle kendini gösterir. Uykusuzluk uyku için yeterli ortam ve fırsat bulunmasına rağmen ortaya çıkmasıyla uyku yoksunluğundan ayrılır. Gündüz işlevlerinde bozulmaya neden olur ve süreklilik ve tekrar eğilimindedir (8).

Gerek yetersiz gerekse aşırı uyku süresi, yaşam kalitesinde düşüşe ve olumsuz sağlık sonuçlarına yol açabilir. Yapılan pek çok araştırma, bu durumların kalp-damar hastalıkları, inme, tip 2 diyabet ve ölüm riskinde artışla bağlantılı olduğunu ortaya koymuştur (9). Buna karşın, uyku kalitesinin sindirim sistemi bozuklukları üzerindeki etkisi klinik uygulamalarda çoğu zaman göz ardı edilmektedir. Son yıllarda yapılan araştırmalar, sağlıksız uyku alışkanlıklarının gastroözofageal ve ince bağırsak hastalıklarının gelişiminde önemli bir rol oynayabileceğini ortaya koymuştur (10,11). Uyku bozukluklarını sıkça yaşayan bireylerde, sirkadiyen ritmin ve bağışıklık sisteminin bozulmasına bağlı olarak peptik ülser, gastroözofageal reflü ve irritabl bağırsak sendromu gibi hastalıklara yakalanma riski daha fazladır (10). Literatürde kolorektal işleyiş üzerine çalışmalar daha sınırlıdır. Yaygınlığı ve sağlık sistemine, iş kayıplarına olan önemli etkileriyle uyku ve kabızlık arasında olabilecek ilişkinin araştırılıp literatürün ek verilerle desteklenmesi ihtiyacı mevcuttur.

Bu çalışmanın amacı Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği birimlerine başvuranlarda konstipasyonun sıklığı, ciddiyeti, başta uyku olmak üzere çeşitli faktörlerle ilişkisinin incelenmesidir.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.KONSTİPASYON

2.1.1.Tanım

Kabızlık; devletlerin sağlık bütçelerinde önemli mali yüke sebep olan, en sık görülen, mükerrer sağlık başvurularına neden olan sindirim şikayetidir. (12–14) Tanımı sağlık profesyonelleri ve hastalar tarafında farklı olabilmektedir. Sert dışkılama, ıkınarak dışkılama, seyrek dışkılama, tam boşaltamama hissi, dışkılamayı kolaylaştırıcı elle müdahale yapma gereksinimi gibi semptomlarla tanımlanabilmektedir. 3 aydan uzun sürmesi kronikleşmesidir. (2)

2.1.2.Epidemiyoloji

Bu konuda çalışmaları ülkemize göre daha ileride olan Kuzey Amerika’da kabızlık görülme oranı tahminlere göre %12-%19 arasındadır (15,16). Diğer benzer Amerikan çalışmalarında kadın ve yaşlılarda kabızlık şikayetini bildirme oranı daha yüksek bulunmuştur. Sedanter yaşayan ve düşük sosyoekonomik düzeylilerde daha yüksek oranlarda görülmektedir (17). Yaşla birlikte kronik kabızlık sıklığı artış gösterir (15,18,19).

2.1.3.Etiyoloji ve Patogenez

Kabızlık, farklı sebeplerden kaynaklanabilir. Bazı kişilerde, başka sağlık sorunları veya kullanılan ilaçlara ikincil olarak kabızlık oluşmaktadır. Diğerlerinde ise bağırsakların işleyişindeki doğrudan sorunlar KİK (kronik idiyopatik kabızlık) etkili olur. Genellikle birden fazla faktör rol oynar.

Kronik kabızlığı olan bir kişiyi değerlendirirken, öncelikle altta yatan başka bir sağlık sorununun olup olmadığı araştırılmalıdır. Eğer böyle bir neden bulunmaz ve kişi karın ağrısı ya da rahatsızlık da hissediyorsa, irritabl bağırsak sendromu (İBS) açısından değerlendirilmelidir. İBS ihtimali ortadan kalktıktan sonra, KİK tanısı koyulabilir.

Kronik idiyopatik kabızlık;

- Dışkılama bozukluğu,
- Bağırsak hareketlerinin yavaşlaması,
- Normal geçişli (fonksiyonel) kabızlık gibi alt gruplara ayrılır.

Bu kategoriler kesin çizgilerle ayrılmaz ve hastalar birden fazla gruba dahil olabilir. Örneğin, rektosel hastası hem sekonder kabızlık yaşayabilir hem de dışkılama bozukluğu ve yavaş geçişli kabızlık belirtileri gösterebilir. Bu sınıflandırma, kabızlığın nedenlerini anlamakta yardımcı bir çerçeve sunar.

a) Sekonder Konstipasyon:

1) Nörolojik Sistem Nedenleri:

Gastrointestinal sistem sinirsel uyarı mekanizmasına sahiptir. Sempatik, parasempatik ve enterik sinir dallarıyla uyarılır. Bu yüzden merkezi ve periferik sinir sistemi rahatsızlıkları kabızlığa neden olabilir (20).

-Omurilik yaralanmaları yerine göre farklı şekilde sinir hasarıyla barsak hareketlerini yavaşlatarak kabızlığa neden olabilmektedir (21).

-Hirschsprung hastalığı distal bağırsakta itici nitelikte olmayan bir bağırsağın proksimalindeki genişlemesi ile kendini gösterir, kabızlık oluşturabilir (22,23).

-Parkinson hastalarında kabızlık yaygın bir sorundur ve bazen motor belirtilerden önce ortaya çıkabilir (24).

-MS'de kabızlık en sık görülen barsak sorunlarından biridir. İleri aşamada, yemeklerden sonra barsak hareketleri durabilir (25).

-Tropikal bölgelerde görülen Chagas hastalığı, Trypanosoma cruzi adlı parazitin neden olduğu bir enfeksiyondur. Sindirim sistemindeki sinir hücrelerini etkileyerek kabızlığa sebep olabilir.

2) Metabolik ve Endokrin Nedenler:

Hiperkalsemi ve hipokalemi barsak kaslarının kasılmasını zayıflatarak kabızlığa neden olabilir. Hipotiroidizm de barsak hareketlerini yavaşlatarak kabızlığa neden olan kabızlık nedenlerinden biridir. Diyabete bağlı sinir hasarı barsak hareketlerini etkileyebilir.

3) Obstrüksiyon:

Kolorektal kanser, rektosel ve bağırsak darlıkları dışkının geçişini zorlaştırabilir.

4)İlaç Etkisi:

Çeşitli ilaçlar farklı mekanizmalarla kabızlığa neden olabilir. Demir takviyeleri, trisiklik antidepresanlar, tansiyon ilaçları (Ca kanal blokerleri), bazı kanser ilaçları, opioidler kabızlık nedeni olabilirler.

5)Diğer Durumlar:

Kas hastalıkları, çölyak hastalığı, yeme bozuklukları ve gebelik kabızlığı artırabilir.

Tablo 2.1: Konstipasyon Etiyolojisi

Kategori	Alt Kategori	Nedenler
Nörojenik Bozukluklar	Santral	- Omurilik yaralanması veya hastalığı - Multipl skleroz
	Periferik	- Hirschsprung hastalığı - Chagas hastalığı
	Otonomik	- Diyabetes mellitus - Parkinson hastalığı - Kronik bağırsak psödo-obstrüksiyonu
Nörojenik Olmayan Nedenler	İrritabl bağırsak sendromu	
	Endokrin ve Metabolik	- Hipotiroidi - Hiperkalsemi - Hipokalemi - Diyabetes mellitus (otonom nöropati yoluyla)
	Miyopatiler	- Sistemik skleroz - Amiloidoz - Miyotonik distrofi
	Obstrüktif Kolorektal Durumlar	- Kolorektal kanser - Rektosel - Kolonik darlık
	Diğer	- Anoreksiya nervoza - Gebelik - Çölyak hastalığı
İlaçlar	Kabızlığa Neden Olma Olasılığı Daha Yüksek	- Opioid analjezikler - Katyon içeren ajanlar (örneğin, demir takviyeleri, antasitler, sukralfat, baryum) - 5HT3 antagonistleri (örneğin, ondansetron)
	Kabızlığa Neden Olma Olasılığı Daha Düşük	- Antikolinerjik ajanlar (antihistaminikler, antispazmodikler, trisiklik antidepresanlar, antipsikotikler) - Antihipertansifler (örneğin, kalsiyum kanal blokerleri ve klonidin) - Vinka alkaloidleri (örneğin, vinkristin)

b)Kronik İdiyopatik Konstipasyon:

KİK, belirgin bir sebebe bağlı olmaksızın en az üç ay kabızlık semptomları gösteren ve IBS kriterlerini karşılamayan hastalarda teşhis edilebilir.KİK, dışkılama disfonksiyonu, yavaş geçişli kabızlık veya normal geçişli (fonksiyonel) kabızlık olarak

sınıflandırılabilir. Bazı hastalarda ise hem dışkılama disfonksiyonu hem de yavaş veya normal geçişli kabızlık birlikte vardır.

1)Normal Geçişli veya Fonksiyonel Konstipasyon (FK):

FK, KİK' te en yaygın sebeptir ve belli bir yapısal ve biyokimyasal nedene bağlı değildir. Standardizasyonu ROMA kriterleriyle yapıldı. İlk ROMA kriterleri 1994 yılında tanımlandı. Bunu, 1999-2000'de ROMA II, 2006'da ROMA III ve son olarak 2016'da ROMA IV kriterleri takip etti. 2016'da yayınlanan ROMA IV kılavuzunda fonksiyonel gastrointestinal hastalıklar (FGID) için diğer hastalıkların ekarte edilmesi yerine pozitif bir tanım yapılmasına karar verildi. Bu karar doğrultusunda Mayıs 2016'da Roma IV kriterleri ile tanımlanıp, kabul görmüştür (26,27). Bu tanımlamaya göre ilk belirtilerin 6 aydan önce başlamasıyla birlikte en az 3 ay boyunca aşağıdakiler var olmalıdır:

-Aşağıdakilerden ikisini veya daha fazlasını içermelidir:

- Dışkılamaların yüzde 25'inden fazlasında ıkınma.
- Dışkılamaların yüzde 25' inden fazlasında topaklı veya sert dışkı (Bristol Dışkı Ölçeği Formu 1 ila 2) (28).
- Dışkılamaların %25'inden fazlasında tam boşaltım sağlanamadığı hissi.
- Dışkılamaların %25'inden fazlasında anorektal tıkanıklık/tıkanıklık hissi.
- Dışkılamaların yüzde 25'inden fazlasını kolaylaştırmak için manuel manevralar (örneğin; parmakla boşaltma, pelvik taban desteği).
- Haftada üçten az kendiliğinden dışkılama.

-Laksatif kullanılmadan gevşek dışkılama nadiren görülür.

-İrritabl bağırsak sendromu (IBS) için yeterli kriter yoktur.

ROMA 4 kriterlerine göre irritable barsak sendromu tanımlaması ileride Konstipasyon Baskın İrritabl Barsak Sendromu (İBS-K) başlığı altında açıklanacaktır.

FK' si olan hastalarda da baskın olmayan karın ağrısı görülebilir. Normal geçişli konstipasyonu olan kişilerde dışkılama sıklığı yanlış algılanabilir, dışkı günlükleri ve kolon geçiş çalışmaları kullanılarak desteklenmesi gerekebilir (29,30). Dışkı kıvamını kaydetmek için Bristol Dışkı Ölçeği (BDÖ) kullanılmalıdır. Dışkılama bozukluğuna işaret eden belirtiler arasında aşırı ıkınma, uzun süreli dışkılama, boşaltımı tamamlayamama hissi veya dışkılama için parmak manevralarının kullanılması yer alır.

	Tip 1: Keçi pisliği tarzında, topak topak ve parça parça sert dışkı
	Tip 2: Daha büyük ve birleşik topaklanma
	Tip 3: Daha az kalın, daha yumuşak kıvamlı, yüzeyinde derin olmayan çatlakların olduğu dışkı
	Tip 4: Yılan veya sosis gibi pürüzsüz, kaygan yüzeyli ve yumuşak kıvamlı dışkı
	Tip 5: Kenar verecek kıvamda parça parça dışkı
	Tip 6: Yumuşak kıvamlı, su içeriği daha fazla, parça parça dışkı
	Tip 7: Sert ya da yumuşak, katı dışkı içeriği hiç olmayan sulu dışkı

Şekil 2.1: Bristol Dışkı Ölçeği

2)Dışkılama Bozukluğu:

Dışkılama; eksternal anal sfinkter ve puborektal kasların gevşemesi, karın içi basıncının artması ve kolonun segment geçiş hareketlerinin baskılanmasını içerir. Karın ve pelvik taban kaslarının uyumlu çalışmaması ise dışkılamada bozukluk meydana getirir. Yapısal anormallik ya da dissinerjik dışkılama gibi işlevsel nedenler konstipasyona neden olabilir (31). Dissinerjik dışkılamanın patogenezi tam olarak anlaşılamamıştır. Puborektal ve eksternal sfinkter kasların kasılı kalmasına bağlanmaktadır (32). FK kriterleriyle birlikte anorektal manometri ve balon atımındaki bozukluğun tespiti dissinerjik dışkılama tanısını koydurur. Organik veya nörojenik bir hastalıktan ziyade edinilmiş, öğrenilmiş bir işlev bozukluğu olduğu düşünülmektedir.

3)Yavaş Geçişli Konstipasyon:

Yavaş geçişli kabızlığı olan hastalarda genellikle haftada üçten az bağırsak hareketi ile uzun süreli kabızlık görülür. Enterik sinir pleksusunda işlev bozukluğuna bağlı olduğu düşünülmektedir, yemeklerden sonra barsak hareketliliğinin artmaması durumuyla kendini gösterir (33,34). Barsakta kolinerjik etkili ilaçlara tepki azalmıştır.

c)Konstipasyon Baskın İrritabl Barsak Bozukluğu:

İBS , beyin barsak etkileşiminde işlevsel bir bozukluk sonucu görülür. Kabızlık, ishal ve normal dönemlerin birlikteliğiyle seyredebilen hastalıkta kabızlık dönemleri daha yaygın görülebilmektedir (35). Patogenezi hastalığın kliniği gibi çeşitlidir ve birçok faktörü içermektedir. Geleneksel olarak, motilite bozuklukları,

visseral hassasiyet, beyin-bağırsak ilişkisi ve psikososyal faktörler İBS'nin temel nedenleri arasında görülmektedir. Ancak bu faktörlerin hiçbirisi semptomları tamamen açıklayamamaktadır (36,37). Bu konuda Türkiye'de ROMA 2 kriterleri ile yapılan çalışmalar mevcuttur. Bu çalışmalarda yaygınlık farklı yerlerde %6.2-%19.1 arasında bulunmuştur. (38,39). İBS aile hekimliği düzeyinde %12 tanı yoğunluğu oluşturmakta iken; gastroenterologlara yönlendirilenlerin %25-50'sine tekabül eder (40). İBS tanısı için en güncel olarak ROMA 4 kılavuzu kullanılmaktadır (41). İrritabl barsak sendromunu Roma 4 kriterleri şöyle tanımlamaktadır:

-En az son 3 aydır olmak üzere haftada ortalama en az bir gün tekrarlayan karın ağrısı olarak tanımlanmaktadır ve aşağıdaki kriterlerden iki veya daha fazlasıyla ilişkilidir (26,42):

- Dışkılama ile ilgili
- Dışkı sıklığında değişiklik ile ilişkili
- Dışkı biçiminde (görünümünde) bir değişiklik ile ilişkilidir.

2.1.4.Öykü ve Fizik Muayene

Anamnezde konstipasyonun sekonder nedenleri ve alarm semptomlarının değerlendirildiği bir sorgulamaya dikkat edilmelidir . Alarm özellikleri şunlardır:

Gaitada kan, demir eksikliği anemisi, klinik olarak anlamlı kilo kaybı (6-12 ayda %5 ve üzeri), açıklanamayan yeni kabızlık, obstrüktif semptomlar, ailede malignite veya inflamatuvar bağırsak hastalığı öyküsü.

Semptomların detaylandırılması için BDÖ kullanılabilir. Rahatsızlığın süresi, dışkının sıklığıyla alakalı bilgiler alınmalıdır. Kronik hastalıklar, devamlı kullandığı ilaçlar, özgeçmiş ve soygeçmiş bilgisi hastadan istenmelidir. Konstipe hastalarda batin muayenesi ve özellikle rektal tuşe değerlendirilmelidir. Birinci basamak açısından dijital rektal muayenenin önemi büyüktür. Rektal muayenede hastadan ıkmaması istenmeli ve perinede paradoksal kasılma, aşağı hareketin zayıf olması veya rektal prolapsus gibi bulguların varlığı araştırılmalıdır. Boşaltıma normalde anal sfinkter ve puborektal kasların gevşemesi ile perinenin 1-4 cm arası aşağı hareketi eşlik edecektir (43). Koordinasyonun aksine hareketler dissinerjik dışkılamayı düşündürür.

Tablo 2.2: Konstipasyona Yönelik Fizik Muayene

Muayene Bileşeni	Teknik	Bulgular ve Yanıt Derecelendirmesi
I. Anüs ve Çevresindeki Dokuların Muayenesi	Hastayı sol lateral pozisyonda, kalçalar 90° fleksiyonda yatırın. Perineyi iyi bir ışık altında inceleyin.	Cilt erozyonu, cilt katlantıları, anal fissür, skar veya hemoroidler
II. Perineal Duyunun ve Anokutanöz Refleksin Test Edilmesi	Anüs çevresindeki cildi, pamuk uçlu bir çubuk kullanarak merkezci bir şekilde dört kadranda yoklayın.	Normal: Perianal cilt, anoderm ve dış anal sfinkterin hızlı kasılması Bozulmuş: Pamuk uçlu çubukla yanıt yok, ancak çubuğun diğer (tahta) ucu ile anal kasılma yanıtı görülüyor Yok: Her iki uçla da yanıt alınamıyor
III. Dijital Palpasyon ve Anorektal Fonksiyonun Değerlendirilmesi		
Dijital Palpasyon	Kayganlaştırılmış ve eldiven giyilmiş işaret parmağını yavaşça rektuma ilerletin ve mukozayı, çevredeki kasları, kemiği, uterusu, prostatı ve pelvis yapılarını hissedin.	Hassasiyet, kitle, darlık veya dışkıının kıvamı
İstirahat Tonusu	İstirahat halindeki sfinkter tonusunun gücünü değerlendirin.	Normal, zayıf (azalmış) veya artmış
Sıkma Manevrası	Hastadan mümkün olduğunca uzun süre (30 saniyeye kadar) sıkmasını ve tutmasını isteyin.	Normal, zayıf (azalmış) veya artmış
İkınma Manevrası	Parmak rektumdayken, hastanın karnına bir el yerleştirerek itme çabasını değerlendirin. Hastadan dışkılama hareketi yapıyormuş gibi ıkınmasını isteyin.	1. Itme Çabası: Normal, zayıf (azalmış), aşırı 2. Anal Gevşeme: Normal, bozulmuş, paradoksal kasılma 3. Perineal İnme: Normal, aşırı, yok

2.1.5.Laboratuvar Testleri

Anemi açısından tam kan sayımı, diyabet açısından serum glikozu ve HbA1c, hiperkalsemi için kalsiyum, hipokalemi açısından potasyum, hipotiroidizm için Tsh tetkikleri çalışılmalıdır. Ayrıca soygeçmiş özelliği olanlarda (Örn. Çölyak özgeçmişi) gerekli serolojik testler görülmelidir.

Daha önce kolonoskopi yapılmamış ≥ 45 yaş konstipasyon semptomlu hastalarda ve alarm özelliği olan hastalarda kolonoskopik değerlendirme yapılmalıdır. Alarm semptomları olmayan ≥ 45 hastalarda en azından bir kere kolonoskopi önerilmektedir. Normal ise devam taraması dışkı testleri ve yine kolonoskopiyle yapılabilir (44,45). Alarm semptomları olan hastalara batın bt istenebilir. Anorektal

manometri ve balon çıkarma testleri direçli hastalar için ileri değerlendirmeye saklanabilir ama ilk değerlendirmede öyküde ve tuşede şüpheleniliyorsa dissinerjik dışkılama açısından başlangıçta da istenebilir. Düz karın grafileri kabızlığın rutin değerlendirilmesinde gerekli değildir. Megakolon ve büyük miktarda dışkı tutulumlarında bilgi verebilmesi ve tespit için kullanılabilir (46,47).

Tablo 2.3: Kronik Konstipasyonun Değerlendirilmesi

DURUM	İZLENECEK YOL
Hasta en az 3 aydır süren kabızlık semptomlarıyla başvuruyor. Semptomlar şunları içerebilir: - Sert dışkılama - Aşırı ıkınma - Haftada 3'ten az bağırsak hareketi - Tam boşalamama hissi - Dışkılamayı kolaylaştırmak için manuel manevraların kullanılması	İlk değerlendirme: - Hasta öyküsü, fizik muayene ve laboratuvar testleri (tam kan sayımı) ile alarm belirtilerini değerlendirme
Aşağıdaki durumlardan biri var mı? - Yaş ≥ 45 - Alarm belirtileri: • Kanlı dışkı veya gizli kan testi pozitifliği • Demir eksikliği anemisi • Açıklanamayan ≥ 4.5 kg kilo kaybı • Açıklanamayan yeni başlangıçlı kabızlık • Tıkanma semptomları • Ailede kolorektal kanser veya inflamatuvar bağırsak hastalığı öyküsü	Evet → Kolonoskopi yapılır Hayır → İkincil kabızlık nedenlerini araştır (Glukoz, elektrolitler, potasyum, kalsiyum, TSH ve eğer alınmadıysa tam kan sayımı testleri)
Kolonoskopi sonucu: - Kabızlığa neden olan bir hastalık tespit edildi mi?	Evet → Uzman tedavisine yönlendirilir Hayır → İkincil nedenleri araştır
İkincil kabızlık nedeni tespit edildi mi?	Evet → Tespit edilen neden düzeltilmeye çalışılır Hayır → Fonksiyonel kabızlık değerlendirmesi yapılır
Kabızlık tekrarlayan karın ağrısı ile birlikte mi?	Evet → Kabızlığın baskın olduğu irritable bağırsak sendromu (İBS-K) düşünülebilir Hayır → Kronik idiyopatik kabızlık tanısı konur

2.1.6. Yaşam Tarzı Değişikliği ve Laksatif Kullanımı

≥ 45 yaş veya alarm semptomları olup kolonoskopi ve laboratuvar değerleri normal sonuçlanan hastalarda, <45 yaş alarm semptomu olmayan hastalarda yaşam tarzı değişikliği ve laksatif tedavisi çoğunlukla yeterli fayda vermektedir.

İkincil olarak kabızlık olan hastalarda hipotiroidizm ve hiperkalsemi gibi tedavisi daha mümkün ve Parkinson, diabetes mellitus gibi daha zor tedavi edilecek sebepler olabilir. Tam şifa sağlanamayacak hastalarda, devam eden sekonder kabızlığa

KİK gibi yaklaşılabılır. İlaçlara sekonder oluşan kabızlıkta da benzer şekilde kesilemeyen ilaç varlığında KİK yaklaşımı uygulanabilir.

2.1.7.Yönlendirme

45 yaş üstü hiç kolonoskopi yapılmamış hastalar ve alarm semptomları bulunan hastalar gastroenteroloğa sevk edilmelidir. Normal kolonoskopisi olan hastaların takip ve tedavisi birinci basamakta yapılabilir. İkinma, uzun tuvalet süresi, elle müdahale gibi semptomların olduğu dışkılamada çıkış bozukluğundan şüphelenilen hastalarda anorektal manometri (ARM) ve balon çıkarma testi (BET) için gastroenteroloji sevki gerekli görülebilir.

2.1.8.İleri Değerlendirme

BET ve ARM, dinlenme ve dışkılama esnasında anal sfinkter ve pelvik tabanın fonksiyonları hakkında kapsamlı bilgi sağlar (48,49). Defekografi anorektumun anatomik ve fonksiyonel değerlendirmesini yapan bir floroskopik görüntüleme çalışmasıdır. ARM ve BET yetersizliğinde endikedir (50). MR ve dinamik MR defekografi, baryumlu defekografiye alternatiftir.

Bundan başka kolon geçişinin değerlendirmesinde radyoopak belirteçli kolon transit zamanı, daha nadir olarak kablosuz motilite kapsül testi ve sintigrafi kabızlık şikayeti olan hastalarda kullanılabilir.

Tablo 2.4: Kronik Konstipasyonda Tedavi Algoritması

ADIM	YAPILMASI GEREKENLER
1. Diyet ve Yaşam Tarzını Optimize Edin	- Günlük 20-35 g lif tüketin - Günde en az 1.5 L su için - Haftada en az 140 dakika aerobik egzersiz yapın - Uyandıktan sonra ve yemeklerden sonraki 2 saat içinde dışkılama girişiminde bulunun - Çömelme yardımcı cihazı kullanarak dışkılama duruşunu iyileştirin
Semptomlar devam ederse → Günlük ozmotik laksatif ekleyin	- Seçenekler: Laktüloz, sorbitol veya magnezyum bazlı laksatifler
Semptomlar devam ederse → Uyarıcı laksatif ekleyin	- Seçenekler: Bisakodil, senna, sodyum pikosülfat
Semptomlar devam ederse → Klinik yeniden değerlendirme yapın	- Uyarı semptomları varsa: Gastroenterolojiye sevk edin - Uyarı semptomları yoksa: Defekasyon disfonksiyonu değerlendirilmeli
Defekasyon disfonksiyonu değerlendirmesi	- Şüpheli yüksekse: Tanıyı doğrulamak için gastroenterolojiye yönlendirin - Biofeedback tedavisi ile iyileşme mümkün olabilir - Sekretagog tedavisi düşünülebilir

Tablo 2.4 (Devam): Kronik Konstipasyonda Tedavi Algoritması

Düşük şüphe varsa ve ilaç tedavisi tercih ediliyorsa	- Mevcut tedavinin optimize edildiğinden emin olun: - Ozmotik ve uyarıcı laksatifler yeterli dozda mı? - Diyet ve yaşam tarzı önerilerine uyuluyor mu? - Sekonder faktörler (ilaçlar, hastalıklar vb.) modifiye edildi mi?
Tüm faktörler optimize edildiyse → Sekretagog tedavisi başlatın	- Seçenekler: Linaklotid, plekanatid, lubiproston
Kabızlıkta Uyarı Semptomları	- Gaitada kan veya gizli kan pozitifliği - Demir eksikliği anemisi - Açıklanamayan 4.5 kg veya daha fazla kilo kaybı - Yeni başlayan açıklanamayan kabızlık - Bağırsak tıkanıklığı belirtileri - Kolon kanseri veya inflamatuvar bağırsak hastalığı aile öyküsü

2.2.UYKU BOZUKLUKLARI

Çağımızda uyku yoksunluğu yaygındır. Hastalıklardan ve uyku bozukluklarından, işle ilgili, ailevi sebeplerden kaynaklanabilir. Kronik uyku yoksunluğunun; kaza, hastalık ve başarısızlık gibi kişinin hayatında sonuçları olabilmektedir. Uykunun yeterliliğinde, zaman ve kalite birlikte önemlidir.

2.2.1.Tanım

Uyku yoksunluğu, toplam uykunun zamanının veya kalitesinin azalmasıyla yeteri uyanıklık sağlanamaması, sağlık sorunları oluşması ve kişisel işlevin düşmesi olarak tanımlanabilir. Akut uyku yoksunluğu 1-2 gün süren uyku eksikliğinden ibarettir. Kronik uyku yoksunluğu ise rutin olarak eksik uyuma demektir. Uykusuzluktan farklı olarak uyku yoksunluğunda uyku ortamı oluştuğunda telafiye yönelme gerçekleşir. Uykusuzlukta yoksunluğa rağmen uyuyamama görülür. Uluslararası Uyku Bozuklukları Sınıflandırması, üçüncü baskıda, yetersiz uyku sendromunu, en az üç ay boyunca hemen hemen her gün yetersiz uyku nedeniyle oluşan aşırı gündüz uykululuğu ile karakterize bir bozukluk olarak tanımlamaktadır.

Tablo 2.5: Yetersiz Uyku Sendromu için Tanı Kriterleri (ICSD-3-TR)

KRİTER	TANIM
A	Hastada, kontrol edilemeyen uyuma ihtiyacı veya gündüz saatlerinde uyuklama ve uyku atakları vardır. Ergenlik öncesi çocuklarda ise bu durum uyku haliyle ilişkili davranışsal anormallikler olarak kendini gösterebilir.
B	Hastanın uyku süresi, kişisel veya destekleyici öykü, uyku günlükleri veya aktigrafisi ile belirlendiğinde, yaşına göre beklenenden daha kısa olduğu görülür.
C	Kısıtlanmış uyku düzeni en az üç ay boyunca çoğu gün mevcuttur.
D	Hasta, alarm saati kullanımı veya bir başkası tarafından uyandırılma gibi yöntemlerle uyku süresini kısıtlar ve genellikle bu tür önlemler alınmadığında (örneğin hafta sonları veya tatillerde) daha uzun uyur.
E	Toplam uyku süresinin uzatılması, uykululuk belirtilerinin düzelmesini sağlar.
F	Semptomlar ve bulgular, sirkadiyen ritim uyku-uyanıklık bozukluğu, başka bir uyku bozukluğu, tıbbi veya psikiyatrik bir hastalık ya da ilaç/madde kullanımı veya yoksunluğu ile daha iyi açıklanamaz.

A'dan F'ye kadar olan kriterlerin tamamı karşılanmalıdır.

Tablo 2.6: Uykusuzluk ve Uyku Yoksunluğu

	Yetersiz uyku/uyku yoksunluğu	İnsomni (uykusuzluk) bozukluğu
Uyuyabilme yetisi	Korunmuştur. Hasta, fırsat verildiğinde uyuyabilir.	Bozulmuştur. Hasta, yeterli uyku fırsatı olsa bile uyuyamaz.
Uyuma fırsatı	Yetersizdir. Hasta, yeterli uyku alacak kadar uzun süre yatakta kalmaz ve bu nedenle gündüz olumsuz etkiler yaşar.	Yeterlidir. Hasta, yeterli uyku almak için yatakta yeterli süre geçirebilir, ancak uyuma fırsatı olduğu halde uyuyamaz.
Uyku süresi	Yetersiz uyku süresi, yeterli uyuma fırsatı olmamasından kaynaklanır.	Yeterli uyku fırsatı olmasına rağmen kısa uyku süresi.

2.2.2.Ne Kadar Uyku

Hakkında araştırmaların devam ettiği uyku hakkında bu konu tam açıklanabilmiş değildir. Bırakıldığında ne zamana kadar uyunacağı ve gün içindeki uyanıklık hissinin yeterliliği, monoton işlerde bile uyanıklık hissinin devamı ölçüt önerileri olarak sunulmuştur.

Uykunun ihtiyacı kişiler arasında çok farklılık gösterir (51). Uykusunu almış olmak için 6 saatten az uykuya ihtiyaç duyanlardan 10 saat uykuyla hayatını devam ettirebilenlere kadar geniş bir yelpaze vardır. Çocuklarda bile yeterli uyku zamanından bahsetmek için bilim dünyasının yeni verilere ihtiyacı vardır (52).

Bu konuda yapılmış araştırmaların ülkemizden ileride olduğu ABD’de yetişkinlerin yaklaşık üçte biri iş günlerinde geceleri yedi saatten az uyuduğunu bildiriyor (53–55).

Yapılan çalışmalarda günümüzde geçmişe göre uyku süresinin kısaldığı tespit edilmiştir. 1975-2006 yılları arasında yapılan bir karşılaştırma çalışmasında kısa uykunun (<6 saat) yaygınlığı 1975'te %7,6 iken 2006'da %9,3 olarak bulunmuştur (56).

2.2.3.Etiyoloji

a)Uyku Zamanında Eksiklik:

Uyku eksikliği, ani şekilde gelişebilir (örneğin, bir gece boyunca hiç uyunmazsa) ya da birkaç gece boyunca uykunun kısmen azalmasıyla daha yavaş bir biçimde ilerleyebilir. Kısmi uyku kaybı da tam uyku eksikliği gibi sonuçlar oluşturabilir. Bunların hekim ve hasta tarafından tespiti daha zor olabilir (57). Kişilerin

kısa dönem uyku eksiklikleri 6 saatin altında değilse kişi tarafından tolere edilebilir ve kısa şekerlemeler tam uyanıklığa katkı sağlayabilir (58).

b)Uyku Kalitesinde Eksiklik:

8 saatten fazla uyunup da halen uyku yoksunluğu hissedenlerde uyku kalitesinde yetersizlikten bahsedilebilir (59). Uyku kalitesinde eksiklik kişinin gece boyunca kendisinin fark edip hatırlamadığı saniyelik uyanmalarının sayısı , süresi ve bunları hangi uyku evrelerinde yaşadığı ile şekillenir. Tek geceden ibaret her saatte oluşan 5 uyanma bile gündüz işlevsel sorunlara yol açabilir (60). Uyanmalar apne ve bacak hareketliliği nedeni olabileceği gibi kendiliğinden de oluşabilir. Yapılan kısa süre deneysel uyku müdahalelerinde (2 gün boyunca her dakikada 1) günleri aşan tam uykusuzluğun sonuçlarına (40-60 saate eşdeğer) yakın sorunlar oluşabilmektedir (61). Bunlar bize apne gibi uyku kalitesi sorunları yaşayan hastaların ciddi şekilde uykusuzluk çekebileceği hakkında fikir vermektedir.

Tablo 2.7: Sağlıklı Uyku için Öneriler

Öneri	Detaylar
Düzenli uyku ve uyanma saati	Tutarlı bir uyku ve uyanma saati belirlemek, daha düzenli bir uyku programına yol açar ve uyku yoksunluğu veya gece boyunca uzun uyanıklık dönemlerinden kaçınılmasını sağlar.
Şekerleme yapmaktan kaçının	Özellikle 1 saatten uzun süren ve günün ilerleyen saatlerinde yapılan şekerlemelerden kaçının.
Kafeini sınırlayın	Öğle yemeğinden sonra kafein tüketiminden kaçının. Öğle yemeği ile uyku zamanı arasındaki süre, kafeinin vücuttan atılması için yeterli bir zaman dilimi sağlar.
Alkollü içecekleri sınırlayın	Genellikle yatmadan önce alkolden kaçınılması önerilir. Alkol başlangıçta yatıştırıcı olsa da, metabolize edilirken uyarıcı hale gelir ve uyku düzenini olumsuz etkiler.
Nikotinden kaçının	Nikotin bir uyarıcıdır ve yatmadan önce veya gece boyunca tüketilmemelidir.
Egzersiz	Gün içinde fiziksel aktivite teşvik edilir. Özellikle, uykuya dalmayı kolaylaştırabileceğinden, yatmadan 4-6 saat önce egzersiz önerilir. Ancak, yatmadan 2 saat önce yapılan yoğun egzersizden kaçınılmalıdır.
Uyku ortamını sessiz ve karanlık tutun	Gece boyunca ses ve ışık maruziyeti uykuyu bozabilir. Gürültüyü azaltmak için beyaz gürültü makineleri veya kulak tıkaçları önerilir. Işığı azaltmak için karartma perdeleri veya göz maskesi kullanılabilir. Ayrıca, yatmadan önce televizyon veya teknoloji kullanımından kaçınmak faydalıdır, çünkü bu, biyolojik ritimleri etkileyerek uyku saatini geciktirebilir.
Yatak odasında saat kullanmayın	Gece boyunca saate bakmaktan kaçının. Bu, alarm saatleri, kol saatleri ve akıllı telefonları kapsar. Saati kontrol etmek, bilişsel uyarılmayı artırarak uyanık kalma süresini uzatabilir.
Akşam yemeği	Yatmadan önce ağır bir öğün tüketmekten kaçının. Akşam erken saatlerde sağlıklı ve doyurucu (ancak çok ağır olmayan) bir yemek yiyin ve gece atıştırmalıklarından uzak durun.

2.2.4.Kronik Uyku Yetersizliğinin Sonuçları

Kronik uyku yetersizliği bilinen gündüz uykululuğu ve bilişsel yeteneklerin bozulması haricinde çeşitli sonuçlara neden olduğu düşünülmektedir. Kazalar ve bunlara bağlı yaralanma ve ölümler, iş performansında eksiklik, psikolojik ve fiziksel sağlıkta bozulma bu çeşitli sonuçlardandır (62).

a)Kazalar; İş Kazaları:

Akut uyku yoksunluğu genellikle işe bağlı sebeplerdendir. İş saatlerinin aşırılığı, arada dinlenme dönemlerinin azlığı, istikrarsız ve tahmin edilemeyen iş durumları gibi sebepler uyku yoksunluğu oluşturur (63,64).

Uyku yoksunluğu motorlu taşıt kazalarının bilinen yaygın bir nedenidir. Uyku apnesi ve uyku yoksunluğu, aşırı uyku hali bildirmeyen kişilerde bile kazaların oluşumuna neden olmaktadır (65). Mesleki hataların da uyku yoksunluğu olan bireylerde daha yaygın görülmesi bilinen bir gerçektir (66).

b)Sosyal İlişkiler:

Uyku yoksunluğuyla boğuşan kişiler genelde anhedoni tarifleyebilirler ve kendilerini sosyal hayattan geri çekebilirler. Enerjisiz hissederler. İş yerinde ve evde uyuklamalar, işle ilgili ve ailevi sorunlara yol açabilmektedir.

c)Kalp Hastalıkları:

Eksik uyku süresinin çeşitli kardiyak rahatsızlıklara neden olduğu üzerine çalışmalar yapılmıştır (67,68). Yapılan büyük ölçekli bir çalışmada 18 yıl boyunca yapılan takip sonucunda 6 saatten az kendi kendine bildirilen uyku süresinin santral obezite, yüksek kan şekeri, hipertansiyon, düşük HDL , yüksek trigliserit seviyelerine neden olup metabolik sendrom riskini artırdığı tespit edilmiştir (69). Kalp sağlığını inflamasyon yoluyla olumsuz etkilediği düşünülmektedir. Bağımsız faktörlerden ayrı olarak uykunun eksikliğinin inflamasyonu arttırdığı, çalışmalarda CRP üzerindeki etkisiyle gösterilmiştir (70). Sağlıklı bir kalp için iyi uyku alışkanlıkları önerilmektedir.

d)İmmun Yetmezlik:

Kronik uyku kaybının iltihaplanmayla birlikte bağışıklık sisteminde yetmezliğe de neden olabildiği saptanmıştır (71). Soğuk algınlığına yatkınlıkla, COVID 19'un şiddetli geçmesiyle, ÜSYE'ye olan hassasiyetle ilgili bulunmuştur (72).

e)Metabolik Sendrom:

Yapılan büyük (3000 kişi) bir çalışmada uyku yoksunluğu (gecede ≤ 6 saat) 5 yılda metabolik sendromda 3 katlık bir artışla alakalıdır (73). Bu bulgular kilo kontrolünde uykunun da değiştirilebilir bir faktör olduğunu ortaya koymaktadır.

f)Böbrek Sağlığı:

Yapılan geniş çaplı bir araştırma, gecede 7 saatten az uyumanın, 11 yıl boyunca böbrek fonksiyonlarında daha hızlı bir düşüşle bağlantılı olduğunu göstermiştir. Bu durum, hipertansiyon, diyabet ve kardiyovasküler hastalık gibi diğer risk faktörlerinden bağımsız olarak gözlemlenmiştir (74).

g)Uyku ve Ölüm:

Araştırmalar, hem kısa hem de uzun uyku süresinin genel ölüm riskini artırabileceğini göstermektedir. 3,5 milyondan fazla kişinin dahil olduğu büyük bir meta-analizde, uyku süresi ile tüm sebeplere bağlı ölüm riski arasında U şeklinde bir ilişki olduğu belirlenmiştir (75). Gecede 7 saat uyku ideal kabul edilirken, bu sürenin altına veya üstüne çıkıldığında ölüm riski artmaktadır.

2.2.5.Kronik Uykusuzluk Risk Faktörleri

a)Psikojenik Sebepler:

Depresyon, Anksiyete, Madde kullanım bozuklukları, Travma sonrası stres bozukluğu, Bipolar bozukluk, Psikotik bozukluklar, Yeme bozuklukları

b)Organik Sebepler:

- Akciğer: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, Astım
- Kas-iskelet sistemi: Artrit, Fibromiyalji, Kronik ağrı
- Kardiyovasküler: Kalp yetmezliği, İskemik kalp hastalığı, Gece anjinası, Hipertansiyon
- Endokrinolojik: Hipertiroidizm
- İdrar: Gece idrara çıkma
- Sindirim sistemi: Gastroözofageal reflü, Diyabet, Kanser, Gebelik, Menopoz, Lyme hastalığı, İnsan immün yetmezlik virüsü (HIV) enfeksiyonu, Miyaljik ensefalomiyelit/kronik yorgunluk sendromu, Dermatolojik hastalıklar (örneğin, pruritus)
- Nörolojik Durumlar: Nörodejeneratif hastalıklar (örneğin Alzheimer, Parkinson), Ağrılı periferik nöropatiler ve nöromusküler bozukluklar, SVO, Beyin tümörleri,

Travmatik beyin hasarı, Baş ağrısı sendromları (migren, küme), Ölümcül ailevi uykusuzluk

-İlaçlar ve Maddeler: Merkezi sinir sistemi uyarıcıları, Merkezi sinir sistemi depresanları, Bronkodilatörler, Antidepresanlar, Beta antagonistleri, Diüretikler, Glukokortikoidler, Kafein, Alkol

-Diğer Uyku Bozuklukları: Huzursuz bacak sendromu, Periyodik uzuv hareket bozukluğu, Uyku ile ilişkili solunum bozuklukları

-Sirkadiyen ritim uyku-uyanıklık bozuklukları: Gecikmiş uyku-uyanıklık evresi bozukluğu, İleri uyku-uyanıklık evresi bozukluğu, Düzensiz uyku-uyanıklık ritmi bozukluğu, 24 saat dışı uyku-uyanıklık ritmi bozukluğu, Vardiyalı çalışma bozukluğu, Jet lag

2.2.6.Uykuyu Değerlendirme

a)Uyku Günlüğü:

Uyku günlükleri, bireylerin uyku düzenlerini takip etmek ve yeterli uyku alıp almadıklarını değerlendirmek için kullanılan pratik ve uygun maliyetli araçlardır. Bu günlükler, tedavi süreçlerini yönlendirmede ve terapinin etkinliğini izlemekte önemli bir rol oynar.

Genellikle 7 ila 14 gün boyunca tutulması önerilir. Günlüklerin, hafta içi ve hafta sonunu kapsayacak şekilde hastanın tipik uyku alışkanlıklarını yansıtmaları gerekir. Ancak, hastalık dönemlerinde tutulan kayıtlar yanıltıcı olabileceğinden bu günler dikkate alınmamalıdır. Her sabah, hasta önceki geceye dair en iyi tahminlerini kaydetmelidir (76). Geleneksel kâğıt günlükler kullanılabilir de, elektronik uyku günlükleri daha pratik olabilir (77).

Uyku günlükleri, uyku süresi ve düzenine dair önemli veriler sağlar. Ortalama hafta içi ve hafta sonu uyku süreleri hesaplanabilir ve aralarındaki fark, "sosyal jet lag" belirtisi olarak değerlendirilebilir. Uyku süresinin hafta sonlarında belirgin şekilde artması, hafta içi kronik uyku eksikliğini işaret edebilir.

Bu günlüklerden elde edilen bilgiler, aktigrafi gibi nesnel ölçüm yöntemlerinden farklılık gösterebilir (78). Araştırmalar, uyku günlüğü kayıtlarının genellikle uyku süresini olduğundan uzun bildirme eğiliminde olduğunu göstermektedir.

b)Uyku Anketleri:

Uyku Zamanlaması Anketi (STQ), uyku düzenlerini değerlendiren ve iki haftalık bir uyku günlüğüne yakın sonuçlar sağlayabilen bir ölçüm aracıdır (79). Bu anket, bireylerin hafta içi ve hafta sonu yatma ve uyanma saatlerine ilişkin sorular içerir.

Uyku kalitesi ve bozukluklarını bir aylık süre içinde değerlendiren 19 maddelik Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ), genel olarak uyku problemi yaşayan bireyleri tespit etmek için kullanılan bir öz bildirim anketidir (80). Bu anket, uyku süresi ve gündüz işlev bozukluğu gibi alt kategorilere ayrılarak yetersiz uykunun değerlendirilmesine yardımcı olur. PUKİ, uyku problemlerinin tespit edilmesi ve takibi açısından önemli bir değerlendirme aracıdır.

c)Aktigrafi:

Aktigrafi, bileğe takılan hassas bir ivmeölçer aracılığıyla hareketleri kaydederek uyku süresi ve kalitesi hakkında nesnel tahminler sunan bir yöntemdir. Uyku günlüğü tutamayan veya verdiği bilgilerin doğruluğu şüpheli olan hastalar için özellikle faydalıdır. Araştırmalarda sıkça kullanılsa da sigorta kapsamının sınırlı olması nedeniyle klinik ortamda yaygın değildir.

Polisomnografiyle karşılaştırıldığında toplam uyku süresi, uykuya dalma süresi, uyku bölünmeleri ve uyku verimliliği gibi parametreleri belirlemede güvenilir bulunmuştur. Ancak, hareketsiz uyanıklık dönemlerini yanlışlıkla uyku olarak değerlendirebilir veya uyanıklık sürelerini abartılı şekilde ölçebilir.

Genellikle 1-2 haftalık bir izleme süreciyle uygulanır. Bazı cihazlar ışık sensörleri ile sirkadiyen ritim bozukluklarını saptamaya yardımcı olabilir. Daha doğru veri elde etmek için aktigrafi sırasında uyku günlüğü tutulması önerilir. Ayrıca, bazı cihazlarda hastaların uyku saatlerini manuel olarak işaretlemesine olanak tanıyan özellikler bulunur, bu da veri yorumunu kolaylaştırır.

d)Giyilebilir Cihazlar:

Giyilebilir uyku izleme cihazları, özellikle bileğe takılan modeller olmak üzere giderek daha yaygın hale gelmektedir. Bunun yanı sıra parmak, baş ve gövde için de çeşitli cihazlar geliştirilmiştir. Ayrıca, bireyin yakınına yerleştirilen ve uzaktan fizyolojik veya davranışsal sinyalleri ölçen "yakın cihazlar" da mevcuttur.

Bu cihazlar kablosuz teknoloji sayesinde gerçek zamanlı veri sağlayarak PSG ve aktigrafiye kıyasla daha uygun maliyetli bir alternatif sunabilir. Ancak, PSG ile

karşılaştırıldığında doğrulukları değişkenlik göstermekte ve gelişmeye devam etmektedir. Çalışmalara göre, bazı cihazlar uyku süresini fazla ya da eksik tahmin edebilir. Genellikle uyku sürelerini yüksek doğrulukla tespit ederken, uyanıklık dönemlerini belirlemede daha az güvenilirlerdir.

e)Polisomnografi:

Laboratuvar ortamında yapılan gözetimli polisomnografi (PSG), uykuya bağlı solunum bozukluklarının teşhisinde kullanılan bir tanı testidir. Bunun yanı sıra, narkolepsi, uykuya bağlı hareket bozuklukları ve bazı parasomniler gibi diğer uyku rahatsızlıklarını belirlemek için klinik öykü ve ek testlerle birlikte değerlendirilir.

PSG sırasında hasta, uyku esnasındaki fizyolojik değişiklikleri kaydeden çeşitli cihazlara bağlanarak izlenir. Elde edilen veriler, solunum bozuklukları başta olmak üzere birçok uyku hastalığının tanısına yardımcı olabilir.

2.2.7.Uyku Uzmanına Sevk

Uyku hijyeni önerilerine rağmen uyku problemleri yaşayan hastalar, uyku tıbbı uzmanına yönlendirilebilir. Bu uzmanlar, çeşitli uyku bozukluklarını değerlendirme ve tedavi etme konusunda yetkindir.

Özellikle, uyku alanında uzmanlaşmış bilişsel davranışçı terapistler, uykusuzluk gibi sorunlara yol açan düşünce ve davranış kalıplarını değiştirmeye odaklanır (81). Ayrıca, zihinsel imgeleme gibi öz düzenleme teknikleri, yetişkinlerde uyku alışkanlıklarını ve uyku kalitesini iyileştirmede etkili bulunmuştur (82)

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Yöntemi

Bu araştırma, S.B.Ü. Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği birimlerine herhangi bir nedenle başvuran 18-65 yaş arasındaki bireylerde konstipasyonun sıklığı, ciddiyeti, uyku ve diğer faktörlerle ilişkisinin incelenmesi amacıyla yapılan kesitsel bir çalışmadır.

3.2.Araştırmanın Örneklemi ve Evreni

Yapılan literatür taramasında üzerinde çalışılacak yöntemlere ilişkin yüzde ölçüm değerleri baz alınarak 0,3 (cohen) etki büyüklüğü, %99 güç ve 0,05 hata payı ile G-POWER programı kullanılarak bulunan minimum toplam örneklem büyüklüğü n=195 bulunmuştur. İstanbul ili Ümraniye ilçesinde Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği poliklinikleri ve Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne, 10 Ekim 2024- 31 Aralık 2024 tarihleri arasında, herhangi bir nedenle başvuran 18-65 yaş arası 250 kişi çalışmaya dahil edilmiştir.

Çalışmanın evrenini 2024 yılı ortası nüfusa göre Ümraniye' de yaşayan 727.819 kişi oluşturmaktadır.

3.3.Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri

18-65 yaş aralığında olmak, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği polikliniklerine başvurmuş olmak, çalışmayı kabul etmiş olmak ve okuryazar olmak çalışmaya katılma kriterleri olarak belirlenmiştir. Konuşma işitme kusuru olması, mental retarde olmak, immobil olmak, kanser hastası olmak kabul edilmeme kriterleri olarak belirlenmiştir.

3.4.Etik Onay

Çalışma için Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 03/10/2024 tarihli 334 Karar No'lu Etik Kurul Onayı (Ek 4) alındıktan sonra çalışmaya katılan kişilerden yazılı onam alınarak, anketler yüz yüze görüşme tekniği ile yapılmıştır.

3.5.Verilerin Toplanması

Veriler araştırmacılar tarafından hazırlanan anket (Ek 1, Ek 2, Ek 3) yardımıyla toplandı. Anket katılımcıların sosyodemografik özellikleri, tıbbi durumları, konstipasyonla ilişkilendirilebilecek riskli faktörleri, Roma 4 kriterlerine göre hazırlanmış fonksiyonel konstipasyon durumlarını sorgulayan, Bristol Dışkı Ölçeği'

nden yararlanılan sorular içeren 31 soru, Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği (KCÖ)' ni oluşturan 16 soru ve Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi' ni oluşturan 9 sorudan oluşmaktadır.

3.6. Veri Toplama Araçları

3.6.1. Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği (KCÖ)

Varma ve ark. tarafından 2008 yılında geliştirilen, Türkçeye geçerlik ve güvenirliği Kaya ve Turan tarafından 2010 yılında yapılan bu ölçek bireylerin dışkılama sıklığını, yoğunluğunu ve dışkılama sırasında zorluğunu/güçlüğü belirlemeye yöneliktir (83). Ayrıca bu ölçek konstipasyon semptomlarını ölçmek amacı ile de kullanılabilir. Ölçekte 16 soru yer almaktadır. KCÖ, Dışkı Tıkanıklığı (DT), Kalın Bağırsak Tembelliği (KBT) ve Ağrı olmak üzere üç alt boyuta sahiptir. DT alt boyutundan alınabilecek puan 0-28, KBT alt boyutundan alınabilecek puan 0-29, Ağrı alt boyutundan alınabilecek puan ise 0-16 arasındadır. KCÖ' den alınabilecek toplam puan en düşük 0, en yüksek 73' tür. Ölçekten alınan yüksek puan belirtilerin ciddi olduğunu göstermektedir (83).

3.6.2. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi

Pittsburgh Uyku Kalitesi Endeksi (PUKİ), bir aylık zaman aralığında uyku kalitesini değerlendiren yaygın olarak kullanılan bir öz bildirim anketidir. Ölçüm, Pittsburgh Üniversitesi'nden Dr. Daniel Buysse, Dr. Charles Reynolds, Dr. Timothy Monk, Dr. Susan Berman ve Dr. David Kupfer tarafından geliştirilmiştir. PSQI'nin 1989'daki yayımlanmasından bu yana, 34.000'den fazla hakemli makalede atıfta bulunulmuştur (84). Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması 1996 yılında Ağargün tarafından yapılmıştır (85). PUKİ, klinik ve araştırma ortamlarında yaygın olarak kullanılan bir uyku değerlendirme aracıdır. Hem öznel hem de nesnel parametreleri kapsayarak uyku kalitesini çok boyutlu şekilde ölçer. Araştırmacı ve sağlık profesyonellerine, bireylerin uyku düzenleri ve bozuklukları hakkında kapsamlı bilgi sunarak tedavi ve müdahale süreçlerine rehberlik eder.

3.7. İstatistiksel Analizler

Demografik bilgilerde bireylerin dağılımını göstermede sayı (n) ve yüzde (%) değerleri kullanıldı.

Çalışmada yer alan sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu grafiksel olarak ve Shapiro-Wilks testi ile değerlendirildi. Değişkenlerin tanımlayıcı istatistiklerinin gösteriminde Ortalama $\pm$ SS (standart sapma) ve Medyan (Minimum-Maksimum) değerleri verildi. Fonksiyonel konstipasyon durumuna göre kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında çapraz tablolar oluşturuldu, sayı (n), yüzde (%) ve ki kare (χ^2) test istatistiği verildi.

Eğitim düzeyi, gelir düzeyi, meslek, yaşam şekli gibi ikiden fazla kategorik değişkenlere göre Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği (Dışkı tıkanıklığı, Kalın bağırsak tembelliği, Ağrı, Toplam Puan) ve Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi puanlarının karşılaştırılmasında Kruskal Wallis non-parametrik varyans analizine başvuruldu. İkili karşılaştırmalarda bonferroni düzeltmesi yapılarak analiz sonuçları verildi.

Cinsiyet, kronik hastalık, sigara kullanımı, alkol kullanımı gibi iki gruplu değişkenlerin Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği (Dışkı tıkanıklığı, Kalın bağırsak tembelliği, Ağrı, Toplam Puan) ve Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi puanlarının karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi kullanıldı.

Yaş ve BMI değerleri ile Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği (Dışkı tıkanıklığı, Kalın bağırsak tembelliği, Ağrı, Toplam Puan) ve Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi puanları arasında yapılan korelasyon analizinde spearman non-parametrik korelasyon katsayısı verildi. Ayrıca ölçek puanlarının kendi aralarında yapılan korelasyon analizinde de spearman non-parametrik korelasyon katsayısı verildi.

Kabızlık olma riski ile ilişkili potansiyel risk faktörleri ağırlıklı lojistik regresyon modelleri kurularak incelenmiştir. Sonuçlar Odds oranı (OR) ve %95 güven aralığı olarak verildi.

İstatistiksel analizler ve hesaplamalar için IBM SPSS Statistics 21.0 (IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.) ve MS-Excel 2007 programları kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

4.BULGULAR

Aile hekimliğimize 10 Ekim 2024- 31 Aralık 2024 tarihleri arasında, herhangi bir nedenle başvuran 18-65 yaş arası 250 kişinin yaş ortalamasının $34,47 \pm 12,42$ yıl olduğu belirlenmiştir. Bireylerin %33,6'sı (n=84) erkek, %66,4'ü (n=166) kadındır. Bireylerin BMI ortalaması $25,97 \pm 5,03$ kg/m²'dir. BMI sınıflamasına göre bireylerin %4,0'ü (n=10) zayıf, %43,8'i (n=109) normal, %32,5'i (n=81) pre obez, %19,7'si (n=49) obezdir. Ayrıca bireylerin %46,4'ü (n=116) evli, %53,6'sı (n=134) bekarıdır. Meslek dağılımlarına baktığımızda bireylerin %28,8'i (n=72) beyaz yakalı, %19,6'sı (n=49) mavi yakalı iken, %51,6'sı (n=129) çalışmamaktadır. Bireylerin %14,0'ü (n=35) ilkokul mezunu, %4,4'ü (n=11) ortaokul mezunu, %20,0'si (n=50) lise mezunu, %61,6'sı (n=154) üniversite mezunudur. Bireylerin %8,0'i (n=20) yalnız yaşamakta, %4,8'i (n=12) ev arkadaşı ile, %80,4'ü (n=201) çekirdek aile, %6,8'i (n=17) geniş aileyle yaşamaktadır. Bireylerin %24,4'nün (n=61) geliri asgari ücret, %29,6'sının (n=74) asgari ücretin 2 katı, %17,2'sinin (n=43) asgari ücretin 3 katı, %28,8'nin (n=72) asgari ücretin 3 katından fazladır. Sigara kullanan 75 birey (%30,0), alkol kullanan 35 birey (%14,1) bulunmaktadır (Tablo 1).

Tablo 4.1: Bireylerin Demografik Özellikleri

		n (%)
Yaş (yıl)	Ort±SS	34,47±12,42
	Medyan (Min-Max)	30,0 (18-65)
Cinsiyet	Erkek	84 (33,6)
	Kadın	166 (66,4)
BMI (kg/m ²)	Ort±SS	25,97±5,03
	Medyan (Min-Max)	25,3 (15,4-46,3)
BMI Sınıflaması	Zayıf	10 (4,0)
	Normal	109 (43,8)
	Pre obez	81 (32,5)
	Obez	49 (19,7)
Medeni Durum	Evli	116 (46,4)
	Bekar	134 (53,6)

Tablo 4.1 (Devam): Bireylerin Demografik Özellikleri

Meslek	Beyaz yakalı	72 (28,8)
	Mavi yakalı	49 (19,6)
	Çalışmıyor	129 (51,6)
Eğitim Durumu	İlkokul mezunu	35 (14,0)
	Ortaokul mezunu	11 (4,4)
	Lise mezunu	50 (20,0)
	Üniversite mezunu	154 (61,6)
Yaşam Şekli	Yalnız	20 (8,0)
	Ev arkadaşı	12 (4,8)
	Çekirdek aile	201 (80,4)
	Geniş aile	17 (6,8)
Gelir Düzeyi	Asgari ücret	61 (24,4)
	Asgari ücretin 2 katı	74 (29,6)
	Asgari ücretin 3 katı	43 (17,2)
	Daha fazla	72 (28,8)
Sigara Kullanımı	Hayır	175 (70,0)
	Evet	75 (30,0)
Alkol kullanımı	Hayır	214 (85,9)
	Evet	35 (14,1)

Bireylerin %42,8'i (n=107) düzenli fiziksel aktivite yapmaktadır. Günlük sıvı tüketiminde bireylerin %52,0'sinde (n=129) 2 litrenin üstünde, %48,0'inde (n=119) 2 litrenin altındadır. "Günde kaç ana öğün tüketirsiniz?" sorusuna bireylerin %6,1'i (n=15) 1 öğün, %54,9'u (n=135) 2 öğün, %35,8'i (n=88) 3 öğün, %2,0'si (n=5) 4 öğün, %1,2'si (n=3) 5 öğün yanıtını vermiştir. "Ne Sıklıkla Ev Dışında Hazır Fast Food Tipi Gıda Tüketirsiniz" sorusuna bireylerin %20,8'i (n=52) hiç, %35,2'si (n=88) ayda 1-2, %26,8'i (n=67) haftada 1, %17,2'si (n=43) daha sık yanıtını verdiği belirlenmiştir. Probiyotik kullanan 197 birey (%78,8) bulunmaktadır. Probiyotik kullananların %18,8'i (n=37) her gün, %39,1'i (n=77) haftada 3, %42,1'i (n=83) haftada 1'den az tüketmektedir. Bireylerin %19,3'ü (n=48) çay tüketmiyor ya da nadiren, %9,6'sı (n=24) haftada 3'ten fazla, %71,1'i (n=177) her gün tüketmektedir. Kahve tüketimine baktığımızda bireylerin %36,0'sı (n=90) tüketmiyor veya nadiren, %24,0'ü (n=60) haftada 3'ten fazla, %40,0'ı (n=100) her gün tüketmektedir (Tablo 2).

Tablo 4.2: Bireylerin Fiziksel Aktivite, Sıvı Tüketimi ve Beslenme Davranışlarının Dağılımı

		n (%)
Düzenli Fiziksel Aktivite	Hayır	143 (57,2)
	Evet	107 (42,8)
Günlük Sıvı Tüketimi	2 litrenin üstünde	129 (52,0)
	2 litrenin altında	119 (48,0)
Öğün Sayısı	1 öğün	15 (6,1)
	2 öğün	135 (54,9)
	3 öğün	88 (35,8)
	4 öğün	5 (2,0)
	5 öğün	3 (1,2)
Ne Sıklıkla Ev Dışında Fast Food Tüketirsiniz	Hiç	52 (20,8)
	Ayda 1-2	88 (35,2)
	Haftada 1	67 (26,8)
	Daha sık	43 (17,2)
Probiyotik Kullanımı	Evet	197 (78,8)
	Hayır	53 (21,2)
Probiyotik Kullanım Sıklığı	Her gün	37 (18,8)
	Haftada 3	77 (39,1)
	Haftada 1'den az	83 (42,1)
Çay Tüketimi	Tüketmiyorum, nadiren	48 (19,3)
	Haftada 3'ten fazla	24 (9,6)
	Her gün tüketirim	177 (71,1)
Kahve Tüketimi	Tüketmiyorum, nadiren	90 (36,0)
	Haftada 3'ten fazla	60 (24,0)
	Her gün tüketirim	100 (40,0)

Kronik hastalığı olan 73 birey (%29,2), sürekli ilaç kullanan 74 birey (%29,6) bulunmaktadır. Bireylerin %82,3'nün (n=205) doğum tipi normal doğum, %17,7'sinin (n=44) sezeryan doğumdur. “Doğumunuzdan Sonra Anne Sütü Alma Durumunuz Nasıldı” sorusuna bireylerin %9,3'ü (n=23) Almamışım, eksiklik mevcut, %34,8'i

(n=86) 6 aya kadar almışım, %55,9'u (n=138) 2 yaşına kadar almışım yanıtını vermiştir. Kadın bireylerin 64'ünde gebelik öyküsü bulunmaktadır (Tablo 3).

Tablo 4.3: Bireylerin Sağlık Özellikleri Dağılımı

		n (%)
Kronik Hastalık	Hayır	177 (70,8)
	Evet	73 (29,2)
Sürekli Kullanılan İlaç	Hayır	179 (70,4)
	Evet	74 (29,6)
Kendi Doğum Tipiniz?	Normal doğum	205 (82,3)
	Sezeryan doğum	44 (17,7)
Doğumunuzdan Sonra Anne Sütü Alma Durumu	Almamışım, eksiklik mevcut	23 (9,3)
	6 aya kadar almışım	86 (34,8)
	2 yaşına kadar almışım	138 (55,9)
Gebelik Öyküsü	Yok	102 (61,4)
	Var	64 (38,6)

Bireylerin %24,1'i (n=60) alaturka tuvaleti tercih ederken, %75,9'u (n=198) klozet kullanmaktadır. "Kabızlık Sorunu Yaşar Mısınız?" sorusuna bireylerin %34,8'i (n=87) hayır, asla yaşamam, %59,6'sı (n=149) evet, arada, %5,6'sı (n=14) devamlı kabızlığım olur yanıtını vermiştir. "Evet ise Son Zamanlarda Kabızlık Şikâyetiniz Oluyor Mu?" sorusuna bireylerin %52,1'i (n=85) 6 ay veya daha fazla zamandır, evet yanıtını verirken, %47,9'u (n=78) 6 aydan kısa zamandır veya olmuyor, hayır yanıtını vermiştir. "Son 3 Aydır, 4 Dışkılamanın En Az 1'inde Aşağıdaki Şikâyetleri Yaşar Mısınız?" sorusuna bireylerin %19,6'sı (n=32) ıkınma, fazla gayret gösterme, %8,6'sı (n=14) Topaklı veya sert dışkılama, %18,4'ü (n=30) Tam boşaltamama hissi, %0,6'sı (n=1) Makat-barsak sonunda tıkanıklık hissi, %1,8'i (n=3) Kolaylaştırıcı elle müdahale gereği, %6,1'i (n=10) İlaç desteği olmadan haftada 3'ten az dışkılama yanıtını vermiştir. "Son 3 Aydır, Dışkı Yumuşatıcı İlaç Kullanmadan Şekilsiz, Yumuşak Dışkılama Yapabildiniz Mi?" sorusuna bireylerin %21,3'ü (n=53) hiçbir zaman, %47,6'sı (n=118) nadiren, %21,0'i (n=52) çoğunlukla, %10,1'i (n=25) her zaman yanıtını verdiği belirlenmiştir. "Son 3 Aydır, Haftada En Az 1 Gün Olan Karın Ağrınız Var Mıydı?" sorusuna bireylerin %32,9'u (n=82) evet, %67,1'i (n=167) hayır yanıtını vermiştir. 20 birey karın ağrısının dışkılama ile ilişkili, 24 birey dışkılama

sıklığında değişiklik ile ilişkili, 25 birey dışkı biçiminde değişiklik ile ilişkili, 29 birey karın ağrısının dışkılama ile ilişkisi bulunmadığı tespit edilmiştir (Tablo 4).

Tablo 4.4: Bireylerin Dışkılama ile İlgili Sorularına Verilen Yanıtların Dağılımı

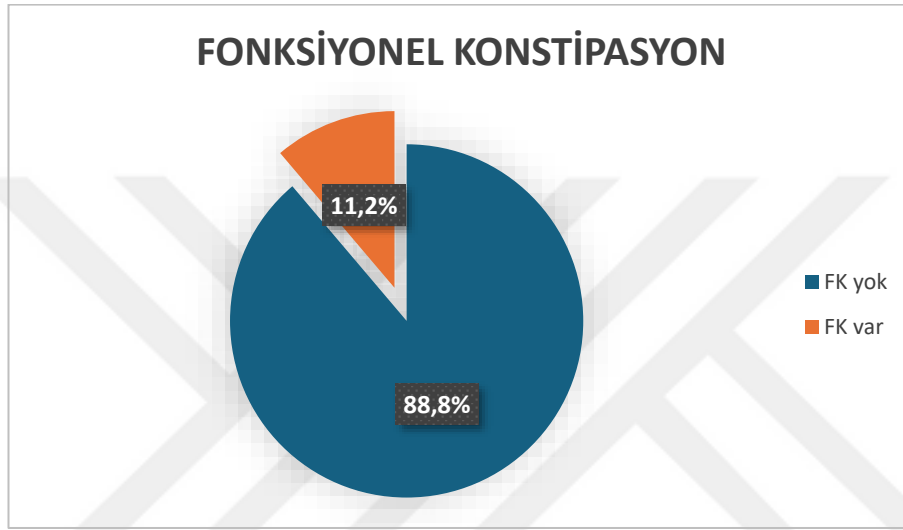
		n (%)
Tuvalet Tipi	Alaturka	60 (24,1)
	Klozet	189 (75,9)
Kabızlık Sorunu Yaşar Mısınız?	Hayır, asla yaşamam	87 (34,8)
	Evet, arada	149 (59,6)
	Devamlı kabızlığım olur	14 (5,6)
Evet ise Son Zamanlarda Kabızlık Şikâyetiniz Oluyor Mu?	6 ay veya daha fazla zamandır, evet	85 (52,1)
	6 aydan kısa zamandır veya olmuyor, hayır	78 (47,9)
Son 3 Aydır, 4 Dışkılamanın En Az 1'inde Aşağıdaki Şikâyetleri Yaşar Mısınız?	İkinma, fazla gayret gösterme	32 (19,6)
	Topaklı veya sert dışkılama	14 (8,6)
	Tam boşaltamama hissi	30 (18,4)
	Makat-barsak sonunda tıkanıklık hissi	1 (0,6)
	Kolaylaştırıcı elle müdahale gereği	3 (1,8)
	İlaç desteği olmadan haftada 3'ten az dışkılama	10 (6,1)
	Hepsi	73 (44,8)
Son 3 Aydır, Dışkı Yumuşatıcı İlaç Kullanmadan Şekilsiz, Yumuşak Dışkılama Yapabildiniz Mi?	Hiçbir zaman	53 (21,3)
	Nadiren	118 (47,6)
	Çoğunlukla	52 (21,0)
	Her zaman	25 (10,1)
Son 3 Aydır, Haftada En Az 1 Gün Olan Karın Ağrınız Var Mıydı?	Evet	82 (32,9)
	Hayır	167 (67,1)
*Bu Karın Ağrısı Aşağıdakiler ile İlişkili Midir?	Dışkılama ile ilişkili	20 (24,4)
	Dışkılama sıklığında değişiklik ile ilişkili	24 (29,3)
	Dışkı biçiminde değişiklik ile ilişkili	25 (30,5)
	Karın ağrımın dışkılamam ile ilişkisi bulunmuyor	29 (35,4)

*Birden fazla seçenek işaretlenebilmiştir

Bireylerin %88,8’inde fonksiyonel konstipasyon tanısı yok iken, %11,2’sinde (n=28) fonksiyonel konstipasyon tanısının olduğu belirlenmiştir (Tablo 5).

Tablo 4.5: Bireylerin Fonksiyonel Konstipasyon Durumları

	n (%)
Fonksiyonel Konstipasyon	
FK yok	222 (88,8)
FK var	28 (11,2)



Şekil 4.1: Fonksiyonel Konstipasyon Dağılımı

Fonksiyonel konstipasyon durumuna göre demografik özellikler açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 6).

Tablo 4.6: Fonksiyonel Konstipasyon Durumuna Göre Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

	FONKSİYONEL KONSTİPASYON		Test istatistiği	
	Yok	Var	z; χ^2	p
	n (%)	n (%)		
Yaş				
<i>Ort±SS</i>	34,02±11,97	38,04±15,31	z=1,111	0,267
<i>Medyan (Min-Max)</i>	30,0 (18-65)	33,0 (20-64)		
Cinsiyet				
Erkek	73 (86,9)	11 (13,1)	$\chi^2=0.457$	0,499
Kadın	149 (89,8)	17 (10,2)		

Tablo 4.6 (Devam): Fonksiyonel Konstipasyon Durumuna Göre Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

BMI Sınıflaması				
Zayıf	10 (100,0)	0 (0,0)	$\chi^2=1,375$	0,711
Normal	96 (88,1)	13 (11,9)		
Pre obez	72 (88,9)	9 (11,1)		
Obez	44 (89,8)	5 (10,2)		
Medeni Durum				
Evli	102 (87,9)	14 (12,1)	$\chi^2=0,164$	0,685
Bekar	120 (89,6)	14 (10,4)		
Meslek				
Beyaz yakalı	64 (88,9)	8 (11,1)	$\chi^2=3,480$	0,175
Mavi yakalı	47 (95,9)	2 (4,1)		
Çalışmıyor	111 (86,0)	18 (14,0)		
Eğitim Durumu				
İlkokul mezunu	31 (88,6)	4 (11,4)	$\chi^2=0,090$	0,993
Ortaokul mezunu	10 (90,9)	1 (9,1)		
Lise mezunu	44 (88,0)	6 (12,0)		
Üniversite mezunu	137 (89,0)	17 (11,0)		
Yaşam Şekli				
Yalnız	19 (95,0)	1 (5,0)	$\chi^2=1,933$	0,586
Ev arkadaşı	11 (91,7)	1 (8,3)		
Çekirdek aile	176 (87,6)	25 (12,4)		
Geniş aile	16 (94,1)	1 (5,9)		
Gelir Düzeyi				
Asgari ücret	52 (85,2)	9 (14,8)	$\chi^2=1,166$	0,761
Asgari ücretin 2 katı	67 (90,5)	7 (9,5)		
Asgari ücretin 3 katı	38 (88,4)	5 (11,6)		
Daha fazla	65 (90,3)	7 (9,7)		
Sigara Kullanımı				
Hayır	152 (86,9)	23 (13,1)	$\chi^2=2,214$	0,137
Evet	70 (93,3)	5 (6,7)		
Alkol kullanımı				
Hayır	188 (87,9)	26 (12,1)	-	0,209*
Evet	33 (94,3)	2 (5,7)		

z: Mann Whitney U Testi, χ^2 : Ki kare Testi, *Fisher Exact test sonuçları verilmiştir.

Fonksiyonel konstipasyon durumuna göre fiziksel aktivite, sıvı tüketimi ve beslenme davranışları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 7).

Tablo 4.7: Fonksiyonel Konstipasyon Durumuna Göre Fiziksel Aktivite, Sıvı Tüketimi ve Beslenme Davranışlarının Karşılaştırılması

	FONKSİYONEL KONSTİPASYON			
	Yok	Var	Test istatistiği	
	n (%)	n (%)	χ^2	p
Düzenli Fiziksel Aktivite				
Hayır	131 (91,6)	12 (8,4)	$\chi^2=2,650$	0,104
Evet	91 (85,0)	16 (15,0)		
Günlük Sıvı Tüketimi				
2 litrenin üstünde	110 (85,3)	19 (14,7)	$\chi^2=3,173$	0,075
2 litrenin altında	110 (92,4)	9 (7,6)		
Öğün Sayısı				
1 öğün	15 (100,0)	0 (0,0)	$\chi^2=5,855$	0,119
2 öğün	118 (87,4)	17 (12,6)		
3 öğün	77 (87,5)	11 (12,5)		
4 öğün ve üzeri	8 (100,0)	0 (0,0)		
Ne Sıklıkla Ev Dışında Fast Food Tüketirsiniz				
Hiç	42 (80,8)	10 ()	$\chi^2=4,261$	0,235
Ayda 1-2	80 (90,9)	8 (9,1)		
Haftada 1	61 (91,0)	6 (9,0)		
Daha sık	39 (90,7)	4 (9,3)		
Probiyotik Kullanımı				
Evet	174 (88,3)	23 (11,7)	$\chi^2=0,211$	0,646
Hayır	48 (90,6)	5 (9,4)		
Probiyotik Kullanım Sıklığı				
Her gün	29 (78,4)	8 (21,6)	$\chi^2=4,519$	0,104
Haftada 3	69 (89,6)	8 (10,4)		
Haftada 1'den az	76 (91,6)	7 (8,4)		

Tablo 4.7 (Devam): Fonksiyonel Konstipasyon Durumuna Göre Fiziksel Aktivite, Sıvı Tüketimi ve Beslenme Davranışlarının Karşılaştırılması

Çay Tüketimi				
Tüketmiyorum, nadiren	45 (93,8)	3 (6,2)	$\chi^2=1,975$	0,373
Haftada 3'ten fazla	20 (83,3)	4 (16,7)		
Her gün tüketirim	156 (88,1)	21 (11,9)		
Kahve Tüketimi				
Tüketmiyorum, nadiren	78 (86,7)	12 (13,3)	$\chi^2=1,716$	0,424
Haftada 3'ten fazla	52 (86,7)	8 (13,3)		
Her gün tüketirim	92 (92,0)	8 (8,0)		

χ^2 :Ki kare Testi

Fonksiyonel konstipasyon durumuna göre sağlık özellikleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 8).

Tablo 4.8: Fonksiyonel Konstipasyon Durumuna Göre Sağlık Özelliklerinin Karşılaştırılması

	FONKSİYONEL KONSTİPASYON			
	Yok	Var	Test istatistiği	
	n (%)	n (%)	χ^2	p
Kronik Hastalık				
Hayır	161 (91,0)	16 (9,0)	$\chi^2=2,845$	0,092
Evet	61 (83,6)	12 (16,4)		
Sürekli Kullanılan İlaç				
Hayır	159 (90,3)	17 (9,7)	$\chi^2=1,420$	0,233
Evet	63 (85,1)	11 (14,9)		
Kendi Doğum Tipiniz?				
Normal doğum	180 (87,8)	25 (12,2)	-	0,229*
Sezeryan doğum	41 (93,2)	3 (6,8)		
Doğumunuzdan Sonra Anne Sütü Alma Durumu				
Almamışım, eksiklik mevcut	21 (91,3)	2 (8,7)	$\chi^2=0,357$	0,837
6 aya kadar almışım	77 (89,5)	9 (10,5)		
2 yaşına kadar almışım	121 (87,7)	17 (12,3)		
Gebelik Öyküsü				
Yok	92 (90,2)	10 (9,8)	$\chi^2=0,055$	0,815
Var	57 (89,1)	7 (10,9)		

χ^2 :Ki kare Testi

Fonksiyonel konstipasyon durumuna göre kullanılan tuvalet tipi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 9).

Tablo 4.9: Fonksiyonel Konstipasyon Durumuna Kullanılan Tuvalet Tipi Karşılaştırılması

Tuvalet Tipi	FONKSİYONEL KONSTİPASYON		Test istatistiği	
	Yok	Var	χ^2	p
	n (%)	n (%)		
Alaturka	51 (85,0)	9 (15,0)	$\chi^2=1,117$	0,291
Klozet	170 (89,9)	19 (10,1)		

χ^2 :Ki kare Testi

Konstipasyon ciddiyet ölçeği alt boyutu Dışkı tıkanıklığı puan ortalaması $8,53\pm5,82$, Kalın bağırsak tembelliği puan ortalaması $5,67\pm5,27$, Ağrı puan ortalaması $1,29\pm2,51$ ve KCÖ toplam puan ortalaması $15,29\pm11,46$ olduğu belirlenmiştir (Tablo 10).

Tablo 4.10: Konstipasyon Ciddiyet Ölçek (KCÖ) Puanlarının Dağılımı

	Ort $\pm$ SS	Medyan (Min-Max)
Dışkı tıkanıklığı	$8,53\pm5,82$	9,0 (0-28)
Kalın bağırsak tembelliği	$5,67\pm5,27$	5,0 (0-25)
Ağrı	$1,29\pm2,51$	0,0 (0-14)
KCÖ Toplam puan	$15,29\pm11,46$	14,0 (0-60)

Erkek bireylerin KCÖ Dışkı Tıkanıklığı puan ortalaması $6,91\pm5,24$, kadın bireylerin KCÖ Dışkı Tıkanıklığı puan ortalaması $9,32\pm5,94$ 'tür. Cinsiyete göre bireylerin KCÖ Dışkı Tıkanıklığı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($z=3,207$, $p=0,001$). İlkokul mezunu bireylerin KCÖ Dışkı Tıkanıklığı puan ortalaması $8,40\pm5,92$, ortaokul mezunu bireylerin $3,91\pm3,33$, lise mezunu bireylerin $8,24\pm6,09$, üniversite mezunu bireylerin $8,99\pm5,75$ olduğu belirlenmiştir. Eğitim durumuna göre bireylerin KCÖ Dışkı Tıkanıklığı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=8,618$, $p=0,035$). Her gün probiyotik kullanan bireylerin KCÖ Dışkı Tıkanıklığı puan ortalaması $6,68\pm5,15$, haftada 3 defa kullanan bireylerin $9,78\pm5,49$, haftada 1'den az kullanan bireylerin $8,02\pm5,89$ 'dur. Probiyotik kullanım sıklığına göre bireylerin KCÖ Dışkı

Tıkanıklığı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=7,138$, $p=0,028$).

Diğer değişkenlerin KCÖ Dışkı Tıkanıklığı puanlarının karşılaştırılması Tablo 11’de özetlenmiştir. Yapılan karşılaştırmalara göre KCÖ Dışkı Tıkanıklığı puanları ile “Cinsiyet”, “Eğitim Durumu”, “Probiyotik kullanım sıklığı” parametreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p<0,05$)

Tablo 4.11: Belirtilen Değişken Gruplarında Bireylerin Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği (KCÖ) Dışkı Tıkanıklığı Puanlarının Karşılaştırılması

		KCÖ-DIŞKI TIKANIKLIĞI		Test İstatistiği	
		Ort±SS	Medyan (Min-Max)	z; χ^2	p
Cinsiyet	Erkek	6,91±5,24	6,0 (0-20)	z=3,207	0,001
	Kadın	9,32±5,94	10,0 (0-28)		
BMI Sınıflaması	Zayıf	11,00±7,77	11,5 (0-27)	$\chi^2=6,493$	0,090
	Normal	9,33±5,81	10,0 (0-28)		
	Pre obez	7,51±5,92	8,0 (0-20)		
	Obez	7,77±4,94	8,0 (0-21)		
Medeni Durum	Evli	7,98±5,65	9,0 (0-24)	z=1,292	0,196
	Bekar	9,00±5,95	10,0 (0-28)		
Meslek	Beyaz yakalı	7,62±5,70	7,0 (0-27)	$\chi^2=3,625$	0,163
	Mavi yakalı	8,37±6,11	9,0 (0-20)		
	Çalışmıyor	9,08±5,76	10,0 (0-28)		
Eğitim Durumu	İlkokul mezunu	8,40±5,92	10,0 (0-21)	$\chi^2=8,618$	0,035
	Ortaokul mezunu	3,91±3,33	4,0 (0-10)		
	Lise mezunu	8,24±6,09	9,5 (0-19)		
	Üniversite mezunu	8,99±5,75	10,0 (0-28)		
Yaşam Şekli	Yalnız	8,30±5,03	10,0 (0-20)	$\chi^2=0,401$	0,940
	Ev arkadaşı	10,00±7,16	10,5 (0-27)		
	Çekirdek aile	8,42±5,79	9,0 (0-28)		
	Geniş aile	9,06±6,39	9,0 (0-21)		

Tablo 4.11 (Devam): Belirtilen Değişken Gruplarında Bireylerin Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği (KCÖ) Dışkı Tıkanıklığı Puanlarının Karşılaştırılması

Gelir Düzeyi	Asgari ücret	9,17±6,06	10,0 (0-28)	$\chi^2=1,447$	0,695
	Asgari ücretin 2 katı	7,93±5,95	7,5 (0-24)		
	Asgari ücretin 3 katı	8,35±5,62	9,0 (0-20)		
	Daha fazla	8,72±5,66	9,0 (0-27)		
Sigara Kullanımı	Hayır	8,18±5,73	9,0 (0-28)	$z=1,245$	0,213
	Evet	9,36±5,99	9,0 (0-27)		
Alkol kullanımı	Hayır	8,69±5,87	10,0 (0-28)	$z=1,141$	0,254
	Evet	7,43±5,50	8,0 (0-19)		
Düzenli Fiziksel Aktivite	Hayır	8,78±5,97	10,0 (0-28)	$z=0,697$	0,486
	Evet	8,19±5,63	9,0 (0-24)		
Günlük Sıvı Tüketimi	2 litrenin üstünde	7,97±5,79	8,0 (0-28)	$z=1,709$	0,087
	2 litrenin altında	9,26±5,76	10,0 (0-27)		
Öğün Sayısı	1 öğün	7,93±6,95	9,5 (0-19)	$\chi^2=5,381$	0,146
	2 öğün	9,23±5,76	10,0 (0-28)		
	3 öğün	7,73±5,73	8,0 (0-24)		
	4 öğün ve üzeri	5,50±5,73	5,0 (0-13)		
Ne Sıklıkla Ev Dışında Fast Food Tüketirsiniz	Hiç	7,23±5,67	7,5 (0-18)	$\chi^2=3,270$	0,352
	Ayda 1-2	8,79±6,01	9,0 (0-28)		
	Haftada 1	8,72±5,56	10,0 (0-21)		
	Daha sık	9,26±5,96	10,0 (0-27)		
Probiyotik Kullanımı	Evet	8,45±5,69	10,0 (0-27)	$z=0,378$	0,705
	Hayır	8,81±6,31	8,0 (0-28)		
Probiyotik Kullanım Sıklığı	Her gün	6,68±5,15	6,0 (0-16)	$\chi^2=7,138$	0,028
	Haftada 3	9,78±5,49	10,0 (0-24)		
	Haftada 1'den az	8,02±5,89	9,0 (0-27)		
Çay Tüketimi	Tüketmiyorum, nadiren	9,21±6,69	11,0 (0-28)	$\chi^2=1,230$	0,541
	Haftada 3'ten fazla	8,58±5,69	8,0 (0-19)		
	Her gün tüketirim	8,32±5,62	9,0 (0-27)		

Tablo 4.11 (Devam): Belirtilen Değişken Gruplarında Bireylerin Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği (KCÖ) Dışkı Tıkanıklığı Puanlarının Karşılaştırılması

Kahve Tüketimi	Tüketmiyorum, nadiren	7,40±5,95	8,0 (0-20)	$\chi^2=4,303$	0,116
	Haftada 3'ten fazla	9,15±5,19	10,0 (0-24)		
	Her gün tüketirim	9,16±5,96	10,0 (0-28)		
Kronik Hastalık	Hayır	8,54±5,79	9,0 (0-28)	$z=0,051$	0,960
	Evet	8,51±5,93	10,0 (0-21)		
Sürekli Kullanılan İlaç	Hayır	8,45±5,87	9,0 (0-28)	$z=0,314$	0,754
	Evet	8,72±5,75	10,0 (0-21)		
Kendi Doğum Tipiniz?	Normal doğum	8,63±5,78	10,0 (0-28)	$z=0,903$	0,366
	Sezeryan doğum	7,91±6,05	8,0 (0-21)		
Doğumunuzdan Sonra Anne Sütü Alma Durumu	Almamışım, eksiklik mevcut	8,91±5,34	10,0 (0-19)	$\chi^2=3,333$	0,189
	6 aya kadar almışım	9,19±5,82	11,0 (0-27)		
	2 yaşına kadar almışım	8,01±5,91	8,5 (0-28)		
Gebelik Öyküsü	Yok	9,61±5,75	10,0 (0-28)	$z=0,609$	0,542
	Var	8,87±6,26	10,0 (0-24)		
Tuvalet Tipi	Alaturka	8,22±6,31	8,5 (0-24)	$z=0,524$	0,600
	Klozet	8,63±5,67	9,5 (0-28)		

z :Mann Whitney U Testi, χ^2 :Kruskal Wallis Testi

KCÖ dışkı tıkanıklığı puanları bakımından eğitim durumu ikili karşılaştırmalarında Ortaokul—Üniversite arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p=0,020$). Ayrıca KCÖ dışkı tıkanıklığı puanları bakımından probiyotik kullanım sıklığı ikili karşılaştırmalarında Her gün—Haftada 3 arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p=0,036$) (Tablo 12).

Tablo 4.12: Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği (KCÖ) Dışkı Tıkanıklığı Puanlarının İkili Karşılaştırmaları

Eğitim Durumu	p*
Ortaokul—Lise	0,073
Ortaokul—İlkokul	0,094
Ortaokul—Üniversite	0,020
Lise—İlkokul	1,000
Lise—Üniversite	1,000
İlkokul—Üniversite	1,000
Probiyotik Kullanım Sıklığı	p*
Her gün—Haftada 1’den az	0,892
Her gün—Haftada 3	0,036
Haftada 1’den az—Haftada 3	0,186

*Bonferroni Düzeltmeli p değerleri

Erkek bireylerin KCÖ Kalın Bağırsak Tembelligi puan ortalaması $4,02 \pm 4,12$, kadın bireylerin KCÖ Kalın Bağırsak Tembelligi puan ortalaması $6,49 \pm 5,58$ ’dir. Cinsiyete göre bireylerin KCÖ Kalın Bağırsak Tembelligi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($z=3,114$, $p=0,002$). BMI sınıflamasın göre zayıf bireylerin KCÖ Kalın Bağırsak Tembelligi puan ortalaması $9,20 \pm 7,21$, normal olan bireylerin $6,55 \pm 5,47$, pre obez olan bireylerin $4,52 \pm 4,82$, obez olan bireylerin $4,87 \pm 4,55$ ’tir. BMI sınıflamasına göre bireylerin KCÖ Kalın Bağırsak Tembelligi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=8,980$, $p=0,030$).

Diğer değişkenlerin KCÖ Kalın Bağırsak Tembelligi puanlarının karşılaştırılması Tablo 13’te özetlenmiştir. Yapılan karşılaştırmalara göre KCÖ Kalın Bağırsak Tembelligi puanları ile “Cinsiyet”, “BMI Sınıflaması” parametreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p<0,05$)

Tablo 4.13: Belirtilen Değişken Gruplarında Bireylerin Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği (KCÖ) Kalın Bağırsak Tembelligi Puanlarının Karşılaştırılması

		KCÖ-KALIN BAĞIRSAK TEMBELLİĞİ		Test İstatistiği	
		Ort±SS	Medyan (Min-Max)	z; χ^2	p
Cinsiyet	Erkek	$4,02 \pm 4,12$	2,0 (0-18)	$z=3,114$	0,002
	Kadın	$6,49 \pm 5,58$	6,5 (0-25)		

Tablo 4.13 (Devam): Belirtilen Değişken Gruplarında Bireylerin Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği (KCÖ) Kalın Bağırsak Tembelliği Puanlarının Karşılaştırılması

BMI Sınıflaması	Zayıf	9,20±7,21	8,5 (0-24)	$\chi^2=8,980$	0,030
	Normal	6,55±5,47	7,0 (0-25)		
	Pre obez	4,52±4,82	2,0 (0-19)		
	Obez	4,87±4,55	3,5 (0-18)		
Medeni Durum	Evli	5,31±5,11	3,0 (0-19)	$z=0,612$	0,540
	Bekar	5,98±5,39	6,0 (0-25)		
Meslek	Beyaz yakalı	5,29±5,02	5,0 (0-24)	$\chi^2=1,830$	0,401
	Mavi yakalı	5,06±4,88	4,0 (0-18)		
	Çalışmıyor	6,11±5,53	6,0 (0-25)		
Eğitim Durumu	İlkokul mezunu	4,74±5,07	2,0 (0-18)	$\chi^2=7,303$	0,063
	Ortaokul mezunu	2,00±3,16	1,0 (0-11)		
	Lise mezunu	6,13±5,65	5,0 (0-19)		
	Üniversite mezunu	6,01±5,22	6,0 (0-25)		
Yaşam Şekli	Yalnız	3,70±3,19	3,0 (0-9)	$\chi^2=4,066$	0,254
	Ev arkadaşı	7,64±7,43	7,0 (1-24)		
	Çekirdek aile	5,67±5,20	5,0 (0-25)		
	Geniş aile	6,76±5,99	5,0 (0-18)		
Gelir Düzeyi	Asgari ücret	5,73±5,91	2,0 (0-25)	$\chi^2=3,875$	0,275
	Asgari ücretin 2 katı	5,67±5,19	5,0 (0-18)		
	Asgari ücretin 3 katı	6,64±4,72	7,0 (0-16)		
	Daha fazla	5,04±5,09	5,0 (0-24)		
Sigara Kullanımı	Hayır	5,78±5,31	5,0 (0-25)	$z=0,599$	0,549
	Evet	5,42±5,19	4,5 (0-24)		
Alkol kullanımı	Hayır	5,89±5,37	5,0 (0-25)	$z=1,606$	0,108
	Evet	4,38±4,42	3,5 (0-15)		
Düzenli Fiziksel Aktivite	Hayır	6,18±5,76	6,0 (0-25)	$z=0,823$	0,410
	Evet	4,98±4,44	3,5 (0-15)		
Günlük Sıvı Tüketimi	2 litrenin üstünde	4,97±4,85	3,5 (0-25)	$z=1,919$	0,055
	2 litrenin altında	6,49±5,59	6,0 (0-24)		

Tablo 4.13 (Devam): Belirtilen Değişken Gruplarında Bireylerin Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği (KCÖ) Kalın Bağırsak Tembelliği Puanlarının Karşılaştırılması

Öğün Sayısı	1 öğün	4,60±5,08	2,0 (0-15)	$\chi^2=1,403$	0,705
	2 öğün	5,86±5,43	5,0 (0-25)		
	3 öğün	5,57±4,99	5,0 (0-18)		
	4 öğün ve üzeri	5,43±6,19	1,0 (0-13)		
Ne Sıklıkla Ev Dışında Fast Food Tüketirsiniz	Hiç	5,13±5,01	2,0 (0-18)	$\chi^2=2,869$	0,412
	Ayda 1-2	5,22±5,26	4,0 (0-25)		
	Haftada 1	6,61±5,25	7,0 (0-18)		
	Daha sık	5,81±5,58	5,5 (0-24)		
Probiyotik Kullanımı	Evet	5,65±5,17	5,0 (0-24)	$z=0,066$	0,947
	Hayır	5,73±5,67	4,0 (0-25)		
Probiyotik Kullanım Sıklığı	Her gün	3,76±3,67	2,0 (0-15)	$\chi^2=3,741$	0,154
	Haftada 3	5,97±5,21	6,0 (0-19)		
	Haftada 1'den az	6,22±5,55	5,5 (0-24)		
Çay Tüketimi	Tüketmiyorum, nadiren	5,94±5,65	7,0 (0-25)	$\chi^2=4,818$	0,090
	Haftada 3'ten fazla	7,78±5,26	7,0 (0-16)		
	Her gün tüketirim	5,35±5,12	4,0 (0-24)		
Kahve Tüketimi	Tüketmiyorum, nadiren	5,08±4,93	3,0 (0-19)	$\chi^2=1,625$	0,444
	Haftada 3'ten fazla	5,64±4,97	5,5 (0-18)		
	Her gün tüketirim	6,22±5,70	5,0 (0-25)		
Kronik Hastalık	Hayır	5,73±5,33	5,0 (0-25)	$z=0,111$	0,912
	Evet	5,53±5,14	4,0 (0-18)		
Sürekli Kullanılan İlaç	Hayır	5,70±5,37	5,0 (0-25)	$z=0,320$	0,749
	Evet	5,59±5,04	4,5 (0-18)		
Kendi Doğum Tipiniz?	Normal doğum	5,75±5,23	5,0 (0-25)	$z=1,208$	0,227
	Sezeryan doğum	5,23±5,49	4,0 (0-19)		
Doğumunuzdan Sonra Anne Sütü Alma Durumu	Almamışım, eksiklik mevcut	5,13±4,21	5,0 (0-13)	$\chi^2=2,800$	0,247
	6 aya kadar almışım	6,57±5,49	7,0 (0-24)		
	2 yaşına kadar almışım	5,23±5,27	2,5 (0-25)		

Tablo 4.13 (Devam): Belirtilen Değişken Gruplarında Bireylerin Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği (KCÖ) Kalın Bağırsak Tembelliği Puanlarının Karşılaştırılması

Gebelik Öyküsü	Yok	6,95±5,46	7,0 (0-25)	z=1,405	0,160
	Var	5,74±5,74	3,0 (0-19)		
Tuvalet Tipi	Alaturka	5,10±4,78	4,5 (0-19)	z=0,819	0,413
	Klozet	5,89±5,41	5,0 (0-25)		

z: Mann Whitney U Testi, χ^2 : Kruskal Wallis Testi

KCÖ Kalın Bağırsak Tembelliği puanları bakımından BMI sınıflaması ikili karşılaştırmalarında Pre obez—Normal, Pre obez—Zayıf arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir (p=0,010, p=0,042) (Tablo 14).

Tablo 4.14: Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği (KCÖ) Kalın Bağırsak Tembelliği Puanlarının İkili Karşılaştırmaları

BMI Sınıflaması	p*
Pre obez—Obez	1,000
Pre obez—Normal	0,010
Pre obez—Zayıf	0,042
Obez—Normal	1,000
Obez—Zayıf	0,733
Normal—Zayıf	1,000

*Bonferroni Düzeltmeli p değerleri

Değişkenlerin KCÖ Ağrı puanlarının karşılaştırılması Tablo 15’de özetlenmiştir. Yapılan karşılaştırmalara göre KCÖ Ağrı puanları ile tüm parametreler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo 4.15: Belirtilen Değişken Gruplarında Bireylerin Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği (KCÖ) Ağrı Puanlarının Karşılaştırılması

		KCÖ-AĞRI		Test İstatistiği	
		Ort±SS	Medyan (Min-Max)	z; χ^2	p
Cinsiyet	Erkek	1,02±1,97	0,0 (0-8)	z=0,387	0,699
	Kadın	1,41±2,73	0,0 (0-14)		
BMI Sınıflaması	Zayıf	2,40±4,43	0,0 (0-12)	$\chi^2=4,729$	0,193
	Normal	1,49±2,67	0,0 (0-14)		
	Pre obez	0,97±2,34	0,0 (0-12)		
	Obez	1,14±1,79	0,0 (0-7)		
Medeni Durum	Evli	1,08±2,36	0,0 (0-14)	z=1,371	0,170
	Bekar	1,46±2,62	0,0 (0-12)		

Tablo 4.15 (Devam): Belirtilen Değişken Gruplarında Bireylerin Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği (KCÖ) Ağrı Puanlarının Karşılaştırılması

Meslek	Beyaz yakalı	0,90±2,09	0,0 (0-11)	$\chi^2=3,667$	0,160
	Mavi yakalı	1,51±2,71	0,0 (0-12)		
	Çalışmıyor	1,42±2,64	0,0 (0-14)		
Eğitim Durumu	İlkokul mezunu	1,26±2,10	0,0 (0-8)	$\chi^2=3,131$	0,372
	Ortaokul mezunu	0,36±1,21	0,0 (0-4)		
	Lise mezunu	1,66±3,04	0,0 (0-12)		
	Üniversite mezunu	1,24±2,48	0,0 (0-14)		
Yaşam Şekli	Yalnız	1,25±2,29	0,0 (0-8)	$\chi^2=3,105$	0,376
	Ev arkadaşı	1,73±2,87	0,0 (0-9)		
	Çekirdek aile	1,16±2,39	0,0 (0-14)		
	Geniş aile	2,47±3,55	0,0 (0-12)		
Gelir Düzeyi	Asgari ücret	1,14±1,99	0,0 (0-7)	$\chi^2=3,243$	0,356
	Asgari ücretin 2 katı	1,58±3,24	0,0 (0-14)		
	Asgari ücretin 3 katı	1,52±2,31	0,0 (0-8)		
	Daha fazla	0,97±2,14	0,0 (0-12)		
Sigara Kullanımı	Hayır	1,15±2,34	0,0 (0-12)	$z=1,201$	0,230
	Evet	1,61±2,87	0,0 (0-14)		
Alkol kullanımı	Hayır	1,34±2,59	0,0 (0-14)	$z=1,032$	0,302
	Evet	0,88±1,92	0,0 (0-8)		
Düzenli Fiziksel Aktivite	Hayır	1,34±2,61	0,0 (0-12)	$z=0,035$	0,972
	Evet	1,21±2,37	0,0 (0-14)		
Günlük Sıvı Tüketimi	2 litrenin üstünde	0,99±1,96	0,0 (0-11)	$z=1,520$	0,128
	2 litrenin altında	1,62±2,98	0,0 (0-14)		
Öğün Sayısı	1 öğün	2,07±3,93	0,0 (0-12)	$\chi^2=1,505$	0,681
	2 öğün	1,32±2,38	0,0 (0-12)		
	3 öğün	1,14±2,55	0,0 (0-14)		
	4 öğün ve üzeri	0,50±0,84	0,0 (0-2)		

Tablo 4.15 (Devam): Belirtilen Değişken Gruplarında Bireylerin Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği (KCÖ) Ağrı Puanlarının Karşılaştırılması

Ne Sıklıkla Ev Dışında Fast Food Tüketirsiniz	Hiç	1,29±2,22	0,0 (0-8)	$\chi^2=0,380$	0,944
	Ayda 1-2	1,48±3,04	0,0 (0-14)		
	Haftada 1	1,02±1,78	0,0 (0-7)		
	Daha sık	1,29±2,61	0,0 (0-12)		
Probiyotik Kullanımı	Evet	1,21±2,48	0,0 (0-14)	$z=1,288$	0,198
	Hayır	1,59±2,60	0,0 (0-12)		
Probiyotik Kullanım Sıklığı	Her gün	0,62±1,48	0,0 (0-5)	$\chi^2=3,187$	0,203
	Haftada 3	1,49±2,81	0,0 (0-14)		
	Haftada 1'den az	1,21±2,51	0,0 (0-12)		
Çay Tüketimi	Tüketmiyorum, nadiren	1,61±2,82	0,0 (0-12)	$\chi^2=0,966$	0,617
	Haftada 3'ten fazla	1,30±1,96	0,0 (0-6)		
	Her gün tüketirim	1,21±2,49	0,0 (0-14)		
Kahve Tüketimi	Tüketmiyorum, nadiren	1,36±2,81	0,0 (0-12)	$\chi^2=0,716$	0,699
	Haftada 3'ten fazla	1,24±2,34	0,0 (0-14)		
	Her gün tüketirim	1,24±2,34	0,0 (0-11)		
Kronik Hastalık	Hayır	1,44±2,69	0,0 (0-14)	$z=1,461$	0,144
	Evet	0,93±1,97	0,0 (0-8)		
Sürekli Kullanılan İlaç	Hayır	1,45±2,70	0,0 (0-14)	$z=1,569$	0,117
	Evet	0,90±1,95	0,0 (0-8)		
Kendi Doğum Tipiniz?	Normal doğum	1,26±2,43	0,0 (0-14)	$z=0,109$	0,913
	Sezeryan doğum	1,43±2,92	0,0 (0-12)		
Doğumunuzdan Sonra Anne Sütü Alma Durumu	Almamışım, eksiklik mevcut	1,14±2,59	0,0 (0-11)	$\chi^2=0,769$	0,681
	6 aya kadar almışım	1,44±2,66	0,0 (0-12)		
	2 yaşına kadar almışım	1,23±2,43	0,0 (0-14)		
Gebelik Öyküsü	Yok	1,33±2,59	0,0 (0-12)	$z=0,372$	0,710
	Var	1,55±2,97	0,0 (0-14)		
Tuvalet Tipi	Alaturka	1,67±2,97	0,0 (0-14)	$z=1,274$	0,203
	Klozet	1,16±2,33	0,0 (0-12)		

z :Mann Whitney U Testi, χ^2 :Kruskal Wallis Testi

Erkek bireylerin KCÖ Toplam puan ortalaması 11,65±9,11, kadın bireylerin KCÖ Toplam puan ortalaması 17,14±12,09'dur. Cinsiyete göre bireylerin KCÖ Toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($z=3,548$, $p<0,001$). BMI sınıflamasına göre zayıf olanların KCÖ Toplam puan ortalaması 22,60±18,16, normal olanların 17,14±11,75, pre obez olanların 12,90±10,77, obez olanların 13,51±9,11'dir. BMI sınıflamasına göre bireylerin KCÖ Toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=9,400$, $p=0,024$). İlkokul mezunu bireylerin KCÖ Toplam puan ortalaması 14,40±10,56, ortaokul mezunu bireylerin 6,27±5,12, lise mezunu bireylerin 15,56±12,68, üniversite mezunu bireylerin 16,06±11,36 olduğu belirlenmiştir. Eğitim durumuna göre bireylerin KCÖ Toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=8,886$, $p=0,031$). Her gün probiyotik kullanan bireylerin KCÖ Toplam puan ortalaması 11,05±8,25, haftada 3 defa kullanan bireylerin 16,92±11,29, haftada 1'den az kullanan bireylerin 15,25±11,86'dır. Probiyotik kullanım sıklığına göre bireylerin KCÖ Toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=6,353$, $p=0,042$). Günlük sıvı tüketim durumuna göre bireylerin KCÖ Toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($z=2,132$, $p=0,033$). Günlük 2 litrenin altında sıvı tüketen bireylerin KCÖ Toplam puan ortalaması 2 litrenin üstünde sıvı tüketenlerden daha yüksektir.

Diğer değişkenlerin KCÖ Toplam puanlarının karşılaştırılması Tablo 16'de özetlenmiştir. Yapılan karşılaştırmalara göre KCÖ Toplam puanları ile "Cinsiyet", "BMI Sınıflaması", "Eğitim Durumu", "Günlük Sıvı Tüketimi", "Probiyotik kullanım sıklığı" parametreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p<0,05$)

Tablo 4.16: Belirtilen Değişken Gruplarında Bireylerin Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği (KCÖ) Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

		KCÖ-TOPLAM PUAN		Test İstatistiği	
		Ort±SS	Medyan (Min-Max)	z; χ^2	p
Cinsiyet	Erkek	11,65±9,11	11,0 (0-44)	$z=3,548$	<0,001
	Kadın	17,14±12,09	16,0 (0-60)		

Tablo 4.16 (Devam): Belirtilen Değişken Gruplarında Bireylerin Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği (KCÖ) Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

BMI Sınıflaması	Zayıf	22,60±18,16	22,0 (0-60)	$\chi^2=9,400$	0,024
	Normal	17,14±11,75	17,0 (0-60)		
	Pre obez	12,90±10,77	12,0 (0-48)		
	Obez	13,51±9,11	12,0 (0-46)		
Medeni Durum	Evli	14,14±10,87	13,0 (0-48)	$z=1,422$	0,155
	Bekar	16,29±11,90	15,0 (0-60)		
Meslek	Beyaz yakalı	13,61±11,22	12,0 (0-60)	$\chi^2=3,310$	0,191
	Mavi yakalı	14,61±10,87	15,0 (0-44)		
	Çalışmıyor	16,49±11,76	15,0 (0-60)		
Eğitim Durumu	İlkokul mezunu	14,40±10,56	13,0 (0-46)	$\chi^2=8,886$	0,031
	Ortaokul mezunu	6,27±5,12	6,0 (0-15)		
	Lise mezunu	15,56±12,68	16,0 (0-48)		
	Üniversite mezunu	16,06±11,36	14,0 (0-60)		
Yaşam Şekli	Yalnız	13,25±8,13	14,0 (0-29)	$\chi^2=1,116$	0,773
	Ev arkadaşı	18,58±16,73	15,5 (1-60)		
	Çekirdek aile	15,05±11,14	13,0 (0-60)		
	Geniş aile	18,29±14,13	17,0 (0-46)		
Gelir Düzeyi	Asgari ücret	15,75±12,05	13,0 (0-60)	$\chi^2=1,393$	0,707
	Asgari ücretin 2 katı	15,07±12,33	12,0 (0-45)		
	Asgari ücretin 3 katı	16,32±10,22	17,0 (0-36)		
	Daha fazla	14,53±10,88	13,0 (0-60)		
Sigara Kullanımı	Hayır	14,99±11,31	14,0 (0-60)	$z=0,564$	0,572
	Evet	16,00±11,86	14,0 (0-60)		
Alkol kullanımı	Hayır	15,74±11,65	14,0 (0-60)	$z=1,376$	0,169
	Evet	12,51±10,15	12,0 (0-35)		
Düzenli Fiziksel Aktivite	Hayır	16,24±12,33	14,0 (0-60)	$z=1,126$	0,260
	Evet	14,03±10,09	13,0 (0-45)		
Günlük Sıvı Tüketimi	2 litrenin üstünde	13,75±10,53	12,0 (0-60)	$z=2,132$	0,033
	2 litrenin altında	17,22±12,12	15,0 (0-60)		

Tablo 4.16 (Devam): Belirtilen Değişken Gruplarında Bireylerin Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği (KCÖ) Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Öğün Sayısı	1 öğün	13,93±13,84	13,0 (0-43)	$\chi^2=3,145$	0,370
	2 öğün	16,29±11,70	14,0 (0-60)		
	3 öğün	14,28±10,69	13,0 (0-45)		
	4 öğün ve üzeri	10,62±11,67	6,0 (0-25)		
Ne Sıklıkla Ev Dışında Fast Food Tüketirsiniz	Hiç	13,65±10,59	13,0 (0-44)	$\chi^2=1,548$	0,671
	Ayda 1-2	15,42±12,08	12,0 (0-60)		
	Haftada 1	15,85±10,61	17,0 (0-46)		
	Daha sık	16,16±12,60	14,0 (0-60)		
Probiyotik Kullanımı	Evet	15,12±11,19	14,0 (0-60)	$z=0,316$	0,752
	Hayır	15,96±12,53	14,0 (0-60)		
Probiyotik Kullanım Sıklığı	Her gün	11,05±8,25	12,0 (0-35)	$\chi^2=6,353$	0,042
	Haftada 3	16,92±11,29	16,0 (0-48)		
	Haftada 1'den az	15,25±11,86	14,0 (0-60)		
Çay Tüketimi	Tüketmiyorum, nadiren	16,37±13,19	16,5 (0-60)	$\chi^2=1,571$	0,456
	Haftada 3'ten fazla	17,29±11,79	14,0 (1-36)		
	Her gün tüketirim	14,75±10,96	14,0 (0-60)		
Kahve Tüketimi	Tüketmiyorum, nadiren	13,68±11,39	12,0 (0-48)	$\chi^2=3,315$	0,191
	Haftada 3'ten fazla	15,80±10,01	14,0 (0-45)		
	Her gün tüketirim	16,45±12,26	15,5 (0-60)		
Kronik Hastalık	Hayır	15,43±11,58	14,0 (0-60)	$z=0,231$	0,817
	Evet	14,97±11,25	13,0 (0-46)		
Sürekli Kullanılan İlaç	Hayır	15,33±11,69	14,0 (0-60)	$z=0,089$	0,929
	Evet	15,22±10,96	13,5 (0-46)		
Kendi Doğum Tipiniz?	Normal doğum	15,46±11,22	14,0 (0-60)	$z=0,862$	0,389
	Sezeryan doğum	14,32±12,68	12,0 (0-48)		
Doğumunuzdan Sonra Anne Sütü Alma Durumu	Almamışım, eksiklik mevcut	15,13±9,77	16,0 (0-31)	$\chi^2=3,303$	0,192
	6 aya kadar almışım	16,91±11,77	15,5 (0-60)		
	2 yaşına kadar almışım	14,38±11,51	12,5 (0-60)		

Tablo 4.16 (Devam): Belirtilen Değişken Gruplarında Bireylerin Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği (KCÖ) Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Gebelik Öyküsü	Yok	17,89±11,77	17,0 (0-60)	z=1,217	0,224
	Var	15,94±12,59	14,0 (0-48)		
Tuvalet Tipi	Alaturka	14,98±11,62	14,5 (0-48)	z=0,428	0,668
	Klozet	15,48±11,42	14,0 (0-60)		

z:Mann Whitney U Testi, χ^2 :Kruskal Wallis Testi

KCÖ toplam puanları bakımından BMI sınıflaması ikili karşılaştırmalarında Pre obez—Normal arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir (p=0,048). KCÖ toplam puanları bakımından eğitim durumu ikili karşılaştırmalarında Ortaokul—Üniversite arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir (p=0,019). Ayrıca KCÖ toplam puanları bakımından probiyotik kullanım sıklığı ikili karşılaştırmalarında Her gün—Haftada 3 arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir (p=0,035) (Tablo 17).

Tablo 4.17: Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği (KCÖ) Toplam Puanlarının İkili Karşılaştırmaları

BMI Sınıflaması	p*
Pre obez—Obez	1,000
Pre obez—Normal	0,048
Pre obez—Zayıf	0,390
Obez—Normal	0,513
Obez—Zayıf	0,780
Normal—Zayıf	1,000
Eğitim Durumu	p*
Ortaokul—Lise	0,064
Ortaokul—İlkokul	0,137
Ortaokul—Üniversite	0,019
Lise—İlkokul	1,000
Lise—Üniversite	1,000
İlkokul—Üniversite	1,000
Probiyotik Kullanım Sıklığı	p*
Her gün—Haftada 1'den az	0,263
Her gün—Haftada 3	0,035
Haftada 1'den az—Haftada 3	0,876

*Bonferroni Düzeltmeli p değerleri

Yaş ile KCÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

BMI ile KCÖ-Dışkı tıkanıklığı, KCÖ-Kalın bağırsak tembelliği ve KCÖ-Toplam puanları arasında çok zayıf düzeyde, negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=-0,132;p=0,038$, $r=-0,130;p=0,043$, $r=-0,148;p=0,019$) (Tablo 18).

Tablo 4.18: Yaş ve BMI ile Konstipasyon Ciddiyet Ölçek (KCÖ) Puanları Arasındaki İlişki

	Yaş		BMI	
	r	p	r	p
KCÖ-Dışkı tıkanıklığı	-0,064	0,319	-0,132	0,038
KCÖ-Kalın bağırsak tembelliği	-0,062	0,335	-0,130	0,043
KCÖ-Ağrı	-0,013	0,843	-0,036	0,578
KCÖ-Toplam puan	-0,070	0,274	-0,148	0,019

r: Spearman İlişki Katsayısı

Bireylerin PUKİ puan ortalaması $6,68\pm3,70$ olduğu belirlenmiştir (Tablo 19).

Tablo 4.19: Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) Puanlarının Dağılımı

	Ort $\pm$ SS	Medyan (Min-Max)
PUKİ	$6,68\pm3,70$	6,0 (0-17)

Sigara kullanmayan bireylerin PUKİ puan ortalaması $6,18\pm3,40$, sigara kullanan bireylerin PUKİ puan ortalaması $7,87\pm4,11$ 'dir. Sigara kullanımına göre bireylerin PUKİ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($z=2,946$, $p=0,003$).

Diğer değişkenlerin PUKİ puanlarının karşılaştırılması Tablo 20'de özetlenmiştir. Yapılan karşılaştırmalara göre PUKİ puanları ile "Sigara Kullanımı" parametresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Tablo 4.20: Belirtilen Değişken Gruplarında Bireylerin Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) Puanlarının Karşılaştırılması

		PUKİ		Test İstatistiği	
		Ort±SS	Medyan (Min-Max)	z; χ^2	p
Cinsiyet	Erkek	6,35±3,19	6,0 (1-17)	z=0,793	0,428
	Kadın	6,85±3,93	7,0 (0-16)		
BMI Sınıflaması	Zayıf	7,44±4,00	8,0 (2-15)	$\chi^2=2,516$	0,472
	Normal	6,82±3,48	7,0 (0-17)		
	Pre obez	6,27±3,97	6,0 (0-16)		
	Obez	6,88±3,73	6,0 (1-16)		
Medeni Durum	Evli	6,79±3,68	6,0 (1-16)	z=0,359	0,719
	Bekar	6,60±3,73	6,0 (0-17)		
Meslek	Beyaz yakalı	5,84±3,14	6,0 (0-15)	$\chi^2=3,857$	0,145
	Mavi yakalı	7,19±4,08	7,0 (0-16)		
	Çalışmıyor	7,00±3,81	6,0 (1-17)		
Eğitim Durumu	İlkokul mezunu	7,50±4,55	8,0 (1-15)	$\chi^2=4,546$	0,208
	Ortaokul mezunu	4,90±3,72	4,0 (1-14)		
	Lise mezunu	6,98±3,82	6,0 (1-16)		
	Üniversite mezunu	6,53±3,42	6,0 (0-17)		
Yaşam Şekli	Yalnız	6,70±3,39	7,0 (0-15)	$\chi^2=2,034$	0,565
	Ev arkadaşı	6,70±3,33	6,5 (2-12)		
	Çekirdek aile	6,58±3,73	6,0 (0-17)		
	Geniş aile	8,00±4,12	8,0 (1-15)		
Gelir Düzeyi	Asgari ücret	7,07±4,08	6,0 (1-15)	$\chi^2=3,607$	0,307
	Asgari ücretin 2 katı	7,14±3,51	7,0 (1-17)		
	Asgari ücretin 3 katı	5,95±3,49	5,0 (0-15)		
	Daha fazla	6,31±3,66	6,0 (0-16)		
Sigara Kullanımı	Hayır	6,18±3,40	6,0 (0-17)	z=2,946	0,003
	Evet	7,87±4,11	8,0 (0-16)		
Alkol kullanımı	Hayır	6,68±3,72	6,0 (0-17)	z=0,419	0,675
	Evet	6,81±3,67	6,5 (0-15)		
Düzenli Fiziksel Aktivite	Hayır	6,69±3,68	6,0 (0-16)	z=0,295	0,768
	Evet	6,67±3,76	6,0 (1-17)		

Tablo 4.20 (Devam): Belirtilen Değişken Gruplarında Bireylerin Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) Puanlarının Karşılaştırılması

Günlük Sıvı Tüketimi	2 litrenin üstünde	6,42±3,85	6,0 (0-17)	z=1,261	0,207
	2 litrenin altında	6,95±3,53	7,0 (1-16)		
Öğün Sayısı	1 öğün	8,71±5,37	9,5 (1-17)	$\chi^2=2,650$	0,449
	2 öğün	6,57±3,62	6,0 (0-16)		
	3 öğün	6,47±3,51	6,0 (0-15)		
	4 öğün ve üzeri	6,50±3,41	6,0 (3-11)		
Ne Sıklıkla Ev Dışında Fast Food Tüketirsiniz	Hiç	6,06±4,05	5,0 (1-16)	$\chi^2=4,778$	0,189
	Ayda 1-2	6,64±3,69	6,0 (0-15)		
	Haftada 1	6,84±3,68	6,0 (0-17)		
	Daha sık	7,31±3,30	7,0 (0-16)		
Probiyotik Kullanımı	Evet	6,78±3,83	6,0 (0-17)	z=0,413	0,680
	Hayır	6,32±3,16	6,0 (1-14)		
Probiyotik Kullanım Sıklığı	Her gün	6,56±4,32	5,5 (0-15)	$\chi^2=0,798$	0,671
	Haftada 3	6,68±3,78	6,0 (0-16)		
	Haftada 1'den az	6,97±3,68	7,0 (0-17)		
Çay Tüketimi	Tüketmiyorum, nadiren	6,47±3,91	6,0 (1-16)	$\chi^2=3,807$	0,149
	Haftada 3'ten fazla	5,61±3,79	5,0 (0-15)		
	Her gün tüketirim	6,90±3,63	6,0 (0-17)		
Kahve Tüketimi	Tüketmiyorum, nadiren	6,26±3,57	6,0 (1-15)	$\chi^2=3,285$	0,194
	Haftada 3'ten fazla	7,14±3,14	6,0 (0-15)		
	Her gün tüketirim	6,79±4,10	6,0 (0-17)		
Kronik Hastalık	Hayır	6,37±3,50	6,0 (0-17)	z=1,539	0,124
	Evet	7,43±4,07	6,0 (1-16)		
Sürekli Kullanılan İlaç	Hayır	6,36±3,51	6,0 (0-17)	z=1,607	0,108
	Evet	7,47±4,05	6,0 (1-16)		
Kendi Doğum Tipiniz?	Normal doğum	6,83±3,56	6,0 (0-15)	z=1,779	0,075
	Sezeryan doğum	6,05±4,29	5,0 (0-17)		

Tablo 4.20 (Devam): Belirtilen Değişken Gruplarında Bireylerin Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) Puanlarının Karşılaştırılması

Doğumunuzdan Sonra Anne Sütü Alma Durumu	Almamışım, eksiklik mevcut	5,73±3,13	5,0 (1-14)	$\chi^2=2,230$	0,328
	6 aya kadar almışım	6,99±3,64	7,0 (1-16)		
	2 yaşına kadar almışım	6,71±3,81	6,0 (0-17)		
Gebelik Öyküsü	Yok	6,40±3,49	6,0 (0-16)	$z=1,590$	0,112
	Var	7,61±4,51	8,0 (0-16)		
Tuvalet Tipi	Alaturka	5,80±3,33	5,0 (0-16)	$z=1,912$	0,056
	Klozet	6,96±3,78	6,0 (0-17)		

z: Mann Whitney U Testi, χ^2 : Kruskal Wallis Testi

“Kabızlık Sorunu Yaşar Mısınız?” sorusuna Hayır, asla yaşamam yanıtı veren bireylerin PUKİ puan ortalaması 5,21±3,14, Evet, arada yanıtı veren bireylerin PUKİ puan ortalaması 7,37±3,75, Devamlı kabızlığım olur yanıtı veren bireylerin PUKİ puan ortalaması 7,92±3,84’tür. “Kabızlık Sorunu Yaşar Mısınız?” sorusuna verilen yanıtlara göre bireylerin PUKİ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=16,721$, $p<0,001$). “Son 3 Aydır, Dışkı Yumuşatıcı İlaç Kullanmadan Şekilsiz, Yumuşak Dışkılama Yapabildiniz Mi?” sorusuna Hiçbir zaman yanıtı veren bireylerin PUKİ puan ortalaması 5,39±3,57, Nadiren yanıtı veren bireylerin 7,51±3,69, Çoğunlukla yanıtı veren bireylerin 6,53±3,68, Her zaman yanıtı veren bireylerin 5,75±3,16’dır. “Son 3 Aydır, Dışkı Yumuşatıcı İlaç Kullanmadan Şekilsiz, Yumuşak Dışkılama Yapabildiniz Mi?” sorusuna verilen yanıtlara göre bireylerin PUKİ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=13,847$, $p=0,003$). “Son 3 Aydır, Haftada En Az 1 Gün Olan Karın Ağrınız Var Mıydı?” sorusuna evet yanıtı veren bireylerin PUKİ puan ortalaması 7,97±3,93, hayır yanıtı veren bireylerin PUKİ puan ortalaması 6,05±3,44 olduğu belirlenmiştir. “Son 3 Aydır, Haftada En Az 1 Gün Olan Karın Ağrınız Var Mıydı?” sorusuna verilen yanıtlara göre bireylerin PUKİ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($z=3,559$, $p<0,001$). “Evet ise Son Zamanlarda Kabızlık Şikâyetiniz Oluyor Mu?” ve Fonksiyonel Konstipasyon durumuna göre bireylerin PUKİ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 21).

Tablo 4.21: Fonksiyonel Konstipasyon Sorularına Göre Bireylerin Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) Puanlarının Karşılaştırılması

		PUKİ		Test İstatistiği	
		Ort±SS	Medyan (Min-Max)	z; χ^2	p
Kabızlık Sorunu Yaşar Mısınız?	Hayır, asla yaşamam	5,21±3,14	5,0 (0-14)	$\chi^2=16,721$	<0,001
	Evet, arada	7,37±3,75	7,0 (0-17)		
	Devamlı kabızlığım olur	7,92±3,84	7,0 (2-14)		
Evet ise Son Zamanlarda Kabızlık Şikâyetiniz Oluşuyor Mu?	6 ay veya daha fazla zamandır, evet	7,74±3,86	7,0 (1-17)	z=0,944	0,345
	6 aydan kısa zamandır veya olmuyor, hayır	7,08±3,62	7,0 (0-16)		
Son 3 Aydır, Dışkı Yumuşatıcı İlaç Kullanmadan Şekilsiz, Yumuşak Dışkılama Yapabildiniz Mi?	Hiçbir zaman	5,39±3,57	5,0 (0-15)	$\chi^2=13,847$	0,003
	Nadiren	7,51±3,69	7,0 (1-17)		
	Çoğunlukla	6,53±3,68	6,0 (0-15)		
	Her zaman	5,75±3,16	6,0 (0-13)		
Son 3 Aydır, Haftada En Az 1 Gün Olan Karın Ağrınız Var Mıydı?	Evet	7,97±3,93	8,0 (0-17)	z=3,559	<0,001
	Hayır	6,05±3,44	5,5 (0-15)		
Fonksiyonel Konstipasyon	Yok	6,59±3,69	6,0 (0-17)	z=0,898	0,369
	Var	7,32±3,76	6,5 (1-15)		

z: Mann Whitney U Testi, χ^2 : Kruskal Wallis Testi

PUKİ puanları bakımından “Kabızlık Sorunu Yaşar Mısınız?” sorusuna verilen yanıtların ikili karşılaştırmalarında Hayır, asla yaşamam—Evet, arada arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p<0,001$). PUKİ puanları bakımından “Son 3 Aydır, Dışkı Yumuşatıcı İlaç Kullanmadan Şekilsiz, Yumuşak Dışkılama Yapabildiniz Mi?” sorusuna verilen yanıtların ikili karşılaştırmalarında Hiçbir zaman—Nadiren arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p=0,002$) (Tablo 22).

Tablo 4.22: Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) Puanlarının İkili Karşılaştırmaları

Kabızlık Sorunu Yaşar Mısınız?	p*
Hayır, asla yaşamam—Evet, arada	<0,001
Hayır, asla yaşamam—Devamlı kabızlığım olur	0,055
Evet, arada—Devamlı kabızlığım olur	1,000
Son 3 Aydır, Dışkı Yumuşatıcı İlaç Kullanmadan Şekilsiz, Yumuşak Dışkılama Yapabildiniz Mi?	p*
Hiçbir zaman—Her zaman	1,000
Hiçbir zaman—Çoğunlukla	0,580
Hiçbir zaman—Nadiren	0,002
Her zaman—Çoğunlukla	1,000
Her zaman—Nadiren	0,419
Çoğunlukla—Nadiren	0,685

*Bonferroni Düzeltmeli p değerleri

PUKİ puanı ile yaş ve BMI değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 23).

Tablo 4.23: Yaş ve BMI ile Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) Puanları Arasındaki İlişki

	Yaş		BMI	
	r	p	r	p
PUKİ	0,005	0,944	0,001	0,995

r: Spearman İlişki Katsayısı

PUKİ puanı ile KCÖ-Dışkı Tıkanıklığı ve KCÖ-Toplam puanları arasında zayıf düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0,359$; $p<0,001$, $r=0,307$; $p<0,001$). PUKİ puanı ile KCÖ-Kalın Bağırsak Tembelliği ve KCÖ-Ağrı puanları arasında çok zayıf düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0,190$; $p=0,004$, $r=0,175$; $p=0,008$).

KCÖ-Dışkı Tıkanıklığı puanı ile KCÖ-Kalın Bağırsak Tembelliği puanı arasında yüksek düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0,606$; $p<0,001$). KCÖ-Dışkı Tıkanıklığı puanı ile KCÖ-Ağrı puanı arasında orta düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0,479$; $p<0,001$). KCÖ-Dışkı Tıkanıklığı puanı ile KCÖ-Toplam puanı

arasında çok yüksek düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0,898;p<0,001$).

KCÖ-Kalın Bağırsak Tembelliği puanı ile KCÖ-Ağrı puanı arasında zayıf düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0,380;p<0,001$). KCÖ-Kalın Bağırsak Tembelliği puanı ile KCÖ-Toplam puanı arasında çok yüksek düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0,857;p<0,001$).

KCÖ-Ağrı puanı ile KCÖ-Toplam puanı arasında orta düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0,595;p<0,001$) (Tablo 24).

Tablo 4.24: Ölçek puanları arasındaki ilişki katsayıları

		PUKİ	KCÖ-Dışkı Tıkanıklığı	KCÖ-Kalın Bağırsak Tembelliği	KCÖ-Ağrı	KCÖ-Toplam Puan
PUKİ	r					
	p					
KCÖ-Dışkı Tıkanıklığı	r	0,359				
	p	<0,001				
KCÖ-Kalın Bağırsak Tembelliği	r	0,190	0,606			
	p	0,004	<0,001			
KCÖ-Ağrı	r	0,175	0,479	0,380		
	p	0,008	<0,001	<0,001		
KCÖ-Toplam Puan	r	0,307	0,898	0,857	0,595	
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	

r: Spearman İlişki Katsayısı

Model 1 ve model 2 için istatistiksel anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Fakat model 3'te uyku bozukluğu ile kabızlık arasında diğer değişkenler kontrol altında iken istatistiksel anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Kötü uyku olanlarda iyi uyku olanlara göre kabızlık olma riski 2,308 kat daha fazladır.

Tablo 4.25: PUKİ Skorlamasına göre Kabızlık İçin Ağırlıklı Odds Ratio ve %95 Güven Aralıkları

	MODEL 1		MODEL 2		MODEL 3	
	OR (95% GA)	P	OR (95% GA)	P	OR (95% GA)	P
PUKİ	1,530 (0,338- 6,930)	0,581	1,836 (0,958- 3,520)	0,067	2,308 (1,101- 4,840)	0,027

OR:Odds Ratio, GA:Güven Aralığı,

Model 1: Yaş, cinsiyet, günlük sıvı tüketimi, düzenli fiziksel aktivite kontrol edilmiştir.

Model 2:Yaş, cinsiyet, BMI, medeni durum, meslek, eğitim düzeyi, sigara kullanımı, alkol kullanımı, günlük sıvı tüketimi, düzenli fiziksel aktivite, probiyotik kullanımı, kronik hastalık durumu

Model 3:Yaş, cinsiyet, BMI, medeni durum, meslek, eğitim düzeyi, yaşama ortamı, gelir düzeyi, sigara kullanımı, alkol kullanımı, günlük sıvı tüketimi, düzenli fiziksel aktivite, öğün, fast food tüketimi, probiyotik kullanımı, kronik hastalık durumu, sürekli ilaç kullanımı,

5.TARTIŞMA

Bu çalışmada elde edilen bulgular, uyku kalitesi ile konstipasyon arasında diğer bilinen nedenler gibi anlamlı bir ilişki olduğunu göstermektedir. Tartışma bölümünde bu sonuçlar, önceki araştırmalarla karşılaştırılarak değerlendirilecek ve olası nedenleri üzerinde durulacaktır.

Kabızlık sorunu yaşar mısınız sorusuna %34,8 oranda “Hayır, asla yaşamam”, %59,6 oranda “Evet, arada”, %5,6 oranda “Devamlı kabızlığım olur” cevapları alınmıştır. Roma 4 kriterlerine göre hazırlanmış araştırmacı tarafından hazırlanan ankete göre ise fonksiyonel konstipasyon (FK) oranı %11,2 olarak saptanmıştır.

Çifçi'nin (86) İzmir merkez ilçelerinde 18 yaş ve üzeri kişilerde yaptığı çalışmada Roma IV kriterlerine göre FK sıklığı %7 olarak saptanmıştır. Kasap ve Bor (87) tarafından Roma II kriterlerini kullanarak yapılan 20 ili kapsayan geniş kapsamlı bir araştırmada FK sıklığı %8,3 oranında bulunmuştur. Japonya'da Otani ve arkadaşlarının (88), sağlık taramasına katılan bireyler üzerinde Roma IV kriterlerini kullanarak gerçekleştirdiği geniş kapsamlı çalışmada, FK prevalansı %2.1 olarak belirlenmiştir. Güney Kore'de Jun ve çalışma arkadaşları (89) tarafından gerçekleştirilen araştırmada, bireylerin kendi beyanına dayalı kabızlık oranı %16.5, Roma II kriterlerine göre belirlenen FK oranı ise %9.2 olarak tespit edilmiştir. Asya ülkelerinde gerçekleştirilen 15 çalışmanın analiz edildiği bir derlemede, farklı kabızlık tanımlarına göre prevalans tahminlerinin %2.4 ile %28.4 arasında değiştiği belirlenmiştir (90).

Sonuçlarımız literatür ile çelişmemektedir. Kabızlıkla ilgili yapılan araştırmalarda, bireylerin kendi beyanına dayalı kabızlık yaygınlığının, Roma kriterlerine göre belirlenen kabızlık tanımlarına kıyasla daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (90). Bu, hastaların dışkılama semptomları arasında geniş bir kısmı konstipasyon olarak tanımlamasından ileri gelmektedir.

Ülkemizde ve dünyada yapılan birçok çalışmanın sonucuna göre kabızlık kadınlarda daha sık görülmektedir. Bizim çalışmamızda FK ve cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bu durumun çalışma popülasyonumuzda örneklem yetersizliği ve doğum yapmamış genç kadın fazlalığından kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu durum, kadın olmaya ait özelliklerin daha silik olmasına neden

olmaktadır. Kendi beyanına göre kabızlık durumlarında ise kadın kabızlığının daha fazla olduğu görülmüş, kişilerin kendi beyanına göre kabızlığı ve cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Çalışmamızda cinsiyetler arasında KCÖ puanları açısından da istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. KCÖ Dışkı Tıkanıklığı, KCÖ Kalın Barsak Tembelliği ve KCÖ Toplam puanlamaları ve cinsiyet arasında anlamlı ilişki mevcut olup KCÖ Ağrı alt ölçeğiyle anlamlı ilişki oluşmamıştır. Kadın katılımcıların KCÖ ve alt ölçek puanlarının erkek katılımcılardan yüksek olduğu görülmüştür. Yani kadınlarda erkeklere göre konstipasyon semptomları daha ciddi seyrederken, konstipasyona ilişkin yaşam kaliteleri daha fazla olumsuz etkilenmektedir.

Sonuçlarımız literatürle bu konuda uyumlu olup yapılan araştırmalarda daha az oranda farklı sonuçlar da mevcuttur. Akgöz'ün hemşirelik öğrencileri üzerinde gerçekleştirdiği araştırmada, KCÖ ve alt boyutlarının puanlarının kadın öğrencilerde erkek öğrencilere kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlenmiştir (91). Orhan ve arkadaşlarının (92) fonksiyonel kabızlığı olan bireylerle yürüttükleri çalışmada, KCÖ toplam puanına göre değerlendirilen kabızlık şiddeti açısından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Kabızlık ile obezite arasındaki ilişki net değildir ve hala tartışılmaktadır. Olasılıkla obezitenin pelvik taban üzerinde mekanik baskı oluşturarak ve fiziksel aktivitenin azalmasına yol açarak konstipasyon gelişimine zemin hazırlayabileceği ileri sürülmektedir (93). Bazı çalışmalar obezitenin kabızlık görülme sıklığını artırdığını ortaya koyarken (94), vücut kitle indeksi ile konstipasyon arasında anlamlı bir ilişki bulamayan araştırmalar da bulunmaktadır (95,96).

Bizim çalışmamızda VKİ ile FK arasında anlamlı ilişki bulunamamış, KCÖ Kalın Bağırsak Tembelliği alt ölçeği ve KCÖ Toplam puanlaması ile anlamlı ilişki saptanmıştır. Kalın barsak tembelliği alt puanı ve toplam KCÖ puanı düşük VKİ değerlerinde daha yüksek bulunmuştur. Bu, popülasyonumuzdaki zayıf hastalarda daha ciddi konstipasyon olduğu anlamına gelmektedir. Çalışmamızda en az konstipasyon preobezlerde saptanmıştır.

Ayhan'ın (97) kabızlık nedenleri ile obezite arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmada, vücut kitle indeksi grupları ile konstipasyon durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır. Obezite ile gastrointestinal semptomlar

arasındaki ilişkiyi inceleyen bir meta-analiz çalışmasında, kabızlık ile obezite ya da yükselmiş vücut kitle indeksi arasında anlamlı bir bağlantı bulunmamıştır (98).

Bizim de çalışmamız obezite kabızlık belirsizliğinde yerini almıştır. Obezite ile kabızlık arasındaki ilişkiyi tam olarak ortaya koymak için daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulsa da, obezitenin birçok kronik hastalığın gelişiminde rol oynaması nedeniyle, birinci basamak sağlık çalışanlarına obezitenin önlenmesinde önemli sorumluluklar düşmektedir.

Çalışmamızda eğitim durumu, KCÖ Dışkı tıkanıklığı alt ölçeği ve KCÖ Toplam puanlaması karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. KCÖ dışkı tıkanıklığı puanları bakımından eğitim durumu ikili karşılaştırmalarında Ortaokul—Üniversite arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Ortaokul mezunları üniversite mezunlarına göre daha düşük KCÖ puanına sahip ve konstipasyon ciddiyetleri daha düşük sonuçlanmıştır. Bu ilişki eğitim seviyesi daha düşük olan ilkokul mezunlarında görülmemiştir. Eğitim seviyesine göre doğru veya ters bir orantı oluşmamıştır. Orta okul mezunlarındaki izole ilişkinin sebebinin küçük örneklem sayısı nedeni çalışmamızın yetersizliği olduğu düşünülmüştür.

Arlı'nın (99) cerrahi ve dahili servislerde yatan hastalarla gerçekleştirdiği konstipasyon riski değerlendirme çalışmasında, okuryazar olmayan bireylerde kabızlık riskinin anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Durgun ve arkadaşlarının (100) huzurevinde gerçekleştirdikleri çalışmada, bireylerin kabızlık durumları ile eğitim seviyeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Ancak, okuryazar olmayanlar ile ilkokul ve ortaokul mezunu katılımcıların KCÖ puanlarının, üniversite ve daha yüksek eğitim düzeyine sahip bireylerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan başka çalışmalarda konstipasyon ve eğitim seviyesi arasında ters bir ilişki olduğu ortaya çıkarılmıştır (101,102).

Konstipasyonun risk faktörlerinden biri yetersiz sıvı tüketimi olarak bilinmekle birlikte, literatürde bu konuda çelişkili sonuçlar bildiren çalışmalar da bulunmaktadır. Çoban ve arkadaşlarının (103) tıp fakültesi son sınıf öğrencileriyle gerçekleştirdikleri çalışmada, su tüketimi ile dışkılama alışkanlıkları değerlendirilmiş; ancak Roma III kriterlerine göre konstipasyon ile su tüketimi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Ayhan'ın (88), beslenme ve diyet polikliniğine başvuran

bireyler üzerinde gerçekleştirdiği çalışmada, günlük su alımı ile konstipasyon durumu arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır. Durgun ve arkadaşlarının (100) yaşlı bireylerle yürüttükleri çalışmada, bireylerin su ve su dışındaki sıvı tüketim düzeyleri ile KCÖ puanları arasında negatif yönde anlamlı bir istatistiksel ilişki belirlenmiştir.

Bizim çalışmamızda 2 lt üzeri sıvı tüketenlerde %14,7 ve 2 lt altında sıvı tüketenlerde %7,6 fonksiyonel konstipasyon bulunmaktadır. İstatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Literatüre uyumsuzluğunun örneklem yetersizliğinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Yine çalışmamızda KCÖ toplam puanı ve sıvı tüketimi arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır. Günlük 2 litrenin altında sıvı tüketen bireylerin KCÖ Toplam puan ortalaması 2 litrenin üstünde sıvı tüketenlerden daha yüksektir. Konstipasyonları daha ciddidir. Geçerli ve güvenilir bir konstipasyon ölçüm metodu olan KCÖ, bilinen nedenleri ölçmede tarafımızca hazırlanan FK sorgulamasına göre üstün gelmiştir.

Probiyotiklerin konstipasyon üzerinde olumlu etkiler gösterebileceği, bazı olası etki mekanizmalarıyla açıklanmıştır. Bu mekanizmalar arasında; konstipasyonda bozulan bağırsak mikrobiyotasının dengelenmesi, metabolitleri aracılığıyla kolon hareketliliğinin etkilenmesi ve laktik asit ile kısa zincirli yağ asitlerinin üretimi sayesinde lümen pH'nın düşürülerek bağırsak geçiş süresinin kısaltılması yer almaktadır (104).

Huang ve arkadaşlarının (105) çocuklarda probiyotiklerin konstipasyon üzerindeki etkilerini inceledikleri meta-analiz çalışmasında, probiyotiklerin dışkılama sıklığını artırdığı ancak dışkı kıvamı üzerinde anlamlı bir değişiklik oluşturmadığı belirlenmiştir. Martinez ve arkadaşlarının (106) yaşlı bireylerde yaptığı sistematik derlemede, probiyotiklerin konstipasyon tedavisinde plaseboya göre %10–40 oranında daha etkili olduğu raporlanmıştır.

Çalışmamızda probiyotik kullanım sıklığı ve KCÖ Dışkı tıkanıklığı alt ölçeği ve toplam puanlarıyla istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Her gün tüketim ve haftada 3 tüketim arasında istatistiksel anlamlı ilişki olup her gün tüketimde daha az kabızlık sonucu çıkmıştır. Haftada 1'e doğru, daha az probiyotik kullanımıyla artan kabızlık oluşmayıp doğrusal bir ilişki gözlenmemiştir. Çalışmamızda bu faktörü değerlendirmede yetersizlik olup haftada 3 ve her gün probiyotik kullanım sıklığı ikili karşılaştırmasına göre her gün gibi bir sıklıkla kullanılırsa eğer; probiyotiğin

konstipasyondan koruyucu etkisinden bahsetmenin mümkün olabildiği, yorumunu yapabiliriz.

Uyku incelememizde PUKİ ve sigara kullanımı arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunmuştur. Sigara kullananlarda daha yüksek PUKİ puanı, daha kötü uyku vardır. Diğer sosyodemografik verilerle PUKİ ilişkisi anlamsız olup “Kabızlık sorunu yaşar mısınız?” sorusuyla, kabızlık arttıkça PUKİ puanının artıp uykunun kötüleştiği bulunmuş, kabızlık sıklığı ve PUKİ arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır. Son 3 ayda haftada en az 1 gün karın ağrısı olanlarda yüksek PUKİ puanı, kötü uyku, istatistiksel anlamlı ilişki oluşmuştur.

Literatürde uyku bozukluğu ile gastrointestinal semptomlar arasında yakın ilişkiler bildirilmiştir. Japon nüfusuna yönelik yapılan kesitsel internet tabanlı bir ankette, Yamamoto ve arkadaşları (107), kronik kabızlık ile uyku arasındaki ilişkiyi test etmiş ve kabızlığı olan ve kötü uyku kalitesine sahip bireylerin daha şiddetli semptomlar yaşadığını göstermiştir. Jiang ve arkadaşları (108), kronik kabızlığı olan 126 hastayı incelemiş ve uyku bozukluğu olan hastaların, uyku bozukluğu olmayanlara kıyasla, Kabızlık Puanlama Sistemi (CSS) ölçeği ile değerlendirildiğinde daha kötü kabızlık semptomlarına sahip olduğunu bildirmiştir. Chen ve arkadaşlarının (109) yaptığı çalışmada, FK ve İBS-K hastalarında uyku kalitesi değerlendirilmiş ve sonuçlar, FK hastalarının İBS-K hastalarına kıyasla daha kötü uyku kalitesine sahip olduğunu ortaya koymuştur. Başka bir çalışmada da benzer şekilde uyku bozukluğu olan hastalarda PUKİ puanlarının abdominal ve rektal semptomlarla anlamlı ilişkili olduğu saptanmıştır (110). Uyku bozukluğunun İBS hastalarında anorektal fonksiyon üzerindeki etkileri daha yaygın incelenmiş olsa da, FK’ si olan bireylerde bu etkiler nadiren değerlendirilmiştir.

Otonom sinir sistemi disfonksiyonunun FK patogenezinde önemli rol oynadığı bilinmektedir (111). Yine başka çalışmalar kötü uykunun sempatik aktiviteyi artırdığını ve vagal tonusu azalttığını bildirmektedir (112,113). Bu bulgular uyku bozukluğunun otonom dengeyi bozarak kabızlık semptomlarını ağırlaştırabileceğini göstermektedir.

Visseral aşırı duyarlılığın uyku bozukluğu ile ilişkili olduğu ve bu ilişkinin kronik hiperaljezi sendromlarının gelişiminde rol oynayabileceği öne sürülmektedir (114,115). FK hastalarında daha düşük duyuşal eşik gözlemi de bu yöndeki görüşleri

desteklemektedir. Benzer bir çalışma uyku kalitesindeki bozulmanın visseral duyarlılığı artırabileceğini belirtmiştir(116).

Bağırsak mikrobiyotası da rektal duyarlılığı etkileyen bir başka olası mekanizmadır. FK hastalarında Laktobasillus gibi yararlı bakterilerin azaldığı ve zararlı türlerin arttığı bildirilmiştir (117). Mikrobiyota, serotonin gibi nörotransmitterlerin sentezini etkileyerek bağırsak hareketliliğini düzenleyebilir (118). Serotonin sistemindeki bozulmaların da FK gelişiminde rol oynadığı bilinmektedir. GİS’ te, serotoninenden zengin enterokromaffin hücreleri tarafından sentezlenen melatonin yoğun ve çok miktarda bulunmaktadır. GIS kaynaklı bu melatonin üretimi, kan bazal melatonin düzeylerinin devamını sağlamaktadır.

Pineal bezden salınan melatonin, sadece biyolojik ritmi düzenlemekle kalmaz, aynı zamanda gastrointestinal sistem (GİS) üzerinde de önemli etkilere sahiptir. GİS’te enterokromaffin hücreler tarafından fotoperiyodik ritme bağlı olmaksızın yüksek miktarda üretilir ve geniş kapsamlı fizyolojik etkiler gösterir. Melatonin ayrıca GİS motilitesi ile visseral duyunun düzenlenmesinde rol alır. Özefajit, gastrik mukozal hasar, peptik ülser, irritabl bağırsak sendromu, inflamatuvar bağırsak hastalıkları ve nekrotizan enterokolit gibi durumlarda koruyucu etkileri araştırılmıştır. Günümüzde klinik olarak daha çok uyku bozukluklarında kullanılan melatonin ve türevleri, GİS hastalıklarındaki potansiyel faydaları nedeniyle dikkat çekmektedir(119).

Çalışmamızda FK ve KCÖ çalışılmış, uyku değerlendirmesi için PUKİ’den faydalanılmıştır. PUKİ ve FK arasında anlamlı ilişki çıkmamıştır. Bilinen uyku ve İBS-K ilişkisi araştırmalarının aksine; daha az bulunan uyku-FK ilişkisini aydınlatmak adına, farklı kurgulanmış yeni çalışmalara ihtiyaç vardır. PUKİ ve KCÖ kıyaslanarak Dışkı Tıkanıklığı alt ölçeği, KCÖ Toplam puanlaması ve PUKİ arasında zayıf istatistiksel ilişki; Kalın Barsak Tembelliği alt ölçeği, Ağrı alt ölçeği ve PUKİ arasında ise çok zayıf istatistiksel ilişki bulunmuştur. Bundan hareketle kabızlık ve PUKİ karşılaştırılmasında yaptığımız 3 modellemenin üçüncüsünde çok sayıda potansiyel karıştırıcı değişken kontrol altına alındığında; kötü uykusu (PUKİ >5 puan) olanların, iyi uykusu (PUKİ <5 puan) olanlara göre kendi beyanına göre 2,308 kat daha konstipe olduğu saptanmıştır. Burada “Kabızlık Sorunu Yaşar Mısınız?” sorusuna “Hayır, asla” cevap verenler kabız değil, “Evet, arada” ve “Devamlı” cevaplarını verenler kabız olarak gruplandırılmıştır. Model 3’te kontrol altına alınan değişkenler; yaş, cinsiyet,

BMI, medeni durum, meslek, eğitim düzeyi, yaşama ortamı, gelir düzeyi, sigara kullanımı, alkol kullanımı, günlük sıvı tüketimi, düzenli fiziksel aktivite, öğün, fast food tüketimi, probiyotik kullanımı, kronik hastalık durumu, sürekli ilaç kullanımıdır. Kabızlık üzerinde etkili olabilecek faktör çoktur, bağımsız olarak uyku ile ilişkisini araştırmak için çalışmamızda hastaları geniş bir sorgulamadan geçirdik.

Bu çalışma, uyku kalitesinin kötü olması ile kabızlık arasında ilişki olduğunu, bilinen çok sayıda potansiyel karıştırıcı değişken kontrol edildiğinde bu ilişkinin anlamlı biçimde arttığını göstermektedir. Yani uyku bozukluğunun, bağımsız bir kabızlık risk faktörü olduğu yorumunu bize vermektedir.

Çalışmanın sınırlılıkları ve güçlü yönleri;

Bu çalışma birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran bireyler üzerinde gerçekleştirilmiş olup, spesifikleşmiş branşlara gelen hastalara göre daha geniş bir hasta yelpazesi sunmaktadır. Daha az kliniği oturmuş tanıli hasta barındırıp toplumdaki geniş sağlıklı kesim hakkında daha fazla fikir vermektedir. İkinci ve üçüncü basamaklara göre toplumun genel yapısını daha iyi temsil etmesi, en güncel tanı ölçütleri olan ROME IV kriterlerinin esas alınması ve verilerin hekim tarafından birebir yüz yüze görüşme yoluyla toplanması çalışmanın güçlü yönleri arasında sayılabilir.

Çalışmamızda eğitim seviyesi üniversite çoğunluğunda, kadın nüfusu erkeğe oranla iki kat yüksek çıkmıştır. Bu, çalışmanın hastanemiz bünyesinde bulunan aile hekimliği polikliniklerinde toplanan hasta popülasyonu nedenlidir. Hastanemiz sağlık çalışanlarının rutin iş yeri muayeneleri hastane içi polikliniklerimizde tarafımızca yapılmaktadır. Buna ek olarak yaşlı hastalarla yüz yüze görüşme tekniğiyle anket verisi toplamının zorluğuna bağlı veri eksikliği de çalışmamız sınırlılıkları arasında sayılabilir.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu kesitsel çalışmada, 18–65 yaş arası bireylerde kabızlık ile uyku kalitesi arasındaki ilişki incelenmiş, ayrıca sosyodemografik, beslenme ve yaşam tarzı faktörlerinin bu durumlara etkisi değerlendirilmiştir.

Araştırma bulgularına göre:

Katılımcıların %60'ından fazlası kendisinde kabızlık tanımlasa da, Roma IV kriterlerine göre fonksiyonel kabızlık oranı %11,2 dir. Bu durum, bireylerin kabızlık algısının klinik tanı kriterlerinden farklılık gösterebileceğini ortaya koymaktadır.

Kadınlarda, düşük vücut kitle indeksine sahip olanlarda, yetersiz sıvı ve probiyotik tüketenlerde kabızlık daha sık ve daha şiddetli görülmektedir.

Uyku kalitesi ile kabızlık arasında anlamlı bir ilişki saptanmış; kötü uyku kalitesine sahip bireylerin kabız olma olasılığı 2,308 kat daha yüksek bulunmuştur. Bu durum, uyku ve gastrointestinal sistem sağlığı arasındaki etkileşimi desteklemektedir.

Kabızlık ile yaşam tarzı, meslek, gelir gibi birçok sosyoekonomik faktör arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Öneriler:

1.Bireylerin kabızlık şikâyetleri bütüncül bir yaklaşımla ele alınmalıdır. Tanı koyarken bireyin kabızlık algısı ve semptom şiddeti gibi faktörlere dikkat edilmelidir.

2.Aile sağlığı merkezlerinde sağlık profesyonelleri tarafından bireylerin uyku düzenleri rutin olarak sorgulanmalı, gerekli durumlarda yaşam tarzı değişiklikleri önerilmelidir.

3.Bireylerin kabızlık değerlendirmesi yapılırken yalnızca beslenme ve fiziksel aktivite gibi klasik faktörler değil, uyku kalitesi de dikkate alınmalıdır. Uyku kalitesinin iyileştirilmesi, kabızlık gibi yaşam kalitesini olumsuz etkileyen sorunların önlenmesinde etkili bir strateji olabilir.

4.Probiyotik gıdaların teşviki, düzenli sıvı alımı ve fiziksel aktivite gibi bağırsak hareketlerini destekleyen davranışların artırılmasına yönelik sağlık eğitimi programları planlanmalıdır.

5.Daha geniş ve prospektif çalışmalarla kabızlık-uyku ilişkisi derinlemesine incelenmelidir.

7.KAYNAKÇA

1. Bharucha AE, Wald A. Chronic Constipation. Mayo Clin Proc. 01 Kasım 2019;94(11):2340-57.
2. Wald A. Etiology and Evaluation of Chronic Constipation in Adults. İçinde: UpToDate [İnternet]. Wolters Kluwer: Connor RF; 2024 [a.yer 21 Şubat 2025]. Erişim adresi: https://www.uptodate.com/contents/etiology-and-evaluation-of-chronic-constipation-in-adults?search=kab%C4%B1zl%C4%B1k&source=search_result&selectedTitle=5%7E150&usage_type=default&display_rank=5
3. Türkay Ö, Saka M. Konstipasyon ve Diyet. Güncel Gastroenteroloji. 2016;20(3):234-9.
4. Drossman DA. Functional Gastrointestinal Disorders: History, Pathophysiology, Clinical Features, and Rome IV. Gastroenterology. 01 Mayıs 2016;150(6):1262-1279.e2.
5. Brenner DM, Shah M. Chronic Constipation. Gastroenterol Clin North Am. Haziran 2016;45(2):205-16.
6. Stewart WF, Liberman JN, Sandler RS, Woods MS, Stenhagen A, Chee E, vd. Epidemiology of Constipation (EPOC) Study in The United States: Relation of Clinical Subtypes to Sociodemographic Features. Off J Am Coll Gastroenterol ACG. Aralık 1999;94(12):3530.
7. Maski K. Insufficient Sleep: Evaluation and Management. İçinde: UpToDate [İnternet]. Wolters Kluwer: Connor RF; 2023 [a.yer 21 Şubat 2025]. Erişim adresi: https://www.uptodate.com/contents/insufficient-sleep-evaluation-and-management?search=uyku&source=search_result&selectedTitle=1%7E150&usage_type=default&display_rank=1
8. Neubauer DN. Evaluation and Diagnosis of Insomnia in Adults. İçinde: UpToDate [İnternet]. Wolters Kluwer: Connor RF; 2023 [a.yer 21 Şubat 2025]. Erişim adresi: https://www.uptodate.com/contents/evaluation-and-diagnosis-of-insomnia-in-adults?search=uyku&source=search_result&selectedTitle=90%7E150&usage_type=default&display_rank=90
9. Petrov ME, Buman MP, Unruh ML, Baldwin CM, Jeong M, Reynaga-Ornelas L, vd. Association of sleep duration with kidney function and albuminuria: NHANES 2009-2012. Sleep Health. 01 Mart 2016;2(1):75-81.
10. Khanijow V, Prakash P, Emsellem HA, Borum ML, Doman DB. Sleep Dysfunction and Gastrointestinal Diseases. Gastroenterol Hepatol. Aralık 2015;11(12):817-25.
11. Orr WC, Fass R, Sundaram SS, Scheimann AO. The effect of sleep on gastrointestinal functioning in common digestive diseases. Lancet Gastroenterol Hepatol. 01 Haziran 2020;5(6):616-24.
12. Sethi S, Mikami S, LeClair J, Park R, Jones M, Wadhwa V, vd. Inpatient Burden of Constipation in the United States: An Analysis of National Trends in the United States from 1997 to 2010. Off J Am Coll Gastroenterol ACG. Şubat 2014;109(2):250.
13. Singh G, Lingala V, Wang H, Vadavkar S, Kahler KH, Mithal A, vd. Use of Health Care Resources and Cost of Care for Adults With Constipation. Clin Gastroenterol Hepatol. 01 Eylül 2007;5(9):1053-8.
14. Stewart WF, Liberman JN, Sandler RS, Woods MS, Stenhagen A, Chee E, vd. Epidemiology of Constipation (EPOC) Study in The United States: Relation of Clinical Subtypes to Sociodemographic Features. Off J Am Coll Gastroenterol ACG. Aralık 1999;94(12):3530.

15. Higgins PDR, Johanson JF. Epidemiology of Constipation in North America: A Systematic Review. *Off J Am Coll Gastroenterol ACG*. Nisan 2004;99(4):750.
16. Suares NC, Ford AC. Prevalence of, and Risk Factors for, Chronic Idiopathic Constipation in the Community: Systematic Review and Meta-analysis. *Off J Am Coll Gastroenterol ACG*. Eylül 2011;106(9):1582.
17. Sandler RS, Jordan MC, Shelton BJ. Demographic and dietary determinants of constipation in the US population. *Am J Public Health*. Şubat 1990;80(2):185-9.
18. Sonnenberg A, Koch TR. Physician visits in the United States for constipation: 1958 to 1986. *Dig Dis Sci*. 01 Nisan 1989;34(4):606-11.
19. Talley NJ, Fleming KC, Evans J, Weaver AL, Zinsmeister AR, Melton III LJ, vd. Constipation in an Elderly Community: A Study of Prevalence and Potential Risk Factors. | EBSCOhost [İnternet]. C. 91. 1996 [a.yer 23 Şubat 2025]. s. 19. Erişim adresi: <https://openurl.ebsco.com/contentitem/gcd:16200430?sid=ebsco:plink:crawler&id=ebsco:gcd:16200430>
20. Wald A. Kabızlıklı hastaya yaklaşım. İçinde: *Gastroenteroloji Ders Kitabı*. 2. Baskı. JB Lippincott , Philadelphia: Yamada T; 1995. s. 864.
21. Abrams GM, Wakasa M. Chronic Complications of Spinal Cord Injury and Disease. İçinde: *UpToDate* [İnternet]. Wolters Kluwer: Connor RF; 2025 [a.yer 23 Şubat 2025]. Erişim adresi: https://www.uptodate.com/contents/chronic-complications-of-spinal-cord-injury-and-disease?sectionName=GASTROINTESTINAL%20COMPLICATIONS&search=kab%C4%B1zlı%C4%B1k&topicRef=2637&anchor=H15&source=see_link#H15
22. Edery P, Lyonnet S, Mulligan LM, Pelet A, Dow E, Abel L, vd. Mutations of the RET proto-oncogene in Hirschsprung's disease. *Nature*. Ocak 1994;367(6461):378-80.
23. Puffenberger EG, Hosoda K, Washington SS, Nakao K, deWit D, Yanagisawa M, vd. A missense mutation of the endothelin-B receptor gene in multigenic hirschsprung's disease. *Cell*. 30 Aralık 1994;79(7):1257-66.
24. Yu QJ, Yu SY, Zuo LJ, Lian TH, Hu Y, Wang RD, vd. Parkinson disease with constipation: clinical features and relevant factors. *Sci Rep*. 12 Ocak 2018;8(1):567.
25. Glick ME, Meshkinpour H, Haldeman S, Bhatia NN, Bradley WE. Colonic Dysfunction in Multiple Sclerosis. *Gastroenterology*. 01 Kasım 1982;83(5):1002-7.
26. Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, Houghton LA, Mearin F, Spiller RC. Functional Bowel Disorders. *Gastroenterology*. 01 Nisan 2006;130(5):1480-91.
27. Mearin F, Lacy BE, Chang L, Chey WD, Lembo AJ, Simren M, vd. Bowel Disorders. *Gastroenterology*. 01 Şubat 2016;S0016-5085(16)00222-5.
28. Blake MR, Raker JM, Whelan K. Validity and reliability of the Bristol Stool Form Scale in healthy adults and patients with diarrhoea-predominant irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther*. 2016;44(7):693-703.
29. Wald A, Hinds JP, Caruana BJ. Psychological and physiological characteristics of patients with severe idiopathic constipation. *Gastroenterology*. 01 Ekim 1989;97(4):932-7.
30. An Examination of the Reliability of Reported Stool Frequency in the Diagnosis of Idiopathic Constipation. | EBSCOhost [İnternet]. [a.yer 26 Şubat 2025]. Erişim adresi:

https://openurl.ebsco.com/EPDB%3Aagd%3A16%3A7347872/detailv2?sid=ebsco%3Aplink%3Ascholar&id=ebsco%3Aagd%3A16200436&url=c&link_origin=scholar.google.com

31. Martelli H, Devroede G, Arhan P, Duguay C. Mechanisms of Idiopathic Constipation: Outlet Obstruction. *Gastroenterology*. 01 Ekim 1978;75(4):623-31.
32. Rao SSC, Welcher KD, Leistikow JS. Obstructive Defecation: A Failure of Rectoanal Coordination. *Off J Am Coll Gastroenterol ACG*. Temmuz 1998;93(7):1042.
33. Waldron D, Bowes KL, Kingma YJ, Cote KR. Colonic and anorectal motility in young women with severe idiopathic constipation. *Gastroenterology*. 01 Kasım 1988;95(5):1388-94.
34. Preston DM, Lennard-Jones JE. Pelvic motility and response to intraluminal bisacodyl in slow-transit constipation. *Dig Dis Sci*. 01 Nisan 1985;30(4):289-94.
35. Wald A. Clinical Manifestations and Diagnosis of Irritable Bowel Syndrome in Adults. İçinde: UpToDate [İnternet]. Wolters Kluwer: Connor RF; 2025 [a.yer 26 Şubat 2025]. Erişim adresi: https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-irritable-bowel-syndrome-in-adults?search=kab%C4%B1zl%C4%B1k&topicRef=2637&source=see_link
36. Simrén M, Barbara G, Flint HJ, Spiegel BMR, Spiller RC, Vanner S, vd. Intestinal microbiota in functional bowel disorders: a Rome foundation report. 01 Ocak 2013 [a.yer 13 Mart 2025]; Erişim adresi: <https://gut.bmj.com/content/62/1/159.short>
37. DuPont HL. Review article: evidence for the role of gut microbiota in irritable bowel syndrome and its potential influence on therapeutic targets. *Aliment Pharmacol Ther*. 2014;39(10):1033-42.
38. Celebi S, Acik Y, Deveci SE, Bahcecioglu IH, Ayar A, Demir A, vd. Epidemiological features of irritable bowel syndrome in a Turkish urban society. *J Gastroenterol Hepatol*. 2004;19(7):738-43.
39. Şimşek i, Şengül B. İrritabl Barsak Sendromu. *Aktüel Tıp Derg*. 2004;9:60-4.
40. Özden A, Köksal AŞ, Oğuz D, Çiçek B, Yılmaz U, Dağlı Ü, vd. Türkiye’de birinci basamak sağlık kurumlarında iritabl barsak sendromu görülme sıklığı. *Akad Gastroenteroloji Derg*. 01 Nisan 2006;5(1):4-15.
41. Mearin F, Lacy BE, Chang L, Chey WD, Lembo AJ, Simren M, vd. Bowel Disorders. *Gastroenterology*. 01 Şubat 2016;S0016-5085(16)00222-5.
42. Mearin F, Lacy BE, Chang L, Chey WD, Lembo AJ, Simren M, vd. Bowel Disorders. *Gastroenterology*. 01 Şubat 2016;S0016-5085(16)00222-5.
43. Rao SSC. Rectal Exam: Yes, it can and should be done in a busy practice! *Off J Am Coll Gastroenterol ACG*. Mayıs 2018;113(5):635.
44. American Gastroenterological Association Technical Review on Constipation - *Gastroenterology* [İnternet]. [a.yer 27 Şubat 2025]. Erişim adresi: [https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085\(12\)01544-2/fulltext](https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085(12)01544-2/fulltext)
45. Cash BD, Acosta RD, Chandrasekhara V, Chathadi KV, Eloubeidi MA, Fanelli RD, vd. The role of endoscopy in the management of constipation. *Gastrointest Endosc*. 01 Ekim 2014;80(4):563-5.
46. Preston DM, Lennard-Jones JE, Thomas BM. Towards a radiologic definition of idiopathic megacolon. *Gastrointest Radiol*. 01 Aralık 1985;10(1):167-9.

47. Wald A, Caruana BJ, Freimanis MG, Bauman DH, Hinds JP. Contributions of evacuation proctography and anorectal manometry to evaluation of adults with constipation and defecatory difficulty. *Dig Dis Sci*. 01 Nisan 1990;35(4):481-7.
48. Wald A, Caruana BJ, Freimanis MG, Bauman DH, Hinds JP. Contributions of evacuation proctography and anorectal manometry to evaluation of adults with constipation and defecatory difficulty. *Dig Dis Sci*. 01 Nisan 1990;35(4):481-7.
49. Diamant NE, Kamm MA, Wald A, Whitehead WE. AGA technical review on anorectal testing techniques. *Gastroenterology*. 01 Mart 1999;116(3):735-60.
50. Functional disorders of the anus and rectum | Gut [Internet]. [a.yer 01 Mart 2025]. Erişim adresi: https://gut.bmj.com/content/45/suppl_2/II55.short
51. Ohayon MM, Carskadon MA, Guilleminault C, Vitiello MV. Meta-Analysis of Quantitative Sleep Parameters From Childhood to Old Age in Healthy Individuals: Developing Normative Sleep Values Across the Human Lifespan. *Sleep*. 01 Ekim 2004;27(7):1255-73.
52. Matricciani L, Blunden S, Rigney G, Williams MT, Olds TS. Children's Sleep Needs: Is There Sufficient Evidence to Recommend Optimal Sleep for Children? *Sleep*. 01 Nisan 2013;36(4):527-34.
53. Liu Y. Prevalence of Healthy Sleep Duration among Adults — United States, 2014. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* [Internet]. 2016 [a.yer 06 Mart 2025];65. Erişim adresi: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/65/wr/mm6506a1.htm>
54. Sheehan CM, Frochen SE, Walsemann KM, Ailshire JA. Are U.S. adults reporting less sleep?: Findings from sleep duration trends in the National Health Interview Survey, 2004–2017. *Sleep*. 01 Şubat 2019;42(2):zsy221.
55. QuickStats: Percentage* of Adults Aged ≥18 Years Who Sleep <7 Hours on Average in a 24-Hour Period,[†] by Sex and Age Group - National Health Interview Survey,[§] United States, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 01 Mart 2022;71(10):393.
56. Knutson KL, Van Cauter E, Rathouz PJ, DeLeire T, Lauderdale DS. Trends in the Prevalence of Short Sleepers in the USA: 1975–2006. *Sleep*. 01 Ocak 2010;33(1):37-45.
57. Carskadon MA, Dement WC. Cumulative Effects of Sleep Restriction on Daytime Sleepiness. *Psychophysiology*. 1981;18(2):107-13.
58. Horne J. The end of sleep: 'Sleep debt' versus biological adaptation of human sleep to waking needs. *Biol Psychol*. 01 Nisan 2011;87(1):1-14.
59. Martin SE, Engleman HM, Deary IJ, Douglas NJ. The effect of sleep fragmentation on daytime function. *Am J Respir Crit Care Med*. Nisan 1996;153(4):1328-32.
60. Martin SE, Wraith PK, Deary IJ, Douglas NJ. The effect of nonvisible sleep fragmentation on daytime function. *Am J Respir Crit Care Med*. Mayıs 1997;155(5):1596-601.
61. Bonnet MH. Effect of Sleep Disruption on Sleep, Performance, and Mood. *Sleep*. 01 Eylül 1985;8(1):11-9.
62. Zheng NS, Annis J, Master H, Han L, Gleichauf K, Ching JH, vd. Sleep patterns and risk of chronic disease as measured by long-term monitoring with commercial wearable devices in the All of Us Research Program. *Nat Med*. Eylül 2024;30(9):2648-56.

63. Work load and work hours in relation to disturbed sleep and fatigue in a large representative sample - ScienceDirect [Internet]. [a.yer 07 Mart 2025]. Erişim adresi: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0022399902004476>
64. Åkerstedt T, Fredlund P, Gillberg M, Jansson B. A prospective study of fatal occupational accidents – relationship to sleeping difficulties and occupational factors. *J Sleep Res.* 2002;11(1):69-71.
65. Gottlieb DJ, Ellenbogen JM, Bianchi MT, Czeisler CA. Sleep deficiency and motor vehicle crash risk in the general population: a prospective cohort study. *BMC Med.* 20 Mart 2018;16(1):44.
66. Barger LK, Ayas NT, Cade BE, Cronin JW, Rosner B, Speizer FE, vd. Impact of Extended-Duration Shifts on Medical Errors, Adverse Events, and Attentional Failures. *PLOS Med.* 12 Aralık 2006;3(12):e487.
67. King CR, Knutson KL, Rathouz PJ, Sidney S, Liu K, Lauderdale DS. Short Sleep Duration and Incident Coronary Artery Calcification. *JAMA.* 24 Aralık 2008;300(24):2859-66.
68. Sabanayagam C, Shankar A. Sleep Duration and Cardiovascular Disease: Results from the National Health Interview Survey. *Sleep.* 01 Ağustos 2010;33(8):1037-42.
69. Deng HB, Tam T, Zee BCY, Chung RYN, Su X, Jin L, vd. Short Sleep Duration Increases Metabolic Impact in Healthy Adults: A Population-Based Cohort Study. *Sleep.* 01 Ekim 2017;40(10):zsx130.
70. Mullington JM, Simpson NS, Meier-Ewert HK, Haack M. Sleep loss and inflammation. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab.* 01 Ekim 2010;24(5):775-84.
71. Besedovsky L, Lange T, Haack M. The Sleep-Immune Crosstalk in Health and Disease. *Physiol Rev.* Temmuz 2019;99(3):1325-80.
72. Cohen S, Doyle WJ, Alper CM, Janicki-Deverts D, Turner RB. Sleep Habits and Susceptibility to the Common Cold. *Arch Intern Med.* 12 Ocak 2009;169(1):62-7.
73. Wang Y, Qian YX, Liu JH, Miao YM, Ma QH, Pan CW. Longitudinal association between sleep and 5-year incident metabolic syndrome in older Chinese adults: a community-based cohort study. *Sleep Med.* 01 Mayıs 2021;81:1-7.
74. McMullan CJ, Curhan GC, Forman JP. Association of short sleep duration and rapid decline in renal function. *Kidney Int.* 01 Haziran 2016;89(6):1324-30.
75. Yin J, Jin X, Shan Z, Li S, Huang H, Li P, vd. Relationship of Sleep Duration With All-Cause Mortality and Cardiovascular Events: A Systematic Review and Dose-Response Meta-Analysis of Prospective Cohort Studies. *J Am Heart Assoc.* 22 Eylül 2017;6(9):e005947.
76. Carney CE, Buysse DJ, Ancoli-Israel S, Edinger JD, Krystal AD, Lichstein KL, vd. The Consensus Sleep Diary: Standardizing Prospective Sleep Self-Monitoring. *Sleep.* 01 Şubat 2012;35(2):287-302.
77. Stone AA, Shiffman S, Schwartz JE, Broderick JE, Hufford MR. Patient compliance with paper and electronic diaries. *Control Clin Trials.* 01 Nisan 2003;24(2):182-99.
78. Lauderdale DS, Knutson KL, Yan LL, Liu K, Rathouz PJ. Self-Reported and Measured Sleep Duration: How Similar Are They? *Epidemiology.* Kasım 2008;19(6):838.
79. Monk TH, Buysse DJ, Kennedy KS, Potts JM, DeGrazia JM, Miewald JM. Measuring Sleep Habits Without Using a Diary: The Sleep Timing Questionnaire. *Sleep.* 01 Mart 2003;26(2):208-12.
80. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res.* 01 Mayıs 1989;28(2):193-213.

81. Mairs L, Mullan B. Self-Monitoring vs. Implementation Intentions: a Comparison of Behaviour Change Techniques to Improve Sleep Hygiene and Sleep Outcomes in Students. *Int J Behav Med.* 01 Ekim 2015;22(5):635-44.
82. Loft MH, Cameron LD. Using Mental Imagery to Deliver Self-Regulation Techniques to Improve Sleep Behaviors. *Ann Behav Med.* 01 Aralık 2013;46(3):260-72.
83. Varma MG, Wang JY, Berian JR, Patterson TR, McCrea GL, Hart SL. The Constipation Severity Instrument: A Validated Measure. *Dis Colon Rectum.* Şubat 2008;51(2):162.
84. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index (psqi): A New Instrument for Psychiatric Research and Practice. *Psychiatry Res.* 1989;28(2):193-213.
85. Ağargün MY. Validity and reliability of Turkish version of Pittsburgh Sleep Quality Index. *Türk Psikiyatri Derg.* 1996;7:107.
86. İzmir İlinde Fonksiyonel Konstipasyon Sıklığı ve İlişkili Faktörlerin Araştırılması - ProQuest [İnternet]. [a.yer 26 Mart 2025]. Erişim adresi: <https://www.proquest.com/openview/c70b4178cab087400f2a5cbb4b64d19a/1?cbl=2026366&diss=y&pq-origsite=gscholar>
87. Fonksiyonel Barsak Hastalığı Prevalansı [İnternet]. [a.yer 26 Mart 2025]. Erişim adresi: <https://guncel.tgv.org.tr/index.asp?islem=makaledetay&sayfa=206>
88. Otani K, Watanabe T, Takahashi K, Nadatani Y, Fukunaga S, Hosomi S, vd. Prevalence and risk factors of functional constipation in the Rome IV criteria during a medical check-up in Japan. *J Gastroenterol Hepatol.* 2021;36(8):2157-64.
89. Jun DW, Park HY, Lee OY, Lee HL, Yoon BC, Choi HS, vd. A Population-Based Study on Bowel Habits in a Korean Community: Prevalence of Functional Constipation and Self-Reported Constipation. *Dig Dis Sci.* 01 Ağustos 2006;51(8):1471-7.
90. Werth B. Epidemiology of constipation in adults: Why estimates of prevalence differ. *J Epidemiol Res.* 29 Ocak 2019;5(1):37.
91. Akgöz B. Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinde Abdominal Masajın Konstipasyon Ciddiyeti ve Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi. 05 Mart 2021 [a.yer 07 Nisan 2025]; Erişim adresi: <https://hdl.handle.net/20.500.14619/1152>
92. Orhan C, Akbayrak T, Kaya S, Kav T, Günel MK. Fiziksel aktivite seviyesi ile konstipasyon şiddeti arasındaki ilişkinin incelenmesi. *J Exerc Ther Rehabil.* 23 Temmuz 2016;2(2):66-73.
93. Vriesman MH, Koppen IJN, Camilleri M, Di Lorenzo C, Benninga MA. Management of functional constipation in children and adults. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol.* Ocak 2020;17(1):21-39.
94. Huang L, Jiang H, Zhu M, Wang B, Tong M, Li H, vd. Prevalence and Risk Factors of Chronic Constipation Among Women Aged 50 Years and Older in Shanghai, China. *Med Sci Monit Int Med J Exp Clin Res.* 31 Mayıs 2017;23:2660-7.
95. Murakami K, Sasaki S, Okubo H, Takahashi Y, Hosoi Y, Itabashi M, vd. Food Intake and Functional Constipation: A Cross-Sectional Study of 3,835 Japanese Women Aged 18-20 Years. *J Nutr Sci Vitaminol (Tokyo).* 2007;53(1):30-6.
96. Eslick GD. Gastrointestinal symptoms and obesity: a meta-analysis. *Obes Rev.* 2012;13(5):469-79.

97. Ulusal Tez Merkezi | Anasayfa [İnternet]. [a.yer 07 Nisan 2025]. Erişim adresi: https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=0h-ZxhzT_jUxAOqHx3Hhlw&no=gduSBx-kJ2u8qYQj88FKTg
98. Eslick GD. Gastrointestinal symptoms and obesity: a meta-analysis. *Obes Rev.* 2012;13(5):469-79.
99. Cerrahi ve Dahili Kliniklerde Yatan Hastalarda Konstipasyon Riskinin Değerlendirilmesi - ProQuest [İnternet]. [a.yer 07 Nisan 2025]. Erişim adresi: <https://www.proquest.com/openview/c9ffd7a6fb3d24ca6f0d383bed24251d/1?cbl=4380395&pq-origsite=gscholar>
100. Durgun H, Avcı AB. Huzurevinde Kalan Yaşlı Bireylerin Sıvı Tüketimleri ile Konstipasyon Durumları Arasındaki İlişki. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilim Fakültesi Derg.* 31 Ocak 2021;6(1):121-6.
101. Mugie SM, Benninga MA, Di Lorenzo C. Epidemiology of constipation in children and adults: A systematic review. *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 01 Şubat 2011;25(1):3-18.
102. Chu H, Zhong L, Li H, Zhang X, Zhang J, Hou X. Epidemiology Characteristics of Constipation for General Population, Pediatric Population, and Elderly Population in China. *Gastroenterol Res Pract.* 2014;2014(1):532734.
103. Çoban T, Bosı TB, Akıncı CE, Alaoğlu N, Avcı ŞN, Erturul E, vd. TIP FAKÜLTESİ 6. SINIF ÖĞRENCİLERİNİN (INTERNLER) SU TÜKETİM ve DEFEKASYON ALIŞKANLIKLARININ İNCELENMESİ. *Sürekli Tıp Eğitimi Derg.* 29(2):102-8.
104. İstanbul Gelisim University Journal of Health Sciences » Submission » Konstipasyonun Diyet Tedavisinde Probiyotiklerin Önemi [İnternet]. [a.yer 07 Nisan 2025]. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/en/pub/igusabder/issue/56603/650670>
105. Huang R, Hu J. Positive Effect of Probiotics on Constipation in Children: A Systematic Review and Meta-Analysis of Six Randomized Controlled Trials. *Front Cell Infect Microbiol* [İnternet]. 28 Nisan 2017 [a.yer 07 Nisan 2025];7. Erişim adresi: <https://www.frontiersin.org/journals/cellular-and-infection-microbiology/articles/10.3389/fcimb.2017.00153/full>
106. Martínez-Martínez MI, Calabuig-Tolsá R, Cauli O. The effect of probiotics as a treatment for constipation in elderly people: A systematic review. *Arch Gerontol Geriatr.* 01 Temmuz 2017;71:142-9.
107. Yamamoto S, Kawamura Y, Yamamoto K, Yamaguchi Y, Tamura Y, Izawa S, vd. Internet Survey of Japanese Patients With Chronic Constipation: Focus on Correlations Between Sleep Quality, Symptom Severity, and Quality of Life. *J Neurogastroenterol Motil.* 30 Ekim 2021;27(4):602-11.
108. Jiang Y, Tang YR, Xie C, Yu T, Xiong WJ, Lin L. Influence of sleep disorders on somatic symptoms, mental health, and quality of life in patients with chronic constipation. *Medicine (Baltimore).* Şubat 2017;96(7):e6093.
109. Chen HD, Bair MJ, Chang WC, Hsu CS, Wong MW, Hung JS, vd. Similarities and differences between IBS-C and FC with regards to symptomatology, sleep quality and psychological attributes. *J Formos Med Assoc.* 01 Ocak 2020;119(1, Part 1):75-80.
110. Liu J, Wang W, Tian J, Lv C, Fu Y, Fass R, vd. Sleep Deficiency Is Associated With Exacerbation of Symptoms and Impairment of Anorectal and Autonomic Functions in Patients With Functional Constipation. *Front Neurosci.* 07 Temmuz 2022;16:912442.

111. Mazur M, Furgała A, Jabłoński K, Mach T, Thor P. Autonomic nervous system activity in constipation-predominant irritable bowel syndrome patients. *Med Sci Monit Int Med J Exp Clin Res*. 01 Ağustos 2012;18(8):CR493-9.
112. Full article: Poor Sleep Quality Associated With High Risk Of Ventricular Tachycardia After Acute Myocardial Infarction [İnternet]. [a.yer 11 Nisan 2025]. Erişim adresi: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.2147/NSS.S222359>
113. Liu Z, Ge Y, Xu F, Xu Y, Liu Y, Xia F, vd. Preventive effects of transcutaneous electrical acustimulation on ischemic stroke-induced constipation mediated via the autonomic pathway. *APSselect*. Temmuz 2018;5(7):G293-301.
114. Simrén M, Törnblom H, Palsson OS, Tilburg MAL van, Oudenhove LV, Tack J, vd. Visceral hypersensitivity is associated with GI symptom severity in functional GI disorders: consistent findings from five different patient cohorts. 01 Şubat 2018 [a.yer 11 Nisan 2025]; Erişim adresi: <https://gut.bmj.com/content/67/2/255.short>
115. Lee OY. [Psychosocial factors and visceral hypersensitivity in irritable bowel syndrome]. *Korean J Gastroenterol Taehan Sohwagi Hakhoe Chi*. 01 Şubat 2006;47(2):111-9.
116. Fass R, Fullerton S, Tung S, Mayer EA. Sleep Disturbances in Clinic Patients With Functional Bowel Disorders. *Off J Am Coll Gastroenterol ACG*. Mayıs 2000;95(5):1195.
117. Wang JK, Yao SK. Roles of Gut Microbiota and Metabolites in Pathogenesis of Functional Constipation. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2021;2021(1):5560310.
118. Yano JM, Yu K, Donaldson GP, Shastri GG, Ann P, Ma L, vd. Indigenous Bacteria from the Gut Microbiota Regulate Host Serotonin Biosynthesis. *Cell*. 09 Nisan 2015;161(2):264-76.
119. Güvel M, Skenderova A, Uluoğlu C. Melatonin and its Role in Gastrointestinal Pathologies. *GAZI Med J* [İnternet]. 2021 [a.yer 11 Haziran 2025];(4A). Erişim adresi: <https://avesis.gazi.edu.tr/yayin/9482acfa-7f31-49ea-8f70-2b4a3cf31884/melatonin-and-its-role-in-gastrointestinal-pathologies>

9.EKLER

9.1. EK-1 (Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu)

Kabızlık toplumda yaygın görülen rahatsızlıklardan biridir . Başka hastalıklarla , ilaçlarla, beslenme ve hareketle ilişkisi olabileceği gibi bağırsağın kendi çalışma düzeninden de kaynaklanabilir. Birçok faktörle direkt ilişkisi halk arasında da bilinmektedir . Uyku ile ilişkisine dair bilimsel yayınlardaki veri miktarı diğer faktörlerle ilişkisine göre daha sınırlıdır.

“İstanbul Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliğine Başvuran 18-65 Yaş Arası Bireylerde Konstipasyon Sıklığı , Ciddiyeti , Bunların Uyku ve Diğer Faktörlerle İlişkisinin İncelenmesi” isimli bu çalışmada kabızlığın uyku ve diğer faktörlerle ilişkisi araştırılacaktır .

Çalışma 10 Ekim 2024 – 31 Aralık 2024 tarihleri arasında planlanmıştır. Çalışmaya katılan bireyler, Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formunu doldurduktan sonra, içinde sosyodemografik veri formu ve kabızlıkla ilişkilendirilebilecek faktörlerin sorgulandığı , konstipasyon ciddiyet ölçeği ve Pittsburgh uyku indeksini barındıran anketimizi cevaplayacaktır.

Bu çalışmaya katılarak kabızlık ve uyku açısından değerlendirilmiş olacaksınız ve bilimsel çalışmalara katkıda bulunmuş olacaksınız. Bu çalışma karşılığında sizden ücret talep edilmeyecektir. İsmi ve bilgileriniz saklı tutulacaktır.

Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekme hakkına sahipsiniz.

İlgi ve katkılarınız için teşekkür ederim.

Araştırmacı Dr. Murat ÇETİN

Yukarıda sözü geçen araştırmanın amacı, uygulama süresi ve yöntemi konusunda bilgilendirildim. Araştırmaya kendi isteğimle katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcı Adı Soyadı:

Tarih:

İmza:

9.2.ARAŞTIRMACI ANKET FORMU

9.2.1. EK-2 (Kişisel Bilgi Formu)

İstanbul Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliğine Başvuran 18-65 Yaş Arası Bireylerde Konstipasyonun Sıklığı , Ciddiyeti , Uyku ve Diğer Faktörlerle İlişkisinin İncelenmesi

SBÜ Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Arş. Gör. Dr. Murat ÇETİN
Danışman: Doç. Dr. Süleyman ERSOY

Sayın gönüllü ; SBÜ Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı olarak “ İstanbul Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliğine Başvuran 18-65 Yaş Arası Bireylerde Konstipasyonun Sıklığı , Ciddiyeti , Uyku ve Diğer Faktörlerle İlişkisinin İncelenmesi” isimli hazırladığımız bu araştırmaya katılmanızı rica ediyoruz. Bilgileriniz gizli tutulacak olup bilimsel araştırma amaçlı kullanılacaktır .

1)Yaşınız:.....

2)Cinsiyetiniz: A)Erkek B)Kadın

3)Boyunuz:.....cm

4)Kilonuz:.....kg

5)Medeni durumunuz: A)Evli B)Bekar

6)Mesleğiniz: A)Beyaz yakalı (Masa başı) B)Mavi yakalı (Beden işi) C)Çalışmıyor

7)Eğitim durumu

A)Okuryazar değil B)İlkokul C)Ortaokul D)Lise E)Üniversite

8)Birlikte yaşadıklarınız kimlerdir?

A)Yalnız B)Ev arkadaşı C)Çekirdek aile D)Geniş aile

9)Hanenize giren aylık gelir düzeyi nedir?

A)1 asgari ücret B)2 asgari ücret C)3 asgari ücret D)Daha fazla

10)Sigara kullanıyor musunuz?

A)Hayır B)Evet (.....tane/gün) (yıldır)

11)Alkol kullanıyor musunuz?

A)Hayır B)Evet (.....kadeh-şişe/haftada)

12)Düzenli fiziksel aktivite yapıyor musunuz?

A)Hayır

B)Haftada toplam en az 150 dk (2,5 saat) tempolu yürüyüşü aşan veya eşdeğeri diğer egzersizler

***Teknolojiden bu konuda yararlanıyorsanız günlük ortalama adım sayınız:.....**

13)Günde ne kadar sıvı tüketirsiniz?(Su, çay, meyve suyu, tüm içecekler dahil ; çorba, sulu yemek dahil değil)

a)2 litrenin üzerine b)2 litrenin altında

14)Günde kaç ana öğün tüketirsiniz?.....

15)Ne sıklıkla ev dışında hazır fast food tipi gıda tüketirsiniz?

A)Hiç B)Ayda 1-2 C)Haftada 1 D)Daha sık

16)Probiyotik kullanır mısınız? (Yoğurt , kefir , probiyotik tablet-şase)

A)Evet B)Hayır

17)Ne sıklıkla probiyotik kullanırsınız?

A)Hergün B)Haftada 3 C)Haftada 1'den az

18)Kronik hastalığınız var mı? (Kronik:sürekli ; şeker , tansiyon , kalp , böbrek, psikiyatrik vs.)

A)Hayır B)Evet(belirtiniz).....

19)Devamlı kullandığınız ilacınız var mı?

A)Hayır B)Evet(belirtiniz).....

20)Kendi doğum tipiniz neydi?

A)Normal doğdum B)Sezaryenle doğdum

21)Doğumunuzdan sonra anne sütü alma durumunuz nasıldı?

A)Almamışım, eksiklik mevcut B)6 aya kadar almışım C)2 yaşıma kadar almışım

22)Gebelik öykünüz var mı? (Kadınsanız, geçmişte)

(Kaç tane , sezaryen , normal?).....

23)Kullandığınız tuvaletin tipi nedir?

A)Alaturka B)Klozet

24)Çay tüketiminiz nasıldır?

A)Tüketmiyorum, nadiren B) Haftada 3'ten fazla C)Her gün tüketirim

25)Kahve içiminiz nasıldır?

A)Tüketmiyorum, nadiren B)Haftada 3'ten fazla C)Her gün tüketirim

26)Kabızlık sorunu yaşar mısınız?

A)Hayır , asla yaşamam B)Evet , arada C)Devamlı kabızlığım olur

27)Evet ise son zamanlarda kabızlık şikayetiniz oluyor mu?

A)6 ay veya daha fazla zamandır, evet B)6 aydan kısa zamandır veya olmuyor , hayır

28)Son 3 aydır , 4 dışkılamanın en az 1'inde aşağıdaki şikayetleri yaşar mısınız? (1'den fazla seçenek olarak, olanların hepsi işaretlenebilir)

A)İkınma , fazla gayret gösterme

B)Topaklı veya sert dışkılama (Bristol skalası 1-2 gibi , sayfanın en altında)

C)Tam boşaltamama hissi

D)Makat-barsak sonunda tıkanıklık hissi

E)Kolaylaştırıcı elle müdahale gereği (parmak desteği)

F) İlaç desteği olmadan haftada 3'ten az dışkılama

29) Son 3 aydır , Dışkı yumuşatıcı ilaç kullanmadan şekilsiz ,yumuşak dışkılama (Bristol skalası 6-7 gibi , sayfanın en altında) yapabildiniz mi?

A)Hiçbir zaman B)Nadiren C)Çoğunlukla D)Her zaman

30)Son 3 aydır, haftada en az 1 gün olan karın ağrınız var mıydı?

A)Evet B)Hayır (Hayır ise bir sonraki soruyu atlayın)

31)Evet ise bu karın ağrısı aşağıdakiler ile ilişkili midir? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

A)Dışkılama ile ilişkili (Dışkılama ile azalıp rahatlamayacak, dışkılama zamanına eşlik edecek)

B)Dışkılama sıklığında değişiklik ile ilişkili (Dışkılama sıklığında artma veya azalma eşlik ediyor)

C)Dışkı biçiminde değişiklik ile ilişkili (İshal veya kabız olunuyor)

D)Karın ağrının dışkılamam ile ilişkisi bulunmuyor

	Tip 1: Keçi pisliği tarzında, topak topak ve parça parça sert dışkı
	Tip 2: Daha büyük ve birleşik topaklanma
	Tip 3: Daha az kalın, daha yumuşak kıvamlı, yüzeyinde derin olmayan çatlakların olduğu dışkı
	Tip 4: Yılan veya sosis gibi pürüzsüz, kaygan yüzeyli ve yumuşak kıvamlı dışkı
	Tip 5: Kenar verecek kıvamda parça parça dışkı
	Tip 6: Yumuşak kıvamlı, su içeriği daha fazla, parça parça dışkı
	Tip 7: Sert ya da yumuşak, katı dışkı içeriği hiç olmayan sulu dışkı

BRİSTOL GAİTA SKALASI



9.2.2. Ek-3 (Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği)

Lütfen aşağıdaki sorulardan size en uygun olan tek yanıtı işaretleyiniz

Dışkı Tıkanıklığı Alt Ölçeği

1.Yetersiz Dışkılama (Bağırsakları Tam Boşaltamama)

A)Bağırsakları tam boşaltamama sorununu ne sıklıkla yaşarsınız

- (0) Asla bu sorunu yaşamam(2 numaralı bölüme geçiniz)
- (1) Nadiren bu sorunu yaşarım
- (2) Bazen bu sorunu yaşarım
- (3) Genellikle bu sorunu yaşarım
- (4) Her zaman bu sorunu yaşarım

B)Bu belirti (bağırsakları tam boşaltamama) sizin için ne kadar ciddidir?

- (1) Hiç ciddi değil (Çoğu kez bu tür dışkılama sorunun yoktur)
- (2) Hafif
- (3) Biraz Ciddi (Büyük abdeste çıktıktan sonra hala bağırsaklarımda dışkı kalır)
- (4) Ciddi
- (5) Son derece ciddi (Dışkılama nedeni ile makatımda sürekli basınç hissedirim/tekrar tekrar tuvalete giderim)

C)Bu durum sizi ne kadar rahatsız eder?

- (1) Hiç rahatsız etmez
- (2) Biraz rahatsız eder
- (3) Oldukça rahatsız eder
- (4) Çok rahatsız eder
- (5) Son derece rahatsız eder

2.Dışkılamada zorluk/ güçlük:

A)Dışkılama sırasında zorluğu/ güçlüğü hangi sıklıkla hissedersiniz?

- (0) Asla hissetmem (3. soruya geçiniz)
- (1) Nadiren Hissederim
- (2) Bazen hissederim
- (3) Genellikle hissederim
- (4) Her zaman hissederim

B)Bu durum sizin için ne kadar ciddidir?

- (1) Hiç ciddi değil (Biraz ıkınıyorum)
- (2) Hafif
- (3) Oldukça ciddi (Ciddi şekilde ıkınıyorum)
- (4) Ciddi
- (5) Son derece ciddi (Karnıma bastırıyorum, inliyorum ve ciddi şekilde ıkınıyorum)

- C) Bu durum sizi ne kadar rahatsız eder?
- (1) Hiç rahatsız etmez
 - (2) Biraz rahatsız eder
 - (3) Oldukça rahatsız eder
 - (4) Çok rahatsız eder
 - (5) Son derece rahatsız eder

Kalın Bağırsak Tembelliği Alt Ölçeği

3.Bağırsak alışkanlığında sıkıntı yaşadığınız bir dönemi düşünün: Bir ay boyunca, genellikle kaç kez büyük abdeste çıkarsınız? (Lütfen sadece bir tanesini işaretleyiniz)

- (0) Bağırsak alışkanlıklarında asla sıkıntı yaşamam
- (1) Her gün büyük abdeste çıkarım
 - (2) Haftada birkaç kez büyük abdeste çıkarım
 - (3) Haftada bir kez büyük abdeste çıkarım
 - (4) İki haftada bir kez büyük abdeste çıkarım
 - (5) Ayda bir kez büyük abdeste çıkarım

4.3 günde bir kereden daha az dışkılama

A)“3 günde bir kereden daha az dışkılama” sorununu hangi sıklıkla hissedersiniz?

- (0) Asla hissetmem (5 numaralı bölüme geçiniz)
- (1) Nadiren Hissederim
 - (2) Bazen hissederim
 - (3) Genellikle hissederim
 - (4) Her zaman hissederim

B)Bu belirti (dışkılamanın sık olmaması) sizi için ne kadar ciddidir?

- (1) Hiç ciddi değil (Hemen hemen her gün büyük abdeste çıkarım)
- (2) Hafif
- (3) Biraz ciddi (Haftada bir iki kez büyük abdeste çıkarım)
- (4) Ciddi
- (5) Son derece ciddi

C)Bu belirti (dışkılamanın sık olmaması) sizi ne kadar rahatsız eder?

- (1) Hiç rahatsız etmez
- (2) Biraz rahatsız eder
- (3) Oldukça rahatsız eder
- (4) Çok rahatsız eder
- (5) Son derece rahatsız eder

5.Boşaltım Gereksinimi Hissinde Yetersizlik:

A)Büyük abdestinizin geldiğini hissetmeme sorunuz, sizin için ne kadar ciddidir?

- (0) Asla böyle bir sorunum olmaz. (6. soruya geçiniz)
- (1) Hiç sorun değil (Boşaltım ihtiyacını gayet iyi hissederim)
 - (2) Hafif
 - (3) Biraz ciddi bir sorun (Boşaltım ihtiyacını belli belirsiz hissederim)
 - (4) Ciddi bir sorun

B)Büyük abdestinizin geldiğini hissetmeme sorunuz, sizi ne kadar rahatsız eder?

- (0) Asla rahatsız etmez
- (1) Hiç rahatsız etmez
- (2) Biraz rahatsız eder
- (3) Oldukça rahatsız eder
- (4) Çok rahatsız eder

Ağrı Alt Ölçeği: Bağırsak Sorunlarına Bağlı Makat Ağrısı:

6.Geçen ay boyunca, ortalama olarak, makatınızdaki ağrı ne kadar şiddetliydi?

- (0) Ağrı hissetmedim
- (1) Hafif
- (2) Biraz şiddetli
- (3) Şiddetli
- (4) Son derece şiddetli

7.Şu an, makatınızdaki ağrı düzeyini belirtiniz.

- (0) Ağrı yok
- (1) Hafif
- (2) Biraz şiddetli
- (3) Şiddetli
- (4) Son derece şiddetli

8.Makatınızdaki ağrıdan dolayı ne kadar rahatsızsınız?

- (0) Hiç rahatsız değilim
- (1) Hafif
- (2) Biraz rahatsızım
- (3) Ciddi
- (4) Çok ciddi rahatsızım

9.Geçen ay boyunca, büyük abdeste çıkarken veya sonrasında ne sıklıkta kanamanız oldu?

- (0) Asla
- (1) Nadiren
- (2) Ara sıra
- (3) Genellikle
- (4) Her zaman

9.2.3. Ek-4 (PITTSBURGH Uyku Kalitesi İndeksi)

Aşağıdaki sorular, SON 1 (BİR) AY İÇİNDEKİ uyku alışkanlıklarınızı dikkate alarak cevaplayınız.	
1	Geçen ay geceleri genellikle ne zaman yattınız?
2	Geçen ay geceleri uykuya dalmanız genellikle ne kadar zaman (dakika olarak) aldı?
3	Geçen ay sabahları genellikle ne zaman kalktınız?
4	Geçen ay, geceleri kaç saat gerçekten uyudunuz? (Bu süre yatakta geçirdiğiniz süreden farklı olabilir)

GEÇEN AY aşağıdaki durumlarda belirtilen uyku problemlerini ne kadar sıklıkla yaşadınız?					
		Geçen ay boyunca hiç	Haftada birden az	Haftada bir veya iki kez	Haftada üç veya daha fazla
5a	30 dakika içinde uykuya dalamadınız.				
5b	Gece yarısı veya sabah erkenden uyandınız.				
5c	Banyo yapmak üzere kalkmak zorunda kaldınız.				
5d	Rahat bir şekilde nefes alıp veremediniz.				
5e	Öksürdünüz veya gürültülü bir şekilde horladınız.				
5f	Aşırı derecede üşüdünüz.				
5g	Aşırı derecede sıcaklık hissettiniz.				
5h	Kötü rüyalar gördünüz.				
5i	Ağrı duydunuz.				
5j	Diğer nedenler...				

		Geçen ay boyunca hiç yok	Haftada birden az	Haftada 1-2 kere	Haftada 3 veya daha çok
6	Geçen ay, uyumanıza yardımcı olması için ne sıklıkla uyku ilacı aldınız?				
7	Geçen ay, araba sürerken, yemek yerken veya sosyal bir aktivite esnasında ne sıklıkla uyanık kalmak için zorlandınız?				
8	Geçen ay, bu durum işlerinizi yeteri kadar istekle yapmanızda ne derecede problem oluşturdu?				

		Çok iyi	Oldukça iyi	Oldukça kötü	Çok kötü
9	Geçen ay, uyku kalitenizi tümüyle nasıl değerlendirebilirsiniz?				