

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

Tez Yöneticisi
Prof. Dr. Serdar ÖZTORA

**EDİRNE İL MERKEZİ AİLE SAĞLIĞI
MERKEZLERİNE BAŞVURAN 18-65 YAŞ ARASI
BİREYLERDE KONSTİPASYON SIKLIĞI,
ETKİLEYEN FAKTÖRLER VE YAŞAM KALİTESİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

(Uzmanlık Tezi)

Dr. Ümmü Pınar ÇİÇEK

EDİRNE – 2022



TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca ve tezimin hazırlanmasında gösterdiği her türlü destek ve yardımlarından dolayı Trakya Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi ve tez danışmanım Prof. Dr. Serdar Öztora'ya, yardımlarını ve katkılarını esirgemeyen Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. H. Nezih Dağdeviren'e, Prof. Dr. Ayşe Çaylan'a, Dr. Öğr. Üyesi Önder Sezer'e, eğitimimde emeği geçen tüm hocalarıma, her zaman yanımda olan sevgili aileme, birlikte çalıştığım tüm asistan arkadaşlarıma ve her zaman yanımda olan eşim Burak Çiçek'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
GENEL BİLGİLER.....	3
KONSTİPASYON TANIMI VE PATOFİZYOLOJİ	3
KONSTİPASYON ETYOLOJİSİ VE TÜRLERİ.....	5
EPİDEMİYOLOJİ VE RİSK FAKTÖRLERİ	11
KONSTİPASYONDA TANISAL YAKLAŞIMLAR.....	12
KONSTİPASYON TEDAVİSİ VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ.....	15
GEREÇ VE YÖNTEMLER	20
BULGULAR.....	23
TARTIŞMA	72
SONUÇLAR.....	84
ÖZET	86
SUMMARY	88
KAYNAKLAR.....	90
EKLER	

SİMGE VE KISALTMALAR

ATC	: Anatomic Therapeutic Chemical Classification (Yapısal Tedavi Edici Kimyasallar Sınıflaması)
DT	: Dışkı Tıkanıklığı
FK	: Fonksiyonel Konstipasyon
KBT	: Kalın Bağırsak Tembelliği
KCÖ	: Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği
KYKÖ	: Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği

GİRİŞ VE AMAÇ

Konstipasyon toplumda oldukça yaygın rastlanan, sıklığı yapılan tanımlara göre değişmekle birlikte %2-28 arasında değişen bir sağlık problemidir (1). Konstipasyon için tek bir tanımlama yapmak güçtür ancak bu tanım her ne olursa olsun, yaşam kalitesini olumsuz etkilemesi ve ekonomik kayıplara yol açması nedeniyle oldukça önemlidir. Genellikle “konstipasyon” sözcüğünün anlamı hastalar ve hekimlere göre farklılık gösterir. Hekimler dışkı sayısında azalma ile, hastalar ise defekasyon ile ilgili yakınmalarının pek çoğunu kabızlık (konstipasyon) olarak tanımlarlar. Hastaların çoğuna göre konstipasyon; sert dışkı, dışkı sayısının azalması (tipik olarak haftada üçten az), fazla ıkınma gerekliliği, tam boşalamama hissi, yetersiz dışkılama, anüs veya vajina çevresine bası, parmakla müdahale ya da tuvalette uzun zaman geçirme semptomlarından biri veya daha fazlasının olmasıdır (2,3).

Tanımda standart oluşturabilmek adına son olarak Mayıs 2016’da güncellenen Roma 4 tanı kriterleri fonksiyonel konstipasyon tanısında kullanılır (4,5). Roma 4 kriterlerine göre fonksiyonel konstipasyon tanısı için aşağıdaki kriterlerin en az 3 aydır süregelmesi ve semptomların tanı konulmadan en az 6 ay öncesinde başlamış olması gerekir.

1. Aşağıdakilerden iki veya daha fazlasını içermeli
 - a. Defekasyonların dörtte birinden fazlasında aşırı ıkınma olmalı
 - b. Defekasyonların dörtte birinden fazlasında topak şeklinde veya keçi pisliği şeklinde feçes çıkarma
 - c. Defekasyonların dörtte birinden fazlasında yetersiz boşalma hissi olması
 - d. Defekasyonların dörtte birinden fazlasında anorektal bölgede engelleme veya tıkanma hissi olması

e. Defekasyonların dörtte birinden fazlasında elle defekasyona yardım etme (örneğin parmakla rektumu boşaltma veya pelvise bası yapma)

f. Haftada üç kezden az spontan defekasyon olması

2. Laksatif kullanmadan yumuşak, şekilsiz feçesin nadiren olması

3. İBS tanısı için yeterli kriterin olmaması

Fonksiyonel konstipasyonda da İBS’de görüldüğü gibi karın ağrsı ve /veya şişkinlik görülebilse de ana yakınmalar değildir (5).

Konstipasyon etyolojisine yönelik yapılan çalışmalarda yaşlı bireylerde genç yetişkinlere göre, çocuklarda yetişkinlere göre, kadınlarda erkeklere göre, beyaz olmayan ırklarda beyaz ırklara göre daha fazla görüldüğü bulunmuştur. Fiziksel aktivite azlığı, düşük sosyoekonomik ve eğitim düzeyi, cinsel istismar öyküsü, depresif belirtiler, nonsteroid antiinflamatuvar ve morfin türü ilaçlar konstipasyon için risk faktörü oluşturur (6).

Konstipasyon; ciddi hastalıklara neden olana veya yaşam kalitesini bozana kadar klinik öneme sahip değildir ancak sağlık kurumuna başvuran hastalarda tetkik ve tedavi maliyetleri yılda milyarca dolara ulaşmaktadır (1). Bu nedenle erken dönemde birinci basamakta hastalar tespit edilip başta yaşam tarzı değişikliği olmak üzere tedavi ve takipleri yapılarak mali kayıpların önüne geçilebilir.

Bu çalışma; Edirne il merkezindeki konstipasyon sıklığını saptamak, konstipasyonu etkileyen faktörleri ve konstipasyon ilişkisini belirlemek ve yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek amacıyla planlanmıştır.

GENEL BİLGİLER

KONSTİPASYON TANIMI VE PATOFİZYOLOJİ

Tanım

Konstipasyon, seyrek dışkı geçişi, aşırı ıkınma, sert dışkı, şişkinlik veya karında rahatsızlık, tam boşalmama hissi gibi çeşitli gastrointestinal sistem semptomlarını tanımlamak için kullanılır (7). Konstipasyon, hastadan hastaya farklı algılanan objektif olmayan bir semptom olup, bazıları için dışkı çok sert veya az miktarda olabilirken , bazıları için dışkılama zor veya seyrek olabilir. Klinik uygulamada sadece dışkı sayısı ölçülebilir ve genel popülasyonla karşılaştırılabilir. Amerika Birleşik Devletleri ve Birleşik Krallık'ta yapılan epidemiyolojik araştırmalara göre haftada üçten az dışkılama sıklığı olarak tanımlanmıştır. Ancak bu tanım evrensel olmayıp sayı tek başına yeterli değildir (8).

Normalde hergün dışkılama olması gerektiğine inanan kişiler tarafından bunun dışındaki durumlar kabızlık olarak algılanabilmektedir. Kabız olduğunu ifade eden, dışkılama sırasında ıkınan, kendini aşırı zorlayan ve sonunda sıkıntılı ve huzursuz bir şekilde, küçük topak veya ufak kurşun taneleri şeklinde katı/sert ve az miktarda dışkı çıkaran ve gerçekten de kabız olan birçok kişide dışkılama sayısı normal olabildiği görülmektedir (9). Nasıl tanımlanırsa tanımlansın, doktor ziyaretleri, tıbbi değerlendirmeler, diagnostik araştırmalar, medikal tedaviler ve cerrahi girişimler ile ekonomik kayıplara neden olmaktadır. Türkiye’de bu anlamda yapılmış yeterli çalışma olmasa da ABD’de yıllık 2,5 milyonun üstünde konstipasyon sebebiyle doktora başvuru, 92000 hastane yatışı ve yüzlerce milyon tutarında laksatif satışı bildirilmektedir (6,9).

Defekasyon Fizyolojisi ve Patogenez

Dışkı normalde inen kolonun distal segmentlerinde, sigmoid kolonda ve rektumun proksimal kısmında, atılması uygun olana kadar saklanır. Normalde orta rektal kıvrımın altında dışkı bulunmaz. Kontinans, bilişsel işlev, dışkı hacmi ve kıvamı, kolonik geçiş, rektal gerilme, anal sfinkter işlevi, anorektal duyu ve anorektal refleksler gibi bir dizi faktöre bağlıdır.

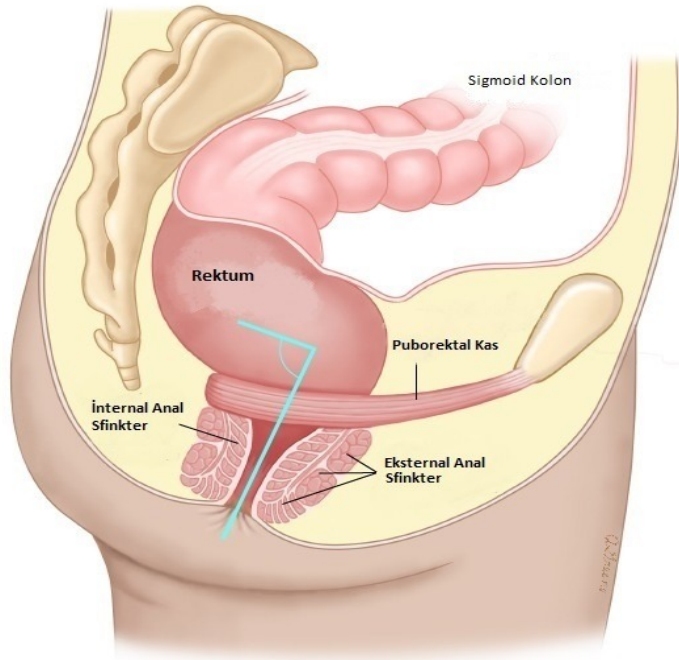
Normal kolon motilitesi:

1. Non peristaltik-Segmental kontraksiyonlar
2. Peristaltik-Lokal itici kontraksiyonlar ve
3. Peristaltik-Yüksek amplitüdlü itici kontraksiyonların

bir karışımından meydana gelmiştir. Kolon grafilinde “haustralar” olarak görülen, nonperistaltik lokal etki gösteren ve dışkının karışmasını sağlayan segmental kontraksiyonlardır. Lokal itici kontraksiyonlar proksimal veya distal yönde dışkıyı sadece kısa mesafeler hareket ettiren peristaltik kontraksiyonlardır. Yüksek amplitüdlü itici kontraksiyonlar ise proksimal kolondan distale doğru uzun bir mesafe kat ederek sonunda hastanın dışkılamasını sağlayan, gün boyu birkaç defa meydana gelen peristaltik hareketlerdir, yemeklerden sonra mideye gıda gelmesi ile ortaya çıkan dışkılama hissinin nedenidir (Gastrokolik Refleks).

Yüksek amplitüdlü itici kontraksiyonlar dışkının sol kolon distalinde toplanmasına ve bu kısmın dışkı ile dolup gerilmesine sebep olur. İnen kolonun distansiyonunu takiben belirli bir eşik basıncı aşıldığında, peristaltik dalgalar dışkıyı rektum distaline doğru kaydırır. Genellikle günlük olarak gerçekleşen bu süreç, alışkanlık, çevre, refleks durumları ve dışkı içeriği gibi birçok faktörden etkilenir.

Dışkı rektuma ulaştığında internal anal sfinkter gevşer, eksternal anal sfinkter hafifçe kasılır. Anal kanalın proksimaline ulaşan dışkı anorektal basıncı artırır ve dışkılama ihtiyacı oluşur. Uygun ortam sağlanırsa dışkılama pozisyonu alınarak, ıkınma ile birlikte intraabdominal ve intrarektal basınç artırılarak, internal ve eksternal anal sfinkterler açılır, anal kanal basıncı düşer, puborektal kas gevşer ve anorektal açığı genişlerken perine birkaç cm aşağı bombeleşir. Sigmoid kolon ve rektum güçlü peristaltik aktivite ile dışkıyı dışarı atmaya çalışır. Uygun olmayan koşullar altında (örneğin yakındaki bir tuvaletin yokluğunda), defekasyona aracılık eden lokal refleksler kortikal kontrol yoluyla engellenir, rektum ve sigmoid kolon kasları gevşer ve sıkışma hissi bir süre ertelenir. Bu süreç rektuma yeni dışkı geldiğinde kendini tekrar eder ya da uygun koşullar altında kişi tarafından gönüllü dışkılama eylemi başlatılır (10). Şekil 1’de distal kolon, rektum ve anal kanal anatomisi gösterilmiştir.



Şekil 1. Dışkılamaya katkıda bulunan anal kanal, rektum ve distal kolonun anatomisi (11)

Dışkılamanın bu şekilde gerçekleşen fizyolojik sürecinde bozulmaya yol açan patolojiler konstipasyona neden olur. Çekuma ulaşan materyalin azlığı (yetersiz ve posasız diyet alımı), kolonun peristaltik hareketinin ve dışkı geçişinin bozulması (nöromusküler hastalıklar ve luminal obstrüksiyon), defekasyonun bozulması (anismus) kabızlıkla sonuçlanır (12).

KONSTİPASYON ETYOLOJİSİ VE TÜRLERİ

Kronik konstipasyon nedenleri genelde primer ve sekonder olarak ikiye ayrılabilir. Mevcut medikal sorunlar ve kullanılan ilaçlar sekonder konstipasyon sebeplerini oluştururken, primer konstipasyon ise kendi içinde 3 gruba ayrılır. Bunlar; normal transitli (geçişli) konstipasyon, yavaş transitli konstipasyon ve defekasyon bozukluklarıdır. Bu gruplar konstipasyona ayrı ayrı sebep olabileceği gibi etyolojide birarada da bulunabilirler (13).

Konstipasyonun Primer Nedenleri

1. Normal transitli konstipasyon: Normal transitli konstipasyon, klinisyenlerin gördüğü en yaygın konstipasyon şeklidir. Bu hastalarda dışkı kolondan normal bir hızda geçer ve dışkı sıklığı normal olsa bile zorlu dışkılama, şişkinlik veya karın ağrısı yakınmaları mevcuttur. Psikososyal stres artışı ile yakınmalar artış gösterebilir. Genellikle semptomlar

diyete lifli besinlerin eklenmesi ve laksatiflere yanıt verir. Bu tedavilere yanıtın olmaması defekasyon ve transit bozukluklarını akla getirir (6).

2. Yavaş transitli konstipasyon: Genellikle puberte döneminde başlar ve daha çok genç kadınlarda görülür. Seyrek dışkılama, abdominal ağrı ve distansiyon semptomları mevcuttur (6). Bu hastalarda liften zengin diyet dışkı ağırlığını artırıp, kolon geçiş süresi kısaltarak konstipasyonu giderebilir fakat şiddetli olgularda diyet lifi ve laksatiflere yanıt yetersizdir.

Proksimal kolondan rektuma kolon içeriği hareketlerinin normalden yavaş olması ile ortaya çıkar (14). Bu tür hastalarda, proksimal kolonun daha geç boşalması ve yemeklerden sonra oluşması beklenen yüksek amplitüdlü peristaltik kontraksiyonların beklenenden daha az olması veya olmaması söz konusudur.

Yavaş transitli konstipasyonu olan hastalarda yapılan histopatolojik çalışmalarda miyenterik pleksustaki Cajal interstisyel hücrelerinin azlığı veya yokluğu, miyenterik pleksusta kolonun aktivitesini düzenleyen nörotransmitter hormonlarda (substans P, vazomotor intestinal peptid, nitrik oksit) bozukluklar gözlenmiştir. Hirschsprung hastalığı da, benzer nöropatolojik özelliklere sahip, yavaş transitli kabızlığın aşırı bir şeklidir. Hirschsprung hastalığında, distal bağırsakta ganglion hücreleri yoktur, embriyonik gelişim sırasında nöral krest hücrelerinin bağırsak boyunca kaudal göçünün durmasının bir sonucu olarak bağırsak, ganglion hücrelerinin bulunmadığı alanda daralır. Bu bozukluğu olan hastaların çoğu, çocukluk döneminde döneminde ortaya çıksa da, nispeten kısa bir kolon segmenti etkilenen bazı hastalarda, yaşamın ilerleyen zamanlarına kadar semptomlar görülmez (6).

3. Defekasyon bozuklukları: Defekasyon bozuklukları fonksiyonel veya anatomik olarak anorektal bölgenin işleyişinde bozukluk olmasıyla oluşur. En sık olarak pelvik taban ve anorektal kasların koordineli çalışmasının bozulmasıyla ortaya çıkar (6). Anorektal bölge fonksiyonu iki şekilde bozulabilir (9).

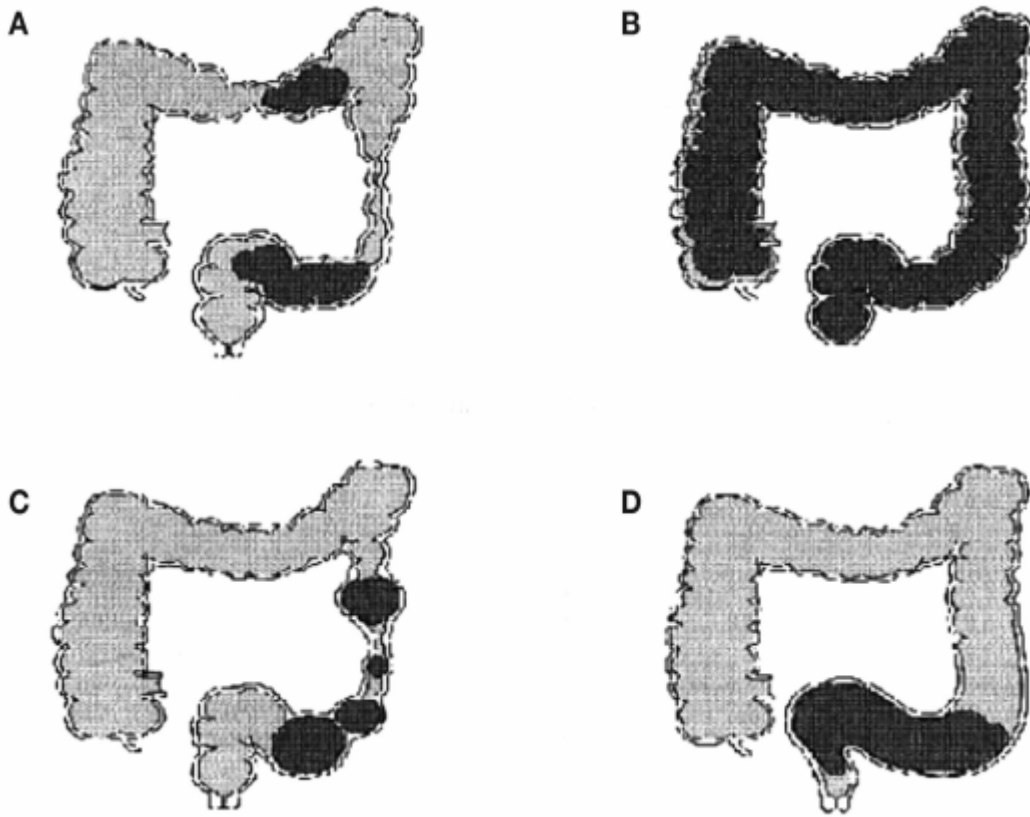
a. Çıkışın gecikmesi - defekasyon itici gücünde yetersizlik: Dışkının kolon boyunca normal olarak hareket ettiği ancak rektumda durgunlaştığı idiyopatik bir konstipasyon biçimidir (15). İkinme sırasında rektumun iç basıncı dışkıyı atacak kadar kuvvetli değildir (9).

b. Dissinerjik defekasyon - pelvik taban disfonksiyonu: Yaşlılarda ve kadınlarda daha sık görülen bir defekasyon bozukluğudur (16). Defekasyon başlangıcında hasta ıknırken

rektal basınç artar aynı anda azalması beklenen anal sfinkter basıncı da paradoksal olarak artar veya gevşemez bu nedenle dışkı dışarı atılamaz (9).

Patogenez tam olarak anlaşılamamakla birlikte multifaktöryel olduğu tahmin edilmektedir. Organik ya da nörolojik bir hastalıktan ziyade öğrenilmiş bir fonksiyon bozukluğu olduğu düşünülmektedir. Ayrıca anal fissür, anal striktür, proktit, rektosel, tromboze hemoroid, ürojinekolojik disfonksiyonlar da patogeneizde yer alabilir (17).

İzole olabildiği gibi yavaş transitli konstipasyon veya konstipasyonla seyreden irritabl barsak sendromu (İBS-K) ile birliktelik gösterebilir (9). Konstipasyon türleri Şekil 2’de gösterilmiştir.



Şekil 2. Kronik konstipasyon türleri: A. Normal kolon transit zamanı, B. Yavaş kolon transit, C. İrritabl barsak sendromu, D. Fonksiyonel defekasyon bozukluğu (17)

Fonksiyonel konstipasyon

Organik patoloji nedenli ve fonksiyonel olmak üzere gastrointestinal sistem hastalıkları ikiye ayrılır. Bağırsak-beyin aksı birbiri ile yakın ilişkili olduğundan gastrointestinal sistemde fonksiyonel hastalıklara sık rastlanır. Bu fonksiyonel hastalıkları tanısı için uluslararası bir çalışma grubu tarafından “Roma Kriterleri” tanımlanmıştır. İlk olarak 1994 yılında hazırlanmış olup, ardından 2000 yılında Roma II, 2006’da Roma III ve 2016’da Roma IV kriterleri revize

edilmiştir (18). Roma IV kriterleri ile pozitif bir tanım (ekartasyon tanısı olmaktan çıkıp) yapılmaya çalışılmış ve fonksiyonel gastrointestinal hastalıkların ortaya çıkmasını barsak-beyin aksındaki etkileşim bozukluklarının neden olduğu ifade edilmiştir (4).

Konstipasyon, Amerika Birleşik Devletleri ve Birleşik Krallık'ta yapılan epidemiyolojik araştırmalarda haftada üçten az dışkılama sıklığı olarak tanımlanmış olup bu tanım evrensel değildir. Örneğin yapılan bir ankette kabız olduklarını belirten hastaların %60 kadarının günlük barsak hareketlerine sahip olduğu görülmüştür bu nedenle dışkılama sıklığı tek başına tanım için yeterli değildir (8). Bu gözlemler fonksiyonel konstipasyonu tanımlamak için daha kapsamlı kriterler içeren Roma IV kriterlerinin kullanılmasına yol açmıştır (19,20). Fonksiyonel konstipasyon aşırı ıkınma, seyrek defekasyon, tam boşalamama hissinin ön planda olduğu gastrointestinal sistem hastalığıdır. Karın ağrısı ve karında şişkinlik de olabileceği gibi bu semptomlar İBS'den farklı olarak ön planda olmaz (21).

Roma 4 tanı kriterleri aşağıdaki gibi olup semptomların tanıdan en az 6 ay önce başlamış ve son 3 aydır süregelmiş olması gerekmektedir.

1. Aşağıdakilerden iki veya daha fazlasını içermeli

- a. Defekasyonların dörtte birinden fazlasında aşırı ıkınma olmalı
- b. Defekasyonların dörtte birinden fazlasında topak şeklinde veya keçi pisliği şeklinde feçes çıkarma
- c. Defekasyonların dörtte birinden fazlasında yetersiz boşalma hissi olması
- d. Defekasyonların dörtte birinden fazlasında anorektal bölgede engelleme veya tıkanma hissi olması
- e. Defekasyonların dörtte birinden fazlasında elle defekasyona yardım etme (örneğin parmakla rektumu boşaltma veya pelvise bası yapma)
- f. Haftada üç kezden az spontan defekasyon olması

2. Laksatif kullanmadan yumuşak, şekilsiz feçesin nadiren olması

3. İBS tanısı için yeterli kriterin olmaması

Konstipasyonun Sekonder Nedenleri

Konstipasyon metabolik hastalıklar (diabetes mellitus, hipotiroidizm), nörolojik hastalıklar (multiple skleroz, Parkinson hastalığı, inmeler, Alzheimer hastalığı), ağır metal zehirlenmeleri, spinal kord yaralanmaları ya da hastalıkları ve obstrüktif anorektal hastalıklara sekonder de gelişebilir. Daha yaygın olarak da ilaçların yan etkisinden kaynaklanabilir (22). Diyabet ve hipotiroidizm, metabolik ve endokrin hastalıklar arasında en sık konstipasyona neden olanların başında gelir. Diyabetli hastalarda konstipasyon görülme sıklığı %60'lardadır.

Hipotiroidili hastalar da ise konstipasyon hafif olup hormon replasman tedavisi ile düzelir. Hipertiroidide genellikle diyare görülmesine karşın nadiren konstipasyon da görülebilir (12).

Kolon ve anorektum motor fonksiyonları enterik, sempatik ve parasempatik sinirler tarafından düzenlendiği için merkezi ve periferik sinir sistemi hastalıklarında sıklıkla kabızlıkla karşılaşmaktadır. Distal kolonun parasempatik innervasyonu sakral sinirler tarafından sağlanır. Kauda equina düzeyindeki sinir hasarları kolon motilitesinde azalma, kolonik dilatasyon, rektal tonus ve duyu azalması, distal kolonda staz ve sonucunda konstipasyona neden olur. Meningomyelom, lumbosakral omurga yaralanması sonucunda ve düşük spinal anesteziyi takiben de olabilir. Spinal kordun üst seviyelerinde yaralanma sonucunda oluşan konstipasyonda ise alt kord hasarının aksine kolon refleksleri korunmuştur ve anal kanalın dijital stimülasyonu ile dışkılama sağlanabilir.

Parkinson, Alzheimer, multiple skleroz gibi nörolojik hastalıklarda da kolon reflekslerinde bozulma sonucu konstipasyon sıklığı artmıştır. Bu hastalıkların tedavisinde kullanılan ilaçların yan etkisi ve immobilité de konstipasyona neden olabilir (23).

Kolon veya rektumdan feçesin geçmesine engelleyecek kitle veya lümenin daralmasına neden olan lezyonlar da konstipasyona neden olabilir. Defekasyon alışkanlıklarının değişimi kolon ve rektum malignitelerinin bazen ilk bulgusu olabilir. Özellikle 40 yaş üzeri bireylerde ek şikayeti yokken konstipasyon başlaması kolon ve rektum malignitelerini akla getirmelidir. Sol kolon ve rektum kitlelerinde progresif konstipasyon ilk belirti olabilir. Alarm semptomları olan hastalar (50 yaş üzeri, hematokezya, kilo kaybı, anemi, gaitada gizli kan pozitifliği, inflamatuvar bağırsak hastalığı, gluten sensitif enteropati ve malignite gibi organik hastalıklar için aile hikâyesi olması) malignite açısından taranmalıdır (24).

Sekonder konstipasyonun en önemli sebeplerinden biri de ilaçlardır. İlaçların kesilmesi ile şikayetler düzeleceğinden detaylı bir anamnez ile kullanılan tüm ilaçlar ve bitkisel ürünler sorgulanmalıdır. Kalsiyum kanal blokerleri, narkotik analjezikler, antidepresanlar ve antikolinergikler sıklıkla konstipasyona neden olur. Kalsiyum kanal blokerlerinden verapamil ve nifedipin rektosigmoid dismotilité yaparak şiddetli konstipasyona neden olabilirler. Opioidlerin de en sık yan etkisi konstipasyondur, mukozal sekresyonları ve ileum ve kolon peristaltizmini azaltarak dışkının barsak lümeninde uzun süre kalmasına ve kuru, sert dışkı oluşmasına neden olurlar (25). Kronik opioid kullananların %40-70'i opioid kaynaklı konstipasyondan muzdariptir (26). İlaç öyküsünde laksatiflerin uzun süre kullanılması sonucu oluşabilecek katartik kolon da unutulmamalıdır. Uzun süreli laksatif ve bitkisel karışım kullanımı hastalara sorgulanmalıdır (12,27). Tablo 1 ve 2'de sekonder konstipasyon nedenleri özetlenmiştir (12,28).

Tablo 1. Sekonder konstipasyona neden olan hastalık ve durumlar

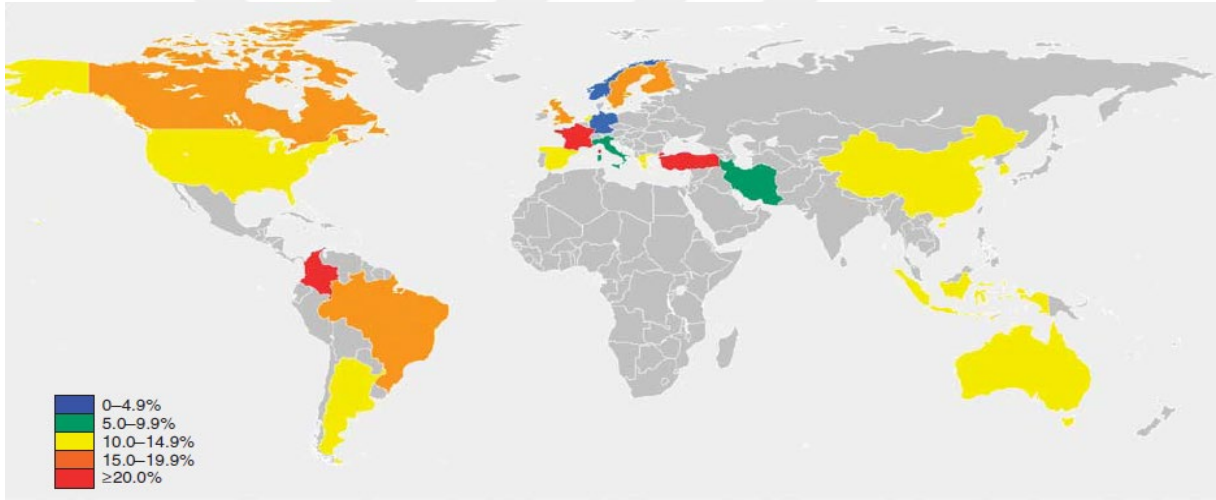
Mekanik nedenler	Nörolojik ve miyopatik hastalıklar
1. Kolorektal kanserler 2. Kolorektal benign darlıklar 3. Rektosel 4. Endometriyozis 5. Rektumda yabancı cisim 6. Anal fissür ve hemoroidler 7. Perirektal apse 8. Volvulus 9. Ektopik anüs 10. Ameliyat sonrası anormallikler	1. Periferik ve otonomik nöropati 2. Hirschsprung hastalığı 3. Nörofibromatozis 4. Ganglionöromatozis 5. Polimiyozi, dermatomiyozi 6. Multipl skleroz 7. Alzheimer hastalığı 8. Parkinson hastalığı 9. Sakral sinir diseksiyonu 10. Kauda ekina tümörleri 11. Spinal kord lezyonları 15. Meningomiyelom 16. Tabes dorsalis 18. Serebrovasküler olaylar 19. Amiloidoz 20. Skleroderma
Metabolik ve endokrin hastalıklar	Psikiyatrik nedenler
1. Diabetes mellitus 2. Hipotiroidi ve nadiren hipertiroidi 3. Hiperkalsemi 4. Panhipopituitarizm 5. Hipokalemi 6. Porfiri 7. Feokromositoma 8. Glukagonoma 9. Gebelik 10. Üremi 11. Dehidratasyon	1. Depresyon 2. Anksiyete

Tablo 2. Sekonder konstipasyona neden olan ilaçlar

İlaçlar	
• Opioid analjezikler • Antikolinergikler • Antidepresanlar (trisiklikler, MAO inhibitörleri) • Antipsikotikler • Anti-Parkinson ilaçlar • Antikonvülzanlar • Kalsiyum kanal blokerleri • Beta-blokerler	• Non-steroid anti-inflamatuvar ilaçlar • Antihistaminikler • Kalsiyum ve demir preparatları • Arsenik, civa, kurşun gibi ağır metaller • Spazmolitikler • Antasitler • Antidiyaretikler • Diüretikler

EPİDEMİYOLOJİ VE RİSK FAKTÖRLERİ

Amerika’da epidemiyoloji temelli yapılan çalışmalarda konstipasyon prevalansı %1,9-27,2 arasında değişmektedir. Prevalans oranları, konstipasyonu saptamada Roma tanı kriterlerinin ya da kişilerin kendi bildirimlerinin kullanılmasına bağlı olarak değişkenlik gösterir (29). Kanada’ da yapılan bir çalışmada aynı bireylerde karşılaştırıldığında, kendi ifade ettikleri konstipasyon %27,2 ile en yüksek prevalans görülürken, Roma I ve Roma II kriterleri kullanıldığında sırasıyla %14,9 ve %16,7 oranında görülür (30). Benzer şekilde Kore’de yapılan bir çalışmada kişi bildirimine göre konstipasyon %16 , fonksiyonel konstipasyon %9.2 bulunmuştur (31). Ülkemizde yapılmış popülasyona dayalı çalışmalarda %22-44 arasında değişkenlik göstermektedir (32). 2006 yılında Kasap ve Bor tarafından 20 ilde yapılan ülkemizdeki ilk büyük çaplı çalışmada (n=3214) ise fonksiyonel konstipasyon oranı %8,3 görülmüştür (33). Ülkelere göre konstipasyon prevalansı Şekil 3’te gösterilmiştir.



Şekil 3. Ülkelere göre kronik idiyopatik konstipasyon prevalansı (34)

İleri yaşta özellikle 65 yaş ve üstünde kronik konstipasyon sıklığı artmaktadır. Bu yaş grubunda sıvı ve lifli besin alımının azalması, immobilité, komorbid hastalıklar ve çoklu ilaç kullanımı konstipasyona neden olan faktörlerdir. Yaşlılarda uzun süreli kronik konstipasyon sonrası kolon ve rektumda dilatasyon gelişmesiyle atonik barsaklarda büyük miktarda dışkı tutulur (megakolon veya megarektum) ve hiç defekasyon hissi oluşmaz (17).

İleri yaş dışında, kadın cinsiyet, fiziksel inaktiflik, düşük posalı beslenme, düşük eğitim ve gelir düzeyi, çoklu ilaç kullanımı ve depresyon da kronik konstipasyon için risk faktörleridir (22). İBS ve dispepsi gibi çoğu kronik gastrointestinal bozukluklarda olduğu gibi, kronik konstipasyon da kadınlarda erkeklerden daha yaygındır (7). Suares ve arkadaşlarının yaptığı bir meta analizde cinsiyete göre prevalans bildirilen 26 çalışma değerlendirilmiş ve genel olarak

kadınlarda prevalansın erkeklerin neredeyse 2 katı olduğu görülmüştür (34). Ayrıca konstipasyon için laksatif kullanımı ve sağlık hizmetlerine başvuru da kadınlarda daha sıktır. Cinsiyetler arasındaki farklılığın nedeni tam olarak aydınlatılamamış olsa da anatomik ve hormonal farklılıklar (progesteron) rol oynadığı düşünülmektedir. Gebelikte ve menstrüel döngüleri içinde hormonal dalgalanmalar ile konstipasyon semptomlarının artması bu bilgiyi desteklemektedir (22).

Posadan zengin diyetin feçes ağırlığını arttırıp, kolon geçiş zamanını azaltarak dışkılama sıklığını arttırdığı ve konstipasyonu azalttığı bilinmektedir. Fiziksel aktivitenin ve sıvı tüketiminin az olması da konstipasyon için risk faktörüdür (2).

Konstipasyon semptomları ile sosyoekonomik durum arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmalarda, düşük sosyoekonomik düzeydeki kişilerde konstipasyon prevalansının daha yüksek olduğu görülmüştür (34). Tablo 3'te konstipasyon risk faktörleri özetlenmiştir.

Tablo 3. Konstipasyon risk faktörleri (28).

- Yaşlılık
- Kadın cinsiyet (daha yüksek kendi kendine bildirilen insidans)
- Depresyon
- Fiziksel inaktivite
- Düşük kalorili beslenme
- Düşük gelir ve eğitim seviyesi
- Polifarmasi (yan etki profillerinden bağımsız)
- Fiziksel ve cinsel istismar

KONSTİPASYONDA TANISAL YAKLAŞIMLAR

Konstipasyonla gelen hastanın ilk değerlendirmesi ayrıntılı bir anamnez ve fizik muayene olmalıdır. Laboratuvar değerlendirmesi, endoskopik değerlendirme ve radyoloji çalışmaları sadece seçilmiş bireylerde yapılmalıdır. Yapılan incelemelerde alarm semptomları olmayan hastalarda kan tetkikleri (serum kalsiyum ve tiroid fonksiyon testleri dahil), radyografi veya endoskopinin rutinde kullanımını destekleyen yeterli kanıt olmadığı sonucuna varılmıştır. Hematokezya, istemsiz kilo kaybı, ailede kolorektal kanser ya da inflamatuvar barsak hastalığı öyküsü, gaitada gizli kan pozitifliği veya akut başlangıçlı konstipasyon gibi alarm bulgular bu değerlendirmeye dahil değildir (34,35). Bu nedenle, alarm semptomlar olmadığında tanısal testler olmadan ampirik tedavi (hasta eğitimi, diyet değişiklikleri denemesi ve lif denemesi) denenebilir. Bu değerlendirmeler ve ampirik tedaviler ile sonuç alınamayan hastalarda ileri tetkikler yapılmalıdır.

Anamnez

Öyküde en önemli nokta konstipasyonun doğasını ve süresini tanımlamayı içerir. Hastanın defekasyon alışkanlıklarını belirlemek için iki haftalık barsak günlüğü tutması istenebilir (36). Defekasyon tipi ve kolonik transit zamanı ile ilgili bilgi edinmek için “Bristol Dışkı Skalası” kullanılabilir (Şekil 4). Skalada dışkıyı tanımlamak için 7 tip görsel mevcuttur. Tip 1 ve 2 yavaş kolon transitini, tip 5-7 hızlı kolon transitin işaret eder (37).

Etyolojiyi ortaya koymak ve tedavi stratejisini belirlemek adına hastanın kullandığı ilaçlar, nörolojik, metabolik, psikolojik hastalıkları, geçirdiği ameliyatlar, kadınlarda obstetrik öykü, laksatif kullanımı ve laksatiflere verilen cevap sorgulanmalıdır. Ayrıca beslenme alışkanlıkları, aldığı gıdaların posa içeriği, sıvı alımı, fiziksel aktivite düzeyi gibi konstipasyon için risk faktörü oluşturabilecek durumlar öğrenilmelidir (38).

	Tip 1: Keçi pisiği 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 4. Bristol dışkı skalası

Fizik Muayene

Konstipasyonla gelen her hastada genel fizik muayenenin yanısıra dikkatli bir rektal muayene yapılmalıdır ve genellikle klinik değerlendirmenin en açıklayıcı rektal muayenedir. Muayene için, hasta kalçaları 90 derece fleksiyonda olacak şekilde sol lateral dekübit pozisyonunda yatırılır. İlk olarak perianal bölge skar, fistül, fissür ve eksternal hemoroid varlığı açısından incelenmelidir. Daha sonra tuşe ile fekal impaksiyon, anal striktür ya da rektal kitle olup olmadığı belirlenir. Gaita bulaşı varsa kıvamı ve kan, mukus olup olmadığı not edilir. Sfinkter tonusu muayenesi için hastanın önce gaitasını tutuyormuş gibi sfinkteri sıkması, sonrasında gaita yapıyormuş gibi ıkınması istenir, sıkma sırasında normal ya da ıkınma sırasında paradoks kasılıp kasılmadığı, ıkınma ile perinenin bombeleşip bombeleşmediği ya da olası rektal prolapsus varlığı değerlendirilir. Paradoks kasılma olması dissinerji açısından anlamlıdır.

Rektal prolapsus tarifleyen hastalarda, hasta yatar durumdayken belirgin değilse, hastadan çömelle pozisyonunda ıkınması istenerek gözlemlenebilir (5,6,39).

Laboratuvar Testleri

Konstipasyona neden olabilecek pek çok sistemik hastalık olduğundan kronik konstipasyonu olan hastadan tam kan sayımı, biyokimya (özellikle elektrolitler), tiroid fonksiyon testleri istemek faydalıdır. Tam kan sayımında demir eksikliği anemisi tespit edilen hastalar gastrointestinal maligniteler açısından ayrıntılı tetkik edilmelidir (40).

Direk ve Baryumlu Grafler

Abdomenin direk grafleri dışkı retansiyonu ve megakolonu göstermede faydalıdır. Ciddi dışkı retansiyonu olan hastalarda lavman sonrası barsak temizliğini takip etmek amaçlı da kullanılabilir. Baryumlu abdomen grafler de çocuk ve gençlerde Hirschsprung hastalığında kolondaki aganlionik distal segmenti göstermede, megakolon ve megarektum tanısında yardımcı olur (9).

Endoskopi

Konstipasyona ek alarm semptomları olanlarda ve obstrüksiyon şüphesi varsa endoskopik işlemler yapılmalıdır. Ayrıca daha önce kolorektal kanser taraması yaptırmamış 50 yaş üzerindeki hastalara da tarama amaçlı kolonoskopi yapılmalıdır (5).

Radyopak Belirteçli Kolon Transit Zamanı

Kolon transit zamanı normalde 72 saatten azdır. Testten 2-3 gün önce hasta laksatif ve barsak fonksiyonlarını etkileyecek ilaçlar almamalı ve yüksek lifli beslenmelidir. Hastaya kapsül şeklindeki radyopak belirteçler yutturulur ve 120 saat sonra karın grafisi çekilir. Belirteçlerin %20'sinden fazlasının atılmamış olması yavaş transiti gösterir. Belirteçlerin kolon boyunca yayılması, proksimalde tutulması yavaş transitli konstipasyon lehineyken, sol kolon ve rektosigmoid bölgede birikmesi çıkışın geciktiğini gösterir dışkılama bozuklukları lehinedir (6).

Anorektal Manometri

Anal kanal basınçlarının değerlendirilmesinde rektal tuşenin duyarlılığı düşük olduğu için, inkontinans, konstipasyon ve diğer dışkılama bozukluklarının tanısında anorektal manometri kullanılabilir. Ölçüm için üzerinde basınç algılama sensörleri olan manometri katateri internal ve eksternal sfinkteri kapsayacak şekilde anal kanala yerleştirilir. Dinlenim anal kanal basıncı ve

katater balonu şişirilerek ilk hissedilen basınç, defekasyon hissinin oluştuğu basınç, tolere edebildiği maksimum basınç değerleri ölçülür. Anal kanalı istemli olarak sıkma, ıkınma, öksürme sırasındaki basınçlar ve maksimal sıkabilme süresi kaydedilebilir. Hastadan dışkılama yapar şekilde ıkınması istendiğinde normal bireylerde intrarektal basınç artarken, dışkının atılabilmesi için eksternal sfinkter basıncı azalır. Dissinerjik defekasyonlu hastalar da intrarektal basınçla birlikte, eksternal sfinkter basıncı da artar (17,41).

Defekografi

Dışkı kıvamına getirilmiş baryumun rektuma lavman yoluyla verilmesi ve dışkılanması sırasında floroskopi ve video kaydıyla takip edilmesiyle yapılır. Çekimler dinlenim halinde, defekasyon sırasında ve maksimum ıkınma sırasında yapılır. Defekografi anokrektal açığı ölçmek, rektosel, prolapsus, invajinasyon gibi defekasyonu engelleyen yapısal anormalliklerin tanısı için kullanılabilir (6).

Balon defekasyon testi

Rektuma yerleştirilen 50 ml su veya hava dolu balonun hastanın atmaya çalışmasıyla yapılır. Balonun 2 dakikada çıkarılamaması defekasyon bozukluğuna işaret eder (42).

KONSTİPASYON TEDAVİSİ VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

Tedavide ilk basamak sekonder patolojilerin belirlenip, tedavi edilmesi olmalıdır. Özellikle geriatrik hasta grubunda çoklu ilaç kullanımı konstipasyon riskini artırır. Konstipasyon yönetimi; hasta eğitimi, yaşam tarzı değişiklikleri, risk faktörlerinin azaltılması, laksatifler, diğer farmakolojik tedaviler ve gerekirse cerrahi tedaviyi kapsar (43).

Hasta Eğitimi

Konstipasyonlu hastalar fiziksel aktivite, sıvı tüketimi ve posalı beslenmenin artırılması, laksatif kullanımının azaltılması konusunda bilgilendirilmelidir. Sabahları ve yemek sonraları kolonik motor aktivite arttığı için yemeklerden yaklaşık yarım saat sonra dışkılama denenmesi ancak 5 dakikadan fazla zorlanılmaması önerilir (44).

Fiziksel aktivitenin konstipasyona etkisini araştıran randomize kontrollü bir çalışmada, 12 haftalık fiziksel aktivite programının, olguların kolonik geçiş zamanını ve işaretledikleri Roma kriterlerinin sayısını azalttığı görülmüştür (45). Konstipasyon fiziksel aktivite ilişkisi tam olarak açıklanamamış olsa da, fiziksel aktivite sırasında vücudun mekanik vibrasyonu ile barsak

motilitesinin artması, abdominal kasların kolona kompresyon uygulaması, artan enerji ihtiyacı ile lif alımının artması konstipasyon bulgularının azalmasına neden olur (46).

Sıvı alımının konstipasyonu azalttığına dair sınırlı sayıda çalışma olsa da hastalara günlük en az 1500-2000 ml sıvı alımı önerilmelidir (alkollü ve kafeinli içecekler, çorbalar ve yiyecekler dahil değil) (3).

Diyet Değişiklikleri

Konstipasyonlu bireylerde diyetle posa alımı artırılmalıdır. Posa, bitkisel besinlerin sindirilmeden ince barsaklardan kalın barsaklara geçen kısmıdır. Barsak lümenine su çekerek dışkı hacminin ve yumuşaklığının artmasını böylece lümeninde kolay ilerlemesini sağlar (17). Bu nedenle posa tüketimi ile birlikte sıvı alımı da önerilmelidir. Yaş ve özel durumlara göre değişmekle birlikte sağlıklı kişilerde posa alım miktarı sağlıklı bireyler için alınan her 1000 kkal için 14 gr ya da kadınlar için 25 gr/gün, erkekler için 38 gr/gün'dür (47). Alınan posanın farklı besin gruplarından alınması, farklı vitamin ve mineral alımını da sağlayacağı için daha faydalıdır. Kuru baklagiller, tahıllar, meyveler, sebzeler, yağlı tohumlar, sert kabuklu meyveler posa içeriği zengin besin gruplarıdır (3).

Bazı hasta gruplarında (özellikle yavaş geçişli kabızlığı olanlarda), lif tüketimi şişkinliğe sebep olur ve hasta uyumunu azaltır. Yüksek miktarda lif tüketmenin karında şişkinliğe veya gaza neden olabileceği konusunda hastalar uyarılmalıdır. Düşük miktarlarla başlanarak, tolerans ve etkinliğe göre lif alımı artırılmalıdır (6).

Probiyotikler

İki simbiyotik flora bakterisi olan Lactobacillus ve Bifidobacterium'ların kronik konstipasyonu olanlarda kolonda düşük oranda olduğu görülmüştür. Bu nedenle kronik konstipasyon ve inflamatuvar barsak hastalıklarında probiyotik bakterilerin kullanımı etkili olabilmektedir (48).

Probiyotikler gastrointestinal mikrobiyotayı ve barsak motilitesini değiştirerek konstipasyonda faydalı olabilmektedir. Bazı probiyotikler laktik asit ve kısa zincirli yağ asidi üretimi sağlayarak kolon peristaltizimini arttırır, barsak geçiş süresini kısaltır ve lümen içi pH'ı düşürerek etki gösterirler (49).

Davranışsal Yaklaşımlar-Biofeedback

Dissinerjik dışkılamada, dışkılama sırasında karın kaslarının çalıştırılması, rektum ve anal sfinkter kaslarının koordinasyonu ve rektum duyarlılığını arttırmaya yönelik hastanın eğitilmesidir.

Rektuma yerleştirilen cihazlarla hastanın ıkınma sırasında değişen kasılmaları görmesi sağlanır. Hasta ıkınma sırasındaki sonuçları ekrandan izleyerek deneme yanılma yoluyla rektoanal koordinasyonu sağlamaya çalışır. Yavaş transitli konstipasyon dissinerjik dışkılamalı hastaların 2/3'ünde eşlik eder. Bu grup hastalarda biofeedback etkiliyken, tek başına yavaş transitli konstipasyonu olan hastalarda etkisiz bulunmuştur (50,51).

Laksatifler

Yaşam tarzı ve diyet değişikliklerine yanıt alınamayan hastalarda tedavide laksatiflere geçilir. Laksatifler defekasyonu uyarak veya dışkı kıvamını yumuşatarak pasajın kolaylaşmasını sağlarlar. İlerleyen yaşla birlikte laksatif kullanımında artış görülmektedir.

Laksatiflerin kısa süreli faydaları yadsınamaz dışkı çıkışını ve sıklığını artırırlar ancak kronik kullanımları kolon motilitesini azaltarak katartik kolona yol açabilmektedir. Laksatiflerin diğer yan etkileri arasında dehidratasyon, hipokalemi, ateş, taşikardi, baş ağrısı, iştahsızlık ve ishal yer almaktadır (43,52). Tablo 4'te laksatifler sınıflandırılmıştır.

1.Kitle oluşturan laksatifler: Yeterli lif almayan basit konstipasyonlu hastalarda ilk tercih olabilirler. Sindireme uğramayan, emilmeyen, hidrofilik özellikleri sayesinde su çekerek dışkı kitlesini ve barsak peristaltizmini attırırlar. Bu nedenle bol su ile alınmazsa gaz ve şişkinlik şikayeti yaratabilirler. Psilyum, metilselüloz, kalsiyum polikarbofil ve buğday dekstran bu grup laksatiflerdir. Etkileri 18-24 saatte başlar, istenen etki 2-3 gün içinde görülür. Gebelerde, emzirenlerde ve sağlıklı yaşlılarda en güvenli laksatif grubudur. Ancak varfarin, digital, potasyum tutucu diüretik, salisilatlar ve antibiyotikle beraber kullanımlarında bu ilaçların etkinliğini düşürürler (17,52).

2. Ozmotik laksatifler: Polietilen glikol (PEG), mineral tuzlar ve absorbe edilmeyen şekerler bu gruptadır. Barsaklarda osmotik fark yaratarak lümene su çekerler ve yumuşak dışkı oluşumunu sağlarlar. Oral alımda en hızlı etkili (2-3 saat) grup olduğu için barsak temizliğinde kullanılırlar. Yüksek doz ve kronik kullanımları laksatif bağımlılığına yol açabilir.

Magnezyum hidroksit, magnezyum sitrat, magnezyum karbonat, sodyum fosfat, sodyum tartarat salin ozmotik laksatiflerdir. Bu grup böbrek ve kalp yetmezlikli hastalarda sodyum, magnezyum ve fosforun emiliminden dolayı elektrolit bozukluğuna ve volüm yüklenmesine neden olabilirler.

Laktuloz, laktitol, sorbitol, mannitol absorbe olmayan şeker grubu ozmotik laksatiflerdir. Bakterilerin fermentasyonu ile kolonda kısa zincirli yağ asitleri ve asidik ortam

oluşur. Asidik ortam amonyak emilimini azalttığı için karaciğer yetmezlikli hastalarda hepatik ensefalopati tedavisinde laktuloz ve laktilol tercih edilebilir.

Polietilen glikol (PEG) osmotik laksatifler içinde uzun süreli kullanıma en uygun ve yan etkisi en az olandır. Kolon cerrahisi ve kolonoskopi öncesi barsak temizliğinde kullanılır (14,52).

3. Stimülan laksatifler: Bisakodil, senna barsak mukozasında elektrolit transportunu değiştirerek; kolondaki miyenterik aktiviteyi ve peristaltik kontraksiyonları uyarak etki gösterirler. Hızlı etkileri nedeniyle hastalar tarafından sık tercih edilirler. Maksimum etkileri 12-24 saatte ortaya çıkar, tenesmus ve kramp tarzında karın ağrısına neden olabilirler. Uzun süreli kullanımlarında enterik sinir sistemi üzerindeki etkilerinden dolayı katartik kolon denilen, haustrasyon kaybı, kolon dilatasyonu ve sonucunda ciddi kabızlığa neden olabilirler. Uterus kontraksiyonuna neden olabileceğinden gebelerde kullanımı önerilmez. Emziren annelerin kullanımında da anne sütü yoluyla bebekte ishal gelişmesine neden olabilirler (53).

4. Dışkı yumuşatıcılar: Dışkının yapısına katılarak yumuşamasını ve lubrikasyonunu sağlayarak atılımına yardımcı olurlar. Barsaklardan su emilimini azaltarak lümendeki su miktarını arttırırlar. Yaşlılarda, 6 yaşından küçük çocuklarda ve yatağa bağımlı hastalarda kullanımı uygun değildir. Dokuzat sodyum, dokuzat potasyum, dokuzat kalsiyum bu gruptadır. Hızlı pürgatif etki için enema şeklinde uygulanabilirler (54).

Tablo 4. Laksatiflerin sınıflandırılması

Kitle oluşturanlar	Osmotik laksatifler
• Psilyum • Metil selüloz • Polikarbofil	• Magnezyum hidroksid • Laktuloz • Sorbitol • Polietilen glikol • Gliserin
Stimülan laksatifler	Dışkı yumuşatıcılar
• Senna • Bisakodil	• Dokuzat sodyum kalsiyum

Cerrahi

Medikal tedavi başarısızlığı olan ciddi yavaş geçişli konstipasyonda, dikkatli değerlendirilmiş ve seçilmiş hastalarda ileorektal anastomozlu total kolektomi uygulanabilir (28).

Konstipasyon ve Yaşam Kalitesi

Konstipasyon mortal bir durum olmasa da, kişilere getirdiği sosyal, ekonomik, emosyonel baskılar ve toplumda sık görülmesi nedeniyle önemli bir sağlık sorunudur ve yaşam kalitesini etkilediği düşünülmektedir (55).

Konstipasyonun yaşam kalitesine etkisini inceleyen çalışmalarda, Roma kriterlerine uyan fonksiyonel konstipasyon da olsa, hasta bildirimi de olsa psikolojik ve sosyal problemlere yol açtığı ve cinsel yaşamı olumsuz etkilediği belirtilmiştir (1,56). ABD’de her yaştan 557 konstipasyonlu hastayla yapılan bir ankette, %52’sinde yaşam kalitesinin etkilendiği, %69’unun okul veya iş performanslarını etkilediği, %12’sinin konstipasyon nedeniyle okul veya işlerinde devamsızlık yaptığı görülmüştür (57). Johnson ve arkadaşlarının gebeler üzerinde yaptığı çalışmada konstipasyonun yaşam kalitesini etkileme oranını düşük olarak tespit edilse de konstipasyonu olmayan gebelerin konstipasyonu olan gebelere oranla yaşam kalitesi daha yüksek bulunmuştur (58). Irvine ve arkadaşlarının sağlıkla ilgili yaşam kalitesini ölçmek için Kısa Form-36 (SF-36) kullanarak konstipasyonlu hastalar üzerinde yapmış oldukları çalışmada konstipasyonun, yaşam kalitesinde istatistiksel olarak anlamlı bir azalmaya neden olduğunu bildirilmiştir (59). Sistematik bir derlemede kabızlığı olan yetişkinlerde gözlenen sağlıkla ilgili yaşam kalitesindeki bozulmanın, osteoartrit, romatoid artrit, kronik alerjiler ve diyabet gibi daha 'ciddi' kabul edilebilecek durumlarda yaşam kalitesindeki bozulma ile kıyaslanabilir ölçüde olduğu görülmüştür. Bu nedenle kabızlık önemsiz bir durum olarak görülmemelidir (57).

Konstipasyonun teşhisi ve yönetimi hasta ve sağlık hizmeti sağlayıcısı için önemli bir maliyet faktörü iken, konstipasyonu önleme programları maliyetleri düşürmektedir. Konstipasyon genellikle benign seyirli ve kolay tedavi edilebilir bir sağlık sorunu olarak algılansa da kronikleştiğinde tedavi zor olabilmek ve ciddi komplikasyonlara (fekal impaksiyon, barsak perforasyonu) neden olabilmektedir (43). Bu nedenle özellikle ilk başvuru noktası olan birinci basamakta konstipasyonun risk faktörlerinin değerlendirilmesi, tanısı, ciddiyetinin belirlenmesi ve yaşam kalitesine etkisinin bilinmesi konstipasyonu önlemede ve tedavi etmede anahtar rol oynamaktadır.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Bu araştırma, Edirne il merkezindeki aile sağığı birimlerine kayıtlı 18-65 yaş aralığındaki yetişkinlerin konstipasyon sıklığıını, ciddiyetini, etkileyen faktörleri saptamak ve yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan kesitsel ve tanımlayıcı bir çalışmadır.

Çalışmanın evrenini 2020 yılı ortası nüfusa göre Edirne’de yaşayan 18-65 yaş arası 134.330 kişi oluşturmaktadır. Edirne il merkezinde 23 Aile Sağığı Merkezi, 53 Aile Sağığı Birimi olup, Aile Sağığı Merkezlerine kayıtlı olan 18-65 yaş aralığındaki kişiler, her Aile Sağığı Biriminden en az bir kişi olacak şekilde yaş dağılımına ve cinsiyete göre tabakalandırılmıştır. %31 prevalans, %5 hata payı ve %95 güven aralığı ile minimum örneklem sayısı olan 328 kişiye ulaşılmıştır. Etik Kurul Onayı (Ek 1) ve Edirne İl Sağık Müdürlüğünden gerekli onay (Ek 2) alındıktan sonra 10 Haziran 2021 ile 10 Eylül 2021 tarihleri arasında çalışmaya katılan kişilerden sözlü onam alınarak, anketler yüz yüze görüşme tekniğı ile yapılmıştır.

18-65 yaş aralığında olmak, Edirne il merkezinde yaşamak, çalışmayı kabul etmiş olmak çalışmaya katılma kriterleri olarak belirlenmiştir. İletişimi engelleyecek probleminin olması, gastrointestinal sistem hastalığıının olması ve gastrointestinal sistemi ilgilendiren operasyon geçirmek kabul edilmeme kriterleri olarak belirlenmiştir.

Veriler araştırmacılar tarafından hazırlanan bir anket (Ek 3) yardımıyla toplandı. Anket katılımcıların sosyodemografik özellikleri, tıbbi durumları, konstipasyona yönelik riskli davranışları, dışkılama alışkanlıkları, Roma IV kriterlerine göre hazırlanmış fonksiyonel konstipasyon durumlarını sorgulayan 38 soru, Konstipasyon Ciddiyet Ölçeğı (KCÖ)’ni

oluşturan 16 soru, Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği (KYKÖ)'ni oluşturan 28 sorudan oluşmaktadır.

Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği (KCÖ):

Varma ve ark. tarafından 2008 yılında geliştirilen KCÖ'nün Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Kaya ve Turan (2010) tarafından yapılmış olup, bireylerin dışkılama sıklığını, yoğunluğunu ve dışkılama sırasında zorluğu/güçlüğü belirlemeye yönelik bir ölçektir. 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. Ölçeğin iç tutarlılığı ($\alpha = 0.92-0.93$) ve test-tekrar test güvenilirliği (sınıf içi korelasyon katsayıları = 0.84-0.91), tüm alt ölçekler için yüksek bulunmuştur (60).

Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği (KYKÖ):

Marquis ve ark. tarafından 2005'te geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Dedeli ve ark. (2007) tarafından yapılmış olup, "endişe/kaygı" (11 madde), "fiziksel rahatsızlık" (4 madde), "psikososyal rahatsızlık" (8 madde), "memnuniyet" (5 madde) alt ölçeklerinden oluşan toplam 28 maddelik kendini değerlendirme ölçeğidir. Ölçekten alınan puanlar yükseldikçe yaşam kalitesinin de olumsuz etkilendiği düşünülmektedir. Dedeli ve ark. yaptıkları çalışmada KYKÖ'nin iç tutarlılık Cronbach alfa katsayısı 0,91 olarak iyi düzeydedir. Ölçeğin test-tekrar test güvenilirliği $r=0,96$ ($p<0,01$) olarak bulunmuştur. Beşli Likert tipindeki ölçeğin madde puanları 1 ile 5 arasında değişmektedir. Ölçeğin birinci ve beşinci bölümünde hastalar soruları "Hiç (1)", "Oldukça az (2)", "Biraz (3)", "Oldukça fazla (4)" ve "Çok fazla (5)" şeklinde yanıtlayabilirken, ikinci, üçüncü, dördüncü ve altıncı bölümlerinde "Hiçbir zaman (1)", "Nadiren (2)", "Bazen (3)", "Çoğu zaman (4)", "Her zaman (5)" seçenekleri arasından kendileri için en uygun olanını yanıtlamaları istenmiştir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 140, en düşük puan 28'dir. Ölçekten alınan puanlar yükseldikçe yaşam kalitesinin de olumsuz etkilendiği düşünülmektedir. (55).

İstatistiksel Analiz

Araştırmada elde edilen verilerin istatistiksel analizi SPSS 20 (Statistical Package for the Social Sciences, version 20) istatistik programı kullanılarak yapıldı. Araştırmadaki anket verilerinin normal dağılıma uygun olmadığı saptandığı için çalışmamızda non-parametrik testler kullanıldı. Verilerimizin istatistiksel analizinde tanımlayıcı istatistikler ile birlikte Ki-kare analiz testi, Kruskal Wallis, Mann-Whitney U ve Spearman korelasyon testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.



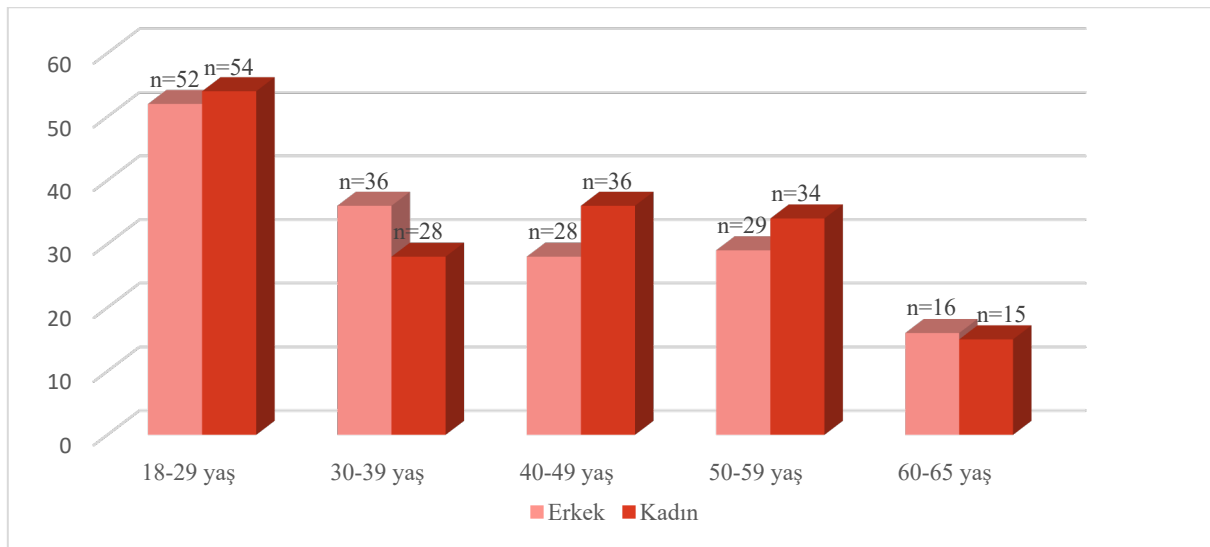
BULGULAR

TANIMLAYICI BULGULAR

Çalışmaya Edirne il merkezindeki aile sağlığı birimlerine başvuran 18-65 yaş arasındaki çalışmaya katılmayı kabul eden 328 kişi dahil edildi.

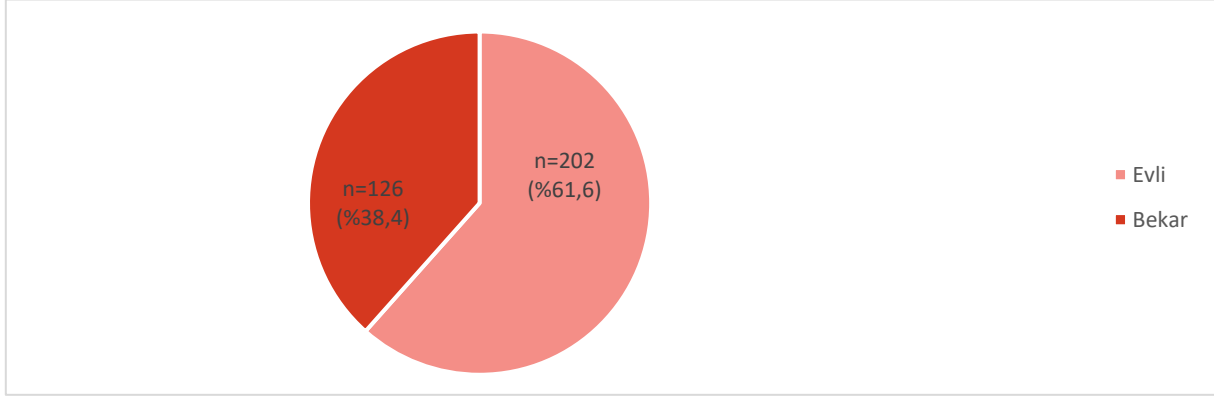
Katılımcıların %50,9'sı (n=167) kadın, %49,1'ü (n=161) erkek idi. Ortanca yaş 38 (ortalama $39,61 \pm 13,56$) (minimum yaş 18, maksimum yaş 65) olarak bulundu.

Katılımcıların yaşları kategorize edildiğinde %32,3'ünün (n=106) 18-29 yaş arasında, %19,5'inin (n=64) 30-39 yaş arasında, %19,5'inin (n=64) 40-49 yaş arasında, %19,2'sinin (n=63) 50-59 yaş arasında ve %9,5'inin (n=31) 60-65 yaş arasında olduğu görüldü (Şekil 5).



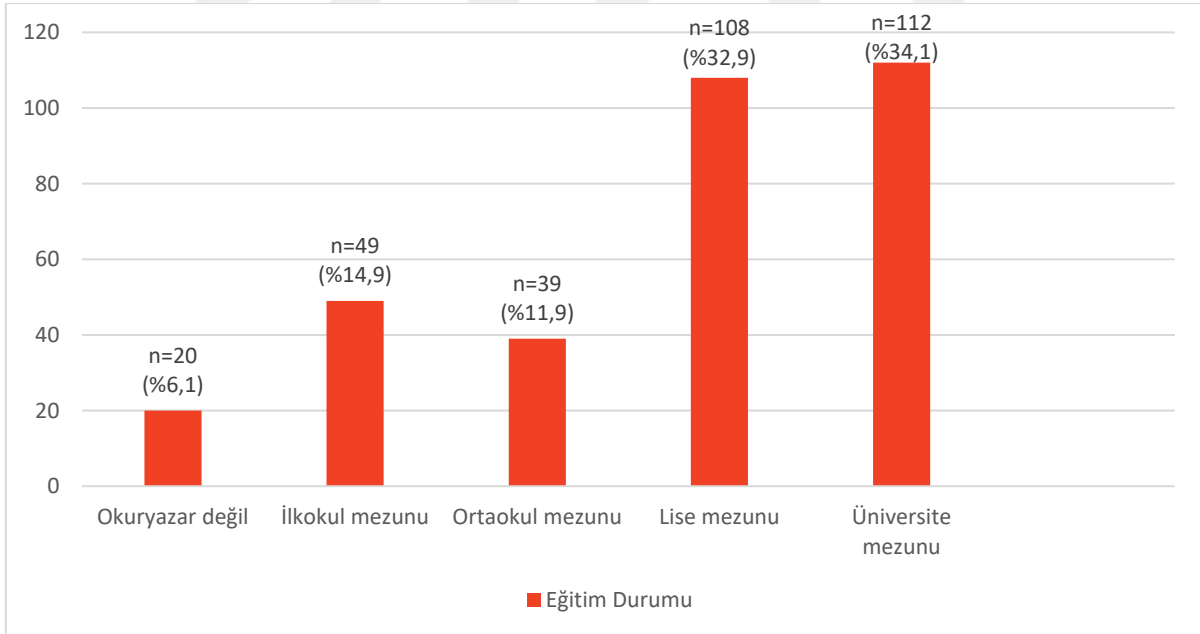
Şekil 5. Katılımcıların cinsiyete ve kategorilere göre yaş dağılımı

Katılımcıların medeni durumları sorgulandığında %61,6'sının (n=202) evli, %38,4'ünün (n=126) bekar olduğu görüldü (Şekil 6).



Şekil 6. Katılımcıların medeni durumlarına göre dağılımı

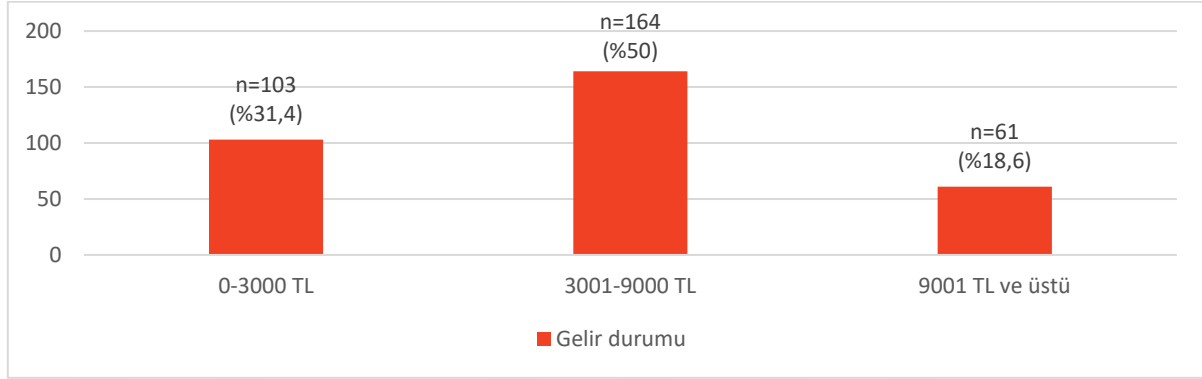
Katılımcıların eğitim durumları sorgulandığında %34,1'i (n=112) üniversite mezunu, %32,9'u (n=108) lise mezunu, %11,9'u (n=39) ortaokul mezunu, %14,9'u (n=49) ilkokul mezunu, %6,1'i (n=20) okuryazar değil seçeneğini işaretlemişti (Şekil 7).



Şekil 7. Katılımcıların eğitim durumlarına göre dağılımı

Katılımcıların meslekleri sorgulandığında %11,6 (n=38) öğrenci, %25,9 (n=85) ev hanımı/çalışmıyor, %16,8 (n=55) memur, %22,6 (n=74) işçi, %13,7 (n=45) emekli, %9,5 (n=31) serbest meslek şeklindeydi.

Katılımcıların aylık hane gelirleri ise araştırmanın yapıldığı dönemde Türkiye İstatistik Kurumu tarafından açıklanan açlık ve yoksulluk sınırlarına göre gruplandırılmış ve dağılımı Şekil 8’de verilmiştir.



Şekil 8. Katılımcıların aylık hane gelirlerine göre dağılımı

Katılımcıların genel boy ortalaması $168,9 \pm 8,4$ cm (minimum 150 maksimum 191), kilo ortalaması $76,6 \pm 16$ kg (minimum 47 maksimum 132), BKİ ortalaması ise $26,8 \pm 5,5$ (minimum 16,6 maksimum 50,7) kg/m^2 bulunmuştur. Kadınların boy ortalaması $162,9 \pm 5,2$ cm (minimum 151 maksimum 180), kilo ortalamaları $70,7 \pm 16$ kg (minimum 47 maksimum 125), BKİ ortalamaları $26,8 \pm 6,7$ kg/m^2 (minimum 16,6 maksimum 50,7), erkeklerin boy ortalamaları $175,2 \pm 6,1$ cm (minimum 150 maksimum 191), kilo ortalamaları ise $82,74 \pm 13,6$ kg (minimum 56 maksimum 132), BKİ ortalamaları $26,9 \pm 4,1$ kg/m^2 (minimum 18,6 maksimum 39,9) bulunmuştur. Çalışmaya katılan kişilerin BKİ dağılımına bakıldığında %1,8’inin (n=6) zayıf ($<18,5$ kg/m^2), %40,2’sinin (n=132) normal (18,5-24,9 kg/m^2), %35,7’sinin (n=117) fazla kilolu (25-29,9 kg/m^2), %19,2’sinin (n=63) şişman (obez) (≥ 30 kg/m^2), %3’ünün (n=10) morbid obez (≥ 40 kg/m^2), olduğu görülmüştür (Tablo 5).

Tablo 5. Katılımcıların beden-kitle indeksine göre dağılımları

BKİ	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
Zayıf	6	1,8
Normal	132	40,2
Fazla kilolu	117	35,7
Şişman (Obez)	63	19,2
Morbid obez	10	3

Katılımcılara kimlerle yaşadıkları sorulduğunda %11,3'ü (n=37) yalnız, %7,3'ü (n=24) ev arkadaşı ile, %71,3'ü (n=234) çekirdek aile, %10,1'i (n=33) geniş aile şeklinde belirttiği görüldü. Katılımcıların yaşam şekli dağılımı Tablo 6'da verilmiştir.

Tablo 6. Katılımcıların yaşam şekli dağılımı

Yaşam Şekli	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
Yalnız	37	%11,3
Ev arkadaşı	24	%7,3
Çekirdek aile	234	%71,3
Geniş aile	33	%10,1

Katılımcıların sigara kullanıp kullanmama durumu sorgulandığında %66,5'i (n=218) sigara kullanmadıklarını, %33,5 (n=110) sigara kullandığını belirtti. Alkol kullanım durumu sorgulandığında %69,8'i (n=229) hayır, %30,2'si (n=99) evet şeklinde yanıt vermişti (Tablo 7).

Tablo 7. Katılımcıların sigara ve alkol kullanım durumları

		Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
Sigara kullanımı	Hayır	218	%66,5
	Evet	110	%33,5
Alkol kullanımı	Hayır	229	%69,8
	Evet	99	%30,2

Düzenli fiziksel aktivite yapıp yapmadıklarıyla ilgili soruya katılımcılardan %47,3'ü (n=155) yapmıyorum cevabı verirken, %32,3'ü (n=106) haftada 1-2 kez, %20,4'ü (n=67) haftada 3'ten fazla cevabını verdi. Katılımcılara günlük sıvı tüketimleri sorulduğunda %68,3'ü (n=224) 2 litrenin üzerinde, %31,7'si (n=104) 2 litrenin altında seçeneğini işaretledi (Tablo 8).

Tablo 8. Katılımcıların düzenli fiziksel aktivite yapma ve sıvı tüketim durumu

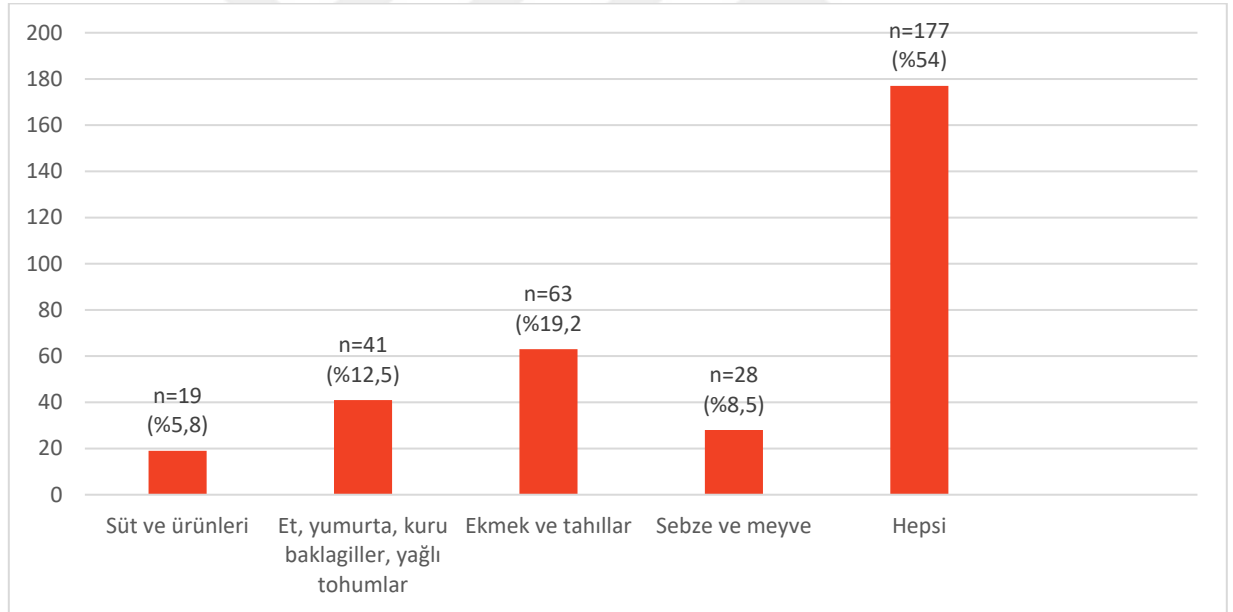
		Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
Düzenli fiziksel aktivite yapma	Hayır, yapmıyorum	155	%47,3
	Haftada 1-2 kez	106	%32,3
	Haftada 3'ten fazla	67	%20,4
Sıvı tüketimi	2 litrenin altında	104	%31,7
	2 litrenin üzerinde	224	%68,3

Katılımcılara yöneltilen 'kaç ana öğün tüketirsiniz?' sorusuna %4'ü (n=13) 1 öğün, %44,8'i (n=147) 2 öğün, %47,6'sı (n=156) 3 öğün, %3,6'sı (n=12) 4 öğün tükettiğini belirtti. 'Ara öğün tüketir misiniz?' sorusuna ise katılımcıların %39'u (n=128) hayır, %61'i (n=200) evet cevabını verdi (Tablo 9).

Tablo 9. Katılımcıların beslenme davranışları

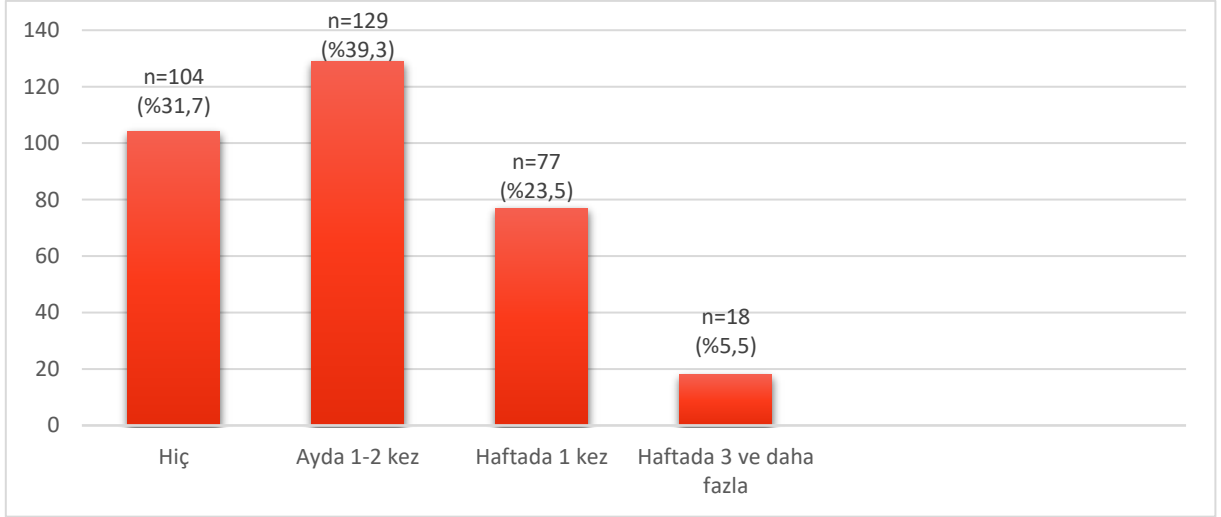
Ana öğün sayısı		Kişi sayısı (n)	Yüzdesi (%)
	1 ana öğün	13	%4
	2 ana öğün	147	%44,8
	3 ana öğün	156	%47,6
	4 ana öğün	9	%2,7
	5 ana öğün	3	%0,9
Ara öğün tüketimi	Hayır	128	%39
	Evet	200	%61

‘Hangi besin grubu ağırlıklı beslenirsiniz?’ sorusuna katılımcıların en sık işaretlediği seçenek %54 (n=177) ile hepsi idi. Katılımcıların %19,2’si (n=63) ekmek ve tahıllar grubu, %12,5’i (n=41) et, yumurta, kuru baklagiller ve yağlı tohumlar grubu, %8,5’i (n=28) sebze ve meyve grubu, %5,8’i (n=19) süt ve ürünleri grubu seçeneğini işaretledi (Şekil 9).



Şekil 9. Katılımcıların ağırlıklı olarak tükettikleri besin grupları dağılımı

Katılımcılara ne sıklıkta hazır gıda (fastfood) tükettikleri sorulduğunda %31,7’si (n=104) hiç, %39,3’ü (n=129) ayda 1-2 kez, %23,5’i (n=77) haftada 1 kez, %5,5’i (n=18) haftada 3 ve daha fazla yanıtını verdi (Şekil 10).



Şekil 10. Katılımcıların hazır gıda (fast food) tüketim sıklığı dağılımı

‘Probiyotik kullanır mısınız?’ sorusunda katılımcıların %69,5’i (n=228) evet, %30,5’i (n=100) hayır yanıtını verdi. Evet yanıtı verenlerin kullanım sıklığı sorulduğunda %34,6’sı (n=79) her gün, %48,2’si haftada 3 kez, %17,1’i (n=39) haftada 1 veya daha az tükettiğini belirtti (Tablo 10).

Tablo 10. Katılımcıların probiyotik kullanım sıklığına göre dağılımı

Probiyotik kullanım sıklığı	Kişi sayısı (n)	Yüzde (%)
Her gün	79	%34,6
Haftada 3 kez	110	%48,2
Haftada 1 veya daha az	39	%17,1
TOPLAM	228	%100

Katılımcılara ‘Kilo vermek amaçlı düşük kalorili diyet yaptınız mı?’ diye sorulduğunda %33,5’i (n=110) evet, %66,5’i (n=218) hayır cevabını verdi. Düşük kalorili diyet yapanların, bu dönemde kabızlık şikâyeti yaşıyor yaşımadığı sorulduğunda %47,3’ü (n=52) yaşadıklarını, %52,7’si (n=58) yaşamadıklarını ifade ettiler.

Katılımcıların kronik hastalık varlığı sorgulandığında %58,2’si (n=191) kronik hastalığının olmadığını, %41,8’inin (n=137) kronik bir hastalığının olduğunu belirtti. Kronik hastalıkların içinde en sık belirtilen sağlık sorunu %27,3 (n=63) ile hipertansiyon idi. Kronik hastalığı olduğunu belirten 137 kişinin hastalıkları Tablo 11’de gösterilmiştir.

Tablo 11. Kronik hastalığı olan katılımcıların kronik hastalıklarına göre dağılımı

Kronik Hastalık	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hipertansiyon	63	%27,3
Diabetes mellitus	29	%12,6
Astım/KOAH	24	%10,4
Kalp hastalıkları	19	%8,2
Hipotiroidi	19	%8,2
Romatizmal hastalıklar	11	%4,8
Migren	9	%3,9
Serebrovasküler hastalıklar	7	%3
Hiperlipidemi	6	%2,6
Diğer	44	%19
TOPLAM	231	%100

*Çoklu yanıtı olan soru olduğu için toplam n cevap veren kişi sayısını geçmektedir.

‘Devamlı kullandığınız ilaç var mı?’ sorusuna katılımcıların %43,3’ü (n=142) evet, %56,7’si (n=186) hayır yanıtı vermişti. Evet yanıtı verenlerin kullandıkları ilaçların neler olduğu soruldu ve bu ilaçlar ATC’ye göre sınıflandırıldı. En sık kullanılan ilaç sınıfı %29,7 ile (n=71) kalp damar sistemi ilaçları olup tüm ilaçların sınıflaması Tablo 12’de gösterilmiştir.

Tablo 12. Katılımcıların kullandıkları ilaçların sınıflaması

İlaç Sınıfları	Sayı (n)	Yüzde (%)
Kalp Damar Sistemi İlaçları	71	%29,7
Sindirim Sistemi ve Metabolizma İlaçları	43	%18
Solunum Sistem İlaçları	30	%12,6
Kan ve Kan Yapıcı Organ İlaçları	28	%11,7
Endokrin Sistemi İlaçları	25	%10,5
Sinir Sistemi İlaçları	25	%10,5
Kas İskelet Sistemi İlaçları	12	%5
Antineoplastik ve İmmunomodülatör İlaçlar	3	%1,2
Enfeksiyona Karşı Kullanılan İlaçlar	2	%0,8
TOPLAM	239	%100

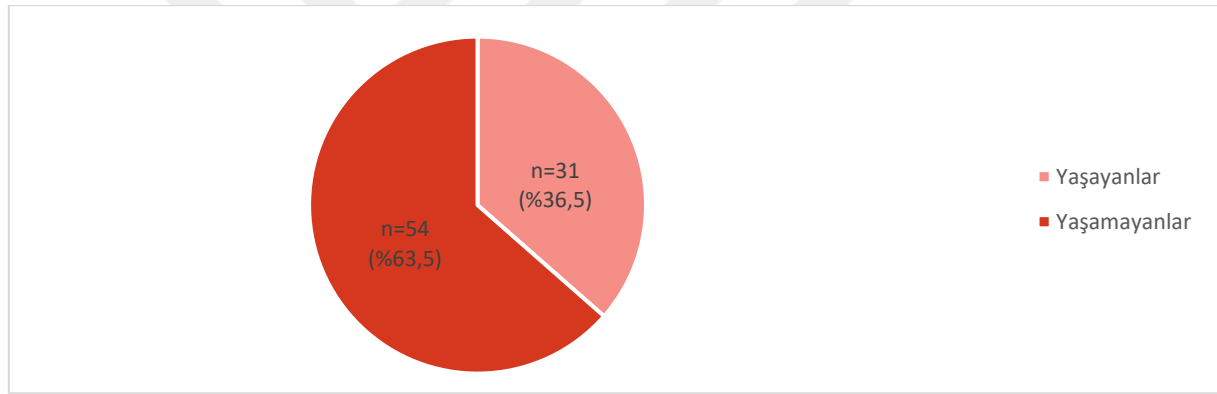
*Çoklu yanıtı olan soru olduğu için toplam n cevap veren kişi sayısını geçmektedir.

Katılımcıların psikiyatrik hastalık varlığı sorgulandığında %90,9’u (n=298) psikiyatrik hastalığının olmadığını, %9,1’i (n=30) psikiyatrik hastalığının olduğunu belirtti. Psikiyatrik hastalığı olanlara tanılarının ne olduğu sorulduğunda %56,7’si (n=17) depresyon, %20’si (n=6) anksiyete bozukluğu, %16,7’si (n=5) bipolar bozukluk, %6,7’si (n=2) obsesif-kompulsif bozukluk olduğunu belirtti (Tablo 13).

Tablo 13. Psikiyatrik hastalığı olan katılımcıların psikiyatrik hastalıklara göre dağılımı

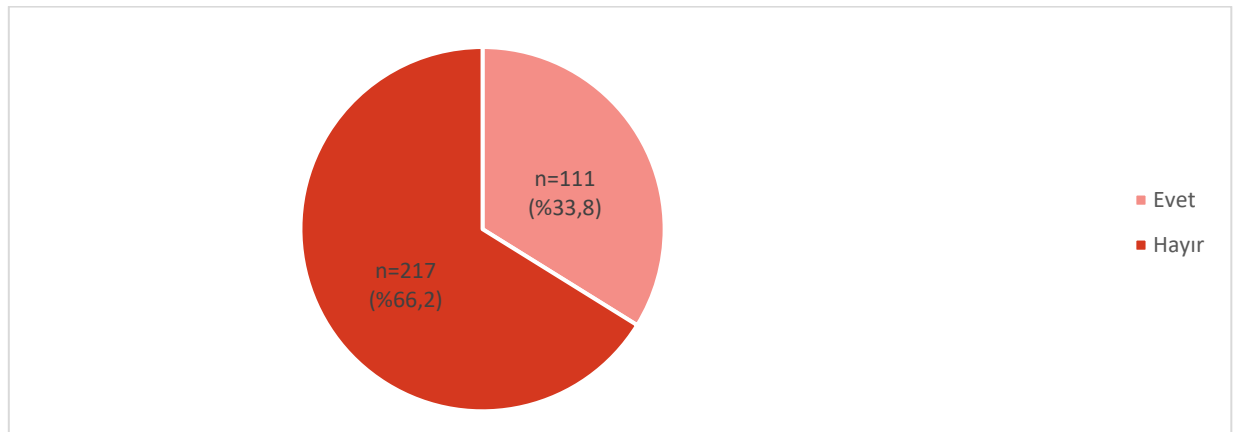
Psikiyatrik Hastalık	Sayı (n)	Yüzde (%)
Depresyon	17	%56,7
Anksiyete bozukluğu	6	%20
Bipolar bozukluk	5	%16,7
Obsesif-kompulsif bozukluk	2	%6,7
TOPLAM	30	%100

Kadın katılımcılara sorulan ‘Gebelik öykünüz var mı?’ sorusuna katılımcıların %49,1’i (n=82) hayır, %50,9’u (n=85) evet yanıtını verdi. Evet yanıtı veren katılımcılara sorulan ‘Gebeliğiniz boyunca kabızlık şikâyeti yaşadınız mı?’ sorusuna katılımcıların %63,5’i (n=54) hayır, %36,5’i (n=31) evet cevabını verdi (Şekil 11).



Şekil 11. Katılımcıların gebelik boyunca kabızlık şikâyeti yaşama durumu

‘Kabızlık sorunu yaşar mısınız?’ sorusuna katılımcıların %66,2’si (n=217) hayır, %33,8’i (n=111) evet cevabını verdi (Şekil 12).



Şekil 12. Katılımcıların kabızlık yaşama durumu

Çalışmaya katılanların dışkılama sıklığı sorulduğunda katılımcıların %77,7'si (n=255) her gün, %17,7'si (n=58) iki günde bir, %2,7'si (n=9) haftada birkaç kez, %1,9'i (n= 6) haftada bir veya daha az olduğunu ifade etti (Tablo 14).

Tablo 14. Katılımcıların dışkılama sıklığı dağılımı

Dışkılama Sıklığı	Sayı (n)	Yüzde (%)
Her gün	255	%77,7
İki günde bir	58	%17,7
Haftada birkaç kez	9	%2,7
Haftada bir veya daha az	6	%1,9
TOPLAM	328	%100

Kullanılan tuvalet tipinin sorgulandığı soruya katılımcıların %86,6'sı (n=284) klozet tipi, %13,4'ü (n=44) alaturka tipi yanıtını verdi.

Kabızlık için ilaç kullanıp kullanmama durumları sorgulandığından katılımcıları %91,5'i (n=300) kullanmadıklarını, %8,5'i (n=28) kullandıklarını belirtti.

Katılımcılara 'Eviniz dışında dışkılama alışkanlıkların değişir mi?' sorusu sorulduğundan %46,6'sı (n=153) hayır, %53,4'ü (n=175) evet cevabını verdi.

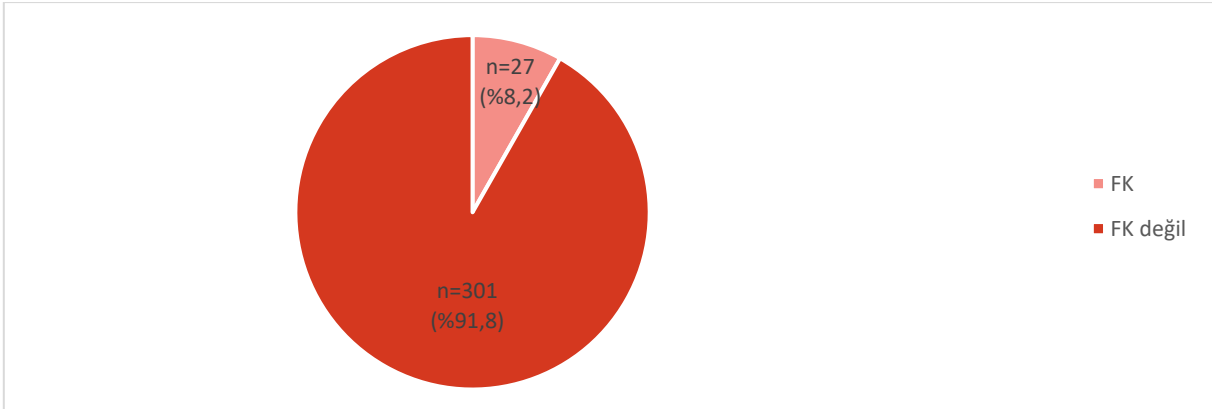
'Hangi durumda kabız olursunuz?' sorusu sorulduğunda katılımcıların %34,5'i (n=113) seyahat ettiğinde, %41,5'i (n=136) başkasının evinde kaldığında, %40,2'si (n=132) az su tükettiğinde, %20,4'ü (n=67) stresliyken, %6,4'ü (n=21) diğer seçeneğini işaretlemişlerdir (Tablo 15).

Tablo 15. Katılımcıların kabız oldukları durumların dağılımı

Kabızlık Yaşanan Durum	Sayı (n)	Yüzde (%)
Seyahat ettiğinde	113	%34,5
Başkasının evinde kaldığında	136	%41,5
Az su tükettiğinde	132	%40,2
Stresliyken	67	%20,4
Diğer	21	%6,4
TOPLAM	469	%143*

*Çoklu yanıtı olan soru olduğu için toplamlar %100'ü geçmektedir.

Katılımcıların ROMA IV kriterlerine göre fonksiyonel konstipasyonu olup olmadığı değerlendirildiğinde %8,2'sinin (n=27) fonksiyonel konstipasyonu olduğu, %91,8'inin (n=301) olmadığı görüldü (Şekil 13).



Şekil 13. Katılımcıların fonksiyonel konstipasyon durumları

Katılımcıların genel KCÖ puan dağılımları incelendiğinde, KCÖ toplam puan ortalaması $17,11 \pm 13,27$ (minimum 0 maksimum 54) saptanmıştır. Dışkı tıkanıklığı alt ölçeğinin puan ortalaması $9,14 \pm 7,19$ (minimum 0 maksimum 27), kalın bağırsak tembelliği alt ölçeği puan ortalaması $6,39 \pm 5,64$ (minimum 0 maksimum 22), ağrı alt ölçeği puan ortalaması $1,59 \pm 2,73$ (minimum 0 maksimum 13) bulunmuştur (Tablo 16).

Tablo 16. Katılımcıların KCÖ aldıkları puan dağılımı

Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği	Puan dağılımı	Ortalama $\pm$ ss	Min-Max
Dışkı Tıkanıklığı	0-28	$9,14 \pm 7,19$	0-27
Kalın Bağırsak Tembelliği	0-29	$6,39 \pm 5,64$	0-22
Ağrı	0-16	$1,59 \pm 2,73$	0-13
KCÖ Toplam	0-73	$17,11 \pm 13,27$	0-54

Katılımcıların genel KYKÖ puan dağılımları incelendiğinde, KYKÖ toplam puan ortalaması $55,78 \pm 17,52$ (minimum 28 maksimum 117) saptanmıştır. Fiziksel rahatsızlık alt ölçeği puan ortalaması $6,71 \pm 3,28$ (minimum 4 maksimum 19), psikososyal rahatsızlık alt ölçeği puan ortalaması $13,55 \pm 6,33$ (minimum 8 maksimum 33) endişe/kaygı alt ölçeği puan ortalaması memnuniyet alt ölçeği puan ortalaması $16,85 \pm 3,48$ (minimum 5 maksimum 23) bulunmuştur (Tablo 17).

Tablo 17. Katılımcıların KYKÖ aldıkları puan dağılımı

Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği	Puan dağılımı	Ortalama $\pm$ ss	Min-Max
Fiziksel Rahatsızlık	4-20	$6,71 \pm 3,28$	4-19
Psikososyal Rahatsızlık	8-40	$13,55 \pm 6,33$	8-33
Endişe/Kaygı	11-55	$18,67 \pm 9,57$	11-54
Memnuniyet	5-25	$16,85 \pm 3,48$	5-23
KYKÖ Toplam	28-140	$55,78 \pm 17,52$	28-117

KARŞILAŞTIRMALI BULGULAR

Fonksiyonel konstipasyon durumu ile yaş karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,008$). 40-49 yaş arası katılımcıların, fonksiyonel konstipasyon oranı diğer yaş gruplarından yüksek saptanmıştır.

Katılımcıların cinsiyete göre fonksiyonel konstipasyon durumunu incelediğimizde, kadın katılımcıların oranı erkeklerden yüksek bulunmuştur, cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,001$).

Katılımcıların medeni durumu ile fonksiyonel konstipasyon durumları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Fonksiyonel konstipasyon durumu ile meslek grupları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,008$). 'Ev hanımı/çalışmıyor' şeklinde belirten katılımcıların, konstipasyon oranı diğer meslek gruplarından yüksek saptanmıştır.

Eğitim durumunu sorguladığımızda okuryazar olmayan katılımcıların fonksiyonel konstipasyon oranı diğer katılımcılardan yüksek olduğu görülmüştür, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,008$).

Katılımcıların gelir durumuna bakıldığında gelir düzeyi azaldıkça fonksiyonel konstipasyon oranının arttığı görülmüştür, ancak istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Fonksiyonel konstipasyon durumu ile BKİ karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (Tablo 18).

Tablo 18. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve BKİ ile FK durumlarının karşılaştırılması

		Yok n (%)	Var n (%)	χ^2	p
Yaş	18-29 yaş	103(97,17)	3(2,83)	13,893	0,008
	30-39 yaş	60(93,75)	4(6,25)		
	40-49 yaş	52(81,25)	12(18,75)		
	50-59 yaş	58(92,06)	5(7,94)		
	60-65 yaş	28(90,32)	3(9,68)		
Cinsiyet	Kadın	140(83,83)	27(16,17)	28,365	<0,001
	Erkek	161(100)	0(0)		
Medeni durum	Evli	186(92,08)	16(7,92)	0,067	0,765
	Bekar	115(91,27)	11(8,73)		

Tablo 18 (Devam). Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve BKİ ile FK durumlarının karşılaştırılması

		Yok n (%)	Var n (%)	x ²	p
Meslek	Öğrenci	37(97,37)	1(2,63)	21,714	0,001
	Ev hanımı/çalışmıyor	68(80)	17(20)		
	Memur	52(94,55)	3(5,45)		
	İşçi	71(95,95)	3(4,05)		
	Emekli	44(97,78)	1(2,22)		
	Serbest meslek	29(93,55)	2(6,45)		
Eğitim durumu	Okuryazar değil	14(70)	6(30)	17,913	0,001
	İlkokul	46(93,88)	3(6,12)		
	Ortaokul	33(84,62)	6(15,38)		
	Lise	103(95,37)	5(4,63)		
	Üniversite	105(93,75)	7(6,25)		
Aylık gelir düzeyi	0-3000 TL	90(87,38)	13(12,62)	4,019	0,134
	3001-9000 TL	153(93,29)	11(6,71)		
	9001 TL ve üstü	58(95,08)	3(4,92)		
Yaşam şekli	Yalnız	34(91,89)	3(8,11)	0,658	0,899
	Ev arkadaşı	23(95,83)	1(4,17)		
	Çekirdek aile	214(91,45)	20(8,55)		
	Geniş aile	30(90,91)	3(9,09)		
BKİ	<18,5	6(100)	0(0)	7,174	0,127
	18,5-24,9	124(93,94)	8(6,06)		
	25-29,9	108(92,31)	9(7,69)		
	30-39,9	53(84,13)	10(15,87)		
	≥40	10(100)	0(0)		

Fonksiyonel konstipasyon durumu ile alkol kullanımı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,001$). Alkol kullanmayan katılımcıların, konstipasyon oranı alkol kullananlardan yüksek saptanmıştır. Sigara kullanımına göre fonksiyonel konstipasyon görülme oranına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Fonksiyonel konstipasyon ile sigara ve alkol kullanımı arasındaki ilişki Tablo 19’da gösterilmiştir.

Tablo 19. Katılımcıların sigara, alkol kullanım durumları ile FK durumlarının karşılaştırılması

		Yok n (%)	Var n (%)	x ²	p
Sigara kullanımı	Hayır	197(90,37)	21(9,63)	1,690	0,194
	Evet	104(94,55)	6(5,45)		
Alkol kullanımı	Hayır	202(88,21)	27(11,79)	12,720	<0,001
	Evet	99(100)	0(0)		

Katılımcıların fiziksel aktivite ve sıvı tüketim miktarları azaldıkça fonksiyonel konstipasyon oranlarının arttığı görülmüştür, ancak gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 20).

Tablo 20. Katılımcıların fiziksel aktivite ve sıvı tüketim durumları ile FK durumlarının karşılaştırılması

		Yok n (%)	Var n (%)	x ²	p
Fiziksel aktivite	Hayır yapmıyorum	138(89,03)	17(10,97)	3,158	0,206
	Haftada 1-2 kez	99(93,4)	7(6,6)		
	Haftada 3'ten fazla	64(95,52)	3(4,48)		
Sıvı tüketimi	2 litre altında	91(87,5)	13(12,5)	3,3673	0,055
	2 litre üzerinde	210(93,75)	14(6,25)		

Katılımcıların günde tükettikleri ana öğün sayısı sorgulandığında günde 1 ana öğün tüketenlerin fonksiyonel konstipasyon oranı diğer katılımcılardan yüksek bulunmuştur, istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p=0,002).

Fonksiyonel konstipasyon durumu ile düşük kalorili diyetle kabızlık yaşama durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (p<0,001). Diyet yaparken kabızlık yaşayan katılımcıların, konstipasyon oranı diğer katılımcılardan yüksek saptanmıştır (Tablo 21).

Tablo 21. Katılımcıların beslenme alışkanlıkları ve FK durumlarının karşılaştırılması

		Yok n (%)	Var n (%)	x ²	p
Ana öğün sayısı	1 öğün	8(61,54)	5(38,46)	17,260	0,002
	2 öğün	137(93,2)	10(6,8)		
	3 öğün	144(92,31)	12(7,69)		
	4 öğün	9(100)	0(0)		
	5 öğün	3(100)	0(0)		
Ara öğün tüketimi	Hayır	118(92,19)	10(7,81)	0,049	0,825
	Evet	183(91,5)	17(8,5)		
Ağırlıklı tüketilen besin grubu	Süt ve ürünleri	19(100)	0(0)	2,940	0,568
	Et, yumurta, kuru baklagiller, yağlı tohumlar	39(95,12)	2(4,88)		
	Ekmek ve tahıllar	57(90,48)	6(9,52)		
	Sebze ve meyve	26(92,86)	2(7,14)		
	Hepsi	160(90,4)	17(9,6)		
Hazır gıda tüketim sıklığı	Hiç	92(88,46)	12(11,54)	3,899	0,277
	Ayda 1-2 kez	121(93,8)	8(6,2)		
	Haftada 1 kez	70(90,91)	7(9,09)		
	Haftada 3 ve daha fazla	18(100)	0(0)		
Probiyotik tüketimi	Hayır	95(95)	5(5)	1,989	0,158
	Evet	206(90,35)	22(9,65)		
Probiyotik tüketim sıklığı	Her gün	68(86,08)	11(13,92)	5,419	0,139
	Haftada 3 kez	103(93,64)	7(6,36)		
	Haftada 1 veya daha az	35(89,74)	4(10,26)		
Diyette kabızlık	Hayır	57(98,28)	1(1,72)	9,240	<0,001
	Evet	41(75,93)	13(24,07)		

Kronik hastalığı ve devamlı ilaç kullanımı bulunan katılımcıların fonksiyonel konstipasyon oranı bulunmayanlara göre yüksek saptanmıştır ancak istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Katılımcıların fonksiyonel konstipasyon durumları ile psikiyatrik hastalık ve gebelik öyküsü arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Katılımcıların gebelikleri sırasında kabızlık şikayeti yaşayıp yaşamadığı sorgulandığında, gebelikleri sırasında kabızlık yaşadığını belirtenlerin fonksiyonel konstipasyon oranının yaşamayanlara göre yüksek olduğu görülmüştür, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p=0,002) (Tablo 22).

Tablo 22. Katılımcıların bazı sağlık özellikleri ile FK durumlarının karşılaştırılması

		Yok n (%)	Var n (%)	x ²	p
Kronik hastalık	Hayır	181(94,76)	10(5,24)	5,434	0,020
	Evet	120(87,59)	17(12,41)		
Devamlı ilaç kullanımı	Hayır	176(94,62)	10(5,38)	4,637	0,032
	Evet	125(88,03)	17(11,97)		
Psikiyatrik hastalık	Hayır	275(92,28)	23(7,72)	1,138	0,286
	Evet	26(86,67)	4(13,33)		
Gebelik öyküsü	Hayır	71(86,59)	11(13,41)	0,901	0,343
	Evet	69(81,18)	16(18,82)		
Gebelikte kabızlık	Hayır	50(90,91)	5(9,09)	9,966	0,002
	Evet	19(63,33)	11(36,67)		

Kullanılan tuvalet tipini incelediğimizde, fonksiyonel konstipasyon açısından gruplar arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Fonksiyonel konstipasyon durumu ile ev dışında dışkılama değişikliği karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır (p=0,004). Ev dışında dışkılama değişikliği yaşayanların, konstipasyon oranı yaşamayan katılımcılardan yüksek saptanmıştır (Tablo 23).

Tablo 23. Katılımcıların dışkılama alışkanlıkları ile FK durumlarının karşılaştırılması

		Yok n (%)	Var n (%)	x ²	p
Tuvalet tipi	Klozet	264(92,96)	20(7,04)	3,965	0,090
	Alaturka	37(84,09)	7(15,91)		
Ev dışında dışkılama alışkanlıkları değişim durumu	Hayır	148(96,73)	5(3,27)	9,353	0,004
	Evet	153(87,43)	22(12,57)		

Katılımcıların KCÖ puanı ile cinsiyet karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p<0,001). Kadın katılımcıların, KCÖ puanı erkek katılımcılardan yüksek saptanmıştır.

Katılımcıların KCÖ puanı ile meslek grupları karşılaştırıldığında da istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,017). Ev hanımı/çalışmıyor şeklinde belirten katılımcıların, KCÖ puanı diğer meslek gruplarından yüksek saptanmıştır.

Çalışmaya katılanların sigara kullanım durumunu incelediğimizde sigara kullanmayan katılımcıların KCÖ puanı kullananlara göre yüksek bulunmuştur. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,001$).

Katılımcıların KCÖ puanı ile fiziksel aktivite durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($p=0,010$). Fiziksel aktivite yapmayanların, konstipasyon ciddiyet ölçeği puanı fiziksel aktivite yapanlardan katılımcılardan yüksek saptanmıştır.

KCÖ puanları günlük sıvı tüketim miktarlarına göre incelendiğinde, günlük sıvı tüketimi 2 litre altında olan katılımcıların KCÖ puanı anlamlı olarak diğer katılımcılardan yüksek saptanmıştır ($p<0,001$).

Katılımcıların KCÖ puanı ile öğün alışkanlıkları karşılaştırıldığında ana öğün sayısı arttıkça KCÖ puanında anlamlı azalma saptanmıştır ($p=0,020$). Ara öğün tüketme durumu ile KCÖ puanı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Katılımcıların KCÖ puanı ile ağırlıklı olarak tükettikleri besin grubu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,020$). Hepsi yanıtını veren katılımcıların KCÖ puanı, diğer katılımcılardan düşük saptanmıştır.

KCÖ puanı ile probiyotik tüketim sıklığı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($p=0,022$). Her gün probiyotik tükettiğini belirten katılımcıların, KCÖ puanı diğer gruplardan yüksek saptanmıştır.

Çalışmaya katılanların düşük kalorili diyet yapma durumunu sorguladığımızda, düşük kalorili diyet yapan katılımcıların KCÖ puanı yapmayanlara göre anlamlı şekilde yüksek saptanmıştır ($p=0,001$). Diyet yaptıklarında kabızlık yakınması olan katılımcıların da KCÖ puanı diğer katılımcılara göre anlamlı olarak yüksek saptanmıştır ($p<0,001$).

Kronik hastalık varlığını sorguladığımızda, kronik hastalığı olmayan katılımcıların KCÖ puanı diğer katılımcılardan düşük bulunmuştur. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,001$).

KCÖ puanı ile devamlı ilaç kullanma durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,001$). Devamlı ilaç kullanmayan katılımcıların, KCÖ puanı diğer katılımcılardan düşük saptanmıştır.

Katılımcıların KCÖ puanı ile psikiyatrik hastalık varlığı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,014$). Psikiyatrik hastalığı bulunan katılımcıların KCÖ puanı diğer katılımcılardan yüksek saptanmıştır.

“Gebeliğiniz boyunca kabızlık şikayeti yaşadınız mı?” sorusuna verilen cevaplarda KCÖ puanlarının, yaşayanlarda yaşamayanlara göre anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,001$).

Katılımcılara eviniz dışında dışkılama alışkanlıklarınız değişir mi sorusu sorulduğunda evet yanıtı verenlerin KCÖ puanı hayır yanıtı verenlere göre anlamlı şekilde yüksek saptanmıştır ($p<0,001$) (Tablo 24).

Tablo 24. Katılımcıların KCÖ toplam puanı ile bağımsız değişkenlerinin karşılaştırılması

		Ortalama $\pm$ ss	Medyan	z/x^2	p
Yaş	18-29 yaş	15,42 $\pm$ 13,36	14,00	3,840	0,428
	30-39 yaş	18,11 $\pm$ 11,92	16,00		
	40-49 yaş	18,31 $\pm$ 14,52	19,00		
	50-59 yaş	17,24 $\pm$ 12,73	16,00		
	60-65 yaş	18,13 $\pm$ 14,3	19,00		
Cinsiyet	Kadın	20,98 $\pm$ 14,43	19,00	-4,993	<0,001
	Erkek	13,11 $\pm$ 10,6	12,00		
BKİ	<18,5	23,5 $\pm$ 6,25	23,00	3,840	0,428
	18,5-24,9	17,67 $\pm$ 13,95	15,00		
	25-29,9	15,43 $\pm$ 12,21	15,00		
	30-39,9	18,7 $\pm$ 13,9	20,00		
	$\geq$ 40	15,7 $\pm$ 14,45	17,00		
Medeni durum	Evli	16,79 $\pm$ 13,11	15,00	-0,537	0,591
	Bekar	17,64 $\pm$ 13,57	15,00		
Meslek	Öğrenci	18,45 $\pm$ 14,61	15,50	13,832	0,017
	Ev hanımı/çalışmıyor	20,79 $\pm$ 14,39	19,00		
	Memur	15,98 $\pm$ 11,92	15,00		
	İşçi	13,53 $\pm$ 11,25	11,50		
	Emekli	18,49 $\pm$ 13,35	18,00		
	Serbest meslek	14 $\pm$ 12,89	12,00		
Eğitim durumu	Okuryazar değil	22,85 $\pm$ 12,7	18,50	8,501	0,075
	İlkokul	16,08 $\pm$ 13,25	16,00		
	Ortaokul	18,26 $\pm$ 13,05	17,00		
	Lise	15,45 $\pm$ 13,9	12,00		
	Üniversite	17,75 $\pm$ 12,71	16,00		
Aylık gelir düzeyi	0-3000 TL	19,73 $\pm$ 14,19	18,00	5,377	0,068
	3001-9000 TL	16,34 $\pm$ 13,53	13,50		
	9001 TL ve üstü	14,8 $\pm$ 10,13	14,00		

Tablo 24 (Devam). Katılımcıların KCÖ toplam puanı ile bağımsız değişkenlerinin karşılaştırılması

		Ortalama $\pm$ ss	Medyan	z/x²	p
Yaşam şekli	Yalnız	16,89 $\pm$ 12,63	16,00	5,537	0,136
	Ev arkadaşı	20,42 $\pm$ 11,52	18,00		
	Çekirdek aile	16,27 $\pm$ 13,15	15,00		
	Geniş aile	20,94 $\pm$ 15,48	19,00		
Sigara kullanımı	Hayır	18,88 $\pm$ 13,67	16,00	-3,303	0,010
	Evet	13,62 $\pm$ 11,75	15,00		
Alkol kullanımı	Hayır	17,46 $\pm$ 13,44	16,00	-0,734	0,463
	Evet	16,31 $\pm$ 12,91	15,00		
Fiziksel aktivite	Hayır yapmıyorum	18,92 $\pm$ 13,47	18,00	9,147	0,001
	Haftada 1-2 kez	16,48 $\pm$ 12,16	15,00		
	Haftada 3'ten fazla	13,94 $\pm$ 14	10,00		
Sıvı tüketimi	2 litre altında	21,28 $\pm$ 14,6	19,00	-3,604	<0,001
	2 litre üzerinde	15,18 $\pm$ 12,17	14,00		
Ana öğün sayısı	1 öğün	28,62 $\pm$ 15,51	34,00	11,706	0,020
	2 öğün	17,45 $\pm$ 13,81	15,00		
	3 öğün	16,13 $\pm$ 12,14	15,00		
	4 öğün	16,33 $\pm$ 14,04	9,00		
	5 öğün	4,33 $\pm$ 7,51	0,00		
Ara öğün tüketimi	Hayır	16,86 $\pm$ 13,25	15,50	-0,280	0,780
	Evet	17,28 $\pm$ 13,33	15,00		
Ağırlıklı tüketilen besin grubu	Süt ve ürünleri	17 $\pm$ 13,9	15,00	11,998	0,017
	Et, yumurta, kuru baklagiller, yağlı tohumlar	17 $\pm$ 12,21	15,00		
	Ekmek ve tahıllar	20,84 $\pm$ 12,11	19,00		
	Sebze ve meyve	21,39 $\pm$ 17,58	12,00		
	Hepsi	15,15 $\pm$ 12,77	12,00		
Hazır gıda tüketim sıklığı	Hiç	18,36 $\pm$ 14,44	16,50	1,151	0,765
	Ayda 1-2 kez	16,24 $\pm$ 13,09	15,00		
	Haftada 1 kez	17,06 $\pm$ 12,7	15,00		
	Haftada 3 ve daha fazla	16,44 $\pm$ 9,99	18,00		
Probiyotik tüketimi	Hayır	15,63 $\pm$ 11,38	14,00	-1,099	0,272
	Evet	17,77 $\pm$ 14	16,00		

Tablo 24 (Devam). Katılımcıların KCÖ toplam puanı ile bağımsız değişkenlerinin karşılaştırılması

		Ortalama $\pm$ ss	Medyan	z/x ²	p
Probiyotik tüketim sıklığı	Her gün	20,84 $\pm$ 15,25	21,00	7,616	0,022
	Haftada 3 kez	17,07 $\pm$ 12,95	16,00		
	Haftada 1 veya daha az	13,51 $\pm$ 13,14	12,00		
Düşük kalorili diyet yapma durumu	Hayır	15,04 $\pm$ 11,69	15,00	-3,353	0,001
	Evet	21,23 $\pm$ 15,2	19,00		
Diyette kabızlık	Hayır	15,33 $\pm$ 11,71	15,00	-4,213	<0,001
	Evet	27,85 $\pm$ 15,72	29,00		
Kronik hastalık	Hayır	14,35 $\pm$ 12,05	13,00	-4,394	<0,001
	Evet	20,97 $\pm$ 13,97	19,00		
Devamlı ilaç kullanımı	Hayır	14,25 $\pm$ 12,08	13,00	-4,413	<0,001
	Evet	20,87 $\pm$ 13,87	19,00		
Psikiyatrik hastalık	Hayır	16,58 $\pm$ 13,28	15,00	-2,455	0,014
	Evet	22,4 $\pm$ 12,24	17,50		
Gebelik öyküsü	Hayır	22,65 $\pm$ 14,89	19,00	-1,305	0,192
	Evet	19,36 $\pm$ 13,88	19,00		
Gebelikte kabızlık	Hayır	14,27 $\pm$ 11,66	12,00	-4,461	<0,001
	Evet	28,7 $\pm$ 12,86	30,00		
Tuvalet tipi	Klozet	17 $\pm$ 13,22	16,00	-0,217	0,828
	Alaturka	17,89 $\pm$ 13,78	13,00		
Ev dışında dışkılama alışkanlıkları değişim durumu	Hayır	13,08 $\pm$ 11,86	12,00	-5,322	<0,001
	Evet	20,64 $\pm$ 13,48	19,00		

KCÖ'nün dışkı tıkanıklığı alt ölçeği puanı ile cinsiyet karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,001$). Kadın katılımcıların, dışkı tıkanıklığı alt ölçeği puanı erkek katılımcılardan yüksek saptanmıştır.

KCÖ'nün dışkı tıkanıklığı alt ölçeği puanı ile meslek grupları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,026$). Serbest meslek grubu katılımcıların dışkı tıkanıklığı alt ölçeği puanı meslek gruplarından düşük saptanmıştır.

Katılımcıların gelir durumunu incelediğimizde 0-3000 TL arasında gelire sahip olanların dışkı tıkanıklığı alt ölçeği puanı, diğer katılımcılardan anlamlı şekilde yüksek saptanmıştır ($p=0,044$).

Çalışmaya katılanların KCÖ'nün dışkı tıkanıklığı alt ölçeği puanı ile sigara kullanımı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,004$). Sigara

kullanmayan katılımcıların, dışkı tıkanıklığı alt ölçeği puanı kullanan katılımcılardan yüksek saptanmıştır. Alkol kullanımını incelediğimizde ise dışkı tıkanıklığı alt ölçeği puanı açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

KCÖ'nün dışkı tıkanıklığı alt ölçeği puanı ile günlük sıvı tüketimi karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,001$). Günlük 2 litre altında sıvı tüketen katılımcıların, dışkı tıkanıklığı alt ölçeği puanı diğer katılımcılardan yüksek saptanmıştır.

KCÖ'nün dışkı tıkanıklığı alt ölçeği puanı ile probiyotik tüketim sıklığı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($p=0,008$). Her gün probiyotik tüketen katılımcıların, ölçek puanı diğer gruplardan yüksek saptanmıştır.

Katılımcıların düşük kalorili diyet yapma durumları incelendiğinde, diyet yapan kişilerin dışkı tıkanıklığı alt ölçeği puanı yapmayanlara göre anlamlı şekilde yüksek saptanmıştır ($p=0,001$). Düşük kalorili diyet yaptıklarında kabızlık yakınması olan katılımcıların da dışkı tıkanıklığı alt ölçeği puanı diğer katılımcılardan anlamlı şekilde yüksek saptanmıştır ($p<0,001$).

Dışkı tıkanıklığı alt ölçeği puanı ile kronik hastalık durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0,001$). Kronik hastalığı olan katılımcıların, dışkı tıkanıklığı alt ölçeği puanı olmayan katılımcılardan yüksek saptanmıştır.

Dışkı tıkanıklığı alt ölçeği puanı ile devamlı ilaç kullanım durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,001$). Devamlı ilaç kullanımı olan katılımcıların, dışkı tıkanıklığı alt ölçeği puanı olmayan katılımcılardan yüksek saptanmıştır.

Katılımcıların psikiyatrik hastalık varlığı sorgulandığında, psikiyatrik hastalığı bulunan katılımcıların dışkı tıkanıklığı alt ölçeği puanı bulunmayan katılımcılara göre anlamlı şekilde yüksek saptanmıştır ($p=0,016$).

Gebelik sırasında kabızlık yaşama durumuna göre dışkı tıkanıklığı alt ölçeği puanını incelediğimizde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,001$). Gebelikte kabızlık yaşayan kadınların dışkı tıkanıklığı alt ölçeği puanı yaşamayan kadınlara göre yüksek saptanmıştır.

Dışkı tıkanıklığı alt ölçeği puanı ile ev dışında dışkılama alışkanlıklarının değişme durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,001$). Ev dışında dışkılama alışkanlıklarında değişiklik olan katılımcıların ölçek puanı, olmayan katılımcılardan yüksek saptanmıştır (Tablo 25).

Tablo 25. Katılımcıların KCÖ'nün dışkı tıkanıklığı alt ölçek puanları ile bağımsız değişkenlerinin karşılaştırılması

		Ortalama ± ss	Medyan	z/x²	p
Yaş	18-29 yaş	7,8±6,86	8,00	6,519	0,164
	30-39 yaş	10±6,51	9,00		
	40-49 yaş	9,69±8,73	10,00		
	50-59 yaş	9,35±6,68	10,00		
	60-65 yaş	10,35±7	10,00		
Cinsiyet	Kadın	10,92±7,63	10,00	-4,241	<0,001
	Erkek	7,29±6,23	8,00		
BKİ	<18,5	17,5±3,73	17,00	6,519	0,164
	18,5-24,9	9,14±7,4	8,00		
	25-29,9	8,18±6,46	9,00		
	30-39,9	10,35±7,77	11,00		
	≥40	7,6±7,24	8,00		
Medeni durum	Evli	9,04±7,04	9,00	-0,113	0,910
	Bekar	9,29±7,48	10,00		
Meslek	Öğrenci	9,37±7,39	8,50	12,705	0,026
	Ev hanımı/çalışmıyor	10,98±7,58	10,00		
	Memur	8,96±7,14	9,00		
	İşçi	7,46±6,24	8,00		
	Emekli	9,98±7,04	10,00		
	Serbest meslek	6,9±7,39	5,00		
Eğitim durumu	Okuryazar değil	12,1±7,22	10,50	5,219	0,266
	İlkokul	8,16±6,85	10,00		
	Ortaokul	9,62±6,48	10,00		
	Lise	8,49±7,49	7,50		
	Üniversite	9,49±7,23	10,00		
Aylık gelir düzeyi	0-3000 TL	10,65±7,49	10,00	6,254	0,044
	3001-9000 TL	8,6±7,22	8,00		
	9001 TL ve üstü	8,03±6,27	8,00		
Yaşam şekli	Yalnız	9,22±7,23	10,00	3,519	0,318
	Ev arkadaşı	11±7,44	10,00		
	Çekirdek aile	8,78±7,26	9,00		
	Geniş aile	10,24±6,53	10,00		
Sigara kullanımı	Hayır	9,9±7,26	10,00	-2,853	0,004
	Evet	7,63±6,86	7,00		
Alkol kullanımı	Hayır	9,35±7,38	9,00	-0,450	0,653
	Evet	8,64±6,77	10,00		

Tablo 25 (Devam). Katılımcıların KCÖ'nün dışkı tıkanıklığı alt ölçek puanları ile bağımsız değişkenlerinin karşılaştırılması

		Ortalama ± ss	Medyan	z/x²	p
Fiziksel aktivite	Hayır yapmıyorum	10,03±7,33	10,00	4,955	0,084
	Haftada 1-2 kez	8,66±6,57	10,00		
	Haftada 3'ten fazla	7,84±7,66	6,00		
Sıvı tüketimi	2 litre altında	11,11±6,97	11,00	-3,623	<0,001
	2 litre üzerinde	8,22±7,14	8,00		
Ana öğün sayısı	1 öğün	13,23±7,81	15,00	8,374	0,079
	2 öğün	9,48±7,34	10,00		
	3 öğün	8,74±6,99	9,00		
	4 öğün	7±5,85	5,00		
	5 öğün	1,67±2,89	0,00		
Ara öğün tüketimi	Hayır	8,88±7,27	10,00	-0,412	0,681
	Evet	9,3±7,16	9,00		
Ağırlıklı tüketilen besin grubu	Süt ve ürünleri	8,11±8,26	7,00	8,994	0,061
	Et, yumurta, kuru baklagiller, yağlı tohumlar	8,8±6,58	10,00		
	Ekmek ve tahıllar	10,75±6,06	11,00		
	Sebze ve meyve	11,18±8,17	10,00		
	Hepsi	8,43±7,35	8,00		
Hazır gıda tüketim sıklığı	Hiç	9,58±7,85	10,00	1,883	0,597
	Ayda 1-2 kez	8,58±6,88	9,00		
	Haftada 1 kez	9,16±6,8	10,00		
	Haftada 3 ve daha fazla	10,5±7,37	9,00		
Probiyotik tüketimi	Hayır	8,36±6,33	9,00	-1,396	0,163
	Evet	9,48±7,54	10,00		
Probiyotik tüketim sıklığı	Her gün	11,53±8,34	12,00	9,751	0,008
	Haftada 3 kez	8,87±6,76	10,00		
	Haftada 1 veya daha az	7,03±7,03	5,00		
Düşük kalorili diyet yapma durumu	Hayır	8,18±6,88	8,00	-3,333	0,001
	Evet	11,04±7,47	11,00		
Diyette kabızlık	Hayır	8,05±6,4	9,00	-4,538	<0,001
	Evet	14,28±7,1	15,50		
Kronik hastalık	Hayır	7,54±6,64	7,00	-4,794	<0,001
	Evet	11,36±7,38	11,00		

Tablo 25 (Devam). Katılımcıların KCÖ'nün dışkı tıkanıklığı alt ölçek puanları ile bağımsız değişkenlerinin karşılaştırılması

		Ortalama ± ss	Medyan	z/x²	p
Devamlı ilaç kullanımı	Hayır	7,6±6,76	7,50	-4,467	<0,001
	Evet	11,15±7,28	11,00		
Psikiyatrik hastalık	Hayır	8,87±7,25	9,00	-2,403	0,016
	Evet	11,77±6,16	11,00		
Gebelik öyküsü	Hayır	11,95±7,61	12,00	-1,734	0,083
	Evet	9,93±7,56	9,00		
Gebelikte kabızlık	Hayır	7,71±6,94	8,00	-3,687	<0,001
	Evet	14±7,03	15,00		
Tuvalet tipi	Klozet	9,15±7,22	10,00	-0,071	0,944
	Alaturka	9,07±7,17	6,00		
Ev dışında dışkılama alışkanlıkları değişim durumu	Hayır	7,26±6,81	6,00	-4,440	<0,001
	Evet	10,78±7,14	10,00		

KCÖ'nün kalın bağırsak tembelliği alt ölçeği puanı ile cinsiyet karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,001$). Kadın katılımcıların, kalın bağırsak tembelliği alt ölçeği puanı erkek katılımcılardan yüksek saptanmıştır.

Kalın bağırsak tembelliği alt ölçeği puanı ile meslek karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,026$). Meslek grubu işçi olan katılımcıların kalın bağırsak tembelliği alt ölçeği puanı diğer meslek gruplarından düşük saptanmıştır.

Katılımcıların eğitim durumunu incelediğimizde lise mezunu katılımcıların kalın bağırsak tembelliği alt ölçeği puanı diğer eğitim gruplarından anlamlı olarak düşük saptanmıştır ($p=0,048$).

Gelir durumunu incelediğimizde 0-3000 TL gelire sahip katılımcıların, kalın bağırsak tembelliği alt ölçeği puanı diğer gelir gruplarından anlamlı olarak yüksek saptanmıştır ($p=0,040$).

Kalın bağırsak tembelliği alt ölçeği puanı ile sigara kullanımı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,001$). Sigara kullanmayan katılımcıların, ölçek puanı kullanan katılımcılardan yüksek saptanmıştır.

Kalın bağırsak tembelliği alt ölçeği puanı ile fiziksel aktivite karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,014$). Fiziksel aktivite yapmayan katılımcıların, ölçek puanı diğer katılımcılardan yüksek saptanmıştır.

Kalın bağırsak tembelliği alt ölçeği puanını katılımcıların günlük sıvı tüketim miktarlarına göre incelediğimizde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$). 2 litre altında sıvı tüketen katılımcıların, ölçek puanı diğer katılımcılardan yüksek saptanmıştır.

Çalışmaya katılanların beslenme alışkanlıklarını incelediğimizde ana öğün sayısı ile kalın bağırsak tembelliği alt ölçeği puanı arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ($p=0,003$). Günde 1 ana öğün tüketen katılımcıların ölçek puanı diğer katılımcılardan yüksek saptanmıştır. Ağırlıklı tükettikleri besin grubunu incelediğimizde ise hepsi seçeneğini işaretleyen katılımcıların, kalın bağırsak tembelliği alt ölçeği puanı diğer katılımcılardan anlamlı şekilde düşük saptanmıştır ($p=0,010$).

Kalın bağırsak tembelliği alt ölçeği puanı ile düşük kalorili diyet yapma durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$). Diyet yapan katılımcıların, kalın bağırsak tembelliği alt ölçeği puanı yapmayan katılımcılardan yüksek saptanmıştır. Diyet yaptıkları sırada kabızlık yaşayan katılımcıların da kalın bağırsak tembelliği alt ölçeği puanı yaşamayanlara göre anlamlı şekilde yüksek saptanmıştır ($p<0,001$).

Kronik hastalık varlığını sorguladığımızda, kronik hastalığı bulunan katılımcıların kalın bağırsak tembelliği alt ölçeği puanı bulunmayan katılımcılara göre anlamlı şekilde yüksek saptanmıştır ($p=0,005$).

Devamlı ilaç kullanımını sorguladığımızda, ilaç kullanan katılımcıların kalın bağırsak tembelliği alt ölçeği puanı kullanmayan katılımcılardan anlamlı şekilde yüksek saptanmıştır ($p=0,003$).

Kalın bağırsak tembelliği alt ölçeği puanı ile psikiyatrik hastalık durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($p=0,023$). Psikiyatrik hastalığı bulunan katılımcıların, ölçek puanı diğer katılımcılardan yüksek saptanmıştır.

Kalın bağırsak tembelliği alt ölçeği puanı ile gebelikte kabızlık yaşama durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,001$). Gebelikte kabızlık yaşayan katılımcıların, ölçek puanı yaşamayan katılımcılardan yüksek saptanmıştır.

Kalın bağırsak tembelliği alt ölçeği puanı ile ev dışında dışkılama alışkanlıklarını değişme durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,001$). Ev dışında dışkılama alışkanlıklarında değişiklik olan katılımcıların, kalın bağırsak tembelliği alt ölçeği puanı olmayan katılımcılardan yüksek saptanmıştır (Tablo 26).

Tablo 26. Katılımcıların KCÖ'nün kalın bağırsak tembelliği alt ölçek puanları ile bağımsız değişkenlerinin karşılaştırılması

		Ortalama ± ss	Medyan	z/x²	p
Yaş	18-29 yaş	6,24±5,88	5,00	1,279	0,865
	30-39 yaş	6,86±5,32	7,00		
	40-49 yaş	6,55±5,76	6,00		
	50-59 yaş	6,16±5,45	5,00		
	60-65 yaş	6,1±5,92	3,00		
Cinsiyet	Kadın	8,1±6,14	8,00	-5,235	<0,001
	Erkek	4,61±4,44	4,00		
BKİ	<18,5	5,67±4,97	5,00	1,279	0,865
	18,5-24,9	6,83±6	5,50		
	25-29,9	5,9±5,24	5,00		
	30-39,9	6,41±5,69	6,00		
	≥40	6,6±5,99	6,00		
Medeni durum	Evli	6,1±5,55	5,00	-1,123	0,261
	Bekar	6,86±5,78	6,00		
Meslek	Öğrenci	7,32±6,05	6,00	12,735	0,026
	Ev hanımı/çalışmıyor	7,88±6,03	8,00		
	Memur	5,49±5,24	4,00		
	İşçi	4,73±4,56	4,00		
	Emekli	6,6±5,78	6,00		
	Serbest meslek	6,42±5,98	4,00		
Eğitim durumu	Okuryazar değil	7,75±4,92	6,50	9,594	0,048
	İlkokul	6,37±5,34	7,00		
	Ortaokul	6,9±5,75	6,00		
	Lise	5,43±5,85	4,00		
	Üniversite	6,91±5,61	5,00		
Aylık gelir düzeyi	0-3000TL	7,47±5,64	7,00	6,424	0,040
	3001-9000TL	6,1±5,87	5,00		
	9001TL ve üstü	5,34±4,77	4,00		
Yaşam şekli	Yalnız	6,81±5,33	7,00	6,860	0,076
	Ev arkadaşı	8,08±4,83	7,00		
	Çekirdek aile	6±5,71	4,50		
	Geniş aile	7,48±5,91	8,00		
Sigara kullanımı	Hayır	7,25±5,88	6,00	-4,082	<0,001
	Evet	4,69±4,72	4,00		
Alkol kullanımı	Hayır	6,35±5,51	5,00	-0,210	0,833
	Evet	6,47±5,96	5,00		

Tablo 26 (Devam). Katılımcıların KCÖ'nün kalın bağırsak tembelliği alt ölçek puanları ile bağımsız değişkenlerinin karşılaştırılması

		Ortalama ± ss	Medyan	z/x²	p
Fiziksel aktivite	Hayır yapmıyorum	7,17±5,89	6,00	8,511	0,014
	Haftada 1-2 kez	6,16±5,24	5,00		
	Haftada 3'ten fazla	4,94±5,46	3,00		
Sıvı tüketimi	2 litre altında	8,12±6,42	8,00	-3,245	0,001
	2 litre üzerinde	5,59±5,07	5,00		
Ana öğün sayısı	1 öğün	13,08±6,13	16,00	16,353	0,003
	2 öğün	6,54±5,8	5,00		
	3 öğün	5,81±5,16	5,00		
	4 öğün	5,44±4,9	3,00		
	5 öğün	2,67±4,62	0,00		
Ara öğün tüketimi	Hayır	6,41±5,66	5,00	-0,140	0,888
	Evet	6,38±5,65	5,00		
Ağırlıklı tüketilen besin grubu	Süt ve ürünleri	7,47±6,41	6,00	13,257	0,010
	Et, yumurta, kuru baklagiller, yağlı tohumlar	6,22±5,12	5,00		
	Ekmek ve tahıllar	8,06±5,2	8,00		
	Sebze ve meyve	7,5±6,74	6,00		
	Hepsi	5,54±5,52	4,00		
Hazır gıda tüketim sıklığı	Hiç	6,6±5,55	5,00	3,496	0,321
	Ayda 1-2 kez	6,43±5,91	5,00		
	Haftada 1 kez	6,64±5,61	5,00		
	Haftada 3 ve daha fazla	3,89±3,92	3,00		
Probiyotik tüketimi	Hayır	6,15±5,23	5,00	-0,231	0,818
	Evet	6,5±5,82	5,00		
Probiyotik tüketim sıklığı	Her gün	6,99±6,57	5,00	3,405	0,182
	Haftada 3 kez	6,62±5,26	6,00		
	Haftada 1 veya daha az	5,15±5,68	2,00		
Düşük kalorili diyet yapma durumu	Hayır	5,51±4,92	5,00	-3,304	0,001
	Evet	8,13±6,54	7,00		
Diyette kabızlık	Hayır	5,98±5,37	5,50	-3,561	<0,001
	Evet	10,57±6,82	11,50		
Kronik hastalık	Hayır	5,65±5,3	4,00	-2,819	0,005
	Evet	7,42±5,97	7,00		

Tablo 26 (Devam). Katılımcıların KCÖ'nün kalın bağırsak tembelliği alt ölçek puanları ile bağımsız değişkenlerinin karşılaştırılması

		Ortalama ± ss	Medyan	z/x²	p
Devamlı ilaç kullanımı	Hayır	5,52±5,11	4,00	-3,021	0,003
	Evet	7,53±6,11	7,00		
Psikiyatrik hastalık	Hayır	6,18±5,61	5,00	-2,276	0,023
	Evet	8,5±5,62	8,00		
Gebelik öyküsü	Hayır	8,98±6,59	8,00	-1,610	0,107
	Evet	7,26±5,59	6,00		
Gebelikte kabızlık	Hayır	5,29±4,58	4,00	-4,286	<0,001
	Evet	10,87±5,54	11,00		
Dışkılama sıklığı	Her gün	5,09±4,95	4,00	61,234	<0,001
	2 günde 1 kez	9,69±5,32	11,00		
	Haftada birkaç kez	14,33±5	15,00		
	Haftada 1 veya daha az	17,67±0,52	18,00		
Tuvalet tipi	Klozet	6,32±5,61	5,00	-0,628	0,530
	Alaturka	6,82±5,9	6,00		
Ev dışında dışkılama alışkanlıkları değişim durumu	Hayır	4,62±4,82	3,00	<0,001	<0,001
	Evet	7,94±5,87	8,00		

KCÖ'nün ağrı alt ölçeği puanı ile cinsiyet karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,002$). Kadın katılımcıların, ağrı alt ölçeği puanı erkek katılımcılardan yüksek saptanmıştır.

KCÖ'nün ağrı alt ölçeği puanı ile sigara kullanım durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,045$). Sigara kullanan katılımcıların, ağrı alt ölçeği puanı kullanmayanlardan katılımcılardan düşük saptanmıştır.

Katılımcıların alkol kullanım durumunu sorguladığımızda, alkol kullananların kullanmayanlara göre ağrı alt ölçeği puanı anlamlı şekilde düşük saptanmıştır ($p=0,010$).

Ağrı alt ölçeği puanı katılımcıların fiziksel aktivite durumlarına göre değerlendirildiğinde, katılımcıların fiziksel aktivite miktarı arttıkça ölçek puanının anlamlı şekilde azaldığı saptanmıştır ($p=0,048$).

Ağrı alt ölçeği puanı katılımcıların sıvı tüketim durumlarına göre değerlendirildiğinde, günlük 2 litre altında tüketen katılımcıların ağrı alt ölçeği puanı diğer katılımcılardan anlamlı şekilde yüksek saptanmıştır ($p=0,005$).

Çalışmaya katılanların beslenme alışkanlıklarını incelediğimizde ana öğün sayısı ile ağrı alt ölçeği puanı arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ($p=0,036$). Ana öğün olarak 4 öğün tüketen katılımcıların, ağrı alt ölçeği puanı diğer katılımcılardan yüksek saptanmıştır. Ağırlıklı tükettikleri besin grubunu incelediğimizde ise hepsi yanıtını veren katılımcıların, ağrı alt ölçeği puanı ekmek ve tahıllar yanıtını veren katılımcılardan anlamlı şekilde düşük saptanmıştır ($p=0,007$).

Ağrı alt ölçeği puanı ile düşük kalorili diyet yapma durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,016$). Diyet yapmayan katılımcıların, ağrı alt ölçeği puanı yapan katılımcılardan düşük saptanmıştır. Diyet yaptıkları sırada kabızlık yakınması olan katılımcılarında ağrı alt ölçeği puanı, olmayanlara göre anlamlı şekilde yüksek saptanmıştır ($p=0,002$).

Kronik hastalık durumunu incelediğimizde, kronik hastalığı bulunan katılımcıların ağrı alt ölçeği puanı bulunmayanlara göre anlamlı şekilde yüksek saptanmıştır ($p<0,001$).

Devamlı ilaç kullanma durumunu incelediğimizde, devamlı ilaç kullanımı olan katılımcıların ağrı alt ölçeği puanı olmayanlardan anlamlı şekilde yüksek saptanmıştır ($p<0,001$).

Ağrı alt ölçeği puanı ile gebelikte kabızlık yaşama durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,001$). Gebelikte kabızlık yaşayan katılımcıların, ağrı alt ölçeği puanı yaşamayan katılımcılardan yüksek saptanmıştır.

Katılımcıların kullandıkları tuvalet tipi ile ağrı alt ölçeği puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Ağrı alt ölçeği puanı ile ev dışında dışkılama alışkanlıklarını değişme durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($p=0,004$). Değişiklik yaşamayan katılımcıların, ölçek puanı yaşayan katılımcılardan düşük saptanmıştır (Tablo 27).

Tablo 27. Katılımcıların KCÖ'nün kalın ağrı alt ölçek puanları ile bağımsız değişkenlerinin karşılaştırılması

		Ortalama $\pm$ ss	Medyan	z/x^2	p
Yaş	18-29 yaş	1,39 $\pm$ 2,97	0,00	4,499	0,343
	30-39 yaş	1,25 $\pm$ 1,88	0,00		
	40-49 yaş	2,08 $\pm$ 3,18	0,00		
	50-59 yaş	1,73 $\pm$ 2,62	0,00		
	60-65 yaş	1,68 $\pm$ 2,69	0,00		

Tablo 27 (Devam). Katılımcıların KCÖ'nün kalın ağrı alt ölçek puanları ile bağımsız değişkenlerinin karşılaştırılması

		Ortalama ± ss	Medyan	z/x²	p
Cinsiyet	Kadın	1,95±2,83	0,00	-3,042	0,002
	Erkek	1,21±2,6	0,00		
BKİ	<18,5	0,33±0,82	0,00	3,617	0,460
	18,5-24,9	1,7±3,1	0,00		
	25-29,9	1,35±2,18	0,00		
	30-39,9	1,94±3,07	0,00		
	≥40	1,5±1,84	0,50		
Medeni durum	Evli	1,65±2,65	0,00	-1,133	0,257
	Bekar	1,49±2,88	0,00		
Meslek	Öğrenci	1,76±3,77	0,00	9,014	0,109
	Ev hanımı/ çalışmıyor	1,93±2,61	0,00		
	Memur	1,53±2,71	0,00		
	İşçi	1,34±2,53	0,00		
	Emekli	1,91±2,78	0,00		
	Serbest meslek	0,68±1,85	0,00		
Eğitim durumu	Okuryazar değil	3±2,96	3,50	7,911	0,095
	İlkokul	1,55±2,63	0,00		
	Ortaokul	1,74±2,34	0,00		
	Lise	1,54±3,13	0,00		
	Üniversite	1,35±2,42	0,00		
Aylık gelir düzeyi	0-3000 TL	1,61±2,91	0,00	0,132	0,936
	3001-9000 TL	1,63±2,72	0,00		
	9001 TL ve üstü	1,43±2,53	0,00		
Yaşam şekli	Yalnız	0,86±1,64	0,00	4,586	0,205
	Ev arkadaşı	1,33±1,97	0,00		
	Çekirdek aile	1,5±2,55	0,00		
	Geniş aile	3,21±4,5	0,00		
Sigara kullanımı	Hayır	1,73±2,72	0,00	-2,006	0,045
	Evet	1,3±2,76	0,00		
Alkol kullanımı	Hayır	1,76±2,68	0,00	-2,583	0,010
	Evet	1,2±2,84	0,00		
Fiziksel aktivite	Hayır, yapmıyorum	1,72±2,68	0,00	6,077	0,048
	Haftada 1-2 kez	1,66±2,6	0,00		
	Haftada 3'ten fazla	1,16±3,08	0,00		

Tablo 27 (Devam). Katılımcıların KCÖ'nün kalın ağırlık alt ölçek puanları ile bağımsız değişkenlerinin karşılaştırılması

		Ortalama ± ss	Medyan	z/x²	p
Sıvı tüketimi	2 litre altında	2,06±2,68	0,00	-2,784	0,005
	2 litre üzerinde	1,37±2,74	0,00		
Ana öğün sayısı	1 öğün	2,31±2,75	2,00	10,298	0,036
	2 öğün	1,42±2,69	0,00		
	3 öğün	1,58±2,68	0,00		
	4 öğün	3,89±3,98	1,00		
	5 öğün	0,00	0,00		
Ara öğün tüketimi	Hayır	1,57±2,76	0,00	-1,474	0,140
	Evet	1,6±2,73	0,00		
Ağırlıklı tüketilen besin grubu	Süt ve ürünleri	1,42±2,55	0,00	14,258	0,007
	Et, yumurta, kuru baklagiller, yağlı tohumlar	1,98±2,67	0,00		
	Ekmek ve tahıllar	2,03±2,61	1,00		
	Sebze ve meyve	2,71±4,27	0,00		
	Hepsi	1,18±2,45	0,00		
Hazır gıda tüketim sıklığı	Hiç	2,18±3,36	0,00	2,978	0,226
	Ayda 1-2 kez	1,23±2,46	0,00		
	Haftada 1 kez	1,27±2,18	0,00		
	Haftada 3 ve daha fazla	2,06±2,29	2,00		
Probiyotik tüketimi	Hayır	1,12±1,99	0,00	-1,351	0,177
	Evet	1,79±2,99	0,00		
Probiyotik tüketim sıklığı	Her gün	2,32±3,36	0,00	2,908	0,234
	Haftada 3 kez	1,58±2,89	0,00		
	Haftada 1 veya daha az	1,33±2,32	0,00		
Düşük kalorili diyet yapma durumu	Hayır	1,35±2,5	0,00	-2,398	0,016
	Evet	2,06±3,12	0,00		
Diyette kabızlık	Hayır	1,29±2,34	0,00	-3,057	0,002
	Evet	3±3,6	2,00		
Kronik hastalık	Hayır	1,16±2,55	0,00	-4,219	<0,001
	Evet	2,18±2,88	1,00		
Devamlı ilaç kullanımı	Hayır	1,12±2,51	0,00	-4,312	<0,001
	Evet	2,2±2,91	0,50		

Tablo 27 (Devam). Katılımcıların KCÖ'nün kalın ağırlık alt ölçek puanları ile bağımsız değişkenlerinin karşılaştırılması

		Ortalama ± ss	Medyan	z/x ²	p
Psikiyatrik hastalık	Hayır	1,53±2,73	0,00	-1,118	0,263
	Evet	2,13±2,8	0,00		
Gebelik öyküsü	Hayır	1,72±2,94	0,00	-1,598	0,110
	Evet	2,18±2,72	1,00		
Gebelikte kabızlık	Hayır	1,27±2,13	0,00	-4,296	<0,001
	Evet	3,83±2,94	4,00		
Tuvalet tipi	Klozet	1,52±2,71	0,00	-0,667	0,498
	Alaturka	2±2,94	0,00		
Ev dışında dışkılama alışkanlıkları değişim durumu	Hayır	1,2±2,59	0,00	-2,884	0,004
	Evet	1,93±2,83	0,00		

Katılımcıların yaş gruplarını incelediğimizde KYKÖ puanı açısından yaş grupları arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Katılımcıların KYKÖ puanı ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0,001$). Kadın katılımcıların, KYKÖ puanı erkek katılımcılardan yüksek saptanmıştır.

BKİ ile KYKÖ puanı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Katılımcıların KYKÖ puanı ile medeni durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,026$). Bekar katılımcıların, KYKÖ puanı evli katılımcılardan yüksek saptanmıştır.

Gelir durumunu incelediğimizde 0-3000TL arasında geliri olan katılımcıların, KYKÖ puanı diğer gelir düzeylerine göre anlamlı şekilde yüksek saptanmıştır ($p=0,017$).

Sigara kullanım durumunu sorguladığımızda KYKÖ puanında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,008$). Sigara kullanmayan katılımcıların KYKÖ puanı, kullananlara göre yüksek bulunmuştur.

KYKÖ puanı ile günlük sıvı tüketimi karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,031$). Sıvı tüketimi 2 litre altında olan katılımcıların, KYKÖ diğer katılımcılardan yüksek saptanmıştır.

KYKÖ puanı ile tüketilen ana öğün sayısı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,002$). Ana öğün olarak 1 öğün tüketen katılımcıların, KYKÖ puanı diğer katılımcılardan yüksek saptanmıştır.

Katılımcıların probiyotik tüketimini sorguladığımızda, probiyotik tüketenlerin KYKÖ puanı tüketmeyenlere göre anlamlı şekilde yüksek saptanmıştır ($p<0,001$). Probiyotik tüketim sıklıklarının incelediğimizde ise tüketim sıklığı arttıkça KYKÖ puanı arttığı gözlenmiştir ancak gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,054$).

Çalışmaya katılanların düşük kalorili diyet yapma durumuna göre KYKÖ puanlarına incelediğimizde, diyet yapan katılımcıların KYKÖ puanı, yapmayanlara göre anlamlı şekilde yüksek saptanmıştır ($p<0,001$). Diyet yaptıkları sırada kabızlık yaşayan katılımcıların da KYKÖ puanı, yaşamayan katılımcılardan anlamlı şekilde yüksek saptanmıştır ($p<0,001$).

KYKÖ puanı ile kronik hastalık varlığı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,001$). Kronik hastalığı olmayan katılımcıların, KYKÖ puanı diğer katılımcılardan düşük saptanmıştır.

KYKÖ puanı ile devamlı ilaç kullanma karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,001$). Devamlı ilaç kullanmayan katılımcıların, KYKÖ puanı kullananlardan düşük saptanmıştır.

Kadın katılımcıların gebelikleri sırasında kabızlık şikayeti yaşayıp yaşamadıkları sorulduğunda, yaşadıklarını belirten katılımcıların KYKÖ puanı, yaşamadıklarını belirtenlere göre anlamlı şekilde yüksek saptanmıştır ($p=0,001$).

KYKÖ puanı ile ev dışında dışkılama alışkanlıklarında değişim durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,001$). Değişiklik yaşamayan katılımcıların, KYKÖ puanı yaşayan katılımcılardan düşük saptanmıştır (Tablo 28).

Tablo 28. Katılımcıların KYKÖ toplam puanı ile bağımsız değişkenlerinin karşılaştırılması

		Ortalama $\pm$ ss	Medyan	z/x^2	p
Yaş	18-29 yaş	54,33 $\pm$ 18,54	48,50	3,648	0,465
	30-39 yaş	57,17 $\pm$ 19,25	47,00		
	40-49 yaş	59,09 $\pm$ 19,03	54,00		
	50-59 yaş	54,97 $\pm$ 14,48	49,50		
	60-65 yaş	53,13 $\pm$ 11,51	49,00		
Cinsiyet	Kadın	60,15 $\pm$ 19,32	51,50	-4,201	<0,001
	Erkek	51,37 $\pm$ 14,23	47,00		

Tablo 28 (Devam). Katılımcıların KYKÖ toplam puanı ile bağımsız değişkenlerinin karşılaştırılması

		Ortalama $\pm$ ss	Medyan	z/x²	p
BKİ	<18,5	61,67 $\pm$ 19,09	60,00	3,648	0,456
	18,5-24,9	57,27 $\pm$ 18,34	50,00		
	25-29,9	52,54 $\pm$ 16,02	47,00		
	30-39,9	58,6 $\pm$ 17,16	52,00		
	$\geq$ 40	54,4 $\pm$ 22,45	47,50		
Medeni durum	Evli	54,43 $\pm$ 16,97	47,50	-2,233	0,026
	Bekar	58,08 $\pm$ 18,27	51,00		
Meslek	Öğrenci	56,89 $\pm$ 18,13	52,00	9,475	0,092
	Ev hanımı/çalışmıyor	59,22 $\pm$ 19,61	50,00		
	Memur	58,13 $\pm$ 18,65	51,00		
	İşçi	53,23 $\pm$ 17,76	46,50		
	Emekli	53,61 $\pm$ 12,47	48,50		
	Serbest meslek	50,45 $\pm$ 12,16	48,00		
Eğitim durumu	Okuryazar değil	59,05 $\pm$ 14,99	52,50	6,669	0,154
	İlkokul	54,45 $\pm$ 15,64	49,00		
	Ortaokul	55,49 $\pm$ 13,26	50,00		
	Lise	54,67 $\pm$ 19,29	47,00		
	Üniversite	57,07 $\pm$ 18,4	50,00		
Aylık gelir düzeyi	0-3000 TL	58,64 $\pm$ 17,95	51,00	8,117	0,017
	3001-9000 TL	54,48 $\pm$ 17,27	48,00		
	9001 TL ve üstü	54,75 $\pm$ 17,33	47,00		
Yaşam şekli	Yalnız	58 $\pm$ 18,41	51,00	4,785	0,188
	Ev arkadaşı	58,88 $\pm$ 15,21	54,50		
	Çekirdek aile	55,12 $\pm$ 17,6	48,00		
	Geniş aile	56,12 $\pm$ 18,01	47,00		
Sigara kullanımı	Hayır	57,73 $\pm$ 18,69	50,00	-2,667	0,008
	Evet	52,01 $\pm$ 14,31	48,00		
Alkol kullanımı	Hayır	55,98 $\pm$ 17,63	49,00	-0,025	0,980
	Evet	55,47 $\pm$ 17,42	50,00		
Fiziksel aktivite	Hayır yapmıyorum	56,79 $\pm$ 18,02	50,00	1,115	0,573
	Haftada 1-2 kez	54,86 $\pm$ 16,13	48,50		
	Haftada 3'ten fazla	55,13 $\pm$ 18,69	49,00		
Sıvı tüketimi	2 litre altında	59,03 $\pm$ 19,3	52,00	-2,157	0,031
	2 litre üzerinde	54,35 $\pm$ 16,51	48,00		

Tablo 28 (Devam). Katılımcıların KYKÖ toplam puanı ile bağımsız değişkenlerinin karşılaştırılması

		Ortalama $\pm$ ss	Medyan	z/x²	p
Ana öğün sayısı	1 öğün	75,77 $\pm$ 16,08	84,00	17,551	0,002
	2 öğün	54,44 $\pm$ 16,79	49,00		
	3 öğün	55,59 $\pm$ 17,23	49,00		
	4 öğün	57,67 $\pm$ 23,36	46,00		
	5 öğün	43,67 $\pm$ 1,15	43,00		
Ara öğün tüketimi	Hayır	55,54 $\pm$ 16,95	49,00	-0,269	0,788
	Evet	56,01 $\pm$ 17,95	49,00		
Ağırlıklı tüketilen besin grubu	Süt ve ürünleri	58,95 $\pm$ 20,85	50,00	4,924	0,295
	Et, yumurta, kuru baklagiller, yağlı tohumlar	57,95 $\pm$ 19,74	54,00		
	Ekmek ve tahıllar	56,05 $\pm$ 14,14	54,00		
	Sebze ve meyve	57,56 $\pm$ 21,74	48,00		
	Hepsi	54,66 $\pm$ 17,11	48,00		
Hazır gıda tüketim sıklığı	Hiç	56,36 $\pm$ 16,89	49,00	1,119	0,772
	Ayda 1-2 kez	55,67 $\pm$ 17,88	49,00		
	Haftada 1 kez	56,25 $\pm$ 18,7	49,00		
	Haftada 3 ve daha fazla	52,11 $\pm$ 14,18	49,00		
Probiyotik tüketimi	Hayır	50,32 $\pm$ 13,92	46,50	-3,739	<0,001
	Evet	58,25 $\pm$ 18,43	50,00		
Probiyotik tüketim sıklığı	Her gün	63,8 $\pm$ 21,45	51,00	5,838	0,054
	Haftada 3 kez	55,64 $\pm$ 16,1	50,00		
	Haftada 1 veya daha az	54,31 $\pm$ 15,5	50,00		
Düşük kalorili diyet yapma durumu	Hayır	53,97 $\pm$ 15,69	49,00	-2,019	0,043
	Evet	59,48 $\pm$ 20,3	51,00		
Diyette kabızlık	Hayır	51,48 $\pm$ 14,68	47,00	-4,278	<0,001
	Evet	68,46 $\pm$ 21,62	66,50		
Kronik hastalık	Hayır	52,94 $\pm$ 16,08	47,00	-3,734	<0,001
	Evet	59,82 $\pm$ 18,72	51,00		
Devamlı ilaç kullanımı	Hayır	52,38 $\pm$ 16	47,00	-4,540	<0,001
	Evet	60,31 $\pm$ 18,48	51,00		
Psikiyatrik hastalık	Hayır	55,33 $\pm$ 17,48	49,00	-1,774	0,076
	Evet	60,9 $\pm$ 17,72	59,00		
Gebelik öyküsü	Hayır	64,25 $\pm$ 22,1	58,00	-1,964	0,050
	Evet	56,25 $\pm$ 15,38	50,00		

Tablo 28 (Devam). Katılımcıların KYKÖ toplam puanı ile bağımsız değişkenlerinin karşılaştırılması

		Ortalama $\pm$ ss	Medyan	z/x ²	p
Gebelikte kabızlık	Hayır	51,78 $\pm$ 12,35	49,00	-3,346	0,001
	Evet	64,43 $\pm$ 17,15	63,50		
Tuvalet tipi	Klozet	56,25 $\pm$ 18,01	49,00	-1,234	0,217
	Alaturka	53,05 $\pm$ 13,94	47,00		
Ev dışında dışkılama alışkanlıkları değişim durumu	Hayır	51,25 $\pm$ 15,22	47,00	-4,983	<0,001
	Evet	59,84 $\pm$ 18,49	54,00		

KYKÖ'nün fiziksel rahatsızlık alt ölçeği puanı ile cinsiyet karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,001$). Kadın katılımcıların ölçek puanı, erkek katılımcılardan yüksek bulunmuştur.

KYKÖ'nün fiziksel rahatsızlık alt ölçeği puanı ile eğitim durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,032$). Okuryazar olmayan katılımcıların ölçek puanı diğer eğitim gruplarından yüksek bulunmuştur.

Çalışmaya katılanların gelir durumuna göre fiziksel rahatsızlık alt ölçeği puanlarını incelediğimizde aylık 0-3000 TL arasında geliri olan katılımcıların ölçek puanı diğer gelir gruplarına göre anlamlı şekilde yüksek saptanmıştır ($p=0,005$).

Katılımcıların yaşam şeklini sorguladığımızda çekirdek aile yapısında yaşayan katılımcıların fiziksel rahatsızlık alt ölçeği puanı diğer gruplardan anlamlı şekilde düşük saptanmıştır ($p=0,031$).

Günlük sıvı tüketim miktarını incelediğimizde fiziksel rahatsızlık alt ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,001$). 2 litre altında sıvı tüketen katılımcıların ölçek puanı, 2 litre üzerinde sıvı tüketenlerden yüksek saptanmıştır.

Katılımcıların ağırlıklı tükettikleri besin grubu sorgulandığında, ekmek ve tahıllar grubunu ağırlıklı tüketen katılımcıların fiziksel rahatsızlık alt ölçeği puanı diğer katılımcılardan anlamlı şekilde yüksek saptanmıştır ($p=0,023$).

Katılımcıların fiziksel rahatsızlık alt ölçeği puanını düşük kalorili diyet yapma durumuna göre incelediğimizde, diyet yapan katılımcıların ölçek puanı yapmayanlardan anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p=0,010$). Diyet sırasında kabızlık yakınması olan katılımcıların da fiziksel rahatsızlık alt ölçeği puanı yaşamayan katılımcılara göre anlamlı şekilde yüksek saptanmıştır ($p<0,001$).

Fiziksel rahatsızlık alt ölçeği puanı ile kronik hastalık durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,001$). Kronik hastalığı olan katılımcıların, ölçek puanı olmayan katılımcılardan yüksek saptanmıştır.

Fiziksel rahatsızlık alt ölçeği puanı ile devamlı ilaç kullanımı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,001$). Devamlı ilaç kullanımı olan katılımcıların, ölçek puanı olmayan katılımcılardan yüksek saptanmıştır.

Psikiyatrik hastalık varlığını sorguladığımızda, fiziksel rahatsızlık alt ölçeği puanlarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,013$). Psikiyatrik hastalığı olan katılımcıların, ölçek puanı olmayanlara göre yüksek bulunmuştur.

Gebelik öyküsü olan katılımcıların gebelikleri sırasında kabızlık yaşama durumları sorgulandığında yaşadıklarını belirtenlerin fiziksel rahatsızlık alt ölçeği puanı, diğer katılımcılardan anlamlı şekilde yüksek saptanmıştır ($p<0,001$).

Fiziksel rahatsızlık alt ölçeği puanı ile ev dışında dışkılama alışkanlıkları değişim durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,001$). Dışkılama alışkanlıklarında değişiklik yaşayanların ölçek puanı, yaşamayanlardan yüksek bulunmuştur (Tablo 29).

Tablo 29. Katılımcıların KYKÖ'nün fiziksel rahatsızlık alt ölçek puanları ile bağımsız değişkinlerinin karşılaştırılması

		Ortalama ± ss	Medyan	z/x²	p
Yaş	18-29 yaş	6,24±5,88	5,00	3,621	0,460
	30-39 yaş	6,86±5,32	7,00		
	40-49 yaş	6,55±5,76	6,00		
	50-59 yaş	6,16±5,45	5,00		
	60-65 yaş	6,1±5,92	3,00		
Cinsiyet	Kadın	8,1±6,14	8,00	-3,362	<0,001
	Erkek	4,61±4,44	4,00		
BKİ sınıf	<18,5	5,67±4,97	5,00	3,621	0,460
	18,5-24,9	6,83±6	5,50		
	25-29,9	5,9±5,24	5,00		
	30-39,9	6,41±5,69	6,00		
	≥40	6,6±5,99	6,00		
Medeni durum	Evli	6,1±5,55	5,00	-0,740	0,460
	Bekar	6,86±5,78	6,00		

Tablo 29 (Devam). Katılımcıların KYKÖ'nün fiziksel rahatsızlık alt ölçek puanları ile bağımsız değişkenlerinin karşılaştırılması

		Ortalama ± ss	Medyan	z/x²	p
Meslek	Öğrenci	7,32±6,05	6,00	9,877	0,079
	Ev hanımı/çalışmıyor	7,88±6,03	8,00		
	Memur	5,49±5,24	4,00		
	İşçi	4,73±4,56	4,00		
	Emekli	6,6±5,78	6,00		
	Serbest meslek	6,42±5,98	4,00		
Eğitim durumu	Okuryazar değil	7,75±4,92	6,50	10,572	0,032
	İlkokul	6,37±5,34	7,00		
	Ortaokul	6,9±5,75	6,00		
	Lise	5,43±5,85	4,00		
	Üniversite	6,91±5,61	5,00		
Aylık gelir düzeyi	0-3000 TL	7,47±5,64	7,00	10,662	0,005
	3001-9000 TL	6,1±5,87	5,00		
	9001 TL ve üstü	5,34±4,77	4,00		
Yaşam şekli	Yalnız	6,81±5,33	7,00	8,898	0,031
	Ev arkadaşı	8,08±4,83	7,00		
	Çekirdek aile	6±5,71	4,50		
	Geniş aile	7,48±5,91	8,00		
Sigara kullanımı	Hayır	7,25±5,88	6,00	-2,514	0,012
	Evet	4,69±4,72	4,00		
Alkol kullanımı	Hayır	6,35±5,51	5,00	-1,074	0,283
	Evet	6,47±5,96	5,00		
Fiziksel aktivite	Hayır yapmıyorum	7,17±5,89	6,00	3,296	0,192
	Haftada 1-2 kez	6,16±5,24	5,00		
	Haftada 3'ten fazla	4,94±5,46	3,00		
Sıvı tüketimi	2 litre altında	8,12±6,42	8,00	-4,017	<0,001
	2 litre üzerinde	5,59±5,07	5,00		
Ana öğün sayısı	1 öğün	13,08±6,13	16,00	15,459	0,004
	2 öğün	6,54±5,8	5,00		
	3 öğün	5,81±5,16	5,00		
	4 öğün	5,44±4,9	3,00		
	5 öğün	2,67±4,62	0,00		
Ara öğün tüketimi	Hayır	6,41±5,66	5,00	-0,483	0,629
	Evet	6,38±5,65	5,00		

Tablo 29 (Devam). Katılımcıların KYKÖ'nün fiziksel rahatsızlık alt ölçek puanları ile bağımsız değişkenlerinin karşılaştırılması

		Ortalama ± ss	Medyan	z/x²	p
Ağırlıklı tüketilen besin grubu	Süt ve ürünleri	7,47±6,41	6,00	11,292	0,023
	Et, yumurta, kuru baklagiller, yağlı tohumlar	6,22±5,12	5,00		
	Ekmek ve tahıllar	8,06±5,2	8,00		
	Sebze ve meyve	7,5±6,74	6,00		
	Hepsi	5,54±5,52	4,00		
Hazır gıda tüketim sıklığı	Hiç	6,6±5,55	5,00	1,732	0,630
	Ayda 1-2 kez	6,43±5,91	5,00		
	Haftada 1 kez	6,64±5,61	5,00		
	Haftada 3 ve daha fazla	3,89±3,92	3,00		
Probiyotik tüketimi	Hayır	6,15±5,23	5,00	-1,446	0,148
	Evet	6,5±5,82	5,00		
Probiyotik tüketim sıklığı	Her gün	6,99±6,57	5,00	3,286	0,193
	Haftada 3 kez	6,62±5,26	6,00		
	Haftada 1 veya daha az	5,15±5,68	2,00		
Düşük kalorili diyet yapma durumu	Hayır	5,51±4,92	5,00	-2,568	0,010
	Evet	8,13±6,54	7,00		
Diyette kabızlık	Hayır	5,98±5,37	5,50	-3,595	<0,001
	Evet	10,57±6,82	11,50		
Kronik hastalık	Hayır	5,65±5,3	4,00	-4,169	<0,001
	Evet	7,42±5,97	7,00		
Devamlı ilaç kullanımı	Hayır	5,52±5,11	4,00	-4,799	<0,001
	Evet	7,53±6,11	7,00		
Psikiyatrik hastalık	Hayır	6,18±5,61	5,00	-2,481	0,013
	Evet	8,5±5,62	8,00		
Gebelik öyküsü	Hayır	8,98±6,59	8,00	-1,535	0,125
	Evet	7,26±5,59	6,00		
Gebelikte kabızlık	Hayır	5,29±4,58	4,00	-4,123	<0,001
	Evet	10,87±5,54	11,00		
Tuvalet tipi	Klozet	6,32±5,61	5,00	-0,203	0,839
	Alaturka	6,82±5,9	6,00		
Ev dışında dışkılama alışkanlıkları değişim durumu	Hayır	4,62±4,82	3,00	-4,434	<0,001
	Evet	7,94±5,87	8,00		

KYKÖ'nün psikososyal rahatsızlık alt ölçeği puanı ile cinsiyet karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,001$). Kadın katılımcıların, ölçek puanı erkek katılımcılardan yüksek saptanmıştır.

KYKÖ'nün psikososyal rahatsızlık alt ölçeği puanı ile medeni durum karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,010$). Bekar katılımcıların ölçek puanı evli katılımcılardan yüksek saptanmıştır.

Çalışmaya katılanların sigara kullanım durumunu sorguladığımızda, sigara içen katılımcıların psikososyal rahatsızlık alt ölçeği puanı, içmeyenlerden anlamlı şekilde düşük saptanmıştır ($p=0,007$).

Katılımcıların günlük sıvı tüketimini incelediğimizde, günlük 2 litrenin altında sıvı tüketen katılımcıların psikososyal rahatsızlık alt ölçeği puanı, 2 litre üzerinde tüketen katılımcılardan anlamlı şekilde yüksek saptanmıştır ($p=0,025$).

Psikososyal rahatsızlık alt ölçeği puanı ile tüketilen ana öğün sayısı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,037$). Günde 1 ana öğün tüketen katılımcıların ölçek puanı diğer gruplardan yüksek bulunmuştur.

Psikososyal rahatsızlık alt ölçeği puanı ile probiyotik tüketim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($p=0,002$). Probiyotik tükettiğini belirten katılımcıların, ölçek puanı tüketmeyenlerden yüksek bulunmuştur. Probiyotik tüketim sıklıklarının incelediğimizde ise her gün probiyotik tüketen katılımcıların psikososyal rahatsızlık alt ölçeği puanı anlamlı şekilde diğer gruplara göre yüksek saptanmıştır ($p=0,025$).

Katılımcıların düşük kalorili diyet yapma durumları sorgulandığında, diyet yapan katılımcıların psikososyal rahatsızlık alt ölçeği puanı anlamlı şekilde yapmayanlardan yüksek bulunmuştur ($p=0,023$). Diyet yaptıklarında kabızlık yakınması olan katılımcıların da psikososyal rahatsızlık alt ölçeği puanı anlamlı şekilde olmayan katılımcılardan yüksek saptanmıştır ($p<0,001$).

Psikososyal rahatsızlık alt ölçeği puanı ile kronik hastalık durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,034$). Kronik hastalığı olan katılımcıların, ölçek puanı olmayan katılımcılardan yüksek saptanmıştır.

Psikososyal rahatsızlık alt ölçeği puanı ile devamlı ilaç kullanımı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,009$). Devamlı ilaç kullanımı olan katılımcıların, ölçek puanı olmayan katılımcılardan yüksek saptanmıştır.

Psikiyatrik hastalık varlığını incelediğimizde, psikiyatrik hastalığı bulunan katılımcıların psikososyal rahatsızlık alt ölçeği puanı yüksek saptansa da gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

Gebelikte kabızlık yaşama durumu ile psikososyal rahatsızlık alt ölçeği puanı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,006$). Gebelikte kabızlık yaşayanların, ölçek puanı yaşamayan katılımcılardan yüksek saptanmıştır.

Ev dışında dışkılama alışkanlıklarında değişim durumunu incelediğimizde, değişiklik yaşayan katılımcıların psikososyal rahatsızlık alt ölçeği puanı yaşamayanlardan anlamlı şekilde yüksek saptanmıştır ($p<0,001$) (Tablo30).

Tablo 30. Katılımcıların KYKÖ'nün psikososyal rahatsızlık alt ölçek puanları ile bağımsız değişkenlerinin karşılaştırılması

		Ortalama ± ss	Medyan	z/x²	p
Yaş	18-29 yaş	13,43±6,17	11,50	3,118	0,538
	30-39 yaş	13,94±7,16	11,00		
	40-49 yaş	14,69±7,25	13,00		
	50-59 yaş	12,57±5,26	12,00		
	60-65 yaş	12,84±4,78	12,00		
Cinsiyet	Kadın	14,72±7,02	12,00	-2,960	<0,001
	Erkek	12,34±5,28	11,00		
BKİ	<18,5	12,83±5,88	9,50	3,118	0,538
	18,5-24,9	14,22±6,49	12,00		
	25-29,9	12,47±6	11,00		
	30-39,9	14,32±6,32	13,00		
	≥40	13,1±7,59	8,50		
Medeni durum	Evli	13,04±6,45	11,00	-2,583	0,010
	Bekar	14,37±6,06	13,00		
Meslek	Öğrenci	14±6,33	12,00	6,399	0,269
	Ev hanımı/çalışmıyor	14,69±7,34	12,00		
	Memur	14,02±6,12	11,00		
	İşçi	12,88±6,57	10,00		
	Emekli	12,49±4,61	12,00		
	Serbest meslek	12,23±4,9	13,00		
Eğitim durumu	Okuryazar değil	15,25±6,64	13,50	4,686	0,321
	İlkokul	13,06±5,98	12,00		
	Ortaokul	13,31±5,97	12,00		
	Lise	13,3±6,72	11,00		
	Üniversite	13,8±6,21	12,00		

Tablo 30 (Devam). Katılımcıların KYKÖ'nün psikososyal rahatsızlık alt ölçek puanları ile bağımsız değişkenlerinin karşılaştırılması

		Ortalama ± ss	Medyan	z/x²	p
Aylık gelir düzeyi	0-3000 TL	14,64±6,86	13,00	5,833	0,054
	3001-9000 TL	12,98±6,04	11,00		
	9001 TL ve üstü	13,26±6,02	12,00		
Yaşam şekli	Yalnız	14,05±5,89	13,00	2,013	0,570
	Ev arkadaşı	12,25±5,29	10,50		
	Çekirdek aile	13,66±6,55	12,00		
	Geniş aile	13,21±6,04	12,00		
Sigara kullanımı	Hayır	14,19±6,61	12,00	-2,709	0,007
	Evet	12,3±5,56	10,00		
Alkol kullanımı	Hayır	13,48±6,48	11,00	-1,090	0,276
	Evet	13,73±6	12,00		
Fiziksel aktivite	Hayır yapmıyorum	13,37±6,41	11,00	1,160	0,560
	Haftada 1-2 kez	13,69±6,01	12,00		
	Haftada 3'ten fazla	13,76±6,71	12,00		
Sıvı tüketimi	2 litre altında	14,2±6,11	12,00	-2,247	0,025
	2 litre üzerinde	13,25±6,42	11,00		
Ana öğün sayısı	1 öğün	20±8,54	26,00	10,213	0,037
	2 öğün	12,99±5,8	12,00		
	3 öğün	13,6±6,36	11,50		
	4 öğün	14,33±6,82	13,00		
	5 öğün	8,33±0,58	8,00		
Ara öğün tüketimi	Hayır	13,29±6,32	11,00	-1,074	0,283
	Evet	13,73±6,35	12,00		
Ağırlıklı tüketilen besin grubu	Süt ve ürünleri	15,11±8,15	13,00	5,823	0,213
	Et, yumurta, kuru baklagiller, yağlı tohumlar	14,9±5,54	14,00		
	Ekmek ve tahıllar	12,52±4,9	11,00		
	Sebze ve meyve	13,5±7,74	9,00		
	Hepsi	13,45±6,48	11,00		
Hazır gıda tüketim sıklığı	Hiç	13,81±6,47	12,00	1,639	0,650
	Ayda 1-2 kez	13,44±6,19	11,00		
	Haftada 1 kez	13,71±6,51	12,00		
	Haftada 3 ve daha fazla	12,22±6,07	10,50		

Tablo 30 (Devam). Katılımcıların KYKÖ'nün psikososyal rahatsızlık alt ölçek puanları ile bağımsız değişkenlerinin karşılaştırılması

		Ortalama ± ss	Medyan	z/x²	p
Probiyotik tüketimi	Hayır	11,81±4,84	9,50	-3,161	0,002
	Evet	14,32±6,75	12,00		
Probiyotik tüketim sıklığı	Her gün	16,73±8,16	14,00	7,411	0,025
	Haftada 3 kez	12,9±5,28	12,00		
	Haftada 1 veya daha az	13,44±6,07	12,00		
Düşük kalorili diyet yapma durumu	Hayır	12,89±5,68	11,00	-2,278	0,023
	Evet	14,88±7,31	12,00		
Diyetle kabızlık	Hayır	12,36±5,62	10,00	-3,816	<0,001
	Evet	17,81±7,85	15,50		
Kronik hastalık	Hayır	12,8±5,6	11,00	-2,123	0,034
	Evet	14,61±7,11	12,00		
Devamlı ilaç kullanımı	Hayır	12,62±5,5	11,00	-2,622	0,009
	Evet	14,77±7,11	13,00		
Psikiyatrik hastalık	Hayır	13,37±6,17	12,00	-1,059	0,289
	Evet	15,43±7,59	14,00		
Gebelik öyküsü	Hayır	16,05±7,79	13,50	-1,917	0,055
	Evet	13,45±5,95	12,00		
Gebelikte kabızlık	Hayır	12,15±5,07	10,00	-2,739	0,006
	Evet	15,83±6,76	14,00		
Tuvalet tipi	Klozet	13,63±6,42	12,00	-0,546	0,585
	Alaturka	13,09±5,76	11,50		
Ev dışında dışkılama alışkanlıkları değişim durumu	Hayır	12±5,57	10,00	-4,894	<0,001
	Evet	14,91±6,65	13,00		

KYKÖ'nün endişe/kaygı alt ölçeği puanı ile cinsiyet karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,001$). Kadın katılımcıların, ölçek puanı erkek katılımcılardan yüksek saptanmıştır.

Katılımcıların BKİ ile endişe/kaygı alt ölçeği puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır.

KYKÖ'nün endişe/kaygı alt ölçeği puanı ile meslek karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,009$). Ev hanımı/çalışmıyor grubundaki katılımcıların ölçek puanı diğer meslek gruplarından yüksek saptanmıştır.

Katılımcıların yaşam şeklini incelediğimizde, ev arkadaşı ile yaşayan katılımcıların endişe/kaygı alt ölçeği puanı diğer gruplardan anlamlı şekilde yüksek saptanmıştır ($p=0,049$).

Katılımcıların eğitim durumuna göre endişe/kaygı alt ölçeği puanını incelediğimizde okuryazar olmayan katılımcıların ölçek puanı diğer eğitim gruplarından anlamlı şekilde yüksek saptanmıştır ($p=0,030$).

KYKÖ'nün endişe/kaygı alt ölçeği puanı ile medeni durum ve gelir düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Sigara kullanım durumu ile endişe/kaygı alt ölçeği puanı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,001$). Sigara kullanan katılımcıların, ölçek puanı kullanmayanlardan düşük bulunmuştur.

Katılımcıların fiziksel aktivite durumu ile endişe/kaygı alt ölçeği puanı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,029$). Fiziksel aktivite miktarı arttıkça ölçek puanının azaldığı gözlenmiştir.

Katılımcıların sıvı tüketim miktarı ile endişe/kaygı alt ölçeği puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($p=0,006$). 2 litre altında sıvı tüketenlerin ölçek puanı, 2 litre üzerinde tüketenlerden yüksek bulunmuştur.

Katılımcıların ana öğün sayısı ile endişe/kaygı alt ölçeği puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($p=0,010$). Günde 1 ana öğün tüketen katılımcıların ölçek puanı diğer gruplardan yüksek saptanmıştır. Ara öğün yapma durumunu incelediğimizde ise endişe/kaygı alt ölçeği puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Endişe/kaygı alt ölçeği puanı ile ağırlıklı tüketilen besin grubu ve hazır gıda tüketim sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Katılımcıların probiyotik tüketim durumunu incelediğimizde, probiyotik tüketenlerin endişe/kaygı alt ölçeği puanı, tüketmeyenlerden anlamlı şekilde yüksek saptanmıştır ($p=0,003$).

Katılımcıların diyet yapma durumları ile endişe/kaygı alt ölçeği puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır. Diyetle kabızlık yaşama durumu ile endişe/kaygı alt ölçeği puanı karşılaştırıldığında, kabızlık yaşayanların ölçek puanı yaşamayanlardan anlamlı şekilde yüksek saptanmıştır ($p<0,001$).

Kronik hastalık durumu ile endişe/kaygı alt ölçeği puanı karşılaştırıldığında, kronik hastalığı bulunan katılımcıların ölçek puanı bulunmayanlardan anlamlı şekilde yüksek saptanmıştır ($p=0,001$).

Devamlı ilaç kullanım durumu ile endişe/kaygı alt ölçeği puanı karşılaştırıldığında, devamlı ilaç kullanan katılımcıların ölçek puanı kullanmayanlardan anlamlı şekilde yüksek saptanmıştır ($p<0,001$).

Psikiyatrik hastalık durumunu incelediğimizde, psikiyatrik hastalığı bulunan katılımcıların endişe/kaygı alt ölçeği puanı yüksek bulunsa da istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

Endişe/kaygı alt ölçeği puanı ile gebelikte kabızlık yaşama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0,001$). Gebelikte kabızlık yakınması olan katılımcıların ölçek puanı olmayanlardan yüksek bulunmuştur.

Ev dışında dışkılama alışkanlıklarında değişim durumu sorgulandığında, değişim yaşayanların endişe/kaygı alt ölçeği puanı, yaşamayanlardan anlamlı şekilde yüksek saptanmıştır ($p<0,001$) (Tablo 31).

Tablo 31. Katılımcıların KYKÖ'nün endişe/kaygı alt ölçek puanları ile bağımsız değişkenlerinin karşılaştırılması

		Ortalama $\pm$ ss	Medyan	z/x ²	p
Yaş	18-29 yaş	18,4 $\pm$ 9,51	15,00	0,368	0,985
	30-39 yaş	19,31 $\pm$ 10,46	15,00		
	40-49 yaş	19,89 $\pm$ 10,35	15,00		
	50-59 yaş	18,19 $\pm$ 9,3	15,00		
	60-65 yaş	16,94 $\pm$ 6,52	15,00		
Cinsiyet	Kadın	21,47 $\pm$ 10,64	17,00	-5,212	<0,001
	Erkek	15,83 $\pm$ 7,35	13,00		
BKİ	<18,5	21,67 $\pm$ 9,77	21,00	0,368	0,985
	18,5-24,9	19,3 $\pm$ 9,54	15,00		
	25-29,9	17,03 $\pm$ 9,11	13,00		
	30-39,9	20,29 $\pm$ 9,78	15,00		
	$\geq$ 40	18,4 $\pm$ 12,79	14,50		
Medeni durum	Evli	17,97 $\pm$ 9,3	15,00	-1,921	0,055
	Bekar	19,86 $\pm$ 9,95	15,00		
Meslek	Öğrenci	19,16 $\pm$ 9,04	15,00	15,475	0,009
	Ev hanımı/çalışmıyor	20,81 $\pm$ 10,97	16,00		
	Memur	20,2 $\pm$ 10,93	15,00		
	İşçi	17,3 $\pm$ 8,78	13,00		
	Emekli	17,32 $\pm$ 7,07	15,00		
	Serbest meslek	14,9 $\pm$ 6,77	13,00		
Eğitim durumu	Okuryazar değil	20,4 $\pm$ 7,64	18,00	10,740	0,030
	İlkokul	16,86 $\pm$ 8,6	14,00		
	Ortaokul	18,41 $\pm$ 7,59	15,00		
	Lise	18,25 $\pm$ 10,49	13,00		
	Üniversite	19,71 $\pm$ 9,98	15,00		

Tablo 31 (Devam). Katılımcıların KYKÖ'nün endişe/kaygı alt ölçek puanları ile bağımsız değişkenlerinin karşılaştırılması

		Ortalama $\pm$ ss	Medyan	z/x²	p
Aylık gelir düzeyi	0-3000 TL	19,62 $\pm$ 10,1	15,00	2,205	0,332
	3001-9000 TL	18,35 $\pm$ 9,44	15,00		
	9001 TL ve üstü	18,07 $\pm$ 9,1	15,00		
Yaşam şekli	Yalnız	19,62 $\pm$ 11,43	14,00	7,865	0,049
	Ev arkadaşı	21,38 $\pm$ 8,52	20,00		
	Çekirdek aile	18,3 $\pm$ 9,31	15,00		
	Geniş aile	18,48 $\pm$ 9,99	13,00		
Sigara kullanımı	Hayır	19,83 $\pm$ 10,19	15,00	-3,571	< 0,001
	Evet	16,42 $\pm$ 7,78	14,00		
Alkol kullanımı	Hayır	18,74 $\pm$ 9,63	14,50	-0,504	0,615
	Evet	18,58 $\pm$ 9,53	15,00		
Fiziksel aktivite	Hayır yapmıyorum	19,39 $\pm$ 9,9	15,00	7,074	0,029
	Haftada 1-2 kez	18,34 $\pm$ 8,48	15,00		
	Haftada 3'ten fazla	17,64 $\pm$ 10,47	12,00		
Sıvı tüketimi	2 litre altında	21,05 $\pm$ 10,86	16,00	-2,769	0,006
	2 litre üzerinde	17,61 $\pm$ 8,75	14,00		
Ana öğün sayısı	1 öğün	27,92 $\pm$ 8,12	27,00	13,385	0,010
	2 öğün	18,08 $\pm$ 9,51	15,00		
	3 öğün	18,46 $\pm$ 9,41	14,00		
	4 öğün	20,44 $\pm$ 11,28	16,00		
	5 öğün	15,33 $\pm$ 5,77	12,00		
Ara öğün tüketimi	Hayır	18,6 $\pm$ 9,51	15,00	-0,306	0,760
	Evet	18,75 $\pm$ 9,65	15,00		
Ağırlıklı tüketilen besin grubu	Süt ve ürünleri	20,21 $\pm$ 11,17	15,00	5,017	0,286
	Et, yumurta, kuru baklagiller, yağlı tohumlar	20,78 $\pm$ 11,09	15,00		
	Ekmek ve tahıllar	18,92 $\pm$ 8,32	16,00		
	Sebze ve meyve	19,41 $\pm$ 12	15,00		
	Hepsi	17,85 $\pm$ 9,03	14,00		
Hazır gıda tüketim sıklığı	Hiç	18,77 $\pm$ 9,81	15,00	1,910	0,591
	Ayda 1-2 kez	18,41 $\pm$ 9,56	14,00		
	Haftada 1 kez	19,48 $\pm$ 9,87	15,00		
	Haftada 3 ve daha fazla	16,89 $\pm$ 7,22	15,00		
Probiyotik tüketimi	Hayır	16,32 $\pm$ 7,34	14,00	-2,993	0,003
	Evet	19,74 $\pm$ 10,26	15,00		

Tablo 31 (Devam). Katılımcıların KYKÖ'nün endişe/kaygı alt ölçek puanları ile bağımsız değişkenlerinin karşılaştırılması

		Ortalama $\pm$ ss	Medyan	z/x ²	p
Probiyotik tüketim sıklığı	Her gün	22,35 $\pm$ 11,59	16,00	5,386	0,068
	Haftada 3 kez	18,84 $\pm$ 9,61	15,00		
	Haftada 1 veya daha az	16,92 $\pm$ 7,95	15,00		
Düşük kalorili diyet yapma durumu	Hayır	17,72 $\pm$ 8,63	15,00	-1,875	0,061
	Evet	20,6 $\pm$ 11,02	15,00		
Diyette kabızlık	Hayır	15,84 $\pm$ 7,18	13,00	-4,204	<0,001
	Evet	25,91 $\pm$ 11,92	27,00		
Kronik hastalık	Hayır	17,12 $\pm$ 8,71	14,00	-3,361	0,001
	Evet	20,87 $\pm$ 10,31	16,00		
Devamlı ilaç kullanımı	Hayır	16,94 $\pm$ 8,82	14,00	-4,020	<0,001
	Evet	20,97 $\pm$ 10,07	16,00		
Psikiyatrik hastalık	Hayır	18,48 $\pm$ 9,67	15,00	-1,800	0,072
	Evet	20,83 $\pm$ 8,51	19,00		
Gebelik öyküsü	Hayır	23,58 $\pm$ 12,05	21,00	-1,825	0,068
	Evet	19,46 $\pm$ 8,7	16,00		
Gebelikte kabızlık	Hayır	16,85 $\pm$ 7,27	15,00	-3,686	<0,001
	Evet	24,23 $\pm$ 9,19	25,00		
Tuvalet tipi	Klozet	18,98 $\pm$ 9,87	15,00	-1,863	0,062
	Alaturka	16,77 $\pm$ 7,18	11,00		
Ev dışında dışkılama alışkanlıkları değişim durumu	Hayır	16,35 $\pm$ 7,91	14,00	-3,685	<0,001
	Evet	20,75 $\pm$ 10,44	16,00		

KYKÖ'nün memnuniyet alt ölçeği puanı ile cinsiyet karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,034). Kadın katılımcıların, ölçek puanı erkek katılımcılardan düşük saptanmıştır.

Çalışmaya katılanların günlük sıvı tüketim miktarlarını incelediğimizde, 2 litrenin üzerinde sıvı tüketen katılımcıların memnuniyet alt ölçeği puanı, 2 litre altında tüketenlere göre anlamlı şekilde yüksek saptanmıştır (p=0,002).

Katılımcıların memnuniyet alt ölçeği puanı ile sigara ve alkol kullanım durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (Tablo 32).

Tablo 32. Katılımcıların KYKÖ'nün memnuniyet alt ölçek puanları ile bağımsız değişkenlerinin karşılaştırılması

		Ortalama $\pm$ ss	Medyan	z/x ²	p
Yaş	18-29 yaş	16,05 $\pm$ 4,07	17,00	7,534	0,110
	30-39 yaş	17,09 $\pm$ 3,38	17,00		
	40-49 yaş	17,59 $\pm$ 2,92	17,00		
	50-59 yaş	17,27 $\pm$ 3,14	17,00		
	60-65 yaş	16,74 $\pm$ 2,8	16,00		
Cinsiyet	Kadın	16,52 $\pm$ 3,43	17,00	-2,117	0,034
	Erkek	17,2 $\pm$ 3,51	17,00		
BKİ	<18,5	19 $\pm$ 3,58	20,00	7,534	0,110
	18,5-24,9	16,62 $\pm$ 3,63	17,00		
	25-29,9	17,05 $\pm$ 3,21	17,00		
	30-39,9	16,73 $\pm$ 3,61	17,00		
	$\geq$ 40	17,1 $\pm$ 3,67	17,00		
Medeni durum	Evli	16,9 $\pm$ 3,43	17,00	-0,359	0,720
	Bekar	16,78 $\pm$ 3,58	17,00		
Meslek	Öğrenci	16,61 $\pm$ 3,68	17,00	7,191	0,207
	Ev hanımı/çalışmıyor	16,25 $\pm$ 3,36	16,00		
	Memur	17,16 $\pm$ 3,24	17,00		
	İşçi	16,88 $\pm$ 4,04	17,00		
	Emekli	17,22 $\pm$ 2,67	17,00		
	Serbest meslek	17,68 $\pm$ 3,51	18,00		
Eğitim durumu	Okuryazar değil	15,3 $\pm$ 2,9	16,00	8,913	0,063
	İlk okul	17,65 $\pm$ 2,91	17,00		
	Ortaokul	16,9 $\pm$ 3,98	17,00		
	Lise	16,98 $\pm$ 3,55	17,00		
	Üniversite	16,64 $\pm$ 3,5	17,00		
Aylık gelir düzeyi	0-3000 TL	16,83 $\pm$ 3,42	17,00	0,374	0,830
	3001-9000 TL	16,77 $\pm$ 3,59	17,00		
	9001 TL ve üstü	17,11 $\pm$ 3,32	17,00		
Yaşam şekli	Yalnız	17,86 $\pm$ 3,14	18,00	4,275	0,233
	Ev arkadaşı	16,92 $\pm$ 3,27	17,00		
	Çekirdek aile	16,61 $\pm$ 3,62	17,00		
	Geniş aile	17,39 $\pm$ 2,81	17,00		
Sigara kullanımı	Hayır	16,67 $\pm$ 3,42	17,00	-1,827	0,068
	Evet	17,23 $\pm$ 3,58	17,00		
Alkol kullanımı	Hayır	16,88 $\pm$ 3,38	17,00	-0,129	0,898
	Evet	16,8 $\pm$ 3,73	17,00		

Tablo 32 (Devam). Katılımcıların KYKÖ'nün memnuniyet alt ölçek puanları ile bağımsız değişkenlerinin karşılaştırılması

		Ortalama $\pm$ ss	Medyan	z/x ²	p
Fiziksel aktivite	Hayır yapmıyorum	16,94 $\pm$ 3,67	17,00	5,590	0,061
	Haftada 1-2 kez	16,31 $\pm$ 3,38	17,00		
	Haftada 3'ten fazla	17,52 $\pm$ 3,08	17,00		
Sıvı tüketimi	2 litre altında	16,04 $\pm$ 3,35	16,50	-3,098	0,002
	2 litre üzerinde	17,23 $\pm$ 3,48	17,00		
Ana öğün sayısı	1 öğün	17,23 $\pm$ 5,1	16,00	0,953	0,917
	2 öğün	16,72 $\pm$ 3,52	17,00		
	3 öğün	17,04 $\pm$ 3,19	17,00		
	4 öğün	15,67 $\pm$ 4,44	17,00		
	5 öğün	15,67 $\pm$ 5,77	19,00		
Ara öğün tüketimi	Hayır	16,88 $\pm$ 3,46	17,00	-0,270	0,787
	Evet	16,84 $\pm$ 3,5	17,00		
Ağırlıklı tüketilen besin grubu	Süt ve ürünleri	17,21 $\pm$ 3,12	16,00	6,905	0,141
	Et, yumurta, kuru baklagiller, yağlı tohumlar	15,34 $\pm$ 4,39	16,00		
	Ekmek ve tahıllar	17,1 $\pm$ 3,07	17,00		
	Sebze ve meyve	17,75 $\pm$ 3,09	17,50		
	Hepsi	16,94 $\pm$ 3,41	17,00		
Hazır gıda tüketim sıklığı	Hiç	17,02 $\pm$ 2,91	17,00	2,704	0,440
	Ayda 1-2 kez	17,08 $\pm$ 3,52	17,00		
	Haftada 1 kez	16,12 $\pm$ 4,14	17,00		
	Haftada 3 ve daha fazla	17,44 $\pm$ 2,89	17,50		
Probiyotik tüketimi	Hayır	16,02 $\pm$ 4,38	17,00	-1,836	0,066
	Evet	17,22 $\pm$ 2,94	17,00		
Probiyotik tüketim sıklığı	Her gün	17,01 $\pm$ 3,06	17,00	1,343	0,511
	Haftada 3 kez	17,25 $\pm$ 2,83	17,00		
	Haftada 1 veya daha az	17,54 $\pm$ 3,02	18,00		
Düşük kalorili diyet yapma durumu	Hayır	17,04 $\pm$ 3,57	17,00	-1,706	0,088
	Evet	16,48 $\pm$ 3,28	17,00		
Diyetle kabızlık	Hayır	16,93 $\pm$ 3,01	17,00	-1,729	0,084
	Evet	15,87 $\pm$ 3,49	16,00		
Kronik hastalık	Hayır	16,89 $\pm$ 3,57	17,00	-0,527	0,598
	Evet	16,8 $\pm$ 3,36	17,00		
Devamlı ilaç kullanımı	Hayır	16,84 $\pm$ 3,6	17,00	-0,263	0,793
	Evet	16,87 $\pm$ 3,33	17,00		

Tablo 32 (Devam). Katılımcıların KYKÖ'nün memnuniyet alt ölçek puanları ile bağımsız değişkenlerinin karşılaştırılması

		Ortalama $\pm$ ss	Medyan	z/x ²	p
Psikiyatrik hastalık	Hayır	16,9 $\pm$ 3,5	17,00	-1,238	0,216
	Evet	16,43 $\pm$ 3,28	16,00		
Gebelik öyküsü	Hayır	16,67 $\pm$ 3,66	17,00	-0,559	0,576
	Evet	16,38 $\pm$ 3,21	17,00		
Gebelikte kabızlık	Hayır	16,95 $\pm$ 3,03	17,00	-1,946	0,052
	Evet	15,33 $\pm$ 3,31	16,50		
Tuvalet tipi	Klozet	16,92 $\pm$ 3,53	17,00	-1,119	0,263
	Alaturka	16,43 $\pm$ 3,15	17,00		
Ev dışında dışkılama alışkanlıkları değişim durumu	Hayır	16,94 $\pm$ 3,37	17,00	-0,389	0,697
	Evet	16,78 $\pm$ 3,58	17,00		

Çalışmamıza katılanların KCÖ puanları ile KYKÖ puanları karşılaştırıldığında iki değişken arasında yüksek kuvvette pozitif yönlü bir ilişki saptanmıştır. Buna karşılık gelen korelasyon değeri istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r=0,641$; $p<0,001$) (Tablo 33).

Tablo 33. Katılımcıların KCÖ puanları ile KYKÖ puanları arasındaki korelasyon

		KYKÖ
KCÖ	r	0,641
	p	<0,001
	n	328

TARTIŞMA

Konstipasyon, gastrointestinal sistemin en sık görülen yakınmalarından biri olup, yaşam kalitesini olumsuz etkilemesi, iş gücü kaybına neden olması ve sağlık hizmetleri maliyetlerini arttırması nedeniyle önemli bir sağlık sorunudur. Kadın cinsiyet, artan yaş, düşük sosyoekonomik durum, düşük ebeveyn eğitimi, azalmış fiziksel aktivite, kronik hastalıklar, çoklu ilaç kullanımı, düşük posalı beslenme ve emosyonel stres konstipasyon için risk faktörleridir (61). Konstipasyondan koruyucu davranışların geliştirilmesi, tedavi edilerek komplikasyon gelişiminin önlenmesi için en sık başvuru noktası olan birinci basamak sağlık hizmetleri önemli rol oynamaktadır.

Çalışmamızda, Edirne il merkezinde bulunan aile sağlığı merkezlerine kayıtlı 18-65 yaş arası katılımcıların konstipasyon durumu, risk faktörleri ve konstipasyonun yaşam kalitesine etkisi incelenmiş, veriler mevcut literatür ile kıyaslanmıştır.

Çalışmamızda ‘Kabızlık sorunu yaşar mısınız?’ sorusuna tüm katılımcıların %33,8’i (n=111) evet cevabını verirken, Roma IV kriterlerine göre fonksiyonel konstipasyon durumu değerlendirildiğinde %8,2’sinin (n=27) fonksiyonel konstipasyonu olduğu saptanmıştır. Ülkemizde Kasap ve Bor (33) tarafından Roma II kriterlerini kullanarak yapılan 20 ili kapsayan geniş kapsamlı çalışmada fonksiyonel konstipasyon sıklığı %8,3 oranında bulunmuştur. Yine ülkemizde Çifçi’nin (62) İzmir ili merkez ilçelerinde 18 yaş ve üzeri bireylerde yaptığı çalışmada Roma IV kriterlerine göre fonksiyonel konstipasyon sıklığı %7 olarak saptanmıştır. Kanada’da Pare ve ark. (30) tarafından yapılan çalışmada kendi kendilerine bildirilen konstipasyon %27,2 ile en yüksek oranda görülürken, Roma I ve Roma II kriterleri kullanıldığında sırasıyla %14,9 ve %16,7 oranında konstipasyon görülmüştür. Güney Kore’de Jun ve ark. (63) tarafından yapılan çalışmada kendi kendine bildirilen konstipasyon %16,5,

Roma II kriterlerine göre fonksiyonel konstipasyon %9.2 oranında saptanmıştır. Asya ülkelerinde yürütülen 15 çalışmanın incelendiği derlemede herhangi bir konstipasyon tanımı için yaygınlık tahminleri %2,4 ile %28.4 arasında değişmektedir (64). Japonya’da Otani ve ark.’nın (65) sağlık kontrolüne gelen bireyler üzerinde Roma IV kriterlerini kullanarak yaptıkları geniş çaplı çalışmada fonksiyonel konstipasyon prevalansı %2.1 bulunmuştur. Konstipasyon ile ilgili epidemiyolojik çalışmalarda genel olarak kendi kendine bildirilen konstipasyon prevalansları, Roma kriterlerine dayalı konstipasyon tanımlarından yüksek saptanmıştır (64). Bu farklılığın nedeni hastaların dışkılamayla ilgili semptomların çoğunu konstipasyon olarak nitelendirmesinden kaynaklanabilmektedir. Çalışma sonuçlarımız literatür ile benzerlik gösterse de örneklemeler arasındaki kültürel, genetik, çevresel ve sosyoekonomik farklılıklar nedeniyle konstipasyon geniş prevalans aralığına sahiptir.

Dünya genelinde ve ülkemizde yapılmış birçok çalışmada konstipasyon prevalansının kadınlarda daha yüksek olduğu görülmüştür. Kadınlarda konstipasyon sıklığının fazla olmasının sebebi kesin olarak açıklanamamış olsa da kolonik geçiş süresinin uzun olması ve hormonal nedenlere bağlanmaktadır. Menstrüel siklusun luteal fazındaki progesteronun etkisi ve jinekolojik operasyonlar ya da doğumun neden olabileceği pelvik taban kaslarında hasarlanma konstipasyon riskini arttırmaktadır (66, 67). Japonya’da 2021’de yapılmış Roma 4 kriterlerine göre fonksiyonel konstipasyon prevalansını ve risk faktörlerini inceleyen çalışmada kadınlarda konstipasyon prevalansı anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (65). Çalışmamızda literatürle uyumlu olarak cinsiyetler arasında fonksiyonel konstipasyon açısından anlamlı fark bulunmuştur. Kadınların fonksiyonel konstipasyon oranı erkeklerden daha yüksek saptanmıştır.

Çalışmamızda cinsiyetler arasında KCÖ, KYKÖ puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Kadın katılımcıların KCÖ ve alt ölçek puanları, KYKÖ ve memnuniyet hariç diğer alt ölçek puanları erkek katılımcılardan yüksek olduğu görülmüştür. Yani kadınlarda erkeklere göre konstipasyon semptomları daha ciddi seyrederken, konstipasyona ilişkin yaşam kaliteleri daha fazla olumsuz etkilenmektedir. Akgöz’ün (68) hemşirelik bölümü öğrencilerinde yaptığı çalışmada KCÖ ve alt ölçekleri, KYKÖ ve fiziksel rahatsızlık alt boyutu kadınlarda istatistiksel olarak anlamlı şekilde erkeklerden yüksek saptanmıştır. Turan ve ark.’nın (69) çalışmasında da kız öğrencilerin ölçek puanlarının erkeklerden daha yüksek olduğu, konstipasyona ilişkin yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu saptanmıştır. Orhan ve ark.’nın (70) fonksiyonel konstipasyonu olan hastalarla yaptıkları çalışmada KCÖ toplam puanından elde edilen konstipasyon şiddetinde cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Demir’in (71) huzurevinde yaptığı çalışmada kadınlarda konstipasyonun daha sık görüldüğü, KCÖ puanlarının daha yüksek olduğu ve yaşam

kalitelerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir. Işık'ın (72) herni ameliyatı geçiren hastaların konstipasyon risk durumlarının ve yaşam kalitelerinin değerlendirildiği çalışmada, kadın hastaların KYKÖ puanı ve konstipasyon riski erkek hastalardan anlamlı şekilde yüksek saptanmıştır.

Konstipasyon sıklığının yaşlanmayla birlikte arttığını gösteren pek çok çalışma mevcuttur. Yaşın artmasıyla birlikte nöron kaybının aracılık ettiği kolon motilitesinde değişiklik, metabolizmanın yavaşlaması, aktivitenin azalması, lifli gıda tüketimin ve sıvı alımının azalması, çoklu ilaç kullanımına bağlı yan etkiler ve kronik hastalıklar konstipasyon için risk faktörü oluşturmaktadır (73). Yurtdaş ve ark.'nın (74) Ankara merkez ilçelerindeki toplum sağlığı merkezlerinde 18-65 yaş arası bireylerde gerçekleştirdikleri çalışmalarında hem kadın hem de erkekler için konstipasyon oranları en yüksek 60-65 yaşlarında (%27,3) bulunmuş, ilerleyen yaş artan konstipasyon riski ile ilişkilendirilmiştir. Chu ve ark. (75) tarafından Çin'de yapılan çalışmada konstipasyon prevalansı 30-39 yaş grubunda en düşük, 30 yaşından sonra yaşla birlikte arttığı tespit edilmiştir. Yaşın konstipasyon prevalansını etkilemediğini gösteren çalışmalar da mevcuttur (76, 77). Çalışmamıza katılanların konstipasyon durumlarını yaş gruplarına göre değerlendirdiğimizde 40-49 yaş aralığında olan katılımcıların fonksiyonel konstipasyon sıklığı anlamlı şekilde diğer yaş gruplarından yüksek saptanmıştır. KCÖ, KYKÖ ve alt boyutları ile yaş grupları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Öztürk'ün (78) primer konstipasyon tanılı hastalarda yaptığı çalışmada da yaş grupları ile KCÖ ve KYKÖ puanları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçlar 65 yaş üzeri yaşlı bireylerin çalışmaya dahil edilmemesinden kaynaklı olabilir. Prevalans oranlarının 50 yaşından sonra kademeli olarak arttığı, en büyük artışın ise 70 yaşından sonra olduğu bildirilmiştir (79).

Çalışmamızda katılımcıların medeni durumu ile fonksiyonel konstipasyon durumu, KCÖ ve alt ölçekleri karşılaştırıldığında anlamlı fark saptanmamıştır. Medeni durum ile yaşam kalitesi karşılaştırıldığında, bekar katılımcıların KYKÖ toplam puanı ve psikososyal rahatsızlık alt ölçek puanı evli katılımcılardan yüksek saptanmıştır. Kaboli ve ark.'nın (80) fonksiyonel konstipasyon ile ilişkili faktörleri inceledikleri çalışmada medeni durumun konstipasyonun önemli bir belirleyicisi olmadığı görülmüştür. Turan ve ark.'nın (69) öğrencilerle yaptığı çalışmada medeni durum ile KYKÖ ve alt ölçekleri arasında anlamlı ilişki saptanmazken, KCÖ' nün sadece ağrı alt ölçeği puanı evli öğrencilerde anlamlı şekilde yüksek saptanmıştır. Öztürk'ün (78) çalışmasında medeni durum ile KCÖ ve KYKÖ puanları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Lee ve ark.'nın (81) konstipasyonun demografik veriler ile ilişkisini değerlendirmek için gerçekleştirdikleri çalışmada ve Farahat ve ark.'nın (82) aile sağlığı

merkezine başvuran yaşı bireylerde konstipasyon risk faktörlerini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, medeni durum ile konstipasyon arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Literatürdeki çalışmalar ile elde ettiğimiz bulgular benzerlik göstermektedir. Çalışmamızda bekar bireylerin yaşam kalitesinin evlilere göre daha fazla olumsuz etkilendiği saptanmıştır. Bunun nedeni eşlerin birbirlerinin yaşam kalitelerini olumlu etkilemeleri ve düzenli yaşam alışkanlıkları olabilir.

Konstipasyon ve obezite arasındaki ilişki tartışmalıdır. Obezite ve fonksiyonel konstipasyon arasındaki olası ilişkide, obezitenin pelvik taban üzerinde gerilim yaratan mekanik etkileri ve azalmış fiziksel aktivitenin konstipasyon için risk faktörü olabileceği öne sürülmüştür (83). Aynı zamanda obezitenin inflamatuvar sitokin düzeylerini arttırarak gastrointestinal semptomlara neden olabileceği düşünülmektedir (84). Obezitenin konstipasyon prevalansını arttırdığını gösteren çalışmalar olduğu gibi (85), BKİ ile konstipasyon arasında ilişki saptanmayan çalışmalar da mevcuttur (86, 87). Bizim çalışmamızda BKİ ile fonksiyonel konstipasyon, KCÖ ve alt ölçekleri, KYKÖ ve alt ölçekleri karşılaştırıldığında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Ayhan'ın (88) konstipasyon nedenlerini ve obezite ilişkisini araştırdığı çalışmasında BKİ grupları ile konstipasyon durumu arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Yurtdaş ve ark.'nın (74) Ankara'da yaptıkları geniş çaplı çalışmada BKİ ile kabızlık durumu arasında anlamlı ilişki bulunmuş olup obez katılımcıların kabızlık prevalansının diğer katılımcılardan yüksek olduğu saptanmıştır. Huang ve ark. (85) tarafından yapılan çalışmada BKİ ile kronik konstipasyon arasında anlamlı ilişki saptanmış, $\geq 25 \text{ kg/m}^2$ BKİ risk faktörü olarak kabul edilmiştir. Gastrointestinal semptomların obezite ile ilişkisini belirlemek amacıyla yapılan bir meta analiz çalışmasında, konstipasyon ile obezite veya artan BKİ arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (87). Obezite ve konstipasyon ilişkisini anlamak için daha çok çalışmaya ihtiyaç duyulsa da pek çok kronik hastalık etyolojisinde yer alması nedeniyle obezitenin önlenmesinde birinci basamak sağlık çalışanlarına önemli görevler düşmektedir.

Çalışmamızda eğitim durumu ile fonksiyonel konstipasyon karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Okuryazar olmayan katılımcıların fonksiyonel konstipasyon sıklığı diğer eğitim gruplarından yüksek saptanmıştır. Okuryazar olmayan katılımcıların KYKÖ'nün fiziksel rahatsızlık ve endişe/kaygı alt ölçek puanları da diğer katılımcılardan anlamlı şekilde yüksek saptanmıştır. Arlı'nın (89) cerrahi ve dahili kliniklerde yatan hastalarda konstipasyon riskini değerlendirmek için yaptığı çalışmada okuryazar olmayan grubun konstipasyon riski anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. Durgun ve ark.'nın (90) huzurevinde yaptıkları çalışmada bireylerin konstipasyon durumları ile eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmasa da, okuryazar olmayan, ilköğretim, ortaokul mezunu katılımcıların

KCÖ puanı üniversite ve üzeri eğitim alan katılımcılardan yüksek saptanmıştır. Işık'ın (72) çalışmasında ilköğretim mezunu olanların KYKÖ'nün endişe/kaygı alt ölçeği puanı, toplam puanı ve konstipasyon riski lise ve üzeri mezunlara göre anlamlı derecede yüksek saptanmıştır. Literatürü incelediğimizde pek çok kapsamlı çalışmada eğitim düzeyin arttıkça konstipasyon sıklığının azaldığı görülmektedir(34, 75, 91). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde eğitim düzeyi düşük olan katılımcılarda konstipasyonun daha sık görüldüğü ve yaşam kalitelerinin daha fazla olumsuz etkilendiği görülmektedir. Bunun sebebi eğitim düzeyi arttıkça bireylerin konstipasyona yönelik koruyucu sağlık davranışlarını daha iyi uygulamasından kaynaklanabilir.

Çalışmamızda katılımcıların gelir durumu ile fonksiyonel konstipasyon durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamakla birlikte, gelir düzeyi arttıkça fonksiyonel konstipasyon oranının azaldığı görülmüştür. Ölçek puanlarını incelediğimizde ise 0-3000 TL ile en düşük aylık gelire sahip katılımcıların KCÖ'nün dışkı tıkanıklığı, kalın bağırsak tembelliği alt ölçekleri, KYKÖ toplam ve fiziksel rahatsızlık alt ölçeği puanları anlamlı olarak diğer katılımcılardan yüksek saptanmıştır. Demir'in (71) yaşlı bireylerle yaptığı çalışmada gelir durumu kötü olan bireylerin KCÖ toplam ve alt ölçek puanları gelir durumu orta olanlara göre yüksek bulunmuştur ve istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Yine aynı çalışmada gelir durumu kötü bireylerin orta gelir durumuna göre konstipasyon sorununu daha sık yaşadığı gözlenmiştir. Bytzer ve ark.'nın (92) çalışmasında sosyoekonomik düzeyi düşük bireylerin konstipasyon sorununu daha çok deneyimledikleri bulunmuştur. Karatay ve ark.'nın (93) çalışmasında aylık gelirin giderine yetmediğini düşünenlerde, gelirin giderine denk veya fazla olduğunu düşünenlere göre daha fazla konstipasyon sorunu yaşadıkları gözlemlenmiştir. Mugie ve ark.'nın (91) çalışmasında da düşük gelir düzeyi ile konstipasyon ilişkili saptanmıştır. Bizim çalışmamızda fonksiyonel konstipasyon açısından gruplar arasında anlamlı fark olmasa da konstipasyon ciddiyeti ve yaşam kalitesi açısından düşük gelir düzeyindeki katılımcıların daha fazla etkilendiğini gözlemlenmiştir.

Çalışmamıza katılanların meslekleri ile fonksiyonel konstipasyon durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Ev hanımı/çalışmıyor şeklinde belirtenlerin fonksiyonel konstipasyon sıklığı diğer meslek gruplarından anlamlı şekilde yüksek saptanmıştır. Meslek gruplarına göre ölçek puanlarını incelediğimizde ise KCÖ toplam puanı ve KYKÖ endişe/kaygı alt ölçeği puanı ev hanımı/çalışmıyor şeklinde belirten katılımcıların anlamlı şekilde yüksek saptanmıştır. KCÖ dışkı tıkanıklığı alt ölçeği puanı serbest meslek grubunda anlamlı şekilde düşük, KCÖ kalın bağırsak tembelliği alt ölçeği ise işçi meslek grubunda anlamlı olarak düşük saptanmıştır. Arlı'nın (89) çalışmasında meslek grupları ile

konstipasyon riski arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır, emekli ve çalışmayan hastaların konstipasyon riski çalışanlara göre yüksek bulunmuştur. Orhan ve ark.'nın (70) çalışmasında çalışma durumu ile konstipasyon ciddiyeti arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Odabaş ve ark. (94) tarafından gebelerde yapılan çalışmada gebelerin çalışma durumu ile konstipasyon durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır. Işık'ın (72) herni ameliyatı geçiren hastalarda yaptığı çalışmada ev hanımlarının KYKÖ toplam puanı, alt ölçek puanları ve konstipasyon riski memur/işçi/diğer meslek gruplarına göre anlamlı derecede yüksek saptanmıştır. Literatürü incelediğimizde meslek ve konstipasyon ilişkisini değerlendiren az sayıda çalışma görülmüştür. Çalışmamızda çalışan bireylerin ev hanımı/çalışmayan bireylere göre konstipasyon sıklığının az olması ve yaşam kalitelerinin iyi olması, çalışan bireylerin düzenli dışkılama ve beslenme alışkanlıklarından kaynaklandığını düşündürmüştür.

Çalışmamızda katılımcılara “Hanenizde kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?” diye sorulmuş ve yanıtlar “yalnız”, “ev arkadaşı”, “çekirdek aile” ve “geniş aile” şeklinde kategorize edilmiştir. Katılımcıların yaşam şekli ile fonksiyonel konstipasyon durumu, KCÖ toplam, alt ölçekleri, KYKÖ toplam, psikososyal rahatsızlık alt ölçeği ve memnuniyet alt ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır. KYKÖ fiziksel rahatsızlık alt ölçeği puanı çekirdek aile şeklinde yaşayanlarda anlamlı şekilde düşük saptanırken, KYKÖ endişe/kaygı alt ölçeği puanı ev arkadaşı ile yaşayanlarda anlamlı şekilde yüksek saptanmıştır. Çifçi'nin (62) çalışmasında yaşam şekli (yalnız veya birleriyle) ve fonksiyonel konstipasyon durumu arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Odabaş ve ark.'nın (94) gebelerde yaptığı çalışmada çekirdek aile tipinde yaşayan gebelerin, geniş aile tipinde yaşayanlara göre daha fazla konstipasyon sorunu yaşadığı bulunmuştur. Uysal ve ark.'nın (32) ülkemizde üniversite öğrencilerinde yaptıkları çalışmada öğrencilerin barındıkları yer ile konstipasyon durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Yurtta barınan öğrencilerin evdekilere göre konstipasyon sorununu daha fazla yaşadıklarını belirtmişlerdir. Özellikle yaşam alışkanlıkları düzene girmemiş genç bireylerde, aile ortamında yaşamak sebze, meyve, kuru baklagil gibi liften zengin besinlerin tüketimini arttırıp konstipasyonda olumlu etkiler yaratabilir.

Konstipasyon fiziksel aktivite ilişkisi kesin olarak açıklanamamış olsa da fiziksel aktivite artışının kolon motilitesini arttırarak konstipasyon üzerine olumlu etkileri olduğunu gösteren bir dizi çalışma mevcuttur. Fiziksel aktivitenin dışkılama düzenine etkisini araştıran bir çalışmada kronik konstipasyondan şikayet eden orta yaşlı hastalara, 12 haftalık fiziksel aktivite programı uygulanması sonrası Roma tanı kriterlerinin sayısında ve kolonik geçiş süresinde azalma tespit edilmiştir (45). Yine Strid ve ark. (95) tarafından sporcularda yapılan

bir çalışmada egzersizin gastrointestinal geçiş süresi kısalttığı, dışkılama sıklığını arttırdığı ve Bristol dışkı skalasında daha yumuşak dışkıya neden olduğu görülmüştür. Yurtdaş ve ark.'nın (74) ülkemizde yaptıkları çalışmada fiziksel aktivite düzeyi arttıkça konstipasyon prevalansının azaldığı görülmüştür. Tuteja ve ark.'nın (96) çalışmasında konstipasyon ve fiziksel aktivite arasında ilişki saptanmamıştır fakat fiziksel aktivitenin yaşam kalitesini iyileştirdiği tespit edilmiştir. Orhan ve ark.'nın (70) ülkemizde yaptıkları fiziksel aktivite ve konstipasyon şiddetini inceledikleri çalışmada fiziksel olarak inaktif olan katılımcıların KCÖ puanı daha yüksek bulunmuştur. Konstipasyon ciddiyeti ile fiziksel aktivite arasında negatif korelasyon saptanmıştır. Turan ve ark.'nın (69) çalışmasında yaşam tarzı aktif ve sedanter olarak kategorize edilmiş, sedanter yaşam tarzı olanların KCÖ dışkı tıkanıklığı alt ölçeği, KYKÖ endişe/kaygı, psikososyal rahatsızlık alt ölçekleri ve toplam puanı aktif yaşam tarzına sahip olanlara göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda katılımcıların düzenli fiziksel aktivite yapıp yapmadıkları sorulduğunda %47,3'ü (n=155) yapmıyorum cevabı verirken, %32,3'ü (n=106) haftada 1-2 kez, %20,4'ü (n=67) haftada 3'ten fazla cevabını vermiştir. Bizim çalışmamızda katılımcıların fiziksel aktivite düzeyi azaldıkça fonksiyonel konstipasyon sıklığı arttığı görülse de istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır. KCÖ toplam, kalın bağırsak tembelliği alt ölçeği, ağrı alt ölçeği ve KYKÖ endişe/kaygı alt ölçeği puanı fiziksel aktivite yapmadığını belirten katılımcıların anlamlı şekilde yüksek saptanmıştır. Çalışmamızda katılımcıların neredeyse yarısının (%47,3) inaktif olduğu ve inaktif olanların ağrı, endişe/kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Fiziksel aktivite düzeyini arttırmaya yönelik teşvikler konstipasyonu önlemese de semptomların hafifletilmesi ve yaşam kalitesinin artırılmasında büyük önem taşımaktadır.

Konstipasyon risk faktörleri arasında yetersiz sıvı alımı yer almasına karşın literatürü incelediğimizde farklı sonuçlar gösteren çalışmalar mevcuttur. Chang ve ark.'nın (97) çalışmasında günlük olarak 1500 ml üzerinde su tüketiminin kronik konstipasyon riskini önemli derecede azalttığı görülmüştür. Çoban ve ark.'nın (98) tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinde su tüketimi ve dışkılama alışkanlıklarını inceledikleri çalışmada Roma III kriterlerine göre konstipasyon ve su tüketimi arasında anlamlı ilişki tespit edilmemiştir. Benzer şekilde Ayhan'ın (88) beslenme ve diyet polikliniğine başvuran kişilerde yaptığı çalışmada günlük su tüketimi ile konstipasyon durumu arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Durgun ve ark.'nın (90) yaşlı bireylerde yaptığı çalışmada bireylerin su ve su hariç sıvı tüketme durumları ile KCÖ puanları arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Jangid ve ark.'nın (99) yaptığı kesitsel bir çalışmada su tüketimi ile dışkılama sıklığı ve dışkılama tipi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuş, fonksiyonel konstipasyon semptomlarının

giderilmesinde su tüketiminin arttırılmasının önemi vurgulanmıştır. Bizim çalışmamızda katılımcıların günlük sıvı miktarlarını incelediğimizde günlük 2 lt altında sıvı tüketenlerin %12,5'inde, 2 lt üzerinde tüketenlerin %6,25'inde fonksiyonel konstipasyon saptanmıştır. Sıvı tüketimi az olanlarda fonksiyonel konstipasyon sıklığı artsa da gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Katılımcıların sıvı tüketimi ile KCÖ, KYKÖ ve ölçeklerin tüm alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Günlük 2 lt altında sıvı tüketimi olan katılımcıların konstipasyona bağlı semptomlarının daha ciddi ve yaşam kalitelerinin daha kötü olduğu görülmüştür. Yeterli miktarda sıvı alımının dışkı kıvamını yumuşatarak konstipasyonu azaltacağı ve yüksek lifli diyetin etkinliğini arttıracığı yapılan çalışmalarda bildirilmiştir (100, 101).

Çalışmamızda katılımcılara ara öğün ve ana öğün tüketim sayısı sorulmuştur. Katılımcılarda günde bir ana öğün tüketenlerin fonksiyonel konstipasyon sıklığı, KCÖ toplam puanı, kalın bağırsak tembelliği alt ölçeği puanı, KYKÖ toplam, fiziksel rahatsızlık ve psikososyal rahatsızlık alt ölçeği puanları anlamlı şekilde diğer katılımcılardan yüksek saptanmıştır. Farklı olarak KCÖ ağrı alt ölçeğinde ise günde 4 ana öğün tüketen katılımcılarda anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Katılımcıların ara öğün yapma durumu ile fonksiyonel konstipasyon, KCÖ ve alt ölçekleri, KYKÖ ve alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır. Turan ve ark.'nın (69) çalışmasında öğün alışkanlıklarının KCÖ ve KYKÖ puanlarını etkilemediği bulunmuştur. Cerrahi ve dahili kliniklerde yatan hastalarda konstipasyon riskinin değerlendirildiği Arlı'nın (89) çalışmasında öğün atlama alışkanlığı olanları konstipasyon riski anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Yücel ve ark.'nın (102) çalışmasında öğün sayısı ve besin grubu ile KCÖ ve KYKÖ arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Çalışmamızda katılımcılara ağırlıklı tükettikleri besin grubu sorulmuş, cevaplar besin öğelerine göre Türkiye Beslenme Rehberi'nde (TÜBER) yer alan besin grupları (süt ve ürünleri grubu, et, yumurta, kuru baklagiller ve yağlı tohumlar grubu, ekmek ve tahıllar grubu, sebze ve meyve grubu) ve hepsi seçeneği şeklinde kategorize edilmiştir. Katılımcıların ağırlıklı tükettikleri besin grupları ile fonksiyonel konstipasyon durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Yaptığımız çalışmada KCÖ toplam, kalın bağırsak tembelliği ve ağrı alt ölçekleri puanı ile besin grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Hepsi seçeneğini işaretleyen katılımcıların ölçek puanı diğer katılımcılardan düşük saptanmıştır. KYKÖ fiziksel rahatsızlık alt ölçeği puanı ise ekmek ve tahıllar grubunu ağırlıklı tüketen katılımcılarda anlamlı olarak yüksek görülmüştür. Çalışmamızda katılımcıların hazır gıda/fast food tüketim sıklıkları ile fonksiyonel konstipasyon durumu, KCÖ, KYKÖ ve

alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır. Karatay ve ark.'nın (93) kız öğrencilerde yaptığı çalışmada sebze/meyve tüketimi arttıkça konstipasyon sorunda azalma olduğu görülmüştür. Uysal ve ark.'nın (32) çalışmasında lifli gıdalarla fazla beslenen katılımcılarda konstipasyonun daha az görüldüğü tespit edilmiştir. Shen ve ark.'nın (103) lif ve su alımı ile konstipasyon arasındaki ilişkiyi araştırdıkları çalışmada, düşük lif alımının artmış konstipasyon riski ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Diyet lifi, besinlerin sindirilmeyen bölümüdür, tokluk hissinin oluşması ve bağırsakların düzenli çalışmasına yardımcı olur. Taze meyve/sebzeler, tam tahıllı ürünler ve kuru baklagiller en önemli lif kaynaklarıdır (104). Diyet lifi dışkıyı yumuşatır, hacmini artırır ve bağırsak geçiş süresini kısaltır. Ayrıca fermente lifler ozmotik yükü arttıran ve kolon geçişini hızlandıran kısa zincirli yağ asitleri üretir (105). Böylece artan lif ve sıvı alımı konstipasyon tedavisinde etkili görülmektedir (106). Bizim çalışmamızda da tüm besin gruplarını tüketen katılımcıların konstipasyon ciddiyeti düşük saptanmıştır. Bu nedenle bireylere lif içeriği artırılmış dengeli ve besin çeşitliliği olan beslenme alışkanlıkları kazandırılmalıdır.

Bazı potansiyel etki mekanizmaları ile probiyotiklerin konstipasyon üzerinde olumlu etkileri olabileceği bildirilmiştir. Bunlar, konstipasyonda bozulmuş olan intestinal mikrobiyotayı iyileştirirler, metabolitleri ile kolon motilitesini değiştirebilirler, laktik asit ve kısa zincirli yağ asidi üretimi sağlayarak lümen pH'ını düşürerek bağırsak geçişini hızlandırırlar (49). Martinez ve ark.'nın (107) yaşlılarda konstipasyon tedavisinde probiyotiklerin etkisini araştırdıkları sistematik derlemede probiyotiklerin uygulanmasının plasebo verilen kontrol grubuna kıyasla konstipasyonu %10-40 oranında iyileştirdiği görülmüştür. Huang ve ark.'nın (108) çocuklarda probiyotiklerin konstipasyon üzerine etkileri araştırdıkları meta-analizde probiyotiklerin dışkı sıklığını arttırdığı, dışkı kıvamında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır. Ayhan'ın (88) çalışmasında katılımcıların kefir ya da probiyotik tüketim durumları ile konstipasyon durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır. Bizim çalışmamızda katılımcıların probiyotik tüketim durumu ve sıklığı sorgulanmıştır. Probiyotik tüketenlerde KYKÖ, psikososyal rahatsızlık ve endişe/kaygı alt ölçek puanları tüketmeyelerden anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Probiyotik kullanım sıklığını incelediğimizde ise her gün probiyotik tükettiklerini belirten katılımcıların KCÖ, dışkı tıkanıklığı alt ölçeği, KYKÖ' nün psikososyal rahatsızlık alt ölçeği daha nadir probiyotik tüketen katılımcılara göre anlamlı şekilde yüksek saptanmıştır. Bizim çalışmamızdaki bu sonuçlar sindirim sistemi üzerine etkileri nedeniyle halk arasında kullanımı yaygın olan probiyotiklerin, konstipasyondan muzdarip katılımcıların korunma davranışı olarak tüketimlerini arttırmış olabilecekleri düşündürmektedir.

Çalışmamızda katılımcıların kullandıkları tuvalet tipi sorgulandığında %86,6'sı klozet tipi, %13,4'ü alaturka tipi yanıtını vermiştir. Yaptığımız çalışmada katılımcıları kullandıkları tuvalet tipi ile fonksiyonel konstipasyon durumu, KCÖ, KYKÖ ve alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki gözlenmemiştir. Bilgiç ve ark.'nın (109) huzurevinde yaşayan yaşlılarla yaptığı çalışmada KCÖ toplam puanı ile tuvalet tipi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Alaturka tuvalet kullanan katılımcıların konstipasyon ciddiyeti klozet/sürgü kullananlara göre daha düşük saptanmıştır. Alaturka tuvaletlerin çömelme ile intraabdominal basıncı arttırarak dışkılamayı kolaylaştırdığına dair görüşler bildirilmiştir. Klozet tipi tuvaletlerde ise ayak altına 15 cm'lik bir destek konularak intraabdominal basınç arttırılabilir (12).

Çalışmamızda katılımcıların sigara ve alkol kullanımını incelediğimizde sigara kullanım durumu ile fonksiyonel konstipasyon durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmazken, alkol kullanmayan katılımcılarda fonksiyonel konstipasyon sıklığı anlamlı şekilde yüksek saptanmıştır. Sigara kullanım durumu ile KCÖ ve alt ölçekleri, KYKÖ, fiziksel rahatsızlık, psikososyal rahatsızlık, endişe/kaygı alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Sigara kullanmayan katılımcıların ölçek puanları daha yüksek saptanmıştır. Çifçi'nin (62) İzmir'de yetişkin bireylerde yaptığı çalışmada sigara ve alkol kullanımı ile fonksiyonel konstipasyon sıklığı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Huang ve ark.'nın (85) 50 yaş üzeri kadınlarda yaptıkları çalışmada konstipasyon durumu ile sigara ve alkol kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır. Yine Ayhan'ın (88) çalışmasında alkol ve sigara kullanımı ile konstipasyon durumu arasında ilişki saptanmamıştır. Bizim çalışmamıza benzer şekilde Otani ve ark.'nın (65) Japonya'da sağlık kontrolünden geçen bireylerde yaptıkları çalışmada sigara ile fonksiyonel konstipasyon arasında anlamlı ilişki saptanmazken, alkol kullanımı ile fonksiyonel konstipasyon arasında ters yönlü bir ilişki tespit edilmiştir. Ağır alkol tüketiminin kolonik mukozit ve nörotoksisite nedeniyle diyare ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (110).

Metabolik, nörolojik, endokrinolojik pek çok hastalığa ve ilaçlara sekonder konstipasyon gelişebildiği bilinmektedir. Diyabet ve hipotiroidizm, konstipasyona neden olan endokrinolojik hastalıkların başında gelir. Çalışmamızda da 2. en sık görülen kronik hastalık olan diyabetli hastalarda konstipasyon sıklığı %60'lardadır (12). Antikolinerjikler, antidepressanlar, antihistaminikler, kalsiyum kanal blokerleri, diüretikler, demir preparatları, nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar ve opioidler sıklıkla kullandığımız konstipasyona neden olabilen ilaç sınıflarıdır (111). Çalışmamızda katılımcıların fonksiyonel konstipasyon durumu ile kronik hastalık varlığı ve devamlı ilaç kullanımı karşılaştırıldığında, kronik hastalığı olan ve

ilaç kullanan katılımcılarda fonksiyonel konstipasyon sıklığı artmıştır ancak istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Katılımcıların kronik hastalık ve ilaç kullanım durumları ile KCÖ ve alt ölçekleri, KYKÖ ve fiziksel rahatsızlık, psikososyal rahatsızlık, endişe/kaygı alt ölçekleri puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Kronik hastalığı ve devamlı ilaç kullanımı olan katılımcıların ölçek puanları olmayanlara göre yüksek saptanmıştır, konstipasyon semptomlarının daha ciddi ve yaşam kalitelerinin daha kötü olduğu görülmüştür. Karatay ve ark.'nın (93) üniversite öğrencilerinde yaptığı çalışmada konstipasyon durumu ile kronik hastalık ve ilaç kullanımı arasında ilişki bulunmamıştır. Bu çalışmada bireylerin genç üniversite öğrencisi olması dolayısıyla çoklu ilaç kullanımı ve kronik hastalığının olmamasından kaynaklanabilir. Arlı'nın (89) çalışmasında kronik hastalığı ve düzenli ilaç kullanımı olan katılımcıların konstipasyon riski anlamlı şekilde yüksek saptanmıştır. Durgun ve ark.'nın (90) huzurevinde yaptıkları çalışmada kronik hastalığı ve sürekli ilaç kullanımı olan bireylerin KCÖ puanı olmayanlara göre yüksek bulunmuştur ancak istatistiksel olarak anlamlılık saptanmamıştır. Detaylı anamnez ile mevcut kronik hastalıklar ve kullanılan ilaçların öğrenilmesi konstipasyonun etyolojisini anlamada ve tedavisinde biz hekimlere yardımcı olacaktır.

Sekonder konstipasyon nedenleri arasında psikiyatrik hastalıklar da yer almaktadır. Çalışmamızda katılımcıların psikiyatrik hastalık varlığı incelendiğinde, psikiyatrik hastalığı bulunanların %13,3'ü, bulunmayanların %7,7'sinde fonksiyonel konstipasyon tespit edilmiştir. Ancak fonksiyonel konstipasyon durumu ile psikiyatrik hastalık varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır. Psikiyatrik hastalığı bulunan katılımcıların KCÖ, dışkı tıkanıklığı, kalın bağırsak tembelliği alt ölçekleri puanı, KYKÖ ve fiziksel rahatsızlık alt ölçeği puanı bulunmayanlardan anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Dore ve ark. (112) tarafından geriatrik popülasyonda yapılan çalışmada konstipasyon ve depresyon arasında pozitif ilişki saptanmıştır. Çifçi'nin (62) çalışmasında fonksiyonel konstipasyonu olan bireylerde obsesif kompulsif bozukluk görülme sıklığı, konstipasyonu olmayanlara göre anlamlı şekilde yüksek saptanmıştır. Hosseinzadeh ve ark.'nın (113) çalışmasında konstipasyon ile psikiyatrik bozukluklar, özellikle de anksiyete ve depresyon ilişkili bulunmuştur. Bu konuda neden sonuç ilişkisini iyi anlayabilmek için daha çok çalışmaya ihtiyaç vardır.

Çalışmamıza katılanların KCÖ puanları ile KYKÖ puanları karşılaştırıldığında iki değişken arasında istatistiksel olarak anlamlı ve yüksek kuvvette pozitif yönlü bir ilişki saptanmıştır. Katılımcıların konstipasyon semptomlarının ciddiyeti arttıkça, yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiği tespit edilmiştir. Yücel ark.'nın (102) girişimel hemoroid tedavisi uygulanan hastalarda tedavi öncesi konstipasyon durumunu belirlemeyi amaçladıkları

çalışmada KCÖ puanı ile KYKÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif korelasyon bulunmuştur. Yine ülkemizde Adıgüzel ve ark.'nın (114) 65 yaş üstü bireylerde yaptıkları çalışmada kronik konstipasyonlu bireylerin yaşam kalitesi azalmış olup, konstipasyonun yaşam kalitesinin fiziksel fonksiyonlar, ağrı, emosyonel durum, ruhsal durum, enerji gibi alt boyutlarını olumsuz etkilediği tespit edilmiştir. Mahassadi ve ark.'nın Afrikalı yetişkin bireylerde Kısa Form-36 (SF-36) Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanarak yaptıkları çalışmada kronik konstipasyonlu hastaların ölçek puanları kontrol grubuna göre düşük saptanmıştır. Çocuklarda ve yetişkinlerde konstipasyonun yaşam kalitesine etkisini inceleyen sistematik bir derlemede, sağlıklı yetişkinlerle karşılaştırıldığında genel sağlık, sosyal işlevsellik ve ruh sağlığında önemli farklar görülmekle birlikte konstipasyonu olan bireylerin yaşam kalitelerinin önemli ölçüde düştüğü görülmüştür (57).

Konstipasyonun yüksek prevalansı düşünüldüğünde yönetimini iyileştirmek için belirlenecek stratejilerin yaşam kalitesini iyileştirmede önemli kazanımlar sağlayacağı düşünülmektedir (57). “Koruma tedaviden daha iyidir” şeklinde dördüncül korumayı ilke edinen aile hekimlerinin hastalarını aşırı ve gereksiz girişim ya da tedavilerden korumak rutin görevlerindendir (115). Konstipasyonlu hastada dördüncül koruma bağlamında riskli davranışlarının belirlenmesi, konstipasyonun sekonder nedeni olabilecek hastalıklarının ve kullandığı ilaçların bilinmesi gerekir. Çoğu konstipasyon türünde farmakolojik tedavi öncelikli değildir, primer tedavi hasta eğitimi ve yaşam tarzı değişikliğidir (111). Konstipasyonun önlenmesi ve yaşam kalitesinin artırılması için koruyucu davranışların geliştirilmesinde ilk başvuru noktası olan aile hekimlerine önemli görevler düşmektedir.

SONUÇLAR

Edirne il merkezindeki aile sağığı merkezlerine kayıtlı 18-65 yaş arası yetişkin bireylerin konstipasyon sıklığı, ciddiyetini, etkileyen faktörleri saptamak ve yaşam kalitesine etkisini değerlendirmek amacıyla yaptığımız çalışmamızın sonuçlarını şu şekilde özetlenebilir:

1. Çalışmamızda kendi kendine bildirilen konstipasyon sıklığı %33,8 iken, fonksiyonel konstipasyon sıklığı %8,2 olarak saptanmıştır. Bu farklılık hastaların dışkılamayla ilgili semptomlarının tümünü konstipasyon olarak nitelendirmesinden kaynaklanabilir.
2. Çalışmamıza 167'si kadın, 161'i erkek; toplamda 328 kişi dahil edilmiştir. Kadınlarda fonksiyonel konstipasyon sıklığı ve ciddiyeti daha fazla olup, yaşam kalitesi daha olumsuz etkilenmiştir. Buna göre, özellikle üreme çağındaki kadınlar konstipasyon açısından detaylı sorgulanmalı ve bilinçlendirilmelidir.
3. Katılımcıların yaş ortalaması $39,61 \pm 13,56$ yıl olarak saptanmıştır. 40-49 yaş grubu katılımcıların fonksiyonel konstipasyon sıklığı diğerlerinden yüksek saptanmıştır. KCÖ, KYKÖ ve alt ölçekler ile yaş arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Yaşlı nüfusu da kapsayan çalışmalar yapılarak yaş ve konstipasyon ilişkisi daha net anlaşılabilir.
4. Katılımcıların eğitim durumunu incelediğimizde okuryazar olmayan katılımcıların fonksiyonel konstipasyon sıklığı yüksek bulunmuştur. Okuryazar olmayan katılımcıların KYKÖ'nün fiziksel rahatsızlık ve endişe/kaygı alt ölçek puanlarının diğerlerine göre yüksek olduğu saptanmıştır. Buna göre sağlıklı yaşam alışkanlıkları konusunda verilecek eğitimler konstipasyonu önlemede fayda sağlayabilir.
5. Katılımcıların gelir durumu ile fonksiyonel konstipasyon durumu arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Gelir düzeyi düşük olan katılımcıların KCÖ dışkı tıkanıklığı, kalın

- bağırsak tembelliği alt ölçekleri, KYKÖ toplam ve fiziksel rahatsızlık alt ölçeği puanı yüksek saptanmıştır.
6. Katılımcılardan ev hanımı/çalışmıyor olanlarda fonksiyonel konstipasyon daha sık saptanmıştır. Bu katılımcıların KCÖ toplam ve KYKÖ endişe/kaygı alt ölçeği puanı diğer katılımcılardan yüksek saptanmıştır. Çalışmayan bireyler, fiziksel aktivitelerini arttırmaları ve düzenli dışkılama alışkanlıkları konusunda teşvik edilmelidir.
 7. KCÖ toplam, kalın bağırsak tembelliği alt ölçeği, ağrı alt ölçeği ve KYKÖ endişe/kaygı alt ölçeği puanı fiziksel aktivite yapmadığını belirten katılımcıların anlamlı şekilde yüksek saptanmıştır. Fiziksel aktivitenin artırılması konusunda teşvikler konstipasyon semptomlarının azalmasında ve yaşam kalitesinin artırılmasında önem taşımaktadır.
 8. Günlük 2 lt altında sıvı tüketen katılımcıların KCÖ ve alt ölçekleri, KYKÖ ve memnuniyet hariç alt ölçekleri puanı anlamlı şekilde yüksek saptanmıştır. Konstipasyonlu hastalara günlük en az 1500-2000 ml sıvı alımının önemi vurgulanmalıdır.
 9. Ağırlıklı tüketilen besin grubuna hepsi yanıtını veren katılımcıların KCÖ, kalın bağırsak tembelliği ve ağrı alt ölçekleri puanı anlamlı şekilde düşük saptanmıştır. Bireylerin özellikle liften zengin meyve, sebze, kuru baklagiller, tam tahıl tüketimi artırılmalıdır.
 10. Katılımcıların sigara kullanma alışkanlıkları ile konstipasyon durumları arasında anlamlı ilişki saptanmazken, alkol kullanmayan katılımcılarda konstipasyon sıklığı daha yüksek saptanmıştır. Sigara kullanmayan katılımcılarda ise KCÖ ve alt ölçekleri, KYKÖ ve memnuniyet hariç alt ölçekleri kullanan katılımcılardan yüksek saptanmıştır. Özellikle sigara ve alkol bırakma döneminde konstipasyon sorunu yaşayan bireylerde verilecek eğitimlerle konstipasyon önlenmeye çalışılmalıdır.
 11. Kronik hastalığı ve devamlı ilaç kullanımı olan katılımcıların konstipasyon semptomları daha ciddi, yaşam kalitelerinin daha kötü olduğu görülmüştür. Detaylı anamnezle mevcut hastalıkların ve kullanılan ilaçların öğrenilmesi konstipasyonu önlemede ve tedavisinde önem taşımaktadır.
 12. KCÖ ile KYKÖ puanları karşılaştırıldığında iki ölçek arasında istatistiksel olarak anlamlı ve yüksek kuvvette pozitif yönlü bir ilişki saptanmıştır. Konstipasyon semptomlarının ciddiyeti arttıkça, yaşam kalitelerinin bozulduğu tespit edilmiştir.

Konstipasyon sıklığı ve yaşam kalitesi üzerine olumsuz etkileri düşünüldüğünde, riskli davranışların 1. basamakta tespit edilmesi ve önlemeye yönelik eğitimler önemli kazanımlar sağlayacaktır.

ÖZET

Bu çalışmanın amacı, Edirne il merkezindeki aile sağlığı merkezlerine kayıtlı 18-65 yaş arası bireylerin konstipasyon sıklığını, ciddiyetini, etkileyen faktörleri saptamak ve yaşam kalitesine etkisini değerlendirmektir.

Çalışmanın örneklemini Edirne'deki aile sağlığı merkezlerine başvuran 18-65 yaş arası 328 kişi oluşturmaktadır. Veriler katılımcıların sosyodemografik özellikleri, konstipasyona yönelik riskli davranışları, Roma IV kriterlerine göre hazırlanmış fonksiyonel konstipasyon durumlarını sorgulayan 38 soru, Konstipasyon Ciddiyet Ölçeği (KCÖ) ve Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği (KYKÖ)'ni içeren anket aracılığıyla toplanmıştır.

Katılımcıların 167'si (%50,9) kadın, 161'i (%49,1) erkek olup yaş ortalaması $39,61 \pm 13,56$ yıl olarak saptanmıştır. Katılımcıların KCÖ puan ortalaması $17,11 \pm 13,27$, KYKÖ puan ortalaması $55,78 \pm 17,52$ olarak hesaplanmıştır.

Çalışmamızda konstipasyon ciddiyeti arttıkça yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği görülmüştür. Yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, meslek, alkol kullanma durumu, tüketilen ana öğün sayısı ile fonksiyonel konstipasyon arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Fiziksel aktivite düzeyi, sıvı tüketimi, ana öğün sayısı, tüketilen besin grubu, probiyotik tüketimi, sigara kullanımı, kronik hastalık ve psikiyatrik hastalık durumu, devamlı ilaç kullanım durumu ile konstipasyon ciddiyeti ve yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Medeni durum, BKİ, ara öğün yapma durumu, hazır gıda/fastfood tüketimi ve kullanılan tuvalet tipi ile konstipasyon durumu, ciddiyeti ve yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Konstipasyon risk faktörlerinin tespit edilmesi konstipasyonun önlenmesinde ve tedavisinde önemlidir. Koruyucu davranışların geliştirilmesi ve yaşam kalitesinin

iyileştirilmesinde bireylerin en sık başvuru noktası olan aile hekimlerine önemli görevler düşmektedir.

Anahtar kelimeler: konstipasyon, konstipasyon ciddiyeti, yaşam kalitesi, Aile Hekimliği



EVALUATION OF CONSTIPATION FREQUENCY, AFFECTING FACTORS AND QUALITY OF LIFE OF INDIVIDUALS BETWEEN 18-65 YEARS APPLIED TO FAMILY HEALTH CENTERS IN EDIRNE CITY CENTER

SUMMARY

The aim of this study is to determine the frequency and severity of constipation, the factors affecting it, and to evaluate its effect on quality of life in individuals between the ages of 18-65 who are registered to family health centers in Edirne city center.

The sample of the study consisted of 328 people between the ages of 18-65 who applied to family health centers in Edirne. The data were collected through a questionnaire including the sociodemographic characteristics of the participants, risky behaviors for constipation, functional constipation prepared according to the Rome IV criteria, Constipation Severity Scale (CSS) and Constipation Quality of Life Scale (CQLS). Of the participants in our study, 167 (50,9%) were female and 161 (49,1%) were male and the mean age of the participants was $39,61 \pm 13,56$ years. The mean score of the participants' CSS was calculated as 17.11 ± 13.27 , and the mean score of CQLS was calculated as 55.78 ± 17.52 .

It was observed that the quality of life was negatively affected as the severity of constipation increased. A statistically significant relationship was found between age, gender, education level, occupation, alcohol use status, number of main meals consumed and functional constipation. A statistically significant relationship was found between physical activity level, fluid consumption, number of main meals, consumed food group, probiotic consumption,

smoking, chronic disease, psychiatric disease, drug use, and constipation severity, quality of life. No significant relationship was found between marital status, BMI, snacking, fast food consumption and type of toilet and constipation status, severity, quality of life.

Identification of risk factors is important in the prevention and treatment of constipation. Family physicians, who are the most frequent contact point of individuals, have important duties in developing protective behaviors and improving quality of life.

Keywords: constipation, constipation severity, quality of life, family medicine



KAYNAKLAR

1. Talley NJ. Definitions, epidemiology, and impact of chronic constipation. Reviews in Gastroenterological Disorders.2004;4 Suppl 2:3-10.
2. Türkay C, Aydoğan T, Özden A. Konstipasyon tanım ve epidemiyolojisi. Güncel Gastroenteroloji 2005;9(1):48-52.
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 2016;150(6):1262-79.
5. Ersoy Ö. Kronik Kabızlığa Yaklaşım; Sebepleri Nelerdir ve Nasıl Tanı Konulur? Güncel Gastroenteroloji 2020;24(3):122-130.
6. Lembo A, Camilleri M. Chronic constipation. New England Journal of Medicine 2003;349(14):1360-8.
7. Camilleri M, Ford AC, Mawe GM, Dinning PG, Rao SS, Chey WD, et al. Chronic constipation. Nature reviews Disease primers 2017;3(1):1-19.
8. Sandler RS, Drossman DA. Bowel habits in young adults not seeking health care. Digestive diseases and sciences 1987;32(8):841-5.
9. Yurdakul İ, Kronik Kabızlık, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Türkiye'de Sık Karşılaşılan Hastalıklar II Sempozyum Dizisi No:58 2007:43-58.
10. Ozturk R, Rao S. Defecation disorders: an important subgroup of functional constipation, its pathophysiology, evaluation and treatment with biofeedback. Turk J Gastroenterol 2007;18(3):139-49.

11. Whitehead WE, Schuster MM. Gastrointestinal disorders: Behavioral and physiological basis for treatment. Orlando: Academic Press, 1985:155-209.
12. Savaş MC. Konstipasyon. Türkiye Tıp Dergisi 2004;11(4):204-16.
13. Manabe N, Wong BS, Camilleri M, Burton D, McKinzie S, Zinsmeister AR. Lower functional gastrointestinal disorders: evidence of abnormal colonic transit in a 287 patient cohort. Neurogastroenterology & Motility 2010;22(3):293-e82.
14. Akpınar H. Kronik konstipasyon. 7. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, Antalya, Türkiye. 2005:86.
15. Martelli H, Devroede G, Arhan P, Duguay C. Mechanisms of idiopathic constipation: outlet obstruction. Gastroenterology 1978;75(4):623-31.
16. Bannister J, Abouzekry L, Read N. Effect of aging on anorectal function. Gut 1987;28(3):353-7.
17. Bengi G, Yalçın M, Akpınar H. Kronik konstipasyona güncel yaklaşım. Güncel Gastroenteroloji 2014;18(1):72-88.
18. İliaz R, Kaymakoglu S. Fonksiyonel gastrointestinal sistem hastalıkları ve otilyum bromür-simetikon kombinasyonu. Güncel Gastroenteroloji 2016;20(4):409-14.
19. Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, Houghton LA, Mearin F, Spiller RC. Functional bowel disorders. Gastroenterology 2006;130(5):1480-91.
20. Lacy BE, Mearin F, Chang L, Chey WD, Lembo AJ, Simren M, et al. Bowel disorders. Gastroenterology 2016;150(6):1393-407.
21. Kaya M, Kaçmaz H. Roma IV kriterlerine göre fonksiyonel barsak hastalıklarının yeniden değerlendirilmesi. Güncel Gastroenteroloji 2016;20(4):393-407.
22. Brenner DM, Shah M. Chronic constipation. Gastroenterology Clinics 2016;45(2):205-16.
23. Ersoy Ö. Kronik Kabızlığa Yaklaşım; Sebepleri Nelerdir ve Nasıl Tanı Konulur? Güncel Gastroenteroloji 2020;24(3):123-30.
24. Kandilci U. Konstipasyon. Gastroenteroloji. Türkiye Klinikleri 1983;3(1).
25. Yıldırım D, Gülbeyaz C. Opioid İlaç Kullanan Hastalarda Gelişen Konstipasyonun Yönetimi. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi 2019;8(1):27-32.
26. Christensen HN, Olsson U, From J, Breivik H. Opioid-induced constipation, use of laxatives, and health-related quality of life. Scandinavian journal of pain 2016;11(1):104-10.
27. Traube M, McCallum R. Calcium-channel blockers and the gastrointestinal tract. The American journal of gastroenterology 1984;79(11):892-6.

28. Lindberg G, Hamid SS, Malfertheiner P, Thomsen OO, Fernandez LB, Garisch J, et al. World Gastroenterology Organisation global guideline: constipation—a global perspective. *Journal of clinical gastroenterology* 2011;45(6):483-7.
29. Higgins PD, Johanson JF. Epidemiology of constipation in North America: a systematic review. *Official journal of the American College of Gastroenterology| ACG* 2004;99(4):750-9.
30. Pare P, Ferrazzi S, Thompson W, Irvine E, Rance L. An epidemiological survey of constipation in Canada: definitions, rates, demographics, and predictors of health care seeking. *The American journal of gastroenterology* 2001;96(11):3130-7.
31. Sung IK. Classification and treatment of constipation. *The Korean journal of gastroenterology* 2008;51(1):4-10.
32. Uysal N, Khorshid L, Eşer İ. The identification of constipation problem in healthy young individuals. *Türk Silahlı Kuvvetleri, Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2010;9(2):127-32.
33. Kasap E, Bor S. Fonksiyonel barsak hastalığı prevalansı. *Güncel Gastroenteroloji* 2006;10(2):165-8.
34. Suares NC, Ford AC. Prevalence of, and risk factors for, chronic idiopathic constipation in the community: systematic review and meta-analysis. *Official journal of the American College of Gastroenterology, ACG* 2011;106(9):1582-91.
35. Rao SS, Ozturk R, Laine L. Clinical utility of diagnostic tests for constipation in adults: a systematic review. *Official journal of the American College of Gastroenterology, ACG* 2005;100(7):1605-15.
36. Ashraf W, Park F, Lof J, Quigley EM. An examination of the reliability of reported stool frequency in the diagnosis of idiopathic constipation. *American Journal of Gastroenterology* 1996;91(1):26-32.
37. Lewis SJ, Heaton KW. Stool form scale as a useful guide to intestinal transit time. *Scandinavian journal of gastroenterology* 1997;32(9):920-4.
38. İnce M, Remzi FH. Kronik kabızlık ve diyet. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2011;10(1):71-6.
39. Tantiphlachiva K, Rao P, Attaluri A, Rao SS. Digital rectal examination is a useful tool for identifying patients with dyssynergia. *Clinical Gastroenterology and Hepatology* 2010;8(11):955-60.
40. Morley JE. Constipation and irritable bowel syndrome in the elderly. *Clinics in geriatric medicine* 2007;23(4):823-32.
41. Rao SS, Singh S. Clinical utility of colonic and anorectal manometry in chronic constipation. *Journal of clinical gastroenterology* 2010;44(9):597-609.

42. Fleshman JW, Dreznik Z, Cohen E, Fry RD, Kodner IJ. Balloon expulsion test facilitates diagnosis of pelvic floor outlet obstruction due to nonrelaxing puborectalis muscle. *Diseases of the colon & rectum* 1992;35(11):1019-25.
43. Dennison C, Prasad M, Lloyd A, Bhattacharyya SK, Dhawan R, Coyne K. The health-related quality of life and economic burden of constipation. *Pharmacoeconomics* 2005;23(5):461-76.
44. Rao SS. Constipation: evaluation and treatment of colonic and anorectal motility disorders. *Gastroenterology Clinics of North America* 2007;36(3):687-711.
45. De Schryver AM, Keulemans YC, Peters HP, Akkermans LM, Smout AJ, De Vries WR, et al. Effects of regular physical activity on defecation pattern in middle-aged patients complaining of chronic constipation. *Scandinavian journal of gastroenterology* 2005;40(4):422-9.
46. Peters H, De Vries W, Vanberge-Henegouwen G, Akkermans L. Potential benefits and hazards of physical activity and exercise on the gastrointestinal tract. *Gut* 2001;48(3):435-9.
47. Dietary guidelines for Americans. US Department of Agriculture and US Department of Health and Human Services. 7th Edition. Washington; 2010.
48. Khalif I, Quigley E, Konovitch E, Maximova I. Alterations in the colonic flora and intestinal permeability and evidence of immune activation in chronic constipation. *Digestive and Liver Disease* 2005;37(11):838-49.
49. Öztürk M, Ergene E. Konstipasyonun diyet tedavisinde probiyotiklerin önemi. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2020;(11):255-66.
50. Rao SS, Seaton K, Miller M, Brown K, Nygaard I, Stumbo P, et al. Randomized controlled trial of biofeedback, sham feedback, and standard therapy for dyssynergic defecation. *Clinical Gastroenterology and Hepatology* 2007;5(3):331-8.
51. Chiarioni G, Salandini L, Whitehead WE. Biofeedback benefits only patients with outlet dysfunction, not patients with isolated slow transit constipation. *Gastroenterology* 2005;129(1):86-97.
52. Korkut E, Özden A. Kronik konstipasyon tedavisi ve polietilen glikol. *Güncel Gastroenteroloji* 2017;21(4):334-6.
53. Hallmann F. Toxicity of commonly used laxatives. *Medical Science Monitor* 2000;6(3):618-28.
54. Halil K. Laksatif ve Pürgeatifler. *Güncel Gastroenteroloji* 2015;19(1):30-3.
55. Dedeli Ö, Turan İ, Fadıloğlu Ç, Bor S. Konstipasyon Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *MN Dahili Tıp Bilimleri* 2007;2(1-2):36-43.

56. Talley NJ. Management of chronic constipation. *Reviews in Gastroenterological Disorders* 2004;4(1):18-24.
57. Belsey J, Greenfield S, Candy D, Geraint M. Systematic review: impact of constipation on quality of life in adults and children. *Alimentary pharmacology & therapeutics* 2010;31(9):938-49.
58. Johnson P, Mount K, Graziano S. Functional bowel disorders in pregnancy: effect on quality of life, evaluation and management. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica* 2014;93(9):874-9.
59. Irvine E, Ferrazzi S, Pare P, Thompson W, Rance L. Health-related quality of life in functional GI disorders: focus on constipation and resource utilization. *The American journal of gastroenterology* 2002;97(8):1986-93.
60. Kaya N, Turan N. Konstipasyon ciddiyet ölçeğinin güvenilirlik ve geçerliliği/Reliability and validity of constipation severity scale. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi* 2011;31(6):1491-1501.
61. Bharucha AE, Wald A. Chronic constipation. *Mayo Clinic Proceedings* 2019;94(11):2340-57.
62. Çifçi İ. İzmir İlinde Fonksiyonel Konstipasyon Sıklığı ve İlişkili Faktörlerin Araştırılması (tez). İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2018.
63. Jun DW, Park HY, Lee OY, Lee HL, Yoon BC, Choi HS, et al. A population-based study on bowel habits in a Korean community: prevalence of functional constipation and self-reported constipation. *Digestive diseases and sciences* 2006;51(8):1471-7.
64. Werth BL. Epidemiology of constipation in adults: Why estimates of prevalence differ. *J Epidemiol Res* 2019;5(1):37-49.
65. Otani K, Watanabe T, Takahashi K, Nadatani Y, Fukunaga S, Hosomi S, et al. Prevalence and risk factors of functional constipation in the Rome IV criteria during a medical check-up in Japan. *Journal of Gastroenterology and Hepatology* 2021;36(8):2157-64.
66. Chiarelli Pa, Brown W, McElduff P. Constipation in Australian women: prevalence and associated factors. *International Urogynecology Journal* 2000;11(2):71-8.
67. Gonenne J, Esfandyari T, Camilleri M, Burton D, Stephens D, Baxter K, et al. Effect of female sex hormone supplementation and withdrawal on gastrointestinal and colonic transit in postmenopausal women. *Neurogastroenterology & Motility* 2006;18(10):911-8.
68. Akgöz B. Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinde Abdominal Masajın Konstipasyon Ciddiyeti ve Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi (tez). Karabük: Karabük Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü; 2021.
69. Turan N, Nurten K, Hatice K, Öztürk A, Eskimez Z, Yalçın N. Hemşirelik öğrencilerinin bazı değişkenler açısından konstipasyon sorunları. *Florence Nightingale Journal of Nursing* 2011;19(3):168-78.

70. Orhan C, Akbayrak T, Serap K, Taylan K, Günel MK. Fiziksel aktivite seviyesi ile konstipasyon şiddeti arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Journal of Exercise Therapy and Rehabilitation* 2015;2(2):66-73.
71. Demir F. Huzurevinde Yaşayan Yaşlı Bireylerde Konstipasyon Görülme Durumunun ve Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi (tez). Kayseri: Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2019.
72. Işık M. Herni Ameliyatı Geçiren Hastaların Konstipasyon Risk Durumlarının ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi (tez). Sakarya: Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2019.
73. Roque MV, Bouras EP. Epidemiology and management of chronic constipation in elderly patients. *Clinical interventions in aging* 2015;10:919-30.
74. Yurtdaş G, Acar Tek N, Akbulut G, Cemali Ö, Arslan N, Beyaz Coşkun A, et al. Risk factors for constipation in adults: a cross-sectional study. *Journal of the American College of Nutrition* 2020;39(8):713-9.
75. 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. *Gastroenterology research and practice* 2014;2014:1-11.
76. Garrigues V, Gálvez C, Ortiz V, Ponce M, Nos P, Ponce J. Prevalence of constipation: agreement among several criteria and evaluation of the diagnostic accuracy of qualifying symptoms and self-reported definition in a population-based survey in Spain. *American journal of epidemiology* 2004;159(5):520-6.
77. Wald A, Mueller-Lissner S, Kamm M, Hinkel U, Richter E, Schuijt C, et al. Survey of laxative use by adults with self-defined constipation in South America and Asia: a comparison of six countries. *Alimentary pharmacology & therapeutics* 2010;31(2):274-84.
78. Öztürk MH. Eğitimin Primer Konstipasyonlu Hastalarda Konstipasyon Ciddiyeti ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi (tez). Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2015.
79. McCrea GL, Miaskowski C, Stotts NA, Macera L, Varma MG. A review of the literature on gender and age differences in the prevalence and characteristics of constipation in North America. *Journal of pain and symptom management* 2009;37(4):737-45.
80. Kaboli SA, Pourhoseingholi MA, Moghimi-Dehkordi B, Safaee A, Habibi M, Pourhoseingholi A, et al. Factors associated with functional constipation in Iranian adults: a population-based study. *Gastroenterology and Hepatology from bed to bench* 2010;3(2):83-90.
81. Lee TH, Choi SC, Park MI, Park KS, Shin JE, Kim S-E, et al. Constipation misperception is associated with gender, marital status, treatment utilization and constipation symptoms experienced. *Journal of Neurogastroenterology and Motility* 2014;20(3):379-87.

82. Farahat TM, El-Esrigy FA, Salama WE-SI. Risk factors for constipation among elderly attending family health center in Damietta District, Damietta Governorate, Egypt. *Menoufia Medical Journal* 2019;32(1):145-50.
83. Vriesman MH, Koppen IJ, Camilleri M, Di Lorenzo C, Benninga MA. Management of functional constipation in children and adults. *Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology* 2020;17(1):21-39.
84. Pourhoseingholi MA, Kaboli SA, Pourhoseingholi A, Moghimi-Dehkordi B, Safaee A, Mansoori BK, et al. Obesity and functional constipation; a community-based study in Iran. *J Gastrointest Liver Dis* 2009;18(2):151-5.
85. Huang L, Jiang H, Zhu M, Wang B, Tong M, Li H, et al. Prevalence and risk factors of chronic constipation among women aged 50 years and older in Shanghai, China. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research* 2017;(23):2660-7.
86. Murakami K, Sasaki S, Okubo H, Takahashi Y, Hosoi Y, Itabashi M, et al. Food intake and functional constipation: A cross-sectional study of 3,835 Japanese women aged 18-20 years. *Journal of nutritional science and vitaminology* 2007;53(1):30-6.
87. Eslick G. Gastrointestinal symptoms and obesity: a meta-analysis. *Obesity reviews* 2012;13(5):469-79.
88. Ayhan ŞE. İstanbul'da Özel Bir Hastanenin Beslenme ve Diyet Polikliniğine Başvuran Kişilerde Konstipasyona Neden Olan Etmenler ve Obezite İlişkisi (tez). İstanbul: Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2019.
89. Arlı ŞK. Cerrahi ve dahili kliniklerde yatan hastalarda konstipasyon riskinin değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Colorectal Disease* 2019;29(1):19-24.
90. Durgun H, Avcı AB. Huzurevinde kalan yaşlı bireylerin sıvı tüketimleri ile konstipasyon durumları arasındaki ilişki. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2021;6(1):121-6.
91. Mugie SM, Benninga MA, Di Lorenzo C. Epidemiology of constipation in children and adults: a systematic review. *Best practice & research Clinical gastroenterology* 2011;25(1):3-18.
92. Bytzer P, Howell S, Leemon M, Young LJ, Jones MP, Talley N. Low socioeconomic class is a risk factor for upper and lower gastrointestinal symptoms: a population based study in 15 000 Australian adults. *Gut* 2001;49(1):66-72.
93. Karatay G, Baş NG. Kız öğrencilerde konstipasyon prevalansı ve yaşam tarzı alışkanlıkları ile ilişkisi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2018;5(1):29-38.
94. Odabaş RK, Taşpınar A. Gebelikte konstipasyon görülme durumu ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2020;23(2):250-8.

95. Strid H, Simrén M, Störsrud S, Stotzer P-O, Sadik R. Effect of heavy exercise on gastrointestinal transit in endurance athletes. *Scandinavian journal of gastroenterology* 2011;46(6):673-7.
96. Tuteja AK, Talley NJ, Joos SK, Woehl JV, Hickam DH. Is constipation associated with decreased physical activity in normally active subjects? *American Journal of Gastroenterology, ACG* 2005;100(1):124-9.
97. Chang L-L, Lin Y-C, Lo TC, Chen M-C, Kuo H-W. Understanding the lifestyle correlates with chronic constipation and self-rated health. *Food and Nutrition Sciences* 2015;6(4):391-8.
98. Çoban T, Bosi TB, Akıncı CE, Alaoğlu N, Avcı ŞN, Erturul E ve ark. Tıp fakültesi 6. sınıf öğrencilerinin (internler) su tüketim ve defekasyon alışkanlıklarının incelenmesi. *STED/Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*. 2020;29(2):102-8.
99. Jangid V, Godhia M, Sanwalka N, Shukla A. Water intake, dietary fibre, defecatory habits and its association with chronic functional constipation. *Current Research in Nutrition and Food Science Journal* 2016;4(2):90-5.
100. Sura SP, Christie J. Chronic constipation. *Constipation*. In: Rose S. (eds). New York: Springer; 2014:41-65.
101. Karabudak E, Koksall E, Macit MS. The relationship between body weight, fiber and fluid intake status and functional constipation in young adults. *Nutrition & Food Science* 2019;49(1):129-40.
102. Yücel BO, Karadağ M. Girişimsel hemoroid tedavisi uygulanan hastaların tedavi öncesi yaşadıkları konstipasyon ciddiyetinin ve yaşam kalitelerinin belirlenmesi. *Türk Hemşireler Derneği Dergisi* 2020;1(2):15-26.
103. Shen L, Huang C, Lu X, Xu X, Jiang Z, Zhu C. Lower dietary fibre intake, but not total water consumption, is associated with constipation: a population-based analysis. *Journal of Human Nutrition and Dietetics* 2019;32(4):422-31.
104. Türkiye beslenme rehberi TÜBER, 2015. T.C. Sağlık Bakanlığı. Yayın No: 1031. Ankara; 2016.
105. Bae SH. Diets for constipation. *Pediatric gastroenterology, hepatology & nutrition* 2014;17(4):203-8.
106. Fenton C, Kang C. Managing functional constipation: the course doesn't always run smooth. *Drugs & Therapy Perspectives* 2021;37(3):108-14.
107. Martínez-Martínez MI, Calabuig-Tolsá R, Cauli O. The effect of probiotics as a treatment for constipation in elderly people: A systematic review. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2017;71:142-9.

- 108.Huang R, Hu J. Positive effect of probiotics on constipation in children: a systematic review and meta-analysis of six randomized controlled trials. *Frontiers in cellular and infection microbiology*. 2017;7:153.
- 109.Bilgiç Ş, Dilek F, Arslan HSA, Aysun Ü. Bir huzurevinde yaşayan yaşlıların konstipasyon durumları ve etkileyen faktörler. *International Journal of Basic and Clinical Medicine* 2016;4(1):9-16.
- 110.Papa A, Tursi A, Cammarota G, Certo M, Cuoco L, Montalto M, et al. Effect of moderate and heavy alcohol consumption on intestinal transit time. *Panminerva medica* 1998;40(3):183-5.
- 111.Lammers E, Srivastava SB. Constipation treatment: A Review. *Orthopaedic Nursing* 2020;39(3):194-8.
- 112.Dore MP, Pes GM, Bibbò S, Tedde P, Bassotti G. Constipation in the elderly from Northern Sardinia is positively associated with depression, malnutrition and female gender. *Scandinavian Journal of Gastroenterology* 2018;53(7):797-802.
- 113.Hosseinzadeh ST, Poorsaadati S, Radkani B, Forootan M. Psychological disorders in patients with chronic constipation. *Gastroenterology and hepatology from bed to bench* 2011;4(3):159-63.
- 114.Adıgüzel L, Demirbağ BC. 65 Yaş ve üstü kişilerde kronik konstipasyonun yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesi. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2020;4(2):71-9.
- 115.Akdeniz M, Kavukçu E. Dördüncül koruma: Önce zarar verme. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi* 2017;21(2):74-81.

EKLER



EK-1

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARASTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TUTF-BAEK 2021/41	
	PROTOKOL ADI	Edirne İl Merkezi Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran 18-65 Yaş Arası Bireylerde Konstipasyon Sıklığı, Etkileyen Faktörler ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi	
	SORUMLU ARAŞTIRICI UNVANI / ADI	Prof. Dr. Serdar ÖZTORA	
	ARASTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
	ARASTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:03/01	Tarih:01.02.2021	
	Fakültemiz Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Serdar ÖZTORA'nın sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Araş. Gör. Dr. Ümmü Pınar ÇİÇEK'in tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın amacı, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş; araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödendiği koşullarda ve veri toplanacak yerlerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.		
ETİK KURUL BİLGİLERİ			
ÇALIŞMA ESASI		Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TUTF-BAEK Yönergesi	

ÜYELER

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Dr. Öğr. Üyesi Fatma Gülüm ONAL Başkan	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Hakan GÜRKAN Başkan Yardımcısı	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Hasan ÜMİT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	
Dr. Öğr. Üyesi Oktay KAYA Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Galip EKUKLU Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Filiz TÖTÜNCÜLER KÖKENLİ Üye	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	K	E H	E H	
Öğr. Gör. Dr. Sinan ATEŞ Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	E H	E H	
Prof. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Serhat OĞUZ Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E H	E H	
Avukat Emine NURLU Üye		T.D. Reklamcılık	K	E H	E H	
Emekli Öğretmen Sinan SEÇKİN Üye		Serbest Üye	E	E H	E H	

*Araştırma ile İlişki
**Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Ahmet TEZİ

EK-2

EDİRNE HALK SAĞLIĞI HİZMETLERİ BAŞKANLIĞI

1. BASAMAK ARAŞTIRMA KOMİSYONU RAPORU

Sayı: 2021/2

Karar: 2021/2

1.Basamak Araştırma Komisyonumuz 12/03/2021 tarih saat 11:00'da İl Sağlık Müdürlüğü'nden YÖRÜTEN Eğitim Salonunda tüm komisyon üyelerinin katılımıyla toplanmış, ilgili dosya inceleyerek aşağıdaki kararı almıştır.

1- Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. DR. Serdar ÖZTORA'nın danışmanlığını üstlendiği, Arş. Gör. Dr. Ümmü Pınar ÇİÇEK'in uzmanlık tez çalışması olan''Edirne İl Merkezi Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran 18-65 Yaş Arası Bireylerde Konstipasyon Sıklığı, Etkileyen Faktörler ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi''konulu uzmanlık tezi,

Komisyonumuzca uygun görülmüş olup; Aile Sağlığı Merkezlerine gereken bilgilendirme yapılmasına oy birliği ile karar verilmiştir.

EK-3

EDİRNE İL MERKEZİ AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNE BAŞVURAN 18-65 YAŞ ARASI BİREYLERDE KONSTİPASYON SIKLIĞI, ETKİLEYEN FAKTÖRLER VE YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİMESİ

T.C. TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

ARŞ. GÖR. DR. ÜMMÜ PINAR ÇİÇEK

DANIŞMAN: PROF. DR. SERDAR ÖZTORA

Sayın katılımcı; Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı olarak “Edirne il merkezi aile sağlığı merkezlerine başvuran 18-65 yaş arası bireylerde konstipasyon sıklığı, etkileyen faktörler ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi” isimli hazırladığımız bu çalışmaya katılmanızı rica ediyoruz. Çalışmaya katılmak zorunlu olmayıp katılıp katılmamaktan dolayı herhangi bir ödül ya da ceza ile karşılaşmayacaksınız. Vermiş olduğunuz bilgiler yalnızca bilimsel araştırma amacıyla kullanılacak olup, hiçbir şekilde kimlik bilgilerinizle ilişkilendirilmeyecek ve tamamen gizli tutulacaktır.

Anket no:

1.Yaşınız:

2.Cinsiyetiniz?

a) Kadın b) Erkek

3.Boyunuz?(cm)

4.Kilonuz? (kg)

5.Medeni durumunuz nedir

a) Evli b) Bekar

6.Mesleğiniz nedir?

7.Eğitim durumunuz nedir?

a) Okur yazar değil

b) İlkokul

c) Ortaokul

d) Lise

e) Üniversite

8.Hanenize giren aylık gelir düzeyiniz nedir? (tl)

9.Hanenizde kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?

a) Yalnız yaşıyorum

- b) Ev arkadaşı
- c) Çekirdek aile
- d) Geniş aile

10.Sigara kullanıyor musunuz?

- a) Hayır
- b) Evet; tane/gün yıldır

11.Alkol kullanıyor musunuz?

- a) Hayır
- b) Evet;sıklıkta,miktarda,türü

12.Düzenli fiziksel aktivite yapar mısınız?

- a) Hayır, yapmıyorum
- b) Haftada 1-2 kez
- c) Haftada 3'den fazla

13.Günde ne kadar sıvı tüketirsiniz? (Su, çay, meyve suyu vs. dahil) (alkollü ve kafeinli içecekler, çorbalar hariç)

- a) 2 lt altında
- b) 2 lt üzerinde

14.Günde kaç ana öğün tüketirsiniz?

15-Ara öğün tüketir misiniz?

- a) Hayır
- b) Evet (Kaç kez?)

16.Günlük hayatınızda hangi besin grubu ağırlıklı beslenirsiniz?

- a) Süt ve ürünleri grubu
- b) Et, yumurta, kurubaklagiller ve yağlı tohumlar grubu
- c) Ekmek ve tahıllar grubu
- d) Sebze ve Meyve grubu
- e) Hepsi

17.Ne sıklıkta hazır gıda veya fast food tüketirsiniz? (Dışardan alınan ev yemekleri hariç)

- a) Hiç
- b) Ayda 1-2 kez
- c) Haftada 1 kez
- d) Haftada 3 ve daha fazla

18.Probiyotik kullanır mısınız? (Yoğurt, kefir, probiyotik tablet/şase)

- a) Hayır

b) Evet (türünü belirtiniz.....)

19. Hangi sıklıkta probiyotik kullanırsınız?

- a) Her gün
- b) Haftada 3 kez
- c) Haftadan 1'den az

20. Kilo vermek amaçlı düşük kalorili diyet yaptınız mı? (Yanıtınız hayır ise 22. soruya geçin)

- a) Hayır
- b) Evet

21. Düşük kalorili diyet yaptığınız dönemlerde kabızlık şikâyeti yaşadınız mı?

- a) Hayır
- b) Evet

22. Kronik hastalığınız var mı? (Kronik = sürekli devam eden)

- a) Hayır
- b) Evet (belirtiniz.....)

23. Devamlı kullandığınız ilaç var mı?

- a) Hayır
- b) Evet (belirtiniz.....)

24. Psikiyatrik bir hastalığınız var mı?

- a) Hayır
- b) Evet (belirtiniz.....)

25. Gebelik öykünüz var mı?

- a) Hayır
- b) Evet (sayısını belirtiniz.....)

26. Gebeliğiniz boyunca kabızlık şikâyeti yaşadınız mı?

- a) Hayır
- b) Evet

KONSTİPASYON DURUMU

27. Konstipasyon (kabızlık) sorunu yaşar mısınız?

- a) Hayır
- b) Evet

28.Dışkılama sıklığınızı günlük veya haftalık uygunluğa göre belirtiniz? (son 3 aydır ve şu an)

Gündekere

Haftada..... kere

Diğer

29.Dışkılama için bir seferde tuvalette ne kadar süre harcarsınız?

.....(dk)

30.Kullandığınız tuvaletin tipi nedir?

- a) Klozet tipi
- b) Alaturka tipi

31. Kabızlık için ilaç kullanıyor musunuz?

- a) Hayır
- b) Evet (belirtiniz)

32.Eviniz dışında dışkılama alışkanlıklarınız değişir mi?

- a) Hayır
- b) Evet

33.Hangi durumlarda kabız olursunuz?

- a) Seyahat ettiğimde
- b) Başkasının evinde kaldığımda
- c) Diyet yaptığımda
- d) Az su tükettiğimde
- e) Stresliyken
- f) Diğer

34.Son 6 aydır veya daha uzun süredir kabızlık şikâyetiniz var mı?

- a) Hayır
- b) Evet

35.Her 4 dışkılamanızdan en az 1'inde aşağıdakilerden birini/birkaçını yaşar mısınız? (Son 3 aydır)

- a) İkinme, fazla gayret gösterme
- b) Topak veya keçi pisliği şeklide dışkılama
- c) Tam boşalamama hissi
- d) Anorektal tıkanıklık hissinin oluşması
- e) El yardımıyla kolaylık sağlayarak dışkılama zorunluluğunda olunması
- f) Hiçbirini yaşamadım

36.Dışkı yumuşatıcı ilaç kullanmadan yumuşak dışkılama yapabilir misiniz? (son 3 aydır)

- a) Nadiren
- b) Çoğunlukla

37.En az 6 ay önce başlayan, son 3 aydır devam eden haftada en az 1 kez olan karın ağrısı şikayeti yaşıyor musunuz? (Cevabınız hayır ise 39. soruyu atlayınız.)

- a) Hayır
- b) Evet

38.Karın ağrınıza aşağıdakilerden biri/birkaçı eşlik ediyor mu?

- a) Karın ağrısının dışkılama ile ilişkili olması
- b) Karın ağrısının dışkılama sıklığında değişiklik ile birlikte olması
- c) Karın ağrısı ile birlikte dışkı formunda değişiklik olması
- d) Karın ağrısına dışkılama alışkanlıklarında değişiklik eşlik etmiyor

KONSTİPASYON CİDDİYET ÖLÇEĞİ (KCÖ)

Lütfen aşağıdaki sorulardan size en uygun olan tek yanıtı işaretleyiniz.

Dışkı Tıkanıklığı Alt Ölçeği

39. Yetersiz Dışkılama (Bağırsakları tam boşaltamama):

A) Bağırsakları tam boşaltamama sorununu ne sıklıkta yaşarsınız.

(0) Asla bu sorunu yaşamam (40.soruya 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 (Çogu kez bu tür bir dışkılama sorunum yoktur)
- (2) Hafif
- (3) Biraz ciddi (Tuvalate çıktıktan sonra hala bağırsaklarımda dışkı kalır)
- (4) Ciddi
- (5) Son derece ciddi (Dışkı 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

40. Dışkılamada zorluk/güçlük:

A) Dışkılama sırasında zorluğu/güçlüğü hangi sıklıkla hissedersiniz?

- (0) Asla hissetmem (41. soruya geçiniz)
- (1) Nadiren hissedirim
- (2) Bazen hissedirim

- (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

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

- (0) Bağırsak alışkanlıklarımda 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

42. 3 günde bir kereden daha az dışkılama:

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

- (0) Asla hissetmem (43. soruya geçiniz)
- (1) Nadiren hissederim
- (2) Bazen hissederim
- (3) Genellikle hissederim
- (4) Her zaman hissederim

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

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

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

43. Boşaltım Gereksinimi Hissinde Yetersizlik:

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

(0) Asla böyle bir sorunum olmaz.

(1) Hiç sorun değil (Boşaltım ihtiyacını gayet iyi hissedirim)

(2) Hafif

(3) Biraz ciddi bir sorun (Boşaltım ihtiyacını belli belirsiz hissedebilirim)

(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:

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

(0) Ağrı hissetmedim

(1) Hafif

(2) Biraz şiddetli

(3) Şiddetli

(4) Son derece şiddetli

45. Şu an, makatınızdaki ağrı düzeyini belirtiniz.

(0) Ağrı yok

(1) Hafif

(2) Biraz şiddetli

(3) Şiddetli

(4) Son derece şiddetli

46. Makatınızdaki ağrıdan dolayı ne kadar rahatsızsınız?

(0) Hiç rahatsız değilim

(1) Hafif

(2) Biraz rahatsızım

(3) Ciddi

(4) Çok ciddi rahatsızım

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

(0) Asla

(1) Nadiren

(2) Ara sıra

(3) Genellikle

(4) Her zaman

KONSTİPASYON YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ (KYKÖ)

Aşağıdaki sorular son 2 hafta boyunca kabızlığın günlük hayatınızdaki etkilerini ölçmek için düzenlenmiştir. Lütfen her soru için yalnızca bir kutuya işaret koyunuz

Aşağıdaki sorular kabızlığa bağlı şikayetlerinizi sorgulamaktadır. Geçen 2 hafta boyunca ne ölçüde ya da yoğunlukta;					
	Hiç	Oldukça az	Biraz	Oldukça fazla	Çok fazla
48. Patlama derecesinde şişkinlik hissettiniz?	☐	☐	☐	☐	☐
49. Kabız olduğunuz için ağırlık hissettiniz?	☐	☐	☐	☐	☐
Bundan sonraki bir kaç soru kabızlık şikayetinizin günlük hayatınızı nasıl etkilediği hakkında sorulmaktadır. Son 2 hafta boyunca ne sıklıkta;					
	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
50. Herhangi bir fiziksel rahatsızlık hissettiniz?	☐	☐	☐	☐	☐
51. Büyük abdest yapmaya ihtiyaç duyduğunuz halde yapamadığınız oldu?	☐	☐	☐	☐	☐
52. Diğer insanlarla birlikte olmaktan utandınız?	☐	☐	☐	☐	☐
53. Büyük abdestinizi yapamadığınız için yemek miktarınızı azalttınız?	☐	☐	☐	☐	☐

Bundan sonraki bir kaç soru kabızlığın günlük yaşamınızı nasıl etkilediği hakkında sorulmaktadır. Son 2 hafta boyunca ne ölçüde ya da sıklıkta;					
	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
54.Yediklerinize dikkat etmek zorunda hissettiniz?	☐	☐	☐	☐	☐
55.İştahınız azaldı?	☐	☐	☐	☐	☐
56.Ne yemeniz gerektiğini seçmek konusunda endişelendiniz? (Örneğin bir arkadaşınızın evinde)	☐	☐	☐	☐	☐
57.Ev dışında her hangi bir yerde çok uzun süre tuvalette kalmanızdan dolayı utandınız?	☐	☐	☐	☐	☐
58.Ev dışında bir yerde tuvalete çok sık gitmekten utandınız?	☐	☐	☐	☐	☐
59.Günlük rutin yaşantınızı değiştirmeniz gerektiği konusunda kaygılarınız oldu? (Örneğin; seyahat etmek, evden dışarı çıkmak gibi)	☐	☐	☐	☐	☐

Bundan sonraki bir kaç soru kabızlığın günlük yaşamınızı nasıl etkilediği hakkında sorulmaktadır. Son 2 hafta boyunca ne ölçüde ya da sıklıkta;					
	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
60.Durumunuzdan dolayı huzursuz hissettiniz?	☐	☐	☐	☐	☐
61.Durumunuzdan dolayı üzgün hissettiniz?	☐	☐	☐	☐	☐
62.Durumunuz kafanıza takıldı?	☐	☐	☐	☐	☐
63.Durumunuzdan dolayı stresli hissettiniz?	☐	☐	☐	☐	☐
64.Durumunuzdan dolayı kendinize güveninizin azaldığını hissettiniz?	☐	☐	☐	☐	☐
65.Durumunuzun kontrolünüz altında olduğunu hissettiniz?	☐	☐	☐	☐	☐

Bundan sonraki bir kaç soru kabızlıkla ilgili hissettikleriniz hakkında sorulmaktadır. Son 2 hafta boyunca ne ölçüde ya da sıklıkta;					
	Hiç	Oldukça az	Biraz	Oldukça fazla	Çok fazla
66.Büyük abdest yapmaya gideceğinizi bilememekten endişelendiniz?	☐	☐	☐	☐	☐
67.Büyük abdestinizi yapamayacağınızdan endişelendiniz?	☐	☐	☐	☐	☐
68.Büyük abdestinizi yapamamaktan dolayı rahatsızlığınız arttı?	☐	☐	☐	☐	☐

Bundan sonraki bir kaç soru kabızlıkla ilgili hissettikleriniz hakkında sorulmaktadır.					
Son 2 hafta boyunca ne sıklıkta;					
	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
69.Durumunuzun kötüye gideceğini düşünerek kaygılandınız?	☐	☐	☐	☐	☐
70.Vücudunuzun gerektiği gibi çalışmadığını hissettiniz?	☐	☐	☐	☐	☐
71.İstediğinizden daha az büyük abdest yaptınız?	☐	☐	☐	☐	☐

Bundan sonraki birkaç soru kabızlık sorununuzla ilgili memnuniyet derecenizi sorgulamaktadır. Son 2 hafta boyunca ne ölçüde ya da sıklıkta;					
	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
72.Büyük abdest yaptığınızda rahatlamış hissettiniz?	☐	☐	☐	☐	☐
73.Büyük abdest düzeninizden memnun oldunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
74.Yiyeceklerin barsaklarınızdan geçiş süresinden (sindirim sürenizden) memnun oldunuz?	☐	☐	☐	☐	☐
75.Tedavinizden memnun kaldınız mı?	☐	☐	☐	☐	☐

Anketimize katıldığınız için teşekkür ederiz.